

**selbsthilfegruppenjahrbuch**  
**2001**

**DAG SHG**

## **selbsthilfegruppenjahrbuch 2001**

### *Herausgeber:*

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.  
Friedrichstr. 28, 35392 Gießen

### *Redaktion:*

Anita Jakubowski, Koordination für Selbsthilfe-Kontaktstellen in  
Nordrhein-Westfalen der DAG SHG e.V. (KOSKON),  
Friedhofstr. 39, D-41236 Mönchengladbach, Tel.: 02166/248567  
Jürgen Matzat, Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen der DAG SHG e.V.,  
Friedrichstr. 33, D-35392 Gießen, Tel.: 0641/99-45612  
Wolfgang Thiel, Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung  
und Unterstützung von Selbsthilfegruppen der DAG SHG e.V. (NAKOS),  
Albrecht-Achilles-Straße 65, D-10709 Berlin, Tel.: 030/ 8914019

### *Umschlag:*

Lutz Köbele-Lipp, Kubik, Berlin

### *Satz und Layout:*

Focus Verlag GmbH, Gießen

### *Druck:*

Fuldaer Verlagsanstalt, Fulda  
ISSN 1616-0665

Namentlich gezeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der  
Redaktion wieder. Nachdruck einzelner Artikel nur mit ausdrücklicher  
Genehmigung der Redaktion und der Autoren.

Herstellung und Versand dieser Ausgabe des ›selbsthilfegruppenjahrbuchs‹  
wurde gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und  
Jugend, von der ›GlücksSpirale‹ und von folgenden Krankenkassen:  
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, Barmer Ersatzkasse, Deutsche Angestellten  
Krankenkasse, Kaufmännische Krankenkasse, Schwäbisch Gmünder Ersatz-  
kasse, Techniker Krankenkasse.

Wir bedanken uns ganz herzlich!

*Zur Unterstützung unserer Vereinsarbeit bitten wir Sie herzlich um eine  
Spende (steuerlich abzugsfähig) auf unser Konto Nr. 6.3030.05 bei der  
Volksbank Gießen (BLZ 513.900.00).*

Burkhard Ciupka-Schön

## **Öffentlichkeitsarbeit und Selbsthilfe bei Zwangserkrankungen**

Die Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankung (DGZ) wurde am 5. August 1995 von Betroffenen, Angehörigen, Psychiatern, Psychologen und Medienvertretern unter dem Blickwinkel gegründet, daß Zwangserkrankungen weit häufiger zu finden sind, als dies sowohl einer breiten Öffentlichkeit als auch dem Fachpublikum bekannt war. Heute gehen wir von mindestens 1 Million Zwangskranken in Deutschland aus. Damit gehört diese Krankheit zur fünftgrößten Gruppe seelischer Störungen. Als wir unsere Arbeit begannen, begegneten wir dem krassen Widerspruch, daß Zwangserkrankungen sowohl in der Therapie als auch in der Selbsthilfe praktisch keine Rolle spielten.

Deshalb setzte sich die DGZ zum Ziel:

- Beratung und Unterstützung von Betroffenen für die richtige Behandlung
- Motivation von Forschungsanstrengungen
- Verbesserung des therapeutischen Versorgungsangebotes
- Aufbau eines bundesweiten psychosozialen Versorgungsnetzes
- Initiierung einer Selbsthilfebewegung
- *die Schaffung eines öffentlichen Bewusstseins*

Dreh- und Angelpunkt der genannten Zielsetzungen ist die Schaffung eines öffentlichen Bewusstseins. Nur durch die sehr umfangreiche Berichterstattung in den unterschiedlichen Medien fanden in den vergangenen sechs Jahren ungezählte Zwangskranke den Weg aus ihrem Schattendasein. Es bildeten sich bundesweit über 60 Selbsthilfegruppen. Die Betroffenen fanden den Mut, sich Hilfe suchend an Kliniken und Therapeuten zu wenden. Von Fachleuten werden Zwangserkrankungen in zunehmendem Maße in ihrem Umfang und ihrer Bedeutung erkannt. Ohne Öffentlichkeitsarbeit ist eine Verbesserung der Situation Zwangserkrankter kaum oder nur sehr viel langsamer zu erreichen.

Für unsere Zielsetzung war es außerordentlich hilfreich, daß das Thema Zwangserkrankung mit großem Interesse von den Medien aufgegriffen wurde. Von Journalisten wurde es stets als sehr hilfreich empfunden, wem sie bei der DGZ aus einer Hand sowohl fachkompetente Unterstützung zu psychologischen und medizinischen Fragestellungen als auch die Vermittlung von Betroffenen als Interviewpartner erhielten. Gewöhnlich gestaltet sich diese Art der Recherche, nämlich besonders aufwendig. Die problemlose Unterstützung durch unsere Mitglieder trug entscheidend zu dem großen Medienecho der vergangenen Jahre bei.

