

# Optimierung der Aussagekraft, Reliabilität und Effizienz bestehender Fachliteratur zu Genese, Phänomenologie, Aufrechterhaltung und Therapie der Zwangserkrankung durch Einbezug von Erfahrungswerten persönlich Betroffener.

Eine Auswertung krankengeschichtlich gewonnener Resultate zu Ursachen, Symptomatik und Heilung der Zwangskrankheit

## VORWORT

### 1. Geschichtliches

1838 liest man in den Schriften des französischen Arztes Esquirol den Begriff „la maladie de doute“, eine etwas respektvollere und sachlichere Abwandlung des im Volksmund anzutreffenden „la folie de doute“; zu deutsch: „die Zweifelkrankheit“, beziehungsweise „die Zweifelverrücktheit“. Spuren eines ersten ernsthaften und wissenschaftlichen Umganges mit einem psychopathologischen Phänomen, welches -insofern es überhaupt wahrgenommen wurde- bis dahin von Glaubensdogmatikern zusammen mit den wesentlich auffälligeren Phänomenen Schizophrenie und Epilepsie als anschaulicher „Beweis“ für „Besessenheit“ gedeutet und mißbraucht wurde. Sehr wahrscheinlich war sich Esquirol -ebenso wie die Kollegen seiner Zunft im 20. Jahrhundert- nicht darüber bewußt, daß er mit seiner Formulierung der Wahrheit sehr viel näher kam, als dies in „Fachkreisen“ heutzutage der Fall ist. Im deutschsprachigen Raum beispielsweise vollzog sich seither eine häufige begriffliche Wandlung des hierzulande üblichen (aber nicht gleichwertigen) Pendantes um den Wortstamm „Zwang“. Nicht gleichwertig deshalb, weil der Begriff „Zwang“ Aspekte des hier zu besprechenden Krankheitsbildes betont, welche zu Fehlinterpretationen beim Verständnis der Zusammenhänge und Ursachen im Hintergrund geführt haben. Nicht viel aufschlußreicher gestaltet sich die erweiternde Formulierung „obsessions and compulsions“ aus dem englischen Sprachraum (-wobei mit „obsessions“ eine eher wahnhaft, statt glaubensgedeutete „Besessenheit“ gemeint ist-).

Zurück zum deutschsprachigen Raum, denn von hier aus -genauer gesagt in Österreich- erfährt die sich entwickelnde psychologische Forschung weltweit eine peinliche (und bis heute spürbare) Orientierungswendung, die allein auf die abstrusen Vorstellungen des Wiener Neurologen Sigmund Freud zurückgehen. Die von ihm entwickelte (und von vielen Nacheiferern weitergesponnene) selbsternannte „Psychoanalyse“ und die daraus entstandene Therapievorstellung haben unter anderem auch auf die Auffassung der Krankheit, von der hier die Rede ist, und ganz besonders auf deren Behandlung unrühmlichen Einfluß genommen. Die „Zwangsneurose“, wie Freud sie zu nennen pflegte, sollte seiner (-ebenso krankhaft anmutenden-) Vorstellung nach als ein Konflikt zwischen „Es“ und „Über-Ich“ aus unterdrückten Trieben, ja sogar aus dem heimlichen Wunsch, Tabus zu brechen, resultieren. Als sich die von ihm nach seinen Lehren behandelten Einzelfälle jedoch als äusserst „resistent“ gegenüber „psychoanalytisch“-orientierter Intervention erwiesen, erklärte Freud -statt die „Psychoanalyse“ für verfehlt- kurzerhand die vorliegende Krankheitsform für mehr oder weniger „unheilbar“. Diese wirklicheferne Vorstellung hielt sich -allgemein anerkannt-, bis in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts Experimente mit Patienten zeigten, daß die nun in „Zwangskrankheit“ umgetaufte Erkrankung erfreulich gut auf verhaltenstherapeutische Intervention anspricht.

Jahrzehntelang, auch noch lange Zeit nach dem Durchbruch des verhaltenstherapeutischen Verfahrens namens „Exposition und Reaktionsverhinderung“ speziell für die „Zwangskrankheit“, war Fachliteratur über dieses psychiatrische Phänomen ebenso spärlich, wie der Informationswert der meisten dieser Veröffentlichungen. Die zusammengetragenen Erkenntnisse und Modell-Spekulationen reichten gerademal dazu aus, um ein Vielfaches an neuen Fragen aufzuwerfen. Nun, um die neuerliche Jahrhundertwende herum, nimmt die Zahl der Berichte, und sogar ganzer Bücher erstaunlich zu, jedoch mit sehr unterschiedlichen Resultaten, was den bereits erwähnten Informationswert anbelangt. Was war geschehen? Während sich die differenzierte Forschung (und speziell etwaige damit verbundene Erkenntnisfortschritte) auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie letztlich doch eher in Grenzen hielt, machten Pharmakologen und später auch Neurochemiker Entdeckungen bezüglich der physiologischen Symptomatik der „Zwangskrankheit“, welche zwar die Lehrmeinung und die psychiatrische Versorgungssituation weiter revolutionierten, dies aber nicht immer zum Vorteil für die Betroffenen. Traurigstes Beispiel sind hierbei die Ergüsse des amerikanischen Professors Jeffrey M. Schwartz, der ein -ohne es zu merken- kontraproduktives und schädliches „Selbsthilfefahren“ für Patienten ersponnen und veröffentlicht hat. Lachender Dritter ist bei alledem die Pharmaindustrie, denn diese „Symptome-Verhaftetheit“ der gegenwärtigen Forschungstendenz wurde angeheizt durch die Entdeckung, daß „Zwangskrankheit“ -die eine enge Komorbidität mit der Depression aufweist- auch signifikant durch Antidepressiva beeinflussbar ist. Logische Folge aus dieser liebgewonnenen Symptomediskussion schien dann auch zu sein, daß diese Krankheit in den vielsagenden Mode-Ausdruck „Zwangsstörung“ umbenannt werden mußte.

### 2. zur aktuellen Situation

Ob nun in die Etikettierung „Zwangsneurose“, „Zwangskrankheit“, „Zwangsstörung“ oder „Zweifelkrankheit“ oder sonstwo „hineingezwängt“, die Faszination und die Rätsel um dieses Krankheitsbild bleiben davon unberührt und unverändert. Selbst wer bereits oberflächlich Informationen zu dieser Krankheit aufgeschnappt oder sich angeeignet hat (-sei es durch Boulevard-Medien, Fachliteratur, Studiengänge oder gar eigene Erlebnisse im Umgang mit Betroffenen-) wird dadurch aller Wahrscheinlichkeit nach für sich nur die Zahl neuerlich auftauchender Fragen und Ungereimtheiten erhöht haben. Jene, die die Unzureichendheit ihrer Vorstellungen und Kenntnisse über diese Krankheit am beharrlichsten leugnen sind dabei die selbsternannten Experten, die akademischen „Fachkräfte“, die sich nichts desto trotz aufgrund ihrer Position berufen fühlen, in Fragen und Entscheidungsfällen (-weniger hingegen bei der ermüdenden therapeutischen Routinearbeit-) bezüglich der Betroffenen und ihrer Situation die Rolle der letzten und einzigen Instanz

einzunehmen, wie der Papst für unmündige Katholiken. Zu bedauern ist vor allen Dingen die subjektive Art wissenschaftlichen Arbeitens, die soweit geht, daß von Nicht-Akademikern grundsätzlich keine Anregungen akzeptiert werden, egal von welchem Wert diese sein mögen. Daß allerdings nur ignorante Ablehnung, und keine Argumente zurückkommen, macht die tatsächlichen Defizite der Sachkenntnis sogenannter Spezialisten sichtbar. Doch die Erkrankung, von der hier die Rede ist, gibt selbst den persönlich davon Betroffenen Rätsel auf, so daß allein die Ohnmacht des fehlenden Wissens über ihren eigenen Zustand einen beträchtlichen Teil ihres Leidens ausmacht. Da die allgemeine Öffentlichkeit noch wesentlich weniger mit besagtem Krankheitsbild anzufangen weiß, schämen sich die meisten Betroffenen ihres Zustandes, und leben in der nicht ganz unberechtigten Angst, von ihren Mitmenschen für „verrückt“ erklärt zu werden. Die daraus resultierende enorme Tendenz der Betroffenen, ihre Situation selbst vor engsten Angehörigen zu verheimlichen, trägt sicherlich nicht dazu bei, dem vorherrschenden Aufklärungsnotstand Abhilfe zu schaffen. Doch auch die allgemein-flächendeckende ärztliche Versorgungssituation gestaltet sich in vielen Fällen derart desolat, daß eine Vielzahl von praktizierenden Neurologen und Psychiatern nicht in der Lage ist, eine solche Krankheit verlässlich zu diagnostizieren, so daß eine noch grössere Zahl von Fällen unerkannt, und somit von vornherein falsch behandelt bleibt. Kommt es zur richtigen Diagnose, lassen dann meist die eingeleiteten Behandlungspläne sehr zu Wünschen übrig: Viel zu oft werden noch reine Medikamente-Kuren (zum Teil auch mit Neuroleptika und Benzodiazepinen) oder „psychoanalytisch-/ tiefenpsychologische“ Sitzungen verschrieben. Bisweilen geschieht -nicht zuletzt mangels geeigneter therapeutischer Anlaufstellen oder freier Therapieplätze- gar nichts. Sind neueste Schätzungen realistisch, so stellt diese „Zwangs“-Krankheit die 4.-häufigste psychische Erkrankung weltweit dar.

### 3. zur Phänomenologie

Der Begriff „Zwang“ findet manifolde Verwendung und beschreibt unterschiedlichste Umstände. Doch was ist nun konkret unter dem hier gemeinten Phänomen zu verstehen? Sogar im abgegrenzten Bereich der Psychologie hat die Bezeichnung „Zwang“ verschiedene Bedeutungen:

Grundsätzlich kann man darunter jedes Erleben von Nötigung durch physische oder psychische Einflüsse, Gegebenheiten oder Bedingungen verstehen, welche eine -überwiegend unfreiwillig und unangenehm erlebte- Einschränkung oder Umänderung von Möglichkeiten zur Folge hat.

Eher subjektiver Art sind „Zwänge“, die nicht nur psychisch erfahren werden, sondern auch psychisch bedingt sind (ohne daß diese deshalb verächtlich nur als „eingebildet“ abgestempelt werden sollten):

Als „zwanghaft“ bezeichnet man beispielsweise eine Persönlichkeit, die in übertriebenem Maße gewissenhaft, diszipliniert, sorgfältig, genau, verlässlich, vorsichtig, absichernd, planerisch, beherrscht, unflexibel, kompromißverweigernd, starrsinnig, unnachgiebig, skeptisch, mißtrauisch, in-Prinzipien- & schwarz-weiß-denkend auftritt. Solche Personen erlegen sich selbst gerne „Zwänge“ auf, lieben Rationales, Berechenbares, Regelmäßiges, Verlässliches, Beherrschbares, Kontrollierbares, Allgemeingültiges, und ziehen das einzige Gefühl der Freude aus der freiwilligen Eindämmung oder aber auferlegten Erduldung des Emotionalen. Der überwiegende Teil ihres Verhaltens ist vom stets gleichförmigen Ablauf selbstgeschaffener Rituale geprägt: Sie putzen, sammeln, ordnen, kontrollieren, überprüfen, korrigieren, bemängeln und kritisieren über das erträgliche Maß hinaus. Bei allen Schwierigkeiten aber, die diese Personen mit sich selbst und im Umgang mit anderen haben, erleben „Zwanghafte“ ihre Situation letztlich als weitgehend befriedigend und vor allem in Übereinstimmung mit ihrer eigenen Persönlichkeit.

Gerade dies ist aber ein Umstand, der „Zwanghafte“ grundsätzlich von jener Gruppe von „Zwangs-Kranken“ abgrenzt, mit welchen sich diese Abhandlung beschäftigen soll:

Was liegt für ein „Zwang“ vor, bei denen, die mindestens genauso oft putzen, desinfizieren, sammeln, horten, ordnen, kontrollieren, überprüfen, korrigieren, und mit nichts zufriedenzustellen sein scheinen, wie die „Zwanghaften“, hingegen aber unter ihrer Situation ausschließlich leiden, welche sie darüberhinaus als nicht übereinstimmend mit ihrer eigenen Persönlichkeit erleben? Was muß man sich realistischerweise unter einem sogenannten „Waschzwang“, einem „Kontrollzwang“, einem „Sammel- und Hort-Zwang“, einem „Zählzwang“, „primärer „zwanghafter“ Langsamkeit“ oder Vergleichbarem vorstellen? Was sind insbesondere „Zwangsgedanken“ und „Zwangsvorstellungen“, zu denen es bei „zwanghaften“ Persönlichkeiten kein entsprechendes Pendant gibt?

### 4. über Zweck und Adressierung dieser Abhandlung

Von einer größeren Zahl von Verlagen ist dieses Manuskript in der Vergangenheit abgelehnt worden, mit der Begründung, daß es nicht in das „Konzept“ der übrigen Erscheinungen passe. Das erscheint insofern plausibel, als die Autorengruppenzugehörigkeit, der Erzählmodus und die Zielgruppenzugehörigkeit schwer „unter einen Hut zu bringen“ sind. Neben reiner „Hochschul-Hochnäsigkeit“ ist es auch die Zusammenführung von Angebot und Nachfrage, die es schwierig macht, ein Buch zu veröffentlichen, welches aus der Feder nichtakademischer Betroffener stammt, wie ein sachliches Nachschlagewerk verfaßt ist, und sich sowohl an Psychologen und Therapeuten (zur Weiterbildung und zur Behandlungsgestaltung) einerseits, als auch an Betroffene (als Hilfe zur Selbsthilfe), deren Angehörige (zur Aufklärung und Hilfe) andererseits, und auch an jeden anderweitig ernsthaft daran Interessierten richtet.

Da es sich bei dieser Abhandlung aber weder um fiktive Epik handelt, noch dagegen ausreichend bzw. den Ansprüchen gerecht werdende, brauchbare Fachliteratur -sei es für Psychologen oder Betroffene- auf dem gegenwärtigen Buchmarkt vorfindbar ist, muß den Worten Herrn Professor Dr. Hans S. Reinecker's von der Uni Bamberg widersprochen werden, der da schriftlich an diesem Manuskript bemängelte, „ein Mitteilungswert scheine ihm seines Erachtens kaum gegeben“. Letztlich sind es nur die unmittelbar Betroffenen selbst, die ermessen können und sollten, ob die Inhalte dieser Niederschrift von Wert für sie sind oder nicht. Diese Zeilen sind schließlich auch nur Quintessenz von persönlichen Erfahrungen „direkt am Geschehen“. Lassen wir den Betroffenen die Chance, den Beweis dafür zu erbringen.

# ZULASSUNGSARBEIT zur (Wieder-)Teilnahme am Leben

## **ZWANGHAFTER ZWEIFEL**

## **ZWEIFELHAFTER ZWANG**

### **DIE KRANKHEIT DES VERTRAUENSVERLUSTES IN DIE EIGENEN GEFÜHLSREAKTIONEN**

**Eine Beschreibung der unverstandendsten, verheimlichtsten und dennoch  
so nachvollziehbaren Gefühlsbeeinträchtigung**

**ERGEBNISSE EINER SELBSTBEOBACHTUNG**  
aus 7 ½ Jahren Krankheit entsprechend 7 ½ Jahren Selbstversuch

#### **(Gedanken zur Zwangskrankheit)**

“Das größte Rätsel am Phänomen der Zwangskrankheiten stellen diejenigen Menschen dar, welche **nicht** davon betroffen sind. Woher beziehen diese Menschen ihre Gelassenheit oder gar ihre Gewißheit von Unbedenklichkeit ? Ist die Welt denn nicht voller Gefahren, voll Schmutz, voller Gewalt und voll böser Gedanken?

Um Zwangskranke verstehen zu können, müssen daher zuerst unsere irrigen Vorstellungen über Nichtzwangskranke erkannt und korrigiert werden.”

Die Grenze zwischen Depressiven, Zwangskranken und allen Nicht-Depressiven, Nicht-Zwangskranken ist auch zugleich die Grenze des Verständnisses zwischen diesen zwei Möglichkeiten: nämlich das nicht-vorhandene, beziehungsweise vorhandene Selbstverständnis der eigenen Gefühlswelt.

Die Zwangskrankheit wurde von Betroffenen selbst als “Verrücktheit bei vollem Verstand” beschrieben; sie ist aber genauer gesagt ein “Persönlichkeits- & Selbstkontrollverlust bei klarem (Verantwortungs-)Bewußtsein”.

“Die Wahrnehmungswelt des Zwangskranken ist wie ein Klang ohne Hall.“

“Der Zwangskranke gleicht dem Insassen eines Gefängnisses, dessen Tor **unverschlossen** ist. Doch der Zwangskranke gelangt nicht in die Freiheit, so sehr er auch versucht, das Tor aufzudrücken,.....denn es öffnet sich nur auf Zug.”

Zwangsgedanken zuzulassen ist wie die Überwindung des Unbehagens den Finger weit in den Hals zu stecken, um das Gift auszuspucken, das ansonsten weiterhin seine schädigende Wirkung entfaltet. Dementsprechend ist die Erlösung durch die gleichzeitig aufkommende Verhaltenssicherheit wie das erleichterte Zittern nach dem Erbrechen.

“Ich denke, also bin ich!“, sagt der Von-der-Zwangskrankheit-Verschonte.

“Ich fühle, also bin ich!“, sagt der Von-der-Zwangskrankheit-Geheilte.

# INHALTSVERZEICHNIS

(Gliederung)

## **1. WAS IST EINE "ZWANGSKRANKHEIT" ?**

- 1.1 ANZEICHEN UND KRITERIEN FÜR DAS VORLIEGEN EINER "ZWANGSKRANKHEIT"
- 1.2 DIE ERSCHEINUNGSFORMEN UND INHALTE VON "ZWANGSKRANKHEITEN"
- 1.3 FESTSTELLUNG UND FESTLEGUNG DER GRUNDMERKMALE

## **2. WAS IST ZWANGHAFT, WAS IST ZWEIFELKRANK ?**

- 2.1 SINN UND ZWECK VON GEFÜHLSTRIEBEN (STAMMHIRN)
- 2.2 SINN UND ZWECK VON SOLLN (ENDHIRN)
- 2.3 DIE ZWANGHAFTHEIT PERSÖNLICHKEIT

## **3. WIE ENTSTEHT UND FUNKTIONIERT DIE ZWEIFELKRANKHEIT ?**

- 3.1 DIE ENTSTEHUNGSABLÄUFE DER ZWEIFELKRANKHEIT
  - der "Schluckzweifel"
  - die Grundbedingung zur Entstehung von Zweifelkrankheit
  - Möglichkeiten des Zustandekommens der Grundbedingung
- 3.2 DIE FUNKTIONSABLÄUFE DER ZWEIFELKRANKHEIT
- 3.3 DIE FOLGEABLÄUFE DER ZWEIFELKRANKHEIT
  - die symptomatischen Verhaltensreaktionen
  - der Teufelskreis der Zweifelkrankheit
  - die physiologischen und psychosomatischen Äusserungen der Zweifelkrankheit
  - Liegt die *Ursache* der Zweifelkrankheit in einer Zweckdienlichkeit begründet ?

## **4. WARNHINWEISE ZUR ABLENKUNGSSTRATEGIE**

- 4.1 FACHLITERARISCHE KONTRAINDIKATION
- 4.2 DIE GEFAHREN DES VERDRÄNGUNGSVERHALTENS
  - allgemeine Warnung
  - Vergleich der Krankheitsbilder (Zweifeln/Zerstören)
- 4.3 DAS VERDRÄNGUNGSVERHALTEN BEI ZWEIFELKRANKHEIT ("die Schwartz'sche Zerstreuungssucht")
- 4.4 WARNHINWEISE ZU EINGRIFFEN IN DAS GEHIRN

## **5. WELCHE AUSWEGE AUS DER ZWEIFELKRANKHEIT GIBT ES ?**

- 5.1 DIE BEWÄLTIGUNG DER KRANKHEITSURSACHE
  - **das gedankliche Umbewertungsverfahren**
  - **das verhaltenstherapeutische Verfahren**
- 5.2 DIE BEWÄLTIGUNG DER KRANKHEITSAUFRECHTERHALTUNG
  - **das Hypnoseverfahren**
  - **das wahrnehmungs-verhaltenstherapeutische Verfahren**
    - (I).bedingungslose Wahrnehmung der AUSLÖSEREIZE und GEFÜHLSREAKTION(EN)
    - (II).bedingungslose Zweifel-ZUWIDERHANDLUNG
- 5.3 DIE BEWÄLTIGUNG DER KRANKHEITSVERDRÄNGUNG

## **6. WEITERFÜHRENDE UND STABILISIERENDE THERAPIE**

- 6.1 NACHTRÄGLICHE, RÜCKWIRKENDE FOLGEPROBLEME BEI EINER HEILUNG
- 6.2 DIE 2 STUFEN DER ÜBERWINDUNG DER ZWEIFELKRANKHEIT
  - die I. Stufe
  - die II. Stufe
- 6.3 GRUNDSÄTZLICHE SCHWIERIGKEITEN DER II. THERAPIESTUFE
- 6.4 DIE GENERALISIERTE ANGST(AUSLÖSUNG)
- 6.5 RATGEBER FÜR ANGEHÖRIGE VON ZWEIFELKRANKEN

## **7. PERSÖNLICHER RATGEBER ZU WEITEREN VERÖFFENTLICHUNGEN**

- gute Ergänzungen zu vorliegender Niederschrift
- bedingt Empfehlenswertes
- kaum Brauchbares
- unsinnige bzw. unverantwortbare Literatur
- Berichte von Betroffenen

# 1. WAS IST EINE “ZWANGSKRANKHEIT“ ?

## 1.1 ANZEICHEN UND KRITERIEN FÜR DAS VORLIEGEN EINER “ZWANGSKRANKHEIT”

(In weitestgehender Übereinstimmung mit dem offiziellen Diagnosekatalog nach DSM-IV):

1. Die Person leidet unter sich wiederholenden und andauernden Zweifelanfällen / der Ungewißheit, ob Gedanken, Vorstellungen oder tatsächliches Eintreffen von ganz bestimmten Gefahren oder moralischen Verfehlungen ausgeschlossen sei, bzw. wirklich nicht ihrem persönlichen Charakter entspreche.

Die wesentlichen Zusammenhänge und Hintergründe dieser Krankheit sind vielen Zwangskranken oft selbst nicht wirklich klar ;daher kann es sein, daß der Betroffene seine Beschwerden eher als “Zwang”, bestimmte unerwünschte Gedanken oder Vorstellungen immer wieder ins Bewußtsein rufen zu müssen, beschreibt.

2. Das Vorhandensein dieser Zweifel/Zwänge bedeutet einen erheblichen Leidensdruck für den Betroffenen, welcher keinem wirklichen Angstzustand, sondern vielmehr einer panischen Anspannung, Unruhe, Nervosität oder Gereiztheit entspricht. Zudem können die Zweifel/Zwänge eine depressive Verstimmung hervorrufen, die destruktive Schuldgefühle oder Hoffnungslosigkeit zum Inhalt hat.

3. Die Person erfährt diese Zweifel/Zwänge (wahrheitsgemäß) als ein Produkt des eigenen Geistes (-nicht wie etwa bei Schizophrenie als “Eingebung von Aussen”-). Die Gedanken oder Vorstellungen sind kein Vorwand; ihre Inhalte entsprechen den Aversionen und Tabus des Betroffenen. Der Betroffene erfährt sich selbst als nicht vollständige Persönlichkeit; sein Zugang zu seiner eigenen Gefühlswelt ist beeinträchtigt (eingeschränkt); er tendiert zu nüchterner Rationalität und Gefühlsarmut.

4. Die Person setzt den Gedanken und Vorstellungen einen -allerdings aussichtslosen- Widerstand entgegen. Sie versucht unermüdlich aber vergeblich, selbige zu ignorieren, bzw. zu unterdrücken oder zu neutralisieren. Das geschieht mithilfe anderer (-erwünschter!-) Gedanken oder auch Tätigkeiten. Diese “freiwilligen” Gegenmaßnahmen stellen die eigentlichen, sogenannten “Zwangshandlungen” dar. Es ist möglich und sogar wahrscheinlich, daß der Betroffene im Verlauf seiner Krankheit zu der Einsicht gelangt, daß seine Gegenmaßnahmen übertrieben bzw. nicht letztendlich zielführend sind. Dennoch wird er seine Rituale weiterbetreiben, da diese kurzfristige Gelassenheit bewirken, bzw. als “Abbuße” für Schuldgefühle dienen.

Es bestehen viele Möglichkeiten gezwungenen, reglementierten Verhaltens oder gleichförmig ablaufender Verhaltensmuster. Der Verdacht auf eine Zwangskrankheit ist aber nur dann angezeigt, wenn das betreffende Verhalten 1.) belastend und 2.) nicht zweckmäßig bzw. zielführend ist.

## 1.2 DIE ERSCHEINUNGSFORMEN UND INHALTE VON “ZWANGSKRANKHEITEN“

Ich will mich kurz fassen, und nur über bisher Nichtbekanntes bzw. Falscherkanntes Bericht erstatten; deshalb überlasse ich es dem Interessierten, die elementarsten Kenntnisse der Symptomatik von “Zwangserkrankungen” aus den bestehenden Veröffentlichungen zu entnehmen. Den Betroffenen werden diese Informationen ohnedies bereits aus leidvoller Erfahrung bekannt sein.

Viele Psychologen beschäftigt die Frage: "Was bestimmt, welche Zwangsinhalte auftreten, welche nicht?", "Warum können sich diese Inhalte im Verlauf der Zeit ändern, wobei in den meisten Fällen nur zusätzliche Inhalte hinzukommen? bzw. "Warum sind Waschen und Kontrollieren die häufigsten Zwangsinhalte?"

Es gibt theoretisch unendlich viele Formen von Zwangsinhalten. Wenn eine Person die Grundvoraussetzungen\* einer Zwangskrankheit aufweist, dann zweifelt sie an allem, wovon sie eindeutige Gewißheit (d.h. das Empfinden von Gewißheit) haben möchte.

Daß Befürchtungen über Verseuchung oder andere Möglichkeiten der Gesundheitsgefährdung für sich selbst oder andere am häufigsten vorkommen, liegt daran, daß diese Umstände eine zentrale Rolle in den Bedürfnissen eines jeden Menschen einnehmen.

Auslöser für Zwangssymptome sind alle Reize, die dem Zwangskranken seine Unsicherheit zu Bewußtsein kommen lassen. Individuell variierende gedankliche Verbindungen (Assoziationen) bestimmen dabei, welche themafernen Reizsituationen zweifelauslösend wirken. Aus diesem Grund sind zweifelauslösende Reizsituationen vielfältiger, vielzähliger und mehr Wandlungen unterworfen, als die Zweifelinhalte, mit denen sie assoziiert werden.

Beispiel einer möglichen Gedankenverbindung eines Zwangskranken:  
das Wort "Lippenstift" → Farbe Rot → Feuerwehr → Hausbrand → ZWEIFEL, ob der Herd ausgeschaltet ist

(\* Diese werden ab dem nächsten Kapitel erklärt.)

## 1.3 FESTSTELLUNG UND FESTLEGUNG DER GRUNDMERKMALE

Die Spekulationen, die seit jeher über Ursache und Funktionszusammenhänge der Zwangskrankheit angestellt wurden, sind größtenteils nicht minder verrückt, als die Krankheitssymptome selbst. Dabei vertreten einige studierte Mediziner im Zeitalter der Wissenschaft ähnlich unsinnige und bedenkliche Ansichten, wie unsere schamanischen Vorfahren, die bis ins 19. Jahrhundert hinein "Besessenheit durch den Satan" diagnostizierten. Die aufgestellten Vermutungen reichen von "Geisteskrankheit" über "ausser Kontrolle geratene, angeborene Verhaltensprogramme", "Form von Schizophrenie", bzw. "Abwehrversuch gegen eine beginnende Schizophrenie", "serotoninbedingte Hemmungslosigkeit und Irrationalität wie bei Verliebten", bis zu dem "analsadistischen Wunsch", diese Horrorvorstellungen wirklich ausleben zu wollen. Die Konsequenzen, die sich aus solchen Diskussionen für den Zwangskranken ergeben, sind bestenfalls die, daß sich am Zustand desselben gar nichts ändert.

Daß aber ICH ein Nachschlagewerk über das Wesen und die Heilung von Zwangskrankheiten veröffentliche, gleicht einem schulmedizinischen Sakrileg: schließlich habe ich ja keine Ahnung, wovon ich schreibe, da ich ganz ohne akademischen Grad, und nur Betroffener bin. Deshalb schreibe ich die nun folgenden Thesen in erster Linie für Zwangskranke, die dann selbst entscheiden können, ob diese Aussagen auf sie zutreffen:

Eine Zwangserkrankung ist die Verhaltensunsicherheit in der Einhaltung geistig vorgegebener Ge- bzw. Verbote für das eigene Verhalten.

Was allerdings erst zum wirklichen Verständnis der Zwangsproblematik führt, ist das Wissen über die Umstände, die eine solche Verhaltensunsicherheit erzeugen:

Die Verhaltensunsicherheit von Zwangskranken ist Folge eines Mangels an ausreichend starker Gefühlsgetragenheit von absoluten geistigen Verhaltensmaßgaben.  
Das heißt: Die Verhaltensunsicherheit bei Zwangskrankheit entsteht, wenn absolute geistige Verhaltensmaßgaben nicht ausreichend durch bestätigende Gefühlsreaktionen (mit gleicher Zielsetzung) unterstützt werden.

Kurz gesagt: Die Grundproblematik einer Zwangserkrankung ist eine Unvereinbarkeit von geistigem Willen und Gefühl, welche in denjenigen Situationen zur Belastung wird, in denen der Betroffene nach Gewißheit verlangt. Im Gegensatz zu Angsterkrankungen, bei denen die Verhaltensunsicherheit durch zu starke Gefühle der Unsicherheit bedingt ist, entsteht die Verhaltensunsicherheit bei der Zwangskrankheit durch zu schwache Gefühle der Sicherheit.  
Die Zwangskrankheit ist quasi die Befürchtung, KEINE ANGST zu haben (wenn diese benötigt wird). => Mißtrauen in die eigenen Gefühlsreaktionen entsteht.

### Vergleich des Persönlichkeitserlebens:

<b><u>Nicht - zwangskrank</u></b>	<b><u>Zwangskrank</u></b>
Gedanken: "Ich – übereinstimmend" ( oder "Ich – fremd" )	Gedanken (Zweifel als solche): "Ich – übereinstimmend" (Zweifelinhalte): "Ich – fremd"
Gefühle: "Ich – übereinstimmend"	Gefühle: "Ich – fremd" (weil <u>nicht</u> zugänglich)

Der Nichtzwangskranke nimmt aus reiner Selbstverständlichkeit seiner Verhaltenssicherheit leichtfertig an, der bloße eigene geistige Wille besäße soviel Autorität über die eigene Psyche, daß seinen Anordnungen ohne Weiteres uneingeschränkt Folge geleistet würde. Dabei übersieht der Nichtzwangskranke, daß auf alle Gedanken, die seiner Überzeugung entstammen, automatisch immer und unmittelbar eine entsprechende Gefühlsreaktion als Bestätigung erfolgt. Nicht so beim Zwangskranken. Daher liegt bei Letzterem auch kein erhöhtes Sicherheitsbedürfnis vor, sondern nur ein bewußteres.

In meinen Ausführungen habe ich bis jetzt die Grundproblematik der Zwangserkrankung vom Phänomen der Zwangshandlungen getrennt betrachtet. Das hat seinen Grund: Es sind zwei verschiedene Erscheinungen (,die aber funktionell zusammenhängen):

Zwangshandlungen sind die zum Scheitern verurteilten Versuche, den Mangel an Verhaltenssicherheit durch "ausreichend" intensives und häufiges Ausführen von Verhaltensweisen (darunter auch Gedanken) auszugleichen, welche die Erfüllung der geistigen Verhaltensvorgaben erzielen sollen.

Der Zwangskranke versucht also, das Gefühl zu ersetzen, welches ihm den Eindruck vermitteln würde, daß die vorgenommenen Sicherheitsvorkehrungen ausreichend sind, und daß keine Gefahr mehr besteht, die Grund zur Sorge läßt. Die einzig verbleibende Möglichkeit glaubt der Zwangskranke dabei in einem -mit jedem enttäuschenden Ergebnis- immer intensiveren und häufigeren Vornehmen von Sicherheitsvorkehrungen zu haben. Der Zwangskranke entwickelt von Beginn seiner Erkrankung an solche "Sicherheitsersatzhandlungen", welche die Erfüllung der geistigen **GE**bote, und solche, die die Verhinderung des vom Geist **VER**botenen zum Ziel haben (sollen). (z.B.: übertriebenes Reinigen bzw. Meiden von schmutzverdächtigen Orten / übertriebenes Kontrollieren bzw. Nichtinbetriebnahme von Geräten mit vorstellbaren Sicherheitsrisiken / Sich-Einredenwollen von erwünschten Gedanken bzw. Sich-Ausredenwollen von unerwünschten Gedanken)

#### GEFÜHLSSICHERHEITSERSATZHANDLUNG=

1. kurzfristige, symptomatische Gegenmaßnahme zum Erfahren der Unsicherheit, mit (ehrlich gemeinter) Alibifunktion gegenüber dem eigenen Gewissen, um der vermeintlich richtigen Konsequenz einer Selbstbestrafung durch Selbstwertaberkennung zu entgehen
2. künstliches Herbeiführen und Wiederholen des "Zweifelfalles" bei gleichzeitigem Überprüfen der eigenen Gefühlsreaktionen, solange und sooft, bis im Einzelfall Zweifel ausbleiben, was zu einer vorübergehenden Gelassenheit (nicht aber Gefühlssicherheit) führt, oder (bei verschlechternder Tendenz) auf nachträgliche Schuldausgleichshandlungen gegen Depressivwerden umgeschwenkt wird
3. symbolischer Verhaltensakt (-vor allem gegenüber sich selbst-), als Ersatz für eine nicht spürbare, aber erwünschte "emotionale Haltung / Einstellung"

Ursächliche unerwünschte Gedanken (und besonders Zweifel) sind bei **jeder** Art von Zwangskrankheitsform und Zwangsinhalt vorhanden, ja sogar vorausgesetzt. Je nachdem, ob der Betroffene auf die ursächlichen Gedanken mit körperlichen Handlungen oder ebenfalls mit Gedanken reagiert, unterscheidet man zwischen "Zwangshandlung" und "gedanklicher Zwangshandlung". Je nachdem, ob die ursächlichen Gedanken (-nicht Zweifel-) nur a) **sinngemäß** oder auch b) **als solche** unerwünscht sind, unterscheidet man richtigerweise a) "Handlungszwang" und b) "Zwangsgedanken" (-Bezogen auf die Zweifel verhält es sich genau umgekehrt-).

Aus den bisher erbrachten Eigenschaften dieser Erkrankung ergibt sich eine Schlußfolgerung von zentraler Bedeutung:

Bei Zwangskrankheiten ist das Wesentliche nicht das, was beobachtbar ist -nämlich Gedanken- & Handlungsschleifen-, sondern das, was **nicht** beobachtbar ist -nämlich Verhaltenssicherheit.

Betrachtet man die Gedanken- & Handlungsschleifen, so zeigen sich die Beschwerden als "Zwänge". Betrachtet man den Mangel an Verhaltenssicherheit, so zeigen sich die Beschwerden als "Zweifel".



Da der Zwangsaspekt dieser Erkrankung oft zu irreführenden Annahmen über das Vorliegen einer Geisteskrankheit geführt hat, werde ich von nun an nur noch den Begriff "**Zweifelkrankheit**" verwenden.

Es kann ein wenig zum Verständnis und zur Akzeptanz von Zweifelkranken beitragen, wenn die Mehrheit in der Gesellschaft lernt, daß sie es hierbei mit einer Gefühlskrankheit zu tun hat, welche als Besonderheit ein Emotionsdefizit zur pathologischen Ursache hat, und (deshalb) überwiegend zu geistigen Auffälligkeiten führt. Es können auch Vorurteile aufgehoben werden, wenn sich der Aussenstehende folgendes klarmacht:

Auch dem Gesunden erscheinen die Grundinhalte der Überzeugungen von Zweifelkranken vernünftig, aber eben auch selbstverständlich und ohne Zweifel (ausreichend) umsetzbar.  
Auch dem Zweifelkranken erscheinen die Sicherheitsersatzhandlungen überzogen und am Angestrebten vorbeigehend, aber eben auch als einziger, kurzfristig in der Not und dem Unwissen erkennbarer, und als vermeintlich am wirklichen Problem ansetzender Ausweg.

Desweiteren legt die Bezeichnung "Zwang" den Schluß nahe, der Erkrankte sei nicht aktiv am Zustandekommen der Zweifelsymptome mitbeteiligt: Der Zweifelkranke erhält seine Zweifel aber auch selbst mit am Weiterbestehen -notgedrungen und unwissentlich.

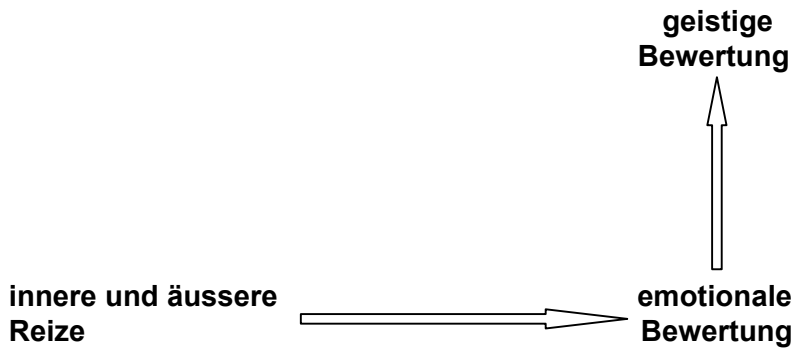
## **2. WAS IST ZWANGHAFT, WAS IST ZWEIFELKRANK ?**

### **2.1 SINN UND ZWECK VON GEFÜHLSTRIEBEN (STAMMHIRN)**

Das Verhalten von Pflanzen ist zunächst nichts weiter als der Ablauf tausender chemischer und physikalischer Prozesse. Obwohl dies für Tiere letztlich ebenso gilt, existiert bei tierischen Lebensformen die Besonderheit, daß der eigene Organismus sich durch bestimmte physiologische Zustände -die das jeweilige Individuum entweder als angenehm oder als unangenehm empfindet- selbst zu bestimmten Verhaltensweisen nötigt. Die Kette der Abläufe ist dabei -vereinfacht- folgende:

1. Das Individuum nimmt mittels seiner Sinnesorgane eine Vielzahl unterschiedlichster Reize aus der Umwelt wahr.
2. Ein durch Vererbung angelegter, aber durch Erfahrungen veränderbarer Filter im Gehirn verknüpft die Aufnahme bestimmter Reizmuster mit der Aktivität bestimmter Hormondrüsen.
3. Die in die Blutbahnen ausgeschütteten Hormone erzeugen einen bestimmten - von dem Individuum entweder als angenehm oder unangenehm empfundenen - Zustand.
4. Das Individuum wird dadurch gedrängt, solche (-im Gehirn gespeicherten-) Verhaltensabläufe auszuführen, welche den angenehmen Zustand steigern, bzw., welche den unangenehmen Zustand senken. (Die gegenwärtige Intensität von Gefühlen bestimmt dabei nicht nur das Ausmaß der Verhaltensreaktion, sondern -bei konkurrierenden, widersprüchlichen Gefühlen- auch, welche Verhaltensreaktion sich durchsetzt: nämlich die mit dem stärksten Antrieb.)
5. Nach der Ausführung des angestrebten Verhaltens (in einer bestimmten Intensität) , oder wenn die Auslösereize nicht mehr wahrgenommen werden, hebt sich dieser hormonell bedingte Zustand wieder auf.

Durch die Verknüpfung von Umweltreizen mit dazu sinnvollen Gefühlstrieben wird das Überleben des Individuums in seiner Umwelt begünstigt. Der Geist hat hierbei nicht Befehlsfunktion, sondern ist Mittel zum Zweck (z.B.: das Wissen, welche Früchte giftig sind, welche nicht); dabei bestimmt das Ausmaß des Bewußtseins nur die Komplexität der Sachverhalte, die das jeweilige Individuum zu begreifen vermag. Selbst der intelligenteste und bestinformierteste Ernährungswissenschaftler würde vor vollem Teller verhungern, wenn er nicht den Drang zum Essen und die Angst vor dem Hungertod verspürte, wohingegen selbst die kleinste Laus -bar bewußter ernährungswissenschaftlicher Kenntnisse - unbeirrbar am Blatt saugt. Gefühlstriebe sind für das Zustandekommen von Verhaltenssicherheit grundsätzlich notwendig. Gefühlstriebe können für das Leben eines jeweiligen Individuums allerdings auch hinderlich sein, ja sogar Verhaltensunsicherheit hervorrufen. Solche Gefühlserkrankungen können möglicherweise genetisch mitbedingt sein, durch Stoffwechselbeeinträchtigungen entstehen, oder (-wie in den überwiegenden Fällen-) durch ungünstige geistige Bewertungen fehlgeleitete Gefühlsreaktionen darstellen. Letztgenannte sind prinzipiell durch Psychotherapie und grundsätzlich nur ohne Medikamentenanwendung heilbar.



## 2.2 SINN UND ZWECK VON SOLLS (ENDHIRN)

Als Besonderheit unter den Lebewesen existiert beim Mensch das Phänomen der bewußten Wahrheitsempfindung -der Überzeugung. Diese subjektiven Wahrheiten sind unabhängig von der nachweisbaren Wahrheit. Sie können mit der physikalischen Realität übereinstimmen, oder teilweise, oder vollständig davon abweichen.



Hinzu kommt eine individuelle (,leider oft inkonsequente, unehrliche & selbstgerechte) Vorstellung davon, was Gut oder Böse, richtig oder falsch sei. Aus der Überzeugung eines Menschen entstehen auch Konsequenzen für sein Verhalten; er setzt sich "Solls" für sein Denken und Handeln.

SOLL = geistige Verhaltensvorgabe mit Duldung von 0% Abweichung  
(Bewertungsstärke = 1) (siehe Kapitel 3.1.2.)

Jedes noch so kleine Quäntchen Bewertungsstärke, das zur Absolutheit einer subjektiven Bedeutungsempfindung noch fehlt, trennt eine "stark prinzipgeleitete Ausrichtung oder Einstellung" vom "starr prinzipgebundenen Soll".

Es gilt 2 Auslegungen des Solls zu unterscheiden:

Das **ideelle** Soll ist der geistige Wille, daß bestimmte Sachverhalte oder Umstände grundsätzlich und tatsächlich immer bzw. niemals gegeben sein sollen.  
Ausformuliert lautet ein ideelles Soll:  
"Es muß gewiß sein, daß . . . so ist !" bzw. "Es muß gewiß sein, daß . . . nicht so ist !"

Das **reelle** Soll ist der geistige Wille, das Gefühl zu haben, daß bestimmte Sachverhalte oder Umstände grundsätzlich immer bzw. niemals gegeben seien oder sind.

Ausformuliert lautet ein reelles Soll:

**“Ich muß fühlen, daß . . . so ist !” bzw. “Ich muß fühlen, daß . . . nicht so ist !”**

Die Unterscheidung von “ideellem” und “reellem” Soll ist bedeutsam für das Verständnis von Sicherheitsersatzhandlungen. Von allen “ideellen” Solls sind nur diejenigen vollständig erfüllbar, welche das eigene Denken reglementieren. Vollkommene Sicherheit gibt es in der physischen Realität nicht, da diese sich aus abermilliarden von veränderlichen und voneinander abhängigen Wirkungseinflüssen zu einem hochkomplexen Ganzen zusammenfügt (Die Grundlage allen Lebens ist der Kompromiß.)

Die “reellen” Solls sind hingegen alle prinzipiell erfüllbar, solange der emotional-gedankliche Reizverarbeitungskreislauf (*siehe unter 2.3*) ohne Beeinträchtigung funktioniert.

Das hirnorganische Phänomen der bewußten Wahrheits- und Normenempfindung des Menschen legt Solls als Bestandteil der menschlichen Natur fest. Bei allen Naturvölkern regeln Solls nebst Emotionen und den physischen Gegebenheiten die Gesellschaftsordnung.

Beispiel: Bei einem der noch nicht vernichteten Indianerstämme im Urwald Südamerikas gilt das Tabu, daß ein Jäger niemals die Beute verspeisen darf, die er selbst gefangen hat. Er muß seine Beute an die anderen Stammesmitglieder verteilen, und erhält sein Essen im Gegenzug ebenfalls von anderen.

Solls können aber auch Gefühlserkrankungen erzeugen; nämlich dann, wenn sie den natürlichen Ansprüchen des Menschen und seiner Umwelt zuwiderlaufen.

Beispiel: Fehlgeleitet durch eine verbreitete Interpretation des Neuen Testaments, wonach viele Menschen glauben, unter keinen Umständen aggressives Verhalten zeigen zu dürfen, versuchen diese, Konflikte zu vermeiden, indem sie in jedem Fall gegenüber Forderungen anderer nachgeben. (Dabei wird selbst von Jesus nicht nur das Gebot der Nächstenliebe berichtet, sondern ebenso, daß er Händler aus einem Tempel vertrieben habe). Die Unterdrückung oder Verlagerung des Aggressionsausdrucks -statt ihn in sachlicher Kritik und ehrlicher Konsequenz zur Geltung zu bringen- führt nicht zu einer Abschwächung der Aggression.

**geistige  
Bewertung**



**emotionale  
Bewertung**

## 2.3 DIE ZWANGHAFTE PERSÖNLICHKEIT

Die Frage, ob es eine bestimmte Persönlichkeitsform gibt, die zur Ausbildung von Zweifelkrankheiten erforderlich ist, und die stets zur Ausbildung von Zweifelkrankheit führt, muß wahrheitsgemäß mit nein beantwortet werden. Die Frage hingegen, ob es eine bestimmte Persönlichkeitsform gibt, welche die Ausbildung von Zweifelkrankheiten begünstigen kann, muß wahrheitsgemäß mit ja beantwortet werden. Diese sogenannte "zwanghafte" Persönlichkeit weist aber noch entscheidende Unterschiede zu einem Zweifelkranken auf. Zudem besagt die Statistik, daß sich in den meisten Fällen zwanghafte Menschen im Verlauf ihres Lebens nicht zu zweifelkranken Menschen entwickeln.

Eine zwanghafte Persönlichkeit ist eine Persönlichkeit, die sich übermäßig lebensbeengende Solls setzt.

