

Teil 2: Psychosen (aus: *Irre verständlich Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen*, Matthias Hammer, Irmgard Plößl, 3. Auflage 2015, Reprint 2017)

Was hilft im Alltag?

Durch eine spezifische Vulnerabilität ist es wahrscheinlicher, auf Stressbelastungen mit einer Psychose zu reagieren. Es gibt aber auch **Schutzfaktoren**, durch die auch besonders verletzbare Menschen ihre Belastbarkeit erhöhen und psychotische Krisen verhindern können. Keine Methode kann einen Rückfall absolut zuverlässig verhindern, aber es gibt viele Möglichkeiten für besonders dünnhäutige Menschen, sich so zu schützen, dass sie ganz normal am Leben in der Gesellschaft teilhaben können. Die Einnahme von spezifischen, antipsychotischen Medikamenten ist eine solche Möglichkeit. Aber auch Selbsthilfestrategien und gute soziale Unterstützung sind hilfreich.

Hilfe durch Medikamente

Medikamente gegen Psychosen heißen **Antipsychotika**, gebräuchlich ist auch die Bezeichnung Neuroleptika. Es gibt diese Medikamente seit 1952. Bei Psychosen ist die Behandlung mit Antipsychotika allen anderen Therapieformen überlegen (Bäumel 2008). 70 bis 80 Prozent der nicht mit Antipsychotika behandelten Patienten erkranken innerhalb eines Jahres erneut. Durch Antipsychotika kann das Rückfallrisiko im ersten Jahr auf 20 Prozent gesenkt werden. **Die Medikamente bilden einen Schutz gegen das Überangebot an Dopamin.** Entsprechend helfen sie **gut gegen die Plusssymptome**, die ja dadurch verursacht werden. Die Minussymptome können durch die Medikamente aber meist nicht befriedigend beeinflusst werden. Außerdem gibt es **unerwünschte Wirkungen** der Medikamente, die die Minussymptomatik bei manchen Menschen noch verstärken (Schmitt 2008). Zusätzlich kommt es häufig noch zu anderen Nebenwirkungen, beispielsweise einer **starken Gewichtszunahme**. Dies ist natürlich sehr abschreckend für die Betroffenen und hat mitunter das Absetzen der Medikamente zur Folge. Die positiven Effekte der Medikamente führen manchmal dazu, dass Betroffene sich erheblich besser fühlen und die Medikamente absetzen, um zu sehen, ob sie sie überhaupt noch benötigen. Lieberman u. a. (2005) fanden in einer groß angelegten Studie heraus, dass unabhängig vom jeweiligen Medikament 60 bis 80 Prozent der schizophrenen Patienten die verordneten Medikamente innerhalb von 18 Monaten absetzten, meist bereits innerhalb der ersten drei Monate. Das Absetzen der Medikamente ist im Übrigen kein Ausnahmefall und nicht auf psychotische Erkrankungen beschränkt, sondern auch bei anderen chronischen Erkrankungen häufig zu beobachten. Viele Betroffene haben nach dem Absetzen der Medikamente zunächst den Eindruck, das Richtige getan zu haben. Die unerwünschten Wirkungen lassen schnell nach, die positiven Wirkungen halten aber meist noch eine ganze Weile an. Es **kann bis zu einem halben Jahr dauern, bis der Einfluss der Antipsychotika vollständig abgeklungen ist** (Bäumel 2008). Deshalb treten Rückfälle häufig erst drei bis sieben Monate nach dem Absetzen der Medikamente auf.

Das schnelle Absetzen von Antipsychotika ist gefährlich.

Eine weitere Gefahr besteht, wenn Medikamente nicht unter ärztlicher Anleitung langsam reduziert, sondern von einem Tag auf den anderen abgesetzt werden. Dies macht das erneute Auftreten einer akuten Psychose sehr wahrscheinlich, denn das gesamte Nervensystem hat sich auf die schützende Wirkung der Medikamente eingestellt und ist dann ohne diesen Schutz schon mit einem normalen Dopaminangebot überfordert, an das es sich erst langsam wieder gewöhnen müsste. Generell sind Gespräche über Art und Dosis der Medikation eine Angelegenheit zwischen Patienten und ihren Ärzten. Nicht-ärztliche Helfer dürfen keine Ratschläge oder Anweisungen zur Medikamenteneinnahme geben. Aber selbstverständlich können alle Fachkräfte mit ihren Klienten darüber sprechen, wie gut sie die Medikamente vertragen, wie zufrieden sie sind mit der eingetretenen Wirkung, welche unerwünschten Wirkungen sie beobachten und wie sie diese bewerten.

Gespräche über die Verträglichkeit von Medikamenten helfen bei der Vorbereitung von Arztbesuchen.

Solche Gespräche sind als Vorbereitung für das nächste Arztgespräch oft sehr hilfreich, vor allem wenn die Patienten wissen, dass sie ihre Zweifel und Ängste äußern können. Ärzte planen heute die Behandlung mit Medikamenten meist mit Blick auf die Nebenwirkungen. Wenn ein Präparat nicht gut vertragen wird, wird ein anderes eingesetzt. Um die beste Lösung für einen Patienten zu finden, müssen Arzt und Patient deshalb oftmals einige Zeit probieren, denn unterschiedliche Medikamente werden von unterschiedlichen Patienten ganz unterschiedlich gut vertragen. Damit diese gemeinsame Suche nach der besten medikamentösen Lösung erfolgreich sein kann, ist es wichtig, dass die Patienten offen und differenziert über alle Wirkungen berichten und auch offen berichten, in welchem Ausmaß sie die Medikamente tatsächlich genommen haben. Durch Gespräche mit nichtärztlichen Bezugspersonen können Patienten zu dieser Offenheit ermutigt werden. Die eigentliche medikamentöse Behandlungsplanung ist aber immer Sache der Ärztin oder des Arztes. Alkohol und Drogen führen zu einer unberechenbaren Wirkungsverstärkung der Antipsychotika, sowohl bei den Wirkungen als auch bei Nebenwirkungen. So besteht beispielsweise schon nach dem Konsum von geringen Mengen Alkohol keine Fahrtüchtigkeit mehr.

