DR. MED. SAMUEL PFEIFER

BASISWISSEN

SEELISCHE ERKRANKUNGEN
PSYCHIATRIE
PSYCHOTHERAPIE
FÜR DIE
SEELSORGE

EIN HANDBUCH AUS DER KLINISCHEN PRAXIS

DER AUTOR:

Dr. med. Samuel Pfeifer ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und war 25 Jahre lang Chefarzt der Klinik Sonnenhalde in Riehen bei Basel. Er ist seit 2015 in eigener Praxis tätig (www.samuelpfeifer.com) und lehrt als Professor an der Evangelischen Hochschule in Marburg (www.studium-religion-psychotherapie.de).

BEZUGSQUELLE FÜR SEMINARHEFTE:

Psychiatrische Klinik Sonnenhalde
Gänshaldenweg 28
CH-4125 Riehen
Schweiz
Tel. (+41) 061 645 46 46
Fax (+41) 061 645 46 00
ONLINE-Bestellung: www.seminare-ps.net
E-Mail: empfang@sonnenhalde.ch

in Deutschland:
Alpha Buchhandlung
Marktplatz 9
D-79539 Lörrach
Tel. 07621 10303
Fax 07821 82150

COVER-FOTO: Ruth Schmidhauser,
Olivenbäume auf Zakinthos, Griechenland

Samuel Pfeifer
BASISWISSEN SEELISCHE ERKRANKUNGEN, PSYCHIATRIE & PSYCHOTHERAPIE FÜR DIE SEELSORGE. EIN HANDBUCH AUS DER KLINISCHEN PRAXIS

PUBLIC DOMAIN

Online-Veröffentlichung als PDF 2013
mit ausdrücklicher Erlaubnis
durch den Autor, Dr. Samuel Pfeifer
Diese Erlaubnis schliesst mit ein, dass das Werk
auf andern Servern zum Download gespeichert
und freigegeben werden darf.

DIGITALE BIBLIOTHEK
PSYCHIATRIE & SEELSORGE

WWW.SEMINARE-PS.NET

VORWORT

Dr. med. Samuel Pfeifer

Seelische Nöte nehmen zu. Die WHO (Weltgesundheitsorganisation) geht davon aus, dass Depressionen bald die führende Krankheit der Zivilisation sein werden, noch vor Krebs und Herz-Kreislauferkrankungen. Keine andere Krankheitsgruppe überschattet ein Leben mehr mit Einschränkungen, Arbeitsunfähigkeit und menschlichem Elend (sog. DALY). Das gilt nicht nur für den gestressten Westen, sondern wird zunehmend auch zur Erfahrung in den Schwellenländern, entlegenen Provinzen und überfüllten Städten der dritten Welt.

Und seelische Nöte machen nicht Halt vor Menschen, denen der Glaube eigentlich viel bedeutet. Der Glaube allein schützt nicht vor Depression. Weshalb das so ist, darauf werde ich noch eingehen.

Über 25 Jahre habe ich nun schon als Chefarzt der Klinik «Sonnenhalde», einer christlich orientierten Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit meinem Team von Ärzten und Psychologinnen Tausende von Menschen durch ihre seelischen Erkrankungen hindurch begleiten dürfen. Ganz am Anfang habe ich ein Manifest für die Verbindung von moderner Psychiatrie und biblischer Seelsorge verfasst, das unter dem Titel *«Die Schwachen tragen»* bis heute erhält-

lich ist. Die Werte, die darin entwickelt wurden, bewähren sich bis heute.

Dann habe ich aber festgestellt, dass es eine vertiefte Wissensvermittlung braucht, was eigentlich psychische Krankheit ist, wie sich die Medizin die Ursache, Entstehung, den Verlauf und die Therapiemöglichkeiten vorstellt. Doch eine integrierte Sicht versucht auch zu verstehen, was gläubige Menschen bewegt und wie die Seelsorge ihnen begegnen kann. So sind die *«Riehener Seminare»* entstanden. Wir luden klinische Fachleute, Mediziner, Psychologen ein, nicht wenige unter ihnen Koryphäen ihres Fachs an größeren Universitäten, und vertieften in Workshops die verschiedensten Aspekte von Psychiatrie, Psychologie, Pflege und Seelsorge. Die Mischung kam offenbar an. Manchmal durften wir über 500 Teilnehmende aus allen psychosozialen Berufen bei uns begrüßen.

NEULAND: BORDERLINE, INTERNETSUCHT, SENSIBILITÄT

Mehrfach wagten wir uns auf Neuland vor und wurden so zu Vordenkern für unser Fachgebiet. Ich denke noch gerne zurück an Diskussionen über den «Borderline»-Begriff. Ein christlicher Professor tat das Thema ab, dies sei doch nur eine Modeerscheinung. Wir packten das Thema dennoch an, im Seminar, in einem Seminarheft (das Teil dieses Handbuchs ist) und in einem Buch, das schon bald die 10. Auflage erreicht.

Oder da war das verstörende Zustandsbild der Internet-Sexsucht und der Internetsucht überhaupt. Eine Mode-Erscheinung, ähnlich wie bei Aufkommen des Fernsehens? Mitnichten – immer mehr Betroffene und insbesondere ihre Ehefrauen meldeten sich bei uns. Wir hörten dramatische Schicksale von zerbrochenen Ehen und Familien, von dunklen Geheimnissen und schrecklichen Bindungen, die in keinem Lehrbuch zu finden waren. Heute ist das Zustandsbild der «nicht-substanzgebundenen Süchte» wissenschaftlich breit anerkannt und dokumentiert. Das Seminarheft zum Thema ist ebenfalls in diesem Handbuch integriert.

SENSIBILITÄT

Noch ein dritter Begriff begegnete mir in den Gesprächen mit meinen Patienten. Sie waren es satt, einfach als krank hingestellt zu werden, pathologisiert in psychoanalytischen Begriffen, systemischen Schuldzuweisungen und christlichen Vorurteilen. Sie litten ernsthaft, waren dem Leben oft nicht gewachsen – aber wie sollte man den gemeinsamen Nenner ihres Leidens benennen, ohne sie abzuwerten oder gar völlig misszuverstehen? Allmählich kristallisierte sich der Begriff der *Sensibilität* heraus, den ich immer wieder hörte: «Ich bin so sensibel!»

Aus dem Riehener Seminar entstand erneut ein Seminarheft, das in diesem Handbuch zu finden ist, und später ein Buch «Der Sensible Mensch – Leben zwischen Begabung und Verletzlichkeit» (übrigens nicht das erste Buch

mit diesem Thema, aber eines, das die wissenschaftlichen Begriffe des 21. Jahrhunderts mit dem jahrtausendealten Leiden unserer Patienten in Einklang brachte).

SEELSORGE: WARUM SIND AUCH GLÄUBIGE MENSCHEN BETROFFEN?

Das Besondere an all diesen Beiträgen ist der konsequente Miteinbezug von Glaubensaspekten und seelsorglichen Ansätzen bei jedem psychiatrisch-psychotherapeutischen Problemkreis. Und das führt uns zurück zur Frage: Warum sind denn gläubige Menschen nicht ausgenommen von seelischen Nöten? Warum finden sich in christlichen Gemeinden so viele Menschen mit psychischen und sozialen Nöten?

Zum einen liegt es daran, dass die christliche Botschaft eine ausdrückliche Einladung an Menschen mit ihren Nöten und Bürden ausspricht. Jesus ruft den Menschen zu: «Kommt her zu mir alle, die ihr mühselig und beladen seid. Ich will euch erquicken!» Dieser Ruf wird gehört – und unzählige Menschen haben inmitten ihrer psychischen Nöte den Trost und die tragende Kraft des Glaubens erfahren.

Doch da ist noch ein Zweites: Wir alle sind unvollkommene menschliche Wesen, anfällig nicht nur für körperliche Schwäche und Schmerz, sondern auch für psychische Leiden, Unsicherheiten, Ängste und in seltenen Fällen auch für schwerere seelische Leiden. Der Glaube allein macht nicht immer glücklich, stark und gesund – auch gläubige Menschen sind

Teil der Vergänglichkeit, und sie sind Mitleidende in der «Gemeinschaft der Schwachen».

Diese Konstellation macht Seelsorge in der Kirche und in den christlichen Gemeinschaften so wichtig.

BURNOUT: AUCH EIN RISIKO FÜR SEELSORGER

Helfen macht müde. Das gilt nicht nur für die Pflege oder für Psychotherapeuten, für Lehrer oder Sozialarbeiter, sondern auch für Pastoren, die sich in der Seelsorge engagieren. So hat eine jüngere Studie in Deutschland gezeigt, dass jeder dritte Pastor einer Freien Evangelischen Gemeinde starke Burnout-Symptome zeigt. *(Edgar Voltmer/Christine Thomas/Claudia Spahn, Spiritualität, Gesundheit und berufsbezogenes Verhalten- und Erlebnismuster von Pastoren der Freien Evangelischen Gemeinden, in: Pastoraltheologie 99, 2010, S. 488–505).* Seelsorger haben also einen Risikoberuf. So sind die einzelnen Teile dieses Handbuches auch für sie geschrieben, um sich besser informieren zu können und zu wissen, wo ihre Möglichkeiten und ihre Grenzen liegen.

BRÜCKEN BAUEN

Es war immer mein Anliegen, Brücken zu bauen – Brücken zwischen der klinischen Psychiatrie und der christlichen Seelsorge, zwischen Fachleuten unterschiedlicher Spezialgebiete, aber auch von kryptischen Fachausdrücken hin zu einer

verständlichen Alltagssprache.

Psychische Störungen lösen immer noch grosse Vorbehalte und Vorurteile aus. So braucht es auch eine Brücke zwischen einfühlbaren (und allzu oft leider auch irrationalen) Ängsten vor ungewöhnlichem Verhalten und dem Anliegen, eine betroffene Person in ihrem Leiden zu verstehen und ihr helfend beizustehen – ohne sie gleich in ihrem Glauben in Frage zu stellen.

MENSCHLICH, FACHLICH, CHRISTLICH

Das Wirken unserer Klinik haben wir unter drei Leitlinien gestellt: MENSCHLICH – FACHLICH – CHRISTLICH. Ich betone immer wieder: «In dieser Reihenfolge!» Wenn ich das Wirken Jesu in den Berichten der Bibel betrachte, so hat er sich in erster Linie von der Not der Menschen zutiefst berühren lassen (vgl. Matthäus 9,36) – das ist auch die Aufgabe von Psychiatrie, Psychotherapie und Seelsorge.

Nur so spüren die Menschen, dass wir ihnen auch wirklich helfen möchten. Und hier ist *Fachwissen* gefragt: Es ist unsere Pflicht, uns auf dem Laufenden zu halten, was «state of the art», also aktueller Stand des Wissens ist. Oft leiden wir darunter, dass es bei den Medikamenten und bei den Therapiemethoden so wenig Fortschritte zu geben scheint – doch auch diese Grenzen müssen wir akzeptieren.

Und schließlich ist da die Basis einer christlichen Grundhaltung. Sie muss nicht immer explizit zur Sprache gebracht

werden. Oft ist es für gläubige Patienten schon eine grosse Ermutigung, dass sie in ihrem Glauben angenommen werden, in seiner ganzen Breite von Schattierungen und Ausprägungen.

WAS BEDEUTET PSYCHIATRIE IN CHRISTLICHER GRUNDHALTUNG?

» Annehmen des Menschen in seiner besonderen religiösen Annahmen- und Wertewelt
» Wertschätzung für stabilisierende Faktoren des persönlichen Glaubens und der Gemeinschafts-Strukturen, in denen ein Mensch Halt sucht.
» Hilfe geben zum Verstehen schwerer psychischer Krisen im Rahmen des Glaubens und der Erkenntnisse wissenschaftlicher Psychiatrie; z.B. Depression trotz Glaube: Beispiele depressiver Verstimmungen in der Bibel; z.B. wahnhafte Verzerrung religiöser Werte in einer Psychose
» Unterstützung der Angehörigen zur Verbesserung des Verständnisses und des Tragens eines schwachen Familienmitgliedes. Sie fördert ein geduldiges und mittragendes Begleiten in der Therapie.
» Wissen um krankmachende Einflüsse fehlgeleiteter und einengender Religiosität und Verzerrung des Gottesbildes. Einfühlsame Aufarbeitung unter Berücksichtigung von Persönlichkeit und ihrem kulturellen Hintergrund. Stärkung der stabilisierenden Anteile einer religiösen Gemeinschaft.
» Ermutigung zur Inanspruchnahme von Hilfe durch ver-

traute Formen seelsorgerlicher Zuwendung: Gebet, geistlicher Zuspruch, Abendmahl (Eucharistie). Zusammenarbeit mit dem Seelsorger.

» Eingestehen persönlicher Grenzen des Erkennens und Verstehens

» Sammeln persönlicher Erfahrungen mit Glauben in seiner positiven, stabilisierenden und in Sinn-Fragen durchtragenden Form.

Ein Zitat von Dietrich Bonhoeffer erscheint mir sehr treffend: *«Das ‚Christliche' ist nicht etwas jenseits des Menschlichen, sondern es will mitten im Menschlichen sein. Das ‚Christliche' ist nicht ein Selbstzweck, sondern es besteht darin, dass der Mensch als Mensch vor Gott leben darf und soll.»*

In diesem Sinne wünsche ich diesem PDF-Buch eine weite Verbreitung und ein segensreiches Wirken für die Verbindung von Psychiatrie, Psychotherapie und Seelsorge.

Dr. med. Samuel Pfeifer, im Dezember 2012

Zum Aufbau des Handbuches

Bitte beachten Sie: Dieses Handbuch gibt es nicht gedruckt, sondern nur digital. Es lässt sich optimal auf einem Tablet-PC lesen. Die einzelnen Teile sind über rund zehn Jahre hinweg geschrieben worden und unterscheiden sich geringfügig in Gestaltung und Aufbau. Thematisch gliedern sie sich in drei Hauptbereiche.

A) GRUNDLAGEN UND AUSLÖSER:

Sensibilität, Stress und Burnout, Schlafen und Träumen, Psychosomatik, Trauma.

B) KRANKHEITEN IM ENGEREN SINNE:

Depression, Ängste, Borderline-Störungen, Zwang und Zweifel, Schizophrenie

C) SOZIALE PHÄNOMENE UND DISKUSSIONSBEREICHE:

Internetsucht, Alternative Medizin

INHALTSVERZEICHNIS

I **TEIL I:**
GRUNDLAGEN, SYMPTOME UND AUSLÖSER SEELISCHER ERKRANKUNGEN

HEFT 1: Wenn Sensibilität zur Krankheit wird
HEFT 2: Stress und Burnout
HEFT 3: Psychosomatik – Wie können wir die Sprache des Körpers verstehen?
HEFT 4: Schlafen und Träumen
HEFT 5: Trauma – Die Wunden der Gewalt

II **TEIL II:**
PSYCHISCHE KRANKHEITEN IM ENGEREN SINNE

HEFT 6: Depression
HEFT 7: Angst
HEFT 8: Borderline-Störungen
HEFT 9: Zwang und Zweifel
HEFT 10: Schizophrenie

III **TEIL III:**
SOZIALE PHÄNOMENE UND SPANNUNGSFELDER

HEFT 11: Internetsucht – Die dunkle Seite des Netzes
HEFT 12: Spannungsfeld Alternativmedizin, Psyche und Glaube

Wenn Sensibilität zur Krankheit wird

Inhalt

Zwei Betrachtungsweisen 2
Sensible Menschen 3
Fragebogen zur Erfassung der Sensibilität 5
Die Rolle der Kindheit 6
Neurosen 8
Das vegetative Nervensystem – Psychosomatik 10
Kennzeichen der Sensibilität (nach Klages) 12
Neue medizinische Begriffe 15
Wann wird Sensibilität zur Krankheit? 17
Persönlichkeit, Charakter, Temperament 18
Persönlichkeitsstörungen 20
Lebensstil und Glaubensstil 25
Konfliktverarbeitung 26
Angst als Hindernis auf dem Weg zum Ziel 27
Abwehr und Bewältigung 28
Sexuelle Störungen und ihre Entstehung 29
Angst und Panik 30
Dysthymie (neurotische Depression) 32
Andere «neurotische» Syndrome 33
Das prämenstruelle Syndrom 34
Wenn der Glaube zum Problem wird 36
Was bringen Medikamente? 38
Psychotherapie — Chancen und Grenzen 39
Reife als therapeutisches Ziel 40
Inspiration durch Bilder 41
Empfehlenswerte Literatur 42

Begabt und verletzlich

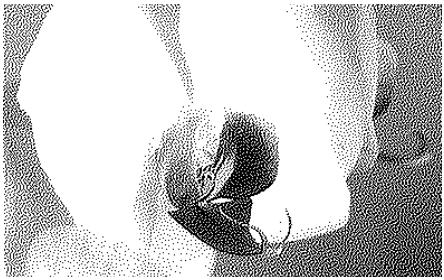
Sensible Menschen sind begabt und belastet. Empfindsamkeit ist ein wertvolles Element der Ganzwerdung des Menschen. Wenn sie aber entgleist, so kann sie zur Übersensibilität werden, die es den Betroffenen schwer macht, das Leben zu geniessen und sich in reifer Weise in Beziehungen einzubringen. Erschöpfbarkeit und Gefühlsschwankungen führen zu inneren Nöten, die andere nur schwer verstehen können. Nicht selten ist auch der Glaube von Ängsten, Depressionen und Zweifeln überschattet.

Über viele Jahrzehnte wurde für eine übermässige Sensibilität der Begriff «Neurose» verwendet. Die Ursachen suchte man in der Kindheit. Häufig wurde die Mutter als engste Bezugsperson an der Erkrankung mitschuldig gemacht. Oft unterschob man auch den Betroffenen selbst, sie suchten einen Gewinn aus ihren Symptomen und seien deshalb nicht an ihrer Heilung interessiert.

«Die erhabene und beklagenswerte Familie der übersensiblen Menschen ist das Salz der Erde.»

Marcel Proust

Diese Sichtweise hat aber oft eine negative Wertung sensibler Menschen und ihrer Angehörigen beinhaltet, die therapeutisch nicht weiterführte. Doch in den vergangenen Jahren haben sich die Auffassungen stark gewandelt. Heute verzichtet man weitgehend auf Deutungen



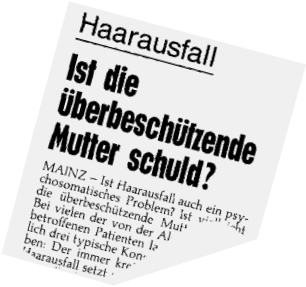
und beschreibt lediglich die Problematik. Man spricht nicht mehr von einer «Angstneurose», sondern von einem Angstsyndrom. Dennoch ist der Neurose-Begriff historisch wichtig und umschreibt ein vielfältiges Spektrum psychischer Störungen.

Sensible Menschen leben oft mit ihren Beschwerden, ohne Hilfe zu suchen. Oft ziehen sie sich zurück und bleiben in keiner Behandlung. Nur 25 Prozent suchten je einen Arzt oder Therapeuten auf. Die Betroffenen sind daher oft einsam und resigniert, gezwungen, ein Leben mit engen Grenzen zu führen, angewiesen auf die Betreuung durch Angehörige, Freunde, Seelsorger.

Dieses Seminarheft wird Sie bekannt machen mit aktuellen Sichtweisen in der heutigen medizinischen Psychologie. Es ist mein Anliegen, Verständnis zu wecken für diejenigen, die seelisch und psychosomatisch leiden. Mögen die Informationen die Grundlage legen, diese Menschen besser verstehen und begleiten zu können.

Dr. med. Samuel Pfeifer

Zwei Betrachtungsweisen


Haarausfall

Ist die überbeschützende Mutter schuld?

MAINZ – Ist Haarausfall auch ein psychosomatisches Problem? Ist
die überbeschützende Mut
Bei vielen der von der Al
betroffenen Patienten l
lich drei typische Kon
ben: Der immer kr
Haarausfall setzt

ANALYTISCH-DYNAMISCH-PATHOGENETISCH

- Beziehungs– und Motivationsmuster
- (negative) Rolle der Mutter
- (unbewusste) Konflikte
- sexuelle Triebkonflikte in der Kindheit als Ursache
- Abwehrreaktionen auf Beziehungsängste
- Bedeutung der Symptome
- Erkrankungsgewinn oder -funktion

GEFAHR: Vokabular oft kausal, «weil – darum» – Hineininterpretieren ohne ▶ ausreichende Grundlage und ohne Bezug zur aktuellen Lebenssituation

IN DER SEELSORGE: Grundfrage: wo ist die Ursache? – Wo liegt die okkulte Belastung? – Welche Sünde ist noch nicht bereinigt? – Welche unbewusste Verletzung aus der Kindheit hat noch Macht über den Patienten?

SYNDROMAL - BESCHREIBEND

- körperliche und psychische Symptome
- Auswirkung auf Befinden und Leistungsfähigkeit
- aktuelle Lebenssituation
- ausserordentliche Belastungen (Stress)
- konflikthafte Beziehungsmuster

bewusster Verzicht auf Kausalzusammenhänge, Ernstnehmen der Lebensumstände des Betroffenen, Ernstnehmen in der existenziellen Not, die durch die vegetativen und psychischen Symptome entsteht.

GEFAHR: Reine Symptombeschreibung ohne Zusammenhang mit Lebensgeschichte und innerer Verarbeitung.

IN DER SEELSORGE: Grundfrage: Wie kann ich diesen Menschen begegnen, ohne ihn bereits zu richten? – Welches sind seine Nöte? – Wo sind seine Möglichkeiten und Stützen? – Wo kann er selbst durch innere und äussere Veränderungen zur Verbesserung der Situation beitragen? – Wo sind seine Grenzen?

Warum die Suche nach Ursachen oft nicht weiterhilft

Die Suche nach Ursachen führt oft dazu, dass man den Menschen und ihren Angehörigen letztlich eine Schuld an ihrem Leiden gibt, auch wenn man das vielleicht nicht will. Es kommt zu einer negativen Wertung, die therapeutisch in eine Sackgasse führt. Wenn man nur das Krankmachende betont, verliert man die stützenden Anteile (z.B. der Familie) aus dem Gesichtsfeld. Heute strebt man deshalb eine umfassende Beschreibung der Problematik an, die weitgehend auf Wertungen verzichtet.

Sensible Menschen

MARILYN MONROE

Erfolgreiche Schauspielerin und Sexsymbol, innerlich voller Ängste, häufige depressive Verstimmungen, zunehmend medikamentenabhängig; als sie an einer Überdosis starb, hatte sie noch den Telefonhörer in der Hand.

PRINZESSIN DIANA

Die unvergessliche «Rose von England» hatte ein weiches Herz, liebte die Menschen und wurde in den Zwängen des Hofes nicht glücklich. Wegen ihrer Verstimmungen suchte sie bei vielen Therapeuten Hilfe.

YVES SAINT LAURENT

Einer der bekanntesten Modeschöpfer der Welt, enorm kreativ und doch völlig vereinsamt. «Mein einziger Begleiter ist die Angst.»

HENRI J.M. NOUWEN

Der bekannte Professor für Spiritualität kam seelisch immer wieder an seine Grenzen. Mit etwa 50 stieg er aus einer glanzvollen Karriere aus um in einer kleinen Gemeinschaft von behinderten Menschen mitzuleben und sein Leben mit ihnen zu teilen.

VINCENT VAN GOGH

Kaum ein Maler konnte die Natur so sensibel wahrnehmen und eindringlich auf die Leinwand bannen. Wurde einmal als «Persönlichkeit mit leicht erregbaren Affekten» beschrieben.

Sensibilität – Gabe und Last

BEISPIEL

«ICH BIN SENSIBEL» – POSITIV

- feinfühlig
- intensives Empfinden
- tiefes Wahrnehmen und Erleben
- angesprochen von der Schönheit in Natur, Kunst, Musik, Dichtung, Film und Beziehungen
- nicht unberührt vom Leid anderer Menschen
- sensitiv für das Übernatürliche

BEISPIEL

«ICH BIN SENSIBEL» – NEGATIV

- überempfindlich
- verletzlich / vulnerabel
- liest (und spürt) zwischen den Zeilen
- denkt zuviel nach
- introvertiert und schüchtern
- ängstlich
- nicht belastbar / keine Reserven
- schnell an meinen Grenzen
- mir kommt alles zu nah
- ich kann mich nicht wehren
- oft von Eindrücken so überwältigt, dass ich nichts mehr sagen kann
- ich lese zuviel in jedes Verhaltens des Gegenübers hinein und verarbeite es negativ
- Neigung zur Überreaktion
- rasch gereizt, verstimmt
- körperlich rasch erschöpft
- Gefühle schlagen mir rasch auf den Magen etc.

Diskussion

Tragen Sie in Gruppen von ca. vier Personen weitere Beispiele für das Erleben von Sensibilität zusammen!

Positive Aspekte der Sensibilität: .....

.....

.....

.....

.....

.....

Negative Aspekte der Sensibilität.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fragebogen zur Erfassung der Sensibilität

	AUSSAGE
1.	Ich nehme feine Veränderungen in meiner Umgebung wahr.
2.	Die Stimmungen anderer Menschen beeinflussen mich.
3.	Ich reagiere eher empfindlich auf körperlichen Schmerz.
4.	Ich habe an geschäftigen Tagen das Bedürfnis, mich zurückzuziehen – entweder in ein dunkles Zimmer oder an einen anderen Ort, wo ich allein sein kann.
5.	Auf Koffein reagiere ich heftiger als viele andere Menschen.
6.	Ich fühle mich schnell überwältigt von Dingen wie grellen Lichtern, starken Gerüchen, rauhen Textilien auf meiner Haut oder Sirenen (Polizei, Krankenwagen) in meiner Nähe.
7.	Laute Geräusche bereiten mir Unbehagen.
8.	Kunstvolle Musik bewegt mich tief.
9.	Manchmal liegen meine Nerven derart blank, dass ich nur noch alleine sein möchte.
10.	Ich bin ein gewissenhafter Mensch.
11.	Ich bin schreckhaft.
12.	Es bringt mich leicht aus der Fassung, wenn ich in kurzer Zeit viel erledigen muß.
13.	Wenn andere Menschen sich in einer Umgebung unwohl fühlen, weiß ich eher als manch andere, was notwendig ist, um Wohlbefinden herzustellen (z.B. durch eine Veränderung der Beleuchtung oder der Sitzordnung).
14.	Ich werde ärgerlich, wenn man von mir erwartet, zu viele Dinge gleichzeitig zu tun.
15.	Ich gebe mir grosse Mühe, Fehler zu vermeiden oder nichts zu vergessen.
16.	Fernsehsendungen und Spielfilme mit Gewaltszenen meide ich.
17.	Ich fühle mich unangenehm erregt, wenn sich um mich herum viel abspielt.
18.	Hungergefühle stören nachhaltig meine Konzentration und beeinträchtigen meine Stimmung.
19.	Veränderungen in meinem Leben treffen mich sehr heftig.
20.	Ich bemerke und genieße feine Düfte, Geschmäcker, Klänge oder Kunstwerke.
21.	Ich empfinde es als unangenehm, wenn ich mich mit mehreren Dingen gleichzeitig beschäftigen muß.
22.	Für mich ist es sehr wichtig, mein Leben so zu organisieren, dass ich Situationen vermeide, in denen ich mich ärgern muß oder die mich überwältigen.
23.	Laute Geräusche, chaotische Szenen und ähnlich starke Reize stören mich.
24.	Wenn ich mit anderen Menschen konkurrieren muß oder beobachtet werde, während ich eine Aufgabe erfülle, macht mich das so nervös und unsicher, dass ich weitaus schlechter abschneide als ich eigentlich könnte.
25.	Als Kind haben meine Eltern und Lehrer mich als sensibel oder schüchtern angesehen.

Hinweise zur Auswertung: Seite 7

Die Rolle der Kindheit

In der Abbildung auf Seite 16 wird die Kindheit unter den weiteren Begriff «Psychosoziales Umfeld» gefasst. Damit wird angedeutet, dass die Kindheit allein nicht ausreicht, um spätere Ängste, Hemmungen und Depressionen zu erklären. Dennoch ist die Kindheit natürlich eine wesentlich prägende Zeit für das spätere Leben. Erfährt ein Kind Geborgenheit und Förderung, so wird die Basis für die Entwicklung von Selbstvertrauen und Sicherheit im Leben gelegt.
Muss es aber Ablehnung, Abwertung und Lieblosigkeit erleben, so kann es gerade bei sensiblen Kindern zu schweren seelischen Wunden kommen. Dennoch begegnen uns immer wieder übersensible oder «neurotische» Menschen, die eine geordnete Kindheit ohne traumatische Erfahrungen hatten. So muss man mit dem Umkehrschluss: «Wenn jemand neurotisch ist, dann ist die Mutter schuld!» ausserordentlich vorsichtig sein.

LITERATUR: U. Nuber: Der Mythos vom frühen Trauma. Über Macht und Einfluss der Kindheit. Fischer, Frankfurt. — A. Pfeifer: Mütter sind nicht immer schuld. SCM-Brockhaus, Haan.

SIMON IST HOCHSENSIBEL

«Simon kam in der Primarschule einfach nicht zurecht. Die Schulpsychologin stellte fest, dass Simon hochsensibel sei. Bereits kleine Unstimmigkeiten riefen bei ihm körperliche Leiden wie Migräne und Asthma hervor. Um im Unterricht bestehen zu können, brauche er eine geordnete Tagesstruktur mit Mittagstisch und Aufgabenbetreuung. Ausserdem sei der Musikunterricht sehr wichtig. Das Klavier helfe ihm, Stress abzubauen.
Die Schulpsychologin kam zum Schluss, dass Simon in einer staatlichen Schule nicht bestehen kann.» Die Eltern schickten ihn deshalb an eine freie Schule, wo sich sein Gesundheitszustand deutlich verbessert hat.

(aus einer Zeitungsmeldung)

FRÜHE UNTERSCHIEDE

Studien zeigen, dass es ***schon in den ersten Tagen*** unterschiedliche Verhaltensmuster bei Neugeborenen gibt (z. B. Saugverhalten beim Wechsel von normalem Wasser zu gesüsstem Wasser = neuer Stimulus); zwei Jahre später erwiesen sich diejenigen Kinder, die am stärksten reagiert hatten, auch am sensibelsten der ganzen Gruppe.

GEHEMMTE KINDER haben eine intensivere Reaktion vom limbischen zum sympathischen Nervensystem als ungehemmte Kinder. Ihre Reaktion auf Ungewohntes ist schon mit 3 Jahren Zurückhaltung, Vermeiden, Verstummen und manchmal Weinen.
Ungehemmte Kinder «beginnen das Leben mit einer Physiologie, die es ihnen leichter macht, spontan, entspannt und eifrig im Erkunden von neuen Situationen zu sein.»

LITERATUR: Kagan J.: Die drei Grundirrtümer der Psychologie. Beltz.

NEUE ENTDECKUNGEN DER GENETIK

Stichwort «Epigenetik»: Entgegen früheren Vorstellungen eines stabilen genetischen Codes gibt es heute Hinweise auf einen prägenden Einfluss von Traumata, die zur Veränderung der Genexpression führen.

LITERATUR: Murgatroyd C & Spengler D (2011). Epigenetics of early child development. Frontiers in Psychiatry 2:1-15. - Nestler E (2011). Hidden Switches in the Mind. Scientific American, December 2011, 57-63. Paslakis G et al (2011). Epigenetische Mechanismen der Depression. Nervenarzt 82:1431–1439.

Vulnerabilität – Das weiche Wachs der Seele

SENSIBILITÄT IST EIN BILD FÜR DAS WEICHE WACHS DER SEELE, IN DER SCHON JEDE ZUFÄLLIGE BEWEGUNG SPUREN HINTERLÄSST UND JEDER SCHLAG TIEFE SCHRUNDEN REISST, EIN BILD FÜR DIE INTENSITÄT DER GEFÜHLE UND DIE VERLETZLICHKEIT DES EMPFINDENS.

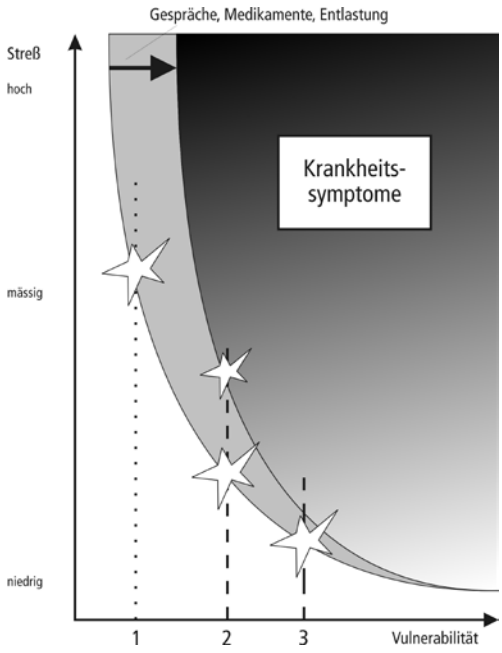
Vulnerabilität bedeutet Verletzlichkeit, eine erhöhte Anfälligkeit für das Auftreten von Krankheitssymptomen (wie z.B. Ängste, Herzklopfen, Schlafstörungen etc.). Je höher der Stress, desto eher treten Symptome auf.

Linie 1 zeigt eine niedrige Vulnerabilität: Es braucht einige Belastungen, bis es zu Symptomen kommt.

Linie 3 zeigt eine hohe Verletzlichkeit: Schon kleine Stressoren (ein leichter Vorwurf, Angst vor Überforderung) führen zu vermehrten Symptomen.

Durch Medikamente, Reizabschirmung und Gespräche kann die Vulnerabilitätsgrenze verschoben werden (Pfeil).
Unter diesem Schutz hält eine vulnerable Person deutlich mehr Stress aus.

Linie 2 zeigt aber, dass es (bei einer mittleren Vulnerabilität) unter allzu hohem Stress trotzdem noch zu einem Rückfall kommen kann. Deshalb müssen Patienten angeleitet werden, wie sie Stress und erste Symptome erkennen können, um einem Rückfall vorzubeugen.



HILFE ZUR VORBEUGUNG

Das Vulnerabilitätskonzept ist eine der wichtigsten Grundlagen für die Anleitung von Betroffenen, wie sie Rückfälle vermeiden können.

LITERATUR:

Schmidt-Degenhardt M. (1988): Disposition – Vulnerabilität – Verletzlichkeit. Der Nervenarzt 59:573–58.

Hinweise zur Auswertung des Sensibilitätsfragebogens auf Seite 5:

Wenn Sie 12 oder mehr Fragen mit Ja beantworten, so haben Sie wahrscheinlich eine sensible Grundstruktur. Allerdings ist der Test nicht ein exaktes Messinstrument, sondern eher eine Hilfe, diejenigen Erfahrung zu beschreiben, die zur Sensibilität gehören.

Quelle: Mit freundlicher Genehmigung von Elaine Aron. Deutsche Version veröffentlicht in «Psychologie Heute» 7/2000, S. 63

Neurosen

GESCHICHTLICHE STREIFLICHTER

Cullen (1777): erstmalige Verwen-dung des Begriffs «Neurose» für die Gesamtheit der Erkrankungen des Nerven-systems.

19. Jh.: Namensgebung nach dem vermeintlichen Sitz der Erkrankung: «Herzneurose», Hysterie (Gebärmutter), Hypochondrie (Magen-Darm-Kanal) – heute bekannt als psychosomatische Syndrome.

20. Jh.: geprägt durch Sigmund Freud: Eine Neurose ist eine psychisch bedingte Gesundheitsstörung, deren Symptome unmittelbare Folge oder symbolischer Ausdruck eines krankmachenden seelischen Konfliktes sind, der unbewusst bleibt. Die Wurzeln sind in der Kindheit und im Fehlverhalten der Eltern zu suchen.

DEFINITION DER NEUROSEN

Neurosen sind psychische Störungen, die sich in bestimmten Symptomen – Angst, Zwang, traurige Verstimmung, übermässige Sensibilität – oder in bestimmten Eigenschaften – Hemmung, Selbstunsicherheit, Gefühlsschwankungen, innerer Konflikthaftigkeit – äussern. Der Wirklichkeitsbezug ist im allgemeinen intakt. Gestörte Gedanken und Gefühle gehen oft einher mit körperlichen Funktionsstörungen. Das Verhalten verletzt gewöhnlich die Normen der Umgebung nicht aktiv, doch kann es die Leistungsfähigkeit herabsetzen und zu Beziehungsstörungen führen.

Im weitern gelten folgende Grundregeln:

- die Symptome treten ohne Behandlung anhaltend oder phasenweise auf
- die Symptome sind nicht eine vorüberhende Reaktion auf eine Belastung.

Bei den meisten Neuroseformen lässt sich keine organische Ursache im engeren Sinne nachweisen, doch gibt es Hinweise auf genetische Faktoren und Stoffwechselstörungen im Gehirn — (nach Tölle)

HÄUFIGKEIT

etwa 10 Prozent der Bevölkerung leiden (nach alter Diagnostik) an einer Neurose, etwa 20 Prozent an einer Persönlichkeitsstörung.

Frauen sind deutlich häufiger betroffen als Männer.

Soziale Schicht: starke Häufung in der «Unterschicht», aber leichtere Störungen auch in mittleren und höheren Schichten häufig.

Familienstand: Häufigkeit neurotisch-psychosomatischer Störungen: Geschiedene 18,3 %; Verwitwete 15,6 %; Verheiratete 10,9 %; Ledige 8,8 %.

Zehn häufige Vorurteile

1. Alle Menschen leiden in irgendeiner Form an einer Neurose.

2. Neurosen sind keine Krankheit, sondern fehlgeleitete Verhaltensmuster, für die der Betroffene letztlich auch Verantwortung trägt.

3. Der Neurotiker versucht mit seinen Symptomen einen (vielleicht unbewussten) Vorteil zu erreichen.

4. Neurosen entstehen in der frühen Kindheit. Die Ursachen liegen hauptsächlich in Erziehungsfehlern der Mutter.

5. Neurotiker haben ein (verdrängtes) sexuelles Problem.

6. Christen sind neurotischer als Nicht-Christen. Ihre Neurosen entstehen durch den bedrückenden Einfluss ihres Glaubens bzw. durch die Kirche («ekklesiogen»).

7. Neurotische Menschen sind unfähig, etwas Rechtes zu leisten oder eine befriedigende Beziehung aufzubauen.

8. Neurosen lassen sich durch Psychotherapie heilen.

9. Wenn sich ein neurotischer Mensch nur frei machen würde von den Anforderungen und Bindungen seiner Umwelt, dann könnte er sich selbst verwirklichen.

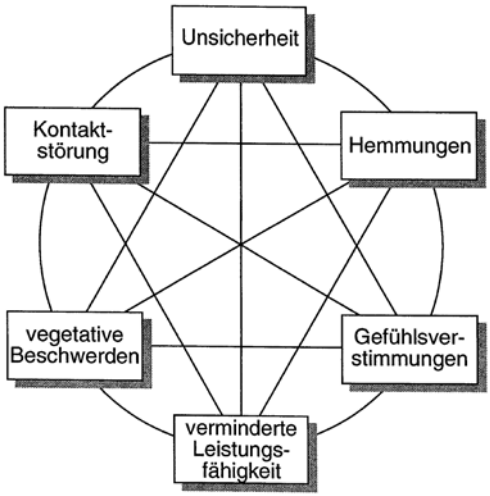
10. Wenn ein neurotischer Christ nur richtig glauben würde, dann könnte er von seinen Komplexen und Ängsten frei werden.

GEMEINSAME EIGENSCHAFTEN SENSIBLER (ODER NEUROTISCHER) MENSCHEN

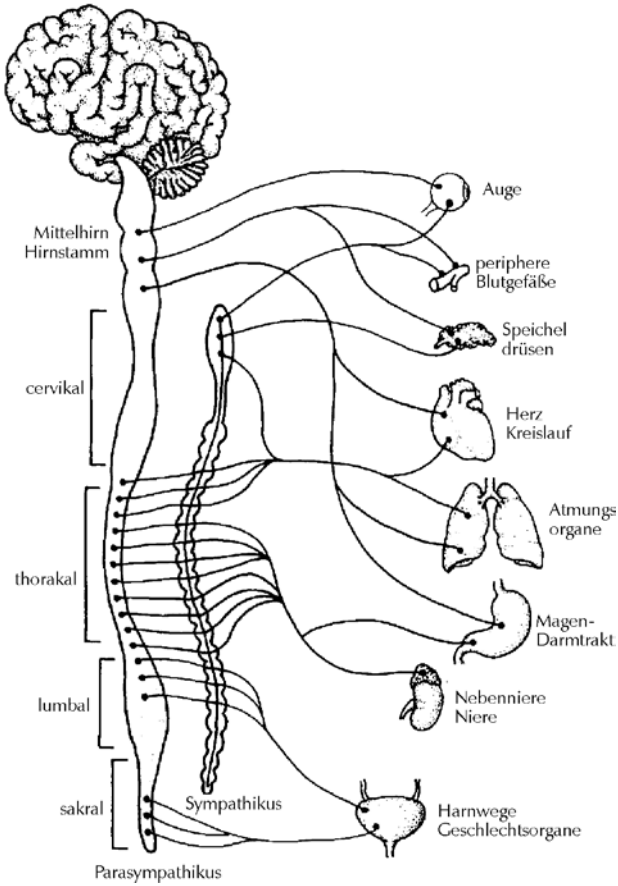
In Untersuchungen an übersensiblen Menschen hat sich immer wieder gezeigt, dass sie sechs Eigenschaften gemeinsam haben (vgl. Abbildung). Wenn diese dazu führen, dass ein Mensch

- ***in seiner Lebensfreude (Genussfähigkeit),***
- ***in seiner Beziehungsfähigkeit und***
- ***in seiner Leistungsfähigkeit***

eingeschränkt wird, dann wird Sensibilität zur Krankheit.



Das vegetative Nervensystem



Das vegetative oder unwillkürliche Nervensystem begleitet alle Blutgefässe, Muskeln, Drüsen und inneren Organe und reguliert deren Funktion mit Hilfe von Hormonen. Besonders wichtig ist dabei die sogenannte Stressachse: Das Gehirn löst via Hypothalamus und Hypophyse die Ausschüttung von Stresshormonen in der Nebenniere und an den Endigungen der Nerven aus. Dadurch kann es zu raschen Veränderungen kommen, aber auch zu langfristigen Störungen der Funktion. Diese nennt man dann

psychosomatische Störungen.

ÜBUNG

Tragen Sie anhand der obigen Zeichnung verschiedene psychosomatische Störungen zusammen!

.....

.....

.....

.....

.....

Funktionelle Störungen

BEFINDENSSTÖRUNGEN OHNE ORGANISCHEN BEFUND werden als funktionelle Störung bezeichnet. Zu den häufigsten gehören Magen-Darm-Beschwerden (vgl. Abbildung). Etwa 15 – 20 Prozent der Bevölkerung leiden daran.

Die Beschwerden reichen von Unpässlichkeit bis zu schwerem Leiden. Sie schränken also die Lebensqualität oft empfindlich ein, nicht selten führen sie auch zu Arbeitsausfällen.

Schliesslich können die Beschwerden auch negativ auf Beziehungen wirken: Wer z.B. unter Magenkrämpfen leidet, ist oft so auf sich selbst geworfen, dass er nicht mehr auf die Wünsche und Erwartungen anderer eingehen kann. Oft treten die Beschwerden auch in angespannten Beziehungen auf.

Damit wird Sensibilität zur Krankheit. Es entsteht ein zerstörerischer Kreislauf: die funktionellen Beschwerden führen zu vermehrter Angst bzw. Depression. Diese ziehen wieder eine körperliche und psychische Verspannung nach sich.

IN ANDEREN KULTUREN werden psychosomatische Störungen als Beschreibung für Ängste und Depressionen verwendet. («Es tut überall weh — ich fühle mich schwach, obwohl ich nicht arbeite — Schwächegefühl oder Brennen in der Herzgegend — Druck auf der Brust — als ob der Kopf zerspringen würde» etc.) Schöne Beispiele finden sich auch in den Psalmen.

BEISPIEL

«Letzthin hatte ich Streit mit meiner Mutter. Ständig kritisiert sie mich, weil ich meine Kinder nicht richtig erziehe. Ihre Vorwürfe tun mir weh. Ich werde verspannt und kann nicht mehr richtig schlafen. Mein Magen krampft sich zusammen und ich fühle mich ständig gebläht.»

Der sensible Mensch

Unter diesem Titel veröffentlichte der frühere Aachener Psychiatrie-Chefarzt Prof. Dr. Wolfgang Klages 1978 ein faszinierendes kleines Buch. Es folgen einige wesentliche Leitgedanken daraus.

Sensible Menschen führen ein Eigenleben zwischen Normalpsychologie und Psychopathologie; sie überschreiten das psychologisch Verstehbare, aber erreichen nicht den Grad einer psychischen Krankheit im engeren Sinne.

SENSIBLE WAHRNEHMUNG

als Auslöser für intensive Gefühle und Reaktionen (nach Klages)

GERUCHSSINN: Geruch (z.B. frische Wäsche oder Krankenhausgeruch) ruft intensive Gefühle, Erinnerungen wach, die die Person als Ganzes stark beschäftigen; aber auch: «Ich kann dich nicht riechen.» Enge Koppelung zwischen Sinneswahrnehmung und Gefühlen. «Jeder Geruch ist die Überschrift eines Lebenskapitels».

GESCHMACKSEMPFINDUNG: «Den süssen, fast bitteren Geschmack von Honig vertrage ich nicht. Er lähmt geradezu meine Zunge und ich empfinde den Geschmack so intensiv, dass es mich quält.» (Proust)

GEHÖRSSINN: übermässige Lärmempfindlichkeit: selbst leise Geräusche werden als ständige Lärmbelästigung bis zum physischen Schmerz erlebt. Aber auch im übertragenen Sinne: «Sie hört das Gras wachsen.»

GESICHTSSINN: intensives Erleben von Farben und Formen; Farben lösen oft intensivste Assoziationen aus (rot = Blut!)

TASTSINN: so wichtig für Kontaktaufnahme (z.B. Zärtlichkeiten); Unterschiede: Empfindung von Seide oder Frotteetuch auf der Haut.

SYNÄSTHESIEN: Das Hinüberwirken von Sinneseindrücken in andere Sinnesgebiete: Malerei von Chagall löst das innere Hören von Bach-Musik aus.

SCHRECKREFLEX: Übermässige Reaktion (Zusammenzucken, Aufspringen, Schreckensschrei, ZIttern) auf Geräusche, Licht, Berührung.

ANMERKUNG: Bereits 1945 veröffentlichte der Arzt Dr. E. Schweingruber ein Büchlein mit dem Titel «Der sensible Mensch» (Rascher Verlag Zürich)

WEITERE BESONDERHEITEN

EMPFINDLICHKEIT: «Wegen eines härteren Wortes konnte er die ganze Nacht über schluchzen» (Proust). Von diesen Empfindlichkeiten gegenüber einem unglücklichen Wort sind die Sensiblen meist selbst sehr gequält. Sie können nicht «abschalten» und gelten deshalb oft als nachtragend.

RINGEN MIT WORTEN: «Man kann das Wort nicht wieder einfangen, es ist sozusagen verloren und ich kann es nicht wieder einfangen.» Im Ringen um das richtige Wort entsteht oft eine abgehackt-unsicher wirkende Sprechweise, bis zum Verstummen.

ERSCHÖPFBARKEIT: Sensible Menschen leiden unter einer deutlich erhöhten Ermüdbarkeit. «Durch die vielen Eindrücke des Tages bin ich abends so kaputt, dass ich froh bin, wenn ich mich zurückziehen kann. Ich kann dann auch kein Fernsehen mehr sehen. Ich bin froh, wenn die Dämmerung eintritt.»

VERSTIMMUNGEN: Die Stimmungslage ist deutlich störanfälliger, labiler, verletzbarer. Es kann ein rascher Stimmungswechsel einsetzen, der für Aussenstehende nur schwer nachvollziehbar ist. Oft werden die Betroffenen als «launisch» erlebt.

KÖRPERGEFÜHLE werden oft sehr intensiv und eigenartig wahrgenommen und blockieren das normale Empfinden. Beispiel Franz Kafka: er empfand «eine Spannung, die sich mir über die linke Schädelhälfte öfters legt, die sich wie ein innerer Aussatz anfühlt.»

SEXUALITÄT: auf der einen Seite grosse Erlebnistiefe; auf der andern Seite Störungen des Sexualverhaltens, die aus mangelndem «Sich-Fallen-Lassen», Unsicherheit und Zaghaftigkeit entstehen. vgl. auch S. 29

EKEL: wird von sensiblen Menschen oft besonders intensiv wahrgenommen. Gerüche oder äussere Merkmale anderer Menschen können zu intensiver Abneigung führen. Daraus resultiert eine Kontaktstörung, die rational nicht einfühlbar ist.

Moderne Syndrome

CHRONIC FATIGUE SYNDROME (CFS)
Ein Syndrom mit andauernder Müdigkeit, die die körperliche und psychische Funktion beeinträchtigt und die Leistungsfähigkeit (beruflich und privat) herabsetzt.

MULTIPLE CHEMICAL SENSITIVITY (MCS) inkl. vermutete Krankheiten durch Amalgam und Elektrosmog (z.B. von Handys)

SICK BUILDING SYNDROME (SBS)
Erschöpfung durch vermutete giftige Ausdünstungen von Kunststoffen, Baumaterialien, Farben etc.

PARANORMALE SENSITIVITÄT

Bei sensiblen Menschen ist «eine besondere Aufgeschlossenheit für sensible Eindrücke und Empfindungen aus parapsychologischen, esoterischen Bereichen zu beobachten, allerdings bei absolut kritischer Distanz und Erhaltung des Realitätsgefühls.»
«Zweifellos ist es von der blossen Aufgeschlossenheit bis zu echten parapsychologischen Fähigkeiten noch ein weiter Schritt.»

BEISPIEL: Eine sehr künstlerisch begabte Frau verliert ihre 31-jährige Tochter durch ein Krebsleiden. Sie erzählt: «Wir hatten vor ihrem Tod eine intensive Zeit des Abschiednehmens. Sie ist zwar nicht mehr da, aber ich habe oft den Eindruck, ich spüre ihre Nähe in der Wohnung, als wäre ihr Geist unsichtbar in meiner Nähe.»

	ALTE SYSTEME	ICD-10	DSM-IV
DEPRESSIVE STÖRUNGEN	Neurotische Depression	Anhaltende affektive Störungen: – Zyklothymie – Dysthymia	Affektive Störungen: – Dysthyme Störung
ANGST-STÖRUNGEN	Angstneurose Phobie	Phobische Störungen: – Agoraphobie mit/ ohne Panikstörung – soziale Phobie – isolierte Phobien Sonstige: – Panikstörung – generalisierte Angst-störung – Angst u. Depression gemischt	Angststörungen: – Panikstörung mit / ohne Agoraphobie – Soziale Phobie – Posttraumatische Belastungsstörung – generalisierte Angst-störung
ZWANGS STÖRUNGEN	Zwangsneurose	Zwangsstörung – mit Zwangsgedanken – mit Zwangshand-lungen	OCD Obsessiv-Compulsive Disorder (Zwangsstö-rung)
WEITERE FORMEN DER NEUROSEN	Hysterische Neurose Neurotisches Deperso-nalisationssyndrom Hypochondrische Neur. Körperliche Funktions-störungen psychi-schen Ursprungs Neurasthenie	Reaktionen auf schwere Belastungen: – Akute Reaktion – posttraumatische Belastungsstörung – reaktive Störungen mit Depression und Angst Dissoziative Störungen (Konversations-störungen) Somatoforme Störungen Neurasthenie	Anpassungsstörungen – mit Depression – mit Angst Dissoziative Störungen Somatoforme Störungen
PERSÖN-LICHKEITS-STÖRUNGEN	Paranoide P. Schizoide P. Soziopathische P. Erregbare P. Hysterische P. Anankastische P. Asthenische P. Zyklothyme P.	Paranoide P. Schizoide P. Dissoziale P. Emotional instabile P. – impulsiver Typus – Borderline-Typus Histrionische P. Zwanghafte P. Ängstlich-vermeidende P. Abhängige P.	Paranoide P. Schizoide P. Schizotypische P. Antisoziale P. Borderline-P. Histrionische P. Zwanghafte P. Selbstunsichere P. Dependente P. Passiv-aggressive P. Narzisstische P.

Neue Begriffe

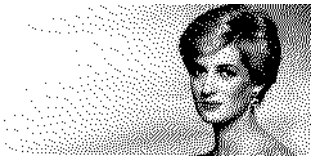
Der Begriff «Neurose» ist zwar heute in der Psychiatrie nicht mehr aktuell, aber die Probleme bestehen nach wie vor.

ANDERE BEGRIFFE

- **Subklinische Störungen**
- **Atypische Depression**
- **Maskierte Depression**
- **Subsyndromale Störung**
- **Spectrum Disorders**
- **Subthreshold Disorders**
- **Psychovegetative Dystonie**

KENNZEICHEN

- Die Kriterien für eine klassische Störung sind nicht voll erfüllt
- Zeitlich begrenzte oder isolierte Symptome, verbunden mit einer depressiven Verstimmung
- führen zu einer deutlichen Einschränkung in Beziehungen, im Beruf oder anderen wichtigen Lebensbereichen
- Es entstehen «emotional aufgeladene Beziehungen» mit der Gefahr der Abhängigkeit.

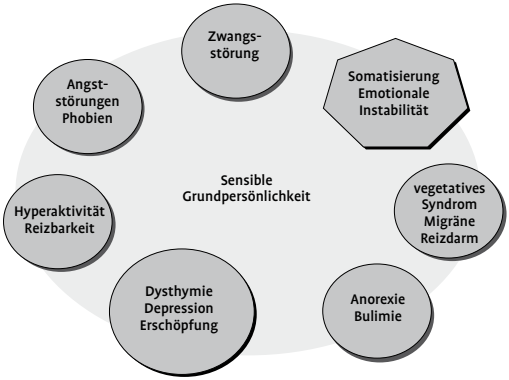


BEISPIEL DIANA

Prinzessin Diana litt an vielfältigen seelischen und psychosomatischen Beschwerden und suchte unzählige Ärzte, Psychotherapeuten und Alternativheiler auf.

Aus ihrer Biographie sind folgende Probleme bekannt: starke Stimmungsschwankungen, Depressionen, Suizidversuche, Essstörungen, Ängste, seelische Abhängigkeit.

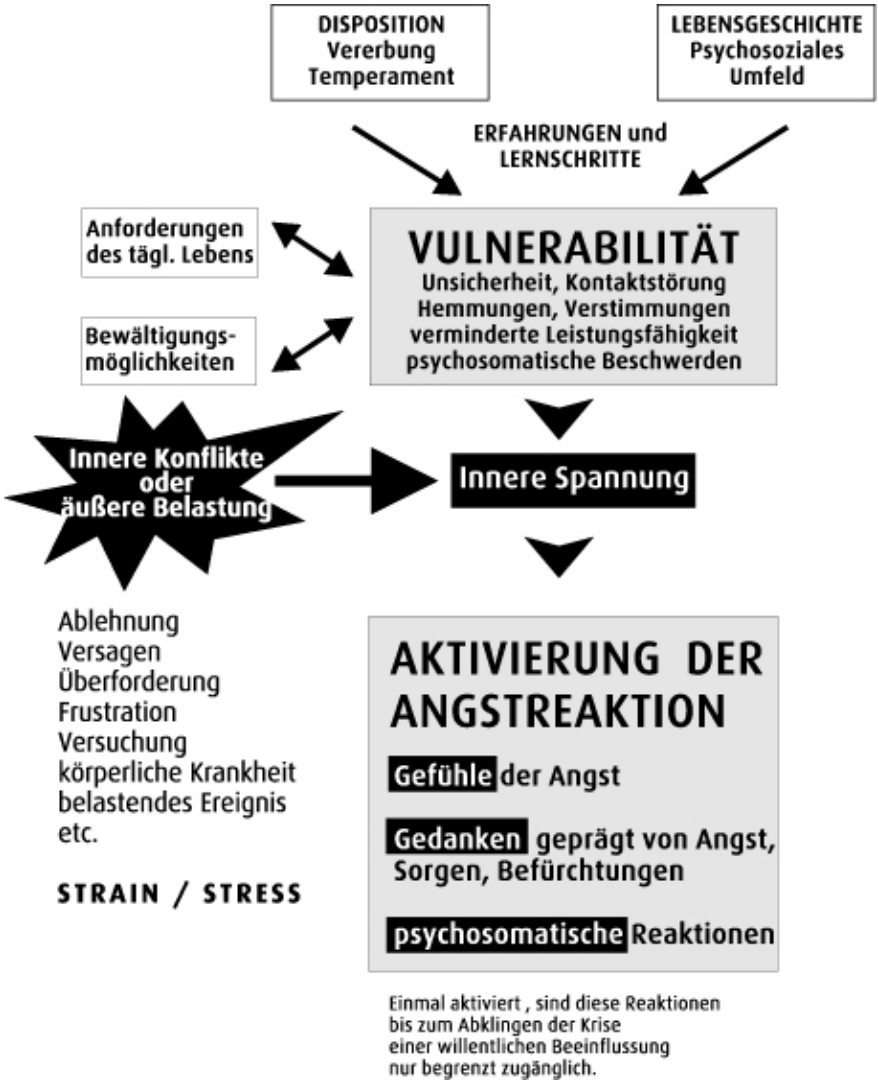
LITERATUR: S.B. Smith (1999). Diana in search of herself. Portrait of a troubled princess. New York: Times Books.



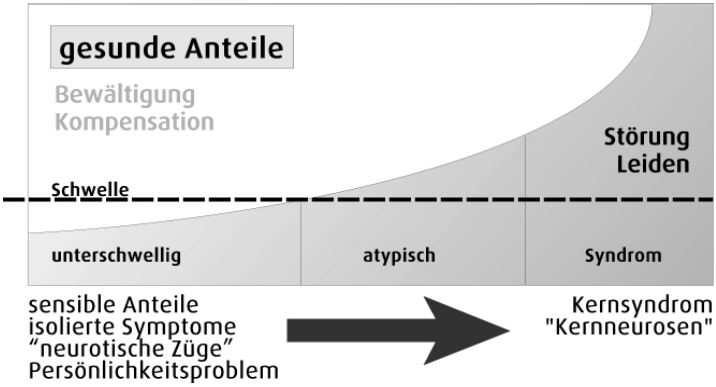
Spectrum Disorders

Studien haben gezeigt, dass eine Angststörung oder eine Depression nur ganz selten in «reiner» Form auftritt. Fast immer findet sich bei der gleichen Person eine Palette von anderen Problemen. Aus diesem Grund spricht man deshalb heute von **«Spectrum Disorders»**.
Medikamente gegen Depressionen führen deshalb oft auch zu einer Verbesserung bei anderen Störungen des Spektrums (vgl. S. 38).

Wie entstehen sensible Syndrome / Neurosen?



Wann wird Sensibilität zur Krankheit?



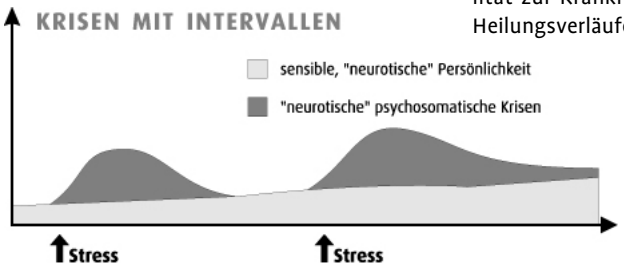
In der Literatur spricht man von einer **«SCHWELLE»** (engl. threshold). Solange eine Person mit ihren Kräften die Aufgaben meistert, die an sie herangetragen werden, solange ist die Sensibilität «unterschwellig».

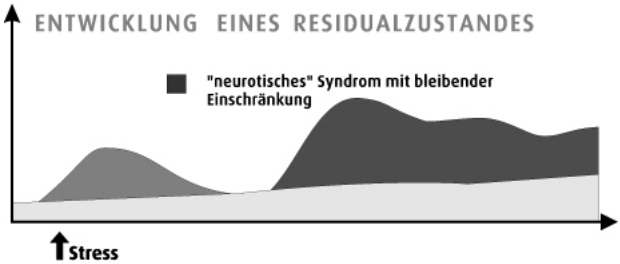
Sensibilität wird dann zur Krankheit, wenn folgende Lebensbereiche beeinträchtigt sind:

- **GENUSSFÄHIGKEIT**
- **BEZIEHUNGSFÄHIGKEIT**
- **LEISTUNGSFÄHIGKEIT**

Verlaufsformen

Wenn bei einem Menschen eine neurotische Störung auftritt, wenn also die Sensibilität zur Krankheit wird, so gibt es folgende Heilungsverläufe:





20 PROZENT HEILUNG:
einmalige Krise

60 PROZENT BESSERUNG:
mehrfache Krisen, allmähliche Abflachung

20 PROZENT CHRONIFIZIERUNG:
langdauernder Verlauf mit deutlicher Einschränkung des ganzen Lebens

Persönlichkeit

DEFINITIONEN

Persönlichkeitszüge sind überdauernde
– Muster der Wahrnehmung
– Muster des Beziehungsstils
– Muster des Denkens über die Umwelt und über sich selbst

Aus diesen drei Haupt-Elementen entsteht in komplexer Weise die Lebens– und Beziehungsgestaltung, die wir mit dem Begriff **PERSÖNLICHKEIT** umschreiben.

Die Grundzüge der Persönlichkeit werden auch als **TEMPERAMENT** bezeichnet. Dieses wird vererbt, dann aber durch Lebenserfahrungen (Umwelt) geprägt. So entsteht der **CHARAKTER**, der durch das Leben herangebildet wird.

BESCHREIBUNGEN DER PERSÖNLICHKEIT

Es gibt viele Persönlichkeits-Typologien, von denen nur zwei Beispiele aufgeführt werden.

A) GRIECHISCHE TYPOLOGIE:

- **melancholisch,**
- **sanguinisch,**
- **cholerisch**
- **phlegmatisch**

Während die Griechen ein Ungleichgewicht der «Säfte» für die Charakterunterschiede verantwortlich machten, spricht man heute eher von den Genen. Insgesamt hat aber die griechische Lehre von den Temperamenten bis heute wichtige Impulse gegeben, die auch in der Forschung bestätigt wurden.

LITERATUR: M. Zentner: Die Wiederentdeckung des Temperaments. Junfermann Verlag.

	STÄRKEN	SCHWÄCHEN
SANGUINIKER	gesprächig, extrovertiert, begeisterungsfähig, warmherzig, angenehm, freundlich, mitfühlend	willensschwach, ruhelos, undiszipliniert, übertreibend unzuverlässig, egozentrisch, laut
MELANCHOLIKER	tiefgründig, analytisch, empfindsam, perfektionistisch, ästhetisch, idealistisch, treu, aufopfernd	theoretisch, unpraktisch, ungesellig, mürrisch, negativ, kritisch, rachsüchtig, steif
CHOLERIKER	willensstark, entschlossen, unabhängig, optimistisch, praktisch, produktiv, führungsbegabt	dominant, zornig, grausam, stolz, selbstzufrieden, unemotional, sarkastisch
PHLEGMATIKER	ruhig, zuverlässig, konservativ, leistungsfähig, praktisch, diplomatisch, humorvoll, führungsbegabt	geizig, ängstlich, unentschlossen, beobachtend, auf eigenen Schutz bedacht, selbstsüchtig, unmotiviert.

B) MEHRDIMENSIONALE BESCHREIBUNGEN:

Die moderne Persönlichkeitsdiagnostik versucht, den Menschen in Dimensionen zu beschreiben.

- z.B. zwölf Skalen nach dem Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)
- z.B. 10 Standardskalen beim MMPI (aus 550 Fragen!)
- z.B. 16 Skalen nach dem 16-PF-Test
- z.B. 5 Dimensionen nach dem NEO-FFI

FÜNF DIMENSIONEN DER PERSÖNLICHKEIT (NEO-FFI):

1. Extraversion versus Introversion
2. Emotionale Stabilität versus emotionale Labilität
3. Grad der Offenheit für Erfahrungen (Intelligenz, aber nicht im Sinne von IQ-Tests)
4. Grad der Gewissenhaftigkeit
5. Grad der Verträglichkeit (Wie angenehm ist ein Mensch im Umgang?)

NEUN DIMENSIONEN DES TEMPERAMENTS (CHESS UND THOMAS):

1. Aktivität
2. Regelmässigkeit
3. Annäherung – Rückzug
4. Anpassungsvermögen
5. Sensorische Reizschwelle
6. Stimmungslage
7. Intensität
8. Ablenkbarkeit
9. Ausdauer

DREI PERSÖNLICHKEITSKONSTELLATIONEN:

1. **einfach (easy)**
2. **langsam auftauend (slow-to-warm-up)**
3. **schwierig (difficult):** Unregelmässigkeit biologischer Funktionen, Rückzugsreaktionen angesichts neuer Situationen und Menschen, langsames Anpassen an Veränderungen, hohe Intensität von Reaktionen, negative Stimmlungslage, unregelmässige Ess– und Schlafgewohnheit.

Unterscheiden: hat jemand nur Schwierigkeiten, warm zu werden in fremder Umgebung, oder ist jemand auch schüchtern in einer bekannten Umwelt?

EINIGE TESTFRAGEN FÜR «NEUROTIZISMUS»

Brauchen Sie oft verständnisvolle Freunde zur Aufmunterung?
Fällt es Ihnen schwer, ein «Nein» als Antwort hinzunehmen?
Wechselt Ihre Stimmung häufig?
Werden Sie plötzlich schüchtern, wenn Sie mit einem Fremden sprechen wollen, der für Sie attraktiv ist?
Grübeln Sie oft über Dinge nach, die Sie nicht hätten tun oder sagen sollen?
Sind Ihre Gefühle verhältnismässig leicht zu verletzen?
Schäumen Sie manchmal vor Energie über, während Sie das andere Mal ausgesprochen träge sind?
Verlieren Sie sich oft in Tagträumereien?
Werden Sie oft von Schuldgefühlen heimgesucht?
Würden Sie sich als innerlich gespannt und empfindlich bezeichnen?

(aus dem Eysenck-Persönl.-Inventar)

LITERATUR: W. Möller-Streitbörger: Die «Farbe» der Persönlichkeit. Die Psychologie hat das Temperament wiederentdeckt. Psychologie Heute, März 1995, S. 20–29.

Persönlichkeitsstörungen

DEFINITION

Menschen mit Persönlichkeitsstörungen weisen folgende Merkmale auf:

- Deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Gefühlsausdruck, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken sowie in den Beziehungen zu anderen.
- Das auffällige Verhaltensmuster ist andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheit beschränkt.
- Das auffällige Verhaltensmuster ist tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend.
- Die Störungen beginnen immer in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.
- Die Störung führt zu deutlichem subjektivem Leiden, manchmal jedoch erst im späteren Verlauf.
- Die Störung ist meistens mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden oder sie kann zu intensivem Leiden führen.

MERKE:

▶ 1. Persönlichkeitsstörungen sind nach heutiger Auffassungen nicht Neurosen im engeren Sinne, können aber vom Schweregrad her nicht immer klar davon abgegrenzt werden. (vgl. S. 17: fliessender Übergang zwischen Persönlichkeitsproblemen und ausgeprägten Angststörungen)

▶ 2. Die folgenden Stichworte sind rein beschreibend. Sie sollen nicht werten. Oftmals sind die letzten Ursachen nicht bekannt, auch wenn aus der Lebens-geschichte manche Verhaltens– und Reaktionsweisen besser verständlich werden.

▶ 3. Die Typologie ist nicht Ausdruck von Hoffnungslosigkeit – «so bin ich eben!» – Die positive Veränderung einer Persönlichkeit ist in günstigen Fällen durch Nachreifung oder bewusste Bearbeitung störender Reaktionsmuster in Therapie und Seelsorge möglich. In manchen Fällen muss man aber den Betroffenen helfen, konstruktiv mit den Grenzen zu leben, die ihnen durch ihre Persönlichkeitsproblematik gesetzt sind.

Das Spektrum der Persönlichkeitsstörungen

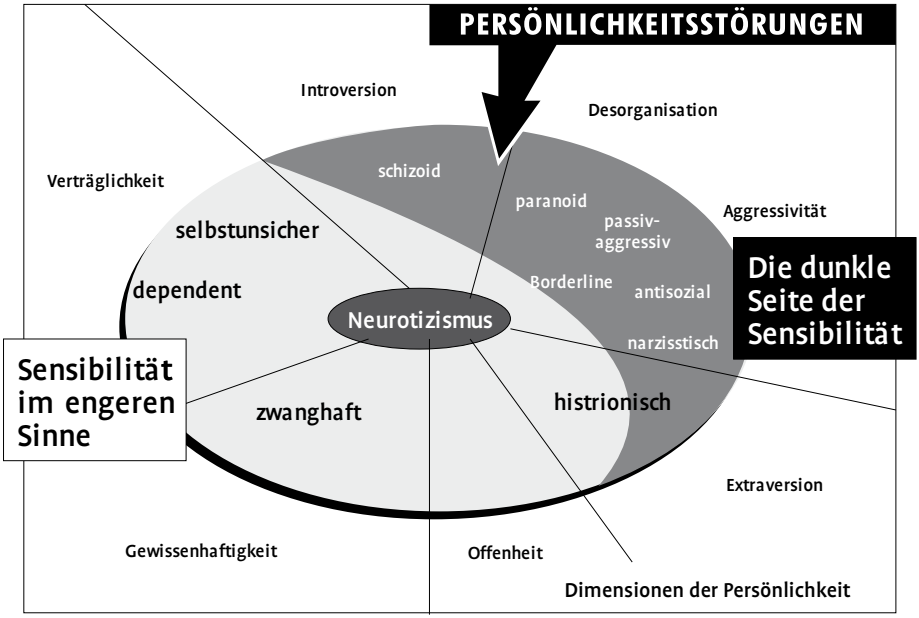


Abbildung: Persönlichkeitsstörungen haben viele Facetten. Im Zentrum steht ein Grundmuster, das sich Neurotizismus (S. 19) nennt.

Die obige Abbildung versucht, die unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen in einen Gesamtzusammenhang zu bringen. Im Zentrum steht das verbindende Element des «Neurotizismus» vgl. S. 19). Menschen mit dieser Eigenschaft zeigen emotionale Schwankungen, innere Unruhe und Nervosität, erhöhte Ängstlichkeit und Störbarkeit (Ärger), verstärkte und lang dauernde Stressreaktionen, vermehrte Unsicherheit und Verlegenheit, Klagen über körperliche Beschwerden (z.B. Kopfweh, Bauchbeschwerden, Schwindelanfälle) sowie vermehrte Traurigkeit bei kleinem Anlass. Sie neigen dazu, alltägliche Situationen als bedrohlich, und kleine Frustrationen als problematisch zu erleben; das Aushalten von Wünschen und Strebungen sowie das Aufschieben von Bedürfnissen fällt ihnen schwer. Nun gibt es zwei grosse Gruppen:

» Menschen mit einer Sensibilität im engeren Sinne wecken Mitgefühl und Verständnis, weil ihre Eigenschaften «sozialverträglich» sind.
» Anders Menschen mit den Eigenschaften einer extremen Introversion, Desorganisation, Aggressivität oder demonstrativen (evtl. auch provokativen, selbstbezogenen) Verhaltensweisen. Auch sie reagieren sensibel, aber in einer Art, die an andern Anstoss nimmt und andere verletzt. Sie repräsentieren daher «die dunkle Seite» der Sensibilität.

Persönlichkeitsstörungen — ihre Formen

PARANOIDE PERSÖNLICHKEIT
- sehr empfindlich auf Misserfolg und vermeintliche Demütigung
- verdreht neutrale und freundliche Handlungen und deutet sie als feindlich oder verächtlich
- streitbar für «Recht» und «Wahrheit» – überhöhtes Selbstwertgefühl bei gleichzeitigem Eindruck, ständig gedemütigt und ausgenutzt zu werden.

Synonyme: Fanatische oder Querulatorische Persönlichkeit

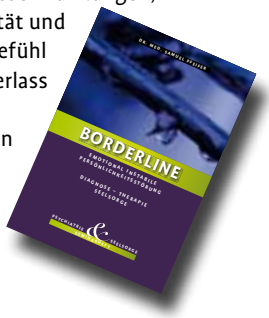
SCHIZOIDE PERSÖNLICHKEIT
- auffallender Rückzug von sozialen und emotionalen Kontakten
- autistische Vorliebe für Phantasie und introspektive Zurückhaltung
- exzentrisches Verhalten
- geht Konkurrenzsituationen aus dem Weg
- wirkt kühl, zurückhaltend

SCHIZOTYPISCHE PERS.
- Beziehungsideen (aber nicht Wahn), magisches Denken und ungewöhnliche Wahrnehmungen bzw. Illusionen
- extreme soziale Ängstlichkeit, keine engen Freunde oder Vertraute
- Verhalten und äussere Erscheinung wirken oft seltsam und exzentrisch

ANTISOZIALE PERS.
- ist unfähig, über längere Zeit eine dauerhafte Tätigkeit auszuüben
- mangelnde Anpassung an gesellschaftliche Normen, fehlendes Verantwortungsgefühl und Wahrheitsempfinden
- mangelnde Rücksichtnahme
- oft reizbar und aggressiv, mit unangemessener Gewalttätigkeit und Gefühlskälte ohne Gewissensbisse
- Impulsivität und niedrige Frustrationstoleranz

Synonyme: Dissoziale, soziopathische Persönlichkeit

BORDERLINE-PERSÖNLICHKEIT
auch «emotional instabile Persönlichkeit». Angst vor dem Alleinsein, instabile Beziehungen, intensive Stimmungsschwankungen, Impulsivität, häufig Suizidalität und Selbstverletzungen, chron. Gefühl der Leere, «Ich hasse dich – verlass mich nicht!»
Hinweis: diesem Thema ist ein eigenes Heft gewidmet



HISTRIONISCHE PERS.
- sehnsüchtiges Verlangen nach Anerkennung und Aufmerksamkeit
- übertrieben attraktiv, verführerisch
- zeigt übertrieben ihre Gefühle
- rasch wechselnde und oberflächliche Gefühle
- sexuelle Unreife: Frigidität oder übermässiges Ansprechen auf sexuelle Reize
- unter Stress — Konversions-Symptome (Lähmungen, Stimmlosigkeit etc.)

Synonyme: Hysterische oder Infantile (unreife) Persönlichkeit

NARZISSTISCHE PERS.
- Muster von Grossartigkeit, Mangel an Einfühlungsvermögen
- reagiert auf Kritik mit Wut, Scham oder Demütigung; leicht kränkbar
- nützt Beziehungen für seine eigenen Zwecke aus
- übertriebenes Selbstwertgefühl
- meint, seine Probleme seien einzigartig
- hohe Ansprüche und übermässige Erwartungen an andere

SELBSTUNSICHERE PERS.

- durch Kritik oder Ablehnung leicht verletzt
- Beziehungen nur, wenn sie sicher ist, akzeptiert zu werden
- in Gesellschaft zurückhaltend aus Angst, etwas Unpassendes oder Dummes zu sagen oder eine Frage nicht beantworten zu können
- befürchtet, sich vor andern zu blamieren
- häufig vegetative Symptome vor gesellschaftlichen Verpflichtungen

ABHÄNGIGE PERSÖNLICHKEIT

- unfähig, eigene Entscheidungen zu treffen, ohne ständig den Rat anderer einzuholen
- wenig Eigeninitiative, schwache Reaktion auf Anforderungen des täglichen Lebens, leidet unter Energiemangel
- Willfährigkeit gegenüber Wünschen anderer Menschen, Abhängigkeit von anderen
- fühlt sich alleine meist unwohl und hilflos, sucht dies zu vermeiden
- wenig Fähigkeit, sich zu freuen

Synonyme: Dependente, asthenische, inadäquate Persönlichkeit

ZWANGHAFTE PERS.

- ständige Unsicherheit, Selbstzweifel, Gefühl der eigenen Unvollkommenheit
- übertriebene Gewissenhaftigkeit, Kontrollieren, Eigensinn, Vorsicht
- Perfektionismus, Sammelwut, Bedürfnis nach ständiger Kontrolle
- geistige Unbeweglichkeit (Rigidität) und Zweifelsucht.

Hinweis: ausführliche Beschreibungen im Heft **«ZWANG UND ZWEIFEL»**

PASSIV-AGGRESSIVE PERS.

- passiver Widerstand gegenüber Forderungen nach angemessenen Leistungen im Beruf und Privatleben
- schiebt ständig Dinge auf und verpasst Fristen
- wird mürrisch und reizbar, wenn etwas verlangt wird, was er nicht möchte
- glaubt, besser als andere zu sein und wertet deren Bemühungen ständig ab.

HINWEIS:
die obigen Beschreibungen lehnen sich an an das DSM-IV (=Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, 4. Revision)

ÜBUNG

Tragen Sie in Gruppen von etwa vier Personen zusammen, wie unangepasstes Verhalten anderer Menschen auf Sie gewirkt hat .
– Welchen Einfluss hatte dieses auf Ihre Beziehungen zu diesen Menschen?
– Wie sind Sie Menschen mit diesem unangepassten Verhalten begegnet?

BIBLISCHE ASPEKTE VON PERSÖNLICHKEITS-STÖRUNGEN

Die Bibel ist kein Psychopathologie-Buch im engeren Sinne. Daher finden sich auch keine ausführlichen Beschreibungen der oben genannten Persönlichkeitsstörungen darin. Einzelne Stellen deuten aber doch darauf hin, dass es Menschen in den biblischen Berichten gab, deren Verhalten oder deren Grundeinstellung zu Schwierigkeiten im Zusammenleben führten:

- **schwaches Gewissen (Römer 14, 1. Kor. 8, 1. Kor. 10)**
- **«kleinmütige», «schwache» Menschen (1. Thess. 5:14)**
- **Menschen mit einem «Brandmal im Gewissen» (1. Tim. 4:2)**

LITERATUR: Gute Beschreibungen mit seelsorglichen Hilfestellungen finden sich in dem Buch von D. Seamands: Heilung der Gefühle. Edition C. — L. Parrott: Einfach nervig. Vom Umgang mit anstrengenden Mitmenschen. Schulte & Gerth.

ÜBUNG

Bilden Sie Gruppen von etwa vier Personen: Lesen Sie die angegebenen Bibelstellen und versuchen Sie diese mit den erwähnten Persönlichkeitsproblemen in Bezug zu bringen. Kommen Ihnen noch weitere Personen in der Bibel in den Sinn, die unangepasstes Verhalten hatten?

EMPFEHLUNGEN FÜR DIE BEHANDLUNG VON PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN
(nach Andreasen, Lehrbuch der Psychiatrie, S. 309)

1. Manche Menschen mit Persönlichkeitsstörungen können schwierig sein. Stellen Sie sich darauf ein.

2. Die Betroffenen haben seit langer Zeit Probleme und die Therapie wird wahrscheinlich ebenso lange dauern. Jahrzehnte lang dauerndes unangepasstes Verhalten ist nicht leicht zu verstehen oder zu verändern.

3. Halten Sie Grenzen ein. Sie sind nicht sein Freund oder Mitarbeiter, sondern sein Therapeut / Seelsorger.

4. Legen Sie Grundregeln fest (feste Termine, klare Aufgaben, klare Regeln bei Krisen)

5. Vermeiden Sie die Phantasie, sie könnten den Betroffenen «retten». Wenn die Persönlichkeitsstörung schon längere Zeit besteht, hat der Patient sicher auch schon andere Therapeuten ohne Erfolg aufgesucht. Warum sollten Sie eine Ausnahme sein?

6. Suchen Sie Unterstützung bei Kollegen und in der Supervision.

Lebensstil und Glaubensstil

	GLAUBENSINHALT	FRÖMMIGKEITSSTIL	GEMEINSCHAFTS-VERHALTEN
SCHIZOID-NARZISST. PERSÖNLICH-KEITEN	Abgehobene Gottes-beziehung; Angst vor Abhängigkeit und Selbsthingabe, Ablehnung von Korrektur	Übermässige Abgrenzung: «Wir und die andern.» Selbstbezogen, welt– und realitätsfremd. Neigung zu Tagträumen und Mystik	Übermässige Empfindlichkeit ohne Einfühlung in andere. Distanziert, wenig spürbar, rasches Gefühl der Bedrohung
DEPRESSIV-ÄNGSTLICHE PERSÖNLICH-KEITEN	Angstbetonte Gottes-beziehung; Angst vor Verurteilung durch Gott und Menschen. Schuld– und Minderwertigkeitsgefühle. Negatives Gottesbild	Leben als Opfer für Gott und Mitmenschen, Märtyrer-Rolle; Unsicherheit, Angst; Schutzwall gegen aussen.	Melancholie, Pessimismus, Freudlosigkeit, Rückzug, Energiemangel, Selbstzweifel; Hemmung oder anklammernde Abhängigkeit
ZWANGHAFTE PERSÖNLICH-KEITEN	Rigide Gottesbeziehung, Angst vor Veränderung und Regelverletzung. Neigung zu grüblerischem Zweifel.	Gesetzlichkeit, Unfreiheit Absicherung durch starre Regeln und Riten.	Mangelnde Anpassungsfähigkeit; zwingt andern seine Regeln auf, Rechthaberei aus tiefer Unsicherheit.
HYSTERISCHE PERSÖNLICH-KEITEN	Instabile Gottesbeziehung, Angst vor Festlegung, vor dem Endgültigen; Neigung zur Oberflächlichkeit	dramatisch, gefühls– und ausdrucksstark, übermässig abhängig von Gefühlen	Neigung zur Selbstdarstellung. Hohe Erwartungen an andere; Propheten-Rolle oder dramatische Abhängigkeit.

EINSCHRÄNKUNG: Sowohl die Typen als auch die Auswirkungen auf den Glauben sind modellhaft und unvollständig. Oft kommt es zu Überschneidungen und Mischformen. Dennoch können die obigen Hinweise hilfreich zum besseren Verständnis sensibler Menschen mit Persönlichkeitsproblemen sein.

Konfliktverarbeitung

EIN BEISPIEL

Eine Kindergärtnerin erzählt. «Mein Beruf bedeutet mir enorm viel. Aber jetzt habe ich einen Mann kennengelernt. Wie soll ich mich entscheiden? Wenn ich heirate, muss ich umziehen und die Stelle aufgeben! Oft bin ich so angespannt, dass ich unser Zusammensein nicht geniessen kann.»

WAS IST EIN KONFLIKT?

Wenn zwei Strebungen von vitaler Bedeutung widersprüchlich oder unvereinbar werden, und sich die betroffene Person unter Entscheidungsdruck befindet, so spricht man von einem Konflikt. Ein solcher Konflikt besteht nicht nur zwischen Innen und Aussen, zwischen Trieb und gesetzlicher Ordnung, sondern auch im Inneren (verinnerlichter Konflikt).

Oft handelt es sich nicht nur um gegensätzliche Strebungen, sondern auch Strebungen, die nicht gleichzeitig verwirklicht werden können. Schliesslich kann ein Konflikt durch **Frustration** entstehen, also durch die Versagung einer vitalen Strebung (Wie geht jemand damit um? – Frustrationstoleranz, Resignation, Aggression?).

Konflikte entstehen oft auch in einer **Versuchungssituation**: Es besteht ein Anreiz, ein Bedürfnis auszuleben, obwohl dies von der Umwelt abgelehnt wird oder sogar den eigenen Idealen widerspricht.

VITALE STREBUNGEN, die zu Konflikten führen können:

- Bedürfnis nach mitmenschlicher Nähe und Liebe
- Bedürfnis nach Anerkennung
- Sexuelle Wünsche und Triebe
- Aggressionsregungen
- Machtstreben
- Streben nach Genuss, Besitz, Wissen
- Streben nach Versorgung und Sicherheit

Ein faszinierendes Bild der seelischen Konflikte eines jüdischen Jungen zeichnet der Autor Chaim Potok. Einerseits möchte Asher am Glauben und an den Bräuchen seiner Eltern festhalten, andererseits spürt er das Bedürfnis, seine Gefühle im Malen auszudrücken, was bei den Chassidim verboten ist.

LITERATUR: Chaim Potok: Mein Name ist Asher Lev. Rowohlt. — Chaim Potok: Die Erwählten. Rotbuch.

ICH, ES UND ÜBER-ICH

Oft fühlt sich eine Person (**ICH**) hin– und hergerissen zwischen grundlegenden Wünschen, Bedürfnissen, Trieben und Versuchungen (**ES**), die gegen die Ideale verstossen, die eine Person für ihre Lebensgestaltung hat (Ich-Ideal oder »**ÜBER-ICH**«).

Diese Spannung löst dann Angst mit allen Begleiterscheinungen aus. Dabei stehen zwei Ängste im Vordergrund: Die Angst vor Ablehnung und die Angst vor Versagen (vgl. Abbildung auf S. 27)

Angst als Hindernis auf dem Weg zum Ziel

ABB. 1:
UNSERE ÄNGSTE WERDEN VON UNSEREN BEDÜRFNISSEN GEPRÄGT.
Der Mensch wird von zwei Hauptängsten geplagt, die sich aus seinen Grundbedürfnissen ableiten.

- **ANGST VOR ABWERTUNG UND VERSAGEN**
- **ANGST VOR ABLEHNUNG UND LIEBESVERLUST**

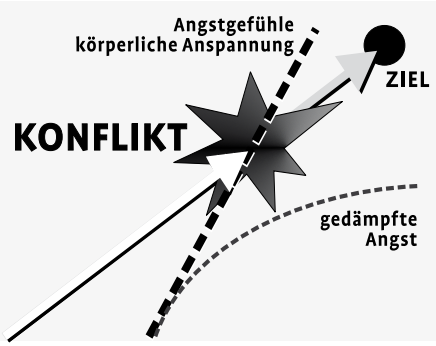


ABB. 2:
KONFLIKTE AUF DEM WEG ZUM ZIEL.
Der Pfeil zeigt den Weg zum Ziel (z.B. alleine an eine Einladung gehen). Aber nach einigen Schritten steigt allmählich die Angst auf (durchbrochene Linie) und wird immer stärker, bis der sensible Mensch es vorzieht, von seinem Vorhaben abzulassen. Die punktierte Linie zeigt die (z.B. durch bewusste Entspannung oder durch Medikamente) gedämpfte Angst, die das Erreichen des Ziels ermöglicht.

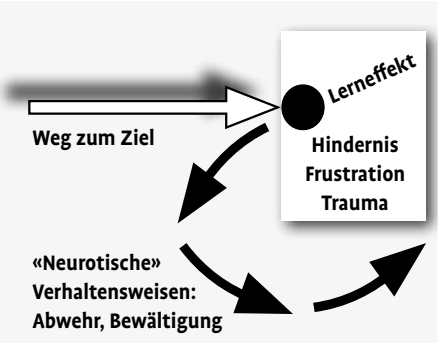


ABB. 3:
DAS DARF MIR NICHT MEHR PASSIEREN!
Wenn ein Ziel nicht auf direktem Weg erreicht werden kann, entwickelt der Mensch Formen, das Hindernis zu umgehen. Er schützt sich durch dieses Abwehrverhalten vor der Angst vor Ablehnung oder Versagen. Gleichzeitig handelt er sich durch sein Vermeidensverhalten neue Probleme ein (z.B. Verlust von zwischenmenschlichen Kontakten, Abnahme der beruflichen Chancen etc.).

Abwehr und Bewältigung

BEWÄLTIGUNG

Es handelt sich um reife Formen des Umgangs mit schweren Erfahrungen, Verletzungen und Konflikten.

KENNZEICHEN: realitätsgerecht, Konflikt bleibt bewusst, wird rational verarbeitet

- schöpferische Lösung
- Verzicht
- Durchsetzung
- Humor
- Glaube, Nächstenliebe

ABWEHRMECHANISMEN

Sie dienen der Abwehr gegen Angst vor Ablehnung und Versagen und zur Dämpfung seelischen Schmerzes.

BEISPIELE:

- Verschiebung (Schreibmaschine ist schuld, dass Arbeit nicht fertig wurde)
- Sublimierung (andere, «höhere» Tätigkeit statt «niederer» Strebungen)
- Verdrängung (von Strebungen, Gefühlen)
- Verleugnung (von Grenzen oder z.B. schwerer Krankheit)
- Isolierung, Abspaltung (von Gefühlen, von falschem Verhalten)
- Wendung ins Gegenteil (Überfürsorglichkeit trotz Ablehnung eines Kindes)
- Projektion (eigener Probleme auf andere Menschen)
- Identifizierung (ohne Eingestehen von unerfüllten Bedürfnissen)

FLUCHT IN PHANTASIE

Sie sei die klassische Fluchtform der Sensiblen (Klages). Drei Formen der Phantasie: schöpferische Phantasie – Spielphantasie des Kindes – Wunsch– und Furchtphantasie. «Bei solchen Formen wird häufig der Boden normalpsychologischer Spielbreiten verlassen und es kommt zu dem Ausbau von ausgeprägten Phantasiewelten, in denen der Betreffende als Akteur häufig im Mittelpunkt stehen kann und die Wünsche nun sich ihm erfüllen, die er sonst im Leben zu vermissen meint.»

MERKE:

1. Abwehrmechanismen sind nicht immer negativ zu bewerten. Oftmals sind sie vielleicht der einzige Weg, wie jemand in drängenden inneren Konflikten überleben kann. Die Abwehrmechanismen wirken dann wie der Panzer einer Rüstung, der seinen Träger vor Verletzungen schützt, aber ihn auch beschwert und weniger beweglich macht.
2. Therapeutisch ist daher die Durchbrechung der Abwehr nicht immer hilfreich, insbesondere
   - wenn die Person nicht genügend «Ich-Stärke» hat
   - wenn die dadurch geweckten Gefühle und Ängste nicht aufgefangen werden können
   - wenn die Bewusstmachung des Konfliktes neue Konflikte hervorbringt
3. Die Bearbeitung von Konflikten setzt eine tragende und vertrauensvolle Beziehung zum Threapeuten voraus.

PRINZIP MASKE

Die Sensibilität wird hinter der Maske von Stärke, Unnahbarkeit und Überlegenheit versteckt. Das «Demaskieren würde zum Zusammenbruch führen.» (Klages)

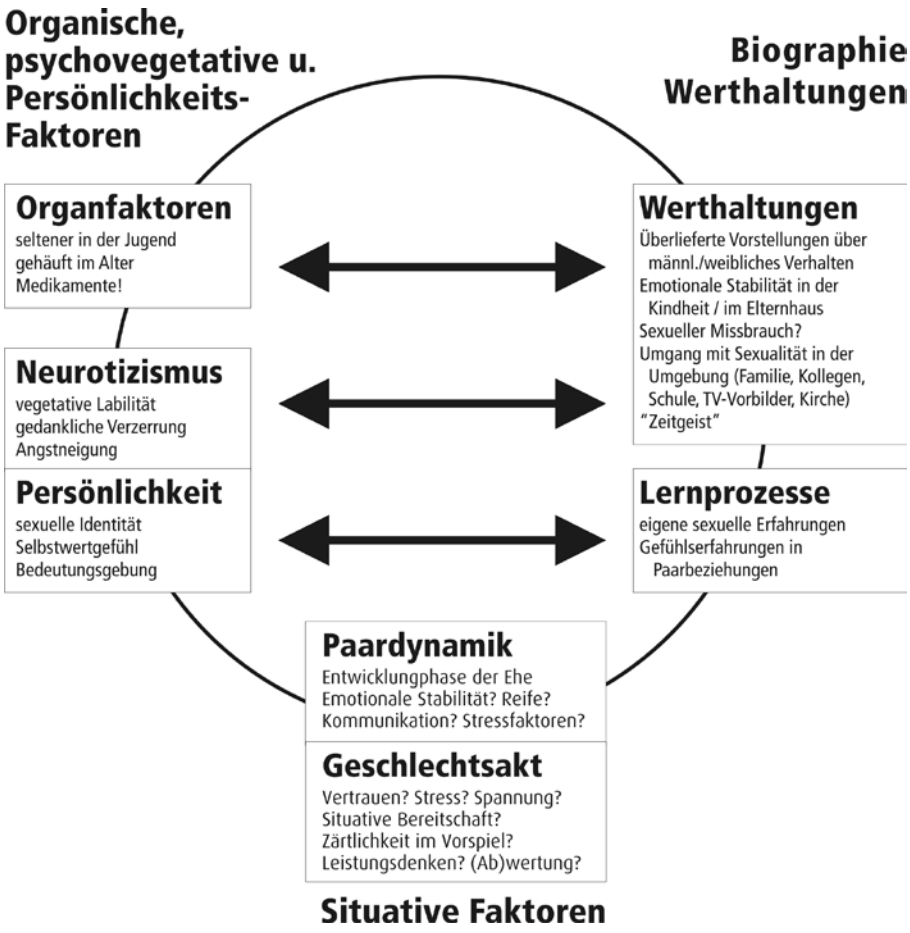
INNERE EMIGRATION

a) resigniert-verbittert: mutlos, resigniert, passiv, leidend, in Stille getragen.

b) die selbstgeschaffene Einsamkeit: oft «intellektuell verbrämt»; durchaus glückliche Elemente (z.B. Wissenschaftler im «Elfenbeinturm»)

Sexuelle Störungen und ihre Entstehung

Wohl kein Bereich des menschlichen Lebens lässt uns so eindringlich die Verwobenheit von Leib und Seele, von Hormonen und Gedanken verspüren, wie die Sexualität. Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass es bei übersensiblen Menschen gerade in diesem Bereich oft zu ausgeprägten seelischen Konflikten, Ängsten und Hemmungen kommt. Das untenstehende Diagramm zeigt, welche Einflussfaktoren zu sexuellen Störungen führen können.



Angst und Panik

SENSIBLE MENSCHEN NEIGEN VERMEHRT ZU ANGST. MAN VERSTEHT DARUNTER VERSCHIEDENE KOMBINATIONEN KÖRPERLICHER ODER PSYCHISCHER ANGSTSYMPTOME, DIE KEINER REALEN GEFAHR ZUGEORDNET WERDEN KÖNNEN UND ENTWEDER ALS ANGSTANFÄLLE ODER ALS DAUERZUSTAND AUFTRETEN. DIE ANGST IST MEISTENS DIFFUS UND KANN SICH BIS ZU PANIKATTACKEN STEIGERN.

PANIKSTÖRUNG UND AGORAPHOBIE: Es treten unerwartet starke Angstgefühle auf, die nicht direkt im Zusammenhang mit einer aktuellen angstauslösenden Situation stehen. Diese sind begleitet von vegetativen Begleiterscheinungen (vgl. S. 10). Agoraphobie umschreibt Angst, sich an Orten oder in Situationen zu befinden, in denen beim plötzlichen Auftreten von Symptomen eine Flucht nur schwer möglich (oder peinlich) ist oder in denen keine Hilfe verfügbar wäre (z.B. im Geschäft Schlange stehen; im Lift stecken zu bleiben; Ängste im Zug oder Tram; aber auch: z.B. Angst, in einem Theater plötzlich die Kontrolle über Blase oder Darm zu verlieren; in der Kirche plötzlich angesprochen zu werden). Folgen: Einschränkungen bei vielen Aktivitäten, Reisen; häufige Notwendigkeit von Begleitpersonen.

GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG: Unrealistische oder übertriebene Angst und Besorgnis bezüglich verschiedener Lebensumstände (Angst, dem Kind könnte etwas zustossen, obwohl keine Gefahr besteht; Geldsorgen ohne triftigen Grund) über längere Zeit (min. sechs Monate). Neben den vegetativen Symptomen finden sich besonders folgende Zeichen: ständige Anspannung, übertriebene Schreckreaktion, Konzentrationsschwierigkeiten oder «Blackout» aus Angst, Ein– und Durchschlafstörungen sowie Reizbarkeit.

«EINFACHE» PHOBIE: Angst vor ganz bestimmten Situationen oder Objekten (Spinnen-, Hunde– oder Katzenphobie; Angst vor dem Anblick von Blut etc. etc.). Konfrontation mit dem Auslöser ruft sofort heftige und überschiessende Angst hervor. Solche Situationen werden entweder vermieden oder nur unter grösster Angst und Anspannung durchgestanden. Die Person erkennt, dass ihre Angst übertrieben oder unvernünftig ist. Die Angst oder das Vermeidensverhalten stören den normalen Tagesablauf der Person, die üblichen sozialen Aktivitäten oder Beziehungen, oder die Angst verursacht erhebliches Leiden.

SOZIALE PHOBIE: Anhaltende Angst vor Situationen, wo eine Person im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit anderer steht und befürchtet, etwas zu tun, was demütigend oder peinlich sein könnte. z.B. Angst, in der Öffentlichkeit zu sprechen; sich vor anderen beim Essen zu verschlucken; in einer öffentlichen Toilette zu urinieren; etwas Lächerliches zu sagen etc. Konfrontation mit dem Auslöser ruft sofort heftige und überschiessende Angst hervor. Solche Situationen werden entweder vermieden oder nur unter grösster Angst und Anspannung durchgestanden. Die Person erkennt, dass ihre Angst übertrieben oder unvernünftig ist. Die Angst oder das Vermeidensverhalten stören den normalen Tagesablauf der Person, die üblichen Aktivitäten oder Beziehungen, oder die Angst verursacht erhebliches Leiden.

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG (PTSD): Die Person hat ein Ereignis erlebt, das ausserhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegt und für fast jeden stark belastend wäre (z.B. Vergewaltigung, Ausgeraubtwerden, Miterleben eines plötzlichen Todesfalles, Zerstörung des eigenen Zuhauses, Kriegserlebnisse, Folter). Die Folge: Das Ereignis wird ständig auf mindestens eine der folgenden Arten wiedererlebt: Wiederholte sich aufdrängende Erinnerungen; wiederholte stark belastende Träume; plötzliches Gefühl, das Ereignis wieder zu erleben (Flashback); intensives psychisches Leiden bei der Konfrontation mit Ereignissen oder Jahrestagen, die an das traumatische Erlebnis erinnern. Vermeiden von Situationen und Auslösern, die mit dem Trauma in Verbindung stehen: Verdrängen der Gedanken daran; Erinnerungslücken; Entfremdungsgefühl; Einschränkung der Gefühlswelt (z.B. Verlust von zärtlichen Empfindungen); Gefühl der Sinn– und Zukunftslosigkeit. Anhaltende Symptome einer erhöhten Erregung: Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Überwachheit (Hypervigilanz), Schreckhaftigkeit, vegetative Symptome).

WEITERE INFORMATIONEN

Dem Thema Angst ist ein eigenes Heft der Reihe «Seelsorge und Psychiatrie» gewidmet. Dort finden Sie auch ausführliche Literaturangaben.

ERHÖHTE SENSIBILITÄT

Studien haben gezeigt, dass erste Paniksymptome, selbst wenn es sich nicht um eine voll ausgeprägte Störung handelte, später zu einer deutlich erhöhten allgemeinen Sensibilität führen können.

- **PANIKSYMPTOME** im engeren Sinne
- **ÄNGSTLICHE ERWARTUNG** von neuen Symptomen.
- **ÄNGSTLICHE VERMEIDUNG** von Situationen, die Symptome auslösen könnten.
- **ABHÄNGIGKEIT VON STÄNDIGER BESTÄTIGUNG:** starkes Bedürfnis nach Absicherung, Trost, Ermutigung.
- **ÜBEREMPFINDLICHKEIT AUF SUBSTANZEN**, z.B. auf Kaffee.
- **ALLGEMEINE STRESS-SENSIBILITÄT:** jede Zusatzbelastung, jede schlechte Nachricht führt zu seelischer Anspannung.
- **ÜBEREMPFINDLICHKEIT / ANGST BEI DROHENDER TRENNUNG:** starke Abhängigkeit von anderen Menschen. Droht eine Trennung, treten starke Ängste auf.

QUELLE: Cassano, G.B. et al. (1997). The panic-agoraphobic spectrum: A descriptive approach to the assessment and treament of subtle symptoms. American Journal of Psychiatry 154 (Suppl 6):27-37.

Dysthymie (neurotische Depression)

DEFINITION
ICD-10: Leichte depressive Verstimmung, die (mit kurzen Unterbrechungen) mindestens 2 Jahre lang andauert. Die Patienten fühlen sich müde und depressiv; alles ist anstrengend. Verminderte Genussfähigkeit, Grübeln, schlechter Schlaf, mangelndes Selbstwertgefühl; Mühe mit der Bewältigung des Alltags.

DSM-IV: Oftmals werden im Vorfeld einer Dysthymie andere Störungen beobachtet, wie z.B. Anorexia Nervosa, vermehrte körperliche Beschwerden ohne organischen Befund, Medikamentenabhängigkeit, Angststörungen oder rheumatoide Arthritis.

ERBLICHE BELASTUNG mit Depressionen, bipolaren Störungen

FRÜHER BEGINN der Symptome (ca. 12-j), allmählich zunehmend; Männer und Frauen gleich häufig betroffen; ein Drittel hat nie geheiratet; 67 % der Frauen klagten über PMS (vgl. S. 34)

ZUSATZPROBLEME:
17 % Alkoholmissbrauch
12 % Koffeinmissbrauch
14 % Bulimie
19 % Soziale Phobie
10 % Panik-Attacken

DOUBLE DEPRESSION: oft zusätzlich depressive Phasen im engeren Sinne.

NEURASTHENIE
Ein Syndrom mit allgemeiner Schwäche, Reizbarkeit, Kopfweh, Depression, Schlaflosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Mangel der Fähigkeit, Freude zu empfinden. Es kann einer Infektionskrankheit oder einer Erschöpfung folgen oder sie begleiten oder aus einer anhaltenden Belastungssituation hervorgehen. Heute wird zunehmend der Begriff des "**CHRONIC FATIGUE SYNDROME**" verwendet. Bedingungen: Es besteht keine andere Krankheit, die die Müdigkeit erklären könnte. Die Müdigkeit muss ausserordentlich schwer sein und mindestens 6 Monate dauern. Begleiterscheinungen können sein: leichtes Fieber, Halsschmerzen, leichte Lymphknotenschwellungen, Kopf-, Muskel– und Gelenkschmerzen, gestörter Schlaf, Vergesslichkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, depressive Verstimmung.

Hua Byung

In Korea gibt es ein Syndrom, das übersetzt «Aufgestautes Feuer» heisst. Hauptsymptome sind: multiple Schmerzen, Hitzegefühl, Druck im Oberbauch, Herzklopfen, Seufzen und Weinen, Impulsives Herumwandern oder -fahren, Gefühlsausbrüche, exzessives Bitten, allgemeine Angst und depressive Zustände.

REIZBARKEIT UND ZORN
sind häufige Symptome bei übersensiblen und dysthymen Menschen. Oft werden dadurch Beziehungen extrem belastet und es kommt zu weiterer Isolation.

Andere «neurotische» Syndrome

SOMATOFORME STÖRUNGEN

SOMATISIERUNG: Bei inneren Spannungen kommt es zu ausgeprägten, z.T. dramatischen körperlichen Beschwerden (starke Bauch– und Unterleibsbeschwerden*, Lähmung, Zittern, Verlust der Schmerzempfindung, Blindheit, Taubheit, Anfälle und ähnliches). Oft entsteht der Eindruck, die Betroffenen wollten durch ihren Zustand einen psychologischen Vorteil (Krankheitsgewinn) erreichen, der ihnen aber nicht bewusst ist. Manche Patienten entwickeln hartnäckige Rücken– und Gliederschmerzen, für die es keine Erklärung gibt. Oft steht dahinter ein psychosozialer Konflikt.

HYPOCHONDRIE: übermässige Beschäftigung mit der eigenen Gesundheit im allgemeinen oder der Unversehrtheit und der Funktion von einzelnen Körperorganen oder weniger häufig des eigenen Verstandes, meist verbunden mit Angst oder Depression.

DISSOZIATION: Sensible Personen reagieren auf schwere Erfahrungen (z.B. sexueller Missbrauch) oder auf innere Spannungen mit einer starken Einengung des Bewusstseins ("hysterischer Dämmerzustand" mit anschliessender Erinnerungslücke). Sie spüren sich nicht mehr und verlieren den Bezug zu ihrem Körper (Depersonalisation) und erleben diesen oder einzelne Körperteile als verändert, unwirklich, fremd. Eine Patientin erlebt sich z.B. wie in einem Film, in dem sie mitspielt. Im übrigen ist die Realitätskontrolle intakt (Gegensatz: Psychose). Sehr selten auch «Dissoziative Identitätsstörung», früher «Multiple Persönlichkeit».

ANDERE NEUROSEFORMEN

Dazu zählen verschiedene seltene Syndrome und vor allem unklare Mischbilder. Besonders häufig:

SEXUELLE STÖRUNGEN gehen oft mit den Symptomen einer allgemeinen Sensibilität einher und können intensives Leiden verursachen. Beispiele: verminderte oder übermässige sexuelle Erregbarkeit, Erektions– oder Orgasmusstörungen, als ich-fremd erlebte Störung der sexuellen Orientierung (z.B. ich-dystone Homosexualität, Pädophilie).
Störungen der sexuellen Präferenz: Sogenannte "Perversionen" wie z.B. Exhibitionismus, Fetischismus, sexueller Masochismus / Sadismus, Voyeurismus.

STÖRUNGEN DES ESS-VERHALTENS: Diese sind in unserer Kultur besonders verbreitet und erfahren durch die oft dramatischen Auswirkungen grosse Aufmerksamkeit. Eine ausführliche Beschreibung ist hier nicht möglich.

— Anorexia nervosa (Magersucht)
— Bulimie (Fress-Brechsucht)

Neben der spezifischen Störung des krankhaften Körperbildes und Essverhaltens findet man häufig neurotisch geprägte Verhaltens– und Beziehungsmuster.

Das prämenstruelle Syndrom (PMS)

Der weibliche Zyklus ist oft eng mit der psychischen Befindlichkeit verbunden. Etwa 30 – 40 Prozent der Frauen im gebärfähigen Alter leiden an mässigen bis mittelschweren prämenstruellen Symptome (PMS). Ca. 5 % zeigen ausgeprägte Symptome mit schwerer Störung des Berufs- und Privatlebens (PMDS = Prämenstruelle Dysphorische Störung)

BEISPIEL:

«Mehrere Tage vor meiner Periode fühle ich mich emotional ausser Kontrolle. Dinge, die ich normalerweise problemlos löse, erscheinen mir überwältigend. Ich breche wegen nichts in Tränen aus. Ich habe keine Nerven und schreie meine Kinder an. Wenn die Mens vorbei ist, dann bin ich wieder wie normal.»

DEFINITION

Bezeichnung für eine Reihe unterschiedlicher körperlicher und psychischer Symptome, die regelmässig 1 bis 10 Tage vor dem Beginn der Monatsblutung auftreten, mit dem Beginn der Monatsblutung oder kurz danach verschwinden. Es folgt eine unterschiedlich lange beschwerdefreie Zeit, bis die Beschwerden vor der nächsten Periode wieder auftreten.

SYMPTOME

- Stimmungsschwankungen; Anspannung, Angst- oder Panikattacken
- Depression, «Gefühl der Hoffnungslosigkeit», «Weinen ohne Grund»
- Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen
- Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Energielosigkeit
- Ärger, Empfindlichkeit
- Schlafstörungen
- Körperliche Symptome: Brustempfindlichkeit oder Schwellung; Kopfschmerzen; Gelenk- oder Muskelschmerzen; Völlegefühl und Gewichtszunahme; Herzrasen, Schwindel.

URSACHEN

PMS ist mit dem weiblichen hormonellen Zyklus verbunden, aber die genauen Ursachen sind noch unbekannt. Hormonelle, psychologische, kulturelle und soziale Faktoren und Ernährungsgewohnheiten sind vermutlich beteiligt. PMS kann bei normaler Funktion der Eierstöcke auftreten.

DIAGNOSE

- Sorgfältige Beobachtung und Notieren der Symptome im Beziehung zum Zyklus (über mindestens 2 Zyklen)
- Die Symptome müssen schwer genug sein, um ein normales «Funktionieren» zu stören
- PMS kann nicht nachgewiesen werden durch Bluttests oder andere Untersuchungen.

BEHANDLUNG

In vielen Fällen hilft bereits das Führen eines Symptomkalenders und die Aufklärung über das Krankheitsbild. Das Verstehen, dass es sich um eine hormonelle Störung handelt und nicht um eine psychische Krankheit oder um «Einbildung», kann die Patientin bereits erleichtern.

ÄNDERUNG DER LEBENSWEISE

Normalgewicht — gesunde Lebensweise: regelmässig Sport (z.B. Aerobic) — ausgewogene Kost — genug Schlaf — verbessertes Stressmanagement — Beziehungsberatung

HEILMITTEL

- **pflanzliche Heilmittel:** Nachtkerzenöl, oder Mönchspfeffer-Extrakt (Agnus Castus)
- **Vitamin** E oder B6
- **Mineralstoffe:** Magnesium und Calcium.
- **Diuretika** bei Wassereinlagerung

FÜR FRAUEN MIT SCHWEREN SYMPTOMEN ODER WENN OBIGE MASSNAHMEN NICHT HELFEN:

- Schmerzmittel helfen bei Krämpfen, Gliederschmerzen, Brustspannen etc.
- Ovulationshemmer, Gestagene (hier ist allerdings anzumerken, dass sehr sensible Frauen mit starken Nebenwirkungen auf reine Gestagene reagieren können).
- Antidepressiva während der symptomatischen Zeit helfen bei 60% der Patienten mit überwiegend psychischen Symptomen.

VERHALTENSANALYSE

Therapeutische Auswirkungen:

- Hoffnung: Jemand nimmt mich ernst
- Aktivierung: Ich bin nicht hilflos
- Selbstwahrnehmung: So funktioniere ich
- Kontrolle: Ich kann vorsorgen
- Eingrenzung des Problems: Es geht mir nicht immer schlecht
- Verständnis: Die Anderen können mein Problem einordnen

TAGESPLAN / AKTIVITÄTENKALENDER

- Allgemeine Abmachungen: z.B. Pausen einlegen, kleine Mahlzeiten, mit dem Rad zur Arbeit fahren usw.
- Genauer Tagesplan: bei starken Symptomen, gibt Struktur
- Angenehme Tätigkeiten einplanen
- Stresserzeugende Umstände vermeiden

ÄNDERUNG DES DENKENS

- Wie sehe ich mich selbst?
- Was erwarte ich von den Anderen?
- Welche unbewussten Ziele verfolge ich?
- Welche Methoden wähle ich, um mit Schwierigkeiten umzugehen?
- Wie kann ich besser mit Anforderungen umgehen?
- Wie kann ich mich schützen?

ANREGUNGEN FÜR PARTNER UND FREUNDE

- Informieren über die Ursachen und Auswirkungen der Krankheit
- Der Krankheit die Schuld geben, nicht der Frau
- Sich in den psychischen Zustand der Frau einfühlen
- Negative Haltung der Frau nicht persönlich nehmen
- Die schwierigen Tage als Teil der Beziehung akzeptieren

Wenn der Glaube zum Problem wird

STICHWORT: EKKLESIOGENE NEUROSE

Definition (nach Hark): «Die ekklesiogene Neurose benennt in dem vielschichtigen Bereich der Seelenkrankheiten jene, die im religiösen Gewande einhergeht und durch übertriebene Religiosität ausgelöst wird. Ob Frömmigkeit und Glaube als Seelengift krank machen oder als Heilmittel zur Seligkeit wirken, ist eine Frage der Dosis und der religiösen Erziehung von Eltern, Schule und Kirche.»

Studie von Hark über religiöse Neurosen:
Er verglich anhand eines ausführlichen Fragebogens 139 Patienten, die aufgrund ihrer seelischen Schwierigkeiten um Therapie nachsuchten, mit 234 Personen einer «gesunden» Kontrollgruppe.

MACHT DER GLAUBE KRANK?

In einer eigenen Studie (Pfeifer & Waelty 1995) konnten wir nachweisen, dass es keinen statistischen Zusammenhang zwischen dem Grad des Neurotizismus und der Glaubensintensität (Religiosität) gibt. Allerdings scheinen religiöse Menschen den Glauben öfter als Quelle von inneren Spannungen zu erleben. Trotzdem lehnen sie die Aussage, der Glaube sei eher eine Bürde, deutlich ab.

SCHLUSSFOLGERUNG: Es ist nicht der Glaube, der krank macht, aber übersensible Menschen mit Ängsten und Depressionen neigen eher dazu, sich am Glauben und an Beziehungen mit gläubigen Menschen wund zu reiben.

SCHLUSSFOLGERUNGEN: «Bei der genannten Patientengruppe konnte ein Zusammenhang zwischen den psychoneurotischen Schwierigkeiten und der religiösen Orientierung ermittelt werden. Es liess sich statistisch belegen: Je ausgeprägter die psychische Problematik ist, desto geringer ist das Ausmass der religiösen Orientierung und Frömmigkeit. Im umgekehrten Fall liess sich ermitteln, dass eine ausgewogene religiöse Orientierung die psychischen Schwierigkeiten vermindert. Unsere Untersuchung bestätigt damit die im Einzelfall gemachte Erfahrung, dass die Neurose das Glaubensleben beeinträchtigt und stört, während eine positive Frömmigkeit zur Heilung der Störungen beiträgt.»

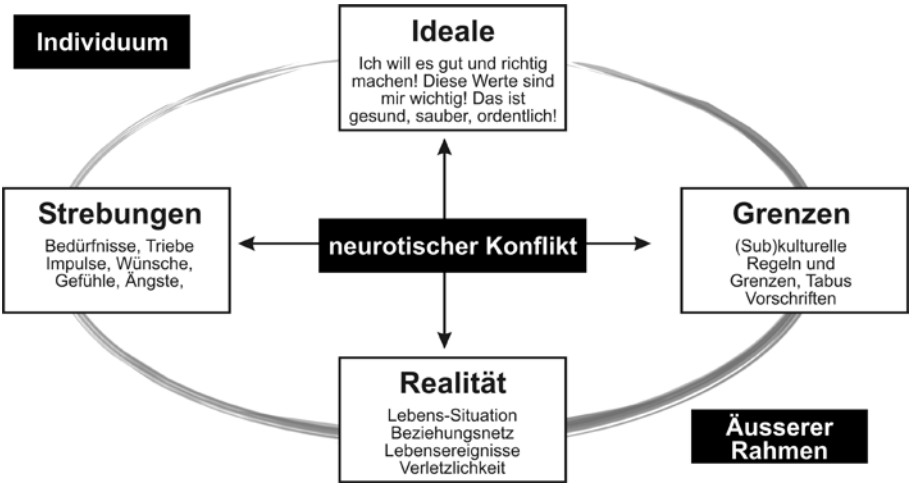
> Das Glaubensleben wird im Rahmen der Persönlichkeitsstruktur eines Menschen ausgelebt. Es ist also «ein Schatz in irdenen Gefässen.» (2. Kor 4:7)

QUELLEN:
Pfeifer S. (1993) Neurose und Religiosität – Gibt es einen kausalen Zusammenhang? Psychotherapie – Psychosomatik – medizinische Psychologie 43:356-363.

Pfeifer S. & Waelty U. (1995): Psychopathology and religious commitment. A controlled study. Psychopathology 28:70-77.

Pfeifer S. & Waelty U. (1999): Anxiety, depression and religiosity – a controlled study. Mental Health, Religion & Culture 2:35-45.

Spannungsfelder Neurose und Religiosität



SIEBEN KONFLIKTBEREICHE

Die früher beschriebenen Schwierigkeiten des sensiblen Menschen wirken sich auch auf das Glaubensleben aus. Dabei kommt es oft zu einer derart engen Verbindung zwischen einer eng-geführten Frömmigkeit und psychischen Symptomen, dass nicht immer klar zwischen Ursache und Wirkung unterschieden werden kann. Es ergeben sich die folgenden **Konfliktbereiche**:

1. Allgemeine übersensible Konflikthaftigkeit, auch in Glaubensfragen
2. Konflikte zwischen Familienloyalität und subjektiv erlebten Verletzungen bzw. Ungerechtigkeiten
3. Konflikte zwischen Glaubens-Idealen und der Alltags-Wirklichkeit
4. Generell erhöhte Ängstlichkeit (auch in Glaubensfragen)
5. Schuldgefühle als allgemeines menschliches Phänomen
6. Übernahme von eigenständiger Verantwortung bei gleichzeitigem Wunsch nach göttlicher Führung
7. Menschliche und kirchliche Gesetzlichkeit und Morallehre im Gegensatz zu persönlicher christlicher Freiheit

WEITERE INFORMATIONEN:

Diesem Thema ist ein ganzes Buch gewidmet.
S. Pfeifer: Wenn der Glaube zum Konflikt wird. Brunnenverlag Basel.
Download als e-book (PDF) von www.seminare-ps.net.

Was bringen Medikamente?

«Neurotische» Störungen galten lange Zeit als Domäne der Psychotherapie.

HIRNBIOLOGIE WESENTLICH: Die moderne Forschung sieht hinter einer seelischen Übersensibilität aber auch eine Veränderung des biochemischen Gleichgewichts im Gehirn.
In einer Studie (*) wurde untersucht, ob antidepressive Medikamente auch bei Dysthymie und PMS wirksam sind. Die Ergebnisse waren überraschend.

EINIGE ECKDATEN:

- Die Betroffenen warteten durchschnittlich 15 Jahre lang bevor sie Hilfe suchten (viel länger als bei schwere Depressionen).
- Manche hatten jahrelange Psychotherapien gehabt, ohne Besserung.

Nach sorgfältiger diagnostischer Abklärung erhielten die Patienten folgende Behandlung:

- Antidepressiva vom Typ SSRI
- unterstützende Psychotherapie, kognitive Therapie, Paargespräche

BEHANDLUNGSRESULTATE:

- deutliche Stabilisierung: Funktionsniveau von 50 auf deutlich über 70 %
- deutliche bessere Bewältigung von Stress.
- Nicht mehr durch kleinere Störungen des Alltags überwältigt.
- Die Patienten brauchten nach Einsetzen einer vernünftigen medikamentösen Therapie viel weniger Psychotherapie

«3 von 4 Patienten, die jahrelang unter Schwermut (gloom) gelitten hatten, erreichten erstmals in ihrem Leben eine gutes bis sehr gutes Funktionsniveau, das über 5 Jahre anhielt.»

«Erst seit ich Medikamente habe, kann ich die Dinge umsetzen, mit denen ich in der Psychotherapie konfrontiert werde.» Zitat einer Patientin

VERÄNDERN MEDIKAMENTE DIE PERSÖNLICHKEIT?

Manche Patienten erleben eine deutliche Veränderung ihrer Grundstimmung. Vorteil oder Nachteil? Hier einige Gedanken:

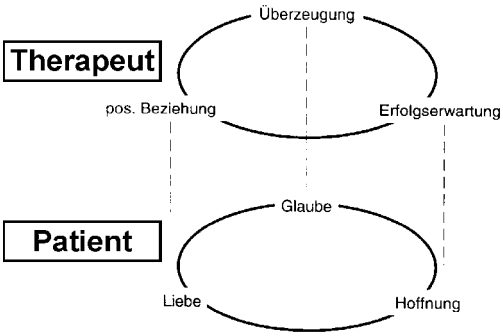
- Was ist die wirkliche Grundpersönlichkeit?
- Lethargie, Verdriesslichkeit und sozialer Rückzug sind krankhafte Persönlichkeitszüge
- Medikamente legen die eigentlichen Persönlichkeitszüge wieder frei, die durch die Dysthymie verdeckt waren.
- Medikamente reduzieren Reizbarkeit, sorgenvolles Grübeln, Neurotizismus, depressive Verstimmung, und Ängstlichkeit und verbessern die Bewältigung des Alltags. Die behandelten Patienten haben wieder mehr Energiereserve für Kontakte und Aktivitäten.
- Manche haben aber auch Mühe mit einer solchen Veränderung. «Das bin nicht mehr ich» oder auch «jetzt verlangt man zuviel von mir».

QUELLE:

Haykal RF & Akiskal HS (1999). The long-term outcome of dysthymia in private practice: clinical features, temperament and the art of management. J Clin Psychiatry 60:508–518

Psychotherapie – Chancen und Grenzen

GEMEINSAMKEITEN EINER ERFOLGREICHEN PSYCHOTHERAPIE:



1. Eine intensive, gefühlsbetonte, vertrauensvolle Beziehung zur helfenden Person.

2. Eine nachvollziehbare Begründung oder ein mythologischer Zusammenhang, der die Gründe für die Schwierigkeiten des Patienten erklärt und ihn vom Therapeuten überzeugt.

3. Darlegung neuer Informationen über die Ursache und Dynamik der Probleme des Patienten. Aufzeigen neuer alternativer Wege zum Umgang mit diesen Schwierigkeiten.

4. Hoffnung wecken: Stärkung der Erwartungen des Patienten auf Hilfe.

5. Vermittlung eines Erfolgserlebnisses, das ihm das Vertrauen und den Glauben gibt, seine Schwierigkeiten meistern zu können.

6. Anteilnahme und Engagement des Therapeuten

Reduziert man diese sechs Punkte, so kommt man auf den grundlegenden Dreiklang christlicher Seelsorge:

LIEBE - GLAUBE - HOFFNUNG

als Basis einer wirksamen Therapie.

GRENZEN DER PSYCHOTHERAPIE

1. **Grenzen der Vergangenheitsbewältigung:** Das Rad der Lebensgeschichte kann nicht zurückgedreht werden. Manche Wunden werden immer weh tun.
2. **Der Rahmen der Gemeinschaft (Familie, Ehe, Beruf, Kirche):** Gemeinschaft tut wohl, aber sie kann auch einengen.
3. **Die Grenzen der Ethik:** Themen wie ausseereheliche Beziehung, Scheidung, unerwünschte Schwangerschaft oder abgrundtiefe Feindschaft sind oft sehr konflikthaft.
4. **Freiheit und Verantwortung des einzelnen:** Der Therapeut kann einer Person nicht alle Entscheidungen abnehmen.
5. **Leben mit Schwachheit:** Auch die beste Therapie kann Sensibilität nicht völlig wegnehmen. Vielmehr geht es darum zu lernen, mit Grenzen zu leben.

Hinweise für Seelsorge und Beratung

SEELSORGLICH-THERAPEUTISCHES ZIEL:

REIFE

Persönliche und geistliche Reife bedeutet, mit einem Mass von Ungewissheit zu leben. Reife bedeutet auch, Spannungen zwischen Ideal und Realität, zwischen Wunsch und Wirklichkeit auszuhalten. Es ist die Verantwortung jedes Einzelnen, Entscheidungen in den Spannungsfeldern seines Lebens zu treffen.
Nicht immer kann Nächstenliebe und persönliches Wohlergehen in völligem Einklang stehen. Jeder geht das Risiko ein, von andern missverstanden zu werden. Im Zusammenleben ist oft eine «Kompromissbildung» zwischen Beziehung und Bedürfnisbefriedigung nötig.
Reife bedeutet, dass man sich im Zusammenleben anpassen kann, in dem subtilen Gleichgewicht von Durchsetzung und Nachgeben. Und der reife Mensch wird nicht nur seinen unerfüllten Wünschen nachtrauern, sondern Erfüllung in anderen Bereichen seines Lebens suchen. Reife ist nicht Selbstverwirklichung, sondern Leben in der Realität dieser Welt im Wissen um Gottes Durchtragen und Begleiten.

PRAKTISCHE RATSCHLÄGE FÜR SENSIBLE

- **Die schwache Seite als Teil des Lebens akzeptieren**
- **Genügend Ruhezeiten einplanen**
- **Nicht zuviel Verantwortung übernehmen**
- **Prioritäten setzen**
- **Nicht alles persönlich nehmen**
- **Die eigenen Gefühle nicht auf die anderen übertragen**

Sensible Menschen können einen grossen inneren Reichtum weiterschenken – doch dieser kann sich nur in einem geschützten Rahmen entfalten. Wählen Sie Ihr Betätigungsfeld und Ihre Beziehungen sorgfältig aus. Sie können und müssen nicht die ganze Welt retten. Setzen Sie sich dort ein, wo es Ihren Gaben entspricht und überlassen Sie alles andere Gott und den anderen Menschen.

(nach A. Pfeifer in LYDIA)

Sechs Schritte

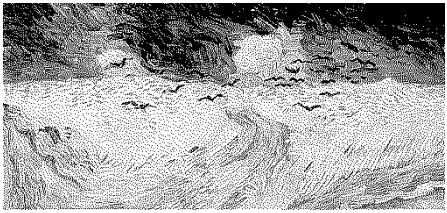
- **SICH SELBST BESSER KENNEN LERNEN**
- **AUSHALTEN VON UNTERSCHIEDEN**
- **SELBSTWERT IN ABHÄNGIGKEIT VON GOTT**
- **WISSEN UM DIE UNVOLLKOMMENHEIT DIESER WELT UND DER MENSCHEN**
- **FREIHEIT IN VERANTWORTUNG: LEBEN MIT REGELN OHNE ABHÄNGIGKEIT**
- **DIE «GEZEITEN DES LEBENS» KENNEN – WENIGER ANGST VOR VERÄNDERUNG**

Inspiration durch Bilder

Henri Nouwen über Vincent van Gogh:

«Ich spürte die Verbindungen zwischen dem Kampf von Vincent van Gogh und meinem eigenen, und ich realisierte, dass Vincent mein verwundeter Heiler wurde.
Er hatte gemalt, was ich vorher nicht zu betrachten wagte, er stellte in Frage, worüber ich zuvor nicht zu sprechen gewagt hatte und er betrat Räume meines Herzens, denen ich mich nicht zu nähern gewagt hatte. So brachte er mich meinen Ängsten näher und gab mir den Mut, meine Suche nach dem Gott zu vertiefen, der uns liebt.»

Vincent van Gogh: Drohender Himmel



«Der verwundete Heiler»

über Henri Nouwen:

«Seine Worte sprachen mit besonderer Sensibilität zu denjenigen Menschen, die in ihrem Leben seelisch gelitten hatten. Er entdeckte, dass er aus seinen eigenen Verwundungen die Verletzungen anderer Menschen erreichen konnte.»

Aus Michael Ford: WOUNDED PROPHET. A Portrait of Henri J.M. Nouwen. Doubleday 1999.

Empfehlenswerte Bücher

Die folgenden Bücher enthalten weitere Informationen zur Thematik dieses Arbeitsheftes.

Aron E.N. Sind Sie hochsensibel? Wie Sie Ihre Empfindsamkeit erkennen, verstehen und nutzen. München: MVG-Verlag.

Aron E.N. The Highly Sensitive Person in Love. New York: Broadway.

Andreasen, N. und Black, D.: Lehrbuch Psychiatrie. Weinheim: Beltz.

Bräutigam W. et al.: Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Thieme.

Eareckson-Tada J.: Wie das Licht nach der Nacht. Giessen / Basel: Brunnen.

Fiedler P.: Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Beltz.

Fiedler P.: Integrative Therapie bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.

Fiedler P.: Dissoziative Störungen und Konversion. Weinheim: Beltz.

Hell D.: Die Sprache der Seele verstehen. Die Wüstenväter als Therapeuten. Freiburg: Herder.

Frank J.D.: Die Heiler. Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung. Stuttgart: Klett-Cotta.

Frankl, V.E.: Ärztliche Seelsorge. Frankfurt: Fischer TB.

Gray J.: Männer sind anders, Frauen auch. München: Goldmann.

Hart A.: Lust oder Last: Wie Mann mit seiner Sexualität glücklich werden kann. Asslar: Gerth.

Josuran R.: Mittendrin und nicht dabei. Mit Depressionen leben lernen. Berlin: Ullstein.

Klages W.: Der sensible Mensch. Stuttgart: Enke.

Kreisman J.J. & Straus H.: Ich hasse dich – verlass mich nicht. Die schwarz-weisse Welt der Borderline-Persönlichkeit. Kösel, München.

Lamertz C. et al.: PMS – Probleme vor der Regel. Das Prämenstruelle Syndom erkennen, behandeln, überwinden. München: Mosaik.

Lauster P.: Selbstbewusstsein – sensibel bleiben, selbstsicher werden. Düsseldorf: Econ.

Mentzos S.: Neurotische Konfliktverarbeitung. Frankfurt: Fischer TB.

Nouwen H.J.: Nimm sein Bild in dein Herz. Freiburg: Herder.

Nuber U.: Der Mythos vom frühen Trauma. Über Macht und Einfluss der Kindheit. Frankfurt: Fischer.

Parrott L.: Einfach nervig! Vom Umgang mit anstrengenden Mitmenschen. Asslar: Gerth.

Parlow, G.: Zart Besaitet. Wien: Festland.

Pfeifer S.: Der sensible Mensch. Leben zwischen Begabung und Verletzlichkeit. Holzgerlingen: SCM Hänssler.

Pfeifer A.: Bring dein Leben zum Klingen. Sensibilität als Stärke. Basel: Brunnen.

Schorr B.: Hochsensibilität. Empfindsamkeit leben und verstehen. Holzgerlingen: SCM Hänssler.

Schulz vonThun F.: Miteinander reden I und II. Berlin: Rowohlt.

Selin R.: Wenn die Haut zu dünn ist: Hochsensibilität - vom Manko zum Plus. München: Kösel.

Shapiro D.: Neurotische Stile. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Shorter E.: Moderne Leiden. Zur Geschichte der psychosomatischen Krankheiten. Berlin: Rowohlt.

Skaric M.: Sensibel kompetent. Wien: Festland.

Trappmann-Korr B.: Hochsensitivität: Einfach anders und trotzdem ganz normal. Freiburg: VAK-Verlag.

Zimbardo P.G.: Nicht so schüchtern! München: MVG-Verlag.

STRESS UND BURNOUT

Verstehen, Beraten, Bewältigen

Inhalt

Gibt es Kulturen ohne Stress? ... 2
Vier Begriffe: Stress, Strain, Eustress, Distress ... 3
Trauma und extremer Stress ... 4
Belastende Lebensereignisse ... 5
Körperliche Symptome von Stress ... 6
Unterschiede zwischen Frauen und Männern ... 7
Stresskrankheiten - Psychosomatik ... 8
Resilienz - Schutzfaktor gegen Stress ... 10
Burnout - Notbremse der Seele ... 13
24 Fragen zur Erfassung von Burnout ... 15
Faktor 1: Arbeitsplatz ... 17
Faktor 2: Privatleben und Familie ... 18
Faktor 3: Persönlichkeitsmuster ... 19
Faktor 4: Wenn der Körper nicht mehr mitmacht ... 20
Müdigkeit und Erschöpfung ... 21
Der Burnout-Kreislauf ... 23
Burnout bei Lehrpersonen ... 24
Burnout bei Pflegeberufen ... 26
Compassion Fatigue - Leiden an der Not der andern ... 28
Burnout und Stress in der Bibel ... 30
Work-Life-Balance ... 32
Burnout-Vorbeugung am Arbeitsplatz ... 34
Die innere Einstellung verändern ... 36
Burnout als Chance ... 38
Was hilft gegen Burnout? ... 39
Weiterführende Literatur und Internetadressen ... 40

Stress - neue Krankheit des Jahrhunderts?

STRESS – dieses Schlagwort fand man vor 100 Jahren noch nicht im Lexikon. Heute aber gibt es niemand, der nicht zeitweise «gestresst» ist. Hans Selye (1907 - 1982), der in Wien geborene Kanadier, fasste sein Lebenswerk in einem einzigen Satz zusammen: «Ich habe allen Sprachen ein neues Wort geschenkt – Stress!»

Zu den Auswirkungen von Stress gehören nicht nur Gefühle der Anspannung sondern auch körperliche Symptome, die die Lebensfreude trüben, Beziehungen belasten und die Arbeitsfähigkeit vermindern können.

Herkunft: *engl.* STRESS = «Anspannung, Druck, Belastung, Beanspruchung»

BURNOUT

Wenn Stress zu einem Zustand körperlicher, emotionaler und geistiger Erschöpfung führt, so spricht man von «Burnout».

Erstmals wurde der Begriff von dem amerikanischen Psychotherapeuten Herbert Freudenberger beschrieben. Er beobachtete, wie aus engagierten Helfern Menschen wurden, die nicht mehr die Kraft hatten, anderen mit der nötigen Einfühlung und Professionalität zu begegnen.

Es handelt sich nicht um eine gewöhnliche Arbeitsmüdigkeit, sondern um einen Zustand, der mit wechselhaften Gefühlen der Erschöpfung und Anspannung verbunden ist. In einem destruktiven Kreislauf kommt es zu ausgeprägten Veränderungen bei der betroffenen Person. Dadurch wird die Atmosphäre in einem Team empfindlich gestört. Auch im Privatleben kommt es zum Rückzug und zu strapazierten Beziehungen.

Wie kann man Stress verstehen? Wie kann man Herausforderungen positiv nutzen («Eustress») ohne an einer Überlastung zu zerbrechen («Distress»)? Wie erkennt man die Warnzeichen? Und wie kann man sein Leben so gestalten, dass es nicht aus den Fugen gerät?

Das Seminarheft will Anregungen geben und auf weitere Literatur verweisen. Ziel der Informationen ist es, sich selbst und betroffene Menschen besser zu verstehen und sie fachgerecht und einfühlsam zu begleiten.

Dr. med. Samuel Pfeifer

Gibt es Kulturen ohne Stress?

Der englische Psychiatrieprofessor David Mumford stellte sich die Frage: Gibt es vielleicht Gegenden der Welt, wo die Menschen weniger gestresst sind? Hat die reine Bergluft, die Abgeschiedenheit von der Zivilisation, das Fehlen von Telefon und Hektik sowie das naturnahe Leben in einem Hochtal des Himalaja-Gebirges positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Bewohner?

Die Ergebnisse überraschten die Forscher: Das scheinbar idyllische Leben ohne Zivilisationsstress birgt andere Belastungen: Die Männer müssen sich weit entfernt gefährliche Arbeit (z.B. Holzflössen auf den wilden Flüssen) suchen und sind oft wochenlang abwesend; es gibt kaum medizinische Versorgung, die Kindersterblichkeit ist hoch. Im harten Winter gibt es oft Nahrungsmittel-Knappheit.

Dies führt dazu, dass gerade die in den abgelegenen Dörfern lebenden Frauen in über 40 % unter deutlichen Stress-Symptomen mit Ängsten und Depressionen litten.

BILD: Eine Familie in Papua-Neuguinea sitzt um das Feuer in der Hütte. Leiden die Menschen in ursprünglichen Kulturen weniger an Stress?

KÖRPERSPRACHE ALS AUSDRUCK VON STRESS IN DER DRITTEN WELT:

Fühlten Sie in letzter Zeit einen Energiemangel?
Spürten Sie Schmerzen im ganzen Körper?
Fühlten Sie sich müde, auch wenn Sie nicht arbeiteten?
Hatten Sie Schmerzen auf der Brust oder tat Ihnen das Herz weh?
Spürten Sie häufig Herzklopfen?
Hatten Sie ein Zittern oder Schlottern?
Hatten Sie ein Gefühl wie «Magenflattern»?
Haben Sie oft starkes Kopfweh?
War es Ihnen als ob Ihr Kopf zusammengepresst würde?
Hatten Sie ein Erstickungsgefühl oder einen Kloß im Hals?
Mussten Sie häufiger Wasser lösen?
Spürten Sie Mundtrockenheit?
Haben Sie oft einen schweren Kopf?
Hatten Sie Verstopfung?
Litten Sie unter Blähungen?
Hatten Sie Schmerzen / Verspannungen in Schulter und Nacken?
Hatten Sie kalte Hände oder Füße?
Litten Sie unter vermehrtem Schwitzen?

(Bradford Somatic Inventory; BSI)

Der obige Fragebogen wurde für die Beschreibung der Depression in der Dritten Welt entwickelt und zeigt, wie stark die psychische Befindlichkeit mit körperlichen Symptomen verwoben ist. (Mumford 1996)

Vier Begriffe: Stress, Strain, Eustress, Distress

ÜBUNG

Tragen Sie Beispiele für Stress und Strain zusammen!

Stress = äußere Ereignisse und Lebensbelastungen

.....

.....

.....

.....

.....

Strain = innere Konflikte, Befürchtungen, Kränkungen und belastende Vorstellungen.

.....

.....

.....

.....

.....

Stress ist ein Modewort unserer Zeit. Doch jeder versteht darunter etwas anderes, vom harmlosen Ärger über eine vorübergehende Hektik bis hin zu dauernden Belastungen, die die Gesundheit schädigen. Unter Stress versteht man einen vorübergehenden oder einen anhaltenden Zustand von Anspannung und Erregung.

Der Stressforscher Hans Selye unterschied zwischen «Eustress» und «Distress».

Eustress

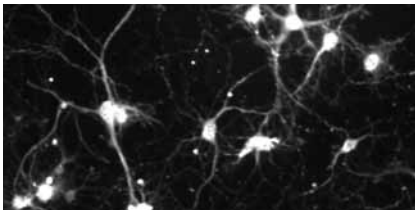
Neues kann aufregend, herausfordernd, stimulierend sein. Körper und Geist werden gefordert, aber der Mensch genießt diese Herausforderung (Beispiele: Sport, Abenteuer, Prüfungen). Die Stresshormone erzeugen einen «Kick», der als anregend erlebt wird. Aus der Holmes-Rahe Skala (S. 5) wird ersichtlich, dass auch positive Lebensereignisse wie etwa Heirat oder Ferien recht stressig sein können.

Distress

Dieses Wort wird für negative Formen der Belastung verwendet. Wenn Anforderungen und Konflikte als dauernder Druck erlebt werden, wenn Zeitnot und übermäßige Forderungen verbunden sind mit Kritik und mangelnder Anerkennung; wenn eine Situation auswegslos erscheint — dann wird Stress zerstörerisch.

Trauma und extremer Stress

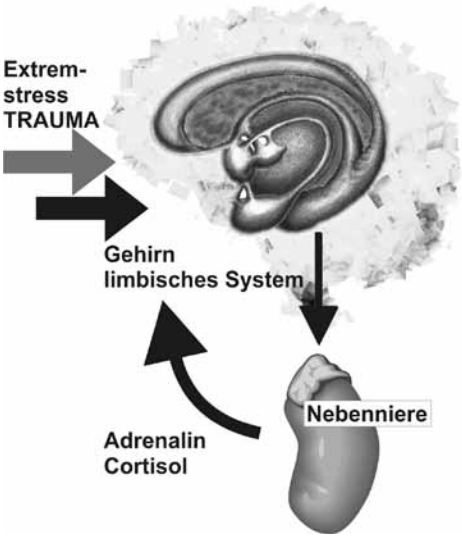
Warum kann es nach dem frühen Verlust der Mutter oder nach schwerem sexuellem Missbrauch lebenslang zu einer Depressionsneigung kommen? Welches ist die Verbindung zwischen einem emotionalen Erlebnis und der Veränderung der Neurobiologie im Gehirn?



CORTISOL ALS ZELLGIFT?

Manche Forschungen weisen darauf hin, dass die Ausschüttung von Stresshormonen eine toxische Wirkung auf Zellen im Gehirn haben können. Besonders betroffen ist dabei das limbische System, in dem die Gefühle eines Menschen gesteuert werden. Hier befindet sich auch der Hippocampus, der eine wichtige Rolle beim Gedächtnis spielt.

Die gleichen Hormone, die in einer plötzlichen Bedrohung die nötigen Energien mobilisieren, um dem Stress zu begegnen, wirken bei lang dauernder Ausschüttung als langsames Zellgift. Wer ständig unter Stress steht, kann weniger gut lernen und neue Gedächtnisinhalte speichern.



SENSIBILISIERUNG IM GEHIRN

Dauerstress führt zu einer Sensibilisierung im Gehirn. Es kommt zu einem Kreislauf von Überlastungsgefühlen und Erschöpfung, zum Eindruck, nichts mehr im Griff zu haben, zu Gefühlen von Sinn- und Hoffnungslosigkeit – kurz zu einer Depression. Diese ist wiederum begleitet von körperlichen Beschwerden.

Untersuchungen haben gezeigt, dass der Stresshormonpegel bei Depressiven deutlich gesteigert ist, selbst wenn sie sich schon völlig zurückgezogen haben. Adrenalin und Cortisol führen zu dem Gefühl der inneren Unruhe, das für Depressive so quälend ist.

Mehr noch: Die Hirnzellen werden auf Zellkernebene (DNA und RNA) so umprogrammiert (sensibilisiert), dass es später schon aus viel kleinerem Anlass wieder zu einer depressiven Phase kommen kann.

Bremner J.D. (1999): Does stress damage the brain? Biological Psychiatry 45:797-805.

Post R.M. (1992): Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. American Journal of Psychiatry 149:999-1010.

Braun K. & Bogerts B. (2001). Erfahrungsgesteuerte neuronale Plastizität. Bedeutung für Pathogenese und Therapie psychischer Erkrankungen. Der Nervenarzt 72:3-10.

Charney D.S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. American Journal of Psychiatry 161:195-216.

Belastende Lebensereignisse (Holmes & Rahe)

Punkte	Ereignis / Problem
100	Tod eines Ehepartners
73	Scheidung
65	Trennung vom Ehepartner
63	Gefängnisstrafe
63	Tod eines Familienangehörigen
53	Eigene Verletzung oder Krankheit
50	Heirat
47	Verlust des Arbeitsplatzes
45	Eheliche Aussöhnung
45	Pensionierung
44	Krankheit in der Familie
40	Schwangerschaft
39	Sexuelle Schwierigkeiten
39	Familienzuwachs
39	Arbeitsplatzwechsel
38	Erhebliche Einkommensveränderung
37	Tod eines Freundes
36	Berufswechsel
35	Streit in der Ehe
31	Aufnahme eines grösseren Kredits
30	Kündigung eines Darlehens
29	Neuer Verantwortungsbereich im Beruf
29	Kinder verlassen das Elternhaus
29	Ärger mit angeheirateten Verwandtschaft
28	Grosser persönlicher Erfolg
26	Anfang oder Ende der Berufstätigkeit der Ehefrau
26	Schulbeginn oder -abschluss
25	Änderung des Lebensstandards
24	Änderung persönlicher Angewohnheiten
23	Ärger mit dem Chef
20	Änderung von Arbeitszeit und -bedingungen
20	Wohnungswechsel
20	Schulwechsel
19	Änderung der Freizeitgewohnheiten
19	Änderung der kirchlichen Gewohnheiten
18	Änderung der gesellschaftlichen Gewohnheiten
16	Änderung der Schlafgewohnheiten
15	Änderung der Häufigkeit familiärer Kontakte
15	Änderung der Essgewohnheiten
13	Urlaub
12	Weihnachten
11	Geringfügige Gesetzesübertretungen

Die amerikanischen Autoren Holmes und Rahe haben eine Skala zusammengestellt, die Lebensereignissen ein Punktzahl zuordnen.

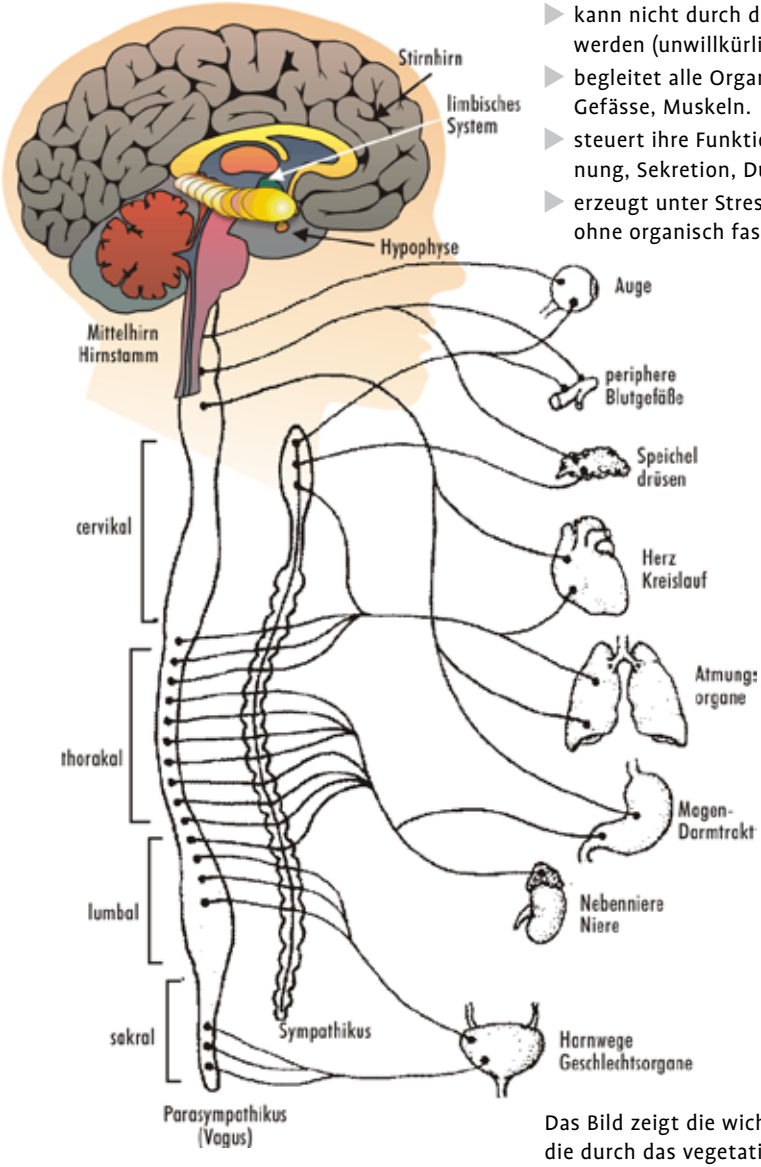
Wenn Sie mehr als 120 Punkte erreichen, sind Sie gesundheitlich gefährdet.

Quelle: Holmes T.H. & Rahe R.H. (1967): The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research 11:213–218.

Körperliche Symptome von Stress

DAS VEGETATIVE NERVENSYSTEM

- kann nicht durch den Willen gesteuert werden (unwillkürlich).
- begleitet alle Organe, Drüsen, Gefässe, Muskeln.
- steuert ihre Funktion (Muskelspannung, Sekretion, Durchblutung).
- erzeugt unter Stress Beschwerden ohne organisch fassbaren Befund.



Das Bild zeigt die wichtigsten Organe, die durch das vegetative Nervensystem gesteuert werden.

Frauenstress - Männerstress

Frauen fühlen sich stärker gestressT als Männer. Dies er-gab eine Studie, die im Jahre 2006 von der American Psychological Association (APA) in Auftrag gegeben wurde. 51 Prozent der befragten Frauen gaben an, gestresst zu sein, verglichen mit 43 Prozent der Männer.

Frauen spüren - noch eher als Männer Stress durch körperliche Symptome. Gestresste Frauen fühlten sich oftmals nervös, energielos und dem Weinen nahe. Männer hingegen waren eher gereizt, ärgerlich und neigten zu Schlafstörungen.

Frauen suchen öfter eine Behandlung für ihre Probleme auf und zeigen mehr Störungen, die durch Stress verursacht sind. Männer hingegen sterben häufiger an stress-bezogenen Krankheiten, wie etwa Herzinfarkt.

(Quelle: Monitor on Psychology
Volume 37, No. 4 April 2006)

Von den Befragten, die sich gestresst fühlten, berichteten

- 59 Prozent über Nervosität oder Traurigkeit
- 51 Prozent über Erschöpfung
- 56 Prozent über Schlafstörungen
- 55 Prozent über Interesselosigkeit und Energiemangel
- 48 Prozent über Muskelverspannungen
- 46 Prozent über Kopfschmerzen
- 37 Prozent über zu viel oder zu wenig Appetit
- 32 Prozent über Magen- oder Verdauungsprobleme
- 29 Prozent über Benommenheit und Schwindel
- 26 Prozent über Engegefühle im Brustraum
- 23 Prozent über Probleme mit der Libido.

Vier Funktionen des vegetativen Nervensystems

FUNKTION	BEISPIELE
Rhythmus	Herz, Darmperistaltik
Tonus	Muskeln (Atmung, Kehlkopf, Rücken, Blase etc.)
Sekretion	Speichel, Darm, Sexualorgane
Durchblutung	Hände, Füsse, Innenohr

Fehlregulation

→ **Missempfindung**

Schmerz, Verspannung, Übelkeit, Magenbrennen
Schwindel, Schwächegefühl, Ohrgeräusch etc.

Stresskrankheiten - Psychosomatik

PSYCHOSOMATISCHE STÖRUNGEN SIND OFTMALS STRESSKRANKHEITEN. Dabei kann grundsätzlich jedes Organ betroffen sein. 40 Prozent aller Arztbesuche werden durch vierzehn Symptome ausgelöst. Nur 10 bis 15 Prozent davon haben eine organische Ursache. Häufig durch Stress bedingt oder zumindest durch Stress verschlimmert sind folgende Störungen (immer vorausgesetzt, dass eine Untersuchung keine organischen Befunde ergibt):

> Spannungskopfschmerzen, Migräne

> Hörsturz, Tinnitus, Schwindel

> Stimmverlust (Aphonie)

> Herzbeklemmung, Druck auf der Brust

> Hautreaktionen, Neurodermitis

> Magen-Darm-Störungen

> Rückenschmerzen

> Fibromyalgie und andere allgemeine Schmerzsyndrome (Somatisierung)

> Unterleibsbeschwerden und Verlust von Libido und Potenz

> Schlafstörungen

> Allgemeine Erschöpfung

CAVE: Es wäre vereinfacht, die obigen Störungen auf die Formel «Stress macht krank!» zu reduzieren. Oftmals kommt es zu einem komplexen Kreislauf von individueller Sensibilität, äußeren Belastungen und anstrengenden Beziehungen, die schließlich im Körper eine Reaktion auslösen.

BEISPIEL

HÖRSTURZ

«Seit seinem Amtsantritt als Stadtpräsident von Zürich hat Elmar Ledergerber vier Hörstürze erlitten, zum letzten Mal, als er in die aufreibenden Verhandlungen um das Züricher Schauspielhaus involviert war.

Ein Hörsturz ist ein plötzlicher, meistens einseitig auftretender Hörverlust, der durch eine akute Durchblutungsstörung im Innenohr verursacht wird... Er schließt nicht aus, dass der Stress eines Amtes zu den Hörstürzen geführt hat: «Der Job ist zum Teil sehr beanspruchend, und die 80-Stunden-Wochen häufen sich».

Sein Amtskollege in Winterthur mußte sich unlängst wegen Herzbeschwerden für eine Woche in Spitalpflege begeben.»

(AUS EINER ZEITUNGSMELDUNG)

WEITERE INFORMATIONEN:

aus der Reihe Psychiatrie und Seelsorge:

S. Pfeifer: Psychosomatik - Wie können wir die Sprache des Körpers verstehen?

Unser Denken beeinflußt den Stress

«NICHT DIE DINGE SELBST BEUNRUHIGEN DIE MENSCHEN, SONDERN DIE MEINUNGEN UND DIE BEURTEILUNGEN ÜBER DIE DINGE.»
(der griechische Philosoph Epiktet)

Das Denken beeinflusst die Biologie des Körpers. Wie man eine Situation wahrnimmt und wie man sie einordnet, bestimmt die persönliche Bedeutung. Je nachdem resultiert ein völlig unterschiedliches Gefühlsmuster. Depression und Angst führen zudem zu einer «dunklen Brille», die vermehrt negative Bewertungen nach sich zieht.

WEITERE INFORMATIONEN:

Rüegg J.C.: Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn. Schattauer.

Charney D.S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. American Journal of Psychiatry 161:195-216.

Resilienz - Schutzfaktoren gegen Stress

Warum zerbricht der eine an seinen Lebensbelastungen, während der andere die gleichen Probleme ohne ersichtliche Stressreaktion meistert? Immer mehr wird in der Forschung die Frage nach den Schutzfaktoren gestellt.

Resilienz beschreibt die Fähigkeit, unter Stress angemessen zu handeln und die Fähigkeit, sich von Verletzungen und Widrigkeiten zu erholen.

Die stärksten Faktoren für die Resilienz eines Kindes sind ein unbeschwertes Temperament, dauerhafte familiäre Beziehungen, kompetente Bezugspersonen, die Entwicklung von Selbstachtung und ein Gefühl emotionaler Sicherheit.

RESILIENZ BEI KINDERN

Kindheit muss kein Schicksal sein. Selbst Kinder aus armen Risikofamilien haben die Chance, sich zu erfolgreichen und ausgeglichenen Erwachsenen zu entwickeln, wie die Langzeitforschungen von Emmy Werner gezeigt haben. In der Folge haben verschiedene Forscherteams Faktoren für eine resiliente Entwicklung herausgearbeitet, die sich gegenseitig unterstützen und fördern:

Ein unbeschwertes Temperament:
> Die Fähigkeit, Probleme zu lösen.
> Gutes Selbstwertgefühl.
> Eigeninitiative.
> Ein Sinn für Humor.

Intelligenz und Bildung
> Höheres Intelligenzniveau.
> Gute (Aus-) Bildungs-Chancen.

Stabile Bezugspersonen
> Dauerhafte familiäre Beziehungen
> Kompetente, präsente und warmherzige Bezugspersonen.

Stabiles Wertesystem
> Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft.
> Respekt, Fürsorge und Mitgefühl für andere Menschen.

WEITERE INFORMATIONEN:

R. Welter-Enderlin: Resilienz. Gedeihen trotz widriger Umstände. Carl-Auer.

M. Rampe: Der R-Faktor. Das Geheimnis unserer inneren Stärke. Eichborn.

Resilienz entwickeln

Resilienz bedeutet Widerstandskraft und Durchhaltevermögen in schwierigen Situationen, in Schicksalsschlägen, Bedrohungen und Beziehungsproblemen. Jeder Mensch hat in sich Faktoren, die ihn «resilient» machen - der eine mehr, der andere weniger.

Doch Resilienz kann bewusst aufgebaut und entwickelt werden. Dies bedeutet nicht ein problem-freies Leben. Oftmals sind es gerade seelische Schmerzen und Verlusterlebnisse, die eine Person in ihrer Lebensbewältigung stärker machen können.

Ein ganzes Bündel von Faktoren bestimmt, wie Misserfolge und Lebenskrisen verarbeitet werden. Die neuere Forschung zeigt deutlich, dass der wesentlichste Faktor gute und tragfähige Beziehungen (Familie, Freunde) sind. Dazu kommt natürlich die eigene Grundhaltung, Problemlöseverhalten und ein gutes Selbstvertrauen. Hier sind zehn Wege zum Aufbau von Resilienz (*).

1. Pflegen Sie Beziehungen

Gute Beziehungen mit Familie und Freunden sind wichtig. Wer Hilfe und Unterstützung von Menschen annimmt, die sich um ihn kümmern und ihm zuhören, wird dadurch gestärkt. Jugendgruppe, Hauskreis und andere Gruppen können eine große Hilfe sein. Wer andern hilft, erlebt auch selbst Unterstützung.

2. Krisen sind nicht unüberwindbar

Auch wenn Sie einen Schicksalsschlag nicht verhindern können, so können Sie doch beeinflussen, wie Sie die Ereignisse einordnen und damit umgehen. Krisen werden nicht als unüberwindliches Hindernis gesehen. Der Glaube kann dabei eine wichtige Hilfe sein (Beispiel Hiob). Schauen Sie über die Gegenwart hinaus.

3. Veränderung gehört zum Leben

Schwere Erfahrungen gehören zu unserem Leben. Auch resiliente Menschen sind vor der Opferrolle nicht gefeit. Nach einer gewissen Zeit gelingt es ihnen jedoch, anders über die Situation zu denken. Nehmen Sie die neue Lebenssituation an. Indem man das Unveränderliche loslässt, kann man sich auf diejenigen Dinge konzentrieren, die sich ändern lassen.

4. Setzen Sie sich Ziele

Entwickeln Sie kleine, aber realistische Ziele für jeden Tag. Halten Sie einen geordneten Tagesablauf ein. Streben Sie nicht nach grossen Zielen, sondern fragen Sie sich: «Was kann ich heute tun, das mich in die Richtung führt, die ich erreichen möchte?»

5. Mutig handeln

Packen Sie das an, was zu tun ist. Lassen Sie sich nicht gehen, in der Annahme, die Dinge lösten sich von allein. Überlegtes und mutiges Handeln gibt Ihnen das Gefühl zurück, wieder selbst am Ruder zu sein und in die Zukunft zu schauen.

6. Was kann ich aus der Situation lernen?

Viele Menschen haben erlebt, dass sie gerade in schweren Ereignissen innerlich gewachsen sind. Sie berichten, dass sie bessere Beziehungen entwickelten, ein größeres Selbstvertrauen, eine vertiefte Spiritualität und eine neue Wertschätzung für das Leben.

7. Trauen Sie sich etwas zu!

Entwickeln Sie ein positives Selbstver-

* In Anlehnung an eine Leitlinie der APA, www.apahelpcenter.com

trauen: Sie können Probleme lösen und dürfen Ihrem Instinkt vertrauen – das stärkt die Resilienz.

8. Bewahren Sie die richtige Perspektive!

Auch wenn Sie durch sehr schwere Erfahrungen gehen, so versuchen Sie das Ereignis in einem breiteren Zusammenhang zu sehen. Welchen Platz hat es in Bezug auf Ihre gesamte Lebenssituation und auf lange Sicht? Vermeiden Sie, ein Ereignis übermäßig zu gewichten.

9. Geben Sie die Hoffnung nicht auf!

Eine optimistische Lebenseinstellung stärkt die Resilienz entscheidend. Es wird auch in Ihrem Leben wieder bessere Zeiten geben. Leben Sie nicht unter dem Diktat Ihrer Ängste, sondern setzen Sie sich neue Ziele.

10. Achten Sie auf sich selbst!

Spüren Sie, was Ihnen gut tut. Nehmen Sie Ihre Bedürfnisse und Ihre Gefühle ernst. Machen Sie Dinge, die Ihnen Freude bereiten und zur Entspannung beitragen. Bewegen Sie sich und gehen Sie an die frische Luft. Wenn Sie im guten Sinne für sich selbst sorgen, so bleiben Körper und Geist fit und können besser mit den Situationen umgehen, die Durchhaltevermögen und Widerstandskraft brauchen – eben: Resilienz.

Der Glaube als Kraftquelle der Resilienz

Die eben aufgeführten zehn Punkte zur Bildung einer gesunden Resilienz lassen sich nicht aus eigener Kraft erreichen. Die psychotherapeutische Erfahrung zeigt, dass Menschen mit einer tiefen Glaubensbeziehung zusätzliche Kräfte entwickeln.

Für gläubige Menschen sind Optimismus, Hoffnung und Perspektive eingebettet in den Glauben. Ihr Selbstvertrauen wächst durch Gottvertrauen und Gebet. Das bewahrt sie nicht vor Zweifeln und Konflikten – aber gerade im Ringen mit Gott kann eine Resilienz heranwachsen, die tiefer greift als jede oberflächliche psychologische Selbstsuggestion.

Raum für Notizen

Burnout

Burnout - Notbremse der Seele

BURNOUT kommt nicht von einem Tag auf den andern. Meist künden sich die Symptome schleichend an, klopfen nur leise an die Tür, ziehen sich dann am Wochenende wieder etwas zurück, bis ein neues Ereignis wie ein Donnerschlag ins Leben einbricht.

Burnout ist eine körperliche und emotionale Erschöpfung aufgrund dauernder Anspannung, ständiger sozialer Begegnungen, täglichen Stresses.

Burnout ist besonders tiefgreifend, wenn aufreibende Arbeit und dauernde Belastung von wenig Anerkennung und mitmenschlicher Unterstützung begleitet sind.

BETROFFENE BRAUCHEN EINDRÜCKLICHE BILDER:

«Wie eine Raketenstufe, die ausgeglüht und nutzlos ins Meer fällt.»

«Wie ein Haus, das ausgebrannt ist, aber die Fassade steht noch.»

«Wie ein Marathonläufer in der Wüste. Ich kann weder vorwärts noch rückwärts.»

«Wie ein leerer Akku.»

«Bankrott: Bei meinem Energiebudget habe ich dauernd auf Pump gelebt, permanent überbucht. Ich muss ein neues Budget machen und abbezahlen.»

«Ich fühle mich wie ein Wolf in der Falle: Schmerzhafte Neuorientierung, die nicht ohne Verluste geht.»

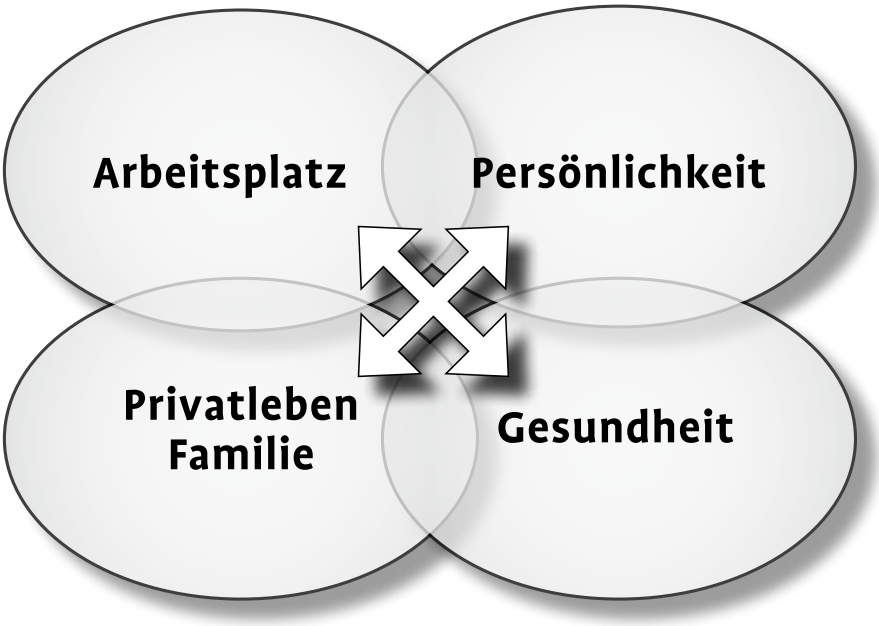
24 Fragen zur Erfassung von Burnout

Wenn Sie mehr als 10 — 12 Fragen mit «Ja» beantworten, so weist dies auf ein Burnout hin:

JA	NEIN	
O	O	Fühlen Sie sich in letzter Zeit häufig müde?
O	O	Sind Sie körperlich erschöpft, ohne dass sich ein medizinischer Grund findet?
O	O	Fühlen Sie sich manchmal einfach leer, ohne neue Ideen?
O	O	Wächst Ihnen die Arbeit zunehmend über den Kopf?
O	O	Denken Sie oft, dass ihre Mitmenschen schwieriger geworden sind als früher?
O	O	Sind Ihre Gefühle leichter zu verletzen als früher?
O	O	Erleben Sie frühere Herausforderungen im Beruf heute als Strapaze?
O	O	Wirken Sie manchmal gedankenverloren und hören Sie andern nicht zu? Verlieren Sie sich in Tagträumereien?
O	O	Haben Sie den Eindruck, dass sie von Kollegen und Vorgesetzten keine Unterstützung bekommen?
O	O	Sind Sie rasch gekränkt, wenn andere an Ihnen oder Ihrer Arbeit etwas bemängeln?
O	O	Trinken Sie öfter als früher Alkohol, um sich zu beruhigen?
O	O	Haben Sie Ihren früheren Optimismus und Ihr Engagement verloren?
O	O	Haben Sie Mühe mit Veränderungen bei der Arbeit und beim Einsatz neuer Technologien?
O	O	Gehen Ihnen so viele Gedanken durch den Kopf, dass Sie nicht abschalten können?
O	O	Möchten Sie manchmal einfach keinen andern Menschen mehr sehen?
O	O	Haben Sie manchmal den Eindruck, es gebe keinen andern Ausweg als den Ausstieg aus Ihrem Beruf oder die Kündigung?
O	O	Vernachlässigen Sie Dinge, die Ihnen früher wichtig waren?
O	O	Sorgen Sie sich schon am Tag zuvor, wie es am nächsten Tag wohl bei der Arbeit laufen wird?
O	O	Werden Sie vermehrt von Schmerzen geplagt?
O	O	Erleben Sie ein Nachlassen von Lebensfreude oder sexuelle Lustlosigkeit?
O	O	Haben Sie Minderwertigkeitsgefühle, die Sie früher nicht kannten?
O	O	Machen Sie sich Sorgen um Ihre Gesundheit?
O	O	Nehmen Sie vermehrt Aufputschmittel wie etwa Kaffee zu sich?
O	O	Haben Sie den Eindruck, viel zu wenig Zeit für Ihre Familie und für Ihre Freizeit zu haben? Entfremden Sie sich Ihren Freunden?
O	O	Leiden Sie an Schlaflosigkeit?

zusammengestellt aus verschiedenen Quellen und aus der eigenen klinischen Erfahrung

Vier Faktoren bei der Entstehung



Burnout ist nicht nur ein Problem der Arbeit. Nach klinischer Erfahrung spielen mindestens vier große Faktoren bei der Entstehung eines Burnouts mit (vgl. Abbildung). Oftmals schaukeln sich diese gegenseitig hoch und führen dann zum emotionalen Ausbrennen.

FACHARTIKEL ZUM THEMA:

Maslach C., Schaufeli W.B. & Leiter M.P. (2001): Job Burnout. Annual Review of Psychology 52:397-422.

Faktor 1: Arbeitsplatz

Organisationspsychologische Burnoutforscher sehen Burnout in Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen

1. WORKLOAD: Überforderung und Zeitdruck.
2. Große Verantwortung ohne ausreichende Kompetenz.
3. Unklare Erfolgskriterien.
4. Fehlendes Feedback.
5. Mangel an Autonomie / Handlungsspielraum.
6. Allgemeine Arbeitszufriedenheit.
7. Gefühl ständiger Kontrolle.
8. Diskrepanz zwischen humanitären Werten und Arbeitsalltag.
9. Rollenstruktur:
   > Rollenkonflikte.
   > Rollenambiguität (ungenaues Berufsbild, unklare Arbeitsziele).
   > Rollenarmut: wenig motivierendes Potential, gleichförmige Routine, wenig Möglichkeiten zur Selbstentfaltung.
10. Fehlende Rückzugsmöglichkeiten.
11. Schlechtes Image des Berufs.
12. Mangelnde soziale Unterstützung.

WAS MERKEN KOLLEGEN UND VORGESETZTE?

> Klagen über Arbeitsunlust und Überforderung
> Keine neuen Ideen und Projekte, die die Person früher auszeichneten
> Vermehrt Fehlleistungen und Konzentrationsprobleme.
> Negative Grundeinstellung, Dienst nach Vorschrift
> Widerstand gegen Veränderungen
> Weniger Kontakt mit Kollegen
> Vermehrt krankheitsbedingte Absenzen
> «Innere Kündigung»

EINIGE BEISPIELE

«Morgen will ich diesen Bericht auf meinem Schreibtisch! Wie Sie das machen, ist mir egal»

«Letzten Monat haben Sie wieder 4 Stunden für Gespräche verwendet, die wir nicht nötig finden.»

«Wir sind zwar ein Pflegeheim, aber unsere Aktionäre wollen Gewinne sehen!»

«Pro Tag erwarte ich mindestens 11 Patientenkontakte von Ihnen. Ihre Aufgabe ist die Medikamentenabgabe. Gespräche überlassen Sie andern!»

«Lehrer sind faule Säcke!»

BEISPIEL

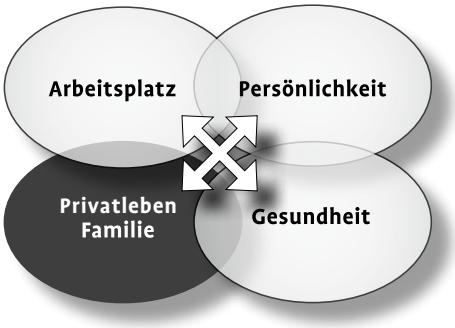
«Seit diesem Frühjahr bin ich ständig krank. Mal habe ich ein Grippe, dann fühle ich mich wieder fiebrig, habe leichte Lymphknotenschwellungen oder Halsweh. Der Arzt findet nichts Richtiges. Er hat mich nur gefragt, ob ich viel Stress am Arbeitsplatz habe. Seit letzten Herbst haben wir einen sehr fordernden Chef. Für ihn zählt nur die Leistung, nicht die Person. Manchmal möchte ich am liebsten den Bettel hinschmeissen»

Faktor 2: Privatleben und Familie

Leidet das Privatleben, so reduziert sich auch die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz. Letztlich ist die Arbeit – und sei sie noch so interessant – kein ausreichender Ersatz für erfüllende persönliche Beziehungen, vitalisierende Bewegung und Lebensgenuss abseits des Schreibtisches.

