

Achtsamkeit in der Behandlung von Menschen mit psychotischen Störungen¹

Amira Frohwein, Michael Huppertz

Allgemeine Erfahrungen

Dieses Kapitel müssen wir ausnahmsweise mit einer Rechtfertigung beginnen. Viele Kolleg:innen lehnen intuitiv Achtsamkeitstrainings für Menschen mit Psychoseerkrankungen ab. Deshalb sind sie, anders als in der Prävention oder Achtsamkeit für Patient:innen mit Borderline-Störungen oder depressiven Erkrankungen, bei weitem keine gängige Praxis. Das ist umso bedauerlicher, als ohnehin Patient:innen mit oder nach psychotischer Symptomatik wenig psychotherapeutische Angebote erhalten.

Häufig wird befürchtet, jemand könne beim Meditieren den Bezug zur Realität verlieren. Meditationen könnten eine Psychose auslösen oder eine traumatische Erfahrung reaktivieren. Das ist durchaus möglich, es hängt von der Art zu meditieren und der momentanen Stabilität des Übenden ab. Wer sich länger mit Meditation beschäftigt hat oder psychotherapeutisch tätig ist, kennt Berichte über solche Fälle, und sie finden sich auch in der wissenschaftlichen Literatur (Scharfetter 1999; Kuiper et al. 2007; Dyga, Stupak 2015; Sharma et al. 2019).

Es gibt zahlreiche Traditionen, Arten und Settings des Meditierens und manche bringen die Pfeiler des Realitätsbezugs in Wanken: Lange Dauer der Praxis, Schlafmangel, Reizentzug (inklusive Bewegungslosigkeit, längeres Schließen der Augen), Isolation (Schweigegebot), Lenkung der Aufmerksamkeit nach innen, das heißt auf mentale Prozesse und Körperempfindungen im Sinne propriozeptiver Wahrnehmungen, Versuche, das rationale Denken auszuhebeln, eine nicht gegenstandsbezogene, offene, weite kognitive Ausrichtung. Diese Art und Weise des Meditierens ist vor allem aus der indischen Tradition bekannt, während christliche, jüdische, oder islamische Meditationspraktiken stärker die Aufmerksamkeit nach außen lenken und Bilder, Kunst, Musik oder Tanz einschließen. Dies gilt auch für tantrische, neotantrische und die taoistisch (also chinesisch) inspirierten meditativen Praktiken des Zen-Buddhismus.

Insbesondere wenn auf stille, introvertierte Weise meditiert wird, ist es nicht auszuschließen, dass Ängste, unverarbeitete Traumata oder Konfusion auftreten können. Diese Erlebnisse sind dann ein Problem, wenn der Betreffende sie nicht kontrollieren kann.

Meditationslehrende beugen ihnen in der Regel vor, indem sie Anfänger zunächst zu fokussierten Meditationen anleiten, sie mit Einzelgesprächen begleiten, die Meditationserfahrungen zeitlich begrenzen und die Introspektion immer wieder unterbrechen.

¹ Erweiterte und im März 2023 aktualisierte Fassung eines Kapitels in: Huppertz M. (Hg.) (2021) Achtsamkeitsbasierte Therapie und Beratung. Zur Anwendung von Achtsamkeit in verschiedenen psychosozialen Kontexten. Frankfurt a. M.: Mabuse.

Dem Desinteresse oder der Ablehnung der Achtsamkeitsarbeit bei der Indikation „Psychose“ liegt oft ein Missverständnis oder eine aus unserer Sicht unberechtigte Sorge zu Grunde. Achtsamkeitsarbeit wird irrtümlich mit Entspannungsübungen, Phantasie Reisen oder Imaginationen in Verbindung gebracht und die Sorge ist, dass es zu einer weiteren „Entgrenzung“ und damit Verschlimmerung der Symptomatik kommen kann (Huppertz 2013). Tatsächlich bezieht sich die Achtsamkeitspraxis, wie wir sie vermitteln, stets auf die gegenwärtige Situation so wie sie gerade erlebt wird, aber auch auf die Situation wie sie gerade ist: auf die eigenen Empfindungen, Gedanken und Impulse, aber auch auf die äußere Wirklichkeit und andere Menschen. Wir betonen diesen Unterschied und arbeiten daran, ihn immer wieder deutlich zu machen, mit einem Respekt für beide „Welten“, die subjektive wie die „transsubjektive“, objektive, allgemeinverbindliche. Wir vermeiden jede Art von Diskussion, es kommt uns nicht darauf an, das, was die Patient:in erlebt, in Frage zu stellen, weder als Erlebnis noch in seinem kognitiven Gehalt. Wir arbeiten nach dem „Und“-Prinzip und setzen unsere therapeutische Energie in die Stärkung der gemeinsamen Realität, also dessen, was wir miteinander teilen können. Die Verankerung der Patient:in in der gemeinsamen Welt sollte ausreichend sein, damit sie ein selbstständiges Leben in Gemeinschaften führen kann. Die Vermittlung von Achtsamkeit ist daher gerade für Menschen geeignet, die einen labilen Realitätsbezug haben, da dieser gestärkt und nicht geschwächt wird.

Reflektierte, spezifische therapeutische Achtsamkeitsarbeit mit der Indikation „Psychose“ gibt es seit mindestens 20 Jahren. Ein Pionier war Paul Chadwick, der 2005 ein einflussreiches Buch über eine entsprechende Arbeit in einem Gruppensetting veröffentlicht hat. Seitdem gibt es viele Projekte, die an einen entscheidenden Gedanken von Chadwick anknüpfen: Es geht nicht darum, die psychotische Symptomatik zu verändern, sondern sie als unter Umständen belastende Ereignisse zu verstehen und zu behandeln wie andere belastende Lebensereignisse. Sie sollten nicht verleugnet, aber auch nicht verstärkt werden. Gegen psychotische Symptome sollte man nicht ankämpfen und sie nicht durch Grübeln und Selbstzweifel festhalten. Die Haltung zu der Symptomatik lässt sich verändern und das hat einen Einfluss auf das Leiden an diesen Phänomenen und damit auch einen Einfluss auf die Symptomatik selbst. Die publizierten Projekte bestehen aus Gruppenangeboten, aber auch Einzelsitzungen, letztere vor allem vor dem Hintergrund der ACT.

Evaluationen, darunter zahlreiche randomisierte Studien (Kontrollgruppen: kognitive Verhaltenstherapie, Yoga), zeigen, dass sich mit verschiedensten achtsamkeitsbasierten Ansätzen im Schnitt die produktive psychotische Symptomatik verbessert, auch langfristig (Katamnesen bis zu 12 Mon.), dass die Häufigkeit und Dauer der Hospitalisierungen abnimmt, die Entspannung zunimmt und es zu weniger Identifizierung mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen, weniger Leid, einer Besserung der Stimmungslage, einer Abnahme des symptombedingten Stresses (insbesondere einer Besserung der damit verbundenen Ängste) kommt. In manchen Studien wurde auch eine Besserung der Selbstakzeptanz und der Minussymptomatik festgestellt (Böge et al. 2022). Die Effekte waren moderat (Shonin et al. 2014, Cramer et al. 2016). Man muss bei Evaluationen

berücksichtigen, dass sie nicht nur, aber in besonderem Maße bei der achtsamkeitsbasierten Arbeit mit großen Schwierigkeiten behaftet sind. Es ist sehr schwer, die Achtsamkeit selbst zu messen und ihren Einfluss zu bestimmen. Außerdem muss man bedenken, dass wir mitten in der Entwicklung passender Angebote sind.

Unser Erfahrungsbericht

Gruppentherapie

Wir haben seit 2012 fünf Achtsamkeitskurse für Menschen mit psychotischen Störungen durchgeführt in z. T. unterschiedlichen Settings.

Die Teilnehmer:innen

Wir haben mit 4-11 Teilnehmer:innen gearbeitet und stets auch Angehörige eingeladen. An zwei Gruppen haben Angehörige teilgenommen. Sofern uns die Teilnehmer:innen nicht bekannt waren, haben wir wie in allen therapeutischen Gruppen Vorgespräche geführt. Leitend für die Teilnahme war das akute oder anamnestiche Vorliegen einer psychotischen Symptomatik, unabhängig von der genaueren Diagnose. Einzige Voraussetzungen unsererseits waren die prinzipielle Fähigkeit, an einer Gruppe teilzunehmen, das Konzept zu verstehen und eigenständig umzusetzen.

Die Gruppen waren insgesamt sehr unterschiedlich zusammengesetzt, oft auch sehr inhomogen. Wir hatten Teilnehmer:innen, die stabil waren und im Berufsleben standen, bis hin zu Teilnehmer:innen mit sehr chronifizierter Symptomatik und deutlichen formalen Denkstörungen. Dreimal kam es vor, dass Teilnehmer:innen den Kurs mit unserem Einverständnis vorzeitig beendet haben, zweimal wegen zu starker formaler Denkstörungen und paranoidem Erleben, einmal wegen Verhaltensauffälligkeiten, die der Gruppe nicht zuzumuten waren.

Setting

Wir haben mit zwölf abendlichen Sitzungen à 90 Minuten begonnen, haben dann acht monatliche Fortsetzungsgruppen hinzugefügt (s. Kap. 6). Dann haben wir die Teilnehmer:innen in die allgemeinen Open-end-Fortsetzungsgruppen aufgenommen. Bei der letzten Gruppe haben wir ein anderes Setting versucht: sechs Termine à drei Stunden (mit Pause) samstags. Vorteile: Die Teilnahme samstags tagsüber ist für die Patient:innen günstiger als abends, die Verpflichtung auf weniger Termine ist für alle Beteiligten leichter einzugehen. Der Nachteil liegt darin, dass wir den Prozess weniger lange verfolgen können. Es haben aber immer überdurchschnittlich viele Patient:innen mit einer psychotischen Problematik an den Fortsetzungsgruppen teilgenommen.

