

Kai Gold Shahrouz Porjalali

# PFLEGEN

# LERNKARTEN

Erweiterung  
Psychiatrie



Leseprobe

Urb

Elsevier GmbH, Hackerbrücke 6, 80335 München, Deutschland  
Wir freuen uns über Ihr Feedback und Ihre Anregungen an [books.cs.muc@elsevier.com](mailto:books.cs.muc@elsevier.com)

ISBN 978-3-437-28611-7

## **Alle Rechte vorbehalten**

1. Auflage 2020

© Elsevier GmbH, Deutschland

## **Wichtiger Hinweis für den Benutzer**

Ärzte/Praktiker und Forscher müssen sich bei der Bewertung und Anwendung aller hier beschriebenen Informationen, Methoden, Wirkstoffe oder Experimente stets auf ihre eigenen Erfahrungen und Kenntnisse verlassen. Bedingt durch den schnellen Wissenszuwachs insbesondere in den medizinischen Wissenschaften sollte eine unabhängige Überprüfung von Diagnosen und Arzneimitteldosierungen erfolgen. Im größtmöglichen Umfang des Gesetzes wird von Elsevier, den Autoren, Redakteuren oder Beitragenden keinerlei Haftung in Bezug auf jegliche Verletzung und/oder Schäden an Personen oder Eigentum, im Rahmen von Produkthaftung, Fahrlässigkeit oder anderweitig, übernommen. Dies gilt gleichermaßen für jegliche Anwendung oder Bedienung der in diesem Werk aufgeführten Methoden, Produkte, Anweisungen oder Konzepte.

## **Für die Vollständigkeit und Auswahl der aufgeführten Medikamente übernimmt der Verlag keine Gewähr.**

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden in der Regel besonders kenntlich gemacht (®). Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann jedoch nicht automatisch geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

## **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://www.dnb.de> abrufbar.

20 21 22 23 24                      5 4 3 2 1

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Um den Textfluss nicht zu stören, wurde bei Patienten und Berufsbezeichnungen die grammatikalisch maskuline Form gewählt. Selbstverständlich sind in diesen Fällen immer alle Geschlechter gemeint.

Planung: Martina Lauster, München

Projektmanagement und Herstellung: Nicole Kopp, München

Redaktion: Ulrike Frühwald, Hamburg

Satz: Thomson Digital, Noida/Indien

Druck und Bindung: Drukarnia Dimograf Sp. z o.o., Bielsko-Biała/Polen;

Umschlaggestaltung: FAVORITBUERO, München;

Umschlagherstellung: Spiesz Design, Neu-Ulm

Titelbild-Icons: © Shutterstock

Aktuelle Informationen finden Sie im Internet unter [www.elsevier.de](http://www.elsevier.de)

# Benutzerhinweise

Kapitelüberschrift nur auf der FRAGE-Seite der Karte

Kartenummer




Karthema

Untere Atemwege/Lungen (Kap. 3) 58

**Pflege bei Influenza**

Die **Influenza** (*echte Grippe*) ist eine **akute Atemwegsinfektion** durch Influenza-Viren. Nach einer Inkubationszeit von ca. 2 Tagen variiert der Verlauf stark.

**1. Nennen Sie die drei typischen Symptome der Influenza. Erläutern Sie dazu die Symbole.**

**2. Nennen Sie fünf pflegerische Maßnahmen zur symptomatischen Behandlung.**

Aufgabenstellung

Kartenzahl/-anzahl innerhalb eines Kapitels

3/4

## Abkürzungen

<b>ADHS</b>	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom	<b>IQ</b>	Intelligenzquotient
<b>Aids</b>	acquired immune deficiency syndrome (erworbenes Immunschwächesyndrom)	<b>KJP</b>	Kinder- und Jugendpsychiatrie
<b>BGH</b>	Bundesgerichtshof	<b>LKD</b>	Lewy-Körperchen-Demenz
<b>BtM</b>	Betäubungsmittel	<b>LSD</b>	Lysergsäurediethylamid
<b>BtMG</b>	Betäubungsmittelgesetz	<b>MCI</b>	mild cognitive impairment (leichte kognitive Störung)
<b>DNA</b>	deoxyribonucleic acid (Desoxyribonukleinsäure)	<b>PED</b>	Pflege- und Erziehungsdienst
<b>ICD-10</b>	International Classification of Diseases, 10th Revision (Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Version)	<b>PTBS</b>	posttraumatische Belastungsstörung
		<b>ROT</b>	Realitätsorientierungstraining
		<b>SHT</b>	Schädel-Hirn-Trauma
		<b>ZNS</b>	zentrales Nervensystem

# Inhaltsverzeichnis

1	Pflege in der Psychiatrie . . . . .	1
2	Psychiatrische Leitsymptome . . . . .	5
3	Schizophrenien . . . . .	16
4	Affektive Störungen . . . . .	27
5	Organisch bedingte psychische Störungen . . . . .	33
6	Persönlichkeitsstörungen . . . . .	38
7	Angst-, Zwangs- und Belastungsstörungen. . . . .	49
8	Essstörungen . . . . .	56
9	Kinder- und Jugendpsychiatrie . . . . .	61
10	Das Altern. . . . .	73
11	Demenzen. . . . .	80
12	Abhängigkeitserkrankungen. . . . .	91
13	Suizidalität . . . . .	101

# Lernkarten: Prüfungsvorbereitung PFLEGEN



Melden Sie sich für unseren  
Newsletter an unter  
[www.elsevier.de/newsletter](http://www.elsevier.de/newsletter)



Diese und viele weitere Titel sowie die aktuellen Preise  
finden Sie in Ihrer Buchhandlung vor Ort und unter [shop.elsevier.de](http://shop.elsevier.de)

## 1.1 Ziele der psychiatrischen Pflege

**Vervollständigen Sie den folgenden Text mit den unten aufgeführten Wörtern.**

Gegenwärtig gehen die Pflegenden in der Psychiatrie von einem \_\_\_\_\_ aus. Dabei wird der Patient als Ganzheit von \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ betrachtet und nicht auf sein behandlungsbedürftiges \_\_\_\_\_ reduziert. Wichtig bei der pflegerischen Zielsetzung ist daher immer, die \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ des Patienten gleichermaßen zu berücksichtigen. Für den Bereich der Pflege bedeutet dies, nach dem Prinzip „\_\_\_\_\_“ den Patienten anzuleiten, zu beraten und zu unterstützen, damit er im \_\_\_\_\_ sein Leben selbstständig und mit möglichst großer \_\_\_\_\_ zu gestalten lernt.

Defizite, Autonomie, ganzheitlichen Ansatz, Geist, Alltag, Ressourcen, Seele, Symptom, Hilfe zur Selbsthilfe, Körper

## 1.1 Ziele der psychiatrischen Pflege

Gegenwärtig gehen die Pflegenden in der Psychiatrie von einem **ganzheitlichen Ansatz** aus. Dabei wird der Patient als Ganzheit von **Körper, Geist** und **Seele** betrachtet und nicht auf sein behandlungsbedürftiges **Symptom** reduziert. Wichtig bei der pflegerischen Zielsetzung ist daher immer, die **Ressourcen** und **Defizite** des Patienten gleichermaßen zu berücksichtigen. Für den Bereich der Pflege bedeutet dies, nach dem Prinzip „**Hilfe zur Selbsthilfe**“ den Patienten anzuleiten, zu beraten und zu unterstützen, damit er im **Alltag** sein Leben selbstständig und mit möglichst großer **Autonomie** zu gestalten lernt.

### Ergänzung

Ziele der psychiatrischen Behandlung sind:

- Der Patient erhält die Möglichkeit und Fähigkeit, unter möglichst normalen Bedingungen weiterleben zu können.
- Der Patient lernt, die Verantwortung für das eigene Leben und die Gesundheit so weit wie möglich wieder übernehmen zu können.

Konkrete Aufgabenstellungen für Pflegenden sind deshalb,

- den Patienten zu befähigen, mit den Symptomen seiner Erkrankung gesundheitsfördernd umzugehen,
- mit dem Patienten grundlegende lebenspraktische Tätigkeiten zu trainieren,
- die Beziehung und Einstellung zu sich selbst und zu anderen zu verbessern.



## 1.2 Umgang mit Medikamenten

Ein **verantwortungsvoller Umgang mit Medikamenten** ist wichtig, damit die Patienten über ihre Medikation, d. h. über Effekte / Wirkungen und Nebenwirkungen, gut informiert sind, die Notwendigkeit einer medikamentösen Unterstützung einsehen und auch nach der Entlassung die Medikamente regelmäßig und in der verordneten Dosis einnehmen.

**Nennen Sie die sechs Stufen der Anleitung im selbstständigen Umgang der Patienten mit Medikamenten.**

## 1.2 Umgang mit Medikamenten

In Abhängigkeit vom Grad der Erkrankung, den kognitiven Fähigkeiten und der näherrückenden Entlassung wird die Anleitung zur Medikamenteneinnahme in verschiedenen Stufen durchgeführt:

1. Information über Dosierung, Wirkweise der Medikation, Nebenwirkungen und Aussehen der Tabletten
2. Gemeinsames Stellen der Medikamente
3. Selbstständiges Stellen der Medikamente, anschließende Kontrolle durch die Pflegenden
4. Selbstständige Medikamenteneinnahme ohne Erinnerung und Aufforderung durch die Pflegenden
5. Informieren des Patienten, wie er sich nach der Entlassung seine Medikamente beschaffen kann
6. Aufklärung über den richtigen Umgang mit der Bedarfsmedikation und über Hilfsmaßnahmen bei störenden Nebenwirkungen

### Ergänzung

Grundsätzlich gilt es, dem Patienten bei Fragen und Unsicherheiten zur Seite zu stehen und durch umfangreiche Aufklärung und Motivation die Compliance zu fördern und zu erhalten.

## 1.3 Patientenbeobachtung

Die **Patientenbeobachtung** nimmt in der Psychiatrie eine bedeutende Stellung ein und erfordert vonseiten der Pflegenden neben fachlicher Kompetenz auch ein hohes Maß an **Sensibilität**. Durch sie werden Erkenntnisse für die Pflegeplanung gewonnen, die psychopathologische Einordnung eines Krankheitszustands vorgenommen, Krisensituationen frühzeitig erkannt sowie Bedürfnisse, Ressourcen und Probleme des Patienten erfasst.

**Nennen Sie mindestens zehn verschiedene Aspekte/Bereiche der Patientenbeobachtung.**

## 1.3 Patientenbeobachtung

- Mimik, Gestik, Sprache und Körperhaltung
- Umgang mit der Erkrankung, Krankheitseinsicht, Compliance, Commitment
- Soziale Fähigkeiten wie Aufgeschlossenheit, Gesprächsbereitschaft, Kontaktgestaltung
- Stimmungsschwankungen, u. a. im Tagesverlauf
- Antrieb, Unruhe, Anspannung
- Schwingungsfähigkeit
- Auffällige Vorstellungen (z. B. Stimmenhören) und/oder auffälliges Verhalten
- Körperpflege und Kleidung
- Gestaltung des Privatbereichs (Bett, Nachttisch, Schrank)
- Integration in die Stationsgemeinschaft
- Beschäftigung und Freizeitverhalten
- Verhalten bei Besuchen von Angehörigen und Freunden
- Wirkungen und Nebenwirkungen von Psychopharmaka
- Kognitives Leistungsvermögen, Aufmerksamkeit, Bewusstsein
- Formale und inhaltliche Denkstörungen
- Hinweise auf suizidale Tendenzen
- Eigen- oder fremdaggressives Verhalten

## 1.4 Kontrolle von persönlichem Eigentum

### Welche der folgenden Aussagen sind richtig?

1. Die Kontrolle von persönlichem Eigentum durch Pflegende ist unzulässig.
2. Bei der Aufnahme auf einer offenen Station ist die Kontrolle des Gepäcks aufgrund der Freiwilligkeit und vorauszusetzenden Kooperationsbereitschaft des Patienten nicht zwingend erforderlich.
3. Bei der Aufnahme auf einer geschlossenen Station ist das Durchsuchen des gesamten Gepäcks und der Kleidung, die der Patient am Körper trägt, allein aus Sicherheitsgründen ratsam.
4. Pflegende misstrauen grundsätzlich Patienten in Bezug auf das Mitbringen gefährlicher Gegenstände.
5. Vorsichtsmaßnahmen beim Durchsuchen des Patienteneigentums sind nicht notwendig.
6. Die Begründung für die Kontrolle des persönlichen Eigentums sollte sachlich erfolgen, die Kontrolle selbst unter Einhaltung der Privatsphäre.

## 1.4 Kontrolle von persönlichem Eigentum

Die Aussagen 2, 3 und 6 sind richtig.

### Ergänzung

**Zu Aussage 1** Die Kontrolle von Patienteneigentum aus **Sicherheitsgründen** wird über die Aufnahmebedingungen geregelt. In manchen Fällen ist es sinnvoll, das Gepäck des Patienten nach gefährlichen Gegenständen wie beispielsweise Nagelscheren, Rasierklingen oder Glas zu durchsuchen. Dies ist bei Aufnahmen auf geschützten / geschlossenen Stationen und Suchtabteilungen üblich und bei akuter oder vermuteter Suizidalität absolut notwendig.

**Zu Aussage 4** Dem Patienten wird verdeutlicht, dass die Kontrolle nicht aufgrund eines grundlegenden Misstrauens ihm gegenüber passiert, sondern auch zum **Schutz** der anderen auf der Station untergebrachten Patienten. Zudem sind sich viele Patienten der Gefährlichkeit bestimmter mitgebrachter Gegenstände (wie z. B. eines kleinen Taschenspiegels oder eines Föhns) oftmals gar nicht bewusst.

**Zu Aussage 5** Die Pflegenden führen die Durchsuchung zum eigenen Schutz immer mit äußerster **Vorsicht** und mit **Handschuhen** durch, da die Gefahr besteht, sich an mitgebrachten Messern, Kanülen oder Ähnlichem zu verletzen.

### 2.1 Quantitative Bewusstseinsstörungen

Bewusstsein umfasst alle **psychischen Zustände**, die von einem Individuum erlebt werden (z.B. Gedanken, Gefühle und Wahrnehmungen). Bei einer **Bewusstseinsstörung** kommt es zu Veränderungen der Bewusstseinslage, z. B. zu desorganisiertem Denken und Sprechen.

**Erklären Sie kurz, was man unter quantitativen Bewusstseinsstörungen versteht.**

## 2.1 Quantitative Bewusstseinsstörungen

Quantitative Bewusstseinsstörungen werden auch als **Vigilanzstörung** (Vigilanzminderung, Minderung der Wachheit) bezeichnet. In leichteren Fällen sind die Betroffenen in der Informationsaufnahme eingeschränkt und schläfrig (**Benommenheit**). Bei stärkerer Ausprägung schlafen die Betroffenen und weisen eine abnorme Wachheit auf, sind aber leicht erweckbar (**Somnolenz**). Die schwerste Form ist das **Koma** (Coma), bei der die Betroffenen bewusstlos und nicht weckbar sind. Quantitative Bewusstseinsstörungen werden vor allem bei somatischen Erkrankungen, wie Apoplex (Schlaganfall), Schädel-Hirn-Traumata, Tumoren oder Stoffwechsellstörungen beobachtet.

### Ergänzung

**Koma:** Stadium tiefer Bewusstlosigkeit mit fehlenden Pupillen- und Muskelreflexen.

**Sopor:** Quantitative Bewusstseinsstörung ohne jegliche spontane Aktivität. Nur starke Reize (z. B. Schmerzreize) können ein kurzzeitiges Augenöffnen oder Abwehrbewegungen auslösen.



### 2.2 Qualitative Bewusstseinsstörungen

Bei **qualitativen Bewusstseinsstörungen** sind die **Bewusstseinsinhalte verändert**. Sie werden vor allem beim Delir, beim Dämmerzustand und beim Oneiroid beobachtet.

**Nennen und erläutern Sie drei Formen der qualitativen Bewusstseinsstörungen.**

## 2.2 Qualitative Bewusstseinsstörungen

1. **Bewusstseinsverengung:** Einengung des Bewusstseinsumfangs, d. h., den Betroffenen wird nur noch ein kleiner Ausschnitt des Gesamterlebens bewusst. Das Erleben ist traumhaft verändert. Bewusstseinsverengung wird bei akuten organischen Psychosen beobachtet.
2. **Bewusstseinsstrübung:** Mangelnde Klarheit des Erlebens im Eigenbereich. Die Betroffenen sind verwirrt und desorientiert. Psychisch erlebbare Inhalte sind zusammenhanglos und zerstückelt. Bewusstseinsstrübung wird vor allem bei akuten organischen Psychosen beobachtet.
3. **Bewusstseinsverschiebung:** Gefühl einer allgemeinen Intensitätssteigerung (z. B. der Wachheit, der Wahrnehmung). Die Betroffenen wirken ekstatisch, da sie eine Bewusstseinssteigerung hinsichtlich Vigilanz und Wahrnehmung aufweisen. Bewusstseinsstrübungen kommen bei affektiven Psychosen (z. B. Manie) und bei Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises vor.

### Ergänzung

**Dämmerzustand:** Zustand, bei dem das Bewusstsein eingengt ist. Die Betroffenen nehmen ihre Umwelt kaum wahr und sind desorientiert.

**Oneiroid:** Ein traumartig, desorientiert-verwirrter Bewusstseinszustand. Die Betroffenen sind wie in Trance. Ursachen können Epilepsien, Hirntraumata oder giftige Substanzen sein.

Siehe auch → Karte 34 „Delir“ und → Karte 79 „Verwirrtheit“

### 2.3 Orientierungsstörungen

Als **Orientierung** wird das Wissen um die gegenwärtige Situation bezeichnet. Bei einer **Orientierungsstörung** kommt es zu einer Beeinträchtigung der Fähigkeit, sich bezüglich eigener Person, Ort, Situation und Zeit zurechtzufinden.

**Welche Formen der Orientierungsstörungen sind Ihnen bekannt?**

## 2.3 Orientierungsstörungen

1. **Desorientiertheit zur eigenen Person (personelle Desorientierung):** Mangelndes Wissen über die persönlichen lebensgeschichtlichen Gegebenheiten (autopsychische Störung der Orientierung). Vorkommen bei schwerer Demenz.
2. **Örtliche Desorientiertheit:** Die Betroffenen wissen (zeitweise) nicht, wo sie sind. Vorkommen bei Demenz und Delir.
3. **Situative Desorientiertheit:** Die Betroffenen erfassen die Situation nicht, in der sie sich gerade befinden. Vorkommen bei Demenz und Delir.
4. **Zeitliche Desorientiertheit:** Fehlende Zuordnung der Tages- und Jahreszeit sowie Unkenntnis vom Datum des Wochentags. Vorkommen bei Demenz.

### Ergänzung

**Desorientiertheit:** Aufhebung der Orientierung. Schwerste Form der Orientierungsstörung.

In der Regel wird mit zunehmendem Schweregrad zunächst die zeitliche, dann die örtliche und situative und zuletzt die Orientierung zur eigenen Person beeinträchtigt. Zu erkennen sind die Orientierungsstörungen am Verhalten der Betroffenen und an ihren Antworten auf die gestellten Fragen bezüglich eigener Person, Ort, Situation und Zeit.

Siehe auch → Karte 34 „*Delir*“ und → Karte 81 „*Leitsymptome (Demenzen)*“

### 2.4 Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen

**Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen** treten bei psychotischen und depressiven, aber auch bei hirnrorganischen Erkrankungen (z. B. Demenz und Delir) auf. Die Betroffenen können sich nicht über längere Zeit mit einer Sache beschäftigen. Das **Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)** weist auch Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung auf.

**Definieren Sie die Begriffe Aufmerksamkeitsstörung und Konzentrationsstörung.**

## 2.4 Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen

**Aufmerksamkeitsstörung:** Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit oder des Aufmerksamkeitswechsels. Die Betroffenen sind unfähig, sich einem Ausschnitt der Gesamtwahrnehmung oder des Gesamterlebens zuzuwenden.

**Konzentrationsstörung:** Störung der Fähigkeit, über längere Zeit bei einem Ausschnitt der Gesamtwahrnehmung oder des Gesamterlebens zu verweilen. Die Betroffenen sind nicht in der Lage, ihre Aufmerksamkeit ausdauernd einem bestimmten Sachverhalt zuzuwenden.

### Ergänzung

**Aufmerksamkeit:** Bezeichnung für einen Zustand der gesteigerten Wachheit (**Vigilanz**) und Konzentration, welcher der selektiven Orientierung von Wahrnehmung zugrunde liegt. Aufmerksamkeit ermöglicht dem Individuum, aus dem Informationsfluss, den die Sinnesorgane liefern, einzelne Aspekte auszuwählen und bevorzugt zu verarbeiten.

**Aufmerksamkeitswechsel:** Änderung des Bereichs der Aufmerksamkeit.

**Auffassungsstörung:** Beeinträchtigung der Fähigkeit, einzelne Wahrnehmungserlebnisse in ihrer Bedeutung zu begreifen.

Siehe auch → Karte 34 „*Delir*“ und → Karte 81 „*Leitsymptome (Demenzen)*“

## 2.5 Gedächtnisstörungen

Unter **Gedächtnisstörungen** (Dysmniesien, Störungen der mnestischen Funktionen) versteht man die **Beeinträchtigung der Fähigkeit, sich Wahrnehmungen und Empfindungen zu merken** (Merkfähigkeit) und diese wieder zurückzurufen (Erinnerung).

Ergänzen Sie die rechte Spalte von → Tab. 1.

Gedächtnisstörung	Klinisches Bild
Merkfähigkeitsstörungen	
Störungen des Kurzzeitgedächtnisses	
Störungen des Langzeitgedächtnisses	

Tab. 1 Gedächtnisstörungen

## 2.5 Gedächtnisstörungen

Klinisches Bild der verschiedenen Formen der Gedächtnisstörung → Tab. 2.

Gedächtnisstörung	Klinisches Bild
Merkfähigkeitsstörungen	Die Betroffenen haben neue Eindrücke bereits nach wenigen Minuten (ca. 10 Min.) wieder vergessen.
Störung des Kurzzeitgedächtnisses	Die Betroffenen können neue Kenntnisse nur für einige Minuten bis Stunden behalten.
Störung des Langzeitgedächtnisses	Die Betroffenen können sich an Ereignisse, die Monate bis Jahre zurückliegen, nicht mehr erinnern.

Tab. 2 Gedächtnisstörungen (Lösung)

### Ergänzung

**Gedächtnisillusion (Allomnesie):** Gedächtnisstörung, bei der die Gedächtnisinhalte entstellt und verfälscht werden.

**Hypermnésie:** Form der Gedächtnisstörung, bei der bestimmte Erinnerungen besonders lebhaft erscheinen.

**Hypomnesie:** Gedächtnisstörung mit einer allgemeinen Herabsetzung des Erinnerungsvermögens, im Gegensatz zur Amnesie nicht auf einen bestimmten Zeitraum begrenzt.

Siehe auch → Karte 10 „Amnesie und Konfabulation“



### 2.6 Amnesie und Konfabulation

**Gedächtnisstörungen** betreffen zunächst meist neue **Gedächtnisinhalte** und erst später alte, sodass lang zurückliegende Erinnerungen (Gedächtnisinhalte) am längsten bewahrt werden. Kompliziertes wird in der Regel schneller vergessen als Einfaches und Ungewohntes schneller als lange Eingeübtes.

**Erklären Sie kurz die Begriffe Amnesie und Konfabulation.**

## 2.6 Amnesie und Konfabulation

**Amnesie** (amnestische Störung): Als Amnesie wird eine zeitlich oder inhaltlich begrenzte Gedächtnislücke bezeichnet. Die Beeinträchtigung des Erinnerungsvermögens kann auch permanent vorhanden sein. Bezüglich des schädigenden Ereignisses wird unterschieden zwischen **anterograder (vorwärtsgerichteter) Amnesie**, wobei das Gedächtnis für Sachverhalte nach dem Beginn der Störung betroffen ist, und **retrograder (rückwärtsgerichteter) Amnesie**, bei der ein bestimmter Zeitraum vor dem Ereignis betroffen ist.

**Konfabulation** (Pseudoerinnerung): Vortäuschung von Erlebnissen, die nicht stattgefunden haben. Die Betroffenen füllen eine Erinnerungslücke mit einem spontanen Einfall aus und halten diesen für eine echte Erinnerung. Eine Konfabulation ist eine **unbewusste Selbsttäuschung**.

### Ergänzung

**Paramnesie (Wahnerinnerungen)**: Gedächtnisstörung mit verfälschter Erinnerung. Hierzu gehört auch das Gefühl, bestimmte Situationen früher schon einmal erlebt zu haben (**Déjà-vu-Erlebnis**). Solche Erlebnisse können z. B. bei Müdigkeit und Psychosen vorkommen.

Siehe auch → Karte 9 „Gedächtnisstörungen“

### 2.7 Formale und inhaltliche Denkstörungen

Denkstörungen sind Störungen im Denkablauf, die in **formale Denkstörungen** (Störungen des Gedankengangs, z. B. Denkverlangsamung) und **inhaltliche Denkstörungen** (krankhafte und unkorrigierbare Denkinhalte, z. B. Wahn) unterteilt werden.

**Nennen und erläutern Sie mindestens sechs Wahnthemen (Wahnhalte).**

## 2.7 Formale und inhaltliche Denkstörungen

- **Beziehungswahn:** Die Ereignisse in der Umgebung haben eine besondere Bedeutung für den Betroffenen. Dieser bezieht alles auf sich.
- **Verfolgungswahn:** Der Betroffene bezieht nicht nur alles auf sich, sondern auch gegen sich und fühlt sich als Ziel von Feindseligkeit. Dieser Wahn kann als Sonderform des Beziehungswahns betrachtet werden.
- **Eifersuchtschwahn:** Der Betroffene ist der Überzeugung, vom Partner betrogen oder hintergangen zu werden.
- **Größenwahn:** Beim Betroffenen kommt es zur Selbstüberschätzung. Dieser identifiziert sich mit berühmten Persönlichkeiten oder erlebt sich z. B. als sehr begabt oder schön.
- **Hypochondrischer Wahn:** Der Betroffene ist sich sicher, dass seine Gesundheit bedroht ist. Auch Untersuchungsergebnisse ohne Befund beruhigen ihn nicht.
- **Nihilistischer Wahn:** Der Betroffene ist der Überzeugung, dass alles aussichtslos und sinnlos ist.
- **Schuldwahn:** Der Betroffene ist sich sicher, dass er gegen ein göttliches oder sittliches Gebot verstoßen und große Schuld auf sich geladen hat.
- **Verarmungswahn:** Der Betroffene ist vom drohenden finanziellen Ruin überzeugt.

### Ergänzung

**Wahn:** Im Widerspruch zur Realität stehende Überzeugung, die ohne Anregung von außen entsteht und erfahrungsunabhängig auftritt. Es handelt sich um eine Privatwirklichkeit, die trotz beweisbarer Gegengründe aufrechterhalten bleibt.

### 2.8 Wahrnehmungsstörungen

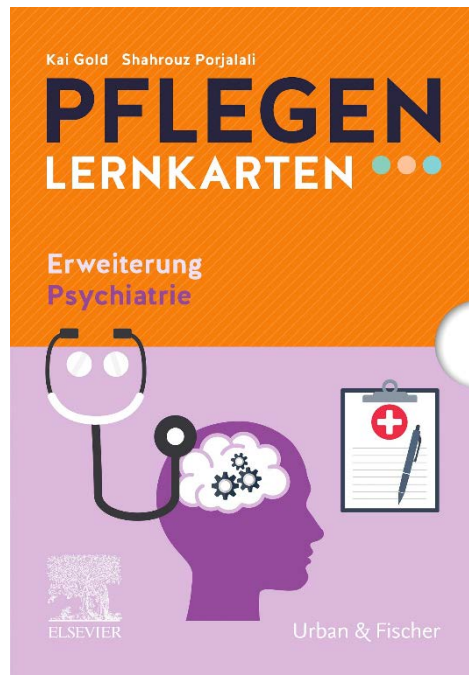
**Halluzinationen** (Sinnestäuschungen, Trugbild, Trugwahrnehmungen) stellen die häufigsten Wahrnehmungsstörungen dar. Dabei handelt es sich um ein Wahrnehmungserlebnis ohne reales Objekt und ohne Reizquelle in der Außenwelt, welches die Betroffenen aber für einen realen Sinneseindruck halten.

**Welche Formen von Halluzinationen sind Ihnen bekannt?**

## 2.8 Wahrnehmungsstörungen

- **Akustische Halluzinationen** (Trugwahrnehmungen im akustischen Bereich): Die Betroffenen nehmen akustische Täuschungen in den unterschiedlichsten Ausprägungen wahr. Dies können sowohl Lärm oder Geräusche sein als auch Stimmen, die flüstern oder sogar ganze Sätze sprechen.
- **Gustatorische Halluzinationen** (Trugwahrnehmungen im Geschmacksbereich): Die Betroffenen haben eine unangenehme Sinnestäuschung des Geschmacks, z. B. sie schmecken Gift oder haben einen fauligen Geschmack im Mund.
- **Haptische Halluzinationen** (Tasthalluzinationen): Die Betroffenen berichten über das Gefühl des Elektrizieretwerdens oder der Bestrahlung. Zusätzlich klagen sie über unangenehme Missempfindungen (z. B. Stiche) im Bereich der Hautsinne.
- **Hypochondrische Halluzinationen** (somatopsychische Halluzinationen): Abnorme Missempfindungen an den Organen. Die Betroffenen sind überzeugt, dass diese Missempfindungen von außen kommen.
- **Hypnagoge Halluzinationen** (hypnopompe Trugwahrnehmungen): Vorkommen von akustischen und optischen Halluzinationen beim Aufwachen oder im Halbschlaf. Diese Form kann auch bei gesunden Personen auftreten.
- **Olfaktorische Halluzinationen** (Geruchshalluzinationen): Unangenehme Trugwahrnehmung im Geruchsbereich. Die Betroffenen haben Ängste und behaupten, Gift oder Gas zu riechen.
- **Optische Halluzinationen** (visuelle Halluzination): Hierbei handelt es sich um eine Trugwahrnehmung im optischen Bereich. Die Betroffenen sehen nur für sie wahrnehmbare Bilder, Gegenstände, Personen oder seltsame Tiere.
- **Leibhalluzination** (Körperhalluzination): Sinnestäuschungen im Bereich der eigenen Körperwahrnehmung, die als von außen gemacht erlebt werden, z. B. Fühlen von Berührung, Druck und Schmerzen.

# Passt perfekt zu den PFLEGEN Lernkarten!



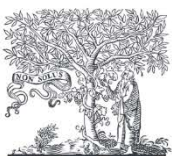
Ideal für die generalistische Ausbildung! Sie haben bereits mit den PFLEGEN Lernkarten gelernt und einige Prüfungen erfolgreich hinter sich gebracht? Jetzt steuern Sie im 3. Ausbildungsjahr auf das Ende der Ausbildung zu und haben den Schwerpunkt in der Psychiatrie?

Dann sind diese Erweiterungskarten genau für Sie gemacht. Im gewohnten Frage-Antwort Modus finden Sie hier alle wichtigen und prüfungsrelevanten Inhalte mit dem Schwerpunkt in der psychiatrischen Pflege.

Aufbauend auf den "allgemeinen" PFLEGEN-Lernkarten bietet dieses Produkt genau die richtigen Inhalte für die praktische Ausbildung und Prüfung in der Psychiatrie.

## PFLEGEN Lernkarten Erweiterung Psychiatrie

Gold, K.; Porjalali, S.  
2020. 105 Lernkarten im Schuber  
ISBN: 978-3-437-26193-0



ELSEVIER

elsevier.de

Empowering Knowledge