



ISOLDE RICHTER
HEILPRAKTIKERSCHULE

Heilpraktiker- und Therapeutenschulung
Tagesschule, Fernschule & Online-Schulung

PROBESKRIPT

Sybille Disse[©], Heilpraktikerin (Psychotherapie)

Heilpraktiker/in für Psychotherapie

Online-Schulung
„Heilpraktiker/in eingeschränkt auf den Bereich der Psychotherapie“



Impressum

Herausgeber: Heilpraktiker- und Fernschule Isolde Richter

Tages-, Seminar-, Therapeuteschulungen - Üsenbergerstraße 13 / 79341 Kenzingen

Tel. 07644/927 883-0, Fax 07644/927 883-40, E-Mail: info@Isolde-Richter.de - www.Isolde-Richter.de

Verantwortlich für den Inhalt: Sybille Disse, Heilpraktikerin (Psychotherapie)

Benutzerhinweis: Medizinische Erkenntnisse und medizinische Produkte unterliegen einem steten Wandel, Herausgeber und Autor dieses Werkes bemühen sich intensiv dem aktuellen Wissensstand zu entsprechen, dies entbindet den Benutzer nicht von seiner Sorgfaltspflicht sich anhand der Angaben der Beipackzettel der verordneten Präparate in Eigenverantwortung der Richtigkeit der Angaben zu vergewissern.

Rechte: Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.

Liebe Interessentin, lieber Interessent,

Sie interessieren sich dafür, die **Ausbildung zum Heilpraktiker beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie** bei der Heilpraktikerschule Isolde Richter zu absolvieren. Ihr Ziel ist also voraussichtlich, die **amtsärztliche Überprüfung** bei dem für Sie zuständigen Gesundheitsamt zu meistern, um dann später z.B. mit eigener **Praxis für Psychotherapie (HeilprG)** Patienten mit psychischen Störungen helfen zu können.

Passend zu diesem Kurs halten Sie nun eine **Probelektion** in der Hand. Damit können Sie einen ersten Eindruck erhalten, ob Ihnen unser Lernmaterial gefällt!

Das Skript ist bewusst im „Frage-Antwort-Stil“ geschrieben und ersetzt kein Lehrbuch (hierzu halten wir Literaturempfehlungen bereit). Vielmehr soll es begleitend zum Kurs eingesetzt werden und zur Wiederholung bzw. Prüfungsvorbereitung. Durch die Fragen können Sie selbst überprüfen, ob der besprochene Stoff „sitzt“ und ggf. Lerninhalte nochmals wiederholen. Durch diese Art des Lernens wird der umfangreiche Stoff in kleine Häppchen aufgeteilt und bleibt so leicht verdaulich und einfach besser im Gedächtnis! Auch werden wichtige Fachbegriffe häufig wiederholt und erklärt, so dass Ihnen diese schnell geläufig sind.

Außerdem finden Sie im Skript wichtige Hintergrundinformationen (Basics) für das Bestehen der amtsärztlichen Überprüfung sowie hilfreiche Tipps („gut zu wissen“). Wir haben uns hier an den Anforderungen der Gesundheitsämter, den schriftlichen amtsärztlichen Überprüfungen der letzten 15 Jahre, zahlreichen mündlichen Prüfungsprotokollen der letzten zehn Jahre und der ICD 10 (internationaler Katalog der Erkrankungen) orientiert, damit wir Sie optimal auf die Heilpraktikerüberprüfung vorbereiten).

In unserem Ausbildungskonzept für den Heilpraktiker – eingeschränkt auf den Bereich der Psychotherapie – sind **18 Online-Schulungen Basiskurs** und **8 Online-Schulungen Intensivkurs** als **Webinare** vorgesehen. Begleitend zum Kurs sind neben einem **umfangreichen Lernskript** auch ein **begleitender MP3-Audiokurs auf CD** sowie **Lernkarten (Pocketcards) Psychotherapie** zu den wichtigsten Themen erhältlich.

Wenn Sie das Skript erwerben und sich für die Online-Ausbildung (Basis- und/oder Intensivkurs) angemeldet haben, dürfen Sie zudem noch kostenlos an unserer **virtuellen Lerngruppe „Psychotherapie“** teilnehmen.

Wir wollen mit unserem Lehrgang den Grundstein für ein solides Grundwissen legen, gespickt mit wertvollen Tipps („gut zu wissen“). Denn nur so können Sie in der amtsärztlichen Prüfung glänzen und erfolgreiche Heilpraktikerin bzw. erfolgreicher Heilpraktiker für Psychotherapie werden!

Sie haben sich für ein faszinierendes, aber auch sehr anspruchsvolles Gebiet entschieden, auf dem Sie tätig werden möchten. Das Team der Heilpraktikerschule Isolde Richter möchte Sie auf diesem Weg begleiten und tatkräftig unterstützen. Wann immer Sie organisatorische Fragen zum Kurs haben, wenden Sie sich bitte an das Sekretariat der Heilpraktikerschule.

Und nun wünschen wir Ihnen viel Vergnügen mit der Probelektion. Wir freuen uns, wenn wir Sie auf Ihrem Weg zum/zur Heilpraktiker/in beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie begleiten dürfen!

Unsere Probelektion ist so aufgebaut, dass Sie zunächst einige Ausschnitte aus dem Skript lesen und dann eine Prüfungsfrage beantworten, um zu überprüfen, ob Sie den Inhalt verstanden haben.

Ihre Isolde Richter mit Team

Das Lernskript zur Online-Schulung „Heilpraktiker – beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie“ ist in folgende Themengebiete aufgeteilt. Das Lernskript und die Online-Schulungen (Webinare) des Basiskurses zeigen einen analogen Aufbau und ergänzen sich gegenseitig.

Das Lernskript können Sie online bestellen in unserem Shop: www.hpa-shop.de

- 1) Wie entstehen psychische und Verhaltensstörungen?
- 2) Wie begreife ich die Psychotherapie? Welche Bereiche gibt es? Wer darf was?
- 3) Diagnostik in der Psychotherapie
- 4) Anatomie des Nervensystems & körperlich begründbare Störungen
- 5) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- 6) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- 7) Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- 8) Affektive Störungen
- 9) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- 10) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- 11) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- 12) Kinder- und Jugendpsychiatrie (Intelligenzstörungen, Entwicklungsstörungen, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend)
- 13) Psychiatrische Notfälle
- 14) Differenzialdiagnose Psychotherapie
- 15) Psychopharmaka
- 16) Psychotherapiemethoden
- 17) Berufs- und Gesetzeskunde

(1.1) Welche **formalen Denkstörungen** kennen Sie und wo treten diese auf?

- **Grübelndes, verlangsames und gehemmted Denken** (z.B. bei Depressionen) – Das Denken der Patienten ist nicht ganz so flüssig wie üblich, unproduktiv und vom Patienten nicht gewollt (grübeln, sinnieren). Die Gedanken kreisen immer wieder um die gleichen Sorgen und Probleme (eingegengtes Denken). Gedankengang und Sprache sind verlangsamt und gehemmt (zäher als normal üblich). Der Patient empfindet selbst, dass sein Denken langsamer und schleppender voran geht.
- **Weitschweifiges, umständliches Denken** (z.B. bei Demenz) – Über viele Umwege gelangt das Denken ans Ziel. Wesentliches wird dabei von Unwesentlichem nicht getrennt.
- **Ideenflucht**, assoziativ gelockertes Denken (z.B. bei Manie) – Vom „Hölzchen aufs Stöckchen“ bzw. „vom Hundertsten ins Tausendste“- Die Patienten überschlagen sich in ihren Einfällen und gelangen in einer Unterhaltung von einem Detail ins andere und verlieren schließlich das ursprüngliche Thema aus dem Blick. Das Denken bei der Manie ist krankhaft beschleunigt und assoziativ gelockert. Der Patient gibt sich selbst immer neue Assoziationen (die für einen Außenstehenden jedoch noch nachvollziehbar sind).
 - Anmerkung zur Ideenflucht bei Manie: Wird das manische Krankheitsbild ganz von der Manie beherrscht, spricht man auch von einer **verworrenen Manie**. Fehlt die Ideenflucht, so liegt eine **geordnete Manie** vor.
- **Zerfahrenes, inkohärentes Denken** (z.B. bei Schizophrenie) – Der Gedankengang ist nicht mehr zusammenhängend und für Außenstehende nicht mehr nachvollziehbar. Sätze, Halbsätze, Wörter oder Laute reihen sich ohne erkennbaren Zusammenhang aneinander. (Bsp.: „Ich bin, die Tablette, so leise, mein Hund, so kalt.“)
- **Perseverationen** (z.B. organische Psychosen - Bsp. Schizophrenie) - pathologisches Haftenbleiben an einem Thema oder Begriff, der Patient ist an einem bestimmten Thema „kleben geblieben“
- **Gedankensperrung** (z.B. bei Schizophrenie) – objektiv zu beobachtender, plötzlicher Abbruch eines flüssigen Gedankenganges, welcher nicht zu Ende gedacht werden kann und vom Patienten nicht nachvollziehbar ist.
- **Gedankenabreißen** (z.B. bei Schizophrenie) – subjektiv erlebter Abbruch des Gedankenganges (Patient erkennt die Störung), welcher ebenfalls nicht zu Ende gedacht werden kann („der rote Faden geht verloren“)
- **Neologismen** (z.B. bei Schizophrenie) – ungewöhnliche semantische Neuschöpfungen sinnloser Wörter, die in der jeweiligen Sprache nicht vorkommen. (Bsp.: „Sind Sie mein Heilpraktiker für Psychotötapie?“) Wenn die ganze Sprache eines Patienten aus Neologismen besteht, kann man als Außenstehender den Eindruck haben, es handele sich um eine Geheimsprache!
- **Begriffszersfall und Kontamination** (z.B. bei Schizophrenie) – Beim Begriffszersfall geht die exakte Bedeutung bestimmter Begriffe und auch die Abgrenzung gegenüber anderen Begriffen verloren. Kontamination bedeutet Verschmelzung mehrerer Wörter zu einem neuen. Für den Außenstehenden entstehen so unlogische, nicht zusammengehörige Verbindungen. Zur Erfassung von Kontaminationen ist der Rohrschachttest sehr beliebt. (Bsp.: Zeigt man einem Schizophrenen verschiedene Dinge (z.B. Bildertafeln, einen Tisch und eine Uhr) so kombiniert er diese Begriffe womöglich zum Wort „Flügeltischzeit“).

- **Verbigeration** (z.B. bei Schizophrenie oder fortgeschrittener Demenz) – ständige und sinnlose Wiederholung (Stereotypie) eines bereits ausgesprochenen oder geschriebenen Wortes (z.B. mehrfache Unterstreichungen) ohne Bezug zur Situation oder den Gedanken. (Bsp.: Ein Patient sagt immer wieder: „Alle Tabletten gehören mir!“)
- **Vorbeireden** – Patient beantwortet die Frage nicht, obwohl er sie verstanden hat (Das Vorbeireden muss von einer Auffassungsstörung differentialdiagnostisch abgegrenzt werden – hier versteht der Patient die Frage nicht! Vorbeireden hat man übrigens oft auch bei Simulanten – hier verstehen die Patienten die Frage sehr wohl, wenn sie aber nicht lügen wollen, ist das Vorbeireden eine Möglichkeit auszuweichen!). Zur Sicherheit könnte der HPP fragen: „Haben Sie meine Frage verstanden? Können Sie sie bitte wiederholen?“

Übungsfrage (1):

Eine typische formale Denkstörung ist:

- (a) die Ideenflucht
- (b) das Gedankenabreißen
- (c) die Wahnidee
- (d) die Denkverlangsamung
- (e) die Perseveration

Ihre Antwort: () + () + () + ()

(2.1) Was wissen Sie über das **Delirium tremens** (Alkoholentzugssyndrom)?

- Beim Alkoholiker kann ein Delir nach einem Alkoholexzess oder nach einer Abstinenz auftreten. Das Delir entwickelt sich nach jahrelangem Alkoholkonsum. Vom **Kontinuitätsdelir** spricht man deshalb auch, wenn der Patient die Alkoholmenge über Jahre kontinuierlich steigert. Von einem **Gelegenheitsdelir** spricht man, wenn beim Alkoholiker schon Gelegenheiten (wie z.B. außergewöhnliche Belastung/ Stresssituationen, Traumata, Fieber oder Infektionen) ausreichen, damit das Delir entsteht. Außerdem gibt es noch ein **Abstinenz- bzw. Entzugsdelir** (durch Abstinenz, abrupten Entzug oder plötzliche Trockenheit kann sich ein Abstinenzdelir entwickeln).
- Das klassische Delirium tremens beginnt meistens mit einem Prädelir (schon Tage bis Wochen vorher sind die Patienten schreckhaft, gereizt, unruhig und entwickeln Wahrnehmungsstörungen (Halluzinationen und Pseudohalluzinationen). Typisch sind auch Durchschlafstörungen. Das Prädelir (mit Schlafstörungen, Unruhe, unbestimmten Angstgefühlen, z.B. taktilen Halluzinationen, „die berühmten weißen Mäuse“) bricht meist in der Nacht aus und dauert 3-7 Tage.

(2.2) Was wissen Sie über das **klassische Delir**?

- Das Delir tritt akut und fast immer während der Nacht auf. Es dauert ca. 2-7 Tage.
- Das Delir wird zu den organischen Psychosen gezählt. Das Delirium tremens ist die häufigste Psychose im Zusammenhang mit Alkohol.
- Das Delir ist gekennzeichnet durch:
 - Bewusstseinstrübung
 - Desorientiertheit
 - psychomotorische Unruhe (Nesteln, Sachen suchen)
 - vegetative Entgleisungen (z.B. Tachykardie, Schwitzen, Schwindel)
 - optische Halluzinationen (z.B. weiße Mäuse)
 - Illusionen (Verkennung von Gegenständen, Situationen, Personen)
 - Angst → Schlafstörungen
 - beim Alkoholidelir erhöhte Suggestibilität (Fadentest, weißes Blatt Papier) und ein anfänglich feines Zittern (Tremor), was dann in grobschlägiges Zittern übergeht
- Ein Delir kann sich:
 - zurückbilden und ausheilen
 - zu einer alkoholischen Demenz werden
 - in eine Korsakow-Psychose übergehen
 - in eine Wernicke-Enzephalopathie münden

Übungsfrage (2):

Welche der folgenden Phänomene passen zu einem Delirium tremens?

- (a) illusionäre Verkennungen (z.B. Baumstumpf wird als lebendes Tier verkannt)
- (b) akuter Beginn, meist in den frühen Morgenstunden
- (c) Desorientiertheit
- (d) vegetative Entgleisung (z.B. Schwitzen)
- (e) motorische Unruhe (räumt z.B. Dinge von rechts nach links)

Ihre Antwort: () + () + () + ()

(3.1) Welche **Schizophrenieformen** kennen Sie:

- **paranoid-halluzinatorische Schizophrenie**
 - tritt meist nach dem 35./40. Lebensjahr auf
 - kann akut beginnen, v.a. mit Halluzinationen und Wahnsymptomatik
 - häufig sind verschiedene Wahnsysteme (Ein sogenanntes Wahnsystem entsteht, wenn Ereignisse, Personen und Wahrnehmungen scheinbar alle zusammenpassen. Alles wird Bestandteil des Wahns und bestätigt die wahnhafte Überzeugung des Betroffenen. Das Wahnsystem wird vom Patienten systematisch ausgebaut.)
 - tritt später auf als andere Formen (oft als Spätschizophrenie)
 - Gesamtpersönlichkeit bleibt relativ lange intakt
 - relativ gute Prognose
- **katatone Schizophrenie (Katatonie)**
 - Störungen der Motorik (von Stupor bis zum katatonen Erregungszustand) und des Antriebs.
 - Stupor (Starrezustand des Körpers)
 - Mutismus (psychogenes Schweigen/ Unfähigkeit zu sprechen)
 - Katalepsie (anhaltendes Verharren in einer bestimmten Körperhaltung)
 - katatoner Erregungszustand mit Hyperkinesien (krankhaft gesteigerte Beweglichkeit bzw. Motorik der Skelettmuskulatur), Grimassieren (maskenhaftes, oft bizarres Verziehen der Gesichtsmuskulatur), Verbigerationen (Sprachstereotypien)
 - schizophreientypische Denk- und Ichstörungen (s. Kapitel Diagnostik)
 - günstige Prognose, kann sich relativ rasch wieder zurückbilden
 - **Sonderform:** perniziöse (febrile) katatone Schizophrenie mit Fieber, Exsikkose (Austrocknung) und Kreislaufstörungen
- **hebephrene Schizophrenie (Hebephrenie)**
 - v.a. bei Jugendlichen (zw. 15-20 Jahren)
 - Störungen der Affektivität, der Aktivität und des Denkens (Affektverflachung, Enthemmung, „läppische Heiterkeit“, witzeln)
 - schlechte Prognose, hohe Negativsymptomatik
- **Schizophrenia simplex**
 - chronisch verlaufende Form
 - v.a. Grundsymptome der Schizophrenie nach Bleuler (Störungen der Assoziation, des Antriebs und der Affekte, Autismus, Ambivalenz)
 - schlechte Prognose
- **schizophreses Residuum**
 - Nach einem schizophrenen Schub bleiben Restsymptome (Residualzustände – quasi ein chronisches Stadium)
 - Hierbei liegt eine Verschlechterung von einem früheren zu einem späteren Stadium sowie zahlreiche „negative“ Beeinträchtigungen (Negativsymptomatik) vor, zum Beispiel psychomotorische Verlangsamung, Verminderung der Aktivität, Verflachung des Affektes, Passivität, Verarmung der Sprache, Vernachlässigung der Körperpflege oder Verminderung der sozialen Leistungsfähigkeit.

Übungsfrage (3):

Welche der folgenden Aussagen zum schizophrenen Residuum treffen zu?

- (a) Kennzeichnend sind ausgeprägte Wahnvorstellungen
- (b) meist plötzlicher Beginn
- (c) typisch ist Gesprächigkeit und Geselligkeit
- (d) charakteristisch ist eine Antriebsminderung
- (e) Vernachlässigung der Körperpflege ist ein mögliches Symptom

Ihre Antwort: () + ()

(4.1) Was bedeutet laut ICD 10 eine **depressive Episode** (F32.-)? Eine Depression geht einher mit:

- depressiver Verstimmung (Niedergeschlagenheit, „zu Tode betrübt“)
- Gefühl der Gefühllosigkeit
- Antriebsminderung
- Schlafstörungen (Morgentief, Früherwachen)
- formalen Denkstörungen (z.B. Denkverlangsamung, Denkhemmung, Grübeln)
- inhaltlichen Denkstörungen (Wahn!) treten auf, wie z.B.
 - Hypochondrischer Wahn (wahnhafte Überzeugung, an einer Krankheit zu leiden)
 - Nihilistischer Wahn (Nichtigkeitswahn)
 - Kleinheitswahn (Mikromanie)
 - Verarmungswahn (obwohl genug Geld da ist)
 - Versündigungswahn/ Schuldwahn (Wahn, sich versündigt zu haben)

(4.2) Was ist noch „gut zu wissen“ bezüglich der Depressionen?

- Der Depression liegt eine **Verminderung von Serotonin im Gehirn** zugrunde. Früher nannte man die Depression auch „Melancholie“, dieser Begriff wird heute jedoch nicht mehr verwendet.
- Folgende Begriffe (zum Teil veraltete Bezeichnungen) sollten Sie schon einmal gehört haben:
- **SAD** (saisonal abhängige Depression = Herbst-/ Winterdepression)
- **Larvierte Depression** (körperliche Störungen stehen als Ausdruck der Depression im Vordergrund, die Symptome werden morgens schlimmer - Morgentief)
- Involutionsdepression (Spätdepression)
- **Reaktive Depression** (Depression als Reaktion auf eine bestimmte Situation - z.B. Todesfall in der Familie)
- Wichtig ist auch, dass alle Depressiven suizidgefährdet sind (auch die larvierte Depression) und dies ist auch die gefürchtetste Komplikation!
- Hinweis: Das Morgentief tritt bevorzugt bei einer endogenen Depression (ältere Bezeichnung) auf. Bei der neurotischen Depression ist das Tief eher am Abend zu finden (depressive Verstimmung tritt abends beim zu Bett gehen und in den Schlaf kommen stark auf → Einschlafstörung).

(4.3) Was verstehen Sie unter einer **hypomanischen Nachschwankung**?

- Unter einer hypomanischen Nachschwankung versteht man ein kleines Hoch nach einem depressiven Tal.

Übungsfrage (4): Welche der folgenden Antworten treffen zu? Hinweise für eine depressive Episode sind:

- (a) rasche Ermüdbarkeit
- (b) zeitliche Orientierungslosigkeit
- (c) Schuldwahn
- (d) Störung des Langzeitgedächtnisses
- (e) vermindertes Schlafbedürfnis

Ihre Antwort: () + ()

(5.1) Beschreiben Sie das Krankheitsbild der **Anorexia nervosa (F50.0)**!

- Die Anorexia nervosa (auch Magersucht genannt) ist eine sehr ernstzunehmende Krankheit (es besteht quasi ein Zwang, das Essen zu verweigern). Charakterisiert ist sie durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust (überstarke Kontrolle bzw. Verminderung der Kalorienzufuhr). Am häufigsten ist die Störung bei heranwachsenden Mädchen (Pubertät) und jungen Frauen; heranwachsende Jungen und junge Männer, Kinder vor der Pubertät und Frauen bis zur Menopause können ebenfalls betroffen sein.

(5.2) Und wie kommt es zur **Magersucht**?

- eine erbliche Disposition
- gesellschaftliche Faktoren, zu denen neben dem Schlankheitsideal auch eine veränderte Rollenerwartung zählt (denken Sie z.B. an die Sendung „Germanys next Topmodel“ u.ä.)
- individuelle Faktoren, wie ein Mangel an Selbstwertgefühl sowie
- bestimmte familiäre Faktoren.

(5.3) Welche Symptome weisen auf **Anorexia nervosa** hin?

- Die Krankheit ist mit einer spezifischen Psychopathologie verbunden, wobei die Angst vor einem dicken Körper (**wahnhafte Befürchtung „zu dick“ zu sein obwohl der BMI - Body-Mass-Index - unter 17,5 ist**) und einer schlaffen Körperform als eine tief verwurzelte überwertige Idee besteht und die Betroffenen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst festlegen (**Körperschemastörung**). Es liegt meist Unterernährung unterschiedlichen Schweregrades vor, die sekundär zu endokrinen und metabolischen Veränderungen und zu körperlichen Funktionsstörungen führt. Zu den Symptomen gehören eingeschränkte Nahrungsauswahl (verminderte Kalorienzufuhr), übertriebene körperliche Aktivitäten (exzessiver Sport), selbstinduziertes Erbrechen und Abführen und der Gebrauch von Appetitzüglern und Diuretika (→ Kaliumverluste → lebensbedrohlich!). Häufig finden wir eine Obstipation (keine Nahrung → Obstipation → Abführmittel) und Amenorrhoe. Durch die Verminderung des Grundumsatzes kann es zur Verminderung der Körperkerntemperatur und durch den Flüssigkeitsmangel zur Hypotonie kommen. Zudem sind die Patientinnen suizidgefährdet.
- Eine Therapie wird häufig abgelehnt, was die mangelnde Krankheitseinsicht widerspiegelt. Die Krankheit ist lebensbedrohlich (häufig aufgrund des Kaliummangels, aber auch durch Suizid, insbesondere der protrahierte Suizid - „Tod auf Raten“), ca. 12% der Patientinnen versterben an der Anorexia nervosa! Spätestens ab einem Körpergewicht unter 30 kg ist eine stationäre Aufnahme (Sondenernährung!) notwendig.
- Hinweis: Bitte verwechseln Sie die Anorexia nervosa nicht mit dem Begriff Anorexie=Appetitlosigkeit. Den psychogenen Appetitverlust finden wir übrigens in der ICD10 etwas weiter unten (F50.8).

Übungsfrage (5): Welche der Aussage trifft zu? Für Patienten mit Anorexia nervosa ist charakteristisch:

- (a) dass sie schon vor der Pubertät untergewichtig waren
- (b) dass wegen der begleitenden psychischen Probleme schon frühzeitig ein Arzt aufgesucht wird
- (c) dass der Gewichtsverlust durch eine körperliche Erkrankung verursacht wurde
- (d) dass der Gewichtsverlust, z.B. durch Vermeidung hochkalorischer Speisen, selbst herbeigeführt wird
- (e) dass die Krankheit ausschließlich in der Pubertät vorkommt und sich als vorübergehende Störung erweist.

Ihre Antwort: ()

(6.1) Was ist **Intelligenz**?

- Unter Intelligenz versteht man die geistige Begabung und Beweglichkeit, die jedem Menschen eigen ist. Sie befähigt ihn, sich schnell in ungewohnten Situationen zurechtzufinden sowie Sinn- und Beziehungszusammenhänge zu erfassen.

(6.2) Wie definiert die ICD10 **Intelligenzstörungen**?

- Ein Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Eine Intelligenzstörung kann allein oder zusammen mit jeder anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten.

(6.3) Wie häufig kommen **Intelligenzminderungen** vor?

- Die Prävalenz liegt bei 2-3% und es sind eher Jungen betroffen.

(6.4) Wie kommt es zu Oligophrenie (Intelligenzminderung)?

- 80% sind idiopathisch (keine Ursache, aus sich selbst heraus)
- 10% entstehen durch exogene Noxen (Schädigung prä-, peri- oder postnatal)
 - pränatal (vor der Geburt) durch Drogen- oder Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft, durch Hypoxien (Minderversorgung mit Sauerstoff) oder durch Strahlenexpositionen (z.B. durch Röntgen)
 - prä-/ perinatal (vor bis während der Geburt) durch Schwangerschaftsinfektionen (hier kommen z.B. Röteln, Toxoplasmose, Lues, Listeriose oder Zytomegalie in Betracht) oder durch Asphyxie (griech. "Pulslosigkeit") – dabei handelt es sich um einen vor, während oder nach der Geburt einsetzenden Sauerstoffmangel des Neugeborenen mit Atemstörung und Kreislaufzusammenbruch.
 - postnatal (nach der Geburt) kann eine Intelligenzminderung z.B. durch Schädel-Hirn-Traumen (SHT) oder Meningitis entstehen.
- 10-15% entstehen durch genetische Defekte (Chromosomenaberrationen), z.B. durch
 - Down-Syndrom (Trisomie 21)
 - Turner-Syndrom
 - Klinefelter-Syndrom
- außerdem gibt es noch metabolische Ursachen (Störungen des Stoffwechsels)

Übungsfrage (6): Welche der folgenden Aussagen treffen zu? Zu den Ursachen einer Intelligenzminderung zählen:

- (a) Trisomie 21
- (b) vorgeburtliche Rötelninfektion
- (c) Neurasthenie
- (d) Parkinson-Syndrom
- (e) schizophreses Residuum

Ihre Antwort: () + ()

(7.1) Was verstehen wir unter dem **hyperkinetischen Syndrom (HKS)**?

- HKS= **ADHS** (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung)
- HKS= Hyperaktivität, Konzentrationsstörungen, Störung der Impulskontrolle
- „Zappelphilipp“

(7.2) Wie sind Patienten mit **ADHS**?

- rasch ermüdbar
- leicht ablenkbar
- neigen zu aggressivem Verhalten
- besitzen eine geringe Frustrationstoleranz
- motorische Unruhe
- neigen zu Unfällen und Impulsivität.

(7.3) An welche anderen Krankheiten muss man bei dem hyperkinetischen Syndrom **differenzialdiagnostisch** denken?

- Oligophrenie (Intelligenzminderung)
- Hypoglykämie (Unterzuckerung)
- Chorea minor (Sydenham)
- Intoxikationen durch Schwermetall
- neurotische Störungen mit chronischen Angstzuständen

(7.4) Mit welchen Hilfsmitteln wird die **Diagnose Hyperaktivität** gestellt?

- Anamnese, testpsychologische Untersuchungen, EEG

Übungsfrage (7): Welche der folgenden Aussagen zur Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung treffen zu?

- (a) Die Diagnostik bei dem HKS/ ADHS sieht auch testpsychologische Untersuchungen vor.
- (b) Bei nahezu allen Betroffenen heilt die Störung im Kindesalter aus.
- (c) Die Symptome bestehen meist nur im Schulunterricht.
- (d) In sozialen Beziehungen der Patienten findet man oft distanzloses Verhalten.
- (e) Die Kinder besitzen eine große Frustrationstoleranz.

Ihre Antwort: () + ()

(8.1) Welche Zielgruppe ist besonders **suizidgefährdet** und vollendet oft den Suizid?

- Männer bzw. Ältere (oft über 80-jährige) - häufig ist der Suizid langfristig geplant!
- würde man eine Art „**Suizidhierarchie**“ aufstellen, hätte man in etwa diese Reihenfolge:
1. geschieden → 2. verwitwet → 3. ledig → 4. verheiratet → 5. verheiratet mit kleinen Kindern
- Männer wählen eher **härtere Suizidmethoden** (z.B. Erhängen, Erdrosseln oder Erstickten).
- Bei älteren Menschen findet man häufig das **absichtliche Unterlassen von lebenserhaltenden Maßnahmen**, z.B. lebenswichtige Medikamente, Nahrungsmittel oder Flüssigkeit zu sich zu nehmen.

(8.2) Welche Zielgruppe macht die meisten **Suizidversuche**?

- Frauen bzw. Jüngere (oft ist der Suizidversuch spontan)
- Frauen wählen eher **weiche Suizidmethoden** (z.B. Vergiftung durch Überdosierung mit Medikamenten)

(8.3) Welches ist die **häufigste Suizidmethode** europaweit?

- Medikamente, besonders Schlafmittel sind die meist gewählte Methode. An zweiter Stelle kommen Schnittverletzungen, an dritter und vierter Stelle Erhängen und Hinunterstürzen. Die fünfte Stelle nehmen absichtlich verursachte Verkehrsunfälle ein.

(8.4) Bei welchen Risikofaktoren muss mit einem **erhöhten Suizidrisiko** gerechnet werden?

- Psychiatrische Erkrankungen (Depressionen, bipolar affektive Erkrankungen, Suchtkrankheiten (v.a. Alkohol, Heroin), Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, v.a. narzisstisch, dissozial, Borderline)
- chronische, nicht heilbare körperliche Erkrankungen (Schmerzen!) → Bilanzierung
- männliches Geschlecht, Alter (ab 60, höchste Suizidrate über 80)
- Arbeitslosigkeit, existenzielle Bedrohung (Schulden) und keine Besserung der Situation in Sicht (Ausweglosigkeit)
- mehrfache aktuelle Belastungen bzw. Kränkungen (akute Belastungsreaktion, Kurzschluss-handlungen, unerträgliche und unentrinnbare Krisen)
- Verlust eines Angehörigen (z.B. durch Scheidung, Unfall, Tod) – v.a. wenn der Verlust unerwartet war!
- soziale Isolation (geschiedene, verwitwete, ledige, kinderlose sowie zermürende, zerrüttete Partnerschaften)
- Selbstmordversuche in der Vergangenheit (!)
- Impulshandlungen

(8) Übungsfrage: Welche der folgenden Aussagen zum Suizid treffen zu?

- (a) Als besonders suizidgefährdet gelten Personen mit Suizidversuch in der Vergangenheit.
- (b) Frauen haben eine höhere Suizidrate als Männer.
- (c) Die Suizidversuchsrate liegt bei Männern höher als bei Frauen.
- (d) Bei einer Suchterkrankung, wie z.B. Alkohol, ist keine erhöhte Suizidalität zu erwarten (denn der Alkoholiker hat ja zum Trost die Flasche).
- (e) Eine junge Mutter mit Kleinkind wird sich eher suizidieren als ein älterer Herr mit Pudel.

Ihre Antwort: ()

Überprüfen Sie nun Ihre Antworten und vergleichen Sie diese mit den Lösungen!

Lösungen:

- (1) richtige Antwort: (a) + (b) + (d) + (e) Ihre Antwort: () + () + () + ()
- (2) richtige Antwort: (a) + (c) + (d) + (e) Ihre Antwort: () + () + () + ()
- (3) richtige Antwort: (d) + (e) Ihre Antwort: () + ()
- (4) richtige Antwort: (a) + (c) Ihre Antwort: () + ()
- (5) richtige Antwort: (d) Ihre Antwort: ()
- (6) richtige Antwort: (a) + (b) Ihre Antwort: () + ()
- (7) richtige Antwort: (a) + (d) Ihre Antwort: () + ()
- (8) richtige Antwort: (a) Ihre Antwort: ()

Super wäre es, wenn Sie nach dem Durcharbeiten der Texte **mindestens sechs Aufgaben richtig gelöst** hätten! **Herzlichen Glückwunsch zu dieser Leistung!**

Falls Sie **weniger als sechs Aufgaben richtig gelöst** haben, machen Sie sich keine Gedanken! Der Stoff, den Sie ja noch in den Online-Schulungen lernen, kann im Lehrbuch nachgelesen, im Skript bearbeitet werden (quasi das Arbeitsheft im Frage-Antwort-Schema), kann per MP3-Audiokurs gehört werden, durch die Pocketkarten unterwegs durchgenommen werden und in den Lerngruppen mit anderen Mitschülern erörtert und vertieft werden. Wir bieten Ihnen vielseitige Hilfen an und unterstützen Sie somit, umfassend auf Ihr Ziel, den Heilpraktiker auf dem Gebiet der Psychotherapie hinzuarbeiten!

Wir hoffen, dass wir mit dieser kleinen Probelektion Ihr Interesse an der Psychotherapie geweckt haben. Die Ausbildung zum Heilpraktiker – eingeschränkt auf den Bereich der Psychotherapie - ist zwar sehr anspruchsvoll, aber auch machbar.

Viel Freude und Erfolg bei der Ausbildung wünscht Ihnen

Ihre Isolda Richter mit Team



Sybille, Disse, Heilpraktikerin (Psychotherapie)

(Jahrgang 1978), wohnhaft in 37619 Hehlen bei Bodenwerder
Fitness- und Personaltrainerin, Ernährungsberaterin,
Entspannungstrainerin

Frau Disse leitet an der Heilpraktikerschule die Ausbildung zum/ zur Heilpraktiker/in eingeschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie. Ihr Anliegen ist es, den Schülern das Interesse und die Faszination für die Psychologie & Psychiatrie zu vermitteln.



ISOLDE RICHTER
HEILPRAKTIKERSCHULE

Heilpraktiker- und Therapeutenschulung
Tagesschule, Fernschule und Online-Schulung

Üsenbergerstr. 13 / 79341 Kenzingen
Tel 07644 927883-0 / Fax: 07644 927883-40

info@Isolde-Richter.de / www.Isolde-Richter.de



Verbandsschule des BDH
(Bund Deutscher Heilpraktiker)

Wir unterstützen



www.frauenrechte.de

Netzwerk 
Fortbildung