Diese Lebenseinengung kann bedingt sein durch:

- eine zu große Menge an Solls
- widernatürliche Sollinhalte
- widernatürlich engen / weiten Rahmen der Sollinhalte

### 2.3.1 Merkmale der zwanghaften Persönlichkeitsausprägung\*

#### **Perfektionismus, der die Leistungsfähigkeit beeinträchtigt**

Die Person ist gelähmt durch ihren Anspruch, daß alle Arbeiten hundertprozentig korrekt erledigt werden müssen, und neigt deshalb dazu, Dinge aufzuschieben oder unvollendet zu lassen.

#### **Übermäßige Beschäftigung mit unbedeutenden Einzelheiten oder Regeln**

Die Person ist so stark auf nebensächliche Einzelheiten oder Regeln konzentriert, daß sie den Überblick über das Ganze verliert.

#### **Beharren darauf, daß andere alles genauso machen wie er bzw. sie selbst**

Die Person duldet nicht, daß Familienangehörige, Freunde oder Kollegen Dinge auf ihre eigene Art und Weise tun.

#### **Übermäßiger Arbeitseifer**

Die Person könnte als arbeitssüchtig, als Workoholic bezeichnet werden.

#### **Zögernd**

Die Person hat Schwierigkeiten, die belanglosesten Entscheidungen zu treffen.

#### **Übertriebene Gewissenhaftigkeit und Starrheit in moralisch-ethischen Fragen**

Die Person neigt zu Schwarz-weiß-Sehen in Fragen der Moral.

#### **Eingeschränkter Gefühlsausdruck**

Die Person bringt anderen gegenüber keine positiven oder negativen Gefühle zum Ausdruck.

#### **Mangel an Großzügigkeit**

Die Person ist geizig mit Geld.

#### **Unfähigkeit, sich von wertlosen Gegenständen zu trennen**

Die Person hebt Dinge auf, die weder von materiellem noch von persönlichem Wert sind.

(Liste in Anlehnung an das diagnostische und statistische Manual psychischer "Störungen"; entnommen aus: Lee Baer, "Getting Control", 1993)

\*Der offizielle Begriff "Persönlichkeitsstörung" im Zusammenhang mit zwanghafter Persönlichkeit ist nicht nur herabwürdigend, sondern auch unzutreffend, da Zwanghafte ihre psychische Beeinträchtigung als übereinstimmend mit ihrer Persönlichkeit erleben.

Die angeführten Kriterien sind zwar charakteristisch für zwanghafte Personen, grenzen diese aber noch nicht eindeutig von den Zweifelkranken ab.

### 2.3.2 Die Unterschiede zwischen "zwanghaft" und "zweifelkrank":

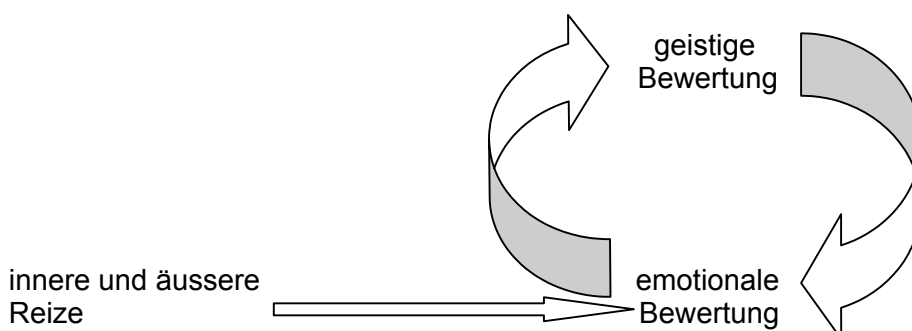
#### ZWANGHAFT

- die Krankheit wird als "ich-übereinstimmend" erlebt
- Solls sind gefühlsgetragen
- Anstrengung des geistigen Willens gegen das Gefühl, es sei alles in bester Ordnung
- Zweifel werden als Beweis für Willensstärke (und somit als gewollt) erlebt
- Stolz, weil die Verhaltensvorgaben eingehalten werden (können)
- die Nichterfüllung des Solls wird als *prinzipiell existierende Entscheidungsmöglichkeit* geduldet
- heimlicher Genuß des Gefühls des Stolzes, sich freiwillig nicht von den eigenen Gefühlen leiten zu lassen

#### ZWEIFELKRANK

- die Krankheit wird als "ich-fremd" erlebt
- Solls sind **nicht** gefühlsgetragen
- Anstrengung des geistigen Willens für das Gefühl, es sei alles in bester Ordnung
- Zweifel werden als Beweis für Willensschwäche (und somit als ungewollt) erlebt
- Depression, weil die Verhaltensvorgaben **nicht** eingehalten werden (können)
- die Nichterfüllung des Solls wird als *prinzipiell existierende Entscheidungsmöglichkeit* **nicht** geduldet
- (heimliches) Leiden unter der Depression, sich **unfreiwillig nicht** von den eigenen Gefühlen leiten lassen zu **können**

Auch trotz der Gefühlsverweigerungshaltung von zwanghaften Persönlichkeiten fügen sich bei ihnen gedankliche und gefühlsmäßige Bewertung zu einem Kreislauf zusammen:



Die Zweifelkrankheit kann nur dann entstehen, wenn der geistig-emotionale Bewertungskreislauf beeinträchtigt ist.

Der Schritt von der Zwanghaftigkeit zur Zweifelkrankheit erfolgt über Entstehung und Auswirkungen von **unerfüllbaren Solls** (,also absoluten Verhaltensvorgaben, deren Einhaltung **unmöglich** ist), bzw. zumindest aber der Überzeugung, ein Soll nicht eingehalten zu haben. Die zwanghafte Persönlichkeit bemißt charakterliche Wertschätzung streng am Umgang mit -und am Inhalt von- Solls:  
 SOLL-ERFÜLLUNG = wertvoll , achtenswert  
 SOLL-NICHTERFÜLLUNG = wertlos , verachtungswürdig  
 Die Folge einer eigenen (selbstgewählten) Selbstwertaberkennung ist eine Depression.  
 Depression zusammen mit strengen Solls kann zweifelkrankes Verhalten ergeben.



### **Der wirkliche Apfel**

*Ein Mann der Feder, berühmt und bekannt  
 als strenger Realist,  
 beschloß, einen einfachen Gegenstand  
 zu beschreiben, so wie er ist:  
 Einen Apfel zum Beispiel, zwei Groschen wert,  
 mit allem, was dazugehört*

*Er beschrieb die Form, die Farbe, den Duft,  
 den Geschmack, das Gehäuse, den Stil,  
 den Zweig, den Baum, die Landschaft, die Luft,  
 das Gesetz, nach dem er vom Baume fiel ...*

*Doch das war nicht der wirkliche Apfel, nicht wahr ?  
 Denn zu diesem gehörte das Wetter, das Jahr,  
 die Sonne, der Mond und die Sterne ...*

*Ein paar tausend Seiten beschrieb er zwar,  
 doch das Ende lag weit in der Ferne;  
 denn schließlich gehörte er selbst dazu,  
 der all dies beschrieb, und der Markt und das Geld  
 und Adam und Eva und ich und Du  
 und Gott und die ganze Welt ...*

*Und endlich erkannte der Federmann,  
 daß man nie einen Apfel beschreiben kann.  
 Von da an ließ er es bleiben,  
 die Wirklichkeit zu beschreiben.  
 Er begnügte sich indessen  
 damit den Apfel zu essen.*

*Michael Ende*

## **3. WIE ENTSTEHT UND FUNKTIONIERT DIE ZWEIFELKRANKHEIT ?**

### **3.1 DIE ENTSTEHUNGSABLÄUFE DER ZWEIFELKRANKHEIT**

#### **3.1.1 der "Schluckzweifel" (Ein Versuch für Nichtzweifelkranke)**

In unseren Mundraum rinnt ständig Speichel. Damit der Mundraum aber nicht überläuft, müssen wir in bestimmten Zeitabständen auch wieder Speichel die Speiseröhre hinunterschlucken. Dieser Vorgang des Speichelschluckens wird die meiste Zeit vom unwillkürlichen Nervensystem gesteuert, so daß es uns nicht bewußt wird. Der Vorgang ist aber auch bewußt steuerbar; allerdings nimmt dies Konzentration in Anspruch, die für das Reagieren auf unvorhersehbare Umwelteinflüsse benötigt wird. Achtet man bewußt auf den Zeitpunkt, wann die Schluckbewegung einsetzen wird, dann finden keine Schluckbewegungen mehr statt. Jedes einzelne Schlucken muß dann willentlich ausgeführt werden. Schenkt man diesem Umstand keine bewußte Beachtung mehr, dann übernimmt das unwillkürliche Nervensystem automatisch wieder die Steuerung. Je mehr man aber das Wiedereinsetzen des automatischen Schluckablaufes geistig als dringend notwendig bewertet, desto weniger wird die Übernahme der Steuerung durch das unwillkürliche Nervensystem gelingen. Man prüft bewußt, ob sich automatisches Schlucken wahrnehmen läßt, verhindert aber mit diesem Einsatz des Bewußtseins, daß die untergeordnete, unbewußte Steuerung wirken kann. Da kein selbstständiges Schlucken (-was gedanklich als wichtig bewertet wird-) festzustellen ist, verliert man das Vertrauen in die Verlässlichkeit der eigenen Körperfunktionen; man zweifelt an sich selbst. Es scheint, als wäre das Gewünschte höchstens durch ständiges geistiges Kontrollieren und geistiges Steuern erzielbar. Durch diesen Versuch kann sich jeder eine grobe Vorstellung verschaffen, von dem, was ein Zweifelkranke wirklich "erlebt", denn auf die beschriebene Art und Weise läßt sich ein Funktionsablauf zustandebringen, welcher der Zweifelkrankheit sehr ähnlich ist. Der einzige Unterschied ist, daß im einen Fall ein neuronaler Automatismus beeinträchtigt wird, im anderen Fall ein neuronal-hormoneller Automatismus. Daher entzieht geistige Ablenkung dem "Schluckzweifel" die Grundlage, der Zweifelkrankheit hingegen nicht.

#### **3.1.2 Die Grundbedingung zur Entstehung von Zweifelkrankheit**

Wir nehmen Gewißheit gern als geistige Erscheinung wahr; und wegen unseres "Weltanschauungs-Egoismus" ist jeder für sich der Überzeugung, daß der Gegenstand seiner jeweiligen eigenen Gewißheit allen Gesetzen der Logik folge, und ausschließlich durch objektive Wahrnehmung der Sachverhalte zustande gekommen sei. Dabei können die jeweiligen einzelnen Personen Gewißheit von Sachverhalten besitzen, welche sich untereinander nach den Gesetzen der Logik gegenseitig widersprechen. Dagegen wurde bislang den Einflüssen von Gefühlen auf das Zustandekommen von Gewißheit zu wenig Bedeutung beigemessen. Zwar erkannte man, daß Gewißheit immer eine Gefühlsreaktion zur Folge hat, aber das Entstehen von Gewißheit durch Gefühle wurde bisher als Ausnahmefall betrachtet, der nur bei nicht-objektiv-denkenden, "gefühlbestimmten" Personen vorkomme.



Zweifelkranke sind jedoch so wenig gefühlsbestimmt, wie niemand sonst\*, und trotz, oder gerade wegen ihrer hinterfragenden Denkweise mangelt es ihnen so sehr wie niemandem sonst an Gewißheit. Eine Erklärung hierfür bietet sich, wenn man von der umgekehrten Annahme als Voraussetzung ausgeht:

**Gewißheit ist kein Produkt des Geistes, sondern ein Produkt der Gefühle. Der Geist kann nur die Inhalte von Gewissem bestimmen, und bleibt ohne Gefühlsbestätigung auch ohne den Eindruck von Sicherheit. Zu allen Umständen, die jemand auf eine bestimmte Art gedanklich als stimmig, logisch oder bedeutsam bewertet, entstehen in dessen emotionaler Erlebenswelt Bestätigungen (=Gewißheit) durch Gefühle mit dazu gleichlautendem Inhalt.**

\* Im Widerspruch zur "Gewißheit" von Dr. Nicolas Hoffmann ("Wenn Zwänge das Leben einengen", Seite 57/58 ): Er behauptet, für das Zustandekommen von Gewißheit seien nur die Sinnesorgane zuständig. Herr Dr. Hoffmann trägt eine aussergewöhnlich große Brille.

Zu unterscheiden sind 2 Arten der Gefühlsgetragenheit von geistigen Verhaltensmaßgaben:

- **"illusorische" Sicherheit:** Ein Gefühl der Gewißheit und Sicherheit verhindert das Zustandekommen der Befürchtung.
- **"reelle" Sicherheit:** Ein Gefühl als solches verhindert das Zustandekommen der befürchteten Situation selbst. (Reelle Sicherheit kann nur zu Solls, die die eigenen Gedanken und Gefühle reglementieren, existieren)

Daraus folgen die Voraussetzungen für **das Entstehen von Zweifelkrankheit (1)**, und für **das Zustandekommen von Zweifelattacken (1)&(2)**:

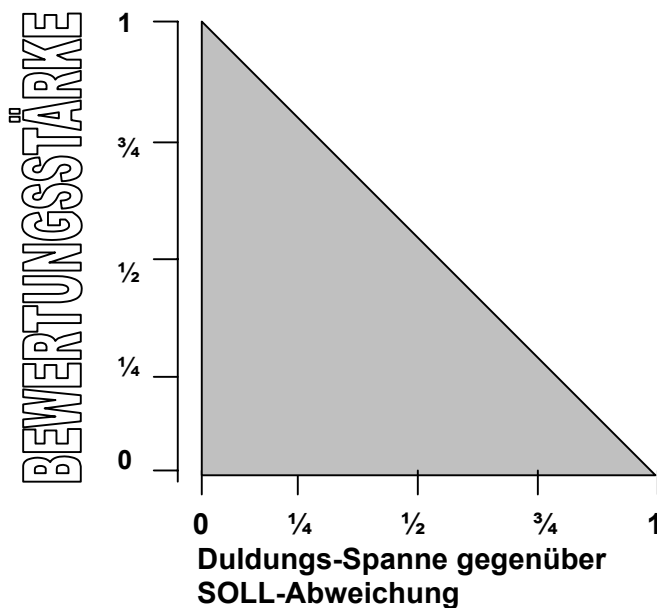
**(1): Die passive Wirkungsweise der Zweifelkrankheit (=Grundproblematik)**  
Jemand, der das Vertrauen in seine eigene Gefühlsreaktionen verloren hat, erfüllt die Grundvoraussetzung für Zweifelkrankheit. Die passive Wirkungsweise ist die Abwesenheit von Verhaltenssicherheit, die Bedrohung durch (Erleben von) Ungewißheit über die Verlässlichkeit des eigenen Wollens und Reagierens, und über die Kontrolle über sich selbst. Die passive Wirkungsweise stellt die Grundproblematik der Zweifelkrankheit dar. Erst wenn diese Grundproblematik überwunden ist, ist auch die Krankheit überwunden. Den Zweifelkranken kennzeichnet Gefühlsarmut. Er empfindet daher auch kein Angstgefühl, sondern vielmehr eine panikartige Unruhe und Anspannung. Angst würde bei Zweifelkranken paradoxerweise sogar Verhaltenssicherheit erzeugen, da sie eine Gefühlsgetragenheit der geistigen Verhaltensvorgabe darstellt.  
In den meisten Fällen ist die Zweifelkrankheit sogar nichts anderes, als die Besorgnis, keine Angst gegenüber negativ bewerteten Situationen, Vorstellungen oder Gedanken zu verspüren.

Wie das Phänomen des Angstanstieges und anschließenden –rückganges nach erfolgter bedingungsloser\* Reizkonfrontation zeigt, muß diese Angst nicht andauernd wirklich vorhanden sein, um Verhaltenssicherheit zu erzeugen, was ja auch weniger einer letztendlichen Heilung, als mehr einer Verlagerung von Zweifelkrankheit zu Angstkrankheit gleichkäme. Worauf es ankommt ist einzig das Vertrauen in die Verlässlichkeit, unverzüglich, so lange wie nötig und so intensiv wie nötig in denjenigen Situationen Angst zu haben, in denen es dem Betroffenen für dessen Verhaltenssicherheit bedeutsam ist.

(\*siehe dazu Kapitel 3.2 bzw. 5.2)

**(1)&(2): Die aktive Wirkungsweise der Zweifelkrankheit (=Zweifelattacken)**

Die passive Wirkweise allein ist zwar krankhaft, aber noch nicht unerträglich belastend. Die Zweifelanfälle kommen erst und immer dann zustande, wenn jemand, der seinen Gefühlen nicht mehr vertrauen kann, geistigerseits bewußt nach Gewißheit verlangt. Je wichtiger der Betreffende das Gewißsein bestimmter Umstände und Sachverhalte bewertet, desto mehr und desto stärker wird er von Zweifeln geplagt. Bei vielen Zweifelkranken wurde die Verhaltensvorgabe erst dadurch bewußt mit absoluter Bewertung (BS=1) belegt, weil durch zu geringe Gefühlsgetragenheit keine Verhaltenssicherheit mehr zustandegekommen war. Die aktive Wirkungsweise der Zweifelkrankheit setzt folglich immer dann ein, wenn während der passiven Wirkung ein Soll bewußt auf dessen Einhaltung geprüft wird.



Da es zur Überwindung der Zweifel entscheidender ist, daß der Betroffene eine emotionale Beruhigung seines Gewissens als Entschuldigung vor der von ihm persönlich so erfahrenen Verantwortlichkeit erlebt, als daß die wirkliche, tatsächliche Gefahr ausgeschlossen werden kann, können die kompensierenden (aber nicht wirklich befriedigenden) Vermeidungs-, Neutralisations- und Sicherheitsersatzhandlungen Absolutheitsansprüche und Entfremdungen zum eigentlichen Ziel annehmen. Diese Verfremdung ist folglich nur Symptom der ursächlichen Verhaltensunsicherheit. Es existieren daher bei Zweifelkranken keine wirklichen übertriebenen Grundannahmen, sondern nur das unerfüllte Bedürfnis nach Gefühlssicherheit vor dem eigenen Gewissen.

### 3.1.3 Möglichkeiten des Zustandekommens der Grundbedingung für Zweifelkrankheit

Mißtrauen gegenüber den eigenen Gefühlen kann auf unterschiedliche Arten entstehen. Dabei reicht es aus, wenn nach Einsetzen einer realen oder imaginären Reizwahrnehmung gar keine Gefühlssicherheit, zu schwache Gefühlssicherheit, oder auch nur Gefühlssicherheit mit merkbarer Zeitverzögerung folgt. Ob es noch mehr Möglichkeiten gibt, als die unten angeführten, müssen weitere Untersuchungen zeigen:

- Biochemische Einflüsse im Gehirn, die die Gefühle von Sicherheit zu sehr abschwächen oder verzögern:

Diese Abschwächung kann beispielsweise Folge einer Depression, einer Stoffwechselbeeinträchtigung, oder (Neben)Wirkung von bestimmten Psychopharmaka sein.

Da es im gesellschaftlichen Verständnis des Phänomens "Depression" ähnlich viele Mißverständnisse gibt, wie bei der Zweifelkrankheit, ist hierbei eine Erklärung vonnöten: Jemand, der zu einer extremen **Selbstverachtung, Schuld- & Verantwortungsüberzeugung, Leistungsanspruchshaltung, Hilflosigkeitseinschätzung** oder **Versagensangst**, von der er gequält wird, prinzipiell keine Lösungsmöglichkeit mehr sieht (= Ausweglosigkeits-Fatalismus), zeigt eine depressive Reaktion. Depressiver Fatalismus bedeutet, bestimmte Gefühlsbewertungen (-dazu gehören Freude, Stolz, Hoffnung, ...-) aufgrund lösungsverweigernder gedanklicher Bewertungen nicht mehr zuzulassen, was unglücklicherweise auch funktioniert. Der depressive Zustand ist verwandt mit dem Schockzustand. In beiden Fällen gibt es eine Einschränkung der geistigen Aufnahmefähigkeit. Größere Bedeutung bei der Depression hat hingegen der damit verbundene Verlust an Gefühlsvielfalt: **Depression ist unvereinbar mit Gefühlen wie Freude, Stolz, (Selbst-)Liebe, Hoffnung, Selbstmitleid oder auch Traurigkeit**; der Depressive fühlt sich "leer" und "wie tot" (= "Gefühl der Gefühllosigkeit"). Nach bisherigen Forschungsergebnissen scheint die Depression unter anderem auch mit einem Mangel an reizübertragendem Botenstoff "Serotonin" zwischen den Nervenzellen des Gehirns zusammenzuhängen. Eine Depression kann daher auch von einem beeinträchtigten Stoffwechsel selbst verursacht werden.

- Erleben eines Ereignisses, welches den Eindruck der Gefühle unglaublich macht oder unzuverlässig erscheinen läßt:

Ein bedeutender Teil aller klinisch erfaßten Zweifelkranken berichtet, daß ihre Krankheit mit dem Erlebnis eines bestimmten Ereignisses eingesetzt hat, welches zudem die Inhalte der Zweifel mitbestimmt. Genannt werden hauptsächlich Vorkommnisse wie Erkrankung oder Tod nahestehender Personen, Unfälle, begangene Unachtsamkeiten, oder ähnliches; also Begebenheiten, die zeigen, daß Gefürchtetes auch trotz/entgegen anderslautender Gefühlseindrücke tatsächlich geschehen kann.

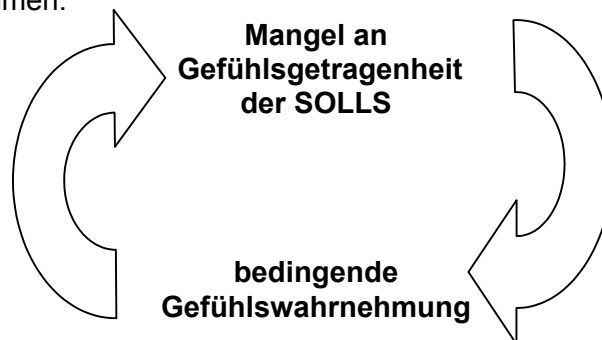
## 3.2 DIE FUNKTIONSABLÄUFE DER ZWEIFELKRANKHEIT

Die Ausschaltung der Wirkeinflüsse, welche eine Zweifelkrankheit ausgelöst haben, beendet zwar die stetige Neu-Auslösung, nicht grundsätzlich aber die Zweifelkrankheit selbst. Das zeigt, daß bei der Entstehung der Zweifelkrankheit zusätzlich ein Aufrechterhaltungsablauf einsetzt, welcher diese Krankheit zu einem derart stabilen Zustand machen kann. Durch welche Nervenverschaltungen im Gehirn dies geschieht,

werden nur spezielle Meßapparaturen und Versuche annähernd offenlegen können, was jedoch am Problem vorbeiführt. Die psychischen Abläufe bei dieser Krankheit sind hingegen offensichtlich und allesentscheidend:

1.: Mangel an Gefühlsgetragenheit von Solls führt zu ersatzweisem Übergang auf "bedingendes" Wahrnehmen der Gefühle, Prüfen des eigenen Verhaltens, geistigem Bitten und Befehlen an die eigenen Gefühle, und auf Versuche, die physikalische Welt durch "ausreichende" Sicherheitsvorkehrung absolut sicher zu machen.  
2.: "Bedingendes" Wahrnehmen der Gefühle, Prüfen des eigenen Verhaltens, geistige Bitten und Befehle an die eigenen Gefühle, und Versuche, die physikalische Welt durch "ausreichende" Sicherheitsvorkehrungen absolut sicher zu machen, verhindern das Zustandekommen einer Gefühlsgetragenheit von Solls.

Diese zwei Bedingungen fügen sich als wechselseitige Ursache und Wirkung zu einem Teufelskreis zusammen:



**bedingungslose Gefühlswahrnehmung** = objektive Wahrnehmung der Gefühle / Wahrnehmung des IST-Zustandes der Gefühle  
**bedingende Gefühlswahrnehmung** = subjektive Wahrnehmung der Gefühle / geistiges Prüfen, ob die vorhandenen Gefühle die Bedingungen des SOLL-Zustandes erfüllen

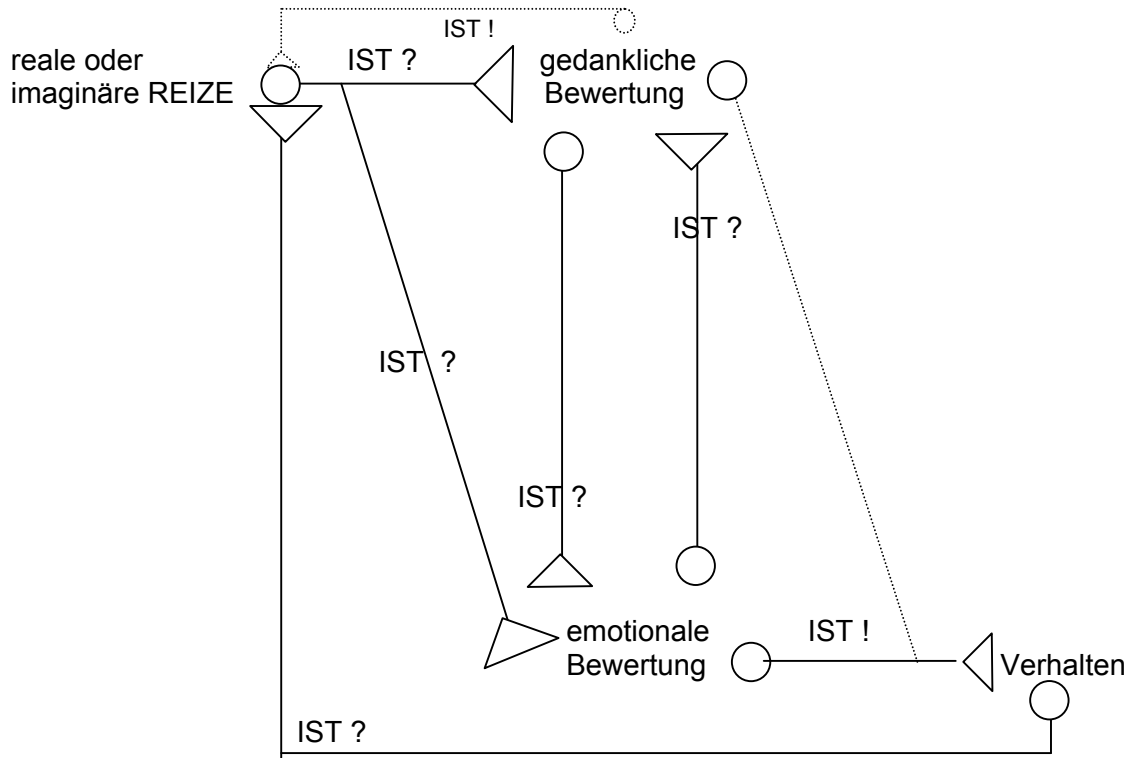
Wahrnehmen bedeutet also "empfangen" und nicht "senden", auch wenn Nervenzellenverschaltungen dies ermöglichen.

Der Aufrechterhaltungsmechanismus der Zweifelkrankheit kann also folgendermaßen beschrieben werden:

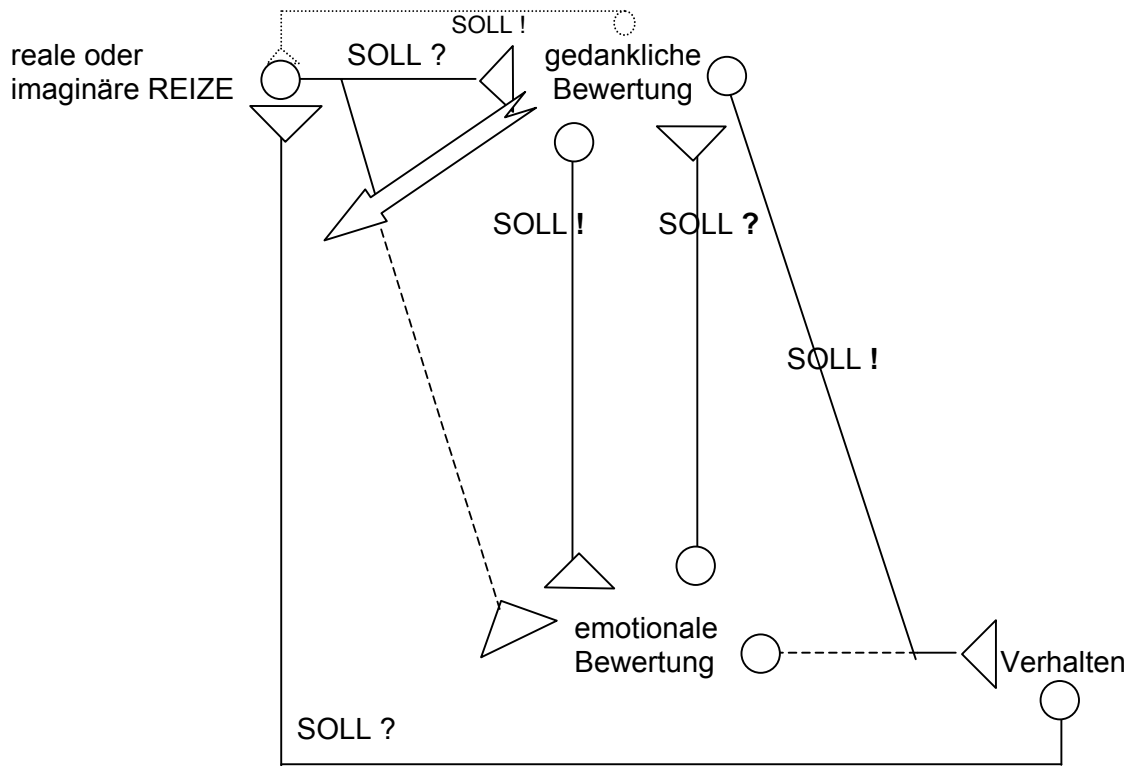
**Wenn versucht wird, geistig dem Entstehen einer nicht (ausreichend) vorhandenen emotionalen Bewertung vorzugreifen, indem der Geist dem Gefühl die Entscheidung vorweg abnimmt, (welche nur das Gefühl zufriedenstellend vornehmen könnte), dann wird dadurch eine entsprechende Gefühlsauslösung verhindert.**

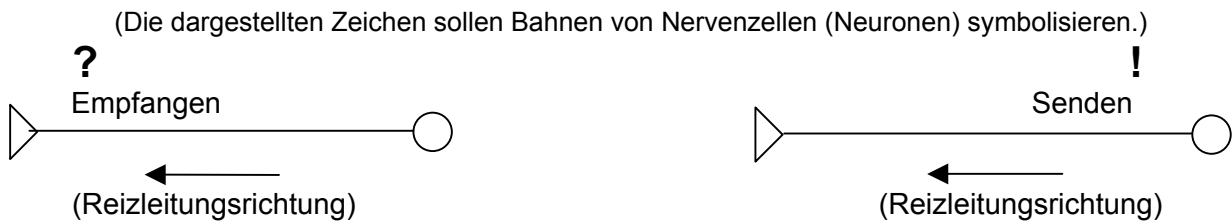
Hierzu paßt auch die Aussage eines Zweifelkranken, der seinen Zustand so beschrieb: "Wo ein Gefühl sein sollte, tritt ein Gedanke auf."

## Die bedingungslose Wahrnehmung



## Die bedingende Wahrnehmung



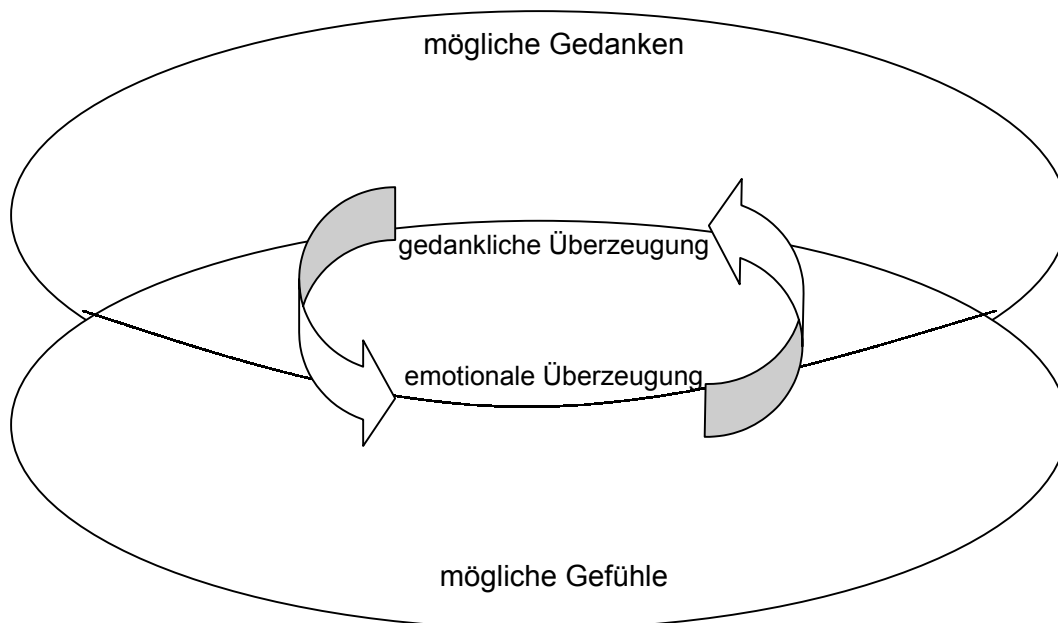


**Afferente** (?) und **efferente** (!) Nervenbahnen sind gleicher Bauart und haben die gleiche Reizleitungsrichtung. Der eigentliche Unterschied ergibt sich aus dem wechselseitigen Bezug, welche Instanz die Rolle von Empfänger beziehungsweise Sender einnimmt. Ausserdem können Nervenzellen dergestalt verschaltet sein, daß sich die elektrischen Spannungsunterschied-Signale, welche sie weiterleiten, insgesamt **verstärken** oder **abschwächen** (Zudem existieren signalerregende bzw. signalhemmende Botenstoffe).

### Der Unterschied zwischen "Bewertung" und "Bedingung" :

Gedankliche Bewertungen allein sind kein Kriterium für Zweifelkrankheit (; ungünstige Überzeugungen und erlernte Strategien können jedoch die Ursache für anderweitige Gefühlskrankheiten darstellen). Die -für die Zweifelkrankheit so kennzeichnenden- geistigen "Bedingungen" sind aber darüberhinaus ein bewußter Wille und Versuch, den Emotionen gedankliche Bewertungen aufzuzwingen, das heißt: ein Vorab-Bewerten durch die Ratio, bevor eine emotionale Bewertung entsteht, bzw. überhaupt erst entstehen kann. Effektiv betrachtet ist das "Bedingen" ein gedankliches Bewerten und Steuern "am Gefühl vorbei" ,das heißt, unter Ausschluß der Gefühlsbewertung. Es gilt ausserdem zu unterscheiden, daß die gedankliche Bewertung nur eine Eigenschaft darstellt, die einem bestimmten Teil aller möglichen (un)bewußten Gedanken zugeordnet wird.

Die emotionale Bewertung ist automatische Folge der gedanklichen Bewertung (-insofern keine Beeinträchtigung vorliegt-) und bestärkt wiederum die gedankliche Bewertung.



### 3.3 DIE FOLGEABLÄUFE DER ZWEIFELKRANKHEIT

#### 3.3.1 Die symptomatischen Verhaltensreaktionen

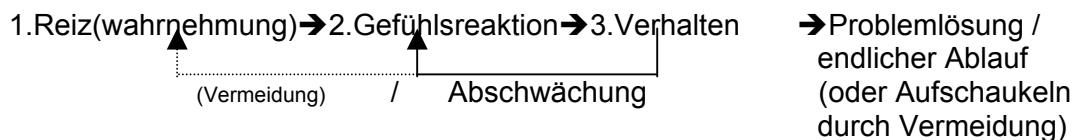
Die auffälligste Erscheinung an der Zweifelkrankheit ist das Verhalten, zu welchem sie den Betroffenen nötigt. Man darf sich von diesem Umstand aber nicht darüber hinwegtäuschen lassen, daß es sich hierbei nur um die symptomatischen Reaktionen zu einer zugrundeliegenden -und letztlich nur für den Betroffenen merklichen - emotionalen Mangelerscheinung handelt.

Dieses übertriebene Verhalten von Zweifelkranken kann dazu verleiten, vorschnell den falschen Schluß zu ziehen, dies sei auf eine gleichsam ebenso übersteigerte Emotionalität bei den Betroffenen zurückzuführen. Tatsächlich ist das Gegenteil der Fall.

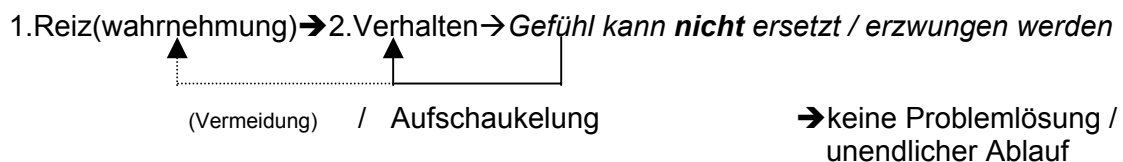
Ausserdem kommt der umgekehrten Reihenfolge der Verursachung mindestens gleichgroße Bedeutung zu: Nicht vorhandene bzw. nicht ausreichend vorhandene Gefühlsreaktionen zu bestimmten Umständen oder Situationen stellen den (Beweg)Grund für Zweifelkranke dar, durch Übertreiben des Verhaltens(-ausdrucks) die entsprechenden Gefühle "erzwingen" oder "simulieren" zu wollen. Das gilt in besonderem Maße auch für alle **unangenehmen** Gefühle (vor allem Angst, Ekel und Wut), wenn der Betroffene weiß (bzw. glaubt zu wissen), daß die gegenwärtigen Umstände eben diese Gefühlsreaktionen erforderlich machen. Das Ausführen dieser "Gefühlssimulationen" verhindert jedoch noch mehr die Möglichkeit, daß echte, tatsächliche Gefühle entstehen können.

#### Vergleich der Reihenfolge der Reaktionsabläufe:

##### nicht-zweifelkrank:



##### zweifelkrank:



Die möglichen Verhaltenssymptome lassen sich grob in 4 Gruppen nach ihrer Funktion unterteilen:

**GEFÜHLSSICHERHEITERSATZHANDLUNGEN =**

Die erfolglos bleibenden Versuche, ein Verlangen nach Gewißheit, welches nicht (mehr) gefühlsgetragen ist, durch "ausreichend" intensive und häufige Sicherheitsvorkehrungen zu befriedigen. Sicherheitsersatzhandlungen werden immer zusammen mit bedingender Wahrnehmung eingesetzt, um auf Solleinhaltung zu prüfen.

**SCHULDAUSGLEICHSHANDLUNGEN =**

Selbstbestrafungsrituale, die im Fall eines Mißlingens der Solleinhaltung nachträglich zur "Neutralisierung begangener Schuld" (das heißt in Wirklichkeit zur Neutralisierung von Schuldgefühlen) ausgeführt werden. Schuldausgleichshandlungen werden daher vermehrt bei Zweifeln betrieben, die charakterliche Werteinschätzung und Moralvorstellungen betreffen, und zwar um so intensiver, je schlimmer der Betreffende die begangene Verfehlung einschätzt.

**STÖRHANDLUNGEN =**

Sehr kurze Verhaltensabläufe (Bewegungen, Gedanken,... ) zur Unterbrechung des Flusses eines Zweifelanfalles, durch (ebenso kurzzeitige) Störung der Konzentration auf diese Zweifel. (z.B.: Blinzeln der Augenlider, Zucken, Abwinken,... ) Die oftmals empfohlene "Therapiestrategie" des "Gedankenstopps" kann nur vorübergehende symptomatische Erleichterung bringen, erfüllt langfristig aber nur den Zweck einer Sicherheitsersatzhandlung. Sie sollte daher auch nur gegen die gedanklichen Sicherheitsersatzhandlungen selbst verwendet werden.

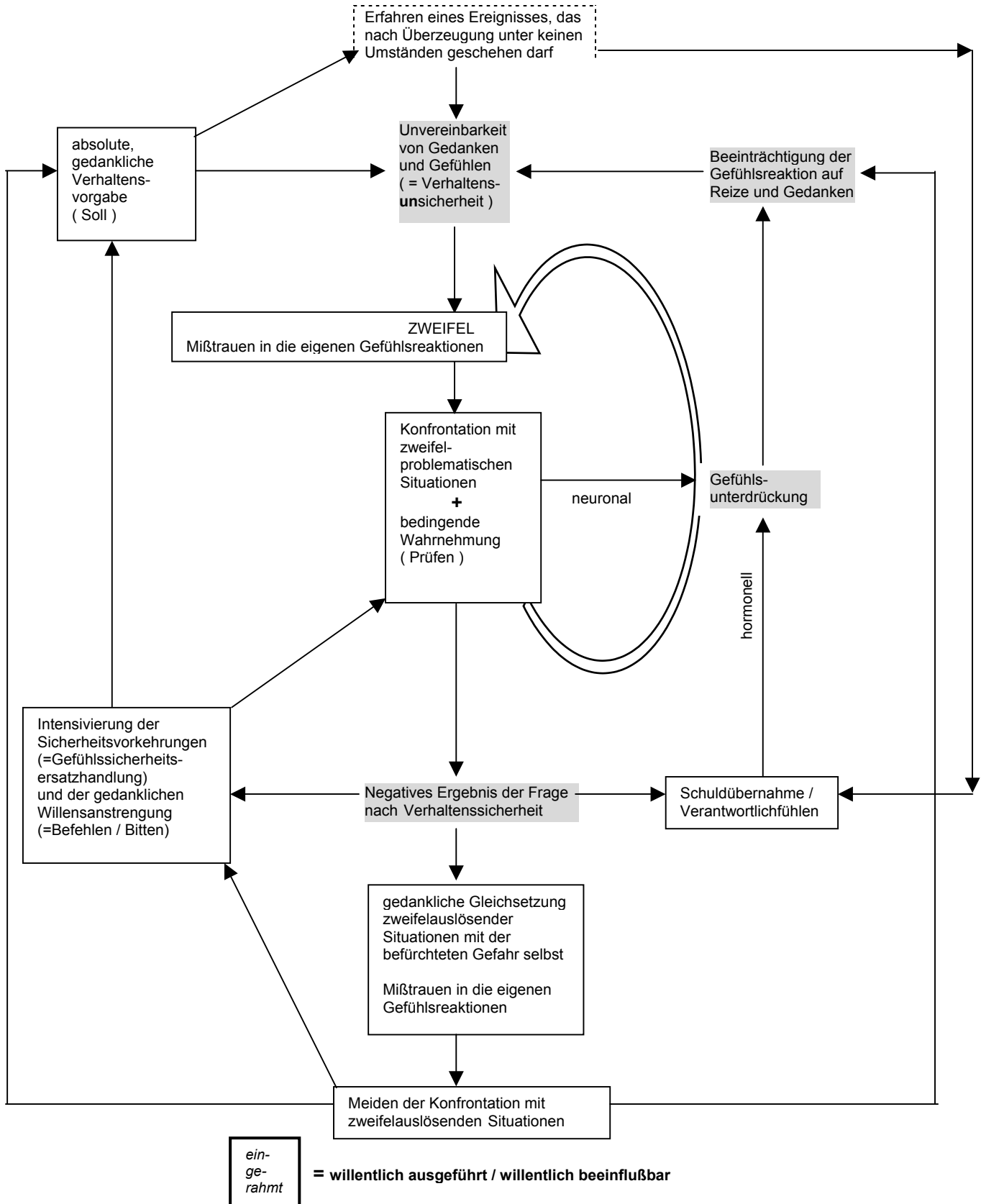
Sicherheitsersatzhandlungen, Schuldausgleichshandlungen und Störhandlungen bieten dem Betroffenen nur vorübergehende, kurzfristige Entlastung; langfristig verfestigen bzw. verstärken diese Verhaltensweisen aber die Grundproblematik der Zweifelkrankheit, die geistigen Vorab-Bewertungen und Befürchtungen, und den Drang zum Verhaltensprüfen. Ausschließlich belastend ist dagegen die symptomatische Reaktion, die der Zweifelkranke im emotionalen Bereich zeigt:

**SCHULDÜBERNAHME =**

Gedankliches Sich-selbst-verantwortlich-machen für die ungewollten Folgen der Verhaltensunsicherheit, mit der Wirkung, daß ein destruktives Schuldgefühl entsteht. Destruktive Schuldgefühle (-statt konstruktiver Eigenverantwortlichkeit-) stellen aber eine Aggression gegen die eigene Person dar, und können eine depressive Verstimmung verursachen. Depression wiederum löst die Grundproblematik der Zweifelkrankheit von Neuem aus; der Teufelskreis schließt sich somit.



### 3.3.2 DER TEUFELSKREIS DER ZWEIFELKRANKHEIT



### 3.3.3 Die physiologischen und psychosomatischen Äusserungen der Zweifelkrankheit

Psychosomatik, das ist die Lehre, die besagt, daß jede emotionale Beeinträchtigung zu charakteristischen körperlichen Folgebeeinträchtigungen führt. Das hat auch bei der Zweifelkrankheit Gültigkeit. Das wohl auffälligste körperliche Symptom des Zweifelkranken ist -nach seinem eigenartigen Verhalten- die quälende nervöse Unruhe, seine Dauerangespanntheit. Der Zweifelkranke kennt beinahe nur noch den Zustand ununterbrochener, wachsender Alarmbereitschaft. Menschen, deren krankhafte Zweifel sich auf ihre Gedanken beziehen, zeigen häufig unbewußtes Zähneknirschen als besondere Form nervösen Verhaltens. Mit dieser Alarmbereitschaft einhergehend ist die Unfähigkeit zu planmäßig vorbestimmten Tätigkeiten ausser den Sicherheitsersatzhandlungen. Neben der Behinderung durch die Sicherheitsersatzhandlungen selbst stellt dies den nächstbedeutenden Grund dar, weswegen Zweifelkranke arbeitsunfähig werden. Gleichzeitig zusätzlich auftretender, anderweitiger Streß und Belastungen verstärken die Zweifelsymptome, da sie den Betroffenen dazu nötigen, seine ohnehin wenig erfolgreichen Abwehrbemühungen und -energien auch noch aufzuteilen, und ihn somit in die Panik versetzen, den Zweifelanfällen nicht mehr standhalten zu können. Aber die Nervosität steht nicht nur den anstrengenden Lebensbereichen im Wege; zwar erzeugt sie nicht direkt Schlaflosigkeit (etwa durch Mangel an Müdigkeit), bewirkt diese aber häufig durch Behindern des Einschlafens. Wenn sich der Kranke in einer Phase schlafen legt, während der er mit Zweifeln kämpft, dann stören qualvolle Gedankenschleifen das Einschlafen, bis die Müdigkeit irgendwann das Bewußtsein überwältigt. Die selben Ursachen schränken auch die Fähigkeit ein, in den Hypnosezustand zu gelangen. Wie positronenemissionstomographische Aufnahmen zeigen, tritt bei Kranken, die mit Zweifelattacken kämpfen, eine Überaktivität bestimmter Gehirnbereiche im limbischen System und im Stirnlappen des Endhirns auf. Bezeichnenderweise sind es die Hirnregionen, welche Denken und Fühlen miteinander verschalten sollten. Auch der beeinträchtigte hormonelle Haushalt des Zweifelkranken bleibt nicht ohne körperliche Folgen: Die Verdauung arbeitet falsch, besonders unter dem Einfluß der "Schwartz'schen Zerstreuungssucht" \*. Durch die "emotionale undefiniertheit" und das Einsetzen häufiger und langanhaltender Zweifelanfälle können erheblich belastende Kopfschmerzen empfunden werden.

(\* siehe dazu Kapitel 4.1)

möglicherweise hilfreiche Buchempfehlungen hierzu:

Robert Gray: "Das Darm-Heilungsbuch" ("The Colon Health Handbook"), 1980  
Droemersch Verlagsgesellschaft Th. Knauer, München

M. O. Bruker: "Stuhlverstopfung in 3 Tagen heilbar – ohne Abführmittel"  
EMU-Verlag, Lahnstein (1986)

### 3.3.4 Liegt die URSACHE der Zweifelkrankheit in einer Zweckdienlichkeit für den Betroffenen begründet ?

Während bislang noch in keiner Veröffentlichung über Zweifelkrankheit die Möglichkeit einer Komplikation durch Verdrängungsverhalten (Schwartz'sche Zerstreuungssucht \*) erkannt oder diskutiert wurde, finden immer mehr Psychologen, Ärzte und Professoren Gefallen daran, die Zweifelkrankheit selbst als eine Vermeidungsstrategie gegenüber (bereits im Vorfeld vorhandenen) anderweitigen psychischen Belastungen zu deuten. Diese Fehlinterpretation der Umstände wird offenbar durch vermeintlich bloße "Folgewirkungs-Aspekte" der Zweifelkrankheit genährt, welche sich aber bei genauerem Betrachten auch als ursächlich, und nicht -wie vermutet- rein symptomatisch erweisen (v.a. die Gefühlsgehemmtheit). Die Zweifelkrankheit entsteht ja eher durch **Unter**-, als durch Überfunktion der Gefühlsreaktionen. Der Zweifelkranke versucht nicht, sich vor vorhandenen Gefühlen zu schützen, sondern nichtvorhandene Gefühle geistig zu ersetzen. Daß die emotionale Erlebensfähigkeit allgemein -sowohl angenehm als unangenehm- durch eine Zweifelkrankheit eingeschränkt wird, (und bei der Heilung dieser Krankheit mit allen Konsequenzen wiederkehrt), ist eine nicht willentlich gewählte Begleiterscheinung. Sich im Hintergrund dieser Krankheit anstauende Gefühlskrisen sind -eben wegen dieser emotionalen Eingeschränktheit- zu einem erheblichen Teil Folge der Zweifelkrankheit. Die Eingangs erwähnte Diskussion stellt daher eine Verlagerung der Problemsicht dar, die einfach nur als kläglicher Versuch, das eigene Unwissen über diese Krankheit übergehen zu wollen, gewertet werden muß. Wer jemals selbst unter einer Zweifelkrankheit zu leiden hatte (-insbesondere unter Zwangsgedanken-), weiß, daß dies keine Alternative ist, die ein empfindendes Wesen zu wählen bereit wäre. Die Zweifelkrankheit ist eine belastende Primärerkrankung und kein erleichterndes Verdrängungsverhalten infolge "ursächlicher", anderweitiger Gefühlsbelastungen. Nur im Heilungs-Anschluß (nach Überwindung des Gefühlsmißtrauens\*\*), und bei zusätzlich bestehender "Zerstreuungssucht"-Komplikation\* (und dann vor allem gegenüber nachträglich aufkommenden Folgeproblemen bei der Verarbeitung der Erfahrung (mit/von) zweifelkranker Persönlichkeitseinschränkung) besteht die Gefahr, daß der Betroffene eben dieses Zerstreuungsverhalten in der Folge auch dazu benutzt, um sich vor emotionalen Belastungen allgemein zu schützen. Die bloße Zweifelkrankheit als solche aber "dient" nicht, sondern sie "läßt dienen". Zweifelkrankes Empfinden hat meist das genaue Gegenteil des Willens des Betroffenen zum Inhalt; d.h. unerwünschte Gefühle erfahren sogar besondere Beachtung. Wer dennoch einen grundsätzlichen, zentralen und ursächlichen Zusammenhang zu erkennen glaubt, daß die Zweifelkrankheit bewußt als Taktik gegen andere Gefühlskonflikte Verwendung findet, straft die Leidenbeteuerungen der "zwangskranken" Betroffenen Lügen. Zudem verwechselt derjenige ganz offensichtlich Ursache und Wirkung, und besitzt keinen realistischen Begriff von den wesentlichsten Grundzusammenhängen dieses Krankheitsbildes. Dies zeigt sich in der Praxis z.B. auch darin, daß die "Expertenwelt" zwar die notwendige und über-fällige Korrektur der Namensgebung "Zwangskrankheit" erkannt hatte, eine "Verbesserung" aber nur hinsichtlich der Umänderung des Begriffes "Krankheit" in den Wissenschafts-Modeausdruck "Störung" (-Wird hierbei ein Zwang gestört ?-) für notwendig erachtete. Für Wissenschaftler ist also heutzutage niemand mehr krank, sondern nur noch "gestört", als wären Personen kaputte Maschinen.

Die Unsachlichkeit und Unehrlichkeit der Illusion namens Wissenschaft geht ironischerweise sogar soweit, daß Forscher aus ihrer panischen Angst heraus, für emotional, und damit angeblich zwingend für unobjektiv gehalten zu werden, nicht mehr von "Gefühl" reden können, sondern affektierterweise "Affekt" sagen müssen. Wie fachbezogen kann das "Fachwissen" sogenannter "Fachleute" über eine Krankheit sein, die diese noch nicht einmal entsprechend zu beschreiben, geschweige denn beim Namen zu nennen in der Lage sind ?

(\* siehe dazu die Kapitel 4.1, 4.2 , 4.3) ; (\*\* siehe dazu Kapitel 6.2.1)

## 4. WARNHINWEISE ZUR ABLENKUNGSSTRATEGIE

### 4.1 FACHLITERARISCHE KONTRAINDIKATION:

Ich habe lange Zeit überlegt, ob ich dieses Kapitel veröffentlichen sollte, oder nicht; es birgt eine gewisse Gefahr für Zweifelkranke in sich. Als ich aber das Buch "ZWANGSHANDLUNGEN und wie man sich davon befreit" von Jeffrey M. Schwartz im Regal einer Buchhandlung zu Gesicht bekam, konnte ich schwarz auf weiß lesen, daß diese Gefahr bereits Wirklichkeit wurde; schlimmer als sie durch meine Publikation hätte sein können. Ich veröffentliche dieses Kapitel nun, um der Entwicklung entgegenzuwirken, daß ein Krankheitsbild, welches in der Fachwelt noch gar keinen eigenen Namen trägt, zu einem Massenphänomen ausartet. Jeffrey M. Schwartz -Professor für Psychiatrie an der UCLA school of medicine- ist nur einer von Vielen, die fanatisch versuchen, die Ursachen der Zweifelkrankheit mittels deren physiologischer Symptomatik zu erklären. Das ist jedoch noch das kleinere Übel. Unrühmliche Besonderheit erhält Schwartz allerdings dadurch, daß er -ohne sich dieser Tatsache bewußt zu sein- ein psychisch und psychosomatisch schädliches Verhaltensprogramm als "selbstbestimmte Verhaltenstherapie zur Befreiung von der Zwangskrankheit" anpreist. Bei näherem Betrachten fällt auf, daß sich Schwartz in seinen Ausführungen beinahe mit jedem zweiten Satz selbst widerspricht.

Die Wirkung jedes jeweiligen Schrittes seiner sogenannten "4 Schritte-Therapie" ist -nach den Ergebnissen meiner unterschiedlichsten eigenen Genesungsexperimente zu urteilen- wie folgt:

1. "NEU BENENNEN": stört den Teufelskreis aus Zweifeln, Schuldübernahme und depressiver Gefühlsunterdrückung  
*Wertung: (+)*
2. "NEU ZUORDNEN": ist praktisch identisch mit dem 1.Schritt, und hat dieselbe Wirkung  
*Wertung: (siehe Schritt 1)*
3. "NEU EINSTELLEN": - verhindert symptomatisch das Aufkommen von Zwangssymptomen  
- verewigt die Grundproblematik der Diskrepanz zwischen Geist und Gefühl bei Zweifelkranken  
- gerät ausser Kontrolle und beansprucht Unmengen an Lebenszeit für Selbstzweck  
*Wertung: (+/-) (-) (-)*
4. "NEU BEWERTEN": ist Wunschenken, das über wirkungslose Theorie nicht hinausreicht  
*Wertung: (0)*

Am wirkungsvollsten für Zweifelkranke ist die Durchführung des **3.Schrittes**; und in eben dieser Wirkung liegt die ungeheure Gefahr. Ich weiß darüber so genau Bescheid, da ich geraume Zeit bevor das allererste Exemplar von Jeffrey M. Schwartz's gedruckter Unverantwortbarkeit erschien, durch besondere Umstände während der Zweifelkrankheit in ein Verhalten verfiel, welches die Qualen linderte, noch gefühlsunempfindlicher machte und identisch mit dem in Schwartz's 3.Schritt

Angestrebten ist. Was immer dieser neue Zustand bedeutete; eines merkte ich trotzdem von Anfang an: Ab diesem Zeitpunkt versuchte ich nur noch, Zeit zu überbrücken; bis ich eines unbestimmten Tages den Ausweg aus der Zweifelkrankheit kennen würde.

Mein Vorschlag wäre daher, die Folgeerscheinung, die sich aus der Anwendung von J.M. Schwartz's "4- Schritte-Programm" ergibt, als "*Schwartz'sche Zerstreuungssucht*" zu titulieren.

## **4.2 DIE GEFAHREN DES VERDRÄNGUNGS- & VERMEIDUNGSVERHALTENS**

Zu allen gefühlkranken Erscheinungen existieren Verhaltensweisen (z.B.: Sucht, stetiges Hinauszögern von Entscheidungen, Flucht in den Humor,...) mit denen der Erkrankte symptomatisch die Lebenssituationen zu umgehen versucht, in welchen die betreffenden Probleme und Leiden auftreten. Um den Erfolg bei Psychotherapien zu ermöglichen, ist es grundsätzlich notwendig, zuvor jegliche betriebenen Verdrängungsverhaltensweisen abzustellen. Vermeidungsverhalten gegenüber bereits vorhandenen Problemen bei Gefühlserkrankungen ist höchstens vertretbar solange in der betreffenden Zeit keine angemessene Therapiearbeit zustandekommen kann, und auch nicht in realistischer Aussicht steht.

Auch zur Zweifelkrankheit gibt es Verdrängungs- und Ausweichverhalten.

### **4.2.1 allgemeine Warnung:**

**Verdrängung = Meiden (des Bewußtseins) bereits vorhandener Problemsituationen = symptomatische Vermeidung**

Ausweichverhalten führt niemals zur Heilung von Gefühlskrankheiten, sondern zur Verewigung der Grundproblematik dieser jeweiligen Mißstände. Zwar verhindert es, solange es betrieben wird, das Auftreten der qualvollen Krankheitssymptome, wird aber letztlich zu einem zusätzlichen Problem, welches der Betroffene nur mit viel Selbstbeherrschung wieder abstellen kann. Auch die Auswirkungen des Verdrängungsverhaltens bei Zweifelkrankheiten sind so bedeutend und eigentümlich, daß sie als ein gesondertes Krankheitsbild (mit zugrundeliegender Zweifelkrankheit) angesehen werden müssen.

### **4.2.2 Vergleich beider Krankheitsbilder:**

(reine Zweifelkrankheit gegenüber Zweifelkrankheit mit Zerstreuungssucht)

#### **GEMEINSAMKEITEN:**

Die Verhaltensunsicherheit und die damit verbundene Unfähigkeit zur Ausführung anderweitiger planmäßig vorbestimmter Tätigkeiten bleiben erhalten, wenngleich dieser Unfähigkeit im einen Fall eine Angriffshaltung, und im anderen Fall eine Fluchthaltung gegenüber den Zweifeln zugrundeliegt.

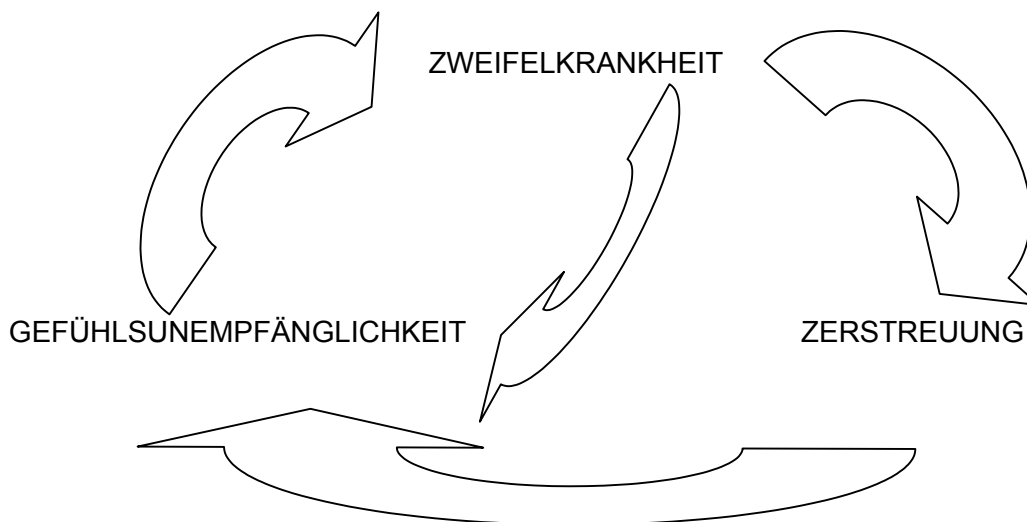
In beiden Fällen ergeben sich Einschlaf- und Verdauungsbeeinträchtigungen.

### UNTERSCHIEDE:

Bis auf Situationen, in denen keine, oder zumindest nur eingeschränkte Ablenkung gelingt (bei Müdigkeit, Streß, planmäßig vorbestimmten Tätigkeiten, Mangel bzw. Überdruß an faszinierenden Beschäftigungen, körperlichem Unwohlsein,... ) kommen im Kopf des "Zerstreuenden" keine Zweifelattacken mehr zustande. Bei ausreichend intensiver und stabiler Ablenkung kann der Betroffene sich sogar vormals zweifelauslösenden Situationen aussetzen, ohne von Zweifeln geplagt zu werden (;allerdings auch ohne die betreffenden Situationen bewußt auf sich wirken lassen zu können).

Während es bei der reinen Zweifelkrankheit zwischenzeitlich Phasen gibt, in denen der Betroffene nicht zu Interventionen genötigt wird, ist der Drang die Zweifel zu umgehen so unwiderstehlich und allgegenwärtig, daß der Kranke jede Sekunde seiner künftigen Lebenszeit -mit Ausnahme der Schlafphasen- dafür aufwendet, sobald er einmal das Vermeidungsverhalten als Möglichkeit kennengelernt hat. Das Vermeidungsverhalten entwickelt Selbstzweck und Eigenleben, wofür es die gesamte Wachzeit des Betroffenen in Anspruch nimmt. Durch diese "Zerstreuungssucht" wird die Aufnahme und Verarbeitung von Reizen (-auch die, die nur in der Vorstellung abgerufen werden-) noch wesentlich mehr behindert, als nur durch bedingendes Wahrnehmen. Die damit verbundene Minderung der Gefühlsempfänglichkeit läßt den Betroffenen in einer allumfassenden emotionalen Gleichgültigkeit zurück, wie sie sonst nur den unbelebten Dingen zueigen ist. Der größte Nachteil von Gleichgültigkeit ist aber, daß sie den Betroffenen die Notwendigkeit und Dringlichkeit der Heilung verkennen läßt. Die Zerstreuungssucht schränkt sogar das Empfinden davon ein, daß ein wirkliches Empfindungsdefizit besteht. Desweiteren führt die Gleichgültigkeit zu einem emotionalen Persönlichkeitsverlust. Der Betroffene erfährt die Wirklichkeit als etwas, das sich nicht wesentlich von bloßer Theorie unterscheidet, da sie ihn emotional unbeteiligt läßt. Sein Verhalten erscheint umständlich, verkomplizierend, spontan, planlos, verwirrt, rastlos, hyperaktiv, entschlossen, begeistert, fasziniert, wie besessen, wachsam, überaufmerksam, gehetzt, gereizt, überheblich, provozierend, großwahnwahnhaft, selbstsicher, geistreich, witzig, unbeeindruckt, sachlich, nüchtern, verstandesgelenkt, theoretisierend, übertrieben, maßlos, als Endlosschleife ablaufend oder wiederkehrend. Wenn der Zerstreuungssüchtige überhaupt noch einen Begriff seiner eigenen Persönlichkeit aufweist, dann erfährt er sich selbst zumindest nur noch nüchtern-sachlich & distanziert wie ein aussenstehender Beobachter ("Überwachungskamera-Perspektive"). Auch verändert sich das Zeitempfinden des "Zerstreuungssüchtigen" im Vergleich zum rein Zweifelkranken: Während Letzterem mitunter sogar einzelne Sekunden unerträglich lang erscheinen, vergehen Jahre, ohne daß Erstgenannter viel davon mitbekommt. Dies wird dadurch noch verstärkt, daß beim "Zerstreuenden" die Fähigkeit zu konzentriertem Gedächtnis stark eingeschränkt ist. Die Wahrnehmungs-, Vorstellungs- und Gedankenwelt wird zugleich gehetzter, unruhiger, unsteter und unklarer, aber auch unemotionaler, logischer und verstandesbeherrschter. Desweiteren behindern die sich verselbstständigenden, wirren Gedankengänge des "Zerstreuungssüchtigen" die für die Therapie wichtige Aufnahme zweifelauslösender Reizsituationen. Körperlich und geistig ist der Zerstreuungssüchtige von übersteigerter Lebendigkeit; emotional dagegen ist er eigentlich tot ("Geist-Wesen"). Der Leidensdruck, den eine Krankheit mit sich bringt, stellt den Hauptantrieb für den Betroffenen dar, um sich den Strapazen und Belastungen einer Therapie zu unterziehen. Da die "Zerstreuungssucht" aber den subjektiven Leidensdruck symptomatisch kompensiert, wird durch sie die Therapiearbeit erschwert, denn zur Durchführung jedes einzelnen Therapieschrittes wird somit willentliche Überwindung erforderlich, um..."WOLLEN zu wollen".

Die Zerstreuungssucht unterscheidet sich somit nicht nur von reiner Zweifelkrankheit als solcher (-ist also nicht einfach mit einem Beispiel für eine Zweifelkrankheitsform wie Waschzwang, Kontrollzwang, Hortzwang ... gleichzusetzen-), sondern darüberhinaus auch von Verdrängung mittels Ablenkung bei Belastung durch vorhandene Gefühle (unbewältigte Angst, Traurigkeit, Wut, ...): Ablenkungssucht bei Belastung durch vorhandene Gefühle besteht aus dem gezielten Umlenken der Wahrnehmung weg von den Auslösern der unangenehmen Gefühle, hin zu Auslösern anderweitiger, vor allem angenehmer Gefühle. Ablenkungssucht bei zugrundeliegender Zweifelkrankheit ist eine grundsätzlich andersartige, umfassendere Beschäftigungsform mit Auslösereizen und deren Verarbeitung, welche zur Folge (und auch zur Ursache) hat, daß Gefühle -egal ob angenehm oder unangenehm- gar nicht erst entstehen können. Dabei besteht bereits eine Gefühlseinschränkung durch die Zweifelkrankheit und durch Depressivität.



Die Wirkung der Gefühlsunempfindlichkeit durch Zerstreuung und bedingendes Wahrnehmen, und die Wirkung der Gefühlsunempfindlichkeit durch eine vorhandene Depression ergänzen sich in ihrer gefühlsabtötenden Eigenschaft. Die Folge dieses "Krankheitsverbundes" ist daher zunehmende emotionale De-Personalisation, bei immer betonterer Nüchternheit und (-wenn auch chaotischer-) Rationalität der "Erlebenswelt" des Betroffenen.

Psychisches Ausweichverhalten bleibt nicht ohne körperliche Folgen: Da Aktivität für den "Zerstreuungssüchtigen" zum Dauerzustand wird, ist sein Stoffwechsel gegenüber dem von Menschen, die Ruhepausen auch tagsüber einlegen, erhöht; seine Verdauungsbeeinträchtigungen intensivieren sich. Der Zerstreuungssüchtige verschlingt seine Nahrung wie unter Zeitdruck (Mir wurde einmal gesagt, ich würde "fressen, als läge ich im Schützengraben".) Der Zerstreuende kann dabei krankhafte Mengen an Nahrung aufnehmen, ohne an Körpergewicht zuzunehmen. Wenn dem Betroffenen keine Zerstreuung gelingt, dann treibt ihn extreme körperliche Anspannung zu hyperaktivem, ungerichtetem **Suchverhalten\***; solange, bis er eine Möglichkeit der Ablenkung entdeckt, die sich ihm bietet. Der Versuch, diese Anspannung zu unterdrücken (anstatt an der zugrundeliegenden Zweifelkrankheit anzusetzen), führt nur zur Ausbildung wandernder, krampfartiger Verspannungen,

hauptsächlich in den Extremitäten des Körpers. Der Zerstreute kann nicht mehr stillstehen.

Wenn der "Zerstreungssüchtige" die Augenlider schließt, dann führt er bei unzureichender geistiger Ablenkung wirre und hektische Augenbewegungen aus.

(\*Von einer aussenstehenden Person, die mich beobachtet hatte, erhielt ich einmal folgende Rückmeldung:

"Ich möchte schon mal wissen, wieviele Bilder pro Sekunde deine Augen sehen !?")

### **4.3 DAS VERDRÄNGUNGSVERHALTEN BEI ZWEIFELKRANKHEITEN**

(Betroffene, die noch kein Zerstreungsverhalten ausgebildet haben, sollten ab hier besser zum nächsten Kapitel (4.4) übergehen, statt weiterzulesen !)

Solange -aus welchen Gründen auch immer - keine angemessene Therapiearbeit an der Zweifelkrankheit zustande kommen kann, können Zweifelattacken nur dadurch umgangen werden, indem das Bewußtsein für den Zustand und die Folgen des Zweifelkrankseins ausgeschaltet wird. Da die vollständige Ausschaltung des Bewußtseins durch psychoaktive Substanzen weder sinnvoll noch praktikabel ist, muß hierzu die Bewußtseinseinschränkung hauptsächlich auf die Wahrnehmung der Zweifelkrankheit zielen.

Mit Ausweichverhalten läßt sich keine Gefühlskrankheit heilen; der Betroffene kann aber annähernd erreichen, daß die quälenden Symptome nie zustande kommen, indem er immerfort verhindert, sich der ungelösten Probleme bewußt zu sein. Dieses Ziel kann durch Ablenkung der geistigen Konzentration -weg von der Verhaltensunsicherheit- erreicht werden. Dazu ist es allerdings nötig, zuvor den erfolglosen Willenskampf um die Durchsetzung der Verhaltenssicherheit solange aufzugeben, und das Verlangen nach endgültiger Heilung auf unbestimmte Zeit zu vertrösten; es kommt dann nur noch darauf an, Zeit zu überbrücken. Die Duldung der Unentschiedenheit der inneren Frage, ob Sicherheit oder nicht -wie sie durch die passive Wirkungsweise der Zweifelkrankheit immer gegeben ist - kann der Zweifelkranke nur ertragen, wenn er sich dieser Unentschiedenheit nicht bewußt ist. Er muß sich hierzu also von seinen eigenen Gedanken ablenken – mithilfe übersteigerter gedanklicher Beschäftigung.

Das Bewußtsein für seine Probleme kann der Zweifelkranke umgehen, indem er seine Konzentration vollständig, ausschließlich und geradezu "zwanghaft" auf die Durchführung von Beschäftigungen verwendet, welche eine faszinierende, Interesse erzeugende Wirkung auf ihn haben. Dabei kann es sich um rein geistige Tätigkeiten, oder auch um Tätigkeiten mit körperlichem Einsatz handeln. Daneben gibt es noch die Möglichkeit einer eher passiven Ablenkung: Hierzu muß der Betreffende sich auf die Aufnahme von Umweltreizen konzentrieren, welche sich andauernd, in sehr kurzen Zeitabständen auf unvorhersagbare Art und Weise verändern. (z.B.: Das Flimmern und Rauschen auf einem Fernsehbildschirm)

Bei Zweifelkranken ist die Anfälligkeit für Verdrängungsverhalten zunächst vergleichsweise gering, da Diese die Verdrängung als Selbstbetrug ansehen, welcher keine verantwortbarere, vertretbarere und weniger bedrohliche Alternative zum direkten Erfahren der Verhaltensunsicherheit darstellt. Das Vermeidungsverhalten beschränkt sich bei Zweifelkranken zunächst auf Phasen des Vermeidens der Konfrontation mit zweifelauslösenden Reizen, sowie auf das stetige Vermeiden bedingungsloser Gefühlswahrnehmung.

Überwindet der Zweifelkranke aber einmal diesen gesunden Widerwillen gegen den eigenen Selbstbetrug, und beginnt sich zu zerstreuen, dann ist sein Verdrängungsverhalten sogar noch allgegenwärtiger und ausschließlicher, als Verdrängungsverhalten gegenüber anderen Gefühlskrankheiten sein kann (mit Ausnahme des Selbstmordes).



## 4.4 WARNHINWEISE ZU EINGRIFFEN IN DAS GEHIRN

Von Zeit zu Zeit kommt es -bei Ärzten wie bei Patienten- immer wieder in besonders ausgeprägtem Maß in Mode, zu glauben, zu hoffen und anzustreben, daß es für eine Krankheit statt nur der naheliegenden, ursachenbezogenen, aber unangenehmen Heilung auch eine vermeintlich genauso naheliegende symptomebezogene Heilung gibt, die zudem auch noch (beinahe) angenehm erscheint. Ärzte unterliegen dieser Selbsttäuschung grundsätzlich solange sie Ärzte sind, denn sie haben es sich zum Beruf gemacht, das verantwortungslose Verhalten der Patienten zu belohnen und zu unterstützen. Und umgekehrt erhält der Arzt Geld von seinen Kunden, dafür daß er sich zum Vormund dieser dadurch Selbstentmündigten bestimmen läßt. Angebot und Nachfrage ergeben den Markt.

Die Wahrheit ist dabei schon längst zu einem "Handelshemmnis" verkommen, das sich niemand mehr "leisten" will:

JEDER EINZELNE IST NUR FÜR SEIN EIGENES VERHALTEN VERANTWORTLICH; NICHT MEHR UND NICHT WENIGER.

NIEMANDEM KANN SEINE PERSÖNLICHE VERANTWORTUNG ABGENOMMEN WERDEN, DER SIE SICH NICHT ABNEHMEN LÄSST. MAN KANN NIEMAND ANDEREN TÄUSCHEN UND BETRÜGEN ALS SICH SELBST.

WIR "**MÜSSEN**" GAR NICHTS, AUSSER DIE (GESAMTEN) KONSEQUENZEN UNSERES VERHALTENS AKZEPTIEREN (IM GUTEN WIE IM SCHLECHTEN SINNE). VERÄNDERUNG ERREICHT MAN NUR AN & DURCH SICH SELBST. Nicht aber durch unsere Worte, Beteuerungen oder Lippenbekenntnisse, sondern durch unser Tun und Lassen entscheiden wir, ob wir dieser Eigen-Verantwortung gerecht werden (wollen) oder nicht.

Um wieviel einfacher scheint es aber doch zu sein, dem Bewußtsein für die Ursache eines Problems aus dem -unattraktiven- Weg zu gehen, der Welt der Werbung Glauben zu schenken, und Wirtschaftsaufträge zu schaffen (-was mehr Maschinerisierung bedeutet und nicht mehr Arbeitsplätze-), um lieber die Folgen unseres Tuns zu bekämpfen. Damit macht man zwar Geld, aber nichts einfacher oder letztlich wirklich erträglicher. Wir machen sogar alles komplizierter, denn die "Wahrheit" (oder was wir als solche akzeptieren) wird somit abhängig von Interessen. Dies ist die Welt der Unehrllichkeit und der Lüge; es ist die Welt der hochentwickelten Zivilisation. Eben diese Zivilisation, mit der wir uns so bequeme, käufliche "Lösungen" für unsere selbstgeschaffenen Probleme ermöglichen ..., und eben auch diese liebgewonnenen Probleme selbst.

Immer bizarrere, groteskere "menschheitsbeglückende Hilfe" lassen wir uns durch unsere Nachfrage von der "medizinischen Ersatzteil- und Reparaturindustrie" (an)bieten, so auch etliche "segensreiche Errungenschaften" für die ansonsten von unserer Gesellschaft so wenig beachteten Zweifelkranken. Die Maschinerie der medizinischen Forschung macht mittlerweile auch schon mehrere Formen von "künstlichen Wunderheilungen" speziell für die Kundenschicht der Zweifelkranken möglich. Und wenn dies (noch) nicht für Geld geschieht, dann zumindest für die persönliche Profilierung der vom Ruhm & Ruf abhängigen Wissenschaftler mit ihrem (un)verhohlenen Selbstdarstellungs- und Geltungsdrang. Denn Wissenschaft ist auch nur ein gutgepflegter Irrtum, eine Glaubensrichtung, in welcher es als erstrebenswerte Tugend gilt, den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr zu erkennen, sich in Details zu flüchten, und das Offenbare als solches in Zweifel zu ziehen; andererseits aber standardisierten Fehl- und Zweckinterpretationen, sich-selbst-erzeugenden Meßapparatwirklichkeiten, fachkryptologischen Worthülsen und dem eiteln Schein von Titeln, Auszeichnungen und Rangordnungen Glauben, Anerkennung und Vertrauen zu schenken.

Zweifelkranke sollten daher nicht auch noch von sich aus den Fehler begehen, sich als Kundschaft oder als Versuchsobjekte für den Feldzug und Kreuzzug der "Kirche" namens "medizinischer Fortschritt" zur Verfügung zu stellen, oder sich sogar vorausseilend anzubieten. Auch die Zweifelkranken (-jeder einzelne-) tun absolut niemandem etwas Gutes (-sondern nur jemandem einen Gefallen-), wenn sie auf die unerfüllbaren, käuflichen oder subventionierten "Heilsversprechungen" der Forschung eingehen. Nur aufgrund der offenen oder auch heimlichen Nachfrage, nur aufgrund unserer Toleranz wird das Angebot stetig größer. Schon jetzt wird eine Reihe von "schnellen, symptomatischen Lösungen" gegen die Zweifelkrankheit angepriesen (auch wenn dieser Anspruch immer ein Widerspruch in sich selbst bleibt):

#### **Medikamente:**

Quasi als "Urform" des Medizinglaubens darf das "Zweck-Vertrauen" angesehen werden, durch Einnehmen, Einspritzen oder Einreiben bestimmter Substanzen oder Substanzmischungen (,die es zu entwickeln und patentieren gelte,) könne man von einer Krankheit befreit werden; und dies sogar ohne liebgewonnene "Gesundheitssünden" aufgeben zu müssen. ("Des Menschen Pille ist sein Himmelreich!") Längst werden für Depressive, und neuerdings auch für Zweifelkranke Tabletten angeboten. Doch wie sollen chemische Substanzen etwas daran ändern (können), daß jemand sich selbst ablehnt, oder daß jemand seinen eigenen Gefühlsreaktionen mißtraut? Oder wollen wir das etwa gar nicht? Ist es unser Ziel, die Ursachen unserer Probleme beizubehalten, und stattdessen die Folgen zu unterdrücken?

#### **Gehirnoperationen:**

Weil der chemische Eingriff für manche Ärzte und Patienten noch nicht gewaltsam und folgenschwer genug zu sein schien, wurden auch schon längst Operationsverfahren entwickelt und durchgeführt, um bei Depressiven und Zweifelkranken bestimmte Bereiche des Gehirnes zu durchtrennen, abzutöten und /oder zu entfernen. Ein solches Vorgehen setzt das wirklichkeitsferne "Verständnis" voraus, eine Depression oder eine Zweifelkrankheit sei etwas Organspezifisches und (scheinbar) Isolierbares, Abtrennbares wie eine Zellwucherung. Und wie auch beim operativen Entfernen von Krebszellen beseitigt man damit ebenfalls nur auf künstliche Weise irgendwelche Symptome, und beeinträchtigt noch dazu andere Gehirnfunktionen unwiederbringlich. Gehirnoperationen sind nur die logische Konsequenz aus dem unlogischen Irrglauben, daß, wenn etwas Naturgegebenes in seiner Funktion beeinträchtigt ist, man es künstlich noch mehr beeinträchtigen müsse, damit es wieder funktionieren könne. Die unausweichlichen Mißerfolge solcher unerfüllbaren Vorhaben werden dann gerne auf "noch unzureichend ausgereifte Technik" zurückgeführt.

FEHLER + GEGENFEHLER = KEIN FEHLER ?  
oder  
FEHLER + GEGENFEHLER = 2 FEHLER ?

#### **Elektrostimulation:**

Entlang der Nervenzellen des Gehirns fließen elektrische Ströme. Dies hat Mediziner auf die verheerende Idee gebracht, Lebewesen als Computer aufzufassen, deren Hardware beliebig verkabelt, und deren Software beliebig programmiert werden kann und darf. Durch diese folgenschwere Verschiebung der Problemsicht erscheint ein bisher psychisches Problem nun als ein elektronisch-technisches, netzwerk-konfiguratives. Die Veränderung, die der Kranke selbst nicht herbeizuführen bereit ist, soll also "stellvertretend" und "ersatzweise" durch eine Maschine herbeigeführt werden (können).

Möglich sein soll dieses unerstrebenswerte Wunder durch Implantation von Elektroden, die **(a)** bei Depressionen den Vagusnerv (Teil des vegetativen Nervensystems) elektrisch reizen (= "Vagusnervstimulation"), und **(b)** bei Zweifelkrankheit den Hirnbereich des rechten Nucleus accumbens mit hochfrequenten elektrischen Strömen reizen (= "stereotaktische Tiefenhirnstimulation").

Um berechnigte Zweifel am Sinn des Symptomeunterdrückens abzuwehren, sprechen Mediziner häufig auch vom "letzten Mittel" bei "therapieresistenten psychischen Krankheiten". Es gibt aber überhaupt keine "therapieresistenten psychischen Krankheiten", sondern nur "therapieunwillige oder therapiegehemmte psychisch Kranke" in einer Gesellschaft, die krankhafte Abhängigkeiten belohnt und Gesundungswillen bestraft. Und wozu können "letzte Mittel" gut sein, wenn sie nur eine Steigerung des bisherigen, grundfalschen Weges darstellen? Auf sogenannte "letzte Mittel" folgt nicht die absolute Hilflosigkeit; vielmehr sind sie bereits längst ein Ausdruck derselben.

Daß es auch therapiewillige Zweifelkranke gibt, die trotz verhaltenstherapeutischer Behandlung keine oder nur sehr geringe Heilungserfolge erreichen (-besonders bei der Komplikation mit Zwangsgedanken-), erklärt sich vor allem aus der Tatsache, daß die behandelnden Professoren, (Chef-/Ober-)Ärzte, Psychiater, Neurologen, Psychologen und Therapeuten ja bis heute selbst noch nicht wirklich verstanden haben, wieso und wodurch genau die Verhaltenstherapie gegen die Zweifelkrankheit wirksam und hilfreich ist. Sie haben ja auch noch nicht einmal annähernd begriffen, was die Zweifelkrankheit (, die sie zu den Angstkrankheiten einordnen-) in Wirklichkeit für eine Problematik darstellt, und warum sie persönlich beispielsweise nicht davon betroffen sind. Die Behandlungskonzepte, die auf diesem Halbwissen aufbauen, müssen zwangsläufig grob, unsensibel, unausgereift, unnötig schwierig, quälerisch, gewaltsam, eingeschränkt wirksam und ineffizient sein.

## 5. WELCHE AUSWEGE AUS DER ZWEIFELKRANKHEIT GIBT ES ?

### 5.1 DIE BEWÄLTIGUNG DER KRANKHEITSURSACHE

Bevor der Aufrechterhaltungsmechanismus der Zweifelkrankheit aufgelöst werden kann, müssen zuerst alle (noch) wirksamen **Auslöser** der Zweifelkrankheit beendet oder überwunden werden. Wenn der Betroffene sich nicht darüber im Klaren ist, was die Ursachen sind, und ob diese noch wirksam sind, kann er probeweise bereits mit der Therapie der Krankheitsaufrechterhaltung beginnen. Treten bei der Umsetzung des Therapieverfahrens noch unüberwindbare Schwierigkeiten auf, so ist dies ein Zeichen für das Wirken von **Auslösern** der Zweifelkrankheit. Der Betroffene sollte dann systematisch nach den beeinträchtigenden Einflüssen suchen, und zunächst die Behandlung auf selbige konzentrieren. Denn wenn die Beeinträchtigung, die die Möglichkeit einer tragfähigen Gefühlssicherheit beendet hat (und somit zur Ausbildung der Zweifel geführt hat), noch weiterhin Einfluß ausübt, dann kann auch die Korrektur der fehlgeleiteten Reizverarbeitung (*siehe Kapitel 5.2*) **keine Heilung** mit sich bringen.

#### DIE DEPRESSION:

Unter den möglichen **Auslösern** spielt die **Depression** eine besondere Rolle: Depression kann **URSACHE** und **FOLGE** einer Zweifelkrankheit sein, wodurch die Möglichkeit der Entstehung eines Teufelskreises gegeben ist:



Soweit, wie depressive Verstimmung neben der Zweifelkrankheit existiert, sollte vorbereitend oder zumindest begleitend zur Behandlung der Zweifel eine Behandlung der Depression erfolgen. Der therapiestörende Einfluß einer Depression darf nicht unterschätzt werden. Selbst wenn das Befinden des Betroffenen „nicht schlecht“ ist, kann es trotzdem „nicht gut genug“ sein, denn das „Glücksgefühl-Hormon“ Serotonin (-das bei Zweifelkranken nach der Ausschüttung an bestimmten Nervenleitungen immer wieder zurückgenommen wird-) ist der maßgebliche Boten-Stoff für die Gefühlstragenheit von Solls. Je mehr Serotonin frei verfügbar ist, desto tragfähiger ist die Gefühlssicherheit. Eine Abschwächung der Depression hat meistens auch eine Abschwächung der Zweifelkrankheit zur Folge (Der Therapieerfolg ist dabei stärker, dauerhafter und störungsunanfälliger, wenn die Reizverarbeitung ebenfalls mitkorrigiert wird).

Allgemeine psychische Auffälligkeiten von Depressiven sind :

Konzentrations- und Merkschwierigkeiten, Teilnahmslosigkeit, "zwanghaftes" Grübeln über die Inhalte der Depression (Depressives Endlosgrübeln funktioniert wie eine destruktiv ausgerichtete Selbsthypnose.), in schweren Fällen auch Sinnestäuschungen (Pseudo-Halluzinationen), Selbsttötungsphantasien (Das Gefühl des Depressiven, bereits tot zu sein, hält jedoch die meisten Betroffenen von der Selbsttötungsausführung ab.), erhöhte Suchtanfälligkeit, mangelnde Körperpflege, Erschöpfungszustände (erhöhte Anstrengung und Überwindung um auch nur die nebensächlichsten und geringfügigsten Arbeiten zu erledigen), gedämpfte Wahrnehmung von Farben und Gerüchen, gleichbleibend ausdrucksloser, ernster Gesichtsausdruck (nicht wie bei Traurigkeit "gequält / verzerrt")

Unterschiede ergeben sich im Vergleich der Symptome von schuldgefühlbedingten Depressionen (SD) und versagensangstbedingten Depressionen (AD) :

- **SD:** Antriebslosigkeit, Apathie, Müdigkeit, starrer Blick "ins Leere"
- **AD:** Unruhe, Rastlosigkeit, Umtriebigkeit

Tränen und Weinkrämpfe sind hingegen ein Anzeichen, daß KEINE Depression vorliegt, beziehungsweise, daß eine bislang vorhandene Depression zurückgeht.

Vergleichbar wie bei **Zwanghaftigkeit und Zweifelkrankheit** weisen auch **lösungsverweigernde, schicksalhaft erlebte Traurigkeit und Depression** beinahe gleiche äusserliche Symptomatik auf, sind aber ebenso 2 verschiedene, voneinander abgrenzbare Krankheiten. Wesentlicher Unterschied ist in beiden Fällen die Ausrichtung der Selbstwerteinschätzung (positiv / negativ). Man könnte daher die aufgelisteten 4 Krankheiten auf 2 vereinheitlichen -die "**Krankheit des Gezwungenen**" beziehungsweise die "**Krankheit des aufgegebenen Lebens**"- , deren Erscheinungsbild mit dem Selbstwertgefühl wechseln kann:

	sich selbst aufgeben:	sich gezwungen verhalten:
(insgesamt) positive Selbstwerteinschätzung:	CHRONIFIZIERENDE TRAUERIGKEIT	ZWANGHAFTE PERSÖNLICHKEIT
negative Selbstwerteinschätzung:	DEPRESSION	ZWEIFELKRANKHEIT

Ebenso wie zur **Traurigkeit** ist die Depression zum **Schockzustand** nur ähnlich, aber nicht identisch:

**SCHOCK** = vorübergehende, angstbedingte Schutzfunktion des Körpers gegen Schmerzempfinden bei Wahrnehmung (unmittelbar bzw. überraschend eintretender) schwerer Verletzungsbilder oder fatalistisch-folgenscher bewerteter Informationen. (Wahrscheinlich hat die Natur dieses Phänomen entwickelt, um von Raubtieren angefallenen Beutetieren Schmerzen vor dem Tod zu ersparen.)  
Eigenverantwortlichkeit & Schuldgefühle stehen beim Schock nicht im Vordergrund des Erlebens / Empfindens. Selbstempfindung als hilfloses Opfer.

**DEPRESSION** = andauernde, sich selbst aufrechterhaltende Hilflosigkeit und "Lähmung" der eigenen Möglichkeiten ohne Sinn. Die Depression ist keine Lösungsstrategie, sondern nur vernichtender Selbstzweck der Krankheit. Selbstempfindung als hauptverantwortlicher, schuldhafter, aber dennoch hilfloser Täter. (=> Widerspruch in der Argumentation um eigenes Versagen)

Die häufigste Form **äusserlich** bedingter Depressionen ist die **Winterdepression**:

Da der Mensch entwicklungsgeschichtlich aus der Äquatorialgegend (Afrika) stammt, und nur die **technologischer** Evolution es ihm ermöglicht hat, in Gebieten mit niedrigerer Temperatur (-weil geringerer Sonnenstrahlung pro Fläche-) zu überleben, hat eine **körperlich-genetische** Anpassung niemals stattgefunden. (In der Zivilisation nimmt die genetische Variabilität des Menschen zwar zu, doch der zivilisierte "Auslesedruck" hängt von körperlich nicht vererbaren Eigenschaften wie Besitz, Einfluß bzw. marktwirtschaftlicher, militärischer, politischer oder weltanschaulicher Rangstellung, sowie von menschengeschaffenen Gefahren ab).

Die Zirbeldrüse (Epiphyse) ist ein Hirnanhang im Zwischenhirn, welcher in Abhängigkeit von der Menge des auf die Netzhaut auftreffenden Sonnenlichtes schlaffördernde Hormone ausschüttet. Je weniger Licht wahrgenommen wird, desto mehr steigt die Müdigkeit. Durch langanhaltende Müdigkeit auch tagsüber (während der kurzen und lichtarmen Tage des Winterhalbjahres im Bereich von Nord- und Südpol) entsteht aber auch Antriebslosigkeit und depressive Stimmung. (Der Ausdruck "Stimmungsaufhellung" erklärt sich umgekehrt ebenfalls aus diesem Zusammenhang.)

Das Zirbeldrüsen-Hormon Melatonin weist chemisch eine weitgehende Übereinstimmung mit dem Serotonin auf; beide Hormone haben Einfluß auf das Schlafverhalten. Manche "Pseudo-Wissenschaftler" sehen die Winterdepression als ein angeborenes Überbleibsel von menschlichen Vorfahren, welche angeblich Winterschlaf abgehalten hätten, an. Es ist jedoch stammesgeschichtlich erwiesen, daß weder der Mensch, noch eine frühere Form aus der Abstammungslinie, aus welcher der Mensch hervorging, jemals Winterschlaf oder auch nur Winterruhe abhielt, beziehungsweise abhalten mußte. Alle Vertreter und Vorläufer der Menschenaffen hatten ihren Ursprung in Gebieten, in denen weder Winter noch Schnee vorherrschen, sondern nur Trockenzeit und Regenzeit bestimmend sind. Und vor dem Erscheinen der Säugetiere (und Vögel) war sogar die Körpertemperatur (-und somit auch der Stoffwechsel-) tierischer Lebensformen von der Umgebungstemperatur (Wärmestrahlung der Sonne) abhängig.

(Mein Religionslehrer sagte einmal, daß der Mensch von der Natur benachteiligt sei, da er kein Fell wie der Eisbär habe. Vielleicht sind aber nur Religionslehrer von der Natur benachteiligt, denn sonst wäre ihm wahrscheinlich klargeworden, daß umgekehrt auch ein Eisbär am Äquator -also ausserhalb seines natürlichen Anpassungsbereiches- Überlebensnachteile hat.)

#### THERAPIEMÖGLICHKEITEN BEI PSYCHISCH BEDINGTEN DEPRESSIONEN:

Wegen der Sinnentleertheit, der emotionalen Entfremdung und dem allgegenwärtigen Leidensdruck verleitet die Depression mehr als andere Gefühlskrankheiten zu Verdrängungsverhalten durch Mißbrauch von Rauschmitteln. Da Sucht aber ebenfalls keine wirkliche Lösung von Problemen darstellt und bietet, wird auch diese Strategie langfristig zum depressions-fördernden Einfluß.



Eine Persönlichkeitsform, die besonders gefährdet ist, in aussergewöhnlich schwerwiegenden Belastungssituationen oder Schicksalsschlägen des Lebens mit einer Depression zu reagieren, ist die zurückhaltende, aufopfernde, perfektionistische, leistungsorientierte, mitleidende, unsichere, selbstkritische und wenig selbstbewußte. Also die Persönlichkeit, welche Ärger und Kritik zurückbehält und gegen sich selbst kehrt, beziehungsweise, welche ihren Selbstwert in persönlicher Leistung mißt. (=> Zwanghafte und unsichere Personen stellen daher auch die Hauptrisikogruppe für Zweifelkrankheit dar.) Bedingt durch den Hormonhaushalt gibt es darüberhinaus eine weibliche Risikogruppe.

Bei angemessener Behandlung ist die Depression allerdings eine Gefühlskrankheit mit großen Heilungsaussichten, allein schon deswegen, weil im Fall einer Depression für den Betroffenen "fast nur noch alles besser werden kann", weil seine Krankheit ja eben darin besteht, "keine Gelegenheit auszulassen, das unangenehme Gefühl (zunächst) zu suchen".

Gegen Depression gibt es grundsätzlich 2 verschiedene Behandlungsstrategien, die einzeln oder kombiniert angewendet werden können: einerseits Psychotherapie, andererseits chemische / physikalische Behandlung (Medikamente bzw. Elektrostimulation). Die chemische oder physikalische Behandlung von Depressionen stellt nur das Kurieren von Symptomen dar, und könnte bestenfalls bei sehr schweren Symptomen vielleicht den Beginn einer Psychotherapie künstlich beschleunigen. Nebenwirkungsärmste (aber auch wirkungsärmste) symptomatische Behandlung der Depression stellt die physiologische Therapie über den Körper (Schlafverhalten, Bewegung, Entspannung,...) dar, welche als zusätzliche Behandlung am ehesten geeignet ist. Eine besondere Gruppe unter den "Antidepressiva", die sogenannten "selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmer", ist zudem in der Lage, Einfluß auf die Symptomatik der Zweifelkrankheit auszuüben. Diese "Antikompulsiva" mindern zwar das Auftreten von Zweifeln, verlieren aber ohne Psychotherapie nach Absetzen der Anwendung ihre Wirkung, weil sie nichts an der Krankheitsursache ändern. Es kann daher nur grundsätzlich zu psychotherapeutischer Behandlung geraten werden, ohne zusätzliche Medikation.

Während eine **ursächliche Depression** bei der Zweifelkrankheit unterschiedliche Inhalte haben kann, ist das Thema einer **Folgedepression** der Zweifelkrankheit stets Hoffnungslosigkeit in der Einschätzung der Heilungsaussichten, bzw. die vermeintliche Schuld aufgrund der Verhaltensunsicherheit in/bei der Umsetzung der (individuell geprägten) charakterlich wertbestimmenden Verhaltensvorgaben. Diese Folgedepression -und nicht wie vielfach behauptet die ursächliche Depression (siehe diesbezüglich "Windach/Bamberg-Ergüsse" im Anhang)- ist es auch, die der Betroffene mithilfe der Zwangsrituale zu verhindern, oder zumindest abzuschwächen beabsichtigt.

Als eine Möglichkeit zur Minderung der Folgedepression seien hier spezielle Gedankenübungen dargestellt, die sich in der Praxis bewährt haben:

- Grundsätzlich sollte der Betroffene sich zunächst klarmachen, daß Schuldübernahme die Verhaltensunsicherheit von neuem bestärkt, und deshalb -schon im Interesse der Sache- von ihm selbst abgelehnt werden sollte. (Sich-besser-fühlen = unanfälliger gegen die Zweifel sein)
- Der Betroffene sollte es zulassen und sogar anstreben, sich selbst mehr als Opfer und nicht als Täter einer schlimmen Entwicklung einzustufen. (= Sich-erlauben, zunächst vorläufig krank zu sein)
- Der Betroffene sollte sich den Logikfehler bewußtmachen, welcher der Schuldübernahme zugrunde liegt: Jemand der willentlich und trotz zumutbarer Alternativmöglichkeiten eine schlechte Tat begeht -sich also schuldig macht- fühlt in Anbetracht dieser Tat Gleichgültigkeit oder sogar freudige Genugtuung; nicht aber fühlt er sich schuldig, wenn er so verdorben ist, wie der Zweifelkranke sich selbst einschätzt. Der Zweifelkranke dagegen möchte die Schuld für etwas übernehmen, was er unter den besonderen Umständen seiner Krankheit aber gar nicht anders hätte tun können; gerade weil er es nicht wollte. Es kann sein, daß Zweifelkranke aufgrund letzterer Überlegung beginnen an Zweifeln zu leiden, ob sie unter ihren Zweifeln wirklich leiden. Dies zeigt deutlich die innere Widersprüchlichkeit der zweifelkranken "Erlebenswelt", was dem Betroffenen aber auch die Möglichkeit eröffnet, zumindest ein Stück weit Gelassenheit zurückzugewinnen, indem er sich über den "Irr- und Wahnwitz" dieser Krankheit bewußt lustig macht.
- Die Inhalte der Gedanken und Gefühle, die den Betroffenen beschäftigen, sollte dieser nicht als allgemeingültige, unabänderliche und allumfassende Wahrheiten auffassen, sondern als die innere Wirklichkeit seiner Krankheit, neben der noch andere Aspekte der Wirklichkeit zu unserer Welt gehören -ausserhalb der Krankheit.

Davon abgesehen kann man bestimmten Aspekten dieser krankheitseigenen Wirklichkeit eine nützliche Wirkung gegen die Aufrechterhaltung des Depressions-Zweifelkrankheits-Teufelskreises abgewinnen: Wenn der Betroffene sich folgenden Sachverhalt klarmacht: "**Die Zweifel entstehen NUR dann, WENN ICH (Befürchtungen haben) WILL !**", dann zeigt sich ihm eine Möglichkeit (bis zu einem bestimmten Grad) das Auftreten der Zweifel selbst zu bestimmen. Durch das Erfahren einer Kontrollmöglichkeit über die Zweifelattacken werden die Befürchtungen schwächer, und somit "zwanglose" Konfrontationen mit zweifelauslösenden Situationen erleichtert. Macht der Betroffene sich den oben erwähnten Zusammenhang im Anschluß an eine erfolgte Zweifelattacke -darauf Bezug nehmend- bewußt, so kann er dadurch aufkommende Schuldgefühle abschwächen (indem er die Stärke und Häufigkeit der Zweifel nicht als Beweis für Charakterschwäche, sondern für verantwortungsbewußte Besorgtheit deutet.)

Statt dem gelegentlichen Eindruck, sich zu schlecht für eine Therapie zu fühlen (,daß also die Depression und / oder die Zweifelkrankheit ihrer eigenen Besserung oder gar Überwindung im Wege stünden), immer oder häufig nachzugeben, sollte der Betroffene besser einfach die in diesem Kapitel beschriebenen Therapieverfahren nach Bedarf konsequent anwenden. Dadurch entzieht er seinen Krankheiten, die ja der Grund seiner schlechten Verfassung sind, die ursächliche Grundlage. Dennoch sollte der Betroffene doch auch darauf achten, sich nicht (auf einmal überladend) zu überfordern, insbesondere bei zusätzlich bestehenden, anderen Belastungen.



## Depressions-Solls

Depressive Endlos-Grüblerschleifen drehen sich ebenso wie auch Zweifelanfälle um Solls; Solls der Depression, moralische Dogmen (=auferlegte Glaubensgrundsätze). Auch Depressions-Solls führen genauso wie Zweifel-Solls nicht zum erhofften gesunden Ziel, zur Lösung der Probleme, sondern sind ebenfalls Teil dieser Probleme. Der Ausweg liegt auch hierbei für den Betroffenen darin, von den geistig konstruierten, selbstaufgezwungenen Dogmen abzulassen, und statt dem "moralischen Sollen und Müssen" wieder das "moralische Wollen" urteilen zu lassen. Dazu ist es notwendig, daß seine moralisch-ethischen Vorstellungen und Beweggründe nicht mehr (nur) einseitig aus seinem Denken, sondern aus der Einheit seines Denkens und Fühlens gleichermaßen hervorgehen. Statt des depressiven, zweifelkranken "Ich kann nicht !"-, "Ich muß !"-, oder auch "Ich darf nicht !"-Dogmas sollte der Betroffene wieder in allen Lebensbereichen zurückkehren zum direkten, selbstehrlichen "Ich kann !"-, "Ich will !"-, oder auch "Ich will nicht !"-Bekenntnis. Veränderung kann es immer nur geben, wenn die betreffenden Gefühlsbewertungen zugelassen werden, nicht aber indem versucht wird, diese zu unterdrücken.

Die depressive Selbstabwertung selbst ist immer Ausdruck einer Hilflosigkeit und eines Scheiterns. Sie ist Zeichen einer vom Betroffenen selbst (noch) nicht eingestandenen Kapitulation, einer "strategischen Bankrotterklärung", die an sich selbst gestellten Ziele und Ansprüche -zumindest in dieser Form und mit den bisherigen Mitteln / auf dem bisherigen Weg- nicht erreichen zu können. Der Betroffene sollte deshalb das depressive Soll der Selbstabwertung und sein Verbot der Selbstachtung freiwillig, absichtlich und bewußt aufgeben, um (wieder)entdecken zu können, welche Ziele, Ansprüche und Wege er aus seiner gedanklichen und emotionalen Überzeugung heraus in Wahrheit anstrebt. Nach einem Verlust der eigenen Persönlichkeit -wie eben durch eine Depression- muß man logischerweise erst einmal wieder man selbst werden, bevor man sich selbst (weiter) verändern kann.

Dabei ist zu beachten, daß sogar noch während einer erfolgreich anlaufenden Depressionstherapie eine weitere Form von Dogmen -nämlich "Besserungs-Solls"- entstehen kann, welche einer Heilung ebenfalls im Wege steht. Doch auch die Besserung einer Depression darf kein "Soll & Muß" sein, sondern kann nur zwanglos beabsichtigt und wirken gelassen werden.

Um dies zu verwirklichen kann der Betroffene -gegen sein inneres Verbot handelnd- beispielsweise einem beliebigen, von sich aus auftretenden Gefühl oder einer Situation oder Vorstellung bewußt ohne Soll nachspüren, bis von selbst ein zugehöriger Gedanke, ja sogar eine gedankliche Überzeugung zusätzlich zum bedingungslosen Gefühl aufkommt (=> Gefühl-Gedanke-Einheit statt depressiver VOR-beziehungsweise NACH-Reglementierung von Gefühlen).

**VORSICHT: Die Zweifelkrankheit kann dazu verleiten, die gedanklichen Korrekturen gegen Depression als eine Sicherheitsersatzhandlung zweckzuentfremden ! Depressive Gedanken müssen aber nur ersetzt werden, krankhafte Zweifel hingegen müssen passiv durch Gefühlsbewertungen ersetzt werden lassen (-Ein Prüfen des eigenen Verhaltens ist in beiden Fällen nicht zielführend-). Es empfiehlt sich daher, Psychotherapie von Depression und Zweifelkrankheit nicht gleichzeitig, sondern nacheinander durchzuführen.**

### **5.1.1 Das gedankliche Umbewertungs-Verfahren gegen Depression**

(In dieser speziellen Form NUR zur Behandlung von **Depression** geeignet, und NICHT direkt wirksam gegen die **Zweifelkrankheit**.)

#### **Erklärungen zur gedanklichen Umbewertungs-Therapie\* allgemein:**

Gefühle direkt zu (ver)ändern ist nur symptomatisch möglich (z.B. mittels psychoaktiver Substanzen), was jedoch keinen vernünftigen, ratsamen Weg darstellt. Auf ursächlichem Wege auf Gefühle Einfluß auszuüben funktioniert nur indirekt, dafür aber mittels **2** verschiedener möglicher Vorgehensweisen, welche in vielen Fällen sogar zusammen\*\* angewandt werden können: Einerseits über Änderung(en) von Verhaltensmustern (siehe Kapitel 5.1.2), und andererseits über Änderung(en) von gedanklichen Bewertungsmustern\*.

Gedankliche und emotionale Bewertung bedingen sich zwar wechselseitig, doch ist die gedankliche Bewertung freier und unabhängiger von der emotionalen Bewertung, als umgekehrt. Man fühlt sich zwingend entsprechend der gedanklichen Überzeugung(en), aber man muß nicht zwingend, unausweichlich und unabänderlich gedanklich überzeugt sein von dem, was man fühlt. Gedanken können Gefühle (-mit dem Ziel einer Veränderung-) hinterfragen und in Frage stellen, nicht jedoch umgekehrt. Denn zeitgleich neben Überzeugungs-Gedanken können alle nur möglichen ("erdenklichen") Gedanken auftreten; das Gefühl aber existiert immer nur entsprechend der Überzeugung (, also ohne "Alternativgefühle"). Das heißt, man kann zwar etwas denken, wovon man nicht überzeugt ist, aber man kann nicht etwas fühlen, wovon man nicht überzeugt ist.

Um bestehende Gefühle (an der Ursache ansetzend) verändern zu können, bleiben daher nur die 2 Möglichkeiten, anders zu denken, oder sich anders zu verhalten, als man sich in der gegenwärtigen Situation fühlt. Die Gefühle gleichen sich dabei dann von selbst nachträglich anschließend an.

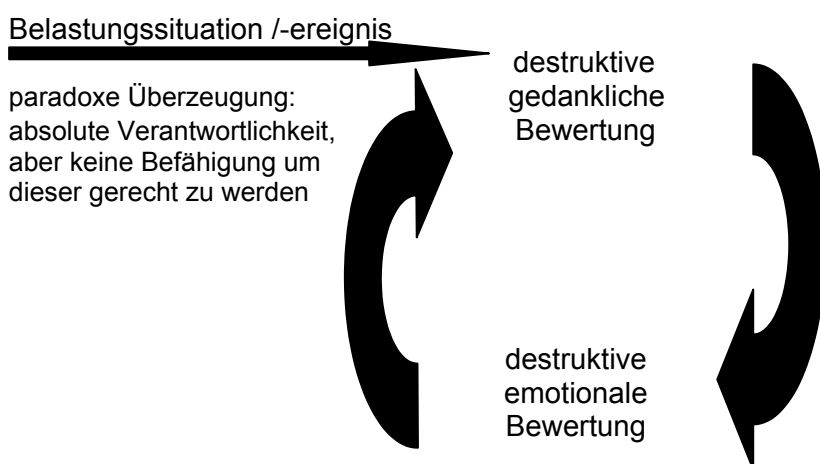
Beim Weg der gedanklichen Umbewertungstherapie kommt es darauf an, **(1.)** bisherige ungünstige Gedanken als solche zu erkennen und zu hinterfragen, **(2.)** diese ungünstigen Gedanken durch gesündere, selbstherrlichere Gedanken zu ersetzen, und **(3.)** den inhaltlichen Widerspruch zwischen neuen Gedanken und bisherigen Gefühlen zugunsten der neuen Überzeugung zu überwinden.

An diesem Neu-Denken-Lernen sind schon viele falschverstandene Versuche gescheitert, denn es funktioniert nur auf eine bestimmte Art und Weise:

Es ist erforderlich, die bisherigen Gefühle neutral dulgend ins Leere laufen zu lassen (um die emotionale Bedeutsamkeit dieser Gefühle nicht mehr selber zusätzlich aktiv zu übersteigern und zeitlich zu verlängern), und gleichzeitig anders zu denken, ohne (zunächst) entsprechende Gefühle als Bestätigung für die Glaubwürdigkeit und Wahrheit dieser neuen Gedanken zu fordern und zu verlangen.

\*Offiziell müssen studierte Mediziner "kognitive Therapie" (\*\* bzw. "kognitive Verhaltenstherapie") dazu sagen, damit nicht sofort jeder versteht, was gemeint ist.

Neben dem Symptom des Gefühlsverlustes beherrscht nur noch ein ursächliches Gefühl der Schuld und/oder Versagensangst die Erlebenswelt des Depressiven. Dieser Gefühlszustand ist aber nach den Gesetzen des gedanklich-emotionalen Bewertungskreislaufes selbst nur das Symptom gleichlautender gedanklicher Bewertungen. Die Depression ist also auch Ursache von sich selbst (,aber dennoch keine eingebildete, unbedingt gewollte oder gar selbstverschuldete Krankheit). Im Gegensatz zur Zweifelkrankheit läßt sich depressive Verstimmung DIREKT durch gleichlautende gedankliche Korrekturen -ohne bewertende Beachtung der gegenwärtigen Gefühlssituation- in ein entsprechendes positives Gefühlserleben umwandeln. Dieser Umgewöhnungsprozess erfordert allerdings Geduld und Übung, das heißt Zeit und Konsequenz.  
Entstehung und Aufrechterhaltung von (psychisch bedingten) Depressionen funktioniert also nach folgendem Schema:



Die lösungsverweigernde Eigenschaft depressiver Gedanken entsteht durch folgende Bewertungskriterien der krankheitseigenen Logik:

- **“Alles-oder-Nichts”-Denken (in Bereichen, wo Teilweises gültig ist):**  
Übertreibung / Untertreibung, überhöhte Anforderungen, Verabsolutierung
- **selektive Wahrnehmung & Beurteilung / Messen mit zweierlei Maß:**  
Verallgemeinerung von Teilaspekten oder Einzelfällen, Nichtbeachtung von Tatsachen
- **wirklichkeitsfern-überzogenes, paradoxes Prinzip der Verantwortlichkeit und der persönlichen Minderwertigkeit, Unfähigkeit und Erfolglosigkeit:**  
Lebenseinstellung getreu dem Leitsatz: “An allem bin nur ICH schuld !” (ohne den Aspekt des Selbstmitleides); unerbittliches, unversöhnliches Selbstbild
- **sich-selbst-bedingende & emotionale Beweisführung / Wunschdenken:**  
Argumentations-Schleifen, “Ich fühle so, also ist es so !”
- **Vertauschung von Ursache und Wirkung; Vergangenheit statt Gegenwart ändernwollen**
- **Sackgassendenken**  
(z.B.: “Das würde das endgültige Scheitern bedeuten !”)
- **grundsätzliche Tabuisierung des Konstruktiven und Positiven**
- **überzogen hohe Leistungsansprüche** (Selbstüberforderung + Abwertung eigener Leistungen als “Selbstverständlichkeit”)
- **Gleichsetzung von Person & Verhalten, sowie von Selbstwert & Leistung / Erfolg**
- **Bestrafungs- und Belohnungsgedanken**  
Glauben an moralische Verpflichtung zum Selbsthaß als “ausgleichende Gerechtigkeit”

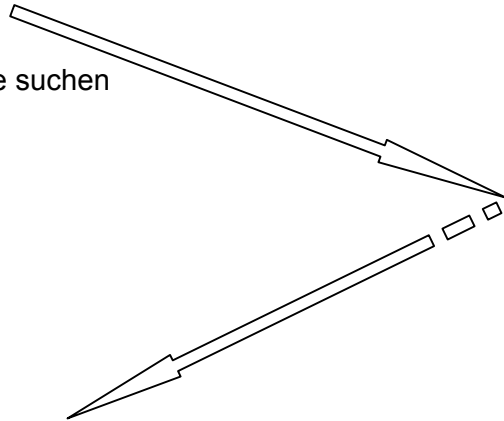
Das Umlernen des depressiven Bewertungskreislaufes geschieht über 4 einzelne Stufen in der folgend beschriebenen -stetig zu wiederholenden- Reihenfolge:

**VERÄNDERUNG:**

**WIRKUNG:**

(1.)

Hinterfragen /  
In Frage stellen /  
Gegenargumente suchen

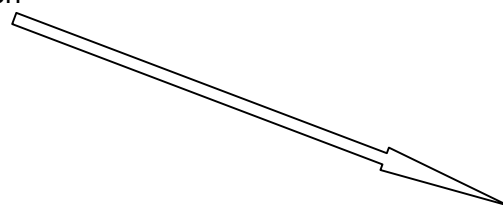


(2.)

theoretische Einsicht/  
(Selbst-)Erkenntnis

(3.)

-destruktive Gedanken ersetzen  
-Gegenargumente wiederholt einüben  
-depressive Gefühlsbewertung duldend ignorieren = bisherige  
Gefühle ins Leere laufen lassen & gezielt anders denken (wollen)  
-keine Gefühlsbestätigung für die neue  
Denkweise verlangen



(4.)

emotionale  
Um-Überzeugung

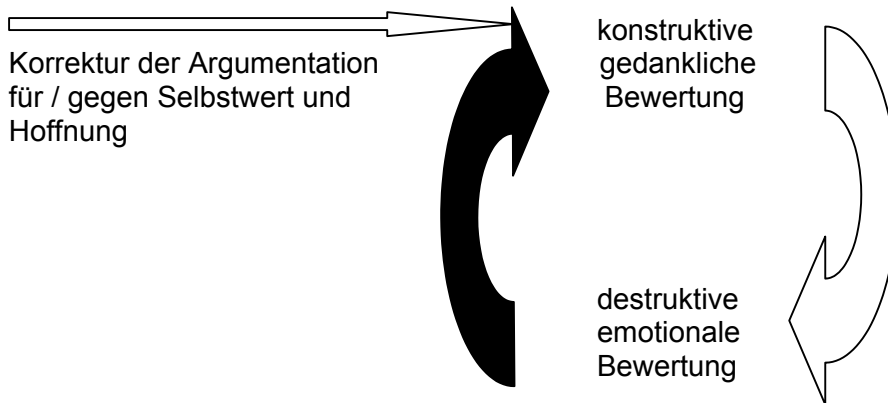
**ZU (1.):**

Die prinzipiellsten Hauptargumente zur Infragestellung depressiver Reaktion sind:  
"Selbstverachtung und Hoffnungslosigkeit sind KEINE LÖSUNG, sondern VERHINDERN LÖSUNGSMÖGLICHKEITEN. Depression macht nichts ungeschehen oder wieder gut oder künftig besser, sondern verschlimmert alles."  
"Depression hat sich selbst zur Ursache und bestätigt sich andauernd aus sich selbst."  
"Die Verachtung bestimmter Umstände und bestimmten Verhaltens muß nicht zwingend gleichgesetzt werden mit der Verachtung der eigenen Person." "Wer sich selbst für etwas verantwortlich macht, muß sich auch eine realistische Möglichkeit lassen oder geben, um dieser Verantwortung gerecht werden zu können."

Daneben existieren zahlreiche individuelle Logikfehler oder ungünstige Bewertungsstrategien der jeweiligen Einzelpersonen, welche ebenso individuell bewußtgemacht und korrigiert / verbessert werden müssen. Korrigieren bedeutet dabei nicht, Probleme zu mißachten, sondern Problemlösungen zuzulassen, zunächst sogar ungeachtet der Frage, worin diese Lösung(en) tatsächlich bestehen soll(en).

**ZU (2.):**

Das Erreichen dieser Stufe bedeutet, daß die gedankliche Bewertung korrigiert ist. Die Gewohnheit und die gegenwärtige emotionale Bewertung verleiten jedoch noch immer zu Rückfällen. Das ist die Gefühlsbewertungs-Hürde der Depression, die überwunden werden muß, und bedeutet nicht das Scheitern der Therapie.

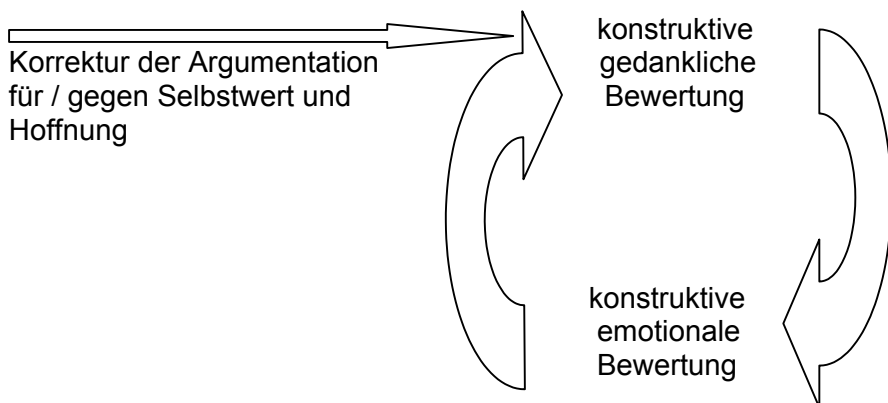


**ZU (3.):**

Wannimmer depressive Verstimmung zu spüren ist, muß sich der Betroffene klarmachen, daß er selbst **aus Gewohnheit** dieses Gefühl durch einen vorausgegangenen (bewußten oder unbewußten) depressiven Gedanken hervorgebracht hat. Jedesmal wenn depressive Gefühlsbewertungen auftreten, muß der Betroffene daher bewußt nach der gedanklichen Bewertung suchen, welche diese Gefühle verursacht hat (=geistige Konfrontation). Ebenso muß dann jedesmal die ausfindiggemachte destruktive Gedankenbewertung durch eine entsprechende konstruktive Gedankenbewertung ersetzt werden. Auf den Gefühlseindruck der noch vorhandenen destruktiven emotionalen Bewertung darf der Betroffene dabei nicht achten, sondern muß diesen neutral-duldig mit Mißachtung behandeln. Er sollte diesem depressiven emotionalen Eindruck weder durch zustimmendes, noch durch ablehnendes Interesse eine Bedeutung beimessen.

**ZU (4.):**

Das Erreichen dieser Stufe bedeutet, daß der gedanklich-emotionale Bewertungskreislauf in antidepressiver Ausrichtung geschlossen funktioniert.



Zu berücksichtigen ist aber, daß bei hinzukommenden anderweitigen Belastungen immer die Möglichkeit eines Rückfalls bestehenbleibt. Der Erfolg einer Depressionsbehandlung hängt zudem entscheidend davon ab, ob der Betroffene das ideale Mittelmaß zwischen Überforderung und Unterforderung an sich selbst findet und einhält. Das bedeutet Unterteilen der gesetzten Ziele und Aufbringen von Geduld, aber auch beharrliches Üben.

(Dieses Selbsthilfe-Verfahren bei psychisch bedingten Depressionen läßt sich ausgiebigst und leichtverständlich mit dem Buch "Wenn das Leben zur Last wird" von Rolf Merkle oder mit dem Buch "Anleitung zur Selbstachtung" von Melanie Fennell einüben (siehe Kapitel 7).)

Aussenstehende und Angehörige können einem Depressiven dabei am ehesten helfen, indem sie ihm einerseits Verständnis, Zuspruch, Geduld, Nachsicht und Unterstützung entgegenbringen (Keine aggressive, ungeduldige Kritik!), ihn andererseits aber auch unnachgiebig, ohne zu fordern, positiv "antreiben". Auf Überzeugungen des Depressiven "von aussen" einzuwirken, ist zwar indirekt auch ohne dessen Zutun möglich, bedeutet aber auch eine konsequente, ehrliche Veränderung bei diesen Aussenstehenden selbst, um dem Depressiven einen guten Willen als richtig und sinnvoll klarwerden zu lassen. Der Zugang zu diesem Willen, und ein Begünstigen der Einsicht des Betroffenen läßt sich am ehesten durch das Einbringen von konstruktiver, verständnisvoller indirekter Kritik erreichen, welche wie ein eigener Gedankengang des Betroffenen aufgegriffen und "getarnt" sein sollte. Das heißt: Man sollte einem Depressiven geduldig immer wieder Verständnis und Alternativgedanken zugleich entgegenbringen, so als wären es die vom Betroffenen selbst geführten Gedankengänge. Statt einer Behauptung ist oft eine rhetorische Frage, die die heimlichen Zweifel des Depressiven an seiner eigenen gegenwärtigen Überzeugung anspricht, sinnvoller. Auch ein spielerischer "Rollentausch" von Depressivem und Aussenstehenden kann die Einsicht fördern. Wichtig ist: Verständnis für den Kranken (als Person) zeigen, nicht für die Krankheit (als dessen Verhalten).

Wenn eine zwanghafte Persönlichkeit durch Depression Zweifelkrankheit ausgebildet hat, dann ist ihr Selbstwertgefühl von 2 eigenständigen neuronal-hormonellen Hirnfunktionen abhängig, die aber untereinander verschaltet sind:

1. vom allgemeinen Grund-Stimmungshoch durch den Serotoninhaushalt
2. vom Gefühl des Stolzes, welches sie aus dem Ertragen unangenehmer, bzw. aus dem Verzicht auf angenehme Empfindungen und Gefühle bezieht.

Die strenge Einteilung des Selbstwertes bei Zwanghaften in entweder „nur positiv“ oder „nur negativ“ erschwert die Behandlung von Depression, da sowohl der Stolz, als auch die Depression sich (bei zwanghaften Persönlichkeiten) aus sich selbst heraus bestätigen. Zudem setzt zwanghafter Stolz bereits vorhandene -anderweitige- Gefühle voraus; egal ob angenehm oder unangenehm, solange es für den Betroffenen nur etwas spürbares Angenehmes gibt, das er freiwillig unterdrücken, beziehungsweise etwas spürbares Unangenehmes, das er sich freiwillig auferlegen kann. Der Zwanghafte sollte sich aber zumindest bewußtmachen, daß er **dadurch** seine Zweifelkrankheit ausgebildet hat, daß er sich **nicht** seinen Stolz verbieten kann, ohne sich auch zugleich **die** Gefühle zu verbieten, auf welche er stolz ist, und welche seine Zweifel abwehren würden. Möglicherweise ist es sogar ratsam, daß Zwanghafte, die eine Zweifelkrankheit ausgebildet haben, zunächst erst einmal im Falle einer Heilung der Zweifelkrankheit in ihre gewohnte zwanghafte Gefühlswelt zurückkehren, welche ihnen ja auch ein positives Selbstwertempfinden vermittelt. Zudem ist die "Rückkehr in die Gefühlswelt" schwierig genug, als daß zugleich auch schon eine Therapie des bisherigen Umgangs mit den Gefühlen erfolgen müßte. Auf lange Sicht sollte jedoch

das zwanghafte Bewerten und Verhalten abgelegt werden, da es langfristig wiederum eine hohe Depressions-Rückfallgefahr beinhaltet.

Auch Selbstbemitleidung ist eine ähnlich problembehaftete Verhaltensstrategie. Jemand, der seine Selbstachtung (auf indirekte Weise, nämlich) aus Selbstmitleid bezieht, gibt aber auch beim Einsetzen einer Depression dieses Selbstmitleid zu Beginn gleich als erstes auf –und zwar vollständig. Als ersten Schritt sollte der Betroffene daher zunächst erst einmal wieder seine -wenn auch ungünstige-selbstmitleidige Selbstachtung wiederherstellen. Diese muß er sich dabei aber nicht erst verdienen, wie ihn seine Depression glauben machen will.

(Zur Selbstbehandlung zwanghafter Persönlichkeit sei das Buch "Wenn Zwänge das Leben einengen" von Dr. Nicolas Hoffmann empfohlen; zur Selbstbehandlung von Zweifelkrankheit rate ich dagegen mehr zum Buch "Alles unter Kontrolle" von Dr. Lee Baer (siehe Kapitel 7).)

## **5.1.2 verhaltenstherapeutische Ansatzmöglichkeiten gegen Depression**

### **Erklärungen zur Verhaltenstherapie allgemein:**

Die verhaltenstherapeutische Lehre geht grundsätzlich davon aus, daß jede Art von Gefühlskrankheit auf das Erlernen von ungünstigen, lebensbehindernden Bewertungen und Verhaltensstrategien (-hauptsächlich während der erfahrungsbestimmten kindlichen Reifezeit erworben-) zurückzuführen ist. Gefühle und Gedanken, Verhalten und Folgen bestätigen sich dabei teufelskreisartig immer wieder gegenseitig selbst. Statt es aber in den Heilungsbemühungen nur bei bloßem Trost -welcher zwar kurzzeitig Entlastung verspricht, langfristig aber keine Besserung bewirkt-, oder bei bloßer Offenlegung der Probleme zu belassen, sieht die Verhaltenstherapie den ebenso unattraktiven wie erfolgversprechenden Weg vor, den unangenehmen Gefühlszuständen freiwillig nicht auszuweichen, sich aber auch **nicht** von diesen wahrgenommenen Zuständen leiten zu lassen. Diese fehlleitenden, belastenden Gefühlsreaktionen sollen also "ins Leere laufen" gelassen werden. "Freiwillig" bedeutet aber auch, daß sogar der Kranke selbst sich nicht selber zwingt, eine Therapie machen zu müssen (, was ja nur ein unerfüllbares Dogma erzeugt), sondern daß er selbst den Schritt zur Veränderung wirklich wagen will. Dabei verlangt die Verhaltenstherapie **nicht**, wie mehrere sadistisch veranlagte Therapeuten behaupten, daß der Betroffene so viele und so übertrieben schwierige Situationen herbeiführen und aushalten soll, wie nur irgend möglich, oder wie M. K. Gandhi glaubte, daß die Unannehmlichkeiten immerzu und um ihrer selbst willen ertragen werden müßten, sondern nur, daß der Betroffene sich durch die entstehenden Gefühle nicht von dem Verhalten abhalten lassen soll, welches die ersehnte Freiheit für ihn beinhaltet. Verhaltenstherapie ist weder Selbstbestrafung noch Selbstaufopferung, sondern nichts anderes als ursachenbezogene, verzeihende, ehrliche & konsequente Veränderung. Nur wenn der Betroffene eine anderslautende Erfahrung zuläßt, als es das "Diktat" der gegenwärtig vorhandenen, lebenseinengenden Gefühle vorsieht, ist ein Umlernen der Bewertungen, und damit der fehlgeleiteten Gefühlsreaktionen möglich. Die Verhaltenstherapie korrigiert also auf indirektem Weg, mittels eines veränderten Verhaltens, über veränderte Erfahrungen die gedankliche Bewertung, welche wiederum die emotionale Bewertung korrigiert. Um dies zu erreichen, muß der Betroffene die Hürden überholter Gefühlsbewertungen quasi probenhalber überwinden, und sich vorab bereits so verhalten, als wäre die Gefühlskrankheit nicht vorhanden. Die "Ungerechtigkeit" der Verhaltenstherapie ist zum einen, daß der Betroffene nicht nur unter seiner -meist unverschuldeten- Krankheit, sondern auch unter der Heilungsprozedur zu leiden hat; zum anderen legt sie den Schluß nahe, daß er an

seiner Krankheit eben doch selbst schuld sei, und sei es nur das Fortbestehen betreffend. Sinn macht es dagegen viel eher, wenn der Betroffene sich klarmacht, daß die Verhaltenstherapie die größten Erfolgchancen unter allen Therapieansätzen aufweist, und die Befreiung von den krankhaften Gefühlen den größtmöglichen Lohn darstellt. Dieses "krankhafte" an einem Gefühl bemißt sich aber nicht an den Eigenschaften "angenehm" oder "unangenehm", sondern daran, wann, wie, wo und in welcher Situation, Dauer und Stärke welches Gefühl auftritt, sowie ob die dadurch angeregten Verhaltensweisen Probleme lösen oder eher vergrößern. Bei der Verhaltenstherapie kommt es grundsätzlich nie auf das Ziel an, eine krankhafte Situation im Einzelfall zu verhindern oder auszuschließen. Vielmehr verwendet das verhaltenstherapeutische Prinzip gerade eben die vorhandene krankhafte Situation in einer besonderen Art und Weise, welche dazu führt, daß diese krankhafte Situation für die Zukunft unwahrscheinlicher oder geringfügiger wird, bis hin zum völligen Verschwinden. Diese "Art und Weise" besteht darin, als Betroffener den konsequenten Beweis für den ehrlichen Entschluß zu erbringen, diesen krankhaften Zustand wirklich ändern zu wollen; trotz vorhandener Widerstände. => Der Weg ist das (vorrangige) Ziel in der Verhaltenstherapie.

So unterschiedlich wie die Gefühlskrankheiten und deren Auslöser sind, so unterschiedlich gestaltet sich auch das Programm einer angemessenen Verhaltenstherapie für die Anwendung im jeweiligen Einzelfall.

(Beispielsweise lautet die verhaltenstherapeutische Empfehlung im Fall ungelöster, hinauszögernder Traurigkeit, daß der Betroffene wieder lernen soll, die psychosomatische Reaktion des Weinens vollständig zuzulassen. Nur wenn der Betroffene sich von der eigenen Traurigkeit überwältigen läßt (bis hin zum "Heulkrampf"), kann langfristig eine innere Bewältigung des Problems erfolgen, wohingegen bei Unterdrückung des Auslebens der Trauer der Leidensdruck zeitlich verschleppt wird, und im äussersten Fall zum Selbstmord führt.)

Tatsächliche und wirksame Psychotherapie ist keine Zauberei ; sie ist nicht mehr und nicht weniger, als das, was der Betroffene sich selbst erarbeitet.

Auch gegen krankhafte **angenehme** Gefühlszustände (z.B. bei Süchten) ist das verhaltenstherapeutische Prinzip wirksam und hilfreich.

**Die Zweifelkrankheit unterscheidet sich von anderen Gefühlskrankheiten dadurch, daß nicht zu starke, sondern zu schwache Gefühle Probleme verursachen; deshalb ist das in Kapitel 5.2.2 aufgeführte - speziell auf die Zweifelkrankheit abgestimmte- Verfahren auch nur für die Heilung dieser Krankheit zielführend, bei der bezeichnenderweise die Verhaltenskorrektur genau darin bestehen muß, sich (wieder) mehr von Gefühlen leitenzulassen.**

VERFAHRENSINHALTE UND VERFAHRENSZIELE BEI DEPRESSION:

### **(1.) Das Gefühl der Depression totlaufen lassen**

Der Betroffene sollte jeden bestehenden depressiven Gefühlszustand absichtlich und gezielt in vollem Ausmaß bewußt wahrnehmen und durchstehen ohne auszuweichen, solange, bis spürbar wird, daß das depressive Gefühl beginnt, sich (selbst) totzulaufen.

### **(2.) Der depressiven Logik zuwiderhandeln**

Jede Denkweise und jedes Verhalten, welche(s) der Betroffene sich aus der Sicht seiner Depression heraus als Selbstbestrafung verbieten möchte, sollte er entschlossen (-aber nicht beleidigt-trotzig-) durchführen.



Jede Denkweise und jedes Verhalten, welche(s) der Betroffene sich aus der Sicht seiner Depression heraus als Selbstbestrafung auferlegen möchte, sollte er entschlossen (-aber nicht beleidigt-trotzig-) verweigern.

In beiden Fällen sollte der Betroffene zugleich und auch danach noch darauf achten, daß er gegebenenfalls als Reaktion aufkommenden Schuldgefühlen entschlossen (-aber nicht beleidigt-trotzig-) seine Zustimmung verweigert.

### **(3.) Infragestellen des depressiven Grundsatzes & Ersetzen des depressiven Gefühles**

Der Betroffene sollte sich bewußtmachen und klarwerden, daß es für die Depression unter keinen Umständen jemals eine (moralische oder sonstwie geardete) Berechtigung oder gar Notwendigkeit oder Verpflichtung geben kann.

Weder verhindert depressive Selbstanklage etwas Schlimmes, noch macht sie irgendetwas ungeschehen oder besser; das genaue Gegenteil trifft zu.

=> Es besteht daher vielmehr eine Berechtigung und Notwendigkeit, der Depression die Zustimmung zu verweigern.

Jedesmal wenn eine depressive Stimmung auftritt, sollte sich der Betroffene diese bewußtmachen und jedesmal dann auch sofort diese Stimmung durch eine -bewußt intensiv wahrgenommene- Erinnerung an lebensfreudige Gefühle austauschen. Nicht aber sollte er das depressive Gefühl durch ein Gegengefühl "bannen", bekämpfen oder neutralisieren wollen, wodurch er ja nur dessen Bedeutsamkeit künstlich erhöhen würde, sondern stattdessen konsequent den praktischen Beweis dafür liefern, daß er der depressiven Reaktionsstrategie sein Einverständnis nicht (mehr) gibt.

### **(4.) Lösungsorientierter & bewältigungssuchender Umgang mit Kritik**

Der Weg aus der Depression bedeutet für den Betroffenen auch, daß er lernt, sowohl sachliche, ehrliche Kritik gegenüber dem / den betreffenden Verursacher/n direkt zu äussern, als auch gerechtfertigte sachliche, ehrliche Kritik von aussen auszuhalten und anzunehmen, beziehungsweise bei ungerechtfertigter und unsachlicher, unehrlicher Kritik von aussen in korrigierender Weise darauf zu reagieren.

### **(5.) lebensnahe, sinnstiftende Betätigungen, Beschäftigungen und Aufgaben**

Der Betroffene sollte auch mehr und mehr zu Tätigkeiten und Zielen übergehen, die erkennen und erfahren lassen, worauf es im Leben wirklich ankommt, was wirklich wichtig und wertvoll ist. Er sollte lernen, von überzogenen Erwartungen, Vorstellungen und Ansprüchen loszulassen, denen er zuviel wirklich Wertvolles opfern müßte, und die früher oder später unweigerlich zu einer Sinnkrise führen müssen.

Geeignet sind alle möglichst naturnahen Betätigungen und Ziele, welche als solche wegführen vom Träumen von Statussymbolen, von Besitz, Macht, Vergeltung, Ruhm, Auszeichnungen, Absicherungen, Ehrungen, Belohnungen...

Vorsicht: Im Gegensatz zur unmittelbaren Selbstversorgung (z.B. Wildobst- oder Wildgemüsesammeln) besteht bei der SelbstversorgerWIRTSCHAFT ebenfalls ein hohes Depressionsrisiko, da sie wie jedes Wirtschaften einen Kampf gegen die Natur und gegen die eigenen Bedürfnisse darstellt.

## 5.2 DIE BEWÄLTIGUNG DER KRANKHEITSAUFRECHTERHALTUNG

Gefühlssicherheit und Zweifelkrankheit sind 2 stabile Zustände, die sich aber gegenseitig ausschließen, das heißt, bei einer Person nicht gleichzeitig auftreten können. Diese 2 Zustände gehen nur durch aktives Einwirken vom einen in den anderen über, wobei der Aufrechterhaltungskreislauf des einen unterbrochen, und der des anderen geschlossen wird. Um den Zustand der Zweifelkrankheit zu beenden, muß deren Aufrechterhaltungsablauf aufgelöst werden. Das bedeutet konkret, daß der Betroffene sich Zweifelauslösern (und mit Vorbehalten auch Zweifelinhalten) aussetzen muß, indem er diese bedingungslos statt bedingend wahrnimmt.

Solange die Solls des Zweifelkranken seine Zweifel nur als solche (d.h.: nur die Tatsache, aber nicht grundsätzlich auch die Inhalte der Unsicherheit) verbieten, darf die Konfrontation mit **Zweifelinhalten** ohne therapeutische Bedenken angewendet werden.

Wenn die Solls des Zweifelkranken auch seine Zweifel sinngemäß (d.h.: sowohl die Tatsache, als auch die Inhalte seiner Unsicherheit) verbieten [ was vor allem bei jeglicher Art Ehrfurcht anmahnender Solls (z.B. sog. "gotteslästerliche" Befürchtungen,...) der Fall ist ], dann sollten zur Konfrontation nur die **Auslöser**, und einzig zum Schluß für die letztendliche "emotionale Abstoßungsreaktion" die **Inhalte** der Zweifel verwendet werden, da dem Betroffenen ein Zuwiderhandeln wie eine "Vergewaltigung seiner Persönlichkeit" erscheint, die nicht zu ertragen ist, solange er die Möglichkeit nicht kennt oder nicht daran glaubt, seinen Gefühlsreaktionen die Entscheidungsbefugnis ohne Bedenken überlassen zu können. Wenn der Betroffene sich bedingungslos mit seinen Gefühlsreaktionen identifiziert, anstatt mit seinen gedanklichen Befürchtungen, dann wird er feststellen, daß seine Gefühle uneingeschränkt seine Überzeugungen zum Ausdruck bringen, und ihm als Betroffenen für diese abschreckende Notwendigkeit des Heilungsprozesses keine Schuld zukommt. (Den Betroffenen mag dies wie "Erpressung" erscheinen, was es vielleicht auch ist.)

Nicht-zweifelkrank zu sein heißt, alle nur möglichen Gedanken zuzulassen, in dem Vertrauen, daß die eigenen Gefühle alles Unerwünschte unverzüglich ausfiltern. Man benötigt quasi die befürchteten Gedankeninhalte, um sich von ihnen distanzieren zu können.

Es gibt 2 verschiedene Ansatzmöglichkeiten für den Zweifelkranken, um die genannte Voraussetzung in die Praxis umzusetzen; dabei können diese Ansätze auch kombiniert angewendet werden:

### 5.2.1 Das Hypnoseverfahren gegen Zweifelkrankheit

Im unbewußten Zustand sind bewußte geistige Vorab-Bewertungen und Reglementierungen einer Person vollkommen auflösbar bzw. veränderbar, ohne daß gleichzeitig die Aufnahmefähigkeit für Reize gänzlich eingeschränkt ist. Die Hypnose stellt daher prinzipiell eine Möglichkeit dar, um die Aufrechterhaltung der Zweifelkrankheit aufzulösen. Mit diesem Verfahren können in einer äusserst kurzen Zeitspanne ohne besondere Anstrengung oder abschreckende Erlebnisse bedeutende Erfolge erzielt werden. Es gibt dabei nur ein Hindernis, welches aber das gesamte Verfahren undurchführbar machen kann:

Die körperliche und geistige Daueralarmbereitschaft, und ganz besonders eine gegebenenfalls vorhandene "Zerstreuungssucht" behindern beim Zweifelkranken die Fähigkeit zu Entspannung und Gelassenheit, und damit die Bewußtseinseinschränkung mittels Hypnose. Je weniger stark eine Zweifelkrankheit ausgeprägt ist, desto eher ist eine Heilung durch Hypnose möglich. Ob spezielle Verfahrensweisen\* wie z.B. Schockhypnose oder indirekte Hypnose bessere Wirkung erzielen oder nicht, muß durch diesbezügliche Untersuchungen geklärt werden.

Für den Fall, daß es gelingt, einen Zweifelkranken in den hypnotischen Zustand zu versetzen, müssen die Suggestionen vonseiten des Hypnotisierenden folgende Bedingungen erfüllen, um die Aufrechterhaltung der Zweifelkrankheit auflösen zu können:

(I): Der Zweifelkranke sollte dazu angeleitet werden, sich bisher-zweifelauslösende Reize und Situationen vorzustellen (nicht jedoch Zweifelinhalte).

(II): Der Zweifelkranke muß **einleitend und währenddessen** zu bedingungsloser Wahrnehmung seiner Gefühle angeleitet werden (, welche sich durch die bedingungslose Wahrnehmung erst richtig entwickeln können).

**Anschließend** müssen Anleitungen erfolgen, daß der Betroffene seinen Gefühlsreaktionen auch nach Beendigung des Hypnosezustandes noch vertrauen, und sich von ihnen leiten lassen soll (und kann). Nicht unbedingt günstig ist es, dem Zweifelkranken dabei zu suggerieren, er solle "KEINE Angst haben" !

(III): Grundsätzlich ist es ratsam, dem Zweifelkranken zusätzlich antidepressive, konstruktive Gedanken zu suggerieren.