Unsere Empfehlungen zum Setting:

- nicht zu große Gruppen (max. 10-12)
- zwei Leiter:innen, die sich mit psychotischen Erkrankungen gut auskennen

- Vorgespräche, auch zur Klärung der Indikation für diese Gruppe
- wenn notwendig, begleitende Einzeltherapie
- nicht zu viel Schweigen
- kurze Übungen (unter 15 Min.)
- wenn möglich, lange Dauer der Arbeit, ambulant z. B. durch langfristige, regelmäßige Updates

Das Interesse an den Gruppen

Im Vergleich zu anderen Gruppen ist das Zustandekommen der Kurse die größte Hürde. Mehrere Gruppen sind ausgefallen, weil sich zu wenige Teilnehmer:innen angemeldet hatten. Wir haben immer wieder viel hin und her überlegt, wo die Schwierigkeiten liegen. Aus Sicht der Teilnehmer:innen: „Gegen die Psychose helfen eh nur Medikamente“, „Ich kann das nicht, ich schaff das nicht“, „Ich habe keinen Antrieb, es ist zu anstrengend“, „Abends gehe ich nicht mehr raus.“ Wir haben viel dafür getan, die ambulanten Kolleg:innen zu informieren, Vorbehalte abzubauen, auch eine ausführliche Schilderung unseres Ansatzes versendet. Ohne überweisende Kolleg:innen sind alle ambulanten therapeutischen Gruppen schwer zu organisieren. Im Falle von Menschen mit einer psychotischen Symptomatik sind vor allem psychiatrische Kolleg:innen gefragt, weil diese Patient:innen seltener in psychotherapeutischer Behandlung sind. Es bietet sich an, diese Gruppen ambulant, aber in Zusammenarbeit mit Institutionen anzubieten, (ähnlich wie wir es in der Psychoonkologie machen und es uns auch gut für Patient:innen mit Abhängigkeitserkrankungen vorstellen können). Zuletzt gab es einen vielversprechenden Anfang einer Kooperation mit der Ambulanz der für unser Gebiet zuständigen Klinik in Darmstadt, die ist aber durch die Coronapandemie gerade auf Eis gelegt.

Im Sommer 2019 habe ich (A. F.) einen Kurs in einem Wohnheim für chronisch psychisch Kranke (in dem ich seit vielen Jahren wöchentlich psychiatrisch tätig bin) begonnen, den ich aus privaten Gründen unterbrechen musste. Nun hat sich durch die Coronapandemie die Situation noch einmal verändert und der Kurs konnte bisher nicht fortgesetzt werden. An dem Kurs haben Bewohner:innen und Mitarbeiter:innen teilgenommen. Mitarbeiterinnen aus dem Wohnheim führen seitdem immer wieder kleine Übungen mit einzelnen Bewohner:innen durch und für manche reduziert das den Verbrauch von beruhigender Bedarfsmedikation. Ein Bewohner ist mittlerweile bei mir in einer Einzeltherapie, in der ich mit ihm auch viel mit Achtsamkeit arbeite (s. u.).

Vorgehen

Wie in allen Gruppen hatten wir kein strikt festgelegtes Programm, nur ein Konzept für die nächste Stunde, eine Idee, welche Inhalte wir im Verlauf aller Sitzungen auf jeden Fall vermitteln möchten. Ansonsten haben wir nach Bedarf spontan variiert. In den Gruppen für

Psychoseerkrankte haben wir den theoretischen Teil eher kurz gehalten und vermehrt Übungen gemacht.

Dabei legen wir den Schwerpunkt auf Übungen zur äußeren Achtsamkeit (weniger innere Achtsamkeit), eher fokussierte als weite Achtsamkeit und viele Übungen zur Körperwahrnehmung, da diese bei Menschen mit Psychose häufig sehr reduziert und durch Medikation auch noch erschwert ist. Themenbereiche speziell auf die Störung bezogen waren in jeder Gruppe das Sammeln von persönlichen Erfahrungen/Symptomen der Psychose und die Frage, wie Achtsamkeit und insbesondere welche Übungen bei welcher Symptomatik helfen können.

Besonders wichtig sind uns in dieser Gruppe Dekonstruktion und Perspektivität (Huppertz 2022): Die Teilnehmer:innen sollen möglichst erkennen, dass die eigenen Überzeugungen und Wahrnehmungen nicht nur, aber auch Konstruktionen sind, die sich verändern können, und dass andere Menschen andere Konstruktionen verwenden (Perspektivität) und dass Menschen ähnliche Situationen unterschiedlich erleben. Wir thematisieren in diesem Sinne auch metakognitive Prozesse wie das vorschnelle Schlussfolgern. Achtsamkeit bedeutet, andere Ansichten ernst zu nehmen, zuzuhören, sich beraten zu lassen. Unsere Arbeit soll helfen, differenzierter, realistischer und weniger spekulativ mit der Umwelt und anderen Menschen umzugehen. Deshalb nehmen wir in jedes Gruppenprogramm Übungen zum vorschnellen Schließen aus dem MKT+ (Metakognitives Therapieprogramm)-Programm (Moritz et al. 2017), s. u.