Mit Alkohol und Drogen kann es zu Wechselwirkungen kommen.

Der dauerhafte Konsum von Drogen ist problematisch, weil **fast alle Drogen auch das Dopaminsystem stimulieren** und das ohnehin vorhandene Überangebot an Dopamin noch verstärken. Die Betroffenen müssen dann deutlich höhere Dosierungen der Medikamente einnehmen, als dies ohne Drogenkonsum der Fall wäre. Allerdings gibt es immer wieder Patienten, die gezielt Drogen konsumieren, um einige der unerwünschten Nebenwirkungen abzuschwächen. Auch in diesen Fällen ist es sinnvoll, durch ein Gespräch mit dem Arzt ein besser verträgliches Medikament zu suchen, sodass auf Drogen als Selbstmedikation verzichtet werden kann. Umgekehrt hat auch der Verzicht auf vorher konsumierte Drogen Einfluss auf die Medikation.

Wenn Betroffene das Rauchen aufgeben, sollten sie ihren Arzt darüber informieren.

So sollte der Arzt beispielsweise informiert werden, wenn ein Patient dauerhaft aufgehört hat zu rauchen, da dies die erforderliche Medikamentendosis beeinflussen kann.

Ältere Antipsychotika, die schon seit Langem auf dem Markt sind, verursachen vor allem motorische Nebenwirkungen, wie Muskelsteifigkeit. Diese Nebenwirkungen galten als **typisch**, die Medikamente, die sie verursachten, wurden deshalb auch Typika genannt.

Neuere Antipsychotika werden **atypisch** genannt, weil sie eben diese Nebenwirkungen nicht verursachen. Seit einiger Zeit weiß man allerdings, dass sie eine andere schwerwiegende Komplikation mit sich bringen können, das sogenannte Metabolische Syndrom. Dies ist eine Veränderung des Stoffwechsels, die zu einer Erhöhung des Blutzuckers, einer Erhöhung der Blutfette und damit langfristig zu Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes und letztlich einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Krankheiten führt. Auffälligstes Zeichen des Metabolischen Syndroms ist eine rasche Gewichtszunahme, etwa 1 Kilo pro Woche und 10 bis 15 Kilo oder mehr innerhalb von 3 Monaten. Es ist sehr wichtig für die Gesundheit der Betroffenen, diese Nebenwirkung nicht als unvermeidlich hinzunehmen, sondern gegenzusteuern. Es kann helfen, ein Esstagebuch zu führen und auf sehr süße oder fettige Speisen zu verzichten. Viele Kliniken und Instituts ambulanzen sowie einige Krankenkassen bieten Kurse zur Ernährungsberatung an. Selbstverständlich hilft auch mehr Bewegung, vor allem wenn sie im Alltag integriert ist, man also beispielsweise die Treppe statt des Aufzugs benutzt. Wenn die Gewichtszunahme nicht in den Griff zu bekommen ist, sollte die Ärztin über eine Umstellung der Medikation nachdenken. Auch muss der Blutzuckerspiegel im Auge behalten werden. Fachkräfte sollten ihre Klienten ermutigen, auf ihre Ernährung zu achten und sich mehr zu bewegen, es sollten beispielsweise gemeinsame sportliche Aktivitäten oder

Kochkurse für leckere kalorienreduzierte Speisen angeboten werden. In stationären und teilstationären Einrichtungen, in denen oft auch eine Verpflegung der Klienten inbegriffen ist, sollte unbedingt darauf geachtet werden, dass die angebotenen Speisen das Metabolische Syndrom nicht noch verstärken. Fachkräfte, die ihre Klienten bei der Medikamenteneinnahme unterstützen, finden in dem Ratgeber »Umgang mit Psychopharmaka« von Greve u. a. (2012) leicht verständliche Informationen zur Handhabung, zu unerwünschten Nebenwirkungen und Wechselwirkungen und worauf bei der Einnahme geachtet werden sollte.

Hilfreicher Umgang

Luc Ciompi (1989) formulierte zehn grundlegende therapeutische Prinzipien für den Umgang mit schizophren erkrankten Menschen:

1. Systematische Einbeziehung des relevanten sozialen Umfeldes:

Fachkräfte neigen manchmal dazu, die ganze Verantwortung allein übernehmen zu wollen.

Doch sie sind immer Teil eines ganzen Systems aus Unterstützern, dem teilweise andere Fachkräfte, teilweise Angehörige oder Freunde des Betroffenen angehören. Sich als Teil dieses Systems wahrzunehmen, schützt Fachkräfte vor Überforderung und ist hilfreich für die Klienten.

2. Vereinheitlichung der verfügbaren Informationen:

Oft ziehen unterschiedliche Fachkräfte und Unterstützer an unterschiedlichen Enden.

Vielleicht ist es den Angehörigen am wichtigsten, dass Rückfälle vermieden werden.

Der Arzt sieht es als wichtig an, dass sein Patient eine Ausbildung beginnt. Und die Wohnbetreuerin schließlich strebt vorrangig den Wechsel in eine weniger intensiv betreute Wohnform an.

Klienten wissen in diesem Durcheinander oft selbst nicht, welche Prioritäten sie setzen sollen und geraten in Zielkonflikte. Durch Abstimmung und Priorisierung aller Ziele gemeinsam mit dem Klienten kann Abhilfe geschaffen werden. Fachkräfte sollten nie nur auf die Ziele achten, die in ihren beruflichen Bereich gehören, sonst verlieren sie den Blick für die Gesamtsituation des Klienten.

