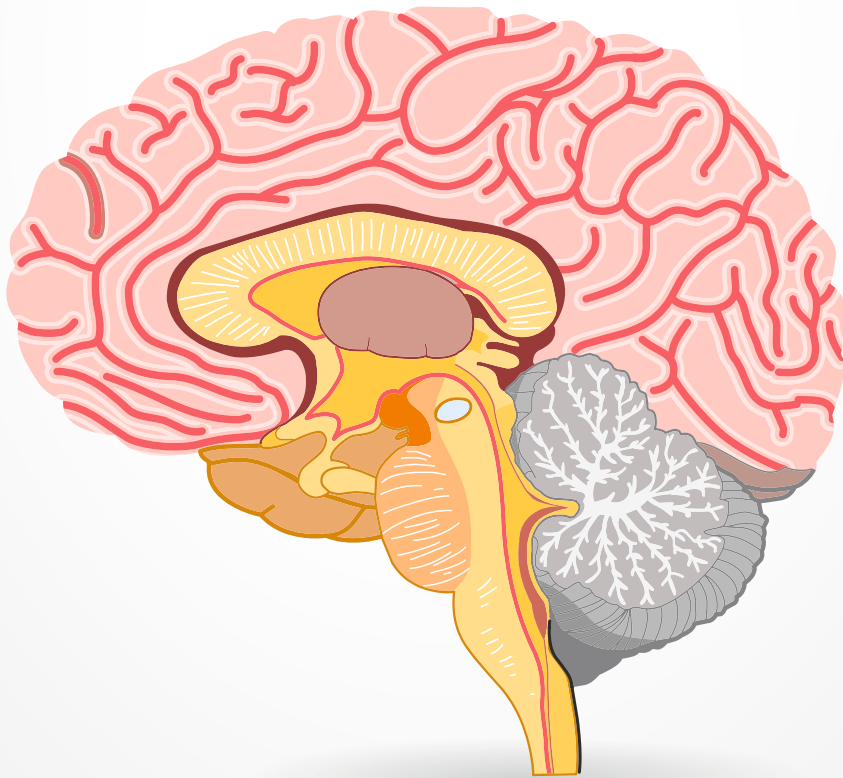


PSYCHOSEN

- ERKENNEN
- VERSTEHEN
- BEHANDELN



Ein Wegbegleiter für Betroffene und Angehörige

J. Bäuml • M. Lambert

PSYCHOSEN erkennen, verstehen und behandeln

Zum Experten werden – erfolgreich informieren



Einleitung

Eine Last, die stark macht – Legende aus der Sahara 7



Leitfaden zum Buch



Das Wichtigste auf einen Blick

Kurz gefasst – was sind Psychosen?	9
Das Wesen der Erkrankung	10
Zwischen Plus und Minus – die typischen Symptome	14
Die Verletzlichkeit der Seele – das Vulnerabilitäts-Stress-Modell.....	20
Entwicklungsstörungen des Gehirns	21
Geordnetes Chaos – das Nervensystem	24
Des Guten zu viel – Dopaminüberschuss	26
Dopaminüberschuss – die Folgen.....	28
Warum ausgerechnet ich? – Risikofaktoren	30
Erkennen vor Handeln – die Diagnose	32
Meist ein sich langsam entwickelnder Prozess – der Verlauf von Psychosen	36
Handeln auf vielen Ebenen – Therapie	40
Der erste Überlaufschutz – die medikamentöse Therapie	42
Der zweite Überlaufschutz – Psychotherapie, ergänzende Maßnahmen, Entspannungsverfahren.....	51
Der dritte Überlaufschutz – psychosoziale Maßnahmen	59
Vorbeugen ist besser als heilen – Rezidivprophylaxe	63
Vorbereitet sein für den Ernstfall – der Krisenplan	69
Tipps für den Alltag	70
Krisenplan.....	76

PSYCHOSEN erkennen, verstehen und behandeln

Beobachten und vorbeugen



Therapie-Überprüfungs-Verfahren

Fragebogen zur Befindlichkeit/Therapiezufriedenheit.	78
Fragebogen zu Stolpersteinen in der Therapie/Frühwarnzeichen	82



Wichtige Adressen



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

an einer Psychose zu erkranken, bedeutet für die Betroffenen, aber auch für deren Angehörige/Partner/Freunde/Kinder eine große Belastung. Es ist keine leichte Aufgabe, mit dieser neuen Situation umzugehen bzw. sich darauf einzustellen. Genaue Informationen über die Erkrankung, ihre Therapiemöglichkeiten und das zur Verfügung stehende Versorgungssystem sind dabei von größter Bedeutung für eine Genesung.

Je umfassender Sie sich über Psychosen informieren, also **zum Experten Ihrer Erkrankung werden**, desto mehr können Sie selbstbewusst und zielgerichtet bei den Therapieentscheidungen aktiv mitwirken. Als Experte Ihrer Erkrankung stärken Sie auch Ihre **Selbstheilungskräfte** – eine sehr wertvolle Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung.

Dieses Buch möchte Sie deshalb über alles Wissenswerte zum Wesen dieser Erkrankung und die bewährten Behandlungsmethoden informieren.

Es soll aber auch Ihr praktischer Begleiter sein, der Ihnen während Ihres Behandlungsalltags zur Seite steht und Ihnen hilft, eine gewisse Ordnung und Regelmäßigkeit bei der Aufrechterhaltung Ihrer Behandlung zu erzielen.

Denn es ist ganz natürlich, dass Patienten nach der allmählichen Besserung ihrer Beschwerden die ursprünglich empfohlene Behandlung nicht mehr für so wichtig halten. Dies trifft in besonderem Maße für die Langzeitbehandlung von Psychosen zu! Wenn die ursprünglichen Beschwerden weitgehend abgeklungen sind, dann verblasst das Gefühl für die Wichtigkeit der weiteren Behandlung. Und genau darin liegt die „Heimtücke“ dieser Erkrankung. Wenn man die medikamentöse Rückfallschutz-Behandlung zu früh vernachlässigt, sind eigentlich unnötige Rückfälle die bittere Konsequenz.

Die gute Nachricht ist: Psychosen können heute in der Regel erfolgreich behandelt werden. Voraussetzung ist, dass **Sie sich an der Therapie aktiv beteiligen** und etwas Geduld für den Genesungsprozess mitbringen.

Das Buch ist Ihr Begleiter, es kann und soll aber nicht das Gespräch mit Ihrem Therapeuten ersetzen. Bei allen Fragen und therapeutischen Maßnahmen ist der Arzt Ihres Vertrauens immer Ihr erster Ansprechpartner.

Wir wünschen Ihnen und Ihren Angehörigen viel Spaß beim Lesen.

Verbesserungsvorschläge Ihrerseits sind uns herzlich willkommen. Die Anschriften der Autoren finden Sie im Impressum.

Prof. Dr. Josef Bäuml

Prof. Dr. Martin Lambert

Eine Last, die stark macht

Ein misstrauischer Mann sah in einer Oase der Wüste eine junge Palme heranwachsen. Da er von Neid auf alles Hoffnungsvolle erfüllt war, wollte er die junge Palme verderben. Er nahm einen schweren Stein und legte ihn mitten auf die junge Krone. Der junge Baum schüttelte sich, aber es gelang ihm nicht, den Stein abzuwerfen.

Da entschloss er sich, mit dieser Last zu leben. Er grub seine Wurzeln tiefer in die Erde, so dass die Äste kräftig genug wurden, den schweren Stein zu tragen.

Nach Jahren kam der Mann zurück, um sich an diesem verkrüppelten Baum zu freuen, aber er suchte vergebens. Die Palme, inzwischen zur größten und stärksten der ganzen Oase herangewachsen, sagte zu dem Mann: „Ich muss dir danken, deine Last hat mich stark gemacht.“

Legende aus der Sahara



Das Buch richtet sich gleichermaßen an Betroffene und Angehörige. Es hat zwei Ziele:

1.

Es soll Sie umfassend und verständlich über die Krankheit und die heute zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten informieren, damit Sie in Zukunft aktiv und eigenverantwortlich Ihre Behandlung mitbestimmen können.

2.

Es soll Ihnen weiterhelfen, durch die Dokumentation Ihrer Situation und der täglichen Therapiemaßnahmen – Medikation, Psychotherapie und Selbsthilfeaktivitäten – auch einen möglichst guten Überblick über die bei Ihnen auftretenden Besserungsfortschritte zu bekommen.

Gemäß der Zielsetzung finden Sie im ersten Abschnitt des Buches alles Wissenswerte zum Thema Psychosen anschaulich beschrieben und dargestellt. Im Inhaltsverzeichnis können Sie sich vorab orientieren, welche Informationseinheiten Sie genauer nachlesen wollen.

Im Buch sind nach allen wichtigen Kapiteln freie Seiten vorgesehen, auf denen Sie die für Sie wichtigsten Punkte handschriftlich festhalten können.

Zusätzlich können Sie sich dort auch Fragen notieren, die Sie später mit Ihrem behandelnden Arzt oder Therapeuten genauer besprechen wollen.

Dadurch sollen Sie möglichst viel Sicherheit und Klarheit im Umgang mit Ihrer Erkrankung bekommen.

Im zweiten Abschnitt des Buches haben Sie die Möglichkeit, den Verlauf Ihres Befindens und die von Ihnen durchgeführten Therapien bzw. Bewältigungsversuche zu notieren. Die Einträge können Sie täglich, wöchentlich oder zu den Ihnen wichtig erscheinenden Zeitpunkten vornehmen. Nach sechs und zwölf Monaten sind Sie eingeladen, zusammen mit Ihren Angehörigen und Therapeuten ein kleines Fazit zu ziehen.

Die regelmäßigen Eintragungen in die Listen und das gemeinsame Durchsprechen dieser Einträge sind als Therapie-Überprüfungs-Verfahren gedacht, die Ihnen ein **höchstmögliches Gefühl an Sicherheit und Stabilität** verleihen sollen.

Das Buch schließt mit einer Reihe von hilfreichen Adressen, Selbsttestungs-Skalen, Buchtipps und einem griffigen Schlagwortverzeichnis.

Wir hoffen, dass Sie mit viel Gewinn und auch Spaß dieses Arbeitsbuch einsetzen können und wünschen Ihnen bald wieder einen zufriedenstellenden und glücklich machenden Gesundheitszustand.

Prof. Dr. Josef Bäuml

Prof. Dr. Martin Lambert



Das Wichtigste auf einen Blick

Kurz gefasst – was sind Psychosen?

Unter schizophrenen Psychosen versteht man schwere seelische Krankheitsbilder, die nicht aus eigener Kraft bewältigt werden können.

Vorübergehend kommt es hierbei zu einem zweigeteilten Erleben der Wirklichkeit. Die Erkrankten haben auf der einen Seite die ganz gleiche Wahrnehmung ihrer Umgebung wie andere Menschen auch; gleichzeitig erleben sie aber eine „private“, zweite Wirklichkeit, als ob sie sich im „falschen Film“ befänden.

Was steckt dahinter?

Das psychotische Erleben, so die heutige Lehrmeinung, wird ausgelöst durch einen Überschuss des Botenstoffs Dopamin im informationsverarbeitenden System des Gehirns. In diesem Bereich werden auch die einlaufenden Sinnesreize gefiltert, die über Augen, Nase, Ohren, die Geschmacksnerven im Mund und den Tastsinn eintreffen. Durch den krankheitsbedingten Dopaminüberschuss kommt es zu einer Fehlverarbeitung von Sinnesreizen (z. B. in Form von Halluzinationen = Sinnestäuschungen), die von außen in das Gehirn geleitet werden. Dadurch entsteht eine verfälschte Wahrnehmung der Umgebungssituation (Wahnbildung).

Wer erkrankt warum?

1% der Menschen weltweit besitzt die Eigenschaft, unter einem gewissen Umgebungsstress mit einem psychotischen Erleben zu reagieren. Diese Fähigkeit zum

psychotischen Erleben wird mit dem Begriff Vulnerabilität umschrieben (vulnus, lat. = Wunde, Verletzbarkeit). Menschen mit einer erhöhten Vulnerabilität haben typischerweise ein sehr feinfühliges und sensibles Nervenkostüm. Viele von ihnen sind musisch begabt, kreativ, originell, mit ganz besonderen Charaktereigenschaften ausgestattet. Dieses „Geniale“ ist oftmals die Wurzel für großartige schöpferische Leistungen. Im Krankheitsfalle kann es aber leider zu einer Überreizung dieser genialen Anlagen mit den bekannten negativen Auswirkungen kommen.

Wie wird erfolgreich behandelt?

Früher konnte man lediglich den Stress abschirmen, der zur Überreizung des Nervenkostüms geführt hatte. Mit den heute zur Verfügung stehenden Medikamenten („Antipsychotika“) kann der Dopaminüberschuss im Gehirn gezielt abgefiltert werden. Der größte Teil der Patienten lebt heute außerhalb von Kliniken. Diese moderne Form der ambulanten Behandlung ist aber nur möglich, wenn die Patienten einen ausreichenden medikamentösen Schutz beibehalten. Der Weg zur optimalen Medikations- und Dosisfindung kann aber zunächst sehr beschwerlich sein und verlangt von allen Beteiligten große Geduld.

Durch Ihre Mithilfe sowie begleitende psychotherapeutische, stressreduzierende Maßnahmen ist es fast immer möglich, einen guten Therapieerfolg zu erzielen.



Das Wichtigste auf einen Blick

Das Wesen der Erkrankung

Zwei Seelen in meiner Brust – Besonderheiten der Erkrankung

Der aus dem Griechischen stammende Begriff Schizophrenie wurde 1911 von Eugen Bleuler, einem berühmten Schweizer Psychiater, geprägt. Die Silbe „schizo“ bedeutet zweigeteilt, der andere Wortteil „phrenie“ leitet sich von der medizinischen Bezeichnung für das Zwerchfell ab. Das Zwerchfell trennt den Bauchraum von der Lunge; der Begriff „Bauchgefühl“ weist auf die dort zusammenlaufenden Nervenfasern hin, die sich bei Stress, Angst oder intensiven Gefühlsregungen heftig bemerkbar machen können.

In der Antike glaubte man, das Zwerchfell sei der Sitz der Seele.

Schizophrenie heißt somit „zweigeteilter Seelensitz“, man könnte auch von „zwei Seelen in der Brust“ sprechen. Gemeint ist hiermit das zweigeteilte Erleben der Wirklichkeit. Erkrankte können zum einen ihre Umwelt ganz „normal“ wahrnehmen wie alle anderen auch; gleichzeitig besteht jedoch eine „private“, zweite Wahrnehmungsqualität, die den Erkrankten vorübergehend eine verzerrte Sichtweise der Umwelt vermittelt.

Hinterher umschreiben dies viele Betroffene mit den Worten, sie hätten sich „im falschen Film“ befunden. Nach heutigem Wissen entsteht diese „zweite“ Wirklichkeit durch einen vorübergehenden Überschuss an Dopamin, einem Botenstoff im Gehirn.

So individuell der Mensch – so verschieden die Psychosen

Unter dem Überbegriff Psychosen versteht man „seelische Erkrankungen“, die ohne fremde Hilfe nicht selbstständig bewältigt werden können. In erster Linie sind hierbei das Denken, Wollen, Fühlen und Handeln beeinträchtigt. Es gibt medizinisch betrachtet zwei große Untergruppen:

- **Exogene Psychosen** (exo = von außen; gen = etwas hervorbringen), die sich aufgrund einer organischen Veränderung im Gehirn ergeben, wie z. B. bei der Alzheimer Erkrankung oder einem Tumorleiden im Gehirn.
- **Endogene Psychosen** (endo = von innen) haben nur mikrostrukturelle („ganz feine“) Veränderungen in der Nervenfasersarchitektur. Dies wirkt sich später auf den Nervenstoffwechsel aus.

Hierzu zählen zwei Erkrankungsgruppen:

- **Affektive Psychosen** (affectus, lat. = Gemütszustand, Erregung) sind eine Erkrankungsfamilie, bei der hauptsächlich die Stimmung, die Motivation sowie der Antrieb beeinträchtigt sind.
- **Schizophrene Psychosen** sind gekennzeichnet durch die Plus-Symptome (hier kommt zum normalen Empfinden „etwas hinzu“ in Form einer zweiten oder „privaten“ Wirklichkeit). Daneben gibt es noch die Minus-Symptome (hier geht im Vergleich zu gesunden Tagen „etwas ab“, wie z. B. Schwung, Energie etc.). Siehe hierzu auch Seite 14 und 15.
- **Schizoaffektive Psychosen** liegen vor, wenn Symptome der schizophrenen und der affektiven Psychosen gleichzeitig oder auch für sich allein zu unterschiedlichen Zeiten vorliegen.

Die schizophrenen Psychosen stellen die wichtigste Erkrankungsgruppe dar; deshalb hat sich im allgemeinen Sprachgebrauch der Begriff „Psychose“ als Kurzbezeichnung für die schizophrenen Erkrankungen eingebürgert.

Öfter, als man denkt – wie häufig sind Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis?

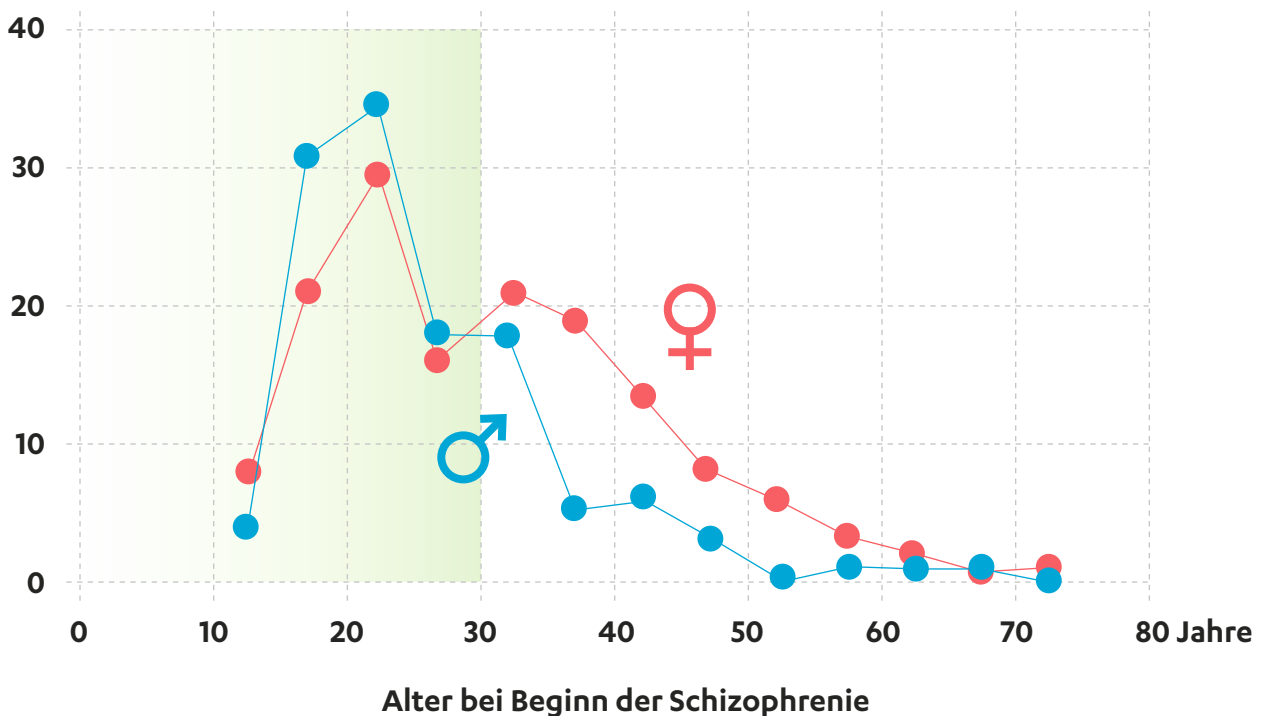
Etwa eine Person von 100, also 1 % der Bevölkerung, erkrankt einmal im Leben an einer Schizophrenie. Derzeit

leiden etwa 51 Millionen Menschen weltweit an dieser Erkrankung – in Deutschland etwa 800.000. Auf eine deutsche Großstadt wie Hamburg mit etwa zwei Millionen Einwohnern übertragen heißt das, dass etwa 20.000 Menschen an einer Psychose leiden.

Das Alter beim ersten Ausbruch der Erkrankung liegt bei den meisten Betroffenen zwischen 15 und 25 Jahren. Etwa 20 bis 30 % der Betroffenen sind bei der ersten Psychose noch im Jugendalter.

Erkrankungshäufigkeit in Abhängigkeit vom Alter

Beginn der Schizophrenie
%



Die nachfolgende Erkrankungsgeschichte beschreibt beispielhaft, wie sich das Wesen der Erkrankung äußern kann.

Melissa – Studentin – 26 Jahre

Melissa stellt sich in der Früherkennungssprechstunde des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf vor.

Melissa studiert seit vier Jahren Englisch und Geschichte für das Lehramt, als ihr erstmals auffällt, dass ihre schlechte Stimmung zum Dauerzustand geworden ist.

Seit etwa einem Jahr fällt ihr das Studieren immer schwerer, die Vorlesungen besucht sie nur noch sporadisch, sie kann sich kaum noch konzentrieren und gut geschlafen hat sie schon lange nicht mehr. Stimmungsschwankungen kennt sie zwar schon seit früher Jugend, aber so lange und intensiv wie jetzt hat sie sie noch nie erlebt.

Zurzeit hat sie aber auch viel Stress, wichtige Prüfungen stehen an und ihrer Mutter, die an einer manisch-depressiven Erkrankung leidet, geht es auch seit einem Jahr nicht gut. Vor etwa sechs Monaten, so berichtet sie, habe sie erstmals das Gefühl gehabt, dass die Mitstudenten über sie reden. Zunächst sei ihr dies egal gewesen, dann habe sie aber das gleiche Gefühl auch bei ihr fremden Menschen bekommen.

Dieses Gefühl habe sich seitdem so verstärkt, dass sie kaum noch das Haus verlässt, ihr Telefon abgestellt hat und denkt, dass in die Feuermelder ihrer Wohnung Überwachungskameras eingebaut seien. Zwar kämen ihr diese Gedanken „total absurd“ vor, allerdings könne sie sich immer weniger von ihnen abgrenzen. Neulich, so berichtet sie, hätten die Feuermelder kontrolliert werden sollen. An diesem Tag habe sie sich regelrecht in der Wohnung „verschanzt“ und niemandem geöffnet.

Zurzeit sei sie so ängstlich, dass sie kaum noch schlafen könne. Zur Vorgeschichte berichtet sie, dass sie im Alter von 17 Jahren eine ähnliche, aber lange nicht so intensive Episode gehabt habe. Damals sei sie wegen Depressionen über zwei Jahre psychotherapeutisch behandelt worden. Die Ängste, von anderen Menschen beobachtet und bedroht zu werden, seien aber damals nie zur Sprache gekommen. Es hätte sie niemand gezielt danach gefragt und sie selber hätte es nicht gewagt, so etwas „Komisches“ anzusprechen.



Das Wichtigste auf einen Blick

Zwischen Plus und Minus – die typischen Symptome

Die typischen Erkrankungszeichen werden in **Plus-Symptome** (etwas kommt hinzu) und in **Minus-Symptome** (etwas verringert sich) eingeteilt. Normalerweise schwankt auch das Befinden von nicht erkrankten

Menschen regelmäßig etwas auf und ab. Wenn die Ausschläge, wie auf Seite 16 dargestellt, jedoch zu heftig werden, können sie den Charakter einer Erkrankung annehmen.

