



Ausbildungsinstitut Peter
Heilpraktiker für Psychotherapie

Vorbereitungslehrgang

Heilpraktiker für Psychotherapie

1. Ausbildungsabschnitt



Herzlich willkommen
Ich freue mich, Sie hier begrüßen zu können und
wünsche Ihnen viel Spaß bei Ihrer Ausbildung
... und nicht vergessen, Humor ist, wenn man
trotzdem lacht ☺



Inhaltsverzeichnis 1. Ausbildungsabschnitt

	<u>Seite</u>
1. PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE	7
1.1 Berufsgruppen im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland	7
1.2 Was ist Psychiatrie?	10
1.3 Was ist Psychotherapie?	10
1.5 Was sind psychische Störungen?	12
1.6 Diagnose- und Klassifikationssysteme	13
1.6.1 Triadisches System	13
1.6.2 ICD-10 (International Classification of Diseases)	14
1.5.3 DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)	15
2. DIAGNOSTIK	16
2.1 Das Psychiatrische Erstgespräch	16
2.2 Was ist die Anamnese?	17
2.3 Der Psychopathologische Befund	19
2.3.1 Allgemeine Psychopathologie - Elementarfunktionen	20
2.3.1.1 Bewusstsein	22
2.3.1.2 Wahrnehmung	27
2.3.1.3 Orientierung	32
2.3.1.4 Denken	34
2.3.1.4.1 Formale Denkstörungen	34
2.3.1.4.2 Inhaltliche Denkstörungen	38
2.3.1.5 Auffassung, Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnis	45
2.3.1.6 Antrieb / Psychomotorik	49
2.3.1.7 Ich-Störungen	53
2.3.1.8 Affektivität	57
2.4 Standardisierte Untersuchungsmethoden	63
2.5 Körperliche Untersuchung	64
3. SUIZIDALITÄT	67
3.1 Epidemiologie	67
3.2 Suizidformen	68
3.3 Theorien über die Entstehung von Suizidalität	69
3.3.1 Erklärungsansätze der Psychoanalyse und der Tiefenpsychologie	69
3.3.2 Ansatz zur Suizidalität von Albert Bandura (1985)	70