3. Weckung gemeinsamer, positiv-realistischer Zukunftserwartungen:

Konkrete Ziele für die nächste Zeit sollten realistisch und oft bescheiden sein. Zukunftserwartungen sollten aber positiv und hoffnungsvoll sein, es spielt keine Rolle, wie realistisch sie aus der momentanen Sicht erscheinen mögen. Motivierend sind insbesondere wertgeschätzte Ziele aus Sicht des Klienten. Positive Erwartungen von Seiten der Fachkräfte fördern Empowerment und Recovery entscheidend.

4. Stufenweises Erarbeiten konkreter, gemeinsamer Ziele:

Nur durch die gemeinsame Zielerarbeitung kann sichergestellt werden, dass das verfolgte Ziel auch wirklich das des Klienten ist. Nicht selten denken Fachkräfte sich Ziele aus oder bekommen diese vorgegeben und wundern sich, dass Klienten die Ziele nicht mit Engagement verfolgen. Die stufenweise Erarbeitung sollte so erfolgen, dass auch kleine Fortschritte als Erfolge gewertet werden können. Gleichzeitig sollte die Planung aber flexibel bleiben und spontane Änderungen erlauben.

5. Koordination und Kontinuität:

Die Wirksamkeit psychosozialer Interventionen bei schizophrenen Patienten hängt entscheidend von der Gestaltung einer positiven Beziehung mit den Betroffenen ab. Behandlungskonzepte sollten nicht dauernd wechseln und die personelle Kontinuität in der Begleitung ist von großer Bedeutung. Es ist nützlich, wenn konstante Bezugspersonen über einen längeren Zeitraum die Erkrankten begleiten.

6. Vereinfachung des therapeutischen Feldes:

Strukturen sollten **klar, übersichtlich und nachvollziehbar** für die Klienten sein.

Informationen, die für ihre Entscheidungen relevant sind – beispielsweise über erwünschte und unerwünschte Wirkungen von Medikamenten oder über berufliche Rehabilitationsmöglichkeiten – sollten in verständlicher Form zur Verfügung stehen.

7. Einfachheit und Klarheit im Umgang:

Menschen mit Psychoseerfahrung spüren sehr genau, ob man sie als Person wahrnimmt.

Die Kommunikation mit ihnen sollte ehrlich und authentisch erfolgen, einfühlsam und mit Respekt. Unklare Andeutungen und verwirrende Mehrdeutigkeiten in der Kommunikation sollten vermieden werden, Ironie nur vorsichtig eingesetzt werden.

Es kann für Patienten sehr quälend und verunsichernd sein, unausgesprochene Erwartungen zu spüren, ohne genau zu wissen, was von ihnen erwartet wird. Ruhig und klar sollten die Dinge benannt werden, wie sie sind.

Allerdings macht der Ton die Musik.

Klare Absprachen sind wichtig, es kommt aber darauf an, wie diese vorgebracht werden.

Aus Untersuchungen in Familien weiß man, dass ein **bestimmtes Klima** im Umgang miteinander deutlich häufiger zu Rückfällen führt. Man spricht dann von einem **hohen Anteil an Expressed Emotion**. Dies sind Familien, in denen die Patienten bevormundet oder überbehütet werden, in denen sie häufig kritisiert oder »niedergemacht« werden und in denen sie eine feindselige Ablehnung spüren. Ein hoher Anteil an Expressed Emotion ist mit einem erhöhten Rückfallrisiko verbunden und wirkt sich auf den weiteren Krankheitsverlauf ungünstig aus, wie mehrere wissenschaftliche Untersuchungen zeigen konnten. Ein solches Klima der kritischen, abwertenden Kommunikation sollte nicht nur in Familien, sondern auch im Kontakt zwischen Fachkräften und Betroffenen vermieden werden. 8. Fortlaufende Optimierung von Anforderungen: Über- und Unterforderung zu vermeiden ist das gemeinsame Ziel von Fachkräften und Klienten.

Eine übertriebene Schonung kann genau so unangenehm und kränkend erlebt werden wie eine unsensible Überforderung. Es ist in gewisser Weise die Lebensaufgabe Psychoseerfahrener, die eigenen Grenzen besser zu spüren. Deshalb müssen auch Fachkräfte diese Grenzen sehr sensibel wahrnehmen (Bock 2005).

8. Flexible Kombination von unterschiedlichen Therapieansätzen:

Nicht nur die medikamentöse Therapie, auch die psychosoziale Begleitung, die Gespräche beim sozialpsychiatrischen Dienst, die Betreuung im Wohnbereich und die Förderung in der beruflichen Rehabilitation spielen zusammen. Viele Studien belegen, dass erst die Kombination mehrerer Therapieansätze den besten Erfolg bringt.

9. Beachtung spezifischer Zeitfaktoren:

Es gibt Zeiten für Veränderung und Zeiten für Ruhe, Stagnation und Erholung. Einen Klienten, dessen Bedarf nach einer akuten Krise eher im Bereich der Ruhe und Erholung liegt, in einen ehrgeizigen Rehabilitationsplan zwingen zu wollen, bringt wenig Erfolg. Einen anderen Klienten, der wieder mehr Energie spürt und Veränderungen angehen will, ständig zu bremsen, ist für alle Seiten frustrierend. Respekt vor der Eigenzeitlichkeit der Klienten und Anpassung an deren Tempo ist der Kern förderlicher Zusammenarbeit mit Menschen, die an einer Psychose erkrankt sind. Wenn Klienten ihren Bezugspersonen mitteilen, welche Ängste sie haben und welche Schlussfolgerungen sie daraus ziehen, ist es wichtig, ihnen zunächst vorurteilsfrei und aufmerksam zuzuhören.

BEISPIEL

Annika berichtet ihrem Betreuer, sie habe in den letzten Nächten kein Auge zugetan. Immer wieder habe sie Schreie von Tieren gehört, die getötet würden. Sie sei überzeugt, dass ihr Nachbar in seinem Gartenhäuschen heimlich Tiere schlachte. Sie halte das nicht länger aus, man müsse etwas tun, sie wisse aber nicht, was.