Plus-Symptome



Zum bisher üblichen Erleben kommt typischerweise „etwas hinzu“ (plus):

- Wahnerlebnisse, Halluzinationen und Ich-Störungen mit Nervosität, innerer Unruhe, Gereiztheit und Misstrauen
- Ausgeprägter Verfolgungswahn, Bedrohungsangst und das Gefühl, fremd beeinflusst zu werden

Halluzinationen

Sehen

Schmecken

Hören

Riechen

Fühlen



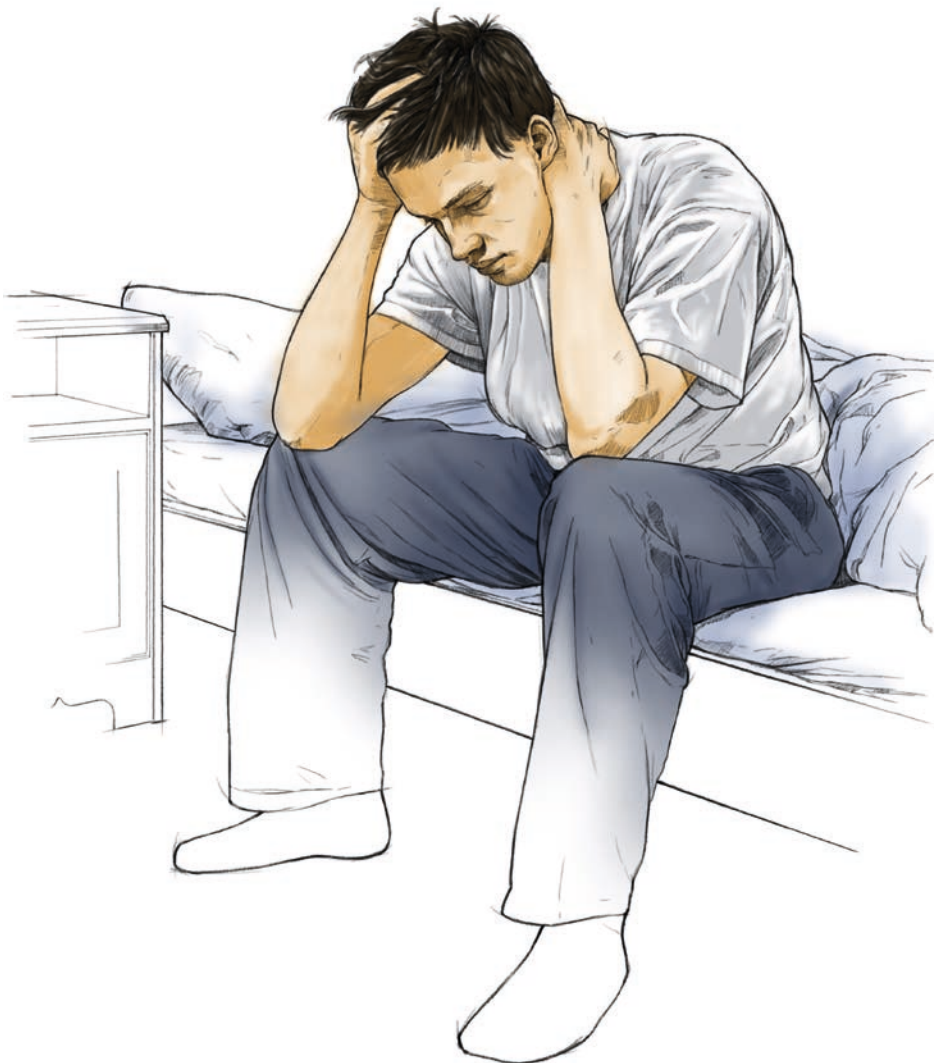
Sinnestäuschungen (Halluzinationen):

- Z. B. Stimmenhören; seltener Geruchs-, Körper- oder optische Sinnestäuschungen
- Diese Trugwahrnehmungen entstehen ohne entsprechende Außenreize

Minus-Symptome

Vom bisherigen Lebensgefühl geht „etwas ab“ (minus):

- Z. B. innere Leere, Rückgang von Vitalität und Lebensfreude
- Die Betroffenen fühlen sich abgeschlagen, kraftlos, ziehen sich zurück und gehen Kontakten eher aus dem Weg
- Viele empfinden Mut- und Hoffnungslosigkeit sowie Minderwertigkeitsgefühle
- Wie unter einer Glasglocke können Betroffene auf bewegende emotionale Ereignisse nur eingeschränkt reagieren



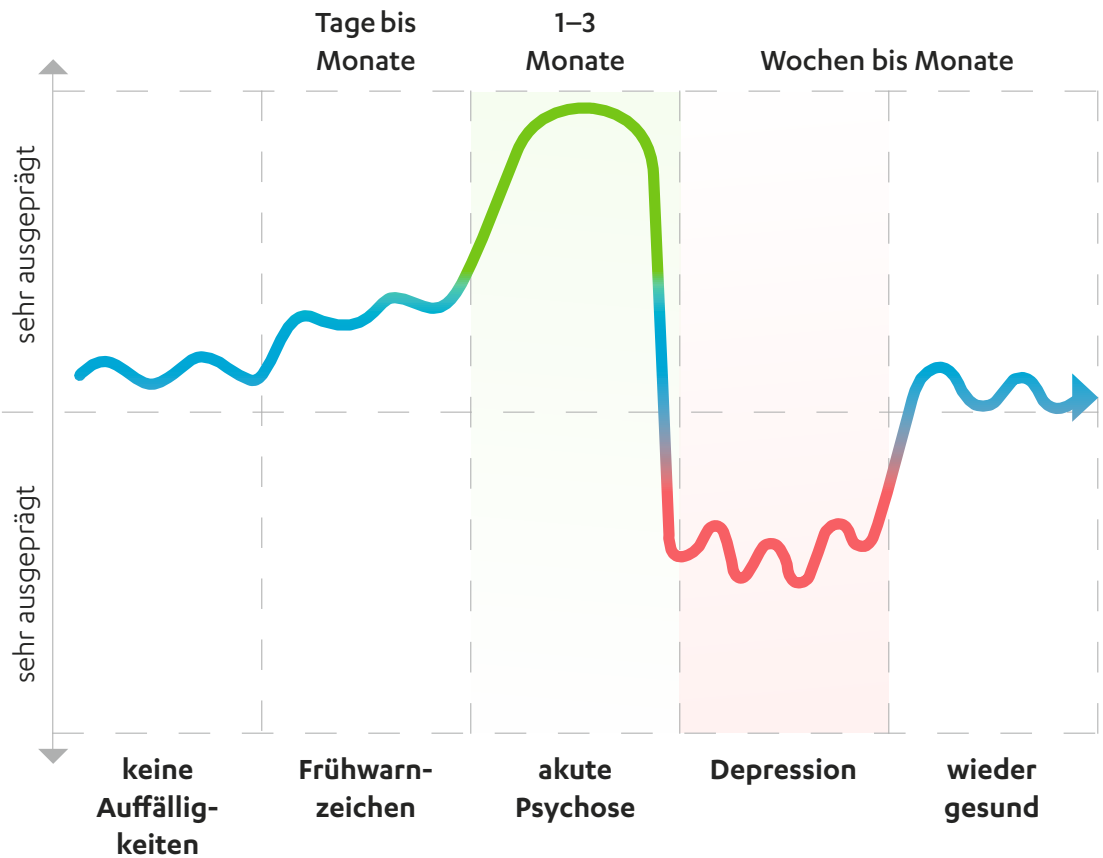
Typischer Verlauf einer Psychose



Plus-Symptome



Minus-Symptome



Positiv- oder Plus-Symptome – Übersteigerungen des normalen Erlebens

Typischerweise beginnt das akute Erkrankungsbild mit ausgeprägten Plus-Symptomen; neben einer anfänglichen Nervosität, innerer Unruhe und Gereiztheit entsteht allmählich Misstrauen und es treten Sinnestäuschungen (Halluzinationen) auf. Parallel können ausgeprägte Verfolgungs- und Bedrohungserlebnisse auftreten. Durch die Behandlung gehen diese Beschwerden normalerweise innerhalb von vier bis acht Wochen deutlich zurück.



Wahnvorstellungen

Absolute Überzeugung von Dingen, die gar nicht wahr sein können. Als Wahn werden solche Überzeugungen bezeichnet, die nicht auf Tatsachen beruhen, an denen aber trotzdem festgehalten wird.

Schilderung von Betroffenen:

- „Ich bin Opfer einer ungerechtfertigten Verfolgung. Ich weiß, dass es Personen gibt, die es auf mich abgesehen haben und mich nicht in Ruhe lassen.“
- „Ich habe außergewöhnliche Fähigkeiten, die mich von anderen Personen unterscheiden.“
- „Ich stehe mit besonderen Mächten oder Personen in enger Beziehung.“

Halluzinationen

Dinge hören, sehen, fühlen, schmecken oder riechen, die nicht wirklich existieren.

Schilderung von Betroffenen:

- „Ich kann Stimmen oder Gespräche hören, obwohl ich allein im Zimmer bin.“
- „Ich kann an der Wand manchmal Schatten von Personen sehen.“
- „In manchen Räumen riecht es schlecht, wie nach giftigen Gasen.“

Wichtig!

Nur wenn diese Sinneseindrücke und diese Erlebnisweisen von anderen nicht nachvollzogen werden können, kann man von Halluzinationen oder Wahn sprechen.

Negativ- oder Minus-Symptome – Einschränkungen im normalen Erleben

Leider bleibt es fast zwei Dritteln der Erkrankten nicht erspart, anschließend längere Zeit „Minus-Symptome“ ertragen zu müssen. Das heißt, von der ursprünglichen Vitalität und Lebensfreude ist vorübergehend wenig zu spüren, die Betroffenen fühlen sich abgeschlagen, kraftlos, ziehen sich zurück und gehen Kontakten eher aus dem Weg.

Zum Glück klingt jede auch noch so lang andauernde Minus-Phase wieder ab; alle Patienten kehren regelhaft wieder in den sogenannten „Normalbereich“ zurück. Allerdings gibt es keine Garantie dafür, anhaltend in dieser stabilen Phase zu bleiben. Nur bei etwa 10% der Erkrankten bleibt es bei einer einmaligen Erkrankungsepisode, die restlichen Patienten müssen mit dem Wiederauftreten der Erkrankung rechnen. Deshalb ist es enorm wichtig, bereits nach der ersten Erkrankung alle erforderlichen therapeutischen Maßnahmen einzuleiten, um einem Rückfall in die Erkrankung möglichst vorzubeugen.

Einschränkungen der Lebensenergie

Dies kann einen Motivationsmangel für viele Aktivitäten umfassen. Die Betroffenen reagieren emotional nur eingeschränkt auf normalerweise schöne Ereignisse. Das normale Nebeneinander von verschiedenen emotionalen Zuständen (z. B. Freude, Neugier, Trauer, Wut) kann zwischenzeitlich verloren gehen.

Schilderung von Betroffenen:

- „Am Morgen aus dem Bett zu kommen, fällt mir sehr schwer. Meist bleibe ich dann einfach liegen.“
- „Ich kann mich gar nicht mehr richtig freuen, irgendwie fühle ich mich leer.“

- „Am Kontakt zu anderen Menschen habe ich das Interesse weitgehend verloren.“

Einschränkungen der Denkleistung

Die Art und Weise des Denkens kann sich im Zusammenhang mit der Erkrankung verändern. Betroffene berichten häufig von Unterbrechungen im Ablauf der Gedanken und von Konzentrationsschwierigkeiten.

Schilderungen von Betroffenen:

- „Manchmal kann ich einen Gedanken nicht zu Ende denken.“
- „In der Psychose springe ich oft von einem Thema zum nächsten.“
- „Manchmal fühle ich mich wie fremd gesteuert, als ob ich wie eine Marionette an unsichtbaren Fäden hänge...“



Profilreich (Marion R.)



Das Gemälde einer Betroffenen verdeutlicht, wie Erkrankte vorübergehend in ihrem Wirklichkeitserleben beeinträchtigt sein können. Es handelt sich hierbei um das Selbstporträt einer Patientin (Marion R.) während einer akuten psychotischen Phase. Das Erleben von zwei unterschiedlichen Wirklichkeiten (allgemein und „privat“) kommt in diesem Selbstporträt sehr gut zum Ausdruck. Während der akuten Erkrankung empfand sie diese Art der Selbstdarstellung als ganz „normal“. Sechs Wochen später, nach dem Abklingen der akuten Psychose, konnte sie nur den Kopf schütteln über ihre damals veränderte Art der Wahrnehmung.

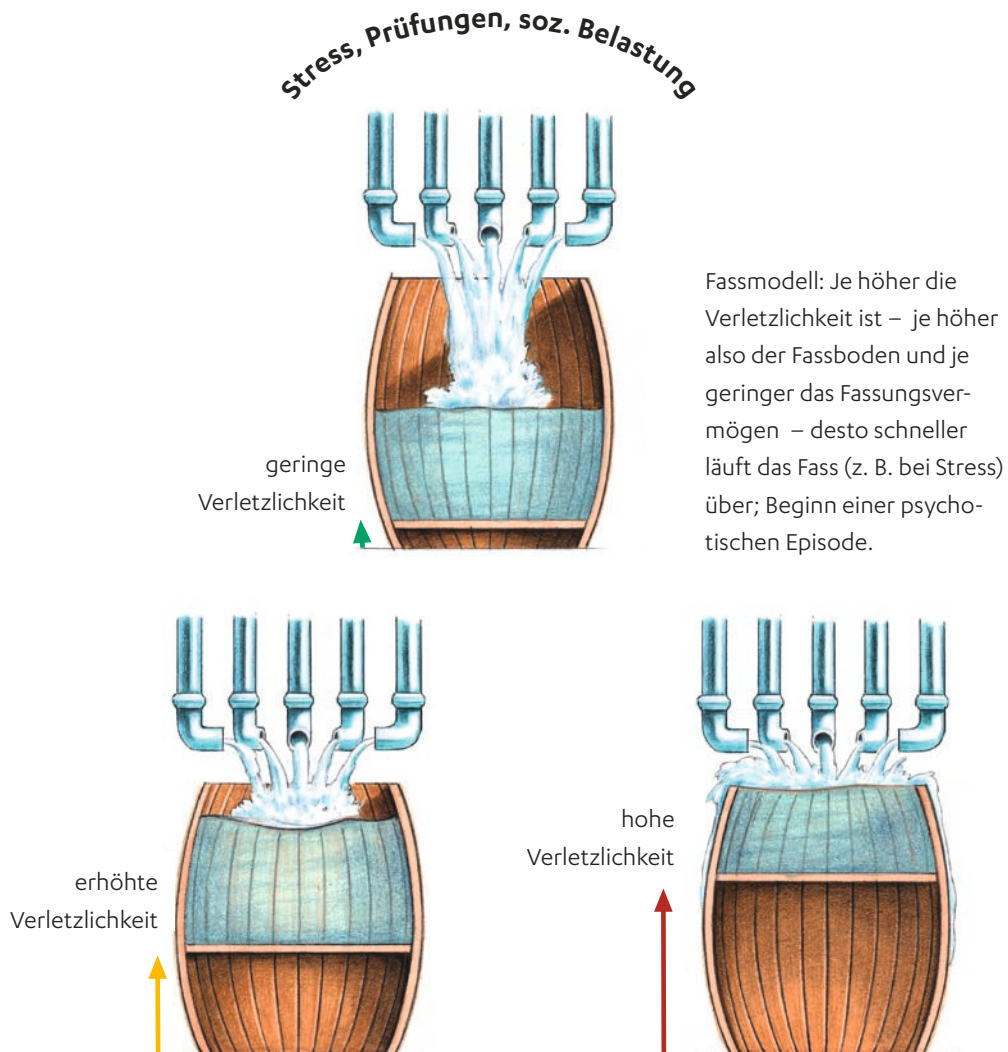
Bitte notieren Sie hier alle Fragen und Anmerkungen zum Thema „Symptome“, die Sie mit Ihrem Therapeuten besprechen möchten.



Das Wichtigste auf einen Blick

Die Verletzlichkeit der Seele – das Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Vulnerabilitäts-Stress-Modell



Unter **Vulnerabilität** (vulnus, lat. = Wunde) wird die „Verletzlichkeit“ oder Empfindsamkeit verstanden, an einer Psychose zu erkranken. Für das Ausmaß der Verletzlichkeit sind verschiedene Faktoren verant-

wortlich: z. B. genetische Veranlagung, Störungen in der Hirnreifung durch schwere Einschränkungen in der frühen Kindheit, belastende Situationen in der Kindheit, Drogenkonsum usw.



Das Wichtigste auf einen Blick

Entwicklungsstörungen des Gehirns

Die Verletzlichkeit der Seele – das Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell soll helfen, das Krankheitsgeschehen besser zu verstehen. Es verbindet alle möglichen Faktoren, welche die Krankheit verursachen bzw. an deren Ausbruch beteiligt sind. Mit Vulnerabilität ist die individuelle „Verletzlichkeit, Empfindsamkeit und Feinspürigkeit“ jedes Menschen gemeint (siehe Fassmodell), die von drei Faktoren beeinflusst wird:

Vererbung

Der genetischen Grundausstattung kommt eine wesentliche bahnbende Funktion zu. Im Zusammenspiel mit körperlichen Faktoren (Störungen der Hirnreifung, Infektionskrankheiten der Mutter während der Schwangerschaft, Sauerstoffmangel bei der Entbindung, schwere Erkrankungen in der Kindheit, Drogenkonsum während der frühen Jugend) können sich Störungen bei der Nervensprossung im Gehirn einstellen.

Psychosoziale Probleme

Des Weiteren können belastende Faktoren in der frühkindlichen Phase eine wichtige Rolle spielen, wie der Verlust eines Elternteils, mangelnde Nestwärme, materielle Not bis hin zur Traumatisierung. Diese Faktoren können zu einem hohen Stresserleben des Kindes führen, mit negativen Folgen für die Hirnentwicklung. Wenn ein erblich vorbelastetes Gehirn durch Infektionskrankheiten während der frühen Kindheit, fehlende Zuwendung oder Drogeneinnahme zusätzlich belastet wird, können in den entscheidenden Regionen im Gehirn Schwächen in der Vernetzung der Nerven auf-

treten. Das betroffene Nervengewebe ist dann verletzlicher, sprich vulnerabler, d. h. anfälliger für Stress.

Stress, dauerhafte seelische Belastung

Neben der persönlichen Verletzlichkeit spielen beim Ausbruch der Erkrankung zusätzliche Stressfaktoren eine große Rolle. Man kann das Stresserleben grundsätzlich in drei Bereiche einteilen:

Stress, der dadurch entsteht, dass man nicht gelernt hat, entsprechend für sich zu sorgen. Die mangelnde „soziale Kompetenz“, also die Fähigkeit, sich selbstbewusst und erfolgreich im Leben zu behaupten, kann jedoch durch eine vernünftige Psychotherapie (vor allem Verhaltenstherapie) verbessert werden.

Schwierigkeiten im Zusammenleben mit den nächsten Angehörigen können ebenfalls zu massivem Stress führen; hierbei haben sich familientherapeutische Ansätze, Beratung der Angehörigen, Angehörigengruppen etc. ebenfalls sehr bewährt.

Den größten Stressbereich stellen die oft nicht beeinflussbaren Lebensereignisse dar, wie Prüfungen, plötzliche Krankheiten, Schicksalsschläge, Enttäuschungen und Ähnliches. Durch psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen wird deshalb versucht, den Erkrankten vermeidbare Hürden zu ersparen, um trotz ihrer krankheitsbedingten „Dünnhäutigkeit“ möglichst gut mit dem Leben zurechtzukommen.

Mit fließenden Übergängen können Menschen hinsichtlich ihrer „Verletzlichkeit“ und ihres Stresserlebens in drei Gruppen eingeteilt werden:

1.

Menschen ohne jede Vulnerabilität (Nerven wie Drahtseile, abgebrüht, wenig sensibel) können oft großen Stress ertragen, ohne krank zu werden.

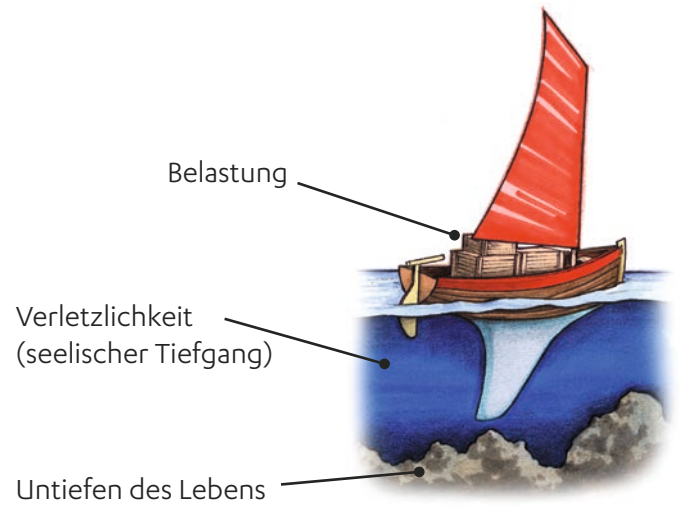
2.

Menschen mit mittlerer Vulnerabilität bekommen bei gleichem Stresspegel Rückenschmerzen, Kopfschmerzen oder fühlen sich abgeschlagen und unwohl.

3.

Menschen mit hoher Vulnerabilität (hohe Verletzlichkeit) können beim gleichen Stresspaket psychotisch werden, wenn sie den sogenannten „kritischen Grenzbereich“ überschreiten.

Jeder Mensch könnte mit einem Schiff verglichen werden, das auf dem Ozean des Lebens dahinsegelt.



Jeder Segler weiß, dass die Länge des Kiels darüber entscheidet, wie gut ein Schiff die Kräfte des Windes in Geschwindigkeit umsetzen kann. **Je länger der Kiel, desto seetüchtiger ist normalerweise ein Schiff.**

Im übertragenen Sinne bedeutet ein langer Kiel eine besondere Begabung, aber auch Verletzlichkeit.

Diese Verletzlichkeit kann zum Problem werden, wenn plötzlich im Fahrwasser des Lebens Klippen und Hindernisse – sprich belastende

Lebensereignisse und Stress – auftauchen. Diese Gefahr der seelischen Verletzung steigt, wenn sich Ballaststress an Bord befindet, welcher das Boot noch tiefer eintauchen lässt.

Menschen mit einem kurzen oder fehlenden Kiel haben dieses Problem weniger. Sie

sind möglicherweise nicht so begabt, so feinfühlig und talentiert wie andere, dafür haben sie aber Nerven wie Drahtseile, sind durch nichts zu erschüttern und können buchstäblich über alle Hindernisse des Lebens hinwegsegeln.



Die wichtigste Rolle spielen die Kapitäne, also die Erkrankten selbst! Sie müssen sehr gut Bescheid wissen über die Tiefe und allgemeine Beschaffenheit ihres Kiels, d. h. über die jeweils ureigene persönliche Ver-

letzlichkeit. Sie müssen durch psychoedukative und psychotherapeutische Maßnahmen lernen, möglichst geschickt mit ihrem „außerordentlich veranlagten“ Schiff zurechtzukommen.

