

Fünf Geheimnisse der Genesung

Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. Jann E. Schlimme M.A., Berlin
Praxis: Kapweg 3, 13405 Berlin
Medizinische Hochschule Hannover



Zutaten zur Genesung (n. Schlimme & Scholz)

1. Räume des Miteinanders / gute Formen des Miteinanders.
2. Techniken zum Abschalten, Ablenken und zur Symptomkontrolle.
3. Erzählräume.
4. Selbstbefreundung; Selbstakzeptanz und Selbstermächtigung.
5. Zeit

Zutaten zur Genesung (n. Schlimme & Scholz)

1. Räume des Miteinanders / gute Formen des Miteinanders.

Als soziale Wesen können wir auch nur im Sozialen wieder genesen. Typischerweise muss der Betreffende im Genesungsverlauf das Dosieren und Gestalten des Miteinanders neu und frisch entwickeln. Gerade in Krisen verlieren wir nämlich diese Fähigkeiten, so dass andere uns spezifisch begleiten müssen.

2. Techniken zum Abschalten, Ablenken und zur Symptomkontrolle.

Hier geht es insbesondere um konkrete TUN. Diese Techniken bedienen sich der praktischen Ressourcen des Betreffenden, sie sind entsprechend vielfältig (z.B. Bewegung, gedankliche Techniken, Kochen, Musizieren, künstlerisches und handwerkliches Arbeiten). Insbesondere in Krisen stellen auch Medikamente eine solche Technik dar, um weniger Symptome zu haben oder weniger unter ihnen zu leiden.

3. Erzählräume.

Sich mit anderen über sich verständigen ist menschliches Grundbedürfnis. Es schafft Distanz zur eigenen Erfahrung und erschließt lebensgeschichtliche und innere Beweggründe für bestimmte Beschwerden. In Krisen schwindet oft die Fähigkeit, eigene Erfahrung zu berichten. Dann benötigt es gute Zuhörer: andere Erfahrene, psychotherapeutisch geschulte Profis oder Psychotherapeut*innen.

Zutaten zur Genesung (n. Schlimme & Scholz)

4. Selbstbefreundung; Selbstakzeptanz und Selbstermächtigung.

Die eigenen Grenzen zu akzeptieren, ist schmerzhaft, manchmal beschämend, aber notwendig. Seine tiefsten Interessen und Sehnsüchte zu erkennen, ist schwierig und wichtig zugleich.

Sie zu verfolgen, ist das menschliche Sinnelixier.

Die Realität schmeckt eben einfach besser, wenn die eigenen Sehnsüchte zumindest ansatzweise darin eingebacken sind. Zum Einbacken benötigt es die selbst entwickelten und bewährten Strategien und Techniken aus den ersten drei Geheimnissen.

Auf diese Weise kann sich Betreffende selbst ein Freund werden.

5. Zeit.

Die allermeisten Genesungsprozesse nach psychischen Krisen sind letztlich persönliche Entwicklungen. Und diese benötigen Zeit.

Wie jeder weiß, der sich persönlich mal entwickelt hat, bemisst sich das nach Monaten und Jahren, nicht nach Wochen.

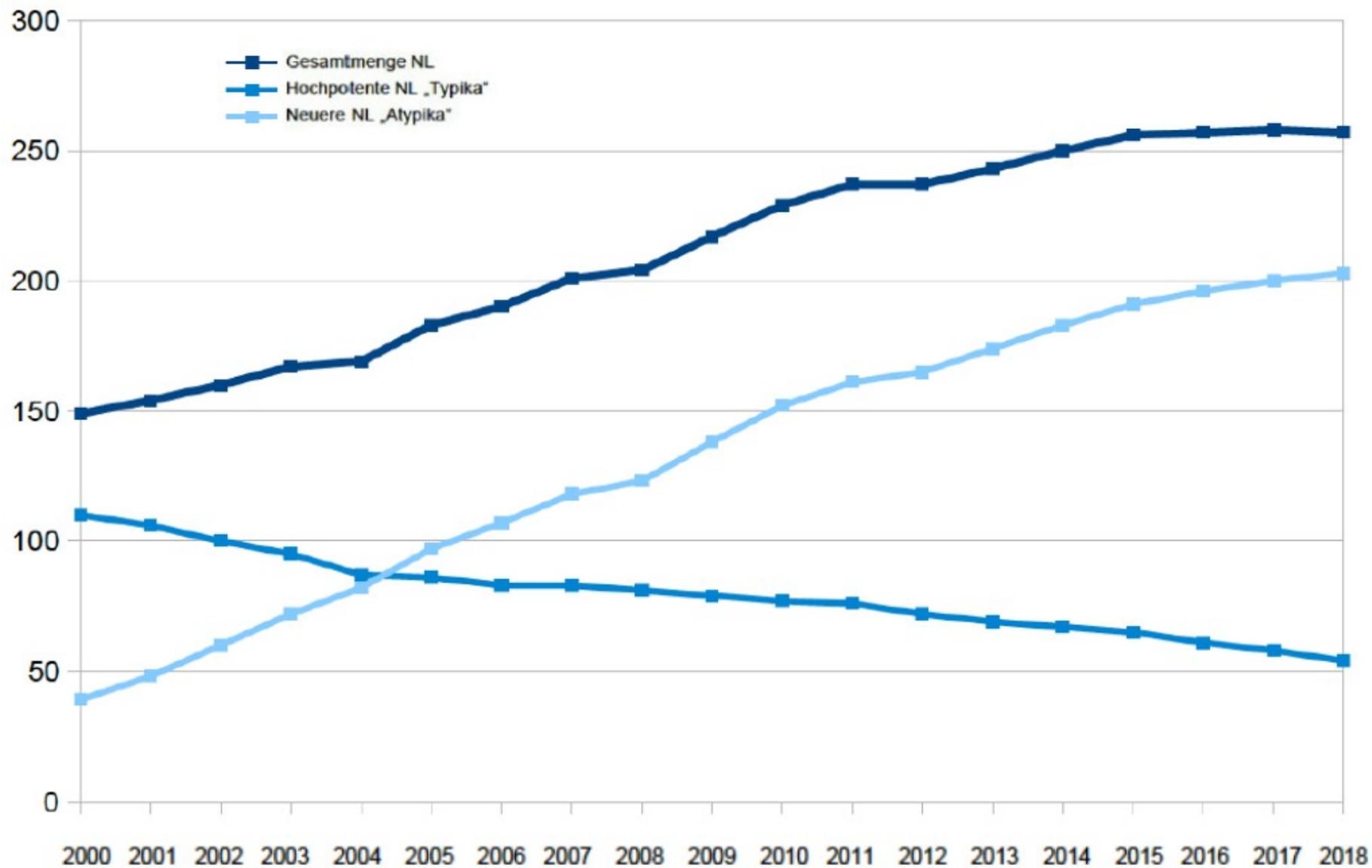
Nicht die Zeit heilt die Wunden, sondern das, was wir in ihr tun.

Und dafür brauchen wir eben Zeit.

Wie konnten die Zutaten zur Genesung in "Vergessenheit" geraten?

Haben wir uns vielleicht zu sehr auf Neuroleptika verlassen?

Mio Definierte Tagesdosen



Verordnungszahlen niedergel. Ärzt*innen/PIAs in Deutschland in definierten Tagesdosen (GKV)

Wie kommt es, dass wir so viele Neuroleptika verschreiben, obwohl Studien belegen, dass hochdosierte Neuroleptikaverordnung langfristig NICHT zu einer besseren Partizipation und Lebensqualität beim Betroffenen führt?

Was ist da los?

Wie konnten die Zutaten zur Genesung in "Vergessenheit" geraten?

Sie konnten in Vergessenheit geraten, weil sich in der Psychiatrie ein Modell der „Schizophrenie“ tradiert, welches schwere seelische Krisen – namentlich Psychosen und eine Anfälligkeit für Psychosen – biologisiert/medikalisiert.

(Dies vollzieht sich in den letzten 20 Jahren seit der “decade of the brain” auch für viele ehemals neurotische Krisen!)

In diesem medikalisierten Modell schwerer seelischer Krisen sind diese Zutaten zur Genesung nur sekundäre Aspekte eines primär an medikamentöser Behandlung orientierten Umgangs mit krisen-/psychoseerfahrenen und krisen-/psychoseanfälligen Menschen.

Selbstmedikalisierungsfall: Je mehr wir die Erfahrung machen, dass solche Krisen bzw. solche Krisenanfälligkeiten nicht ohne Medikamente bewältigt werden können, desto mehr sind wir davon überzeugt, dass das wirklich nicht geht.

(Problem: die jeweiligen Psychopharmaka erhöhen bei längerer Nutzung sowohl durch zentralnervöse Gewöhnungs-/Anpassungseffekte die Anfälligkeit für die Krisen, gegen die sie eingesetzt werden → z.B. durch Absetz-/Entzugseffekte bei Reduktion und Ausschleichen – als auch durch direkte problematische Nebenwirkungen – z. B. auf die exekutiven Funktionen des Betroffenen – die Genesungschancen)

Wieso werden NL ambulant mehr eingesetzt als vor 20 Jahren (Faktor 1,67)?

(trotz Soteria, Offener Dialoge, Psychosenpsychotherapie,
Ausbau der gemeindepsychiatrischen Hilfen, entsprechender Studien)?

50er und 60er Jahre: Offener Streit zwischen biologischem und psychosozialem Modell:

„Ich könnte nach dem ersten Satz seiner Entgegnung KULENKAMPFF die Gegenfrage stellen: Also gehen Sie von der Voraussetzung aus, die „Schizophrenie“ sei *keine* organische Krankheit? [...] Mir scheint vorläufig [...] die Voraussetzung einer schizophrenen Somatose begründeter zu sein als diejenige, es läge ihr keine somatische Erkrankung zugrunde. [...] Welche (Voraussetzung J.S.) begründeter ist, kann natürlich erst die Zukunft erweisen.“
(Klaus Conrad 1963, S. 312)

versus

„Nach unserem heutigen Wissen bedeutet Schizophrenie in den meisten Fällen die besondere Entwicklung, den besonderen Lebensweg eines Menschen unter besonders schwerwiegenden inneren und äußeren disharmonischen Bedingungen, welche Entwicklung einen Schwellenwert überschritten hat, nach welchem die Konfrontation der persönlichen inneren Welt mit der Realität und der Notwendigkeit zur Vereinheitlichung zu schwierig und zu schmerzhaft geworden ist und aufgegeben worden ist.“
(Manfred Bleuler 1987, S. 18)

heutzutage: Verschleiert biologisierendes Modell als „biopsychosozial“ getarnt

“Inwieweit Schizophrenie ein nosologisch einheitliches Krankheitsbild bezeichnet, steht weiter in Frage (4). [...] Neben bis dato unveränderbaren Trait-Faktoren, wie z.B. genetischen Merkmalen (Suszeptibilitätsgene), werden entwicklungs- und umgebungsbedingte Faktoren wie Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, Mangelernährung, Drogenkonsum oder Virusinfektionen der Mutter, prämorbid niedriges Intelligenzniveau und frühkindliche Traumata sowie psychosoziale Faktoren zur Erklärung der individuell heterogenen und multifaktoriellen Ätiopathogenese einer **Disposition zur Schizophrenie** in Betracht gezogen. Die intra- und interindividuell unterschiedliche Kombination dieser Faktoren kann bei nicht ausreichend vorhandenen psychophysischen Bewältigungsmöglichkeiten (coping) (5) oder Resilienzfaktoren (6, 7) zur klinischen **Erkrankungsmanifestation** führen (state) Dabei wird von der multiple-hit Hypothese das Zusammenwirken mehrerer **krankheitsauslösender** Faktoren als essentiell angesehen (8).

[...]

Integrative ätiopathogenetische Modelle (26, 28, 40, 41) laufen darauf hinaus, dass auf Grundlage einer polygenetisch und/oder individuellen entwicklungs- und umweltspezifisch determinierten **Vulnerabilität** die **klinische Krankheitsmanifestation** durch Lebensereignisse und Umweltfaktoren (z.B. Cannabis- oder Amphetamin-Gebrauch, Infektionen) befördert oder inhibiert wird (Resilienzfaktoren). Diese Faktoren modulieren offensichtlich auch die Symptomausprägung (pathoplastische Einwirkungen), wodurch es zu interindividuell heterogenen Ausprägungsformen der Symptomatik und des Verlaufs kommen kann.“ (S3-Leitlinie Schizophrenie unter Federführung der DGPPN 2019, S. 17f)

Verschleiert biologisierendes Modell:

Wenn Psychose, dann Manifestation einer sog. Schizophrenie als damit gegebene Erkrankung.

biopsychosoziales / anthropologisches Modell:

Wenn Psychose, dann Nachweis einer Psychoseanfälligkeit unter bestimmten biologischen (z.B. THC, Amphetaminen) und psychosozialen Voraussetzungen.

Was bedeutet es schwere seelische Krisen zu biologisieren?

Wir erklären eine aus der manifesten Psychose bereits erwiesene Anfälligkeit für psychotisches Erleben zu einer im biologischen (= Gehirn) verorteten „Erkrankung“, die aber eigentlich gar nichts anderes sagt, als dass die Person unter bestimmten Voraussetzungen anfällig ist für Psychosen. Aber das wissen wir ja bereits, da die Person ja psychotisch ist.

Was also bietet uns diese Biologisierung? Sie bietet eine scheinbare Erklärung und damit ein Ausschleusen unserer Unsicherheit, dass wir es eben nicht genau wissen, die Anlassfaktoren nicht genau identifizieren können und damit die Anfälligkeit nicht vollständig kontrollieren können. Wir müssten eigentlich mit der Unsicherheit, die sich in dieser Psychoseanfälligkeit manifestiert, leben – was ja der Betreffende eh tun muss. Da könnten wir ihn begleiten.

Aber Dank der Biologisierung glauben wir, dass wir mit Medikamenten nicht nur die Anfälligkeit verändern, sondern tatsächlich eine „Erkrankung“ „behandeln“.

Wir müssen das Verständnis schwerer seelischer Krisen aus der Medikalierungsfalle herauslösen und das Verständnis re-psychozialisieren.

Nur so können wir die Zutaten zur Genesung ihrer „Vergessenheit“ entreißen und die Gewinne der verbesserten psychosozialen Begleitangebote als Gesellschaft, als begleitende therápontes, als Angehörige und als Betroffene einstreichen.

„Der Schizophrene leidet – wie alle Menschen unseres Kulturkreises, wenn auch in geringerem Maße – an der Spannung zwischen dem Abhängigkeitsbedürfnis und der Sehnsucht nach Freiheit, zwischen den Tendenzen der sich anklammernden Abhängigkeit und denen der Feindseligkeit. Aus den oben genannten Gründen ist das Ausmaß der Abhängigkeitsbedürfnisse des Schizophrenen, das Ausmaß, in dem er gleichzeitig davor zurückschreckt, und die Färbung und der Grad seiner feindseligen Tendenzen und Phantasien gegen sich selbst und andere viel intensiver als bei anderen Menschen. Als Folge davon wird die allgemeine Spannung, die sich durch das Zusammenprallen dieser mächtigen emotionalen Elemente entwickelt, völlig überwältigend. Mit anderen Worten ist der quantitative Unterschied zwischen der Angst des Schizophrenen und der ähnlich motivierten Spannung bei Menschen, die nicht so früh im Leben emotional traumatisiert worden sind und daher eine stärkere Ich-Organisation erreichen konnten, so groß, daß sie eine völlig andere Qualität erreicht. Es ist dieses enorme Ausmaß der schizophrenen Angst, die sie für die Dauer unerträglich macht. Sie muß dann durch Symptombildung zur Abfuhr kommen, das heißt, die schizophrene Symptomatologie wird als der Ausdruck und die Abwehr von schizophrener Angst angesehen, die durch die enorme Spannung zwischen dem starken Bedürfnis nach Abhängigkeit, der Furcht, sie aufzugeben, dem Zurückschrecken vor ihr, seiner Feindseligkeit und seinen Zerstörungsphantasien gegen sich und andere hervorgebracht wird.“

Frieda Fromm-Reichmann, Die Psychotherapie der Schizophrenie, 1954, S. 233f

„Der Schizophrene leidet – wie alle Menschen unseres Kulturkreises, wenn auch in geringerem Maße – an der Spannung zwischen dem Abhängigkeitsbedürfnis und der Sehnsucht nach Freiheit, zwischen den Tendenzen der sich anklammernden Abhängigkeit und denen der Feindseligkeit. **Aus den oben genannten Gründen ist das Ausmaß der Abhängigkeitsbedürfnisse des Schizophrenen, das Ausmaß, in dem er gleichzeitig davor zurückschreckt, und die Färbung und der Grad seiner feindseligen Tendenzen und Phantasien gegen sich selbst und andere viel intensiver als bei anderen Menschen.** Als Folge davon wird die allgemeine Spannung, die sich durch das Zusammenprallen dieser mächtigen emotionalen Elemente entwickelt, völlig überwältigend. Mit anderen Worten ist der quantitative Unterschied zwischen der Angst des Schizophrenen und der ähnlich motivierten Spannung bei Menschen, die nicht so früh im Leben emotional traumatisiert worden sind und daher eine stärkere Ich-Organisation erreichen konnten, so groß, daß sie eine völlig andere Qualität erreicht. Es ist dieses enorme Ausmaß der schizophrenen Angst, die sie für die Dauer unerträglich macht. Sie muß dann durch Symptombildung zur Abfuhr kommen, das heißt, die schizophrene Symptomatologie wird als der Ausdruck und die Abwehr von schizophrener Angst angesehen, die durch die enorme Spannung zwischen dem starken Bedürfnis nach Abhängigkeit, der Furcht, sie aufzugeben, dem Zurückschrecken vor ihr, seiner Feindseligkeit und seinen Zerstörungsphantasien gegen sich und andere hervorgebracht wird.“

Frieda Fromm-Reichmann, Die Psychotherapie der Schizophrenie, 1954, S. 233f

„Der Schizophrene leidet – wie alle Menschen unseres Kulturkreises, wenn auch in geringerem Maße – an der Spannung zwischen dem Abhängigkeitsbedürfnis und der Sehnsucht nach Freiheit, zwischen den Tendenzen der sich anklammernden Abhängigkeit und denen der Feindseligkeit. Aus den oben genannten Gründen ist das Ausmaß der Abhängigkeitsbedürfnisse des Schizophrenen, das Ausmaß, in dem er gleichzeitig davor zurückschreckt, und die Färbung und der Grad seiner feindseligen Tendenzen und Phantasien gegen sich selbst und andere viel intensiver als bei anderen Menschen. Als Folge davon wird die allgemeine Spannung, die sich durch das Zusammenprallen dieser mächtigen emotionalen Elemente entwickelt, völlig überwältigend. Mit anderen Worten ist der **quantitative Unterschied** zwischen der Angst des Schizophrenen und der ähnlich motivierten Spannung bei Menschen, die nicht so früh im Leben emotional traumatisiert worden sind und daher eine stärkere Ich-Organisation erreichen konnten, so groß, daß sie **eine völlig andere Qualität** erreicht. Es ist dieses enorme Ausmaß der schizophrenen Angst, die sie für die Dauer unerträglich macht. Sie muß dann durch Symptombildung zur Abfuhr kommen, das heißt, die schizophrene Symptomatologie wird als der Ausdruck und die Abwehr von schizophrener Angst angesehen, die durch die enorme Spannung zwischen dem starken Bedürfnis nach Abhängigkeit, der Furcht, sie aufzugeben, dem Zurückschrecken vor ihr, seiner Feindseligkeit und seinen Zerstörungsphantasien gegen sich und andere hervorgebracht wird.“

Frieda Fromm-Reichmann, Die Psychotherapie der Schizophrenie, 1954, S. 233f

„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?“ Amelie Palmer

„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.“ Amelie Palmer

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

Langfristig auf die Jahre gesehen sind zu hohe Dosen von Neuroleptika hinderlich für die Genesung, weil...

sie die exekutiven Funktionen (= Arbeitsgedächtnis) zusätzlich dosisabhängig einschränken....

sie den Antriebsschwung zusätzlich dosisabhängig einschränken....

sie die Person von ihren Wünsche, Bedürfnissen, Sehnsüchten (und ihrer Umgebung) dosisabhängig zu stark distanzieren (= chemische Mauer, chemische Zeitkapsel, emotionaler Roboteranzug....)

--> Das Dilemma wird abgemildert oder eben gar weggeblockt, die soziale Empfindsamkeit verschwindet scheinbar um den Preis gefühlter Unlebendigkeit und wird schließlich vergessen (toxische Anosognosie), kann aber damit auch nicht mehr psychosozial bearbeitet werden (therapeutischer Stillstand).

Selbst-/Medikalisierungsfalle!

Da das Dilemma nicht mehr sichtbar und im Miteinander erlebbar ist, nehmen viele Betroffene, Angehörige und therápontes schließlich aufgrund ihrer gemachten Erfahrungen an, dass eine Beachtung dieser sozialen Empfindsamkeit nicht notwendig sei (Stichwort: mehr oder weniger eigensinnige Gestaltung der Lebensweise) oder aber eine Weiterentwicklung der eigenen Fähigkeiten in der Gestaltung / Dosierung des sozialen Miteinanders nicht möglich sei (Stichwort: therapeutischer Nihilismus, Verwaltungsmentalität in sog. „therapeutischen Einrichtungen“).

→ Sie schicken sich – oder den anderen! – in die angebliche Unvermeidbarkeit einer exzessiven emotionalen Wattierung durch Neuroleptika!

Yvonne Geh gerät seit einer erheblichen Reduktion ihrer Neurolepsie durch die ambulante Psychiaterin (von 35 mg auf 20 mg Olanzapin-Dosisäquivalent) täglich für Stunden in psychotisches Erleben. Typischerweise gehe es darum, dass sie den Eindruck habe, andere sprächen über sie, wenn sie über bestimmte Themen oder Personen sprächen. Sie kann das psychotische Bezogenheitserleben in den betreffenden Situationen jedoch immer noch managen und von der sozial geteilten Realität unterscheiden. Allerdings ist dies anstrengend und mit viel gedanklichem Ordnen und sozialem Rückzug verbunden. Etwa ein dreiviertel Jahr nach der Reduktion gelingt Yvonne Geh im psychotherapeutischen Miteinander eine sozial teilbare Auf lösung ihrer Bezogenheitserlebnisse. »Vielleicht bin ich der Person ähnlich und so bin ich dann indirekt auch betroffen. Also, vielleicht ist das gar nicht so verrückt, sondern einfach nur der Hinweis darauf, dass die Person erstmal positiv für mich besetzt ist – wenn auch nicht für die anderen. So wie damals in der Gruppe, das Suizidthema. Das hat mich echt berührt. Vielleicht hatte ich deshalb den Eindruck, dass es um mich ging. Es ging ja auch um mich, aber eben anders, gar nicht psychotisch.« Yvonne Geh kann im psychotherapeutischen Miteinander festhalten, dass sie das Offenlegen und Zugeben des Berührtwerdens oder der positiven Wertschätzung der betreffenden Person gegenüber Dritten eigentlich immer als bloßstellend und unangenehm empfindet. Die Erfahrung im Miteinander, dies ohne Beschämung ansprechen und benennen zu können, »parkt« das psychotische Bezogenheitserleben nachhaltiger.

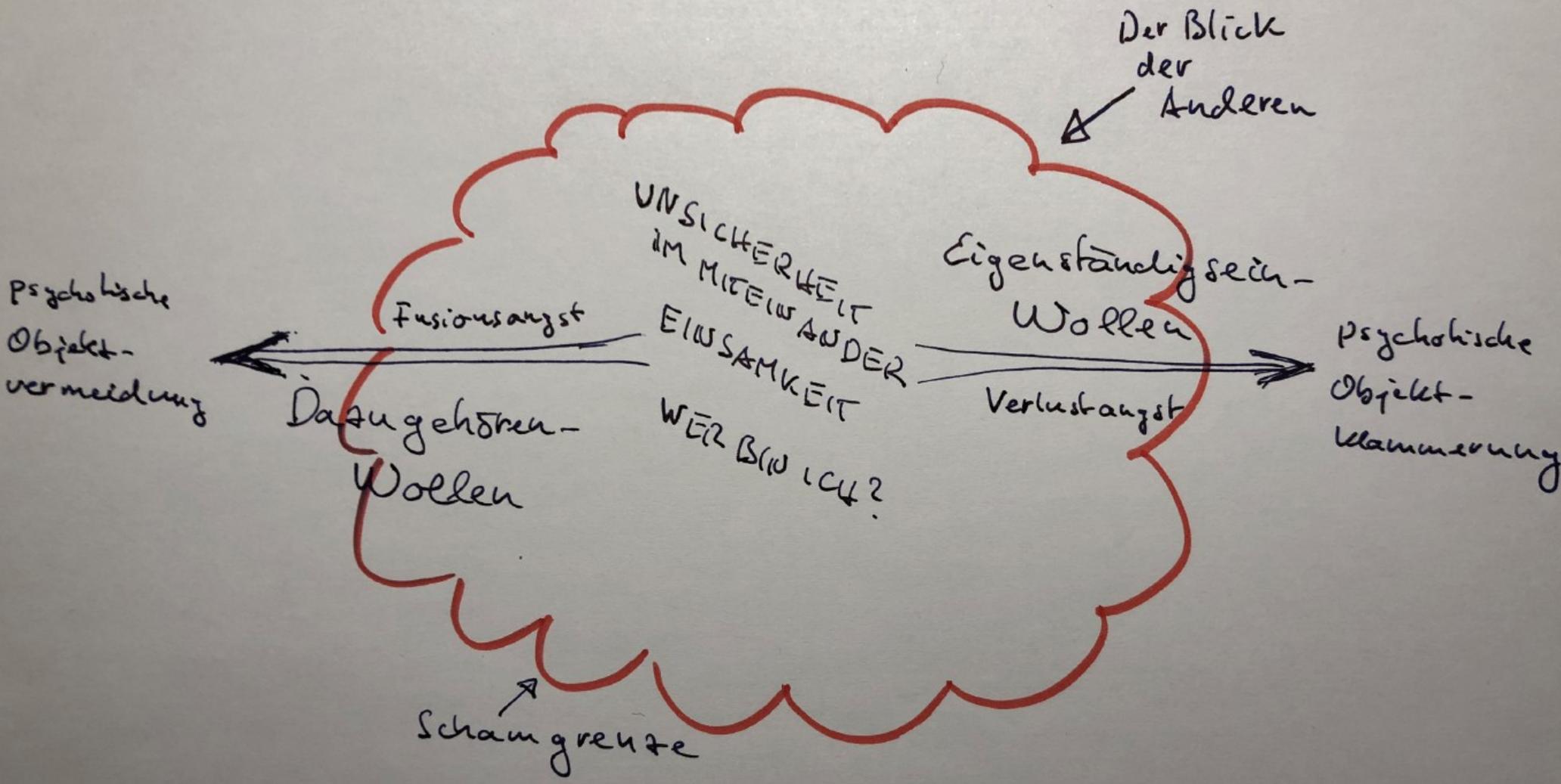
Etwa 1 Jahr später:

Yvonne Geh berichtet in einer Psychotherapie-Stunde von einer tagelangen Krise in der vergangenen Woche. Ihr Mitbewohner habe ihr angeboten, bei der Umstellung des Fernsehers vom analogen auf das digitale Sendeprogramm zu helfen. Das sei eigentlich nett, da der gerne so technische Sachen bastele und es eine gute Gelegenheit gewesen wäre, dass WG-Miteinander lebendig und gut zu halten. Aber dennoch sei es es ihr irgendwie zu viel an dem Tag gewesen und sie habe sich abgegrenzt, ziemlich deutlich. Sie habe sofort den Eindruck gehabt, dass sie das „total krass“ gemacht habe. Und dann habe sie sich ganz starke Vorwürfe gemacht, dass sie so abgrenzend gewesen sei. „Das hat mich tagelang beschäftigt, diese Unsicherheit, war ich zu krass.“ Sie sei total angespannt und beschämt gewesen: „Ich hatte voll den Moralischen.“ Es habe auch eine kurze Szene gegeben, wo sie ihren Namen im Gespräch zwischen den beiden Mitbewohnern gehört habe und sofort den Eindruck hatte, die reden jetzt schlecht über sie.

Schließlich habe sie aber ein paar Tage später den Mitbewohner nochmal auf sein Hilfsangebot angesprochen und der habe sofort, spontan und ohne komische Beifänge gesagt: Klar. Offenbar, so Yvonne Geh im Gespräch, sei es total okay gewesen. Dass der das direkt umgesetzt habe, habe sie umgehend beruhigt, alle Anspannung sei verschwunden. Im Gespräch vergleichen wir die Szene mit Szenen von vor einem Jahr, wo sie in vergleichbaren Situationen tagelang vereinsamt in ihrem Zimmer gesessen habe, sich die Feindseligkeit des Mitbewohners ausgemalt habe und alles mögliche, was er in der Zeit getan habe, auf sich bezogen habe. Sie sei voller Angst gewesen, innerlich und gedanklich sei es „ein einziges Affentheater“ in ihr gewesen. Jetzt hingegen sei sie distanzierter, könne das neutraler beschreiben und viel besser erkennen, was da in ihr vorgehe: Es gebe diese Sehnsucht nach einem guten WG-Miteinander, sie bewundere den Mitbewohner regelrecht für seine oft unkomplizierte Art – gleichzeitig erlebe sie sich oft vereinnahmt und benötige eigenen Raum und Abstand, den sie sich früher nie zu nehmen getraut habe. Sie habe viel zu viel Angst gehabt, dass der sie dann von oben herab angucke. Ihre Unsicherheit sei regelrecht beschämend, aber nach dem Gespräch kann sie für sich festhalten: „Es ist vielleicht einfach normal – und ich habe das tatsächlich gut gelöst, die Unsicherheit überprüft, einfach nochmal gefragt.“

