
Ausbildungsinstitut Peter
Heilpraktiker für Psychotherapie

Vorbereitungslehrgang

Heilpraktiker für Psychotherapie

1. Ausbildungsabschnitt

Inhaltsverzeichnis 1. Ausbildungsabschnitt

	<u>Seite</u>
1. PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE	5
1.1 Berufsgruppen im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland	5
1.2 Was ist Psychiatrie?	7
1.3 Was ist Psychotherapie?	7
1.4 Was sind psychische Störungen?	9
1.5 Diagnose- und Klassifikationssysteme	10
1.5.1 Triadisches System	10
1.5.2 ICD-10 (International Classification of Diseases)	11
1.5.3 DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)	11
2. DIAGNOSTIK	15
2.1 Das Psychiatrische Erstgespräch	15
2.2 Was ist die Anamnese?	16
2.4 Der Psychopathologische Befund	19
2.4.1 Psychopathologische Elementarfunktionen	20
2.4.1.1 Bewusstsein	21
2.4.1.2 Wahrnehmung	24
2.4.1.3 Orientierung	27
2.4.1.4 Denken	29
2.4.1.5 Auffassung, Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnis	38
2.4.1.6 Antrieb / Psychomotorik	42
2.4.1.7 Ich-Störungen	45
2.4.1.8 Affektivität	49
2.5 Standardisierte Untersuchungsmethoden	54
2.6 Körperliche Untersuchung	55
3. SUIZIDALITÄT	57
3.1 Epidemiologie	57
3.2 Suizidformen	58
3.3 Theorien über die Entstehung von Suizidalität	59
3.3.1 Erklärungsansätze der Psychoanalyse und der Tiefenpsychologie	59
3.3.2 Ansatz zur Suizidalität von Albert Bandura (1985)	60
3.3.3 Ansatz von Edwin Shneidman (1987)	60
3.4 Risikofaktoren für Suizidalität	60
3.5 Was hat der Heilpraktiker für Psychotherapie bei Verdacht auf Suizidgefahr zu tun?	62

3.6	Modelle der suizidalen Entwicklung	63
3.6.1	Phasenmodell nach Pöldinger	63
3.6.2	Präsuizidales Syndrom nach Ringel	63
3.6.3	Suizidales Achsensyndrom nach Mitterauer	64
3.7	Fragen zur Abschätzung der Suizidalität	66
3.8	Interventionen bei suizidalen Patienten	67
3.9	Unterbringung	69
3.9.1	Sofortige Unterbringung	70
3.9.2	Unterbringung nach dem Betreuungsrecht	72
4.	PSYCHOSEN	75
4.1	Das Triadische System	75
4.2	Therapie von Psychosen	77
5.	SCHIZOPHRENIE	79
5.1	Epidemiologie	80
5.2	Ätiologie	81
5.2.1	Vulnerabilitäts-Stress-Konzept	82
5.2.2	Dopaminhypothese	84
5.3	Symptome der Schizophrenie	85
5.3.1	Schizophrenie im ICD-10 F20	85
5.3.1.1	Symptome Gruppe 1 u. Gruppe 2	85
5.3.1.2	Positiv- und Negativsymptome der Schizophrenie	87
5.3.2	Historische Aufteilungen der Schizophrenie-Symptome	89
5.3.2.1	Symptome der Schizophrenie nach Eugen Bleuler	89
5.3.2.2	Symptome der Schizophrenie nach Kurt Schneider	89
5.4	Klinische Subtypen der Schizophrenie	90
5.5	Differenzialdiagnose	94
5.5.1	Schizotype Störung	94
5.5.2	Wahnhafte Störung	94
5.5.3	Induzierte wahnhafte Störung	95
5.6	Verlaufsformen der Schizophrenie	95
5.6.1	Frühwarnsymptome	97
5.7	Therapie	97
5.7.1	Pharmakotherapie	98
5.7.2	Psychotherapie der Schizophrenie	102
5.7.3	Soziotherapie bei der Schizophrenie	105
6.	ÜBERPRÜFUNG:	107
6.1	Schriftliche Originalfragen	107

6.2	Praktischer Fall	111
-----	------------------	-----

2.4.1.8 Affektivität

ist das Gefühlserleben. Sie umfasst die gesamte Emotionalität.