In einer solchen Situation ist es wenig hilfreich, Annika als Erstes zu erklären, dass das eigentlich nicht stimmen kann und sie sich das bestimmt nur einbilde. Annika wird sich unverstanden und alleingelassen fühlen. Auf der anderen Seite würde sie es sicherlich auch bemerken und misstrauisch werden, wenn ihr

Betreuer ihr zum Schein glauben und auf alles eingehen würde. Um glaubwürdig und authentisch zu sein, ist es daher besser, zunächst auf die Gefühlsebene einzugehen:

»Ich habe so etwas noch nie gehört.

Aber ich kann mir vorstellen, dass das schrecklich für Sie sein muss, jede Nacht so etwas zu hören.

Mir scheint wichtig, dass Sie wieder schlafen können.

Könnten Sie vielleicht vorübergehend woanders übernachten?«

Annika schlägt daraufhin vor, bei einer Freundin zu übernachten und auch etwas von der Bedarfsmedikation zu nehmen, die ihre Ärztin ihr verordnet hat. Am nächsten Tag erscheint sie etwas ruhiger zum Gespräch und berichtet, gut geschlafen zu haben. Sie sei aber weiterhin beunruhigt wegen der Situation zu Hause und wisse nicht, was sie tun solle. Den Nachbarn anzeigen? Aber was, wenn es doch nicht stimmt? Im Gespräch mit dem Betreuer kommt sie auf die Idee, ein älteres Ehepaar, das bei ihr im Haus wohnt und zu dem sie ein gutes Verhältnis hat, zu fragen, ob sie auch etwas gehört hätten. Falls ja, könnten sie ja gemeinsam gegen den Nachbarn vorgehen. Falls nein, habe sie möglicherweise doch nur schlecht geträumt. Das Beispiel von Annika zeigt, wie wichtig es ist, zunächst für eine Beruhigung und Entaktualisierung zu sorgen. Erst nach einer Nacht, in der sie wieder gut geschlafen hatte, konnte Annika ein wenig Distanz zu ihren Ängsten und Wahrnehmungen aufbauen und selbst die Idee entwickeln, diese auf ihren Realitätsgehalt zu überprüfen. Solche Realitätsprüfungen können sehr hilfreich sein, allerdings nur, wenn die Betroffenen selbst dies wünschen. Jemanden ungefragt mit der allgemeinen Realität zu konfrontieren, kann die Situation eher noch verschlimmern:

Beispiel

Evelyn kommt aufgereggt und wütend zu ihrem Gruppenleiter. Gestern beim Bäcker habe sie wieder den Kollegen Steffen gehört, ganz laut habe sie seine Stimme gehört, wie er sich über sie lustig gemacht habe. Sie wolle sich das nicht mehr länger gefallen lassen, habe aber Angst, dass Steffen sie bedrohe. Der Gruppenleiter fragt zunächst, ob sie Steffen denn tatsächlich gesehen habe. Evelyn verneint dies, ist sich aber trotzdem vollkommen sicher, dass er da war, schließlich habe sie ja deutlich seine Stimme gehört. Daraufhin ruft der Gruppenleiter Steffen zu sich und Evelyn und fragt ihn, ob er ihr gestern zum Bäcker gefolgt sei. Steffen verneint dies. Evelyn ist aber keineswegs beruhigt, sondern reagiert völlig panisch. Sie hat nun noch mehr Angst vor Steffen, weil der ja jetzt weiß, dass sie sich über ihn beschwert hat. Und sie fühlt sich unverstanden, weil ihr nicht geglaubt wurde.

Realitätsprüfungen sollten immer behutsam sein und von den Betroffenen gesteuert werden.

Das Beispiel von Evelyn zeigt deutlich, dass eine Realitätskonfrontation sehr behutsam vorgenommen und immer von den Betroffenen selbst gesteuert werden muss. Man kann zwar ein Gespräch mit Steffen vorschlagen, aber Evelyn muss selbst entscheiden, ob sie dies möchte und unter welchen Voraussetzungen. Oft ist es hilfreich, den Betroffenen zunächst ein wenig in ihre Realität zu folgen und sie zu beruhigen. Evelyn konnte beispielsweise beruhigt werden, indem man ihr versicherte, dass Steffen ihr nichts tun werde, solange sie bei der Arbeit sei, da ihre Gruppenleiter auf sie aufpassen würden. Zu Hause fühlte sie sich ebenfalls sicher und für den Heimweg beschloss sie, eine Kollegin zu bitten, sie zu begleiten. Wenn die Angst abgeklungen ist, gelingt es den Betroffenen eher, Distanz zu ihren Wahrnehmungen aufzubauen und diese als Zeichen der Psychose zu werten. In der Begleitung von Menschen, die an einer Psychose erkrankt sind, ist es sehr hilfreich, die Klienten bei der Suche nach dem **Sinn der Psychose** zu unterstützen. Die meisten Betroffenen versuchen zu verstehen, welchen Sinn die Psychose **in ihrem Leben** hat. Es gibt viele Hinweise darauf, dass die **Krankheitsbewältigung besser gelingt, wenn Betroffene einen solchen Sinn erkennen können**. Professionelle Helfer sollten versuchen, den Klienten zu helfen, ihre Psychose-Erfahrung mit ihrer

Lebenserfahrung in Verbindung zu bringen. Dies gelingt nur, wenn sie einen Schritt in die Welt des anderen wagen (Bock 2005). Dabei ist es für den Beziehungsaufbau hilfreich, verstehen zu wollen, welche Bewältigungsstrategien der Klient gewählt hat, wie er die Krankheit in sein Selbstbild integriert hat und dabei nicht zu bewerten. So kann es für einen Betroffenen subjektiv durchaus sinnvoll sein, die Krankenrolle als neue Identität anzunehmen und in ihr zu verharren, vor allem, wenn die Rückkehr in die Realität weniger attraktiv erscheint als die Psychose. Auch das Bagatellisieren der Erkrankung oder das Ausblenden von Krankheitsphasen, an die man sich nicht erinnern kann oder will (sogenanntes Sealing over) sind mögliche Strategien. Oftmals gelingt aber auch die Integration der Erkrankung in das Selbstbild und die eigenen Zukunftspläne.

