

# UMGANG MIT ÄNGSTEN



**CROHN COLITIS  
SCHWEIZ**

Schweizerische Morbus Crohn/  
Colitis ulcerosa Vereinigung

**fokus**

Ein kleiner Ratgeber für Betroffene



## IMPRESSUM

Broschüre der Crohn Colitis Schweiz,  
Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung

**Auflage:** 4000 Exemplare

**Herausgeber:**

Crohn Colitis Schweiz  
Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung  
5000 Aarau  
Telefon/Fax: 0800 79 00 79  
welcome@crohn-colitis.ch  
Postkonto: 50-394-6

**Medizinische Fachberatung:**

Prof. Dr. med. Dr. phil. Gerhard Rogler  
Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie  
Universitätsspital Zürich  
Rämistrasse 100, 8091 Zürich

**Nachdruck und Wiedergabe,  
auch auszugsweise, nur mit Genehmigung  
des Crohn-Colitis-Schweiz-Vorstandes.**

Verwendete Fotos in dieser Broschüre müssen  
keinen direkten Bezug zum Text aufweisen.

**Korrektorat:**

Franziska Landolt, [www.1-2-fehlerfrei.ch](http://www.1-2-fehlerfrei.ch)

**Gesamtherstellung:**

Gutenberg Druck AG, Lachen  
[www.gutenberg-druck.ch](http://www.gutenberg-druck.ch)

**Stand:** 2. Auflage, März 2020

## INHALTSVERZEICHNIS

- 3 Umgang mit Ängsten
- 11 Selbsthypnose – die Sprache mit dem Unbewussten
- 14 Feuerlaufen – die Königsdisziplin im Mentaltraining
- 16 Vor Angst in die Hosen scheissen
- 24 Die Zusammenhänge
- 30 Diagnose Morbus Crohn – das löst unzählige Ängste aus!
- 34 Höllische Zustände
- 37 Kontakte

# UMGANG MIT ÄNGSTEN



**Prof. Dr. med.  
Dr. phil.  
Gerhard Rogler**

Klinik für Gastro-  
enterologie und  
Hepatologie  
Universitätsspital  
Zürich

**Jeder kennt das Gefühl, jeder hat es schon erlebt: Angst. Angst ist unangenehm, beeinträchtigt die Lebensführung, bindet Aufmerksamkeit, stört die Konzentration. Angst existiert in verschiedenen Ausprägungen und ist letztlich ein Überbegriff für eine Vielzahl von unterschiedlichen Gefühlsregungen.**

Eine Gemeinsamkeit der verschiedenen Gefühle, die mit Angst beschrieben werden, ist die Verunsicherung oder die damit verbundene Unsicherheit. Verunsicherung hängt oft damit zusammen, dass man mit etwas Unbekanntem konfrontiert ist. Während man vor einer bekannten Gefahr eher Furcht empfindet, löst das Unbekannte zumeist Angst aus. Die Grenzen der Angst sind oft schwer zu bestimmen, ihre Auslöser schwer festzumachen, Lösungsmöglichkeiten zur Vermeidung oder Behebung von Angst nicht immer offensichtlich.

Im Rahmen von **chronisch entzündlichen Darmerkrankungen** treten Ängste immer wieder auf, begleiten die Erkrankung oder nehmen auch Einfluss auf den Erkrankungsverlauf. Daher ist es sinnvoll, sich über das Thema Angst und chronisch entzündliche Darmerkrankungen ein paar Gedanken zu machen. Zunächst einmal muss man sich vergegenwärtigen, dass Angst an sich eine normale und natürliche Reaktion ist und auch wichtige Funktionen im Leben erfüllt. Sie erhöht in Gefahrensituationen die Aufmerksamkeit und kann ein angemessenes vorsichtiges Handeln hervorrufen. Das gilt natürlich nur, wenn die Angst nicht überhandnimmt und das Handeln nicht komplett blockiert.

Wann tritt nun Angst im Verlauf einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung auf? Bei den meisten Betroffenen von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wird Angst zum ersten Mal dann auftreten, wenn die Diagnose gestellt wird. Die Unsicherheit, die mit den Begriffen wie «Colitis ulcerosa» oder «Morbus Crohn» verbunden ist, löst diese Angst aus. Zunächst einmal kann man sich unter diesen Begriffen wenig

vorstellen. Es braucht eine Zeit, bis man genug über diese Erkrankungen erfahren hat, um die Angst zu verlieren. Jede chronische Erkrankung stellt zunächst einmal einen Angstfaktor dar, bis man sich ein bisschen an sie gewöhnt hat und sie in das Leben integrieren konnte. Daher ist es wichtig, bei der Übermittlung der Diagnose nicht sozusagen mit der Tür ins Haus zu fallen. Aussagen wie «Sie haben einen Morbus Crohn. Das ist eine chronisch entzündliche Darmerkrankung. Sie haben ein Risiko von zwei Dritteln, dass Sie operiert werden müssen. Wahrscheinlich brauchen Sie eine dauerhafte medikamentöse Therapie. Die Erkrankung wird Sie Ihr Leben lang begleiten» sind bei der Diagnosestellung wenig hilfreich. Es kann nicht darum gehen, den Betroffenen gleich mit solchen Aussagen zu überfordern, die zudem nur für einen Teil der Patienten zutreffen.

Wichtig erscheint mir hier, über die unterschiedlichen Verlaufsformen von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen zu sprechen. Schliesslich zeigen bevölkerungsbezogene Studien, dass  $\frac{1}{3}$  der Patienten mit Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa niemals Kortison braucht, sondern mit weniger ins Immunsystem eingreifenden und «harmloseren» Medikamenten behandelt werden kann. Etwas mehr als ein Drittel der Betroffenen zeigt einen eher aggressiven Krankheitsverlauf. Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung ist noch unklar, wer einen aggressiveren Verlauf bekommen wird und wer nicht. So wie die/der Betroffene ihre/seine Erkrankung erst mit der Zeit kennenlernt, trifft dies auch für den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin zu. Auch sie/er lernt erst über die nächsten Wochen und Monate, wie sich die jeweilige Erkrankung individuell verhalten wird. Sicherlich ist es sinnvoll, mithilfe von einfachen Schemata zu erklären, welche Regionen des Darms bei Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa befallen sein können. Es ergibt auch Sinn, die grundlegenden Therapien zu erörtern und allgemeine Massnahmen (wie zum Beispiel Rauchstopp bei Morbus Crohn) zu besprechen. Wichtig ist jedoch, den Betroffenen im Erstgespräch über die Erkrankung nicht zu überfordern. Da bei der Diagnosestellung ohnehin ein gewisser Schreck entstehen wird, wird nur ein Bruchteil der Informationen aufgenommen.

Wichtiger ist es hingegen, auf die Fragen der Betroffenen einzugehen, auch wenn sie zum aktuellen Zeitpunkt nicht relevant erscheinen. Nicht beantwortete Fragen erzeugen zusätzliche Unsicherheit und damit zusätzliche Ängste. Es ist daher nicht sinnvoll, solche Fragen vom Tisch zu wischen und sie aktuell als nicht wichtig zu bezeichnen. Selbst Fra-

gen, die dem Arzt als komplett irrelevant erscheinen, sollten zu diesem Zeitpunkt beantwortet werden. Sie beschäftigen offensichtlich die/den Betroffenen – und damit sind sie relevant.

Auch im weiteren Verlauf von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen spielen Ängste für den Behandlungserfolg und die Lebensqualität eine wichtige Rolle. Das Vorhandensein von Ängsten schränkt die Lebensqualität ein, nicht zuletzt deshalb, weil die normale Lebensführung beeinträchtigt ist. Wer grosse Ängste verspürt, wird sein Leben nach diesen Ängsten ausrichten, was bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen eher kontraproduktiv ist. Wer Angst hat, die Wohnung zu verlassen, ist in seiner Lebensführung sehr eingeschränkt. Wenn die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen erst die komplette Lebensführung beeinflussen, sind sie allgegenwärtig und bestimmen das Denken, was nicht günstig für den Verlauf ist.

Der nächste Zeitpunkt, bei dem Ängste eine grosse Rolle spielen, ist bei der Verschreibung von Medikamenten. Patienten wünschen sich die bestmögliche Therapie und haben andererseits vor den Nebenwirkungen und Langzeiteinflüssen dieser Therapie grosse Ängste. Wiederum ist hier eine grosse Unsicherheit vorhanden. In den Produktinformationen für Medikamente steht jeweils eine lange Reihe von Nebenwirkungen. Prinzipiell ist es nicht vorhersagbar, wer eine solche Nebenwirkung erleiden wird und wer nicht. So kommt es zum Beispiel bei 5-Aminosalizylsäure (Asacol, Pentasa, Salofalk) bei einem von 2000–5000 Patienten vor, dass eine Nierenschädigung auftritt. Das ist natürlich selten. Zudem hört man zum Beispiel, dass bei Immunhemmern wie Azathioprin sich das Risiko für Lymphdrüsenkrebs verdreifacht. Wenn man von solchen Risiken hört, sind Ängste unvermeidlich. Dies führt dann häufig dazu,

**«The risks that kill you  
are not necessarily the risks  
that anger and frighten you.»**

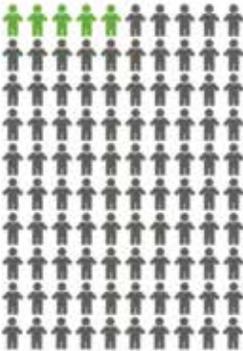
**Sandman 1987**

dass aufgrund dieser Ängste Medikamente nicht oder nur unregelmäßig eingenommen werden, was die Grunderkrankung oft verschlimmert und dadurch die Behandlung beeinträchtigt. Nicht zuletzt deshalb wird zunehmend Augenmerk auf die Kommunikation zwischen Arzt und Patient und das bestehende Vertrauensverhältnis gelenkt. Daher haben wir ein «Kommunikationstool» für Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen entwickelt. Im Grunde sind das nichts anderes als Grafiken mit jeweils hundert Symbolen für Männer und Frauen, die in Grau hinterlegt sind und bei denen in einer anderen Farbe das Risiko für Nebenwirkungen oder aber für einen Schub der chronisch entzündlichen Darmerkrankung abgebildet ist. Wenn man das Schubrisiko und das Nebenwirkungsrisiko zum Beispiel bei der Therapie mit Azathioprin nebeneinander abbildet, ist der Vorteil der Therapie für jeden offensichtlich und Ängste werden gemindert.

