

Die Rehabilitation psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in der Leppermühle

Willigis Werner

1. Die Einrichtung und ihre Bewohner:

Das heilpädagogische Kinder- und Jugendwohnheim Leppermühle hat sich etwa seit 1980 zunehmend auf die nachklinische Rehabilitation seelisch behinderter, insbesondere an Schizophrenie erkrankter Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener spezialisiert.

Derzeit werden etwa 160 junge Menschen betreut. Das Alter der Bewohner reicht von circa 15 bis 25 Jahren. Die Dauer der Betreuung variiert von einem bis zu sechs Jahren. Die jungen Menschen leben in Wohngruppen mit jeweils etwa zehn Plätzen. Jede Wohngruppe wird von fünf Pädagogen betreut. Ein Arzt oder Psychologe, der zugleich für die Psychotherapie der Bewohner zuständig ist, berät das Betreuersteam. Sechs derartige Gruppen befinden sich auf dem Heimgelände der Leppermühle, zehn weitere bewohnen Häuser in den umliegenden Gemeinden. Vier zusätzliche betreute Wohngemeinschaften sowie betreutes Wohnen in einem eigenen Appartement ermöglichen eine weitergehende Vorbereitung auf ein unabhängiges und selbständiges Leben.

Auf dem zentralen Heimgelände unterhält die Einrichtung Leppermühle neben den genannten Wohngruppen:

- eine Schule für Kranke
- sechs Arbeitstrainingsbereiche
- einen Ergotherapiebereich
- Reittherapie
- Motopädagogik
- Musikpädagogik

In der psychiatrischen Behandlung der Patienten besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Marburg.

Die institutionellen Bestandteile des Rehabilitationsprogrammes der Leppermühle sind in Abbildung 1 dargestellt.

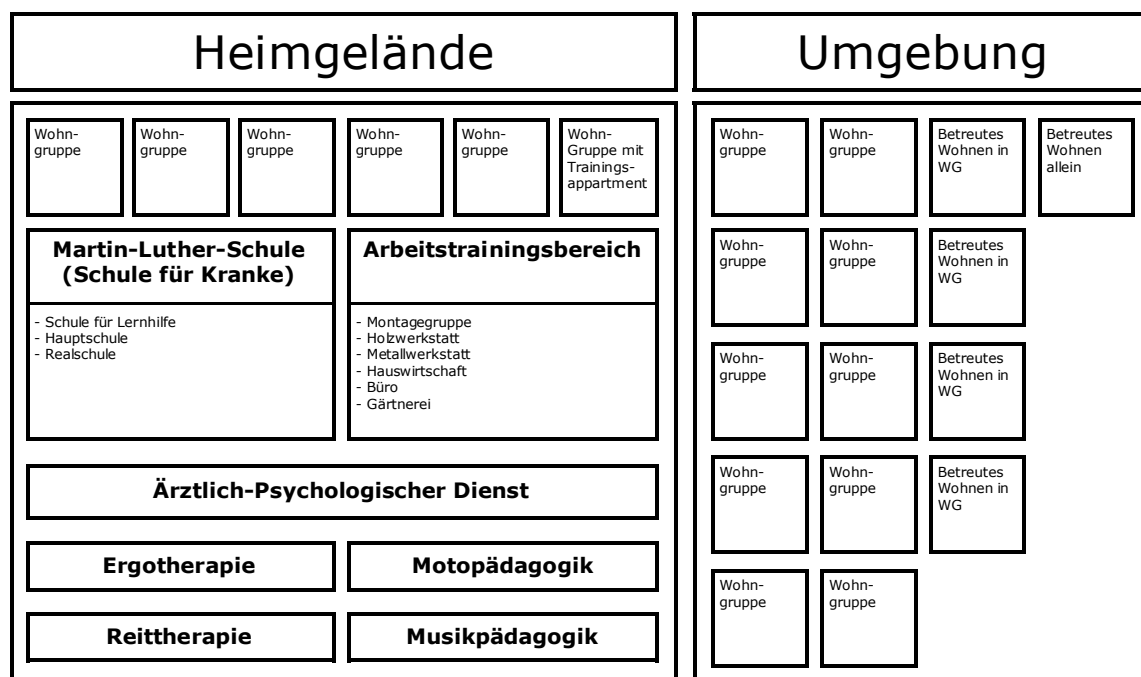


Abb. 1: Institutionelle Bestandteile des Rehabilitationsprogramms

© W

2. Prinzipien der Rehabilitation schizophrener Patienten:

Der Begriff „Rehabilitation“ bezeichnet ganz allgemein die Gesamtheit der Maßnahmen, die eingesetzt werden, um einer bestehenden oder drohenden Behinderung entgegen zu wirken. Sie sollen es der betroffenen Person ermöglichen, sich möglichst weitgehend in das gesellschaftliche und berufliche Leben einzugliedern. Welche Fördermaßnahmen dabei konkret zum Einsatz kommen, ist abhängig von der Art der jeweiligen Behinderung. Es stellt sich also zunächst die Frage, worin die Behinderung schizophrener Patienten eigentlich besteht.