Betroffene, die schon länger unter einer Psychose leiden, werden mitunter immer passiver. Dies kann Folge der Minussymptomatik sein, aber auch eine Strategie der Betroffenen, sich vor einer befürchteten Überforderung zu schützen. Diese Passivität kann dazu verleiten, stellvertretend zu handeln und Verantwortung für den Klienten zu übernehmen. Auch sehr erfahrene Therapeuten und Fachkräfte sind sich nicht immer darüber im Klaren, ob ein Patient nicht kann oder nicht will (mad-or-bad-Konflikt, Bäuml 2008). Letztlich kann das kaum genau entschieden werden.

Im Zweifel sollte immer von einem Nicht-Können und nicht vom Nicht-Wollen ausgegangen werden.

Im Zweifelsfall sollte man eher von einem Nicht-Können ausgehen, das durch den Verlust von Antrieb und Energie im Rahmen der Erkrankung entsteht. Keinesfalls sollten professionelle Helfer stellvertretend für die Betroffenen handeln oder sie »schieben«. Herauszufinden, welches Maß an Anregung und Stimulation das optimale für einen Betroffenen ist, stellt eine mitunter lebenslange Aufgabe dar. Das optimale Anforderungsniveau kann sich ändern, kann in einer Krise oder in der ersten Zeit danach geringer sein, sich dann aber wieder deutlich erhöhen. Es ist wichtig, Menschen, die an einer Psychose erkrankt sind, vor zu viel Stimulation und Überforderung zu schützen. Außerhalb akuter Phasen ist es aber auch wichtig, fortgesetzter Unterforderung vorzubeugen. Manche Betroffene haben das Vulnerabilitäts-Stress-Modell gut verinnerlicht und schützen sich konsequent vor jeder Form von Stress, in der Annahme, dann auf der sicheren Seite zu sein und keinen Rückfall befürchten zu müssen. Fachkräfte sollten mit ihren Klienten erarbeiten, dass Lebensqualität auch darin besteht, sich Anforderungen zu stellen und diese zu bewältigen und dass das Gehirn für seine Entwicklungsfähigkeit Anregungen und Herausforderungen braucht. Die verständliche Angst der Betroffenen, dadurch wieder überfordert zu sein und einen Rückfall zu riskieren, sollten Fachkräfte ernst nehmen und gemeinsam mit ihren Klienten auf das Auftreten von Frühwarnzeichen achten und sie bei den notwendigen Bewältigungsstrategien unterstützen.

Gespräche mit Angehörigen tragen zum besseren Verständnis der Klienten bei.

Die Zusammenarbeit mit Angehörigen ist ein wichtiger Bestandteil in der Begleitung psychotischer Menschen. Viele Studien belegen eindrücklich, dass Rückfallzahlen gesenkt werden können, wenn Angehörige gut über die Erkrankung ihres Familienmitglieds informiert sind und im Krisenfall ruhig und besonnen reagieren können.

Versuchen Sie, auch in schwierigen Zeiten Hoffnung zu vermitteln.

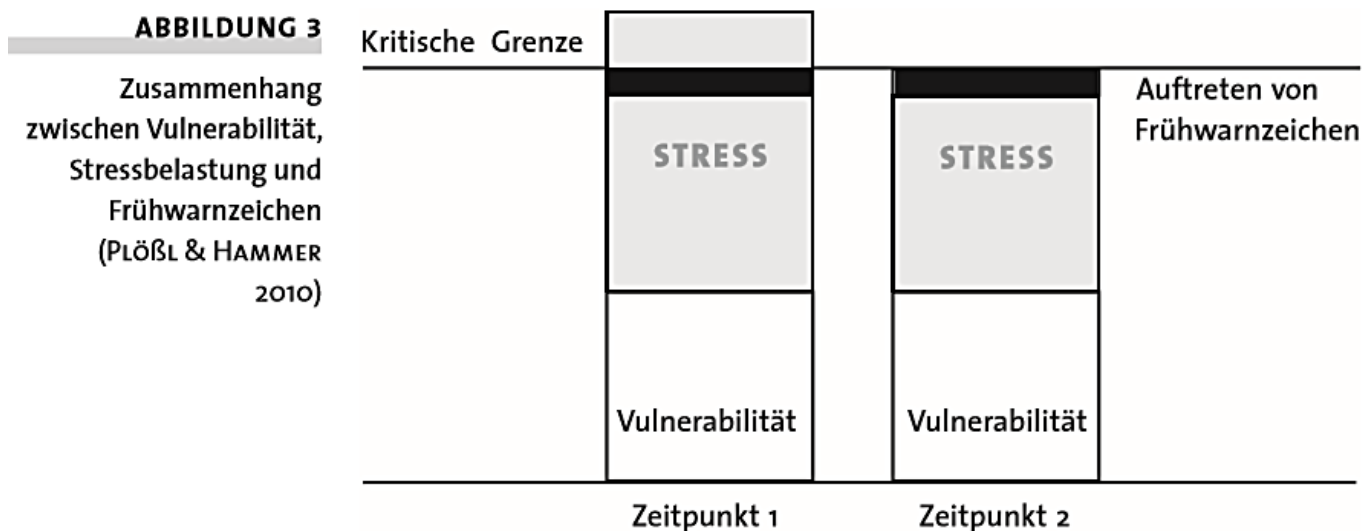
Darüber hinaus trägt das Gespräch mit Angehörigen oft zu einem besseren Verständnis des Betroffenen bei und hilft, Unterstützungsmöglichkeiten zu aktivieren. Von entscheidender Bedeutung ist es aber, dass die Betroffenen stets im Mittelpunkt stehen. Kontakte mit Angehörigen finden nicht hinter ihrem Rücken statt und es wird auch nicht über sie gesprochen, sondern mit ihnen. Zahlreiche Trainingsprogramme werden eingesetzt, um krankheitsbedingt eingeschränkte Fähigkeiten zu verbessern. So gibt es viele Möglichkeiten, die im Rahmen der Minussymptomatik oft eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit zu verbessern, beispielsweise durch computergestützte Konzentrationstrainingsprogramme. Dabei ist das isolierte Training