### Patient in Entzündungsfreiheit durch AZA

Risiko eines Entzündungsschubes bei **Fortführung\*** oder **Stop\*** der Therapie

#### 5 / 100 Patienten



Median therapy period: 68,4 months

#### 28 / 100 Patienten



\* Median follow up after therapy stopped: 54,5 months

Profontaine E et al. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jan 21;(1):CD000067. Review; Treton X et al. Groupe D'Etude Thérapeutique Des Affections Inflammatoires Du Tube Digestif (GETAID); Treton X et al. Clin Gastroenterol Hepatol. 2009 Jan;7(1):80–5. Epub 2008 Sep 4

Für das Risiko des Lymphdrüsenkrebses reichen jedoch 100 kleine Menschensymbole nicht aus, um das Risiko abzubilden. Das Risiko in der Normalbevölkerung beträgt 3 Erkrankungen pro 10 000 Menschen.

Eine Verdreifachung des Risikos bedeutet also 9 Erkrankungen pro 10 000 Menschen. In einer Abbildung von 10 000 Symbolen ist das verschwindend gering und macht optisch klar, wie klein das Risiko wirklich ist. Diese Abbildung hat sicherlich vielen Betroffenen schon ihre Ängste genommen und hat sich in unserer Praxis als sinnvoll und wichtig erwiesen. Wenn man dagegen sieht, wie hoch durch eine chronische entzündliche Aktivität das Risiko für Dickdarmkrebs bei der Colitis ulcerosa werden kann (bis zu 20 von 100) und dass man das Risiko des Dickdarmkrebses auch bei der Colitis durch gute Entzündungskontrolle auf das Risiko des gesunden Menschen senken kann (6 von 100), dann wird eines klar: Das Risiko für Lymphdrüsenkrebs steigt um 3 von 10 000. Das Dickdarmkrebsrisiko wird um 6 von 100 niedriger. Dies ist nur ein Beispiel, wie man durch bildhafte Darstellungen die wirklichen Verhältnisse besser darstellen kann und wie letztlich Ängste durch eine gute Kommunikation abgebaut werden können.

### **Patienten mit chronischer Dickdarmentzündung (Colitis ulcerosa)**

Risiko, bei unkontrollierter Entzündung im Verlauf von 30 Jahren Darmkrebs zu entwickeln

**18 / 100 Patienten**

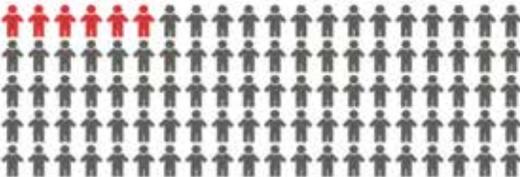


Eaden JA et al. Gut 2001;48:526–35

### **Patienten mit chronischer Dickdarmentzündung (Colitis ulcerosa)**

Risiko, bei Entzündungsfreiheit durch Therapie im Verlauf von 30 Jahren Darmkrebs zu entwickeln

**6 / 100 Patienten**



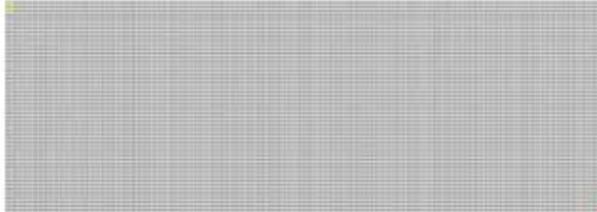
Eaden JA et al. Gut 2001;48:526–35

## Patienten mit chronischer Dickdarmentzündung (Colitis ulcerosa)

Risiko, unter Therapie mit dem Immunhemmer **Azathioprin** ein Lymphom («Lymphdrüsenkrebs») zu entwickeln vs. **ohne Medikament**

**5 / 10 000 Patienten**

**28 / 10 000 Patienten**



Beaugerie L et al. Lancet 2009;374:1617–1625

Ein weiterer Grund für Ängste bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen liegt darin, dass man den Darm schlecht fühlen kann. Viele Betroffene erklären, dass ihnen ihr Darm unheimlich wird, weil sie einen Schub vorher durch keinerlei Anzeichen bemerkt haben. Die Angst vor dem nächsten Schub bestimmt somit das Leben. Hier kann zum Glück die Calprotectin-Messung eine gewisse Hilfe anbieten. Die Bestimmung des Calprotectins im Stuhlgang ermöglicht eine Aussage über den aktuellen Entzündungszustand der Darmschleimhaut. Ein Anstieg auf das Zwei- bis Dreifache innerhalb von vier Wochen zeigt an, dass sich hier möglicherweise ein Schub ankündigt. So tragen neue Verlaufsparmeter dazu bei, Ängste vor neuen Schüben zu reduzieren und abzubauen und den Betroffenen zusätzliche Sicherheit zu geben.

Ein weiterer Grund für Ängste bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, insbesondere bei Morbus Crohn, ist die Angst vor Operationen. Nach wie vor müssen 50% aller Betroffenen mit Morbus Crohn früher oder später operiert werden. Allerdings bedeuten diese Operationen nicht immer die Entfernung eines grossen Darmstücks. Häufig kann inzwischen mit Schlüssellochtechnik durch den Bauchnabel hindurch laparoskopisch operiert werden. Solche Operationen werden im Allgemeinen ohne grosse Narbenbildung einhergehen. Insgesamt wird beim Morbus Crohn inzwischen versucht, so wenig wie möglich vom Darm zu entfernen. Dabei ist auch zu bedenken, dass manchmal nach einer Operation für viele Jahre oder sogar Jahrzehnte Beschwerdefreiheit besteht. Eine Operation ist daher nicht als die letzte Möglichkeit der Therapie, als das Versagen der Therapie oder als schrecklichste Konsequenz der chronisch entzündlichen Darmerkrankung anzusehen.

Vielmehr sollte im Vertrauensgespräch zwischen Arzt und Betroffenen auch das Thema der Operation immer wieder als Therapiemöglichkeit diskutiert werden. Wenn die Vorteile und Nachteile einer Operation im Vergleich zu einer jahrelangen medikamentösen Therapie abgewogen werden, kann durchaus häufig ein Vorteil der Operation sichtbar sein. Hier helfen sicherlich unmittelbar vor der Operation eine gute Aufklärung und eine Vertrauensbasis zum Chirurgen. Die Ängste vor der Operation lassen sich jedoch vor allen Dingen dann vermeiden, wenn sie immer wieder als therapeutische Option schon frühzeitig mitgedacht wird. Sie ist eben dann gerade keine letzte Möglichkeit, sondern zu jedem Zeitpunkt eine Therapiealternative, deren Vor- und Nachteile in Ruhe besprochen werden können.

Ängste lassen sich nur dann gut reduzieren, wenn zwischen Behandelndem und Behandeltem eine Vertrauensbasis besteht. Gegebenenfalls kann es auch wichtig sein, sich eine zweite Meinung einzuholen. Im Allgemeinen ist es jedoch nicht sinnvoll, Dritt- oder Viertmeinungen einzuholen. Man kann nicht erwarten, dass die Aussagen von drei oder vier Ärzten absolut deckungsgleich sein werden. Aus dem, was an Widersprüchen dann bleibt, werden neue Ängste und Unsicherheiten entstehen. Wenn eine solche Vertrauensbasis nicht gegeben ist, kann durchaus ein Arztwechsel sinnvoll sein. Ziel sollte bei diesen hochkomplexen Erkrankungen jedoch immer die Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und Arzt sein. Entscheidungen müssen individuell getroffen werden. Hierzu bedarf es einer gegenseitigen Kenntnis. Letztlich ist Vertrauen auch die beste Waffe gegen Ängste und Unsicherheiten.

In manchen Fällen gehen jedoch die Angstreaktionen über das gesunde Mass hinaus. Zu viel Angst erzeugt einen schlechteren Verlauf von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Dies zum einen, weil die Angst verhindert, dass die richtige Therapie eingeleitet oder regelmässig eingenommen wird. Zum anderen, weil Angst und Depression in der Tat einen schlechteren Verlauf der Erkrankung bedingen. Dazu könnte der Stress beitragen, den die Angst auslöst, dazu könnten die Stimmungsschwankungen, die mit der Angst verbunden sind, auch beitragen. Wenn Ängste zu stark vorhanden sind, wenn Betroffene sehr angstbelastet sind, sollte eine psychologische oder psychiatrische Zusatzbetreuung erfolgen. Sie ist Teil der Behandlung der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, sie ist sinnvoll und sie kann den Verlauf entscheidend beeinflussen. Wichtig ist jedoch, dass der Behandler, die Ärztin oder der Arzt hier ebenfalls nicht einfach eine Überweisung zu

einem beliebigen Psychologen oder Psychiater ausstellt, sondern sich versichert, dass die Kollegin oder der Kollege Kenntnis über chronisch entzündliche Darmerkrankungen hat. Teilweise ist festzustellen, dass von Psychiatern Medikamente verschrieben werden, die eher ungünstig sind. Ebenso ist zum Teil festzustellen, dass die Kenntnisse über die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen bei den Kolleginnen und Kollegen wenig ausgeprägt sind. Im Züricher UniversitätsSpital haben wir daher seit Jahren eine sehr enge Zusammenarbeit mit dem Institut für Psychologie aufgebaut. Die dortigen Mitarbeiter(innen) kommen regelmässig zum Austausch über die gemeinsam behandelten Patienten zusammen.

Leider sind das Thema Angst und auch das Thema Kommunikation und Risikobewertung immer noch Randthemen bei der Erforschung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen und in der täglichen Praxis. Aufgrund der Bedeutung des Bereichs darf dies nicht so bleiben. Im Bereich der Swiss IBD Cohort Study haben wir uns mit dem Thema beschäftigt. Prof. Dr. Roland von Känel hat hierzu einen eigenen Themenschwerpunkt aufgebaut und bereits sehr wichtige Ergebnisse publiziert. So konnte er in der Tat zeigen, dass Angst ein schlechter prognostischer Faktor für chronisch entzündliche Darmerkrankungen ist. Es wird wichtig sein, in der Zukunft hier weitere Ergebnisse zu gewinnen, um die Behandlung weiter verbessern zu können.