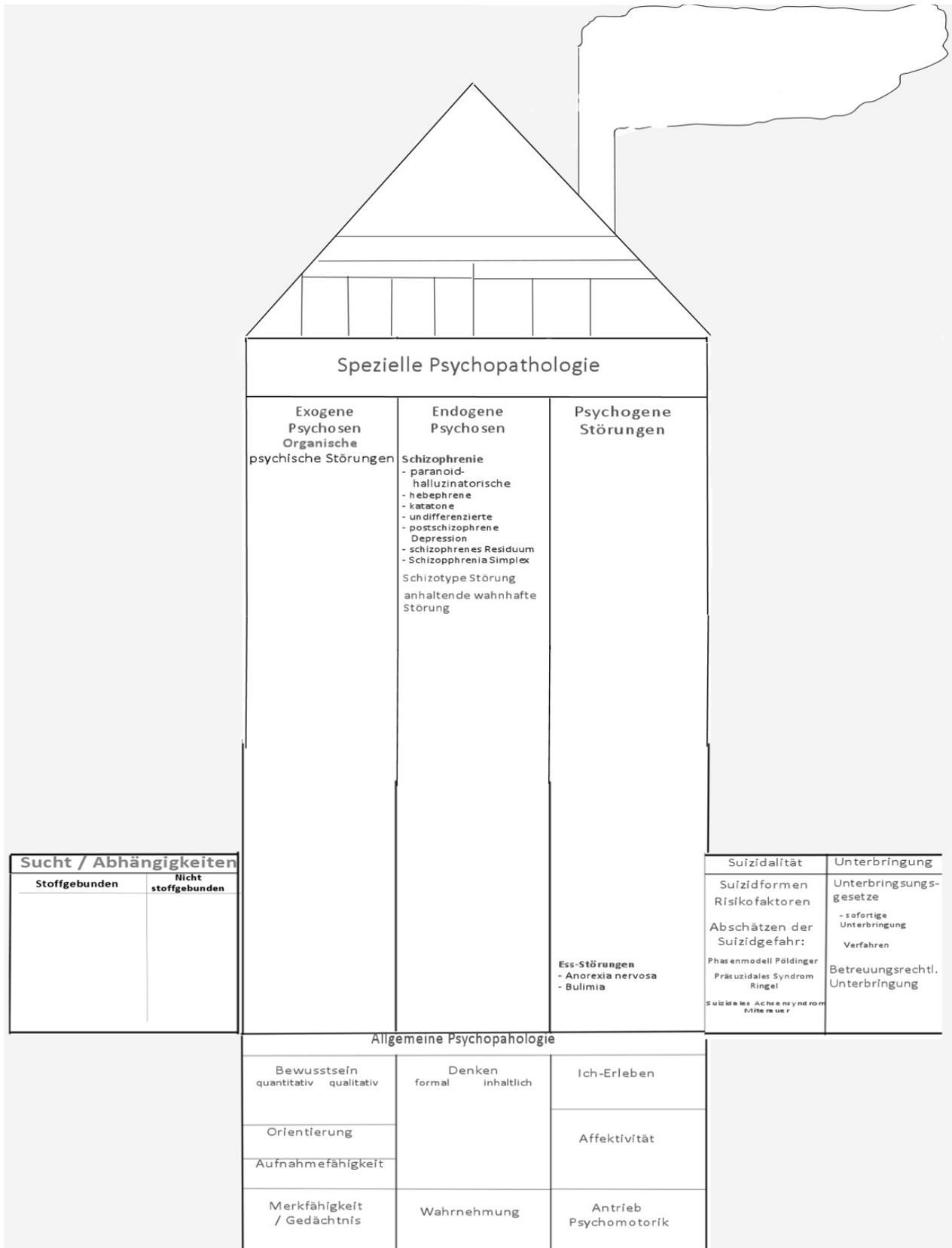
3.3.3	Ansatz von Edwin Shneidman (1987)	70
3.4	Was hat der Heilpraktiker für Psychotherapie bei Verdacht auf Suizidgefahr zu tun?	70
3.5	Risikofaktoren für Suizidalität	71
3.6	Modelle der suizidalen Entwicklung	73
3.6.1	Phasenmodell nach Pöldinger	73
3.6.2	Präsuizidales Syndrom nach Ringel	74
3.6.3	Suizidales Achsensyndrom nach Mitterauer	75
3.7	Fragen zur Abschätzung der Suizidalität	76
3.8	Interventionen bei suizidalen Patienten	77
3.9	Unterbringung	79
3.9.1	Unterbringung nach den Unterbringungsgesetzen der Länder	79
3.9.1.1	Sofortige Unterbringung	81
3.9.2	Unterbringung nach dem Betreuungsrecht	83
4.	PSYCHOSEN	87
4.1	Das Triadische System	87
4.2	Therapie von Psychosen	89
5.	SCHIZOPHRENIE	91
5.1	Epidemiologie	92
5.2	Ätiologie	93
5.2.1	Vulnerabilitäts-Stress-Konzept	93
5.2.2	Dopaminhypothese	95
5.3	Symptome der Schizophrenie	96
5.3.1	Schizophrenie im ICD-10 F20	96
5.3.1.1	Symptome Gruppe 1 u. Gruppe 2	96
5.3.1.2	Positiv- und Negativsymptome der Schizophrenie	98
5.3.2	Historische Aufteilungen der Schizophrenie-Symptome	100
5.3.2.1	Symptome der Schizophrenie nach Eugen Bleuler	100
5.3.2.2	Symptome der Schizophrenie nach Kurt Schneider	100
5.4	Klinische Subtypen der Schizophrenie	101
5.5	Differenzialdiagnose	106
5.5.1	Schizotype Störung	106
5.5.2	Wahnhafte Störung	107
5.5.3	Induzierte wahnhafte Störung	107
5.6	Verlaufsformen der Schizophrenie	108
5.6.1	Frühwarnsymptome	109
5.7	Therapie	110
5.7.1	Pharmakotherapie	111



5.7.2	Psychotherapie der Schizophrenie	116
5.7.3	Soziotherapie bei der Schizophrenie	119
6.	ÜBERPRÜFUNG:	121
6.1	Schriftliche Originalfragen	121
6.2	Praktischer Fall	125