Der in den beiden Grafiken dargestellte Pressespiegel der DGZ zeigt die Anzahl der Veröffentlichungen zum Thema Zwangserkrankungen im Verlauf der vergangenen sechs Jahre:

145 Zeitschriften und 275 Tageszeitungen, die sich mit dem Thema Zwangs-

erkrankungen auseinander setzten, sind die Bilanz der Pressearbeit der DGZ im sechsten Jahr ihres Bestehens. Eine vorsichtige Schätzung der Auflagen der Printmedien ergab eine Zahl von 98 Millionen gedruckten Zeitungen und Zeitschriften. Wahrscheinlich ist die Zahl der Exemplare noch viel höher, weil wir die Registrierung der Auflagen nur unsystematisch betreiben konnten und weil verschiedene Meldungen über die großen Presseagenturen (AP, DPA) vertrieben wurden, die ihre Inhalte an alle Tageszeitungen verteilten, ohne daß wir Kenntnis über sämtliche Publikationen erhielten. Aus finanziellen Gründen verzichtete die DGZ auf eine professionelle Zählung der Veröffentlichungen durch einen Ausschnittsdienst. Bisher erhielten wir durch unsere Mitglieder recht gute Rückmeldungen über das Erscheinen bzw. die Ausstrahlung unserer Beiträge.

**Pressespiegel der DGZ (1995 – 2001) Print-Medien**  
(angegeben ist die absolute Zahl der erschienen Artikel)

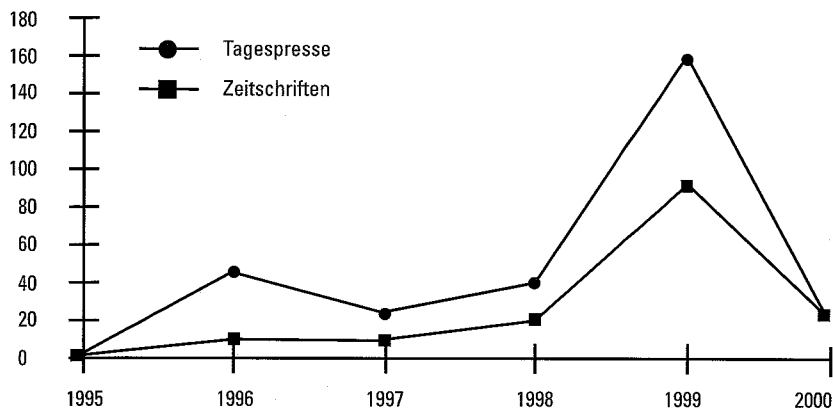


Abbildung 1: Printmedien im Pressespiegel der DGZ (eigene Erhebung)

Die Tageszeitungen spielten bei der Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Zwangsstörungen stets eine große Rolle. Berichte über Zwangserkrankungen fanden sich unter den Rubriken Medizin, Gesundheit oder Familie. Insbesondere aktuelle und regionale Bezüge sind der Schwerpunkt der Tageszeitungen. Berichte über die Gründung von Selbsthilfegruppen und Jahrestagungen sind daher von Regionalredakteuren stets berücksichtigt worden. Tageszeitungen eignen sich daher besonders für Selbsthilfegruppen, um in ihrer Region die Öffentlichkeit wirksam zu erreichen oder um für neue Mitglieder für ihre Gruppe zu werben. Auch die niedergelassenen Ärzte und Psychologen einer Region sind gut über die Tageszeitungen ansprechbar.

Die in unserem Pressespiegel gezählten Zeitschriften spielten im Verlauf eine zunehmend bedeutendere Rolle. Als Zeitschriften bezeichnen wir wöchentlich und monatlich erscheinende Printmedien wie Fernsehzeitschriften (z.B. TV-Neu), Nachrichtenmagazine (z.B.: Der Spiegel, Focus) oder Apotheken- und

Ärztezeitschriften. Die Veröffentlichungen in Fernsehzeitschriften hingen naturgemäß häufig mit Ankündigungen entsprechender Fernsehsendungen zusammen. Sicher waren diese Berichte kurz und von eher geringer Qualität. Dennoch waren TV-Zeitschriften für unsere Öffentlichkeitsarbeit sehr wichtig, weil diese mit Auflagen von mindestens einer Million zu den stärksten Printmedien zählen.