Am Ende erscheint mir aber vor allen Dingen ein Punkt zentral: Ängste können nur dort abgebaut werden, wo Unsicherheit abgebaut wird. Unsicherheit entsteht nicht zuletzt auch durch Misstrauen. Ein Vertrauensverhältnis zwischen Betroffenen und den Behandlern ist daher unerlässlich. Dieses Vertrauensverhältnis lässt sich nur aufbauen, wenn die Betroffenen sich ausreichend informiert fühlen, da ihnen diese Information Sicherheit gibt.

# SELBSTHYPNOSE – DIE SPRACHE MIT DEM UNBEWUSSTEN



**Gabriela  
Bretscher**

Coach/Trainer rund  
um die Persönlich-  
keitsentwicklung,  
Geschäftsführerin  
Firma jados  
[www.jados.ch](http://www.jados.ch)

**Ich war noch jung, hatte ein kleines Kind und leitete ein Tierheim. Eine Einladung zu einer Feier flatterte ins Haus. Schön, oder? Doch da war sie wieder ... die Angst.**

Sie schlich sich langsam an und nahm meinen Körper, meinen Geist und meine Seele in Besitz. Ich schlief nicht mehr, meine Muskeln waren andauernd angespannt, das WC und ich wurden die besten Freunde. Eigentlich sollte so eine Einladung Freude bereiten, doch bei mir löste sie Stress, Angst und Panik aus. Angst kann vollkommen irrational sein und es fällt schwer, sich jemandem anzuvertrauen.

Ich bekam immer mehr Schwierigkeiten, mehrere Operationen folgten und meine Lebensfreude schwand.

Ich fühlte mich «ohnmächtig» und dem Schicksal ausgeliefert.

Es brauchte noch seine Zeit, bis ich mich der Herausforderung «Angst» stellte. Mithilfe von Selbsthypnose und Verhaltenstraining gewann ich den Kampf. Heute lebe ich mein Leben und nicht die Angst bestimmt über mich.

Mein Interesse war geweckt. Mein Weg begann ...

Mein Name ist Gabriela Bretscher-Sut. Ich bin 53 Jahre alt, lebe und arbeite als Trainer und Coach im wunderschönen Luzern. In all den Jahren habe ich mich in diversen Ausbildungen und Weiterbildungen zum Thema Persönlichkeitsentwicklung schulen lassen. Seit über 15 Jahren leite ich Seminare und habe eine Praxis rund um die Persönlichkeitsentwicklung, das Bewusstsein und das Unterbewusstsein. Mein Fachgebiet ist das Thema Angst.

Angst und Schmerz – ein Liebespaar? Ein Schiff ist im Hafen sicher, doch dafür wurde es nicht gebaut.

Angst blockiert. Es nimmt uns Selbstvertrauen, die Muskeln versteifen sich und die Schmerzen werden grösser. Die ständige Wechselwirkung

von Angst und Schmerz raubt uns Energie, die wir anders besser brauchen könnten. Eine Lösung, aus diesem «Kreis» auszubrechen, heisst Entspannung und Motivation, beides ist mittels Selbsthypnose möglich. Den Entscheid zu fällen, «jetzt reicht es, ich will wieder die Kontrolle über mich», ist der erste Schritt dazu. Denn etwas zu verändern beginnt im Kopf. Dann heisst es trainieren und herausfinden, welche «Technik» einem dabei am meisten hilft.

Eine sehr wirkungsvolle Technik ist die Hypnose.

Doch was ist Hypnose überhaupt? Waren Sie schon einmal so in ein Buch vertieft, dass Sie nicht gehört haben, wenn jemand denselben Raum betreten hat? Oder kam es schon vor, dass Sie lange Auto gefahren sind und bei der Ankunft ganz überrascht waren, dass Sie schon am Ziel angekommen sind?

Da waren Sie bereits in einem hypnotischen Zustand. Man befindet sich zwischen Schlaf und Wachbewusstsein

Hypnose ist ein Bewusstseinszustand, der mit tiefer Entspannung und erhöhter Beeinflussbarkeit verbunden ist. Man kennt das aus der Showhypnose.

Die Hypnotherapie wird als eine therapeutische Form genutzt, um das Unterbewusstsein zur Problemlösung anzuregen, und die Selbsthypnose ist eine Hilfe zur Selbsthilfe. Es ist eine relativ schnelle Art, um auf Ihr Unterbewusstsein zuzugreifen und dauerhafte Veränderungen herbeizuführen.

Man kommt in eine Trance, in der die Aufmerksamkeit voll und ganz auf etwas Bestimmtes gerichtet ist. Durch die tiefe Entspannung und doch hohe Konzentration auf etwas Bestimmtes entstehen neue Hirnverkopplungen. Somit kann eine dauerhafte Veränderung stattfinden. Bei regelmässigem Training in Selbsthypnose können wir uns in die gewünschte Richtung «programmieren». Es kann auch Ihnen helfen!

**«Angst vor dem Leid ist schlimmer als das Leiden selbst.»**



Lassen Sie uns eine kleine Übung machen:

Ich möchte Sie bitten, für einen Moment die Augen zu schliessen und dabei so zu tun, als ob es für Sie ganz einfach und leicht ist, frei von Angst und Schmerzen zu sein. Vielleicht hilft es Ihnen, an ein wunderschönes Erlebnis zu denken, wie es da gerochen hat, wie Sie sich gefühlt haben, was Sie gehört haben, und vielleicht können Sie sich sogar noch an die Temperatur erinnern? Zögern Sie nicht, schliessen Sie die Augen und probieren Sie es einfach. Jetzt!

Und, fühlte sich das gut an? Gratuliere, Sie haben bereits den ersten Schritt zur Selbsthypnose gemacht. Vielleicht war es auch noch schwierig, doch denken Sie daran: Es ist noch kein Meister vom Himmel gefallen.

An unseren Workshops oder auch in Einzelcoachings lernen Sie, das analytische Bewusstsein zu umgehen und somit den Kontakt zu Ihrem Unbewussten zu fördern.

# FEUERLAUFEN – DIE KÖNIGSDISZIPLIN IM MENTALTRAINING



**Gabriela  
Bretscher**

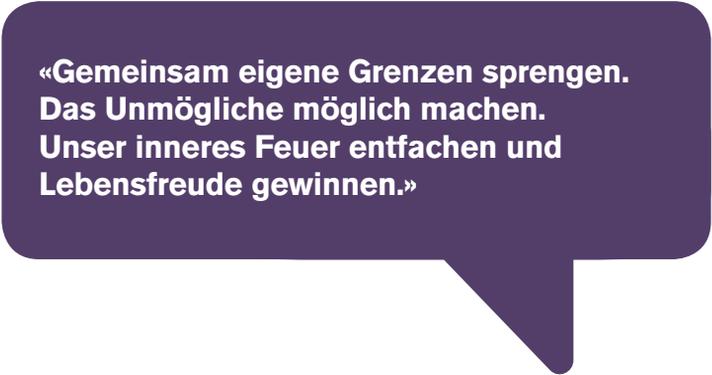
Coach/Trainer rund  
um die Persönlich-  
keitsentwicklung,  
Geschäftsführerin  
Firma jados  
[www.jados.ch](http://www.jados.ch)

**«Unsere grösste Angst ist nicht die, dass wir unvollkommen sind. Unsere grösste Angst ist die, über das Normale hinaus stark zu sein. Es ist unser Bewusstsein, nicht unser Unbewusstes, das uns am meisten Angst macht. Wir fragen uns, wer bin ich, um mich so unerschätzbar zu nennen.»**

Eröffnungsrede von Nelson Mandela, 1994

Die Lebenskraft wird oft blockiert von all unseren Ängsten und Zweifeln, die wir in uns tragen. Von alten Kulturen ist überliefert, dass der Feuerlauf seit Tausenden von Jahren eine besondere Bedeutung beim Zusammenspiel von Körper, Geist und Seele hat. Der Feuerlauf kann sich nachhaltig auf unser Leben auswirken, egal, ob wir selbst darüber laufen oder «nur» Zuschauer sind. Wir lernen mit unseren Ängsten umzugehen und merken, dass die Angst vor dem Feuer dieselbe Angst ist, die uns in unserem Leben oftmals abhält, Dinge zu tun, die unser Leben ändern und verbessern könnten. Mit dem Lauf über das Feuer programmieren wir unser Unterbewusstsein um und öffnen uns einen Weg für ein freies, von uns bestimmtes Leben. Wir lernen dabei, dass wir schier Unmögliches möglich machen können. Wir erreichen unsere Ziele, indem wir unser Selbstvertrauen entdecken, stärken und so mehr Energie bekommen. Neues zu erschaffen und zu leben.





**«Gemeinsam eigene Grenzen sprengen.  
Das Unmögliche möglich machen.  
Unser inneres Feuer entfachen und  
Lebensfreude gewinnen.»**

Feuerlaufen bedeutet Überwindung. Überwindung erweitert die eigene Komfortzone und dadurch können wir uns entwickeln und wachsen. Der Weg zur inneren Freiheit wird geebnet. Es kann der Start sein, sich zu vertrauen lernen, das eigene Leben zu leben und nicht von der Angst diktieren zu lassen.

Der Inhalt an einem Feuerlaufseminar ist praktisches Mentaltraining. Übungen zum Loslassen, um das Selbstvertrauen zu stärken und Vertrauen in die eigene Kraft zu finden, um anschliessend über den Glutteppich zu gehen.

Über den Tag begleiten Sie Gabriela Bretscher und Co-Trainer.

