

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Kapitel 1: Hinweise zu klassischen Einstiegsfragen.....	3
Kapitel 2: Fragen zu Suizidalität.....	7
Kapitel 3: Fragen zum Unterbringungs- und Betreuungsgesetz.....	13
Kapitel 4: Fragen zu Anamnese und Psychopathologie.....	18
Kapitel 5: Fragen zu F0: organische psychische Störungen.....	24
Kapitel 6: Fragen zu F1: Störungen durch psychotrope Substanzen.....	33
Kapitel 7: Fragen zu F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen.....	43
Kapitel 8: Fragen zu F3: Affektive Störungen.....	53
Kapitel 9: Fragen zu F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen.....	62
Kapitel 10: Fragen zu F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen.....	75
Kapitel 11: Fragen zu F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.....	83
Kapitel 12: Fragen zu F7 – 9: Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	89
Literaturverzeichnis.....	102
Impressum.....	103

Kapitel 1: Stolperfallen bei den klassischen Einstiegsfragen

Auf die folgenden Fragen sollten Sie sich vor der Prüfung vorbereiten. Sie sind selbstverständlich jeweils individuell zu beantworten. **Ich gebe lediglich Hinweise, auf was Sie dabei achten sollten.**

1. Warum wollen Sie die Prüfung machen?
2. Mit welcher(n) Methode(n) wollen Sie zukünftig therapeutisch arbeiten?
3. Mit welchen Menschen möchten Sie zukünftig arbeiten?
4. Was werden Sie auf Ihr Praxisschild schreiben?
5. Dürfen Sie sich Psychotherapeut/in nennen?
6. Dürfen Sie sich Heilpraktiker/in nennen?
7. Nach einer Fallgeschichte: „Wie gehen Sie hier therapeutisch vor?“

Kapitel 2: Fragen zu Suizidalität:

1. Bei welchen Erkrankungen besteht eine hohe Suizidalität?
2. Was kann sonst noch ein Auslöser für einen Suizid sein?
3. Auf was müssen Sie noch achten, um eine mögliche Suizidalität zu erkennen?
4. Was machen Sie, wenn Sie einen Verdacht auf Suizidalität bei einem Patienten haben?
5. Womit verbinden Sie den Namen „Ringel“?
6. Nehmen wir einmal an, bei einem Ihrer Patienten besteht Suizidalität, aber keine akute Suizidgefahr. Was machen Sie mit ihm?
7. Was machen Sie, wenn Ihr Patient bereits Tabletten gesammelt, einen Abschiedsbrief geschrieben hat und auf Ihre Hilfsangebote nicht mehr eingeht?
8. Wenn Sie keine Begleitung in die Klinik organisieren können, bringen Sie den Patienten dann selbst hin?
9. Und was machen Sie mit dem Patienten, wenn er sich nicht freiwillig einweisen lässt?
10. Was tun Sie, wenn die Polizei den Patienten nicht mitnimmt?
11. Wie reagieren Sie, wenn der Patient vor dem Eintreffen der Polizei aus Ihrer Praxis flieht?
12. Was ist mit der Schweigepflicht, wenn Sie die Polizei rufen?
13. Dürfen Sie den Patienten in Ihrem Praxisraum einschließen, um ein Weglaufen zu verhindern?

1. Bei welchen Erkrankungen besteht eine hohe Suizidalität?

a) bei psychischen Erkrankungen:

- insbesondere der Depression (sie ist die häufigste Ursache für eine Suizidalität; in ca. 40 – 60% der Fälle von vollzogenem Suizid liegt eine Depression vor)
- Anpassungsstörungen
- PTBS
- Essstörungen
- Suchterkrankungen
- Schizophrenie
- akuten Psychosen

b) bei anderen Erkrankungen, z. B.:

- sehr schwere Erkrankungen
- unheilbare Erkrankungen
- chronischen Schmerzen

2. Was kann sonst noch ein Auslöser für einen Suizid sein?

a) Verlusterlebnisse, z. B.:

- Tod einer geliebten Person
- Trennung, Scheidung
- Arbeitsplatzverlust
- Verlust der Heimat

b) Krisensituationen, z. B.:

- finanzielle Notlagen
- häufige und chronische zwischenmenschliche Konflikte
- ein nicht lösbarer Konflikt (beruflich oder privat)
- tiefgreifende Veränderungen im Leben
- Einsamkeit, soziale Isolation
- ein Suizidversuch in der Vorgeschichte

3. Auf was müssen Sie noch achten, um eine mögliche Suizidalität zu erkennen?

a) auf Aussagen des Patienten, die darauf hinweisen können, z. B. :

- *Ich kann nicht mehr.*
- *Ich möchte nur noch meine Ruhe haben.*
- *Niemand kann mir helfen, Sie bestimmt auch nicht.*
- *Es wäre besser, wenn ich nicht hier wäre.*

b) versteckte Hinweise des Patienten, z. B.:

- Verfassen des Testaments
- Kündigen von Versicherungen
- Verschenken von Sachen

Kapitel 3: Fragen zum Unterbringungs- und Betreuungsgesetz:

1. Auf welcher rechtlichen Grundlage erfolgt eine Zwangseinweisung?
2. Was sind die wesentlichen Punkte des Unterbringungsgesetzes?
3. Welche Behörde ist für die Unterbringung zuständig?
4. Ordnet die Behörde auch die Unterbringung an?
5. Was regelt das Betreuungsgesetz?
6. Ist das Betreuungsgesetz auch ein Ländergesetz?
7. Was sind die rechtlichen Voraussetzungen zur Einrichtung einer Betreuung?
8. Für welche Bereiche kann eine Betreuung eingerichtet werden?
9. Eine ältere Patientin von Ihnen möchte für den Fall der Fälle wissen, wie eine Betreuung eingerichtet wird und was sie dabei beachten soll. Was antworten Sie ihr?
10. Könnten Sie oder der Hausarzt auch die Betreuung für die Patientin beantragen?
11. Welche Pflichten hat ein Betreuer?
12. Wie ist der Verfahrensablauf zur Einrichtung einer Betreuung?
13. Was ist das „Vetorecht“ des Betreuers?
14. Haben Betreute ein Wahlrecht?
15. Mal angenommen, eine Person, die unter Betreuung steht, ist akut suizidgefährdet und mit einer freiwilligen Einweisung nicht einverstanden, so dass eine Unterbringung notwendig ist. Wer ist in diesem Fall zuständig und auf welcher rechtlichen Grundlage erfolgt eine solche Unterbringung?
16. Was sind die wesentlichen Punkte der Unterbringung innerhalb des Betreuungsgesetzes?

Kapitel 6: Fragen zu Störungen durch psychotrope Substanzen (F1)

1. Welche Suchtberatungsstellen gibt es in der Nähe Ihrer zukünftigen Praxis?
2. Was bedeutet der Begriff Polytoxikomanie?
3. Gehört der schädliche Gebrauch von Laxanzien (Abführmitteln) auch in das Kapitel F1 der ICD 10?
4. Und die Spielsucht, gehört diese zu F1?
5. Was ist eine Psychose?
6. Was bedeutet Craving?
7. Was versteht man generell unter einem schädlichen Gebrauch bzw. Missbrauch?
8. Wie lauten die diagnostischen Leitlinien für den schädlichen Gebrauch?
9. Was bedeutet Toleranzentwicklung im Rahmen des Abhängigkeitssyndroms bei Alkohol?
10. Bitte nennen Sie noch weitere diagnostische Leitlinien des Abhängigkeitssyndroms
11. Ab wie viel Gramm reinen Alkohol täglich spricht man von riskantem Konsum?
12. Können Sie grobe statistische Angaben zum Alkoholkonsum und dessen Folgen in Deutschland machen?
13. Die Entwicklung der Alkoholabhängigkeit ist nach Jellinek in 4 Stufen eingeteilt. Bitte nennen Sie die 4 Stufen mit den jeweiligen Hauptmerkmalen
14. Welcher Alkoholtypus nach Jellinek ist der eigentlich süchtige Trinker?
15. Welches sind die charakteristischen Merkmale eines Alkoholentzugssyndroms?
16. Ein Entzugssyndrom kann durch ein Delir kompliziert werden; was können Sie dazu sagen?
17. Ein Delir kann also bei einem Alkohol-Entzug auftreten, gibt es noch eine weitere Möglichkeit der Entwicklung eines Delirs bei starken Trinkern mit einer langen Vorgeschichte?
18. Welche psychotischen Störungen infolge eines chronischen Alkoholmissbrauchs kennen Sie?
19. Welche körperlichen Folgeschäden können durch chronischen Alkoholmissbrauch auftreten?
20. In welchen Phasen läuft die Therapie von Alkohol- und Drogenabhängigkeit ab?
21. Warum ist gerade Phase 4, die Nachsorge, so wichtig?
22. Können Sie grobe Angaben zur Anzahl der Drogentoten in Deutschland machen?
23. Welches ist die am häufigsten verwendete illegale Droge?
24. Welches Syndrom stellt sich häufig nach längerem Missbrauch von Cannabis ein?
25. Kann es bei der Einnahme von Cannabis auch zu psychotischen Störungen kommen?
26. Können auch bei anderen Drogen Psychosen vorkommen?
27. Was sind Flashbacks?
28. Was bedeutet der Begriff Depravation?

33. Was können Sie zum Trend des Tabakkonsums (Rauchen) in Deutschland sagen?

Hinweis: die nachfolgenden Angaben stammen aus dem Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2018 (www.drogenbeauftragte.de):

- der Anteil rauchender Jugendlicher hat sich in den vergangenen 10 bis 15 Jahren um 2/3 verringert
- die Raucherquote bei Erwachsenen ist seit 2003 um ca. 30% gesunken
- der Anteil der Mütter, die während der Schwangerschaft rauchen, hat sich in den letzten 10 bis 15 Jahren halbiert

34. Welche Therapiemöglichkeiten zur Behandlung von Tabakabhängigkeit gibt es?

Die Behandlung der Tabakabhängigkeit sollte mehrere Verfahren kombinieren, z. B.:

Motivierende Gesprächsführung mit den 5 Rs:

- Relevanz (Zusammenhänge zwischen Tabakkonsum und Gesundheit aufzeigen)
- Risiken (kurz- und langfristige Risiken benennen)
- Reize des Rauchstopps sollten vom Raucher benannt werden
- Riegel (mögliche Hindernisse) vor Abstinenz ansprechen und Lösungsmöglichkeiten erarbeiten
- Repetition (Wiederholung der Aufhörmotivation)

Psychotherapie

verhaltenstherapeutische Gruppen- und Einzeltherapien:

- Problemlösetraining
- Umgang mit Craving-Verhalten
- Bewältigungsstrategien erlernen
- Kognitive Vorbereitung auf die Abstinenz

Medikamentöse Therapie:

- Nikotinsubstitution durch Pflaster oder Kaugummi (ausschleichend über mind. 12 Wochen)
- das Antidepressivum „Bupropion“, das in Deutschland zur Raucherentwöhnung zugelassen ist

Raucherentwöhnung durch Hypnose:

Hypnose in Kombination mit Verhaltenstherapie hat gute Erfolgsraten

Kapitel 8: Fragen zu Affektiven Störungen (F3):

1. Bitte beschreiben Sie kurz die Störung Hypomanie
2. Liegt bei einer manischen Episode immer eine gehobene Stimmung vor?
3. Wenn jemand bereits an mehreren manischen Episoden in der Vergangenheit erkrankt war, wie lautet dann die korrekte Bezeichnung der Störung, wenn er aktuell wieder erkrankt ist?
4. Was können Sie zu Beginn, Dauer und Prognose einer manischen Episode sagen?
5. Können auch psychotische Symptome bei der Manie vorkommen?
6. Wie können Sie die Manie mit psychotischen Symptomen von der Schizophrenie abgrenzen?
7. Mit welchen Psychopharmaka wird die manische Episode in der Regel behandelt?
8. Was ist bei der Gabe von Lithium ganz besonders zu beachten?
9. Wie sieht es mit Psychotherapie bei der Behandlung der Manie aus?
10. Bitte definieren Sie kurz die bipolare affektive Störung
11. Sind häufiger Frauen von der bipolaren affektiven Störung betroffen?
12. Bitte nennen Sie die 3 Leitsymptome einer depressiven Episode
13. Worauf müssen Sie bei einem depressiven Patienten besonders achten?
14. Was können Sie zu Erkrankungsbeginn, Dauer und Prognose einer depressiven Episode sagen?
15. Bitte nennen Sie andere häufige Symptome einer depressiven Episode
16. Wie werden depressive Episoden eingeteilt?
17. Welche psychotischen Symptome können am ehesten bei einer depressiven Episode vorkommen?
18. Ein Patient sagt zu Ihnen: „Ich fühle mich wie versteinert, erstarrt.“ Für welches Symptom spricht diese Aussage am ehesten?
19. Sie haben vorhin das somatische Syndrom erwähnt. Was verstehen Sie darunter?
20. Bitte beschreiben Sie die wichtigsten Merkmale der Wochenbettdepression
21. Was ist eine larvierte Depression?
22. Was ist unter einer symptomatischen Depression zu verstehen?
23. Welche weiteren möglichen Ursachen zur Entstehung einer Depression gibt es noch?
24. Was ist eine Pseudodemenz?
25. Wie kann man eine Pseudodemenz von einer „echten“ Demenz unterscheiden?
26. Welche Therapiemöglichkeiten haben sich bei der Depression bewährt?
27. Sie haben eben die IPT – interpersonelle Psychotherapie – erwähnt, bitte beschreiben Sie diese genauer
28. Was ist bei der Gabe und Einnahme von Antidepressiva besonders zu beachten?
29. Was können Sie zur EKT-Therapie sagen?

1. Bitte beschreiben Sie kurz die Störung Hypomanie:

die Hypomanie ist eine leichtere Verlaufsform einer manischen Episode mit den möglichen Symptomen:

- gehobene Stimmung
- gesteigerter Antrieb
- starke Unruhe, Beschäftigungsdrang
- Geselligkeit, Gesprächigkeit
- gesteigertes Selbstbewusstsein
- gesteigerte Libido

⇒ meist liegt (noch) keine deutliche Beeinträchtigung von beruflichen und sozialen Aktivitäten vor

2. Liegt bei einer manischen Episode immer eine gehobene Stimmung vor?

nein, die Stimmung kann auch gereizt oder aggressiv sein, man spricht dann von einer dysphorischen Manie

3. Wenn jemand bereits an mehreren manischen Episoden in der Vergangenheit erkrankt war, wie lautet dann die korrekte Bezeichnung der Störung, wenn er aktuell wieder erkrankt ist?

Die Bezeichnung lautet dann „bipolare Störung – gegenwärtig manisch“. Die Bezeichnung manische Episode darf nur für eine einzelne manische Episode verwendet werden.

4. Was können Sie zu Beginn, Dauer und Prognose einer manischen Episode sagen?

- der Beginn kann entweder langsam mit einer wochenlangen hypomanischen Vorphase sein oder aber akut innerhalb von wenigen Tagen oder über Nacht
- manische Episoden können von einigen Tagen, Wochen, Monaten bis zu einem Jahr und länger andauern
- die Prognose ist in der Regel gut; es wird fast immer eine Vollremission erreicht; manische Residualzustände sind sehr selten

5. Können auch psychotische Symptome bei der Manie vorkommen?

- ja, die Episode nennt sich dann „Manie mit psychotischen Symptomen“
- es können vorkommen:
 - a) Wahn (Verfolgungswahn, Größenwahn oder religiöse Wahnvorstellungen); die Wahninhalte sind in der Regel synthym (passend zur Stimmung)
 - b) akustische Halluzinationen (meist Stimmenhören in Du-Form, z. B. „Du bist Petrus.....“)

6. Wie können Sie die Manie mit psychotischen Symptomen von der Schizophrenie abgrenzen?

- die Wahninhalte sind bei der Schizophrenie in der Regel anders: magisch-bizarr, schwer vorstellbar und eher parathym (nicht zur Stimmung passend)
- das wichtigste Unterscheidungskriterium sind aber die Ich-Störungen (Gedankeneingebung, -entzug und -ausbreitung und Fremdbeeinflussungserlebnisse), die nur bei der Schizophrenie vorkommen

7. Mit welchen Psychopharmaka wird die manische Episode in der Regel behandelt?

- a) mit Lithium (= Stimmungsstabilisierer):
- Akuttherapie: in hoher Dosierung
 - Phasenprophylaxe: in niedriger Dosierung

Kapitel 9: Fragen zu Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen F4:

1. Welche Angststörungen kennen Sie?
2. Was ist das Hauptunterscheidungsmerkmal zwischen den Phobien und den anderen Angststörungen?
3. Welche Komorbiditäten treten bei den Angststörungen häufig auf?
4. Welches sind die am häufigsten vorkommenden Angststörungen?
5. Wovor besteht in der Regel Angst bei der Agoraphobie?
6. Zu welchen Angstsymptomen kommt es dann typischerweise?
7. Wie lauten die diagnostischen Leitlinien aus dem ICD 10 für die Agoraphobie?
8. Bei der sozialen Phobie besteht auch eine starke Angst vor Situationen in der Öffentlichkeit. Worin unterscheiden sich diese öffentlichen Situationen zur Agoraphobie?
9. Sind mehr Frauen von der sozialen Phobie betroffen?
10. Bitte beschreiben Sie kurz den Verlauf einer Panikattacke
11. Was ist der Unterschied zwischen einer Panikattacke und einer Panikstörung?
12. Bitte beschreiben Sie kurz die generalisierte Angststörung
13. Welche Symptome zeigen sich in der Regel bei der generalisierten Angststörung?
14. Hat jemand, der unter einer generalisierten Angststörung leidet, auch gleichzeitig eine ängstliche Persönlichkeitsstörung?
15. Welche Therapiemöglichkeiten haben sich bei Angststörungen bewährt?
16. Was ist bei der Gabe und Einnahme von Benzodiazepinen besonders zu beachten?
17. Sie haben eben die Therapiemethoden „Reizkonfrontation mit Reaktionsverhinderung“ und „systematische Desensibilisierung“ erwähnt. Bitte beschreiben Sie diese Verfahren kurz
18. Wie lauten die diagnostischen Leitlinien für eine Zwangsstörung?
19. Bitte nennen Sie 2 typische Zwangshandlungen
20. Was ist unter dem Begriff Messie-Syndrom zu verstehen?
21. Was ist einer der wichtigsten Unterschiede zwischen einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung und einer Zwangsstörung?
22. Wie laufen in der Regel die Symptome einer akuten Belastungsreaktion ab?
23. Was sind Flashbacks und für welche Störung sind sie ein charakteristisches Merkmal?
24. Bitte definieren Sie kurz eine Anpassungsstörung
25. Wie lautet die genaue Diagnosestellung einer Anpassungsstörung?
26. Welche Symptome entwickeln Kinder und Jugendliche häufig bei einer Anpassungsstörung?
27. Bitte nennen Sie die wichtigsten Merkmale der dissoziativen Störungen

28. Was versteht man unter einem primären und sekundären Krankheitsgewinn im Zusammenhang mit dissoziativen Störungen?
29. Haben somatoforme Störungen eine körperliche Ursache?
30. Sind Betroffene von somatoformen Störungen der Auffassung, dass ihre Beschwerden eine psychische Ursache haben?
31. Könnte man sagen, dass die körperlichen Beschwerden bei den somatoformen Störungen psychosomatisch sind?
32. Was sind die charakteristischen Merkmale einer Somatisierungsstörung?
33. Was unterscheidet die somatoforme autonome Funktionsstörung von der Somatisierungsstörung?
34. Welche Organsysteme sind bei der somatoformen autonomen Funktionsstörung am häufigsten betroffen?
35. Was ist eine psychogene Hyperventilation?
36. Was tun Sie, wenn einer Ihrer Patienten eine Hyperventilation in Ihrer Praxis erleidet?
37. Bitte nennen Sie die wesentlichen Merkmale der hypochondrischen Störung
38. Sie haben bei der Hypochondrie eben die Angst erwähnt, einen Herzanfall zu erleiden. Spricht dies für die Diagnose einer Herzneurose?
39. Wie lautet die genaue Bezeichnung für die Herzneurose im ICD 10?
40. Eine weitere Erkrankung unter den somatoformen Störungen ist die anhaltende Schmerzstörung. Was können Sie dazu sagen?
41. Welche Körperregionen sind besonders häufig bei der anhaltenden Schmerzstörung betroffen?
42. Was ist bei der Therapie von somatoformen Störungen besonders wichtig und welche Bausteine sollte sie beinhalten?
43. Was können Sie zum Burnout-Syndrom sagen?

20. Was ist unter dem Begriff „Messie-Syndrom“ zu verstehen?

- unter dem Messie-Syndrom versteht man das Anhäufen und Sammeln von wertlosen oder verbrauchten Dingen in der eigenen Wohnung, was zu einer kompletten Überfüllung bzw. Übermüllung führen kann
- die Betroffenen haben extreme Schwierigkeiten, Gegenstände wegzuwerfen oder sich von ihnen zu trennen, unabhängig von deren tatsächlichem Wert
- sie haben das (zwanghafte) Bedürfnis, die Gegenstände aufheben zu müssen
- das Messie-Syndrom ist bislang keine offizielle Diagnose im ICD 10, ähnelt aber den Symptomen einer Zwangsstörung
- im amerikanischen Diagnosesystem, dem DSM 5, ist es als „pathologisches Horten“ eine eigenständige Diagnose; im neu erscheinenden ICD, Version 11, wird es auch als eigenständige Diagnose mit aufgeführt

21. Was ist einer der wichtigsten Unterschiede zwischen einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung und einer Zwangsstörung?

- neben den für eine Persönlichkeitsstörung notwendigen Leitlinien empfinden Betroffene einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung ihr Verhalten (z. B. zwanghaft ordentlich zu sein oder übertriebenes Kontrollieren) nicht als belastend oder unsinnig, sie wehren sich nicht dagegen, sondern empfinden ihr Verhalten als gerechtfertigt
- bei einer Zwangsstörung empfinden die Betroffenen ihre Zwangsgedanken oder –handlungen als unsinnig, quälend und leiden darunter sehr

22. Wie laufen in der Regel die Symptome einer akuten Belastungsreaktion ab?

in 3 Phasen:

Phase 1: Betäubung/Schock (z. B. Derealisation, Depersonalisation)

Phase 2: Desinteresse (z. B. sozialer Rückzug, Antriebsminderung)

Phase 3: motorische Hyperaktivität (z. B. Angst, Panik, aber auch Wut mit z. T. aggressivem Verhalten)

23. Was sind „Flashbacks“ und für welche Störung sind sie ein charakteristisches Merkmal?

- Flashbacks sind sog. „Nachhallerinnerungen“ oder auch „Wiederinszenierungen“: das bedeutet das Gefühl, das traumatische Ereignis tatsächlich noch einmal zu durchleben
- Flashbacks sind ein charakteristisches Symptom bei einer PTBS (posttraumatischen Belastungsstörung)

24. Bitte definieren Sie kurz eine Anpassungsstörung:

- darunter versteht man Störungen beim Anpassungsprozess nach einer einschneidenden Lebensveränderung oder nach einem belastenden Lebensereignis (von nicht katastrophalem Ausmaß) mit starken emotionalen Reaktionen
- die Symptome sind sehr vielfältig und unterschiedlich, z. B.:
 - depressive Verstimmung
 - Angst, Besorgnis
 - Überforderung, Hilflosigkeit
 - das Gefühl, mit der gegenwärtigen Situation nicht zurecht kommen zu können
 - vegetative Symptome: Schlafstörungen, Herzklopfen, muskuläre Anspannung

Kapitel 12: Fragen zu Kinder- und Jugendpsychiatrie (F7 – 9):

1. Bitte nennen Sie die einzelnen IQ-Bereiche bei den Intelligenzminderungen
2. Was sind die Merkmale einer leichten Intelligenzminderung, auch im Hinblick auf die Alltagsbewältigung?
3. Kommen wir zu den umschriebenen Entwicklungsstörungen. In welche Bereiche werden diese unterteilt?
4. Was sind umschriebene Entwicklungsstörungen und was ist bei der Diagnose zu beachten?
5. Was sind die wichtigsten Merkmale der Lese- und Rechtschreibstörung?
6. Bitte beschreiben Sie kurz den frühkindlichen Autismus
7. Liegt beim frühkindlichen Autismus eine Intelligenzminderung vor?
8. Wie ist das Geschlechterverhältnis beim frühkindlichen Autismus?
9. Kommen wir zu den Symptomen des frühkindlichen Autismus – was bedeuten Beeinträchtigungen bei der emotionalen Schwingungsfähigkeit genauer?
10. In welcher Art und Weise können sich Störungen in der Sprachentwicklung beim frühkindlichen Autismus zeigen?
11. Welche stereotypen Verhaltensmuster finden sich häufig beim frühkindlichen Autismus?
12. Bitte beschreiben Sie kurz das Asperger-Syndrom
13. In welchem Alter manifestiert sich das Asperger-Syndrom?
14. Welche Auffälligkeiten können sich beim Integrieren in eine Gruppe beim Asperger-Syndrom zeigen?
15. Welche therapeutischen Möglichkeiten gibt es beim frühkindlichen Autismus und beim Asperger-Syndrom?
16. Welche Hauptmerkmale sind zur Diagnosestellung einer Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) notwendig?
17. In welchem Alter tritt ADHS in der Regel auf?
18. Bitte erläutern Sie die Aufmerksamkeitsstörungen bei ADHS etwas genauer: wie können sich diese zeigen?
19. Worin zeigt sich insbesondere die Hyperaktivität bei an ADHS erkrankten Kindern?
20. Welche anderen Merkmale zeigen sich häufig noch bei ADHS?
21. Was können Sie zu Verlauf und Prognose von ADHS sagen?
22. Wie sieht in der Regel die Therapie von ADHS aus?
23. Zu welchen unerwünschten Nebenwirkungen kann es bei der Einnahme von Ritalin kommen?
24. Was versteht man unter der Störung elektiver Mutismus?
25. In welchem Alter beginnt in der Regel der elektive Mutismus?
26. Welche Tic-Störungen gibt es gemäß ICD 10?
27. Was genau sind Tics?
28. In welchem Alter manifestieren sich Tic-Störungen?

1. Bitte nennen Sie die einzelnen IQ-Bereiche bei den Intelligenzminderungen:

- 1) leichte Intelligenzminderung: IQ zwischen 50 – 69
- 2) mittelgradige Intelligenzminderung: IQ zwischen 35 – 49
- 3) schwere Intelligenzminderung: IQ zwischen 20 und 34
- 4) schwerste Intelligenzminderung: IQ < 20

2. Was sind die Merkmale einer leichten Intelligenzminderung, auch im Hinblick auf die Alltagsbewältigung?

Merkmale sind:

- die Sprachentwicklung ist verzögert, sie ist jedoch für das tägliche Leben ausreichend
- meist gibt es Schwierigkeiten bei der Schulausbildung (z. B. beim Lesen und Schreiben)
- die Betroffenen besuchen meist eine Schule zur individuellen Lernförderung oder individuellen Lebensbewältigung

zur Alltagsbewältigung:

- auch wenn das Entwicklungstempo verlangsamt ist, erreichen die meisten Betroffenen eine volle Unabhängigkeit in der Selbstversorgung (z. B. Essen, Waschen, Anziehen)
- einfache praktische Tätigkeiten sind möglich
- die größte Hilfe erfahren sie durch eine Ausbildung, die ihre Fertigkeiten weiterentwickelt und Defizite ausgleicht

3. Kommen wir zu den umschriebenen Entwicklungsstörungen. In welche Bereiche werden diese unterteilt?

umschriebene Entwicklungsstörungen werden unterteilt in:

- 1) Sprechen und Sprache
- 2) schulische Fertigkeiten
- 3) motorische Funktionen

4. Was sind umschriebene Entwicklungsstörungen und was ist bei der Diagnose zu beachten?

- bei den umschriebenen Entwicklungsstörungen liegen einzelne Leistungsbereiche isoliert unter dem Niveau der sonstigen intellektuellen Kapazität
- bei der Diagnosestellung ist immer darauf zu achten, welches normale Leistungsniveau dem jeweiligen Alter des Kindes entspricht
- wichtig ist auch, dass die umschriebenen Entwicklungsstörungen **nicht**:
 - Ausdruck einer Intelligenzminderung
 - Ausdruck einer mangelhaften Förderung
 - Folge einer organischen oder psychischen Störung sind

Literaturverzeichnis:

Die Beantwortung der Fragen erfolgte auf Basis der 12-teiligen Skriptenreihe für die Prüfungsvorbereitung im Selbststudium, CWC-Verlag 2016, 2018. Die Grundlage bildete das folgende Literaturverzeichnis:

- Psychiatrie systematisch, Ebert, UNI-MED-Verlag 2008
- Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, Lieb, Frauenknecht, Brunnhuber, Elsevier-Verlag, 7. Auflage 2012
- Fallgeschichten Psychiatrie und Psychotherapie, Lieb, Heßlinger, Jacob, Elsevier-Verlag, 4. Auflage 2013
- Psychiatrie und Psychotherapie, Möller, Laux, Deister, Thieme-Verlag, Duale Reihe, 4. Auflage 2009
- Psychiatrie und Psychotherapie für Heilpraktiker, Koeslin, Elsevier-Verlag, 3. Auflage 2011
- Heilpraktiker für Psychotherapie, Schneider, Elsevier-Verlag, 2012
- Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin, Hoffmann, Hochapfel, Schattauer-Verlag, 8. Auflage 2009
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ermann, Verlag W. Kohlhammer, 5. Auflage 2007
- Lehrbuch der Psychodynamik, Mentzos, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH, 2009
- Grundformen der Angst, Riemann, Ernst Reinhardt Verlag, 40. Auflage 2011
- Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD 10 V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling, Verlag Hans Huber, 8. Auflage 2011
- Psychische Störungen in der Praxis, Leitfaden zur Diagnostik und Therapie in der Primärversorgung nach dem Kapitel V (F) der ICD 10, Müßigbrodt et al., Verlag Hans Huber, 4. Auflage 2010
- Die vielen Gesichter des psychischen Leidens, das offizielle Fallbuch der WHO zum ICD 10, Dilling, Verlag Hans Huber, 2000
- Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM 5), American Psychiatric Association, Hogrefe-Verlag, 2015
- Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie, Peters, Urban & Fischer-Verlag, Sonderausgabe 2011
- Lingua Medica, Lehrbuch zur medizinischen Terminologie, Bondio, Bettin, Logos-Verlag, 2. Auflage 2009
- www.wikipedia.de

ergänzendes Literaturverzeichnis für das Fragenkompendium:

- Heilpraktiker für Psychotherapie, Sicher durch die mündliche Prüfung, Schneider, Elsevier-Verlag 2012
- Praxishandbuch Heilpraktiker für Psychotherapie, Bosch, Haug Verlag 2017
- Praxisbuch Heilpraktiker für Psychotherapie, Ofenstein, Ritsche, Elsevier-Verlag 2017