**Pressespiegel der DGZ (1995 – 2001) Elec-Medien**  
*(angegeben ist die absolute Zahl der Sendungen mit einem speziellen Beitrag zum Thema)*

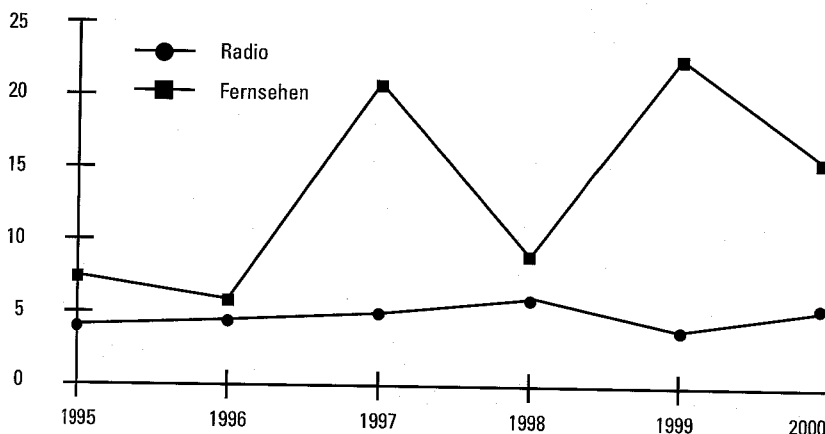


Abbildung 2.: Elec-Medien im Pressespiegel der DGZ (eigene Erhebung)

Mit den insgesamt 28 Radio- und 78 Fernsehsendungen erreichten wir ein Millionenpublikum. Leider lassen sich hier die Zuschauer- bzw. Zuhörerzahlen nur ungenau erfassen, weil diese ein gut gehütetes Geheimnis der Rundfunkanstalten sind. Ähnlich wie bei den Print-Medien gibt es auch bei Fernsehsendungen innerhalb gewisser Grenzen einen umgekehrten Zusammenhang zwischen der Qualität der Berichterstattung und der Größe des Publikums, das wir erreichen konnten. Eine Talkshow (z.B.: »Vera am Mittag«) hat eine größere Zuschauerschaft als eine sorgfältig recherchierte Dokumentation (z.B.: »Leben in Fesseln«).

Unsere Erfahrungen mit dem Medium Fernsehen bewerten wir als sehr positiv. Talkshows haben zwar nur wenig über die psychologischen und medizinischen Hintergründe einer Zwangserkrankung vermitteln können. Dennoch hatten die Talkshows in unserer Medienarbeit eine immense Bedeutung, weil sie eine breite Öffentlichkeit über Zwangserkrankung informierten und um Sympathie für die Betroffenen warben. In der Geschäftsstelle der DGZ war die Thematisierung von Zwangserkrankungen in einer Talkshow (z.B.: »Fliege«, »Schreinemakers live« etc.) stets an einem sprunghaften Anstieg der Anfra-

gen ablesbar. Dankbar wurden von den Moderatoren der Talkshows Empfehlungen von Experten aus den Reihen der DGZ berücksichtigt.

Rundfunk- und Fernsehsendungen benötigen neben Experten selbstverständlich die Betroffenen und deren Angehörige, die ihr Schicksal schildern. Während Experten als Interviewpartner leicht zu finden sind, lehnen viele Betroffene und deren Angehörige Auftritte in den Medien ab, obwohl sie ausnahmslos die Aufklärung über Medien sehr begrüßen.

Fernsehen und Radio bieten den Vorteil, daß sie mehr noch als das gedruckte Wort durch die lebendige Schilderung einer betroffenen Person Gefühle wecken. Die Bedeutung der Print-Medien ist aber ebenfalls sehr groß, weil Druckerzeugnisse, Fernsehen und Radio jeweils ein unterschiedliches Publikum erreichen.

Betrachten wir die Entwicklung der Öffentlichkeitsarbeit der DGZ als Ganzes, lassen sich drei verschiedene Tendenzen beobachten:

1. Dank der hervorragenden Zusammenarbeit von Betroffenen, Angehörigen und Experten kann die DGZ auf eine sehr erfolgreiche Öffentlichkeitsarbeit zurückblicken. 1999 war mit Abstand das stärkste Jahr. Stimulierend für das Interesse der Medien im Jahre 1999 war der Internationale Kongress der DGZ in Hamburg und die 2. Jahrestagung der DGZ in Bamberg.
2. Die Zwangserkrankung ist in den letzten Jahren deutlich bekannter geworden. Dennoch ist auch in Zukunft eine intensive Öffentlichkeitsarbeit dringend erforderlich, um Betroffenen Mut zur Therapie zu machen und um die auch weiter bestehende Lücke in unserer Gesundheitsversorgung zu schließen.
3. Das Interesse der Medien hat einen schubartigen Charakter, d.h. nach Zeiten intensiver Berichterstattung ist eine Pause notwendig, um Journalisten erneut für unser Thema zu interessieren.