Die Arbeit mit Achtsamkeit ermöglicht zum einen eine Relativierung der eigenen Ansichten (Dekonstruktion) durch die Stärkung der Metakognition, d. h. der bewussten Wahrnehmung der eigenen Denkmuster. Auf der anderen Seite wirkt sie dem „Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit“ (W. Blankenburg) entgegen, indem sie das Bewusstsein darauf lenkt, dass wir durch viele vorintentionale Beziehungen, also Interaktionen ohne bewusste Absichtlichkeit, mit der Mitwelt und Umwelt verbunden sind. Diese Beziehungen tragen uns und verankern uns normalerweise in der Welt, ohne dass wir uns darum bemühen müssen (Huppertz 2022). Die Tradition der phänomenologischen Psychiatrie, der ich (M. H.) mich anschließe (Huppertz 2012, 2013), sieht in der zunehmenden Instabilität des vorintentionalen Weltbezugs, v. a. der selbstverständlichen Interaktionen mit anderen Menschen, den Kern der schizophrenen Erkrankung (Minkowski 1927, Blankenburg Sass 1992, Huppertz 2000, Fuchs 2020). Diese Instabilität geht mit einer gegenstandslosen Angst einher. Die Patient:innen versuchen durch übermäßiges Denken und Spekulieren wieder Sicherheit zu gewinnen. Wie auch in den anderen Gruppen haben wir im Verlauf der Sitzungen Partnerübungen durchgeführt, Nähe-Distanz-Übung, Aikido-Übung, aber auch Selbstmassagen angeleitet. Der Gedanke ist, das In-Beziehung-Sein und die gleichzeitige Abgrenzung durch eine stabilere Selbstwahrnehmung zu fördern. Die Achtsamkeit auf Beziehungen kann auch die Beziehung zur Natur einschließen. Wir arbeiten auch mit diesen Patient:innen sehr gerne in der Natur, z. B. eine ganze oder eine halbe Sitzung lang.

Den Aufbau der Gruppensitzungen haben wir zuletzt so gestaltet, dass wir für jedes Treffen einen Themenschwerpunkt hatten (mit der Flexibilität für aktuelle Anliegen und Bedürfnisse):

- Kennenlernen, Einführung in Achtsamkeit, erste kleine Übungen
- Körperwahrnehmung, Entspannung/Selbstfürsorge
- Psychoseerfahrung
- Interaktion, relationale Achtsamkeit
- MKT-Übungen, Kognition
- Wiederholen, Abschluss

Vorgehen mit dem MKT-Programm: Aus diesem Programm haben wir eine Übung zur Korrigierbarkeit und eine Übung zum Schlussfolgern übernommen. Studien haben gezeigt, dass Menschen mit Psychoseerfahrung häufig, aber nicht immer, zum einen einmal bezogene Positionen wenig verändern – selbst bei Beweis des Gegenteils oder stichhaltigen Gegenargumenten, zum anderen, dass sie dazu neigen, vorschnelle Entscheidungen zu treffen. Diese Vorgehensweisen können zu zwischenmenschlichen Problemen und falschen Entscheidungen führen, verhindern eine realistische Einschätzung von Situationen (Moritz et al. 2011).

In der Übung zur Korrigierbarkeit wird eine Bildergeschichte bestehend aus drei Bildern mit mehreren Antwortmöglichkeiten gezeigt. Die Bilder der Geschichte werden in umgekehrter Reihenfolge (d. h. das letzte Geschehnis zuerst) gezeigt. Die Antwortmöglichkeiten sollen nach jedem Bild neu bezüglich ihrer Wahrscheinlichkeit/Plausibilität eingeschätzt werden. In der Übung zum Schlussfolgern wird eine Bilderserie gezeigt. Beim wird nur ein Detail gezeigt, bzw. haben wir das Bild mit zunehmenden Details auf die Flipchart gemalt. Auf den nachfolgenden Bildern werden weitere Details hinzugefügt, bis schließlich das vollständige Objekt zu sehen ist. Nach jedem Schritt soll überlegt werden, was dargestellt sein könnte. Es werden sechs Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Die Teilnehmer:innen sollen einschätzen, wie plausibel/wahrscheinlich sie die verschiedenen Antwortmöglichkeiten finden. Diese Übungen waren in jeder Gruppe immer sehr lebendig und es haben sich hinterher rege Diskussionen entwickelt.

Unsere AG-Kollegin Gesine Heetderks hat uns von ihrer Arbeit in der Schweiz in einer Langzeiteinrichtung für chronisch psychisch kranke Menschen berichtet. Sie hat dort gemeinsam mit einem Psychiatriepfleger drei Kurse über zehn Wochen abgehalten, in denen neben der Psychoedukation die achtsamkeitsbasierte Arbeit eine wichtige Rolle spielte. Die Patient:innen hatten meist eine produktive Symptomatik, manchmal auch eine Minussymptomatik. Auch in ihren Gruppen wurden die Teilnehmenden zunächst ermutigt, über ihre Situation einschließlich der psychotischen Erlebnisse zu sprechen. Der Unterschied zwischen der privaten Wirklichkeit und der allgemeinen Wirklichkeit wurde thematisiert und die

Gruppenmitglieder versuchten mit den Leiter:innen der Gruppe herauszufinden, welches die private und welches die allgemein geteilte Wirklichkeit ist. Die Patient:innen halfen einander dabei sehr. Sie erlebten in ihrem Alltag eher, dass die Beziehungen gestört werden, weil andere Menschen die private Wirklichkeit nicht verstehen können oder wollen. Wie viel Wirklichkeit teilen wir überhaupt? Wie beeinflussen die Gefühle unser Denken? Was ist eine angemessene, was ist eine paranoide Reaktion? Rollenspiele machten die Perspektivität des Erlebens deutlich. Sie verwendete auch Übungen aus dem MKT-Programm. Außerdem wurde die (gemeinsame) sinnliche Wahrnehmung durch Sinnlichkeitsübungen, Bewegung auf Musik, Atemübungen – unterstützt durch Armbewegungen, Verbundenheitsübung, Selbstmassage gestärkt.