# VOR ANGST IN DIE HOSEN SCHEISSEN

**PD Dr. med.**  
**Winfried Häuser**

Leitender Arzt  
des Schwerpunktes  
Psychosomatik der  
Klinik Innere Medizin 1  
des Klinikum  
Saarbrücken

## **Psychosomatische Ursachen und Therapie von Durchfällen bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen.**

### **Psychosomatische Grundlagen von chronischem Durchfall und imperativem Stuhldrang**

Wie bei vielen Redewendungen und Volksweisheiten lässt sich der Zusammenhang von Angst und dünnem Stuhl/imperativem Stuhldrang wissenschaftlich nachweisen: Angst führt bei manchen Menschen zu einer beschleunigten Darmpassage und zu einer erhöhten Stuhlfrequenz. Viele Menschen – auch ohne Darmerkrankungen – kennen «Prüfungsdurchfälle» vor Klassenarbeiten oder Klausuren. Angst spielt auch eine bedeutsame Rolle bei chronischen Durchfällen und imperativem Stuhldrang bei nicht entzündlichen Darmerkrankungen (Reizdarmsyndrom). Wiederkehrende Bauchschmerzen und Durchfälle können bei CED-Patienten, bei denen endoskopisch keine oder nur eine minimale Entzündungsaktivität nachweisbar ist, durch ein Reizdarmsyndrom verursacht sein. Aber auch bei CED-Patienten mit akutem Krankheitsschub oder chronisch aktivem Verlauf können psychologische Prozesse wie Angst oder innere Anspannung bei Stress die Häufigkeit/Intensität von Bauchschmerzen und Durchfällen erhöhen. Die mit Angst und innerer Anspannung verbundene Ausschüttung von Stresshormonen kann über das enterische Nervensystem («Bauchhirn») die Schmerzempfindlichkeit des Darmes erhöhen, zu einer verstärkten Darmaktivität (Darmkontraktionen) führen und Entzündungsprozesse im Darm verstärken.

**Merksatz:** Angst beschleunigt die Darmpassage. Angst kann auch bei Gesunden zu Durchfall führen (Prüfungsdurchfälle). Angst kann bei aktiver CED die Häufigkeit der Durchfälle und die Schmerzempfindlichkeit des Darmes erhöhen.

### **Wenn Angst und Durchfälle das Leben einengen**

Viele Betroffene mit aktiver CED kennen die Sorge, bei Durchfällen und/oder imperativem Stuhl drang nicht rechtzeitig eine Toilette zu erreichen. Manche Betroffene mit aktiver CED haben die Erfahrung gemacht, dass der Durchfall «in die Hose» ging. Wie bei allen menschlichen Sorgen und Ängsten lassen sich auch beim Thema «CED/Durchfall/Angst» angemessene, übertriebene und krankhafte Ängste unterscheiden.

Krankhafte Ängste liegen vor, wenn die Ängste zu einer bedeutsamen Beeinträchtigung im Alltag führen und der Betroffene das Gefühl hat, dass er seine Ängste nicht kontrollieren kann bzw. dass die Ängste ihn beherrschen. Bei einigen CED-Patienten liegen krankhafte Ängste vor: Aus Angst, nicht rechtzeitig eine Toilette zu erreichen und/oder «dass etwas in die Hose» geht, vermeiden sie wichtige Alltagstätigkeiten (z. B. Berufstätigkeit, Ausbildung, Einkäufe). In ausgeprägten Fällen verlassen die Betroffenen nicht mehr die eigene Wohnung, weil sie nur in unmittelbarer Nähe einer Toilette ein Gefühl von Sicherheit haben. Schon der Gedanke, das Haus verlassen zu müssen, kann imperativen Stuhl drang auslösen. Wenn Betroffene mit aktiver CED nicht mehr nach draussen gehen oder viele Tätigkeiten des Alltages vermeiden, stellt der Psychosomatiker/klinische Psychologe die Diagnose von multiplen Situationsängsten mit Vermeidungsverhalten, eine sogenannte «Agoraphobie».

Eine Agoraphobie gibt es auch bei Patienten mit Reizdarm oder auch bei Menschen ohne körperliche Erkrankungen. Liegt keine körperliche Erkrankung vor, so kann die Angst, die an die eigene Wohnung bindet, auf den Darm (z. B. Durchfall, unkontrollierbarer Stuhl drang) oder auf andere Organe (z. B. Angst vor Herzinfarkt bei körperlicher Aktivität) bezogen sein. Meiner klinischen Erfahrung nach entwickelt sich eine Agoraphobie vor allem bei solchen CED-Patienten, bei denen bereits vor der Erstmanifestation der CED vermehrte Ängstlichkeit und Vermeidungsverhalten (z. B. Menschenansammlungen) bestand. Bei einigen Patienten mit CED und Agoraphobie war ein unkontrollierbarer Stuhl abgang ausserhalb der eigenen Wohnung Auslöser des Vermeidungsverhaltens. Die Stuhl inkontinenz wurde von den Betroffenen als sehr peinlich und beschämend erlebt.

**Merksatz:** Einige Betroffene mit aktiver CED entwickeln eine phobische Störung: Aus Angst vor nicht kontrollierbarem Stuhlgang vermeiden sie wichtige Alltagsaktivitäten (Ausbildung, Beruf, Einkaufen).



### **Psychosomatische Mechanismen von einschränkenden Ängsten bei aktiver CED**

Bei der Entstehung von einschränkenden Ängsten bei aktiver CED spielt eine erblich und lebensgeschichtlich bedingte vermehrte Ängstlichkeit eine Rolle. Auslöser können tatsächliche erlebte Inkontinenzepisoden oder Informationen über mögliche Stuhlinkontinenz sein. Chronifizierend sind Gedanken und Verhaltensweisen der Betroffenen. Die Agoraphobie ist eine konditionierte (=erlernte) Furchtreaktion, die durch innere Reize (z. B. körperlich: Bauchschmerzen und Stuhldrang bei aktiver CED oder gedanklich: «Hoffentlich muss ich jetzt nicht auf die Toilette gehen») als konditionierte Reize ausgelöst wird. CED und angstbedingte vermehrte Darmaktivität können sich wechselseitig aufschaukeln.



Die konditionierten Ängste führen im Laufe der Zeit zu einem immer stärkeren Vermeidungslernen, weil Flucht aus und Vermeiden von angstbesetzten Situationen zur Abnahme der Angstreaktion führt (Verstärkung des Vermeidungsverhaltens). Neben diesen Lernmechanismen spielen gedankliche Prozesse wie vermehrte Aufmerksamkeit («Grummelt es

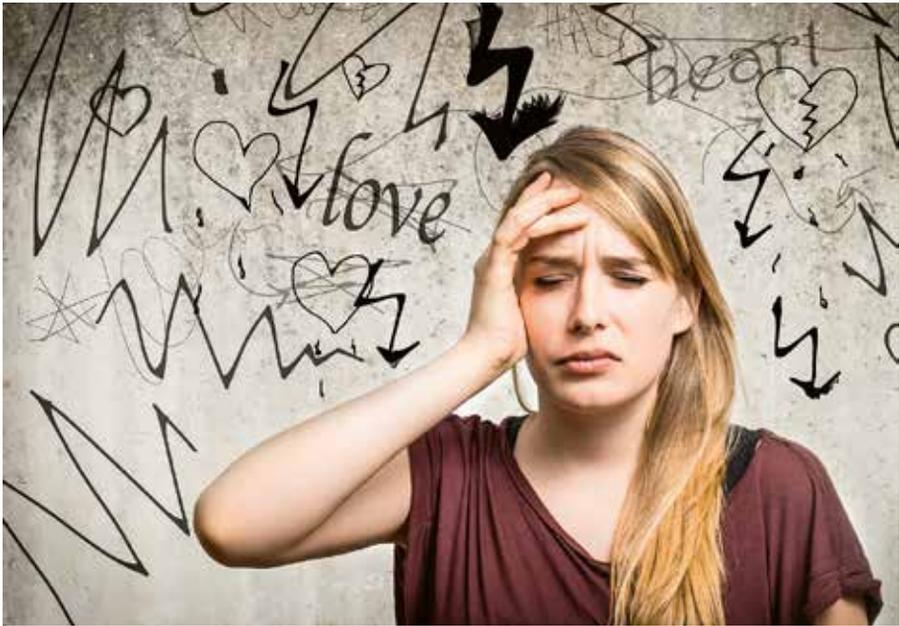
in meinem Bauch?»), dysfunktionelle (abträgliche) Gedanken («Wenn ich den Stuhl nicht halten kann, blamiere ich mich unsäglich und bin für alle Zeiten erledigt»), ein unrealistisches Sicherheitsbedürfnis sowie Toilettenrituale (mehrfache Stuhlentleerungen vor dem Verlassen des Hauses, um das Gefühl zu erzeugen, dass der Darm «völlig leer» ist) eine bedeutende Rolle in der Chronifizierung der Beschwerden. Die Betroffenen versuchen, innere Reize wie körperliche Empfindungen, z. B. Druckgefühl im Bauch, und mentale Reize, z. B. Fantasien, sich zu blamieren, zu vermeiden, indem sie äussere Reize (Plätze, Räume, Verkehrsmittel, Menschenmassen) vermeiden.

**Merksatz:** Phobische Störungen bei aktiver CED können durch Lernmechanismen erklärt werden.

### **Grundlagen der Psychotherapie von psychosomatischen Durchfällen und Agoraphobie**

Basis der Therapie ist die angemessene medikamentöse (schulmedizinische) Behandlung des akuten Entzündungsschubes bzw. der chronisch aktiven Erkrankung und von weiteren somatischen Krankheitsfaktoren, welche zu chronischen Durchfällen beitragen können, wie bakterielle Superinfektion, Nahrungsmittelunverträglichkeiten und -allergien oder Gallensäureverlustsyndrom (siehe Bauchredner 1/2013). Weiterhin werden in der psychosomatischen Behandlung Medikamente, welche die Stuhlfrequenz und imperativen Stuhldrang reduzieren, eingesetzt. Ich verwende hier am häufigsten das Medikament Loperamid. Das Wissen, ein Medikament bei sich zu tragen, welches im Bedarfsfall eingenommen werden kann, um den Stuhldrang zu reduzieren, reduziert die «Angst vor der Angst» vor (unkontrollierbarem) Stuhldrang. Gelegentlich setze ich auch niedrigdosierte angstlösende Antidepressiva (z. B. Doxepin) ein, welche die erwünschte Nebenwirkung einer Reduzierung der Darmaktivität haben.