## **Laien und Professionelle unter einem Dach**

Die Mitglieder der DGZ bestehen zu zwei Dritteln aus Laien, d.h. zwangskranken Betroffenen und deren Angehörigen. Die übrigen Mitglieder sind Experten, die in der Behandlung und der Forschung im Bereich der Zwangserkrankungen tätig sind. Die Zusammenarbeit zwischen Laien und Fachleuten in unserer Vereinigung hat große Vorteile, führt manchmal jedoch auch zu Schwierigkeiten, die im Folgenden jeweils aufgelistet werden:

### **Vorteile**

- Gemeinsames Auftreten führt zu einer größeren Schlagkraft in der Politik und in der Öffentlichkeitsarbeit. Betroffene und Experten, die in der Öffentlichkeit gemeinsam ihre Bedürfnisse formulieren, erhalten mehr Akzeptanz und Aufmerksamkeit. Damit steigt auch die Wahrscheinlichkeit, in der Politik Gehör zu finden.
- Journalisten erhalten aus einer Hand Experten und Betroffene als Inter-

viewpartner. Durch die gute Betreuung der Journalisten gelangte das Thema »Zwangserkrankungen« in den vergangenen sechs Jahren weitaus häufiger in die Medien als je zuvor.

- Die größere Nähe zwischen Betroffenen und Fachleuten unter einem Dach ermöglicht einen engeren Austausch an Erfahrungen und Interessen.
- Wissenschaftler erhalten schnellen Zugang zu der beforschten Zielgruppe.
- Laien erhalten aus erster Hand Informationen über die neuesten Entwicklungen in der Forschung.

### **Nachteile**

- Es ist eine große Diskrepanz der Interessen festzustellen: Experten wünschen Wissenschaftlichkeit, Betroffene wünschen Unterstützung in lebenspraktischen Dingen.
- Eine gleichberechtigte Zusammenarbeit ist schwierig. Vor allem den Laien mangelt es an Zuversicht, daß ihr Engagement in der Selbsthilfeorganisation ausreichend Beachtung findet. Mangelndes Engagement und Identifikation mit der Selbsthilfeorganisation sind die Folge. Experten scheuen die Zusammenarbeit mit Laien, weil sie deren Ansichten und Vorgehensweise als zu chaotisch und unprofessionell einstufen.

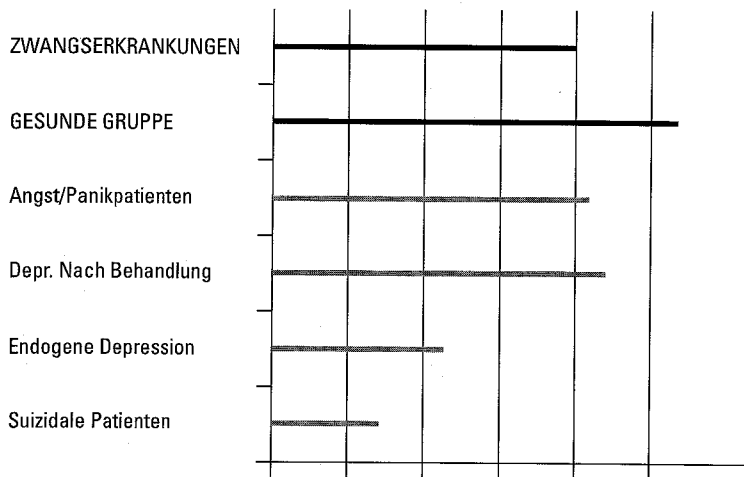
### **Selbststeuerung in der Selbsthilfe**

Zu Menschen mit Zwangserkrankungen gehören immer auch deren zwanghafte Symptome, z.B. des exzessiven Waschens oder Kontrollierens. Oder Zwangsgedanken, die sich um Themen wie Schuld, Sexualität und Religion bewegen. Neben der Symptomebene gibt es eine Besonderheit in der Persönlichkeit Zwangskranker, die uns in der Therapie und in der Selbsthilfe auf Schritt und Tritt begegnet: Zwangskranke zählen zu den sehr außenbestimmten Persönlichkeiten, die selten aus eigenem Antrieb ihre Bedürfnisse und Ziele äußern und entsprechend wenig Aktivität für eine Problemlösung zeigen. In der Therapie Zwangskranker wird diesem Aspekt mit intensivem Selbstsicherheitstraining und Selbstmanagementtherapie begegnet.

Im Vergleich zu anderen Bereichen in der Selbsthilfe mangelt es Zwangserkrankten im hohen Maße an Selbststeuerung. In der dargestellten Untersuchung von Hautzinger (s.o.) wurde der HAKEMP 90 von Kuhl angewendet. Die Skalenwerte des HAKEMP 90 (HOM = Handlungsorientierung nach Mißerfolg, HOP = Handlungsorientierung prospektiv) sind ein recht gutes Maß für Selbststeuerung und selbstbestimmte, zielgerichtete Handlungstendenzen einer Person. In der genannten Untersuchung erzielten Zwangskranke sogar geringere Werte in der Selbststeuerung als Betroffene mit einer Depression nach Behandlung oder Angst- und Panikpatienten.