\*Siehe Dr. Poul Thorsen: "Methodik und praktische Anwendung der Hypnose" Herrmann Bauer Verlag, 1961

Andrew Salter: "Fremdhypnose – Eigenhypnose. Beobachtungen und Ergebnisse" Otto Wilhelm Barth-Verlag GmbH, 1954 / (R. Smith, New York 1944)

## **5.2.2 Das wahrnehmungs-verhaltenstherapeutische Verfahren gegen Zweifelkrankheit**

Langwieriger, anstrengender, belastender, aber mit sichererem Erfolg als das Hypnoseverfahren gestaltet sich das wahrnehmungs-verhaltenstherapeutische Verfahren zur Auflösung der Zweifelkrankheit: Bedingende und bedingungslose Wahrnehmung sind 2 Vorgänge, die sich gegenseitig ausschließen. Auch wenn die bedingende Wahrnehmung das Verhalten des Zweifelkranken bestimmt, ist ihm trotzdem auch bedingungslose Wahrnehmung möglich. Der Zweifelkranke muß lernen, die bedingungslose Wahrnehmung zur Ausschaltung der bedingenden Wahrnehmung zu verwenden; mit steigender Anzahl der Therapieanläufe immer vollständiger, bis die völlige Ausschaltung geistiger Vorurteile während der Exposition mit bisher-zweifelauslösenden Reizsituationen gelingt.

## **I. : Bedingungslose Wahrnehmung von AUSLÖSE-REIZ und GEFÜHLSREAKTION(EN)**

Dieses Verfahren ist besser geeignet, wenn Zweifel nicht nur als solche, sondern auch inhaltlich abgewehrt werden (= Zwangsgedanken).

### **1. Üben der bedingungslosen Gefühlswahrnehmung**

Diese erste Stufe des Verfahrens stellt eine Art Vor-Übung dar, die dem Zweifelkranken helfen kann, Vertrauen in die Unbedenklichkeit des Verfahrens aufzubauen, indem sie ihn erleben läßt, wie sehr die Zweifel sich selbst zur Ursache haben. Um einen Erfolg dieser Vor-Übung zu erzielen, ist es nicht zwingend notwendig, sich zweifelauslösenden Reizen auszusetzen. Der Betroffene kann die Vor-Übung ohne gleichzeitige Aufnahme zweifelauslösender Reize beginnen, sollte sich aber bei weiteren Versuchen begleitend zur bedingungslosen Gefühlswahrnehmung (stetig stärkeren) Zweifel-Reizen aussetzen. Nur so kann eine erleichternde, entlastende Erfahrung gemacht werden, durch die das zweifelkranke Verhalten "verlernt" wird. Die Vor-Übung besteht im Wesentlichen daraus, daß der Betroffene wieder lernt, objektive Neugier für seine eigene emotionale Erlebenswelt zu entwickeln. Der Zweifelkranke muß dazu seine geistige Konzentration ausschließlich und bedingungslos auf seine Gefühlsreaktionen richten, nicht aber auf Solls und auch noch nicht notwendigerweise bewußt auf die Konfrontation mit zweifelauslösenden Reizen. Die Konfrontation mit bisher-zweifelauslösenden Reizsituationen (-soweit der Zweifelkranke sie sich bereits zutraut-) kann automatisch und unbewußt im Hintergrund ablaufen, ohne bewußte Steuerung während der Therapieversuche. Der Betroffene muß alle Erwartungen -von Erwünschtem und Unerwünschtem- abstellen. Die bedingungslose Wahrnehmung muß fortwährend auf die gegenwärtige, aber zeitlich veränderliche Gefühlsreaktion gerichtet bleiben, welche aus ihr erfolgt. **Bei diesem Verfahren treten keine Gefühlsinhalte auf, die dem Betroffenen in seiner persönlichen Überzeugung zuwider sind !** Auch falls der Zweifelkranke bei der Verfahrensanwendung anfangs noch keine Gefühlsunterstützung verspürt, dann wird er zumindest erfahren, daß nichts geschieht, was er nicht will. Solange der Betroffene nichts fühlt, ist diese Eigenschaft seiner gegenwärtigen Gefühlslage trotzdem objektiv wahrnehmbar, und als -in diesem Fall- "neutrales" Ergebnis geltendzulassen, denn die Art der Gefühlswahrnehmung (-bedingungslos bzw. bedingend-) beeinflußt das Ergebnis der Gefühlswahrnehmung (-Gefühlssicherheit bzw. keine Gefühlssicherheit-). Die Inhalte der wahrgenommenen Gefühle sollen weder im vorhinein, noch währenddessen, noch im nachhinein willentlich geistig bewertet werden; sie haben zunächst auch nur indirekte Funktion für den Zweifelkranken. Das Ziel dieses Verfahrensteils ist es, daß der Betroffene seine Gefühlswahrnehmung vollständig auf das "IST", anstelle des "SOLL"s konzentriert, und der Geist sich währenddessen passiv verhält. Zur Vereinfachung des Einstiegs kann der Zweifelkranke sich selbst die ausformulierte Frage stellen: "Welche Gefühle wollen aufkommen ?" oder "Was fühle ich (jetzt)?", die er sich selbst gegenüber ehrlich beantworten sollte. *(Vorsicht: Dieses Verhalten verkommt zu einer Sicherheitsersatzhandlung, wenn es nur das Aufsagen von Wörtern bleibt!)*

Er kann hierzu aber auch die Vorstellung entwickeln, die angestrebten Gefühle seien stets vorhanden, und müßten nur (noch) –ohne eigenes aktives Zutun zu deren Entstehung– wahrgenommen werden (, was sich selbst bewahrheitet).

Den sich ihm möglicherweise aufdrängenden Eindruck, seine Gefühlsreaktionen bereits in- und auswendig zu kennen, und dabei nie Gefühlssicherheit erlebt zu haben, sollte der Betroffene ignorieren, da dieser Eindruck ausschließlich von bedingender Wahrnehmung stammt. Bedingende Wahrnehmung erhebt für sich quasi den Anspruch der "Hellseherei": Die Reizwahrnehmung erfolgt dabei so, als wäre alles was aufkommen könnte bereits bekannt ; eine tatsächliche Wahrnehmung wird "prophetischer" Vorgabe und Vorahnung geopfert.

Die zweifelproblematischen Reizsituationen sollten so gewählt werden, daß sie ausreichend lange Zeit unverändert wahrgenommen werden können, ohne daß der Betroffene sich bewußt und aktiv um deren Bestehen kümmern muß. Sie sollten wenn möglich real existent sein und nicht in der Vorstellung erzeugt werden, denn dies beansprucht Konzentration, die der Zweifelkranke für das Üben der bedingungslosen Gefühlswahrnehmung benötigt. Desweiteren sollte das "Sich-Aussetzen" von zweifelneutralen Reizen ausgehend bis hin zu immer zweifelproblematischeren Reizen erfolgen, soweit wie der Betroffene im Stande ist, das Verfahren erfolgreich anzuwenden. Während der Zweifelkranke sich diesen Reizsituationen aussetzt, sollte er seine Konzentration auf die Wahrnehmung der inneren Situation lenken, bis die Wahrnehmung der äusseren Situation verschwimmt (,d.h. unbewußt abläuft). Seine Konzentration sollte er erst dann auf die bewußte Wahrnehmung der zweifelproblematischen Reizsituation lenken, wenn die Gelassenheit groß genug und stabil genug geworden ist. Bereits ein einmaliges Gelingen dieser Vor-Übung kann dem Zweifelkranken zu einem dauerhaften Hoffnungsschub in seinen Therapiebemühungen verhelfen, allein schon durch das Erlebnis, daß diese Krankheit nicht unbesiegbar ist. Wenn die Zweifelinhalte beginnen, sich auch auf das Gelingen des Therapieverfahrens zu beziehen, muß der Betroffene Strategien aus dem Verfahrensteil **II.** übernehmen.

#### zur Selbstkontrolle:

#### Vom geistigen Willen aus nichts zu "müssen" bedeutet auch:

- ▶ kein Zeitdruck, d.h. kein Zeitlimit einhalten müssen
- ▶ kein Erfolgsdruck, d.h. keine Erfolge erzielen müssen
- ▶ kein Prüfen auf Verhaltenssicherheit / kein Prüfen auf Vorhandensein von Erwünschtem bzw. auf Nichtvorhandensein von Unerwünschtem
- ▶ keine Sicherheitsersatzhandlungen oder Gegenmaßnahmen ausführen müssen
- ▶ nicht durch geistige Ablenkung ausweichen zu müssen
- ▶ die Konfrontation mit zweifelauslösenden Situationen nicht zu müssen (,sondern nur auszuführen)
- ▶ das "Nicht-Müssen" nicht zu müssen (sondern nur in die Tat umzusetzen)
- ▶ bereits erzielte Erfolge nicht zur Beständigkeit zwingen wollen
- ▶ unerwünschte Vorstellungen sollen weder willentlich erzeugt, noch prinzipiell ausgeschlossen werden

Dieses Verfahren soll also die Auslösung von (emotionalen) Bewertungen durch die Auflösung von (geistigen) Vorab-Bewertungen bewirken, d.h., der Weg der Therapie ist in gewisser Hinsicht gegenteilig zum Ziel der Therapie; die Therapie verläuft indirekt. Es ist daher ratsam, sich ausschließlich auf den Weg zu konzentrieren, nicht auf das Ziel.

Auch bei Teil-Erfolgen ist es wichtig, den Abwehrmechanismus gegen die Gefühle **ganz** abzustellen, denn das Stellen von Bedingungen an die Gefühle verhindert deren Entstehung. Bedingungslose Gefühlswahrnehmung bedeutet, daß nur entweder alle oder gar keine Gefühle zugelassen werden können. Da angenehme Gefühle meistens wie von selbst angenommen werden, sollte der Zweifelkranke bewußt viel mehr auch alle unangenehmen Gefühle zulassen, welche aufkommen wollen. Der Betroffene sollte, (-statt sich an dem zu stören, was anscheinend nicht da sei-) voll und ganz die spürbar vorhandenen Gefühle annehmen, egal wie sich Stärke und Dauerhaftigkeit ergeben. Wenn Erfolgsw Zweifel auftreten, sollte der Betroffene sich ungeachtet der Entstehung, der Stärke, der Dauer oder der Art der Gefühlsreaktionen nur darauf konzentrieren, grundsätzlich das Einflußnehmen von Gefühlen auf sich selbst zuzulassen.

Der Zweifelkranke muß seine inneren Widerstände überwinden, sich auf diese vermeintlich "risikoreiche Fremdbestimmtheit" einzulassen; mehr noch: er muß seine natürliche Neugier für seine Gefühlsbewertungen wiedererlernen. Ein Vorantreiben des eigenen, ehrlichen Interesses an seinem "Gefühlsgeleitetsein" ist für den Betroffenen unerlässlich, um seine gedanklich-emotionale Reizverarbeitung zu normalisieren, denn ein medikamentös herbeigeführter Erfolg (wie beispielsweise mittels selektiver Serotoninwiederaufnahmehemmer) ist und bleibt für sich allein (-ohne Psychotherapie-) ein "künstliches Produkt", zu welchem der Betroffene keinen persönlichen Bezug entwickelt hat. Es ist ein "Erleben", das ihm fremd bleibt, und von seinen eigenen Erfahrungen, Erinnerungen und Bewertungen her nicht nachvollziehbar ist.

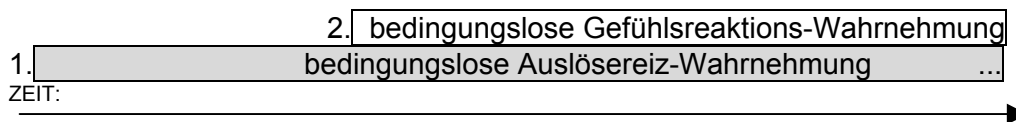
## **2. Üben der bedingungslosen Auslösereiz-Wahrnehmung**

So, wie unter 1. auf Gefühle bezogen beschrieben, kann auch mit Reizen (real oder imaginär) verfahren werden. Erfolgt die Wahrnehmung ohne Bedingungen, dann erscheint der betreffende Reiz klar und greifbar, aber auch noch ohne dazugehörigen Gefühlseindruck. Bei Anwendung dieses Verfahrensteiles kann die Empfindung einer Einengung der Atembewegung auftreten. Wenn diese psychosomatische Reaktion beängstigt, der sollte von einem Versuch Abstand nehmen.

## **3. Verbinden von Auslösereiz-Wahrnehmung und bedingungsloser Gefühlsreaktions-Wahrnehmung**

Bei Verfahrensteil 1. & 2. werden Zweifel an der Dauerhaftigkeit, Beständigkeit und Selbstständigkeit der Gefühlserfolge auftreten. Das ist logischerweise zu erwarten, wenn man bedenkt, daß die so erzeugten Gefühlsreaktionen keinen Bezug zu irgendwelchen Auslösereizen haben (und umgekehrt die Auslösereize kein Gefühl auslösen), und deshalb noch nicht selbstständig tragfähig sind. Sie werden von der Überzeugungsinstanz weder abgestoßen noch angenommen. Um eine Tragfähigkeit der Gefühle zu erwirken, muß die Wahrnehmung von auslösenden Reizen miteingebunden werden. Das ist nur möglich, wenn der Reiz

die Ursache, und das Gefühl die Folge ist, und daraufhin beides zugleich auftritt. Da der Zweifelkranke die bedingungslose Gefühlswahrnehmung erst (wieder) lernen muß und diese zudem Wirkung und nicht Ursache zu sein hat, ist es ihm anfangs nur dann möglich beide Faktoren zusammenzubringen, wenn er mit der Wahrnehmung des Auslösereizes beginnt, und die bedingungslose Gefühlswahrnehmung hinzukommen läßt:



Wieviel Zeit der Zweifelkranke dafür braucht ist anfangs unbedeutend. Je geduldiger er das Verfahren ausübt, desto sicherer und störungsunanfälliger werden seine Erfolge sein. Entscheidend ist nur, daß die aufkommenden Gefühle durch die Reizwahrnehmung verursacht werden, und daß bestehende Bedingungen bei der Gefühlswahrnehmung so weit wie möglich reduziert sind. Der Effekt, der bei diesen Verfahrensübungen erzielt werden muß, ist, daß dem Zweifelkranken die Wahrnehmung von Reiz und Gefühlsreaktion wie eine untrennbare, nicht unterscheidbare Einheit erscheinen soll, so wie es dem Nicht-Zweifelkranken selbstverständlich vorkommt. Durch diese Einheit wirken die wahrgenommenen Reize greifbarer, überzeugender, tatsächlicher und wirklicher. Je nach Art unbewußt ablaufender geistiger Bewertung vonseiten der eigenen Überzeugung rufen die Auslösereize eine kaum merkliche "Stimmung" oder ein starkes Gefühl bestimmten Inhaltes hervor. Der Grad der Bedingungslosigkeit der Gefühlswahrnehmung entspricht dabei dem Grad, in welchem diese -persönlich stimmigen- Gefühlsreaktionen ermöglicht werden.

Es empfiehlt sich für die Therapieversuche, solange und sooft an ein und demselben Auslöser zu üben, bis die Erfolge zufriedenstellend sind. Die gedanklichen Bedingungen bei der Wahrnehmung müssen immer weiter auf 0 zu reduziert, und als Auslösereize zunehmend zweifelproblematischere Reizsituationen gewählt werden. Nur die Wahrnehmung als "Reiz-Gefühl-Einheit" kann von der Überzeugung angenommen werden. Am sichersten und verlässlichsten um die Zugänglichkeit zur Überzeugungsinstanz auszuweiten ist es, die Gefühlserfolge "großzuziehen" und "wachsenzulassen"; das heißt, alle Gefühle, die aufkommen wollen, geduldig aufkommen zu lassen, sie nicht zu "drängen", und es gegebenenfalls zu dulden, wenn noch nichts aufkommt. Spürbare Gefühlsreaktionen sollten -so klein sie auch sein mögen- ohne abzubrechen am Entstehen gehalten werden.

Nur in der Art und Stärke, in welcher ein Gefühl ohne Bedingungen zugelassen UND durch Reizwahrnehmung ausgelöst wird, bildet es eine "Reiz-Gefühl-Einheit", und bleibt beständig tragfähig. Aber auch ein einmalig bedingungslos wahrgenommenes Gefühl sollte nicht als "Momentaufnahme" angehalten werden, sondern im Fluß der Gegenwart und ihrer Ereignisse und Geschehnisse fortwährend immer wieder von neuem veränderlich entstehengelassen werden. Das heißt, eine Gefühlsreaktion muß geduldig (ohne Unterbrechung) in Inhalt und Intensität so kommengelassen oder auch gehengelassen werden, wie sie als Folge der Auslösereiz-Wahrnehmung von sich aus aufkommen oder weggehen will. Auch mit vorhandenen Gefühlsreaktionen läßt sich in denjenigen Situationen keine Verhaltenssicherheit bewirken, in denen noch Bedingungen an die Gefühle bestehen. Durch Bedingungslosigkeit werden die benötigten Gefühle *ermöglicht*, sind aber nur insoweit *beständig*, wie sie durch Reize ausgelöst wurden. Gegebenenfalls auftretende Verwirrungszustände und unklare Wahrnehmung während der Reizkonfrontation sind ein Anzeichen dafür, daß der Betroffene

noch nicht ausreichend Bereitschaft aufbringt, die wahrgenommenen Reize (-in der Wirklichkeit oder in der Vorstellung-) als Tatsache zu akzeptieren und anzunehmen.

(Als psychosomatische Reaktion der bedingungslosen Wahrnehmung von Reiz-Gefühl-Einheit kann der Eindruck entstehen, Gerüche würden intensiver wahrgenommen ("Freie-Nase-Empfindung"); ausserdem kann im Übergang der Wahrnehmungskorrektur die Empfindung eines gleichbleibenden Dauertones in beiden Ohren aufkommen ("Phantompfeifen" / "Tinnitus"). Diese Symptome können auch Zeichen eines Rückgangs depressiver Verstimmung (-wie z.B. etwa auch vorübergehendes unscharfes Sehen-) sein.

Geruchserinnerungen und Gefühlserinnerungen sind im Gehirn eng verbunden. Die Welt der Depressiven und Zweifelkranken ist gewissermaßen "stickig".)

## **II. : Bedingungslose Zweifel-ZUWIDERHANDLUNG**

Eine wirkungsvolle Methode zur Auflösung geistiger VOR-Beurteilungen ist es, dem Drängen der Zweifel und Befürchtungen von sich aus zuwiderhandeln zu WOLLEN, und den sich daraus ergebenden Folgen im Voraus mit neutraler, geistiger "Gleichgültigkeit" zu begegnen. Gemeint ist nicht die Begegnung mit den Zweifelinhalten, sondern die mit der Verhaltensunsicherheit (=Zweifel als solche). Die Durchführung der Zweifel-Zuwiderhandlung selbst ist zwar notwendig und unerlässlich für das Gelingen der Therapie; ohne den Willen des Betroffenen zur Ausführung dieser Maßnahme, der über die bloße Duldung hinausreichen muß, gestaltet sich die Heilung jedoch unnötig schwierig, genaugenommen sogar unmöglich. In jedem Falle unsinnig sind diese Zuwiderhandlungsbemühungen, wenn währenddessen Prüfverhalten stattfindet, also die **bedingende Wahrnehmung** nicht abgestellt wird; denn bemerkenswerterweise sind die Folgen der Zweifel-Zuwiderhandlung abhängig von den gesetzten (geistigen) Erwartungen. Eine erwartungs- & ergebnisoffene gedankliche Grundhaltung ist daher notwendige Voraussetzung.

Idealste Reihenfolge des Vorgehens:

### **1.**

Der Betroffene sollte sich klar darüber bewußtwerden, in welchen Situationen und unter welchen Umständen *genau* Zweifel und Verhaltensunsicherheit auftreten. Er kann hierzu auch eine Liste von Zweifelauslösern notieren –nur grob nach der Stärke der Unsicherheit geordnet, welche sie hervorrufen (,denn dies ist Schwankungen unterworfen)-.

### **2.**

Der Betroffene sollte sich klar bewußtmachen, was *genau* er (wieder) tun oder lassen können will, ohne dabei von Befürchtungen befallen zu werden. Er sollte eine konkrete Vorstellung davon haben, von welchem Verhalten und von welchen Situationen ihn die Zweifel und die Unsicherheit bisher abhalten.

### **3.**

Der Betroffene sollte sich klar darüber bewußtwerden, wieviele und welche Sicherheitersatzhandlungen *genau* er gegen die Verhaltensunsicherheit einsetzt, damit er sich auch immer klar darüber bewußt wird, **wenn** und **wann** er diese einsetzt. Selbst noch so geringfügig und unbedeutend erscheinende Gedanken oder Handlungen sind therapiestörend, wenn sie dem Zweck des Gefühlssicherheits-Ersatzes dienen.



#### 4.

Der Betroffene sollte anschließend in getrennten Arbeitsschritten jede der zweifelproblematischen Situationen oder Verhaltensweisen mit allen zugehörigen Sicherheitsersatzhandlungen jeweils einzeln behandeln. Dabei sollte er sich solange mit ein und demselben Zweifelauslöser beschäftigen, bis ein zufriedenstellender Erfolg erreicht ist. Je länger er dieses bedingungslose Verhalten erfolgreich aufrechterhält, desto stärkere und tragfähigere Gefühlsdurchbrüche werden möglich. Konkret heißt das, daß der Betroffene bewußt, freiwillig und -soweit es das Angestrebte zuläßt- aktiv das jeweilige zweifelproblematische Verhalten ausführen muß, ohne dabei irgendetwas ausschließen oder erzwingen zu wollen, beziehungsweise ohne die erwarteten Folgen auf Sollübereinstimmung zu prüfen. Das angestrebte Verhalten darf so übertrieben ausgeführt werden, wie nötig. Es ist umso erfolgversprechender, je mehr der Zweifelkranke sich den Wunsch bewußtmacht, je "ungezwungener" er der Freude nachgibt, **das** zu tun oder zu lassen, wovon ihm die Zweifel bisher abgeraten haben. Einzige Einschränkung: Es dürfen unter keinen Umständen, in keinem Ausmaß und zu keiner Zeit Sicherheitsersatzhandlungen und Prüfverhalten ausgeführt werden. Dies kann der Zweifelkranke am besten dadurch verhindern, daß er es auf alle denk- und vorstellbaren Auswirkungen dieses zweifelbehafteten Verhaltens ankommen läßt, und sich auf alle möglichen Folgen *geistig* einläßt. Denn genau dadurch verändern sich diese Möglichkeiten; und seien es nur die in seinem Kopf –eben dort, wo über die Verhaltenssicherheit entschieden wird. Das heißt: Unterläßt der Betroffene die geistige, gedankliche Abwehr der Zweifel, dann setzt unmittelbar und selbstständig die emotionale Abwehr der Zweifel ein. Durch das geistigerseits neutrale Dulden der befürchteten Folgen dieser Reizkonfrontation wird der blockierte Weg frei für eine automatisch erfolgende Gefühlsbewertung, welche alle Zweifel ad absurdum führt. Reizkonfrontationen betreibt der Zweifelkranke aus seiner Unsicherheit heraus auch sehr häufig und weitestgehend selbst, wobei er allerdings stets seine Verhaltenssicherheit überprüft. Die verhaltenstherapeutisch verändernde Konsequenz besteht daher im Wesentlichen nur im Weglassen der bedingenden Wahrnehmung ("Sich-einlassen auf das Seinlassen"). **Das ist nicht gleichbedeutend mit dem Aufgeben persönlicher Wertevorstellungen!** Der Zweifelkranke soll nichts anderes tun, als seine Zweifel und Befürchtungen Lügen strafen, indem er den Beweis ihrer Unbegründetheit erbringt, und zwar dadurch, daß nach erfolgter Zuwiderhandlung die Katastrophe paradoxerweise ausbleibt, wenn er sie nicht befürchtet. Die eigene Reaktion auf die Reizkonfrontation muß so lange und so vollständig unentschieden gelassen bleiben, bis sie (wieder) durch Gefühle geleitet und bestimmt wird. Man muß zur Heilung von der Zweifelkrankheit vorab sozusagen einen Vertrauensbeweis an die eigenen Gefühlsreaktionen leisten, getreu dem Grundsatz:

**"Ich kann nichts tun oder lassen, was meine Gefühle nicht im Sinne meiner Überzeugung unverzüglich abwehren würden, falls es dieser zuwiderliefe, solange ich es allein meine Gefühle beurteilen und entscheiden lasse."**

Der Betroffene braucht die zweifelproblematischen Reize nur als bare physikalische/chemische Eigenschaften wahrzunehmen, so als würde er den bisher bedeutungsschwer vorbelasteten Auslöser zum allererstenmal wahrnehmen, und wüßte garnicht worum es sich dabei überhaupt handelt. Er soll also die geistige Vor-Interpretierung von Reizen vermeiden, indem er sich auf einen "Begriff" des Wahrgenommenen, so wie es ihm seine krankheitsgeprägten Erinnerungen aufzwingen wollen, nicht einläßt. Je weniger der Zweifelkranke versucht, zu "begreifen", desto weniger will er mit seinen geistigen Fähigkeiten

erzwingen, und desto mehr können Gefühle urteilen. Ein Zweifelkranker muß lernen, seine Geistes- und Gedankenwelt loszulassen, um seine Gefühlswelt überhaupt erst wieder zu bemerken. Der extreme Ausnahmezustand, der die Zweifelkrankheit ist, verlangt als Heilung den ebenso extremen, völligen Zusammenbruch des Widerstandes geistiger Beherrschtheit, bei gleichzeitig daraus erfolgreichem Ausbruch der Gefühle.

Zu widerhandlung gegenüber dem Drang der Zweifel und Befürchtungen bedeutet konkret:

- bisher zweifelauslösende Reize bedingungslos wahrnehmen
- keine Sicherheitsersatzhandlungen ausführen
- kein Sicherheitsprüfverhalten ausführen
- es auf alle "denkbaren" Folgen ankommen lassen, um Gefühle urteilen zu lassen
- die Gefühlsreaktionen bedingungslos wahrnehmen
- die ausgelösten Gefühle annehmen.

Zu widerhandlung gegenüber dem Drang der Zweifel und Befürchtungen WOLLEN bedeutet konkret:

- bisher zweifelauslösende Reize bedingungslos wahrnehmen WOLLEN
- keine Sicherheitsersatzhandlungen ausführen WOLLEN
- kein Sicherheitsprüfverhalten ausführen WOLLEN
- es auf alle "denkbaren" Folgen ankommen lassen WOLLEN, um Gefühle urteilen lassen zu WOLLEN
- die Gefühlsreaktionen bedingungslos wahrnehmen WOLLEN
- die ausgelösten Gefühle annehmen WOLLEN

Die Zweifelauslöser können dabei wirklich vorhanden sein, oder zunächst nur in der Vorstellung erzeugt werden. Durch letztgenannte Methode sind diese etwas besser zeitgleich auf den Willen und Wunsch zur Reizkonfrontation abstimmbare. Zur Erleichterung der Überwindung -und um eine Überforderung zu vermeiden- kann von zweifelneutralen, bis hin zu immer zweifelproblematischeren Reizen vorgegangen werden. Endziel des Verfahrens ist es, sich auch den problematischsten Situationen auszusetzen, welche zudem wirklich vorhanden sein sollten.

Zur Selbstkontrolle:

Mögliche Fehler, die sich in den Verfahrensablauf einschleichen können:

Erfolgerschwernisse und sogar Erfolgsbeständigkeitszweifel können zustandekommen, wenn der Betroffene sich bei den Therapiebemühungen zu sehr auf die Wahrnehmung von angenehmen Erfahrungen (=Gefühlssicherheit), statt auf die Konfrontation mit unangenehmen Erfahrungshürden, welche die angestrebte Verhaltens-Freiheit versperren, konzentriert. TROTZdem **das** zu tun oder zu lassen, wovon die Zweifelkrankheit einem "aus Sicherheitsgründen" abrät, ist **der** Teil des Heilungsablaufes, um den sich der Betroffene selber bewußt und aktiv kümmern muß. Gefühlssicherheit ergibt sich -quasi als Belohnung- aus dem erfolgten "Trotz"verhalten von selbst. Solange der Betroffene zweifelkrank ist, bleibt ihm nur die Wahl, aus "Trotz"verhalten Gefühlssicherheit zu erzeugen, denn erst als Gesunder hat er die Möglichkeit aus Gefühlssicherheit "Trotz"verhalten zu entwickeln. Die bedingungslose Gefühlswahrnehmung stellt dabei ein Mittel dar, mit dem Zweck, Gefühlssicherheit zu bewirken ; folglich dürfen diese beiden Erscheinungen

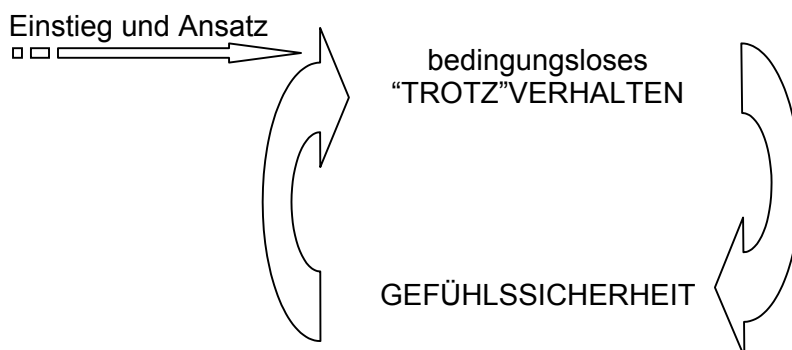
(-bedingungslose Gefühlswahrnehmung und Gefühlssicherheit-) nicht gleichgesetzt werden.

bedingungslose Wahrnehmung	= WEG
bedingungslose Gefühlsannahme	= WEG
bedingungslose Zweifel-Zu widerhandlung	= WEG
Gefühlssicherheit = ZIEL	

Das heißt: Der Zweifelkranke soll seiner Gefühlssicherheit selbst keine Beachtung zukommen lassen, damit er sie mit der gleichen Selbstverständlichkeit behandeln kann, wie es der Nicht-Zweifelkranke tut. Das "Festhalten-Wollen" einer erzeugten Gefühlssicherheit bedeutet (-wie auch jede andere vorherige Beschäftigung mit Entscheidungen nach einer noch anstehenden Heilung-) den 2. Schritt vor dem 1. Schritt tätigen zu wollen, und ist daher nicht zielführend.

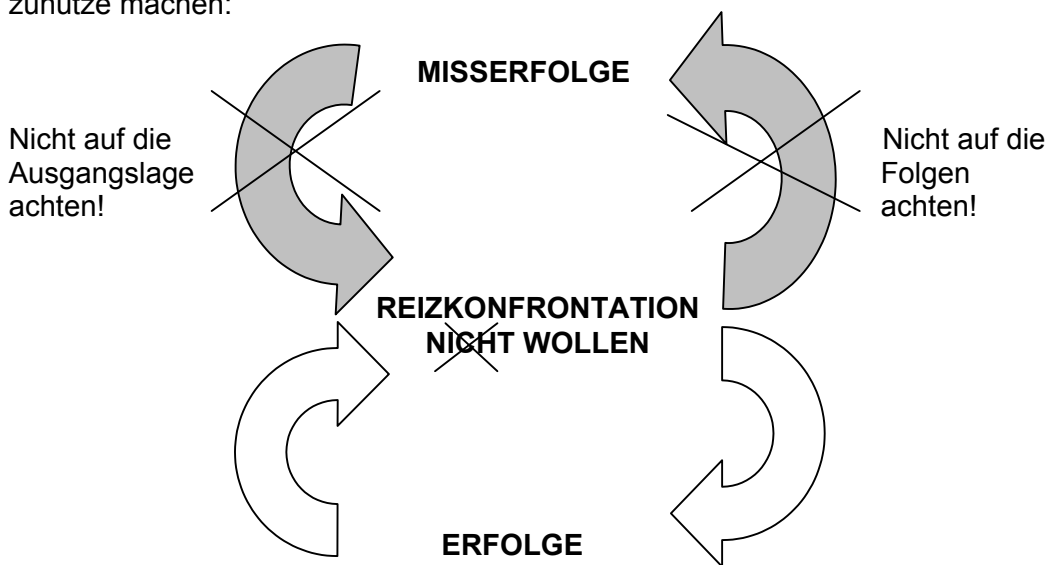
Die Bedingungslosigkeit muß auch für die Gefühlsreaktionen gültig sein, das heißt, daß kein Versuch stattfinden darf, bestimmte Gefühlsreaktionen erzwingen zu wollen. Teilweise Therapieerfolge können nämlich dazu verleiten, eine "Erfolgsfestigung" mittels Prüfverhalten und Sicherheitsersatzhandlungen bewirken zu wollen. Doch auch solche "positiven Solls" folgen den Gesetzmäßigkeiten der Zweifelkrankheit, und müssen daher ebenfalls ausgeschlossen werden. Sogar noch während der Therapie können sich Solls (auch mit neuen Formen und Inhalten) jederzeit einschleichen. Der Betroffene sollte daher nie erst auf ein "gutes Gefühl" warten, bis er mit der Konfrontation beginnt, sondern es jedesmal wieder von neuem gezielt "schutzlos" darauf ankommen lassen. Er sollte niemals die Auslösereize wahrnehmen, "weil er es muß", sondern immer nur, weil er es freiwillig und mit festem Entschluß (-trotz bestehender Unannehmlichkeiten-) so will.

Aufkommende Widerstände, Unruhe und Anspannungen während der Therapiedurchführung dürfen nicht als Scheitern der Heilungsbemühungen gewertet werden, sondern stellen den "anzugehenden Gegenstand" des Problems, den Beginn der eigentlichen Therapiearbeit dar. Bemühungen, diese Widerstände während der Reizkonfrontation zu unterdrücken, haben bereits die Funktion eines Neutralisationsrituales; allein der Wunsch dazu stellt eine Bedingung an die Wahrnehmung dar. Die Besinnung und Konzentration auf alle Unannehmlichkeiten der Reizaussetzung als das "Angriffsziel" des "Trotzes" kann helfen, nicht in das defensive Prüfverhalten zurückzufallen. Nur wenn der Zweifelkranke weiß, was sein "Feind" ist, und welche Eigenschaften dieser besitzt, ist er in der Lage Letzteren zu besiegen.



“Trotz“ bedeutet in diesem Zusammenhang “entschlossene Zuwerhandlung“ und nicht “beleidigte Gegenreaktion“. Zur Auslösung nicht-zwanghafter Gefühlssicherheit eignet sich vielleicht eher passives bedingungsloses “Dulden“ der Unentschiedenheit der Verhaltenssicherheit. Zur Auslösung zwanghafter Gefühlssicherheit eignet sich vielleicht eher aktives bedingungsloses “Trotzen“, wobei gleichzeitig Stolz zugelassen werden muß.

Obwohl der Wille zur Zweifel-Zuwerhandlung nicht von selbst entsteht, sondern (-meist mit Selbstüberwindung-) entwickelt werden muß, sollte er nicht krampfhaft aufgezwungen (oder “geduldet“) -und somit ICHfremd - sein. Zwar ist der Wille zur Zweifel-Zuwerhandlung beeinflusst vom Erfolg der Therapie, doch kann der Betroffene sich die umgekehrt ebenso bestehende Abhängigkeit zunutze machen:



Wenn -was leider niemals völlig ausgeschlossen ist- der Betroffene therapeutisch wirklich vollkommen richtig handelt, aber trotzdem keine Erfolge zustandekommen, dann ist es wichtig, daß er sich nicht selbst dafür verantwortlich fühlt, und zugleich aber auch lernt, diesen Mißerfolg als geschehen zu akzeptieren. Was letztlich zählt ist immer nur der ehrliche Wille und das ehrliche Bemühen eines jeden Einzelnen selber; mehr kann niemand leisten (müssen).

Höchstwahrscheinlich wird während der Therapiebemühungen zeitweilig das Phänomen auftauchen, daß der Betroffene daran zweifelt, ob er wirklich in der Lage ist, die Bedingungen für seine Heilung ausreichend oder überhaupt zu erfüllen. Wannimmer dieser Fall eintritt, sollte der Zweifelkranke sich zunächst folgenden Sachverhalt bewußtmachen: Daß ein Zweifelkranke sich selbst und seine Fähigkeiten in Frage stellt, ist die Existenzgrundlage seiner Krankheit. Man könnte der Zweifelkrankheit somit unterstellen, mit den Zweifeln am Gelingen der Therapie das eigene Fortbestehen retten zu wollen. Diese Zweifel kann der Betroffene jedoch jederzeit auslöschen, indem er das angestrebte Verhalten einfach nur ausführt -ohne auf das Gelingen zu prüfen. Er sollte sich nie auf eine “Diskussion um Unfähigkeit“ mit den Zweifeln einlassen, sondern Taten sprechen lassen. Konsequenter “Trotz“ stellt folglich die Gegenhaltung zur Zweifelkrankheit

dar. In dem Maß, wie die Selbstbestimmtheit des eigenen Verhaltens zunimmt, nimmt das zweifelranke Verhalten ab, und umgekehrt:

SELBST- BESTIMMTHEIT	ZWEIFEL- KRANKHEIT
SELBST- BESTIMMTHEIT	ZWEIFEL- KRANKHEIT
SELBST- BESTIMMTHEIT	ZWEIFEL- KRANKHEIT

### 5.3 DIE BEWÄLTIGUNG DER KRANKHEITSVERDRÄNGUNG

Bei Teil-Erfolgen, wenn also noch ein Rest-Leidensdruck bestehenbleibt, oder auch bei zusätzlich hinzukommenden Belastungen, fällt der Betroffene gerne wieder in das Verhalten zurück, welches am unmittelbarsten und (scheinbar) unkompliziertesten die subjektive Belastungsempfindung auf ein Minimum reduziert. Solange der Zweifelranke die Möglichkeit der Zerstreuung (in der praktischen Anwendung) nicht kennt, besteht sein einziger Weg um den Leidensdruck merklich zu senken darin, ursachenbezogene, verhaltenstherapeutische Korrekturen an seiner Gefühlswahrnehmung vorzunehmen (oder Psychopharmaka am Symptom anzuwenden). Für ihn besitzt die Krankheit noch die spürbare Abschreckung, welche die Heilungsbemühungen vorantreiben kann. Durch das Entdecken der Zerstreuung lernt der Zweifelranke jedoch eine Möglichkeit kennen, eine - wenn auch nicht ohne Anstrengung selbstständig tragfähige- Minderung des subjektiven Leidensdrucks zu bewirken, welche unverzüglich, ohne belastende Konfrontation, und nach dem Empfinden des Betroffenen ausreichend intensiv funktioniert. Hierdurch aber wird der Zweifelranke von seinem Leidensdruck von da an immer wieder in das falsche Verhalten - nämlich die Flucht vor dem Problem - gedrängt.

Die Zerstreuungssucht kann jedoch nicht ohne Weiteres einfach abgestellt werden, sondern muß durch ein korrigierendes Verhalten abgelöst werden. Auch kann sie dabei nicht durch "ausreichend" intensive Erfolge überwunden werden, sondern nur durch den Entschluß und die konsequente Umsetzung, ausschließlich und dauerhaft das Wahrnehmungs-Korrekturverhalten zu betreiben. Das erfordert ein bestimmtes Maß an Konzentration und Überwindung; doch sobald die Ablösung einmal erreicht ist, verselbstständigen sich die Therapieerfolge -in der Intensität, wie das zweifelranke Verhalten korrigiert wurde- zu dauerhafter Wirkung, und die Zerstreuung erscheint dem Betroffenen als der Selbstbetrug, der sie in Wirklichkeit ist. Der Betroffene sollte dazu den freiwilligen (-nicht erzwingenwollenden-) Wunsch entwickeln, als wichtigstes und vorrangigstes Ziel seine künftige Lebenszeit für die **bedingungslose Wahrnehmung** zu verwenden. Wichtig ist, daß den Zweifelkranken erzielte Erfolge mehr durch ihr Vorhandensein, als durch ihre Intensität zufriedenstellen, und er nicht freiwillig wieder "zwischenzeitlich" in die Zerstreuung flieht.

Eine "Auszeit" kann es realistischerweise nicht geben, nur einen "Ausfall" der eigenen Persönlichkeit, ihrer Wahrnehmung und ihrer Akzeptanz der Wirklichkeit.

Um die Verdrängung der Zweifelkrankheit überwinden zu können, müssen alle begonnenen, wiederaufgenommenen oder geplanten Vorhaben mit dem Zweck der Zerstreuung restlos aufgegeben werden. Selbst so bedeutende Angelegenheiten wie den Lebensunterhalt muß der Betroffene zunächst unterordnen –zumindest in seinem Kopf. Selbstverständlich wird man auch als Nicht-Zerstreuungssüchtiger um viele Tätigkeiten nicht umhinkommen, doch müssen diese Beschäftigungen aus den Gefühlen heraus motiviert sein, wenn es gilt, eine Zweifelkrankheit mit Zerstreuungskompensation zu überwinden. Das heißt: Entscheidend ist nicht, **was** man tut, sondern aus welchem Beweggrund. Worauf es ankommt, ist, nicht zu handeln, weil man denkt, so handeln zu müssen / sollen / dürfen, sondern weil ein vorhandenes Gefühl dazu antreibt. "Nüchternheit", Rationalität und "Kopflastigkeit" müssen in diesem Fall gemieden werden; auch sollte das Verhalten des Betroffenen (wieder) mehr **eindrucksbestimmt**, statt wie bisher **ausdrucksbestimmt** werden. Beim Zerstreuenden besteht zudem eine problematische Tendenz, "sich selbst bloßzureden". Der Zerstreuungssüchtige muß sich **so weit**, und **in der Form** von anderen Personen, von Gegenständen und von Beschäftigungen distanzieren, wie sich bereits Abhängigkeiten mit dem Zweck und Ziel der Zerstreuung gebildet haben.

Im Fall einer Zerstreuungskomplikation von "interpersonellen und intrapersonellen Funktionalitäten und Verhaltensrollen" zu sprechen wäre wesentlich angebrachter, als dieselben Argumente bei der Ursachendiskussion von reiner Zweifelkrankheit anzuführen. Die sich zuständigführenden Lehrstuhlinhaber haben aber bis zum heutigen Zeitpunkt gerade mal herausgefunden, wie man Zerstreuungssucht erzeugt (siehe J.M.Schwartz), ohne jedoch zu bemerken, daß es diese überhaupt gibt, und wie sie funktioniert oder gar rückgängig gemacht werden kann !

Es stellt keine überzogene Betonung dar, wenn ich Klinikleitungen diesbezüglich dringendst anrate, Zweifelkranken mit Zerstreuungssymptomen bei stationärem Aufenthalt unbedingt die Rückzugsmöglichkeit eines Einzelzimmers zur Verfügung zu stellen. Erfahrungsgemäß wird die Vergabe von Einzelzimmern aber leider vielmehr an den Leistungen der Krankenkassen bemessen und erwogen. (So erweisen sich umgekehrt so manche "verhaltenstherapeutischen Gründe", privatversicherte Sozialphobiker NICHT in einem mehrfach belegten Zimmer unterzubringen, als reine Umsetzung des marktwirtschaftlichen Prinzips "der Kunde ist König".) Leider kann die Zerstreuungssucht aber eher in ähnlicher Weise zu Schulden und finanziellen Abhängigkeiten durch riskante Mehrausgaben verleiten, wie eine Manie (= krankhafte euphorische Hochstimmung / gegenteiliges Extrem zur Depression).

Zudem ist es aus therapeutischer Sicht empfehlenswert, zumindest die 1. Stufe der Überwindung der zugrundeliegenden Zweifelkrankheit (= Überwindung des Gefühlsmißtrauens) (-siehe Kapitel 6.2.1-) bereits erfolgreich abgeschlossen zu haben, bevor die Bewältigung der Zerstreuungssucht begonnen wird.

**Zu beachten ist, daß die Überwindung der Zerstreuungssucht unabhängig vom Ausmaß der Überwindung der Zweifelkrankheit erfolgt, und nur von der Ausschließlichkeit des Korrekturverhaltens, nicht aber der Intensität desselben abhängt. Umgekehrt bedeutet das, daß der Zerstreuungssüchtige nur in der Stärke dauerhafte Erfolge durch bedingungslose Wahrnehmung erzielt, wie diese ausschließlich erfolgt.**

## Ansatzmöglichkeiten zur Überwindung der Zerstreuungssucht mittels bedingungsloser Wahrnehmung:

### bedingungslose Annahme der Gegenwart und der Wirklichkeit

Man kann die Zerstreuungssucht realistischere als die Flucht vor der Wahrnehmung der Wirklichkeit und der Zeit (-insbesondere der Gegenwart-) verstehen. Ausgehend von dieser Auffassung muß der Zerstreuungssüchtige die Überwindung und den Entschluß aufbringen, Zeit auszuhalten statt zu "überbrücken", und statt nur Vergangenheit oder Zukunft auch wieder die Gegenwart wahrzunehmen. Er sollte wieder beginnen, bedingungslos wahrzunehmen und zu akzeptieren, daß und wie in der Gegenwart Zeit vergeht. Konkret bedeutet dies: Die gegenwärtigen Ereignisse, Geschehnisse, Situationen, Umstände, Dinge, Phänomene und beteiligten Lebewesen wieder als erfahrbare Reize bedingungslos wahrnehmen, wahrhaben (wollen), gelten- und wirkenlassen, akzeptieren und annehmen. Dabei können diese erfahrbaren Reize für die Therapie der Zerstreuungssucht auch aus der Gegenwart der eigenen Vorstellung und Phantasie stammen, also gegenwärtig in der (-konkreten-) Vorstellung existieren. Damit die Therapie Aussicht auf Erfolg haben kann, sollte sich der Zerstreuungssüchtige jedoch auf nur einen einzelnen erfahrbaren Reiz auf einmal beschränken, eben wegen dieser Zerstreuungstendenz.

Erleichtert, wenn nicht sogar erst ermöglicht wird der Therapieeinstieg, wenn die Gegenwart -zumindest zunächst- erfreulich empfunden wird.

### die "depressionslose" Wahrnehmung

Was den Betroffenen ursprünglich in die Zerstreuungssucht getrieben hat, war die zugrundeliegende Zweifelkrankheit und die darausfolgende Folgedepression. Das Einsetzen einer Depression bedeutet, daß die betreffende Person sich angenehme Gefühlsempfindungen, und als damit zusammenhängende Folge untrennbar auch die bedingungslose Gefühlswahrnehmung selbst verbietet (Siehe dazu auch Kapitel 6.2.2. (4.): "die bedingungslose Depressionslosigkeit"). Um diese Entwicklung umzukehren -auch bezüglich der Zweifelkrankheit- muß die bedingungslose Reiz- und Gefühlswahrnehmung nicht nur wieder aufgenommen werden, sondern zudem auch mit Freude (-nicht nur mit Überwindung-) gesucht und zugelassen werden. Ziel dieser Einflußnahme muß ein gleichzeitiges Auftreten von klarer Reiz- und Gefühlswahrnehmung und der Freude oder Neugier daran sein. Diese Freude oder Neugier darf also nicht erst eine mögliche Folge der Reizwahrnehmung sein, sondern ist schon im vorhinein Voraussetzung. Aus dem konsequenten Entschluß zur Veränderung heraus mit Freude bedingungslos wahrnehmen (wollen) ist bedeutend wirkungsvoller, als dies einfach nur "notgedrungen" zu tun.