Folgende Faktoren erweisen sich als Burnout-fördernde Belastung:

> Konflikte mit Partner / Partnerin
> Konflikte mit Kindern
> Konflikte mit Freunden
> Mehrfachbelastungen (Haushalt / Erziehung / Beruf)
> Mangel an Kontaktmöglichkeiten
> Aufgeben von Hobbys, Musik oder sportlichen Aktivitäten
> Vernachlässigung des Privatlebens.



DER SPILLOVER-EFFEKT

Eine Studie des deutschen Psychologen Joachim Lask hat gezeigt, dass das Privatleben mehr zur Arbeitszufriedenheit beiträgt als bisher gedacht. Die Befindlichkeit im Privatleben schwappt also in die Arbeit über (engl. spillover). Einige Befunde der Studie:

> 63 % der Befragten gaben an, dass sich der Familienstress auf das Berufsleben auswirkt.
> Je intensiver anhaltende Probleme bei Kindern bestehen, desto höher ist die berufliche Belastung in der letzten Woche.
> Das Ausmass an Fröhlichkeit bei der Arbeit wird von 87 % der Befragten hauptsächlich auf die Familie zurückgeführt.
> Konzentrationsstörungen, Deprimiertheit und Angst am Arbeitsplatz werden zu über einem Drittel hauptsächlich auf die Familie zurückgeführt.

BEISPIEL

BURNOUT – DER PRIVATE FAKTOR

«Privat geht es nicht so gut. Meine Frau entzieht sich mir, liest am Abend lieber, als sich einen romantischen Abend zu gönnen. Unsere Beziehung ist nicht mehr, was sie einmal war.

Vor kurzem habe ich gehört, dass sich Freunde von uns scheiden lassen – das macht mir Angst und mein Herz zieht sich zusammen. Dabei wollten wir doch miteinander glücklich werden.

Wir haben Streit über kleine Dinge: eine Einladung; die Dekoration; Geld . . .

Vor kurzem ist ein väterlicher Freund von mir gestorben. Das hat mich wirklich getroffen. Er hat mir zu meiner Karriere verholfen und mich immer wieder unterstützt. Jetzt ist er nicht mehr da. Ich bin im Alter, wo man an vorderster Front steht.

Meine Frau und ich hatten noch gar keine Zeit, so richtig über das zu reden, was uns bewegt. Wir haben versucht Normalität zu leben; aber unter der Oberfläche brodelt es.»

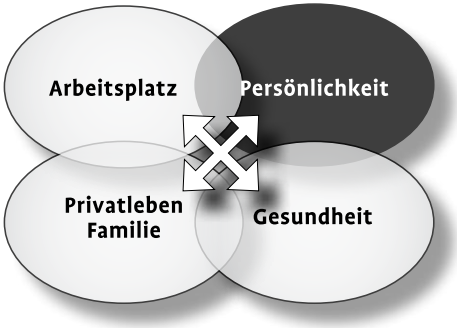
(ein 42-jähriger Manager)

Quelle: www.workfamily-institut.de

Faktor 3: Persönlichkeitsmuster

Die Persönlichkeitsforschung hat typische Muster ergeben, die zu einem Burnout führen können.
Hier sind einige Hinweise:

> Hohes persönliches Engagement im täglichen Umgang mit anderen Menschen.
> Hoher Anspruch an sich selbst: «Ich will gut sein – Ich will erfolgreich sein – Ich will es den andern zeigen!» – «Geht nicht gibt's nicht!»
> Gefühl der Unentbehrlichkeit: «Ohne mich geht es nicht!»
> Hohe Sensibilität für Mitarbeiter und Situationen.
> Ethisches Verantwortungsgefühl: «Ich kann sie doch nicht im Stich lassen!»
> Schlechte Abgrenzungsfähigkeit.
> Labiles Selbstwertgefühl.



DAS HELFERSYNDROM

Hierzu gehören alle Fragen, die sich auf die Biographie, die beruflichen Erwartungen und Ideale der Helfer beziehen. Man geht davon aus, dass die «Diskrepanz zwischen Erwartungen und Wirklichkeit» einen großen Teil von Burnout ausmacht.

Helfer gehen häufig zu idealistisch an ihren Beruf heran. Zwei Drittel der Altenpflegerinnen zeichnen sich durch einen sehr grossen beruflichen Idealismus-Wert aus.

Personen mit dem Helfersyndrom versuchen, ihr labiles Selbstwertgefühl durch die Aufopferung an eine grosse Aufgabe und der damit verbundenen Dankbarkeit vieler Hilfsempfänger zu stabilisieren. Nach Wolfgang Schmidbauer sind Helfer mit dieser Persönlichkeitsstruktur besonders gefährdet, da ihr emotionelles Defizit und somit ihr Bedürfnis nach Zuwendung so gross ist, dass es kaum gestillt werden kann.

Persönlichkeit. Die Thematik der Helferpersönlichkeit wird im deutschsprachigen Raum hauptsächlich unter dem Schlagwort „Helfersyndrom“ diskutiert.

TYP-A-VERHALTEN

Typ A Verhalten ist gekennzeichnet durch folgende Eigenschaften:

> Starke Wettbewerbsorientierung: diszipliniert, tüchtig, verantwortungsbewusst, dominierend, aggressiv, vielleicht sogar feindselig.
> Neigung zu extremer Verausgabung: verspannt, überlastet, gestresst, immer in Zeitnot, ungeduldig.
> Erhöhte Reizbarkeit und Gereiztheit im Zusammenhang mit Kränkbarkeit und Tendenzen zu Angst und Depression.
> Psychophysisches Risikoverhalten: unregelmässige Ernährung, mangelnde Körperbewegung im Wechsel mit sportlichen Höchstleistungen, wenig kontrollierter Genussmittelkonsum, Schlafdefizite.

Faktor 4: Wenn der Körper nicht mehr mitmacht

Stress hat nicht nur gesundheitliche Folgen – Gesundheitsprobleme können auch selber zum Stress werden.
Körperliche Krankheiten, die mit grosser Erschöpfung einhergehen können:

> Grippe
> Rheumatoides Fieber
> Hepatitis
> Malaria und andere Infektionen.

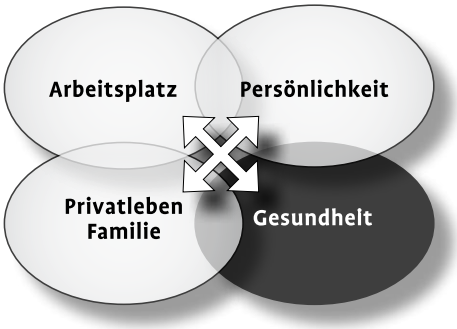
Auch scheinbare Bagatellunfälle können sich als grosser Belastungsfaktor erweisen: Eine Muskelzerrung lässt einen alt aussehen; eine Handverletzung verhindert das Musizieren oder das Schreiben.

«Gesundheitlich angeschlagen zu sein wird in der Politik als Schwäche eingestuft. Man schleppt sich weiter, solange es geht.»

Wenn wir gesund sind, so fühlen wir uns sicher in unserem Körper. Fallen einzelne Funktionen aus oder plagen uns Schmerzen, so fällt eine wichtige Stütze weg, die unser Selbstwertgefühl und unsere Leistungsfähigkeit wesentlich beeinflusst.

Die Gesundheit ist ein Geschenk – aber der Mensch kann auch selbst dazu beitragen – durch gesunde Ernährung, durch regelmässigen Sport und durch gesunde Lebensgewohnheiten. Neben einem guten Tagesrhythmus ist auch die Bewegungsdisziplin am Arbeitsplatz wichtig: Wer immer nur vor dem Bildschirm sitzt, der wird sich bald Rückenschmerzen, Augenbrennen und andere Probleme einhandeln.

Nehmen Sie bewusst die Treppe und nicht den Lift. Jede Treppe ist eine Chance für mehr Bewegung!



BEISPIEL

Zitate aus einem Interview mit dem deutschen Politiker Horst Seehofer: «Gesundheitlich angeschlagen zu sein wird in der Politik als Schwäche eingestuft. Man schleppt sich weiter, solange es geht. Ich war so weit, dass ich den Termin, den ich eigentlich noch ansteuern wollte, nach Meinung des Arztes nicht mehr erreicht hätte.»

«Man hält sich bis zu einer solchen Erkrankung für unentbehrlich, auch wenn man das nie öffentlich einräumen würde. Wenn dann der Blitz eingeschlagen hat, stellt man plötzlich fest, dass das politische Leben reibungslos weiterläuft, ohne dass man dabei ist.»

Der Spiegel 18 / 2006, S. 34

Müdigkeit und Erschöpfung

Ein Kernsymptom des Burnout-Geschehens sind Müdigkeit und Erschöpfung. So weit verbreitet ist diese Befindlichkeit in unserer Gesellschaft, dass sie bereits als Signatur der Epoche gedeutet wird. «Lähmende Gefühle der Erschöpfung und der Unzulänglichkeit gehören zu ihren Erkennungszeichen, verbunden mit der letzten Hoffnung, dass die Medizin dieser Unerträglichkeit abhelfen könne,» schreibt die ZEIT über die Depression.

KÖRPERLICHE URSACHEN

Dabei fand man bis heute keinen biochemischen Marker für die Müdigkeit. Natürlich gibt es vielfältige körperliche Erkrankungen, die Müdigkeit und Erschöpfung auslösen können, von der Blutarmut bis hin zu Krebsleiden, die in bis zu 80 % der Fälle von großer Müdigkeit begleitet sind, die in der Fachliteratur als «Fatigue» bezeichnet wird.

BEISPIEL

Ein bekannter Fussballspieler erkrankt an einem Pfeiffer'schen Drüsenfieber. Monatelang hat er keine Energie zu Spielen. Er fühlt sich minderwertig, geht nicht ans Training, zieht sich vom Team zurück. Er schaut Fernsehen und ernährt sich von Fast Food. Das Übergewicht vermindert weiter die sportliche Leistung. Versuche, wieder einzusteigen, sind enttäuschend. Es beginnt eine Abwärtspirale, die in ein Burnout mit einer ausgeprägten Depression mündet. Dank professioneller Hilfe kann er 14 Monate nach seinem Ausfall wieder spielen.

Länger dauernde Erschöpfungszustände können auch von Viruserkrankungen verursacht werden. Besonders häufig sind grippe-artige Erkrankungen und das Pfeiffer'sche Drüsenfieber, das vom Epstein-Barr-Virus (EBV) hervorgerufen wird.

> Die Bewegung der Selbstverwirklichung und die Leistungsgesellschaft haben dem Menschen neue Lasten auferlegt.
>
> Thesen von Alain Ehrenberg

DAS ERSCHÖPFTE SELBST

Um so befremdlicher ist es für die Betroffenen eines Burnouts, dass bei ihnen keine körperliche Ursache gefunden wird. Ist es möglich – so fragen sie – dass man allein von seelischer Anstrengung derart ausgelaugt und erschöpft werden kann?

Offenbar ja. Die Bewegung der Selbstverwirklichung und die Leistungsgesellschaft haben dem Menschen neue Lasten auferlegt: Bei vielen Frauen sei sie eine unangenehme Nebenwirkung der Emanzipation der letzten vierzig Jahre: Die Erschöpfung und Überforderung des befreiten Selbst.

Der heutige Mensch ist zwar freier, aber er trägt schwer an seinen neuen Freiheiten und an seiner Verantwortung. Er kann zwar nicht mehr schuldig werden, aber er kann an den neuen Herausforderungen scheitern und versagen.»

WEITERE INFORMATIONEN:

Alain Ehrenberg: Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Campus Verlag

Veränderung der Persönlichkeit

Burnout trifft nicht selten die begabtesten und engagiertesten Mitarbeiter in einem Betrieb.

Neben den bereits genannten Symptomen fällt bei ihnen die Veränderung des Verhaltens besonders auf, weil es sich so sehr vom früheren Einsatz unterscheidet.

Folgende Eigenschaften werden beschrieben:

Positive Persönlichkeitseigenschaften sind das «Schmieröl» in der Zusammenarbeit eines Teams.

IN GUTEN ZEITEN	IM BURNOUT
Schwungvoll, spritzig	Verlangsamt, humorlos
Initiativ, hat neue Ideen und Konzepte	Lethargisch, resigniert, läßt Dinge schlittern.
Gelassen, geduldig, aufbauend	Gereizt, ungeduldig, fordernd, kritisierend
Anpassungsfähig, flexibel	Widerstand gegen Veränderungen
Mitfühlend, menschen-orientiert	Sarkastisch, «depersonalisiert», reizbar
Denkt ganzheitlich	Wirkt ich-zentriert, egoistisch, kümmert sich nicht mehr um das Wohl von Betrieb und Mitarbeitern
Setzt Prioritäten, denkt klar und konzeptuell	Bleibt an Nebensächlichkeiten hängen, «sieht vor lauter Bäumen den Wald nicht»
Teamplayer: gibt sich ins Team ein	Rückzug: zieht sich zurück und nimmt nicht an gemeinsamen Aktivitäten teil.

GRÜNDE FÜR VERÄNDERUNGEN

Wie die Abbildung auf Seite 23 zeigt, erfolgen die Veränderungen in einem allmählichen Kreislauf.

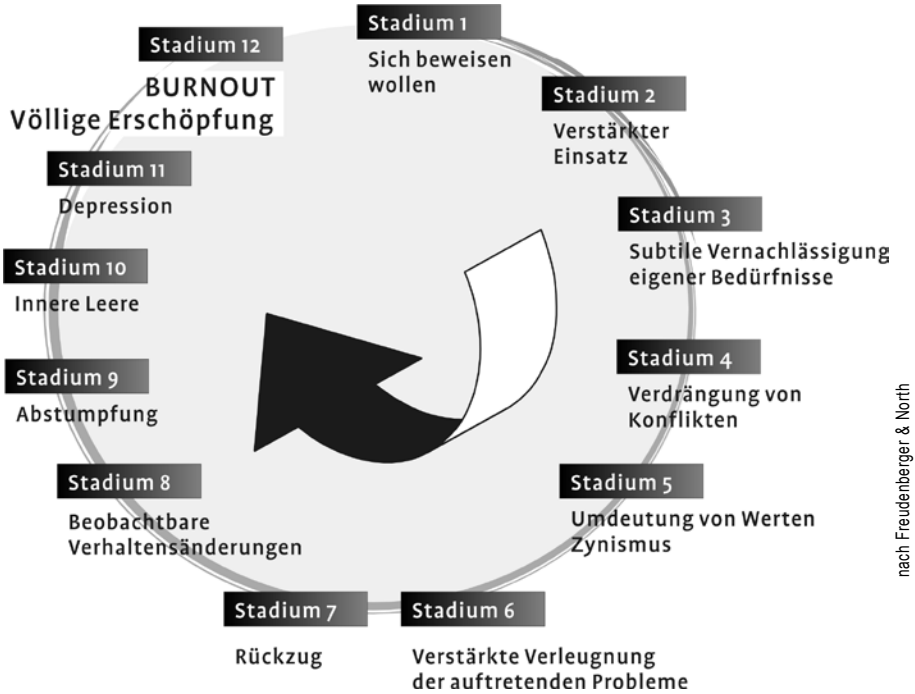
Wir können unsere positiven Persönlichkeitseigenschaften nur dann ausleben bzw. zum Einsatz bringen, wenn wir genügend Energiereserven haben. Diese werden aber durch einen ständig erhöhten Einsatz zunehmend aufgebraucht. Die Oberfläche von positivem Verhalten wird abgewetzt und lässt negative Eigenschaften durchbrechen, die zu neuen Problemen führen können.

Der verstärkte Einsatz (Stadium 2) raubt Kräfte und führt dazu, dass die eigenen Bedürfnisse subtil vernachlässigt werden (Stadium 3).

Es kommt zu Konflikten im Team oder im Privatleben, die aber mit Ausreden bzw. oberflächlichen Hoffnungen verdrängt werden (Stadium 4).

Gerade in Berufen, die Menschen dienen sollen, schleicht sich das Gift des Zynismus (Stadium 5) besonders destruktiv ein («Hauptsache, der Umsatz stimmt!» «We-

Der Burnout-Kreislauf



nigstens haben wir eine gute Statistik!»). Weil die eigenen Reserven aufgebraucht sind, kann man auch den anderen Menschen nicht mehr mit der nötigen Achtung, Fürsorge und Professionalität begegnen.

Diese Werteverschiebung erfordert immer mehr «Verleugnungs-Arbeit» – ein kräfte-raubender Doppelstandard, der schließlich umkippt in resignierenden Rückzug und Abstumpfung.

Die betroffene Person verletzt andere mit ihrem Verhalten und macht sich selbst Vorwürfe für ihr negatives Verhalten. ***Studien haben gezeigt, dass es vom Beginn der ersten Symptome etwa neun Monate bis zum Vollbild eines Burnouts braucht, wenn man nichts dagegen tut.***

BEISPIEL

«Die ersten Berufsjahre ging ich unbekümmert mit viel Schwung und Begeisterung an. Ich sprühte geradezu vor Ideen. Glückliche Jahre, in denen ich nicht spürte, wenn ich mich an der Grenze meiner Belastbarkeit bewegte. Es gab auch Probleme, aber weil ich mit einem gesunden Selbstvertrauen ausgestatten war, mochte ich meiner Seele nicht viel Zeit lassen, darüber nachzudenken. Zu spät merkte ich, dass ich zum Beispiel den Sport vermisste, das Spiel und die pure Freude am Leben. Die Droge Anerkennung wirkte und bediente ein Defizit meiner Seele ...»

Arne Völkel

Burnout bei Lehrpersonen

«Wir Lehrerinnen und Lehrer sollen für jeden Wunsch der Gesellschaft, der Wirtschaft und jedes Problem der Politik ein entsprechendes Angebot vorhalten, erhalten aber so gut wie gar keine Unterstützung.»

Lehrerinnen und Lehrer gehören zu den Berufen, die am meisten von einem Burnout gefährdet sind. Von der Öffentlichkeit erhalten sie oft nur wenig Anerkennung. Oft fühlen sie sich als «Prügelknaben der Nation»; der frühere deutsche Bundeskanzler bezeichnete sie einmal als «Faule Säcke». Und das Magazin FACTS schrieb: «Mit Unterstützung im Volk können die Lehrer kaum rechnen. Dort geistert noch das Bild des gut bezahlten Ferientechnikers mit krisensicherem Job herum, der gern jammert.» Verschiedene Studien haben aber gezeigt, wie gestresst Lehrpersonen sind:

> In Deutschland erreichen nur ca. 4 % aller PflichtschullehrerInnen die normale Dienstaltersgrenze.
> Das Durchschnittsalter für krankheitsbedingte Frühpensionierungen liegt bei ca. 58 Jahren.
> Etwa 50% der Frühpensionierten haben i.w.S. eine Erschöpfungsdiagnose. Die Hälfte davon suchte deshalb schon in den ersten fünf Dienstjahren den Arzt auf!
> Jeder zweite Lehrer fühlt sich durch den Stress in seinem Beruf im Übermaß belastet, jeder dritte zeigt Anzeichen von Selbstüberforderung und Resignation und schwebt in Gefahr, eines Tages auszubrennen und dauerhaft krank zu werden.

BEISPIEL

Ein Schweizer Lehrer kümmerte sich intensiv um einen schwierigen Schüler. Dabei kam er auf 114 Stunden Einsatz – fast drei Arbeitswochen.

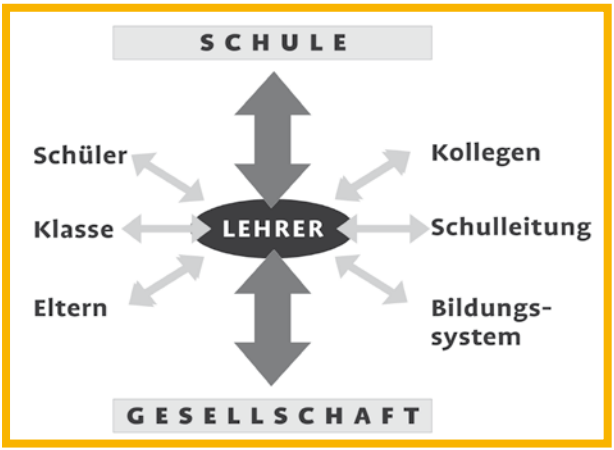
Dazu gehörten Telefongespräche, außerplanmäßige Elternbesuche, Lehrersitzungen, Treffen mit der Schulkommission.

Ein Viertel seiner Zeit nahm allein der Schüler Esteban L. in Anspruch, ein 15-jähriger Albaner. Wenn Esteban die Schule schwänzte, fuhr er mit ihm zum Arzt, damit der seine Gesundheit abklärte. Wenn Esteban Mädchen betatschte, führte der Lehrer stundenlange Telefone mit den empörten Eltern. Er organisierte für den renitenten Schüler einen Arbeitseinsatz bei einem Malermeister und musste anschließend die Arbeiter des Betriebs beruhigen, die sich über Estebans Manieren aufregten.

Inzwischen ist der Schüler aus der Schule ausgeschlossen worden. Der Lehrer aber kann nicht mehr ...

Stressoren in der Schule

- Desinteressierte und störende Schüler
- Hohe Erwartungen der Eltern
- Ständige Schulreformen und Veränderungen
- Isolation im Klassenzimmer
- Zu viele Projekte
- Keine bzw. negative Rückmeldungen
- Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten
- Verantwortungsgefühl für die Schüler und Schülerinnen
- Vorbereitungsarbeiten in Ferien und Freizeit
- Erhöhte Gewaltbereitschaft der Schüler



15 Wege zum sicheren Burnout

1. Lächeln Sie nicht – Unterricht ist ein ernstes Geschäft!
2. Machen Sie alles 150-prozentig – nur der perfekte Lehrer ist ein guter Lehrer!
3. Trauen Sie keinem – Kontrollieren Sie alles!
4. Zeigen Sie Qualitätsbewußtsein – fordern Sie Leistung!
5. Schaffen Sie neue Lehrmaterialien – erfinden Sie das System neu!
6. Setzen Sie Prioritäten – die Schule ist das Wichtigste im Leben!
7. Bedauern Sie sich und Ihre aussichtslose Lage!
8. Decken Sie die Schwachstellen Ihrer Schule auf!
9. Lassen Sie nichts ungestraft – finden Sie den Schuldigen!
10. Seien Sie nicht nur Lehrer, sondern vor allem auch Erzieher!
11. Unterricht allein ist zu wenig, übernehmen Sie Zusatzaufgaben!
12. Nutzen Sie das Wochenende und die Ferien zur Unterrichtsvorbereitung!
13. Engagieren Sie sich im Freizeitbereich außerhalb der Schule!
14. Als Lehrer verdienen Sie zu wenig – schaffen Sie sich einen kleinen Nebenverdienst!
15. Setzen Sie sich ein Denkmal – Hinterlassen Sie Spuren!

Quelle: www.tresselt.de

Burnout bei Pflegeberufen

Menschen, die in Krankenhäusern, Altenheimen oder in der häuslichen Pflege arbeiten, werden besonders häufig wegen psychischer Leiden krankgeschrieben. Das geht aus Gesundheitsreporten der Krankenkassen hervor (DAK). Die Zahlen sind ein wichtiger Indikator für die wirtschaftliche Belastung von Unternehmen, Krankenkassen und der Gesellschaft durch Krankheitsausfälle.

Während 2001 im Gesundheitswesen auf 100 DAK-Mitglieder 158 Arbeitsunfähigkeits-Tage wegen psychischer Störungen kamen, waren es im Handel lediglich 80 Tage und in der Datenverarbeitung sogar nur 65 Tage.

AUSSTIEGSWÜNSCHE

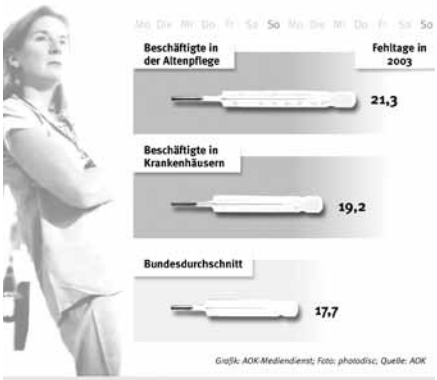
Laut einer internationalen Studie (NEXT) denken zwischen 18,5 und 36 % der Pflegenden häufig daran, aus ihrem Beruf auszusteigen. Auch wenn nur ein Teil auf Burnout zurückzuführen ist, zeigt die Studie doch die schwierigen Arbeitsbedingungen auf, wie etwa unregelmäßige Arbeitszeiten, schwierige Patienten, Zeitdruck, unbefriedigende Organisation und mangelnde Aufstiegs-Chancen. 30-50% der befragten Pflegefachkräfte zweier internationaler Studien waren mit ihrer jetzigen Arbeit unzufrieden. 30% – 50% der Befragten wiesen „Burnout-Scores“ auf, die über den für medizinische Personen rapportierten Normwerten lagen.

MAGNET HOSPITALS

Manche Einrichtungen haben Rekrutierungsprobleme. Dem gegenüber stehen sogenannte «Magnet-Spitäler», die überdurchschnittlich attraktiv erscheinen. Eine Untersuchung zeigte folgende Eigenschaften auf:

DIMENSION	EIGENSCHAFTEN
Führungsstil	Autonomie
Organisationsstruktur	Lokale Aufstellung
Managementstil	Pflegende als Lehrende
Personalplanung & -entwicklung	Image der Pflege
Professionelles Pflegemodell	Interdisziplinäre Zusammenarbeit
Pflegequalität	Professionelle Entwicklung
Beratung und Ressourcen	fachlich und administrativ

Höhere Fehlzeiten in Klinik und Pflege



Pflegekräfte in der Altenpflege fehlten im vergangenen Jahr 21,3 Tage wegen Krankheit, Beschäftigte in Krankenhäusern fielen 19,2 Kalendertage aus. Deutlich mehr als der Durchschnitt aller Berufszweige unter den AOK-Versicherten: Hier lag der Krankenstand bei 17,7 Tagen.

Bildquelle: AOK-Mediendienst

SPANNUNGSFELDER DER PFLEGE

Die moderne Pflege ist in einem enormen Spannungsfeld. Die Medizin wird immer komplexer und erfordert immer mehr Fachwissen auf Pflegestufe. Gleichzeitig wird sie immer teurer. Während die Kosten weiter steigen, wurde die Anzahl der Pflegekräfte um 12 bis 14 Prozent abgebaut. Die sinkende Anzahl von Pflegefachkräften zeigt negative Auswirkungen auf die Pflegequalität.

Aufgrund von Personalmangel und einer Zunahme der Pflegeintensität und -komplexität ist überall ein Anstieg der Arbeitsbelastung zu beobachten. Das Berufsbild wird zunehmend weniger attraktiv und durch häufige Änderungen der Ausbildungsmodalitäten weiter kompliziert.

«Kümmern Sie sich optimal um die Menschen – ABER: denken Sie daran, Ihre Arbeitszeit ist kostbar und wir müssen Kosten senken!»

TEAMPROBLEME UND PERSÖNLICHKEIT

Die Strukturprobleme des Gesundheitswesens dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch in den Pflegeberufen alle vier Faktoren des Burnoutgeschehens zusammenwirken, also Arbeitsplatz, Privatleben, Persönlichkeitsstruktur und Gesundheitsfaktoren.

Ein Begriff, der in der Pflege besonders häufig auftaucht, ist der des MOBBING (vgl. Kasten).

WEITERE INFORMATIONEN:

B. Schmidt: Burnout in der Pflege. Risikofaktoren – Hintergründe – Selbsteinschätzung. Kohlhammer. Untersuchungen am Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel. http://nursing.unibas.ch

Mobbing

Der Begriff leitet sich ab von «mob» (=feindselige Menge) und bezeichnet ganz allgemein Handlungen, die von der betroffenen Person als feindselig, demütigend oder einschüchternd erlebt werden. Die Angriffe dauern über einen längeren Zeitraum an und kommen häufig vor. Die betroffene Person sieht sich außerstande, ihnen aus dem Weg zu gehen oder sich angemessen zur Wehr zu setzen.

Eine genauere Analyse von Mobbingfällen zeigt oft ein komplexes Geflecht von eigenen Minderwertigkeitsgefühlen und problematischen Verhaltensweisen, die bei andern Teammitgliedern ebenfalls schwierige Abwehrreaktionen auslösen.

SCHWIERIGE BEWERTUNG

B. Schmidt schreibt in ihrem Fachbuch «Burnout in der Pflege» folgendes: «Dahinter stehen unsichtbare und schwer nachvollziehbare Eigeninteressen. Häufig werden Verhaltensweisen benutzt, die beide Parteien normalerweise verurteilen würden, wobei keine Seite die Verantwortung für die Eskalation übernehmen will. Ein rationaler Streitpunkt ist im fortgeschrittenen Verlauf kaum noch erkennbar. Die Auseinandersetzung erfolgt auf einer emotionalen Basis, auf der sich beide Parteien nicht mehr mit Sachargumenten begegnen können.»

In der Bewertung von Mobbingvorwürfen solle man sich die Beziehungskonstellation und den Prozess genau ansehen, bevor man Täter-Opfer-Zuschreibungen vornehme. «Meistens sind die Zusammenhänge viel komplizierter und vielschichtiger, als dass man rasch einen Schuldigen finden könnte.»

Compassion Fatigue – Sekundärtrauma Leiden an der Not der andern

In den letzten Jahren wurde vermehrt das Augenmerk auf die Befindlichkeit derjenigen Helferinnen und Helfer gelegt, die in Kriegs- und Katastrophengebieten im Einsatz sind – Entwicklungshelfer, UNO-Beobachter, Ärzte, Psychologen, Pflegende, – um nur einige Beispiele zu nennen. Sie sehen menschliches Leid in seiner extremsten Form, nicht als seltene Ausnahme im friedlichen Alltag, sondern als «täglichen Wahnsinn».

WEITERE INFORMATIONEN:

www.interhealth.org.uk
www.peopleinaid.org
www.humanitarian-psy.org

Trauma ist ansteckend. Das Anhören von traumatischen Erlebnissen oder das Mitfühlen mit Opfern traumatischer Erfahrungen führt zu ähnlichen Reaktionen wie beim direkt betroffenen Opfer selbst.

> Vegetative (körperliche) Übererregung
> Intrusion (Sich-Aufdrängen von Bildern, Gefühlen, Ängsten, Tagträumen, Albträumen etc.)
> Konstriktion (Rückzug von Beziehungen, Aktivitäten, Freuden des Lebens).

MÖGLICHE AUSWIRKUNGEN

> Das Erzählte weckt eigene Erinnerungen.
> Das Gehörte löst Bilder aus (in Tag- oder Nachtträumen).
> Man wird sich der eigenen Verwundbarkeit bewusst.
> Es erschüttert das eigene Grundvertrauen in das Gute; Vorwürfe an Gott?
> Man hat Gefühle der Wut, der Verzweiflung. Vorwürfe an Polizei, an schlechte Regierung, an alle möglichen «verantwortlichen Leute».

GEFAHREN FÜR DIE BETREUUNG

Vermeidungsverhalten des Therapeuten: Er/sie will nicht mehr von den Traumata hören, obwohl die betroffene Person darüber reden möchte.

Intrusion: Der Therapeut beharrt auf Details des Traumas, obwohl die betroffene Person jetzt nicht darüber sprechen will.

Allgemeiner Rückzug: Weil der Therapeut unter Schlafstörungen und Alpträumen leidet, ist er für Anliegen der betroffenen Person nicht mehr offen.

Die folgenden Symptome wurden von Krankenschwestern zusammengestellt, die in Südafrika mit freigelassenen Gefangenen in einer speziellen Abteilung für Psychotrauma arbeiteten.

DENKEN

> Verminderte Konzentration
> Vermindertes Selbstwertgefühl
> Apathie
> Zerstreutheit
> Perfektionismus, Rigidität
> Bagatellisieren
> Ständige Beschäftigung mit dem Trauma
> Gedanken, sich selbst oder andern etwas zu Leide zu tun

GEFÜHLE

> Ohnmacht, Hilflosigkeit
> Angst
> Schuld
> Zorn / Wut
> Überlebensschuld
> Abkapselung, Gefühlstaubheit
> Traurigkeit, Depression
> Stimmungsschwankungen
> Erschöpfung
> Übermäßige Sensibilität

VERHALTEN

> Ungeduld, Reizbarkeit
> Rückzug
> Launisch
> Schlafstörungen, Alpträume
> Appetitveränderung
> Überwachheit, Schreckhaftigkeit
> Verlegen von Dingen (Zerstreutheit)

SPIRITUALITÄT

> Infragestellung des Lebenssinnes
> Sinnverlust
> Verlust der inneren Zufriedenheit und Gelassenheit
> Durchgehende Hoffnungslosigkeit
> Zorn auf Gott
> Infragestellung all dessen, was man früher geglaubt hat
> Verlust des Glaubens an eine höhere Macht, die uns schützt

BEZIEHUNGEN

> Rückzug, Isolation, Einsamkeit
> Vermindertes Interesse an Zärtlichkeit oder Sex
> Misstrauen
> Überbehütendes Verhalten gegenüber den Kindern.
> Projektion von Zorn und Schuldzuweisung, Intoleranz
> Vermehrte zwischenmenschliche Konflikte

KÖRPERSYMPTOME

> Schwitzen, Herzklopfen
> Atembeklemmung, Schwindel
> Schmerzen
> Vermehrte Krankheitsanfälligkeit
> Häufige körperliche Beschwerden
> Verminderte Immunabwehr

ARBEIT

> Wenig Antrieb und Motivation
> Vermeiden von Aufgaben
> Beharren auf Details
> Apathie, Erschöpfung
> Negativismus
> Mangel an Wertschätzung
> Mangelndes Engagement
> Teamkonflikte
> Vermehrte Abwesenheit
> Reizbarkeit
> Rückzug von Kolleginnen

Gekürzt nach Pelkovitz, zitiert bei C. Figley.

WEITERE INFORMATIONEN:

C. Figley, ed.: Treating Compassion Fatigue
Brunner Routledge 2002.
People-in-aid Code of Good Practice - Download von: www.peopleinaid.org

Burnout und Stress in der Bibel

BURNOUT-PROTOTYPEN DER BIBEL

Zwei klassische Beispiele für Burnout finden sich bereits im Alten Testament. In beiden Fällen paaren sich Sendungsbewusstsein und Überengagement. Allerdings waren die Umstände ganz unterschiedlich.

BEISPIEL 1: MOSE

Er führte das Volk Israel aus der ägyptischen Gefangenschaft. In seiner Führungsaufgabe war er ein anerkannter Ratgeber und Richter. Aber er war schlecht organisiert. Sein Schwiegervater Jethro, der ihn im Wüstencamp besuchte, erkannte das sofort:

«Als aber sein Schwiegervater alles sah, was er mit dem Volk tat, sprach er: Was tust du denn mit dem Volk? Warum musst du ganz allein da sitzen, und alles Volk steht um dich her vom Morgen bis zum Abend? ... Es ist nicht gut, wie du das tust. Du machst dich zu müde, dazu auch das Volk, das mit dir ist. Das Geschäft ist dir zu schwer; du kannst es allein nicht ausrichten.» (2. Mose 18)

BEACHTE: *Ausgebrannte Leiter sind nicht nur selbst ermüdet, sondern sie machen auch die Menschen, die sie motivieren sollen, müde und setzen sie unnötigen Belastungen aus.*

BEISPIEL 2: ELIA

Der Prophet kämpfte im Auftrag Gottes gegen das diktatorische Regime von Ahab und Isebel, das von einer Propagandatruppe falscher Propheten unterstützt wurde.

Endlich gelang ihm der große Durchbruch, der vernichtende Schlag gegen die Priesterkaste und die dramatische Bestätigung Gottes durch das Einsetzen des lang ersehnten Regens. Doch Königin Isebel gibt nicht auf, bedroht ihn mit dem Tod und hetzt ihm ihre Gestapo auf den Hals.

> Ich versinke in tiefem Schlamm, wo kein Grund ist; ich bin in tiefe Wasser geraten, und die Flut will mich ersäufen. Psalm 69,3

Plötzlich verwandelt sich sein Mut in Angst. Eine unendliche Müdigkeit bricht durch, eine Verzweiflung ungekannten Ausmaßes und das Gefühl von Gott und Menschen verlassen zu sein. Später sagt er:

«Ich habe geeifert für den Herrn, denn Israel hat deinen Bund verlassen ... und ich bin allein übriggeblieben, und sie trachten danach, dass sie mir mein Leben nehmen.» (1. Könige 19)

BEACHTE: *In der Erschöpfung scheinen alle bisherigen Werte und Glaubenskräfte nicht mehr zu greifen. Es kommt zu einer tiefen depressiven Verstimmung, in der alle Hoffnung auf Gott, alles Vertrauen in seine Leitung verloren erscheint.*

Prototypisch ist nicht nur diese emotionale Reaktion der Erschöpfung, sondern auch die darauf folgende ***Gottesbegegnung:*** Drei Dinge sind es, die Elia erfährt: 1. Schlafen, 2. Essen, und dann wieder Schlafen. Schliesslich führt ihn Gott auf eine 40-tägige Wanderung durch die Einsamkeit der Wüste. Und hier kommt es zum dritten wichtigen Element der Begegnung, zum Gespräch. Gott macht ihm keine Vorwürfe, aber er gibt ihm einen neuen Auftrag und ***ein neues Gottesbild: Er ist nicht im Sturm, sondern in der Stille.***

«Ausgebrannt für Gott?»

Hohes Engagement für andere Menschen ist auch im christlichen Umfeld gefragt. Kein Wunder, dass Burnout auch bei Pastoren, Missionaren und kirchlichen Entwicklungshelfern weit verbreitet ist.

Ein amerikanischer Pastor schreibt: «Die aktive Gemeinde ist mittlerweile zur Norm geworden und mit ihr der hastige Pastor. Es mutet schon fast seltsam an, wenn der Gemeindekalender Lücken aufweist und die Mitglieder sich nicht an mindestens drei oder vier Gruppen aktiv beteiligen. Sogar Unterhaltungen, Sitzungen oder die Anbetungszeiten müssen zügig vonstatten gehen. Die Erwartungen der Gemeinde sind hoch aber noch höher sind die Erwartungen, die Pastoren an sich selbst stellen... Diese Überlastung machte sich bei mir auf drei verschiedene Weisen bemerkbar: Viel Zeit für die Gemeinde, sehr wenig Zeit für die Familie und keine Zeit für mich selbst.» (Dr. Kirk Byron Jones)

BEISPIEL

«Manchmal fühle ich mich wie ein verdurstender Wasserschöpfer: jemand, der anderen zu trinken reicht und darüber selbst auszutrocknen beginnt. Eine Ursache dafür ist ein zu eng gesteckter Zeitplan mit zu vielen Terminen und Verpflichtungen. Schwerer wiegt aber, wenn man das eigene Auftanken vernachlässigt. Geben kann ich nur, was ich selber zuvor genommen habe. Jesus sagt von sich: «Ich bin das lebendige Wasser!» Aus eigener Substanz kann ich zwar einiges weitergeben. Doch die Erschöpfung folgt auf den Fuß, wenn ich es vernachlässige, aus der einen unerschöpflichen Quelle zu trinken, die mir Christus anbietet.»

Aus dem Buch von Arne Völkel: Ausgebrannt für Jesus. Brockhaus 2006.

DREI FAKTOREN:

a) Hohe Erwartungen der Gemeindeglieder an den Pastor (vergleichbar allen Helferberufen): Verfügbarkeit, Einfühlung, Engagement, effektive Beratung, aktive Vermittlungstätigkeit etc.

b) Geistliche Erwartungen: Gute Predigten, wohlgesetzte Gebete, geistlicher Durchblick, hohe Standards in der eigenen Gottesbeziehung, Vertreten christlicher Ideale und Standpunkte in schriftlicher Form, hohe Ansprüche an die Familie etc.

c) Persönlichkeitsfaktoren: Pastoren haben auch hohe Erwartungen an sich selbst. Sie möchten gut sein und leben von der Resonanz der Gemeinde. Es kommt zu einer fatalen Mischung aus eigener Sucht nach Anerkennung und dem christlichen Sendungsbewusstsein.

VORBILD JESUS: RUHEN, BETEN, FEIERN

Markus 6,31: *Und er sprach zu ihnen: Geht ihr allein an eine einsame Stätte und ruht ein wenig. Denn es waren viele, die kamen und gingen, und sie hatten nicht Zeit genug zum Essen.*

Obwohl er seinen göttlichen Auftrag hatte und sich mit intensiven Gefühlen investierte, nahm Jesus immer wieder Zeit zum Ruhen, zur Stille und zum Gebet. Das Wegfahren mit dem Boot ist beinahe ein Symbol für diese bewusste Distanzierung von den drängenden Aufgaben und den Erwartungen der Menschen.

Essen und Feiern: Doch Jesus war nicht nur der entrückte Mystiker. Er feierte mit den Menschen und ermutigte seine Jünger – entgegen den asketischen Pharisäern – mit Freude zu essen und zu trinken.

Wir brauchen Erholung

Leistung und Effizienz lassen sich nicht beliebig steigern. Jeder Mensch hat seine Leistungsgrenze, die er mit vernünftigem Aufwand erreicht. Doch dann flacht die Kurve ab. Man mag noch so viel zusätzliche Energie investieren – das Ergebnis ist enttäuschend: Denken und Handeln werden langsamer, die Konzentration sinkt. Körperliche Beschwerden machen sich bemerkbar, oder unangenehme Persönlichkeitseigenschaften im Team. Schließlich neigt sich die Leistungskurve trotz hohen Einsatzes sogar nach unten.

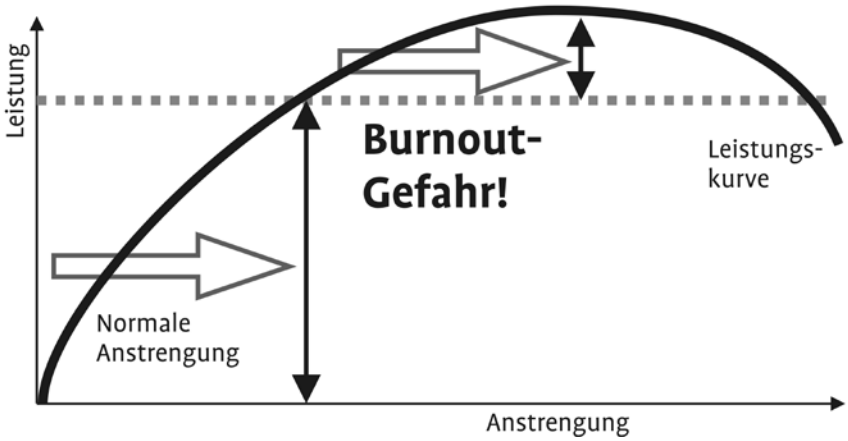
Nur wer rechtzeitig aus dieser fatalen Kurve aussteigt und wieder auftankt, hat am nächsten Tag wieder die Energie zum Einsatz.

Jeder Mensch braucht eine Balance von Arbeit und Freizeit, von Einsatz und Ruhe, von arbeitsbezogenen Kontakten und privaten Beziehungen. Diese Balance nennt man WORK-LIFE-BALANCE.

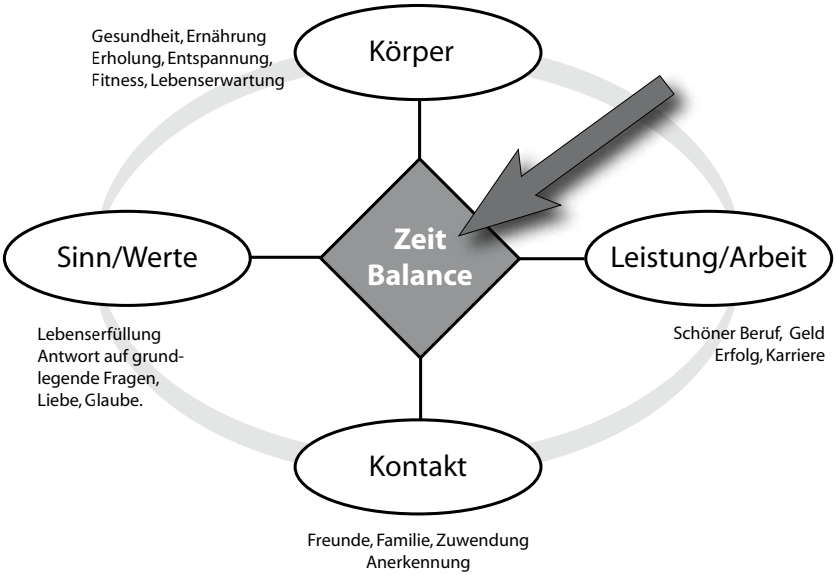
DIE FÖRDERUNG DER WORK-FAMILY-BALANCE NÜTZT AUCH DEM UNTERNEHMEN.

«Vielen Unternehmen ist bewusst geworden, dass im ausserberuflichen Leben bedeutende Schlüsselkompetenzen erworben werden. ‚Wer den Haushalt schmeißt, qualifiziert sich.' Mitarbeitende, die erfolgreich einen Haushalt führen und Kinder erziehen, verfügen über Kompetenzen wie Kommunikations- und Teamfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Belastbarkeit, Organisations- und Planungsfähigkeit und Flexibilität. Diese ‚soft skills' oder sozialen Kompetenzen werden als genauso wichtig angesehen wie das fachliche Wissen und Können, die ‚hard skills'.»

(Zitate nach einem Vortrag von Urs Klingler, Director HR, PriceWaterhouseCoopers, an einer Burnout-Tagung in Zürich 2005).



Work-Life-Balance



> Was ist mir wirklich wichtig? Wo will ich meine Schwerpunkte setzen?

> Was raubt mir Kraft? Wo verzettle ich mich?

> Was will ich erreichen in der Arbeit / in der Zukunft?

> Welche Kontakte will ich vermehrt pflegen?

> Was tue ich für meine Gesundheit? Habe ich Zeit zum Entspannen, zum Wandern, für Fitness?

> Welcher Sinn trägt mein Leben? Nehme ich Zeit zum Nachdenken, zur Stille, zum Gebet?

«Die Kunst des Ausruhens ist ein Teil der Kunst des Arbeitens.»

WESENTLICH FÜR DIE VORBEUGUNG VON STRESS UND PSYCHOSOMATISCHEN BESCHWERDEN IST EINE AUSGEWOGENE LEBENSFÜHRUNG, EINE BALANCE ZWISCHEN DEN VIER GROSSEN BEREICHEN DES LEBENS. DIE NEBENSTEHENDEN FRAGEN KÖNNEN DABEI HELFEN.

WEITERE INFORMATIONEN:

L. J. Seiwert & B. Tracy: Lifetime-Management. Mehr Lebensqualität durch Work-Life-Balance. Gabal.

Burnout-Vorbeugung am Arbeitsplatz

«Der Ausfall von Leistungsträgern stellt ein hohes unternehmerisches Risiko dar.»

Immer stärker werden sich Unternehmen bewußt, dass Mitarbeiter ein «humanes Kapital» darstellen. Wichtigster «Rohstoff» seien die Menschen, ihre Kreativität, ihre Ideen, ihre Leistungsfähigkeit und ihre Leistungsbereitschaft. «Hiervon hängt die Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens ab.» Ein sorgfältiger Umgang mit Menschen fördert das Image eines Unternehmens.

Unternehmen können die Verantwortung für «Burnout» nicht ausschließlich den Mitarbeitenden delegieren. Verantwortungsbewusste, nachhaltige Unternehmen stellen Konzepte und Maßnahmen bereit, welche den Fitnessgrad der Mitarbeitenden aufmerksam überprüfen und wo nötig Einfluss nehmen («caring»).

(Zitate nach einem Vortrag von Urs Klingler, Direktor HR, PriceWaterhouseCoopers, an einer Burnout-Tagung in Zürich 2005).

ARBEITSBEDINGUNGEN VERÄNDERN

Was nützt es, immer nur derjenigen Person Unterstützung zu geben, die gerade ein Burnout hat? Müsste man nicht viel mehr die Arbeitsbedingungen ändern?

Burnoutforscher haben diesbezüglich vielfältige Vorschläge zur Burnoutprophylaxe in der Organisation zusammengestellt. Hier einige Beispiele:

> Festlegung von realistischen und konkreten Zielen, die eine Effizienzkontrolle, Feedback und die damit verbundenen Erfolgserlebnisse erst möglich machen.
> Verbesserte Planung und Abbau von Zeitdruck.
> Vermeidung von Verantwortungsdiffusion durch Festlegung von Arbeitsinhalten, Zielen und Verantwortlichen.
> Verlagerung der Verantwortung in Teams.
> Erweiterung der Handlungsspielräume
> Teambesprechungen: Zeit für gegenseitigen Austausch sollte gegeben sein, so dass sich Teammitglieder gegenseitig unterstützen können.
> Schaffung der Möglichkeit eines Sabbatjahres bzw. Sabbatmonate (unbezahlter Urlaub).

Große Bedeutung für die Vermeidung von Burnout hat auch die Aus- und Fortbildung. Unsicherheiten bei neuen Programmen und Konzepten führen zu einem inneren Stress, der mehr Energie verbraucht als die Arbeit selbst. Bei der Ausbildung sollte neben der Vermittlung von Fachwissen und Fertigkeiten auch darauf vorbereitet werden, wie man mit beruflichen Belastungen umgehen kann.

Wie kann man wieder einsteigen?

WAS MACHT DIE BEZIEHUNG ZU BETROFFENEN SCHWIERIG?

> Die Person fühlt sich isoliert
> Sie schämt sich
> Sie sieht sich als Versager
> Sie ist durch jede kleine Anstrengung und Begegnung sehr erschöpft
> Sie wagt sich nicht nach draußen, weil man ihn/sie erkennen / sehen könnte
> Begegnung mit Bekannten läßt auslösende Konflikte wieder aufleben
> Angst vor Wiedereinstieg

SPANNUNGSFELD ZWISCHEN SELBSTSCHUTZ UND INFORMATIONSBEDÜRFNIS

> Eine offene Mitteilung ist besser als Ausreden
> Selbstschutz: keine Details über persönliche Angelegenheiten
> Keine Schuldzuweisungen
> Ansprechperson benennen, die den Kontakt hält

WAS ERLEICHTERT DEN EINSTIEG?

> Verständnisvolle Vorgesetzte
> Anpassung des Arbeitspensums
> Dazu stehen, dass man eine Krise hatte
> Veränderung der inneren Einstellung
> Stufenweiser Aufbau der Leistung
> Anpassung der Arbeit an die Grenzen des Betroffenen («Job-fitting»)

Langfristige Prävention

Ein Burnout ist als «Weckruf» zu verstehen, als Alarmsignal, seine Grenzen rechtzeitig zu spüren und zu respektieren.

> Behalten Sie gesunde Gewohnheiten bei: Schlafen, Essen, Fitness, Lachen.
> Pflegen Sie Ihre Beziehungen!
> Behalten Sie Ihre Erwartungen im Auge: Sind sie zu hoch oder zu niedrig?
> Lassen Sie Unsicherheiten nicht anstehen, sondern klären Sie sie möglichst.
> Dämpfen Sie Stress nicht mit untauglichen Mitteln: Alkohol, Nikotin, Schmerzmittel, Porno, übermäßigem Essen oder Süßigkeiten.
> Sprechen Sie Probleme rechtzeitig mit Ihrem Vorgesetzten an.

Die innere Einstellung verändern

EINE ANDERE ART VON HILFE

In der Diskussion um die Vorbeugung und Behandlung von Burnout kommen immer wieder Forderungen nach neuen Strukturen und Empfehlungen von effizienterem Zeitmanagement, Vorschläge einer besseren Weiterbildung und Konzepte einer vermehrter Betreuung durch Vorgesetzte. Alle diese Dinge sind einem guten Arbeitsklima sicher förderlich und können Burnout zu einem wesentlichen Teil reduzieren helfen.

Wesentlicher aber noch ist die Entwicklung einer neuen Grundhaltung gegenüber Leben und Leistung.

> Herr, schenke mir
> die Gelassenheit, Dinge
> hinzunehmen,
> die ich nicht ändern kann;
> den Mut Dinge zu ändern,
> die ich ändern kann;
> und die Weisheit,
> das eine vom andern
> zu unterscheiden

1. DANKBARKEIT

Der Stress-Forscher Hans Selye arbeitete in seinen späteren Jahren an einer «Philosophie der Dankbarkeit». Wie steht es mit Ihrer eigenen Dankbarkeit? Da ist so vieles, das uns geschenkt ist, und das wir achtlos für selbstverständlich nehmen. Aber wir können auch Dankbarkeit bei andern auslösen, schon durch kleine Gesten der Freundlichkeit. Wann haben Sie letztes Mal einem Menschen zugelächelt, einfach so?

2. ZUFRIEDENHEIT

Die Werbung unserer Zeit überflutet uns auf allen Kanälen mit neuen Bedürfnissen. Dabei ist letztlich viel weniger zu einem glücklichen Leben nötig, als wir meinen. In der Bibel findet sich folgender Hinweis: «Lasst euch genügen an dem, was da ist. Denn der Herr hat gesagt ‚Ich will dich nicht verlassen und nicht von dir weichen'.« (Hebr. 13,5)

3. ABGRENZUNG

Gerade in helfenden Berufen ist die Gefahr des Helfersyndroms groß. Aber dürfen wir uns den Nöten der Menschen so einfach verschließen?

Wer sich nicht abgrenzt, gerät früher oder später an den Rand seiner Kräfte. So schadet man nicht nur sich selbst, sondern gerade auch den Menschen, denen man helfen will. Ein Nein ist oft der einzige Weg, die Energien so einzuteilen, dass sie langfristig verfügbar bleiben.

4. BESCHEIDENHEIT

Der bescheidene Mensch muss nicht immer im Vordergrund stehen und nicht immer der Beste sein. Er weiß, dass Gelingen nicht nur von seinen Anstrengungen abhängt, sondern aus dem Zusammenspiel vieler günstiger Faktoren entsteht – nicht zuletzt auch im Team.

5. SPIRITUELLE VERANKERUNG

Allein schon der Blick auf den Sternenhimmel macht uns klein in der Ehrfurcht vor dem Schöpfer – klein nicht im Sinne von Minderwertigkeitsgefühlen, sondern klein im Wissen, dass wir Teil eines viel größeren Ganzen sind. Wer im Glauben an eine göttliche Führung verankert ist, der geht mit Gelassenheit durchs Leben.

Anti-Stress-Rituale

DEN ALLTAG UNTERBRECHEN

Burnout-Prophylaxe beginnt im Alltag, nicht erst in den Ferien. Wir müssen also lernen, den Alltag so zu unterbrechen, dass wir immer wieder neue Kraft schöpfen. Die Mediziner Gerd und Kirsten Schnack haben dafür den Begriff der «Anti-Stress-Rituale» geprägt. Sie schreiben:

«Rituale sind Lichtsignale im täglichen Einerlei, die uns die Richtung zu mehr Gesundheit, Leistung, Elastizität und Ausdauer weisen. Sie bringen eine rhythmische Struktur ins Leben und bewirken ein achtsames Bewußtsein, das uns in die Lage versetzt, eigenverantwortlich mit unserer Gesundheit umzugehen.»

Diese Rituale können ganz unterschiedlich sein: Muskeldehnungen im Bürosessel – ein kurzer Spaziergang zwischen zwei Sitzungen – ein Power-Nap über Mittag – einige Minuten der Andacht in der nahe gelegenen Kirche.

Das Aufsuchen der Stille in Entspannung und Meditation ist oft wirksamer als hektische sportliche Aktivitäten. In solchen Ritualen der bewussten Achtsamkeit geht es nicht um Leistung und Anstrengung, sondern vielmehr um ein inneres geistiges und körperliches Loslassen, ein Fokussieren von Körper und Geist.

«Ohne Rituale ist das Leben
leer und sinnlos,
alles ist nur noch banal,
alles dreht sich ausschließlich
um Arbeit, Freizeit
und Vergnügen.
Der Mensch braucht für seine
Gesundheit etwas,
das größer ist als er selbst,
er braucht die leuchtende Kraft
der Rituale.»

C. G. Jung

Burnout als Chance

Krisen rütteln auf und können dem Leben eine neue Perspektive vermitteln. Drei Chancen sehe ich immer wieder im Burnout:

a) Erkennen, dass wir auch wertvoll sind, wenn wir an unsere Grenzen geraten sind.

b) Neue Weichenstellung für die Gestaltung des Lebens.

c) Mehr Verständnis für andere Menschen.

In der Krise eines Burnout liegt also eine Chance: Eine Burnout-Krise stellt den Selbstwert eines Menschen zutiefst in Frage. Wer bin ich überhaupt, wenn nichts leiste? Es ist ein Geschenk, wenn man tiefere Quellen entdeckt als alle vordergründigen Maßstäbe der Arbeitswelt.

Ein Zusammenbruch fordert oft heraus, neue Weichenstellungen für die Gestaltung des Lebens vorzunehmen – neue Schwerpunkte, neue Inhalte, eine neue Aufgabe.

Und schließlich hat so mancher in seiner eigenen Krise gelernt, andere Menschen besser zu verstehen. Wer früher hart im Urteilen war, konnte sich mit einem Mal besser in die Probleme anderer einfühlen.

So gesehen kann Burnout auch zu einem Neuanfang werden, der dem Leben eine neue, bessere Wendung gibt.

BUCHTIPP:

F. Flach: In der Krise kommt die Kraft. Das Geheimnis unserer seelischen Ressourcen. Herder.

EBBE UND FLUT DES LEBENS

«Von Jesus können wir lernen, dass ständiges Arbeiten kein christliches Ideal ist. Anstrengung und Entspannung, sich investieren und sich zurückziehen gehören in unserem Leben zusammen wie Ebbe und Flut.
Diesen natürliche Rhythmus von Geben und Nehmen, Bewegen und Ruhen, Ausströmen und Einkehren lehrte Jesus seine Jünger.»

Arne Völkel

ZUSAMMENARBEIT VON SEELSORGER UND ARZT

Unerklärliche Schmerzen sollten nie nur psychologisch oder geistlich gedeutet werden. In jedem Fall empfiehlt sich eine enge Zusammenarbeit mit einem Arzt, der die körperlichen Anteile abklären kann.

Bei einem «Burnout» ist oft auch eine Krankschreibung notwendig, um einen Menschen zu entlasten, bis die Symptome nachlassen und er wieder einsatzfähig wird. Dabei ist gleichzeitig eine seelsorgliche Betreuung von grossem Wert.

Was hilft gegen Burnout? – Acht Tipps

1. Bedenken Sie, dass jeder Mensch nur begrenzte Energie hat. Sie können ihren seelischen Akku schnell herunterfahren oder aber Ihre Kräfte gezielt einsetzen.

2. Bauen sie bewusst Atempausen in den Alltag ein – eine halbe Stunde an die frische Luft, ein kurzer Spaziergang zum nächsten Park oder vielleicht ein «Power-Nap» zum Auftanken?

3. Lernen Sie NEIN zu sagen – freundlich, aber bestimmt! Wenn Sie zuviel geben, reicht die Kraft weder für Sie selbst noch für die andern.

4. Wenn es zu hektisch wird: Halten Sie inne und fragen Sie sich: «Was kann passieren, wenn ich die Arbeit aufschiebe? Sind die Folgen wirklich so schlimm?» Manche Arbeiten erledigen sich von selbst, indem man sie einmal liegen lässt.
   Was macht es aus, wenn Sie einmal nicht an vorderster Front in perfektem Einsatz stehen? Wenn Sie ausbrennen, dankt Ihnen niemand dafür.

5. Setzen Sie Grenzen: Verlagern Sie berufliche Probleme nicht ins Privatleben. Kein Mensch ist unersetzlich. Aber die Scherben zerbrochener Beziehungen lassen sich kaum mehr nahtlos zusammensetzen.

6. Nehmen Sie sich Zeit – etwa für Hobbys, Entspannung, Sport, Musik oder einen lustigen Film. Überprüfen Sie ihren Tagesrhythmus. Sind Sie ein Morgen- oder ein Nachtmensch? Passen Sie Ihren Arbeitsalltag an, dann ergeben sich neue Zeitfenster!

Sei nicht allzu gerecht und allzu weise, damit du dich nicht zugrunde richtest. Prediger 7,16

„Ich rate, lieber mehr zu können, als man macht, als mehr zu machen, als man kann“. Berthold Brecht

7. Spitzenleistungen sind manchmal nötig. Aber Sie dürfen dann auch ein Gegengewicht setzen: Nehmen Sie sich Zeit, Wochenendarbeit, Jetlags oder Übermüdung auszukurieren. So kommen Sie wieder frisch und mit neuen Ideen zur Arbeit.

8. Wenn Sie den Eindruck haben, der Job mache Sie kaputt, so seien Sie konsequent: Haben Sie schon an ein Time-out (Sabbathical) gedacht? Überlegen Sie, ob es Sinn machen kann, sich versetzen zu lassen, die Stelle zu kündigen oder gar den Beruf zu wechseln.

WEITERE INFORMATIONEN:

W. Küstenmacher & L. Seiwert: Simplify your life. Campus. – M. Grabe: Zeitkrankheit Burnout. Francke –
L. Seiwert: Die Bären-Strategie. In der Ruhe liegt die Kraft. Ariston.

Literatur

Die folgenden Bücher enthalten weitere Informationen zur Thematik dieses Arbeitsheftes. Im Rahmen der knappen Übersicht ist es jedoch nicht möglich, alle Aspekte ausreichend zu beleuchten.

Benkert O.: Stress-Depression. Die neue Volkskrankheit und was man dagegen tun kann. C.H. Beck.

Burisch M.: Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung, Springer.

Cherniss C.: Jenseits von Burnout und Praxisschock. Hilfen für Menschen in lehrenden, helfenden und beratenden Berufen, Beltz.

Domnowski M.: Burnout und Stress in Pflegeberufen, Kunz Verlag.

Flach F.: In der Krise kommt die Kraft. Das Geheimnis unserer seelischen Ressourcen. Herder.

Grabe M.: Zeitkrankheit Burnout. Francke.

Hagemann W.: Burn-Out bei Lehrern. Ursachen, Hilfen, Therapien. C.H. Beck.

Hillert A. & Marwitz M.: Die Burnout-Epidemie. oder: Brennt die Leistungsgesellschaft aus? C.H. Beck.

Kernen H.: Burnout-Prophylaxe im Management, Paul Haupt Verlag.

Kretschmann R.: Stressmanagement für Lehrerinnen und Lehrer. Ein Trainingsbuch mit Kopiervorlage, Beltz.

Küstenmacher W. & L. Seiwert: Simplify your life. Campus.

Pfeifer S.: Der sensible Mensch. Leben zwischen Begabung und Verletzlichkeit. Brockhaus.

Pines A.M. u. a.: Ausgebrannt. Vom Überdruss zur Selbstentfaltung, Klett-Cotta.

Rush M.: Brennen ohne auszubrennen. Das Burnout-Syndrom – Behandlung und Vorbeugung. Schulte & Gerth.

Schnack G. & K.: Anti-Stress-Rituale. Kösel.

Seiwert L.J. & Tracy B.: Lifetime-Management. GABAL.

Völkel A.: Ausgebrannt für Jesus? Was Christen auslaugt und was sie aufbaut. Brockhaus.

Internet-Ressourcen

ALLGEMEINER HINWEIS: Das Internet ist ein kurzlebiges und sehr mobiles Medium. Websites kommen und gehen. Tippen Sie deshalb Ihre Frage einfach bei ***www.google.de*** ein und Sie werden aktuelle Informationen finden!

Das grösste Lexikon im Netz findet man unter **http://de.wikipedia.org**.

PSYCHOSOMATIK

WIE KÖNNEN WIR DIE SPRACHE DES KÖRPERS VERSTEHEN?

Inhalt

Psychosomatik in anderen Kulturen 2
Symptome nicht erklärbar 3
Was ist eigentlich Stress? 4
24 Fragen zur Erfassung von Burnout 5
Das vegetative Nervensystem 6
Funktionelle Störungen 7
Stress und Immunsystem 8
Deutungen in der Psychosomatik 10
Entstehung - Die Rolle der Kindheit 11
Somatoforme Störungen 13
Depression und Schmerz 14
Therapieprogramm bei Rückenschmerzen 17
Wetterfühligkeit - Kopfschmerzen 18
Herzbeschwerden 21
Hypochondrie und Gesundheitsängste 22
Magen-Darm-Störungen 23
Mund-Nase-Hals (ORL) - Tinnitus und Hörsturz 24
Asthma und Allergien - Neurodermitis 26
Männerprobleme - Frauenprobleme 28
Chronische Müdigkeit / Fibromyalgie 31
Trauma - der Körper erinnert sich 32
Symptome und Beziehung 34
Psychosomatik in den Psalmen 37
Was hilft gegen Burnout? 39
Vom Umgang mit Körpersymptomen 40
Weiterführende Literatur und Internetadressen 42

Die Sprache des Körpers verstehen lernen

«Ich habe immer gedacht, wenn man sich nur zusammennimmt, so kann man erreichen, was man will. Aber dann hat mein Körper nicht mehr mitgemacht.» So und ähnlich beginnen viele «psychosomatische Geschichten».

Leib und Seele sind untrennbar miteinander verwoben. Gefühle werden erst spürbar, wenn sie sich auch in körperlichen Empfindungen ausdrücken. Daraus hat sich auch unsere «Sprache des Körpers» entwickelt: Es liegt uns etwas auf dem Magen, eine Not bricht uns das Herz, man spürt Schmetterlinge im Bauch, man könnte weinen vor Glück oder man bekommt kalte Füsse vor Angst.

Rund 30 oder mehr körperliche Bilder gibt es für menschliche Gefühle in unserer Sprache. Auch die Psalmen sind reich an Metaphern, die diesen Zusammenhang unterstreichen.

SPALTUNG ZWISCHEN LEIB UND SEELE

Wenn der Mensch sich aber nur auf den Körper konzentriert (und die moderne Medizin ihn darin noch kräftig unterstützt), dann kommt es zu einer Spaltung zwischen Körper und Seele, die oft zu neuen Problemen führt.

Weil psychosomatische Krankheiten in jedem Körperteil auftreten können, bilden sie ein eigenartiges Schattenland, das nur schwer fassbar ist und sich allen Versuchen der Hi-Tech-Medizin entzieht, sie zu lokalisieren und auf Bildern oder Kurven deutlich abzubilden. Ihre Unfassbarkeit sind sowohl ihr Kennzeichen als auch Quelle von immer neuem Rätselraten.

Dabei ist es auch gefährlich, alle unerklärlichen Störungen einfach als «psychosomatisch» abzutun. Die sieben klassischen Psychosomatosen der 50-er Jahre – rheumatoide Arthritis, Colitis ulcerosa, Bronchialasthma, Neurodermitis, Bluthochdruck, Magengeschwüre und Hyperthyreose – sind heute viel besser erforscht. Oft ist es die Krankheit, die psychische Folgen hat und nicht umgekehrt.

Andererseits sind wir mit unerklärlichen Symptomen konfrontiert, die die Lebensfreude trüben, Beziehungen belasten und die Arbeitsfähigkeit vermindern können.

> Die Schmach bricht mir mein Herz, und macht mich krank.
>
> Psalm 69,21

Das Seminarheft will Anregungen geben und auf weitere Literatur verweisen. Ziel der Informationen ist es, sich selbst und betroffene Menschen besser zu verstehen und fachgerecht und einfühlsam zu begleiten.

Dr. med. Samuel Pfeifer

Psychosomatik in andern Kulturen

In anderen Kulturen werden körperliche Störungen oft als Beschreibung für Ängste und Depressionen verwendet. («Es tut überall weh – ich fühle mich schwach, obwohl ich nicht arbeite – es ist, als ob eine Schlange in mein Herz beissen würde – wie ein grosser Stein auf der Brust – als ob der Kopf zerspringen würde» etc.). Klassische Beispiele finden sich auch in den Psalmen (vgl. S. 34).

BEISPIEL

Die indische Schriftstellerin Chitra Banerjee Divakaruni (*) beschreibt in ihren Romanen anschaulich die Körpersprache der Seele:
«Tausend Fragen quälen mich, bis ich das Gefühl habe, als würden in meinem ganzen Körper Nadeln stecken.»
«Und plötzlich schneidet die Tatsache, dass wir einander verlassen, wie ein Peitschenschlag in mein Fleisch»
«Ich denke verzweifelt nach. Mein Kopf füllt sich mit einem Brüllen, wie ein entfernt tosendes Feuer. Das Innere meines Mundes ist mit Staub überzogen. Staub ziert den Saum meiner Lungen. Er saugt meine Stimme auf...»

FRAGEBOGEN

Welche der folgenden Beschwerden verspürten Sie in den letzten vier Wochen?

Fühlten Sie in letzter Zeit einen Energiemangel?
Spürten Sie Schmerzen im ganzen Körper?
Fühlten Sie sich müde, auch wenn Sie nicht arbeiteten?
Hatten Sie Schmerzen auf der Brust oder tat Ihnen das Herz weh?
Spürten Sie häufig Herzklopfen?
Hatten Sie ein Zittern oder Schlottern?
Hatten Sie ein Gefühl wie «Magenflattern»?
Haben Sie oft starkes Kopfweh?
War es Ihnen als ob Ihr Kopf zusammengepresst würde?
Hatten Sie ein Erstickungsgefühl oder einen Kloss im Hals?
Mussten Sie häufiger Wasser lösen?
Spürten Sie Mundtrockenheit?
Haben Sie oft einen schweren Kopf?
Hatten Sie Verstopfung?
Litten Sie unter Blähungen?
Hatten Sie Schmerzen / Verspannungen in Schulter und Nacken?
Hatten Sie kalte Hände oder Füsse?
Litten Sie unter vermehrtem Schwitzen?

(Bradford Somatic Inventory; BSI)

Der obige Fragebogen wurde für die Beschreibung der Depression in der Dritten Welt entwickelt. (Mumford 1996)

* Quelle: Chitra Banerjee Divakaruni: Die Prinzessin im Schlangenpalast. Diana Verlag, München-Zürich.

Symptome nicht erklärbar

In einer Studie bei 1000 Patienten, die ein Ambulatorium aufsuchten, wurden die körperlichen Beschwerden genauer abgeklärt. Häufig fand sich keine organische Ursache. Oft dauerten die Beschwerden schon jahrelang.

(Kroenke & Mangelsdorff 1989, Am. J. Medicine)

Symptome	Ursache eindeutig Organisch	Psychogen	(Prozent) Unklar
Brustschmerz	11	6	83
Müdigkeit	13	21	66
Schwindel	18	2	80
Kopfweh	10	15	75
Oedeme	36	0	64
Rückenweh	10	0	90
Atemnot	24	3	73
Schlafstörungen	3	50	47
Bauchweh	10	0	90
Gefühllosigkeit	19	4	77
Impotenz	21	4	75
Gewichtsabnahme	5	28	67
Husten	40	0	60
Verstopfung	0	0	100

1. Die Mehrheit körperlicher Symptome in der Hausarztpraxis sind nicht mit einer organischen Krankheit verbunden.

2. Psychologischer Stress oder psychische Störungen erhöhen die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und die Invalidität.

3. Faktoren wie die frühe Familienumgebung, frühere Krankheitserfahrungen und spezifische Persönlichkeitsfaktoren können eine Person dazu disponieren, medizinisch unerklärte körperliche Symptome zu entwickeln.

4. Je intensiver Patienten in spezifischen medizinischen Settings abgeklärt werden, desto häufiger entwickeln sie unter Stress Krankheiten, die mit unerklärbaren Symptomen einhergehen.

5. Medizinisch unerklärte Symptome sind für einen wesentlichen Teil der Gesundheitskosten verantwortlich.

6. Medizinisch unerklärte Symptome haben einen wesentlichen Einfluss auf die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung.

40 Prozent aller Arztbesuche werden durch 14 Symptome ausgelöst. Nur 10 bis 15 Prozent hatten eine organische Ursache.

Eine andere Studie hat gezeigt, dass in 25 bis 50 Prozent aller Hausarztbesuche keine ernsthafte medizinische Störung festgestellt werden konnte. Häufigste Diagnose: «worried well» (= besorgte Gesunde).

Patienten mit Depressionen und Ängsten haben deutlich häufiger medizinisch unerklärbare Symptome als Menschen ohne psychische Krankheit.

20 bis 30 Prozent der Hausarztpatienten erfüllen die Kriterien für mindestens eine psychische Störung nach DSM. Rund zwei Drittel von ihnen kommen zuerst mit der Klage von Kopfweh oder Müdigkeit. In rund 50 Prozent wird die psychiatrische Diagnose nicht gestellt. (Katon & Walker 1998)

Was ist eigentlich Stress?

ÜBUNG

Tragen Sie Beispiele für Stress und Strain zusammen!

STRESS = äußere Ereignisse und Lebensbelastungen

.....

.....

.....

.....

.....

STRAIN = innere Konflikte, Befürchtungen und belastende Vorstellungen

.....

.....

.....

.....

.....

AUSLÖSER ODER URSACHE?

Auslöser: Es bestanden schon andere Anspannungen im Vorfeld einer Störung. Das Ereignis ist sozusagen «der Strohhalm, der dem Kamel den Rücken bricht.»

Ursache: Ständige Sorgen, dauernde Belastung und mangelnde Erholung führen zu einer Störung.

Stress ist ein Modewort unserer Zeit. Doch jeder versteht darunter etwas anderes, vom harmlosen Ärger über eine vorübergehende Hektik bis hin zu dauernden Belastungen, die die Gesundheit schädigen. Unter Stress versteht man einen vorübergehenden oder einen anhaltenden Zustand von Anspannung und Erregung.

Der Stressforscher Hans Selye unterschied zwischen «Eustress» und «Distress».

EUSTRESS

Neues kann aufregend, herausfordernd, stimulierend sein. Körper und Geist werden gefordert, aber der Mensch geniesst diese Herausforderung (Beispiele: Sport, Abenteuer, Prüfungen). Die Stresshormone erzeugen einen «Kick», der als anregend erlebt wird.

DISTRESS

Wenn Anforderungen und Konflikte als dauernder Druck erlebt werden, wenn Zeitnot und übermässige Forderungen verbunden sind mit Kritik und mangelnder Anerkennung; wenn eine Situation auswegslos erscheint – dann wird Stress zerstörerisch. Das Gehirn schüttet Stresshormone aus, der Körper steht unter Daueralarm, und das hält kein Mensch lange aus.

STRESS AM ARBEITSPLATZ stellt eine hohe Gefahr für die Gesundheit dar. Rund sieben Prozent aller vorzeitigen Pensionierungen gehen auf psychischen Stress am Arbeitsplatz zurück. Oft spricht man in diesem Zusammenhang von «Burnout».
Stress macht anfälliger für Unfälle am Arbeitsplatz. In Deutschland rechnet man mit 10.000 vermeidbaren Fällen von Herzinfarkt. Die sozialen Kosten für die Krankenkassen und die Pensionskassen sind immens.

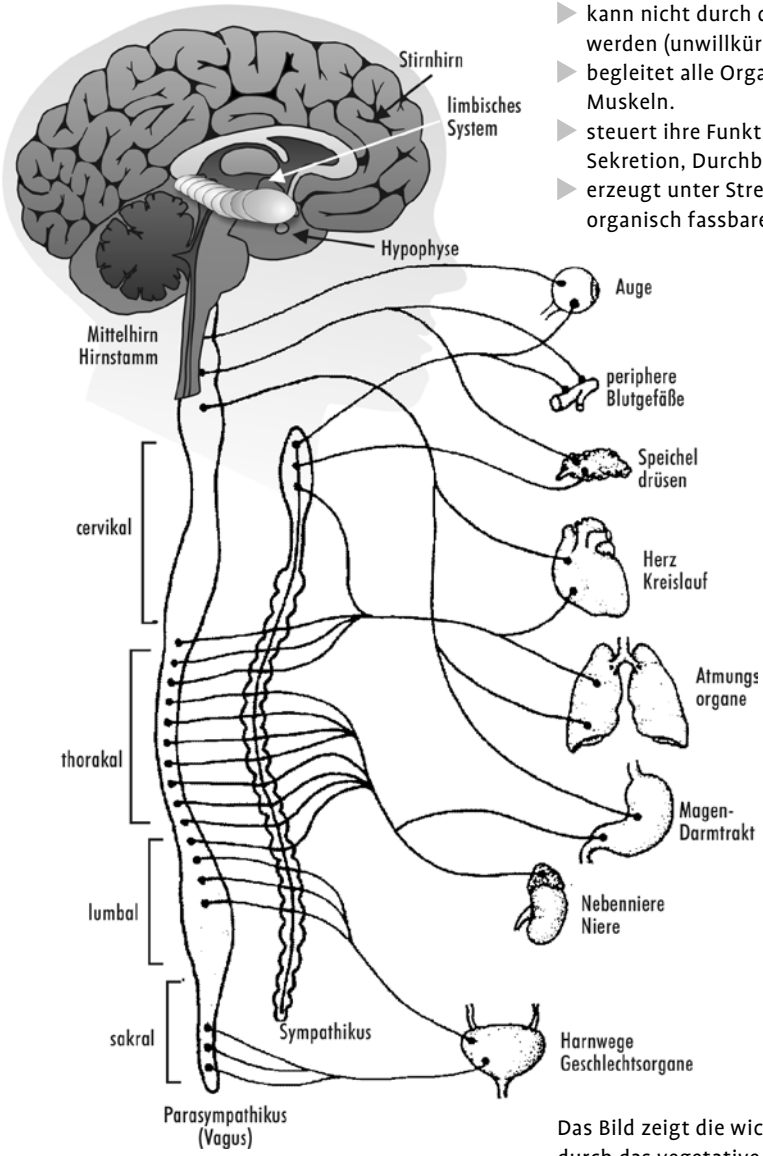
24 Fragen zur Erfassung von Burnout

Wenn Sie mehr als 10 — 12 Fragen mit «Ja» beantworten, so weist dies auf ein Burnout hin:

JA	NEIN	
O	O	Fühlen Sie sich in letzter Zeit häufig müde?
O	O	Sind Sie körperlich erschöpft, ohne dass sich ein medizinischer Grund findet?
O	O	Fühlen Sie sich manchmal einfach leer, ohne neue Ideen?
O	O	Wächst Ihnen die Arbeit zunehmend über den Kopf?
O	O	Denken Sie oft, dass ihre Mitmenschen schwieriger geworden sind als früher?
O	O	Sind Ihre Gefühle leichter zu verletzen als früher?
O	O	Erleben Sie frühere Herausforderungen im Beruf heute als Strapaze?
O	O	Wirken Sie manchmal gedankenverloren und hören Sie andern nicht zu? Verlieren Sie sich in Tagträumereien?
O	O	Haben Sie den Eindruck, dass sie von Kollegen und Vorgesetzten keine Unterstützung bekommen?
O	O	Sind Sie rasch gekränkt, wenn andere an Ihnen oder Ihrer Arbeit etwas bemängeln?
O	O	Trinken Sie öfter als früher Alkohol, um sich zu beruhigen?
O	O	Haben Sie Ihren früheren Optimismus und Ihr Engagement verloren?
O	O	Haben Sie Mühe mit Veränderungen bei der Arbeit und beim Einsatz neuer Technologien?
O	O	Gehen Ihnen so viele Gedanken durch den Kopf, dass Sie nicht abschalten können?
O	O	Möchten Sie manchmal einfach keinen andern Menschen mehr sehen?
O	O	Haben Sie manchmal den Eindruck, es gebe keinen andern Ausweg als den Ausstieg aus Ihrem Beruf oder die Kündigung?
O	O	Vernachlässigen Sie Dinge, die Ihnen früher wichtig waren?
O	O	Sorgen Sie sich schon am Tag zuvor, wie es am nächsten Tag wohl bei der Arbeit laufen wird?
O	O	Werden Sie vermehrt von Schmerzen geplagt?
O	O	Erleben Sie ein Nachlassen von Lebensfreude oder sexuelle Lustlosigkeit?
O	O	Haben Sie Minderwertigkeitsgefühle, die Sie früher nicht kannten?
O	O	Machen Sie sich Sorgen um Ihre Gesundheit?
O	O	Nehmen Sie vermehrt Aufputschmittel wie etwa Kaffee zu sich?
O	O	Haben Sie den Eindruck, viel zu wenig Zeit für Ihre Familie und für Ihre Freizeit zu haben? Entfremden Sie sich Ihren Freunden?
O	O	Leiden Sie an Schlaflosigkeit?

Das vegetative Nervensystem

- kann nicht durch den Willen gesteuert werden (unwillkürlich).
- begleitet alle Organe, Drüsen, Gefässe, Muskeln.
- steuert ihre Funktion (Muskelspannung, Sekretion, Durchblutung).
- erzeugt unter Stress Beschwerden ohne organisch fassbaren Befund.



Das Bild zeigt die wichtigsten Organe, die durch das vegetative Nervensystem gesteuert werden.

Vier Funktionen

FUNKTION	BEISPIELE
Rhythmus	Herz, Darmperistaltik
Tonus	Muskeln (Atmung, Kehlkopf, Rücken, Blase etc.)
Sekretion	Speichel, Darm, Sexualorgane
Durchblutung	Hände, Füsse, Innenohr

Fehlregulation

→ **Missempfindung**

Schmerz, Verspannung, Übelkeit, Magenbrennen
Schwindel, Schwächegefühl, Ohrgeräusch etc.

Funktionelle Störungen

Von funktionellen Störungen spricht man, wenn nicht das Gewebe, sondern die Funktion eines Organs so sehr verändert ist, dass dies als störend wahrgenommen wird.

BEISPIELE: Wenn der Magen mehr Säure und gleichzeitig weniger schützenden Schleim für die Magenschleimhaut produziert, so erlebt man dies als Magenbrennen.

BEISPIEL

«Ich mache mir so Sorgen um meinen 12-jährigen Sohn. Seine Lehrerin hat kein Verständnis für ihn. Wenn er schlechte Noten macht, dann kann er nicht in die höhere Schule. Jeden Tag mache ich mir Sorgen, was er wohl für Noten nach Hause bringt. Ich werde dann so angespannt, dass ich ständig aufs Klo muss.»

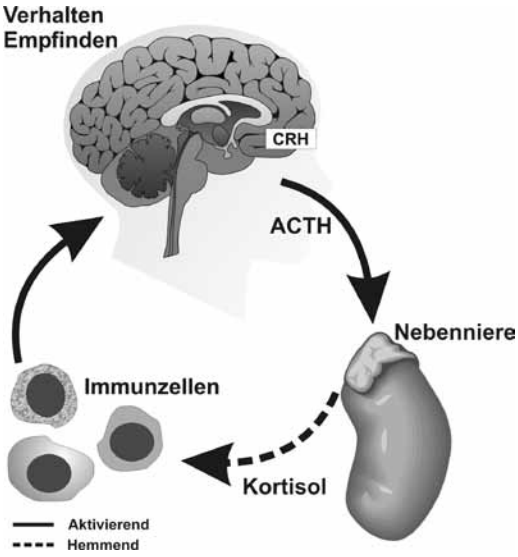
Wenn sich der Rhythmus und die Tiefe der Atmung verändern, dann wird das als Hyperventillation mit Atemnot erlebt, die starke Angst auslöst (dazu kommen durch die Veränderung der Blutgase zusätzliche Effekte wie z.B. Krämpfe in den Muskeln).

In den Sexualorganen kann eine mangelhafte Schleimbildung oder eine mangelhafte Durchblutung zu einer empfindlichen Störung des Liebeslebens führen.

Funktionelle Magen-Darmstörungen liegen vor, wenn sich beim Verdauen der Rhythmus der Darmbewegungen verändert, Enzyme nicht in der richtigen «Dosierung» ausgeschüttet werden, Darminhalt nicht mehr mit der richtigen Menge Flüssigkeit versetzt wird.

Am Herzen kann die Veränderung des Pulses zum unangenehmen Gefühl von Herzklpfen führen, das manchmal bis in den Hals oder in die Ohren ausstrahlt.

Stress und Immunsystem



STRESS LÖST IM GEHIRN EINE KASKADE VON HORMONEN AUS. Im Hypothalamus (einem Zentrum, das eng mit den Gefühlen des Menschen verbunden ist) wird das Hormon CRH gebildet. Dieses aktiviert in der Hypophyse die Ausschüttung von ACTH (Adeno-Corticotropes Hormon), das wiederum die Ausschüttung von Stresshormonen in der Nebenniere (NN) aktiviert.

Hier wird für schnelle Wirkungen **Adrenalin und Noradrenalin** gebildet (im NN-Mark). Dieses verändert innert Sekunden die Durchblutung, erhöht den Puls und bringt den Körper in den Alarmzustand, der notwendig ist, um einer Bedrohung zu begegnen. Als länger wirkendes Hormon schüttet die NN-Rinde das **Cortisol** aus, das das Immunsystem hemmt.

AUCH INFEKTIONEN BEDEUTEN STRESS. Eine Grippe bedeutet nicht nur körperliche Krankheit, sondern auch Stress für das Gehirn. Die Botschaft der Abwehrzellen im Blut wird via Vagus an das Gehirn weitergegeben, wo ein Notfallprogramm ausgelöst wird. Im Hypothalamus wird Interleukin ausgeschüttet. Ziel ist es, die Kräfte des Körpers ganz auf die Abwehr des Infekts auszurichten.

Der Kranke fühlt sich krank, fiebrig, müde, lustlos, verliert den Appetit. Er wird gezwungen, möglichst wenig Stress zu haben, um sich der Aufgabe der Abwehr zu widmen.

Diese Beobachtung erklärt auch, warum manche Menschen nach einer Grippe viel weniger seelische Abwehrkraft haben und eine schwere Depression entwickeln können.

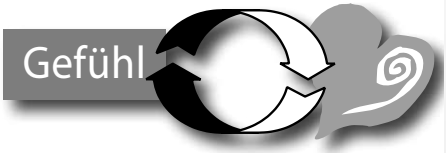
STRESS KANN FIEBER AUSLÖSEN UND VERMINDERT DIE ABWEHR. Manche Menschen erleben unter psychischem Stress eine Erhöhung der Körpertemperatur; oft haben sie unter Stress vermehrt grippale Infekte, Angina, Allergien oder Ekzeme. Das Gehirn erlebt die psychischen Reize wie eine körperliche Krankheit und fördert die Ausschüttung von Cortisol, das seinerseits die Immunantwort vermindert.

KÖRPERLICHE KRANKHEIT KANN PSYCHISCHE SYMPTOME REDUZIEREN. Aus diesem Grund hat man früher bei Schizophrenie-Patienten Malariakuren angewendet. Der Schock des Fieberanfalls führte (wenigstens für einige Zeit) zum deutlichen Nachlassen der Psychose.

WEITERE INFORMATIONEN:

Rüegg J.C.: Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn. Schattauer.

Fühlen mit dem Körper



Gefühle finden nicht nur im Kopf statt. Ja, sie wären gar nicht als Gefühle erlebbar, wenn da nicht die «Begleitmusik» des Körpers wäre. Ohne körperliche Reaktion bliebe nur «ein kalter und neutraler Zustand intellektueller Wahrnehmung» (William James).

Neuere Forschungen haben gezeigt, dass Neurotransmitter, wie etwa Serotonin, nicht nur im Gehirn ausgeschüttet werden, sondern auch in den inneren Organen. Heute spricht man in Bezug auf die Eingeweide auch von einem «zweiten Gehirn» (Gershon).

BEISPIEL

Herr B. erlebt die Arbeit im Großraumbüro einer Bank als stressig: Telefonate in Fremdsprachen, Kollegen platzen herein, Bürokollegen führen andere Gespräche, der Computer stürzt ab. «Wie haben Sie reagiert?» - «Es beginnt mit Magenkrämpfen. Dann bekomme ich dieses einseitige Kopfweh, fast wie eine Migräne. Und dann muß ich plötzlich aufs Klo. Der Durchfall kommt wie angeworfen und dauert etwa eine Stunde. Wenn es mir dann auch noch schwindlig ist, kann ich mich nicht mehr konzentrieren. Oft finde ich kaum mehr die richtigen Worte. Dann macht mir jedes Telefon Angst. Ich habe mich schon mehrmals von der Arbeit abmelden müssen, weil ich den Stress nicht mehr ausgehalten habe!»

Organisch oder psychisch?

Es ist nicht mehr länger sinnvoll zu unterscheiden zwischen organischen Hirnerkrankungen mit veränderter Hirnstruktur und so genannten funktionellen Krankheiten wie Neurosen oder Psychosomatosen.

Die moderne Hirnforschung hat gezeigt, dass jeder Gedanke und jedes Gefühl ganze Netzwerke von Nervenzellen aktiviert. Unser Gehirn verfügt über ca. 10 Milliarden Nervenzellen. Jede Nervenzelle hat ihrerseits wieder bis zu 100 Fortsätze, die mit ihren Synapsen Verbindung mit anderen Zellen aufnehmen.

Jeder Nervenimpuls löst an den Synapsen die Ausschüttung von chemischen Botenstoffen aus, die neue Nervenimpulse erzeugen. Somit ist auch ein Gedanke oder ein Gefühl ein chemischer Vorgang.

Angstgefühle lösen Stresshormone aus, die Veränderungen der Muskeln und der Durchblutung bewirken. Ein tröstendes Wort hingegen führt dazu, dass die Angstgefühle nachlassen und es zu einer Verminderung von Alarm-Botenstoffen kommt.

Somit finden Neurobiologie und Psychotherapie auf zellulärer und molekularer Ebene zusammen. Psychotherapie (oder Seelsorge) wirkt nicht nur auf die Seele, sondern auch auf die biologischen Grundlagen der Psyche.

WEITERE INFORMATIONEN:

Damasio A.R.: Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. DTV.

Deutungen der Psychosomatik

PSYCHOGENESE

Die einseitige Betonung seelischer Ursachen ist heute veraltet. Der Psychoanalytiker Franz Alexander behauptete beispielsweise, dass jeder psychosomatischen Krankheit eine spezielle Problemkonstellation zu Grunde liege.

So liege der Hauptkonflikt bei Bronchialasthma in der Angst des Kindes, die Zuneigung seiner Mutter zu verlieren. Das asthmatische Giemen sei nichts anderes als eine Art Weinen, das die Zuwendung der Mutter erwirken solle. «Die Mütter asthmatischer Patienten zeigen eine ambivalente Haltung, die häufig gleichzeitig besitzergreifend, ja verführerisch und ablehnend ist.»

BEISPIEL

IST DIE MUTTER SCHULD?

In einem psychoanalytischen Lehrbuch finden sich folgende Gedanken zur Entstehung von Neurodermitis bei Kindern: «Mütter emotional unterentwickelt – Kinder unerwünscht – Mütter reagieren nicht auf Schreien und Tränen der Kinder – Mütter berühren ihre Kinder kaum – insgesamt: fehlende mütterliche Zuwendung – Spitz (1967): Ungeeignete Mutter-Kind-Beziehung («psychotoxisch»), «Feindseligkeit in Form von Ängstlichkeit». Mütter infantil bis debil, wenig Hautkontakt, unbewußte Feindseligkeit.»

FINALE BETRACHTUNGSWEISE

Im systemischen und individualpsychologischen Denken wurde die Frage gestellt, welche Bedeutung das Symptom im Konfliktfeld der Familie hat. Welcher Appell liegt im Asthmaanfall, was wiederholt er an früh-kindlichen Interaktionen mit der Mutter? Welche Formen bewusster oder unbewusster Botschaften (Symbole) und verdeckter Kommunikationsweisen liegen dem Ausbruch einer Allergie in einem Ehekonflikt zugrunde? «Was will eine Person mit ihrem Symptom erreichen?» In dieser Form ist nach heutigem Verständnis die Frage nicht zu beantworten.

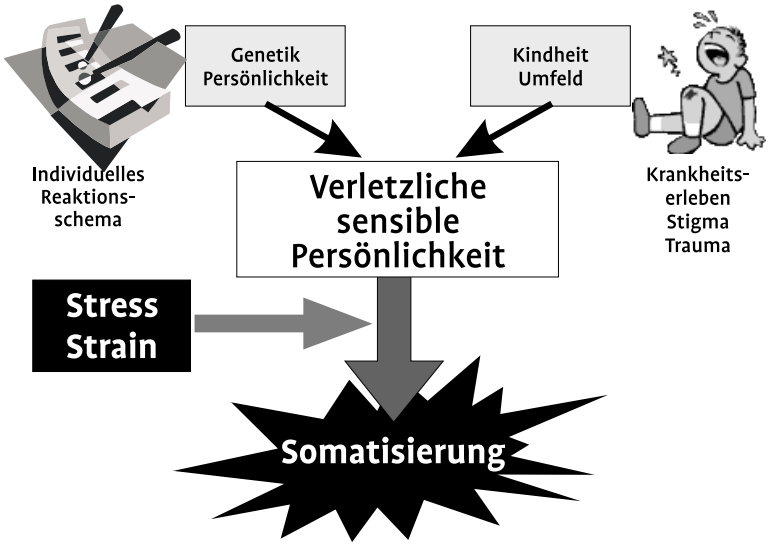
MODERNE PSYCHOSOMATIK

Sie betont die multifaktorielle Entstehung psychosomatischer Erkrankungen. Körperliches und Seelisches, Anlage- und Umwelteinflüsse, belastende Lebensereignisse und persönliche Verarbeitung spielen ineinander und lassen unter Anspannung körperliche Symptome zum Ausdruck der inneren Not werden. Die «Wahl des Organs» liegt in der ganz individuellen Disposition eines Menschen begründet.

TABELLE: Faktoren, die im modernen Verständnis psychosomatischer Beschwerden zusammenspielen.

1) **DISPOSITION:**	Individuelle Symptommuster des Körpers
2) **PERSÖNLICHKEIT:**	übermässige Ängstlichkeit, Gewissenhaftigkeit
3) **LEBENSGESCHICHTE:**	frühe Belastung z.B. durch Jähzorn des Vaters
4) **AUSLÖSERSITUATIONEN:**	z.B. öffentliche Blamage, Streit, Enttäuschung
5) **BEWÄLTIGUNGSMUSTER:**	übermäßige Absicherung, Vermeidung etc.
6) **BIOLOGISCHE ASPEKTE:**	körperliche Krankheit, Immunsystem, Neurotransmitter

Wie entstehen die Beschwerden?



Die Rolle der Kindheit

Zwei Aspekte der Kindheit können bei der Entwicklung von somatoformen Störungen eine Rolle spielen:

1. Wie erlebte das Kind den Umgang mit kleineren Schmerzen und Beschwerden? Wurde es sofort zum Arzt geschleppt? Erlebte es nur dadurch Aufmerksamkeit? Wurde es übermässig geschont? Oder wurde es harsch abglehnt und abgewertet? (vier negative Haltungen). Positiv wäre: Wurde es ernst genommen, gleichzeitig aber auch sachlich beruhigt?

2. Erlebte das Kind schwere körperliche oder emotionale Misshandlung? Manchmal kann dies zum Auftreten von körperlichen Symptomen führen, die sich nicht organisch erklären lassen. Häufig bei Migranten aus sozial vernachlässigten Schichten zu beobachten.

VORSICHT: Nur aus somatisierenden Symptomen allein kann man nicht ohne zusätzliche Angaben einen Rückschluss auf das Verhalten der Eltern machen.

Es war der Fehlschluss der psychoanalytischen Schulen, dass man selbst bei körperlichen Krankheiten mit psychischen Begleiterscheinungen (wie z.B. Asthma oder Neurodermitis) auf ein schweres Fehlverhalten der Eltern schloss (vgl. S. 10).

DIE GENETISCHE ANLAGE kann beim Kind bereits eine somatisierende Reaktionsweise bei seelischen Belastungen vorzeichnen. Gerade bei einer ängstlichen Grundpersönlichkeit sind angstbesetzte Körperreaktionen deutlich gehäuft (Herzklopfen, Enge-gefühl, Schwindel, kalte Füsse, Harndrang usw.)

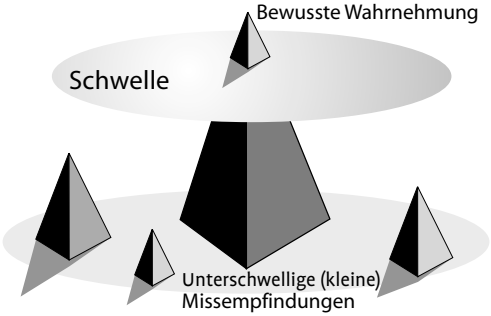
Schmerzverarbeitung und Symptom

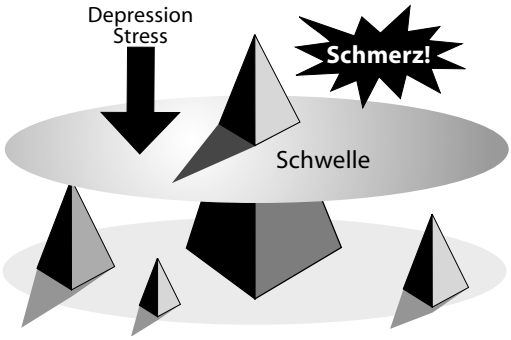
UNTERSCHWELLIGE SYMPTOME SIND HÄUFIG:

Wir erleben tagtäglich kleinere Beschwerden: Muskelverspannungen, ein kleiner Stich im Rücken, ein Schmerz in einem Gelenk, ein Druck im Kopf.

Durchschnittlich erleben wir alle 5 bis 7 Tage ein neues Symptom. Da es normalerweise vorübergehend ist, erzählen wir dem Arzt nichts davon.

Diese unterschwelligen Symptome erreichen nicht den Grad von Beschwerden, die uns Sorgen machen.





WANN FÜHREN SYMPTOME ZUM ARZT?

Psychologischer Stress ist immer mit körperlichen Symptomen verbunden (Schwitzen, Herzklopfen, rasche Atmung, Stuhldrang etc.). Unser emotionaler Zustand erhält dann mehr «Spitzen», die von kleineren somatischen Symptomen ausgehen. Es kommt zu einer Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die Beschwerden. Oft führen die medizinischen Untersuchungen zusätzlich zur Überzeugung, dass es sich um ein körperliches Leiden handelt.

Dabei kann es zu einem **fatalen Kreislauf** kommen: Weil man sich Sorgen macht, verspannt man sich noch mehr – die Schmerzen nehmen zu – man macht sich noch mehr Sorgen – die Beschwerden führen zu Einschränkungen – man meldet sich krank – die Schmerzen werden zum Zentrum ängstlicher Beobachtung und führen zu einer immer stärkeren Umstellung des Lebens (Vermeiden von normalen Belastungen, ängstliche Rücksichtnahme durch die Angehörigen, Verzichten auf Dinge, die früher das Leben schön gemacht haben).

DIE SCHWELLE der Schmerzempfindung schwankt von Person zu Person, aber auch je nach der Befindlichkeit. Geht es einem Menschen seelisch gut, so hält er mehr aus, ist er «gestresst», so wird er nicht nur psychisch reizbar, sondern kann auch schneller an die Grenze der Schmerzempfindung kommen.

Somatoforme Störungen

STÖRUNGSTYPEN

1. Funktionelle Störungen:
Seelische Spannungen führen zu Funktionsveränderungen (reversibel): z.B. Durchfall, Muskelverspannungen, Schwindel, Hautreaktionen.

2. Psychosomatische Krankheiten:
Psychische Konflikte führen zu bleibenden Organveränderungen (z.B. Bluthochdruck, Magengeschwüre, Asthma etc.). Die moderne Forschung hat dieses Konzept nicht ausreichend belegen können.

3. Somatopsychische Probleme:
Eine körperliche Krankheit muss seelisch verarbeitet werden (z.B. Krebs, Diabetes, Dialyse etc.)

Neue Begriffe

SOMATISIERUNG:

«Tendenz, körperliche Beschwerden und Symptome – ohne Befund – zu erleben und auszudrücken, sie körperlichen Krankheiten zuzuschreiben und medizinische Hilfe für sie in Anspruch zu nehmen.» (Lipowski)

SOMATISIERUNGSSTÖRUNG:

Körperliche Symptome im Sinne der früheren Hysterie: Kurzatmigkeit, Menstruationsbeschwerden, Brennen in den Geschlechtsorganen, Kloßgefühl im Hals, Erbrechen, Amnesie, Schmerzen in den Gliedmassen.

SOMATOFORME STÖRUNGEN:

«Die Störungen sehen wie körperlich verursachte aus, sind es aber nach dem gegenwärtigen Erkenntnisstand nicht.» (Hoffmann)

KLASSIFIKATION DER SOMATOFORMEN STÖRUNGEN

- Somatisierungsstörung (F 45.0)
- Hypochondrische Störung (F 45.2)
- Somatoforme autonome Funktionsstörung (F 45.3)
  - Herz-Kreislauf
  - Oberer Gastrointestinaltrakt (Mund, Hals, Speiseröhre, Magen)
  - Unterer Gastrointestinaltrakt (Darm, Anus)
  - Atmungsorgane
  - Urogenitalsystem
  - Andere Organsysteme
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F 45.4)
- Dissoziative Störungen (F 44)
- Neurasthenie (F 48)

nach ICD-10

WEITERE BEGRIFFE

... die in Fachgebieten außerhalb der psychotherapeutischen Medizin häufig gestellt werden und eine deutliche Überlappung mit somatoformen Störungen aufweisen:

- Fibromyalgie
- Pelvipathie
- Chronische Prostatitis (Prostatodynie)
- Tinnitus
- Spannungskopfschmerz
- Schwankschwindel-Attacken
- Multiples Somatoformes Syndrom
- Depressive Somatisierung
- Unfallreaktive Somatisierung
- Umweltbezogene Somatisierung (Multiple Chemical Sensitivity)
- Chronic Fatigue Syndrome

Depression und Schmerz

Schmerz und Depression sind zwei zentrale Empfindungen. Depression ist stärker emotionsgefärbt. Chronischer Schmerz wird oft von Depression begleitet. Die Psychodynamik und die Therapie unterscheiden sich deutlich trotz Ähnlichkeiten.

DEFINITION DES SCHMERZES

«Schmerz» ist eine grundlegend unangenehme Empfindung, die dem Körper zugeschrieben wird und dem Leiden entspricht, das durch die psychische Wahrnehmung einer realen, drohenden oder fantasierten Verletzung hervorgerufen wird.

SCHMERZ UND SELBSTWERTGEFÜHL

- Patient fühlt sich schwach, kompensiert aber durch hohe Leistung.
- Stolz auf besondere Leistungsfähigkeit, soziales Ansehen.
- Schmerz als Preis der Leistungen (Passivität = Verzicht), aber Wut auf Körper, der versagt.

SELBSTWERTGEFÜHL BEI DEPRESSION

- Schwach, durch Leistungen kaum wirklich kompensiert.
- Unerfüllbar hohe Ansprüche (nie gut genug), Aussenseiter.
- Depression als Folge des Versagens, Wut auf sich selbst und eigenes Versagen.

UMGANG MIT SCHMERZ

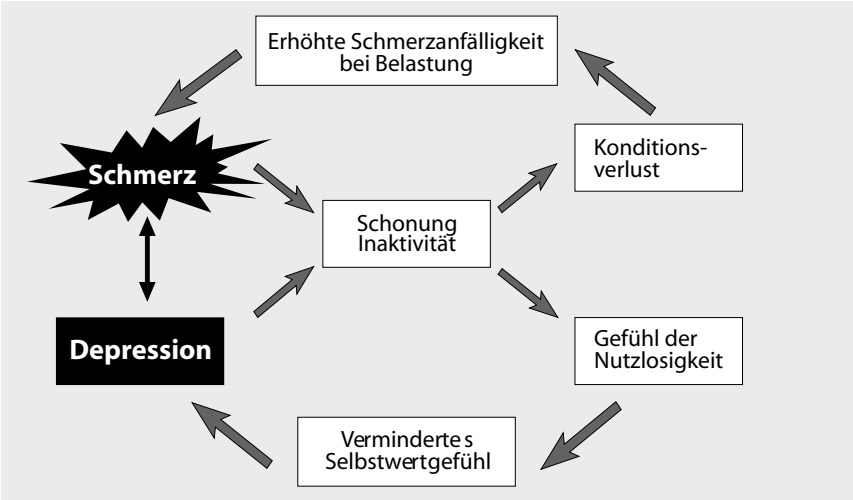
- Verleugnung
- Schmerzstillung mit allen Mitteln, um leistungsfähig zu bleiben (schmerzhafte Behandlungen!)
- Antidepressiva schlecht ertragen
- Übereifrig, hyperaktiv

nach Prof. Dr. med. Peter Keel

BEISPIEL

Azra H., eine 50-jährige Frau aus Ex-Jugoslawien ist die einzige, die in den Westen gegangen ist. Daheim leben der Ehemann, der als Akademiker einen Hungerlohn verdient, dessen Mutter und zwei Söhne, die beide im Studium sind. Frau H. soll alle unterstützen.
Obwohl sie gelernte Krankenschwester ist, kann sie nur als Zimmermädchen in einem Hotel arbeiten, weil ihr Deutsch mangelhaft ist. Sie verdient 3000.– SFr., zahlt 500.– für die Miete, 500.– für Telefonate und lebt vom absoluten Minimum, um den Rest an ihre Familie zu schicken.
Beim Heben eines schweren Bettes hat sie Rückenschmerzen entwickelt und kann nicht mehr arbeiten. Es folgt ein Kreislauf: Schmerz – Arbeitsunfähigkeit – Angst vor Arbeitslosigkeit – Angst die Angehörigen nicht mehr unterstützen zu können – Angst vor Ablehnung und Wertlosigkeit – seelische Verspannung – Depression – Verhärtung der Rückenschmerzen etc.
Der Ehemann zum Arzt: «Schauen Sie, dass meine Frau wieder funktioniert. Wir brauchen sie.»

Positive und negative Denkmuster



nach Keel

Ungünstige Reaktionen (Dysfunktionale Denkmuster)	Günstige Reaktionen (Aktive Bewältigung)
Es sind schreckliche Schmerzen im Nacken!	Ich habe wieder diese Nackenschmerzen, es spannt.
Ich bin in einem schrecklichen Loch	Ich bin bedrückt, wie ab und zu.
Ob ein Nerv eingeklemmt ist?	Ich bin verspannt wegen dieser Reise. Ich habe Angst, etwas könnte schief gehen.
Ich gerate in eine furchtbare Depression.	Ich bin enttäuscht, weil ich diesen Fehler gemacht habe.
Es wird immer schlimmer	Wenn es mir gelingt, mich zu entspannen, wird der Schmerz erträglicher werden.
Ich rutsche immer tiefer in die Depression.	Wenn ich es nicht so tragisch nehme, wird es besser.
Ich muss zum Arzt	Ein warmes Bad und ein paar Entspannungsübungen werden helfen.
Ich muss wieder Antidepressiva nehmen.	Am besten erledige ich etwas und verschaffe mir einen kleinen Erfolg.
Ich muss mich schonen.	Ich sollte wieder regelmässig schwimmen gehen.
Ich bin ein Versager, nichts wert.	Fehler machen alle, ist nicht schlimm. Ich habe sonst viel Positives erreicht.

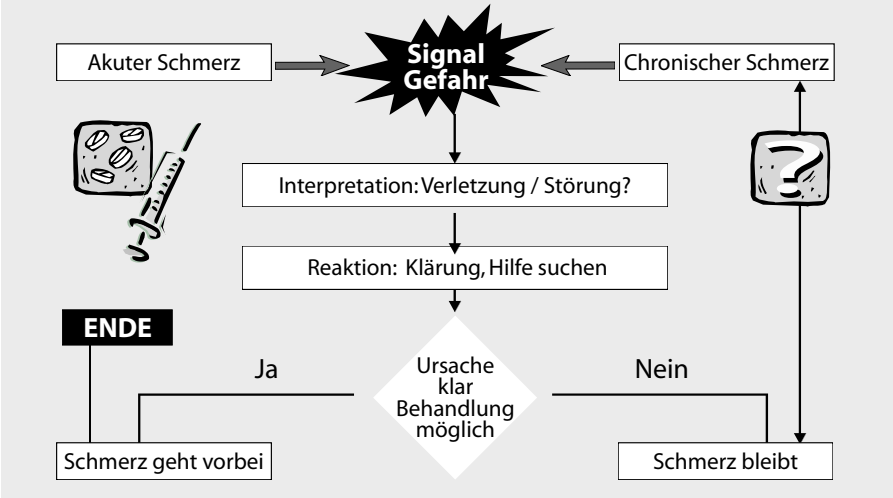
Wo ist die Grenze?

Eine Gefahr des psychosomatischen Denkens liegt darin, dass organische Störungen, die behandelbar wären, als psychisch beurteilt werden. Daraus erklärt sich auch der Widerstand vieler Menschen gegen eine seelische Erklärung ihrer Beschwerden.

Schmerz ist eine Wahrnehmung, die letztlich nur der Leidende beschreiben kann. Er lässt sich nicht objektiv messen, sondern nur indirekt aus den Reaktionen (verzerrtes Gesicht, Muskelverspannung) ableiten.

Für den Patienten ist Schmerz ein Gefahrensignal. Was steht dahinter? Was muss man abklären? Was kann man tun? Diese Fragen sind vom Arzt Ernst zu nehmen.

Wenn aber eine gründliche Abklärung keine Ursache ergibt, so beginnt die Phase des Umdenkens (vgl. S. 17).



nach Keel

Physiotherapie

Bei chronischen Rücken- und Nackenschmerzen kann die Physiotherapie einen wichtigen Beitrag zur Schmerzbekämpfung leisten. Allerdings geht es nicht nur um passive Massage sondern um folgende Schwerpunkte:

- Haltungsschulung
- Entlastungsstellungen
- Lockerung und Kräftigung der Muskulatur

Man geht nicht nur in die Physiotherapie, sondern man erlernt neue Muster der Bewegung. Dazu dienen Instruktionen für ein Programm, das zuhause durchgeführt werden kann.

Ganz allgemein wird das Wohlbefinden verbessert durch:

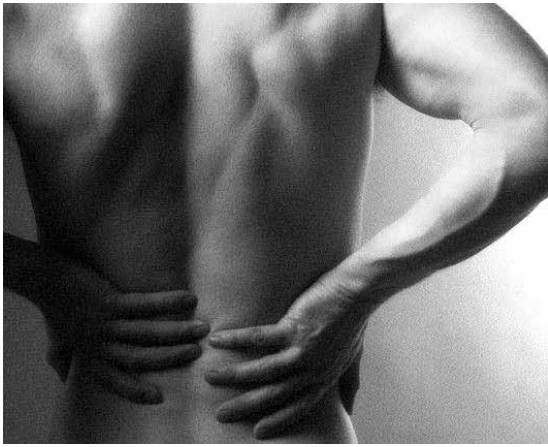
- Schulung des Körpergefühls
- Konditionstraining
- Freude an Bewegung

Therapieprogramm bei Rückenschmerz

ZEHN SCHRITTE ZU EINEM BESSEREN SCHMERZMANAGEMENT

1. Schaffen Sie eine positive Erwartungshaltung bei Ihren Patienten. Bleiben Sie dabei aber realistisch.
2. Fokussieren Sie mehr auf die Funktion als auf die Schmerzen. Fragen Sie beispielsweise «Was konnten sie tun?» anstatt «Wie stark sind die Schmerzen?».
3. Motivieren Sie die Patienten, aktiv zu bleiben und weiterzuarbeiten. Gestehen Sie ein, dass dies schwierig sein kann.
4. Schaffen Sie eine positive Kooperation zwischen Patient, Angehörigen, Arbeitgeber und den Therapeuten. Polarisieren Sie nicht.
5. Stellen Sie klar, dass die Wahrscheinlichkeit, wieder arbeitsfähig zu werden mit jedem Tag der Arbeitsunfähigkeit sinkt.
6. Werden Sie hellhörig, wenn Ihr Patient erst bei «vollständiger Heilung» wieder arbeiten will.
7. Fördern Sie die Selbständigkeit und Eigenverantwortung Ihrer Patienten.
8. Geben Sie lieber zu, die genaue Ursache der Schmerzen nicht zu kennen, als spekulative Erklärungen abzugeben.
9. Vermischen Sie körperliche Symptome nicht mit psychischen Problemen. Bedenken Sie aber auch: Eine rein symptomatische Therapie kann nicht helfen, wenn psychische Probleme nicht angegangen werden.
10. Versuchen Sie den Patienten von Beginn an zu vermitteln, dass der Schmerz beherrscht werden kann und dass auch mit (leichten) Schmerzen ein normales Leben möglich ist.

(nach Prof. H. Sprott,
Rheumaklinik Universitätsspital Zürich)



Lange Abwesenheit von der Arbeit birgt die Gefahr der Entwöhnung von der Arbeit und Gefahr des Stellenverlustes.

ZIELE DER THERAPIE:

- Nicht Schmerzfreiheit, sondern «Leben mit Schmerz».
- Aktivierung trotz Schmerz: Belastungsschmerz ist ungefährlich.

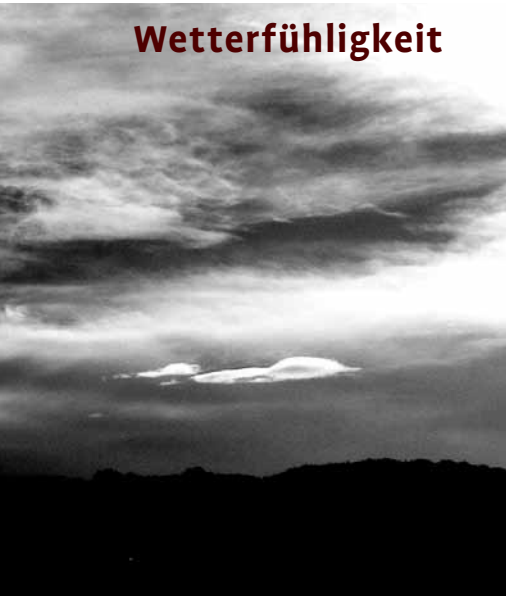
ABSPRACHE UNTER DEN BEHANDLERN:

- Zusammenarbeit von Hausarzt, Spezialisten, Physiotherapeuten.
- Gleiche Ziele, Koordination der Informationen und Massnahmen.

BACK *in time*

Ein integriertes Therapieprogramm bei chronischen Rückenschmerzen: Hintergründe, Prävention, Behandlung; entwickelt von Prof. Dr. med. Peter Keel. Eine Aktion der FMH (Schweizerische Ärztegesellschaft).

Wetterfühligkeit



Föhn, Hitzewellen, drückende Luft, das plötzliche Einbrechen von Sommergewittern führen bei etwa 30 Prozent zu deutlichem Unwohlsein. Es handelt sich nicht um Einbildung, sondern um eine Reaktion des Körpers auf atmosphärische Umweltreize. Wir unterliegen ständig dem Einfluss von wechselnder Luftfeuchtigkeit, Temperatur, UV-Strahlung, verändertem Luftdruck und Spherics.

KÖRPERLICHE REAKTIONEN

Unser vegetatives Nervensystem nimmt Wetterreize oder plötzliche Luftdruckveränderungen wie eine Antenne auf. Unser Organismus reguliert dann über Blutkreislauf und Stoffwechsel den notwendigen Temperaturausgleich, um die Kerntemperatur von etwa 37 Grad zu halten. Erst wenn wir schwitzen, frieren oder zittern, nehmen wir etwas von dieser Arbeit bewusst wahr.

WETTERFÜHLIGKEIT

Wir beginnen die eigentlich natürlichen Reaktionen des Körpers , die wir sonst kaum wahrnehmen, unmittelbar zu spüren. Das Nervensystem meldet die Anstrengungen der Umstellung an das Gehirn weiter. Die Folge: Kopfschmerzen, Müdigkeit, mangelnder Konzentrationsfähigkeit und Schlafstörungen.

Bei manchen Menschen können sich bestehende Krankheiten so verstärken, dass sie zu einem quälendem Leiden werden. Insbesondere ältere Menschen, Herz- und Kreislaufkranke, Asthmatiker und chronische Bronchitiker reagieren empfindlich. Man geht aber davon aus, dass der Mensch nicht am Wetter erkrankt, sondern die Fähigkeit verliert, durch eigentlich unmerkliche Körperreaktionen mit den natürlichen Klimaveränderungen fertig zu werden.

PSYCHISCHE REAKTIONEN

Wetterfühlige Menschen klagen über schlechte Laune, Antriebslosigkeit oder Reizbarkeit, obwohl sie sich körperlich gesund fühlen. Je schwieriger die aktuelle psycho-physische Situation eines Menschen erscheint, desto stärker lässt er sich durch bestimmte Witterungseinflüsse irritieren.

Allgemeine Wetterfühligkeit kann ein Hinweis auf schwelende Krankheitsherde oder ungelöste seelische Spannungen sein.

SPHERICS

«Atmospherics» (Spherics) sind kurze elektromagnetische Impulse. Luftmassen reiben sich aneinander bis zur elektrischen Entladung. Vor Schlechtwetter- oder Schönwetterfronten, wenn kalte und warme Luft aufeinander treffen und vor Gewittern häufen sich die Spherics. Mit Lichtgeschwindigkeit eilen sie dem eigentlichen Wettergeschehen voraus. Unser Körper ist Leiter für elektromagnetische Impulse und so führen Spherics bei empfindlichen Personen zu den typischen Symptomen.

Kopfschmerzen

Nicht weniger als 71 Prozent der Bevölkerung leiden an Kopfschmerzen, 27.5 Prozent an Migräne und 38.3 Prozent an Spannungskopfschmerzen, 5.6 Prozent an anderen Formen. Oft bestehen Migräne und Spannungskopfschmerzen nebeneinander.

Viele Betroffene kennen die Auslöser für ihre Kopfschmerzen. Insbesondere bei der Migräne reichen oft kleine Reize, wie etwa Zigarettenrauch oder ein Glas Rotwein, um einen Anfall auszulösen. Oft spielen auch seelische Spannungen mit.

Psychosomatisch besonders bedeutungsvoll sind Auslöser wie Erwartungsangst, Entlastung nach Stress, Wochenende oder innere Zyklen wie etwa die Mens oder der Schlaf-Wach-Rhythmus.

URSACHEN VON KOPFSCHMERZEN

Das Auftreten von Kopfschmerzen wird bedingt durch eine Erniedrigung der Schmerzschwelle im Gehirn (vgl. S. 12). Die Schmerzschwelle ist auch an anderen Teilen des Körpers erniedrigt.

Bei der Migräne werden schmerzverstärkende und gefäßerweiternde Überträgerstoffe (Neurotransmitter) im Bereich der Hirnhäute und Blutgefäße des Kopfes freigesetzt, die den Kopfschmerz verstärken.

KOPFSCHMERZ WIRD ZUM NOTFALL BEI FOLGENDEN SYMPTOMEN:

- Hohes Fieber
- Meningismus (steifer Nacken)
- Epileptische Anfälle
- Erbrechen
- Bewusstseinstrübung, Verwirrtheit
- Mydriase (weite Pupillen)
- Atmungsstörungen

BEISPIEL

«Letzte Woche hatte ich häufig Kopfweh. Ich weiss nicht, war es der Wetterumschwung, der Kälteeinbruch, oder die Mens. Ja, und dann habe ich mich noch über eine freche Bemerkung meiner Tochter geärgert. Ich habe richtig gespürt, wie der Schmerz vom Nacken hochkroch, und die ganze linke Kopfseite zusammenzog!»

SYSTEMATISCHE ANAMNESE

- Beginn der Kopfschmerzerkrankung
- Verschiedene Formen nebeneinander?
- Häufigkeit und Dauer
- Tageszeitliche Abhängigkeit
- genauer Anfallsablauf
- Ankündigungszeichen
- Neurologische Begleitstörungen (Aura)
- Besondere Eigenschaften / Lokalisation?
- Begleitsymptome des Kopfschmerzes
- Auslösefaktoren
- Verhaltensmassnahmen
- Bisherige Behandlung
- Weitere Erkrankungen, Medikamente
- Familienanamnese
- Beruf und Lebensgewohnheiten

Der Schwerpunkt in diesem Heft liegt auf Spannungskopfschmerzen. Mehr Information über Migräne findet sich in zahlreichen Büchern und auf vielen Internetseiten.

WEITERE INFORMATIONEN:

O. Sacks, Migräne. Rowohlt.
A. Peikert: Migräne und Kopfschmerzen verstehen - behandeln - bewältigen. Trias.

Spannungskopfschmerzen

Kopfschmerzdauer	– unbehandelt 30 Minuten bis 7 Tage; in 40 bis 60 Prozent tritt er episodisch auf, nur in 3 Prozent wird er chronisch.
Schmerz-charakteristika (mind. zwei)	– drückend bis ziehend, nicht pulsierend – übliche Aktivität nicht nachhaltig behindert – beidseitiger Kopfschmerz – körperlicher Aktivität verstärkt Kopfschmerz nicht
Weitere Bedingungen	– keine Übelkeit – kein Erbrechen – von folgenden zwei Symptomen max. eines: Lichtüberempfidlichkeit, Lärmüberempfindlichkeit
Attackenzahl	– zehn vorangegangene Attacken – weniger als 15 Kopfschmerztage pro Monat

THERAPIE

Spannungskopfschmerzen sprechen nur unvollständig auf Medikamente an. Meist wird nur eine Verminderung der Kopfschmerzintensität von 30 – 50% erreicht.

Starke Analgetika wie Opioide sind nicht wirksam, oft jedoch «ganz normale» Mittel wie Aspirin oder Paracetamol. Auch Antidepressiva können helfen, weil sie die Schmerzschwelle heraufsetzen.

Nichtmedikamentöse Therapieverfahren (wie etwa Entspannungsübungen, ein Bad, Massage etc.) sind deshalb elementar.

Moderne Migränemittel blockieren die Freisetzung und Wirkung der schmerz-verstärkenden Neurotransmitter an den Gefässen im Gehirn.

Gibt man solche spezifischen Medikamente, so sollten diese langsam einschleichend dosiert werden. Dabei ist auch die Information über Nebenwirkungen wesentlich.

MEDIKAMENTENINDUZIERTER DAUERKOPFSCHMERZ

Häufiges oder täglich konstantes Auftreten von Kopfschmerzen, die verschlechtert oder induziert werden durch die regelmässige Einnahme von Schmerzmitteln und/oder spezifischen Migränemitteln.

Die einzige Möglichkeit, den medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerz zu behandeln, ist der Medikamentenentzug!

Um Rückfall in die häufige Medikamenteneinnahme zu verhindern, ist nach Entzug regelmässige Nachbetreuung notwendig.

Herzbeschwerden

SITZ DER GEFÜHLE

Das Herz ist das zentrale Organ unseres Körpers. Auch wenn wir heute wissen, dass es in erster Linie als Pumpe für die Verteilung des Blutes im Körper zuständig ist, so zeichnen wir nach wie vor ein Herz, wenn wir von Liebe sprechen. Das Herz ist seit Jahrtausenden der Sitz der Gefühle.

«HERZANGSTNEUROSE»

So nannte man früher Angststörungen, bei denen die Angst um das Herz im Mittelpunkt steht. Angst verursacht nicht die Aussenwelt, sondern die Innenwelt des Körpers: Angst vor einem Herzinfarkt, Angst vor einer anderen Herzkrankheit, oder Angst, «das Herz könnte stehen bleiben.»

Wenn eine Person in der Angst einen Schmerz auf dem Herzen und Herzrasen verspürt, so wird dies oft von weiteren vegetativen Beschwerden begleitet (Schwitzen, Mundtrockenheit, kalte Hände und Füsse).

Dies löst ein Alarmgefühl aus: Die Betroffenen suchen den Arzt auf, lassen ein EKG anfertigen, klammern sich an Bezugspersonen an, geraten in Panik bis hin zu Hyperventillation oder Ohnmacht.

ANGST VOR TRENNUNG

Es kommt zu einer Dramatik, häufig in Situationen, wo sich eine Person davor fürchtet, allein gelassen zu werden, bei Trennungen und Verlusten. Ängste können auch dann ausgelöst werden, wenn ein Bekannter an einem Herztod gestorben ist.

Der Angstanfall kann dazu führen, dass Angehörige um das Leben der betroffenen Person fürchten. Oft entsteht eine dramatische Abhängigkeit. «Ich kann meine Mutter nicht allein lassen, sonst geht es ihr schlecht!»

PSYCHOSOMATIK DES HERZENS

- «Das bricht mir das Herz.»
- «Das wärmt mein Herz.»
- «Eine Herzensangelegenheit»

WAS SPRICHT GEGEN HERZINFARKT?

- jugendliches Alter (zwischen 30 und 45)
- normales EKG
- vegetative Begleitsymptome
- Stress, Verlusterlebnisse, Trennungsängste.
- drängendes, dramatisches Verhalten.

BEGLEITSYMPTOM BEI STRESS UND DEPRESSION

Ein Druckgefühl auf der Brust oder ein Stechen in der Herzgegend wird oft bei Stress und Depression beklagt. Die Beschwerden sprechen auf Tranquilizer an und gehen mit der allgemeinen Besserung zurück. Eine Patientin erlebte diese Beschwerden als «eiserne Faust, die nach meinem Herzen greift.»

BEISPIEL

«Meine Arbeit ist mir einfach zu anstrengend geworden. Dazu kommt noch der Haushalt, die Kinder, mein Mann. Aber mein Chef ist so ehrgeizig, der zeigt kein Verständnis. In den letzten Wochen litt ich immer mehr an Erschöpfung. Jeden Morgen hatte ich Angst, wie es wohl gehen wird. Und dann kam dieser Zusammenbruch: Ich kriegte keine Luft mehr, mein Herz raste und ich hatte ernsthaft Angst vor einem Herzinfarkt. Ich war panisch. Die Untersuchung in der Poliklinik zeigte aber ein normales EKG. Dieser Stress macht mich krank!» (eine Chefsekretärin)

Hypochondrie / Gesundheitsängste

SYMPTOMATIK

Im Vordergrund steht bei der Hypochondrie die anhaltende Befürchtung, an einer schweren körperlichen Erkrankung zu leiden. Normale körperliche Erscheinungen oder minimale somatische Veränderungen, wie z.B. leicht erhöhter Puls beim Treppensteigen, vorübergehende Verdauungsbeschwerden werden als krankhaft eingeschätzt und als Belege für diese Krankheit angesehen.

Auch ergebnislose medizinische Untersuchungen können den Betroffenen nicht von dieser Überzeugung abbringen. Fehlende Untersuchungsergebnisse werden von den Betroffenen meist als Anzeichen dafür gesehen, dass sie an einer bisher unbekannten Krankheit leiden oder dass der Arzt sich irrt.

In der Folge werden oft eine ganze Reihe von Ärzten aufgesucht («doctor-shopping»); in manchen Fällen unterziehen sich die Betroffenen sogar risikoreichen operativen Eingriffen, von denen sie sich Hinweise auf die Ursache ihrer Beschwerden erhoffen.

Generell ist die Abgrenzung zu anderen somatoformen Erkrankungen schwierig. Am ehesten lässt sich sagen, dass bei der Hypochondrie das **Hauptmerkmal die Furcht vor einer Krankheit** ist, während bei den anderen Störungen das körperliche Symptom selbst im Vordergrund steht.

ENTWICKLUNG

Vor dem Ausbruch der Erkrankung sind die Betroffenen meist mit Informationen über Krankheiten in Kontakt gekommen, z.B. dadurch, dass eine Person aus dem Umfeld schwer erkrankt ist. Oft besteht schon vor Krankheitsbeginn eine hohe psychophysiologische Reaktivität, d.h. zum Beispiel, dass sie auf Reize besonders schnell mit erhöhtem Herzschlag reagieren.

Oft wird im Vorfeld über vermehrten Stress oder anstehende Veränderungen berichtet. Unter diesen Umständen führt die Wahrnehmung körperlicher Erscheinungen, wie unregelmäßiger Herzschlag, Schwindelgefühle, Verdauungsprobleme oder Kopfschmerzen, die als vorübergehende Beschwerden völlig normal sind, zu der Annahme, dass diese Symptome Zeichen einer schweren Erkrankung sind.

Die Betroffenen beobachten nun ihr körperliches Befinden sehr genau. Hypochondrische Patienten neigen dazu zu «katastrophisieren», d.h. Ereignisse extrem negativ zu bewerten. So sehen sie die wahrgenommenen Symptome nicht als die einzelnen Beschwerden, die sie sind, sondern als Zeichen einer schweren Erkrankung.

Magen-Darm-Störungen

Am wohlsten fühlen wir uns, wenn unser Verdauungssystem seinen Dienst still und leise im Hintergrund tut, ohne dass wir etwas davon spüren.

Dabei handelt es sich um ein hochkomplexes System, das aus einer leckeren Pizza all diejenigen Bausteine des Lebens heraus holt, die unser Körper zum Funktionieren und unser Gehirn zum Denken braucht. Wir können nur klar denken und uns am Leben freuen, wenn unsere Eingeweide klaglos ihre Aufgabe erfüllen.

DAS REIZDARM-SYNDROM

Wenn sich aber die Därme verkrampfen und eine Person imperativ auf die Toilette rufen, dann vergehen Lebensfreude und klares Denken. Das Leben reduziert sich auf den Bauch, der ein unheimliches Eigenleben entwickelt.

Funktionelle Magen-Darmstörungen liegen vor, wenn sich beim Verdauen der Rhythmus der Darmbewegungen verändert, Enzyme nicht in der richtigen Dosierung ausgeschüttet werden, Darminhalt nicht mehr mit der richtigen Menge Flüssigkeit versetzt wird. Die Folgen: unangenehme Krämpfe, Blähungen, Durchfall oder Verstopfung und letztlich eine deutliche Einschränkung des Wohlbefindens; nicht selten führen sie auch zu Arbeitsausfällen.

Etwa 15 – 20 Prozent der Bevölkerung leiden an einem «Colon irritabile» oder «Reizdarmsyndrom».

DAS ZWEITE GEHIRN IM BAUCH

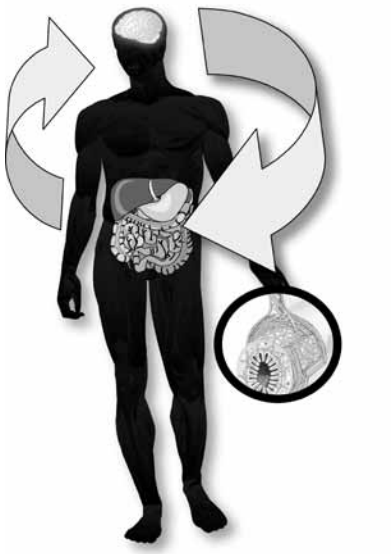
Neue Forschungen haben gezeigt, dass für die Steuerung der Verdauung ein «zweites Gehirn» zuständig ist. Mit feinsten Fasern durchdringt es alle Organe und koordiniert die komplexe Aufgabe der Verdauung. In unserem Bauch haben wir mehr Nervenmasse als im Gehirn!

BEISPIEL

«Letzthin hatte ich Streit mit meiner Mutter. Ständig kritisiert sie mich, weil ich meine Kinder nicht richtig erziehe. Ihre Vorwürfe tun mir weh. Ich werde verspannt und kann nicht mehr richtig schlafen. Mein Magen krampft sich zusammen und ich fühle mich ständig gebläht.»

Besonders faszinierend: Im «zweiten Gehirn» spielt der gleiche Neurotransmitter eine Rolle, der im Gehirn bei einer Depression aus dem Gleichgewicht gerät: das **SEROTONIN**.

Dies erklärt, weshalb Antidepressiva nicht nur auf die Psyche, sondern auch auf die Verdauung positive Auswirkungen haben können (allerdings auch Nebenwirkungen!).



Mund, Nase, Hals

Der Bereich von Hals, Nase und Ohren ist reich an Drüsen, Schleimhäuten und Organen, die durch das unwillkürliche Nervensystem gesteuert werden. Es verwundert daher nicht, dass dieser Bereich auch bei funktionellen Beschwerden stark betroffen sein kann. Es folgen einige klassische Sprachbilder der Körpersprache:

PSYCHOSOMATIK DES MUNDES

- «Mir bleibt die Spucke weg!»
- «Die Zunge klebt mir am Gaumen.» (Psalm 22,16)
- «Jemanden auf den Zahn fühlen.»

Gerade das Austrocknen des Mundes kann gravierende Folgen für den **MUNDGERUCH** haben: Die Bakterien können sich stärker ausbreiten und erzeugen im Verdauen von Speiseresten Fäulnisprodukte. Zu vermehrter Mundtrockenheit kommt es auch als Nebenwirkung von vielen Psychopharmaka.

Psychosomatische Probleme gibt es auch in der **ZAHNHEILKUNDE**. Zahnsanierungen lösen oft nicht die Beschwerden.

PSYCHOSOMATIK DER NASE

- «Ich habe die Nase voll!»
- «Sie ist verschnupft.»

Diese Sprachbilder weisen darauf hin, dass eine vermehrte Produktion von Nasenschleim auch im Zusammenhang mit psychischen Spannungen auftreten kann. Oft geschieht dies über eine **ALLERGIE.**

Die Beschreibung des Immunsystems (vgl. S. 8) hat gezeigt, dass Menschen unter Stress vermehrt anfällig auf Erkältungen sind und Beschwerden im Nasen-Rachenbereich entwickeln können (bis hin zu einer Sinusitis mit ausgeprägten Kopfschmerzen). Aber auch hier gilt: Keine einseitigen psychosomatischen Deutungen!

BEISPIEL

VERLUST DER STIMME

Eine 40-jährige Lehrerin kann plötzlich nur noch flüstern. «Ich kann mich genau an den Augenblick erinnern. Es war mitten im Unterricht. Eine Schülerin schwatzte wieder. Ich wollte sie zurechtweisen, aber plötzlich versagte mir die Stimme. Ich war schon beim ORL-Facharzt, aber es hat nichts genützt. Ohne Stimme kann ich nicht unterrichten, ja nicht einmal telefonieren.»
Die Vorgeschichte zeigte mehrere einschneidende Erfahrungen: Tod der Schwester, Unterleibsoperation wegen Blutungen, Schlaganfall des Vaters, Zerbruch einer längeren Beziehung. Bereits vor 20 Jahren hatte sie anlässlich der Prüfungen während drei Monaten die Stimme verloren.

PSYCHOSOMATIK DER STIMME

- «Es verschlug ihm die Sprache.»

Das kann bei einer Überraschung einmal geschehen, doch in Kürze findet sich die Fähigkeit zum Reden wieder. Anders bei einer **Aphonie** (Stimmverlust), wo die betroffene Person nur noch flüstern kann.

PSYCHOSOMATIK DER KEHLE

- «Es schnürt mir die Kehle zu.»
- «Probleme herunterschlucken.»
- «Mir platzt der Kragen.»

Besonders häufig wird gerade während einer Depression ein **GLOBUSGEFÜHL** in der Kehle beklagt («wie ein Kloss im Hals»). Dies läßt sich durch eine vermehrte Anspannung der Muskeln im Bereich des Kehlkopfes erklären. Das Symptom vergeht mit dem Abklingen der Depression.

Tinnitus und Hörsturz

BEISPIEL

HÖRSTURZ
Seit seinem Amtsantritt als Stadtpräsident von Zürich hat Elmar Ledergerber vier Hörstürze erlitten, zum letzten Mal, als er in die aufreibenden Verhandlungen um das Züricher Schauspielhaus involviert war. Ein Hörsturz ist ein plötzlicher, meistens einseitig auftretender Hörverlust, der durch eine akute Durchblutungstörung im Innenohr verursacht wird... Er schliesst nicht aus, dass der Stress eines Amtes zu den Hörstürzen geführt hat: «Der Job ist zum Teil sehr beanspruchend, und die 80-Stunden-Wochen häufen sich».
Sein Amtskollege in Winterthur, Ernst Wohlwend, mußte sich unlängst wegen Herzbeschwerden für eine Woche in Spitalpflege begeben.

(aus einer Zeitungsmeldung 2002)

Stress deutlich stärker wird und als ein Signal zum Erkennen von psychischer Überbeanspruchung bzw. Arbeitsüberlastung dienen kann.
Eine Studie ergab bei Patienten mit Tinnitus

- eine erhöhte Neigung zur psychosomatischen Symptombildung
- weniger gut ausgeprägte Stressbewältigung
- gehäufte Überlastungen bei der Arbeit und im familiären Umfeld.

«Ich habe gemerkt, dass es mir aufs Gehör schlägt, wenn ich mir zu viel zumute. Der Hörsturz war deshalb wie ein Warnschuss.» EIN NATIONALRAT

Tinnitus

TINNITUS ist ein Geräusch im Ohr, das oft als hohes Pfeifen, Klingen oder Piepsen wahrgenommen wird.

URSACHEN: Durchblutungsstörung in der Hörschnecke, Anspannung der glatten Muskulatur, die die «Saiten» im Hörorgan anspannt; raschere Entladung von Signalen, auch ohne äussere Gehörsreize.

UNTERSCHEIDEN:

- **Tinnitus als Krankheit** im engeren Sinne, geht oft einher mit psychischem Leiden durch das dauernde Ohrgeräusch. Eine psychosomatische Ursache ist hier nicht gesichert.
- **Tinnitus als Ohrenklingen**, das unter

Schwindel

SCHWANKSCHWINDEL kann unter seelischem Stress auftreten. Die betroffene Person hat den Eindruck, der Boden bewege sich unter ihr und der Raum drehe sich um sie. Erklärbar ist das Phänomen als eine Durchblutungsstörung im Gleichgewichtsorgan.

Der Schwindel führt zu ausgeprägter **ANGST** und als Folge zu **VERMEIDENSVERHALTEN.** Oft ist die Arbeitsfähigkeit deutlich eingeschränkt, die sozialen Kontakte werden reduziert. Seelische Aufregungen können wieder zu den gefürchteten Schwindelanfällen führen.

UMGANG: Entlastung, Beruhigung, Überprüfung des Lebensstils.

Asthma und Allergien

Asthma ist die erhöhte Empfindlichkeit der Atemwege gegen verschiedenartige Reize (Hyperreagibilität) und eine Behinderung der Atmung, die entweder spontan oder als Folge von Behandlung variabel ist.

BIOLOGISCHE GRUNDLAGEN

Die Auskleidung der Bronchien ist eine komplexe und empfindliche Welt für sich. Staubpartikel werden aus der Luft gefiltert und wieder nach draussen geschafft. Gefährliche Stoffe oder Erreger werden durch Immunzellen aufgespürt und unschädlich gemacht. Für diese Aufgaben verfügen die Bronchien über ein ausgeklügeltes System von Schleimzellen, feinsten Härchen und eine Armada von Immun-Abwehrstoffen. Asthma ist letztlich eine chronische Entzündung mit Immunzellen.

Jede Verdickung der Schleimhaut verengt die Öffnung der Bronchien und erschwert das Atmen. Es kommt zum typischen Giemen und zum Gefühl, keine Luft zu bekommen, was mit starken Angstgefühlen verbunden sein kann.

BEISPIEL

«Um den Asthma-Anfall war ich doch recht froh. Mein Freund wollte mit mir nach Prag reisen, aber mir war bei dem Gedanken einfach nicht wohl. Ich kam zunehmend in eine Enge und konnte nicht mehr richtig atmen. Als er gemerkt hat, wie schlimm es war, hat er es verstanden und wir haben die Reise abgesagt.»

ALLES PSYCHISCH?

Es wäre zynisch und fachlich unkorrekt, jedes Asthma auf psychische Konflikte zurückzuführen oder Asthma-kranken Menschen ein verdecktes Ziel zu unterstellen. Allerdings können seelische Spannungen die bereits vorhandene körperliche Anlage der Asthmaneigung anregen und zu einer Schwellung der Bronchialschleimhaut und damit zu einem Asthma-Anfall führen.

PSYCHISCHE AUSLÖSER

Nicht nur physische Reize, sondern auch psychische Auslöser – unterdrückter Ärger oder zwischenmenschliche Konflikte – können eine asthmatische Symptomatik hervorrufen. Es handelt sich nicht um die **URSACHE**, sondern um **AUSLÖSER**.

PSYCHISCHE KONDITIONIERUNG

Die Verbindung von Leib und Seele kann allerdings auch ungewöhnliche Folgen haben. So erlitt ein Patient einen allergischen Anfall, als er im Winter im Fernsehen ein wogendes Getreidefeld sah. Es handelte sich also um einen konditionierten Reflex in Abwesenheit eines Allergens. In seinem Gedächtnis war offenbar das Bild des Getreidefeldes eng vernetzt mit dem somatischen Reaktionsmuster eines allergischen Anfalls.

Neurodermitis

Der Name sagt es schon: Bei der Neurodermitis – auch endogenes Ekzem oder atopische Dermatitis genannt – spielen die Nerven eine wichtige Rolle.

BIOLOGISCHE GRUNDLAGEN

Die überempfindliche Haut reagiert auf Allergene und andere Reize mit Rötung, Entzündung, ausgeprägtem Juckreiz und Schmerzhaftigkeit.

Durch das Kratzen wird der Juckreiz vorübergehend gelindert, aber es kommt zu einer weiteren Schädigung der Haut mit blutigen, schuppigen Schrunden. Oftmals ist durch den Juckreiz das Wohlbefinden, der Schlaf sowie die Konzentrationsfähigkeit deutlich eingeschränkt.

Rein biochemisch handelt es sich um eine allergische Störung der Immunabwehr. Die krankhafte Ausschüttung von Immunglobulinen und Histaminen erweitert die Blutgefässe und reizt die Schmerzsensoren in der Haut. Als Trigger reichen oft schon kleine Reize (Nahrungsmittel, Kosmetika, Gewebe, Schmuck).

PSYCHISCHE FAKTOREN

Viele Patienten kennen psychische Zusammenhänge: «Immer wenn ich vor einer Prüfung stehe, dann verschlechtert sich die Haut», oder «Damals als mein Vater starb, ist es zum ersten Mal gekommen.»

Emotionale Spannungen können einen neuen Schub auslösen, eine allgemeine Entspannung kann fast schlagartig zu einer unerwarteten Besserung führen.

Als Auslöser beobachtet man nicht nur grosse Lebenskonflikte, wie etwa Prüfungen, Umzug oder Trennung, sondern auch kleine Alltagsärgernisse, denen sich die betroffene Person hilflos ausgeliefert fühlt.

BEISPIEL

«Schon als Kind litt ich ständig unter Hautausschlägen. Es juckte schrecklich und oft kratzte ich mich völlig wund. Meine Mutter hat mich zu unzähligen Hautärzten und Heilpraktikern gebracht, aber es hat nicht viel geholfen. Oft fühlte ich mich schuldig, dass ich ihr so viel Mühe machte. Nach der Pubertät wurde meine Haut viel besser. Aber vor zwei Monaten, als mein Freund mit mir Schluss machte, da trat das Ekzem in aller Heftigkeit wieder auf.»

BELASTUNG DER MUTTER-KIND-BEZIEHUNG DURCH EIN EKZEM

Kinder leiden besonders und bringen mit ihrem Kratzen und Schreien die Mutter oft an den Rand ihrer Kräfte. Oft kommt es zu einem belastenden Kreislauf zwischen dem leidenden Kind und der erschöpften Mutter, die durch ihren Ärger oder die eigenen Schuldgefühle wieder neue Spannungen erzeugt (vgl. S. 33)

PSYCHOSOMATIK DER HAUT

- «Das geht mir unter die Haut.»
- «Sie ist dünnhäutig»
- «Es ist zum Aus-der Haut-fahren!»

PSYCHISCHE BELASTUNG DURCH EIN EKZEM

Die schuppende und gerötete Haut wird als hässlich erlebt. Die Angst vor sozialer Ablehnung führt zu Vermeidensverhalten und zum sozialen Rückzug.

Juckreiz und Schmerz stören den Schlaf und können durch die Müdigkeit zu beruflichen Problemen führen. Juckreiz und Hautausschläge stören oft auch die Partnerschaft und die Sexualität.

Männerprobleme

Sexuelle Potenz ist naturgemäss ein besonders wichtiger Bereich des Mannes. Lust und Frust liegen nahe beieinander.

Die Sexualfunktion ist wie kaum ein anderer Ablauf im Körper abhängig von einem ausgewogenen Funktionieren des vegetativen Nervensystems, das sich nur begrenzt steuern lässt.

SEXUALITÄT:

- Für eine Erektion braucht es eine genaue Steuerung des Blutflusses.
- Die Prostata liefert das notwendige Gleitmittel, verschliesst den Harnfluss und fügt dem Samen das notwendige Sekret bei.
- Der Cremaster-Muskel steuert die Ausstossung des Samens, die Ejakulation.
- Das subtile Empfinden von Hautreizen, von Rhythmus und Lustkontrolle steuert letztlich den Zeitpunkt des Orgasmus.

IMPOTENZ

- Eine Erektionsstörung liegt vor, wenn der Penis trotz sexuellem Wunsch nicht ausreichend stark oder genügend lang steif wird, um den Koitus zu vollziehen.
- Die moderne Forschung hat gezeigt, dass die Erektion ein komplexer Vorgang ist, der nicht nur psychisch, sondern auch organisch beeinflusst werden kann.
- An eine organische Störung muss gedacht werden, wenn die Dysfunktion «total» ist.
- Die Behandlung einer Erektionsstörung mit einem Medikament (z.B. Viagra) kann oft eine deutliche Verbesserung bringen, die sich auch positiv auf das psychische Erleben auswirkt.

BLASENSCHMERZ BEIM MANN (PROSTATODYNIE)

- Unterleibsschmerzen, v.a. im Damm, ausstrahlend in die Hoden.
- häufiger Harndrang ohne grosse Harnmenge.
- kein organischer Befund: keine Infektion, keine kritische Prostatavergrösserung, kein Restharn etc.
- Dauer mindestens 6 Monate.

THERAPIE:

- Umfassende urologische Untersuchungen und operative Eingriffe verschlechtern die Situation.
- Antidepressiva haben sich als sehr wirksam erwiesen (Erhöhung der Schmerzschwelle).

Eine sexuelle Dysfunktion kann ein gesundes Zeichen dafür sein, dass das Verhältnis zum Partner gestört ist.

MÄNNER IM STRESS erleben oft auch eine Störung der Sexualität: Mangelnde Lust; Anspannung und Störanfälligkeit, Angst und Hemmungen in der Begegnung mit einer Frau; mangelhafte Erektion; Unfähigkeit, den Höhepunkt zu steuern (vorzeitige Ejakulation).

Dies führt oft zu einem Kreislauf von Minderwertigkeitsgefühlen, Reizbarkeit oder Flucht in die Arbeit («Sublimation»).

Frauenprobleme

Sexualität zeigt wie kaum eine menschliche Funktion das enge Zusammenspiel von Psyche und Körper, von seelischer Lust und körperlichem Empfinden. Aber sie zeigt auch die Anfälligkeit des empfindlichen Gleichgewichts von Hormonen, Gefühlen und körperlichen Reaktionen.

SEXUALSTÖRUNGEN BEI FRAUEN

- Erregungsstörung: mangelndes Feuchtwerden der Scheide, mangelnde Mehrdurchblutung der Genitalregion als Zeichen der Lust.
- Orgasmusstörung: Der Höhepunkt wird nicht erreicht.
- Vaginismus: Verkrampfung der Scheide beim Geschlechtsverkehr. Der Scheideneingang verengt sich derart, dass der Penis nicht eingeführt werden kann.
- Dyspareunie: Schmerzen beim Geschlechtsverkehr.
- Komplikationen: Harnwegsinfekt, «Blasenkatarrh», Unterleibsschmerzen ohne Befund.

Meistens lässt sich kein spezifischer Grund für das Auftreten einer solchen Störung finden. Oft wirken eine vorbestehende Sensibilität, eine allgemeine psychische Verspannung sowie Partnerschaftsprobleme in einem komplexen Wechselspiel zusammen.

Frauen (und Männer) mit einer ängstlichen Grundstruktur erleben oft, dass auch das sexuelle Erleben von der Angstthematik eingefärbt wird. Sexualität kann anklammernd werden und gerade in der Angst vor dem Verlust des Partners oder dem Verlust der Kontrolle zu Verspannungen führen.

FAKTOREN

Beziehungsängste: oft Angst vor Hingabe. Eine Person kann sich nur dann «fallen lassen», wenn sie über eine stabile Persönlichkeit verfügt und sich beim Partner sicher fühlt.

Triebkonflikte: In jedem Menschen schlummern tiefe Triebe. Lässt man sie aber zu, so kann Angst entstehen. Verzichtet man, so lässt die Angst nach. Wut und Ärger können sexuelle Wünsche massiv stören und hemmen.

Die menschliche Sexualität bildet einen empfindlichen Indikator für psychische Belastungssituationen.

Gewissensängste: Das Gewissen kann eine wesentliche Schutzfunktion ausüben. Wo es aber nicht mehr zwischen «erlaubt und verboten» unterscheidet, löst es bei sensiblen Frauen Zweifel und sexuelle Hemmung aus. Neben moralischen Leitlinien gibt es auch eigene und fremde schmerzliche Erfahrungen, die das Verhalten prägen («Männer sind Schweine; traue ihnen nicht, mein Kind!»).

Paardynamik: Oft kommt es zu eine unbewußten «Kollusion» zwischen den Partnern, etwa ein Spannungsfeld zwischen Anlehnungsbedürfnis und Autonomiebestrebungen (vgl. J. Willi).

Selbstverstärkung: Sexuelle Frustration und Misserfolg erzeugt oft Angst vor jeder neuen Begegnung.

Prämenstruelles Syndrom

Der weibliche Zyklus ist oft eng mit der psychischen Befindlichkeit verbunden. Etwa 30 – 40 Prozent der Frauen im gebärfähigen Alter leiden an mässigen bis mittelschweren prämenstruellen Symptomen (PMS). Ca. 5 % zeigen ausgeprägte Symptome mit schwerer Störung des Berufs- und Privatlebens (PMDS = Prämenstruelle Dysphorische Störung).

DEFINITION

Bezeichnung für eine Reihe unterschiedlicher körperlicher und psychischer Symptome, die regelmässig 1 bis 10 Tage vor dem Beginn der Monatsblutung auftreten, mit dem Beginn der Monatsblutung oder kurz danach verschwinden. Es folgt eine unterschiedlich lange beschwerdefreie Zeit, bis die Beschwerden vor der nächsten Periode wieder auftreten.

SYMPTOME

- Stimmungsschwankungen; Anspannung, Angst- oder Panikattacken.
- Depression, «Gefühl der Hoffnungslosigkeit», «Weinen ohne Grund».
- Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen.
- Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Energielosigkeit
- Ärger, Empfindlichkeit
- Schlafstörungen
- Körperliche Symptome: Brustempfindlichkeit oder Schwellung; Kopfschmerzen; Gelenk- oder Muskelschmerzen; Völlegefühl und Gewichtszunahme; Herzrasen, Schwindel.

BEISPIEL

«Mehrere Tage vor meiner Periode fühle ich mich emotional ausser Kontrolle. Dinge, die ich normalerweise problemlos löse, erscheinen mir überwältigend. Ich breche wegen nichts in Tränen aus. Ich habe keine Nerven und schreie meine Kinder an. Wenn die Mens vorbei ist, dann bin ich wieder wie normal.»

URSACHEN

PMS ist mit dem weiblichen hormonellen Zyklus verbunden, aber die genauen Ursachen sind noch unbekannt. Hormonelle, psychologische, kulturelle und soziale Faktoren und Ernährungsgewohnheiten sind vermutlich beteiligt. PMS kann bei normaler Funktion der Eierstöcke auftreten.

DIAGNOSE

- Sorgfältige Beobachtung und Notieren der Symptome im Beziehung zum Zyklus (über mindestens 2 Zyklen).
- Die Symptome müssen schwer genug sein, um ein normales «Funktionieren» zu stören.

BEHANDLUNG

In vielen Fällen hilft bereits das Führen eines Symptomkalenders und die Aufklärung über das Krankheitsbild. Das Verstehen, dass es sich um eine hormonelle Störung handelt und nicht um eine psychische Krankheit oder um «Einbildung», kann die Patientin bereits erleichtern.

PFLANZLICHE HEILMITTEL:

- Nachtkerzenöl
- Mönchspfeffer-Extrakt (Agnus Castus)
- weitere auf Empfehlung des Arztes

Chronische Müdigkeit / Fibromyalgie

Chronic Fatigue Syndrom (CFS) ist die Bezeichnung für eine Erkrankung, die sich durch lähmende Müdigkeit, ungewöhnliche Erschöpfbarkeit und eine Reihe körperlicher Beschwerden auszeichnet. Aus der medizinischen Literatur der letzten 200 Jahre geht hervor, dass dieses kein neues Syndrom ist.

ANDERE BEGRIFFE

Neurasthenie, nervöse Erschöpfung, myalgische Neuromyasthenie, epidemische myalgische Enzephalomyelitis, allgemeines Allergiesyndrom, postvirales Müdigkeitssyndrom.

KEINE KLARE URSACHE

Bis heute konnte keine eindeutige Ursache für das CFS gefunden werden. Während einige Wissenschaftler ein Virus dahinter annehmen, betonen andere die starke Überlappung mit depressiven Störungen.

Weitere Theorien vermuten einen Mangel an Vitaminen oder Mineralstoffen, eine Allergie auf künstliche Farbstoffe in der Nahrung oder auf Süßigkeiten. Alle diese Vermutungen konnten aber nicht erhärtet werden.

FIBROMYALGIE

Chronische, generalisierte Schmerzen im Bereich des Achsenskeletts sowie an den Extremitäten , ober- und unterhalb der Taille, in beiden Körperhälften.

Klinische Untersuchung: reproduzierbare Druckschmerzhaftigkeit klar definierter «tender points» (min. 11 von 18 nachweisbar), keine Zeichen objektiver Schwäche der Muskulatur, keine neurologischen Ausfälle.

DIAGNOSTISCHE KRITERIEN CFS

– Die Müdigkeit beginnt zu einem klaren Zeitpunkt und dauert nicht lebenslang.
– Die Müdigkeit ist schwerwiegend, beruflich einschränkend und beeinträchtigt die körperliche und psychische Funktion.
– Die Müdigkeit dauert mindestens 6 Monate während mindestens der Hälfte des Tages.

EINSCHLUSSKRITERIEN:

Klinisch abgeklärte, medizinisch nicht erklärbare andauernde oder häufig wiederkehrende Müdigkeit während mindestens 6 Monaten Dauer, die
– neu aufgetreten ist (nicht lebenslang).
– nicht Resultat einer dauernden Anstrengung.
– nicht durch Erholung und Ruhe erleichtert wird.
– zu einer deutlichen Reduktion der früheren Aktivitäten führt.

Das Auftreten von vier oder mehr der folgenden Symptome: – subjektive Klagen über Vergesslichkeit – Halsschmerzen – schmerzende Lymphknoten – Muskelschmerzen – Gelenksschmerzen – Kopfschmerzen – Nicht-erfrischender Schlaf – Schwächegefühl nach körperlicher Anstrengung, das länger als 24 Stunden anhält.

AUSZUSCHLIESSEN SIND

Patienten mit medizinischen Grundleiden (wie etwa schwere Blutarmut) oder psychiatrischen Erkrankungen (wie chronische Depression oder organische Gehirnkrankheiten), die chronische Müdigkeit erzeugen können.

(nach Fukuda et al. 1994)

Trauma - Der Körper erinnert sich

TRAUMAFOLGEN UND PSYCHOSOMATIK

Ein traumatisches Erlebnis graviert sich oft tief in die Psyche eines Opfers ein. Je nach Schweregrad kommt es zu lang anhaltenden Folgen, die man als Post-traumatische Belastungsstörung (PTBS) bezeichnet.

Diese ist durch drei Merkmale definiert:

- Wiedererleben des Traumas (Intrusion)
- Vermeidungsverhalten (Avoidance)
- Vegetative Übererregbarkeit (Arousal)

VEGETATIVE ÜBERERREGBARKEIT

Ein Trauma kann die körperlichen Reaktionen nachhaltig durcheinanderbringen. Jede Nervenfaser ist auf Wachsamkeit und Überleben eingestellt. Diese Hypervigilanz (= übermäßige Wachsamkeit) kann das ganze Leben dominieren. Hinter jeder Ecke lauert Gefahr, man ist immer darauf eingestellt, zu flüchten oder zu kämpfen. Ständig wird die Umgebung darauf hin abgecheckt, ob sich etwas Verdächtiges zeigt, und in der Tasche führt man einen Pfefferspray sowie ein Mobiltelefon, das die Nummer der Polizei einprogrammiert hat.

Manche unserer Patienten wagen nicht einzuschlafen, weil sie dann hilflos ausgeliefert wären. Andere zucken beim kleinsten Geräusch zusammen, als wäre eine Explosion geschehen (übermäßige Schreckreaktion).

Doch diese ständige Wachsamkeit fordert ihren Preis: Oft ist man nicht bei der Sache – kann sich also nicht konzentrieren und wirkt abwesend. Der Schlafmangel und die ständige Anspannung führen zu unangemessenen Reaktionen, Reizbarkeit und Wutausbrüchen. Indirekt gibt man damit auch ein Signal: Komm mir nicht zu nah! Aber für die Angehörigen und Freunde wirkt dieses Verhalten absonderlich, abstossend und entfremdend.

Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang auch die Hypervigilanz nach innen: Man hört viel stärker auf Warnsymptome des Körpers: Schmerz, Herzklopfen, normalerweise leichte Symptome erhalten plötzlich eine andere Bedeutung — sie signalisieren neue Gefahr.

BEISPIEL

KÖRPERERINNERUNG

«Wenn jemand als Kleinstkind ständig im Luftschutzkeller hocken musste, umgeben von herunterstürzenden Balken, wenn jemand durch brennende Städte getragen wurde, dann erzeugt das Erregungszustände, an die man sich zwar nicht mehr bewusst erinnert, der Körper aber vergisst sie nicht. Man nennt das Körpererinnerung. So gibt es heute ältere Menschen, die reagieren an einem sonnigen Nachmittag auf das Brummen eines Flugzeuges mit Panik, ohne zu wissen warum.» Prof. Michael Ermann

Sechs Fallstricke

(modifiziert nach R. Hefti)

1. SOMATISIERUNG

Gefahr: Emotionale Aspekte werden ausgeblendet, Abklärung und Therapie nur auf der somatischen Ebene.

Lösung: Auf der körperlichen Ebene arbeiten, über die Körpersprache kommunizieren. Vertrauen aufbauen, Halt geben, Angst eingrenzen, punktuell Emotionen ansprechen.

Unnötige Abklärungen vermeiden.

2. PSYCHOLOGISIERUNG

Gefahr: Relevante körperliche Krankheiten werden übersehen oder nicht ernst genommen.

Lösung: Kenntnis der körperlichen und psychiatrischen Störungsbilder.

Vorsicht mit vorschnellen und einseitigen psychologischen Deutungen und Kausalitäten. Anerkennen, dass wir nur immer einen Teil der Realität erfassen können.

3. SOMATOPSYCHISCHE ASPEKTE

Worum geht es? «Wenn mein Körper umkippt, dann kippt auch meine Seele um.»

Die Missempfindungen des Körpers, die Arbeit des Immunsystems, die Produktion von Hormonen und Botenstoffen, der Schmerz verkrampfter Muskeln oder geblähter Darmschlingen — sie alle haben einen Einfluss auf unser Wohlbefinden.

4. SPIRITUALISIERUNG

Gefahr: Die körperlichen und seelischen Symptome werden spirituell oder religiös gedeutet; entsprechend werden spirituelle Interventionen gewählt, wie Freibeten oder Geistheilung.

Der Betroffene übernimmt meist eine passive Rolle und wird zum Objekt der Behandlung. Oft keine langfristige Besserung.

Ausweg: Auch der gläubige Mensch kann unter Schwachheit und körperlichen Symptomen leiden. Diese sind nicht Zeichen eines geistlichen Defizits, sondern Teil des menschlichen Daseins.

5. GEGENÜBERTRAGUNG

Problem: Die Klagen und Beschwerden eines Patienten können Gegenreaktionen bei Angehörigen, Helfenden und Ärzten auslösen, z.B. Hilflosigkeit, Ärger, Lustlosigkeit. Patienten werden als schwierig, passiv-aggressiv, fordernd erlebt. Diese wiederum spüren die Ablehnung durch die Umwelt.

Lösung: Übertragungsgefühle sowie eigene emotionale Reaktion (= Gegenübertragung) wahrnehmen. Interaktion zum vertieften Verständnis des Patienten nutzen (Balint, Psychodynamik); Innere Distanz gewinnen.

Die eigentliche Not des Patienten erkennen; Beziehung halten, den Weg mit der leidenden Person gehen, ohne sich zu sehr «anstecken» zu lassen. Supervision (auch für Seelsorger) ist sehr hilfreich.

6. MACHBARKEIT

Ärzte und Therapeuten haben oft ein überhöhtes Ideal der Heilung. Dies wird unterstützt durch die Erwartungen der Patienten und ihrer Angehörigen.

Eine vollständige Heilung ist aber bei psychosomatischen Patienten meist nicht möglich. Vielmehr geht es um den besseren Umgang mit der Symptomatik oder den Problemen.

Ausweg: Ärzte/Therapeuten müssen sich vom Heilungsanspruch lösen. Das primäre Ziel ist nicht die Heilung, sondern die Beziehung zum Patienten. Dies ist der Weg von einer arzt-zentrierten zu einer patienten-zentrierten Medizin.

Symptome und Beziehung

DIE BEDEUTUNG DER KRANKENROLLE

Die Rolle des «Kranken» kann zu einem wirksamen Instrument in Beziehungen werden – sei es zu Menschen, zur Arbeit oder gar zu sich selbst.

Jeder Mensch sehnt sich nach Verständnis, Trost, Schutz und Geborgenheit. Krankheit kann als Signal an andere dienen, um diese Bedürfnisse zu erfüllen. Das ist auch legitim und eine wesentliche Grundlage für das menschliche Miteinander.

«Ich bin schwach und brauche Schutz und Entlastung!»

«Wenn du da bist, dann geht es mir gleich besser.»

Gemeinsame Zeiten des Leidens können eine Beziehung stärken und vertiefen.

> Wer die Krankenrolle zur Gestaltung seiner Beziehungen benutzt, verliert letztlich mehr als er gewinnt.

SEKUNDÄRGEWINN

Problematisch wird es, wenn diese natürlichen Gefühle und Reaktionen in der Krankheit (unbewußt) dazu eingesetzt werden, um in Beziehungen das zu erreichen, was man im Gespräch nicht erhält. Oft drücken Mimik, Gestik und Körperhaltung so deutlich aus: «Mir geht es nicht gut», dass es keiner weiteren Worte bedarf.

BEISPIEL

«Meine Mutter ist schon länger kränklich. Seit dem Tod meines Bruders klagt sie immer wieder über Herzschmerzen. Der Arzt konnte nichts finden. Oft liegt sie dann den ganzen Tag im Bett und erwartet, dass wir den Haushalt machen.

Ich bin hin und her gerissen: Einerseits tut sie mir leid. Aber manchmal bin ich auch wütend. Wenn ich mit meinem Freund ausgehen will, hat sie oft einen Herzanfall. Manchmal habe ich schon abgesagt, um sie nicht im Stich zu lassen und mir nachher keine Vorwürfe machen zu müssen. Sie gibt mir oft doppelte Botschaften: «Geh du nur und amüsier dich. Ich bin ja nicht mehr so wichtig für dich. Du mußt doch glücklich werden!»

HARMONIE UM JEDEN PREIS?

Gerade dann, wenn man versucht, Gefühle, Ängste oder Unmut nicht auszudrücken, um den andern nicht zu verletzen, kann es vermehrt zu inneren Spannungen kommen, die sich dann als Magenschmerzen, Nackenverspannungen oder als Herzstechen äussern.

SCHULDGEFÜHLE

Oft sind chronische Krankheiten mit Schuldgefühlen verbunden. Die kranke Person hat Schuldgefühle, weil sie den Eindruck hat, den andern ständig zur Last zu fallen. Sie erlebt sich als Versager, weil es ihr nicht «gelingt», gesund zu sein.

Helfer haben Schuldgefühle, weil sie manchmal innerlich Gefühle haben, die «doch nicht richtig sind»: Neid, weil die kranke Person immer im Mittelpunkt steht; Wut, weil sie sich nicht helfen lassen will;

Verachtung und Enttäuschung, wenn ein Mann nicht mehr so dynamisch ist wie früher.

VERÄNDERUNGEN SIND BEDROHLICH

Oft sind es Veränderungen, die psychosomatische Störungen auslösen:

- am Arbeitsplatz werden Computer eingeführt.
- die 18-jährige Tochter hat einen Freund und will ausziehen.
- der Ehemann entwickelt ein neues Hobby und nimmt sich mehr Freiheit.

Das Symptom (z.B. Migräne) kann vielleicht aussagen: «Mir würde es gut gehen, wenn es diese Veränderung nicht gäbe!»

EIN WORT DER VORSICHT

Man würde psychosomatisch Kranken Unrecht tun, wenn man ihnen unterstellt, sie setzten ihre Symptome bewusst ein, «um etwas zu erreichen».

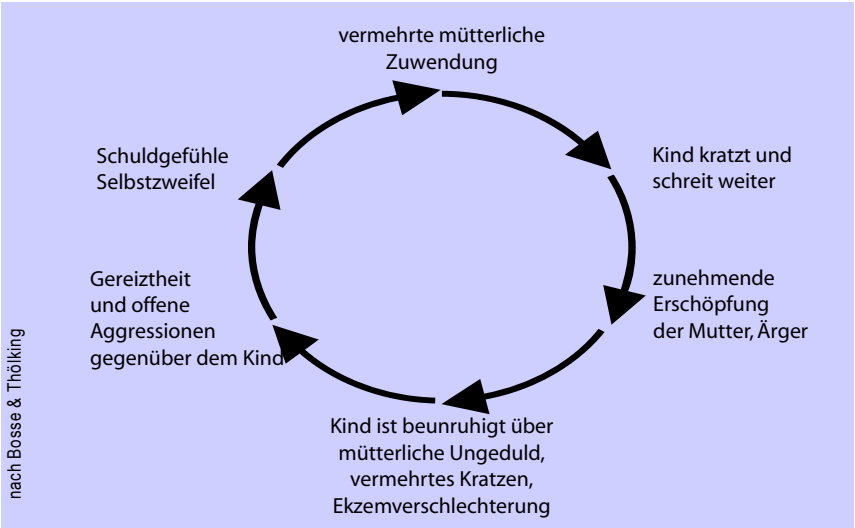
Die Symptome sind das Resultat vielfältiger äusserer und innerer Stressfaktoren. Doch die Umgebung **«KANN NICHT NICHT REAGIEREN»**. Arbeitskollegen, Angehörige, Kinder und Partner sind Mit-Betroffene. Je enger der Kontakt zum Kranken ist, desto stärker ist das Mit-L eiden.

WEITERE INFORMATIONEN:

H. Lieb & A. von Pein:
Der kranke Gesunde. Trias.

Ursache oder Kreislauf?

FALSCHE INTERPRETATIONEN waren in der (heute überholten) Psychosomatik alter Schule häufig. Man sah das Symptom nur als Resultat von mütterlichem Fehlverhalten. Heute ist man barmherziger und gewichtet auch den Einfluss des leidenden Kindes auf die Bewältigungsmöglichkeiten der Mutter. Die untenstehende Abbildung zeigt den Kreislauf bei einem Kind, das an Neurodermitis leidet.



Psychosomatik in den Psalmen

PSYCHOSOMATISCHE SYMPTOME SIND AUSDRUCK DER ANGST

Herr, sei mir gnädig, denn mir ist angst! Mein Auge ist trübe geworden vor Gram, matt meine Seele und mein Leib.
Psalm 31,10

Ich gehe krumm und sehr gebückt; den ganzen Tag gehe ich traurig einher. Denn meine Lenden sind ganz verdorrt; es ist nichts Gesundes an meinem Leibe. Ich bin matt geworden und ganz zerschlagen; ich schreie vor Unruhe meines Herzens.

Mein Herz erbebt, meine Kraft hat mich verlassen, und das Licht meiner Augen ist auch dahin. Ich bin dem Fallen nahe, und mein Schmerz ist immer vor mir.