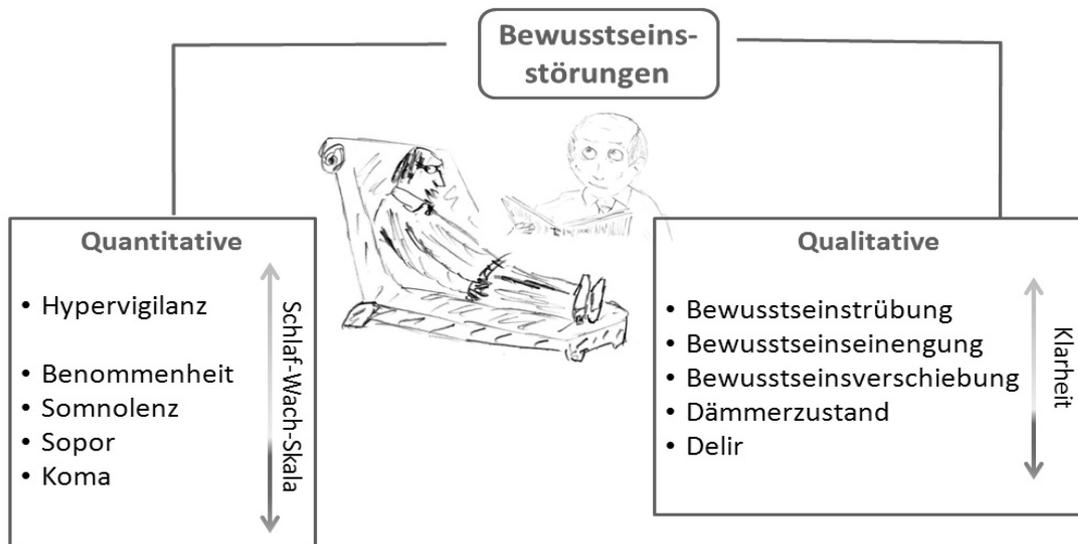
Zur Orientierung



2.3.1.1 Bewusstsein

ist die Funktion, innere Zustände und äußere Ereignisse (Umwelt) zu erkennen. Das Bewusstsein kann auf 2 Ebenen beschrieben werden:

1. Quantitativ: **Bewusstsein als Grad der Wachheit** (Vigilanz), bewegt sich zwischen Koma und voller Wachheit
2. Qualitativ: **Klarheit des Bewusstseins**, reflektierendes Bewusstsein = Fähigkeit, aufgenommene Reize inklusive sich selbst als Person klar wahrzunehmen.



Quantitative Bewusstseinsstörungen		
sind Veränderungen in der Wachheit (Vigilanz) auf der Schlaf-Wach-Skala.		
Symptom	äußert sich als ...	tritt auf bei ...
Benommenheit	Leichte Schläfrigkeit (Wachheit ist beeinträchtigt) bei Bewusstseinsklarheit	<ul style="list-style-type: none"> • Ermüdung • Fieber • Drogenkonsum
Somnolenz	Patient ist abnorm schläfrig, ist aber leicht weckbar und dann orientiert	<ul style="list-style-type: none"> • Starke Ermüdung • Fieber • Erhöhter Hirndruck • Vergiftungen • Drogenkonsum

Sopor	Patient schläft und ist nur durch starke Reize kurz weckbar, keine Orientierung mehr vorhanden	<ul style="list-style-type: none"> • Gesteigerter Hirndruck • Hirnentzündung • Hirnblutung • Nach epileptischem Anfall im Terminalschlaf
Koma	Patient ist bewusstlos, nicht weckbar, keine Pupillen- u. Muskeleigenreflexe	<ul style="list-style-type: none"> • Schwere Vergiftungen • Hirnblutungen • Gefäßverschluss • Sauerstoffmangel
Hypervigilanz	Patient ist übermäßig wach	<ul style="list-style-type: none"> • Drogenkonsum • Manie • Posttraumatische Belastungsstörung
Qualitative Bewusstseinsstörungen sind Veränderungen in der Klarheit des Bewusstseins		
Symptom	äußert sich als ...	tritt auf bei ...
Bewusstseinstrübung	Beeinträchtigung der Bewusstseinsklarheit = gestörte Fähigkeit, verschiedene Aspekte der Person und der Umwelt zu verstehen, sie miteinander zu verbinden, mitzuteilen u. sinnvoll zu handeln; die Betroffenen sind verwirrt	Delir
Bewusstseinsengung	Denken, Fühlen u. Wollen sind auf wenige Themen fokussiert, meist verbunden mit verminderter	Dämmerzustand, In der Akutphase nach

	<p>Ansprechbarkeit auf äußere Reize. Das Erleben ist traumhaft verändert. Äußerlich geordnete Handlungen (z.B. Reisen) sind möglich.</p>	<p>traumatischen Erlebnissen</p>
<p>Bewusstseinsverschiebung</p>	<p>Im Vergleich zum normalen Tagesbewusstsein ist die Wahrnehmungsintensität gesteigert: heller, weiter, intensiver, wacher. Die Betroffenen beschreiben eine Erweiterung des Bewusstseins</p>	<p>Drogenrausch</p>
<p>Dämmerzustand</p>	<p>Ein tranceähnlicher Zustand, mit herabgesetzter Bewusstseinsklarheit und Bewusstseinsinengung mit nach Innen gerichteter Aufmerksamkeit (auf Außenreize erfolgt keine oder eine stark veränderte Reaktion). Die Betroffenen können nach Außen orientiert und geordnet wirken (daher oft schwer erkennbar). Sie können ruhig, aber auch stark erregt sein (beim Pathologischen Rausch), plötzlicher Beginn und Ende mit anschließender Amnesie</p>	<p>Gefäßbedingte Hirnschäden Nach epileptischen Anfällen Pathologischer Rausch</p>



<p>Delir</p> 	<p>Gleichzeitig quantitative u. qualitative Bewusstseinsstörung (Bewusstseinsstrübung) mit</p> <ul style="list-style-type: none">• Desorientiertheit (zeitlich, örtlich)• Halluzinationen (meist optisch)• Formalen Denkstörungen (Inkoherenz)• Verwirrtheit (Verkennung von Situationen u. Personen)• Vegetativen Symptomen (Schwitzen, Zittern, Herzrasen)• Störungen im Schlaf-/Wach-Rhythmus <p>Diese Veränderungen und Fehleinschätzungen bewirken oft Angst, Unruhe, Rastlosigkeit. Die Betroffenen sind oft ablenkbar, hoch suggestibel. Ihnen fehlt die Einsicht, krank zu sein.</p>	<p>Eigenständiges Störungsbild ohne erkennbare somatische Ursache oder im Zusammenhang mit körperlichen Schädigungen (z.B. Lebererkrankung, Karzinom, Dehydrierung, Fieber)</p> <p>Alkoholdelir, Entzugsdelir</p>
--	---	---

Bewusstseinsstörungen sind ein Leitsymptom für akute hirnorganische Störungen.

Jede quantitative Bewusstseinsstörung weist auf eine akute Gefährdung des Betroffenen hin.

Wie lassen sich Bewusstseinsstörungen feststellen (Diagnostik)?

Psychopathologische Symptome aus dem Bereich Bewusstsein ergeben sich meist auf Grund des Gesamteindrucks, den Sie von Ihrem Patienten in der Untersuchungssituation gewinnen.

- **Quantitative Bewusstseinsstörungen** lassen sich durch Beobachtung des Patienten feststellen (Verhaltensbeobachtung).
- **Qualitative Bewusstseinsstörungen** lassen sich durch anamnestische Fragen klären.

Zur Exploration einer **Bewusstseinsverschiebung** könnte z.B. gefragt werden¹:

„Haben Sie das Gefühl, z.B. die Farben intensiver zu sehen oder Musik lauter zu hören?“ (Falls ja) „Bitte beschreiben Sie das genauer.“

oder

„Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Wahrnehmung besonders scharf ist, dass Sie Dinge besonders gut wahrnehmen können?“ (Falls ja): „Bitte beschreiben Sie das genauer.“

¹ Die Einstiegsfragen und Beispielfragen zur Exploration der einzelnen Symptome wurden entnommen aus: Fährdrich, Stieglitz: Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes, 3. Auflage, Hogrefe

5. Schizophrenie

... ist eine psychische Erkrankung, die charakteristisch durch schwere Störungen des Denkens, der Wahrnehmung, des Ich-Erlebens, der Affektivität und der Psychomotorik gekennzeichnet ist.

