



ISOLDE RICHTER
HEILPRAKTIKERSCHULE

Heilpraktiker- und Therapeutenschulung
Tagesschule, Fernschule & Online-Schulung

Probeskript

Arbeitsbuch

zur Prüfungsvorbereitung HPP

Optimale Lernhilfe
zur Onlineschulung HeilpraktikerIn für Psychotherapie

von Savina Tilmann©, Heilpraktikerin (Psychotherapie)

Inhaltsverzeichnis

1 Differenzierung „Psychologischer Berater“ und „Heilpraktiker für Psychotherapie“	11
1.1 Der Psychologische Berater	11
1.2 Der Heilpraktiker für Psychotherapie (HPP)	11
Vokabeln Kapitel 1	12
2 Diagnosesysteme	13
2.1 ICD	13
2.2 Weitere Diagnosemodelle und -systeme	16
2.2.1 Ätiologische Modelle	16
2.2.2 Das triadische System	16
2.2.3 Schichtmodell nach Jaspers	18
2.2.4 Das DSM	19
Übungsfragen zu Kapitel 2	20
Vokabeln Kapitel 2	20
3 Der psychopathologische Befund	21
3.1 Bewusstseinsstörungen	22
3.1.1 Quantitative Bewusstseinsstörungen (Vigilanzstörungen)	22
3.1.2 Qualitative Bewusstseinsstörungen	22
3.2 Störungen von Aufmerksamkeit, Auffassung und Konzentration	23
3.3 Das Gedächtnis	24
3.3.1 Störungen des Gedächtnisses	25
3.4 Orientierungsstörungen	26
3.5 Denkstörungen	27
3.5.1 Formale Denkstörungen	27
3.5.2 Inhaltliche Denkstörungen	28
3.6 Wahrnehmung und deren Störungen	35
3.6.1 Halluzinationen	36
3.6.2 Den Halluzinationen nahestehende Störungen	39
3.6.3 Einfache Wahrnehmungsstörungen und sensorische Störungen	40
3.7 Ich-Störungen und Entfremdungserleben	41
3.7.1 Ich-Störungen oder psychotische Ich-Störungen	41
3.7.2 Entfremdungserleben	41
3.8 Affektivitätsstörungen	42
3.9 Angst, Phobie, Panik	44
3.10 Störungen des Antriebs und der Psychomotorik	46
3.10.1 Störungen des Antriebs	46
3.10.2 Psychomotorische Störungen	47
3.11 Kontaktstörungen	48
3.11.1 Quantitative Kontaktstörungen	48
3.11.2 Qualitative Kontaktstörungen	49
3.12 Intelligenzstörungen	49
3.12.1 Angeborene Intelligenzminderung (Oligophrenie)	49
3.12.2 Erworbene Intelligenzminderung	50
3.13 Zirkadiane Besonderheiten	50
3.14 Suizidalität	50
3.15 Krankheitseinsicht und Therapiemotivation	51
3.16 Äußeres Erscheinungsbild und Auftreten	52
3.17 Körperlicher Befund	53

Übungsfragen zu Kapitel 3	54
Vokabeln Kapitel 3	55
Original Prüfungsfragen zu Kapitel 3	59
4 Epidemiologie	60
Übungsfragen zu Kapitel 4	62
Vokabeln Kapitel 4	62
5 Körperlich begründbare Störungen	63
5.1 Die akuten Formen der körperlich begründbaren Störungen ...	64
5.1.1 Delir – nicht durch Alkohol bedingt	66
5.1.2 Delir – durch Alkohol bedingt	68
5.2 Die chronischen Formen der körperlich begründbaren Störungen...	69
5.2.1 Demenzen	72
Übungsfragen zu Kapitel 5	78
Vokabeln Kapitel 5	79
Original Prüfungsfragen zu Kapitel 5	81
6 Affektive Störungen	82
6.1 Die Depression	82
6.1.1 Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell und unsere Resilienz	82
6.2 Die rezidivierende depressive Störung	89
6.3 Die anhaltenden affektiven Störungen	90
6.3.1 Zykllothymia (NICHT Zykllothymie)	90
6.3.2 Dysthymia (AUCH Dysthymie)	90
6.4 Anpassungsstörungen	91
6.4.1 Kurze depressive Reaktion	92
6.4.2 Längere depressive Reaktion	92
6.5 Depression und Suizidalität	93
6.6 Komorbidität bei Depression	93
6.7 Somatopsychologie Depression	94
6.8 Depression bei Kindern, Jugendlichen und alten Menschen	94
6.9 Die Manie	97
6.9.1 Hypomanie	98
6.9.2 Manie ohne psychotische Symptome	99
6.9.3 Manie mit psychotischen Symptomen	100
6.10 Die bipolare affektive Störung	102
Übungsfragen zu Kapitel 6	106
Vokabeln Kapitel 6	108
Original Prüfungsfragen zu Kapitel 6	110
7 Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20–F29)	112
7.1 Die Schizophrenie	112
7.1.1 Die drei klassischen Formen der Schizophrenie	117
7.2 Weitere schizophrene und schizotype Störungen	120
7.2.1 Postschizophrene Depression	120
7.2.2 Schizophrenes Residuum	120
7.2.3 Schizophrenia simplex	121
7.2.4 Sonstige Schizophrenie	122
7.2.5 Schizotype Störung	123
7.3 Wahnhaftige Störungen	125
7.3.1 Anhaltende wahnhaftige Störungen (F22)	125

<u>7.3.2 Akute vorübergehende psychotische Störung</u>	<u>126</u>
<u>7.3.3 Induzierte wahnhafte Störung</u>	<u>126</u>
<u>7.3.4 Schizoaffektive Störung</u>	<u>127</u>
<u>7.3.5 Akute, schizophreniforme, psychotische Störung</u>	<u>128</u>
<u>7.4 Allgemeines zur Schizophrenie</u>	<u>129</u>
<u>7.4.1 Prodromalsymptome</u>	<u>129</u>
<u>7.4.2 Ursachen der Schizophrenie</u>	<u>130</u>
<u>7.4.3 Therapie der Schizophrenie</u>	<u>131</u>
<u>7.4.4 Doppelte Buchführung</u>	<u>132</u>
<u>7.4.5 Filmempfehlung zu Schizophrenie</u>	<u>132</u>
<u>Übungsfragen zu Kapitel 7</u>	<u>132</u>
<u>Vokabeln Kapitel 7</u>	<u>134</u>
<u>Original Prüfungsfragen zu Kapitel 7</u>	<u>135</u>
<u>8 Abhängigkeitserkrankungen oder psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen</u>	<u>137</u>
<u>8.1 Abhängigkeitskriterien der WHO</u>	<u>138</u>
<u>8.2 Fachbegriffe zu Abhängigkeitserkrankungen nach WHO</u>	<u>139</u>
<u>8.3 Die Typen der Drogenabhängigkeit nach WHO</u>	<u>140</u>
<u>8.4 Allgemeine Kriterien einer akuten Intoxikation</u>	<u>140</u>
<u>8.5 Störungen durch Alkohol</u>	<u>141</u>
<u>8.5.1 Typologie der Alkoholabhängigkeit nach Jellinek</u>	<u>143</u>
<u>8.5.2 Ablauf der Alkoholkrankheit nach Jellinek</u>	<u>143</u>
<u>8.5.3 Folgen der Alkoholkrankung</u>	<u>144</u>
<u>8.6 Ursachen für Abhängigkeitserkrankungen (substanzunabhängig)</u>	<u>149</u>
<u>8.7 Störungen durch Tabak</u>	<u>150</u>
<u>8.8 Störungen durch Cannabinoide</u>	<u>152</u>
<u>8.9 Störungen durch Kokain</u>	<u>154</u>
<u>8.10 Störungen durch Opioide</u>	<u>157</u>
<u>8.11 Störungen durch Sedativa oder Hypnotika</u>	<u>160</u>
<u>8.12 Abhängigkeit von anderen Medikamenten und Stoffen</u>	<u>162</u>
<u>8.13 Störungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein</u>	<u>163</u>
<u>8.14 Störungen durch Halluzinogene</u>	<u>166</u>
<u>8.15 Störungen durch flüchtige Lösungsmittel</u>	<u>168</u>
<u>8.16 Polytoxikomanie</u>	<u>170</u>
<u>8.17 Therapie von Substanzabhängigen allgemein</u>	<u>171</u>
<u>8.18 Co-Abhängigkeit</u>	<u>172</u>
<u>8.19 Selbsthilfegruppen für Abhängige</u>	<u>172</u>
<u>Übungsfragen zu Kapitel 8</u>	<u>173</u>
<u>Vokabeln Kapitel 8</u>	<u>174</u>
<u>Originalprüfungsfragen zu Kapitel 8</u>	<u>175</u>
<u>9 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen</u>	<u>176</u>
<u>9.1 Psychosomatik</u>	<u>176</u>
<u>9.2 Neurose</u>	<u>178</u>
<u>9.2.1 Psychosexuelle Entwicklungsphasen nach Freud</u>	<u>180</u>
<u>9.2.2 Psychodynamische Abwehrmechanismen</u>	<u>181</u>
<u>9.2.3 Instanzenlehre nach Freud</u>	<u>183</u>
<u>9.2.4 Die verhaltenstherapeutische Sicht auf die Neurosen</u>	<u>184</u>
<u>9.2.5 Der Krankheitsgewinn</u>	<u>184</u>

<u>9.3 Somatoforme Störungen</u>	<u>185</u>
<u>9.3.1 Somatisierungsstörung</u>	<u>185</u>
<u>9.3.2 Undifferenzierte Somatisierungsstörung</u>	<u>187</u>
<u>9.3.3 Hypochondrische Störung</u>	<u>187</u>
<u>9.3.4 Somatoforme autonome Funktionsstörung</u>	<u>189</u>
<u>9.3.5 Gegenüberstellung der drei großen Vertreter der F45</u>	<u>191</u>
<u>9.3.6 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung</u>	<u>191</u>
<u>9.4 Andere neurotische Störungen</u>	<u>192</u>
<u>9.4.1 Neurasthenie</u>	<u>193</u>
<u>9.4.2 Depersonalisations- und Derealisationssyndrom</u>	<u>194</u>
<u>9.5 Weitere Fachbegriffe im Bereich der Psychosomatik</u>	<u>195</u>
<u>9.5.1 Die Psychosomatosen</u>	<u>196</u>
<u>9.5.2 Rentenneurose (F68.0)</u>	<u>196</u>
<u>9.5.3 Alexithymie</u>	<u>196</u>
<u>9.5.4 Artificielle Störung (F68.1)</u>	<u>197</u>
<u>9.5.5 Somatopsychische Störungen</u>	<u>197</u>
<u>9.6 Phobische Störungen und Angststörungen</u>	<u>197</u>
<u>Exkurs: Sympathikus und Parasympathikus</u>	<u>198</u>
<u>Unterscheidungskriterien für Angststörungen</u>	<u>199</u>
<u>9.6.1 Phobische Störungen</u>	<u>200</u>
<u>9.6.2 Andere Angststörungen</u>	<u>208</u>
<u>9.7 Noch mehr Wissenswertes zum Thema Angst</u>	<u>213</u>
<u>9.8 Zwangsstörungen</u>	<u>215</u>
<u>9.8.1 Formen/Themen des Zwangs</u>	<u>215</u>
<u>9.8.2 Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang</u>	<u>218</u>
<u>9.8.3 Vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale)</u>	<u>219</u>
<u>9.8.4 Vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale)</u>	<u>219</u>
<u>9.9 Dissoziative Störungen</u>	<u>221</u>
<u>9.9.1 Dissoziative Amnesie</u>	<u>223</u>
<u>9.9.2 Dissoziative Fugue</u>	<u>224</u>
<u>9.9.3 Dissoziativer Stupor</u>	<u>225</u>
<u>9.9.4 Trance- und Besessenheitszustände</u>	<u>226</u>
<u>9.9.5 Dissoziative Bewegungsstörungen</u>	<u>227</u>
<u>9.9.6 Dissoziative Krampfanfälle</u>	<u>229</u>
<u>9.9.7 Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen</u>	<u>229</u>
<u>9.9.8 Sonstige dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)</u>	<u>230</u>
<u>9.10 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen</u>	<u>231</u>
<u>9.10.1 Akute Belastungsreaktion</u>	<u>232</u>
<u>9.10.2 Posttraumatische Belastungsstörung</u>	<u>233</u>
<u>9.10.3 Anpassungsstörungen</u>	<u>235</u>
<u>Übungsfragen zu Kapitel 9</u>	<u>237</u>
<u>Vokabeln Kapitel 9</u>	<u>239</u>
<u>Original Prüfungsfragen zu Kapitel 9</u>	<u>242</u>
<u>10 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren</u>	<u>245</u>
<u>10.1 Essstörungen</u>	<u>245</u>
<u>Ursachen von Essstörungen</u>	<u>246</u>
<u>Der BMI</u>	<u>247</u>
<u>Behandlung von Essstörungen</u>	<u>247</u>

<u>10.1.1 Anorexie</u>	<u>248</u>
<u>10.1.2 Bulimie</u>	<u>251</u>
<u>10.2.3 Adipositas</u>	<u>254</u>
<u>10.2.4 Binge Eating Disorder</u>	<u>255</u>
<u>10.2 Nichtorganische Schlafstörungen</u>	<u>256</u>
<u>10.2.1 Nichtorganische Insomnie</u>	<u>256</u>
<u>10.2.2 Nichtorganische Hypersomnie</u>	<u>257</u>
<u>10.2.3 Nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus</u>	<u>258</u>
<u>10.2.4 Somnambulismus</u>	<u>259</u>
<u>10.2.5 Pavor nocturnus</u>	<u>260</u>
<u>10.2.6 Albträume (Angsträume)</u>	<u>261</u>
<u>10.3 Nichtorganische sexuelle Funktionsstörungen</u>	<u>263</u>
<u>10.3.1 Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen</u>	<u>265</u>
<u>10.3.2 Sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung (F52.1)</u>	<u>266</u>
<u>10.3.3 Versagen genitaler Reaktionen (F52.2)</u>	<u>266</u>
<u>10.3.4 Orgasmusstörung (F52.3)</u>	<u>267</u>
<u>10.3.5 Ejaculatio praecox (F52.4)</u>	<u>268</u>
<u>10.3.6 Nichtorganischer Vaginismus (F52.5)</u>	<u>268</u>
<u>10.3.7 Nichtorganische Dyspareunie (F52.6)</u>	<u>268</u>
<u>10.4 Psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett</u>	<u>270</u>
<u>10.4.1 Leichte psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, andernorts nicht näher klassifiziert</u>	<u>270</u>
<u>10.4.2 Schwere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, andernorts nicht näher klassifiziert</u>	<u>270</u>
<u>Übungsfragen zu Kapitel 10</u>	<u>271</u>
<u>Vokabeln Kapitel 10</u>	<u>272</u>
<u>Original Prüfungsfragen zu Kapitel 10</u>	<u>274</u>
<u>11 Psychopharmakologie</u>	<u>277</u>
<u>11.1 Glossar zur Pharmakologie</u>	<u>281</u>
<u>11.2 Wirkmechanismen in der Psychopharmakologie</u>	<u>286</u>
<u>11.3 Psychopharmakotherapie/Einsatz der Medikamente</u>	<u>291</u>
<u>11.3.1 Antidepressiva</u>	<u>292</u>
<u>11.3.2 Phasenprophylaktika</u>	<u>294</u>
<u>11.3.3 Neuroleptika</u>	<u>296</u>
<u>11.3.4 Anxiolytika und Hypnotika (Sedativa, Tranquilizer)</u>	<u>298</u>
<u>11.3.5 Antidementiva</u>	<u>301</u>
<u>11.3.6 Psychostimulanzien bei ADHS und Narkolepsie</u>	<u>302</u>
<u>11.3.7 Psychopharmaka zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen</u>	<u>304</u>
<u>Übungsfragen zu Kapitel 11</u>	<u>305</u>
<u>Vokabeln Kapitel 11</u>	<u>306</u>
<u>Original Prüfungsfragen zu Kapitel 11</u>	<u>309</u>
<u>12 Psychotherieverfahren</u>	<u>312</u>
<u>12.1 Die Psychoanalyse</u>	<u>313</u>
<u>12.1.1 Setting in der Psychoanalyse</u>	<u>315</u>
<u>12.1.2 Ziel der Psychoanalyse</u>	<u>315</u>
<u>12.1.3 Zentrale Techniken der Psychoanalyse</u>	<u>315</u>
<u>12.1.4 Abstinenz des Therapeuten</u>	<u>316</u>
<u>12.1.5 Kritische Gedanken zur Psychoanalyse</u>	<u>316</u>

<u>12.1.6 Literaturtipps zur Psychoanalyse</u>	<u>317</u>
<u>12.2 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Psychodynamische Psychotherapie)</u>	<u>317</u>
<u>12.2.1 Setting bei der TFP</u>	<u>317</u>
<u>12.2.2 Zentrale Techniken der TFP</u>	<u>317</u>
<u>12.2.3 Kontraindikationen für die TFP</u>	<u>318</u>
<u>12.2.4 Literaturtipp zur TFP</u>	<u>318</u>
<u>12.2.5 Gegenüberstellung TFP und Psychoanalyse</u>	<u>318</u>
<u>12.3 Verhaltenstherapie</u>	<u>318</u>
<u>12.3.1 Konditionierung</u>	<u>320</u>
<u>12.3.2 Expositionstherapie</u>	<u>323</u>
<u>12.3.3 Rational emotive (Verhaltens-)Therapie (RE(V)T) nach Albert Ellis</u>	<u>323</u>
<u>12.3.4 Kognitive Therapie nach Beck</u>	<u>324</u>
<u>12.3.5 Ziel der VT</u>	<u>324</u>
<u>12.3.6 Kontraindikationen für VT (insbesondere Expositionstherapie)</u>	<u>325</u>
<u>12.4 EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)</u>	<u>325</u>
<u>12.5 Soziotherapie</u>	<u>326</u>
<u>12.6 Humanistische Verfahren</u>	<u>326</u>
<u>12.6.1 Gesprächspsychotherapie nach Rogers (GT)</u>	<u>327</u>
<u>12.6.2 Gestalttherapie</u>	<u>328</u>
<u>12.6.3 Psychodrama</u>	<u>329</u>
<u>12.6.4 Themenzentrierte Interaktion (TZI)</u>	<u>331</u>
<u>12.6.5 Transaktionsanalyse (TA)</u>	<u>333</u>
<u>12.6.6 Logotherapie</u>	<u>334</u>
<u>12.6.7 Lösungsorientierte Kurzzeittherapie</u>	<u>334</u>
<u>12.7 Andere psychotherapeutische Verfahren</u>	<u>334</u>
<u>12.7.1 Körperorientierte Psychotherapie/Körperpsychotherapie</u>	<u>335</u>
<u>12.7.2 Künstlerische Therapien</u>	<u>335</u>
<u>12.7.3 Lösungsorientierte Kurztherapie</u>	<u>336</u>
<u>12.7.4 Systemische Psychotherapie/Systemische Familientherapie</u>	<u>336</u>
<u>12.7.5 Hypnotherapie (Milton Erickson)</u>	<u>336</u>
<u>12.7.6 Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP)</u>	<u>337</u>
<u>12.7.7 Weitere traumatherapeutische Methoden</u>	<u>337</u>
<u>12.7.8 Familienstellen nach Hellinger</u>	<u>338</u>
<u>12.8 Entspannungsverfahren</u>	<u>339</u>
<u>12.9 Roborierende Maßnahmen</u>	<u>339</u>
<u>12.10 Arbeit mit Berührung</u>	<u>340</u>
<u>12.11 Supervision und Intervision</u>	<u>340</u>
<u>12.12 Etwas zum Schmunzeln</u>	<u>341</u>
<u>Übungsfragen zu Kapitel 12</u>	<u>342</u>
<u>Vokabeln zu Kapitel 12</u>	<u>343</u>
<u>Original Prüfungsfragen zu Kapitel 12</u>	<u>345</u>
<u>13 Suizidalität</u>	<u>347</u>
<u>13.1 Ausdrucksformen von Suizidalität</u>	<u>348</u>
<u>13.2 Erscheinungsformen der Suizidalität</u>	<u>349</u>
<u>13.3 Verlauf und Entwicklung von Suizidalität</u>	<u>351</u>
<u>13.3.1 Präsuizidales Syndrom nach Ringel</u>	<u>351</u>
<u>13.3.2 Suizidalitätsentwicklung nach Pöldinger</u>	<u>352</u>
<u>13.4 Fragen zur Abschätzung möglicher Suizidalität</u>	<u>353</u>

<u>13.5 Weitere Anzeichen für Suizidalität</u>	<u>354</u>
<u>13.6 Krisenintervention und Therapie</u>	<u>355</u>
<u>13.6.1 Krisenintervention</u>	<u>355</u>
<u>13.6.2 Suizidpakt/Antisuizidvertrag/Non-Suizidvertrag</u>	<u>358</u>
<u>13.6.3 Die häufigsten Therapeutenfehler im Umgang mit Suizidpatienten</u>	<u>360</u>
<u>Übungsfragen zu Kapitel 13</u>	<u>363</u>
<u>Vokabeln Kapitel 13</u>	<u>364</u>
<u>Original Prüfungsfragen zu Kapitel 13</u>	<u>365</u>
<u>14 Psychiatrische (und andere) Notfälle</u>	<u>368</u>
<u>14.1 Vorgehen bei der Krisenintervention bei psychiatrischen Notfällen</u>	<u>369</u>
<u>14.2 Stuserhebung bei psychiatrischen Notfällen</u>	<u>370</u>
<u>14.3 Die wichtigsten psychiatrischen Notfälle</u>	<u>371</u>
<u>14.3.1 Notfall bei Suizidalität</u>	<u>371</u>
<u>14.3.2 Notfall bei Angst- und Erregungszuständen</u>	<u>373</u>
<u>14.3.3 Notfall bei deliranten Syndromen</u>	<u>375</u>
<u>14.3.4 Notfall bei Verwirrheitszuständen</u>	<u>377</u>
<u>14.3.5 Notfall bei Bewusstseinsstörungen/katatonen Syndromen</u>	<u>378</u>
<u>14.3.6 Notfall bei Intoxikationen und Nebenwirkungen durch Psychopharmaka</u>	<u>379</u>
<u>14.3.7 Notfall bei akuter Psychose</u>	<u>382</u>
<u>Übungsfragen zu Kapitel 14</u>	<u>384</u>
<u>Vokabeln Kapitel 14</u>	<u>385</u>
<u>15 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen</u>	<u>386</u>
<u>15.1 Persönlichkeitsstörungen</u>	<u>386</u>
<u>15.1.1 Die „Big Five“ der Persönlichkeitsforschung</u>	<u>388</u>
<u>15.1.2 Ursachen für Persönlichkeitsstörungen</u>	<u>389</u>
<u>15.1.3 Verlauf von Persönlichkeitsstörungen</u>	<u>389</u>
<u>15.1.4 Epidemiologie der Persönlichkeitsstörungen</u>	<u>390</u>
<u>15.1.5 Diagnose der Persönlichkeitsstörungen</u>	<u>391</u>
<u>15.1.6 Subtypen der Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10</u>	<u>391</u>
<u>15.1.7 Einteilung der Persönlichkeitsstörungen nach DSM</u>	<u>404</u>
<u>15.1.7 Andere Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsveränderungen</u>	<u>405</u>
<u>15.1.8 Therapie der Persönlichkeitsstörungen</u>	<u>406</u>
<u>15.2 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle</u>	<u>407</u>
<u>15.2.1 Pathologisches Spielen/pathologisches Glücksspiel</u>	<u>408</u>
<u>15.2.2 Pathologische Brandstiftung (Pyromanie)</u>	<u>409</u>
<u>15.2.3 Pathologisches Stehlen (Kleptomanie)</u>	<u>410</u>
<u>15.2.4 Trichotillomanie</u>	<u>410</u>
<u>15.3 Störungen der Geschlechtsidentität</u>	<u>411</u>
<u>15.3.1 Transsexualismus</u>	<u>412</u>
<u>15.3.2 Transvestitismus</u>	<u>413</u>
<u>15.3.3 Störungen der Geschlechtsidentität im Kindesalter</u>	<u>413</u>
<u>15.4 Störungen der Sexualpräferenz</u>	<u>415</u>
<u>15.4.1 Fetischismus</u>	<u>416</u>
<u>15.4.2 Fetischistischer Transvestitismus</u>	<u>416</u>
<u>15.4.3 Exhibitionismus</u>	<u>417</u>
<u>15.4.4 Voyeurismus</u>	<u>417</u>
<u>15.4.5 Pädophilie</u>	<u>418</u>
<u>15.4.6 Sadomasochismus</u>	<u>419</u>

<u>15.4.7 Multiple Störungen der Sexualpräferenz (F65.6)</u>	<u>419</u>
<u>15.4.8 Sonstige Störungen der Sexualpräferenz (F65.8)</u>	<u>420</u>
<u>15.5 Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung (F66)</u>	<u>420</u>
<u>15.5.1 Sexuelle Reifungskrise (F66.0)</u>	<u>421</u>
<u>15.5.2 Ich-dystone Sexualorientierung (F66.1)</u>	<u>421</u>
<u>15.5.3 Sexuelle Beziehungsstörung (F66.2)</u>	<u>421</u>
<u>15.6 Andere/sonstige Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F68)</u>	<u>421</u>
<u>15.6.1 Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen</u>	<u>422</u>
<u>15.6.2 Artificielle Störung (absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen)</u>	<u>422</u>
<u>Übungsfragen zu Kapitel 15</u>	<u>423</u>
<u>Vokabeln Kapitel 15</u>	<u>424</u>
<u>Original Prüfungsfragen zu Kapitel 15</u>	<u>426</u>
<u>16 Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen</u>	<u>429</u>
<u>16.1 Intelligenzminderung (Oligophrenie)</u>	<u>429</u>
<u>16.1.1 Ursachen von Intelligenzminderung</u>	<u>431</u>
<u>16.1.2 Leichte Intelligenzminderung (F70)</u>	<u>432</u>
<u>16.1.3 Mittelgradige Intelligenzminderung (F71)</u>	<u>432</u>
<u>16.1.4 Schwere Intelligenzminderung (F72)</u>	<u>433</u>
<u>16.1.5 Schwerste Intelligenzminderung (F73)</u>	<u>433</u>
<u>16.1.6 Diagnose und Therapie von Intelligenzminderungen</u>	<u>433</u>
<u>16.2 Entwicklungsstörungen (F8)</u>	<u>434</u>
<u>16.2.1 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80)</u>	<u>434</u>
<u>16.2.2 Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81)</u>	<u>440</u>
<u>16.2.3 Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen (F82)</u>	<u>441</u>
<u>16.2.4 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen (F83)</u>	<u>442</u>
<u>16.2.5 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)</u>	<u>442</u>
<u>16.3 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend</u>	<u>449</u>
<u>16.3.1 Hyperkinetische Störung (HKS = ADHS) (F90)</u>	<u>449</u>
<u>16.3.2 Störungen des Sozialverhaltens</u>	<u>455</u>
<u>16.3.3 Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotion (F92)</u>	<u>457</u>
<u>16.3.4 Emotionale Störungen des Kindesalters (F93)</u>	<u>458</u>
<u>16.3.4.1 Emotionale Störungen mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.0)</u>	<u>458</u>
<u>16.3.4.2 Phobische Störungen des Kindesalters (F93.1)</u>	<u>459</u>
<u>16.3.4.3 Störungen mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2)</u>	<u>459</u>
<u>16.3.4.4 Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität (F93.3)</u>	<u>460</u>
<u>16.3.4.4 Generalisierte Angststörung des Kindesalters (F93.80)</u>	<u>460</u>
<u>16.3.5 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F94)</u>	<u>460</u>
<u>16.3.6 Ticstörungen</u>	<u>463</u>
<u>16.3.7 Andere Verhaltens- oder emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend</u>	<u>465</u>
<u>16.4 Suizid im Kindesalter</u>	<u>469</u>
<u>16.5 Organische Psychosyndrome im Kindesalter</u>	<u>470</u>
<u>16.6 Körperliche und sexualisierte Gewalterfahrung, Misshandlung, Vernachlässigung und Überbehütung</u>	<u>471</u>
<u>Übungsfragen zu Kapitel 16</u>	<u>475</u>
<u>Vokabeln Kapitel 16</u>	<u>476</u>

Original Prüfungsfragen zu Kapitel 16	478
17 Gesetzeskunde / rechtliche Bestimmungen	482
17.1 Schweigepflicht	482
17.2 Patientenvertrag	485
17.3 Einsichtsrecht	485
17.4 Unterbringungsrecht / Zwangseinweisung	486
17.5 Schuldunfähigkeit	491
17.6 Geschäftsfähigkeit, Testierfähigkeit	492
17.7 Erwerbsminderungsrente	494
17.8 HeilprG: Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung	495
17.9 DVO: Durchführungsverordnung zum HeilprG	496
17.10 PsychThG: Psychotherapeutengesetz	497
17.11 Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb	498
17.12 Unterlassene Hilfeleistung	498
17.13 Heilmittelwerbegesetz	498
17.14 Berufsordnung	499
17.14 Sorgfaltspflicht	508
17.15 Zusammenfassung der wesentlichen Gesetze	510
Übungsfragen zu Kapitel 17	512
Vokabeln Kapitel 17	512
Original Prüfungsfragen Kapitel 17	514
Vordrucke für Ihre Praxis:	518
Schweigepflichtentbindung	518
Behandlungsvertrag	519
Anamnesebogen	521
Antworten zu den Original Prüfungsfragen aus dem Skript	529

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: HP Savina Tilmann©

Benutzerhinweis: Medizinische Erkenntnisse und medizinische Produkte unterliegen einem steten Wandel, Herausgeber und Autor dieses Werkes bemühen sich intensiv dem aktuellen Wissenstand 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.

Anmerkung: Dieses Skript dient als schriftliche Grundlage eines Seminars. Die Hinweise verstehen sich nicht ausschließlich und sollen insbesondere im medizinischen Ernstfall die Konsultation eines Arztes oder Heilpraktikers nicht ersetzen.

Stand: 22.12.2014

T:\Skripte-Doz\HPP - Tilmann\Basiskurs HPP Probeskript_12_2014.docx

Liebe Onlineschülerin, lieber Onlineschüler,

ich freue mich, dass Sie sich entschieden haben, die **Ausbildung zum/zur Heilpraktiker/in, beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie**, bei der Heilpraktikerschule Isolde Richter zu absolvieren.

Dieses Skript soll Ihnen als roter Faden dienen, den Sie zusätzlich zum Online-Unterricht immer zur Hand nehmen können, wenn Sie Inhalte noch einmal nachlesen oder nacharbeiten wollen.

Sowohl der Unterricht als auch das Skript basieren auf und orientieren sich an den Anforderungen der Überprüfung beim Gesundheitsamt, die Sie absolvieren müssen, um in eigener Praxis als HeilpraktikerIn (eingeschränkt für den Bereich der Psychotherapie) tätig zu sein.

Das Skript dient primär dem Nacharbeiten des Unterrichtsstoffes, gibt ihn in kompakter Form noch einmal wieder und fasst am Ende jedes Kapitels die neuen Fachtermini aus selbigem noch einmal für Sie zusammen, damit Sie sie bequem von dort aus in ein Vokabelheft oder auf Lernkarten übertragen können.

Der Lernstoff scheint zu Anfang sehr komplex. Lassen Sie sich nicht entmutigen – sowohl der Unterricht als auch das Skript sind so aufgebaut, dass Sie nach und nach die unterschiedlichen Bausteine kennenlernen. Sie bauen aufeinander auf, sodass Sie meist nicht mit Wissen konfrontiert werden, das Sie noch nicht haben können. Das Dozententeam der Heilpraktikerschule Isolde Richter wird Sie während der gesamten Ausbildung mit viel Engagement unterstützen.

Bei organisatorischen Fragen wenden Sie sich bitte an das Sekretariat der Heilpraktikerschule. Inhaltliche Fragen beantwortet Ihnen gerne Ihr Dozententeam – entweder während der Onlineseminare oder im Forum (<http://www.fernlehrgang-heilpraktiker.com/forum/>).

Und nun wünschen wir Ihnen viel Vergnügen auf Ihrem Weg zum/zur Heilpraktiker/in, beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie!

1 Differenzierung „Psychologischer Berater“ und „Heilpraktiker für Psychotherapie“

1.1 Der Psychologische Berater

„Psychologischer Berater“ ist in Deutschland keine gesetzlich geschützte Berufsbezeichnung. Er muss keine spezielle Prüfung ablegen. Der Psychologische Berater ist zuständig für Beratung, Coaching, Seelsorge etc. Eine Beratung dauert meist eine bis wenige Stunden. Hierbei können selbstverständlich auch Entspannungstechniken, Techniken der Gesprächsführung, methodische Aspekte aus psychotherapeutischen Ansätzen, Wissen über spezielle Themenbereiche, wie Trauer, Familie, Sexualität, etc. oder Wissen über Bachblüten etc. **beratend** eingesetzt werden.

CAVE: Der Psychologische Berater darf keine psychischen Störungen mit Krankheitswert kausal¹ behandeln!!

Um zu erkennen, ob ein Mensch unter einer psychischen Störung mit Krankheitswert leidet, ist es aber auch für den psychologischen Berater sinnvoll, das Wissen über psychische Störungen zu haben, um sie erkennen zu können und ggf. an einen therapeutischen Kollegen weiterleiten zu können.

1.2 Der Heilpraktiker für Psychotherapie (HPP)

Im Gegensatz zum Psychologischen Berater darf der HPP psychische Störungen mit Krankheitswert behandeln.

Um in Deutschland psychotherapeutisch arbeiten zu können, ist eine der folgenden Voraussetzungen nötig:

- Heilpraktiker (HP) oder Heilpraktiker, beschränkt auf den Bereich der Psychotherapie (HPP)
- Psychologischer Psychotherapeut (= Studium der Psychologie, im Anschluss Ausbildung in einer der anerkannten Therapiemethoden. Nach Beendigung dieser Ausbildung das Erlangen der {Approbation})
- Arzt (Facharzt Psychiatrie/Psychotherapie)

Um HPP zu sein, muss eine Überprüfung beim Gesundheitsamt abgelegt werden.

Ein HPP ist KEIN Psychotherapeut. Der Begriff „Psychotherapeut/in“ ist geschützt und darf nur von den psychologischen Psychotherapeut/innen benutzt werden!

¹ kausal: ursächlich

Die Bezeichnung, die Sie nach bestandener Amtsarztprüfung führen dürfen, erfragen Sie am besten bei Ihrem zuständigen Gesundheitsamt, da die Bezeichnungen von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich sind.

Beispiele:

- Heilpraktiker/in (Psychotherapie)
- Psychotherapeutische(r) Heilpraktiker/in
- Heilpraktiker/in, eingeschränkt für den Bereich Psychotherapie

Jetzt aber los mit dem eigentlichen Lernstoff :-)

Wir befassen uns zunächst mit den bekanntesten Diagnosewerken und -systemen.

Vokabeln Kapitel 1

Vokabeln Kapitel 1

kausal

ursächlich

2 Diagnosesysteme

Diagnose² ist die genaue Zuordnung von Befunden und Symptomen³ zu einem festgelegten definierten Krankheitsbegriff!

2.1 ICD

Das bei uns verwendete Diagnosewerk ist die ICD (**I**nternational **S**tatistical **C**lassificati-
on of **D**iseases and Related Health Problems, deutsch: die internationale statistische
Klassifikation von Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme). Aktuell in der
10. Auflage, daher auch ICD-10 genannt. Es wird herausgegeben von der WHO – der
Weltgesundheitsorganisation der vereinten Nationen.

Es ist empfehlenswert, eine ICD-10 zu besitzen, wenn man sich auf die Prüfung zum HPP
vorbereitet.

Online findet sich hier eine gute Version: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2011/index.htm>

Die Papierform ist aber etwas ausführlicher und zum Nachschlagen doch etwas handli-
cher.

In der ICD sind ALLE Krankheiten aufgeführt – auch diejenigen, die nichts mit der Psy-
che zu tun haben. Es gibt die Kapitel A–Z.

Kapitel F, oder auch Kapitel V (römisch 5), ist das Kapitel, das die psychischen Störungen
auflistet – also das für uns relevante Kapitel. Das Kapitel „F“ hat wiederum einzelne Un-
terkapitel:

F00–F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

F10–F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F20–F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F30–F39 Affektive Störungen

F40–F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F50–F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F60–F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F70–F79 Intelligenzminderung

F80–F89 Entwicklungsstörungen

F90–F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit
und Jugend

F99–F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

² Diagnose: Genaue Zuordnung von Befunden und Symptomen zu einem festgelegten und definierten Krankheitsbegriff

³ Symptom: Zeichen, das auf eine Erkrankung hinweist und durch Anamnese und Befund erfasst wird oder vom Patienten selbst
wahrgenommen wird

Sie müssen sich zum jetzigen Zeitpunkt diese Untergliederung im Einzelnen nicht merken. Wichtig ist nur, dass Sie wissen, dass das für psychische Störungen relevante Kapitel das Kapitel F oder Kapitel V ist und dass es weiter untergliedert ist. Im Laufe des Fernkurses werden Sie all diese aufgeführten Störungen kennenlernen, sodass Sie diese jetzt noch nicht auswendig lernen müssen.

Wozu benötigt man eine Diagnose??

1. Wenn man sich mit Fachleuten über eine Erkrankung austauscht, braucht man die Klarheit, dass alle wissen, über welche Erkrankung genau gerade gesprochen wird.
2. Durch eine klare Diagnose kann ich bestimmte Ursachen ausschließen (z.B. eine körperliche Ursache eines psychischen Symptoms!).
3. Je nach Diagnose ergibt sich aus ihr eine unterschiedliche therapeutische Herangehensweise.

Wir wissen jetzt also, wieso es wichtig ist, eine Diagnose stellen zu können. Ich möchte hier noch einmal die Definition von Diagnose wiederholen:

Diagnose ist die genaue Zuordnung von Befunden und Symptomen zu einem festgelegten definierten Krankheitsbegriff!

Die Worte „festgelegt“ und „definiert“ zeigen hier, dass eine Diagnose im Grunde eine Übereinkunft ist, wie man das Auftreten bestimmter Symptome in einer bestimmten Art und Weise nennt.

Es ist wichtig, die Entstehung der ICD zu verstehen, um den Lernstoff im Weiteren richtig einordnen zu können.



Stellen Sie sich 3 Personen vor, von denen Ihnen folgende Informationen vorliegen:

1. Frau Meier: Seit 3 Wochen getrennt lebend, seit einer Woche keine Lust mehr auf gar nichts, in eigenen Worten „irgendwie ein bisschen depressiv“ in ihrer Grundstimmung.
2. Frau Krause: Vor einem halben Jahr einen Autounfall gehabt, seit ca. 2 Wochen in eigenen Worten „depressiv und lustlos“.
3. Herr Schmidt: Seit einem Monat getrennt lebend, seit 2 Wochen Rückenschmerzen, die nicht weggehen und laut Arzt keine körperliche Ursache haben.

Stellen Sie sich weiter vor, es gäbe noch keine ICD oder andere Diagnosewerke und Sie dürften nun selbst überlegen, nach welchen Kriterien Sie eine Einteilung vornehmen.

Sie werden schnell merken, dass Sie sich entscheiden müssen, ob Sie die Ursache als ein wichtiges Kriterium nehmen wollen (dann hätten wir in diesem Beispiel für Herrn Schmidt und für Frau Meier dieselbe Diagnose) oder ob das Kriterium für Ihre Kategorisierung das Problem ist, mit dem der Patient/die Patientin kommt (dann hätten Frau Meier und Frau Krause dieselbe Diagnose).

Vor genau diesem Problem standen die Menschen, als sie erstmals überlegt haben, wie sie Krankheiten kategorisieren können.

Ursachen psychischer Erkrankungen sind vielfältig und viele psychische Phänomene⁴ sind unspezifisch, das heißt, sie treten nicht nur bei EINER psychischen Störung auf, sondern bei vielen – und sogar bei gesunden Menschen.

Die ICD, also das System, mit dem wir in Europa fast ausschließlich arbeiten, und auf das Sie sich bei der Überprüfung beim Gesundheitsamt beziehen können sollten, ist ein phänomenologisches System. Das heißt, es kategorisiert die Erkrankungen dahingehend, dass es psychische Phänomene beschreibt. Es ist also ein beschreibendes (deskriptives⁵) Modell.

Die ICD-10 ist ein deskriptiv/phänomenologisches System.

Nach der ICD hätten in unserem Beispiel also Frau Meier und Frau Krause das gleiche beschreibbare Phänomen vorgetragen, nämlich ihre depressive Lustlosigkeit.

Es geht hier nicht darum, für die beiden Damen eine Diagnose nach ICD zu finden – dazu sind die Angaben zu ungenau. Es geht an dieser Stelle einzig darum zu verstehen, welche Aspekte für die Diagnose nach ICD eine Rolle spielen.

Der Vorteil dieses Systems ist, dass es sich nicht mit immer wieder von der Wissenschaft umstrittenen Theorien über Krankheitsursachen (Ätiologie) befassen muss.

Da einige Ursachen allerdings unstrittig sind und einige Begriffe bereits so gängig waren, sind auch in der ICD ätiologische Begriffe zu finden. Biologischer Abbau des Gehirns z.B. führt zu Gedächtnisverlust. Das ist unstrittig. Und der Begriff der „neurotischen Depression“ ist in Fachkreisen so geläufig, dass er in der ICD bestehen geblieben ist, obwohl das Wort „neurotisch“ auf einen ätiologischen Ansatz hinweist.

⁴ Phänomen: Duden: das Erscheinende, sich den Sinnen Zeigende

⁵ deskriptiv: beschreibend

2.2 Weitere Diagnosemodelle und -systeme

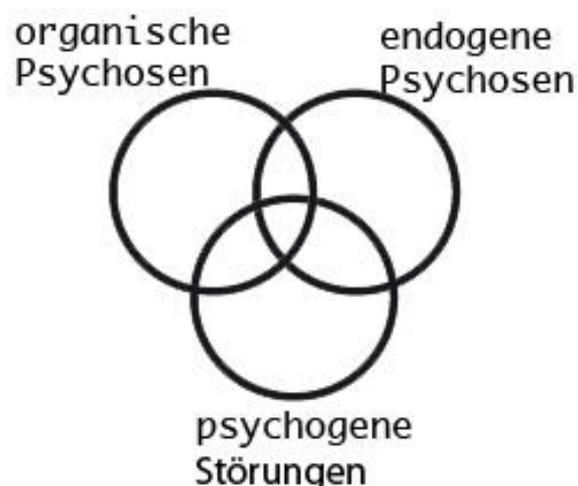
2.2.1 Ätiologische Modelle

Ein ätiologisches Modell betrachtet die Ursache einer Erkrankung. Dies setzt voraus, dass es eine Entstehungstheorie gibt, die belegbar ist. Häufig halten diese sog. Theorien einer wissenschaftlichen Prüfung nicht stand und sind eigentlich eher Überzeugungen als nachweisbare Theorien. Das macht ein rein ätiologisches Klassifikationssystem schwierig.

Fühlt sich Frau Meier so depressiv wegen ihrer Trennung oder weil vielleicht gerade ihre Arbeitskollegen konstant unfreundlich zu ihr sind? Oder gibt es vielleicht sonst noch andere Gründe? Und wer beweist (und wie), welcher der Gründe zu ihrer depressiven Stimmung geführt hat?

Die Psychoanalyse allerdings ist ein Beispiel für ein heute noch verwendetes ätiologisch orientiertes System (zur Psychoanalyse kommen wir im Kapitel „Psychotherapieschulen“), welches auf einer klaren Theorie zur Entstehung von psychischen Störungen basiert.

2.2.2 Das triadische System



Das triadische System unterscheidet 3 Gruppen psychischer Erkrankungen. Der Unterschied besteht in der angenommenen unterschiedlichen Ätiologie. Die Überlappung der 3 Kreise zeigt die Überlappung der möglichen Ursachen einer Störung. Das Modell ist damit nicht so starr und wird heute immer noch gerne sowohl von Fachleuten genutzt als auch in Überprüfungen beim Gesundheitsamt abgefragt.

2.2.2.1 Organische Psychosen

Bei den organischen Psychosen handelt es sich um Störungen, bei denen eine bekannte körperliche Ursache zugrunde liegt, die auf Gehirn, Nervensystem, Stoffwechsel etc. Einfluss nimmt und psychopathologische Symptome erzeugt – auch körperlich begründbare organische Psychosen genannt.

- **Akute körperlich begründbare organische Psychosen**

Das sind Störungen, die nur von einer gewissen Dauer sind, bei denen meist eine Bewusstseinsstörung im Vordergrund steht und die abklingen, wenn die Ursache verschwunden ist (z.B. beim Alkoholrausch oder beim Drogen-Trip).

- **Chronische körperlich begründbare organische Psychosen**

Das sind Störungen, die bleibend, also nicht reversibel sind, weil eine dauerhafte Schädigung von Gehirn, Nervensystem etc. vorliegt. Das bekannteste Beispiel hierfür ist die Demenz.

2.2.2.2 Endogene Psychosen

So bezeichnete man damals sowohl die Schizophrenie als auch die affektiven⁶ Störungen.

Bei den endogenen Psychosen wurde davon ausgegangen, dass eine körperliche Ursache zugrunde liegt, die aber der Wissenschaft noch nicht bekannt war bzw. nicht explizit benannt werden konnte. Heute gibt es bereits wesentlich mehr Wissen über z.B. den Haushalt der Gehirnbotenstoffe (Neurotransmitter), die bei der Depression und bei anderen Erkrankungen ins Ungleichgewicht geraten. Die Annahme einer körperlichen Ursache hat sich also heute schon in vielen Bereichen wissenschaftlich nachweisen lassen. Durch diese Nachweise sind auch die Behandlungsmethoden anders und gezielter geworden, was die Therapien dieser Erkrankungen immer mehr verändert hat.

⁶ Affekt: Augenblickliche Gestimmtheit

2.2.2.3 Psychogene Störungen

Man kann mitunter auch den Begriff „Psychogene Psychosen“ lesen, aber im klassischen Sinn ist das nicht korrekt. Psychosen bezeichneten im triadischen Modell immer körperlich begründbare Störungen.

Psychogene Störung bedeutet, dass die Störung psychisch begründet ist. Die Störungen aus diesem Formenkreis werden auch als **Neurosen** bezeichnet. Hierzu zählen vor allem die Störungen, die heute in der ICD-10 in der F4 klassifiziert werden:

- Angststörungen,
- Belastungs- und Anpassungsstörungen,
- dissoziative Störungen,
- somatoforme Störungen,
- andere neurotische Störungen.

Aber auch Persönlichkeitsstörungen werden den „Psychogenen Störungen“ zugerechnet.

2.2.3 Schichtmodell nach Jaspers

Karl Jaspers (deutscher Psychopathologe)⁷ hatte die Idee, dass bei gleichzeitig auftretenden psychischen Erkrankungen (Komorbidität) entweder die schwerer wiegende oder die organisch bedingte Erkrankung vorrangig gesehen werden sollte. Dieses war dann die Hauptdiagnose, die nachrangigen Erkrankungen die Nebendiagnosen. Bei einer Alkoholerkrankung z.B. kann es zu krankhafter Eifersucht mit Eifersuchtswahn kommen. Nach Jaspers wäre die Alkoholerkrankung die Hauptdiagnose, der Eifersuchtswahn die Nebendiagnose.

Heute wird das Schichtmodell in veränderter Form angewandt. Als vorrangig, und damit als Hauptdiagnose, wird die Diagnose bezeichnet, mit der ein Patient aktuell in Behandlung kommt. Die ggf. zugrunde liegende Erkrankung ist die Nebendiagnose. Heute wäre also der Eifersuchtswahn die Hauptdiagnose. Allerdings würde man bei der Formulierung der Diagnose der ehemals von Jaspers gewünschten Gewichtung Rechnung tragen, indem man formulieren würde: krankhafter Eifersuchtswahn auf der Grundlage einer lang andauernden Alkoholerkrankung. Diese veränderte Anwendung des Schichtmodells trägt der Tatsache Rechnung, dass wir phänomenologisch deskriptiv diagnostizieren. Deshalb wird die Diagnose, mit der ein Patient zu uns in die Praxis kommt und die erst-rangig offensichtlich ist, zuerst genannt. Die Ätiologie spielt bei der Diagnosestellung nicht die größere Rolle, weshalb die zugrunde liegende Erkrankung als Nebendiagnose genannt wird.

⁷ Vgl. „General Psychopathology 1“, Jaspers, Karl, 1997

2.2.4 Das DSM

Das DSM ist das Diagnosehandbuch (herausgegeben von der „American Psychiatric Association“), das vor allem in den USA Verwendung findet. Um Sie nicht zu verwirren, möchte ich darauf verzichten, das relativ komplexe System des DSM (eine Mischung aus deskriptiv phänomenologischem und ätiologischem System) hier genauer zu erklären. In der Überprüfung beim Gesundheitsamt müssen Sie Diagnosen nach ICD-10 erstellen können. Es ist allerdings wichtig zu wissen, dass in Amerika die ICD-10 nicht verwendet wird, und es kann mitunter spannend sein, wenn man sich mit speziellen Erkrankungen beschäftigt, einen Blick über den großen Teich zu werfen und sich anzusehen, wie dort dieselbe Erkrankung klassifiziert wird. Wissen für die Prüfung müssen Sie dies nicht, aber es macht die eine oder andere Erkrankung mitunter klarer, da an vielen Stellen andere Kriterien zur Diagnostik angesetzt werden.

Zudem gibt es einige Diagnosen, bei denen die amerikanische Bezeichnung häufiger verwendet wird als die deutsche. Ein bekanntes Beispiel, das Sie alle kennen werden, ist ADHS. ADHS findet sich in der ICD-10 nicht. Hier heißt sie HKS – das verwendet allerdings kaum jemand. In der Prüfung könnte es sein, dass Sie nach ADHS gefragt werden und richtigerweise antworten, dass dies in der ICD-10 nicht existiert, Sie aber etwas zu HKS sagen könnten. Das zeigt den Prüfern, dass Sie wissen, dass es in den USA ein anderes Klassifikationssystem gibt, und dass Sie wissen, welche amerikanisch bezeichneten Störungen an welcher Stelle der ICD-10 wiederzufinden sind. Davon gibt es nicht so viele. An den entsprechenden Stellen weise ich Sie im Skript darauf hin.

Übungsfragen zu Kapitel 2

1. Welche Diagnosesysteme kennen Sie?
2. Was für ein Diagnosesystem ist die ICD-10 und wo wird sie verwendet?
3. Was versteht man unter psychogenen Störungen?
4. Was ist eine Diagnose?

Vokabeln Kapitel 2

Ätiologie	Duden: die Lehre von den Krankheitsursachen bzw. die Gesamtheit der Faktoren, die zu einer bestehenden Krankheit geführt hat
Komorbidity	das gleichzeitige Auftreten von mindestens 2 Erkrankungen
endogen	aus dem eigenen Inneren heraus
Affekt	augenblickliche Gemüthsstimmung
Diagnose	genaue Zuordnung von Befunden und Symptomen zu einem festgelegten und definierten Krankheitsbegriff
Symptom	Zeichen, das auf eine Erkrankung hinweist und durch Anamnese und Befund erfasst wird oder vom Patienten selbst wahrgenommen wird
Phänomen	Duden: das Erscheinende, sich den Sinnen Zeigende
deskriptiv	beschreibend

3 Der psychopathologische Befund

Sie wissen also jetzt schon, dass es verschiedene Möglichkeiten gibt, psychische Erkrankungen zu kategorisieren, und dass wir in Europa das phänomenologisch deskriptive Modell der ICD-10 benutzen.

Aber wie kommen wir nun zu einer Diagnose?

Zunächst einmal befassen wir uns mit dem für die amtsärztliche Überprüfung wichtigsten Baustein, dem psychopathologischen Befund. Er erfragt die sog. **Elementarfunktionen**.

Pathologie bedeutet: „Lehre der abnormen und krankhaften Vorgänge und Zustände im Körper („pathologische Anatomie“) und deren Ursachen“. Pathologisch bedeutet im medizinischen Fachjargon so viel wie „krankhaft“, aber auch „krankheitsbezogen“. Pathologie wird damit als die Fachrichtung der Leidensforschung, des Krankheitsverlaufes verstanden.“⁸

Der psychopathologische Befund erfragt folgende Punkte:

- äußeres Erscheinungsbild und Auftreten (Kleidung, Haare, Verhalten etc.),
- Bewusstsein,
- Orientierung,
- Gedächtnis,
- Aufmerksamkeit,
- Konzentration,
- Auffassung,
- Wahrnehmung,
- Denken,
- Ich-Störungen,
- Antrieb und Psychomotorik,
- Affekt,
- Angst,
- Kontakt,
- Intelligenz,
- zirkadiane⁹ Besonderheiten,
- Suizidalität¹⁰.

⁸ Wikipedia 2013

⁹ zirkadian: den Rhythmus eines Tages (24 Std.) betreffend

¹⁰ Suizidalität: die Tendenz eines Menschen, sich selbst zu vernichten

3.1 Bewusstseinsstörungen

Bewusstsein ist „im weitesten Sinne die erlebbare Existenz mentaler Zustände und Prozesse“¹¹, die mit der eigenen Person, dem eigenen Ich in Zusammenhang stehen.

Die Wachheit des Geistes, die benötigt wird, um diese Prozesse vollziehen zu können, nennt man Vigilanz.

3.1.1 Quantitative Bewusstseinsstörungen (Vigilanzstörungen)

- **Benommenheit**
Der Patient wirkt schläfrig, ist aber ansprechbar oder durch Ansprache bzw. Berührung wieder wach.
- **Somnolenz**
Der Patient ist schläfrig; es erfordert massivere Berührung oder Anschreien, um ihn aufzuwecken.
- **Sopor**
Der Patient ist kaum mehr aufweckbar. Und wenn, dann nur noch für kurze Momente.
- **Präkoma und Koma**
Der Patient ist nicht mehr aufweckbar. Reflexe (Abwehr, Schlucken, Husten) und Atmung, Kreislauf und Temperaturregelung sind gestört.
- **Apallisches Syndrom**
Bekannt als „Wachkoma“. Im Unterschied zum Koma haben die Patienten die Augen meist geöffnet und Atmung, Kreislauf und Temperaturregelung funktionieren noch.

3.1.2 Qualitative Bewusstseinsstörungen

- **Bewusstseinstrübung**
Das Denken ist getrübt und inkohärent (unzusammenhängend). Aspekte, die die eigene Person und die Umwelt betreffen, können nicht mehr verstanden werden.
CAVE: Bitte nicht als Synonym für quantitative Bewusstseinsstörungen, wie z.B. Benommenheit, verwenden!

¹¹ ebd.

- **Bewusstseinsengung**
Die Aufmerksamkeit (kognitiv¹² wie emotional) des Betroffenen ist nach innen fokussiert und auf wenige Themen beschränkt und nur vermindert auf Außenreize ansprechbar. Bei Meditation, Hypnose oder auch langen eintönigen Autofahrten kommt dieser Bewusstseinszustand vor. Der gesunde Mensch kann allerdings sein Bewusstsein sofort öffnen und auf „normal“ umschalten. Dies kann der Kranke nicht.
- **Oneiroid**
Komplexer Traum. Der Patient empfindet sich als wach und kann auch später diesen Zustand nicht vom tatsächlichen Wachzustand unterscheiden. Er kann die Traumrealität nicht steuern, nimmt aber aktiv oder passiv daran teil.
- **Bewusstseinsverschiebung/-erweiterung**
Bewusstseinsverengung ist die Steigerung der Bewusstseinsverschiebung. Der Patient erlebt seine Wahrnehmung als gesteigert, die Sinneseindrücke als intensiver (z.B. Farben leuchtender etc.) und sich selbst als besonders wach, Konzentrations- und leistungsfähig. Es handelt sich um einen Zustand, der bei Meditation, Trance, aber auch nach Einnahme psychoaktiver Substanzen oder bei Manie und Schizophrenie vorkommen kann.
- **Delir/Delirium tremens**
Hirnorganisches Syndrom¹³, das mit Desorientiertheit (bis hin zu allen 4 Qualitäten¹⁴), Reizbarkeit, Bewusstseinsstrübung, Wahrnehmungsstörungen, psychomotorischen¹⁵ Veränderungen, Gedächtnisstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Auffassungsstörungen, Schlafstörungen, Sprachstörungen und oft mit Zittern (daher der Zusatz „tremens“) auftritt. **Das Delir ist ein medizinischer Notfall!!!**

3.2 Störungen von Aufmerksamkeit, Auffassung und Konzentration

Als Aufmerksamkeit bezeichnet man die Zuweisung von (beschränkten) Bewusstseinsressourcen auf Bewusstseinsinhalte (z.B. auf Wahrnehmungen der Umwelt, des eigenen Verhaltens und der eigenen Gedanken und Gefühle).

¹² kognitiv: das Denken betreffend

¹³ Syndrom: das gleichzeitige Vorliegen verschiedener Symptome

¹⁴ Was es bedeutet, zu allen Qualitäten orientiert zu sein, erfahren Sie noch unter „Orientierungsstörungen“

¹⁵ Psychomotorik: die spontane Verknüpfung von Antrieb und dem damit verbundenen Bewegungsspiel eines Menschen

Das Maß für die Intensität und Dauer der Aufmerksamkeit ist die Konzentration (nach Bleuler).

Bei einer Störung der Aufmerksamkeit, der Auffassung oder der Konzentration ist die Fähigkeit, die Wahrnehmung auf einen bestimmten Sachverhalt, ein bestimmtes Thema, auszurichten und konzentriert dabei zu bleiben, beeinträchtigt. Zudem kann es passieren, dass eine Wahrnehmung falsch gedeutet wird oder die Wahrnehmungserlebnisse falsch oder gar nicht mehr miteinander verbunden werden.

- **Aufmerksamkeitsstörung**

Die Wahrnehmung und deren Aufnahme sind in ihrem Umfang und ihrer Intensität beeinträchtigt.

- **Konzentrationsstörung**

Die Fähigkeit, sich geistig dauerhaft einem bestimmten Thema (sowohl außen (z.B. Gespräch) als auch innen (z.B. bestimmten Gedankengängen)) zuzuwenden, ist gestört.

- **Auffassungsstörung**

Wahrnehmungen werden falsch gedeutet oder die Wahrnehmungserlebnisse falsch oder gar nicht mehr miteinander verbunden. Dies kann in Teilen oder komplett der Fall sein. Der Sinn einer Redewendung wird z.B. nicht mehr erkannt.

3.3 Das Gedächtnis

Gedächtnis			
Kurzzeitgedächtnis	Langzeitgedächtnis		
	Deklaratives (explizites) Gedächtnis (im Neokortex ¹⁶)	Prozedurales (implizites) Gedächtnis (NICHT im Neokortex und damit dem Bewusstsein nicht zugänglich)	
	Semantisches Gedächtnis	Episodisches Gedächtnis	
„Zwischenspeicher“ von max. 20 min. für eine begrenzte Anzahl von Informationen	Enthält allgemeine Fakten, Weltwissen, von der Person unabhängig	Enthält Erinnerungen, Erlebnisse aus dem eigenen Leben	Speicher für Handlungsabläufe, Fertigkeiten (Klavier spielen, Rad fahren etc.) – sprachlich nicht ausdrückbar, da nicht im Neokortex

¹⁶ Neokortex: jüngster Teil des Gehirns, größter Teil des Großhirns

3.3.1 Störungen des Gedächtnisses

Störungen des Gedächtnisses nennt man auch mnestiche Störungen. Das Wort kommt aus dem Griechischen. Der Wortteil „-mnesia“ bedeutet „die Erinnerung betreffend“.

3.3.1.1 Merkfähigkeitsstörungen

Störungen bei der Speicherung neuer Gedächtnisinhalte und Eindrücke (Gedanken, Wahrnehmungen)

3.3.1.2 Erinnerungsstörungen

- **Amnesie**

Inhaltlich und/oder zeitlich begrenzte Erinnerungslücke

- **Totale Amnesie**

Bezieht sich auf alle Erinnerungen dieser zeitlichen Begrenzung

- **Begrenzte Amnesie**

Bezieht sich auf bestimmte Teile der Erinnerung (z.B. den Geruch, das Geräusch, bestimmte Zusammenhänge etc.)

- **Anterograde Amnesie**

Die Störung bezieht sich auf die Erinnerungen **nach** einem Ereignis x.

- **Retrograde Amnesie**

Die Störung bezieht sich auf die Erinnerungen **vor** einem Ereignis x.

- **Kongrade Amnesie**

Die Störung bezieht sich auf die Erinnerungen **während** eines Ereignisses x.

- **Hypomnesie**

Unterdurchschnittliches Gedächtnis

- **Hypermnese**

Überdurchschnittliches Gedächtnis

- **Paramnesie**

Gedächtnisinhalte werden falsch erinnert oder im Sinne eines Wahns umgedeutet.

- **Déjà-vu**

Der Glaube daran, etwas schon einmal gesehen zu haben

- **Déjà-vécu**

Der Glaube daran, etwas schon einmal erlebt zu haben

- **Jamais-vu**

Das Gefühl von Fremdheit verbunden mit dem Gefühl, eine bestimmte Situation noch nie erlebt zu haben

- **Konfabulation**

Erinnerungslücken werden mit Einfällen des Patienten gefüllt. Es erscheint wie eine lückenlose Erinnerung, und auch der Patient weiß nicht, dass er Erinnerungslücken hat. Einige Minuten später würde er dieselben Lücken allerdings mit anderen Einfällen füllen.

- **Zeitgitterstörung**

Biographische Daten können nicht mehr richtig zugeordnet werden. Ereignisse, die in Wahrheit in verschiedenen Zeitabschnitten geschehen sind, werden als zusammengehörig erinnert.



Als Lesetipp und Filmtipp empfehle ich, einmal sowohl bei youtube als auch bei Wikipedia nach „Clive Wearing“ zu suchen. Clive Wearing ist ein Musiker, der aufgrund einer Erkrankung sein Langzeitgedächtnis verloren hat. Die youtube-Filme dokumentieren seinen Alltag, der u.a. daraus besteht, alle 2 Minuten in ein Tagebuch zu schreiben, er sei JETZT endlich wach, weil er sich an alles von VOR diesen 2 Minuten nicht erinnern kann.

3.4 Orientierungsstörungen

Die 4 verschiedenen Qualitäten der Orientierung sind:

- **Zeit**

Hierzu zählt nicht nur die Uhrzeit, sondern auch die Jahreszeit, die Jahreszahl, der Monat, das Datum, der Wochentag etc.

- **Situation**

In welcher Situation befinde ich mich? Wer sind die Personen in dieser Situation? Welche Rollen haben wir zueinander? Was passiert hier?

- **Ort**

An welchem Ort befinde ich mich? In welchem Land? In welcher Stadt? In welcher Straße? In einer Praxis? Etc.

- **Person**

Hier ist die eigene Person gemeint: Wer bin ich? Wie heiße ich? Wann bin ich geboren? Habe ich Familie? Was arbeite ich? Etc.

Die Orientierungsstörungen treten meist in folgender Reihenfolge auf: Z-S-O-P – je nach Schwere der Störung. Das bedeutet, jemand ist zuerst zur Zeit nicht mehr orientiert, dann zur Situation, dann zum Ort und zuletzt zur eigenen Person.

Wenn ein Patient keine Orientierungsstörungen hat, spricht man davon, dass er/sie zu allen 4 Qualitäten orientiert ist.

3.5 Denkstörungen

Unter **Denken** werden alle Vorgänge zusammengefasst, die aus einer inneren Beschäftigung mit Vorstellungen, Erinnerungen und Begriffen eine Erkenntnis zu formen versuchen. (Wikipedia)

Wir unterscheiden formale Denkstörungen und inhaltliche Denkstörungen.

3.5.1 Formale Denkstörungen

Hierbei ist der Ablauf des Denkens gestört.

- **Denkhemmung**
Der Ablauf des Denkens ist zäh, mühsam. Der Patient verspürt einen inneren Widerstand gegen das eigene Denken.
- **Denkverlangsamung**
Der Ablauf des Denkens ist gebremst, zäh, länger dauernd als normal.
- **Perseveration**
Der Patient haftet mit seinen Gedanken an Worten und Gedanken, auch wenn diese Worte im aktuellen Kontext nicht mehr sinnvoll sind.
- **Eingeengtes Denken (auch „inhaltliche Perseveration“)**
Der Patient haftet mit seinen Gedanken an einem Thema oder einigen wenigen Themen und kann kaum auf ein neues Thema wechseln.
- **Umständliches Denken**
Wesentliches kann nicht von Unwesentlichem unterschieden werden. Der Patient kommt zwar am Ende der Erzählung ans Ziel, braucht dafür aber viel Zeit, weil er sich in Nebensächlichkeiten und Weitschweifigkeiten verliert.
- **Neologismen**
Wortneuschöpfungen, die ohne Kontext nicht zu verstehen sind.
- **Verbigeration**
Sinnloses Wiederholen von Worten und Gedanken, die vorher schon gebraucht wurden (z.B. könnte ein Patient die Worte, an denen er in der Perseveration haftet, sinnlos wiederholen).

- **Gedankensperrungen/Gedankenabreißen**
Eigentlich flüssige Gedanken werden mitten im Fluss unterbrochen. Der Patient verliert den Faden und beginnt das Gespräch danach in der Regel mit einem neuen Thema.
- **Gedankendrängen**
Der Patient hat keinen Einfluss darauf, dass sich ihm Gedanken, Ideen, Einfälle ganz unwillkürlich aufdrängen.
- **Ideenflucht**
Steigerung des Gedankendrängens. Die Gedanken ändern ständig ihr Ziel. Kleine Einwürfe reichen aus, um die Gedanken abzulenken und auf neue Bahnen zu lenken. Es fällt schwer, den Gedanken zu folgen.
- **Grübeln**
Die Gedanken kreisen ständig und in dauernden Wiederholungsschleifen um unangenehme, belastende, reale Alltagsthemen, ohne zu einem konstruktiven Ergebnis zu kommen.
- **Vorbeireden**
Die Frage, die man einem Patienten stellt, wird zwar verstanden, allerdings kommt er bei der Antwort völlig von dem Thema ab.
- **Inkohärentes Denken**
Das Denken ist in seinem Fluss gestört und zerrissen, sprunghaft, assoziativ gelockert. Die Sätze wirken wie zufällig aneinandergereiht, ohne einen nachvollziehbaren Sinn zu ergeben.
 - **Paralogik**
Der Satzbau ist noch intakt.
 - **Paragrammatismus**
Der Satzbau ist zerstört.
 - **Schizophasie**
Unverständlicher Wortsalat.

3.5.2 Inhaltliche Denkstörungen

Hier ist der Inhalt des Denkens gestört. Zu den inhaltlichen Denkstörungen zählt man:

- Wahn,
- Zwang,
- überwertige Idee.

3.5.2.1 Wahn

Der Patient hat Überzeugungen, die mit der objektiv nachprüfbaren Realität nicht übereinstimmen. Diese Überzeugungen sind nicht korrigierbar, und der Patient sieht die Unsinnigkeit seiner Überzeugungen nicht.

3.5.2.1.1 Formen des Wahns

- **Wahnwahrnehmung**

Wahnwahrnehmungen sind zweigliedrig. Das heißt, es geht ein Außenreiz voraus, welcher im Sinne des Wahns umgedeutet wird. Diese einzelne Wahrnehmung nennt man Wahnwahrnehmung.

Beispiel: „Ich saß gestern auf meiner Terrasse. Da hörte ich den Nachbarn Holz hacken. Damit wollte er mir Gedanken entziehen.“

- **Wahneinfall, Wahnidée, Wahngedanke**

Wahngedanken sind eingliedrig. Das heißt, es geht kein Außenreiz voraus, sondern sie entstehen spontan.

- **Wahnstimmung**

Sie geht dem manifesten Wahn voraus. Die Wahnstimmung zeichnet sich dadurch aus, dass der Patient die Welt als verändert, bedrohlich, unheimlich wahrnimmt. So, als würde „ein Gewitter aufziehen“ oder „sich etwas anbahnen“.

- **Wahnerinnerung**

Ereignisse aus Zeiten vor der Erkrankung werden jetzt wahnhaft umgedeutet.

- **Wahnarbeit**

Das ist der gesamte Prozess der Ausgestaltung eines manifesten Wahns von der Wahnstimmung bis zu einem Wahnsystem mit in sich geschlossener Struktur.

- **Wahnsystem**

Eine Realität im Sinne des Wahns, die in sich geschlossen ist und äußere wie innere Reize und Wahrnehmungen integriert. Wichtig hierbei ist der Erklärungswahn (s. Wahnthemen).

- **Symbiotischer Wahn (Folie à deux)**

Nahe Bezugspersonen von Wahnkranken weisen ähnliche Wahnsymptome auf wie der Erkrankte. Sie haben sich sozusagen „infiziert“. Man nennt dies auch „in-

duzierter Wahn“. Werden die „infizierten“ Personen vom Wahnkranken getrennt, verschwindet der Wahn meist schnell.

- **Wahnhafte Personenverkenning**

Bekannte Personen werden nicht mehr als die erkannt, die sie sind, sondern im Sinne des Wahns (meistens als Bedrohung) umgedeutet.

- **Synthemer (kongruenter) Wahn**

Wahnentwicklung und affektive Grundstimmung stimmen überein. Zum Beispiel Schuldwahn oder Verarmungswahn bei der Depression, Größenwahn bei der Manie etc.

- **Parathymer (inkongruenter) Wahn**

Wahnentwicklung und affektive Grundstimmung stimmen nicht überein. Zum Beispiel Größenwahn bei der Depression.

- **Wahndynamik**

Die Art, wie Affekt und Wahn innerseelisch verknüpft werden.

- **Residualwahn¹⁷**

Wahnrest nach Abklingen des manifesten Wahns.

3.5.2.1.2 Wahnthemen

- **Beziehungswahn**

Der Betroffene bezieht Dinge, die im Außen geschehen, auf sich, als würde es sich nur seinetwegen ereignen. Der Beziehungswahn ist das häufigste Wahnthema.

- **Beeinträchtigungswahn**

Die Geschehnisse werden vom Patienten nicht nur, wie im Beziehungswahn, **auf** sich bezogen, sondern auch **gegen** sich gerichtet wahrgenommen.

- **Verfolgungswahn**

Steigerung des Beeinträchtigungswahns. Auch harmlose Ereignisse werden so gedeutet, als würde ein Komplott gegen ihn geschmiedet.

- **Vergiftungswahn**

Sonderform des Beeinträchtigungswahns. Der Betroffene nimmt an, die Umwelt wolle ihn gezielt vergiften.

¹⁷ Residuum: das Zurückbleiben von Restsymptomen

- **Bedeutungswahn**
Einem an sich zufälligen Ereignis wird eine besondere Bedeutung zugeschrieben.
- **Hypochondrischer¹⁸ Wahn**
Der Patient ist fest davon überzeugt, an einer tödlichen Krankheit erkrankt zu sein (Krebs, Aids etc.) und deutet jedes kleine körperliche Symptom als Indiz hierfür.
- **Dermatozoenwahn¹⁹**
Der Patient ist davon überzeugt, an einer Erkrankung zu leiden, bei der tierische Erreger unter die Haut eingedrungen sind. Die Patienten spüren oder sehen die Bewegungen unter der Haut.
- **Eifersuchtswahn**
Der betroffene Patient (häufiger Männer) ist unbeirrbar von der Untreue seiner Partnerin/seines Partners überzeugt, auch wenn es hierfür keinen objektiven Anhaltspunkt gibt.
CAVE: Krankhaft gesteigerte Eifersucht: Es gibt objektive Anhaltspunkte, die auf eine begründete Eifersucht schließen lassen, der Patient wird aber nur noch von diesem einen Thema beherrscht.
- **Liebeswahn/erotischer Beziehungswahn**
Die Patientin (meistens Frauen) ist davon überzeugt, von einem bestimmten Mann geliebt zu werden, der sich selbst diese Liebe aber nicht eingestehe und nicht zugeben könne. Durch Blicke, Gesten etc. gebe er ihr zu verstehen, dass er sie liebe, auch wenn sich beide nur flüchtig kennen.
- **Umgedrehter Liebeswahn**
Wenn sich der Liebeswahn zu einem Verfolgungswahn entwickelt und die Patientin glaubt, der Mann wolle sie verfolgen und vergewaltigen.
- **Erklärungswahn**
Der Versuch, sowohl normales Verhalten als auch psychotisches Erleben rational zu erklären.

¹⁸ Hypochondrie: ausgeprägte Angst, eine ernsthafte Erkrankung zu haben, ohne dass sich dafür ein angemessener, objektiver Befund finden lässt

¹⁹ aus dem Griechischen: derma=Haut, zoo=Tier

- **Größenwahn**

Der Patient überschätzt sich, seine Leistungen, seine Fähigkeiten, seine Bedeutung.

- **Bewusstseinswahn/Abstammungswahn**

Der Patient denkt, er sei von besonderer Abstammung.

- **Reichtumswahn**

Der Patient hält sich für reich.

- **Berufungswahn**

Der Patient meint, er sei von Gott oder einer höheren Macht berufen, die Welt oder die Menschen zu retten.

- **Nichtigkeitswahn oder Kleinheitswahn**

Gegenstück zum Größenwahn. Seine Steigerung ist der Nihilismus.

- **Verarmungswahn**

Der Patient ist wahnhaft davon überzeugt, kein Geld zu haben bzw. für den nahenden eigenen Ruin und den seiner nahen Angehörigen verantwortlich zu sein.

- **Schuld- oder Versündigungswahn**

Der Patient ist wahnhaft davon überzeugt, nichts je geleistet zu haben, was gut ist, Freunde hintergangen, die Familie im Stich gelassen, Sünden begangen und Schuld auf sich geladen zu haben.

- **Querulantenwahn**

Das Wahnsystem formiert sich aus einer tatsächlich geschehenen Kränkung heraus und wird zu einem uneinsichtigen Kampf um Gerechtigkeit, der die gesamte Gesellschaft betreffen kann.

Patienten mit manifestem Wahn sollten auf jeden Fall zum Facharzt Neurologie/Psychiatrie geschickt werden, um dort mit Neuroleptika behandelt werden zu können.

Da die Überzeugungen des Patienten aufgrund des Wahns unverrückbar sind (zumal ohne medikamentöse Behandlung), besteht auch **keine Krankheitseinsicht** – die Patienten halten sich nicht für krank! Daher kann mit gesprächstherapeutischen Methoden nichts erreicht werden, was kausal die Erkrankung verbessert.

Begleitend zu einer medikamentösen Therapie kann gesprächstherapeutisch gearbeitet werden, um die Compliance zu verbessern. Zudem lassen sich aus den Wahnthemen Beziehungsmuster, ggf. biographische Geschehnisse, Bewältigungsstrategien etc. ableiten.

Vorrangige Vorkommen der Wahnthemen	
Wahnthema	Vorrangiges Vorkommen
Beziehungswahn	Schizophrenie
Beeinträchtigungswahn	Schizophrenie
Verfolgungswahn	Schizophrenie
Größenwahn	Schizophrenie, psychotische Manie
Dermatozoenwahn	Schizophrenie, organische Psychosen
Eifersuchtswahn	Schizophrenie, chronische Alkoholabhängigkeit
Hypochondrischer Wahn	Wahnhafte Depression
Schuld- oder Versündigungswahn	Wahnhafte Depression
Verarmungswahn	Wahnhafte Depression
Kleinheitswahn, Nichtigkeitwahn, Nihilismus	Wahnhafte Depression
Liebeswahn	Wahnhafte Störungen, v.a. bei Frauen

3.5.2.2 Zwang

Wenn sich ungewollte Impulse, Handlungen oder Gedanken immer wieder aufdrängen, ohne dass der Patient sie unterdrücken oder verdrängen kann, und wenn sie vom Patienten selbst als unsinnig und unangenehm empfunden werden, sprechen wir von einem Zwang.

Wenn die Impulse, Gedanken oder Handlungen unterdrückt werden, kommt es zu starkem Druck, starker Anspannung und Angst.

- **Zwangsgedanken/Zwangsvorstellungen/Zwangseinfälle**
Gedanken, Vorstellungen, Einfälle drängen sich auf, die als unangenehm empfunden werden, ungewollt sind und oft einen Gegenimpuls zur Situation darstellen, wie z.B. „das scheußliche Ding“ beim Betrachten eines schönen Geschenks oder gotteslästernde Gedanken in der Kirche.
- **Zwangsimpulse**
Beim Zwangsimpuls drängt sich nicht ein Gedanke, sondern ein Handlungsimpuls auf, der meist aggressiv oder schädigend ist. Die Handlung wird allerdings **nicht** ausgeführt! Folge ist die Angst des Patienten, diese Handlungsimpulse irgendwann nicht mehr unterdrücken zu können und mit der Ausführung Menschen zu schädigen.
- **Zwangshandlungen**
Bei den Zwangshandlungen drängen sich Handlungen auf, die der Patient ausführen muss, während er sich darüber klar ist, dass sein Verhalten widersinnig ist. Die Handlungen entstehen meist aus den Zwangsgedanken oder aus einem Zwangsimpuls heraus.
- **Zwangsrituale/Zwangszeremonien**
In der Regel dienen die Zwangshandlungen dem Patienten dazu, Spannung und Angst abzubauen, weil sie vermeintlich „Schlimmeres verhindern“, z.B.: „Immer wenn ich auf der Straße alle mir entgegenkommenden Personen zähle, passiert meiner Familie nichts.“
Es ist eine unlogische Verknüpfung der Zwangsgedanken oder -impulse mit bestimmten Zwangshandlungen.
CAVE: Beim Wahn wäre der Patient überzeugt, dass diese Annahme richtig ist. Beim Zwang ist dem Patienten klar, dass es eine widersinnige Annahme ist!

Zwangssymptome sind unspezifische Symptome. Das heißt, sie kommen bei verschiedenen psychischen Erkrankungen vor.



Ein kleiner Hinweis noch an dieser Stelle: Wenn Sie in der Literatur etwas über Zwänge lesen, werden Sie vielleicht über das Wort „ich-fremd“ stolpern. Damit soll ausgedrückt werden, dass die Zwangsgedanken, Impulse und Handlungen vom Patienten als widersinnig empfunden werden.

Ich empfehle, das Wort nicht zu benutzen – zumal nicht in der Überprüfung beim Gesundheitsamt. „Ich-fremd“ kann schnell verwechselt werden mit der Symptomatik von Schizophrenie-Erkrankten, die ihre Gedanken als von außen eingegeben wahrnehmen, also von außerhalb ihrer „Ich-Grenzen“ kommend.

Ein Zwangskranker kann aber klar die Gedanken als seine eigenen, also von innerhalb der „Ich-Grenzen“ kommend wahrnehmen.

3.5.2.3 Überwertige Idee

Das Denken, Handeln und Fühlen kreist perseverierend um einen bestimmenden Leitgedanken oder eine Leitidee. Die Patienten sind bei deren Umsetzung rücksichtslos und gehen dafür buchstäblich „über Leichen“. Sie sind unbelehrbar und für sachliche Diskussionen, die konträre Ansichten beinhalten, nicht zugänglich.

Die Störung hat erst dann Krankheitswert, wenn es durch sie zu einer Beeinträchtigung der alltäglichen Lebensbewältigung kommt.