einzelner Fertigkeiten oder Leistungen oft schwierig und wenig sinnvoll. Sehr hilfreich sind dagegen echte, reale Aufgaben und Begegnungen mit Menschen. Dabei werden unendlich viele neuropsychologische Leistungsbereiche automatisch geübt. Reales Leben und Arbeiten mit den Klienten bringt mehr als spezifische, künstliche Trainingsprogramme. Eine zentrale Aufgabe von Fachkräften ist es, im Kontakt mit dem Betroffenen Hoffnung zu bewahren. Notfalls auch stellvertretend für diesen (Knuf 2007). Patienten brauchen in einer Zeit, in der sie an sich selbst zweifeln, das Gefühl, dass zumindest die anderen den Glauben an sie und ihre Fähigkeiten nicht verloren haben. Dabei ist es wichtig zu wissen, dass ein sogenannter »positiver Knick« auch nach jahrelangem Krankheitsverlauf einer Psychose plötzlich auftreten kann, die Symptomatik und das Wohlbefinden können sich plötzlich wesentlich bessern. Oft tritt spätestens nach zehn bis zwanzig Jahren eine deutliche Verbesserung der Symptomatik ein, selbst bei sehr schwer verlaufenden Erkrankungen. Selbst erfahrene Fachleute schätzen den weiteren Krankheitsverlauf oft zu negativ ein (Bäuml 2008).

Hilfe zur Selbsthilfe

An einer Psychose erkrankt zu sein bedeutet nicht, permanent krank oder von Erkrankung bedroht zu sein. Die gesunden, symptomfreien Zeiten überwiegen bei den meisten Betroffenen. Allerdings muss man sich aktiv darum kümmern, stabil zu bleiben. Leider kann man das Risiko einer erneuten psychotischen Krise nicht mit einem Teststäbchen im Urin überprüfen. Die wichtigste Maßnahme zur Rückfallprophylaxe ist deshalb die Beachtung von Frühwarnzeichen.

Frühwarnzeichen sind Signale des Körpers, dass eine kritische Grenze erreicht ist und der Organismus durch zu viel Stress überlastet ist. Man kann diese Signale symbolisch verstehen, **wie ein Ampelsignal, das auf rot umschaltet**. Das rote Ampelsignal bedeutet, dass man anhalten soll und, solange die Ampel rot ist, in diese Richtung nicht mehr weiterfahren darf.



Analog dazu signalisieren körperliche oder psychische Frühwarnzeichen, dass der Organismus durch zu viele Stressbelastungen aus dem Gleichgewicht geraten und überfordert ist. **Frühwarnzeichen treten in der Regel Tage oder Wochen vor dem Ausbruch oder Rückfall einer Psychose auf**. Betroffene sollten zunächst ihre Frühwarnzeichen identifizieren. Rückblickend gelingt das fast immer.

Download Symptomlisten helfen beim Identifizieren von Frühwarnzeichen.

Manchmal fällt es leichter, Frühwarnzeichen aus einer Liste mit Vorschlägen herauszusuchen. Auf unserer Internetseite finden Sie bei den Zusatzmaterialien eine solche Liste zum Herunterladen, die nicht nur für Psychosen, sondern auch für andere psychische Erkrankungen geeignet ist. Je klarer Betroffene ihre

Frühwarnzeichen erkennen, desto besser können sie für sich selbst sorgen, sich schützen und sich selbst helfen. Die Beschäftigung mit Frühwarnzeichen ist sehr hilfreich, um rechtzeitig zu erkennen, dass eine Krise droht, und um durch wirksame Entlastung und angemessene Unterstützungsangebote gegensteuern zu können. Manchmal besteht aber die Gefahr, jedes alltägliche Stresssymptom für ein Frühwarnzeichen zu halten. Die Vermeidung selbst alltäglicher Stresssymptome hat dann mitunter die Vermeidung des ganzen Lebens zur Folge. Frühwarnzeichen lassen sich von alltäglichen Stresssymptomen wie folgt unterscheiden:

TABELLE 1 Alltägliche Stresssymptome und Frühwarnzeichen	Alltägliche Stresssymptome	Frühwarnzeichen
	... verschwinden in der Regel wieder in Erholungsphasen.	... signalisieren einen Rückfall oder eine bevorstehende Krise.
	... sind alltäglich, gehören zur Alltagsbewältigung. Man hat gelernt, damit zu leben.	... sind nicht alltäglich.
	... sind nicht so intensiv und dauerhaft wie Frühwarnzeichen (z. B. nur eine schlaflose Nacht).	... sind intensiver und dauerhafter als alltägliche Stresssymptome (z. B. Schlafstörungen über mehrere Tage bzw. Wochen).

