

Schizophrenie-Update: Psychotherapie bei Psychosen heute

Herausgegeben von Thomas Bronisch und Serge K. D. Sulz

Psychotherapie

2020 | 25. Jg. | Heft 1

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. med. Matthias Berger, Freiburg
Prof. Dr. med. Peter Buchheim, München
Prof. Dr. med. Gerd Buchkremer, Tübingen
Prof. Dr. phil. Josef Duss-von-Werdt, Luzern
Prof. Dr. med. Hinderk Emrich, Hannover
Prof. Dr. med. Manfred Fichter, Dipl.-Psych.,
Prien
Prof. Dr. med. Erdmuthe Fikentscher, Halle
Prof. Dr. Toni Forster, Dipl.-Psych., Dachau
Prof. Dr. med. Michael Geyer, Leipzig
Dr. med. Siegfried Gröninger, Dipl.-Psych.,
München
Prof. Dr. phil. Monika Hasenbring, Bochum
Prof. Dr. phil. Siegfried Höfling, Dipl.-Psych.,
Karlsfeld
Prof. Dr. phil. Renate de Jong, Dipl.-Psych.,
Münster
Prof. Dr. med. Rudolf Klußmann, München
Prof. Dr. phil. Armin Kuhr, Dipl.-Psych., Hanno-
ver
Prof. Dr. med. Michael Linden, Dipl.-Psych.,
Berlin
Prof. Dr. phil. Jürgen Margraf, Dipl.-Psych.,
Basel
Prof. Dr. med. Rolf Meermann, Dipl. Psych.,
Pyrmont
Prof. Dr. phil. Wolfgang Mertens, Dipl.-Psych.,
München
Priv.-Doz. Dr. phil. Mechthild Papousek,
München
Prof. Dr. phil. Franz Petermann, Dipl.-Psych.,
Bremen
Prof. Dr. phil. Eibe-Rudolf Rey, Dipl.-Psych.,
Mannheim
Prof. Dr. phil. Armin Schmidtke, Würzburg

Impressum

Psychotherapie

ISSN 2364-1517 (print)

ISSN 2699-2051 (digital)

www.psychosozial-verlag.de/psychotherapie

25. Jahrgang, 2020, Heft 1

<https://doi.org/10.30820/2364-1517-2020-1>

Herausgeber

Prof. Dr. phil. Willi Butollo, München

Prof. Dr. med. Thomas Bronisch, München

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Möller, München

Prof. Dr. phil. Dr. med. Serge K. D. Sulz, München

Schriftleitung

Serge K. D. Sulz

Manuskriptsendungen bitte an:

prof.sulz@eupehs.org

Erscheinungsweise

halbjährlich (April/November)

Anzeigen

Anfragen zu Anzeigen bitte an den Verlag:

anzeigen@psychosozial-verlag.de

Abonnementbetreuung

Psychosozial-Verlag

Walltorstr. 10

35390 Gießen

Tel. 0641/969978-26

Fax 0641/969978-19

bestellung@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Bezug

Jahresabonnement 30,- € (zzgl. Versand)

Einzelheft 34,- € (zzgl. Versand)

Das Abonnement verlängert sich um jeweils ein Jahr, sofern nicht eine Abbestellung bis acht Wochen vor Beendigung des Bezugszeitraums erfolgt.

Copyright

© 2020 Psychosozial-Verlag

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck – auch auszugsweise – mit Quellenangabe nur nach Rücksprache mit den Herausgebern und dem Verlag.

Haptredaktion

Thomas Bronisch, Serge K. D. Sulz

Fachredaktionen

Psychiatrie und Psychotherapie: Prof. Dr. med. Hans Peter Kapfhammer, Graz | Psychotherapeutische Medizin: Dr. med. Friedrich von Heymann, München | Klinische Psychologie: Prof. Dr. phil. Eibe-Rudolf Rey, Weinheim | Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Dr. med. Peter Altherr, Klagenfurt; Prof. Dr. med. Jörg Wiese, Nürnberg | Psychotherapie im Alter: Prof. Dr. Dr. Rolf Hirsch, Bonn | Tiefenpsychologie und Psychoanalyse: Dr. phil. Matthias Lohmer, München | Verhaltenstherapie: Prof. Dr. rer. nat. Winfried Rief, Marburg | Familientherapie: Dr. phil. Jörg Kaspar Roth, München | Gruppentherapie: Univ.-Doz. Dr. phil. Dieter Sandner, München; Prof. Dr. phil. Volker Tschuschke, Köln | Neue Psychotherapien: Dr. med. Wolf Büntig, Penzberg | Pharmakotherapie: Prof. Dr. med. Gerd Laux, Wasserburg | Klinische Entwicklungspsychologie: Dr. phil. Gisela Röper, München | Klinische Persönlichkeitspsychologie: Prof. Dr. rer. nat. Thomas Fydrich, Berlin | Sexuologie: Dr. phil. Andreas Rose, Nürnberg; PD. Dr. med. Thomas Moesler, Erlangen | Psychotherapieforschung: Prof. Dr. med. Mathias Berger, Freiburg; Prof. Dr. med. Horst Kächele, Ulm | Prävention und Rehabilitation: Dr. med. Mark Schmid-Neuhaus, München | Kliniken: Prof. Dr. phil. Wolfgang Hiller, Mainz; Dr. med. Rainer Schors, München | Tageskliniken: Dr. med. Igor Tominschek, München | Ambulante Praxis: Dipl.-Psych. Jochen Weidhaas, Bad Dürkheim | Geschichtliches: Prof. Dr. med. Matthias Weber, München | Ethik: Dr. med. Gebhard Allert, Ulm | Redaktion Österreich: Prof. Dr. med. Gerhard Lenz, Wien | Redaktion Schweiz: Dr. phil. Peter von Tessin, St. Gallen

Inhalt

Editorial Schizophrenie-Update: Psychotherapie bei Psychosen heute	5	Psychoanalytische Therapie der Schizophrenie Welche Modifikationen der Behandlungstechnik sind erforderlich? <i>Günter Lempa</i>	95
So ist es aus meiner Sicht und so lebe ich damit <i>Andreas Schmidt</i>	11	Systemische Einzel- und Familientherapie bei Schizophrenie <i>Gerhard Dieter Ruf</i>	113
Pharmakotherapie update <i>Gerd Laux</i>	23	Suizidalität bei Schizophrenie <i>Thomas Bronisch</i>	129
Psychoedukation bei schizophrenen Psychosen: State of the art <i>Josef Bäuml & Gabriele Pitschel-Walz</i>	35	Kein Ort. Nirgends. Schizophrenie – der Albtraum, aus dem es kein Erwachen gibt Die unheimliche, nicht symbolisierte innere Objektwelt <i>Carola Hesse-Marx</i>	153
Integrierte Neurokognitive Therapie INT für schizophren Erkrankte Evidenz und Grenzen klinischer Anwendung <i>Daniel R. Müller & Volker Roder</i>	55	Psychosen im Kindes- und Jugendalter <i>Michael Frey & Gerd Schulte-Körne</i>	183
Update kognitive Verhaltenstherapie bei Psychosen Standardinterventionen, aktuelle Weiterentwicklungen und ihre Evidenz <i>Matthias Pillny & Tania M. Lincoln</i>	67		

GELASSENE

Zeiten und
ein wohlwollender Blick auf uns selbst –
Yoga und Meditation verändern unsere

HALTUNG.



DAS BEWEGT MICH!

PSYCHOLOGIE
HEUTE

WWW.PSYCHOLOGIE-HEUTE.DE

Editorial

Schizophrenie-Update: Psychotherapie bei Psychosen heute

Psychotherapie 2020, 25 (1), 5–9

<https://doi.org/10.30820.2364-1517.2020-1-5>

www.psychosozial-verlag.de/psychotherapie

Seit dem letzten Heft der Zeitschrift *Psychotherapie* über Psychotherapie der Schizophrenie sind mehr als 20 Jahre vergangen. Ein Update scheint uns dringend notwendig. Aufgrund der Komplexität und Heterogenität des Krankheitsbildes der Schizophrenie sind Ätiologie und pathophysiologische Mechanismen auch bis heute noch nicht voll verstanden. Über die Hälfte der Patienten haben signifikante Komorbiditäten, sowohl psychiatrisch wie medizinisch, was die Erkrankung zu einer führenden Ursache weltweit für Arbeitsunfähigkeit macht. Trotz einer niedrigen Prävalenzrate von etwa 1–2% ist die globale Bürde der Erkrankung immens. Die Diagnose korreliert mit einer 20%-igen Reduktion der Lebenserwartung bei einer bis zu 40% erhöhten Anzahl an Suiziden. In der Zwischenzeit von mehr als 20 Jahren wurden neue und verfeinerte Therapiestrategien entwickelt, die in diesem Heft dargestellt werden.