In diesen Bereich fallen die

- meist nur kurzdauernden u. plötzlich auftretenden **Affekte** (Gefühlswallungen) wie Ärger, Wut, Freude,
- meist länger anhaltende **Stimmungen** wie Niedergeschlagenheit, Euphorie, Gereiztheit
- **Gefühle** wie Liebe, Glück, Trauer

Störungen der Affektivität		
Achtung: Störungen der Affektivität sind nicht Affektive Störungen!!!		
Symptom	äußert sich als ...	tritt auf bei ...
Affektarmut	<p>Mangel emotionaler Ansprechbarkeit oder Schwingungsfähigkeit</p> <p>möglich sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • geringe Bandbreite von Affekten (z.B. nur Wut, Hass, Fixation in depressiver Stimmung) • geringe Intensität von Affekten (z.B. gleichgültig, interesselos, unbeteiligt) 	<p>Depression, Schizophrenie, Demenz</p>
Affektinkontinenz	<p>Unfähigkeit, den Ausdruck bestimmter Gefühle zu kontrollieren</p> <p>Bereits kleinste Auslöser führen zu starken Gefühlsäußerungen (Lachen, Weinen, Wut)</p>	<p>Schizophrenie, Manie, organische psychische Störungen, z.B. Demenz, Hirnschädigungen durch chronischen Alkoholmissbrauch</p>

Affektlabilität	Schneller Wechsel der Affekte und Gefühle (entweder auf Anstoß von außen oder scheinbar spontan)	Insbesondere bei organisch bedingten Störungen
Affektstarre	Der Patient verbleibt in bestimmten Gefühlen, unabhängig von einer veränderten äußeren Situation. Die Schwingungsfähigkeit ist stark herab gesetzt	Organisch bedingte Störungen, z.B. Demenz Schizophrenie, Depression
Ambivalenz	Gleichzeitig werden gegensätzliche Gefühle in Bezug auf eine Person oder Sache erlebt (gleichzeitig, nicht im schnellen Wechsel wie bei Affektlabilität) Beispiel: Liebe + Hass nebeneinander	Insbesondere bei Schizophrenie, auch bei Depressionen Zwangsstörungen Im nicht-pathologischen Bereich in schwächerer Ausprägung
Gefühl der Gefühllosigkeit	Subjektiv empfundene Gefühlsleere, Patient spürt weder positive noch negative Gefühle	Depression, Akute Belastungsstörung
Insuffizienzgefühle	Patient hat das Gefühl, nichts wert zu sein, nicht zu genügen, unfähig zu sein,	Depression, Abhängige Persönlichkeitsstörung
Schuldgefühle	Patient wirft sich vor, an einem Unglück schuld zu sein	Depression
Störung der Vitalgefühle	Das Gefühl von Kraft, Lebendigkeit, Elan kann gesteigert oder vermindert sein.	Manie Depression

Euphorie	Pathologisch heitere Stimmung zusammen mit Sorglosigkeit, übertriebenem Optimismus u. Wohlbefinden	Manie Kokainrausch
Dysphorie	Gereizte, missmutige Stimmung, Unzufriedenheit,	Manie, organischen psychischen Störungen, z.B. Demenz Alkoholintoxikation, Entzug von Drogen
Deprimiertheit / Depressivität	Stimmung ist geprägt von Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Lustlosigkeit, Hoffnungslosigkeit	Depression
Parathymie / Inadäquater Affekt	Gefühlsausdruck und Erlebnisinhalt stimmen nicht überein Beispiel: Fröhlichkeit, Freude bei Beerdigung	Schizophrenie
Läppischer Affekt	Patient zeigt eine alberne, leere Heiterkeit, macht einfältigen, unreifen Eindruck	Hebephrene Schizophrenie

Wie lassen sich Störungen der Affektivität feststellen (Diagnostik)?

Dieser Bereich der Elementarfunktionen muss sowohl durch gezieltes Fragen als auch durch Verhaltensbeobachtung exploriert werden. Es bietet sich auch an, über diesen Bereich in das Erstgespräch einzusteigen.

Die Einstiegsfrage könnte z.B. lauten:

„Wie geht es Ihnen denn in letzter Zeit?“

Die Frage nach einem **Gefühl der Gefühllosigkeit** könnte sein:

„Können Sie traurig sein oder sich manchmal noch richtig freuen? Oder fühlen Sie sich eher innerlich wie leer?“

oder

„Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Gefühle wie abgestorben oder versteinert sind?“

Eine Frage nach **Insuffizienzgefühlen** könnte lauten:

„Hat Ihr Leistungsvermögen nachgelassen? Gelingen Ihnen Dinge heute nicht mehr so wie früher?“ Ggf. Beispiele nennen lassen

oder

„Glauben Sie manchmal, dass Sie weniger wert sind als andere Menschen?“

Schuldgefühle können z.B. erfragt werden durch:

„Manche Menschen fühlen sich im Zusammenhang mit bestimmten Ereignissen schuldig, auch wenn diese viele Jahre zurück liegen. Gibt es etwas, das Sie sich vorwerfen oder haben Sie Gewissensbisse?“

Ambivalenz könnte erfragt werden durch:

„Kommt es vor, dass Sie manchmal ganz gegensätzliche Gedanken oder Gefühle gleichzeitig denken oder fühlen müssen?“

Affektinkontinenz kann mit folgender Frage exploriert werden:

„Haben Sie bei sich manchmal bemerkt, dass Sie bestimmte Gefühle nicht richtig kontrollieren können? Dass Sie z.B. gar nicht mehr aufhören können weinen, dass Sie von Ihren Gefühlen überwältigt werden?“

Nachdem die einzelnen Elementarfunktionen und das Ich-Erleben umfassend exploriert worden sind und zusätzlich die äußere Erscheinung des Patienten sowie sein Verhalten in der Situation beurteilt worden sind, muss unbedingt auch geklärt werden, ob eine Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt.

Anschließend wird die Symptomatik im **Psychopathologischen Befund** zusammengefasst. Hierbei werden nicht nur die gefundenen Symptome genannt, sondern auch die nicht gestörten Funktionen (die erhaltenen Fähigkeiten) kurz aufgeführt. Es soll ein zwar abstrahiertes aber dennoch konkretes Bild des aktuellen psychopathologischen Zustandes des Patienten beschrieben werden.

In der Regel beginnt der Psychopathologische Befund mit einer Beschreibung des äußeren Erscheinungsbildes des Patienten.

Es folgt eine Darstellung seines Verhaltens in der Untersuchungssituation, einschließlich seines Sprechverhaltens.

Anschließend wird eingegangen auf die Bewusstseinslage, Orientierung, Aufmerksamkeit, Konzentration u. Gedächtnis, die Affektivität und auf den Antrieb.

Es folgen Angaben über Wahrnehmung, das Denken (formal u. inhaltlich) sowie über Ich-Störungen.

Schließlich muss explizit angegeben werden, ob bei dem Patienten eine Eigen- oder Fremdgefährdung festgestellt worden ist.

Beispiel für einen Psychopathologischen Befund:

Die Patientin wirkt gepflegt und im Kontaktverhalten zwar gesprächsbereit aber auch häufig zurückhaltend. Sie ist wach, bewusstseinsklar und orientiert.

Sie spricht leise und flüssig mit monotoner Stimme. Ihre Aufmerksamkeit und Konzentration erscheinen leicht gemindert. Ihre Gedächtnisleistung ist ebenfalls leicht beeinträchtigt.

Die Patientin zeigt einen niedergeschlagenen Affekt mit einem Verlust von Freude und Interesse und berichtet von einem Gefühl der Gefühllosigkeit. Ebenso sind Insuffizienzgefühle vorhanden. Die Patientin erscheint psychomotorisch verarmt.

Die Patientin neigt zum Grübeln. Keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen oder Ich-Störungen.

Kein Verdacht auf Fremdgefährdung. Latente passive Suizidgedanken, jedoch klar absprachefähig.

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 absieht¹.

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 psychologische 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.

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).

⁵ Quelle: Wikipedia

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).

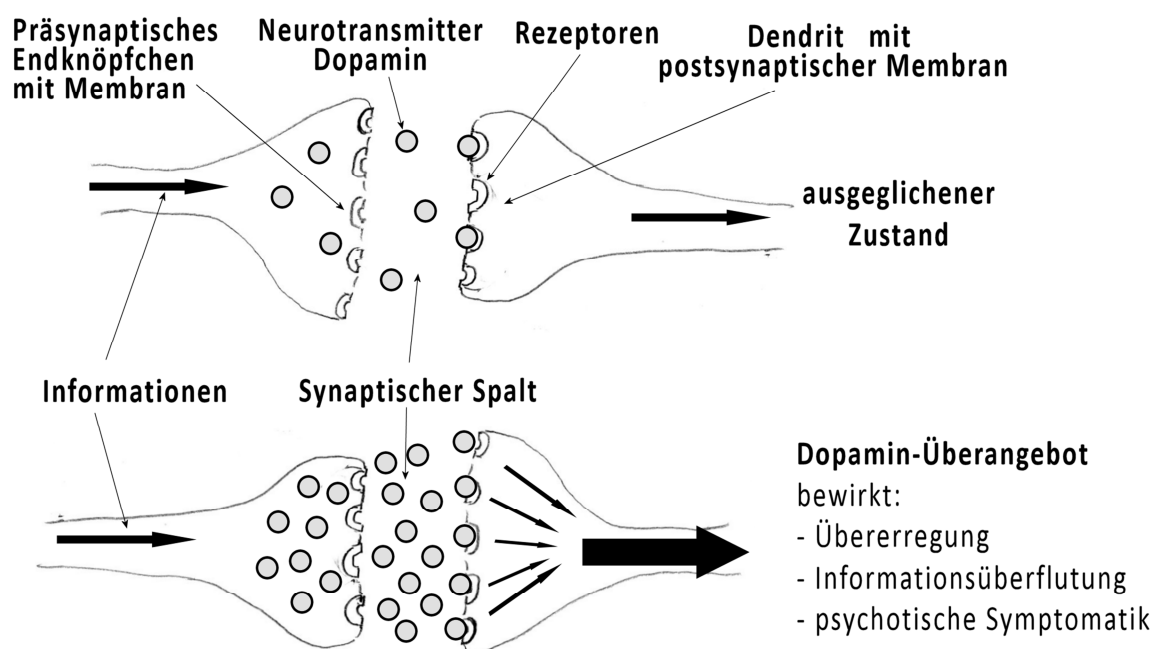
5.2.1 Vulnerabilitäts-Stress-Konzept

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

Psychosoziale Belastungen können z.B. sein

- **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.

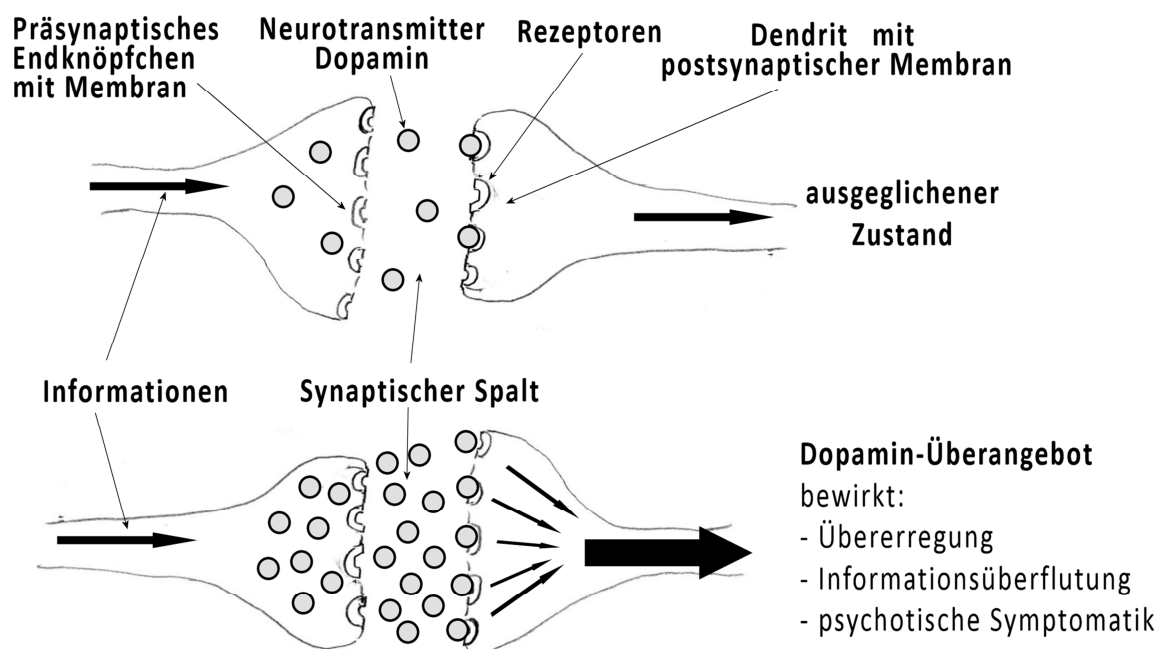
Weiterer Stress kann resultieren aus

- Drogenkonsum (Bewusstseinsverändernde Substanzen)
- Alkoholmissbrauch
- Medikamenten-Nebenwirkungen

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 Stimulanzen 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
z.B. leibliche Beeinflussungserlebnisse

c) Akustische Halluzinationen

in Form von kommentierenden, dialogisierenden oder imperativen Stimmen

d) Anhaltender, kulturell unangemessener oder bizarrer Wahn

z.B. „ich bin Gott“, „ich kann das Wetter kontrollieren“, „ich kann mit Außerirdischen sprechen“