Alltägliche Stresssymptome sind oft Teil der Alltagsbewältigung und sollten nicht sofort als Krisensymptome gedeutet werden. Psychosekranken leiden teilweise täglich unter psychischen Belastungen oder Einschränkungen, die aber keine Frühwarnzeichen darstellen. So kann es für Betroffene oft sinnvoll sein zu lernen, mit leichteren Symptomen zu leben, beispielsweise ziehen. Als Frühwarnzeichen gelten dagegen die Symptome, die insbesondere vor Krisen auftreten. Günstig ist, wenn Betroffene auch solche Frühwarnzeichen identifizieren können, die andere beobachten können. Also nicht nur Veränderungen des Denkens und der Wahrnehmung, sondern auch Veränderungen im Verhalten. Betroffene können dann von anderen darauf angesprochen werden und dies kann ihnen helfen richtig einzuschätzen, in welcher Situation sie gerade sind.

BEISPIEL

Klaus ist seit einigen Tagen verändert. An seinem Arbeitsplatz in der Werkstatt für psychisch kranke Menschen unterbricht er immer wieder seine Arbeit, schaut vor sich hin und scheint in sich hineinzuhören. In der Mittagspause geht er nicht wie sonst zum Essen, im Speisesaal ist es ihm zu laut. Stattdessen liest er in der Bibel, was er sonst nie tut. Schließlich fasst sich sein Gruppenleiter ein Herz und spricht ihn an. Er sagt Klaus, dass er ihn verändert erlebt und sich Sorgen macht. Er hat im Krisenplan von Klaus gelesen, dass Konzentrationsprobleme und verstärkte Beschäftigung mit religiösen Themen seine Frühwarnzeichen sind und teilt ihm mit, dass er diese seit einigen Tagen an Klaus beobachtet. Daraufhin erzählt Klaus, dass er auch seit einigen Tagen etwas beunruhigt ist und schlecht schlafen kann. Er wollte sich aber nicht verrückt machen und erst mal abwarten, ob anderen etwas an ihm auffällt. Nachdem sein Gruppenleiter ihn nun angesprochen hat, vereinbart er gleich einen Termin mit seinem Arzt.

Neben Angehörigen haben auch Fachkräfte eine nicht zu unterschätzende Rolle bei der Rückfallprophylaxe. Sie nehmen oft als Erste Auffälligkeiten und Veränderungen im Sinne von Frühwarnzeichen bei den Betroffenen wahr. Fachkräfte sollten ebenso wie Angehörige den Betroffenen mitteilen, welche Veränderungen sie beobachten und dann gemeinsam mit ihnen überlegen, ob es sich um Frühwarnzeichen handelt oder nicht und was gegebenenfalls zu tun ist.

Einen Krisenplan kann man besser in ruhigen Zeiten erarbeiten.

In Krisenzeiten fällt es oft schwer, zu überlegen, was man für sich tun kann, deshalb sollte man in ruhigeren Lebensphasen einen Plan und entsprechende Strategien zur Rückfallprophylaxe erarbeiten. In einem

Krisenplan wird das Vorgehen bei einem drohenden Rückfall schriftlich festgelegt. Ein Krisenplan ist ein Leitfaden für Betroffene, Angehörige und professionelle Helfer, um beim Auftreten von Frühwarnzeichen rasch das Richtige zu tun (Bäumel 2008). Ein Krisenplan enthält vier Elemente:

Individuelle Frühwarnzeichen:

Individuelle Frühwarnzeichen: Welche Frühwarnzeichen treten vor einer beginnenden Krise auf? Woran können andere bemerken, dass es mir schlechter geht?

Entlastungsmöglichkeiten: Welche Entlastungen zur Stressreduktion sind notwendig? Ist Bedarfsmedikation oder Erhöhung der Medikation angezeigt?

Unterstützungsmöglichkeiten: Welche Unterstützungsmöglichkeiten sind notwendig? Von wem?

Verteiler: Wer soll informiert werden über den Krisenplan?

Auf unserer Internetseite finden Sie unter den Zusatzmaterialien ein Beispiel für einen persönlichen Krisenplan zum Herunterladen. Dieser ist nicht nur für Menschen mit Psychosen, sondern auch für Menschen mit anderen psychischen Erkrankungen geeignet. Fachkräfte sollten mit ihren Klienten außerhalb akuter Phasen darüber sprechen, wie sich eine erneute Krise ankündigen würde und welche Hilfe der Betroffene dann ganz konkret von ihnen erwartet. Betroffene sollten den Krisenplan selbst geschrieben und unterschrieben haben. Dann ist es leichter, eventuelles Misstrauen in einer beginnenden Krise zu überwinden. Es ist sinnvoll, wichtige Vertrauenspersonen ebenfalls über den Krisenplan zu informieren. Nicht nur Fachkräfte, auch Angehörige und Freunde reagieren mitunter hilflos auf psychische Krisen von Betroffenen. Wenn auch sie wissen, was für den Betroffenen hilfreich ist, können Missverständnisse vermieden und zwischenmenschliche Konflikte verhindert werden. Beispielsweise ziehen sich Betroffene in Krisenzeiten häufig zurück, Betreuer machen sich Sorgen und kümmern sich verstärkt um ihren Klienten, dieser zieht sich dann weiter zurück, sodass ein Teufelskreis und dadurch zusätzlicher Stress für den Betroffenen entsteht. Deshalb ist es sehr wichtig, dass das soziale Umfeld des Betroffenen mit einbezogen wird und somit zur Entlastung und Unterstützung beitragen kann. Betroffene sollten frühzeitig, also in Zeiten, in denen es ihnen gut geht, mit der behandelnden Ärztin besprechen, ob sie im Krisenfall eine vereinbarte Dosis als Bedarfsmedikation einnehmen können. Die Bedarfsmedikation sollte dann auch verfügbar sein. Beim Auftreten von Frühwarnzeichen sollte unbedingt der behandelnde Arzt miteinbezogen bzw. informiert werden. Krisen sollten auch ein Anlass sein, zu überprüfen, ob die Behandlung für den Betroffenen angemessen ist oder ob Ergänzungen oder Veränderungen im Hinblick auf Medikation, Psycho- und Soziotherapie vorgenommen werden müssen. Vielleicht müssen die Arbeitszeiten verändert werden? Wäre es hilfreich, wenn die Betreuerin den Klienten häufiger zu Hause aufsuchen würde? Braucht eine Klientin Unterstützung bei der Einnahme der Medikamente? Welche Entlastungs- und Unterstützungsmöglichkeiten Betroffene als hilfreich erleben, ist individuell sehr verschieden. Allgemein geht es bei Entlastungsmöglichkeiten darum, Stress und Belastungen zu reduzieren. Bei Unterstützungsmöglichkeiten geht es darum, konkret Hilfe zu bekommen.