Herr , Du kennst all mein Begehren, und mein Seufzen ist dir nicht verborgen. Psalm 38

Mein Herz ist in meinem Leibe wie zerschmolzenes Wachs. Psalm 22,16

Mein Herz ist geschlagen und verdorrt wie Gras, dass ich sogar vergesse, mein Brot zu essen. Psalm 102,5

Mein Geist ist in Ängsten, mein Herz ist erstarrt in meinem Leibe.
Psalm 143,4

Es fällt auf, wie in den Psalmen die Gefühle und inneren Konflikte mit einem intensiven Erleben des Körpers einhergehen. Die Schmerzen sind oft auch Anlass, in sich zu gehen und sein Inneres vor Gott zu prüfen.

Prüfe mich, Herr, und erprobe mich, erforsche meine Nieren und mein Herz! Psalm 26,2

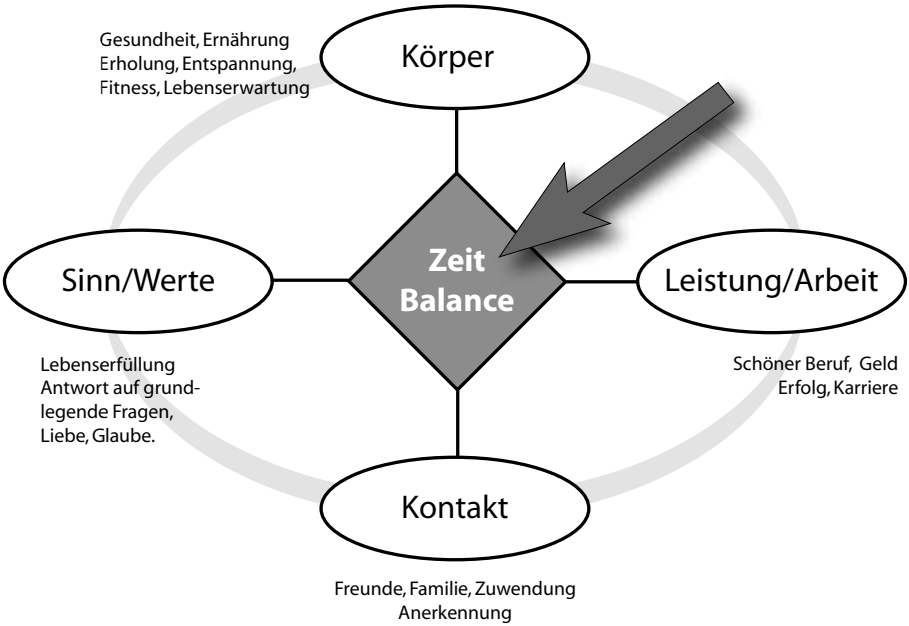
Auf der anderen Seite kommt der Psalmist immer wieder zu Schluss, dass seine Schmerzen nichts mit seiner Haltung zu Gott zu tun hat. Besonders eindrücklich wird dies im Buch Hiob geschildert. Die Freunde Hiobs psychologisieren und vermuten versteckte Sünden. Am Ende wird aber deutlich, dass es sich um körperliche Krankheiten handelte, die allenfalls somatopsychisch zu deuten waren.

ZUSAMMENARBEIT VON SEELSORGER UND ARZT

Unerklärliche Schmerzen sollten nie nur psychologisch oder geistlich gedeutet werden. In jedem Fall empfiehlt sich eine enge Zusammenarbeit mit einem Arzt, der die körperlichen Anteile abklären kann.

Bei einem «Burnout» ist oft auch eine Krankschreibung notwendig, um einen Menschen zu entlasten, bis die Symptome nachlassen und er wieder einsatzfähig wird. Dabei ist gleichzeitig eine seelsorgliche Betreuung von grossem Wert.

Work-Life-Balance



- Was ist mir wirklich wichtig? Wo will ich meine Schwerpunkte setzen?
- Was raubt mir Kraft? Wo verzettle ich mich?
- Was will ich erreichen in der Arbeit / in der Zukunft?
- Welche Kontakte will ich vermehrt pflegen?
- Was tue ich für meine Gesundheit? Habe ich Zeit zum Entspannen, zum Wandern, für Fitness?
- Welcher Sinn trägt mein Leben? Nehme ich Zeit zum Nachdenken, zur Stille, zum Gebet?

WESENTLICH FÜR DIE VORBEUGUNG VON STRESS UND PSYCHOSOMATISCHEN BESCHWERDEN IST EINE AUSGEWOGENE LEBENSFÜHRUNG, EINE BALANCE ZWISCHEN DEN VIER GROSSEN BEREICHEN DES LEBENS. DIE NEBENSTEHENDEN FRAGEN KÖNNEN DABEI HELFEN.

WEITERE INFORMATIONEN:

L. J. Seiwert & B. Tracy: Lifetime-Management. Mehr Lebensqualität durch Work-Life-Balance. Gabal.

Was hilft gegen Burnout?

1. Bedenken Sie, dass jeder Mensch nur begrenzte Energie hat. Sie können ihren seelischen Akku schnell herunterfahren oder aber Ihre Kräfte gezielt einsetzen.

2. Bauen sie bewusst Atempausen in den Alltag ein – eine halbe Stunde an die frische Luft, ein kurzer Spaziergang um den Block oder vielleicht ein «Power-Nap» zum Auftanken?

3. Lernen Sie NEIN zu sagen – freundlich, aber bestimmt!

4. Wenn es zu hektisch wird: Halten Sie inne und fragen Sie sich: «Was kann passieren, wenn ich die Arbeit aufschiebe? Sind die Folgen wirklich so schlimm?» Manche Arbeiten erledigen sich von selbst, indem man sie einmal liegen lässt.

Was macht es aus, wenn Sie einmal nicht an vorderster Front in perfektem Einsatz stehen? Wenn Sie ausbrennen, dankt Ihnen niemand dafür.

5. Setzen Sie Grenzen: Verlagern Sie berufliche Probleme nicht ins Privatleben. Kein Mensch ist unersetzlich. Aber die Scherben zerbrochener Beziehungen lassen sich kaum mehr nahtlos zusammensetzen.

6. Nehmen Sie sich Zeit – etwa für Hobbys, Entspannung, Sport oder Musik. Überprüfen Sie ihren Tagesrhythmus. Sind Sie ein Morgen- oder ein Nachtmensch? Passen Sie Ihren Arbeitsalltag an, dann ergeben sich neue Zeitfenster!

7. Spitzenleistungen sind manchmal nötig. Aber sie dürfen dann auch ein Gegengewicht setzen: Nehmen Sie sich Zeit, Wochenendarbeit, Jetlags oder Übermüdung auszukurieren. So kommen sie wieder frisch und mit neuen Ideen zur Arbeit.

8. Wenn Sie den Eindruck haben, der Job mache Sie kaputt, so seien Sie konsequent: Haben Sie schon an ein Time-out (Sabbathical) gedacht? Überlegen Sie, ob es Sinn machen kann, sich versetzen zu lassen, die Stelle zu kündigen oder gar den Beruf zu wechseln.

> Sei nicht allzu gerecht und allzu weise, damit du dich nicht zugrunde richtest. Prediger 7,16

BURNOUT ALS CHANCE

In der Krise eines Burnout liegt auch eine Chance: Es gilt zu erkennen, dass wir wertvoll sind, selbst wenn wir an unsere Grenzen geraten sind.

Oftmals werden wir aufgerüttelt, neue Weichenstellungen für die Gestaltung des Lebens vorzunehmen.

Und schliesslich hat so mancher in seiner eigenen Krise gelernt, andere Menschen besser zu verstehen. So gesehen kann Burnout auch zu einem Neuanfang werden, der dem Leben eine neue bessere Wendung gibt.

WEITERE INFORMATIONEN:

M. Rush: Brennen ohne auszubrennen. Das Burnout-Syndrom – Behandlung und Vorbeugung. Schulte & Gerth

Vom Umgang mit Körpersymptomen

EINE ANDERE ART VON HILFE

Eine österreichische Untersuchung hat ergeben,dass psychosomatische Patienten erst nach einer Erkrankungsdauer von 6,5 Jahren in eine Psychotherapie gelangen. Davor hatten sie durchschnittlich 78 Arztkontakte mit mehreren Krankenhauseinweisungen hinter sich.

Es braucht eine andere Art von Hilfe: Eine, die körperliche Beschwerden wohl ernst nimmt, dem Patienten aber hilft, diese auch ohne «organischen Befund» zu verstehen und bewältigen.

Veränderung gelingt umso leichter, je eher die Betroffenen offen für die Frage sind, welchen Sinn die Störung für sie (und andere) hat.

1. VERSTEHEN

- Aufklärung über organische Ursachen, Körperfunktionen.
- Symptome nicht verstehen als Katastrophen-Botschaft, sondern als «Energie-Signal».
- Man wird nicht «geheilt», aber man macht einen Weg.
- Erkennen der eigenen Grundmuster (z.B.ängstlich und anhänglich).
- Erkennen der Auslöser.
- Durch das Erkennen verlieren die Symptome ihre bedrohliche Kraft.

2. STÄRKEN

- In jeder Schwäche liegt letztlich auch eine Stärke.
- positiv validieren: z.B. «Ihre Angst drückt auch ihr Verantwortungsgefühl für die Familie aus.»
- «Wer ein Problem nur dadurch lösen will, dass er ständig nach Defiziten und Fehlern sucht, um sie dann auszugleichen, der verschärft das Problem.»
- Stärken heisst, die vorhandenen Fähigkeiten einer Person – auch die im Symptom verborgenen – zu sehen und zu würdigen.

3. ENTSCHEIDEN

- Kontakt zu Experten: nicht mehr bei jedem kleinen Symptom zum Arzt laufen.
- Beim Psychotherapeuten: bewusst Anliegen einbringen und nicht darauf warten, dass er mir etwas aufzeigt.
- Entscheidung: bewusst körperlich belasten: «Kurzfristig mehr Angst -- langfristig mehr Stolz!»
- «Jede Entscheidung drückt die Fähigkeit des Betroffenen aus, eine eigene Wahl zu treffen und danach zu handeln.»
- Manchmal ist es aber einfach noch nicht Zeit für Veränderungen – auch das respektieren.

4. VERÄNDERN

- Angstbewältigungstraining: sich bewusst Situationen stellen, die Angst machen und so lange drin bleiben, bis die Angst (ganz oder wesentlich) abnimmt.
- «Körper-Check»: dabei bewusst die Symptome des Körpers wahrnehmen und warten, bis sie abklingen.
- Nicht alle Veränderungen lassen sich vorher planen und alle Veränderungen brauchen ihre Zeit.

(nach Lieb & von Pein, 213 – 219)

Die Sprache des Körpers verstehen

VIER PUNKTE

- Hören Sie auf Ihre Körpersprache!
- Welcher Elch bringt Sie aus dem Gleichgewicht?
- Wecken Sie den Igel in sich!
- Finden Sie ein Ja zu Ihren Grenzen!

1. HÖREN SIE AUF IHRE KÖRPERSPRACHE!

Welche Symptome künden Ihnen an, dass Sie unter Stress stehen? Welche Organsysteme sind betroffen? In welchem Zusammenhang treten die Beschwerden auf?

2. DER ELCHTEST

Manche Autos kippten in Extremsituationen um (z.B. in der plötzlichen Begegnung mit einem Hindernis). Sie bestanden den «Elch-Test» nicht.

Abhilfe ergab sich durch ein Elektronisches Stabilisierungsprogramm (ESP). Mit Hilfe von vielen Sensoren bringt das ESP beim Schleudern ein Fahrzeug wieder unter Kontrolle. Das System «erkennt» die instabile Fahrlage nach 35 Millisekunden, bremst gezielt einzelne Räder und drosselt den Motor. Der Wagen kann sicher weiterfahren. Ein Tester: «Mit ESP geht alles glatt. Das System kontrolliert und reagiert.»

PSP: Körpersymptome als Psychosomatisches Stabilisierungsprogramm? Fragen Sie sich: Welcher Elch bringt Sie aus dem Gleichgewicht? Und wie reagiere ich auf meine Sensoren?

3. WECKE DEN IGEL IN DIR!

Das Märchen vom Hasen und vom Igel zeigt zwei ganz unterschiedliche Lebensstile.

Der Hase stresst und will immer gewinnen. Er rennt, bis er außer Atem liegen bleibt.

Der Igel nimmt das Leben gemütlich, steht zu seinen krummen Beinen, pflegt eine gute Beziehung zu seiner Familie und ist schlau und kreativ. Und – er kann die Stacheln stellen (Nein sagen).

> Wo der bewusste Wille ungesunde Leistungsansprüche stellt, wird die Krankheit zum Anwalt gesunder Grenzen.

4. LEBEN MIT SCHWACHHEIT

Manche Lebensbelastungen können wir nicht einfach «ausschalten».

Unsere Vergangenheit ist manchmal wie eine Narbe, die bei «seelischem Wetterumschwung» weh tut.

Manche Reaktionsmuster unseres Körpers sind festgegossen wie die Walze einer Spieldose.

RESIGNIEREN ODER HOFFEN?

Wenn wir aufhören, immer nur gegen das Leiden zu kämpfen, sondern Wege suchen, mit dem Leiden zu leben, dann ergibt sich eine neue Perspektive:

«Das gehört zu mir. Ich bin eingeschränkt, aber ich lasse mich nicht unterkriegen!» (vgl. auch Psalm 40,18).

Psychosomatische Beschwerden können ganz allmählich nachlassen (oft über Jahre), wenn wir der Seele mehr Ruhe gönnen.

Literatur

Die folgenden Bücher enthalten weitere Informationen zur Thematik dieses Arbeitsheftes. Im Rahmen der knappen Übersicht ist es jedoch nicht möglich, alle Aspekte ausreichend zu beleuchten.

Benkert O.: Psychopharmaka. Medikamente - Wirkung - Risiken. Beck.

Bräutigam W. et al.: Psychosomatiche Medizin. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch. Thieme.

Bräutigam W. & Clement U.: Sexualmedizin im Grundriss. Thieme.

Dieterich M.: Wir brauchen Entspannung. Brunnen.

Furst L.R.: Idioms of Distress. State University of New York Press.

Gershon M.D.: The Second Brain. Harper.

Hoffmann S.O. & Hochapfel G.: Neurosenlehre, Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. Schattauer.

Kleinman A.: The Illness Narratives. Basic Books.

Kapfhammer H. et al. : Psychotherapie der Somatisierungsstörungen. Thieme.

Lieb H. & von Pein A.: Der kranke Gesunde. Trias.

Meyer A.E. (Hg.): Jores – Praktische Psychosomatik. Hans Huber.

Morschitzky H.: Somatoforme Störungen. Springer.

Neuhaus W.: Psychosomatik in Gynäkologie und Geburtshilfe. Enke.

Olbricht I.: Was Frauen krank macht. Zur Psychosomatik der Frau. Kösel.

Peikert A.: Migräne und Kopfschmerzen verstehen - behandeln - bewältigen. Trias.

Pfeifer S.: Der sensible Mensch. Leben zwischen Begabung und Verletzlichkeit. Brockhaus.

Pfingsten M. & Hildebrandt J.: Chronischer Rückenschmerz. Hans Huber.

Rudolf G.: Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Thieme.

Rüegg J.C.: Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn. Schattauer.

Sacks O.: Migräne. Rowohlt.

Seiwert L.J. & Tracy B. : Lifetime-Management. Gabal.

Internet-Ressourcen

www.angst-auskunft.de
Ein Angebot von Dr. Herbert Mück (Köln), der als ärztlicher Psychotherapeut und Wissenschaftsjournalist arbeitet. Die hier zusammen gestellten Informationen sind sorgfältig recherchiert.

www.stiftung-kopfschmerz.de
www.schmerzklinik.de
www.depression.de
www.dmkg.org Deutsche Migräne und Kopfschmerzgesellschaft.
Leitlinien Psychotherapie und Psychosomatik: **www.uni-duesseldorf.de/AWMF/ll/ll_051.htm**
Hier finden Sie Kriterien für Somatoforme Störungen sowie vielfältige Hinweise zu Psychotherapie und Begutachtung bei psychosomatischen Störungen.

ALLGEMEINER HINWEIS:
Unter der Adresse **www.google.de** können Sie jedes Schlagwort im Netz finden.

SCHLAFEN UND TRÄUMEN

Schlaflos

Schlimm ist's, schlaflos zu liegen,
wenn man betrübt ist
und alle Flügel traurig zur Erde hängen.

Schön ist's, schlaflos zu liegen,
wenn man verliebt ist
und alle Quellen der Sehnsucht
nach oben drängen.

(Hermann Hesse)

Inhalt

Historische Erklärungen von Schlafen und Träumen 2
Träume: Hirnreflex oder Botschaft? 3
Die Phasen des Schlafes 4
REM-Schlaf: Der Ort des Träumens 5
Veränderungen des Schlafes im Alter 5
Was ist ein Schlaflabor? 6
Schlafarchitektur und EEG 7
Schlafschuld und Schläfrigkeit 8
Die biologische Uhr 10
Körperlich bedingte Schlafstörungen 13
Narkolepsie, Schnarchen und Schlafapnoe 14
Ruhelose Beine und Bewegungen im Schlaf 16
Andere körperliche Ursachen 18
Jet-Lag und Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus 20
Der Schlaf bei Kindern 22
Schlafstörungen bei Depressionen 24
Schlafstörungen bei Psychosen 25
Träume – Fenster der Seele? 26
Traumsymbole 28
Fragen zur Deutung von Träumen 29
Albträume und seelisches Trauma 30
Träume auf dem geistlichen Weg 33
Wann sind Schlafmittel sinnvoll? 34
Strategien gegen die Schlaflosigkeit 37
Wann ist fachliche Hilfe erforderlich? 38
Weiterführende Literatur und Internet-Ressourcen 40

Nachts . . .

Nachts,
wenn die Gedanken kreisen
und der Schlaf vergeblich wartet in den Falten des Vorhangs,
wenn die Stille die grauenvolle, dir den Atem raubt;
wenn Fragen aufstehen,
um dir erbarmungslos ins Antlitz zu starren;
wenn du vor deinem Fenster
die Schritte des Zweifels hörst und der Angst.
Wenn Ruhelosigkeit an deine Türe klopft
und Unrast das Zimmer füllt
wie schwere Nebel;
wenn die Einsamkeit dich beim Namen ruft
und Traurigkeit deine Stirne streift wie ein kühler Hauch;
wenn dich die Finsternis wie eine Wand umschließt,
wenn jede Flucht ihren Sinn verliert,
weil sie nur immer zurück führt zu dir selbst.

Dann wehrst du dich nicht mehr gegen den Schmerz.
In der Tiefe der Nacht birgst du dein Gesicht
in ihr Schweigen
und weinst.

B. B.

Schlafstörungen, Stress und Depression

EIN DRITTEL unseres Lebens schlafen wir und wissen eigentlich nicht genau, was wir da tun. Nichts beeinflusst unsere Gesundheit so sehr wie der Schlaf. Schlaflosigkeit und andere Schlafstörungen sind zu verbreiteten Symptomen unserer modernen Gesellschaft geworden.

30 - 35 Prozent der erwachsenen Bevölkerung klagt über Schlafstörungen. Eine Untersuchung in Allgemeinpraxen in Mannheim (Hohagen und Berger) zeigte, dass 19 Prozent unter schweren Schlafstörungen litten (dazu kamen noch leichtere und mittelschwere Störungen). Etwa ein Viertel nahm regelmäßig rezeptpflichtige Schlafmittel. Dieser Prozentsatz steigt im Alter auf über 50 Prozent an.

Dieses Seminarheft wird Sie bekannt machen mit verschiedenen Sichtweisen und Modellen, die in der heutigen medizinischen Psychologie aktuell sind.

Doch Schlafstörungen sind nicht nur Veränderungen der Gehirnaktivität und Variationen von Hormonen und Neurobiologie.

Schlafmangel ist eine schwere Last für die Betroffenen. Die unruhigen Nächte überschatten den Tag und führen oft zu Leistungsabfall, Depressionen oder gar zu müdigkeitsbedingten Unfällen.

Die Nacht ist kein Niemandsland, vielmehr führt die Reise oft in ein fremdes, unheimliches Land, ins Land der Träume. Doch die Gaukelbilder geben oft Rätsel auf, bedrängen uns , lassen Menschen gar schweissnass aufwachen. Wie kann man diese Träume verstehen? Sind sie lediglich Seelenmüll oder enthalten sie eine geheime Botschaft?

Das Seminarheft will Anregungen geben und auf weitere Literatur verweisen. Mögen die Informationen die Grundlage legen, sich selbst und betroffene Menschen besser zu verstehen und fachgerecht und einfühlsam zu begleiten.

Dr. med. Samuel Pfeifer

Historische Erklärungen des Schlafes

Die alten Ägypter stellten sich vor, dass der Schlafende jede Nacht hinabsteige in die Urgewässer des Flusses «Nun», um dort seine Kräfte zu erneuern, die er während des Tages verbraucht hatte. Schon damals also führte der Schlaf in die Unterwelt!

Auch für die Griechen war der Schlaf nicht nur Ort der Erholung, sondern auch mysteriös und gefährlich. Die Nacht galt als Zeit der Unsicherheit und der Gefahr. Schlafes Bruder war der Tod. Verstorbene werden bis heute als «Entschlafene» bezeichnet.

Diese griechische Vase zeigt die Brüder Thanatos (Tod) und Hypnos (Schlaf). Die Sage erzählt, der Jüngling Hypnos sei jeweils auf die Erde geschwebt und habe den Menschen opiumhaltigen Mohnsaft in die Augen geträufelt, um sie zum Schlafen zu bringen (eine griechische Version des «Sandmännchens»!). Sein Sohn Morpheus sei dann den Schlafenden als Gott des Traumes in den verschiedensten Gestalten erschienen.

JÜDISCHES GEBET VOR DEM SCHLAFENGEHEN

Gelobt seist Du, Ewiger, unser Gott, König der Welt,
der die Banden des Schlafes auf meine Augen
und den Schlummer auf meine Lider senkt.
Möge es Dein Wille sein, Ewiger mein Gott
und Gott meiner Väter,
dass Du mich zum Frieden niederlegen
und mich wieder zum Frieden aufstehen lässt,
dass mich meine Gedanken, böse Träume
oder Vorstellungen nicht ängstigen,
dass mein Lager ohne Makel vor Dir sei.

Erleuchte meine Augen,
dass ich nicht in den Tod entschlafe,
Du bist ja der, der dem Augapfel Licht verleiht.

Gelobt seist Du, Ewiger, der die ganze Welt
mit Seiner Herrlichkeit erhellt.

Träume: Hirnreflex oder Botschaft?

DIE GRIECHEN unterschieden vier verschiedene Traumformen:

a) die Wiederholung von Tageseindrücken, mitunter auch übersteigert
b) die Weissagung
c) die Vision der Zukunft
d) die Symbolbildung

Während die ersten drei Formen unmittelbar verständlich waren, bedurfte es für die Deutung der Symbole eines Traumdeuters. Dieser unterschied dann zwischen wichtigen Träumen – ONEIROS – und bedeutungslosen Gehirnreflexen – ENHYPNOI.

Aus dem Traum erwartete man wichtige Information zum Verständnis des Lebens, von Krankheit und Unglück, ja Wegweisung für die Zukunft.

Im Tempel des Asklepios erfuhren die Kranken im Traum von der rechten Medizin, die sie heilen könnte, wenn die Ärzte nicht mehr weiter wussten. Dafür mussten sie drei Kuchen opfern: einen für den Erfolg, einen für die Erinnerung und einen für die rechte Ordnung der Dinge.

TRAUMBOTSCHAFTEN IN DER ANTIKE:

Träume tragen eine Botschaft für die Welt, für ein Land oder für einen Stamm, besonders

- wenn eindrücklich und bewegend
- wenn wiederholt auftretend
- wenn der Traum einem Ältesten, einem Häuptling oder einem König erschien.

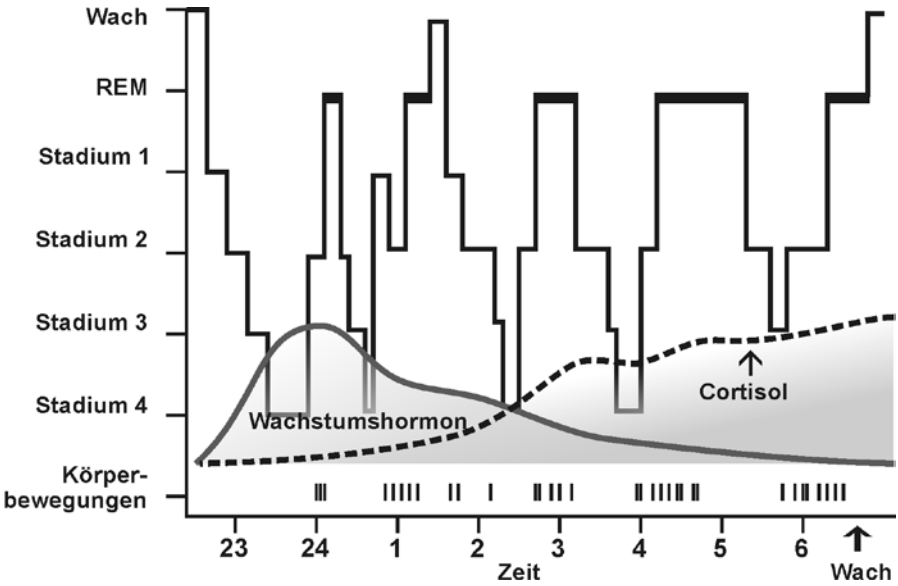
BILD: *Joseph deutet dem Pharao seine Träume und bestimmt die gesamte Politik Ägyptens für die nächsten Jahrzehnte.*

BEI DEN CHINESEN (und bei den Indianern Nordamerikas) waren Träume Visionen einer zweiten Wirklichkeit, die neben der Welt des Wachseins existiert. Die Erfahrungen der nächtlichen Träume sind deshalb von grosser Bedeutung und müssen ernst genommen werden.

TRÄUME VERÄNDERTEN DAS LEBEN:

▶ Gott sprach im Traum zu den Propheten.
▶ Viele Religionsstifter führten ihre Lehre auf einen Traum (oder auf Visionen) zurück (z.B. Mohammed oder Buddha).
▶ Träume waren nicht selten Anlass für eine Bekehrung (Mission). ▶ Träume leiten eine neue Lebensphase ein oder bestimmen wichtige persönliche Entscheidungen.

Die Phasen des Schlafes



DIE SCHLAFSTADIEN haben normalerweise eine bestimmte Reihenfolge, die als Schlafzyklus bezeichnet werden, der in der Regel 90 Minuten beträgt. Üblicherweise durchlaufen wir pro Nacht vier bis fünf Schlafzyklen.

NACH DEM EINSCHLAFEN fallen Menschen schnell in traumlosen und bewegungslosen Tiefschlaf (Stadium 4). Er dient in besonderer Weise der Erholung.

DAS WACHSTUMSHORMON wird vor allem im Tiefschlaf ausgeschüttet. Es fördert das Zellwachstum und regeneriert den Körper. So wird auch das Immunsystem gestärkt.

IN DER ZWEITEN NACHTHÄLFTE löst das Gehirn den REM-Schlaf aus (vgl. S. 5); jetzt wird am buntesten geträumt. Ohne REM-Phasen bringt der Schlaf keine Erholung.

DER CORTISOLPEGEL steigt gegen Morgen zunehmend an. Er beeinflusst die Gedächtnisbildung. Aber das Cortisol stellt auch die Energie bereit, die wir brauchen, um erfrischt aufzustehen.

Prozentuale Anteile der Schlafstadien

Wachanteil	<5%
REM	20-25%
Stadium 1 - Leichtschlaf	5%
Stadium 2 - Leichtschlaf	45-50%
Stadium 3 - Tiefschlaf	5-10%
Stadium 4 - Tiefschlaf	10-15%
(bei 20-30-Jährigen)	

REM-Schlaf – der Ort des Träumens

Im Jahre 1953 entdeckten die Schlafforscher Aserinsky und Kleitman einen eigenartigen Zustand, der während des Nachtschlafs in etwa 90-minütigen Zyklen auftritt und etwa 25 % der Schlafdauer ausmacht.

Einige Merkmale: Gesteigerte Aktivierung des Gehirns, plötzlich auftretende rasche Augenbewegungen (daher der Name REM = Rapid Eye Movements), beschleunigte Atem- und Herzfrequenz, genitale Erektion sowie Lähmung aller Körperbewegungen (mit Ausnahme der Atmung und der Augenbewegungen).

Es handelt sich also um einen paradoxen Zustand, in dem das Gehirn hoch aktiv ist, der Mensch aber tief und bewegungslos schläft. Im Gehirn wird Information verarbeitet, während sich die Psyche nach aussen völlig von Reizen abschottet.

Weckte man eine schlafende Person während dieser Phase, so berichtete sie regelmässig über lebhafte Träume.

AKTIVIERUNG AUS DER TIEFE

Der „Schalter" für den REM-Schlaf findet sich im Hirnstamm (genauer in der Pons-Region). Durch den Botenstoff Acetylcholin werden Bereiche im Stirnhirn aktiviert, die dann via Dopamin Vorstellungsbilder in den Speicherregionen des limbischen Systems anregen.

Hier ergibt sich eine Querverbindung zu Wahnvorstellungen bei der Schizophrenie. Offenbar kann eine übermässige Sekretion von Dopamin im Stirnhirn auch tagsüber Bilder und Stimmen aktivieren, die dann als Halluzination erlebt werden.

NB: Weitere Forschungen haben gezeigt, dass Träume auch in anderen Schlafphasen auftreten können, dort aber weniger lebhaft und weniger visuell sind.

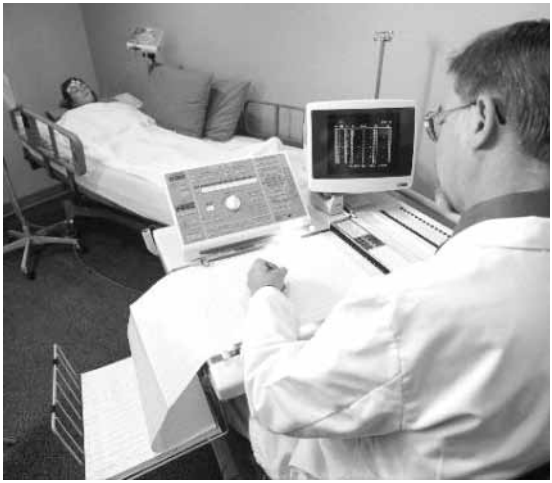
Veränderung des Schlafes im Alter

ETWA AB DEM 50. LEBENSJAHR TRETEN VERÄNDERUNGEN IN DER SCHLAFARCHITEKTUR EIN:

- verkürzter Nachtschlaf bei längerer Liegezeit im Bett (= reduzierter Schlaf-effektivitäts-Index),
- verlängerte Einschlaflatenz
- zeitigeres morgendliches Erwachen
- vermehrte nächtliche Wachperioden (durchschnittliche Länge ca. 7 min, Anzahl bis zu 10 x /Nacht)
- vermehrte Arousals: z.B. unruhige Beine (restless legs), Schlaf-Apnoe-Syndrom, nächtliches Wasserlassen (Nykturie)
- Zunahme der Stadienwechsel (Shifts)
- relative Verschiebung der Schlaftiefe in Richtung oberflächlichen Schlafes
- Abnahme des REM-Schlafes
- vermehrtes Schlafbedürfnis während des Tages.

Im hohen Alter löst sich der Schlafrythmus praktisch auf, und der ältere Mensch lebt auch tagsüber in einem ständigen Wechsel von wachen Phasen und kurzen Nickerchen.

Was ist ein Schlaflabor?



Es handelt sich um einen Schlafraum, der zur Registrierung der Schlafstadien und bestimmter Körperfunktionen wie Herzrhythmus, Atmung und Körperbewegung während des Schlafes eingerichtet ist.

Der Raum wird gut abgedunkelt und ist ruhig gelegen. Der Schlaf wird mittels einer lichtstarken Videokamera überwacht. Ein Mikrophon erfasst die Geräusche im Raum, u. a. das Schnarchen oder das Sprechen während des Schlafes. Der Patient ist mit einer Gegensprechanlage mit dem Personal verbunden.

In dem Schlaflabor befinden sich diverse Meßgeräte, die aber im Gegensatz zu den Geräten auf einer Intensivstation keine störenden Geräusche oder Warntöne abgeben.

Nachdem der Patient normal zu Abend gegessen hat und sich entsprechend seinem üblichen Tagesablauf verhalten hat, begibt er sich zwischen 20 Uhr und 22 Uhr ins Schlaflabor. Er bringt seine gewohnte Schlafkleidung mit.

Um den Schlaf und andere Meßgrößen zu erfassen, müssen Elektroden auf der Haut befestigt werden, mit denen elektrische Ströme vom Gehirn, Herzmuskel und Skelettmuskel abgeleitet werden können.

Von den Elektroden führen lange Drähte zu einem kleinen Kästchen am Kopfende des Patientenbettes, die Ströme werden dort verstärkt und zur Aufzeichnung weitergeleitet.

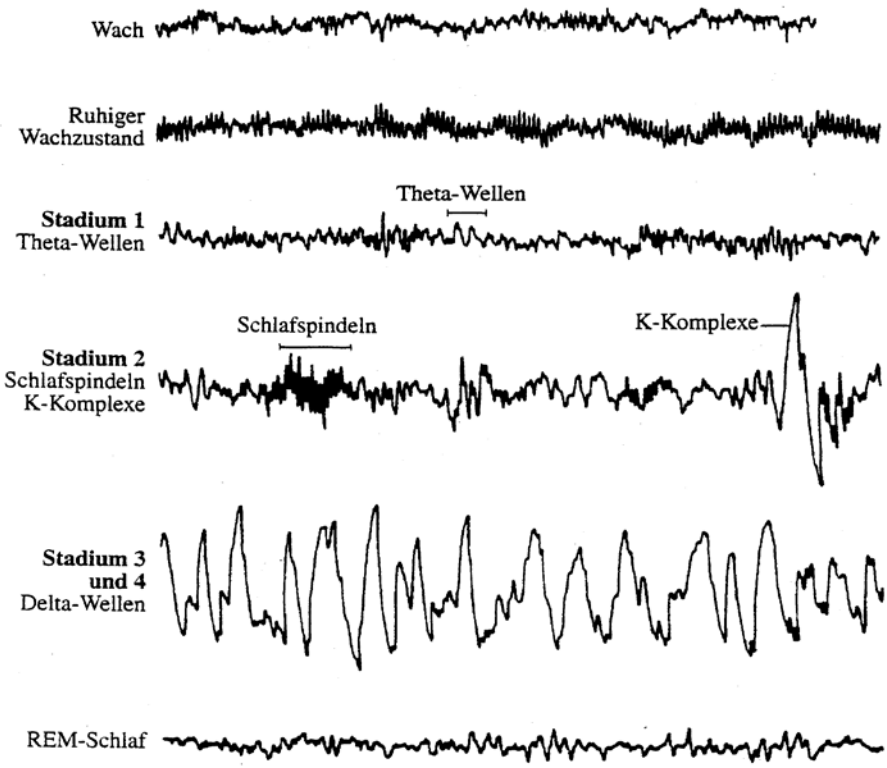
Die beschriebene «Verkabelung» kann zwar im ersten Augenblick furchteinflössend wirken. Die Patienten gewöhnen sich aber sehr schnell daran und fühlen sich im Schlaf nicht beeinträchtigt.

Durch die Registrierung der Gehirnströme können lediglich bestimmte Schlafstadien und Funktionszustände des Gehirns erfaßt werden. Gedankeninhalte oder Traminhalte können die Ärzte nicht ablesen. Die Befürchtungen mancher Patienten, daß damit Gedankenlesen möglich sei, können damit zerstreut werden.

Bei längeren Atemstillständen fällt der Sauerstoffgehalt im Blut ab und der Herzschlag wird verlangsamt. Diese Veränderungen können mit dem sogenannten „Oxymeter“, überwacht werden. Weitere Elektroden können Krämpfe in den Wadenmuskeln erfassen.

Schlaf-Architektur und EEG

Die unterschiedlichen Phasen des Schlafes lassen sich auch im Elektro-Enzephalogramm (EEG) deutlich darstellen. Je tiefer der Schlaf, desto grössere Wellen zeigen sich, weil es zu einem gemeinsamen Schwingen der elektrischen Aktivität der verschiedenen Nervenzellen kommt (Synchronisation).
Nur im REM-Schlaf, wo das Träumen stattfindet, sieht man ähnlich unruhige Muster wie im Wachzustand.



AUSWERTUNG: Die erfassten Daten werden nun über Computer oder visuell ausgewertet, so dass therapeutische Konsequenzen gezogen werden können.
Sodann wird in einer Besprechung mit dem Patienten das weitere Vorgehen erläutert.

ABBILDUNG *aus dem Buch von Dement & Vaughan: Der Schlaf und unsere Gesundheit, Limes Verlag, München. Abdruck mit freundlicher Genehmigung.*

INFORMATION:
http://www.schlaflabor.de

«Schlafschuld» und Schläfrigkeit

SCHLAFKONTO: Jeder hat seinen Tagesbedarf an Schlaf (meist zwischen 7 und 9 Stunden; 5 Prozent weniger als 6 Stunden, 5 Prozent mehr als 10 Stunden)

SCHLAFSCHULD: Wenn wir diesen Schlaf nicht regelmässig hereinholen, dann entsteht eine «Schlafschuld».

SCHLAFLAST: Diese addiert sich über Tage und Wochen zu einer «Schlaflast», die uns zunehmend müde werden lässt.

Je höher die Schlafschuld, desto grösser ist die Gefahr des Sekundenschlafs. 45 % der Autounfälle sind auf Müdigkeit zurückzuführen. Nickt der Mensch am Steuer des Autos ein, so kann dies katastrophale Folgen haben: Wer bei 100 km/h nur wenige Sekunden um einen Winkel von 5 Grad abweicht, fährt unweigerlich über die Linie. Tödlich ist die Kombination von Müdigkeit und Alkohol.

«Schläfrigkeit, dieses Gefühl von schweren Augenlidern, die kaum aufzuhalten sind, ist die letzte Stufe vor dem Einschlafen, nicht die erste. Wenn wir in diesem Moment dem Schlaf nachgeben, kommt er sofort. Beim Autofahren oder einer riskanten Situation sollte der erste Anflug von Schläfrigkeit eine unbedingte Warnung sein. Man bringe sich sofort in Sicherheit.»
Prof. W. Dement, Schlafforscher

«In praktisch jeder Beziehung unseres aktuellen Lebens – vom elektrischen Licht über das Nachtprogramm des Fernsehens bis hin zu zerrissenen Arbeitszeiten – stossen wir buchstäblich gegen die Uhr, die die Gleichzeitigkeit von Geist und Körper aufrecht erhält. In nur wenigen Jahrzehnten des technischen Fortschritts haben wir es geschafft, unsere grossartig entwickelte biologische Uhr und ihre komplexen Biorhythmen umzustossen.»
Prof. W. Dement, Schlafforscher

INFORMATION: «Schlaf am Steuer muss nicht sein», herausgegeben von der Klinik für Schlafmedizin in Zurzach und dem Touring-Club Schweiz.

ABBILDUNG: *Die Reaktorkatastrophe von Tschernobyl wurde durch Nachlässigkeit und Übermüdung des Personals verursacht.*

So messen Sie Ihre «Schlafschuld»

Wieviel Schlafschulden schleppen Sie mit sich herum? Die einfachste Möglichkeit, den Umfang seiner Schlafschulden zu ermessen, besteht darin, dass Sie die Schläfrigkeitsphasen notieren, die Sie tagsüber bei sich feststellen. Der nachstehende Fragebogen erlaubt eine erste Einschätzung Ihrer Situation.

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie unter folgenden Umständen einnicken oder einschlafen? (0 = nie; 1 = selten; 2 = hin und wieder; 3 = des öfteren):

- wenn Sie im Sitzen lesen.
- beim Fernsehen.
- wenn Sie sitzend und passiv an einer öffentlichen Veranstaltung teilnehmen (z. B. im Theater oder bei einer Versammlung).
- als Mitreisender in einem Auto nach etwa einstündiger Fahrt.
- beim nachmittäglichen Ausruhen (soweit dafür eine Möglichkeit besteht).
- wenn Sie sich im Sitzen mit jemandem unterhalten.
- wenn Sie nach dem Mittagessen ohne Alkohol ruhig am Tisch sitzen.
- wenn Sie mit Ihrem Auto für kurze Zeit verkehrsbedingt stoppen müssen.

Beurteilung der Schlafschulden	
Keine/geringe Schlafschuld	0 - 5 Pkte
Mässige Schlafschuld	6 - 10 Pkte
Schwere Schlafschuld	11 - 20 Pkte
Erhebliche Schlafschuld	21 - 25 Pkte

nach W. Dement

SCHLAFLATENZ

Tagesschläfrigkeit und Schlafschulden lassen sich anhand des Multiplen Schlaflatenztests beurteilen. Unter Schlaflatenz versteht man die Dauer, wie schnell eine Person einschläft, die sich in einem ruhigen, dunklen Raum zur Nachtruhe hingelegt hat. Wenn Sie optimal ausgeruht sind, liegen Sie noch fünfzehn oder zwanzig Minuten wach. Wenn Sie dagegen unter ernstlichem Schlafentzug oder unter Schlafstörungen leiden, schlafen Sie innerhalb von fünf Minuten ein.

DIE TEELÖFFELMETHODE

Legen Sie sich mit geschlossenen Augen, ohne Schuhe und mit bequemer Kleidung auf eine Couch oder ins Bett. Das Licht sollte gedämpft, die Vorhänge zugezogen sein.
Legen Sie Ihre Hand über einen Stuhl, die Couch, bzw. Bettkante und halten Sie senkrecht über einem auf den Fußboden gestellten Teller einen Teelöffel locker in der Hand. Halten Sie die Uhrzeit fest, entspannen Sie sich und lassen Sie sich in den Schlaf fallen. Sobald Sie der Schlaf übermannt, werden sich Ihre Muskeln entspannen und der Löffel wird Ihrer Hand entgleiten und auf den Teller fallen. Sie werden von dem Klirren garantiert aufwachen und können dann Ihre Schlaflatenz ablesen.

Die biologische Uhr

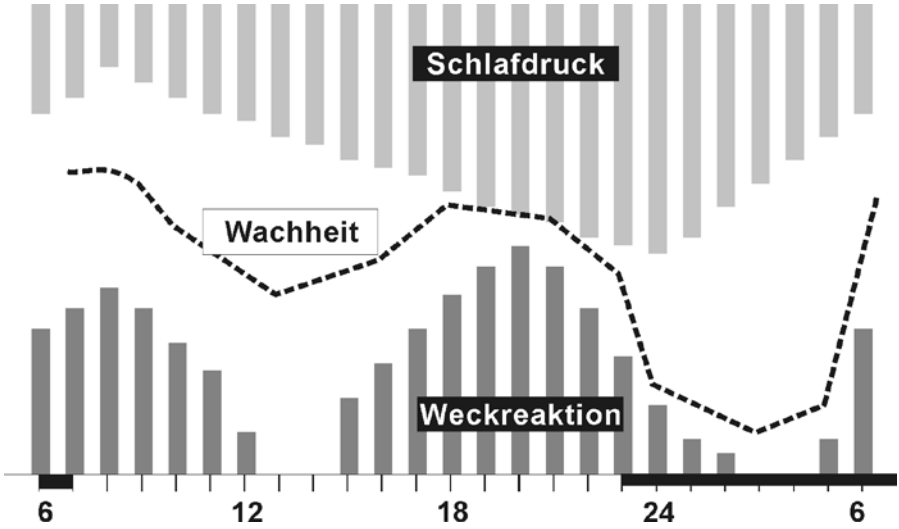
Die biologische Uhr reguliert den täglichen Zyklus von Schlafen und Wachen. Ist die Weckfunktion aktiviert, so bleibt der Mensch den Tag hindurch wach. Schaltet sie sich ab, so erlaubt sie dem Schlafprozess, ungehindert zu wirken.
Der Schlaf wird durch eine «innere Uhr» gesteuert. Diese ist eigentlich auf 25 Stunden programmiert, passt sich aber leicht dem normalen Tag mit einem 24-Stundenrhythmus an.
Bestimmende Faktoren sind die Zeitgeber unserer Umwelt:

- Licht am Morgen und Dunkelheit am Abend
- Geräuschpegel der Umwelt
- Aktivitäten anderer Menschen

Schlaf und Schläfrigkeit entsteht aus dem Gegenspiel von Schlaflast und biologischer Uhr (Weckreaktion). Solange die biologische Uhr auf «Wecken» bzw. Wachsein eingestellt ist, so lange kann auch der Schlafdruck nicht zum Schlaf führen. So kommt es, dass man zwar müde ist, aber doch nicht einschlafen kann. Wenn dann aber die biologische Uhr «abstellt», dann kommt auch der Schlaf.

SEELISCHE ANSPANNUNG erhöht die Cortisolausschüttung und lässt auch nachts eine bestimmte Spannung bestehen (Seite 11). Somit kommt es trotz hohem Schlafdruck nicht zu einem ruhigen Schlaf. Die Symptome: Schwierigkeiten beim Einschlafen („Schlaflatenz"), mehrfaches Erwachen, oberflächlicher Schlaf und vorzeitiges Erwachen am Morgen. Der Schlaf ist nicht erholsam.

ABBILDUNG: *Aus Schlafdruck und Weckreaktion der biologischen Uhr entsteht die Schlaftiefe. (auf dieser Seite: normaler Schlaf)*



Melatonin

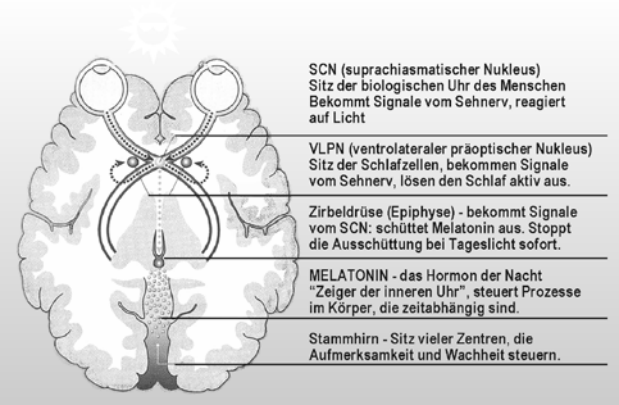


ABBILDUNG *aus Facts 27/2000 mit freundlicher Genehmigung.*

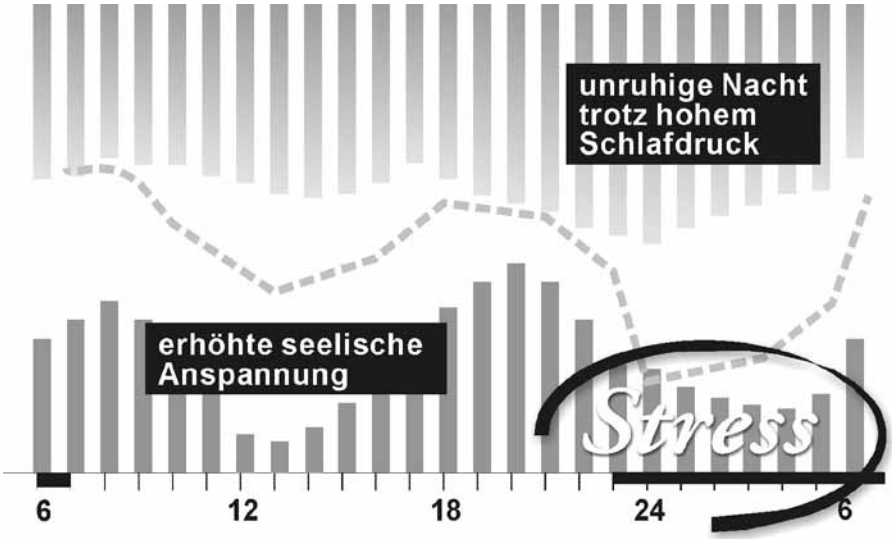
Dieses Hormon wird von der Zirbeldrüse (Epiphyse) abgesondert und teilt dem Körper mit, dass es draussen dunkel ist. Bei manchen Tieren steuert es den Winterschlaf oder die Zeit der sexuellen Aktivität.

Beim Menschen gibt es dem Körper das Signal, sich auf den Schlaf vorzubereiten. Es steigt also vor dem Einschlafen an. Sobald Licht auf die Netzhaut trifft, wird die Ausschüttung von Melatonin gestoppt.

Daraus hat man die Hoffnung abgeleitet, durch die Einnahme von Melatonin den Rhythmus der biologischen Uhr beeinflussen zu können.

IN KONTROLLIERTEN STUDIEN hat sich der Effekt aber kaum nachweisen lassen. Das hindert manche Menschen nicht, (speziell in Amerika) Melatonin täglich zu sich zu nehmen, um Gesundheit, Lebensdauer, Wohlbefinden und Potenz zu fördern.

ABBILDUNG: *Erhöhte seelische Anspannung führt zu einem unruhigen Schlaf trotz großer Müdigkeit.*



Die wichtigsten Schlafstörungen

Im Jahre 1990 wurde von der American Sleep Disorders Association in Zusammenarbeit mit internationalen Fachgesellschaften die „International Classification of Sleep Disorder“ (ICSD) veröffentlicht. Trotz der detaillierten, vornehmlich ursachenbezogenen Aufgliederung ist die Klassifikation nicht immer zufriedenstellend, wurde aber mittlerweile als Mittel der gegenseitigen Verständigung allgemein anerkannt.

Insgesamt werden 84 Schlafstörungen unterschieden, die im Rahmen dieses Heftes nicht ausführlich beschrieben werden können. Untenstehend finden sich diejenigen Störungen, die im Grenzbereich von Psychiatrie und Lebensberatung häufig angesprochen werden. Dabei ist zu bedenken, dass auch körperliche Störungen (wie z.B. mangelnde Sauerstoffsättigung, unruhige Beine oder häufiges Aufstehen zum Wasserlassen) zu ausgeprägten Schlafstörungen führen kann, die sich ihrerseits wiederum negativ auf die Psyche auswirken.

KLASSIFIKATION DER SCHLAFSTÖRUNGEN

A. Dyssomnien
1. IntrinsischeSchlafstörungen
2. Extrinsische Schlafstörungen
3. Störungen des zirkadianen Schlafrhythmus

B. Parasomnien
1. Aufwachstörungen (Schlaftrunkenheit, Pavor nocturnus, Schlafwandeln
2. Störungen des Schlaf-Wach-Übergangs (z.B. rhythmische Bewegungen beim Einschlafen)

C. Schlafstörungen bei anderen Erkrankungen
1 . Schlafstörungen bei psychiatrischen Erkrankungen
2. Schlafstörungen bei neurologischen Erkrankungen
3. Schlafstörungen bei internistischen Erkrankungen

D. Noch nicht klassifizierte Störungen

KRITERIEN SCHLAFSTÖRUNGEN (NACH ICD-10)

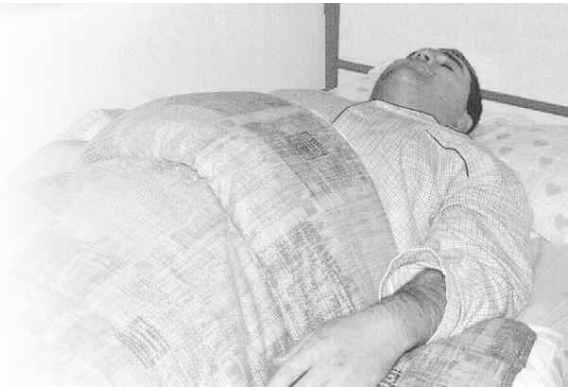
- **Klagen über Ein- und Durchschlafstörungen und /oder schlechte Schlafqualität.**
- **wenigstens 3x pro Woche während mindestens einem Monat.**
- **deutlicher Leidensdruck oder Störung der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit.**
- **überwiegendes Beschäftigtsein mit Schlafstörung und nachts und tagsüber übertriebene Sorge über negative Konsequenzen.**

WEITERE INFORMATIONEN:

Eine ausführliche Übersicht über die verschiedenen Schlafstörungen gibt das Buch von A. Sturm und P. Clarenbach. Schlafstörungen. Thieme-Verlag.

Körperlich bedingte Schlafstörungen *

- Narkolepsie
- Schnarchen und Schlafapnoe-Syndrom
- Syndrom der ruhelosen Beine (Restless legs)
- Nächtliche Bewegungen der Gliedmassen
- andere körperliche Ursachen
- äußere (extrinsische) Ursachen



* Schlafforscher haben eine Unzahl von körperlich bedingten Schlafstörungen beschrieben, doch hier kann nur eine Auswahl dargestellt werden. Ausführliche Informationen finden Sie in den angegebenen Büchern.

Narkolepsie

UNWIDERSTEHLICHER SCHLAFDRANG ZU UNPASSENDER ZEIT

Die Schlafattacken bei Narkolepsie haben nichts mit Unausgeschlafenheit zu tun und lassen sich daher auch mit viel Schlaf nicht beheben. Manchmal können sie durch schweren Stress ausgelöst werden.

Narkolepsie ist relativ selten, bedeutet aber eine große Belastung für die Betroffenen. Bei Nichterkennung bzw. Nichtbehandlung kann Narkolepsie aufgrund der gravierenden Einschränkungen bis zur Arbeitsunfähigkeit führen.

Obwohl es keine dauerhafte Heilung für Narkolepsie gibt, können Narkoleptiker bei entsprechender Behandlung ein nahezu normales Leben führen.

SYMPTOME

1. übermäßige Tagesschläfrigkeit
2. Kataplexie (plötzliche Lähmung der Muskeln),
3. Schlafparalyse (Schlaflähmung)
4. Hypnagoge Halluzinationen (kurz vor dem Einschlafen oder im Halbschlaf auftretende visuelle oder akustische Halluzinationen).

TAGESSCHLÄFRIGKEIT: Schlafattacken stellen sich in Situationen ein, in denen Gesunde normalerweise ohne Anstrengung wach bleiben, z. B beim Schreiben eines Briefes oder beim Autofahren. Die Folge ist eine erhöhte Unfallgefahr.

KATAPLEXIE: Die Formen reichen von milden und kurzen Schwächegefühlen in den Knien bis zum totalen Kollaps, der die Betroffenen plötzlich zu Fall bringt. Die Patienten sind während eines solchen Sturzes bei vollem Bewußtsein und erleben das Ereignis mit. Kataplexien werden in der Regel durch Gemütsbewegungen – wie Lachen, Ärger oder Verwunderung – ausgelöst. In manchen Fällen werden die Attacken durch die bloße Erinnerung an bewegende bzw. beunruhigende Geschehnisse nachträglich oder in Erwartung bestimmter gemütserregender Ereignisse im voraus verursacht.

SCHLAFPARALYSE: Plötzliche Lähmung beim Schlafbeginn oder beim Aufwachen. Die Betroffenen nehmen ihre Umgebung wahr, können sich aber nicht bewegen. Im Gegensatz zu Kataplexien kann die Schlafparalyse durch körperliche Berührung unterbrochen werden.

HYPNAGOGE HALLUZINATIONEN: Lebhafte, traumähnliche Bilder und Vorstellungen, die im Zustand der Schläfrigkeit wahrgenommen werden; manchmal Vorstellung, jemand sei im Raum. Diese Vorstellungen lösen oft Angst aus, da die Betroffenen halb wach, aber bewegungsunfähig sind. Manchmal werden die Halluzinationen irrtümlicherweise mit den Wahnvorstellungen bei psychischen Erkrankungen verwechselt, so dass zusätzliche Ängste entstehen.

THERAPIEMÖGLICHKEITEN

- stimulierende Medikamente
- Verhaltenstherapie
- Aufklärung des sozialen Umfeldes (Angehörige, Schule, Arbeitgeber)

MEHR INFORMATION:
www.charite.de/sleep/dgsm/rat/narkolep.html

Schnarchen und Schlafapnoe *

Ca. 10 - 30% der Erwachsenen schnarchen im Schlaf. In den meisten Fällen ist das nicht gefährlich. Dagegen ist extrem lautes und unregelmäßiges Schnarchen in der Regel ein Hinweis auf obstruktive Schlafapnoe, eine potentiell lebensbedrohliche Erkrankung, die bei 5% der Bevölkerung auftritt, vorwiegend bei Übergewicht.

LAUTES SCHNARCHEN deutet auf eine Verengung der Atemwege hin, die das Atemholen erschwert. Die typischen Geräusche entstehen bei der Anstrengung, durch die verengten Atemwege Luft zu holen. Die Patienten erhalten nicht genug Sauerstoff und schlafen insgesamt sehr schlecht.

DIE FOLGEN:
Schlafapnoe kann zu Tagesschläfrigkeit führen. Die Wahrscheinlichkeit von Verkehrsunfällen ist 2 – 5 mal höher als bei anderen Verkehrsteilnehmern.
Herz-Kreislauf: Durch das Absinken des Sauerstoffs im Blut kommt es zu einem kurzen Erwachen (Arousal) mit verstärkten Atemanstrengungen. Dabei muss das Herz verstärkt arbeiten – der Blutdruck steigt an und es kommt zu Rhythmusstörungen.
Psychisch: Schlafapnoe kann zu Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Zerstreutheit, Angstzuständen und Depressionen führen.

BEI KINDERN kann eine Schlafapnoe bei Übergewicht und vergrößerten Mandeln bzw. Polypen auftreten. Da Schnarchen im Kindesalter sehr ungewöhnlich ist, sollten Eltern stets einen Arzt zu Rate ziehen.

DIE FRAU EINES ÜBERGEWICHTIGEN MANNES BERICHTET:
«Nachts höre ich ihn oft schnarchen wie ein Holzfäller. Und plötzlich hört er auf; macht keinen Mucks mehr! Die Zeit vergeht: 10 Sekunden, 20 Sekunden. Ich kriege Angst, will ihn schütteln. Und dann nach einer unendlichen Zeit schnappt er mit einem furchtbaren Gurgeln nach Luft. Zehn Mintuen später beginnt das Ganze von vorne. Das macht mir wirklich Angst.»

URSACHEN DER SCHLAFAPNOE
OBSTRUKTIV: Durch das Erschlaffen der Muskeln im Rachenraum oder durch Verdickungen des Gewebes werden die Atemwege verengt.
ZENTRAL: Fehlleistungen in jenem Teil des Gehirns, das für die Steuerung der Atmung im Schlaf zuständig ist (selten).

RISIKOFAKTOREN: Übergewicht drückt den Brustkorb zusammen; Alkohol und Beruhigungsmittel führen zur Erschlaffung der Atemmuskulatur.

DIAGNOSTIK UND THERAPIE
- Abklärung durch den Hausarzt und im Schlaflabor
- Risikofaktoren vermindern
- spezielle Therapien (Sauerstoffmaske, Korrektur des Rachenraums) bei speziellen Fällen.

MEHR INFORMATION:
www.charite.de/sleep/dgsm/rat/schnarch.html

* Apnoe (griechisch) = Atemstillstand

Ruhelose Beine (Restless legs)

Das Syndrom der ruhelosen Beine wird von den Patienten als besonders quälend empfunden.

Ruhelose Beine treten häufig bei Personen auf, die ansonsten gesund sind, und stehen in keiner Verbindung zu psychischen Störungen. Obwohl in den meisten Fällen die Beine betroffen sind, kann sich die Störung auch auf die Arme beziehen.

Die Patienten erleben im Sitzen und Liegen, vor allem aber nach dem Zubettgehen, sehr unangenehme Mißempfindungen in Form von Kribbeln und Ameisenlaufen in den Beinen. Manche Patienten haben dabei große Schmerzen in den Waden, die allerdings nicht mit Wadenkrämpfen zu verwechseln sind.

SYMPTOME

1. Kribbeln, Schmerzen, Unruhe in den Waden vor dem Einschlafen.
2. Vorübergehende Linderung durch Bewegen / Strecken der Beine. Bewegungsdrang als Gegenreaktion zu den Schmerzen.
3. Verhinderung des Schlafes mit nachfolgender Tagesmüdigkeit und Abnahme der Leistungsfähigkeit.
4. Behinderung bei allen Tätigkeiten, die ruhiges Sitzen erfordern: Autofahren, lange Reisen, Sitzungen, aber auch z.B. Konzertbesuche
5. Mögliche Folge: Depression, Ängste.

HÄUFIGKEIT: 5 – 10% der Bevölkerung. Schwere Fälle treten selten und familär gehäuft auf. Restless legs sind häufiger bei älteren Menschen und in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft.

VERLAUF: Das Syndrom kann ohne ersichtlichen Zusammenhang über Jahre hinweg gelegentlich in Erscheinung treten und anschließend wieder abklingen.

ZITATE VON BETROFFENEN:

«Am liebsten würde ich meine Beine abhacken, weil ich das Kribbeln nicht mehr aushalte.»

«Wenn ich meine Beine nicht bewege, spüre ich ein unerträgliches Gefühl, als liefen ganze Ameisenhaufen unter meiner Haut entlang.»

«Ich habe keine Gewalt über meine Beine. Sie laufen von alleine los und ich muß ihnen folgen.»

«Wenn ich mich ins Bett lege, ist mir, als würde ich von einem bösen Geist ergriffen, der mich wie eine Marionette durch das Zimmer treibt.»

URSACHEN: Bei etwa 30% vererbt (in diesen Fällen schwer zu behandeln). Bei 70 % verschiedene Faktoren: schlechte Durchblutung, Nerven-, Muskel- und Nierenerkrankungen, Alkoholismus, Vitamin- und Mineralmangel; Medikamente, Koffein, Rauchen, Erschöpfung und Temperaturempfindlichkeit.

THERAPIE

- Verbesserung mit einfachsten Mitteln: warme Bäder, Beinmassagen, Heizdecken, Eisbeutel, Aspirin zur Schmerzlinderung, regelmäßiger Sport u.a.
- weitere Möglichkeiten mit einem Facharzt besprechen.

MEHR INFORMATION:

www.charite.de/sleep/dgsm/rat/gliedmas.html

Nächtliche Bewegungen

Periodische Bewegungen der Gliedmassen (nächtlicher Myoklonus) treten meist im Schlaf auf und entziehen sich jeglicher Kontrolle und bewussten Steuerung und häufen sich während des Non-REM-Schlafs in der ersten Nachthälfte.

Die Betroffenen werden durch die Bewegungen beim Einschlafen oder mitten im Schlaf geweckt (Arousal) und fühlen sich am nächsten Tag nicht ausgeschlafen und zerschlagen.

Lebensgefährten der Patienten beschweren sich, daß sie nachts getreten werden, die Bettdecke weckgezogen oder aus dem Bett geschleudert wird. Bei manchen Patienten sind die Bewegungen so zahlreich und heftig, daß sie sich dabei die Beinbehaarung ausreißen.

HÄUFIGKEIT: erhöht mit zunehmendem Alter (bei 25% der 50-65jährigen und bei 44% der über 65-jährigen Personen). Bis zu 20% der Insomnie-Patienten zeigen periodische Beinbewegungen.

URSACHEN: weitestgehend ungeklärt. Die auslösenden Faktoren sind dieselben wie beim Syndrom der ruhelosen Beine.

THERAPIE

- Keine besondere Behandlung nötig, wenn Nachtschlaf und Tagesbefindlichkeit nicht beeinträchtigt werden.
- Einfache Maßnahmen und die Regeln der Schlafhygiene können sehr hilfreich sein.
- Beratung des Lebenspartners: allenfalls getrennte Betten empfehlen.
- Eine medikamentöse Therapie ist nicht bekannt.

ZUCKUNGEN BEIM EINSCHLAFEN

Periodische Arm- und Beinbewegungen im Schlaf sind von Einschlafzuckungen (nächtliche Muskelzuckungen) zu unterscheiden, die gelegentlich kurz vor dem Einschlafen in Form eines plötzlichen und blitzschnellen Zusammenzuckens des ganzen Körpers auftreten. Solche Einschlafzuckungen sind normal und beeinträchtigen weder den Schlaf noch die Wachheit am Tage.

WADENKRÄMPFE

Plötzliche unwillkürliche sicht- und tastbare Zusammenziehungen eines Muskels. Gewöhnlich lassen sie sich durch kräftige Dehnung des befallenen Muskels bzw. Betätigung des Gegenmuskels wieder auflösen.

Vielfältige Ursachen erfordern eine ärztliche Abklärung mit entsprechender Therapie. Hilfreich sind Wechselbäder, Bein- und Fußgymnastik sowie Warmhalten der Beine. Nächtliche Wadenkrämpfe können vermindert werden, wenn man die Füsse über die Matratze hängen lässt.

Medikamente: Magnesium wird häufig empfohlen. Andere Mittel haben mehr Nebenwirkungen.

INTERNET:
www.neuro24.de/wadenkr.htm

N.B.: Verschiedene Medikamente gegen Depressionen können die Symptome verstärken, so dass diese gegebenenfalls durch andere Mittel ersetzt werden müssen.

Andere körperliche Ursachen

ATMUNGSSTÖRUNGEN:

Verschiedene Funktionsstörungen können während des Schlafs zahlreiche Atemstillstände verursachen, die wiederum Dutzende oder gar Hunderte von **AROUSALS** (d.h. nächtliche Weckreaktionen) zur Folge haben. Obwohl sich normalerweise die Betroffenen am nächsten Morgen an die häufigen Weckreaktionen nicht erinnern können, bietet ihr Schlaf keine ausreichende Erholung.

Bei chronischer Bronchitis kommt es zu einer verminderten Sauerstoffsättigung des Blutes (Alveoläre Hypoventillation).

Atmungsbezogene Schlafstörungen nehmen im Alter zu. Sie sind in den meisten Fällen harmlos und nicht behandlungsbedürftig. Man sollte jedoch Schlafmittel meiden, da sie bestehende Atmungsstörungen verstärken können.

MAGENPROBLEME

Beim gastro-ösophagealen Reflux, allgemein als **SODBRENNEN** bekannt, tritt Magensäure in die Speiseröhre über, was zu mehrfachen Schlafunterbrechungen in der Nacht führen kann. Findet der Übertritt am Tage statt, läßt sich die Flüssigkeit meistens durch ein paar Schluckbewegungen und eine aufrechte Körperhaltung aus der Speiseröhre entfernen.

Während des Schlafes kann aufgrund der liegenden Position und geringerer Schluckbewegungen die Magensäure nicht abtransportiert werden, so daß die Betroffenen unter Husten und Würgen aufwachen. Der Übertritt der Magensäure läßt sich manchmal vermeiden, wenn der Kopf 15 bis 20 cm höher gelagert wird. Auch Medikamente verschaffen in manchen Fällen Erleichterung.

SCHMERZEN:

Schmerzen können den Schlaf empfindlich stören: Arthritis, Angina, Fibromyalgie (Muskelfaser-Schmerz) sowie Rücken- und Kopfschmerzen können dazu führen, dass man immer wieder aufwacht und nicht zur Ruhe kommt.

Dabei können in manchen Fällen geringe vorbeugende Maßnahmen ganz entscheidend zur Entlastung bzw. Verbesserung der Situation beitragen, wie z. B. das Kissen anders zu positionieren, die richtige Matratze anzuschaffen oder schlaffördernde Verhaltensregeln vor dem Schlafengehen einzuhalten. Dabei sollte stets der Hausarzt mit einbezogen werden.

HORMONELLE STÖRUNGEN

HYPERTHYREOSE führt zu einer erhöhten Aktivität des sympathischen Nervensystems (Herzklopfen, Hitzewallungen etc.)

WECHSELJAHRE: In den mittleren Jahren wirken Hormone und Lebensveränderungen zusammen. Die Frauen schlafen nicht mehr so tief und wachen nachts häufiger auf. Physische Faktoren – wie z.B. Arthritis, Atmungsbeschwerden oder Hitzewallungen – können sich ebenfalls störend auf den Schlaf auswirken. Aber auch emotionale Faktoren wie Streß, Depressionen und Angstgefühle beeinträchtigen die Schlafqualität.

Äussere Ursachen (extrinsisch)

UMWELTFAKTOREN:

TEMPERATUR: wenn die Heizung zu hoch eingestellt ist und der Raum nicht gelüftet wird.

LÄRM: Auto- und Flugverkehr, aber auch Fernsehen und viele andere Geräusche können sich störend auf den Schlaf auswirken, selbst wenn der Schlaf nicht direkt unterbrochen wird.

LICHT: Auch bei geschlossenen Augen kann Licht den Schlaf beeinträchtigen, da es durch die Augenlider dringt.

STIMULANZIEN:

Koffeinhaltige Getränke kurz vor dem Schlafengehen können nächtliches Erwachen provozieren, obwohl der Schlafeintritt nicht unbedingt beeinträchtigt wird. Auch Nikotin ist ein Stimulans und bewirkt, daß Raucher in der Regel langsamer einschlafen als Nichtraucher. Darüberhinaus können sich viele gebräuchliche – einschließlich rezeptfreie – Medikamente gegen Asthma und Erkältungen sowie zur Gewichtsabnahme störend auf den Schlaf auswirken.

ALKOHOL:

Ein alkoholischer «Schlaftrunk» kann zwar den Einschlafprozeß beschleunigen, macht aber den Schlaf während der Nacht störanfälliger und fragiler.

EIN BEISPIEL

Von Hermann Hesse ist folgende Episode überliefert:
Nach einer Lesung in Nürnberg wurde er in einem Hotel untergebracht. «Das Zimmer war unerträglich überhitzt. aber man konnte die dampfende Heizung nicht abdrehen oder gar das Fenster öffnen, weil der Strassenlärm die ganze Nacht über anhielt. Am frühen Morgen schrillte das höllische Telefon und riss Hesse aus einem tiefen, schwerverdienten Schlaf, den er gerade erst, nach einer schlaflosen Nacht mit rasenden Kopf- und Augenschmerzen, gefunden hatte. Hier in Nürnberg, so erzählt er rückblickend, sei er sich «neunzigjährig und sterbend» vorgekommen, «mit zerstörtem Hirn, brennenden Augen und eingeknickten Knien» und habe «keinen anderen Wunsch gehabt, als sich begraben zu lassen.»

MISSBRAUCH VON SCHLAFMITTELN:

Bei täglicher Einnahme verlieren Schlafmittel schon nach wenigen Wochen ihre Wirksamkeit. Wenn sie abrupt abgesetzt werden, kann sich die Schlafqualität allerdings noch verschlechtern. Deswegen sollten Schlafmittel unter ärztlicher Kontrolle allmählich reduziert werden. Bedenken Sie, dass auch rezeptfreie Mittel Probleme verursachen können.

Jet Lag und Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus

SYMPTOME:

«Jet lag» ist eine typische Krankheit des 20. Jahrhunderts und wird durch das Fliegen über mehrere Zeitzonen hinweg verursacht. Man fühlt sich müde, wenn alle wach sind und leidet unter Schlafstörungen, wenn die andern schlafen. Man leidet unter leichter Übelkeit und ist zur Unzeit hungrig. Manche sind so sehr aus dem Gleichgewicht ihres normalen Körperrhythmus gebracht, dass sie sich krank fühlen wie bei einer Grippe.
Die Auswirkungen sind individuell unterschiedlich. Als Daumenregel gilt: Pro Stunde Zeitzonenunterschied braucht der Körper einen Tag zur Anpassung.

WAS HILFT GEGEN JET LAG?

Drei Strategien helfen zur Umstellung:

- **HELLES LICHT** stellt die biologische Uhr vor
- **KÖRPERLICHE AKTIVITÄT**
- **MEDIKAMENTE:** Schlafmittel können auf dem Flug helfen, Schlaf vorzuholen, um die Uhr umzustellen. Auch am Zielort kann ein Schlafmittel helfen, sich besser an den örtlichen Rhythmus zu gewöhnen.
  Manche schwören auf Melatonin, doch hat eine Studie keine messbaren Vorteile gezeigt.

MEHR INFORMATION zur Zeitumstellung bei «Jet lag» findet sich in dem lesenswerten Buch von W. Dement.

UNREGELMÄSSIGER ARBEITSRHYTHMUS:
Schichtarbeiter sowie Berufstätige, die am Wochenende länger als unter der Woche arbeiten, sind besonders anfällig für Schlafprobleme. Für sie ist es besonders wichtig, unter Berücksichtigung beruflicher Vorgaben einen regelmäßigen Rhythmus zu entwickeln, um den Körper an das Schlafen und Wachsein innerhalb bestimmter Zeiten zu gewöhnen.

Lernen im Schlaf

Ein guter Tag-Nacht-Rhythmus hilft auch beim Lernen. In der Schule wie am Arbeitsplatz sind ausgeschlafene Menschen viel mehr bei der Sache, können mehr aufnehmen und neue Ideen klarer durchdenken.

Im Schlaf sortiert das Gehirn die Informationen des Tages und macht Platz für neue Informationen. Der Schlaf verankert das Langzeitgedächtnis und trägt manchmal sogar dazu bei, dass man ein Problem am nächsten Tag in kürzester Zeit lösen kann. Es ist also nicht sinnvoll, bis tief in die Nacht hinein zu studieren, um am nächsten Tag erfolgreicher zu sein.

EIN IRRTUM: Nicht bewiesen ist die Behauptung, man könne mit einer Tonbandkassette unter dem Kopfkissen schneller und besser lernen.

Parasomnien: Schlafwandeln und Pavor nocturnus

Der Begriff «Parasomnien» umfasst Störungen, die im ersten Drittel des Schlafes in den Schlaf einbrechen und zu einer Aktivierung der Gefühle und der Muskeln führen.
Die Betroffenen wechseln rasch zwischen Schlaf- und Wachzustand hin- und her. Sie wachen genug auf, um das emotionale Gehirn und die elementaren motorischen Zentren zu aktivieren, ohne jedoch die Funktionen des Nachdenkens und des Selbstbewusstein einzubeziehen. Es besteht deshalb auch eine Amnesie für die Erlebnisse.
Folgende Störungen werden zu den Parasomnien gezählt:

- **SCHLAFTRUNKENHEIT:** Verwirrtheit beim Aufwachen. Die Person weiss nicht, wo sie ist, verkennt Personen und kann die Situation nicht einordnen. Dauer: Minuten bis Stunden.

- **SCHLAFWANDELN:** Aufrichten und Gehen im Schlaf. Die Betroffenen erleben Trauminhalte, wo sie auf der Flucht sind und setzen sich zur Wehr, wenn sie aufgehalten werden. Oftmals treten gleichzeitig Herzklopfen und Schwitzen auf (vegetative Symptome). Die Betroffenen können sich nachher nicht mehr das Geschehen erinnern (Amnesie).

- **PAVOR NOCTURNUS:** Plötzliche intensive Furcht im Schlaf mit Schreien und allen vegetativen Zeichen der Angst: Herzklopfen, rasches Atmen, weit aufgerissene Augen, Muskelverspannung. Beim Aufwachen sind die Betroffenen noch einige Zeit verwirrt und können sich nicht mehr an das Ereignis erinnern (im Gegensatz zu Albträumen, wo der Traum bis ins Detail erinnert wird).

Kind wandelte im Schlaf auf 20 Meter hohes Dach

Schwabach – Bewohner eines Mehrfamilienhauses in Schwabach (Bayern) riefen nachts die Polizei: Ein Junge saß mitten auf dem Dachfirst, in 20 Meter Höhe. Auf Zurufe reagierte er nicht, immer wieder wankte er zur Seite. Ein Polizeibeamter kletterte zu dem Jungen hoch – und musste ihn wecken. Grund: Der 11-Jährige war ein Schlafwandler. Er hatte träumend das Fenster seines Kinderzimmers geöffnet, war über die Ziegel auf den Dachfirst geklettert. Die Feuerwehr brachte Polizisten und Schlafwandler in Sicherheit.

aus BILD

URSACHEN:

Die Störungen sind häufig bei Kindern. Bei Erwachsenen können sie durch Schlafmangel, Medikamente und seelischen Stress ausgelöst werden.
Insgesamt besteht aber kein höheres Risiko für eine psychische Krankheit.

Schlaf, Kindlein, schlaf!

Neugeborene schlafen pro Tag durchschnittlich 16 bis 18 Stunden, doch bald passen sie sich dem Rhythmus von Tag und Nacht an: Mit zwei Monaten schlafen oder ruhen die Hälfte der Neugeborenen nachts mindestens fünf Stunden, so dass sich der Schlafrhythmus der Eltern wieder etwas normalisieren kann.

HILFEN FÜR BABIES:

- Bringen Sie Ihrem Baby die Verbindung zwischen Bett und Schlafen bei.
- Legen Sie die Nacht als Zeit des Schlafens und den Tag als Zeit des Wachens fest. Spielen Sie in der Nacht grundsätzlich nicht mit Ihrem Kind.
- Bedenken Sie, dass auch der Schlaf der Eltern wichtig ist, um dem Kind die nötige Fürsorge und Stabilität zu geben.

HILFEN FÜR KLEINE KINDER

- Führen Sie regelmässige Schlafrituale zur Förderung der Schlafbereitschaft ein.
- Das vertrauensvolle Gute-Nacht-Gebet ist mehr als ein Ritual – es vermittelt dem Kind ein tiefes Urvertrauen in Gott, der über allem steht.
- Ängste und Albträume treten bei Kindern häufig auf. In extremer Form können sie eine Form der Parasomnie (vgl. Seite 21) sein, und müssen nicht auf tiefe psychische Störungen hinweisen.
- **VERÄNDERUNGEN UND SORGEN** können den Schlaf eines Kindes empfindlich stören, z. B. ungewohnte Aktivitäten (Campen), Krankheit oder familiäre Ereignisse (Umzug oder Geburt eines Kindes). Für Kinder ist es deshalb sehr hilfreich, ihre Sorgen mit den Eltern zu besprechen. Besprechen Sie Probleme oder notwendige Vorbereitungen auf ungewöhnliche Ereignisse stets tagsüber und nicht vor dem Schlafengehen, um diese Zeit von jeglicher Aufregung freizuhalten.

Lerchen und Eulen

Wie bei Erwachsenen unterscheidet man auch bei Kindern zwischen zwei unterschiedlichen Typen: es gibt Morgentypen bzw. **«LERCHEN»** und Nachttypen bzw. **«EULEN»**.
Die Eigenschaften, die einen Menschen zum Morgen- oder Nachttyp machen, manifestieren sich bereits sehr früh und bleiben ein Leben lang bestehen.

MEHR INFORMATION:

Ulrich Rabenschlag: So finden Kinder ihren Schlaf. Informationen und Hilfen für Eltern. Herder.

RATSCHLÄGE FÜR EINEN GUTEN SCHLAF BEI SCHULKINDERN

1. Kinder im Alter zwischen sieben und zehn Jahren brauchen durchschnittlich sechs Stunden Tiefschlaf und vier Stunden Zeit zum Träumen.

2. Ihr Schlaf vor Mitternacht, genauer vor ihrem biologischen Tiefpunkt in der Nacht, spielt für die Regenerierung der Körperkräfte eine wichtige Rolle, die durch den Schlaf in der zweiten Nachthälfte nicht ersetzt werden kann.

3. Weniger Schlaf vor Mitternacht führt zu vermehrten Anstrengungen des Schulkindes, sich selbst zu stimulieren. Es kommt zu Reizoffenheit und Überaktivität. Auch Fernsehkonsum ist eine Form der Überstimulation.

4. In dieser Zeit intensiven Lernens braucht das Kind einen hohen Traumanteil. Schlafstörungen verstärken nicht nur den Schlafdruck, sondern vermindern auch die Lernfähigkeit.

5. Die Angst vor Dunkelheit und Alleinsein macht jedes Kind durch. Andere Ängste werden oft durch das Fernsehen verursacht, oder durch Schulstress und Familienstreit.

6. Geben Sie dem Kind tagsüber Zeit sich auszutoben und verordnen Sie ab 20 Uhr eine Zeit der Ruhe ohne Aufregung und Fernsehen. So kann es am besten seinen Schlaf holen.

(nach Rabenschlag)

12. BIS 20. LEBENSJAHR

Der Abschnitt zwischen dem 12. und 20. Lebensjahr ist eine Phase raschen Wachstums und rasanter Entwicklungen, die in ihrer Schnelligkeit nur durch die Kindheit übertroffen wird.

Studien haben belegt, dass Teenager durchschnittlich eine Stunde mehr Schlaf benötigen als in den Jahren davor. Wenn sie so lange schlafen könnten, wie sie wollten, würden sie durchschnittlich ca. 9 Stunden schlafen. Gewöhnlich schlafen Teenager aber ca. 1 bis 2 Stunden weniger. Wegen Schlafmangels dösen sie im Unterricht ein und schlafen am Wochenende sehr lange, um die Schlafdefizite zu kompensieren.

Für die Eltern ist es in der Regel sehr schwer, das Schlafverhalten von Teenagern auf seine Normalität zu beurteilen. Späte Zubettgehzeiten, zu viele Hausaufgaben und Drogen (inkl. Alkohol) können den Schlaf von Teenagern negativ beeinflussen.

Schlafstörungen bei Depressionen

Praktisch jede Depression geht mit Schlafstörungen einher. Oftmals ist das Einschlafen verzögert, und der Schlaf wird durch häufige Unruhe, manchmal auch durch schwere, angstbesetzte Träume gestört.

Man unterscheidet drei Formen:

1. Einschlafstörungen: Es besteht eine verlängerte Einschlaflatenz (die Zeit vom Zu-Bett-Gehen bis zum effektiven Einschlafen).

2. Durchschlafstörungen: die Person wacht nachts auf und hat Mühe, den Schlaf wieder zu finden.

3. Frühes Erwachen: dieses ist besonders kennzeichnend für eine endogene Depression. Die Betroffenen wachen oft schon um drei oder vier Uhr auf und finden den Schlaf nicht mehr.

Veränderungen lassen sich auch in der Schlafarchitektur feststellen: Der Tiefschlaf ist vermindert und der REM-Schlaf wird in die erste Nachthälfte vorverschoben: Unruhige Träume sind die Folge.

DIE STRESSHORMONE (insbesondere Cortisol) sind in der Depression deutlich erhöht und tragen wesentlich zur Schlafstörung bei.

AUS DEM SCHLAFPROTOKOLL EINER DEPRESSIVEN PATIENTIN:

«Um 1.00 Uhr aufgewacht, hellwach, Schweiss, Herzklopfen, ca. um 3.00 ein wenig beruhigt, jedoch nicht mehr richtig eingeschlafen. Ca. seit 3 – 4 Tagen erneut alles viel stärker. Schlafe gut ein, bin aber 1 – 3 Stunden später wieder wach, Schweiss, Herzklopfen, unruhig, leichtes Angstgefühl, spüre sehr starke Unruhe, kein Entspannen im Kopf möglich, ewiger Druck und Anspannung im Kopf. Was plagt mich denn so?»

ZUR THERAPIE

In der Behandlung von Depressionen ist es deshalb wichtig, am Anfang auch etwas gegen die Schlafstörungen zu geben, um wenigstens in diesem Bereich eine Linderung herbeizuführen.

Zwei Strategien haben sich bewährt:

1. ANTIDEPRESSIVA, DIE DEN SCHLAF FÖRDERN (z. B. Trimipramin oder Mirtazapin). Mit der Besserung der Depression vermindert sich der Pegel der Stresshormone und es kommt zu einer Normalisierung des Schlafes. Dies gilt auch für Antidepressiva, die nicht unbedingt dämpfend wirken. Die Wirkung eines Antidepressivums setzt nach ca. 10 Tagen ein.

2. SCHLAFMITTEL können zu Beginn der Therapie den Leidensdruck deutlich vermindern und dem depressiven Patienten wenigstens in der Nacht eine Pause geben. Es ist darauf zu achten, dass die Schlafmittel reduziert werden, sobald das Antidepressivum greift.

SCHLAFENTZUG

Es erscheint beinahe paradox, dass bei manchen Depressionen ausgerechnet der Schlafentzug eine depressionslösende Wirkung haben kann, besonders bei so genannten saisonalen Depressionen, die regelmässig zur gleichen Zeit auftreten.

DURCHFÜHRUNG IN DER KLINIK:

Die Patienten werden über die mögliche Wirkung eines Schlafentzuges informiert und halten sich durch Gespräche, Spiele, oder durch gemeinsame Arbeiten (wie z.B. Kuchen backen) wach.

Am nächsten Tag nehmen sie am normalen Abteilungsprogramm teil und dürfen erst wieder am Abend ins Bett gehen.

Die Folgen sind erstaunlich: Nicht wenige Patienten erleben nach der durchwachten Nacht ein regelrechtes Hoch, wie sie es schon über Wochen und Monate nicht gekannt haben.

Leider hält die Wirkung nur begrenzt an. Doch für manche Patienten ist schon die Erfahrung, dass sich der depressive Nebel überhaupt durchbrechen lässt, bereits ein Grund für neue Hoffnung.

> «Die Last des kommenden Tages liegt auf mir wie ein zentnerschwerer Berg, der mich zu erdrücken droht. Ich fühle mich erschöpft, wie gerädert, und doch kann ich keine Ruhe mehr finden! Das Warten auf den Morgen ist eine unendlich scheinende Qual.»

Schlafstörung und Psychose

Psychosen sind Erkrankungen, bei denen Denken und Fühlen nicht mehr unter der bewussten Kontrolle eines Menschen stehen. Oftmals werden die psychischen Störungen auch von Störungen der Aktivität und der biologischen Rhythmen begleitet.

Zu den Psychosen gehören u.a.:

- Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis.
- Manische Phasen bei der manisch-depressiven Erkrankung.
- Drogen- oder medikamenten-induzierte Psychosen.

Bei manischen Phasen empfinden die Patienten ein Gefühl der Stärke und der Vitalität. Das Schlafbedürfnis ist vermindert und geht mit übermäßiger Aktivität einher, die oft keine Rücksicht auf die Bedürfnisse anderer nimmt (z.B. lautes Radiohören mitten in der Nacht). Bei schizophrenen Psychosen kann es auch zu einer Tag-Nacht-Umkehr kommen.

Schlafstörungen sind ein feiner Indikator, dass die Erkrankung wieder stärker wird. Es empfiehlt sich, die Medikamente so einzustellen, dass die betroffene Person regelmäßig erholsam schlafen kann.

Träume – Fenster der Seele oder nächtlicher Hausputz?

Alle Menschen kennen Träume in ihrem Leben, die sie stark beschäftigen. Dabei scheinen die Bilder, die einem am Morgen noch präsent sind, oft wirr, ohne klaren Zusammenhang, manchmal gar anstössig. Schreibt man den Traum nicht auf, so verflüchtigt sich das Erlebte ohne weitere Erinnerung.

> «Ähnlich einem Funker, der eine verstümmelte Morsemeldung erhält und versucht, aus dem Punkt- und Strichsalat sinnvolle Sätze zu rekonstruieren, versucht das Hirn, aus dem Impuls-Chaos einen Sinn herauszulesen – deswegen sind Träume so wirr wie ein Stück von Beckett und ebenso deutungsschwanger.»

Während die einen im Traum immer eine tiefere Bedeutung sehen – «Jeder Traum enthält eine Botschaft des Unterbewusstseins» – behaupten radikale Neurologen, Träume seien nichts anderes als die physiologische Reaktion des Großhirns auf ein ungeordnetes Trommelfeuer von Nervenimpulsen, durch das nützliche Erinnerungsmuster verstärkt und irreleitende gelöscht würden – ein nächtlicher Hausputz des Gehirns sozusagen.

Die moderne Schlafforschung geht eher einen Mittelweg: In der Tat braucht das Gehirn die Ruhe der Nacht, um all die vielen Informationen des Tages zu sortieren. Doch diejenigen Themen, die stark von Gefühlen und Konflikten besetzt sind, werden stärker ins Traumbewusstsein kommen und den Schlafenden stärker beschäftigen.

Ein sorgfältiges Herangehen an den Traum kann deshalb viele Facetten ansprechen, die für die betroffene Person wichtig sind und sie besser verstehen lassen, wer sie ist.

GESCHEHNISSE IM SCHLAF

- haben eine wichtige Bedeutung für die seelische Gesundheit und das Wohlbefinden
- sind abhängig von der aktuellen Lebenssituation und der Lebensgeschichte eines Menschen
- sind beeinflussbar und therapeutisch relevant

INTERESSANTE FAKTEN

- Erinnerte Träume machen nur einen Bruchteil der nächtlichen Hirnaktivität (ca. 2%) aus.
- Erinnert wird meist nur die letzte Traumepisode.
- Traumerleben wirkt sich auch auf den Körper aus (z.B. Herzklopfen bei Angst).

Häufige Themen

- Peinlichkeiten (man steht ohne Kleider da; hat etwas Wichtiges vergessen etc.)
- Flucht vor Verfolgung
- Fallen ins Nichts
- Angriff oder Überfall
- Fliegen können
- Sich verirren
- Versagen in einer Prüfung
- Erotische Phantasien
- Reisen (im Zug, Auto, Schiff)

Archetypen

C.G. Jung ging davon aus, dass in den Träumen uralte Weisheit auftauche, die ihren Ursprung im «kollektiven Unbewussten» habe. Aus dieser tiefen Schicht tauchten dann Urbilder der Menschheit auf, die man aus Märchen und Mythen kennt. Sie symbolisieren typische Erfahrungen, die Menschen während aller Jahrtausende immer wieder gemacht haben. Hier einige Beispiele:

- **ENGEL UND DÄMONEN**, Helden und Götter, magische Gegenstände (Steine, Kelch, ein Schiff).
- **TIERE**, die reden können; Tiere der Kraft, wie Adler, Bär und Wolf; der Schmetterling als Symbol der Wandlung.
- **ANIMUS** – die Seele in ihrer männlichen Form; namen- und gesichtslose Figuren, etwa «ein Soldat», «der Lehrer».
- **ANIMA** – die Seele in ihrer weiblichen Form, ebenfalls namen- und gesichtslos, etwa «eine weisse Frau», «ein Mädchen».
- **DER SCHATTEN** ist diejenige Seite in uns, die nicht in unser Selbstbild passt – das Abgelehnte oder Böse in uns.

Der Traum vom Fliegen ist mehr als das Produkt der Hirnimpulse beim Rollen der Augäpfel in der REM-Phase.

Jeder Traum ist eine ganz persönliche Erfahrung des einzelnen. Das gleiche Traumbild kann ganz unterschiedliche Bedeutungen für verschiedene Leute haben. Es wird durch ihre individuellen Erfahrungen, ihren Lebenskontext und den Kontext des Traumes bestimmt, in dem das Bild auftritt.

WODURCH WERDEN DIE THEMEN IM TRAUM VORGEGEBEN?

- Erinnerungen an aktuelle Ereignisse des Tages («Tagesrest»).
- Erinnerungen an die Kindheit.
- Erinnerungen, die mit starken Gefühlen verbunden sind.
- (uneingestandene) Wünsche, Begierden, Hoffnungen und Ängste.

Traumsymbole

In vielen Träumen kommen Gegenstände, Orte oder Handlungen vor, die auf den ersten Blick nicht logisch erscheinen. In der Sprache der Traumdeutung spricht man von „Symbolen".

Auch wenn viele dieser Traumelemente vielleicht nur Erinnerungsfetzen sind, so können sie doch die träumende Person anregen, über sich selbst und ihr Leben nachzudenken.

«Unsere Traumintelligenz drückt sich mit Hilfe dieser Symbolsprache sehr anschaulich in Bildern aus, die unmittelbar unsere Gefühle ansprechen. Diese Bilder sind wie Kürzel – ein Symbol erzählt eine ganze Geschichte, und ein einziges solches Bild kann spontanes Verstehen schaffen, weil es uns tief emotional berührt.» (Vollmar)

«Ich halte die Symbolsprache für die einzige Fremdsprache, die jeder von uns lernen sollte»

Erich Fromm

Traumsymbole bedeuten nicht für jede Person dasselbe. Einige Fragen, die den Symbolgehalt erhellen können:

- Wo habe ich diesen Gegenstand schon einmal gesehen?
- Was hat er mir in der Vergangenheit bedeutet?
- Was bedeutet er mir jetzt?
- Welchen Sinn könnte er verkörpern?

Manche Menschen führen deshalb ein persönliches Traumsymbol-Buch mit Bildern, die für sie eine besondere Bedeutung haben.

SO FÜHREN SIE EIN TRAUM-TAGEBUCH

- Legen Sie Papier und Stift am Bett bereit.
- Gehen Sie den Traum vor dem Aufschreiben zweimal durch, damit Sie nicht wichtige Details vergessen.
- Notieren Sie dann möglichst alles, was Sie im Traum gesehen, erlebt und gefühlt haben – in Ich-Form, im Präsens und ohne Deutung.
- Notieren Sie anschliessend, mit welchen Gefühlen Sie aufgewacht sind, und Ihre ersten Assoziationen und Deutungsansätze. (nach Vollmar)

DAS TRAUMSYMBOL WASSER

deutet in der Traumsymbolik auf Gefühle hin (Tiefe und Beweglichkeit). Doch es kommt ganz auf die Erfahrungen an, die jemand mit Wasser gemacht hat, ja sogar auf die Kultur. Ein Seemann wird Wasser ganz anders erleben (vielleicht als bedrohliche Tiefe) als ein Nomade in der Wüste (Wasser als labendes Element, Ziel der schier endlosen Reise durch die flirrende Hitze).

Fragen zur Deutung von Träumen

FRAGEN	ANMERKUNGEN
Die ratsuchende Person erzählt in kurzen Zügen ihren Traum. Dieser wird dann anhand der folgenden Fragen besprochen:	Der Traum wird als Geschichte, als Metapher, als Märchen mit einem verfremdeten Sinn betrachtet, der durch die Fragen auf das persönliche Leben angewendet wird.
Was ist mein Hauptgefühl? (Intensivste Stelle)	
Wie sehe ich mich selbst? Welchen Wert, welche Bedeutung gebe ich mir?	
Wie sehe ich die andern? (nahe stehende Menschen) — Welche Bedeutung haben sie für mich?	
Wie sehe ich die Welt? (Fernstehende) — Wie fühle ich mich in der Welt?	
Wie aktiv oder passiv bin ich? Was kann ich?	
Wie würde ich den Verlauf des Traumes wünschen?	
Welchen Bezug zur Gemeinschaft habe ich?	
Was will ich erreichen? Welches Ziel verfolge ich?	
Welche Methoden oder Verhaltensweisen wende ich an?	
Welcher Bezug besteht zur Gegenwart?	
Welche Herausforderung für das Leben enthält der Traum?	
Ergänzende Bemerkungen	

In dem preisgekrönten Film «Lola rennt» erlebt die Heldin den drohenden Tod ihres Freundes, wenn sie ihm nicht rechtzeitig zu Hilfe kommt. Drei mal träumt sie ihr gehetztes Rennen gegen die Zeit. Durch die Veränderung der Situation ist es schließlich möglich, ihn in einer atemberaubenden Aktion in letzter Minute zu retten. Lola's atemloses Rennen widerspiegelt ein häufiges Thema von Ängsten im Traum.

Albträume

Albträume sind Alarmrufe der Seele, die uns drastisch klar machen, dass etwas nicht stimmt. Oft sind die Traumbilder aber so verzerrt, dass man zuerst herausfinden muss, wodurch die Seele so aufgewühlt wird.

Albträume sind oft Ausdruck innerer Konflikte oder Hinweis auf eine sich abzeichnende Lebenskrise, die grosse innere Angst auslöst.

Zwischen Träumetrümmern lieg ich,
wünsche dieser Qual ein Ende,
in zerwühlte Kissen schmieg ich
heisse Wangen, feuchte Hände.

Hermann Hesse

UMGANG MIT ALBTRÄUMEN:

Fragen Sie sich, welche Konflikte Sie beschäftigen. Was macht Ihnen Angst? Welche Situation erscheint Ihnen aussichtslos oder erstickend?

Denken Sie aber auch an die positiven Aspekte: Der Albtraum zeigt Ihnen vielleicht auch schon Wege zu einer Lösung.

Warnträume

Warnträume sind eine Form von Albträumen. Sie sind sehr intensiv, werden nicht vergessen, werden meist überdeutlich im Detail erinnert und spuken einem noch lang im Kopf herum. Der Träumer wird emotional überaus stark angesprochen. Oft enthält der Warntraum eine Warnung an eine geliebte Person, für die man Schaden befürchtet.

Ob allerdings der Traum eine echte Warnung darstellt oder einfach eine übermässige Angst, zeigt sich erst durch den Lauf der Dinge.

BEISPIEL: Die Frau des Pilatus ließ ihrem Mann eine Warnung zukommen: «Habe nichts zu schaffen mit diesem Gerechten. Ich habe heute viel erlitten im Traum seinetwegen!»

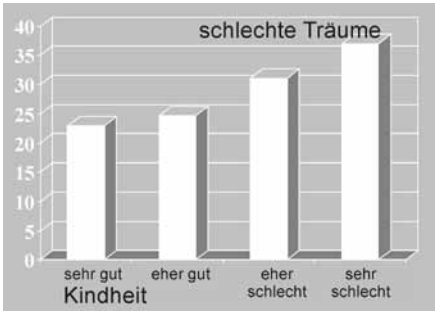
Albträume und seelisches Trauma

Schwere seelische Erfahrungen wie etwa das Miterleben einer Katastrophe, Misshandlung durch Folter oder Kriegsgefangenschaft (z.B. bei Flüchtlingen), aber auch Gewalt in der Familie oder ein sexueller Missbrauch können schwere Schlafstörungen nach sich ziehen.

Typischerweise halten derartige Schlafstörungen auch noch an, wenn das Trauma längst vergangen ist. Die schrecklichen Erlebnisse werden immer wieder erlebt und tauchen auch in wiederholten, stark belasteten Träumen auf.

Diagnostisch spricht man von einer «posttraumatischen Belastungsstörung» (PTBS). Studien haben gezeigt, dass Erwachsene umso häufiger über schlechte Träume klagen, je öfter sie ihre Kindheit als schlecht erlebt haben (vgl. untenstehende Statistik).

Ein Plakat der Opferschutzorganisation «Dunkelziffer» (www.dunkelziffer.de)



Je schlechter die Kindheit war, desto häufiger werden selbst von gesunden Menschen schlechte Träume berichtet. (nach einer Umfrage des Basler Psychologen R. Bader)

UNTEN: *Zeichnung eines kurdischen Mannes, der gefoltert wurde und unter dauernden Albträumen leidet.*

Schlafen und Träumen in der Bibel

- **GOTT REDET MIT DEN MENSCHEN DURCH TRÄUME UND «GESICHTE».**

- **GOTT SAGT MENSCHEN SEINE GEGENWART IM TRAUM ZU.** Auf seiner Flucht sah der Erzvater Jakob im Traum eine Leiter, die bis in den Himmel reichte (1. Mose 28,10–16). «Als nun Jakob von seinem Schlaf aufwachte, sprach er: Fürwahr, der Herr ist an dieser Stätte, und ich wusste es nicht!»

- **IM TRAUM WIRD DIE ZUKUNFT GEZEIGT.** Joseph träumt die Zukunft voraus, kann Träume deuten und prägt das Leben Ägyptens durch seine weisen Ratschläge. Daniel kann Träume deuten und wird zu einem bedeutenden Ratgeber im alten Persien.

- **TRÄUME DIENEN ALS WARNUNG.** «Geht nicht zurück auf dem gleichen Weg zurück.» (Warnung an die Weisen aus dem Morgenland). –
«Gott kam zu Laban, dem Aramäer, im Traum des Nachts und sprach zu ihm: Hüte dich, mit Jakob anders zu reden als freundlich.» (1. Mose 31,24)

- **ABER:**
TRÄUME KÖNNEN AUCH TÄUSCHEN UND IN DIE IRRE FÜHREN: «Sie sagen: Mir hat geträumt, mir hat geträumt. Lüge weissagen sie und ihres Herzens Trug. Ein Prophet, der Träume hat, der erzähle Träume; wer aber mein Wort hat, der predige mein Wort recht.» (Jeremia 23,26–28)

Jakob's Leiter auf einer alten koptischen Ikone.

DER SCHLAF IST WICHTIG, UM VON DEPRESSIONEN ZU GENESEN UND EINEM BURNOUT VORZUBEUGEN:

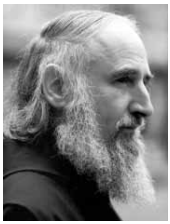
- Der Prophet Elia litt unter einer schweren Erschöpfungsdepression. Schließlich rannte er, lebensmüde, hinaus in die Wüste.

«Und er legte sich hin und schlief unter dem Wacholder. Und siehe, ein Engel rührte ihn an und sprach: Steh auf und iss! ... Und als er gegessen und getrunken hatte, legte er sich wieder schlafen.» (1. Könige 19,3 – 8) Erst danach bekam er einen neuen Auftrag.

Träume auf dem geistlichen Weg

«In den Träumen spricht Gott mit uns, aber es ist eine dunkle Sprache, eine Sprache in Rätseln. Wir sind jedoch darauf angewiesen, auf die Träume zu hören, wenn wir Gottes Wort für uns vernehmen wollen, wenn wir wissen wollen, wie wir richtig leben können.

In unserem bewussten Leben sind wir oft blind und taub gegenüber Gott. Wir übersehen, was er uns sagen will. Wir hören nur auf unsere eigenen Gedanken oder auf die Menschen um uns herum. Aber wir überhören Gottes Stimme. Da muss Gott sich in unseren Träumen vernehmbar machen.



Anselm Grün

Wenn die Bibel von Visionen spricht, dann meint sie nicht außergewöhnliche Ereignisse. Es sind Erscheinungen für Menschen gemeint, Erscheinungen, die sich in unserer Psyche bemerkbar machen und die wir mit unserem inneren Auge wahrnehmen können.

Auch zu uns möchte Gott in der Nacht sprechen. Dann, wenn wir das Heft aus der Hand gegeben haben, kann er viel leichter zu uns vordringen. Doch es bedarf unserer Ehrfurcht und innerer Wachsamkeit, um Gottes Wort in der Nacht zu vernehmen.

Die Bilder stellen uns vor die Aufgabe, unseren gegenwärtigen Zustand genau zu betrachten und uns auszusöhnen mit unseren Wunden, unsere Wunden Christus hinzuhalten und sie von ihm heilen zu lassen.»

GOTTESDIENSTE FÜR SCHLAFLOSE

Pfarrer Erwin Anderegg, ehemaliger Seelsorger der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel gestaltete über viele Jahre Gottesdienste für Schlaflose unter dem Thema **«AUF DER SCHWELLE ZUR NACHT»**. Er berichtet:

«Gott wohnt nicht nur im Licht. Er kann auch im Dunkel gegenwärtig sein. Die Teilnehmenden erhielten Kerzen, die an der Osterkerze entzündet wurden und brachten sie als Lichter der Hoffnung in die Mitte. Musik (klassische Gitarre), unter seelsorgerlichen Aspekten ausgewählt, erhielt besondere Bedeutung. Biblische Texte oder Legenden bildeten den Ausgangspunkt zu meditativen Auslegungen. Das Christusmahl verband uns miteinander. Jemand sagte: «Es war wie eine Art geistige Nachtapotheke.»

Unsere Gottesdienste haben nicht das Ziel, die Teilnehmenden zum Schlaf zu bringen, sondern sie sinnvoll und in Gemeinschaft wachen zu lernen. Dies kann allerdings von so viel inneren Zwängen befreien, dass Teilnehmende manchmal nach ihrer Heimkehr den schon nicht mehr erhofften Schlaf gefunden haben.»

MEHR INFORMATION:

Anselm Grün: Träume auf dem geistlichen Weg. Münsterschwarzach.

Wann sind Schlafmittel sinnvoll?

Schlaftabletten können einen gesunden und erholsamen Schlaf unterstützen und die Wachheit am Tage steigern. Allerdings hält die positive Wirkung nicht lange an, da Schlaftabletten die eigentlichen Ursachen nicht beseitigen.

Vor jeder medikamentösen Behandlung sollte grundsätzlich eine Beratung beim Hausarzt erfolgen, der erst nach einer gründlichen Untersuchung und entsprechender Diagnose die geeignete Behandlungsmethode empfehlen kann.

KURZFRISTIGER GEBRAUCH

Der kurzfristige Gebrauch von Schlaftabletten kann bei folgenden Problemen helfen:

JET LAG: Zeitliche Verschiebungen der Schlaf- und Wachzeiten beim Wechsel von Zeitzonen können sowohl Insomnie als auch Tagesschläfrigkeit auslösen. Schlaftabletten, die zur Gewöhnung des Körpers an die neue Zeitzone über einen Zeitraum von 1 bis 3 Tagen eingenommen werden, können zur Verbesserung des Schlafes beitragen und Tagesschläfrigkeit mindern.

SCHICHTWECHSEL: Zur Vermeidung eines durch Schichtarbeit bedingten „chronischen Jet Lag“ können Schlaftabletten durchaus nützlich sei. Sie erleichtern das Einschlafen und fördern die Wachheit während der Schicht, wenn sie beim Schichtwechsel über 1 bis 3 Tage eingenommen werden.

AKUTER STRESS: Schlaftabletten können dazu beitragen, die streßbedingte Entwicklung langwieriger Schlafschwierigkeiten zu verhindern, die ansonsten, z. B. bei einem Todesfall in der Familie oder durch den Wechsel des Arbeitsplatzes, leicht entstehen können.

VORHERSEHBARER STRESS: Schlaftabletten können bei vorhersehbarem Streß sehr nützlich sein, wenn sie bewußt eingesetzt werden. So können sich beispielsweise Menschen eine unruhige und schlaflose Nacht ersparen, die vor wichtigen beruflichen Terminen generell nicht schlafen können.

CHRONISCHE SCHLAFLOSIGKEIT: Die Verfügbarkeit von Schlaftabletten wirkt auf Menschen, die unter chronischer Insomnie leiden, sehr beruhigend. Schlafmittel bieten schnelle Hilfe bei periodisch auftretender Insomnie und mindern die mit Schlaflosigkeit einhergehende Anspannung und Beunruhigung.

BESTIMMTE ERKRANKUNGEN: Bei periodischen Gliedmaßenbewegungen können Schlaftabletten zur Verbesserung des Schlafes beitragen.

Einige Regeln

UMGANG MIT SCHLAFMITTELN
Es wird empfohlen, 1 bis 2 Nächte lang eine Schlaftablette einzunehmen und diese in den nachfolgenden 1 bis 2 Nächten wieder abzusetzen, nachdem sich der Schlaf verbessert hat.

Normalerweise werden Schlaftabletten für maximal 3 Wochen verschrieben. Der tägliche Gebrauch ist nur in absoluten Ausnahmefällen und unter ärztlicher Kontrolle zu empfehlen. Schlaftabletten sollten niemals zusammen mit Alkohol eingenommen werden.

REZEPTFREIE SCHLAFMITTEL enthalten meistens einschläfernd wirkende Antihistamine. Ihre Wirkung kann ebenso wie bei rezeptpflichtigen Mitteln bis zum nächsten Tag anhalten, weshalb sie mit Vorsicht zu gebrauchen sind.

WIRKUNGSDAUER:

MITTEL MIT KURZER WIRKUNGSDAUER sollen ihre Wirkung während des Schlafes entfalten und danach schnell abklingen, um unerwünschte Schläfrigkeit am Tage zu vermeiden. Zu den kurzzeitig wirkenden Schlafmitteln zählen Triazolam, Temazepam und Zolpidem.

MITTEL MIT LANGER WIRKUNGSDAUER dehnen ihre Wirkung auf den folgenden Tag aus und eignen sich somit nur, wenn – z. B. bei Krankheit oder übermäßiger Aufregung – Bettruhe verordnet wurde und somit Müdigkeit am Tag ausdrücklich erwünscht ist.

5 K-REGEL

- Klare Indikation
- Kleinstmögliche Dosierung
- Kürzestmögliche Behandlungszeit bis maximal 4 Wochen
- Keinesfalls abrupt absetzen
- Kontraindikationen beachten

Pflanzliche Mittel

JOHANNISKRAUT (Hypericum perforatum): milde stimmungsaufhellende Wirkung

HOPFENZAPFEN (Lupuli strobulus): beruhigende und schlaffördernde Wirkung

MELISSENBLÄTTER (Melissae folium): leicht dämpfende und beruhigende Wirkung

PASSIONSBLUMENKRAUT (Passiflorae herba): leicht sedierende Wirkung

BALDRIANWURZEL (Valerianae radix): beruhigende und schlaffördernde Wirkung

KRÄUTERTEES UND PFLANZLICHE MISCHPRÄPARATE Nebenwirkungsrate in der Regel sehr gering.

Baldrian-Wurzel

10 Tipps zur Schlafhygiene

1 **DAS SCHLAFZIMMER** sollte ruhig und gut belüftet sein. Idealtemperatur ca. 14 bis 18 Grad. Wohliges Bett; Decke nicht allzu schwer.

2 **KEINE SCHWERE MAHLZEIT** vor dem Schlafengehen. Meiden Sie fette, scharf gewürzte Speisen.

3 **ALKOHOL** mag zwar beruhigen und dämpfen, aber der spätere Schlafrhythmus wird gestört. Verzichten Sie am späten Nachmittag auf Kaffee und Cola. Auch Schwarztee enthält Coffein.

4 **KÖRPERLICHE TÄTIGKEIT** fördert die Müdigkeit. Keine Spitzenleistungen, dafür ein Abendspaziergang (vielleicht mit dem Hund?).

5 **TRAINING** des vegetativen Nervensystems. Manche haben gute Erfahrungen mit warmen und kalten Duschen oder mit einem kalten Fussbad.

6 **«ABSCHALTEN» AM ABEND.** Vermeiden Sie alles, was den Adrenalinpegel hochtreibt. Schalten Sie den Computer um spätestens 19.00 Uhr ab; lesen Sie etwas Leichtes, keine Arbeitsunterlagen mehr! Ziehen Sie evtl. den Telefonstecker aus und schalten Sie das Handy aus! TV-Konsum begrenzen. Verzichten Sie auf die Spätnachrichten. Morgen ist wieder ein Tag.

7 **REGELMÄSSIGKEIT UND «ABENDRITUALE»:** Zur gleichen Zeit zu Bett gehen und am Morgen aufstehen. Eine gewisse Routine am Abend bereitet die Seele vor zum Einschlafen.

8 **NICHT LÄNGER IM BETT** sein als notwendig. Lieber aufstehen und lesen als sich stundenlang im Bett wälzen.

9 **PARADOXIE:** «Ich will gar nicht einschlafen»; Durchbrechen des Terrors der Erwartungshaltung.

10 **SCHLAFMITTEL** zurückhaltend einsetzen. Versuchen Sie auch natürliche Mittel oder Grossmutters Milch mit Honig.

GEBEN SIE SICH ZEIT und verlieren Sie nicht die Hoffnung. Wenn Sie diese Regeln einhalten, wird sich der Schlaf wieder weitgehend normalisieren. Eine gelegentliche unruhige Nacht ist nicht schädlich. Deshalb: keine übertriebenen Befürchtungen; der Schlaf reguliert sich selbst.

Das richtige Bett

Die Möbelindustrie bringt regelmäßig Ratgeber rund ums Bett heraus. Hilfreiche Infos finden sich auf folgender Homepage:

www.schlafkampagne.de

Strategien gegen die Schlaflosigkeit

Die Schlafkur ist als ein dreiwöchiges Programm angelegt. Die erste Woche ist dazu da, Ihre gegenwärtigen Schlafgewohnheiten zu überprüfen und für die Abtragung der Schlafschuld und die Erreichung eines schlaffreundlicheren Lebens bestimmte Ziele festzulegen.

KURREGELN: In diesen drei Wochen ist der Schlaf König. Wenn Sie zwischen zwei Aktivitäten schwanken, wählen Sie jene, die den Schlaf begünstigt. Setzen Sie den Schlaf an die erste Stelle!

WOCHE 1

▶ Führen Sie ein Schlaftagebuch (vgl. S. 39) und machen Sie sich mit Ihren gegenwärtigen Schlafgewohnheiten vertraut. Finden Sie heraus, wieviel Schlaf Sie brauchen und wieviel Sie bekamen.

▶ Überprüfen Sie Ihren Lebensstil auf Verhinderungen des Schlafs: Führen Sie Buch über Ihren Kaffeekonsum, halten Sie jede körperliche Übung fest und wie viel Zeit Sie im Freien verbringen.

▶ Zeichnen Sie Ihre normale Zubettgehroutine auf. Achten Sie darauf, ob das Fernsehen Sie mehr oder weniger müde macht. Macht Sie das Lesen schläfrig, oder weckt es Sie auf? Arbeiten Sie im Bett? Telefonieren Sie? Woran denken Sie gewöhnlich, wenn Sie im Bett liegen? Denken Sie an die Arbeit des nächsten Tages? Befolgen Sie in der halben Stunde, bevor Sie ins Bett gehen, eine feste Routine, oder ändert sich das?

▶ Halten Sie fest, welche Medikamente Sie nehmen, einschließlich der frei verkäuflichen Medikamente, verschriebenen Medikamente und Freizeitdrogen.

▶ Verwandeln Sie Ihr Bettzimmer in ein Schlafzimmer: Kaufen Sie etwas für Ihr Schlafzimmer, ein bequemes Kissen, neue Bettwäsche. Wenn Sie Licht stört, suchen Sie einen Weg, Ihr Zimmer in der Nacht abzudunkeln. Besorgen Sie sich Nachtlampen, um sie nachts anstatt der Deckenlichter zu benutzen, besonders für das Badezimmer.

▶ Überprüfen Sie am Abend Ihr Schlaftagebuch: Halten Sie fest, wie schläfrig oder wach Sie sich an diesem Tag alle zwei Stunden fühlen, um sich ein vollständiges Bild von Ihren Hoch und Tiefpunkten während des Tages zu machen.

▶ Versuchen Sie Ihren Kaffee- und Alkoholkonsum auf die Hälfte zu reduzieren, und fangen Sie heute damit an.

▶ Sonntagabend: Nehmen Sie ein heißes Bad, und stellen Sie sich auf die kommende Schlafwoche ein.

WOCHE 2

Jetzt, da Sie Ihr gegenwärtiges Schlafleben gut im Griff haben, ist es Zeit, Ihr Heim in Ordnung zu bringen. Bauen Sie schlaffreundliche Aktivitäten in Ihre Tage und Nächte ein. ▶▶▶

▶ **FORTSETZUNG**
in dem Buch von Dement & Vaughan: **DER SCHLAF UND UNSERE GESUNDHEIT.** München.

Wann ist ärztliche Hilfe erforderlich?

Wenn Sie unter Schlafstörungen leiden, die länger als einen Monat andauern und sich sowohl auf Ihre Leistungsfähigkeit als auch Ihr Wohlbefinden am Tage auswirken, sollten Sie den Hausarzt aufsuchen und gegebenenfalls um eine Überweisung an einen Schlafmediziner bitten.

Ihre Krankengeschichte, körperliche Untersuchungen sowie Laboruntersuchungen – z.B. Hormonanalysen – können wichtige Hinweise für die Ursache einer Schlafstörung liefern. Auch die Lebenspartner können wichtige Informationen über das Schlafverhalten geben, z. B. über lautes Schnarchen oder auffällig unruhigen Schlaf. Der behandelnde Arzt muss außerdem wissen, ob die Schlafstörung Schläfrigkeit oder Depressionen hervorruft oder das Leben eines Patienten auf andere Weise beeinträchtigt.

Wenn Sie bereits früher an einer Depression oder an einer Psychose gelitten haben, können Schlafstörungen ein Zeichen dafür sein, dass die Erkrankung wieder stärker wird. Besprechen Sie die Situation mit Ihrem Psychiater und prüfen Sie, ob eine Anpassung der Medikamente nötig ist.

Nicht jeder Mensch braucht acht Stunden Schlaf. Beobachten Sie Ihr eigenes Schlafverhalten und ermitteln Sie, welche Schlafdauer für Sie ausreichend ist.

Wenn Insomnie durch schlechte Schlafgewohnheiten verursacht wird, genügt in der Regel eine Beratung beim Hausarzt, um Ein- und Durchschlafschwierigkeiten abzustellen.

So führen Sie ein Schlaftagebuch

NACH DEM AUFWACHEN AUSFÜLLEN:

- Zu welcher Uhrzeit sind Sie zu Bett gegangen: .....
- Wann sind Sie eingeschlafen: .....
- Wann sind Sie aufgewacht: .....
- Wie oft sind Sie in der Nacht aufgewacht: .....
- Dauer des nächtlichen Wachseins: .....
- Nächtliche Schlafdauer insgesamt: .....
- Bemerkungen zum Charakter des nächtlichen Schlafs: .....
- Fühlen Sie sich morgens nach dem Aufstehen erschöpft? Ja Nein
- Wenn ja, wie lange dauert dieser Zustand? .....

AM ABEND AUSFÜLLEN:

- Haben Sie ein Nickerchen gemacht?
- Dauer: .....
- Bemerkungen zum Charakter des Nickerchen: .....

Notieren Sie, unter Zuhilfenahme der Stanforder Müdigkeitsskala, den tagsüber festgestellten Zustand Ihrer Schläfrigkeit / Wachheit (1 – 7):

6 Uhr:	16 Uhr: .....
8 Uhr:	18 Uhr: .....
10 Uhr:	20 Uhr: .....
12 Uhr:	22 Uhr: .....
14 Uhr:	

STANFORDER MÜDIGKEITSSKALA

1. Sie fühlen sich voller Tatkraft und Lebensfreude, munter und hellwach.
2. Ihre Leistungsfähigkeit ist auf einem hohen Niveau, wenn auch nicht auf dem Gipfel.
3. Sie sind entspannt, nicht durch und durch munter, aber aufnahmefähig.
4. Sie fühlen sich ein wenig benommen, keineswegs auf der Höhe, mitgenommen.
5. Sie fühlen sich müde, interesselos, abgespannt.
6. Sie fühlen sich schläfrig und möchten sich am liebsten hinlegen.
7. Sie sind fast im Halbschlaf und können sich kaum wach halten.

Führt man über mindestens eine Woche ein solches Schlaftagebuch, erhält man schliesslich ein klares Bild des eigenen Schlafprofils. Noch deutlicher wird dies, wenn Sie die gewonnenen Daten in einem Diagramm festhalten.

Prüfen Sie die jeweilige Uhrzeit Ihres Zubettgehens und Aufwachens, und berechnen Sie die Gesamtdauer Ihrer nächtlichen Schlafzeiten.

Bedenken Sie, daß es an Wochenenden womöglich zu Veränderungen im Ablauf Ihres Schlafs kommt. Achten Sie auf Unterschiede, die im Verlauf eines Tages auftreten. Gib es Zeiten, wo diese Werte durchgängig hoch oder niedrig liegen?

WEITERE INFORMATIONEN:

Dement W. & Vaughan C.: Der Schlaf und unsere Gesundheit. München.

Literatur

Die folgenden Bücher enthalten weitere Informationen zur Thematik dieses Arbeitsheftes. Im Rahmen der knappen Übersicht ist es jedoch nicht möglich, alle Aspekte ausreichend zu beleuchten.

Dement W. & Vaughan C.: Der Schlaf und unsere Gesundheit. Limes.

Füller I.: Fit durch gesunden Schlaf. Stiftung Warentest.

Coren S. (1999) Die unausgeschlafene Gesellschaft. Rowohlt.

Degen R. (1997) Der kleine Schlaf zwischendurch. Rowohlt.

Friebel V. (1990) Schlafprobleme aktiv angehen. Trias.

Grün A.: Träume auf dem geistlichen Weg. Vier-Türme-Verlag.

Meier P. & Wise R.: Träume – Fenster der Seele. Brendow.

Mertens W.: Traum und Traumdeutung. C.H.Beck.

Rabenschlag U.: So finden Kinder ihren Schlaf. Informationen und Hilfen für Eltern. Herder.

Sturm A. und Clarenbach P.: Checkliste Schlafstörungen. Thieme-Verlag.

Vollmar K.: Träume erinnern und richtig deuten. Gräfe und Unzer.

Zulley J., Knab B. (2000) Unsere Innere Uhr. Herder Spektrum, Freiburg.

Zulley J. : Mein Buch vom guten Schlaf. München: Zabert-Sandmann.

Internet-Ressourcen

www.charite.de /sleep/dgsm/rat/ – Die Textsammlung „Schlafstörungen und ihre Behandlungsmethoden - Ratgeber für Patienten“ wurde aus dem Amerikanischen übersetzt und zu 16 Kapiteln zusammengestellt. — sehr informativ!

www.schlafmedizin.de/
Schlafmedizinisches Zentrum der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Regensburg.

www.schlaflabor.de — Ausführliche Informationen zu den Aufgaben und Möglichkeiten eines Schlaflabors.

ALLGEMEINER HINWEIS:
Unter der Adresse ***www.google.de*** können Sie jedes Schlagwort im Netz finden.

TRAUMA

Die Wunden der Gewalt

SEELISCHE TRAUMATISIERUNG
KOMPLEXTRAUMA
PTSD

URSACHEN — FOLGEN
BEWÄLTIGUNG

Inhalt

Leben in einer zerbrochenen Welt 2
Diagnostische Kriterien PTBS 4
Folgen von lang dauerndem Extremstress 5
Wie toxisch ist ein Trauma 6
Verzögertes Auftreten im Alter 7
Komorbidität — Zusätzliche Probleme 8
Verlaufsformen 9
Flashbacks — Hypervigilanz — Vermeidung 10
Trauma und Gehirn 12
Sensibilität und Disposition 14
Sexueller Missbrauch im Kindesalter 15
Auswirkungen sexueller Ausbeutung 18
Ein typisches Täterprofil 18
Aufdecken und vorbeugen 20
Auswirkung auf die Paarbeziehung 20
Phasen der Therapie 21
Spezifische Methoden — PITT und EMDR 22
Dissoziation 23
Multiple Persönlichkeit — DID 24
Falsche Anwendung des Traumakonzepts 26
Sensibilität und das Leiden an der Kindheit 28
False Memory Syndrome 29
Verfolgung, Folter und Migration 30
Nationales Trauma und Versöhnung 31
Seelsorge: Wo ist Gott? 32
Die Frage nach dem Bösen 34
Geistlicher Missbrauch 35
Sekundärtrauma — Leiden an der Not der andern 36
Resilienz entwickeln nach einem Trauma 38
Post-traumatic Growth 39
Literatur und Internet-Links 40

TRAUMA — Wehrlos ausgeliefert?

Gewalterfahrungen haben eine tiefgreifende Wirkung auf das seelische Gleichgewicht eines Menschen. Immer wieder sind wir konfrontiert mit Frauen, die an den Folgen sexueller Gewalt leiden oder mit Menschen aus Kriegsgebieten, die äußerlich in Frieden leben, aber innerlich zerbrochen sind.

Lange Zeit hatte man das Problem posttraumatischer Störungen gar nicht wahr haben wollen. Erst 1980 wurde die PTSD als eigenständige Diagnose in das Diagnostische Manual der American Psychiatric Association aufgenommen. Endlich wurde anerkannt, dass es sich um gravierende Störungen von Krankheitswert handelte und nicht nur um mangelnde Belastbarkeit.

Seit dieser Zeit wurde viel geforscht auf dem Gebiet der posttraumatischen Störungen. Heute ist es wissenschaftlich unbestritten: Traumatische Erlebnisse können im Verlauf des Lebens einen tiefgreifenden, manchmal lebenslangen Einfluss auf die Psyche und die Biologie eines Menschen haben.

Wie wirken sich Traumatisierungen auf das Leben eines Menschen aus, auf seine Beziehungen oder auf seine Arbeitsfähigkeit? Wie erkennt man eine posttraumatische Störung und wie geht man sie therapeutisch an? Und wie kann man beitragen, dass Kinder in unserer Gesellschaft vor Gewalt geschützt werden?

Vielleicht legt sich in unserem Begleiten traumatisierter Menschen eine gewisse Melancholie über uns, ein Schauen hinter die Glitzerfassaden dieser Welt, in einen Abgrund des Bösen, dem wir oft so wehrlos gegenüberstehen.

Da macht es Mut, dass sich in den letzten Jahren ein neues Forschungsfeld unter dem Stichwort der Resilienz aufgetan hat: Welches sind die Faktoren, die einem Menschen helfen, besser mit schweren Erlebnissen fertig zu werden? Gibt es sogar einen Schutz vor tiefgreifenden seelischen Wunden — trotz traumatischen Erfahrungen? Ja, kann man vielleicht sogar an traumatischen Erfahrungen innerlich wachsen? In diesem Sinne hoffe ich, dass die Broschüre anregt zu einer weiteren Sicht und zu einer hoffnungsvolleren Perspektive.

«Psychisches Trauma ist das Leid der Ohnmächtigen. Traumatische Ereignisse schalten das soziale Netz aus, das dem Menschen gewöhnlich das Gefühl von Kontrolle, Zugehörigkeit und Sinn gibt.» (J. Hermann)

Dr. med. Samuel Pfeifer

Leben in einer zerbrochenen Welt

Wir leben nicht in einer heilen Welt. Als Therapeuten und Seelsorgerinnen hören wir im Schutz unseres Sprechzimmers oft Geschichten, die uns beinahe das Herz brechen.

Menschen, die ein Trauma erlebt haben, sind oft für das ganze Leben gezeichnet und verändert. In den Kriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) werden diese Traumatas umschrieben mit folgenden Worten:

SEXUELLER MISSBRAUCH, HÄUSLICHE GEWALT

UNFÄLLE, KRIMINALITÄT

KRIEG, FOLTER, KATASTROPHEN

ARMUT, HUNGER, VERWAHRLOSUNG

«Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten. Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.»

Es handelt sich also nicht um die «gewöhnlichen» seelischen Verletzungen, wie Liebesenttäuschung, Scheidung oder Trauer über den Verlust eines lieben Menschen, sondern um schwerwiegende und außergewöhnliche Erfahrungen.

Dennoch hatte es die Diagnose schwer, in den Katalog anerkannter seelischer Störungen aufgenommen zu werden. Obwohl die «Schreckneurose» schon im ersten Weltkrieg beschrieben wurde, wuchs erst in den 70-er Jahren das Bewusstsein, dass es gemeinsame Symptome nach dem Durchleben einer derartigen Erfahrung gab. Dabei waren nicht nur Kriegsveteranen betroffen, sondern auch Kinder und Frauen nach sexuellen Übergriffen, Menschen nach einem Unfall, Opfer eines Überfalls oder Kinder, die im Rahmen von Armut und Verwahrlosung lang dauernde seelische und körperliche Grausamkeit erlitten.

DENNOCH: Nicht alle Menschen entwickeln nach derartigen Erfahrungen ein Posttraumatisches Belastungssyndrom. Auf den folgenden Seiten sollen Definitionen und Entstehungsbedingungen genauer dargestellt werden, um die langfristigen Folgen von Gewalt und Trauma besser zu verstehen.

Vier Beispiele zur Einleitung

BEISPIEL 1

Die 14-jährige Judith ist lebensfroh und eigenwillig. Sie genießt das Partyleben in der Stadt. Die Ermahnungen der Eltern findet sie vorgestrig. Aber dann fängt sie an daheim zu bleiben, zieht sich in ihr Zimmer zurück. Sie weint nur noch, isst nicht mehr, geht nicht mehr zur Schule. Nachts wacht sie oft schreiend auf. Schließlich kann sie sich ihren Eltern anvertrauen: Sie ist nach einer Party unter dem Einfluss von Ecstasy und Alkohol von einem «Freund» vergewaltigt worden.

BEISPIEL 2

Sohrab, ein 10-jähriger Waisenjunge aus Afghanistan wird von seinem Onkel in den USA adoptiert. Eigentlich müsste er jetzt glücklich sein – das Leben steht ihm offen. Aber Sohrab redet kaum ein Wort, oft sitzt er zurückgezogen in einer Ecke, in der Nacht krümmt er sich wie ein Fötus in seinem Bett. Das Duschen ist immer eine lange Prozedur. Der Hintergrund: Der Junge erlebte die Ermordung seiner Eltern durch die Taliban, die Lieblosigkeit in einem Waisenhaus und später den sexuellen Missbrauch durch einen pädophilen Warlord. Er wagt es nicht mehr, dem Glück des Lebens zu trauen.

(aus: Khaled Hosseini: Der Drachenläufer)

BEISPIEL 3

Ein 52-jähriger Schreiner lässt am Arbeitsplatz zunehmend nach. Oft starrt er vor sich hin, wie verloren; nachts kann er nicht schlafen, er wird von diffusen Ängsten geplagt. Auch die Familie erlebt ihn völlig verändert. Der Hintergrund: Vor sechs Jahren geriet er zusammen mit seinem Bruder in einen orkanartigen Sturm. Eine riesige Tanne fiel auf die beiden und begrub sie unter sich – sein Bruder wurde erschlagen, er überlebte. Zuerst ging das Leben weiter wie zuvor, doch etwa vier Jahre später traten die Symptome auf.

(vgl. Protrahierte PTDS, S. 9 in diesem Heft)

«Ich wünschte mir zu sterben, mein Menschen- und Weltbild brach zusammen, und ich begann zu hassen.»

BEISPIEL 4

Ein friedliebender Weltenbummler gerät in Afrika in einen Stammeskonflikt: «Ich lag mehrere Tage gefesselt auf dem Boden, neben mir viele andere Gefangene und Tote. Ich erlebte Vergewaltigung und grauenhafte Massaker an Frauen, Kindern und Männern hautnah mit. Dabei erlitt ich schwerste körperliche Misshandlungen und Folter. Ich wünschte mir zu sterben, mein Menschen- und Weltbild brach zusammen, und ich begann zu hassen.»

Posttraumatische Belastungsstörung – PTBS

A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:

(1) Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.

(2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

B. Wiedererleben des traumatischen Ereignisses in folgender Weise (mind. 1):

(1) Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können.

(2) Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis.

(3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt.

(4) Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

(5) Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen.

C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (mind. 3 Symptome):

(1) Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen.

(2) Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen.

(3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern.

(4) Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten.

(5) Gefühl der Losgelöstheit und Fremdheit von anderen.

(6) Eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden).

(7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).

D. Anhaltende Symptome erhöhter Anspannung (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:

(1) Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen.

(2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche.

(3) Konzentrationsschwierigkeiten.

(4) Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz).

(5) Übertriebene Schreckreaktionen.

(in Anlehnung an das DSM-IV *)

* DSM-IV = Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen der American Psychiatric Association, 4. Revision.

Folgen von lang dauerndem Extremstress

Manchmal ist es nicht ein einzelnes Erlebnis, das einen Menschen traumatisiert. Vielmehr müssen manche Menschen jahrelang unter schwersten Bedingungen leben, die ihnen dauernde seelische Schäden zufügen. Diese Traumafolgen bezeichnet man als DESNOS = «Disorders of extreme stress, not otherwise specified» oder als «Komplexe posttraumatische Belastungsstörung».

Hier sind in verkürzter Form die diagnostischen Kriterien:

1. Der Patient war über einen längeren Zeitraum totalitärer Herrschaft ausgeliefert, wie zum Beispiel Geiseln, Kriegsgefangene, Überlebende von Konzentrationslagern oder Aussteiger aus religiösen Sekten, aber auch lang dauernder sexueller Missbrauch oder schwere seelische oder körperliche Misshandlung, sei es in der Familie oder Ausbeutung durch organisierte Banden.

2. ***Störungen der Gefühle***, darunter anhaltende Verstimmung, chronische Suizidgedanken, Selbstverletzung, aufbrausende oder extrem unterdrückte Wut, zwanghafte oder extrem gehemmte Sexualität (eventuell alternierend).

3. ***Bewußtseinsveränderungen***, darunter Gedächtnisverlust (Amnesie) oder überscharfe Erinnerungen (Hypermnesie) an die Ereignisse, zeitweilig dissoziative Phasen, Depersonalisation/Derealisation, intrusive Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung oder ständige grüblerische Beschäftigung mit dem Erlebten.

4. ***Gestörte Selbstwahrnehmung,*** darunter Ohnmachtsgefühle, Lähmung jeglicher Initiative, Scham und Schuldgefühle, Selbstbezichtigung, Gefühl der Beschmutzung und Stigmatisierung; Gefühl, niemand könne ihn verstehen oder sie sei «mutterseelenallein».

5. ***Gestörte Wahrnehmung des Täters,*** ständiges Nachdenken über die Beziehung zum Täter (auch Rachegedanken); unrealistische Einschätzung des Täters, der für allmächtig gehalten wird; Idealisierung oder paradoxe Dankbarkeit; Gefühl einer besonderen oder übernatürlichen Beziehung; Übernahme des Überzeugungssystems des Täters.

6. ***Beziehungsprobleme,*** darunter Isolation und Rückzug, gestörte Intimbeziehungen, wiederholte Suche nach einem Retter, anhaltendes Misstrauen, wiederholt erfahrene Unfähigkeit zum Selbstschutz.

7. ***Veränderung des Wertesystems,*** Verlust fester Glaubensinhalte, Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung.

BILD: aus einer Aufklärungsschrift gegen Kinderprostitution in Kambodscha (World Vision).

Wie toxisch ist ein Trauma?

Nicht jedes Trauma führt zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). So entwickeln Opfer einer Vergewaltigung in etwa 50 Prozent der Fälle eine PTBS innerhalb der folgenden drei Monate, Opfer eines Verkehrsunfalls nur in ca. 10 Prozent.

Das Risiko einer PTBS wird kleiner bei folgenden Umständen:

- Das Trauma ist Teil des allgemeinen Erlebens im sozialen Umfeld (z.B. gemeinsame Not nach einem Erdbeben oder Tsunami).
- Das Trauma wird einem durch einen Menschen zugefügt, den man nicht kennt (wichtig bei sexuellen Übergriffen).
- Das Trauma ist nicht lebensbedrohlich (sexuelle Belästigung).
- Nach dem Trauma erhält man rasch Hilfe und Trost.

TYP-I-TRAUMA:
Einmaliges traumatisches Erlebnis (z.B. Überfall, Vergewaltigung).

TYP-II-TRAUMA:
Lang anhaltende wiederholte Traumata (z.B. Gefangenschaft, wiederholter sexueller Missbrauch), Erleben von extremer Hilflosigkeit und Demütigung, die zu einer tief greifenden Erschütterung existentieller Grundannahmen über den Wert der eigenen Person führt.

DREI HAUPTSYMPTOME

- Wiedererleben des Traumas (Intrusion)
- Vegetative Übererregbarkeit (Arousal)
- Vermeidungsverhalten (Avoidance)

SCHWERE REAKTIONEN SIND ZU ERWARTEN:
Besonders schwere Reaktionen sind zu erwarten bei folgenden Umständen eines Traumas (häufig in der Kindheit):

1. Lange Dauer.	9. Persönlichkeit ist noch nicht gefestigt.
2. Häufige Wiederholung.	10. Sexuelle Gewalt.
3. Schwere körperliche Verletzung.	11. Sadistische Folter.
4. Vom Opfer schwer zu verstehen.	12. Mehrere Täter.
5. Gewalt durch andere Menschen.	13. Opfer hatte starke Dissoziationen.
6. Täter ist nahe stehende Person.	14. Niemand stand dem Opfer unmittelbar nach dem Ereignis bei.
7. Opfer hatte (hat) den Täter gern.	15. Niemand hat nach der Tat mit dem Opfer darüber gesprochen.
8. Opfer fühlt sich mitschuldig.	
	(modifiziert nach M. Huber)

Häufigkeit von PTBS

Zur Häufigkeit einer PTBS gibt es unterschiedliche Zahlen. So fand eine Studie in den USA (Kessler et al. 1995) über das ganze Leben eine Häufigkeit von 7,8 Prozent, was nahe an die Erkrankungszahlen von Depression und Angststörungen kommt.

Eine Studie in Deutschland (Maercker et al. 2008) fand innerhalb des Zeitraums von einem Monat deutlich niedrigere Werte: 2,3% der Befragten zeigten ein PTBS-Vollbild, 2,7% ein Teil-Syndrom. Männer und Frauen waren etwa gleich häufig betroffen.

Allerdings gab es erstaunliche Unterschiede je nach Altersgruppe: Am häufigsten war in Deutschland eine PTBS bei Menschen über 60 (3,4%). Am niedrigsten war die Rate bei jungen Menschen zwischen 14 und 29 (1,3%). Etwa dazwischen liegen die 30 bis 59-Jährigen mit 1,9%. Als Erklärung ergibt sich die Geschichte des Zweiten Weltkrieges, der in den Seelen der älteren Generation tiefe Wunden hinterlassen hat.

Ganz anders würde eine solche Statistik in einem Land aussehen, das erst kürzlich durch einen Krieg oder eine Katastrophe gegangen ist.

Letztlich können aber nackte Statistiken niemals das Leid einzelner Menschen wiedergeben.

Verzögertes Auftreten im Alter

Die Kinder, die den 2. Weltkrieg miterlebt hatten, waren sicher schwer traumatisiert. Aber nach Kriegsende ging es einfach ums Überleben. Erst viele Jahre später traten typische Symptome einer Traumatisierung auf – Flashbacks von Bildern und Gerüchen, nächtliche Panik, Schlaflosigkeit. Jeder 20. Deutsche über 63 leidet gemäß einer Studie an einer PTBS.

Der Gehirnforscher Markowitsch erklärt dies wie folgt: Das Gehirn verliert im Alter täglich 85'000 Nervenzellen. Dies zieht die normalen Folgen des Alters nach sich: Man bewegt sich langsamer, denkt langsamer und braucht mehr Zeit, um den Alltag zu bewältigen. Aber das Gedächtnis verliert auch seine «neuronale Sicherung» – das Gehirn kann weniger gut verdrängen. «Geschieht dann etwas Grausames, dringen die früheren grausamen Erlebnisse ungebremst ins Bewusstsein.»

(nach einem Artikel im SPIEGEL 12/2008)

BEISPIEL

Ein Mann, der als Junge flüchten musste, suchte lange nach den Ursachen für seine Traurigkeit. «Anfangs hielt ich das nicht für normal», sagt er. «Ohne ersichtlichen Grund laufen mir Tränen über das Gesicht. Seit ich weiß, womit das zusammenhängt, kann ich besser damit leben.»

Ein Soldat hatte dem kleinen Jungen auf der Flucht den Teddy weggenommen, das einzige Spielzeug, das ihn begleitete. Als er weinte, lachte der Soldat ihn aus, und die Mutter schlug ihren Sohn mit der Hand auf den Mund.

«Es klingt noch ungewohnt, wenn ich als Mann sage: Es ist das Kind in mir, das weint», sagt er. «Aber es ist so.»

(nach einem Buch von Gertrude Ennulat: Kriegskinder. Wie die Wunden der Vergangenheit heilen. Klet-Cotta.

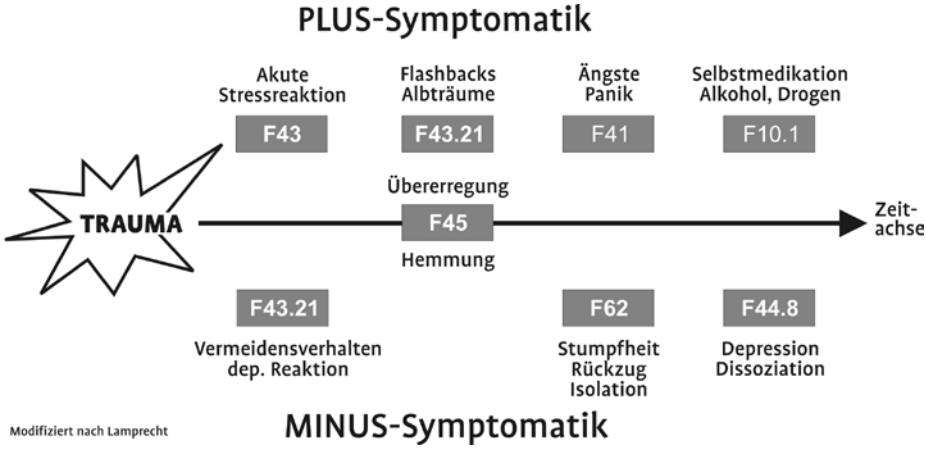
Komorbidität – zusätzliche Probleme

Traumatisierte Patienten erklären häufig nicht sofort den Hintergrund ihrer Probleme. Dies führt dazu, dass der Arzt mit einer Vielzahl von Symptomen konfrontiert wird, die ganz unterschiedlichen Störungen bzw. Diagnosen zugeordnet werden können.

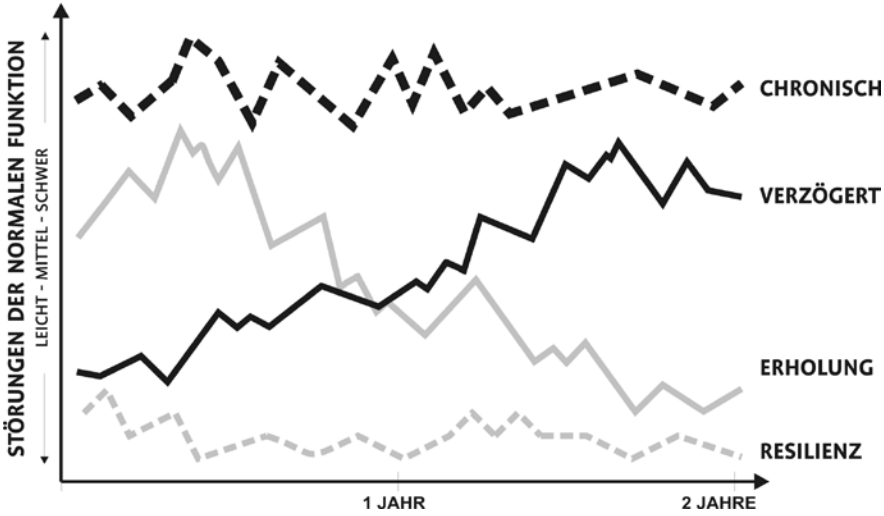
Gerade das schambesetzte Erleben eines sexuellen Missbrauchs führt oft dazu, dass die betroffenen Frauen zuerst mit Klagen über körperliche Beschwerden, Ängste oder Beziehungsprobleme in die Sprechstunde kommen, bevor sie etwas von den Hintergründen des Traumas preisgeben.

SYMPTOMATIK	KLINISCHE DIAGNOSE
Intrusion, Vermeidungsverhalten	PTBS
Soziale Ängste, Phobien	Angststörungen
Suizidalität, Hoffnungslosigkeit	Depressive Störung
Erschöpfung, Schmerzsyndrome, erhöhtes vegetatives Erregungsniveau	Somatoforme Störungen
Amnesien, Depersonalisation, Derealisation	Dissoziative Störungen
Beziehungsstörungen, Misstrauen, Impulsivität, Selbstverletzen, Scham und Schuldgefühle	Persönlichkeitsstörungen
Alkohol- und Medikamentenmissbrauch	Suchterkrankungen
Wasch- und Reinigungszwänge	Zwangsstörungen
	(modifiziert nach M. Sack)

ABBILDUNG 8-1: Manche Autoren unterscheiden zwischen «Plus-Symptomatik» nach einem Trauma und «Minus-Symptomatik», die sich jeweils unterschiedlichen Diagnosen zuordnen lassen.



Verlauf



Der amerikanische Traumaforscher Bonanno unterscheidet vier Formen des Verlaufs nach einem traumatischen Ereignis. Maßstab ist dabei die Einschränkung des normalen Funktionierens im Alltag.

1. Chronische PTBS: Das Ereignis erschüttert die Person massiv, die Symptomatik setzt kurz nach dem Trauma ein, und sie beruhigt sich auch nach mehreren Jahren nicht nennenswert. Diese Entwicklung beobachtet man oft nach sehr schweren Traumata, wie z.B. nach schwerer Folter, die einen Menschen total zerbrechen kann (vgl. Seite 30).

2. Erholung (Recovery): Nach einer ersten Phase der typischen Symptome kommt es allmählich zu einer Beruhigung und zu einem Verblassen der Erinnerung. Die betroffene Person baut ein neues Leben auf, findet Sicherheit und Stabilität.

3. Verzögertes Auftreten einer PTBS: Manche Personen, die ein Trauma überlebt haben, sind zu Beginn derart damit beschäftigt, dass sie ihr Leben wieder in Ordnung bringen, dass sie äußerlich keine Einschränkungen zeigen. Wenn es dann aber ruhiger wird, kann plötzlich die Erschöpfung einsetzen, die die Abwehrkräfte gegen das Erlebte schwächt. Erst jetzt – Monate und sogar Jahre später – treten die typischen PTBS-Symptome auf (vgl. Seite 7).

4. Resilienz: Nicht wenige Menschen haben eine erstaunliche Widerstandskraft im Umgang mit traumatischen Erlebnissen. Die Faktoren, die zu dieser positiven Verarbeitung führen, werden auf Seite 38 näher beleuchtet.

WEITERE INFORMATIONEN:

Bonanno G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. American Psychologist 59:20-28.

Wiedererleben – Auslöser

Menschen mit einer PTBS leiden an der ständigen Wiederkehr des traumatischen Ereignisses (vgl. Seite 4). Das obige Bild wurde von einem kurdischen Mann gemalt, der gefoltert wurde. «Die Gedanken drehen sich ständig in meinem Kopf,» sagte er, «und nachts wache ich schreiend auf, weil ich wieder im Verhör bin.»

Es ist als würde eine Person plötzlich in einen anderen Zustand versetzt, ohne dass die andern den Grund verstehen. Zwei Phänomene sind für den Aussenstehenden besonders schwer zu verstehen:

1. ***Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt.***
2. ***Intensive Reaktionen bei der Konfrontation mit inneren oder äußeren Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.***

Hinweisreize — Trigger — Schlüsselreize:

Bei einem Trauma werden massiv Stresshormone ausgeschüttet, und Wahrnehmungen brennen sich wie Blitzbilder in die Erinnerung ein, ohne zu unterscheiden, ob sie wichtig sind oder nicht. Geräusche oder Gerüche signalisieren fortan «Gefahr!» Treten sie wieder auf, so wecken sie die Erinnerungen so intensiv, als ob diese Erfahrung jetzt noch einmal neu gemacht würde – plötzlich und mit enormer Wucht.

Die damaligen Gefühle werden unmittelbar erlebt (Flashback). Die reale aktuelle Situation kann dann von der betroffenen Person oft nicht mehr wahrgenommen werden. Sie reagiert oft so, als würde sie sich wieder in Gefahr befinden.

Diese Reaktion erfordert viel Verständnis von den Angehörigen und Freunden.

BEISPIEL

«Letzthin war ich in der S-Bahn unterwegs. Ich war angespannt und hatte einen schweren Tag hinter mir. Da plötzlich ging ein Mann an mir vorbei. Ich blickte nicht auf, aber da war dieser Geruch, dieses Rasierwasser. Er ging vorbei und tat mir überhaupt nichts – aber in mir stieg plötzlich Panik hoch. Ich hielt es nicht mehr aus – bei der nächsten Station stürzte ich hinaus. Mein Atem ging schnell, mein Puls war auf 120 – ich hatte nur noch einen Gedanken: schnell nach Hause, in die Sicherheit meiner Wohnung. Plötzlich war die Erinnerung an die Vergewaltigung vor zwei Jahren wieder da. Ich brauchte lange, bis ich endlich gegen Morgen einschlafen konnte.»

(eine 24-jährige Betroffene)

Vegetative Symptome – Hypervigilanz

Ein Trauma kann auch die körperlichen Reaktionen nachhaltig durcheinanderbringen. Jede Nervenfaser ist auf Wachsamkeit und Überleben eingestellt. Diese Hypervigilanz (= übermäßige Wachsamkeit) kann das ganze Leben dominieren. Hinter jeder Ecke lauert Gefahr, man ist immer darauf eingestellt, zu flüchten oder zu kämpfen. Ständig wird die Umgebung darauf hin abgecheckt, ob sich etwas Verdächtiges zeigt, und in der Tasche führt man einen Pfefferspray sowie ein Mobiltelefon, das die Nummer der Polizei einprogrammiert hat.

Manche unserer Patienten wagen nicht einzuschlafen, weil sie dann hilflos ausgeliefert wären. Andere zucken beim kleinsten Geräusch zusammen, als wäre eine Explosion geschehen (übermäßige Schreckreaktion).

Doch diese ständige Wachsamkeit fordert ihren Preis: Oft ist man nicht bei der Sache — kann sich also nicht konzentrieren und wirkt abwesend. Der Schlafmangel und die ständige Anspannung führen zu unangemessenen Reaktionen, Reizbarkeit und Wutausbrüchen. Indirekt gibt man damit auch ein Signal: Komm mir nicht zu nah! Aber für die Angehörigen und Freunde wirkt dieses Verhalten absonderlich, abstoßend und entfremdend.

Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang auch die Hypervigilanz nach innen: Man hört auch viel stärker auf Warnsymptome des Körpers: Schmerz, Herzklopfen, normalerweise leichte Symptome erhalten plötzlich eine andere Bedeutung – sie wecken Erinnerungen oder signalisieren neue Gefahr.

Vermeidungsverhalten – Isolation, Rückzug

Für einen traumatisierten Menschen wird das ganze Leben unsicher, gespickt mit Gefahren und neuen Bedrohungen. Menschen mit einer PTBS ziehen sich deshalb oft von andern Menschen zurück.

Das hat mehrere Gründe:

1. Abstand: Sie möchten sich nicht in Gespräche oder Begegnungen einlassen, die sie an das Trauma erinnern. So kann der Park, wo ein Überfall stattfand, plötzlich nicht mehr ein Ort der Entspannung sein, sondern ein Hinterhalt der Gefahr.

2. Depressive Grundstimmung: Ein Trauma nimmt einem Menschen die Lebensfreude und kann eine richtige Depression auslösen. Teil dieses depressiven Syndroms ist der Rückzug von Aktivitäten, die früher mit Freude verbunden waren. Hierzu gehört auch die Einschränkung der Bandbreite der Gefühle (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden).

3. Verkürzte Lebensperspektive: Nach einem Trauma verliert alles seinen Glanz und seinen Sinn. Die Motivation, etwas zu erreichen oder eine Beziehung aufzubauen hat ihr Fundament verloren – «Es hat ohnehin keinen Sinn!»

4. Traumaspezifische Störungen der Erinnerungen: Bei manchen Opfern ergibt sich so etwas wie ein «Filmriss» – sie wissen, dass sie etwas Schlimmes erlebt haben, aber das Gedächtnis verweigert ihnen die Details. Das ist einerseits ein Schutz, aber auch eine Last.

5. Dissoziatives Erleben: Nach einem Trauma entwickeln manche Opfer ein Gefühl der Losgelöstheit und Fremdheit von anderen. Menschen, die schon als Kinder massive Gewalt erlebt haben, können unter Stress in einen Zustand verfallen, in dem sie von außen nicht erreichbar sind (vgl. Seite 23).

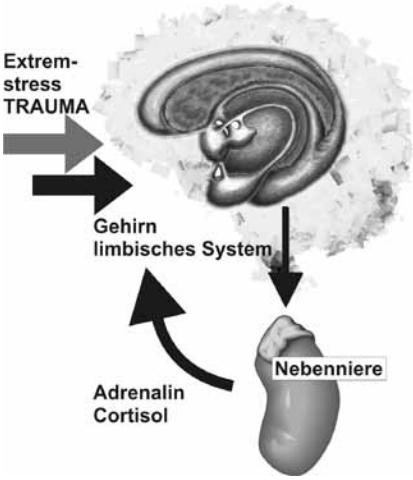
Biologische Veränderungen im Gehirn

Das Gefühl der Geborgenheit und des Urvertrauens findet seine neurobiologische Entsprechung im Gehirn.

Das psychische Gleichgewicht ist abhängig davon, dass die neuronalen und hormonalen Warnsysteme auf «Grün» stehen.

Die neurobiologischen Netzwerke der Persönlichkeit festigen sich mit jedem Lebensjahr und erhöhen die Widerstandsfähigkeit bei traumatischen Ereignissen.

Eine wichtige Rolle spielt die HPA-Achse — die Hormon-Kaskade ausgehend vom Zentrum der Gefühle, dem Hypothalamus (H), die sich überträgt in die Hormonsprache der Hypophyse (pituitary = P) und die schließlich die Stresshormone in der Nebenniere aktiviert (adrenal cortex = A). Bis heute verstehen die Forscher nicht genau, was wirklich vor sich geht, wenn ein Mensch durch ein schweres Trauma geht. Somit sind es eher die indirekten Beobachtungen, die uns allmählich ein Bild von den neurobiologischen Veränderungen nach einem Trauma geben.



ELEMENTE DES VERTRAUENS

- ***Grundbedürfnisse erfüllt***
  (nach Maslow) – Obdach, Wärme, Kleidung – äußere Sicherheit – Wertschätzung – Liebe, Annahme – Selbständigkeit, Freiheit.
- ***Positive Kontrollüberzeugung***
  «Wenn ich brav bin; wenn ich meine Pflichten erfülle etc. – dann stößt mir nichts Böses zu.»
- ***Vertrauensvolle Beziehungen***
  – zur primären Bezugsperson.
  – zu sich selbst – zu anderen.
  – zu Gott.
- ***Verdrängung des Bösen***
  «Mich trifft es nicht!»

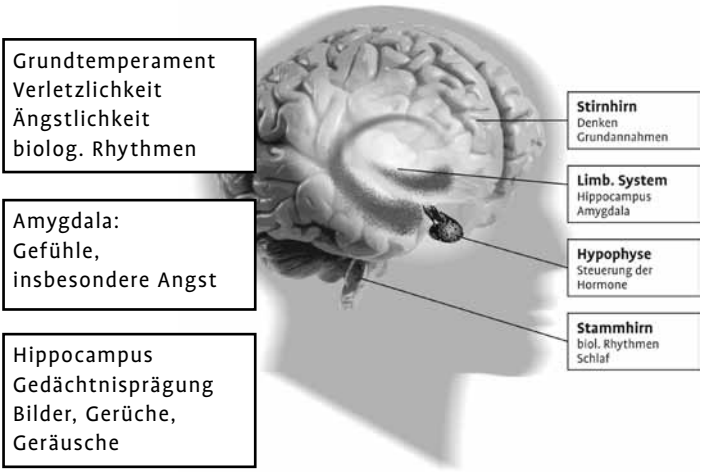
TRAUMA-AUSWIRKUNGEN

- ***Grundbedürfnisse verletzt***
  Wehrlos ausgeliefert – körperlich und seelisch verletzt – Entwertung.
- ***Infragestellung von Werten***
  Schuldgefühle – existenzielle Fragen – «Wo ist Gott?» – «Was ist der Sinn des Lebens?»
- ***Beziehungen unsicher***
  Ständige Wachsamkeit – Misstrauen – Angst vor neuer Verletzung.

Diese Verletzung der Grundannahmen (Kognitionen) ist Teil der posttraumatischen Reaktion.

WEITERE INFORMATIONEN:

Charney D.S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. American Journal of Psychiatry 161:195—216.



Fest steht: Traumatische Erfahrungen können im Gehirn bleibende Schädigungen hervorrufen, die sich in den psychischen Symptomen der post-traumatischen Reaktionen (Intrusion – Vermeidung – vegetative Labilität) äußern.

Bei einem Trauma werden massiv Stresshormone ausgeschüttet: Körper und Gehirn werden überschwemmt von Cortisol und Adrenalin. Wahrnehmungen brennen sich in die Erinnerung ein, aber sie sind nicht geordnet verbunden mit dem Wissen und den Worten um die Erklärung der Gefühle und Bilder. Die Erinnerung wird gleichsam abgekapselt, bricht aber nachts in Albträumen oder tagsüber bei Schlüsselreizen unvermittelt in das Erleben ein.

LEBENSLANGE SENSIBILISIERUNG

Oft kommt es zu einer lebenslangen Verminderung der Stresstoleranz. Das Alarmsystem im limbischen System reagiert schneller und heftiger auf jeden Reiz, der sich während des Traumas eingebrannt hat.

Diese ständige Alarmbereitschaft kostet viel Kraft — Kraft, die es verunmöglicht, unbeschwert das Leben zu genießen oder eine Beziehung aufzubauen. Beispiel: Eine Frau wird auch Jahre nach einem sexuellen Trauma jede Situation, die sexuelle Reize enthält, unwillkürlich als Bedrohung erleben. Dieses Muster kann den Aufbau einer Beziehung zu einem Mann empfindlich stören.

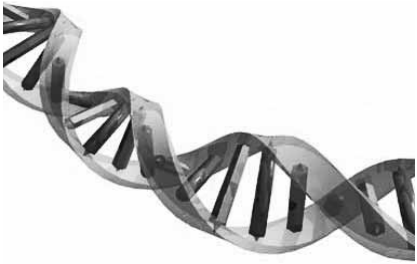
Diese Reaktionsmuster sind nicht nur «psychisch», sondern sie sind biologisch im Gehirn durch spezifische Veränderungen verankert:

- ***Neurotransmitter*** bilden ein hochsensibles Mobile. Kleinste Veränderungen der Ausschüttung verändern das biologische (und psychische) Gleichgewicht.
- ***Synapsen:*** werden vermehrt, wo rascheres Ansprechen nötig ist und vermindert, wo soziale Aktivität zu neuen Gefahren führen könnte.
- ***Genetische Muster*** der Bereitstellung von Botenstoffen werden langfristig verändert.

NEUROPLASTIZITÄT UND HEILUNG

Die Forschung der letzten Jahre hat gezeigt, dass selbst biologische Veränderungen nicht unweigerlich fixiert sind. Das menschliche Gehirn ist erstaunlich erholungsfähig — dank der Fähigkeit, neuronale Verschaltungen zu verändern.

Sensibilität als Disposition für Trauma



Vieles deutet darauf hin, dass sensible Menschen stärker traumatisiert werden als Menschen mit einer höheren seelischen Widerstandskraft. Das Wachs ihrer Seele ist weicher, Gewalt und Unrecht reissen tiefere Wunden. Was zuerst nur in psychologischen Studien an Kleinkindern gezeigt werden konnte, wird heute zunehmend durch Hirnforschung und Gentechnik bestätigt.

In der Temperamentsforschung haben sich folgende Eigenschaften bereits bei kleinen Kindern gezeigt, die auch später eine höhere Anfälligkeit für seelische Verletzungen ergaben:

1. Zurückhaltung bei spontanen Äußerungen gegenüber unbekannten Kindern und Erwachsenen.
2. Mangel an spontanem Lächeln gegenüber unbekannten Leuten.
3. Relativ lange Zeit notwendig um sich in neuen Situationen zu entspannen.
4. Beeinträchtigung der Erinnerung nach Stress.
5. Zurückhaltung, Risiken einzugehen und vorsichtiges Verhalten in Situationen, die eine Entscheidung verlangen.
6. Stärkere seelische Reaktion bei bedrohlichen Worten im Stroop Test.
7. Ungewöhnliche Ängste und Phobien.
8. Starker Pulsanstieg bei Stress und beim Aufstehen.
9. Starke Pupillenerweiterung bei Stress.
10. Erhöhte Muskelanspannung
11. Größere kortikale Aktivierung im rechten Stirnhirnbereich.
13. Mehr Allergien.
14. Hellblaue Augen häufiger.

(nach Forschungen von Kagan et al.)

STUDIE

GENVARIANTEN UND ANGST

In einer Studie über posttraumatische Angst bei den Opfern der ICE-Katastrophe von Eschede zeigte sich, dass Menschen, die eine bleibende Angst entwickelt hatten, häufiger eine spezielle Variante des COMT-Gens aufwiesen. Diese verringert den Abbau von Dopamin im Gehirn.
Der Forscher Christian Montag (Bonn) erklärt: «Nicht jeder von ihnen ist ein ängstlicher Mensch. Aber je stärker Ängstlichkeit als Eigenschaft bei einem Menschen ausgeprägt ist, desto wahrscheinlicher wird er Träger dieser Genvariante sein. Und wenn diesem Menschen etwas Schlimmes zustößt, hat er ein höheres Risiko, eine Angststörung zu entwickeln.»

Quelle: Montag et. al. Behavioral Neuroscience 2008. — Bericht im Spiegel 33/2008, S. 125.

Sexueller Missbrauch im Kindesalter
Auswirkungen
Langzeitfolgen
Therapeutische Möglichkeiten
Prävention

Der sexuelle Missbrauch von Kindern ist wohl das häufigste Trauma mit nachgewiesenen Langzeitfolgen in unserer Gesellschaft. Als Trauma ist es am meisten beschrieben und am besten erforscht — und dennoch ereignet es sich täglich neu. Die Umstände, die Langzeitfolgen und die therapeutischen Ansätze sind dabei anders als bei den andern Traumata, von denen in diesem Seminarheft die Rede sein muss. Aus diesem Grunde wird hier ein besonderer Abschnitt eingefügt (Seiten 15 — 29), der sich ausschließlich mit dieser Thematik beschäftigt.

Sexueller Missbrauch

DEFINITION

Der Begriff «sexueller Missbrauch» umfaßt ein weites Feld von sexuellen Handlungen. Sexueller Missbrauch liegt dann vor, wenn einem Minderjährigen oder einer abhängigen Person eine sexuelle Handlung aufgezwungen wird, die diese nicht will, für die sie nicht reif ist und die in erster Linie der Bedürfnisbefriedigung des Täters oder der Täterin dient.

Finden diese innerhalb der Familie statt, so spricht man auch von Inzest («Blutschande»). Juristisch gesehen handelt es sich bei Inzest um den Straftatbestand von sexuellen Handlungen zwischen Verwandten und Verschwägerten in auf- und absteigender Linie und zwischen Geschwistern. Heute wird der Begriff allerdings weiter gefaßt: Man erweitert den Täterkreis auf alle, zu denen emotionale Abhängigkeiten bestehen – unabhängig von der biologischen Beziehung (Eltern, Stief-, Pflege-, Adoptiveltern, Großeltern, Geschwister der Eltern, Geschwister, die mindestens fünf Jahre älter sind, Erzieher, Lehrer, Gruppenleiter, Therapeuten, u.a.) – und den Opferkreis auf Erwachsene in abhängigen Beziehungen (z.B. geistig Behinderte oder Erwachsene in einer therapeutischen Wohngemeinschaft).

Folgende Handlungen werden dazugezählt: Beischlaf, Masturbation, hand-genitaler und oral-genitaler Kontakt, Streicheln mit dem Ziel sexueller Erregung, Entblößen (Exhibition) oder gemeinsames Betrachten von Porno-DVDs.

Die Abgrenzung vom gesunden und erforderlichen Körperkontakt zwischen Erwachsenen und Kindern liegt dort, wo das Bedürfnis des Erwachsenen, nicht das des Kindes befriedigt wird; wo es sich um pervertierte, kalte oder ritualisierte Kontakte handelt, gegen die sich das Kind nicht wehren darf oder die geheim bleiben müssen, oder Kontakte, die den Erwachsenen sexuell erregen und dann nicht beendet werden. Von Kindern werden derartige Kontakte als «merkwürdig» oder unangenehm wahrgenommen und auf Nachfragen auch so benannt.

Bild: www.fotolia.com

WAS MACHT SEXUELLEN MISSBRAUCH TRAUMATISCH?

1. ***Machtmissbrauch:*** Intime Handlungen werden aufgezwungen, um den Täter zu befriedigen, ohne Rücksicht auf Gefühle des Opfers.
2. ***Erleben der Ohnmacht:*** Die betroffene Person ist ausgeliefert; Gegenwehr führt zu Drohungen, Schmerz und weiterer Gewalt.
3. ***Reduktion zum Sexualobjekt:*** Das Mädchen wird nicht mehr als Person in seiner Ganzheit ernst genommen, sondern nur als Lustobjekt. Es fühlt sich schmutzig, abgewertet, und kann eine gestörte Be-

ziehung zu seiner natürlichen Sexualität entwickeln.

4. ***Geheimhaltung:*** Das Kind kann mit niemandem über das Vorgefallene reden, was zusätzliche Hilflosigkeit erzeugt und das Kind in die Isolation treibt.

5. ***Schutzlosigkeit:*** Weil der Täter oft im engen Umfeld ist, gibt es keinen Schutz. Ehefrauen / Partnerinnen von Tätern sind oft selbst in Abhängigkeit und wagen es nicht, gegen ihn aufzutreten.

6. ***Eigene Scham- und Schuldgefühle:*** Täter (vgl. Täterprofil, S. 19) neigen oft dazu, dem Opfer die Schuld zuzuschieben: «Du hast mich so aufreizend angeschaut! Du wolltest es doch auch!» etc. Opfer schämen sich und neigen dazu, diese Täterperspektive zu übernehmen und haben Mühe, sich abzugrenzen. Nur ein «böses Kind», so die falsche Logik, kann eine solche Behandlung verdienen.
   Zu betonen ist auch, dass es sich ***NIE*** um eine Handlung im Einverständnis mit dem Kind handeln kann, da dies sexuelle Handlungen weder verstehen noch in ihren Folgen erfassen kann.

HÄUFIGKEIT

Sexueller Missbrauch ist häufig, allerdings wegen der verständlichen Dunkelziffer nur im ungefähren Ausmaß zu erfassen. Man geht heute davon aus, dass ca. 5 – 10 Prozent der Frauen in ihrer Kindheit Opfer eines sexuellen Übergriffs im engeren Sinne wurden. Auch wenn andere Publikationen dramatischere Szenarien nennen, so scheinen die in der Zeitschrift «Psychologie heute» veröffentlichten Zahlen realistisch:

> «Über sexuelle Missbrauchserfahrungen mit Körperkontakt im Alter bis zu 14 Jahren berichten fünf bis acht Prozent der Frauen (Männer: 1,4 bis 3,5 Prozent). Die Täter waren nach Angaben der befragten Männer und Frauen in über 90 Prozent der Fälle Männer. Bei den Mädchen unter 14 Jahren waren in 21 Prozent der Fälle Väter oder Stiefväter die Täter. Doch der häufigste Missbrauch fand mit 47,5 Prozent der Fälle durch Bekannte außerhalb der Familie statt. Bei den Jungen waren Väter oder Stiefväter seltener Täter, hier ist der soziale Nahbereich der Bekannten mit 54,8 Prozent der entscheidende.»

Frauen als Täterinnen machen eine Minderheit von ca. 10 Prozent aller Fälle aus. Oft handelt es sich um geschiedene Frauen, die sich in ihrer Sehnsucht nach Nähe an ihren Söhnen vergreifen. Nur ein kleiner Teil dieser sexuellen Übergriffe wird zur Anzeige gebracht und noch weniger werden schließlich durch eine Verurteilung geahndet.

BEISPIEL

«Nach der Schule wagte ich mich kaum mehr heim. Oft schlich ich mich dann in die katholische Kirche in unserem Dorf. Ich schlüpfte unter dem Altar durch und blickte nach oben zum unbeweglichen, blutüberströmten Gesicht des gekreuzigten Christus. ‹Du verstehst wenigstens, Jesus, was ich gelitten habe!› flüsterte ich, und irgendwie wurde ich ruhiger in seiner Gegenwart. – Wie konnte mir das mein Vater antun? Und warum sagte meine Mutter nichts, obwohl sie es doch sicher gemerkt haben muß! Noch heute bin ich hin- und hergerissen: Manchmal möchte ich ihn am liebsten umbringen. Aber ich habe ihn doch noch gern! Und manchmal frage ich mich, ob ich nicht selber schuld an allem war. Wenn ich nur einmal zur Ruhe kommen könnte!»

(eine 26-jährige Frau)

SCHWEREGRAD EINES SEXUELLEN MISSBRAUCHS

Verschiedene Faktoren prägen den Schweregrad eines sexuellen Missbrauchs: Alter und Entwicklungsstand, das Verhältnis zum Täter (fremde Person oder Vertrauensperson), die Dauer des Missbrauchs (einmalig oder wiederholt), sowie die Art der sexuellen Aktivität. Wesentlich ist aber auch die Reaktion der Menschen, die das Kind anzusprechen versucht: Erfährt es Trost und Schutz, so wirkt dies lindernd. Fühlt es sich aber schutzlos ausgeliefert, konstant bedroht und unter der Last eines schrecklichen Geheimnisses, so frisst sich das Trauma immer tiefer in die kindliche Seele.

Lange nicht alle Opfer von sexueller Gewalt entwickeln eine PTBS. Gemäß einer Studie zeigten selbst nach einer Vergewaltigung 54 Prozent keine PTBS.

STUDIE

MISSBRAUCH UND DEPRESSION

Daten einer australischen Studie:

- Rund 27 % aller depressiven Frauen haben einen sexuellen Missbrauch in der Kindheit erlebt, ca. 10 % in schwerer Form.
- Bei missbrauchten Frauen kommt es häufiger zu Suizidversuchen, Selbstverletzung und Panikstörungen. Die Depression trat früher im Leben auf, und die Frauen lebten häufiger erneut in Beziehungen mit Gewalt.