Die psychotherapeutische Therapie der Angst besteht in dem Erlernen von psychologischen Techniken, den eigenen Darm «zu beruhigen» und die eigene Angst zu kontrollieren, sowie in dem Abbau des Vermeidungsverhaltens. Als Technik zur eigenständigen Darmberuhigung setze ich die Bauchhypnose ein. Nachdem die Betroffenen gelernt haben, ihren Darm mithilfe von psychologischen Techniken zu «beruhigen», lernen sie in einem Trainingsprogramm, neue Verhaltensweisen aufzubauen, z. B. dem Drang zu widerstehen, mehrfach auf die Toilette zu gehen, um den Darm «vollständig» zu entleeren, und stufenweise die



bisher vermiedenen Situationen aufzusuchen. Bei dieser stufenweisen Angstexposition (sogenannte «systematische psychologische Desensibilisierung») beginnen die Betroffenen, sich den am wenigsten angstbesetzten Situationen zu stellen (z. B. eine Runde um das eigene Haus zu gehen). Im Falle der mehrfachen erfolgreichen Bewältigung werden Schritt für Schritt die mehr angstbesetzten Situationen aufgesucht (z. B. Fahren mit Bus, Besuch eines Kaufhauses). Die App «Toiletten Finder» für das iPhone, welche alle öffentlichen Toiletten in Ihrer Nähe anzeigt, kann die Sicherheit beim Angstexpositionstraining erhöhen. Im Einzelfall ist es auch nützlich, mit den Betroffenen die lebensgeschichtlichen Hintergründe ihres verstärkten Sicherheits- und Kontrollbedürfnisses zu bearbeiten und durch Dialog, Verhaltensexperimente und/oder Hypnotherapie angemessenere Einstellungen aufzubauen.

**Merksatz:** Grundlage der Therapie psychosomatischer Durchfälle ist das Erlernen von Entspannungs- und Imaginationstechniken, um den Darm zu beruhigen. Grundlage des Angstabbaus sind die stufenweise Konfrontation mit angstbesetzten und bisher vermiedenen Aktivitäten und die Entwicklung angemessener Einstellungen (z. B. bezüglich Sicherheit).

### **Fallbeispiel**

Die 30-jährige Patientin wandte sich auf eigene Initiative nach der Lektüre des Beitrages zur Bauchhypnose im Bauchredner 4/2012 an mich. Eine Colitis ulcerosa war seit 2006 bekannt. Aktuell hatte die Patientin den dritten Schub. Die Symptomatik der beiden früheren Schübe (2006: linksseitige CU, 2010: Pancolitis) hatte jeweils ein Jahr gedauert. Ängste, nicht rechtzeitig eine Toilette zu erreichen, hatten sich beim ersten Schub entwickelt. Die Patientin hatte bei den früheren Schüben über Monate nicht das Haus verlassen und wurde von ihren Eltern versorgt. Die aktuelle Symptomatik bestand seit fünf Monaten in bis zu zehn blutigen Stuhlgängen pro Tag, teilweise verbunden mit krampfartigen Bauchschmerzen. Die Patientin verließ das Haus nur zu Arztbesuchen. Auf diese bereitete sie sich mit einer Nahrungs- und Flüssigkeitskarenz über 24 Stunden und mehrfachen Toilettengängen vor Verlassen des Hauses vor. Weiterhin berichtete die Patientin über vermehrte Unruhe und Nervosität sowie Sorgen um ihre Gesundheit und berufliche Zukunft (Krankschreibung seit fünf Monaten).

Endoskopisch war eine Proktitis (10 cm ab Anus) nachgewiesen. Eine bakterielle oder virale Superinfektion war ausgeschlossen. Eine eindeutige Besserung war trotz lokaler Therapie mit Kortisonschäumen, Mesalazin 4,5 g/Tag und bis zu 60 mg Prednisolon/Tag nicht eingetreten. Die Einleitung einer Therapie mit Infliximab (Remicade®) war von ihrem Gastroenterologen erwogen worden.

Die Patientin hatte positive Vorerfahrungen mit dem Autogenen Training und mit Atemtechniken. Wir führten zwei Bauchhypnosensitzungen durch. Wesentliche Inhalte waren das eigenständige Herstellen von einem Gefühl von Ruhe und Sicherheit im Bauch durch Atmen, das Beruhigen des überaktiven Darmes durch Auflegen der Hand auf den Bauch mit Imagination eines angenehmen Wärmegefühls sowie Imaginationen, dass eine heilende Energie die Entzündung und die überflüssigen Sorgen wegpült. Die Bauchhypnosensitzungen wurden aufgenommen. Die Patientin erhielt die MP3-Datei der Sitzung zum täglichen Üben.

Auch unter Reduktion der Kortisondosis kam es zu einer Reduktion der Blutbeimengungen im Stuhl und der Häufigkeit der Stühle. Die Patientin führte eine eigenständige Angstkonfrontationstherapie durch, beginnend mit kleinen Spaziergängen bis zu eigenständigen Einkäufen mit dem PKW. Mit Erlaubnis der Patientin zitiere ich Auszüge aus einer E-Mail (zwei Monate nach Beginn der psychotherapeutischen Behandlung):

«Hallo Herr Dr. Häuser,  
Ich finde es toll, dass die Redaktion von Bauchredner Sie gebeten hat, einen Beitrag über die psychologische Behandlung von Durchfallängsten zu schreiben. Gerne dürfen Sie meine Behandlung als Fallbeispiel und auch meine E-Mails verwenden und zitieren. Ich freue mich jetzt schon auf Ihren Beitrag in der nächsten Bauchrednerausgabe. Ich hoffe, dass viele Betroffene Ihren Beitrag lesen und wieder Mut schöpfen, sich nicht aufzugeben.

... Mir geht es von Tag zu Tag besser. Ich habe festen Stuhlgang und die Stuhlgänge haben sich auch reduziert. Es sind jetzt ca. vier pro Tag. Ich gehe jetzt öfters mit meinem Sohn spazieren, sogar meist ohne Loperamid. War auch schon meine Freundin besuchen seit langer Zeit und sogar öfters einkaufen (mit dem Hintergedanken, wenn ich Krämpfe bekomme, kann ich immer noch das Geschäft verlassen, niemand hält mich fest und meist ist mein Mann dabei, sodass ich mich dann ins Auto setzen könnte, wenn's schiefeht). Fahre öfters meine Eltern und Schwiegereltern besuchen. Und bekomme auch mehr Besuch. Ab

## Kurzbiographie

Priv.-Doz. Dr. med. Winfried Häuser ist Leitender Arzt des Schwerpunktes Psychosomatik der Klinik Innere Medizin 1 (Gastroenterologie, Hepatologie, Endokrinologie, Infektionskrankheiten, Onkologie, Psychosomatik) des Klinikum Saarbrücken.  
E-Mail: whaeuser@klinikum-saarbruecken.de

## Literatur

1. Gorard DA, Gomborone JE, Libby GW, Farthing MJ. Intestinal transit in anxiety and depression. Gut 1996; 39 (4): 551–5.
2. Halpin SJ, Ford AC. Prevalence of symptoms meeting criteria for irritable bowel syndrome in inflammatory bowel disease: systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol 2012; 107 (10): 1474–82.
3. Matthes H. Imperativer Stuhldrang – ein drängendes Problem. Bauchredner 2013, 1: 70–75.
4. Mawdsley JE, Jenkins DG, Macey MG, Langmead L, Rampton DS. The effect of hypnosis on systemic and rectal mucosal measures of inflammation in ulcerative colitis. Am J Gastroenterol 2008; 103 (6): 1460–9.
5. Moser G. Hypnose bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED). Bauchredner 2012, 4: 38–41.

*und an bin ich nervös, dann schlägt das auch auf meinen Darm, aber ich versuche das auch noch durch die tägliche Hypnose in den Griff zu bekommen. Ist manchmal gar nicht so einfach, meine Gedanken zu lenken, aber ich arbeite dran.*

*... Ich habe auch gemerkt, dass ich mich auch nicht mehr so stresse wegen jeder Kleinigkeit, und versuche Dinge zu tun, die mir gut tun. Ich reiße mir auch kein Bein mehr aus, wenn die Tür oder das Telefon klingelt ... Ich habe mittlerweile die Einstellung, was geht, das geht, und wenn nicht, ist auch nicht schlimm. Ich achte mehr auf mich. Ich weiss nicht, ob's vielleicht nicht zu egoistisch ist ... Aber ich hab gemerkt, dass ich sonst immer gleich gesprungen bin, wenn jemand was von mir wollte, bzw. hab versucht, es allen recht zu machen, und das tat mir oftmals nicht gut und ich hab mich oft über mich selbst geärgert. Und nun denk ich: Nein! Jetzt geht's grad nicht und fertig!*

*Auf jeden Fall bekomme ich jeden Tag ein Stück mehr Leben und Selbstvertrauen zurück und das ist ein schönes Gefühl. Wenn meine Ängste jetzt noch komplett verschwinden, dann wäre ich total zufrieden.»*

### **Nachtrag zum Fallbeispiel**

Welchen Anteil die medikamentöse Therapie der Darmentzündung, die psychologische Behandlung und der von der Patientin begonnene Kefirkonsum an der Besserung der Beschwerden hatten oder ob es auch zu einer Spontanremission ohne jegliche Therapie gekommen wäre, lässt sich aus wissenschaftlicher Sicht nicht sagen.

# DIE ZUSAMMENHÄNGE

**Dr. med.  
Katja Scholz**

Oberärztin Konsiliar-  
und Liaisondienst,  
Klinik für Psychiatrie,  
Psychotherapie  
und Psychosomatik,  
Psychiatrische  
Universitätsklinik  
Zürich

## **Zusammenhang zwischen chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und Psyche.**

Angststörungen zählen mit einer Lebenszeitprävalenz von 29%<sup>[2]</sup> neben affektiven und Suchterkrankungen zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen. Sie entstehen, wenn eine erhöhte Vulnerabilität für Angst-erkrankungen besteht und angstgenerierende Faktoren hinzukommen, z. B. traumatische Kindheitserfahrungen oder belastende Lebensereignisse. Durch Angsterkrankungen wird die Lebensqualität der Betroffenen erheblich eingeschränkt. Allerdings bleiben Angststörungen immer noch vielfach unerkannt. Unbehandelt verlaufen Angsterkrankungen häufig chronisch.

Angst zählt als sogenannte Basisemotion zu den Primäraffekten. Der Angstaffekt trägt als biosoziales Signal zu einer risikobewussten Auseinandersetzung mit der Umwelt bei und spielt zudem eine Rolle in zwischenmenschlichen Beziehungen.

Angst stärkt auch als normalpsychologisches Phänomen somatische und psychische Abwehrfunktionen und ist als Alarmsystem evolutionsbiologisch wichtig für das Überleben. Die subjektive Wahrnehmung von Angst ist im Allgemeinen durch ein unangenehmes Gefühl von Bedrohung und Besorgnis charakterisiert.

Von pathologischer Angst spricht man dann, wenn Angst – gemessen an der Auslösesituation – zu stark auftritt bzw. keine objektivierbare Gefahr vorhanden ist.