Entlastungsmöglichkeiten sollen Stress reduzieren.

Häufig wirksame Entlastungsmöglichkeiten sind:

- Bedarfsmedikation einnehmen;
- früh schlafen gehen, ausschlafen, auf ausreichend Schlaf achten;

- Ablenkung durch Musikhören, Fernsehen, Lesen;
- spazieren gehen;
- sich ausheulen bei jemandem,
- kreativ tätig werden;
- Arbeitszeit verkürzen oder krankschreiben lassen;
- Entspannungsbad nehmen, Beruhigungstee trinken;
- Strategien, die die psychophysiologische Aktiviertheit verringern, wie Entspannungstechniken (z. B. Progressive Muskelentspannung oder Yoga), Atemübungen etc. Dabei gilt: Übung macht den Meister!

Unterstützungsmöglichkeiten sorgen für konkrete Hilfe.

Häufig wirksame Unterstützungsmöglichkeiten sind:

- Gespräch mit einer Ärztin;
- Gespräch mit einer Betreuerin oder Bezugsperson;
- Gespräch mit jemandem, der ruhig und besonnen reagiert;
- konkret um Hilfe bitten bei Problemen;
- Arbeitszeiten oder -inhalte vorübergehend verändern oder reduzieren.

Neben diesen allgemeinen Entlastungs- und Unterstützungsmöglichkeiten gibt es einen großen Schatz an individuell verschiedenen Strategien. Alle Betroffenen haben die Erfahrung gemacht, dass bestimmte Verhaltensweisen hilfreich für sie sind, andere dagegen nicht. Manches haben sie dabei durch Zufall entdeckt. Nicht selten sind subjektive Strategien wirksamer als die Vorschläge professioneller Helfer. Immer sind sie Zeichen enormer Lebenstüchtigkeit in der Krankheitsbewältigung. Wichtig ist es, mit den Betroffenen über dieses subjektive Erfahrungswissen zu sprechen. Erfahrungsberichte darüber, welche Bewältigungsstrategien sich in der Vergangenheit bewährt haben, können auch für andere Betroffene sehr interessant sein.

Beispiele für solche individuellen Strategien sind:

- jahreszeitliche Rhythmen beachten (»Im Frühjahr bin ich immer besonders anfällig«);
- Reizthemen vermeiden beziehungsweise »auf Durchzug schalten«;
- sich selbst gut zureden (»Vorsicht, Ina, du bekommst schon wieder diese Rückenschmerzen und diesen Druck auf der Brust. Jetzt atme ganz ruhig, geh heute Abend früh schlafen und trinke heute keinen Kaffee mehr!«);
- kognitive Strategien wie Wechsel oder Fokussierung der Aufmerksamkeit (z. B. ein Buch lesen oder Denksportaufgaben machen).

Oft hilft eine Kombination aus mehreren Strategien am besten. Wenn sich etwas bewährt hat, wenden die Betroffenen es immer wieder an und der Erfolg wird noch größer.

BEISPIEL

Evelyn hört immer wieder Stimmen, teilweise sehr laut. Auch durch die Medikamente verschwinden die Stimmen nicht vollständig. Manchmal, wenn sie nicht abgelenkt ist, nerven die Stimmen sie und sie erteilt ihnen den Befehl, endlich ruhig zu sein. »Ruhe!«, ruft sie dann, zum Beispiel zu Hause am Küchentisch. Meistens funktioniert es. Evelyn achtet darauf, dass das Fenster geschlossen ist, um die Nachbarn nicht zu erschrecken. Wenn ihre Mitbewohnerin zu Hause ist, ruft sie nur leise, weil diese sich sonst Sorgen um sie macht.

Krisenpläne und Frühwarnzeichen werden oft im Rahmen von psychoedukativen Angeboten erarbeitet.

Psychoedukation: Erfahrungswissen der Betroffenen wird mit Expertenwissen der Fachkräfte verknüpft.

Psychoedukation bedeutet, Betroffene über die Ursachen ihrer Erkrankung und über Behandlungsmöglichkeiten sowie über die Wirkungsweise der Medikamente zu informieren. Die Betroffenen wollen und sollen ihre Erkrankung verstehen und begreifen lernen, um daraus die notwendigen Konsequenzen für die weitere Lebensplanung ziehen zu können. Die Kunst besteht darin, das für den Laien oft nicht nachvollziehbare Fachchinesisch so zu übersetzen, dass es für die Betroffenen gut verständlich ist (Bäuml 2008). Es gibt viele psychoedukative Programme und Materialien, einige werden in Gruppen eingesetzt, andere im Einzelkontakt. In jedem Fall werden die Patienten in ihrem Krankheitsverständnis und im selbstverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung gefördert und bei der Bewältigung ihrer Krankheit unterstützt. Fachkräfte sollten ihre Klienten gezielt fragen, ob sie im Rahmen von psychoedukativen Programmen schon einen Krisenplan erarbeitet haben und ob sie diesen sehen dürfen. Wenn Klienten noch keinen Krisenplan haben, sollten sie gemeinsam mit ihnen überlegen, ob sie eine psychoedukative Gruppe besuchen wollen oder ob der Krisenplan im Einzelgespräch mit der Fachkraft erarbeitet werden soll. Bereits vorliegende Krisenpläne sollten immer wieder auf ihre Aktualität hin gemeinsam mit dem Klienten überprüft werden.