Aus klinischer Erfahrung weiß ich, daß der Unterschied in der Selbststeuerung sogar noch wächst, wenn wir Zwangskranke mit Selbsthilfegruppen im Bereich körperlicher Erkrankungen oder in der Suchtkrankenhilfe vergleichen. Das Dilemma in der Selbsthilfe Zwangskranker besteht darin, daß das

## Selbststeuerung in verschiedenen Krankheitsgruppen Handlungsorientierung – Skalenwerte



Quelle: Hautzinger (in Kuhl & Beckmann, 1994, S. 211f.)

Engagement in einer Selbsthilfegruppe aber gerade ein hohes Maß an Selbststeuerungs-Kompetenzen und Selbstmanagement erfordert.

Das Gleiche gilt auch auf Ebene unserer bundesweiten Selbsthilfeorganisation: Von den 14 Gründungsmitgliedern der DGZ waren zwei Betroffene und die übrigen 12 waren Fachleute aus den Bereichen Medizin, Psychologie und Medien.

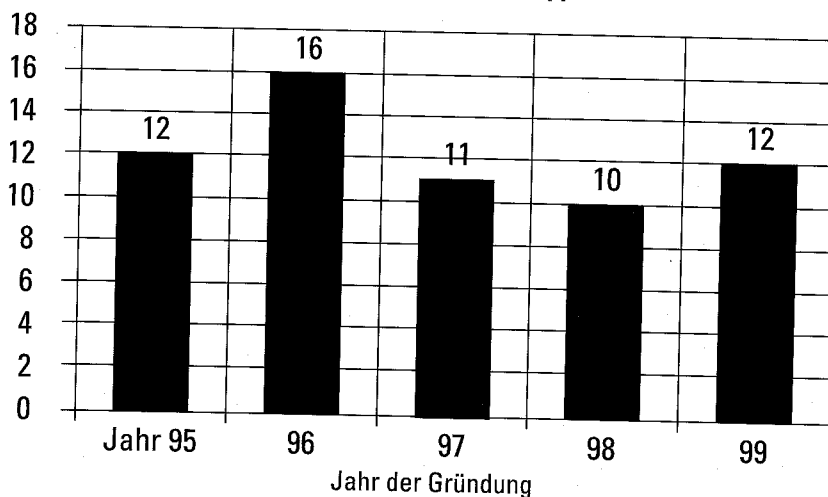
Unter dem Aspekt der geringen Initiative auf Seiten der Betroffenen ist diese expertenlastige Ausrichtung unseres Verbandes zu rechtfertigen. Vermutlich wäre ohne das Zutun der Fachleute keine Selbsthilfebewegung für Menschen mit Zwangsstörungen entstanden. Inzwischen begann in unseren Selbsthilfegruppen ein Prozeß, in dem Betroffene in unserem Verband immer mehr Verantwortung übernehmen. Die Herausforderung der nächsten Jahre besteht darin, bei gleichbleibendem Einsatz unserer Aktivitäten die Betroffenen in zunehmendem Maße in die Pflicht zu nehmen.

### **Neugründung von Selbsthilfegruppen Zwangserkrankter**

Unterstützt durch die Medienoffensive des DGZ-Bundesverbandes bildeten sich innerhalb von fünf Jahren 64 Selbsthilfegruppen, und weitere 27 Gruppen befinden sich in der Startphase. Die Anzahl der Teilnehmer umfaßt ca. 350 Betroffene sowie teilweise deren Angehörige. In der Geschäftsstelle der DGZ wird eine Selbsthilfekartei geführt, in der sich weitere 1285 (480 männlich/ 805 weiblich) Interessenten für eine Selbsthilfegruppe befinden. Die bestehenden Selbsthilfegruppen sind bis zum heutigen Zeitpunkt erstaunlich beständig. Ein völliges Auflösen von Gruppen ist bis heute eher die Ausnahme.



### Anzahl neuer Selbsthilfegruppen



Neugründung von Selbsthilfegruppen Zwangserkrankter 1995 – 2000 in ganz Deutschland

#### Was erwarten Zwangskranke von einer Selbsthilfegruppe?

Zu Beginn waren die Erwartungen der Betroffenen an eine Selbsthilfegruppe sehr hoch. Ratsuchende, die ihr Interesse an der Selbsthilfegruppe signalisierten, wünschten in der Regel die Führung durch einen Therapeuten. Gleichfalls gingen viele der Interessenten davon aus, daß eine Selbsthilfegruppe ein gleichwertiger Ersatz für eine fachlich durchgeführte Therapie sei. Viele Ratsuchende zeigten sich enttäuscht, wenn wir sie darüber informierten, daß eine Selbsthilfegruppe ausschließlich aus Betroffenen und deren Angehörigen besteht. Hilfe geben gehört hier ebenso zum Alltag, wie das Empfangen von Hilfe. Leider mußten wir auch die Vorstellung korrigieren, daß eine Zwangserkrankung in einer Selbsthilfegruppe zu »behandeln« sei.

Tatsächlich empfahlen wir den Interessenten für Selbsthilfegruppen, Kontakt zu den Therapeuten in ihrer Umgebung aufzunehmen. Über den Therapeuten kann dann, nach ersten Therapieerfolgen, der Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe hergestellt werden.

Umgekehrt raten wir unseren Selbsthilfegruppen, Kontakte zu verschiedenen Therapeuten zu initiieren, um dadurch folgende Ziele zu erreichen:

- Die allgemeine Öffentlichkeitsarbeit bei Therapeuten zu intensivieren: So unterstreicht die Existenz einer Selbsthilfegruppe die Wichtigkeit dieses Krankheitsbildes; die Wahrscheinlichkeit steigt, daß Therapeuten ihr Behandlungsangebot um diesen Aspekt erweitern.
- Einen fachlich fundierten Austausch zwischen Betroffenen und deren Angehörigen zu ermöglichen. Dazu werden Therapeuten gelegentlich gezielt eingeladen. Anlässe hierzu können Vorträge, Informationsveranstaltungen, Sammelsprechstunden und Kriseninterventionen sein

- Die Suche nach einem therapeutischen Gruppenleiter zu erleichtern, der der Gruppe die Fähigkeit einer effektiven Selbsthilfearbeit vermittelt.

Wie bereits gesagt besteht eine Besonderheit im Umgang mit Zwangspatienten in deren ausgeprägten Neigung zur Fremdbestimmtheit auf der einen Seite und der damit einhergehenden geringen Initiative auf der anderen Seite. Zu diesem Aspekt paßt auch sehr gut der Wunsch vieler Interessenten nach einer therapeutischen Anleitung der Selbsthilfegruppe. Im Jahre 1995 erschien ein »Leitfaden für Therapeuten zum Aufbau verhaltenstherapeutisch orientierter Selbsthilfegruppen« von Nicole Münchau, herausgegeben von der DGZ. Ziel des Leitfadens war es, daß Therapeuten Selbsthilfegruppen Anschubhilfe leisten. Gemäß einer im Leitfaden vorgegebenen Struktur wird eine konstruktive zielgerichtete Gruppenarbeit vermittelt. Zu diesem Zweck übt der Therapeut mit der Gruppe verschiedene Fähigkeiten der Gesprächsführung und der Problemlösung ein. In der Anfangsphase ist der Therapeut permanent anwesend und »leitet« die Gruppe. Im Laufe einer Entwicklung zieht der Therapeut sich sukzessive zurück und überträgt Schritt für Schritt seine Funktionen auf die Mitglieder der Gruppe. Nach seinem völligen Ausstieg beginnt die eigentliche Selbsthilfephase der Gruppe, während der Therapeut bei den Gruppengesprächen nicht mehr anwesend ist, sich aber für Anfragen bereit hält. In diesem Zusammenhang wurde ich von Kritikern immer wieder ermahnt, daß an dieser Stelle der Begriff »Selbsthilfe« falsch benutzt wird. Im traditionellen Verständnis von Selbsthilfe, setzen sich die Gruppen aus Betroffenen und deren Angehörigen zusammen, die Teilnahme von Experten paßt nicht in diese Vorstellung. Zehn Selbsthilfegruppen arbeiteten mit in der vom Leitfaden vorgegebenen Struktur in Zusammenarbeit mit einem Therapeuten, eine wissenschaftliche Evaluation wurde nicht vorgenommen.

### **Wie wirkt Selbsthilfe bei Zwangskranken?**

Auf bisher drei Bundestreffen der Selbsthilfegruppen Zwangskranker in den Jahren 1998, 1999 und 2000 wurde mit Vertretern verschiedener Selbsthilfegruppen die Effektivität von Gruppenarbeit diskutiert. Während der Bundestreffen wurden Protokolle der Diskussion erstellt, hieraus gingen die folgenden Aspekte der Selbsthilfearbeit hervor. Die Spannbreite der Gruppenarbeit reichte von lockeren Treffen in der privaten Wohnung oder in einem Café bis hin zu festen Terminen in den Räumen einer Pfarrgemeinde oder eines Selbsthilfezentrums. Die Selbsthilfegruppen, die wir kennen, arbeiten in der Regel mit einer größeren Zufriedenheit, wenn sie sich eine feste Struktur gegeben haben und wenn der Ablauf einer Gruppensitzung festen Spielregeln folgt. In meinem Buch »Zwänge – der Weg aus einer häufig verheimlichten Erkrankung« gebe ich im Abschlußkapitel einen Überblick über die bewährtesten Regelsysteme, die Verwendung gefunden haben. Unter <http://www.zwaenge.de> ist auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. ebenfalls eine Niederschrift bewährter Gruppenregeln zu finden.

### **Probleme von Selbsthilfegruppen**

Zwangsstörungen haben in der Psychotherapie bis zur Mitte der 90er Jahre praktisch keine Rolle gespielt. Zum Teil fanden die Betroffenen nicht den Weg aus ihrem Schattendasein. Zu einem anderen Teil wurden Zwangskranke mit falscher Diagnose und unzureichenden Methoden behandelt.

Aufgrund dieser Besonderheit findet sich in den Selbsthilfegruppen Zwangskranker ein Überhang von Mitgliedern ohne Therapieerfahrung. Da in den meisten Therapien als Nebeneffekt auch soziale Kompetenzen vermittelt werden, ist es wenig verwunderlich, daß in vielen Gruppen Zwangskranker über zu geringe Erfahrung in Gestaltung von Gruppentreffen geklagt wird. Durch ein fehlendes Netzwerk an Beratungsstellen, werden auch in Zukunft die Selbsthilfegruppen die einzigen Ansprechpartner vor Ort sein, die ratsuchenden Betroffenen Orientierungshilfe leisten können.

Als problematisch wird auch ein Mangel an konkreten Zielen in der Gruppenarbeit beschrieben. Auch dies mag mit mangelnder Therapieerfahrung zusammenhängen, weil die meisten Therapien eine problem- und zielorientierte Arbeitsweise anstreben.

Darüber hinaus sind in den Selbsthilfe-Gruppen auch sehr viele Betroffene zu finden, die in der Therapie enttäuschende Erfahrungen gesammelt haben. Gemeinsam mit den Betroffenen ohne Therapieerfahrungen zementiert dies eine Haltung ohne Perspektive und Hoffnung. Der häufig berichtete Mitgliederschwund der Gruppen hängt im Wesentlichen ab von der fehlenden Erfolgszuversicht in den Gruppen. Eine grundlegende Besserung dieser Situation können wir erst in der Zukunft erwarten, wenn wir aufgrund der Verbesserung der Behandlungssituation im ambulanten und stationären Bereich auch eine Zunahme der Zuversicht in den Selbsthilfegruppen erhoffen können.

Für die Zukunft der Selbsthilfe im Bereich der Zwangserkrankungen ist es von großer Bedeutung, ob Patienten nach erfolgreicher Behandlung eine Selbsthilfegruppe aufsuchen werden. Viele Betroffene, die eine Therapie erfolgreich abschlossen, meiden jedoch den Kontakt mit solchen, die noch voll in ihren Zwangssystemen gefangen sind. Als Begründung wird hier die Befürchtung geäußert, durch die Schilderung von Zwängen anderer Gruppenteilnehmer ein ungünstiges Modell zur Nachahmung zu erhalten. Um sich nicht an anderen Zwängen »anzustecken« und damit einen eigenen Rückfall zu provozieren, meiden sie den Umgang mit anderen Betroffenen.

Dies steht im Gegensatz zu der Suchtkrankenhilfe, in der die feste Anbindung an eine Selbsthilfegruppe als ein wichtiger Schutz vor einem Rückfall gilt. Sehr wahrscheinlich hängt diese Schutzwirkung der Sucht-Selbsthilfegruppen eng damit zusammen, daß in Ihnen die Symptommfreiheit (»Trockenheit«) die Regel ist, während die Symptommfreiheit in Selbsthilfegruppen Zwangserkrankter eher die Ausnahme darstellt.

Bisher ist empirisch nicht geklärt, ob diese Befürchtung ehemals Zwangs-

erkrankter eine reale Grundlage hat, oder ob doch noch eher ein Rest zwanghafter Symptomatik dahinter steckt.

Offen ist zudem die Frage, ob nach erfolgreicher Therapie von Zwangserkrankungen überhaupt Rückfallgefahren drohen. Bisherige Therapiestudien belegen stabile Behandlungserfolge. Auch in meiner sechsjährigen Beratungsarbeit mit ca. 20.000 Einzelgesprächen traf ich keinen einzigen Menschen, der einen Rückfall in seine Symptome durch zwanghafte Vorbilder berichtete. Der Nachteil der bekannten Studien ist jedoch, daß sie im Höchstfall einen Kata-mnesezeitraum von höchstens zehn Jahren überblicken. Daher kann auch die Frage, ob die Selbsthilfegruppen den Rückfall in eine Zwangssymptomatik begünstigen oder verhindern, zur Zeit nicht endgültig beantwortet werden.

### **Stärken von Selbsthilfegruppen**

Auch in Anbetracht vieler offener Fragen und ungelöster Probleme überwiegen in der Selbsthilfe Zwangserkrankter eindeutig die Vorteile: In der Selbsthilfegruppe erfahren Betroffene unmittelbar eine Entlastung, weil sie einen Vergleich für das von ihnen selbst als peinlich und verrückt empfundene Zwangssymptom bekommen. Damit einher geht eine Steigerung des Selbstwertes. Entlastung und Selbstsicherheit bringt Zwangskranken sogar eine gewisse Verringerung ihrer Symptome. Diese Verringerung ist aber nicht mit den Effekten einer fachlich durchgeführten Therapie vergleichbar. Entgegen mancher Vorstellung ist die Selbsthilfe keine Alternative zur Therapie. Da Zwangskranke sich zuvor in einem Prozeß zunehmendem sozialen Rückzugs befanden, bedeutet der Eintritt in eine Gruppe die Überwindung von Isolation. Arbeit, Begegnung und Gespräch in der Gruppe fördern alte und neue soziale Kompetenzen zu Tage.

Wie bereits gesagt dienen Selbsthilfegruppen als Forum zur Vertretung eigener Interessen. Dies geschieht im kleinen Stil durch direkte Ansprache von Therapeuten und anderen Helferguppen, oder durch Öffentlichkeitsarbeit im großen Stil: Veranstaltungen, Pressemitteilungen und Fernsehsendungen.

Als klinischer Psychologe wünsche ich mir eine Integration der Selbsthilfe in die fachlich durchgeführte Behandlung mit folgenden Zielen:

1. *Motivierung zu der richtigen Behandlung.* Selbsthilfegruppen kennen die Therapeuten und Kliniken in ihrer Umgebung und wissen deren Kompetenzen realistisch einzuschätzen.
2. *Weiteres Trainieren verhaltenstherapeutischer Übungen.* Verhaltenstherapie möchte Patienten einen Werkzeugkoffer an Übungen vermitteln. Während der Patient sein verhaltenstherapeutisches Handwerkzeug sicher beherrscht, unterläßt er häufig die notwendige Fortführung der Übung, weil es ihm an Motivierungshilfe fehlt. Selbsthilfegruppen können diese wichtige Lücke schließen.
3. *Solidarität bei eventuellen Rückfällen.* Da die Selbsthilfebewegung Zwangskrankter und die Entwicklung therapeutischer Angebote heute noch

recht jung ist, liegen bisher noch wenig Erfahrungen über die Rückfallgefahren bei Zwangserkrankungen vor (s.o). Wenn sich in den Gruppen der Anteil der Mitglieder mit erfolgreich abgeschlossener Therapie zukünftig erhöht, wird die Möglichkeit einer wirkungsvollen Unterstützung bei Rückfällen immer wahrscheinlicher.

Schon heute ist die Solidarität in der Krankheitsannahme eine große Stärke der Selbsthilfegruppen. Nur eine Minderheit der Betroffenen findet den Weg in eine wirkungsvolle Behandlung. Dies hängt zum Teil mit den noch geringen Angeboten zur Therapie zusammen. Es gibt aber nach wie vor eine große Anzahl von Betroffenen, die die bekannten wirksamen Behandlungsstrategien Medikamente und Verhaltenstherapie ablehnen. Andere Betroffene sehen aufgrund der Schwere ihrer Störung und dem Versagen bisheriger Ansätze zur Therapie keine Möglichkeit für eine erfolgversprechende Entwicklung. Hier kann die Selbsthilfe eine wichtige Begleitung für die häufig chronisch verlaufende Zwangserkrankung sein.

### **Literatur**

- Ciupka-Schön, Burkhard. (2001) Zwänge – Hilfe für ein häufig verheimlichtes Leiden. Walter Verlag.
- Hoffmann, N. (1990). Wenn Zwänge das Leben einengen. Mannheim: PAL-Verlag.
- Hoffmann, N. (1994) Seele im Korsett. Freiburg: Herder Verlag.
- Kuhl, J. & Beckmann, J. (1994). Volition and Personality: Action versus state orientation. Göttingen/Seattle: Hogrefe.
- Münchau, Nicole. (1995). Leitfaden für Therapeuten zum Aufbau verhaltenstherapeutisch orientierter Selbsthilfegruppen. Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. (Herausgeber).
- Reinecker, H.S. (1994). Zwänge. Diagnose, Theorien und Behandlung (2. Auflage). Bern: Hans Huber Verlag.
- Vereinsjournal der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. ist die »Z-aktuell«. In unserer Zeitschrift, die viermal im Jahr erscheint, kommen Betroffene und Angehörige zu Wort, Selbsthilfegruppen geben Bericht über die Entwicklungen in den Regionen, Experten vermitteln Einblicke in die neuesten Entwicklungen
- Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V.  
Postfach 15 45, 49005 Osnabrück).
- Sie erreichen uns montags bis donnerstags von 10.00 bis 12.00 Uhr und von 14.00 bis 16.30 Uhr, sowie freitags von 10.00 bis 14.00 Uhr.
- Telefon: 05 41/35 7 44-33  
Telefax: 05 41/35 7 44-35  
Internet: <http://www.zwaenge.de>

Burkhard Ciupka-Schön ist Leitender Psychologe der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen.