

Abklingende Psychose

Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. Jann E. Schlimme M.A., Berlin

Wie funktioniert Normalität?



Handlungsraum Lebenswelt Normalität

Normalität und Bewusstsein

Normalität als passive 'Leistung'

Was ist Normalität?

Unsere Welt, in der wir leben (Lebenswelt), eröffnet sich uns normalerweise als ein vertrauter Raum und ist angefüllt von Selbstverständlichkeiten (Wahrnehmungen, Wertnehmungen, Handlungsoptionen, Bedeutungen, Erzählungen).

Normalität ist eine ständig und in jedem Augenblick sich vollziehende, passive 'Leistung' unseres präreflexiven Bewusstseins ist, die sich im Vorauserwarten des Typischen wie eine selbst-erfüllende Prophezeiung ständig selbst bestätigt.

Unsere Lebenswelt präsentiert sich uns normalerweise gemäß unserer aktuellen Vorhaben und eröffnet sich als ein adäquater Handlungsraum, in dem wir zum verantwortlichen Handeln aufgerufen sind (A-I-D).

Wie funktioniert Psychose?

Modell der fehlenden automatischen Einstellung und fehlenden Anerkennung der üblicherweise gültigen Bedeutungen (Wolfgang Blankenburg, Erich Wulff)

Normalität muss ständig (automatisch) durch uns vollzogen werden, indem wir im vertrauten Sinne die Lebenswelt, die wir uns selbst entbergen, vorzeichnen (Habitualität). Sie ist „mit einem Schlage“ da (als Gestalt, nicht im Detail).

Genau diese selbstverständliche Vertrautheit geht durch das „Zuviel“ an möglichen Bedeutungen und den hiermit sich auftuenden Widersprüchen / Paradoxien dieser verschiedenen Bedeutungen verloren. Die gemeinhinnigen Bedeutungen verlieren sich in der Fülle des Möglichen (Was soll das bedeuten?)

Die Leistungsgrenze des reflexiven Ordnen und Sortierens wird fast permanent überschritten. Die Lebenswelt ist zu kompliziert, bedeutungsschwanger, einfach nur verwirrend.

Die Unterscheidung zwischen ausschließlich mir gegebenen, d.h. exklusiven (= besonders, ausgrenzend) und mit anderen geteilten Erfahrungsaspekten geht verloren – die Verständigung hierüber mit anderen bricht ab.

-> Atmosphäre der Überforderung und Angst

In der Psychose werden (zu-)viele,
sonst in dem Kontext unübliche Bedeutungen erfahren.

„Man schnappt über, da man die ganzen tollen Bedeutungen
nicht mehr verarbeiten kann.“

„Es ist ein Martyrium der Schlüsselreize.“

Warten – Transkript Interviewer und Psychoseerfahrener

I: Sie hatten ja darüber informiert, wie schwierig es ist, so alltägliche selbstverständliche Dinge zu tun. (P: Ja) Während des Interviews, wo es um die Psychoseerfahrung ging (P: Mmh). Und jetzt haben Sie gerade erzählt, dass es bestimmte Situationen gibt, die besonders stressig sind. Die würden sie sich einfach erstmal fernhalten (P: Ja). Da höre ich jetzt aber auch raus, dass es ganz viele Situationen gibt – Einkaufen-Gehen, An-der-Kasse-Stehen, oder Ähnliches, oder auch Arbeitstherapie oder so etwas – was eigentlich schon wieder ganz gut gelingt, wo Ihnen das im Rahmen der Psychose gar nicht gut gelungen wäre.

P: Ja, das ist...

I: Ist das so?

P: Ja, was ich vielleicht dazu sagen kann, Sie sprechen es an, mit dem Warten an der Kasse zum Beispiel. (I: Mmh). Ähm, heutzutage ist es halt äh jeder kennt das, wenn wartet irgendwie im Lebensmittelladen auf (I: Mmh) äh bis man dran ist. (I: Mmh) Und äh die einzukaufenden Lebensmittel liegen auf dem Band und man steht dann da halt und man fragt sich dann vielleicht äh ja, ist der vor mir schon fertig? (I: Mmh) Oder nein, ist noch nicht. Also, (I: Mmh) schwing ich meinen Kopf noch zwei- dreimal äh lese dieses Angebot (I: Mmh) äh sehe vielleicht noch das an der Kasse, was ich brauchen könnte, (I: Mmh) aber dann doch nicht kaufe ecetera ecetera. (I: Mmh) Sprich man verbringt irgendwie seine Zeit. (I: Mmh) Und das funktioniert auch und dann irgendwann ist man dran und geht nach kurzer Zeit aus dem Laden raus. (I: Mmh) Und in der Psychose, äh, wäre gerade dieses äh Stehen und äh irgendwelche Angebote lesen (I: Mmh) äh überhaupt nicht gegangen, weil ich das alles als äh Beeinflussung, (I: Mmh) Manipulation äh und so weiter (I: Mmh) gedeutet hätte. (I: Mmh) Und vor allem auch immer mit 'ner Absicht von jemandem oder bestimmten äh Leuten, die das äh mich beeinflussen zu wollen. (I: Mmh) Und dass es halt genauso geplant ist, dass ich an der Kasse dies auch verstehe und genau das lese und das und das und ergibt sich dann dieser und dieser Gedanke und das ist so gewollt und geplant Darauf hatte man Einfluss (I: Mmh) äh das war (I: Mmh) äh das Beängstigende an der Psychose. (I: Mmh)

In der Psychose finden sich schließlich neue Bedeutungen und neue Aspekte der Lebenswelt, die der betreffenden Person ganz selbstverständlich erscheinen (= Schutz vor dem Zuviel).

Der exklusive (= nur für mich) Charakter dieser Erfahrungen, dieser Aspekte und / oder Sichtweise ist dem Betreffenden aber nicht umfassend klar.

Es gibt aber immer wieder Momente, in denen dies der betreffenden Person klar wird (sog. Islands of Clarity, Podvoll). Diese Zweifel werden aber in den Hochzeiten der Psychose – unter der Last der Eindrücke – typischerweise wieder zerstreut.

Partizipatives Schreibprojekt: Die abklingende Psychose

Entwicklung eines qualitativ-lebensweltlichen (phänomenologischen) Modells – gemeinsam mit Psychoseerfahrenen wurden genesungsbegleitend Interviews zur abklingenden Psychose geführt, qualitativ ausgewertet und die Auswertung dann in einem gemeinsamen Text aufgearbeitet.