Die Teilnehmer:innen gingen sehr respektvoll und wertschätzend miteinander um. Viele äußerten zunächst Angst, in der Gruppe zu versagen. Sie wurden zunehmend offener, selbstbewusster. Die Vermittlung musste ein sehr langsames Tempo haben, damit die Teilnehmer:innen nicht in Stress gerieten. Die Wertschätzung ihrer Beiträge war sehr wichtig, weil ihr Selbstbewusstsein sehr fragil war. Bei einer Nachbefragung berichtete die Mehrheit der Teilnehmer:innen, dass sie ihr Wissen anwenden konnten, um eine kritische Situation zu meistern oder dass sie mehr Lebensfreude spürten, dass sich ihr Kontakt zu den Mitpatient:innen „ein wenig“ verbessert habe oder dass die Achtsamkeitsübungen für sie wichtig geworden waren. Alle wollten den Kurs weiterempfehlen. Zitate aus dem Treffen nach acht Wochen: „Manchmal lese ich nach was in dem Ordner steht, den Sie uns gaben.“, „Ich denke an die Gruppe und fühle mich nicht mehr so allein.“, „Ich denke daran, was Sie uns vorgespielt haben – wie unterschiedlich Wahrnehmungen des gleichen Ereignisses sein können.“, „Wie gut, dass wir am Anfang abgemacht haben, dass nichts Persönliches aus der Gruppe weitererzählt wird.“, „Wir möchten uns ab und zu wieder treffen.“

Welche Bedeutung kann Achtsamkeit in der Behandlung von Psychose haben?

Wir sind uns im Klaren darüber und einig, dass Achtsamkeit in der Regel nicht die Behandlung mit Medikamenten ersetzen kann, auch wenn sich viele Teilnehmer:innen das gewünscht haben. Wir sehen sie als Zusatz zu Medikation und/oder Einzelpsychotherapie. Unsere Erfahrungen zeigen, dass die Praxis der Achtsamkeit durch die Verbesserung der Selbstwahrnehmung und Selbstbeobachtung hilft. Insbesondere durch das Üben von Absichtslosigkeit und Offenheit, aber auch Fokussierung gelingt es, wirklich in der Wahrnehmung und Beobachtung zu bleiben. Die Menschen nehmen Veränderungen in Richtung Krankheitssymptomatik frühzeitiger wahr, können hierbei besser in der Distanz bleiben und erreichen dadurch mehr Handlungsspielraum, selbstverantwortlich mit den bemerkten Veränderungen umzugehen (Auslöser meiden, was brauche ich jetzt? Ggf. Medikation erhöhen) und dadurch ein „Reinrutschen“ in die Psychose zu verhindern.

Achtsamkeit vergrößert den Möglichkeitsraum, in dem auch unangenehme Wahrnehmungen Platz haben (da sie nicht sofort in die Kategorie „unangenehm-schwierig-krank“ einsortiert

werden). Es gelingt besser, Tagesschwankungen eines ganz „normalen Lebens“ auszuhalten, ohne die Angst, dass diese sofort den Beginn einer Wiedererkrankung anzeigen. Hierdurch kann sich mehr Lebendigkeit entwickeln und der Kontakt zu sich selbst gestärkt werden. Damit steigt, insbesondere für Menschen mit Psychose, die Lebensqualität, sie lernen, sich mehr als Menschen mit Psychoseerkrankung zu verstehen und weniger als „Psychotiker“. Wir können mit dieser Arbeit die Selbstakzeptanz und damit das Selbstwertgefühl verbessern.

Es kann zu wichtigen Gruppengesprächen kommen, denn die wenigsten Menschen mit Psychoseerfahrung haben die Möglichkeit, über ihre Erfahrungen zu sprechen, zu erleben, dass sie damit nicht allein sind und dass ihre Berichte weder Ängste noch Stigmatisierungen bei den Gesprächspartner:innen hervorrufen. Diese unspezifischen Wirkungen therapeutischer Gruppen, insbesondere aber dieser Gruppe, schätzen wir hoch ein. Manche Teilnehmer:innen treffen sich auch nach oder zwischen den Gruppen, was wir sehr begrüßen.

Ein Beispiel:

In einem Treffen kommt es zu einem ausführlichen Gespräch über das „Stimmenhören“. Da die Beteiligung so intensiv ist, räumen wir mehr Zeit dafür ein als vorgesehen. Dabei sprechen wir auch über die Unterschiede zwischen dem Hören nicht-vorhandener Stimmen und dem normalen Hören. Es wurde deutlich, dass die „Stimmen“ nicht im Raum lokalisierbar sind und als körpernaher erlebt werden, dass sie schwerer zu verstehen und eher kurz angebunden sind, dass sie nicht auf Einwände antworten und meistens unbekannt sind. Die Gruppenleiter:innen konnten beitragen, dass wohl jeder Mensch dazu in der Lage ist, solche „Stimmen“ zu hören, wenn er lange isoliert ist und ihm Sinnesreize entzogen werden. Das Gespräch brachte also ein wenig „Normalisierung“ ins Spiel (was ein häufiger Effekt der Achtsamkeitspraxis ist, stellte aber klar, dass durch eine differenzierte Wahrnehmung eine Unterscheidung zwischen Realität und subjektivem Erleben möglich ist.

In Gruppen, in denen die Teilnehmer:innen viel Minussymptomatik aufwiesen, herrschte allerdings manchmal auch eine zähe Stimmung mit wenig Rückmeldungen zu dem Intervall seit der letzten Sitzung, wenig Fragen, Beteiligung am Sharing usw.

In den Gruppen mit Menschen mit Psychoseerfahrungen ist es uns auch wichtig, die Aspekte der Verlangsamung und des Nicht-Handelns, die zur Achtsamkeit gehören, zu vertiefen. Manche Patient:innen kamen mit dem Anliegen, den Sog in die Psychose verhindern zu können. Sie berichteten, wie sie durch heftige Gefühle, insbesondere Unsicherheit, Angst und Misstrauen den Bezug zur Realität verlieren. Es geht uns also in diesen Gruppen darum, zu lernen, Gedanken, Gefühle und Impulse in Ruhe wahrzunehmen und nicht rasch oder reflexartig nach ihnen zu handeln, z. B. sich zurückzuziehen oder Konflikte eskalieren zu lassen. Dadurch sollten zukünftige dramatische Entwicklungen abgemildert und eine ausreichende Realitätsprüfung ermöglicht werden. Dazu gehört auch die Einsicht, dass das Handeln und die Kommunikation dauerhaften moralischen und realistischen Konzepten folgen sollten, auch dann, wenn sich psychotische Überzeugungen und Gefühle ausbreiten. Das Nicht-Handeln und die schlichte Präsenz in der Gegenwart können und sollten zu einer

Beruhigung, einer allgemeinen Entängstigung und einem gelasseneren Umgang mit Problemen führen.

Einzeltherapie

In der Einzeltherapie mit Patienten mit Psychoseerfahrung hat der Aspekt der Achtsamkeit bei mir (A. F.) auch immer einen festen Platz. Gerade bei den Patient:innen, die schon viele Jahre die Erfahrungen mit Psychosen haben, also auch viele Klinikaufenthalte, viele Medikamente mit z. T. unangenehmen Nebenwirkungen, viele negative, mitunter entwertende Erlebnisse in Akutbehandlungen erlebt haben, ist die Arbeit in der Einzeltherapie besonders wertvoll. Es erfordert schlichtweg Zeit und Geduld, stark zementierte Erfahrungen und Überzeugungen aufzuweichen und mit neuem Erleben zu ersetzen, was in einem Gruppensetting gar nicht möglich ist. Die Patient:innen brauchen oft sehr viel Unterstützung und Auffangen beim Wahrnehmen und Akzeptieren der sie überflutenden Ängste und Unsicherheiten. Hierzu möchte ich zwei Fallbeispiele beschreiben, in denen das Potential der Achtsamkeitsarbeit (im Zusammenspiel mit einer guten, passenden und ausreichenden, aber nicht übermäßigen antipsychotischen Medikation) sehr deutlich wird. Beide Patient:innen nehmen schon seit Jahrzehnten Medikamente ein, so dass hier aktuell nicht an ein Ausschleichen und Absetzen der Medikamente zu denken ist. Anders wäre es z.B. bei einer Erst- oder Zweiterkrankung. Hier könnte Achtsamkeit durchaus helfen zu erreichen, die Medikamente nicht dauerhaft zu brauchen.

Frau B., 49 J.:

Frau B. nahm an unserer letzten Gruppe teil. Sie hatte von dem Angebot erfahren durch das Internet auf der Suche nach anderen Möglichkeiten der Behandlung als nur durch Medikamente. Frau B. leidet seit etwa Mitte 20 an einer schizoaffektiven Psychose mit mehreren schizomanischen Episoden, Akuteinweisungen, Zwangsmaßnahmen, während der letzten Episode Sorgerechtsentzug für ihre Tochter (das sie mittlerweile wieder hat). Nach den Psychosen folgten oft lange depressive Phasen. Auch zu Beginn des Kurses waren noch deutliche Negativsymptomatik, Antriebsstörung und Starre vorhanden, sie äußerte den Wunsch der Ich-Stärkung, sich wieder spüren können. Sie nahm sehr interessiert am Kurs teil und war dank ihres hohen Intellekts auch gut in der Lage, die Inhalte zu verstehen und mitzunehmen, auch wenn sie emotional noch sehr reduziert war. Einige Zeit nach Ende des Kurses nahm sie mit mir Kontakt auf und fragte nach einem Einzelpsychotherapieplatz, da sie jemanden suche, der/die mit Achtsamkeit arbeite und ihr helfe, „wieder ins Arbeiten zu kommen“. „Der Zugang zur Erkrankung über den Weg der Achtsamkeit habe ihr gut gefallen und sie habe vom Kurs sehr profitiert.“ In der Einzeltherapie habe ich mit ihr immer wieder praktisch mit Achtsamkeit gearbeitet oder in der Gruppe gelernte Dinge in Überlegungen integriert. Hierbei waren/sind für sie die Übungen: 3-2-1, fokussierte Achtsamkeit in der Natur, Körper im Kontakt mit der Umgebung spüren (sitzen, liegen, sich anlehnen), Atem wahrnehmen, besonders wichtig. Auch informelle Achtsamkeit übt sie und sie nimmt Momente von „Blitzachtsamkeit“ wahr, d. h. sie kann immer wieder für Momente die Haltung der Achtsamkeit einnehmen. Mithilfe u. a. von diesen Achtsamkeitsübungen ist es ihr gelungen, sich wieder lebendiger zu fühlen, sich zu trauen, wieder Gefühle zu haben ohne

Angst, dass dies die nächste Manie bedeute und sie ist in einen guten produktiven Arbeitsprozess gekommen. Sie ist dabei zu lernen, gut für sich zu sorgen, eigene Grenzen wahrzunehmen und sich nicht zu überfordern. Sie hat im letzten Jahr wirklich schwierige Situationen gemeistert, ohne in alte Verhaltensmuster zu kommen, die in der Vergangenheit oftmals in eine Psychose geführt haben. Geholfen haben ihr da ganz konkret die Atemübungen, die sie immer wieder in die Präsenz gebracht haben. Und sie nimmt sich wieder als Mensch wahr mit bestimmten Schwierigkeiten durch eine Erkrankung, nicht mehr als „Kranke“, und kann sich damit auch von dem Konzept ihrer Eltern abgrenzen. Aus meiner Sicht hat ihr die Achtsamkeit vor allem in zweierlei Hinsicht geholfen: zum einen bei der Verbesserung der Wahrnehmung von sich selbst (Körper, Gefühle, Gedanken, Impulse) und der Wahrnehmung der Umwelt und ihrem Bezug zur Umwelt, zum anderen durch die Übung von Dekonstruktion, insbesondere was ihr Krankheitskonzept angeht. Die Achtsamkeitspraxis hilft ihr somit, immer besser die Situationen zu erkennen, in denen sie in ein depressives oder manisch-grenzenloses Muster rutscht, und dann bewusst einen anderen Weg einzuschlagen.

Herr J., Mitte 50:

Herr J. leidet an einer chronifizierten schizoaffektiven Psychose mit vielen schizomanischen und depressiven Phasen, erlebt bisher eigentlich gar keine „Normalität“, lebt in einem Wohnheim für chronisch psychisch Kranke. Ich kenne ihn seit 15 Jahren, meist befand er sich in einem depressiven Zustand mit ausgeprägtem psychotischen Beziehungserleben, nahm hohe Medikamentendosen ein und litt unter Nebenwirkungen. Manchmal traten auch noch schizomanische Phasen auf, die seit der Heimunterbringung schon deutlich rückläufig waren, aber zuvor mehrfach zu Akuteinweisungen geführt hatten. Nach der letzten Akuteinweisung 2015 mit Zwangsmaßnahmen war er bereit, eine Behandlungsvereinbarung mit mir und der zuständigen Mitarbeiterin aus dem Wohnheim zu verfassen und wir konnten seither eine weitere Klinikbehandlung verhindern. Schon in diesem Zusammenhang haben wir mit ihm immer wieder kleine Achtsamkeitsübungen gemacht, damit er lernt, sich selbst wahrzunehmen und zu beobachten, um „Frühwarnzeichen“ rasch zu bemerken. Parallel dazu hat die sehr engagierte Mitarbeiterin viel mit ihm gearbeitet und ihm einen verlässlichen engen Kontakt angeboten. In den Gesprächen mit mir in den Visiten zeigte sich eine zunehmende Öffnung. Aufgrund einer Nebenwirkung ließ er sich auch auf den Versuch einer Medikamentenänderung ein, mittlerweile hat er zwei andere Medikamente in deutlich niedrigerer Dosierung als in all den Jahren zuvor. Seit etwa vier Monaten ist er bei mir in Einzeltherapie und kommt zu den Terminen in die Praxis. In jeder Stunde beginnen wir mit einer Achtsamkeitsübung (meist Sitzen, atmen, Körper spüren), um das Wahrnehmen und die Präsenz zu stärken.

Je nachdem, wie sehr er von seinen Gedanken eingenommen ist, schließe ich noch ein bis zwei passende Übungen an. Mit diesem Vorgehen ist er dann sehr gut in der Lage, die Themen, die ihn gerade belasten, mit ausreichender Distanz zu schildern und sich mit mir verschiedene Interpretationsmöglichkeiten anzuschauen. Mittlerweile weiß ich viel von seiner Familien- und Lebensgeschichte, von vielen traumatisch erlebten Ereignissen, der

Entstehung der extrem hohen Selbstabwertung („Ich bin der Teufel“). In vielen psychotischen Ereignissen (Stimmen/Mitbewohner reden über ihn, Zeichen in der Umwelt zeigen ihm, dass er „vom Teufel“ sei) tauchen Inhalte auf, die in Zusammenhang stehen mit zutiefst angstmachenden und verunsichernden Erlebnissen aus der Kindheit. Ich übe mit ihm, in einer achtsamen Haltung das aktuelle eigene Erleben erst einmal umfänglich wahrzunehmen und zu beschreiben, zu akzeptieren und nicht zu interpretieren und zu invalidieren. Darin hat er mittlerweile (mit Unterstützung) schon viel Übung und wir können dann in der Therapie weitergehen und uns gemeinsam anschauen, welches Erleben tatsächlich mit der momentanen Situation zu tun hat und welches Erleben in die Vergangenheit gehört. Ähnlich arbeite ich mit ihm in Bezug auf das Wahrnehmen seiner verschiedenen Stimmungen und Gefühle mit dem Ziel, diese zu akzeptieren, zu lernen, sie zu steuern, um letztendlich wieder mehr Lebendigkeit zu erlangen und die Angst vor zu vielen Gefühlen zu verlieren. Bereits jetzt wird schon deutlich, dass Herr J. sich in seinem Befinden weg vom depressiv-psychotischen Pol hin zu einem „Pendeln um die Normallinie herum“ bewegt und er beginnt, sich selbst Schritt für Schritt zu akzeptieren. Er zieht sich nicht mehr so sehr in sein Zimmer zurück, nimmt am Tagesgeschehen teil. Der nächste Schritt wird sein, dass er Sicherheit in Bezug auf seine Mitmenschen und die Umwelt gewinnt.

Literatur

Böge K., Catena D., & Hahn E (2022). Achtsamkeitsbasierte Interventionen für Menschen mit psychotischen Störungen: Ein Überblick über den Forschungsstand zu.r Wirksamkeit und Implikationen für die klinische Praxis. *Verhaltenstherapie*, 32(1-2), 11-22

Blankenburg, W. (1971): *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit*. Stuttgart: Enke

Chadwick P. (2006) *Person-Based CognitiveTherapy of Distressing Psychosis*. Hoboken: John Wiley & Sons

Cramer H., Lauche R., Haller R. et. al. (2016) Mindfulness- and Acceptance-based Interventions for Psychosis: A Systematic Review and Meta-analysis. In: *Global Advances in Health and Medicine*. Vol. 5, issue 1, p. 30-43.

Dyga K., Stupak R. (2015) Meditation and psychosis: trigger or cure? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 3: 48–58, DOI: 10.12740/APP/58976

Fuchs T. (2020) *Randzonen der Erfahrung: Beiträge zur phänomenologischen Psychopathologie* (Schriftenreihe der DGAP, Band 9). Freiburg: Karl Alber.

Huppertz M. (2000) *Schizophrene Krisen*. Bern: Huber.

Huppertz M. (2012) *Anthropologische Psychiatrie und achtsamkeitsbasierte Therapie*. Veröffentlicht auf: www.mihuppertz.de/download, 2012.

Huppertz M. (2013) *Meditation und Psychiatrie. Über die Verseelung und Vergeistigung der Meditation*. In: A. Renger, C. Wulf. *Meditation*. Paragrana – Zeitschrift für Historische Anthropologie, 2 / 2013, <https://www.mihuppertz.de/texte-zum-download/>

Huppertz M. (Hg.) (2021). Achtsamkeitsbasierte Therapie und Beratung. Frankfurt: Mabuse-Verlag.

Huppertz M. (2022) Die Kunst da zu sein. Häufig, selten und nie gestellte Fragen zur Achtsamkeit. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.

Kuijpers H., van der Heijden F., Tuinier S., Verhoeven W. (2007). Meditation-induced psychosis. *Psychopathology* 40, 461–464. DOI: 10.1159/000108125

Minkowski L. (1927) La schizophrénie. Paris: Payot.

Moritz S., Krieger E., Bohn F., Veckenstedt R. (2017): MKT+: Individualisiertes Metakognitives Therapieprogramm für Menschen mit Psychose (Psychotherapie: Manuale), 2. Aufl. Berlin: Springer.

Sass L.A. (1992) Madness and Modernism. New York: Basic Books.

Scharfetter C. (1999): Der spirituelle Weg und seine Gefahren. Stuttgart: Thieme.

Sharma P., Mahapatra A., Gupta R. (2019) Meditation-induced psychosis: a narrative review and individual patient data analysis. *Irish Journal of Psychological Medicine*, p. 1-7. DOI:10.1017/ipm.2019.47

Shonin E., Van Gordon W., Griffiths M.D. (2013). Mindfulness-based interventions: towards mindful clinical integration. *Frontiers in Psychology* 4, 194. DOI: 10.3389/fpsyg.2013.00194.

Van Dam N.T., van Vugt M.K., Vago D.R., Schmalzl L., Saron C.D., Olendzki A., Fox K.C. et al. (2019) Mind the hype: a critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. *Perspectives on Psychological Science*, 13, 36–61.

Darmstadt, März 2023