(Gladstone 2004)

www.dunkelziffer.de — Hilfe und Schutz für sexuell missbrauchte Kinder.

www.sexuellermissbrauch.ch — Informationen von betroffenen Frauen.

Auswirkung sexueller Ausbeutung

Zusammengefasst wirkt das Erlebnis der sexuellen Ausbeutung durch einen Erwachsenen auf vier Arten traumatisch:

1. Beziehungen werden sexualisiert, es entstehen falsche Normen, Liebe und Sex werden verwechselt und sexuelle Aktivität mit negativen Gefühlserinnerungen gekoppelt.
2. Das Kind erlebt sich stigmatisiert und ist zur Geheimhaltung gezwungen; es leidet unter Scham und Schuldgefühlen.
3. Das Kind fühlt sich verraten und in seinem Vertrauen betrogen. In der lebensnotwendigen Abhängigkeit erlebt es sich missbraucht und manipuliert.
4. Das Kind erfährt sich ohnmächtig durch das Überschreiten der Körpergrenzen gegen seinen Willen, es gerät in Hilflosigkeit und gelangt zur Überzeugung der eigenen Wirkungslosigkeit mit dem Selbstbild als Opfer.

Die Persönlichkeit wird zentral in ihren Überzeugungen und Werten auf fünf Ebenen getroffen und zeigt sich beeinträchtigt:

1. Auf der Ebene der Sicherheit, in dem sie immer wieder Opfer wird und in gefährliche Situationen gerät.
2. Auf der Ebene des Vertrauens, indem sie von Angst, Misstrauen, Übervorsicht und Entscheidungsunfähigkeit geprägt ist.
3. Auf der Ebene der Kontrolle, indem sie sich ausgeliefert fühlt, unter Sinnlosigkeit leidet und sich selbst schädigt.
4. Auf der Ebene der Wertschätzung, indem sie meint, schlecht zu sein, und auch die Wertschätzung für andere verliert.
5. Auf der Ebene der Intimität, indem sie sich einsam und leer fühlt und im Miteinander keine Sinnerfüllung findet.

Ein typisches Täterprofil

Traumatisierte Menschen haben oft große Angst vor dem Täter. Dies hängt oft auch mit dem allgemeinen Verhalten des Täters zusammen.

TÄTERSTRATEGIEN

- Ans Opfer gelangen («Grooming»).
- Opfer für die Tat gefügig machen.
- Unentdeckt bleiben.
- Nicht zur Verantwortung gezogen werden.
- Ausbeutung beliebig fortsetzen können.

NACH DER ENTDECKUNG

Nach der Entdeckung mögen sie sich für ihre Tat schämen, doch sie umgeben sich mit einem dicken Panzer – nach innen gepolstert, nach außen abwehrbereit, sobald das Fehlverhalten angesprochen wird. Folgende Eigenschaften finden sich bei vielen Tätern:

- Wenig Einsicht in sein Verhalten.
- Wenig Verständnis für die Bedürfnisse der anderen.
- Selbstmitleid als Drohung: «Denk daran, was das für mich bedeutet, wenn du mich anzeigst!»
- Starke Verdrängung der Tat.
- Gibt nur zu, was ihm nachgewiesen wird («Kann sein, dass da etwas war.»).
- Wurden oft selbst missbraucht.
- Teenager: tiefes Selbstwertgefühl, isoliert, wenig gleichaltrige Freunde, netter Junge (Babysitter); hat Mühe in Beziehungen mit Erwachsenen.

Das äußere positive Gesicht des Täters

- Höflich, zuvorkommend, angesehen.
- Guter Versorger.
- Familienmann.
- Sozial / politisch / religiös engagiert.
- Großzügig (nach außen / für sich).

BEISPIEL

Immer wieder sind Nachbarn eines Sexualtäters schockiert und überrascht über das Doppelgesicht des Täters. Nachdem in den USA ein Mann nach schwersten Delikten an seiner Familie festgenommen wurde, waren die Nachbarn in dem etwa 100 Häuser zählenden Wohnpark entsetzt. «Wir hatten keine Ahnung. Ich wusste nicht einmal, dass dort Kinder leben», erklärte eine Bewohnerin. «Er war sehr angesehen, sehr freundlich und seriös», beschrieb Parkmanagerin Alma M. den Festgenommenen. «Man hätte sich niemals vorstellen können, dass er so etwas tun würde.»
(aus einer Zeitungsmeldung)

Das heimliche negative Gesicht des Täters

- Egoistisch.
- Manipulatives Zurückhalten von Geld.
- Wenig Zeit für Familie.
- Wenig Ausleben der Werte.

Gefühlsmäßige Reaktion des Opfers

- Am Anfang sieht das Opfer die guten Seiten des Täters als Stärke der Beziehung.
- Wenn der Täter mit seinen Kontrollmethoden reagiert, klammert es sich an die positiven Seiten.
- Wenn der Druck wächst, erscheint auch das Positive hohl.
- Dieses Doppelleben führt zu einer Vertrauenskrise, die das Selbstwertgefühl des Opfers zerstören kann.

WEITERE INFORMATIONEN:
Anita Heiliger:
Täterstrategien und Prävention. München 2000

Aufdecken und vorbeugen

Prävention erfolgt fortlaufend durch Erziehung und Öffentlichkeitsarbeit. Leitlinien für die Information der Kinder:

- Dem Alter und Entwicklungsstand der Kinder angepasst.
- Selbständigkeit und Selbstbewusstsein fördernd.
- In Sexualerziehung und in Leitlinien für eine liebevolle Beziehung eingebettet.

PRÄVENTIVE ERZIEHUNG

- Über deinen Körper bestimmst du allein.
- Deine Gefühle sind wichtig.
- Es gibt angenehme und unangenehme Berührungen.
- Du hast das Recht NEIN zu sagen.
- Es gibt gute und schlechte Geheimnisse.
- Sprich darüber und suche Hilfe.
- Du bist nicht schuld!

www.dunkelziffer.de

DEN TÄTER ANZEIGEN?

Wie soll man bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch vorgehen?

- Ruhig bleiben, das Gespräch mit dem Kind suchen.
- Dem Kind glauben, was es erzählt.
- Dem Kind nicht die Schuld geben.
- Hilfe suchen für sich und das Kind.
- Das Kind vor weiterem Missbrauch schützen.
- Den Täter anzeigen, wenn eine weitere Gefährdung besteht.
- Der Täter hat ein Recht auf Persönlichkeitsschutz.

Beratungsstellen (Opferhilfe) geben gerne Auskunft, wie man weiter vorgehen kann.

- ***Nie allein handeln!***
- ***Kinderschutz hat oberste Priorität!***

Auswirkungen auf die Paarbeziehung

Das Trauma eines Ehepartners (oft ist die Frau von einem sexuellen Missbrauch betroffen) bleibt nicht ohne Auswirkung auf eine spätere Paarbeziehung. Der Weg zu einer partnerschaftlichen Sexualität kann oftmals länger dauern und von unerwarteten Reaktionen geprägt sein.

Wichtig ist es für den Partner, die Auswirkungen zu kennen – Flashbacks, körperliche Symptome und Vermeidensverhalten. Für die Frau braucht es viel Überwindung, ihm die Gründe für ihre Reaktionen zu erklären. Wichtig ist dann aber auch, dass sie ihm sagt, wie er auf ihre Bedürfnisse und Hemmungen eingehen kann – was sie gern hat und was traumatische Erinnerungen auslöst.

Phasen der Therapie bei sexuellem Missbrauch

Sexueller Missbrauch führt zu einer tiefen Vertrauenskrise – zum Täter, zu andern Menschen, zu sich selbst. Alle Gefühle sind in Aufruhr, in ständigem inneren Widerstreit. Auch der Körper ist nicht mehr verlässlich. Wie soll man da in eine Therapie eintreten und Heilung erfahren? Erfahrene Therapeutinnen betonen daher an erster Stelle nicht Aufarbeitung sondern Stabilität.

1. ***Stabilisierung***. «Es ist o.k., nicht o.k. zu sein!» Das Opfer muss spüren, dass man ihm glaubt und vertraut; dass man seine seelischen und körperlichen Schmerzen ernst nimmt; dass man seine Instabilität akzeptiert. Daraus ergibt sich der Aufbau einer therapeutischen Arbeitsbeziehung, in der sich die Person frei fühlt, ihre Erlebnisse zu erzählen und Wege zur Bewältigung zu suchen. Oft kann man zu Beginn nur mit dem Opfer trauern und versuchen, es zu trösten.
2. ***Strukturierende, unterstützende Interventionen:*** Wie kann die Person ihr Leben in den Griff bekommen, ohne ständig von den seelischen Schmerzen überwältigt und aus der Bahn geworfen zu werden?
3. ***Imaginationsübungen:*** Wenn traumatische Erinnerungen wieder lebhaft präsent sind, lernt die Person sich innere Schutzräume vorzustellen, einen «sicheren Ort», wo das Böse sie nicht erreicht. Oder sie stellt sich jemand vor, der an ihrer Seite steht und die Bedrohung abwehrt («innere Helfer»).
4. ***Ressourcen-Aktivierung:*** Jeder Mensch entdeckt Wege, die ihm helfen, das Leben besser zu bewältigen. So wird besprochen, was bisher geholfen hat, um zu überleben. Achtsamkeit auf die kleinen Dinge des Alltags: Was tut gut, was lenkt die Gedanken ab; was gibt ein Gefühl der Sicherheit und der Normalität, was vermittelt kleine Glücksgefühle?
5. ***Klärung der aktuellen Lebenssituation:*** Hat die Person allenfalls noch immer Kontakt zum Täter? Wie kann sie sich distanzieren und schützen? Welchen Einfluss haben solche Begegnungen auf das Befinden?
6. ***Langfristige Ziele der Traumatherapie:*** Integration des Traumas in die Biographie, Gestaltung des aktuellen Lebens und der Zukunft. Entwicklung einer Nicht-Opfer-Identität. Entwicklung von neuen Interessen, Plänen und Aufgaben.
7. ***Behandlungsbedürftigkeit von Begleiterkrankungen*** klären (z.B. Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen). Evtl. Medikation einsetzen.

SYMPTOME SEX. MISSBRAUCH

KINDER: Schmerzen in der Vagina, Blaseninfektion, Schmerzen beim Stuhlgang, Angst, Weigerung jemanden zu besuchen, Veränderung im Lernverhalten, Verweigerung von Körperkontakt, nicht alterskonformes Sexualverhalten.

TEENAGER: Essstörungen, Rückzug, Isolation, Selbstverletzung, Weglaufen, Misstrauen, mangelnde sexuelle Intimität.

ERWACHSENE: sehr vielgestaltig, gehäuft sexuelle Dysfunktion, Unterleibsbeschwerden, vermehrte Schmerzsyndrome, Depression und Angst, Selbstverletzungen - starke Schwankungen im Befinden.

Spezifische Trauma-Therapiemethoden

PITT

Die Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie (PITT) nach Luise Reddemann ist eine Kurzzeit-Therapie, die in Deutschland aus der klinischen Erfahrung mit traumatisierten Borderline-Patienten im Rahmen eines kurzen stationären Aufenthaltes entstand. Drei Phasen:

- Stabilisierung (primäre Aufgabe)
- Traumakonfrontation (evtl. bei guter Stabilisierung nicht mehr nötig)
- Integration.

Im Vordergrund steht der Aufbau einer tragenden therapeutischen Beziehung und eine **STABILISIERUNG** des psychischen Zustandes. Hier geht es um Ich-Stärkung, Symptomreduktion und um die Mobilisierung von Ressourcen. Ein wesentliches Element ist die Imagination: Die Vorstellung beruhigender Bilder (ein Gegengewicht zu den Schreckensbildern) soll mithelfen, die Gefühle besser zu kontrollieren. Die Patientin lernt bewusst, sich von angst-auslösenden Reizen und Vorstellungen zu distanzieren — sie wendet quasi eine schützende, positive Dissoziation an.

Dieser Schutz erlaubt bei Bedarf die **KONFRONTATION** mit dem Trauma. Die Betroffene nimmt eine distanzierte Beobachterrolle ein und bestimmt, was auf der «inneren Bühne» abläuft. Sie sieht nicht nur den bedrohlichen Täter, sondern auch hilfreiche Personen, etwa ein starkes erwachsenes Ich oder «ideale Eltern» oder «innere Helfer».

Diese veränderte Sicht ermöglicht eine **INTEGRATION** des Geschehenen in die Lebensgeschichte, ein bewusstes Trauern und ermutigt zum Neubeginn.

Die Therapieform hat eine breite Akzeptanz erlangt und überzeugt durch die einfühlsame, kreative und doch realistische Grundhaltung.

EMDR

Die Abkürzung steht für «Eye Movement Desensitization and Reprocessing», zu deutsch «Desensibilisierung und Neuverarbeitung durch Augenbewegungen». Dabei geht man von der Annahme aus, dass traumatische Erlebnisse in Verbindung zu körperlichen bzw. Gehirnfunktionen stehen.

Bei Wikipedia ist dies wie folgt beschrieben: «Nach einem Trauma kann es zum sogenannten ‹Sprachlosen Entsetzen› (speechless terror) kommen, das heißt, in der rechten Hirnhälfte werden Bilder prozessiert, die der Patient vor Augen hat, während das Sprachzentrum aktiv unterdrückt wird. Der Patient kann das Geschehene so nicht in Worte fassen, wodurch nachfolgend eine Verarbeitung des Erlebten erschwert wird.»

Es wird angenommen, dass durch die beidseitige Stimulation mittels bestimmter Augenbewegungen (oder auch akustische oder Berührungsreize) eine Synchronisation der Hirnhälften stattfindet, die bei der PTBS gestört ist. Erklärend wird Bezug genommen auf die REM-Phase im Schlaf, bei der auch starke Augenbewegungen stattfinden und zugleich eine erhöhte Verarbeitung des im Alltag Erlebten vermutet wird.

Erzählt also ein Patient seine Trauma-Erfahrung und bewegt dabei gleichzeitig seine Augen hin und her, so soll es zu einer deutlichen Abnahme der posttraumatischen Reaktion kommen.

Das Konzept ist nicht unumstritten. Insbesondere wird die Methode bei komplexen Traumata als zu «simpel» erachtet. Die Augenbewegungen seien zudem nicht spezifisch (also nicht wirklich notwendig) für die Abnahme post-traumatischer Emotionen.

Dissoziation

Der psychologische Begriff »Dissoziation« bedeutet im weitesten Sinne Trennung, Auflösung, Entflechtung. Dissoziation stellt eine unwillkürliche Reaktion des Menschen auf belastende oder traumatische Erfahrungen dar, die zu einer Veränderung bzw. einem Rückzug vom Bewusstsein führt. Die Psyche wird dadurch vor den überwältigenden Reizen und den existenzbedrohenden Emotionen geschützt. Für den außenstehenden Beobachter wirkt es, als ob die Person mit den Gedanken weit weg wäre. Der Blick wird leer, die Person verstummt, vielleicht läuft sie ziellos davon oder bleibt verloren in einer Ecke stehen. Was um sie herum vorgeht, und was ihr angetan wird, kommt nicht mehr an sie heran.

Dissoziation ist also ein wichtiger Schutzmechanismus für Menschen in traumatischen Situationen. Es ist jedoch gleichzeitig ein sehr drastischer Notmechanismus, der nachhaltige Schäden in Form von post-traumatischen Symptomen hinterlassen kann.

Kommt es zu wiederholten und länger anhaltenden Traumatisierungen, so kann dies gerade bei Kindern zu einem Muster werden, in schwierigen Situationen einfach «wegzutreten». Die integrative Funktion des Bewusstseins wird nachhaltig gestört. Gedächtnis und Wahrnehmung werden unterbrochen, die Person nimmt sich und die Umwelt nicht mehr wahr (Depersonalisation oder Derealisation). Im schwersten Falle kann es zu einer tief greifenden Identitätsstörung kommen (vgl. Seite 24 – 25).

BEISPIEL

Interview mit einer jungen Frau, die als Kind von zwei arbeitslosen Männern praktisch jeden Tag sexuell missbraucht wurde. Mit tonloser Stimme berichtet sie von diesen Ereignissen.

Frage: «Wie konnten Sie das nur aushalten?»

Antwort: «Ich bin in die Tapete gegangen. Da hat es nicht mehr weh getan. Ich bin erst viel später wieder aufgewacht.»

THERAPEUTISCHE DISSOZIATION

Im positiven Sinn wird Dissoziation genutzt, um sich im therapeutischen Kontext durch Imagination von den traumatischen Erinnerungen zu distanzieren (vgl. PITT, Seite 22). Allerdings geschieht der Mechanismus hier bewusst. Ergänzt wird er durch Körperübungen, in denen sich die Person wieder spüren lernt und sich mit mehr Sicherheit und Lebensfreude ins reale Leben eingibt.

Multiple Persönlichkeit (MPD) oder Dissoziative Identitätsstörung (DID)

Die Störung mit multipler Persönlichkeit (MPD = Multiple Personality Disorder) ist eine sehr seltene Störung der Persönlichkeits-Identität. Nach der Klassifikation der DSM-IV wird sie heute als Dissoziative Identitätsstörung (DID) bezeichnet.

Zur Diagnose der DID sind zwei Voraussetzungen wichtig: Die erste beschreibt die Existenz von zwei oder mehr Personen oder Persönlichkeitszuständen innerhalb einer Person (jede mit einem eigenen, relativ überdauernden Muster, die Umgebung und sich selbst wahrzunehmen, sich auf sie zu beziehen und sich gedanklich mit ihnen auseinanderzusetzen). Die zweite Voraussetzung fordert, dass mindestens zwei dieser Persönlichkeiten oder Persönlichkeitszustände wiederholt volle Kontrolle über das Verhalten des Individuums übernehmen.

Diese Phänomene führen dazu, dass eine «Person» (bzw. ihr Körper) gelegentlich etwas sagt, fühlt oder macht, das sie selbst nie tun würde. Häufig besteht für den Zeitraum der Kontrolle durch eine andere «Person» oder einen Persönlichkeitsanteil eine völlige oder teilweise Erinnerungslücke. Die Diagnose der Störung wird kompliziert durch die Mannigfaltigkeit der Symptome ,die auch körperliche Beschwerden miteinschließen. Die Instabilität des Persönlichkeitsausdrucks ist eine besonders dramatische Ausprägung der Phänomene, die bei der Borderline-Persönlichkeit beobachtet werden.

Als Ursache dieser Identitätsstörung wird heute eine langandauernde überwältigende psychische und physische Traumatisierung (z.B. schwerer sexueller Missbrauch) mit Beginn in der frühen Kindheit angenommen. Es kommt zur Abspaltung (Dissoziation) dieser unerträglichen Erlebnisse in weniger zugängliche Bewusstseinsbereiche.

Wer bin ich?

«Ich bin eine begabte Pianistin, ich lese gern und viel, ich bin jemand, die Kuscheltiere liebt, die gerne kocht,

ABER bin ich auch diejenige, die 8000.— Euro Schulden hat, ja, die auf den Strich geht? Vielleicht drogenabhängig?

Ich bin diejenige, die behauptet, dass ihre Eltern schreckliche Sachen mit ihren Kindern tun, aber ich bin auch diejenige, die behauptet, dass nichts passiert ist. Wer bin ich?» (EINE JUNGE FRAU)

Die Therapie

Die Therapie erstreckt sich gewöhnlich über viele Jahre, das Ziel ist die Reintegration oder bessere Kooperation der «Personen» bzw. Persönlichkeitsanteile. Therapieerfolge werden von den unterschiedlichsten Therapierichtungen beschrieben.

Für christliche Therapeuten liegt eine Gefahr in der Überinterpretation (z.B. zu schnelle okkult-dämonische Zuordnung) der eindrücklichen Phänomene.

EIN MODELL DER ENTSTEHUNG VON ABGESPALTENEN «PERSONEN»

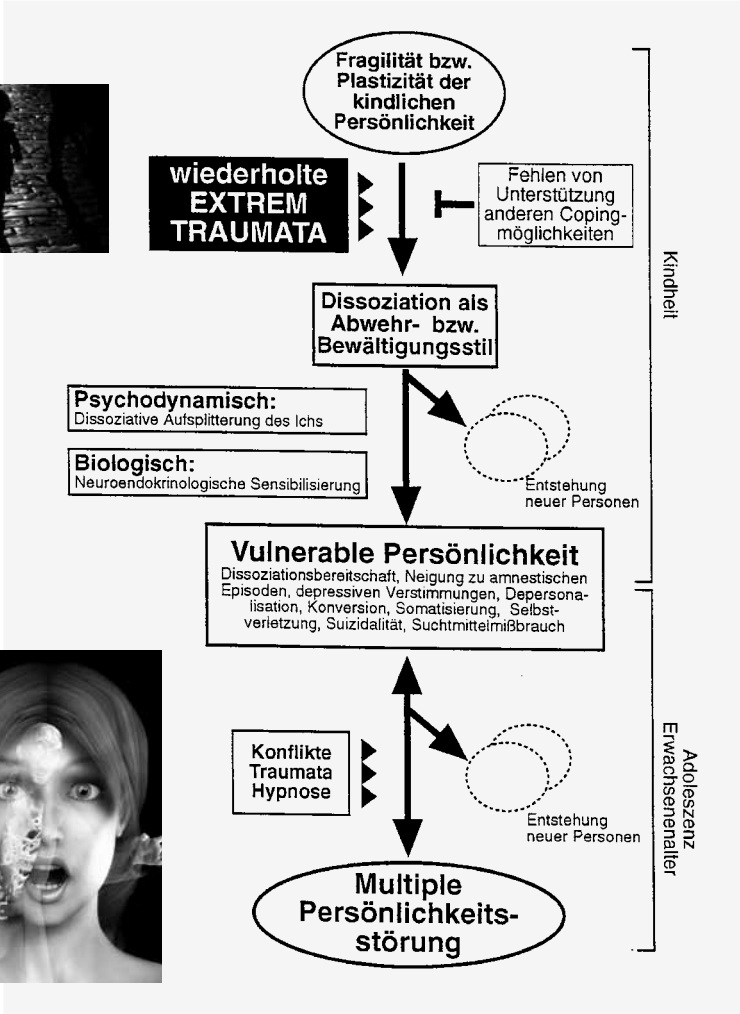


ABBILDUNG AUS: Pfeifer et al (1994). Störung mit multipler Persönlichkeit. Darstellung von zwei Fällen und Entstehungsmodell. Nervenarzt 65:623-627.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR:

- Huber M.: Multiple Persönlichkeiten. Fischer.
- Pfeifer S.: Multiple Persönlichkeitsstörung. Kapitel 7, in «Die zerrissene Seele. Borderline und Seelsorge», Brockhaus Verlag.
- Friesen J.G.: Uncovering the mystery of MPD. Here is Life Publishers.

Falsche Anwendung des Traumakonzeptes

Welche Gedanken kommen Ihnen beim Betrachten des Bildes auf dieser Seite?

a) ein Kind auf regennasser Strasse, verzweifelt, seelisch verletzt, allein?
b) ein müdes Kind in Begleitung seiner (kaum sichtbaren) Mutter, auf dem Heimweg in sein geborgenes Zuhause?

Wenn wir ehrlich sind, können wir nichts über den Seelenzustand des Kindes aussagen, ohne Genaueres über seinen Hintergrund zu wissen.

Ein Trauma ist schlimm, aber auch eine falsche Anklage wegen Kindesmissbrauch ist schlimm für die Angehörigen. Therapeutinnen und Berater müssen deshalb ausserordentlich vorsichtig in der Interpretation des seelischen Zustandes eines Menschen sein.

In der Folge sollen einige Fallen im Umgang mit dem Traumakonzept beschrieben werden.

FALLE 1: AUSWEITUNG AUF JEDE SCHWIERIGE ERFAHRUNG IM LEBEN

Therapeuten, die beispielsweise von der Primärtherapie oder von der Autorin Alice Miller geprägt sind, neigen dazu, auch die normalsten Erfahrungen auf dem Weg ins Erwachsenenleben als «Trauma» zu deuten, das fortan die Gründe für spätere Probleme darstellen soll.

Da wird vom Geburtstrauma gesprochen, dieser schrecklichen Erfahrung, aus dem warmen Mutterschoss in gleißendes Licht und kalte Luft herauspresst zu werden. Später soll dann in einer «körper-orientierten Therapie» diese schreckliche Erfahrung nochmals durchlebt werden, um das «Trauma» zu verarbeiten.

Seelische Verletzung einer sensiblen Person oder echtes Trauma?

Wenn in der Tiefenpsychologie von «Verletzungen» die Rede ist, werden nicht nur schwerste Kindheitserfahrungen gemeint, wie Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch oder die innere Zerrissenheit als Folge einer Scheidung. Die Belastung durch solche schweren Erfahrungen

«MISSBRAUCH»

EIN VIELSCHICHTIGER BEGRIFF

In der therapeutischen Sprache gibt es mindestens vier Formen des englischen Begriffes «ABUSE»:

- Emotional Abuse = Emotionale Vernachlässigung und Verletzung.
- Physical Abuse = Körperliche Misshandlung und Vernachlässigung.
- Sexual Abuse = Sexueller Missbrauch in vielfältigen Schweregraden.
- Spiritual Abuse = Geistlicher Missbrauch (vgl. Seite 35).

ist allgemein erkennbar und unbestritten.

Vielmehr sollen es ganz alltägliche Enttäuschungen und Ängste des Kindes sein, die zum späteren Lebensproblem führen. Beispiele:

- Reinlichkeitserziehung.
- Festlegen von festen Zeiten im Alltag (Essen, Schlafen).
- Tadel / kleine Strafen für Fehlverhalten.
- Mangelnde Bewunderung für ein selbst gemaltes Bild etc.

Oft werden Mütter der «Misshandlung» bezichtigt, obwohl sie nur das Beste für ihr Kind wollten und es zu keiner Zeit bewusst böse behandelten. Daraus folgt fälschlicherweise: «Die Mutter ist schuld!»

FALLE 2: DEUTUNG SEELISCHER PROBLEME ALS FOLGE VON PSYCHISCHEM TRAUMA.

Therapeuten und Seelsorgerinnen, die einseitig vom Traumabegriff geprägt sind, können sich kaum andere Gründe für psychische Auffälligkeiten vorstellen. «Könnte hinter depressivem Erleben ein Trauma stehen?» — «Derartige Wahnideen müssen doch einen traumatischen Ursprung haben!»

Sie beharren auf einer Trauma-Deutung, selbst wenn die Patientin / der Patient sich an kein Ereignis erinnern kann, das der allgemeinen Definition eines Traumas entspricht. Oft wirken sie dadurch realitätsfern und erzeugen erhebliche Spannungen bei den betroffenen Menschen.

FALLE 3: EINREDEN VON TRAUMA AUFGRUND VON TRÄUMEN, KÖRPERMISSEMPFINDUNGEN ODER GEISTLICHEN EINDRÜCKEN.

Alice Miller (*) schreibt einmal: «Ich hätte früher heftig protestiert, wenn man mir gesagt hätte, dass ich ein misshandeltes Kind gewesen war. Erst jetzt weiß ich mit Bestimmtheit, dank Träume, meiner Malerei und nicht zuletzt dank der Botschaften meines Körpers, dass ich als Kind über Jahre seelische Verletzungen hinnehmen musste, aber dies als Erwachsene sehr lange nicht wahrhaben wollte.»

Die klinische Erfahrung zeigt, dass genau diese drei Quellen der Wahrnehmung äußerst unzuverlässig sind, um «Wahrheit» zu rekonstruieren. Wenn es nicht zusätzliche Informationen gibt, sollte man mit Interpretationen sehr vorsichtig sein.

In der Seelsorge kommt noch der Faktor der «geistlichen Eingebungen» oder «Bilder» hinzu. Speziell Frauen, die für sich einen «prophetischen Dienst» beanspruchen, stehen in der Gefahr, «Traumata» in das Leben von Ratsuchenden hineinzulesen, die diese in tiefe Verwirrung stürzen können.

PARADOX

- Nicht jede seelische Verletzung in der Kindheit führt auch zu psychischen Problemen im Erwachsenenalter.
- Psychische Probleme im Erwachsenenleben lassen sich nicht immer auf seelische Verletzungen in der Kindheit zurückführen.

FALLE 4: ABBRUCH DER BEZIEHUNG ZU DEN ELTERN

Manche Therapeuten raten Betroffenen, den Kontakt mit den Eltern radikal abzubrechen. Keine Besuche mehr, keine Telefonate, kein Familienfest, kein Vorstellen der Enkelkinder.

Ein solcher Beziehungsabbruch trägt in sich zwei Gefahren: a) eine unreife Pseudolösung durch völliges Ausblenden der Beziehung ohne Gesprächsbereitschaft. b) Der Verlust von tragenden Beziehungen und heilsamen neuen Erfahrungen.

* www.alice-miller.com

Sensibilität und das Leiden an der Kindheit

Sensible und dramatische Persönlichkeiten verarbeiten vergleichsweise geringe Verletzungen als «Trauma».

Sensible Menschen haben meist eine recht normale Jugend hinter sich, ohne fassbare Grausamkeiten und überdurchschnittliche Verluste. Sie kommen oftmals aus normalen Familien, die versuchten, ihren Kindern das Beste zu geben. Nicht selten sind andere Geschwister seelisch gesund.

Wie kommt es dann, dass ängstliche und depressive Menschen sosehr unter ihrer Kindheit leiden? Antworten ergeben sich aus der Sensibilitätsforschung (vgl. Seite 14). Die untenstehende Tabelle fasst einige Grundthesen zusammen.

Tabelle 28-1:
Zehn Grundthesen zur Bedeutung der Kindheit für die persönliche Entwicklung

1. Kinder sind von ihrer genetischen Anlage her unterschiedlich begabt und temperamentvoll.
2. Schwangerschaft und Geburt sind natürliche Ereignisse und führen als Erlebnis allein nicht zu seelischen Störungen. Problematisch können aber minimale Gehirnschädigungen sein, die zu späteren Lern- und Verhaltensstörungen führen können.
3. Die frühkindliche Entwicklung ist weitgehend unabhängig von der Form der Erziehung (Mutterbrust oder Flasche, heile Kleinfamilie oder Kibbutz-Kinderhort), solange das Kind eine feste Bezugsperson hat, die ihm Vertrauen und Sicherheit gibt.
4. Das Temperament des Kindes prägt auch den Beziehungs- und Erziehungsstil seiner Eltern. Unruhige Kinder brauchen z.B. viel mehr elterliche Ermahnungen und erleben daher mehr Frustration.
5. Einzelne schmerzliche Ereignisse prägen weniger als eine langdauernde negative Gesamt-Atmosphäre.
6. Es gilt zu unterscheiden zwischen schweren Problemen (z.B. Alkoholismus oder psychische Krankheit der Eltern, Scheidungsstreß) und leichteren Besonderheiten des Erziehungsstils (z.B. freiheitlich oder behütend, unbewußte Erwartungen und Ängste der Mutter).
7. Erinnerungen an die Kindheit werden durch die Stimmungslage und die Persönlichkeit des Erwachsenen gefärbt.
8. Kinder haben Bewältigungsmöglichkeiten, die ihnen auch bei schlechter Ausgangslage eine gute Entwicklung ermöglichen. Zwei Faktoren sind wichtig: Eine stabile Anlage und die Umwelt (z.B. stabile Schulsituation, verlässliche Freunde).
9. Die Nöte sensibler Menschen sind nicht nur auf die äußeren Umstände der Kindheit zurückzuführen, sondern vielmehr auf ihre übersensible Verarbeitung von Erfahrungen in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter.
10. Wenn sich objektiv und im breiten Vergleich die Kindheit nicht als Schicksal erweist, so muss man doch die persönliche Verarbeitung von Erfahrungen in der Kindheit ernst nehmen und den Betroffenen helfen, diese in einer reifen Form zu verarbeiten.

«False Memory Syndrome»

Das menschliche Gedächtnis ist leider nicht so zuverlässig, wie man sich das wünschen würde. Gerade bei traumatischen Erfahrungen kann es im Rahmen der Dissoziation zum völligen Ausblenden der schrecklichen Ereignisse kommen. Oft tauchen die Erinnerungen erst sehr viel später in zersplitterter und verzerrter Form wieder auf.

MISSEMPFINDUNGEN, BILDER, TRÄUME

Auf dieser Grundlage haben manche Therapeuten die These aufgestellt, ein sexueller Missbrauch könne auch dann vorliegen, wenn die Person keine Erinnerung daran hat. In fragwürdiger Weise wurde manchmal durch stark suggestive Fragen ein «recovered memory» (wiederentdeckte Erinnerung) erzeugt. Vage Eindrücke, Bilder und Träume wurden zur Grundlage, einen «Missbrauch» zu diagnostizieren. Manche gingen so weit, ihre Eltern wegen dieser Eindrücke anzuzeigen. Dabei wurden z.T. groteske Anschuldigungen (Babyleichen im Garten) gemacht, die sich auch in aufwendigen Untersuchungen nicht beweisen liessen.

Offenbar handelte es sich um ein «False Memory Syndrome». Dies wird definiert als «ein Zustand, in dem die Identität und die persönlichen Beziehungen einer Person um die Erinnerung an eine traumatische Erfahrung kreisen, die objektiv zwar falsch ist, aber an die die betroffene Person fest glaubt.»

KENNZEICHEN

Die amerikanische Psychologie-Professorin Elizabeth Loftus arbeitete einige Kennzeichen derart falscher Gedächtnisinhalte heraus:

- Es handelt sich oftmals um sehr ungewöhnliche Inhalte, etwa satanische Rituale mit Menschenopfern.
- Die Betroffenen waren damals noch so klein, dass das Gedächtnis noch nicht so detailliert entwickelt war.
- Es gibt typischerweise keine unabhängigen Hinweise auf die Ereignisse.
- Die Therapeuten haben ihrerseits fixe Ideen über die allgegenwärtige Bedeutung von sexuellem Missbrauch.
- Die Therapeuten benutzen umstrittene Methoden (wie etwa Hypnose oder Imagination), um «Erinnerungen heraufzuholen».

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Nach der sorgfältigen Prüfung der Literatur kommt der englische Psychologie-Professor C. Brewin zu folgenden Schlüssen:

- Falsche Erinnerungen sind eine Möglichkeit, die immer berücksichtigt werden sollte. Aber nicht alle später auftauchenden Erinnerungen sind falsch. Es gibt Beispiele, wo insbesondere die gewöhnlichen Formen sexuellen Missbrauchs erst viel später wieder erinnert werden.
- Traumatisierte Patienten sind sehr suggestibel. Neben wirklich erfahrenen Traumata stehen sie in der Gefahr, unter Druck falsche Berichte über nicht selbst erlebte Traumata zu produzieren. Diese können sehr lebhaft ausgestaltet werden und dennoch nicht den Tatsachen entsprechen.

Verfolgung, Folter und Migration

Menschen, die aus ihrem Heimatland flüchten müssen, erleben etwa zehnmal so viel Stress wie der Durchschnitt im friedlichen Gastland. Staatliche Verfolgung und Terror erzeugen eine massive und kumulative Belastungssituation, welche in verschiedenen traumatischen Abschnitten verläuft.

Nach vorsichtigen Schätzungen leiden mindestens 5% der in Deutschland lebenden Asylbewerber unter Foltererlebnissen. Folter hinterläßt bei ihren Opfern fast immer ein tiefes und lebenslanges Trauma.

Der Schrecken endet nicht mit der Ankunft im sicheren Hafen des Westens. Vielmehr bedeutet der Asylprozess eine «Institutionalisierung der Ohnmacht». Beengte Unterkünfte, Arbeitsverbot, unsichere Aufenthaltsbedingungen, gekoppelt an die permanente Bedrohung, abgeschoben zu werden, sowie die Ablehnung im Gastland begünstigen die Entstehung einer chronifizierten Trauma-Symptomatik.

> Wer gefoltert wurde, bleibt gefoltert. Unauslöschlich ist die Folter in ihn eingebrannt, auch dann, wenn keine klinisch-objektiven Spuren nachzuweisen sind.
>
> Jean Améry

KÖRPERLICHE FOLGEN DER FOLTER

Ständige Kopfschmerzen, Herzbeschwerden, Atemnot, Schwindel, Schlafstörungen, Albträume, Überwachheit bis hin zur «nervigen» Übererregbarkeit. Neben Verletzungsfolgen findet sich oft auch eine chronisch erhöhte Verspannung mit entsprechenden Schmerzen und Muskel-Hartspann.

Auch wenn sich keinerlei nachweisbare Spuren finden, so wird der erlebte Schmerz doch zur «verkörperten Erinnerung».

ZWISCHENMENSCHLICHE FOLGEN

«Als er nach Hause kam, starrten seine Augen ins Leere, er lächelte nicht und redete nicht, und er hatte keine Fingernägel mehr», berichtete die Frau eines kurdischen Folteropfers. Oftmals hört man die Aussage: «Nichts ist mehr, wie es war!»

Gefolterte Menschen können selbst für ihre eigene Familie sehr schwierige Mitmenschen werden. Einige Punkte:

- Dauernde matte Traurigkeit, Unfähigkeit zu Frohsinn und Lebensgenuss.
- Ständiges Haften an den Demütigungen und Quälereien.
- Eine eigentümliche Schreckhaftigkeit, selbst auf harmlose Geräusche.
- Flashback-artige, sich aufdrängende Bilder und Gedanken aus früheren Foltersituationen, manchmal so plastisch, als würde sich das überstandene Trauma wirklich wiederholen, begleitet von Zittern und Schweißausbrüchen.
- Angst vor der Hausglocke («Werde ich wieder verhaftet?»).
- Vermeidung von größeren Menschenansammlungen, von Kino- oder Theater-Besuchen; ständige Absicherung.
- Reizbare Verstimmbarkeit mit schwer beherrschbaren Gemütsschwankungen und aggressiven Durchbrüchen, oft aber wie geistesabwesend.

WEITERE INFORMATIONEN:
Eine hervorragende Übersicht zum Thema findet sich auf der Website von Prof. Volker Faust: www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/folter.html
Ebenfalls informativ: www.torturevictims.ch

Nationales Trauma und Versöhnung

Manchmal geht ein ganzes Volk durch ein Massentrauma. Die Schreckensherrschaft des Pol Pot Regimes löschte ein Viertel des kambodschanischen Volkes aus – bis heute kann man die Schädel der «Killing Fields» besichtigen. In Ruanda hat das Massaker der Hutus an den Tutsi einen hunderttausendfachen Tribut gefordert – auch hier zeugen die Totenschädel von den schrecklichen Ereignissen. Srebrenica, Darfur, und wie die Orte schwerster Menschenrechtsverletzungen heissen mögen, haben sich in unser Gedächtnis eingebrannt.

Auch Südafrika ging in den Jahren der Apartheid-Herrschaft durch ein nationales Trauma. Der Hass gegen die Weissen wurde zum explosiven Gemisch, das jederzeit in einer schreckliche Katastrophe hätte enden können. Doch dann standen einige mutige Männer auf, allen voran Nelson Mandela, der selbst in den Verliessen des Regimes geschmachtet hatte.

WAHRHEIT UND VERSÖHNUNG

In Südafrika wurden «Truth and Reconciliation Commissions» (TRC) gegründet, zu deutsch «Wahrheits- und Versöhnungskommission».

Ihr Ziel war es, Opfer und Täter in einen «Dialog» zu bringen und somit eine Grundlage für die Versöhnung der zerstrittenen Bevölkerungsgruppen zu schaffen. Vorrangig hierbei war die Anhörung bzw. die Wahrnehmung des Erlebens des jeweils anderen.

Die Ideale Gandhis, der über zwei Jahrzehnte in Südafrika gelebt und gewirkt hatte, finden sich in den Grundsätzen der TRC wieder. Nicht die Konfrontation, sondern die Wahrnehmung des «Anderen» stand im Vordergrund.

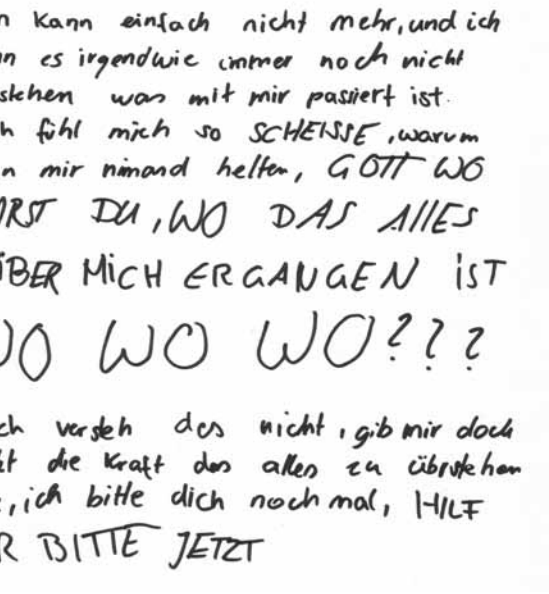
Den Angeklagten wurde Amnestie zugesagt, wenn sie ihre Taten zugaben, den Opfern wurde finanzielle Hilfe versprochen. Ziel war die Versöhnung mit den Tätern sowie ein möglichst vollständiges Bild von den Verbrechen, die während der Apartheid verübt wurden. Sämtliche Anhörungen waren deshalb öffentlich (Text nach Wikipedia).

VERGEBUNG STATT RACHE

Die ***Bereitschaft zur Vergebung*** führte zu einem friedlichen Übergang statt zu einem Blutbad. Die Begnadigung weißer und schwarzer Täter hat vermieden, dass tausende unschuldiger Menschen neues Unrecht, Tod und erneute Traumatisierung erlebt hätten.

WEITERE INFORMATIONEN:
Wikipedia: Wahrheits- und Versöhnungskommission

Seelsorge: Wo ist Gott?


n kann einfach nicht mehr, und ich
n es irgendwie immer noch nicht
stehen was mit mir passiert ist.
h fühl mich so SCHEISSE, warum
n mir nimand helfen, GOTT WO
IRST DU, WO DAS ALLES
ÜBER MICH ERGANGEN IST
)O WO WO???
ch verstehe des nicht, gib mir doch
t die Kraft des alles zu überstehen
, ich bitte dich noch mal, HILF
R BITTE JETZT

Diese verstörenden Zeilen wurden von einem 18-jährigen Mädchen geschrieben, bei dem die Erinnerung an das Trauma einer Vergewaltigung nach einem halben Jahr nochmals mit voller Wucht hochgekommen war.

Seelsorge in dieser Phase erfordert viel Feingefühl. Da helfen weder Plattitüden noch theologische Diskussionen. Es macht gar nichts, wenn auch die helfende Person keine Worte findet, und einfach nur da ist, ohne viel zu sagen.

Die äußere Stabilisierung steht vor der inneren Verarbeitung. Die traumatisierte Person muss sich sicher fühlen können – Geborgenheit, Wärme, ein gutes Essen, ein wohliger Ort zum Schlafen – all das kann dazu gehören.

Gläubige Menschen gehen durch unterschiedliche Phasen in der Auseinandersetzung mit dem Trauma. Sie entdecken oft die Psalmen, die Klagelieder oder das Buch Hiob. Ihre Gebete sind seltsam zerrissen zwischen Anklage und zaghaftem Rufen nach Hilfe.

Lieder und geistliche Musik können Gefühle in ganz besonderer Weise ausdrücken – etwa Haendels Oratorium vom leidenden Christus oder Bachs Kantaten. Aber auch das neue Genre der «Praise Music» enthält viele Texte und Melodien der Klage und des Vertrauens.

IST VERGEBUNG MÖGLICH?

«Vergeben und vergessen» – so einfach ist es für traumatisierte Menschen nicht. Sie brauchen Zeit zur Verarbeitung, und dieser Weg kann auch in der Seelsorge nicht abgekürzt werden. Irgendwann kann man vielleicht das Geschehene «Gott zurücklegen», und den Täter «seiner Rache übergeben». Dieses Abgeben hat reinigende Wirkung und entlastet von der Bürde des Grolls. In der Seelsorge mehr einzufordern, wäre vermessen, doch gibt es oft ganz unvermutete positive Entwicklungen.

«Feindpsalmen»

DEM UNAUSSPRECHLICHEN WORTE GEBEN

Trauma macht sprachlos. Es gibt keine Worte, das Grauen zu fassen. Aber irgendwann kann die Wut hochkommen, auch beim gläubigen Menschen.

In den Psalmen werden Gefühle ohne falsche Frömmigkeit in unverblümter, authentischer Form ausgesprochen, geseufzt, herausgeschrieen. Mit ungewohnter Heftigkeit werden Rachewünsche und Vernichtungsphantasien geäußert, wird gegen Gewalt geklagt und nach Vergeltung gerufen. Diese Texte werden in der theologischen Fachsprache als Klagepsalmen oder Feindpsalmen bezeichnet.

Auswirkungen auf das Gottesbild

«Wie kann ein allmächtiger liebender Gott das Leid auf dieser Welt zulassen?» Diese Frage hat die Menschen seit Urzeiten beschäftigt. In der Fachsprache wird sie als **«THEODIZEE-FRAGE»** bezeichnet. Im Gespräch mit gläubigen Menschen begegnen mir zwei unterschiedliche Formen dieser Frage:

a) Die theologisch-philosophische Frage nach Gottes Wirken in dieser Welt.

b) Das persönliche Ringen mit dem Gott, der angeblich Liebe ist und doch Böses zulässt.

THEOLOGISCHE ASPEKTE

In diesem Seminarheft fehlt der Raum, diese Diskussion auch nur annähernd zu erörtern. Eine Frage ist aber auch für die persönliche Verarbeitung wichtig: Muss die Güte Gottes darin bestehen, dafür zu sorgen, dass es einem gut geht? Erfährt man nur dann Gottes Liebe, wenn man gesund, erfolgreich, unversehrt und glücklich ist?

DAS PERSÖNLICHE RINGEN

In manchen christlichen Kreisen wird ein idealisiertes, fast romantisches Vaterbild kultiviert, das nur selten der realen Vatererfahrung entspricht. Schlechtes Ergehen wird oft mit Gottesferne gleichgesetzt, wohlige Geborgenheit mit der Heimkehr zum Vater, wie sie in Rembrandts Gemälde dargestellt wird.

Seelisches Trauma fordert ein Umdenken. Der leidende Christus solidarisiert sich mit den Traumatisierten. Traumaverarbeitung bedeutet auch Trauern über Leid und Schmerz als Teil des Lebens. Im Ringen mit Gott kann eine neue vertiefte Gottesbeziehung entstehen, wie sie Paulus im Brief an die Römer ausspricht: Wer kann uns trennen von der Liebe Gottes — auch in den dunkelsten Stunden des Lebens?

BEISPIEL

«In einem christlichen Buch las ich den Bericht über den Film ‹Billy Eliott›. Da hiess es: ‹Und sie schlägt zu — haut ihm voll eine herunter. Der Knall dieser Ohrfeige schallt durch den Kinosaal ...›

An dieser Stelle bekam ich spontan einen heftigen Flashback plus Übertragung. Vor meinem Auge stand mein brutaler Vater, der mich zuweilen so heftig ohrfeigte und mit Fausthieben malträtierte, dass beide Kiefergelenke dauerhaft geschädigt sind. Und ich bin meinem Vater nicht dankbar in den Arm gefallen, sondern habe das Weite gesucht, damit er mich nicht totschlug — wenn ich noch konnte und nicht ohnmächtig wurde.

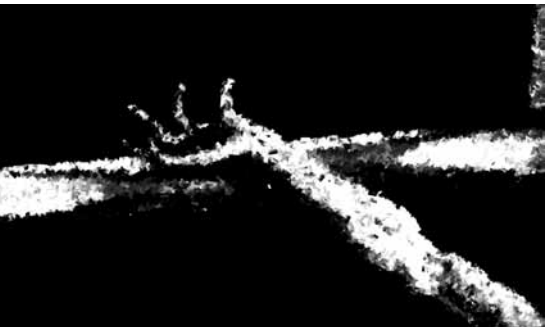
Die Übertragung fand ebenso spontan statt, dass Gott «Vater» vor mir steht und mich ohrfeigt, weil ich das verdient habe! Und ich bedanke mich natürlich noch bei Gott ... Was ich hier an dieser Stelle des Briefes denke, kann man nicht veröffentlichen, deshalb behalte ich es für mich

Fest steht, dass ich nach meiner Bekehrung jahrelang gebraucht habe, um meinen leiblichen Vater und Gott Vater zu trennen. Langsam, ganz langsam konnte ich es zulassen, dass Gott mein Vater sein will, der mich liebt und liebevoll mit mir umgeht. Nun aber liege ich zitternd und aufgelöst im Bett und es ist fast vier Uhr morgens. Und morgen früh ist Gottesdienst, dort will ich hin ... und soll Gott-Vater anbeten. Ich habe keine Ahnung, ob das gelingt oder ob ich noch einmal Jahre brauchen werde, mich dem Vaterherz Gottes zu nähern.»

aus einem Leserbrief der Zeitschrift AUFATMEN

Die Frage nach dem Bösen

Das Leiden unserer Patienten wirft auch existentiell die Frage nach dem Bösen auf. Wie sind Gräueltaten wie der Holocaust oder der Völkermord in Kambodscha oder die KZs in Bosnien möglich? Wie sind sadomasochistische Quälereien von Kindern vor laufender Kamera möglich? C.G.



Jung sprach nach dem Ende des zweiten Weltkriegs von den «Dämonen» des Hitler-Regimes.

Wer mit schwerst traumatisierten Menschen arbeitet, für den wird die Existenz des Bösen so real, dass humanistische Verharmlosungen nicht mehr greifen. Die Folgen:

a) Wut, Ohnmacht, bis hin zum Kampf gegen das Böse auf eigene Faust.
b) Persönliches Gefühl des Bedrücktseins und der Bedrohung durch Kräfte des Bösen, denen man sich ausgeliefert fühlt. (Cave: Symptom der Überforderung!!)
c) Erschütterung des Weltbildes.

ERSCHÜTTERUNG DES WELTBILDES

Ingrid Bétancourt schrieb an ihre Mutter: «Mamita, ich bin des Leidens müde. Ich habe versucht, stark zu sein. Diese fast sechs Jahre Gefangenschaft haben mir gezeigt, dass ich weder so widerstandsfähig noch so mutig, intelligent und stark bin, wie ich dachte … Es geht mir körperlich schlecht. Ich esse nicht mehr, ich habe den Appetit verloren, mir fallen die Haare in Büscheln aus. Ich habe auf nichts Lust. Ich glaube, das ist das einzig Gute: auf nichts mehr Lust zu haben. Denn hier in diesem Dschungel lautet die einzige Antwort auf alles ‹Nein›. Deshalb ist es besser, nichts zu wollen, um wenigstens frei von Wünschen zu sein.»

VERARBEITUNG IM GEBET

Im folgenden gebe ich Texte einer seit Kindheit schwerst traumatisierten Frau wider, die mich sehr berührt haben. In den Gesprächen mit mir versuchte sie das Grauen in Worte zu fassen, das sie erlebt hatte. Oft blieb nichts anderes übrig, als Schweigen. Manchmal war sie so beschämt, dass sie sich in eine Ecke meines Sprechzimmers stellte, und dort zur Wand redete. Wir sprachen von ihrem Leiden, von ihrem Hass auf den Onkel, der sie jahrelang missbraucht und dabei gefilmt hatte, aber auch von ihrem Ringen mit Gott, der oft so abwesend schien. In diesem Ringen verfasste sie folgende Worte:

Aufgetürmt hat er rings um mich Bitterkeit und Mühsal … hat mich in Finsternis gelegt, gleich ewigen Toten. Er hat mir jeden Ausgang versperrt, mich in schwere Fesseln geschlagen als ich gleich schreie und flehe – er verlegt meinem Gebet den Weg. (Klagelieder 3:5-8)

BEACHTE: Das Gebet führt nicht immer zum harmonischen Ende des seelischen Schmerzes, aber es gibt dem Unaussprechlichen wenigstens Worte und damit tröstliche Kraft.

Geistlicher Missbrauch

DEFINITION

«Geistlicher Missbrauch ist der falsche Umgang mit einem Menschen, der Hilfe, Unterstützung oder geistliche Stärkung braucht, mit dem Ergebnis, dass dieser in seinem geistlichen Leben geschwächt und behindert wird.» [...] «Geistlicher Missbrauch ist Manipulieren, Kontrollieren und Beherrschen im Rahmen eines geistlichen Amtes, das jemand ausübt. Dabei kann dieser Missbrauch absichtlich oder unabsichtlich erfolgen. Der geistliche Missbrauch dient dem Erreichen der eigenen Absichten, nicht dem Erreichen der Absichten Gottes.»

ERKENNUNGSMERKMALE

- Manipulation: z.B. «Gott hat mir gesagt dass du...» – Erzeugung einer extremen Abhängigkeit von einem Leiter, mit der Auflage, alle Entscheidungen mit ihm abzusprechen.
- Tabuthemen, die nicht angesprochen werden dürfen. Bestrafung, Verfluchung und Ausgrenzung bei Zuwiderhandlung.
- Machtanspruch: «Ich bin Leiter, also musst du mir gehorchen!» oder «Taste den Gesalbten des Herrn nicht an.» – Ein Hinterfragen wird als «Rebellion» angesehen.
- Lügen des Leiters werden von ihm als «Missverständnisse» abgetan.
- Unangemessene Forderungen bezüglich Zeit, Geld, Verzicht und Einsatz in der Gruppe, ohne Rücksicht auf die Bedürfnisse des einzelnen und seiner Familie.
- Erzeugung von Schuldgefühlen, wenn man den Forderungen eines Leiters nicht gehorcht.
- Verleugnung von eigenen Gefühlen und Bedürfnissen, wenn diese nicht den Vorgaben der Gruppe oder des Leiters entsprechen.
- Sexuelle Übergriffe unter religiösen Vorzeichen. (Beispiele: Missbrauch von Knaben in der katholischen Kirche, aber auch vereinzelte Berichte von sexuellem Missbrauch in freikirchlichen Splittergruppen).
- Dämonisierung von psychischen Problemen mit z.T. lautstarken rituellen «Befreiungsgebeten».
- Die meisten Fälle von geistlichem Missbrauch treten in kleinen Gruppierungen auf, die von isolierten Leitern (und ihrer Entourage) geführt werden.

WEITERE INFORMATIONEN:

David Johnson & Jeff VanVondereen: Geistlicher Missbrauch — die zerstörende Kraft der frommen Gewalt. Projektion J.

Ken Blue: Geistlichen Missbrauch heilen. Brunnen.

BEISPIEL

Die Betroffene hat ohne Erlaubnis des Pastors eine Tupperware-Party durchgeführt. Sie wird autoritär «vermahnt».

«Meine Ohren verweigern ihren Dienst und mein Gehirn blockt irgendwie alles ab. Nach einer viertel Stunde sind sie fertig und ich darf nach Hause gehen. Als ich im Auto sitze, wird mir so langsam bewusst, was da gerade abgelaufen ist. Ich kann es nicht fassen, und die Tränen bahnen sich so langsam den Weg nach oben. Tränen der Wut und der Verzweiflung, ich fühle mich beschmutzt und missbraucht. Aber was soll ich dagegen tun? Wer hilft mir denn?»

Bericht auf der Website www.cleansed.de

Compassion Fatigue – Sekundärtrauma Leiden an der Not der andern

«Als ich die Stelle im Frauenhaus angetreten hatte, war ich darauf vorbereitet gewesen, der dunkelsten Seite des Lebens zu begegnen. Schon auf dem Sozialamt hatte ich alle denkbaren Arten von Elend erlebt, Ich dachte, ich wäre abgehärtet und trotzdem noch weich genug für meinen neuen Job. Aber ich konnte mich nicht an die blauen Flecken und ausgeschlagenen Zähne gewöhnen, an die verängstigten Kinder, die seit Wochen nicht mehr richtig geschlafen hatten, an die Frauen, die gelernt hatten, sich selbst für so schlecht zu halten, dass man sie verprügeln durfte...»

Zitat aus dem Krimi von Leena Lehtolainen: Zeit zu sterben. Rowohlt, S. 38.

In den letzten Jahren wurde vermehrt das Augenmerk auf die Befindlichkeit derjenigen Helferinnen und Helfer gelegt, die in Kriegs- und Katastrophengebieten im Einsatz sind – Entwicklungshelfer, UNO-Beobachter, Ärzte, Psychologen, Pflegende, – um nur einige Beispiele zu nennen. Sie sehen menschliches Leid in seiner extremsten Form, nicht als seltene Ausnahme im friedlichen Alltag, sondern als «täglichen Wahnsinn».

Die Unterstützung von Mitarbeitern in Humanitären Projekten, Hilfsorganisationen und in der Mission wird heute als ***«Member Care»*** bezeichnet und entwickelt sich zu einem eigenständigen Fachgebiet.

Trauma ist ansteckend. Das Anhören von traumatischen Erlebnissen oder das Mitfühlen mit Opfern traumatischer Erfahrungen führt zu ähnlichen Reaktionen wie beim direkt betroffenen Opfer selbst.

- Vegetative (körperliche) Übererregung
- Intrusion (Sich-Aufdrängen von Bildern, Gefühlen, Ängsten, Tagträumen, Albträumen etc.)
- Konstriktion (Rückzug von Beziehungen, Aktivitäten, Freuden des Lebens).

MÖGLICHE AUSWIRKUNGEN

- Das Erzählte weckt eigene Erinnerungen.
- Das Gehörte löst Bilder aus (in Tag- oder Nachtträumen).
- Man wird sich der eigenen Verwundbarkeit bewusst.
- Es erschüttert das eigene Grundvertrauen in das Gute; Vorwürfe an Gott?
- Man hat Gefühle der Wut, der Verzweiflung. Vorwürfe an die Polizei, die schlechte Regierung, an alle möglichen «verantwortlichen Leute».

GEFAHREN FÜR DIE BETREUUNG

Vermeidungsverhalten des Therapeuten: Er/sie will nicht mehr von den Traumata hören, obwohl die betroffene Person darüber reden möchte.

Intrusion: Der Therapeut beharrt auf Details des Traumas, obwohl die betroffene Person jetzt nicht darüber sprechen will.

Allgemeiner Rückzug: Weil der Therapeut unter Schlafstörungen und Albträumen leidet, ist er für Anliegen der betroffenen Person nicht mehr offen.

Bild: Iris Africa Malawi - mit freundlicher Genehmigung

Die folgenden Symptome wurden von Betreuern zusammengestellt, die in Südafrika mit freigelassenen Gefangenen in einer speziellen Abteilung für Psychotrauma arbeiteten.

GEFÜHLE
- Ohnmacht, Hilflosigkeit
- Angst
- Schuld / Überlebensschuld
- Zorn / Wut
- Abkapselung, Gefühlstaubheit
- Traurigkeit, Depression
- Stimmungsschwankungen
- Erschöpfung
- Übermäßige Sensibilität

DENKEN
- Verminderte Konzentration, Apathie und Zerstreutheit
- Vermindertes Selbstwertgefühl
- Perfektionismus, Rigidität
- Bagatellisieren
- Ständige Beschäftigung mit Trauma
- Gedanken, sich selbst oder andern etwas zu Leide zu tun

VERHALTEN
- Ungeduld, Reizbarkeit, Launenhaftigkeit
- Rückzug
- Schlafstörungen, Alpträume
- Appetitveränderung
- Überwachheit, Schreckhaftigkeit
- Verlegen von Dingen (Zerstreutheit)

SPIRITUALITÄT
- Infragestellung des Lebenssinnes
- Sinnverlust
- Verlust der inneren Gelassenheit
- Durchgehende Hoffnungslosigkeit
- Zorn auf Gott
- Verlust des Glaubens an eine höhere Macht, die uns schützt

BEZIEHUNGEN
- Rückzug, Isolation, Einsamkeit
- Weniger Interesse an Zärtlichkeit / Sex
- Misstrauen
- Überbehütendes Verhalten gegenüber den Kindern.
- Projektion von Zorn und Schuldzuweisung, Intoleranz
- Vermehrte Konflikte

KÖRPERSYMPTOME
- Schwitzen, Herzklopfen
- Atembeklemmung, Schwindel
- Schmerzen
- Vermehrte Krankheitsanfälligkeit

ARBEIT
- Wenig Antrieb und Motivation
- Vermeiden von Aufgaben
- Beharren auf Details
- Negativismus
- Mangel an Wertschätzung
- Mangelndes Engagement
- Teamkonflikte / Reizbarkeit
- Vermehrte Abwesenheit
- Rückzug von Kolleginnen

Gekürzt nach Pelkovitz, zitiert bei C. Figley.

Resilienz entwickeln nach einem Trauma

Resilienz bedeutet Widerstandskraft und Durchhaltevermögen in schwierigen Situationen, in Schicksalsschlägen, Bedrohungen und Beziehungsproblemen. Jeder Mensch hat in sich Faktoren, die ihn «resilient» machen — der eine mehr, der andere weniger.

Doch Resilienz kann bewusst aufgebaut und entwickelt werden. Dies bedeutet nicht ein problemfreies Leben. Oftmals sind es gerade seelische Schmerzen und Verlusterlebnisse, die eine Person in ihrer Lebensbewältigung stärker machen können.

Ein ganzes Bündel von Faktoren bestimmt, wie Misserfolge und Lebenskrisen verarbeitet werden. Die neuere Forschung zeigt deutlich, dass der wesentlichste Faktor gute und tragfähige Beziehungen (Familie, Freunde) sind. Dazu kommt natürlich die eigene Grundhaltung, Problemlöseverhalten und ein gutes Selbstvertrauen. Hier sind zehn Wege zum Aufbau von Resilienz (*).

1. Pflegen Sie Beziehungen

Gute Beziehungen mit Familie und Freunden sind wichtig. Wer Hilfe und Unterstützung von Menschen annimmt, die sich um ihn kümmern und ihm zuhören, wird dadurch gestärkt. Jugendgruppe, Hauskreis und andere Gruppen können eine große Hilfe sein. Wer andern hilft, erlebt auch selbst Unterstützung.

2. Krisen sind nicht unüberwindbar

Auch wenn Sie einen Schicksalsschlag nicht verhindern können, so können Sie doch beeinflussen, wie Sie die Ereignisse einordnen und damit umgehen. Krisen werden nicht als unüberwindliches Hindernis gesehen. Der Glaube kann dabei eine wichtige Hilfe sein (Beispiel Hiob). Schauen Sie über die Gegenwart hinaus.

3. Veränderung gehört zum Leben

Schwere Erfahrungen gehören zu unserem Leben. Auch resiliente Menschen sind vor der Opferrolle nicht gefeit. Nach einer gewissen Zeit gelingt es ihnen jedoch, anders über die Situation zu denken. Nehmen Sie die neue Lebenssituation an. Indem man das Unveränderliche loslässt, kann man sich auf diejenigen Dinge konzentrieren, die sich ändern lassen.

4. Setzen Sie sich Ziele

Entwickeln Sie kleine, aber realistische Ziele für jeden Tag. Halten Sie einen geordneten Tagesablauf ein. Streben Sie nicht nach grossen Zielen, sondern fragen Sie sich: «Was kann ich heute tun, das mich in die Richtung führt, die ich erreichen möchte?»

5. Mutig handeln

Packen Sie das an, was zu tun ist. Lassen Sie sich nicht gehen, in der Annahme, die Dinge lösten sich von allein. Überlegtes und mutiges Handeln gibt Ihnen das Gefühl zurück, wieder selbst am Ruder zu sein und in die Zukunft zu schauen.

6. Was kann ich aus der Situation lernen?

Viele Menschen haben erlebt, dass sie gerade in schweren Ereignissen innerlich gewachsen sind. Sie berichten, dass sie bessere Beziehungen entwickelten, ein größeres Selbstvertrauen, eine vertiefte Spiritualität und eine neue Wertschätzung für das Leben.

7. Trauen Sie sich etwas zu!

Entwickeln Sie ein positives Selbstvertrauen: Sie können Probleme lösen und dürfen Ihrem Instinkt vertrauen – das stärkt die Resilienz.

8. Bewahren Sie die richtige Perspektive!

Auch wenn Sie durch sehr schwere Erfahrungen gehen, so versuchen Sie das Ereignis in einem breiteren Zusammenhang zu sehen. Welchen Platz hat es in Bezug auf Ihre gesamte Lebenssituation und auf lange Sicht? Vermeiden Sie, ein Ereignis übermäßig zu gewichten.

9. Geben Sie die Hoffnung nicht auf!

Eine optimistische Lebenseinstellung stärkt die Resilienz entscheidend. Es wird auch in Ihrem Leben wieder bessere Zeiten geben. Leben Sie nicht unter dem Diktat Ihrer Ängste, sondern setzen Sie sich neue Ziele.

10. Achten Sie auf sich selbst!

Spüren Sie, was Ihnen gut tut. Nehmen Sie Ihre Bedürfnisse und Ihre Gefühle ernst. Machen Sie Dinge, die Ihnen Freude bereiten und zur Entspannung beitragen. Bewegen Sie sich und gehen Sie an die frische Luft. Wenn Sie im guten Sinne für sich selbst sorgen, so bleiben Körper und Geist fit und können besser mit den Situationen umgehen, die Durchhaltevermögen und Widerstandskraft brauchen – eben: Resilienz.

Der Glaube als Kraftquelle der Resilienz

Die eben aufgeführten zehn Punkte zur Bildung einer gesunden Resilienz lassen sich nicht aus eigener Kraft erreichen. Die psychotherapeutische Erfahrung zeigt, dass Menschen mit einer tiefen Glaubensbeziehung zusätzliche Kräfte entwickeln.

Für gläubige Menschen sind Optimismus, Hoffnung und Perspektive eingebettet in den Glauben. Ihr Selbstvertrauen wächst durch Gottvertrauen und Gebet. Das bewahrt sie nicht vor Zweifeln und Konflikten – aber gerade im Ringen mit Gott kann eine Resilienz heranwachsen, die tiefer greift als jede oberflächliche Selbstsuggestion.

Post-traumatic Growth

Dieser neue Begriff umschreibt «seelische Reifung nach einem traumatischen Ereignis». Inneres Wachstum nach einem Trauma bedeutet einen ***Wiederaufbau von neuen Grundannahmen***. Diese werden nicht mehr so unbeschwert sein wie im Leben vor dem Trauma, aber sie werden tiefer, reifer und nachhaltiger sein. Menschen mit dieser Form der Resilienz zeigen folgende Eigenschaften:

- Mehr Mitgefühl und Empathie für andere, die durch ein Trauma oder einen Verlust gehen.
- Vermehrte psychologische und emotionale Reife im Vergleich zu Gleichaltrigen.
- Erhöhte Resilienz gegenüber Schicksalsschlägen.
- Mehr Wertschätzung für das Leben im Vergleich zu Gleichaltrigen.
- Vertieftes Verständnis für die eigenen Werte, Lebenszweck und Lebenssinn.
- Mehr Wertschätzung persönlicher Beziehungen.

WEITERE INFORMATIONEN:

R. Welter-Enderlin: Resilienz. Gedeihen trotz widriger Umstände. Carl-Auer.

M. Rampe: Der R-Faktor. Das Geheimnis unserer inneren Stärke. Eichborn.

L. Reddemann: Überlebenskunst. Von Johann Sebastian Bach lernen und Selbstheilungskräfte entwickeln. Klett-Cotta.

Pia Andreatta: Die Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses durch Traumata. Asanger.

Literatur

Die folgenden Bücher enthalten weitere Informationen zur Thematik dieses Arbeitsheftes. Im Rahmen der knappen Übersicht ist es jedoch nicht möglich, alle Aspekte ausreichend zu beleuchten.

Andreatta M.P.: Die Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses durch Traumata. Asanger.

Brewin C.R.: Posttraumatic Stress Disorder. Malady or Myth? Yale University Press.

Deegener G. Kindesmissbrauch: Erkennen, Helfen, Vorbeugen. Beltz.

Deistler I, & Vogler A.: Einführung in die Dissoziative Identitätsstörung. Junfermann.

Fischer G.: Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen. Walter.

Foa E.B. u.a.: Effective Treatments for PTSD. New York: Guilford.

Frankl V.: Trotzdem Ja zum Leben sagen. DTV.

Friedman M.J. u.a.: Handbook of PTSD. Science and Practice. New York: Guilford.

Gründer M. u.a.: Wie man mit Kindern darüber reden kann: Leitfaden zur Aufdeckung sexueller Misshandlung. Juvena.

Hahne P.: Leid. Warum lässt Gott das zu? Johannis Verlag.

Herman J.: Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Paderborn: Junfermann.

Huber M.: Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Junfermann.

Huber M.: Multiple Persönlichkeiten. Fischer

Hudnall-Stamm B.: Sekundäre Traumastörungen. Junfermann.

Kushner H.S.: Wenn guten Menschen Böses widerfährt. Gütersloher Verlagshaus.

Maercker A.: Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Springer.

O'Donnell K. (ed.): Doing Member Care Well. William Carey Library.

Reddemann L.: Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Klett-Cotta.

Renz M.: Grenzerfahrung Gott: Spirituelle Erfahrungen in Leid und Krankheit. Herder

Rost C. (Hrsg.): Ressourcenarbeit mit EMDR. Junfermann.

Streeck-Fischer A. u.a.: Körper, Seele, Trauma. Biologie, Klinik und Praxis. Vandenhoeck & Ruprecht.

Internet-Ressourcen

Informationen im Internet kommen und gehen. Deshalb werden hier keine konkreten Adressen angegeben. Wer gute Informationen sucht, findet diese beispielsweise bei Wikipedia. Oft werden dort auch weiterführende Links vermerkt.

ALLGEMEINER HINWEIS:
Unter der Adresse ***www.google.de*** können Sie jedes Schlagwort im Netz finden.

DEPRESSION

Verstehen, Beraten, Bewältigen

Inhaltsverzeichnis

Grundsymptome der Depression 2
Schlüsselfragen 3
Kriterien der Depression 4
Die Entstehung der Depression 5
Bipolare Störungen, Manie 6
Die Formen der Depression 8
Depression und Lebensphase 9
Depressive Persönlichkeit und Dysthymie 11
Verlaufsformen der Depression 12
Rückfallgefahr 13
Depressionen bei Frauen 14
Depressionen bei Männern 15
Depressionen bei Kindern 16
Depression und Kultur 17
Depressionen im Alter 18
Chronische Müdigkeit / Fibromyalgie 22
Depression und Schmerz 23
Depressive Denkmuster 24
Suizidgefahr erkennen 26
Burnout 28
Umfassende Therapiekonzepte 29
Interpersonelle Therapie der Depression 30
Hilfen zum Gespräch mit Depressiven 31
Aktivitätsaufbau 32
Biochemie und Medikamente 33
Depression und Glaube 38
Hilfen für die Helfenden 41
Weiterführende Literatur und Internetadressen 42

Zum Geleit

Depressionen sind die Krankheit unserer Zeit schlechthin geworden. Immer mehr Menschen klagen über Energielosigkeit, mangelndes Selbstwertgefühl, Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit.

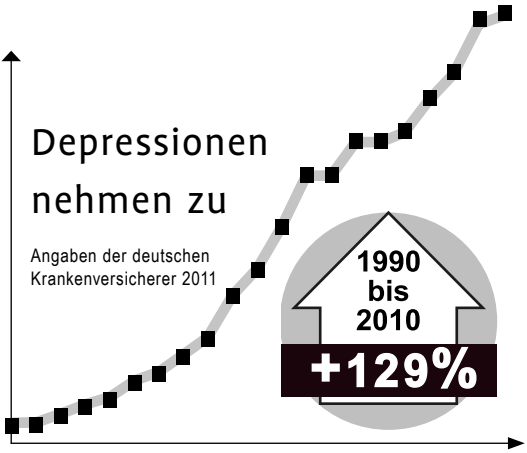
Prof. Paul Kielholz, einer der Pioniere der Depressionsforschung schreibt dazu: «Diese Zunahme ist einerseits auf die Verbesserung der Diagnostik und der Therapien der depressiven Zustände zurückzuführen, andererseits liegen deren Ursachen in der Beziehungslosigkeit und Vereinsamung der Menschen in unserer Konsum- und Wegwerfgesellschaft.»

Der Theologe Paul Schütz bezeichnete die Schwermut als Massenerkrankung. «Die Schwermut quillt in einer Blutung, die unstillbar ist, aus jeder mit sich selbst und mit der Welt uneinen Seele.»

In der Tat zeigen die Statistiken: Jede vierte Frau unter 30 war schon einmal wegen depressiver Beschwerden in Behandlung. Die WHO (Weltgesunheitsorganisation) bezeichnet Depressionen weltweit als grösstes Problem, das die Lebensqualität einschränkt.

In unserer Zeit gibt es so manches neue Wort, von «Burnout» bis zum «Chronic Fatigue Syndrome». Und doch ist Depression ein altes Phänomen, gleichsam eine Grundbefindlichkeit des Menschen in Einengungs- und Belastungssituationen. Schon in den Psalmen werden in eindringlicher Sprache depressive Symptome geschildert. Der Glaube kann in der Depression verdunkelt werden, trotz aller Gebete und Anstrengungen. Aber der Glaube kann auch eine wichtige Stütze sein.

Dieses Heft soll einen Überblick über den heutigen Stand der Depressionsforschung und damit Hilfe für ein besseres Verständnis geben



DUNKLER, ENDLOSER WEG

Ich ging einen dunklen, endlosen Weg.
Ich gehe auf diesem
dunklen, endlosen Weg,
und ich werde diesen
dunklen, endlosen Weg
noch tausendmal gehen . . .

Ich habe das Gefühl,
mich ständig im Kreis zu drehen.
All diese hellen, schönen Nebenstrassen,
auf denen sich's gut gehen lässt,
führen auf kurz oder lang wieder zurück,
zurück auf jenen dunklen, endlosen Weg.

Ich dreh mich nicht nur im Kreis,
nein, ich bin gefangen in einem
endlosen, sinnlosen Labyrinth.

Nimm meine Hand,
zeig mir den richtigen Weg,
führe mich auf die richtige Strasse.
Führe Du mich heraus aus
diesem endlosen Labyrinth.
Nur Du kannst es, ich brauche Dich . . .

Debby, in Teens Mag

Depression – ein Überblick

HÄUFIGKEIT DER DEPRESSION

15 - 20 %	fühlen sich an einem beliebigen Stichtag depressiv.
3 %	erkranken im Verlauf eines Jahres an einer schweren Depression.
0,6 %	erkranken im Verlauf ihres Lebens an einer manisch-depressiven (bipolaren) Psychose.

ÜBUNG

Frauen werden vier Mal häufiger wegen einer Depression behandelt als Männer. Was könnten die Gründe sein?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hinweise auf S. 14

Basis-Symptome

1. DEPRESSIVE VERSTIMMUNG

Freudlosigkeit, tiefe «vitale» Traurigkeit, innere Unruhe und Angst, Reizbarkeit, Gefühl der Leere, Entmutigung, Schuldgefühle, Hoffnungslosigkeit, Gefühl der Gefühlslosigkeit und Abstumpfung.

2. STÖRUNGEN DES DENKENS

Verlangsamung, depressive Gedankenin-halte (negative Sicht von sich selbst, der Umwelt und der Zukunft), «Kognitive Denkfehler», Grübeln, Entschlussunfähigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, in schweren Fällen depressive Wahnideen (groteske Vorstellungen der Verarmung, der Versündigung und des Versagens).

3. PSYCHOMOTORISCHE HEMMUNG ODER ERREGUNG

Bewegungsarmut, Maskengesicht, Verlangsamung oder aber: äußere Unruhe, Getriebenheit, leerer Beschäftigungsdrang.

4. SOMATISCHE / VEGETATIVE STÖRUNGEN (nicht immer vorhanden)

Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Mundtrockenheit, Druck- und Engegefühl im Hals und über der Brust, Schweißausbrüche, Herzklopfen, Herzbeklemmung, inneres Beben. - Gewichtsabnahme, Magenschmerzen, Magendruck, Blähungen, Verstopfung, chronischer Durchfall, Harndrang, Unterleibsschmerzen, rheuma-ähnliche chronische Schmerzzustände, gestörte Sexualfunktion, allgemeine Kraftlosigkeit und fehlende Frische, rasche Erschöpfbarkeit.

Schlüsselfragen

JA	*NEIN*	
O	O	Können Sie sich noch freuen?
O	O	Wie steht es mit Ihrem Interesse, ist es noch wie früher?
O	O	Sind Sie weniger initiativ als noch vor Wochen oder Monaten? Vernachlässigen Sie Dinge, die Ihnen früher wichtig waren?
O	O	Fühlen Sie sich tagsüber erschöpft, ohne Schwung?
O	O	Sind Sie körperlich erschöpft, ohne dass sich ein medizinischer Grund findet? Werden Sie vermehrt von Schmerzen geplagt?
O	O	Fühlen Sie sich nervös, innerlich gespannt, ängstlich?
O	O	Fällt es Ihnen schwer, Entscheidungen zu treffen?
O	O	Leiden Sie an Schlafstörungen?
O	O	Haben Sie Schmerzen, verspüren Sie einen Druck auf der Brust?
O	O	Haben Sie wenig Appetit, haben Sie an Gewicht verloren?
O	O	Verspüren Sie eine sexuelle Lustlosigkeit?
O	O	Neigen Sie in letzter Zeit vermehrt zum Grübeln?
O	O	Plagt Sie das Gefühl, Ihr Leben sei sinnlos geworden?

Diagnostische Fragebogen

Zur Messung der Depression und zur Überprüfung des Therapiefortschrittes werden verschiedene Fragebogen verwendet.

BECK'SCHES DEPRESSIONS-INVENTAR (BDI)

Dieser Selbstbeurteilungsbogen wurde vom Begründer der Kognitiven Therapie der Depression (Aaron T. Beck) entwickelt. Die 21 Themen werden jeweils in vier Aussagen aufgeteilt, die unterschiedliche Schweregrade beschreiben. Ein Beispiel:

0 = Ich fühle mich nicht als Versager
1 = ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt
2 = Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloss eine Menge Fehlschläge.
3 = Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.

Hinweis: Der Gesamt-Fragebogen ist abgedruckt in dem Buch von A.T. Beck: «Kognitive Therapie der Depression.» (Beltz).

HAMILTON DEPRESSIONS-SKALA

Fremdbeurteilungsbogen für Ärzte und Therapeuten. Dabei werden die oben genannten Schlüsselfragen systematisch erfasst.

Hinweis: Der Gesamt-Fragebogen ist abgedruckt in dem Buch von Andreasen & Black, «Lehrbuch Psychiatrie» (Beltz).

Kriterien einer depressiven Episode

NACH DSM-V *

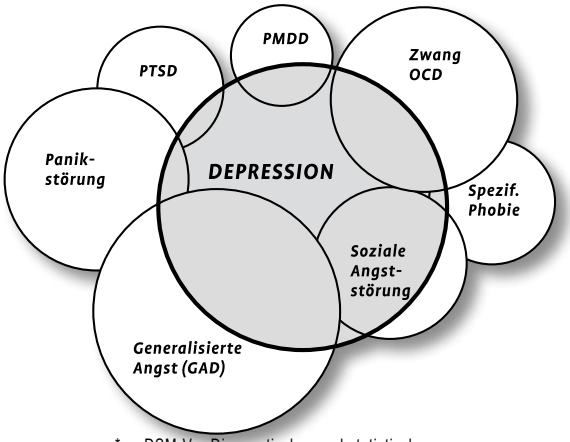
A. Fünf oder mehr der folgenden Kriterien über einen Zeitraum von 2 Wochen, darunter mindestens diese beiden: (1) traurige Verstimmung oder (2) Verlust von Interesse und Freude

1. Depressive Verstimmung über beinahe den ganzen Tag: traurig, trübsinnig, leer, hoffnungslos (eigener Bericht oder Beobachtung durch andere). Beachte: Bei Kindern kann auch Reizbarkeit auftreten. Rasche Gefühlsschwankungen sind hingegen nicht typisch für eine Depression.
2. Deutlicher Verlust von Interesse und Freude an allen oder fast allen Aktivitäten und Zerstreuungen.
3. Deutlicher Gewichtsverlust oder Appetitverlust.
4. Schlaflosigkeit oder übermässiges Schlafbedürfnis.
5. Unruhe und Rastlosigkeit
6. Erschöpfung und Energieverlust fast jeden Tag.
7. Gefühle der Wertlosigkeit oder von übermässiger / unangebrachter Schuld
8. Verminderte Denkfähigkeit, Konzentrationsschwäche, Unentschlossenheit.
9. Wiederkehrende Todesgedanken, Suizidgedanken oder Suizidversuch / konkreter Plan sich das Leben zu nehmen.

B. Die Symptome führen zu deutlichen Einschränkungen in Beziehungen, Beruf oder anderen Bereichen.

C. An eine andere Krankheit muss gedacht werden, wenn nichtdepressive Wahnideen und bizarres Verhalten auftreten oder wenn die Depression sich an eine vorausgegangene Psychose anschliesst.

Komorbidität von Depression und Angst



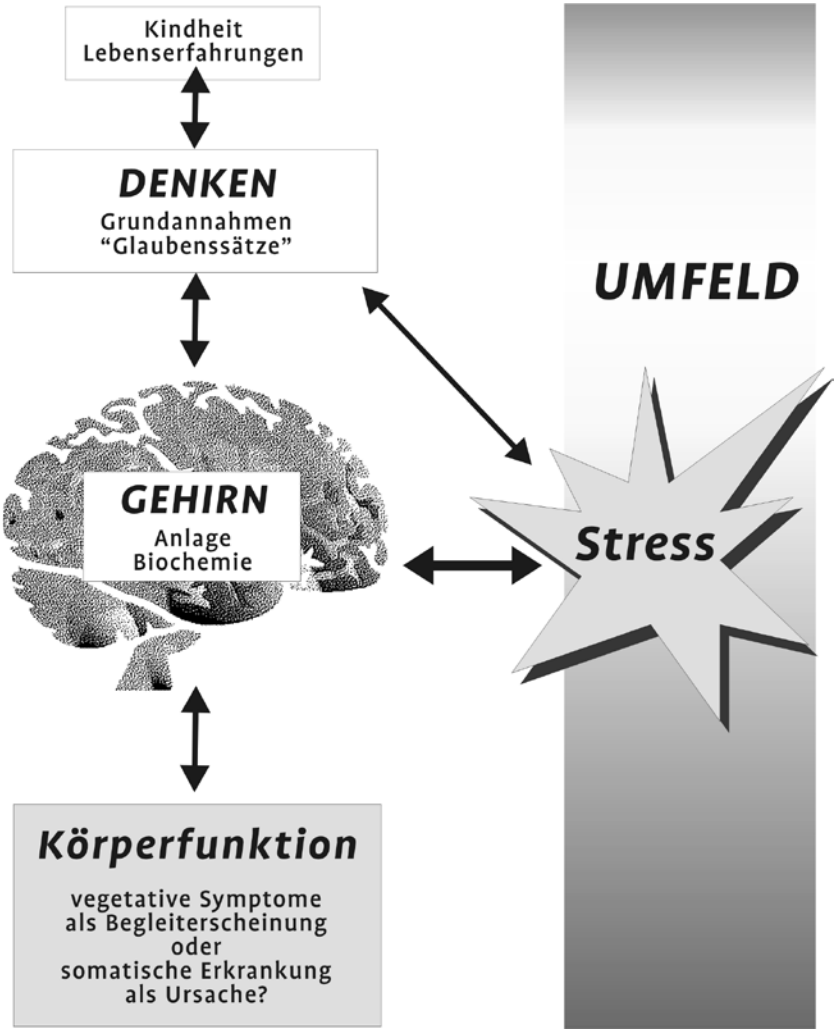
* DSM-V = Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 5. Auflage.

DEPRESSION UND ANGST haben viele gemeinsame Symptome, so etwa

- Anspannung und Erregung
- Herzklopfen, Verdauungsbeschwerden
- Sorgen
- Schlafstörungen
- Energiemangel, Erschöpfung
- Konzentrationsschwierigkeiten
- chronische Schmerzen

Das gemeinsame Auftreten von Angst und Depression geht einher mit einem schwereren Verlauf, vermehrter Inanspruchnahme medizinischer Dienste und grösserer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Die Entstehung der Depression



ANMERKUNG: Diese Abbildung stützt sich auf das «Bio-Psycho-soziale Modell» der Psychiatrie. ***Biologie***: Gehirn, Genetik, Körper - ***Psyche***: Denken, Fühlen - ***Soziales***: Umfeld, Belastungen, neg. Erfahrungen.

Bipolare Störungen

Copyright picswiss.ch, mit freundlicher Genehmigung

Bei der Bipolaren (oder manisch-depressiven) Erkrankung kommt es nicht nur zu depressiven Phasen, sondern auch zu Zuständen von übermässiger Aktivität, gehobener Stimmung und allgemeiner Angetriebenheit, manchmal auch Gereiztheit. Etwa 1,5 Prozent der Bevölkerung leiden an bipolaren Störungen. Hier sind die wesentlichen Symptome eines solchen Zustandes:

1. STIMMUNG:

- Unangepasst gehoben, zwischen sorgloser Heiterkeit und fast unkontrollierbarer Erregung.
- Unangepasst scherzhaft, humorvoll
- Stimmungsschwankungen.
- Manchmal auch gereizt-misstrauisch, ja aggressiv.
- Dysphorie ist häufiger als allgemein angenommen, d.h. in die gehobene Stimmung mischen sich depressive Stimmung, Angst, Schuldgefühle, Stimmungsschwankungen, Suizidgedanken.

2. ANTRIEB:

- Allgemein gesteigert
- Überaktivität
- Impulsivität
- Rededrang
- Vermindertes Schlafbedürfnis
- Verlust von sozialen Hemmungen (z.B. Distanzlosigkeit, übermässige Kauflust, sexuelle Enthemmung, Rücksichtslosigkeit auf Bedürfnisse anderer).

3. DENKEN UND WAHRNEHMUNG:

- Beschleunigtes Denken oder gestörte Konzentration
- Starke Ablenkbarkeit, Ideenflucht
- Gedrängte, beschleunigte Sprache
- Überhöhte Selbsteinschätzung bis zum Grössenwahn.

FÜR DIE ANGEHÖRIGEN ist oft eine Manie sehr viel schwerer erträglich als eine Depression. Nicht selten zerbricht eine Ehe nicht an der Depression, sondern am störenden Verhalten der Manie.

BIOCHEMISCHE URSACHEN:

- wenig bekannt, viele Modelle
- Instabile Reizleitung
- «Defekte Bremsen»
- Gestörte Zeitgeber

FORMEN DER BIPOLAREN STÖRUNG

(vgl. S. 12)

Bipolar-I-Störungen

Depressive Episoden wechseln sich mit eindeutig manischen Episoden ab. Dazwischen gibt es längere oder kürzere Phasen einer ausgewogenen Stimmung.

Bipolar-II-Störungen

Depressive Episoden wechseln sich ab mit Phasen einer gehobenen Stimmungslage, die aber nicht das Ausmass einer vollen Manie erreicht.

Rapid Cycling

Mindestens vier Phasen einer Depression oder Manie innerhalb eines Jahres. Ca. 15–20% aller bipolar Patienten leiden unter rapid cycling. F:M = 2:1

Bipolares Spektrum

Beobachtungen haben gezeigt, dass sich atypische Symptome der Manie (wie Impulsivität oder panische Angst) oft ähnlich wie andere Störungen auswirken können, etwa Bulimie oder Borderlinestörungen. Ohne genaue Anamnese werden sie oft nicht richtig behandelt. (nach Perugi & Akiskal 2002)

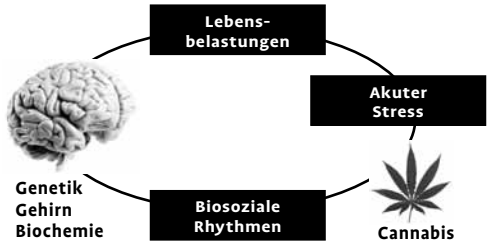
GRUNDZÜGE DER BEHANDLUNG

Gespräch: Verständnis, Problem klären, Diagnose, Therapiemotivation.
Aktuellen Stress abbauen: Beruhigen – mit Worten und Medikamenten.
Therapieziele besprechen: Welches Problem steht im Vordergrund?
Langzeitmedikation auswählen und über Wirkungen und Nebenwirkungen informieren; vgl. S 34 – 35.
Soziale Rhythmen besprechen und geregeltes Leben einüben.
Rückfallprophylaxe: Symptome eines Rückfalls erkennen und reagieren.

DIE LASTEN DER ERKRANKUNG

Gesundes Leben	→	um 12 Jahre verkürzt
Arbeitsleben	→	um 14 Jahre verkürzt
Lebenserwartung	→	um 9 Jahre verkürzt
Arbeitsprobleme	→	zweimal häufiger
Scheidung / Trennung	→	zweimal häufiger

ENTSTEHUNGSMODELL

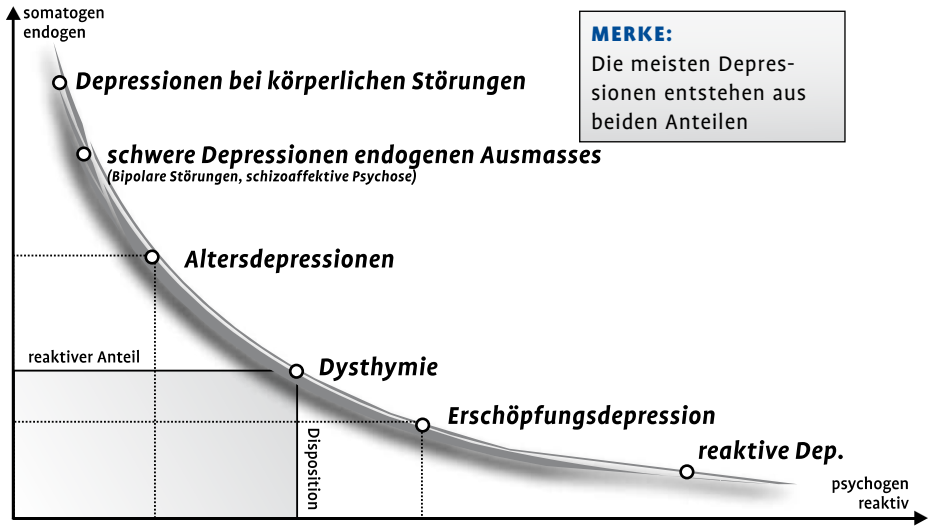


BEISPIEL

PLÖTZLICH AKTIV UND AUFGEKRATZT

Robert (29) brach mit 18 die Matura ab – depressiv, Suizidversuch („Adoleszentenkrise“). Er versuchte sich mit Cannabis zu beruhigen – bis zu zehn Joints pro Tag. Er wurde antriebslos, und hatte keine Energie. Doch dann wurde er plötzlich aktiv und aufgekratzt. Er macht schnelles Geld als Verkäufer von Mobiltelefon-Abos. Eine Berufsausbildung hat er nicht.
Aktuell: redet schnell, fährt schnell, übersteigertes Selbstwertgefühl, Macho und Frauenheld, weiss alles besser, hat unbegrenzte Energie, braucht kaum Schlaf, hat neuen Audi geleast – ABER: Er hat die Stelle verloren, wird von Freunden gemieden, trägt abenteuerliche Kleidung, redet wie ein Wasserfall, hat ständig neue Ideen, ist sehr fordernd. Er möchte Hilfe, hat aber wenig Einsicht.

Formen der Depression



MERKE:
Die meisten Depressionen entstehen aus beiden Anteilen

Endogen oder reaktiv?

In der heutigen Diagnostik der Depression unterscheidet man nicht mehr scharf zwischen endogen und reaktiv. Fast immer sind nämlich beide Anteile zu beobachten. Dies erklärt, warum der eine beim Tod eines lieben Angehörigen in eine Depression verfällt, während der andere davon verschont bleibt und den Verlust bewältigt. Wir gehen also von einer endogenen Disposition (oder «Vulnerabilität») für die Entstehung einer Depression aus.

So unterscheidet man heute:

a) Depressive Episoden leichten bis schweren Grades (einmalig oder wiederholt)
b) Bipolare Störungen
c) depressive Anpassungsstörungen leichteren Grades (kurz oder lang)

HINWEISE AUF «ENDOGENITÄT»

fast immer vorhanden:

- erbliche Belastung
- Entstehung ohne ausreichenden Grund
- frühes Erwachen
- Morgentief, abendliche Besserung

manchmal vorhanden:

- psychogene oder körperliche Auslösung
- von Anfang an tiefe, «vitale» Traurigkeit
- schwere Selbstbeschuldigungen
- abnorme Krankheitsangst, Verarmungs- und Versündigungswahn
- plötzliche Aufhellung der Depression innert kurzer Zeit ohne ausreichenden Grund

Depression und Lebensphase

Wie aus der Abbildung auf Seite 8 ersichtlich ist, spielen neben der Anlage und der Biochemie des Gehirns das ***Umfeld*** und die ***aktuellen Belastungssituationen*** (Stress) eine wichtige Rolle in der Entstehung einer Depression. Verschiedene Lebensphasen bringen unterschiedliche Belastungen mit sich. Tragen Sie zusammen:

Kindheit

Adoleszenz

frühes Erwachsenenalter

Lebensmitte

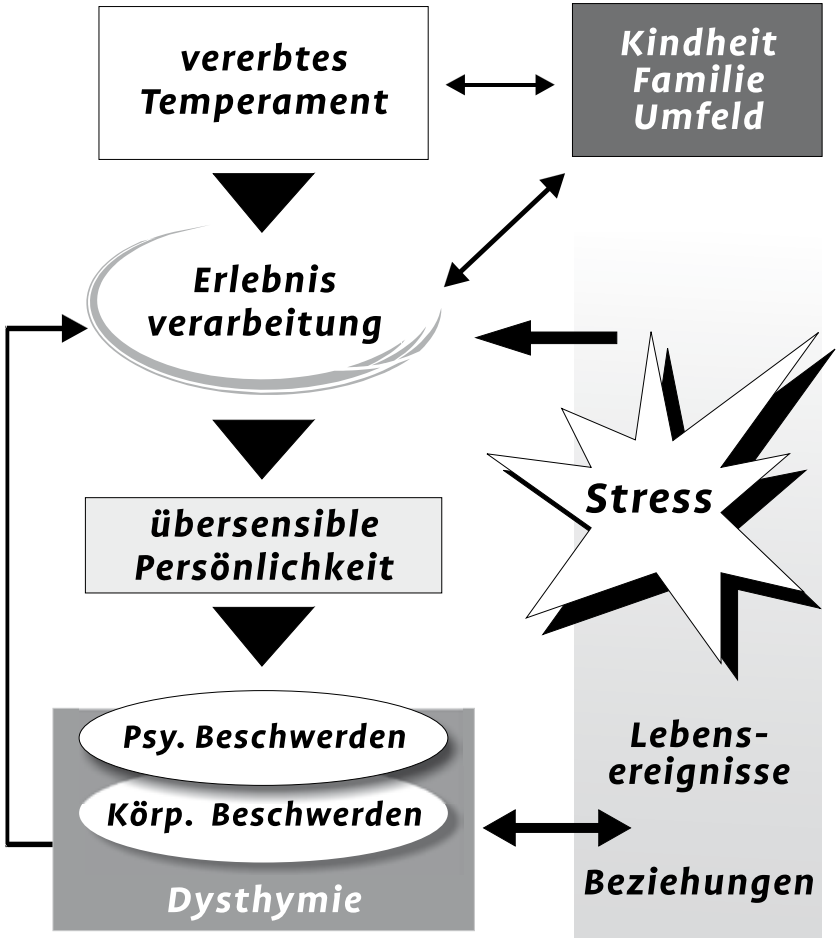
Pensionsalter

ÜBUNG

TRAGEN SIE IN GRUPPEN ZUSAMMEN:

Welche Rolle spielen Beziehungen, Beruf, Geld, Ehe und Familie in den verschiedenen Lebensaltern? Welche Unterschiede ergeben sich zwischen Mann und Frau, zwischen Ledigen und Verheirateten?

Entstehungsmuster einer Dysthymie



WEITERE INFORMATIONEN:

S. Pfeifer: DER SENSIBLE MENSCH. Leben zwischen Begabung und Verletzlichkeit. SCM Hänssler.

Depressive Persönlichkeit

Oftmals erreicht eine Depression nicht den Schweregrad, der einer depressiven Erkrankung im engeren Sinne entspricht. Dennoch fühlen sich die betroffenen Menschen häufig niedergeschlagen, sind schwernehmerisch, grüblerisch und pessimistisch, bei weitgehend erhaltener Arbeitsfähigkeit.

In solchen Fällen kann man auch von einer depressiven oder melancholischen Persönlichkeit sprechen.

KRITERIEN DER DEPRESSIVEN PERSÖNLICHKEIT (nach Akiskal) **:**

1. still, introvertiert, passiv und zurückhaltend.
2. trübsinnig, pessimistisch, ernsthaft, humorlos.
3. selbstkritisch, Selbstvorwürfe und Selbstabwertung.
4. skeptisch, kritisch gegen andere, schwer zu zufrieden zu stellen.
5. gewissenhaft, verantwortungsbewusst, selbstdiszipliniert.
6. grüblerisch und sorgenvoll.
7. beschäftigt mit negativen Ereignissen, Insuffizienzgefühle, Versagensgefühle.

Dysthymie – «Neurotische» Depression

A) Depressive Verstimmung, die die meiste Zeit des Tages, mehr als die Hälfte aller Tage, entweder vom Patienten selbst berichtet oder von anderen beobachtet, mindestens zwei Jahre lang andauert.

B) Während der depressiven Verstimmung bestehen mindestens zwei der folgenden Symptome:

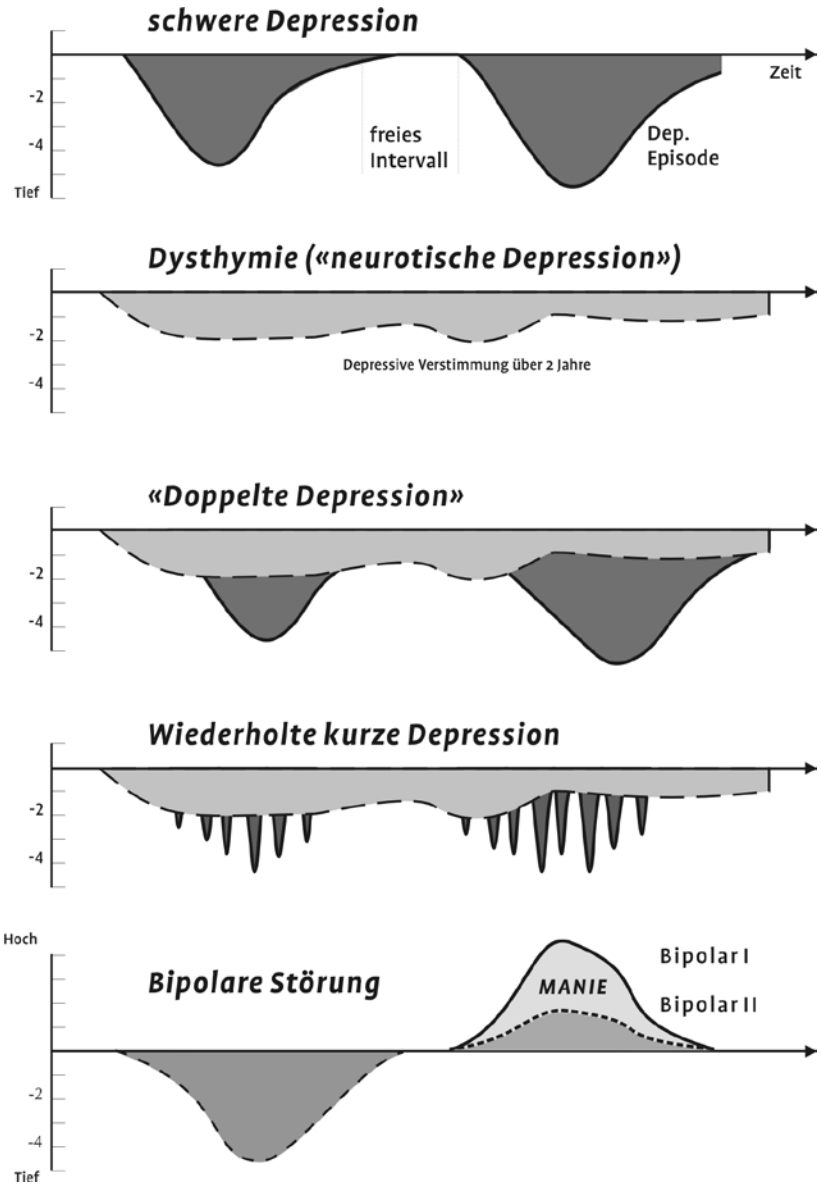
- Appetitlosigkeit oder übermässiges Bedürfnis zu essen;
- Schlaflosigkeit oder übermässiges Schlafbedürfnis;
- Wenig Energie oder Erschöpfung
- Niedriges Selbstwertgefühl
- Geringe Konzentrationsfähigkeit oder Entscheidungsschwierigkeiten;
- Gefühl der Hoffnungslosigkeit

C) Während einer Zweijahresperiode der Störung gab es keinen Zeitraum von mehr als zwei Monaten ohne die obgenannten Symptome.

D) Oftmals werden im Vorfeld einer depressiven Neurose andere Störungen beobachtet, wie z.B. Anorexia Nervosa, Somatisierungsstörung (vermehrte körperliche Beschwerden ohne organischen Befund), Medikamentenabhängigkeit, Angststörungen oder rheumatoide Arthritis.

(Kriterien nach DSM-V)

Verlaufsformen der Depression

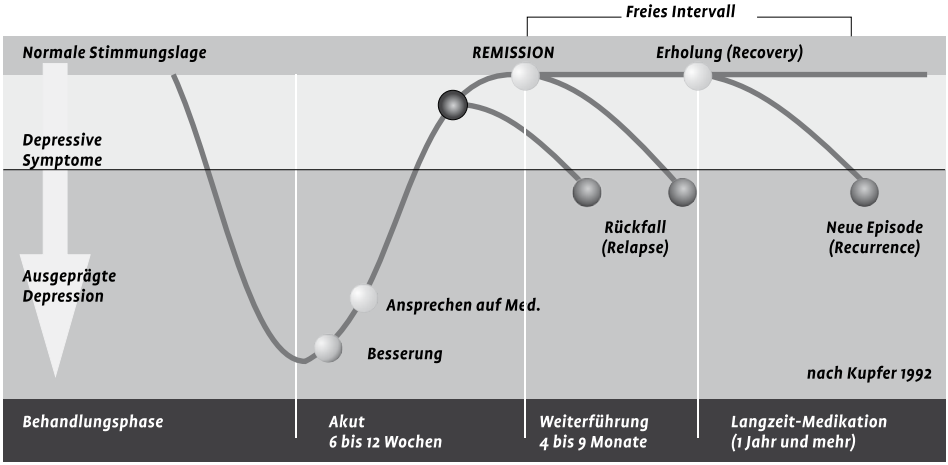


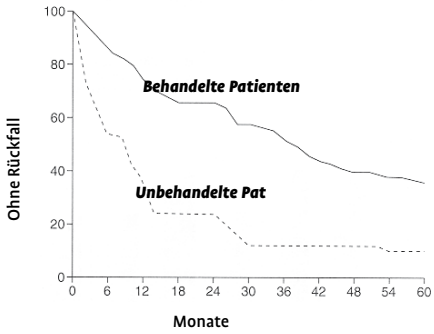
Rückfallgefahr mit und ohne Therapie

Depressionen haben insgesamt eine gute Prognose: innerhalb von 3 Jahren kommt es bei mehr als 80 Prozent schwerer Episoden zu einer Remission (keine Symptome mehr).

Leider ist aber auch die Gefahr von Rückfällen hoch: Innerhalb von 10 Jahren kommt es bei ca. 75 % zu einer neuen depressiven Episode (Recurrence).

Die untenstehende Abbildung zeigt die verschiedenen Begriffe, die im Verlauf einer Depression verwendet werden.





Quelle: Maj M. et al. (1992). American Journal of Psychiatry 149:795–800.

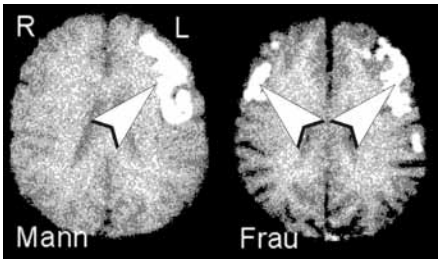
Die Abbildung entstammt einer Arbeit aus Italien. Sie zeigt die Wahrscheinlichkeit, nach einer ersten depressiven Episode ohne Rückfall zu bleiben. Beachten Sie den Unterschied zwischen denjenigen Patienten, die vorbeugend medikamentös behandelt werden und denjenigen, die keine vorbeugende Medikation einnahmen.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Bei wiederkehrenden (rezidivierenden) Depressionen ist es sinnvoll, eine langfristige Medikation einzusetzen, um einem Rückfall vorzubeugen oder wenigstens den Schweregrad einer erneuten Phase zu mildern.

Depression bei Frauen ...

Frauen erkranken deutlich häufiger an Depressionen als Männer. Dafür gibt es verschiedene Gründe:



GEHIRNFUNKTION

Untersuchungen der Gedankenaktivität im Gehirn haben gezeigt, dass bei Männern nur die rationale Hirnhälfte (links) aktiviert wird. Bei Frauen wird immer auch die rechte (emotionale) Hirnhälfte einbezogen. Stimmungen haben also bei Frauen einen grösseren Einfluss auf das Denken.

VERMEHRTE SENSIBILITÄT

Frauen leiden unter einer grösseren Verletzlichkeit im emotionalen Bereich. Dazu gehört eine erhöhte Ängstlichkeit und eine Neigung sich selbst abzuwerten und sich abhängig zu machen («Wenn Frauen zu sehr lieben»). Diese psychologische Konstitution ist nur zum Teil durch gesellschaftliche Faktoren bedingt.

ZYKLUS UND HORMONE

Die typischen Hormonschwankungen der Frau machen sie verletzlicher für Stimmungsschwankungen und für depressive Phasen. Ca. 25 % aller Frauen leiden an einem prämenstruellen Syndrom (PMS). Die Symptome sprechen auf Antidepressiva an.

SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

Während die Schwangerschaft meist eine Zeit von psychischer Stabilität ist, kommt es nach einer Geburt häufig zu «Baby Blues» (depressive Verstimmung im Wochenbett), in seltenen Fällen sogar zu ausgeprägten Depressionen und Psychosen.

MEHRFACH-BELASTUNG

Viele Frauen haben eine Mehrfachbelastung von Haushalt, Kindern, Ehemann und Beruf zu bewältigen. Der Wunsch, es in allen Bereichen «wirklich gut» zu machen, erhöht die Erwartungen, die eine Frau an sich selbst stellt. Doch oft stösst man an Grenzen der Leistungsfähigkeit. Der zusätzliche Stress führt zu vermehrten Depressionen.

ÄLTERWERDEN UND FAMILIENDYNAMIK

Wenn sich die Kinder ablösen, so ist dies ein Verlust, den eine Frau viel intensiver erlebt als ein Mann. Das Älterwerden führt auch zu einem Verlust von Schönheit und Attraktivität, nicht selten auch zu einem Nachlassen des sexuellen Verlangens. Dies kann das Eheleben belasten.

«FRAUEN REDEN – MÄNNER TRINKEN»

Frauen neigen viel eher dazu, ihre depressive Verstimmung zuzugeben und ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Deshalb sehen Ärzte vermehrt Frauen mit Depressionen.

Männer hingegen neigen dazu, ihre Sorgen durch Arbeit zu verdrängen oder sie durch Alkohol zu ertränken. Auf der nächsten Seite werden die Besonderheiten der Depression bei Männern näher beschrieben.

... und bei Männern

Eigentlich sollte ein Mann stark, tüchtig, sportlich und attraktiv sein – so vermittelt es uns das Stereotyp unserer Gesellschaft. Aber viele Jungs und Männer fühlen sich diesem Anspruch nicht gewachsen. Unter ihrer harten und selbstsicheren Schale lauert das Gefühl, nicht genügen zu können. Seelische Verletzungen, Selbstzweifel und eine angeborene Sensibilität geben ihnen das Gefühl, keine rechten Männer zu sein. ABER darüber SPRICHT MAN NICHT.

SYMPTOME DER MÄNNERDEPRESSION

- Sie haben das Gefühl, dass die Welt sie im Stich lässt und zum Versager macht.
- Sie berichten eher über Konzentrationsprobleme, Verlust von Interesse an Arbeit und sozialen Aktivitäten als über Gefühle tiefer Traurigkeit, Schuld und Wertlosigkeit, die von Frauen geäußert werden.
- Angst vor Versagen.
- Ärger und Wut, Gewalttätigkeit.
- Riskantes Verhalten und Aktionismus, z.B. beim Autofahren.
- Sie schämen sich wegen ihres Zustands.
- Sie sind frustriert, wenn sie nicht genug Lob und Anerkennung erhalten.
- Sie sprechen nicht über Schwachheiten und Zweifel.
- Sie geben ihrer Ehe die Schuld, anstatt die Depression als Grundproblem zu sehen.
- Alkohol, TV, Sport und Sex werden als Selbstmedikation gebraucht.
- Klagen über körperliche Beschwerden und Schmerzen.
- Suizid wird als Ausweg gesehen, den Problemen «ehrenvoll» zu entfliehen (vier Mal häufiger als bei Frauen).

«Es ist für Männer eine tragische Tatsache, dass Einstellungen und Verhaltensmuster, die einen Menschen zerstören, als ausgesprochen männlich gelten, während das, was menschlich und persönlich wichtig ist, weiblich genannt wird.»

Herb Goldberg

BEISPIEL

AUTOCRASH NACH ENTTÄUSCHUNG

Marc (39) kommt in Therapie, nachdem er nachts nach einem Streit mit seiner Frau unter Alkoholeinfluss aus dem Haus gestürmt ist und seinen Sportwagen zu Schrott gefahren hat.
Marc hatte eine schwierige Kindheit bei einer allein erziehenden Mutter auf einem alternativen Bauernhof. Er machte Karriere zuerst im Militär, dann als höchst erfolgreicher Ingenieur und Manager.
Er arbeitet so viel, dass er kaum Zeit für Beziehungen hat. Das ändert sich auch wenig nach seiner Heirat. Die Karriere ist sein Lebensinhalt, doch dann wird ein anderer befördert. Angelika hält seinen gereizten Ton nicht mehr aus – er fühlt sich abgelehnt.

Depression bei Kindern

SYMPTOME

Psychische Erscheinungen, verbunden mit psychosomatischen Erscheinungen.

Kleinkinder: still und schüchtern, manchmal auch agitiert und aggressiv, spielschwach, depressiv; verbunden mit häufigem Weinen; essen und schlafen schlecht, zeigen Verhaltens-Stereotypien.

Schulkinder: unsicher, kontaktgestört, leicht reizbar, unkonzentriert, leistungsschwach, depressiv; Schulverweigerung; Rückzug, Weinen, Bettnässen, Nägelknabbern, oft nächtliches Aufschrecken (Pavor nocturnus).

Jugendliche: ernst und bedrückt, grüblerisch und stimmungslabil, suizidgefährdet, depressiv; verbunden mit Appetitstörungen und Kopfschmerzen.

WAS UNTERSCHEIDET KINDLICHE DEPRESSIONEN VON ERWACHSENEN FORMEN?

weniger Schlafstörungen und Kopfschmerzen; Magendarmbeschwerden etwa gleich häufig; Sein körperliches Unbehagen projiziert das Kind meist diffus auf den Bauch; ***dafür kinderspezifisch:*** Bettnässen, Mutismus, Daumenlutschen und Nägelkauen. Schuldgefühle und Verarmungsangst kommen bei Kindern noch kaum vor.

URSACHEN BZW. AUSLÖSER

- Genetische Disposition (familiär) mit
- Sensibler Grundpersönlichkeit
- Verlust eines Elternteils
- Traumatische Erfahrungen (einmalig oder länger andauernd)
- Spannungen der Eltern (z.B. Scheidung)
- Überforderung

«Unaufmerksame Eltern und Lehrer merken oft lange nicht, dass das Kind krank ist. Sie machen ihm Vorwürfe, es wird bestraft, bis ein plötzlicher Gefühlsausbruch mit Klagen über seinen Zustand die Situation enthüllt. Dann kommt das Forschen nach Ursachen, das kaum je Erfolg hat. Klagen über körperliches Unbehagen und Schmerzen führen oft auf eine falsche Fährte.»

(Prof. R. Kuhn)

«Die grossen Leute
verstehen nie etwas von selbst,
und für die Kinder
ist es zu anstrengend,
ihnen immer und immer wieder
erklären zu müssen.»

(Der kleine Prinz, A. Saint-Exupery)

VERLAUF UND PROGNOSE

Eine Studie in New York (1999) untersuchte 83 junge Erwachsene, die erstmals als Kinder eine depressive Phase durchgemacht hatten. Verglichen mit normalen Kindern hatten sie eine höhere Rate von Suizidversuchen, von Drogen- und Alkoholmissbrauch, vermehrte soziale Probleme (z.B. Berufsentwicklung) und vermehrte Inanspruchnahme medizinischer Dienste. 37 von 83 (45 %) erlebten auch im Erwachsenenalter eine depressive Störung. Doch auch das Umgekehrte kann gesagt werden: Bei ca. 55 % kam es zu einer guten Stabilisierung.

Kufungisisa – Depression und Kultur

IN ANDEREN KULTUREN wird Depression ganz unterschiedlich erlebt und beschrieben. In Indien werden psychische Probleme oft als Makel empfunden, den man dem Arzt und den Angehörigen nicht mitteilen kann. Hingegen sind körperliche Symptome besser verstehbar und akzeptiert. Oft melden sich die Patienten deshalb mit körperlichen Symptomen beim Arzt, für die sich dann aber keine medizinischen Erklärungen finden. Beispiele aus einem Fragebogen für die Beschreibung der Depression in der Dritten Welt (Mumford 1996):

Fühlten Sie in letzter Zeit einen Energiemangel? – Spürten Sie Schmerzen im ganzen Körper? – Hatten Sie Schmerzen auf der Brust oder tat Ihnen das Herz weh? – Spürten Sie häufig Herzklopfen? – Haben Sie oft Kopfweh? – Hatten Sie ein Erstickungsgefühl oder einen Kloss im Hals? – Mussten Sie häufiger Wasser lösen? – Litten Sie unter vermehrtem Schwitzen?

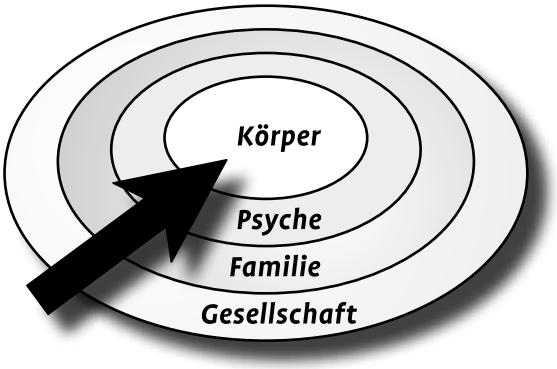
In Zimbabwe wird Depression oft als «**KUFUNGISISA**» umschrieben, was soviel wie «zu viel denken müssen» bedeutet.

In Korea gibt es das «Syndrom des aufgestauten Feuers» («Hua Byung»). Hauptsymptome sind Hitzegefühl, Bauchweh, Seufzen, impulsives Herumwandern, Gefühlsausbrüche, Klagen, allgemeine Angst und depressive Zustände.

Depression als Entfremdung

In vielen Kulturen ist die Einbettung in die Gesellschaft und die Familie der wichtigste und höchste Wert des Lebens. Depression ist damit nicht nur ein individuelles Leiden, sondern verläuft in vier Stufen: Zuerst erfolgt der Rückzug von der Gesellschaft (von Freunden, vom Dorf etc.), dann als weitere Verschlimmerung auch der Rückzug von der Familie.

Der depressive Mensch ist dann in seiner Psyche gefangen (Grübeln, Selbstvorwürfe, Todeswunsch). Und schliesslich kann er auch nicht mehr denken, sondern drückt seine Depression nur noch in körperlichen Beschwerden aus.



nach Estevao

Depression im Alter

Im Alter zeigt sich besonders gut das Zusammenspiel der verschiedenen Faktoren. Während jüngere Menschen mit Depressionen meist körperlich gesund sind, machen sich im Alter vermehrt das Nachlassen der Körperfunktionen (Herz, Kreislauf, Gehirnfunktion etc.) sowie chronische Schmerzen und körperliche Behinderungen bemerkbar. Dazu kommen weitere soziale Veränderungen, die im Folgenden aufgelistet werden.

ZEITLICHKEIT ALS EINENGUNG DES LEBENS

- Keine Umkehr möglich (Irreversibilität)
- «Nicht mehr» contra «Noch nicht»
- Sinnerfüllung aus der Vergangenheit, nicht aus der Zukunft
- in der Depression wird die Vergangenheit schuldhaft verzerrt gesehen und negativ bilanziert
- dadurch werden auch die noch vorhandenen Zukunftsperspektiven verkürzt und verschlossen.

SECHS HÄUFIGE GRÜNDE

1. Vereinsamung: Soziale Isolation, Kontaktmangel durch Verlust von Ehepartner, Freunden, echten mitmenschlichen Beziehungen, Verlust religiöser Bindungen.
2. Verlust der Selbständigkeit durch somatische Krankheiten, körperliche Behinderungen und psychische Störungen.
3. Inaktivität infolge Pflichtleere, Mangel an neuen Zielsetzungen, Fehlen von Aufgaben.
4. Entwurzelung durch Umzug in kleinere Wohnung, in fremde Umgebung, Eintritt in Alters- und Pflegeheime.
5. Verlust von Ansehen und Macht, finanzielle Sorgen, Missachtung des Alters
6. Hartnäckige Schlafstörungen

Vorbeugung von Altersdepressionen

- Vermeiden der Vereinsamung und Selbstisolation.
- Erhaltung der Selbständigkeit und der Gesundheit durch ärztliche Betreuung und Behandlung.
- Aktivierung und Stimulation der intellektuellen, affektiven und körperlichen Funktionen durch neue Zielsetzungen.
- Vermeiden von Umzug mit Milieuwechsel durch Altersfürsorge, Hauspflege und Mahlzeitendienste.

Hilfreiches Gespräch mit älteren Menschen

VERGANGENHEIT

1. Aufgabe: Integration des Lebensganzen.
2. «Erinnerungstherapie»: Abschied und Neubeginn.
3. Annahme einer negativ besetzten Vergangenheit (Entlastung und Bereinigung von echter oder vermeintlicher Schuld).

GEGENWART

1. personenbezogene Ansätze: z.B. Tagesstruktur, Aktivitäts- und Kontakt-Aufbau, Wiedererlangung von mehr Selbständigkeit.
2. interpersonelle Ansätze: Familie und Angehörige miteinbeziehen
   – stärkere Einbindung der Angehörigen oder aber Entflechtung und Entlastung– Schaffung eines neuen sozialen Umfeldes.
3. Soziotherapeutische Ansätze: Selbständigkeit aufrechterhalten durch ambulante Hilfsangebote (Essen auf Rädern, Tagesheim).

ZUKUNFT

1. Neue Sichtweise der Zukunft (kognitive Umstrukturierung).
2. Praktische Wiederentdeckung und Entwicklung von Fähigkeiten.
3. Realistische Auseinandersetzung mit den bestehenden Grenzen.

nach Fuchs T., Kurz A. und Lauter H. (1991): Die Zeitperspektive in der Behandlung depressiver älterer Patienten. Der Nervenarzt 62:313–317.

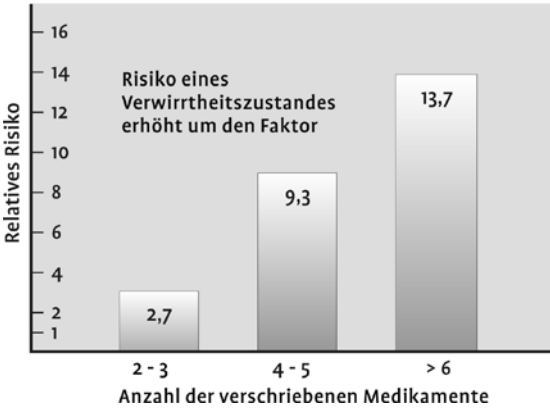
Medikamente im Alter

Grundsätzlich können im Alter die gleichen antidepressiven Medikamente angewendet werden wie bei jüngeren Patienten. Allerdings wählt man eher Medikamente vom Typ SSRI und SNRI, weil sie weniger Nebenwirkungen haben. Zudem empfiehlt es sich, niedriger zu dosieren.

GEFAHREN DER MEDIKAMENTE IM ALTER

Je mehr Medikamente bei älteren Menschen verschrieben werden, desto grösser ist das Risiko für einen medikamentös verursachten Verwirrtheitszustand.

Quelle: Larson E.B. (1987) Annals of Internal Medicine 107:169–173.



Demenz oder depressive Denkhemmung?

Häufig klagen depressive Patienten über die Abnahme der geistigen Leistungskraft, Gedächtnisschwund und gedankliche Verarmung. Doch dies bedeutet nicht unbedingt eine echte Demenz. Vielmehr handelt es sich um eine depressive Denkhemmung. Wie diese von einer echten Demenz abgegrenzt werden kann, wird in der folgenden Tabelle dargestellt.

Die Gründe für die Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit, der Aufnahme- und Merkfähigkeit liegt in der allgemeinen Verlangsamung, die bei einer Depression vorliegt. Zudem werden die Betroffenen derart durch ihre grüblerischen Sorgen blockiert, dass es ihnen nicht gelingt, ihre Gedanken genügend auf Neues einzustellen.

	DEMENZ	DEPRESSIVE DENKHEMMUNG
Beginn	Einschränkung der geistigen Kräfte vor Beginn der Depression.	Depressive Symptome gehen der Einschränkung des Denk- und Merkvermögens voraus.
Symptome	Die Betroffenen spielen ihr Defizit herunter oder verneinen es, versuchen es umständlich zu vertuschen (z.B. durch Wechsel des Gesprächsthemas oder durch Verharren bei einem Thema, in dem sie sich sicher fühlen).	Die Betroffenen klagen offen über Gedächtnisschwund und intellektuelle Leistungsschwäche, übertreiben dabei und beharren darauf.
Erscheinung und Verhalten	Oft vernachlässigt, unordentlich; witzelnd oder apathisch und gleichgültig; der Gefühlsausdruck ist oft labil und oberflächlich.	Trauriger Gesichtsausdruck, besorgt; gehemmtes oder unruhiges Verhalten; niemals lustig oder euphorisch; Wehklagen oder abwertender Spott über die eigene Leistungsschwäche.
Antwort auf Fragen	Oft ausweichend, ängstlich oder sarkastisch, wenn Antworten gefordert werden, oder Bemühen, korrekt zu antworten, ohne dass dies gelingt.	Oft langsam, «Ich weiss nicht»–Typ der Antwort.
Intellektuelle Leistung	Gewöhnlich gesamthaft beeinträchtigt und gleichmässig schwach.	Oft eingeschränktes Gedächtnis; unbeständig; wenn gesamthaft eingeschränkt, dann deswegen, weil der Patient sich nicht anstrengt.

(modifiziert nach Lipowski)

Erwartungen älterer Patienten

ERWARTUNGEN DES PATIENTEN	PROBLEM FÜR ARZT UND BETREUENDE
Körperliche Besserung, längeres Leben.	Erwartungsdruck des Patienten.
Abwendung von Leiden und Tod.	Falsche Hoffnungen.
Aufmerksame Zuwendung, geduldiges Zuhören, gründliche Untersuchung.	Zeitbedarf und Geduld, vor allem bei Vergesslichkeit und Umständlichkeit des Patienten.
«Er wird mir helfen!»	Verhinderung von zu starker Abhängigkeit.
Sicherheit durch regelmässige Kontakte: «Er lässt mich nicht im Stich!»	Zeitpunkt der nächsten Kontaktnahme auch auf längere Zeit hinaus festlegen.
Zuversicht, Aufmunterung	Eigener psychischer Zustand und Kraftreserven von Arzt und Betreuenden.

ERWARTUNGEN DER BETREUENDEN	PROBLEM FÜR DIE PATIENTEN
«Der Patient wird sein Anliegen konzis und geordnet vorbringen.»	Vergesslichkeit, Angst, Umständlichkeit und Langsamkeit.
«Der Patient wird mich nach angemessener Zeit wieder loslassen.»	«Ich klammere mich an die Betreuenden, weil ich Angst habe, sie nähmen mich sonst nicht ernst genug.»
«Der Patient wird meine Anweisungen genau befolgen.»	Vergesslichkeit oder mangelndes Vertrauen beeinträchtigt die Zuverlässigkeit (Compliance)
«Der Patient wird offen zu mir sprechen, wenn ich ihn dazu auffordere.»	Nicht alle älteren Patienten haben je gelernt, über ihr Seelenleben offen zu sprechen. Sie haben oft Mühe, ihre Bedürfnisse und Probleme auszudrücken.

(nach Irniger)

Vorbereitung auf das Alter

DISKUTIEREN SIE IN GRUPPEN, WAS DIESE PUNKTE IM EINZELNEN BEDEUTEN KÖNNTEN!

- Realistische Beurteilung der eigenen Möglichkeiten und Grenzen.
- Anpassung von Lebensform und Lebensstil.
- Bewusste Auseinandersetzung mit der persönlichen Zukunft im Alter.
- Bildung und Wissenserwerb im Alter.
- Vorbereitung auf Alter in Schule und Erwerbsleben.
- Umgang mit Endlichkeit und Vergänglichkeit.

Chronische Müdigkeit / Fibromyalgie

Chronic Fatigue Syndrom (CFS) ist die Bezeichnung für eine Erkrankung, die sich durch lähmende Müdigkeit, ungewöhnliche Erschöpfbarkeit und eine Reihe körperlicher Beschwerden auszeichnet. Aus der medizinischen Literatur der letzten 200 Jahre geht hervor, dass dieses kein neues Syndrom ist.

ANDERE BEGRIFFE

Neurasthenie, nervöse Erschöpfung, myalgische Neuromyasthenie, epidemische myalgische Enzephalomyelitis, allgemeines Allergiesyndrom, postvirales Müdigkeitssyndrom.

KEINE KLARE URSACHE

Bis heute konnte keine eindeutige Ursache für das CFS gefunden werden. Während einige Wissenschaftler ein Virus dahinter annehmen, betonen andere die starke Überlappung mit depressiven Störungen.

Weitere Theorien vermuten einen Mangel an Vitaminen oder Mineralstoffen, eine Allergie auf künstliche Farbstoffe in der Nahrung oder auf Süßigkeiten. Alle diese Vermutungen konnten aber nicht erhärtet werden.

FIBROMYALGIE

Chronische, generalisierte Schmerzen im Bereich des Achsenskeletts sowie an den Extremitäten , ober- und unterhalb der Taille, in beiden Körperhälften.

Klinische Untersuchung: reproduzierbare Druckschmerzhaftigkeit klar definierter «tender points» (min. 11 von 18 nachweisbar), keine Zeichen objektiver Schwäche der Muskulatur, keine neurologischen Ausfälle.

DIAGNOSTISCHE KRITERIEN CFS

- Die Müdigkeit beginnt zu einem klaren Zeitpunkt und dauert nicht lebenslang
- Die Müdigkeit ist schwerwiegend, beruflich einschränkend und beeinträchtigt die körperliche und psychische Funktion
- Die Müdigkeit dauert mindestens 6 Monate während mindestens der Hälfte des Tages

EINSCHLUSSKRITERIEN:

Klinisch abgeklärte, medizinisch nicht erklärbare andauernde oder häufig wiederkehrende Müdigkeit während mindestens 6 Monaten Dauer, die

- neu aufgetreten ist (nicht lebenslang)
- nicht Resultat einer dauernden Anstrengung
- nicht durch Erholung und Ruhe erleichtert wird
- zu einer deutlichen Reduktion der früheren Aktivitäten führt.

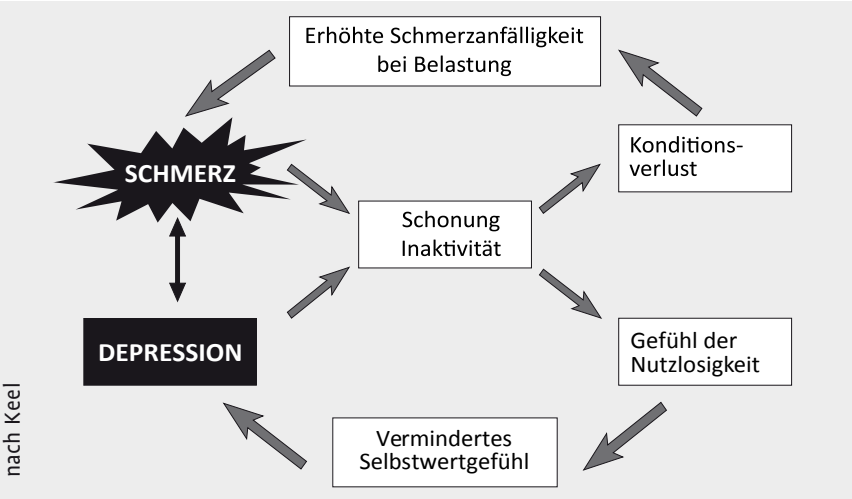
Das Auftreten von vier oder mehr der folgenden Symptome: – subjektive Klagen über Vergesslichkeit – Halsschmerzen – schmerzende Lymphknoten – Muskelschmerzen – Gelenksschmerzen – Kopfschmerzen – nicht erfrischender Schlaf – Schwächegefühl nach körperlicher Anstrengung, das länger als 24 Stunden anhält.

AUSZUSCHLIESSEN SIND

Patienten mit medizinischen Grundleiden (wie etwa schwere Blutarmut) oder psychiatrischen Erkrankungen (wie chronische Depression oder organische Gehirnkrankheiten), die chronische Müdigkeit erzeugen können

(nach Fukuda et al. 1994)

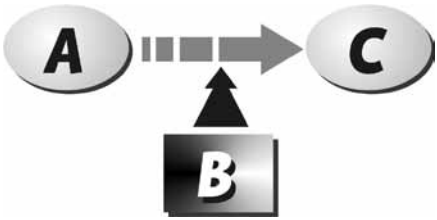
Depression und Schmerz



Ungünstige Reaktionen (Dysfunktionale Denkmuster)	*Günstige Reaktionen (Aktive Bewältigung)*
Es sind schreckliche Schmerzen im Nacken!	Ich habe wieder diese Nackenschmerzen, es spannt.
Ich bin in einem schrecklichen Loch	Ich bin bedrückt, wie ab und zu.
Ob ein Nerv eingeklemmt ist?	Ich bin verspannt wegen dieser Reise. Ich habe Angst, etwas könnte schief gehen.
Ich gerate in eine furchtbare Depression.	Ich bin enttäuscht, weil ich diesen Fehler gemacht habe.
Es wird immer schlimmer	Wenn es mir gelingt, mich zu entspannen, wird der Schmerz erträglicher werden.
Ich rutsche immer tiefer in die Depression.	Wenn ich es nicht so tragisch nehme, wird es besser.
Ich muss zum Arzt	Ein warmes Bad und ein paar Entspannungsübungen werden helfen.
Ich muss wieder Antidepressiva nehmen.	Am besten erledige ich etwas und verschaffe mir einen kleinen Erfolg.
Ich muss mich schonen.	Ich sollte wieder regelmässig schwimmen gehen.
Ich bin ein Versager, nichts wert.	Fehler machen alle, ist nicht schlimm. Ich habe sonst viel Positives erreicht.

nach Prof. Dr. Peter Keel, Basel

Depressive Denkmuster



A = AUSLÖSENDES EREIGNIS
B = BEWERTUNG
C = RESULTIERENDES GEFÜHL

Aus einem auslösenden Ereignis (A) folgt nicht automatisch eine emotionale Konsequenz (C). Ob ein Ereignis ein bestimmtes Gefühl auslöst, hängt davon ab, wie ein Mensch das Ereignis bewertet (B).

WIDERSPRÜCHE zwischen der Alltags-Erfahrung und den negativen Grundannahmen werden durch depressive Denkfehler aufgehoben. Nur so ist es möglich, dass beispielsweise Menschen mit durchschnittlicher oder guter beruflicher Leistung dennoch fest davon überzeugt bleiben können, alle anderen seien besser als sie.

DIE KOGNITIVE TRIADE

Depressive Menschen zeigen typische Veränderungen ihres Denkens. Diese werden auch als die «kognitive Triade» bezeichnet.

1. NEGATIVES SELBSTBILD

«Ich bin untauglich und wertlos!» – «Ich bin ein jämmerlicher Versager, der seine Familie schmählich im Stich gelassen hat.»

2. NEG. SICHT DER UMWELT

«Die anderen sind gegen mich. Alles ist grau.» – «Gott ist weit weg. Ich spüre seine Nähe nicht mehr wie früher.»

3. NEG. ZUKUNFTSERWARTUNG

«Ich kann nie mehr glücklich werden. Für mich gibt es keine Hoffnung.» – «Die aufmunternden Worte der Schwester gelten für mich nicht. Sie will mich nur beruhigen.»

Diese negativen Gedanken sind einerseits Teil der Depression, andererseits verdunkeln sie das Befinden zusätzlich.

BEISPIEL

WIE KLÄFFENDE HUNDE

«Meine Gedanken sind wie kläffende Hunde,» erklärt mir ein 25-jähriger Mann. «Sie kommen ganz unerwartet aus der Ecke und verbeissen sich an meinen Hosenbeinen. Obwohl ich weiss, dass ich keine Angst vor ihnen haben müsste, lassen sie mich doch nicht los. Ich probiere sie abzuschütteln, aber sie springen immer wieder an mir hoch und machen mir das Leben schwer.»

WEITERE INFORMATIONEN

A.T. Beck et al.: Die kognitive Therapie der Depression, Beltz.
M. Hautzinger: Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Beltz.

Beispiele für depressive Denkfehler

KURZSCHLUSS-DENKEN: «Das Essen ist angebrannt. Ich kann nicht mehr kochen.»

VERALLGEMEINERUNG: «Mich mag niemand mehr.» (Nur weil die kleine Tochter eine gehässige Bemerkung gemacht hat).

TUNNELBLICK: «Frau Müller mag mich auch nicht.» (Obwohl gerade erst drei andere Frauen sie gelobt haben.) «Ich bin ein ungetreues Chormitglied.» (Weil sie nicht alle Proben besucht.)

PERSONALISIERUNG: «Wenn mein Mann schlecht gelaunt ist, bin ich schuld.» (Obwohl er vielleicht Probleme im Geschäft hat.)

SOLLTE-TYRANNEI: «Ich sollte doch eine blitzsaubere Wohnung haben.» - «Ich sollte doch bei den Weltereignissen auf dem Laufenden sein.» - «Ich sollte mich nicht so gehen lassen.»

SCHWARZ/WEISS-DENKEN: «Entweder bin ich von allen akzeptiert oder ich bin nichts wert!» - «Entweder habe ich meinem Beruf das beste Verkaufsergebnis oder ich bin ein Versager.»

EMOTIONALE BEGRÜNDUNG: «Ich fühle mich in unserem Kaffee-Kränzchen so unsicher und weiss gar nicht, was ich sagen soll. Sicher lehnen mich die anderen ab und verachten mich!

DEPRESSIVE WAHNIDEEN

Depressive Wahnideen umschreiben Überzeugungen, die keinen Bezug zur Realität haben, z.B. «Ich habe keine Kleider mehr», obwohl der Kasten voll ist mit gut passenden Kleidern. Solche Ideen treten bei schweren, endogenen Depressionen auf und lassen sich im Gespräch nicht korrigieren. Sie sprechen aber gut auf Neuroleptika an und verschwinden mit dem Abklingen der Depression.

Häufige Themen:
1. Hypochondrischer Wahn
2. Selbstvorwürfe wahnhaften Ausmasses
3. Wahnhafte Versagensideen
4. Verarmungswahn
5. Wahnhafter Versündigungswahn

Kognitive Therapie

IN DER KOGNITIVEN VERHALTENSTHERAPIE (KVT) werden die Gedanken besprochen, die in der Depression entstehen und die zur Depression beitragen (vgl. nebenstehende Beispiele). Ratsuchende und Therapeut suchen dann miteinander bessere Antworten, die es der betroffenen Person ermöglichen, ihren Zustand zu bewältigen und aus den destruktiven Mustern auszusteigen. Die Kognitive Therapie ist heute neben der Interpersonellen Therapie der Depression (vgl. Seite 28) die am besten bewährte Psychotherapie der Depression.

Suizidgefahr erkennen

Eine Selbsttötung ist die schwerste Auswirkung einer Depression. Suizidgedanken sind häufig und es ist daher wichtig, diese anzusprechen. Hier einige Hinweise:

HINWEISE AUF SUIZIDGEFAHR

- Vorkommen von suizidalen Handlungen in der Familie oder in der näheren Umgebung, Suggestiv-Wirkung.
- Frühere Suizidversuche, direkte oder indirekte Suizidankündigungen.
- Äusserung konkreter Vorstellungen über die Art, die Durchführung und Vorbereitungshandlungen zu einem Suizid oder aber «unheimliche Ruhe».
- Selbstvernichtungs-, Sturz- und Katastrophenträume.
- Verlust jeglicher Zukunftsplanung.

KRANKHEITSGEPRÄGE

- Beginn oder Abklingen depressiver Phasen.
- Ängstlich-agitiertes Gepräge, affektive Einengung, Aggressionshemmung.
- Schwere Schuld- und Versagensgefühle, Krankheitswahn.
- Biologische Krisenzeiten (Pubertät, Wochenbett, Klimakterium).
- Langdauernde oder unheilbare Krankheiten.
- Alkoholismus oder Toxikomanie.

UMWELTBEZIEHUNGEN

- Zerrüttete Familienverhältnisse während der Kindheit, sexueller Missbrauch.
- Verlust oder primäres Fehlen mitmenschlicher Kontakte (Liebesenttäuschung, Vereinsamung, Ausgestossensein).
- Verlust der Arbeit, Fehlen eines Aufgabenkreises.
- Fehlen religiöser oder weltanschaulicher Bindungen.

FRAGEN BEI SUIZIDGEFAHR

- ***Suizidalität:*** Haben Sie schon einmal daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?
- ***Vorbereitung:*** Wie würden Sie es tun? Haben Sie bereits Vorbereitungen getroffen? (Je konkreter, desto grösser das Risiko)
- ***Zwangsgedanken:*** Denken Sie bewusst daran? Oder drängen sich die Gedanken auf, auch wenn Sie es nicht wollen? (Sich passiv aufdrängende Gedanken sind gefährlicher)
- ***Ankündigung:*** Haben Sie über Ihre Absichten schon mit jemandem gesprochen? (Ankündigungen immer ernst nehmen)
- ***Einengung:*** Haben sich Ihre Interessen, Gedanken und zwischenmenschliche Kontakte gegenüber früher eingeschränkt, verringert?
- ***Aggression:*** Haben Sie gegen jemand Aggressionsgefühle, die Sie gewaltsam unterdrücken? (Diese werden gegen die eigene Person gerichtet)

Umgang mit Selbstmord-Gefährdeten

ANSPRECHEN VON SELBSTMORDGEDANKEN

Suizidgedanken gehören häufig zum Erscheinungsbild einer schwereren Depression. Oft werden sie aber aus Scham verschwiegen. Das selbstverständliche Ansprechen der Suizidgedanken erleichtert es dem Patienten, über seine innersten Nöte und Ängste zu sprechen (vgl. Fragen auf Seite 16 unten). Die bedrohlichen Gedanken können dann mit dem Berater, Arzt oder Seelsorger distanziert gesehen werden. Die Last wird geteilt und Gegenmassnahmen können erörtert werden.

HINTERFRAGEN DER HOFFNUNGSLOSIGKEIT

Selbstmord wird dann erwogen, wenn ein Mensch keinen anderen Ausweg mehr sieht. Das Besprechen der Situation aus der Sicht des Betreuers kann zu der Frage führen: «Ist meine Lage wirklich so ausweglos?» Der kleinste Hoffnungsschimmer kann den Suizid-Gefährdeten dazu bewegen, den Selbstmord wenigstens aufzuschieben.

EINE FESTE BEZIEHUNG ANBIETEN

Das Gefühl, vom Gegenüber ernstgenommen und unterstützt zu werden, kann den Gedanken an Selbstmord schwächen. Man kann dem Depressiven das Versprechen abnehmen, wenigstens bis zum nächsten Gespräch keinen Selbstmordversuch zu unternehmen. Zudem soll man ihm anbieten, jederzeit beim Auftreten von Suizidgedanken zu telefonieren. Notfalls besteht über Tel. 143 in der Schweiz jederzeit die Möglichkeit zum Gespräch mit einem ausgebildeten Helfer (Telefon-Seelsorge).

HINZUZIEHEN VON ANGEHÖRIGEN

- nicht alleine lassen, vermehrte Zuwendung.

KURZFRISTIGE MASSNAHMEN

- möglichst bald einen neuen Termin geben.
- Einleitung einer medikamentösen Behandlung, die möglichst zur Wiederherstellung des Schlafes führt.

KLINIKEINWEISUNG

Wenn diese Bemühungen nicht ausreichen, ist eine Klinikeinweisung unumgänglich. Die Klinik offeriert in akuten Krisen auch denjenigen Patienten zusätzliche Therapiemöglichkeiten, die sonst eher skeptisch sind (Psychiatrie-Vorurteile, Glaubensgründe). Sie erhalten vermehrte Zuwendung, äussere Grenzen und damit Schutz und Zuflucht vor den als unerträglich empfundenen Lebensumständen und Ängsten.

Umfassende Therapiekonzepte

Depressionen haben gesamthaft einen guten Verlauf. Die allermeisten Depressionen heilen wieder ab. Für die Behandlung ist es wichtig, zwischen leichteren und schweren Depressionen zu unterscheiden. Während bei leichteren Depressionen auf Medikamente verzichtet werden kann, sollte bei schwereren Zustandsbildern (auf Schlafstörungen achten!) immer ein Arzt konsultiert werden. Die fünf Zugänge ergänzen sich gegenseitig: kein Weg sollte ohne die anderen beschritten werden.

1. GESPRÄCH

Hinweise vgl. Seite 30 - 31

2. PRAKTISCHE HILFE

Unterstützung in praktischen Aufgaben: z.B. bei erschöpften Müttern Kinder abnehmen; z.B. bei älteren Menschen Mahlzeiten kochen, einkaufen.

3. SOMATISCHE THERAPIE

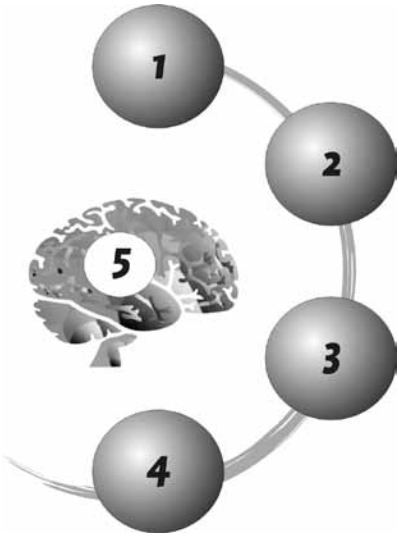
Speziell im Alter achten auf Herzinsuffizienz, Blutdruck, Schilddrüsenfunktion; Erkrankungen, die den Allgemeinzustand schwächen; Hör- und Sehprobleme.

4. AKTIVIERUNG

- körperliche Aktivierung: Bewegung, frische Luft, leichter Sport.
- Tagesplan, Menuplan
- Ergotherapie, praktische Tätigkeiten etc.
- Hilfe zur Selbständigkeit

5. MEDIKAMENTE

Mittel der Wahl sind Antidepressiva: Wirkung tritt erst nach einigen Tagen voll ein; deshalb bei agitierten Depressionen anfangs auch Beruhigungsmittel bzw. Schlafmittel einsetzen.



1. Gespräch
2. praktische Hilfe
3. Behandlung medizinischer Probleme
4. Aktivierung
5. Medikamente

Interpersonelle Therapie der Depression

Interpersonelle Therapie ist eine psychodynamisch orientierte Kurztherapie, die sich in der Depressionsbehandlung sehr bewährt hat und in idealer Weise die verschiedenen therapeutischen Zugänge miteinander verbindet.

Sie setzt sich zum Ziel, die Symptome (Depression, Angst) zu reduzieren und die zwischenmenschlichen Funktionen zu verbessern. Sie erhebt nicht den Anspruch, den Charakter der Person zu verändern.

IPT geht davon aus, dass Depressionen und Ängste unabhängig von der biologischen Verletzlichkeit, in einem psychosozialen und interpersonellen Kontext entstehen.

Sie verfolgt daher zwei Strategien:

1. Die Symptome lindern (Ernstnehmen, klare Diagnostik, Aufklärung über die Natur der Störung und die Behandlungsmöglichkeiten, Medikamente)

2. Dem Patienten helfen, bessere Strategien zu entwickeln, seine sozialen und zwischenmenschlichen Probleme zu bewältigen, die mit der jetzigen Phase der Erkrankung verbunden sind.

In der Therapie werden vier Bereiche angesprochen:

A) TRAUER ÜBER VERLUSTE

Verlust von lieben Menschen, aber auch z.B. Verlust einer Arbeitsstelle oder eines lieben Haustieres.

B) ROLLENKONFLIKTE

gegensätzliche Erwartungen zwischen zwei Personen, oftmals Partnerschaftskonflikte oder Eltern-Kind-Konflikte.

C) ROLLEN-ÜBERGÄNGE

von der Schülerin zur Studentin; von der Lehre zum Militär, vom Ledigsein zur Partnerschaft, von der Mutterrolle zum beruflichen Wiedereinstieg, von der Arbeit zum Pensioniertendasein etc. — in diesen Übergängen kommt es zum Verlust oder zur Veränderung bisheriger Bindungen an die Familie, zu schwierigen Gefühlen, die mit dem Übergang verbunden sind; zur Anforderung, neue soziale Fähigkeiten zu lernen und möglicherweise zu vermindertem Selbstwertgefühl.

D) INTERPERSONELLE DEFIZITE:

Eine optimale soziale Funktion ist davon abhängig, mit der Familie enge Beziehungen zu pflegen, weniger intensiv aber doch befriedigende Beziehungen mit Freunden und Bekannten und bei der Arbeit gute Leistungen zu erbringen und mit den Mitarbeitern einigermassen auszukommen. Depressive Verstimmungen und Ängste erschweren soziale Beziehungen. Minderwertigkeitsgefühle, Angst vor Versagen und Ablehnung, Abhängigkeit sowie innere Unsicherheit beeinträchtigen diese Beziehungen.

In der IPT bespricht der Therapeut mit dem Patienten seine Beziehungen und versucht ihm zu helfen, diese zu klären, Unsicherheiten abzubauen und neue Fertigkeiten im Umgang mit andern zu entwickeln.

Forschungen haben gezeigt, dass IPT eine sehr effektive Therapie der Depression darstellt.

WEITERE INFORMATIONEN:

E. Schramm: Interpersonelle Therapie der Depression. Schattauer Verlag.

Hilfen zum Gespräch mit Depressiven

1. **GRUNDHALTUNG DER BEDINGUNGSLOSEN ANNAHME:** Den betroffenen Menschen in seiner Krankheit und innerlich empfundenen Not ernst nehmen.

2. **ZUHÖREN:** Ermutigung zur Besprechung auslösender Motive und der Lebensgeschichte. Besprechen zwischenmenschlicher Beziehungen und ihrer Auswirkungen auf die depressive Verstimmung.

3. **HOFFNUNG GEBEN:** Den günstigen Verlauf des Leidens betonen: die allermeisten Depressionen klingen nach einer gewissen Zeit wieder ab.

4. **BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN AUFZEIGEN:** Erklären der therapeutischen Zugänge. Bei schweren Depressionen zum Arztbesuch und zur regelmässigen Einnahme von Medikamenten ermutigen.

5. **DEPRESSIVE DENKMUSTER:** (z.B. Selbstabwertung, überhöhte Ansprüche an sich selbst etc.): mit dem Patienten herausarbeiten und durch konstruktive Sichtweisen seiner Probleme ersetzen.

6. **DEPRESSIVE WAHNIDEEN:** lassen sich in der akuten Phase nicht korrigieren. Stehenlassen und verweisen auf die Wirklichkeit des Alltags.

7. **STÜTZENDE ELEMENTE** im Leben des Patienten herausarbeiten und fördern: hilfreiche Beziehungen, Tiere, Hobbies, Glaubenshilfe (Seelsorger mit einbeziehen!).

VERMEIDBARE FEHLER

- Aufforderung, sich zusammenzureissen oder sich nicht gehenzulassen.
- Empfehlungen, in Urlaub zu fahren und einfach alles hinter sich zu lassen. (Kontaktschwierigkeiten und Genussunfähigkeit können die Probleme verstärken!)
- Versuche, dem Patienten einzureden, es gehe ihm besser oder gut.
- Ratschläge, irgendwelche einschneidende Entscheidungen zu fällen, die sich nicht mehr rückgängig machen lassen (z.B. Kündigung wegen Unfähigkeit, Wohnungsaufgabe wegen finanzieller Schwierigkeiten, Beziehungsabbrüche).
- Anzweifeln von depressiven Wahnideen.
- Zu starkes Eingehen auf die depressive Befindlichkeit.
- Bei gläubigen Patienten: Überforderung durch geistliche Anstrengungen («Du musst mehr glauben, mehr beten etc.»).

8. Auf zeitweise **STIMMUNGSSCHWANKUNGEN** vorbereiten: «Der Weg zur Heilung ist mit Schlaglöchern versehen.»

9. **EINBEZUG DER ANGEHÖRIGEN:** Diese können oft eine hilfreiche Ko-Therapeuten-Funktion haben. Andererseits brauchen sie auch Unterstützung in der schwierigen Zeit des Tragens.

10. **GEDULD HABEN:** Ein Therapieziel nach dem anderen setzen, damit der Betroffene immer wieder kleine Erfolge erlebt. Nicht zuviel auf einmal verlangen!

Aktivitätsaufbau

Bei der Aktivierung eines depressiven Menschen muss sorgfältig darauf geachtet werden, den richtigen Ausgleich zwischen einer angepassten Tagesstruktur und einer möglichen Überforderung zu finden.

DER AKTIVITÄTSAUFBAU VERFOLGT ZWEI ZIELE:

1. Durch sinnvolle Gestaltung des Tages kann das depressive Befinden positiv verändert werden und der Patient eine Entlastung erleben.

2. Das Erlebnis, dass dieses Befinden veränderbar ist und dass der Patient selbst etwas beitragen kann, ermutigt ihn zu weiteren Schritten und vermindert die Hoffnungslosigkeit.

PRINZIPIEN

1. JEDE ÜBERFORDERUNG VERMEIDEN:
Das Anspruchsniveau des Patienten nicht übernehmen! Klein anfangen. Bewusst Schwächung und Erschöpfung zugestehen. Depression ist eine Krankheit, die eine Schonung erfordert.

2. ERSTELLEN VON AKTIVITÄTSLISTEN:
Was hat früher Spass gemacht? Was würden Sie zur Zeit gerne machen? Was würden andere im Moment gerne machen? – Jeden Tag mindestens eine Stunde an die frische Luft (Spazieren, Radfahren, Gartenarbeit).

3. KONKRETE BESPRECHUNG:
Zeit, Ort und Art der Aktivität. Tagesplan erstellen, allmähliche Steigerung vornehmen. Oft beginnt der Patient selbst Vorschläge zu machen.

4. DEM DEPRESSIVEN PERFEKTIONISMUS ENTGEGENWIRKEN:
Es geht nicht darum, die Aufgabe perfekt zu erfüllen. Allein schon das Probieren ist ein Erfolg (Auflockern des Schwarz/Weiss-Denkens). Eventuell Angehörige zur Bewertung des Erfolgs mit einbeziehen.

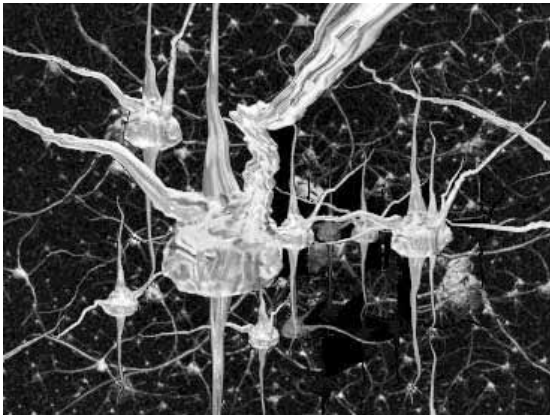
5. ERMUTIGUNG UND POSITIVE RÜCKMELDUNG GEBEN:
Dem Patienten helfen, selbst herauszufinden, dass es ihm mit diesen Aktivitäten besser oder «weniger schlecht» geht. Den Patienten ermutigen, sich selbst den Erfolg zuzuschreiben.

Die Biochemie der Depression

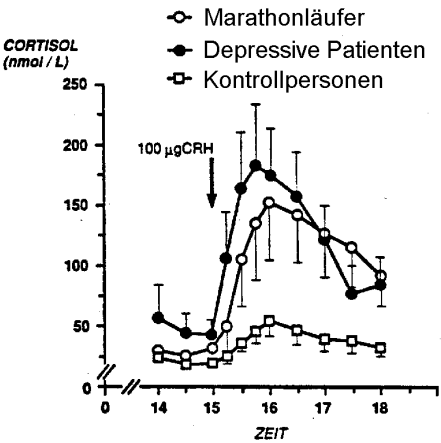
Die moderne Hirnforschung hat gezeigt, dass Gedanken und Handlungen im Gehirn in komplexer Weise gesteuert werden. Depression bedeutet eine Verlangsamung der gedanklichen Aktivität, eine Erhöhung der vegetativen Aktivität (via Stresshormone) und damit häufig auch eine verstärkte Angstneigung bei gleichzeitiger Verminderung der allgemeinen Lebensenergie.

URSACHE ist eine Verminderung der biochemischen Überträgerstoffe (Neurotransmitter) in den Synapsen, insbesondere ***Noradrenalin und Serotonin.***

Die Forschung ist weiterhin stark im Fluss. So entdeckt man immer mehr Rezeptoren, allein für Serotonin sind es mindestens sechs. Die einfachen Rezeptorenmodelle weichen immer komplexeren Darstellungen und reflektieren etwas vom Wunder der Schöpfung. Gleichzeitig wird aber auch deutlich, wie komplex die Störungen im Rahmen einer Depression sein können.



Unser Gehirn ist ein komplexes Netzwerk. 10 Milliarden Nervenzellen und hunderte von komplexen chemischen Botenstoffen wirken zusammen. Jede Nervenzelle hat ca. 100 Fortsätze, die mittels einer Synapse Signale an andere Zellen weitergeben. Der «Funkverkehr» in unserem Gehirn ist intensiver als das gesamte Telefonnetz der Welt.



DEPRESSIVE MENSCHEN STEHEN HORMONELL UNTER DAUERSTRESS.

Die Abbildung zeigt den Cortisolspiegel im sogenannten CRH-Stimulationstest bei Marathonläufern, depressiven Patienten und Kontrollpersonen.

Folgerung: Körperlicher und psychischer Stress erzeugen beide eine gesteigerte Ausschüttung von Stresshormonen, also bei Depressiven wie bei Marathonläufern. Dies erklärt die erhöhte Angstneigung, die innere Spannung und die vielfältigen vegetativen Symptome (nach F. Holsboer).

Antidepressive Medikamente

WIRKUNGEN

Antidepressiva bewirken eine Erhöhung der Überträgerstoffe an den Synapsen. Dadurch stabilisiert sich der psychische Zustand des Patienten: es kommt zu einer Stimmungsaufhellung, Angstlösung und zu einer vegetativen Beruhigung. Allerdings braucht der Wirkungseintritt Zeit (ca. 10 Tage). Leider zeigen sich zwischen verschiedenen Patienten grosse Unterschiede in Wirkung und Verträglichkeit. Antidepressiva sind kein Allheilmittel, aber sie können den Genesungsprozess doch entscheidend unterstützen.

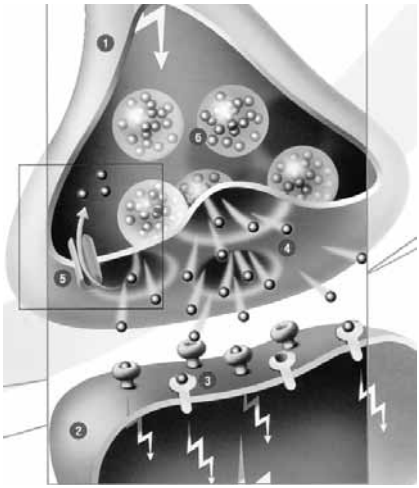


Abbildung aus einer Publikation der Firma Pfizer, mit freundlicher Genehmigung

Vorgänge in der Synapse: Die Botenstoffe werden in den synaptischen Spalt freigesetzt und erzeugen dort an den Rezeptoren ein Signal.

NEBENWIRKUNGEN

Bei den trizyklischen Antidepressiva kommt es vermehrt zu ***anticholinergen Nebenwirkungen:*** Mundtrockenheit, Schwitzen, verschwommenes Sehen, Erhöhung des Augeninnendruckes (Glaukom!), Harnverhaltung, Reizleitungsstörungen am Herzen, Blutdrucksenkung. Dazu kommen eine Vielzahl seltener Nebenwirkungen, die im jeweiligen Beipackzettel eines Medikaments aufgeführt sind.

Neuere Antidepressiva haben deutlich weniger anticholinerge Wirkungen, führen aber vermehrt zu ***Übelkeit***, einige auch zu Schlafstörungen.

Toxizität: Niedrige Toxizität bei allen neueren Antidepressiva.

MEDIKAMENTE BEI BIPOLAREN STÖRUNGEN

In akuten Phasen der Manie gibt man heute ***Neuroleptika*** (Olanzapin, Quetiapin), evtl. ergänzt durch andere Beruhigungsmittel.

RÜCKFALLPROPHYLAXE

Bei schweren Depressionen und Manien hat sich die regelmässige Einnahme von ***Lithium*** (ein natürliches Mineralsalz) sehr bewährt. Oft kommt es jahrelang nicht mehr zum Rückfall, bis der Patient das Lithium absetzt. Beachten: zu Beginn regelmässige Blutspiegelkontrolle!

Als wirkungsvoll haben sich auch ***Valproinsäure*** (Depakine) und ***Lamotrigin*** erwiesen.

WEITERE INFORMATIONEN:
finden sich heute zahlreich im Internet

Antidepressiva – eine Übersicht

	AKTIVIEREND	STABILISIEREND	SEDIEREND
trizyklisch	Desipramin (Pertofran)	Imipramin (Tofranil) Clomipramin (Anafranil) Lofepramin (Gamonil)	Amitryptilin (Saroten) Trimipramin (Surmontil) Doxepin (Sinquan)
atypisch	Moclobemid (Aurorix) Reboxetin (Edronax)	Maprotilin (Ludiomil) Bupropion (Zyban)	Mianserin (Tolvon) Agomelatin (Valdoxan)
SNRI	SNRI = Serotonin und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer.	Venlafaxin (Efexor) Duloxetin (Cymbalta)	Mirtazapin (Remeron) Trazodon (Trittico)
SSRI	SSRI = Serotonin-Wiederaufnahmehemmer	Citalopram (Seropram) Es-Citalopram (Cipralex) Fluoxetin (Fluctine) Fluvoxamin (Floxyfral) Paroxetin (Deroxat) Sertralin (Zoloft)	
Mood Stabilizers	Mood Stabilizers = Mittel zur Stabilisierung und zur Rückfallverhütung speziell bei bipolaren Störungen	***Lithium-Präparate*** (Quilonorm, Priadel, Lithiofor) ***Atypische Neuroleptika*** (Seroquel, Abilify, Zyprexa) ***Lamotrigin*** (Lamictal) ***Valproat*** (Depakine, Orfiril)	

ZUSÄTZLICHE WIRKUNGEN

Antidepressiva haben nicht nur eine positive Wirkung auf depressive Symptome, sondern auch auf folgende weiteren Störungen: ***atypische Depression*** (Dysthymie), ***Angststörungen*** (wie z.B. Generalisierte Angst oder Panikstörungen), ***Schmerzsyndrome*** (z.B. Fibro-myalgie oder Migräne), ***Essstörungen*** (speziell Bulimie) und ***funktionelle psychosomatische Syndrome*** (wie z.B. Reizdarmsyndrom, chronische Spannungskopfschmerzen).

WEITERE INFORMATIONEN:

Wegen der raschen Veränderungen im Pharmabereich kann die Tabelle nie ganz vollständig sein. Zudem wird in diesem kurzen Leitfaden bewusst auf genaue Dosierungs-richtlinien verzichtet, weil jede Person anders auf Medikamente anspricht. Besprechen Sie Medikamentenfragen direkt mit Ihrem Arzt, der Sie am besten kennt.

Praktisches Vorgehen

BEIM EINSETZEN VON ANTIDEPRESSIVA

- Welches Gepräge hat die Depression? (agitiert-angetrieben oder passiv-gehemmt?)
- Ist die Depression mit Schlafstörungen verbunden?
- Besteht ausgeprägte Angst oder gar Suizidalität?

AUFGRUND DIESER ANGABEN:

- Wählen des Antidepressivums (aktivierend, stabilisierend, sedierend)
- Allmähliche Dosissteigerung, im Alter niedrig dosieren!
- Bei Schlafstörungen, Ängsten und Suizidalität kombinieren mit einem Tranquilizer oder einem leichten Neuroleptikum.
- Über mögliche Nebenwirkungen orientieren und trotzdem zur Einnahme ermutigen, da die Nebenwirkungen nach wenigen Tagen nachlassen.
- Auf die verzögerte Wirkung aufmerksam machen.
- Regelmässige begleitende Gespräche anbieten!

Antidepressive Heilpflanzen

Das Extrakt von Johanniskraut (Hypericum perforatum) hat in den letzten Jahren grosse Bedeutung gewonnen. Die Pflanze hat offenbar eine Wirkung bei leichteren Depressionen und Verstimmungen.

Allerdings haben auch pflanzliche Heilmittel ihre eigenen Nebenwirkungen, in diesem Fall Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und Photosensibilisierung.

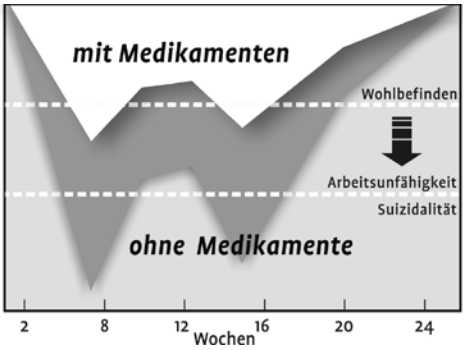
Bei schwereren Störungen reicht die Wirkung von Johanniskraut nicht aus, und es sollten unbedingt stärkere Mittel eingesetzt werden.

Möglichkeiten und Grenzen

Auch wenn die Wirkung von Antidepressiva begrenzt ist, so ist sie oft genau der Faktor, der für die Betroffenen einen wesentlichen Unterschied macht.

Mit einer medikamentösen Behandlung kann zwar die Länge einer Phase nicht abgekürzt werden. Aber es kann deutlich mehr Wohlbefinden erzielt und eine Arbeitsunfähigkeit vermieden werden.

Aus diesem Grund sollten bei ausgeprägten Depressionen wenn immer möglich Medikamente eingesetzt werden.



NEUE RICHLINIEN für die Behandlung einer Depression (S-3-Richtlinien der DGPPN) betonen, dass Medikamente kein Allheilmittel sind. Bei leichten bis mittelschweren Depressionen gilt heute eine Psychotherapie als gleichwertiger Weg. Allerdings: Bei schweren und wiederholten sowie chronischen Depressionen, bei Dysthymie und Double Depression sollte eine Kombination von Psychotherapie und Medikamenten erfolgen.

Chronische Depressionen

Leider gibt es depressive Störungen, die trotz umfassender Behandlung nicht mehr vollständig aufhellen. In solchen Fällen spricht man von einer «chronischen Depression». In Therapie und Seelsorge ist es wichtig, nicht zu hohe Erwartungen zu wecken.

Je schwerer ein depressives Zustandsbild, desto schwerer ist es nur durch Gespräch allein behandelbar.

GRÜNDE

- zunehmende Einengung
- zunehmende Unfähigkeit, Willenskontrolle auszuüben
- zunehmende Unmöglichkeit, Defizite in gesunde Weise zu kompensieren

UMFASSENDE BETREUUNG

- Entlastung von Aufgaben, im ungünstigen Fall Einleiten einer Berentung.
- Medikamente: auch wenn diese den Zustand nicht völlig beseitigen können, so tragen sie doch zu einer Verbesserung und Stabilisierung des Zustandsbildes bei.
- stützende, nicht aufdeckende Gespräche: Ziel ist die Bewältigung des Alltages und der täglichen Aufgaben.
- soziale Beratung und Betreuung
- Beratung der Angehörigen zum angemessenen Gleichgewicht von Engagement und Abgrenzung.

CBASP (COGNITIVE BEHAVIORAL ANALYSIS SYSTEM FOR PSYCHOTHERAPY)

– eine neue Methode bei chronischen Depressionen ist noch in Entwicklung. Aktuelle Infos kann man googeln.

Depression und Glaube

Wenn gläubige Menschen an einer Depression erkranken, so leiden sie nicht nur an den allgemeinen Symptomen, sondern besonders daran, dass auch der Glaube, der ihnen sonst Halt gab, durch die depressive Symptomatik verdunkelt wird. Oft bringen sie ihr Versagen in Zusammenhang mit ihrem Glaubensleben.

Gott, hilf mir!
Denn das Wasser geht mir
bis an die Kehle.
Ich versinke in tiefem Schlamm,
wo kein Grund ist.

aus Psalm 69

SCHULDGEFÜHLE

treten häufig in einer Depression auf, aber sie entsprechen nicht einer wirklichen Schuld. In einer Arbeit über «Depression und Glaube» von Prof. G. Hole ergaben sich folgende Antworten:

Vor wem fühlen sie sich schuldig?	
Ich fühle mich schuldig	
– vor Gott	16,4%
– Menschen allgemein	5,5%
– Familie	18,2%
– sonstige	5,5%
– «Selbst»	20,8%
– unbestimmt/unklar	6,3%
– vor niemand	27,3%

Schlussfolgerung: Schuldgefühle sind eine menschliche Grundreaktion. Sie treten immer dort auf, wo ein Mensch seine Ideale nicht erfüllt und dieses Versagen schuldhaft erlebt.

SYMPTOME, DIE DAS GLAUBENSLEBEN ERSCHWEREN

1. Die traurige Verstimmung, der Verlust von Freude und Interesse führt auch zum Verlust der Freude an Gott und seiner Schöpfung.

2. Grübeln und Zweifeln, innere Unruhe, sinnloses Gedankenkreisen können zum Verlust der Glaubensgewissheit führen.

3. Selbstvorwürfe, Schuldideen werden als Schuld vor Gott erlebt und können zur Angst vor dem Verlorensein führen.

4. Energiemangel, Entschlussunfähigkeit erschweren auch die christlichen Aktivitäten, die sonst selbstverständlich sind.

5. Angst und Rückzug vor anderen Menschen führt zum Verlust der Gemeinschaft mit anderen Christen, die sie so nötig brauchen würden.

6. Sorgen und Mangel an Perspektive nehmen die sonst vorhandene Zuversicht durch den Glauben.

7. Reizbarkeit und Überempfindlichkeit führen zu Verhalten, das der Betroffene und seine Umgebung nicht mehr als christlich empfinden.

8. Hoffnungslosigkeit und Todeswunsch werden manchmal durch Bibelverse unterstützt, die der Betroffene aus dem Zusammenhang reisst.

Positive Aspekte des Glaubens

1. GLAUBENSVERTIEFUNG DURCH DIE DEPRESSION

- vermehrte Abhängigkeit von Gott
- Vertiefung des persönlichen Glaubens
- reifere Haltung gegenüber dem Leiden
- reifere Haltung gegenüber Leidenden

2. GLAUBE ALS QUELLE DER KRAFT IN DER DEPRESSION

trotz Verzagtheit, Zweifel, Kraftlosigkeit

- Bibelstellen (Psalmen, Hiob, Losungen, Kalender) und Liederverse
- Ermutigung durch Mitchristen

SIEBEN HÄUFIGE KLAGEN GLÄUBIGER MENSCHEN, DIE AN EINER DEPRESSION LEIDEN

Im Grunde genommen werden die allgemeinen depressiven Klagen beim gläubigen Menschen in eine religiöse Sprache gefasst.