Erscheint im Psychiatrie-Verlag, vorauss. Frühjahr 2017



§ Selbst nicht verstehen

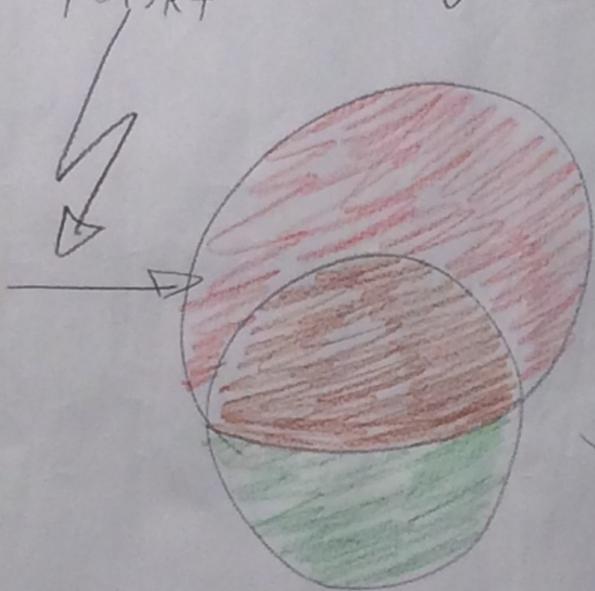
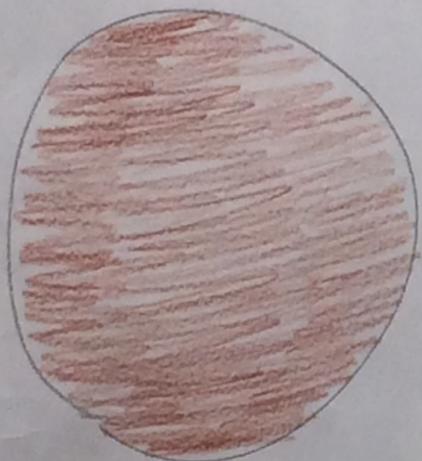
„Ab wo es besser wird.“

„es versteht eh keiner.“

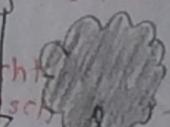
grenzenlose Überforderung

Vende-
punkt

einsame
Aufgabe

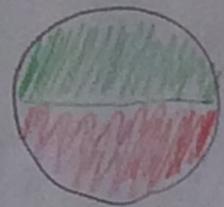
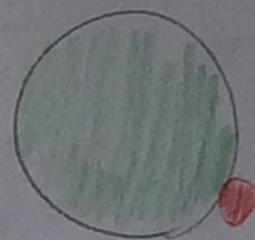
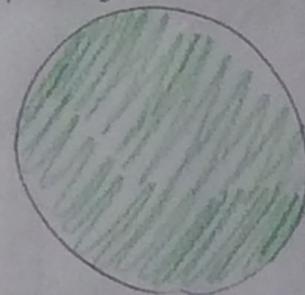


Trennen / nicht
ist
schwierig



Wut
über
das,
was
passiert
ist.

Schätze ich das?



Angst

Depression

Durchmischung

mental / sozial

Nicht mehr
Auffallen

Fuß fassen

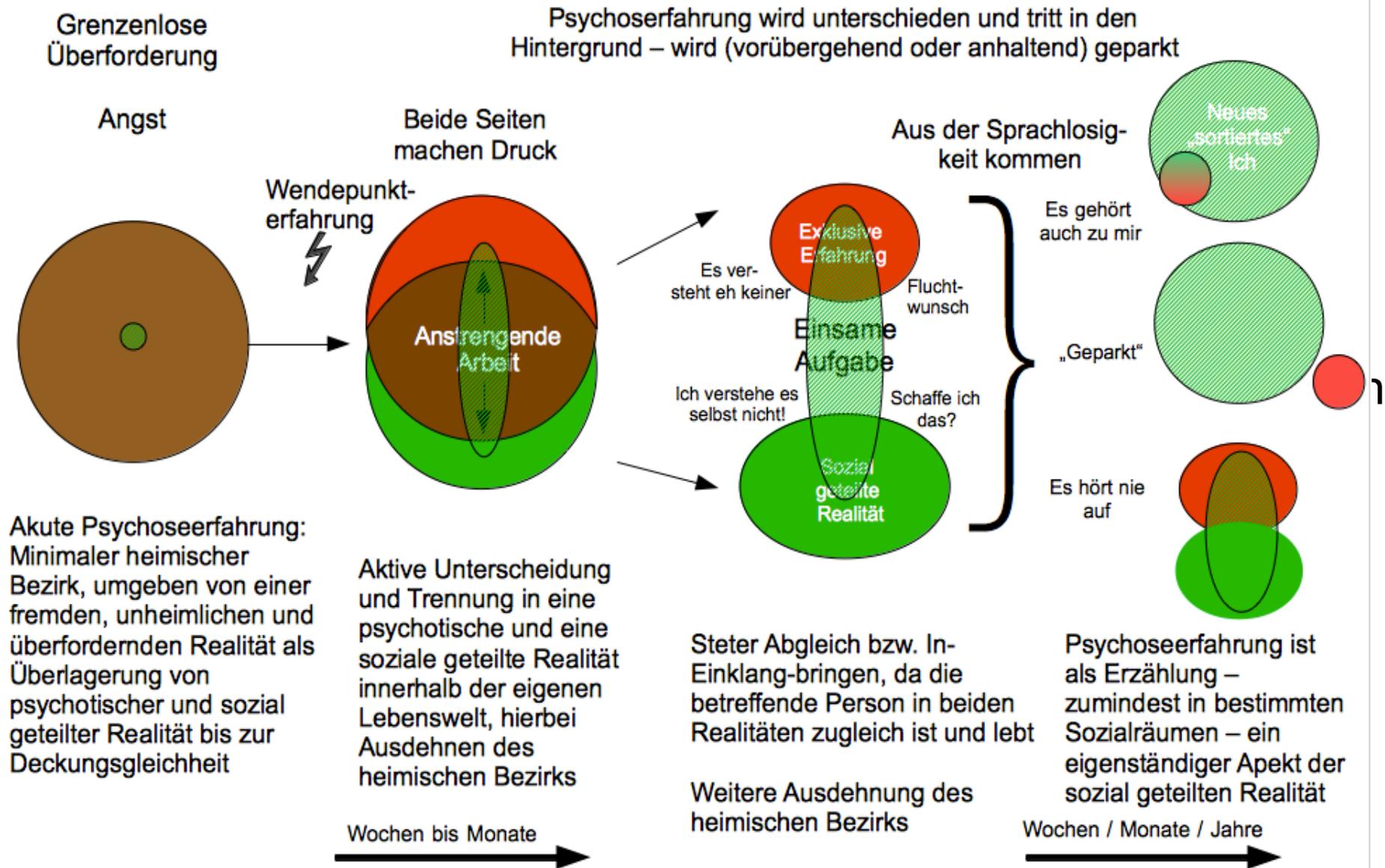
ganz-
real

! Neue Wände !

Verbindung

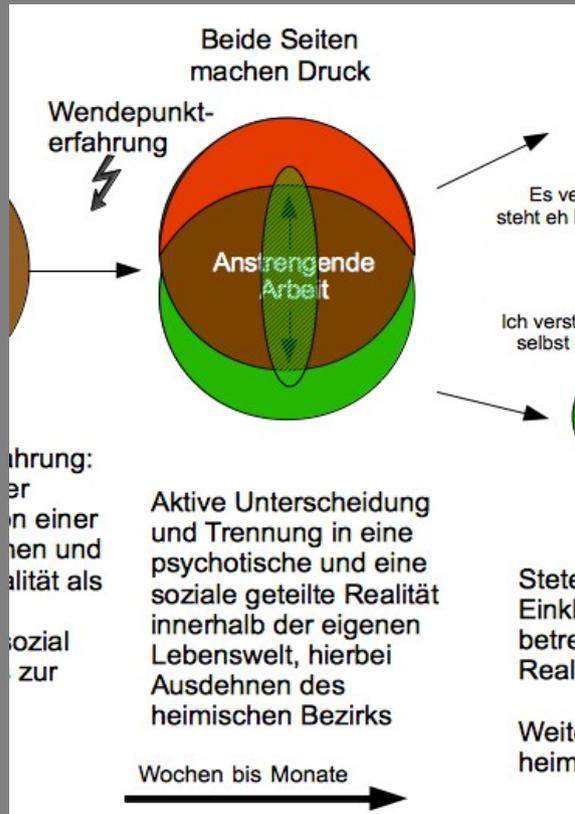
nach Außen
herstellen.

Schematischer Genesungsverlauf II / Abklingende Psychose



Bedeutungsdosierung – aus dem Sozialraum bezogen, solange die präreflexive Habitualitätsmaschine stottert

Entwickeln und Einüben von (neuen) präreflexiven Habitualitäten – möglichst weniger dilemmatisch!
Motto: Dosieren und Gestalten von Sozialräumen: Dazugehören / Verständigung finden / Zurückziehen



ahrung:
er
n einer
nen und
alität als

sozial
zur

Es ve
steht eh k

Ich verst
selbst r

Stete
Einkl
betre
Real

Weite
heim

Interview II aus 8

Befragter: Ich bin da eigentlich ganz gut rausgekommen, durch die sogenannte Ergotherapie. Ich ähm im Bereich Holz mache ich die. Und ähm da war es am Anfang eher so, wenn ich jetzt von Werkstücken spreche, dass mich dann da viele Dinge gestört haben. Ich kann mich ähm wie sagt man aufgehängt an Staubkörnern, an nicht ganz so feinen Ecken, ich ähm lauter solchen Geschichten. Ich ähm gerade das Arbeiten an den Werkstücken hat mir dann geholfen, dass ich mich ähm weniger an diesen Details aufhänge. Also, stören tun sie mich schon noch. Das Daran-

5 Aufhängen ist weitestgehend weg. Das kommt immer darauf an, wieviel ich darüber nachdenke und darüber nachdenken möchte. Ich hab das also ganz gut unter Kontrolle. Ich nutze dann zum Beispiel mein angefangenes Werkstück ähm als Einstieg wieder, um reinzukommen, zu wissen, was habe ich am letzten Tag gemacht, ähm wie habe ich gearbeitet, sorgfältig oder nicht. Und ähm ja, dann läuft das eigentlich ganz gut. Dann sitze ich da und kann dann an meinem Werkstück ganz normal arbeiten und ohne viel Nachdenken zu müssen, ja, warum ist jetzt diese Ecke, warum ist das geschehen oder so. Ich komme also in die Normalität zurück, sozusagen. #00:02:24-1#

10

Interviewer: Der entscheidende Punkt, wenn ich Sie gerade richtig verstehe, ist, dass die Dinge nicht mehr soviel Bedeutungen haben, oder so bedeutungsschwanger sind, sondern Sie - wie sagt man - die Ecke wieder als Ecke nehmen können. #00:02:36-4#

Befragter: Genau, richtig. Ich ähm muss dann nicht mit meinem Kopf um die Ecke gehen, würde ich jetzt mal beschreiben, sondern ich sehe einfach:

15 da ist eine Ecke, und ähm die könnte ich wenn ich Lust habe jetzt auch noch gerade feilen. Das ist dann nicht das Problem #00:02:50-9#

Interviewer: Ja, und Sie sagten Aufhängen. Also, gedanklich aufhängen. Würden Sie das noch ein bisschen beschreiben, wie sich das so gezeigt hat, dass das nicht mehr passiert? #00:03:01-7#

20 Befragter: Ja, also normalerweise ist das so, ich ähm habe ähm bestimmte einschneidende Erlebnisse in meinem Leben gehabt. Und ähm viele ja, Ecken, würde ich jetzt mal sagen, bringen mich dann dazu, mich wieder an diese Ereignisse zu erinnern. Wie so eine Art falshback irgendwie ähm man sieht diese Ecke, versetzt sich dort hinein irgendwie, und ähm plötzlich wird das alles wie so im Kopf gespeichert wieder aufgerufen. Und da kann ich in der Zwischenzeit drüber hinweg gehen, indem ich mir diese Ecke mir sehr prägnant als Ecke auch nur setze, vorstelle, und nicht wieder versuche über Bedeutungen oder eventuelle andere Gedankenwege, die diese Ecke jetzt aufzeigt, ähm zu gehen, sondern, sehe das dann als Ecke,

25 die geradegefeilt werden muss. #00:03:55-3#

Interview III aus 8

Interview III aus 8

Befragter: Hier in der Ergotherapie war ich Anfangs sehr zurückhaltend, weil ich halt noch ziemlich ähm aktiv unterbewusst gearbeitet habe und ähm das ist dann halt sehr schwierig, das anderen Leuten so zu erklären, dass sie verstehen, was ich meine. Beispielsweise, wenn die Ecke auf ein Werkzeug zeigt ähm müsste ich dafür einen Satz formulieren, ähm indem zum Beispiel den Ergotherapeuten frage, ob ich dieses Werkzeug überhaupt benutzen kann, darf, sollte, ob es zum Bearbeiten der Ecke geeignet ist ähm Das fällt dann auf dieser unterbewussten Ebene sehr schwer.

5 #00:10:30-0#

Interviewer: Wie hat der Ergotherapeut bzw. die Ergotherapeutin hier reagiert, wenn sie in solchen Situationen solche Fragen gestellt haben?

#00:10:40-1#

10 Befragter: Ja, ähm, ich habe diese Fragen nicht wirklich gestellt, sprich, ich habe es dann doch wieder geschafft ähm also ich habe in zwei Welten getrennt, das eine war die unterbewusste Welt, und das andere war ähm die bewusste. Und ich habe es dann doch geschafft ähm einen halbwegs normal verständlichen Satz zu formulieren ähm, der dann hieß: Kann ich das auch mit dieser Feile machen? Und ähm die Ergotherapeutin hat dann gesagt: Ja klar, probieren Sie es aus, frei nacherzählt. Und das hat mir geholfen, weil ich das einfach ausprobieren konnte, und nicht streng daran gebunden, dieses oder jenes Werkzeug zu benutzen. #00:11:28-4#

15

Interviewer: Das klingt nach einer ziemlich guten guten Lösung. Sie haben gesagt, ich habe da sozusagen zwei Welten gemacht (Befragter: Genau). Die eine, die ein bisschen arg kompliziert ist, für alle anderen auch, mit der ich ja praktisch schon überfordert bin, weil es unheimlich schwierig ist, das zu ordnen, zu sortieren. (Befragter: Ja) Und eine andere, die es vielleicht erlaubt, Verständigung herzustellen (Befragter: Genau). Und dann das Angebot durch die Ergotherapeutin, Dinge ausprobieren zu dürfen, hat dann auch wiederum Einfluss auf diese kompliziertere Welt gehabt. So

20 verstehe ich Sie #00:12:00-2#

Befragter: Richtig, genau. #00:12:00-2#

Interviewer: mhm (bejahend) Vielleicht können Sie das nochmal schildern, wie da, wie da der Einfluss erlebt wurde, oder wie Sie den gespürt haben,

25 über die Tage hinweg. #00:12:08-0#

Befragter: Ja, also es hat sich ähm nach und nach, ich würde es als gebessert beschreiben, dass ich aus der unterbewussten Welt nicht mehr heraus gekommen bin. Sprich, ich habe es dann geschafft, in die bewusste Welt zurückzufinden, indem ich ja, das Werkzeug dann benutzt habe und gemerkt habe: Es funktioniert damit. Und dann auch ähm der Ergotherapeutin die Rückmeldung gegeben habe, sprich einen normalen Satz

30 formulieren konnte: Diese Feile eignet sich sehr gut, um die Ecke zu glätten. #00:12:42-4#

Interviewer: mhm (bejahend) Okay, ja mhm (bejahend) #00:12:46-3#

Befragter: Ja #00:12:46-3#

35

Sozialer Raum: bedeutungsdosiert, dosierbar, offen für psychotische Erfahrungen

bedeutungsdosiert: Das wenige Anwesende kann ausprobiert werden. -> non-verbale Verständigung mit den Dingen im Tun über sinnvolle Bedeutungen / Nutzbarkeiten (erst im zweiten Schritt Verständigung über das gemeinsam Getane)

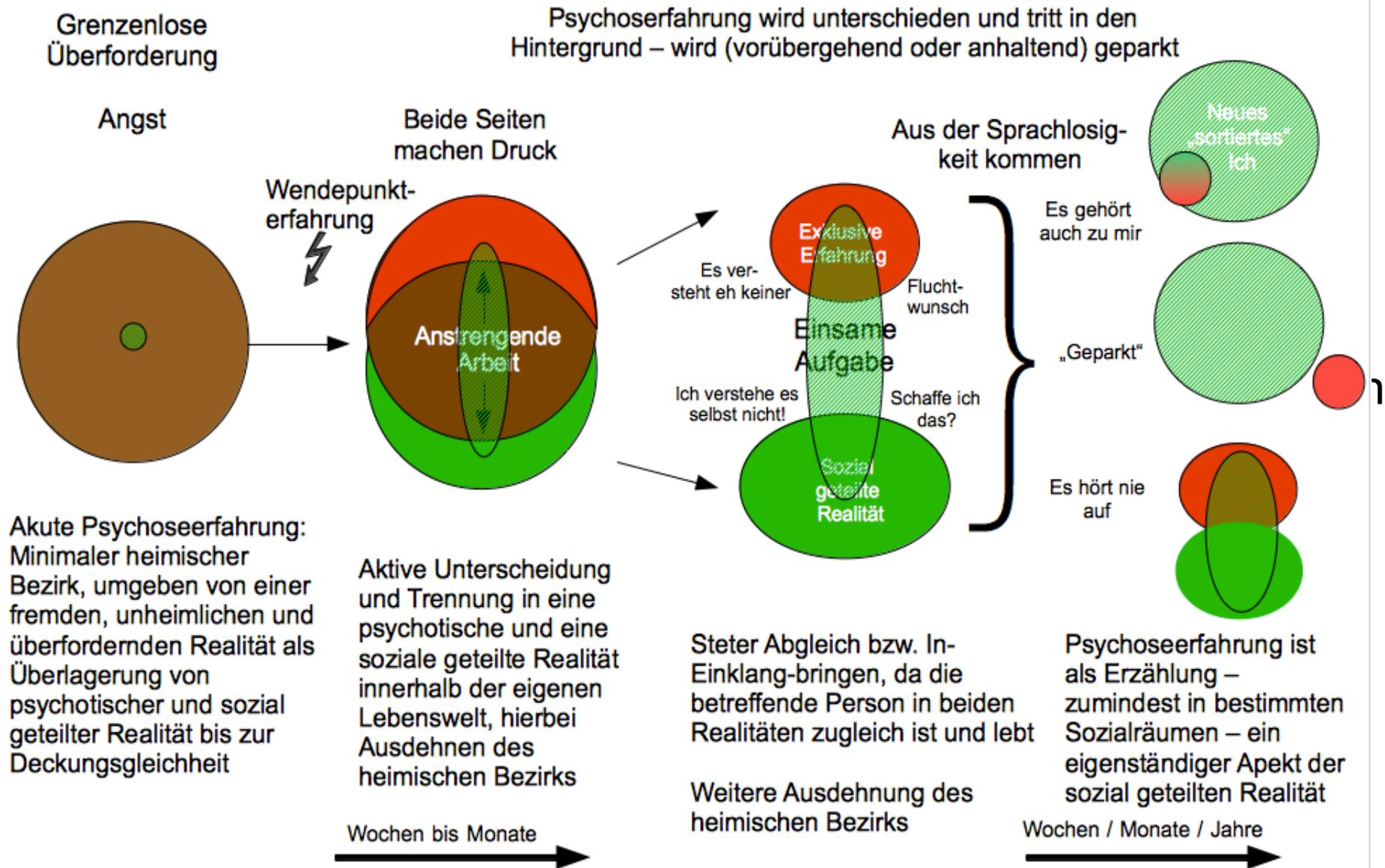
dosierbar: Rückzug aus dem Raum ist jederzeit möglich, wird vorgelebt.

offen für psychotische Erfahrungen: andere unterstützen die Auseinandersetzung mit der Psychoseerfahrung - sie hat ihren Raum, wird nicht weggedrückt, sondern angehört.

Effekt:
Abschalten- / Aufschnaufen-können

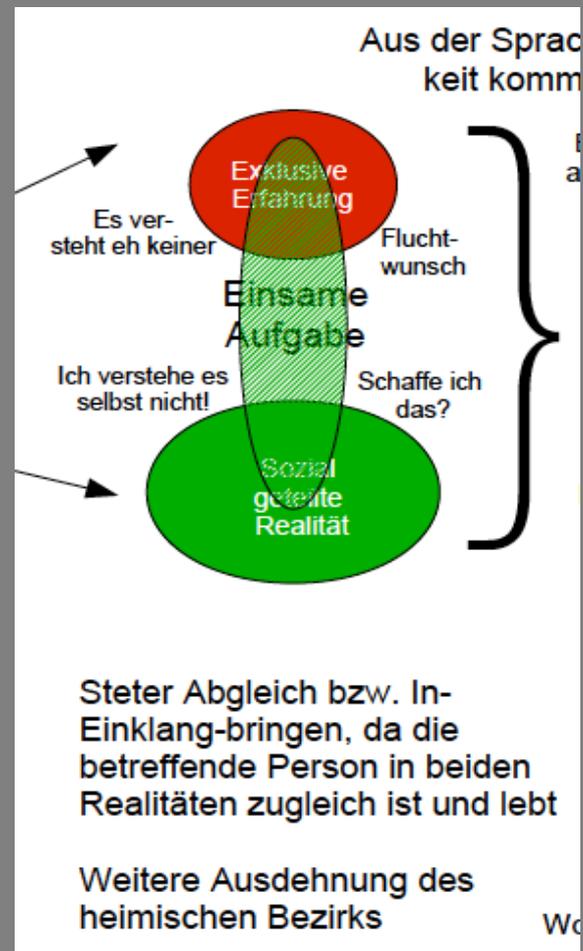
Unterscheiden von Teilbarem und Nicht-Teilbarem / Prüfen üblicher Bedeutungen u. Verwendungsweisen von Dingen und Worten

Schematischer Genesungsverlauf II / Abklingende Psychose



Bedeutungsdosierung – aus dem Sozialraum bezogen, solange die präreflexive Habitualitätsmaschine stottert

Entwickeln und Einüben von (neuen) präreflexiven Habitualitäten – möglichst weniger dilemmatisch!
Motto: Dosieren und Gestalten von Sozialräumen: Dazugehören / Verständigung finden / Zurückziehen



Genesung nach Psychoseerfahrung / z.B. Reframing

Dilemma von Dazugehören-Wollen und Eigenständigsein-Wollen

„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?“

„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.“

„Immer nachdenken, was die anderen sagen: Mache ich das richtig? Dieser stete soziale Abgleich.“

Genesung nach Psychoseerfahrung / z.B. Reframing

Szene des Reframens, Oktober 2014:

T: Das ist Anspruch an sich, das gehört sich nicht so? Dürfen Sie das im Garten nicht auch mal sein, das Geistwesen?

Es ist ja auch das Gefühl: Was tue ich, was mache ich, damit das wieder weg geht? ... im Garten – Da habe ich mit FREUND gesprochen. Und nach ein paar Sätzen war das wieder gut und vorbei.

T: Was wäre passiert, wenn Sie in den Garten allein gegangen wären? Wäre die Geistwesenerfahrung dann auch passiert?

Nein, ich glaube nicht

T: Das ist wie eine Pause nehmen.

In der KITA ... ich versuche das, mit Rausgehen, mal einen Tee trinken, das klappt – ich habe das Gefühl, dass es besser wird. Je mehr ich mich da einlebe, ich bin sicher, dass es besser wird – ich habe diese Hoffnung, dass es besser wird. Auch weil ich weiß, wofür ich das mache: Selbständig sein, Geld verdienen.

T: Ich möchte das nochmal anders betrachten, umdeuten. Es ist, als wenn Sie im Geistwesen eine kurze Pause nehmen. Als würden Sie sagen: Ich brauche mal kurz eine Pause. Ich breche aus! Es ist ja in den Entspannungssituationen passiert, wo es möglich ist, wo Sie einen Moment für sich sein konnten, ducharatmen konnten. Es war keiner in Gefahr, Sie mussten in dem Moment nicht funktionieren und auf die Kinder aufpassen. Sie sind im Garten und eigentlich ist alles okay. Und Sie wissen ja auch, wie Sie da wieder rauskommen – Sie sprechen mit jemandem einige Sätze und dann sind Sie wieder zurück.

Ja, da konnte ich einen Moment für mich sein.

Genesung nach Psychoseerfahrung / z.B. Reframing

Eruieren der Erfahrung, November 2014

Stattdessen Thema: Levitationserfahrung – oft beim Beginn oder auch während des Spazierengehens – schwankt von Als ob bis „richtig“

Richtig: „Ein richtiges Abheben an manchen Tagen. Das ist wirklich so, als wenn ich einen halben Meter über dem Boden gehe.“

Als ob: „Ich merke, meine Füße stehen auf dem Boden, und gleichzeitig hebe ich ab“ - „das als ob ist kurz ekelig, aber es ist erträglich – vielleicht habe ich mich auch dran gewöhnt.“

„Das Abheben hat mich eigentlich – ich hab das schon sehr lange, bestimmt 6 Jahre – und vorher? Ich weiß es gar nicht mehr – dieses Leichtwerden.... es ist häufiger geworden seit der letzten Krankheitsphase, aber jetzt auch wieder besser geworden. Ich kann mich sogar im Stehen unterhalten, ohne wegzufiegen.“

Copingtechniken

- a) „Wenn ich dann mal einen normalen Satz sagen kann, das hilft.“ (mit einem Kind beim Spaziergang der Kita)
- b) „Hinsetzen ist dann auch sehr gut – das ist eigentlich das Beste, das hilft. [...] Wenn ich irgendwo reinkomme, gucke ich auch immer, ob es was zum Sitzen gibt, damit ich mich im Notfall mal hinsetzen kann.“
- c) Spaziergehen mit dem Hund an der Leine

Genesung nach Psychoseerfahrung / z.B. Reframing

Januar 2015, Levitationserfahrung:

Heute habe ich mir überlegt, dass dieses Abheben, sich leicht fühlen, dass das immer dann passiert, wenn ich in der vorigen Arbeit dann noch einen drauf gepackt habe – jetzt ist es wie ein Signal: jetzt nicht noch mehr Energie reinpacken, sondern einfach mal lassen. Das ist wie ein Warnsignal: jetzt mal abschalten und die Situation so seinlassen, wie sie ist.

T: Wann passiert es?

In Situationen, wo ich mal Luft holen kann – beim Wickeln, beim Spaziergang, wenn eigentlich alle versorgt sind. Ja, morgens beim Zeitung lesen, in der Schule, wenn ich da im Halbkreis saß.

T: Und da war es okay, da konnten Sie das geschehen lassen.

Da ist es in dem Moment auch wichtig, dass ich das gerade mal so akzeptieren, nicht so gefährlich, wenn ich richtig darauf reagiere... Ich bleibe einfach ruhig, es merkt eben auch keiner.

T: Und es ging dann auch vorbei.

Ich muss mich dann auch wirklich zurücknehmen – es ist richtig eine Übung für mich – es so anzunehmen: Ist jetzt nicht so schlimm, ich sage jetzt mal kurz nix.

T: Ja, Sie dürfen sich in dem Moment mal rausnehmen, nichts machen.

INFO! Das ist das Thema: Mehr Passivität wagen, aushalten, einfordern und dadurch Raum zum Ordnen der Erfahrungen und der Innerlichkeit finden!

Genesung nach Psychoseerfahrung / z.B. Reframing

Psychoseerfahrung als Steinbruch!

Im Steinbruch ist das Material gelagert, dass den Abbruch der Verständigung mit sich bringt / gebracht hat.

Kontakt / Erinnerung darf nicht Abreißen!
Krisen können wichtige Erkenntnisse im Genesungsprozess liefern!

Arbeit im Steinbruch ist nur dosiert möglich!

Der Steinbruch ist nicht der Ort und Raum der Genesung!

Abgebrochene Brocken müssen in den gemeinsamen Raum gebracht werden (z.B. Reframing, Einstellung gewinnen)!

Dabei-sein außerhalb des Steinbruchs ist bereits möglich und erträglich



Robert Hermann Sterl (1867-1932) Blick in den Steinbruch

Hölderlin und die Psychiatrie / Gedichte 1807 bis 1811 (vermutlich vor 1810)

Spaziergang

Ihr Wälder schön an der Seite,
Am grünen Abhang gemahlt,
Wo ich umher mich leite,
Durch süße Ruhe bezahlt
Für jeden Stachel im Herzen,
Wenn dunkel mir ist der Sinn,
Den Kunst und Sinnen hat Schmerz
Gekostet von Anbeginn.
Ihr lieblichen Bilder im Thale,
Zum Beispiel Gärten und Baum,
Und dann der Steg der schmale,
Der Bach zu sehen kaum,
Wie schön aus heiterer Ferne

Glänzt Einem das herrliche Bild
Der Landschaft, die ich gerne
Besuch' in Witterung mild.
Die Gottheit freundlich geleitet
Uns erstlich mit Blau,
Hernach mit Wolken bereitet,
Gebildet wölbig und grau,
Mit sengenden Blizen und Rollen
Des Donners, mit Reiz des Gefilds,
Mit Schönheit, die gequollen
Vom Quell ursprünglichen Bilds.

Darstellung des Leidens:

dunkler Sinn, Stachel im Herzen,
Schmerzen der Kunst/des Dichters

Lieblichkeit und Glück der Naturbetrachtung und
der Naturbegehung („Wandern“, „Spazieren“)
+ des versammelnden Erinnerens
dieses „Versenkens“ im Dichten

Alleinsein, keine anderen Menschen: Blick und
Aufbruch in die Natur

Schritte:

1. Bedeutungsdosierter Sozialraum (Natur) und Abschalttechnik („Wandern“) erlaubt Dabei-sein
2. Dichten sucht Verständigung und erlaubt eine explizite Einstellung zur Erfahrung
3. Schmerz („Dünnhäutigkeit im Miteinander-sein“) und schwer zugängliche Innerlichkeit sowie Bedarf nach Rückzug / Abschalten (alleine Wandern) werden als besondere persönliche Eigenarten umgedeutet / reframed (akzeptiert als notwendiger Schutz)

emden und mit in den
nd oder anhaltend) geparkt

Aus der Sprachlosig-
keit kommen



Es gehört
auch zu mir



Dreischritt / Dialektik der Genesung

A) Bedeutungsdosierter Sozialraum (z.B. Natur, weiches Zimmer)

Räume der Genesung

Raum, in dem ich das Dabei-sein aushalten und üben kann
(zunächst von den anderen bereit zu stellen)

B) Abschalttechniken und Dosierung des Teilhabens

Techniken, in denen ich das Dabei-sein übe (vom Teetrinken bis Tanzen)

Dosieren der sozialen Teilhabe in verschiedenen Sozialräumen

(perlschnurartig im Alltag verteilte Ruhe/Rückzugsräume, hier evtl. Abschalt-
techniken einsetzbar)

C) Verständigung finden (mit sich, mit anderen - mit den Dingen)

Einstellung zur / Erzählung o. Darstellung von:

- der Psychoseerfahrung
- dem sozialen Dilemma (Dazugehören-wollen und Eigenständig-sein-wollen)
- der eigenen Verletzlichkeit / Dünnhäutigkeit / Ungeduldigkeit
- der besonderen Befähigung, Psychosen erfahren zu können

Was bieten Neuroleptika in diesem Dreischritt an?

Neuroleptika

Entlastung in Hochzeiten der Psychose, typisches Narrativ:

„Die Arznei, die hat mich natürlich äh ziemlich schmerzfrei gemacht auch, ne. Unter schmerzfrei verstehe ich jetzt, ... dass ich ein dickeres Fell bekommen habe und nicht da so drauf reagiert habe oder auf die Umgebung geachtet habe: 'Da könnte jemand sein, der irgendetwas Negatives über Dich erzählt.' Oder die zerreißen sich die Mäuler über mich. Also das war äh schon deutlich gelindert nach der Medikamentengabe.“ (Interview SzRW 004a, #00:12:20-8#).

Bei zu hoher Dosis ist keine Auseinandersetzung mit der Psychoseerfahrung oder deren Hintergründen mehr möglich (kein Zugriff zum Steinbruch), typisches Narrativ:

„Vielleicht könnte man es so beschreiben, dass über das, was vor der Spritze liegt, erstmal der Mantel des Vergessens ausgebreitet wird.“ (Interview 002b #00:47:22-8# und #00:48:36-2#)

TRAJEKTOR	ANTEIL AN GESAMTGRUPPE	BEWERTUNG	PANSS ↓ IN % NACH 6 MONATEN	ABBRUCH
1	14,9%	milde Symptome zu Beginn	um 59%	29,7%
2	22,3 %	milde Symptome zu Beginn	um 29%	46,8%
3	31,3 %	geringste Verbesserung	um 19%	65,8%
4	17,1 %	Erhebliche Symptome zu Beginn, stärkste Verbesserung	um 76%	37,6%
5	14,5 %	Erheblich Symptome zu Beginn, geringe Verbesserung	um 20%	65,3%

5 Verlaufskurven bei Personen mit akuter Psychoseerfahrung der Neuroleptikawirkung in den ersten 6 Behandlungsmonaten nach einer Behandlung mit Risperdal oder Haloperidol (n. Levine et al 2010).

Sog. NNT = 6 (vgl. a. Leucht et al. 2009), antipsychotischer Wirkeintritt ca. 2-3 Tage

Neuroleptika

sind alle diejenigen Substanzen, die Dopamin-2-Rezeptoren blockieren

Zielgebiet ist das mesolimbische System / das sog. Belohnungssystem im ZNS – es korreliert zu unserem belohnungsabhängigen Lernen

Dopamin unterstützt das künftige Erwarten von zuvor unerwarteten, aber in diesem Moment erfahrenen, positiv erlebten Bedeutungen

In der Psychose gibt es hiervoor ein überfordrendes / beirrendes „Zuviel“ - dies korreliert offenbar zu supersensitiven (4mal empfindlicheren) D2-Rezeptoren in diesem ZNS-System

Eine Blockade der D2-Rezeptoren kann also diese „Wolke an möglichen Bedeutungen“ eindampfen, verringern, Bedeutungen unwichtiger werden lassen

Anzahl an Personen mit Psychoseerfahrung/Schizophrenie-Diagnose mit neuroleptischer Medikation bzw. ohne neuroleptische Medikation				
Follow-Up (Jahre)	Neuroleptika (%)	Andere psychiatrische Medikamente (%)	Behandlung, aber keine Medikamente (%)	Keine Behandlung bei Sozialprofis (%)
2	64	6	11	19
4,5	63	12	5	19
7,5	59	16	2	24
10	59	16	3	22
15	61 (4/5 durchlaufend)	8	6	25 (ca. 1/3 zum Zeitpunkt nach 2 Jahren auf NL)

Allgemeine Anpassung über 15 Jahre von neuroleptisch-medizierten und nicht-neuroleptisch-medizierten Personen mit Psychoseerfahrung/Schizophrenie-Diagnose			
Follow-Up (Jahre)	Neuroleptisch mediziert, M (SD)	Nicht-neuroleptisch mediziert, M (SD)	
2	6.17 (2.05)	5.36 (2.56)	
4,5	6.39 (1.78)	3.43 (2.53)**	
7,5	5.94 (2.04)	3.47 (1.96)**	
10	6.62 (1.52)	3.00 (2.45)**	
15	5.67 (1.94)	3.55 (2.24)**	

* Allgemeines Funktionsniveau nach der Levenstein-Klein-Pollack Skala (8 Punkte-Skala), 1= adäquates Funktionsniveau und Genesung im Follow-Up-Jahr; 8= sehr geringes psychosoziales Funktionsniveau, hohes Beschwerdeniveau, längerer Krankenhausaufenthalt
** p < .001

WICHTIG: Zwar scheinen es zwei verschiedene Gruppen zu sein, da die Personen ohne NL eher günstige Prognosefaktoren (nach Vaillant 1978) aufwiesen (akuter Beginn, sozialer Stress bei Psychosebeginn, gute psychosoziale Einbindung inkl. Partnerschaft, affektive Beteiligung in der Psychose i.S. depressiver Beschwerden erkennbar), eine Nachuntersuchung der Daten 2014 zeigte aber, dass auch die Personen mit vergleichbar schlechten Prognosefaktoren in der Nicht-NL-Gruppe besser abschnitten, als die aus der NL-Gruppe (Martin Harrow, Thomas H. Jobe, R. N. Faull. Does treatment of schizophrenia with antipsychotic medications eliminate or reduce psychosis? A 20-year mult-follow-up-study. Psychological Medicine 2014: DOI: 10.1017/S0033291714000610)

Nach Martin Harrow, Thomas H. Jobe. Factors Involved in Outcome and Recovery in Schizophrenia Patients not on Antipsychotic Medications: a 15-year Multifollow-Up Study. The Journal of Nervous and Mental Disease 2007; 195: 406-414.

7 Jahre Follow-Up (113 Teilnehmer aus der ursprünglich 2 Jahre währenden Studie mit 128 eingeschlossenen Teilnehmern), in den letzten 2 Jahren

	ohne substantielle NL			mit substantieller NL
		ganz ohne	weniger als 1 mg Haloperidol-Äquivalent	
	34 (33% der Gesamtgruppe)	17 (11,5%)	17 (11,5%)	69 (67%)
aus DR Gruppe	22 (42,3% dieser Gruppe)	11 (21,1%)	11 (21,1%)	
aus TM Gruppe	12 (23,5% dieser Gruppe)	6 (11,8%)	6 (11,8%)	
Symptomatische Remission	29 (85,3%)			41 (59,4%)
Funktionale Remission	19 (55,9%)			15 (21,7%)*
Recovery	18 (52,9%)			12 (17,4%)*
Rückfallrate	0.71			01.01.51

* p < .001

Der einzige signifikante Prädiktor für das Erreichen der „Gruppe ohne substantielle Neuroleptie“ war die randomisierte Zuordnung in die DR-Gruppe (also, low oder no dose in den ersten zwei Jahren erreichen!!)

No (%)			
Genesungsart	DR (n = 52)	MT (n = 51)	Gesamt (n = 103)
Full Recovery	21 (40,4)	9 (17,6)	30 (29,1)
Symptomatische Remission	36 (69,2)	34 (66,7)	70 (68,0)
Funktionelle Remission	24 (45,2)	10 (19,6)	34 (33,0)

Legende:

DR = Drug Reduction; TM = Treatment Maintenance

Symptomatische Remission = PANSS mild oder besser in den letzten 6 Monaten

Funktionale Remission = im Groningen Social Disability Schedule (GSDS) in allen 6 Bereichen (Elternschaft entfiel) 1 oder 0 (Dimensionen: Selbstsorge, Haushalt, Familienkontakt, Partnerschaft, Kontakt mit Peers, Integration in Gemeinde/Gemeinschaft, vocational functioning)

Recovery = symptomatische und funktionelle Remission

Rückfallraten gleichen sich nach etwa 1200 Tagen zwischen den beiden Gruppen an, wobei in den ersten beiden Jahren die DR-Gruppe eine höhere Rate aufwies.

Lex Wunderink, Roeline M Nieboer, Durk Wiersma, Sjoerd Sytema, Fokko J Nienhuis. Recovery in Remitted First-Episode Psychosis at 7 yYears of Follow-up of an Early Dose Reduction/Discontinuation or Maintenance Treatment Strategy. Long-term Follow-Up of a 2-Year Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry 2013

Neuroleptika reduzieren -

Kreativität zurückgewinnen und in den Steinbruch zurückkehren

Durch die Reduktion werden eigene Bedürfnisse und Wünsche wieder bemerkt, in das Miteinander wieder eingetragen, sozialer Druck intensiver gespürt und das Auseinandersetzen mit der Psychoseerfahrung und ihren Hintergründen wieder möglich, typische Narrative:



Er bekomme mehr Sachverhalte „am Rande“ mit, sei aber insgesamt seltener gestresst und gedanklich weniger durch die Informationen überfordert. Seinem subjektiven Krankheitsmodell der gestörten Informationsfilterung bzw. -selektion gemäß formulierte die betreffende Person dies so: „Vermutlich war ich vorher so gedämpft, dass wenn mehr Informationen kamen, es [das Gehirn] gleich überfordert war. Aber jetzt hat es sich wohl daran gewöhnt, dass mehr Informationen kommen – und so bin ich seltener überfordert.“

Im Verlauf der Reduktion kommt es zu einer psychotischen Krise, die durch Rückkehr auf die vorherige Dosis und vorrübergehende Benzodiazepin-Nutzung ambulant sehr gut bewältigt werden kann. Im Rückblick sagt die Betreffende: „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.“

Fazit:

Neuroleptika bieten (für eine Gruppe von Psychoseerfahrenen) eine „künstliche“ Bedeutungsdosierung eines anderweitig nicht bedeutungsdosierbaren und / oder nur unzureichend hinsichtlich des Teilhabens dosierbaren Sozialraums für einen begrenzten Zeitraum. Hierdurch kann derjenige in diesen Sozialräumen dabei-sein und eine (mehr oder weniger große) Distanz zur Psychoseerfahrung erhalten. Dies kann über einen Zeitraum von offenbar 2-4,5 Jahren positiv genutzt werden. Dann überwiegen meist (v.a. bei höheren Dosierungen) die negativen Effekte, v.a. Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit und Kreativität zum Finden von sinnvollen Umgangs- und Lebensweisen.

Die Bedeutungsdosierung ist „künstlich“, da sie nicht sozial geteilt werden muss (so kann das Dilemma ungelöst bleiben, da die anderen nicht mitmachen - evtl. benötigt es dann langfristig minimale Dosen ggf. in bestimmten Zeiten, z.B. Heimatbesuch zu Weihnachten). Sie beruht, ebenso wie das Zuviel der Bedeutungen während der Psychose, eventuell ausschließlich auf den eigenen, aber eben nicht mit anderen abgestimmten Bedeutungszuschreibungen (Verständigung darüber und Mitmachen der Anderen ist aber natürlich möglich).

Vielen Dank!

Dank an:

R.H., O.H., A.R., P.P., H.Ö.

Stefania Achella, Dipartimento di Scienze Filosofiche, Pedagogiche ed Economico-Quantitative, Universitario D'Annunzio Chieti, Italien

Burkhard Brückner, Fachbereich Sozialwesen, Hochschule Niederrhein, Mönchengladbach

Woo Ri Chae, Martin Voss, Andreas Heinz, Meryam Schouler-Ocak, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Universitätsmedizin, Berlin

Uwe Gonther, AMEOS-Klinikum Dr. Heines, Bremen

Thomas Fuchs, Samuel Thoma, Klinik für Psychiatrie, Universität Heidelberg

Sebastian Luft, Department of Philosophy, Marquette University, Milwaukee

Anke Maatz, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Schweiz

Sonja Rinofner-Kreidl, Institut für Philosophie, Karl-Franzens-Universität Graz, Austria

Michael A. Schwartz, Department of Medical Humanities, Texas A&M Health Science Center College of Medicine, Round Rock/Austin, Texas

Borut Škodlar, Klinik für Psychiatrie, Universität von Ljubljana, Slowenien

Osborne P. Wiggins, Department of Philosophy, University of Louisville, Kentucky