Als einzelnes Symptom ist Angst unspezifisch und kann bei vielen psychischen Erkrankungen wie z. B. Depressionen, Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen und in Kombination mit somatischen Erkrankungen auftreten.

Angst betrifft den gesamten Organismus und manifestiert sich sowohl auf psychischer als auch auf körperlicher Ebene. Auf körperlicher Ebene zeigen sich Symptome wie Zittern, Schwitzen, Brustschmerzen,

Atemnot, Herzklopfen, Übelkeit und Kribbelparästhesien. Auf kognitiver Ebene leidet der Patient unter Konzentrationsstörungen, Nervosität, Benommenheit und hat Angst vor einem Kontrollverlust.

### **Epidemiologie**

Angststörungen können jederzeit auftreten, das Kindes- und Jugendalter stellt jedoch die Hochrisikophase für die Entwicklung von Angstsymptomen dar. Die Prävalenz ist mit ca. 20% bereits im Kindes- und Jugendalter sehr hoch, sodass Angststörungen in dieser Entwicklungsphase das häufigste psychopathologische Phänomen überhaupt darstellen.

Befunde epidemiologischer Studien legen nahe, dass Angststörungen mit soziodemografischen, genetischen, persönlichkeits- und umweltbezogenen Merkmalen assoziiert sind. So sind als soziodemografischer Faktor das weibliche Geschlecht oder als Umweltfaktor der elterliche Erziehungsstil sowie Lebensereignisse in der Kindheit (Missbrauch, Vernachlässigung, Trennung der Eltern) anzusehen<sup>[2]</sup>. Es ist jedoch zu betonen, dass es sich bei der Angststörung um ein hochkomplexes Zusammenspiel vieler unterschiedlicher Faktoren handelt, das sich nicht allein aus epidemiologischer Sichtweise erklären lässt.

### **Diagnostik und Verlauf**

Die Diagnosestellung einer Angststörung erfolgt unter Berücksichtigung einer ausführlichen Anamneseerhebung unter Einbeziehung krankheitsbezogener, biografischer, persönlichkeitsbezogener und somatischer Gesichtspunkte.

Zur differentialdiagnostischen Abklärung müssen kardiovaskuläre, endokrinologische, metabolische, neurologische, pulmonale und immunologische Erkrankungen ausgeschlossen werden. Zudem muss eine umfassende Medikamenten- und Suchtanamnese erhoben werden<sup>[1,2]</sup>.

Klinisch werden je nach im Vordergrund stehender Symptomatik unterschiedliche Angststörungen wie z. B. die generalisierte Angststörung (GAS), die Panikstörung mit und ohne Agoraphobie, soziale Phobie, posttraumatische Belastungsstörung, spezifische Phobie sowie die Zwangsstörungen unterschieden. Unter dem Begriff der Phobien werden Ängste vor Ereignissen, Situationen, Gegenständen oder Personen zusammengefasst, die sich bei den Betroffenen in dem Wunsch äussern, den Anlass der Angst zu vermeiden. Phobien können sehr vielgestaltig sein:

- Agoraphobie bezeichnet die Angst vor öffentlichen Räumen oder Menschenansammlungen.
- Soziale Phobien kennzeichnen sich durch die Furcht, von anderen negativ beurteilt oder blossgestellt zu werden. Betroffene vermeiden deshalb öffentliche Anlässe.
- Panikattacken sind charakterisiert durch plötzliche und unerwartet auftretende, wiederkehrende schwere Angstfälle, ohne dass eine somatische Ursache vorhanden ist.

Das Angstgefühl wird fast immer von Herzrasen, Engegefühl in der Brust und Atemnot begleitet. Weitere Beschwerden sind Schwindel, Bauchschmerzen, Übelkeit und Erbrechen.

### **Komorbidität**

Häufig sind Angststörungen mit einer Vielzahl von somatischen und psychischen Erkrankungen assoziiert, wobei Herz- und kardiovaskuläre Erkrankungen, Migräne, Epilepsien, Morbus Parkinson, Diabetes mellitus, chronische Leber- und Darmerkrankungen, Krebserkrankungen und Schlaganfälle im Vordergrund stehen<sup>[6, 10]</sup>.

Eine psychotherapeutische sowie medikamentöse Behandlung der Angsterkrankung ist hierbei zur Besserung der Lebensqualität notwendig und sollte so früh wie möglich eingeleitet werden.

### **Medikamentöse Therapie**

In der Behandlung von Angststörungen werden überwiegend Antidepressiva eingesetzt. Hierzu zählen Selektive Serotoninwiederaufnahme-Hemmer (SSRIs), Serotonin-Noradrenalin-Rückaufnahme-Hemmer (SNRIs), Trizyklische Antidepressiva (TZAs), Reversible Monoamin-Oxidase-(MAO)-Hemmer oder auch atypische Neuroleptika wie Quetiapin<sup>[1]</sup>. Zudem zählen Benzodiazepine aufgrund des schnellen Wirkungseintrittes zu den effektivsten Behandlungsoptionen. Aufgrund einer möglichen Toleranz- und Abhängigkeitsentwicklung wird die längerfristige Anwendung jedoch als problematisch angesehen.

Neben der medikamentösen Therapie sind vor allem psychotherapeutische Verfahren wie z. B. die kognitive Verhaltenstherapie<sup>[4]</sup>, die psychodynamische Therapie oder auch Entspannungsverfahren wie die progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen für den Erfolg der Behandlung essenziell. Zudem sollten die Patienten über die Ursprünge der Erkrankung und die Wirkmechanismen der Therapien aufgeklärt werden. Bis

vor wenigen Jahren war man der Ansicht, dass Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) wie z. B. der Colitis ulcerosa oder dem Morbus Crohn nicht von einer Psychotherapie profitieren würden. Inzwischen konnte jedoch belegt werden, dass Patienten mit CED und depressiver Verstimmung und Ängsten ein höheres Risiko für eine erhöhte Krankheitsaktivität haben. Eine Psychotherapie kann demnach zur Reduktion von Krankheitsschüben führen, wenn die Patienten lernen, mit ihren Ängsten und depressiven Gefühlen umzugehen<sup>[4]</sup>.

### **Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) und Stress**

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen gelten als körperliche Erkrankungen mit genetischen Veranlagungen und werden durch Umweltfaktoren beeinflusst.

Eine zentrale Stellung nimmt dabei der Stress ein: Darmerkrankungen lösen einerseits Stress aus, auf der anderen Seite führt Stress oft zu einer Krankheitsverschlechterung. Heftige Krankheitsschübe können zu depressiven Verstimmungen, sozialem Rückzug und sozialen Problemen führen. Stress im Alltag wirkt sich wiederum ungünstig auf das Allgemeinbefinden aus, sodass Durchfälle und Bauchschmerzen zunehmen und einen Krankheitsschub auslösen können.

Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) leiden neben Durchfällen an Ängsten vor erneuten Schüben, vor Verlust des Arbeitsplatzes oder der Arbeitsfähigkeit und leiden zudem an grosser Scham gegenüber Familienmitgliedern, dem Partner, Bekannten und Kollegen<sup>[11]</sup>. Bis zu 30%<sup>[9]</sup> der Betroffenen mit CED verheimlichen aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen ihre Krankheit am Arbeitsplatz. Psychische Störungen können aufgrund der krankheitsbezogenen Belastungen eine Folgeerscheinung von Morbus Crohn sein. Jugendliche mit CED<sup>[7]</sup> sind im Vergleich zu Gesunden ihrer Altersklasse ängstlicher und depressiver und berichten über mehr soziale Probleme. Eine depressive Krankheitsverarbeitung ist zudem ein Prädiktor für eine schlechte Lebensqualität.

Prospektive Studien konnten nachweisen, dass Patienten mit CED und depressiver Verstimmung, gesteigertem Stressempfinden und Ängsten ein höheres Risiko für eine erhöhte Krankheitsaktivität haben<sup>[9]</sup>. Bitton et al.<sup>[3]</sup> wiesen nach, dass Patienten mit Morbus Crohn, die weniger Stress und weniger Rückzugstendenzen zeigen, auch weniger Krankheitsaktivität aufweisen.

Patienten mit Morbus Crohn leiden im Vergleich zu Patienten mit Colitis ulcerosa oder anderen chronischen Erkrankungen etwas häufiger an psychischen Störungen (50% Depressionen) und weisen eine schlechtere Lebensqualität auf. Miehsler et al.<sup>[6]</sup> zeigten, dass Angst für Patienten mit Morbus Crohn ein häufigeres Problem als Depressivität darstellt (37% vs 18%). Fuller-Thomsen et al. konnten nachweisen, dass Depressionen bei CED-Patienten dreimal häufiger sind als in der Allgemeinbevölkerung (16,3% vs. 5,6%)<sup>[5]</sup>.

Die Europäische Crohn- und Colitis-Organisation (ECCO)<sup>[4]</sup> empfiehlt Patienten, die zusätzlich an Depressionen und Angsterkrankungen, einem hohen Stresslevel und ungünstiger Krankheitsverarbeitung leiden, eine begleitende Psychotherapie. Eine psychotherapeutische Behandlung hat vor allem das Ziel, den Umgang mit der Erkrankung und der Verarbeitung von Stress zu verändern.

### **Fazit**

Angsterkrankungen zählen zu den häufigsten psychiatrischen Grunderkrankungen. Sie können jederzeit auftreten und sind z. B. mit soziodemografischen und genetischen Merkmalen assoziiert. So neigt das weibliche Geschlecht eher zu Angsterkrankungen, zudem spielen der elterliche Erziehungsstil und traumatische Lebensereignisse in der Kindheit bei der Entstehung von Angsterkrankungen eine Rolle. Angststörungen sind mit einer Vielzahl von somatischen und psychischen Erkrankungen assoziiert, wobei kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus und chronische Darmerkrankungen im Vordergrund stehen. Neben der medikamentösen Therapie werden vor allem psychotherapeutische Verfahren wie z. B. die kognitive Verhaltenstherapie eingesetzt.

Patienten mit CED leiden unter verschiedenen Ängsten: Angst vor erneuten Krankheitsschüben, Angst vor sozialer Isolation, Angst vor Nebenwirkungen von Medikamenten, zudem besteht oft ein grosses Schamempfinden gegenüber ihren Mitmenschen. Stress führt oft zu einer Krankheitsverschlechterung. Patienten mit CED und depressiver Verstimmung und Ängsten weisen ein höheres Risiko für eine erhöhte Krankheitsaktivität auf. Patienten mit CED, die zusätzlich an Depressionen, Angsterkrankungen, einem hohen Stresslevel und ungünstiger Krankheitsverarbeitung leiden, wird eine Psychotherapie empfohlen. Diese hat das Ziel, den Umgang mit der Erkrankung und die Verarbeitung von Stress zu erlernen.

## Literatur

1. Bandelow B. Pharmakotherapie der Angststörungen. In Angststörungen. Klinik-Forschung-Therapie. Kohlhammer Verlag.
2. Beesdo-Baum K., Knappe S. Epidemiologie: Häufigkeit, Verlauf und Therapie. In Angststörungen. Klinik-Forschung-Therapie. Kohlhammer Verlag.
3. Bitton A., Dobkin PL., Edwardes MD., Sewitch MJ., Meddings JB., Rawal S. Predicting relapse in Crohn's disease: a biopsychosocial model. *Gut* 2008; 57: 1386–92.
4. Evertsz', Bennebroek F. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on the quality of life of patients with inflammatory bowel disease: multi-center design and study protocol (KLIC-study) *BMC Psychiatry*, 12 (1), p. 227, Dec 2012.
5. Fuller-Thomsen E., Sulman J. Depression and inflammatory bowel disease: findings from two nationally representative Canadian surveys. *Inflamm Bowel Dis* 2006; 12: 697–707.
6. Iacovides A, Siamouli M. Comorbid mental and somatic disorders: an epidemiological perspective. *Current Opinion in Psychiatry* 2008, 21: 417–421.
7. Mackner LM, Crandall WV, Szigethy EM. Psychosocial functioning in pediatric inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2006; 12: 239–44.
8. Miehler W., Weichselberger M., Offerbauer E. Which patients with IBD need psychological interventions? A controlled study. *Inflamm Bowel Dis* 2008; 14: 1273–80.
9. Moser G. Psychosomatics (Diagnostics and treatment of Chron's Disease – results of an evidence-based consensus conference of the German Society for Digestive and Metabolic Diseases) *Z Gastroenterol* 2003; 41: 50–1.
10. Ortega AN., Feldman JM. et al. Co-occurrence of mental and physical illness in US Latinos. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41: 927–934.
11. Sonnenmoser M.: Morbus Crohn: Schamgefühle prägen den Alltag. *Deutsches Ärzteblatt PP* 8, Ausgabe Januar 2008, 29–31.
12. Zwanzger P., Dlugos A. Diagnostische Einteilung von Angststörungen. In: Angststörungen. Klinik-Forschung-Therapie. Kohlhammer Verlag.

# DIAGNOSE MORBUS CROHN – DAS LÖST UNZÄHLIGE ÄNGSTE AUS!



**Patrick Widmer**

Coach und  
Supervisor bso  
[www.cso-widmer.ch](http://www.cso-widmer.ch)

Mein Name ist Patrick Widmer, ich bin 51 Jahre alt und wohne in Zizers, GR.

In der Rekrutenschule hatte ich öfters Verdauungsbeschwerden, war kraftlos, matt und generell sehr müde. Bei den medizinischen Untersuchungen wurde lange Zeit nichts gefunden. Ich wurde als Simulant abgestempelt. Als die Bauchschmerzen unerträglich wurden, das Fieber gefährlich anstieg, landete ich mit Verdacht auf geplatzten Blinddarm in der Notaufnahme des Bezirksspitals Aarberg. Eine Notoperation rettete mein Leben.

Nach dreiwöchigem Aufenthalt wurde ich, mit einer Drainage im Bauch zur Ableitung eitriger Flüssigkeit, nach Hause entlassen.

Weil auch nach mehreren Wochen noch immer Eiter aus der Wunde trat, folgten weitere Untersuchungen und eine erneute grössere Operation. Bei dieser musste zum ersten Mal ein Stück des Darmes entfernt werden. Ich erhielt die Diagnose Morbus Crohn. Das war im Frühjahr 1989. Ich hatte keine Ahnung, was dies für mich, meine persönliche oder berufliche Zukunft bedeuten würde. Ich war total verunsichert und hatte ANGST.

Nach einigen Monaten Nachbehandlung mit vielen mir unbekanntem Medikamenten und Erholung konnte ich langsam wieder in den Arbeitsalltag einsteigen.

In den folgenden Monaten und Jahren hatte ich glücklicherweise selten Beschwerden. Der Verlauf war derart gut, dass ich mir bald keine Gedanken mehr machte. Ich absolvierte an der Fachhochschule ein Studium in Telekommunikation/Informatik, ein weiteres Studium zum Wirtschaftsingenieur folgte und die Verantwortung im Beruf stieg zunehmend.



Im Jahre 1999 war die berufliche Situation schwierig und die Belastung bei der Arbeit enorm hoch. Im Frühjahr des Jahres 2000 sollte alles besser werden. Heiraten war angesagt und darauf folgend eine viermonatige Weltreise. Die Vorfreude war gross ... und dann kam der Hammer. Am Ostersonntag, gut zehn Jahre nach dem ersten Schub, hatte ich plötzlich sehr starke Bauchschmerzen. Ich wusste sofort, der Morbus Crohn ist wieder da. Es folgte ein mehrwöchiger Spitalaufenthalt. Die Spezialisten versuchten vergeblich den Schub mit Medikamenten in den Griff zu bekommen. Es folgte zum zweiten Mal eine OP mit der Entnahme eines weiteren Stück Darmes. Ich war am Boden zerstört. Ich glaubte fest daran, nie mehr unter einem Schub leiden zu müssen. Ich hatte mich an die Hoffnung einer Fehldiagnose geklammert, mein Kartenhaus stürzte ein und ich hatte grosse Angst!

Angst vor der Zukunft, Angst, nicht mehr in ein «geregeltes Leben» zurückzukehren, Angst, nicht mehr belastbar zu sein, nicht mehr zu genügen, ja Angst, den Job zu verlieren. Angst vor dem nächsten Schub, Angst vor Problemen in der Beziehung durch die Krankheit, Angst vor ständigen Untersuchungen und Spitalaufenthalten, den Schmerzen ...

Ich konnte nicht mehr einschlafen, lag abends oft lange wach und hatte Angst. Es folgten richtige Angstattacken, mit kalten Füssen, Schweiss auf der Stirn, Herzrasen ... Angst vor der Angst!

In den folgenden Monaten probierte ich Diverses aus, um die Angst in den Griff zu bekommen: viele Gespräche mit meiner Frau, Freunden und Familie, Entspannungsübungen, Autogenes Training, Kinesiologie usw. Langsam, Schritt für Schritt wurde es besser. Mein Leben normalisierte sich.

Kleinere Ängste blieben bestehen. Beispielweise bei einer gewöhnlichen Magenverstimmung oder Grippe schossen gleich wieder die Gedanken an Morbus Crohn durch den Kopf.

### **Kurzbiografie Patrick Widmer**

Mein Name ist Patrick Widmer, ich bin 51 Jahre alt, verheiratet und lebe zusammen mit meiner Frau und zwei Katzendamen im Bündner Weinbaudorf Zizers. Aufgewachsen bin ich in Arosa.

Meine liebsten Hobbys sind Reisen und Tauchen. Ich geniesse es, abzutauchen und an verschiedensten Orten die Unterwasserwelt zu erkunden. Im Winter hole ich mir meinen Ausgleich zum Berufsalltag beim Skifahren oder Lesen.

Nach dem Abschluss meines Studiums zum Telecom-Ingenieur arbeitete ich einige Jahre in Winterthur, bevor es mich wieder zurück ins Bündnerland zog. Ich absolvierte ein Wirtschafts-Nachdiplomstudium und bin nun seit mehr als 20 Jahren bei der Swisscom in Führungspositionen tätig. In dieser Rolle verspürte ich auch das Bedürfnis, mich intensiver mit Menschen zu beschäftigen.

Weg von der Technik, hin zum Individuum. Ende 2008 habe ich mich entschieden, meine Sozialkompetenzen mit der fundierten Ausbildung zum Coach und Supervisor am Institut für angewandte Sozialwissenschaften ias in Bad Ragaz weiter ausprägen und zu professionalisieren. Seit meinem Abschluss arbeite ich in eigener Praxis, im spannenden Berufsfeld als Coach und Supervisor.

Details zu meinem Werdegang sind in meinem CV auf meiner Website ersichtlich: [www.cso-widmer.ch](http://www.cso-widmer.ch)

Vor einigen Jahren begann ich mich mit Lebensfragen auseinanderzusetzen und entschied mich für eine Weiterbildung zum Coach und Supervisor. Während der Ausbildung habe ich mich intensiv mit mir selber auseinandergesetzt, viel reflektiert, nachgedacht und mit mir gearbeitet. Ich lernte ein neues Modell kennen, welches mir auf meinem Weg unheimlich geholfen hat, die Logosynthese®\*. In meiner Tätigkeit als Coach setze ich das erfolgreiche Modell sehr oft und gerne ein. Es eignet sich hervorragend zur Auflösung von Ängsten und Blockaden.

Durch die Arbeit mit Logosynthese® schaffte ich es, viele Ängste hinter mir zu lassen. Bei der Erinnerung an die vielen Tage im Spitalbett bekomme ich kein Herzrasen mehr, bei einer Magenverstimmung gerate ich nicht gleich in Panik, Gedanken an eine künftige Untersuchung lassen mich nicht mehr erschauern. Ich kann gelassener mit der Krankheit umgehen. Ich bestimme mein Leben, ich plane meine Zukunft, ich lasse mein Leben nicht vom Morbus Crohn diktieren.

\* Krankheiten lösen Ängste aus, das Leiden schafft Wut, Schmerz und Trauer. Es entstehen Vorstellungen und Erwartungen, wie das Leben hätte sein sollen. Behandlungen, Untersuchungen und Medikamente verursachen Angst. Operationen sind schmerzhaft und belastende Situationen, die zudem auch starken Einfluss auf unser Körperbild haben.