Begonnen wird das Heft mit dem Bericht eines Betroffenen. Die Perspektive von Andreas Schmidt soll einen Blick auf den Status, die Diagnose, die Krankheit und das Handicap Schizophrenie aus dem Blickwinkel eines Lebens mit und trotz dieser Erschwernis ermöglichen. Es ist eine eindrucksvolle Schilderung der Innen- und Außenwelt eines Betroffenen, mit seinen Kämpfen im Alltag, mit den Einschränkungen durch die Erkrankung, mit der Akzeptanz, anders oder doch nicht so anders zu sein als andere Menschen, mit dem Bild,

berechtigt oder unberechtigt, wie andere Menschen ihn sehen, und letztendlich mit dem unermüdlichen Ringen um Anerkennung.

Obwohl das Heft sich ausdrücklich auf die Psychotherapie von schizophrenen Patienten bezieht, muss am Anfang ein Übersichtsartikel von Gerd Laux über die Pharmakotherapie stehen, die zweifelsohne die *conditio sine qua non* der Behandlung schizophrener Patienten darstellt und ohne die viele psychotherapeutische Interventionen überhaupt nicht zum Tragen kommen könnten.

Für die Therapie schizophrener Erkrankungen sind seit fast 60 Jahren Antipsychotika/Neuroleptika aufgrund ihrer antipsychotischen Wirkung von zentraler Bedeutung. Heute werden üblicherweise unterschieden typische (traditionelle, klassische, konventionelle) Antipsychotika der ersten Generation – »First Generation Antipsychotics« (FGA) – und sog. atypische (»neuere«) Neuroleptika bzw. Antipsychotika der zweiten Generation – »Second Generation Antipsychotics« (SGA). Hierzu zählen Aripiprazol, Asenapin, Cariprazin, Clozapin, Olanzapin, Quetiapin, Risperidon, Sertindol und Ziprasidon. Hierbei handelt es sich um keine homogene Gruppe: Sowohl neuropharmakologisch (Wirkmechanismus), als auch hinsichtlich klinischem Wirkprofil und dem Nebenwirkungsspektrum bestehen z. T. erhebliche Unterschiede. Neben der Akut-Medikation ist eine Langzeitmedikation bzw. Rezidiv-

prophylaxe mit Antipsychotika für die Rehabilitation vieler schizophrener Patienten im Sinne eines »Stresspuffers« von grundlegender Bedeutung. In Placebo-kontrollierten Studien trat bei Patienten, die über ein Jahr behandelt wurden, bei etwa 30% unter Neuroleptika ein Rezidiv auf, unter Placebo bei mehr als 70%. Für die Langzeitbehandlung bietet sich der Einsatz von Depot-Neuroleptika an, neu entwickelt wurden Langzeit-Depot-Injektionen mit Intervallen bis zu 3 Monaten. Grundsätzlich ist die am niedrigsten mögliche (wirksame) Dosis zu verwenden.

Josef Bäuml und Pischel-Walz geben einen Überblick über die Psychoedukation von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen, welche zum ersten Mal 1980 von Anderson im Kontext eines multimodalen therapeutischen Konzeptes beschrieben wurde. Die Vermittlung von Information und die emotionale Entlastung sind dabei die beiden Grundpfeiler der Vorgehensweise. Patienten und ihre Angehörigen haben das Recht, informiert zu sein in Hinblick auf den Hintergrund der Erkrankung und die Therapiemöglichkeiten, wobei ein bio-psycho-soziales Konzept des Verstehens der Erkrankung vermittelt wird. Auf der Basis einer multimodalen Therapie mit Medikation, Psychotherapie, psychosozialer Unterstützung und Selbstmanagement-Strategien kann Psychoedukation Hoffnung induzieren und den Glauben an das eigene Selbst stärken. Die Erfahrung von Solidarität, gerade in Gruppensitzungen mit Austausch von Erfahrungen, mit der Einsicht, nicht allein zu sein, wird als besonders hilfreich von Betroffenen erlebt. Psychoedukation bewirkt in Evaluationsstudien einen erheblich verbesserten Verlauf der Erkrankung und wird mittlerweile in die Routinebehandlung integriert.

Daniel Müller und Volker Roder berichten über den Ansatz der neurokognitiven

Therapie bei Schizophrenen. Die Mehrheit schizophrener Erkrankter leidet in erheblichem Maße an stark ausgeprägten kognitiven Defiziten. Diese sind vor allem deshalb bedeutsam, da ihnen für den Krankheitsverlauf, die Behandlung und die soziale (Re-)Integration eine zentrale Rolle zukommen dürfte. Die Integrierte Neurokognitive Therapie (INT) ist ein KR-Gruppenansatz und wurde für die Behandlung ambulanter und tagesstationärer schizophrener Erkrankter entwickelt. Die INT integriert als erster KR-Ansatz Interventionen zu allen 11 MATRICS-Domänen in ein einheitliches Therapiekonzept. Jede kognitive Domäne wird nach dem gleichen didaktischen Vorgehen behandelt: Auf eine Einführung mit edukativen Elementen zur Förderung einer realistischen Selbstwahrnehmung im Zielbereich folgt die INT einem Kompensationsansatz (Strategielernen) und Restitutionsansatz (wiederholtes Üben). Dabei werden individuelle Copingstrategien mit anschließendem Transfer der erlernten Strategien in den Alltag erarbeitet und wiederholt eingeübt. Nebst den zu erwartenden unmittelbaren Verbesserungen in den kognitiven Domänen, zeigte die INT auch Generalisierungseffekte auf das soziale Funktionsniveau und die Negativsymptomatik, welche beide nicht als unmittelbares Interventionsziel definiert sind.

In ihrem Artikel geben Matthias Pillny und Tania Lincoln eine Übersicht über die klassischen Interventionen der kognitiven Verhaltenstherapie für Psychosen, sowie über die neuesten symptom-spezifischen Weiterentwicklungen. Die Kognitive Verhaltenstherapie für Patient*innen mit psychotischen Störungen ist eine Anpassung der kognitiven Therapie nach Beck an die störungsspezifische Schizophrenie. Die Interventionen setzen an den auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen der einschlägigen Symptomatik an und

basieren auf empirisch fundiertem Störungswissen. Zum Vorgehen zählt neben einer ausführlichen Diagnostik, eine entpathologisierende Psychoedukation, die die Hoffnung auf Besserung betont. Ferner beinhaltet sie den Aufbau eines funktionalen Umgangs mit akustischen Halluzinationen und anderen belastenden Symptomen und die kognitive Disputation von Wahngedanken sowie von belastenden Bewertungen von Symptomen. Die Ergebnisse der bisherigen Psychotherapieforschung bei Psychosen sprechen deutlich für die Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie in Bezug auf die Reduktion von Positivsymptomatik und genereller Psychopathologie.

Günter Lempa beschreibt das psychodynamische Konzept der schizophrenen Psychose als einen zentralen Konflikt der Interpersonalität, ein Dilemma, wobei sowohl die Aufnahme als auch die Vermeidung eines Kontakts existenzielle Ängste auslösen. Es fehlen die Kompetenzen des Ich, um Zwischenräume und Kompromisse möglich zu machen, wodurch die Identität beim Eingehen einer Beziehung aufrechterhalten werden kann und die polaren intrapsychischen Antagonismen vermittelt werden können. Diese Dilemmata entsprechen der Prädisposition zur Psychose, was vor allem bei Entwicklungsaufgaben und Schwellensituationen zum Ausbruch der akuten Psychose führt. Es werden die therapeutischen Werkzeuge einer modifizierten psychoanalytischen Behandlungstechnik beschrieben, die es dem Patienten ermöglichen, neue Kompetenzen zu entwickeln, das Dilemma abzumildern und dadurch auch den Bezug zur Realität zu verbessern.