Nach der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation manifestiert sich eine Behinderung als „Soziale Beeinträchtigung“ („handicap“) in der Interaktion der jeweiligen Person mit ihrer gesellschaftlichen Umwelt. Der Behinderte kann bestimmten Anforderungen und Rollenerwartungen nicht in erforderlichem Umfang gerecht werden und wird dadurch in seinen Möglichkeiten einer selbständigen und unabhängigen Lebensführung eingeschränkt. Die „soziale Beeinträchtigung“ resultiert seitens der Person aus „funktionalen Einschränkungen“ (disabilities“), die sich auf der Grundlage pathologischer Veränderungen oder Schädigungen des Organismus („impairments“) entwickelt haben.

Bei schizophrenen Erkrankungen sind zwei unterscheidbare - wenn auch nicht völlig von einander unabhängige - Aspekte der Behinderung zu berücksichtigen:

1. Die der Schizophrenie zu Grunde liegende spezifische Vulnerabilität ist als verminderte Stresstoleranz definiert worden: Belastungen können leichter als bei Gesunden psychotische Zustände auslösen.
(Auch das in der Rehabilitation angestrebte möglichst „normale“ berufliche und gesellschaftliche Leben ebenso wie forcierte Rehabilitationsbemühungen selbst können in dem Maß, wie sie mit Stress verbunden sind, prinzipiell pathogen wirken. Hier liegt ein gewisser Zielkonflikt vor, der im Verlauf der Rehabilitation auf immer neuen Ebenen eine kontinuierliche Kompromissbildung erfordert).
2. Wegen der oft längerfristig bestehenden Negativsymptomatik sind viele Patienten nicht in der Lage, die ihrem Lebensalter angemessenen sozialen und leistungsmäßigen Anforderungen zu erfüllen. Es bestehen also Leistungs- und Verhaltensdefizite in Relation zu den Anforderungen der Umwelt.

Beide Aspekte der Behinderung beinhalten (der Konzeption der Weltgesundheitsorganisation entsprechend) eine Interaktion von Merkmalen der betroffenen Person mit Gegebenheiten ihrer Umwelt:

	Person	Umwelt
1.	Vulnerabilität im Sinne verminderter Stresstoleranz	Belastung mit Stress
2.	Verhaltens- und Leistungsdefizite	Leistungsanforderungen, soziale Rollenerwartungen

Abb. 2: Aspekte der Behinderung schizophrener Patienten

Daraus lassen sich vier grundsätzlich mögliche Vorgehensweisen der Rehabilitation ableiten:

1. Beeinflussung der Vulnerabilität (Stärkung der Stresstoleranz):

Hier ist zu unterscheiden:

a.) Biologische Vulnerabilität:

Eine prophylaktische Medikation ermöglicht es den Patienten, in stärkerem Maße, als es ohne diese Behandlung der Fall wäre, Stress zu ertragen, ohne psychotisch zu dekomensieren.

b.) Kognitive Vulnerabilität:

Mit entsprechenden therapeutischen Methoden (u.a. standardisierten Trainingsprogrammen) ist es möglich, die Fähigkeiten der Patienten, Stress zu bewältigen und komplexe soziale Situationen angemessener zu verarbeiten, zu verbessern.

2. Reduktion von Stressbelastung:

Prinzipiell sind dabei zwei verschiedene Vorgehensweisen möglich:

a.) Das Vermeiden von besonders „stressbehafteten“ Umweltbereichen und -aspekten bzw. das Aufsuchen stressarmer „Nischen“. Eine erste derartige Maßnahme ist bereits die Entscheidung, nach einer stationären psychiatrischen Behandlung nicht in das Umfeld, in dem die Erkrankung ausgebrochen ist, zurückzukehren, sondern sich in eine Rehabilitationseinrichtung zu begeben.

b.) Die aktive Beeinflussung der Umwelt mit dem Ziel der Verminderung von Stressfaktoren. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, die Gestaltung eines für schizophrene Patienten förderlichen Klimas durch eine klare, ruhige und freundliche Umgangweise aller Betreuungspersonen.