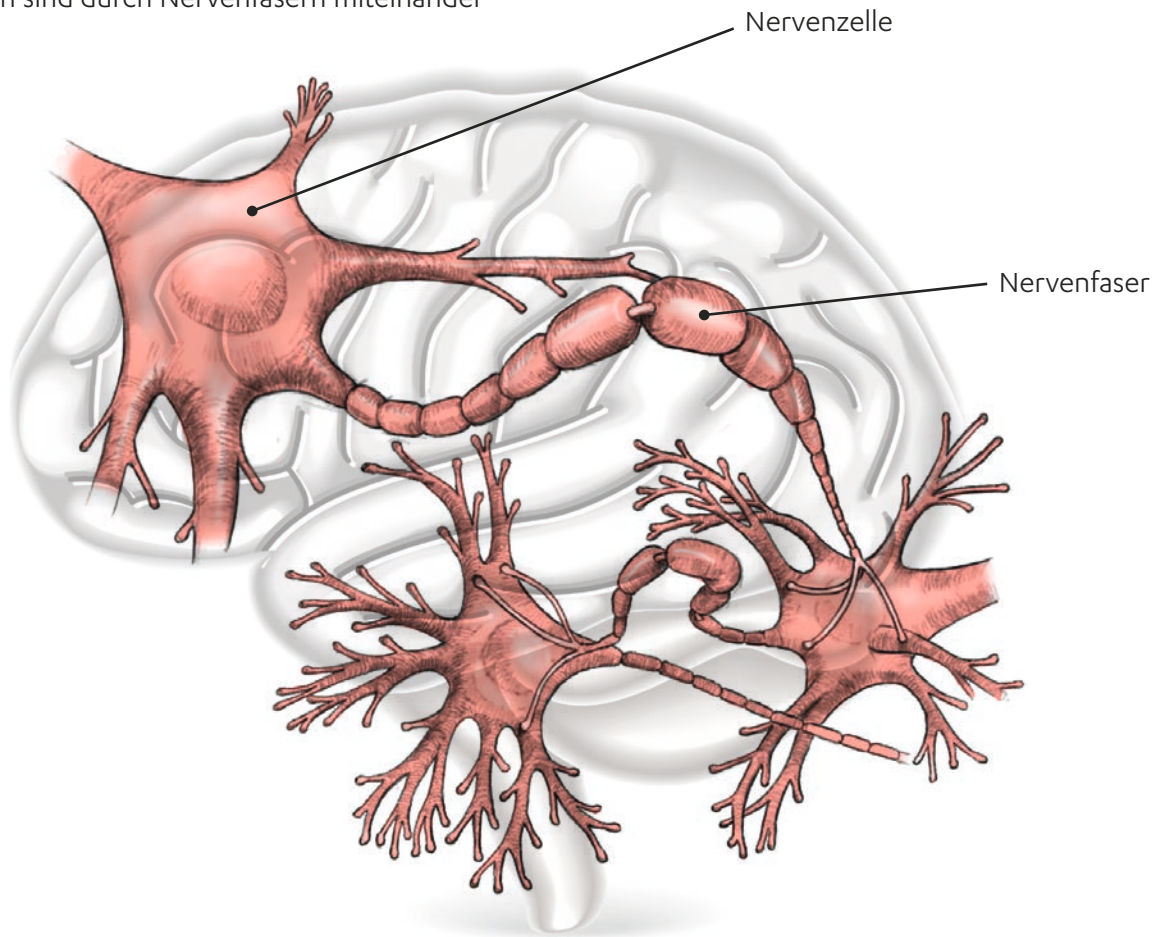
Bitte notieren Sie hier alle Fragen und Anmerkungen zum Thema „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“, die Sie mit Ihrem Therapeuten besprechen möchten.



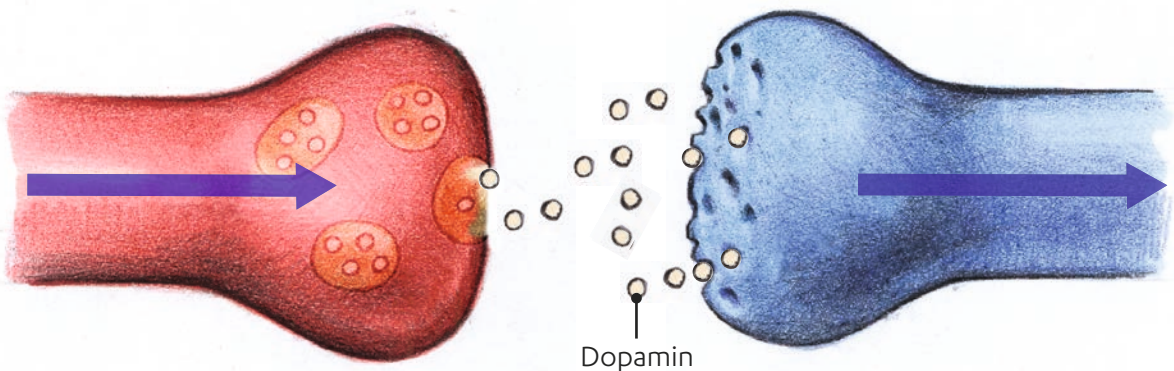
Das Wichtigste auf einen Blick

Geordnetes Chaos – das Nervensystem

Das Gehirn besteht aus ca. 100 Milliarden Nervenzellen. Die Nervenzellen sind durch Nervenfasern miteinander verbunden.



An den Kontaktstellen (Synapsen) der Nerven tauschen die Nervenzellen durch Botenstoffe (z. B. Dopamin) Signale aus.



Geordnetes Chaos – das Nervensystem

Auf den ersten Blick wirkt es für viele Erkrankte oft unverständlich und geradezu abschreckend, dass ihre häufig sehr **spirituell-philosophischen Probleme** mit chemischen Mitteln behandelt werden sollen. Hier muss man wissen, dass alle Seelenregungen, jegliche Verstandestätigkeit, auch jede Entspannung und selbstverständlich auch der Schlaf durch elektrische und chemische Prozesse im Gehirn gesteuert werden.

Wie in einer riesigen Telefonzentrale sind in unserem Gehirn ca. 100 Milliarden Nervenzellen billionenfach über Kabel, sprich Nervenfasern, miteinander verknüpft

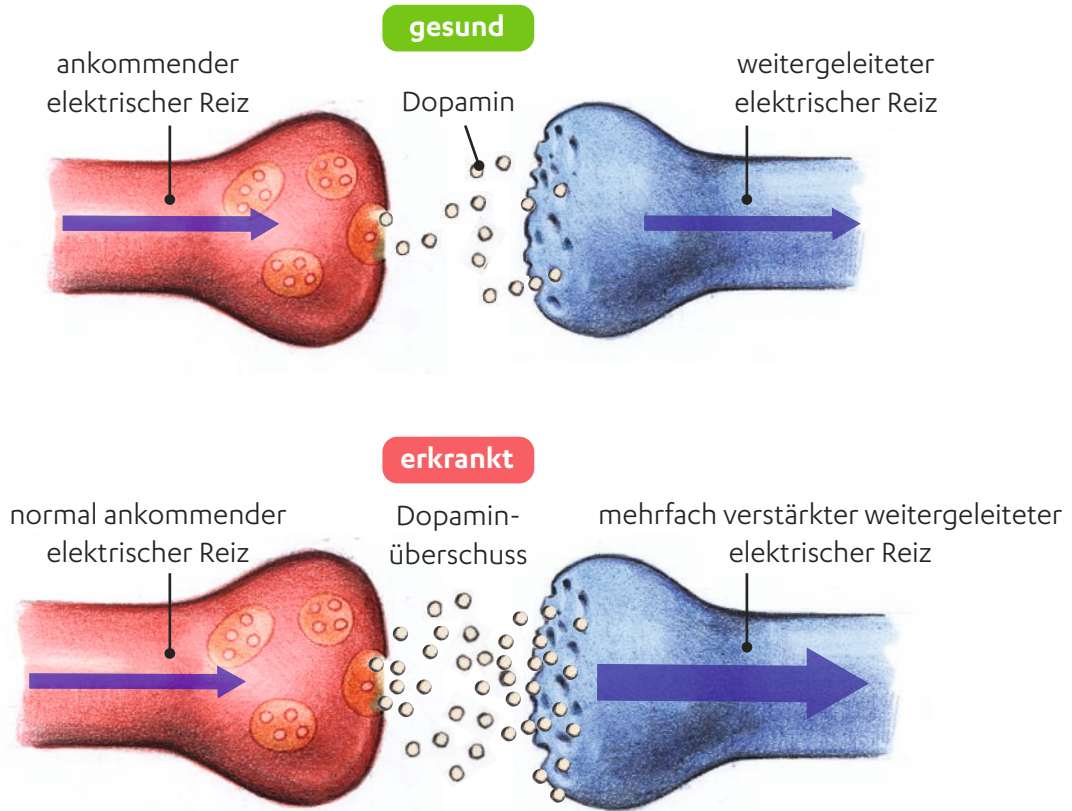
(siehe Abbildung Seite 24). Die Nervenzellen tauschen Informationen mithilfe elektrischer und chemischer Signale aus, die über die Nervenbahnen weitergeleitet werden.

An den Kontaktstellen der Nerven (wissenschaftlich Synapsen genannt) befindet sich ein winziger Spalt, über den hinweg das Signal übertragen werden muss. Dies geschieht mithilfe sogenannter Botenstoffe, die am knopfförmigen Ende einer jeden Nervenfaser in kleinen Bläschen gespeichert sind. Trifft nun ein Signal ein, werden die Botenstoffe freigesetzt, die dann zum gegenüberliegenden Nervenende wandern. Dort gibt es feine Kontaktstellen (wissenschaftlich Rezeptoren genannt), die in Verbindung mit dem Botenstoff das Signal in gleicher Stärke auf die nächste Nervenfaser weiterleiten. Diese Botenstoffe, die unser Denken, Fühlen und Handeln bestimmen, können dämpfend, aber auch aktivierend wirken und müssen daher wohldosiert im Gleichgewicht zueinander stehen. Häufige Botenstoffe im menschlichen Gehirn sind z.B. Dopamin, Glutamat, Serotonin, Noradrenalin und Acetylcholin.

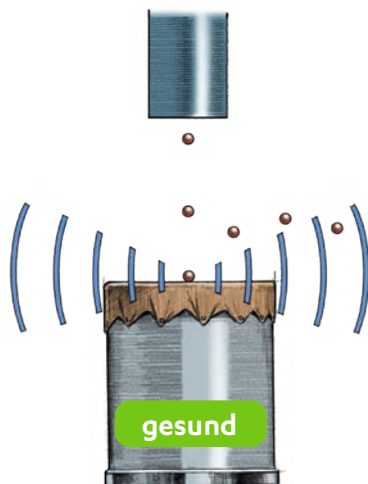


Das Wichtigste auf einen Blick

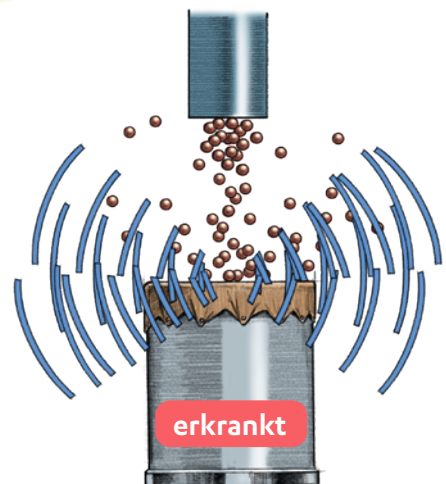
Des Guten zu viel – Dopaminüberschuss



Im übertragenen Sinne – der Rhythmus wird zu hektisch und geht verloren



Dopaminausschüttung geregelt = **erkennbarer Rhythmus**



Dopaminüberschuss = **gestörter Rhythmus**

Des Guten zu viel – Dopaminüberschuss

Bei Menschen mit Psychosen besteht nach heutigem Wissen eine immer wieder auftretende überschießende Produktion von Dopamin. Diese Überflutung mit Dopamin führt dazu, dass ganz alltägliche Umweltreize plötzlich als besonders heftig und bedrängend wahrgenommen werden.

Der Botenstoff Dopamin – im Volksmund auch Belohnungshormon genannt – ist für die reibungslose Verarbeitung von Sinneseindrücken, Ideen und Gefühlen von zentraler Bedeutung. Dopamin ist in verschiedenen Hirnregionen ein wichtiger Botenstoff, u.a. in unserer emotionalen Schaltstelle – dem limbischen System – und auch im vorderen Bereich des Gehirns, in dem Denken und Fühlen koordiniert werden. Je nach Wirkort des Dopamins treten bei Überschuss oder Mangel des Botenstoffs Plus-Symptome oder Minus-Symptome auf (siehe Seite 14 und 15). Findet eine Dopaminüberflutung im limbischen System statt, so treten Plus-Symptome in den Vordergrund; tritt ein Dopaminmangel im vorderen Bereich des Gehirns auf, dann werden Minus-Symptome deutlich.

Dopaminüberschuss – die Folgen

Normalerweise werden alle von außen eintreffenden Reize wie Geräusche, Stimmen, Gerüche oder Berührungen zunächst beim Eingang ins Gehirn gefiltert. Nur sinnvolle und brauchbare Reize werden weitergeleitet, alles andere wird ausgeblendet. So konzentriert sich die Aufmerksamkeit bei einem Gespräch auf die Stimme und die Mimik des Gegenübers. Straßenlärm, andere Stimmen oder das Ticken einer Uhr werden nicht wahr-

genommen. Bei einem Überschuss an Dopamin wird diese Filterfunktion massiv gestört. Es kommt zu einer Reizüberflutung, die es dem Betroffenen nahezu unmöglich macht, wichtige von unwichtigen Signalen zu unterscheiden.

Im übertragenen Sinne sieht der Betroffene vor lauter Wald den Baum nicht mehr.



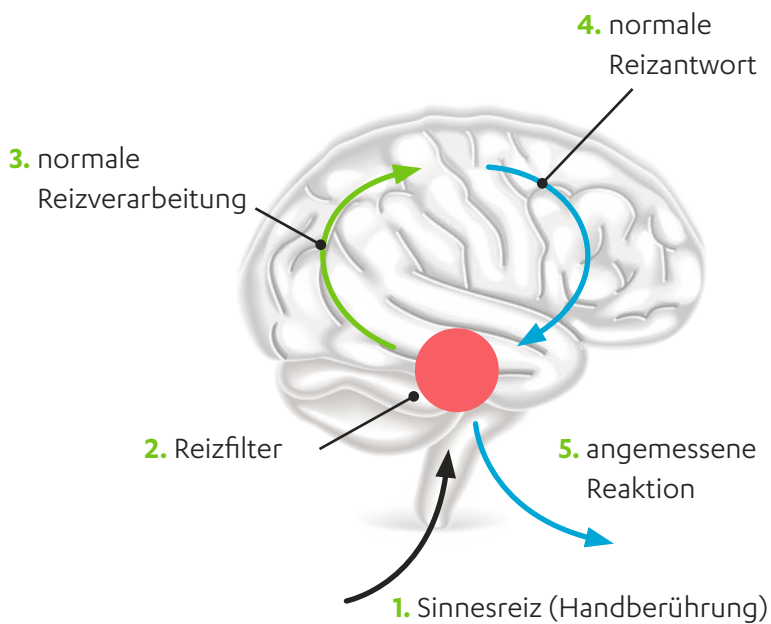


Das Wichtigste auf einen Blick

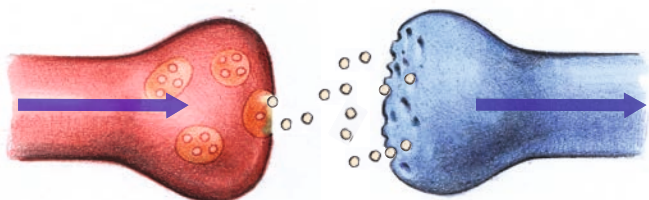
Dopaminüberschuss – die Folgen

Botenstoffe im Gleichgewicht

Durch die Dopaminüberflutung entsteht ein „Verwirrspiel“ im Gehirn. Wie auf dieser Seite ganz vereinfacht dargestellt, werden im gesunden Zustand die einlaufenden Sinnesreize (Handberührung) im Gehirn z. B. als angenehm wahrgenommen und mit einem Lächeln („Willkommen“) beantwortet.

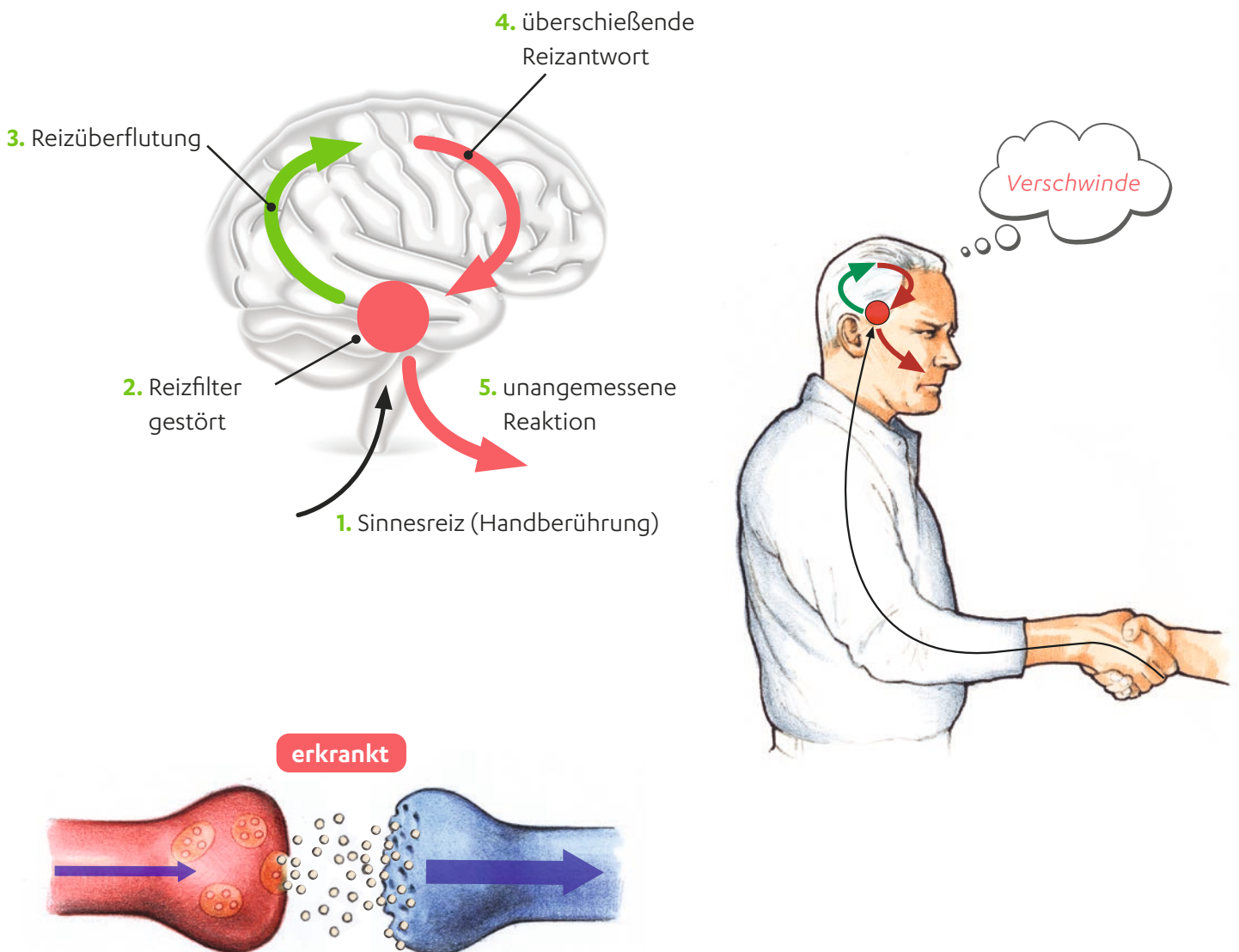


gesund



Botenstoffgewitter und Reizüberflutung

Ist aber die Reizweiterleitung im Gehirn durch den Dopaminüberschuss zigfach verstärkt, kann der gleiche Sinnesreiz (Handberührung) als bedrohlich – also falsch – interpretiert werden. Entsprechend ängstlich oder abweisend gereizt reagiert der Betroffene. Ohne Behandlung führt das zu einer starken Verwirrung der Betroffenen; durch Rückzug und Reizabschirmung versuchen viele, sich zu schützen. Dieser Schutz ist die erste wichtige Behandlungsmaßnahme! Stress verstärkt die Dopaminüberreizung, Stressabbau verringert den Dopaminüberschuss!





Das Wichtigste auf einen Blick

Warum ausgerechnet ich? – Risikofaktoren

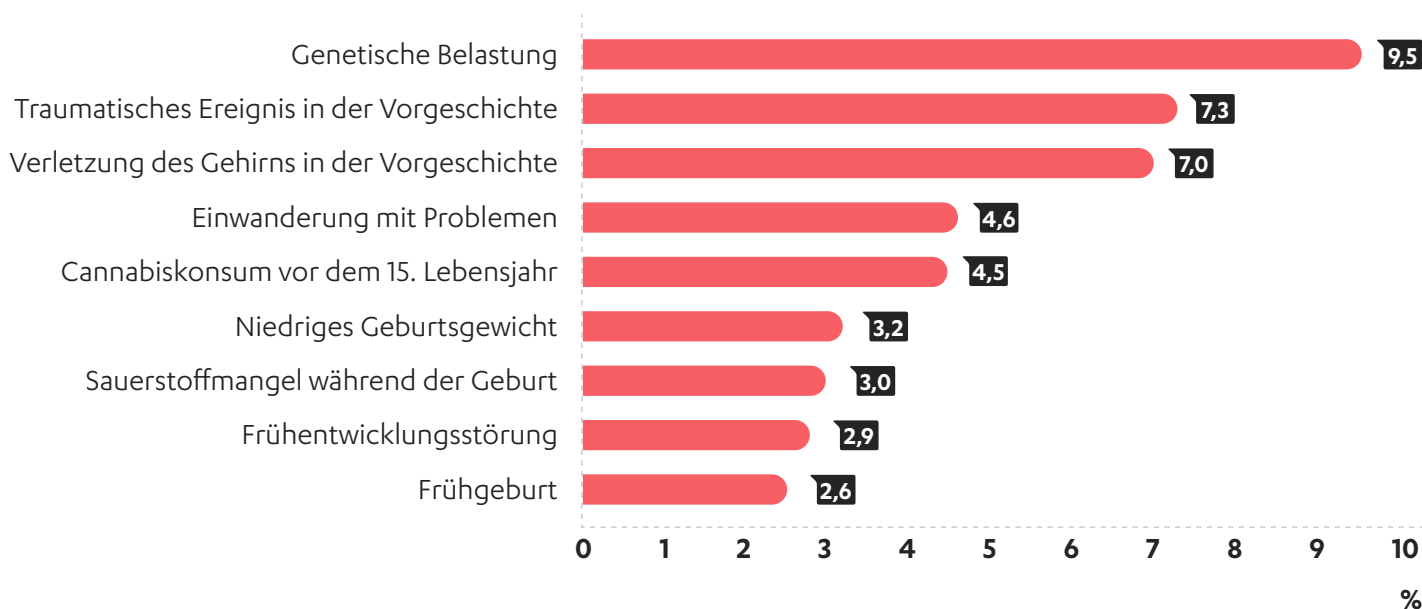
Warum ausgerechnet ich? – Risikofaktoren

Nach heutigem Wissensstand ist das Risiko zu erkranken zum Großteil auch in den Genen verankert. Denn falls ein Elternteil erkrankt ist, erhöht sich das Psychoserisiko der Kinder auf 8 bis 15%, sind beide erkrankt, auf 40 bis 50%. Bei zweieiigen Zwillingen beträgt das Risiko (ähnlich wie bei Geschwistern generell) 10 bis 15%. Bei eineiigen Zwillingen mit demselben Erbgut erhöht sich die Psychose-Wahrscheinlichkeit auf 50%.

Theoretisch kann jeder Mensch psychotisch reagieren, z. B. unter dem Einfluss von Drogen oder schweren Infektionen mit hohem Fieber etc. Nach Beseitigung des

Drogeneinflusses bzw. der Infektion klingt das psychotische Erleben aber rasch wieder ab. Die Fähigkeit, längerfristig „psychotisch“ krank zu bleiben, hat also nur 1% der Menschen. So gesehen handelt es sich um eine ganz besondere Erkrankung; man kann auch von einer **„genialen“ Veranlagung** des Gehirns sprechen. Das Wahrnehmen von Stimmen oder das Erleben von psychotischen Inhalten kann auch als eine gewisse **„Kunstform“** des Gehirns betrachtet werden. Allerdings muss man feststellen, dass diese „Kunst“ häufig mit sehr vielen Nachteilen einhergeht. Deshalb ist es ein Gebot der Vernunft, alle erforderlichen Behandlungsmöglichkeiten anzubieten, um nicht zum Spielball dieser besonderen Veranlagung des Gehirns zu werden.

Ausgewählte Risikofaktoren für die Entwicklung einer Psychose





Das Wichtigste auf einen Blick

Erkennen vor Handeln – die Diagnose

Die Diagnose einer Psychose wird in Zusammenarbeit mit dem Betroffenen, der Familie und dem Therapeuten bzw. Arzt gestellt.

Hat sich das Vorliegen psychotischer Krankheitszeichen bestätigt, wird vom Arzt eine möglichst passgenaue Diagnose gestellt. Es wird im medizinischen Sinn dann von einer gesicherten Schizophrenie ausgegangen, wenn psychotische Symptome vorliegen und diese über einen bestimmten Zeitraum (sechs Monate) ohne Unterbrechung bestanden. Viele Psychose-Erfahrene haben im Verlauf ihrer Erkrankung viele verschiedene Diagnosen bekommen, was zu großer Unsicherheit sowie zu Behandlungsfehlern führen kann. Deshalb ist die Kenntnis der eigenen Diagnose für einen aktiven Umgang mit der Erkrankung wichtig!

Welche Diagnosen sind bei einer Psychose möglich?

Psychose ist eine Art „Überbegriff“ für verschiedene psychische Erkrankungen, bei denen psychotische Symptome auftreten.

Bei der Schizophrenie gibt es drei wichtige Unterformen:

1. Die paranoid halluzinatorische Schizophrenie (paranoid, griech. = neben dem Verstand)

Bei dieser Form der Schizophrenie stehen wahnhaft (= paranoide) Symptome im Vordergrund. Die Betroffenen haben die Vorstellung, andere Menschen würden sich gegen sie verschwören, versuchen, sie zu schädigen oder zu verfolgen. Oder es besteht die Überzeugung, man werde über das Fernsehgerät oder über Kameras beobachtet. Diese Form der Schizophrenie ist mit etwa 60 bis 70 % die häufigste.

2. Die katatone Schizophrenie (kataton, griech. = heruntergespannt)

Dabei stehen motorische Symptome im Vordergrund, z. B. werden eigenartige Haltungen eingenommen und über lange Zeit beibehalten (= Haltungstereotypen), die Betroffenen schweigen, ohne dass Defekte der Sprachorgane und des Gehörs vorliegen (= Mutismus, lat. mutitas „Stummheit“), oder es besteht ein Starrezustand des ganzen Körpers bei wachem Bewusstsein (= Stupor).

3. Die hebephrene Schizophrenie (hebe, griech. = Jugend)

Diese Form wird auch als „desorganisierte Schizophrenie“ bezeichnet. Die Hebephrenie beginnt meist im Jugendalter, es stehen Veränderungen der Stimmung, Antriebsstörungen und Denkstörungen im Vordergrund. Oft kann man einen Entwicklungsknick beobachten, z. B. einen plötzlichen Leistungsabfall in der Schule, Abbruch sozialer Beziehungen, auffallende Antriebslosigkeit und Isolierung von der Umwelt.

A

Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis

Schizophrenie

Schizophrenie beschreibt eine psychotische Störung, bei der Veränderungen des Verhaltens und psychotische Symptome über mindestens sechs Monate kontinuierlich bestehen. Die Symptome und die Dauer der Erkrankung sind bei jedem Betroffenen sehr unterschiedlich. Im Gegensatz zu früheren Annahmen können viele Betroffene ein glückliches und erfülltes Leben sowie eine weitgehende Genesung erreichen.

Akute vorübergehende psychotische Störung

Diese Form der psychotischen Symptome tritt im Gegensatz zur Schizophrenie zumeist sehr plötzlich auf und häufig als Reaktion auf einen großen persönlichen Stress, z. B. Tod eines nahen Angehörigen oder ein sonstiges schweres Trauma. Die Symptome sind häufig sehr ausgeprägt, jedoch tritt bei den meisten Betroffenen eine schnelle Genesung ein.

Schizophreniforme Störung

Es gelten die gleichen Kriterien wie bei der Schizophrenie, nur dass die Symptome weniger als sechs Monate bestehen.

Wahnhafte Störung

Das überwiegende Problem bei dieser Differenzialdiagnose ist eine ausgeprägte wahnhafte Symptomatik. Andere Symptome treten nur sporadisch und in milder Form auf.

Schizoaffective Störung

Es gelten die gleichen Kriterien wie bei der Schizophrenie, nur dass gleichzeitig schwere Stimmungsschwankungen wie Manie und/oder Depression vorliegen.

B

Erkrankungen aus dem affektiven Formenkreis

Bipolare Störung

Diese auch als „manisch-depressive Störung“ bezeichnete psychische Erkrankung zeigt sich vor allem durch schwere Stimmungsschwankungen wie Depression oder Manie. Psychotische Symptome treten bei dieser Erkrankung nur auf, wenn die Depression oder die Manie sehr schwer ist. Die psychotischen Symptome unterscheiden sich von denen, die bei Schizophrenien auftreten: In der Manie treten vor allem Größenideen/Größenwahn auf, in der Depression vor allem das wahnhafte Gefühl, sich schuldig gemacht zu haben.

Unipolare Depression

Schwere Depressionen sind eine weitere Differenzialdiagnose. Allerdings unterscheiden sich die auftretenden Symptome: Bei der Depression

sind ausgeprägte Wahnvorstellungen eher selten und wenn sie auftreten, dann vor allem das wahnhafte Gefühl, sich schuldig gemacht zu haben. Auch Halluzinationen sind sehr selten.

C

Andere Erkrankungen mit psychoseähnlichen Symptomen

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist manchmal nicht einfach von der Schizophrenie zu trennen, vor allem deshalb, weil etwa 20 bis 25 % der Betroffenen mit Schizophrenie ebenfalls Symptome einer Borderline-Erkrankung aufweisen.

Schizotype Persönlichkeitsstörung

Menschen, die eine schizotype Persönlichkeitsstörung haben, sind besonders empfindsam, ängstlich in Bezug auf Kontakte und Nähe zu anderen Menschen, sehr einsam, oft sehr kreativ, oft spirituell interessiert oder auch begabt, tiefgründig und oft – durchaus ungewollt – sozial isoliert, neigen aber auch zu aktivem Rückzug. Die Differenzialdiagnose zur Schizophrenie ist nicht einfach, vor allem deshalb, weil Anzeichen einer schizotypen Persönlichkeitsstörung bei Betroffenen mit Schizophrenie bestehen können.

D

Körperliche Ursachen

Delir

Unter einem Delirium (von lat. delirium: „Verwirrheitszustand“) versteht man eine akute psychische Störung, die eine organische Ursache hat. Delirante Zustände treten vor allem bei der Alkoholabhängigkeit im Entzug und nach Operationen bei älteren Menschen auf.

Substanzinduzierte Psychose

Dieses bedeutet, dass die Psychose als Folge eines Drogenkonsums auftritt, z. B. nach LSD- oder Cannabiskonsum. Früher ging man davon aus, dass die psychotischen Symptome nach Beendigung des Drogenkonsums automatisch wieder verschwinden. Heute weiß man, dass eine substanzinduzierte Psychose in der Vorgeschichte einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Schizophrenie darstellt.

Andere

Psychosen, die im Rahmen einer körperlichen Erkrankung auftreten, unterscheiden sich von der Schizophrenie vor allem dadurch, dass gleichzeitig körperliche Symptome bestehen bzw. eine schwere körperliche Erkrankung diagnostiziert wird. Die wesentlichen organischen Differenzialdiagnosen sind:

- Verletzungen oder Tumore des Gehirns
- Morbus Parkinson
- Epilepsie
- Schilddrüsenerkrankungen
- Spezielle neurologische Erkrankungen
- Infektionen des Gehirns

Bitte notieren Sie hier alle Fragen und Anmerkungen zum Thema „Diagnose“, die Sie mit Ihrem Therapeuten besprechen möchten.



Das Wichtigste auf einen Blick

Meist ein sich langsam entwickelnder Prozess – der Verlauf von Psychosen

Die ersten Anzeichen für eine Psychose

Psychosen treten in den meisten Fällen nicht abrupt, sondern schleichend auf. Vor Beginn der Psychose bestehen zumeist über Jahre psychische und soziale Veränderungen wie Depression, Ängstlichkeit oder sozialer Rückzug. Der meist noch junge Mensch verhält sich „irgendwie merkwürdig“, er ist „einfach nicht mehr der Alte“. Häufig bestehen auch Schwierigkeiten, die bisherigen Rollen in Schule, Beruf, Partnerschaft und Familie zu erfüllen – es kommt zu einem sogenannten „Knick in der Lebenslinie“. Im Nachhinein stellen viele Betroffene aber fest, dass ein ungewöhnliches Verhalten lange vor Ausbruch der Erkrankung begonnen hatte. Diese ersten Anzeichen werden oftmals dem Erwachsenwerden (der Pubertät), einem Drogenmissbrauch oder bloßer „Faulheit“ zugeschrieben. Nachfolgend finden Sie eine Liste typischer Frühsymptome:

Veränderungen des Verhaltens

- Sozialer Rückzug, Isolation
- Plötzlicher Mangel an Interessen und Initiativen, Energieverlust
- Selbstvernachlässigung, Tragen bizarrer Kleidung
- Probleme bei Beziehungen, Abbruch von Kontakten
- Schlafstörungen (exzessives Schlafen oder Schlaflosigkeit)
- Appetitlosigkeit

Veränderungen der Gefühle

- Depressionen, Stimmungsschwankungen
- Ängste – insbesondere Angst, geschädigt/bedroht zu werden
- Erhöhte Empfindlichkeit, Irritierbarkeit

Veränderungen der Leistungsfähigkeit

- Geringe Belastbarkeit, vor allem bei Stress
- Konzentrationsstörungen, erhöhte Ablenkbarkeit
- Leistungsknick
- Veränderung der Wahrnehmung und des Erlebens
- Ungewöhnliche Wahrnehmungen, z. B. Intensivierung oder Veränderung von Geräuschen und Farben; Gefühl, man selbst oder die Umgebung sei verändert; Gefühl, Dinge zu sehen, zu hören, zu schmecken oder zu riechen, die andere Menschen nicht wahrnehmen
- Eigentümliche Vorstellungen, z. B. Eigenbeziehungen (man bezieht Erlebnisse oder Handlungen bzw. Aussagen anderer Menschen auf sich selbst); Gefühl, beobachtet zu werden, Beeinflussungserleben (Gefühl, andere könnten auf mich oder meine Gedanken Zugriff haben, mich kontrollieren oder steuern)

Bitte lesen Sie sich die Geschichte von Daniel aufmerksam durch. Dies wird Ihnen helfen zu verstehen, wie Psychosen beginnen.

Daniel – Schüler – 17 Jahre

Daniel war 15 Jahre alt, als er erstmals über sein psychisches Befinden nachdachte. Seine Eltern hatten sich zwei Jahre zuvor getrennt und seitdem hatte er begonnen, sich immer mehr von seinen Schwestern und seinen Freunden zurückzuziehen.

Er habe keinen Antrieb mehr, fühle sich traurig und erschöpft und wolle „am liebsten nur noch alleine sein“. Obwohl er immer ein „sportlicher Typ“ gewesen sei, habe er begonnen, jeden Tag Cannabis zu rauchen. In der Schule hatte er kaum noch Kontakt zu seinen Schulfreunden, zumeist bleibe er für sich oder bei „Kumpels, die auch kiffen“ und auch seine Leistungen waren schlechter geworden. Mit seiner Mutter, die schon damals besorgt gewesen sei, habe er mehrfach seine Tutorin und einmal die Schulpsychologin aufgesucht. Diese hätten sie aber beruhigt, dass ein solches Verhalten nach Trennungen der Eltern und im Rahmen der Pubertät vorkommen könne.

Um seine Mutter nicht noch mehr zu beunruhigen, hatte er seinen Cannabiskonsum verschwiegen. Kurz vor seinem 16. Geburtstag, nachdem er drei Tage durchgehend Cannabis geraucht hatte, habe er dann erstmals eine Stimme gehört. Gleichzeitig begann das Gefühl, dass andere Menschen ihn komisch anschauen würden, als ob sie wüssten, dass jemand zu ihm spricht. Seiner Mutter war zu dieser Zeit erstmals aufgefallen, dass Daniel in seinem Zimmer mit sich selbst sprach und manchmal komisch lachte, ohne dass sie den Anlass verstand.

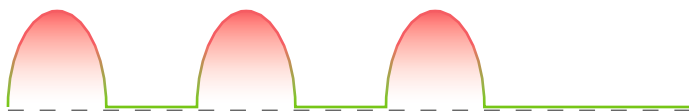
Im Verlauf der nächsten zwölf Monate wurde sein Verhalten dann immer merkwürdiger und irrationaler. Zum Beispiel dachte er, dass andere Menschen genau wüssten, was er denkt, und dass sie ihm die Gedanken „entziehen“ könnten. Kurz nach seinem 17. Geburtstag hörte Daniel dann erstmals von dem Begriff „Psychose“. Seine Mutter hatte sich mit ihrem Hausarzt beraten, der andeutete, dass es sich um eine Psychose handeln könne. Daniel und seine Mutter stellten sich dann in der Früherkennungssprechstunde des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf vor.

Wie verlaufen Psychosen?

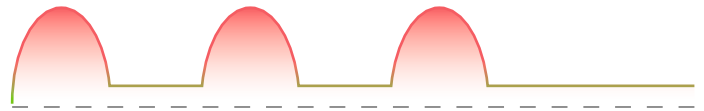
Der Verlauf von Psychosen hängt vor allem von der Ursache ab, also ob sie im Rahmen einer Schizophrenie oder aufgrund einer bipolaren Erkrankung aufgetreten sind. Die meisten Langzeitstudien betrachten einen Zeitraum von fünf bis 20 Jahren. In diesem Zeitraum lassen sich einige wichtige Fakten festhalten:



- Bei 10 bis 20 % der Betroffenen treten Psychosen einmalig auf, sozusagen als Ausdruck einer existenziellen Lebenskrise, deren Bewältigung die Symptome erübrigt. Sie erkranken nicht wieder. Betroffene dieser Gruppe unterscheiden sich von allen anderen durch geringeren Drogengebrauch, eine bessere Krankheitseinsicht, ein besseres Funktionsniveau vor Ausbruch der Erkrankung (z. B. sind diese häufiger berufstätig). Die überwiegende Zahl ist weiblich.



- Bei etwa 30 % der Betroffenen kommt es zu erneuten akuten psychotischen Episoden, jedoch ohne weitere psychotische Symptome zwischen den Episoden. Das heißt, dass Psychosen bei anhaltender Dünnhäutigkeit in neuen Lebenskrisen erneut auftreten können, es sei denn, es gelingt, eine gewisse Vorsicht zu entwickeln, sich präventiv zu schützen und Ressourcen/Selbstheilungskräfte zu aktivieren.



- Bei etwa 30 % der Betroffenen kommt es zu erneuten akuten psychotischen Episoden mit längeren psychotischen Symptomen zwischen den Episoden. Diese Betroffenen müssen dauerhaft mit einer gewissen Beeinträchtigung rechnen und sind gut beraten, ihr Selbstkonzept anzupassen, mit den eigenen familiären und den sozialen Ressourcen pfleglich umzugehen sowie eigene und fremde Erwartungen zu überprüfen.



- Bei etwa 5 bis 10 % kommt es direkt nach der ersten Episode zu dauerhaften psychotischen Symptomen.

Fazit:

Dies bedeutet, dass es bei den meisten Betroffenen erst dann zu dauerhaften psychotischen Erlebnissen kommt, nachdem sie eine erneute psychotische Phase hatten. Dementsprechend muss versucht werden, vor allem die zweite, aber auch jede weitere psychotische Episode zu verhindern.

Bitte notieren Sie hier alle Fragen und Anmerkungen zum Thema „Verlauf“, die Sie mit Ihrem Therapeuten besprechen möchten.



Das Wichtigste auf einen Blick

Handeln auf vielen Ebenen – Therapie

Therapieziele

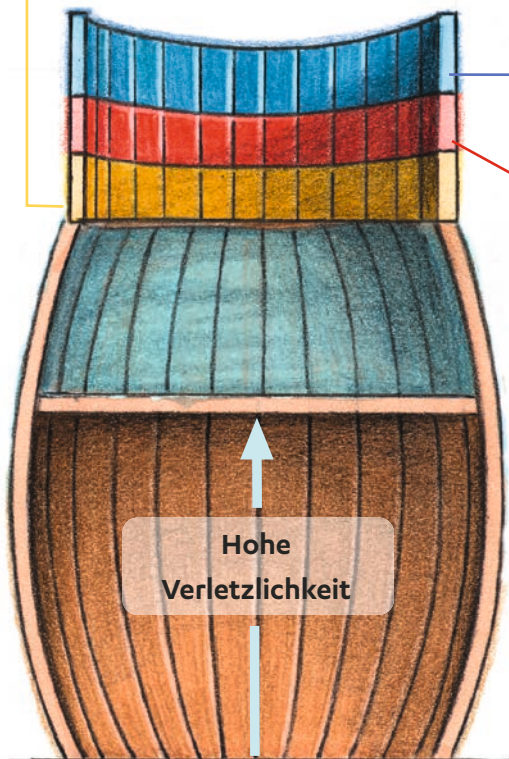
Bei Menschen mit einer hohen Vulnerabilität droht das Fass schnell überzulaufen (Beginn einer Psychose), wenn Stress oder andere belastende Situationen über längere Zeit auf sie einwirken. Durch verschiedene Maßnahmen wie **medikamentöse Therapie, Psychotherapie und psychosoziale Maßnahmen** kann das Überlaufen des Fasses, d. h. eine neue Psychose, verhindert werden.

Die medikamentöse Therapie wird vor allem mit sogenannten Antipsychotika, also Medikamenten gegen die psychotischen Symptome, durchgeführt. Zusätzlich können auch Stimmungsstabilisierer, Antidepressiva und vor allem beruhigende Medikamente (Tranquilizer bzw. Angstlöser) eine große Hilfe sein.

Die psychosozialen Maßnahmen betreffen die Bereiche Wohnen, Arbeiten, Finanzen, Familie, Freunde (WAFFF).

Psychotherapien und ergänzende Therapieprogramme umfassen Psychoedukation, kognitive Verhaltenstherapie (KVT), Gesprächstherapie, psychodynamische Therapieverfahren, Suchttherapie oder Familientherapie.

Die ergänzenden Therapieprogramme umfassen z. B. Ergotherapie und Arbeitstherapie, Soziales Kompetenztraining (SKT), metakognitives Training (MKT), Kunsttherapie, Tanztherapie, Musiktherapie oder CogPack (siehe ab Seite 51).



Hohe
Verletzlichkeit

geringes Fassungsvermögen:
„Das Fass läuft schnell über.“

Alle therapeutischen Maßnahmen können prinzipiell in zwei unterschiedliche Wirkprinzipien unterteilt werden, die sich zum einen auf die Abschirmung der einlaufenden Reize („Außentherapie“) und zum anderen auf die Dämpfung des Dopaminüberschusses im Gehirn („Innentherapie“) beziehen.

1.

Zur **„Außentherapie“** zählen Maßnahmen wie Rückzug vor lauten und stressigen Situationen, das Vermeiden von emotional aufwühlenden und belastenden Konflikten, das konsequente „Stopp“-Sagen bei Grübelgedanken und überängstlichen Befürchtungen. Fortgeschrittene Patienten können es mit der Gedanken-Stopp-Methode schaffen, auch Stimmen abzumildern und bedrohliche wahnhaft Befürchtungen zu neutralisieren. Alles, was den Betroffenen hilft, erfolgreich mit innerem Stresserleben umzugehen, verringert die Gefahr einer verstärkten Dopaminausschüttung. Deshalb ist eine verhaltenstherapeutische Begleitbehandlung für viele Patienten eine große Hilfe, Stresserlebnissen durch geschickte Verhaltens-taktiken vorzubeugen.

Psychosoziale Maßnahmen verfolgen den gleichen Zweck. Durch geeignete lebenspraktische Hilfen auf den Gebieten des Wohnens, der Arbeit, der Finanzen, der Freizeitgestaltung und in allen anderen Bereichen, wo es aktuell „brennt“, kann einer drohenden Überlastung mit Verschärfung des Dopaminüberschusses vorgebeugt werden.

2.

Bei der **„Innentherapie“** kommen die unterschiedlichen medikamentösen Behandlungsmaßnahmen zum Tragen. Die sogenannten „atypischen“ Neuroleptika bzw. Antipsychotika spielen hierbei eine wichtige Rolle. Sie bilden eine Art „Schutzschild und Filter“ und lassen im Idealfall nur so viel Dopamin durch, wie dem einlaufenden Reiz entspricht. Wenn zu viele Reize abgefiltert werden, was z.B. bei einer Überdosierung der Fall sein kann, kommt es zu den bekannten Nebenwirkungen wie Müdigkeit, Steifigkeit und Verlangsamung. Wird der Schutzschild aber zu dünn angelegt, ist eine überreizte Signalweitergabe die Folge. Bei optimaler Abfilterung des überschüssigen Dopamins entsteht ein „Rückstau“. Dies führt zur Aktivierung von Selbstregulationsmechanismen mit dem Ergebnis, dass die Überproduktion von Dopamin eingestellt wird, was langfristig zu einer Normalisierung der Reizweiterleitung führt.

Die Zusammenschau von „Außen-“ und „Innentherapie“ verdeutlicht, dass es keinen Gegensatz zwischen Medikation und Psychotherapie bzw. psychosozialen Maßnahmen geben kann.

Nur durch den gleichzeitigen Einsatz von Innen- und Außentherapie kann dem Krankheitsgeschehen ein wirksamer Riegel vorgeschoben werden.



Das Wichtigste auf einen Blick

Der erste Überlaufschutz – die medikamentöse Therapie

Was gibt es für Medikamente?

In zahlreichen Studien konnte gezeigt werden, dass bei Psychosen aus dem schizophränen Formenkreis die Behandlung mit Antipsychotika eine wichtige Rolle im Gesamtbehandlungskonzept darstellt. Je nach Befinden des Patienten und seinen Symptomen kann es jedoch notwendig sein, besonders in der Akutphase, mehrere Psychopharmaka gleichzeitig zu geben.

Menschen mit Psychosen werden im Wesentlichen mit fünf verschiedenen Medikamententypen behandelt:

1. Gegen die Psychose:
Antipsychotika

2. Gegen die Ängste in der Krise:
Benzodiazepine

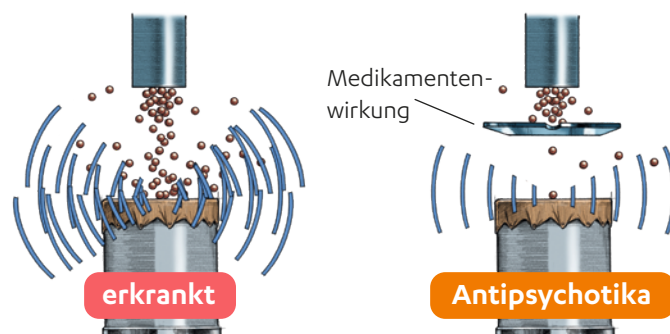
3. Für ausgeglichene Stimmung:
Stimmungsstabilisierer

4. Gegen die Depression:
Antidepressiva

5. Gegen Nebenwirkungen:
Anticholinergika

Wirkweise der Antipsychotika

Antipsychotika sind die Hauptmedikamente zur Behandlung von Psychosen. Sie hemmen die Wirkung eines Dopaminüberschusses, indem sie die Dopaminkontaktstellen auf der gegenüberliegenden Nervenendigung so weit blockieren, bis eine normale Signalübertragung – Rhythmus – wieder stattfinden kann. Das überschüssige Dopamin kann dann seine schädliche Wirkung nicht entfalten. Auf diesem Weg können Antipsychotika Halluzinationen, Wahnvorstellungen oder Denkstörungen reduzieren.



Welche Antipsychotika gibt es?

Es gibt eine Vielzahl verschiedener Antipsychotika, die in zwei verschiedene Typen unterschieden werden:

1.

Sogenannte „**konventionelle**“ oder „**typische**“ Antipsychotika.

2.

Sogenannte „**atypische**“ Antipsychotika.

Die Unterscheidung beruht vor allem auf der Gefahr, sogenannte extrapyramidal-motorische Störungen (EPMS) auszulösen (siehe Seite 44), wobei diese Gefahr bei atypischen Antipsychotika deutlich geringer ist. Daneben existieren auch noch andere Unterschiede, die allerdings weniger gut untersucht sind, z. B. eine bessere Wirksamkeit von atypischen Antipsychotika auf sogenannte negative Symptome oder Symptome, welche die Denkleistung betreffen (z. B. Konzentrationsstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Gedächtnisprobleme).

Es gibt Antipsychotika in verschiedenen Darreichungsformen, z. B.



als normale Tabletten oder Kapseln, die täglich eingenommen werden müssen.



als sogenannte Schmelztabletten, die sich auf der Zunge auflösen und täglich eingenommen werden müssen.



als Tropfen (werden meist nur in der Klinik verschrieben).



als kurz wirksame Depotspritze in den Muskel, die nur drei bis sieben Tage wirkt, und hauptsächlich in der Klinik während der Akutbehandlung eingesetzt wird.



als sogenanntes Langzeit-Depot, das als Injektion in den Muskel gespritzt wird, und nur alle zwei bis vier Wochen verabreicht werden muss.

Nebenwirkungen der Antipsychotika

Alle Medikamente zur Behandlung von Psychosen können Nebenwirkungen verursachen.

Welche Nebenwirkungen auftreten, hängt vor allem von der Art und Dosis des Medikaments und von Ihrer persönlichen Empfindlichkeit ab.

Ziel der medikamentösen Therapie ist es, dass Sie gar keine oder möglichst wenig Nebenwirkungen haben.

Dementsprechend ist der Arzt darauf angewiesen, dass Sie ihm Ihr subjektives Erleben schildern und ihn auf mögliche Nebenwirkungen hinweisen. Wenn Sie solche Nebenwirkungen haben, bedeutet dies nicht automatisch, dass das Medikament abgesetzt werden muss. Besprechen Sie alles Weitere mit Ihrem Arzt! Eine offene Diskussion löst oftmals viele Probleme und Befürchtungen und trägt dazu bei, ein Vertrauensverhältnis entstehen zu lassen. Haben Sie ein wenig Geduld: Es ist möglich, dass Nebenwirkungen zu Beginn auftreten und von selbst wieder verschwinden.

Atypische Antipsychotika

Je nach Medikament kann es zu einer beträchtlichen Gewichtszunahme kommen. Unter einigen Atypika kann ein sogenanntes metabolisches Syndrom entstehen. Dies ist eine Kombination aus hohem Gewicht, erhöhten Blutfetten und vergrößertem Bauchumfang. Ein metabolisches Syndrom kann zu Folgeerkrankungen führen, vor allem zu Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Eine ungesunde Lebensweise mit fettreicher Ernährung, wenig Bewegung, Alkohol und Rauchen trägt zusätzlich zur Entstehung bei.

Typische Antipsychotika

Typische Nebenwirkungen sogenannter typischer Antipsychotika sind extrapyramidal-motorische Störungen (EPMS = Störungen des Bewegungsablaufs, wobei Sie sich steif, schwer und nicht mehr so beweglich fühlen) und tardive Dyskinesien (TD = nach Jahren auftretende Bewegungsstörungen der Gesichtsmuskulatur, unwillkürliche Bewegungen anderer Körperteile). Menschen mit einer ersten Psychose sind für die motorischen Nebenwirkungen oft sehr sensibel, sodass diese besonders häufig auftreten.

Umgang mit Nebenwirkungen

Nebenwirkungsart	Auf was ich achten muss	Bedeutung und was Sie tun können
Extrapyramidal-motorische Störungen (EPMS)	Sie fühlen sich steif, schwer und nicht mehr so beweglich. Ihre Stimmung verschlechtert sich. Möglicherweise können Sie schlechter sehen. Im Extremfall haben Sie Schwierigkeiten beim Schlucken oder können nicht mehr nach unten schauen.	Tritt zumeist am Anfang der Therapie auf. Ist unter älteren Antipsychotika wesentlich häufiger. Suchen Sie einen Arzt auf. Lassen Sie sich für mindestens zwei Wochen Biperiden retard verordnen. Diskutieren Sie eine Dosisreduktion, ggf. einen Wechsel des Antipsychotikums.
Akathisie (= Sitz- oder Stehruhe)	Sie können nicht mehr still sitzen oder still stehen. Sie fühlen sich innerlich unruhig. Sie haben den Drang, sich dauernd zu bewegen bzw. herumzulaufen.	Siehe extrapyramidal-motorische Störungen (EPMS).
Tardive Dyskinesien (TD; werden auch als Spätdyskinesien bezeichnet)	Ohne Ihr Zutun machen Sie mit dem Mund Kau- oder Schmatzbewegungen. Ohne Ihr Zutun bewegen sich ein oder mehrere Körperteile.	Suchen Sie einen Arzt auf. Diskutieren Sie eine Dosisreduktion, ggf. einen Wechsel des Antipsychotikums, ggf. eine zusätzliche Medikation.
Sexuelle und hormonelle Störungen	Sie haben weniger Lust auf Sexualität. Sie haben Probleme, sexuelle Erregung zu spüren und einen Orgasmus zu erreichen. Ihre Menstruation bleibt aus. Sie können nicht mehr ejakulieren.	Trauen Sie sich, dieses Problem offen anzusprechen! Tritt unter bestimmten Antipsychotika und bestimmten Antidepressiva auf. Suchen Sie einen Arzt auf. Lassen Sie den Prolaktinspiegel messen, ggf. für Frauen auch den Östrogenspiegel und für Männer auch den Testosteronspiegel. Diskutieren Sie eine Dosisreduktion, ggf. einen Wechsel des Antipsychotikums oder des Antidepressivums, ggf. eine zusätzliche Medikation.

Umgang mit Nebenwirkungen

Nebenwirkungsart	Auf was ich achten muss	Bedeutung und was Sie tun können
Gewichtszunahme	<p>Sie haben deutlich mehr Appetit und Hunger, vor allem auf Süßigkeiten, aber auch auf fette Speisen. Sie essen plötzlich viel mehr als früher. Ihr Gefühl, satt zu sein, stellt sich später ein als früher. Sie nehmen in kurzer Zeit viel Gewicht zu.</p>	<p>Tritt unter bestimmten Antipsychotika, bestimmten Antidepressiva und bestimmten Phasenprophylaktika auf, vor allem, wenn diese in Kombination eingenommen werden. Suchen Sie einen Arzt auf. Diskutieren Sie ggf. einen Wechsel der Medikation. Lassen Sie sich ggf. eine Diätberatung verordnen. Fragen Sie nach speziellen Trainingsprogrammen. Versuchen Sie, Ihre Essgewohnheiten zu kontrollieren und ggf. umzustellen.</p>
Psychische Nebenwirkungen	<p>Sie können sich nicht richtig konzentrieren. Sie fühlen sich schläfrig und kraftlos. Sie schlafen übermäßig viel. Sie haben Probleme, über längere Zeit aufmerksam zu sein. Sie haben das Gefühl, dass Ihr Gedächtnis schlechter geworden ist.</p>	<p>Dies kann auch durch die Erkrankung bedingt sein. Im Falle einer Nebenwirkung könnte ein Zusammenhang mit der Höhe der Dosis bestehen. Suchen Sie Ihren Arzt auf. Fragen Sie, ob eine neuropsychologische Testung möglich ist. Hierbei wird versucht, Ihre Beobachtungen hinsichtlich Ihrer kognitiven Fähigkeiten anhand von verschiedenen Tests zu untersuchen. Diskutieren Sie ggf. einen Wechsel der Medikation. Fragen Sie nach speziellen Trainingsprogrammen: z. B. CogPack oder metakognitives Training (MKT).</p>
Vegetative Nebenwirkungen	<p>Ihnen ist schwindelig. Ihr Herz rast oder klopft sehr stark. Sie haben Verstopfung oder Durchfall. Sie haben Mundtrockenheit oder Speichelfluss. Sie schlafen schlecht. Sie haben das Gefühl, schlechter zu sehen als zuvor.</p>	<p>Die meisten dieser Nebenwirkungen treten nur zu Beginn auf und verschwinden wieder von selbst. Suchen Sie ggf. Ihren Arzt auf und diskutieren Sie mögliche Therapien, z. B. Kaugummikauen gegen Mundtrockenheit, Schlafmedikation gegen Schlafstörungen etc.</p>

Dauer der Medikation

Viele Betroffene stellen sich die Frage, wie lange sie Medikamente einnehmen sollen. Wichtige Aspekte, die Sie bei der Entscheidung beachten sollten, sind:

- Auch Jahre nach Verschwinden des letzten psychotischen Symptoms besteht bei abruptem Absetzen der Antipsychotika ein hohes Rückfallrisiko. Wer davon betroffen ist, lässt sich nicht vorhersagen.
- Unternehmen Sie allein keine Absetzversuche. Dieses Verhalten wird mit großer Wahrscheinlichkeit wieder zu einer akuten psychotischen Phase führen. Das Rückfallrisiko verdoppelt sich nach einem Jahr durch das Absetzen (27% bei Weiterbehandlung, 65 % bei Absetzen). Im Verlauf von 3-6 Jahren bleibt das Rückfallrisiko weiterhin erhöht (22 % bei Weiterbehandlung, 63 % bei Absetzen).
- Wenn Antipsychotika abgesetzt werden sollen, dann in Absprache mit dem behandelnden Arzt und sehr langsam, d. h. sie müssen schrittweise reduziert werden.

Wie lange Sie Medikamente einnehmen sollen, hängt sehr vom Verlauf Ihrer Erkrankung ab. Trotzdem gibt es ungefähre Richtlinien für die Dauer der Prophylaxe:

Es bestehen keine allgemeinen Aussagen darüber, wie lange eine Medikation eingenommen werden sollte. Daher sollte die Entscheidung über die Behandlungsdauer zwischen Arzt und Patient mit Hilfe des so genannten Shared-Decision-Making (SDM) besprochen werden. SDM bezeichnet einen gemeinsamen, sich auf Augenhöhe befindlichen Entscheidungsfindungsprozess zwischen Arzt und Patient. Hierbei gilt es, das Risiko

ko eines Rückfalls nach Absetzen für die Entscheidung der Dauer der Behandlung zu berücksichtigen.

Außerdem sollten verschiedene individuelle Faktoren in die Entscheidung mit einbezogen werden:

- die Schwere der ersten Erkrankungsphase,
- das Ansprechen auf die Behandlung,
- unerwünschte Arzneimittelwirkungen,
- die Motivation der Betroffenen,
- die familiäre Vorgeschichte des Patienten ,
- die Erkrankungsschwere,
- die psychosoziale Situation,
- die vorhandenen psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlungsangebote.

In der Praxis ist es außerdem wichtig, Suizidversuche in der Vergangenheit zu berücksichtigen. Es gibt Psychose-Betroffene, die ihr Leben lang Medikamente einnehmen müssen.

Weitere wichtige Medikamente

Benzodiazepine

Benzodiazepine werden meist in der Akutphase zusammen mit Antipsychotika angewendet. Sie wirken vor allem beruhigend, angstlösend und helfen, einen gestörten Schlaf wieder herzustellen. Nach Verbesserung der psychotischen Symptome werden Benzodiazepine wieder abgesetzt, da sie selbst abhängig machen können. Zumeist werden sie langsam reduziert und dann abgesetzt. Häufig angewendete Benzodiazepine sind Diazepam, Lorazepam oder Oxazepam. Bei Schlafstörungen werden z. B. Zolpidem oder Zopiclon eingesetzt.

Stimmungsstabilisierer

Stimmungsstabilisierer werden auch als Phasenprophylaktika (Vorbeugung gegen erneute Erkrankungsphasen) bezeichnet. Sie helfen Betroffenen, die neben psychotischen Symptomen gleichzeitig Stimmungsschwankungen wie Manien oder Depressionen haben. Durch die Phasenprophylaktika bessern sich die Symptome der Manie und der Depression; erneute Phasen werden verhindert. Häufig angewendete Phasenprophylaktika sind z. B. Lithium, Valproat, Carbamazepin oder Lamotrigin.

Antidepressiva

Antidepressiva helfen Menschen mit Schizophrenie, die neben psychotischen Symptomen gleichzeitig Depressionen haben. Zudem werden sie auch bei ausgeprägter Negativsymptomatik eingesetzt. Es existieren verschiedene Antidepressivaklassen, die sich je nach Nebenwirkungsprofil unterscheiden.

Anticholinergika

Anticholinergika werden als eine Art „Gegenmittel“ bei bestimmten – durch Antipsychotika ausgelöst – Nebenwirkungen eingesetzt, den sogenannten extrapyramidal-motorischen Störungen (EPMS). Biperiden ist ein häufig angewendetes Anticholinergikum.

Nebenwirkungen der weiteren Medikamente

Benzodiazepine

Benzodiazepine können zu Abhängigkeit führen. Deswegen empfiehlt man, Benzodiazepine nur während der akuten Symptomatik so kurz wie möglich zu geben und

sie dann wieder abzusetzen. Darüber hinaus beeinträchtigen Benzodiazepine die mentalen (kognitiven) Fähigkeiten, z. B. die Konzentrationsfähigkeit, die Gedächtnisleistung oder die Fahrtauglichkeit etc.

Stimmungsstabilisierer

Unter Stimmungsstabilisierern kann es je nach Präparat zu verschiedenen Nebenwirkungen, wie u. a. Zittern der Hände (Tremor), vermehrtes Wasserlassen, Durst, Gewichtszunahme, Störungen der Schilddrüsenfunktion, Konzentrationsstörungen und möglicherweise zur Verschlechterung bereits bestehender Hauterkrankungen kommen. Deshalb bitte immer die genauen Dosierungsvorschriften des Arztes beachten und bei dem ersten Auftreten von Nebenwirkungen Ihren Arzt aufsuchen.

Antidepressiva

Je nach Medikament können Schwindel, Schwitzen, Blutdrucksenkung/-erhöhung, Mundtrockenheit, Magen-Darm-Probleme und Gewichtszunahme wie auch sexuelle Funktionsstörungen auftreten. Zudem besteht die Gefahr, dass es unter einer antidepressiven Therapie zu einem Switch („Wechsel“) in die Manie kommen kann. Bei ersten Anzeichen sollte ein Arzt aufgesucht werden.

Bitte notieren Sie hier alle Fragen und Anmerkungen zum Thema „Medikamentöse Therapie“, die Sie mit Ihrem Therapeuten besprechen möchten.



Das Wichtigste auf einen Blick

Der zweite Überlaufschutz –
Psychotherapie, ergänzende Maßnahmen, Entspannungsverfahren

„Die Klippen sicher umschiffen“



Bezug nehmend auf das Schiffsmodell (siehe Seite 22) spielt der Kapitän, also der Erkrankte selbst, die wichtigste Rolle! Die Patienten müssen durch psychotherapeutische Maßnahmen lernen, möglichst geschickt mit ihrem „außerordentlich veranlagten“ Schiff zurechtzukommen. Der in der Psychotherapie enthaltene Psychoedukation (siehe Kapitel Psychoedukation, Seite 52) kommt hierbei die Funktion eines „Segelkurses“ zu, um mit den Besonderheiten des eigenen Schiffs optimal zurechtzukommen. Psychoedukative und psychotherapeutische Maßnahmen sind deshalb wichtige Bausteine, um mit einer psychotischen Erkrankung möglichst gut fertig zu werden.

Die psychosozialen Hilfen stellen einen weiteren Baustein im Behandlungskonzept dar. Durch Zusammenarbeit mit Sozialpädagogen kann es gelingen, viele Hürden trotzdem zu meistern.

Da sich aber nicht immer alle Klippen beseitigen lassen (Prüfungen, Stress am Arbeitsplatz, neue Partnerbeziehung, plötzliche Schicksalsschläge etc.), muss dem Kiel durch eine optimal gewählte Medikation ein „Schutzschild“ angepasst werden, um die Widerstandsfähigkeit zu erhöhen. Durch diesen Schild ist es möglich, manche Hindernisse zur Seite zu schieben, sich selbst eine Fahrinne im Alltagsgewühl zu schaffen, ohne dabei gleich krank werden zu müssen.

Wenn alle ambulanten Bewältigungsversuche nicht ausreichen, dann sollte rechtzeitig die Klinik als schützender Hafen angelaufen werden, um im „Trockendock“ alle Schutzmöglichkeiten neu zu sichten. In der Klinik kann vor allem die Schutzhaut des Kiels – die Medikation – gründlich angepasst werden.

Es ist das Ziel der Psychotherapie, dass die Betroffenen selbst alle Steuerungselemente beherrschen lernen, um sowohl die anlagebedingte Vulnerabilität (Verletzlichkeit) als auch den unvermeidbar auftretenden Stress optimal bewältigen zu können.

Hierbei stellt eine intelligent zusammengestellte Medikation die Grundvoraussetzung dar, um die anlagebedingte Verletzlichkeit (Vulnerabilität) möglichst erfolgreich auszugleichen. Durch psychotherapeutische Behandlungsverfahren soll der Patient als Kapitän geschult werden, mit allen erdenklichen Stresssituationen gut zurechtzukommen.

Selbsthilfestrategien

„Selbst ist der Mann/die Frau!“ Mit dieser Formel kann man den Begriff „Empowerment“ am besten umschreiben. Die Förderung des Empowerments geht einher mit der Weckung und Nutzbarmachung der Selbsthilfekräfte, die in jedem Menschen schlummern. Krankheitsbedingt können diese Kräfte vorübergehend geschwächt sein; es liegt jedoch in der Natur des Menschen, dass unser Mutterwitz, unsere Überlebenskräfte und die Fähigkeit, sich auf neue Situationen einzustellen, nie gänzlich erlahmen. Jeder Mensch entwickelt im Laufe seines Lebens natürlicherweise eine gewisse Lebenstüchtigkeit, die ihm hilft, mit den allgemeinen Problemen des Alltags zurechtzukommen.

Bei einer Reihe von Patienten kann es aber passieren, dass nach dem Abklingen der akuten Psychose eine große Verunsicherung auftritt, weil bisher mühsam verdeckte Schwächen in der Konfliktklärung, im Durchsetzungsvermögen oder im sinnvollen Einsatz der eigenen Kräfte zum Vorschein gekommen sind.

In diesen Fällen genügt es nicht, sich nur auf den schützenden Effekt der Medikation zu verlassen. Neben einer ausgewogenen Langzeitmedikation brauchen diese Patienten eine zusätzliche psychotherapeutische Hilfestellung, um auch auf dem Gebiet der psychologischen

Lebenstüchtigkeit nachzureifen. Die genaue Entscheidung, wer welche Form der Therapie braucht, muss immer in enger Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten/Therapeuten getroffen werden.

Psychoedukation

Unabhängig von der angeborenen „psychologischen Lebenstüchtigkeit“ brauchen alle Patienten nach dem erstmaligen Auftreten einer schizophrenen Erkrankung eine ausführliche Einführung in die Hintergründe der Erkrankung und die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen. Keinem Menschen wurde das Wissen über schizophrene Erkrankungen „in die Wiege gelegt“. Viele Menschen, die zum ersten Mal von dieser Erkrankung betroffen sind, haben das Gefühl, „im falschen Film“ zu sein, die Welt nicht mehr zu verstehen und sich im Kreise zu drehen. Den Angehörigen ergeht es ähnlich, auch sie fühlen sich mit ihrem „Latein am Ende“ und spüren, dass ihre bisherige Lebenserfahrung nicht ausreicht.

Psychoedukation heißt „psychotherapeutisch angeleitetes Herausführen aus dem Nichtwissen“. Hierbei soll das Fachchinesisch der Profis so gedolmetscht werden, dass es auch für Nichtpsychiater verstehbar und als Hilfe und Entlastung verstanden wird. Dabei muss im offenen Austausch mit den Betroffenen „interaktiv“ (d. h. im wechselseitigen Gespräch) gemeinsam ein Krankheitsmodell erarbeitet werden, das sowohl den persönlichen Erfahrungen der Betroffenen als auch dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand um die Erkrankung gerecht wird.

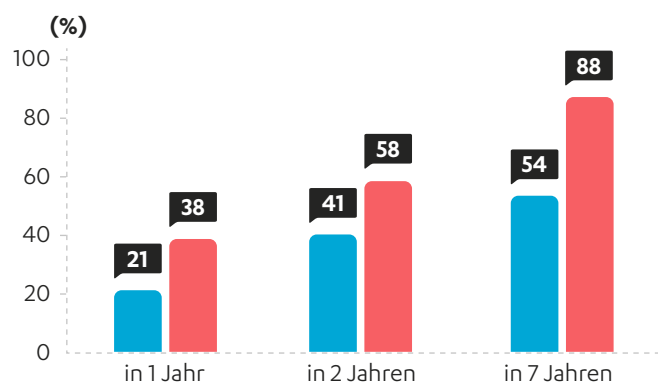
In der Psychoedukation wird der „kleinste gemeinsame Nenner“ erarbeitet, damit sowohl Medikation und Psychotherapie als auch die Selbsthilfestrategien der Betroffenen gemeinsam gegen die negativen Auswirkungen der Erkrankung eingesetzt werden können.

Eine wichtige Rolle spielt hierbei die Einbeziehung der Angehörigen; ihnen kommt vor allem während der Akutphase und in den ersten Jahren nach der Akuterkrankung die wichtige Rolle von „Co-Therapeuten“ zu. Sie sollten im Umgang mit den Erkrankten stets versuchen, vermeidbaren Stress von den Kranken fernzuhalten, das Wohlbefinden der Patienten zu fördern und sich gleichzeitig geduldig einzubringen, wenn Frühwarnzeichen auftauchen und die Erkrankten ermuntert werden müssen, sich rasch um professionelle Hilfe zu kümmern. Bei erfolgreichen Patienten lässt sich immer wieder feststellen, dass sie von der geschickten Mitwirkung gut informierter Angehöriger sehr profitieren, frei nach dem Lehrsatz:

„Hinter jedem erfolgreichen Patienten stehen starke Angehörige.“

Das hier vorliegende „TÜV-Konzept“ (Therapie-Überprüfungs-Verfahren) stellt ebenfalls einen psychoedukativen Baustein dar, um den Betroffenen und ihren Angehörigen zu helfen, die Erkrankung möglichst erfolgreich zu bewältigen.

Rate stationärer Wiederaufnahmen mit und ohne Psychoedukation über einen Zeitraum von bis zu sieben Jahren (Bäumel et al, 2007)



Wiederaufnahmerate

- Mit Psychoinduktion
- Ohne Psychoinduktion

Stützende Psychotherapie

In der „stützenden Psychotherapie“ werden die starken Seiten der Patienten systematisch aufgebaut, damit die Betroffenen wieder Mut fassen und sich gegen die negativen Auswirkungen der Erkrankung wehren können. Hierbei steht nicht die Aufdeckung von tiefer liegenden Konflikten im Vordergrund. Auch spezielle Psychotherapie-Techniken spielen nur eine Nebenrolle. In erster Linie wirkt hier die einführende Zuwendung der Therapeuten mit Ermutigung der Betroffenen. Die Grundpersönlichkeit des Therapeuten, seine Warmherzigkeit, seine Menschenliebe und Lebenserfahrung sind hierbei von unschätzbarem Wert. Dadurch gelingt es in vielen Fällen, das Selbstbewusstsein und Selbstbehauptungsvermögen der Betroffenen so weit zu stärken, dass sie auch ohne längerfristige Psychotherapie in ihrem Leben wieder Fuß fassen können.

Kognitive Verhaltenstherapie

Das Faszinierende am menschlichen Verhalten ist, dass wir manchmal körperliche Reaktionen, wie schnelleren Puls, Erröten, tiefes Seufzen, Nervosität etc., entwickeln, ohne dass uns der eigentliche Grund immer bewusst ist. Dies hängt oft mit Lernereignissen in der frühen Kindheit und Jugend zusammen; auch noch im späteren Leben bleibt unser Körper hinsichtlich gewisser Umgebungsreize gleichsam vorprogrammiert.

Dieses unbewusst ablaufende Programmieren ist der Grund, warum manche Menschen vor Hunden Angst empfinden, Panik vor Spinnen haben, ein Unwohlsein bei Menschenansammlungen verspüren oder bei gewissen Geräuschen sehr erschrecken.

In der Verhaltenstherapie werden die Hintergründe dieses Programmierungsprozesses praktisch in „Zeitlupe“ nochmals durchgesprochen, um zu verstehen, was im jeweiligen Augenblick der Grund gewesen sein könnte, warum ein Gespräch mit dem Vorgesetzten, der Flirtversuch mit einer Frau/einem Mann oder die unfreundliche Bemerkung einer Verkäuferin eine so massive Selbstwertkrise ausgelöst haben etc.

Durch systematisches Trainieren mit „Trockenübungen“ im Rollenspiel gelingt es, über den eigenen Schatten zu springen und sich bisher ängstlich gemiedenen Situationen bewusst zu stellen. Unter therapeutischer Begleitung wird dann dieses neue Verhalten im praktischen Lebensalltag angewandt; zunächst ganz vorsichtig, dann immer intensiver mit dem Ziel, im Leben wieder gestärkter und angstfreier zurechtzukommen.

Der Begriff „kognitiv“ bedeutet die Einbeziehung von innergedanklichen Vorgängen. Viele Ängste entstehen gedanklich im Kopf. Durch spezielle Gegengedanken, durch neutralisierende Selbstgespräche und durch Selbster-

mutigung kann es gelingen, vielen Ängsten ein Ende zu machen und ihnen das bisher Bedrohliche zu nehmen.

Kognitive Verhaltenstherapien sind besonders geeignet für Menschen mit schizophrenen Erkrankungen, da die einzelnen Schritte sehr klar nachvollziehbar und verstehbar sind und die Patienten das Zepter stets selbst in der Hand behalten.

Normalerweise werden von den Kassen nach fünf Probesitzungen 20 Behandlungseinheiten genehmigt; bei entsprechenden Verlängerungsanträgen kann die Behandlungsphase auf 80 Sitzungen erweitert werden.

Familientherapeutische Ansätze

Diese Form der Therapie wäre eigentlich allen Patienten und ihren Familien zu empfehlen, scheitert oft jedoch daran, alle Mitglieder einer Familie regelmäßig zur selben Zeit zu Gesprächen einzuladen. Unter therapeutischer Anleitung werden typische Konfliktsituationen in der Familie herausgearbeitet. Dann werden Änderungsvorschläge gesammelt und gemeinsam so lange bearbeitet, bis alle Mitglieder der Familie damit einverstanden sind. Anschließend werden diese neuen Verhaltensregeln in Rollenspielen ausprobiert.

In der Regel wird das Familienklima dadurch deutlich entspannter, humorvoller und stressfreier, sodass die guten und starken Seiten der Familie besser zum Tragen kommen. Dadurch wird das Stressniveau gesenkt, was der langfristigen Gesundheit der Patienten zugutekommt.

Im Grunde genommen geht es darum, Angehörige ausreichend über die Grundbeschwerden des erkrankten Familienmitglieds zu informieren, damit sie Verständnis für dessen vorübergehende Verhaltensauffälligkeiten bekommen und nicht mit ungeeigneten Methoden versuchen, sie bzw. ihn „umzuerziehen“. Nicht ausreichend informierte Familienangehörige sind ständig in Gefahr, durch gut gemeinte Ratschläge zur falschen Zeit oder durch plötzlichen Ausbruch von lang angestautem Ärger unerträgliche Spannungen beim Patienten mit der Gefahr eines Rückfalls hervorzurufen. Besonders die Angehörigen von schwer kranken Patienten müssen lernen, die zwischenzeitlich immer wieder auftretenden „Unfreundlichkeiten“ als Zeichen der Erkrankung zu verstehen und gelassen darauf zu reagieren. Feindselige Gegenreaktionen würden nur das Wiedererkrankungsrisiko des Patienten erhöhen und der ganzen Familie schaden. In den psychoedukativen Angehörigengruppen werden die Grundlagen für ein elementares Krankheitsverständnis bei den Angehörigen gelegt; die Teilnahme an diesen Gruppen ist allen Familienmitgliedern zu empfehlen.

Tiefenpsychologische Verfahren

Sigmund Freud (1856 – 1939) entdeckte, dass viele aktuelle Konflikte in Verbindung stehen mit unverarbeiteten Problemen aus der frühen Kindheit und Jugendzeit. Durch bewusste Erinnerungsarbeit werden die Patienten angeleitet, sich mit ihrer seelischen Entwicklungsgeschichte auseinanderzusetzen, um bisher verdrängte Enttäuschungen und Verletzungen (Traumen) wieder zu erinnern und von einer erwachsenen Perspektive aus zu verarbeiten. Dies kann sehr aufwühlend und belastend sein. Deshalb kann nur stabilisierten Patienten unter ausreichendem medikamentösen Schutz eine sehr vorsichtig geführte tiefenpsychologische Behandlung bei einem erfahrenen Therapeuten empfohlen werden.

Soziales Kompetenztraining (SKT)

„Soziale Kompetenz“ bezeichnet die Handlungsmöglichkeiten eines jeden Menschen, „soziale Fertigkeiten“ in konkrete Verhaltensweisen umzusetzen. Beim SKT geht es um das Überprüfen eigener Verhaltensweisen, das Erlernen von Verhaltensalternativen, die den zwischenmenschlichen Kontakt verbessern und die Sicherheit im Umgang mit anderen Menschen erhöhen können. Dies ist für Menschen mit Psychosen besonders wichtig, da viele unter sozialen und/oder zwischenmenschlichen Ängsten leiden.

Metakognitives Training (MKT)

Metakognition kann sinngemäß als das „Denken über das Denken“ übersetzt werden. Im Rahmen von acht Trainingseinheiten (Modulen) werden den Teilnehmern kognitive Probleme oder einseitige Problemlösestile in unterhaltbarer Form vor Augen geführt, die einzeln oder in der

Gesamtheit die Entwicklung von problematischen Überzeugungen bis hin zum Wahn begünstigen.

CogPack

CogPack ist ein kognitives Trainingsprogramm mit 64 Tests und Übungen, das am Computer durchgeführt wird. Es beinhaltet verschiedene Übungen zu unterschiedlichen Denkbereichen, sprachlichen, intellektuellen und berufsnahen Fähigkeiten sowie Sachwissen.

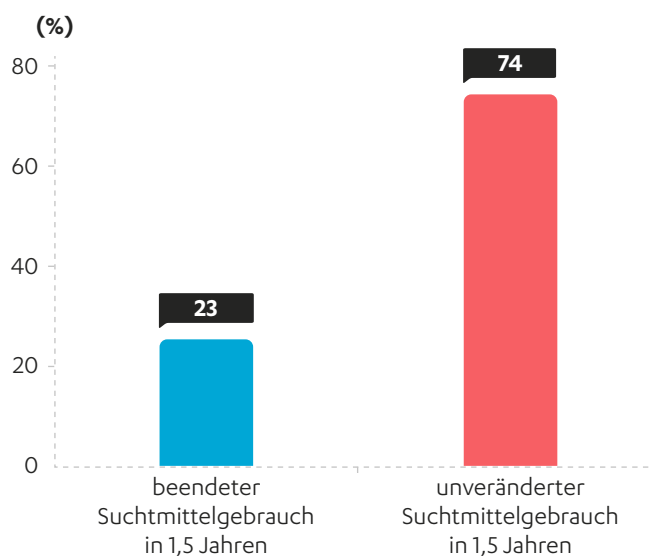
Spezielle Psychotherapie bei Suchterkrankungen

Es besteht bei 30 % der schizophren Erkrankten gleichzeitig eine Alkohol- oder Drogenproblematik. Auch wenn es Anticraving-Medikamente gibt, die das süchtige Verlangen nach Alkohol oder Drogen vermindern, liegt die Hauptarbeit im psychotherapeutischen Bereich. In erster Linie müssen Patienten mit Suchterkrankungen lernen, konsequent Nein zu sagen. Sie müssen Techniken entwickeln, bereits zu Beginn des Suchtverlangens Ablenkungs- und Entspannungstechniken einzusetzen, um den ersten Schluck/den ersten Joint zu vermeiden.

Damit dieses oft als unwiderstehlich empfundene Verlangen nach Alkohol und Drogen gar nicht aufkommt, müssen die seelischen Kräfte stabilisiert werden. Hierzu ist der Aufbau eines gesunden Selbstwertgefühls und eines guten Konfliktlösevermögens ganz wesentlich. Wenn es gelingt, sich selbstbewusst zu bewegen, Kontakte aufzubauen und bei Konflikten gelassen zu reagieren, entstehen weniger innerseelische Spannungen, die das Bedürfnis nach Drogen und Alkohol hervorrufen. Ganz wichtig ist hierbei die regelmäßige

gedankliche Selbstverstärkung und Belohnung dafür, nicht mehr rückfällig geworden zu sein. Auch die Angehörigen müssen unbedingt in die Suchtbehandlung mit einbezogen werden, damit sie nicht durch ihr Verhalten Stress produzieren, der die Erkrankten wiederum in Gefahr bringt. Bei Patienten mit einer Suchterkrankung ist es besonders wichtig, dass sie stets eine ausreichend hoch dosierte Rückfallschutzbehandlung beibehalten, um nicht an „zwei Fronten“ gleichzeitig (Suchterkrankung und schizophrene Erkrankung) kämpfen zu müssen.

Rückfallrate (Plus-Symptome) bei Betroffenen mit und ohne Suchtmittelkonsum



Entspannungsverfahren

Während Angsterlebnissen tritt automatisch eine muskuläre Anspannung auf, der Pulsschlag erhöht sich, die Atmung wird schneller, sogar Übelkeit und Unwohlsein können auftreten. Der Grund besteht in einer unwillkürlichen Ausschüttung von Stresshormonen (Cortison und Adrenalin). Das heißt, Angsterleben und muskuläre Anspannung sind eng miteinander gekoppelt. Gelingt es umgekehrt, die muskuläre Anspannung bewusst zu verringern, kann dem Angsterleben langfristig vorgebeugt werden. Ohne muskuläre Anspannung keine Angst! Durch systematisches Entspannungstraining kann es gelingen, das Angsterleben sehr viel besser unter Kontrolle zu bekommen.

Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen

Hierbei werden zunächst einzelne Muskelregionen (Faust und Arme, Füße und Beine, Brustregion, Bauchregion, Gesäßbereich, Nacken, Gesichtsregion) für sieben Sekunden bewusst maximal angespannt. Anschließend wird der Entspannungsvorgang der Muskulatur gedanklich unterstützt. Dadurch wird der Unterschied zwischen maximaler Anspannung und anschließender Entspannung verdeutlicht. Dieser Unterschied wird systematisch trainiert, sodass dem Körper innerhalb kurzer Zeit ein angenehmes Entspannungsgefühl „entlockt“ werden kann.

Ohne Anspannung hat die Angst keine Chance!

Autogenes Training

Hierbei wird dem Körper durch gedankliche Anleitung ein Gefühl der Entspannung und Leichtigkeit antrainiert. Dies führt später zur Reduktion von Angst und Anspannung. Das erfordert ein längeres Training und kann nur unter sorgfältiger therapeutischer Anleitung erlernt werden.

Ergotherapie und ergänzende Behandlungsverfahren

Im klinischen Alltag spielen vor allem die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie eine herausragende Rolle. Dort können die Erkrankten unter geduldiger Anleitung wieder erste Erfolgserlebnisse bei der Gestaltung überschaubarer Aufgaben erleben. Auch die Kunsttherapie bietet eine hervorragende Gelegenheit, mit nonverbalen Mitteln innere Gefühlslagen auszudrücken, die während der Akutphase dem Gespräch häufig noch nicht zugänglich sind. Auch die Musik- und die Tanztherapie eröffnen vielen Patienten die Möglichkeit, ohne viele Worte Gefühle auszudrücken, die sie anderweitig nicht mitteilen könnten. Ganz besonders wichtig sind krankengymnastische Übungsbehandlungen und alle Formen der Bewegungstherapie, wie Walken, Joggen, Laufen und Wandern. In immer mehr Kliniken werden Fitnessräume bereitgestellt, um durch eine entsprechende körperliche Auslastung innere Spannungszustände abarbeiten zu können. Generell sind handlungsorientierte Verfahren bei schizophrenen Erkrankten sehr geeignet.

Bitte notieren Sie hier alle Fragen und Anmerkungen zum Thema „Psychotherapie“, die Sie mit Ihrem Therapeuten besprechen möchten.



Das Wichtigste auf einen Blick

Der dritte Überlaufschutz – psychosoziale Maßnahmen

Psychosoziale Maßnahmen

Menschen mit schizophrenen Erkrankungen können, mehr noch als die nicht erkrankten Bürger, in einigen Bereichen des täglichen Lebens Probleme haben. Hierzu gehören z. B. die Bereiche Arbeit, Wohnen, Finanzen, soziale Kontakte oder Zugang zu geeigneten Hilfen. Zu jedem dieser Themen gibt es geeignete Hilfen, die wir Ihnen nun nachfolgend kurz darstellen möchten. Welche der zahlreichen unterschiedlichen Einrichtungen und Hilfsangebote für den Einzelnen am besten geeignet sind, kann am besten mit einem Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen besprochen werden.

Vertiefende Informationen zum Thema Psychose und Arbeit, Wohnen, Finanzen sowie soziale Kontakte finden Sie ab Seite 70.

Psychosen und Zugang zu geeigneten Hilfen

Den von einer Psychose Betroffenen stehen eine Reihe psychiatrischer Hilfen zur Verfügung, die jeweils verschiedene Aufgaben übernehmen. Hierzu gehören:

- **Psychiatrisches Krankenhaus oder psychiatrische Abteilung:** Psychiatrische Krankenhäuser und psychiatrische Abteilungen sind vor allem für die Akutbehandlung zuständig. Ziel der Behandlung ist es, dass Sie sich so schnell wie möglich wieder stabilisieren und dass Sie direkt nach der stationären Behandlung und auch langfristig eine ausreichende Hilfe erhalten. Um dies zu erreichen bzw. zu planen, braucht es ein wenig Zeit. Die meisten Patienten bleiben zwischen zwei und acht Wochen auf Station. Wenn Sie auf der Suche nach einer psychiatrischen Klinik in Ihrer Nähe sind, dann kann Ihnen die Website www.psychose.de behilflich sein.

- **Die Tagesklinik:** Tageskliniken befinden sich häufig in psychiatrischen Kliniken; mitunter auch außerhalb der Klinik. Die Aufnahme kann aus verschiedenen Gründen erfolgen, z. B. als Anschlussbehandlung an eine vollstationäre Aufnahme oder als Krisenintervention. Das therapeutische Programm steht Patienten in der Tagesklinik fünf Tage die Woche tagsüber zur Verfügung. Eine gewisse psychische Stabilität wird dementsprechend vorausgesetzt. Wenn Sie auf der Suche nach einer psychiatrischen Tagesklinik in Ihrer Nähe sind, dann schauen Sie nach auf der Website www.psychose.de.
- **Die Institutsambulanz:** Die Institutsambulanzen sichern die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die aufgrund von Art, Schwere und Dauer ihrer Krankheit oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf diese Einrichtungen angewiesen sind. In den Institutsambulanzen steht dem Betroffenen und seinen Angehörigen ein multiprofessionelles Team zur Seite, bestehend aus Ärzten, Psychologen, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten sowie Gesundheits- und Krankenpflegekräften. Das Behandlungsangebot ist ein sogenanntes Komplexangebot, d. h., es werden nicht nur ärztliche, sondern auch psychologische, pflegerische, ergotherapeutische, kunst- und musiktherapeutische, bewegungstherapeutische oder sozialarbeiterische Leistungen angeboten. Wenn Sie auf der Suche nach einer Institutsambulanz in Ihrer Nähe sind, dann gehen Sie auf die Website www.psychose.de.

- **Das Zuhausebehandlungsteam:** Diese auch als Assertive Community Treatment (ACT) bezeichnete Behandlungsart gehört in anderen Ländern schon lange zum Standard. Zuhausebehandlung bezeichnet die Behandlung im eigenen Umfeld durch ein Team von Psychose-Experten. Das Team ist multidisziplinär besetzt, da es alle biopsychosozialen Interventionen vor Ort anbieten muss. Zu den Aufgaben gehören u. a. intensive poststationäre Betreuung, Krisenintervention sieben Tage die Woche, frühe Rückfallbehandlung und langfristige Bezugstherapie.
- **Nervenärzte und Psychiater:** Diese haben Medizin studiert und sind daher ärztlich tätig. Psychiater arbeiten routinemäßig mit psychotherapeutischen Techniken, ähnlich wie Psychologen. Zusätzlich können Psychiater aber auch Medikamente verschreiben. Wenn Sie auf der Suche nach einem Nervenarzt und Psychiater sind, dann schauen Sie auf die Website www.psychose.de.
- **Psychologische Psychotherapeuten:** Psychologen haben Psychologie studiert. Viele Psychologen haben eine zusätzliche Ausbildung in Psychotherapie abgeschlossen, z. B. in Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, Familientherapie oder Gestalttherapie. Aufgabe einer Psychotherapie ist es, sowohl psychische Erkrankungen als auch andere psychische Leidenszustände (z. B. nach einer Scheidung) durch therapeutische Gespräche gezielt zu behandeln. Wenn Sie auf der Suche nach einem Psychotherapeuten sind, wenden Sie sich an den Bund Deutscher Psychologen (Tel. (0228) 74 66 99 oder www.psychotherapiesuche.de).
- **Tagesstätten:** Im Gegensatz zu Tageskliniken sind sie nicht ärztlich geleitet und nicht von den Krankenkassen finanziert. Die Angebote unterscheiden sich je nach Tagesstätte und reichen von offenen Angeboten bis hin zu therapeutischen Rehabilitationsprogrammen.
- **Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi):** Für die Notfallhilfe im ambulanten Bereich hat der sozialpsychiatrische Dienst eine wichtige Funktion. Die Zuständigkeit der jeweiligen sozialpsychiatrischen Dienste ist regional aufgeteilt. Durch diese regionale Zuständigkeit sind die Mitarbeiter oftmals sehr gut über die örtlichen Hilfsangebote, Kliniken, Ärzte etc. informiert. Sie machen Hausbesuche und bieten akute Krisenintervention vor Ort an.
- **Häusliche Krankenpflege:** Für Betroffene und ihre Familien bringen ambulante Pflegedienste Hilfe im Bereich der häuslichen Kranken-, Haus- und Familienpflege. Sie verfügen über ein breit gefächertes Leistungsangebot, u. a. häusliche Krankenpflege, hauswirtschaftliche Hilfen oder soziale Betreuung.

Beides gehört zusammen: Therapie und Therapeut – wichtige Auswahlkriterien

Welche Therapien für Sie persönlich die richtigen sind, sollten Sie immer mit Ihrem Arzt, Ihrem Therapeuten oder Ihrem Behandlungsteam besprechen. **Bei der Suche nach der richtigen Therapie sollten Sie einige wichtige Regeln beachten:**

- Sie brauchen über einen längeren Zeitraum einen festen Therapeuten, besser noch ein festes Bezugstherapieteam, bestehend aus Psychiater und Therapeuten. Auch Ihre Familie sollte das Therapieteam kennen und in Ihre Behandlung miteinbezogen werden. Lassen Sie sich gut über alle therapeutischen Möglichkeiten informieren und entscheiden Sie mit.
- Zur **Therapieplanung** und zur **Betrachtung** des Verlaufs empfiehlt es sich, von Zeit zu Zeit alle Beteiligten an einen Tisch zu bringen. Hier können gemeinsame Entscheidungen getroffen und mögliche Missverständnisse vermieden werden.
- Bei der Suche nach dem „richtigen“ **Psychotherapeuten** sollten Sie sich Zeit lassen. Fragen Sie Ihr Bezugstherapieteam, ob es in Ihrer Nähe einen erfahrenen Psychotherapeuten gibt, der mit Menschen mit Psychose arbeitet. Lassen Sie sich, wenn notwendig, bei der Suche und Organisation unterstützen.
- Richten Sie Ihren **Therapieplan** nach Ihrer momentanen Situation aus. Über- oder unterfordern Sie sich nicht. Fragen Sie nach einem festen Therapieplan. Dieser sollte wochenweise genau vorsehen, welche Therapien Sie wann und wo durchführen müssen.
- **Probieren Sie Therapien aus.** Nicht jede Therapie ist für jeden die richtige. Erlauben Sie sich, verschiedene Therapien zu testen. Führen Sie die fort, die Ihnen hilft und gut tut.

- Fragen Sie, wer Ihnen die **Medikamente** verschreibt und wer **Ansprechpartner** für mögliche medikamentöse Komplikationen oder Fragen ist.
- **Fragen Sie nach einem Krisenplan.** Dieser sollte alle wichtigen Telefonnummern und Notfallnummern enthalten. Legen Sie auch fest, welche Station in welchem Krankenhaus bei einer Krise für Sie zuständig ist. Achten Sie darauf, dass auch Ihre Familie über alle Schritte gut informiert wird.
- Fragen Sie, ob ein sogenanntes **Zuhausebehandlungsteam** existiert, das Ihnen im Krisenfall besonders zur Seite steht – auch im eigenen Umfeld.

Auf der Suche nach einem geeigneten Therapeuten sollten Sie einige Fragen vorbereitet haben. Schreiben Sie sie auf und nehmen Sie diese mit zu Ihrem Therapeuten:

- Welche Art von Therapie bieten Sie an und was soll damit erreicht werden?
- Wie lange dauern die Therapiesitzungen?
- Wie oft finden sie statt?
- Wie viele Therapiesitzungen werde ich voraussichtlich benötigen?
- Wie lange dauert es erfahrungsgemäß, bis ich einen Nutzen aus der Therapie ziehen kann?
- Kann ich mich gegebenenfalls auch zwischen den Therapiesitzungen an Sie wenden?
- Welche Ausbildung haben Sie absolviert und wie viele Jahre üben Sie Ihren Beruf aus?
- Haben Sie Erfahrung in der Arbeit mit Psychose-Erkrankten?

Bitte notieren Sie hier alle Fragen und Anmerkungen zum Thema „Psychosoziale Maßnahmen“, die Sie mit Ihrem Therapeuten besprechen möchten.



Das Wichtigste auf einen Blick

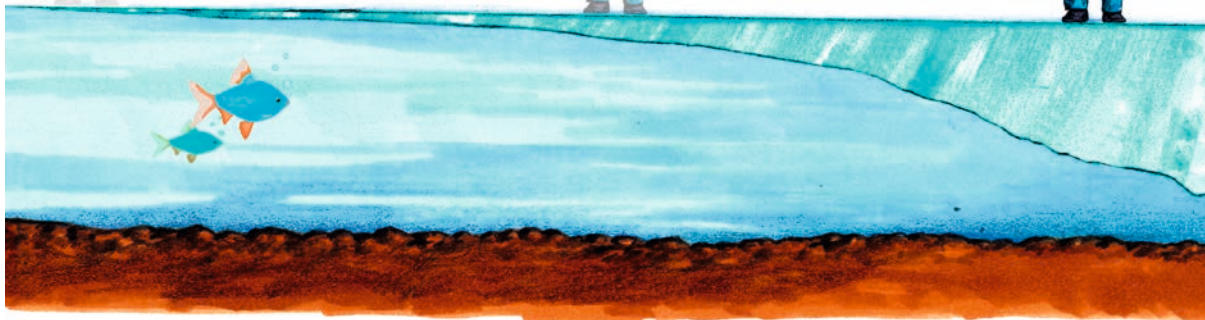
Vorbeugen ist besser als heilen – Rezidivprophylaxe

Rückfallrisiko – wo stehe ich?

ohne Antipsychotika



mit Antipsychotika



Es ist ganz natürlich, dass gerade bei einer dauerhaften Medikamenteneinnahme oder einer langfristig angelegten Psychotherapie Zweifel, Unsicherheiten oder gar Lustlosigkeit auftreten. Dies liegt z. B. an Ängsten vor den Nebenwirkungen, dem Vergessen der Tabletteneinnahme oder auch dem Gefühl, dass die Medikamente nur sehr langsam wirksam werden. Vor allem aber die Gesundfühlfalle, also das Empfinden, doch gesund zu sein, sorgt dafür, dass viele Patienten z. B. die

Dosierung nach unten verändern, die Medikamenteneinnahme und die psychotherapeutischen Maßnahmen vernachlässigen. Das Heimtückische an einer Psychose ist aber, dass Sie sich damit auf sehr dünnem Eis bewegen. Die Gefahr einer neuen Episode steigt rapide an. Je konsequenter Sie der Therapie folgen, umso mehr geraten Sie auf das dicke Eis, d. h., die Gefahr einer neuen Psychose wird weitestgehend gebannt.

Rezidivprophylaxe ist ein Wort, das von Ärzten und Therapeuten im Zusammenhang mit Psychosen verwendet wird. Rezidivprophylaxe bedeutet Rückfallverhinderung. Von einem Rückfall spricht man, wenn sich die Symptome der Psychose plötzlich oder langsam wieder verstärken. Das heißt z. B., dass die akustischen Halluzinationen wieder beginnen oder wieder stärker werden oder dass die Ängste, bedroht oder verfolgt zu werden, wieder beginnen oder sich verstärken. Rückfälle können sich aber auch anders ankündigen: Man zieht sich mehr zurück, trifft seltener seine Freunde, wird gereizter oder hat Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren.

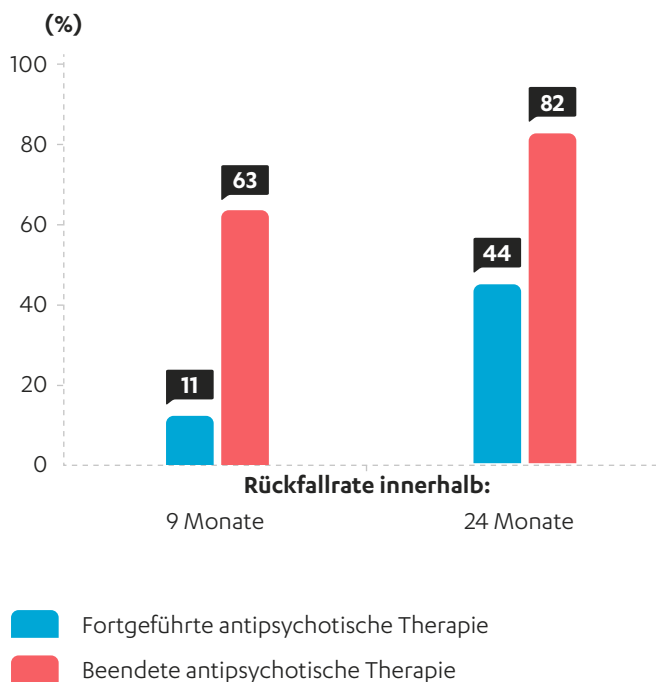
Die Rückfallverhinderung wird durch einige wesentliche Bausteine positiv beeinflusst. Hier die wichtigsten:

- Die langfristige Durchführung einer kombinierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, bestehend aus psychotherapeutischen, psychosozialen und medikamentösen Behandlungsmaßnahmen.
- Das Einüben von Bewältigungsstrategien zur Reduktion der für die Psychose typischen Symptome.
- Die Mitarbeit der Angehörigen, denen Gelegenheit zu entlastenden Gesprächen und einem vertieften Krankheitsverständnis gegeben wird.
- Die Identifikation von Belastungsfaktoren und die Möglichkeiten, diese zu reduzieren und somit die Belastbarkeit zu steigern.
- Die Wahrnehmung und Bewertung von Frühwarnzeichen eines drohenden Rückfalls; das Einüben angemessener Handlungen zur Abwendung von Krisen.

Oberstes Gebot: Rückfälle verhindern

Viele Betroffene sind der Überzeugung, dass Psychosen nach einer akuten Episode nicht mehr auftreten. Das Rückfallrisiko innerhalb der ersten zwei bis fünf Jahre beträgt aber 80 bis 90 %, wenn man die medikamentöse Therapie/Prophylaxe frühzeitig beendet.

Rückfallrate nach der ersten psychotischen Phase. Vergleich: Fortführung gegen Beendigung der antipsychotischen Therapie



Psychotische Rückfälle zu verhindern ist eines der Hauptziele der Rezidivprophylaxe, vor allem deshalb, weil jeder psychotische Rückfall drei wichtige Folgen haben kann:

1.

Das Ansprechen auf die Therapie und hier vor allem auf die Medikamente kann sich verschlechtern. Zudem ist bekannt, dass sich die Zeit bis zum Verschwinden der Symptome bei jedem Rückfall verlängert.

2.

Um ein Ansprechen auf die Medikamente zu erreichen, müssen höhere Dosierungen gegeben werden. Diese können mehr Nebenwirkungen verursachen, was wiederum die Bereitschaft zur Einnahme verringern kann.

3.

Bei jedem psychotischen Rückfall besteht ein etwa 30%iges Risiko, dass die Symptome fortan dauerhaft bestehen. Dies ist wohl der wichtigste Grund, Rückfälle so gut es geht zu verhindern.

Das „A und O“ der Therapie – medikamentöse Rezidivprophylaxe

Die meisten Betroffenen versuchen über kurz oder lang, ohne oder mit weniger Medikamenten zurechtzukommen. Sie setzen die Medikamente einfach ab oder verringern die Dosis, ohne mit dem Arzt Rücksprache zu halten. Das abrupte Absetzen der Antipsychotika birgt aber eine hohe Gefahr, dass sie relativ schnell erneut erkranken und die Psychose wiederkommt (siehe Abbildung Seite 66).

- Ein bis zehn Tage nach Absetzen haben Sie schon ein zweifach erhöhtes Rückfallrisiko,
- zehn bis 30 Tage nach Absetzen ein dreifach erhöhtes Rückfallrisiko und
- wenn Sie länger als einen Monat keine Antipsychotika genommen haben, ein vierfach erhöhtes Rückfallrisiko.

Wichtig!

Wichtig ist auch zu wissen, dass ein schnelles Absetzen im Vergleich zu einem langsamen Ausschleichen ein deutlich erhöhtes Rückfallrisiko mit sich bringt. Lassen Sie sich nicht davon blenden, dass es Ihnen sofort nach Absetzen der Antipsychotika besser geht. Dieser Effekt heißt „Honeymoon-Effekt“ und kommt dadurch zustande, weil die dämpfende Wirkung der Antipsychotika wegfällt; er hat aber nichts mit einem geringeren Rückfallrisiko zu tun. Es ist deshalb wichtig, dass Sie jeden Wunsch nach Reduzierung oder Absetzen der Antipsychotika mit Ihrem Arzt besprechen. Wenn Sie einen Versuch unternehmen, ohne Antipsychotika fortzufahren, dann auf jeden Fall in enger Zusammenarbeit mit Ihrem Arzt.

Erkannter Feind ist kein Feind – Frühwarnzeichen erkennen



Wenn auf Frühwarnzeichen geachtet wird, kann das „kleine Feuer“ mühelos gelöscht werden. Durch **Nicht-wahrhaben-Wollen und Zaudern, d. h. nachlässige Medikation, kann es schnell zum Großbrand („Rückfall“) kommen.**

Ein Schritt zur erfolgreichen Rückfallverhinderung ist das Kennenlernen Ihrer Frühwarnzeichen oder Frühwarnsymptome. Diese können individuell sehr unterschiedlich sein. Nachfolgend finden Sie eine Liste mit Frühwarnzeichen und ihrer Bedeutung.

Sie können die Frühwarnzeichen ankreuzen, die bei Ihnen typischerweise auftreten.

○ **Unruhe, Nervosität, Reizbarkeit**

Unruhe, Nervosität und Reizbarkeit sind wichtige Frühwarnzeichen. Betroffene reagieren bei normalerweise leicht zu bewältigenden Anforderungen gereizt, geraten mit Angehörigen oder Freunden leichter in Streitigkeiten und sind unruhig und nervös. Hält dieser Zustand länger als eine Woche an, tritt er zusammen mit Schlafstörungen auf und wurde zuvor etwas an der medikamentösen Therapie verändert, sollte ein möglicher Rückfall abgeklärt werden.

○ **Erhöhte Sensibilität, Überempfindlichkeit, Irritierbarkeit**

Eine erhöhte Sensibilität kann sich in vielen Bereichen zeigen, häufig sind aber vor allem Emotionen und Sinneswahrnehmungen betroffen. Betroffene sind „näher am Wasser“ gebaut, sind empfindlicher gegenüber Konflikten und Auseinandersetzungen, berichten über eine erhöhte Geräusch- und Lichtempfindlichkeit und sind insgesamt leichter irritierbar.

○ **Schlafstörungen**

Schlafstörungen und vor allem Schlafverzicht bzw. die Verschiebung des Tag-Nacht-Rhythmus sind sehr häufige Frühwarnsymptome von Rückfällen. Betroffene können zumeist plötzlich nicht mehr richtig ein- oder durchschlafen und wachen nachts häufiger auf. Bei ausgeprägten Schlafstörungen sollte immer ein Arzt aufgesucht werden, vor allem dann, wenn sie davor nicht bestanden.

○ **Appetitlosigkeit**

Appetitlosigkeit ist zumeist ein Zeichen für schlechte Stimmung, Traurigkeit und Depression. Sie kann aber auch im Rahmen von Vergiftungsängsten auftreten. Vor allem, wenn bei der ersten oder vorhergehenden psychotischen Phase Vergiftungsängste bestanden, ist anzunehmen, dass der Grund für die verringerte Nahrungsaufnahme in den wiedergekehrten Ängsten vor Vergiftung zu suchen ist.

○ **Selbstvernachlässigung**

Selbstvernachlässigung kann bei Betroffenen vorkommen, die schon lange an einer schizophrenen Psychose leiden. Zumeist tritt solches Verhalten im Rahmen von chronischen psychotischen Symptomen auf, vor allem dann, wenn sich der Betroffene in keiner Therapie befindet.

○ **Depression, verflachte Gefühle oder Stimmungsschwankungen**

Stimmungsschwankungen treten bei Menschen mit Psychosen relativ häufig auf und müssen nicht immer Anlass zur Sorge sein. Eine Depression, also ein länger andauernder Zustand mit schlechter Stimmung, Interessenverlust etc., ist selbst kein psychotischer Rückfall, erhöht aber bei längerer Dauer das Rückfallrisiko für eine Psychose. Dementsprechend ist anzuraten, bei Beginn einer Depression den Arzt aufzusuchen und wirksame Behandlungsmöglichkeiten zu diskutieren.

○ **Angst und Misstrauen vor Menschen, gegenüber Plätzen, Dingen oder Situationen, die früher vertraut waren**

Ängste begleiten viele Menschen mit einer Psychose, auch unabhängig davon, ob gerade psychotische Symptome bestehen oder nicht. Häufig haben Betroffene soziale Ängste, vor allem in Situationen, wo es zu zwischenmenschlichen Kontakten kommt, z. B. in der U-Bahn oder beim Einkaufen etc. Ängste sind für einen möglichen Rückfall bedeutsam, wenn sie neu auftreten oder sich vergrößern. Ängste können aber auch mit wahnhaften Wahrnehmungen zusammenhängen, also dass andere Menschen den Betroffenen beobachten, überwachen, verfolgen etc.

○ **Geringe Belastbarkeit, vor allem bei Stress**

Die Stressbelastbarkeit ist bei fast allen Menschen mit einer Psychose verringert. Insofern ist es manchmal nicht einfach, zu entscheiden, ab welcher Verringerung der Belastbarkeit man von einem Frühwarnzeichen für einen Rückfall sprechen kann. Sie kennen sich sicher am besten. Wenn Sie das Gefühl haben, dass Ihre Leistungsfähigkeit plötzlich abgenommen hat, sollten Sie dies mit Ihrem Therapeuten besprechen.

○ **Konzentrationsstörungen**

Konzentrationsstörungen beschreiben viele Menschen mit Psychose, lange bevor die Psychose überhaupt ausbricht. Bei der ersten Behandlung haben 75% der Patienten Probleme damit. Bei jeder Symptomverschlechterung kann sich die Konzentrationsfähigkeit wieder verschlechtern. Insofern gilt dasselbe wie für die Stressbelastbarkeit. Sie sollten dies mit Ihrem Therapeuten besprechen.

○ Sozialer Rückzug, Abbruch von Kontakten

Sozialer Rückzug ist häufig die erste Reaktion auf eine wieder beginnende Psychose. Häufig werden im Rahmen eines psychotischen Rückfalls auch die Kontakte zu anderen Menschen weniger. Dieses Verhalten kann auch als eine Art Schutzmechanismus angesehen werden.

○ Plötzliche ungewöhnliche Interessen

(z. B. für religiöse oder übernatürliche Dinge, Magie usw.) Auch die plötzliche Veränderung von Interessen kann ein Frühwarnzeichen für Psychosen sein. Im Nachhinein stellt sich aber häufig heraus, dass ein plötzliches Interesse für Religion, Magie oder übernatürliche Dinge schon ein Teil des bereits stattgefundenen Rückfalls darstellte.

○ Ungewöhnliche Wahrnehmungen

(z. B. Gefühle, man selbst oder die Umgebung seien verändert; Dinge zu sehen, zu hören, zu schmecken oder zu riechen, die andere Menschen nicht wahrnehmen) Diese Frühwarnzeichengruppe sollte als deutliches Alarm-

zeichen für einen drohenden Rückfall gewertet werden. Gewissermaßen ist es fünf Minuten vor zwölf, wenn solche Symptome schon bestehen. Ein sofortiger Besuch bei Ihrem Arzt oder Therapeuten ist notwendig. Wenn solche Symptome am Wochenende beginnen, dann sollte man sich in der nächsten psychiatrischen Klinik sofort Hilfe holen!

○ Eigentümliche Vorstellungen, ungewöhnliches Erleben

Zum Beispiel Eigenbeziehungen (man bezieht Erlebnisse oder Handlungen bzw. Aussagen anderer Menschen auf sich selbst); Gefühl, beobachtet zu werden; Beeinflussungserleben (Gefühl, andere könnten auf mich oder meine Gedanken Zugriff haben, mich kontrollieren oder steuern).

○ Vermehrtes Trinken von Alkohol oder Gebrauch von Drogen

Auch der Wiederbeginn des Missbrauchs von Alkohol oder Drogen kann ein Frühwarnzeichen sein. In den meisten Fällen ist dies eine Reaktion auf eine psychische Verschlechterung.

Bitte notieren Sie hier alle Fragen und Anmerkungen zum Thema „Rezidivprophylaxe“, die Sie mit Ihrem Therapeuten besprechen möchten.



Das Wichtigste auf einen Blick

Vorbereitet sein für den Ernstfall – der Krisenplan

Was tun, wenn der Rückfall droht?

Zu einem guten Krisenplan gehört, dass man sich alle wichtigen Schritte überlegt, die einem helfen, die Krise zu meistern. Kennen Sie alle wichtigen Schritte?



Suchen Sie sich Hilfe

„Lieber einmal zu viel als einmal zu wenig“ – dies ist das Motto der Rückfallfrüherkennung. Auch wenn es Ihnen manchmal lächerlich erscheint, sich Sorgen zu machen: Sprechen Sie alle psychischen Veränderungen an, von denen Sie denken, sie könnten zu einem Rückfall gehören. Dieses Verhalten gibt Ihnen Sicherheit. Je sicherer Sie sich fühlen, desto besser geht es Ihnen. Damit Sie sich in der Krisensituation zurechtfinden, füllen Sie zuvor einen Krisenplan aus (siehe Seite 76/77).

Reduzieren Sie Stress

Stressreduktion – und sei es nur für ein paar Tage – ist wohl eine der wichtigsten Maßnahmen zur Rückfallverhinderung. Überlegen Sie mit dem Arzt, wie die Stressreduktion aussehen könnte. Lassen Sie sich für ein paar Tage krankschreiben oder begeben Sie sich für ein paar Tage in stationäre Therapie.

Beginnen Sie wieder eine medikamentöse Therapie oder passen Sie die Therapie an

Zur Rückfallverhinderung ist es zumeist notwendig, die Medikamente anzupassen oder erneut einzunehmen.

Wenn Sie bei unveränderter Medikation einen Rückfall erleben, muss die Medikation angepasst werden. Dies kann eine Dosissteigerung des Antipsychotikums sein oder die zusätzliche Einnahme von Benzodiazepinen, manchmal auch beides. Wenn Sie aufgrund des Absetzens der Medikation in die Krise geraten sind, ist immer anzuraten, die Medikamente sofort wieder zu nehmen.

Fragen Sie nach einem Zuhausebehandlungsteam

Wenn Sie in die Krise geraten sind, brauchen Sie für eine gewisse Zeit eine Extra-Unterstützung. Diese kann so aussehen, dass Sie jeden Tag jemand zu Hause besucht und Sie und Ihre Familie in der Krise begleitet. Ein Zuhausebehandlungsteam ist dafür speziell ausgebildet und kann Ihnen psychotherapeutische und pharmakotherapeutische Hilfe anbieten.

Lernen Sie aus der Krise

Es ist wichtig, aus der Krise zu lernen. Welche Ursachen haben zur Krise geführt? Waren alle Maßnahmen erfolg- und hilfreich? Schreiben Sie sich alles auf, was Sie das nächste Mal anders machen wollen. Wenn Sie die Medikamente vor der Krise reduziert oder abgesetzt haben, nehmen Sie sie in Zukunft zuverlässig. Wenn Alkohol oder Drogen die Ursache für die Krise waren, dann suchen Sie für die zukünftige Abstinenz Hilfe.

Alles, was Sie in Zukunft besser machen, wird dazu führen, dass die Wahrscheinlichkeit für erneute Krisen sinkt.



Das Wichtigste auf einen Blick

Tipps für den Alltag

Psychosen und Arbeit

Bei einem Teil der Betroffenen, die sehr rasch und gut auf die Behandlung ansprechen, gelingt die Rückkehr ins Arbeitsleben problemlos. Bei länger dauerndem Krankheitsverlauf sind allerdings unterstützende Maßnahmen erforderlich, um wieder arbeiten zu können (z. B. Arbeitstherapie). Falls die Krankheit längerfristig verläuft und zu Problemen im Alltag führt, kann es sein, dass nur stundenweise Tätigkeit unter stützenden Bedingungen (geschützte Beschäftigung) möglich ist.

Es existieren zahlreiche Einrichtungen, die bei der beruflichen Wiedereingliederung helfen.

Hierzu gehören u. a.:

- **Arbeitstherapie:** Als Arbeitstherapie bezeichnet man die stufenweise Heranführung an die Grundanforderungen des Arbeitslebens. Die Arbeit wird hierbei als therapeutisches Mittel eingesetzt.
- **Berufsbildungswerke (BBW):** Dies sind Einrichtungen zur beruflichen Erstausbildung von psychisch erkrankten jungen Menschen, welche wegen ihrer Erkrankung auf besondere ausbildungsbegleitende Hilfen angewiesen sind.
- **Berufsförderungswerke (BFW):** Dies sind Bildungseinrichtungen zur Fortbildung und Umschulung von psychisch erkrankten Menschen, die in der Regel bereits berufstätig waren und sich wegen ihrer Erkrankung beruflich neu orientieren müssen.
- **Berufliche Trainingszentren (BTZ):** Dies sind Spezialeinrichtungen zur beruflichen Rehabilitation psy-

chisch erkrankter Menschen. Ziel ist die Abklärung einer realistischen beruflichen Perspektive, die Wiedereingliederung der Betroffenen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder die Stabilisierung für eine anschließende Umschulung oder Ausbildung.

Psychosen und Wohnen

Psychose-Betroffene können Schwierigkeiten haben, die ihnen das Leben im eigenen Wohnraum erschweren. Halluzinationen können beispielsweise dazu führen, dass Betroffene Angst vor anderen Menschen haben und deshalb die Wohnung nicht verlassen können. Die Energielosigkeit (im Rahmen von Minus-Symptomatik) kann dazu führen, dass es enorm viel Überwindung braucht, einkaufen zu gehen oder die Wohnung aufzuräumen. Es existieren zahlreiche Einrichtungen, die bei Wohnungsproblemen helfen. Hierzu gehören u. a.:

- **Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK):** Hierbei handelt es sich um Einrichtungen der längerfristig angelegten stationären und teilstationären Rehabilitation mit einem spezifischen therapeutischen Setting. RPK-Maßnahmen vereinen medizinische, medizinisch-berufliche und berufliche Inhalte.
- **Betreutes Wohnen:** Mit dem Begriff „betreutes Wohnen“ werden verschiedene Wohnformen bezeichnet, die alle das Ziel haben, dem Betroffenen ein möglichst eigenständiges Leben zu ermöglichen. Da der Betreuungsbedarf von Betroffenen zu Betroffenen unterschiedlich sein kann, gibt es betreutes Wohnen einerseits in einer eigenen Wohnung mit nur wenigen Stunden Unterstützung pro Woche und andererseits betreutes Wohnen in therapeutischen Wohngemeinschaften mit einer „Rund-um-die-Uhr“-Betreuung.

Psychosen und Finanzen

Für Menschen mit Psychosen gibt es wichtige finanzielle Unterstützungen. Hierzu gehören u. a.:

- **Krankengeld:** Krankengeld erhalten versicherte Patienten von der Krankenkasse, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, nach sechs Wochen Arbeitslosengeld-I-Bezug oder Selbstständige mit entsprechendem Versicherungsschutz. Das Krankengeld wird individuell berechnet und ist niedriger als das Nettoeinkommen. Innerhalb von drei Jahren gibt es höchstens ein- einhalb Jahre lang Krankengeld für dieselbe Krankheit.
- **Übergangsgeld:** Übergangsgeld können Teilnehmer von medizinischen Rehamaßnahmen oder Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben beantragen. Es wird nur bei vorhandenen Vorversicherungszeiten bei der Rentenversicherung gezahlt und wenn kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung besteht. Die Höhe ist unterschiedlich und richtet sich nach dem vorhergehenden Einkommen. Als Richtwert können zwei Drittel vom Nettoeinkommen angenommen werden.
- **Befreiung von der Zuzahlung:** Bei Eigenleistungen im Rahmen der Krankenbehandlung (z. B. Rezeptgebühr, Heilmittelverordnung, Eigenanteil bei stationärer Behandlung) durch die Krankenversicherung: Wer im Laufe eines Kalenderjahres bestimmte Belastungsgrenzen erreicht, kann sich von vielen Zuzahlungen der Krankenkasse befreien lassen oder sich am Jahresende den über der Belastungsgrenze liegenden Betrag erstatten lassen. Die Belastungsgrenze liegt bei 2% des Bruttoeinkommens, bei chronisch Kranken bei 1%.

Chronisch Kranke müssen im Gesundheitssystem weniger zuzahlen als andere Patienten.

Als chronisch krank gilt, wer wegen derselben schwerwiegenden Krankheit mindestens einmal pro Quartal über ein Jahr in Behandlung ist.

