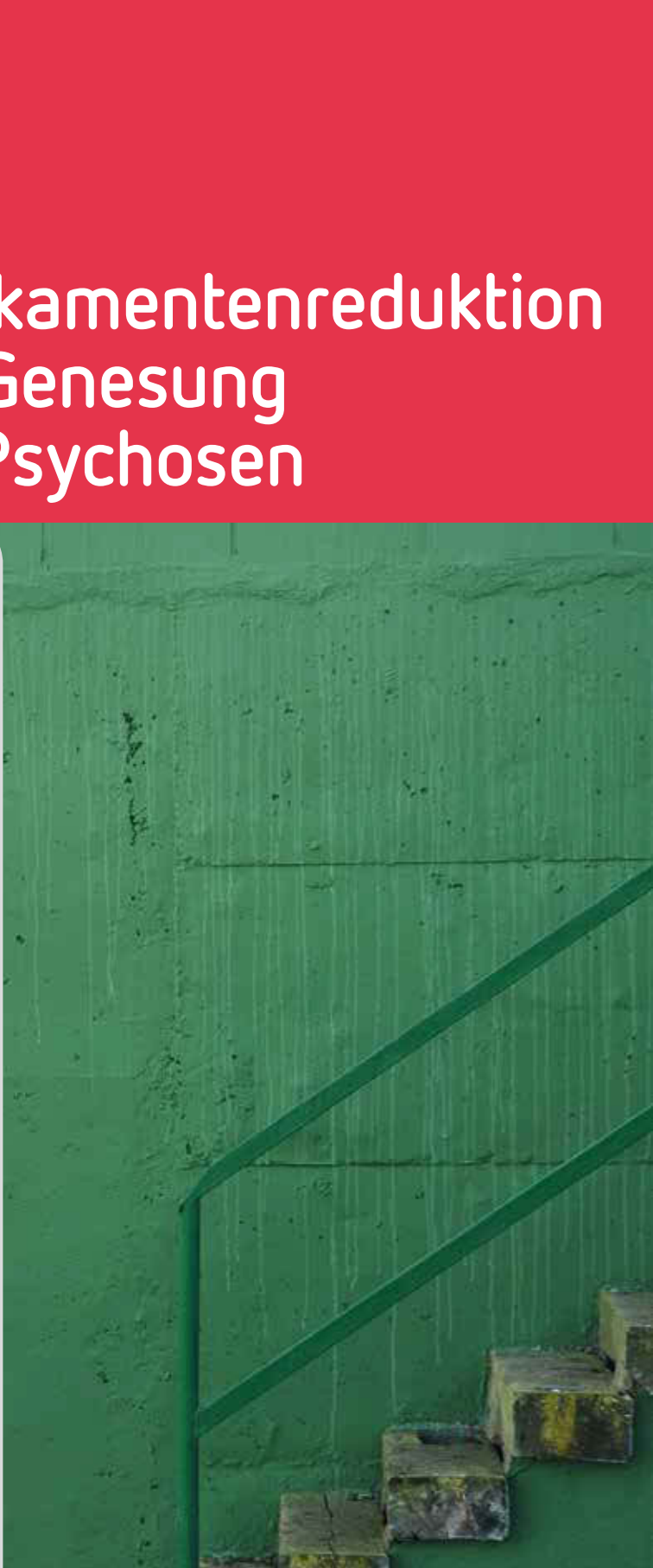


Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen

Jann E. Schlimme
Thelke Scholz
Renate Seroka



Jann E. Schlimme, Thelke Scholz, Renate Seroka

Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen

*mit Beiträgen von Amanda, Birgit Barz,
Sabine Diesing, Uwe Gonther,
Ulrike Olschewski, Joachim Schnackenberg,
Caroline von Taysen, Dion Van Werde*

Psychiatrie
Verlag 



Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. Jann E. Schlimme M.A. ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Er führt eine eigene Praxis für Psychosebegleitung und Psychosenpsychotherapie in Berlin, ist Privatdozent für Psychiatrie und Psychotherapie an der Medizinischen Hochschule Hannover und hat verschiedene Lehraufträge für Sozialpsychiatrie.



Thelke Scholz, ist Expertin durch Erfahrung (EX-IN) in der Gesundheitsversorgung und Empowerment College Trainerin. Sie arbeitet als freiberufliche Dozentin im sozialpsychiatrischen Bereich u.a. zu den Themen Kooperation in der Genesungsbegleitung, Recovery und Medikamentenreduktion.



Renate Seroka ist Angehörige und Sprecherin des Fachausschusses Psychopharmaka in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie.

Jann E. Schlimme, Thelke Scholz, Renate Seroka

Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen

*mit Beiträgen von Amanda,
Birgit Barz, Sabine Diesing, Uwe Gonther,
Ulrike Olschewski, Joachim Schnackenberg,
Caroline von Taysen, Dion Van Werde*

Jann E. Schlimme, Thelke Scholz, Renate Seroka
Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen
mit Beiträgen von Amanda, Birgit Barz, Sabine Diesing, Uwe Gonther,
Ulrike Olschewski, Joachim Schnackenberg, Caroline von Taysen, Dion Van Werde
1. Auflage 2019
ISBN-Print: 978-3-88414-694-1
ISBN-PDF: 978-3-88414-926-3

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Weitere Informationen zu psychischen Störungen
im Internet unter: www.psychiatrie-verlag.de

© Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 2019
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung
des Verlages vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: GRAFIKSCHMITZ, Köln, unter Verwendung
eines Fotos von Flügelwesen / photocase.de.
Typografiekonzeption: Iga Bielejec, Nierstein
Druck und Bindung: Medienhaus Plump GmbH, Rheinbreitbach

Einleitung	8
Wie funktioniert eigentlich Genesung von Psychosen?	15
Wie funktioniert Psychose?	16
Die fünf Stadien der Genesung (Der Genesungsprozess)	21
Die drei Bausteine der Genesung (Trialektik der Genesung)	34
Das Miteinander der Genesung	38
Neuroleptika	45
Welche spürbaren positiven Wirkungen haben Neuroleptika während der Psychose?	48
Welche spürbaren negativen Wirkungen haben Neuroleptika?	52
Wieso sollten Neuroleptika nicht zu hochdosiert und nicht automatisch lebenslang genommen werden?	60
Welche Entzugserscheinungen können Neuroleptika-Reduktionen auslösen?	66
Machen erfolglose Absetzversuche langfristiges Reduzieren schwieriger?	71
Noch vor dem Start	76
Die Praxis des Reduzierens und Ausschleichens	80
Der erste Schritt	80
Die Reduktionsgeschwindigkeit: kleine und langsame Dosisschritte	86
Das unterstützende Netzwerk	94
Verständigung ist möglich	99
Alternativen entwickeln	104
Abschalttechniken und Therapien	110
Schlafen ist die beste Medizin	144

Schlaf- und Beruhigungsmittel (pflanzliche Präparate, Benzodiazepine, Z-Drogen, Cannabidiol)	147
Gut essen und trinken	162
Nahrungsergänzung	168
Die Frage »Wozu?«	172
Sich Zeit lassen	176
Exkurs in die Klinik	178
Andere Psychopharmaka	188
Antidepressiva	189
Stimmungsstabilisierer, Mood-Stabilizer	194
Reduktion von Psychopharmaka-Kombinationen	199
Leben mit einem letzten Krümel oder ganz ohne Psychopharmaka	204
Bei welcher Dosis stehen bleiben?	204
Der letzte Krümel	206
Nach dem Absetzen	215
Der Preis der Normalität	219
Die Rolle der Sozialprofis	223
Genesung in Gesellschaft	228
Soziale Rolle und Genesung	232
Anhang	239
Tabelle 6: Bindungskräfte von Neuroleptika an Rezeptortypen	239
Tabelle 7: Rezeptorwirkungen	242
Tabelle 8: Orale Dosisäquivalente von Neuroleptika	244
Tabelle 9: Umrechnungsfaktoren von oraler Dosis in Depotdosis	245
Beispielrezepte	245

Tabelle 10: Abbauwege und Transportproteine ausgewählter Psychopharmaka	246
Die Don'ts der Medikamentenreduktion	248
Aufklärung von Patientinnen und Patienten	248
Literatur	253

Einleitung

Die Behandlung mit psychoaktiven Substanzen (= Psychopharmakotherapie) scheint der gemeinsame Nenner all jener Menschen zu sein, die persönlich oder beruflich mit psychischen Krisen zu tun haben. Sprechen wir über die Psyche und ihre Störungen, so kommen wir um die Psychopharmaka offenbar nicht herum. Dass dem so ist, daran haben wir uns im Laufe der Jahre und Jahrzehnte gewöhnt. Gewöhnung sollten wir dabei nicht als Zustimmung missverstehen, jedoch: Wir sind es gewohnt, Psychopharmaka zu vertrauen, um uns mental zu verwandeln. Und irgendwie ist dies ja auch ganz verständlich. Schließlich sind wir Menschen seit Anbeginn der Kultur damit vertraut, uns psychisch durch die Einnahme von Substanzen zu verändern. Heutzutage sind wir als Patienten und Betroffene gewohnt, solche psychoaktiven Substanzen als verschriebene Medikamente einzunehmen, und als Angehörige wollen wir die Betroffenen darin bestärken und sie bei der Regelmäßigkeit dieser Einnahme unterstützen. Wir Ärztinnen und Ärzte sind es gewohnt, diese psychoaktiven Substanzen als Medikamente zu verschreiben oder als Drogen zu meiden. Wir haben alle die Erfahrung gemacht, dass abruptes Absetzen oder vergessenes Einnehmen der allermeisten psychoaktiven Substanzen (gerade auch der Medikamente) zumeist erschreckende Folgen haben. Und wir haben gelernt, dies als einen Hinweis auf die Unverzichtbarkeit der Psychopharmaka zu verstehen. Gleichzeitig beobachten wir deren oftmals beträchtlichen und hindernden Nebenwirkungen. Diese zu tolerieren, sie auszuhalten und zu ertragen wird im Allgemeinen als unumgänglich betrachtet.

Viele psychoseerfahrene Neuroleptika-Nutzer haben den nachvollziehbaren Wunsch, ihre Neuroleptika zu reduzieren, nicht zuletzt aufgrund deren Wirkung (erwünscht wie unerwünscht). Und selbstverständlich können alle, die Medikamente nutzen, entscheiden, ob und in welcher Höhe sie diese weiter einnehmen möchten. Als Freunde, Angehörige und Sozialprofis sind wir dabei verpflichtet, die betreffende Person in ihrem Wunsch zu unterstützen. Als Sozialprofis sind wir überdies verpflichtet, sie fachlich kompetent zu beraten und nach den Regeln unserer jeweiligen Kunst zu begleiten. Da es gute fachliche Argumente dafür gibt, Neuroleptika nicht langfristig einzunehmen (bzw. wenn, dann nur in sehr geringer Dosis), sind wir als Ärztinnen und Ärzte sogar in der

Pflicht, Reduktionsprozesse anzuregen und die Betroffenen dazu zu ermutigen.

Wir stehen alle gemeinsam vor der Frage: Wie können wir den Reduktionsprozess erfolgreich gestalten? Und dies bedeutet weitergehend auch: Wie kann Genesung gelingen? Schließlich ist die Reduktion der Medikamente immer nur ein kleiner, wenn auch jeweils eminent wichtiger Schritt auf dem Genesungsweg.

Generell gilt, dass das Reduzieren und gegebenenfalls Absetzen von Neuroleptika eine gemeinsame Suchbewegung aller Beteiligten ist. Es gibt nicht den einen Königsweg der Reduktion, auch wenn man einige Dinge vielleicht vermeiden sollte, da sie die Reduktion extrem anstrengend und herausfordernd für alle Beteiligten machen. Dazu gehört insbesondere ein zu rasches und zu großschrittiges Vorgehen. Aus unserer Erfahrung sind es diese zwei Kardinalfehler, die insbesondere auch von (ärztlichen) Sozialprofis häufig gemacht werden, die Reduktionsprozesse scheitern lassen. Wenn dann eine erneute Psychose erfahren wird, verfestigt sich bei vielen Betroffenen und Betroffenen der Eindruck, dass Reduktionen generell gefährlich seien oder dass der oder die Betroffene ohne Medikamente nicht leben könne. Dies ist aus unserer Sicht eine Katastrophe.

Schließlich sind Reduktionen relativ gefahrlos möglich, wenn man bestimmte Regeln beachtet. Sich dann einstellende Krisen sind üblicherweise gut aufzufangen, bevor sie sich in eine Psychose auswachsen.

Das hierfür erforderliche Wissen haben wir im Verlauf der letzten Jahre und Jahrzehnte mühsam und geduldig aufgrund eigener Erfahrungen erarbeitet. Eigene Erfahrung bedeutet sowohl eigene Reduktions- und Genesungserfahrungen als auch Begleitung von Reduktionen und Genesungen aus Angehörigen-, Peer- und fachärztlicher Perspektive. Wir haben dabei viel Lehrgeld zahlen müssen und sind demütig geworden auch gegenüber den kleinsten Dosen dieser Medikamente. Für uns gibt es keine sogenannten homöopathischen Dosierungen mehr. Wir nehmen jedes Milligramm und jedes Zehntel eines Milligramms ernst. Wir rechnen stattdessen in Prozent der aktuellen Dosis und bewegen uns oft im Bereich zwischen 1 und 10, wenn wir Reduktionsdosen vorschlagen. Manchmal geht es natürlich auch schneller, aber das Risiko einer erneuten Krise steigt mit jedem Prozent.

Zeit ist ein wesentlicher Faktor. Er sollte während des gesamten Reduktionsprozesses niemals außer Acht gelassen werden. Dies ist eine der wenigen nahezu unumstößlichen Regeln der Medikamentenreduktion, die uns im Laufe der letzten Jahre begegnet sind. Es scheint einleuchtend,

dass die Reduktion von Medikamenten, welche oft über Jahre Einfluss auf den Organismus genommen haben (allem voran auf das Gehirn), nicht in wenigen Monaten, geschweige denn Wochen geschehen kann. Die Entzugs- und Rebound-Symptome sind oft schwer und erfordern immer wieder Phasen der Erholung und des Krafttankens. Die Rückanpassungsleistung des Körpers ist allerdings nur ein Aspekt. Oftmals ist die viel schwierigere Aufgabe, mit den Veränderungen im Erleben zurechtzukommen, im Alltag und im Miteinander. Dies ist eine echte Herausforderung für die Betroffenen und ihr gesamtes privates und professionelles soziales Netz. Sich an die wiedererwachenden Wünsche, Gefühle und Bedürfnisse zu gewöhnen (entstehend durch den Verlust der künstlichen, medikamenteninduzierten Entfremdung und Distanz) braucht Geduld, gute Ideen, viel Übung und gelassene Unterstützung. Es benötigt also eine ganze Menge Zeit. Unserer Erfahrung nach ist der Erfolg der Reduktion insbesondere an die Zeit gekoppelt, die man sich bzw. den Betroffenen dabei lässt. Ganz nach dem Motto »When you get involved, go slow«. Oder in unseren Worten: Nur wer langsam ist, kommt ans Ziel. Dass diese Erkenntnis nicht neu ist, sondern uraltes Wissen von Veränderungsprozessen aufgreift, wird anhand vieler Sprichwörter deutlich, wie »In der Ruhe liegt die Kraft« oder auch »Gut Ding will Weile haben«. Gönnen wir uns also ein gesundes Maß an Langeweile, wenn wir uns auf die Reise machen.

Uns ist klar, dass dies alle Hoffnungen auf einen schnellen Erfolg und eine schnelle Besserung des Befindens zerstreut. Aber wir sind sicher, dass auch Sie nach der Lektüre dieses Buches verstehen werden, warum es sich um einen langwierigen Prozess handelt. Er verlangt von allen Beteiligten viel Geduld und Gelassenheit, eine gehörige Portion Demut und ganz viel Beharrlichkeit. Ja, er verlangt auch Disziplin. Dennoch hat er Sinn. Schließlich handelt es sich um nichts weniger als um Genesung.

Wir haben dieses Buch in drei große, wenn auch unterschiedlich umfangreiche Bereiche unterteilt. Im ersten Teil geht es vor allem um Informationen. Informationen zum Genesungsprozess, zu den verschiedenen Medikamenten und den Herausforderungen, die einem bei der Reduktion begegnen. An vielen Stellen handelt es sich um Darstellungen wissenschaftlicher Erkenntnisse. Wir haben uns bemüht, diese Darstellungen sowohl gut verständlich als auch ausreichend detailliert abzufassen. Es ist uns wichtig, dass der Text allen Beteiligten dienlich sein kann: sowohl Sozialprofis als auch Betroffenen, Angehörigen, Freunden und Wegbegleiterinnen. Schließlich brauchen alle Beteiligten das gleiche Wissen, um

sich gemeinsam in der Genesung und bei der Reduktion zu orientieren. Dabei haben wir bewusst in Kauf genommen, dass dem einen oder der anderen der Text ein wenig zu schwer oder zu leicht sein wird. Zur Verdeutlichung greifen wir auf eine Fülle an Beispielen aus eigener Erfahrung und Praxis zurück. Leitfragen in diesem Informationsabschnitt sind: Wie funktioniert eigentlich Genesung von Psychosen? Was sind die Vor- und Nachteile von Neuroleptika in diesem Prozess? Was sind Neuroleptika? Warum sollten sie abgesetzt oder zumindest auf die individuelle Minimaldosis reduziert werden? Wieso ist das eigentlich so schwierig?

Wir wiederholen diese Fragen auch zu anderen Medikamenten, die bei psychoseerfahrenen Personen oftmals zum Einsatz kommen, also Antidepressiva und Beruhigungsmitteln. Auch wenn Antidepressiva nur in wenigen Fällen eine wissenschaftlich schlüssige Indikation für einen Einsatz bei Psychosen aufweisen, beispielsweise bei schweren postpsychotischen Depressionen oder ausgeprägten Negativsymptomen nach angemessener Dosisreduktion der Neuroleptika, werden manche psychoseerfahrene Personen über Jahre damit behandelt. Auch diese Medikamente sind keineswegs so einfach loszuwerden, wie es wünschenswert wäre. Bei den Beruhigungsmitteln gehen wir außer auf die Klassiker (Benzodiazepine) auch auf Substanzen ein, von denen wir annehmen, dass sie sich künftig zu Klassikern entwickeln könnten. Sie sind häufig – aber nicht alle – pflanzlichen Ursprungs (z. B. Cannabidiol, Passionsblume). Sie sind jedoch nicht deshalb besser (oder schlechter), weil sie pflanzlichen Ursprungs sind, sondern weil sie bei bereits wirksamen Dosierungen weniger Nebenwirkungen haben. Sie sind gleichzeitig oftmals auch weniger intensiv wirksam. Dies mag in der Krise ein Nachteil sein, ist aber auf mittelfristige Sicht ein Vorteil, da sie weniger problematisch abzusetzen sind. Denn auch für diese Substanzen gilt meistens, dass sich das Gehirn auf deren ständige Zufuhr einstellt und daran gewöhnt. Da diese Medikamente nicht die ganze Arbeit des Beruhigens und Bewältigens abnehmen, entwickeln Betroffene andere Alternativen im Umgang mit ihren Krisen. Dies ist langfristig von unschätzbarem Vorteil.

Im zweiten Bereich gehen wir auf den Reduktionsprozess und seine Herausforderungen im Detail ein. Wir erläutern die Grundregeln des Prozesses vor dem Hintergrund der bereits gelieferten Informationen. Zugleich verdeutlichen wir diese Grundregeln anhand einer Fülle von Beispielen, die wir in unserer Erfahrung und Praxis gesammelt haben. Wir zeigen, wie im Genesungs- und Reduktionsprozess mit den verschiedenen Herausforderungen umgegangen werden kann. Für Betroffene selbst und

in der Begleitung als Partnerin, Freund, Angehöriger und Profi. Dabei ersetzt dies nicht das Fachwissen der verschiedenen sozialprofessionellen Künste, sei es als Peerberater oder als Psychosenpsychotherapeutin. Aber es ordnet das Fachwissen dem Genesungsprozess zu.

Im dritten Bereich stellen wir unsere Überlegungen noch mal in den Gesamtrahmen unserer gemeinsamen Lebenswirklichkeit. Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen jedes einzelnen Genesungsprozesses sind nicht zu verachten. Wir sind nicht nur davon überzeugt, dass eine veränderte Genesungsbegleitung auch Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft hat. Wir sind darüber hinaus davon überzeugt, dass die sich hierbei ergebenden Herausforderungen an die gesamte Gesellschaft mit ein Grund dafür sind, warum wir derzeit nicht diejenige Praxis haben, die nach dem heutigen Kenntnisstand sinnvoll und notwendig wäre. Ob die Gesellschaft dazu bereit ist, sich dem Phänomen und den Erfahrungen der Psychosen anders zu stellen, ist unklar. Jedenfalls geht es aus unserer Sicht um eine Humanisierung. Auch hier gibt es keinen Königsweg, wenn man davon absieht, dass die Beteiligung aller entscheidend ist. Wie jedoch die Mehrheit mit ihren Minderheiten umgeht, ist damit noch nicht gleich gesagt. Da psychoseerfahrene Menschen letztlich in der Minderheit sind und bleiben werden, ist Partizipation an sich noch nicht die ganze Antwort. Aber es ist ein entscheidender Aspekt bei der ganzen Geschichte.

Ein anderer Aspekt ist das Mitwirken der Profis, namentlich der ärztlichen Profis. Wir Profis sind alle zu einer gehörigen Portion Selbstkritik aufgerufen, wenn wir das Thema der Medikamentenreduktion bei Menschen mit Psychosen ernst nehmen. Schließlich müssen wir oftmals zugeben, dass wir vollkommen kenntnislos hinsichtlich der Schwierigkeiten und Herausforderungen des Reduktionsprozesses sind. Zudem geht es nicht primär darum, die Gefahr von Krisen zu bannen. Vielmehr geht es darum, Wege der Genesung zu entwickeln. Und diese Wege können unter den üblichen hohen Dosen von Neuroleptika, wie sie viele psychoseerfahrene Menschen heutzutage erhalten, nicht gefunden und gegangen werden. Zum anderen gibt es bisher keine Reduktionsregeln in Lehrbüchern. Das ist auch schlichtweg gar nicht möglich, da sich der psychiatrische Diskurs dieser Thematik bislang nur unzureichend gestellt hat. Wir betreten mit unserem Buch und den von uns entwickelten Reduktionsregeln also Neuland. Dies ist im doppelten Sinne zu verstehen. Denn auch Reduktionswege sind Neuland. Zu solchen Wegen gehören Rückschläge und kleine sowie manchmal auch große Krisen. Wir sollten darauf vorbereitet

sein. Auch um der verständlichen Unsicherheit entgegenzuwirken, die diese Wege und deren Schwierigkeiten mit sich bringen, haben wir dieses Buch geschrieben.

Der Inhalt des Buches folgt einer aufeinander aufbauenden Reihung, jedoch lassen sich die drei großen Abschnitte und die jeweiligen Kapitel auch unabhängig voneinander lesen. Im Text finden sich Verweise auf Zusammenhänge mit anderen Textstellen. Wichtig ist uns, dass Leserinnen und Leser während der Lektüre stets im Sinn behalten, dass wir hier eine Sammlung von Wissen und Erfahrungen anbieten, gewissermaßen eine Landkarte erprobter Trampelpfade. Wir verstehen diese Landkarte weder als Gesetz noch als endgültig oder vollständig. Denn obwohl gewisse Gesetzmäßigkeiten gelten, obwohl es regelmäßig zu beobachtende Phänomene gibt, so sind die Wege der Reduktion, die Wege der Genesung vielfältig und unterschiedlich. Wie eben auch jeder Mensch mit seinem Wesen und seiner Geschichte besonders und einzigartig ist. Unsere Landkarte hat also viel weniger eingezeichnete Wege, als es Trampelpfade gibt. Schließlich muss jeder seinen eigenen Weg über die Berge und durch die Täler finden. Er sollte dabei jedoch begleitet werden, privat und professionell. Wir freuen uns, wenn dabei die von uns beschriebenen Trampelpfade nützlich sind. Und in der Tat machen sie den Weg oftmals leichter und bieten trittsicheren Raum für Begleitung. Die Regeln, die bei der Medikamentenreduktion und Genesung des Betroffenen gelten, müssen aber letztlich ganz individuell als Suchbewegung aus dessen Erfahrung geschöpft werden – und diese Erfahrung kann wiederum nur gemacht werden, wenn man Reduktionen begleitet und anderen, hierin Erfahrenen zuhört. Solche neuen Pfade erfordern Mut und Bereitschaft zur Unsicherheit! Wir sind viele dieser Pfade in den letzten Jahren gegangen. Wir haben viel Unverständnis und Kritik, aber auch viel Ermutigung und Dankbarkeit erfahren. Wir möchten uns für all diese Rückmeldungen bedanken.

Dieses Buch wäre ohne die Erfahrung vieler Menschen und ihre Bereitschaft, dies auch weiterzugeben, ja ihre Geschichte zu erzählen oder sogar gemeinsame Praxisbeispiele für das Buch zu entwickeln, nicht entstanden. Ihnen allen gilt unser besonderer Dank. Ein besonderer Dank geht auch an Peter Lehmann, Margret Osterfeld und Volkmar Aderhold und an alle Mitglieder des Fachausschusses Psychopharmaka der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, die ihre Expertise und Zeit zur Verfügung stellen, um den Umgang mit Medikamenten zu verändern. Weiterhin danken wir Amanda, Birgit Barz, Sabine Diesing, Uwe Gonther, Ulrike

Olschewski, Joachim Schnackenberg, Caroline von Taysen und Dion Van Werde, die unser Buch mit ihrer jeweiligen Expertise durch einen eigenen Beitrag bereichert haben. Und wir danken Sandra Kieser vom Psychiatrie Verlag für ihre Geduld.

Außerdem gibt es viel Anlass für ganz persönliche Danksagungen. Schließlich entsteht so ein Buch in der Nische des privaten sozialen Netzes, fordert Freiraum von Familie und Freunden. Hierfür danke ich, Jann Schlimme, meinen Kindern Lucie, Ida und Moritz sowie insbesondere Catharina Bonnemann. Dir, Catharina, und den freundschaftlich verbundenen, kritischen fachärztlichen Kollegen Roger Breyer, Uwe Gonther, Thomas Hummelsheim, Thomas Peschel und Sebastian von Peter danke ich zudem für viele Diskussionen zum Thema Medikamentennutzung und -reduktion.

Ehrlicherweise lässt die Stigmatisierung einer psychischen Erkrankung eine Namensnennung aber in vielen Fällen nicht zu. So bedanke ich, Renate Seroka, mich bei H.M. und E.M., die stellvertretend für die vielen Betroffenen und Angehörigen stehen mögen, bei Regina Bellion, die mich durch ihre Schilderung des Überstehens von psychotischen Episoden wieder hoffen ließ, und bei Margret Osterfeld und Volkmar Aderhold für die tiefe Mitmenschlichkeit, die sie mir schenkten und die mich oft durch schwierige Situationen trug. Und ich bedanke mich bei denen, die das Beste in meinem Leben darstellen, bei meinen Kindern. Ich danke Euch für Euer Vertrauen, Eure Geduld und für Eure vielfältigen Sichtweisen auf das Leben und ganz besonders danke ich für Eure Liebe.

Ich, Thelke Scholz, danke Genovefa Schedel und Karima Stadlinger für ihre persönliche und berufliche Anteilnahme. Meinen Eltern Renate und Joseph Riehl danke ich für das Rückgrat, die Unterstützung und Liebe und für mein fröhliches Herz. Meiner Schwester Anneke danke ich für den Gegen- und Rückenwind und ihre Beharrlichkeit, meinem Bruder Lennart für die Gelassenheit, mich jederzeit so zu nehmen, wie ich gerade bin. Mein besonderer Dank gilt Mathias Scholz. Du hast immer gesehen, was in mir steckt, und nie den Glauben daran verloren. Und Ilvi, Dir widme ich meinen Anteil an diesem Buch. Danke.

Berlin, Bremen und Bochum im Frühjahr 2018

Jann E. Schlimme, Thelke Scholz, Renate Seroka

Wie funktioniert eigentlich Genesung von Psychosen?

Die Genesung von Psychosen ist ein langfristiger Prozess. Er kalkuliert sich eher in Jahren als in Monaten. Auch wenn die Hochphasen von Psychosen oftmals in wenigen Wochen abgeklungen sind, erstreckt sich die weitere Genesung über Jahre. Sie kann sich auch für den Rest des Lebens als Aufgabe stellen. Schließlich geht es nicht selten um die ganz grundlegende Umwandlung der eigenen Fähigkeiten, Beziehungen zu gestalten. Dies erfordert nicht nur Zeit, sondern auch entsprechende Erfahrungen in Beziehungen und das Versprachlichen dieser Erfahrungen. Es handelt sich um ein tänzerisches Hin und Her, welches zugleich ein knallhartes Arbeiten wie in einem Steinbruch ist. Es zielt neben dem Neugewinn von Beziehungsgestaltungen ein Entziffern der Botschaft der eigenen Psychose an, die zunächst wie eine Flaschenpost in fremder Sprache von jemand anderem geschrieben scheint.

Wie die Begleitung der Genesung von Psychosen sinnvoll gestaltet werden kann, hat die Psychiatrie in wechselnder Intensität durch ihre mittlerweile zweihundertjährige Geschichte beschäftigt. Aber auch vorher gab es wertvolle Ideen, wie psychotische Personen genesen und dabei begleitet werden können. Dabei stammen viele Ideen auch von Erfahrenen (BRÜCKNER 1995). Allerdings hat die landschaftsprägende Psychiatrie immer wieder für längere Zeit ein Fruchtbarmachen dieser Ideen und Erfahrungen vermieden. Oftmals ging es stattdessen um paternalistische Antworten und technisch herstellbare Behandlungsprozeduren. Dies hat sich seit Mitte des letzten Jahrhunderts ganz überwiegend auf den Einsatz von Neuroleptika konzentriert. Psychosoziale, auf die Ermächtigung der betroffenen Person zielende Behandlungs- und Begleitangebote haben sich davon aber unbenommen im Verlaufe der letzten einhundert Jahre enorm weiterentwickelt. Die Recoverybewegung hat diese Entwicklungen in Theorie und Praxis zusammengeführt (vgl. AMERING, SCHMOLKE 2012). Neben einem Verständnis des Genesungsprozesses selbst gibt es ein tiefes Verständnis relevanter Strukturprinzipien der Genesungsbegleitung (KISKER 1960; LAING 1960; PODVOLL 1990; WULFF 1995; SEIKKULA, ALAKARE 2007; SCHLIMME, BRÜCKNER 2017). In vielen Bereichen der therapeutischen Kunst gibt es ein detailliertes Handlungswissen, welches

vom Erfahrungswissen aus eigener Genesung, aus der Angehörigen- und der therapeutischen Praxis gesättigt ist. Fast unbemerkt vom Mainstream der Psychiatrie hat sich hier ein trialogisch organisiertes, methodenkritisches Wissen entwickelt, welches das neurobiologische Wissen der Mainstreampsychiatrie problemlos integriert.

Im Folgenden stellen wir den Genesungsprozess entlang eines gewissenmaßen idealtypischen Verlaufs aus einer erstpersonalen Perspektive dar. Die theoretischen Grundlagen dieses Verständnisses und eine noch ausführlichere Beschreibung des Prozesses finden sich an anderer Stelle (SCHLIMME, BRÜCKNER 2017).

Wie funktioniert Psychose?

Eine Psychoseerfahrung ist zunächst Ausdruck und Folge des Verlusts der gewohnheitsmäßig präsentierten Lebenswelt. Unsere Lebenswelt lässt sich als ein uns weitgehend vertrauter, selbstverständlich erscheinender sozialer Handlungs- und Erzählraum verstehen. Wir nehmen im Alltag wie selbstverständlich an, dass sich uns der Raum bzw. die Situation, in die wir soeben geraten sind, die Gegenstände und Umstände in ihren Bedeutungen sowie die sozialen Rollen und Erzählmuster in genau denjenigen Bedeutungen »anbieten«, die es gerade benötigt, um dem (warum auch immer) anliegenden Vorhaben nachzugehen (vgl. SCHLIMME, BRÜCKNER 2017). Dies reicht von einfachen Situationen, wie der Handlungsabfolge des automatisierten Kaffeekochens oder den Erzählweisen bei einem Small Talk bis hin zu komplizierten Situationen, wie der Orientierung in einem unbekanntem Großflughafen oder der gemeinsamen Lösung einer größeren Aufgabe im Team.

In der Psychose kommen diese Selbstverständlichkeiten abhanden. Der Verlust betrifft zunächst nonverbale automatisierte (gewohnheitsmäßige) Muster des Wahrnehmens, Bewertens, Bedeutens und Handelns. So ergibt sich in der Psychoseerfahrung typischerweise eine ungeahnte Fülle an Bedeutungen, die den Gegenständen und Umständen anhaften. Diese Bedeutungsfülle enthält nicht nur die im jeweiligen Moment wichtigen Bedeutungen, die zum Bewältigen des Anstehenden benötigt werden, sondern auch fernliegende, ungewöhnliche oder sogar neue, hintergründige Bedeutungen (Apophänie = neue Bedeutungen offenbarend). Das macht es für den Betroffenen schwer, sich zurechtzufinden (Ratlosigkeit),

und verlangt ein ständiges Nachdenken, Ordnen und Sortieren. Der Aufwand und das Übermaß an Reflexion sind anstrengend, erschöpfend und oftmals nicht verlässlich abschließbar (Hyperreflexivität). Dies betrifft auch den sonst haltgebenden Boden der Erfahrung, also basale Selbstverständlichkeiten wie die eigene Leiblichkeit und Identität sowie das Zentriertsein in der gegebenen Situation. Als Folge dieser basalen Verunsicherung kommt es häufig zu einem »Eigenbeziehungserleben« oder »Zentralerleben« (ZERCHIN 1990), also dem sicheren Eindruck, dass sich alles und jedes auf einen selbst beziehe (Anastrophe = hin zu mir gewendet; CONRAD 1958).

» Man schnappt über, da man die ganzen tollen Bedeutungen nicht mehr verarbeiten kann. « (Gustav Seidel*)

Verständlich, dass eine solche Erfahrung der extremen Bedeutungsschwangerschaft der Lebenswelt eine massive Überforderung und Verängstigung mit sich bringt (Motto: Psychose als »Martyrium der Schlüsselreize«). Oftmals können dann auch fernliegende und ungewöhnliche Ideen das Erlebte leidlich gut ordnen, wie der Gedanke, dass die Nachbarn einen verfolgen oder beeinflussen. Zwar dämmen solche Überzeugungen die Angst ein, da sie nun nicht mehr diffus überall und nirgends aufbricht, sondern sich im Nachbarn verdichtet, den man dann eben möglichst meidet. Dennoch bringen solche Überzeugungen wieder neue Schwierigkeiten mit sich, da ja alle anderen sie nicht mit dem Betreffenden teilen und dieser trotz aller gewissen Zweifel (noch) nicht auf sie verzichten kann (= wahnhafte Überzeugung).

Es ist klar, dass die Inhalte der Psychoseerfahrung einen Zusammenhang mit der eigenen Lebensgeschichte, den gemachten Erfahrungen und kulturellen Prägungen haben. Wer beispielsweise niemals vom CIA gehört hat, kann sich auch nicht durch ihn verfolgt fühlen. Bedeutsam sind aber nicht die offenkundigen Inhalte (z. B. CIA), sondern vielmehr die Beziehungsstrukturen, die sich in ihnen ausdrücken. Bei einer Verfolgung durch den CIA ist es also relevanter, wofür der CIA steht (= übermächtige und undurchsichtige, im Geheimen operierende Organisation ohne persönliches Angesicht) und dass es sich um eine Verfolgung handelt (= Bedrohung der eigenen personalen Integrität), als dass es nun gerade der CIA ist. Obwohl Letzteres natürlich auch bedeutsam sein kann, aber eben meist austauschbar ist. Es könnte ebenso gut eine andere Organisation mit den benannten Qualitäten sein. Welche Botschaft aber nun genau in dieser spezifischen Verfolgungserfahrung angedeutet ist, ist damit

* Gustav Seidel ist ein Pseudonym. Die in dieser Publikation zitierten Narrative sind Therapieberichte. Gustav Seidel erteilte eine informierte Einwilligung, dass die Texte veröffentlicht werden können.

natürlich nicht gesagt und erfordert die rückblickende Interpretation der psychoseerfahrenen Person selbst (siehe S. 33 f.).

Psychoseerfahrene sind geistig Suchende. Diese klassische Einsicht der verständigungsorientierten Psychiatrie formuliert Manfred BLEULER (1987, S. 18) so: »Nach unserem heutigen Wissen bedeutet Schizophrenie in den meisten Fällen die besondere Entwicklung, den besonderen Lebensweg eines Menschen unter besonders schwerwiegenden inneren und äußeren disharmonischen Bedingungen, welche Entwicklung einen Schwellenwert überschritten hat, nach welchem die Konfrontation der persönlichen inneren Welt mit der Realität und der Notwendigkeit zur Vereinheitlichung zu schwierig und zu schmerzhaft geworden ist und aufgegeben worden ist.«

Auch wir teilen die Ansicht, dass der Motor der Psychose in der besonderen Struktur des psychosozialen Miteinanders gesehen werden kann, welche psychosebefähigte und psychoseerfahrene Personen in besonderem Umfang in ihren Beziehungen aufbauen und entwickeln. Der Motor der Psychose (der sog. *trouble générateur*) findet sich im Dilemma von Dazugehören-Wollen und Eigenständig-sein-Wollen. Obwohl diese Grundspannung ja allen Beziehungen innewohnt, nimmt sie bei Psychoseerfahrenen aufgrund ihres quantitativen Ausmaßes »eine völlig andere Qualität« an (FROMM-REICHMANN 1958, S. 234). Amelie Palmer* bringt die große soziale Empfindsamkeit auf den Punkt:

- » Auch wenn ich mich mit meinen Freundinnen verabrede, ist das anstrengend. Ich komme mir so ... ich denke da ganz viel nach ... mache da viel mit dem Kopf ... dieses ständige Kontrollieren, Interpretieren. Ich kann gar nicht normal reden, sondern bin dann immer am Fragen: War das jetzt okay? Was habe ich gesagt? « (SCHLIMME, BRÜCKNER 2017, S. 121)
- » Man macht so viel mit dem Kopf. Dieses Selbstverständliche, was andere so ausstrahlen, das erstaunt mich immer wieder. Die wissen, wie man reagieren soll, wo ich gar nicht weiß, wie ich reagieren soll. « (S. 117)
- » Immer nachdenken, was die anderen sagen: Mache ich das richtig? Dieser stete soziale Abgleich. «

Frieda Fromm-Reichmann beschrieb bereits 1948 diesen »zentralen Widerspruch (>mismatch<), dass die Personen persönliche Beziehungen nicht in dem Ausmaß ertragen können, wie sie das Bedürfnis haben, mit anderen verbunden zu sein. Dieses Dilemma führe dazu, dass die Schwelle des Erträglichen im Miteinander zu schnell erreicht sei und in panische

* Amelie Palmer ist ein Pseudonym. Die in dieser Publikation zitierten Narrative sind Therapieberichte. Teile dieser Narrative wurden genutzt für gemeinsam erstellte Texte (SCHLIMME, BRÜCKNER 2017, S. 116–131). Für alle anderen Narrative erteilte Amelie Palmer eine informierte Einwilligung, dass sie veröffentlicht werden können. Gemeinsam für diese Publikation erstellte Berichte sind gesondert ausgewiesen.

Angst umschlage, deren Abwehr sich dann in psychotischen Symptomen ausdrücke.« (SCHLIMME, BRÜCKNER 2017, S. 141). Diese »Spannung zwischen dem Abhängigkeitsbedürfnis und der Sehnsucht nach Freiheit« (FROMM-REICHMANN 1958, S. 232) macht verständlich, warum besondere Anforderungen an das Miteinander mit psychoseerfahren(d)en Personen gestellt werden (siehe »Das Miteinander der Genesung«, ab S. 45).

Typisch für psychotisches Erleben sind aber auch »Verräumlichungen« der Erfahrung. So kann das intensive Nachdenken über eine Ecke eines Holzwerkstücks als ein »mit meinem Kopf um die Ecke gehen« erfahren werden (Olliver Hans, acht Wochen nach Aufnahme in die Tagesklinik). Diese Beschreibung erinnert zwar an das sprichwörtliche »Um-die-Ecke-Denken«. Sie meint aber tatsächlich eine real-räumliche Bewegungserfahrung. Ebenfalls sehr häufig ist, dass die Präsenz im Hier und Jetzt auf andere Art und Weise erfahren wird (basale Selbststörungen). Diese gewisse Distanz ist eben gerade wegen dieser sozialen Empfindsamkeit nötig und wird oft im Vorfeld von Psychosen, aber auch bei deren Abklingen erlebt. So berichtet Amelie Palmer vom Gefühl einer »Glaswand«, welches sich auch in ein »Abheben« steigern könne. Dies distanzieren sie zwar vom Hier und Jetzt, jedoch ängstigen es eben auch (SCHLIMME, BRÜCKNER 2017, S. 123 f.). Sie sagt:

- » Manchmal ist das wie eine Glasscheibe, die mich abschirmt – bin ich gar nicht richtig körperlich da und präsent – eher wie ein *Geistwesen*. Da kann ich echt nichts gegen machen. Ich fühle mich dann fremd, gestern auch in der Schwimmhalle. Das war verbunden mit der Angst ... Die Abstufung, die Glaswand ist da oder nicht da, die ist nicht mehr so da. Manchmal merke ich das vielleicht auch gar nicht. Ich glaube, wenn ich merke, jetzt wird es zu viel, zu hektisch, dann fahre ich mich etwas zurück, bin etwas abgekapselt von der Welt. «

Andere psychoseerfahrene Personen berichten von fehlender Präsenz oder dem Gefühl, unbeteiligt zu sein. All diesen Beschreibungen ist gemeinsam, dass diese Erfahrung zwar eine als positiv erlebte Distanz zum sozial geteilten Hier und Jetzt herstellt, zugleich aber auch verstört und ängstigt. Diese Doppeldeutigkeit berichtet auch Birgit Hase*:

- » Wenn mir was ganz zu viel wird. Ich habe Sachen machen müssen, wo mir wirklich innerlich die Haare zu Berge stehen. Ich wollte das nicht. Dann musste ich mich von mir trennen, dann musste ich mir sagen: Wir machen das jetzt für sie! Dann war ich, dann war ich ... Ich weiß auch

* Birgit Hase ist ein Pseudonym. Die in dieser Publikation zitierten Narrative sind Interviewausschnitte und Therapieberichte. Teile davon wurden genutzt für gemeinsam erstellte Texte (SCHLIMME, BRÜCKNER 2017, S. 73–93). Für alle anderen Narrative erteilte Birgit Hase eine informierte Einwilligung zur Veröffentlichung. Gemeinsam für diese Publikation erstellte Berichte sind gesondert ausgewiesen.

nicht, wie ich das erklären soll? Ich bin ja Seele in einem Körper. Und dann musste ich praktisch als Seele meinen Körper befehligen. Irgendwie anders, nicht so wie man das so macht. So gucke ich aus meinen Augen und tue die Dinge, die gemacht werden, und merke mich da nicht, in dem Sinne, wie ich da so erzähle. Aber da musste ich sehr Seele werden, dass ich praktisch auf meinen Körper gucke, dass ich oberhalb bin. (Schlimme: Von außen, meinen Sie?) Ja, von außen. Dass ich mich von oben beobachte, dass ich irgendwie um mich herum bin, dass ich sage: Komm, wir machen das jetzt zusammen! Und wenn ich das dann so sehe, das ist so ganz merkwürdig. Das ist wunderschön, aber irgendwo auch tieftraurig. Weil es mir dann irgendwie so leidtut, dass dieses verrückte, abgenervte Huhn da etwas tun soll, was es gar nicht tun kann und will und dann doch muss. Dieses ewige Gezwungen, etwas tun zu müssen, was einen gänzlich überfordert, das kann man dann leisten. « (SCHLIMME, BRÜCKNER 2017, S. 80)

Zwar gilt, dass diese »Out of Body«-Erfahrungen gewährleisten, auch unter den widrigsten Bedingungen zu funktionieren, und zugleich vermeiden, den Kontakt mit der sozial geteilten Realität endgültig zu verlieren: »Ich bin noch drin, aber ich bin auch draußen.« (ebd., S. 80) Allerdings sind solche Erfahrungen eben auch »tieftraurig« und »echt irre«, wie Birgit Hase mal an anderer Stelle berichtete. Sie sind zudem anderen kaum mehr zu vermitteln, da in ihnen die Selbstvertrautheit als unbefragte Grundlage aller Erfahrungen fragwürdig geworden ist.

Es ist ein bekannter Umstand, dass es im Verlauf der Psychose zunehmend schwieriger wird, sich mitzuteilen und verständlich zu machen. Die Veränderungen betreffen schließlich mehr und mehr die Basis aller Erfahrung. Ist es womöglich zunächst nur schwierig, über ein schmerzhaftes Nichtdazugehören zu reden, da man sich das Dazugehören sehnlichst wünscht, so wird es mit der Psychose schwierig, überhaupt noch die eigene Erfahrung in Worte zu kleiden. Wie sagt man beispielsweise, dass alles, was andere tun, auf ablehnende Weise auf einen gemünzt ist? Klingt das nicht erst recht verrückt und bestätigt die Reaktion der anderen nicht das, was man erfährt und ihnen soeben mitteilte? Und wie soll man mitteilen, dass alles in eine Atmosphäre der sonnigen Leichtigkeit getaucht und zugleich fadenscheinig geworden ist und mit einem Gefühlskarussell von beglückt bis verzweifelt einhergeht, da alles eben einerseits ein Versprechen und eine Ablehnung zugleich bedeutet? Es bräuchte Orte des ruhigen Erzählens und vertrauenswürdige Zuhörende, um hier Worte zu

finden und zu erproben. Aber genau solches Vertrauen und solche Ruhe sind schwierig, wenn man solche Erfahrungen macht. Solche Erzählräume müssten durch andere Personen mit großer Gelassenheit und viel Zeit angeboten werden. Und so entwickelt sich die Psychoseerfahrung als eine exklusive, mit anderen Personen nicht teilbare und anderen eben auch nicht mehr mitteilbare Realität. Die Frage stellt sich, wie sich diese Erfahrung wieder normalisiert?

Die fünf Stadien der Genesung (Der Genesungsprozess)

- ▶ Herr J.E.* berichtet, dass er über Monate die Stimmen von zwei Frauen in seiner Wohnung gehört habe. Das habe ihn schließlich sehr irritiert, auch wenn es anfangs die Einsamkeit gemildert habe. Er habe dann seinen Bruder immer mehr zurate gezogen, der jeweils ganz unaufgeregt bestätigt habe, die Stimmen nicht zu hören. Sie hätten sogar eine Nacht einen Wohnungstausch gemacht. Er habe dann in der Wohnung des Bruders übernachtet und dort auch die Stimmen gehört, wohingegen sein Bruder bei ihm übernachtet und nichts gehört, sondern gut geschlafen habe. Solche Erfahrungen hätten ihn nachdenklich gemacht. Er habe sich dann auch mal in einer Notaufnahme vorgestellt, da sein Vater meinte: »Vielleicht ist es ja doch so, dass was nicht stimmt.« Jedenfalls habe er sich die dortige Soteria-Station angeguckt und den Eindruck gehabt: Ja, das ist gut für die, die das brauchen. Er selbst habe damals aber nicht den Eindruck gehabt, das zu benötigen. Er sei dann wieder nach Hause gegangen. Sein Vater habe gesagt: »Ja, aber das wäre halt eine Möglichkeit, wenn du nicht mehr weiterweißt.« Und dann, ein paar Monate später, habe er wirklich nicht mehr weitergewusst. Er habe auch außer Haus Stimmen von mittlerweile drei Frauen gehört, habe sich kaum noch konzentrieren können, habe auch gedacht, dass seine Nachbarn dahinterstecken. Er habe sogar mal versucht, denen aufzulauern, um sie zur Rede zu stellen. Es sei wie im »Dauerkrieg« gewesen und er sei gar nicht mehr zur Ruhe gekommen. Er habe auch immer mal wieder an der Richtigkeit seiner Überzeugungen, Schlussfolgerungen und Erfahrungen gezweifelt, aber es seien eher so kurze Momente gewesen. Und dann sei er tatsächlich auf die Station gegangen.

* J.E. ist ein Pseudonym. Der Bericht entstand in Kooperation zwischen J.E. und Jann E. Schlimme auf der Basis von Therapietranskripten. Wir diskutierten und einigten uns auf die Interpretation der Anfänge dieses Genesungsprozesses, wie sie hier präsentiert wird. J.E. erteilte eine informierte Einwilligung zur Veröffentlichung (vgl. SCHLIMME 2017).

Auf der Soteria-Station habe sich zunächst wenig geändert. Auch habe er die ersten Nächte gedacht, dass die Mitpatientinnen und -patienten und die Beschäftigten alle unter einer Decke mit seinen Nachbarn steckten, dass alles so eine Art Kulisse oder Schauspiel für ihn gewesen sei und in den Rauchmeldern Kameras gewesen seien. Aber er habe schrittweise Vertrauen zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aufgebaut, da die ihn ernst genommen und auf Augenhöhe behandelt hätten. Das Miteinander sei umgänglich und sehr gelassen gewesen. Auch hätten sie beispielsweise mit ihm nachgesehen, ob jemand da sei, wenn er die Stimmen gehört habe. Er habe schließlich den Eindruck gewonnen: Die wollen mir gar nichts Böses, die wollen mir Gutes. Dafür mitverantwortlich war aus seiner Sicht auch die Medikation, wodurch die Stimmen leiser gedreht wurden.

Es habe dann eine Szene gegeben, das sei wie ein Wendepunkt gewesen. Sie hätten einen Ausflug gemacht und er sei hinter der einen Sozialarbeiterin und einer Mitpatientin hergegangen. Die hätten miteinander geredet, er habe das nicht richtig gehört, aber sei sicher gewesen: Die reden über mich. Und dann habe er etwas später die Sozialarbeiterin angesprochen und die habe gesagt: »Ne, wir haben ja gar nicht über Sie geredet.« Und das habe er ihr auch geglaubt und sich gedacht: Dann habe ich mir das wohl eingebildet. So gab es immer mehr »Inseln der Klarheit«. Es sei wie eine bittere Arznei gewesen, die er immer mal wieder ausprobiert habe. Im Rückblick habe diese Zwischenphase ganz schön lange gedauert, wo er immer mal so irritiert gewesen sei, wie das jetzt zu verstehen sei. Aber mit der zunehmenden Sicherheit, dem vertrauensvollen Miteinander sowie Ausbleiben der Stimmen habe er sich dann schließlich eingestanden: Das war wohl tatsächlich alles Einbildung. Das habe ihn sehr erleichtert, dass er nicht wirklich überwacht wurde. Er war aber auch erst mal irritiert, da er begreifen musste, dass dies eine psychische Störung sei. ◀ (SCHLIMME 2017)

Dieser kurze Bericht benennt einige Aspekte der Anfänge des Genesungsprozesses: die Exklusivitätseinsicht, den Wendepunkt und die Übergangsphase des Lebens in doppelten Realitäten (SCHLIMME, BRÜCKNER 2017).

Wendepunkt

Der Genesungsprozess setzt mit einem Wendepunkt ein, in dem die Exklusivität der Psychoseerfahrung dem Betreffenden – sich an einem einzelnen Erfahrungsaspekt durch Intervention anderer Menschen vermittelnd – klar wird (Exklusivitätseinsicht). Dieser Wendepunkt erinnert an PODVOLL'S Beschreibung sogenannter »Inseln der Klarheit« in der Psychose (1990, S. 207 f.). Es besteht aber u.E. der Unterschied, dass der Wendepunkt die Intervention einer glaubwürdigen anderen Person erfordert. Dabei scheint das Kriterium der Glaubwürdigkeit relevant, um die Exklusivität der eigenen Erfahrung zu akzeptieren. Nach unserer Erfahrung können all diejenigen Personen erfolgreich intervenieren, die die Psychoseerfahrung anzuhören bereit sind und deren Realität nicht von vornherein in Zweifel ziehen. Andere psychoseerfahrene Personen sind in besonderem Maße glaubwürdig. Der Wendepunkt erscheint dem Betreffenden dann im Rückblick als der Beginn der Genesung (low turning point; RAKFELDT, STRAUSS 1989).

Außerdem ist es u.E. wichtig, dass ein sozialer Ort mit genügend Vertrauensschutz vorhanden ist, in dem solche Zweifel ausgesprochen, akzeptiert und angeregt werden. Dieser Sozialraum ist im besten Fall ein atmosphärisch unaufdringlicher Raum mit gelassenen anderen, in dem auf die betreffende Person weder mit Anforderungen noch mit Bedeutungen eingestürmt wird (= *bedeutungsdosierter Sozialraum*). Erst dann können vertrauenswürdige Ansprechpartner, etwa Mitarbeitende einer Einrichtung oder Mitpatienten, eine verständigungsfähige Interpretation der Erfahrungen so aussprechen, dass sie die wahnhaftige Eigenlogik bremsen. Dieser bedeutungsdosierte Sozialraum kann auch durch die *angemessene* Gabe von Medikamenten oder das gemeinsame Üben von *Abschalttechniken* (siehe S. 110 ff.) unterstützt werden.

Exklusivitätseinsicht

Die Exklusivitätseinsicht ist Bestandteil jedes Wendepunkts. Aber nicht jede Exklusivitätseinsicht führt eine Wende herbei. Sie kann eben auch als »Insel der Klarheit« schlicht einen besonderen Moment des Zweifels darstellen. Wichtig ist u.E., dass die Einsicht in die Exklusivität der eigenen Psychoseerfahrung typischerweise stufen- bzw. aspektweise erfolgt: So wird beispielsweise erst die Exklusivität der Stimmen erkannt, wohingegen die Überzeugung, dass alle gegen einen verschworen

Leitidee: Reden

sind, erst später als private (= wahnhafte) Überzeugung aufgedeckt wird.

Jeweils geht es in der Exklusivitätseinsicht aber auch um einen »dritten Standpunkt« zu einem bestimmten Aspekt der Erfahrung. Denn erst dieser »dritte Standpunkt« vermittelt zwischen der sozial geteilten Realität und dem hochprivaten, als exklusiv erkannten Aspekt der Erfahrung. Dieser Zusammenhang trifft auch auf die sehr privaten und exklusiven Metaerzählungen der ungewöhnlichen Erfahrungen zu, die von außen betrachtet als Wahnfabeln erscheinen. Dabei gilt, dass die Exklusivität der Psychoseerfahrung nicht aufzulösen, sondern als solche anzuerkennen ist. Insofern bleibt letztlich nur die Erzählung, um diese Erfahrung zu teilen. Der Raum zur Genesung ist deshalb auch immer ein *Erzählraum*.

Die Exklusivitätseinsicht ist von dem Konzept der sogenannten Krankheitseinsicht abzugrenzen (vgl. SCHLIMME, BRÜCKNER 2017, S. 43). Für eine Krankheitseinsicht wäre nicht nur die Einsicht in die Exklusivität, sondern auch die Annahme einer Krankhaftigkeit dieser hochprivaten Erfahrung erforderlich. Die Bewertung der Psychoseerfahrung als »krankhaft« ist aber aus unserer Sicht nicht zwingend für eine Genesung erforderlich.

Stadium der doppelten Realitäten

In diesem Stadium schreitet die Auseinandersetzung mit der Psychoseerfahrung unter veränderten Vorzeichen voran. Die Psychoseerfahrung muss jedoch zunächst als parallele Realität *zur* und *von der* sozial geteilten Realität unterschieden und abgegrenzt werden. Hierzu bedarf es auch einer Kontrolle des Auftretens von psychosenaher Erfahrung bzw. bestimmten Aspekten der Psychoseerfahrung. Initial ist dafür eine Bedeutungsdosierung nötig, die vom Sozialraum ausgeht (bzw. von der Person, die diesen Sozialraum gestaltet; *bedeutungsdosierter Sozialraum*). Dies entspricht näherungsweise dem Grundgedanken der »Reizabschirmung« in der Psychose, besonders deutlich im intensiven »being with« (= Dabeisein) bzw. dem »weichen Zimmer« der Soteria (BOLA, MOSHER 2002; CIOMPI, HOFFMANN 2004). Typische bedeutungsdosierte Sozialräume sind ein Aufenthalt in der Natur sowie vorübergehende soziale Rückzüge beispielsweise ins eigene Zimmer oder auch ins Bett. Unterstützung kann auch durch eine bedürfnisangepasste Medikation erfolgen, seien dies nun Benzodiazepine oder Neuroleptika in einer so niedrigen

Dosierung, dass die Psychoseerfahrung noch zugänglich bleibt, aber z. B. die »Stimmen leiser gedreht« erscheinen.

Der oder die Betreffende befindet sich in dieser Phase eigentlich durchgängig in zwei Realitäten, welche die Person beständig aufeinander beziehen und zueinander abgleichen muss (»being in two places at once«, PODVOLL 1990, S. 235). Diese Leistung gilt es zu begleiten, wobei der Nachteil von Psychopharmaka darin besteht, dass sie die kognitive Leistungsfähigkeit einschränken und dadurch die Bewältigung behindern (können). In eigenen Untersuchungen bestätigte sich der klinische Eindruck, dass diese Phase Wochen bis Monate anhält (SCHLIMME, BRÜCKNER 2017). Das tatsächlich verbleibende Ausmaß an psychosenahen bzw. psychotischen Erfahrungen ist individuell unterschiedlich. Bei einigen Personen hält dieses Stadium auch Jahre oder zeitlebens an, sodass wir dann von einer lange anhaltenden Psychoseerfahrung sprechen (SCHLIMME 2009, 2013 a; SCHLIMME, BRÜCKNER 2017, S. 73 ff.; nach Jaspers auch »doppelte Orientierung zur Realität« oder. »doppelte Buchführung« im klinischen Jargon). In dieser Phase sollte weiterhin Raum für Gespräche über die Hintergründe der Psychose angeboten werden, um »dritte Standpunkte« zu ermöglichen. Ebenso wie bei Krisen im Genesungsverlauf, so gibt es offenbar auch bei vielen ersten Psychosen ein Zeitfenster von ca. 14 Tagen nach ersten Exklusivitätseinsichten, in dem diese psychosozialen Dilemmata besonders gut angesprochen werden können (SEIKKULA, ALAKARE 2007, S. 239 ff.). Idealerweise erfolgt dies unter Einbezug des sozialen Netzes. Solche Krisen werden oftmals auch durch minimale Reduktionen länger genutzter Neuroleptika aufgelöst. Dies muss nicht unbedingt ein Problem sein, sondern bietet eine Chance, sich mit den psychosozialen Motoren der Psychose auseinanderzusetzen.

- ▶ Im Verlauf der Reduktion kommt es bei Amelie Palmer* zu einer psychotischen Krise, die durch Rückkehr auf die vorherige Dosis und vorübergehende Benzodiazepin-Nutzung ambulant sehr gut bewältigt werden kann. Rückblickend sagt sie: »Das mit der Krise war gut, das hätte ich sonst gar nicht bemerkt. Dieses ›Mal-fünfe-gerade-sein-Lassen‹, das ist ja auch was Positives. Da brauche ich einen Raum für, in meinem Alltag – einen weniger gefährlichen. Vielleicht kann ich das beim Tanzen – früher konnte ich das jedenfalls. «

← Leitidee: Auf Krisen einstellen, nicht schlagartig absetzen

* Gemeinsam von Amelie Palmer und Jann E. Schlimme erstellter Bericht zu einer Krise im Genesungsprozess. Amelie Palmer erteilte eine informierte Einwilligung, dass der Bericht in seiner jetzigen Form genutzt werden kann.

* Frau J. ist ein Pseudonym. Der Bericht entstand in Kooperation zwischen der betreffenden Person und Jann E. Schlimme auf der Basis von Therapietranskripten. Außerdem diskutierten und einigten wir uns auf die Interpretation der Krise im Genesungsprozess, wie sie hier präsentiert wird. Frau J. erteilte eine informierte Einwilligung, dass der Bericht in seiner jetzigen Form genutzt werden kann.

Bei Frau J.* bringt die minimale Reduktion des Neuroleptikums (Perphenazin von 7,0 auf 6,5 mg, was einer Reduktion um ca. 7 Prozent der aktuellen Dosis bzw. ca. 6 Prozent der Ausgangsdosis von 8 mg entspricht) ca. drei Monate nach Entlassung das monatelang während des klinischen Aufenthalts lediglich plombierte Thema der intensivsten Sehnsucht nach Nähe und Geborgenheit bei einem anderen Menschen wieder hoch. Es geht hier explizit um Nähe und Geborgenheit. Frau J. verabredet sich über verschiedene Chat- und Kontaktbörsen, trifft Personen und bemerkt schließlich, dass es ihr schwerfällt, sich den anderen nicht förmlich aufzudrängen und sich nicht sofort »verschossen« zu fühlen: »Ich bin dann ganz schnell verliebt in ihn, habe alles überstürzt.« Sie bemerkt ihre Ambivalenz und innere Anspannung, die ihr den Schlaf erschwert. Sie nutzt vorübergehend ein Schlafmittel, geht mit dem Neuroleptikum wieder auf die Dosis von 7,0 mg zurück. Sie kann ihre Abschalttechniken wieder aufgreifen, formuliert mit Freundinnen und in der Psychotherapie das Thema der Krise und beginnt an ihrer inneren Distanz und Widerstandsfähigkeit zu arbeiten. Sie habe sich früher dann auch schnell gegenüber den anderen verpflichtet. Das vermeidet sie und definiert die Treffen stattdessen als Flirts und Affären. So bewahrt sie sich Hintertüren. Sie lässt die Krise hinter sich. Schließlich lässt sie sich doch auf eine Beziehung mit einem eher ruhigen und distanzierten, aber sehr offenen Partner ein. Sie formuliert ihr Dilemma in der Beziehung auf den Punkt: »Ich will mehr von ihm ... und dann brauche ich wieder die Distanz.« Sie formuliert dies als Aufgabe für sich. Nun ist der erneute Reduktionsschritt um 0,5 mg auf 6,5 mg unkompliziert. ◀

So beschrieben wird sofort klar, dass Neuroleptika primär in Situationen akuter, massiver Überforderung durch die extreme Bedeutungsschwangerschaft der Lebenswelt aufgrund ihrer dämpfenden, d. h. emotional wattierenden Wirkung hilfreich sein können (Welche spürbaren positiven Wirkungen haben Neuroleptika während der Psychose? Siehe S. 48 ff.). Aber der Kontakt zur Psychoseerfahrung muss bestehen bleiben, um am Motor der Psychose, am psychosozialen Dilemma arbeiten zu können. Die individuelle Spannbreite des Einsatzes von Neuroleptika ist somit üblicherweise eher klein, auch wenn in Akutsituationen traditionell vielfach zu eher hohen Dosen gegriffen wird (Welche spürbaren negativen Wirkungen haben Neuroleptika? Siehe S. 52 ff.).

Bereits in den Akutsituationen zeigen sich die Nebenwirkungen von Neuroleptika insbesondere bei zu hohen Dosierungen als echte

Genesungsbremse (Wieso sollten Neuroleptika nicht zu hochdosiert und nicht einfach lebenslang genommen werden? Siehe S. 60 ff.). Oft geht es zunächst um die körperliche Behinderung durch motorische Nebenwirkungen, wie Brigit Hase berichtet: »Die Gedanken rasen weiter, aber der Körper kann nichts tun – und die Gedanken: Wie soll das gehen, wenn ich auf Toilette muss.« Insbesondere kognitive Einschränkungen sind behindernd, welche dosisabhängig neben Aufmerksamkeit und visuell-auditorischen Kognitionsleistungen auch exekutive Funktionen betreffen (DE VISSER u. a. 2001; KNOWLES u. a. 2010). Jedoch ist zu beachten, dass kognitive Einschränkungen (v. a. Aufmerksamkeit, Wortgedächtnis und exekutive Funktionen) auch ohne Neuroleptika bei psychotischen bzw. nicht vollständig genesenen psychoseanfälligen Personen nachgewiesen wurden (FATOUROS-BERGMAN u. a. 2014). Da die genesende Person aber ihren ganzen »Grips« braucht, um die vielen Eindrücke und wichtig erscheinenden Bedeutungen des Gegebenen zu sortieren und zu ordnen, bzw. die bereits gegebenen Einschränkungen der exekutiven Funktionen durch andere, aufwendigere und oft reflexive kognitive Leistungen zu ersetzen, sind kognitive Einschränkungen durch zu hochdosierte Neuroleptika einer der ungünstigsten Effekte, den man sich für die weitere Genesung vorstellen kann (vgl. KNOWLES u. a. 2010; KNOWLES u. a. 2015). Überhaupt gelten Einschränkungen der Kognition als entscheidender Faktor für eine schlechter gelingende Genesung (GALDERISI u. a. 2014). Diese kognitiven Einschränkungen nehmen nachweislich ab, wenn die Dosis verringert oder das Neuroleptikum ganz abgesetzt wird (KNOWLES u. a. 2010; FABER u. a. 2012; TAKEUCHI u. a. 2013). Langfristig plombieren die Neuroleptika die betreffende Person oftmals derart, dass sie von ihren eigenen Bedürfnissen, Gefühlen und Wünschen abgeschnitten ist und eigene Belastungsgrenzen, Ängste und Sehnsüchte nicht adäquat wahrnehmen kann (sog. »toxische Anosognosie«, BREGGIN 2012). Thelke Scholz berichtet dazu die folgenden Erfahrungen und Herausforderungen:

- Die durchaus erwünschte Funktion der Medikamente als schützende Wand zwischen mir und der Welt reduzierte sich natürlich ebenfalls. Ich musste ganz neu lernen, mich zu öffnen, darauf zu bauen, dass meine Lieben mir helfen wollen, dass sie besorgt sind und mir wohlwollend begegnen.

Ich musste eine eigene Schutzschicht entwickeln. Viele Gefühle waren mir komplett neu, oder zumindest in ihrer Heftigkeit noch fremd. Sie machten mich unsicher und ängstlich, denn so intensiv waren sie seit

immerhin 15 Jahren nicht mehr zu mir durchgedrungen. Ich musste lernen, sie auszuhalten, oder besser noch, sie zu kompensieren. Ich musste lernen, zu fokussieren. Herausfinden, was wichtig ist. Im Kleinen, wie z. B. beim Inhalt meiner Handtasche. Besonders aber im Großen. Also die Informationen und Eindrücke um mich herum nicht *alle* auf mich zu beziehen, sondern nur die tatsächlich an mich gerichteten. (Nicht jeder Mensch, den ich lachen höre, lacht über mich!)

Wenn man kaum jemals wach ist und sich noch viel weniger konzentrieren kann, ist es schier unmöglich, einen Gedanken, eine Idee oder ein Problem hinreichend zu durchdenken. Es ist unbefriedigend und ermüdend, niemals an ein Ende zu kommen und jeden Tag um dieselben Fragen zu kreisen. (Für mich vermutlich ebenso wie für mein Umfeld.) ◀

Stadium des »Parkens« der Psychose

Klingt die Psychoseerfahrung vollständig ab, d. h., werden aktuell keine Psychoseerfahrungen mehr erlebt, so scheinen zwei langfristige Verlaufsformen unterscheidbar: die geparkte Psychoseerfahrung und die integrierte Psychoseerfahrung (vgl. SCHLIMME, BRÜCKNER 2017). Die »geparkte Psychoseerfahrung« ist u. E. die häufigste Form der längerfristigen Genesung. Hier ist die Psychoseerfahrung nicht primär kritisch gewendet, sondern bleibt vielmehr phasenhaft real und gegeben (SCHLIMME, BRÜCKNER 2015). KISKER (1960, S. 57 ff.) spricht in diesem Zusammenhang von einer »Ablassung«, was begrifflich freilich die Kontrolle des aktiven »Parkens« der Psychoseerfahrung nur unzureichend wiedergibt. Aus unserer Erfahrung handelt es sich nämlich um einen aktiven Prozess und weniger um ein »Verblässen«, wie es im Rahmen des Erinnerns von Ereignissen vorkommt. Dies gilt auch, wenn das »Parken« durch den Einsatz von Neuroleptika unterstützt wird.

Üblicherweise stellt die damit zuweilen aufkommende Psychoseerfahrung etwas Sinnvolles oder Notwendiges dar. Es gibt eine ganze Vielzahl an typischen Bedeutungen, welche eine derart »geparkte«, aber eben zuweilen auch wieder »genutzte« Psychoseerfahrung aufweisen kann. Besonders augenfällig ist die konkrete Botschaft als Warnsignal für ein »Zuviel« der aktuellen Situation und als Hinweis auf einen notwendigen (sozialen) Rückzug (CORIN, LAUZON 1992). Aber die Psychoseerfahrung kann auch ein unverdeckter Hinweis auf einen eigenen Wunschtraum sein (vgl. die Übersicht zur Symbolbildung; BENEDETTI 1998, S. 102 ff.).