3. Vermittlung von Kompetenzen, Kompensation von Defiziten:

Neben einer generellen Aktivierung beinhaltet Rehabilitation vor allem das Training von Fertigkeiten und Fähigkeiten in allen Lebensbereichen: Schule, Beruf, Wohnen, Freizeit, soziale Beziehungen, etc. Erfahrungen mit speziellen Trainingsprogrammen für schizophrene Patienten haben gezeigt, dass Aufrechterhaltung und Übertragung der gelernten Verhaltensweisen auf neue Situationen besonderen Einschränkungen unterliegen. Demnach sollten diese Verhaltensweisen

- möglichst in realistischen Alltagssituationen geübt werden,
- in möglichst vielen Variationen und unterschiedlichen Situationen geübt werden,
- mit ausgeprägten individuellen Motivationen verbunden werden,
- so oft geübt werden, dass sie zur Routine geworden sind, die jederzeit aktivierbar ist.

4. Anpassung von Anforderungen und Unterstützung an das jeweils aktuelle Fähigkeitsniveau:

Dadurch wird zwei grundlegenden Gefahren im Umgang mit schizophrenen Patienten entgegengewirkt:

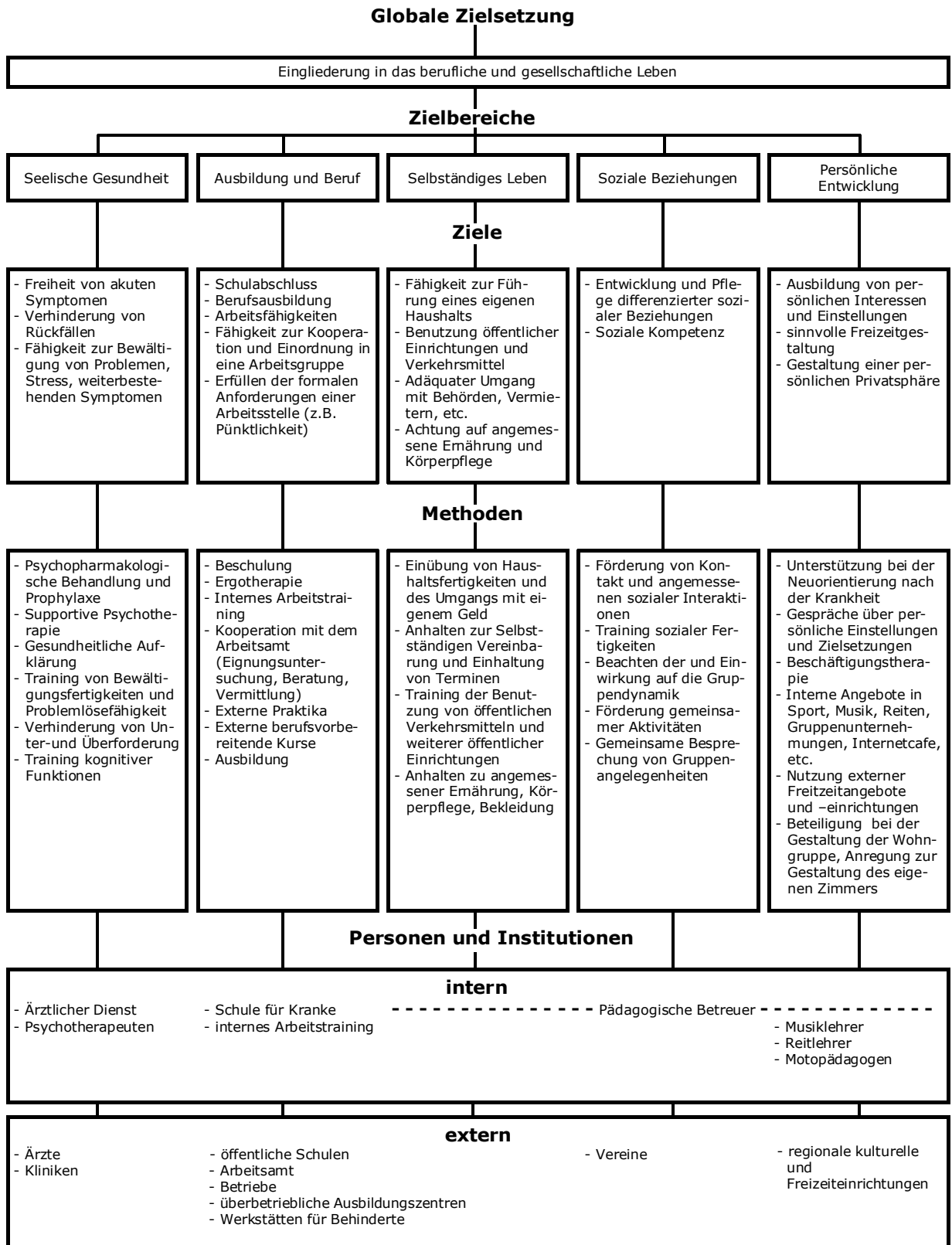
Einerseits sozialem Rückzug und Passivität in Folge mangelnder Anregung und Aktivierung, andererseits der potentiell psychotisch auslösenden Wirkung von Überforderung. Für die allmähliche Steigerung der Anforderungen im Rahmen eines positiven Rehabilitationsverlaufes haben sich in der Praxis folgende Prinzipien bewährt:

- Es sollte immer nur eine neue Anforderung zu einem Zeitpunkt angesetzt werden.
- Ein bestimmtes Anforderungsniveau sollte über einen längeren Zeitraum gut bewältigt werden, bevor die nächste Stufe in Angriff genommen wird.
- Ein bestimmtes Niveau ist nur dann sinnvoller Weise anzustreben, wenn es längerfristig zu bewältigen ist und dem Betreffenden Reserven für kritische zusätzliche Belastungen bleiben.

Alle vier dargestellten Rehabilitationsstrategien werden in der Praxis realisiert. Ihre relative Gewichtung verändert sich in Abhängigkeit vom Rehabilitationsverlauf. Anfangs dominieren die Maßnahmen der Verminderung von Anforderungen und Stress, der Unterstützung, Schonung und Entlastung. Erst dadurch wird es vielen Patienten möglich, Entwicklungsschritte zu machen, mit denen sie unter normalen Umständen überfordert gewesen sind. Je positiver der Rehabilitationsverlauf ist, desto mehr nähern sich dann die Anforderungen denen eines gesunden Lebens an.

3. Das Rehabilitationsprogramm der Leppermühle:

Die Aufgaben jeder Rehabilitation – die möglichst weitgehende „Eingliederung der Behinderten oder von Behinderung bedrohten ins Arbeitsleben und in die Gesellschaft insgesamt“ – ist eine komplexe Zielsetzung. Auch der Ausgangszustand der Rehabilitation – die Behinderung – betrifft im Falle schwerer seelischer Erkrankungen mehr oder weniger alle Persönlichkeits- und Lebensbereiche. Ein Rehabilitationsprogramm muss dementsprechend mehrdimensional angelegt sein und verschiedenartige Fördermaßnahmen kombinieren. In Abb. 3 auf der folgenden Seite ist die inhaltliche Struktur des Rehabilitationsprogramms der Leppermühle für seelisch kranke Jugendliche dargestellt.



© W

Abb. 3: Inhaltliche Struktur des Rehabilitationsprogramms

Die Vielzahl der Zielsetzungen und Methoden sowie der beteiligten Personen und Institutionen erfordert im Sinne der notwendigen Integration des rehabilitativen Vorgehens institutionalisierte Strukturen, die die Aufgabenteilung, den Austausch von Informationen und die Abstimmung der zu treffenden Entscheidungen möglichst klar festlegen. Die Realisierung dieser Struktur in der Leppermühle ist in Abb. 4 in ihren wesentlichen Aspekten dargestellt.