=> Diese Freude darf und kann auch nicht durch ein inneres Soll sich selbst aufgezwungen werden, sondern kann nur "entschlossen gewollt werden". Zerstreuungssucht ist folglich auch der Unwille, durch bedingungslose Wahrnehmung an der Wirklichkeit und an der Gegenwart teilzunehmen.

## **6. WEITERFÜHRENDE & STABILISIERENDE THERAPIE**

### **6.1 NACHTRÄGLICH ANSCHLIESSENDE, "RÜCKWIRKENDE" FOLGEPROBLEME IM FALL EINER HEILUNG**

Je länger eine Zweifelkrankheit andauert, desto mehr entfremdet sich der Betroffene ...

1. von einer Lebensführung, wie sie seiner Persönlichkeit ohne Einschränkung der emotionalen Erlebensfähigkeit entspräche.
2. von allen Freiheiten und von aller Selbstständigkeit, die zu einer gesunden Lebensführung notwendig sind.

Aus diesen Gründen ergeben sich nicht nur während der Zweifelkrankheit, sondern auch anschließend an die Heilung ernstzunehmende Probleme für den Betroffenen, welche angemessene therapeutische Schritte erforderlich machen:

**zu 1. :** Da die Zweifelkrankheit die Gefühlswelt des Betroffenen einschränkt, verhält sich Letzterer in vielerlei Hinsicht anders, als es seiner wirklichen Persönlichkeit entspräche. Hinzu kommt die Beeinträchtigung des Verhaltens durch Sicherheitsersatzhandlungen, Schuldausgleichshandlungen, Prüfen auf Verhaltenssicherheit und Ausweichverhalten. Je nach Schweregrad der Krankheit ist ein Zweifelkranker beinahe zu nur noch geistiger Bewertung der Geschehnisse in seiner Wirklichkeit fähig. Sobald ein Betroffener seine Zweifelkrankheit überwindet, indem er die Gefühlsempfänglichkeit wiedererlangt, kommen vergangenheitsgerichtete emotionale Bewertungen der Folgen seines Persönlichkeitsverlustes zustande. Je nachdem, wie lange und wie stark die Persönlichkeit eines Betroffenen durch die Zweifelkrankheit eingeschränkt war, muß Derjenige um so mehr Erinnerungen an-, bzw. Zeugnisse von- Geschehnissen des scheinbar "eigenen" Verhaltens, welche jedoch seiner Persönlichkeit fremd sind, emotional bewältigen. Am wahrscheinlichsten ist hierbei ein Schwanken zwischen euphorischer Hochstimmung und einem sogenannten "generalisierten Angstsyndrom", einem andauernden Angstzustand mit unbestimmt vielen, allgegenwärtigen, und eher abstrakten Auslösereizen. (Wegen der Ähnlichkeit der Symptome besteht aber erhebliche Verwechslungsgefahr gegenüber angstbestimmter Depression ! )  
Eine Patientin, die 27 Jahre an der Zweifelkrankheit litt, und in zweijähriger Therapie vollständige Heilung erzielen konnte, berichtet von einer "Identitätskrise", die sich im Zuge ihres Therapieerfolges bemerkbar machte.\*

\* Nachzulesen in dem Buch "Der Weg aus der Zwangserkrankung", das die Patientin unter dem Pseudonym Ulrike S. im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht (1996) veröffentlichte.



**zu 2. :** Da sich ein Zweifelkranker die ganze Zeit über mit vollem körperlichem und geistigem Einsatz um die notdürftige Erzielung dessen kümmern muß, was für den Gesunden selbstverständlich ist -nämlich die Verhaltenssicherheit -, bleibt ihm keine Freizeit. In dem Maß, in dem der Betroffene sein zweifelkrankes Verhalten überwindet, bleibt ihm Zeit, um sich um seinen Lebensunterhalt zu kümmern, ebenso wie um seine Erholung und seine persönliche Entfaltung. Die Zweifelkrankheit ist dann aufgelöst, wenn die Verhaltenssicherheit (wieder) als automatische und selbstständige emotionale Körperreaktion funktioniert. Je nachdem, wie lange eine Person in zweifelkrankem Verhalten gefangen war, muß sie um so mehr (wieder) lernen, mit frei einteilbarer Zeit umzugehen.

Die 2 obenstehend beschriebenen, nachträglich wirkenden und rückblickenden Lebensbeeinträchtigungen durch die Zweifelkrankheit sind um ein Vielfaches stärker ausgeprägt, wenn sich zur Zweifelkrankheit zusätzlich Zerstreuungssucht ausgebildet hatte.

## **6.2 DIE 2 STUFEN DER ÜBERWINDUNG DER ZWEIFELKRANKHEIT**

Eine Zweifelkrankheit kann jedoch nicht nur ein generalisiertes Angstsyndrom zur Folge haben, welches sich unmittelbar an einen Heilungserfolg anschließt. Ein Phänomen der Zweifelkrankheit, das von der sogenannten "Fachwelt" bisher ebenfalls unbemerkt geblieben ist, ist die Tatsache, daß ihre Heilung in 2 voneinander abgrenzbaren Stufen mit 2 verschiedenen Bereichen des Inhalts und der Funktion erfolgen muß. (Das Halbwissen über die Abläufe und Ergebnisse bei der verhaltenstherapeutischen Intervention gegen Zweifelkrankheit hat Spekulationen über einen reinen Vermeidungsverhaltens-Charakter dieser Krankheit (auf die man sich wegen des Unwissens über mögliche Krankheitsursachen konzentriert hat) scheinbar bestätigt.)

In vielen Fallstudien von Therapieverläufen ist zu lesen, daß die Therapiebemühungen der meisten Betroffenen nach Erreichen bahnbrechender Erfolge ins Stocken geraten. Sind erleichternde Erfahrungen im Umgang mit den belastendsten Zweifelsituationen gemacht worden, geben sich viele Betroffene anscheinend zunächst mit ihrem scheinbaren "Zwischenzustand" trotz weiterbestehender Zweifelkrankheits-Voraussetzung zufrieden. Dieser Zustand, der in der Literatur als "Rest-Zwang" umschrieben wird, ist nicht nur eine Angelegenheit der Graduierung, sondern auch der inhaltlichen Thematik des zweifelkranken "Erlebens". Er äussert sich eher als ein in der Stärke und Häufigkeit vermindertes Auftreten der aktiven Wirkweise der Zweifelkrankheit, bei gleichzeitig unverändertem Fortbestand der passiven Wirkweise. Ursache dafür ist die inhaltliche Verschiebung (genauer gesagt: Reduzierung) der Zweifel von den belastenden "Kern-Themen" hin zu Entscheidungsangelegenheiten allgemein, welche mehr problematisch als belastend sind. Die für die Zweifelkrankheit kennzeichnende Verhaltensunsicherheit und -unbestimmtheit funktioniert nach dem "Alles-oder-nichts-Prinzip", das heißt, sie betrifft nicht selektiv bestimmte Bereiche, sondern die gesamte Erlebenswelt. Die ihr zugrundeliegende beeinträchtigte Reizverarbeitung nimmt daher nicht nur Einfluß auf Überzeugungen und Tabus, sondern auch auf das allgemeine

Denken und Handeln grundsätzlich. Entsprechend der Bewertungsstärke vorausgehender Gedanken äussert sich diese Verhaltensunsicherheit entweder als extrem belastender "Kern-Zweifel" dieser Zweifelkrankheit, oder eher als problembehaftete "Undefiniertheit" des eigenen Erlebens. Das heißt: Die passive Wirkweise der Zweifelkrankheit besteht grundsätzlich solange dieses Krankheitsbild besteht ; die aktive Wirkweise tritt um so stärker auf, je stärkere Bedingungen aufgrund gleichlautender gedanklicher Bewertungen an die eigene Gefühlswelt gestellt werden.

Trotzdem erzielt bereits das **einmalige** tatsächliche Erfahren einer Möglichkeit und Methode, in der Praxis wirkliche Gefühlsgetragenheit bestehender Solls selbst zu erzeugen, eine halbwegs dauerhafte Gelassenheit (-nicht jedoch Gefühlssicherheit-) für den Betroffenen. Allein die Erinnerung an eine **einmalig** erzeugte Gefühlsgetragenheit nach der ganzen Zeit zweifelkranker Hilflosigkeit bringt dem Betroffenen (scheinbar) ausreichende Entlastung vor seinem Gewissen, zumindest aber das Ende seines Gefühlsmißtrauens und seiner Hoffnungslosigkeit. (Ein erheblicher Anteil des Leidensdrucks der Zweifelkrankheit resultiert allein aus dem Unwissen über die Zusammenhänge, und damit über Möglichkeiten eines Ausweges. Die hiermit verbundene gedankliche Aussichtslosigkeit führt zu Depressivität, und diese wiederum unterdrückt die für die Verhaltenssicherheit notwendigen Gefühlsreaktionen.) Der beschriebene scheinbare "Zwischenzustand" stellt jedoch nicht die endgültige Heilung der Zweifelkrankheit dar, und birgt nicht nur zu wenig Stabilität, sondern zudem auf lange Sicht auch die Gefahr des Rückfalls in sich. Nach einer Phase der Orientierung und Einfindung in die neuen Perspektiven dieses Übergangszustandes (die man besser nicht allzu lange Zeit hinausdehnt) sollte daher die vollständige Überwindung des zweifelkranken Zustandes begonnen und erarbeitet werden. Durch die veränderte Situation wird sich für den Betroffenen bereits in besagtem scheinbaren Zwischenzustand eine Veränderung der Lebensplanung ergeben. Er sollte dabei jedoch nicht allzu verbindliche und festlegende Entscheidungen und Maßnahmen für einen Zeitraum von zukünftigen Jahren tätigen, da er sich darüber bewußt sein sollte, daß seine derzeitigen Entscheidungskriterien noch überwiegend von zweifelkranken "Erleben" bestimmt werden, und deren Ziele zu denen von einer gänzlichen Heilung nicht nur abweichen, sondern einer solchen sogar im Wege stehen. Gewisse vorausschauende Planungen und Vorbereitungen für den Fall des Eintretens und sogar zum eigentlichen Erreichen einer Totalgenesung sind vorteilhaft bis unumgänglich ; jedoch können Vorbereitungen durch "Endlos-Anspruch" auch dazu führen, daß die Begegnung mit einer weiterreichenden, endgültigen Heilung letztlich nie gesucht wird.

So wichtig wie eine Vollständigkeit der Heilung, ist auch die Reihenfolge der anzugehenden Inhalte bei der Heilung der Zweifelkrankheit:

Sinn macht es nur, wenn zuerst die "Kern-Zweifel" behandelt werden, da sie belastender sind, den Hauptangriffspunkt der aktiven Wirkweise darstellen (= "Gegenstand des Gefühlsmißtrauens") und ursächlichen Einfluß zur Aufschaukelung und Aufrechterhaltung der Zweifelkrankheit ausüben. Im Anschluß sollte dann die Behandlung der allgemeinen Funktionsbeeinträchtigung der Reizverarbeitung erfolgen, was gleichbedeutend (-weil untrennbar verbunden-) ist mit Loslösung vom gesamten zweifelkranken "Erleben" und dem Übertritt in "die Erlebenswelt danach".

### **6.2.1. Die I. Stufe: Auflösung der Kern-Zweifel / (Wieder)Erlangung des Gefühlsvertrauens**

#### **GEFÜHLE ZULASSEN als Vertrauensbeweis**

Zuerst sollten alle zentralen Kern-Zweifel (und deren Hauptauslöser) eindeutig festgestellt und jeder davon entsprechend den in Kapitel 5 beschriebenen Verfahrensschritten behandelt werden. Ziel des Vorgehens ist jeweils eine zeitlich begrenzte, aber gezielte Korrektur der gedanklich-emotionalen Reizverarbeitung gegenüber den jeweiligen Kern-Zweifeln. Die heilende Gegenmaßnahme in der 1. Stufe der Überwindung der Zweifelkrankheit muß also zeitlich und thematisch fokussiert erfolgen: Nach einer kurzen Eingewöhnung in die Unbedenklichkeit des Verfahrens muß für die Konfrontationsübungen eine Steigerung kern-zweifelproblematischer Reizsituationen bis zu einem ausreichenden Maximum stattfinden. Das Maximum ist dann erreicht, wenn die verhaltenstherapeutische Bewältigung der betreffenden Reizsituation gleichbedeutend ist mit der an Stärke vollständigen (Wieder-)Erlangung der erwünschten Gefühlssicherheit (zumindest in diesem Moment), und wenn diese Reizsituation mit gesunden Lebensumständen gerade noch vereinbar ist. (Im Fall von "Verseuchungszweifeln" hieße das beispielsweise, daß für die Konfrontationsübungen keine wirklichen hochansteckenden und todbringenden Viren oder Bakterien verwendet werden.) Bei zugleich tabuisierten ZweifelnHALTEN (=Zwangsgedanken) ist mindestens einmal das Erleben einer emotionalen Abstoßungsreaktion an den jeweiligen Zweifelinhalten erforderlich ! Mit Ausnahme der Behandlung von Gedanken, die als solche tabuisiert werden, erzeugt die Therapie von Zweifelkrankheit sogar ein gewisses Maß an Euphorie und Tatendrang zur Weiterführung und Intensivierung der Behandlung bei dem Betroffenen, sobald dieser die befreiende Wirkung und die Unbedenklichkeit der Therapie selbst erfährt. Bei Zwangsgedanken beschränkt sich die Reaktion auf eine Erleichterung, eine Entlastung, welche nichtsdestotrotz den Ausweg aus dieser schwersten Form der Zweifelkrankheit beinhaltet.

Alle nötigen Anleitungen für die Bewältigung der I. Krankheitsstufe finden sich in Kapitel 5 beschrieben.

### **6.2.2. Die II. Stufe: vollständige, ganzheitliche Korrektur von Wahrnehmung, Erlebenswelt, Denken und Verhalten**

#### **GEFÜHLE DABLEIBENLASSEN zur Bewältigung und Einfindung**

##### ***(1.) Stabilisierungsprogramm zur Rückfallvorbeugung und Erfolgsausweitung:***

Je länger eine Zweifelkrankheit andauert, desto restloser verlernt der Betroffene auch jeden Begriff von nicht-zweifelkrankem Verhalten. Die Gewohnheit läßt sein "Leben" mehr und mehr zu einer "Schauspielrolle" verkommen, und den Unterschied zu einem wirklichen Leben für ihn selbst immer weniger erkennbar werden. Der Betroffene wird daher zur Stabilisierung des Heilungserfolges nicht umhinkommen, Intensität, Dauer und Selbstsicherheit der Anwendung des korrigierenden Verhaltens solange und sooft zu üben, bis eine Automatisierung eintritt.

### **Programminhalte und –ziele für Erfolgsfestigungsübungen:**

**- “Alles-auf-sich-wirken-lassen” =**

bedingungslose Wahrnehmung der Reiz-Gefühl-Einheit auf jede noch so zweifelproblematische Situation, aber auch auf jede anderweitige Situation oder Tätigkeit anwenden.

=> Ausdehnung der Gefühlsbestimmtheit auf alle Lebensbereiche (auch hilfreich gegen Zerstreuungskomplikation !)

**- “Sich-mit-den-Gefühlseindrücken-identifizieren” =**

Ermöglichung von Erfolgsbeständigkeit durch Annahme der Gefühlsinhalte als wesentlichsten Bestandteil der eigenen Persönlichkeit

=> emotionale Selbstfindung

**- “Den-Gefühlseindrücken-Glauben-schenken” =**

die Gefühlswelt als (vorrangige) Wirklichkeit annehmen und akzeptieren

**- “Sich-nicht-verstellen” =**

Gefühle, die vorhanden sind, in Art und Stärke aushalten !

Gefühle, die nicht vorhanden sind, in Art und Stärke nicht erzwingen !

=> Rückfallverhinderung durch Verlernen von Sicherheitsersatzhandlungen

**- “Sich-von-den-Gefühlen-leiten-lassen” / “Aus-den-Gefühlen-heraus-handeln” =**

aktive “Beschäftigungstherapie” gegen Rückfall in zweifelkranke Verhaltensmuster

=> Rückfallverhinderung durch Verlernen des Verhaltensprüfens

**- “Aktion und Reaktion umkehren” =**

nicht zuerst denken und handeln, um als Folge davon Gefühle erzwingen zu wollen, sondern zuerst Gefühle zulassen, um als Folge davon zu denken und zu handeln

**- “Sich-den-Gefühlen-ausliefern” =**

die Unausweichbarkeit von Gefühlsbestimmtheit freiwillig suchen / Allgegenwärtigkeit von Gefühlseindrücken bewußtmachen

=> Entgegenwirken zu Sicherheitsersatzhandlungen und Zerstreuungssucht

**- “Sich-nicht-in-Theorie-flüchten” =**

vorhandene Gefühlsbewertungen nicht nachträglich “begreifen”, “theoretisieren” oder sogar “analysieren” (wollen). KEINE gedanklichen Auswertungen, Rückschlüsse, Abschätzungen, Einschätzungen, Leitvorgaben, Auslegungen, Zielsetzungen, Zielspekulationen, Einordnungen,... von vorhandenen Gefühlsreaktionen. Um dies zu gewährleisten, sollte der Betroffene die eigenen Gefühle um ihrer selbst willen annehmen, so daß sie keiner (anderen) Bestimmung folgen müssen als sich selbst.

**- emotionale Problemlösung statt "Vergedanklichung" von Gefühlskrisen**

Ausgelöste Gefühle grundsätzlich versuchen beizubehalten. Nicht versuchen, Schwierigkeiten aufgrund auftauchender Gefühle "geistig zu lösen wie eine Rechenaufgabe". Die Lösung dieser emotionalen Schwierigkeiten besteht im Prozess des Zulassens und Zuendeführens dieser Gefühlssituationen. Gefühlsprobleme beinhalten immer auch ihre eigene Bewältigungsmöglichkeit (= natürlicher Selbstregulationsvorgang durch vorübergehende, bewußte Instinktverkehrung).

**- Vorstellungen & Phantasie bedingungslos schweifenlassen & geschehenlassen =**

Innere Reize und Reizabfolgen (Bilder, Phantasien, Erinnerungen,...), die von selbst in der Vorstellung entstehen wollen, unbedingt entstehen- & bestehenlassen. NICHT Phantasien gedanklich konstruieren, planen und inszenieren. Die sich selbst aufdrängenden Vorstellungen / Erinnerungen müssen dabei weder zwingend angenehm noch zwingenderweise unangenehm sein.

**- "Sich-Mut-machen" / "Sich-nicht-entmutigen-lassen" =**

nicht wegen restlicher oder wiederkehrender Zweifel schuldig fühlen oder Hoffnung aufgeben

(Die Gefühle, die dem Betroffenen Verhaltenssicherheit vermitteln, sind nur in dem Maß auslösbar, wie der stimmungsaufhellende Serotonin-Stoffwechsel funktioniert.)

## (2.) Schließung des geistig-emotionalen Bewertungskreislaufes:

### I. gefühlsentsprechendes Denken

Um den Bewertungskreislauf aus Gedanken und Gefühlen wirklich (wieder) vollständig zu schließen und Gefühle und Gedanken aufeinander abzustimmen, muß nicht nur (wieder) ermöglicht werden, daß aus Gedanken unwillkürlich entsprechende Gefühlsinhalte entstehen können (-durch Korrektur der Wahrnehmung, des geistigen Vorab-Reglementierens und des Kompensationsverhaltens-). Ebenso muß gewährleistet sein, daß aus Gefühlen mehr oder weniger unwillkürlich entsprechende Gedankeninhalte entstehen können.

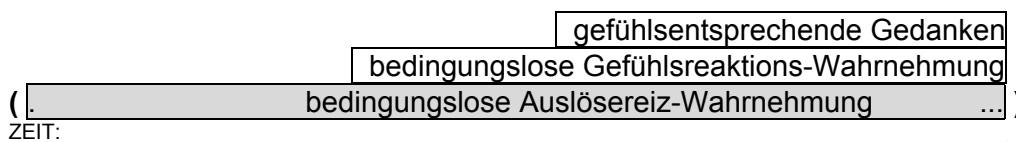
Die in Kapitel 5 beschriebenen Verfahren dienen hauptsächlich der praktischen Ermöglichung des Ziels, daß der Zweifelkranke (wieder) so zu fühlen in der Lage ist, wie er denkt. Hinzukommen muß daran anschließend noch, daß der Zweifelkranke auch (wieder) so denkt wie er (sich) fühlt.



Beginnend mit einem bedingungslos ausgelösten Gefühlszustand müssen daraufhin Gefühl und entsprechender Gedanke "zwanglos" gleichzeitig zusammen auftreten und wirken (= "Gefühl-Gedanke-Einheit"). Dabei sollte der Betroffene darauf achten, nicht in zweifelkrankes Rollen- und Schauspiel zurückzufallen (,was eben dann geschieht, wenn zuerst ein Gedanke auftritt, mit dem dann in der Folge ein Gefühl zu "simulieren" oder zu erzwingen versucht wird).

#### **gefühlsentsprechendes Denken =**

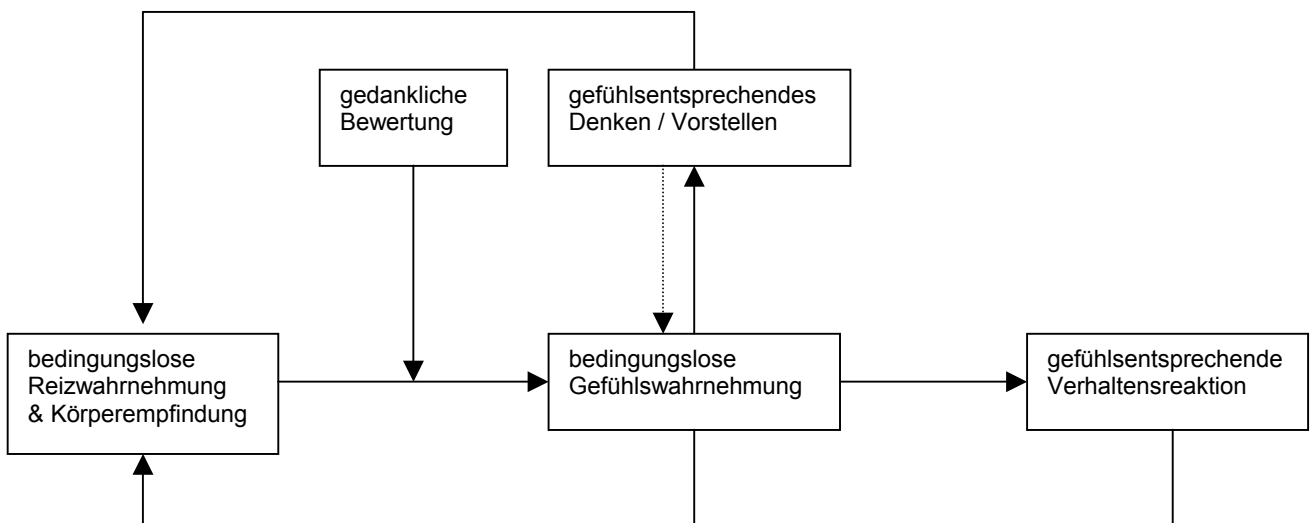
Alle Gedanken und Vorstellungen, die von selbst als Folge der Gefühlseindrücke aufkommen wollen, bedingungslos aufkommen lassen.



Diese gefühlsentsprechenden Gedanken und Vorstellungen sollten dann anschließend als "Gefühl-Gedanke-Einheit" vom Betroffenen weiterverfolgt werden.

## II. gefühlsentsprechendes Verhalten & bedingungsloses Körperempfinden

Der gedanklich-emotionale Bewertungskreislauf ist untrennbar mit der Reizwahrnehmung und mit dem Verhalten verbunden. Dieser Wirkzusammenhang ist durch eine bestehende Zweifelkrankheit ebenfalls aus seiner natürlichen Bahn gebracht worden. Damit der gesamte Wirkkreislauf ganzheitlich (wieder) ohne Beeinträchtigung funktionieren kann, müssen die Verhaltensreaktionen statt geistig geplant und aufgezwungen (wieder) durch Gefühle veranlaßt sein, und die Reizwahrnehmung statt durch geistigen Soll-Vergleich gefiltert und behindert zu werden (wieder) bedingungslos ablaufen. Dabei muß die Reizwahrnehmung auch die (Wahrnehmung der) Verhaltens- und Körperreaktionen beinhalten, um diesen Wirkkreislauf als Ganzes durchgehend schließen zu können.

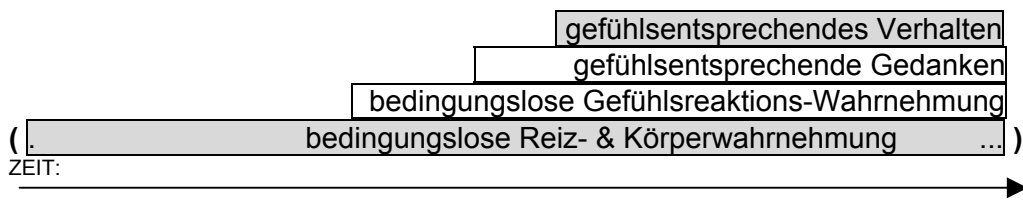


### **gefühlsentsprechendes Verhalten =**

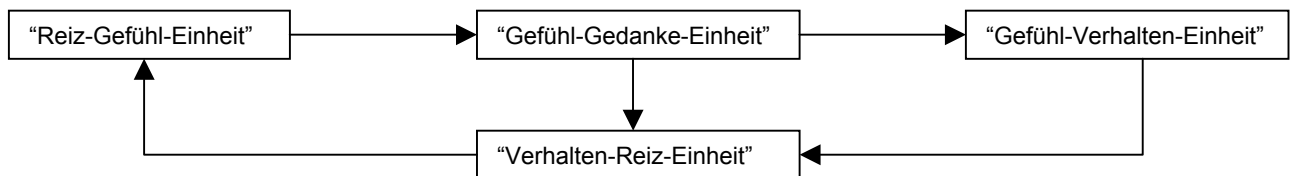
Bedingungslos nur das Verhalten ausführen, zu welchem die Gesamtheit der bedingungslos wahrgenommenen Gefühlsreaktionen drängt.  
Erst dann etwas tun oder lassen, wenn eine Gefühlsveranlassung spürbar ist.  
Nur das tun oder lassen, wozu die Gefühlseindrücke veranlassen.  
Nur in der Weise und Stärke ein Verhalten ausführen, wie es die Gefühlseindrücke vorgeben.

### **bedingungsloses Körperempfinden =**

Alle spürbaren Körperreaktionen und –eindrücke, die von selbst als Folge des gedanklich-emotionalen Bewertens und des Verhaltens entstehen, bedingungslos wahrnehmen.



Wie bereits die gefühlsentsprechenden Gedanken und Vorstellungen, so muß auch die gefühlsentsprechende Verhaltensreaktion durch bedingungslos wahrgenommene Gefühlsreaktionen veranlaßt werden, und anschließend zusammen mit diesen wie eine Einheit wirken:



Schwierigkeiten bei der Umsetzung

Weil die Zweifelkrankheit eine Gefühlsunterfunktion darstellt, kann eine verhaltenstherapeutische Veränderung ausnahmsweise nur dadurch ermöglicht werden, daß der Betroffene Gefühlsreaktionen bedingungslos zuläßt und sein Denken und sein Verhalten eben genau doch von diesen leiten läßt. Die Gefahr, dabei in das gegenteilige Extrem zu verfallen, nämlich kritikloses, subjektives, nicht-hinterfragendes Gefühlsgeleitetsein, emotionale, sich-selbsterfüllende Beweisführung und vernunftloses Bewertungs- und Entscheidungsverhalten kann selbstverständlich logischerweise dagegen eingewendet werden. Vielleicht gibt es aber garkeine andere Möglichkeit, von einer Zweifelkrankheit zu einem gesunden, selbstehrlichen, ausgewogenen gegenseitigen Zusammenspiel emotionaler und gedanklicher Bewertung zu gelangen, als das Risiko einzugehen, daß die letztendliche Mittel-Einpendelung nur über vorübergehendes Ausschlagen in die gegenteilige Richtung zu erreichen ist. Letztliches Ziel muß es dann aber sein, daß die Selbstehrlichkeit sowohl im emotionalen, wie auch im gedanklichen Bereich zu gleichen Teilen besteht. Dies stellt wohl noch einen weiteren Grund dar, weswegen mit der Heilung einer Zweifelkrankheit "die Therapie erst anfängt", also anschließend an eine überstandene Zweifelkrankheit unweigerlich eine Reihe weiterer Probleme angegangen werden müssen; nicht zuletzt deshalb, damit die Zweifelkrankheit auch überstanden bleibt.



### **(3.) ganzheitliche Denkprozesse (wieder)erlernen**

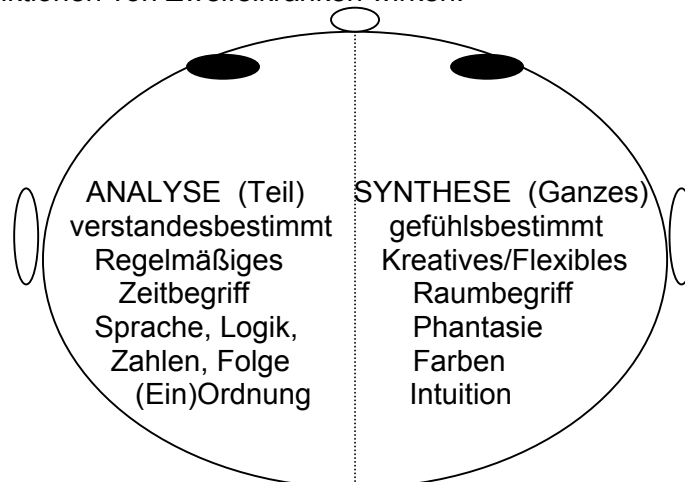
Für künftige Therapie-Forschung von nicht ausschließbarem Wert ist eine eingehende Untersuchung der Zusammenhänge und Beteiligung der beiden Endhirnhälften beim Prozess der gedanklich-emotionalen Reizverarbeitung. Ergebnisse\* der Gehirn- und Gedächtnisforschung kommen zu dem Schluß, daß Lernschwierigkeiten, wie sie das Schulsystem den von Natur aus lernfähigen Kindern antrainiert (→ Stichwort: "Bildungs-KZ"), unter anderem auch auf die einseitige Verlagerung des Denk- und Lernprozesses auf die linke Endhirnhälfte zurückzuführen ist.

Die vom Selbstbetrachter aus gesehen linksseitige Endhirnhälfte verarbeitet hauptsächlich Logik, Ordnung, Regelmäßigkeit, Symbolik, Generalisierung, Abstraktion, Analytik, detaillierte Unterscheidung, Berechnung; sie erzeugt einen Sinn für Zeit und funktioniert Schritt für Schritt nacheinander.

Die vom Selbstbetrachter aus gesehen rechtsseitige Endhirnhälfte verarbeitet Intuition, Gefühl, Kreativität, Synthese, ganzheitlichen Überblick, Vergleiche, Analogien, tatsächliche und vorgestellte Sinneseindrücke; sie erzeugt einen Sinn für Raum und funktioniert "bildhaft".

Die natürliche Nutzung des Gehirns für Gedanken und Gedächtnis beinhaltet die gleichzeitige und vernetzte Verwendung beider Endhirnhälften. Das Bewußtsein kann einen Sachverhalt nur dann verstehen und begreifen, wenn im Gehirn dazu eine entsprechende Vorstellung, ein "Abbild" entsteht. Die einseitige Verwendung der linksseitigen Hälfte durch nicht-anschauliche Informationsverarbeitung (-so, wie es in diesem vorliegenden Manuskript der Fall ist !-) führt unweigerlich zu Schwierigkeiten und Unlustgefühlen beim Lernen.

Zweifelkranke denken ebenfalls übermäßig ins Detail analysierend, sachlich-emotionslos, in Regeln und nach Gesetzmäßigkeiten, sowie Schritt für Schritt ablaufend. Insbesondere bei Betroffenen mit Kontrollzwängen -bei denen das Erinnerungsvermögen ja von inhaltlichem Belang für die Zweifel ist- fällt neben der Gefühlsunsicherheit eine kennzeichnende Gedächtnisschwäche auf (z.B. andauerndes Überlegen: "Habe ich das Küchenmesser jetzt gerade eben von den Kindern weggeräumt, oder doch noch nicht?"). Während die Gefühlsunsicherheit bei Zweifelkranken aus der beeinträchtigten Zusammenarbeit von Endhirn (v.a. Stirnlappen) und Stammhirn resultiert, könnte diese Vergeßlichkeit auch mit der beeinträchtigten Verbindung beider Endhirnhälften untereinander erklärt werden. Übungen zum gleichzeitigen Einsatz beider Hirnhälften, so, wie bei der "gehirngerechten" Rück-Korrektur des durch das Schulsystem verlernten Lernens, könnten daher auch normalisierend auf die Hirnfunktionen von Zweifelkranken wirken.



\* siehe: Frederic Vester:  
"Denken, Lernen, Vergessen"

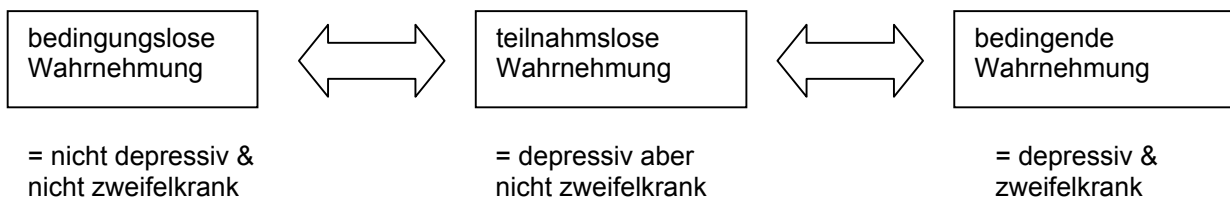
#### **(4.) Die “bedingungslose Depressionslosigkeit”:**

(= bedingungsloses Zulassen und Wahrnehmen von Lebensfreude)

Sobald depressive, lösungsverweigernde Bewertungen einsetzen, beendet der Betroffene unweigerlich immer auch die bedingungslose (Gefühls)Wahrnehmung (, welche notwendig ist, um vor einer Zweifelkrankheit geschützt zu sein). Dabei ist die bloße Depression (für sich) allein aber nur die Abkehr von der bedingungslosen (Gefühls)Wahrnehmung weg, hin zu einer gleichgültig empfundenen, gefühlstauben Teilnahmslosigkeit, welche eine Entstehungsmöglichkeit für Zweifelkrankheit darstellt (= passive Wirkweise der Zweifelkrankheit).

Eine Weiterentwicklung dieser Gefühls-Teilnahmslosigkeit zu bedingender (Gefühls)Wahrnehmung bedeutet bereits, daß nicht mehr nur eine Depression alleine, sondern zusätzlich auch schon eine Zweifelkrankheit besteht (Bedingen der (Gefühls)Wahrnehmung = aktive Wirkweise der Zweifelkrankheit).

#### ÜBERGANGSZUSTAND:



Umgekehrt kann jedoch durch Hinwendung zurück zur bedingungslosen (Gefühls)Wahrnehmung nicht nur einer bestehenden Zweifelkrankheit, sondern auch einer Depression (allein) entgegengewirkt werden.

Dabei müssen zwar alle im Hintergrund anstehenden Gefühle (also auch Trauer und andere negative Gefühle) zugelassen werden, mit Vorrangigkeit aber zunächst die bisher ausgegrenzten Gefühle von Lebensfreude.

Damit Lebensfreude “persönlichen Inhalt”, “individuellen Detailreichtum” und “persönlich-stimmigen Bezug” erhalten kann, sollte der Betroffene sie nicht zwanghaft “haben müssen”, sondern ganz undogmatisch aber unnachgiebig zulassen, so, wie sie von sich aus aus beliebigen wahrgenommenen Reizen entstehen “will” (ganz in Übereinstimmung mit den persönlichen Bewertungen).

Die “bedingungslose Depressionslosigkeit” ist folglich ein “passives und druckloses Erzwingen” von Lebensfreude durch bedingungsloses Zulassen derselben.

Ebenso bedeutet “bedingungslose Depressionslosigkeit” aber auch, daß niemand sich ein “Recht” auf Lebensfreude und Selbstachtung erst verdienen muß. Der Depressive muß sich darüber klarwerden, daß Lebensfreude und Selbstachtung gesunde, natürliche Bedürfnisse sind, wie nach der Luft zum Atmen, und unter keinen Umständen an Voraussetzungen und Bedingungen gebunden sein dürfen. Seine bislang an sich selbst gestellten -ohnehin unerfüllbaren- Forderungen nach Bedingungen, “um sich gutfühlen zu dürfen”, sollte der Betroffene guten Gewissens bewußt, absichtlich und gezielt mißachten lernen.

## 6.3 GRUNDSÄTZLICHE SCHWIERIGKEITEN DER II.THERAPIESTUFE

**Notwendigkeit von Strategien zur Bewältigung der Ablösung beim Übergang in die Anschluß-Situation :**

### **1. Die Umstellungsschwierigkeiten**

Während des Bestehens einer Zweifelkrankheit hat die "Gefühlswelt" nahezu keinen Einfluß auf das "Erleben" des Betroffenen. Dagegen hat währenddessen die Zweifelkrankheit auf indirektem Wege sehr bedeutsamen Einfluß auf die "Gefühlswelt" des Betroffenen **nach** Abschluß der Zweifelkrankheit. Denn im unmittelbaren Anschluß an eine Zweifelkrankheit von erheblicher Dauer erfolgt eine "nachträgliche Verarbeitung rückwirkender Ich-Fremdheit" der unter dem Einfluß der Zweifelkrankheit erfahrenen Ereignisse. Um einen Selbstbetrug zu vermeiden sei hier ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die Überwindung einer Zweifelkrankheit immer gleichbedeutend ist mit der Voraussetzung, daß die Einfindung in "das Gegenteil von Zweifelkrankheit" gelingt. Es existiert kein wirklicher Zustand dazwischen. "Zweifelkranksein" und "nicht-zweifelkranksein" sind 2 zueinander gegenteilige und unvereinbare Möglichkeiten. Die **Anwesenheit** des einen bedeutet die **Abwesenheit** des anderen, und umgekehrt. Grund: Die für die Gefühlswahrnehmung zuständigen Instanzen im Gehirn können (auf Dauer) nur entweder in der biologisch richtigen, erfolgreichen Reihenfolge durchlaufen werden, oder in einer biologisch unsinnigen, erfolglosen Reihenfolge. Selbst bei mehreren verschiedenen, möglichen Wegen der Reizleitung & -verarbeitung im Gehirn läßt das darauffolgende Ergebnis nur 2 Möglichkeiten zu: richtige Reizleitungsrichtung (= Gefühlswahrnehmung) oder falsche Reizleitungsrichtung (= keine Gefühlswahrnehmung). Wegen dieser emotionalen Aufstauungswirkung und Bewältigungssperre durch eine bestehende Zweifelkrankheit ergeben sich ernstzunehmende Schwierigkeiten bei der korrigierenden Umstellung der gedanklich-emotionalen Reizverarbeitung:

- Schier unbewältigbar scheinende Gefühle (angenehme ebenso wie vor allem unangenehme) von erheblicher Stärke kommen nach einer Zweifelkrankheit zum Vorschein. Einerseits weil zweifelkrankheitsbedingte Erfahrungen und Ereignisse in Retroperspektive ich-fremd erlebt werden ; andererseits weil Gefühlsprobleme, die schon vor der Zweifelkrankheit bestanden haben (können), erst nach der persönlichen "Auszeit" der Zweifelkrankheit mit all den sich im Hintergrund angehäuften und nicht der eigenen Persönlichkeit entsprechend behandelten Geschehnisse wieder wahrgenommen werden können –nachdem sie also vermehrt und verstärkt wurden.
- Es ist keine wirklich schrittweise, abgestufte oder dosierbare Annäherung an diese Gefühlswelt möglich, wenn der Erfolg dauerhaft sein soll. Für die Korrektur der Reizverarbeitung gilt die "alles-oder-nichts"-Regel. Beständige Erfolge der Korrektur zweifelkranken "Erlebens" gibt es nur ganz oder garnicht.

- Es müssen 2 verhaltenstherapeutische Überwindungen zu Konfrontation mit Unangenehmem zugleich stattfinden, da der Ausstieg aus der Zweifelkrankheit immer untrennbar verbunden ist mit dem zeitgleichen Einstieg in das gefühlsbestimmte Erleben: (1.) die bedingungslose Wahrnehmungskorrektur und (2.) das Aushalten der daraufhin wirksam werdenden, angestauten Gefühlsbewertungen. Die Therapie zweifelkranker Wahrnehmung und Reizverarbeitung muß praktisch gleichzeitig mit der Therapie einsetzender Gefühlskrisen erfolgen, wodurch sich eine summierende Mehrfachbelastung ergibt.
- Die Stärke der aufkommenden Gefühle stört erheblich die notwendige Konzentration auf die Korrektur zweifelkranker Wahrnehmung und Reizverarbeitung, und auf die Beibehaltung der korrigierenden Verhaltensweisen (= bedingungslose Wahrnehmung).

## **2. Die Ein- & Selbstfindungsschwierigkeiten**

Selbst wenn keine krankhafte Gefühlsbelastung aufträte, dann bleibt zumindest das Problem, einen unbeeinträchtigten Umgang mit Gefühlen als solchen allgemein und grundsätzlich wieder neu lernen zu müssen. Beispielsweise besteht die Gefahr des umgekehrten, gegenteiligen Extrems des völligen Gefühlsgeleiteseins bei gleichzeitiger Denkverweigerung. Kritiklose, nicht hinterfragende, voreilige Beurteilungen und Handlungen sind vor allem auch bei einer Besserung von Depression möglich und wahrscheinlich. Vermutlich muß auch mit einer anfänglichen "Über-Reaktion" des serotonergen Systems während einer "Neu-Einpegelung" mittels antidepressiver und antikompulsiver Maßnahmen und Eingriffe gerechnet werden.

Die Korrektur der zweifelkranken Reizverarbeitung zieht unumgänglich eine wesentliche, grundsätzliche Wandlung der Erlebenswelt des Betroffenen, und daraufhin auch seiner Lebenseinstellung & -planung innerhalb weniger Sekunden nach sich. Durch die durchlaufene Zeit zweifelkranken Wahrnehmens, "Erlebens" und Verhaltens sind Gefühle als solche, und gefühlsbestimmtes Verhalten für den Betroffenen von Grund auf ungewohnt, vielleicht sogar fremd geworden. Dies gilt in ganz besonderem Maße unter dem Einfluß einer zusätzlichen Zerstreuungssucht. Hinzu kommt das Problem, daß anfänglich einsetzende "Ausschnitte" emotionalen Erlebens zu voreiligen Schlüssen verleiten, und durch ihre Vielfältigkeit und sogar auch Widersprüchlichkeit zu "emotionalen Wechselbädern" und "Gefühlsverwirrung" führen können. Zu Beginn bedingungslosen Wahrnehmens kann zunächst jede mögliche Art von Gefühl (-gleich ob angenehm oder unangenehm-) vereinzelt für sich allein (-jedoch in Übereinstimmung mit persönlichen Bewertungen-) auftreten. Aber auch trotz Auslösung mittels (bedingungsloser) Reizwahrnehmung, und trotz persönlichkeitsübereinstimmenden Empfindens bleiben solche inhaltlich und thematisch eingeschränkten "Gefühlsausschnitte" nur Teil-Aspekte des Erlebens ohne übergeordneten Gesamtzusammenhang und "Gesamtüberblick".

Unmittelbare, "ausschnittsweise" Gefühlsreaktionen bei Expositionsübungen sollten daher zwar zur Kenntnis genommen und akzeptiert, jedoch im Gesamtkontext des persönlichen Erlebens nicht als endgültiger und allumfassender Schluß über-bewertet werden. Bei unvollständiger und zeitlich begrenzter (-Abbruch unmittelbar nach einer Gefühlsreaktion-) bedingungsloser Wahrnehmung kann emotional keine Einsicht, Übersicht und Bewertung der Gesamtsituation durch den Betroffenen erfolgen. Erst bei dem tatsächlichen

Entschluß, alle Reize mit allen emotionalen Folgen künftig dauerhaft auf sich wirken zu lassen (-wodurch es verhaltenstherapeutisch-bedingt aber auch zur Abschwächung, Abschaukelung oder Änderung dieser Gefühle kommen kann-) entsteht im Anschluß an die auftretenden "einseitigen" Gefühle eine gedankliche, und vor allem emotionale **Auseinandersetzung über das Fühlen selbst**. (Die Frage, die sich hierbei stellen muß ist: "Was bedeutet es (für mich), wieder Gefühle zu haben (,statt nur haben zu können) ?"). Erst dadurch ist das zweifelkranke "Erleben" wirklich überwunden.

Dieses "Fühlen, was es heißt zu Fühlen" (-nach erheblich langer Zeit des Zweifelkrankseins-) kann mit vorrangiger Wahrscheinlichkeit beispielsweise einen generalisierten Angstzustand bedeuten, bedarf also unmittelbar nach der Zweifelkrankheitsüberwindung höchstwahrscheinlich ebenfalls angemessener therapeutischer Behandlung. Unglücklicherweise gehört die generalisierte Angst (G.A.S.) auch heute noch ebenfalls zu den unzureichend verstandenen psychischen Krankheiten, und die Betroffenen werden in den meisten Fällen nur mit Benzodiazepinen "ruhiggestellt", welche ein hohes Suchtabhängigkeitspotential bergen. (Wäre das Betäubungsmittelgesetz konsequent umsetzbar, dann müßte die überwiegende Mehrheit aller Neurologen und Psychiater vor Gericht wegen Drogenbesitzes & -weitergabe als Pharma-Dealer Rede & Antwort stehen. Gesetze sind aber eben doch nur eine bewußt gewählte Hilflosigkeit, eine Alibihandlung wie jede Zwangshandlung auch. Und die Einsetzung bzw. Anrufung von Gerichten ist nur ein Ausdruck unseres gesellschaftlichen Unwillens, Verantwortung für unser eigenes Tun & Lassen zu übernehmen.)

Hoffnung versprechen spezielle gedankliche Verhaltenstherapie-Strategien (Konfrontation in sensu + Unterlassung oder aber Zu-Ende-Denken der Sorgen und Grübeleien) in Verbindung mit Entspannungstechniken, doch ist Fachliteratur\* hierzu noch ausgesprochen selten.

\*siehe: Borkovec TD et al. (1987, 1988, 1993) und: Butler G. et al. (1991)  
Barlow D.H., Rapee R.M. et al. (1991, 1992)  
Becker E., Margraf J. : "generalisierte Angststörung", Beltz-Verlag PVU, 2002

### **3. Vorschlag und Diskussion von Möglichkeiten zur therapeutischen Optimierung des "Übertrittserfolges"**

Jede Schwierigkeit, die auf dem Weg zur (Wieder-)Erlangung des "Gefühles über das Gefühlsvermögen" eingespart werden kann (-ohne sich dabei die Bewältigung selbst zu ersparen-), ist ein unverzichtbarer Gewinn, und entscheidet möglicherweise sogar darüber, ob ein Patient die Bereitschaft zu diesem persönlichkeitsbetreffenden Prozess aufbringt, beziehungsweise, ob er diesen Weg ganz zu Ende geht. Hierin besteht der wohl noch größte Erkenntnis- & Wissensbedarf hinsichtlich der Behandlungskonzepte & -strategien zu diesem eigen- & einzigartigen Krankheitsbild. Die Bereitschaft, alle wahrnehmbaren Reize in der Umwelt mit allen darausfolgenden Gefühlen bereitwillig ab der Gegenwart und für die Zukunft dauerhaft bedingungslos und ohne Einschränkungen auf sich wirken zu lassen, ist sicherlich größer einzuschätzen, wenn bei diesem "Übertritt der Wahrnehmungswelten" **angenehme** Gefühlsreaktionen vorherrschend sind. Angenehme Empfindungen würden den Entschluß zu Fühlen durch ein gesteigertes Interesse an der "Gefühlswelt" begünstigen. Der (Wieder-)Einstieg in die "Gefühlsempfindlichkeit" allgemein könnte daher erleichtert, oder gar erst ermöglicht werden, indem der Betroffene zu Beginn versucht, (mithilfe der bedingungslosen Wahrnehmung) angenehmen Gefühlsregungen "zu folgen" (durch Auswahl der Auslösereize + antidepressive

Betrachtungsweise). Die Entscheidung für die Teilnahme an der persönlichen Gefühlserlebenswelt könnte dann einfacher mit ganzer Konsequenz erfolgen. Hierzu wählt der Betroffene für den Einstieg gezielt solche Auslösereize für die Wahrnehmungsübungen, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zunächst angenehme Gefühlsregungen in ihm aufkommen lassen, und begegnet diesen bewußt mit antidepressiver, hoffnungsvoller und konstruktiver Grundhaltung. Oder aber er wählt Auslösereize, die für ihn (-gegenwärtig-) nicht mit irgendwiearteter Bedeutung belastet sind, sondern (in seinem Denken) von geradezu entspannender, bedeutungsfreier Neutralität und Nebensächlichkeit zeugen. Sobald sich dann bei langfristig gedachter und angelegter Exposition erste konkrete (-im Idealfall angenehme-) Gefühlsreaktionen ergeben, ist es zunächst entscheidender, daß der Betroffene Reize wahrnimmt, und welche Reize er wahrnimmt, als daß er es bereits unmittelbar akzeptieren können müßte, was das Wahrgenommene für ihn bedeutet und in ihm auslöst. Der Verdacht, der sich hierbei aufdrängt, ist, daß es ein Ausweichverhalten, eine symptomatische Vermeidung bedeutet, daß -wenn auch nur zunächst- **unangenehme** Gefühlszustände gezielt umgangen und vermieden werden. Dabei ist allerdings zu bedenken, daß es zunächst einmal nur auf die Bejahung der "Gefühlswelt" als solche ankommt, und daß Letztere dann von sich selbst aus niemals selektiv in bestimmten Bereichen des Wahrnehmens und Denkens wirken kann, sondern nur kollektiv. Das heißt: getreu dem "ganz-oder-garnicht"-Prinzip kann die Fähigkeit, angenehme Gefühle zu verspüren, nicht einsetzen, ohne daß auch die Fähigkeit zum Verspüren **unangenehmer** Gefühle einsetzen würde. Oder andersherum ausgedrückt: Wenn die Möglichkeit angenehmer Gefühle gewählt wird, wird dadurch auch gleichzeitig die Möglichkeit **unangenehmer** Gefühle mitgewählt. Ausserdem wäre ein solches "Verfolgen des Erfreulichen" ganz im Sinne antidepressiven Vorgehens und Einwirkens, von welchem für eine Besserung der Zweifelkrankheit ohnedies entscheidend viel abhängt. Hinzu kommt desweiteren das Phänomen einer weitgehenden "Rückfallsperr" im Fall des "Wahrnehmungsübertritts", indem der Betroffene eine (-gegebenenfalls erwogene-) erneute "Gefühlsverweigerung" als "Selbstbetrug" erkennt und ablehnt.

In dieser dringend zu klärenden Angelegenheit therapeutischer Belange der Zweifelkrankheit steht allerdings das Verständnis und der erzielte Erkenntnisstand bedauerlicherweise erst noch am Anfang. Wenn die Zweifelkrankheit -wie neuere Schätzungen ergeben- tatsächlich etwa die 4.-häufigste psychische Krankheit weltweit ist, dann besteht sogar ein gesellschaftliches (-leider hauptsächlich finanzielles-) Interesse an dem Ziel, persönlich Betroffene langfristig wieder in die Welt der sogenannten (und scheinbaren) "Funktionierenden" zu integrieren.

## 6.4 DIE GENERALISIERTE ANGST(AUSLÖSUNG)

### 6.4.1 Krankheitsbild und abgrenzende Diagnose

kennzeichnende Merkmale der generalisierten Angst(auslösung)...

(I.)...im psychischen Bereich:

- andauernde allgemeine Angstzustände, die weder zeitlich begrenzt, noch an bestimmte, isolierbare Auslösereize gebunden sind
- Endlossorgen und sprunghafte Sorgenthemenwechsel
- Eher die Auslösesituationen der Ängste sind verallgemeinert als die Ängste, Angstinhalte und Sorgen selbst. Die Auslöser sind unbestimmbarer Anzahl, allgegenwärtig und eher abstrakt.
- Schreckhaftigkeit
- Konzentrationsbeeinträchtigung

(II.)...im psychosomatischen Bereich:

- ständige, andauernde Anspannung, Nervosität und Über-Wachheit
- erheblich belastende (Ein)Schlafprobleme
- ungerichtete, ziellose Rastlosigkeit / Ruhelosigkeit
- verstörte, "tatterige", verkrampft- und gehemmtwirkende Körperhaltung
- allgemeine, diffuse Schmerzzustände (z.B. Druckempfinden in der Gegend der Nieren)
- beeinträchtigte Temperaturregulation des Körpers (vor allem: Frieren)

Unterscheidung der generalisierten Angst(auslösung) und der Angst-Depression:

Es gibt eine andere psychische Krankheitsform, auf welche die beschriebenen Merkmale -zumindest äusserlich- beinahe genauso zutreffen, weswegen die Gefahr einer Verwechslung besteht. Die sogenannte Angst-Depression weist aber im psychischen Erleben entscheidende Unterschiede zur generalisierten Angst(auslösung) auf:

#### **ANGST-DEPRESSION**

- versagensangstähnlicher Zustand; eher aber: selbstaggressives Fordern hoher (moralischer,...) Leistungsansprüche und zugleich selbstaggressives Kleinreden der eigenen Befähigung / Fähigkeiten
- Die Selbstwerteinschätzung ist negativ und direkt krankheitsentscheidend ("Täterrolle")
- Die Umtriebigkeit ist zielgerichtet und hektisch, und führt meistens zu vollendeten, abgeschlossenen Handlungsabfolgen ("produktive und beschleunigte Rastlosigkeit")

#### **GENERALISIERTE ANGST(AUSLÖSUNG)**

- tatsächliche, echte Angst vorhanden
- Die Selbstwerteinschätzung ist positiv und **nicht direkt** krankheitsentscheidend ("Opferrolle")
- Die Umtriebigkeit ist ungerichtet und "gelähmt", und führt meistens **nicht** zu vollendeten, abgeschlossenen Handlungsabfolgen ("**un**produktive und verlangsamte Rastlosigkeit")

Eine weitere Form von psychischer Krankheit, bei der (wie bei der Angst-Depression) sowohl ängstliche als auch depressive Zustände auftreten können, ist die Erschöpfungs-Depression ( auch "chronische Erschöpfung" oder "Burn-out-Syndrom" genannt).

## 6.4.2 Erklärungsversuch

### I. Entstehungsbedingungen:

Höchstwahrscheinlich ist eine oder mehrere im Vorfeld bereits vorhandene Angstkrankheit(en) die Voraussetzung für die Verallgemeinerung von Angstauslösesituationen. Demzufolge wäre die generalisierte Angst(auslösung) nur als Komplikation bestehender Angstprobleme möglich. Die 2. Voraussetzung -damit es nach diesem Modell zu der besagten Komplikation kommen kann- wäre das Eintreten einer bestimmten "Schlüssel-Belastungssituation" als Auslöseereignis.

Denkbar als eine solche krankhafte "Schlüsselsituation" wäre das Geschehen und Erfahren einer **unfreiwilligen** Angstauslöser-Konfrontation, bei welcher der Betroffene die Angsterfahrung und deren Bewältigung "schuldig bleibt", indem er diese Tatsache(n) nicht wahrhaben will oder kann.

Durch ein solches **unfreiwillig** erfahrenes "Vor-vollendeten-Tatsachen-stehen" ohne therapeutische Gewöhnung, Bewältigung oder Umbewertung könnte die symptomatische Vermeidung vonseiten des Betroffenen "um eine Ebene vertieft" werden, was bedeutet, daß er künftig zu verhindern versucht, Situationen, Umstände oder Ereignisse, die bereits eingetreten und geschehen sind, wirklich ganz auf sich wirken zu lassen.

Möglicherweise ist die generalisierte Angst(auslösung) also die "verschleppte Bewältigungsschuld" einer bereits geschehenen Konfrontation mit **Angstauslösern** (, statt mit der Angst selbst). Anstelle des Auftretens der **Angstauslöser selbst** könnte dann künftig nur noch deren (volle) Bewußtwerdung und Wahrnehmung vermieden werden.

Die generalisierte Angst(auslösung) könnte somit auch als **unfreiwillig** "Vor-vollendeten-Tatsachen-stehen" infolge einer **ungewollt verunmöglichten** Vermeidung angstbesetzter Situationen, Umstände oder Ereignisse interpretiert werden.

Ein -realistischer- Beispielfall wäre es, wenn ein extrem unselbstständig erzogener Erwachsener (-der also extreme Angst davor hat, selbstständig zu werden-) unvorbereitet beide Elternteile verlöre.

Der Beispielfall, der im Zusammenhang mit dem Hauptthema dieser Abhandlung jedoch am interessantesten sein dürfte, ist es, wenn jemand mit deutlicher Überängstlichkeit an einer Zweifelkrankheit erkrankt und später dann sogar die Komplikation einer Zerstreuungssucht ausbildet. Wenn dieser Betreffende nach mehreren Jahren persönlichkeitsfremden "Erlebens" und Verhaltens dann doch den Ausweg aus der Persönlichkeitseinschränkung der Zweifelkrankheit und der Zerstreuungssucht findet und beschreitet, wird er erhebliche Schwierigkeiten damit haben, sich in einer Zukunft und in einer Welt zurechtzufinden, die er aus der Sicht seiner persönlichen Bewertung heraus nicht nachvollziehen kann. Für ihn stünde es nachträglich dann erst noch an, nicht nur wie bisher körperlich, sondern auch psychisch älterzuwerden, & statt die geschehenen Ereignisse nur "entfernt erfahren" zu haben, diese auch zu "erleben" & zu "durchleben".



## II. Aufrechterhaltungsbedingungen:

Obwohl Ängste und Sorgen bei diesem Krankheitsbild andauernd vorhanden sind, erfolgt keine ursachengerichtete Abschaukelung oder Abschwächung der Angst durch therapeutisches Umlernen. Diese Tatsache erklärt sich dadurch, daß bei der generalisierten Angst (Auslösung) verdecktes symptomatisches Vermeidungsverhalten stattfindet, das bei oberflächlicher Betrachtung zunächst nicht offensichtlich erkennbar ist. Um zu verstehen, worin diese Vermeidung besteht, muß man sich klarwerden, daß die auftretenden Sorgen nicht ein Teil der Ängste sind, sondern ein Kompensations- und Unterdrückungsversuch gegen diese Ängste.

Endlossorgen stellen eine Möglichkeit für den Kranken dar, das allgegenwärtige GEFÜHL der Angst zumindest teilweise zu "vergedanklichen". Die Angst wird dabei in dem Maß (-und in der Zeit-) symptomatisch abgeschwächt, wie sie "gedacht" statt gefühlt wird.

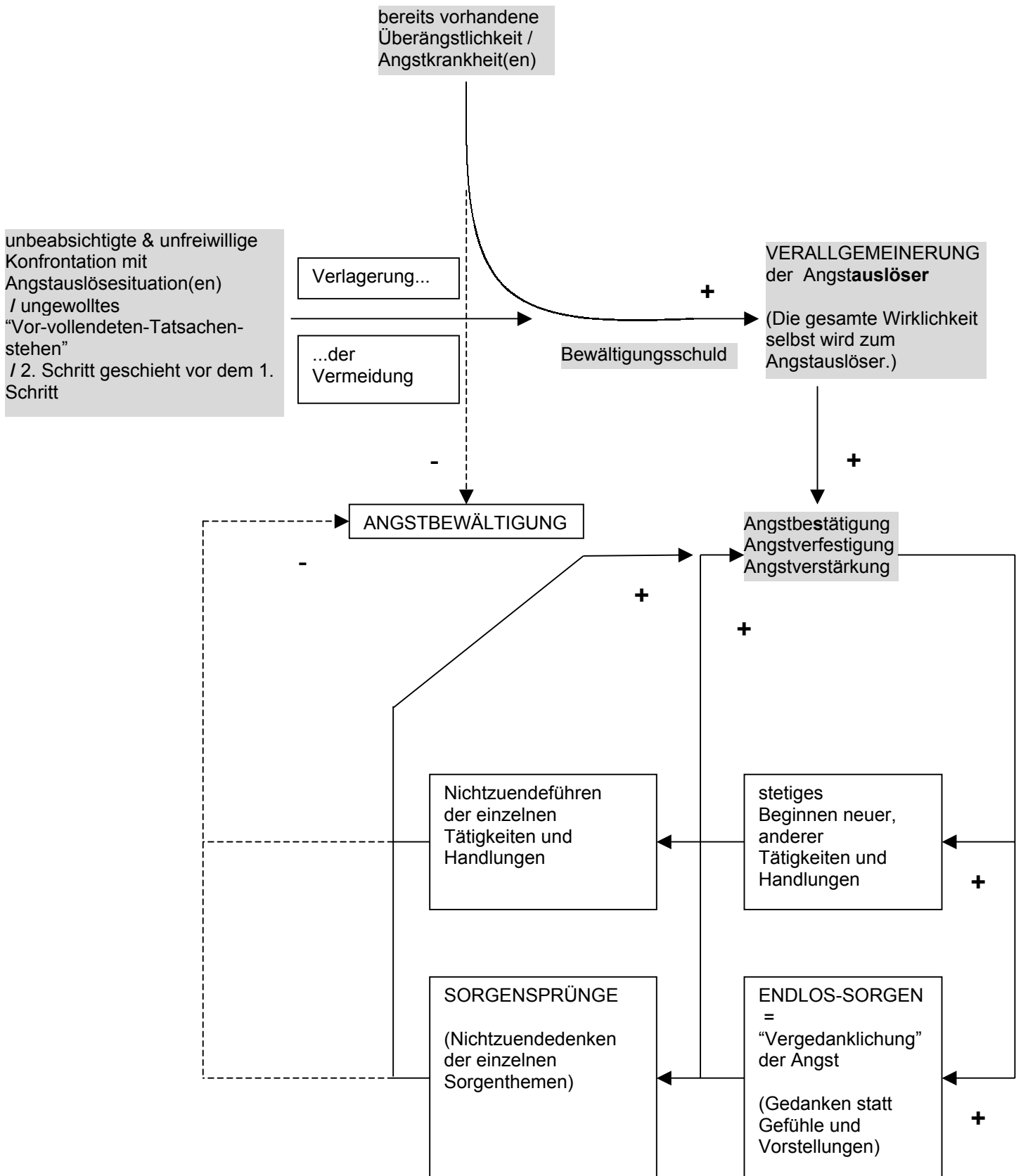
Vollständig kann die Angst dadurch aber nicht unterdrückt werden, weswegen der Kranke meistens noch weitere symptomatische Vermeidungsstrategien zusätzlich einsetzt: Denn wenn die Gedanken (Sorgen) klar wahrgenommen werden und wirkengelassen werden, führen sie sofort auch wieder zu inhaltlich entsprechenden Gefühlsreaktionen (Angst). Deshalb versucht der Kranke zudem, diese Sorgen nie wirklich konkret und anschaulich werden zu lassen. Dies erreicht er dadurch, daß er es vermeidet, bildhafte Vorstellungen seiner Sorgeninhalte innerlich wahrzunehmen oder sogar auszumalen, sowie dadurch, daß er unablässig die Inhalte und Themen seiner Sorgen wechselt (=Sorgensprünge). Das kann sogar soweit gehen, daß er sich Sorgen über seine Sorgen zu machen beginnt.

Dieselbe symptomatische Vermeidungsstrategie verwendet der Kranke häufig auch in seinem körperlichen, physischen Verhalten: Immerzu beginnt er neue Handlungsabfolgen (alltäglicher oder aussergewöhnlicher Tätigkeiten), die er aber nur selten oder gar nie bis zu deren eigentlichen Ziel zuendeführt. Dadurch erscheint sein Verhalten auf ungerichtete und ziellose Weise ruhelos und umtriebiger, obwohl er -bedingt durch die allgegenwärtige Angst- jede Bewegung deutlich verlangsamt ausführt.

Langfristig bewirkt die Vermeidung der Angstsymptome jedoch das genaue Gegenteil:

Sie erzeugt eine Angstverfestigung und sogar Angstverstärkung durch scheinbare Bestätigung der Bedrohlichkeit. Der Kranke mißversteht sein symptomengerichtetes "Fluchtverhalten" selbst als einen Beweis für vorhandene Gefahr. => Die Angst wird zu einer "sich-selbst-verursachenden" Bedingung.

### III. Teufelskreismodell der generalisierten Angst(auslösung)



### 6.4.3 Therapieansatz

Die Erarbeitung eines wirkungsvollen, abgestimmten Verhaltenstherapie-Ansatzes bei generalisierter Angst(auslösung) ist nicht mehr schwierig, sobald man verstanden hat, wo bei diesem Krankheitsbild die Symptomevermeidung stattfindet. Im Wesentlichen bedeutet dies nur noch, die erkannten aufrechterhaltenden Verhaltensstrategien gezielt, absichtlich und freiwillig ins Gegenteil umzukehren. Bei der generalisierten Angst(auslösung) heißt das folglich (-ausgehend von dem hier beschriebenen Funktionsmodell-), daß die jeweiligen, einzelnen Gedanken und Handlungsabfolgen des Kranken konkretisiert, und bis zu deren eigentlichen Ziel zuende ausgeführt werden sollen.

#### I. Sorgenkonfrontation (= in der Vorstellung)

Für die Therapievorbereitung und –ausarbeitung, aber auch für ein selbstehrlicheres und genaueres Problembewußtsein kann es anfangs sinnvoll sein, zur Selbstbeobachtung ein paar Stunden oder Tage über die auftretenden Sorgen “buchzuführen”. Wichtig am Ablauf der Sorgen sind die Fragen: Welche Themen / Inhalte ?, In welcher Situation / Welche Auslöser ?, Wann ?, Wo ?, Wie lange andauernd ?, Wie stark / intensiv ? und auch: Welche Gegenmaßnahmen?

Der Kranke sollte dann -nacheinander- jede einzelne seiner festgestellten Sorgen freiwillig bewußt “verbildlichen” und in der Vorstellung durchleben. Entscheidend ist zudem, daß der Kranke dabei solange bei einer angefangenen Sorge bleibt, bis diese -mit allen darausfolgenden, realistisch denkbaren- Konsequenzen zuendegedacht ist, und daß er Sorgenthemenwechsel unterläßt, bis die ausgelöste Angst durch Umlernen deutlich spürbar absinkt.

Zum Therapieeinstieg wirken sich aber auch schon allgemeine Vorstellungsübungen ohne sorgenbezogene Inhalte und Themen (-soweit noch vorhanden-) begünstigend aus.

#### II. Handlungskonfrontation (= in der physischen Wirklichkeit)

Vor der Anwendung dieses Bestandteils des Therapieverfahrens ist es ratsam, jedesmal erst einen -ungefähren- Tagesplan zusammenzustellen, in welchem vorrangige und ausgewählte Tätigkeiten für den kommenden Tagesablauf vermerkt sind. Ausgewählt werden sollten diese Tätigkeiten nach sachlichen, ehrlichen Überlegungen, ob sie sinnvoll, notwendig, hilfreich, angemessen, rechtfertigbar, dringlich, unausweichlich, erreichbar, möglich,... sind, oder nicht, sowie in welcher Reihenfolge und in welchem Ausmaß / Umfang sie erledigt werden sollten. (Dabei ist darauf zu achten, daß diese Überlegungen auch in einer angemessenen Zeit zu einem brauchbaren Ergebnis und zu einem Abschluß gelangen.) Dieser Tagesplan muß aber weder den gesamten Tag reglementieren, noch ist er als absolut zwingende Vorgabe zu verstehen. Er ist mehr eine Leitorientierung, welche Ziele nach Möglichkeit angestrebt und erreicht werden sollen. (Scheitern ist **immer** verzeihlich, nur aufgeben sollte man nicht.)

Das Entscheidende für den Kranken ist, daß er einzelne Handlungsabfolgen -nacheinander- beginnt, und dabei aber jede einzelne davon bewußt ganz bis zu deren eigentlichen Ziel zuende ausführt, bevor er sich der nächsten zuwendet oder eine Pause einlegt.

## 6.5 RATGEBER FÜR ANGEHÖRIGE VON ZWEIFELKRANKEN

Nicht nur im Umgang mit sich selbst, sondern auch im Verhalten gegenüber Mitgliedern seines gesellschaftlichen Umfeldes bereitet die Zweifelkrankheit dem Betroffenen ernstzunehmende Schwierigkeiten; und damit im Gegenzug auch den Aussenstehenden selbst. Für den Verlauf einer Zweifelkrankheit ist mitentscheidend, wie der Kranke sich gegenüber seinen Mitmenschen verhält, und wie seine Mitmenschen sich gegenüber dem Kranken verhalten. Die wesentlichen Fehler, die Aussenstehende im Umgang mit Zweifelkranken machen können, sind:

- dem Kranken als Person ebenso gleichgesetzt wie der Krankheit mit Unverständnis, Aggression und Widerstand zu begegnen,
- um Verständnis zeigen, oder Streit vermeiden zu wollen, sich zu sehr an die Rituale und Wünsche des Kranken anzupassen.

Ebenso ist es weder immer sinnvoll, noch immer durchführbar, dem Kranken gegenüber gleichgültig zu reagieren.

Die obenstehend genannten Verhaltensweisen gegenüber Zweifelkranken führen in der Regel eher dazu, deren krankhaftes Verhalten zu verstärken, zumindest aber haben sie keine Verbesserung der Situation zur Folge. Um therapeutisch sinnvolle Voraussetzungen im sozialen Umfeld des Zweifelkranken zu schaffen, sollten die Angehörigen dem Kranken mit Verständnis und therapeutischer Unterstützung begegnen, der Krankheit und ihren Auswüchsen hingegen aber mit Ablehnung und konstruktivem Widerstand. Unterstützung bedeutet hierbei, den Zweifelkranken immer wieder zu verhaltenstherapeutischen Maßnahmen zu bewegen und zu ermutigen; abnehmen können die Aussenstehenden dem Kranken zu therapeutischen Zwecken nichts. Eingeschränkt sind auch die Möglichkeiten des gegenseitigen Ein- und Nachfühlers zwischen dem Zustand des Zweifelkrankseins und dem Zustand des Nicht-Zweifelkrankseins. Der Grund dafür ist, daß diese zwei Zustände sich gegenseitig ausschließen, also niemals gleichzeitig von einer Person empfunden werden (können). Daher kann der Gesunde nicht nachempfinden, wie der Zweifelkranke fühlt, und umgekehrt; selbst wenn der Wille dazu vorhanden ist. Die Konsequenz für das Sozialverhalten ist, daß der Zweifelkranke sich anderen gegenüber wegen seiner Krankheit schämt, und unter der Befürchtung leidet, von Menschen, die davon Kenntnis besitzen, für geisteskrank gehalten zu werden. Diese Befürchtung ist durchaus nicht ganz ungerechtfertigt (wie es viele Betroffene vom Umgang mit Anderen her erfahren haben), obwohl dies in der Fachliteratur vorsichtigerweise beinahe so dargestellt wird. Ein solcher laienhafter Verdacht auf Geisteskrankheit ist auch auf die falschen Vorstellungen unserer Gesellschaft über das Phänomen "Gewißheit" zurückzuführen. Der Zweifelkranke versucht daher in den meisten Fällen, seine Krankheit vor anderen soweit möglich zu verheimlichen; zudem läßt er mehr und mehr seine sozialen Kontakte verarmen, oft bis zu einem unvermeidbaren Mindestmaß. Prinzipiell können Aussenstehende einen Zweifelkranken durch Planung und Kontrolle der Therapieschritte, durch konstruktive, anspornende Gemahnung und Ermutigung, und auch durch Belohnung bei dessen Heilung unterstützen -im eigenen Interesse und im Interesse des Kranken-. Voraussetzung dafür ist allerdings, daß der Zweifelkranke die Hilfe annimmt. Im Fall, daß der Kranke nicht den Willen zeigt, notwendige therapeutische Maßnahmen ausreichend in die Praxis umzusetzen, sollten die Personen, deren Bedürfnisse mit denen des Kranken zusammentreffen, ihre Ansprüche geltend machen. In dem Maß, wie der

Zweifelkranke sich gegen die Durchführung angemessener therapeutischer Verhaltensprogramme wehrt, sollten seine Mitmenschen ihm konstruktive Grenzen der Akzeptanz setzen; zum Schutz der eigenen Grundbedürfnisse, und zur Eindämmung der Zweifelsymptomatik.

Im Fall des wahrscheinlich bekanntesten Betroffenen -des Milliardärs Howard Hughes\*- konnte sich die Symptomatik dieser Krankheit bis zu seinem Tod beinahe uneingeschränkt ausbreiten. Hughes verfügte über Unsummen an Geld und finanziell abhängige Angestellte. Beides stellte er in den bedingungslosen "Dienst an seiner Krankheit". Er opferte seine Mittel, und letztlich seine restliche Lebenszeit einer nie endenwollenden Folge von immer aufwändigeren Sicherheitsersatzhandlungen. Hughes starb -wohl ohne noch er selbst zu sein- tief in die Fänge der Zweifelkrankheit verstrickt ;sein Leben zu einer einzigen Zwangshandlung verkommen.

Die Mehrzahl der Betroffenen hat hingegen aber eher mit dem Umstand zu kämpfen, daß die krankheitsbedingte Überschuldung ihnen ihre wenigen Möglichkeiten und Perspektiven noch restlos nimmt.

(\* Michael Drosnin: "Howard Hughes, der Mann, der Amerika kaufen wollte" Ullstein-Tb, 1987)

## **7. PERSÖNLICHER RATGEBER ZU WEITEREN VERÖFFENTLICHUNGEN**

### **7.1 gute Ergänzungen zu vorliegender Niederschrift :**

**Lee Baer: "Alles unter Kontrolle" (Verlag Hans Huber, 1993)**

WISSENSWERTES:

Dieses Buch befaßt sich bewußt nicht mit den Ursachen der Zwangskrankheit, sondern ist nur zur therapeutischen Behandlung dieses Problems ausgelegt. Die verbreitetsten Formen von Zwangsinhalten werden anschaulich am Beispiel von Krankheitsgeschichten, aber auch allgemein beschrieben. Der Autor erklärt zudem die Wirkung jedes bis dahin erschienenen "Antikompulsivums". Das Buch ist hauptsächlich für Betroffene geschrieben.

HILFREICHES:

Der Autor schildert das verhaltenstherapeutische Verfahren "Exposition und Reaktionsverhinderung" leichtverständlich und am Beispiel der häufigsten Zwangsformen angewandt. Dabei begeht er nicht den Fehler, Inhalt und Auslöser von Zwangsgedanken gleichzusetzen. Er konzipiert seine Verfahrensanweisungen sehr systematisch, und in viele Teile der Arbeitsmenge und der Zielsetzung aufgeteilt. Desweiteren gibt der Autor Ratschläge für Angehörige von Zwangskranken, sowie für die Suche nach einem Verhaltenstherapeuten. Auch ein Verfahren zur Behandlung von "Tourettesyndrom", Trichotillomanie und Vergleichbarem wird in dem Buch aufgeführt. Ob diese Therapie hilfreich ist, entzieht sich meiner Kenntnis, da hierbei keine Formen krankhafter Zweifel vorliegen.

**Rolf Merkle: "Wenn das Leben zur Last wird" (PAL-Verlag GmbH, 1991)**

WISSENSWERTES:

Auf theoretische Hintergründe und Zusammenhänge der Depression geht der Autor bewußt nur so weit ein, wie es die Therapie unbedingt erfordert zu wissen. Aus demselben Grund findet man in dem Buch auch keine weitschweifige Beschreibung von Begleitsymptomatik /-komplifikationen, von depressionsunterdrückenden Substanzen oder neurologisch-biochemischen Abläufen. Der Selbsterhaltungsablauf der Depression wird dagegen in aller Ausführlichkeit dargestellt. Wünschenswert wäre allerdings eine ausdrücklich erwähnte Abgrenzung zwischen Depression und Traurigkeit, zwischen destruktivem und konstruktivem (Umgang mit) Schuldgefühl, sowie eine Unterscheidung zwischen "positiv / negativ" einerseits und "konstruktiv / destruktiv" andererseits gewesen.

HILFREICHES:

Wenn man von einzelnen ungeschickten Argumentationen und Ausdrucksweisen einmal absieht, ist dieses Selbsthilfebuch betroffenen Depressiven uneingeschränkt zu empfehlen. Der Autor erklärt das kognitive Verhaltenstherapieverfahren ausführlich Schritt für Schritt, und zeigt dabei mögliche "depressive Argumentations- und Bewertungsfallen" auf, weswegen dieses Buch auch in keiner der so zahlreichen esoterischen "Positiv-Denken-Bibeln" gleichwertigen Ersatz findet. Das beschriebene Verfahren übergeht depressive Zustände und Wirklichkeiten nicht, sondern löst diese auf, indem es ausdrücklich aufzeigt, wie man den inhaltlichen Widerspruch zwischen bisherigen Gefühlen & neuen Gedanken zugunsten der neuen Sichtweise überwindet (S.61: 3.STUFE: Widerspruch zwischen Kopf und Bauch). Sogar die eingeschränkte Aufmerksamkeit und Aufnahmefähigkeit von Depressiven berücksichtigt das Buch, und ist deshalb zur akuten Notfallbehandlung selbst bei schweren Depressionen gut geeignet. Auf beinahe jeder der ungefähr 100 großbuchstabig-bedruckten Seiten findet

sich unkomplizierte Hilfe zur Selbsthilfe. Die selbstbestimmte Bewältigungsstrategie bewertet der Autor so hoch, daß er dem Einsatz von Medikamenten, und sogar dem Argument des Vererbungseinflusses weitestgehend ablehnend gegenübersteht. Der 15-teilige Fragebogen von Dr. Merkle zum Abschätzen der momentanen Depressionsstärke (Kapitel 4; Seite 27 / 28) ist zwar differentialdiagnostisch nicht ganz genau, und ist zudem von der internationalen Medizin weder offiziell anerkannt, noch standardisiert, doch erfaßt er depressive Zustände immer noch wirklichkeitsnaher, als der 21-teilige, offiziell anerkannte Standardfragebogen von A. Beck et al. von 1961. Das Buch ist praxisorientiert für depressive Betroffene ausgelegt, nicht aber direkt für Zwangskranke.

**Melanie J.V. Fennell: "Anleitung zur Selbstachtung" (Verlag Hans Huber, 2005)**

**WISSENSWERTES:**

Die Autorin erklärt und behandelt in ihrem Buch nicht speziell das Krankheitsbild der Depression, sondern vielmehr ganz allgemein das Problem der mangelnden Selbstachtung, welches sich aber irgendwann zu einer Depression verkomplizieren kann. Die Empfehlungen und Anleitungen in diesem Buch zur Überwindung geringer Selbstachtung sind auf einer Mischung aus gedanklicher Umbewertung und Verhaltenstherapiestrategien aufgebaut (= sog. "kognitive Verhaltenstherapie"). Den häufig verwendeten Begriff "Selbstkritik" versteht die Autorin im Sinne von "Selbstanklage, -vorwurf, oder -verurteilung", nicht hingegen als "Selbstehrlichkeit" (siehe S.67).

Leider ist das Buch in sehr sinnentstellender Rechtschreibung vom Englischen ins "Deutsche" übersetzt worden, so daß das Lesen des eigentlich leichtverständlichen Textes völlig unnötigerweise mühselig gemacht wurde.

**HILFREICHES:**

Über die Anwendung und das Ausfüllen ihrer Fragebögen und Selbstbeobachtungstabellen schreibt die Autorin so schön: "Seien Sie dabei ehrlich – Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, sondern nur die Chance, der Wahrheit Ihrer Selbsteinschätzung auf die Spur zu kommen." (S.15). Die wohlüberlegten Fragen und Anleitungen überlassen nichts dem Zufall; das gesamte Buchkonzept ist gekennzeichnet durch ein planmäßiges Vorgehensmuster. Das Buch enthält systematische, alle entscheidenden Belange und Aspekte dieser Problematik abdeckende Schlüsselfragen zum Erkennen, Entdecken und Hinterfragen destruktiver Denkmuster. Der Therapieansatz erfreut und ermutigt durch eine positive, konsequente Herangehensweise, in der selbst auch die hilfreichen Ersatz- & Alternativgedanken nicht einfach unkritisch akzeptiert, vorgebetet und als Dogma oder Soll propagiert werden. Die Therapieanleitungen sind sehr viel konkreter als z.B. in dem sehr allgemeingehaltene Selbsthilfebuch "Wenn das Leben zur Last wird", allerdings findet sich darin kein so brauchbarer Rat (wie bei Rolf Merkle) speziell in der sehr entscheidenden Frage: Was tun gegen den unvermeidbaren Widerspruch zwischen neuem Denken und alten Gefühlsbewertungen ?

**Hans S. Reinecker: "Zwänge" (Verlag Hans Huber, 1991)**

**WISSENSWERTES:**

Dieses Buch beschreibt Diagnostik, Funktionstheorien und Behandlungsansätze für Zwangskrankheiten äußerst objektiv. Es enthält Ergebnisse statistischer Erhebungen, Instrumente zur Zwangsdiagnose, sowie Anleitungen für den therapeutischen Umgang mit Zwangskranken. Nur wenige Erkenntnisse und Befunde läßt der Autor, der Inhaber des Lehrstuhles für klinische Psychologie an der Universität Bamberg ist, als eindeutig gelten. Als Erklärungsversuch für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwangskrankheit bedient sich der Autor des allgemeinen Angst-Lernschemas, weist aber selbst mehrmals darauf hin, daß Zwangskranke nicht von wirklicher Angst, sondern von extremer Unruhe und Anspannung geplagt werden. Das Buch ist eher kompliziert

geschrieben, unter Benutzung vieler Fachausdrücke, und daher mehr für Therapeuten ausgelegt.

HILFREICHES:

Das Verfahren "Exposition und Reaktionsverhinderung", wird allgemein dargestellt, wobei für Zwangsgedanken entscheidende Fragen angesprochen werden. Der Autor bekennt, daß das wissenschaftliche Verständnis der Zwangskrankheit mehr Fragen als Antworten bereithält.

**Cornelia Thiels: "Das Selbsthilfeprogramm bei Depressionen" (Verlag HERDER, 1998)**

WISSENSWERTES:

Die Autorin handelt das Phänomen Depression in Ihrer Übersichtarbeit "ganzheitlich" ab. Das heißt: Auf psychische, psychosomatische und psychosoziale Begleitsymptome und -komplifikationen (Zwänge, stoffgebundene Abhängigkeit) wird ebenso eingegangen, wie auf Möglichkeiten der Psychogenese (traumatisierende Erlebnisse, anfälligkeitsbegünstigende Persönlichkeitseigenschaften, körperliche Erkrankungen, Schizophrenie, Medikamente, extreme Abmagerungskuren, langjährige Überlastung, Lichtmangel). Das "Gefühl der Gefühllosigkeit" wird von ihr ebenso zur Kenntnis genommen, wie alle anderen echten Anzeichen und Eigenschaften der Depression.

HILFREICHES:

Ganzheitlich (-aber nicht ganz so praxisnah wie in den Büchern "Wenn das Leben zur Last wird" oder "Anleitung zur Selbstachtung"-) gestaltet die Autorin auch ihre Ratschläge zur Überwindung depressiver Verstimmungen. Diese Veröffentlichung stellt daher vielmehr eine gute Ergänzung bzw. ein Nachschlagewerk dar. Sie enthält das Diagnoseinstrument nach BECK, Listen zum Selbstmanagement, medizinische Ratschläge bis hin zur Ernährung, und nicht zuletzt Kontaktadressen zu Selbsthilfegruppen bei verschiedensten Begleitproblemen. Das Buch ist hauptsächlich für Depressive, aber auch für Angehörige oder Therapeuten ausgelegt.

## **7.2 bedingt Empfehlenswertes:**

**Eni Becker, Jürgen Margraf: "Generalisierte Angststörung. Ein Therapieprogramm" (Beltz Verlag, Programm PVU, 2002)**

WISSENSWERTES:

Mit dieser Veröffentlichung liegt eines der ersten Bücher überhaupt vor, welches ausschließlich das ohnehin wenig erforschte Gebiet der generalisierten Angst abhandelt. Es befaßt sich mit Grundlagenforschung ebenso wie mit Diagnose, Therapieplanung und Therapieumsetzung bei diesem speziellen Krankheitsbild. Was in diesem Buch jedoch fehlt, ist die differentialdiagnostische Abgrenzung der generalisierten Angst zur Angst-Depression, geschweige denn überhaupt nur die Erwähnung der Existenz dieser folgenschweren Verwechslungsmöglichkeit. (Weitere Schlüsse aus diesem Manko und des ausdrücklichen Unterbewertens der Schreckhaftigkeit als Diagnosekriterium möchte ich bang hoffend als (meinen) unbegründeten Pessimismus, hier würde ein ganz anderes Krankheitsbild beschrieben, abtun !)

Der Therapieansatz von T. D. Borkovec ist nach Ansicht der Autoren nicht (ausreichend) geeignet, um den indirekten Selbstverstärkungs-Mechanismus durch Angstvermeidungs-Strategien (,wie er in Form der sprunghaften Endlos-Sorgen von Betroffenen mit generalisierter Angst vorliegt,) zu durchbrechen. Sie empfehlen dem Patienten daher auch nicht, einfach nur passiv die Sorgenschleifen-Strategie zu unterlassen, sondern



gleich aktiv die Konfrontation mit der Angst und ihren Auslösern in der Vorstellung und in der Wirklichkeit zu suchen, um durch Desensibilisierung die Sorgenschleifen überhaupt gleich überflüssig werden zu lassen. Ausgehend von diesem Verständnis der Krankheit versuchen die Autoren auch ein Entstehungs-, & Aufrechterhaltungs-Teufelskreismodell der generalisierten Angst zu erstellen, welches jedoch in Details noch Erklärungen schuldig bleibt.

#### HILFREICHES:

Das Buch ist zwar vorwiegend für Therapeuten ausgelegt, eignet sich aber wegen dem unkomplizierten Schreibstil, den vielen exemplarisch behandelten, möglichen Patienteneinwänden zu den betreffenden Themen, und nicht zuletzt wegen der ausführlichen Beschreibungen zum Behandlungsablauf -welcher sie in der Praxis ja sowieso direkt mitbetrifft- auch sehr gut für Patienten selbst. Die Autoren führen neben vielen Beispielfällen auch Erfassungsbögen, Diagnoseinstrumente, Anleitungen und Listen an. Unter Berufung auf Therapieerfolgsstudien und das Suchtpotential beschreiben die Verfasser zwar die medikamentöse Behandlung eingehend, verteidigen jedoch eindeutig die überwiegenden Vorteile der verhaltenstherapeutischen Behandlung. Diese umfaßt nach ihrem Konzept: Erklärung der Krankheitsmodelle und des Therapiekonzeptes, Sorgentagebücher zur Selbstbeobachtung, gedankliche Umbewertungs-Strategien (selbst zu "übergeordneten Sorgen"), Konfrontation in sensu, Konfrontation in vivo, sowie Entspannungsübungen.

Auswertend kann man sagen: Für die Diagnose und abgrenzende Diagnose der generalisierten Angst ist das Buch eher weniger, für die Therapie dieser Krankheit hingegen gut geeignet.

#### **Michael Zaudig, Walter Haucke, Ulrich Hegerl: "Die Zwangsstörung" (F.K. Schattauer VerlagsGmbH, 1998) (Priv.-Klinik Windach/L.M.Univ. München)**

##### WISSENSWERTES:

Dieses Buch beschreibt ausführlich Symptomatik, neurochemische Befunde und Diagnostik zur Zwangskrankheit allgemein und an 2 Beispielen. Dabei wird eingehend auf den Unterschied zwischen kompensierendem Zwangsritual und vorausgehenden Gedanken hingewiesen. Zu allen betrachteten Gesichtspunkten in der Erforschung der Zwangskrankheit sind Ergebnisse statistischer Erhebungen aufgeführt. Als verhaltenspsychologischer Erklärungsversuch der Zwangsabläufe wird das allgemeine Angst-Lernschema herangezogen. Ausführlich ist auch die Gegenüberstellung der Wirksamkeit von Pharmakotherapie und Verhaltenstherapie bei Zwangskrankheiten, wobei auch die Möglichkeit der Kombination dargestellt wird.

Im Kapitel "Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell bei Zwangsstörungen" erwähnen die Autoren die eingeschränkte Gefühlswahrnehmung bei Zwangskranken, messen diesem Umstand aber nicht die ihm gebührende zentrale Beachtung bei.

#### HILFREICHES:

Die Anleitungen für das Verfahren "Exposition und Reaktionsverhinderung" in diesem Buch beinhalten 3 Risikoherde:

1. Es findet keine eindeutige Unterscheidung von Inhalt bzw. Auslösern der Zwangsgedanken statt.
2. Das empfohlene Aufsetzen eines "Therapievertrages" (-Wie alle Privatkliniken bevorzugt auch die Klinik Windach um Priv.-Doz. Dr. Zaudig "pflegeleichte" Patienten.-) zwischen Patient und Therapeut erscheint mir eher als Therapieerschweris -zumindest bei Beginn der Behandlung. Konfrontation mit Situationen, die beim Betroffenen Befürchtungen auslösen, ist nur dann heilsam, wenn Derjenige aus eigenem Antrieb so handelt, und sich jederzeit die Möglichkeit zum Rückzug offenhalten kann. Nötigung zur Therapie verstärkt die Befürchtungen.
3. In ihren Versuchen zur Erklärung des Therapieeffekts lassen sich die Autoren zu sehr von den Freud'schen Ideen des ehemaligen Vorsitzenden der deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen, Iver Hand, beeinflussen. Nach dessen Vorstellung ereigne sich

bei der Heilung von Zwangskranken eine "kathartische Entblockung" verdrängter Konflikte.

Das Buch ist mehr für Therapeuten ausgelegt.

**Angelika Lakatos, Hans Reinecker : "kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen" -Ein Therapiemanual- (Hogrefe-Verlag,1999)**

**WISSENSWERTES:**

Vom Aufbau, Inhalt und der Adressierung her stellt dieses Buch beinahe eine Art Abschrift der Klinik Windach/LMU München–Veröffentlichung von 1998 ("Die Zwangsstörung") dar. Es beschreibt ausführlich Symptomatik, lerntheoretische Modelle und Diagnostik zur Zwangskrankheit allgemein, sowie an mehreren Kurzbeispielen. Dabei wird auch auf den Unterschied zwischen kompensierendem Zwangsritual und vorausgehenden "Stimuli" hingewiesen. Als verhaltenspsychologischer Erklärungsversuch der Zwangsabläufe wird das allgemeine Angst-Lernschema herangezogen, obwohl ebenso darauf hingewiesen wird, daß Zwangskranke weder von tatsächlicher Angst geplagt werden, noch auf Anxiolytika reagieren. Das Buch enthält etliche Ergebnisse statistischer Erhebungen, sowie eine Gegenüberstellung der Wirksamkeit von Pharmakotherapie und Verhaltenstherapie, wobei auch die Möglichkeit der Kombination dargestellt, -aber von der Bamberger "Forschungsgruppe" anders bewertet wird, als von der "Forschungsgruppe" Windach/München. Die fragwürdigen Theorien um "intrapyschische" und "interpersonelle" Funktionalitäten der Zwangskrankheit werden ebenso an der Uni Bamberg begeistert nachgebetet, und entarten so zu einer Verschiebung der Problemdefinition. Obwohl die Veröffentlichungen von Windach/München und die von Bamberg nahezu identisch sind, müssen sich die Verantwortlichen vom Lehrstuhl für klinische Psychologie der Uni Bamberg mehr Kritik gefallen lassen; denn das objektive Niveau des Reinecker-Buches von 1991 konnte offensichtlich nicht beibehalten werden. Eine Weiterentwicklung im Vergleich zum Erstlingswerk fand -wenn überhaupt vorhanden- höchstens in die falsche Richtung statt. Einen Rückschritt von äusserster Tragikomik stellt jedoch die Neuentfaltung der Diskussion über "Umstrukturierungen der dysfunktionalen Grundannahmen", sowie über die "Relativierung des Wahrscheinlichkeitsbegriffs" bei Zwangskranken dar. Die feministische Schrulle der Hauptautorin, wonach selbst "der Patient" im allgemeinen Sinne als "die Patientin" bezeichnet werden muß, verwirrt manchmal beim Lesen.

**HILFREICHES:**

Die Anleitungen für das Verfahren "Exposition und Reaktionsverhinderung" in diesem Buch beinhalten 2 Risikoherde:

1. Es findet keine eindeutige Unterscheidung von Inhalt bzw. Auslösern der Zwangskrankheit statt.
2. In ihren Versuchen zur Erklärung des Therapieeffekts lassen sich die Autoren zu sehr von den Freud'schen Ideen des ehemaligen Vorsitzenden der "deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen", Iver Hand, beeinflussen.

Im Gegensatz zu ihren Windacher Privatklinik-Kollegen legen die Bamberger Uni-Kliniker aber mehr Wert auf die Gestaltung einer vertrauensvolleren therapeutischen Beziehung, als auf das Aufsetzen eines "Therapievertrags".