Die Klarheit des Bewusstseins und die intellektuellen Fähigkeiten sind i.d.R. jedoch nicht beeinträchtigt.

Hinsichtlich der Prognose handelt es sich um die schwerwiegendste psychische Erkrankung, wenn man von den organischen Erkrankungen absieht.

Begriffsherkunft:

altgriechisch: „*s'chizein*“ = abspalten + „*phrēn*“ = Seele, Zwerchfell
= „Abspaltung der Seele, des Bewusstseins“

Der deutsche Psychiater Emil Kraepelin (1856 – 1926) fasste die zum Teil sehr unterschiedlichen Erscheinungsbilder dieser schweren und komplexen psychischen Erkrankung gegen Ende des 19. Jahrhunderts unter dem Namen „*Dementia praecox*“ (vorzeitige Demenz / vorzeitige Verblödung) zusammen.

Dieser Begriff erwies sich allerdings als zu eng und wurde 1911 durch den Schweizer Psychiater Eugen Bleuler (1857 – 1939) durch den Begriff „*Schizophrenie*“ ersetzt.

Dieser Begriff ist allerdings insoweit irreführend, als mit dieser Erkrankung tatsächlich keine Spaltung der Persönlichkeit verbunden ist, sondern vielmehr eine Abtrennung der Wahrnehmung von der Realität. Auch fallen viele psychische Elementarfunktionen auseinander, wie dies z.B. bei der Parathymie deutlich wird (Gefühlsausdruck und Erlebnisinhalt stimmen nicht überein).

Filmtipps:

- A Beautiful Mind
- Das weiße Rauschen

Nach ätiologischer Sichtweise ist Schizophrenie eine endogene Psychose, die oft mit Wahn, Halluzinationen, Affektstörungen und Psychotischen Ich-Störungen verbunden ist.

Schizophrenie ist eine psychische Erkrankung, die dem normalen Menschen das Gefühl von Individualität, Einzigartigkeit und Entscheidungsfreiheit nimmt. Die Betroffenen glauben oft, dass ihre innersten Gedanken, Gefühle und Handlungen anderen bekannt sind ...

Quelle: ICD-10, F20 Schizophrenie

Zu Beginn der Erkrankung sowie oft in den akuten, psychotischen Phasen fehlt dem Betroffenen meist jegliche Krankheitseinsicht. Er glaubt, in seinem Erleben ganz neue, bisher noch nicht erkannte Aspekte der Realität zu erkennen. Er „erkennt“ Zusammenhänge und Strukturen, die anderen völlig unverständlich sind.

Im Laufe der Zeit stellt der Erkrankte seine psychotischen Erlebnisse dann oft immer mehr in Frage, meist ohne wirklich erkennen zu können, was tatsächlich Realität und was Halluzination bzw. Wahn ist. Dieses Nebeneinander von Realität und psychotischem Erleben wird auch als „Doppelte Buchführung“ bezeichnet.

5.1 Epidemiologie

Die **Lebenszeitprävalenz**, an einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis zu erkranken, liegt bei 1 %. Sie ist weltweit in allen Kulturen gleich. Allerdings kommen die einzelnen Erscheinungsbilder in den jeweiligen Kulturkreisen unterschiedlich häufig vor. Die Katatone Schizophrenie ist in Industrieländern wesentlich seltener als in Entwicklungs- und Schwellenländern⁵.

⁵ Quelle: Wikipedia

Das **Geschlechterverhältnis** ist in etwa ausgeglichen. Allerdings erkranken Frauen im Durchschnitt später (zwischen dem 25. und dem 30. Lebensjahr) als Männer (zwischen dem 15. und dem 25. Lebensjahr).

Etwa 10 % der an Schizophrenie erkrankten Menschen sterben durch Suizid.

5.2 Ätiologie

Die Ursachen der Schizophrenie sind bisher nicht eindeutig geklärt. Heute wird von einer multifaktoriellen Entstehung der schizophrenen Störung ausgegangen, bei der offenbar eine genetische Disposition eine wichtige Rolle spielt: Wenn ein Elternteil oder eines der Geschwister an Schizophrenie erkrankt ist, beträgt das Erkrankungsrisiko 10 %, bei eineiigen Zwillingen sogar 50 %. Offenbar tragen jedoch weitere Faktoren zur Entstehung der Krankheit bei (sonst müsste die Konkordanzrate bei eineiigen Zwillingen bei 100 % liegen).

5.2.1 Vulnerabilitäts-Stress-Konzept

Dieses Konzept über die Entstehung endogener Psychosen unterstellt, dass durch

- eine genetische Disposition und
- entwicklungsbedingte Faktoren (z.B. Erkrankungen in der vorgeburtlichen Phase, Hirnschädigungen während der Geburt durch Sauerstoffmangel, frühkindliche Infektionen)
- Ich-Entwicklungsdefizite und gravierende Vernachlässigungen in den ersten Lebensjahren

Entwicklungsstörungen des Gehirns ausgelöst werden, die etwa zu 2/3 des Risikos verantwortlich ist, an einer schizophrenen Störung zu erkranken. Dieser Mensch hat danach eine **erhöhte Vulnerabilität** (Verletzbarkeit) für Schizophrenie.

Wenn später zu dieser erhöhten Vulnerabilität psychosoziale Belastungen oder anderer Stress hinzukommen, kann dies zum Ausbruch der Erkrankung führen.



vorgeburtlich
+ erste Lebensjahre

+ Stress = Psychose

danach

Dekompensation im 15. bis 40. Lebensjahr

In den ersten Lebensjahren ist der Betroffene danach zwar noch nicht erkrankt, allerdings ist er durch die erhöhte Vulnerabilität stärker anfällig dafür, dass die Erkrankung ausbricht. Nach diesem Konzept ist der Auslöser Stress, der in vielfältiger Form auftreten kann:

Psychosoziale Belastungen z.B. in Form von

- **Double-Bind** (widersprüchliches Beziehungsverhalten der Bezugspersonen)
Beispiel: Eine alkoholabhängige Mutter versichert ihrem Kind während sie trinkt immer wieder, dass ihr Kind das Liebste ist, was sie auf der Welt hat. Das Kind erlebt jedoch immer wieder, dass der Mutter tatsächlich der Alkohol das Wichtigste ist.
- **High-Expressed-Emotions** (Übermäßig emotional beladene Familienatmosphäre) können sich ausdrücken als Feindseligkeit / Kritik / Ablehnung oder im Gegensatz dazu als Überfürsorglichkeit / Überbehütung.
„High expressed emotions“ in einer Familie sind mit die wichtigsten Prädiktoren für das Auslösen einer schizophrenen Episode bzw. für einen Rückfall. Daher sollten die meist stark belasteten Strukturen innerhalb einer Familie durch Familientherapie verbessert werden.

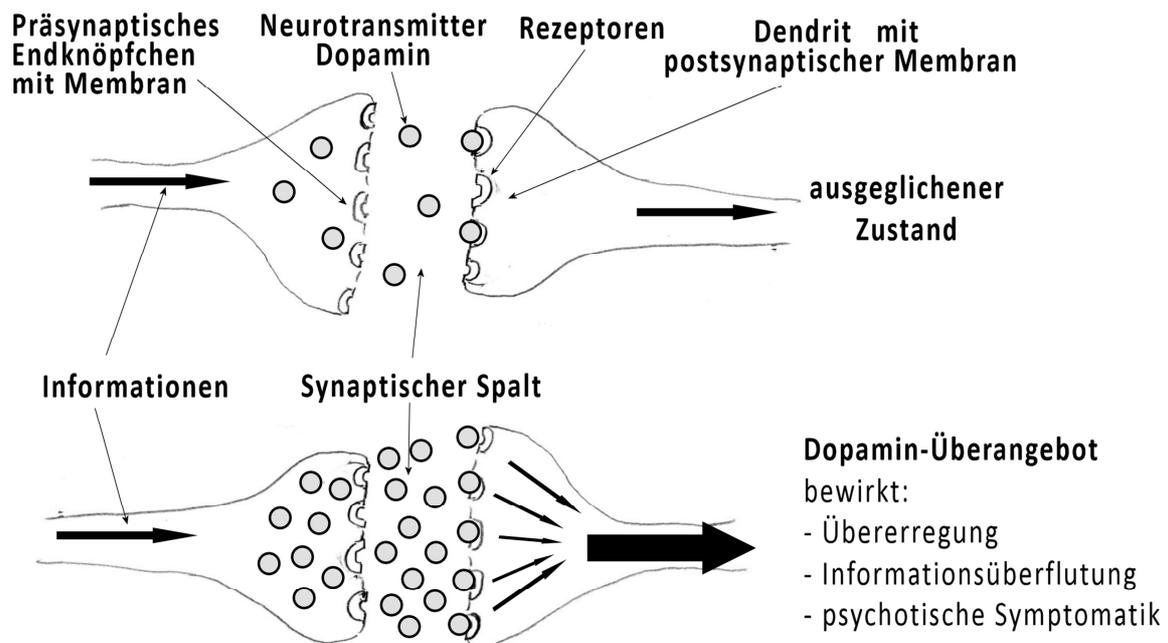
Weiterer Stress kann resultieren aus

- Drogenkonsum (Bewusstseinsverändernde Substanzen)
- Alkoholmissbrauch
- Medikamenten-Nebenwirkungen
- Hormonelle und psychische Belastungen im Übergang von der Pubertät ins Erwachsenenalter

5.2.2 Dopaminhypothese

Neben den bereits erwähnten veränderten Hirnstrukturen, die zumindest bei einem Teil der Schizophrenie Patienten nachgewiesen werden konnten, wird eine starke Beziehung zwischen dem Auftreten akuter schizophrener Episoden und einer Überaktivität des Neurotransmitters Dopamin im zentralen Nervensystem diskutiert. Noch ist unklar, ob diese Dopamin-Überaktivität ursächlich für die Schizophrenie-Erkrankung ist oder ob sie von ihr ausgelöst wird. Die Dopaminhypothese ist zwar empirisch noch nicht hinreichend belegt, es gibt jedoch eine Reihe von Befunden, die mit ihr sinnvoll interpretieren lassen. Für die Dopaminhypothese spricht:

- Alle Neuroleptika blockieren die Dopamin-Rezeptoren im Synaptischen Spalt, so dass sich der Überschuss an Dopamin dort nicht auswirken kann.
- Bei schizophrenen Patienten können akute Episoden durch Stimulanzien wie Amphetamine ausgelöst werden, die die Dopaminwirksamkeit erhöhen.



5.3 Symptome der Schizophrenie

5.3.1 Schizophrenie im ICD-10 F20

Das ICD-10 weist selbst darauf hin, dass es keine Symptome gibt, die nur bei dieser Erkrankung auftreten und daher bereits für sich alleine genommen hinreichend für eine sichere Diagnosestellung sind.

5.3.1.1 Symptome Gruppe 1 u. Gruppe 2

Trotzdem benennt es aus praktischen Überlegungen eine Gruppe von Symptomen, die (wenn sie eindeutig zu erkennen sind) doch bereits alleine für die Diagnose Schizophrenie ausreichen. Diese Symptome sind in der **Gruppe 1** zusammen gefasst.



Gruppe 1 der Schizophrenie-Symptome

1 eindeutiges Symptom reicht zur Diagnose „Schizophrenie“

a) Psychotische Ich-Störungen

- Gedankenlautwerden
- Gedankeneingabe
- Gedankenentzug
- Gedankenausbreitung

b) Wahnsymptome

- Kontrollwahn
- Beeinflussungswahn
- Wahnwahrnehmungen
- Gefühl des Gemachten

Die Betroffenen sind überzeugt, dass ihr Erleben und ihre Gefühle von außen, (z.B. von einer anderen Person) beeinflusst, gesteuert, gemacht werden

Beispiel: leibliche Beeinflussungserlebnisse

c) Akustische Halluzinationen

in Form von kommentierenden, dialogisierenden oder imperativen Stimmen