



AHG Klinik Schweriner See

Klinik für Psychosomatische Medizin,
Psychotherapie und Suchtmedizin

Heft 16

Schizophrene Störungen



Herausgeber: Dr. med. Thomas Fischer

Chefarzt

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie - Psychotherapie
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Sozialmedizin

Am See 4

19069 Lübstorf

fon: 0 38 67.9 00-165

fax: 0 38 67.9 00-600

fkschwerin@ahg.de

www.klinik-schweriner-see.de

www.ahg.de/schwerin

Redaktion: Dr. med. Ulrike Prösch
Dr. med. Thomas Fischer

2. Auflage, November 2012, 500 Exemplare

ISSN 1433-3163 „Angewandte Verhaltenstherapie“ (Print)

ISSN 1619-4411 „Angewandte Verhaltenstherapie“ (Internet)

Themenhefte dieser Reihe erscheinen in unregelmäßigen Abständen.

Michael von Majewski, Katrin Seidel

Schizophrene Störungen

Ansprechpartner für den Bereich Schizophrene Störungen:

Dipl.-Med. Katrin Seidel
Fachärztin für Psychiatrie / Psychotherapie
Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen
Oberärztin

Dipl.-Psych. Michael von Majewski
Psychologischer Psychotherapeut
Leitender Psychologe

Telefonische Sprechzeit:
Dienstag 9:00 – 10:00 Uhr
fon: 03 85.7 44 03-13 bzw. -15
fax: 03 85.7 44 03-22

Außerhalb der Sprechzeit erreichbar unter:
fon: 03 85.7 44 03-0

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
Diagnosen und Problembereiche	6
Entstehungsmodell	8
Indikationsspektrum und Behandlungsverlauf	9
Therapeutische Grundsätze	10
Therapeutische Schwerpunkte	11
Therapieziele	14
Therapiebausteine	15
Literatur	16

Einleitung

In der AHG Poliklinik Schelfstadt in Schwerin als Außenstelle der AHG Klinik Schweriner See wird seit Ende 2007 zusammen mit dem Kooperationspartner ANKER Sozialarbeit Schwerin integrierte medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen im Rahmen der Rehabilitation Psychisch Kranker (RPK) durchgeführt. Das Angebot wendet sich insbesondere an Patienten, die an einer in Rückbildung befindlichen schizophrenen Psychose oder schweren Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen leiden. Ca. 60% der RPK-Patienten haben als Erstdiagnose eine Schizophrenie (FISCHER, MAJEWSKI & BEHM 2007).

Die Psychosen zeigen sich mit unterschiedlichen Symptombildern, weshalb man besser von schizophrenen Störungen spricht, die jedoch als gemeinsames Merkmal den Verlust an Realitätsbezug mit Störungen der Wahrnehmung, des Denkens, des Fühlens und des Verhaltens aufweisen.

Während die Prognose früher eher negativ eingeschätzt wurde, kann heute mit Hilfe moderner antipsychotischer Medikation in Verbindung mit spezifischen verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepten eine deutliche Verbesserung der Krankheitsverläufe beobachtet werden. Etwa ein Drittel der Patienten gilt nach einer Ersterkrankung als vollständig geheilt, ein weiteres Drittel der Patienten hat mehrere Krankheitsepisoden, bleibt jedoch sozial und beruflich integriert. Nur über ein letztes Drittel zeigt einen anhaltenden chronischen Verlauf mit Verlust an sozialer und beruflicher Integration (MÖLLER 2001).

Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens an einer schizophrenen Störung zu erkranken, liegt bei einem Prozent. In Deutschland sind aktuell ca. 250.000 Menschen an einer Schizophrenie erkrankt. Die Erkrankung tritt am häufigsten zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr auf. Damit sind besonders viele junge Menschen betroffen, die sich aufgrund ihrer Erkrankung noch keine gesellschaftliche oder berufliche Perspektive aufbauen konnten (HAHLWEG & DOSE 1998).