Gerhard Ruf hält die systemische Therapie in ihrem theoretischen Konzept auch in Bezug auf psychiatrische Symptome für anwendbar, indem diese eine Funktion im sozialen System (z.B. in der Familie) erfüllen und dadurch Sinn ergeben. Zugrundelie-

gende problematische Denk- und Kommunikationsmuster erhalten die Symptomatik aufrecht. Bei der Schizophrenie-Therapie steht die Balancierung einer Ambivalenz zwischen Verantwortungsabgabe oder -übernahme im Mittelpunkt. Von besonderer Bedeutung ist die neutrale therapeutische Haltung bezüglich der Frage, ob Veränderung oder Nicht-Veränderung besser seien. Die Einführung neuer Sichtweisen kann die Denk- und Handlungsoptionen der Patient*innen und ihrer Familien erweitern und bisher unbewusste Fähigkeiten aktivieren.

In dem Artikel von Thomas Bronisch wird auf die besondere Bedeutung von Suizidalität bei schizophrenen Patienten hingewiesen, die zur hohen Mortalitätsrate bei dieser Patientengruppe beitragen. Das Lebenszeitrisko für Suizid bei Schizophrenen auf 5% und für Suizidversuche auf 25–50% geschätzt. Suizidalität ist stets im Kontext von depressiven Syndromen oder depressiven Episoden zu sehen und ist assoziiert mit mehr depressiven, komorbiden und schweren Formen von Schizophrenie. Die meisten schizophrenen Patienten suizidieren sich in der aktiven Phase der Erkrankung, gequält von depressiven Symptomen. Ein Suizid bei Schizophrenen erfolgt normalerweise nach einem Suizidversuch, der ebenso häufig kommuniziert wird wie bei nicht-schizophrenen Patienten.

Eine besondere Herausforderung stellen Suizide im psychiatrischen Krankenhaus dar, wo Depressive und Schizophrene einen ganz erheblichen Anteil der suizidgefährdeten Patienten ausmachen. Die schizophrenen suizidgefährdeten Patienten sind charakterisiert durch vermehrte Depressivität und paranoid-halluzinatorische Symptomatik, mehr Leidensdruck und verstärkte Psychopharmakotherapie. Die Schaffung einer »antisuizidalen Mentalität« steht bei der Prävention des Krankenhaussuizides

im Vordergrund. Die Etablierung einer Atmosphäre von Vertrauen und Offenheit ist notwendig, in der der Patient über Gefühle von Angst, Orientierungslosigkeit, Insuffizienz und Überforderung bis hin zum Empfinden entstehender Suizidphantasien sprechen kann.

Der erste Schritt zur Suizid- und Suizidversuchsprävention besteht in einer konsequenten Befunderhebung von Suizidalität. Dies beinhaltet die Anamnese mit dem Erfassen der Symptomatik und ihrer chronologischen Entwicklung, die Information über Vorerkrankungen (insbesondere Suizidversuche) und die Lebenssituation. Neben der Suizidintention stehen Suizidarrangement und Ernsthaftigkeit der Suizidmethode sowie die Einschätzung der Wiederholungsgefahr im Vordergrund. Das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Therapeut ist die wichtigste Voraussetzung, um suizidale Patienten zuverlässig erkennen und wirksam behandeln zu können. Deshalb muss von Anfang an ein besonderes Augenmerk auf das Zustandekommen einer tragfähigen therapeutischen Beziehung gerichtet werden.

Die Therapie beinhaltet Notfallbehandlung, Krisenintervention, Psychotherapie und Pharmakotherapie. Die Notfallbehandlung hat aufgrund der häufig aggressiven und impulsiven suizidalen Handlungen Schizophrener Vorrang und erfordert sofortiges Eingreifen des Therapeuten bei drohender Lebensgefährdung. Die Krisenintervention bei schizophrenen Patienten unterscheidet sich nicht von Krisenintervention bei anderen psychiatrischen Diagnosen, dasselbe gilt für die Psychotherapie. Auf den Umgang mit suizidalen Patienten, spezifische Interventionsstrategien und auf die häufigsten Fehler und riskanten Interventionen wird ausführlich eingegangen. In der Pharmakotherapie werden Akut- und Langzeitbehandlung unterschieden. Als Akutbehandlung kommen Neuroleptika,

Benzodiazepine, eventuell auch Ketamine und die Elektrokrampftherapie infrage, in der Langzeittherapie Antidepressiva, Lithium, Moodstabilizer und atypische Neuroleptika. Speziell für schizophrene Patienten ist die Wirksamkeit von Antidepressiva bisher empirisch nicht ausreichend belegt, jedoch für atypische Neuroleptika vor allem für Clozapin, aber auch für Olanzapin bei Suizidversuchen.

Carola Hesse-Marx stellt die Bedeutung des Symbols ins Zentrum ihres Beitrags, da der schizophrenen Erkrankung die Unfähigkeit zu symbolisieren zugrunde liegt. Der Autorin zufolge wird in der frühen Kindheit keine Symbolisierungsfähigkeit erlangt, die für die Bewältigung von Todesangst unabdingbar ist. Es entsteht kein positives Selbstsymbol, das Ausdruck von Urvertrauen ist. Ihre klinischen Erfahrungen als Analytikerin für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene und als analytische Psychosen-Therapeutin haben sie zu der Erkenntnis geführt, dass sich aufgrund einer Triangulierungsunfähigkeit in der mütterlich-väterlichen Matrix im kindlichen Unbewussten kein schützendes mütterliches Primärobjekt entwickelt, das sich zu einem Selbstsymbol ausbildet. Mit dem Fehlen eines positiven Selbstsymbols sind das Fehlen eines psychischen Reizschutzes und das Fehlen eines psychischen Innenraums verbunden. Innere und äußere Reize überfluten das rudimentäre Selbst und bilden im kindlichen Unbewussten nicht symbolisierte unheimliche Gestalten aus. Dies führt im kindlichen Unbewussten zu Todesangst, die, der Autorin zufolge, mit autistisch tendierter Verslossenheit einerseits und symbiotischer Fusionierung andererseits vergeblich abzuwehren versucht wird. Der vorliegende Beitrag plädiert für ein möglichst frühes Erkennen dieser pathologischen Psychodynamik, um einer Manifestierung der präpsychotischen Dy-

namik hin zu einer Chronifizierung einer Schizophrenie entgegen zu wirken. Dies bedarf einer modifizierten analytischen Therapie, bei der es Benedetti zufolge um eine Wandlung der schizophrenen Prä-Symbole«, die als Ausdruck eines innerpsychischen Infernos zu verstehen sind, »in echte Symbole« geht.

Michael Frey & Gerd Schulte-Körne fassen die wichtigsten Erkenntnisse in dem Bereich der psychotischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und deren Behandlung zusammen. Für ein Verständnis psychotischer Erkrankungen, deren Entstehung und Konsequenzen, muss die gesamte Lebensspanne in den Blick genommen werden und dabei das Kindes- und Jugendalter mit seinen entwicklungsbedingten

Besonderheiten. Ausgehend von ätiologischen Modellen und der Kontinuitätshypothese werden Strategien zur Früherkennung und psychotherapeutische Ansätze in der Behandlung psychotischer Erkrankungen in einen sinnvollen Zusammenhang gesetzt. Anhand von Befunden aus der neuropsychologischen Forschung werden die Grundlagen für psychotherapeutische Strategien vorgestellt. Anschließend werden auf die besonderen therapeutischen Bedürfnisse einer psychotischen Erkrankung im Kindes- und Jugendalter vor dem Hintergrund alterstypischer Entwicklungsaufgaben sowie der Eltern- und Angehörigenarbeit eingegangen.

Thomas Bronisch und Serge K. D. Sulz

Kathy L. Kain & Stephen J. Terrell

Bindung, Regulation und Resilienz

Körperorientierte Therapie des Entwicklungstraumas

Die Symptome frühkindlicher Traumata sind komplex und ihre Ursachen sind nicht leicht zu erkennen, liegen sie doch häufig im vorsprachlichen Stadium.

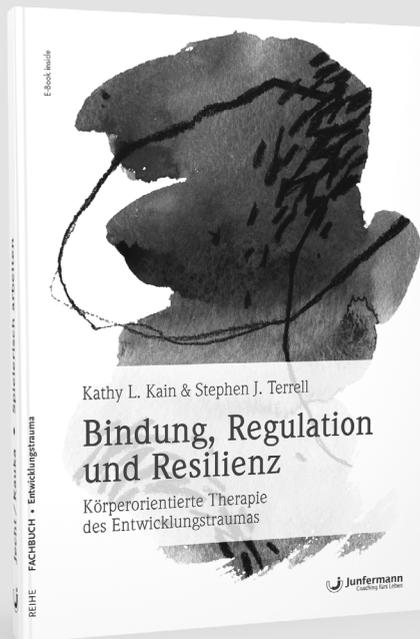
Eine Behandlung sollte deshalb sowohl physisch als auch psychisch ausgerichtet sein. Vielen Patienten hat es in der Kindheit an Sicherheit und Geborgenheit gefehlt. Beides ist jedoch die Voraussetzung für die Entwicklung der Selbstregulation und die Grundfeste der Resilienz, die es zu fördern gilt.

Allen, die beruflich mit Traumata in der Kindesentwicklung zu tun haben, liefert dieses Buch Hintergrundinformationen und praktische Behandlungsansätze.

In diesem Buch behandelte Themen:

- neurowissenschaftliche Erkenntnisse
- Bindungstheorie und kindliche Entwicklung
- Somatic Experiencing (Peter Levine)
- Polyvagaltheorie (Stephen Porges)
- der angemessene Einsatz von Berührung in der Psychotherapie

248 Seiten, kartoniert, E-Book inside • € (D) 34,00 • ISBN 978-3-95571-836-7 • Auch als E-Book erhältlich



So ist es aus meiner Sicht und so lebe ich damit

Andreas Schmidt

Psychotherapie 2020, 25 (1), 11–21

<https://doi.org/10.30820.2364-1517.2020-1-11>

www.psychosozial-verlag.de/psychotherapie

Mit diesem Beitrag möchte ich eine Perspektive ermöglichen auf den Status, die Diagnose, die Krankheit und das Handicap Schizophrenie aus dem Blickwinkel eines Lebens mit und trotz dieser Erschwernis.

Zwischen zwei Essays, die meinem aktuellen Wissensstand entsprechen, befinden sich noch Auszüge aus zwei meiner Bücher, die mir sehr nützlich und passend für diesen Artikel erschienen.

Ein Dorn. Aber doch nicht im Auge! Nein! Weiter unten ... in der Herzgegend ...

»Langsam geht die Welt zu Grunde, doch jetzt ist noch lange nicht die Stunde.«

Dieser Spruch hat mir immer wieder gutgetan. Gerade wenn ich zäh sein muss.

Oder der hier:

»Mit dem Schutzanzug der Akzeptanz tauche ich in die Tiefen meines Scheiterns nach Schätzen, um mein gelungenes Leben damit zu finanzieren.«

Der tut mir auch immer wieder gut.

Ohne Schnörkel oder doppelten Boden sage ich es gleich vorweg, frei heraus:

Diese zwei Sprüche tun mir gut, weil sie mir gefallen und auch weil ich selbst solche Sprüche hin und wieder zustande bringe, also »erfinde«?

Ich weiß nicht.

Ich fühle mich in solchen Momenten eher wie ein Chronist. Ein Beobachter. Ein Empfangender.

Ich weiß auch nicht, »woher« diese Sprüche kommen, die mir »einfallen«.

Sie tun mir gut. Also schreibe ich sie auf.

Wo »heraus« sie entstehen, kann ich ganz, ganz grob sagen.

Sprüche oder ganze Gedichte, Geschichten sogar und sogar seit ein, zwei Jahren richtige Bilder, also von mir gemalte Bilder, die gefallen und Anklang finden, bis jetzt ja nur in positiver Form, kommen aus Momenten, die nur kurz dauern, aber lange brauchen, bis sie da sind, bis sie endlich aus einem Felsen brechen. Oder gebrochen werden.

Und dann? Plopp! Da purzelt mir so ein »Edelsteinchen« in den Schoß, ja er »fällt« mir geradezu »ein«. Oder kullert vor meine Füße. Das Bücken danach finde ich immer noch sehr lohnenswert.

Wie entstehen Edelsteine eigentlich? Wertvolle sogar? Denn so wertvoll ist für mich manches, was ich da »finde« in und um mich rum. Und dann natürlich aufschreibe oder male.

Ich glaube, soweit ich weiß, entstehen Diamanten, die sind ja wirklich wertvoll, aus simpler Kohle. Also Pflanzenresten oder Baumresten, die unter Erde oder Schlamm geraten und im Laufe von vielen Jahren, Jahrtausenden und sogar Jahrmillionen immer mehr »Druck« abbekommen.

Von Fels, Stein, Erde, Sand, welche sie

eben zu Kohle und irgendwann sogar zu Diamanten pressen. Stimmt das?

Nicht so wichtig. Ich bin zwar kein Baum, schon gar kein Rest und auch kein Diamant, doch »Druck« kenne ich auch. Nicht von Erde oder Fels, doch von Menschen, die wie eine Erde schwer und wie ein Fels hart sein können.

Ich bin 35 Jahre alt. Das ist nicht mal ein Jahrhundert. 35 Jahre. So lange bin ich schon unterwegs hier in der Gegend um Europa herum und vor allem in Bayern. 33 Jahre davon war mir nicht bewusst, und ich habe sogar nicht im Geringsten daran gedacht, dass ich ein richtig gutes Gehör habe. Nach einem – »meinem« – Problem habe ich jedoch stets gesucht.

Ich habe ein Gehör, wie es kein Mensch physikalisch besser haben kann. Ich nehme Klänge wahr, die viele andere erst ab ca. 20 Dezibel später bewusst wahrnehmen und das noch dazu, ohne dass ich einen »Filterapparat« gehabt hätte, der wie bei einem Bahnhof die einfahrenden »Klangzüge« durch Weichenstellung sortiert und einfahren lassen würde. Ich habe Hyperakusis, seit Geburt.

Das ist mehr, als nur unter »Felsengewicht« Druck ausgesetzt zu sein.

Es ist eine eigene starke Wahrnehmungswirklichkeit, die sich unterscheidet im Gegensatz zu anderen, und das alltäglich. Nicht in den »Bausteinen« meiner Welt, die haben wir alle gleich. Ohren, Akustik, Lärm. Das kennt jeder. Doch wo war mein »Schutz«? Der Schutz, den ich gebraucht hätte, um nicht Stress und Druck ausgesetzt zu sein, ungefiltert, also realem akustischen Lärm oder »moralischem« Lärm?

Ich konnte und kann oft auch heute noch nicht weghören. Bei angenehmen Leuten und angenehmer Akustik ist das kein Problem. Bei Leuten, die wie ein Fels

hart und verletzend sind, eben schon. Das ist in meinen Worten dann schnell »moralischer Lärm«, der sich weiter fortsetzt in meinem Innenleben. Alltäglich und jahrelang. Das ist schon sehr seltsam, wie lange mich solcher »Lärm« von Leuten verfolgt. Seit 2005 sogar als Diagnose Schizophrenie amtlich bestätigt.

Egal. Heute ist 2019. Mein »Schutz« ist da. Ich hab Medikamente. Und Schizophrenie. Und auch zu Trinken und Essen. Und Ohren. Und ADS auch noch. Und mich. Und Familie. Freunde. Und ein Leben, das sich lohnt. Ade Gestern! Willkommen Heute! Hallo Morgen!

Vielleicht habe ich keinen Schimmer, wie ich mein »Morgen« gestalten kann. Keine Ahnung, wie ich das schaffe. Kann gut sein, dass ich nicht mehr mag und auch nicht kann dann und wann.

Mich sogar hinlege und Widerstand leiste durch Passivität. Möglich, dass mich mein Mut verlässt.

Gut. Einverstanden. Doch es bleibt dabei: Ich fühle, denke und handle nicht schizophren.

Ich habe Schizophrenie. Einverstanden. Doch ich bin nicht ... dieses Wort.

Ich bin ein lustiger junger Mann. Mein Vater sagt es mir oft: »Du musst doch einen Vogel haben!« Ja. Hab ich. Sogar mehrere! Schade, dass das schöne Gefühl bei einem Schub, am Waldrand auf der Bank, beim Kreuz da oben hinter unserem Dorf, neben meinem Vater, dass das schizophren sein soll. Sonnenwärme, die meinen Körper komplett ausfüllt und weder Gedanken, noch Gespräche oder irgendetwas anderes möglich macht in diesem Moment. Das kann auch sehr schön sein, gerade mit leichtem warmen Wind und meinem Vater neben mir.

Das ist alles, einfach alles, alles, alles, was mich an der ganzen Geschichte um mich und meine Person noch richtig nervt, ärgert und wütend macht. Es macht mich traurig und gekränkt, ja sogar manchmal richtig »krank« vor Sorge um mich und andere: der Begriff Schizophrenie.

Mir kann es ja egal sein. Ich kann damit leben. Sehr gut sogar!

Ich weiß, was »dahinter« steckt: Ich. Ich steck da dahinter. Und die Sonne auf meiner Haut natürlich auch, ist ja klar, wenn ich voll mit Dopamin am Waldrand sitze, entspanne und volle Kanne SPÜRE. Keine Hektik, keine Termine, kein Druck von anderen, keine Felsen.

Schmidt: 1 – Psychose: 0. Voll im Gefühl.

Gedanken, ganz zu schweigen von meiner sonst eigentlich immerwährenden Zwiesprache in mir, sind weit, weit weg.

Stimmen hören? Was soll das sein? Ach so! Ja. Ich denke viel. Ja. Oft in Form von Gesprächen. Ja. Ach ja genau, der Rest noch, wenn ich mal »moralischen Lärm« abbekomme von meinem schlechten Gewissen, der taucht manchmal schon noch auf. Das ist vielleicht wirklich ein wenig »laut« dann in mir.

Ja, na gut, vielleicht ist das ein klein wenig Erde noch, oder Sand. Ansonsten muss ich sagen: Schwamm drüber – und zum Edelsteinschleifer bringen.

Das tut weh: Schizophrenie. Das tut weh. Ich bin nicht dieses Wort.

Aber hey! Ich hab nen neuen Status seit 2 Jahren! Richtig neu! Mensch mit Behinderung. Mann mit Handicap! Mensch mit Beeinträchtigung(en)! Ja Halleluja! Na, Gott sei Dank! Zeit ist's geworden! Mann oh Meter! DAS tut gut!

Ich würde mir wünschen, dass andere, ich selbst bin eigentlich ganz gut dabei, dass also alle anderen, die einen Namen

brauchen für etwas, das sie bedeutend unter »Druck« setzt, auch die Chance haben, ihr Handicap begreifen und verstehen zu dürfen. Ich wünsche mir einen Namen für Leute wie mich, den ich auch verwenden kann in der Öffentlichkeit. Einen Begriff, der mich schützt und mich nicht verletzt, also nicht Wasser auf den Mühlen von »Felsenmenschen« sein kann.

Vielleicht wünsche ich mir einfach für Leute wie mich, dass sie eine »Stoffwechselstörung« haben, wenn sie das erste Mal in ihrem Leben da sitzen vor einem Arzt, oder Psychiater, oder eben Therapeuten.

Etwas, das ihnen die Chance gibt zu sagen: »Uff! Jetzt bin ich aber erleichtert!«

Etwas, das mich vielleicht sogar neugierig macht auf »mich selbst«?

Dopamin, Serotonin, Melatonin. Da weiß ich manchmal gar nicht, wo mir der Kopf steht.

Ich bin wahrnehmungsstark und das kostet mich auch etwas, das hat mich viel gekostet und kostet mich auch weiterhin immer wieder etwas und das nicht nur mich.

Dank sei Gott, dem Herrn, und allen Leuten, die sich wirklich bemühen um eine faire Behandlung von Menschen untereinander und miteinander.

Ich bin gern wieder mit dabei. Trotz Vergangenheit, für Zukunft!

Ich bleib, wie ich bin. Werde verletzt und werde geschätzt. Wer kennt es nicht.

Jawohl. Ich spiele wieder ein wenig mit. Gern auch länger.

So. Jetzt hole ich mir aus der Küche einen Kaffee, im Haus meiner Eltern. Schizophren? Krank? Darüber weiß ich nichts. Ich habe mich SELBST kennen lernen dürfen.

Träumer, Vieldenker, Schriftsteller, Maler, Seelsorger, Redner, Steinesammler, Spaziergänger, phasenweise »Autist«, kindlicher Kaiser, Mann UND Maus, ja,

Hasenfuß, Computerspielkartoffel, Tiererversteher – und einfach ein ganz normaler Kerl. Ich fühle mich jetzt müde. Und schäme mich auch ein wenig. Ist aber gleich wieder vorbei. Ich vergesse einfach wieder einen meiner Diagnosenamen und dann geht's mir wieder gut. Eigentlich schäme ich mich sehr. Dafür kann ich Gott sei Dank gar nichts. Das macht mich wieder froh.

So. Sonne scheint. Kaffee! Frühstück! Und mein Vater ist auch schon wach! JA!

Mei, hab ich's gut! Den Kaffee lass ich mir jetzt schmecken! Und freu mich meines Lebens.

Was ist der Sinn von »Schizophrenie«?¹

Heute haben die Situationen, in denen ich Stimmen höre oder sehr feinfühlig bin, einen anderen Sinn für mich, als zu der Zeit, als ich mich nicht zurecht fand mit diesen beiden Zuständen. Stimmenhören wird schon zu Zeiten Jesu Christi und davor beschrieben. Genauso wie auch Feinfühligkeit und Sensibilität. Es sind und müssen also menschliche Fähigkeiten sein!

Wie beschreibe ich Ihnen wohl am besten den für mich passenden Sinn von der Traumkrankheit und der damit verbundenen Aufgabe der persönlichen Traumdeutung ...? »Schreib auf!«, sag ich mir und ich beginne:

Worte können sehr verletzend sein und unabhängig davon, ob die Stimmen in meinem Kopf nun Ahnen, Geister oder

sonst was sind, bin ich doch trotzdem in die Situation gestellt, dass ich etwas wahrnehme, das andere nicht wahrnehmen. Anfangs war das Stimmenhören eine Last für mich! Bis ich anfing, um mein Leben zu kämpfen, sprich mich zu wehren gegen allzu aufdringliche und aggressive Stimmen!

Was sollten die Stimmen schon machen? Mich anschreien? Mir Angst einjagen? Das war ja eh schon der Fall! Also wies ich sie Stück für Stück in ihre Schranken.

Heute bin ich Herr über mich selbst und »die Stimmen« wissen das! »Herr sein« heißt für mich auch: ein Herr muss seinem Volk dienen. Und wenn da so viel Innenleben in mir ist, dann habe ich auch die Verantwortung, mich um mich und meine Innenwelt zu kümmern. Das schließt auch die Stimmen mit ein. Allerdings muss immer ich entscheiden, ob ich mich mit ihnen befassen will und wie ich das machen will!

Etwas anderes ist auch, die Außenwelt mit einzubeziehen! Wenn ich zu viel Kaffee trinke, kommt meine Innenwelt und damit ich selbst durcheinander! So ist das bei mir und es wäre ein schlechter Dienst, an mir, würde ich mich ständig in Unordnung bringen!

Der Sinn der »Schizophrenie«? Geben Sie ihr Ihren persönlichen Sinn!

Für mich ist klar:

Ohne diese Geschichte wäre ich heute nicht so sortiert, aussagekräftig und gesund im Geiste, wie in der äußeren Ordnung!

Es ist ja nicht eine Krankheit, die wir da besiegen sollen, es ist doch eher ein Weg durchs Leben, den wir einschlagen! Zugegeben, mit etwas besonderen Hindernissen und Problemen, doch besondere Probleme liegen auf jedem Lebensweg, oder?!

¹ Aus: Andreas Schmidt (2015): *Lebenslust statt Realitätsverlust. Botschaften eines Träumers – Schizophrenie auf dem Lebensweg*. München: CIP-Medien. S. 33.

Angst zu Mut²

Komm schon Angst, komm her zu mir!
Hast du etwa Angst vor mir?
Ja die Angst die fürchtet sich!
Fürchtet sich ganz fürchterlich!
Sprich doch Angst, so sprich zu mir!
Ich sprech dich aus, sprichst du zu mir!
Angst! Du bangst! Hast Angst vor mir!
Komm schon Angst, komm her zu mir!
Ja jetzt weiß ich um dein Bangen, denn wo du aufhörst, muss Mut anfangen!
Hast gar Angst noch Mut zu kriegen? Weil wir dich dann schnell besiegen?
Dann wirst du zum Mut, wirst du zum Bär,
Komm schon Angst, komm zu mir her!

Ich und die Anderen³

Bevormundung und Vorurteil

Wo findet man Bevormundung? Richtig! In der Kindheit! Was passiert dann? Richtig! Pubertät!

Manchmal sitzt man auf einer Bank, sieht ins Tal und denkt:

»Krank sein ist wie Pubertät! Alle wissen besser über mich Bescheid, als ich selbst! Aber das stimmt nicht! Ich weiß

besser, wer ich bin, was ich brauche und was ich will! Und ich bleib stur und hol es mir! Andere bestimmen über mein Leben und sagen, ich würde darüber bestimmen! Was soll ich auch tun? Kann ja eh nichts machen! Aber ich werde gesund und dann zeig ich's Ihnen! Ich werd noch Großes vollbringen!«

Etwas Großes vollbringen die meisten Kranken, die ich kenne:

Sie erleiden viel, unter anderem Ausgrenzung, und bleiben trotzdem cool, bleiben trotzdem »nice«!

Etwas anderes ist das Ego unserer Mitmenschen. Es reicht ja schon, wenn man etwas anders gekleidet ist als andere. Aber wenn man sich geoutet hat, also die Leute in der Strasse, im Dorf, in der Stadt wissen, dass man »anders tickt«, oder wenn der Begriff »Schizophrenie« mit einem in Verbindung gebracht wird, dann ist doch des Öfteren der Ofen aus. Da herrscht erst mal Vorsicht vor dem Menschen, den man plötzlich nicht mehr einordnen kann:

»Ist er oder sie gefährlich? Ist die Krankheit ansteckend? Tut er oder sie unseren Kindern etwas an? Nein! Mit dem möchte ich nichts zu tun haben! Am Schluss läuft er Amok und wählt mich als Ziel, weil er mich dann kennt!«

Klingt dramatisiert, oder? Seien Sie mal ehrlich, sind das nicht genau die Gedanken, die ganz »normalen« Menschen durch den Kopf gehen, wenn sie die Materie »Schizophrenie« nicht kennen? Ich würde mich selbst nicht als normal bezeichnen, weil es keine Norm-Menschen gibt!

Ich bin normal, aber nicht die Norm!

Doch genau solche Gedanken gingen mir durch den Kopf, als ich in der Fachoberschule das erste Mal von »Schizophrenie« hörte! Selbst als ich schon etliche Menschen, die als »Schizophrene« bezeichnet

2 Aus: Andreas Schmidt (2015): *Lebenslust statt Realitätsverlust. Botschaften eines Träumers – Schizophrenie auf dem Lebensweg*. München: CIP-Medien. S. 58.

3 Aus: Andreas Schmidt (2015): *Lebenslust statt Realitätsverlust. Botschaften eines Träumers – Schizophrenie auf dem Lebensweg*. München: CIP-Medien. S. 49–51.

werden, kannte, war ich bei einigen, die ich neu kennen lernte, immer noch mit solchen Gedanken beschäftigt, wie sich herausstellte unbegründet!

Verurteilen und Vorurteile sind zwei verschiedene Dinge, aber doch irgendwie miteinander verwandt, oder?

Darum möchte ich an dieser Stelle keinen meiner Mitmenschen verurteilen, wenn er sich an Vorurteilen orientiert, die ja auch in gewisser Weise eine Schutzmaßnahme darstellen können. Schwierig für jeden Menschen ist natürlich eine Verurteilung, ein »Abstempeln«. Das klingt für mich wie: »Der Fall ist erledigt!«

Es geht jedoch um Menschen! Wenn jemand stirbt, ist jemand aus unserer Welt getreten, dann kann man, wenn man will, sagen: »Okay! Meine Zeit mit ihr oder ihm ist vorbei!« Dennoch ist es generell schwierig für Menschen, ob »gesund« oder »krank«, ob »normal« oder »anders«, sich in einer Gesellschaft zu bewegen, in der sie oder er die Erfahrung gemacht hat, verurteilt, also »abgestempelt« worden zu sein. So eine Erfahrung bleibt im Hinterkopf und man bleibt irgendwie unsicher, in Gefühlen wie auch im Vertrauen setzen auf andere.

Da gab es für mich eigentlich nur den einen Weg, voll und ganz zu mir zu stehen. Zu meinen Peinlichkeiten, zu meinen Schwächen, auch zu meinen Fähigkeiten, was ich kann und was nicht. Über eine gewisse Zeit habe ich meine Erfahrungen gemacht in der Gesellschaft, gute wie schlechte. Dadurch habe ich allerdings Freunde gefunden, die mich anerkennen. Nicht nur für meine witzigen Seiten, oder meine Verrücktheiten, sondern auch für meine Schwächen und meine ernsten Seiten. Genau das gibt mir wirklich viel und freut mich immer wieder!

Ich habe vielleicht keine Freunde, die ich immer dann, wenn ich ein Problem habe,

um Beistand fragen kann, sie haben schließlich ihre eigenen Probleme und Aufgaben, aber ich kann mal vorbei schauen auf ne Tasse Tee, oder nen Kaffee. Vor allem aber bin ich akzeptiert, so wie ich bin und nicht deswegen, weil ich so bin, wie Leute wollen, dass ich bin!

Die spinnen doch ich glaube auch, ja, aber das dürfte voll normal sein.⁴

Spinnen, das ist wissenschaftlich belegt, sind sehr nützliche Tiere und, ich finde, auch sehr sauber und reinlich. Wenn man mal genau hinsieht, doch bitte nicht zu nahe, denn keine Spinne hat es gern, denke ich mir, mit der Nase an die Wand gedrückt zu werden, dann merkt man doch recht schnell, dass sie sich nützlich machen und eben ihre Umgebung sauber halten. Gut, die Netze sind ja schon unpraktisch, gebe ich ja zu, gerade wenn Besuch kommt. Doch damit kann man erstklassig Insekten und Getier in einem natürlichen Kreislauf von Fressen und »Wann gibts Mittagessen?« gefangen halten. Da ist man sich ja auch überall einig, dass Spinnen so etwas können. Keine Frage! Ausnahmsweise mal!

Dafür kommt jetzt eine Frage.

Nämlich folgende:

Was veranlasst uns denn dazu, obwohl wir doch wissen, dass Spinnen durchaus von Nutzen sind, gerade im Sommer in einem Haus mit Teich diese Tierchen vor die Tür zu setzen (wenn sie Glück haben!)?

Ich denke, das liegt an ihren Ohren. Erstens haben sie keine und zweitens sind die auch nicht sehr lang und obendrein auch nicht flauschig! Hinzu kommt, dass sie

⁴ Aus: Andreas Schmidt (2017): *Auf, auf und ab. Eine Wa(h)nderung mit Hindernissen ... und Rucksack*. München: CIP-Medien. S. 53–56.

weder einen Wuschelschwanz, noch eine putzige Nase haben, und hoppeln können sie auch nicht, oder wenn, dann weigern sie sich, das zu tun! Und so kommen wir, die Menschen, und sie, die Spinnen, nicht ins Geschäft. Entweder sie strengen sich an und nehmen sich ein Beispiel an den Hasen, die haben schließlich genauso viel Zeit gehabt, sich zu entwickeln, oder sie müssen gehen. Das finde ich, ist auch durchaus vertretbar, Nutzen hin oder her. Ich habe noch nicht davon gehört, dass sich jemand oder sogar eine jemandin vor einem Hasen ekelt.

Nun bin ich ja bei weitem nicht so ein Hasenfuß wie Meister Lampe, noch auch nur annähernd so unverständlich wie eine Spinne, doch irgendwo da dazwischen muss ich ja auch hinein passen.

Dafür gibt es in der Evolution die Nische des Spinners. Da passe ich auch gut hinein und fühle mich auch wohl. So ein paar Seiten sind schnell aneinander geknüpft und wenn sich jemand, oder zu gegebener Zeit auch sehr gerne eine jemandin, fangen lassen will von mir, ist herzlich dazu eingeladen! Ich bin wirklich nur ein Spinner, keine Spinne, also keine Angst! Ich bin erstens nicht interessiert daran und zweitens hätte ich auch gar nicht die Zeit, Haare zu krümmen. Auch zu Mittag gegessen habe ich bereits. Es gab Hase. Bitte ruhig bleiben! Es war ja ein falscher! Sie sehen: Von Spinnern droht dem Menschen keine Gefahr!

Es gibt in der Geschichte der Evolution noch viele Arten von Lebewesen, auch bei den Menschen gibt es da Sapiens, die manchmal mehr, manchmal weniger Homo sind, und das ist ja auch gut so. Manche sind gar nicht Homo, kommt mir so vor, und manche führen sich auf, als wären sie nicht mal Sapiens. Vielleicht hat denen das noch keiner mitgeteilt, dass

wir zwar nicht im Mindesten Homo sein müssen, doch ich bitte doch stark darum, dass wir uns alle endlich darauf einigen, dass wir Sapiens sind. Es gibt schließlich noch Wichtigeres zu tun, nicht allein wer Kinder zu erziehen hat weiß das, und auch die Wissenschaftler wollen da ja endlich Klarheit haben. Also bitte, und dann lassen wir das Thema auch wieder, lassen Sie uns doch alle Sapiens sein, und wer will auch, je nach Wunsch, mehr oder weniger Homo. So. Uff! Mensch, immer kommt einem da was dazwischen! Wo war ich denn? Ah ja!

Wie gesagt: Der Spinne ihr Netz, dem Hasen seine Lampe und jedem das Seine! Meines ist die Spinnerei! Ganz klar! Da fühle ich mich selbstsicher und wohl, auch wenn ich manchmal vor lauter Blödsinn gar nicht mehr weiß, wo mir der Kopf steht. Gut, dass ich Leute habe, die ihn mir wieder zurecht rücken! Vielleicht ist mein Kopf eben öfter als bei anderen verrückt. Doch das ist auch gut so, mindestens so gut, wie Homosexuelle ihre Homosexualität gut finden, Menschen mit Behinderung ihr Können im Umgang mit Hindernissen gut finden, Menschen, die anders gefärbt sind als Menschen, die wiederum anders, als sie gefärbt sind, ihre Farbe gut finden, andere Menschen, die wiederum anders sind als die andern, gut finden, dass sie etwas finden, das gut ist, und überhaupt ist es schon mal ganz gut, dass wir etwas finden können, was ja viel mehr bringt, als etwas zu suchen, aber einige finden trotzdem: »Wenn ich etwas suche, muss ich nicht ankommen, wenn ich was finde, dann schon, Mist!«, und ich persönlich würde es sehr, sehr gut finden, wenn jetzt klar sein darf, dass ich mich wieder finde, in einer Rolle die anders ist, aber gut, und wenn ich noch eines finden dürfte, wäre ich froh, nämlich den Punkt. So. Heiliges Blechla! Da machst was mit!

Vägl⁵

Ham Sas gheart?

Gei?

Ja! gei!? Dem Rummelbacher Michael, sei Sohn, geins?!!

Glaubst das na, ha?!

Red der mit die Vögl! Der Depp!
Mit die Vögl!!!!

Ham Sas gheart?

Tschilptschalp!!! Gei?!

Haha!

Dat der mit die Vögl rehn ...

Gei Waldi? Mia rehn nicht mit die Vögl, gei?! NEIN!

A ha! Nana! I glab, dass des auch eher ein canabinoider Unfall is!

Gei Waldi?

Ein Unfall!

Ja, brav bist! Bist a Brava!

Ge, Waldi? Mir reden nicht mit die Vögl, gei?!

Nein! Und grüßen tun mia den auch nicht mehr, gell?? NEIN! Nein, nein!

Des machen wir nicht gell?!

Naja, man hört ja so einiges!

Schizophren! Wenns mich frang!

Klarer Fall! Der Dr. Semmelstolz sagts ja auch!

Und der muss es wissen! Der ist Arzt!

Spaß beiseite ...

... eigentlich bin ich kerngesund!⁶

Mein Körper hat, OHNE mein Zutun, eine »Traumwelt«, mit Bildern und Tönen, also visuellen und akustischen Halluzinationen für mich erstellt und mich gezwungen, indem er mir diese dann aufgedrängt hat, bei kleinsten Belastungen genau hin zu SEHEN und hin zu HÖREN. Stimmen hören, Träume zu durchleben, ist das, was ich in den letzten 20 Jahren am meisten machte und die letzten 12 Jahre auch machen musste, da mein Körper sehr streng ist mit mir.

Er hat mich gezwungen, aber mich auch gelassen – auseinander setzen »lassen« mit Themen, Personen und Dingen, die ich in der »gemeinsamen« Realität, also der Bühne, auf der wir alle nach gleichen Regeln spielen, nicht hätte sehen, hören, riechen, fühlen, schmecken hätte können, ohne meine Nerven zu überfordern wegen einer Gabe die ich wirklich habe: Ich bin wahrnehmungsstark.

Er hat mir gegeben, was ich im Leben, also bei dir, Tante Gesellschaft, nicht sehen und fühlen konnte in Zeiten, in denen es nötig gewesen wäre.

Er hat mir gegeben, was ich brauchte, um dir, Tante Gesellschaft, nun etwas zurückgeben zu können.

Das Gefühl kämpfen zu dürfen für das, was mir wichtig ist. Freiheit.

Das Gefühl der Zugehörigkeit. Gemeinschaft.

Das Gefühl wertvoll zu sein, für die Gemeinschaft wertvoll zu sein.

Respekt.

5 Aus: Andreas Schmidt (2017): *Auf, auf und ab. Eine Wa(h)nderung mit Hindernissen ... und Rucksack*. München: CIP-Medien. S. 52.

6 Aus: Andreas Schmidt (2017): *Auf, auf und ab. Eine Wa(h)nderung mit Hindernissen ... und Rucksack*. München: CIP-Medien. S. 118–120.

Das Gefühl akzeptiert zu sein, weil ich so bin, wie ich bin. Ehrlichkeit.
Das Gefühl geliebt zu sein. Glück.
Das Gefühl der Dankbarkeit. Lohn.
Das Gefühl dazu zu gehören. Gemeinschaft.
Das Gefühl andere Leute freuen sich über die gleichen Gefühle. Gelassene Gemeinschaft.
Das Gefühl, dass nichts wirklich wichtig ist gerade. Feierabend.
Und:
Das Gefühl, dass es so bleiben wird. Sicherheit.
Das letzte und neueste Gefühl in meinen Psychosen (ich genieße es ausgiebig!):
Das Gefühl der Zufriedenheit. Frieden.
(In Momenten, in denen mir meine Zukunft nicht mehr wichtig war.)
Klar! Ich schau schon hin, da hinten ist sie bestimmt irgendwo, die Zukunft.
Aber sie ist erst morgen dran.

Diese Gefühle habe ich mir erkämpft. Durch viele dunkle Tunnel, mit vielen Halluzinationen.

Es dauert, manchmal kurz, manchmal lange, bis ich zu ihnen komme, doch diese Gefühle sind da. Sie sind echt.

Gesunde Menschen werden traurig, wenn sie nicht verstanden werden.
Gesunde Menschen weinen, wenn ihre Traurigkeit zu groß wird.
Gesunde Menschen halten eine Menge aus.
Gesunde Menschen ziehen sich zurück, wenn der Gegner zu groß für sie ist.
Gesunde Menschen brauchen nicht viel zum Glück.

Gesunde Menschen fahren auch mal Opel.
Gesunden Menschen tut noch etwas weh.

Gesunde Menschen sind nicht krank. Aber können auch nicht alles.

Und manche gesunde Menschen brauchen Unterstützung in ihrem Alltag.

Ob sie nun langsamer sind als gefordert, oder auch einfach einen Körper haben, der zwar nicht die Anforderungen von Schule und Arbeit erfüllen kann, aber trotzdem Spaß am Leben hat und auch haben will.

Das, denke ich, benötigt keine weiteren Worte.

Doch bestimmt rechtliche Grundlagen, um die Existenz solcher gesunden Menschen zu sichern.

Da ist Deutschland global gesehen ganz vorne mit dabei.

Eine Aufgabe bleibt es, solange WIR alle hier sind (so circa südlich vom Pluto, glaub ich ...).

»Wenn ich dich höflich bitten darf, liebe Tante Gesellschaft, dann bitte ich dich herzlich um eine einzige Sache:

Mach dir bitte nicht so viele Sorgen. Aber hilf mir ehrlich und aufrichtig, wenn ich zu dir komme und du gerade Zeit hast. Ich sag dir dann schon, was ich brauche.

Und jetzt trockne deine Tränen. Komm, das wird wieder! Hier, hast du ein Taschentuch. Schau, ich hab schon viel erlebt, ganz ohne große Reisen in der Welt. Die Wahrheit liegt hier eh überall rum. So wichtig ist die auch wieder nicht! Die ganze Welt ist eine einzige Wahrheit, die sich ständig neue Kleider anzieht! Komm, Tante! Wir gehen spazieren, o.k.?«

Pharmakotherapie update

Gerd Laux

Psychotherapie 2020, 25 (1), 23–32

<https://doi.org/10.30820.2364-1517.2020-1-23>

www.psychosozial-verlag.de/psychotherapie

Zusammenfassung: Für die Therapie schizophrener Erkrankungen sind seit fast 60 Jahren Antipsychotika/Neuroleptika aufgrund ihrer antipsychotischen Wirkung von zentraler Bedeutung. Die Einteilung kann unter verschiedenen Gesichtspunkten erfolgen (chemische Struktur, neuroleptische Potenz, Rezeptorprofil), heute werden üblicherweise unterschieden typische (traditionelle, klassische, konventionelle) Antipsychotika der ersten Generation - »First Generation Antipsychotics« (FGA) - und sog. atypische (»neuere«) Neuroleptika bzw. Antipsychotika der zweiten Generation - »Second Generation Antipsychotics« (SGA). Hierzu zählen Aripiprazol, Asenapin, Cariprazin, Clozapin, Olanzapin, Quetiapin, Risperidon, Sertindol und Ziprasidon. Hierbei handelt es sich um keine homogene Gruppe – sowohl neuropharmakologisch (Wirkmechanismus), als auch hinsichtlich klinischem Wirkprofil und dem Nebenwirkungsspektrum bestehen z. T. erhebliche Unterschiede. Neben der Akut-Medikation ist eine Langzeitmedikation bzw. Rezidivprophylaxe mit Antipsychotika für die Rehabilitation vieler schizophrener Patienten im Sinne eines »Stresspuffers« von grundlegender Bedeutung. In Placebo-kontrollierten Studien trat bei Patienten, die über ein Jahr behandelt wurden, bei etwa 30% unter Neuroleptika ein Rezidiv auf, unter Placebo bei mehr als 70%. Für die Langzeitbehandlung bietet sich der Einsatz von Depot-Neuroleptika an, neu entwickelt wurden Langzeit-Depot-Injektionen mit Intervallen von bis zu 3 Monaten. Grundsätzlich ist die niedrigstmögliche (wirksame) Dosis zu verwenden. Im Zentrum der Nebenwirkungen (UAW) standen lange Zeit extrapyramidal-motorische Bewegungsstörungen (EPMS), mit der Einführung von Clozapin und anderen atypischen Antipsychotika der zweiten Generation gewannen andere Nebenwirkungen an Bedeutung. Hierzu zählen Gewichtszunahme, Störungen metabolischer Parameter und ein erhöhtes Risiko für Mortalität und zerebrovaskuläre Ereignisse bei älteren Patienten mit Demenz. Entsprechende Kontrolluntersuchungen sind erforderlich, für Clozapin gibt es aufgrund seines Agranulozytose-Risikos Sonderbestimmungen. Immer sollte ein Gesamtbehandlungsplan orientiert an der neuen S3-Praxisleitlinie Schizophrenie der DGPPN aufgestellt werden, der psychologische und milieu-/sozial-therapeutische Maßnahmen einschließt. Standard ist heute auch eine sog. Psychoedukation, für Psychopharmaka liegen bewährte Patienten-Ratgeber vor.

Schlüsselwörter: Psychopharmakotherapie, Antipsychotika, Neuroleptika

Für die Therapie schizophrener Erkrankungen sind seit fast 60 Jahren aus der Klasse der Psychopharmaka/psychotropen Substanzen Antipsychotika/Neuroleptika aufgrund ihrer antipsychotischen Wirkung von zentraler Bedeutung. Primäre Zielsymptome sind psychotische Plus- und Minus-

symptome (Wahn, Halluzinationen; Denk- und Ich-Störungen, Antriebsstörungen), daneben können sie bei Psychose-assozierten Symptomen (Erregung, Hostilität) sowie zur Sedierung (Unruhe, Schlafstörungen) eingesetzt werden.

Die *Einteilung* der Neuroleptika/An-

tipsychotika kann unter verschiedenen Gesichtspunkten erfolgen – zum einen nach der chemischen Struktur, dann nach der neuroleptischen Potenz (hoch- versus nieder-potente Substanzen). Erstere wirken vor allem antipsychotisch gegen Wahn und Halluzinationen (z.B. Haloperidol), letztere sedierend (z.B. Pipamperon, Chlorprothixen). Eine weitere Einteilung ist nach dem Rezeptorprofil (D2-Blocker, D2-5-HT2-Blocker etc.) Als neue Subgruppe werden partielle Dopaminagonisten (Aripiprazol, Cariprazin, Brexpiprazol) zusammengefasst. Etabliert ist heute die Einteilung in

- typische (traditionelle, klassische, konventionelle) *Antipsychotika der ersten Generation* - »First Generation Antipsychotics« (FGA) - und
- atypische (»neuere«) Neuroleptika bzw. *Antipsychotika der zweiten Generation* - »Second Generation Antipsychotics« (SGA).

Hierzu zählen Aripiprazol (z.B. Abilify®), Asenapin (Sycrest®), Cariprazin (Reagila®), Clozapin (z.B. Leponex®), Olanzapin (z.B. Zyprexa®), Quetiapin (z.B. Seroquel®), Risperidon (z.B. Risperdal®), Sertindol (Serdolact®) und Ziprasidon (Zeldox®).

Wichtig ist der Hinweis, dass es sich um keine homogene Gruppe von Substanzen handelt – sowohl neuropharmakologisch (Wirkmechanismus), als auch hinsichtlich klinischem Wirkprofil und dem Nebenwirkungsspektrum bestehen z. T. erhebliche Unterschiede.

Pharmakologie

Antipsychotika/Neuroleptika entfalten ihre klinische Wirkung über Neurotransmittersysteme des zentralen Nervensystems. Gegenwärtig am besten untersucht ist

die Beeinflussung des Dopamin- und des Serotoninsystems – sie blockieren die postsynaptischen Dopaminrezeptoren und antagonisieren dadurch die Wirksamkeit von Dopamin (Abb. 1). Damit führen sie zu einer Dämpfung der im Rahmen von akuten schizophrenen Erkrankungen allgemein erhöhten dopaminergen Aktivität. Sie zeigen dabei unterschiedliche Affinitäten zu den einzelnen Dopamin-Rezeptorsubtypen. Maßgeblich für die antipsychotische Wirkung scheint in erster Linie die D2-Rezeptorblockade zu sein.

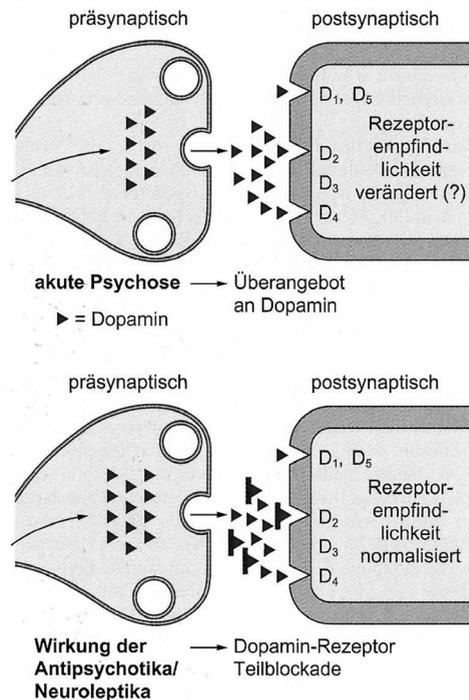


Abb. 1: Vereinfachter Wirkmechanismus von Antipsychotika/Neuroleptika

Antipsychotika werden nach oraler Applikation in der Regel fast vollständig im Darm resorbiert; die Elimination erfolgt hauptsächlich durch Metabolisierung in der Leber und nur in geringem Maß in unveränderter Form über die Nieren. Einige hochpotente Antipsychotika aus der Gruppe der