Etwa ein Jahr später berichtet Yvonne Geh in der Psychotherapie-Stunde, dass sie in den letzten Wochen angefangen habe, ganz anders mit ihren unangenehmen Gefühlen umzugehen. „Ich werde da jetzt nicht mehr panisch, sondern habe mir gesagt: Du musst die einfach aushalten, dann werden die auch wieder besser. Wie bei einer Exposition bei Angststörungen. Und wissen Sie was? Es funktioniert.“ Und sie berichtet davon, dass sie immer einen Druck spüre, wenn ihr einer Mitbewohner nach Hause komme. Früher sei sie dann ja oft für viele Minuten in „paranoide Schleifen“ geraten, dass der was gegen sie habe und so. Das sei jetzt weg. Sie sitze in ihrem Zimmer und lasse den Druck zu – und dann gehe der nach einiger Zeit auch weg. Wir sprechen über dieses Engegefühl und die reale Einengung beim Zusammenleben mit Menschen. Es sei eben doch manchmal befreiend, wenn man die Wohnung für sich habe. Und dann berichtet sie, dass dies aber manchmal auch nicht funktioniere.

Neulich in ihrem Stammcafé sei ein Gast hereingekommen und habe mit dem Wirt gesprochen, da habe sie sofort gedacht: Die machen sich über mich lustig. Das habe sie tagelang immer wieder beschäftigt, beschäftige sie immer noch. Dabei konnte sie das ja gar nicht hören, was die sprechen. Ich weise darauf hin, dass es vielleicht noch ein Gefühl gebe, das vor diesem Eindruck liege. Und dass es um dieses Gefühl gehe, das auszuhalten sei. Yvonne Geh findet diese Idee bedenkenswert und im Verlauf des Gesprächs kommen wir drauf, dass sie den Gast von früher kenne, der sich auch manchmal ungefragt zu ihr an den Tisch setze, sie vollquatsche. Sie sei ja in dem Café, um in Ruhe am Tisch zu sitzen, Kaffee zu trinken, eine Zigarette zu rauchen, abzuschalten. Sie könne sich da aber nicht so gut abgrenzen, den durch ein „Du, ich will einfach nur ein wenig Löcher in die Luft starren“ ausbremsen. Das sei ihr unangenehm, sagen zu müssen. Der mache sie richtiggehend hilflos und ohnmächtig. Sie sagt: „Ja, darum geht es. Dass der mich so hilflos macht. Der verlangt soviel Abgrenzung, das kann ich gar nicht.“ Mit dieser Formulierung verschwindet der Rest der Gewissheit, dass die beiden sich über sie lustig gemacht hätten.



psychologische
Objekt-
vermeidung

Fusionsangst

Dasugehören-
Wollen

UNSICHERHEIT
IM MITTEWANDER
EWSAMKEIT
WER BILICH?

Eigenschaftlichsein-
Wollen

Verlustangst

psychologische
Objekt-
klammerung

Der Blick
der
Anderen

Schamgrenze

Das Dilemma, die eigene soziale Empfindsamkeit, zu bearbeiten, gelingt mit Hilfe der Zutaten zur Genesung wie bei einer "ganz normalen" psychosozialen Krise, erfordert aber persönliche Entwicklung und braucht Zeit. Erst das fehlende Wegblocken dieses Dilemmas und das In-Kauf-nehmen von mehr psychotischem Erleben – wovon Yvonne Geh übrigens ihrer Psychiaterin nicht viel erzählt hat, da "die sonst nur die Medikamente wieder raufsetzen würde und ich nichts mehr spüren könnte" – erlaubt die persönliche Entwicklung.

Wünschenswert wäre, wenn Yvonne Geh im weiteren akzeptieren könnte, dass sie sich selbst die Sehnsucht nach Abgrenzung vor dem Hintergrund bisher nicht ausreichend zugestanden habe, da sie aufgrund familiärer Prägung von sich erwartet, dieses ihr eigentlich zu enge soziale Miteinander doch aushalten zu können. Vielleicht könnte sie dann die Neuroleptika noch weiter reduzieren, vielleicht aber auch nicht.

Vermutlich aber wären die ganzen letzten 20 Jahre anders gelaufen, wenn sie bereits in der ersten psychotischen Krise eine psychosoziale Begleitung erfahren hätte, die die Zutaten zur Genesung nicht „vergessen“ und ihre Psychoseanfälligkeit nicht biologisiert hätte....

Vielen Dank!