- 1. «Depression ist Sünde.» (Ein guter Christ ist nicht depressiv)
- 2. «Ich werde von Gott gestraft, weil ich mich versündigt habe.»
- 3. «Ich spüre Gottes Gegenwart nicht mehr.»
- 4. «Ich habe keine Kraft mehr für Bibellese und Gebet.»
- 5. «Ich habe so Angst vor anderen Menschen. Ich wage nicht mehr in die Kirche oder in einen Hauskreis zu gehen.»
- 6. «Ich tue ja nichts für Gott, verglichen mit anderen; ich bin ein nutzloses Werkzeug.»
- 7. «Für einen Menschen wie mich gibt es keine Hoffnung mehr.»

3. GLAUBE ALS SCHUTZ VOR VERZWEIFLUNG UND SUIZID

- Hoffnung wider die drängende Hoffnungslosigkeit
- Angst vor Strafe bei Suizid
- Todeswunsch wird zur Ewigkeits-Sehnsucht ohne suizidale Eigenhandlung

Du machst mich wieder lebendig
und holst mich
wieder herauf
aus den Tiefen der Erde ...
Du tröstest
mich wieder.

aus Psalm 71

Im Gespräch ist es wichtig, die Nöte des gläubigen Menschen in seiner Depression ernst zu nehmen und die stützenden Anteile seines Glaubens zu aktivieren. Die Zusammenarbeit mit einem Seelsorger ist sehr zu empfehlen.

Was hilft gegen Burnout?

1. Bedenken Sie, dass jeder Mensch nur begrenzte Energie hat. Sie können ihren seelischen Akku schnell herunterfahren oder aber Ihre Kräfte gezielt einsetzen.

2. Bauen sie bewusst Atempausen in den Alltag ein – eine halbe Stunde an die frische Luft, ein kurzer Spaziergang um den Block oder vielleicht ein «Power-Nap» zum Auftanken?

> Sei nicht allzu gerecht und allzu weise, damit du dich nicht zugrunde richtest.
>
> Prediger 7,16

3. Lernen Sie NEIN zu sagen – freundlich, aber bestimmt!

4. Wenn es zu hektisch wird: Halten Sie inne und fragen Sie sich: «Was kann passieren, wenn ich die Arbeit aufschiebe? Sind die Folgen wirklich so schlimm?» Manche Arbeiten erledigen sich von selbst, indem man sie einmal liegen lässt.

Was macht es aus, wenn Sie einmal nicht an vorderster Front in perfektem Einsatz stehen? Wenn Sie ausbrennen, dankt Ihnen niemand dafür.

5. Setzen Sie Grenzen: Verlagern Sie berufliche Probleme nicht ins Privatleben. Kein Mensch ist unersetzlich. Aber die Scherben zerbrochener Beziehungen lassen sich kaum mehr nahtlos zusammensetzen.

6. Nehmen Sie sich Zeit – etwa für Hobbys, Entspannung, Sport oder Musik. Überprüfen Sie ihren Tagesrhythmus. Sind Sie ein Morgen- oder ein Nachtmensch? Passen Sie Ihren Arbeitsalltag an, dann ergeben sich neue Zeitfenster!

7. Spitzenleistungen sind manchmal nötig. Aber sie dürfen dann auch ein Gegengewicht setzen: Nehmen Sie sich Zeit, Wochenendarbeit, Jetlags oder Übermüdung auszukurieren. So kommen sie wieder frisch und mit neuen Ideen zur Arbeit.

8. Wenn Sie den Eindruck haben, der Job mache Sie kaputt, so seien Sie konsequent: Haben Sie schon an ein Time-out (Sabbathical) gedacht? Überlegen Sie, ob es Sinn machen kann, sich versetzen zu lassen, die Stelle zu kündigen oder gar den Beruf zu wechseln.

BURNOUT ALS CHANCE

In der Krise eines Burnout liegt auch eine Chance: Es gilt zu erkennen, dass wir wertvoll sind, selbst wenn wir an unsere Grenzen geraten sind.

Oftmals werden wir aufgerüttelt, neue Weichenstellungen für die Gestaltung des Lebens vorzunehmen.

Und schliesslich hat so mancher in seiner eigenen Krise gelernt, andere Menschen besser zu verstehen. So gesehen kann Burnout auch zu einem Neuanfang werden, der dem Leben eine neue bessere Wendung gibt.

WEITERE INFORMATIONEN:

M. Rush: Brennen ohne auszubrennen. Das Burnout-Syndrom – Behandlung und Vorbeugung. Schulte & Gerth

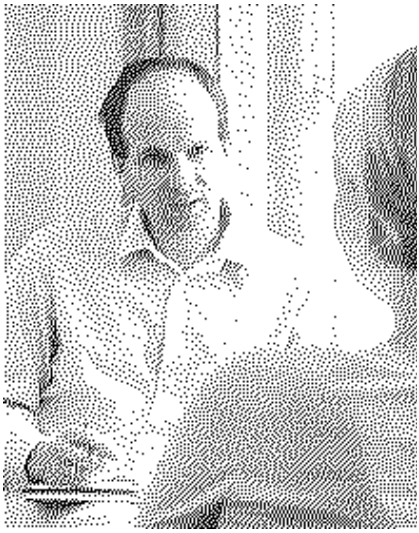
Hilfen für die Helfenden

Die Depression eines Ratsuchenden bleibt nicht ohne Auswirkung auf die Betreuer. Er oder sie möchte dem Betroffenen helfen und fühlt sich z.T. für ihn verantwortlich.

Wenn sich dann – wie so oft – kein sofortiger Erfolg einstellt, besteht die Gefahr, dass sich der Betreuer von der Hoffnungs- und Hilflosigkeit des Depressiven anstecken lässt.

Die Gespräche werden zunehmend zur Belastung. Man bekommt Angst vor dem Telefon, schläft schlechter. Man zweifelt an sich selbst und vielleicht sogar an Gott. Therapeuten und Seelsorger stehen in der Gefahr eines Burnout und geben die wichtige Aufgabe einer weiteren Beratung und Betreuung auf.

Wie kann man dieser Entwicklung entgegenwirken? Nebenstehend finden sich einige Merkpunkte.



MERKPUNKTE

1. Behalten Sie die Fakten über die Depression im Auge! Lassen Sie sich nicht von der momentanen Hoffnungslosigkeit des Patienten mitreissen.

2. Analysieren Sie die depressiven Denkfehler nicht nur beim Patienten, sondern auch bei sich selbst? Wo sind überhöhte Erwartungen, Hoffnungslosigkeit, Schwarz/Weiss-Malerei, Minderwertigkeitsgefühle, die nicht gerechtfertigt sind?

3. Lernen Sie dem Leiden des Ratsuchenden mit einer gesunden Sachlichkeit begegnen. Akzeptieren Sie beispielsweise Tränen als Ausdruck für seine innere Not. Reservieren Sie bestimmte Stunden für die Gespräche. Was ein Ratsuchender nicht in einer Stunden sagen kann, wird er auch nicht in zwei Stunden sagen.

4. Übernehmen Sie nicht Verantwortung für Gedanken, Gefühle und Handlungen eines Patienten, die dieser selbst zu tragen hat. Sie können Anstösse geben, eine Veränderung können Sie aber nicht erzwingen.

5. Setzen Sie sich nicht zu hohe Therapieziele. Denken Sie daran: die Begleitung depressiver Menschen braucht viel Geduld und ist mit Rückschlägen verbunden.

6. Haben Sie den Mut, Ihre eigenen Grenzen einzugestehen und besprechen Sie Ihre Schwierigkeiten in der Begleitung eines depressiven Menschen mit einem anderen Betreuer (Supervision, Intervision).

7. Nehmen Sie genug Zeit für sich selbst, für persönliche Beziehungen, zum Nachdenken über Ihren persönlichen Lebenssinn. Pflegen Sie Kontakt mit Freunden und gönnen Sie sich die Zeit für Hobby, Sport oder Musik!

Literatur

Die folgenden Bücher enthalten weitere Informationen zur Thematik dieses Arbeitsheftes. Im Rahmen der knappen Übersicht ist es jedoch nicht möglich, alle Aspekte ausreichend zu beleuchten.

Beck A.T.: Kognitive Therapie der Depression. Beltz, Weinheim.

Blackburn B.: Was Sie über Selbstmord wissen sollten. Blaukreuzverlag.

Epstein Rosen L.: Wenn der Mensch, den du liebst, depressiv ist: Wie man Angehörigen oder Freunden hilft. Rowohlt.

Finzen A.: Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. Psychiatrie-Verlag.

Flach F.: Depression als Lebenschance. Rowohlt.

Grond E.: Die Pflege und Begleitung depressiver alter Menschen. Schlüter.

Hell D.: Welchen Sinn macht Depression? Ein integrativer Ansatz. Rowohlt.

Helmchen H. u.a.: Depression und Manie – Wege zurück in ein normales Leben. Trias.

Kuiper P.: Seelenfinsternis – Die Depression eines Psychiaters. Fischer.

McCoullough J.: Psychotherapie der chronischen Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy - CBASP. Urban & Fischer / Elsevier.

Mentzos S.: Depression und Manie. Psychodynamik und Therapie affektiver Störungen. Vandenhoeck & Ruprecht.

Müller-Oerlinghausen B. u.a.: Die Lithiumtherapie. Nutzen, Risiken, Alternativen. Springer.

Naegeli A.S.: Du hast mein Dunkel geteilt. Gebete an unerträglichen Tagen. Herder.

Nispel P.: Mutterglück und Tränen. Depressionen nach der Geburt verstehen und überwinden. Herder.

Peteet J.R.: Depression and the Soul. Routledge.

Pfeifer S.: Der sensible Mensch. Leben zwischen Begabung und Verletzlichkeit. Brockhaus.

Pfeifer S.: Die Schwachen tragen – Psychische Erkrankungen und biblische Seelsorge. Brunnen.

Pfeifer S.: Wenn der Glaube zum Konflikt wird. Brunnen.

Schramm E.: Interpersonelle Therapie der Depression. Schattauer.

Trenckmann U.: Alkohol und Depression. Trias.

Internet-Ressourcen

www.kompetenznetz-depression.de
mit Selbsttest, Erfahrungsberichten und Klinikadressen.

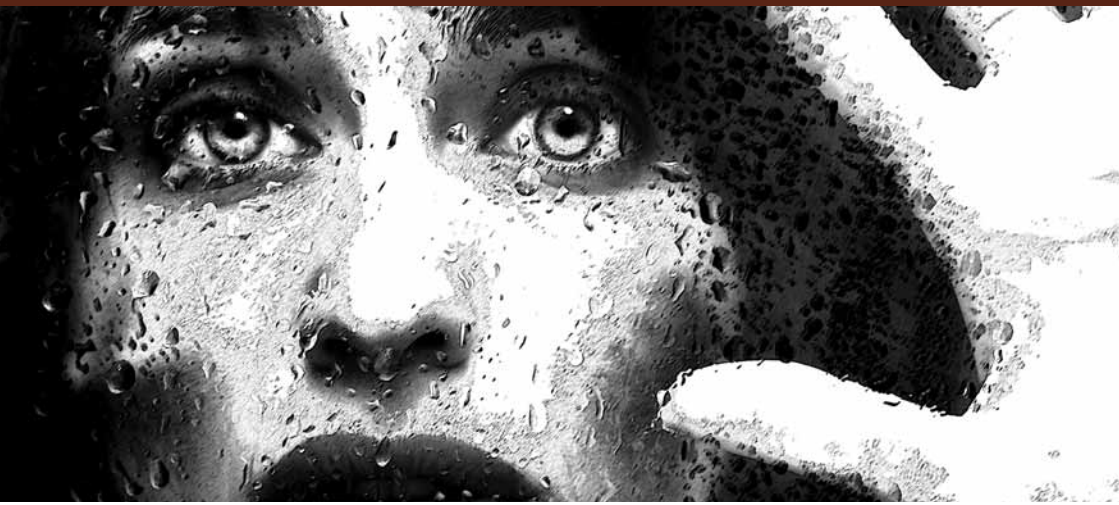
www.depression.de

www.depression.ch

www.maennerdepression.ch
Besonderheiten der Depression bei Männern.

www.medicine-worldwide.de
Infos über viele Krankheiten.

ALLGEMEINER HINWEIS:
Unter der Adresse ***www.google.de*** können Sie jedes Schlagwort im Netz finden.



ANGST

VERSTEHEN — BERATEN — BEWÄLTIGEN

Inhalt

Gesunde und ungesunde Angst 2
Fragen zur Erfassung der Angstneigung 3
Grundformen der Angst 4
Der Kreislauf der Angst 5
Körperliche Symptome 6
Sensibilität und Angstentstehung 8
Hirnbiologische Vorgänge bei der Angst 10
Verlauf von Angststörungen 11
Die wichtigsten Angststörungen 13
Panikstörungen 15
Generalisierte Angststörung 17
Spezifische Phobien 18
Soziale Phobie 19
Zwangsstörungen 20
Posttraumatische Belastungsstörung 22
Psychotische Angst 23
Organische Ursachen der Angst – Angst im Alter 24
Angst und Depression 26
Angst bei Kindern 27
Psychodynamik und Konfliktverarbeitung 28
Angst und Seelsorge 31
Therapie der Angst 33
Alkohol und Drogen 36
Medikamente bei Angststörungen 37
Prüfungsangst bewältigen 38
Wann ist professionelle Hilfe erforderlich? 39
Weiterführende Literatur und Internetadressen 40

Der Vogel Angst

Der Vogel Angst
hat sich ein Nest gebaut
in meinem Innern
und sitzt nun manchmal da
und manchmal ist er lange weg
oft kommt er nur für einen Augenblick
und fliegt gleich wieder weiter
dann aber gibt es Zeiten
da hockt er tagelang da drin
mit seinem spitzen Schnabel
und rührt sich nicht
und brütet seine Eier aus.

Franz Hohler

Angst hat viele Gesichter

«Massenkrankheit Angst» – so titelte einmal ein bekanntes Magazin. Schon im 19. Jahrhundert sprach der englische Dichter W.H. Auden vom «Zeitalter der Angst». Und im Jahr 2000 beschrieb der Wiener Theologieprofessor Ulrich Körtner die Angst als «eigentliche Signatur unserer Epoche» im Spannungsfeld von individueller Lebensangst und kollektiver Weltangst.

Angst ist ein Grundphänomen der menschlichen Existenz. Sie ist eines der frühesten Gefühle des Kindes. Ohne Angst könnten wir nicht überleben.

Doch Angst hat viele Gesichter. Sie kann den Menschen schützen in gefährlichen Situationen; wenn sie aber entgleist, so kann sie ihn hemmen, isolieren und zerstören.

Angst kann ein Schutz sein, viel öfter aber wird sie zur Qual: von der Atomangst über die Umweltangst, von der Angst vor dem Börsencrash bis hin zu ganz persönlichen existentiellen Ängsten.

Angst wird zur Anfrage an Sinn und Bedeutung des Lebens und ist deshalb auch das häufigste Symptom, das Menschen in eine Psychotherapie führt.

Umfragen bei Psychotherapeuten haben ergeben, dass zirka 60 Prozent ihrer Patienten an Ängsten und 56 Prozent an Depressionen leiden. Erst weit danach folgen Partnerprobleme, Kontaktprobleme, Sexualprobleme, Arbeits- und Familienprobleme. Besonders quälend sind Ängste, für die es objektiv keinen Grund zu geben scheint.

Das Seminarheft will Anregungen geben und auf weitere Literatur verweisen. Mögen die Informationen die Grundlage legen, sich selbst und betroffene Menschen besser zu verstehen und fachgerecht und einfühlsam zu begleiten.

Dr. med. Samuel Pfeifer

Gesunde und ungesunde Angst

GESUNDE ANGST	UNGESUNDE ANGST
– Realangst (vor echten Gefahren) – Gewissensangst (z.B. bei der Versuchung, etwas zu stehlen) – Vitalangst als Warnsymptom einer körperlichen Erkrankung (z.B. Herzinfarkt, Lungenembolie)	Krankhafte Angst ist durch folgende Eigenschaften gekennzeichnet: 1. Die Angstreaktion ist der Situation nicht angemessen. 2. Die Angstreaktionen dauern viel länger als der Auslöser. 3. Die betroffene Person hat keine Möglichkeit der Erklärung, der Verminderung oder der Bewältigung der Angst. 4. Es kommt zu einer (massiven) Beeinträchtigung der Lebensqualität.

Zeitungsmeldungen

Durchbruch in der Angstforschung

«Was geschieht im Gehirn von Menschen, die von krankhaften Angstzuständen geplagt werden? Und weshalb haben die heute üblichen Medikamente so viele unerwünschte Nebenwirkungen? Ein Forscherteam von Universität und ETH Zürich ist der Antwort auf diese Fragen ein Stück näher gekommen. Zusammen mit Kollegen der Firma Roche haben sie zumindest bei Mäusen herausgefunden, wo genau im Gehirn die Angst sitzt.»

zumindest bei Mäusen . . .

Angstzustände am Arbeitsplatz

«Neue Techniken und hektische Arbeitsabläufe, wachsender Leistungsdruck und Angst um den Arbeitsplatz: Bei immer mehr Menschen führt der Stress zu Angstzuständen oder Depressionen. Hinzu kommen psychosomatische Erkrankungen wie Magenbeschwerden, Schlafstörungen, Nervosität oder Herzrhythmusstörungen. Eine vergleichende Untersuchung in zwei Abteilungen — eine mit Umstrukturierung und eine ohne Veränderung — zeigte, dass die von Rationalisierungsmaßnahmen betroffenen Mitarbeiter viermal so hohe Ausfallzeiten durch psychische Krankheiten hatten wie ihre Kollegen, die davon nicht betroffen waren.»

Fragen zur Erfassung der Angstneigung

Angstneigung wird in der Fachsprache oft auch als «Neurotizismus» bezeichnet. Die folgenden Fragen sind in einem sehr verlässlichen und weit verbreiteten Fragebogen (Eysenck-Persönlichkeits-Inventar) enthalten:

JA	NEIN	
O	O	Fällt es Ihnen sehr schwer, ein «Nein» als Antwort hinzunehmen?
O	O	Wechselt Ihre Stimmung häufig?
O	O	Fühlen Sie sich manchmal ohne Grund einfach «miserabel»?
O	O	Werden Sie plötzlich schüchtern, wenn Sie mit einem Fremden sprechen wollen, der für Sie attraktiv ist?
O	O	Grübeln Sie oft über Dinge nach, die Sie nicht hätten tun oder sagen sollen?
O	O	Sind Ihre Gefühle verhältnismäßig leicht zu verletzen?
O	O	Schäumen Sie manchmal vor Energie über, während Sie das andere Mal ausgesprochen träge sind?
O	O	Verlieren Sie sich oft in Tagträumereien?
O	O	Werden Sie oft von Schuldgefühlen heimgesucht?
O	O	Würden Sie sich als innerlich gespannt und empfindlich bezeichnen?
O	O	Wenn Sie etwas Wichtiges getan haben, haben Sie dann oft das Gefühl, dass Sie es eigentlich hätten besser machen können?
O	O	Gehen Ihnen so viele Gedanken durch den Kopf, dass Sie nicht schlafen können?
O	O	Bekommen Sie Herzklopfen oder Herzjagen?
O	O	Haben Sie Schüttelanfälle bzw. fangen Sie plötzlich zu zittern an?
O	O	Geraten Sie leicht aus der Fassung?
O	O	Sorgen Sie sich um schreckliche Dinge, die vielleicht geschehen könnten?
O	O	Haben Sie häufig Albträume?
O	O	Werden Sie von Leiden und Schmerzen geplagt?
O	O	Halten Sie sich für einen «nervösen» Menschen?
O	O	Sind Sie leicht gekränkt, wenn andere an Ihnen oder Ihrer Arbeit etwas bemängeln?
O	O	Haben Sie Minderwertigkeitsgefühle?
O	O	Machen Sie sich Sorgen um Ihre Gesundheit?
O	O	Leiden Sie an Schlaflosigkeit?

«Grundformen der Angst»

ANGSTBETONTE ASPEKTE DER PERSÖNLICHKEIT

Der deutsche Psychologe Fritz Riemann hat in einem klassischen Text einmal die Störungen der Persönlichkeit als «Grundformen der Angst» bezeichnet. Er verwendete dabei zur Anschaulichkeit ein System der Kräfte, wie es bei den Planeten beobachtbar ist — zentrifugale und zentripetale Kräfte, Kreisen um andere und Drehen um sich selbst.

SCHIZOIDE PERSÖNLICHKEIT

Angst vor der Hingabe, vor dem Du; «Eigendrehung» – Selbstbewahrung und Ich-Abgrenzung. Vermeiden von persönlichnahen Kontakten, Scheu vor Begegnungen, Versachlichung von mitmenschlichen Beziehungen. Folgen: Isolation, Partnerschaftsprobleme, Aggression.

DEPRESSIVE PERSÖNLICHKEIT

Angst, ein eigenständiges Ich zu werden, erlebt als Herausfallen aus der Geborgenheit. Eigenbewegung als «Trabant» ausgerichtet auf «Drehung um ein größeres Zentrum», d.h. Abhängigkeit von andern durch mangelnde Selbständigkeit. Verlustangst als dominierende Angst, Angst vor isolierender Distanz, vor Trennung, vor Ungeborgenheit, Einsamkeit, Verlassenwerden. Folgen: Ausweichen vor der Individuation, hohe Erwartungshaltung und häufige Enttäuschungen.

ZWANGHAFTE PERSÖNLICHKEIT

Sehnsucht nach Dauer und Ordnung; Angst vor Vergänglichkeit und Veränderung. Eigenbewegung: «zentripetale Bewegung» der stabilisierenden Schwerkraft. Vorurteile und Ängste gegenüber Neuem, Ungewohntem, Unbekannten. Grundproblem: Übermäßiges Sicherheitsbedürfnis, mangelnde Flexibilität und mangelnde Anpassungsfähigkeit. Zaudern, Zögern, Zweifeln, Kontrollieren als Ausdruck der Angst.

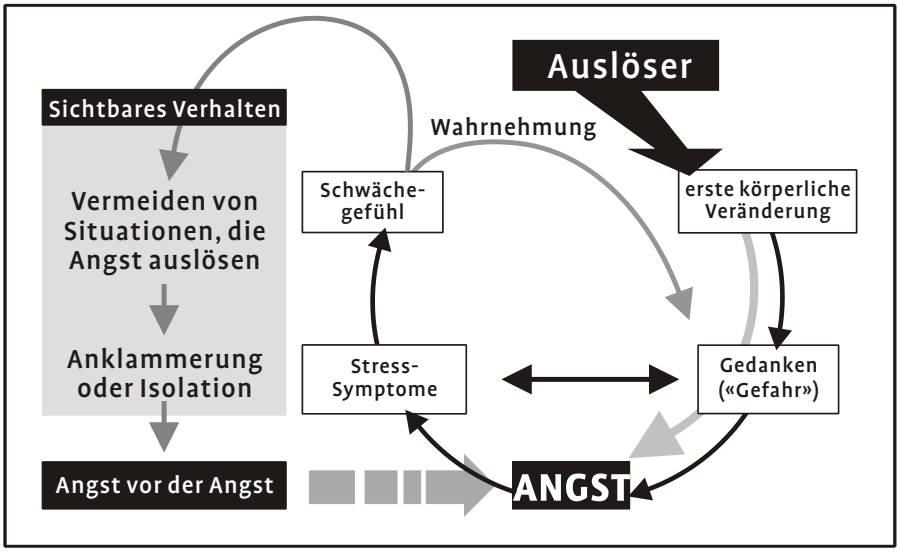
HYSTERISCHE PERSÖNLICHKEIT

Angst vor dem Endgültigen, Unausweichlichen, vor der Notwendigkeit und vor der Begrenztheit unseres Freiheitsdranges. Eigenbewegung «zentrifugal». Angst vor Einschränkungen, Traditionen und festlegenden Gesetzmäßigkeiten. Partnerschaftsprobleme ergeben sich aus der Angst vor Konventionen, Rollen und mitmenschlichen Grenzen. Angst vor dem Eingesperrtsein, der Ausweglosigkeit, ständige Sehnsucht nach Freiheit mit häufigen Enttäuschungen, wenn Phantasien nicht wahr werden.

WEITERE INFORMATIONEN:

Riemann F.: Grundformen der Angst.
Reinhardt Verlag, Basel.

Der Kreislauf der Angsterfahrung



Das Erlebnis der Angst wird häufig in einem Kreislauf beschrieben.

Ein Beispiel: Eine junge Frau mit Höhenangst besucht eine Freundin im sechsten Stock. Sie schaut zum Fenster hinaus (äußerer Reiz) und merkt plötzlich ein Herzflattern und ein Schwindelgefühl (Wahrnehmung der Körpersymptome). Jetzt überfallen sie die Gedanken der Angst («Gefahr!») und fast gleichzeitig steigen lähmende Gefühle der Angst auf.

Nun beginnen die Stresshormone erst so richtig zu wirken und erzeugen die körperlichen Symptome. Sie fühlt sich ganz schwach und setzt sich aufs Sofa.

Doch dann beginnt eine weitere Schleife im Kreislauf des Angsterlebens: Das sichtbare Verhalten geht über die unmittelbare Reaktion hinaus.

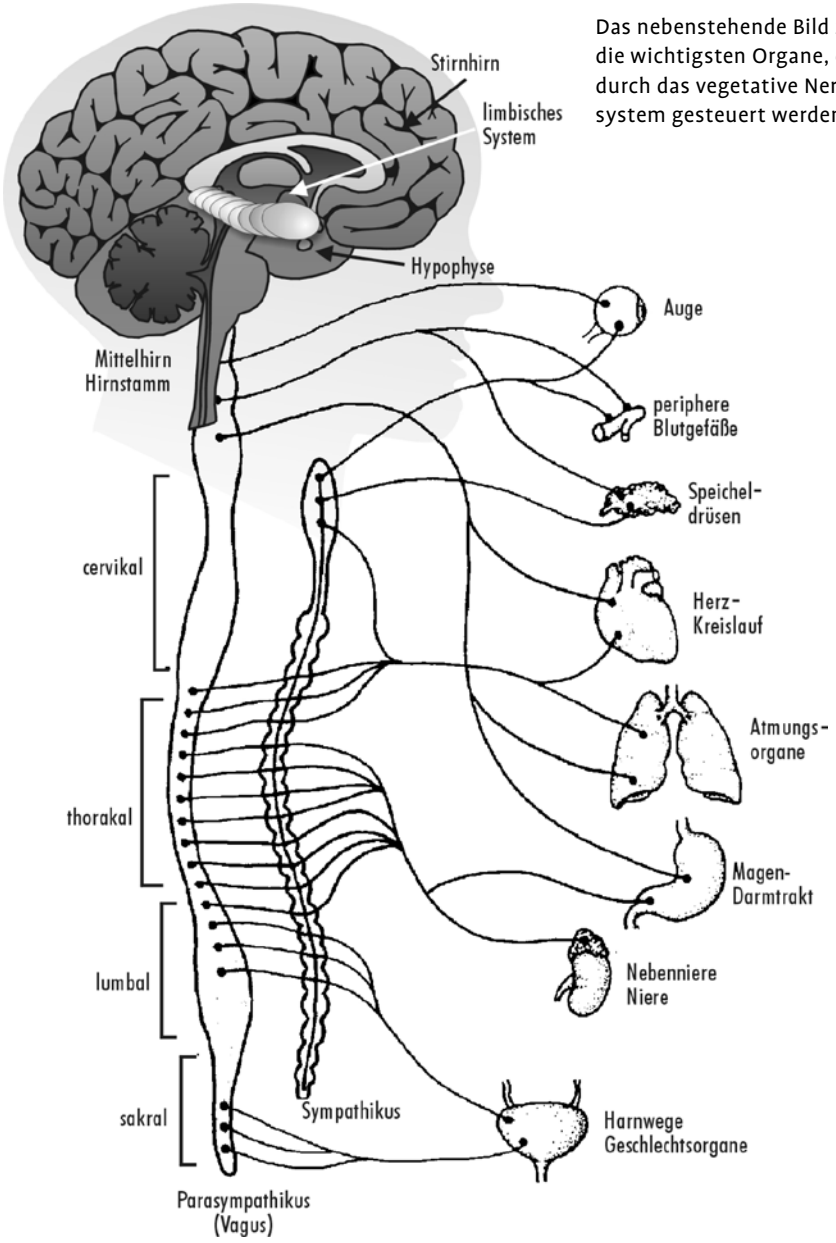
Es wird zum verzweifelten Ziel der Betroffenen, eine erneute Angstattacke zu vermeiden. Sie fühlen sich ständig am Rande ihrer Kraft. Jede Aufregung, jeder kleine Konflikt, jede schlechte Nachricht muss vermieden werden. Aber dadurch werden sie nicht stärker, sondern nur isolierter und sensibler. Die Angst beginnt das Leben und die Beziehungen zu beherrschen. Die ***«Angst vor der Angst»*** erzeugt wieder neue Ängste.

Manche Menschen wenden hier ein: «Ich denke gar nicht. Ich schaue zum Fenster hinaus und die Angst springt mich an wie ein Tiger!»

In der Tat haben neuere Forschungsergebnisse gezeigt, dass sich die Angst schon im Bruchteil einer Sekunde einen Weg in die Alarmzentrale des Gehirns bahnen kann, bevor man überhaupt einen klaren Gedanken gefasst hat.

Körperliche Symptome der Angst

Das nebenstehende Bild zeigt die wichtigsten Organe, die durch das vegetative Nervensystem gesteuert werden.



Funktionelle Störungen

Befindensstörungen ohne organischen Befund werden als «funktionelle» Störungen bezeichnet. Zu den häufigsten gehören Magen-Darm-Beschwerden. Etwa 15 – 20 Prozent der Bevölkerung leiden daran.

Die Beschwerden reichen von Unpässlichkeit bis zu schwerem Leiden. Sie schränken also die Lebensqualität oft empfindlich ein, nicht selten führen sie auch zu Arbeitsausfällen.

Schließlich können die Beschwerden auch negativ auf Beziehungen wirken: Wer z.B. unter Magenkrämpfen leidet, ist oft so auf sich selbst geworfen, dass er nicht mehr auf die Wünsche und Erwartungen anderer eingehen kann. Oft treten die Beschwerden auch in angespannten Beziehungen auf.

Damit wird Sensibilität zur Krankheit. Es entsteht ein zerstörerischer Kreislauf: Die funktionellen Beschwerden führen zu vermehrter Angst bzw. Depression. Diese ziehen wieder eine körperliche und psychische Verspannung nach sich.

Die körperlichen Symptome der Angst werden via Gehirn, Hormone und das vegetative Nervensystem in den verschiedenen Organen hervorgerufen, die unserer willkürlichen Kontrolle entzogen sind:

- Atemnot oder Beklemmungsgefühle
- Schwindel, Gefühl der Unsicherheit
- Herzklopfen
- Zittern oder Beben
- Schweißausbrüche
- Mundtrockenheit, Erstickungsgefühle
- Übelkeit, Magenkrämpfe oder Durchfall
- Harndrang
- Hitzewallungen oder Kälteschauer
- Taubheit oder Kribbelgefühle
- Blutdruckanstieg

BEISPIEL

«Letzthin hatte ich Streit mit meiner Mutter. Ständig kritisiert sie mich, weil ich meine Kinder nicht richtig erziehe. Ihre Vorwürfe tun mir weh. Ich werde verspannt und kann nicht mehr richtig schlafen. Mein Magen krampft sich zusammen und ich fühle mich ständig gebläht.»

Dazu kommen Störungen wichtiger zentraler Funktionen und Gefühle:

- Schlafstörungen bis zur Schlaflosigkeit
- qualvolles Gefühl der Beengung
- innere Unruhe und Spannung
- Angst zu sterben / verrückt zu werden
- Gefühl, hilflos ausgeliefert zu sein
- Gefühle der Unwirklichkeit / Depersonalisation

ÜBUNG

Tragen Sie anhand der nebenstehenden Zeichnung (S. 6) verschiedene psychosomatische Störungen zusammen! Denken Sie an typische sprachliche Ausdrücke, wie z.B. «Ich zerbreche mir den Kopf» oder «Ihm ist etwas über die Leber gelaufen».

.....

.....

.....

.....

Sensibilität und Angstentstehung

ERHÖHTE SENSIBILITÄT

Studien haben gezeigt, dass erste Paniksymptome, selbst wenn es sich nicht um eine voll ausgeprägte Störung handelte, später zu einer deutlich erhöhten allgemeinen Sensibilität führen können.

- **PANIKSYMPTOME** im engeren Sinne.
- **ÄNGSTLICHE ERWARTUNG** von neuen Symptomen.
- **ÄNGSTLICHE VERMEIDUNG** von Situationen, die Symptome auslösen könnten.
- **ABHÄNGIGKEIT VON STÄNDIGER BESTÄTIGUNG:** starkes Bedürfnis nach Absicherung, Trost, Ermutigung.
- **ÜBEREMPFINDLICHKEIT AUF SUBSTANZEN**, z.B. auf Kaffee.
- **ALLGEMEINE SENSIBILITÄT AUF STRESS:** Jede Zusatzbelastung, jede schlechte Nachricht führt zu seelischer Anspannung.
- **ÜBEREMPFINDLICHKEIT / ANGST BEI DROHENDER TRENNUNG:** starke Abhängigkeit von anderen Menschen. Droht eine Trennung, treten starke Ängste auf.

QUELLE: Cassano, G.B. et al. (1997). The panic-agoraphobic spectrum: A descriptive approach to the assessment and treament of subtle symptoms. American Journal of Psychiatry 154 (Suppl 6):27 - 37.

ÜBUNG

Tragen Sie Beispiele für Stress und Strain zusammen!

STRESS = äußere Ereignisse und Lebensbelastungen

.....

.....

.....

.....

.....

STRAIN = innere Konflikte, Befürchtungen und belastende Vorstellungen

.....

.....

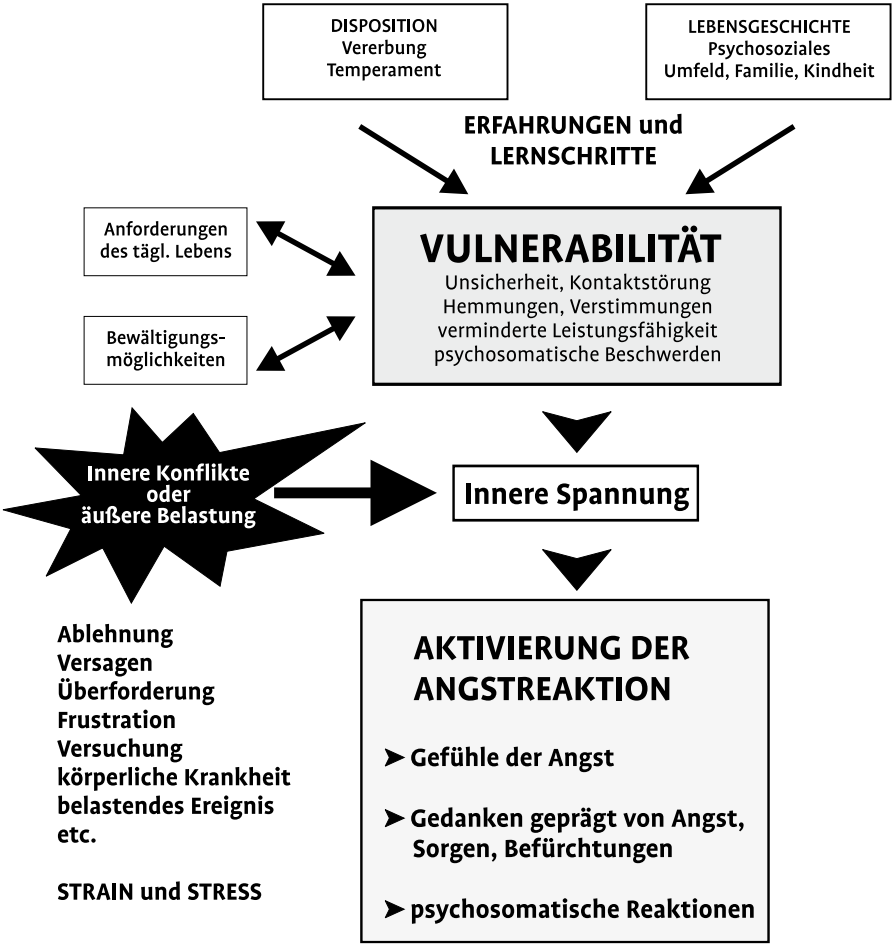
.....

.....

.....

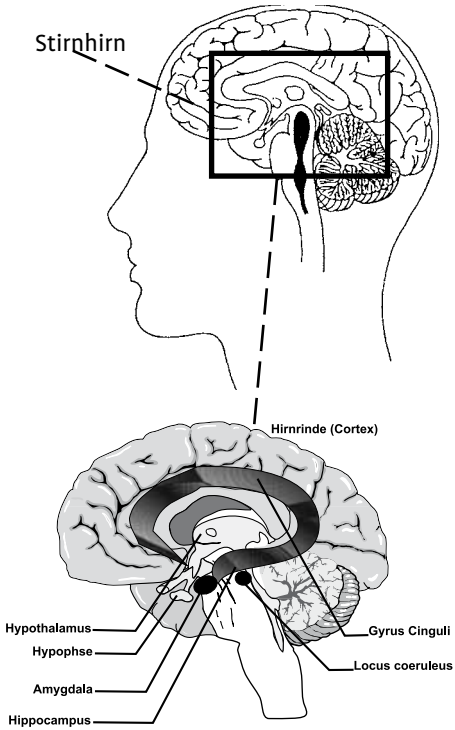
Unterscheide: Auslöser oder Ursache?

Die Entstehung der Angst – ein Modell



Einmal aktiviert, sind diese Reaktionen
bis zum Abklingen der Krise (z.B. Panikattacke)
einer willentlichen Beeinflussung
nur begrenzt zugänglich.

Hirnbiologische Vorgänge bei der Angst



NEUROTRANSMITTER/REZEPTOREN:

Noradrenalin und Serotonin spielen sowohl bei Depressionen als auch bei der Angst eine wesentliche Rolle. Besondere Bedeutung haben die GABA-Rezeptoren. Gewisse Medikamente (Benzodiazepine, z.B. Valium) binden sich ganz spezifisch an diese Rezeptoren und führen fast schlagartig zur Beruhigung.

Trotz dieser ersten Befunde sind noch viele Anstrengungen nötig, um offene Fragen zu klären. Auch unter einer Behandlung mit Medikamenten bleiben eine Bearbeitung auslösender Belastungen und seelischer Konflikte, sowie das Training von neuen Verhaltensmuster eine wesentliche Hilfe bei der Behandlung von Angststörungen.

Die moderne Hirnforschung hat gezeigt, dass biologische Vorgänge einen wesentlichen Anteil an der Entstehung der Angst haben. Insbesondere bei Panik- und Zwangsstörungen spielt die Hirnbiologie eine wesentliche Rolle. Dabei wird immer wieder die enge Verbindung von Wahrnehmung, Gefühlen, Körperreaktionen, Gedanken und Verhalten deutlich, die im Gehirn gesteuert werden. Diese Funktionen sind in verschiedenen Hirn-arealen lokalisiert, die durch Nervenbahnen in enger Verbindung stehen.

ANGST BEDEUTET STÄNDIGE ALARMBEREITSCHAFT IM GEHIRN. Schon ein kleiner Reiz kann eine Kaskade von Stresshormonen auslösen, die mit starken Angstgefühlen einhergehen.

Die wiederholte Ausschüttung von Stress-hormonen während der Angstphasen kann langfristig eine verminderte psychische Belastbarkeit nach sich ziehen – ähnlich einem Sonnenbrand, wo bereits ein wenig Wärme starke Schmerzen hervorrufen kann. Die neuronalen Netzwerke reagieren bei einer erneuten Belastung viel eher mit einer Alarmierung als früher.

Dies könnte erklären, was wir in der Praxis beobachten: Selbst nach Abklingen der akuten Störung bleibt noch längere Zeit eine Angst-Anfälligkeit bestehen.

WEITERE INFORMATIONEN:

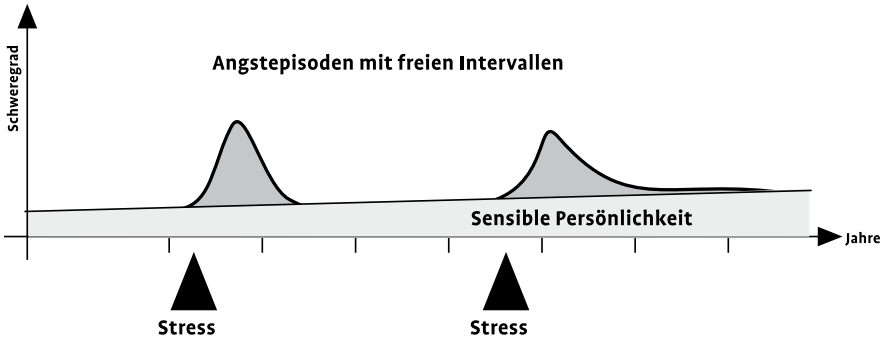
Mehrere Kapitel in dem umfassenden Buch von Kasper, S. und Möller, H.J., Hrsg. (1995): Angst- und Panikerkrankungen. Gustav Fischer Verlag, Jena und Stuttgart.

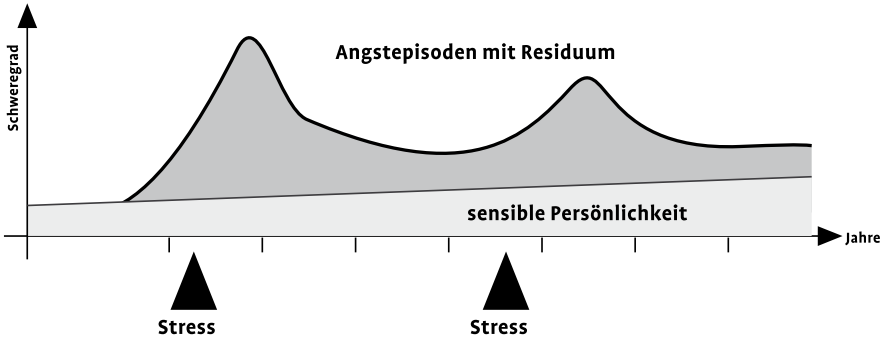
Der Verlauf von Angststörungen

Angststörungen im engeren Sinne (vgl. S. 13 ff.) sind leider in den meisten Fällen längerdauernde Störungen, die oft mit einer deutlichen Verminderung der seelischen Belastbarkeit einhergehen. Eine Nachuntersuchung von Angstpatienten nach 7 bis 9 Jahren ergab folgende Zahlen (Angst & Vollrath 1991):

23 % waren völlig frei von Symptomen
77 % spürten noch gewisse Symptome
46 % spürten Beeinträchtigungen bei der Arbeit
12 % spürten Beeinträchtigungen auch in privaten Beziehungen
23 % waren weiterhin in psychotherapeutischer Behandlung.

Die untenstehenden Skizzen zeigen zwei mögliche Verläufe von Angststörungen. Längerdauernde Ängste sind oft auch mit Depressionen verbunden (vgl. Komorbidität von Angst und Depression, S. 26)





Deutungen der Angst

PSYCHOANALYTISCHES MODELL:

Angst entsteht bei aktuellen Konflikten (oft im Rahmen von sexueller Frustration, aber auch bei drohendem «Objektverlust»). Angst ist Ausdruck der Abwehr von (Trieb-) Spannungen zwischen Ich, Es und Über-Ich. Bereits Freud hat aber auch auf Anlagefaktoren hingewiesen. Ziel einer analytischen Behandlung wäre es, die Konflikte, die Trieb-spannungen und die damit verbundenen Ängste bewusst zu machen und die Abwehr aufzulösen.

KOGNITIV-VERHALTENS-THERAPEUTISCHES MODELL:

Angst ist eine erlernte Reaktion auf unangenehme Situationen. Sie wird begleitet von vegetativen Symptomen, die einen Kreislauf von Angstauslöser — negative Gedanken — körperliches Missempfinden — weitere Angst — weitere negative Gedanken — Vermeidensverhalten erzeugen (vgl. Kreislauf auf S. 5). Ziel der Therapie ist es, diesen Kreislauf zu durchbrechen, indem die betroffene Person ihre Symptome besser verstehen lernt, sie rational einordnen kann und andere Verhaltensweisen einübt.

BIOLOGISCHES MODELL:

Angst wird durch komplexe hormonelle und biochemische Vorgänge im Gehirn und im vegetativen Nervensystem erzeugt. Störung der Neurotransmitter (GABA, Noradrenalin, Serotonin) im Frontalhirn und im limbischen System. Medikamente (insbesondere Tranquilizer) haben eine schlagartige Wirkung auf die Angst. Wichtigstes Element der Therapie ist deshalb eine ausreichend dosierte medikamentöse Therapie.

Eine breit angelegte australische Studie an 3810 Zwillingspaaren zeigte, dass genetische Faktoren bis zu etwa 50 Prozent beeinflussten, wie «neurotisch» bzw. sensibel eine Person war. Als Faustregel können die Ursachen von Angsterkrankungen in der Drittelsregelung gefasst werden:

- ein Drittel vererbte Disposition
- ein Drittel schwierige Kindheit und Jugend
- ein Drittel aktuelle Lebensbelastungen und fehlgeleitete Verarbeitungsmuster (z.B. Vermeiden von Auslösern)

WICHTIG: Integration der Modelle

Jedes dieser Modelle enthält wichtige Beobachtungen. Ein umfassendes Verständnis der Angst muss folgende Aspekte umfassen:

1) **DISPOSITION:**	ängstliche Grundpersönlichkeit
2) **LEBENSGESCHICHTE:**	frühe Belastung z.B. durch Alkoholismus der Eltern
3) **AUSLÖSERSITUATIONEN:**	z.B. öffentliche Blamage; z.B. Hundebiss
4) **BEWÄLTIGUNGSMUSTER:**	übermäßige Absicherung, Vermeidung etc.
5) **BIOLOGISCHE ASPEKTE:**	Hirn-Biochemie, Neurotransmitter

Die wichtigsten Angststörungen

Es ist nicht einfach, die Angst in klar abgrenzbare Zustandsbilder einzuteilen. Dennoch soll der Versuch unternommen werden, die wichtigsten Angstsyndrome gesondert darzustellen.

Häufig kommt Angst aber auch als Begleitsymptom bei anderen Störungen vor, insbesondere bei ängstlich gefärbten Depressionen.

KLASSIFIKATION DER ANGSTSTÖRUNGEN

A. Phobische Störungen
1. Agoraphobie (mit und ohne Panik)
2. Soziale Phobie
3. Spezifische (isolierte) Phobien

B. Sonstige Angststörungen
1. Panikstörung
2. Generalisierte Angststörung (GAD)
3. Angst und Depression, gemischt

C. Zwangsstörungen
1 . vorwiegend Zwangsgedanken
2. vorwiegend Zwangshandlungen
3. Zwangsgedanken und Zwangshandlg.

D. Posttraumatische Belastungsstörung

E. Psychotische Angst

F. Organisch bedingte Angst

G. Ängste im Kindesalter

(vereinfacht und modifiziert nach ICD-10)

HINWEIS: Die Beschreibungen auf den folgenden Seiten sind an das DSM-IV (= Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen) angelehnt. Die Kriterien werden hier aber nur in verkürzter, sprachlich gestraffter Form angegeben. Zudem werden Sonderausprägungen bei Kindern nur begrenzt berücksichtigt. Schließlich werden auch die vielen differentialdiagnostischen Überlegungen zu jeder Kategorie weggelassen. Ausführliche Darstellungen der Störungen finden sich in neueren Lehrbüchern der Psychiatrie.

Zwei wesentliche Elemente der Angst

PANIKATTACKEN

Panikattacken können im Rahmen verschiedener Angststörungen auftreten. Hauptmerkmal: eine abgrenzbare Periode intensiver Angst und Unbehagens, begleitet von mindestens 4 der 13 somatischen oder kognitiven Symptome auf Seite 7.

Panikattacken können bei verschiedenen Störungen auftreten (Panikstörung, soziale Phobie, spezifische Phobie, akute oder posttraumatische Belastungsstörung).

Drei Formen der Panikattacke:

1. Unerwartete (nicht ausgelösten) Panikattacke: «wie aus heiterem Himmel»
2. Situationsgebundene (ausgelöste) Panik-attacke (bei sozialen und spezifischen Phobien, z.B. vor einer Gruppe reden müssen; z.B. Hund, Schlange)
3. Situationsbegünstigte Panikattacke: Eine Situation macht das Auftreten einer Panikattacke wahrscheinlicher, führt aber nicht immer dazu (z.B. Autofahren).

WICHTIG: Kontext der Panikattacke beachten!

AGORAPHOBIE

A) Angst, sich an Orten oder in Situationen zu befinden, in denen im Falle des Auftretens einer Panikattacke oder panikartiger Symptome (z.B. Angst, einen plötzlichen Schwindelanfall oder plötzlichen Durchfall zu erleiden) eine Flucht schwierig (oder peinlich) oder keine Hilfe verfügbar wäre.

B) Die Angst führt üblicherweise zu einer Vermeidung vieler Situationen (nicht außer Haus, nicht in Menschenmengen, nicht Einkaufen; Angst, allein zu Hause zu sein; Reisen mit Auto, Zug, Flugzeug; Brücken, Aufzug etc.). Manche Personen sind zwar häufig besser in der Lage, sich einer gefürchteten Situation auszusetzen, stehen diese Erlebnisse jedoch nur mit großer Angst durch. In Begleitung oft besser. Die Vermeidung bestimmter Situationen kann zur Beeinträchtigung führen (Haushaltspflichten, Arbeit).

C) Keine Erklärung durch andere Störung (z.B. Angst vor Schmutz bei Zwangsstörung).

Panikstörungen

DIAGNOSTISCHE KRITERIEN DER PANIKSTÖRUNG

A) Folgende Kriterien müssen beide erfüllt sein: a) wiederkehrende unerwartete Panikattacken. – b) bei mindestens einer der Attacken folgte mindestens ein Monat mit mindestens einem der nachfolgenden Symptome:
1. Anhaltende Besorgnis über das Auftreten weiterer Panikattacken.
2. Sorgen über die Bedeutung der Attacke oder ihre Konsequenzen.
3. Deutliche Verhaltensänderung infolge der Störung.

B) Kein Einfluss von Drogen oder einer körperlichen Krankheit.

C) Keine Erklärung durch eine andere spezifische Störung.

ZUGEHÖRIGE MERKMALE

- starke Besorgnis bzgl. körperliche Krankheit
- Angst vor Nebenwirkungen von Medikamenten
- Neigung zur übermäßigen Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten, Ärzten
- Allgemeine Entmutigung
- ausgeprägte Depression als Begleiterscheinung in 50–65 Prozent, manchmal sogar zuerst Depression und dann erst Panikstörung
- Fehlgeleitete Bewältigungsversuche mit Alkohol und Medikamenten.

HÄUFIGKEIT UND VERLAUF

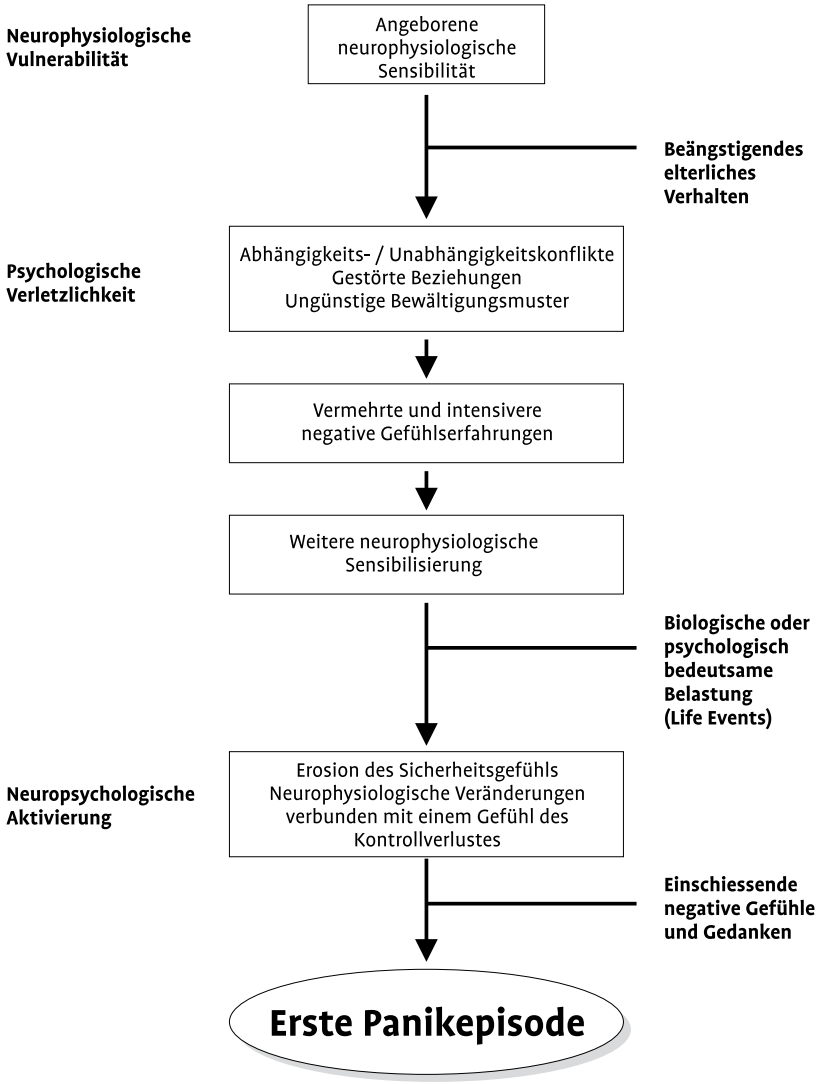
- Häufigkeit: 1,5–3,5 %; Frauen doppelt so häufig betroffen wie Männer
- Familiäre Verteilung: Hinweise auf genetischen Beitrag
- Erstmaliges Auftreten zwischen Adoleszenz und ca. 40 Jahren
- Langzeitverlauf:
  nach 6–10 Jahren: 30 % symptomfrei, 40–50 % gebessert, 20–30 % gleich.

BEISPIEL

«Die Ängste schlagen zu, wenn ich . . .
– ins tiefe Wasser schaue
– bei der Arbeit beobachtet werde
– denke, dass mein Herz krank ist
– alleine bin
– an einem fremden Ort bin
– einen Krankenwagen sehe
– beim Zahnarzt oder beim Friseur bin
– von großen Gebäuden hinunterschaue
– in hohe Kirchen gehe
– in der Mitte sitze oder stehe
– in Menschenansammlungen bin
– in große offene Räume gehe.»

(eine 51-jährige Frau)

Psychodynamik der Panikstörung



Nach Shear et al. 1993

Generalisierte Angststörung

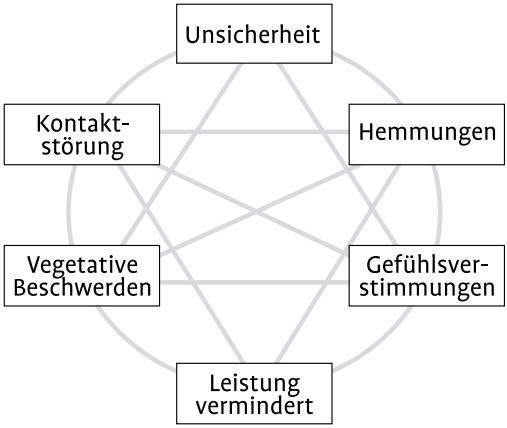
DIAGNOSTISCHE KRITERIEN

A) Unrealistische oder übertriebene Angst und Besorgnis bezüglich verschiedener Lebensumstände (Angst, dem Kind könnte etwas zustoßen, obwohl keine Gefahr besteht; Geldsorgen ohne triftigen Grund) über längere Zeit (min. sechs Monate).
B) Schwierigkeiten, die Sorgen zu kontrollieren.
C) Neben den vegetativen Symptomen (S. 7) finden sich besonders folgende Symptome: Ständige Anspannung, Ruhelosigkeit, leichte Ermüdbarkeit, übertriebene Schreckreaktion, Konzentrationsschwierigkeiten oder Leere im Kopf, Reizbarkeit, Muskelspannung, Ein- und Durchschlafstörungen.
D) Angst, Sorge oder körperliche Symptome verursachen ausgeprägtes Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen.

Gerade bei dieser Angstform werden die gemeinsamen Eigenschaften ängstlich neurotischer Menschen deutlich, die im englischen Sprachraum auch als «General Neurotic Syndrome» bezeichnet werden.

a) **KONFLIKTHAFTIGKEIT:** die Neigung, vieles zu hinterfragen, sich selbst und andere anzuzweifeln; Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen; die Unfähigkeit, in einer Leichtigkeit des Seins durchs Leben zu gehen.
b) **HEMMUNGEN:** übermäßige Zurückhaltung, Schüchternheit und Selbstzweifel.
c) **KONTAKTSTÖRUNG:** Hemmungen und innere Unsicherheit erschweren Kontakte mit anderen Menschen.
d) **STIMMUNGSSCHWANKUNGEN**
e) **VERMINDERTE LEISTUNGSFÄHIGKEIT**
f) **KÖRPERLICHE BESCHWERDEN (VEGETATIVE LABILITÄT)**

GEMEINSAME EIGENSCHAFTEN VON MENSCHEN MIT ÄNGSTLICH-NEUROTISCHEN ZÜGEN



Spezifische Phobien

DIAGNOSTISCHE KRITERIEN

A) Angst vor ganz bestimmten Situationen oder Objekten (Flugreisen; Spinnen-,
Hunde- oder Katzenphobie; Angst vor dem Anblick von Blut etc.).
B) Konfrontation mit dem Auslöser ruft sofort heftige und überschießende Angst hervor.
C) Solche Situationen werden entweder vermieden oder nur unter größter Angst und Anspannung durchgestanden.
D) Die Person erkennt, dass ihre Angst übertrieben oder unvernünftig ist.
E) Die Angst oder das Vermeidensverhalten stören den normalen Tagesablauf der Person, die üblichen sozialen Aktivitäten oder Beziehungen, oder die Angst verursacht erhebliches Leiden.
F) Das Vermeidungsverhalten, die ängstliche Erwartungshaltung oder das Unbehagen in den gefürchteten Situationen schränkt deutlich die normale Lebensführung der Person, ihre berufliche (oder schulische Leistung) oder soziale Aktivitäten oder Beziehungen ein, oder die Phobie verursacht erhebliches Leiden für die Person.

BESONDERHEITEN

Kinder drücken ihre Angst möglicherweise durch Schreien, Wutanfälle, Erstarren oder Anklammern aus. Ihnen fehlt es oft noch an Einsicht in die Unsinnigkeit der Angst.

Kultur: Angst vor magischen Dingen kann kulturell bedingt sein.

Häufigkeit: obwohl Phobien häufig sind (ca. 10 %), erreichen sie meist nicht den Grad einer schweren Beeinträchtigung; Frauen sind deutlich häufiger betroffen als Männer.

Familiäre Verteilung: Hinweise auf genetischen Beitrag; familiäre Häufung.

Verlauf: erstmaliges Auftreten entweder in der Kindheit oder im frühen Erwachsenenalter. Auslöser: häufig traumatische Erlebnisse, aber auch unerwartete Panikattacke in einer Situation.

Langzeitverlauf: Phobien, die bis ins Erwachsenenalter andauern, klingen nur in 20 Prozent ab.

«EINFACHE» PHOBIE

Angst vor ganz bestimmten Situationen oder Objekten (Spinnen-, Hunde- oder Katzenphobie; Angst vor dem Anblick von Blut u.v.a.m.). Die Konfrontation mit dem Auslöser ruft sofort heftige und überschießende Angst hervor. Solche Situationen werden entweder vermieden oder nur unter größter Angst und Anspannung durchgestanden. Die Person erkennt, dass ihre Angst übertrieben oder unvernünftig ist. Die Angst oder das Vermeidensverhalten stören den normalen Tagesablauf der Person, die üblichen sozialen Aktivitäten oder Beziehungen, oder die Angst verursacht erhebliches Leiden.

Soziale Phobie

DIAGNOSTISCHE KRITERIEN

A) Ausgeprägte und anhaltende Angst vor sozialen oder Leistungssituationen, in denen die Person mit unbekannten Personen konfrontiert ist oder von anderen Personen beurteilt werden könnte. Der Betroffene befürchtet, sein Verhalten zu zeigen, das demütigend oder peinlich sein könnte.
B) Die Konfrontation mit der gefürchteten Situation ruft fast immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor, die das Erscheinungsbild einer Panikattacke annehmen kann.
C) Die Person erkennt, dass die Angst übertrieben oder unbegründet ist.
D) Die gefürchteten Situationen werden vermieden oder nur unter intensiver Angst oder Unwohlsein ertragen.
E) Das Vermeidungsverhalten, die ängstliche Erwartungshaltung oder das starke Unbehagen in den gefürchteten Situationen beeinträchtigen deutlich die normale Lebensführung der Person, ihre berufliche/schulische Leistung soziale Aktivitäten oder Beziehungen, oder die Phobie verursacht erhebliches Leiden.

Anhaltende Angst vor Situationen, wo eine Person im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit anderer steht und befürchtet, etwas zu tun, was demütigend oder peinlich sein könnte. Beispiele: Angst, in der Öffentlichkeit zu sprechen; sich vor anderen beim Essen zu verschlucken; etwas Lächerliches zu sagen etc.

BESONDERHEITEN

Überempfindlichkeit gegenüber Kritik, negativer Bewertung oder Ablehnung; Schwierigkeiten, sich selbst zu behaupten, geringes Selbstbewusstsein, Minderwertigkeitsgefühle.

Mangelnde soziale Fertigkeiten (z.B. wenig Augenkontakt) oder beobachtbare Anzeichen von Angst (z.B. kalte, feuchte Hände, Zittern, zittrige Stimme). Schlechtere Leistungen bei der Arbeit, weil sie öffentliches Sprechen, spontanen Kontakt, offenen Austausch mit Vorgesetzten und Kollegen meiden.

Soziales Netz oft eingeschränkt: wenig Freunde, Verbleiben in unbefriedigenden Beziehungen, Rückzug auf Herkunftsfamilie. In besonders schweren Fällen verlassen die Betroffenen die Schule, sind arbeitslos oder bekommen keine Arbeit, da sie nicht in der Lage sind, Bewerbungsgespräche zu führen.

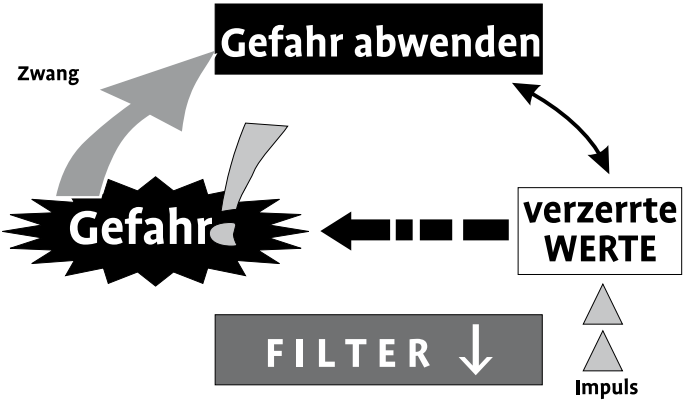
UNTERSCHEIDE

Prüfungsangst, Lampenfieber und Schüchternheit gegenüber fremden Personen sind weit verbreitet und sollten nicht als soziale Phobie diagnostiziert werden, es sei denn die Angst oder Vermeidung führt zu einer klinisch bedeutsamen Beeinträchtigung und starker Belastung.

Zwangsstörungen

Das Hauptmerkmal einer Zwangskrankheit besteht in wiederholten Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen. Diese sind so schwer, dass sie erhebliches Leiden verursachen, zeitraubend sind oder den normalen Tagesablauf, die beruflichen Leistungen oder die üblichen sozialen Aktivitäten oder Beziehungen beeinträchtigen.

ZWANGSGEDANKEN sind länger andauernde Ideen, Gedanken, Impulse oder Vorstellungen, die – zumindest anfänglich – als lästig und sinnlos empfunden werden: z. B. ein Elternteil hat wiederholte Impulse, das eigene geliebte Kind zu töten oder ein religiöser Mensch hat wiederholt gotteslästerliche Gedanken. Die Person versucht, solche Gedanken bzw. Impulse zu ignorieren, zu unterdrücken oder sie mit Hilfe anderer Gedanken oder Handlungen auszuschalten. Die Person erkennt, dass die Zwangsgedanken von ihr selbst kommen und nicht von außen aufgezwungen werden (wie beim Eindruck der Gedankeneingebung der Schizophrenie).



Die häufigsten Zwangsgedanken sind wiederkehrende Vorstellungen von Gewalttätigkeiten («Ich könnte mein Kind verletzen»), Angst vor Verschmutzung («Ich könnte mich infizieren») und zwanghafte Zweifel («Habe ich auf der Heimfahrt wirklich niemand angefahren und verletzt?»)

ZWANGSHANDLUNGEN sind wiederholte, zweckmäßige und beabsichtigte Verhaltensweisen, die auf einen Zwangsgedanken hin nach bestimmten Regeln oder in stereotyper Form ausgeführt werden. Das Verhalten dient dazu, Unbehagen oder schreckliche Ereignisse bzw. Situationen unwirksam zu machen bzw. zu verhindern. Jedoch steht die Handlung in keinem realistischen Bezug zu dem, was sie unwirksam machen bzw. verhindern soll, oder sie ist eindeutig übertrieben. Die Handlung wird mit einem Gefühl des subjektiven Zwangs durchgeführt mit dem gleichzeitigen Wunsch, Widerstand zu leisten (zumindest anfänglich). Die Person sieht ein, dass ihr Verhalten übertrieben oder unvernünftig ist. Die betroffene Person hat keine Freude am Ausführen der Handlung, obwohl dies zu einer Spannungsverminderung führt.

WEITERE INFORMATIONEN:
Eine ausführliche Übersicht gibt das Arbeitsheft ZWANG UND ZWEIFEL in der Reihe Psychiatrie und Seelsorge.

DIAGNOSTISCHE KRITERIEN

A. Es bestehen entweder Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen:

Zwangsgedanken:

1) Wiederholte, länger andauernde Ideen, Gedanken, Impulse oder Vorstellungen, die als lästig und sinnlos empfunden werden und ausgeprägte Angst und Spannung erzeugen.
2) Die Gedanken, Impulse und Vorstellungen sind nicht einfach Sorgen über Probleme im realen Leben.
3) Die Person versucht, solche Gedanken bzw. Impulse zu ignorieren oder zu unterdrücken oder sie mit Hilfe anderer Gedanken oder Handlungen zu neutralisieren.
4) Die Person sieht ein, dass die Zwangsgedanken von ihr selbst kommen und nicht von außen aufgezwungen werden (wie bei der Gedankeneingebung).

Zwangshandlungen:

1) wiederholte Verhaltensweisen (z.B. Händewaschen, Ordnen, Kontrollieren) oder gedankliche Handlungen (z.B. Beten, Zählen, stilles Wiederholen von Wörtern), die auf einen Zwangsgedanken hin nach bestimmten Regeln oder stereotyp ausgeführt werden.
2) Das Verhalten dient dazu, äußerstes Unbehagen oder schreckliche Ereignisse bzw. Situationen unwirksam zu machen bzw. zu verhindern. Jedoch steht die Handlung in keinem realistischen Bezug zu dem, was sie unwirksam machen bzw. verhindern soll, oder sie ist eindeutig übertrieben.

B. Die Person sieht ein, dass ihr Verhalten übertrieben oder unvernünftig ist.

C. Die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen verursachen erhebliches Leiden, sind zeitraubend (mehr als eine Stunde pro Tag) oder beeinträchtigen den normalen Tagesablauf, die beruflichen Leistungen oder die üblichen sozialen Aktivitäten oder Beziehungen zu anderen.

WENN DER GEDANKENFILTER VERSAGT

Weil der Filter der Gedanken seine Funktion nicht erfüllt, werden angstbesetzte Impulse ohne die nötige Dämpfung ins Stirnhirn weitergeleitet, wo sie wie eine zweite, von außen aufgezwungene Wirklichkeit erlebt werden.

Zudem wird das Referenzsystem der Werte verzerrt und in erhöhte Alarmbereitschaft versetzt. So wird statt einer angepassten Verhaltensreaktion das oberste Ziel allen Handelns und Denkens die Abwehr einer subjektiv erlebten Gefahr.

BEGLEITERSCHEINUNGEN

Depression und Angst sind häufig. Oft besteht ein phobisches Vermeiden von Situationen, die den Inhalt des Zwangsgedankens betreffen, wie Schmutz oder Verschmutzung. Beispielsweise vermeidet eine Person öffentliche Toiletten oder Fremden die Hand zu schütteln (aus Angst vor Verschmutzung oder Ansteckung mit einer Krankheit).

KOMPLIKATIONEN

Bei schweren Verläufen können die Zwänge zum beherrschenden Lebensinhalt werden. Die daraus folgende Vereinsamung führt zu Depressionen und der Versuch, die Ängste und Zwänge zu dämpfen, kann in einen Missbrauch von Alkohol oder Tranquilizern münden.

Posttraumatische Belastungsstörung

DIAGNOSTISCHE KRITERIEN

A) Die Person hat ein Ereignis erlebt, das außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegt und für fast jeden stark belastend wäre (z.B. Vergewaltigung, Ausgeraubtwerden, Miterleben eines plötzlichen Todesfalles, Zerstörung des eigenen Zuhauses, Kriegserlebnisse, Folter).

B) Die Folge: Das Ereignis wird ständig auf mindestens eine der folgenden Arten wiedererlebt: Wiederholte sich aufdrängende Erinnerungen; wiederholte stark belastende Träume; plötzliches Gefühl, das Ereignis wieder zu erleben (Flashback); intensives psychisches Leiden bei der Konfrontation mit Ereignissen oder Jahrestagen, die an das traumatische Erlebnis erinnern.

C) Anhaltendes Vermeiden von Situationen und Auslösern, die mit dem Trauma in Verbindung stehen: Verdrängen der Gedanken daran; Unfähigkeit, sich an Einzelheiten zu erinnern (psychogene Amnesie); Entfremdungsgefühl; Einschränkung der Gefühlswelt (z.B. Verlust von zärtlichen Empfindungen); Gefühl verkürzter Zukunftsempfindung («Alles hat keinen Sinn mehr»).

D) Anhaltende Symptome einer erhöhten Erregung: Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Überwachheit (Hypervigilanz), übertriebene Schreckreaktionen, vegetative Symptome.

BEISPIEL

«Heute ist wieder so ein Tag, den ich zutiefst fürchte. Ein Tag, an dem ich von einer dauernden Angst verfolgt werde, die mich nicht zur Ruhe kommen lässt. Sie ist täglich da:

- Angst vor dem Leben, vor der Vergangenheit, der Gegenwart und der Zukunft. Angst vor der Tatsache eine Frau zu sein, Angst vor den Gedanken!
- Ich habe Angst mein Zimmer zu verlassen und Angst, im Zimmer zu sein.
- Da ist diese Angst der Erfahrungen, als ich mal ein Kind war und keines sein durfte, die meine Angst noch bestätigen. Ich bin zerrissen zwischen Hoffen und Bangen.»

(eine 32-jährige Frau)

WEITERE INFORMATIONEN:

Maercker A.: Therapie der posttraumatischen Be-lastungsstörungen. Springer.

Reddemann L.: Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcen-orientierten Verfahren. Pfeiffer-Klett-Cotta.

Streeck-Fischer A. et al. (Hrsg.): Körper, Seele, Trauma – Biologie, Klinik und Praxis. Vandenhoeck & Ruprecht.

Butollo W., et al.: Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung. Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma. Pfeiffer-Klett-Cotta.

Psychotische Angst

Während die Ängste im Rahmen von Angststörungen trotz ihrer Überwertigkeit noch einfühlbar sind, nehmen psychotische Ängste ein Maß an, das für den Außenstehenden nicht mehr nachvollziehbar ist.

BEISPIEL

- «Ich habe Angst, dass mein Körper zerfließt und ich mich selbst verliere.»
- «Es ist mir, als würde mein Gehirn entzweigerissen, und dazwischen wächst ein schwarzer Atompilz aus meinem Kopf heraus.»
- «Ich fühle mich ständig verfolgt. In jedem roten Auto lauert eine Gefahr.»
- «Ich wage mich nicht mehr in meine Wohnung. Alles ist voller Abhörwanzen. Ich werde ständig beobachtet, im WC, in der Küche, oder im Bett. Meine Gedanken werden von den Nachbarn gelesen und übers Radio verbreitet. Jetzt wissen alle, was ich denke!»

Solche **WAHNHAFTEN (PARANOIDEN) ÄNGSTE** treten speziell bei Schizophrenien auf. Bei schweren endogenen Depressionen beobachtet man übermäßige Verschuldungsideen, Verarmungsängste und körperbezogene Wahnideen, die oft sehr angstbetont vorgetragen werden.

Psychotische Ängste werden oft von weiteren Symptomen begleitet:

- Ausgeprägte Beeinträchtigung in den bisherigen Lebensaufgaben (Beruf, Schule, Haushalt)

Zeichnung einer 23-jährigen Frau mit psychotischen Ängsten.

- Affektive Abflachung (mangelndes Mitschwingen der Gefühle, unpassender Gefühlsausdruck)
- Zerfahrenes, sprunghaftes Denken
- Antriebsstörung (gesteigert oder vermindert) - Schlafstörungen.
- Autismus (Beziehungsstörungen, mit ausgeprägtem sozialem Rückzug).
- Ambivalenz (ständige Unentschlossenheit und Entscheidungsunfähigkeit)
- Absonderliches Verhalten.

PSYCHOTISCHE SYMPTOME IM ENGEREN SINNE:

- Stimmenhören
- Gedankenlautwerden
- Gefühl des Beeinflusst-Werdens
- Gefühl der Gedankenausbreitung
- Visuelle Halluzinationen

Organische Ursachen der Angst

Angst kann auch körperliche Ursachen haben. Hier sind die Hauptursachen:

KARDIOVASKULÄR:
- Myocardinfarkt
- kardiale Arrhythmien
- Orthostatische Hypotension
- Mitralklappen-Prolaps
- Arterieller Hypertonus

RESPIRATORISCH:
- Pulmonale Embolie
- Emphysem
- Asthmatische Erkrankungen
- Hypoxie
- chronisch obstruktive Lungenerkrankung

MEDIKAMENTENINDUZIERT:
- Koffein
- Sympathomimetika (z.B. Effortil, Novadral)
- Medikamentenentzug
- antriebssteigernde Antidepressiva

NEUROLOGISCH:
- Epilepsie
- Störungen des Gleichgewichtsorgans
- Hirnblutungen
- zerebrale Tumoren

ENDOKRINOLOGISCH:
- Hyperthyreose
- Hypoglykämie

FAKTOREN DER ANGST IM ALTER

- Abnahme der Gedächtnisleistung
- Emotionen: Sorgen, Niedergeschlagenheit, Konflikte
- Einschränkung der Sinnesorgane (Schwerhörigkeit, Sehprobleme)
- Allgemeine Schwächung durch körperliche Erkrankung
- Verlust der sozialen Unterstützung durch Verlust von Angehörigen, Freunden

Angstzustände bei Demenz

Psychoorganische Syndrome sind gekennzeichnet durch Störungen des Bewusstseins, der Orientierung und des Gedächtnisses. Selbst bei jungen Menschen entstehen bei sensorischer Deprivation (verdunkelte Kammer, akustische Isolation) diffuse Ängste.

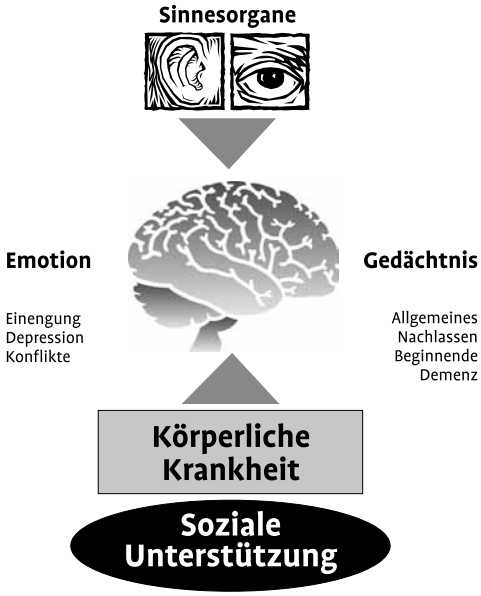
BEI LEICHTEREN DEMENZEN: Angstvolle Verkennungen von Situationen und Personen können zu aggressiven Fehlhandlungen führen, wobei eine panikartige Steigerung der Angst vorausgeht.

BEI MITTELSCHWEREN UND SCHWEREN STADIEN DER DEMENZ: Vermehrt diffuse Ängste, insbesondere angstvolle Anklammerung. Wenn sich Patienten nicht beruhigen lassen, ja, wenn es zu angstvollem Rufen und Schreien sowie psychomotorischer Unruhe kommt, ist dies qualvoll für Patienten, Mitpatienten und Betreuende.

Besonderheiten der Angst im Alter

Angst ist im Alter nicht häufiger als in jungen Jahren, aber es stehen andere Themen im Vordergrund.
Gesunde alte Menschen haben eher geringere Angstwerte in Persönlichkeitstests als junge. Alte Menschen können schließlich auf lebenslange Erfahrungen zurückblicken, haben schwierige Lebensprobleme bereits gemeistert und verfügen in der Regel über erprobte Bewältigungsstile.

HÄUFIGSTE ÄNGSTE IM ALTER: Angst vor Krankheit, Hilflosigkeit und Abhängigkeit – Angst, Opfer eines Verbrechens zu werden – Angst, dass nahen Angehörigen etwas zustoßen könnte – Angst vor geistigen Leistungseinbußen – Angst vor einem langsamen, schmerzvollen und einsamen Sterben (nicht unbedingt vor dem Sterben an sich).



Psychodynamische Ängste im Alter

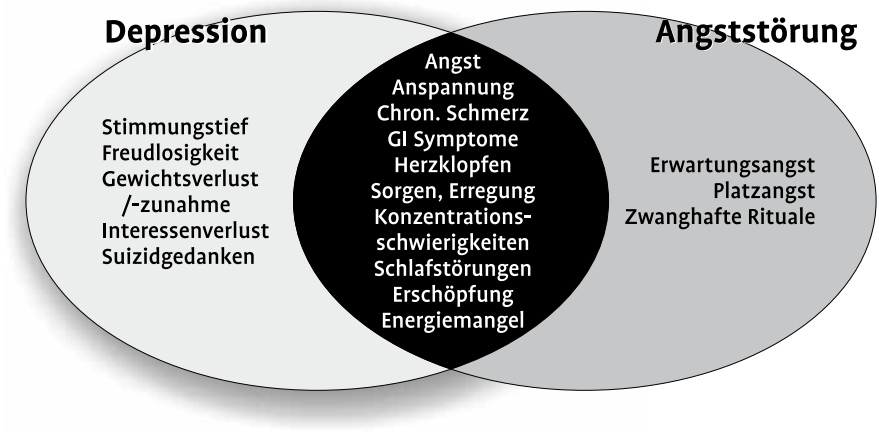
Alle diese Ängste können real sein, aber sie können auch andere Probleme überspielen: So kann sich z.B. Angst vor Krankheit in einen hypochondrischen Wahn auswachsen; Angst vor Armut kann eine depressive Verarmungsidee oder eine geizige Zwanghaftigkeit darstellen.

Auch im Alter können «neurotische» Ängste auftreten. Die längst vorhandene sensible Reifestörung tritt im Alter dann zutage, wenn vormals vermiedene Versuchungssituationen auftreten, wenn Lebensarrange-ments, Rollen und Partner verlorengehen, die bisher das Gleichgewicht aufrechterhielten. Zudem können auch die Einschränkungen des Alters weiter dazu führen, dass bisherige Bewältigungsmuster nicht mehr funktionieren.

BEISPIEL

Ein 64 Jahre alter Mann erleidet plötzlich Panikattacken. Wenn er allein ist, gerät er in eine starke ängstliche Erregung. Was ist der Hintergrund? Seine jüngere Ehefrau ist nach Erwachsenwerden der Kinder berufstätig geworden und nun nicht mehr mehrfach täglich für «Sicherheitstelefonate» erreichbar.

Angst und Depression



BEISPIEL

Eine 47-jährige Frau entwickelt nach dem Verlust ihrer Arbeitsstelle eine ausgeprägte Depression, die sie wie folgt schildert:
Sie schrecke aus kleinstem Anlass zusammen; im Nacken verspüre sie eine ständige schmerzhafte Verspannung, die sich in den Hinterkopf hinauf ziehe. Sie habe ständiges Herzklopfen und einen Puls über 100. Auf der Brust habe sie oft ein schweres Gewicht, das sie fast erdrücke.
Der Schlaf sei sehr schlecht. Sie habe einfach keinen Antrieb und keine Freude mehr. Die Einkäufe würden durch Ehemann und Tochter besorgt; sie selbst sei nicht nur rasch ermüdet, sondern bekomme in größeren Menschenmassen sofort panikartige Beklemmungsgefühle. Sie habe das Gefühl, alle Leute schauten sie an und merkten, dass es dieser Frau nicht gut gehe. Sie sei dauernd angespannt und unruhig. Sie frage sich, wie lange ihr Mann und ihre Tochter noch mit ihr aushielten.

Angst und Depression treten häufig zusammen auf. Eine begleitende Depression verschlechtert den klinischen Outcome von Angststörungen.

DIE FOLGE:

- Schwerer Krankheitsverlauf und schlechtere Prognose
- Erhöhtes Suizidrisiko
- vermehrte Inanspruchnahme medizinischer Dienste
- Größere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit
- Erhöhte Kosten

Depression und Angst sind unterschiedliche, aber überlappende Zustände. Man betrachtet sie heute als unterschiedlichen Ausdruck der gleichen neurobiologischen Ursache, nämlich der **BALANCE ZWISCHEN NORADRENALIN UND SEROTONIN**.

Angst bei Kindern

ÄNGSTE GEHÖREN ZUM LEBEN

Angst ist auch bei Kindern eines der ersten starken Gefühle, das sie im Rahmen ihrer Entwicklung durchleben und verarbeiten müssen. Die Ängste zeigen sich je nach Anlage, Temperament und Familienklima in unterschiedlicher Intensität.

Mütter und Väter haben deshalb oft Schuldgefühle, sie hätten dem Kind zu wenig Geborgenheit gegeben. Doch diese Angst der Eltern ist so nicht begründet. Man kann Kinderängsten nicht mit einem erzieherischen Perfektionismus beikommen.

UNTERSCHEIDE:

- temperamentbedingte Ängste
- entwicklungsbedingte Ängste
- erziehungsbedingte Ängste
- krankmachende Ängste

ÄNGSTE VERARBEITEN

- Geben Sie Ihrem Kind das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit, trauen Sie ihm die Angstbewältigung zu.
- Die Angst des Kindes ist ernst zu nehmen, sie sollte weder überdramatisiert noch heruntergespielt werden. Das Kind soll bei der Angstverarbeitung mitarbeiten: Was kannst du zur Bewältigung deiner Ängste beitragen?
- Ängste kommen schnell, vergehen manchmal langsam. Eine Angstbewältigung ist nicht von heute auf morgen zu erreichen. Jedes Kind hat sein eigenes Tempo, seine eigene Vorgehensweise. Nicht nur äußere Sicherheit und Zuwendung der Eltern, sondern auch das Temperament des Kindes prägt nachhaltig die Verarbeitung der Angst.

«Angst ist (nach Søren Kierkegaard) nur auf dem Hintergrund der Freiheit möglich. Die Freiheit, sich zu entfalten, Neues anzupacken, etwas zu wagen, hinaus in die Welt zu gehen, ist mit Angst verbunden – eine Angst, die herausfordert und schöpferisch, konstruktiv und kreativ macht.» **Jan-Uwe Rogge**

BEISPIEL

«Jede Nacht hat mein Sohn Angst, er träumt schlecht, schläft nicht wieder ein.»
(eine Mutter)
«Meine Tochter will nicht in den Kindergarten, weil sie Angst hat, dass ich sie nicht wieder abholen würde. Jeden Morgen dieser Nerv.» (eine Mutter)
«Nachts scheint das Kinderzimmer meines Sohnes zum Tummelplatz aller Geister unserer Stadt zu werden. Nichts hilft dagegen: keine guten Worte, keine Argumente.» (ein Vater)

Zitate aus dem Buch von Rogge, Ängste machen Kinder stark. Rowohlt.

WEITERE INFORMATIONEN:
Jan-Uwe Rogge: Ängste machen Kinder stark. Rowohlt.

Psychodynamik der Angst

ABB. 1: Der Mensch wird von zwei Hauptängsten geplagt, die sich aus seinen Grundbedürfnissen ableiten:

- ANGST VOR ABWERTUNG UND VERSAGEN
- ANGST VOR ABLEHNUNG UND LIEBESVERLUST

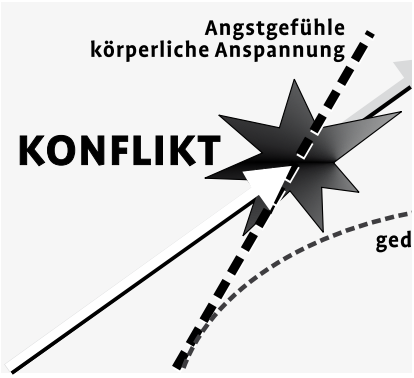


ABB. 2: Der Pfeil zeigt den Weg zum Ziel (z.B. alleine an eine Einladung gehen). Aber nach einigen Schritten steigt allmählich die Angst auf (durchbrochene Linie) und wird immer stärker, bis der ängstliche Mensch es vorzieht, von seinem Vorhaben abzulassen. Die punktierte Linie zeigt die (z.B. durch bewusste Entspannung oder durch Medikamente) gedämpfte Angst, die das Erreichen des Ziels ermöglicht.

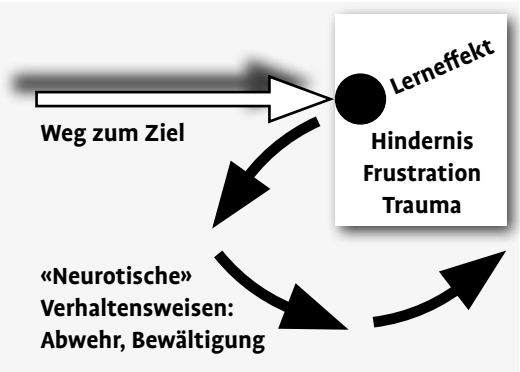


ABB. 3:
Das darf mir nicht mehr passieren!
Wenn ein Ziel nicht auf direktem Weg erreicht werden kann, entwickelt der Mensch Formen, das Hindernis zu umgehen. Er schützt sich durch dieses Abwehrverhalten vor der Angst vor Ablehnung oder Versagen. Gleichzeitig handelt er sich durch sein Vermeidensverhalten neue Probleme ein (z.B. Verlust von zwischenmenschlichen Kontakten, Abnahme der beruflichen Chancen etc.).

Konfliktverarbeitung

WAS IST EIN KONFLIKT?

Wenn zwei Strebungen von vitaler Bedeutung widersprüchlich oder unvereinbar werden, und sich die betroffene Person unter Entscheidungsdruck befindet, so spricht man von einem Konflikt. Ein solcher Konflikt kann zu massiven Angstgefühlen führen. Konflikte bestehen nicht nur zwischen Innen und Aussen, zwischen Trieb und gesetzlicher Ordnung, sondern auch im Inneren («Zwei Seelen wohnen, ach, in meiner Brust»).

Oft handelt es sich nicht nur um gegensätzliche Strebungen, sondern auch Strebungen, die nicht gleichzeitig verwirklicht werden können. Schließlich kann ein Konflikt durch ***Frustration*** entstehen, also durch die Versagung einer vitalen Strebung (Wie geht jemand damit um? – Frustrationstoleranz, Resignation, Aggression?).

Konflikte entstehen oft auch in einer ***Versuchungssituation:*** Es besteht ein Anreiz, ein Bedürfnis auszuleben, obwohl dies von der Umwelt abgelehnt wird oder sogar den eigenen Idealen widerspricht.

Ein faszinierendes Bild der seelischen Konflikte eines jüdischen Jungen zeichnet der Autor Chaim Potok. Einerseits möchte Asher am Glauben und den Bräuchen seiner Eltern festhalten, andererseits spürt er das Bedürfnis, seine Gefühle im Malen auszudrücken, was bei den Chassidim verboten ist.

LITERATUR:

Chaim Potok: Mein Name ist Asher Lev. Rowohlt. -
Chaim Potok: Die Erwählten. Rotbuch.

BEISPIEL

Eine Kindergärtnerin erzählt: «Mein Beruf bedeutet mir enorm viel. Aber jetzt habe ich einen Mann kennengelernt. Wie soll ich mich entscheiden? Wenn ich heirate, muss ich umziehen und die Stelle aufgeben! Ich habe Angst, ob ich das schaffe. Oft bin ich so angespannt, dass ich unser Zusammensein nicht genießen kann.»

VITALE STREBUNGEN, die zu Konflikten führen können:

- Bedürfnis nach mitmenschlicher Nähe und Liebe
- Bedürfnis nach Anerkennung
- Sexuelle Wünsche und Triebe
- Aggressionsregungen
- Machtstreben
- Streben nach Genuss, Besitz, Wissen
- Streben nach Versorgung und Sicherheit

ICH, ES UND ÜBER-ICH

Oft fühlt sich eine Person (ICH) hin- und hergerissen zwischen grundlegenden Wünschen, Bedürfnissen, Trieben und Versuchungen (ES), die gegen die Ideale verstoßen, die eine Person für ihre Lebensgestaltung hat (Ich-Ideal oder ÜBER-ICH).

Diese Spannung löst dann Angst mit allen Begleiterscheinungen aus. Dabei stehen zwei Ängste im Vordergrund: Die Angst vor Ablehnung und die Angst vor Versagen (vgl. Abbildung auf S. 28)

Abwehr: Das Immunsystem der Seele

MERKE

1. Abwehrmechanismen sind nicht immer negativ zu bewerten. Oftmals sind sie vielleicht der einzige Weg, wie jemand in drängenden inneren Konflikten überleben kann. Die Abwehrmechanismen wirken dann wie der Panzer einer Rüstung, der seinen Träger vor Verletzungen schützt, aber ihn auch beschwert und weniger beweglich macht.

2. Therapeutisch ist die Durchbrechung der Abwehr nicht immer hilfreich, insbesondere
   - wenn die Person nicht genügend «Ich-Stärke» hat.
   - wenn die dadurch geweckten Gefühle und Ängste nicht aufgefangen werden können.
   - wenn die Bewusstmachung des Konfliktes neue Konflikte hervorbringt.

3. Die Bearbeitung von Konflikten setzt eine tragende und vertrauensvolle Beziehung zum Therapeuten voraus.

WEITERE INFORMATIONEN:
vgl. Kapitel: «Das Immunsystem der Seele» in dem Buch: Der sensible Mensch von S. Pfeifer, erschienen im SCM Hänssler-Verlag.

BEWÄLTIGUNG

Es handelt sich um reife Formen des Umgangs mit schweren Erfahrungen, Verletzungen und Konflikten.
Kennzeichen: realitätsgerecht, der Konflikt bleibt bewusst und wird durch Nachdenken und Abwägen (rational) verarbeitet.

- schöpferische Lösung
- Verzicht
- Durchsetzung
- Humor
- Glaube, Nächstenliebe

ABWEHRMECHANISMEN

Sie sollen die sensible und ängstliche Person davor bewahren, den Schmerz von Ablehnung und Versagen allzu intensiv zu verspüren. Abwehrmechanismen sind sozusagen das «Immunsystem der Seele».

BEISPIELE:

- Verschiebung (Schreibmaschine ist schuld, dass Arbeit nicht fertig wurde)
- Sublimierung (andere, «höhere» Tätigkeit statt «niederer» Strebungen)
- Verdrängung (von Strebungen, Gefühlen)
- Verleugnung (von Grenzen oder z.B. schwerer Krankheit)
- Isolierung, Abspaltung (von Gefühlen, von falschem Verhalten)
- Wendung ins Gegenteil (Überfürsorglichkeit trotz Ablehnung eines Kindes)
- Projektion (eigener Probleme auf andere Menschen)
- Identifizierung (ohne Eingestehen von unerfüllten Bedürfnissen)

Angst und Seelsorge

BIBLISCHE BESCHREIBUNGEN DER ANGST

Angst gehört zum menschlichen Leben. In den Psalmen werden vielfältige Symptome von Angst beschrieben: Beispiele finden sich in den Psalmen 31, 61, 66, 69, 73 und 77.

Jesus sagte einmal: «In der Welt habt ihr Angst, aber seid getrost, ich habe die Welt überwunden.» Jesus selbst verspürte im Vorfeld seiner Gefangennahme intensive Angst.

Soziale Ängste werden in der Bibel auch als «SORGEN» oder «MENSCHENFURCHT» bezeichnet, allgemeine Ängstlichkeit als «VERZAGTHEIT» oder als «KLEINMUT».

BEISPIEL

Psalm 61,2–4: «Höre, Gott, mein Schreien und merke auf mein Gebet! Mein Herz ist in Angst; du wollest mich führen auf einen hohen Felsen. Denn du bist meine Zuversicht, ein starker Turm vor meinen Feinden.»

Psalm 69,2–3: «Gott hilf mir! Denn das Wasser geht mir bis an die Kehle. Ich versinke in tiefem Schlamm, wo kein Grund ist; ich bin in tiefe Wasser geraten und die Flut will mich ersäufen.»

Psalm 71,20–21: «Du lässt mich erfahren viele und große Angst und machst mich wieder lebendig und holst mich wieder herauf aus den Tiefen der Erde. Du baust mich auf und tröstest mich wieder.»

Glaubensängste

Angststörungen wirken sich nicht nur negativ auf das Leben allgemein aus, sondern auch auf das Glaubenserleben. Platzangst kann z. B. auch in der Kirche auftreten und den Gottesdienstbesuch verunmöglichen. Ängste vor anderen Menschen können auch die Kontakte mit Mitchristen beeinträchtigen. Die innere Konflikthaftigkeit kann sich auch auf christliche Themen ausdehnen. Oft wird das Gewissen zum kritisierenden «Über-Ich» und erstickt die persönliche Freiheit.

Übersensible Menschen erleben dann auch den Glauben angstbetont:

- Angst, keine Vergebung zu erhalten
- Angst, Jesus könnte wiederkommen und sie zurücklassen
- Angst, sie könnten zu wenig christlich leben
- Angst, Gott würde sie bei allem beobachten («Big Brother»)

Es wäre nun aber falsch, alle diese «neurotischen» Ängste allein auf den Glauben eines Menschen zurückzuführen. Vielmehr entstehen sie im Spannungsfeld von (christlichen) Idealen, schwieriger Lebenssituation und individueller Übersensibilität. Allerdings kann eine eng geführte Frömmigkeit auch zu religiösen Ängsten führen, die sich von der eigentlichen christlichen Lehre her nicht begründen lassen.

WEITERE INFORMATIONEN:

S. Pfeifer: Wenn der Glaube zum Problem wird. Brunnen-Verlag Basel.

Angst und Seelsorge – Gebete

SEELSORGLICHE HILFEN BEI ANGSTSTÖRUNGEN

Für viele gläubige Menschen ist die Bibel eine wichtige Hilfe in der Angst. Sie erfahren durch das Lesen tröstender biblischer Texte, durch das Gebet und durch das Hören von christlicher Musik wesentliche Entspannung und Trost. Oft widerspiegeln biblische Texte existentielle Erfahrungen der Angst und vermitteln das Eingreifen Gottes in diesen Situationen.

**Herr, geborgen bin ich
an deinem Herzen.
Auch wenn ich es jetzt
nicht fühle, du bist da.
Es ist nicht wichtig,
dass ich auf alle Fragen
eine Antwort finde.
Du wachst über mir.
Du entmächtigst
meine Ängste.
Bei dir kommt mein
unruhiges Herz zur Ruhe.
Mein Gott, ich danke dir.**

Die ganze weite Welt ist ein schmaler Steg. Geh darüber und fürchte dich nicht.

Rabbi Nachman von Bratzlav, 1772–1810

HOFFNUNG WIDER DIE ANGST

In mir ist es finster,
aber bei dir ist das Licht.
Ich bin einsam,
aber du verlässt mich nicht.
Ich bin kleinmütig,
aber bei dir ist die Hilfe.
Ich bin unruhig,
aber bei dir ist der Friede.
In mir ist Bitterkeit,
aber bei dir ist die Geduld.
Ich verstehe deine Wege nicht,
aber du weißt den Weg für mich.

Dietrich Bonhoeffer

ZUSAMMENARBEIT VON SEELSORGER UND ARZT

In Fällen von längerdauernden und schweren Ängsten ist eine Ergänzung durch ärztlich-therapeutische Behandlung unbedingt angezeigt. Ziel einer therapeutischen Seelsorge ist nicht nur Freiheit von Angst, sondern manchmal auch ein besseres Umgehen mit der Angst. Die medikamentöse Behandlung kann eine Person so weit stabilisieren, dass sie offener ist für das Gespräch und die Anregungen in der Seelsorge besser umsetzen kann.

WEITERE INFORMATIONEN:

J. & L. Wetter-Parasie: Angst in Kraft verwandeln. Edition Anker.
U. Körtner: Angst – Theologische Zugänge zu einem ambivalenten Thema. Neukirchner.
S. Nägeli: Die Nacht ist voller Sterne – Gebete in dunklen Stunden. Herder.

Therapie der Angst: Ein Überblick

KLARE DIAGNOSTIK UND FESTSTELLUNG DES SCHWEREGRADES

MERKE: Diagnostik hat auch schon therapeutische Aspekte. Sie gibt dem Patienten das Gefühl, ernst genommen zu werden. Sie zeigt ihm, dass er mit seinen Ängsten nicht allein ist und hilft ihm, das Undefinierbare und Bedrohliche seiner Angst einzuordnen. Die Diagnostik entscheidet auch über das weitere therapeutische Vorgehen. Diagnostisch gilt es insbesondere zu klären:

- Symptomatik, Schweregrad und Dauer der Störung
- Welche Form der Angststörung liegt vor?
- Handelt es sich um eine psychotische Angst? (Neuroleptika)
- Wird die Angst von einer Depression begleitet? (Antidepressiva)

GRUNDSÄTZE:

- **KLARE DIAGNOSTIK UND FESTSTELLUNG DES SCHWEREGRADES**
- **BEI AKUTEN ÄNGSTEN LINDERN UND BERUHIGEN:** Aufklären, beruhigen, schnell wirksame Medikamente einsetzen (Benzodiazepine)
- **BESPRECHEN PSYCHISCHER UND SOZIALER KONFLIKTE**
- **VERÄNDERUNG DES DENKENS**
- **ERLERNEN VON HILFREICHEN BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN**
- **ANLEITUNG ZUR ENTSPANNUNG**
- **UNTERSTÜTZUNG DURCH MEDIKAMENTE**

LEITLINIEN FÜR DIE VERHALTENSTHERAPIE BEI DER ANGST

1. Angstgefühle und dabei auftretende körperliche Symptome sind verstärkte normale Stressreaktionen.
2. Angstreaktionen sind nicht schädlich für die Gesundheit.
3. Verstärken Sie Angstreaktionen nicht durch furchterregende Phantasievorstellungen.
4. Bleiben Sie in der Realität; beobachten und beschreiben Sie innerlich, was um Sie herum wirklich geschieht.
5. Bleiben Sie in der Situation, bis die Angst vorbeigeht.
6. Beobachten Sie, wie die Angst von allein wieder abnimmt.
7. Versuchen Sie nicht, Angstsituationen zu vermeiden.
8. Setzen Sie sich allen Situationen bewusst aus, die Ihnen Angst machen.
9. Nehmen Sie sich in Angstsituationen Zeit.
10. Seien Sie stolz auf kleine Erfolge, auch auf die ganz kleinen!

Leitlinien für die Psychotherapie

Psychotherapie bei Angststörungen kann je nach Ausprägung sehr unterschiedlich sein. Die folgenden Leitlinien widerspiegeln eine breite Palette, aus der Therapeuten je nach ihrem Hintergrund auswählen werden.

VERHALTENSTHERAPIE

Patienten mit ***Platzangst und Vermeidensverhalten*** sollten dazu ermuntert werden, hinauszugehen und die Welt zu erkunden. Eine Besserung wird erst eintreten, wenn sich ein phobischer Patient gefürchteten Situationen stellt. In der ***begleitenden Psychotherapie*** (kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientiert) werden die auftretenden Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen besprochen.

ENTSPANNUNG

Entspannungstraining erweist sich bei leichteren bis mittleren Angststörungen als hilfreich. Die Wahl der Technik bzw. die Inhalte der beruhigenden Sätze sollten der Weltanschauung des Patienten nicht widersprechen, da sonst neue Konflikte entstehen. Für gläubige Menschen kann das Gebet eine wesentliche Hilfe sein. Neben den gedanklichen Entspannungsmethoden ist auch an alltägliche Methoden zu denken, wie z.B. Bäder, Spaziergänge und Musik.

WESENTLICHES ZIEL:

Gleichgewicht zwischen Annahme einer gewissen Grundangst und Wagnis zu Neuem.

PSYCHODYNAMISCHER ANSATZ

Da hinter der Angstproblematik oft ***psychische und soziale Konfliktsituationen*** stehen, ist es wichtig, diese Hintergründe im Gespräch zu erhellen, und Muster der Erlebnisverarbeitung, der Abwehr und der Bewältigung zu besprechen. Dabei können auch schmerzliche Kindheitserfahrungen und tiefer liegende Konflikte aktiviert werden, die eine entsprechende Bearbeitung im Gespräch erfordern.

MITEINBEZUG DER ANGEHÖRIGEN

Sie werden oftmals durch die Ängste und das Anklammerungsverhalten eines Familienmitgliedes stark mitbetroffen und können bei guter Beratung besser reagieren.

Therapieziele bei längeren Angststörungen:

Patienten mit chronischen Angststörungen brauchen therapeutische Unterstützung, ihre Grenzen kennenzulernen und anzunehmen.

MEDIKAMENTE

Viele Patienten benötigen zusätzlich auch eine Medikation (vgl. S. 37).

Interpersonelle Therapie (IPT)

Interpersonelle Therapie ist eine psychodynamisch orientierte Kurztherapie. Es geht darum, die Angst (oder die Depression) zu lindern und die Beziehungsfähigkeit zu verbessern. Die IPT erhebt nicht den Anspruch, den Charakter der Person zu verändern. Sie geht davon aus, dass Depressionen und Ängste unabhängig von der biologischen Verletzlichkeit, in einem psychosozialen und interpersonellen Kontext entstehen. Sie verfolgt daher zwei Strategien:

1. Die Symptome lindern (ernst nehmen, klare Diagnostik, Aufklärung über die Natur der Störung und die Behandlungsmög-lichkeiten, Medikamente).

2. Dem Patienten helfen, bessere Strategien zu entwickeln, seine sozialen und zwischenmenschlichen Probleme zu bewältigen, die mit der jetzigen Phase der Erkrankung verbunden sind.

In der IPT bespricht der Therapeut mit dem Patienten seine Beziehungen und versucht ihm zu helfen, diese zu klären, Unsicherheiten abzubauen und neue Fertigkeiten im Umgang mit anderen zu entwickeln. In wissenschaftlichen Untersuchungen hat sich IPT als sehr wirksam erwiesen.

WEITERE INFORMATIONEN:
Elisabeth Schramm: Interpersonelle Therapie. Schattauer Verlag.

INTERPERSONELLE PROBLEME, DIE IN DER THERAPIE ANGESPROCHEN WERDEN:

a) ***Trauer über Verluste:*** Was bedeutet der Verlust (oder der drohende Verlust) eines lieben Menschen für mich und meine Lebensbewältigung?

b) ***Rollenkonflikte:*** Gegensätzliche Erwartungen zwischen zwei Personen, oftmals Partnerschaftskonflikte oder Eltern-Kind-Konflikte.

c) ***Rollen-Übergänge:*** z.B. von der Schülerin zur Studentin; von der Lehre zum Militär, vom Ledigsein zur Partnerschaft, von der Mutterrolle zum beruflichen Wiedereinstieg, von der Arbeit zum Pensioniertendasein etc. — in diesen Übergängen kommt es zum Verlust oder zur Veränderung bisheriger Bindungen an die Familie, zu schwierigen Gefühlen, die mit dem Übergang verbunden sind; zur Anforderung, neue soziale Fähigkeiten zu lernen und möglicherweise zu vermindertem Selbstwertgefühl.

d) ***Interpersonelle Defizite:*** Eine optimale soziale Funktion ist davon abhängig, mit der Familie enge Beziehungen zu pflegen, weniger intensiv aber doch befriedigende Beziehungen mit Freunden und Bekannten und bei der Arbeit gute Leistungen zu erbringen und mit den Mitarbeitern einigermaßen auszukommen. Ängste erschweren soziale Beziehungen. Minderwertigkeitsgefühle, Angst vor Versagen und Ablehnung, Abhängigkeit sowie innere Unsicherheit beeinträchtigen diese Beziehungen.

Alkohol

ALKOHOL kann beruhigen, die Zunge lockern, Hemmungen abbauen. Dies ist der Grund, dass nicht wenige Menschen mit Ängsten (speziell soziale Phobie) versuchen, ihre Schwierigkeiten mit Alkohol (oder Drogen) zu lindern.

Man spricht auch von einem «fehlgeleiteten Selbstbehandlungsversuch». Erst mit der Zeit merken die Betroffenen, dass es dabei zu einer Abhängigkeit und anderen unerwünschten Nebenwirkungen auf den Körper (Leberschädigung) und die Psyche (Persönlichkeitsveränderung) kommt. Nicht selten sind sie selbst entsetzt, dass sie in eine Sucht gerutscht sind.

Die Sucht darf in diesem Fall nicht isoliert und abwertend gesehen werden: Wenn man nur den Alkohol absetzt (wie dies in vielen Entzugsprogrammen geschieht), treten oft die vorbestehenden Ängste wieder auf.

Oftmals kann eine Basisbehandlung mit Antidepressiva deutliche Erleichterung bringen. Manchmal sind ergänzend auch Tranquilizer notwendig, um den Betroffenen ein adäquates Funktionieren zu ermöglichen. Dies muss nicht einer Sucht gleichgesetzt werden, insbesondere wenn die Betroffenen regelmäßige Gesprächsunterstützung erhalten und sich der Gefahren einer unkritischen Einnahme und einer Dosissteigerung bewusst sind.

CANNABIS (HASCHISCH) wird von vielen jungen Menschen verwendet, um sich zu beruhigen, Ängste zu lösen und die Kreativität zu steigern. Doch Haschisch führt nicht nur zu Glücksgefühlen, sondern auch zu Sorglosigkeit, Gedächnisstörungen und Pseudohalluzinationen. Chronischer Gebrauch kann zu einem «Amotivations-Syndrom» mit Teilnahmslosigkeit, Passivität und Apathie führen.

Unter Haschisch kommt es gar nicht einmal so selten zu sogenannten «Horror-Trips» mit Bedrohungsgefühlen, Angst und Verfolgungswahn. Auch können «Flashbacks» auftreten, d.h. ein Nachrausch ohne erneute Einnahme, der sich Tage bis Monate nach dem letzten Konsum ereignet. Auch durch Haschisch können selten einmal schizophrenieähnliche Zustandsbilder («drogeninduzierte Psychose») ausgelöst werden.

WEITERE INFORMATIONEN:
Informative Homepage der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und Drogenprobleme: www.sfa-ispa.ch

Drogen

DROGEN KÖNNEN ANGSTZUSTÄNDE AUSLÖSEN, insbesondere Halluzinogene (LSD, Psilocybine, Mescaline oder Angel's Dust u.a.). Die Stoffe werden zum Teil synthetisch hergestellt, zum Teil sind sie in Pflanzen wie Pilzen und Kakteen enthalten. Der Rausch äußert sich in einer starken Gefühlsintensivierung, optischen Halluzinationen und Verkennungen, Ideenflucht und Stimmungsschwankungen. Es kann zu Allmachtsgefühlen und zu Veränderungen des Ich-Erlebens, des Körpergefühls und des Raum-Zeit-Erlebens kommen (sogenannte «bewußtseinserweiternde Wirkung»).

Der Verlauf des Rausches ist auch von der emotionalen Verfassung des Konsumenten abhängig, gerade wenn dieser vor der Einnahme problembelastet ist, kommt es gar nicht so selten zu «Horrotrips» mit Angst, Unruhe und sehr quälenden Erlebnissen.

Medikamente bei Angststörungen

Die folgenden Bemerkungen können nur kurze Anhaltspunkte geben. Detaillierte Beschreibungen finden sich z.B. in dem Buch von O. Benkert und H. Hippius. In jedem Fall sollte eine medikamentöse Behandlung der Angst von einem Arzt verordnet und überwacht werden.

TRANQUILIZER (BENZODIAZEPINE)

Beispiele: Valium, Temesta (Tavor), Lexotanil, Xanax (Tafil) u.v.a.m.

Diese Medikamente haben sich insbesondere in der Behandlung von reaktiven Ängsten und von Panikattacken sehr bewährt. Sie bringen eine rasche Beruhigung, die dann eine weitere Bearbeitung der auslösenden Faktoren im Gespräch ermöglicht. Neuere Forschungen haben gezeigt, dass sich diese Mittel an spezifische Rezeptoren im Gehirn binden.

Eine längerdauernde Einnahme von Tranquilizern birgt die Gefahr von Abhängigkeit in sich und sollte daher möglichst vermieden werden. Allerdings ist bei schweren Ängsten, die mit massiven Behinderungen einhergehen, eine kontrollierte Dauermedikation (ergänzt durch Antidepressiva) unter ärztlicher Begleitung sinnvoll.

ANTIDEPRESSIVA

Oft sind Angst und Depression miteinander verbunden. Deshalb haben sich Antidepressiva mit einem beruhigenden Wirkungsprofil in der Behandlung und Vorbeugung von Angstzuständen bewährt.

Besonders wirksam sind Medikamente, die sowohl den Stoffwechsel von Serotonin als auch von Noradrenalin beeinflussen (z.B. Efexor). Bei Zwangsstörungen haben sich nicht nur neuere Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) bewährt, sondern auch das seit Jahrzehnten eingesetzte Medikament Anafranil: Oft kommt es zu einer Linderung, in etwa 40 Prozent der Zwangskranken sogar zu einer weitgehenden Symptomfreiheit.

NEUROLEPTIKA

Hierbei handelt es sich um starke Beruhigungsmittel (Major Tranquilizers), die sich besonders in der Behandlung von psychotischen Ängsten bewährt haben (z.B. Zyprexa, Haldol oder Clopixol).

In niedriger Dosierung können manche Neuroleptika aber auch bei ängstlich-depressiven Störungen ohne psychotische Symptome eingesetzt werden (z.B. Truxal, Deanxit).

BETABLOCKER bewähren sich bei leichten Ängsten mit starken vegetativen Symptomen (z.B. Prüfungsangst).

PFLANZLICHE HEILMITTEL wirken besonders bei leichteren Ängsten. Allerdings ist zu beachten, dass auch pflanzliche Heilmittel Nebenwirkungen haben können. Zu warnen ist vor Mischungen aus Übersee, die auch aktive Medikamente enthalten können, die nicht ohne Risiko sind.

- Kava-Kava-Extrakt
- Baldrian
- Hopfen
- Johanniskraut
- «Nerventee» (eine Mischung von Kräutern und Aromastoffen)

WEITERE INFORMATIONEN:

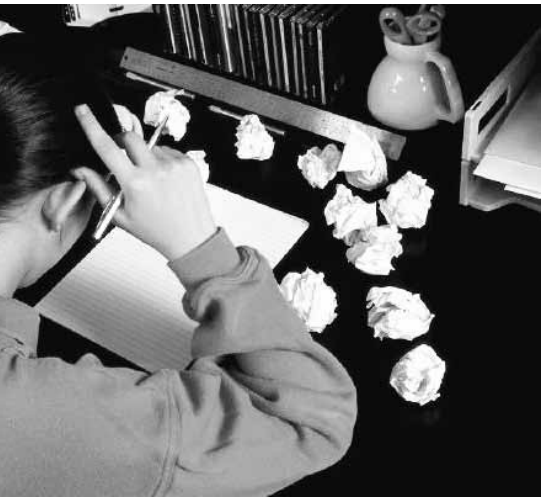
Benkert O. : Psychopharmaka. Medikamente - Wirkung - Risiken. Beck.

Prüfungsangst bewältigen

Wie eine Studie in Mannheim zeigte, litten 73 Prozent der Studierenden unter Leistungsängsten, 64 Prozent machten sich Sorgen um die berufliche Zukunft, 54 Prozent hatten massive Prüfungsängste. Wie kann man ihnen hilfreich begegnen? Folgende Punkte haben sich in einem Programm der Mannheimer Psychotherapeutischen Beratungsstelle für Studierende (PBS) bewährt:

1. DIAGNOSTIK UND AUFKLÄRUNG

- Was denke, fühle, tue ich vor und in der Prüfung?
- Gibt es körperliche Begleiterscheinungen?
- Kurz- und langfristige Konsequenzen des Verhaltens (Reaktion der Eltern bei schlechter Note, Bewertung von Leistung in der Familie)
- Übergeordnete Überzeugungen der/des Ratsuchenden («Ob ich die Prüfung bestehe oder nicht, hängt in erster Linie vom Glück ab.» – «Wenn ich keine guten Leistungen bringe, mag man mich nicht mehr.»)
- Aufklärung über Angst- und Stressreaktionen. Ziel: «Mystifizierungen» abschwächen, beitragen zu einer realistischeren und gelasseneren Sicht der eigenen Symptome.



2. ZEITMANAGEMENT UND LERNSTRATEGIEN

- Lern- und Arbeitspläne erstellen (mit genügend Puffer zum Wiederholen)
- Einplanen von Belohnung, kleine und größere Highlights
- Entspannung
- Prioritäten setzen: Was ist wichtig, was weniger?
- Lerntechniken und Lernstrategien erarbeiten
- Umdenken: Misserfolgserwartungen und Selbstabwertung hinterfragen, positive Selbst-Einreden

3. PRÜFUNGSSTRATEGIE

- Planen der Prüfungsstrategie im Detail: Wie verbringe ich den Tag vor der Prüfung? Soll ich noch lernen? Wie kann ich mich am besten entspannen? Hilft es mir, mich mit anderen Kandidaten auszutauschen oder macht es mich noch nervöser?
- Einübung im Rollenspiel: Unvorhergesehene Ereignisse, z.B. unerwartete Fragen, fehlende Seiten bei der Klausur, Blackout etc.

WEITERE INFORMATIONEN:

Wolf, Doris/Merkle, Rolf: So überwinden Sie Prüfungsängste. PAL Lebenshilfe.

Wann ist professionelle Hilfe erforderlich?

SPEZIELLE AUSPRÄGUNG DER ANGST

Dauer, Intensität, Leidensdruck, Auslöser, Auswirkungen auf das tägliche Leben.

- Dauer (länger als vier Wochen).
- Ausprägung: Wenn Ängste nicht durch ein klares Ereignis ausgelöst sind, «frei flottieren», also unbestimmt und quälend sind, oft verbunden mit einer Depression.
- Intensität: Wenn die Ängste fast jeden Tag die Lebensqualität einschränken.
- Ausgeprägtes Vermeidensverhalten (z.B. Vermeiden von öffentlichen Verkehrsmitteln, Einkaufen, Besuchen, Geselligkeit, Rückzug von Verpflichtungen).
- Psychosomatische Beschwerden, die erhebliches Leiden verursachen und zur gehäuften Konsultation von Ärzten und Krankenhäusern oder Notfallstationen führen.
- Starker Leidensdruck: Dieser führt zur Motivation – «Ich brauche Hilfe».

SPEZIELLE FORMEN DER ANGST

- Spezifische krankhafte Ängste, insbesondere Panik, Agoraphobie, Generalisierte Angst, Soziale Phobie.
- Verarbeitung von schwerwiegenden Erfahrungen, die Angst ausgelöst haben (posttraumatische Belastungsstörung).
- Zwanghafte Ängste bei einer Zwangsstörung
- Psychotische Ängste

BEISPIEL

Ich lernte Catherine als 23-jährige Studentin kennen. Mehr als ein Jahr lang hatte sie derart starke Ängste, dass sie nicht mehr in der Lage war, über eine Brücke zu gehen, im Tram zu fahren oder an einer Party teilzunehmen. Sie suchte eine seelsorgliche Therapeutin auf. Doch Gespräche und Gebete konnten die Blockaden nicht lösen.
Catherine ließ sich überzeugen, einen Versuch mit einem Antidepressivum zu machen. Von ihrer Seelsorgerin wurde sie ermutigt, trotz Nebenwirkungen ein paar Tage durchzuhalten (ein großartiges Beispiel für die Zusammenarbeit von Arzt und Seelsorgerin!).
Die Gespräche gingen weiter, aber jetzt konnte Catherine umsetzen, was sie in der Therapie erarbeitete. Innert weniger Wochen kam es zu einer fast wunderbaren Besserung. In einem Brief an ihre Seelsorgerin schrieb sie ein Jahr später: «Ich weiß nicht, wie ich Ihnen danken soll. Mein Leben hat sich so verändert! Wo soll ich mit Erzählen beginnen? Dass ich jetzt ohne Angst ins Tram steigen kann? Dass ich letzthin ohne Angst nach Zürich gefahren bin, um dort an einer Geburtstagsfete teilzunehmen und erst gegen Mitternacht wieder heimgekommen bin – ohne Angst? Mir ist es noch nie besser gegangen. Ich bin unendlich dankbar und glücklich.»
Allerdings hat Catherine gelernt, dass sie mit ihren Grenzen leben muss und darauf angewiesen ist, ihre Medikamente regelmäßig in niedriger Dosis einzunehmen, um einem Rückfall vorzubeugen.

Literatur

Die folgenden Bücher enthalten weitere Informationen zur Thematik dieses Arbeitsheftes. Im Rahmen der knappen Übersicht ist es jedoch nicht möglich, alle Aspekte ausreichend zu beleuchten.

André C. & Legeron P.: Bammel, Panik, Gänsehaut. Die Angst vor den anderen. Aufbau.
Baer L.: Alles unter Kontrolle. Zwangsgedanken und Zwangshandlungen überwinden. Huber.
Baker R.: Wenn plötzlich die Angst kommt. Panikattacken verstehen und überwinden. Brockhaus.
Bandelow B.: Das Angstbuch. Rowohlt.
Benkert O.: Psychopharmaka. Medikamente – Wirkung – Risiken. Beck.
Blonski H.: Alte Menschen und ihre Ängste. Reinhardt.
Finzen A.: Schizophrenie – Die Krankheit verstehen. Psychiatrie-Verlag.
Pfeifer S.: Wenn der Glaube zum Konflikt wird. Brunnen, Basel.
Pfeifer S.: Der sensible Mensch. Leben zwischen Begabung und Verletzlichkeit. SCM Brockhaus.
Riemann F.: Grundformen der Angst. Eine tiefenpsychologische Studie. E. Reinhardt.
Rogge J.U.: Ängste machen Kinder stark. Rowohlt.
Schmitz M. & M.: Seelenfraß – Wie Sie den inneren Terror der Angst besiegen. Ueberreuter.
Schröder B.: Der Weg durch die Angst. Rowohlt.
Tausch R.: Gespräche gegen die Angst. Rowohlt.
Von Witzleben & Schwarz: Endlich frei von Angst. Gräfe & Unzer.
Wolf D.: Ängste verstehen und überwinden. Gezielte Strategien für ein Leben ohne Angst. PAL-Verlag.
Wolf D. & Merkle R.: So überwinden Sie Prüfungsängste. PAL Lebenshilfe.
Wetter-Parasie J. &. L: Angst in Kraft verwandeln. Anker.

Internet-Ressourcen

ALLGEMEINER HINWEIS: Das Internet ist ein kurzlebiges und sehr mobiles Medium. Websites kommen und gehen.

Google™

Tippen Sie deshalb Ihre Frage einfach bei ***www.google.de*** ein und Sie werden aktuelle Informationen finden!

Das größte Lexikon im Netz findet man unter **http://de.wikipedia.org**.

WIKIPEDIA
Die freie Enzyklopädie

BORDERLINE

Emotional Instabile Persönlichkeitsstörung

Diagnose - Therapie - Seelsorge

PSYCHIATRIE & SEELSORGE

Inhalt

Wie erleben sich Borderline-Betroffene? 2
Geschichte des Begriffs 3
Diagnostische Kriterien 5
Borderline muss nicht Schicksal sein 7
Fragebogen für Borderline-Störungen 8
Ursachen der Borderline-Störungen 11
Verwandte Persönlichkeitsstörungen 12
Psychotische Durchbrüche 13
Borderline und Sexualität 15
Selbstverletzung 16
Suizidalität 19
Marilyn Monroe - ein klassisches Beispiel 20
Multiple Persönlichkeit (Dissoziative Identitätsstörung) 22
Hospitalisation von Borderline-Patienten 24
Pharmakotherapie 25
Überlegungen zur Therapie 26
Gruppentherapie 29
Katastrophenliste 30
Beispiel für einen Therapievertrag 31
Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach M. Linehan 32
Borderline und Seelsorge 35
Dämonische Einflüsse? 36
Zusammenarbeit von Arzt und Seelsorger 37
«Trotzig und verzagt» 37
Was müssen seelsorglich Tätige beachten? 39
Weiterführende Literatur und Internetadressen 40

Achterbahn der Gefühle

Borderline - von diesem Wort geht eine eigene Faszination aus. Borderline, das bedeutet eigentlich Grenzlinie. Doch um welche Grenzen handelt es sich, wenn wir von Borderline-Störungen und von Borderline-Patienten sprechen?

Das vorliegende Heft beschäftigt sich mit diesen Grenzgängern besonderer Art. Verschiedene Autoren haben versucht, das Wesen von Borderline-Störungen in Metaphern zu fassen, etwa «Ich hasse dich, verlaß mich nicht!» oder «Wenn Hass und Liebe sich umarmen». In Kommentaren und Essays wird die Borderline-Störung als typische Störung unserer Zeit beschrieben.

Und in der Tat widerspiegelt sich die Befindlichkeit des modernen Menschen in ihrer Zerrissenheit und Unbeständigkeit, in ihren Abgründen und ihrer Traumatisierung, in ihrer Vielgestaltigkeit und Unberechenbarkeit.

Bei Menschen mit einer Borderline-Störung begegnen uns höchst widersprüchliche Gefühle zwischen Anlehnungsbedürftigkeit und schroffer Zurückweisung, zwischen Eigensucht und Selbsthass, zwischen Verletzlichkeit und Selbstverletzung, Rückzug und Sehnsucht nach Gemeinschaft, Lebenshunger und Todeswunsch.

Eines ist sicher: Menschen mit einer psychischen Instabilität vom Borderline-Typus leiden sehr unter ihren Schwankungen, ihren seelischen Verletzungen und den häufigen Zeiten innerer Leere. Gleichzeitig stellen sie auch eine große Herausforderung an Arzt, Seelsorger und Bezugspersonen dar.

Neuere Verlaufsforschungen geben uns aber auch Hoffnung: Eine Borderlinestörung muss nicht Schicksal sein. Eine Studie zeigte, dass sich die Diagnose Borderline nach sechs Jahren nur noch bei 30 % der Patienten stellen ließ. Bei 70 % hatte sich die Symptomatik deutlich zurückgebildet (vgl. S. 7).

Dieses Heft hat zum Ziel, Verständnis für betroffene Menschen zu wecken und Angehörigen und Helfern in der Begleitung von Borderline-Patienten zu helfen.

Dr. med. Samuel Pfeifer

«Für die Borderline-Persönlichkeit ist ein großer Teil des Lebens eine unbarmherzige emotionale Achterbahnfahrt ohne offensichtliches Ziel.»

Prof. Jerome Kroll

Wie erleben sich Borderline-Betroffene?

ENTFREMDUNG:

- Ich hatte viele Freunde, aber ich habe mich nie als Teil der Gruppe erlebt.
- Schon als ich in den Kindergarten ging, hatte ich den Eindruck, ich gehöre nicht zu den anderen.
- Vielleicht sondere ich mich von den anderen ab, weil ich mich schon ständig so anders fühle.

GEFÜHL DER UNFÄHIGKEIT:

- Das ist schon ganz lange so bei mir, so lange ich mich zurückerinnern kann . . . schon in der Schule habe ich mich immer mit den anderen verglichen, und ich habe nie jemand getroffen, dem gegenüber ich mich gleich oder besser gefühlt hätte. Selbst der letzte Mensch auf der Straße hat etwas an sich, das ihn besser macht als mich. Nicht dass ich etwas Schlechtes getan hätte; es scheint als wäre ich da hinein geboren worden.
- Ich habe so ein schlechtes Selbstwertgefühl. Ständig vergleiche ich mich... ich habe den Eindruck, jedermann sei mir überlegen. Und ich bin einfach nichts wert.
- Ich habe immer den Eindruck, mir fehle etwas, und so schaue ich auf andere: In meinem Kopf läuft ein ständiger Bürgerkrieg ab – wer ich sein möchte und mit wem ich vorlieb nehmen muss.
- Ich kann es nicht erklären, aber . . . du fühlst dich so nutzlos, wertlos . . .

VERZWEIFLUNG:

- Am liebsten würdest du sterben. Du möchtest einfach raus aus diesem Leben, raus aus dem Schmerz. Ich glaube nicht, dass es irgendetwas oder irgendjemand gibt, der mir helfen könnte, mich anders zu fühlen.
- Ich wünsche das keinem anderen. Wenn jemand sagen würde, du kannst es loswerden, indem du es jemand anderem abgibst, ich weiß nicht, ob ich's tun würde, nach all dem, was ich durchgemacht habe.
- Ich weiß nicht, ob ich den Schneid habe, mir das Leben zu nehmen. Oft denke ich daran, mindestens einmal pro Woche.

Geschichte des Begriffs

Erste Erwähnung durch Adolph Stern 1938: eine Gruppe von Patienten , die nicht in die diagnostischen Kategorien der klassischen Neurosen und der primären Psychosen zu passen schienen. Diese Patienten waren zwar offenbar kränker als andere neurotische Patienten, aber sie zeigten keine wahnhafte Deutung der Umwelt wie etwa schizophrene Menschen.

Vordergründig neurotisch, aber mangelnde Stabilität, Identität und deutlich unreifere Abwehr- bzw. Bewältigungsmechanismen. Neigung zu einschiessender Suizidalität.

Vordergründig psychotisch, aber oft erstaunliche Erholung, danach ein Muster von Instabilität und neurotischen Symptomen. Hier wurde manchmal der Begriff «pseudoneurotische Schizophrenie» verwendet.

Vordergründig depressiv, aber im Gegensatz zur tiefen Traurigkeit und Apathie des durchschnittlich Depressiven, rasche Stimmungsschwankungen, einschießende Suizidalität und ausgeprägt wechselhafte Beziehungsmuster, die Angehörige und Betreuer in Atem hielten.

1968 beschrieben Grinker et al. vier Untertypen des Borderline-Syndroms:

- Eine schwer leidende Gruppe, die an der Grenze zur Psychose lag.
- Eine «Kern-Borderline»-Gruppe, mit stürmischen zwischenmenschlichen Beziehungen, intensiven Gemütszuständen und einem Gefühl chronischer Leere.
- Eine «Als-ob»-Gruppe, die sich leicht von anderen beeinflussen ließ, und der es an einer stabilen Identität fehlte.
- Eine leicht beeinträchtigte Gruppe mit geringem Selbstvertrauen, die an das neurotische Ende des Spektrums grenzte.

Vier Begriffe

BORDERLINESTRUKTUR, BORDERLINENIVEAU (BORDERLINE PERSONALITY ORGANIZATION):

Hierbei handelt es sich um den am weitesten gefaßten Borderlinebegriff. Kernberg benutzt ihn zur Bezeichnung einer Patientengruppe mit schwerer Charakterpathologie, die weder psychotisch noch neurotisch ist. Sie sind gekennzeichnet durch eine instabile Identität, das Vorherrschen «primitiver» Abwehrmechanismen (Spaltung, Verleugnung, projektive Identifikation). Normalerweise haben sie eine intakte Fähigkeit zur Realitätsprüfung, wobei es in bedrohlichen und «unstrukturierten» Situationen zu einem Versagen der Realitätsprüfung kommen kann.

BORDERLINE-SYNDROM:

Dieser Begriff kann als Oberbegriff für die folgenden beiden Zustände mit konkret beobachtbarer Borderline-Symptomatik aufgefaßt werden. Er bezeichnet das konkret am Patienten beobachtbare Zusammentreffen verschiedener Symptome wie Impulsivität, selbstschädigendes und manipulatives Verhalten etc., ohne dass eine Aussage über eine tiefere durchgehende («ich-strukturelle») Störung oder ein episodisches Auftreten gemacht wird.

BORDERLINE-ZUSTÄNDE („BORDERLINE STATES")

Borderline-Zustände stellen eine kurzfristige Dekompensation von ansonsten gut strukturierten Patienten dar, die in charakteristischen Situationen einer besonderen Nähe zum innerpsychischen «traumatischen Bereich» auftritt.

BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG NACH DER DEFINITION DES DSM-IV

(vgl. S. 5). Anhand der neun Kriterien lässt sich bei den Betroffenen eine Persönlichkeitsstörung beschreiben, die von anderen Störungen klar abgrenzbar und zeitlich überdauernd ist, indem sie ein immer wieder auftretendes Muster darstellt.

adaptiert nach Bohus

Diagnostische Kriterien

NEUN KRITERIEN NACH DSM-IV *

Durchgängiges Muster von
- Instabilität der zwischenmenschlichen Beziehungen
- Instabilität des Selbstbildes
- Instabilität im Bereich der Stimmung
- ausgeprägter Impulsivität mit Beginn in der frühen Erwachsenenzeit

MINDESTENS FÜNF DER FOLGENDEN KRITERIEN:

1. Verzweifeltes Bemühen, ein reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern.

2. Ein Muster von instabilen, aber intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das sich durch einen Wechsel zwischen den beiden Extremen der Überidealisierung und Abwertung auszeichnet.

3. Ausgeprägte und andauernde Identitätsstörung, die sich in Form von Unsicherheit in mindestens zwei der folgenden Lebensbereiche manifestiert:
- Selbstbild
- sexuelle Orientierung
- langfristige Ziele oder Berufswünsche
- Art der Freunde oder Partner
- in persönlichen Wertvorstellungen

4. Impulsivität bei mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Aktivitäten, z.B. Geldausgeben, Sexualität, Substanzmißbrauch, rücksichtsloses Fahren und Freßanfälle.

5. Wiederholte Suiziddrohungen, -andeutungen oder -versuche oder andere selbstverletzende Verhaltensweisen.

6. Instabilität im affektiven Bereich, z.B. ausgeprägte Stimmungsänderungen von der Grundstimmung zu Depression, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Zustände gewöhnlich einige Stunden oder, in seltenen Fällen, länger als einige Tage andauern.

7. Chronisches Gefühl der Leere oder Langeweile.

8. Unangemessene, starke Wut oder Unfähigkeit, die Wut zu kontrollieren, z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut oder Prügeleien.

9. Vorübergehende, durch Stress ausgelöste paranoide Gedankengänge oder dissoziative Symptome.

DSM-IV = Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen, 4. Revision

Beschreibende Kriterien

ASPEKTE DER STIMMUNGSLAGE

- ständige Depressivität
- ständiges Gefühl der Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Wertlosigkeit, Schuld
- ständiger Zorn / häufige Zornesausbrüche
- ständige Angst
- ständige Einsamkeit / Langeweile / Leere

ABER: auch andere Persönlichkeitsstörungen zeigen diese Eigenschaften. Allerdings scheinen Borderline-Patienten ein besonders großes Bedürfnis zu haben, ihrem Gegenüber ihre seelische Not nahezubringen.

ASPEKTE DER GEDANKLICHEN VERARBEITUNG

- eigenartiges / verschrobenes (odd) Denken / ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse
- Nicht-wahnhafte Paranoia
- quasi-psychotischer Gedankengang ***

ASPEKTE DER IMPULSIVITÄT

- Suchtmittel-Abusus/Abhängigkeit
- sexuelle Devianz
- Selbstverletzung ***
- manipulative Suizid-Versuche ***
- andere impulsive Verhaltensmuster (z.B. Ladendiebstahl)

ZWISCHENMENSCHLICHE ASPEKTE

- Unfähigkeit, allein zu sein
- Gefühle des Verlassenwerdens / Verschlungenwerdens / Ausgelöschtwerdens ***
- Gegenseitige Abhängigkeit / ernsthafter Konflikt um Hilfe und Fürsorge
- Stürmische Beziehungsmuster
- Abhängigkeit / Masochismus
- Entwertung / Manipulation / Sadismus
- fordernde Grundhaltung / Anspruchshaltung ***
- ausgeprägte Regression während der Therapie ***
- Gegenübertragungsprobleme, «spezielle» Therapie-Beziehungen ***

BESONDERS TYPISCHE (PATHOGNOMONISCHE) SYMPTOME:

Die mit *** gekennzeichneten Eigenschaften bezeichnen jene Probleme, die in besonderer Weise typisch (=pathognomonisch) für Borderline-Patienten sind.

LITERATUR:

Zanarini MC et al. (1990): Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorder. American Journal of Psychiatry 147:161–167

Komorbidität (Begleitende Störungen)

Borderline-Störungen sind kein isoliertes Phänomen. Die Betroffenen haben meist noch eine ganze Palette anderer Probleme, die man in der Fachsprache «Komorbidität» nennt.
Die nebenstehende Tabelle zeigt, wie häufig andere Probleme sind. Beachten Sie, dass fast bei jeder Borderlinestörung auch eine Depression (Mood Disorder) oder eine Angststörung vorliegt. Dies hat wesentliche Auswirkungen auf den späteren Verlauf.

Begleitstörung	*%*
Depression (Mood Disorder)	*97 %*
Sucht (substance abuse disorder)	*62 %*
Posttraumatische Störung	*58 %*
Andere Angststörungen	*89 %*
Essstörungen	*54 %*

Langzeitverlauf: Borderline muss nicht Schicksal sein

«Der Verlauf einer Borderline-Störung ist in der Regel langwierig bis chronisch. Manche Patienten gleiten im Laufe ihrer Krankheit tatsächlich in eine ‹richtige› (schizophrene) Psychose ab. Die Prognose (Heilungsaussichten) ist eher ungünstig... Borderline-Störungen werden weiter zunehmen. Offensichtlich sind sie auch ein Teil-Ergebnis unserer gesellschaftlichen Entwicklung.»
(Prof. Dr. med. V. Faust)

Diese negative Einschätzung der Heilungsaussichten einer Borderlinestörung ist weit verbreitet. Umso ermutigender ist eine Längsuntersuchung von Borderline-Patienten, die von einem Team um Frau Prof. Mary Zanarini in Harvard durchgeführt und im renommierten «American Journal of Psychiatry» veröffentlicht wurde. Dabei zeigte sich, dass von 290 Patienten, die wegen einer Borderlinestörung stationär aufgenommen worden waren, nach 6 Jahren bei 202 von ihnen (= 70 %) diese Störung nicht mehr bestand.

Welches waren nun die Faktoren, die einen guten Verlauf erhoffen liessen? Die gebesserten Patienten hatten deutlich
— weniger Suchtprobleme,
— weniger posttraumatische Störungen,
— weniger Angststörungen und
— weniger Essstörungen
als die 88 Patienten, bei denen auch nach 6 Jahren weiterhin eine Borderline-Diagnose gestellt werden musste.

Hingegen fand sich auch bei denjenigen, die «remittiert» waren, in 69 % der Fälle eine depressive Erkrankung (mood disorder). Dies ist einer der Gründe, warum manche Autoren die Borderline-Persönlichkeitsstörung als eine spezielle Form der depressiven Erkrankungen betrachten, bei der eine besonders instabile Stimmungslage das Bild beherrscht.

LITERATUR:

Zanarini M.C. et al. (2010). Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A ten-year prospective follow-up study. American Journal of Psychiatry 167:663-667.

Fragebogen für Borderline-Störungen

ANLEITUNG:
Die folgenden Sätze umschreiben Gedanken, Gefühle und Erfahrungen, die manche Menschen häufiger als andere machen. Bitte lesen Sie jeden Satz durch und kreuzen Sie diejenige Antwort an, die für den Zeitraum der letzten Woche am ehesten für Sie zutrifft.

		Ja	Nein
1.	Ich habe nie das Gefühl dazuzugehören.	O	O
2.	Ich habe Angst, verrückt zu werden.	O	O
3.	Ich möchte mich selbst verletzen.	O	O
4.	Ich habe Angst, enge persönliche Beziehungen einzugehen.	O	O
5.	Oft scheint jemand zuerst großartig, doch dann werde ich von der Person enttäuscht.	O	O
6.	Menschen enttäuschen mich häufig.	O	O
7.	Ich habe den Eindruck, dass ich mit dem Leben nicht fertig werde.	O	O
8.	Es scheint lange her, seit ich mich zuletzt glücklich gefühlt habe.	O	O
9.	Ich fühle mich innerlich leer.	O	O
10.	Ich habe den Eindruck, dass mein Leben außer Kontrolle geraten ist.	O	O
11.	Ich fühle mich meistens einsam.	O	O
12.	Ich bin eine andere Person geworden, als ich sein wollte.	O	O
13.	Ich habe Angst vor allem Neuen.	O	O
14.	Ich habe Schwierigkeiten, mich an Dinge zu erinnern.	O	O
15.	Es ist schwer für mich Entscheidungen zu treffen.	O	O
16.	Ich habe das Gefühl, dass um mich herum eine Wand ist.	O	O
17.	Ich bin oft nicht ganz sicher, wer ich bin.	O	O
18.	Ich habe Angst vor der Zukunft.	O	O
19.	Manchmal habe ich das Gefühl auseinanderzufallen.	O	O
20.	Manchmal habe ich Angst, in der Öffentlichkeit ohnmächtig zu werden.	O	O
21.	Ich habe nie soviel erreicht, wie ich eigentlich könnte.	O	O
22.	Ich fühle mich, als würde ich mich selbst dabei beobachten, wie ich eine Rolle spiele.	O	O
23.	Meine Familie wäre besser dran ohne mich.	O	O
24.	Ich denke immer mehr, dass ich überall den „Kürzeren“ ziehe.	O	O
25.	Ich kann nicht sagen, was ich als nächstes tun werde.	O	O
26.	Wenn ich mich in eine Beziehung einlasse, fühle ich mich wie in einer Falle.	O	O
27.	Keiner liebt mich.	O	O
28.	Ich kann oft nicht unterscheiden, was wirklich passiert ist und was ich mir nur eingebildet habe.	O	O
29.	Die Menschen behandeln mich wie „ein Ding“.	O	O
30.	Manchmal kommen eigenartige Gedanken in meinen Kopf und ich kann sie nicht loswerden.	O	O

	Ja	Nein
31. Ich habe den Eindruck, dass mein Leben hoffnungslos ist.	O	O
32. Ich habe keinen Respekt vor mir selber mehr.	O	O
33. Ich scheine in einem Nebel zu leben.	O	O
34. Ich bin ein Versager.	O	O
35. Es macht mir Angst, Verantwortung für jemanden zu übernehmen.	O	O
36. Ich habe den Eindruck, dass ich nicht gebraucht werde.	O	O
37. Ich habe keine wirklichen Freunde.	O	O
38. Ich habe den Eindruck, dass ich mein eigenes Leben nicht im Griff habe.	O	O
39. Ich fühle mich in einer Menge unwohl (z.B. beim Einkaufen oder im Kino).	O	O
40. Ich habe Schwierigkeiten Freundschaften zu schließen.	O	O
41. Es ist zu spät zu versuchen, eine eigenständige Person zu werden.	O	O
42. Es ist schwer für mich, einfach still zu sitzen und zu entspannen.	O	O
43. Ich habe den Eindruck, als ob andere Menschen mich lesen könnten wie ein offenes Buch	O	O
44. Ich habe oft das Gefühl, dass jetzt gleich etwas geschehen wird.	O	O
45. Ich werde von Mordgedanken geplagt.	O	O
46. Ich fühle mich oft nicht sicher, ob ich eine wirkliche Frau (ein wirklicher Mann) bin.	O	O
47. Ich habe Schwierigkeiten, Freundschaften aufrechtzuerhalten.	O	O
48. Ich hasse mich selbst.	O	O
49. Ich habe oft Sex mit Menschen, die mir nichts bedeuten.	O	O
50. Ich habe Angst auf weiten Plätzen und Straßen.	O	O
51. Manchmal rede ich einfach, um mich zu überzeugen, dass ich existiere.	O	O
52. Manchmal bin ich nicht ich selber.	O	O

AUSWERTUNG

Zählen Sie die Anzahl Ja-Antworten.
Es ergaben sich folgende Mittelwerte:

Borderline-Patienten	23,87
Anpassungsstörungen	06,83
Psychotische Depression	22,67
Schizophrenie	16,00
Reaktive Depression	17,13
Persönlichkeitsstörungen	16,32

BEACHTE:

Der Fragebogen darf allein nicht die Grundlage für die Diagnose einer Borderline-Störung sein, aber ein hoher Wert ergibt zusammen mit dem klinischen Eindruck doch einen deutlichen Hinweis auf eine solche Störung.

Als zuverlässigstes Instrument gilt heute das 16-seitige Diagnostische Interview für das Borderlinesyndrom (DIBS-R), Beltz, Weinheim.

QUELLE: Conte H. R. et al. (1980): A Self-Report Borderline Scale. Journal of Nervous and Mental Disease 168:428–435.

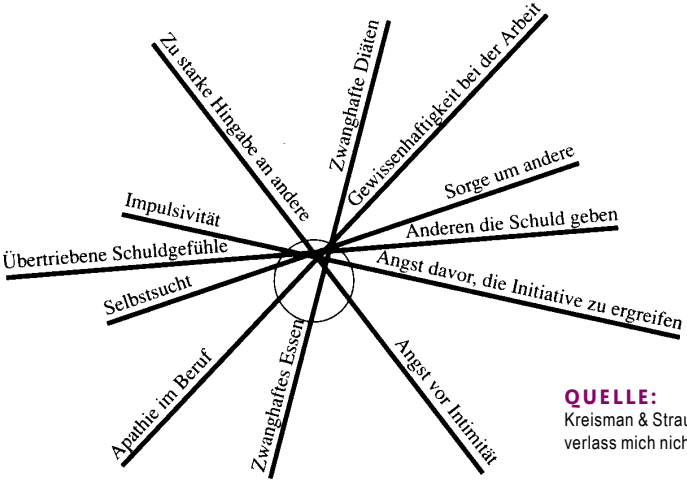
Missbrauch der Diagnose

Das Aufkommen der Borderline-Diagnose führte zeitweise dazu, dass alle Patienten, die vom Therapeuten als schwierig empfunden wurden, als «Borderliner» (abqualifiziert wurden. Dies ist besonders dort problematisch, wo eine behandlungsbedürftige Depression vorliegt, die dann nicht ausreichend behandelt wird. Reiser & Levenson (1984) haben folgende Formen des Mißbrauchs zusammengestellt:

- Ausdruck von Hass in der Gegenübertragung
- Verschleierung von unpräzisem Denken
- Entschuldigung für Therapie-Versager
- Rechtfertigung für therapeutische Zurückhaltung
- Abwehr gegenüber sexuellen Gesprächsinhalten
- Verhinderung einer medikamentösen Behandlung

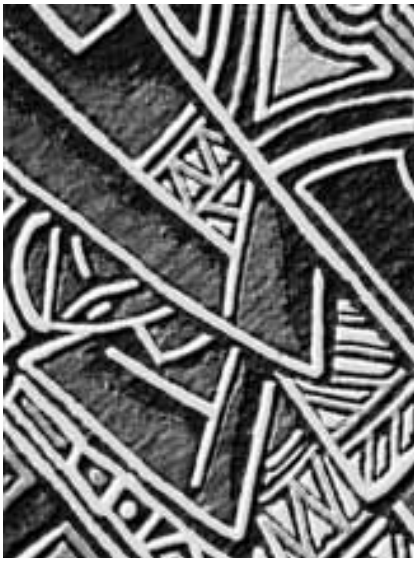
Schwarz-Weiß-Denken

Borderline-Persönlichkeiten neigen dazu, alles in Schwarz/Weiß zu sehen. Es gibt für sie wenig Zwischentöne. Entweder steht jemand ganz auf meiner Seite, oder er ist gefährlich für mich. Entweder fühle ich mich rundum wertvoll, oder ich bin überhaupt nichts wert. Oft finden sich auch in der Persönlichkeit derartige Widersprüche, zwischen denen die Betroffenen abrupt hin- und herschwanken. Die Abbildung zeigt einige der Gegenpole:



QUELLE:
Kreisman & Straus: Ich hasse dich – verlass mich nicht. Kösel.

Ursachen der Borderline-Störung



1. ERBLICHE ANLAGE (DISPOSITION) – gehäuftes Vorkommen schwerer psychischer Störungen in der unmittelbaren Verwandtschaft – gehäuft psychische Erkrankung beider Elternteile mit entsprechenden sozialen Folgen.

2. VERLUSTE IN DER KINDHEIT – gehäuft Vaterverlust durch Scheidung und Tod – häufiger Fremdplazierung, Adoption.

3. FAMILIEN-KONSTELLATION – schlechter organisiert, weniger Zusammenhalt – mehr feindseliger Konflikt.

4. TRAUMATISIERUNG IN DER KINDHEIT – 35 – 70 %, je nach Schweregrad – sexueller Mißbrauch – körperliche und emotionale Mißhandlung – Zeuge von elterlichem Streit.

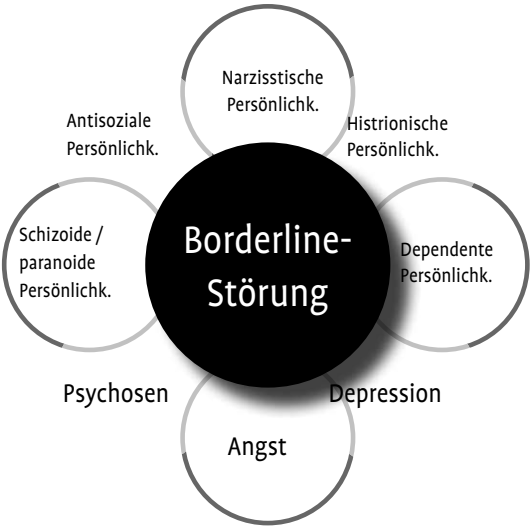
VORSICHT:
Obwohl sich in der Vorgeschichte vieler Borderline-Persönlichkeiten eine Traumatisierung in der Kindheit findet, lassen sich daraus zwei Dinge nicht ableiten:

a) ***Nicht jede Traumatisierung in der Kindheit führt zu einer Borderline-Störung.***

b) ***Nicht jede Borderline-Persönlichkeit weist in der Kindheit eine Traumatisierung auf.***

Verwandte Persönlichkeitsstörungen

Oft ist es in der Psychiatrie nicht einfach, eine klare Diagnose zu stellen. Gerade die Borderline-Störung ist so schillernd, dass sie in ein und derselben Person auf ganz unterschiedliche Weise zum Ausdruck kommen kann. Die Berührungspunkte zu Depression, Angst und Psychose wurden schon dargestellt. Dazu kommen verschiedene Persönlichkeitsstörungen, die ähnliche Eigenschaften zeigen können, wie sie bei Borderlinestörungen auftreten:



▶ **HISTRIONISCHE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN:**
Auch hier trifft man das Verlangen nach Aufmerksamkeit, manipulatives Verhalten und rasch wechselnde Stimmungen. Borderline-Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich durch die Selbstzerstörung, zornige Ausbrüche in nahen Beziehungen und chronische Gefühle von tiefer Leere und Einsamkeit.

▶ **SCHIZOTYPE UND PARANOIDE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN** zeigen zwar auch paranoide Ideen und schwer nachvollziehbare Illusionen. Bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen gehen diese rasch vorbei und sind stärker von der aktuellen Beziehungs-Situation abhängig.

▶ **NARZISSTISCHE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN:** Auch hier kommt es zu rascher Kränkbarkeit durch kleine Auslöser, aber es fehlt die tiefe Angst vor dem Verlassenwerden, zudem auch die Selbstaggression und Impulsivität.

▶ **ANTISOZIALE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN** zeigen ebenfalls manipulatives Verhalten. Im Gegensatz zu Borderline-Patienten manipulieren sie jedoch, um Gewinn, Macht oder anderen materiellen Besitz zu erreichen. Borderline-Betroffene suchen eher die Aufmerksamkeit einer fürsorglichen Person.

▶ **ABHÄNGIGE (DEPENDENTE) PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN:** Auch hier besteht eine Angst vor dem Verlassenwerden; jedoch reagieren Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mit Gefühlen einer tiefen Leere, Wut und Forderungen, während dependente Menschen mit zunehmender Beschwichtigung und Unterwerfung reagieren, um bald wieder in eine haltende Beziehung zu gelangen. Zudem fehlt das typische Muster der Instabilität von Borderline-Patienten.

Psychotische Durchbrüche

Unter Stress kann es bei Borderline-Patienten zu psychoseartigen Erlebnissen kommen. Diese dauern nur kurz und dürfen nicht mit einer Schizophrenie gleichgesetzt werden. Zwei Beispiele sollen diese Form von psychotischen Durchbrüchen illustrieren:

A) PARANOIDE BESCHULDIGUNGEN GEGEN UMGEBUNG

Elisabeth, eine 29-jährige Sozialarbeiterin, verheiratet mit einem Sozialarbeiter, 2 Kinder, allgemein stürmische Ehebeziehung. Nach einem Ehestreit zieht der Ehemann aus dem gemeinsamen Schlafzimmer aus und schläft im Büro. Die Frau bleibt allein zurück, mit einem zunehmenden Gefühl der Verlassenheit und Hoffnungslosigkeit. Zuerst fällt sie in einen unruhigen Schlaf.

Nachts um 2 Uhr steht sie wieder auf, vor Horror versteinert in der Gewißheit: «Mein Mann will mich umbringen». Sie rennt im Nachthemd durch die Straßen, schreit laut um Hilfe, findet schließlich in panischer Angst eine Telefonzelle, von wo sie die Polizei anruft, die bei einem Augenschein den Ehemann wirklich im Büro antrifft, selbst sehr deprimiert, ohne Anzeichen für eine begründete Angst der Patientin.

B) VORÜBERGEHENDE WAHRNEHMUNGS- UND ERLEBNISSTÖRUNG

Dagmar, eine 27-jährige, erfolgreiche und gutaussehende TV-Journalistin, alleinerziehende Mutter einer 5-jährigen Tochter, wird von ihrem Ex-Mann, einem Möbel-Designer, bedrängt, ihm das Kind für drei Wo-

ABBILDUNG: Dieses Bild einer jungen Frau mit einem Borderline-Syndrom illustriert eindrücklich die Angst vor dem psychotischen Verschlungen-werden. Es wurde gemalt nach einer Begegnung mit ihrem Vater, der sich vor Jahren von ihrer Mutter hatte scheiden lassen und der ihr in der Kindheit oft sehr gewalttätig begegnet war.

▶ *Fortsetzung Seite 14*

Fortsetzung von S. 13: Psychotische Durchbrüche

chen in die Ferien zu geben.

Er wolle es zusammen mit seiner neuen Freundin mit in den Urlaub nach Gran Cana ▶ ria nehmen. Doch die Kleine möchte nur mit ihrem Mami in die Ferien. Dagmar hat eine intensive Auseinandersetzung mit ihrem Ex-Mann. Es brechen wieder intensive Erinnerungen an die Zeit mit ihm auf. Sie kann nicht mehr schlafen, hat plötzlich wieder das Reissen nach Drogen, sieht die ganze Umgebung «wie durch Zellophan» und entwickelt panische Angst.

Nach der Klärung des Konflikts und unter der kurzfristigen Behandlung mit einem antipsychotischen Medikament beruhigt sie sich innerhalb weniger Tage und ist wieder in der Lage, ihre anspruchsvolle Aufgabe mit ihrem bekannten Lächeln am Bildschirm zu erfüllen.

Meist lassen sich psychotische Episoden durch klärende Gespräche, eine allgemeine Beruhigung der Situation und durch medikamentöse Unterstützung wieder auffangen.

BEACHTE:

In den beiden Fallbeispielen bestand eine vorbestehende (prämorbide) Persönlichkeit mit emotionaler Instabilität. Beide haben aber das Leben erstaunlich gut gemeistert. Beide leben in spannungsgeladenen Paarbeziehungen. Der akute Stress von Auseinandersetzungen führte schließlich zur Dissoziation, zur psychotischen Entgleisung.

Die Malerin des Bildes erlebte durch die Begegnung mit ihrem Vater ein Wiederaufflammen der schweren emotionalen Wunden ihrer Kindheit, die sie emotional nicht mehr verkraften konnte. Meist lassen sich solche psychotische Episoden durch klärende Gespräche, eine allgemeine Beruhigung der Situation und durch medikamentöse Unterstützung wieder auffangen.

Borderline und Sexualität

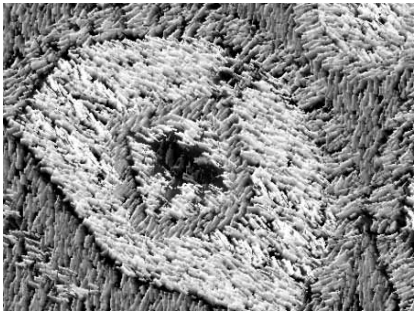
Neben vielen anderen Bereichen ist bei Borderline-Patienten die Sexualität in besonderem Masse betroffen. Die folgenden Zitate sind abgewandelte Aussagen von betroffenen Frauen:

«Der einzige Weg, wie ich mir Beziehungen erkaufen kann, geht über meinen Körper. Obwohl ich mich selbst häßlich finde, sagen mir die Männer immer wieder, wie attraktiv ich sei. Schon als Teenager haben sie ständig versucht, mich zu begrapschen. Meinen einzigen Orgasmus hatte ich beim Petting mit 17, danach nie mehr. Ich verachte mich für meine ständig wechselnden Beziehungen. Einerseits ist es ein Gefühl der Macht, Männer anmachen zu können, andererseits will ich gar keinen Sex, nur Nähe und Geborgenheit. Aber ich glaube, um Liebe zu erhalten, muss ich alles tun, was die anderen wollen, sonst verlassen sie mich.»
(eine 35-jährige geschiedene Frau)

«Ich habe so einen Mangel an Zärtlichkeit, dass ich mich gar keinem Mann zuwenden kann, obwohl dies längst mein Wunsch ist. Denn Männer habe ich noch nie zärtlich und liebevoll erlebt. Das erste Mal wurde ich von meinem Halbbruder vergewaltigt und später ließ ich alles willenlos über mich ergehen, obwohl ich es gar nicht wollte.»
(eine 30-jährige ledige Hilfspflegerin)

«Sexualität habe ich schon früh erlebt, zu früh, durch den Freund meiner Mutter. Sie schimpfte mich immer an, weil ich ihren Wünschen nach einer neuen Karriere im Wege stand. Er hingegen war zärtlich zu mir, zu zärtlich . . . Ich hatte ein paar Männerbeziehungen, aber ließ einfach mit mir geschehen, was sie wollten. So war ich wenigstens nicht allein. Heute lebe ich mit einer Frau zusammen. Ich weiß nicht, ob ich lesbisch bin, aber das kommt ganz darauf an, wer mir gerade Liebe gibt.»
(Die heute 38-jährige Tochter einer Schauspielerin)

«Mit meinem Mann habe ich eigentlich eine gute Beziehung, auch im sexuellen Bereich. Aber als ich diese Krise hatte, da verlor ich jeden inneren Halt. Ich wollte sterben, oder hinaus auf die Straße, um Drogen einzukaufen. Mein Körper schrie nach Zuwendung, aber meinen Mann stieß ich von mir. Ich wanderte nachts ziellos durch die Straßen, bis in die Rotlichtviertel – und es wäre mir egal gewesen, mit irgendjemandem in die Wohnung mitzugehen.»
(eine 32-jährige Pfarrfrau während einer Borderline-Krise)



Selbstverletzung

FORMEN DER SELBSTVERLETZUNG
bei 240 Frauen

Schnitte	72 %
Hautverbrennungen (z.B. mit Zigaretten)	35 %
Schlagen von Körperteilen	30 %
Verhindern der Wundheilung	22 %
Kratzen	22 %
Haar-Ausreißen	10 %
Knochenbrüche	8 %

VERLETZTE KÖRPERTEILE:
Arme, spez. Unterarme und Handgelenke (74 %), Beine (44 %), Bauch (25 %), Kopf (23 %), Brust (18 %), Geschlechtsteile (8 %).

(nach Favazzo & Conterio 1989)

«Schneid-Sucht»

Langsam schleicht sich
der Gedanke bei mir ein.
Zuerst leise, dann immer lauter.
Schneide dich,
und es wird den Schmerz, der in dir
ist, übertönen.
Das hämische Gelächter
läßt mich nicht mehr los,
bis ich tief verletzend
mich geschnitten habe... *

* Auszug aus dem Gedicht einer betroffenen Patientin

Selbstverletzungen sind bei Menschen mit Borderline-Störungen häufig, doch sie erfolgen in der Regel nicht als Suizidversuch. Vielmehr dienen sie den Betroffenen dazu, «sich selbst zu spüren». Häufig erleben die Betroffenen vor der Selbstverletzung einen intensiven inneren Konflikt, die Erinnerung an belastende Ereignisse, eine Enttäuschung oder eine aktuelle neue seelische Verletzung. Sie berichten häufig, dass sie sich dann nicht mehr spüren, ja Angst haben, sich zu verlieren (Dissoziation, Depersonalisation). Dieses Gefühl der Taubheit und der Entfremdung kann auch als Schutz dienen, unter dem intensiven seelischen Schmerz nicht zu zerbrechen. Allerdings kann sich das Muster suchtartig verselbständigen, sodass es oft auch ohne die ursprünglichen Auslöser auftritt. Dabei spielen zwei Faktoren eine Rolle:

a) Entlastung: Die Selbstverletzung mindert den seelischen Schmerz;

b) Manipulation: Sie merken, dass sie mit ihrer Selbstverletzung die Umgebung (Eltern, Vorgesetzte, Betreuer) in Alarm versetzen und etwas erreichen können.

Historische Aspekte der Selbstverletzung

Aus der Geschichte sind Beispiele von Selbstverletzung (SV) bekannt. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Selbstverletzungen, die Bewunderung einbrachten und sozial akzeptiert wurden, und denjenigen, die auf Ablehnung stießen. Sozial akzeptiert wurden historisch SV-Handlungen oft aus religiösen Motiven:

Indianische Krieger ritzen sich blutig, um Regen zu erbitten; Hindus lassen sich an religiösen Festen in Trance Speere durch die Wangen stecken und Haken an die Brust hängen, um ihren Göttern zu gefallen; im Mittelalter zogen «Flagellanten» durch Europa, die sich öffentlich geißelten, um für die Sünden des Volkes Buße zu tun und die Pest abzuwehren.

UNTERSCHIEDE ZUR SELBSTVERLETZUNG HEUTE

VERGLEICHE:

- SV wird vor allem von jungen Frauen praktiziert
- SV wird in einem Zustand erhöhter emotionaler Erregung begangen
- Das Ziel ist es, einen anderen Bewußtseinszustand oder eine Stimmungsveränderung zu erreichen.
- Es gibt einen wichtigen öffentlichen Faktor bei SV-Handlungen: Die sich selbst verletzende Person zeigt ihre Wunden in der Öffentlichkeit, und die Gesellschaft reagiert darauf, indem sie gleichzeitig für die SV-Person sorgt, sie beschützen will, aber sie auch kritisiert und abwertet.
- Oft wird die SV-Person für nicht voll verantwortlich betrachtet, weil sie entweder in Trance (Mittelalter) oder in Dissoziation (heute) ist.

UNTERSCHIEDE:

1. Die selbstverletzende Person im Mittelalter wurde geprägt durch das Bild vom gekreuzigten Christus, während die moderne Person durch das Bild des missbrauchten Kindes verfolgt wird.

2. Das Ziel der mittelalterlichen Askese bzw. SV war es, die geistigen Hindernisse und die fleischlichen Lüste zu kreuzigen, die die Person von der mystischen Einheit mit Gott abhielten. ***Das moderne Ziel*** ist es hingegen, zerstörerische Bilder und quälende Erinnerungen zum Verschwinden zu bringen, die eine Person daran hindern, einen friedlichen Seelenzustand zu erreichen.

(nach Kroll, 1993)

Therapeutisches Vorgehen bei Selbstverletzung

A. BEZIEHUNG AUFBAUEN UND ERHALTEN

- Verständnis zeigen
- Ruhig bleiben
- Umdeutung (Reframing) der Selbstverletzung als Ausdruck von Gefühlen
- Vermeiden von Drohungen und Versprechungen
- Grenzen setzen und einhalten
- Der Patientin die Verantwortung belassen
- In der therapeutischen Beziehung bleiben.

B. DIE GEWOHNHEIT DURCHBRECHEN

- Mit den «Entzugssymptomen» umgehen (z.B. Klavierspielen statt Schneiden).
- «Notfall-Mittel» anwenden lernen (siehe unten).
- Die Entschlossenheit zur Veränderung verstärken.

C. VERÄNDERUNGEN AUFRECHT ERHALTEN

- Belohnung für neues Verhalten
- Verminderung der Medikation
- Lösen von emotionalen Konflikten in reiferer Form
- Umgang mit Manipulation
- Trainieren von Nähe und Distanz ohne Selbstverletzung.

(nach Tantam & Whittaker, 1992)

«Notfall-Mittel»

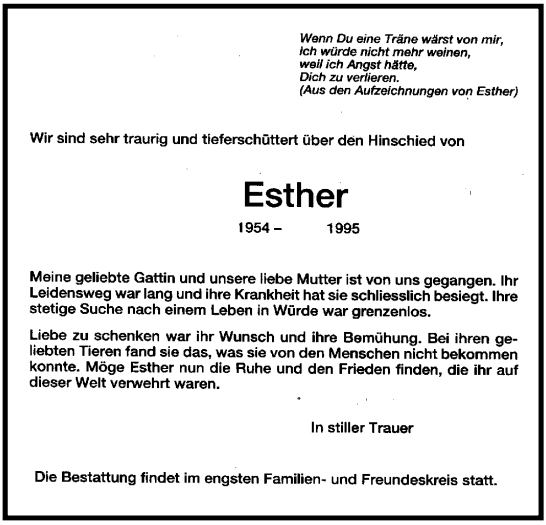
Foto: Hammann, mit freundlicher Genehmigung

Man kann sich intensive schmerzhafte Reize zufügen, ohne dabei bleibende Verletzungen zu hinterlassen, die sich in hässlichen Narben äußern würden. Das obige Bild zeigt die Sammlung solcher Mittel, die in der Klinik Sonnenhalde auf der Abteilung bereit gehalten werden. Dazu gehören folgende Mittel: ein Stachelball, intensiv riechendes «Tiger-Balsam», würzig-scharfe Chilisauce, ein Vereisungs-Spray und Bonbons vom Typ «Fisherman's Friend».

Die Anwendung helfen den betroffenen Patienten zur Spannungsreduktion, zur Beruhigung und zum «Distanznehmen» oder zum «Bei-mir-Sein» – einem Zurückfinden zur Gegenwart. Diesen Vorgang nennt man auch «Achtsamkeit». Die Fähigkeit, auf diese Weise eine Selbstverletzung zu vermeiden, ist Teil der «Dialektisch-Behavioralen Therapie» nach Linehan (vgl. S. 32 – 33) und wird in so genannten Skills-Gruppen vermittelt. Wenn emotional instabile Patienten diese Fähigkeit lernen, können sie den gefährlichen Impulsen besser widerstehen.

Suizidalität

Suizidalität ist die wohl schwerste Auswirkung von Borderlinestörungen. Etwa 10 bis 20 Prozent wählen diesen Weg. Oft ist die Verzweiflung über die innere Leere, die Erinnerung an schmerzliche Erfahrungen und die Angst vor erneuten Verletzungen so überwältigend, dass die Betroffenen keinen anderen Ausweg mehr sehen können.



Wenn Du eine Träne wärst von mir,
Ich würde nicht mehr weinen,
weil ich Angst hätte,
Dich zu verlieren.
(Aus den Aufzeichnungen von Esther)

Wir sind sehr traurig und tieferschüttert über den Hinschied von

Esther

1954 – 1995

Meine geliebte Gattin und unsere liebe Mutter ist von uns gegangen. Ihr Leidensweg war lang und ihre Krankheit hat sie schliesslich besiegt. Ihre stetige Suche nach einem Leben in Würde war grenzenlos.

Liebe zu schenken war ihr Wunsch und ihre Bemühung. Bei ihren geliebten Tieren fand sie das, was sie von den Menschen nicht bekommen konnte. Möge Esther nun die Ruhe und den Frieden finden, die ihr auf dieser Welt verwehrt waren.

In stiller Trauer

Die Bestattung findet im engsten Familien- und Freundeskreis statt.

SUIZIDALITÄT ALS HERAUSFORDERUNG AN DIE HELFER

Die häufigen Suiziddrohungen und die ernsthaften Versuche können für Angehörige und Helfer sehr belastend sein. Sie sind hin- und hergerissen zwischen innerem Alarm und Sorge um die betroffene Person und der Unmöglichkeit, ständig die Verantwortung für deren Leben zu übernehmen. Oft entwickeln sich Erschöpfung und Rückzug bei den Betreuern, was ihnen dann wieder als Im-Stich-lassen ausgelegt wird.

Bei einer ernsthaften Suizidalität ist eine Hospitalisation oft der einzige Weg zur Entlastung. Somit überrascht es nicht, dass bei einer Hospitalisation in den meisten Fällen Suizidalität oder ein Suizidversuch der Anlass für die Einweisung waren (vgl. Studie auf Seite 24). Manchmal sind diese Aufenthalte nur kurz, weil die Suizidalität bereits nach kurzer Zeit wieder abklingt.

> «Ich weiss nicht, ob ich je den Platz finde, wo ich hingehöre, wenn es denn diesen Platz für mich überhaupt gibt. Ich werde wohl erst nach meinem Tode endlich Ruhe finden.»
>
> *aus dem Brief einer jungen Frau*

Marilyn Monroe
– ein klassisches Beispiel

Die bekannte Schauspielerin Marilyn Monroe (1926 - 1962) verkörperte wie kaum eine Figur des öffentlichen Lebens die Problematik von Borderline-Persönlichkeitsstörungen.

Norma Jean, so ihr bürgerlicher Name, wurde als uneheliches Kind einer Frau geboren, die den größten Teil ihres Lebens in einer psychiatrischen Klinik verbringen musste. Die Großmutter, bei der sie zuerst lebte, war ebenfalls psychisch krank und mißhandelte das kleine Mädchen. Marilyn wurde von einer Pflegefamilie zur nächsten weitergereicht. Immer wieder erhielt sie das Gefühl vermittelt, sie sei unerwünscht, verachtenswert und schon als Kind allenfalls als Sexualobjekt wertvoll zu sein. «Das Kind . . . mußte sowohl unerbittlich sittenstrenge Personen als auch laszive, lüsterne Männer ertragen.»

Bereits mit neun Jahren wurde sie von einem Untermieter einer Familie sexuell mißbraucht. Als sie davon ihrer Pflegemutter zu berichten wagte, schlug ihr diese ins Gesicht, als Strafe, weil sie «einen so anständigen Mann» mit so etwas Schlimmen in Verbindung brachte. Auch in späteren Jahren wurde sie immer wieder Opfer von Anzüglichkeiten und sexuellen Übergriffen durch Jungen ihres Alters.

Während sie in manchen Familien übermäßig streng gehalten wurde, gab man ihr in anderen Familien fast zuviel Freiheiten. In einer Familie wurde sie jeden Samstag ins Kino geschickt. «Hier verstrickte sich das Kind in eine Phantasiewelt, hier entstand die Frau, die später alles von sich wies, was sie in irgendeiner Form mit jener Norma Jean ihrer Kindheit in Berührung brachte.

. . Im Vordergrund all dieser Kindheitsjahre stand . . . ihr Trauma, vollkommen wertlos zu sein, respektlos behandelt zu werden, nicht würdig zu sein zu existieren, unter Liebesentzug leiden zu müssen . . . Es ist nicht verwunderlich, dass dieses Kind mit dem Wort Liebe nichts anzufangen wusste und zu einer Frau heranwuchs, die zwar begehrenswert war, aber doch zurückhaltend und verwundbar blieb, so dass ihr die Männer keine Hilfe waren, auch wenn sie sie noch so sehr bewunderten.»

Auch später, als sie längst zum begehrten Sex-Symbol und Filmstar geworden war, «blieb sie ein herrenloses Gut, war eine Heimatlose. In ihren Rollen spielte Marilyn Monroe immer die Kreatur, die um Verständnis fleht, die Gehorsam erweist und dabei lächerlich gemacht wird.»

Einmal für den Film entdeckt, wurde sie regelrecht für den Publikumsgeschmack aufgepeppt: Blondfärbung der Haare, Zahnkorrektur, Schönheitschirurgie, und immer lächeln. . . Sie ging drei Ehen ein, und fand

Marilyn Monroe
– ein klassisches Beispiel

doch keine Erfüllung. Sie lehnte sich gegen die Filmbosse auf und erstritt sich ihre Rechte, selbst Drehbücher und Regisseure auszuwählen.

Und doch lebte sie in ihrem ständigen Minderwertigkeitsgefühl, und trug ständig intellektuelle Bücher mit sich herum, die sie offenbar kaum verstand. Sie "unternahm alle möglichen Versuche, die schulischen, sozialen und kulturellen Mängel ihrer Kindheit zu beseitigen. Ihr Wille, Nichterlerntes nachzuholen, war sehr ausgeprägt.»

Trotz vieler Erfolge holten sie die Entbehrungen der Kindheit immer wieder ein. «Die Folge waren neue Qualen, neue Pein und Hoffnungslosigkeit, obwohl die Leinwandperson eine Figur hätte sein sollen, hinter der man sich hätte verbergen können. Um Furcht und Qualen zu verdrängen, um das wahre Ich abzutöten, griff Marilyn in ihrer Not zu unzähligen Barbituraten und zu großen Mengen Alkoholika, für gewöhnlich Champagner oder Wodka. Diese Frau kämpfte mit sich selbst, mit ihrem Ich. Sie hatte gehofft, durch das Leinwandimage das Gefühl der Wertlosigkeit zu verlieren, doch genau das Gegenteil trat ein.»

Todeswünsche, suizidale Impulse und Suizidversuche begleiteten sie ihr Leben lang. In einem Gedicht äußerte sie einmal: «Help Help Help, I feel life coming closer, when all I want is to die» («Hilfe Hilfe Hilfe, ich spür das Leben näher kommen, wenn ich doch nur noch sterben möchte!»)

Sie suchte Hilfe in der Psychoanalyse und in stundenlangen Telefonaten mit allen möglichen Leuten. Sie sprach davon, in zwei Personen gespalten zu sein, die des sexy Mega-Stars Marilyn und die andere der kleinen zu kurz gekommenen Norma Jean, die so vieles nachzuholen hatte. In einem Interview sagte sie: «Ich habe das Gefühl, ich stehe neben mir. Ich fühle und höre, aber ich bin es nicht wirklich.» Viele ihrer exzentrischen Szenen entsprangen einer tiefen Angst. In ihrem Notizbuch fanden sich folgende Worte: «Wovor fürchte ich mich? Ich weiß, dass ich spielen kann. Doch ich habe Angst, sollte aber keine Angst haben.» Ihre raschen Stimmungsschwankungen, ihre Reizbarkeit, ihre Gefühlsausbrüche und ihre hysterischen Anfälle waren bekannt und

> **«Help, help, help, I feel life coming closer, when all I want is to die.»**
>
> *Marilyn Monroe*

gefürchtet. Die Last wurde ihr zunehmend zu schwer: «Immer wieder wurden in ihrem Leben jene Situationen ihrer Kindheit heraufbeschworen, die zu seelischen Schocks geführt hatten. Mit Hilfe von Alkohol, Medikamenten und Drogen versuchte sie verzweifelt, jene quälenden Bilder zu verdrängen, die ihr regelmäßig das Gefühl der Verlassenheit gaben, das Gefühl, wertlos und ungeliebt zu sein.» Sie starb schließlich mit nur 36 Jahren an einer Überdosis von Medikamenten und Alkohol. In der Hand hielt sie noch den Telefonhörer.

ZITATE aus dem Buch von Joan Mellen: Marilyn Monroe. Ihre Filme – ihr Leben. München, Heyne 1983.

Multiple Persönlichkeit (MPD) oder Dissoziative Identitätsstörung (DID)

Die Störung mit multipler Persönlichkeit (MPD = Multiple Personality Disorder) ist eine sehr seltene Störung der Persönlichkeits-Identität. Nach der neuen Klassifikation der DSM-IV wird sie heute als ***Dissoziative Identitätsstörung*** bezeichnet.

Zur Diagnose der MPD sind zwei Voraussetzungen wichtig: Die erste beschreibt die Existenz von zwei oder mehr Personen oder Persönlichkeitszuständen innerhalb einer Person (jede mit einem eigenen, relativ überdauerndem Muster, die Umgebung und sich selbst wahrzunehmen, sich auf sie zu beziehen und sich gedanklich mit ihnen auseinanderzusetzen). Die zweite Voraussetzung fordert, dass mindestens zwei dieser Persönlichkeiten oder Persönlichkeitszustände wiederholt volle Kontrolle über das Verhalten des Individuums übernehmen.

Diese Phänomene führen dazu, dass eine «Person» (bzw. ihr Körper) gelegentlich etwas sagt, fühlt oder macht, das sie selbst nie tun würde. Häufig besteht für den Zeitraum der Kontrolle durch eine andere «Person» oder einen Persönlichkeitsanteil eine völlige oder teilweise Erinnerungslücke. Die Diagnose der Störung wird kompliziert durch die Mannigfaltigkeit der Symptome ,die auch körperliche Beschwerden miteinschließen. Die Instabilität des Persönlichkeitsausdrucks ist eine besonders dramatische Ausprägung der Phänomene, die bei der Borderline-Persönlichkeit beobachtet werden.

Als Ursache dieser Identitätsstörung wird heute eine langandauernde überwältigende psychische und physische Traumatisierung (z.B. schwerer sexueller Mißbrauch) mit Beginn in der frühen Kindheit angenommen. Es kommt zur Abspaltung (Dissoziation) dieser unerträglichen Erlebnisse in weniger zugängliche Bewusstseinsbereiche.

WER BIN ICH?

«Ich bin eine begabte Pianistin, ich lese gern und viel, ich bin jemand, die Kuscheltiere liebt, die gerne kocht, ABER bin ich auch diejenige, die 8000.— Euro Schulden hat, ja, die auf den Strich geht? Vielleicht drogenabhängig?
Ich bin diejenige, die behauptet, dass ihre Eltern schreckliche Sachen mit ihren Kindern tun, aber ich bin auch diejenige, die behauptet, dass nichts passiert ist. Wer bin ich?»
(eine junge Frau)

Die Therapie

Die Therapie erstreckt sich gewöhnlich über viele Jahre, das Ziel ist die Reintegration oder bessere Kooperation der «Personen» bzw. Persönlichkeitsanteile. Therapieerfolge werden von den unterschiedlichsten Therapierichtungen beschrieben.

Für christliche Therapeuten liegt eine Gefahr in der Überinterpretation (z.B. zu schnelle okkult-dämonische Zuordnung) der eindrücklichen Phänomene.

EIN MODELL DER ENTSTEHUNG VON ABGESPALTENEN «PERSONEN»

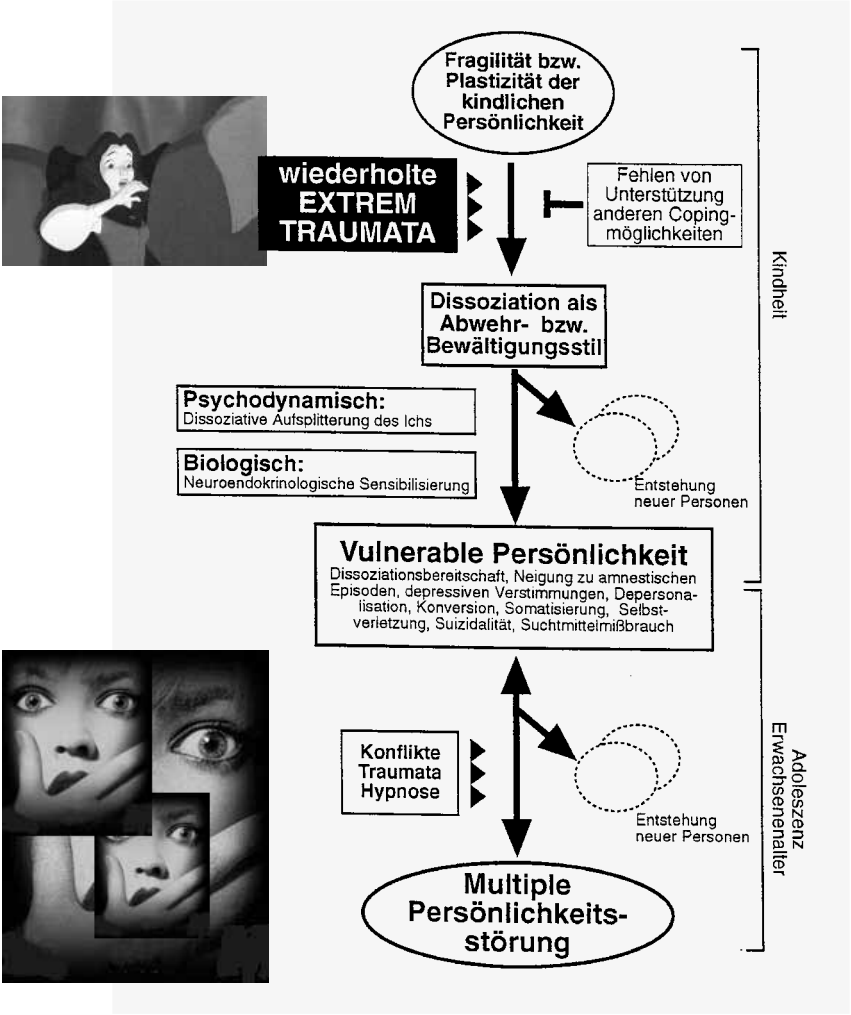


ABBILDUNG AUS: Pfeifer et al (1994). Störung mit multipler Persönlichkeit. Darstellung von zwei Fällen und Entstehungsmodell. Nervenarzt 65:623-627.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR:

- Friesen J.G.: Uncovering the mystery of MPD. Here is Life Publishers.
- Huber M.: Multiple Persönlichkeiten. Fischer.
- Pfeifer S.: Multiple Persönlichkeitsstörung. Kapitel 7, in «Die zerrissene Seele. Borderline und Seelsorge», Brockhaus Verlag

Erfahrungen bei der Hospitalisation

Die folgenden Tabellen entstammen einer Übersichtsarbeit, die die Befunde von 39 Patienten zusammenfasst, die wegen einer Borderline-Störung hospitalisiert werden mussten. Da Mehrfachnennungen möglich waren, ergibt sich nicht immer die Summe von 39.

UNMITTELBARER ANLASS
für die Hospitalisation waren in 32 Fällen Suizidalität oder ein Suizidversuch, in drei Fällen psychotische Phänomene, in vier Fällen andere Gründe.

EINWEISUNGSSITUATION BEI 39 PATIENTEN

Soziale Trennungserlebnisse innerhalb der letzten 6 Monate	12
Trennung befürchtet	8
Nicht zu bewältigender sozialer Konflikt	16
Krise durch Isolation / Einsamkeit	11
Überwältigende Angst	7
Depression	10
Unerträgliches Leeregefühl	2

HAUPTPROBLEME DER STATIONÄREN BEHANDLUNG

Spaltungsmechanismen	18
Kampf um "Rahmen"	13
Anhaltende Suizidalität	13
Depression	10
Regressive Tendenzen	17
Fehlender sozialer Rahmen	12
Suchtaspekt	10
Zurückgezogenheit, Kontaktarmut	5
Impulsdurchbrüche, Aggressivität	5

HAUPTAKZENTE DER BEHANDLUNGSSTRATEGIEN

Konfrontation mit Spaltungen und Widersprüchen	17
Paargespräche	9
Klärung und Hilfe bei sozialen Problemen	15
Depressionsbehandlung (medikamentös)	10
Setzen eines zeitlichen Rahmens	6
Klärung der Beziehungen zwischen aktuellen Konflikten und Symptomen	6
Herstellen eines empathischen Kontaktes (bei sehr misstrauischen Pat)	4
«Trauerarbeit»	2

QUELLE: Pfitzer, F., Rosen, E., Esch, E. & T. Held (1990) Stationäre psychiatrische Behandlung von Borderline-Patienten. Der Nervenarzt 61:294-300.

SITUATION ZUM ENTLASSUNGSZEITPUNKT

jetzt in ambulanter Psychotherapie	10
bemüht sich um ambulante Therapie	5
sucht Facharzt für Psychiatrie/ Psychotherapie auf	10
keinerlei Behandlung	14
neue berufliche Perspektive	10
neue Bezugsperson aufgetaucht	8
Trennung vollzogen	8
Trennung rückgängig gemacht	2
Beziehungen geklärt	4
gebessert, «aufgetankt»	8
unverändert	8

VERABREICHTE MEDIKAMENTE BEI 39 PAT

Antidepressiva	15
Hochpotente Neuroleptika	8
Niederpotente Neuroleptika	14
Tranquilizer	4
Beta-Rezeptorenblocker	1
Keine Medikamente	10

Pharmakotherapie

Das Medikament gegen Borderline-Störungen gibt es nicht. Oftmals sprechen Patienten mit einem Borderline-Syndrom nicht oder nur ungenügend auf Medikamente an. Dennoch gibt es Situationen, wo Medikamente hilfreich sein können, um den Betroffenen das Leiden zu erleichtern. Hilfreich ist die Unterteilung der Symptomatik in drei Bereiche und dementsprechend auch die medikamentöse Behandlung:

Zielsymptomatik	*Neurotransmitter*	*Medikamente*
a) affektive Instabilität: Depression, Stimmungswechsel	Noradrenalin Serotonin	Klassische Antidepressiva Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI, SNRI)
b) vorübergehende psychotische Phänomene	Dopamin	Neuroleptika
c) impulsives, aggressives Verhalten.	Serotonin	Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)

Überlegungen zur Therapie

ZWEI BETRACHTUNGSWEISEN

Von außen betrachtet kann eine Borderline-Person beschrieben werden, die

1. wiederholtes, unangepaßtes Verhalten zeigt
2. die irgendwie genießt, was sie tut
3. die verantwortlich ist für ihr willentlich steuerbares Verhalten.

Von innen erlebt sich die Person wie folgt:

1. Als passiv Zuschauende/Teilnehmerin in dem destruktiven Strom des Bewusstseins, das sie nicht kontrollieren kann.
2. Sie hat eine begrenzte Wahrnehmung der Tatsache, dass ihr gegenwärtiges Erleben durch die übermächtigen Skripten der Vergangenheit geprägt wird.
3. Sie führt ihr Leben im subjektiven Gefühl des Zwangs und der Verzweiflung.

OPFER ODER VERANTWORTLICH?

Die Sprache des Willens ist auch die Sprache der Verantwortung. Sie betrachtet den Patienten als verantwortlich und interpretiert sein Versagen beim Verändern von Verhaltensweisen als Willensschwachheit.

Die Sprache des Zwangs entbindet den Patienten von seiner Verantwortung und betrachtet das Versagen als unwiderstehliche Impulse.

MÖGLICHER KOMPROMISS:

Man hat wohl keine volle Kontrolle über die Gedanken und Impulse, jedoch besteht eine Kontrollmöglichkeit beim Verhalten. Doch auch hier ergeben sich Grenzen: Einerseits kann man den Aufmerksamkeits-Fokus der Gedanken verschieben, andererseits lassen sich Handlungen unter Stress nicht immer voll steuern.

Die Sprache des Willens darf nicht die Sprache des Vorwurfs sein. Wir reden zwar von dem, was der Patient in der Therapie will, aber die Wirklichkeit der betroffenen Person ist natürlich komplizierter: Gewohnheiten, Triebe, Verletzbarkeit, Muster und Wahrnehmungen, die durch Erfahrungen geprägt wurden, das grundlegende Temperament, die genetische Mitgift, psychologische Abwehr, existentielle Verzweiflung – alle diese Elemente spielen in die komplexen Verhaltensmuster hinein, die der Therapeut anzusprechen versucht, und die wiederum durch die eigenen Wahrnehmungen und Vorstellungen des Therapeuten gesehen und gedeutet werden. (nach J. Kroll)

DAS DILEMMA DES THERAPEUTEN

Der Patient hat oft nicht die gleichen Ziele wie der Therapeut: Zuerst einmal möchte er seine Bedürfnisse durch den Therapeuten erfüllen. Er möchte eine weitere Arena und Gelegenheit, in der er alte Themen inszenieren kann. Der Patient wird seine bisherigen Muster auch in der Therapie wieder ausprobieren.

Der Therapeut hat andere Ziele:

- Dem Patienten durch Einsicht und den therapeutischen Prozess helfen, dass es zu einer Heilung kommt, ohne etwas von sich selbst zu geben.
- Bearbeitung der alten, störenden Muster, ohne diese selbst in der Therapie zu erleben. So kann Therapie zu einer Serie von Frustrationen, Anpassungen und gegenseitigen Enttäuschungen werden. Der Patient muss seinerseits seine neurotischen Ziele loslassen, Liebe und Respekt vom Therapeuten zu ergattern.
- Der Therapeut muss allmählich realisieren, dass seine therapeutischen Ziele der Einsicht und der konstruktiven Zusammenarbeit nicht den Zielen des Patienten entsprechen, dass er also gefordert wird, mehr als Logik und Interpretation zu geben: Der Patient möchte Engagement, nicht Situationsanalyse.

Aus diesem Widerstreit von Zielen und Methoden wächst ein Kompromiss, in dem beide Partner etwas von dem aufgeben müssen, was sie ursprünglich vorgesehen hatten. Dabei muss der Patient mehr aufgeben als der Therapeut.

DIE AUFGABE DES THERAPEUTEN

- Die alten Muster herausarbeiten, die das Leben bestimmen.
- Dem Patienten die alten Muster zeigen, ihn konfrontieren, ihm erkennen helfen, welche Auswirkungen diese Muster und die einschießenden Bewußtseinsströmen auf sein Leben hat.
- (Fallweise) herleiten der alten Muster aus Kindheitsverletzungen, negativen Erfahrungen und Reaktionen. Nicht immer ist es möglich, eine klare Ursache für die Verhaltensmuster in der Gegenwart zu finden. Nicht immer ist es gut für den Betroffenen, sich intensiv mit den alten Traumata zu beschäftigen.
- Mit dem Patienten in der Therapie ringen und den Versuchen des Patienten widerstehen, ihn zur Quelle von unvernünftiger Zuwendung und zum Teilnehmer im Ausagieren von alten Themen zu machen.
- Dem Patienten Bestätigung für seinen tiefen persönlichen Wert als Person geben und ihm/ihr erlauben, in gesunder Weise zu wachsen. Dies bedeutet, dass der Therapeut in der Therapie spürbar bleibt ohne allzu große Regression und ohne verführerische Ausbeutung zu erlauben, die die therapeutische Arbeit unterminieren würde.

Vier Bereiche der Therapie

	BEDÜRFNISERFÜLLUNG	WIEDERHOLEN ALTER THEMEN
Positiv	– Wertschätzung: Bestätigung und Freiheit. – Unterstützung und Ermutigung – Jemand haben, der fürsorglich ist – Trauern können – Neu-Fokussierung von Zorn – Rollenmodell	– Verbalisieren und Katharsis – Überprüfen von Vertrauensthemen – Kognitives Neuverpacken – Errichten von angemessenen Grenzen – Innere Kontrollüberzeugungen
Negativ	– Abhängigkeit – Erlösung / Rettung – Sexualisierung – Anspruchshaltung	– Ausagieren – Übernehmen der Opferrolle – Identifikation mit dem Aggressor – Ausweichen vor alten Denkschemata – Äußere Kontrollüberzeugungen

(nach Kroll, 1993)

Gruppentherapie

Gruppentherapie mit Borderline-Patienten stellt hohe Ansprüche und setzt erfahrene Gruppenleiter/innen voraus, die in der Lage sind, eine klare Struktur vorzugeben. Im Rahmen der Klinik Sonnenhalde wurde der Versuch einer solchen Gruppe gemacht (Fr. Dr. Schleising und Fr. Jonckers, lic.phil.). Dabei wurden folgende Punkte betont:

RAHMENBEDINGUNGEN

- Es nehmen nur Frauen teil, da sich manche durch die Anwesenheit männlicher Patienten sehr bedroht gefühlt hätten. Neben der Gruppentherapie musste auch eine Einzeltherapie gesichert sein.
- Struktur: durch klare Regeln, Teilnehmerzahl max 4 – 6.
- Klarer Anfang: Einleitung der Stunde durch das Lesen einer (immer gleichen) Kurzgeschichte, die in eindringlicher Weise aufzeigt, dass es immer notwendig ist, aufzustehen, auch wenn man gefallen ist, ja dass man sogar neue Wege gehen lernen kann.
- «Blitzlicht»: Alle können kurz einbringen, wie es ihnen aktuell geht, was es seit der letzten Stunde Neues gibt.
- Thema der Stunde wird von den Leiterinnen in Rücksprache mit den Teilnehmerinnen «erspürt» und festgelegt.
- Zum Schluss wird ein Feedback über die Gruppenstunde eingegeben.

DYNAMIK

Die Patientinnen kamen anfangs kaum aus sich heraus und waren sehr leiterzentriert. Immer wenn eine neue Teilnehmerin in die Gruppe kam, wurde die Gruppe bezugs des Themas um 1 bis 2 Sitzungen zurückgeworfen. Nach einer Einleitung durch die Leiterin gelang es den Patientinnen sich stärker auf

einander einzugehen. Als sich der Weggang einer Leiterin abzeichnete, war es sehr wichtig, das Thema «Abschied» zu erarbeiten.

HAUPTTHEMEN

- Alltagsprobleme
- Beziehungsprobleme
- autoaggressives Verhalten
- Rückzugstendenzen

VORTEIL DER GRUPPE

Die Patientinnen merkten, dass sie mit ihrer Instabilität und ihren Konflikten nicht allein waren. Manche gaben sogar an, sich hier freier zu fühlen, als in der Einzeltherapie. Die Gruppe wurde zum Halt und ermöglichte es auch, gemeinsam etwas zu unternehmen. Die Teilnehmerinnen lernten, vermehrt auf andere einzugehen, was für die Therapeutinnen wie ein Wunder war, auch wenn der Prozess lange dauerte. Die Häufigkeit von Selbstverletzungen ging deutlich zurück.

GEFAHR DER GRUPPE

Bei sehr instabilen oder narzisstisch kränkbaren Teilnehmerinnen bestünde die Gefahr, dass einzelne nicht mit der Realität umgehen könnten, dass sie im Mittelpunkt des Gesprächs stehen wollen und ihre Bedürfnisse nicht erfüllt würden. Solche Konstellationen könnten eine Gruppe sprengen.

▶▶

SPEZIELLE THEMEN

Die Teilnehmerinnen erarbeiteten miteinander Möglichkeiten, mit ihren Krisen umzugehen. Nachfolgend zwei Beispiele:

«KATASTROPHENLISTE»:

Jede Patientin erstellte sich eine individuelle Liste, was sie machen kann, wenn sie in einer emotional schwierigen Situation ist (vor allem bei Tendenz zur Selbstverletzung). Die Patientinnen müssen sich in den entsprechenden Situationen entscheiden, ob sie die Katastrophenliste zur Erleichterung benutzen oder nicht, d.h. sie übernehmen selbst die Verantwortung für sich. Betonung der Autonomie.

UMGANG MIT SUIZIDALITÄT:

Sehr lange waren konkrete Suizidgedanken im Raum, was für die Therapeutinnen zusammen mit der passiven Erwartungshaltung der Teilnehmerinnen ziemlich lähmend war (in diese Zeit fiel tatsächlich der Suizidversuch einer Patientin). Es wurde in intensiven Diskussionen ein Vertrag erarbeitet (vgl. S. 31). Danach ging das ständige Reden über Suizidgedanken schlagartig zurück und machte konstruktiveren Themen Platz.

Liste konstruktiver Aktivitäten («Katastrophenliste»)

1. Bezugsperson(en) aus meiner SOS-Telefonliste anrufen.
2. Mit anderen vertrauten Menschen Kontakt aufnehmen (per Telefon, Brief, Besuch).
3. In einem nicht-abzuschickenden Brief meine Wut, Enttäuschung, Frust usw. heraus lassen.
4. Tagebuch schreiben.
5. In einer sportlichen Tätigkeit (z.B. schwimmen) das “Ventil öffnen”.
6. Spaziergang oder Velotour machen und die Natur auf mich wirken lassen.
7. Entspannungs- (Duft) Bad nehmen und mich pflegen.
8. Mir etwas Gutes gönnen (z.B. einen guten Tee/Kaffee kochen, beruhigende Musik hören, Lesen, usw.).
9. Kreativ tätig sein (zeichnen, malen, mit Ton etwas gestalten, usw.).
10. Mit Kindern oder Tieren spielen.
11. .....
    (individuell zu ergänzen)

Beispiel für einen Therapie-Vertrag

PFLICHTEN DER MITARBEIT

Ich übernehme die Verantwortung, mir nicht das Leben zu nehmen, sondern in Krisen und in Situationen der Verzweiflung mich anhand der «Katastrophenliste» abzulenken und/oder Kontakt mit anderen Menschen, insbesondere mit meinen Bezugspersonen aufzunehmen. Ferner gebe ich zu Beginn der Gruppentherapie den Namen, Adresse und Telefonnummer meines(r) EinzeltherapeutIn an.

BEGRÜNDUNG

Ich bin mir darüber im Klaren

- dass niemand außer mir selber die Garantie für mein Leben übernehmen kann, auch nicht die GruppenteilnehmerInnen oder -leiterInnen
- dass die gemeinsame Arbeit an unseren Problemen nur möglich ist, wenn wir genügend Zeit und Kraft in den Gruppentreffen haben und nicht immer wieder in Frage stellen, ob wir weiterleben wollen (was allerdings nicht heißt, dass wir unsere Suizidalität verschweigen müssten oder gar nicht mehr zu den Gruppentreffen kommen dürften).
- dass wir uns sonst gegenseitig zu sehr belasten bzw. überfordern.

Dieser Vertrag gilt unserer eigenen Sicherheit sowie dem Schutz der Gruppe.

KONSEQUENZEN

Sobald ich merke, dass ich den Vertrag nicht mehr einhalten kann (z. B. wenn ich mich selbst verletze), setze ich mich mit dem(r) behandelnden EinzeltherapeutIn in Verbindung und entscheide mit ihm (ihr) über weitere Schritte.

Ich informiere die Gruppe (LeiterIn oder TeilnehmerIn) über den Grund meiner Abwesenheit (z. B. bei einem Spitalaufenthalt). Dies Verhalten darf ich auch von den anderen TeilnehmerInnen erwarten.

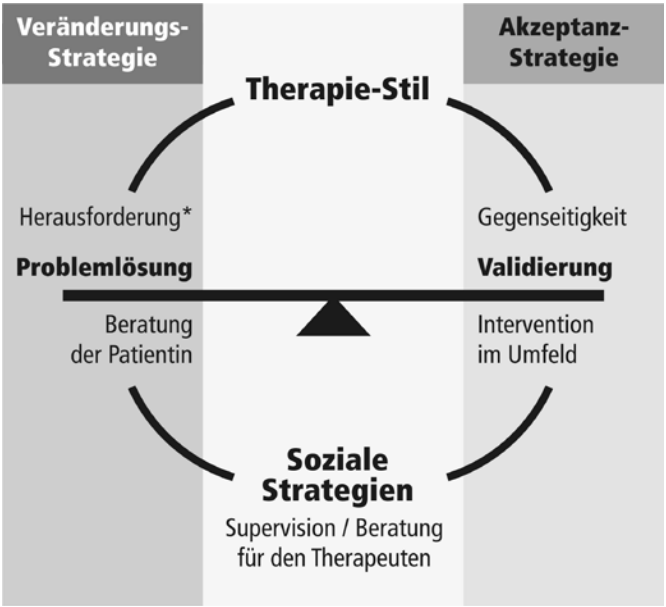
AUFGABE DER GRUPPENLEITERINNEN

Wir sehen unsere Aufgabe darin, durch die Gruppentherapie den ambulanten oder stationären TeilnehmerInnen einen Rahmen zu bieten, um ihre Alltagsprobleme auszutauschen und Ansätze für konstruktive Lösungsstrategien zu erarbeiten und zu erproben. Wenn uns die Situation einer Teilnehmerin bedrohlich erscheint, werden wir den (die) Einzeltherapeuten(in) darüber informieren.

Unterschriften

Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) nach M. Linehan

Marsha Linehan, Psychologie-Professorin im amerikanischen Seattle, bezeichnet ihre Therapie als «dialektisch-behavioral». Dialektik umschreibt ein Spannungsfeld zwischen zwei oder mehreren Polen.



Dialektische Strategien betonen «die kreative Spannung, die durch widersprüchliche Emotionen und gegensätzliche Denkmuster, Wertvorstellungen und Verhaltensstrategien – innerhalb einer Person oder zwischen Person und Umwelt – hervorgerufen wird.»

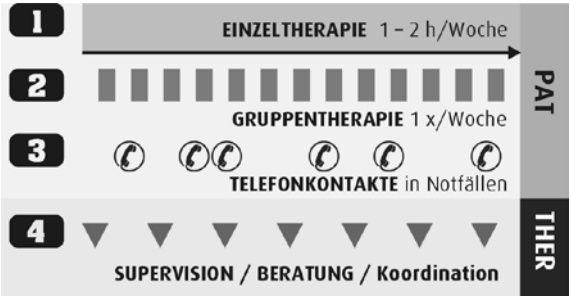
Borderline-Patienten sind von der Natur ihrer Störung her geprägt von solchen Spannungsfeldern zwischen Schwarz und Weiß, zwischen Liebesbedürftigkeit und Hassgefühlen, zwischen Lebenshunger und Todessehnsucht, zwischen Sehnsucht nach Annahme und einem Verhalten, das andere Menschen abstößt. Behavioral umschreibt einen verhaltenstherapeutischen Ansatz.

ABBILDUNG: *Die obige Abbildung beschreibt die Strategien der DBT in schematischer Weise. Patienten müssen einerseits Akzeptanz, Fürsorglichkeit, wertschätzende Gegenseitigkeit und aktives Engagement der Therapeutin erleben (rechte Seite). Doch sie brauchen auch die Herausforderung zur inneren Veränderung und zur Lösung anstehender Probleme (linke Seite). In den Gesprächen geht es immer um die Balance zwischen Validierung (Wertschätzung der gegenwärtigen Situation) und Problemlösung (Veränderung, auch wenn sie Angst macht).*

Vier Bausteine

Die Therapie wird in vier Bausteine (oder Module) unterteilt. Über zwei Jahre hinweg wird eine **EINZELTHERAPIE** angeboten, die 1 bis 2 Sitzungen pro Woche umfasst.

Unterstützt wird sie durch eine wöchentliche **GRUPPENTHERAPIE**, in der BPS-Patientinnen sich spezifisch mit Fragen der praktischen Lebensbewältigung und Beziehungsgestaltung beschäftigen («Fertigkeitstraining»). Tritt dazwischen ein Notfall auf (z.B. einschießende Suizidalität, eine erneute Traumatisierung), so gibt die Therapeutin – im Rahmen ihrer Möglichkeiten – als dritten Baustein das Angebot der **TELEFONISCHEN ERREICHBARKEIT.**



Und schließlich ist als viertes Modul der Informationsaustausch zwischen Einzeltherapeutin und Gruppentherapeutin (nicht unbedingt dieselbe Person), oder zwischen Einzeltherapeutin und therapeutischem Team auf der Station ganz wichtig. Der Einzeltherapeut ist gehalten, die Fertigkeiten, die eine Person in der Gruppentherapie gelernt hat, auch in der Einzelberatung konsequent einzusetzen und zu verstärken.

Die gemeinsamen Sitzungen ermöglichen auch, das Verhalten einer BPS-Patientin noch besser zu verstehen, mit der Grundfrage: «Was ist die Funktion des schwierigen Verhaltens; welche Auslöser setzen die fatale Kette von Reaktionen in Gang? Wie können wir als Behandelnde dieses Verhalten verändern, oder wo verstärken wir es noch?» Schließlich haben diese Koordinations-Sitzungen auch die Funktion der gegenseitigen Unterstützung der Therapeuten, bedeutet doch eine solche intensive Behandlung auch eine große Belastung für das ganze Team, die oft bis an die Grenze der Erschöpfung geht.

THERAPEUTISCHE STRATEGIEN

Das Buch von Linehan ist reich an therapeutischen Strategien. Die folgenden Stichworte können nur ganz wenig von dieser Vielfalt wiedergeben.

a) Dialektische Strategien: Balance zwischen Annahme und Veränderung. Widersprüche in Erlebnisweisen, Denk- und Verhaltensmustern herausarbeiten, aufzeigen. Gleichzeitig gilt es anzunehmen, dass diese zur Zeit so sind und auch verständlich sind, aber dass sie dem Wohlbefinden, den Beziehungen und der Lebensbewältigung nicht dienen, dass also Veränderung nötig ist.

b) Validierungsstrategien: Auch wenn BPS-Patienten sich verändern möchten, so sehnen sie sich doch nach Wertschätzung und Akzeptanz. Ohne diese «validierende» Grundhaltung ist eine Therapie kaum möglich. Es gilt daher, den jeweiligen Sinn im Erleben und Verhalten herauszuarbeiten und dem Patienten zu vermitteln, dass seine Reaktionen auch zum gegenwärtigen Zeitpunkt nachvollziehbar sind.

▶▶ *Fortsetzung Seite 34*

Erst diese Wertschätzung eröffnet die Möglichkeit, auf andere Ressourcen zurückzugreifen und neue Verhaltensmuster zu erlernen. Aus diese beiden «Basis-Strategien» bauen dann die spezifischen Strategien auf:

c) Kontingenzmanagement: Dieser Begriff aus der Verhaltenstherapie umschreibt den Umgang mit positiven und negativen Verstärkern. Für den Patient kann das heißen: «Wenn es mir besser geht, kann ich auch mein Verhalten ändern.» Der Therapeut verstärkt diese Einsicht vielleicht mit dem Satz: «Ihr Verhalten beeinflusst ganz wesentlich ihr Befinden, und dieses wiederum wirkt auf ihr Verhalten zurück.»

Dabei kann man die Patienten laufend über die Grundlagen der Lerntheorie aufklären. Wesentlich ist auch hier eine tiefe Wertschätzung: «Nicht der Patient erfährt negative Konsequenzen, sondern sein Verhalten.» Somit wird auch hier Verhaltenssteuerung angestrebt durch die Balance zwischen menschlicher Wärme und Zuneigung und dem Einsatz der therapeutischen Beziehung.

d) Ausdruck von Gefühlen: Patienten, die so oft erlebt haben, dass ihre Gefühle nicht ernst genommen wurden, die vielfach und z. T. schwer verletzt worden sind, müssen neu lernen, ihre Gefühle auszudrücken. Doch auch hier gilt: Lernen, Gefühle auszudrücken, aber in einer angepassten Weise, die nicht zu negativen Folgen für das eigene Leben und die Beziehungen führen.

e) Kognitive Umstrukturierung: Bei Denkmustern (Schwarz-Weiß, rigid) ist immer die Lebensgeschichte zu berücksichtigen. Sehr häufig werden pathologische kognitive Schemata als Überlebens-Strategie im traumatischen Kontext verständlich (Validierung). Erst dann kann an einer Aufweichung und konstruktiven Veränderung gearbeitet werden.

«AUS ZITRONEN LIMONADE MACHEN» UND ANDERE TECHNIKEN

Nicht immer muss man direkt über die Probleme sprechen. Manchmal ist es gerade eine unerwartete Antwort oder eine Geschichte, die eine Patientin zum Nachdenken anregt. Manchmal spielt die Therapeutin den «Advocatus diaboli»: Sie nimmt also gerade die falsche Position ein und fordert die Patientin auf, Gegenargumente zu bringen.

Manchmal ist es notwendig der Patientin bewusst zu machen, dass sie beides hat: eine emotionale Blockade, die zu Kurzschluss-Reaktionen neigt und einen «wissenden Zustand», der sehr wohl weiß, was gut für sie wäre.

Ziel sei es oftmals nicht, die Zitronen in süße Früchte zu verwandeln, sondern sich damit zu begnügen, «aus Zitronen Limonade zu machen.»

Borderline und Seelsorge

«Ich kann nicht glauben, dass jemand mich liebt, weil ich es bin. So habe ich auch Mühe zu glauben, dass Gott mich liebt.»

Menschen mit einer Borderline-Störung sind eine besondere Herausforderung an die Seelsorge. Vieles, was über die therapeutischen Aspekte gesagt wurde, gilt auch hier (vgl. Überlegungen zur Therapie, S. 26 ff). Der Seelsorger muss oft am eigenen Leib erfahren, wie die Person üblicherweise mit anderen Menschen umgeht. Die seelsorgliche Beziehung kann intensiv, aber sehr wechselhaft sein.

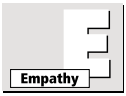
Anfangs wird man vielleicht mit Komplimenten überhäuft: «Sie sind der erste Mensch, der mich ernst nimmt und mir zuhört. Sie verstehen meine Probleme und gehen darauf ein. Sie sind ein wunderbarer Seelsorger!» – «Sie verurteilen mich nicht. Mit Ihrer Hilfe kann ich einen Neuanfang machen! Versprechen Sie mir, dass Sie immer für mich da sind!»

Doch dann wird immer mehr gefordert – häufige Telefonate, oft zu unmöglichen Zeiten, der Wunsch nach Hausbesuchen und anderen Zeichen besonderer Zuwendung.

Vorsichtige Zurückhaltung und prüfende Rückfragen können zu heftigen Reaktionen führen. Hier ist es besonders wichtig, die Balance zwischen Wertschätzung (seelsorglicher Zuwendung) und Herausforderung (Ermahnung) zu finden.

Drei Formen der Kommunikation

Unterstützung, Ermutigung



Einfühlung, Empathie

Wahrheit, Realität, Grenzen

HINWEIS: Eine ausführliche Darstellung dieser drei therapeutischen Grundhaltungen findet sich in dem Buch «Ich hasse dich – verlass mich nicht. Die schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlichkeit», von Kreisman und Straus.

Dämonische Einflüsse?

Christen mit Borderline-Störungen neigen dazu, ihre Erlebnisse durch übernatürliche Einwirkungen zu erklären. «Das bin nicht mehr ich selbst, wenn ich so aggressiv ausraste,» sagte mir eine junge Frau. «Es ist, als würde mich eine fremde Kraft erfassen und zu einem Verhalten treiben, das ich gar nicht will.»

Die geistige Deutung erfordert dann auch eine geistliche Gegenmaßnahme. Vom Seelsorger wird eine Freibetung von ihrer «Besessenheit» gefordert.

Setzt man dem Wunsch nach einer dramatischen Heilung Grenzen, so können die Betroffenen recht enttäuscht und schroff reagieren. Nicht selten wird dann zu einem Seelsorger gewechselt, der «mehr Vollmacht» hat.

Es gibt Menschen, die durch ein «Befreiungsgebet» eine erstaunliche Verbesserung erfahren haben. Die Erfahrung zeigt aber, dass die Schwierigkeiten unter Stress wieder auftreten können. Deutet man dies theologisch als eine erneute dämonische Belastung, so kann dies schwerwiegende Folgen für das gläubige Vertrauen eines ohnehin instabilen Menschen haben.

GIBT ES ANDERE DEUTUNGEN?

Aus diesem Grunde neige ich dazu, nicht immer nach den Ursachen zu fragen, sondern das Augenmerk auf die Frage zu legen: Wie kann ich die betroffenen Menschen in ihrer Not ernst nehmen, ihnen Gegenüber sein, und ihnen helfen, besser mit ihren Störungen umzugehen?

Wie gehe ich nun aber mit Menschen um, die selbst die okkulte Erklärung ins Gespräch bringen, oftmals von großen Ängsten besetzt?

Hier gilt es nüchtern und bescheiden zugleich zu sein. Hilfreich ist hier ein genaues Betrachten derjenigen Störungen, die als okkult erlebt werden. Ich erkläre dann, dass Alpträume, Flashbacks und Stimmungsschwankungen natürliche Reaktionen des menschlichen Geistes sind, mit schweren Erfahrungen umzugehen.

Manchmal treten sie auch ohne solche Traumata als Ausdruck einer starken seelischen Anspannung auf. Ängste können sich manchmal durch schreckliche Bilder ausdrücken, die wir vernunftmäßig gar nicht verstehen. Aber sie müssen deshalb nicht gleich dämonisch sein.

> «Das bin nicht mehr ich selbst, wenn ich so aggressiv ausraste.»

Auch psychosomatische Reaktionen dürfen nicht gleich dämonisch gedeutet werden, selbst wenn sie von den Betroffenen in so dramatischer Form erlebt werden. Wenn jemand den Eindruck hat, in der Nacht sitze ihr der Teufel auf der Brust, so handelt es sich dabei um ein Engegefühl, das viele Menschen in Depressionen und Angstzuständen erleben.

Ein solches ***Entkoppeln von Erfahrung und dämonischer Deutung*** hat oft therapeutische Wirkung: Die Betroffenen erleben dann nur schon durch den Zuspruch eine Beruhigung, manchmal bedarf es vorübergehend einer zusätzlichen Medikation.

Zusammenarbeit von Arzt und Seelsorger

Welche Wünsche hat der Arzt an den Seelsorger? Was wäre für eine gute Zusammenarbeit wünschenswert?

Wie schon erwähnt, gibt es Borderline-Patienten, die sich ein ganzes Netz von Betreuern aufbauen, Lehrer, Sozialarbeiter, Ärzte, Seelsorger, engagierte Laien. Manchmal handelt es sich aber nicht mehr um ein tragfähiges Netz, sondern eher um ein Knäuel, aus dem sich am liebsten alle verabschieden würden.

BEZIEHUNGSKNÄUEL ENTWIRREN

Auf der einen Seite ist es ja eine beachtliche Leistung, so viele Leute für sich aktivieren zu können. Aber als Arzt ist man zeitlich oft nicht in der Lage, ein solches Beziehungsknäuel zu entwirren. Nach einer Abklärung der Situation frage ich die Patientin, zu wem sie Vertrauen hat. Manchmal ist es eine Sozialarbeiterin, manchmal ein verständnisvoller Lehrer. Nicht selten gibt es aber auch wichtige Bezugspersonen in ihrer Gemeinde, sei dies ein Pfarrer, ein Gemeindehelfer oder eine therapeutische Seelsorgerin.

Die Zusammenarbeit kann nun darin bestehen, dass man sich einmal zu dritt zusammensetzt und mit der Betroffenen ihre Bedürfnisse klärt.

Oft ist es für den Arzt eine große Hilfe, wenn der Seelsorger die Aufgabe übernimmt, die äußeren Belange wie Wohnung, Arbeit oder Sozialhilfe zu organisieren, und der Person zudem regelmäßige Gespräche anzubieten, um die Abstände zwischen den ärztlichen Konsultationen zu überbrücken.

Vielleicht existiert in der Gemeinde sogar ein kleines Netz geschulter HelferInnen. Es gibt ja heute eine ganze Reihe von Ausbildungs-Angeboten. Dabei erwarte ich von einer seelsorglichen Schulung, dass sie den Seelsorgern nicht nur geistliche Impulse gibt, sondern auch ganz praktische Verständnishilfen für die psychischen Nöte instabiler Menschen.

«Trotzig und verzagt»

«Es ist das Herz ein trotzig und verzagt Ding; wer kann es ergründen?»

Jeremia 17,9

Bei solch instabilem Verhalten ist ein Text aus Jeremia 17,9 hilfreich, um nicht in eine schroffe Ablehnung (eine negative Gegenübertragung) auf Seiten des Seelsorgers zu verfallen: Das menschliche Herz ist in der Tat trotzig, aber hinter der stachlig-verletzenden Fassade verbirgt sich oft eine zutiefst verzagte und verletzte Person.

Die untenstehende Tabelle zeigt einige Synonyme, mit denen die biblischen Begriffe in heutiger Sprache umschrieben werden können.

TROTZIG	VERZAGT
- verschlossen - abweisend - zornig, aggressiv - verletzend - wechselhaft, launisch - vorwurfsvoll - anklammernd-fordernd - widerspenstig - manipulativ	- ängstlich - deprimiert - leidend - übersensibel - sehnsüchtig nach Liebe - resigniert - enttäuscht - verzweifelt - reuevoll

Probleme in der Seelsorge bei Borderline-Störung

DRAMATISCHE DEUTUNGEN UND BESCHULDIGUNGEN

DRAMATISCHE MASSNAHMEN

DRAMATISCHE ÜBERFORDERUNG DER BETREUENDEN PERSON

DRAMATISCHE SPALTUNGEN VON GEMEINSCHAFTEN

Diese Problemkreise werden ausführlich beschrieben im Buch von S. Pfeifer und H. Bräumer: Die zerrissene Seele. Borderline und Seelsorge. SCM Hänssler Verlag, 7. Auflage 2011.

Was ist in der Seelsorge zu beachten?

Beachtet man die Besonderheiten im Umgang mit instabilen Persönlichkeiten, so kann geistlicher Beistand während Borderline-Krisen zu einem sehr hilfreichen Geschehen werden.

Gerade in depressiven Phasen sind Trost und Zuspruch enorm wichtig.

Doch leider lässt sich eine positive Auswirkung eines seelsorglichen Zugangs letztlich nicht kontrollieren und vorhersehen. So erscheint manchen Betroffenen die «nüchterne», auf Trost, Mittragen und Strukturierung ausgerichtete Seelsorge zu wenig hilfreich, denn es kommt dadurch nicht zu den von ihnen erwarteten schlagartigen Änderungen.

Es wäre nun aber falsch, das instabile Verhalten von Borderline-Persönlichkeiten als bloßen Manipulationsversuch abzutun. In den Beschreibungen dieses Heftes wurde das intensive Leiden deutlich, das hinter diesen Verhaltenweisen steht.

Es handelt sich um ein Muster besonders sensibler Personen, das sie nicht immer voll steuern können. Ja, sie sind im Nachhinein oft selbst entsetzt, wenn sie merken, wie sie sich von ihren Gefühlen forttragen ließen. Mit der allgemeinen Beruhigung des Zustandsbildes kommt es meist auch zur Rückbildung der instabilen Symptome.

«Was diese Menschen in den tosenden Wellen ihrer Empfindungen brauchen, ist ein seelsorglicher Fels, der ihnen Halt, Schutz und Ufer bietet.»

DER SEELSORGER ALS FELS?

Was diese Menschen in den tosenden Wellen ihrer Empfindungen brauchen, ist ein seelsorglicher Fels, der ihnen Halt, Schutz und Ufer bietet

- ein Seelsorger also, der sie ernst nimmt, aber ihren Gefühlen mit nüchterner Gelassenheit entgegentritt und die nötigen Grenzen setzt;
- ein Seelsorger, der auch in unreifen Trotzreaktionen fest bleibt, ohne sie zu verstoßen, und
- ein Seelsorger, der sie trotz ihrer Abhängigkeitswünsche zur Selbständigkeit ermutigt und begleitet.

EIGENE GRENZEN WAHRNEHMEN!

Seelsorglich Tätige müssen darauf achten, ihre eigenen Grenzen wahrzunehmen, um nicht selbst in eine Erschöpfung hineinzugeraten (Burnout). Aus diesem Grunde muss man manchmal Grenzen setzen, um helfen zu können.

Weiterführende Literatur

DIE FOLGENDEN BÜCHER ENTHALTEN WEITERE INFORMATIONEN ZUR THEMATIK.

Gneist J.: Wenn Hass und Liebe sich umarmen. Piper.

Herman J.: Die Narben der Gewalt. Junfermann.

Huber M.: Multiple Persönlichkeiten. Fischer.

Huber M.: Trauma und die Folgen. Junfermann.

Kernberg O.: Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten. Huber.

Kreisman J. und Straus H.: Ich hasse Dich - verlaß mich nicht. Die schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlikchkeit. Kreuz.

Kreisman J. und Straus H.: Zerrissen zwischen Extremen. Leben mit einer Borderline-Störung. Kösel.

Knuf A. Leben auf der Grenze. Erfahrungen mit Borderline. Psychiatrie-Verlag.

Knuf A. und Tilly C.: Das Borderline-Selbsthilfebuch. Psychiatrie-Verlag.

Kroll J.: The challenge of the borderline patient. Competency in diagnosis and treatment. Norton.

Linehan, M.M.: Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP-Medien, München.

Linehan, M.M.: Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP-Medien, München.

Lison K., Poston C.: Weiterleben nach dem Inzest. Fischer.

Pfeifer S.: Wenn der Glaube zum Problem wird. Online als PDF: www.seminare-ps.net.

Pfeifer S. & Bräumer H.: Die zerrissene Seele. Borderline-Störungen und Seelsorge. Brockhaus.

Rahn E.: Borderline - ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Psychiatrie-Verlag.

Reddemann L.: Imagination als heilende Kraft. Klett-Cotta.

Stauss K.: Neue Konzepte zum Borderline-Syndrom. Junfermann.

Internet-Ressourcen

WWW.BORDERLINE-COMMUNITY.DE:
Internetgemeinschaft zur Borderline-Persönlichkeitsstörung mit vielen hilfreichen Tipps, Literaturangaben, Hinweisen auf Therapeuten und Kliniken.

WWW.BORDERLINE-ONLINE.DE:
Informationen der Arbeitsgemeinschaft für wissenschaftliche Psychotherapie mit Hinweisen auf Kurse für Dialektisch-Behaviorale Therapie nach Linehan (DBT)

WEITERE ONLINE-ANGEBOTE: Das Internet ist ein kurzlebiges und sehr mobiles Medium. Websites kommen und gehen. Tippen Sie deshalb Ihre Frage einfach bei ***www.google.de*** ein und Sie werden aktuelle Informationen finden!

ZWANG UND ZWEIFEL

Zwanghaftes Verhalten,
rätselhafte Rituale und obsessive Gedanken.
Diagnose und Therapie.

Inhalt

Was ist eine Zwangskrankheit? 2
Häufigkeit, Verlauf, Entstehung 4
Zwanghafte Persönlichkeit 5
Diagnostik mit der YBOCS 6
Zwangsgedanken 6
Zwangshandlungen 9
Schweregrad 11
Unterscheidung von anderen Störungen 15
Religiöse Rituale oder Zwänge? 17
Ticstörungen und Gilles-de-la-Tourette Syndrom 18
Erklärungen früher und heute 20
Biologische Aspekte der Zwangsstörung 21
Das Erleben der Zwangsstörung 22
Zur Zwangsthematik 23
Wenn der Filter der Gedanken versagt 24
Triebkonflikt und Gewissen 26
Zwangsrituale – Was sollen sie bewirken? 28
Vermüllungssyndrom und Trichotillomanie 29
Angehörige leiden mit 30
Was bringen Medikamente? 32
Therapie - Möglichkeiten und Grenzen 33
Zweifel und Skrupel 34
Seelsorge bei Zwangsstörungen 36
Wann ist eine Abklärung angezeigt? 39
Literatur und Internetlinks 40

Zwang und Zweifel – Herausforderung an Therapie und Seelsorge

Zwangsstörungen sind häufiger als man vermuten würde, so häufig, dass manche Autoren von einer heimlichen Epidemie sprechen. Rund zwei Prozent der Bevölkerung leiden an dem unerklärten Zwang zu zählen, und zu kontrollieren, zu putzen und zu wiederholen. Alles wird von Zweifeln unterhöhlt, die danach verlangen, sich gegen alle möglichen und unmöglichen Gefahren abzusichern. Das daraus entstehende Leiden ist oft erheblich und belastet nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch ihre Familien.

Gläubige Menschen leiden zudem darunter, dass auch ihr Glaube von Zweifeln überschattet wird oder dass sich ihnen Gedanken aufzwingen, die sie doch gar nicht denken wollen. Manchmal ist das Erleben der Fremdbestimmung so intensiv, dass sie an eine dämonische Beeinflussung denken, und dies, obwohl sie doch alles daran setzen, ein christliches Leben zu führen.

Was sind die Gründe für Zwangsstörungen? Ist es die Erziehung oder eine falsche Lebenshaltung? Sind es innerseelische Vorgänge oder von aussen sich aufdrängende Kräfte? Welche Rolle spielt die Biochemie des Gehirns? Wie kann man zwangskranke Menschen in ihrer Not ernst nehmen und ihnen ärztlich und seelsorglich helfen? Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Dieses Seminarheft wird Sie bekannt machen mit verschiedenen Sichtweisen und Modellen, die in der heutigen medizinischen Psychologie aktuell sind. Mögen die Informationen die Grundlage legen, diese Menschen besser zu verstehen und fachgerecht und einfühlsam zu begleiten.

Dr. med. Samuel Pfeifer

«Zwangskranke
leben in einem
ständigen Schwanken,
in einem Auf- und Niederwogen
der Affekte.
Selbst wenn sie ganz ruhig sind,
lauert im Hintergrund die Angst,
es könnte sich eine
Zwangsvorstellung melden.
Sie trauen der Ruhe nicht
und jede Stille
ist die Stille vor dem Sturm.»

Wilhelm Stekel, 1927

SCHRULLE ODER SPLEEN?

«Ob Schrulle oder Spleen, meist führen die Betroffenen einen ruinösen Kampf gegen sich selbst, zählen, prüfen oder reinigen ohne Unterlass. Zum Arzt gehen die Kranken meist erst bei extrem hohem Leidensdruck, wenn sich der geheime Verhaltenskodex ins Absurde steigert oder immer mehr Zeitaufwand erfordert.» (aus einem SPIEGEL-Bericht).

Was ist eine Zwangskrankheit?

Das Hauptmerkmal einer Zwangskrankheit besteht in wiederholten Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen. Diese sind so schwer, dass sie erhebliches Leiden verursachen, zeitraubend sind oder den normalen Tagesablauf, die beruflichen Leistungen oder die üblichen sozialen Aktivitäten oder Beziehungen beeinträchtigen.

ZWANGSGEDANKEN sind länger andauernde Ideen, Gedanken, Impulse oder Vorstellungen, die, zumindest anfänglich, als lästig und sinnlos empfunden werden - z. B. ein Elternteil hat wiederholte Impulse, das eigene geliebte Kind zu töten oder ein religiöser Mensch hat wiederholt gotteslästerliche Gedanken. Die Person versucht, solche Gedanken bzw. Impulse zu ignorieren, zu unterdrücken oder sie mit Hilfe anderer Gedanken oder Handlungen auszuschalten. Die Person erkennt, dass die Zwangsgedanken von ihr selbst kommen und nicht von aussen aufgezwungen werden (wie beim Eindruck der Gedankeneingebung der Schizophrenie). Die häufigsten Zwangsgedanken sind wiederkehrende Vorstellungen von Gewalttätigkeiten, Angst vor Verschmutzung und zwanghafte Zweifel (vgl. Diagnostik, S. 6 ff.)

ZWANGSHANDLUNGEN sind wiederholte, zweckmässige und beabsichtigte Verhaltensweisen, die auf einen Zwangsgedanken hin nach bestimmten Regeln oder in stereotyper Form ausgeführt werden. Das Verhalten dient dazu, Unbehagen oder schreckliche Ereignisse bzw. Situationen unwirksam zu machen bzw. zu verhindern. Jedoch steht die Handlung in keinem realistischen Bezug zu dem, was sie unwirksam machen bzw. verhindern soll, oder sie ist eindeutig übertrieben. Die Handlung wird mit einem Gefühl des subjektiven Zwangs durchgeführt mit dem gleichzeitigen Wunsch, Widerstand zu leisten (zumindest anfänglich). Die Person sieht ein, dass ihr Verhalten übertrieben oder unvernünftig ist. Die betroffene Person hat keine Freude am Ausführen der Handlung, obwohl dies zu einer Spannungsverminderung führt. Die häufigsten Zwangshandlungen beziehen sich auf Händewaschen, Zählen, Kontrollieren und Berühren.

Versucht die Person, gegen einen Zwang anzugehen, kommt es zu einem Gefühl steigender Spannung, die sich sofort lösen kann, wenn dem Zwang nachgegeben wird (vgl. S. 24). Im Verlauf der Störung gibt die Person nach wiederholtem Versagen zunehmend nach, und kann sich immer weniger dagegen wehren.

BEGLEITERSCHEINUNGEN:
Depression und Angst sind häufig. Oft besteht ein phobisches Vermeiden von Situationen, die den Inhalt des Zwangsgedankens betreffen, wie Schmutz oder Verschmutzung. Beispielsweise vermeidet eine Person mit Zwangsgedanken, die sich auf Schmutz beziehen, öffentliche Toiletten; eine Person mit Zwangsgedanken, die sich auf Verschmutzung beziehen, vermeidet, Fremden die Hand zu schütteln.

DIAGNOSTISCHE KRITERIEN NACH DSM-IV *

A) Es bestehen entweder Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen:

ZWANGSGEDANKEN:

(1) wiederholte, länger andauernde Ideen, Gedanken, Impulse oder Vorstellungen, die als lästig und sinnlos empfunden werden und ausgeprägte Angst und Spannung erzeugen

(2) die Gedanken, Impulse und Vorstellungen sind nicht einfach Sorgen über Probleme im realen Leben.

(3) die Person versucht, solche Gedanken bzw. Impulse zu ignorieren oder zu unterdrücken oder sie mit Hilfe anderer Gedanken oder Handlungen zu neutralisieren.

(4) die Person sieht ein, dass die Zwangsgedanken von ihr selbst kommen und nicht von aussen aufgezwungen werden (wie bei der Gedankeneingebung).

ZWANGSHANDLUNGEN:

(1) wiederholte Verhaltensweisen (z.B. Händewaschen, Ordnen, Kontrollieren) oder gedankliche Handlungen (z.B. Beten, Zählen, stilles Wiederholen von Wörtern), die auf einen Zwangsgedanken hin nach bestimmten Regeln oder stereotyp ausgeführt werden.

(2) das Verhalten dient dazu, äusserstes Unbehagen oder schreckliche Ereignisse bzw. Situationen unwirksam zu machen bzw. zu verhindern. Jedoch steht die Handlung in keinem realistischen Bezug zu dem, was sie unwirksam machen bzw. verhindern soll, oder sie ist eindeutig übertrieben.

B) Die Person sieht ein, dass ihr Verhalten übertrieben oder unvernünftig ist.

C) Die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen verursachen erhebliches Leiden, sind zeitraubend (mehr als eine Stunde pro Tag) oder beeinträchtigen den normalen Tagesablauf, die beruflichen Leistungen oder die üblichen sozialen Aktivitäten oder Beziehungen zu anderen.

D) Falls eine andere Störung von Krankheitswert besteht, steht deren Inhalt in keiner Beziehung dazu; z.B. die Ideen, Gedanken, Impulse oder Vorstellungen beziehen sich nicht auf Essen bei Essstörung, nicht auf Drogen bei einer Störung durch psychoaktive Substanzen oder Schuldgefühle bei einer Major Depression.

E) Die Störung ist nicht Folge eines vorübergehenden Einflusses einer medizinischen Störung (z.B. Enzephalitis) oder eines Drogengebrauchs.

KOMPLIKATIONEN:

Bei schweren Verläufen können die Zwänge zum beherrschenden Lebensinhalt werden. Die daraus folgende Vereinsamung führt zu Depressionen und der Versuch, die Ängste und Zwänge zu dämpfen, kann in einen Missbrauch von Alkohol oder Tranquilizern führen.

*DSM-IV = Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen, 4. Revision

Häufigkeit und Verlauf

HÄUFIGKEIT: Leichte Formen der Störung kommen relativ häufig vor (ca. 2,5 %), schwere Verlaufsformen sind selten (ca. 0,4 %). Männer und Frauen sind gleich häufig betroffen.

ALTER BEI BEGINN: Obwohl die Störung üblicherweise in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter beginnt, kann sie auch in der Kindheit anfangen (häufiger bei Knaben).

VERLAUF: Der Verlauf ist gewöhnlich langwierig mit einer wellenförmigen Zu- und Abnahme der Symptome. Bei etwa 15 Prozent der Betroffenen kommt es zu einem schweren Verlauf, bei dem die beruflichen und sozialen Möglichkeiten stark eingeschränkt werden (Invalidität und Vereinsamung). In 5 Prozent wird ein phasischer Verlauf mit völlig freien Intervallen zwischen den Episoden beobachtet.

Entstehungsbedingungen

ANLAGEFAKTOR: familiäre Häufung, Zwillinge häufiger betroffen.

DISPONIERTE PERSÖNLICHKEIT: wenig Information. Bleuler schreibt jedoch: «Die eigentlichen Zwangsneurosen entwickeln sich nur bei ängstlichen, aber gewissenhaften Menschen. Sie leiden darunter, dass ihr Selbstvertrauen und ihre Tatkraft in keinem richtigen Verhältnis zu ihrem Ehrgeiz stehen. Oft sind sie hochintelligent. Innere Schwäche und Ängstlichkeit schrecken sie vor der Übernahme der grossen Aufgaben, die sie sich stellen, ab. Sie können besser überlegen als handeln ... Einen Fehler begangen zu haben, ist ihnen unerträglich.»

HÄUFIGE KOMBINATION
mit Angst, Depression, allgemeiner körperlicher Erschöpfung, In leichteren Fällen kommt es nur phasenweise zur Verstärkung der zwangshaften Züge unter Belastungen: Schwangerschaft, Wochenbett, Klimakterium, Erschöpfungszustände, belastende Ereignisse und konflikthafte Situationen. Auch im Alter beobachten wir manchmal Zwangsstörungen (Störung des Gehirnstoffwechsels?)

Biologische Befunde

Neuere Forschungen weisen eindeutig auf eine Störung des Gehirnstoffwechsels hin. So haben Untersuchungen der Gehirndurchblutung (PET, SPECT, funkt. MRI) deutliche Unterschiede in der Informationsverarbeitung zwischen normalen Versuchspersonen und zwangskranken Menschen gezeigt (vgl. S. 21). Den Zwangskranken fehlt es sozusagen an einer ausreichenden Kontrolle der Gedanken, die dann immer wieder auftreten, obwohl der auslösende Zustand längst erledigt ist (z.B. schmutzige Hände wurden bereits gewaschen).
Ein weiterer Hinweis auf biologische Ursache ist die gute Wirksamkeit von Medikamenten (vgl. S. 32)

Zwanghafte Persönlichkeit

DIAGNOSTISCHE KRITERIEN NACH DSM-IV *

Ein durchgängiges Muster von Perfektionismus und Starrheit. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter, und die Störung manifestiert sich in den verschiedensten Lebensbereichen. Mindestens vier der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Übermässige Beschäftigung mit Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation oder Plänen, so dass die Hauptsache dabei verlorengeht.

2. Nichterfüllung von Aufgaben durch Streben nach Perfektion, z.B. können Vorhaben aufgrund der übermässig strengen eigenen Normen häufig nicht realisiert werden.

3. Arbeit und Produktivität werden über Vergnügen und zwischenmenschliche Beziehungen gestellt (ohne materielle Not).

4. Übermässige Gewissenhaftigkeit, Besorgtheit und Starrheit gegenüber allem, was Moral, Ethik oder Wertvorstellungen betrifft (dies ist allerdings von kulturellen oder Glaubensüberzeugungen zu unterscheiden!).

5. Unfähigkeit, sich von verschlissenen oder wertlosen Dingen zu trennen, selbst wenn diese keine persönliche Bedeutung besitzen.

6. Unmässiges Beharren darauf, dass die eigenen Arbeits- und Vorgehensweisen übernommen werden, oder unvernünftiger Widerwille dagegen, anderen Tätigkeiten zu überlassen, aus Überzeugung, dass diese nicht korrekt ausgeführt werden.

7. Knausrigkeit sich selbst und anderen gegenüber; Geld wird für den Fall einer zukünftigen Notlage gehortet.

8. Mangelnde geistige Beweglichkeit (Rigidität) und Starrsinn.

NEBENMERKMALE: umständliche Sprache, Übergewissenhaftigkeit, moralistisch, skrupelhaft; neigen dazu, sich und andere zu verurteilen; haben in ihrer förmlichen Art Probleme mit emotional ausdrucksstarken und flexiblen Personen. In die Beratung kommen die Betroffenen häufig wegen depressiver Verstimmung, weil die Betroffenen durch ihre Störung Konflikte mit Partnern, Freunden und Vorgesetzten haben und in ihrer komplizierten Art Probleme am Arbeitsplatz bekommen (Schwierigkeiten, sich auf Neues einzustellen; Verlangsamung durch Pedanterie).

HÄUFIGKEIT: ca. 1 % in der Bevölkerung.

BEACHTE: Eine zwanghafte Persönlichkeit ist nicht einer Zwangskrankheit gleichzusetzen; zudem kommt es häufig nicht zu einem Übergang von einer zwanghaften Persönlichkeit zur Zwangskrankheit.

*DSM-IV = Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen, 4. Revision

Diagnostik von Zwangsstörungen

Die folgenden Listen sind aus der Arbeit von Goodman, Rassmussen et al. entnommen und finden sich in der Yale-Brown-Obsessive-Compulsive-Scale (YBOCS). Ein Stern (*) bedeutet, dass das betreffende Item ein Zwangssymptom sein kann, aber nicht muss. Um zu entscheiden, ob Sie ein bestimmtes Symptom haben, ziehen Sie bitte die Beschreibung bzw. die Beispiele heran.

Zwangsgedanken

Zwangsgedanken mit aggressivem Inhalt

1. Ich habe Angst, ich könnte mir Schaden zufügen. Angst, mit Messer und Gabel zu essen; Angst, mit scharfen Gegenständen zu hantieren; Angst, an Glasscheiben vorbeizugehen.
2. Ich habe Angst, ich könnte anderen Schaden zufügen. Angst, das Essen anderer Leute zu vergiften; Angst, Babys zu verletzen; Angst, jemanden vor den Zug zu stossen; Angst, die Gefühle eines anderen zu verletzen; Angst, sich schuldig zu machen, weil man bei einer Katastrophe keine Hilfe leistet; Angst, jemanden durch einen schlechten Ratschlag zu schaden.
3. Ich habe gewalttätige oder grauenvolle Bilder im Kopf. Vorstellungen von Gewaltverbrechen, Körpern mit abgetrennten Gliedmassen oder anderen entsetzlichen Szenen.
4. Ich habe Angst, obszöne oder beleidigende Dinge zu sagen. Angst, in öffentlichen Situationen, z.B. in der Kirche, Obszönitäten auszustossen; Angst, unanständige Wörter oder Sätze zu schreiben.
5. Ich habe Angst, ich könnte etwas anderes Peinliches tun. Angst, sich vor anderen zu blamieren.
6. Ich habe Angst, ich könnte einem ungewollten Impuls folgen. Angst, an einen Baum zu fahren; Angst, jemanden zu überfahren; Angst, mit einem Messer auf einen Freund einzustechen.
7. Ich habe Angst, ich könnte zum Dieb werden. Angst, die Kassiererin im Laden zu betrügen; Angst, wertlose Dinge aus einem Geschäft zu stehlen.
8. Ich habe Angst, ich könnte anderen aus Unvorsichtigkeit Schaden zufügen. Angst, einen Unfall zu verursachen, ohne es zu bemerken (wie ein Verkehrsunfall mit Fahrerflucht).
9. Ich habe Angst, ich könnte daran schuld sein, dass sich irgend etwas anderes Furchtbares ereignet. Angst, beim Verlassen des Hauses nicht sorgfältig genug alles zu überprüfen und dadurch ein Feuer oder einen Einbruch zu verursachen.

ZWANGHAFTE ANGST VOR EINER VERSEUCHUNG

10. Der Gedanke an körperliche Ausscheidungen beunruhigt mich sehr, bzw. ich empfinde grosse Abscheu vor ihnen. Angst, sich in öffentlichen Toiletten mit Aids, Krebs oder anderen Krankheiten zu infizieren; Angst vor dem eigenen Speichel, Urin, Kot, Samen oder Vaginalsekret.
11. Ich mache mir grosse Sorgen über Dreck oder Bazillen. Angst vor Übertragung von Krankheitserregern durch Sitzen auf bestimmten Stühlen,

Händeschütteln oder Berühren von Türgriffen.

12. Ich habe übergrosse Angst vor Umweltgiften. Angst vor Verseuchung durch Asbest oder Radon; Angst vor radioaktiven Stoffen; Angst vor Dingen, die aus Städten mit Giftmülldeponien kommen.
13. Ich habe grosse Angst vor bestimmten Haushaltsreinigern. Angst vor giftigen Küchen- oder Sanitärreinigern, Lösungsmitteln, Insektensprays oder Terpentin.
14. Ich habe grosse Angst davor, mit Tieren in Berührung zu kommen. Angst, mich über ein Insekt, einen Hund, eine Katze oder ein anderes Tier mit einer Krankheit zu infizieren.
15. Klebstoffe oder andere klebrige Materialien verursachen mir grosses Unbehagen. Angst, vor Krankheitserregern oder Giften, die an Klebeflächen oder anderen klebrigen Substanzen haften könnten.
16. Es macht mir grosse Sorgen, dass ich mich irgendwo anstecken und krank werden könnte. Angst, durch eine Infektion oder Verseuchung nach kürzerer oder längerer Zeit schwer zu erkranken.
17. Ich bin besorgt darüber, dass ich andere anstecken könnte. Angst, nach Kontakt mit giftigen Stoffen (z. B. Benzin) oder nach Berührung bestimmter Stellen des eigenen Körpers andere anzufassen oder für sie Mahlzeiten zuzubereiten.

ZWANGSGEDANKEN MIT SEXUELLEM INHALT

18. Ich habe verbotene oder perverse sexuelle Gedanken, Vorstellungen oder Impulse. Belastende sexuelle Gedanken, die sich auf Fremde, Freunde oder Familienmitglieder beziehen.
19. Ich habe sexuelle Zwangsvorstellungen, in denen Kinder oder eigene enge Verwandte (Inzest) eine Rolle spielen. Ungewollte Gedanken, eigene oder andere Kinder sexuell zu belästigen.
20. Ich habe Zwangsgedanken, die Homosexualität betreffen. Zweifel wie: «Bin ich homosexuell?»,oder: «Was, wenn ich plötzlich schwul werde?»,wenn es keine Grundlage für solche Gedanken gibt.
21. Ich habe Zwangsgedanken, die sich um sexuelle Übergriffe gegen andere Personen drehen. Belastende Vorstellungen über gewalttätige sexuelle Annäherungen an erwachsene Fremde, Bekannte oder Familienmitglieder.

ZWANGSGEDANKEN ÜBER DAS SAMMELN UND AUFBEWAHREN VON GEGENSTÄNDEN

22. Ich habe Zwangsgedanken, die das Aufheben und Sammeln von Sachen betreffen. Angst davor, etwas scheinbar Unwichtiges wegzuwerfen, was man in Zukunft noch einmal gebrauchen könnte; der Drang, unterwegs Gegenstände aufzuheben und wertlose Dinge zu sammeln.

ZWANGSGEDANKEN MIT RELIGIÖSEM INHALT

23. Ich mache mir Sorgen, etwas tun zu können, was ein Vergehen gegen meinen Glauben darstellen würde. Angst, gotteslästerliche Dinge zu denken oder zu sagen bzw. dafür bestraft zu werden.
24. Ich habe übermässig strenge Moralvorstellungen. Die Sorge, auch wirklich immer «das Richtige» zu tun; Angst, gelogen oder jemanden betrogen zu haben.

ZWANGHAFTES BEDÜRFNIS NACH SYMMETRIE UND GENAUIGKEIT

25. Ich habe Zwangsgedanken über Symmetrie und Genauigkeit. Die Sorge, Bücher könnten unordentlich im Regal stehen oder Zeitungen nicht ordentlich aufeinander liegen; Angst, dass die Handschrift oder angestellte Berechnungen unvollkommen sind.

ANDERE ZWANGSGEDANKEN

26. Ich habe das Gefühl, bestimmte Dinge unbedingt wissen oder mir merken zu müssen. Die Überzeugung, man müsste sich bestimmte unwichtige Dinge merken wie Nummernschilder, die Namen von Schauspielern in Fernsehfilmen, alte Telefonnummern oder Sprüche von Autoaufklebern oder T-Shirts.
27. Ich fürchte mich davor, bestimmte Dinge zu sagen. Angst, bestimmte Wörter zu benutzen (z.B. die Zahl dreizehn), da sie Unglück bringen könnten; Angst, etwas Respektloses über einen Toten zu sagen.
28. Ich habe Angst davor, etwas Falsches zu sagen. Angst, nicht das zu sagen, was man sagen will, oder sich nicht richtig auszudrücken.
29. Ich habe Angst davor, Dinge zu verlieren. Angst, die Brieftasche oder unwichtige Gegenstände, wie ein Stück Papier zu verlieren.
30. Lästige (neutrale) Gedanken dringen in mein Bewusstsein ein. Nichtssagende, aber störende Vorstellungen, die sich einem aufdrängen.
31. Ich fühle mich durch lästige und sinnlose imaginäre Geräusche, Wörter oder Musik gestört, die in mein Bewusstsein eindringen.

WÖRTER, LIEDER ODER GERÄUSCHE, DIE SICH NICHT ABSTELLEN LASSEN.

32. * Bestimmte Klänge oder Geräusche stören mich. Sich stark durch Geräusche wie laut tickende Uhren oder Stimmen aus einem anderen Zimmer, die einen vom Schlafen abhalten, gestört fühlen.
33. Ich habe Glückszahlen und Unglückszahlen. Gedanken, die sich um bestimmte Zahlen (z. B. die 13) drehen , und einen veranlassen, Dinge soundso oft zu tun oder mit etwas solange zu warten, bis die «richtige» Uhrzeit dafür da ist.
34. Bestimmte Farben haben eine besondere Bedeutung für mich. Angst, Gegenstände mit einer bestimmten Farbe zu benutzen (z. B. weil Schwarz für den Tod und Rot für Blut und Verletzung stehe).
35. Ich habe abergläubische Ängste. Angst, an Friedhöfen, Leichenwagen oder schwarzen Katzen vorbeizugehen; Angst vor «Todesboten». Zwangsgedanken, die um bestimmte körperliche Aspekte kreisen
36. Ich beschäftige mich sehr mit der Gefahr, von Krankheiten befallen zu werden. Angst, Krebs, Aids, eine Herzkrankheit oder etwas anderes zu haben, obwohl der Arzt sagt, dass alles in Ordnung ist.
37.* Ich mache mir Sorgen, dass etwas mit meinem Körper oder meinem Äusseren nicht stimmt ... fürchterlich entstellt zu sein, obwohl andere einem versichern, dass dies nicht so ist.

Zwangshandlungen

SÄUBERUNGS- UND WASCHZWÄNGE

38. Das Händewaschen nimmt bei mir unverhältnismässig viel Zeit in Anspruch oder ist mit einem bestimmten Ritual verbunden. Viele Male am Tag die Hände waschen oder langes Händewaschen nach der - tatsächlichen oder vermeintlichen - Berührung eines unreinen Gegenstandes. Dies kann sich auch auf die Arme bis zu den Schultern erstrecken.
39. Ich habe übertriebene oder mit ganz bestimmten Ritualen verbundene Gewohnheiten, die das Duschen, Baden, Zähneputzen, Kämmen und Schminken oder das Benutzen der Toilette betreffen. Handlungen, die der Körperpflege dienen, z.B. Duschen oder Baden, dauern Stunden. Wird die Abfolge unterbrochen, muss u.U. wieder ganz von vorn begonnen werden.
40. Ich habe zwanghafte Gewohnheiten, die die Reinigung verschiedener Dinge im Haushalt betreffen. Übermässiges Säubern von Wasserhähnen, Toiletten, Fussböden, Küchentischen oder Küchenutensilien.
41. Ich treffe andere Vorkehrungen, um nicht mit Krankheitserregern in Berührung zu kommen. Familienangehörige darum bitten, Insektenvernichtungsmittel, Müll, Benzinkanister, rohes Fleisch, Farben, Lack, Medikamente aus der Hausapotheke. oder Katzendreck anzufassen bzw. wegzuschaffen, anstatt es selbst zu tun. Möglicherweise der Einsatz von Handschuhen, wenn sich der Umgang mit diesen Dingen nicht vermeiden lässt.

KONTROLLZWÄNGE

42. Ich muss kontrollieren, ob ich niemandem Schaden zugefügt habe. Kontrollieren, ob man jemanden verletzt hat, ohne es zu bemerken. Andere bitten, zu bestätigen, dass alles in Ordnung ist, oder anrufen, um zu fragen, wie es ihnen geht.
43. Ich überprüfe, ob ich mich nicht selbst verletzt habe. Nach Blut oder Verletzungen suchen, wenn man mit scharfen oder zerbrechlichen Gegenständen hantiert hat. Häufige Arztbesuche, um sich bestätigen zu lassen, dass man unverletzt ist.
44. Ich überprüfe, ob sich etwas Furchtbares ereignet hat. Die Zeitungen nach Berichten von Katastrophen durchforsten, die man selbst verursacht zu haben glaubt oder im Fernsehen auf solche Berichte warten. Andere fragen, ob man nicht einen Unfall verursacht hat.
45. Ich kontrolliere, ob ich keine Fehler gemacht habe. Mehrfaches Überprüfen von Türschlössern, Küchenherden und elektrischen Anschlüssen vor Verlassen des Hauses; mehrfaches Überprüfen des Gelesenen, Geschriebenen oder Berechneten, um sicherzugehen, dass einem kein Fehler unterlaufen ist.
46.* Meine Zwangsgedanken über verschiedene Dinge, die mit meiner gesundheitlichen Verfassung oder meiner äusseren Erscheinung zu tun haben, veranlassen mich, zu überprüfen, ob alles mit mir in Ordnung ist. Sich von Freunden oder Ärzten bestätigen lassen, dass man keinen Herzanfall hat oder Krebs bekommt; häufiges Puls-, Blutdruck- oder Temperaturmessen; überprüfen, ob man

schlecht riecht; sein Spiegelbild überprüfen und nach hässlichen Merkmalen absuchen.

Wiederholzwänge

47. Ich muss Dinge immer wieder neu schreiben oder lesen. Stunden brauchen, um ein paar Seiten eines Buches zu lesen oder einen kurzen Brief zu schreiben; besorgt sein, dass man nicht versteht, was man gerade gelesen hat; den hundertprozentig passenden Ausdruck oder Satz finden wollen; sich zwanghaft auf die äussere Form bestimmter gedruckter Buchstaben in einem Buch konzentrieren müssen.
48. Ich muss bestimmte Routinehandlungen immer mehrfach durchführen. Zahlreiche Wiederholungen von Handlungen durchführen, z. B. beim Ein- und Abschalten von Geräten, Haarekämmen oder Betreten und Verlassen eines Raumes; sich unwohl fühlen, wenn man diese Wiederholungen unterlässt.

ZÄHLZWÄNGE

49. Ich habe Zählzwänge. Dinge zählen wie Decken- oder Fussbodenfliesen, Bücher im Regal, Nägel in der Wand oder sogar die Sandkörner am Strand; mitzählen, wenn man bestimmte Dinge wiederholt, wie z. B. das Waschen einzelner Körperpartien.

ORDNUNGSZWÄNGE

50. Ich habe Ordnungszwänge. Papiere oder Stifte auf dem Schreibtisch oder Bücher im Regal ordnen; Stunden damit verbringen, Dinge im Haus in die richtige Ordnung zu bringen, und sich darüber aufregen, wenn diese Ordnung gestört wird.

HORT- UND SAMMELZWÄNGE

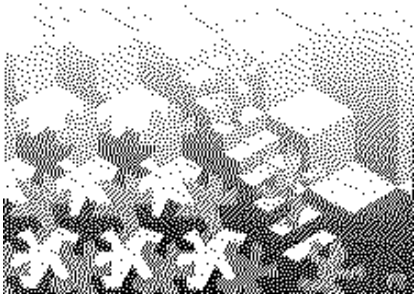
51. Ich habe den Zwang, Dinge zu horten und zu sammeln. Aufbewahren alter Zeitungen, Notizen, Dosen, Papiertücher, Verpackungen und Flaschen, aus der Sorge, man könnte sie eines Tages einmal benötigen; unnütze Dinge von der Strasse auflesen oder aus Mülleimern herausholen.

ANDERE ZWANGSHANDLUNGEN

52. Es gibt Rituale, die ich im Geist ausführe (andere als Zählen oder Kontrollieren). Im Kopf Rituale ausführen, z. B. Gebete aufsagen oder einen «guten» Gedanken denken, um einen «schlechten» wiedergutzumachen. Der Unterschied zu Zwangsgedanken ist, dass man diese Rituale einsetzt, um eine Angst zu bekämpfen oder um sich besser fühlen zu können.
53. Ich muss anderen Menschen bestimmte Dinge sagen oder gestehen oder ihnen bestimmte Fragen stellen. Andere Leute bitten, zu bestätigen, dass alles in Ordnung ist; Taten zugestehen, die man niemals begangen hat; glauben, man müsste anderen Leuten bestimmte Sachen sagen, um sich besser zu fühlen.
54. * Ich muss Dinge berühren, beklopfen oder an ihnen reiben. Dem Drang nachgeben, rauhe oder heisse Oberflächen (z. B. Holz oder Herdplatten) zu berühren oder andere Leute im Vorübergehen zu streifen; glauben, man müsse einen bestimmten Gegenstand wie den Telefonapparat berühren, um die Erkrankung eines Familienangehörigen zu verhindern.
55. Ich treffe Vorkehrungen (andere als Kontrollhandlungen), um Schaden von mir oder anderen abzuwenden oder das Eintreten furchtbarer Dinge zu verhindern. Sich von scharfen oder zerbrechlichen Dingen wie Messern,

Scheren oder Glas fernhalten.

56. * Das Einnehmen von Mahlzeiten ist bei mir mit ganz bestimmten Ritualen verknüpft. Nicht in der Lage sein, mit einer Mahlzeit zu beginnen, ehe alles auf dem Tisch in eine bestimmte Anordnung gebracht ist; beim Essen strikt auf die Einhaltung eines bestimmten Rituals achten; nicht essen können, bevor die Zeiger der Uhr nicht genau auf einem bestimmten Punkt stehen.
57. * Ich habe abergläubische Verhaltensweisen. Nicht mit einem Bus oder einer Bahn fahren, dessen Nummer eine «Unglückszahl» (z. B. 13) enthält; am 13. des Monats nicht aus dem Haus gehen; Kleidungsstücke fortwerfen, die man beim Vorbeigehen an einem Friedhof oder einer Leichenhalle trug.
58. Ich reisse mir Haare heraus (Trichotillomanie). Mit den Fingern oder einer Pinzette Kopfhaare, Wimpern, Augenbrauenhärchen oder Schamhaare herausziehen. Dabei können kahle Stellen entstehen, die einen zum Tragen einer Perücke zwingen.



QUELLE:

Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A. et al. (1989): The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. Archives of General Psychiatry 46:1006 – 1016.
Deutsche Fassung bei Baer L. (1993): Alles unter Kontrolle? Zwangsgedanken und Zwangshandlungen überwinden. Bern, Toronto (Huber).

Schweregrad (YBOCS)

ZWANGSGEDANKEN

Zu Ihrer Erinnerung wiederholen wir hier noch einmal die Definition von Zwangsgedanken (Obsessionen): Es sind unerwünschte und belastende Ideen, Gedanken, bildliche Vorstellungen oder Impulse, die sich immer wieder Ihrem Bewusstsein aufdrängen. Sie scheinen gegen Ihren Willen aufzutreten, und oft finden Sie sie abstossend. Vielleicht erkennen Sie ihre Sinnlosigkeit, und vielleicht vertragen sich die Zwangsgedanken nicht mit dem Bild, das Sie von Ihrer Persönlichkeit haben. Zur Beantwortung der ersten fünf Fragen sehen Sie sich bitte noch einmal die Zwangsgedanken von der Symptomliste an, die Sie abgehakt haben. Denken Sie beim Beantworten der Fragen bitte an die letzten sieben Tage (einschliesslich des heutigen), und markieren Sie eine Antwort pro Frage.

1. **Ein wie grosser Teil Ihrer Zeit ist durch Zwangsgedanken ausgefüllt? Wie häufig treten die Zwangsgedanken auf?**

0 = Habe keine Zwangsgedanken.
1 = Weniger als eine Stunde am Tag bzw. gelegentliches Auftreten (nicht mehr als achtmal am Tag)
2 = Eine bis drei Stunden am Tag bzw. häufiges Auftreten (mehr als achtmal am Tag, aber die meisten Stunden des Tages sind frei von Zwangsgedanken).
3 = Mehr als drei Stunden und bis zu acht Stunden am Tag bzw. sehr häufige Auftreten (mehr als achtmal am Tag und in den meisten Stunden des Tages).
4 = Mehr als acht Stunden am Tag bzw. ständige Anwesenheit (zu oft, um sie zählen zu können, und es vergeht kaum eine Stunde ohne mehrfaches Auftre-

ten von Zwangsgedanken).

2. Wie stark beeinträchtigen Sie die Zwangsgedanken in Ihrem Privat- und Berufsleben, bzw. bei Ihren täglichen Aktivitäten? (Denken Sie zur Beantwortung dieser Frage bitte an die Dinge, die Sie wegen der Zwangsgedanken nicht tun oder weniger tun.)

0 = Keine Beeinträchtigung.
1 = Geringe Beeinträchtigung bei beruflichen oder privaten Aktivitäten, insgesamt aber keine Einschränkung der Lebensführung.
2 = Mässige Beeinträchtigung in bestimmten Bereichen des beruflichen oder privaten Lebens, aber noch zu verkraften.
3 = Schwere Beeinträchtigung, führt zu starken Einschränkungen der beruflichen oder privaten Lebensführung.
4 = Extreme, lähmende Beeinträchtigung.

3. Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre Zwangsgedanken belastet?

0 = Gar nicht.
1 = Gelegentliche, schwache Belastung.
2 = Häufige, mässig starke Belastung, aber noch zu verkraften.
3 = Sehr häufige, schwere und nur schwer zu ertragende Belastung.
4 = Beinahe ständige, extreme und unerträgliche Belastung.

4. Wie gross sind Ihre Bemühungen, gegen die Zwangsgedanken anzugehen? Wie oft versuchen Sie, ihnen keine Beachtung zu schenken oder sich auf etwas anderes zu konzentrieren, wenn diese Gedanken in Ihr Bewusstsein eindringen? (Es geht uns hier nicht darum, wie erfolgreich Sie dabei sind, die Gedanken in den Griff zu bekommen, sondern nur, wie sehr und wie oft Sie es versuchen.)

0 = Ich versuche jedesmal, dagegen anzugehen (oder die Zwangsgedanken sind so schwach, dass es nicht nötig ist, aktiv dagegen anzugehen).
1 = Ich versuche meistens (d. h. in mehr als der Hälfte der Fälle), dagegen anzugehen.
2 = Ich versuche manchmal, dagegen anzugehen.
3 = Es widerstrebt mir zwar ein wenig, aber ich lasse alle Zwangsgedanken zu, ohne zu versuchen, sie unter Kontrolle zu bekommen.
4 = Ich lasse den Gedanken stets freien Lauf.

5. Wieviel Kontrolle haben Sie über Ihre Zwangsgedanken? Wie gut gelingt es Ihnen, sie zu stoppen oder sich auf etwas anderes zu konzentrieren? (Wenn Sie nur selten versuchen, die Gedanken zu kontrollieren, denken Sie zur Beantwortung dieser Frage bitte an eine der wenigen Gelegenheiten zurück, bei denen Sie es versucht haben.) (Anmerkung: Diese Frage bezieht sich nicht auf Zwangsgedanken, die Sie durch die Ausführung von Zwangshandlungen stoppen.)

0 = Völlige Kontrolle.
1 = Grosse Kontrolle; meist gelingt es mir, die Zwangsgedanken mit einiger Anstrengung und Konzentration zu stoppen oder mich abzulenken.
2 = Etwas Kontrolle; manchmal gelingt es mir, die Zwangsgedanken zu stoppen oder mich auf etwas anderes zu konzentrieren.
3 = Wenig Kontrolle; ich schaffe es nur selten und nur mit grossen Schwierigkeiten, mich auf etwas anderes zu konzentrieren.
4 = Keine Kontrolle; ich bin kaum in der Lage, meine Zwangsgedanken auch nur für einen kurzen Augenblick zu ignorieren.

SCHWEREGRAD BEI ZWANGSHANDLUNGEN

Die Definition von Zwangshandlungen lautet – damit Sie es sich noch einmal vergegenwärtigen können – wie folgt: Es sind Verhaltensweisen oder Handlungen, zu denen Sie sich gedrängt fühlen, obwohl Sie vielleicht ihre Sinnlosigkeit oder Übertriebenheit erkennen. Vielleicht versuchen Sie zuzeiten, sich dem Drang zur Ausführung dieser Handlungen zu widersetzen, was Ihnen jedoch meist schwerfällt. Vielleicht verspüren Sie eine innere Spannung oder Angst, die erst dann abklingt, wenn das bewusste Verhalten ausgeführt ist. Zur Beantwortung der folgenden fünf Fragen sehen Sie sich bitte noch einmal die Zwangshandlungen von der Symptomliste an, die Sie markiert haben. Denken Sie beim Beantworten der Fragen bitte an die letzten sieben Tage (einschliesslich des heutigen), und markieren Sie eine Antwort pro Frage.

6. Wieviel Zeit verbringen Sie mit der Ausführung von Zwangshandlungen? Wie oft kommt es zu den Zwangshandlungen? (Wenn Ihre Rituale normale Alltagsverrichtungen mit einschliessen, überlegen Sie bitte, wieviel mehr Zeit Sie wegen Ihrer Zwangshandlungen für diese Dinge brauchen.)

0 = Führe keine Zwangshandlungen aus.

1 = Ich verbringe weniger als eine Stunde am Tag mit Zwangshandlungen, bzw. gelegentliche Ausführung zwanghaften Verhaltens (nicht öfter als achtmal am Tag).

2 = Eine bis drei Stunden am Tag verbringe ich mit Zwangshandlungen, bzw. häufige Ausführung zwanghaften Verhaltens (öfter als achtmal am Tag, aber in den meisten Stunden des Tages kommt es nicht zu Zwangshandlungen)

3 = Mehr als drei und bis zu acht Stunden am Tag verbringe ich mit Zwangshandlungen, bzw. sehr häufige Ausführung zwanghaften Verhaltens (öfter als achtmal am Tag, und in den meisten Stunden des Tages kommt es zu Zwangshandlungen).

4 = Mehr als acht Stunden am Tag verbringe ich mit Zwangshandlungen, oder fast ständige Ausführung zwanghaften Verhaltens (zu oft, um die Zwangshandlungen zählen zu können, und es vergeht kaum eine Stunde ohne mehrfaches Ausführen von zwanghaften Handlungen).

7. Wie stark beeinträchtigen Sie die Zwangshandlungen in Ihrem Privat- und Berufsleben? (Wenn Sie momentan nicht beschäftigt sind, überlegen Sie bitte, wie sehr die Zwangshandlungen Sie bei Ihren täglichen Aktivitäten einschränken.)

0 = Keine Beeinträchtigung.

1 = Geringe Beeinträchtigung bei beruflichen oder privaten Aktivitäten, insgesamt aber keine Einschränkung der Lebensführung.

2 = Mässige Beeinträchtigung in bestimmten Bereichen des beruflichen oder privaten Lebens, aber noch zu

verkraften.
3 = Schwere Beeinträchtigung, führt zu starken Einschränkungen der beruflichen oder privaten Lebensführung.
4 = Extreme, lähmende Beeinträchtigung.

8. Wie würden Sie sich fühlen, wenn Sie an der Ausführung Ihrer Zwangshand-lung(en) gehindert würden? Wie unruhig würden Sie werden?
0 = Gar nicht unruhig.
1 = Nur ein bisschen unruhig.
2 = Es würde eine spürbare, aber erträgliche innere Unruhe entstehen.
3 = Es würde zu einem starken und kaum erträglichen Anstieg an innerer Unruhe kommen.
4 = Extreme, lähmende Unruhe oder Angst.

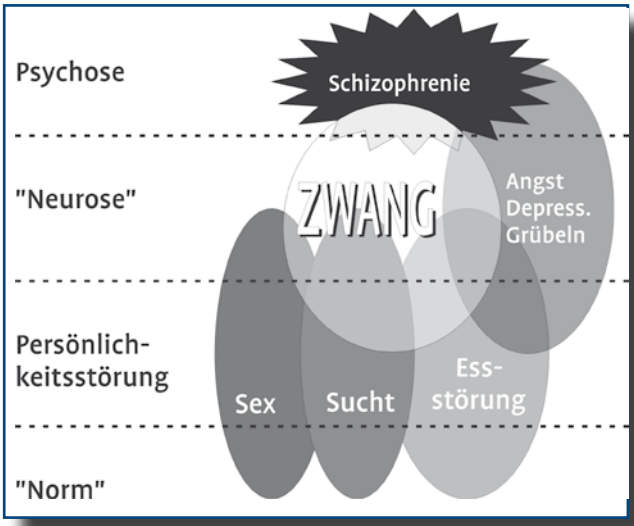
9. Wie stark sind Ihre Bemühungen, gegen die Zwangshandlungen anzugehen? Wie oft versuchen Sie, mit einer Zwangshandlung auf zuhören? (Überlegen Sie nur, wie oft oder wie sehr Sie versuchen, gegen die Zwangshandlungen anzugehen, nicht, wie gut es Ihnen gelingt.)
0 = Ich versuche jedesmal, dagegen anzugehen (oder der Drang, die Handlungen auszuführen, ist so schwach, dass es nicht nötig ist, aktiv dagegen anzugehen).
1 = Ich versuche meistens (d. h. in mehr als der Hälfte der Fälle), dagegen anzugehen.
2 = Ich versuche manchmal, dagegen anzugehen.
3 = Es widerstrebt mir zwar ein wenig, aber ich gebe jedem Drang zur Ausführung einer Zwangshandlung nach, ohne zu versuchen, dagegen anzugehen.
4 = Ich gebe jedem Drang zur Ausführung der Handlungen bereitwillig nach.

10. Wieviel Kontrolle haben Sie über Ihre Zwangshandlungen? Wie gut gelingt es Ihnen, sie zu stoppen? (Wenn Sie nur selten versuchen, dem Drang zur Ausführung der Handlungen zu widerstehen, denken Sie zur Beantwortung dieser Frage bitte an eine der wenigen Gelegenheiten zurück, bei denen Sie es versucht haben.)
0 = Völlige Kontrolle.
1 = Meist gelingt es mir, die Zwangshandlungen mit einiger Anstrengung und Willenskraft zu stoppen.
2 = Manchmal gelingt es mir, die Zwangshandlungen zu stoppen, aber es fällt mir schwer.
3 = Ich schaffe es nur, das zwanghafte Verhalten eine Weile hinauszuzögern, aber schliesslich muss ich es doch komplett ausführen.
4 = Ich bin selten in der Lage, das zwanghafte Verhalten auch nur für eine kurze Zeit hinauszuzögern.

AUSWERTUNG:
Der Gesamtpunktwert wird berechnet, indem die markierten Zahlen neben den Antworten zusammengezählt werden.

PUNKTE	SCHWEREGRAD
Unter 10	Sehr schwache Symptomatik
10 bis 15	Schwache Symptomatik
16 bis 25	Mittelschwere Symptomatik
Über 25	Schwere Symptomatik

Unterscheidung von anderen Störungen (Differentialdiagnose)



ABGRENZUNG VON NORMALEN «ZWANGHAFTEN» SYMPTOMEN:

Beispiele: Eine Melodie geht einem nicht aus dem Kopf, man zählt immer Treppen oder Pflastersteine, versucht sich jede Autonummer zu merken, man kontrolliert mehrmals, ob die Haustür abgeschlossen ist, man kann das Zimmer nicht verlassen, wenn es nicht aufgeräumt ist, GuteNachtrituale bei Kindern, Rituale beim Essen. Die Beispiele zeigen, dass es viele Übergänge zwischen «normal» und «krankhaft»" gibt. Normalerweise lassen sich solche Gedanken und Rituale leicht unterbrechen, ohne dass es zu seelischem Leiden kommt.

SÜCHTE UND TRIEBSTÖRUNGEN:

Manche Aktivitäten, die im Übermass betrieben werden, werden bisweilen als «zwanghaft» bezeichnet, so z.B. übermässiges oder abweichendes Sexualverhalten (z.B. Fetischismus und andere Perversionen), Glücksspiel und Kaufrausch, Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie Essstörungen (Anorexie oder Bulimie).
Jedoch handelt es sich bei diesen Aktivitäten nicht um echte Zwänge, denn die Person bezieht aus dem jeweiligen Verhalten (wenigstens kurzfristig) Lustgefühle und möchte dagegen Widerstand leisten, weil aus dem Verhalten schädliche Konsequenzen folgen können.

Die Abbildung zeigt einige (nicht alle!) Übergänge von normaler wiederholter Aktivität (meist mit kurzfristiger Lust oder Genuss verbunden) bis hin zu psychotischen Phänomenen, die weder nachvollziehbar noch vergnüglich sind.

GRÜBELN BEI DEPRESSION

Bei einer schweren Depression ist zwanghaftes Grübeln über eine schwere Lebenssituation oder über andere Lösungsmöglichkeiten häufig. Oft ist das Grübeln mit ausgeprägten Ängsten verbunden. Jedoch fehlt diesen Symptomen die Eigenschaft, als sinnlos empfunden zu werden, da die Person im allgemeinen ihre Gedankengänge als sinnvoll ansieht, wenn auch möglicherweise als übertrieben. Deshalb sind es keine echten Zwangsgedanken.

FORTSETZUNG DIFFERENTIALDIAGNOSE

Manchmal kann der Zwangsgedanke zur **ÜBERWERTIGEN IDEE** werden, wie etwa der nahezu unerschütterliche Glaube, man beschmutze andere Leute. Solche überwertigen Ideen können bizarr sein und legen eine Schizophrenie nahe. Jedoch kann die Person mit einer Zwangsstörung, die eine überwertige Idee hat, üblicherweise nach einiger Diskussion die Möglichkeit anerkennen, dass ihr Glaube unbegründet ist.

ABGRENZUNG VOM WAHN: Zwangskranke leiden unter ihren Gedanken, während der Wahnkranke davon überzeugt ist. Bei einer Schizophrenie ist stereotypes Verhalten häufig; es ist aber eher auf Wahnphänomene zurückzuführen als auf echte Zwangshandlungen. Beispiel: Eine junge Frau fühlt ständig «eine schwarze Masse in meinem Körper aufsteigen, die mich ersticken wird.» Sie geht deshalb bis zu zehnmal täglich ins Bad, um den Schmutz abzuwaschen.

TICS: Schliesslich müssen hier noch Tics und komplexe Impulsstörungen erwähnt werden wie z.B. das Gilles-de-la-Tourette-Syndrom (vgl. Seite 18–19).

BEISPIEL: «KAUFZWANG» IN DER MANIE ODER ZWANGSKRANKHEIT?

	KAUFZWANG / MANIE	ZWANGSKRANKHEIT
GRUND-STIMMUNG	gehoben mit Begleiterscheinungen der Manie (euphorisch, angetrieben, überaktiv, ideenflüchtig, distanzlos, weniger Schlafbedürfnis)	gedrückte Stimmung, angespannt, deprimiert, deutlicher Leidensdruck
URTEILS-FÄHIGKEIT	vermindert («kein Gefühl mehr für Preise und den Sinn der eingekauften Sachen»)	intakt: sieht die Unsinnigkeit des Zwangs ein, muss aber einen Impuls ausführen, weil sonst die innere Spannung unerträglich wird
IMPULS-KONTROLLE	Verminderung der Kontrolle von an sich normalen Impulsen («Dieses Kleid gefällt mir! Das kauf ich!»)	Vermehrte, drängende und in sich unsinnige Impulse, die von irrationaler Angst diktiert werden

Manische Patienten können einen Kaufrausch erleben, der für sie «wie ein Zwang» ist. Dennoch kann man ihn nicht mit einer Zwangskrankheit gleichsetzen. Erst die Betrachtung der gesamten Lebensumstände, der Grundstimmung, der Urteilsfähigkeit und der Impulskontrolle ermöglicht eine Unterscheidung. Die nebenstehende Tabelle soll als Beispiel für das Vorgehen der Unterscheidung sein, das auch bei anderen Störungen angewandt werden kann.

Religiöse Rituale oder Zwänge?

In vielen Religionen gibt es genaue Vorschriften und Regeln. Hält man sie nicht ein, so kann Gott Gebete nicht hören, oder der Regelverstoss wird als Sünde bezeichnet und führt zum Verlust von Gottes Segen.

Nicht weniger als 613 Gebote umfasst das jüdische Gesetz, 248 Anweisungen und 365 Verbote. Alles hat seine Bedeutung: 248 entspricht der Anzahl der Gebeine eines Menschen, 365 der Anzahl der Tage eines Jahres. Darunter sind die 10 Gebote, aber auch ganz spezifische Anweisungen für die Zubereitung von Speisen oder für die persönliche Hygiene.

Im Bemühen, Fleisch und Milch nicht zu vermischen, ergeben sich für gläubige Juden sehr komplizierte Rituale und Regeln. So muss man nach dem Genuss von Fleisch mindestens 6 Stunden warten, bis man wieder eine Milchspeise zu sich nimmt. Zur Bestimmung, ob ein Lebensmittel «kosher» ist, muss ein Rabbiner konsultiert werden, der nach komplexen Regeln Recht spricht. Hat eine Frau die Mens, so gilt sie rituell als unrein und muss warten, bis keine Spur von Blut mehr zu finden ist. Erst nach dem rituellen Bad gilt sie wieder als rein.

Für zwanghafte Frauen kann dies zu einem echten Problem werden, wenn sie die Reinlichkeitskontrollen zu einem aufwendigen Prozedere machen. Waschungen vor dem Gebet müssen nach einer ganz genauen Ordnung vorgenommen werden. Kleider dürfen nicht aus einem Gemisch von Wolle und Leinen sein. Gebetsriemen müssen in einer ganz bestimmten Vorgehensweise und unter speziellen Gebeten angezogen werden. Die Tätigkeiten am Sabbath sind genauestens vorgeschrieben. Nicht einmal einen Lichtschalter darf ein frommer Jude betätigen. Dies führte Sigmund Freud dazu, die Religion pauschal als «universelle Zwangsneurose» zu bezeichnen.

Im Judentum, aber auch im Islam regeln viele Vorschriften das Gebet, das Essen, die Reinlichkeit und die Kleidungsvorschriften.

RITUAL ODER ZWANG?

Doch selbst solche ausführlichen Rituale müssen nicht zu Zwangsstörungen führen. Gesunde Menschen können zwischen Ritual und Zwang unterscheiden.

So schreibt ein jüdischer Rabbiner: «Manche Nichtjuden kritisieren diesen gesetzlichen Aspekt des traditionellen Judentums und sagen, dass dadurch Religion auf eine Reihe von Ritualen ohne spirituellen Inhalt reduziert werde. Obwohl es sicher manche Juden gibt, die die Halacha so vollziehen, so ist dies nicht deren Absicht. Im Gegenteil, wenn man das Gesetz richtig beachtet, so kann es die Spiritualität im Leben einer Person noch verstärken, weil die trivialen, gewöhnlich weltlichen Handlungen wie Essen oder sich kleiden in einen Akt religiöser Bedeutung verwandelt». (vgl. Internet: ***www.jewfaq.org***).

IN DER THERAPIE von religiösen Patienten ist es wichtig, die Rituale zu kennen, um sie von einem Zwang oder von einem religiösen Wahn zu unterscheiden.

Tic-Störungen

Tics sind unwillkürliche, plötzliche, schnelle, wiederholte, arrhythmische, stereotype motorische Bewegungen oder Lautäusserungen. Sie werden als unvermeidbar empfunden, können jedoch über verschieden lange Zeiträume unterdrückt werden. Tics verschlimmern sich häufig unter Stress und schwächen sich in der Regel während des Schlafs weitgehend ab, aber auch bei Tätigkeiten, die eine gezielte Aufmerksamkeit erfordern (z.B. Lesen, Nähen, Spielen eines Musikinstruments).

EINFACHE MOTORISCHE TICS: Augenblinzeln, Hals- und Schulterzucken und Gesichtsgrimassen.

EINFACHE VOKALE TICS: Hüsteln, Räuspern, Grunzen, Schnüffeln, Schnarchen, Bellen

KOMPLEXE MOTORISCHE TICS: Bewegungen des Tics, Spielen mit den Haaren, Schlagen oder Beissen eigener Körperteile, Springen, Berühren, Stampfen und Beriechen von Gegenständen.

KOMPLEXE VOKALE TICS: zusammenhangloses Wiederholen von Worten oder Sätzen, Koprolalie (Verwendung von unanständigen, häufig obszönen Ausdrücken), Palilalie (krankhafte Wiederholung von eigenen Lauten und Wörtern), Echolalie (Wiederholung des zuletzt gehörten Lautes, Wortes oder Satzes)

NEBENMERKMALE: Unbehagen in sozialen Situationen, Scham, Befangenheit sowie depressive Stimmung. Einschränkungen in Ausbildung und Beruf sind möglich, wenn der Tic sehr störend ist.

HÄUFIGKEIT UND VERLAUF: etwa bei 5 bis 20 % aller Kinder, dreimal häufiger bei Jungen als bei Mädchen, Beginn in Kindheit und Adoleszenz, Verlauf: vorübergehend oder chronisch.

DREI HAUPTFORMEN VON TICSTÖRUNGEN:

A) Gilles-de-la-Tourette-Syndrom
B) Chronische Tic-Störung (entweder motorische oder vokale Tics, aber nicht beides)
C) Vorübergehende Tic-Störung

SUPERMARIO IM GEHIRN

Die drängende Kraft von einschiessenden Impulsen wird erfahrbar in den modernen Videospielen. Ständig tauchen Hindernisse auf, die den fröhlichen Supermario in Trab halten: Er muss springen, rennen, zurückweichen, sich ducken oder einen Taler holen. Wehe, wenn er nicht rechtzeitig ausweicht, dann ist er bald GAME OVER.
Bei hoher Konzentration ist man in der Lage, die plötzlichen Hindernisse zu bewältigen, doch die Anstrengung wird immer grösser, bis es den armen Supermario doch erwischt – der Tic bricht also wieder durch.

Gilles-de-la-Tourette Syndrom

Es handelt sich bei der Tourette-Störung um ein neurologisches Leiden, das nach neuen Forschungen **genetisch bedingt** ist (Veränderung auf dem Chromosom 18).

HÄUFIGKEIT: Jungen dreimal häufiger betroffen als Mädchen.

VOKALTICS: Was die Störung so beängstigend und bizarr machen kann, sind die Laute, die die Patienten von sich geben, insbesondere wenn sie Tierlauten (wie Jaulen oder Bellen) ähneln. Diese lassen sich jedoch durch das plötzliche Zusammenziehen von Muskeln im Zwerchfell, dem Brustkasten und der Stimmritze erklären, wodurch Luft rasch herausgepresst wird und die Geräusche erzeugt.

Noch verwirrender ist das wiederholte ungewollte Hervorstossen von anstössigen Wörtern (wie z.B. «Scheisse»), auch Koprolalie genannt. Es handelt sich dabei um komplexe Tics, die offenbar ganze Wortfolgen aus dem Gehirn aktivieren können. Die Vokaltics können sehr auffällig und störend sein, sodass es zu Schulschwierigkeiten, Vereinsamung und depressiven Verstimmungen kommen kann.

BEHANDLUNG: Aufklärung der Betroffenen und ihrer Eltern. Behandlung mit Medikamenten (spez. Haldol, Risperdal, Dipiperon und Tiapridal) bringt oft deutliche Verbesserung. Unterstützung in Krisen. Betroffene können ihre Tics manchmal in Bewegungen und Worte einbauen. Nach der Pubertät erfolgt oft deutliches Nachlassen der Tics.

INFO IM INTERNET:

www.tourette.de
www.tourette.ch

DEFINITION NACH DSM-IV

A. Kombination von motorischen und vokalen Tics (Schnalzen, Grunzen, Jaulen, Bellen, Schnüffeln, Husten oder Wörter), allerdings nicht unbedingt gleichzeitig.
B. Die Tics treten mehrmals täglich (meistens anfallsartig), fast jeden Tag oder schubweise über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr auf.
C. Der betroffene Körperteil, die Anzahl, die Häufigkeit, die Komplexität und der Schweregrad der Tics ändern sich mit der Zeit.
D. Beginn vor dem 21. Lebensjahr.
E. Kein Zusammenhang mit neurologischen Erkrankungen oder Drogengebrauch.

UNTERSCHIED ZWISCHEN TICS UND ZWANG:

Eine Zwangshandlung wird als bewusste willentliche Handlung erlebt, die Antwort auf einen komplexen Gedanken ist und in ein genau festgelegtes Ritual eingebaut wird.

Tics hingegen sind meist einfache, stereotype Bewegungen oder Laute, die unbewusst und ungewollt erfolgen. Sie dienen keinem nachvollziehbaren Zweck und lindern auch nicht irgendwelche Ängste, wie dies bei Zwangshandlungen der Fall ist. Manchmal können allerdings Zwangsstörungen und Tic-Störungen gleichzeitig nebeneinander auftreten.

Wie man sich früher Zwänge erklärte

Alle Theorien zur Erklärung von Zwängen dienten dazu, das Unverständliche verständlich zu machen und damit vielleicht auch einen Weg zur Heilung zu finden. Die Theorien wurden jeweils durch den herrschenden Zeitgeist mitbestimmt. So erklärte man im Mittelalter Zwänge und Tics als Zeichen einer dämonischen Besessenheit. Heilung könne nur durch eine Dämonenaustreibung (Exorzismus) erzielt werden.

Im 19. Jahrhundert kamen psychologische Theorien auf. Eine lautete: Zwänge sind die Folge einer Störung der intellektuellen Funktion, der es den Kranken nicht mehr erlaubt, zwischen wichtig und unwichtig zu unterscheiden. Die zweite lautete: Zwangskranke leiden an einer Störung des Gefühlslebens: Ängste besetzen einen Gedanken und drängen diesen dann mit übermässiger Kraft ins Bewusstsein.

> «Die Zwangsneurose ist der Psychoanalyse liebstes, aber auch ihr schwierigstes Kind.»
>
> Geflügeltes Wort

Der französische Psychiater Janet vermutete eine Verminderung mentaler Energie, die zu einer Desorganisation der Gedanken und zum Verlust der Willensherrschaft über die Gedanken führte.

Sigmund Freud sah hinter den Zwängen innerpsychische Konflikte, die durch Abspaltung von Affekten, durch Ungeschehenmachen und durch Reaktionsbildung abgewehrt würden. Häufig seien diese Konflikte in letzter Konsequenz sexueller Art, dürften jedoch nicht in dieser Form zugelassen werden und zeigten sich dann in scheinbar weniger anstössigen Zwängen.

Obwohl die Deutungen Freuds und die psychoanalytische Behandlung von Zwangsstörungen sich in der Behandlung nicht bewährt haben, lassen sich doch aus seinen Schriften hochinteressante Beobachtungen ableiten.

Zwänge werden durch Verhexung und Besessenheit hervorgerufen.
Der Hexenhammer

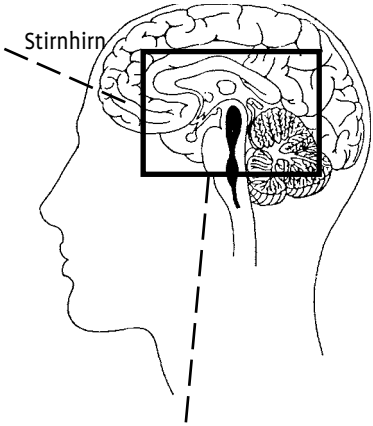
«Zwangsvorstellungen haben einen geheimen Sinn. Es gibt keinen Unsinn, wenn man die Sprache des Unbewussten versteht.» Wilhelm Stekel

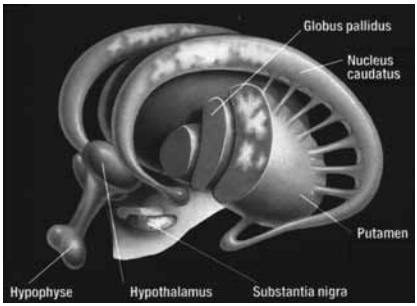
«Die Zwangsneurose ist als pathologisches Gegenstück zur Religionsbildung aufzufassen, die Neurose als eine individuelle Religiosität, die Religion als eine universelle Zwangsneurose zu bezeichnen.»
Sigmund Freud

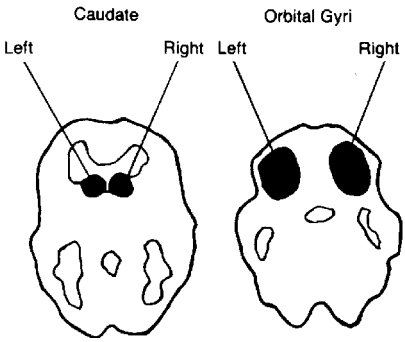
«Zwangskranke sind Verbrecher ohne den Mut zum Verbrechen.»
Wilhelm Stekel

Zweifel entstehen aus der Verwechslung von Schein und Sein. Die Angst, einen Gashahn nicht richtig zugedreht zu haben, ist in Wirklichkeit die Angst, seine Sexualität nicht im Griff zu haben.
Wilhelm Stekel

Biologische Ursachen







Im Jahre 1987 revolutionierte eine Studie aus Los Angeles die Vorstellungen über die Entstehung der Zwangsstörungen. Die Forscher hatten in bildgebenden Verfahren (PET = Positronen-Emissions-Tomografie) deutliche Unterschiede zwischen der Hirnaktivität bei Gesunden und zwangskranken Patienten gefunden. Seither wurden die Befunde von vielen Arbeitsgruppen weltweit bestätigt. Bei den Betroffenen liegt eine Störung in zwei Bereichen vor:

a) Basalganglien und Nucleus caudatus, steuern und filtern die Informationsverarbeitung (vgl. S. 24).
b) Orbitale Rindenbereiche des Stirnhirns. Das Stirnhirn ist der Sitz der Persönlichkeit mit ihren Grundhaltungen, Werten, der Fähigkeit zum Beurteilen und Planen. Man nimmt an, dass im orbitalen Stirnhirn wichtige Bezüge zu den Themen Ordnung, Gewalt, Hygiene, Sex, Nähe/Distanz vermittelt und beeinflusst werden. Beim Normalen bleiben Gedanken zu diesen Themen weniger hängen als beim Zwangskranken.

Eine Störung in diesen beiden Bereichen kann dazu führen, dass es zu kreisenden Gedanken kommt, die vom Rest des Bewusstseins als fremd und damit als Zwang erlebt werden. Die Störung des Zusammenspiels der cerebralen Systeme könnte dafür verantwortlich sein, dass Werte, Gefühle und Handlungsmuster nicht mehr flexibel an neue Situationen angepasst werden können.

Trotz einzelner Befunde besteht weiterhin ein grosser Forschungsbedarf.

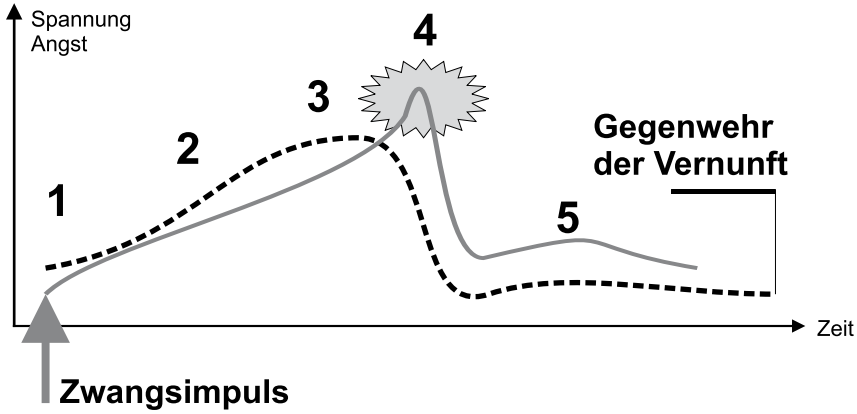
LITERATURHINWEIS: S. Karch & O. Pogarell (2011): Neurobiologie der Zwangsstörung. Nervenarzt 82:299–307.

Das Erleben der Zwangsstörung

Viele Zwangskranke erleben ihren Zwang als völlig sinnlos. Andere wissen um Auslöser, die sich später zum bizarren Zwang ausweiteten. Die Deutung von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen sollte jedoch sehr vorsichtig angegangen werden. Die Erfahrung hat gezeigt, dass psychodynamische Deutungen nicht zur Lösung der Zwangsstörungen führen.

Auch wenn Patienten sich selbst Vorwürfe machen («Habe ich diese Zwänge, weil ich als junger Mann onaniert habe?»), so muss man sie auf die grösseren Zusammenhänge und die heute bekannten Ursachen hinweisen.

Die einseitige Frage nach psychologischen oder spirituellen Ursachen kann neue Schuldgefühle erzeugen und verhindern, dass der Betroffene und seine Angehörige sinnvolle und wirkungsvolle Wege zur Bewältigung finden.



1. **EINSCHIESSENDER ZWANGSIMPULS ODER ZWEIFEL:** Der Impuls wird als unsinnig empfunden; die Vernunft versucht Widerstand entgegenzusetzen.
2. **SPANNUNGSAUFBAU:** Es kommt zu einer langsam ansteigenden Spannung zwischen Zwang und Vernunft. Die inneren Diskussionen und Kämpfe werden immer heftiger. Der Drang, den Impuls auszuführen bzw. der drohenden Gefahr entgegenzuwirken, wird immer intensiver, manchmal verbunden mit psychosomatischen Symptomen. Die Gedanken sind so absorbiert, dass die normalen Tätigkeiten und Aufgaben beeinträchtigt werden; man wirkt häufiger gedankenverloren, angespannt, innerlich weggetreten.
3. **NACHGEBEN:** Die Spannung wird derart unerträglich, dass man sich entschliesst, den Widerstand aufzugeben.
4. **ZWANGSHANDLUNG:** Diese wird oft wie eine Befreiung erlebt, auch wenn man sich gleichzeitig schämt, dem unsinnigen Impuls nachgegeben zu haben. Das Ausführen des Zwanges bedeutet ein Ende des Kampfes und gibt vorübergehend eine gewisse Ruhe.
5. **RUHEPHASE:** Allmähliche Beruhigung der Spannung bis es zu einem erneuten Zwangsimpuls kommt.

Zur Zwangsthematik

Die Thematik von Zwangsgedanken ist häufig geprägt von Dingen,

- die für den Betroffenen anstössig, verboten, oder mit Angst besetzt sind (Schmutz, Krankheit, sexuelle Nähe, Flüche, Obszönitäten).
- ein überhöhtes Gewissensziel darstellen (umfassende Sauberkeit, vollständiger Glaube).
- etwas Schlimmes gegen eine geliebte Person darstellen (z.B. die geliebte Freundin verletzen, oder im religiösen Bereich, Gott oder Jesus Christus zu schmähen, die man doch liebt und verehrt).

ZWÄNGE sind bestimmt von Ängsten (es könnte einem selbst oder jemand anderem etwas passieren) und von Schuldgefühlen (man sei schuld, dass etwas passieren könnte; man könnte sich versündigen).

Ziel der **ZWANGSHANDLUNGEN:** Angst abbauen; Absicherung gegen Fehler; Versuch, Schlimmeres zu verhüten. Zwangshandlungen dienen dazu, Gefahren zu vermeiden und Gefahren abzuwenden, allerdings Gefahren, die der «Normale» nicht als Gefahr empfindet. Da immer neue Gedanken einschiessen («Wie eine Kugel im Flipperkasten»), werden die Rituale immer komplizierter und nehmen oft deutlich magische Züge an, die Unglück verhindern sollen. — Bei religiösen Menschen häufig geistlich motivierte magische Handlungen, die das grösste Unglück für einen Christen, die Verdammnis, abwenden sollen (Beispiel: eine Frau möchte sich durch und durch vom Wort Gottes beeinflussen lassen. Sie legt daher auch nachts die Bibel unter ihr Kopfkissen).

EIN BEISPIEL

Ein Jurist verlässt am Abend seine Wohnung, um ein wenig Luft zu schöpfen. Vorher sagt er sich: Du musst alle Gashähne ordentlich zumachen, damit in deiner Abwesenheit kein Unglück geschieht. Er dreht alle Hähne ab und geht auf die Strasse. Kaum ist er vor dem Haustor, so überfällt ihn der Zweifel: Hast du wirklich alle Gashähne abgedreht? Er bekommt nun Angst, er könnte doch einen Hahn nicht recht abgedreht haben, etwa nach links statt nach rechts. «Unsinn!» — sagt er sich. «Du hast ihn doch abgedreht. Übrigens ist ja deine Wirtschafterin da, die nachsehen wird, wenn sie die Betten machen wird.» Bei diesem Gedanken steigert sich die Angst. Wie? Wenn sie mit einem brennenden Zündholz ins Zimmer käme? Da würde ja eine Explosion entstehen und das Mädchen ginge zugrunde. Dann würde er zur Verantwortung gezogen werden. «Nein! Es ist alles doch ein Unsinn!» sagt er sich. «Du hast den Gashahn abgedreht, die kleine Flamme hörte sofort zu brennen auf, folglich ist sie abgedreht.» Trotz dieser deutlichen Erinnerung setzt der Zweifel wieder ein und sagt: «Du hast den Gashahn nicht zugemacht.» Schließlich eilt er nach Hause, stürzt atemlos in das Zimmer und überzeugt sich, dass er den Hahn ganz, wie es sich gehört, zugemacht hat.

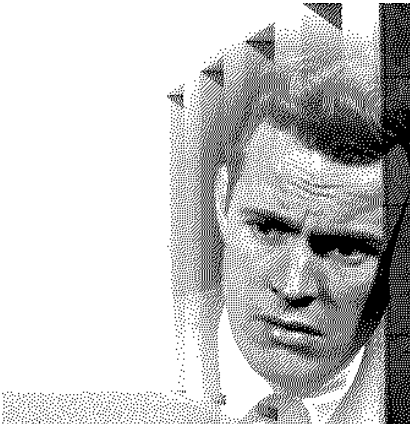
(nach W. Stekel)

Wenn der Filter der Gedanken versagt

Die Erkenntnisse der modernen Hirnforschung und die vielfältigen Beobachtungen von Zwangskranken haben gezeigt, dass beim normalen Menschen eine gesunde «Dämpfung» oder ein Filter eingebaut ist, der einschiessende Ängste und Impulse kritisch überprüft. Als Richtschnur dient das Wertsystem eines Menschen und die bisherigen Erfahrungen, die stark von Gefühlen geprägt werden. Diese Strukturen befinden sich in den Basalganglien und im limbischen System. Wenn jemand z.B. eine Türklinke berührt, wird der Gedanke «Ich habe mich beschmutzt» entweder gar nicht auftreten oder sofort durch die Vernunft als unwahrscheinlich oder ungefährlich verworfen. Selbst bei Themen, die mit mehr Gefühlen besetzt sind (z.B. Angst vor Ansteckung mit AIDS, Gedanke an ein obszönes Wort etc.) wird kein Alarm ausgelöst, weil der Filter seine Funktion erfüllt.

ANDERS BEIM ZWANGSKRANKEN: weil hier der Filter seine Funktion nicht erfüllt, werden angstbesetzte Impulse ohne die nötige Dämpfung ins Stirnhirn weitergeleitet, wo sie wie eine zweite, von aussen aufgezwungene Wirklichkeit erlebt werden. Zudem wird das Referenzsystem der Werte verzerrt und in erhöhte Alarmbereitschaft versetzt. So wird statt einer angepassten Verhaltensreaktion das oberste Ziel allen Handelns und Denkens die Abwehr einer subjektiv erlebten Gefahr.

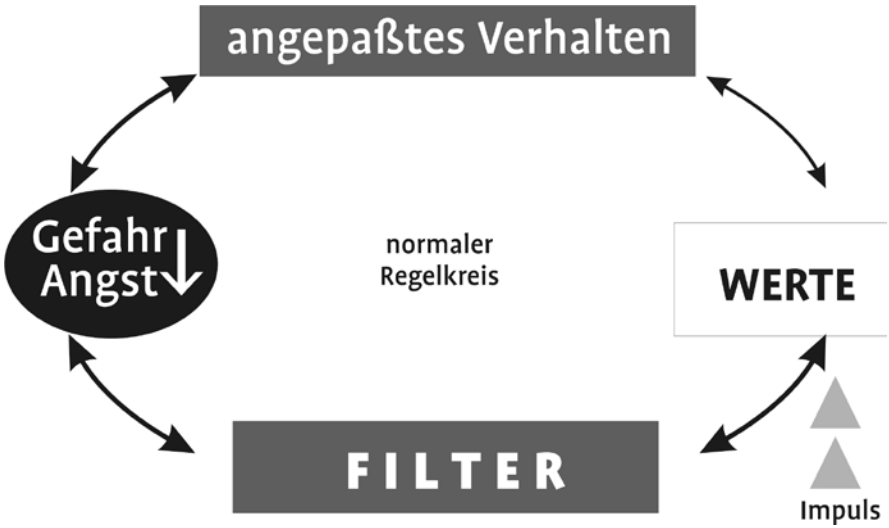
ANMERKUNG: Die hier geschilderten Vorgänge sind natürlich außerordentlich vereinfacht dargestellt, decken sich aber doch mit dem heutigen Wissensstand der Neurobiologie (vgl. auch S. 21).

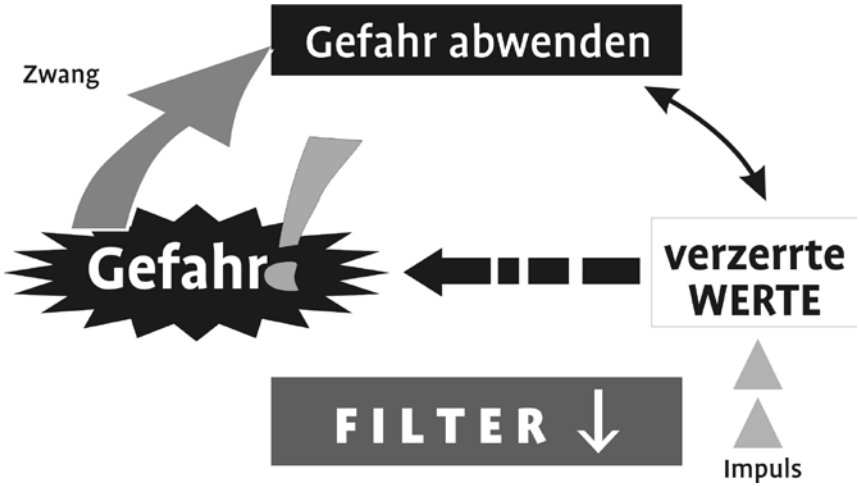


BEISPIEL

Die 32-jährige Bettina R. wagt sich wegen ihrer Zwänge kaum mehr in den Bus. «Wenn ich im Bus sitze, beobachte ich genau die Menschen um mich herum. Ich unterscheide zwischen sauberen und nicht sauberen Mitfahrern. Vor allem bei den Nichtsauberen achte ich darauf, wo sie stehen und wo sie sich festhalten. Setzt sich jemand neben mich, dann achte ich darauf, dass ich ihn nicht berühre. Auch kann ich meine Einkaufstasche nicht auf den Boden stellen, sonst wird sie verschmutzt. Mit meinen Augen kontrolliere ich die Fahrgäste um mich herum. Zuhause muss ich nach einer Fahrt erst einmal duschen.»

NORMALER FILTER: ein wenig Schmutz gehört zum Alltag. NORMALE WERTE: Normale Berührungen im Bus sind nicht gefährlich. VERZERRUNG: übermäßiges Gefühl der Verschmutzung, FILTER: ständige Wachsamkeit bei kleinsten Risiken.


angepaßtes Verhalten
Gefahr
Angst
normaler
Regelkreis
WERTE
FILTER
Impuls


Gefahr abwenden
Zwang
Gefahr
verzerrte
WERTE
FILTER
Impuls

Triebkonflikt und Gewissen

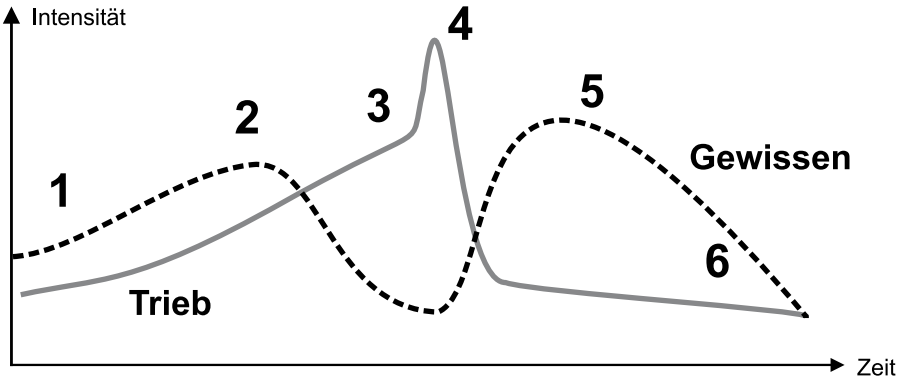
«WIE EIN ZWANG!»

An den Grenzbereichen der Zwangsstörung beobachtet man verschiedene Impulsstörungen, die von den Betroffenen «wie ein Zwang» erlebt werden. Das untenstehende Schema des Ablaufs einer solchen Störung kann man bei folgenden Bildern beobachten:

- Sexualprobleme (z.B. Fetischismus, Voyeurismus, Porno-Konsum)
- Pathologische Eifersucht
- Kleptomanie
- Bulimische Fressattacken
- Episodischer Drogenmissbrauch

ZWANGHAFTE VARIANTEN DER NORM

Während Zwang als unsinnig erlebt wird, sind Störungen von Trieb und Impuls eher als überhöhte und in ihrer Qualität zwanghaft erlebte Varianten der Norm zu betrachten, die zumindest in ihrer Entladung als lustvoll oder befriedigend erlebt werden. Allerdings erleben die Betroffenen ähnliche Vorgänge bzw. Phasen wie der Zwangskranke. Während beim Zwangskranken die Vernunft das Gegenüber ist, erleben die Betroffenen hier oft die mahnende Stimme des Gewissens.



STÖRUNGEN DER IMPULSKONTROLLE

Dazu werden folgende Störungen gezählt:

- Pyromanie (Feuer legen)
- Kleptomanie (impulshaftes Stehlen)
- Trichotillomanie (vgl. S. 29)

COMPULSIVE SEXUAL BEHAVIOR:

Unter diesem Begriff werden als zwanghaft empfundene sexuelle Handlungen und Perversionen zusammengefasst. Eine besondere Form, die zunehmend an Bedeutung gewinnt, ist CYBERSEX oder Abhängigkeit von Internet-Pornographie. Links zum Thema: ***www.seminare-ps.net***

Sechs Phasen

1. ERSTER IMPULS: Erste Versuchung, etwas Verbotenes oder Unanständiges zu tun; erstes Auftreten von eifersüchtigem Verdacht; zunehmende innere Leere und Sehnsucht nach dem «Kick». Das Gewissen oder die Vernunft erwacht und es kommt zu einer langsam ansteigenden Spannung zwischen Trieb und Gewissen.

2. SPANNUNGSAUFBAU: Die Gedanken werden immer stärker von dem Impuls gefangen und absorbiert. Die inneren Diskussionen und Kämpfe werden immer heftiger. Der Drang, das Verbotene zu tun, wird immer intensiver, oft verbunden mit körperlichen Symptomen einer inneren Spannung (Verspannungen, Herzklopfen etc.). Die Gedanken sind so absorbiert, dass die normalen Tätigkeiten und Aufgaben beeinträchtigt werden, man wirkt häufiger gedankenverloren, angespannt, innerlich weggetreten.

3. NACHGEBEN: Die Spannung wird derart unerträglich, dass man sich entschliesst, den Widerstand aufzugeben. Man nimmt die Niederlage hin und lässt zu, dem Drang nachzugeben. Angesichts der inneren Kämpfe gleicht dieser Entschluss immer noch einer Erleichterung, einem Dampfablassen, das eine Katastrophe verhindert. Gleichzeitig wird die Stimme des Gewissens unterdrückt bzw. ausgeblendet.

4. ENTLADUNG: Diese wird oft wie eine Befreiung erlebt, im sexuellen Bereich vielleicht auch als lustvoll. Sie bedeutet ein Ende der langen Kämpfe. Das Gefühl der Befreiung, Entlastung, Entspannung im Trieb-/Zwangsbereich wird nun abgelöst durch einen Anstieg der Gewissensspannung.

5. GEWISSENSKONFLIKT: Rascher Anstieg von Selbstzweifeln, Selbstvorwürfen, Schuldgefühlen, Gefühl des Beschmutztseins. Bemühungen um Wiedergutmachung.

6. REFRAKTÄRPHASE: Allmähliche Beruhigung der Selbstvorwürfe («Mir ist vergeben», «Ich habe es abgelegt und hinter mir gelassen», «Es plagt mich nicht mehr»), Entschlossenheit, nicht mehr rückfällig zu werden («Das tue ich mir nicht mehr an!», „Ich mag gar nicht mehr»). Ruhen von Trieb- und Gewissensspannung bis es zu einer erneuten Phase 1 kommt.

Zwangsrituale: Was sollen sie bewirken?

Kaum eine Erscheinungsform des Zwangs ist so schwer zu verstehen wie ein Ritual. Unter einem Ritual versteht man einen festgelegten Ablauf von Handlungen oder Gedanken, die einem bestimmten Zweck dienen. Beim Zwangskranken kommen oft äußerlich sehr uneinfühlbare Rituale vor.

Erst ein genaueres Gespräch über den Sinn kann Aufschluss über den verborgenen Sinn bzw. über den ursprünglichen Auslöser geben. Dieser Auslöser kann banal sein, wie die Verknüpfung der Dreieinigkeit mit dreimaligem Atmen. Er kann aber auch dramatisch sein: Eine junge Frau wird Zeugin eines Unfalls, bei dem ein Radfahrer schwer verletzt wird. Seither ist sie nie sicher, ob sie nicht auf dem Heimweg mit dem Auto einen Radfahrer angefahren hat, ohne es zu merken. Oft fährt sie die ganze Strecke nochmals ab, um sich Gewissheit zu verschaffen.

WESENTLICHES ZIEL zwanghaften Verhaltens ist es, eine drohende Gefahr abzuwehren. Doch für den Zwangskranken bergen auch scheinbar harmlose Ereignisse und Gedanken tiefe Gefahren, die dann nur durch ein Gegenritual «gebannt» werden können. Ihnen fehlt es an der gedanklichen Filterfunktion, die ihnen die Gewissheit und Gelassenheit gibt, die für den Nicht-Betroffenen selbstverständlich ist.

BEISPIEL

Ein 22-jähriger Student berichtet: «Es ist verrückt, aber in meinen Gedanken mache ich mir ein eigenartiges Gesetz. Wenn ich zweimal atme, darf ich nur etwas Gewöhnliches denken; wenn ich dreimal atme, darf ich nur etwas Heiliges denken. Wenn ich dreimal nacheinander atme, während ich die Zeitung lese, habe ich einen Fehler gemacht, denn die Zeitung ist nicht heilig. Ich muss deshalb dreimal zwei Atemzüge nehmen, um dem Fehler entgegenzuwirken. Sonst habe ich Angst, es könnte etwas passieren. Ich weiß, dass das unsinnig ist, aber wenn ich nicht das Gegenritual mache, steigt eine unerträgliche Angst in mir auf.»

ÜBUNG

DISKUTIEREN SIE ÜBER RITUALE UND IHRE BEDEUTUNG!

- Auch im Alltag machen wir manchmal kleine Rituale (z.B. beim Waschen oder beim Zubereiten von Essen oder beim Starten eines Autos). Sammeln Sie Beispiele!
- Aberglaube enthält viele Rituale (z.B. Holz anfassen!). Tragen Sie weitere Beispiele zusammen!
- Welche Rituale lassen sich im religiösen Leben beobachten?
- Was sind Dinge, die uns Angst machen und denen wir um jeden Preis entgegenwirken würden, selbst wenn sie uns nur in Gedanken auftreten? Vergleichen Sie mit den Ängsten von Zwangskranken auf den Seiten 6 – 11.

Das Vermüllungs-Syndrom

In seltenen Fällen kann es bei zwangskranken Menschen zu einem enormen Sammeltrieb kommen. Die Betroffenen sind unfähig, Wertvolles von Wertlosem zu unterscheiden und können sich von nichts trennen. Ihre Räume quellen über von Dingen, die andere als Abfall aussortieren. Manchmal ist eine Wohnung derart mit Müll angefüllt, dass zwischen den Stapeln nur noch schmale Gänge den Weg zum Bett oder zum WC offen halten.

Unterschieden wird zwischen Menschen, die zwanghaft Müll sammeln und Personen, denen die Kraft abhanden gekommen ist, irgendetwas wegzuwerfen.

Diagnostisch kann es sich neben einem schweren Zwangssyndrom auch um Psychosen oder schwere Depressionen mit Antriebshemmung handeln.

CHAOTISCHE «MESSIES»

Abzugrenzen sind schliesslich die „Messies“ (= Unordentliche). Darunter versteht man Menschen, die ihren Alltag nicht unter Kontrolle bringen können: sie sind Chaoten, vergesslich, unpünktlich, unzuverlässig, schlampig; ihre Persönlichkeit ist aber weitgehend intakt. Grundlage ist wahrscheinlich eine erwachsene Form der Hyperaktivität (ADHD). Für sie gibt es heute in verschiedenen Städten Selbsthilfegruppen.

WEITERE INFORMATIONEN:

Dettmering P. & Pastenaci R. (2000): Das Vermüllungssyndrom. Theorie und Praxis. Verlag Dietmar Klotz.

Trichotillomanie

Trichotillomanie wird allgemein als Störung der Impulskontrolle bezeichnet. Wie genau die Störung klassifiziert werden muss, wird derzeit noch kontrovers diskutiert.

DEFINITION

A. Sich wiederholende und unwiderstehliche Impulse, sich die eigenen Haare auszureißen, mit der Folge sichtbaren Haarverlustes.
B. Verstärktes Gefühl von Spannung unmittelbar vor dem Haarausreißen.
C. Eine Befriedigung oder Erleichterung während des Haareausreißens.
D. Kein Zusammenhang mit einer vorher vorhandenen Hautentzündung und keine Reaktion auf Wahnvorstellungen oder Halluzinationen.
E. Die Störung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Der wichtigste Unterschied zu einer Zwangsstörung ist das angenehme Gefühl, das sich während des Reißens bemerkbar macht; dieses ist bei Zwangsstörungen nicht vorhanden. Auch haben die Betroffenen nicht den Wunsch, aufzuhören. Daher sollte man sie eher als Verwandte der Zwangsstörung bezeichnen, denn völlig gegensätzlich sind sie natürlich nicht. Man bezeichnet die Trichotillomanie auch als Zwangsspektrumsstörung.

WEITERE INFORMATIONEN:

www.trichotillomanie.ch
www.trichotillomanie.de

Angehörige leiden mit

Die Zwangskrankheit kann zu einer Familienkrankheit werden. Ähnlich wie bei anderen schweren psychischen Störungen wird die Familie unausweichlich in die Krankheit miteinbezogen. Vielfach kommt es durch die Zwangsrituale zum Familienkonflikt.

Natürlich sind nicht alle in gleicher Weise betroffen, aber die Störung lässt keinen unberührt. Obwohl die Angehörigen immer wieder heroische Anstrengungen unternehmen, um ihren Lieben zu helfen, brauchen auch sie Hilfe für sich selbst.

Nr. 11 / Freitag, 13. März 1992 Medical Tribune

Wenn Kinder zwangskrank sind

Eltern ertragen Tyrannei oft jahrelang

CO-DEPENDENZ

Häufig lässt sich eine Co-Dependenz (Mit-Abhängigkeit) beobachten, eine intensive Verstrickung in die Probleme des Kranken, ähnlich wie in Familien von Alkoholkranken. Ohne es zu wollen, dominieren Zwangskranke ihre Familie durch Kontrolle, Einschüchterung und Angst. Alles und jeder kann sich zunehmend um die zwangskranke Person drehen. Alle Fragen des täglichen Lebens können durch die Störung betroffen sein. Angst, Depression, ja ein panisches Gefühl des Terrors kann das Familiensystem durchdringen. Es kann zur Trennung, zur Scheidung oder zum Zerbrechen der Familie kommen.

Unterstützende Begleitung der Angehörigen

- Die Angehörigen brauchen Aufklärung über die Natur der Störung, der Behandlungsmöglichkeiten und Ermutigung, den Betroffenen zu fachgerechter Behandlung zu motivieren.
- Anerkennung ihrer Anstrengungen in der Unterstützung des Zwangskranken.
- Ansprechen ihrer eigenen Bedürfnisse.
- Ermutigung zur Abgrenzung: Wenn der Zwangskranke keine Einsicht zeigt, darf man sich nicht in die Rituale hineinziehen lassen und muss klarstellen, dass man nicht die Person ablehnt, sondern das Zwangsverhalten. Man darf auch keine Kontrollfunktion übernehmen oder den Patienten bei seinen Ritualen unterstützen, da dies die Symptomatik verstärkt und die ganze Situation verfestigt.
- Toleranz bei Rückfällen, geduldige Begleitung.

ZENTRALE THEMEN IM ERLEBEN DER ANGEHÖRIGEN

1. **VERLEUGNEN UND VERHARMLOSEN:** Anfänglich hofft die Familie, dass es sich bei den sonderbaren Verhaltensweisen nur um eine vorübergehende «Marotte» oder ein «Mödeli» handelt. Oft verheimlicht man das Vorgefallene vor der Umgebung.
2. **UNTERSTÜTZUNG DER ZWÄNGE** und Erdulden von unangebrachtem Verhalten: Weil Widerstand gegen die Zwänge zu Ängsten und Spannungen führt, versucht man die leidende Person zu unterstützen und toleriert das Problemverhalten. Doch jede Anstrengung der Familie, den Betroffenen zu beruhigen, kann zu neuen Zwängen führen.
3. **AUSSCHLIESSLICHE BESCHÄFTIGUNG** mit der leidenden Person: Fast alle Gedanken der Familie kreisen um den Kranken. Man fühlt sich schuldig, wenn man nicht mithilft bei seinen Ritualen, wenn man seine lästigen Fragen nicht geduldig beantwortet. Es kommt zu einer angespannten Überwachheit, um alles zu vermeiden, was neue Zwänge auslöst.
4. **HILFLOSIGKEIT UND SELBSTZWEIFEL:** Wenn alle Anstrengungen nichts nützen, kommt es zunehmend zum Gefühl der Hilflosigkeit. Einerseits möchte man helfen, andererseits hält man den Schmerz kaum noch aus. Auch der Glaube kann verdunkelt werden: Warum nützen die Gebete nichts? Wo ist Gott in dieser Not?
5. **SCHULDGEFÜHLE, DEPRESSION UND SELBSTENTWERTUNG**: Die langdauernde Spannung führt zu seelischen Problemen bei den Angehörigen selbst. Oft kommt es zum Rückzug von anderen und zur Vereinsamung der Familie.
6. **INDIREKTE KOMMUNIKATION:** Um sich vor weiteren Vorwürfen zu schützen, redet man nicht mehr direkt miteinander. Eine andere Person in der Familie wird vorgeschickt, um Dinge mit dem Kranken zu besprechen, oder man hat gewisse Anzeichen, die auf sein Ergehen schliessen lassen.
7. **KÖRPERLICHE UND PSYCHISCHE SYMPTOME:** Das ständige Gefühl der Verantwortung, die pausenlose Abschirmung des Kranken vor neuen Belastungen, die widerstrebende Unterordnung unter seine bizarren Forderungen gönnen den Angehörigen keine Ruhe. Der Stress führt zu psychosomatischen Beschwerden: Sie können Migräne oder Magen-Darm-Beschwerden entwickeln, nervöses Herzklopfen oder Schlafstörungen. Manche Angehörige stehen auch in der Gefahr, ihre Spannungen mit Alkohol oder Beruhigungsmitteln zu behandeln und selbst in eine Abhängigkeit zu geraten.

BEISPIEL

Ein 14-jähriges Mädchen hatte die Angst, nach dem Besuch der Toilette nicht sauber zu sein und verbrauchte deshalb bei jeder Reinigungsaktion bis zu zehn Rollen Toilettenpapier. Ein Familienangehöriger musste stundenlang vor der Toilette stehen und das benötigte Papier zur Toilette hereinreichen. Die Mutter gab nach, weil die Tochter sonst mit schrecklichen Angstausbrüchen reagierte. Damit konnte sich das Zwangsverhalten weiter verfestigen. (nach U. Knölker)

Die Rolle der Medikamente

Medikamente haben die Behandlung der Zwangsstörung revolutioniert. Selbst schwere Zwänge können unter einer ausreichend dosierten medikamentösen Therapie völlig abklingen. Am wirkungsvollsten sind Antidepressiva, die über eine Wiederaufnahmehemmung von Serotonin wirken (SSRI = Selective Serotonin Reuptake Inhibitors). Folgende Medikamente haben sich als wirksam erwiesen:

1. **Clomipramin (Anafranil)**
2. **Fluoxetin (Fluctine)**
3. **Sertralin (Zoloft, Gladem)**
4. **Fluvoxamin (Floxyfral, Fevarin)**
5. **Venlafaxin (Efexor)**

WIRKSAMKEIT: Man schätzt, dass etwa ein Drittel sehr gut auf Medikamente anspricht, ein Drittel teilweise und ein Drittel leider nicht. Das ergibt aber doch Erfolgsaussichten von über 60 Prozent. In Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren konnte gezeigt werden, dass sich in den überaktiven Bereichen des Gehirns (vgl. S. 21) tatsächlich eine Normalisierung der neuronalen Aktivität einstellte. Weitere Studien haben gezeigt, dass es nach dem Absetzen von Anafranil zu einem erneuten Auftreten von Zwängen und depressiven Symptomen kam. Aus diesem Grund ist eine Langzeitbehandlung mit Anafranil oder einem anderen SSRI angezeigt.

WIRKMECHANISMUS: Wesentlich im Zwangsgeschehen scheint ein Mangel des Neurotransmitters Serotonin in den Basalganglien zu sein. Die Medikamente erhöhen den Serotoninspiegel in den Synapsen und ermöglichen dadurch eine normalisierte Informationsverarbeitung

WEITERE INFORMATIONEN:
Greist, J.H. et al. (1995): Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. Archives of General Psychiatry 52:53–60. — Süllwold, L. et al.: Zwangskrankheiten: Psychobiologie, Verhaltenstheapie, Pharmakotherapie.

Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapie geht davon aus, dass falsches Denken und Verhalten wesentlich zu einem Problem beitragen. Ziel ist es deshalb, Denken und Verhalten so zu verändern, dass es dem Patienten gelingt sein Leben im Hier und Jetzt besser zu bewältigen. Statt nur über die möglichen Ursachen nachzudenken, geht man die Zwänge ganz praktisch an. Dabei sind zwei Techniken wichtig:

▶ ***Reizkonfrontation:*** Der Zwangskranke setzt sich ganz bewußt denjenigen Reizen aus, die ihm Angst machen, d.h. vermiedenen Gegenständen, Situationen, Orten und manchmal auch Gedanken und Bildern.

▶ ***Reaktionsverhinderung:*** Der Kranke wird zuerst ermutigt, die Zeit bis zum Ausführen des Rituals zu verlängern, die Zahl der Wiederholungen zu vermindern

und schließlich ganz auf die Rituale zu verzichten.

So wird beispielsweise eine Patientin mit zwanghaften Verschmutzungsängsten und Waschzwängen ermutigt, Gegenstände zu berühren, die sie als «schmutzig» empfindet (z.B. Türgriffe, Haustiere, die Wand einer Toilette in einem Restaurant). Sie soll dann die Waschzwänge so lange wie möglich hinausschieben.

Die Wirksamkeit der Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen hat sich in breiten Studien klar bestätigt. So zeigte eine Studie an 300 Patienten eine Verbesserung um durchschnittlich 76 Prozent, die bis zu 6 Jahren anhielt. Die Erfolge treten aber vor allem bei einer leichteren Ausprägung eines Zwangssyndroms auf, nämlich bei Patienten, die folgende Bedingungen erfüllen: weniger Symptome, Fehlen zusätzlicher Persönlich-keitsstörungen und gutes soziales Funktionieren und gute Motivation. Zudem sind Störungen mit Wasch-, Putz- und Kontrollierzwängen deutlich leichter mit Verhaltenstherapie behandelbar, als Störungen mit Zwangsgedanken.

IN JEDEM FALL SOLLTE EINE VERHALTENSTHERAPIE MIT EINER MEDIKAMENTÖSEN THERAPIE KOMBINIERT WERDEN.

WEITERE INFORMATIONEN:
Einen breiten und gut verständlichen Überblick über Verhaltenstherapie bei Zwangskranken gibt das Buch von Hoffmann & Hofmann. Zwanghafte Persönlichkeitsstörung und Zwangserkrankungen. Therapie und Selbsthilfe. Springer 2010.

Chancen und Grenzen

Wie aus dem oben Gesagten hervorgeht, lassen sich heute Zwangsstörungen deutlich besser behandeln als früher. Als wesentlich hat sich die Kombination der folgenden vier Ansätze erwiesen:

- **MEDIKATION**
- **VERHALTENSTHERAPIE**
- **TAGESSTRUKTUR**
- **ANGEHÖRIGENGESPRÄCHE**

THERAPIERESISTENZ UND RESIDUALZUSTAND

Leider hat sich gezeigt, dass manche Zwangsstörungen sich trotz intensiver Therapie nicht wesentlich bessern. Manchmal bildet sich ein Residualzustand mit affektiver Abflachung aus, der kaum von einer chronischen Depression oder gar einer chronischen Schizophrenie unterschieden werden kann.

SPONTANVERLAUF UND ÜBERRASCHENDE BESSERUNG

In manchen Fällen kommt es aber über die Jahre auch ohne Therapie zu einer erstaunlichen Beruhigung.

Gerade bei Depressionen verschwinden die Zwänge mit dem Aufhellen der Depression.

Bei einem therapieresistenten Verlauf gilt es die Patienten mit ihren Behinderungen anzunehmen und sie gleichzeitig zu ermutigen, die vorhandenen Möglichkeiten (Arbeit, Wohnung) auszuschöpfen, um das Leben möglichst selbständig zu gestalten.

Zweifel

ZWEI BEGRIFFE
SKEPSIS = kritisches Denken, Hinterfragen, Urteilen, Prüfen, um das Gute zu behalten
SKRUPEL = grundlose Ängste, etwas falsch zu machen, sich oder anderen zu schaden, zu sündigen, keine Vergebung zu erlangen. «Kann ich, darf ich, soll ich?»

GESUNDER ZWEIFEL

Zweifel gehören zur Existenz des denkenden Menschen. Nicht alles ist wahr, nicht alles ist gut, nicht alles ist hilfreich. Das Hinterfragen von überlieferten Annahmen gehört zur normalen Entwicklung eines Menschen, mit der er seine Welt ausgestaltet. Selbst zum gesunden Glauben gehören Zweifel und Wagnis. Zweifel treten mit jeder Veränderung auf. Ein gesunder Glaube wird die Frag-Würdigkeit der christlichen Gemeinschaft, der Lehre oder der Erfahrung aushalten. Ein rigider Glaube wird durch solche Rückfragen bereits erschüttert und erlebt den Zweifel als destruktiv. Wer versucht, den Zweifel völlig auszuschalten, steht in der Gefahr der Sektenbildung. — Doch jedes prüfende Zweifeln hat einmal ein Ende. Der gesunde Zweifel hält eine Restspannung aus, ohne unbedingt letzte Gewissheit zu verlangen. Er kann «sein Herz stillen» (1. Jo. 3:19), auch wenn Fragen offen bleiben. Diese gesunden Formen des Zweifels kontrastieren nun aber mit dem krankhaften Zweifel.

KRANKHAFTER ZWEIFEL ODER SKRUPULOSITÄT

In der Literatur findet man immer wieder Auseinandersetzungen mit dem Phänomen krankhafter Zweifel, insbesondere im Bereich religiöser Fragen. So ist von Ignatius von Loyola folgende Beschreibung überliefert: «Nachdem ich auf ein aus zwei Strohhalmen gebildetes Kreuz getreten bin oder auch etwas gedacht, gesprochen oder getan habe, kommt mir wie von außen ein Gedanke, dass ich eine Sünde begangen hätte; doch scheint es mir wieder andererseits, dass ich nicht gesündigt habe: dennoch fühle ich mich beunruhigt, insofern ich nämlich zweifle, ob ich wirklich gesündigt habe und wiederum auch nicht zweifle.»

In einer Abhandlung über den Zweifel (Ductor Dubitantium, 1660) beschrieb der Theologe Jeremy Taylor ausführlich das Leiden der chronisch Skrupulösen. Skrupel seien eine Abart normaler Ängstlichkeit und würden das religiöse Leben empfindlich stören. Obwohl die Zweifel auch einmal als Prüfung von Gott gesandt werden könnten, sei doch häufig Satan als die Ursache zu sehen. Der Teufel bewirke bei den Bösen eine unzulässige Ausweitung des Gewissensspielraums im Vertrauen auf Gottes Gnade; bei den Guten hingegen eine Einengung des Gewissens durch unmäßige Furcht.

> «Ich kann an allem zweifeln, nur dass ich zweifle, kann ich nicht bezweifeln. Folglich ist das einzige Gewisse mein Zweifeln, das heisst aber, mein Denken. Solange ich zweifle, denke ich. Solange ich denke, bin ich.» Descartes

«Er ergreift von ihrer Phantasie Besitz und gibt ihnen dunkle und gespenstische Ideen ein: Er entfacht in gerechten Menschen dunkle Ahnungen von Sünde, die

sie, wenn auch grundlos, in Schrecken versetzen und ihnen schlimmste Befürchtungen einflößen; er greift ihren Sinn für Humor an und erzeugt dadurch gewöhnlich innere Bestürzung, Pein, Bitterkeit und Verstörung, sodass die armen Seelen wie Nußschalen dem Wüten einer aufgewühlten See ausgeliefert sind.»

RELIGIÖSE SKRUPEL sind nicht nur im Christentum, sondern auch in anderen Religionen beschrieben (Islam, Hinduismus, Judentum, vgl. S. 17). Häufig werden religiöse Vorschriften und Reinigungsrituale zwanghaft hinterfragt und bis zum Exzess übertrieben. Dies hat Sigmund Freud veranlasst, die Parallelen zwischen Religion und Zwangsneurose soweit zu treiben, dass er die Religion als universelle Zwangsneurose bezeichnete. Eine genaue Analyse von religiösen Menschen, die an Zweifeln und Zwängen leiden, zeigt jedoch, dass ihre Verhaltensweisen auch von Gleichgesinnten als übertrieben und krankhaft erlebt werden. Um also zu beurteilen, ob ein Zwang religiös verursacht ist, muss man genaue Kenntnis des kulturellen bzw. religiösen Umfelds haben (vgl. auch S. 17).

> «Die Zweifler bereuen, wenn sie nicht gesündigt haben. Skrupel bedeuten Leiden, wenn das Leiden vorbei ist; Zweifel, wenn die Zweifel zerstreut sind.»
>
> Jeremy Taylor 1660

Häufig finden sich bei Menschen mit religiösen Zwängen auch andere Zwänge.

Fachleute sind sich heute einig, dass religiöse Zwänge nur eine besondere Ausprägung einer Zwangskrankheit sind. Der Zwang ist sozusagen das Gefäß, in dem sich verschiedene Themen als Inhalte befinden können. Ist der Glaube für eine Person wichtig, so können die Zwänge eben religiös gefärbt sein.

> «Es gibt nichts Zweifelhafteres als einen Glauben, der den Zweifel unterdrückt. Gibt es einen Gott, über dessen Existenz kein Mensch zu entscheiden vermag, so ist der Zweifel an seiner Existenz nichts als der von Gott gewählte Schleier, den er vor sein Antlitz senkt, seine Existenz zu verbergen.»
>
> Friedrich Dürrrenmatt 1980

LITERATURHINWEIS: Beachte besonders den Anhang «Die religiöse Sichtweise» in dem Buch von J. Rapoport (S. 337–349) sowie das nur auf englisch veröffentlichte Buch von Ciarrocchi.

Seelsorge bei Zwangsstörungen

▶ Vermitteln Sie der Person Ihre Anteilnahme am Leiden unter den Zwängen.

▶ Ermutigen Sie zur Aussprache, auch wenn der Person die Zwänge peinlich oder gar gotteslästerlich vorkommen.

▶ Klären Sie die Natur der Störung durch die Anwendung der in diesem Heft abgedruckten Fragebogen (YBOCS, S. 6–15). Denken Sie daran, dass es auch Depressionen gibt, welche vorübergehend von Zwangsgedanken begleitet werden können.

▶ Geben Sie der Störung einen Namen. Erklären Sie, dass das Zustandsbild bekannt sei unter dem Namen «Zwangskrankheit» und betonen Sie, dass es sich um eine krankhafte Störung der Gedankenkontrolle im Gehirn handelt.

▶ Erarbeiten Sie mit der betroffenen Person die Psychodynamik (vgl. S. 17, 23, 28). Betonen Sie insbesondere, dass das Leiden an anstößigen Gedanken und Impulsen zeigt, dass dies gerade nicht in ihrer Absicht liegt.

▶ Betonen Sie, dass religiöse Zwangsgedanken nicht durch den Glauben verursacht sind, sondern nur eine religiöse Ausprägung der Zwangskrankheit darstellen.

▶ Vermeiden Sie eine Dämonisierung der Zwänge. Auch wenn die Impulse und Gedanken wie von außen aufgedrängt wirken, so gibt es noch andere Erklärungen. Dämonische Deutungen verschärfen oft die Glaubensprobleme, weil auch ein «Befreiungsdienst» eine Zwangsproblematik in der Regel nicht lösen kann.

▶ Orientieren Sie die Person über die Verläufe und die Behandlungsmöglichkeiten. Arbeiten Sie mit einem Arzt zusammen, der die notwendigen Medikamente verschreiben und allfällige weitere Abklärungen vornehmen kann.

«Wenn unser Gewissen uns anklagt
und schuldig spricht,
dürfen wir darauf vertrauen,
dass Gott
grösser ist als unser Gewissen. Er kennt uns ganz genau.»

1. Johannes 3,20 (Hoffnung für alle)

Seelsorge bei zwanghaften Zweifeln

▶ Bei zwanghaften Zweifeln, die den Glauben betreffen, ist es wichtig zu vermitteln, dass Gott über den Anklagen unseres Gewissens steht und unsere tiefsten Beweggründe sieht. Die persönliche Beziehung zu Gott und die Gewißheit der Erlösung ist nicht von einschießenden Zwängen abhängig, sondern beruht auf der Treue Gottes zum Menschen. Das Heil ist nicht von der «Heilsgewissheit» abhängig.

▶ Denken Sie an die Angehörigen und beziehen Sie die Familie ein (vgl. S. 30-31). Ermutigen Sie – wenn nötig – auch zur Abgrenzung von tyrannischen Verhaltensweisen.

▶ Entlasten Sie die Person, wo sie zu hohe Anforderungen an sich selbst stellt (z.B. skrupulöse Gewissensprüfung vor dem Abendmahl).

▶ Haben Sie Geduld: Stellen Sie sich darauf ein, dass es bei manchen Betroffenen nicht zu einer völligen Heilung kommt. Begleiten Sie sie mit Trost und praktischer Unterstützung auch in der Not der Invalidität und der empfundenen Wertlosigkeit.

ZWÄNGE ALS NEGATIVES ABBILD TIEFSTER WÜNSCHE:

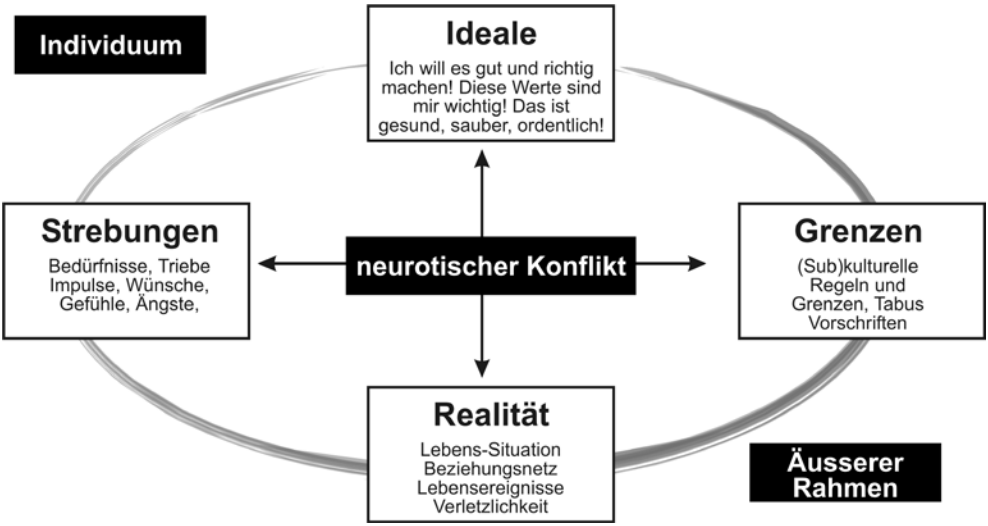
Wenn eine zwangskranke Person über ihre schrecklichen Gedanken klagt, so sind diese nichts anderes als das negative Abbild ihrer tiefsten Wünsche und Sehnsüchte. Ihre gewalttätigen Phantasien sind nichts anderes als die Angst um die geliebte Person, ihre zwanghaften Zweifel nur ein krankhafter Ausdruck ihres tiefen Glaubens.
Gerade die zwanghaften Zweifel zeigen die tiefe Sehnsucht nach Gott. Gerade die obszönen Gedanken zeigen die Sehnsucht nach einem reinen Denken vor Gott.

Mit Spannungsfeldern leben lernen

Menschen mit leichteren Zwangsstörungen oder mit einer zwanghaften Persönlichkeit möchten möglichst exakt nach den Regeln und Idealen leben, die für sie wichtig sind. Es fällt ihnen schwer, mit ungelösten Fragen und Spannungen zu leben.

Dies kann sich auch auf den Glauben und auf die Gestaltung des persönlichen Lebens im Kontext ihres Glaubens auswirken. Doch manchmal muss man Zweifel «stehen lassen» ohne sie lösen zu können. Man muss damit leben, dass man persönliche Bedürfnisse und Impulse verspürt, die den herrschenden Regeln oder der Lebensrealität zuwiderlaufen.

Der «Kampf zwischen Fleisch und Geist» kann oft sehr quälend sein. Ist das Gewissen wirklich immer Gottes Stimme? Oder wird es nicht viel mehr durch die Erziehung und durch negative Erfahrungen geprägt? Diese Themen können im Seelsorgegespräch wesentlich werden. Das untenstehende Schema zeigt etwas von den Spannungsfeldern auf, die es zu besprechen gilt.



WEITERE INFORMATIONEN:
vgl. das Buch von S. Pfeifer: «Wenn der Glaube zum Problem wird». (Download als PDF von www.seminare-ps.net).

Wann ist eine Abklärung angezeigt?

Die Früherkennung ist außerordentlich wichtig, da sich der Behandlungserfolg wesentlich rascher einstellt und eher von Dauer ist, als wenn die Störung über Jahre oder Jahrzehnte bestanden hat. Wenn Sie den Eindruck haben, selbst an einer Zwangsstörung zu leiden – oder wenn die Symptome auf einen Ihnen nahestehenden Menschen zutreffen, können bereits einige wenige Fragen auf die richtige Spur führen:

▶ Werden Sie durch Gedanken gequält, die keinen Sinn machen oder die Ihnen lästig sind?

▶ Tauchen diese Gedanken immer wieder auf, obwohl sie sich dagegen wehren?

▶ Müssen Sie immer wieder eine ganz bestimmte Handlung durchführen, z.B. prüfen, ob der Wasserhahn zugedreht oder die Tür abgeschlossen ist, oder müssen Sie sich – um innere Spannungen abzubauen – ausgiebig waschen oder duschen? Und das, obwohl Sie wissen, dass das, was Sie tun, durch die stereotype Wiederholung völlig unsinnig ist?

EIN GESPRÄCH MIT DEM ARZT DRÄNGT SICH AUF,
wenn Zwangsgedanken und Zwangshandlungen

- ▶ eine erhebliche Belastung darstellen,
- ▶ pro Tag mehr als eine Stunde in Anspruch nehmen,
- ▶ negative Auswirkungen auf die Kontakte mit anderen Menschen haben
- ▶ und Sie beim Erfüllen der alltäglichen Aufgaben beeinträchtigen.

Manchmal sind die Symptome bei Angehörigen auch versteckter: Hier einige Hinweise:

1. Große Abschnitte von unerklärter (vertrödelter) Zeit.
2. Wiederholte Verhaltensweisen.
3. Ständige Fragerei zur Absicherung.
4. Einfache Aufgaben dauern ungewöhnlich lang.
5. Ständige Verspätung.
6. Vermehrtes Haften an Kleinigkeiten und Details.
7. Starke Gefühlsreaktionen auf kleine Veränderungen.
8. Schlafstörungen.
9. Langes Aufbleiben, um Dinge zu erledigen.
10. Deutliche Veränderung bei den Essgewohnheiten.
11. Alltag wird als Kampf erlebt.
12. Vermeidungsverhalten.

WEITERE INFORMATIONEN:

Zusammengestellt nach dem Buch von L. Baer und nach einem Angehörigen-Manual «Living with OCD» von VanNoppen, Pato und Rasmussen 1993.

Literatur

Die folgenden Bücher enthalten weitere Informationen zur Thematik dieses Arbeitsheftes. Im Rahmen der knappen Übersicht ist es jedoch nicht möglich, alle Aspekte ausreichend zu beleuchten.

Ambühl H.: Psychotherapie der Zwangsstörungen. Thieme.

Baer L.: Alles unter Kontrolle. Zwangsgedanken und Zwangshandlungen überwinden. Huber.

Brandt H.M.: Der Hiob in uns. Vertrauen im Zweifeln. Vandenhoeck & Ruprecht.

Ciarocchi, J.: The Doubting Disease. Help for scrupulosity and religious compulsions. Paulist Press.

Fricke S. & Hand I.: Zwangsstörungen verstehen und bewältigen. Hilfe zur Selbsthilfe. Balance.

Hoffmann, N. & Hofmann B.: Zwanghafte Persönlichkeitsstörung und Zwangserkrankungen. Therapie und Selbsthilfe. Springer 2010.

Hoffmann S.O. und Hochapfel G.: Einführung in die Neurosenlehre und psychosomatische Medizin. UTB.

Knölker U.: Zwangssyndrome im Kindes- und Jugendalter. Vandenhoeck & Ruprecht.

Lichtenberger S.: Als sei mein Zweifel ein Weg. Gebet-Gedichte. Vandenhoeck & Ruprecht.

Osborn I.: Can Christianity cure Obsessive-Compulsive Disorder? Brazos Press.

Pfeifer S.: Wenn der Glaube zum Problem wird. PDF - Download von dieser Seite: www.seminare-ps.net.

Rapoport J.: Der Junge, der sich immer waschen mußte. Wenn Zwänge den Tag beherrschen. Münchner Medizin Verlag.

Rothenberger A.: Wenn Kinder Tics entwickeln. Gustav Fischer.

Ruthe R.: Wenn Zwänge das Leben beherrschen. Brendow.

Schwartz J.M.: Zwangshandlungen und wie man sich davon befreit. Fischer TB.

Süllwold L., Herrlich J. & Volk St.: Zwangskrankheiten. Psychobiologie, Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie. Kohlhammer.

VanNoppen B.L., Pato M.T. & Rasmussen S.: Learning to live with OCD – www.ocfoundation.org.

Internet-Ressourcen

www.zwaenge.de
www.zwang.ch
Infos für Betroffene und Experten.

www.zwangserkrankungen.de
Homepage von Betroffenen
(Forum, Chat, Therapie-Adressen).

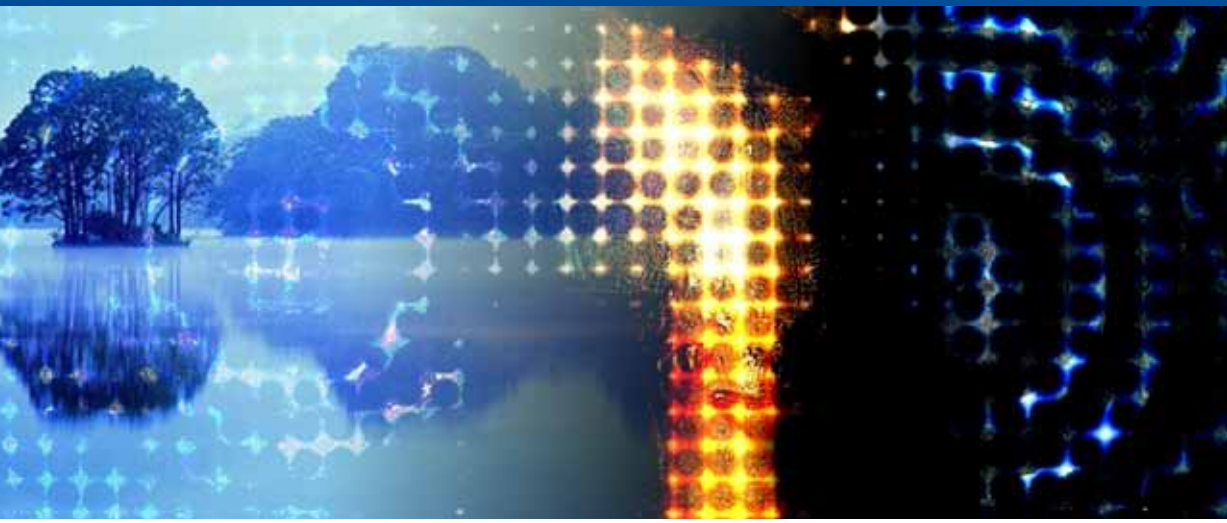
www.geonius.com/ocd/
Sammlung von Artikeln und Links zum Thema Zwangskrankheit.

www.ocfoundation.org

www.tourette.de — www.tourette.ch
Infos über das Gilles-de-la-Tourette-Syndrom für Angehörige und Betroffene.

Google™

ALLGEMEINER HINWEIS:
Unter der Adresse ***www.google.de*** können Sie jedes Schlagwort im Netz finden.



SCHIZOPHRENIE

Verstehen, Beraten, Bewältigen

Inhalt

Der Schizophrenie-Begriff – Psychosen 2
Abgrenzung – Einige Zahlen 3
Schizophrenie und Kultur 4
Frühe Anzeichen einer Schizophrenie 6
Der schizophrene Wahn 7
Diagnose der Schizophrenie 8
Was erleben schizophrene Menschen? 10
Formen der Schizophrenie 12
Sonderformen 14
Schizophrenie im Kindesalter 15
Entstehungsmodell 16
Vulnerabilität und Stressbewältigung 17
Positive und negative Symptome 18
Hirnbiologie und Schizophrenie 20
Risikofaktor Cannabis 22
Behandlung der Schizophrenie 23
Medikamentöse Behandlung 24
Soziales Training 28
Wie beugt man Rückfällen vor? 29
Psychotherapie bei Schizophrenie 31
Der religiöse Wahn und seine Erklärung 32
Zusammenarbeit von Arzt und Seelsorger 35
Wie verhält man sich in der Akutphase? 26
Mitbetroffen und mitleidend: Die Angehörigen 38
Selbsthilfegruppen und Internetadressen 39
Weiterführende Literatur und Internetlinks 40

Schizophrenie als Herausforderung

Sie ist noch immer geheimnisvoll und unheimlich. Und doch ist etwa ein Prozent der Bevölkerung davon betroffen: Die Schizophrenie mit ihren mannigfachen Gesichtern stellt eines der größten Probleme in der Psychiatrie dar. Uneinfühlbare Ängste, eigenartiges Verhalten, Stimmenhören und Halluzinationen, berufliche Überforderung, sozialer Rückzug – Menschen mit einer schizophrenen Störung fallen aus vielen Bereichen des Lebens heraus. Keine andere psychische Krankheit macht so viele junge Menschen in ihren blühendsten Jahren arbeitsunfähig. Oftmals haben sie nur noch die Familie, die zu ihnen steht.

Es war Prof. Eugen Bleuler in Zürich, der 1911 den Begriff der «Schizophrenie» prägte. Seine wissenschaftliche Arbeit war gepaart mit tiefer menschlicher Einfühlung. Er sah in jedem kranken Menschen auch seine gesunden Anteile. Eigentlich werde das Gesunde nicht aufgelöst, es sei nur von der Psychose verdeckt.

VORURTEILE UND HOFFNUNG

Die Gesellschaft hat Mühe mit der Erkrankung. Der Begriff Schizophrenie ist mit vielfältigen Vorurteilen behaftet: Gewalttaten machen Schlagzeilen; schizophrene Menschen werden als «verrückt» abgeschrieben und gemieden; der alltägliche Missbrauch des Wortes prägt die Sprache. Der Umgang mit Schizophrenie hängt von der Betrachtungsweise ab. Psychiatriekritiker behaupten sogar, die Schizophrenie sei eine Erfindung der Psychiater. Man kann vielleicht die Existenz der Schizophrenie leugnen, aber die Menschen, die von der Erkrankung betroffen sind, kann man nicht verdrängen.

Schizophrenie wird heute als schwere Störung der Informationsverarbeitung im Gehirn verstanden. Neue Medikamente haben Hoffnung gebracht und ermöglichen vielen Betroffenen, in ihrem normalen Umfeld zu leben. Dadurch ist aber die Gesellschaft viel stärker mit ihren besonderen Grenzen und Bedürfnissen konfrontiert. Eine umfassende Betrachtung ist dringend notwendig.

Das vorliegende Seminarheft soll dazu beitragen, diese Krankheit und ihre Auswirkungen besser zu verstehen. Neben vielfältigen medizinischen und sozialen Aspekten werden auch Fragen angesprochen, die sich in der Beratung von gläubigen Menschen ergeben. Wenn das Heft dazu beitragen kann, Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung besser zu begegnen, so hat es sein Ziel erreicht.

Dr. med. Samuel Pfeifer

> Patienten sind Menschen.
> Die Krankheit ist
> Teil ihrer Biografie. Aber sie sind nicht nur Kranke. Sie haben ein Leben jenseits der Krankheit – davor, danach, daneben.
>
> Asmus Finzen

Der Schizophreniebegriff

Über lange Zeit hinweg wurde die Diagnose einer Schizophrenie sehr weit gestellt. Viele amerikanische Untersuchungen aus den Vierziger- und Fünfziger Jahren wurden also an Patienten durchgeführt, die nach der strengeren Diagnostik unserer Zeit gar nicht an einer Schizophrenie litten. «Es spricht einiges dafür, dass etwa das berüchtigte Konzept von der ‹schizophrenogenen› Mutter auf der Grundlage der Beobachtung von Kranken entwickelt worden ist, die aus heutiger Sicht zum beträchtlichen Teil gar nicht schizophren waren.»

(Finzen, Schizophrenie, S. 74)

Der Begriff der «Psychosen»

Die Schizophrenien gehören zu der Gruppe der Psychosen.

DEFINITION : Umfassender Begriff für schwere Persönlichkeitsstörungen, charakterisiert durch abnormes Verhalten und Erleben und ausgeprägte Desorganisation der Persönlichkeit mit nachteiligen sozialen Folgen. Der Betroffene ist unfähig, äußere Erfahrungen und eigene Erlebensweisen auseinander zu halten. Zu den Psychosen gehören zudem:

- manisch-depressive Psychosen
- organische Psychosen (ausgelöst durch Gifte, wie z. B.. Drogen oder Infektionen, wie z.B. Fieberdelir bei Malaria)
- Folgen schwerer Hirnabbauprozesse, häufig im Alter
- vorübergehende Reaktionen auf belastende Situationen (z.B. nach einem Zugsunglück oder im Krieg)

Die Dauer und die Behandlung einer Psychose ist äusserst unterschiedlich. Der Psychosebegriff ist daher nur beschreibend, sagt aber nichts über den Verlauf oder den Erfolg der Behandlung aus.

Weil der Schizophrenie-Begriff immer noch mit vielfältigen Vorurteilen und Ängsten behaftet ist, braucht man bis zur Erhärtung der Diagnose oft den Begriff «Psychose».

Abgrenzung (Differenzialdiagnose)

- Organisch bedingte wahnhafte Störungen (Drogen, spez. Amphetamine, Phencyclidin)
- Affektive und schizoaffektive Störungen (spez. manische Episoden)
- Schizophreniforme Störung (Dauer 4 bis 12 Wochen, kurze Akutphase)
- Wahnhafte Störung (Fehlen von Halluzinationen und Denkstörungen)
- Reaktive Psychose (sehr kurz)
- Frühkindlicher Autismus (im Vordergrund schwere Kommunikationsstörg)
- Zwangssyndrom oder Hypochondrie (mehr Distanz zu den beherrschenden Gedanken)
- Persönlichkeitsstörungen
  - schizotypische P.
  - Borderline P.
  - Schizoide P.
  - Paranoide P.
- Subkulturelle Glaubensinhalte (z.B. ist die Vorstellung, besessen zu sein, nicht immer ein Wahn; ähnliches gilt für komplexe Rituale, wie sie z.B. im orthodoxen Judentum vorgeschrieben sind)

Einige Zahlen

0.4 % der Bevölkerung leiden an einem Stichtag an Symptomen einer Schizophrenie (akut oder chronisch)

1.0 % der Bevölkerung erkrankt im Laufe des Lebens einmal an einer Schizophrenie.

Zum Vergleich: Etwa 15 – 20 % sind an einem Stichtag depressiv, etwa 12 % leiden an Symptomen einer Angst- oder Anpassungsstörung.

VERERBUNG

Wahrscheinlichkeit der Erkrankung an einer Schizophrenie	
– wenn 1 Elternteil schizophren	15 %
– beide Eltern schizophren	40 %
– 1 Geschwister schizophren	15 %
– eineiiger Zwilling schizophren	50 %
– 1 Onkel oder Tante schizophren	3 %

GENETIK DER SCHIZOPHRENIE

Vieles deutet darauf hin, dass schizophrene Psychosen vererblich sind (vgl. Tabelle). Im Gespräch sind die Chromosomen 8 und 13. Allerdings ist es bis heute nicht gelungen, spezifische Veränderungen auf den Chromosomen festzustellen, die die Vorhersage einer psychotischen Erkrankung erlauben würden.

ERKRANKUNGSALTER / SUIZIDRISIKO

Männer erkranken durchschnittlich einige Jahre früher als Frauen. Man nimmt einen schützenden Faktor durch Östrogene an. Als Folge des frühen Beginns heiraten erkrankte Männer seltener und haben öfter keinen Berufsabschluss.

Das Suizidrisiko ist hoch: Etwa die Hälfte aller Patienten machen einmal einen Suizidversuch; ca. 10 Prozent begehen Suizid, oftmals aus Verzweiflung über die schwere Behinderung und den zunehmenden Abbau.

Schizophrenie und Kultur

SCHIZOPHRENIE KOMMT IN ALLEN KULTUREN DER WELT VOR, sei es in China, in Indien, in Afrika oder in Europa. Und überall beschreiben die Patienten ein ähnliches Erleben:
Eingebung von Gedanken, Gedankenübertragung, Gedankenentzug; Stimmen, die der Betreffende über sich sprechen hört oder die seine Handlungen und Gedanken begleiten. Veränderte Wahrnehmung in seiner psychischen und sozialen Umgebung; beispielsweise kann die ganze Welt in einen so intensiven persönlichen Bezug zu ihm treten, dass sich jedes Geschehene speziell auf ihn zu beziehen scheint und eine besondere Mitteilung an ihn enthält.

IN EINFACHEREN KULTUREN leben Patienten (sofern sie eher ruhig und zurückgezogen sind) in ihren Familien und in ihren Dörfern. Sie verrichten einfache Arbeiten in Haus und Hof und werden mitgetragen. Wenn sie sehr auffällig werden und das Zusammenleben stören, ist die Gemeinschaft überfordert: manche werden eingesperrt, z.T. angekettet.
Andere fliehen in die Wälder oder reisen in die grossen Städte, wo ihnen ein unsicheres Schicksal droht.
Werden sie gewalttätig, so landen sie nicht selten im Gefängnis. In manchen Ländern Afrikas gibt es Naturheiler, die ausserhalb der Dörfer wohnen und dort Kranke aufnehmen, wo ihnen ein ruhiges Leben, Kräuterheilmittel und Rituale helfen sollen, die Besonnenheit wieder zu finden.
In Indien gibt es neben wenigen psychiatrischen Kliniken sogenannte «Schreine», wo hinduistische, buddhistische oder christliche Mönche neben einem Tempel oder einer Kirche Wohnmöglichkeiten für Kranke und ihre Angehörigen eingerichtet haben. Auch dort werden manche Kranke in unruhigen Zeiten angekettet.

STUDIE

Gemeinsame Symptome bei paranoider Schizophrenie in verschiedenen Kulturen (Aarhus, Agra, Cali, Ibadan, London, Moskau, Prag, Taipeh, Washington):

- Mangelnde Einsicht
- Mißtrauen
- Verfolgungswahn
- Beziehungswahn
- Beziehungsideen
- übermässige Religiosität
- Mangelnde Zusammenarbeit
- Inadäquate Beschreibung
- Wahn-bezogene Stimmung
- Flacher Affekt

SELBST IM HOCHENTWICKELTEN WESTEN fallen schizophrene Menschen durch die Netze: In den USA sind nicht wenige Obdachlose eigentlich psychisch krank und würden Behandlung brauchen.

Geschichtliche Streiflichter

Nicht immer ging es psychisch Kranken so gut wie heute:

A) RUHIGE PATIENTEN lebten
- in einfacheren Kulturen bei den Angehörigen, oft unter elenden Umständen.
- in höher zivilisierten Kulturen auch in besonderen Hospizen, «Asylen», Anstalten.

B) STÖRENDE KRANKE wurden je nach Zeit in besonderen Anstalten untergebracht:
- Gefängnisse oder Irren-Anstalten
- z.T. in Ketten, auf Stroh
- Problematik der Zwangsmaßnahmen

C) BEFREIUNG der Geisteskranken durch
- menschlichere Betrachtungsweise
- besseres Verständnis für Krankheiten
- Medikamente ab 1953 (Largactil)

Philippe Pinel (1745 –1826) führte in Paris die menschlichere Behandlung von psychisch Kranken ein und gilt als einer der Begründer der modernen Psychiatrie.

Frühe Anzeichen einer Schizophrenie

ERSTE ANZEICHEN FÜR EINE SCHIZOPHRENIE (PRODROME)

- Anspannung, Angst, Unruhe
- Gefühlsverstimmung, Depression
- Konzentrationsstörungen
- Schlafstörungen
- Angetriebenheit und Reizbarkeit
- Eigenartiges Verhalten
- Sozialer Rückzug
- Eindruck, beeinflusst zu werden
- Manchmal extreme Beschäftigung mit Religion oder Esoterik.

Diese Anzeichen können nach neuen Forschungen (z.B. Häfner 1998) bereits bis zu zwei Jahre vor der ersten Einweisung in eine Klinik auftreten.

BEISPIEL

«Er habe das Gefühl, die Menschen kämen ihm einfach zu nahe. Überhaupt werde ihm alles zuviel, zu laut und zu grell. Er fühle sich von innen durch seine Gedanken und von aussen durch die Menschen bedrängt. . . . Immer wieder passiere ihm das: Er werde gerempelt. Autos kämen auf ihn zu. Alte Frauen starrten ihn an. Jugendliche riefen ihm Unverschämtheiten nach. Er begreife das alles nicht mehr.»

(aus der lebendigen Schilderung einer Ersterkrankung bei A. Finzen, Schizophrenie, S. 16)

Prämorbide Persönlichkeit

Menschen, die später an einer Schizophrenie erkranken, wirken oft schon in der Kindheit auffällig. In verschiedenen Studien zeigten sich gehäuft folgende Eigenschaften des Charakters, die lang vor der Erkrankung auftraten:

- Als Kinder oft problemlos und lieb.
- In sich gekehrt und ungesellig; können gut für sich allein spielen.
- Schwierigkeiten mit Beziehungen; wenige Freundschaften.
- Vermindertes Selbstwertgefühl.
- Die Intelligenz ist hingegen in den meisten Fällen nicht eingeschränkt.

ZITAT

«Ich konnte es einfach nicht begreifen: er war so intelligent, sah so gut aus, hatte eine so liebenswürdige Persönlichkeit — und war doch so krank!»

Zitat einer Mutter

Der schizophrene Wahn

WIE KOMMT ES ZUM WAHN?

Menschen, die einen Wahn entwickeln, sind von Grund auf verunsichert. Ängstlich prüfen sie die eigene Befindlichkeit im Bezug zur Umwelt. Sie beginnen ängstlich zu forschen, was die anderen wohl über sie denken; was der Grund für ihre befremdlichen Wahrnehmungen ist. Jedes erahnte Gefühl von Ablehnung oder Zurückweisung bestärkt ihre Ängstlichkeit. Die Gedanken werden laut, man beginnt zu «hören», was die andern «sagen». Es entsteht eine eigene Privatlogik, in der alles eine Bedeutung erhalten kann: das rote Auto vor dem Haus, Gespräche im Tram, die Nachrichten im Fernsehen etc. So werden die Ängste und Bedürfnisse, die Ahnungen und Empfindungen mit den Beobachtungen der Aussenwelt zu einem Mosaik verdichtet, das der zerbrochenen Wirklichkeit wieder Sinn verleihen soll; ein Sinn, den allerdings die Aussenwelt nicht mehr versteht.

HALLUZINATIONEN

Halluzinationen sind Sinneswahrnehmungen ohne äusseren Reiz. Wer halluziniert, hört, sieht, spürt, riecht, schmeckt Dinge, ohne dass in der äusseren Welt etwas vorhanden wäre, an dem sich diese Wahrnehmung festmachen könnte.

Akustische Halluzinationen können sein: Geräusche wie Klopfen, Summen, Schritte; Murmeln oder ganze Sätze / Dialoge, freundlich oder drohend, von aussen oder von innen; manchmal einfach Gedankenlautwerden, oft verbunden mit Angst.

Körperliche Halluzinationen (werden als von aussen gemacht erlebt): z.B. Gefühl der Bestrahlung, Magnetisierung; z.B. Herz wird gestört; z.B. sexuelle Belästigung.

WAHNTHEMEN

- Beziehungswahn
- Beeinträchtigungswahn
- Verfolgungswahn
- Liebeswahn
- Eifersuchtswahn
- Grössenwahn
- Religiöser Wahn

ANGST BEI SCHIZOPHRENIE

Angst ist ein zentrales Symptom im Erleben schizophrener Kranker. Der Einbruch der Psychose in das Erleben und Fühlen, das Entgleiten der Steuerbarkeit des Denkens und schliesslich die Verzerrung der Wirklichkeit im Wahn führen unweigerlich zu Angst. Vorher Vertrautes wird unbekannt und unheimlich. Früher selbstverständliche Beziehungen sind nicht mehr stimmig.

Die Orientierung in der Welt ist von Grund auf gestört. Alles dies ist mit Angst verbunden, die sehr tief gehen, sehr elementar sein kann, die schlimmstenfalls Vernichtungsgefühle auslösen und die Kranken auf den Weg in den Suizid treiben kann. Auch wenn Angst an sich angemessen ist, kann sie bei Psychosekranken in einer Intensität auftreten, die für den Aussenstehenden nicht mehr einfühlbar ist. Die emotionale Belastbarkeit vieler Schizophrener ist vermindert. Sie sind über die Massen sensibel und verletzlich. (vgl. Finzen, Schizophrenie, S. 56)

HINWEIS: Die hier aufgezählten Details sind nur einige Facetten des schizophrenen Erlebens. Weitere Informationen finden sich in zahlreichen Lehrbüchern.

Diagnose der Schizophrenie

Die Diagnose einer Schizophrenie wird anhand klar definierter Kriterien (DSM-IV *) sehr zurückhaltend gestellt. Doch ist es selbst für Erfahrene schwierig, sich in Grenzfällen festzulegen. Oft braucht es eine längere Verlaufsbeobachtung.
Im Verlauf einer schizophrenen Erkrankung gibt es drei Phasen:

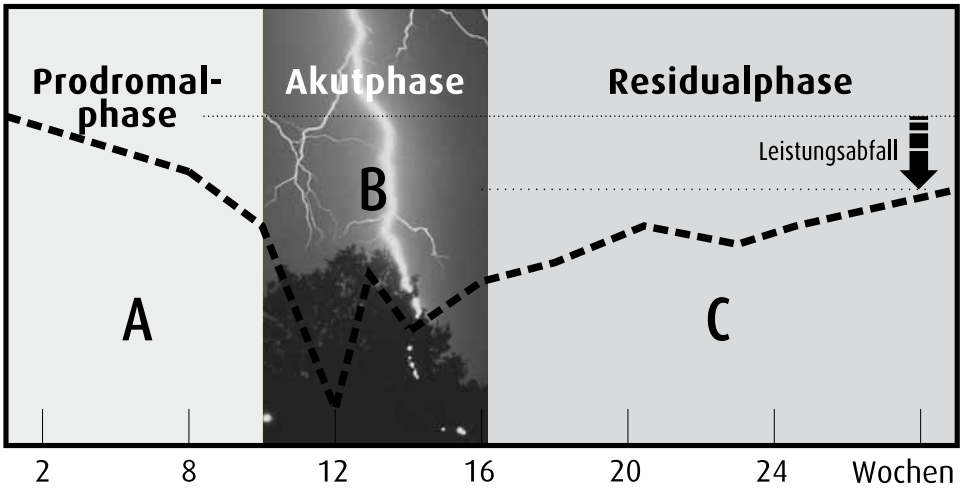
A. PRODROMALPHASE

B. AKTIVE PHASE

C. RESIDUALPHASE

DAUER: Gesamtdauer min. 6 Monate, verschiedene Dauer der einzelnen Phasen möglich,
z.B. **GUTARTIGER VERLAUF:** 2 Wochen Phase A, 2 Wochen Phase B und 6 Monate Phase C, dann keine Episode mehr.
z.B. **SCHUBWEISER VERLAUF:** 4 Wochen Phase A, 2 Wochen Phase B, 6 Monate Phase C, dann über 2 Jahre symptomfrei, wieder 4 Wochen Phase B, 6 Monate Phase C
z.B. **CHRONISCHER VERLAUF:** 3 Monate Phase A, 4 Monate Phase B, 6 Monate Phase C, dann wieder 1 Monat Phase B, 5 Monate Phase C etc.

BEGINN: meist vor dem 45. Lebensjahr



* DSM-IV = Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen, 4. Revision

Drei Phasen der Schizophrenie

A. Prodromalphase

(Prodrom = Vorläufer) Deutliche Verschlechterung gegenüber dem früheren Leistungsniveau (Berufstätigkeit, soziale Beziehungen, Selbstversorgung). Mindestens zwei der unten genannten Symptome, die nicht durch eine Verstimmung oder durch Drogen verursacht sind.
Symptome während der Prodromal- und Residualphase:

1. soziale Isolation oder Zurückgezogen-heit
2. ausgeprägte Beeinträchtigung in Beruf, Haushalt oder Ausbildung
3. ausgeprägt absonderliches Verhalten (Sammeln von Abfällen, Horten von verrotteten Lebensmitteln, enthemmtes Verhalten...)
4. ausgeprägte Vernachlässigung der Hygiene und der Kleider
5. abgestumpfter, verflachter oder unan-gepaßter Gefühlsausdruck
6. abschweifende, vage, übergenaue, umständliche oder bildhafte Sprache
7. eigentümliche oder bizarre Vorstellungen oder magisches Denken; Gefühl, beeinflußt zu werden oder andere beeinflussen zu können, überwertige Ideen, Beziehungsideen
8. ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse, z.B. wiederholte Illusionen, jemand oder eine unsichtbare Macht sei anwesend, die von andern nicht wahrgenommen werden kann.

B. Aktive Phase

Mindestens eines der folgenden Merkmale:

1. bizarre Wahnphänomene (inhaltlich offensichtlich absurd und ohne mögliche reale Grundlage), z.B. Gefühl der Beeinflussung, des Gemachten, der Gedankenausbreitung, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug
2. körperbezogene, Größen-, religiöse, nihilistische oder andere Wahnphäno-mene
3. Verfolgungs- und Eifersuchtswahn, kombiniert mit Halluzinationen
4. Stimmenhören (Kommentare zum Verhalten des Betroffenen, Beschimpfungen, sich unterhaltende Stimmen)
5. zerfahrenes Denken, deutliche Lockerung der Assoziationen, ausgeprägt unlogisches Denken und ausgeprägte Verarmung der sprachlichen Äußerungen, wenn sie mit mindestens einem der folgenden Merkmale einhergehen:
   - abgestumpfter, verflachter oder unpassender Gefühlsausdruck
   - Wahnphänomene oder Halluzinationen
   - katatones oder sonst grob desorganisiertes Verhalten

C. Residualphase

Mindestens zwei der unter A genannten Symptome, die nach einer aktiven Krankheitsphase anhalten und nicht durch eine Verstimmung oder durch Drogen verursacht sind.

Was erleben schizophrene Menschen?

Psychotisches Erleben lässt sich nicht mit objektiven Messungen erfassen. Untersucher und Betreuer sind daher auf die Schilderungen der Betroffenen angewiesen. Zudem lassen sich manchmal Beobachtungen machen, die Hinweise auf das Erleben geben. Will man deshalb schizophrene Menschen verstehen, so ist es ganz wichtig, sie in ihrem Erleben ernst zu nehmen. Die folgenden Bereiche sind in sehr wechselhaftem Ausmass betroffen. Die Erläuterungen sind stichwortartig (in Anlehnung an Dilling und Reimer 1990)

1. STÖRUNGEN DES DENKENS: Der formale Zusammenhang wird zerfahren, zusammenhanglos, alogisch, verworren. Es kommt zu Sperrungen, Gedankenabreissen; Gedanken werden als gemacht erlebt oder «weggenommen». Begriffe zerfallen, werden überkonkret oder symbolisch aufgefasst.

2. STÖRUNGEN DES GEFÜHLS: Nicht übereinstimmend mit der Situation und dem Erleben (Parathymie). Ambivalenz (beziehungsloses Nebeneinanderbestehen, unvereinbare Erlebnisqualitäten); instabile Stimmungslage; mangelnder Kontakt. Gefühlsmässige Steifigkeit, Verflachung, Verlust der Schwingungsfähigkeit. Daneben auch Phasen von ekstatischer Stimmung mit Glücksgefühl und Entrücktheit, Ratlosigkeit, Gefühlsverarmung und depressive Verstimmung.

3. ICH-STÖRUNGEN: Auseinanderbrechen von Denken, Fühlen, Wollen und Handeln. Rückzug nach innen (Autismus), Entfremdungserlebnisse, Verlust des Ich-Gefühls verbunden mit dem Erleben des von aussen Gemachten und der Beeinflussung von Fühlen, Wollen und Denken.

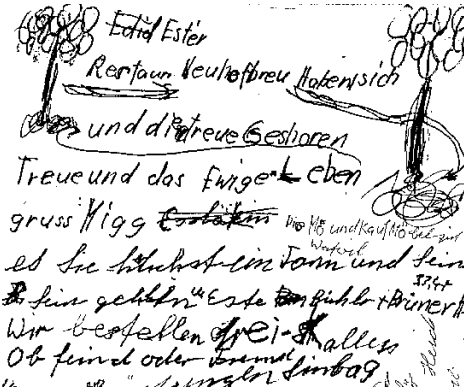


ABBILDUNG: ***Die Desorganisation des Denkens kann sich auch im Schriftbild zeigen.***

ZUSÄTZLICHE MERKMALE
(Akzessorische Symptome)

- **WAHN:** Verfolgung, Beeinträchtigung, Vergiftung, aber auch Berufung und Grösse
- **HALLUZINATIONEN:** Stimmenhören, Wahrnehmung von Gerüchen, Bildern etc.
- **STÖRUNGEN DER MOTORIK** und des Antriebs (katatone Symptome): Erstarrung (Stupor) oder Erregungs-zustände; wachsartige Bewegungserstarrung mitten im Ablauf (Flexibilitas cerea bei Katatonie), wiederholte gleichförmige Bewegungen etc.

ANMERKUNG:
Eine umfassende Darstellung dieser Symptome im Detail findet sich in vielen Lehrbüchern der Psychiatrie.

Nicht-Wollen-Können

Als Aussenstehender ist man versucht, Schizophreniekranke zu drängen, wenigstens minime Aktivitäten zu entwickeln (Aufstehen, die Medikamente regelmässig zu nehmen, zur Arbeit gehen, sich an Regeln halten).

Dies ist aber im akuten Schub für die Betroffenen nicht mehr möglich. Sie leiden unter einem Nicht-Wollen-Können. Bei der psychotischen Ambivalenz stehen die gegensätzlichen Gefühle und Strebungen weitgehend beziehungslos nebeneinander. Lachen und Weinen, Liebe und Hass, Wollen und Nicht-Wollen, Angst und Glück bestehen nebeneinander.

In ihrem gleichzeitigen Auftreten blockieren sie sich gegenseitig, ohne dass die Kranken sich dessen bewusst sind. Damit wird das Nicht-Wollen-Können zum Hindernis für Behandlung und Rehabilitation.

Basisstörungen

Im Bemühen, das subjektive Erleben von Schizophreniekranken besser zu erfassen wurden verschiedene Fragebogen aufgebaut, die dies ermöglichen sollen. Wohl das umfassendste Konzept wurde von Huber und Süllwold in Form des Frankfurter Beschwerdefragebogens entwickelt. In 98 Fragen bzw. Feststellungen werden die auf Seite 5 beschriebenen Störungen detailliert in Worte gefasst. Huber und Süllwold sprechen bei den Störungen des Denkens, der Gefühle und des Ich-Erlebens von schizophrenen Basisstörungen. Diese werden in zehn Kategorien eingeteilt:

1. KO = Verlust der Kontrolle (Selbstverfügbarkeit)
2. WAS = Wahrnehmung (sensorische Irritation)
3. WAK = Wahrnehmung komplex
4. SP = Sprache
5. DE = Denken
6. GED = Gedächtnis
7. MO = Motorik
8. AU = Automatismenverlust
9. AN = Anhedonie und Angst
10. REI = Reizüberflutung

BEISPIEL

«Meine Gedanken sind öfter so aufdringlich, als ob etwas laut denkt in mir» (DE)

«Zeitweise kann ich nicht reagieren und muss einfach abwarten, bis es wieder geht» (KO)

«Manchmal stoppe ich mitten in einer Bewegung und überlege, wie es weitergeht» (MO)

«Manchmal kommt es mir vor, als ob der Boden, auf dem ich gehe, sich hebt oder krümmt» (WAK)

«Ganz normale Nebengeräusche, die ich früher nicht beachtet habe, lenken mich jetzt übermässig ab» (REI)

ANMERKUNG:
In der Internationalen Literatur ist von «kognitiven Störungen» die Rede.

LITERATUR:
Süllwold L & Huber G: Schizophrene Basisstörungen, Springer 1986.

Formen der Schizophrenie

1. Hebephrenie

(desorganisierte Form der Schizophrenie). Früher Beginn, Stimmungslage gleichgültig, freundlich, oberflächlich heiter, situations-unangemessen fröhlich, distanzlos nett und unkritisch («läppisch»), deutlich verminderte Arbeitsfähigkeit.

2. Katatone Schizophrenie

Kombination mit ausgeprägten motorischen Störungen (z.B. stundenlanges Verharren in einer ungewöhnlichen Körperstellung, oder aber Erregungszustand)

3. Paranoide Schizophrenie

Im Vordergrund steht ein deutliches Wahnsystem (z.B. Größenwahn, Erfinderwahn, Verfolgungswahn).

4. Schizoaffektive Psychose

Schizophrene Symptome und Verlauf mit ausgeprägten Gefühlsstörungen (Depression, Manie).

5. Schizophrenia Simplex

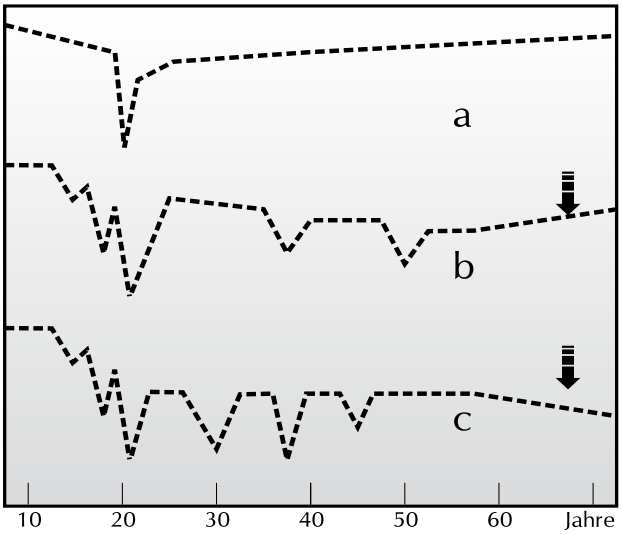
Allmähliche Persönlichkeitsveränderung ohne akuten Schub mit "Versandung" der Gefühle, des Denkens und allgemeiner Lebensuntüchtigkeit, ohne dass es je zu einem akuten Schub einer Psychose gekommen wäre.

MERKE

Auch wenn zeitweise eine Form besonders im Vordergrund steht, kann es bei ein und derselben Person im Verlauf der Krankheit zu unterschiedlichen Ausprägungen kommen.

(z.B. eine Phase hebephren, dann eher kataton, später wieder mehr paranoid).

Verlaufsformen



Grundsätzlich beobachtet man drei Verlaufsformen:

A) EINMALIGE EPISODE

B) WIEDERHOLTE SCHÜBE MIT ABFALL DER LEISTUNGSFÄHIGKEIT

C) CHRONISCHE VERSCHLECHTERUNG MIT SCHWEREM RESTZUSTAND.

Residualzustand

Während die Residualphase (S. 8) sozusagen die «Erholungsphase» nach einem akuten schizophrenen Schub ist, handelt es sich bei einem Residualzustand um die langfristigen Restfunktionen einer schizophrenen Person. Diese können mit erheblichen Benachteiligungen einhergehen:

«Im durchschnittlichen Alter von 35 Jahren sind 60 Prozent ledig geblieben, gut die Hälfte lebt allein oder noch bei den Eltern, und ein Drittel ist sozial sehr isoliert. Ein Drittel kann am Ende der 2-jährigen Nachsorge den Lebensunterhalt selbst bestreiten, knapp die Hälfte ist vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden. Verschärfte Konkurrenz auf dem Arbeitsmarkt und erhöhte Anforderungen benachteiligen Schizophrene besonders, trotz Verbesserung des Krankheitsverlaufs. Sozialpsychiatrische Hilfen zur Kontaktförderung, für Wohnen und Arbeit sind mehr denn je erforderlich, um stärkeres Elend zu verhindern.»

ANZEICHEN FÜR GUTEN VERLAUF

- Kurze Krankheitsdauer
- Regelmässige Medikamenteneinnahme
- Patient wird nicht als gefährlich erlebt
- Patient wird nicht gemieden
- Keine finanziellen/ berufl. Probleme
- Ländlicher Hintergrund

QUELLE:

Müller P. (1998). Zur sozialen Situation schizophrener Patienten. Nervenarzt 69:204-209.

Sonderformen

Immer wieder trifft man Zustandsbilder, die in manchen Anteilen nicht dem klassischen Konzept entsprechen. Wenn diese als Einheit gefasst werden, so spricht man auch von einem Konstrukt. Folgende Begriffe sind besonders häufig:

SPÄT-SCHIZOPHRENIE

Obwohl eine Schizophrenie in der Regel vor dem 45. Altersjahr auftritt, lassen sich immer wieder Fälle beobachten, wo die schwere Veränderung im Sinne einer Schizophrenie erst nach dieser Grenze auftritt. Diese muss allerdings von wahnhaften Entwicklungen im Alter abgegrenzt werden, wo sich gehäuft organische Ursachen finden.

PFROPFSCHIZOPHRENIE

Es handelt sich um schizophrene Symptome, die bei einer vorbestehenden psychoorganischen Krankheit bzw. Hirnschädigung auftreten. Die schizophrene Symptomatik pfropft sich gleichsam auf die organische Störung auf. Der Begriff galt lange als veraltet, wurde aber kürzlich wieder aufgegriffen.

ZOENÄSTHETISCHE SCHIZOPHRENIE

Im Vordergrund stehen körperliche Beschwerden, wie etwa seltsame und rasch wechselnde Schmerzen, Taubheitsgefüh-le, Elektrisierungs- und Hitzegefühle. Typische Aussage: «Es ist ein ständiges Reissen in allen Nerven, das brennt und elektrisiert, dabei verliert man den Verstand.»

SCHIZOTYPE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Durchgängiges Muster von Eigentümlichkeiten in Vorstellungen, äusserer Erscheinung und Verhalten, sowie Mängel in zwischenmenschlichen Beziehungen. Häufig: Beziehungsideen (aber kein Beziehungswahn); extreme soziale Ängstlichkeit; seltsame magische Vorstellungen; ungewöhnliche Wahrnehmungen; Verhalten und äussere Erscheinung wirken oft seltsam oder exzentrisch; keine engen Freunde oder Vertraute; eigenartige Sprache (z.B. verarmt, weitschweifig, vage oder übermässig abstrakt); inadäquater Affekt, oft spröde und unnahbar; Argwohn oder paranoide Vorstellungen.

SCHIZOPHRENIE UND ZWANGSSTÖRUNG

In etwa 5 Prozent der Schizophrenie-Kranken beobachtet man eindrückliche Zwangssymptome (z.B. Waschzwang). Oft ist es schwierig, zwischen Zwangsgedanken und der Reaktion auf Halluzinationen zu unterscheiden. Psychologische Tests haben deutliche kognitive Defizite gezeigt. Insgesamt ist das Vorhandensein ausgeprägter Zwangssymptome ein Hinweis auf eine schlechtere Prognose, häufig mit einer Therapieresistenz auf Antipsychotika. Immerhin kann die Kombination von Antipsychotika mit Anafranil eindrückliche Besserungen bewirken. Manchmal kann aber das Antidepressivum die Psychoseschwelle erniedrigen.

Schizophrenien im Kindesalter

In seltenen Fällen können schon Kinder an einer Schizophrenie erkranken (etwa 1 bis 2 Prozent der Erkrankungen). Wie bei Erwachsenen kommt es zu einem deutlichen Einbruch im Vergleich zum vorherigen Wesen und Verhalten.

In einer Studie an 44 Patienten (Klapal u.a. 1997) wurden Störungen in folgenden fünf Bereichen herausgearbeitet:

1. **KOGNITION - AFFEKT:** stereotypes Denken, leibliche Befindensstörungen, vermindertes abstraktes Denkvermögen, Gespanntheit.

2. **SOZIALER RÜCKZUG:** passiv-apathische Isolation, mangelnde Spontaneität und Gesprächsfähigkeit.

3. **ANTISOZIALES VERHALTEN:** Feindseligkeit, Unkooperativität, Kontaktmangel, Selbstbezogenheit.

4. **ERREGUNG:** mangelnde Impulskontrolle, Erregung, Größenwahn.

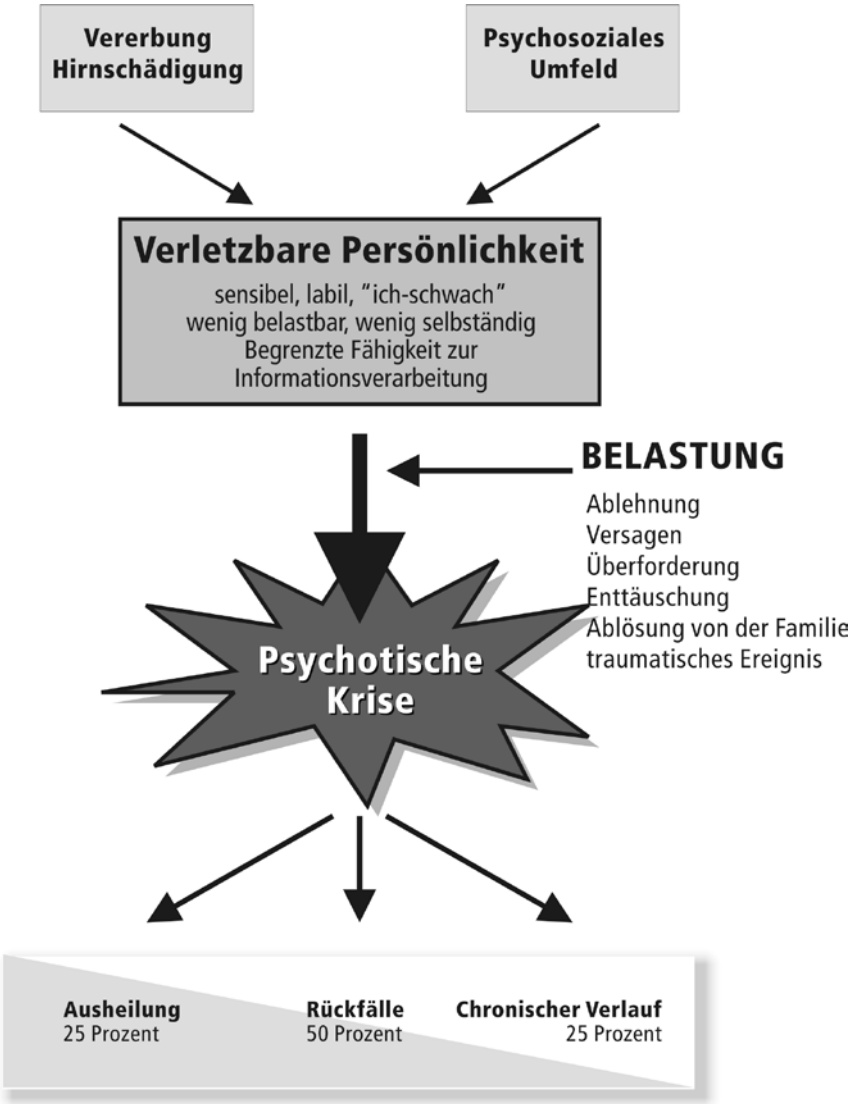
5. **REALITÄTSBEZUG:** verminderte Urteils- und Einsichtsfähigkeit, Angst, Aufmerksamkeitsschwäche, Halluzinationen.

Für die Eltern ist eine solche Erkrankung ausserordentlich belastend. Nicht selten erleben sie, dass man ihnen die Schuld am Auftreten der Störung gibt. Auch hier gilt: Schizophrenie ist eine Erkrankung des Gehirns. Sie ist mit Medikamenten bis zu einem gewissen Grad behandelbar, auch wenn die Prognose einer früh auftretenden Schizophrenie ernst ist. Die Eltern brauchen einfühlsame Unterstützung im Umgang mit den betroffenen Kindern.

EIN FALLBEISPIEL

Bis zu seinem 10. Lebensjahr war Marco ein ruhiges angenehmes Kind mit guten Schulleistungen. Allmählich veränderte er sich. Er verlor sich immer mehr im Spiel mit seinen Plastikfiguren. Nachts wollte er nicht ins Bett. Er wirkte gehetzt und verängstigt. Er machte seitenweise Notizen, wobei das Schriftbild auffällig ungeordnet war. Er klagte über Bauchweh: «Die Monster sitzen in meinem Darm und kämpfen mit dem Laserschwert gegen mich.»
Seine Schulleistungen liessen stark nach und oft rannte er hinaus in die Felder statt zur Schule zu gehen. Ermahnungen gegenüber war er nicht zugänglich. Unter Medikamenten kam es zu einer gewissen Beruhigung, aber Marco wurde apathisch und entwickelte eine ausgesprochene Negativsymptomatik.

Ein Entstehungsmodell der Schizophenie

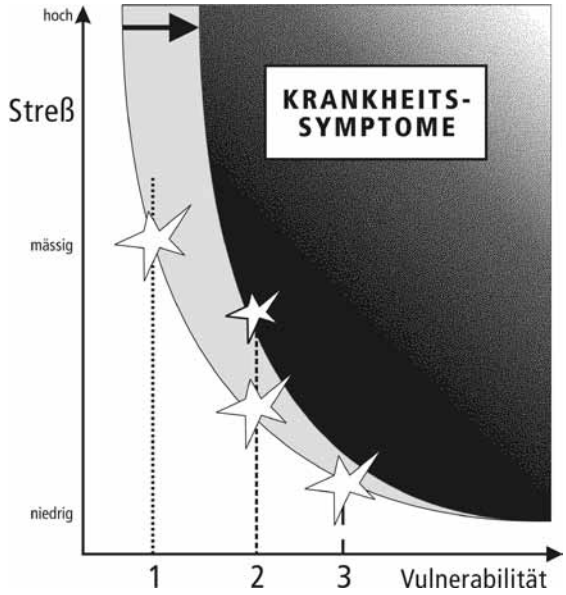


(nach Ciompi)

Vulnerabilität und Stressbewältigung

(nach Spring & Zubin)

Vulnerabilität bedeutet Verletzlichkeit, eine erhöhte Anfälligkeit für das Auftreten von Krankheitssymptomen (wie z.B. Stimmenhören, Schlafstörungen etc.). Je höher der Stress, desto eher treten Symptome auf.



Linie 1 zeigt eine niedrige Vulnerabilität: Es braucht einige Belastungen, bis es zu Symptomen kommt.

Linie 3 zeigt eine hohe Verletzlichkeit: Schon kleine Stressoren (ein leichter Vorwurf, Angst vor Übeforderung) führen zu vermehrten Symptomen.

Durch Medikamente, Reizabschirmung und Gespräche kann die Vulnerabilitätsgrenze verschoben werden (Pfeil).
Unter diesem Schutz hält eine vulnerable Person deutlich mehr Stress aus.

Linie 2 zeigt aber, dass es (bei einer mittleren Vulnerabilität) unter allzu hohem Stress trotzdem noch zu einem Rückfall kommen kann. Deshalb müssen Patienten angeleitet werden, wie sie Stress und erste Symptome erkennen können, um einem Rückfall vorzubeugen.

Das Vulnerabilitätskonzept ist eine der wichtigsten Grundlagen für die Schulung von Patienten, wie sie Rückfälle vermeiden können.
vgl. S. 29

LITERATUR:

Schmidt-Degenhardt M. (1988): Disposition - Vulnerabilität - Verletzlichkeit. Der Nervenarzt 59:573–585.

Positive und negative Symptome

Die Diagnostik der Schizophrenie wird heute geprägt von der Unterscheidung in Positiv- und Negativsymptome.

POSITIVE SYMPTOME

Als positive Symptome bezeichnet man Erscheinungen von Erlebens-, Verhaltens- und Ausdrucksweisen, die unter normalen Umständen im Leben eines Menschen nicht auftreten (etwa Wahn, Halluzinationen oder psychotische Ich-Erlebnis-Störungen). Die Kranken «produzieren» die Symptome, bringen sie in ihren Berichten hervor, deshalb die Bezeichnung «positiv».

Positive Symptome erleichtern die Stellung der Diagnose, sprechen in der Regel gut auf eine medikamentöse Therapie an und klingen in der Mehrzahl der Fälle wieder ab. Allerdings haben sie auch intensive Auswirkungen auf das Verhalten der Menschen, machen sie auffällig und führen dazu, dass sie von der Umgebung als störend erlebt und ausgeschlossen werden.

NEGATIVSYMPTOME

Als negative Symptome bezeichnet man Erscheinungen, die auf beeinträchtigte, reduzierte oder defizitäre psychische Funktionen zurückzuführen sind.

- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsmangel
- Verlust des klaren, zusammenhängenden Denkens
- Verlust des vorausschauenden Handelns
- eingeschränkte, unklare Sprache
- Verlust von Initiative und Durchhaltevermögen
- abgestumpfter Affekt
- Verlust der Fähigkeit, Freude zu empfinden (Anhedonie)
- Unfähigkeit, tiefe Beziehungen aufzubauen und zu erhalten.

Negative Symptpme können auch bei anderen Erkrankungen auftreten (Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, organische Psychosyndrome, schwere neurotische Erkrankungen, wie z.B. Zwangsstörungen). Ihr alleiniges Auftreten macht deshalb die Diagnose einer Schizophrenie schwierig (hier wird manchmal der Begriff der Schizophrenia simplex gebraucht).

Sie bleiben oft lange bestehen, und sind auch unter Medikamenten nur beschränkt behandelbar. Die Prognose ist daher schlecht. Sie können eine lang andauernde Leistungsminderung verursachen mit negativen Folgen für die berufliche und soziale Wiedereingliederung.

NEGATIVE SYMPTOME ALS HERAUSFORDERUNG

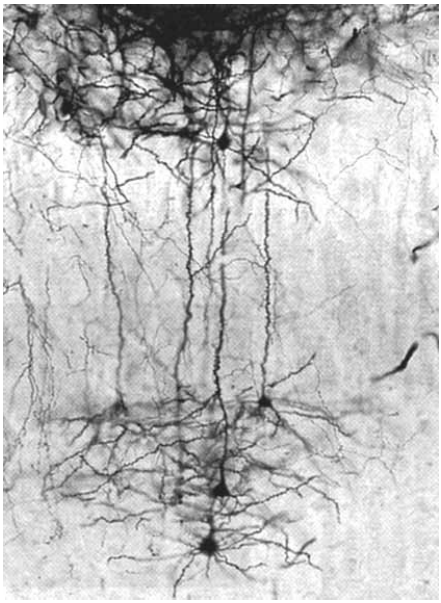
Die herkömmlichen Antipsychotika (z.B. Haldol) lindern in erster Linie die positiven Symptome. Sie sind daher bei Schizophrenieformen effektiv, wo Wahn und Halluzinationen im Vordergrund stehen. Hingegen brachten diese Mittel bei den negativen Symptomen kaum Verbesserung. Weil negative Symptome eine viel grössere Behinderung bedeuten und sich lange, ja lebenslang hinziehen, wurden sie zur besonderen Herausforderung.

Dies veränderte sich durch die Einführung von Leponex, dem ersten Vertreter der atypischen Antipsychotika (zudem: Risperdal, Solian, Seroquel, Zyprexa, Abilify). Durch sie können Menschen länger im Arbeitsprozess bleiben, werden beziehungsfähiger und haben mehr Energie.

Gestörte Netzwerke

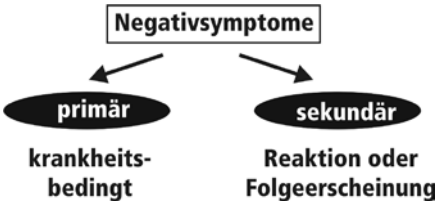
Grundlage dieser Störungen sind Veränderungen der Nervenleitungen ins Stirnhirn, wo der Sitz der Persönlichkeit ist. Die nebenstehende Abbildung zeigt Pyramidenzellen des Grosshirns, die durch eine spezielle Färbung sichtbar gemacht wurden.

Über 100 Milliarden Nervenzellen bilden gemeinsam das komplexeste Gebilde der Schöpfung. Die Zellen sind zu Netzwerken verknüpft, die in ihrem Zusammenspiel die Grundlage menschlicher Eigenschaften, wie Bewusstsein, Gedächtnis, Denken, Fühlen, Kreativität und Intelligenz bilden. Bei einer Schizophrenie ist die Informationsverarbeitung gestört.



Primäre und sekundäre Negativsymptome

Nicht immer sind Negativsymptome Ausdruck der schizophrenen Störung selbst. Man kann sich leicht vorstellen, dass ständiges Versagen oder das Zerbrechen von Freundschaften zum sozialen Rückzug führen können. Die Tabelle zeigt die vielfältigen Faktoren, die zu sekundären Negativsymptomen führen können.



GRÜNDE FÜR SEKUNDÄRE NEGATIVSYMPTOME

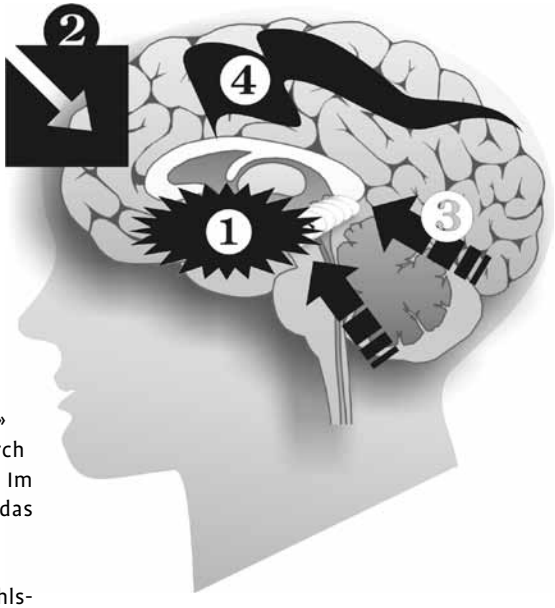
- Depression
- Persönlichkeitsstörungen
- organische Gehirnveränderungen
- Drogen / Alkohol / Medikamente
- Überstimulation
- Unterforderung
- «neurotische» Konfliktverarbeitung

(nach Marneros)

LITERATURHINWEIS:

Marneros A.: Negative Symptome der Schizophrenie. Thieme

Hirnbiologie und Schizophrenie



Informationen im Gehirn werden durch Neurotransmitter geregelt. Biochemisch gesprochen gibt es keinen Gedanken, der nicht durch Neurotransmitter gesteuert wird. Dabei kommt es auf ein reibungsloses Zusammenspielen von Wahrnehmung (Hören, Sehen etc.), Informationsdeutung, Informationsverarbeitung und Speicherung an.

Jede Sachinformation wird zudem mit Gefühlen gekoppelt. Denken, Fühlen und Handeln werden in verschiedenen «Kernen» des Gehirns gesteuert, die miteinander durch Nervenbahnen in engem Kontakt stehen. Im Zentrum der Erlebnisverarbeitung steht das limbische System (1).

Durch eine Überaktivität erhält das Gefühlszentrum falsche Informationen aus den Wahrnehmungszentren (3). Es hört Stimmen und sieht Dinge, die nicht wirklich sind. Aber die Gefühle sind ganz intensiv. Eigentlich sollte das Stirnhirn (2), der Sitz der Persönlichkeit für eine Wirklichkeitsüberprüfung sorgen. Doch bei schizophrenen Menschen fehlt der «Reality-Check» — es kommt zu desorganisiertem Verhalten (4).

Zwei Neurotransmitter sind wesentlich für eine korrekte Informations-Vernetzung: Dopamin und Serotonin. Sie aktivieren und hemmen andere Zellen mit spezifischen Rezeptoren, die man mit Schaltern vergleichen könnte.

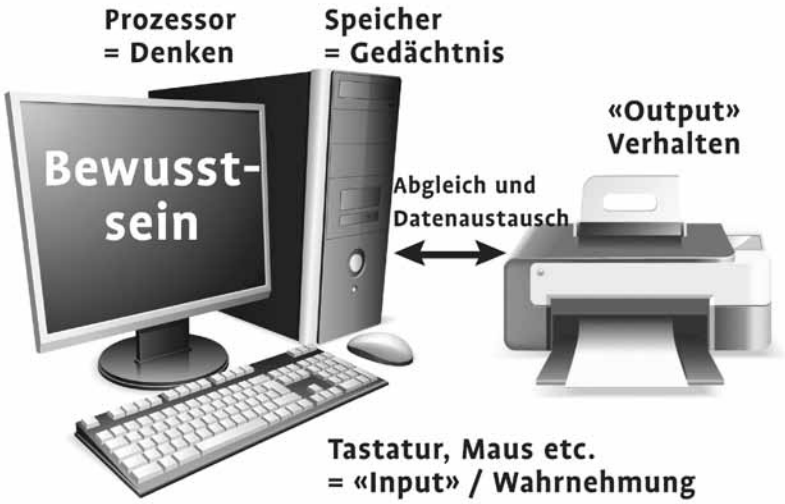
Bei einer Psychose ist das Zusammenspiel der Hirnregionen und das Gleichgewicht der einzelnen Neurotransmitter und der Rezeptoren in komplexer Weise gestört.

Für die psychotische Aktivität (positive Symptome) ist nach derzeitigem Wissensstand eine Dopamin-Überaktivität der limbischen Areale (1) verantwortlich. Diese müssten also gehemmt werden. Die Minus-Symptomatik scheint eher durch den Serotonin-Stoffwechsel begründet.

DIE FUNKTION DES STIRNHIRNS

- Abstraktes und kreatives Denken
- Logisches Denken
- Ausdruck von Sprache und Gefühlen
- Einordnung von sozialen Situationen
- Aufbau von zwischenmenschlichen Beziehungen
- Konstruktives und beharrliches Anstreben von Zielen.
- Aufgaben angehen und durchhalten
- Planen für die Zukunft
- Anpassung an neue Situationen

Ein Computermodell der Schizophrenie



Die obige Darstellung ist ein äußerst vereinfachtes Modell der Funktionsweise des menschlichen Gehirns. Unser Gehirn ist tausendfach komplexer als jeder Computer.

Unser Gehirn ist auch mehr als nur eine Maschine, die Geistesdimension lässt sich in kein Modell einfangen. Dennoch hilft uns das Bild, Störungen der Gehirntätigkeit besser zu verstehen.

Bei den Psychosen ist in erster Linie die Informationsverarbeitung gestört. Während etwa bei einer Depression das inhaltliche Denken gestört ist («Ich bin nichts wert» oder «Niemand hat mich gern»), steht bei der Schizophrenie das formale Denken im Vordergrund, also die Art, wie der Denkvorgang abläuft. Eine Psychose kann mit einem Computer-Absturz verglichen werden. Richtige Wahrnehmungen werden falsch gedeutet, mit falschen Speicherinhalten verglichen und führen daher auch zu falschen Reaktionen.

Zudem gaukelt das Bewusstsein Inhalte vor, die ungewollt aus dem Speicher abgerufen werden und mit aktuellen Wahrnehmungen zu einem Gemisch verarbeitet werden, das wir dann als Wahn bezeichnen.

Ein völliges Blockieren der Bildschirmfunktion («Absturz») kann einer Katatonie verglichen werden.

Bei einer Psychose ist das Zusammenspiel der Hirnregionen und das Gleichgewicht der einzelnen Neurotransmitter in komplexer Weise gestört.

Risiko Cannabis

«Ich trauere um die Erfahrungen, die ich wegen meiner Motivationslosigkeit nicht gemacht habe. Das Gehirn habe ich anstatt mit kreativen Impulsen mit Schwachsinn gefüllt. Die wichtigsten Jahre meiner Jugend sind ein grosser, grüner Brei»

Ein Betroffener, Spiegel 27/2004

Lange Zeit hielt man das «Kiffen» für eine harmlose Freizeitdroge. Neuere Studien belegen immer deutlicher: Bei dauerhaftem Cannabis-Konsum können nachhaltige Schäden im Gehirn entstehen. Besonders gefährdet sind junge Menschen, die bereits eine gewise Vulnerabilität haben. Bei ihnen kommt es gehäuft zum Auftreten von Psychosen.

Der Wirkstoff THC ist heute durch neue Anbaumethoden viel stärker konzentriert als noch vor 20 - 30 Jahren, als die Flower-Power-Generation die Wasserpfeife kreisen liess.

Die Suchtgefahr ist nicht zu unterschätzen: Jeder Zehnte der 18- bis 24-Jährigen, die Cannabis probieren, wird davon abhängig oder betreibt zumindest «schädlichen Gebrauch».

Studien zeigen, dass bei regelmässigem Konsum das Denkvermögen oft schon nach kurzer Zeit zu leiden beginnt. Wortfindungsstörungen, Vergesslichkeit und verminderte Fähigkeit, Neues aufzunehmen, führen zu Lernschwierigkeiten, die Weichen fürs Leben stellen: Schulversagen, Lehr- und Studienabbruch führen zu einer verminderten beruflichen Qualifikation.

Insbesondere bei jüngeren Konsumenten kommt es zu einer Verzögerung der Hirnreifung mit nachhaltigen Schäden. Heute wird zunehmend deutlich, dass ein jugendliches Gehirn, das regelmässig mit Rauschmitteln zugedröhnt wird, regelrecht auf Sucht programmiert wird.

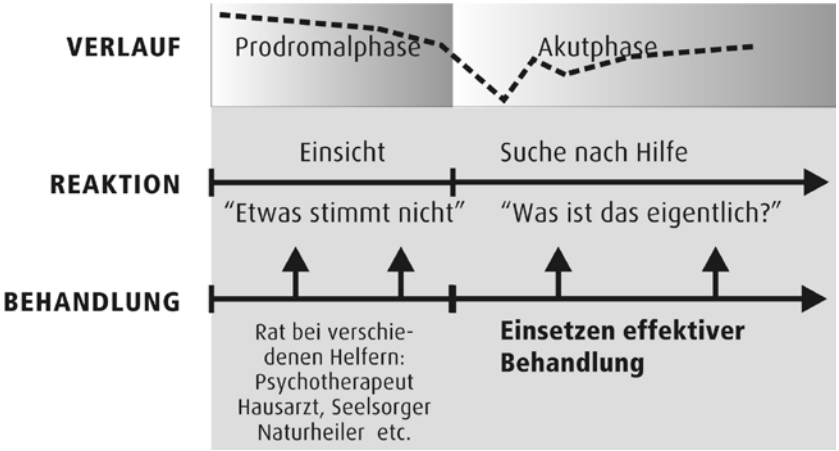
Bei sensiblen jungen Menschen wird Schizophrenie durch Cannabismissbrauch um Jahre früher ausgelöst — mit weitreichenden negativen Folgen für Ausbildung, Berufstätigkeit und Rehabilitation.

FOLGEN

FOLGEN VON CANNABIS-KONSUM

- Psychische Abhängigkeit
- Konzentrationsstörungen
- Vergesslichkeit, Wortfindungsstörungen, vermindertes Lernvermögen
- Störung der neuronalen Reifung
- Verzögerung der Persönlichkeitsentwicklung
- «Amotivationales Syndrom»
- Verstärkung einer Veranlagung zu psychischen Leiden (spez. Psychosen).

Behandlung der Schizophrenie



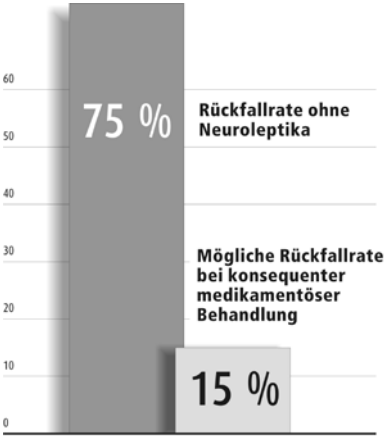
Eine schizophrene Erkrankung beginnt oft mit einer schleichenden Persönlich-keitsveränderung. In dieser Phase spüren die Betroffenen nur diffus, dass etwas nicht stimmt und suchen Hilfe bei verschiedensten Angeboten. Je früher die Problematik erkannt wird, desto rascher kann geholfen werden.

Dies hat offenbar auch Einfluss auf den Verlauf. Nach einer ersten Episode kommt es in 88 % zu einer Erholung (recovery).

Medikamente und Rückfallprophylaxe

Rückfälle sind ein grosses Problem für schizophrene Patienten. Sie beeinträchtigen die Lebensqualität, behindern Beruf und Privatleben und führen immer wieder zu stationären Behandlungen. Viele dieser Rückfälle könnten eigentlich durch eine konsequente neuroleptische Langzeitbehandlung vermieden werden.

Studien haben zudem ergeben, dass eine konsequente medikamentöse Prophylaxe erhebliche Einsparungen mit sich bringt. Ziel der Anstrengungen muss es daher sein, Patienten und Ärzte zu schulen und über die Möglichkeiten der Rückfallprophylaxe aufzuklären.



Medikamentöse Behandlung

WIE LANGE MUSS MAN MEDIKAMENTE EINNEHMEN?

Nach einer ersten Episode mindestens ein bis zwei Jahre lang. Nach dem zweiten Schub sollte mindestens fünf Jahre lang neuroleptisch behandelt werden, um einem Rückfall vorzubeugen.

Medikamente haben das Schicksal von Schizophreniekranken entscheidend verbessert. Obwohl Nebenwirkungen störend sein können, verbessert sich die Lebensqualität dennoch dramatisch.

WELCHES SIND DIE HÄUFIGSTEN NEBENWIRKUNGEN?

Die genauen Nebenwirkungsprofile sollten der Packungsbeilage entnommen werden und können hier nicht im Detail erwähnt werden. Zudem werden Nebenwirkungen je nach Person ganz unterschiedlich erlebt. Besonders störend bei den klassischen Antipsychotika können EPS sein (vgl. unten). Weitere Nebenwirkungen können sein: Sedierung, Blutdrucksenkung, Hautausschläge, Gewichtszunahme, Mundtrockenheit oder vermehrter Speichelfluss.

WAS VERSTEHT MAN UNTER EPS UND WIE KANN MAN SIE BEHANDELN?

EPS = Extrapyramidalmotorische Symptome, d. h. parkinson-ähnliche Beschwerden: Schlaffe Gesichtsmimik, «Robotergang», Muskelverkrampfungen (Augen, Kiefer, Schlund). Auf ein entsprechendes Gegenmittel (z.B. Akineton) sprechen die EPS meist gut an.

In etwa 5 - 10 Prozent der mit klassischen Antipsychotika behandelten Pat. kommt es zu einer Spätdyskinesie (unwillkürliche Bewegungen im Mundbereich, aber auch in anderen Körperbereichen). Sie bilden sich in der Regel nach Absetzen des Medikaments zurück, können aber lange andauern. — Darum ist es das Ziel neuer Antipsychotika, dass es bei einer normalen Dosierung nicht mehr zu EPS kommt.

WIE SCHNELL WIRKEN ANTIPSYCHOTIKA?

Eine Beruhigung kann innert wenigen Stunden und Tagen einsetzen; für eine psychische Stabilisierung kann es aber Monate dauern. Aus diesem Grund sollte man a) nicht zu rasch das Präparat wechseln und b) nicht immer höher dosieren, um eine Wirkung zu erreichen. Geduld ist oft wichtiger.

MUSS MAN ANTIPSYCHOTIKA BEI SCHWANGERSCHAFT ABSETZEN?

Bis heute ist keine Schädigung des werdenden Kindes durch klassische Antipsychotika bekannt. In jedem Fall ist aber eine engmaschige ärztliche Betreuung angezeigt.

Ein vereinfachtes Schema

	AKUTBEHANDLUNG DER PSYCHOSE	BEHANDLUNG VON ERREGUNG UND ANGST	VORGEHEN BEI NEBENWIRKUNGEN
Atypische Neuroleptika	**NEUROLEPTIKA** Olanzapine (Zyprexa) Quetiapine (Seroquel) Risperidon (Risperdal) Amisulpirid (Solian) Ziprasidon (Geodon) Aripiprazol (Abilify) Clozapine (Leponex) *	**TRANQUILIZER** z.B. Lorazepam (Temesta) bis zu 10 mg pro Tag	keine Blutbild-kontrollen kein EKG notwendig * Blutbildkontrollen!
Klassische	Haloperidol (Haldol) Flupentixol (Fluanxol) Clopentixol (Clopixol)	**Sedierende Neuroleptika** z.B. Clopixol, Entumin, Truxal, Nozinan	**Anti-EPS-Medik.** z.B. Akineton

Das obige Schema ist sehr vereinfacht. Aus Gründen der Didaktik wurden nicht alle Medikamente und alle Besonderheiten im Detail aufgezeigt.

DEPOT-ANTIPSYCHOTIKA

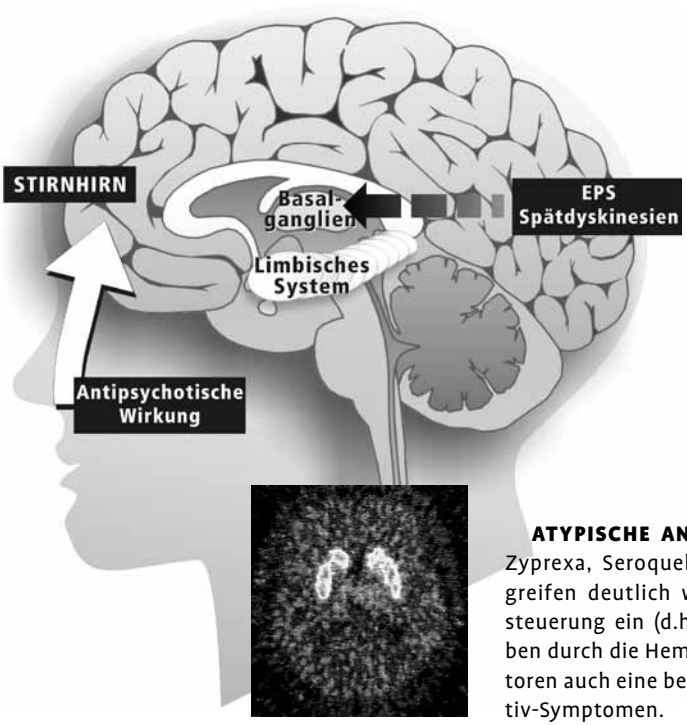
Leider sind manche Patienten mit einer Schizophrenie nicht zuverlässig in der Medikamenteneinnahme. Wenn sie die Medikamente wieder weglassen, kommt es oft zum nächsten Rückfall.
Aus diesem Grund gibt es Antipsychotika, die als Spritze verabreicht werden können (z.B. Risperdal-Consta u.a.). Die Wirkung einer Spritze dauert 2 bis 4 Wochen an. Damit wird eine bessere Compliance (= Therapietreue) erreicht.

In der Akutbehandlung gilt es, einerseits die psychotischen Positivsymptome zu behandeln. Gleichzeitig kann aber auch starke Angst und Erregung vorhanden sein, die auf die Antipsychotika nicht genügend ansprechen.

Erste Wahl zur Beruhigung sind nach heutiger Auffassung **TRANQUILIZER** (z.B. Lorazepam), ohne dass man Angst vor einer Sucht haben müsste.

Schliesslich achtet man bei der Wahl des Medikaments auf die Nebenwirkungen. Insbesondere die klassischen Antipsychotika können EPS erzeugen und erfordern oft ein «Gegenmittel», z.B. Akineton.

Die Wirkweise der Antipsychotika



Die typischen Antipsychotika (Prototyp: Haloperidol) entfalten ihre antipsychotische Wirkung durch Hemmung der Dopamin-D2-Rezeptoren. Allerdings hemmen sie auch die D2-Rezeptoren in den Basalganglien (bzw. im Nigrostriatalen System). Dadurch kommt es zu parkinsonähnlichen Symptomen (EPS = Extrapyramidalmotorische Symptome).

ATYPISCHE ANTIPSYCHOTIKA (Vertreter: Zyprexa, Seroquel, Risperdal, Solian, Abilify) greifen deutlich weniger in die Bewegungssteuerung ein (d.h. viel weniger EPS) und haben durch die Hemmung von Serotonin-Rezeptoren auch eine bessere Wirksamkeit bei Negativ-Symptomen.

Atypische Antipsychotika

Durch intensive biochemische Forschung sind heute fünf Dopamin- und etwa 10 Serotonin-Rezeptoren bekannt. Seit ca. zehn Jahren sind neue Antipsychotika auf dem Markt, die folgende Besonderheiten zeigen:

WENIG EPS (praktisch keine bei Leponex und Seroquel, erst in höherer Dosierung bei Risperdal, Solian und Zyprexa).

WENIGER KOGNITIVE EINSCHRÄNKUNG: Unter den atypischen Antipsychotika klagen Patienten viel weniger über gedankliche Verlangsamung und Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen.

PROBLEM GEWICHTSZUNAHME: einige der atypischen Antipsychotika (insbesondere Leponex und Zyprexa) führen bei ca. 20 % der Patienten zu einer deutlichen Gewichtszunahme. Weniger Gewichtszunahme beobachtet man bei Solian (Amisulpirid), Seroquel (Quetiapin) und Aripiprazol (Abilify).

Rechtzeitige Behandlung – Warum?

Studien haben gezeigt, dass Patienten, die nicht rechtzeitig mit Medikamenten behandelt werdern, folgende Nachteile haben:

- langsamere und weniger vollständige Erholung
- schlechtere Prognose
- erhöhtes Risiko von Depression und Suizid
- Störung der psychologischen und der sozialen Entwicklung
- Beziehungs-Stress: Verlust von Unterstützung in Familie und Umfeld
- vermehrte psychologische Probleme in der Familie des Patienten
- Unterbrechung von Studium und Arbeit, Gefahr des Arbeitsplatz-Verlustes
- vermehrter Missbrauch von Alkohol und Drogen (als fehlgeleitete Selbstbehandlung)
- Risiko von Gewalt und kriminellen Handlungen
- unnötige Hospitalisationen
- Verlust von Selbstwert und Selbstvertrauen
- langfristig erhöhte Behandlungskosten.

Was bringt es, Medikamente zu nehmen? Die langfristige Prognose ist etwa 10 Prozent besser und die Lebensqualität ist deutlich erhöht.

Psycho-Edukation

Verschiedene Kliniken und Beratungsstellen bieten Psychoedukative Gruppen für Schizophreniekranke und ihre Angehörige an. Dabei lernen sie, die Krankheit besser zu verstehen und Symptome eines Rückfalls rechtzeitig zu erkennen. Die dabei erlernten Strategien der Bewältigung können wesentlich für die Verhinderung eines Rückfalls sein.

PRIMÄRE ZIELE DER PSYCHOEDUKATION

- Mithilfe der Patienten zur Verhinderung von Rückfällen und zu frühzeitiger Intervention; Vermeiden von Ohnmachtsgefühlen.
- Regelmässige Medi-Einnahme
- Begrenzung des Verlustes psychosozialer Funktionen
- Milderung der Auswirkungen der negativen Symptome
- Vermindern von zwischenmenschlichen Konflikten

SEKUNDÄRE ZIELE:

- Verlagerung des Schwerpunkts von «Schizophrenie» auf «Krankheit»
- Entmystifizierung der Ursachen und Ausräumen von Vorurteilen
- Erfahrungsaustausch zwischen erfahrenen und neu diagnostizierten Patienten
- Trost – «Sie sind nicht allein»
- Verbesserung der Lebensqualität.

Soziales Training

In der Rehabilitation von Menschen mit einer Schizophrenie hat sich ein praxis-orientiertes soziales Training, verbunden mit dem Training von kognitiven Funktionen sehr bewährt. Entsprechende Programme wurden insbesondere in Bern entwickelt. Wie die Abbildung zeigt, werden dabei fünf Stufen unterschieden.

HILFREICHE SPIELE

In einem sozialen Gruppentraining kann dieses Training auch spielerisch unterstützt werden durch das Spiel «Competence» oder «Der Weg ist das Ziel».

(erhältlich bei der Firma Lundbeck).

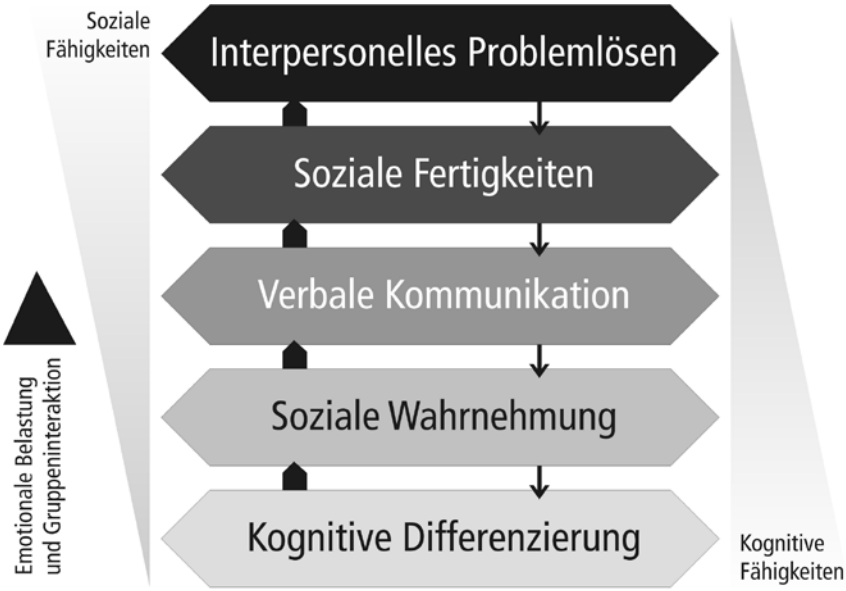


Abbildung:
Schematische Darstellung des fünfstufigen Programms zur integrierten Therapie kognitiver, kommunikativer und sozialer Fähigkeiten. (nach Brenner et al. 1987)

Wie beugt man Rückfällen vor?

MEDIKAMENTE:
Da es sich bei der Schizophrenie um eine Erkrankung des Gehirns handelt, haben Medikamente einen wesentlichen Einfluss auf das Zustandsbild. Im Vordergrund stehen die Antipsychotika (vgl. S. 26). Sie führen allgemein zu einer Beruhigung und zu einer Ordnung der Denkvorgänge. Seit der Einführung der Medikamente konnten in den westlichen Ländern mehr als ein Drittel aller Betten in der Psychiatrie abgebaut werden. Eine ärztlich kontrollierte Dauermedikation (z.B. mit Depot-Spritzen) ist die wichtigste Säule der Rückfallprophylaxe, auch wenn nicht alle Probleme durch die Medikamente gelöst werden können.

Abbildung: Faktoren der Rückfall-Prophylaxe

GEREGELTER TAGESABLAUF:
Ziel ist einerseits Schutz vor Stress, andererseits das Training der noch vorhandenen Fähigkeiten. Ein geregelter Tagesablauf ist wichtig aus folgenden Gründen:
1. Klares zeitliches Programm, schafft Anhaltspunkte für den Patienten.
2. Vermittelt das Gefühl: man wird gebraucht, kann etwas machen.
3. Die Angehörigen werden entlastet, die Betreuung auf mehrere Schultern verteilt.

EMOTIONALES KLIMA:
Menschen, die an einer Schizophrenie leiden, sind allgemein weniger belastbar. Die Einstellung ihrer Umwelt, insbesondere die der Angehörigen, kann zur Vorbeugung eines Rückfalls beitragen. Es gilt, den Patienten mit seinen Grenzen anzunehmen, ohne sich zu überengagieren.

FRÜHWARNZEICHEN

Zur Verhütung eines Rückfalls ist es wichtig, dass ein Patient die Anzeichen kennt, die eine erneute Entgleisung ankündigen. Folgende Symptome sind besonders häufig:

- Nervosität, Spannung
- Niedergeschlagenheit
- Schlafstörungen
- Unruhe
- Konzentrationsstörungen
- Lustlosigkeit
- Appetitstörungen
- Gedächtnisstörungen
- Sozialer Rückzug
- «Andere lachen über mich»
- «Andere sprechen über mich»
- Übererregbarkeit
- Stimmenhören
- Gefühl der Wertlosigkeit

Ist Heilung ohne Medikamente möglich?

Immer wieder besteht die Hoffnung, einen Menschen allein durch ein verständnisvolles Umfeld und eine Abschirmung von belastenden Reizen (therapeutisches Milieu) von seiner schizophrenen Psychose heilen zu können. In der Tat sind diese Elemente wichtig für eine gute Behandlung.

1984 wurde in Bern im Rahmen eines sozialpsychiatrischen Projektes die **«SOTERIA»,** eine spezielle therapeutische Wohngemeinschaft gegründet, die das Ziel verfolgte, schizophrene Patienten mit möglichst wenig Medikamenten zu heilen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass eine kleine Gruppe von leicht Erkrankten von diesem Konzept profitieren konnte. Der personelle Aufwand war jedoch hoch; zudem war die Rückfallprophylaxe ohne Medikamente nicht gesichert. Viele Patienten konnten gar nicht von dem Projekt profitieren, weil sie die Bedingungen für die Aufnahme nicht erfüllten.

FAZIT: ***Eine Behandlung ohne Medikamente ist in leichteren Einzelfällen möglich, in der Regel bringt aber nur eine integrative Therapie von Milieu, Medikamenten und sozialer Reintegration optimale Ergebnisse.***

Selbsthilfe schizophreniekranker Menschen

Menschen mit einer Schizophrenie finden oft auch eigene Strategien, mit den störenden Symptomen besser umzugehen. Hier einige Beispiele:

1. **UMGANG MIT DER ANGST:** Selbstzuspruch (z.T. Selbstgespräche), Ablenkung, Kontaktsuche, Rückzug.

2. **UMGANG MIT INAKTIVITÄT:** Aktivität in Form von Spaziergängen, Laufen, Gymnastik, Arbeit. - Aktivierung durch Kaffee (Cave: Kann Wirkung der Antipsychotika vermindern!).

3. **UMGANG MIT WAHRNEHMUNGS-STÖRUNGEN:** Übertönen der Stimmen durch laute Musik (Radio, MP3-Player), aber auch (obwohl nicht logisch) durch Ohrstöpsel. – Verminderung der Halluzinationen durch Reizabschirmung, Rückzug oder durch bewusstes Fokussieren auf die Gegenwart: «Ich bin jetzt hier in meinem Zimmer!»

4. **MISSBRAUCH VON SUCHTMITTELN** (Alkohol, Drogen, Rauchen) zur Beruhigung und zum Angstabbau.

Psychotherapie der Schizophrenie

Gesprächstherapie ist abhängig von der Gesprächsfähigkeit eines Menschen, von seiner Fähigkeit, das Gesagte zu verstehen, richtig einzuordnen und anzuwenden. Weil bei schizophrenen Menschen — insbesondere im akuten Schub — das Denken schwer gestört ist, sind dem therapeutischen und dem seelsorglichen Gespräch enge Grenzen gesetzt.

Die Gesprächsfähigkeit ist bei schizophrenen Menschen je nach Phase unterschiedlich. Am wenigsten ist sie in der akuten Phase vorhanden. Dazwischen ist jedoch häufig ein normales Gespräch möglich. Ähnlich verhält es sich auch mit dem religiösen Leben. Es wird durch die Denkstörung stark verzerrt, kann nachher jedoch wieder völlig normal werden und eine wichtige Stütze für den Patienten sein.

Eine gesprächstherapeutische und seelsorgliche Begleitung sollte bei schizophrenen Menschen nur im Rahmen einer praktischen und stützenden Atmosphäre geschehen. ***Stark aufdeckende oder gefühls-intensive Therapien können die Krankheit eher verschlechtern und bis zum Suizid führen.***

GRUPPENTHERAPIE ist nur dann sinnvoll, wenn der Schwerpunkt auf mehr oder minder neutralen Themen liegt. Hilfreich kann das gemeinsame Besprechen von sozialen Situationen sein, um Sicherheit im Umgang mit andern Menschen und praktischen Alltagsaktivitäten zu trainieren (vgl. S. 28).

SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPIE: Am besten geeignet ist bei einer grossen Teilgruppe schizophrer Kranker eine begleitende, führende und stützende Psychotherapie in der Verbindung mit Medikamenten.

Eine solche supportive Psychotherapie mit regelmässiger Beratung, die sich auf konkrete Lebens- und Krankheitsprobleme einschliesslich der Medikamentenverordnung konzentriert, kann die gesunden Persönlichkeitsanteile und die Entwicklung von Bewältigungs- und Selbstschutzreaktionen stärken.

«Provoziere nicht;
sei nicht zu aktiv; suche nicht
den Grundkonflikt
allzu energisch aufzuklären;
bezwinge dein psychoanalytisches
Interesse und deine Begierde,
ganz zu verstehen.»

(Paul Federn, Psychoanalytiker)

WEITERE INFORMATIONEN:

W. Rössler: Psychiatrische Rehabilitation. Springer 2004. (mit einem sehr lesenswerten Kapitel über «Supportive Therapie»).

Der religiöse Wahn und seine Erklärung

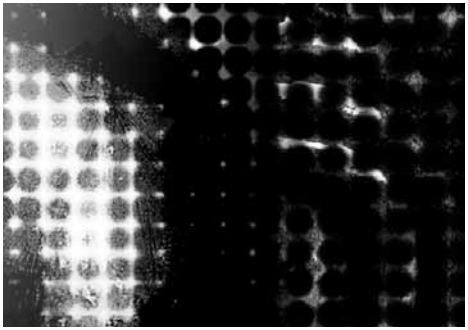
A) RELIGIÖSE BILDER ZUR ERKLÄRUNG SCHIZOPHRENEN ERLEBENS:

Die Erlebnisse einer sch izophrenen Denkstörung sind oft sehr unheimlich, »überirdisch", fremd und bedrohlich und lassen sich mit der bisherigen Erlebniswelt nicht mehr erklären. Übernatürliche Kräfte und Visionen, verzückende Glücksgefühle, aber auch zerstörerische, negative Mächte werden spürbar. Irdische Bilder reichen oft nicht mehr aus. Doch aus der Religion sind Engel und Dämonen, prophetische Botschaften und übernatürliche Wunder bekannt. Und so entwickeln selbst Menschen, die im Alltag nicht vom christlichen Glauben geleitet werden, die phantasiereichsten religiösen Wahngebilde. Klingt der schizophrene Schub wieder ab, so kehrt auch der Glaube wieder auf das vorherige Niveau zurück.

B) WAHNHAFTE VERZERRUNG ECHTER RELIGIOSITÄT:

Hat eine Person vor ihrer Erkrankung einen gesunden Glauben, so kann dieser wie andere Lebensinhalte durch die Krankheit verzerrt empfunden und geäußert werden. Der Wunsch, andere zu «erretten» kann so stark werden, dass sich beispielsweise eine junge Frau mit einem Messer verletzt, um ihr Blut zu geben. Unter der Behandlung klingen solche Störungen wieder ab, das Glaubensleben erleidet in der Regel keinen bleibenden Schaden. Zu dieser Kategorie gehören auch depressive Wahnideen, wie z.B. Versündigungsideen, die groteske Formen annehmen können.

C) BESONDERE AUSPRÄGUNGEN DES GLAUBENS werden durch die Betreuer beim schizophrenen Patienten als Ausdruck seiner Krankheit empfunden, obwohl diese dem Glauben seiner Kirche oder seiner religiösen Gruppe entsprechen. Gerade hier ist viel Verständnis für ungewöhnliche Ausprägungen christlichen Gedankenguts notwendig, um dem Patienten nicht unrecht zu tun. Oft ist es nicht leicht zwischen Wahn, Aberglaube oder religiöser Sonderlehre zu unterscheiden. Wird eine Überzeugung (Beispiele: Glaube an den Weltuntergang; bei Juden und Moslems: Verunreinigung durch das Essen von Schweinefleisch) von vielen anderen gesunden Menschen geteilt, so müssen neben dem Glaubensinhalt auch noch andere Zeichen für eine psychotische Erkrankung erfüllt sein, bevor von einem Wahn gesprochen werden darf, selbst wenn die Betreuer diese Überzeugung nicht teilen.



ALLGEMEIN GILT: ***Der religiöse Wahn ist nur eines der möglichen Themen des Wahns. Niemals darf man aus dem Wahninhalt ableiten, daß darin die Ursache für die schizophrene Erkrankung zu suchen sei. Dies wäre genau so absurd, wie wenn man die Technik für den Ausbruch einer Schizophrenie verantwortlich machen würde, bei der sich der Patient von Lasern und Computern beeinflußt fühlt.***

«OKKULTE BELASTUNG» UND KAUSALITÄTSBEDÜRFNIS

Wenn schwere Ereignisse über sie hereinbrechen, so neigen viele Menschen unwillkürlich dazu, eine Ursache für die Erkrankung zu suchen. «Was ist schuld? Haben Drogen die Psychose ausgelöst? Sind giftige Dämpfe am Arbeitsplatz schuld?» etc.

Bei religiösen Menschen wird häufig die Frage gestellt, ob möglicherweise dämonische («okkulte») Einflüsse hinter dem Geschehen stehen. Wenn im Verlauf der Entwicklung einer psychotischen Krise ein Kontakt mit «okkulten Praktiken» (z.B. eine Person hat sich von einer Wahrsagerin aus der Hand lesen lassen) aufgetreten ist, so wird darauf geschlossen: Schuld an der Psychose ist eine «okkulte Belastung». Hätte sie das nicht getan, so hätte sich keine Psychose entwickelt. Oft werden dabei wesentliche Aspekte in der Diagnostik und in der umfassenden Problembeschreibung ausser acht gelassen.

Grundsätzlich gilt: Eine magische Betätigung (insbesondere in ihren dramatischen und angstauslösenden Formen) kann zwar Auslöser oder fehlgeleiteter Bewältigungsversuch sein, sie ist aber nicht Ursache der Erkrankung.

In einer eigenen Studie (*) an 60 religiösen Schizophreniepatienten fand sich bei 53 % die Vermutung einer «okkulten Belastung».

28 (46 %) suchten eine Heilung durch ein Befreiungsgebet oder durch einen Exorzismus (besonders häufig in charismatischen Gemeinschaften).

In einzelnen Fällen führten solche Rituale zu einer Verschlechterung der Symptomatik, einerseits wegen der psychischen Belastung, andererseits wegen des Verzichts auf Medikamente. In keinem Fall konnte eine Verbesserung des langfristigen Verlaufes festgestellt werden.

* Pfeifer S. (1994): Belief in demons and exorcism. Brit J Med Psychol 67:247–258.

Weitere Artikel zum Thema können heruntergeladen werden von dieser Website: ***www.seminare-ps.net.***

Das «Israel-Syndrom»

Jedes Jahr erkranken 50 bis 200 Touristen in Jerusalem an einer psychotischen Phase, in der sie Wahnideen entwickeln, sie seien biblische Gestalten. »Jeder Dritte hält sich für Jesus Christus, aber auch in ‹Gott› oder einen ‹Teufel› wollen sich manche verwandelt haben. Während Christen eher die Rolle von Aposteln liegt, bevorzugen Juden König David, Abraham oder einen der biblischen Propheten... Für den plötzlichen Ausbruch der Krankheit macht Dr. Bar-El die überwältigenden Eindrücke verantwortlich, die in der Heiligen Stadt auf einen tiefgläubigen Neuankömmling einstürmen. Meist löst sich

der Wahn nach einigen Tagen von alleine wieder auf.» (aus Psychologie Heute, August 1992, S. 14)

Häufige Fragen bei religiösen Patienten

Mit welchen Fragen wird der Seelsorger konfrontiert? In meinen Gesprächen sind mir drei Gruppen von Fragen begegnet:

1. SINN- UND GLAUBENSFRAGEN

2. FRAGEN ZUR KRANKHEIT:
Ursachen, Verlauf, Medikamente etc.

3. FRAGEN ZUR LEBENSBEWÄLTIGUNG:

a) Umgang mit mangelnder Belastbarkeit
b) praktische Lebensgestaltung
c) Beratung und Trost der Angehörigen

Religiösen Wahnideen sollte man nicht allzu große Aufmerksamkeit schenken, da sie sich in den meisten Fällen von selbst zurückbilden. Bestenfalls kann man ihnen in einfachen, von Überzeugung getragenen Worten die biblischen Tatsachen entgegenhalten.

Bei einem Residualzustand braucht es immer wieder den tröstenden Zuspruch, daß der Wert einer Person vor Gott nicht abhängig ist von ihrer Leistung. - Die Antworten in solchen Situationen sind ähnlich wie in der Betreuung von Menschen, die an schweren körperlichen Behinderungen leiden.

Es versteht sich von selbst, daß der seelsorgliche Zuspruch nie isoliert von einer praktischen Betreuung und Beratung des Patienten und seiner Angehörigen steht.

BEISPIEL

Das Erlebnis einer Psychose wirft für den gläubigen Patienten und seine Angehörigen grundlegende Fragen auf, die sie mit dem Psychiater zumeist nicht besprechen können. Hier sind einige Beispiele:

- «Warum läßt Gott das zu?»
- Fragen im Zusammenhang mit besonderen Glaubensauffassungen: «Wenn Christus doch Heilung verspricht, warum bin ich immer noch so schwach?» — «Woher kommt diese Krankheit: liegt Sünde oder eine okkulte Belastung vor?»
- «Wir haben alles versucht, warum nützt das Gebet nicht?»
- «Was nützen mir Medikamente, wenn meine Probleme doch von einem unreinen Geist verursacht werden?»
- «Weshalb ist das geistliche Leben so gestört?»
- Dora, 23jährig, Verkäuferin: «Ich habe keine Glaubensgewißheit mehr! Es ist, als würde mir die Gewißheit von meiner Nachbarin weggenommen. Sie schaut immer so finster drein.»
- Reinhard, 32, Lehrer: «Ich bin oft so müde und verstehe die Bibel gar nicht mehr. Ich liege einfach herum. Kann Gott mich überhaupt noch annehmen?»
- Und schließlich: «Gibt es noch Hoffnung?»

Zusammenarbeit von Arzt und Seelsorger

Seelsorge ist abhängig von der Gesprächsfähigkeit eines Menschen, und von seiner Fähigkeit, das Gesagte zu verstehen, richtig einzuordnen und anzuwenden. Weil bei schizophrenen Menschen – insbesondere im akuten Schub – das Denken schwer gestört ist, sind dem seelsorglichen Gespräch enge Grenzen gesetzt.

Die **GESPRÄCHSFÄHIGKEIT** ist bei schizophrenen Menschen je nach Phase unterschiedlich. Am wenigsten kann ein Ratsuchender während einer akuten psychotischen Phase aufnehmen. Dazwischen ist jedoch häufig ein normales Gespräch möglich. Ähnlich verhält es sich auch mit dem geistlichen Leben. Es wird durch die Denkstörung verzerrt, kann nachher jedoch wieder völlig normal werden und bei der Erholung eine wichtige Stütze für den Patienten sein.

FRAGEN ZUR KRANKHEIT: Gerade weil die Schizophrenie so schwer zu verstehen ist, wird auch der Seelsorger mit Fragen zu dieser Krankheit konfrontiert und sollte einige Antworten geben können.

Häufig wollen die Kranken auch die Meinung des Seelsorgers zu den Medikamenten hören: »Muß ich noch Tabletten nehmen?" fragen sie dann etwa. »Ich will doch nicht süchtig werden!" In keinem Fall sollte man einem Ratsuchenden von der Einnahme von Antipsychotika abraten. Verweisen Sie ihn immer an seinen Arzt und erklären Sie ihm, wie hilfreich Medikamente sind, auch wenn er einige Nebenwirkungen verspürt.

Es ist besser, mit Hilfe von Mitteln außerhalb der Klinik leben, arbeiten und den Gottesdienst besuchen zu können, als ohne Tabletten oder Spritzen wieder in eine Psychose zu geraten. ***Die regelmäßige Einnahme von neuroleptischen Mitteln ist nicht einer Sucht gleichzusetzen.***

RÜCKFALLPROPHYLAXE: Falls Sie beobachten, daß ein schizophrener Mensch plötzlich weniger schläft und stärker angetrieben ist, so wirken Sie darauf hin, dass er mit seinem Arzt Kontakt aufnimmt!

ANGEHÖRIGENBETREUUNG: Auch die Angehörigen haben manchmal das Bedürfnis nach einer Aussprache. Wie oft stehen sie in dem Dilemma: «Was ist im Verhalten des Patienten krankheitsbedingt, was ist Absicht? Wie sollen wir uns verhalten? Wo sind die Grenzen, die eine erneute Einweisung in die Klinik nötig machen?» Die Beantwortung dieser Fragen ist nicht immer möglich, selbst nicht für den Erfahrenen. Oft geht es nicht in erster Linie um Recht oder Unrecht, sondern um die Tragfähigkeit der Angehörigen und Betreuer in einer bestimmten Situation.

Die medizinische Betreuung schliesst eine behutsame seelsorgliche Begleitung nicht aus. Vielmehr ist es gerade für den gläubigen Menschen, der durch das beängstigende Erlebnis einer Psychose gegangen ist, ein Bedürfnis, seine Krankheit aus der Perspektive seines Glaubens zu verstehen und zu verarbeiten.

Wie verhält man sich in der Akutphase?

1. **BLEIBEN SIE RUHIG** und versuchen Sie, den Menschen immer wieder auf die reale Ebene zurückzubringen, d.h. sprechen Sie ihn auf die wirk liche Situation an, auch wenn diese Kranken für Ihre Argumente nur schwer zugänglich sind. Die Umstände, unter denen die Einweisung in eine Klinik erforderlich wird, können dabei sehr dramatisch sein, so daß der Helfer leicht aus dem Konzept gerät.

2. **SEIEN SIE KONSEQUENT** und tun Sie alles, damit der Kranke zu einer ärztlichen Behandlung motiviert wird. Diese Kranken müssen grundsätzlich fachärztlich versorgt werden. Ein akuter Schub der Schizo phrenie kann nur selten ambulant erfolgreich behandelt werden. In der Regel haben diese Menschen keine Krankheitseinsicht, darum ist es u.U. erforderlich, daß Sie ihnen diese Entscheidung abnehmen; dabei dürfen Sie selbst keine Unsicherheit zeigen. Da diese Kranken ihre Orientierung verloren haben, müssen Sie diese Orientierung geben.

3. **VERHALTEN SIE SICH NATÜRLICH** und ungezwungen, gehen Sie nicht in eine Art Schutzstellung, sondern setzen Sie ein soziales Verhalten bei dem Kranken voraus und reden Sie mit ihm ganz natürlich.

4. **BESUCHEN SIE DIE PERSON** während ihres Aufenthaltes in der Klinik, damit sie die Beziehung zu der normalen Welt nicht verliert. Es ist dabei wichtig, daß der Kranke während seines Klinikaufenthaltes auf das vorbereitet wird, was danach auf ihn zukommt.

5. **GEBEN SIE PRAKTISCHE HILFE** und vergessen Sie nicht die Not der Angehörigen. Versuchen Sie nach der Klinikbehandlung, den Kranken mit großer Ausdauer und Geduld im Rahmen seiner Möglichkeiten zu einer normalen Lebensgestaltung anzuhalten.

6. **VERLIEREN SIE NICHT DIE HOFFNUNG.** Vergessen Sie nicht, daß es in 75 % bei einer fachgerechten Behandlung zur Besserung kommt, auch wenn es viel Zeit braucht. Überfordern Sie den Kranken nicht durch zu hohe Erwartungen.

Plädoyer für die Schwachheit

In unserer auf Leistung, Gesundheit und Erfolg ausgerichteten Gesellschaft werden die Schwachen an den Rand gedrängt. Studien haben gezeigt, daß die Wiedereingliederung und die Annahme schizophrener Menschen in ländlichen Gegenden deutlich besser erreicht wird als in städtischen Regionen.

Eine verbesserte Akzeptanz beginnt bei unserer Wertung schwacher und behinderter Mitmenschen, insbesondere bei psychischen Störungen.

Warum nur Krebs oder Diabetes als chronische organische Krankheit ansehen, nicht aber Stoffwechselstörungen im Gehirn? Lösbare Probleme wollen wir lösen. Doch wir brauchen auch die Bereitschaft, unlösbare Probleme zu tragen.

Zwischen Förderung und Überforderung

Die Begleitung von Patienten und Angehörigen bedeutet immer einen «Seiltanz» zwischen Förderung und Überforderung, zwischen zu hohen Zielen und Resignation.

Eine Psychotherapie, die nur Eigenverantwortung und Einsicht betont, und dadurch Heilung verspricht, ist letztlich kontraproduktiv und unbarmherzig.

Ähnliches gilt auch für eine **SEELSORGE**, die immer nur die Verantwortung, die Sünde und das Ziel der Gesundheit betont. Hoffnung liegt meist nicht in völliger Heilung, sondern in einem Leben, das mit Grenzen sinnvoll gestaltet wird.

FAMILIEN-PERSPEKTIVE

EINIGE MERKPUNKTE:

1. Psychiatrisches Handeln bedeutet, dass ich mich nie auf einen Einzelmenschen sondern immer auf eine ganze Familie einlasse.
2. Die Familie ist der Ort der Entstehung psychischer Störungen, nicht aber ihre Ursache und daher auch nicht der Anlass für Schuldzuschreibung.
3. Wir haben uns ein Bild von den Entwicklungsstufen im Erwachsenenalter zu machen.
4. Ich habe ständig mein Bild vom Sinn, von der Funktion, von der Aufgabe der Familie aus der Erfahung anzureichern.

(nach K. Dörner)

Mitbetroffen und mitleidend: Die Angehörigen

Es wäre völlig falsch, die Angehörigen eines schizophren erkrankten Menschen als Ursache für seine Erkrankung zu betrachten. Die Familie leidet oft sehr stark mit dem Patienten und braucht ebenfalls die Unterstützung der Betreuer.
Ähnlich wie in einem Trauerprozess lassen sich auch bei Angehörigen fünf Phasen der Reaktion auf schwere psychische Krankheit in der Familie beobachten:

1. Nicht-wahr-haben-wollen und Verbergen: Manche Angehörige können es nicht glauben, dass so etwas bei ihnen vorkommt, oder schämen sich gegenüber der Umwelt.

2. Ursachensuche und Schuldzuweisung (auch Selbstvorwürfe)

3. Verzweifelte Bemühungen um Hilfe und Heilung (vom Kräuterarzt bis zum Guru, vom Geistheiler bis zum Psychotherapeuten)

4. Verunsicherung und Resignation (oft Depression) nach Gesprächen mit Ärzten und Sozialarbeitern in der Klinik noch grösser. «Was kann ich überhaupt noch für meinen Sohn tun? Wie ich es auch mache, ist es falsch.»

5. Annahme und Neugestaltung der Beziehung zum Patienten: Diese Phase braucht viel Zeit. Oft bedeutet sie einen Trauerprozess. So viele Hoffnungen und Wünsche, die man für Sohn oder Tochter hatte, haben sich nicht erfüllt.

DAS EE-KONZEPT

EE = Expressed Emotions (oder: Emotionales Engagement) der Angehörigen. Mit dem Begriff wird der Ausdruck von Gefühlen bei den Angehörigen umschrieben. Dabei haben sich folgende Faktoren herauskristallisiert:

- Kritische Einstellung
- Feindseligkeit
- Wärme und Verständnis
- Überengagement

Je nach dem, wie das emotionale Klima ist, wird auch die Krankheit beeinflusst. Positiv ist eine verständnisvolle Atmosphäre, in der darauf verzichtet wird, zuviel für den Patienten zu machen.

In einem Umfeld, das von Feindseligkeit oder übermässigem Engagement geprägt wird, beobachtet man vermehrte Rückfälle. Ein wesentlicher Faktor ist auch die Zeit, die Angehörige mit einem Patienten verbringen: Gelingt es, eine Tagesstruktur ausserhalb der Familie zu finden, so können die Angehörigen wieder Kraft schöpfen und sind entspannter.

Cave: Nicht immer kann man sagen: Weil die Angehörigen so kritisch sind, darum geht es dem Kranken so schlecht. Oft ist es das vermehrt störende Verhalten, das dann auch die Familie vermehrt belastet und zu vermehrter Anspannung führt.

Selbsthilfegruppen

In manchen Städten gibt es aktive Selbsthilfegruppen für Patienten (=»Psychiatrie-Erfahrene») und ihre Angehörigen. Vorbildlich ist beispielsweise der Verein Treffpunkt Demokratische Psychiatrie in Basel, der vielfältige Tagesangebote und offene Abende für vereinsamte Menschen anbietet. Hier sind einige Aussagen von Treffpunkt-Besucherinnen und -Besuchern, was ihnen Selbsthilfe bedeutet:

- «Akzeptiert werden wie man ist, mit allen Schwächen.»
- «Sich aussprechen und auf Verständnis stossen.»
- «Wenn ich Lust habe, etwas zu unternehmen, kann ich mir das arrangieren. Gestern habe ich mit meinen Treffpunkt-Kolleginnen einen Ausflug unternommen.»
- «Handarbeit, Stricken und körperliche Arbeit helfen mir, mit meiner Krankheit zu leben.»
- «Wir helfen uns gegenseitig. Oft lachen wir zusammen und manchmal können wir auch kräftig schimpfen.»
- «Am Anfang lebte ich sehr einsam. Nun ist der Treffpunkt meine Familie. Praktisch jeden offenen Abend bin ich da.»

HILFREICHE ADRESSEN

SCHWEIZ
Vereinigung der Angehörigen von Schizophreniekranken (VASK)

www.vask.ch

DEUTSCHLAND
Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

www.psychiatrie.de

ÖSTERREICH
Hilfen für Angehörige psychisch Erkrankter (HPE)

www.hpe.at

WEITERE INFOS:

www.stiftungmelchior.ch

Weiterführende Literatur

Die folgenden Bücher enthalten weitere Informationen zur Thematik dieses Arbeitsheftes. Im Rahmen der knappen Übersicht ist es jedoch nicht möglich, alle Aspekte ausreichend zu beleuchten.

Andreasen N. & Black D.: Lehrbuch Psychiatrie. Beltz.

Bondy B.: Was ist Schizophrenie? Ursachen, Verlauf, Behandlung. C.H. Beck.

Dilling H. & Reimer C.: Psychiatrie. Springer.

Finzen A.: Schizophrenie - Die Krankheit verstehen. Psychiatrieverlag.

Häfner H.: Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt. C. H. Beck.

Hahlweg K. u.a.: Familienbetreuung schizophrener Patienten. Beltz.

Huber M.: Multiple Persönlichkeitsstörung, Fischer.

Marneros A.: Negative Symptome der Schizophrenie: Diagnose -Therapie - Bewältigung. Thieme.

Pfeifer S. & Bräumer H.: Die zerrissene Seele. Borderline und Seelsorge. Brockhaus.

Pfeifer S.: Die Schwachen tragen. Psychische Erkrankungen und biblische Seelsorge. Brunnen.

Pfeifer S.: Wenn der Glaube zum Problem wird. online:www.seminare-ps.net.

Romme M. & Escher S.: Stimmen hören akzeptieren. Psychiatrie-Verlag.

Scharfetter C.: Schizophrene Menschen. Beltz.

Seemann M.V. u.a.: Schizophrenie - wie man damit leben und arbeiten kann. Gustav Fischer Verlag.

VASK: Schizophrenie: Diagnose - Bewältigung. Eine Information für Angehörige und Laien. (Bezug: VASK Schweiz, Postfach 6161, 8023 Zürich)

Voderholzer U. & Hohagen F. (Hrsg): Therapie psychischer Erkrankungen. Urban & Fischer.

FRANZÖSISCHE TITEL:

Van Meer F.C.: Vivre avec la schizophrénie: Guide pour familles et les soignants. Editions Frisons-Roche.

Hoffer A.: Comment vivre avec la schizophrénie. Editions Flammarion.

Internet-Ressourcen

www.medicinenet.com **-** Breite Informationen zu verschiedensten Gesundheitsfragen, auch zur Schizophrenie.

www.nami.org **-** National Alliance for the Mentally Ill: Interessen-Organisation, die sich für psychisch Kranke einsetzt.

www.psychiatrie.de **-** Deutsche Homepage mit Informationen zur Sozialpsychiatrie. Hinweise auf Bücher und Unterrichtsmaterial.

ALLGEMEINER HINWEIS:

Unter der Adresse ***www.google.de*** können Sie jedes Schlagwort im Netz finden.

INTERNETSUCHT

Die dunkle Seite des Netzes

Verstehen - Beraten - Bewältigen

Inhalt

Ethik, Wertung und Moral ... 2
Männer surfen anders, Frauen auch ... 4
Test: Sind Sie Internet-süchtig? ... 5
Ist mein Kind Internet-süchtig? ... 6
Was Eltern wissen sollten ... 7
Wie gefährlich sind Online-Spiele? ... 8
Die Erforschung der Unterwelt ... 10
Die dunkle Seite des Internets ... 11
Kinderpornografie – eine Straftat ... 13
Krankheit oder Verhaltensproblem? ... 14
Komorbidität – Nebenwirkungen der Internetsucht ... 15
Muster des Online-Sex-Verhaltens ... 17
Risikofaktoren für Internetsucht ... 18
Die Familie leidet mit! ... 19
Opiate, Dopamin und Glücksgefühl ... 21
Triebkonflikt und Gewissen ... 23
Gesunde Sexualität ... 24
Der Suchtkreislauf – Psychodynamik ... 26
Therapeutische Ansätze ... 28
Accountability – Rechenschaft geben ... 31
Therapie bei Sexualstraftätern ... 32
Gruppentherapie – 12-Schritte ... 33
Auswirkungen auf die Ehe – Paartherapie ... 34
Seelsorge: Vom Durst, der bleibt ... 36
Seelsorge bei Internetsucht ... 37
Der Kampf um den Ausstieg – Hindernisse auf dem Weg ... 38
Internetsucht am Arbeitsplatz – Juristische Aspekte ... 40
Acht Tipps für Internetsüchtige ... 41
Literatur und Internet-Links ... 42

Cybersex – nur einen Klick entfernt

Noch nie war sexuelle Versuchung so nahe – nur einen Klick entfernt. Immer häufiger treffen wir in der Beratung Familien an, die durch die Internetsucht des Vaters in tiefe Krisen gestürzt werden. Männer erleben die Internetsucht als inneren Krieg, der sie zu überwältigen droht und ihr ganzes Leben überschattet.

Es vergeht kaum ein Tag, an dem man nicht einen Bericht über neue Fälle von Internet-Pornografie liest: «Porno-Lehrer zu Recht entlassen», «Pornobilder auf Unicomputer – ist der Professor noch tragbar?»

Wie ist es möglich, dass anständige Menschen, Familienväter, äußerlich unauffällige Mitglieder einer Gemeinde derartige Bilder auf ihre Computer laden, Stunden beim Surfen im Internet verbringen, Unsummen von Geld ausgeben und oft ihre ganze Karriere und ihren guten Ruf riskieren? Die bekannten Fälle sind nur die Spitze eines Eisbergs. Betroffen sind auch die Familien, die Frauen und Kinder dieser Männer. Wie viel Leid ist durch Internet-Pornografie schon entstanden!

Die Unsichtbarkeit gibt Menschen den Mut, Orte aufzusuchen und Dinge zu tun, die sie sonst nicht tun würden. Man braucht sich nicht darum zu kümmern, wie man aussieht oder wirkt. Was in manchen Bereichen des Lebens wünschbar wäre – ein Unbeschwertheit ohne Rücksicht auf Konventionen und Erwartungen – wirkt sich im Bereich der Internetsucht katastrophal aus, weil alle sozialen Hemmungen wegfallen.

Bereits Kinder sind massiv gefährdet. Sie stossen nicht nur auf Pornoseiten, sondern werden auch im Chat angemacht. Ein weiteres Problem ist das exzessive Nutzen von Onlinespielen. Eltern müssen lernen, sie im Gebrauch des Internets zu begleiten und zu schützen.

Dieses Heft soll nicht nur analysieren, sondern sich auch der Frage der Bewältigung widmen. Wie kann man Betroffenen helfen, mit der Versuchung umzugehen? Wie kann man die Scherben wieder kitten, die durch das Auffliegen eines Skandals entstehen? Wie kann man mit den Scham- und Schuldgefühlen der Betroffenen und ihrer Familien umgehen? Diese Fragen sind brennend aktuell.

So wünsche ich Ihnen eine interessante Lektüre und natürlich ein Überdenken Ihrer eigenen Internetgewohnheiten im Spannungsfeld unserer digital geprägten Epoche.

Dr. med. Samuel Pfeifer

Keine menschliche Sehnsucht ist mächtiger und schwerer in den Griff zu bekommen.
Sex hat eine so starke Brennkraft, dass er das Gewissen, Versprechen, Verpflichtungen gegenüber der Familie, Glaube und alles andere, was ihm im Weg steht, verbrennen kann.

Philip Yancey

Ethik, Wertung und Moral

Wer sich an die Thematik der Internet-Sex-Sucht herantastet, muss sich mit einer Fülle von moralisch belasteten und emotional geladenen Aspekten der Sexualität und des Suchtverhaltens auseinandersetzen, die nur dann zu bewältigen sind, wenn man etwas Distanz nimmt.

Es ist vielleicht hilfreich, nicht gleich zu werten (auch wenn man zu vielen Netzinhalten und menschlichen Verhaltensweisen in kritischer Distanz steht), sondern zu versuchen, die Vorgänge rund um Cybersex so sachlich wie möglich zu beschreiben. In dieser Broschüre wird deshalb versucht, nicht ein explizit wertendes Vokabular zu verwenden, sondern die Linie für «problematisches Verhalten» dort zu ziehen, wo das Verhalten Werte verletzt, die die betroffene Person selbst für sich hatte, wo es zu persönlichen Problemen führt und wo es sich negativ auf Partnerschaft, Familie, Arbeit und Umwelt auswirkt.

Tatsache ist, dass pathologischer Internet-Gebrauch zu einem rasch wachsenden Problem in unserer Gesellschaft geworden ist, das immer mehr Menschen in seinen Bann zieht und zu schwerwiegenden Folgen für diese selbst, ihre Partner und ihre Familien führen kann.

LEBEN IN EINER EROTISIERTEN KULTUR

Die Betrachtung von erotischen Bildern und Szenen ist so weit verbreitet, dass sich kaum jemand derartigen Inhalten entziehen kann. Sexualität als Teil des Menschseins führt bei der grossen Mehrzahl von Männern und Frauen zu physiologischen Reaktionen, die in ihrer sozial angepassten Form durchaus Sinn machen, Lust erzeugen und Beziehungen festigen können. Doch gerade die Erzeugung von Lust birgt in sich auch die Gefahr der Entgleisung und der Suchtentwicklung. Es kommt zu einer einseitigen Sexualisierung intimer Beziehungsformen, unter weitgehendem Verlust von Würde und Respekt für den Menschen als Ganzes – als Einheit von Körper und Gefühl, von Geist, Seele und Leib in seiner geschöpflichen Intention.

UNSER EIGENER «SCHATTEN»

Die Sexualisierung unserer Kultur konfrontiert uns aber auch mit unserem eigenen Schatten, unserem eigenen Umgang mit sexuellen Empfindungen, Phantasien und Vorlieben, mit unsern Mustern von Stimulation, Lust und Triebbewältigung. Das Spannungsfeld von stabilen christlichen Werten und Überzeugungen auf der einen Seite und dem Bedürfnis nach Liebe, Sinnlichkeit und innerem Loslassen wird in den «Knotenpunkten» des Lebens besonders aktuell – in Zeiten von Entwicklungsschritten, Stress, angespannten Beziehungen und beruflicher Überlastung.

Neben den eigenen Anstrengungen um moralische Integrität ist es auch eine Gnade, wenn man nicht in suchtartiger Weise dem Sog von Netzinhalten jeglicher Couleur verfällt.

Somit gilt gerade im Anliegen einer moralische Wertung von pathologischer Internetsucht das Wort Jesu: ***«Wer von euch ohne Sünde ist, der werfe den ersten Stein.»***

Drei Beispiele zur Einleitung

BEISPIEL 1

Die 13-jährige Tochter möchte schnell mit dem Laptop des Vaters ins Internet. Dabei stößt sie auf ein Verzeichnis mit Tausenden von Pornobildern. In ihr bricht eine Welt zusammen. Der bewunderte Vater, der gute Lehrer, der aktive Christ – wie passt das zusammen?! Es kommt zu einem Zusammenbruch, sie weint nur noch, isst nicht mehr, geht nicht mehr zur Schule. Den Laptop wirft sie aus dem dritten Stock. Die ganze Familie ist in einer dramatischen Vertrauenskrise. In dieser Situation erfolgt eine Therapie.

BEISPIEL 2

Der Pastor einer grossen Gemeinde setzt sich zusammen mit seiner Frau ganz für die Kirche ein. Immer nur geben, leiten, organisieren, andere beraten – für sie selbst bleibt keine Zeit. An einem Abend will Pastor D. noch schnell seine E-Mail checken. Ein freundlicher Text, ein Link, und plötzlich befindet er sich in einer Sex-Website. Er ist angewidert und fasziniert. Bald loggt er sich regelmäßig ein, um sich zu entspannen. Zwei Monate später wird er vom Computertechniker der Gemeinde mit einem Ausdruck der Aktivitäten am Computer konfrontiert. In dieser Situation erfolgt eine Therapie.

BEISPIEL 3

Eine 32-jährige Frau kommt mit starken Ängsten in die Therapie. Internet-Chatten hat ihr immer wieder geholfen, mit ihrer Einsamkeit umzugehen. Vor einigen Monaten hat sie im Chatroom einen Mann kennen gelernt – zuerst nur virtuell – man chattet, flirtet, fühlt sich angezogen. Es kommt zu einem Treffen. Die Atmosphäre „knistert“, es kommt zum Sex. Danach ist der Mann nicht mehr so interessiert; der Kontakt verliert sich. Plötzlich die Frage: Könnte ich HIV-infiziert sein? Was ist mit mir geschehen? Wohin hat mich meine Internetsucht gebracht?

Die eigentliche Schönheit der Liebe, ihre Zartheit, Leidenschaft, Romantik, Erotik, Hingabe und Geborgenheit – sie wird zertreten in der verrohten Welt der Bilder, der Perversionen, der Reduktion der Sexualität auf die Darstellung des Geschlechtsaktes.

Die eigentliche Bestimmung der Liebe, die Gemeinschaft von zwei Liebenden, wird in der Fixierung auf Online-Sex zum Gefängnis der Einsamkeit, dessen einziges Fenster ein Bildschirm ist.

Männer surfen anders – Frauen auch!

MÄNNER
sind in erster Linie anfällig auf Pornografie im Internet. Sie beginnen meist mit «Erotik», doch die Sucht nach dem Kick führt sie oft immer tiefer in harte Pornografie (vgl. S. 9). Aber auch im Chatroom gibt es jede Menge Angebote.

- «Kick» durch visuelle Reize.
- Sexuelle Erregung mit Masturbation.
- Sammlertrieb.
- Neigung zu vermehrter Gewalt / Demütigung.

FRAUEN
suchen Kontakte, möchten der Einsamkeit entfliehen, in Tagträume der Romantik, die dann auch erotisch gefärbt sein kann.

- «Kick» durch Kommunikation (Chat).
- Romantische Geschichten und Bilder.
- Sexuelle Erregung erst sekundär.

Bild: www.pbase.com

BEISPIEL

Ein Mann berichtet über die enorme Kraft der Bilder: «Manchmal erschrak ich, wenn etwas ‹Abartiges› erschien. Doch allmählich baute sich meine innere Hemmschwelle ab. Die Spirale drehte sich schneller und meine Ideen im Umgang mit dem Bildmaterial wurden raffinierter. Die Sammlerleidenschaft erfasste mich ... Die heimliche Lust entwickelt sich zur heimlichen Sucht ... Selbst mit meiner riesigen Sammlung war ich nicht gesättigt. Die Bilder verloren für mich ihren Reiz, sobald ich sie besass. Ich wollte ‹Neues›, noch Besseres, täglich frisches Fleisch. Aber satt wurde ich nie.»

(Wolf Deling «Der sexte Sinn», Brunnen)

BEISPIEL

Eine Frau berichtet:
«Für mich war das Netz zuletzt mein Zuhause. Ich bin kaum noch vor die Tür gegangen. Sogar meine Kommunikationspartner im Internet bemerkten, dass etwas nicht stimmte, weil ich wirklich ständig online war. Irgendwann fing ich an, mich dafür zu schämen und begann damit, mich beim Chatten zu tarnen.
Frage: Wo überschreitet man die Grenze zur Sucht?
Antwort: Wenn Sie ihr soziales Umfeld völlig abbauen und zugleich feststellen, dass Ihnen dies unwichtig wird, dann ist es schon zu spät.»

(aus einem Interview mit Gabriele Farke)

Sind Sie Internet-süchtig?

1. Unwiderstehlicher Zwang zum Einloggen.
2. Verletzung von ethisch-moralischen Werten, denen man sich eigentlich verpflichtet fühlt.
3. Kontrollverluste (d.h. längeres Verweilen «online» als beabsichtigt) verbunden mit Schuldgefühlen.
4. Sozial störende Auffälligkeiten im engsten Kreis der Bezugspersonen (Freunde, Partner, Familie). Häufige Rügen durch unmittelbare Bezugspersonen.
5. PIG-bedingte * nachlassende Arbeitsleistung.
6. Mehrmalige vergebliche Versuche von Einschränkungen
7. Verheimlichen oder Bagatellisieren der Online-Aktivitäten vor der Umwelt.
8. Psychische Irritabilität bei Verhinderung am Internet-Gebrauch (kann sich auswirken in Form von Nervosität, Reizbarkeit und Depression)
9. «Entzugserscheinungen»: Psychische Irritabilität bei Verhinderung am Internet-Gebrauch (kann sich auswirken in Form von Nervosität, Reizbarkeit und Depression).

(in Anlehnung an Zimmerl & Panosch 1998)

Nicht-stoff-gebundene Sucht / Verhaltenssucht

Ein Zitat aus dem Jahr 1561:

«Ich glaube, dass das Würfelspiel genau dieselbe Wirkung hat wie der Wein... Die sichtbarsten und schlimmsten Auswirkungen sind folgende: ständige geistige Ruhelosigkeit, Pflichtvergessenheit, Armut, Verfluchung, Diebstahl und Verzweiflung.»

Der flämische Arzt Pascasius Iustus Turck

Während Missbrauch und Abhängigkeit von bewusstseins-verändernden Substanzen bzw. Drogen bestens bekannt und erforscht sind, gibt es über Süchte ohne auslösende Substanz noch wenig Forschungsliteratur. Zu den Formen der so genannten ***Verhaltenssucht*** gehören: exzessive Computer-/Internetnutzung, (Glücks)Spielsucht, exzessives Sporttreiben und Arbeitssucht.

Die weit verbreitete Internetsucht ist noch nicht einmal in den diagnostischen Manualen psychischer Störungen (DSM und ICD) aufgeführt.

Grundsätzlich gilt: «Bei der nichtstoffgebundenen Sucht, der Verhaltenssucht, werden keine psychotropen Substanzen von aussen zugeführt oder eingenommen; der gewünschte, als Belohnung empfundene psychotrope Effekt (Kick-Erleben, Entspannung, Ablenkung) stellt sich durch körpereigene biochemische Veränderungen ein, die durch bestimmte exzessiv durchgeführte Verhaltensweisen ausgelöst werden.» (Grüsser & Thalemann 2006)

Weitere Details zu diesem Konzept finden sich auf Seiten 20 – 23 in diesem Heft.

* PIG = Pathologischer Internetgebrauch

Ist mein Kind Internet-süchtig? (*)

Wie erkennen Sie, ob Ihr Kind internetsüchtig ist? Die meisten Eltern fragen ihre Kinder gelegentlich, wieviel Zeit sie im Internet verbringen. Das Problem ist, dass die meisten Kinder dazu tendieren zu schwindeln, besonders wenn sie bereits «internetsüchtig» sind. Wenn der Computer im Zimmer der Kinder steht, haben die Eltern wenig Chancen, das zu überprüfen. Der folgende Test wird Ihnen helfen herauszufinden, ob es bei Ihnen schon Internetsüchtige gibt. Sie sollten nur jene Zeiten berücksichtigen, die Ihr Kind im Internet für außerschulische Aktivitäten aufwendet (*).

1. Wie oft missachtet Ihr Kind von Ihnen vorgegebene Zeitlimits bezüglich Onlinezeit?
2. Wie oft vernachlässigt Ihr Kind Arbeiten im Haushalt, um mehr Zeit online verbringen zu können?
3. Wie oft verbringt Ihr Kind die Zeit lieber online als mit dem Rest der Familie?
4. Wie oft knüpft Ihr Kind Freundschaften über das Internet mit anderen Internetbenutzern?
5. Wie oft beschweren Sie sich darüber, dass Ihr Kind so viel Zeit online verbringt?
6. Wie oft wirken sich die Internetaktivitäten Ihres Kindes auf die Schulnoten aus?
7. Wie oft schaut sich Ihr Kind die E-Mails an, bevor es etwas anderes tut?
8. Wie oft kommt Ihnen Ihr Kind zurückgezogen oder verschlossen vor, seit es das Internet entdeckt hat?
9. Wie oft reagiert Ihr Kind zurückhaltend oder verschlossen, wenn Sie es darauf ansprechen, was es im Internet tut?
10. Wie oft haben Sie Ihr Kind bereits unerlaubt beim Benützen des Internets erwischt?
11. Wie oft verbringt Ihr Kind Zeit alleine in seinem Zimmer, um mit dem Computer zu spielen?
12. Wie oft bekommt Ihr Sohn / Ihre Tochter merkwürdige Telefonanrufe von neuen Internetfreunden?
13. Wie oft reagiert Ihr Kind verärgert, wenn es im Internet gestört wird?
14. Wie oft ist Ihr Kind, nachdem es im Internet war, müder oder erschöpfter als früher?
15. Wie oft bemerken Sie, dass Ihr Kind noch in Gedanken versunken ist, nachdem es im Internet war?
16. Wie oft gibt es mit Ihrem Kind Auseinandersetzungen über das Ausmaß der Onlinezeit?
17. Wie oft verbringt Ihr Kind mehr Zeit online als mit Hobbys und/oder anderen Aktivitäten?
18. Wie oft reagiert Ihr Kind verärgert darüber, wenn sie ihm Vorschriften machen, wie lange es online sein darf?
19. Wie oft ist Ihr Kind lieber online als mit Freunden zusammen zu sein? Bitte beachten Sie den Hinweis am Ende des Fragebogens!
20. Wie oft bessert sich die Stimmung ihres Kindes, wenn es wieder online gehen kann?

* Mit freundlicher Genehmigung der Autorin, Gabriele Farke

* Automatische Auswertung: www.onlinesucht.de

Was Eltern wissen sollten

CHAT:
«In manchen Foren herrscht eine Atmosphäre wie auf einem Strassenstrich»

(Spiegel 21 / 2006)

- ***97 Prozent aller pädosexuell veranlagten Täter (Kanada) bedienen sich des Internets, um Kontakt zu Kindern aufzunehmen.***
- ***48 Prozent aller 12- bis 19-jährigen sind innert eines Jahres (2005) mindestens einmal durch einen Chatroom gestreift.***
- ***31 Prozent der Internet-Surfer besuchen Chatrooms exzessiv.***
- ***45 Prozent wurden im Cyberspace schon beschimpft oder sexuell belästigt.***
- ***Nur 7 Prozent der Eltern wissen, welchen Belästigungen ihre Kinder ausgesetzt sind.***

Viele Kinder stossen bereits im Alter von 10 bis 14 Jahren auf die ersten Pornoseiten. Bei nicht wenigen von ihnen wird eine erste Bahnung erzeugt, die später zu einem suchtartigen Konsum von Pornografie führt.

Aber Pornografie ist nicht die einzige Gefahr. Vier weitere Gefahren gilt es zu beachten:

a) Exzessives Chatten
b) Belästigung durch Pädophile im Netz
c) Exzessive Online-Spiele
d) Brutalisierung durch Online-Spiele (vgl. S. 8)

ELTERN SOLLTEN WISSEN, WAS IHRE KINDER IM NETZ MACHEN.

- Welches sind die Websites, die ihr Kind ansteuert?
- Gibt es einen Firewall / Virenschutz auf dem Computer?
- Ist es geschützt vor sog. Dialern, die hohe Kosten verursachen?
- Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind im Netz?
- Mit wem chattet das Kind?
- Kennt das Kind die Gefahren von Anmache im Netz? (vgl. Beispiel)
- Weiß es, wie es sich schützt?

EMPFEHLUNG SCHUTZ-SOFTWARE

www.kindersicherung.de
www.mobicip.com

BEISPIEL

ANMACHE IM CHAT - «GROOMING»

Immer wieder pirschen sich Männer mit falschen Identitäten an Kinder heran. Sie geben sich als Jugendliche aus, die «nur chatten» wollen. Ihr wahres Ziel aber ist es, Kinder sexuell auszubeuten. Dabei bringen sie im Chat das Gespräch subtil auf sexuelle Themen und geben sich dabei vielleicht als Kinder, die selber Probleme mit ihrer Sexualität haben und Hilfe bei Gleichaltrigen suchen. «Hast Du auch Probleme mit SB?», heißt es dann vielleicht, um das Thema Selbstbefriedigung anzuschneiden. Oder «Hast Du es schon einmal erlebt? So richtig kuschelig?». Gefährlich wird es, wenn die Handynummer oder die Adresse erfragt wird. Niemals geben!!

Wie gefährlich sind Online-Spiele?

Jugendliche bei einer sogenannten LAN-Party

Mehrfach haben in den letzten Jahren brutale Morde an Schulen die Öffentlichkeit aufgeschreckt. Nicht selten wurden die Taten detailliert in Computersimulation geplant. Millionen von jungen Menschen verbringen täglich viele Stunden im Cyberspace.

Es sind die Extremfälle, die schocken. Da sind junge Menschen jeden Tag während bis zu 18 Stunden im Netz. Sie vernachlässigen alles andere, verlieren den Job, lassen Freundschaften sausen und ersetzen echte Beziehungen durch die Kontakte in den Weiten des Cyberspace.

Aber auch da gibt es beide Welten: Es gibt die Wettkampfspieler, die gerade in Asien wie Helden gefeiert werden. Der Spiegel schreibt: «Während Tausende Fans hochbezahlte Daddler verehren, versinken Millionen Nachahmer in die Abhängigkeit.» (SPIEGEL 6/2006).

KILLERSPIELE

Besonders bedenklich sind diejenigen Spiele, in denen es darum geht, andere Menschen zu erschiessen und möglichst realistische Kampfszenen zu erleben. Blut ist da nur noch ein Haufen roter Pixel, Schmerzensschreie sind ein digitaler Sound. Da besteht die Gefahr der Verrohung und ▶▶

BEISPIEL

IM NETZ VERSUMPFT

Ein Gymnasiast schreibt auf einem Forum: «Ich aß unregelmäßiger und viel ungesünder, weil es schließlich schnell gehen musste. Ich vernachlässigte Dinge wie Hygiene, und auch der Zustand meines Zimmers war katastrophal. Ich stritt mich immer häufiger mit meiner Familie. Ich versiffte richtig innerlich, weil ich immer so gegen fünf Uhr morgens ins Bett ging und erst nachmittags aufstand. Mit der Zeit ging ich auch immer weniger raus und verlor dadurch meine Freunde. Auch meine Freundin verlor ich, weil ich immer neue Ausreden brauchte, um zu Hause spielen zu können. Aber es interessierte mich nicht. Ich bemerkte es kaum.»

Hinweise auf Internet-Sex-Sucht

1. Intensive Beschäftigung mit sexuellen Internetinhalten.
2. Häufiges Aufsuchen von Sexseiten im Internet, länger als beabsichtigt.
3. Wiederholte erfolglose Versuche, den Sex-Konsum im Internet zu kontrollieren, zu vermindern und damit aufzuhören.
4. Ruhelosigkeit und Nervosität beim Versuch, mit Internetsex aufzuhören.
5. Verwendung von Internetsex als einen Weg, Problemen zu entfliehen oder negative Gefühle wie Hilflosigkeit, Schuld, Angst oder Depression zu überdecken.
6. Tägliches Wiedereinloggen ins Internet auf der Suche nach intensiveren oder riskanteren sexuellen Erfahrungen.
7. Lügen gegenüber Familienmitgliedern, Therapeuten oder andern Bezugspersonen, um das Ausmaß der Internetaktivitäten zu verheimlichen.
8. Begehen von illegalen sexuellen Handlungen im Internet (z.B. das Versenden oder das Herunterladen von Kinderpornografie oder das Vermitteln von illegalen sexuellen Aktivitäten via Internet).
9. Gefährdung oder Verlust einer wichtigen Beziehung, einer Arbeitsstelle oder einer beruflichen Aufstiegsmöglichkeit wegen Internet-Sex-Sucht.
10. Erleiden von einschneidenden finanziellen Konsequenzen als Folge von Internet-Sex.

(nach P. Carnes)

Fortsetzung: Online-Spiele

▶▶ der Abstumpfung. - Und dennoch werden lange nicht alle Spieler süchtig oder asozial. Meist versinken diejenigen in der Phantasiewelt, die im realen Leben unter Einsamkeit, Minderwertigkeitsgefühlen und Depressionen leiden. Vieles deutet darauf hin, dass die Spielesucht eher eine Folge anderer Probleme als ein eigenständiges Phänomen sind.

THERAPEUTISCHE ZIELE

» Mit Jugendlichen Zeiten des Internetkonsums festlegen.
» Inhalte der Spiele hinterfragen
» Ermutigen, reale Kontakte zu pflegen
» Bei Vorliegen einer psychischen Störung fachgerechte Therapie suchen.

ZITAT

MACHT, GEBORGENHEIT UND SEX

Prof. Ulrich Hegerl, München: «Das Internet kann viel mehr Bedürfnisse befriedigen als andere Medien.» Macht, Kontrolle, Vertrautheit, Geborgenheit und auch Sex, alles das bietet die virtuelle Welt neben Information und Unterhaltung. «Das Internet spricht die sozio-kommunikative Seite viel mehr an als etwa das Fernsehen.» Hier liegt die große Gefahr. Für Menschen, die nach dem Surfen süchtig sind, ersetzt das Internet im Extremfall alle sozialen Kontakte. Die Folge: Einsamkeit und die völlige Entfernung von der Realität.

Die Erforschung der Unterwelt

Wie sammelt man Informationen über die Thematik dieses Heftes, ohne selbst im Sumpf pornografischer Bilder zu versinken?

In der heutigen Zeit braucht es nicht viel, um mit der allgegenwärtigen Erotisierung unserer Kultur in Kontakt zu kommen, sei dies im Spätprogramm des Fernsehens oder im versehentlichen Anklicken eines Internetlinks, der einem via SPAM ungebeten ins Postfach «flattert». Wenn man bedenkt, dass rund 40 Prozent aller Inhalte des World Wide Web pornografischer Art sind, so fragt man sich, wie man als «normaler Mensch» überhaupt an diesen Inhalten vorbeikommt. Aber braucht es wirklich eine vertiefte Reise durch diese Unterwelt, um andere informieren, aufklären und beraten zu können?

> Muss ich ein Fass aussaufen, um zu wissen, ob's Wein oder Essig ist?
>
> Geflügeltes Wort

VON DER «FORSCHUNGSREISE» ZUR EIGENEN SUCHT

Nicht wenige Lehrer, Pastoren und wohlmeinende Aufklärer haben auf dem Weg der Selbsterfahrung, dem Eintauchen in die Welt des Cybersex, selbst Schaden an ihrer Seele erlitten. Was als «Forschungsreise» begann, endete in eigener Sucht.

Mehr noch: die Darstellungen von Entwürdigung und Gewalt, von krudem Sex ohne Liebe, von Quälereien und Erniedrigung tut einem normal-sensiblen Betrachter fast körperlich weh. Wenn dann auch noch Kinder betroffen sind, dann dreht sich einem nicht nur der Magen, man wird auch erfasst von kalter Wut über die Kartelle der Pornoproduzenten, die derartige Kundenwünsche mit immer neuem Material befriedigen.

Man mag vielleicht abgestumpft werden, wenn man als verdeckter Fahnder die Quellen derartiger Darstellungen aufzudecken versucht. Und doch können einem die Szenen zutiefst verletzen (im Sinne einer Sekundärtraumatisierung).

EIN ANDERER WEG

Ich habe deshalb für dieses Seminarheft einen anderen Weg beschritten. Meine Informationsquellen waren in erster Linie Bücher von erfahrenen Therapeuten, Facharbeiten von Experten in diesem Gebiet und Zeitschriftenartikel des investigativen Journalismus, der Detailkenntnis mit der nötigen Distanz verbindet (hauptsächlich im Nachrichtenmagazin «Der Spiegel»).

Ganz wesentlich ist aber auch die Begegnung mit meinen Patientinnen und Patienten: mit der jungen Frau, die durch ihren Onkel für Pornofilme der übelsten Sorte missbraucht worden ist; mit dem jungen Mann, der nicht mehr loskommt von der unwiderstehlichen Lust nach immer neuen Bildern; mit der verhärmten Frau im mittleren Alter, die vor kurzem erfahren hat, dass ihr Mann stundenlang vor dem Bildschirm sitzt, um sich in die Ersatzwelt der Internet-Sexualität zu flüchten, während er für seine Familie kaum mehr erreichbar ist.

Die dunkle Seite des Internets

Das Internet ist aus unserer Gesellschaft nicht mehr wegzudenken. Es erleichtert unsere Arbeit, hilft bei der Informationsbeschaffung und bietet eine Fülle von Einkaufsmöglichkeiten.

Doch da ist auch die dunkle Seite des Internets. Von dieser muss zwangsläufig in diesem Seminarheft die Rede sein.

WAS WIRD IM SCHATTEN DES INTERNETS ANGEBOTEN?

Die Antwort lautet: Grundsätzlich alles. Der Gipfel des Grauens war wohl der Fall des «Kannibalen von Rotenburg».

Den Ermittlungen zufolge lernte der 41-Jährige sein Opfer über eine Kontaktanzeige im Internet kennen. Der Rotenburger suchte jemanden, der sich von ihm töten und anschließend aufessen lassen würde. Daraufhin hat sich ein 42-jährige Berliner Diplom-Ingenieur gemeldet. Die Tat wurde vor laufender Videokamera ausgeführt.

Suizidforen: Hier tauschen lebensmüde Jugendliche Möglichkeiten aus, wie man am besten aus dem Leben scheiden kann. Im Jahr 2000 nahm sich eine österreichische Schülerin zusammen mit einem Norweger das Leben. Sie hatten sich im Internet zum gemeinsamen Tod verabredet.

Der Schuldirektor des Mädchens sagte später: ***«Das Missbrauchspotenzial im Internet ist erschreckend groß geworden. Ohne WorldWideWeb wäre diese Tat in anderer Form oder gar nicht passiert.»***

Die häufigsten Inhalte sind jedoch sexueller Natur:

Soft-Pornobilder / Erotische Bilder: Frauen posieren in mehr oder weniger

▶▶ Fortsetzung auf Seite 12

STATISTIKEN ZUR INTERNETSUCHT

Das World Wide Web ist äußerst dynamisch. Seiten kommen und gehen. Täglich entstehen neue Angebote und andere gehen aus dem Netz. Aus diesem Grund hinken Statistiken im Bereich der Internetsucht immer hinter der Realität her. Folgende Zahlen wurden in den letzten fünf Jahren veröffentlicht. Sie sind wahrscheinlich nicht exakt, vielleicht eher zu konservativ, geben aber doch einen Eindruck von der Präsenz suchtfördernder Inhalte im Internet.

30 Millionen Menschen haben in Deutschland Internetzugang, die Zahl der Süchtigen wird auf 1 Million geschätzt.
40 Prozent aller Internetangebote enthalten pornografische Inhalte.
74 Prozent aller Einnahmen im Internet werden mit Sex-Angeboten gemacht. Der Umsatz wird auf über eine Milliarde Dollar pro Jahr geschätzt.
25 Millionen Menschen surfen pro Woche auf einer Pornoseite.
31 Prozent aller Online-Nutzer haben Pornoseiten besucht.
60 Prozent aller Webseiten-Besuche sind sexueller Natur.
200 sex-bezogene Websites werden jeden Tag neu ins Internet gestellt.

HINWEIS:
Aktuelle Zahlen und Daten finden sich auf folgender Homepage: www.online-sucht.de.

DIE SCHATTENWELT DES INTERNETS

Fortsetzung von Seite 11

bekleidetem Zustand für die Kamera. Die primären Geschlechtsteile sind nicht sichtbar. Paaraufnahmen reflektieren das Ideal von Romantik, Zärtlichkeit und Erotik.

Harte Pornografie: Unter Hardcore-Pornografie wird eine explizite Darstellung sexueller Aktivitäten verstanden, wobei die Geschlechtsorgane während des Geschlechtsverkehrs offen dargestellt werden.

Thematisch betonen Hardcore-Produktionen mitunter ausschließlich spezielle sexuelle Vorlieben oder Techniken wie z.B. Outdoor-Sex, Oralverkehr, Analverkehr, Gruppensex, Gangbang (Sex mit extremer männlicher Überzahl), Sex ausschließlich mit Farbigen, Übergewichtigen, Schwangeren oder mit älteren Menschen bis hin zu Sex mit Urin und Exkrementen. (*)

Live-Video-Streaming: aus Striplokalen oder direkt aus entsprechenden Pornostudios werden via Webcam Live-Szenen übertragen.

Live-Voyeurismus: Via Webcam werden Szenen übertragen, wo sich Frauen scheinbar zufällig entblößen. Oft warten Süchtige über lange Zeit (kostenpflichtig), bis wieder einmal eine kurze Entblößung sichtbar wird.

Sadomasochismus: Sadismus beschreibt eine lustvolle Erregung durch das Zufügen von Schmerzen. Masochismus bedeutet lustvolle Erregung durch das Erleiden von Schmerzen. Der Ausdruck wird auch im übertragenen Sinne für Verhaltensweisen gebraucht, die nicht im engeren Sinne sexuell sind.

Sadomasochismus ist aber eine Form der gewaltverherrlichenden Pornografie, die in ihrem perversen Ideenreichtum kaum zu überbieten ist (www.datenschlag.org).

Chatten

SPIELFORMEN DES CHATTENS

Viele Jugendliche chatten via das Internet, ohne süchtig zu werden. Stärker ist der Sog bei Chatrooms, die gezielt anbieten, Beziehungen zu vermitteln. Unter dem Motto: «Flirt, Chat und Community» wird angeboten: «Hier kannst Du neue Freunde finden, ansprechen und kennenlernen!»

In den Chatroom geht man nicht unter der eigenen Identität. Da trifft man etwa «Hoppemaus» oder «Zarathustra_014». Weder das Alter noch das Geschlecht müssen stimmen. Die Grenzen zwischen Spiel und Realität verschwimmen.

Die Gefahr liegt nicht nur in exzessiven Online-Zeiten, sondern auch darin, dass es zu Realbegegnungen kommt, die rasch in ein sexuelles Abenteuer mit ungewissem Ausgang münden können (vgl. S. 3).

Chatrooms sind heute aber auch ein beliebter Treffpunkt für «Sonderinteressen» geworden, wo die härtesten Pornobilder praktisch unter Ausschluss der Öffentlichkeit ausgetauscht werden.

WEITERE INFORMATIONEN:

G. Farke: OnlineSucht. Wenn Mailen und Chatten zum Zwang werden. Kreuz.

* Quelle: www.net-lexikon.de

Kinderpornografie – eine Straftat

Kinderpornografie ist die Darstellung sexuellen Mißbrauchs von Kindern, oft unter sadistischen Quälereien mit Nadeln, Klemmen oder Elektroschocks. Bei Konsumenten solcher Bilder lösen diese Quälereien eine rausch-artige sexuelle Erregung aus.

Kinderpornografie gibt es nicht erst, seit es das Internet gibt, aber der Zugang ist sehr viel leichter geworden. Was die Betrachter in ihrem Rausch nicht bedenken: ***Hinter jedem Bild steht ein Schicksal, ein schwerst gequältes, traumatisiertes Kind!***

Man unterscheidet drei Gruppen von Tätern:

a) Produzenten handeln mit Kinderpornografie und verdienen ihr Geld auf Kosten der Kinder.

b) Konsumenten kaufen Kinderpornografie und unterstützen so die skrupellosen Machenschaften der Händler bzw. Hersteller solcher Fotos und Filme.

c) Pädophile Täter mißbrauchen vielleicht auch IHR Kind, um sich sexuell zu erregen.

In den letzten Jahren wurden dank der Aufklärungsarbeit der Polizei immer mehr Männer überführt, die auf ihren Computern kinderpornografisches Material gespeichert haben – nicht zufällig, sondern ganz systematisch. Darunter waren auch viele äußerlich unbescholtene Menschen, nicht wenige von ihnen in sozialen Berufen tätig.

Die Ermittler (und die Seelsorger) sind immer wieder erschüttert, wie der Rausch der Bilder dazu führt, dass diese Männer – oft selbst Familienväter – ihr Tun verniedlichen und damit die Grundlage für Rückfälle und weitere Straftaten legen.

> «Hinter jedem Bild steht ein Schicksal, ein schwerst gequältes und traumatisiertes Kind.»

Opfer der Kinderpornografie: Diese Kinder wurden von einem asiatischen Pornoring für Videoaufnahmen benutzt und durch die Polizei aus ihrem Gefängnis befreit.

(Ausriss aus einer kambodschanischen Zeitung 2004).

GESETZESTEXT

«Wer pornografische Schriften, die den sexuellen Missbrauch von Kindern zum Gegenstand haben, 1. verbreitet, 2. öffentlich ausstellt, anschlägt, vorführt oder sonst zugänglich macht oder 3. herstellt, bezieht, liefert, vorrätig hält, anbietet, ankündigt, anpreist, ... wird ... mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren, sonst mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.»

(Auszug aus dem deutschen Strafrecht)

Krankheit oder Verhaltensproblem?

FACHBEGRIFFE FÜR INTERNETSUCHT

Internet Addiction Disorder – IAD
(Ivan Goldberg 1995)

Nichtsubstanzgebundene Verhaltenssucht
(Grüsser & Thalemann 2006)

Pathologischer Internetgebrauch – PIG
(Zimmerl & Panosch 1998)

Pathological Internet Use – PIU
(Kimberly S. Young)

Compulsive Sexual Behavior – CSB
(Hollander 2004)

Internet Sexual Addiction Disorder – ISAD
(M. Kafka 1996)

NOSOLOGISCHE EINORDNUNG

Die Fachleute sind sich in der diagnostischen Einordnung des pathologischen Internetgebrauchs nach ICD-10 / DSM-IV noch nicht sicher. An einem Symposium in New York 2004, das ich besucht habe, wurden folgende vier Bereiche für eine mögliche diagnostische Einordnung genannt:

1. ***Störungen der Sexualpräferenz?*** (Paraphilie) – Einerseits handelt es sich um ein pathologisches Geschehen im sexuellen Bereich, doch sind die Inhalte häufig nicht als «pervers» einzuordnen, sodass der Begriff der Paraphilie nicht zur Anwendung käme.
2. ***Zwangsstörung?*** Viele User erleben den Drang zum Einloggen «wie einen Zwang». Dagegen spricht die Tatsache, dass das Betrachten und Sammeln von Bildern oder das erotisch gefärbte Chatten Lust erzeugt, was bei den klassischen Zwangsstörungen nicht der Fall ist (vgl. auch das Seminarheft in dieser Reihe: «Zwang und Zweifel»)
3. ***Störung der Impulskontrolle?*** – Patienten mit diesen Störungen leiden unter impulsiven Gefühlen und Handlungen, wie z.B. Wutausbrüchen. Beim PIG besteht zwar ein «Kontrollverlust» – d.h. man bleibt oft viel länger im Netz als man das vorhatte – aber das Verhalten wird sorgfältig geplant, erfordert gezieltes Einloggen und Aufsuchen von Inhalten, was nicht mehr als impulsiv bezeichnet werden kann.
4. ***Suchtverhalten?*** Dieser Ansatz erklärt am besten alle Phänomene des pathologischen Internetgebrauchs und wird als Grundlage für dieses Heft gebraucht.

Komorbidität – zusätzliche Probleme

Krankheiten, die zusammen mit einer Internet-Abhängigkeit auftreten

KÖRPERLICHE SCHÄDEN

Bei chronischem Gebrauch sind oftmals körperliche Schäden beobachtbar:

- Durch falsche Sitzhaltung können Verspannungen bis hin zu Wirbelsäulen- und Genickschäden auftreten.
- Das lange, ununterbrochene Starren auf den Bildschirm kann auf Dauer zu Schädigungen des Sehapparates führen.
- Langes Surfen kann zusätzlich ***Dauerstress*** verursachen, der sich in Form von Kopfschmerzen, Schlafstörungen und chronischer Anspannung ausprägen kann.
- Kreislauf- und Gewichtsprobleme können ebenfalls auftreten, sind aber individuell verschieden.

PSYCHOSOZIALE KOMPLIKATIONEN

- Hohe Telefon- bzw. Online-Kosten
- Realitätsverlust
- Scheitern menschlicher Beziehungen
- Soziale Isolation
- Arbeitslosigkeit und Verarmung

SMS-TEXTAHOLICS

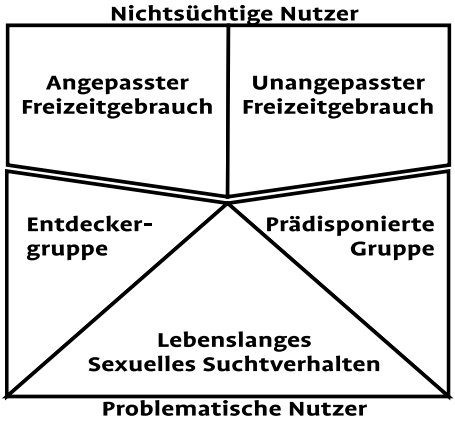
Auch SMS kann süchtig machen, sagt der englische Psychologe Roy Bailey: «Ein Text kann dieselbe Wirkung wie eine Zigarette haben.» Der Empfang einer SMS löst im Gehirn Genuss und Vergnügen, je nach Botschaft auch Angst und innere Spannung aus und bewirkt im Empfänger das Bestreben, die Nachricht umgehend zu beantworten, um möglichst schnell eine Antwort zu erhalten. Allein in Deutschland werden pro Jahr über 25 Milliarden Kurznachrichten versendet.

ZUSÄTZLICHE KOMPLIKATIONEN

Bei vielen Online-süchtigen Menschen sind folgende Probleme zu beobachten, z.T. chronisch oder aber in Krisenzeiten:

- ***Alkoholismus:*** Oft wird die innere Nervosität mit Alkohol gedämpft, aber auch der durch das Betrachten der Bilder erzeugte «Rausch» durch Alkohol unterstützt. Es kommt zu einer gegenseitigen Verstärkung der beiden Süchte.
- ***Gebrauch anderer schädlicher Substanzen*** (von aufputschenden Drogen, wie etwa Kokain, bis zum übermäßigen Gebrauch von potenzsteigernden Mitteln wie z.B. Viagra).
- ***Depressive Episoden:*** ausgelöst durch die negativen psychosozialen Konsequenzen oder das Zerbrechen einer Beziehung
- ***Suizidalität:*** In der Verzweiflung über die Ausweglosigkeit oder bei sozialen Konsequenzen.
- ***Zwanghaftes Kontrollieren:*** Online-Süchtige entwickeln z.T. komplexe Rituale, um ihre Sucht zu verheimlichen und sicherzustellen, dass ihre Umgebung nicht in ihren «geheimen Bereich» eindringen kann oder diesen per Zufall entdecken kann.
- ***Paranoides Denken:*** Die Angst vor Entdeckung und Beschämung führt dazu, dass hinter unbedeutenden Vorgängen eine persönliche Bedrohung vermutet wird. (Z.B. wenn ein Polizeiauto vorbeifährt: «Hoffentlich kommen sie nicht zu mir, um meinen Computer zu untersuchen»; z.B. wenn der Arbeitgeber ein Gespräch vereinbart: «Will er mich mit den Spuren meiner Internet-Aktivitäten in der letzten Woche konfrontieren? Ich habe zu wenig aufgepasst!»)

Muster des Online-Sex-Verhaltens



Die obige Einteilung der Muster des Internet-Sex-Gebrauchs ist nicht wertend, sondern rein beschreibend (vgl. auch S. 2).

GRUPPE A: NICHTSÜCHTIGE NUTZER

a) Angepasster Freizeitgebrauch: Es gibt nicht wenige Menschen, die erotisches Material lesen oder ansehen, ohne dadurch in eine pathologische Abhängigkeit zu verfallen oder eine Verschiebung ihrer sexuellen Präferenzen oder der Achtung vor dem anderen Geschlecht zu erleben. Diese werden als «angepasste Freizeitnutzer» beschrieben.

b) Unangepasster Freizeitgebrauch: Obwohl diese Gruppe nicht süchtig ist, geht sie mit sexuellen Inhalten des Internets in anstößiger Weise um: Dies sind z.B. die schmierigen Typen, die pornografische Bilder an die Kollegin schicken, um sie in Verlegenheit zu bringen. Im Gegensatz zu Online-Süchtigen versuchen sie nicht, ihren Spaß an derartigen Bildern zu verstecken.

GRUPPE B: PROBLEMATISCHE NUTZER

c) Entdeckergruppe: Diese Menschen hatten vor der Entdeckung im Internet keine Probleme mit süchtiger Sexualität. Sie gehen vielleicht zuerst fast mit spielerischer Neugier in einen Chatroom oder eine Porno-Adresse. Doch dann werden sie hinein gezogen und verbringen immer mehr Zeit im Netz, riskieren immer mehr und werden abhängig.

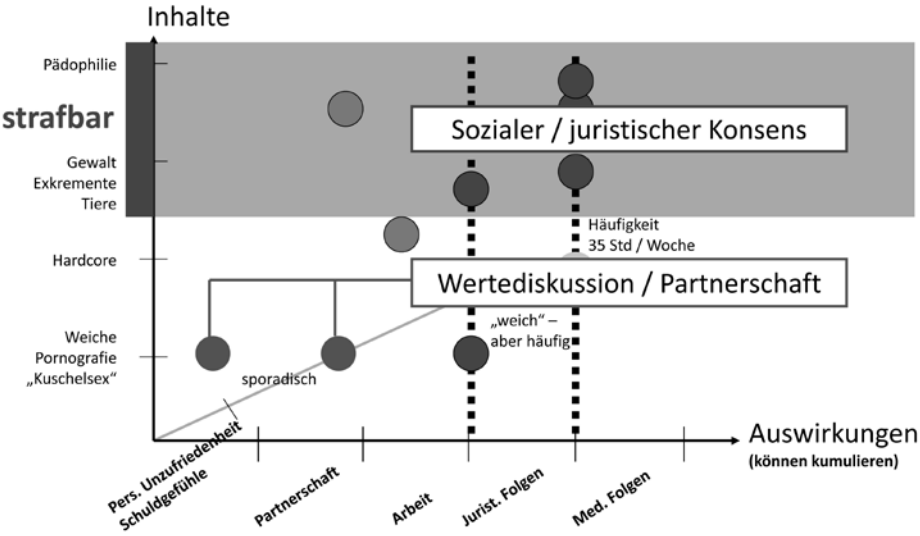
d) Prädisponierte Gruppe: Diese Menschen hatten zwar schon früher unangepasste sexuelle Fantasien, etwa zu einer Prostituierten zu gehen, oder ein Kind unsittlich zu berühren, doch sie lebten diese Impulse nie aus, weil sie sich schämten. Nun entdecken sie im Internet die Erfüllung ihrer Wünsche, ohne erkannt werden zu können. Zuerst verweilen sie nur einige Stunden pro Woche im Netz, doch dann wird es immer mehr. Dazu kommen auch zunehmend extremere Variationen der Sexualität, um noch einen «Kick» zu bekommen. Sie werden süchtig.

e) Lebenslanges sexuelles Suchtverhalten: Schon seit der Jugend problematisches sexuelles Verhalten: häufige Masturbation, Gebrauch von pornografischem Material, Voyeurismus, Exhibitionismus oder pädophile Handlungen («Paraphilien»). Für sie bietet das Internet die Möglichkeit, ihre bestehendes sexuelles Muster in einer neuen Form auszuleben. Drei Untergruppen:

1. Internet als zusätzliche Möglichkeit, um das gewohnte Verhalten auszuleben.
2. Diejenigen, die im Internet einen weniger riskanten Weg sehen, auch neue Formen der Sexualität auszuprobieren, sich etwa an Minderjährige heranzumachen.
3. Diejenigen, deren sexuelles Verhalten außer Kontrolle geraten ist und, die im Internet vielfältige Risiken und Angebote wahrnehmen, die eventuell auch zu einer Strafverfolgung führen können.

nach P. Carnes mit Schwerpunkt der sexuellen Internetsucht

Unterschiedliche Konfliktbeurteilung



In unserer pluralistischen Gesellschaft wird Sexualität mit ihren Variationen sehr unterschiedlich gewichtet. Manche Autoren sprechen auch von einer «pornografischen Gesellschaft», in der Initimität in einem Mass öffentlich gemacht wird, das früher unvorstellbar erschien.

Ein ***sozialer bzw. juristischer Konsens*** besteht nur noch bei eindeutig strafbaren Handlungen, nämlich Sex mit Kindern (Pädophilie), mit Tieren (Sodomie), mithilfe von Exkrementen und unter Anwendung extremer Gewalt.

Alle anderen Formen der (internet-basierten) Darstellungen von Sexualität werden ***nach individuellen Massstäben*** gemessen – ohne Anspruch auf objektive Wertenormen. Das Kriterium der Häufigkeit ist hier nicht wegweisend, weil andere Indikatoren viel früher «Alarm schlagen».

Da ist zuerst einmal die einzelne Person: Lässt sie sich von einer christlichen Ethik leiten, so erlebt sie schon bei sporadischem Konsum weicher Pornografie Schuldgefühle oder zumindest eine Unzufriedenheit, die den Wunsch entstehen lässt, dieses Muster zu stoppen. Weitere negative Folgen ergeben sich am Arbeitsplatz, wo das Surfen auf Pornoseiten grundsätzlich unerwünscht ist und zum Kündigungsgrund werden kann. Ein Warnsignal können auch gesundheitliche Folgen sein (S. 15).

Die schwerwiegendsten Wertediskussionen entstehen in der ***Partnerschaft***. Oft muss eine Frau entscheiden, welches Verhalten des Partners sie zu tolerieren bereit ist.

In Gesprächen habe ich eine breite Palette von Grundhaltungen erlebt. Dabei ist zu bedenken, dass eine Frau oft vom Einkommen des Mannes abhängig ist, und auch an die Stabilität der Kinder denkt, bevor sie eine Trennung in Betracht zieht.

Eine Schmerzgrenze ist spätestens dann erreicht, wenn es neben Pornografie zu einer realen Aussenbeziehung kommt, oder die Sucht zu erheblichen Folgen im Privatleben und bei der Arbeit führt.

Risikofaktoren für Internetsucht

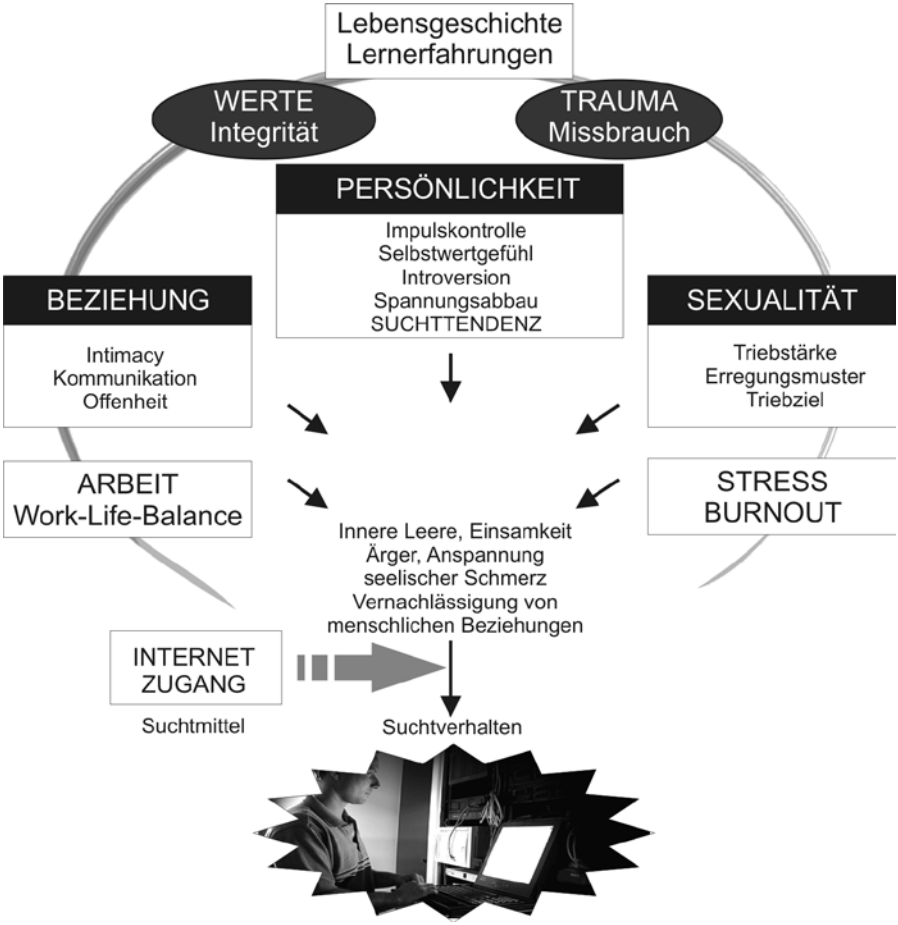


Abbildung: Die hier dargestellten Risikofaktoren zeigen sich je nach Lebenssituation in sehr unterschiedlichem Ausmaß. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass meist mehrere Faktoren zusammenkommen, bevor schließlich die Gelegenheit zum Internetzugang die Suchtentwicklung in Gang setzt.

Die Familie leidet mit!

In Therapie und Seelsorge begegnen wir zunehmend Ehepartnern und Kindern von Online-Süchtigen, die massiv unter dem Verhalten des süchtigen Partners leiden.

In der Folge wird vor allem die Situation beschrieben, wo der Ehepartner und Vater ein Problem mit Onlinesucht hat.

DIE ENTDECKUNG

Der Schock einer Familie beginnt bei der Entdeckung der Sucht. Man findet Bilder auf dem Computer, oft Tausende, die derart abstoßende Szenen zeigen, wie sie eine normale Frau noch nie gesehen hat. Dass diese dem Partner auch noch Lust bereiten, kann einen schweren psychischen Schock auslösen. Zitat: «Ich erinnere mich noch gut, wie ich heulte und schrie und mich fast nicht mehr beruhigen konnte.»

DIE AUSREDEN

Diese wirken oft hohl und unglaubhaft. Der Online-Süchtige sucht einen Vorwand um ungestört surfen zu können: «Ich muss noch Überstunden machen!» – «Geh mit den Kindern noch etwas spazieren, ich bleibe hier, ich brauche Ruhe.» – «Ich hatte Sodbrennen in der Nacht, da bin ich halt noch aufgestanden.»

DIE FORDERUNGEN UND VORWÜRFE

Nach dem Pornokonsum wird das normale Eheleben schal. «Ich muss ja ins Internet, wenn Du mir so wenig bietest!» Die Frau kann im «Konkurrenzkampf» mit dem Internet nicht mithalten

DAS LEIDEN DER KINDER

Für eine Tochter oder einen Sohn, der das geheime Laster des Vaters entdeckt, bricht oft eine Welt zusammen. Der Vater verliert seine Autorität, seine Vorbildfunktion. Es kommt zur Entfremdung. Eine Frau berichtet: «Meine Tochter fand schon seine CD und weinte Herz zerbrechend. Er schrie sie an und fand, es sei besser, wenn sie nicht so weltfremd aufwachse wie ihre Mutter.»

DAS DOPPELLEBEN

«Ich halte es fast nicht mehr aus: In der Gemeinde sind wir eine Vorzeigefamilie. Mein Mann predigt, und niemand weiß, was hinter der Maske steckt.»

DIE FINANZIELLE SEITE

Internet-Sex-Angebote sind nur ganz am Anfang gratis. Oft geben die Süchtigen riesige Geldbeträge für ihr heimliches Laster aus. Dieses fehlt dann der Familie, die auf vieles verzichten muss.

DER VERLUST VON ARBEIT UND EHRE

Lehrer und Sozialarbeiter müssen heute mit ihrer Entlassung rechnen, wenn ihre Sucht publik wird. Die Familie leidet mit.

ZITAT

BITTE GLAUBEN SIE UNS!

«Bitte glauben sie allen Frauen, die zu ihnen kommen und nehmen sie sie ernst. Solche Geschichten kann man nicht erfinden, Sie sind zu absurd. Es ist ein solcher Schock zu merken, dass die Ehe nicht so funktioniert, wie man sich dies vorgestellt hat. Es sind so viele Enttäuschungen, Verletzungen und Scham da, so etwas behält jede Frau viele Jahre für sich, weil sie es selber nicht glauben will und immer hofft, dass sie sich täuscht und die Ehe doch noch so glücklich wird, wie sie das als Mädchen geträumt hat.»
(Aus dem Brief einer betroffenen Frau)

Ist es wirklich eine Sucht?

Während Drogen- oder Alkoholsucht seit langem als Krankheit anerkannt sind, wurde erst in den letzen Jahren deutlich, dass man auch ohne stoffliche Substanz süchtig werden kann. Kann man also auch vom Internet süchtig werden? Dies zeigt sich etwa im Begriff «Internet Addiction Disorder» .

Noch ist unzureichend geklärt, was genau beim Internet süchtig macht. Bernad Batinic, Wissenschaftler am Fachbereich Psychologie der Universität Gießen, hat es folgendermaßen ausgedrückt: «Das Problem Internet-Sucht existiert. Es gibt Menschen, die sich den Konsum des Internet nicht einteilen können beziehungsweise nicht damit aufhören können. Doch die Linie zwischen noch normal und bereits süchtig ist sehr schwer zu ziehen.»

Allerdings: «Um süchtig zu werden, müssen bestimmte psychische Vorschäden bereits vorhanden sein. Schließlich werden auch nicht alle Menschen, die Alkohol trinken, automatisch zum Alkoholiker.»

HINWEISE AUF EINE SUCHT

- Glücksgefühl, «Kick» beim ersten Gebrauch eines Auslösers.
- Negative Gefühle / Leere / Unlustgefühl beim Abklingen der Wirkung.
- Drang (Kompulsion), das positive Gefühl der ersten Erfahrung wieder zu erleben.
- Suchtverhalten: Drug-seeking and drug-taking behavior.
- Dosissteigerung (Häufigkeit oder Intensität).
- Kontrollverlust
- Verheimlichen und Bagatellisieren des Suchtverhaltens.
- Negative psychosoziale Folgeerscheinungen.

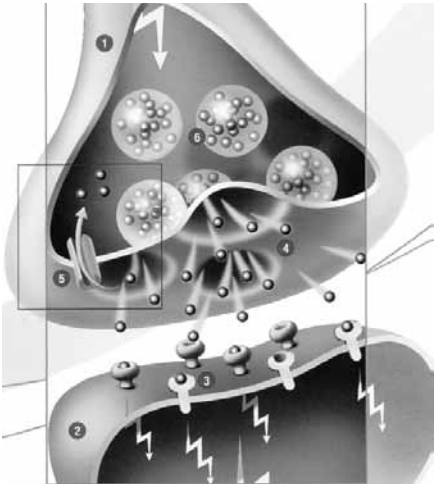


Abbildung aus einer Publikation der Firma Pfizer, mit freundlicher Genehmigung

Vorgänge in der Synapse: Die Botenstoffe werden in den synaptischen Spalt freigesetzt und erzeugen an den Rezeptoren ein Signal.

HIRNBIOCHEMIE UND SUCHT

Im Bereich der Suchtforschung wurden neue Mechanismen des Gehirns gefunden, die Menschen süchtig machen.

Für die Internetsucht gelten die gleichen Kriterien wie für andere stoff-gebundene Süchte.

Auf der nächsten Seite wird eine Übersicht über die wichtigsten Befunde der Suchtforschung gegeben.

WEITERE INFORMATIONEN:

Koob G.F. (2006). The neurobiology of addiction: a neuroadaptational view relevant for diagnosis. *Addiction* 101 Suppl 1:23-30.

Opiate, Dopamin und Glücksgefühl

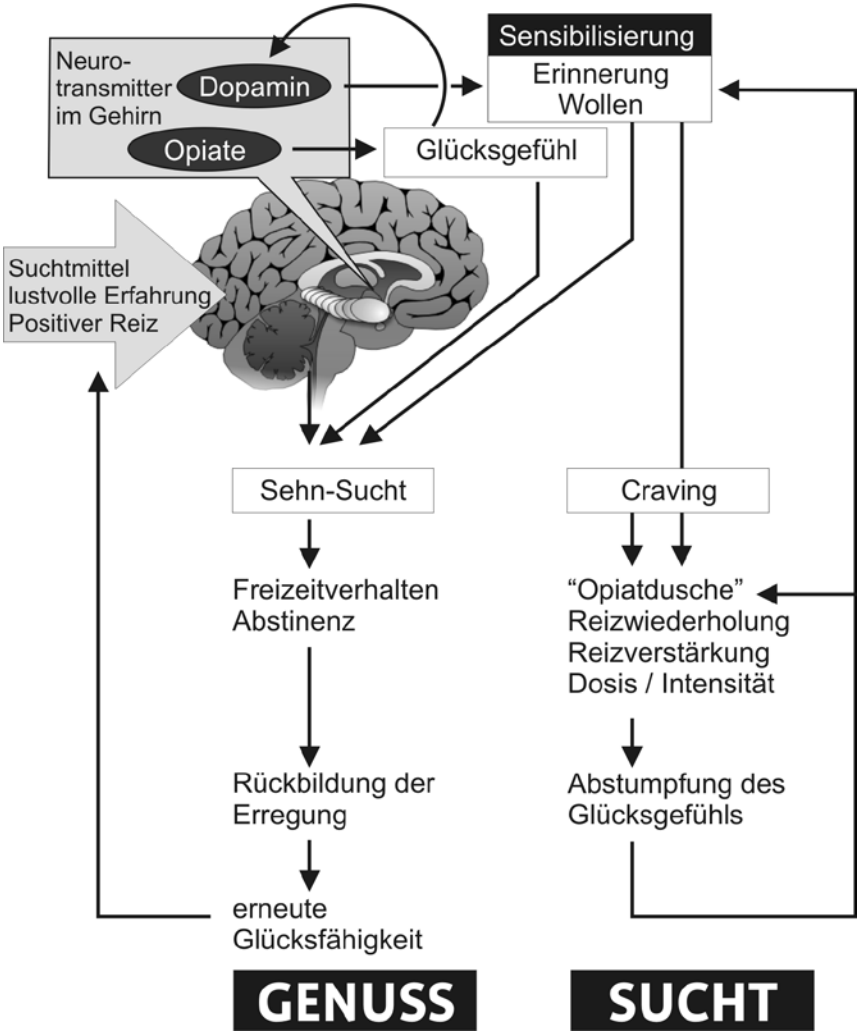


Abbildung: Bei lustvollen Reizen (diese reichen von Sexualität über Alkohol und Drogen bis hin zu nicht-stoffgebundenen Reizen wie die Internetsucht) kommt es zu komplexen Vorgängen im Gehirn. Je nachdem, wie ein Mensch mit seiner Lust umgeht, entsteht verantwortungsbewusster Genuss oder destruktive Sucht. Erläuterungen S. 22.

Opiate, Dopamin und Glücksgefühl

GLÜCKSGEFÜHLE

Zwei Regungen sind es, die im Menschen Glücksgefühle auslösen: 1. Wenn er etwas will (WOLLEN) und 2. wenn er etwas bekommen hat, was ihm gefällt (GENIESSEN). Diese beiden Funktionen werden in unterschiedlichen Hirnregionen gesteuert.

> Die Kompulsion (übermächtiger Drang) ist die Kernsymptomatik jeglicher Form «süchtigen» Verhaltens. Sie repräsentiert eine andere Form des Seins, einen Zustand, in dem das Bewusstsein von der begehrten Substanz beherrscht wird.
>
> Leshner 1997

Genuss und Opiate: Körpereigene opiat-artige Substanzen – Endorphine – erzeugen ein rauschartiges Wohlgefühl (z.B. beim Sex). Drogen, Alkohol und andere Suchtmittel rufen auf komplexe Weise eine ähnliche Wirkung hervor. Wird dieses Glücksgefühl nur ab und zu erzeugt, so entsteht keine Sucht. Bei häufiger Stimulation stumpft das Gehirn ab, und braucht immer mehr Reize («Opiatdusche»), um ein ähnliches Glücksgefühl zu erleben.

Dieser Mechanismus allein reicht aber nicht. In den letzten Jahren wurde ein zweiter Mechanismus entdeckt, das Dopamin und sein Einfluss auf das Wollen.

Wollen und Dopamin: Wenn eine Belohnung (ein Lustgefühl) winkt, wird im Gehirn der Botenstoff Dopamin ausgeschüttet. Dieser erzeugt ebenfalls Glücksgefühle, aber er verankert auch das Erlebnis im Gedächtnis – das Gehirn soll sich die Situation einprägen, die zum Glück geführt hat.

Dopamin fördert das Lernen und die Erinnerung. Ist das Gehirn einmal programmiert, steuert es den Körper so, dass er ähnliche Situationen erkennt und den Körper dorthin dirigiert (ständige Beschäftigung mit dem Suchtmittel, Vorbereitungshandlungen, Ritualisierung etc.).

Alle Suchtmittel verschaffen dem Gehirn einen Dopaminkick – der Spiegel steigt auf ein Vielfaches! Auf diese Weise werden Anblick der Droge und das Verlangen danach fast untrennbar miteinander verknüpft.

SENSIBILISIERUNG DES GEHIRNS

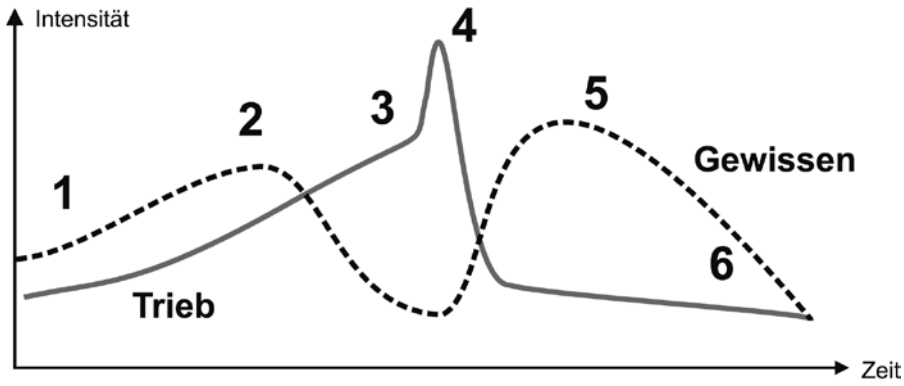
Es kommt zu einer erhöhten Empfindlichkeit des Gehirns auf Dopamin. Damit ergibt sich die fatale Kombination von abgestumpftem Glücksempfindung bei weiter erhaltenem Wollen, Sehnen, ja «Craving» (in der Gassensprache das «Reissen» nach Drogen).

FORSCHUNG

«Ratten, denen man durch ins Gehirn eingepflanzte Drähte die Möglichkeit gab, sich per Knopfdruck eine Extradosis Dopamin zu verschaffen, taten bald nichts anderes mehr. Sie vergassen Essen, Trinken, ja sogar Sex, und rannten stattdessen wieder und wieder zum Schalter. Eine Wahl hatten sie nicht, denn bei jeder Dopaminausschüttung wird das Gehirn immer mehr auf Wiederholung programmiert. So starben die Ratten schließlich für ein bisschen Glück.»

(nach einem Bericht von Stefan Klein)

Triebkonflikt und Gewissen



1. ERSTER IMPULS: Erste Versuchung, etwas Verbotenes zu tun; zunehmende innere Leere und Sehnsucht nach dem «Kick». Das Gewissen oder die Vernunft erwacht und es kommt zu einer langsam ansteigenden Spannung zwischen Trieb und Gewissen.

2. SPANNUNGSAUFBAU: Die Gedanken werden immer stärker von dem Impuls gefangen und absorbiert. Die inneren Diskussionen und Kämpfe werden immer heftiger. Der Drang, das Verbotene zu tun, wird immer intensiver, oft verbunden mit körperlichen Symptomen einer inneren Spannung (Verspannungen, Herzklopfen etc.). Die Gedanken sind so absorbiert, dass die normalen Tätigkeiten und Aufgaben beeinträchtigt werden, man wirkt häufiger gedankenverloren, angespannt, innerlich weggetreten.

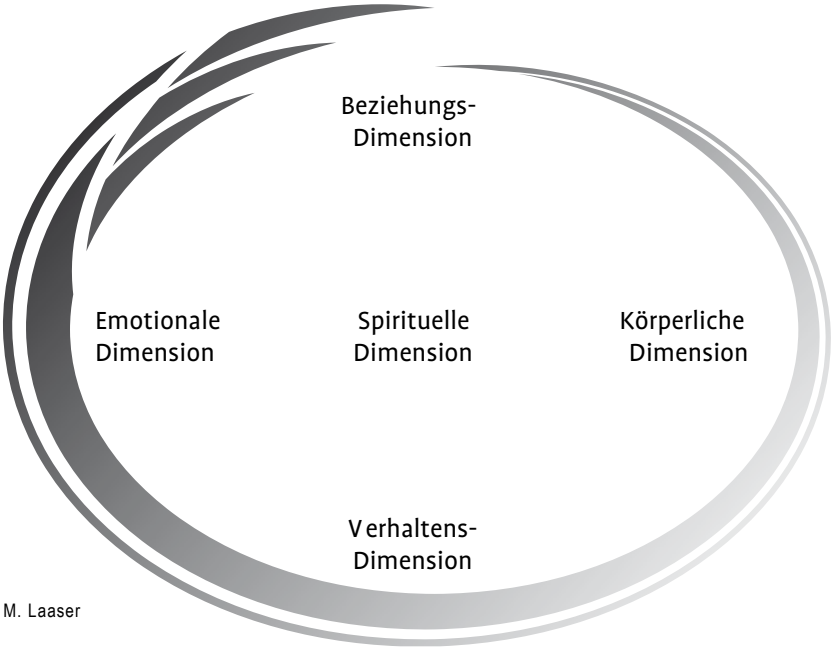
3. NACHGEBEN: Die Spannung wird derart unerträglich, dass man sich entschließt, den Widerstand aufzugeben. Man nimmt die Niederlage hin und lässt zu, dem Drang nachzugeben. Angesichts der inneren Kämpfe gleicht dieser Entschluss immer noch einer Erleichterung, einem Dampf ablassen, das eine Katastrophe verhindert. Gleichzeitig wird die Stimme des Gewissens unterdrückt bzw. ausgeblendet.

4. ENTLADUNG: Diese wird oft wie eine Befreiung erlebt, im sexuellen Bereich auch als lustvoll. Sie bedeutet ein Ende der langen Kämpfe. Das Gefühl der Befreiung, Entlastung, Entspannung im Trieb-/Zwangsbereich wird nun abgelöst durch einen Anstieg der Gewissensspannung.

5. GEWISSENSKONFLIKT: Rascher Anstieg von Selbstzweifeln, Selbstvorwürfen, Schuldgefühlen, Gefühl des Beschmutztseins. Bemühungen um Wiedergutmachung.

6. REFRAKTÄRPHASE: Allmähliche Beruhigung der Selbstvorwürfe («Mir ist vergeben», «Ich habe es abgelegt und hinter mir gelassen», «Es plagt mich nicht mehr»), Entschlossenheit, nicht mehr rückfällig zu werden («Das tue ich mir nicht mehr an!», „Ich mag gar nicht mehr»). Ruhen von Trieb- und Gewissensspannung bis es zu einer erneuten Phase 1 kommt.

Gesunde Sexualität



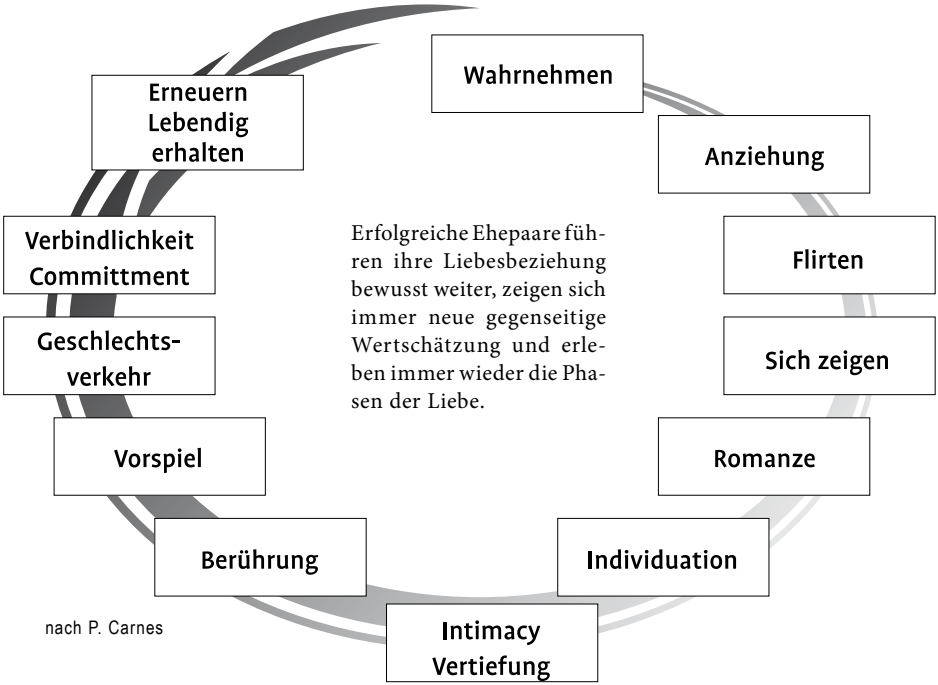
nach M. Laaser

Diskussion

DISKUTIEREN SIE IN GRUPPEN, WAS DIESE PUNKTE IM EINZELNEN BEDEUTEN KÖNNTEN. WAS BRAUCHT ES FÜR EINE GESUNDE SEXUALITÄT, WAS IST HINDERLICH?

- Körperliche Dimension
- Verhaltensdimension
- Gefühlsdimension
- Beziehungsdimension
- Geistliche / spirituelle Dimension

12 Phasen der Liebesbeziehung



nach P. Carnes

In seinem sehr lesenswerten Buch «In the Shadows of the Net» beschreibt P. Carnes (leider nur auf Englisch) zwölf Phasen einer intimen Liebesbeziehung.

Seine These: Der Reichtum einer persönlichen Begegnung mit einem geliebten Menschen wird in der süchtigen Internetsexualität abgestumpft, ausgedörrt, und reduziert auf Worthülsen oder einseitig explizite Bilder.

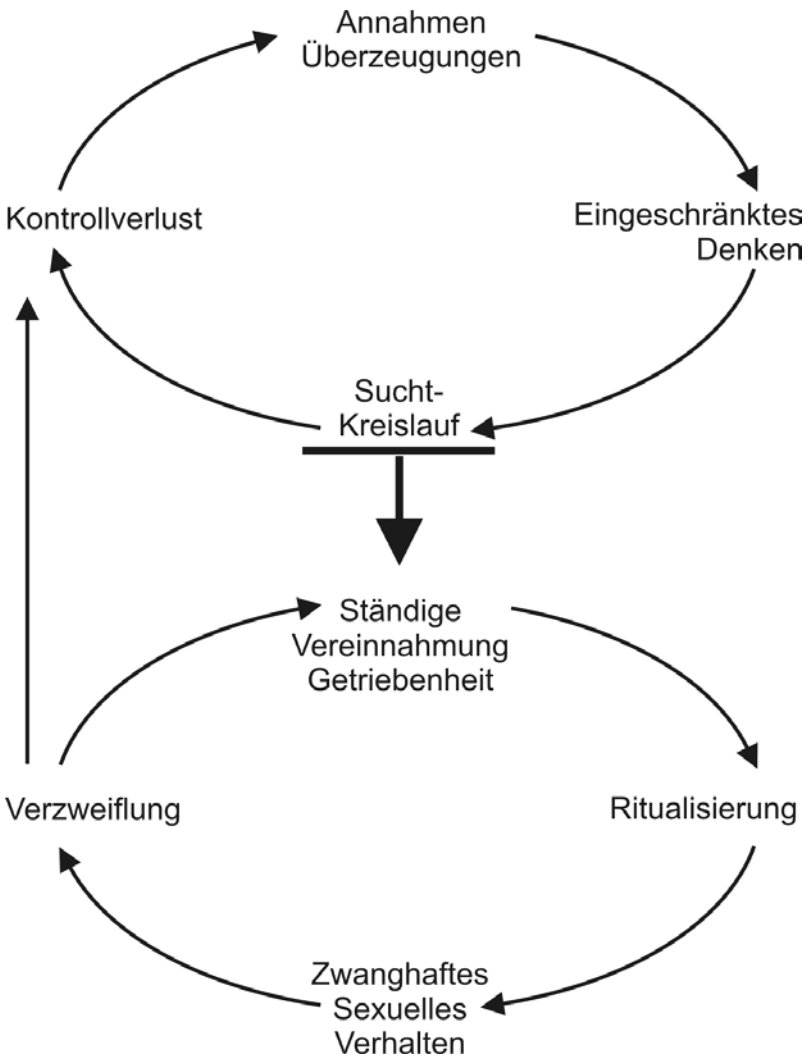
Nur in seinem durch die Sucht verkümmerten Denken meint ein Mensch, dies komme wirklicher Liebe gleich.

Diesen 12 Phasen der Liebe stellt Carnes 10 Typen sexuellen Zwangsverhaltens gegenüber:

ZEHN TYPEN SEXUELLEEN ZWANGSVERHALTENS (NICHT NUR IM INTERNET)

- Phantasie-Sex
- Voyeurismus
- Exhibitionismus
- Die Rolle des Verführens
- Sex-Handel
- Sich aufdrängender Sex
- Zahlen für Sex
- Anonymer Sex
- Sado-Maso-Sex
- Ausbeutender Sex

Der Sucht-Kreislauf



nach P. Carnes, S. 50

Psychodynamik

DIE ANNAHMENWELT DES SÜCHTIGEN

Unsere Annahmenwelt ist der Filter, mit dem wir unser Leben gestalten und Entscheidungen treffen.

Die Sucht baut auf einem tiefen Gefühl der Minderwertigkeit auf: «Keiner liebt mich, so wie ich bin.» «Keiner kann mir geben, was ich wirklich brauche». «Sex (oder Alkohol etc.) gibt mir ein gutes Gefühl, hilft mir, das Leben besser zu ertragen.»

EINGESCHRÄNKTES DENKEN

Es kommt zu einer Verschiebung des Wertesystems. Online-Süchtige merken, dass sie die Werte aufgeben, die ihnen einst wichtig waren:

- Respekt vor dem sexuellen Gegenüber.
- Verabscheuung von Gewalt und Zwang.
- Christliche Werte der Reinheit und der Selbstdisziplin.

Es kommt zu einer Umdeutung und Bagatellisierung:

- «Es sind nur Bilder!»
- «Ich habe so viel Stress, das entspannt mich!»
- «Andere tun es auch, wieso ich nicht!»
- «Würde meine Frau mir mehr geben, hätte ich das nicht nötig!»

STÄNDIGE VEREINNAHMUNG UND GETRIEBENHEIT

Die Trance oder Stimmung, in der eine Person nur noch auf die sexuellen Gedanken ausgerichtet ist. Dieser mentale Zustand führt zu einer obsessiven / zwanghaften Suche nach sexueller Stimulation. Es ist die ständige Suche nach dem elektrisierenden Zustand erster Liebe, nach dem berauschenden Gefühl des Ungewöhnlichen, nach der Spannung des Verbotenen. Diese Getriebenheit blendet jeden Schmerz, jedes Mitgefühl und jedes Bedauern aus.

RITUALISIERUNG

Die Person entwickelt spezielle Handlungsroutinen, die zum sexuellen Verhalten führen. Das Ritual verstärkt die Getriebenheit und erhöht die Erregung. Rituale sind (ähnlich wie das Vorspiel in echten Beziehungen) manchmal gerade so erregend wie der Höhepunkt selbst. Für den Online-Süchtigen ist das vielleicht der Lieblingsstuhl, in dem er sitzt, die Beleuchtung des Raumes, das Bereitstellen alkoholischer Getränke, die Lieblings-Websites, das Heranpirschen an einen neuen Kontakt im Chat.

SEXUELLE SUCHT

Der eigentliche sexuelle Akt, der das Ziel von Getriebenheit und Ritualisierung ist. Die Person ist nicht mehr in der Lage, das Verhalten zu stoppen. Die Betroffenen versuchen immer wieder aufzuhören. Sie setzen sich ein Ziel, sie nehmen sich vor, zwei Wochen nicht auf die suchterzeugenden Websites zu gehen, doch dann ist die Sucht wieder stärker und «es» passiert wieder.

VERZWEIFLUNG UND UNBEHERRSCHBARKEIT

Das Gefühl äusserster Hoffnungslosigkeit und Machtlosigkeit in Bezug auf das sexuelle Verhalten. Das ständige Versagen führt zu einem tiefen Selbsthass, dem Gefühl der Machtlosigkeit und des Ausgeliefertsein. Sie verurteilen ihre eigene moralische Schwäche, gerade dann, wenn sie wieder ihre eigenen Werte verletzt haben, oder besonders entwürdigende Szenen konsumiert haben. Die Verzweiflung geht oft bis zur Suizidalität.

DIE TRAGIK: Erneute sexuelle Stimulation lässt die Verzweiflung für kurze Zeit wieder vergessen. Der Kreislauf geht weiter.

Therapeutische Ansätze

Internetsucht ist eine Sucht! In ihren Auswirkungen ist sie ähnlich gefährlich wie eine Abhängigkeit von Kokain. Der Entzug ist hart und von Entzugserscheinungen begleitet. Fünf Schwerpunkte:

1. GESPRÄCH / PROBLEMANALYSE / VERHALTENSTHERAPIE

Hinweise vgl. Seite 27 – 28

2. PRAKTISCHE MASSNAHMEN

Die Sucht erfordert eine radikale Entgiftung («Detoxification»): Entfernung sämtlicher Inhalte vom Computer, Installieren von Filtern, «offene Türen», begrenzte Zeiten, weitere Kontrollmaßnahmen; evtl. sogar Verzicht auf den Computer während mehrerer Monate, bis die Entzugserscheinungen nachlassen (vgl. S 39).

3. ACCOUNTABILITY

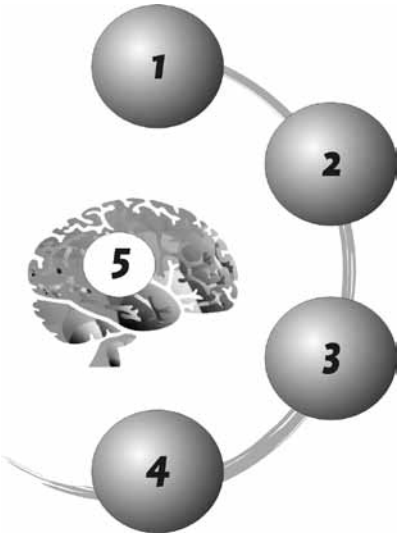
Rechenschaft ablegen bedeutet: das Geheimnis durchbrechen (Transparenz) und das Verhalten einer Vertrauensperson offenlegen (vgl. S. 29).

4. PAARTHERAPIE

Weil die Partnerschaft massiv leidet, ist es oft auch nötig, die Ehefrau einzuschliessen, zur Vertrauensbildung, zum Wiederaufbau der Beziehung und zur praktischen Unterstützung des Entzugs (vgl. S. 32).

5. MEDIKAMENTE

Obwohl Botenstoffe im Gehirn eine wichtige Rolle bei der Internetsucht spielen, so sind die Möglichkeiten der medikamentösen Behandlung begrenzt (Details vgl. S. 28).



1. Gespräch / Problemanalyse / Verhaltenstherapie
2. Praktische Massnahmen
3. Rechenschaft ablegen
4. Paartherapie
5. Medikamente?

Sieben therapeutische Ziele

Die folgenden sieben Schritte sind auszugsweise einem Therapiebuch von Dr. Patrick Carnes entnommen, das leider bisher nicht auf Deutsch erschienen ist.

1. DIE VERLEUGNUNG DURCHBRECHEN

- Erstellen Sie eine Liste der Probleme.
- Erstellen Sie eine Liste der Geheimnisse.
- Erstellen Sie eine Liste der Entschuldigungen und Rationalisierungen.
- Machen Sie eine Liste der Konsequenzen
- Welche Menschen wurden verletzt?
- Finden Sie einen Therapeuten.
- Finden Sie einen Partner, dem Sie Rechenschaft ablegen können.
- Seien Sie ganz offen gegenüber Therapeut und Rechenschafts-Partner.

2. VERSTEHEN SIE DIE NATUR IHRER STÖRUNG

- Lesen Sie mindestens ein Buch über sexuelle Sucht.
- Zeichnen Sie ihren eigenen Suchtkreislauf und Ihr Suchtsystem auf (vgl. S. 24).
- Machen Sie eine Liste der Momente, wo sie die Kontrolle verlieren.
- Lernen Sie über «sexuelle Anorexie» und «Fress-Kotz-Zyklen».
- Lernen Sie mehr über zusätzliche Indikatoren.
- Gehen Sie die Phasen der Liebe durch (S. 23). Was funktioniert noch, was ging durch die Internetsucht verloren?

3. LASSEN SIE SICH AUF EINEN PROZESS EIN

- Schreiben Sie die Geschichte Ihrer sexuellen Sucht auf!
- Beschreiben Sie, wo sie merkten, dass Sie die Kontrolle nicht mehr haben.
- Berechnen Sie die Kosten Ihrer Sucht.
- Welches waren Ihre schlimmsten Momente?
- Erzählen Sie Ihren ersten Schritt in einer 12-Schritte Gruppe.

4. BEGRENZEN SIE DEN SCHADEN IHRES VERHALTENS

- Machen Sie einen Plan zur Schadensbegrenzung.
- Machen Sie einen Plan, wie Sie ihre Sucht bekannt machen können.

5. ENTWICKELN SIE NÜCHTERNHEIT

- Welches sind die Herausforderungen?
- Welches sind mögliche Rückfallgefahren?
- Entwickeln Sie ein Notfallszenario.
- Wie können Sie sich Grenzen setzen (innere und äußere)?

6. STELLEN SIE IHRE KÖRPERLICHE GESUNDHEIT SICHER

- Lassen Sie einen ärztlichen Check-up machen.
- Erstellen Sie eine Matrix Ihrer sexuellen Sucht.
- Erstellen Sie eine Matrix Ihrer sexuellen Gesundheit.

WEITERE INFORMATIONEN:

P. Carnes (2001): Facing the Shadow. Starting Sexual and Relationship Recovery. A Gentle Path Workbook for Beginning Recovery from Sex Addiction. Gentle Path Press, Wickenburg AZ. ISBN 1-929866-01-1.

www.gentlepath.com

▶▶ Fortsetzung auf Seite 30

THERAPIEZIELE

Fortsetzung von Seite 29

- Bearbeiten Sie Ihr persönliches Erregungsmuster (Hier wird Bezug genommen auf spezifische Arbeitsblätter von Dr. P. Carnes, die leider auf Deutsch nicht erhältlich sind).

7. NEHMEN SIE AKTIV AN EINER UNTERSTÜTZUNGSKULTUR TEIL.

- Finden Sie eine 12-Schritte Gruppe und nehmen Sie regelmäßig teil.
- Haben Sie regelmäßigen Kontakt mit ihrem Rechenschafts-Partner.
- Machen Sie selbst einen Beitrag in der Gruppe.
- Entwickeln Sie tägliche Gewohnheiten, die ihre Genesung fördern: Tägliche Stille Zeit, Lesen eines Wortes für den Tag, Tagebuch schreiben.
- Wenn nötig, nehmen Sie an Selbsthilfegruppen für andere Süchte teil.

Schlussfolgerung:
Medikamente sind (leider) keine Lösung, allenfalls als Unterstützung für Verhaltenstherapie / Seelsorge dort, wo eine Person auch unter Depressionen oder ADS leidet.

WAS BRINGEN MEDIKAMENTE?

- **Serotonin:** wird in komplexer Weise als Nebeneffekt des Suchtgeschehens produziert. Antidepressiva erhöhen ebenfalls den Serotoninspiegel.
  Könnte Serotonin das Craving vermindern? Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) haben mögliche Wirkungen bei Menschen mit Depression und Dysthymie.
- **Dopamin:** steigert die Appetenz beim Suchtverhalten. Hier sind keine medikamentösen Strategien bekannt, die nicht schwere Nebenwirkungen hätten.
- **Opiatantagonisten:** blockieren die Wirkung von Opiaten und reduzieren dadurch den Lustgewinn. Sie werden deshalb vereinzelt in Fällen von Opiatsucht oder zur Verminderung des Cravings bei anderen Süchten empfohlen. Die Tageskosten sind hoch und die Effizienz ist begrenzt.
- **Ritalin:** Bei manchen Internetsüchtigen besteht auch ein ADS. Hier kann Ritalin eine deutliche Beruhigung bringen.
- **Antiandrogene:** Diese Medikamente (z.B. «Androcur») hemmen die Testosteronproduktion und vermindern so die Triebstärke. Einsatz bei Sexualstraftätern in Begleitung mit Gesprächen. Das Suchtmuster (das Triebziel) selbst wird kaum beeinflusst.

Accountability – Rechenschaft geben

Könnten Sie auf einer Pornoseite surfen, während Ihnen Ihre Frau oder Ihr Freund über die Schulter schaut? Sie würden sich schämen und rasch auf eine unverfängliche Seite wechseln.

Dies ist das Prinzip der «accountability», des Ablegens von Rechenschaft. Die Sucht bleibt nicht mehr im Dunkeln, sondern sie versprechen 1 oder 2 andern Vertrauenspersonen, sie offen über Ihren Webkonsum und die Zeit im Internet zu informieren.

Besonders hilfreich ist das Programm www.kindersicherung.de.

WIE FUNKTIONIERT ES?

- Das Programm ist nicht nur für Kinder geeignet, sondern auch für Erwachsene, die einem anderen Menschen Rechenschaft ablegen wollen. Es erlaubt, Zeiten festzulegen und Inhalte auszusperren. Letztlich ist es aber auch ein Mittel zur Eigenverantwortung.
- Das Programm verfolgt jede Website, die Sie anwählen, registriert die Zeit, die Sie im Internet verbringen.
- Dann wird wöchentlich ein e-Mail-Bericht an diese gesandt, die alle Ihre Web-Besuche aufzeigt.
- Das Programm kann nicht umgangen oder ausgeschaltet werden.
- Es vermindert die Internet-Versuchung und die Verheimlichung und verstärkt Ihre persönliche Verantwortlichkeit.
- Im Betrieb hält es die Leute auf ihre Arbeit fokussiert, erhöht die Produktivität und baut gleichzeitig gegenseitige Kommunikation und Vertrauen auf.
- Die Kosten halten sich in Grenzen und sind angesichts der Schäden durch die Sucht vernachlässigbar.

WEITERE ADRESSEN:

www.covenanteyes.com
www.max.com
www.mobicip.com

Selbstkontrolle und Selbstdisziplin werden durch Transparenz und Rechenschaft entwickelt.

WAS IST EIN RECHENSCHAFTSPARTNER?

Dies ist jemand, dem Sie die Erlaubnis geben, Ihnen dabei zu helfen, stark zu bleiben. Es ist jemand, dem Sie trauen, weil diese Person sich wirklich um Sie sorgt. Weil die Versuchung dann am stärksten ist, wenn niemand hinschaut, schwächt ein Rechenschaftspartner die Anziehung, weil da einer ist, der Ihnen über die Schulter sieht, wenn sie im Internet surfen. Wenn Sie in eine Beziehung der Rechenschaft mit einem vertrauensvollen Freund eintreten, so ist dies ein wesentliches Element zur Entwicklung vermehrter Integrität.

Therapie bei Sexualstraftätern

Pädophilie und Kinderpornografie werden zunehmend konsequenter polizeilich aufgeklärt und gerichtlich verfolgt. Oft hat man es nicht mit hartgesottenen Verbrechern zu tun, sondern mit Männern, die vordergründig ein normales Leben führen, nicht selten sogar selbst eine Familie haben. Der Schock der Entdeckung, verbunden mit den schwerwiegenden sozialen Folgen führt oft dazu, dass sie selbst eine Therapie für ihre destruktive Neigung wünschen. Diese wird dann auch als Therapieauflage in das Urteil integriert.

ANNAHMEN FÜR DIE THERAPIE VON SEXUALSTRAFTÄTERN:

- Sexualdelikte sind ein Missbrauch von Macht.
- Sexualstraftäter weigern sich, die volle Verantwortung für ihre Straftat zu übernehmen.
- Sexualdelikte werden unter Einsatz der Fantasie geplant und ausgeführt.
- Das Verhalten von Sexualstraftätern kann nicht geheilt, sondern nur unter Kontrolle gehalten werden.

DIE ZENTRALE ROLLE DER PHANTASIE

Die Fantasietätigkeit nimmt bei pädophilen Straftaten eine zentrale Rolle ein. So führt ein sensorischer oder kognitiver Stimulus zu einer Erregung mit Entwicklung einer Fantasie, die zu einer Steigerung der Erregung mit Masturbation und Ejakulation führt. Allgemein lassen sich Fantasien in «geeignete und legale» resp. ungeeignete und deviante unterteilen. Sie dienen der Erhöhung der Erregung, Verstärkung von kognitiven Verzerrungen, Verstärkung der Motivation zum Delinquieren, Planung und Wiedererleben des Deliktes, Wiederherstellen von positiven Gefühlen nach dem Delikt, Erleichterung von Schuld und Angst nach dem Delikt, sowie Erlaubnis zum erneuten Delinquieren.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

- Die Straftaten passieren nicht einfach, sondern werden bewusst angestrebt.
- Ein Sexualdelikt zu begehen ist keine Geisteskrankheit, sondern ist insbesondere bei Wiederholungstätern zwanghaftem Suchtverhalten gleichzusetzen und kann ebenso wie die pädosexuelle Präferenz nicht geheilt, sondern nur – die Motivation des Straftäters vorausgesetzt – kontrolliert werden.
- Wie bei anderen Zwangs- und Suchtverhalten lässt sich auch in diesen Fällen ein Verhaltenszyklus auf der Basis entsprechender Denkmuster feststellen.
- Patient und Therapeutin müssen die Mechanismen kennen lernen, die zum Delikt führten und entsprechend Strategien zur Verhinderung weiterer Straftaten entwickeln.
- Nur wenn beim Patienten eine grundlegende Änderung der Einstellungen erreicht werden kann, kann auch langfristig von einer günstigen Legalprognose ausgegangen werden.
- Die Teilnahme an einer Gruppentherapie für Sexualstraftäter kann sich positiv auf die Vermeidung von Rückfällen auswirken.

WEITERE INFORMATIONEN:

Hoyer J. & Kunst H. (Hrsg.): Psychische Störungen bei Sexualdelinquenten. Pabst.

Jongsma A.E. & Budrionis R.: The Sexual Abuse Victim and Sexual Offender Treatment Planner. Wiley.

Gruppentherapie – 12 Schritte

Im Jahre 1935 gründeten ein bekannter Chirurg und ein Börsenmakler die Bewegung der Anonymen Alkoholiker (AA). Sie merkten, dass ihr Zwang zum Alkohol schwand, wenn sie offen miteinander über ihre Probleme sprachen. Mit den Jahren entwickelten sie 12 Grundsätze, die für die Bewältigung der Sucht wegleitend waren. Die Bewegung der 12 Schritte ist heute anerkannt als die effektivste Selbsthilfegruppe in der Behandlung der Alkoholsucht. Es hat sich gezeigt, dass die Prinzipien der Suchtbewältigung sich auch auf sexuelle Süchte bzw. Internetsucht anwenden lassen.

Info: www.anonyme-alkoholiker.de

1. Wir gaben zu, dass wir unseren Abhängigkeiten und Problemen gegenüber machtlos sind – und unser Leben nicht mehr meistern konnten.
2. Wir kamen zu dem Glauben, dass eine Macht, größer als wir selbst, uns unsere geistige Gesundheit wiedergeben kann.
3. Wir fassten den Entschluss, unseren Willen und unser Leben der Sorge Gottes- soweit wir ihn verstanden – anzuvertrauen.
4. Wir machten eine gründliche und furchtlose Inventur in unserem Inneren.
5. Wir gaben Gott, uns selbst und einem anderen Menschen gegenüber unverhüllt unsere Fehler zu.
6. Wir waren völlig bereit, all diese Charakterfehler von Gott beseitigen zu lassen.
7. Demütig baten wir ihn, unsere Mängel von uns zu nehmen.
8. Wir machten eine Liste aller Personen, denen wir Schaden zugefügt hatten, und wurden willig, ihn bei allen wiedergutzumachen.
9. Wir machten bei diesen Menschen alles wieder gut- wo immer es möglich war – es sei denn, wir hätten dadurch sie oder andere verletzt.
10. Wir setzten die Inventur bei uns fort, und wenn wir unrecht hatten, gaben wir es sofort zu.
11. Wir suchten durch Gebet und Besinnung die bewusste Verbindung zu Gott – soweit wir ihn verstanden – zu vertiefen. Wir baten ihn nur, uns seinen Willen erkennbar werden zu lassen und uns die Kraft zu geben, ihn auszuführen.
12. Nachdem wir durch diese Schritte ein geistliches Erwachen erlebt hatten, versuchten wir, diese Botschaft anderen weiterzugeben und unser tägliches Leben nach diesen Grundsätzen auszurichten.

(in Anlehnung an die Formulierung der Bewegung «Endlich leben» mit freundlicher Genehmigung.)

www.endlich-leben.net
www.wuestenstrom.de

Auswirkungen auf die Ehe

«Mein Mann zerstört mit seiner Sucht nicht nur unsere Ehe. Er hat sich dramatisch verändert.»

Internet-Pornografie hat einen dramatischen Einfluss, nicht nur auf die Persönlichkeit, sondern auch auf die Ehe, meist lange bevor die Frau das heimliche Laster des Mannes entdeckt.

Pornografie ist nicht zuletzt deshalb so verführerisch, weil sie keinen direkten Kontakt mit einem menschlichen Wesen erfordert. Hier hat der «Konsument» volle Kontrolle über die «Beziehung». Das Fenster kann geöffnet und mit einem Klick geschlossen werden; der Computer wird angemacht oder ausgeschaltet. Doch dahinter steht oft die Angst vor echter Intimität.

INTIM SEIN – MEHR ALS SEX

Echte Intimität hat viele Facetten: Die folgende Liste gibt einen Überblick:

- **Vertrauen**
- **Selbstwert**
- **Positive Wertschätzung für den andern**
- **Gegenseitige Abhängigkeit**
- **Toleranz für Konflikte, Unklarheiten und Unvollkommenheit.**
- **Offenheit, Ehrlichkeit: Mitteilung der eigenen Gefühle und Meinungen**
- **Mut und Initiative**
- **Präsenz, Anteilnahme**
- **Verlässlichkeit: sich festlegen**
- **Verletzlichkeit**
- **Fürsorglichkeit**
- **Verspieltheit, gemeinsamer Genuss.**

Neues Vertrauen aufbauen

Das Ziel einer Paartherapie ist nicht in erster Linie, eine bessere Sexualität zu entwickeln. Der Sexsüchtige ist so angefüllt mit Bildern und Vorstellungen, dass keine reale Frau auch nur annähernd seinen Erwartungen entsprechen könnte.

Viel eher geht es darum, Vertrauen wieder herzustellen, Grundlagen für gemeinsames Reden und normale Gemeinschaft. Es geht darum, neu eine ganzheitliche Intimität (S. 32) herzustellen. Das ist harte Arbeit.

VERBINDLICHKEIT

Entschlossenheit, neu anzufangen, der Beziehung wieder eine Chance zu geben. Dies darf nicht auf Gefühlen beruhen, sondern ist eine Entscheidung, die Schritt um Schritt in die Tat umgesetzt wird.

WACHSTUM

Vertrauen muss wachsen. Haben Sie Verständnis, dass verletzte Gefühle Zeit zum Heilen brauchen. Fordern Sie von Ihrer Frau nicht sofortige Vergebung. Sie erhalten mit zunehmender Verlässlichkeit auch mehr Vertrauen.

Paartherapie bei Internetsucht

Fortsetzung von Seite 34

MITEINANDER REDEN

Nehmen Sie sich Zeit zum Reden. Teilen Sie sich mit, auch in ihren Schwächen oder in den Bereichen ihres Lebens, derer Sie sich schämen. Kommunikation muss nicht immer in die Tiefe gehen: Erzählen Sie auch kleinere Details aus Ihrem Alltag, machen Sie Ihr Leben und Erleben transparent.

VERLÄSSLICHKEIT

Vertrauen wächst, wenn Verhalten auch über längere Zeit verlässlich ist. In der Suchtsprache heißt dies: «Trocken bleiben». Halten Sie Versprechungen, auch ganz gewöhnliche Termine, etwa wann Sie nach Hause kommen, oder wann Sie ihrem Sohn beim Fussballspiel zuschauen werden.

MITGEFÜHL

Wenn Sie Ihre Beziehung durch Ihre Sucht geschädigt haben, so hat dies Ihrer Frau tiefe Verletzungen zugefügt. Das bedeutet:

1. Erwarten Sie nicht, dass Heilung über Nacht geschieht.
2. Seien Sie darauf gefasst, dass manche Dinge plötzlich eine schmerzliche Erinnerung auslösen.
3. Seien Sie willig, den Schmerz Ihrer Frau anzuhören, auch wenn er für Sie bereits «Schnee von gestern» ist.

DIE KONTROLLE AUFGEBEN

Eine Frau kann Ihren Mann nicht durch ständige Kontrolle bei sich behalten. Letztlich ist der Partner für seine Treue selbst verantwortlich. Marc Laaser schreibt: ***«Wir müssen willig sein, unsere Beziehung zu verlieren, um sie zurück zu erhalten. Wir müssen die Sorge um unseren Partner Gott überlassen lernen.»*** (S. 121)

FRAGE

WIEVIEL VERANTWORTUNG ÜBERNIMMT DIE EHEFRAU?

Dies wird unterschiedlich beantwortet. In einem Interview sagt der Berner Arzt und Pastor, Dr. Wilfried Gasser:
«Die Frau sollte in jedem Fall wissen, wenn ihr Mann mit Pornografie zu kämpfen hat. Aber Rechenschaft gegenüber oder Kontrolle durch die Ehefrau ist nicht unbedingt ratsam. Unsere Frauen erleben Sexualität ganz anders und können manches am Wesen männlicher Sexualität nicht nachvollziehen. Der Pornografiekonsum des Mannes kann für sie sehr dramatisch sein. Das hilft aber nicht, weil sich ein Mann dann noch mehr schämt und stärker in die Heimlichkeit gedrängt wird.»

Ein Ehepaar hat die Problematik wie folgt gelöst:

«... ich brauche eine Frau, die Bescheid weiß, womit ich kämpfe und mit der ich klare Absprachen treffen kann. Konkret heißt das:

- Meine Zeit im Internet ist beschränkt auf die Zeit vor 22 Uhr, wenn meine Frau noch wach ist.
- Wenn ich im Internet surfe oder e-mails abrufe, bin ich nicht allein im stillen Kämmerlein.
- Unser Fernseher wurde mit dem Einverständnis meiner Frau verbannt.
- Meine Frau bekommt die Oberhoheit über alle Kataloge, die für mich schon immer eine Art Einstiegsdroge waren.

(aus Salzkorn 2/2004, www.ojc.de)

Seelsorge: Vom Durst, der bleibt

Auszüge aus einem Interview mit Rudi Böhm, Familienberater und Seelsorger bei der OJC in Reichelsheim:

«Wir alle kommen auf die Welt mit einem unbändigen Durst nach völligem Einssein. ‹Unruhig ist unser Herz, bis es Ruhe findet in Gott›, sagt Augustinus. Doch diese Unruhe ist die ‹Wurzel aller Pilgerschaft›, eine Sehnsucht, die über uns selbst hinausweist. Wir sind geschaffen aus Liebe, um zu lieben. Und wir werden nicht eher zur Ruhe kommen, bis wir sie als Gegenüber finden und das Empfangene an andere weitergeben. Diesem Geheimnis gilt es auf die Spur zu kommen. Es wird uns mit dem persönlich erlittenen Mangel immer mehr aussöhnen.

Was treibt einen Menschen dazu, sich pornografische Bilder anzuschauen?

Es ist dieses noch innere Ungesättigtsein, das ihn zum Suchen und irgendwann in die Sucht treibt. Die Bildersucht hat nichts mit seiner realen Partnerbeziehung zu tun. Selbst die in seiner Vorstellung tollste Partnerin würde ihn letztlich nicht zufriedenstellen können. Die Gründe liegen tiefer.

Welche Fragen helfen, die Gründe zu finden?

Erst einmal frage ich: Was schaust du an? Welche Bedeutung hat das, was du dir anschaust? Wie fühlst du dich, während du das tust? Wie fühlst du dich danach? Ist das, was du angeschaut hast, das, was du dir erhofft hattest? Alles Fragen, die helfen, genau hinzuschauen. Er selbst muss die Antwort finden: Ich bediene mich irgendwelcher Mittel, um etwas zu bekommen, was letzten Endes meinen Durst nicht

stillt. Das führt dann zur Frage: Wo finde ich innerlich Ruhe und wie?

Was rätst Du einem Betroffenen, der aus diesem Teufelskreis aussteigen will?

Vor allem Nüchternheit! Das heißt, die Wirklichkeit sehen, wie sie ist, und alle Verharmlosungen, Ausreden und Rechtfertigungen hinter sich lassen. Das ist der erste Schritt zur Heilung. Das konfrontiert mich mit Scham, ich erlebe mich an dieser Stelle schmutzig, unwert, versagend. Darum ist der Zuspruch wichtig, dass alles, was ich getan habe, meinen Wert nicht in Frage gestellt. Ich bin für Gott dadurch kein bißchen weniger liebenswert.

Die Unterscheidung zwischen Sünde und Sünder ist hier ganz wichtig. Gott hasst die Sünde, weil sie uns zerstört; aber er liebt den Sünder, der auf seine rettende Liebe angewiesen ist, und er wird seinem Geschöpf seine Liebe – durch alle Verstrickung hindurch – zukommen lassen. Im nächsten Heilungsschritt muss der Mensch die Sünde vor sich selber wahr sein lassen und erkennen, wohin er geraten ist. Dabei ist es sehr wichtig, in den Abgrund der eigenen Seele zu blicken, genau hinzuschauen. Nicht davor zurückzuschrecken oder sich dafür zu verurteilen, sondern den Schmerz im Lichte Gottes zu spüren.

Mit freundlicher Genehmigung.
Ganzes Interview: www.ojc.de

Seelsorge bei Internetsucht

Sexualität wird in der Bibel nicht losgelöst von der Beziehung gesehen, ja sie wird sogar als Ebenbild der Beziehung Gottes zum Menschen beschrieben.

Die rauschähnlichen Phänomene des Orgasmus haben selbst für nicht-religiöse Menschen eine «spirituelle Dimension».

In der christlichen Seelsorge werden folgende Annahmen gemacht:

1. Sexualität ist Teil einer festen Paarbeziehung.
2. Sexualität ist eingebettet in eine Grundhaltung des Respektes, der Gegenseitigkeit und der Liebe.
3. Perversionen der Sexualität werden gerade im Alten Testament ausführlich beschrieben und deutlich abgelehnt.
4. Masturbation als Akt per se wird an keiner Stelle ausdrücklich verurteilt.
5. Außereheliche Sexualität («Hurerei»), die Betonung der visuellen Reize («Augenlust»), das Begehren einer anderen Frau – also all diejenigen Aktivitäten, die bei der Internet-Sex-Sucht eine Rolle spielen – werden deutlich als «Sünde», also als Abweichung vom guten und geraden Weg bezeichnet. Mehr noch: Sie hemmen das geistliche Leben und die Beziehung zu Gott.
6. Seelsorge begegnet dem Betroffenen in der Liebe Gottes: Sie verurteilt nicht die Person, aber sie konfrontiert das falsche Verhalten und Denken.
7. Ziel der Seelsorge ist es, dem Betroffenen zu helfen, sein Fehlverhalten offen zu legen, Vergebung zu erhalten und ein neues Verhalten einzuüben. Hier verbindet sich das Anliegen von Psychotherapie und christlicher Lebensberatung.

«Und führe uns nicht in Versuchung, sondern erlöse uns vom Bösen.»

AUS DEM VATER UNSER

DÄMONISCHE KRÄFTE?

Der sexuelle Trieb wird manchmal so intensiv, destruktiv und von aussen aufgedrängt erlebt, dass der Trieb als «dämonische Macht» erlebt wird. Viele pornografische Darstellungen im Internet sind derart menschenverachtend und entwürdigend, dass sie selbst im übertragenen Sinne als «diabolisch» betrachtet werden können.

Doch was bedeutet dies für die Seelsorge mit Betroffenen? In manchen Seelsorgemodellen wird dieses Erleben konkret in Zusammenhang mit einer «dämonischen Belastung» gebracht. So nennt ein Autor, Charles H. Kraft neben ca. 100 anderen Dämonen (darunter auch «Nervosität» oder «Bulimie») folgende: «Wollust, Pornografie, Homosexualität, Masturbation.»

Die Lösung sei ein «Befreiungsdienst», also ein mehr oder weniger umfangreiches Gebet um Befreiung von dämonischen Kräften, das bis hin zum Exorzismus gehen kann.

Auch wenn ein solches Ritual als hilfreich erlebt werden kann, so wird die Dämonisierung der Sexualität häufig als geistliche Bagatellisierung der eigenen Verantwortung missbraucht. Geistliche Hilfe ohne umfassende Veränderung wird keine Lösung für eine Online-Sex-Sucht sein.

Der Kampf um den Ausstieg

ERMÜDENDER KAMPF

Die Betroffenen erleben den Kampf mit der Sucht in ihrem Auf und Ab oft als sehr ermüdend. Der entscheidende Punkt im Kampf um Befreiung, so ein Betroffener, «ist die Ehrlichkeit vor mir selbst, vor meinen Verbündeten und vor Gott. Sobald meine Aufmerksamkeit im Kampf nachließ, wurde ich anfällig.

Kommt her zu mir, alle, die ihr mühselig und beladen seid, ich will euch Frieden schenken. Nehmt auf euch mein Joch und lernt von mir... so werdet ihr Ruhe finden für Eure Seelen.

MATTHÄUS 11,28–30

Wenn ich ‹angefallen wurde›, gab es Situationen, in denen ich Kompromisse schloss – sofort nahm die Ehrlichkeit ab. Ich musste lernen, mir einzugestehen, dass es Dinge gibt, die ich attraktiv und stimulierend fand, die aber doch nicht gut für mich sind.»

HEILUNG IST WACHSTUM

Befreiung von einer Sucht geschieht meistens nicht auf einen Schlag. Es muss sich viel mehr verändern als nur das Suchtverhalten. Im Kampf mit der Sucht verändert sich der Mensch als Ganzes.

HEILUNG DURCH ZERBROCHENHEIT

Mark Laaser schreibt: «Heilung (Recovery) von Pornografie und anderen sexuellen Sünden ist für diejenigen, die geistlich und emotional gebrochen sind. Sie ist für die Müden, für die Beladenen, für die Angstvollen, für die Einsamen. Sie ist nicht da für die, die meinen, sie könnten es allein. Wir alle brauchen Gott und einander.»

«Aus diesem Grund glauben wir, dass Pastoren, die eine geistliche Erneuerung und Heilung von sexueller Sucht erlebt haben, wirksamere Pastoren werden können. Sie werden fähig sein, andere zu trösten und ihnen in ihrem Wachstum zu helfen, weil sie selbst erlebt haben, was Trost und Wachstum ist.»

BEISPIEL

VOM UMGANG MIT RÜCKFALL

«Neben allen Schritten, die ich vorangehe, gibt es auch das Fallen. Oder meine bewusste Abkehr; dann kümmert mich Gottes Verheißung nicht, ich schaue bewusst weg und treffe die Entscheidung, dass er mir jetzt egal ist, dass ich jetzt die ‹Erfüllung› will und zwar sofort. Die vermeintliche ‹Erfüllung› ist jedoch schnell verflogen, und ich muss dann diese Entscheidung mühsam wieder zurücknehmen, das heißt ans Licht bringen, vor einem Freund als Sünde bekennen. Solange ich das nicht tue, geht die durch Verharmlosung vernebelte Spirale weiter abwärts.»

Hindernisse auf dem Weg

Die Bewältigung der Internet-Sex-Sucht ist auch mit Hilfe des Glaubens kein einfacher Weg.

Psychologisch spielen sich beim Rückfall die gleichen Phänomene ab wie bei nicht-religiösen Menschen: Scham – Verzweiflung – Aufgeben des Kampfes – Leben mit dem «inneren Schweinehund». ODER ABER: erneuter Anlauf – verbesserte Rechenschaft / Aussenkontrolle – zunehmend längere Phasen ohne Rückfall.

Der Glaube kann komplizierend wirken, aber auch helfend und unterstützend.

«Ein Gerechter fällt sieben Mal und steht wieder auf» Sprüche 24,16

GLAUBENSKONFLIKTE BEI RÜCKFALL

Für den gläubigen Menschen ist ein Rückfall nicht nur ein «Ausrutscher». Neben dem allgemeinen Schamgefühl ist auch die Beziehung zu Gott gestört. Das Gefühl der inneren Beschmutzung kann sich steigern bis zur Überzeugung, Gott könne einem mit diesem Laster nicht mehr annehmen und nicht mehr vergeben, ja zur Angst vor der «ewigen Verdammnis».

DER GLAUBE ALS HILFE

Biblische Texte enthalten viele ermutigende Worte der Vergebung und der Hoffnung., ja auch Geschichten von Menschen, die trotz ihres Versagens neu angefangen haben und gerade deshalb von Gott gebraucht werden konnten. Hilfreich kann auch die Unterstützung von Mitchristen sein, um im positiven Sinne eine Kultur der Rechenschaft zu pflegen.

BEISPIEL

EIN ERMÜDENDER PROZESS

«Ich kann keine triumphale Geschichte erzählen, die von kontinuierlichen Schritten des Loskommens berichtet, sondern eher von einem langwierigen und ermüdenden Prozess. Auf der geistlichen Ebene geht es mir vor allem darum, mein Vertrauen darauf zu setzen, dass tatsächlich Gott allein meine Sehnsucht stillt. Ganz real. Noch nicht vollkommen und nicht immer so, wie ich es mir vorstelle, aber doch ganz real.

Die Voraussetzung ist, dass ich mich nicht selbst dafür verantwortlich mache, dass meine Sehnsucht gestillt wird, sondern von Gott erwarte, dass er auf mein Vertrauen antworten wird. Das kann heißen, warten zu müssen, die Spannung tatsächlich auszuhalten. Mit der Zeit habe ich erlebt, – nicht immer, nicht automatisch –, dass der Drang, mich mit Stimulierendem selbst zu ‹versorgen›, nachlässt.

Ich erlebe andere Arten von Entspannung, entdecke Schönes, für das ich bisher noch gar keinen Blick hatte. Mir geht es darum, mein Vertrauen auf Jesus allein zu setzen und eben nicht auf ihn UND meine Weise, mich zu versorgen.

Doch obwohl ich regelmäßig die Stille suche, mein Herz und mein Schicksal ihm anvertraue und auch wirklich Trost, Zuspruch und Bestätigung erlebe, bin ich nicht auf der sicheren Seite. Eigentlich im Gegenteil, die Unsicherheit verstärkt sich, da ich viel stärker die Kräfte zu spüren bekomme, die mich in eine andere Richtung zerren möchten.»

Die Zitate stammen aus einem Lebensbericht in der Zeitschrift «Salzkorn» der OJC 2004) – www.ojc.de

Internetsucht am Arbeitsplatz

FORMULIERUNG IN EINEM FIRMENHANDBUCH (AUSZUG)

Private Nutzung des Internets

Die private Nutzung des Internets, E-Mail und der Telefonie ist erlaubt, sofern die dafür eingesetzte Arbeitszeit und Serverkapazität vernachlässigbar sind. Die private Nutzung darf die Erfüllung der zugewiesenen Aufgaben nicht beeinträchtigen und ist daher auf das absolut Notwendige zu beschränken.

Regeln zum Gebrauch von E-Mail / Internet / Telefonie

Der Zugang zum Internet ist kein Rechtsanspruch und kann jederzeit entzogen werden. ....

Herunterladen von Informationen (Downloading)

Den Benutzern ist es grundsätzlich erlaubt Dokumente aus dem Internet herunterzuladen. Nicht erlaubt ist der Download oder die Installation folgender Applikationen:

- Pornografisches Material (auch nicht für private Zwecke!)
- Internet-Radio/Internet-TV (und andere Streamingapplikationen)
- Chaträume .... (weitere im Originaltext)

Kontrollen und Protokollierung

Um die notwendigen Sicherheitsanforderungen zu gewährleisten, prüft die Unternehmensleitung oder eine von ihr bezeichnete Stelle periodisch die zeitliche Benutzung des Internets. Bei Verdacht auf Verstoß gegen diese Weisung bleiben weitere Prüfungen unter entsprechender Vorankündigung vorbehalten.

Auszüge aus Leitlinien der Firma EKU AG, mit freundlicher Genehmigng.

Juristische Aspekte

Grundsätzlich gilt, dass der Arbeitgeber weder Mails noch Internet-Nutzung umfassend überwachen darf. Eine totale (geheime) Überwachung der Beschäftigten ist unverhältnismäßig und entspricht nicht den Vorgaben des Datenschutzes.

Der Arbeitgeber hat aber das Recht, zu bestimmen, welche Inhalte Arbeitnehmer auf ihrem Computer einsehen dürfen. Er darf auch entsprechende Filtersoftware zum Einsatz bringen.

Der Arbeitgeber hat das Recht, Einsicht in betriebliche e-Mails zu nehmen. Private e-Mails sind aber wie die Privatpost zu behandeln.

Vor der Einrichtung eines umfassenderen Kontrollsystems ist (in größeren Betrieben) der Betriebsrat zu informieren.

Eine weitere Möglichkeit ist der Abschluss einer Betriebsvereinbarung, die die private und dienstliche Nutzung des Internets regelt. Diese muss vom Arbeitnehmer unterschrieben werden und dient als Grundlage für weiter gehende Kontrollen und allfällige Sanktionen (vgl. Kasten).

Acht Tipps für Internetsüchtige

1. Gestehen Sie sich ein, dass Ihre «Gewohnheit» eine SUCHT ist, die entschlossenes Handeln erfordert.

2. Denken Sie an die Schicksale der Frauen und Kinder, die auf den Bildern zu sehen sind. Konsumenten machen sich mitschuldig am modernen Sklavenhandel und lebenslanger Traumatisierung.

3. Verhindern Sie, dass Sie sich in die Websites einloggen können, die ihre Sucht unterstützen. Installieren Sie eine Filtersoftware und blockieren Sie kostenpflichtige Telefonnummern.

4. Werden Sie transparent: Teilen Sie ihre Sucht Ihrem Ehepartner oder einem Seelsorger mit.

5. Verpflichten Sie sich zur Rechenschaft und unterstützen Sie diese durch entsprechende Software.

6. Stellen Sie Ihren Computer in einen offen zugänglichen Raum und verzichten Sie bewusst darauf, die Tür zu schließen.

7. Wenn es Ihnen nicht gelingt, mit diesen Massnahmen den pathologischen Internetkonsum zu unterbrechen, so verzichten Sie für einige Monate bewusst auf den Computer («Reiss Dein Auge aus...»). Sperren Sie Ihre Kreditkarte (oder lassen Sie die Abrechnung von Ihrem Rechenschaftspartner regelmäßig einsehen).

EIN RABBINISCHES GEBET

«Möge es Dein Wille sein, dass wir uns in Frieden ins Internet hineinklicken, in Frieden surfen und die gesuchte Website in Frieden erreichen.

Verabschiede uns in Frieden aus dem Internet mit möglichst geringen Kosten und bewahre uns vor Viren und vor allerlei Müllwebseiten, Unzüchtigkeit und Götzendienst, die in der virtuellen Welt existieren.

Segne jeden Mausklick und lasse uns Gnade finden vor dem Bildschirm. Höre die Stimme unseres Geldbeutels, denn Du erhörst Gebet und Bitten, und schütze uns vor Zeitverschwendung.»

Verfasser unbekannt. Dieses Gebet sollte laut Rabbinern vor jedem Eintritt ins Internet gebetet werden.

8 Besuchen Sie eine Selbsthilfegruppe, um zusammen mit anderen Süchtigen zu lernen, wie Sie Ihr Leben neu gestalten können.

Literatur

Die folgenden Bücher enthalten weitere Informationen zur Thematik dieses Arbeitsheftes. Im Rahmen der knappen Übersicht ist es jedoch nicht möglich, alle Aspekte ausreichend zu beleuchten.

Arterburn S. u.a.: Jeder Mann und die Versuchungen. SCM Hänssler.

Batthyány D. & Pritz A: Rausch ohne Drogen: Substanzungebundene Süchte. Springer.

Bergmann W. & Hüther G.: Computersüchtig. Kinder im Sog der modernen Medien. Walter.

Carnes P.: In the Shadow of the Net. Breaking Free of Compulsive Online Sexual Behavior. Hazelden.

Deling W.: Der sexte Sinn – Ein Lebensbericht. Brunnen.

Earle R.H. & Laaser M.: Wenn Bilder süchtig machen. Brunnen.

Farke G.: OnlineSucht – Wenn Mailen und Chatten zum Zwang werden. Kreuz.

Grüsser S. & Thalemann C.N.: Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung. Huber.

Hoyer J. & Kunst H. (Hrsg.): Psychische Störungen bei Sexualdelinquenten. Pabst.

Jongsma A.E. & Budrionis R.: The Sexual Abuse Victim and Sexual Offender Treatment Planner. Wiley.

Pahl C.: «Voll Porno!»: Warum echte Kerle «Nein» sagen. francke.

Petry J.: Dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internet-Gebrauch. Hogrefe.

Pfeifer S.: Der sensible Mensch. Leben zwischen Begabung und Verletzlichkeit. SCM Hänssler.

Roth K.: Sexsucht. Krankheit und Trauma im Verborgenen. Ch. Links Verlag.

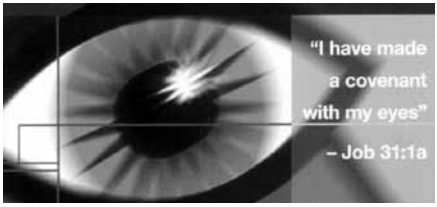
Schirrmacher T.: Internetpornografie: ... und was jeder darüber wissen sollte. Hänssler.

Seekamp H.: Endlich leben. Brunnen.

Stoller R.J.: Perversion – Die erotische Form von Hass. Psychosozial.

Willi J.: Psychologie der Liebe. Klett-Cotta.

Internet-Ressourcen



www.onlinesucht.de: Eine Fülle von sachlichen Informationen und Hilfestellungen für Menschen mit Onlinesucht.

www.porno-frei.ch: Informationen und Links zum Thema.

www.kindersicherung.de: Kontrolle für den Internetkonsum von Kindern und Erwachsenen.

www.ncsac.org: National Council on Sexual Addiction.

www.kindersindtabu.de: Sachliche Informationen über Kinderpornografie.

www.sexhelp.com: Informationen über Seminare mit Dr. P. Carnes.

www.endlich-leben.net: Hinweise auf Selbsthilfegruppen der 12-Schritte-Bewegung.

www.offenetuer-zh.ch: Hinweise auf Selbsthilfegruppen in der Schweiz.

Google™

ALLGEMEINER HINWEIS:

Unter der Adresse ***www.google.de*** können Sie jedes Schlagwort im Netz finden.

ALTERNATIVE MEDIZIN

Spannungsfeld Alternativmedizin, Psyche und Glaube

Inhalt

Zwischen Hausmittel und Esoterik 1
Methoden der alternativen Medizin 3
Die Herausforderung der alternativen Medizin 4
Was macht Alternativmedizin attraktiv? 5
Vier Grundannahmen 6
Spannungsfeld Alternativmedizin, Psyche und Glaube 7
Was ist Esoterik? 8
Gesundheit und Krankheit 11
Akupunktur - Mit Nadeln zum inneren Gleichgewicht? 12
Reiki, Aromatherapie, Polarity 14
Bioresonanz 15
Kinesiologie 16
Feldenkrais Methode und Alexandertechnik 17
Edelsteine und Amulette 18
Geistheilung 21
Bachblüten - Heilung für die Seele? 22
Phytotherapie oder Homöopathie 25
Erklärungsmöglichkeiten 27
Der Placebo-Effekt 28
Anwendung bei psychischen Störungen 30
Spezifisch wirkende Pflanzen 32
Konflikte zwischen Alternativmedizin und Glaube 34
Die Frage der «dämonischen Belastung» 35
Was können wir von der Alternativmedizin lernen? 37
Vom Umgang mit Schwachheit und Krankheit 39

Zwischen Hausmittel und Esoterik

«Hoch ist da Frau Böck zu preisen!
Denn ein heisses Bügeleisen,
Auf den kalten Leib gebracht,
Hat es wieder gut gemacht! »

Alternative Medizin ist wirksam und hilfreich, wenn sie in der richtigen Weise angewendet wird.
Wo aber sind die Grenzen?

Die Zahl der Menschen, die sich mit Methoden der alternativen Medizin behandeln lassen, steigt ständig. Neben Heilpraktikern wenden auch immer mehr Ärzte alternative Heilmethoden an, vom Kräuterheilmittel bis zur Laser-Akupunktur. Dabei werden nicht nur körperliche Krankheiten wie Rheuma oder Krebs behandelt. Immer häufiger nehmen verschiedene Methoden für sich in Anspruch, bei psychischen Leiden helfen zu können.

Mit dem Schwerpunkt psychischer Störungen und dem Spannungsfeld von Alternativmedizin, Psyche und Glaube soll sich dieses Seminarheft beschäftigen. Es soll Informationen vermitteln und anregen zur eigenen Auseinandersetzung mit den Ansprüchen und (Heils-)Botschaften der Alternativmedizin.

Dabei handelt es sich längst nicht mehr um die Sammlung bewährter Hausmittel aus Großmutters Zeiten. Häufig sind die Methoden durchdrungen von östlich-mystischem Gedankengut. Es geht nicht mehr nur um natürliche Heilung, sondern um die Vermittlung alter Mysterien im neuen Gewand esoterischer Spiritualität. Dadurch entstehen gerade für Menschen, die sich dem christlichen Glauben verpflichtet fühlen, große Spannungsfelder.

Wie kann man die verschiedenen Methoden unterscheiden? Welche Alternativen gibt es? Mehr denn je braucht es Weisheit, diejenigen Methoden und Mittel anzuwenden, die eine natürliche Basis haben, ohne aus esoterischen Quellen zu schöpfen.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine anregende Lektüre.

Dr. med. Samuel Pfeifer

Zum Nachdenken

DISKUTIEREN SIE MITEINANDER IN GRUPPEN:

1. Was erwarten Sie von einer christlichen Ganzheitsmedizin?

2. Welche Unterschiede ergäben sich zur heute praktizierten Medizin?

3. Welche biblische Grundlagen würden Sie heranziehen?

.....

.....

.....

.....

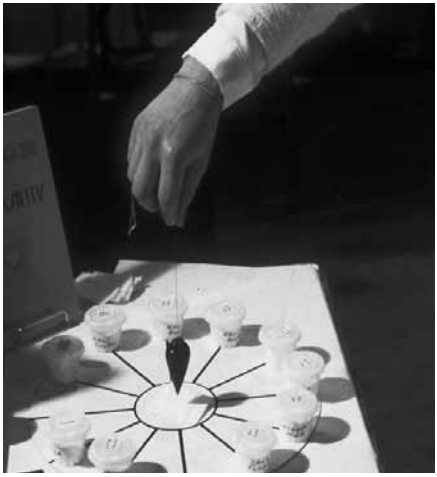
.....

.....

.....

.....

.....



Alternative Diagnostik: Durch das Pendel soll das richtige Medikament für einen Patienten ausgesucht werden. In der Mitte des Kreises befindet sich ein Löschblatt mit einer Speichelprobe des Patienten. Das Pendel soll angeblich eine Entsprechung der «Schwingungen» des Speichels und des richtigen Medikamentes finden. ***Phytotherapie:*** Arnika (unten) soll bei Infektionen eine heilende Wirkung entfalten.

Methoden der alternativen Medizin

1. DIAGNOSTISCHE METHODEN

- Radiästhesie – Pendeln
- Irisdiagnose
- Biorhythmen
- Aura (Kirlian'sche Photographie)
- Bio-Indikatoren
- «homöopathisches Arzneimittelbild»
- Muskeltest der Kinesiologie

2. PHYSIKALISCH-ENERGETISCHE THERAPIEMETHODEN

- Akupunktur und ihre Varianten
- Edelsteine
- Kupfer-Ringe, Abschirmgeräte, «Bio-Magnetwellen»
- Mind-Machines
- Bioresonanz-Modulatoren
- Fuss-Reflexzonen-Massage
- Kinesiologie und «Touch for Health»

3. (PSEUDO)BIOLOGISCHE THERAPIEMETHODEN

- Homöopathie
- Bach-Blüten
- Anthroposophische Medizin
- Frischzellen-Therapie
- Neuraltherapie
- Spurenelemente und Mega-Vitamine
- Phytotherapie (Pflanzliche Heilmittel)
- Diäten, Saftkuren

4. PSYCHOTECHNISCHE UND MEDITATIVE VERFAHREN

- Yoga und Meditation (TM, Zen, Reiki etc.)
- Bio-Energetik und Primärtherapie
- Rebirthing
- Reinkarnationstherapie
- Körperzentrierte Psychotherapie
- Sophrologie
- Alexandertechnik, Rolfing, Feldenkrais

- Visualisierung (Simonton)
- Silva-Mind-Methode

5. GEISTHEILUNG IM ENGEREN SINNE

- Fernbehandlung
- Besprechen, Magnetisieren
- «Spirituelle Beratung» durch ein Medium
- Geistoperationen (Philippinen, S-Amerika)
- Channeling

Oft kann eine Methode nicht nur unter eine Rubrik gefasst werden. So enthält die Anthroposophie sowohl Pflanzenmittel, diagnostische Methoden, körperbezogene Techniken und Meditationen.

Im Rahmen dieses sehr begrenzten Seminarleitfadens ist es nicht möglich, alle Heilmethoden, ihre Philosophie, ihre Anwendung und ihre kritische Gewichtung detailliert darzustellen. Für eine Übersicht sei auf die einschlägigen Bücher verwiesen. Sehr viel Sachinformation enthält das Nachschlagewerk der Stiftung Warentest, «Die andere Medizin».

Die Herausforderung der alternativen Medizin

DIE HERAUSFORDERUNG DER ALTERNATIVEN MEDIZIN

Die Bewegung der alternativen Medizin ist ein wichtiges Gegengewicht gegen eine unkritische Übernahme unserer westlichen technisierten Medizin. Einige Stichworte:

- Vermehrte Eigenverantwortung
- Mißtrauen gegenüber Überbetonung von Chemie und Technik
- Sinnvoller Einsatz natürlicher Produkte
- Ausgewogene Ernährung
- Streßärmere Lebensführung

KRITISCHE FRAGE:

Lassen sich diese Werte auch im Rahmen eines christlichen Weltbildes verwirklichen? Oder müssen wir uns kosmischen Energien und esoterischen Geheimlehren öffnen, um im Rahmen des Möglichen gesund zu leben?

Diskussion

DISKUTIEREN SIE IN GRUPPEN:

1. Wo sind Sie kritisch gegenüber der modernen Medizin?

2. Welche Werte der alternativen Medizin finden Sie positiv?

3. Welche Mittel, Diäten, Entspannungsmittel finden Sie hilfreich?

STUDIE

WARUM WENDEN PATIENTEN ALTERNATIVE HEILMETHODEN AN?

Befragung von 83 Krebspatienten am Kantonsspital St. Gallen (Morant et al. 1991):

1. Der Wunsch, alles Menschenmögliche zu tun, um wieder gesund zu werden (59 Prozent).

2. Der Wunsch, auch die psychischen Kräfte zu mobilisieren (42 Prozent).

3. Berichte von erfolgreichen Alternativbehandlungen bei anderen Patienten (34 Prozent).

4. Der Wunsch nach einer «ganzheitliche» Behandlung (28 Prozent).

5. Hoffnung auf eine «sanftere» Medizin mit weniger Nebenwirkungen (22 Prozent).

6. Enttäuschung durch die konventionelle Krankenhausmedizin (8 Prozent).

Was macht Alternativmedizin attraktiv?

1. FÜR UNSERE GESELLSCHAFT:
- Medizinkritik und Kostenexplosion im Gesundheitswesen
- Bio-Boom: «Zurück zur Natur!»
- Renaissance der Esoterik

2. FÜR DIE PATIENTEN
(besonders Chronischkranke)
- Alternative Medizin gibt Hoffnung
- Sie betont den eigenen Beitrag zur Heilung
- Sie verspricht Wunder

3. FÜR CHRISTEN:
- Betonung der Ganzheit von Geist, Seele und Leib
- Religiöse Wortwahl

4. ALLGEMEIN:
Alternative Medizin spricht grundlegende Bedürfnisse und Wünsche des Menschen an:
- Gesundheit und Wohlbefinden
- Gesunde Nahrung
- Sicherheit
- Zuwendung
- Seelenfriede
- Lebenssinn

In einer Zeit der Verunsicherung, der allgegenwärtigen Information über Krankheiten und der explodierenden Gesundheitskosten sehnen sich viele Menschen nach dem Bild einer guten alten Zeit, in der der Hausarzt sich des Einzelnen annimmt und ihn ganzheitlich betreut.

Sehnsucht nach der guten alten Zeit: Albert Anker (1831 - 1910): Der Quacksalber (1879).

Vier Grundannahmen der alternativen Medizin

1.

Der Mensch und das Universum werden von kosmischer Energie durchflossen (Lebenskraft, Bioenergie, Chi, Prana, Gott)

2.

Der Makrokosmos findet seine Entsprechung im Mikrokosmos. Beispiele:

- Sterne – Schicksal (Astrologie)
- Körper – Augen (Irisdiagnose)
- Körper/Schicksal – Handfläche
- Körper – Ohr / Fuß (Ohr-Akupunktur, Fuß-Reflexzonenmassage)

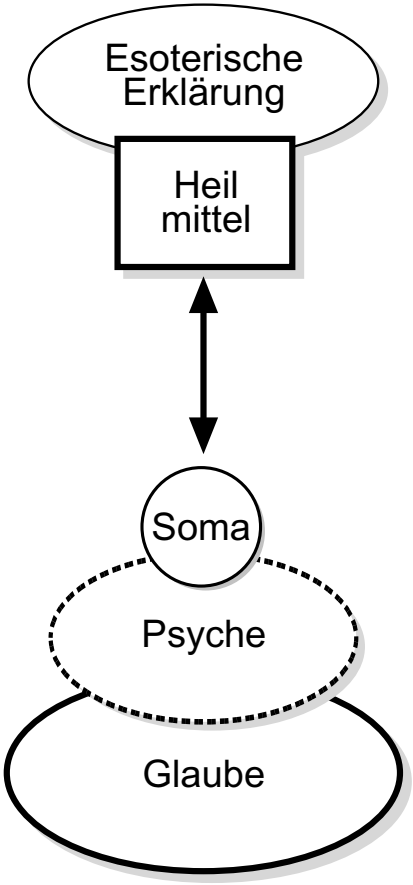
3.

Krankheit entsteht durch ein Energie-Ungleichgewicht bzw. durch störende Schwingungen, Zonen oder Stoffe, die den Fluss der Lebensenergie behindern.

4.

Heilung ist die Wiederherstellung der Harmonie mit der kosmischen Energie, «Erlösung». Viele «ganzheitliche» Therapien versuchen dem Patienten fehlende kosmische Energie zu vermitteln oder das Gleichgewicht der Energieströme wiederherzustellen.

Spannungsfeld Alternativmedizin, Psyche und Glaube



Obwohl viele Therapeuten der Alternativ-Szene in erster Linie organische Stoffe (wie z.B. Pflanzenextrakte) oder apparative Verfahren (wie z.B. Akupunktur) verwenden, steht hinter ihrer Behandlung oftmals auch eine esoterische Erklärung.

Obwohl gesagt wird, es handle sich in erster Linie um eine neutrale Behandlung des Körpers oder der Psyche, so verbinden viele Patienten letztlich die esoterische Weltanschauung mit der Tatsache, dass ihnen geholfen wurde.

Esoterisch orientierte Medizin ist deshalb zu einem wesentlichen Wegbereiter der neuen Religiosität in unserer Kultur geworden.

es hilft...

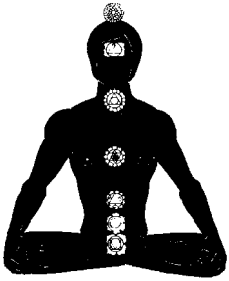
weil...

Was ist Esoterik?

Esoterik bedeutet eigentlich eine Geheimlehre für «Eingeweihte» mit dem Ziel Gesundheit, Wohlbefinden, Selbsterkenntnis und Sinnfindung. In der heutigen Zeit überschwemmt allerdings eine schier unübersehbare Flut von Büchern, Kursen und Heilangeboten den Markt, um einst verborgene Vorstellungen und Riten frei zugänglich zu machen.

«Die esoterischen Heilsversprechen in säkularisierten Gesellschaften weisen nicht nur Wege zur Vergeistigung, sie sind vor allem ein Geschäft. Gebrauchsesoterik richtet sich an das Ego, nicht an eine Gemeinschaft.»

NZZ, 18./19. August 2001, S. 87



Chakras
Die sieben Energiezentren des Körpers (vgl. S. 9).

In einer Übersicht über die aktueller Themenbereiche der Esoterik finden sich folgende Stichworte:

- Astralkörper
- Die Kraft des Atems
- Chakra
- Channeling
- Erdstrahlen
- feinstoffliche Energie
- Fernheilung
- Geistwesen
- Karma
- Kinesiologie
- Kirlian-Fotografie
- Lichtnahrung
- Reiki
- Reinkarnation
- Spirituelle Körpererfahrung
- Trance
- Yin-Yang-Massage
- Ein geheimes Tantra-Sex-Ritual
- Ganzheitliches Heilen
- Taoistische Übungen für das Herz
- Energiearbeit mit Aura und Chakras
- Energiearbeit mit Kristallen
- Meditation
- Spirituelle Hilfsmittel (Tarot, Pendel, Edelsteine usw.)
- Magisches Hexenwissen
- Mondmeditationen und -rituale
- Wie Sie unendlichen Reichtum erlangen
- Techniken des Positiven Denkens

Zusammenfassend kann man sagen, dass es keinen Bereich der Magie, des Okkulten und des östlichen Mystizismus gibt, der nicht unter dem Stichwort der Esoterik vereinnahmt würde.

Esoterik und neue Religiosität

STUDIE

ALTERNATIVMEDIZIN PRÄGT DEN GLAUBEN

Die religiöse Landschaft in Mitteleuropa ist in den letzten 30 Jahren durch eine neue Bewegung geprägt worden: die sogenannten «Neureligiösen». Sie machen etwa 12 Prozent der Bevölkerung in der Schweiz aus (ca. 30 Prozent in Deutschland), lehnen den christlichen Glauben bewusst ab und stellen die schnellstwachsende Gruppe unter den Religionen dar.
Ihre Religiosität ist nach einer Studie des Pastoralsoziologischen Institutes St. Gallen geprägt von «neureligiösen Praktiken» wie «Horoskope und Astrologie, Wahrsagen und Hellsehen, Körper– und Atemtherapie, Yoga, Pendeln sowie heilenden Einflüssen durch Steine oder durch Personen mit besonderen geistigen Kräften.»
Quelle: Dubach & Campiche: Jeder ein Sonderfall? Religion in der Schweiz. Zürich; Der Spiegel Nr. 25/1992.

Esoterik macht Schlagzeilen: Die Untertitel sind kennzeichnend für die Esoterikszene: «Milliarden-Markt Glück & Gesundheit. Humbug oder Heilung?»

CHAKRAS

Der Begriff der Chakras kommt aus dem Hinduismus und bezeichnet sieben Energiezentren im Körper, durch die die Lebensenergie «Ch'i» strömen soll. So symbolisiert das Scheitel-Chakra die göttliche Energie-Ebene, das Stirn-Chakra die Psikräfte, das Herz-Chakra die Liebe mit astralen Energien, das Nabel-Chakra die Gefühle oder das Unbewusste und das Wurzel-Chakra die Sexualität.

Psychische und körperliche Störungen sollen zu Energieverschiebungen in diesen Energiezentren führen. Um sie zu heilen, wird die Energie neu harmonisiert (z.B. durch «Meditation, geführte Traumreisen, Polarity, Pendelarbeit» – Zitat aus einem Kursangebot).

DIE AURA

spielt eine zentrale Rolle in der Esoterik. Aura-Deuter behaupten, verschiedene Farben zu sehen, die sie als bestimmte charakterliche Eigenschaften und Temperamente interpretieren. Viele Therapeuten verwenden den Begriff der «Aura», wenn sie den körperlichen und seelischen Zustand der erkrankten Person beschreiben. Hierbei «sehen» sie die farbige «Hülle», die angeblich unseren Körper umgibt. Die Farbe soll Hinweise auf Art, Schwere und Lokalisation der Störung im Körper geben.
«Eine wissenschaftliche Erklärung der Autra und ein Beleg ihrer Interpretation existieren jedoch nicht.»

Esoterik: «Wer krank ist, hat selber schuld»

Gesundheit, Glück und Wohlbefinden – dies ist oft das Credo der alternativen Medizin. Wer nur richtig denkt und lebt, wer sich richtig ernährt und richtig bewegt, der erlebt ganz natürlich die wohltuende Harmonie mit dem Universum.

Wer krank ist, so die verborgene Botschaft, «hat selber schuld, hat wahrscheinlich falsch gelebt, falsch gedacht und nicht auf die Bedürfnisse des Körpers, der Seele und des Geistes gehört. Er hat versäumt, die Harmonie herzustellen, die die Natur angeblich vorgesehen hatte.»

«Wecke deine Fähigkeit, zum Heilungsprozess selbst beizutragen und aktiviere deinen inneren Arzt. Dein Körper weist dir den Weg.»

www.sicht-weisen.de/krankheit.htm

BEISPIEL

«JEDE FORM VON SCHMERZEN UND LEIDEN VOLLKOMMEN ÜBERFLÜSSIG»

«Schmerzen und Leiden sind nur das Resultat von spiritueller Sturheit und spiritueller Faulheit spirituell zu lernen und vor allem lieben zu lernen.

Schmerzen und Leiden jeglicher Art sind Beweis von Fehlern die du gemacht hast.

Fehler sind das Resultat von mangelnder Fortbildung - auch und vor allem spirituelle Weiterbildung bringt Frieden, Liebe und Harmonie in dein Leben und führen zu Schätzen die ewiglich dauern und in alle Ewigkeit erhalten bleiben. Nimm dir Zeit für das wirklich Wichtige im Leben und du wirst wissen was du wie machen sollst, um künftige Fehler zu vermeiden und somit künftige Krankheiten, Schmerzen und Leiden zu verhindern und vorhandene Leiden und Krankheiten in Gottes Liebe aufzulösen.»

Quelle: http://www.kriyayoga.com

VERANTWORTLICH FÜR KREBS?

In einer falsch verstandenen «Psychosomatik» wird selbst eine schwere körperliche Krankheit, wie z.B. Krebs durch eine fehlgeleitete seelische Energie erklärt. Die häufigsten Ursachen von Krankheiten seien Ärger, Groll und Schuldgefühle.

Diesen müsse man mit positivem Denken entgegen wirken, dann könne man sogar den Krebs besiegen. So behauptet der amerikanische Esoteriker Simonton: «Die Krebserkrankung ist ein Mittel, das der Körper anwendet, um den Menschen dermaßen zu schockieren, dass er die notwendigen Umstellungen vornimmt, diesen Gedanken zu akzeptieren.» Seine Strategie: Wenn ein Patient seine negativen Gefühle durch «friedvolle» ersetzt und sich ganz intensiv vorstellt, wie sein Tumor kleiner wird, dann wird er Besserung, ja sogar Heilung erfahren.

DISKUTIEREN SIE: WAS IST DIE BIBLISCHE SICHT VON KRANKHEIT UND GESUNDHEIT?

WEITERE INFORMATIONEN:

Rosalind Coward: Nur Natur? Die Mythen der Alternativmedizin. Eine Streitschrift. Verlag Antje Kunstmann 1995.

Gesundheit und Krankheit

DEFINITION DER WELT-GESUNDHEITS-ORGANISATION (WHO):

«Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens.»

Trotz ihrer guten Absicht ist diese Definition elitär und utopisch, da jeder Mensch in den genannten drei Bereichen immer wieder einmal mit Schwierigkeiten zu kämpfen haben wird. Aus diesem Grunde ist eine andere Definition der Gesundheit anzustreben, nämlich:

BEDINGTES GESUND-SEIN:

Gesund ist ein Mensch, der
- mit oder ohne nachweisbare oder für ihn wahrnehmbare Mängel seiner Leiblichkeit
- allein oder mit Hilfe anderer
- Gleichgewichte findet, entwickelt und aufrechterhält,
- die ihm ein sinnvolles,
- auf die Entfaltung seiner persönlichen Anlagen und Lebensentwürfe eingerichtetes Dasein
- und die Erreichung von Lebenszielen
- in Grenzen ermöglicht, so dass er sagen kann: mein Leben, meine Krankheit, mein Sterben (nach Fritz Hartmann)

VIER ASPEKTE DES KRANKHEITS-ERLEBENS:

Was geschieht beim Menschen, der von ernsthafter Krankheit befallen wird?

1. Das Erleben eigener Schwachheit, von Ausgeliefertsein, Hilflosigkeit, Ausgesetztsein im gnadenlosen Kampf mit Krankheit, Schmerz und Erschöpfung.
2. Das Bedürfnis nach Zuwendung und Hilfe, woher sie auch kommen mag.
3. Der verzweifelte Wunsch, zu leben und zu überleben, koste es, was es wolle.
4. Die Frage nach dem Sinn seines persönlichen Lebens, nach Gerechtigkeit, Schuld und Zufall, nach den letzten Wahrheiten des Daseins, oft auch die Frage nach Gott und seinem Wirken in dieser Welt.

FAZIT

Eine einseitig technisierte Schulmedizin, aber auch eine rein somatisch ausgerichtete Alternativ-Medizin kann diesen Bedürfnissen nicht gerecht werden. Auf der einen Seite fordern viele Patienten von der etablierten Medizin den Einsatz aller Mittel zur Wiedererlangung ihrer Gesundheit. Wenn die Schulmedizin dann aber ihre Grenzen eingesteht, so wird dies oft als Ausdruck von Hilfs-und Hoffnungslosigkeit gedeutet, in deren Schatten sich Patienten und ihre Angehörigen nun auf den langen Weg nach der Suche von Gesundheit durch alternative Heilmethoden aufmachen. In ihrer Not kann sie die Logik nicht trösten. Das Versprechen von Hilfe und Heilung in der Alternativmedizin gibt ihnen – zumindest vordergründig – neues Vertrauen, das Kräfte mobilisiert und Hoffnung weckt.

Akupunktur - mit Nadeln zum inneren Gleichgewicht?

Die Akupunktur ist ein gutes Beispiel für die Vielschichtigkeit alternativer Heilmethoden zwischen östlicher Grundphilosophie und therapeutischem Pragmatismus. Kaum eine andere Methode hat neben den pflanzlichen Heilmitteln so breiten Eingang in die ärztliche Praxis gefunden wie die Akupunktur.

Ausführliche Informationen über die Akupunktur finden sich in vielen Büchern. So sollen hier nur die wesentlichen Fragen zur Unterscheidung (vgl. S. 37) gestellt werden.

1. Geht die Methode geschichtlich auf esoterische Vorstellungen zurück?

Ja. Sie gründet in den taoistischen Vorstellungen kosmischer Energie, die durch angebliche Meridiane in unserem Körper fließen soll. Das Einstechen der Nadeln soll das Gleichgewicht von Yin und Yang wieder herstellen.

2. Lässt sich die Methode auch ohne okkulte bzw. esoterische Modelle erklären?

Ja. Forschungen haben gezeigt, dass beim Einstechen der Nadeln zwei Mechanismen wirksam werden können:

a) durch das Einstechen der Nadeln in Haut und Muskeln werden Schmerzreize im Gehirn blockiert (Gate Control Theorie).

b) es werden Stoffe (Endorphine) in der Haut, im Gehirn und im Rückenmark freigesetzt, die zu einer gewissen Schmerzlinderung und Beruhigung führen können. Diese Erklärung ist vor allem bei der Behandlung von Kopfschmerzen und rheumatischen Beschwerden sinnvoll.

Hingegen taugt sie nichts für die Behauptung der Meridiane, der Energiepunkte und vieler anderer Behauptungen. Hier herrscht auch unter den Akupunkteuren Streit über die richtige Anwendung.

3. Ist die Wirksamkeit medizinisch nachweisbar?

In begrenztem Maße ja, bei klar umschriebenen Schmerzzuständen (vgl. oben). Bei psychischen Problemen und bei funktionellen körperlichen Beschwerden ist hingegen ein Wirksamkeitsnachweis nicht gelungen. Hier muss von einer Placebowirkung ausgegangen werden. Die breite

Anwendung der Akupunktur hat auch ihre Grenzen deutlicher als früher aufgezeigt.

4. Erfolgt die Anwendung ohne die Vermischung mit okkulten bzw. esoterischen Praktiken?

Das kommt sehr auf den Arzt oder Heilpraktiker an. Immerhin wenden heute viele Ärzte die Therapie an, ohne sich große Hintergedanken über die Philosophie zu ma-

AKUPUNKTUR

Fortsetzung von Seite 12

chen, die der Methode zugrunde liegt. Sie sehen darin einfach eine Methode, die bei ca. einem Drittel der Patienten die Schmerzen ohne den Einsatz von Medikamenten lindert. Weitere Anwendungsgebiete sind die Raucherentwöhnung oder der Abbau von Beruhigungsmitteln (mit wechselhaftem Erfolg).

Es darf aber nicht verschwiegen werden, dass es auch viele Ärzte und Heiler gibt, die die Akupunktur ganz offen mit anderen esoterischen Praktiken vermischen.

STUDIE

AKUPUNKTUR BEI DEPRESSION

Eine Forschergruppe der Psychiatrischen Klinik der Universität Mainz hat 70 Patienten mit Depression in drei Gruppen aufgeteilt. Alle erhielten das Antidepressivum Mianserin (Tolvon), sowie die übliche Betereuung auf einer Station. Die Gruppen unterschieden sich wie folgt:

Gruppe1: Mianserin plus «Ganzkörper-Akupunktur», Gruppe 2: Mianserin plus «Plazebo-Akupunktur», Gruppe 3: Medikament allein.

Resultate: Patienten mit zusätzlicher Akupnktur besserten sich signifikant besser als Gruppe 3. Es bestand allerdings kein Unterschied zwischen echter und Placebo-Akupunktur.

Schlussfolgerung: «Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass der Effekt der Akupunktur unspezifisch ist und letztlich auf die Zuwendung, zweimal wöchentlich für eine halbe Stunde zurückzuführen sein könnte.»

Nervenarzt 69:961-967 (1998).

STUDIE

AKUPUNKTUR BEI SCHMERZEN

Eine Forschergruppe der Universitätsklinik Göttingen hat 131 Patienten mit chronischen Schmerzen der Lendenwirbelsäule untersucht. 20 Akupunktursitzungen über einen Zeitraum von 3 Monaten in Kombination mit Krankengymnastik führten zubesseren Behandlungsergebnissen als eine alleinige Krankengymnastik.

Der Effekt ließ allerdings bald nach. Zudem erwies sich eine so genannte Schein-akupunktur, bei der die Nadeln weniger tief und neben die klassischen chinesischen Akupunkturpunkte gesetzt wurden, als nahezu gleich wirksam wie reguläre Akupunktur.

Schlussfolgerung: Akupunktur bewirkt bei der Behandlung chronischer Schmerzen zwar kurzzeitige Besserungen, die jedoch bei längerer Beobachtung nicht stabil bleiben. Weiterhin scheint der Plazebo-Effekt bei der Wirksamkeit der Akupunktur eine bedeutsamere Rolle als spezifische Heilwirkungen zu spielen. cochrane.de 2001

Reiki, Aromatherapie, Polarity

In der alternativen Szene werden vielfältige Formen von Massage und Körpertherapie angeboten. Nicht alle sind im gleichen Maße esoterisch begründet. Manche (wie z.B. die Feldenkrais-Methode) glauben, dass durch die richtige Körperhaltung auch eine gesunde psychische Verfassung entstehe (ohne energetische Konzepte).

Andere bauen einfache Suggestionen ein (ähnlich dem Autogenen Training), die meisten aber schöpfen ganz klar aus östlichen Quellen. Die folgenden Methoden sollen Beispiele für diese Vielfalt sein:

REIKI

In einem Kursprospekt ist Folgendes zu lesen; «Reiki ist ein japanischer Begriff und steht für universelle Lebensenergie, göttliche Weisheit, allumfassende Liebe usw. Besser formuliert, ist Reiki ein System, das diese allbelebende Energie verstärkt strömen lässt. In der einfachsten Form geschieht dies durch Handauflegen in bestimmten Reihen– und Positionenfolgen. Sowohl für den Kanalisierenden als auch für die Empfangenden ist das eine ziemlich angenehme Erfahrung: meist sehr entspannend und lösend.»

Reiki kann nur von einem Meister an einen Schüler weitergegeben werden. In einem Ritual wird der Körper des Schülers für die Aufnahme «kosmischer Energie» geöffnet und anschließend wieder versiegelt, so dass die aufgenommene Energie ständig verfügbar bleibt. In Kursen erfolgt eine sogenannte «Einweihung» in mehreren Graden, während derer man lernt, die uns umgebende «göttliche» Energie zu bündeln und in den eigenen Körper strömen zu lassen oder beim Hinausströmen auf andere Körper zu übertragen.

AROMATHERAPIE

Gerüche sind wohltuend. Diese Erfahrung wird seit der Antike genutzt. In der Aromatherapie werden aber ganz spezifische Zusammenhänge zwischen Gerüchen, heilenden Wirkungen und spirituellen Einflüssen hergestellt.

Den hier verwendeten ätherischen Pflanzenölen werden zahllose medizinische und besonders auch psychotherapeutische Heileffekte zugeschrieben. Entsprechend dem «höheren Wesen» der Pflanze, aus der sie hergestellt werden, kommt den Ölen angeblich eine ganz spezifische Heilwirkung zu:

Kamillenöl soll helfen beim «Annehmen des eigenen Schicksals», Rosen- und Geranienöl dabei, «seelischen Schmerz loszulassen». Zur Behandlung wird der Klient mit verschiedenen Pflanzenölen massiert, wobei meist die Verlaufslinien bestimmter «Energie-Meridiane», wie sie aus der Akupunktur oder aus dem Shiatsu bekannt sind, beachtet werden.

Die in Duftlampen verströmten Öle sollen zudem auf der «feinstofflichen» Ebene bei Ängsten, Spannungen und Depressionen hilfreich sein.

Bioresonanz

Die Bioresonanz basiert auf die Theorie, dass jede Substanz neben ihrer stofflich-chemischen auch eine nicht-materielle «ultrafeine Schwingung» besitzen soll. Die chemischen Vorgänge im Körper würden durch diese Schwingungen gesteuert. Die Theorie wird mit komplizierten wissenschaftlich tönenden Begriffen erklärt.

Durch verschiedene Belastungen könne der Körper aus dem Gleichgewicht geraten, was sich in negativen Schwingungen niederschlage, die dann Krankheiten auslösten. Oft wird die Auslösung als «Allergie» beschrieben, obwohl die Symptome einer medizinischen Allergie nicht erfüllt sind. Mehr Information: www.martinpletscher.ch.

SCHWINGUNGEN «LÖSCHEN»??

Solche elektromagnetischen Wellen seien mit konventionellen Methoden nicht mehr nachweisbar. Das BICOM Gerät könne jedoch diese Schwingungen des Patienten über zwei Elektroden in der Hand und ein Kabel aufnehmen. Das Gerät erkenne die krankhaften Frequenzen und könne diese mit Hilfe von Metallen Edelsteinen und von Farben in positive Schwingungen «invertieren» (ins exakte Spiegelbild verwandeln) und sie in den Körper als sogenannte Therapieschwingungen zurücksenden. Daraufhin würde die für die pathologische Wellen verantwortliche Krankheit «gelöscht» ...

So könnten angeblich fast alle Krankheiten geheilt werden. Erwähnt werden Infekt-anfälligkeit und akute Infektionen, Gastritis, Allergien und Asthma, Arteriosklerose, Vergiftungen, Bandscheibenabnutzung, Sterilität, Schnupfen, Nieren-, Blasen- und Gallenerkrankungen, ja selbst Krebs und Diabetes.

Die «Stiftung Warentest» kommt zum Schluss, Bioresonanztherapie könne «nicht empfohlen werden». Sie müsse als «Spekulation und Irreführung des Kunden» gelten.

POLARITÄTSTHERAPIE (POLARITY)

Polarity geht davon aus, dass der Körper des Menschen in verschiedenen Schaltkreisen von kosmischer Energie durchzogen wird, die wie elektromagnetische Wellen zwischen jeweils zwei Polen fließen. Anhand einer «Magnetfeldkarte» können positive und negative Felder abgelesen werden. Aufgabe des Therapeuten ist es, durch Handauflegen die Energieströme zu harmonisieren.

FAZIT

Die Bioresonanz geht von «Schwingungen» aus, die wissenschaftlich nicht nachvollziehbar ist und einen beträchtlichen Glauben erfordern.

Allergie ist ein Modebegriff, auf den viele Beschwerden zurückgeführt werden, die sich auch ohne Behandlung wieder zurückbilden.

Klinische Studien ergaben, dass Bioresonanz weder für die Diagnostik noch für die Therapie allergischer Erkrankungen geeignet ist. Das Versprechen der Bioresonanz, «Allergien zu löschen», kann gefährlich sein, wenn Patienten meinen, auf Notfallmedikamente verzichten zu können.

Weitere Informationen sind erhältlich durch die Schweizerische Gesellschaft für Allergologie, www.sgai-ssai.ch.

Kinesiologie

«Die Kinesiologie ist eine Verbindung westlicher und östlicher Heilmethoden... Sie arbeitet mit dem Muskeltest, um den Körper direkt zu fragen, wo Blockierungen vorliegen und wie sie gelöst werden können. Länger andauernde Energieblockaden wirken sich negativ auf unser Wohlbefinden und unsere Gesundheit aus. Durch die Aktivierung der Selbstheilungskräfte über das Meridiansystem (Energiesystem) wird körperliche, seelische und geistige Harmonie gefördert und wieder hergestellt.» (aus einem Kursprospekt).

Die Angewandte Kinesiologie nimmt ein System von Körpermeridianen an, die als Leitungsbahnen für die «Lebensenergie» dienten. Den energetischen Zustand eines Menschen könne man aus der Spannung seiner Muskeln ableiten. Dabei handelt es sich aber nicht um deren physikalische Kraft, sondern sozusagen um eine energetische Antwort auf Fragen, die der Untersucher stellt.

Neben dem esoterischen Gehalt der Kinesiologie ist diese Art der Diagnostik fragwürdig. Die Gesundheit eines Organs lässt sich nicht einfach aus der Muskelkraft des Arms ableiten! Hier sind viele Quellen für die Selbsttäuschung des Therapeuten und die Täuschung des Klienten.

Die Therapie erfolgt durch eine breite Palette von Massagen an Punkten der Akupressur oder entlang der Meridiane. Stress lasse sich durch das sogenannte «Polaritäts-Switching» bewältigen.

Eine «Gehirnintegration» soll sich mit folgender Anweisung erreichen lassen: «Breiten Sie Ihre Arme zur Seite aus, horizontal, Handflächen nach vorne. Stellen Sie sich die linke Hirnhälfte in der linken Hand und die rechte in der rechten vor. Denken Sie an ihr Ziel, während Sie die Hände langsam zusammenführen und ineinanderfalten». — Der Glaube des Patienten ist herausgefordert.

EDU-KINESIOLOGIE

Besonders häufig werden Eltern durch Lehrer, Heilpädagogen und Logopäden mit der «Edu-Kinesthetik» konfrontiert. Sie soll dazu dienen, Lernfähigkeiten wie Lesen, Schreiben, Rechnen, Konzentration und Gedächtnis zu fördern.

Probleme entstünden durch Energieblockierungen zwischen Körper und Gehirn, insbesondere aber durch eine gestörte Harmonie zwischen den beiden Hirnhälften. So populär solche Ideen sind, wissenschaftlich konnten sie in dieser simplen Form nicht belegt werden, denn das Gehirn wäre ohne ein ständiges intensives Zusammenspiel beider Hirnhälften gar nicht funktionsfähig.

Dennoch werden vielfältige Therapievorschläge gemacht, von Akupressur, über Ernährungsumstellung, dem Tragen von Edelsteinen bis zur Einnahme von homöopathischen Mitteln. Kindern mit Lernstörungen werden komplizierte Übungen angeraten, um ihre Hirnhälften zu harmonisieren.

Der deutsche Experte H. J. Hemminger nimmt wie folgt Stellung:

«Individuelle Leistungsstörungen und Beziehungsprobleme sind meist intensiv miteinander verbunden, und ohne den Aspekt sozialer Beziehungen lässt sich häufig weder verstehen, was vor sich geht, noch etwas dagegen tun. Diesen Bereich auszublenden, kann in der Pädagogik nicht gut gehen. Die Frage liegt nahe, ob manche Lehrer nicht auch dem schwierigen und aufreibenden Umgang mit Beziehungsfragen durch den Schritt in die Edu-Kinesthetik zu entfliehen suchen.»

Feldenkrais Methode und Alexander-Technik

Selbstbild und Eigenwahrnehmung drücken sich in den Bewegungen des Körpers aus – auf dieser Basis beruhen die beiden Techniken, die von Moshe Feldenkrais (1904 - 1984) und F. M. Alexander (1869-1955) entwickelt wurden.

Durch bewusste Haltungsänderung und geführte Bewegungsveränderung könne auch eine Veränderung der Psyche erreicht werden. Zitat aus einer Beschreibung der ***Feldenkrais-Methode:*** «Haltungs- und Bewegungsmuster können reorganisiert werden, d.h., dass die im Gehirn gespeicherten Entwürfe für Bewegungen umgelernt oder erweitert werden können.

Das Mittel für diese Lernerfahrung ist die Bewegung. Sie muss jedoch so gestaltet sein, dass sie unsere Muster unterläuft und eine bewusste Wahrnehmung dessen ermöglicht, was wir tatsächlich tun (und was oft genug von unserer eigentlichen Absicht abweicht).

Bewusste Bewegung verbessert die Wahrnehmung unseres Selbst und gibt uns eine klare Einschätzung davon, ob es für uns «richtig» ist, wie wir uns in diesem Augenblick verhalten. Das Ergebnis eines ausgeprägten Körperbildes ist nicht nur eine individuell bessere Körperhaltung, sondern damit verbunden auch eine Veränderung der «inneren Haltung» und des Selbstwertgefühls.»

Ähnlich sind auch die Grundannahmen der ***Alexander-Technik:*** «Subtile Berührungsimpulse, die den bewegungsempfindenden Sinn ansprechen, Anleitung zur Körperwahrnehmung, Bewegungsexperimente, Bewegungsvorstellung, gezieltes Nachdenken und bewußte Entscheidung sind die Mittel durch die im Alexander-Unterricht gelernt wird.»

WEITERE INFORMATIONEN:
www.alexander-technik.de
www.feldenkrais.de

www.redirectionsomatics.com

Beliebt bei Schauspielern und Musikern

Gerade Menschen in kreativen Berufen sind oft hoch-sensibel und empfindlich. Sie verspüren oft sehr intensiv die Beziehung zwischen Gefühlen und der Verspannung des Körpers. Die Übungen von Feldenkrais und die Alexander-Technik werden als hilfreich erlebt.

Edelsteine – Kristallpforte zur Seele?

Edelsteine werden seit Jahrtausenden als Vermittler von Heilwirkungen beschrieben. Als Symbol, Amulett und Talisman boten sie – laut Aussagen von «Edelstein-Therapeuten» – schon immer Schutz, wehrten Böses ab und erhielten die Gesundheit.

Dabei wird auch Bezug auf die Bibel genommen (Brustschild des Hohepriesters, Kristalle an der Mauer des Neuen Jerusalem). Generell sind Edelsteine Teil von Gottes Schöpfung, ohne dass sich daraus einerseits eine «göttliche Heilwirkung» oder andererseits eine «okkulte Belastung» ableiten ließe. Zitate aus Büchern von Edelstein-Therapeuten machen aber deutlich, mit welchen Vorstellungen die Edelsteine in Verbindung gebracht werden:

«Edelsteine stellen kleine, hochwirksame Energiegeneratoren mit definiertem Frequenzspektrum dar, bedingt durch die Kristallstruktur.» Sie «ergänzen im Schwingungssystem unseres Körpers, was ihm fehlt, um in Harmonie zu kommen.»

«Die Steine heilen nicht direkt, sie laden aber durch ihre positiven Schwingungen unser Energiefeld auf... Durch ihre Ausstrahlung und ihre Schwingungen helfen uns die Edelsteine, uns selbst zu heilen. Wie geht nun eine Therapie vor sich? Wir brauchen dazu je nach Therapieart Steine zum Tragen, zum Aufstellen und zum Auflegen, Massageöl, in dem ein Stein lag..., gewisse homöopathische Medikamente aus Steinpulver, eine Talismankette oder Anhänger. Zuerst wirken die Steine auf uns durch ihre positiven Schwingungen, die wir aufnehmen. Durch Auflegen der Steine auf gesunde oder kranke Organe kann gezielter geholfen werden. Wenn wir die Steine regelmäßig auf die Chakras (Energiezentren) legen, stärken und harmonisieren wir den Fluss der Energie in uns... » (nach Eliette von Siebenthal).

Die verschiedenen Edelsteintherapeuten widersprechen sich sehr stark, so dass letztlich nur der Glaube die Brücke zu einer Wirkung schlagen kann.

Die verschiedenen Edelsteintherapeuten widersprechen sich sehr stark, so dass letztlich nur der Glaube die Brücke zu einer Wirkung schlagen kann.

Kraftspender und Amulette

ANGEBLICHE WIRKUNGEN

- ***Achat:*** «beschützt neues Leben und schenkt Geborgenheit; stimuliert die Fortpflanzungsorgane. Mehr noch: „Er schenkt Mut, stärkt das Herz, erleuchtet den Geist, kann manche Formen des Wahnsinns heilen.»
- ***Lapislazuli:*** «gibt Selbstvertrauen und gesunden Schlaf, stillt Schmerzen. Gut gegen Schlaganfälle und Wassersucht, Depressionen, Epilepsie; gut für Herz, Milz, Blut, Haut und verstärkt die Willensenergie, Liebe, Güte und Hilfsbereitschaft.»
- ***Diamant:*** «ist ein wahrer Meisterheiler, er hat auf den Körper eine starke, reinigende und klärende Wirkung... Auch zur Stärkung des Gehirns, der Hirnhälften, des gesamten Muskelsystem, der Nerven und der Nervenverbindungen.
- ***Malachit:*** «Stein der Nächstenliebe; fördert die Nachsicht und das Verständnis gegenüber Schwächen.»
- ***Bernstein:*** «ist ein Glücksbringer auf der materiellen Ebene. Er reinigt den Organismus und absorbiert negative Energie. Er wird deshalb auch bei Kleinkindern mit Zahnschmerzen empfohlen.»
- ***Fluorit:*** «unterstützt den geistigen Wachstumsprozess und hilft uns, die Verantwortung für unser Tun und Fühlen zu übernehmen.»
- ***Turmalin:*** «besitzt eine starke Schutz-wirkung. Mit seiner Hilfe stärken wir Disziplin und Durchhaltevermögen.»
- ***Rosenquarz:*** «hilft uns Gefühle besser auszudrücken, fördert die Nächstenliebe und heilt seelische Wunden.»

(nach verschiedenen Quellen)

AMULETTE AUS EDELSTEINEN

(Werbetexte)

- «Ein Amulett wird getragen, um sich vor unerwünschten Einflüssen zu schützen und um Glück anzuziehen. Unsere Amulette werden von einem indianischen Schamanen aus Silber, ausgewählten Steinen und Bambus angefertigt und mit magischen Symbolen versehen.
- **Mond-Amulett zur Verstärkung der weiblichen Energie.**
  – mit Bergkristallen: Zur Konzentration und zur Energieaufladung, strömt Harmonie und Kraft der Liebe aus, reinigt und erhellt die Aura und die Energiezentren. Lichtbringer.
  – mit Onyx: Quelle der Zufriedenheit unter Freunden, schützt gegen unerwünschte Einflüsse. Träume, Verborgenes, Unbewusstes.
- **Amulett «Female Warrior»** (weißer Opal): stärkt das Selbstvertrauen und die Intuition, reinigt, regt die Kräfte an, die uns unserer Seele... näher bringen. Erfüllung, Sexualität und Liebe.»

Psychotherapie und Esoterik

Immer häufiger werden Psychotherapie und Esoterik verbunden. Wo sich die Phantasien von Gesundheit, Wohlbefinden, Macht und Glück nicht auf herkömmlichem Wege erreichen lassen, wird versucht, diese auf übersinnliche Weise zu erreichen.

REBIRTHING

Angeblich sei es nötig, die Erfahrung der Geburt noch einmal durchzumachen, um zu sich selbst zu finden. Beim Klienten wird ein veränderter Bewusstseinszustand durch rasche Hyperventilation hervorgerufen. Die Gefühle und Phantasien in dieser Phase werden dann als Erlebnis der Geburt gedeutet. — Die Methode ist gerade für sensible und instabile Menschen als gefährlich einzustufen und kann zu Nervenzusammenbrüchen führen.

BIO-ENERGETIK UND PRIMÄRTHERAPIE

Die Bio-Energetik ist zu einer schillernden Bewegung geworden, die davon ausgeht, dass der Mensch die in ihm gestaute («blockierte») Energie verflüssigen müsse, um zum inneren Gleichgewicht zu finden. Dies wird durch verschiedene Körperübungen erreicht. In der Primärtherapie (nach Janov) wird dazu angehalten, inneren Schmerz herauszuschreien («Urschrei») und so Befreiung zu erleben.— Die Methode ist gerade für sensible und instabile Menschen als gefährlich einzustufen und kann zu Nervenzusammenbrüchen führen.

REINKARNATIONSTHERAPIE

Die Reinkarnationstherapie geht vom Glauben an die Seelenwanderung aus. Die Beschwerden der Ratsuchenden würden durch das Weiterwirken früherer Lebensformen im Unbewussten verursacht. Diese müssten durch eine Rückführung in frühere Leben bewusst gemacht werden. Bei den geschilderten Erfahrungen spielen Hypnose und Phantasie eine wesentliche Rolle.

FARBTHERAPIE

Angeblich hat jede Farbe eine spezifische Wirk– und Heilkraft. Rot soll gut bei Blutkrankheiten sein, Blau lindert Schmerzen, und «mit Grün lässt sich AIDS heilen» (!) Farbtherapeuten arbeiten in der Regel mit Lichtduschen, ähnlich einer Taschenlampe, auf die man Farbgläser aufsetzen kann. Welche Farbe der Klient braucht, wird mit dem Pendel ermittelt. Andere versuchen die Aura zu erfassen, um die «Mangelfarbe» festzustellen. Die Lampen werden dann auf die Energiepunkte entlang der Meridiane gerichtet, um die kosmische Energie zu regulieren.

SOPHROLOGIE

Die Methode ist eine Form der Selbsthypnose. Durch gezielte Übungen versucht man jenen Zustand zwischen Wachen und Schlafen zu erreichen, bei dem sich die Schwelle zwischen Bewusst und Unbewusst lockert. Die Methode versteht sich als Mischung von westlicher Autosuggestion und östlichen Lehren wie Yoga, Meditation und Trance-Zuständen animistischer Kulte. Die Methode hat sich vor allem in der Westschweiz etabliert.

WEITERE INFORMATIONEN:

Eine besonders informative Serie über diese Heilmethoden erschien in Psychologie Heute, Juli bis Oktober 1994.

Geistheilung

In Deutschland soll es etwa 10.000 Geistheiler geben. Ihr Angebot enthält eine Auswahl gängiger esoterisch-spiritueller Diagnose– und Therapieverfahren. So verbinden Geistheiler beispielsweise Auradiagnostik, Pendeln, Bach-Blüten, Farb-, Aroma- und Kristalltherapie. Daneben stellen sie auch angeblich wundertätige Amulette und Glücksbringer aus Halbedelsteinen her (vgl. S. 19).

DEFINITION: Geistiges Heilen ist ein Oberbegriff für eine Vielzahl von Verfahren, die durch blosse geistige Konzentration Krankheiten lindern oder gar beseitigen sollen, ohne medizinische Mittel. «Geheilt wird mit Hilfe einer kosmischen Energie, die jederzeit und überall in unbeschränkter Menge vorhanden ist», erklärt ein Geistheiler. «Um sich auf diese Energie einstimmen und sie auf den Patienten übertragen zu können, muss ein geistiger Heiler über Ausbildung und Erfahrung verfügen. Er heilt nicht selber, sondern stellt sich als eine Art Kanal zur Verfügung, durch den die Energie fließt.»

DIE GEISTIGEN WURZELN liegen in Europa in der Parapsychologie und einer oberflächlich angepassten Religiosität. Dabei wird problemlos ein Bogen von ägyptischen Priestern über griechische Tempel zu den Heilungen von Jesus geschlagen. So sagt ein Heiler: «Angesicht der Heilungen, die Jesus bewirkt hat, war er nichts anderes als ein Geistheiler – das Medium aller Zeiten.»

MISSBRAUCH DER GEISTHEILUNG: «Die Problematik zeigt sich in häufigen Anfragen und Klagen..., dass sich viele Geistheiler masslos überschätzen und in der Folge ihr Können und ihre Leistung überbewerten, was sich beispielsweise in zu grossen Versprechungen und zu hohen Honoraren niederschlägt.» (der Präsident der Schweizerischen Parapsychologischen Gesellschaft).

AUS EINEM INSERAT:

«Biete sensitiv-mediale Sitzungen/ Geistheilen an für Menschen und Tiere. sowie Raumbelebung mit Entfernen von Elektrosmog auf der energetischen Ebene Hilfsmittel: Chakraphon Musikinstrumente, Elominsteine und kosmische Symbole von Ingmar, Larimar und Antares, sowie Kordulah Mandalas.»

FAZIT

Der Trend zur Geistheilung gründet neben der esoterischen Welle auch in dem tiefen Wunsch, «dem leidenden Menschen eine echte Hilfe und Unterstützung zu werden.»

KRITIKPUNKTE:

- Umdeutung des Wirkens Jesu: «Er war das grösste Medium aller Zeiten.»
- Vermischung mit Parapsychologie und okkulten Ritualen ohne kritische Abgrenzung unter theologischen Gesichtspunkten.
- Eingeschränkte Beweisführung: Weil es nützt, ist es richtig. «Wer heilt hat recht!» Die Bedeutung der Selbstheilung (Placebo-Effekt) wird nicht berücksichtigt.
- Selbstüberschätzung und Missbrauch gutgläubiger Menschen. In der Heiler-Szene herrscht ein schwer kontrollierbarer Wildwuchs.
- Studien zum Thema sind methodisch fragwürdig und werden oft nur als Beleg für die Wirksamkeit interpretiert.

Bachblüten – Heilung für die Seele?

HERSTELLUNG:

Ähnlich wie in der Homöopathie arbeitet Bach mit einem «Potenzierungsverfahren»: Die Essenzen werden aus frischgepflückten Blüten gewonnen, die am Standort in Schalen mit frischem Quellwasser mehrere Stunden an der Sonne stehen. Die Sonne soll die Energie liefern, um die in den Blüten verschlüsselten «vibrationell» oder «feinstofflich» genannten Informationen auf das Wasser zu übertragen.

Danach werden die Blüten abgeschöpft und das Wasser (!) als energetisch geladenes «Blütenkonzentrat» in Flaschen («Essenzflaschen») abgefüllt und mit etwas Alkohol versetzt. Diese Mischung wird wiederum zur «Stock Bottles» weiterverarbeitet. Die Tropfen Nr. 27 enthalten reines Quellwasser (Rock Water), die Notfalltropfen (Nr. 39) sind eine Mischung aus verschiedenen Blüten.

ESOTERISCHE KONZEPTE DER BACH-BLÜTEN

Gesundheit:

«Könnte und würde die Persönlichkeit vollkommen im Einklang mit ihrer Seele handeln, die ja wiederum Teil der größeren Einheit ist, würde der Mensch in vollständiger Harmonie leben. Die universelle göttliche Schöpfungsenergie könnte sich durch die Seele und das Höhere Selbst in der Persönlichkeit ausdrücken, und wir Menschen wären stark, gesund und glücklich als harmonisch schwingende Teile des größeren kosmischen Energiefeldes.»

Krankheit:

«Überall dort, wo die Persönlichkeit nicht durch ihre Seele mit dem großen kosmischen Energiefeld verbunden ist, wo sie nicht mit ihm im Einklang schwingt, herrscht Störung, Stauung, Reibung, Verzerrung, Disharmonie, Energieverlust...»

Heilung:

«... In der menschlichen Seele sind alle 38 Seelenkonzepte der Bach-Blüten als Seelenkonzepte, Energiepotentiale, Tugenden oder göttliche Funken enthalten. Besteht nun in einem bestimmten menschlichen Seelenkonzept oder Energiepotential ein Konflikt zwischen den Absichten der Seele und der Persönlichkeit, so ist dort die Schwingungsfrequenz im energetischen Feld disharmonisch verzerrt und verlangsamt.

Diese Verzerrung beeinflusst das gesamte menschliche Energiefeld bzw. beeinträchtigt den gesamten seelischen Zustand des Menschen. Es kommt in den Worten von Bach, zu einem negativen Seelen– oder Gemütszustand. Was bewirkt nach dieser Vorstellung eine Bach-Blüten-Essenz?

Da sie in der gleichen harmonischen Energiefrequenz schwingt, die das betreffende menschliche Seelenkonzept ... hätte, kann die Blüten-Essenz zu diesem menschlichen Seelenkonzept Kontakt aufnehmen und es mit ihrer eigenen harmonischen Schwingungsfrequenz durch Schwingungsresonanz wieder harmonisieren.»

ZITATE:

Die Zitate stammen aus folgendem Buch: Mechthild Scheffer, Selbsthilfe durch Bach-Blüten. Heyne.

Persönlichkeitstypologie

BEISPIEL

BEISPIELE DER BLÜTEN-TYPOLOGIE:

01 Agrimony: Man versucht, quälende Gedanken und innere Unruhe hinter einer Fassade von Fröhlichkeit und Sorglosigkeit zu verbergen.

02 Aspen: Man hat unerklärliche vage Ängstlichkeiten, Vorahnungen, geheime Furcht vor einem drohenden Unheil.

04 Centaury: Man kann nicht 'nein' sagen. Schwäche des eigenen Willens; Überreaktion auf die Wünsche anderer.

10 Crab Apple: Man fühlt sich innerlich oder äußerlich beschmutzt, unrein oder infiziert. Detailkrämer.

15 Holly: Man ist gefühlsmäßig irritiert. Eifersucht, Mißtrauen, Hass– und Neidgefühle.

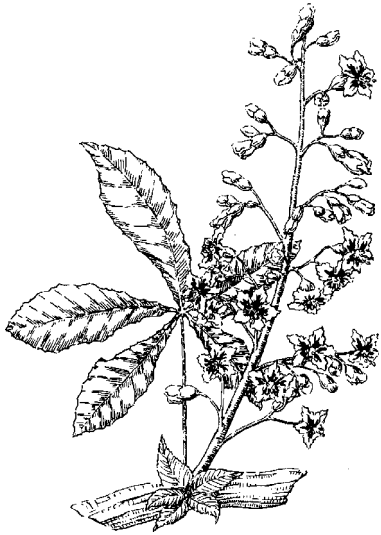
21 Mustard: Perioden tiefer Traurigkeit kommen und gehen plötzlich ohne erkennbare Ursache.

24 Pine: Man macht sich Vorwürfe, hat Schuldgefühle

28 Scleranthus: Man ist unschlüssig, sprunghaft, innerlich unausgeglichen, Meinung und Stimmung wechseln von einem Moment zum anderen.

29 Star of Bethlehem: Man hat eine seelische oder körperliche Erschütterung noch nicht verkraftet. «Der Seelentröster»

37 Wild Rose: Man fühlt sich apathisch, teilnahmslos.



FAZIT:

Die Persönlichkeitstypologie der Bach-Blüten zeigt die subtile Vielfalt von negativen Gefühlen, Gedanken und Charaktereigenschaften, die einen Menschen befallen können, ohne dass man davon aus medizinischer Sicht schon eine Krankheit ableiten dürfte. Es erscheint aber doch problematisch zu meinen, diese ließen sich lediglich durch das Einnehmen von ein paar Tropfen Wasser (vermischt mit etwas Alkohol) behandeln. Somit ist die Beschäftigung mit Bach-Blüten oft motiviert durch die Suche nach Lebenshilfe. Durch die Einnahme der Blüten-Essenzen sollen sich Möglichkeiten eröffnen, sich nicht nur wohler zu fühlen, sondern auch fehlende Charaktereigenschaften zu entwickeln. Weltanschaulich basieren die Bach-Blüten eindeutig auf esoterischen Konzepten. Gefahr besteht dann, wenn man sich in einer Selbstbehandlung nur auf die Essenzen verlässt, wenn eigentlich ärztliche Hilfe nötig wäre (insbesondere schwere Schlafstörungen, Depressionen und Suizidalität).

Der Unterschied zwischen Pflanzenheilmitteln und homöopathischen Mitteln

Noch immer werden die beiden Begriffe — erstaunlicherweise auch in Fachkreisen — als ein und dasselbe verstanden. Die folgende Gegenüberstellung soll helfen, die beiden Heilverfahren besser gegeneinander abzugrenzen. Eine weitergehende Kritik der Homöopathie ist in Büchern zu finden, die im Literaturverzeichnis empfohlen werden.

PFLANZLICHE ARZNEIMITTEL	HOMÖOPATHISCHE MITTEL
Pflanzliche Heilmittel werden nach den Erkenntnissen der (Schul)Medizin angewendet. Sie haben Indikationen, Nebenwirkungen, Warnhinweise und Qualitätsanforderungen wie andere Arzneimittel.	Die Homöopathie betrachtet Krankheitssymptome als Abwehrbemühungen des Organismus. – Homöopathische Mittel beanspruchen keine nachweisbare spezifische Wirkung auf ein Krankheitsbild.
Pflanzliche Arzneimittel enthalten als Wirkstoffe ausschließlich Pflanzen, Pflanzenteile oder deren Zubereitungen. Chemisch rein isolierte Inhaltsstoffe oder z.T. synthetisch veränderte Stoffe oder Stoffgemische sind von dieser Definition ausgeschlossen.	Homöopathische Heilmittel werden aus pflanzlichen, körpereigenen (Tier/Mensch), mineralischen und synthetischen Stoffen hergestellt. Die daraus entstehende «Urtinktur» gilt noch nicht unbedingt als Heilmittel, erst die «potenzierte» oder «dynamisierte» Verdünnung. Besteht die Urtinktur aus einem Pflanzenextrakt, so ist sie in niedrigen Verdünnungen ähnlich einem pflanzlichen Arzneimittel, auch wenn das Mittel als homöopathisch bezeichnet wird.
Pflanzliche Arzneimittel werden nur so weit verdünnt, dass sie ihre Wirksamkeit entfalten, jedoch möglichst wenig schädliche (giftige) Wirkungen haben.	Homöopathische Heilmittel werden aus einem ganz anderen Prinzip verdünnt. Vielfaches Verschütteln soll «Vitalkraft» oder «heilende Energie» in die Mittel einbringen. Je stärker ein homöopathisches Mittel verdünnt oder «potenziert» ist (oft millionenfach!), desto stärker sei es angeblich wirksam, weil es eben mehr «Potenz» enthalte.
Bei pflanzlichen Arzneimitteln gibt es eine Dosis-Wirkungsbeziehung, d.h. man kann auch unter– oder überdosieren. Moderne pflanzliche Arzneimittel (wie z.B. Valverde) enthalten standardisierte Extrakte, ihr Wirkstoffgehalt ist optimiert.	Homöopathische Dosierungen gehorchen einem «Minimalismus». Nicht selten findet man Mittel, die gar keinen Wirkstoff mehr enthalten, sondern nur noch über viele Stufen «dynamisiert» wurden.

Phytotherapie oder Homöopathie?

PFLANZLICHE ARZNEIMITTEL

Es gibt schwach wirksame pflanzliche Arzneimittel (z.B. Tees aus Lindenblüten oder Kamillenblüten) und auch stark wirksame (z.B. Belladonna, Digitalis, Rauwolfia).

Bei pflanzlichen Arzneimitteln können Doppelblindversuche zur objektiven Überprüfung der Wirksamkeit herangezogen werden.

Für viele pflanzliche Arzneimittel gibt es einen Erfahrungsschatz, der oft weit zurückreicht. Es gibt aber auch Entwicklungen aufgrund moderner pharmakologischer Forschung (z.B. Ginkgo). Die Indikation für die Anwendung eines pflanzlichen Mittels wird durch normale ärztliche Diagnostik gestellt.

FAZIT:
Phytotherapeutische Arzneimittel beruhen auf natürlichen Pflanzen ohne esoterische Erklärungsbedürftigkeit. In der Produktion unterstehen sie klaren Qualitätskontrollen und werden von seriösen Firmen (z.B. Valverde) in bewährter Dosierung ohne magische Rituale hergestellt. Pflanzliche Heilmittel lassen sich im Rahmen einer bewährten medizinischen Diagnostik und Therapie anwenden und sind bei leichteren psychovegetativen Störungen zu empfehlen. Als traditionelle Hausmittel können sie auch ohne große Probleme zur Selbsthilfe verwendet werden.

HOMÖOPATHISCHE MITTEL

Die Homöopathie folgt der Ähnlichkeitsregel. Sie verwendet in minimalen Dosen Stoffe, die bei hoher Dosierung Erscheinungen hervorrufen würde, die ähnlich wie bei der zu behandelnden Krankheit aussehen.

Doppelblindversuche werden bei homöopathischen Heilmitteln nur in Ausnahmefällen durchgeführt, die Ergebnisse lassen Zweifel zu.

Homöopathische Heilmittel beruhen auf dem «Arzneimittelbild», welches sich aus der Verabreichung hoher Dosierungen an gesunde Freiwillige ergibt. Häufig wird das richtige Mittel für einen Patienten mit Hilfe von «Messungen der Lebensenergie», z.B. mit dem Pendel ermittelt. Die Zuverlässigkeit solcher Diagnostik ist fragwürdig.

FAZIT:
Homöopathische Mittel bauen nicht in erster Linie auf pflanzliche oder mineralische Wirkungen, sondern auf die esoterische Vorstellung, dass die Mittel erst durch die «Potenzierung» voll zur Entfaltung kämen. Sie sind verbunden mit einem unzuverlässigen diagnostischen Vorgehen und werden in den meisten Fällen deutlich unterdosiert. Aus ärztlicher Sicht kann auf homöopathische Mittel verzichtet werden, zumal pflanzliche Mittel dem Anliegen einer sanften und nebenwirkungsarmen Behandlung genügend entgegenkommen.

Was bringt Ernährung bei psychischen Leiden?

Verschiedentlich werden Vorschläge zu einer Ernährung gemacht, die sich nicht nur positiv auf das Allgemeinbefinden auswirken, sondern besonders auf die Psyche. Als Beispiele seien genannt: die Hay'sche Trennkost, die Makrobiotik oder die Schrothkur.

Besonders «wissenschaftlich» gibt sich die ***Orthomolekulare Psychiatrie:*** Diese Alternativmethode geht davon aus, dass psychische (und andere) Krankheiten durch das Fehlen der richtigen («ortho») Spurenelemente (Moleküle) verursacht würden. Die fehlenden Stoffe liessen sich durch die Analyse der Mineral– und Spurenelemente in den Haaren feststellen. Deshalb werden die Patienten gebeten, ein Büschel Haare zur Analyse einzusenden, wo beispielsweise der Gehalt an Magnesium, Phosphor, Zink, Vanadium oder Molybdän gemessen wird. Dem Patienten wird empfohlen, angeblich fehlende Stoffe einzunehmen, z.B. bei Depressionen:

«Vitamin B 6 bis zur Erinnerung an den Traum; Ziman Fortified morgens; Zink 30 mg abends; Deanol 100 mg morgens; Vitamin C und Dolomit.» (nach C. Pfeiffer)

KOMMENTAR:

Obwohl auch in der Orthomolekularen Psychiatrie von biochemischen Stoffen gesprochen wird, so sind diese nicht zu verwechseln mit den hochkomplexen biochemischen Neurotransmittern, von denen wir in der Psychiatrie und in der Hirnforschung sprechen. Während die Neurotransmitter der Reizübertragung zwischen den Nervenzellen dienen, so handelt es sich bei der «Biochemie» alternativer Ernährungslehren um relativ einfache «Baustoffe» des Körpers. Obwohl diese Ernährungsumstellungen vielleicht bei leichteren, vorwiegend funktionellen Leiden eine gewisse Hilfe bringen können, ist bei schweren psychischen Störungen (speziell Schizophrenie) keine nachweisbare Wirkung bekannt. Aus diesem Grunde ist von einer Behandlung durch zusätzliche Nährstoffe bei psychischen Leiden abzuraten.

HAUPTANFORDERUNGEN AN EINE GESUNDE ERNÄHRUNG (Schweizerische Gesellschaft für Ernährung):

– Weniger Fett
– Würzig, aber nicht salzig
– Weniger süss, mehr Vollkorn
– Reichlich Gemüse und Früchte
– Weniger tierisches Eiweiss

Dies führt dazu, dass der Kohlenhydratanteil (vor allem komplexe Kohlenhydrate) der Nahrung steigt, der Fettanteil sinkt, und dass mehr Vitamine und Faserstoffe aufgenommen werden.

ALLGEMEINE EMPFEHLUNG ZUR ERNÄHRUNG:

– Ausgewogenheit
– Freude am Essen

Ausgewogene, vollwertige, naturnahe Nahrung enthält alle notwendigen Stoffe und kann sicher auch bei psychischen Störungen hilfreich sein. Wesentlich wichtiger als eine spezielle Diät ist aber die Freude am Essen. Jede Diät, die diesen Grundprinzipien «Ausgewogenheit» und «Freude am Essen» zuwiderläuft, ist abzulehnen.

Wie lassen sich Heilerfolge erklären?

1. SELBSTHEILUNG DES KÖRPERS

Viele leichtere Störungen, gerade im Bereich psychosomatischer Beschwerden, klingen von alleine ab, ganz egal, ob eine Therapie durchgeführt wird oder nicht. Ähnlich wie eine Wunde von selbst zuheilt, gibt es auch Vorgänge in der Psyche, die allmählich zu einer Beruhigung führen.

2. GLEICHZEITIGE MEDIZINISCHE BEHANDLUNG

Oft wird neben einer alternativen Behandlung die medikamentöse Therapie beim Arzt weitergeführt (sogenannte «komplementäre» Behandlung). Bei einer Besserung wird dann aber der Erfolg nur auf die alternative Heilmethode zurückgeführt.

3. PLACEBO-EFFEKT

vgl. S. 29

4. SUGGESTION UND HYPNOSE

Viele Heiler verwenden bewusst suggestive Mittel in der Behandlung. Ein Beispiel: Ein Magnetopath legt einer Patientin die Hand auf den Bauch, drückt ihr einen Bergkristall in die Hand und fragt: «Spüren Sie die Wärme durch das Sonnengeflecht fließen? Atmen Sie tief durch, lassen Sie alles los, was Sie beschwert und spüren Sie die Energie aus meinen Händen. Merken Sie, wie die krankmachende Energie durch die Fingerspitzen in den Kristall abgeleitet wird? Sie werden frei und leicht...»

Suggestionen dieser Art können bei verspannten Patienten ein gutes Gefühl auslösen und vermitteln ihnen wenigstens für einige Zeit deutliche Entspannung. — Im übrigen ergeben sich in allen guten therapeutischen Beziehungen suggestive Elemente. Auch die überzeugte Verschreibung eines Medikamentes durch den Arzt oder die begeisterte Empfehlung eines Buches durch einen Seelsorger kann suggestiven Charakter haben.

5. UNBEKANNTE MECHANISMEN?

Nach jedem Versagen wissenschaftlicher Überprüfungen einer alternativen Heilmethode wird ins Feld geführt, es handle sich möglicherweise um Wirkmechanismen, die mit den heutigen Mitteln noch nicht zu erfassen seien. Obwohl dies nie ganz auszuschließen ist, gibt es doch nur wenige Grundlagen für diese Behauptungen. Details über die wissenschaftliche Untersuchung von alternativen Heilungsansprüchen finden sich in manchen Büchern, die am Ende dieses Seminarheftes empfohlen werden.

6. SPIRITUELLE KRÄFTE

Verschiedene esoterische Heiler rechnen bewusst mit der Einwirkung von spirituellen Kräften. Viele Geistheiler geben offen zu, dass sie Kraft aus dem Jenseits beziehen («Geisthelfer», «Lichtgestalten» etc.). Bei manchen Methoden (z.B. «Channeling») wird angestrebt, den Patienten in Kontakt mit jenseitigen Kräften zu bringen, die ihm Kraft und Glück vermitteln sollen. Die «Reinkarnationstherapie» führt Ratsuchende in angebliche frühere Leben zurück, um ihnen dadurch das Verständnis für die Gegenwart zu geben.

Der Placebo-Effekt

Placebo bedeutet übersetzt: «Ich will dir den Gefallen tun». Heute umschreibt man mit dem Wort die Beobachtung, dass ein Medikament nicht nur durch seine chemischen Stoffe wirkt, sondern auch entsprechend den Erwartungen der Patienten. So kann es sein, dass auch ein Mittel ohne jeden Wirkstoffgehalt bei einem Patienten je nach Erwartung Schmerzen lindert oder aber auch unangenehme «Nebenwirkungen» entfaltet.

Arzt und Patient stehen immer in einer komplexen Wechselbeziehung, die von beiden Persönlichkeiten geprägt wird. Die für die Placebowirkung nötige Vertrauensbildung wird durch die genaue Befragung, die körperliche Untersuchung sowie das Besprechen der notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erzielt. Wissenschaftlich wurde die Wirkung von Placebo vor allem bei Schmerzzuständen im Doppelblindversuch untersucht. Zwischen 30 und 50 Prozent der Patienten sprachen auf Placebo genauso gut an wie auf ein echtes Mittel (vgl. nebenstehenden Kasten).

Unter Behandlung mit Placebos kommt es zur Besserung bei

Schmerzen verschiedener Art	*in 28 %*
Kopfschmerzen	*in 62 %*
Migräne	*in 32 %*
Erkältungen	*in 45 %*
psychovegetativen Störungen	*in 34 %*
Angina pectoris	*in 18 %*
Magen-Darm-Beschwerden	*in 58 %*
Rheuma-Schmerzen	*in 49 %*
Regelbeschwerden	*in 24 %*

BIOLOGISCHE ERKLÄRUNGEN DER PLACEBOWIRKUNG:

Jede zwischenmenschliche Kommunikation löst auch im Gehirn eine biochemische Reaktionskette aus. Die Überträgerstoffe lenken das Denken, Empfinden und auch die körperliche Reaktion in eine bestimmte Richtung. Forschungen haben gezeigt, dass auch bei Gabe von Placebo im Gehirn schmerzstillende Substanzen («Endorphine») ausgeschüttet werden.

WAS FÖRDERT DIE PLACEBO-WIRKUNG?

Je eindrucksvoller und liebenswerter die Persönlichkeit eines Arztes ist, je überzeugter und ermutigender er auftritt, desto eher hat er einen Einfluß auf den Zustand des Hilfesuchenden. Ist auch der Patient in einer Not und erwartet Hilfe, so ist er zusätzlich offen für die beruhigende und ermutigende Begegnung mit dem Arzt oder Heiler. Erfolge treten häufig ein, wenn der Arzt auf den Patienten eingeht und ihm seinen Helferwillen mit Sympathie und Anteilnahme bewusst macht. Dies hat sich auch in der Psychotherapieforschung bestätigt: Oft ist es nicht die Methode, sondern die oben beschriebene Begegnung, die letztlich einen heilenden Effekt hat.

FAZIT

Im Durchschnitt sprechen etwa 30 bis 40 Prozent aller Patienten sehr gut auf die Behandlung mit Placebos an, etwa ein Drittel reagieren überhaupt nicht darauf. Die oben genannten Störungen entsprechen genau denjenigen, die auch gut auf Alternativmedizin ansprechen. Es ist wohl mehr als Zufall, dass etwa ein Drittel aller Patienten bei der Anwendung von alternativen Heilmethoden wie Akupunktur, Homöopathie oder Bach-Blüten sehr gut ansprechen.

Kritische Überprüfung einer Methode

1.

1. PHILOSOPHISCHER HINTERGRUND

— Auf welcher Philosophie baut sie auf?
— Ist sie biblisch begründbar?
— Wie werden Begriffe definiert? («Gott», «heilende Kraft»)
— Wird sie vermischt mit anderen Lehren? (Astrologie, Chakren, Yoga, etc.)

2.

2. WISSENSCHAFTLICHE BEWEISE

— ***Erklärungsmodell:***
Homöopathie: wie können kleinste Mengen eines Mineralsalzes überhaupt wirken? — Fußreflexzonenmassage: Gibt es die behaupteten Zonen überhaupt? — Erdstrahlen: Wie werden sie nachgewiesen?

— ***Kontrollierte Studien!***
Nicht nur Einzelfall-Geschichten, Wiederholbarkeit der Versuche!

— ***Vorsicht mit der Interpretation von Teilbeweisen!***
Achten auf Sätze mit Weil-Darum-Erklärungen. Andere Erklärung möglich! Beispiel: «Es gibt weniger Geburten, weil es weniger Störche gibt»: Beide Aussagen stimmen zwar für sich allein genommen; die Verknüpfung durch das Wörtlein «Weil» ist jedoch unzulässig.

3.

3. ANWENDUNG HEUTE

Wie verwendet der einzelne Heilpraktiker / Arzt eine Methode / ein Mittel?

z.B. Kräuter sind an sich neutral, aber werden sie bependelt?

z.B. Homöopathie baut auf mystische «Lebenskraft», wird aber vom Arzt nur als organisches, pflanzliches Mittel abgegeben.

z.B. Akupunktur: östlicher Hintergrund, mangelhafte Beweise, aber von einem Arzt nach sauberer diagnostischer Abklärung praktiziert als Reiztherapie («dry needling») ohne große weltanschauliche Hintergedanken.

Verantwortungsbewusste Anwendung

Folgende Vorgehensweisen haben sich bei psychischen Störungen bewährt:

1. Bei leichten Störungen können Hausmittel in Selbstmedikation genommen werden. Beispiele:

- Leichte, vorübergehende depressive Verstimmungen und Reizzustände.
- Allgemeine Müdigkeit und Erschöpfung.
- Leichtere, vorübergehende Schlafstörungen.
- Konzentrations– und Gedächtnisstörungen leichteren Ausmaßes.

2. Bei längerer Dauer einer psychischen Störung sollte unbedingt eine ärztliche Abklärung erfolgen

3. Bei schweren Erkrankungen kann eine differentielle Vorgehensweise empfohlen werden:

- Die Basisbehandlung einer schweren psychischen Erkrankung (z.B. einer Schizophrenie oder einer schweren depressiven Störung) sollte mit bewährten Medikamenten erfolgen. Die Erfahrung zeigt, dass ohne eine solche Basisbehandlung ein Rückfall eintreten kann, der einen Patienten schwer belasten würde.

- Oft leiden die Patienten trotz der psychischen Stabilisierung weiterhin unter allgemeiner Müdigkeit und Erschöpfbarkeit (sogenannte Residual– oder Negativsymptomatik). Nicht immer ist eine Behandlung dieser Restsymptomatik mit Antidepressiva oder Neuroleptika erfolgreich. Gerade wenn die Patienten sich nicht mit diesem Zustand abfinden können und auf einem Mittel beharren, können als Ergänzung Vitamine, eine gesunde, ausgewogene Ernährung oder pflanzliche Aufbaumittel empfohlen werden. Dabei sollte aber möglichst auf Eigenverantwortung der Patienten geachtet werden.

- Ein weiteres Problem, das auch bei schweren psychischen Störungen als Begleitsymptom auftreten kann, sind psychosomatisch überlagerte Befindensstörungen wie z.B. schwere Beine, ein Leeregefühl im Kopf, diffuse Schmerzen oder Verdauungsschwierigkeiten. Diese können sehr belastend sein. Wenn eine ärztliche Abklärung keine behandlungsbedürftige Störung ergibt, so handelt es sich um sog. funktionelle Beschwerden. Hier können wiederum pflanzliche Mittel eingesetzt werden.

WELCHE MITTEL UND METHODEN SIND BEI PSYCHISCHEN STÖRUNGEN GEEIGNET?

1. Pflanzliche Mittel (vgl. folgende Seiten)

2. Physiotherapeutische Anwendungen, wie z.B. Massagen, Fangopackungen oder Bäder.

3. Bewegungs– und Entspannungstherapie ohne ideologischen Überbau (z.B. Progressive Relaxation nach Jacobson), aber auch so einfache Maßnahmen wie Spaziergänge, Schwimmen oder Musikhören. (vgl. Dieterich: Wir brauchen Entspannung, Brunnen Verlag)

Pflanzen für die Psyche

Kein Mittel in der Medizin ist so alt wie die pflanzlichen Heilmittel. In allen Kulturen, seien sie hochentwickelt oder primitiv, finden sich Heilkräuter in der Behandlung von Krankheiten. Besonders detaillierte Beschreibungen von Heilpflanzen sind aus China und Mexiko überliefert.

Während des Mittelalters waren es die Mönche in den Klöstern Europas, die das Wissen über Heilkräuter weiterpflegten. Viele der alten Kräuter haben eine nachweisliche Wirkung entfaltet, die sich auch wissenschaftlich mit modernen Methoden nachweisen liessen. Andererseits wurde ihre Anwendung oft mit magischen Ritualen verbunden. So sprach der bekannte Arzt Paracelsus einerseits von Gott, der «den Kräutern Macht und Kraft gegeben hat, den Menschen von seiner Krankheit zu befreien, auf dass er nicht allzu bald vom Tode überwunden werde.» Auf der anderen Seite gab es «sozusagen keine Form der Mantik und Magie, die er nicht entweder betreibt oder empfiehlt.»

> «Gott hat den Kräutern Macht und Kraft gegeben, den Menschen von seiner Krankheit zu befreien, auf dass er nicht allzu bald vom Tode überwunden werde.»
>
> **Paracelsus**

Dieses Spannungsfeld zwischen nachweisbarer, von Gott gegebener Wirkung und der Vermischung mit magischen, esoterischen Praktiken bereitet vielen Christen Probleme. Hier gilt in besonderem Maße das Wort: «Prüfet alles, aber das Gute behaltet!» (1. Thessalonicher 5,21). Das Ziel sollte sein, die nachweislichen Wirkungen von pflanzlichen Mitteln zu nutzen und sich gleichzeitig von esoterischen Vorstellungen abzugrenzen.

Wie die folgenden Tabellen zeigen, gibt es seriöse Anwendungsbereiche für pflanzliche Heilmittel bei leichteren psychischen und psychosomatischen Beschwerden.

Spezifisch wirkende Pflanzen und ihre Indikationen

Wie teilt man die wichtigsten psychotropen Pflanzenmittel ein?	Bei welchen psychischen Schwierigkeiten lassen sich Pflanzenmittel einsetzen?
Johanniskraut: Pflanzen mit milder stimmungsstabilisierender bzw. stimmungsaufhellender Wirkung.	***Johanniskraut:*** psychovegetative Störungen, leichtere depressive Verstimmungszustände (nicht bei schwereren Depressionszuständen, spez. mit Suizidgefahr!), ferner Angst und/oder nervöse Unruhe.
Hopfenzapfen: Pflanzenmittel mit beruhigender und schlaffördernder Wirkung.	***Hopfenzapfen:*** Befindensstörungen wie Unruhe– und Angstzustände, Schlafstörungen.
Melissenblätter: Pflanzenmittel mit leicht dämpfender und damit beruhigender Wirkung.	***Melissenblätter:*** nervös bedingte Einschlafstörungen.
Passionsblumenkraut: Pflanzenmittel mit bisher offenbar nicht ausreichend gesicherter psychotroper Wirkung, am ehesten dämpfend und schlaffördernd.	***Passionsblumenkraut:*** nervöse Unruhezustände.
Offizinelle Baldrianwurzel: Pflanzenmittel mit beruhigender, schlaffördernder und wohl auch stimmungsstabilisierender Wirkung.	***Offizinelle Baldrianwurzel:*** Unruhezustände, nervös bedingte Einschlafstörungen.
Kava-Kava-Wurzelstock: Pflanzenmittel mit vor allem angstlösender Wirkung.	***Kava-Kava-Wurzelstock:*** nervöse Angst-, Spannungs– und Unruhezustände.
Gingko-Blätter-Extrakt: Pflanzenmittel zur Förderung der Durchblutung im Gehirn und in den peripheren Gefäßen.	***Gingko-Blätter:*** Leistungsverbesserung in der zweiten Lebenshälfte mit verbesserter Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnisleistung.

nach Faust & Baumhauer, Krankenhauspsychiatrie 4:34-39 (1993)

Dazu kommen vielfältige pflanzliche Heilmittel für psychosomatische Beschwerden vom Nierentee bis zum pflanzlichen Verdauungsregulans. Ihr Drogist berät Sie gerne.

Eine breite Palette von seriösen pflanzlichen Arzneimitteln ist in Apotheken unter dem Markennamen «VALVERDE» erhältlich.

Besserung von psychisch überlagerten Beschwerden unter Therapie mit Baldrian:

Einschlafstörungen	*86 %*
Durchschlafstörungen	*88 %*
Tagesmüdigkeit	*68 %*
Geistige Erschöpfungszustände	*71 %*
Körperliche Erschöpfungszustände	*34 %*
Nervosität	*87 %*
Reizbarkeit	*83 %*
Konzentrationsmangel	*68 %*
Kopfschmerz	*75 %*
Schwindel	*75 %*
Herzbeschwerden	*70 %*
Magen-Darm-Beschwerden	*83 %*

* aus TW Neurologie/Psychiatrie 3:224-226 (1989)

Naturmedizin wissenschaftlich erforscht

In den Pflanzen dieser Welt schlummern noch viele unentdeckte Wirkstoffe, die nachweisliche Wirkungen entfalten und oft weniger Nebenwirkungen haben als künstlich hergestellte Mittel.

Das nebenstehende Bild zeigt eine Frau in Papua-Neuguinea, die eine Garbe von Chinesischem Beifuss in der Hand hält. Diese Pflanze enthält den Wirkstoff «Artemisia annua», der hervorragend gegen Malaria wirkt. Mittlerweile wurde diese Wirkung (nach langem Zögern) auch wissenschaftlich erforscht und bestätigt.

WEITERE INFORMATIONEN

http://www.keniamed.de/malaria.html

Antidepressive Heilpflanzen

Der Extrakt von Johanniskraut (Hypericum perforatum) hat in den letzten Jahren grosse Bedeutung gewonnen. Die Pflanze hat offenbar eine Wirkung bei leichteren Depressionen und Verstimmungen.

Allerdings haben auch pflanzliche Heilmittel ihre eigenen Nebenwirkungen, in diesem Fall Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und Photosensibilisierung.

Bei schwereren Störungen reicht die Wirkung von Johanniskraut nicht aus, und es sollten unbedingt stärkere Mittel eingesetzt werden.

WEITERE INFORMATIONEN

Werneke U. et al. (2004): How effective is St. John's Wort? The evidence revisited. Journal of Clinical Psychiatry 65:611-617.

Konflikte zwischen Alternativmedizin und Glaube

VERSCHIEDEN EMPFINDLICHE GEWISSEN

Unter Christen gibt es unterschiedliche Beurteilungen von alternativen Heilmethoden. Dies wird schon im Neuen Testament beschrieben. Einige Bibelstellen:

— Römer 14 : 1 – 9
— 1. Korinther 8 : 1 – 9
— 1. Korinther 10 : 23 – 31

Während sich die einen schon ein Gewissen machen, wenn der Hintergrund einer Methode im Esoterischen wurzelt, machen sich andere erst Gedanken, wenn eine Methode offensichtlich mit okkulten Praktiken und Lehren verbunden wird. Gerade in Bezug auf Speisen und pflanzliche Heilmittel soll deshalb gelten:

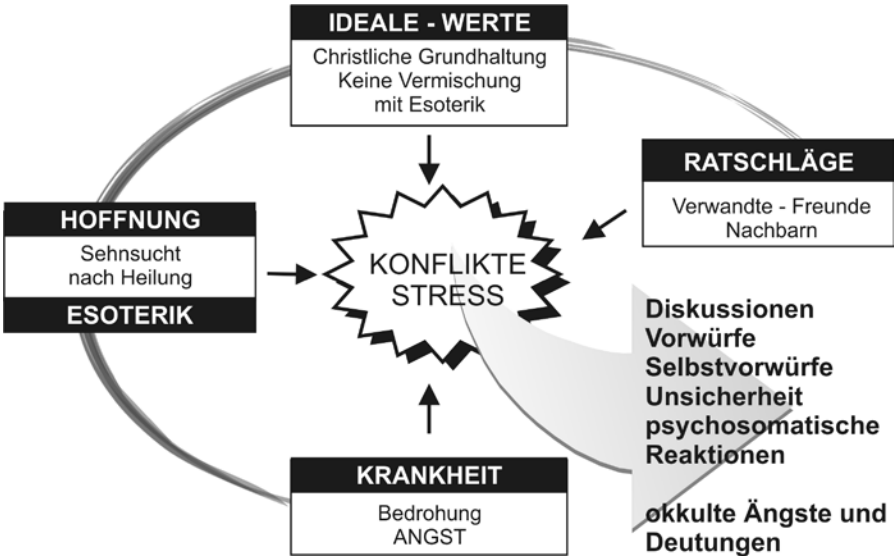
«Wer isst, der verachte den nicht, der nicht isst; und wer nicht isst, der richte den nicht, der isst; denn Gott hat ihn angenommen... Ein jeder sei in seiner Meinung gewiss.» (Römer 14:3,5)

WIE WIRKEN SICH GLAUBENSKONFLIKTE AUF DIE PSYCHE AUS?

Die Angst vor schwerer Krankheit führt oft zu einer Suche nach «Gesundheit um jeden Preis». Auch Christen gelingt es nicht immer, bei einer schweren Krankheit gleich zur Annahme des Leidens und zum Vertrauen auf Gottes Führung zu finden.

Die Versprechungen esoterischer Heilungsangebote, die Empfehlungen von Bekannten und der Wunsch alles Menschenmögliche zu tun, führen oft dazu, dass auch überzeugte Christen sich in zweifelhafte alternative Heilmethoden einlassen.

Dies kann große innere Spannungen auslösen, aber auch Konflikte mit der Umwelt (Familie, Freunde, Gemeinde). Diese Spannungen können sich dann auch in psychosomatischen Streß-Symptomen äußern. Manchmal werden sie als Hinweis auf eine okkulte Belastung gedeutet. Dabei wird außer acht gelassen, dass auch andere Spannungen ähnliche Symptome hervorrufen können.



Die Frage der «dämonischen Belastung»

In der kritischen Betrachtung der esoterischen Hintergründe vieler alternativer Heilmethoden liegt auch eine Gefahr für die Seelsorge.

Zu oft wurden die hier beschriebenen Praktiken als Checkliste für die Feststellung einer «okkulten Belastung» genommen. Davon leitete man dann alle Probleme ab, die fortan im Leben eines Menschen auftraten. Damit wird man aber der Not der Ratsuchenden nicht gerecht. Prof. Rohrbach hat einmal geschrieben: «Der Seelsorger muß sehr darauf achten, dass er den Mächten der Fin-sternis nicht Ehre gibt, indem er Schwierigkeiten und Belastungen vorschnell dämonisiert und verteufelt.»

In der Tat muß der Begriff der «okkulten Belastung» sorgfältig hinterfragt werden, ehe man ihn kritiklos zur Begründung für die Schwierigkeiten eines Menschen heranzieht. Da ist zuerst einmal festzuhalten, daß der Begriff in der Bibel nicht vorkommt. In den neutestamentlichen Briefen wird an keiner Stelle von einer «okkulten Belastung» durch die Berührung mit den heidnischen Praktiken gesprochen.

Vielmehr waren okkulte Praktiken ein Teil des heidnischen Lebensstils der damaligen Generation, der sogenannten «Werke des Fleisches».

Wegweisend für die Haltung des Apostel Paulus ist seine Aussage in Kolosser 2,7-9. Paulus baut auf eine zuversichtliche Verwurzelung im Glauben an Jesus Christus. Sie soll unser Denken und Handeln leiten. Wenn er nun auf die esoterisch inspirierten Praktiken zu sprechen kommt (V.8), so spricht er nicht von einem «dämonischen Einfluss» auf den einzelnen. Vielmehr bezeichnet er sie als «Philosophie», als Weltanschauungen, die im Grunde nichts anderes als «Lehren von Menschen» sind.

Wohl gründen sie sich auf die Vorstellung von kosmischen Einflüssen, doch darf aus dem Begriff «Mächte der Welt» nicht vorschnell abgeleitet werden, daß es bei jeder Berührung mit solchen Philosophien zu einer direkten dämonischen Beeinflussung kommt. Ja, Paulus geht noch einen Schritt weiter: er bezeichnet diese Lehren und Praktiken schlicht und einfach als «leeren Trug».

> «Sehet zu, dass Euch niemand einfange durch Philosophie und leeren Trug, gegründet auf die Lehre von Menschen und auf die Mächte der Welt und nicht auf Christus. Denn in ihm wohnt die ganze Fülle der Gottheit leibhaftig, und an dieser Fülle habt ihr teil in ihm, der das Haupt aller Mächte und Gewalten ist. »
>
> Kolosser 2, 8-10

WEITERE INFORMATIONEN:

Zur Diskussion um die «okkulte Belastung» vgl. auch:
S. Pfeifer: Okkulte Belastung im Spannungsfeld von Psychiatrie und Seelsorge.
Download als PDF von www.seminare-ps.net.

Hilfen zur Unterscheidung

Die nachfolgenden Fragen werden von von verschiedenen Personen unterschiedlich beantwortet, je nach dem, wie und bei welchem Problem sie eine Methode anwenden.

? PHILOSOPHISCHER HINTERGRUND:
Geht die Methode geschichtlich auf esoterische, okkulte oder spiritistische Vorstellungen zurück?

? ERKLÄRUNGSMODELL:
Lässt sich die Methode auch ohne okkulte bzw. esoterische Modelle erklären?

? WISSENSCHAFTLICHER NACHWEIS:
Ist die Wirksamkeit medizinisch nachweisbar? (z.B. Pflanzen ja, Abschirmgeräte nein).

? ANWENDUNGSWEISE HEUTE:
Erfolgt die Anwendung ohne die Vermischung mit okkulten bzw. esoterischen Praktiken? (Es empfiehlt sich, in diesem Zusammenhang die Literatur zu einer Methode durchzusehen und den Arzt oder Heilpraktiker nach seinen Auffassungen zu fragen).

BEISPIELE FÜR UNTERSCHIEDLICHE BEURTEILUNGEN

Homöopathie: Das Erklärungsmodell kommt ohne die esoterisch begründete «Potenzierung» nicht aus. Der wissenschaftliche Nachweis ist trotz vieler Versuche nicht gelungen. — Aber: einzelne Menschen haben gute Erfahrungen gemacht (Placeboeffekt?). Die Mittel sind rein biochemisch gesehen nicht schädlich. Besonders in Deutschland und England arbeiten auch viele christliche Heilpraktiker und Ärzte mit Homöopathie, ohne sich Gedanken über die Hintergründe zu machen.

Allgemeine Frage:
Kann ich Methoden oder Mittel anwenden, die heute überwiegend in einem esoterischen Kontext angewendet und propagiert werden?

Akupunktur: Die Methode baut auf esoterische Vorstellungen aus den orientalischen Religionen. Der wissenschaftliche Nachweis ist dürftig. — Aber: einzelne Menschen haben wohltuende Erfahrungen mit der Akupunktur gemacht (Placeboeffekt? Kurzdauernde Stimulation schmerzlindernder Substanzen?). Viele Ärzte und Heilpraktiker wenden heute die Akupunktur an, ohne sich Gedanken über die weltanschaulichen Hintergründe zu machen.

Entspannungstechniken: Hier gilt es zu unterscheiden zwischen bewährten Formen der Entspannung (vgl. Buch von M. Dieterich), die auch mit dem christlichen Glauben vereinbar sind, neuen Theorien mit mäßigem weltanschaulichem Überbau (z.B. Alexander– oder Feldenkrais-Methode) und östlich inspirierten Techniken (Yoga, TM, Reiki etc.)

Was können wir von der Alternativmedizin lernen?

Es wäre verfehlt, alternative medizinische Heilverfahren von vorneherein als «okkult» und von New Age-Philosophie durchdrungen abzutun. Vielmehr ist die Bewegung der alternativen Medizin als ein Aufruf an die Gesellschaft und im besonderen an die Kirche zu verstehen, ihre Einstellung zu Krankheit und Heilung kritisch zu überdenken.

> «Worum es geht, ist nicht die Etablierung einer alternativen Medizin, sondern ein alternativer Gebrauch der Medizin.»
>
> Thure von Uexküll

Eine biblisch fundierte Ganzheitsmedizin zielt darauf ab, den Menschen in der Gesamtheit seiner Lebensbezüge, von Leib, Seele und Geist zu sehen und zu behandeln. Neben der Anwendung anerkannter und wirksamer Heilweisen und menschlicher Zuwendung soll insbesondere die Beziehung des Patienten zu Gott gefördert werden.

Der bekannte Psychosomatiker Thure von Uexküll hat einmal geschrieben: «Worum es geht, ist nicht die Etablierung einer alternativen Medizin, sondern ein alternativer Gebrauch der Medizin». Dies erfordert ein Umdenken beim Arzt, beim Patienten und bei der christlichen Gemeinde:

- ***Der Arzt*** ist aufgerufen, seine Begrenzung zu erkennen und den Patienten in seinen gesamten Lebensbezügen zu erfassen: in seinen körperlichen, psychischen, sozialen und geistlichen Bedürfnissen.
- ***Der Patient*** sollte lernen, nicht Gesundheit um jeden Preis zu verlangen, sondern vielmehr eine neue Sicht des Lebens, sowie von Krankheit und Heilung aus der Sicht der Bibel zu entwickeln.
- ***Die Kirche*** schließlich bedarf einer vermehrten Wahrnehmung der Möglichkeiten zur Integration seelsorglicher Anliegen im Rahmen der bestehenden medizinischen Strukturen.

HINWEISE ZUM BERATENDEN GESPRÄCH IN ARZTPRAXIS UND KRANKENPFLEGE

1. ***So wenig wie möglich, so viel wie nötig:*** Das Anliegen, möglichst wenige Mittel einzusetzen und möglichst effektiv zu behandeln, ist der Hauptgrund für eine kritische wissenschaftliche Überprüfung aller Heilmethoden.
2. ***Weltanschauung:*** Das Sich-Einlassen in magische Rituale kann gerade bei sensiblen Menschen zu erheblichen Ängsten und Spannungen führen und sie in Gewissenskonflikte mit ihrem Glaubens-Hintergrund bringen.
3. ***Somatische Heilungserwartungen:*** Welche Erwartungen hat der Patient an die Heilmethode? Wird diese als Ergänzung zu medizinisch notwendigen Maßnahmen angewendet oder verhindert sie eine erfolgversprechende Behandlung?
4. ***Die emotionale Ebene:*** Alternativmedizin erfüllt oft das Bedürfnis nach Zuwendung, Aussprache und Hoffnung. Je nach Persönlichkeitsreife des Patienten kann das Abraten von einer alternativen Behandlung ohne entsprechende emotionale Auffangmöglichkeiten zu ernsthaften emotionalen Krisen führen, selbst wenn die Kritik objektiv durchaus berechtigt ist.

Zehn Thesen zu einer ganzheitlichen Medizin aus christlicher Sicht

1. JA zu einer ganzheitlichen Betrachtung des Menschen in allen seinen Lebensbezügen – jedoch auf der Grundlage des Wortes Gottes und des darin entwickelten Bildes vom Menschen. NEIN zu einer synkretistischen, pantheistischen Systemschau des Lebens, die aus dem Okkulten schöpft.

2. JA zu einem verantwortungsbewussten und zurückhaltenden Umgang mit den therapeutischen Möglichkeiten der modernen Medizin. NEIN zu einem Ersatz bewährter medizinischer Anwendungen durch eine naturheilkundliche und esoterische Therapienflut ohne wissenschaftliche Grundlage.

3. JA zu einer Betrachtung und Behandlung von Krankheiten unter Berücksichtigung geistlicher Einflüsse auf das menschliche Befinden. NEIN zu einer kosmischen Sicht des Krankheitsgeschehens auf dem Hintergrund östlicher Spiritualität.

4. JA zur Förderung der Eigenverantwortung und zur Unterstützung gottgegebener Selbstheilungskräfte. NEIN zu einer psychologischen Selbstverwirklichungs–Ideologie und zu Techniken, die Selbstheilungskräfte auf magischem und östlich-meditativem Wege fördern sollen.

5. JA zu einer Besinnung über dem Wort Gottes durch Bibellese und Gebet. NEIN zu meditativen und autosuggestiven Verfahren, die den Menschen nur auf sich selbst oder auf «geistige Kräfte» hinführen.

6. JA zum segnenden Gebet über Kranken im Rahmen der von Jakobus 5 gegebenen Anweisungen. NEIN zu Handauflegung und Massage, die «heilende Energie» auf den Patienten übertragen soll.

7. JA zur Offenheit für übernatürliche Heilung und Wunder durch das Wirken des Heiligen Geistes, im Rahmen der christlichen Gemeinde und im Kontext des Evangeliums. NEIN zur Geistheilung unter Zuhilfenahme von jenseitigen Kräften und Geistern.

8. JA zum Bekennen und zur Abkehr von okkulten Praktiken. Bei Unsicherheiten in der Beurteilung einer Heilmethode eher zum Verzicht raten. NEIN zur vorschnellen und einseitigen Erklärung psychischer und somatischer Beschwerden durch eine «okkulte Belastung» wegen einer Behandlung mit alternativen Heilmethoden.

9. JA zur Realität der Vergänglichkeit, Anfechtbarkeit und Schwachheit des Menschen in dieser Welt. NEIN zu einer Betonung der Gesundheit als Ausdruck der Harmonie mit Gott.

10. JA zur Betonung von Gottes Wirken auch im Leiden, sei es zur inneren Reifung eines Menschen oder aber auch zur Erzeigung seiner Kraft in der Schwachheit. Die christliche Gemeinde hat einen wesentlichen Auftrag zu einer ganzheitlichen Betreuung kranker Menschen, die nicht nur Heilung, sondern auch das Tragen der Schwachen miteinschließt.

Vom Umgang mit Schwachheit und Krankheit

Wir haben gesehen: Nicht nur die Medizin muß sich ändern. Auch die Patienten müssen umdenken und ihr Streben nach «Gesundheit um jeden Preis» relativieren in der schmerzlichen Wirklichkeit unserer Grenzen und unserer Schwachheit.
Wir alle müssen lernen, mit unserer Unvollkommenheit und Vergänglichkeit zu leben. Besser als jede Abhandlung wird dies ausgedrückt in dem bekannten Gebet von Blaise Pascal:

«Herr, ich bitte Dich nicht um Gesundheit,
auch nicht um Krankheit,
nicht um Leben und nicht um Tod.
Aber darum bitte ich Dich,
dass Du verfügen mögest
über meine Gesundheit und über meine Krankheit,
über mein Leben und über meinen Tod
zu deinem Ruhm, zu meiner Errettung
und zum Nutzen der Gemeinde und Deiner Heiligen,
deren einer ich durch Deine Gnade sein möchte.
Du allein weißt, was mir dienlich ist,
Du bist der unumschränkte Herr;
tue mit mir nach Deinem Willen.
Gib mir oder nimm von mir,
nur mache meinen Willen übereinstimmend
mit dem Deinen!»

Internet-Ressourcen

www.gesund.ch: Eine Fülle von esoterisch geprägten Informationen zu über 50 alternativen Heilmethoden.
www.quackwatch.com: kritische Informationen über alternative Heilweisen.

ALLGEMEINER HINWEIS:
Unter der Adresse ***www.google.de*** können Sie jedes Schlagwort im Netz finden.

ANHANG

Folgende Bücher von Dr. Samuel Pfeifer zur Thematik sind in gedruckter Form erhältlich:

Samuel Pfeifer
Die Schwachen tragen. Psychische Erkrankungen und biblische Seelsorge.
Brunnen Verlag Basel.
ISBN 978-3-7655-1266-7

Samuel Pfeifer
Wenn der Glaube zum Konflikt wird. Wege zur inneren Heilung.
Brunnen Verlag Basel.
ISBN 978-3-7655-1437-1

Samuel Pfeifer
Der sensible Mensch. Leben zwischen Begabung und Verletzlichkeit.
SCM Hänssler Verlag, Holzgerlingen.
ISBN 978-3-7751-5400-0

Samuel Pfeifer und Hansjörg Bräumer
Die zerrissene Seele. Borderline und Seelsorge.
SCM Hänssler Verlag, Holzgerlingen.
ISBN 978-3-417-20644-9

Samuel Pfeifer
Depression – Krankheit der Moderne.
SCM Hänssler Verlag, Holzgerlingen.
ISBN 978-3-7751-5179-5

Wolfgang J. Bittner und Samuel Pfeifer
Auf der Suche nach Gesundheit – Chancen und Grenzen der Alternativmedizin.
SCM R. Brockhaus Verlag
ISBN 978-3-417-26239-1

Gedruckte Hefte

Alle Seminarhefte in diesem PDF-Handbuch sind auch in gedruckter Form im Verlag der Klinik Sonnenhalde (Riehen bei Basel) erhältlich - Bestelladressen finden Sie am Schluss:

Depression verstehen und bewältigen.
ISBN 978-3-905709-16-2
Borderline – emotional instabile Persönlichkeitsstörung. Diagnose, Therapie, Seelsorge.
ISBN 978-3-905709-19-3
Psychosomatik – Wie können wir die Sprache des Körpers verstehen?
ISBN 978-3-905709-20-9
Schlafen und Träumen. Schlafstörungen – Diagnose und Therapie.
ISBN 978-3-905709-21-6
Zwang und Zweifel. Therapie und Seelsorge bei Zwangsstörungen (OCD).
ISBN 978-3-905709-26-1
Internetsucht: Die dunkle Seite des Netzes.
ISBN 978-3-905709-27-8
Angst verstehen und bewältigen.
ISBN 978-3-905709-23-0

Schizophrenie – Diagnose, Therapie, Seelsorge.

ISBN 978-3-905709-18-6

Stress und Burnout verstehen und bewältigen.

ISBN 978-3-905709-25-4

Wenn Sensibilität zur Krankheit wird.

ISBN 978-3-905709-24-7

Spannungsfeld Alternativmedizin, Psyche und Glaube.

ISBN 978-3-905709-14-8

BEZUGSQUELLE FÜR GEDRUCKTE HEFTE:

Schweiz:

Psychiatrische Klinik Sonnenhalde
Gänshaldenweg 28
CH-4125 Riehen - Schweiz
Tel. (+41) 061 645 46 46
Fax (+41) 061 645 46 00
ONLINE-Bestellung: www.seminare-ps.net
E-Mail: seminare@sonnenhalde.ch

Deutschland / EU:

Alpha Buchhandlung
Marktplatz 9
D-79539 Lörrach
Tel. +49 (0) 7621 10303
Fax +49 (0) 7821 82150