

Reduzieren und Absetzen von Neuroleptika beim
Genesen von Psychosen

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

Wie funktioniert 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 Vorausserwarten 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?

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.“

Modell der fehlenden automatischen Einstellung und fehlenden Anerkennung der üblicherweise gültigen Bedeutungen

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

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

Der exklusive (= nur für mich) Charakter dieser Erfahrungen, dieser Aspekte und / oder Sichtweise ist dem Betreffenden aber nicht umfassend klar – die Verständigung hierüber mit anderen bricht ab.

-> Atmosphäre der Überforderung und Angst

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 Hochphasen der Psychose – unter der Last der Eindrücke – typischerweise wieder zerstreut.

Wie funktioniert Genesung von Psychosen?

§ Selbst nicht verstehen

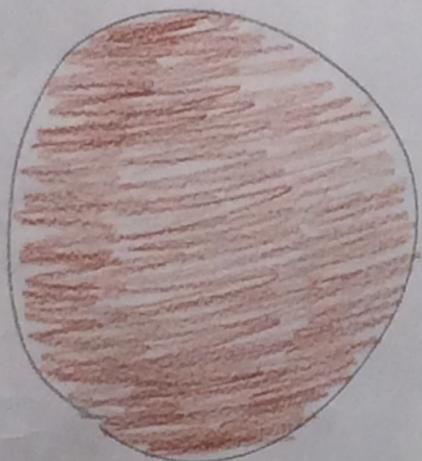
„Ab wo es besser wird.“

„es versteht eh keiner.“

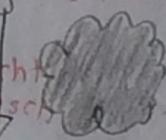
grenzenlose Überforderung

Vende-
punkt

einsame
Aufgabe

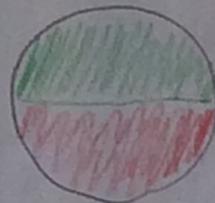
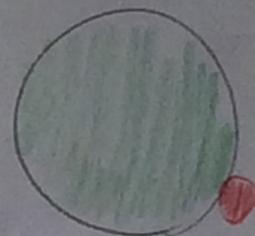
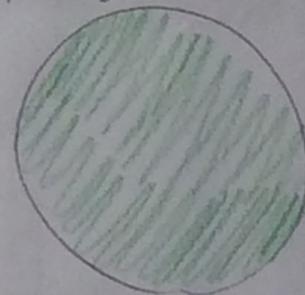


Trennen / nicht
ist
schwierig



Schätze ich das?

Wut
über das,
was
passiert
ist.



Angst

Depression

Durchmischung

mental / sozial

Nicht mehr
Auffallen

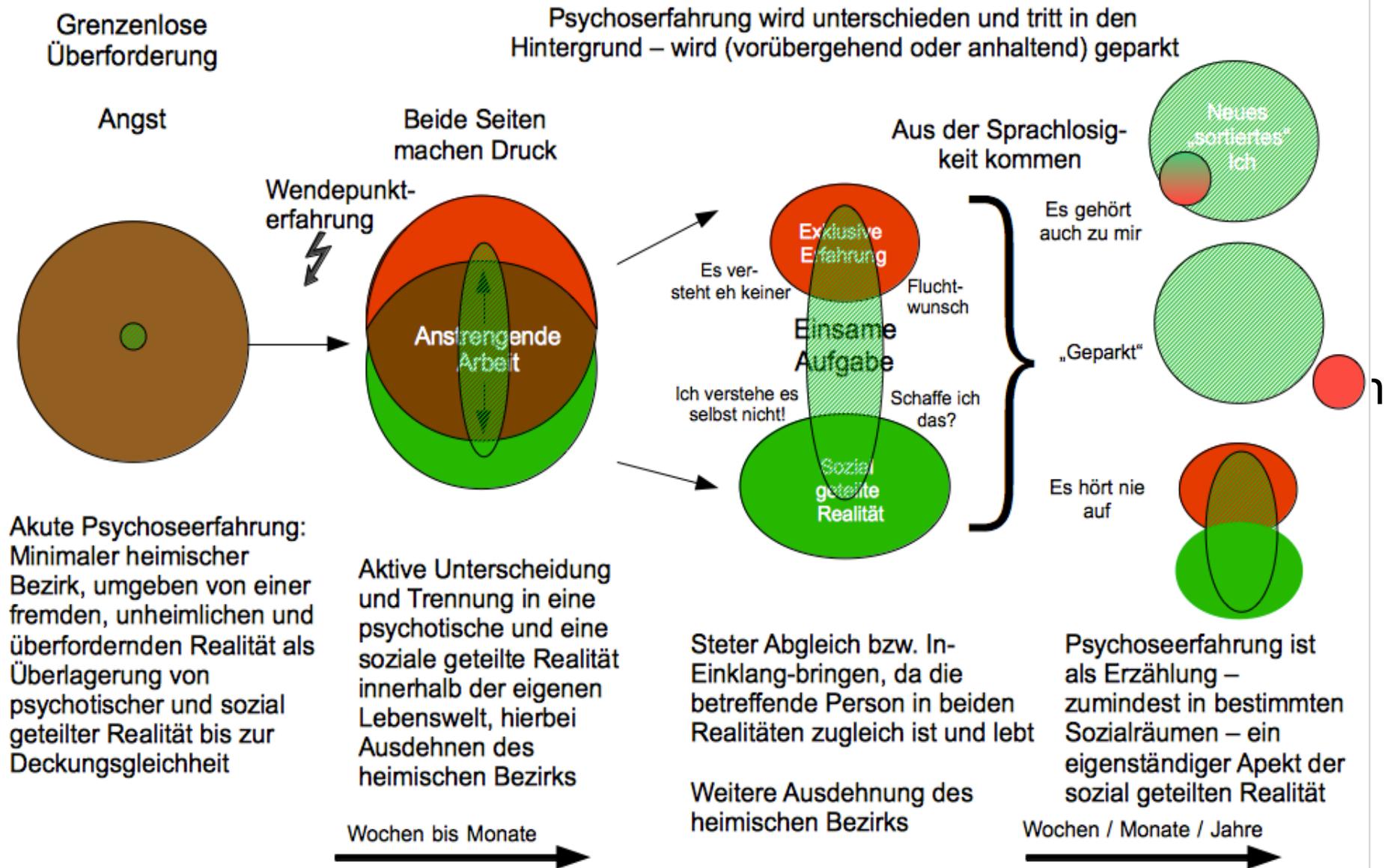
Fuß fassen

ganz-
real

! Neue Wände !

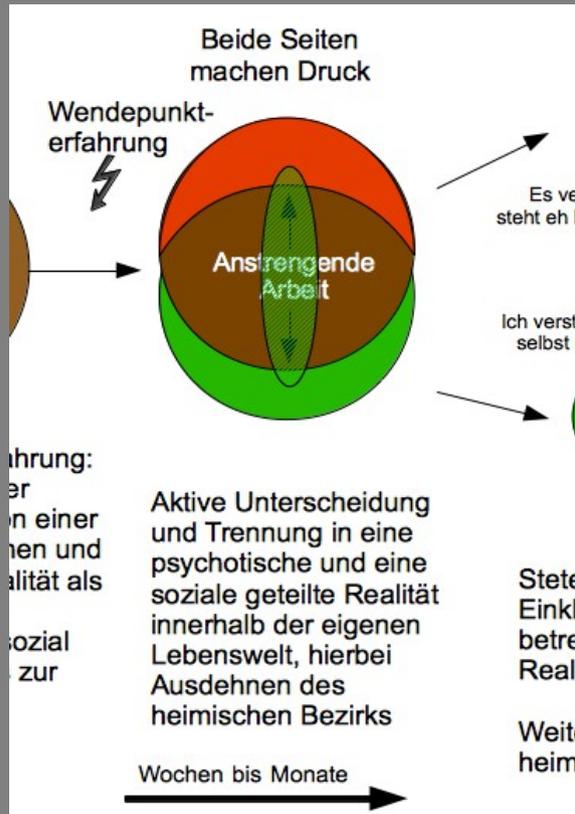
Verbindung
nach Außen
herstellen.

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

Wie funktioniert Genesung von Psychosen im Stadium der doppelten Realitäten?

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. #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#

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#

Interview III aus 8

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 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, über die Tage hinweg. #00:12:08-0#

Interview III aus 8

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 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#

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

emden und mit in den
nd oder anhaltend) geparkt

Aus der Sprachlosig-
keit kommen



Es gehört
auch zu mir



Wie funktioniert Genesung von Psychosen im Stadium der Integration der Psychoseerfahrung?

Genesung nach Psychoseerfahrung / z.B. Reframing

Psychotherapietranskript (ca. 2,5 Jahre nach Therapiebeginn) 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.

Genesung nach Psychoseerfahrung / z.B. Reframing

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 ihr Thema: Mehr Passivität wagen, aushalten, einfordern und dadurch Raum zum Ordnen der Erfahrungen und der Innerlichkeit finden!

PSYCHOSE ALS FLASCHENPOST

Genesung nach Psychoseerfahrung / z.B. Reframing

Eruieren der Erfahrung und Bewältigens, 3 Monate vorher

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.“

Genesung nach Psychoseerfahrung / z.B. Reframing

Eruieren der Erfahrung, 3 Monate vorher

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

Szene des Reframens, 6 Monate vorher:

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.

...

Genesung nach Psychoseerfahrung / z.B. Reframing

...

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, ducharfmen 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.

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

Wie funktioniert Genesung von Psychosen?

ABBILDUNG 9

Trialektik des Genesungsprozesses



Trouble générateur der Psychosenbefähigung

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.“

Frieda Fromm-Reichmann (1889-1957) beschrieb 1948 erstmals den zentralen Widerspruch (»mismatch«) der Beziehungsgestaltung von besonders psychosebefähigten Personen (= Schizophrenie-Diagnose), nämlich dass sie persönliche Beziehungen nicht in dem Ausmaß ertragen können, wie sie das Bedürfnis haben, mit anderen verbunden zu sein.

Was bieten Neuroleptika in diesem Dreischritt und für das Dilemma an?

Neuroleptika

Entlastung in Hochphasen 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#)

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 (Man hält anstrengende Andere wieder aus...)

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.

Rezeptoreffekte: Anpassungsleistungen auf synaptischer Ebene

- Rezeptordichtezunahme 6-12% (Wochen) bis 34% (Monate) bis zu 100% nach Jahren
[bereits nach 1 Woche kontinuierlicher Gabe oberhalb der sog. neuroleptischen Schwelle
deutliche Zunahme um ca. 25% mit 2-3wöchiger Dauer der Normalisierung (Katzen)]
- Hypersensitiver Zustand des DR2 (Tage bis Wochen),
[bereits nach 9 Tagen kontinuierlicher Gabe oberhalb der sog. neuroleptischen Schwelle
nachweisbare 2-3fache Erhöhung (besonders intensiv Olanzapin: 28%+/- 3% auf 77%-
Rate), unklare Dauer der Normalisierung. vermutlich Tage (Ratten)]

Wie wird man Neuroleptika wieder los?

TABELLE 1**Typische Absetzsyndrome bei Neuroleptika-Entzug (nach TRANTER & HEALY 1998)**

Sehr häufig	Weniger häufig
Schwitzen	Dystone Symptome (intensive und unwillkürliche Muskelanspannungen)
Hitze-, Kälteschauer	Tardive Dyskinesien (anhaltende, repetitive und unwillkürliche Bewegungen, z. B. im Bereich der Mundpartie, der Finger und Hände)
Schwindel, Kollapsneigung	Akathisie (motorische Unruhe, z. B. der Beine beim Sitzen oder Stehen)
Tachykardie	Kopfschmerzen
Übelkeit, Erbrechen	Konzentrationsstörungen
Schlaflosigkeit	Delir / Psychose
Unruhe, Aufgewühltheit	
Dünnhäutigkeit	

Die drei Herausforderungen beim Reduzieren von Neuroleptika

Entzugs- und Rebound-Symptome

Erwachende Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse (Verlust der künstlichen, medikamenteninduzierten Entfremdung und Distanz)

Veränderungen der interpersonalen Motive und Verhaltens

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 vorübergehende 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.“

Praktische Regeln, oder: So wird's schwierig

Ich will sofort ohne Medikamente leben (Schlagartig Absetzen)

Praktische Regeln, oder: So wird's schwierig

Ich will sofort ohne Medikamente leben (Schlagartig Absetzen)

Ich konzentriere mich auf heute (Sich nicht auf Krisen einstellen)

Praktische Regeln, oder: So wird's schwierig

Ich will sofort ohne Medikamente leben (Schlagartig Absetzen)

Ich konzentriere mich auf heute (Sich nicht auf Krisen einstellen)

Ich schaffe das alleine (Allein gegen den Rest der Welt)

Praktische Regeln, oder: So wird's schwierig

Ich will sofort ohne Medikamente leben (Schlagartig Absetzen)

Ich konzentriere mich auf heute (Sich nicht auf Krisen einstellen)

Ich schaffe das alleine (Allein gegen den Rest der Welt)

Jetzt will ich endlich wieder leben, wie vor der Erkrankung (Alles auf einmal nachholen)

Praktische Regeln, oder: So wird's schwierig

Ich will sofort ohne Medikamente leben (Schlagartig Absetzen)

Ich konzentriere mich auf heute (Sich nicht auf Krisen einstellen)

Ich schaffe das alleine (Allein gegen den Rest der Welt)

Jetzt will ich endlich wieder leben, wie vor der Erkrankung (Alles auf einmal nachholen)

Was soll ich mit Alternativen? (Keine Alternativen entwickeln)

Praktische Regeln, oder: So wird's schwierig

Ich will sofort ohne Medikamente leben (Schlagartig Absetzen)

Ich konzentriere mich auf heute (Sich nicht auf Krisen einstellen)

Ich schaffe das alleine (Allein gegen den Rest der Welt)

Jetzt will ich endlich wieder leben, wie vor der Erkrankung (Alles auf einmal nachholen)

Was soll ich mit Alternativen? (Keine Alternativen entwickeln)

Ich bin doch früher auch mit wenig Schlaf ausgekommen (Schlecht schlafen)

Praktische Regeln, oder: So wird's schwierig

Ich will sofort ohne Medikamente leben (Schlagartig Absetzen)

Ich konzentriere mich auf heute (Sich nicht auf Krisen einstellen)

Ich schaffe das alleine (Allein gegen den Rest der Welt)

Jetzt will ich endlich wieder leben, wie vor der Erkrankung (Alles auf einmal nachholen)

Was soll ich mit Alternativen? (Keine Alternativen entwickeln)

Ich bin doch früher auch mit wenig Schlaf ausgekommen (Schlecht schlafen)

Fastfood hat mir noch nie geschadet und schmeckt super (Sich schlecht ernähren)

Praktische Regeln, oder: So wird's schwierig

Ich will sofort ohne Medikamente leben (Schlagartig Absetzen)

Ich konzentriere mich auf heute (Sich nicht auf Krisen einstellen)

Ich schaffe das alleine (Allein gegen den Rest der Welt)

Jetzt will ich endlich wieder leben, wie vor der Erkrankung (Alles auf einmal nachholen)

Was soll ich mit Alternativen? (Keine Alternativen entwickeln)

Ich bin doch früher auch mit wenig Schlaf ausgekommen (Schlecht schlafen)

Fastfood hat mir noch nie geschadet und schmeckt super (Sich schlecht ernähren)

Wie es in mir aussieht, geht niemanden etwas an (Mit keinem reden)

Praktische Regeln, oder: So wird's schwierig

Ich will sofort ohne Medikamente leben (Schlagartig Absetzen)

Ich konzentriere mich auf heute (Sich nicht auf Krisen einstellen)

Ich schaffe das alleine (Allein gegen den Rest der Welt)

Jetzt will ich endlich wieder leben, wie vor der Erkrankung (Alles auf einmal nachholen)

Was soll ich mit Alternativen? (Keine Alternativen entwickeln)

Ich bin doch früher auch mit wenig Schlaf ausgekommen (Schlecht schlafen)

Fastfood hat mir noch nie geschadet und schmeckt super (Sich schlecht ernähren)

Wie es in mir aussieht, geht niemanden etwas an (Mit keinem reden)

Hauptsache die Medikamente sind weg (Reduzieren um des Reduzierens willen)

Neuroleptische Medikation (32 Jahre nach	Anzahl (n = 82)
stete Einnahme (niedrig bis moderate Dosierung)	21 (ca. 25%)
Einnahme nur vorübergehend in schlechten Phasen	20 (ca. 25%)
keine Einnahme, obwohl der Psychiater welche verschreibt	28 (ca. 34%)
keine Einnahme, keine Verschreibung	13 (ca. 16%)

Genesungsrate der Vermont-Studie mit ca. 60% sehr hoch (ähnliche Raten einer Genesung meist nur dann, wenn der Anspruch an Genesung niedriger ausfällt, vgl. Jobes & Harrow 2005); s.a. CFU

Vermont-Studie: ursprüngliche Behandlung der ersten Psychose in den frühen 50er Jahren, lange Phase von Hospitalisierung und schlechte Prognose-Kriterien zu Beginn, keine Besserung im stationären Behandlungsverlauf, dann Entlassung mit Rehabilitationsansatz im Sinne der Deinstitutionalisierung Ende 50er Jahre (vgl. Courtenay M Harding et al. The Vermont Longitudinal Study of Persons with Severe Mental Illness, II. Long-Term Outcome of Subjects who retrospectively met DSM-III Criteria for Schizophrenia. Am J Psychiatry 1987; 144: 727-735.)

Fazit:

Neuroleptika bieten (für eine Gruppe von Psychoseerfahrenen) eine „künstliche“ Bedeutungsdosierung eines anderweitig nicht bedeutungsdosierbaren oder nur unzureichend hinsichtlich Teilhabe dosierbaren Sozialraums.

Hierdurch kann derjenige in diesen Sozialräumen dabei-sein und eine (mehr oder weniger große) Distanz zur Psychoseerfahrung erhalten (individuelle Niedrigstdosierung?).

Die Bedeutungsdosierung ist „künstlich“, da sie nicht sozial geteilt werden muss (Verständigung darüber und Mitmachen der Anderen ist aber natürlich möglich).

Dies kann offenbar über einen Zeitraum von 2-4,5 Jahren auch bei zu hohen Dosierungen positiv genutzt werden. Dann aber überwiegen die negativen Effekte zu hoher Dosierungen, (Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit, blockierte Kreativität zum Finden von sinnvollen Umgangs- und Lebensweisen).

Back to the roots....

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

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, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité
Universitätsmedizin, Berlin

Uwe Gonther, AMEOS-Klinikum Dr. Heines, Bremen

Thomas Fuchs, 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

Samuel Thoma, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Brandenburg

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