Unbehandelt oder nicht ausreichend behandelt führt eine schizophrene Störung oft zu Arbeitslosigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Wohnungslosigkeit. Das durchschnittliche Berentungsalter liegt bei Anfang 40 Jahren, während es bei allen anderen Krankheitsgruppen bei über 50 Jahren liegt. Die volkswirtschaftliche Belastung ist durch häufige Psychiatrieaufenthalte, hohe Medikamentenkosten und Rentenleistungen hoch. Schizophrene Patienten leiden nicht nur unter ihren Krankheitssymptomen, sondern auch an der oft negativen Einstellung der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken, die bis hin zur Stigmatisierung gehen kann und letztlich den Krankheitsverlauf negativ beeinflusst (FRIEBOES et al. 2005).

Diagnosen und Problembereiche

Die Weltgesundheitsorganisation WHO unterteilt schizophrene Störungen in ihrer Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 (DILLING et al. 2002) in verschiedene Untergruppen und benennt Kriterien, die erfüllt sein müssen, um die Diagnose Schizophrenie stellen zu können. Zunächst muss jedoch ausgeschlossen sein, dass die entsprechenden Symptome durch eine andere, insbesondere organisch bedingte Psychose auftreten. Deshalb ist bei jedem Patienten eine ausführliche körperliche, laborchemische und apparative Untersuchung notwendig. Anschließend sind die Symptome von affektiven und schizoaffektiven Erkrankungen oder auch manchen Persönlichkeitsstörungen abzugrenzen.

Für die Diagnose der Schizophrenie ist nach der ICD-10 der WHO ein Zeitkriterium von vier Wochen notwendig. Das heißt, dass zum Beispiel ein Wahn oder eine Halluzination bereits mindestens vier Wochen andauern muss, um als Schizophrenie diagnostiziert zu werden.

Symptome schizophrener Störungen nach ICD-10:

- Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Wahnwahrnehmung
- Halluzinationen, besonders kommentierende oder dialogische Stimmen
- Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Beeinflussungserlebnisse, Zerfahrenheit, Gedankenabreißen u. a.
- Katatone Symptome
- Negative Symptome wie Apathie, Sprachverarmung, verflachter Affekt
- Charakteristische Symptomatik über mindestens einen Monat
- Ausschluss von nachweisbaren organischen Ursachen

Subtypen schizophrener Störungen nach ICD-10:

- Paranoide Schizophrenie (F 20.0)
- Hebephrener Typ (F 20.1)
- Katatone Schizophrenie (F20.2)
- Undifferenzierte Schizophrenie (F 20.3)
- Postschizophrene Depression (F 20.4)
- Schizophrenes Residuum (F 20.5)
- Schizophrenia simplex (F 20.6)

Die Diagnose eines bestimmten Subtyps orientiert sich am vorherrschenden Beschwerdebild. Die paranoide Schizophrenie ist der häufigste Subtyp der schizophre-

nen Störungen und gekennzeichnet durch Auftreten von Wahn und/oder Halluzinationen. Beim katatonen Subtyp finden sich psychomotorische Störungen wie übermäßige Bewegungen oder Bewegungsstarre. Besonders im Jugendalter oder jungen Erwachsenenalter tritt der hebephrene Typ mit läppischer Grundstimmung oder oberflächlichem Verhalten auf. Die undifferenzierte Schizophrenie zeigt keine charakteristischen Symptome. Die postschizophrene Depression markiert einen Erschöpfungszustand nach einem akuten Schub mit depressiver Symptomatik. Das schizophrene Residuum kennzeichnet einen anhaltenden Zustand mit insbesondere Negativsymptomatik wie Antriebsarmut, Gefühlsverflachung, Interessenlosigkeit und sozialem Rückzug und kommt einer Persönlichkeitsveränderung gleich. Die Schizophrenia simplex schließlich geht ohne Positivsymptomatik wie Wahn oder Halluzination in ein schizophreses Residuum über.

Die Diagnose Schizophrenie wird oft erst einige Jahre nach dem eigentlichen Krankheitsbeginn gestellt, da erste Anzeichen eher unspezifisch sein können und noch nicht zu wesentlichen Beeinträchtigungen führen müssen. Die Phase wird als Prodromalphase bezeichnet. In dieser Phase zeigen die Patienten u. a. ein auffälliges Sozialverhalten mit Rückzug und Gleichgültigkeit. Die Belastbarkeit und Konzentrationsfähigkeit nehmen ab.

Der Krankheitsverlauf kann sehr unterschiedlich sein. Prodromalphasen und Residualzustände können auftreten, müssen jedoch nicht. Die Erkrankung zeigt sich in plötzlich auftretenden Schüben oder in schleichenden Entwicklungen. Manchmal tritt nur ein Schub auf, manchmal können dagegen auch mehrere Schübe auftreten, die sich entweder vollständig zurückbilden oder anhaltende Beeinträchtigungen nach sich ziehen.

Trotz inzwischen verbesserter Behandlungsmöglichkeiten enden viele Verläufe der Schizophrenie in einem chronischen Residuum oder gar tödlich. Ca. 10 % der Patienten begehen Selbstmord. Ca. 20 % der Wohnungslosen sind Schizophrene, deren Lebenserwartung aufgrund der sozialen Bedingungen mit fehlender Inanspruchnahme medizinischer Versorgung und gesunder Ernährung reduziert ist. Wegen der Nebenwirkungen der Neuroleptika ist die Medikamenteneinnahme oft problematisch, auch wenn mit den modernen Antipsychotika nun Medikamente zur Verfügung stehen, die deutlich positiver angenommen werden und geringere negative Nebenwirkungen wie extrapyramidale Bewegungsstörungen nach sich ziehen. Findet eine Förderung in einer störungsspezifischen Rehabilitationseinrichtung mit längerer Behandlungs- und Integrationsmöglichkeit nicht statt, chronifiziert sich die restliche Symptomatik oder exazerbiert mit wiederkehrenden Akutbehandlungen in psychiatrischen Krankenhäusern mit häufiger Ausgrenzung vom Lebensumfeld, was wiederum die Defizite noch verstärkt (BECKER et al. 2007).

Entstehungsmodell

An der Entstehung der Schizophrenie sind unterschiedliche Faktoren beteiligt. Teilweise besteht eine genetische Disposition, die durch Zwillingsstudien belegt werden konnte. Biochemisch wird für schizophrene Symptome eine Überfunktion des Botenstoffes Dopamin an den Verbindungsstellen von Nerven bei gleichzeitiger Unterfunktion frontaler Hirnzentren verantwortlich gemacht. Ob aber nun eine Schizophrenie letztlich ausbricht, hängt von Stressfaktoren und Bewältigungs-kompetenzen des Patienten ab.

Durchgesetzt hat sich als Entstehungsmodell der Schizophrenie das so genannte „Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell“ (BECKER et al. 2007). Stressartige Belastungen durch kritische Lebensereignisse wie Umzug oder Verlust von Kontakten sowie hoch emotionale familiäre Situationen bei einem vielfach biologisch disponierten und reduziertem individuellen Verarbeitungsvermögen können zu einem akuten Ausbruch der Schizophrenie führen. Die besondere Vulnerabilität (Verwundbarkeit oder Empfindlichkeit) steht im Zusammenhang mit einer kognitiven Basisstörung der Informationsverarbeitung bzw. Informationsfilterung. Die Patienten können kaum Hierarchien bilden und nur schwer Wichtiges von Unwichtigem unterscheiden. Ferner fällt es ihnen schwer, unterschiedliche Außenreize zu filtern, so dass es zum Erleben von ängstigenden Überflutungen kommt. Viele Symptome der Schizophrenie wie Wahn, übermäßiges Misstrauen, sozialer Rückzug oder auch sich wiederholende Bewegungen können eine Folge dieser Basisstörungen sein und stellen dann erste Bewältigungsversuche dar, „Ordnung im Kopf“ zu schaffen, Ängste abzubauen oder sich selbst Erklärungen für gestörte Wahrnehmungen zu geben.

Indikationsspektrum und Behandlungsverlauf

In der RPK der AHG Poliklinik Schelfstadt werden Frauen und Männer ab 18 Jahren behandelt. Im Einzelfall ist auch eine Aufnahme mit Kind als Begleitperson möglich. Die Patienten befinden sich nicht mehr im akuten Krankheitsstadium und weisen keine oder nur geringe Positivsymptomatik auf. Sie haben meist eine vorausgehende akutpsychiatrische Behandlung im teilstationären oder stationären Setting abgeschlossen und sind medikamentös gut eingestellt. Aufgenommen werden jedoch auch Patienten aus der Häuslichkeit, wenn sie ausreichend stabil für die Rehabilitationsmaßnahme sind.