- **Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit (Nahtlosigkeitsregelung nach § 125 SGB III):** Ist die Leistungsfähigkeit eines Arbeitslosen gemindert, gibt es eine Sonderform des Arbeitslosengelds. Diese Zahlung überbrückt die Zeit ohne Arbeitslosengeld (weil man nicht vermittelt werden kann), bis eine andere Leistung, z. B. Rente, gezahlt wird. Hierfür muss innerhalb von vier Wochen nach Antragstellung eine Rehamaßnahme oder die Rente beantragt werden. Außerdem muss der ärztliche Dienst der Arbeitsagentur eine weitere Minderung der Erwerbsfähigkeit für mindestens sechs Monate feststellen.
- **Arbeitslosengeld:** Arbeitslosengeld gibt es normalerweise zwölf Monate, wenn man sich dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stellen kann (wenn jemand länger als zwölf Monate gearbeitet hat). Wer bei Beginn der Arbeitslosigkeit mindestens 50 Jahre alt ist, hat einen längeren Anspruch: je nach Alter bis zu 24 Monate. Das Arbeitslosengeld beträgt 60 (ohne Kinder) bzw. 67% vom letzten Nettogehalt. Arbeitslosengeldempfänger sind über die Agentur für Arbeit gesetzlich kranken-, pflege- und unfallversichert und meist auch rentenversichert. Wichtig ist eine persönliche und frühzeitige Arbeitslosenmeldung. Genaue und verbindliche Auskünfte geben die Agenturen für Arbeit.

- Die „**Grundsicherung für Arbeitssuchende**“ (SGB II) umfasst Leistungen für erwerbsfähige, hilfebedürftige Menschen von 15 bis 64 Jahren. Als erwerbsfähig gilt, wer gesundheitlich im Stande ist, mindestens drei Stunden am Tag zu arbeiten.

Hilfebedürftig sind Menschen, die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen bestreiten können.

Die Grundsicherung ist als „Hartz IV“ bekannt. Leistungsempfänger sind frühere Empfänger von Arbeitslosenhilfe und ein Teil der früheren Sozialhilfeempfänger. Sozialhilfe gibt es nur noch für nicht erwerbsfähige Menschen.

- **Arbeitslosengeld II und Sozialgeld:** Arbeitslosengeld II (ALG II) erhalten Arbeitslose nach Ende der Bezugsdauer von Arbeitslosengeld I (SGB III), wenn sie erwerbsfähig und hilfebedürftig sind. ALG II ist eine Leistung zur Grundsicherung für Arbeitssuchende. Sozialgeld erhalten Angehörige von ALG-II-Empfängern, die selbst nicht erwerbsfähig oder unter 15 Jahre alt sind. ALG II und Sozialgeld entsprechen dem Niveau der Sozialhilfe und setzen sich aus drei Bausteinen zusammen: den Regelbedarfen (424 € für Alleinstehende), den Kosten für Miete und Heizung sowie bei besonderen Situationen den Mehrbedarfen.
- **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung:** Die Grundsicherung sichert den Lebensunterhalt von Menschen, die wegen Alter oder aufgrund voller Erwerbsminderung nicht mehr arbeiten können

und deren Einkünfte für den notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichen. Höhe und Umfang der Grundsicherung sind mit der Sozialhilfe vergleichbar. Eigenes Einkommen und Vermögen werden auf die Grundsicherung angerechnet.

- **Sozialhilfe:** Die Sozialhilfe umfasst Leistungen für Menschen, die nicht erwerbsfähig und nicht in der Lage sind, für ihren Lebensunterhalt selbst aufzukommen. Sozialhilfeleistungen gibt es nur, wenn weder der Betroffene selbst noch Angehörige noch andere Sozialversicherungsträger für dessen Bedarf aufkommen können.
- **Wohngeld:** Wohngeld ist ein staatlicher Zuschuss zu den Kosten für Wohnraum. Dieser Zuschuss wird entweder als Mietzuschuss für Mieter einer Wohnung oder als Lastenzuschuss für Eigentümer eines Hauses oder einer Wohnung gewährt. Er ist abhängig von der Zahl der Familienmitglieder, deren Einkommen und der regional unterschiedlichen Höhe der zuschussfähigen Miete oder Belastung.
- **Rente:** Die Rentenversicherung unterscheidet verschiedene Arten von Renten, z. B. Altersrente, Hinterbliebenenrente, Erwerbsminderungsrente. Erwerbsminderungsrente erhalten erwerbsunfähige Menschen in voller Höhe, wenn sie nicht mehr als drei Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten können oder in halber Höhe, wenn sie zwischen drei und sechs Stunden arbeiten können. Voraussetzungen sind: mindestens fünf Jahre „Wartezeit“ (rentenversicherungspflichtige Zeiten) und in den letzten fünf Jahren drei Jahre mit Pflichtbeiträgen. Erwerbsminderungsrenten werden in den allermeisten Fällen befristet gewährt und können verlängert werden.

Psychosen und soziale Kontakte

Von einer Psychose Betroffene können Schwierigkeiten haben, ihre sozialen Kontakte aufrechtzuerhalten. Die Gründe hierfür sind u. a. ein mangelndes Selbstvertrauen oder Stigmatisierungsängste. Hierzu gibt es folgende Hilfsangebote:

- **Förderung der sozialen Kompetenz:** Ein soziales Kompetenztraining kann helfen, eigene Verhaltensweisen zu erlernen, die einem helfen, den zwischenmenschlichen Kontakt zu verbessern und die Sicherheit im Umgang mit anderen Menschen zu erhöhen. Dies ist für Menschen mit Psychosen besonders wichtig, da viele unter sozialen und/oder zwischenmenschlichen Ängsten leiden.
- **Selbsthilfe:** Eine wesentliche Aufgabe von Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen liegt in der gegenseitigen Unterstützung und dem Erfahrungsaustausch von Betroffenen und/oder Angehörigen. Hier werden Erfahrungen ausgetauscht, soziale Kontakte hergestellt, wichtige Informationen vermittelt und das Selbstvertrauen gestärkt.
- **Psychose-Seminare:** Psychose-Seminare zielen auf den wechselseitigen Erfahrungsaustausch und die gegenseitige Fortbildung von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Therapeuten ab. Die Begegnung als Experte soll Selbstbewusstsein stärken, Vorurteile abbauen, eine gemeinsame Sprache fördern und den Dialog üben – auch bezogen auf den psychiatrischen Alltag.

Welche Therapie ist für mich die richtige?

Der Spruch „Viel hilft viel“ kann bei der Behandlung schizophrener Psychosen durchaus herangezogen werden. Damit ist keine Dauer-Turbo-Therapie gemeint! Im Gegenteil, die Kunst einer erfolgreichen Behandlung besteht genau darin, die krankheitsbedingten Schwächen nicht durch den unnötigen Verschleiß von Energie zu verschlimmern.

Aber so unterschiedlich die einzelnen Menschen veranlagt und beschaffen sind, so vielfältig sind auch die einzelnen Krankheitsbilder und die für sie geeigneten Behandlungsmaßnahmen. Trotz aller Individualität haben sich aber einige Grundprinzipien bewährt, die in den zurückliegenden Kapiteln aufgezeigt worden sind.

Der bedeutendste Behandlungsschritt besteht darin, seine Erkrankung anzunehmen und die erfolgreiche Behandlung der Erkrankung zur wichtigsten Sache seines Lebens zu machen! Die Therapie einer schizophrenen Psychose muss „Chefsache“ sein!

Ein Chef kann nur dann überzeugend führen und leiten, wenn er sich bestens auskennt. Deshalb ist es ratsam, einen Überblick zu bekommen, was die heutigen Behandlungsmöglichkeiten betrifft. Mit der Lektüre dieses Arbeitsbuches haben Sie bereits bewiesen, dass Ihnen die Suche nach konkreten Informationen wichtig ist. Falls Sie auch Ihre Angehörigen dafür gewinnen können, haben Sie einen weiteren Meilenstein für eine erfolgreiche Bewältigung der Erkrankung geschaffen.

Nach heutigem Wissen stellt eine ausreichend dosierte und gut verträgliche antipsychotische Langzeitmedikation eine wichtige Grundlage für eine erfolgreiche Behandlung dar.

Die Kombination mit einer unterstützenden Psychotherapie, am besten einer kognitiven Verhaltenstherapie, erhöht die Chancen für eine langfristige Stabilisierung zusätzlich. Die Einbeziehung der Angehörigen als gut informierte und wohlwollende „Co-Therapeuten“ erhöht die Wahrscheinlichkeit der Rückfallfreiheit ganz wesentlich. Die Kontaktaufnahme mit Selbsthilfegruppen und der regelmäßige Besuch von sozialpsychiatrischen Einrichtungen, um dort seine Freizeit zu gestalten und Kontakt mit Schicksalsgenossen zu halten, stabilisiert nachhaltig.

Darüber hinaus ist alles hilfreich, was Ihnen das Leben angenehm macht und das Gefühl vermittelt, nicht allein zu sein.

Vielen Erkrankten geben in diesem Zusammenhang der Kontakt zu einer Kirchengemeinde und die Gespräche mit einem Seelsorger großen Rückhalt. Andere profitieren mehr von der Mitgliedschaft in einem Sportverein. Auch der Chat mit Schicksalsgenossen im Internet wird von vielen Patienten als wohltuend und ermutigend erlebt. Es gibt eine nahezu unbegrenzte Fülle von unterschiedlichen Genesungswegen. Die Route können nur Sie selbst bestimmen. Dieses Handbuch will Ihnen bei der Kurswahl einige Anregungen geben.

Krisen-Checkliste

Name:

Geb.-Dat.:

Anschrift:

Telefon:

.....

E-Mail:



Datum/Unterschrift

Die Krisen-Checkliste wurde abgefasst mit:

Arzt/Ärztin

Psychotherapeut/-in

Pflegeperson

Name:

Allgemeine Angaben



Personen meines Vertrauens/Betreuer/-in

Diese Person ist mein/e:

Diese Person ist mein/e:

Name:

Name:

Anschrift:

Anschrift:

Telefon:

Telefon:

E-Mail:

E-Mail:



Ambulante Dienste/behandelnde Ärzte/Ärztinnen

Name:

Name:

Anschrift:

Anschrift:

Telefon:

Telefon:

E-Mail:

E-Mail:



Letzte stationäre Klinikaufenthalte

Zeitraum des Klinikaufenthalts:

Zeitraum des Klinikaufenthalts:

Name:

Name:

Anschrift:

Anschrift:

Telefon:

Telefon:

E-Mail:

E-Mail:

Angaben zur Erkrankung



Körperliche und seelische Erkrankungen

.....

.....

.....

Angaben zur Medikation



Regelmäßig eingenommene Medikamente

Name: Dosis: / Name: Dosis:

Name: Dosis: / Name: Dosis:



Folgende Medikamente vertrage ich nicht

Name:

Was tun, wenn ich mich in einer Krise befinde?



Frühzeitige Anzeichen einer Krise/Typische Verhaltensweisen in diesem Fall

.....
.....
.....



In akuten Krisen geht es mir erfahrungsgemäß

(z. B. ich habe große Angst, ich schlafe nicht mehr)

.....
.....



In akuten Krisen hilft mir besonders

- ruhige Atmosphäre nicht allein gelassen werden Gespräche
 rauchen dürfen in Ruhe gelassen werden



Bedarfsmedikation im Falle einer Krise

Name: Dosis: / Name: Dosis:

Name: Dosis: / Name: Dosis:



Sollte ich im akuten Erkrankungsfall Medikamente ablehnen, bitte Folgendes versuchen

.....
.....

Wichtige Informationen



Im Falle einer Krise sind folgende Personen unbedingt zu informieren

- Personen meines Vertrauens Betreuer/-in behandelnde Ärzte/Ärztinnen ambulanter Dienst

Ich habe eine Patientenverfügung ja nein Ich habe Kinder ja nein

Auf jeden Fall zu regeln ist



Therapie-Überprüfungs-Verfahren

Fragebogen zur Befindlichkeit/Therapiezufriedenheit

Fragebogen zur Befindlichkeit

Mithilfe dieses Fragebogens können Sie durch Ankreuzen Ihre allgemeine Befindlichkeit dokumentieren. Empfehlenswert ist, dass Sie alle vier Wochen oder kurz vor einem Arztbesuch beurteilen, wie Sie sich in der letzten Zeit gefühlt haben. Wichtig ist, dass Sie das jeweilige Datum eintragen.



Datum



sehr gut



gut



weniger gut








schlecht

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fragebogen zur Therapiezufriedenheit

Mithilfe dieses Fragebogens können Sie durch Ankreuzen Ihre Therapiezufriedenheit dokumentieren. Empfehlenswert ist, dass Sie alle vier Wochen oder kurz vor einem Arztbesuch Ihre Zufriedenheit mit der Behandlung beurteilen. Wichtig ist, dass Sie das jeweilige Datum eintragen.


				
Datum	sehr zufrieden	zufrieden	weniger zufrieden	unzufrieden
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


Anmerkungen:


Anmerkungen:

Fragebogen zu Stolpersteinen in der Therapie

Mithilfe dieses Fragebogens können Sie ankreuzen, was Sie im Moment daran hindern könnte, an der bisherigen Therapie festzuhalten. Empfehlenswert ist, dass Sie alle drei Monate einen Fragebogen ankreuzen (siehe Beispiel). Wichtig ist, dass Sie das jeweilige Datum eintragen.

 Datum:

 kaum hinderlich

 sehr hinderlich

Nebenwirkungen

— — — — —

Die Mühsal der Langzeittherapie

— — — — —

Regelmäßige Medikamenteneinnahme

— — — — —

Positive Wirkungen der Medikation nur langsam spürbar

— — — — —


Ich fühle mich eigentlich zu gesund für eine Behandlung

— — — — —

Anmerkungen:

Fragebogen zu Frühwarnzeichen

Diesen Fragebogen sollten Sie immer dann ankreuzen, wenn sich Ihre Befindlichkeit verschlechtert oder Symptome wiederkehren. Empfehlenswert ist, einen Fragebogen grundsätzlich alle drei Monate anzukreuzen (siehe Beispiel). Wichtig ist, dass Sie das jeweilige Datum eintragen.

 Datum:		nein	ja
1	Sie sind schweigsamer geworden und ziehen sich lieber zurück, als mit anderen etwas zu unternehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Ihre Stimmung war über Wochen hinweg eher bedrückt, traurig oder verzweifelt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Sie schlafen schlechter als gewöhnlich, z. B. haben Sie Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen oder wachen früher auf als sonst, oder Sie essen mit viel mehr oder mit viel weniger Appetit als normalerweise.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Ihre Ausdauer und Motivation in Schule, Ausbildung oder Arbeit und bei Freizeitunternehmungen hat auffällig nachgelassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Sie achten weniger als früher auf Ihre persönlichen Bedürfnisse oder Ihre Gesundheit, Ernährung, Körperhygiene, Kleidung, Ordnung im persönlichen Wohnbereich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Sie sind häufig nervös, unruhig oder angespannt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Sie haben im Vergleich zu früher häufiger Streit und Diskussionen mit Angehörigen, Freunden oder anderen Personen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Ihre Gedanken geraten in Ihrem Kopf manchmal durcheinander.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Sie haben häufiger als früher den Eindruck, dass andere Sie hereinlegen, ausnutzen oder betrügen wollen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Sie haben zunehmend den Eindruck, dass bestimmte Vorkommnisse im Alltag (z. B. Hinweise und Botschaften aus Ihrer Umwelt) mit Ihnen persönlich zu tun haben oder nur für Sie bestimmt sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Ihre gewohnte Umgebung kommt Ihnen manchmal unwirklich oder fremdartig vor (z. B. besonders eindrucksvoll, ergreifend, bedrohlich).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Sie nehmen Geräusche oder Farben in Ihrer Umwelt ungewohnt intensiv oder deutlich wahr. Manchmal erscheinen Ihnen Dinge oder Menschen äußerlich, z. B. in ihrer Form oder Größe, verändert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Ihre Gedanken werden manchmal plötzlich von anderen Gedanken unterbrochen oder gestört.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Sie fühlen sich phasenweise ganz besonders beobachtet, verfolgt oder durch etwas bedroht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Sie sehen, hören, schmecken oder riechen manchmal Dinge, die andere nicht bemerken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Auswertung: Auch wenn drei oder mehr der Aussagen 1 – 11 auf Sie zutreffen, heißt das noch nicht automatisch, dass Sie ein erhöhtes Rückfallrisiko haben. Wenn eine der Aussagen 12 – 15 auf Sie zutrifft, deutet dies schon eher daraufhin, dass ein gewisses Rückfallrisiko besteht. Grundsätzlich gilt, dass Sie psychische Veränderungen, und erscheinen Sie Ihnen auch sehr geringfügig, lieber einmal zuviel als einmal zu wenig mit Ihrem Arzt oder Therapeuten besprechen.

Anmerkungen:



Wichtige Adressen

Adressen von psychiatrischen Gesellschaften

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)

Reinhardtstr. 27 B · 10117 Berlin-Mitte

Tel.: (030) 24 04 77 20

Fax: (030) 24 04 77 22 9

sekretariat@dgppn.de

www.dgppn.de

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP)

Reinhardtstr. 27 B · 10117 Berlin-Mitte

Tel.: (030) 28 09 43 -85 oder -86

Fax: (030) 27 58 15 38

geschaeftsstelle@dgkjp.de

www.dgkjp.de

Kompetenznetz Schizophrenie Netzwerkzentrale Rheinische Kliniken Düsseldorf

Psychiatrische Klinik der

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Bergische Landstr. 2 · 40629 Düsseldorf

Tel.: (0211) 9 22 - 27 70

Fax: (0211) 9 22 - 27 80

info@kompetenznetz-schizophrenie.de

www.kompetenznetz-schizophrenie.de

Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation (DGPE e. V.)

Ismaninger Str. 22 · 81675 München

Tel.: (089) 41 40 42 06

Fax: (089) 41 40 49 41

anfragen@dgpe.de

www.dgpe.de

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP)

Zeltinger Str. 9 · 50969 Köln

Tel.: (0221) 51 10 02

Fax: (0221) 52 99 03

dgsp@netcologne.de

www.dgsp-ev.de

Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)

Altenbergstrasse 29 · CH-3000 Bern 8

Postfach 686

Tel.: (0041) (0)31 - 3 13 88 33

Fax: (0041) (0)31 - 3 13 88 99

sgpp@psychiatrie.ch

www.psychiatrie.ch/sgpp/

Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP)

Molischgasse 11 / R01 · 1140 Wien

Tel.: (0043) (0)1-9 14 41 80

office@oegpp.at

www.oegpp.at

Österreichische Schizophrenie Gesellschaft (ÖSG)

Wagner-Jauregg-Weg 15 · A-4020 Linz

Tel.: (0043) (0)50 554 62 - 36 50 0

Fax: (0043) (0)50 554 62 - 36 50 0

www.schizophrenie.at



Wichtige Adressen

Adressen von Angehörigen- und Betroffenenverbänden

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BAPK)

Oppelner Str. 130 · 53119 Bonn

Tel.: (0228) 71 00 24 00

Fax: (0228) 71 00 24 29

Beratungshotline: (0180) 5 95 09 51

bapk@psychiatrie.de

www.bapk.de

Aktion Psychisch Kranke (APK)

Oppelner Str. 130 · 53119 Bonn

Tel.: (0228) 67 67 40/41

Fax: (0228) 67 67 42

apk-bonn@netcologne.de

www.psychiatrie.de/apk

www.apk-ev.de

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.

Herner Straße 406 · 44807 Bochum

Tel.: (0234) 6 40 51 02 oder

Tel.: (0234) 68 70 55 52

kontakt-info@bpe-online.de

www.bpe-online.de

Österreichischer Dachverband der Angehörigen

Brigittenauer Lände 50-54 · 1200 Wien

Tel.: (0043) (0)1 - 5 26 42 02

office@hpe.at

www.hpe.at

Dachverband der Vereinigungen von Angehörigen psychisch Kranker in der Schweiz

Langstr. 149 · CH-8004 Zürich

Tel.: (0041) (0)44 240 12 00

info@vask.ch

www.vask.ch



Wichtige Adressen

Online und Offline

www.psychose-wissen.de

Eine interaktive Website zur Psychosen-Psycho-
edukation für Betroffene und Angehörige

www.psychose-wissen.de
bietet für Betroffene und
Angehörige eine interaktive
Psychosen-Psychoedukation
im Netz.

Unter www.psychose-wissen.de können Sie interaktiv
in sieben Modulen alles über Psychosen erfahren. Diese
Website bietet Ihnen eine Psychosen-Psychoedukation
im Netz.



www.psychenet.de

Eine Website für Betroffene, Angehörige und Profis des
Hamburger Netzes Psychische Gesundheit (psychenet)

www.psychenet.de bietet
Informationen und Hilfen
für verschiedene psychische
Erkrankungen.

Unter www.psychenet.de finden sich zahlreiche In-
formationen nicht nur zu Psychosen, sondern auch zu
vielen anderen psychischen Erkrankungen. Unter an-
derem bietet die Website Entscheidungshilfen, Selbst-
tests und Leitlinien.



Ratgeber für Betroffene und Angehörige

Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis

Josef Bäuml

Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige

2. Auflage (2008). Springer-Verlag, Heidelberg

Wichtige nationale und internationale Websites

Deutschland

Kliniksuche

www.dgppn.de

Psychoseinformation

www.schizophrenie24x7.de

www.psychose-wissen.de

Psychoseminare in Deutschland und der Schweiz

www.psychiatrie.de

Selbsthilfegruppen

www.stimmenhoeren.de

International

Gesellschaften

www.psych.org

www.nimh.nih.gov

www.schizophreniaresearchsociety.org

Angehörigenorganisationen

www.eufami.org

www.gamian.eu

Internationaler Schizophrenieverband

www.world-schizophrenia.org

Familienhandbuch

www.mentalhealth.com

Psychoseinformation

www.mentalhealth.com

www.sane.org.uk

Aktuelle Forschung

www.schizophrenia.com

www.mentalhealth.com

Nachschlagewerk für Familien

www.schizophrenia.ca

Psychoedukation

www.dgpe.de

Impressum

Herausgeber

Verlag für Didaktik in der Medizin GmbH
Waldstr. 109 · 64720 Michelstadt

Konzeption

Institut für Didaktik in der Medizin
Dr. Adrianus van de Roemer
Waldstr. 109 · 64720 Michelstadt

Wissenschaftliche Beratung und Text

Prof. Dr. med. Martin Lambert
Leiter des Arbeitsbereiches Psychosen
Leiter der Integrierten Versorgung
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Haus W 37, Martinistr. 52 · 20246 Hamburg
E-Mail: lambert@uke.de

Prof. Dr. med. Josef Bäuml
Leitender Oberarzt
Vorsitzender der DGPE (Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e. V.)
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München
Ismaninger Str. 22 · 81675 München
E-Mail: j.baeuml@lrz.tum.de

Dieses Material enthält lediglich Beispiele für die im Rahmen einer Schizophrenie-Behandlung abzuklärenden medizinischen Gesichtspunkte und ist nicht als Diagnostik- oder Therapieempfehlung zu verstehen. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit! Patientenindividuell können weitere wichtige Behandlungsaspekte abzuklären sein. Die Entscheidung über Diagnose und Therapie obliegt allein dem behandelnden Arzt. Alle im Bereich dieses Dokuments zur Verfügung gestellten Informationen wurden mit größtmöglicher Sorgfalt erarbeitet und zusammengestellt.

Die Janssen-Cilag GmbH übernimmt dennoch keine Gewähr für ihre Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit. Für den Ersatz von Schäden, gleich aus welchem Rechtsgrund, haftet Janssen-Cilag nur, wenn ihr, ihren gesetzlichen Vertretern, Mitarbeitern oder Erfüllungsgehilfen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt. Schadensersatzansprüche wegen der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit oder aus einer zwingenden Gefährdungshaftung bleiben von der vorstehenden Regelung ausgeschlossen.

Für Ihre Notizen:
