

Nabil El Ouardi

www.Heilpraktikerplus.com

Kompaktwissen Psychotherapie:
10 Fallbeispiele, 18 essenzielle Themen

Einleitung:

Strukturiert zum Prüfungserfolg – Mit Fallbeispielen durch die wichtigsten Themen der Heilpraktikerprüfung

Sie stehen vor der Herausforderung, die Heilpraktikerprüfung für Psychotherapie zu meistern – und der Lernstoff scheint überwältigend? Es fehlt Ihnen an Struktur, Klarheit und praktischer Verknüpfung? Dann ist dieses eBook genau das Richtige für Sie.

Wir begleiten Sie durch die häufigsten und wichtigsten Themen der amtsärztlichen Überprüfung. Anhand von **zehn ausgewählten Fallbeispielen** gewinnen Sie einen praxisnahen, systematischen Zugang zu zentralen

Prüfungsthemen. So bauen Sie nicht nur theoretisches Wissen auf, sondern lernen auch, psychische Störungen zu erkennen, zuzuordnen und sicher zu benennen – ganz wie es in der Prüfung verlangt wird.

Themen:

- Bewusstseinsstörungen
- Orientierungsstörungen
- Denkstörungen
- Wahrnehmungsstörungen
- Ich-Störungen
- Affektstörungen
- Störungen der Psychomotorik und des Antriebs
- Gedächtnisstörungen
- Konzentration-, Aufmerksamkeit- und Auffassungsstörungen
- Demenz und Delir
- Suchterkrankungen und Substanzmissbrauch
- Affektive Störungen
- Schizophrenie
- Angst- und Zwangsstörungen
- Dissoziative und somatoforme Störungen
- Essstörungen und Schlafstörungen

- Sexuelle Störungen
- Persönlichkeitsstörungen und Entwicklungsstörungen

Fallbeispiel 1: Frau Margarete Lenz

- Bewusstseinsstörungen
- Orientierungsstörungen

Frau Margarete Lenz, 74 Jahre alt, wurde von ihrer Tochter in die Notaufnahme gebracht, da sich ihr Verhalten in den letzten zwei Tagen stark verändert hatte. Laut der Tochter war ihre Mutter auffallend müde, schwer ansprechbar und schien häufig geistig abwesend. Sie habe auf einfache Fragen entweder gar nicht oder erst nach längerer Pause geantwortet und sich mehrfach widersprüchlich geäußert. Besonders auffällig war, dass Frau Lenz mitten in der Nacht plötzlich die Wohnung verlassen wollte, weil sie der Meinung war, zur Arbeit gehen zu müssen – obwohl sie bereits seit über zehn Jahren im

Ruhestand ist. Auch erkannte sie ihre Tochter zeitweise nicht mehr richtig und sprach sie mit fremden Namen oder Titeln an.

Bei ihrer Ankunft im Krankenhaus lag Frau Lenz schläfrig im Bett, reagierte erst nach wiederholter Ansprache und schlief während des kurzen Gesprächs immer wieder ein. Ihre Antworten auf einfache Fragen kamen verzögert und wirkten teilweise unzusammenhängend. So erwähnte sie, dass draußen ein Kind schreie, obwohl keinerlei Geräusche zu hören waren, und beschwerte sich wenig später über „kleine Tiere“, die über den Boden liefen – eine klare visuelle Halluzination. Sie wirkte in diesen Momenten sowohl ängstlich als auch verwirrt, nestelte an ihrer Bettdecke und fragte wiederholt, ob ihr etwas passieren würde. Der Wechsel zwischen Phasen relativer Klarheit und plötzlicher Verwirrung war auffällig.

Im weiteren Gespräch offenbarte sich, dass Frau Lenz in allen Bereichen der Orientierung deutlich beeinträchtigt war. Auf die Frage nach dem Datum antwortete sie, es sei Weihnachten, obwohl tatsächlich der 14. April war. Als man sie nach dem Jahr fragte, sagte sie „1993“. Sie war überzeugt, sich in der Küche ihrer Schwester zu befinden und zeigte keinerlei Verständnis für ihre

tatsächliche Situation im Krankenhaus. Sie erklärte, sie müsse „nur kurz einkaufen gehen“, und erkannte weder die Räumlichkeiten noch die anwesenden Personen. Ihre Tochter wurde von ihr mit einer Mitarbeiterin der Kirche verwechselt, und den behandelnden Arzt sprach sie als „Herr Lehrer“ an. Das Gespräch verlief durchgehend wechselhaft, mal zeigte sie Momente von Orientierung, dann wieder starke Verwirrung.

Die Tochter berichtete, dass bei Frau Lenz bereits vor einem Jahr eine beginnende Demenz diagnostiziert worden war, allerdings sei derartige Verwirrtheit in diesem Ausmaß bisher nie aufgetreten. Der aktuelle Zustand sei vollkommen neu und deutlich ausgeprägter. Die behandelnden Ärztinnen und Pflegerinnen vermuteten ein akutes Delir, das möglicherweise durch eine zusätzliche körperliche Ursache wie eine Infektion, eine Nebenwirkung von Medikamenten oder ein metabolisches Ungleichgewicht ausgelöst wurde. Die bestehende Demenz könnte dabei als begünstigender Faktor gewirkt haben.

Zusammenfassend zeigt Frau Lenz sowohl eine quantitative als auch eine qualitative Bewusstseinsstörung. Ihre quantitative Bewusstseinsstörung äußert sich durch eine

deutlich verminderte Wachheit, in Form von Schläfrigkeit, verlangsamten Reaktionen und eingeschränkter Aufmerksamkeit. Die qualitative Bewusstseinsstörung wird sichtbar durch ihre Verwirrtheit, den Verlust des logischen Denkens, den Realitätsverlust sowie durch Halluzinationen und ein desorganisiertes Verhalten. Gleichzeitig leidet Frau Lenz unter Orientierungsstörungen in allen vier Bereichen: Sie ist zeitlich desorientiert, da sie ein völlig falsches Datum und Jahr nennt. Sie ist örtlich desorientiert, weil sie denkt, sich in der Küche ihrer Schwester zu befinden. Sie ist situativ desorientiert, da sie ihre Lage im Krankenhaus nicht erkennt, und personell desorientiert, weil sie ihre Tochter und den Arzt nicht als solche identifizieren kann. Dieses klinische Bild ist typisch für ein akutes Delir bei einer älteren, vorerkrankten Person und erfordert eine umgehende medizinische Abklärung und Behandlung.

Fallbeispiel 2: Herr Tobias Bertram
- Denkstörungen

Herr Tobias Bertram, ein 38-jähriger Einzelhandelskaufmann, wird von seiner Schwester in die psychiatrische Ambulanz begleitet. Die Schwester berichtet, dass Tobias sich seit mehreren Monaten stark verändert habe. Er sei zunehmend misstrauisch, ziehe sich zurück und spreche oft inhaltlich schwer verständlich. Er beschuldige Arbeitskollegen, ihn auszuspionieren, und habe im Wohnzimmer eine Decke über den Fernseher gehängt, „weil dieser seine Gedanken kontrolliere“. Er sei kaum mehr ansprechbar für rationale Gespräche und lehne ärztliche Hilfe ab. In den letzten Wochen habe er sich geweigert, sein Zimmer zu verlassen oder Besuch zu empfangen. Schließlich habe er damit begonnen, die Türklinken mit Handschuhen zu berühren und sich nach jedem Handgriff ausgiebig die Hände zu waschen, mehrfach hintereinander. Da die Belastung im Alltag unerträglich wurde, entschloss sich die Schwester, ärztliche Hilfe zu suchen.

Bei der Vorstellung in der Ambulanz sitzt Herr Bertram ruhig, aber wachsam im Stuhl, spricht leise und stockend. Während des Gesprächs wirkt er angespannt, schaut häufig über die Schulter

und spricht erst nach mehreren Sekunden auf einfache Fragen. Auf Nachfrage, warum er sich zurückgezogen habe, antwortet er: „Man weiß ja nie... Sie hören alles mit. Alles, was ich denke, ist nicht mehr sicher.“ Er berichtet, dass seine Gedanken „nicht mehr ihm gehören“ und dass Menschen im Supermarkt ihn nur ansehen, um seine inneren Gedanken zu erfahren. Er glaubt, dass bestimmte Zahlenfolgen auf Kassenzetteln versteckte Botschaften enthalten und dass das Fernsehen speziell auf ihn zugeschnittene Sendungen ausstrahlt, um ihn zu manipulieren.

Während des Gesprächs wird deutlich, dass seine Sprache unzusammenhängend ist. Er beginnt Sätze, bricht sie ab, springt plötzlich zu anderen Themen. Auf die Frage, wie es ihm heute geht, antwortet er: „Heute ist... also wenn man bedenkt, was die Schatten sagen... ist es vielleicht auch besser, das Wetter nicht zu fühlen.“ Wiederholt benutzt er neologismenartige Formulierungen, wie „Gedankenschattenfänger“ oder „Schirmbewohner“, ohne diese weiter zu erklären. Es fällt schwer, einem roten Faden zu folgen. Auf Rückfragen reagiert er teilweise mit Misstrauen, verweigert Antworten oder wird ausweichend. Bei Themen, die ihn betreffen,

wirkt er wachsamer und nervöser.

Im weiteren Verlauf offenbart sich ein massives Zwangsverhalten. Er beschreibt, dass er bestimmte Gedanken nicht mehr loswerde. Mehrmals täglich müsse er sich vorstellen, wie seine Wohnung in Flammen stehe, obwohl ihm bewusst sei, dass dies irrational sei. Um „dieser Gefahr zu entgehen“, kontrolliere er mehrfach, ob der Herd ausgeschaltet ist, bis zu zehnmal hintereinander. Er beschreibt den inneren Druck, der nur kurzzeitig nachlasse, wenn er dem Zwang nachgebe. Auch berichtet er von einem inneren Zwang, Dinge in bestimmter Reihenfolge zu erledigen: Erst müsse er dreimal die Tür schließen, bevor er einen Raum verlassen könne – sonst würde „etwas Schlimmes passieren“. Er empfindet diese Gedanken als quälend, aber nicht steuerbar.

In der Vorgeschichte gibt es Hinweise auf eine langjährige Überforderung im Beruf sowie einen familiären Konflikt mit dem Vater, zu dem kein Kontakt mehr besteht. Bisher wurde keine psychiatrische Diagnose gestellt, es bestehen jedoch familiäre Vorbelastungen: Der Vater litt an einer paranoiden Schizophrenie. Herr Bertram selbst lehnt eine stationäre Aufnahme vorerst ab,

erklärt sich jedoch zur ambulanten Weiterbehandlung bereit.

In der Zusammenschau zeigt Herr Bertram sowohl inhaltliche als auch formale Denkstörungen. Zu den inhaltlichen Denkstörungen zählt in seinem Fall ein ausgeprägter paranoider Wahn. Er glaubt, dass seine Gedanken kontrolliert und ausgelesen werden, dass der Fernseher ihn beeinflusst und dass seine Umwelt durch geheime Zeichen mit ihm kommuniziert. Diese Wahngedanken sind bizarr, nicht nachvollziehbar und durch nichts zu widerlegen. Auch die Ich-Störung in Form von Gedankenausbreitung („meine Gedanken sind nicht mehr meine“) ist typisch für eine schwere psychotische Störung.

Die formalen Denkstörungen zeigen sich in seiner Sprachstruktur: Der Gedankenfluss ist verlangsamt, sprunghaft, unlogisch und assoziativ gelockert. Seine Sprache enthält neue Wortbildungen, Satzabbrüche und Themenwechsel ohne Zusammenhang, wodurch die Kommunikation erheblich erschwert ist. Ein klarer roter Faden ist nicht erkennbar.

Zusätzlich treten bei Herrn Bertram

Zwangsgedanken und Zwangshandlungen auf. Die Zwangsgedanken äußern sich in der ständigen Vorstellung von drohenden Gefahren, zum Beispiel eines Wohnungsbrands, während die Zwangshandlungen in Form von ständigen Kontroll- und Waschroutinen auftreten. Diese Zwänge empfindet er selbst als sinnlos und belastend, was typisch ist für eine Zwangsstörung.

Das klinische Bild lässt auf eine komplexe psychische Erkrankung schließen, vermutlich eine paranoide Schizophrenie mit komorbider Zwangsstörung oder einer Zwangskomponente im Rahmen einer Psychose. Eine weitere differenzialdiagnostische Abklärung im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung ist notwendig.

Fallbeispiel 3: Frau Elena Moritz

- Wahrnehmungsstörungen
- Ich-Störungen

Frau Elena Moritz, 26 Jahre alt, wurde von ihrer Mitbewohnerin in die psychiatrische Notaufnahme begleitet. Die Mitbewohnerin wirkte sichtlich besorgt und berichtete, dass Elena

sich seit einigen Tagen zunehmend seltsam verhalte. Sie spreche mit Dingen, die niemand sehe, bewege sich vorsichtig durch die Wohnung, als ob dort etwas Unsichtbares lauere, und habe wiederholt gesagt, dass sich ihre Umgebung verändert habe. Besonders beunruhigend sei gewesen, dass sie sich plötzlich nicht mehr sicher sei, ob sie selbst überhaupt noch sie selbst sei. Die Mitbewohnerin fand sie eines Morgens zusammengerollt im Badezimmer, den Blick auf den Spiegel gerichtet, flüsternd: „Ich bin das nicht. Das bin nicht ich.“

In der psychiatrischen Aufnahme wirkt Frau Moritz nervös und angespannt. Sie weicht Blickkontakt aus, schaut mehrfach in verschiedene Ecken des Raumes und scheint Geräusche zu hören, die für andere nicht wahrnehmbar sind. Auf die Frage, ob sie Stimmen höre, nickt sie zögernd und sagt leise: „Sie sprechen manchmal von mir. Sie sagen, dass ich etwas Schlimmes getan habe.“ Sie beschreibt die Stimmen als fremd, aber gleichzeitig in ihrem Kopf verankert. Es sei, als kämen sie „aus der Wand, aber sie gehen auch durch den Körper“. Während des Gesprächs hält sie sich öfter die Ohren zu und bittet, dass man „das Piepen

abstellt“.

Neben den akustischen Halluzinationen schildert sie auch visuelle Wahrnehmungen, die für andere nicht nachvollziehbar sind. So beschreibt sie, dass die Möbel im Raum „sich verschieben“, dass sich die Tapete „leicht bewegt“, als würde sie atmen. Manchmal erscheine ihr das Gesicht der Mitbewohnerin verändert: „Es verzerrt sich, ihre Haut sieht aus wie aus Glas.“ Sie berichtet, dass sich Farben plötzlich verändern, Dinge heller oder dunkler erscheinen, ohne dass sich das Licht verändert habe.

Noch eindringlicher ist jedoch ihre Schilderung, dass sie sich selbst nicht mehr richtig spüre. „Ich fühle mich manchmal wie von außen“, sagt sie. „Als ob ich mich selbst beobachte, aber nicht steuern kann.“ Sie beschreibt, dass sie das Gefühl habe, sich selbst zu hören und zu sehen, aber nicht mehr richtig mit dem eigenen Körper verbunden zu sein. An anderen Momenten glaubt sie, dass ihre Gedanken nicht mehr ausschließlich ihr gehören: „Manchmal denke ich etwas, aber ich bin mir sicher, dass es gar nicht mein Gedanke ist.“ Sie spricht davon, dass ihre Gedanken beeinflusst werden könnten – durch technische Geräte oder durch fremde Kräfte. Dies

verunsichere sie zutiefst. Es komme ihr vor, als ob etwas von außen ihre Gefühle steuere oder als ob ihr Körper „ferngesteuert“ sei. Teilweise befürchtet sie, dass ihre Mitbewohnerin ihre Bewegungen kontrolliere, ohne dass diese es offen zeige.

Im weiteren Gespräch wirkt Frau Moritz immer wieder dissoziiert, schwer erreichbar und innerlich stark angespannt. Sie scheint Mühe zu haben, sich zu orientieren, berichtet von Schlafstörungen, Appetitverlust und innerer Unruhe. Die Vorgeschichte zeigt, dass sie bereits früher depressive Episoden hatte, allerdings nie mit psychotischen Symptomen. Die Familie berichtet, dass es vor zwei Jahren eine Phase gab, in der sie „sehr realitätsfern“ gewirkt habe, sich aber damals nicht behandeln ließ. In der letzten Woche kam es offenbar zu einem akuten Schub, der nun erstmals medizinisch abgeklärt wird.

Im Gesamtbild zeigt Frau Moritz deutliche Wahrnehmungsstörungen sowie ausgeprägte Ich-Störungen. Zu den Wahrnehmungsstörungen zählen in ihrem Fall sowohl akustische als auch visuelle Halluzinationen: Sie hört Stimmen, die kommentieren und beschuldigen, obwohl keine äußeren Reize vorhanden sind. Visuell nimmt sie

Bewegungen, Verzerrungen und Farbveränderungen wahr, die nicht real sind. Auch die veränderte Wahrnehmung von Personen und Gegenständen – etwa das sich „bewegende“ Gesicht der Mitbewohnerin – fällt in diesen Bereich.

Darüber hinaus leidet sie unter zentralen Ich-Störungen. Sie beschreibt Depersonalisation – das Gefühl, sich selbst fremd zu sein, den eigenen Körper oder die eigene Stimme als losgelöst zu erleben. Ebenso spricht sie von Derealisation, bei der die Umwelt unwirklich erscheint. Besonders auffällig sind ihre Erlebnisse von Gedankeneingebung und Fremdbeeinflussung: Sie glaubt, dass ihre Gedanken nicht mehr ihr allein gehören oder dass sie von außen beeinflusst werden. Auch das Gefühl, ihre Bewegungen würden von jemand anderem gesteuert, gehört zu den klassischen Ich-Störungen und weist auf eine mögliche psychotische Erkrankung hin – beispielsweise eine beginnende schizophrene Psychose. Die beschriebenen Symptome machen eine psychiatrische Weiterbehandlung dringend erforderlich.

Fallbeispiel 4: Herr Markus Weber

- Affektstörungen
- Störungen der Psychomotorik und des Antriebs

Herr Markus Weber, 43 Jahre alt, wird von seiner Ehefrau in die psychiatrische Ambulanz begleitet. Sie berichtet, dass sich Herr Weber in den letzten Wochen zunehmend verändert habe. Anfangs sei er einfach „nur etwas müde und gestresst“ gewesen, doch seit etwa zwei Wochen habe er begonnen, immer weniger aus dem Bett zu kommen, obwohl er sich früher nie lange in der Frühschicht erholte. Er spreche kaum noch, und wenn er es tue, sei seine Stimmung sehr düster. Besonders auffällig sei, dass er in den letzten Tagen gar nicht mehr lachen könne, obwohl früher sein Humor eine der größten Stärken gewesen sei. Auch die früher ausgeprägte Freude an gemeinsamen Unternehmungen sei nicht mehr vorhanden, er lehne alle Einladungen ab und ziehe sich zunehmend in sein Arbeitszimmer zurück.

Im Gespräch erscheint Herr Weber eher passiv, starrend und mit gesenktem Blick. Auf die Frage,

wie es ihm gehe, antwortet er zunächst gar nicht. Nach längerem Schweigen äußert er schließlich: „Es ist alles grau. Es gibt keinen Sinn mehr. Ich möchte nicht mehr raus. Es fühlt sich an, als ob alles um mich herum stillsteht.“ Als der behandelnde Arzt fragt, ob er in letzter Zeit noch etwas gemacht habe, was ihm Freude bereitet habe, erwidert er nur, dass er sich an nichts erinnere, was ihn glücklich gemacht habe. Seine Mimik bleibt dabei nahezu ausdruckslos, und seine Stimme klingt monoton, ohne erkennbare Emotionen. Es fällt schwer, eine positive Regung in seinem Verhalten oder seinen Äußerungen wahrzunehmen.

Seine Ehefrau ergänzt, dass Herr Weber auch in den letzten Tagen immer häufiger in kurzen Phasen der Störung des Antriebs und der Psychomotorik verharre sei. Sie beschreibt, dass er den ganzen Tag über einfach nur in seinem Stuhl gesessen habe, ohne eine Anstrengung zu unternehmen, aufzustehen oder sich zu bewegen. Wenn er versuche, sich zu bewegen, wirke er steif, wie in Zeitlupe. Häufig falle es ihm schwer, einfache Handlungen wie das Anziehen oder das Zubereiten einer Mahlzeit durchzuführen. Stattdessen lasse er sich einfach ins Bett fallen

und starrte die Wand an. Seine Bewegungen seien langsam und unkoordiniert, und manchmal wirke er völlig abwesend, als ob er in einer Art „starrem Zustand“ verharre.

Als Herr Weber aufgefordert wird, einen einfachen Fragen-Antwort-Test durchzuführen, fällt auf, dass er die Fragen sehr langsam und mit langen Pausen beantwortet. Er schaut oft ins Leere, als ob er nach den richtigen Worten sucht, oder es ihm schwerfällt, eine Antwort zu finden. Bei der Frage nach seinem Tag äußert er, dass er „nichts erledigt“ habe und „keinen Sinn in irgendetwas sehe“. Auch hier fällt die Sprachproduktion schwerfällig und monoton aus.

Während des Gesprächs zeigt Herr Weber immer wieder die typischen Zeichen einer Affektstörung: eine tiefe Niedergeschlagenheit und eine Anhedonie, das Fehlen der Fähigkeit, Freude zu empfinden. Auch das Gefühl der inneren Leere wird deutlich, da er keinen Sinn in seinem Alltag sieht. Besonders auffällig ist seine emotionaler Verflachung, da er jegliche Regung oder Emotionen vermissen lässt. Statt einer normalen Gefühlsreaktion, wie sie bei anderen Patienten in ähnlichen Situationen zu beobachten wäre, zeigt er keinerlei Freude, Trauer oder Wut. Alles

scheint gleichgültig zu sein.

Zusätzlich werden Antriebsstörungen sichtbar: Herr Weber hat keine Motivation mehr, etwas zu unternehmen, und es fällt ihm schwer, sich überhaupt aufzuraffen, um einfache Aufgaben zu erledigen. Diese psychomotorische Verlangsamung äußert sich sowohl in seinem Verhalten als auch in der veränderten Körperhaltung und den langsamen Bewegungen. Er wirkt wie „festgefahren“, was auf eine ausgeprägte Antriebshemmung hinweist. Seine psychomotorische Aktivität ist stark eingeschränkt, und er zeigt eine verminderte Agilität.

Zusammengefasst zeigt Herr Weber sowohl Affektstörungen als auch Störungen des Antriebs und der Psychomotorik. Bei den Affektstörungen handelt es sich um eine starke Niedergeschlagenheit und Anhedonie, die in seiner Unfähigkeit gipfelt, Freude zu empfinden. Dies ist typisch für eine depressive Episode, die auch mit einer emotionalen Verflachung einhergeht. Die Störungen des Antriebs werden sichtbar durch die Antriebshemmung und das Fehlen von Motivation, alltägliche Aufgaben zu erledigen, was sich in einer starken

psychomotorischen Verlangsamung äußert. Herr Weber ist in seinen Bewegungen und seinem Verhalten deutlich eingeschränkt, was eine schwere psychische Belastung für ihn darstellt. Diese Symptome deuten auf eine klinisch relevante depressive Episode hin, die eine spezifische Behandlung benötigt, möglicherweise mit einer Kombination aus medikamentöser Therapie und Psychotherapie.

Fallbeispiel 5: Frau Claudia Hartmann

- Gedächtnisstörungen
- Konzentration-. Aufmerksamkeit- und Auffassungsstörungen

Frau Claudia Hartmann, 52 Jahre alt, wird von ihrer Tochter in die psychiatrische Ambulanz begleitet. Die Tochter berichtet besorgt, dass ihre Mutter in den letzten Monaten immer wieder vergesslicher geworden sei. Es habe damit begonnen, dass sie oft Termine vergaß und immer wieder nach dem Weg nach Hause fragte, obwohl sie seit Jahren in derselben Stadt lebte. Zunächst habe man sich keine großen Sorgen gemacht,

doch die Situation habe sich zunehmend verschärft. Zuletzt habe Frau Hartmann beim Einkaufen mehrfach ihre Brieftasche vergessen und sei mit den Einkäufen nach Hause gekommen, ohne das Geld bezahlt zu haben. Auch im Gespräch sei sie immer wieder abwesend, und es komme vor, dass sie mitten im Satz die Worte vergesse oder ein Thema plötzlich verliere. Besonders belastend sei, dass sie sich nicht mehr an Ereignisse aus dem Vortag erinnern könne und oft frage, was sie den Tag zuvor gemacht habe.

Im Gespräch in der Ambulanz wirkt Frau Hartmann zunehmend unsicher und gelegentlich verwirrt. Sie ist kooperativ, aber ihre Gedanken wirken zerstreut. Auf Fragen nach ihrem aktuellen Befinden antwortet sie oft ausweichend oder unzusammenhängend. Auf die Frage, wie es ihr in letzter Zeit ergangen sei, sagt sie: „Ach, ich weiß nicht. Alles ist so... seltsam. Ich denke immer wieder an... ähm... an diese eine Sache, aber dann fällt mir nicht mehr ein, was es war.“ Sie schaut dabei nachdenklich in die Luft, als ob sie versucht, sich an etwas zu erinnern. Während des Gesprächs fällt auf, dass sie bei jeder zweiten Frage kurz innehält, als ob sie nach den richtigen

Worten sucht. Auch bei der Erklärung von einfacheren Sachverhalten wirkt sie unsicher und wiederholt sich, als ob sie sich selbst nicht mehr sicher ist.

Die Tochter berichtet, dass Frau Hartmann in den letzten Wochen häufig ähnliche Fragen gestellt habe, ohne sich an die Antworten zu erinnern. Es habe Situationen gegeben, in denen sie nach dem gleichen Vorgang oder Ereignis innerhalb weniger Minuten wieder gefragt habe. Besonders auffällig sei, dass sie sich an Dinge aus der Vergangenheit nur noch vage erinnern könne und bei einem Gespräch über vergangene Reisen oder Erlebnisse auf die Frage, was sie konkret erlebt habe, meist mit „Ich weiß es nicht mehr genau“ antworte.

Auf weitere Nachfragen zur Konzentration, Aufmerksamkeit und Auffassungsgabe stellt sich heraus, dass Frau Hartmann zunehmend Schwierigkeiten hat, sich auf Gespräche oder Aufgaben zu konzentrieren. Sie kann einem längeren Gespräch nicht folgen, verliert den Faden und springt zwischen den Themen hin und her. Wenn sie nach einer Geschichte oder einem Ereignis gefragt wird, ist ihre Schilderung oft unvollständig und zusammenhanglos. Es wird deutlich, dass sie Probleme hat, Informationen zu

verarbeiten und in eine sinnvolle Reihenfolge zu bringen. Bei einem einfachen Test zur Konzentration (wie der Aufforderung, Zahlen in aufsteigender Reihenfolge zu nennen) benötigt sie mehrfach Hilfe und kann die Aufgabe nur mit sehr langsamer Reaktion bewältigen. Sie fragt mehrmals nach, wie viele Zahlen sie nennen soll und vergisst zwischen den Versuchen, bei welcher Zahl sie gerade war.

Außerdem zeigt sich eine Auffassungsstörung: Auf die Frage nach einer Geschichte über ein kürzlich gelesenes Buch, auf das sie angespielt wird, gibt sie eine stark verzerrte und ungenaue Wiedergabe, die nur in groben Zügen stimmt, aber viele Details fehlen. Sie hat Schwierigkeiten, die wesentlichen Punkte der Geschichte zu erfassen und kann keine Verbindungen zwischen den Ereignissen herstellen. Ihre Berichterstattung wirkt oberflächlich und nicht fokussiert, als ob sie die tiefere Bedeutung oder die Details des Textes nicht erfassen kann.

In der Vorgeschichte gibt es keinerlei Hinweise auf neurologische Erkrankungen, aber Frau Hartmann hat in den letzten Jahren vermehrt unter Stress und Schlafproblemen gelitten. In der Familie gibt es eine bekannte Vorgeschichte von

Demenz, da ihre Mutter im höheren Alter an einer Alzheimer-Erkrankung litt. Frau Hartmann selbst scheint sich über ihre zunehmenden Schwierigkeiten zunehmend bewusst zu werden, was ihre Ängste verstärkt und sie noch mehr verunsichert.

Im Gesamtbild fallen bei Frau Hartmann deutliche Gedächtnisstörungen auf. Sie hat erhebliche Schwierigkeiten, sich an kürzlich erlebte Ereignisse zu erinnern, was sich in der Wiederholung der gleichen Fragen innerhalb kurzer Zeiträume äußert. Ihre Gedächtnislücken betreffen sowohl das episodische Gedächtnis (Erinnerungen an Erlebnisse) als auch das semantische Gedächtnis (Wissen und Fakten). Sie hat zudem Schwierigkeiten, neue Informationen zu speichern, was sich in der schnellen Vergesslichkeit und in der Unfähigkeit zeigt, Gespräche und Details nachzuvollziehen.

Zudem zeigen sich Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Auffassungsstörungen, die sich in der verminderten Fähigkeit äußern, Informationen zu verarbeiten und sich auf komplexere Aufgaben zu konzentrieren. Ihre Aufmerksamkeitsspanne ist deutlich verkürzt, sie verliert leicht den Faden in Gesprächen und hat

Probleme, Aufgaben mit mehreren Schritten zu erledigen. Ihre Auffassungsgabe ist eingeschränkt, und sie hat Schwierigkeiten, wesentliche Inhalte zu erfassen und zusammenhängend zu berichten. Diese Symptome deuten auf eine kognitive Beeinträchtigung hin, möglicherweise in Zusammenhang mit einer beginnenden Demenz, die einer genaueren neurologischen Abklärung bedarf.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass Frau Hartmann sowohl Gedächtnisstörungen als auch Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Auffassungsstörungen aufweist. Die Gedächtnisstörungen äußern sich in einer Vergesslichkeit, die besonders das kürzliche Gedächtnis betrifft und sich in wiederholten Fragen sowie Problemen bei der Erinnerung an aktuelle Ereignisse zeigt. Ihre Konzentration und Aufmerksamkeit sind stark beeinträchtigt, was sie daran hindert, längeren Gesprächen zu folgen oder komplexe Aufgaben zu bewältigen. Auch ihre Auffassungsgabe ist eingeschränkt, da sie Schwierigkeiten hat, Informationen zu verstehen und sinnvoll zu verarbeiten. Diese Symptome erfordern eine weitere diagnostische Abklärung,

um mögliche kognitive Erkrankungen, wie eine beginnende Demenz, zu überprüfen und frühzeitig geeignete therapeutische Maßnahmen zu ergreifen.

Fallbeispiel 6: Herr Johannes Krüger

- Demenz und Delir
- Suchterkrankungen und Substanzmissbrauch

Herr Johannes Krüger, ein 68-jähriger, ehemaliger Lkw-Fahrer, wurde an einem kalten Herbstabend in die Notaufnahme eingeliefert. Seine Nachbarin hatte ihn verwirrt, barfuß und nur in einen alten Bademantel gehüllt auf der Straße gefunden, wo er lautstark mit unsichtbaren Gestalten sprach. Er behauptete, man habe seine Möbel gestohlen und versteckte Kameras in den Wänden. Im Krankenhaus zeigte sich Johannes tief desorientiert: Er konnte nicht sagen, wo er war, verwechselte das Krankenhaus mit einem Gefängnis und glaubte, seine verstorbene Frau habe ihn hierher gebracht.

Sein Verhalten schwankte auffällig. In einem

Moment war er kaum ansprechbar, im nächsten aggressiv, fuchtelte mit den Armen, beschimpfte das Personal und bestand darauf, dass „sie ihn beobachten“. Immer wieder nestelte er an der Bettdecke, versuchte aufzustehen, konnte jedoch kaum gehen. Seine Pupillen waren weit, der Puls erhöht, er schwitzte stark, klagte über Übelkeit und sprach von „krabbelnden Dingen unter der Haut“. Während der Nacht wurde er zunehmend unruhiger, schrie plötzlich auf, rief nach seiner Mutter und war überzeugt, dass Ratten unter dem Bett krochen. Es war deutlich, dass sein Bewusstseinszustand sich im Minutentakt veränderte.

Sein älterer Bruder, Dieter Krüger, erschien kurz darauf im Krankenhaus und ergänzte die Anamnese. Johannes sei seit dem Tod seiner Frau vor acht Jahren zunehmend vereinsamt. Früher sei er lebensfroh und zuverlässig gewesen, doch in den letzten Jahren habe er sich völlig verändert. Er trank täglich mindestens eine Flasche Wodka und sei oft tagelang nicht ansprechbar gewesen. Er habe mehrfach Dinge verlegt, sich in der eigenen Wohnung verirrt und behauptet, verstorbene Angehörige würden ihn nachts besuchen. Seit Monaten sei seine Sprache

verlangsamt, die Bewegungen unsicher und zitterig. Medikamente habe er nie konsequent genommen. Kürzlich habe er von einem Bekannten „Tabletten zum Runterkommen“ bekommen, vermutlich Benzodiazepine.

Die Laborwerte zeigten eine Leberfunktionsstörung, eine ausgeprägte Hyponatriämie sowie einen deutlichen Vitamin-B1-Mangel. Der Urinschnelltest war positiv auf Benzodiazepine. Klinisch fiel Johannes durch motorische Unruhe, starke kognitive Einbrüche, wechselhafte Vigilanz und halluzinatorisches Erleben auf. Die Ärzte diagnostizierten schließlich ein schweres alkoholinduziertes Delirium tremens auf dem Boden einer beginnenden vaskulären Demenz, zusätzlich kompliziert durch Benzodiazepin-Mischkonsum und langjährigen Alkoholmissbrauch.

Zusammenfassung:

Herr Johannes Krüger zeigte eine eindrucksvolle Symptomatik, die auf eine komplexe Kombination verschiedener Krankheitsbilder hinweist. Die fortschreitende kognitive Verschlechterung, seine Gedächtnisprobleme,

Orientierungslosigkeit, Sprachverlangsamung und soziale Rückzugsverhalten sind typische Anzeichen einer beginnenden Demenz, vermutlich mit vaskulärer Komponente durch den langjährigen Alkoholkonsum. Gleichzeitig traten akute Symptome auf, wie starke Bewusstseinsbeeinträchtigung, wechselhafte Wachheit, massive Halluzinationen, psychomotorische Unruhe, Zittern, vegetative Entgleisungen (wie starkes Schwitzen, Tachykardie und Übelkeit), sowie paranoide Vorstellungen. Diese akuten Symptome sprechen für ein Delir, genauer gesagt ein Delirium tremens, ausgelöst durch den plötzlichen Alkoholentzug. Der langjährige Substanzmissbrauch in Form chronischen Alkoholkonsums hatte nicht nur zu körperlichen Schädigungen (wie Lebererkrankung und Vitaminmangel), sondern auch zu einer psychischen und neurologischen Degeneration geführt. Der zusätzliche Konsum von Benzodiazepinen erschwerte die Situation und führte zu einer potenziell lebensbedrohlichen Mischintoxikation. In der Summe zeigt dieser Fall, wie stark Demenz, Delir und Suchterkrankungen sich gegenseitig bedingen und verstärken können – und wie wichtig ein

frühzeitiges Erkennen und therapeutisches Eingreifen ist.

Fallbeispiel 7: Frau Anna Müller

- Schizophrenie
- Affektive Störungen

Frau Anna Müller, 29 Jahre alt, wurde von ihrem Freund in die psychiatrische Klinik gebracht, nachdem sie während eines urlaubsbedingten Aufenthalts bei ihren Eltern plötzlich einen schweren psychotischen Schub erlitt. Zuvor war sie ein Jahr lang stabil, arbeitete als Lehrerin und hatte ihre Stimmungsschwankungen weitgehend unter Kontrolle. Doch nach einer stressigen Phase in der Schule, verbunden mit Schlafmangel und familiären Spannungen, kam es zu einem dramatischen Wendepunkt.

Anna war zunächst extrem euphorisch und hyperaktiv. Sie konnte tagelang nicht schlafen, arbeitete rund um die Uhr an einem Buchprojekt, das sie der „Welt präsentieren“ wollte. Sie

erzählte wild durcheinander von ihren „visionären“ Ideen, die das „globale Denken revolutionieren“ sollten. Ihre Sprache war sprunghaft, sie sprudelte vor Ideen und sprach ununterbrochen. In der Familie schockierte sie, als sie begann, ihre Eltern davon zu überzeugen, dass sie über „göttliche Kräfte“ verfüge und dass sie in der Lage sei, die „Welt zu retten“. Sie setzte riesige Summen aus ihrem Ersparten in eine Marketingkampagne für das Buch und mietete kurzfristig ein teures Büro, obwohl sie über keine entsprechenden finanziellen Mittel verfügte.

Kurz darauf, nach einem kurzen Rückfall in das tägliche Leben, begann Anna in einen tiefen Abgrund zu stürzen. Die Euphorie verwandelte sich in starke depressive Symptome. Sie zog sich von ihren Freunden und der Familie zurück, weigerte sich, das Haus zu verlassen, und verbrachte tagelang in ihrem Zimmer. Sie weinte viel und sprach von Gefühlen der Leere und der Bedeutungslosigkeit. Sie äußerte immer wieder Suizidgedanken und beschrieb sich selbst als „unnütz“ und „wertlos“. Ihre Gedanken waren langsam, ihre Bewegungen träge, und sie war in der Kommunikation kaum noch ansprechbar. Ihre Eltern berichteten, dass Anna in den letzten

Jahren immer wieder ähnliche Phasen erlebt hatte, jedoch nie so ausgeprägt wie diesmal.

Zusätzlich zu den depressiven Symptomen berichtete Anna von ständigen Halluzinationen – insbesondere hörte sie immer wieder Stimmen, die sie kritisierten und ihr vorwarfen, nicht genug zu tun, um ihre „göttliche Mission“ zu erfüllen. Diese Stimmen wurden so intensiv, dass sie ihr tägliches Leben massiv beeinträchtigten. Sie glaubte auch, dass Menschen in ihrer Umgebung sie ausspionierten und versuchten, ihre „Arbeiten zu sabotieren“.

Bei der psychiatrischen Aufnahme wurden sowohl Symptome einer bipolaren affektiven Störung als auch einer Schizoaffectiven Störung diagnostiziert. Anna zeigte manische Phasen mit übersteigertem Selbstwertgefühl, Ideenflucht und vermindertem Schlafbedürfnis, gefolgt von schweren depressiven Episoden mit Antriebslosigkeit, Suizidgedanken und sozialer Isolation. Parallel dazu traten psychotische Symptome in Form von Halluzinationen und Verfolgungswahn auf, was auf die schizoaffective Komponente ihrer Erkrankung hinwies.

Zusammenfassung:

Frau Anna Müller zeigt eine komplexe Symptomatik, die sowohl Merkmale einer bipolaren affektiven Störung als auch einer schizoaffectiven Störung umfasst. Ihre manischen Episoden mit übersteigertem Selbstwertgefühl, Schlaflosigkeit, Ideenflucht, Rededrang und sozialen Enthemmungen entsprechen den typischen Symptomen einer bipolaren Störung, bei der Patienten zwischen extremen Hochs und Tiefs schwanken. In der manischen Phase überschätzt sie sich selbst, trifft unüberlegte finanzielle Entscheidungen und hat das Gefühl, eine besondere Mission zu erfüllen. Diese manischen Episoden können in eine depressive Phase übergehen, in der Anna sich selbst als wertlos empfindet, an Antriebslosigkeit leidet und Suizidgedanken äußert. In der depressiven Phase tritt ein gravierender Rückzug auf, und Anna fühlt sich von der Welt entfremdet.

Zusätzlich zeigen sich in Anna psychotische Symptome, wie das Hören von Stimmen, die sie kritisieren und ihre Handlungen beeinflussen wollen. Diese Halluzinationen und die paranoiden Gedanken, dass sie von anderen ausspioniert und

ihre „Mission sabotiert“ wird, deuten auf die schizoaffective Störung hin, bei der psychotische Symptome mit affektiven Störungen (wie Depression und Manie) kombiniert sind.

Die Kombination dieser beiden Störungen führt zu einer besonders herausfordernden Krankheitsverlauf, bei dem sowohl die Stimmungsschwankungen als auch die psychotischen Symptome die Lebensqualität der Betroffenen massiv beeinträchtigen. Ohne eine adäquate Behandlung in Form von Psychopharmaka (wie Antipsychotika und Stimmungsstabilisatoren) sowie Psychotherapie besteht ein hohes Risiko für eine Chronifizierung der Krankheit und gravierende soziale und berufliche Probleme.

Fallbeispiel 8: Herr Peter Schäfer

- Angst- und Zwangsstörungen
- Dissoziative und somatoforme Störungen

Herr Peter Schäfer, 45 Jahre alt, wurde von seiner Frau zur Behandlung in die psychiatrische Klinik gebracht, nachdem er in den letzten Wochen

zunehmend an seiner Lebensqualität und seinem Alltagsleben verzweifelte. Peter war immer ein äußerst zuverlässiger und gewissenhafter Mann gewesen. Doch in den letzten Monaten häuften sich die Symptome, die seine tägliche Existenz stark belasteten.

Der Ursprung seiner Beschwerden lag in einer plötzlichen Angst, die ihn in immer kürzeren Abständen überkam. Zunächst begann es mit einer tiefen Besorgnis über seine Gesundheit. Peter fürchtete ständig, an einer schweren Krankheit wie Krebs oder einem Herzinfarkt zu leiden, obwohl keinerlei körperliche Anzeichen darauf hindeuteten. Diese Ängste führten zu täglichen Arztbesuchen und unzähligen medizinischen Untersuchungen, die alle zu keinerlei Befund führten. Doch das beruhigte ihn nicht, im Gegenteil: Die Ängste wurden stärker, und bald begann er, sich in seiner Wohnung einzusperren, um „irgendwelche schlimmen Krankheiten“ zu vermeiden. Er konnte keine öffentlichen Verkehrsmittel mehr benutzen und verließ das Haus nur noch in dringenden Fällen.

Nach einiger Zeit tauchten Zwangsgedanken auf. Peter war überzeugt, dass er ständig etwas „vergessen“ könnte, was zu einer Katastrophe

führen würde. Die Sorge, er könnte die Tür nicht richtig abschließen oder den Herd angelassen haben, hielt ihn stundenlang im Haus. Es war nicht mehr möglich, eine einfache Entscheidung zu treffen, ohne sich wieder und wieder zu versichern, dass alles in Ordnung war. Diese Rituale, die ihn in den Wahnsinn zu treiben drohten, machten ihn zunehmend hilflos. Er begann, auch die Straßen zu meiden, aus Angst, dass sich etwas Unvorhergesehenes ereignen könnte, das er nicht mehr kontrollieren konnte.

Die eigentlichen Probleme begannen jedoch, als Peter plötzlich eine Reihe von körperlichen Symptomen entwickelte. Immer wieder klagte er über starke Schmerzen in der Brust, Magenkrämpfe und Zittern, doch die Ärzte fanden keine organischen Ursachen. Diese Symptome verstärkten die Angst nur noch mehr. Peter begann, seine täglichen Aktivitäten aufzugeben, weil er befürchtete, dass er bei einem Anfall zusammenbrechen könnte. Die körperlichen Beschwerden waren so ausgeprägt, dass er kaum noch in der Lage war, zur Arbeit zu gehen oder mit seiner Familie zu sprechen.

In einer besonders schweren Nacht, als er erneut an Brustschmerzen litt und sich vor einer

angeblichen „Krankheit“ fürchtete, erlebte Peter einen völlig unerklärlichen Zustand. Er fühlte sich plötzlich, als ob er aus seinem eigenen Körper herausgetreten wäre. Alles um ihn herum war unwirklich, und er konnte seine Hände nicht mehr spüren. Es war, als ob er sich selbst nicht mehr erkennen konnte. Dieser Zustand hielt mehrere Stunden an und löste in ihm eine neue Welle der Verwirrung aus. Er fühlte sich nun zusätzlich von sich selbst entfremdet, als ob er nicht mehr in der Lage war, die Kontrolle über seinen Körper und seine Gedanken zu behalten.

Der behandelnde Psychiater diagnostizierte bei Peter eine Angststörung mit Zwangsgedanken und -handlungen, zusätzlich zu somatoformen Symptomen (körperliche Beschwerden ohne organischen Befund) und dissoziativen Symptomen. Die Angst, zu erkranken, hatte sich zu einem ausgeprägten Teufelskreis entwickelt, der durch die zwanghaften Rituale und die ständigen körperlichen Beschwerden noch verstärkt wurde.

Zusammenfassung:

Herr Peter Schäfer leidet an einer komplexen psychischen Störung, die mehrere Krankheitsbilder miteinander vereint. Die Grundlage seiner Beschwerden ist eine Angststörung, die sich in der ständigen Sorge um seine Gesundheit äußert. Diese übermäßige Besorgnis führt zu einer Zwangsstörung, bei der Peter regelmäßig Zwangsgedanken hegt und zwanghafte Handlungen ausführt, um sich vor möglichen Katastrophen zu schützen. Zu den Zwangshandlungen gehören ständige Überprüfungen und das Vermeiden bestimmter Situationen, was seinen Alltag zunehmend einschränkt und ihm das Gefühl gibt, die Kontrolle über sein Leben zu verlieren.

Zusätzlich entwickelt Peter somatoforme Symptome, bei denen er körperliche Beschwerden wie Brustschmerzen und Magenkrämpfe verspürt, obwohl medizinische Untersuchungen keinen organischen Befund ergeben. Diese körperlichen Beschwerden sind Ausdruck seiner psychischen Belastung und verstärken wiederum seine Ängste. Der Zustand verschärft sich, als er plötzlich dissoziative Symptome erlebt – das Gefühl der Entfremdung von seinem eigenen Körper und der Welt um ihn

herum. Dieser Zustand der Dissoziation verstärkt das Gefühl der Unwirklichkeit und der Kontrollverlust, was zu einer weiteren Verschlechterung seines psychischen Zustands führt.

Insgesamt zeigt sich, wie sich Angst, Zwang, körperliche Beschwerden und das Gefühl der Entfremdung in einem gefährlichen Teufelskreis verflechten können. Ohne therapeutische Hilfe, insbesondere durch kognitive Verhaltenstherapie und gegebenenfalls medikamentöse Unterstützung, besteht die Gefahr einer chronischen Verschlechterung der Symptome. Peter benötigt eine Behandlung, die sowohl die zugrunde liegenden Ängste als auch die körperlichen Beschwerden und die dissoziativen Zustände adressiert.

Fallbeispiel 9: Frau Clara Wagner

- Essstörungen und Schlafstörungen
- Sexuelle Störungen

Frau Clara Wagner, 32 Jahre alt, eine erfolgreiche

Marketingmanagerin, wurde von ihrem Partner in die Klinik gebracht, nachdem sie über Monate hinweg zunehmend mit körperlichen und psychischen Problemen zu kämpfen hatte. Anfangs war Clara eine ausgeglichene und lebenslustige Frau, doch in den letzten anderthalb Jahren hatte sich ihr Verhalten dramatisch verändert. Sie begann, sich immer stärker auf ihre Ernährung und ihren Körper zu fixieren. Aus anfänglicher „gesunder Ernährung“ wurde ein zunehmend rigoroser Kontrollzwang. Clara reduzierte ihre Nahrungsaufnahme drastisch, zählte jede Kalorie und verbrachte Stunden mit dem Studieren von Diäten und Ernährungsplänen. Sie nahm immer weiter ab, und ihre Bekannten begannen, sich Sorgen um ihren Gesundheitszustand zu machen, da sie sichtbar an Gewicht verlor und einen erschöpften, blassen Eindruck machte.

Trotz ihrer immer weiter sinkenden Körpermasse, die sie zunehmend als „unattraktiv“ empfand, konnte Clara nicht von ihrem Drang loslassen, noch mehr abzunehmen. Ihre Selbstwahrnehmung war verzerrt, und sie hielt sich für „zu dick“, obwohl sie bereits einen kritischen BMI unterschritt. Ihre Angst, zuzunehmen, nahm

immer mehr überhand. Sie entwickelte außerdem eine ständige Besessenheit von der Waage und dem Kalorienverbrauch und verzichtete auf jegliche soziale Aktivitäten, die mit dem Essen verbunden waren. Sie mied Einladungen zu Abendessen und isolierte sich zunehmend.

Doch das war nicht alles: Clara begann, immer schlechter zu schlafen. Zu Beginn waren es gelegentlich schlaflose Nächte, aber bald konnte sie fast jede Nacht nur noch mit sehr großen Schwierigkeiten einschlafen. Wenn sie doch einmal einschlief, wachte sie nach ein paar Stunden wieder auf und konnte den Schlaf nicht mehr fortsetzen. Häufig fühlte sie sich den ganzen Tag über müde und erschöpft. Ihre Schlafstörungen verschlechterten sich zunehmend, und sie litt unter häufigen Alpträumen, in denen sie von Übergewicht, Mangel an Kontrolle und gesellschaftlicher Ablehnung verfolgt wurde. Auch tagsüber quälten sie ständige Grübelgedanken über ihren Körper und die Nahrung.

Hinzu kamen Probleme in ihrer Beziehung. Clara hatte seit einiger Zeit das Gefühl, dass ihre Sexualität immer weniger präsent war. Der Gedanke an Sex löste bei ihr Angst und

Unbehagen aus, und sie konnte sich nicht mehr entspannen, wenn sie mit ihrem Partner intim werden wollte. Ihre Lust war völlig verschwunden, und sie weigerte sich, intime Momente zuzulassen. Sie beschrieb ihre sexuelle Erfahrung als „unangenehm“ und fühlte sich in ihrem eigenen Körper zunehmend entfremdet. Ihre innere Unruhe und der ständige Druck, ihren Körper zu kontrollieren, verhinderten es, dass sie sich im Intimbereich entspannen konnte. Ihre Partnerschaft war durch diese Veränderungen stark belastet, und Clara war innerlich zerrissen zwischen dem Wunsch nach Nähe und der ständigen Ablehnung ihrer eigenen Sexualität.

In der psychiatrischen Untersuchung wurde bei Clara eine Anorexia nervosa diagnostiziert, kombiniert mit ausgeprägten Schlafstörungen und einer sexuellen Funktionsstörung. Ihre Essstörung zeigte sich in restriktivem Essverhalten, ständiger Körperwahrnehmungsverzerrung und Angst vor Gewichtszunahme. Gleichzeitig manifestierten sich ihre Schlafstörungen als Insomnie und Alpträume, die eng mit den psychischen Belastungen durch die Essstörung verknüpft waren. Die sexuelle Funktionsstörung war als eine Kombination aus verminderter Libido und

sexueller Vermeidung zu werten, was auf die seelische und körperliche Belastung durch die Essstörung und Schlafprobleme zurückzuführen war.

Zusammenfassung:

Frau Clara Wagner zeigt eine ausgeprägte Essstörung, die in Form einer Anorexia nervosa vorliegt. Diese Essstörung ist durch eine verzerrte Körperwahrnehmung und die ständige Angst vor Gewichtszunahme gekennzeichnet, was zu einem extrem restriktiven Essverhalten führt. Clara ist so stark von ihrem Körperbild und der Kontrolle über ihre Nahrungsaufnahme besessen, dass sie sich zunehmend isoliert und gesundheitlich stark beeinträchtigt. Ihre Körperwahrnehmung ist von der Vorstellung geprägt, „zu dick“ zu sein, obwohl sie bereits gefährlich untergewichtig ist. Diese Ängste sind der zentrale Kern ihrer Essstörung und beeinflussen ihre psychische Stabilität in hohem Maße.

Zusätzlich leidet Clara an Schlafstörungen, insbesondere an einer Insomnie (Schlaflosigkeit), bei der sie Schwierigkeiten hat, einzuschlafen und

durchzuschlafen. Ihre Schlafprobleme sind durch ständige Grübelgedanken und Ängste bedingt, die eng mit ihrer Essstörung verbunden sind. Sie erlebt häufig Albträume, die ihre psychische Belastung weiter verstärken und ihre Erschöpfung und Isolation vertiefen.

Zu den psychischen und körperlichen Problemen kommt eine sexuelle Funktionsstörung hinzu. Clara kann keine sexuelle Erregung oder Lust mehr erleben und vermeidet intime Momente mit ihrem Partner. Diese Störung ist eng mit ihrer Essstörung und den damit verbundenen negativen Körperwahrnehmungen verknüpft. Der ständige Druck, Kontrolle über ihren Körper zu behalten, und die emotionale Belastung führen dazu, dass Clara sich selbst im Intimbereich ablehnt und ihre Partnerschaft leidet.

Insgesamt handelt es sich bei Clara um eine Patientin mit einer komplexen psychischen Symptomatik, die durch die Wechselwirkungen zwischen Essstörungen, Schlafstörungen und sexuellen Funktionsstörungen zu einer erheblichen Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität führt. Eine adäquate Behandlung, die sowohl psychotherapeutische Maßnahmen (insbesondere kognitive Verhaltenstherapie) als auch

medikamentöse Unterstützung für Schlaf und Stimmung umfasst, ist notwendig, um die Symptome zu lindern und Clara wieder eine gesunde Lebensweise zu ermöglichen.

Fallbeispiel 10: Herr Tobias Lang

- Persönlichkeitsstörungen
- Entwicklungsstörungen

Herr Tobias Lang, 28 Jahre alt, lebt seit seiner Kindheit mit großen Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen und hat immer wieder Probleme, sich in der Gesellschaft zurechtzufinden. Als Kind zeigte Tobias bereits auffällige Verhaltensweisen, die sich später in seinem Erwachsenenleben verstärkten. Schon im Alter von fünf Jahren zeigte er Schwierigkeiten, sich an Regeln zu halten, hatte Probleme in der Schule und konnte keine stabilen Freundschaften aufbauen. Stattdessen tendierte er zu intensiven und oft stürmischen Beziehungen, die häufig in Konflikten endeten.

Im Jugendalter begannen bei Tobias deutlichere Symptome einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (Borderline-Störung) zu erscheinen. Er fühlte sich häufig von anderen missverstanden und leidenschaftlich verletzt, selbst bei geringfügigen Kritikpunkten. Tobias konnte seine Emotionen nur schwer kontrollieren und reagierte impulsiv. Oft hatte er das Gefühl, dass er sich zwischen intensiven Schwankungen von Wut und tiefer Traurigkeit „verlor“. Ein weiteres auffälliges Symptom war seine Neigung zu extremen Beziehungen: Entweder stellte er seine Partner auf ein Podest und idealisierte sie, oder er verfiel in totale Abneigung und distanzierte sich schnell, sobald er das Gefühl hatte, dass der andere ihn nicht genug beachtete.

Mit 23 Jahren zeigte Tobias zunehmend Zwangsgedanken und Verhaltensweisen, die an eine obsessive-zwanghafte Persönlichkeitsstörung erinnerten. Er hatte den Drang, sein Leben und seine Umgebung in einer sehr strikten Weise zu ordnen und zu kontrollieren. Etwaige Abweichungen von seiner eigenen Ordnung oder unerwartete Veränderungen verursachten bei ihm erheblichen Stress. Er hatte feste Rituale und Zwangshandlungen, um sich „sicher“ zu fühlen,

etwa das ständige Überprüfen von Türen und Fenstern oder das Überdenken jeder Entscheidung.

Parallel dazu wuchs bei Tobias die Erkenntnis, dass seine Schwierigkeiten nicht nur in seinen zwischenmenschlichen Beziehungen, sondern auch in seiner beruflichen Entwicklung und seinem Alltag schwerwiegende Auswirkungen hatten. Er fiel bei der Arbeit oft durch seine mangelnde Flexibilität und seine Schwierigkeiten, im Team zu arbeiten, auf. Seine Entwicklungsstörungen zeigten sich in der Tatsache, dass er trotz seiner akademischen Fähigkeiten Schwierigkeiten hatte, Verantwortung zu übernehmen und selbstständige Entscheidungen zu treffen. In sozialen Situationen fühlte er sich häufig überfordert und isoliert, was zu einem Rückzug führte, wenn er das Gefühl hatte, dass er mit den Erwartungen seiner Umgebung nicht Schritt halten konnte. Besonders herausfordernd war es für ihn, in stressigen Situationen wie Präsentationen oder Besprechungen ruhig und selbstbewusst aufzutreten.

Vor einem Jahr geriet Tobias in eine schwere Krise, als er nach einer gescheiterten Beziehung,

die nach einem impulsiven Streit zu Ende ging, anhaltende Symptome von Depression entwickelte. Er fühlte sich leer, wertlos und hatte zunehmend Suizidgedanken. In dieser Phase entschloss er sich, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, da er nicht länger in der Lage war, den Druck, der aus seinen Persönlichkeitsstörungen und Entwicklungsstörungen resultierte, zu ertragen.

In der psychotherapeutischen Behandlung zeigte sich, dass Tobias eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung (insbesondere vom impulsiven Typ) sowie eine obsessive-zwanghafte Persönlichkeitsstörung entwickelte. Hinzu kamen Entwicklungsstörungen, die in seiner Unfähigkeit zu einer flexiblen und selbstständigen Lebensführung sowie in seiner sozialen Ängstlichkeit zum Ausdruck kamen.

Zusammenfassung:

Herr Tobias Lang leidet unter einer komplexen Symptomatik, die sich sowohl in einer Persönlichkeitsstörung als auch in Entwicklungsstörungen manifestiert. Er zeigt

ausgeprägte Merkmale einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, insbesondere des impulsiven Typs, was sich in seiner stark schwankenden emotionalen Labilität und in impulsiven Handlungen äußert. Tobias kann seine Emotionen nur schwer regulieren, was zu extremen Schwankungen in seinen Beziehungen und seinem Verhalten führt. Seine Tendenz, Menschen entweder zu idealisieren oder abzulehnen, zeigt die typischen Muster dieser Persönlichkeitsstörung.

Zusätzlich zeigt er Symptome einer obsessive-zwanghaften Persönlichkeitsstörung, was sich in seinem Drang zur Ordnung und Kontrolle äußert. Tobias fühlt sich nur dann sicher, wenn er alles in strikte Bahnen lenken kann, was zu erheblichen Konflikten mit der Umwelt und zu hohem inneren Stress führt. Diese Zwangsgedanken und -handlungen tragen zur weiteren Belastung seiner Lebensqualität bei.

Ein weiterer Bestandteil seiner Problematik sind Entwicklungsstörungen, die sich in seiner sozialen Ängstlichkeit und seiner Unfähigkeit zur selbstständigen Lebensführung widerspiegeln. Tobias hat Schwierigkeiten, Verantwortung zu übernehmen, Entscheidungen zu treffen und sich

an die Anforderungen der sozialen und beruflichen Welt anzupassen. Seine Unfähigkeit, flexibel auf Herausforderungen zu reagieren, führt zu einem ständigen Gefühl der Überforderung und Isolation.

Die Kombination dieser Persönlichkeits- und Entwicklungsstörungen führt zu erheblichen Schwierigkeiten im täglichen Leben und in zwischenmenschlichen Beziehungen. Eine Therapie, die auf die Bewältigung der emotionalen Instabilität, der Zwangsstörungen und der sozialen Ängste abzielt, ist für Tobias unerlässlich, um die Symptome zu lindern und ihm zu helfen, ein funktionales und erfülltes Leben zu führen.

Bleiben Sie dran – Sie sind auf dem besten Weg, die Prüfung mit Klarheit und Verständnis zu meistern.

Weitere vertiefende Fachbücher zur

**Vorbereitung auf die amtsärztliche
Heilpraktikerprüfung für Psychotherapie
finden Sie auf meiner Webseite:
www.heilpraktikerplus.com → Menüpunkt
„Bücher“**