Da viele Patienten mit einer schizophrenen Störung eine komorbide Substanzproblematik aufweisen, die entweder der psychischen Störung vorausging oder sich später als dysfunktionaler Bewältigungsversuch entwickelte, sind in der RPK der AHG Poliklinik Schelfstadt die Behandlungsangebote auch auf Patienten mit sogenannter „Doppeldiagnose“ (meist Psychose und Sucht) zugeschnitten. Besonders junge Patienten kommen häufig mit einer drogeninduzierten Psychose in die RPK und nehmen neben schizophreniespezifischen auch an suchtbezogenen Behandlungsangeboten teil.

Nicht aufgenommen werden Patienten mit akuter Suizidalität oder Psychose sowie Patienten mit primärer Suchterkrankung oder Patienten mit geistiger Behinderung sowie Pflegebedürftigkeit.

Die Behandlung ist gegliedert in eine Phase der medizinischen Rehabilitation und in eine Phase der beruflichen Rehabilitation, wobei es keine starre Schnittstelle, sondern fließende Übergänge je nach Fähigkeitsprofil des Rehabilitanden gibt. Bereits in der Phase der medizinischen Rehabilitation werden so früh wie möglich Therapiebausteine der beruflichen Rehabilitation integriert und umgekehrt werden in der Phase der beruflichen Rehabilitation je nach Notwendigkeit wieder Therapiebausteine der medizinischen Rehabilitation aktiviert oder angeboten.

Die Behandlung im Schwerpunkt Medizinische Rehabilitation dauert durchschnittlich sechs Monate und im Schwerpunkt Berufliche Rehabilitation mindestens neun Monate. Es stehen sowohl teilstationäre als auch vollstationäre Plätze in der AHG Poliklinik Schelfstadt zur Verfügung.

Therapeutische Grundsätze

Die Rehabilitation von Menschen mit schizophrenen Störungen basiert neben der notwendigen Medikation auf einem integrativ-verhaltenstherapeutischen Konzept und konnte ihre Wirksamkeit in verschiedenen Studien belegen (WITTCHEN & HOYER 2006). Im Fokus steht jedoch nicht nur die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, sondern auch die sozialpsychiatrisch orientierte Sichtweise auf die betroffenen Menschen mit dem Anliegen, möglichst individuumszentriert, lebensweltbezogen und auch gemeindenah zu arbeiten. Dabei werden insbesondere die Bewältigungskompetenzen gestärkt und der Patient zunehmend befähigt, eigenverantwortlich mit seinen Problembereichen umzugehen. Er wird somit zum „Experten seiner eigenen Erkrankung“ und übernimmt eine aktive Rolle für seine Heilung.

Die Behandlung in der AHG Poliklinik Schelfstadt basiert auf einem Krankheits- und Behandlungsmodell, das im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) bei der Behandlung neben den Krankheitssymptomen auch die Zielstellungen der Aktivitäten und der Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben unter Einbezug der Personen- und Kontextfaktoren berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund werden die Rehabilitationsziele abgeleitet. Sie gehen über die Symptomlinderung hinaus in Richtung Befähigung zu einem eigenverantwortlichen und selbständigen Leben mit Wiedereingliederung in das gesellschaftliche und berufliche Leben (BAR 2006).

Deshalb werden biologische, psychische und soziale Faktoren bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und schließlich Behandlung schizophrener Störungen berücksichtigt und darauf abgestimmte therapeutische Schwerpunkte angeboten, die auch auf einer sehr grundlegenden Ebene ansetzen können und u. a. auch ganz lebenspraktische Fertigkeiten wie Kochen, Hygiene und Haushaltsführung umfassen.

Das Behandlungskonzept sieht eine gründliche Auseinandersetzung mit der individuellen Entwicklung der Störung im Rahmen von Einzel- und Gruppenpsychotherapien vor. Auf der Grundlage einer umfassenden Verhaltens- und Bedingungsanalyse werden individuelle Therapieziele festgelegt. An ihrem Erreichen wird im weiteren Therapieverlauf systematisch und konsequent gearbeitet. Dabei wird darauf geachtet, sowohl eine Unterforderung als auch eine Überforderung durch gestufte Anforderungen und ausreichenden Reizschutz und Rückzugsmöglichkeiten zu vermeiden.

Therapeutische Schwerpunkte

Bereits vor der Behandlung wird nach Prüfung der Vorfunde obligatorisch ein ambulantes Vorgespräch mit dem zukünftigen Patienten in der RPK durchgeführt.

Vorgespräch

Das Vorgespräch dient dem gegenseitigen Kennenlernen und der Klärung der Behandlungsbedürftigkeit und der Behandlungsmotivation. Neben der Motivation ist eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung auch eine ausreichende aktive Veränderungsbereitschaft und Behandlungsfähigkeit. Letztere umfasst die hinreichende körperliche und psychische Belastbarkeit sowie eine ausreichende Introspektions- und Verbalisationsfähigkeit, um mit Erfolg am Rehabilitationsprozess teilnehmen zu können. Schließlich ist die Rehabilitationsprognose bezüglich der Therapieziele einzuschätzen. Der Patient kann im Vorgespräch und der anschließenden Klinikführung für sich überprüfen, ob er in der RPK ausreichend günstige Umgebungsbedingungen vorfindet, um den langen Rehabilitationszeitraum erfolgreich zu durchlaufen.

Im Vorgespräch wird schließlich auch die Hausordnung erläutert, die während des gesamten Rehabilitationsverlaufs Drogen- und Alkoholkonsum verbietet.

Wohngruppenkonzept

Die Patienten mit schizophrenen Störungen sind entsprechend dem wohngruppenzentrierten Konzept in die Wohngruppe der RPK integriert und leben mit Patienten mit verschiedenen Störungsbildern für die Gesamtdauer des Aufenthaltes in einer therapeutischen Einheit zusammen. Zum Alltag der Wohngruppe gehört auch die Verantwortungsübernahme für die kooperative Nutzung der Gemeinschaftsräume und deren Ausstattung. Somit leben die Patienten einer Wohngruppe in einer wirklichkeitsnahen Umgebung, die der sozialen Realität des häuslichen Umfeldes mit seinen komplexen Anforderungen nahe kommt. Es entsteht eine Parallelität zu familiären und beruflichen Kontexten, die sich in vielen Fällen als symptomauslösende und –verstärkende Lebensumwelt erweist. In diesem Setting werden in kurzer Zeit die auch im alltäglichen Lebensumfeld der Patienten vorhandenen Ressourcen und Problemverhaltensweisen sichtbar und so der Bearbeitung direkt zugänglich. Lernschritte können in der Wohngruppe auch außerhalb der standardmäßigen verhaltenstherapeutisch orientierten Einzel- und Gruppentherapie gefestigt und ausgebaut werden, so dass die Wohngruppenstruktur insbesondere im Sinne des sozialen Lernens bereits als ein wichtiges therapeutisches Instrument des Behandlungskonzeptes wirkt.

Störungsspezifische Gruppentherapie: „Rezidivprophylaxe“ und „IPT“

In den störungsspezifischen Gruppentherapien „Rezidivprophylaxe“ und „IPT“ befinden sich ausschließlich Patienten, die aufgrund ihrer schizophrenen Störung in der RPK behandelt werden.

Damit Wiedererkrankungen seltener werden oder weniger schwerwiegend ausfallen, wird versucht, die Betroffenen für die Wahrnehmung von Frühsymptomen im Rahmen der „Rezidivprophylaxe“ (BEHRENDT 2001, KLINGBERG et al. 2003) zu sensibilisieren. Diese Frühsymptome sind der akuten Erkrankung vorausgehende Veränderungen wie z. B. Schlafstörungen, Unruhe, Veränderungen der Stimmung oder die anhaltende Beschäftigung mit bestimmten belastenden Themenbereichen ohne sich davon distanzieren zu können. Zusammen mit dem Patienten kann ein persönlicher Krisenplan aufgestellt werden, der das Abgleiten in eine erneute akute Psychose verhindern soll. Wichtige Bestandteile dieser Pläne sind die Belastungs- und Reizreduktion, die Entlastung und Unterstützung durch eine Person des Vertrauens, die eventuelle Einnahme einer mit dem Arzt abgesprochenen Notfallmedikation, das Aufsuchen des behandelnden Arztes und damit verbundene Veränderung der aktuellen Medikation sowie die Möglichkeit einer stationären Aufnahme.

Die störungsspezifische Gruppe „Integriertes psychologisches Trainingsprogramm für schizophrene Menschen IPT“ (RODER et al. 1997) setzt sich aus fünf aufeinander bezogene Unterprogramme (kognitive Differenzierung, soziale Wahrnehmung, verbale Kommunikation, soziale Fertigkeiten, interpersonelles Problemlösen) zusammen. Zunächst werden vermehrt kognitive Prozesse und erst zeitlich später allgemeine soziale Kompetenz und andere soziale Fertigkeiten therapeutisch angegangen mit zunehmender emotionaler Belastung und interpersoneller Komplexität.

Soziotherapeutische Betreuung

Während des gesamten Rehabilitationsverlaufs werden die Patienten durch Sozialarbeiter unterstützt, die einerseits bei der Regulierung finanzieller und behördlicher Angelegenheiten als auch bei der Bewältigung lebenspraktischer Fertigkeiten bezüglich Selbstständigkeit, Haushaltsführung, Bewerbungskompetenz, Freizeitverhalten oder Hygieneanforderungen behilflich sind. Wichtige Hilfestellungen liegen auch in der Vermittlung von Belastungserprobungen, Praktika, Schulabschlüssen oder Arbeitsverhältnissen sowie der Wohnungssuche.

Familien- und Paargespräche

In der Behandlung schizophrener Störungen nimmt die Familien- und Angehörigenbetreuung eine besondere Rolle ein. Einerseits leiden häufig die Familienangehörigen oder Partner unter den Symptomen und Beeinträchtigungen ihrer Angehörigen, andererseits haben Studien gezeigt, dass sich das Risiko für Rezidive durch ein ungünstiges Familienklima oder destruktive Interaktionen erhöht. Einen Beitrag dazu hat besonders die „High-Expressed-Emotion-Forschung“ geliefert. Sie konnte zeigen, dass emotionales Überengagement mit kritischer oder feindseliger Einstellung gegenüber dem Kranken bei gleichzeitiger uneindeutiger Kommunikation einen auslösenden Stressor darstellen kann. Hier setzen verschiedene Familien- oder Partnerprogramme an, die aus Psychoedukation, Problemlöse- und Interaktionstrainings bestehen. Diese Behandlungselemente finden in Form von Familien- und Partnergesprächen statt oder sind Bestandteil von Familienseminaren (RÖSSLER 2005).

Umgang mit Rückfällen und Rezidiven

Bei schizophrenen Störungen ist gelegentlich mit Verschlechterungen oder gar akuten Rezidiven zu rechnen. Hierfür ist ein besonderes Krisenmanagement in enger Zusammenarbeit mit der Carl-Friedrich-Flemming-Klinik Schwerin etabliert, das eine schnelle und unkomplizierte Verlegung in die stationäre Akutbehandlung erlaubt. Nach erfolgter Krisenintervention ist eine Rückverlegung in die RPK möglich.

Therapieziele

Therapieziele in der psychiatrischen Rehabilitation von Patienten mit schizophrenen Störungen sind:

- Erarbeitung eines Krankheitskonzeptes
- Verbesserung der Medikamentencompliance
- Frühsymptommanagement zur Rückfallprophylaxe
- Emotionsdifferenzierung
- Förderung der emotionalen Ausdrucksfähigkeit
- Verbesserung der Kommunikationskompetenz
- Verbesserung kognitiver Funktionen (Gedächtnis, Konzentration, Aufmerksamkeit, Problemlösen)
- Management der Plussymptomatik
- Management von Negativsymptomatik
- Verbesserung der Belastbarkeit
- Verbesserung der Selbstständigkeit in Bezug auf die Haushaltsführung, Hygiene, Selbstversorgung