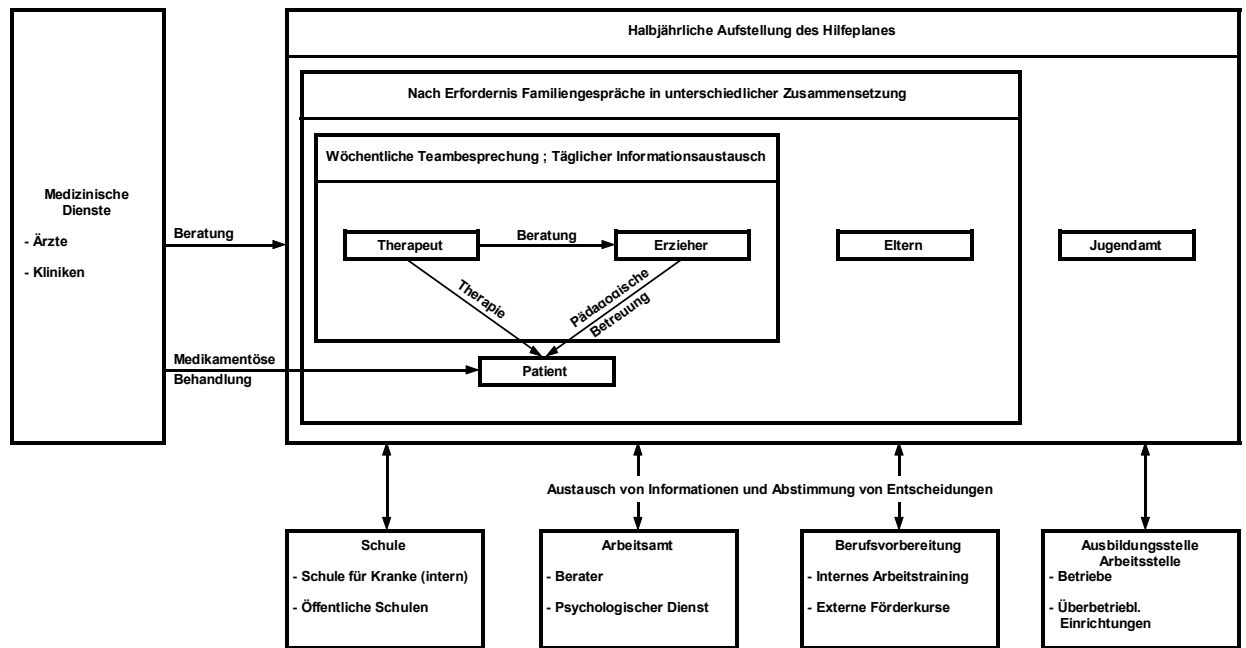


Abb. 4: Struktur der Kooperation bei der Durchführung des Rehabilitationsprogramms

Verschiedenen Teilbereichen des Rehabilitationsprogrammes (Pädagogik, Schule für Kranke, Reittherapie, Motopädagogik) ist jeweils ein eigener Beitrag in diesem Band gewidmet. Im Folgenden soll daher noch auf die berufliche Rehabilitation und die Psychotherapie näher eingegangen werden.

4. Berufliche Rehabilitation

Die Integration in das Berufsleben ist ein zentraler Bestandteil der Rehabilitation schizophrener Patienten. Am Arbeitsplatz zeigt sich die krankheitsspezifische Behinderung vor allem als Beeinträchtigung von:

- Eigeninitiative, Motivation
- Überblick, Planungsfähigkeit, Selbständigkeit
- Konzentration
- Durchhaltevermögen, Belastbarkeit
- Sozialer Kompetenz am Arbeitsplatz

Die berufliche Rehabilitation beginnt, wenn ein angestrebter Schulabschluss erreicht worden ist oder wenn ein Schulbesuch nicht mehr sinnvoll bzw. möglich ist. Sie führt über eine abgestufte Abfolge von Maßnahmen mit ansteigenden Anforderungen an Leistungsfähigkeit und soziale Kompetenz:

- Ergotherapie
- internes Arbeitstraining
- Betriebspraktika
- berufsvorbereitende Förderkurse
- Berufsausbildung
- dauerhafte Beschäftigung

Je nach individueller Leistungsfähigkeit und Rehabilitationsverlauf ist das Absolvieren einzelner der genannten Stufen nicht erforderlich (z.B. Ergotherapie) oder möglich (z.B. Berufsausbildung). Die konkrete Planung und Gestaltung der beruflichen Rehabilitation erfolgt in kontinuierlicher Kooperation mit dem Arbeitsamt Giessen. Das Arbeitsamt bietet Beratungsgespräche auf der Basis psychologischer und medizinischer Eignungsuntersuchungen sowie die Vermittlung und Finanzierung externer Fördermaßnahmen.

Von den oben genannten Maßnahmen finden nur Ergotherapie und internes Arbeitstraining in der Leppermühle selbst statt. Die Leppermühle verfügt derzeit über sieben Ergotherapie- bzw. Arbeitstrainingsbereiche mit jeweils sechs Arbeitsplätzen:

- Ergotherapie
- Metallwerkstatt
- Holzwerkstatt
- Hauswirtschaftsbereich
- Büro
- Gärtnerei
- Montagebereich

Jeder Bereich wird von einem Ergotherapeuten oder einem Handwerksmeister mit Erfahrung in der beruflichen Rehabilitation von psychisch Behinderten geleitet. Die aufgeführten Tätigkeiten haben vorwiegend Übungscharakter. Eine Produktion im engeren Sinne findet regelmäßig nur im Montagebereich statt. Die Ergotherapie nimmt insofern eine Sonderstellung ein, als hier noch stärker motivierende und aktivierende Beschäftigungen im Vordergrund stehen.

Die Zielsetzung des internen Arbeitstrainings besteht in der Vorbereitung auf externe Praktika, Förderkurse, Ausbildungen oder Beschäftigungen. Es sollen also Verhaltensweisen und Kompetenzen vermittelt und eingeübt werden, die in diesen anschließenden Maßnahmen vorausgesetzt werden:

- Einhaltung der Arbeitszeiten und der am jeweiligen Arbeitsplatz bestehenden Regeln
- Durchhaltevermögen (möglichst über einen Acht-Stunden-Tag)
- Angemessenes Verhalten gegenüber Mitarbeitern und Vorgesetzten
- Eine gewisse Arbeitsintensität und Produktivität

Darüber hinaus sollen je nach Interessen und Begabungen spezifische Fertigkeiten und Kenntnisse in den einzelnen Arbeitstrainingsbereichen erworben werden.

Das grundlegende Prinzip des Arbeitstrainings besteht in der Anpassung der Anforderungen an das jeweils aktuelle Leistungsniveau der Patienten. Dies bezieht sich auf verschiedene Aspekte der Arbeit:

- den Umfang der täglichen Arbeitszeit
- die Art der Arbeitsaufträge
- das Ausmaß der Unterstützung bei Planung und Ausführung der Arbeiten
- die Qualitätsansprüche, die an die jeweiligen Produkte gestellt werden.

Der Verlauf des Arbeitstrainings wird durch vierteljährliche schriftliche Beurteilungen dokumentiert. Die Abstimmung mit den übrigen Rehabilitationsbemühungen erfolgt in (mindestens) halbjährlichen Besprechungen zwischen dem Leiter des jeweiligen

Arbeitstrainingsbereich, den Betreuern der betreffenden Wohngruppe und dem zuständigen Psychotherapeuten. Dabei werden die vorangegangene Entwicklung, aktuelle Probleme und das weitere Vorgehen thematisiert.

Für 12 Teilnehmer des Arbeitstrainings besteht die Möglichkeit, einmal pro Woche eine Berufsschulsonderklasse der Willy-Brandt-Schule in Giessen zu besuchen.

Wenn die Ziele des internen Arbeitstrainings erreicht sind, werden die Jugendlichen entsprechend dem erreichten Leistungsniveau in externe Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation vermittelt:

- Langzeitpraktika
- berufsvorbereitende Kurse
- Ausbildungen in Betrieben oder außerbetrieblichen Ausbildungsinstitutionen
- Beschäftigung und Förderung im Rahmen von Werkstätten für Behinderte.

Ansichten aus den Werkstätten der Leppermühle



5. Psychotherapie

Menschen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, können durchaus wieder gesund werden. Die Krankheit ist aber nicht in dem Sinne heilbar, dass man mit einer bestimmten Behandlung gezielt die vollständige Gesundheit der Patienten herbeiführen könnte. In den letzten Jahrzehnten sind allerdings verschiedene Therapiemethoden entwickelt worden, die die Symptomatik und den Krankheitsverlauf in erheblichem Umfang positiv beeinflussen können. Neben der medikamentösen Therapie, der Sozio- und Milieuthherapie zählt dazu auch die Psychotherapie.

Die derzeit ganz überwiegend bei schizophrenen Erkrankungen angewandte Form der Psychotherapie orientiert sich nicht mehr an dem traditionellen Erklärungsmodell, wonach (etwa durch Kindheitserlebnisse) entstandene innere Konflikte die Ursache der Krankheit bilden. Viel mehr ist sie von Befunden empirischer Forschungen abgeleitet, die unter anderem zeigen, dass es eine entsprechende Anlage gibt, die im Zusammenwirken mit ungünstigen äußeren Bedingungen zum Ausbruch der Erkrankung führen kann. Die psychotherapeutischen Methoden sind daher insgesamt darauf ausgerichtet, den Patienten in die Lage zu versetzen, innere und äußere Probleme besser zu bewältigen, und ihn dabei zu unterstützen. Dieses Vorgehen wird daher auch als "Supportive Psychotherapie" bezeichnet.

Die konkrete Gestaltung der Psychotherapie von jugendlichen schizophrenen Patienten ist in der Realität sehr heterogen. Das Spektrum der Vorgehensweisen kann so unterschiedliche Aktivitäten umfassen wie: Spaziergänge mit Gesprächen über Popmusik; Erarbeitung von Strategien zum Umgang mit Halluzinationen; gemeinsames Zufahren, um damit verbundene Ängste abzubauen; Reflexion im Gespräch über konflikthafte Familienbeziehungen, etc.

Dennoch ist das Vorgehen keineswegs beliebig, sondern es wird einerseits von der Ausgangssituation, d. h. dem aktuellen Zustand des individuellen Patienten und andererseits von der Zielsetzung her bestimmt. Diese beiden Aspekte bilden den Inhalt der folgenden Ausführungen.

Die relevanten Merkmale des Patienten können sowohl mögliche Ansatzpunkte für das therapeutische Vorgehen als auch limitierende Faktoren bilden, die bestimmte Maßnahmen zu einem Zeitpunkt ausschließen. Einige dieser Faktoren können sich in Abhängigkeit von Krankheitsverlauf, Therapieverlauf oder Entwicklung verändern. Die wichtigsten dieser Faktoren sollen im folgenden kurz erläutert werden:

1. Art und Schwere der Symptomatik:
Je akuter die Symptomatik ist, desto mehr muss sich die therapeutische Aktivität auf Entlastung, Stützung, Beruhigung beschränken.
2. Krankheitseinsicht, Distanz zum Krankheitsgeschehen:
Die Vermittlung von sachlichen Informationen über die Erkrankung, der ein großer Stellenwert zukommt, kann erst beginnen, wenn der Patient in der Lage ist zu akzeptieren, dass er krank ist und sich weitgehend von Wahnhaltungen distanziert.
3. Intelligenz:
Sie bestimmt mit, welche Themen in welcher Differenziertheit behandelt werden können/sollen (z. B. die Wirkung von Medikamenten auf den Neurotransmitterstoffwechsel)
4. Psychosozialer Entwicklungsstand:
Eine wichtige Entwicklungsaufgabe für jugendliche Patienten besteht darin, die Beziehung zu ihrer Familie neu zu gestalten. Es hat aber keinen Sinn, ihnen Verselbständigung zu "predigen", solange sie dafür noch nicht in irgendeiner Weise aufnahmebereit sind (mit etwas Geduld löst sich diese Frage manchmal ganz von selbst).

5. Ausgeprägte Persönlichkeitszüge, Interessen, etc.:

Bei einzelnen Patienten sind aktuelle Interessen (z. B. für Popmusik) zumindest zeitweise die wichtigsten Themen über die ein wirklicher Austausch stattfinden kann.

Die Zielsetzung der Psychotherapie im Rahmen der Rehabilitation orientiert sich an der in Abb. 2 genannten globalen Zielsetzung. Sie konzentriert sich in diesem Zusammenhang auf folgende Aspekte:

1. Stützende Begleitung in akuten Krankheitsphasen:

In akuten Phasen und Krisenzeiten besteht das wesentliche Ziel für den Therapeuten darin, die Beziehung zum Patienten aufrecht zu erhalten, ihn zu stützen, beruhigend auf ihn einzuwirken, ihn gegebenenfalls für eine stationäre Behandlung zu motivieren und ihn dort hin zu vermitteln.

2. Rückfallprophylaxe:

Ansonsten ist das primäre Ziel die Rückfallprophylaxe. Für den Therapeuten stellen sich in diesem Zusammenhang folgende Aufgaben:

a) eine diagnostische:

Er nutzt jeden Kontakt, um mehr oder weniger beiläufig einerseits den psychopathologischen Zustand des Patienten zu beurteilen und sich andererseits ein Bild von den aktuellen Belastungen zu machen. Gegebenenfalls wird er dann in Absprache mit dem Patienten entsprechende Interventionen einleiten. Dies können Verhaltensmaßregeln für den Patienten sein oder Einflußnahmen auf dessen Umwelt oder Absprachen mit dem Arzt über die Medikation, etc.

b) Ein wesentliches Ziel im Zusammenhang mit der Rückfallprophylaxe ist die Sicherstellung einer aktiven Mitarbeit des Patienten. Das setzt voraus, dass er soweit wie möglich über seine Erkrankung aufgeklärt wird. Wichtig dabei ist, dass über allgemeine Informationen hinaus ein konkretes Modell der individuellen Erkrankung des jeweiligen Patienten entwickelt wird, das beinhaltet:

- die für ihn gefährdenden Situationen und Belastungen
- seine typischen Frühsymptome
- darauf abgestimmte mögliche Reaktionsweisen
- rationale Erklärungen für weiter bestehende Symptome und konstruktive Bewältigungsstrategien.

c) In die Bemühungen um die Rückfallprophylaxe ist auch das Umfeld des Patienten einzubeziehen. Angehörige und alle an der Rehabilitation beteiligten Personen sind über die Erkrankung aufzuklären und über Möglichkeiten zur Förderung der Entwicklung des Patienten zu beraten.

3. Förderung in Richtung selbständiger, realitätsangepasster Lebensführung:

Ein drittes Ziel der Psychotherapie ist die Förderung des Patienten im Sinne einer möglichst eigenständigen, realitätsangepassten Lebensführung. Anhand von aktuellen Symptomen und Lebensproblemen wird der Patient angehalten, Situationen korrekt wahrzunehmen, das Wesentliche zu erfassen und die eigenen Interpretationen zu überprüfen. Es werden mit ihm gemeinsam konstruktive Verhaltensmöglichkeiten erarbeitet, die er dann in der Realität erproben soll. Gerade bei Jugendlichen ist es dabei oft erforderlich, dass der Therapeut sachliche und soziale Zusammenhänge erklärt. Im Verlauf der Therapie wird sich die Aktivität des Therapeuten idealerweise von einem eher direktiven Vorgehen (Beratung, Aufklärung, etc.) in Richtung einer Begleitung des Patienten verändern. Dem Patienten wird entsprechend immer mehr Eigeninitiative abverlangt. Es sollten daher von Anfang an nicht fertige Problemlösungen vorgesetzt

werden, sondern diese sollten gemeinsam erarbeitet werden. Dadurch lernt der Patient, Entscheidungen aufgrund von rationalen Erwägungen zu treffen und Probleme systematisch zu lösen. Über die Lösung von Problemen darf nicht vergessen werden, mit dem Patienten nach Gelegenheiten und Aktivitäten zu suchen, die ihm positive und angenehme Erfahrungen ermöglichen, um der häufig bestehenden Freudlosigkeit entgegenzuwirken und sein Selbstwertgefühl positiv zu beeinflussen. Krankheitsbedingte Verzerrungen in der Wahrnehmung und im Denken des Patienten kann man in der Regel als Therapeut nur schwer beeinflussen. Um so wichtiger ist es, realitätsangemessene Auffassungen und Verhaltensweisen zu bestätigen und zu bekräftigen.

4. Eine wesentliche Aufgabe für die Therapie liegt in der Auseinandersetzung des Patienten mit seiner durch die Erkrankung grundsätzlich veränderten Lebenssituation:
 - Er muss sich in der Regel mit einem deutlichen Bruch, oft sogar Abbruch seiner Schullaufbahn oder seiner Berufsausbildung abfinden.
 - Infolge dessen muss er unter Umständen frühere Berufsziele aufgeben und sich neu orientieren.
 - Er muss Einschränkungen in seiner Lebensführung hinnehmen.
 - Er muss die krankheitsbedingten Veränderungen, die er an sich wahrnimmt, mit seinem vertrauten Selbstbild in Beziehung setzen.
 - Es stellen sich Fragen nach den Ursachen und Konsequenzen der Erkrankung.
 - Er ist mit der Unsicherheit seiner Gesundheit und damit seiner beruflichen und persönlichen Pläne konfrontiert.
 - Er registriert, wie seine Umwelt auf seine Erkrankung reagiert.

5. Die basale Zielsetzung in der Therapie schizophrener Patienten ist die Entwicklung und kontinuierliche Aufrechterhaltung einer therapeutischen Beziehung. Diese Aufgabe stellt sich bei schizophrenen Erkrankungen in besonderer Weise, da sie häufig mit Störungen der sozialen Interaktion verbunden sind. Erst wenn diese Zielsetzung erreicht ist, lassen sich die übrigen genannten Aufgaben angehen.

Bei der Entscheidung über sein konkretes Vorgehen in einer bestimmten Situation muss der Therapeut einerseits immer die genannten Ziele im Blick behalten und andererseits die weiter oben genannten Merkmale des Patienten berücksichtigen, die sowohl Ansatzpunkte als auch Grenzen für sein Handeln bilden können.