Der Scharlatan Schwartz und dessen sogenanntes "Selbsthilfebuch" werden mehrfach aufgeführt, ohne daß aber eine ausdrückliche Warnung erfolgte. Einzig der erste von vier Schritten des Schwartz'schen Zerstreuungsprogrammes wird in Frage gestellt ; und glücklicherweise findet besagtes "Werk" auch keine Erwähnung in der (zum Teil etwas eindrucksverzerrenden) Literaturempfehlung zum Schluß.

Das Buch enthält im Anhang Instrumente zur Zwangsdagnose (Y-BOCS,MOCS,LOI). Nicht zuletzt wegen seiner vielen verwendeten "Fachanglizismen" ist es mehr für Therapeuten ausgelegt.

**Nicolas Hoffmann: "Wenn Zwänge das Leben einengen" (PAL Verlag Mannheim, 1990)**

**WISSENSWERTES:**

Dieses Selbsthilfebuch enthält eingangs eine ausführliche und anschauliche Betrachtung zwanghafter Persönlichkeit, dazu ein leichtverständliches Verfahren zur Selbstbehandlung von Zwanghaftigkeit. Anschaulich sind auch die angeführten Beispiele von Krankengeschichten. Das verhaltenstherapeutische Verfahren "Exposition und Reaktionsverhinderung" wird nicht allgemein, sondern angewandt auf die häufigsten Inhalte von Zwangskrankheiten erklärt. Die Ursachen von Zwangskrankheit glaubt der Autor in der Übersteigerung von Zwanghaftigkeit begründet zu wissen. Obwohl er in seinem Buch nur unbewiesene Mutmaßungen anstellt, und selbst zugeben muß, daß die Hintergründe der Zwangskrankheit "schwer zu erklären" und "nur wenig erforscht" seien, wirbt er auf dem Buchumband damit, daß er als erfahrener Psychotherapeut aufzeige, wie Zwangserkrankungen entstehen.

**HILFREICHES:**

Das geschilderte Therapieverfahren weist in die richtige Richtung; die beschriebenen Ansätze bei Zwangsgedanken sind hingegen unbeholfen konstruiert, und wegen des offensichtlichen Unwissens des Autors unverantwortbar. Er unterscheidet nicht zwischen Inhalt und Auslösern von Gedankenzwängen, und glaubt zudem anscheinend an das Vorliegen einer Angstkrankheit. Den Zwangskranken dazu anzuleiten, sich die Inhalte seiner Zwangsgedanken auszumalen, ohne auf die Gefühlsreaktionen Wert zu legen, ist jedoch sinnlose Quälerei. (Zitat S.106/107: *"Jetzt nehmen Sie das erste Kärtchen und lesen den entsprechenden Gedanken. Nun schließen Sie die Augen und führen sich immer wieder den einen Gedanken vor Augen. ... Es kann sein, daß Sie sich irgendwann innerlich ein bißchen leer fühlen, so als würde das, was auf dem Kärtchen steht, seinen Sinn verlieren. Diese Wirkung ist positiv und erwünscht. ... Wenn Sie jeden Tag auf diese Art üben, werden Sie merken, daß die Gedanken langsam ihren Schrecken verlieren. Ihr unsinniger Charakter tritt immer mehr zutage, und Sie distanzieren sich immer mehr davon. Es ist wichtig, daß Sie kontinuierlich üben, bis die Gedanken Ihnen immer weniger Angst machen und im täglichen Leben immer seltener auftreten. Ob Sie Erfolg haben, können Sie kontrollieren, indem Sie wieder eine Beobachtungswoche einlegen und die annähernde Häufigkeit von lästigen Gedanken registrieren."* Diese detaillierte Schilderung vonseiten eines Nichtzwangskranken entspricht in etwa genau dem Gegenteil dessen, was bei der Heilung von Zwangsgedanken wirklich geschieht, bzw. geschehen muß. Aber wenn sich durch echte Therapie wirklich etwas an der Situation des Zwangskranken ändert, dann registriert er dies auch sofort (...ganz ohne Beobachtungswoche...), denn diese Änderung muß erstens bewußt und aktiv selbst herbeigeführt werden, und ist zweitens "unüberfühlbar". Doch was die emotionale Seite bei der Zwangskrankheit anbelangt, liegt der Autor ganz grundsätzlich im Irrtum: Zitat S. 58: *"Gefühle sind nicht dazu da, um zu beurteilen, ob das Wasser abgedreht ist oder nicht. Aufgrund einer Fehlentwicklung in ihrem Leben haben ihre Gefühle diese Aufgabe nach und nach mitübernommen. Diese Entwicklung muß rückgängig gemacht werden. Für die Aufgaben, von denen wir sprechen, sind die Augen zuständig und sonst gar nichts. Sie werden in nächster Zeit das Zusammenspiel zwischen Augen, Gehirn und ihrem Verhalten so trainieren, daß Sie mit viel weniger Mühe, Anstrengung und Zeit die Dinge des täglichen Lebens bewältigen können."*)

Darüberhinaus mag das humorvoll-spöttelnde Kommentieren des Autors bei Zwanghaften zwar ein therapeutischer Anstoß sein, bei Zwangskranken -denen ohnehin nicht viel Verständnis zuteil wird- zerstört ein solches Verhalten jedoch eher die Vertrauensbasis, von der für eine Therapie sehr viel abhängt.

Das Buch ist mehr für Betroffene ausgelegt.

**H.S. Reinecker, R. Halla, A. Rothenberger (Hrsg.): "Zwangsstörungen (Grundlagen, Zwänge bei Kindern, Psychotherapie,...)" (Papst-Verlag, 1999)**

**INHALT:**

-Zwangsstörungen bei Jugendlichen und Kindern

- die Zwangsstörung aus neurobiologischer Sicht
- mögliche Arzneimittelinteraktionen (*Pharmazeutikkonzern SOLVAY!*)
- neurobiologische Modellvorstellungen zu Entstehung und Aufhebung
- Trichotillomanie
- kognitive Verhaltenstherapie (*siehe: Lakatos & Reinecker 1999*)
- Einsatz von Videofeedback
- Möglichkeiten zur Intensivierung von Expositionsübungen  
(*COMPUTERPROGRAMME*)

#### HILFREICHES:

Als Computerprogramme zur Anleitung verhaltenstherapeutischer Selbsthilfe bei Zwangskrankheit existieren mittlerweile das "BT STEPS" nach Marks, Greist & Baer, sowie der "OCD-Trainer" der Uni Osnabrück. Beim "OCD-Trainer" wurde jedoch gefährlicherweise auch die Strategie der "15-Minuten-Regel" aus dem "4-Schritte-Programm" von J.M. Schwartz übernommen.

Zwar können Computerprogramme denjenigen Menschen entgegenkommen, welche sich ihrer Krankheit sehr stark schämen, welche unselbstständig und unsicher sind, aber andererseits stellen diese vom PC dirigierte Behandlungen nicht nur eine weitere Vertiefung technisch-materieller Abhängigkeit dar, sondern stellen uns als Gesellschaft ganz grundsätzlich ein Armutszeugnis aus, weil wir es nicht mehr schaffen (wollen), mit dem Ziel, wirklich etwas zu verändern und zu verbessern, persönlich aufeinander zuzugehen, und konstruktiv miteinander umzugehen. Wir fliehen mehr und mehr voreinander ( und vor uns selber ) in die digitale Anonymität.

### **7.3 kaum Brauchbares:**

#### **I. Hand, W.K. Goodman, U. Evers (Hrsg.): "Zwangsstörungen –neue Forschungsergebnisse" (Springer-Verlag, 1992)**

##### INHALT:

- the epidemiology and differential diagnosis of O.C.D.
- phenomenology and differential diagnostic status of O.C.D.
- Zwangssymptome im Kindes- und Jugendalter
- individueller oder gesellschaftlicher Zwang ? (*"PSYCHOANALYSE"!*)
- neurobiologische Grundlagen der Zwangsstörung
- neuroimaging and cognitive-behavioral self-treatment for O.C.D.: practical and philosophical considerations (*SCHWARTZ!*)
- neue Ansätze zum Verständnis der Zwangsstörung und deren Therapie (*BEHAUPTUNGEN ÜBER "psychobiologische Verhaltenssteuertheit"!*)
- behavioral self-treatment of O.C.D.
- die Langzeitentwicklung zwangskrankter Patienten nach stationärer psychiatrischer Behandlung
- pharmacotherapy of O.C.D.
- the pharmacotherapy of treatment-resistant O.C.D.
- Verhaltenstherapie der Zwangsstörungen: Therapieverfahren und Ergebnisse

zudem: 4 Diskussionsrunden

#### HILFREICHES:

Dieser zusammenfassende Bericht einer "Fachtagung" über Zwangskrankheit enthält neben einer Themaverfehlung vonseiten eines "Sigmund Freud-Imitats" aus Wien, und einem überflüssigen Beitrag der "verhaltensprogrammierten Psychobiologie-Prophetin" Lilo Süllwold auch das kontraindizierte "4-Schritte-Programm" von Jeffrey M. Schwartz. Die übrigen Beiträge befassen sich überwiegend mit (-zum Teil uneinheitlichen-) Erhebungen zu medikamentöser Behandlung und statistischen Querschnitts-

Erfassungen zum Verlauf verhaltenstherapeutisch behandelter Fälle. Das Buch wendet sich in der Hauptsache an Ärzte und Therapeuten.

**Judith L. Rapoport: "Der Junge, der sich immer waschen mußte." (Wilhelm Goldmann Verlag, 1990)**

**WISSENSWERTES:**

Dieses Buch besteht fast ausschließlich nur aus Schilderungen der Krankengeschichte unterschiedlichster Zwangskranker. Die Berichte sind ausführlich und beschreiben deutlich mehr Fälle, als nur die häufigsten und bekanntesten Zwangsinhalte. Ob es sich bei allen dargestellten Fallbeispielen wirklich immer um eine Form von Zwangskrankheit handelt, darf aber bezweifelt werden. Bei ihren Spekulationen zur Erklärung der Krankheitsursache beschränkt sich die Autorin auf die fixe Idee, es liege wahrscheinlich eine körperlich-geistige Erkrankung vor (z.B. "ausser Kontrolle geratene, angeborene Verhaltensprogramme"; angeblich ähnlich dem Sammeltrieb des Eichhörnchens). Einzig in dem Kapitel "Der freie Wille und die Ungewißheit allen Wissens" stellt sie die entscheidenden Fragen. Mit der Schöpfung des Wortes "Zweifelsucht" schafft die Autorin eine etwas realistischere Auffassung von dieser Krankheit.

**HILFREICHES:**

Die Möglichkeit der Verhaltenstherapie wird zwar am Rande erwähnt, aber die Autorin glaubt, eine wirkliche Heilung nur mittels Medikament verabreichung erreichen zu können. Das Buch ist mehr für Neugierige geschrieben.

**Otto Benkert, Martina Lenzen-Schulte: "Zwangskrankheiten" (C.H. Beck, 1997)**

**WISSENSWERTES:**

Dieses Buch schildert eine Reihe interessanter medizinischer Meßergebnisse zur physiologischen und neurochemischen Symptomatik der Gehirnfunktion zwangskranker Menschen, mißt diesen Ergebnissen aber eine zu zentrale Rolle bei. Die aufgeführten Theorien über Ursachen und Krankheitsverwandtschaft stützen sich nur auf die Befunde körperlicher Symptomatik, und sind geradezu lachhaft. Ehrlicherweise bekennen die Autoren, daß die "Fachwelt" bis heute keine ausreichende Erklärung der Zwangskrankheit besitzt. Das Buch trägt eher zur Verwirrung bei.

**HILFREICHES:**

Während der verhaltenstherapeutische Ansatz nur knapp und allgemein erläutert wird, sind wesentlich mehr Seiten den Möglichkeiten medikamentöser Behandlung gewidmet. Die Medikamente und ihre Wirkung sind ausführlich dargestellt. Das Buch ist mehr für Pharmakologen ausgelegt.

**Informationsbroschüren der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. (DGZ) (Postfach 1545, 49005 Osnabrück ; Tel.: 0541 / 35744-33)**

**WISSENSWERTES:**

In diesen Heftchen werden die grundsätzlichen Fragen zu Zwangskrankheiten -verständlichweise nur knapp- beantwortet. Da jeweils von verschiedenen Autoren zusammengestellt, sind die Informationen dieser Broschüren in manchen Details uneinheitlich. Überbetont wird der Aspekt, daß die Zwangskrankheit dem Betroffenen als bewußt gewählte Fluchtmöglichkeit vor anderen psychischen Problemen diene, während andererseits zugleich keine realitätsnahe Erklärung dieser Krankheit geboten werden kann.

**HILFREICHES:**

Wegen ihres geringen Umfangs können diese Broschüren nur grundlegendste Hinweise über die Möglichkeit der Therapie geben; sozusagen als Information, um zu weiteren Informationen zu gelangen. Bedauerlicherweise enthalten jene Ratschläge noch zu viele "psychoanalytisch/ tiefenpsychologische" Bestandteile. Desweiteren werden in manchen

dieser Heftchen die Anleitungen des amerikanischen Psychiaters Jeffrey M. Schwartz bedenkenlos übernommen. Die Broschüren sind mehr für Betroffene und interessierte Laien ausgelegt.

Die DGZ selbst ist die Anlaufstelle, in welcher unter anderem die Selbsthilfegruppen im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland organisiert sind, und diesbezüglich allen Betroffenen als Beratungs- und Informationsstelle sehr zu empfehlen. Der "ärztliche Kopf" der DGZ schien bislang hingegen mehr an Empfängen, künstlerischen Veranstaltungen und Vorlesungen im "erwählten Kreise" interessiert zu sein. Blicke zu hoffen, daß sich diese Ärztegläubigkeit und -hörigkeit in Zukunft ändert, indem Betroffene sich endlich zutrauen, für sich selbst die Verantwortung zu übernehmen.

**Prof. Dr. Volker Faust: "Depressionsfibel" (Gustav Fischer Verlag, 1989)**

**WISSENSWERTES:**

Mit Ausnahme seiner wahnhaften Vorstellung über das Vorliegen von Traurigkeit beschreibt der Autor sehr detailliert die Symptomatik und die Unterschiede von psychogener, endogener, organischer und Erschöpfungs-Depression. Leider behandelt er dabei die kennzeichnenden Persönlichkeitseigenschaften und inneren Einstellungen von Depressiven ebenfalls wie symptomatische Erscheinungen, weswegen Möglichkeiten direkter Psychotherapie noch nicht einmal in Betracht gezogen werden.

**HILFREICHES:**

Der Autor ist entgegen seiner Behauptung der Überzeugung, daß Depression mehr oder weniger ein "Schicksal" darstelle, welches mittels Medikament verabreichung erträglicher gestaltet werden könne, und ansonsten nach Ablauf einer gewissen Zeit "spurlos von selbst wieder verschwinde". Er empfiehlt zwar begleitend zusätzlich "Psychotherapie", beschränkt sich dabei aber auf die indirekte Intervention, nur die Angehörigen von Betroffenen miteinzubeziehen, welchen er zu duldemdem Trost und Zuspruch gegenüber dem Depressiven rät.

**Prof. Dr. Volker Faust: "DEPRESSIONEN erkennen und helfen lernen" (Hoffmann-La Roche AG) ("Informationsbroschüre")**

**WISSENSWERTES:**

Dieses spätererschienene Heft stellt im Wesentlichen nur einen zusammenfassenden Auszug des Buches "Depressionsfibel" dar. Von seinem "Traurigkeits-Wahn" ist der Autor ein klein wenig abgekommen, auch nimmt die Abhandlung über psychische Umstände und Psychotherapie einen vergleichsweise grösseren Anteil ein. Die Beschreibung depressiver Symptomatik läßt wie schon bei seinem Werk von 1989 kaum zu wünschen übrig.

**HILFREICHES:**

Nach wie vor hält der Autor an seiner unbegründeten, ungeprüft als gegeben angenommenen Ansicht fest, Depression könne nur symptomatisch (Medikamente, Physiotherapie, Schlafentzug,...) bzw. von Aussen (durch Zuspruch von Angehörigen) behandelt werden. "Mangelnde Einsicht" in die Krankheit dürfte er sich daher viel eher selbst bescheinigen, als den Betroffenen.

**BÜCHER ÜBER ANGSTKRANKHEITEN ALLGEMEIN**

**(zur Behandlung von Zwangskrankheit !)**

So gut lerntheoretisch und verhaltenstherapeutisch aufgebaute Anleitungen zur Behandlung von Angstkrankheiten gegen wirklich vorhandene Angstzustände geeignet sind, so wenig zielführend sind diese im Einsatz bei der Behandlung von Angstdefiziten wie sie die Zwangskrankheit kennzeichnen.

(Beispiel: Hans Morschitzky: "Angststörungen: Diagnostik, Erklärungsmodelle, Therapie und Selbsthilfe bei krankhafter Angst" (Springer- Verlag, 1998), wobei sich die Beiträge

speziell zur Zwangskrankheit auf Unsinn von J.M. Schwartz, I. Hand und A. Lakatos beschränken)

## **BÜCHER ÜBER “POSITIVES DENKEN” ALLGEMEIN**

### **(zur Depressionsbehandlung)**

Von Publikationen, die positives Denken zum Verdrängen von Problemen verwenden, oder darüberhinaus als Wundermittel zum Lösen aller überhaupt möglicher Probleme und Gefühlskrankheiten empfehlen, möchte ich dringendst abraten. Problematisch sind auch solche “Hoffnungs-Bücher”, welche eher mit der Absicht weltanschaulicher Missionierung, oder mit dem Zweck marktwirtschaftlicher Absatzpolitik geschrieben wurden.

Der wesentliche Fehler, den “zwanghaft-positiv-denkende” Menschen begehen ist, daß sie (-bewußt oder unbewußt-) Probleme ignorieren oder verbieten wollen, anstatt Lösungen zuzulassen, insbesondere wenn diese Lösungen mit Unannehmlichkeiten verbunden sind.

Folgende Unterschiede sollten nicht übergangen werden, da sie zwar fein, aber entscheidend sind:

Wunschdenken	≠	realistische Lösungen zulassen (unter Akzeptieren bestimmter Veränderungen)
positiv / negativ & angenehm / unangenehm	≠	konstruktiv / destruktiv
“Alles ist / wird gut !”	≠	“Alles kann gut werden !”

## **7.4 unsinnige bzw. unverantwortbare Literatur:**

**Jeffrey M. Schwartz (mit Beverly Beyette): “Zwangshandlungen und wie man sich davon befreit“ (Wolfgang Krüger Verlag, 1997 & Fischer-TB-Verlag, 1999)**

“WISSENSWERTES”:

Dieses Buch enthält 2 kleine P.E.T.-Aufnahmen der Hirnaktivität eines Zwangskranken bzw. Zerstreuungssüchtigen. Es wird mit Hilfe von Zeichnungen beschrieben, welche Hirnteile während Zwangsattacken überaktiv sind. Die Thesen des Autors sind gekennzeichnet von unüberprüften Behauptungen und Widersprüchen zwischen Theorie und praktischer Konsequenz. Er maßt sich an, die Zwangskrankheit als körperlich-bedingte Erkrankung identifizieren zu können. Seine Theorien beschreibt der Autor so Guru-haft von sich selbst überzeugt, und ohne den geringsten Anflug von Zweifeln einer gesunden Skepsis, daß es jedem wenigstens noch halbwegs ehrlichen und vernünftigen Psychologen verdächtig sein muß.

“HILFREICHES”:

Der Verfasser behauptet, das von ihm entwickelte Verhaltensprogramm ermögliche einen Ausweg aus der Zwangskrankheit, und könne überdies die Lösung für andere psychische Erkrankungen sein. In der Praxis bedeutet der wesentliche Bestandteil des Verfahrens, Vermeidungsverhalten zu betreiben. Dem Problem auszuweichen kann aber keine Heilung bewirken, sondern wird selbst zum Problem. Besonders dadurch, daß der Autor sich seiner Irrtümer nicht im geringsten Ansatz bewußt wird, ist dieses Buch gefährlich für jeden Zwangskranken, für welche es ja eigentlich geschrieben wurde. (Die geradezu “zwanghafte” Beschäftigung mit Ablenkung vonseiten der von ihm in die Zerstreuungssucht geführten Patienten deutet und preist er sogar als Aktivierung “aussergewöhnlicher Begabungen”). Ihm kommen noch nicht einmal Zweifel angesichts

einer im selben Buch abgedruckten Betroffenen-Schilderung, wonach ein von ihm behandelter Patient große Schwierigkeiten hat, sich auf seine Ausbildung zu konzentrieren.

**Giorgio Nardone: "systemische Kurztherapie bei Zwängen und Phobien. Einführung in die Kunst der Lösung komplizierter Probleme mit einfachen Mitteln." (Verlag Hans Huber)**

"WISSENSWERTES":

Zwangskrankheiten werden in diesem Buch nur nebenbei abgehandelt, als eine angebliche Form von Angsterkrankung wie Phobien, Paniksyndrom, usw. Giorgio Nardones Ansätze entstammen der Therapie-Tradition der "Palo-Alto-Schule" von Paul Watzlawik, von dem auch das Vorwort stammt.

Angepriesen und empfohlen wird folgendes Vorgehen in 3 bis 4 Schritten:

- (1.) Der Patient solle dazu angewiesen werden, seine ZwangsRITUALE als etwas Positives, Sinnvolles und Persönliches zu betrachten, was angeblich die Häufigkeit des Auftretens dieser ZwangsRITUALE reduziere.
- (2.1) Der Patient solle das Ausführen seiner ZwangsRITUALE absichtlich und gezielt ärztlich verordnet bekommen, und zwar mit einer zuvor willkürlich, aber von da an unveränderlich festgelegten Anzahl an Wiederholungen dieser Ritualabfolgen (z.B.: immer nur 10 mal, oder immer nur 15 mal). Dies reduziere angeblich ebenfalls die Häufigkeit, sowie den Leidensdruck der ZwangsRITUALE.
- (2.2) Dem Patienten sollen für die kommende Zeit irgendwelche -nicht näher benannte- Rückfälle angekündigt werden, auf welche er sich einstellen und vorbereiten solle. Dadurch mache der Patient angeblich meistens die paradoxe Erfahrung, daß diese angekündigten Rückschläge nicht, -oder nicht so wie erwartet- einträten.
- (3.) Der Patient solle ein -einmaliges- "Gegenritual" ersinnen und durchführen, welches den endgültigen Sieg über die eigene Zwangskrankheit symbolisieren soll.

"HILFREICHES":

Zitat Seite 90 oben:

*"Die befreiende Wirkung dieses Manövers ist darauf zurückzuführen, daß es genauso rituell konstruiert ist wie das Symptom selbst. Ein Reiz liegt auch darin, daß es als eine Art Initiationsmutprobe angesehen werden kann. Mehr als andere Rituale muß dieses anscheinend unter Einsatz hypnotisch-suggestiver Kommunikation verschrieben werden, andernfalls wären nur wenige Patienten bereit, sich auf die Ausführung einer solchen offensichtlich absurden Handlungsabfolge einzulassen."*

Dem ist wohl nicht mehr viel hinzuzufügen, ausser der Frage vielleicht, wer denn hier nun die schlimmere Zwangskrankheit aufweist und unter den verrückteren Vorstellungen leidet: der Patient oder der Psychiater ?

**"PSYCHOANALYTISCHE/TIEFENPSYCHOLOGISCHE" LITERATUR ÜBER ZWANGSKRANKHEIT UND DEPRESSION (ALLGEMEIN)**

Während sich die Verhaltenstherapeuten hauptsächlich mit dem "WOHIN ?" einer Gefühlserkrankung befassen, konzentrieren sich sogenannte "Psychoanalytiker" und "Tiefenpsychologen" nur auf das "WOHER ?". Die Schüler Sigmund Freuds gehen dabei von der Annahme aus, daß allen Gefühlskrankheiten grundsätzlich immer Konflikte aus der Kindheit zugrundeliegen. Bei der Behandlung der Probleme begehen diese Leute dann aber meist 2 grundlegende Fehler: 1. Erfahrungsgemäß legen Freud'sche Deuter zu wenig Wert auf Objektivität bei der Ursachenforschung; wirkliche Analyse scheitert an starrsinniger Orientierung an vorgefertigten und mythisch-verklärt anmutenden Theorien. 2. "Freudianer" gehen bei ihrem Therapieansatz von der Vorstellung aus, daß allein das Bewußtwerden, Aussprechen und Bereden des zugrundeliegenden Konfliktes zur Lösung der psychischen Probleme führe. Wahrscheinlicher ist allerdings, daß eine solche Therapie ohne verändernde Konsequenz eher zu Abhängigkeit des Patienten von



seiner Bezugsperson führt. Praktisch unwirksam, da nur geistiges Theoretisieren, bleibt das Bereden von Emotionsdefiziten, wie sie im Fall der Zwangskrankheit vorliegen. Von Freud geprägte Begriffe wie "Neurose" oder "Psychose" sind Ausdrücke der Verlegenheit um tatsächliches, tieferes Sachverständnis, und besitzen keinen wissenschaftlichen Wert. Hierrin besteht wohl die wirkliche, eigentliche "Fehlleistung" Freuds. Aus wissenschaftlicher Sicht ist die Schule Sigmund Freuds überholt. Sie ist ein Relikt aus den Kindertagen der psychologischen Forschung, das als einzige "Existenzberechtigung" nur noch die gesellschaftliche Präsenz der Zunft seiner uneinsichtigen Anhänger vorweisen kann.

Es ist zwar nicht ausgeschlossen, daß auch ein "Freud-Apostel" bei seiner "Symbolhaftigkeits-Deuterei" zufälligerweise einmal einen tatsächlichen Zusammenhang in funktionalisiertem, krankheitsbestimmten (Fehl-)Verhalten aufdeckt; jedoch ganz sicher nicht weil er sich die Mühe objektiver Analysen oder Versuchsreihen gemacht, geschweige denn überhaupt die Notwendigkeit dazu gesehen hätte. Und selbst dann führt die bloße Einsicht in pathologisches, instrumentalisiertes (Fehl-)Verhalten -ohne eine Korrektur der kontraproduktiven Überzeugungen und Vermeidungsstrategien- alleine noch nicht zu Veränderung im Sinne einer Reduktion der psychischen Probleme. Man ist als Anhänger von Objektivität und Nachweisbarkeit daher nicht wenig geneigt, die Lehre Sigmund Freuds selbst als unheilbare (Geistes)Krankheit einzustufen.

BEISPIEL:

**Dr. med. Hansjörg Netolitzky, Prof. Dr. med. habil. Paul L. Janssen:**  
**"Neurologie und Psychiatrie in Frage und Antwort" -für Krankenpflegeberufe-**  
**(Georg Thieme Verlag, 1987)**

unter "spezielle Neurosenformen" (S.196): Frage Nr. 756 (S. 198):

Welche seelischen Konflikte liegen einer Zwangneurose zugrunde ?

*Die Zwangneurose stellt eine Form der Abwehr aggressiver, analer Impulse dar. Sie wird auf die Vorgänge bei der Sauberkeitsgewöhnung des Kindes, dem Umgang mit Schmutzigem, mit Unordnung und auf die in dieser Phase auftretende motorische Unruhe zurückgeführt. Der Zwangneurotiker kämpft innerlich mit diesen Impulsen. Bei zwanghaften Verhaltensweisen, wie besonderer Sauberkeit und Ordentlichkeit, wirken sich auch die Belobigungen solcher Verhaltensweisen durch bestimmte gesellschaftlich bedingte Einstellungen aus.*

## **SYMPTOMORIENTIERTE UND OBJEKTIVITÄTSARME LITERATUR ÜBER DEPRESSION (ALLGEMEIN)**

Nicht nur im gesellschaftlichen Verständnis der allgemeinen Öffentlichkeit und im Sprachgebrauch der Medien, sondern auch in den Köpfen vieler Ärzte hält sich hartnäckig nach wie vor die Vorstellung, Depression sei als eine Form von Traurigkeit zu verstehen. Dies zeigt sich zum Beispiel in Frageblock (1) & (10) des von 1961 stammenden, aber immer noch *unverändert* in Gebrauch befindlichen Diagnosefragebogens von BECK und Mitarbeitern. In Lexika der Barmer Ersatzkasse findet man Depression gar als eine den Geisteskrankheiten zugehörige Erkrankung aufgelistet.

Generell abzuraten ist von Literatur über Depression, die sich so sehr auf die Krankheitssymptomatik beschränkt, daß auch die Aspekte der Heilung nur unter dem Gesichtspunkt symptomatischer Intervention Beachtung finden. Es gibt zahlreiche Publikationen, in welchen eine Besserung depressiver Verstimmungen NUR durch Medikamente, zumindest aber NICHT OHNE deren Zuhilfenahme propagiert wird. Zu finden sind daneben auch "Loblieder" auf die sogenannte "Elektrokrampftherapie" (,welche aber zu zeitweiligem Verlust von Gedächtnis und Lernvermögen führen kann,) oder auch Empfehlungen zur Therapie durch Schlafentzug. Andere wiederum behaupten mehr oder weniger, daß man im Falle depressiver Zustände nur Trost zusprechen, und ansonsten geduldig abwarten kann, da diese Krankheit angeblich nach gewisser Zeit von selbst abklinge. Allein schon das Vertreten derartiger Einstellungen beim

Therapieverständnis der Depression beinhaltet genügend Schicksalsgläubigkeit und Unselbstständigkeitshaltung, daß ein Fortbestehen dieser Krankheit begünstigt wird.

## **WERBEBROSCHÜREN DER PHARMAZEUTISCHEN INDUSTRIE FÜR ANTIDEPRESSIVA**

Auszüge aus dem Werbungs-Wortschatz der Pharmareferenten:

- *“Lachen ist die beste Medizin. Aber wer sorgt dafür, daß man wieder lachen kann ?”*

- *“Sich einem Arzt anzuvertrauen und ein Medikament einzunehmen, damit tun Sie das Richtige.”*

- *“Die Depression ohne Medikament zu bewältigen wäre vergleichbar mit einem mühsamen Weg über den Berg, ohne dabei ausreichenden Proviant mitzunehmen.”*

Dieser Propaganda möchte ich folgende Worte entgegensetzen:

“Wer ans Ziel getragen wurde, darf nicht glauben, es erreicht zu haben.”

“Wer sich die Bewältigung eines Problemes ersparen will, der erspart sich grundsätzlich solange auch die Befreiung davon.”

“Jede künstliche Beschleunigung eines Heilprozesses ist eine Selbsttäuschung.”

“Mediziner und Pharmazeutikproduzenten sind ein Teil des gesamten Krankheitsgefüges (-wir bezeichnen es viel lieber als “Gesundheitssystem”-), welches durch die Nachfrage der Kranken ermöglicht und aufrechterhalten wird.”

“Wir leiden nicht nur an unserer Krankheit, sondern vor allem auch an unserem Glauben an das sogenannte “Gesundheitssystem”, das Heilung und Gesundheit vermeintlich käuflich macht.”

Eine Beschreibung der Wirkungsansätze von Antidepressiva findet sich unter anderem in den Büchern:

-**“Der psychosomatisch Kranke in der Praxis” von B. Luban-Plozza und W. Pöldinger (Editiones “Roche”, 1972)**

-**“Arzneimittelwirkungen” von Ernst Mutschler (Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart 1981)**

(Als nebenwirkungsarme -aber auch wirkungsarme- pflanzliche Mittel mit depressionsunterdrückendem Effekt seien das Johanniskraut und der Kakao genannt.)

Ich hoffe -wunschenkend- meine Veröffentlichung möge unter anderem dazu führen, daß den unbeschreibbar leidgeplagten Mitgeschöpfen des Menschen wenigstens der eine oder andere Tierversuch, der der Ergründung menschlichen (Größen-?)Wahnsinns dienen soll, erspart bleibe. Welche Heuchelei es bedeutet, wenn Pharma-Lobbyisten einerseits behaupten, Tiere könnten keine Gefühle empfinden, und andererseits die Wirkung von Antidepressiva im wissenschaftlichen Experiment (sog. “Verzweiflungstest”) an Tieren erproben, sollte nicht eigens betont werden müssen. Auch beruft der Mensch sich ja sehr gerne auf den angeblichen Unterschied, daß er im Gegensatz zum Tier nicht von Gefühlen (-sondern von Gleichgültigkeit ?-) bestimmt und geleitet sei. Tierversuche haben nicht den Zweck, Schmerzen und Qualen zu verhindern, sondern sie anderen Lebensformen (-“lebensunwertes Leben “?-) aufzubürden. Einen schwachen Trost stellt es da nur noch dar, zu wissen, daß die Zweifelkrankheit so ziemlich die einzige Gefühlskrankheit ist, welche der Mensch beim Tier nicht hervorrufen kann, auch wenn diesbezüglich immer wieder mal “wissenschaftliche Überlegungen” und “Untersuchungsergebnisse” vorgelegt werden.

### **7.5 Berichte von Betroffenen:**

**“Ulrike S.” : “Der Weg aus der Zwangserkrankung” (Vandenhoeck & Ruprecht, 1996)  
“Hilfreiche Briefe an Zwangskranke” (Vandenhoeck & Ruprecht, 2002)**

**Felix Leps: “Zange am Hirn. Geschichte einer Zwangserkrankung”  
(Psychiatrie-Verlag, Bonn)**

**Hesser, Terry Spencer: “Tyrannen im Kopf. Taras Geschichte” (Sauerländer Verlag)**

**Piet C. Kuiper: “Seelenfinsternis. Die Depression eines Psychiaters” (S. Fischer, 1991)**

**K. R. Jamison: “Meine ruhelose Seele: Die Geschichte einer Depression”  
(Bertelsmann, 1997)**

**G. Gielen, S. Bracht, H. S. Reinecker: “Ich bezwinge meinen Zwang.  
Auseinandersetzung mit einem Waschzwang” (Pabst Science Publishers, 2005)**

## **ZUM ZWECK DIESER NIEDERSCHRIFT :**

(Kapitel 1 bis 5 zusammengestellt von Anfang 1998 bis Mitte 2001 – Kapitel 6 & 7 wurden seither ergänzt)

Da es zur Zeit Mode zu sein scheint, daß sich ein jeder akademischer Wichtigtuer berufen fühlt, seine persönliche Definition von Zweifelkrankheit der Welt bekanntzugeben, will ich dem in nichts nachstehen, obwohl -und gerade weil- mir dazu als Betroffenen kein Recht und keine Kompetenz zugestanden wird. Diese Veröffentlichung wählt leider den ungünstigen Weg, Psychologen über Betroffene, und Betroffene über Psychologen anzusprechen. Sie ist für alle künftigen, gegenwärtigen und ehemaligen Zweifelkranken geschrieben worden, sowie für jeden, der sich vorurteilsfrei mit dieser Krankheit und den Kranken beschäftigen möchte. Für Ärzte, Oberärzte, Chefärzte, Privatdozenten und Universitätsprofessoren ist sie -wie die Erfahrung gezeigt hat- ungeeignet, weil unverständlich. Nicht zuletzt deswegen soll sie vorrangigst der Emmanzipation Betroffener vom Ausgeliefertsein an ärztliche Weisungsgewalt, Therapiehoheit, Amtsgewalt und Aussagegewichtung (bei zugleich dort vorherrschender fachlicher Unwissenheit und Uneinsichtigkeit) dienen. (Meine eigene Zweifelkrankheits-Diagnose wurde beispielsweise nicht von einem Arzt, sondern selber erhoben. Dabei habe ich es statt dem Abitur nur zu einer ärztlichen Bescheinigung einer "Adoleszenzkrise" und "Therapieverweigerungshaltung" gebracht, deren Vorlage mir lediglich noch meine Anstellungs-Chancen für ungelerneten, nichtversicherten Broterwerb schmälert. Meine einzige Ausbildung bestand viele Jahre lang nur in vorliegender (-nicht anerkannter-) unfreiwilliger "Doktorarbeit". Diese Veröffentlichung wird mir daher wahrscheinlich als beleidigte Trotzhaltungs-Kompensation narzißtischen Neides auf beruflich Bessergestellte ausgelegt werden. Ausschlaggebend ist jedoch nur, daß Diejenigen etwas mit diesen Zeilen anfangen können, denen es ähnlich ergeht.) Die zum Teil etwas umständliche Ausdrucksweise dieser Niederschrift verkompliziert zwar teilweise den Zugang, ist aber andererseits kennzeichnend für zweifelkranke Denkweise. Insofern ist diese Veröffentlichung allein durch ihre Wortwahl bereits eine Beschreibung der Zweifelkrankheit. Sie enthält (-ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben-) Denkanstöße, Warnungen und Ratschläge, die in der "Fachwelt" bisher keine oder zu wenig Beachtung erfahren haben, und die notwendige Verbesserungen nach sich ziehen sollen. Trotz aller Kritik an gegenwärtigen Zuständen soll sie dem Zweck dienen, Betroffenen Mut, Unabhängigkeit, Eigenständigkeit und Selbstbestimmtheit für die Bewältigung ihrer Krankheit zu geben, indem sie ihnen die Hilflosigkeit des Unwissens (-Dem bereits erwähnten Milliardär Howard Hughes konnte all sein Geld nicht helfen-) über die "Intrigen" der Zweifelkrankheit nimmt. Denn die Zweifelkrankheit ist zwar "hinterlistig", aber keinesfalls "unbesiegbar". Ausserdem nimmt öffentliche Aufklärung dieser Krankheit ein wenig vom Reiz des Bizarren und Sensationellen, und wirkt so dem "Schaubuden-Mißbrauch" durch Unterhaltungsmedien entgegen. Es ist ernüchternd und offenbarend genug, daß die Informations- und Versorgungssituation für Zweifelkranke sogar im vielgelobten Zeitalter von Internet, Magnetresonanztomographie und Gentechnik (-welche ich dabei nicht rechtfertigen oder gutheissen will-) dennoch einem mittelalterlichen Tollhaus gleicht; Betroffene darüberhinaus aber noch zur Belustigung der Allgemeinheit zu verwenden, fördert nur deren ohnehin schon allzu große Tendenz, sich mit ihren Problemen in die Anonymität zu flüchten.

Letztlich ist diese -auf ihre eigene Art- wissenschaftliche Abhandlung genau **das** Nachschlagwerk, welches ich während der Zeit ausweglos erscheinenden Krankseins von Beginn an ver-zweifelt gesucht hatte. Daß ich sie selbst erst würde erarbeiten und schreiben müssen, um sie nutzen zu können, während ich von den offiziellen "Spezialisten" nicht für voll genommen würde, hätte ich mir anfangs angesichts der bösen Ironie des Ganzen nicht vorzustellen gewagt. Heute dagegen gestehe ich es mir endlich ein, daß das Vertrauen auf Ärzte und auf die Medizin, sowie die Rolle von Arzt beziehungsweise Patient **grundsätzlich** ein Teil der Krankheitsaufrechterhaltung selbst ist.

(ein **B.Troffener**)

P.S.: Ich bedaure durchaus, an manchen Stellen in Sarkasmus abgeglitten zu sein, denn Sarkasmus ist eine Waffe, und als solche folglich auch keine Lösung. Dennoch soll dieses Schriftstück nicht nur distanzierend wirkende Logik beinhalten, sondern auch autobiographisch Stimmungen verdeutlichen, die beim Suchen und Finden dieser harterkämpften Logik durchgemacht wurden. Ich bitte um nachsichtiges Verständnis. Ein schon eher "unverzeihlicher" Fehler war es dagegen, mich beschwatzen zu lassen, diese Abhandlung in (diverse) Computer einzutippen. Ich habe mich mit dieser elektronischen Abhängigkeit selbst bestraft ! Mein nächstfolgendes Buch (mit 200 DIN-A4 Seiten) wurde innerhalb eines Jahres (-nebenbei !-) von Hand geschrieben und gezeichnet (in normalgroßer Schönschrift, dichtgedrängt, teilweise in Farbe und ohne Abstriche in der inhaltlichen Qualität machen zu müssen) !

DIE VERVIELFÄLTIGUNG, VERBREITUNG UND AUCH DIE INHALTLICH UNVERÄNDERTE, SINNGEMÄß GLEICHBLEIBENDE ÜBERSETZUNG DIESER ABHANDLUNG IST NICHT NUR ERLAUBT, SONDERN SOGAR ERWÜNSCHT. DIES GILT AUCH FÜR AUSZÜGE, DIE ABER AUCH EBENSO NICHT AUF SINNVÄRÄNDERNDE WEISE ISOLIERT UND ENTNOMMEN ODER AUS DEM ZUSAMMENHANG GERISSEN WERDEN SOLLEN. ES GEHT HIERBEI NICHT UM "MISSIONIERUNG", SONDERN UM DIE UNEIGENNÜTZIGE WEITERREICHUNG EINER INFORMATION. GELD SOLL DABEI EHRLICHERWEISE HÖCHSTENS FÜR TATSÄCHLICHE UNKOSTEN ERHOBEN WERDEN, SO DAß MÖGLICHST NIEMAND ÜBER-, ODER UNTERVORTEILT WIRD. WER MEHR VERLANGT, BEREICHERT SICH AUF KOSTEN SCHWER(ST)KRANKER, DENEN HILFE ZUR SELBSTHILFE ZUTEILWERDEN KÖNNTE. WER ANDERERSEITS NICHTS DAFÜR GEBEN, ABER ALLES DAVON HABEN, NUTZEN UND IN ANSPRUCH NEHMEN WILL, SCHMAROTZT AUF KOSTEN DER MÜHE HILFSBEREITER FREIWILLIGER. WENN ALLE GLEICHWERTIG SEIN SOLLEN, DANN MÜSSEN DIESE SPIELREGELN AKZEPTIERT WERDEN.

### **NACHWORT (Fazit) zur allerletzten Fassung:**

Wie sich durch die Erfahrung leider mehr und mehr herausstellt, gelingt es mir mit dieser "Doktorarbeit" ganz offenkundig nicht in ausreichendem Maße, von der Zielgruppe, die sie eigentlich erreichen sollte, verstanden zu werden. Dieses Schriftstück verfehlt folglich seinen Zweck und seinen Anspruch, es Zweifelkranken zu ermöglichen, sich aus ihrer scheußlichen Situation eigenständig herauszuarbeiten. Weil dieses Ziel allerdings nicht an den im Text enthaltenen Informationen, sondern nur an der Vermittlung dieser Informationen scheitert, erscheint eine grundlegende Neukonzeptionierung dieses Werks sinnvoll: Es soll ein handschriftliches Selbsthilfebuch daraus entstehen, das unkompliziert, verständlich, zugänglich, zweckorientiert, einfach anzuwenden, effizient, ebenso stichpunktartig wie auch als Ganzes zu Rate ziehbar .....oder mit einem Wort: hilfreich ist.

## LITERATURANGABE:

- Baer, Lee** (1993): "Getting Controll"
- Beck, A.T. et al.** (1961): "An Inventory for measuring Depression"
- Becker, Eni & Margraf, Jürgen** (2002): "Generalisierte Angststörung. Ein Therapieprogramm"
- Benkert, Otto & Lenzen-Schulte, Martina** (1997): "Zwangskrankheiten"
- Beyette, Beverly & Schwartz, Jeffrey, M.** (1997): "Zwangshandlungen, und wie man sich davon befreit"
- Birkenbihl, Vera F.** (1983): "Gebrauchsanleitung fürs Gehirn"
- Borkovec, TD et al.** (1987, 1988, 1993)
- Bracht, S. & Gielen, G. & Reinecker, H.S.** (2005): "Ich bezwinge meinen Zwang"
- Bruker, M. O.** (1986): "Stuhlverstopfung in 3 Tagen heilbar"
- Butler, G. et al.** (1991)
- DGZ e.V.** (Osnabrück): Info-Broschüren und Ausgaben von "Z-aktuell"
- Drosnin, Michael** (1987): "Howard Hughes, der Mann der Amerika kaufen wollte"
- Esquirol, Jean Etienne Dominique** (1838): "Les Maladies mentales"
- Evers, U. & Goodman, W.K. & Hand, I.** (1992)
- Faust, Volker** (1989): "Depressionsfibel"
- Fennell, Melanie J.V.** (1999): "Overcoming low self-esteem"
- Gielen, G. & Bracht, S. & Reinecker, H.S.** (2005): "Ich bezwinge meinen Zwang"
- Goodman, W.K. & Evers, U. & Hand, I.** (1992)
- Gray, Robert** (1980): "The Colon Health Handbook"
- Halla, R. & Reinecker, Hans S. & Rothenberger, A.** (1999)
- Hand, Iver & Evers, U. & Goodman, W.K.** (1992): "Zwangsstörungen - neue Forschungsergebnisse"
- Hauke, Walter & Hegerl, Ulrich & Zaudig, Michael** (1998): "Die Zwangsstörung"
- Hegerl, Ulrich & Hauke, Walter & Zaudig, Michael** (1998)
- Hoffmann, Nicolas** (1990): "Wenn Zwänge das Leben einengen"
- Jamison, K. R.** (1997): "Meine ruhelose Seele: Die Geschichte einer Depression"
- Kuiper, Piet C.** (1991): "Seelenfinsternis. Die Depression eines Psychiaters"
- Lakatos, Angelika & Reinecker, Hans S.** (1999): "kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen"
- Lenzen-Schulte, Martina & Benkert, Otto** (1997)
- Luban-Plozza, B. & Pöldinger, W.** (1972): "Der psychosomatisch Kranke in der Praxis"
- Margraf, Jürgen & Becker, Eni** (2002): "Generalisierte Angststörung. Ein Therapieprogramm"
- Merkle, Rolf** (1991): "Wenn das Leben zur Last wird"
- Morschitzky, Hans** (1998): "Angststörungen"
- Mutschler, Ernst** (1981): "Arzneimittelwirkungen"
- Nardone, Giorgio**: "systemische Kurztherapie bei Zwängen und Phobien"
- Rapoport, Judith L.** (1990): "The Boy, who couldn't stop washing"
- Reinecker, Hans S.** (1991): "Zwänge"
- Reinecker, Hans S. & Lakatos, Angelika** (1999): "kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen"
- Reinecker, Hans S. & Halla, R. & Rothenberger, A.** (1999): "Zwangsstörungen"
- Rothenberger, A. & Halla, R. & Reinecker, Hans S.** (1999)
- S., Ulrike** (1996): "Der Weg aus der Zwangserkrankung"; (2002): "Hilfreiche Briefe an Zwangskranke"
- Salter, Andrew** (1944): "What is Hypnosis ?"
- Schwartz, Jeffrey M. & Beyette, Beverly** (1997): "Zwangshandlungen, und wie man sich davon befreit"
- Thiels, Cornelia** (1998): "Das Selbsthilfeprogramm bei Depressionen"
- Thorsen, Poul** (1961): "Methodik und praktische Anwendung der Hypnose"
- Vester, Frederic** : "Denken, Lernen, Vergessen" (1998)
- Zaudig, Michael & Hauke, Walter & Hegerl, Ulrich** (1998)