Therapiebausteine

Zu den Therapiebausteinen im Schwerpunkt Medizinische Rehabilitation der RPK für Patienten mit schizophrenen Störungen gehören:

- Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie einschließlich Psychopharmakotherapie
- Psychiatrische Krankenpflege
- Verhaltenstherapie im Einzel- und im Gruppensetting
- Indikative Gruppen zur Krankheitsbewältigung, zur Beachtung von Frühwarnzeichen (Rezidivprophylaxe) und zu kognitiven und interpersonellen Fertigkeiten (IPT)
- Ergotherapie mit Kreativangeboten und computergestütztem kognitivem Training
- Arbeitstherapie mit Belastungserprobungen in der internen Holzwerkstatt und in externen Praktika
- Sport- und Bewegungstherapie
- Entspannungstraining (Jacobson)
- Angehörigenarbeit und Familienbetreuung

Zu den Therapiebausteinen im Schwerpunkt Berufliche Rehabilitation der RPK für Patienten mit schizophrenen Störungen gehören:

- Leistung zur Abklärung der beruflichen Eignung und Arbeitserprobung
- Trainingsmaßnahmen
- Arbeitserprobungen
- Bewerbertraining
- Berufsfindung
- Berufsvorbereitung
- Berufliche Anpassung
- Leistung im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich in anerkannten Werkstätten für Behinderte
- Eingliederung auf den Arbeitsmarkt
- Eingliederung in eine Integrationsfirma
- Vermittlung von Schulabschlüssen

Literatur

- BAR Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2006): ICF-Praxisleitfaden. Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation. Frankfurt am Main: Eigendruck.
- BECKER, T. et al. (Hrsg.) (2007): Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen. Konzepte-Interventionen-Perspektiven. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- BEHRENDT, B. (2001): Meine persönlichen Warnsignale. Ein psychoedukatives Therapieprogramm zur Rezidivprophylaxe bei schizophrener und schizoaffectiver Erkrankung. Manual für Gruppenleiter. Tübingen: DGVT-Verlag.
- DILLING, H. et al./WHO (Hrsg.) (2002): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kap. V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.
- FISCHER, T.; MAJEWSKI, M. v.; BEHM, C. (2007): RPK Rehabilitation Psychisch Kranker. AHG Poliklinik Schelfstadt Schwerin. Konzept. Lübstorf: Eigendruck.
- FRIEBOES, R. M. et al. (Hrsg.) (2005): Rehabilitation bei psychischen Störungen. München: Urban & Fischer.
- HAHLWEG, K.; DOSE, M. (1998): Schizophrenie. Göttingen: Hogrefe.
- KLINGBERG, S. et al. (2003): Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Störungen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Weinheim: Beltz.
- MÖLLER, H.-J. et al. (Hrsg.) (2001): Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.
- RODER, V. et al. (1997): IPT Integriertes psychologisches Trainingsprogramm für schizophrene Patienten. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- RÖSSLER, W. (Hrsg.) (2005): Psychiatrische Rehabilitation. Berlin: Springer.
- WITTCHEM, H.-U.; HOYER, J. (Hrsg.) (2006): Klinische Psychologie und Psychotherapie. Berlin: Springer.

In dieser Reihe sind bisher erschienen:

- Heft 1 Depressive Störungen
- Heft 2 Angststörungen
- Heft 3 Somatoforme Störungen
- Heft 4 Essstörungen (Bulimia und Anorexia nervosa)
- Heft 5 Pathologisches Glücksspielen
- Heft 6 Posttraumatische Belastungsstörungen
- Heft 7 Therapie für Mütter/Väter mit Kindern
- Heft 8 Indikation zur stationären Verhaltenstherapie
- Heft 10 Soziotherapeutische Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung
- Heft 11 Adipositas bei gestörtem Essverhalten
- Heft 12 Stationäre Behandlung von Suchtkranken im höheren Lebensalter
- Heft 13 Medikamentenabhängigkeit
- Heft 14 Pathologischer PC-Gebrauch
- Heft 15 Tabakabhängigkeit
- Heft 16 Schizophrene Störungen
- Heft 17 Familientherapie Sucht