*Die Logosynthese® ist ein neues, umfassendes System zur persönlichen Entwicklung. Es wird eingesetzt in Coaching, Psychotherapie, Beratung – sowie als Hilfe zur Selbsthilfe.*

*Die Logosynthese benutzt dabei das uralte Potenzial der Worte – elegant und effizient. Sie befreit gebundene Lebensenergie und stellt sie dem Menschen im Hier und Jetzt zur Verfügung. Das Modell wurde von Dr. Willem Lammers entwickelt und beruht auf einem konsequent ganzheitlichen Ansatz.*

# HÖLLISCHE ZUSTÄNDE



**Andrea C.  
Messora**

## **Manchmal führt der Weg ins Paradies einfach durch die Hölle, aber es lohnt sich, ihn zu gehen!**

Im Frühling 2002 lebte ich drei Monate in Florenz. Zahlreiche Paläste, Parkanlagen, Kirchen, Brücken, aber auch Gemälde und Skulpturen entführen die Besucher noch heute in die Zeit der Renaissance, die Florenz berühmt und mächtig gemacht hat. Auf kleinstem Raum lassen sich in der Stadt am Arno Kunstwerke von unschätzbarem Wert wie beispielsweise der David bewundern. Es ist ein besonderes Gefühl, durch die Stadt zu schlendern im Bewusstsein, dass Menschen wie Leonardo da Vinci oder Michelangelo vor vielen Jahren durch die gleichen Gassen gegangen sind.

Für mich persönlich ist der Dom Santa Maria del Fiore das absolut gigantischste Bauwerk der Stadt. Die viertgrösste Kathedrale der Welt wurde im Jahr 1436 durch Papst Eugen IV feierlich eingeweiht und ist seit damals das Wahrzeichen von Florenz.

Ich kann mich gut daran erinnern, wie ich zum ersten Mal die Via dei Pecori, welche auf die Piazza del Duomo führt, entlangging. Von einem Schritt auf den anderen wurde ich von der Schönheit des Doms regelrecht erschlagen und musste innehalten, um diesen Anblick zu erfassen.

Von Einheimischen habe ich gehört, dass man es sich nicht entgehen lassen darf, auf die Domkuppel zu steigen und die prächtige Aussicht zu geniessen. Man hat mir geraten, früh am Morgen die 463 Stufen unter die Füsse zu nehmen. Denn ab zehn Uhr zog sich jeweils eine unendliche Touristenschlange über den Domplatz.

Ich kaufte mir also ein Ticket und stieg Stufe um Stufe meinem Ziel entgegen. Der Weg führt zwischen der Domaussenwand und der Dominnenwand meistens über Wendeltreppen nach oben. Rechts, links, oben und unten ist man von grossen, dunklen Steinen umgeben. Viel Platz hat man nicht, was auch das Einbahnsystem erklärt. Kleine Lampen sorgen für etwas Licht und durch die kleinen Fensterchen kann man



jeweils ungefähr abschätzen, wo man sich befindet. Die Luft ist angenehm kühl. Problemlos stieg ich in die Höhe. Kurz vor dem Ziel wurde es heller und der Weg zwischen den beiden Domwänden nahm ein Ende. Ich folgte den wenigen Menschen, die vor mir die gleiche Absicht verfolgten. So stand ich dann auf der Schwelle zu einem schmalen Balkon, der die ganze Domkuppel mit einem Durchmesser von 45 Metern säumte. Jetzt hatte man die einmalige Gelegenheit, die gewaltigen Fresken an der Innenseite der Domkuppel aus nächster Nähe zu bewundern.

Plötzlich habe ich den Eindruck, die doppelte Menge Blut schösse durch meine Adern. Mein Herz klopft so heftig, dass jeder einzelne Schlag durch meinen ganzen Körper hallt. Meine Beine drohen, mich plötzlich nicht mehr zu tragen. Ich halte den Atem an und beisse mit den Zähnen auf die Unterlippe. Meine Hände ballen sich ungewollt zu Fäusten. Heiss und kalt fährt es durch meinen Körper. Tausend Gedanken sausen blitzschnell und desorientiert durch meinen Kopf. Ich erkenne weder mich noch all diese Reaktionen.

Ich muss nicht mehr erwähnen, dass mich in diesem Moment weder Vasaris Fresken noch Brunelleschis revolutionärer Kuppelbau interessierten.

Aber ich hatte keine Wahl. Wegen des Einbahnsystems gab es nur den Weg über den Balkon. Unkontrolliert setzte ich auf dem schmalen Balkon in 55 Metern Höhe einen Fuss vor den anderen. Meine nasse, rechte Hand umklammerte das Steingeländer. Ich schaute weder in die Tiefe noch in die Höhe. Einfach geradeaus. Mein Ziel war eine kleine Tür genau gegenüber meinem jetzigen Standort. Meine Angstzustände durfte ich voll auskosten. Im Gegensatz zu mir hatten die Menschen vor mir nicht das Ziel, den Balkon möglichst schnell abzulaufen. Sie liessen sich Zeit, bewunderten die Fresken und schossen Fotos. Da überholen auf dem schmalen Weg nicht möglich war, schloss ich die Augen und wartete, bis ich wieder einen Schritt machen durfte. Endlich konnte ich den Balkon verlassen. Als ich mich wieder sicher zwischen der Dom-aussenwand und der Dominnenwand befand, waren all die Ängste, so schnell wie sie gekommen waren, verflogen. Die letzte Etappe war wieder ein Kinderspiel.

Oben angekommen, bot sich mir ein Bild der Superlative. Eine fantastische Aussicht auf diese einmalige Stadt. Obwohl ich mich nun mehr als 80 Meter über Boden befand, ging es mir prima. Ich setzte mich auf eine Bank und liess meinen Blick über das Meer unzähliger, roter Ziegeldächer schweifen, welches immer wieder von einem Palast, einer Kirche oder einer Parkanlage unterbrochen wurde.

Seit damals habe ich Florenz immer wieder besucht. Obwohl ich beim Aufstieg quälende Ängste erlitten habe, steige ich bei jedem Besuch erneut auf die Kuppel. Ich durchlebe diese fürchterlichen Zustände im Bewusstsein, dass das, was mich oben erwartet, überwältigend sein wird.

# KONTAKTE



**Gabriela Bretscher**

6003 Luzern  
[www.jados.ch](http://www.jados.ch)  
[info@jados.ch](mailto:info@jados.ch)



**Patrick Widmer**

7205 Zizers  
[pw@cso-widmer.ch](mailto:pw@cso-widmer.ch)  
[www.cso-widmer.ch](http://www.cso-widmer.ch)



**Diana Dietrich**

3012 Bern  
[diana@crohn-coaching.ch](mailto:diana@crohn-coaching.ch)

## **Adressen für Menschen mit Angststörungen und Depressionen**

### **Selbsthilfe- und Patientenorganisationen**

#### *Angst- und Panikhilfe Schweiz (aphs)*

Hotline 0848 801 109

E-Mail: [aphs@aphs.ch](mailto:aphs@aphs.ch)

[www.aphs.ch](http://www.aphs.ch)

#### *EQUILIBRIUM*

##### *Verein zur Bewältigung von Depressionen*

Telefon 0848 143 144

E-Mail: [info@depressionen.ch](mailto:info@depressionen.ch)

SOS: [help@depressionen.ch](mailto:help@depressionen.ch)

[www.depressionen.ch](http://www.depressionen.ch)

#### *Selbsthilfe Schweiz –*

##### *Vermittlung von Selbsthilfegruppen*

Telefon 0848 810 814

E-Mail: [info@selbsthilfeschweiz.ch](mailto:info@selbsthilfeschweiz.ch)

[www.selbsthilfeschweiz.ch](http://www.selbsthilfeschweiz.ch)

#### *GRAAP*

##### *Groupe d'accueil et d'action psychiatrique*

Telefon 021 647 16 00

Fax 021 643 25 83

[info@graap.ch](mailto:info@graap.ch)

[www.graap.ch](http://www.graap.ch)

#### *VASK*

##### *Dachverband der Vereinigung von Angehörigen psychisch Kranker*

Telefon 044 240 12 00

E-Mail: [info@vask.ch](mailto:info@vask.ch)

[www.vask.ch](http://www.vask.ch)

### ***Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana***

Beratung in sozialen, rechtlichen und psychologischen Fragen  
Telefon 0848 800 858  
[www.promentesana.ch](http://www.promentesana.ch)

### ***NPG Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz***

Informationen zu Bündnissen gegen Depression  
Telefon 031 350 04 04  
[www.npg-rsp.ch](http://www.npg-rsp.ch)

### ***Bündnisse gegen Depression***

Appenzell Ausserrhoden: [www.buendnis-depression.ar.ch](http://www.buendnis-depression.ar.ch)  
Appenzell Innerrhoden: [www.buendnis-depression.ai.ch](http://www.buendnis-depression.ai.ch)  
Basel-Stadt (Alles Gute): [www.allesgutebasel.bs.ch](http://www.allesgutebasel.bs.ch)  
Bern: [www.berner-buendnis-depression.ch](http://www.berner-buendnis-depression.ch)  
Genf: [www.alliancedepression.ch](http://www.alliancedepression.ch)  
Graubünden: [www.bbzd.ch](http://www.bbzd.ch)  
Luzern: [www.kantonsarzt.lu.ch/index/luzerner\\_buendnis](http://www.kantonsarzt.lu.ch/index/luzerner_buendnis)  
Solothurn: [www.solothurner-buendnis.so.ch](http://www.solothurner-buendnis.so.ch)  
St. Gallen: [www.forum-psychische-gesundheit.ch](http://www.forum-psychische-gesundheit.ch)  
Thurgau: [www.buendnis-gegen-depression.tg.ch](http://www.buendnis-gegen-depression.tg.ch)  
Zug: [www.zugerbuendnis.ch](http://www.zugerbuendnis.ch)

## **Fachgesellschaften**

### ***SGAD***

#### ***Schweizerische Gesellschaft für Angst und Depression***

E-Mail: [info@sgad.ch](mailto:info@sgad.ch)  
[www.sgad.ch](http://www.sgad.ch)



# CROHN COLITIS SCHWEIZ

Schweizerische Morbus Crohn/  
Colitis ulcerosa Vereinigung

Crohn Colitis Schweiz  
5000 Aarau  
[www.crohn-colitis.ch](http://www.crohn-colitis.ch)

Postkonto für Spenden: 50-394-6  
0800 79 00 79  
[welcome@crohn-colitis.ch](mailto:welcome@crohn-colitis.ch)

Mit freundlicher Unterstützung von:



abbvie