



ISOLDE RICHTER
HEILPRAKTIKERSCHULE
LESEPROBE



HEILPRAKTIKER
BESCHRÄNKT AUF DIE PSYCHOTHERAPIE

DOZENTIN
SABINE LANG THURSTON[©]

Einleitung

Liebe Kursteilnehmer/innen,

Ihr seid auf dem Weg, Euch bestmöglich auf die Prüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie vorzubereiten. Auch wenn Ihr am Anfang möglicherweise über die vielen Fachbegriffe noch ein wenig stolpert, lasst Euch nicht entmutigen. Durch unseren gemeinsamen Unterricht, die Übung in den Lerngruppen und die vielen anderen wertvollen Ressourcen innerhalb der Ausbildung werdet Ihr mit den Begriffen vertraut und ehe Ihr Euch verseht, werdet Ihr die notwendige Fachsprache auch beherrschen. Das Ziel ist, am Ende die Prüfung erfolgreich zu meistern. Euch dabei als Dozentin zu dienen ist mir eine Riesenfreude. Warum?

Menschen bestmöglich in ihre Kraft zu bringen, sodass sie ihrerseits ihr Bestes geben können, ist meine Motivation. Aus meiner eigenen Praxis als Heilpraktikerin für Psychotherapie weiß ich, wie wundervoll sich dieser Beruf dazu eignet, Menschen in ihre Kraft zu bringen. Und wenn ich Euch nun als Dozentin bestmöglich diene, so dass Ihr nach bestandener Prüfung Eurerseits erfolgreich als Heilpraktiker für Psychotherapie wirkt, dann erreichen wir gemeinsam immer mehr Menschen.

Für mich ist Heilpraktikerin für Psychotherapie der schönste Beruf der Welt.

Los geht's also, machen wir uns gemeinsam auf den Weg!

Eure Sabine Lang Thurston

PS Und damit Ihr von Anfang an optimal für unsere gemeinsame Reise ausgerüstet seid, **bitte folgende Bücher** kaufen:

- 1. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen**
Horst Dilling und Harald J. Freyberger (Hrsg.), Hogrefe Verlag
- 2. Lehrbuch Heilpraktiker für Psychotherapie**
Christopher M. Ofenstein, 4. Auflage, Urban & Fischer Verlag
- 3. Heilpraktiker für Psychotherapie – Mündliche Prüfung**
400 Fallgeschichten
Rudolf Schneider, Urban & Fischer Verlag



Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| TEIL 1 | 5 |
| A. Klassifikationssysteme | 5 |
| 1. Triadisches System | 5 |
| 2. ICD-10 Kapitel V (F)..... | 6 |
| 3. DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)..... | 7 |
| 4. ICD-11 | 7 |
| B. Epidemiologie | 8 |
| C. Anamnese und Diagnostik..... | 9 |
| 1. Anamnese | 9 |
| 2. Psychopathologischer Befund | 11 |
| a. Störungen der fundamentalen psychischen Funktionen | 11 |
| b. Störungen der fundamentalen kognitiven Funktionen..... | 12 |
| c. Störungen der komplexen kognitiven Funktionen..... | 13 |
| 3. Somatischer Befund | 15 |
| 4. Testverfahren | 15 |
| D. Psyche | 17 |
| 1. Instanzenmodell nach Sigmund Freud | 17 |
| 2. Abwehrmechanismen | 18 |
| 3. Phasenmodell der psychischen Entwicklung | 19 |
| E. Nervensystem und Gehirn/Neurologie | 22 |
| 1. Aufbau des Gehirns | 22 |
| 2. Funktionen des Gehirns | 23 |
| 3. Nervenzellen/Neuronen..... | 24 |
| TEIL 2 | 26 |
| A. ICD-10 F0 Organisch bedingte Störungen | 26 |

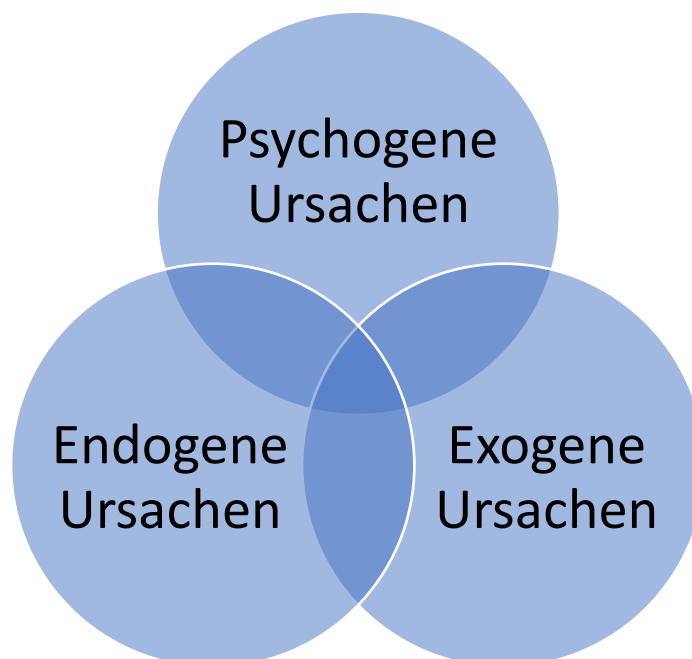
Teil 1

A. Klassifikationssysteme

Die psychische Gesundheit eines Menschen ist eine wesentliche Voraussetzung für seine Lebensqualität, seine Leistungsfähigkeit und seine soziale Teilhabe. Wenn das psychische Wohlbefinden eines Menschen aus der Balance geraten ist, spürt er das regelmäßig als Beeinträchtigung. Wann ist eine solche Beeinträchtigung als psychische Störung einzuordnen? Was ist eine psychische Störung?

1. Triadisches System

Das triadische System der deutschen Psychiatrietradition klassifiziert psychische Störungen nach ihrer Ursache. Es geht zurück auf Emil Kraepelin (1856-1926) mit Weiterentwicklungen von Ernst Kretschmer (1888-1964) und Karl Jaspers (1883-1969). Darin werden drei Formenkreise unterschieden:



Exogene Ursachen sind Erkrankungen des Gehirns oder des Körpers, z. B. Delir, Demenz. Sie erfordern die Abklärung durch einen Arzt.

Endogene Ursachen werden Erkrankungen mit unklaren Zusammenhängen seelischer und genetischer Faktoren sowie bindungsgeschichtlicher Faktoren zugeordnet. Z. B. Schizophrenie und bipolare, d. h. manisch-depressive, Störungen. Sie erfordern die Behandlung durch einen Psychiater.

Psychogene Ursachen werden Erkrankungen zugeordnet mit biographischem Hintergrund, Traumata in frühen Entwicklungsphasen oder belastende Lernerfahrungen, die bei den Betroffenen in Form von negativen Glaubenssätzen abgespeichert sind. Zu dem psychogenen Formenkreis zählen die Neurosen: Angststörungen, Zwangsstörungen, Depressionen, Konversionsstörungen. Sie können in der Regel psychotherapeutisch behandelt werden.

Das triadische System ist veraltet und gilt inzwischen als unwissenschaftlich. Denn die Ursache einer psychischen Störung wird inzwischen regelmäßig nicht als monokausal erachtet. Vielmehr wird die Frage, wie eine psychische Störung entsteht, mit dem Schlüsselwort „multifaktoriell“ beantwortet. Nichtsdestotrotz können die Begriffe exogen, endogen und psychogen allerdings in der Prüfung nach wie vor abgefragt werden. Entsprechend der fortgeschrittenen Betrachtung psychischer Störungen als multifaktoriell in ihrer Entstehung wurde das triadische System von beschreibenden, d.h. phänomenologischen, Klassifikationssysteme abgelöst. Die heute gültigen phänomenologischen Klassifikationssysteme sind ICD-10, ICD-11 und DSM-5.

2. ICD-10 Kapitel V (F)

“ICD” steht für International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Die ICD wird von der WHO (Weltgesundheitsorganisation) herausgegeben. Die ICD-10 ist für Deutschland in der GM-Fassung (German Modification) gültig und zwar noch bis Ende 2026, so lange bis ihre neue, überarbeitete Version ICD-11 vollständig eingeführt sein wird. Die psychischen Störungen sind in ICD-10 Kapitel V, d. h. unter dem Buchstaben F, klassifiziert. Dabei handelt es sich um eine die einzelnen Störungsbilder beschreibende, d. h. phänomenologische, an diagnostischen Kriterien orientierte Klassifikation. Die einzelnen Diagnosen sind durch Nummern gekennzeichnet. Mit Ausnahme des Abschnitts F9, ist die ICD-10 ausschließlich phänomenologisch aufgebaut, d. h. die ICD-10 beschreibt keine Störungsursachen, sondern beschreibt nur die einer Störung entsprechenden Diagnosekriterien und Symptome.

Übersicht über die Abschnitte der ICD-10 F:

- F0 – Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)
- F1 – Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)
- F2 – Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)
- F3 – Affektive Störungen (F30-F39)
- F4. – Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F49)
- F5 – Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)
- F6 – Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)
- F7 – Intelligenzminderungen (F70-F79)
- F8 – Entwicklungsstörungen (F80-F89)
- F9 – Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)

3. DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

Das DSM-5 ist ein Klassifikationssystem in den USA. Es stimmt inhaltlich weitgehend mit der ICD-10 überein. Es ist allerdings in 22 Kategorien unterteilt, beschreibt die Störungsbilder genauer, wissenschaftlich orientiert. Das DSM-5 geht auch auf Begleitfaktoren psychischer Störungen ein wie z.B. soziales und familiäres Umfeld, Gender, Beruf, etc. und wird in Deutschland vielfach im wissenschaftlichen Bereich benutzt.

4. ICD-11

Die ICD-11 ist eine Revision der ICD-10. Die ICD-11 trat im Januar 2022 in Kraft. Allerdings ist ihre Einführung mit einer Übergangsfrist von fünf Jahren verbunden, d. h. bis Ende 2026 gilt nach wie vor die ICD-10. Mit der Revision der ICD-10 fand erstens eine weitere Anpassung an das DSM-5 statt. Die ICD-11 geht im Gegensatz zur ICD-10 nun entsprechend dem DSM-5 auch auf Begleitfaktoren psychischer Störungen ein wie z. B. soziales und familiäres Umfeld etc. Zweitens fand eine wissenschaftliche Überarbeitung statt. Neben strukturellen Anpassungen, die auch durch die Entwicklung neuer Technologien, wie u. a. der des Internets, notwendig werden, ändern sich auch medizinische Standards im Laufe der Zeit. Ebenfalls das Bild davon, was gesund und was krank ist, ändert sich im Laufe der Zeit. Das zeigen nicht nur neue Diagnosen wie "Gefährliches Computerspielen", sondern auch Krankheitsbilder, die umdefiniert oder umbenannt wurden oder ganz verabschiedet wurden, wie z. B. Transsexualismus.

Die ICD-11 als Produkt der Revision soll nun ein aktuelles Bild geben und den internationalen Vergleich psychischer Störungen optimieren.

Die ICD-11 erscheint nur in einer online-Version. Derzeit, Stand April 2023, liegt sie vollständig ausschließlich in englischer Sprache vor. Eine deutsche Fassung ist in Arbeit. Der folgende link ermöglicht einen Einblick in die aktuelle deutsche Version:

<https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http%3a%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f334423054>

Darin ist in ICD-11 Kapitel 6 folgende Definition psychischer Störungen beschrieben:

„Psychische Störungen, Verhaltensstörungen und neuronale Entwicklungsstörungen sind Syndrome, die durch eine klinisch bedeutsame Störung der Kognition, der Emotionsregulation oder des Verhaltens einer Person gekennzeichnet sind, die eine Störung der psychologischen, biologischen oder entwicklungsbedingten Prozesse widerspiegelt, die den psychischen und verhaltensbezogenen Funktionen zugrunde liegen. Diese Störungen sind in der Regel mit Stress oder Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, gesellschaftlich, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verbunden.“

Einige Neuheiten in der ICD-11:

- Die Kapitel der ICD-11 sind mit Zahlen angegeben. Die psychischen Störungen sind in Kapitel 6 beschrieben, ICD-11 6: Psychische, Verhaltens- oder neurologische Entwicklungsstörungen.

- Durch ein neues Codierungssystem ist es möglich, sogenannte Cluster-Codierungen mit primären und sekundären Codes vorzunehmen.
- Neue Störungsbilder wurden aufgenommen, z. B. Pathologisches Spielen (digitales Spielen oder Videospiele online oder offline) ICD-11 6C51 und Gefährliches Computerspielen ICD-11 QE22.
- Erweiterung der Trauma-Definition, sodass nun auch Menschen unter posttraumatischen Belastungen leiden können, die nicht unmittelbar selbst von dem traumatisierenden Ereignis bedroht waren, wie z. B. Polizei- oder Rettungskräfte.
- Neueinführung der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung ICD-11 6B41.
- Die Diagnose ICD-10 F64 - Störung der Geschlechtsidentität wurde ersetzt mit dem wissenschaftlichen Fachbegriff Geschlechtsinkongruenz und ist nun in ICD-11 17 Probleme/Zustände im Bereich der sexuellen Gesundheit beschrieben, sodass sie nicht mehr als Krankheit gilt.

Mehr zu den Neuerungen der ICD-11 wird in den Abschnitten zu den einzelnen Störungsbildern in Teil 2 des Skripts behandelt.

B. Epidemiologie

Da psychische Störungen in der Bevölkerung immer mehr zunehmen und als zeittypische Massenerkrankung eingestuft werden können, sollten dem Heilpraktiker für Psychotherapie in dem Zusammenhang auch Begriffe aus der Epidemiologie bekannt sein.

Es wird unterschieden in Prävalenz, Risiko und Inzidenz.

Prävalenz ist die Anzahl der erkrankten Individuen.

Lebenszeitprävalenz: Anteil der Bevölkerung, der im gesamten Leben eine bestimmte Störung entwickelt.

Zeitraumprävalenz: Anteil der Bevölkerung, der in einem bestimmten Zeitraum (z. B. 12 Monate) an einer bestimmten Störung leidet.

Punktprävalenz: Anteil der Bevölkerung, der zu einem bestimmten Zeitpunkt an einer bestimmten Störung leidet.

Risiko ist die Wahrscheinlichkeit, während eines bestimmten Zeitraums an einer Störung zu erkranken.

Lebenszeitrisiko: Statistisches Risiko, während des gesamten Lebens eine bestimmte Störung zu entwickeln.

Zeitraumrisiko: Statistisches Risiko, während eines bestimmten Zeitraums (z. B. ein Monat) eine bestimmte Störung zu entwickeln.

Inzidenz ist die Anzahl der Neuerkrankungen in einem bestimmten Zeitraum.

Zeitrauminzidenz: Anzahl der neuerkrankten Individuen in einem bestimmten Zeitraum.

C. Anamnese und Diagnostik

In einem ersten Termin mit einem neuen Patienten erstellt der Heilpraktiker für Psychotherapie zunächst eine Anamnese und den psychopathologischen Befund.

1. Anamnese

Der Begriff Anamnese stammt von dem griechischen Wort anamnesis/Erinnerung. Die Anamnese umfasst das Erfragen und die Aufzeichnung der Beschwerden und der Geschichte des Patienten. Die Anamnese dient dem Therapeuten dazu, sich ein möglichst genaues Bild von den Krankheitssymptomen, den Entstehungsfaktoren, dem zeitlichen Ablauf der psychischen und körperlichen Beschwerden sowie dem sozialen Umfeld des Patienten zu machen. Bereits im Rahmen der Anamnese sollte sich der Therapeut einen ersten Eindruck verschaffen, ob der Patient möglicherweise suizidgefährdet ist, um, falls notwendig, eine Krisenintervention einleiten zu können.

Folgende Punkte sind Bestandteile der psychotherapeutischen Anamnese:

1. Aktuelle Anamnese
2. Krankheits- und Suchtanamnese
3. Sozialanamnese und Biographie
4. Persönlichkeitsanamnese
5. Familienanamnese
6. Fremdanamnese (Wenn erforderlich; das ist die Befragung von Angehörigen oder mit dem Patienten in Verbindung stehenden Menschen; Achtung Schweigepflicht! (Entbindung einholen.)
7. Katamnese (Wenn vorhanden; das sind Berichte von Ärzten oder anderen Therapeuten.)
8. Abklärung/Ausschluss sekundärer Krankheitsgewinn

Informationen, die im Rahmen der einzelnen Teile der Anamnese erfasst werden, sind regelmäßig:

(Beachte: Die folgende Liste ist keine abschließende, sie ist je nach Fall anzupassen.)

Angaben zur Person

- Name, Vorname
- Geburtsdatum
- Adresse
- Telefon
- Beruf
- Familienstand
- Kinder
- Eltern
- Geschwister

Aktuelle Beschwerden

- Was führt Sie zu mir? Worunter leiden Sie?
- Beginn und eventuell Auslöser der Beschwerden?
- Wodurch geht es Ihnen besser? Wodurch geht es Ihnen schlechter?
- Traten die aktuellen Beschwerden akut auf oder allmählich?
- Waren Sie wegen der aktuellen Beschwerden bereits anderswo in Behandlung?
- Ist eine ärztliche Abklärung körperlicher Symptome erfolgt?

Körperliche Erkrankungen, Medikamente, psychotrope Substanzen

- Leiden Sie unter körperlichen Krankheiten, wenn ja welche?
- Hatten Sie Operationen, wenn ja welche?
- Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein, wenn ja welche?
- Trinken Sie Alkohol, wenn ja wann, wie viel?
- Nehmen Sie andere psychotrope Substanzen (Nikotin, Drogen), wenn ja wann, wieviel?

Frühere psychische Erkrankungen

- Hatten Sie bereits einmal psychische Beschwerden?
- Gab es Suizidversuche?
- Haben Sie Erfahrung mit Psychotherapie, wenn ja welche?

Sozialanamnese und Biographie

- Beschreiben Sie Ihre jetzige Familie.
- Wie empfinden Sie Ihre Beziehung zu Ihrem Lebenspartner/in?
- Beschreiben Sie Ihren Freundeskreis.
- Ortswechsel, Berufswechsel, Trennungen

Persönlichkeitsanamnese und Ressourcen

- Beschreiben Sie Ihre Gefühle im Zusammenhang mit Ihrer Belastung.
- Was ist für Sie das Wichtigste im Leben (Werte, Menschen)?
- Verfügen Sie über einen Glauben an eine höhere Kraft? Religion?
- Größte Leidenschaft, Hobby?

Familienanamnese

- Gab es in Ihrer Ursprungsfamilie psychische oder körperliche Erkrankungen?
- Gab es in ihrer Familie Suizide oder Suizidversuche?
- Beschreiben Sie die Familie, in der Sie aufgewachsen sind.
- Beschreiben Sie Ihre Kindheit.

Abklärung /Ausschluss sekundärer Krankheitsgewinn

Wenn die Ursachen einer Erkrankung aufgelöst sind, beginnt regelmäßig Heilung. Wenn keine Heilung eintritt, kann das u. a. daran liegen, dass die Heilung Konsequenzen nach sich zieht, die man bewusst oder unbewusst vermeiden will. Es kann also sein, dass der sekundäre Ge-

winn aus einer Belastung (wie z. B. besondere Aufmerksamkeit durch den Partner, Rentenansprüche, etc.) stärker ist als der primäre Schmerz durch die Belastung.

In diesem Fall ist es sehr wichtig, diese Verhinderungsgründe in die Behandlung miteinzubeziehen. Auch wenn es eher eine Ausnahme ist, sollten Patienten folgende Fragen einmal gründlich durchdenken und beantworten, um Heilungshindernisse bereits im Vorfeld erkennen zu können:

- Was werde ich verlieren, wenn ich meine Beschwerden loswerde, mein Ziel erreiche?
- Was gewinne (behalte) ich, wenn ich das Problem behalte?
- Gibt es andere negative Konsequenzen, Ängste, Umstände, die einer Heilung entgegenstehen?

Die Abklärung eines möglichen sekundären Krankheitsgewinns kann manchmal ausschlaggebend sein für den Erfolg einer Behandlung!

2. Psychopathologischer Befund

Im psychopathologischen Befund prüft die Therapeutin mittels Gesprächs und Beobachtung, ob bei dem Patienten folgende Funktionen gestört sind:

- a. **Fundamentale psychische Funktionen,**
- b. **Fundamentale kognitive Funktionen und/oder**
- c. **Komplexe kognitive Funktionen.**

Darüber hinaus ist stets die Suizidalität zu klären. Wenn sich im Rahmen der Anamnese überhaupt keine Anhaltspunkte für Suizidalität ergeben haben, muss Suizidalität im Rahmen des psychopathologischen Befundes nicht explizit erfragt werden. **Ansonsten ist es jedenfalls, auch nur bei der leisesten Ahnung der Therapeutin, dass Suizidalität für den Patienten ein Thema sein könnte, die Pflicht der Therapeutin, ausdrücklich und deutlich durch offenes Nachfragen zu klären, ob der Patient daran denkt, sich das Leben zu nehmen oder schon einmal den Wunsch hatte, seinem Leben ein Ende zu bereiten.** Mehr zu Suizidalität und wie man als Therapeutin zu reagieren hat, wenn der Patient suizidal ist, siehe Teil 3 C. Suizidalität.

a. Störungen der fundamentalen psychischen Funktionen

Zu den fundamentalen psychischen Funktionen zählen:

- 1) **die Emotionalität, d. h. die Stimmung oder Affektivität,**
- 2) **die Motivation, d. h. der Antrieb, und**
- 3) **die Sozialität.**

Die **Emotionalität/Affektivität** ist gestört, wenn die Stimmung des Patienten verflacht, starr, labil, inadäquat, ambivalent ist oder/und Angst in Form von Phobie, generalisierter Angst, Panik besteht.

Die **Motivation/ der Antrieb** eines Menschen beschreibt seine Energie, Initiative und Aktivität plus seine Psychomotorik. Psychomotorik ist die durch psychische Vorgänge geprägte Gesamtheit seines Bewegungsablaufs.

Antrieb und Psychomotorik können gestört vermindert oder gestört gesteigert sein.

Folgende Symptome kennzeichnen einen gestört verminderten Antrieb und Psychomotorik:

- Antriebsarmut,
- Antriebshemmung,
- Stupor (Bewegungslosigkeit),
- Mutismus (Wortkargheit bis Nichtreden),
- Flexibilitas cerea (wächserne Biogsamkeit),
- Negativismus,
- Katalepsie.

Antrieb und Psychomotorik werden als gestört gesteigert eingeordnet, wenn folgende Symptome auftreten:

- Antriebssteigerung,
- motorische Unruhe,
- Logorrhoe (gesteigerter Rededrang, -fluss),
- Manierismen.

Auch katatone Phänomene, d. h. ausgeprägte Störungen der Willkürmotorik, gehören zu Störungen der Psychomotorik, z. B. bei der katatonen Schizophrenie. Mehr zu katatonen Phänomenen folgt bei den relevanten Störungsbildern in Teil 2.

Die **Sozialität** ist gestört, wenn der Patient sich im Selbstbild, das ist die Vorstellung über die eigene Person, als z. B. sozial umtriebig, misstrauisch, unsicher etc. beschreibt oder der Patient sich im Fremdbild, das ist die Vorstellung über sich aus Sicht einer anderen Person, als z.B. distanziert, sozial zurückgezogen, aggressiv, abgegrenzt beschreibt.

b. Störungen der fundamentalen kognitiven Funktionen

Zu den fundamentalen kognitiven Funktionen gehören:

- 1) das Bewusstsein,**
- 2) die Orientierung und**
- 3) das Gedächtnis.**

Bei den **Bewusstseinsstörungen** ist zu unterscheiden in quantitative Bewusstseinsstörungen und qualitative Bewusstseinsstörungen. Zu den quantitativen Bewusstseinsstörungen zählen: Benommenheit, Somnolenz, Sopor, Koma. Die Reihenfolge der Symptome beschreibt eine zunehmende Verminderung des Bewusstseins. Eine qualitative Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn das Bewusstsein getrübt, eingeengt oder verschoben ist, wie z. B. beim Delir oder Dämmerzustand.

Die **Orientierung** kann in viererlei Dimensionen gestört sein: zeitlich, örtlich, situativ und/oder persönlich. Kombinationen sind möglich. Am häufigsten ist die zeitliche Orientierung gestört, gefolgt von einer Störung der örtlichen Orientierung, dann der situativen und schließlich der persönlichen Orientierung.

Das **Gedächtnis/Aufmerksamkeit** ist gestört, wenn Merkfähigkeitsstörungen oder Konzentrationsstörungen vorliegen oder wenn das Erinnerungsvermögen des Patienten schwach ist (Hypomnesie) oder eine Erinnerungslücke (Amnesie) vorliegt. Ebenfalls zu den Gedächtnisstörungen zählen Konfabulation und Paramnesie. Werden Gedächtnislücken mit neuen, erfundenen Inhalten gefüllt, spricht man von Konfabulation. Hat der Patient Erinnerungen an Ereignisse, die nicht stattgefunden haben, spricht man von einer Paramnesie.

Störungen des Gedächtnisses können das Langzeitgedächtnis, das Kurzzeitgedächtnis (Erinnerung für Minuten) oder das Ultrakurzzeitgedächtnis (Erinnerung für Sekunden) betreffen. Gedächtnisstörungen können retrograd sein, d. h. die Erinnerung an Geschehen vor einem bestimmten Ereignis ist gestört, oder anterograd, d. h. die Erinnerung an Geschehen nach einem bestimmten Ereignis ist gestört. Bei einer anterograden Amnesie kann der Betroffene neue Gedächtniseindrücke nur noch schlecht oder gar nicht mehr speichern oder abrufen. Gedächtnisstörungen können vorübergehend auftreten.

c. Störungen der komplexen kognitiven Funktionen

Zu den komplexen kognitiven Funktionen gehören:

- 1) **Denkstörungen,**
- 2) **Wahrnehmungsstörungen und**
- 3) **Ich-Störungen.**

Denkstörungen können formal oder inhaltlich sein. Das Denken ist formal gestört, wenn der Ablauf des Denkens, d. h. das „wie“ des Denkens gestört ist. Eine formale Denkstörung liegt vor, wenn das Denken verlangsamt, eingeengt, gedrängt oder inkohärent ist oder Ideenflucht, Grübeln, Vorbeireden, Neologismen, Gedankenabriss, Perseveration, Gedankenarmut oder Konkretismus vorliegen.

Formale Denkstörung: Das „Wie“ des Denkens ist gestört.

- Denkverlangsamung
- Denkeinengung
- Gedankendrängen
- Gedankeninkohärenz
- Ideenflucht
- Grübeln
- Vorbeireden
- Neologismen
- Gedankenabriss
- Perseveration

- Gedankenarmut
- Konkretismus

Das Denken ist inhaltlich gestört, wenn nicht das „Wie“, sondern das „Was“ des Denkens gestört ist, d. h. wenn Wahnideen, überwertige Ideen oder Zwangsgedanken vorliegen.

Inhaltliche Denkstörung: Das „Was“ des Denkens ist gestört.

- Wahnideen
- Überwertige Ideen
- Zwangsgedanken

Wahn ist eine falsche Beurteilung der Realität, an der mit subjektiver Gewissheit unkorrigierbar festgehalten wird. Wahn kann folgende Inhalte haben:

- Kontrollwahn,
- paranoider Wahn,
- Beziehungswahn,
- Bedeutungswahn,
- Eifersuchtswahn,
- Schuldwahn bzw. Versündigungswahn,
- Hypochondrischer Wahn,
- Abstammungswahn,
- Liebeswahn,
- Dermatozoenwahn.

Menschen im Wahn fühlen sich oft von ihrer Umwelt bedroht, zeigen Angst oder Erregungszustände.

Überwertige Ideen ähneln Wahngedanken sind jedoch weniger ausgeprägt und aus der Sicht des Patienten weniger gewiss oder unveränderbar.

Zwangsgedanken sind inhaltlich falsche Gedanken, die der Betroffene regelmäßig als nicht zu sich gehörig, als störend wahrnimmt, und die nicht unkorrigierbar sind. Zwangsgedanken sind also regelmäßig ich-dyston.

Die **Wahrnehmung** kann in ihrer Intensität oder ihrer Quantität gestört sein. Wahrnehmungsstörungen können jeden einzelnen Sinn oder mehrere Sinne gleichzeitig betreffen. Typische Wahrnehmungsstörungen sind Halluzinationen und Pseudohalluzinationen.

Halluzinationen sind Wahrnehmungserlebnisse ohne entsprechenden Außenreiz. Die Sinnes-täuschungen können alle Sinne betreffen. Die Patienten halten die Sinnes-täuschung für real. Pseudohalluzinationen sind Sinnes-täuschungen, die der Patient als solche erkennt.

Es gibt akustische Halluzinationen (z. B. befehlende, dialogisierende, kommentierende Stimmen), optische Halluzinationen, olfaktorische Halluzinationen, gustatorische Halluzinationen und Zoenästhesien, d. h. abnorme, den eigenen Körper betreffende Wahrnehmungen.

Von Halluzinationen abzugrenzen sind Illusionen, d.h. ein Gegenstand wird fälschlicherweise verändert, z. B. als bedrohlich wahrgenommen, und Pareidolien, d. h. Fantasiegebilde werden bewusst in Objekte hineingedeutet, z. B. wird in einer Wolke der Umriss eines Tieres gesehen.

Ich-Störungen sind dadurch gekennzeichnet, dass die Grenze zwischen dem Ich und der Umwelt als durchlässig empfunden wird, d. h. die Ich-haftigkeit des Erlebens verändert sich. Ich-Störungen sind Gedankeneingebung, -ausbreitung, -lautwerden und -entzug. Sie erscheinen dem Patienten als „von außen gemacht“, d.h. Phänomene, gegen die er sich nicht wehren kann. Die übrigen Ich-Störungen sind Depersonalisation und Derealisation, sie scheinen dem Betroffenen als aus sich entstanden.

Ich-Störungen:

- Gedankeneingebung
- Gedankenausbreitung, -lautwerden
- Gedankenentzug
- Depersonalisation
- Derealisation
- Fremdsteuerungserleben

3. Somatischer Befund

Die körperliche Untersuchung eines Patienten fällt nicht in den Kompetenzbereich des Heilpraktikers für Psychotherapie. Wenn die Therapeutin dem Patienten im Rahmen der Anamnese und der psychopathologischen Befunderstellung zuhört, schaut sie ihn allerdings auch an und beobachtet und registriert äußerliche körperliche Auffälligkeiten, wie z. B. starkes Schwitzen, gerötetes Gesicht, Kurzatmigkeit, zittrige Hände, kahle Stellen im Haupthaar etc. Solche äußerlich sichtbaren, körperlichen Auffälligkeiten sind zu notieren. Sie können Hinweise auf bestimmte psychische Störungen sein oder Alarmzeichen für jedenfalls von einem Arzt/Heilpraktiker abzuklärende Krankheit, wie z.B. ein gerötetes Gesicht ein Anzeichen für Bluthochdruck/Hypertonie sein kann. Der Heilpraktiker für Psychotherapie untersucht den Patienten nicht körperlich.

4. Testverfahren

Folgende Testverfahren sind im Rahmen des Psychopathologischen Befundes hilfreich:

Uhr-Zeichnen-Test

Sinn: Abklärung von z. B. Gedächtnisstörungen; dient zur ersten diagnostischen Abklärung einer Demenz.

Ablauf: Therapeutin bittet den Patienten, in einen vorgegebenen Kreis die Zahlen der Uhr zu zeichnen.

Mini-Mental-Status-Test

Sinn: Überprüfung von kognitiven Defiziten; Abklärung von zeitlicher und räumlicher Orientierung, Merkfähigkeit und Erinnerungsfähigkeit, d. h. des Gedächtnisses, z. B. für eine erste Abklärung des Schweregrads einer Demenz, sowie der Abklärung der Aufmerksamkeit, der Sprache und des Sprachverständnisses sowie der Fähigkeit zu lesen, schreiben, zeichnen und rechnen.

Ablauf: Therapeutin bittet den Patienten,

- aktuelle Zeit anzugeben
- aktuelles Datum anzugeben
- aktuellen Aufenthaltsort aufzuschreiben
- Drei Begriffe zu merken... (fünf Minuten später) aufzuzählen
- Von 100 3×7 zu subtrahieren und Differenz zu nennen
- Bedeutung eines Sprichworts zu erklären (z. B. „Wer anderen eine Grube gräbt, fällt selbst hinein.“)
- Zwei, sich überschneidende, Fünfecke zu zeichnen

Freiburger Persönlichkeitsinventar

Sinn: Überprüfung von Persönlichkeitsstörungen

Ablauf: Patient bewertet mittels Skala verschiedene Fragen zu Lebenszufriedenheit, sozialer Orientierung, Leistungsorientierung, Gehemmtheit, Erregbarkeit bzw. Aggressivität etc.

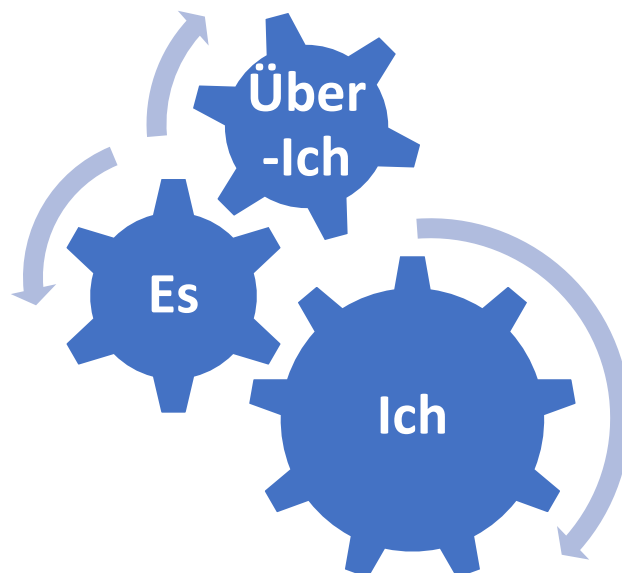
D. Psyche

Was ist die Psyche, die Seele eines Menschen und wie entwickelt sie sich im Laufe seines Heranwachsens?

Der bekannteste Mensch, der sich mit diesen Fragen beschäftigte, war wohl Sigmund Schlomo Freud, besser bekannt als Sigmund Freud (1856-1939), österreichischer Psychologe und Arzt (Neurologe), Vater der Psychoanalyse und der Traumdeutung. Er entwickelte zum Verständnis der Psyche des Menschen das Instanzenmodell und das Phasenmodell.

1. Instanzenmodell nach Sigmund Freud

Sigmund Freud, Vater der Psychoanalyse und Traumdeutung, entwickelte zum Verständnis der Psyche eines Menschen das Instanzenmodell:



Danach werden die Instanzen Es, Ich und Über-Ich unterschieden.

Das Es:

- Unbewusste Triebregungen
- Streben nach sofortiger Befriedigung
- Starker Bezug zum Körper
- Frei bewegliche Energie, die vom Lustprinzip beherrscht wird
- Spontan, jetzt

Das Über-Ich:

- Gewissen, Moral, Gesellschaft
- Ausbildung durch Erziehung, Lernerfahrungen
- Verinnerlichung von Geboten, Verboten

Das Ich:

- Bewusstsein
- Abwägung zwischen Trieben des Es und Moral des Über-Ichs
- Entwicklung von Abwehrmechanismen bei inneren Konflikten zwischen den Trieben des Es und der Moral des Über-Ichs

Das Ich hat eine Struktur und das Ich hat Funktionen.

Die **Ich-Struktur** ist die Verfügbarkeit von psychischen Funktionen, die für die Organisation des Selbst eines Menschen und seine Beziehungen zu den inneren und äußeren Objekten, Mitmenschen, Reizen erforderlich sind.

Die wichtigsten **Ich-Funktionen** sind: Wahrnehmung, Denken, Planen, Selbstreflexion, Fremdreflexion, Affektkontrolle, Selbstberuhigung, Frustrationstoleranz, Objekt Konstanz, Empathie. Diese Ich-Funktionen sind in der Psyche eines Menschen angelegt, brauchen aber im Laufe seiner Entwicklung ausreichend liebevolle, empathische Bindungserlebnisse, Bindungspersonen, um sich gesund zu entwickeln. Bei starken Bindungsverletzungen und einer unzureichenden seelischen Versorgung, können Defizite bei der Entwicklung der Ich-Funktionen und damit auch in der Ich-Struktur entstehen.

Sind die Ich-Funktionen und damit die Ich-Struktur eines Patienten so ausreichend intakt, dass er in der Lage ist, durch Selbstreflexion und Fremdreflexion die Symptome, d. h. den Störungsanteil seiner Belastung zu erkennen, ist die Störung **ich-dyston**, d. h. der Patient erkennt, dass die Störung nicht zu seinem Selbst gehört, nicht Teil seines Ichs ist. Er sagt beispielsweise: „Mit mir stimmt etwas nicht.“ Dies ist regelmäßig bei Neurosen der Fall, d. h. Angststörungen, Zwangsstörungen, dissoziativen Störungen und Depressionen.

Sind die Ich-Funktionen derart unterentwickelt, dass strukturelle Defizite vorliegen, ist eine Störung **ich-synton**, d. h. der Patient erkennt die Störung nicht als Störung mangels Selbstreflexion. Dies ist regelmäßig der Fall bei Persönlichkeitsstörungen und Psychosen. Speziell bei Persönlichkeitsstörungen leidet der Patient regelmäßig unter dem für ihn dysfunktional scheinenden Verhalten seiner Mitmenschen.

2. Abwehrmechanismen

Psychische Abwehrmechanismen sind Reaktionen des Ichs im Rahmen der ständigen Regulierung zwischen Es und Über-Ich. Abwehrmechanismen sind grundsätzlich gesund, denn sie dienen sozusagen als Ventile, die einen Menschen im psychischen Gleichgewicht halten. Abwehrmechanismen gehen vom Ich aus. Das Ich wehrt mit einer Reaktion Belastungen oder „Gefahren“ ab, z. B. Liebesentzug oder ein strafendes Über-Ich oder Triebe des Es. Abwehrmechanismen sind essentiell um den Alltag und Beziehungen zu regulieren und gesund zu bewältigen. Abwehrmechanismen beseitigen die Belastung in der Regel durch Veränderung. Es findet eine Reorganisation der alten Ich-Anteile statt oder Sätze des Über-Ichs werden relativiert und angepasst.

Abwehrmechanismen werden in reife und unreife Abwehrmechanismen unterschieden.

Reife Abwehrmechanismen:

- Verdrängung
- Verschiebung
- Reaktionsbildung
- Rationalisierung
- Konversion
- Isolierung vom Affekt, von der Emotion
- Sublimierung
- Vermeidung

Unreife Abwehrmechanismen:

- Projektive Identifizierung
- Projektion
- Spaltung
- Verleugnung
- Regression
- Introjektion/Identifikation

Die Art der Abwehrmechanismen spielt eine Rolle bei der Unterscheidung von Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Psychosen:

Neurosen -> Reife Abwehrmechanismen; Intakte Ich-Struktur mit intakten Ich-Funktionen; ich-dyston

Persönlichkeitsstörungen -> Unreife Abwehrmechanismen; gestörte Ich-Struktur mit unzureichenden Ich-Funktionen; ich-synton

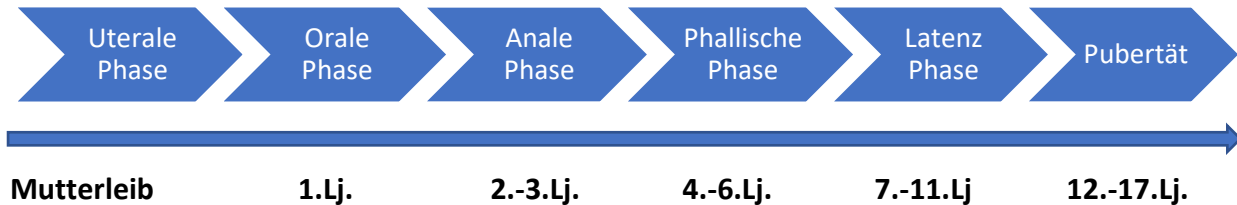
Psychosen -> Keine Abwehrmechanismen; Realitätsverlust, oftmals schubweise; Ich-Störung, Halluzinationen oder Wahn; ich-synton

3. Phasenmodell der psychischen Entwicklung

Ebenfalls von Sigmund Freud stammt das Phasenmodell. Das Phasenmodell beschreibt die psychische Entwicklung eines Menschen von der Geburt bis zur Pubertät. Die einzelnen Phasen sind durch ein spezifisches Bindungsverhalten geprägt und es werden psychische Qualitäten erlernt. Diese psychischen Qualitäten sind die Ich-Funktionen, siehe oben. Kommt es in einer Entwicklungsphase zu einem Defizit oder einer massiven Beeinträchtigung, können sich die Ich-Funktionen nicht intakt entwickeln und die Ich-Struktur ist gestört. Bei gestörter Ich-Struktur entstehen regelmäßig unreife Abwehrmechanismen. Das ist bei Persönlichkeitsstörungen der Fall.



Das ursprünglich von Freud entwickelte Modell ist inzwischen erweitert um die uterale Phase. Das aktuelle Phasenmodell beschreibt also die psychische, seelische Entwicklung eines Menschen beginnend bereits mit seiner Entwicklung im Mutterleib vom Kind bis zum Jugendlichen.



Uterale Phase (im Mutterleib)

Hier ist die Botschaft der Mutter an das ungeborene Kind wichtig: „Du bist willkommen, Du bist gewollt. Ich halte Dich.“

Defizite in dieser Phase lösen später oftmals Rückzugtendenz und Ängste aus.

Orale Phase (1. Lebensjahr)

Der Säugling ist getrieben von seinem Bedürfnis nach Nahrung, liebevoller Zuwendung und Schutz. Er befriedigt seine Triebe, seine Bedürfnisse, indem er Sachen in den Mund steckt. Dadurch entwickelt der Säugling Urvertrauen, Zufriedenheit, Lust an der Welt, seelische Wärme und die Fähigkeit zu Hingabe und Liebe.

Bei Nichterfüllung dieser essentiellen Bedürfnisse, bildet sich kein ausreichendes Urvertrauen. Der Mensch kann die Überzeugung entwickeln, nicht liebenswert zu sein, nicht genug zu sein, dass Liebe nur bedingt möglich ist. Wenn das Bedürfnis des Säuglings Liebe, Aufmerksamkeit, Nahrung und Schutz zu bekommen, wenn seine Rufe oder das Schreien nicht ausreichend gehört werden, kann sich eine erlernte Hilflosigkeit entwickeln, ein Erklärungsmodell Martin Seligmans für Depressionen. Andere Störungen sind regelmäßig Angststörungen, schizoide Persönlichkeit, Entwicklung von Abhängigkeiten/Süchten.

Anale Phase (2.-3. Lebensjahr)

In der analen Phase erfährt das Kleinkind Lust über das Ausscheiden bzw. die Kontrolle über die Ausscheidung seiner Exkremete. Körperlicher Mittelpunkt der Befriedigung ist der Anus. Durch die sich entwickelnde Muskulatur und den aufrechten Gang vergrößert sich der Bewegungsradius des Kindes. Im Kind entsteht das Bedürfnis nach Differenzierung, Individualität, Nein-Sagen, Grenzen testen. Das Kind beginnt, seine Welt zu erobern. Wenn es zu Rückschlägen kommt, sucht es Trost bei der Bezugsperson. Idealerweise unterstützt die Bezugsperson das Kind liebevoll.

Mögliche Störungen aufgrund von Defiziten in dieser Phase sind Zwangsneurosen, narzisstische Persönlichkeitszüge, Autonomie- und Abhängigkeitskonflikte, Sexualstörungen.

Phallische Phase (4.-6. Lebensjahr)

Die phallische Phase ist geprägt durch die Entdeckung des eigenen Geschlechts und die Erkennung des anderen Geschlechts.

Jungs entdecken, dass sie einen Penis haben und stellen fest, dass Mädchen keinen Penis haben. Außerdem versuchen sie ihre Mutter zu beeindrucken und empfinden ein Rivalitätsgefühl gegenüber ihrem Vater, Ödipuskomplex.

Mädchen hingegen stellen fest, dass sie keinen Penis haben und stellen fest, dass ihre Mutter auch keinen hat. Das Mädchen identifiziert sich mit der Mutter, entwickelt aber gleichzeitig auch eine Rivalität zu ihr. In dieser Entwicklungsphase bindet sich das Mädchen ganz besonders an ihren Vater, Elektrakomplex.

Defizite in dieser Phase, d. h. die Rivalität dem eigenen Geschlecht gegenüber wird nicht abgelegt, können in der weiteren Entwicklung zu einer histrionischen Persönlichkeit, einem überhöhten Geltungsbedürfnis oder Konversionssymptomen wie Scheinlähmungen, Schamgefühlen führen.

Latenzphase (7.-11. Lebensjahr)

Das Kind bekommt immer mehr Vertrauen in seine Leistungen, will schon groß sein, mithelfen. Regeln Gleichaltriger und sozialer Gruppen werden wichtiger. Es sucht nach Rollenvorbildern außerhalb der Familie. Dies bereitet die Findung der eigenen Identität und der eigenen Regeln vor.

Folgen einer gestörten Entwicklung in der Latenzphase sind regelmäßig fehlende Lust an Leistung, Rückzug in Fantasiewelten, Essstörungen.

Pubertät (12.-17. Lebensjahr)

Der Jugendliche reift seelisch, körperlich, sexuell und löst sich zunehmend von den Eltern bzw. den primären Bezugspersonen ab. Dies ist häufig mit Rebellion bzw. Opposition verbunden. Der Jugendliche wird zunehmend selbständiger und entwickelt seine erwachsene Identität. Massive hormonelle Veränderungen und der Umbau der Hirnstrukturen führen in der Regel zu Wesensveränderungen sowie zu einem zeitweisen Leistungsabfall. Die Phase der Pubertät gibt die Chance, Entwicklungsdefizite in/aus früheren Phasen nachzusättigen.

Fehlt dem Jugendlichen innerer und äußerer Raum, Liebe und Verständnis, die es ihm erlauben, seine eigene Identität zu finden, kommt es zu Störungen. Diese äußern sich häufig in Identitätsstörungen, Leistungsversagen, sexuellen Störungen.

Begriffserklärung

Einige, im Zusammenhang mit dem Phasenmodell relevante Begriffe sind:

- Regression = Zurückgehen in frühere Phasen, z. B. ein sechsjähriges Kind nässt wieder ein, als ein Geschwisterchen geboren wird.
- Fixierung = Festhalten an einer bestimmten Phase und ihren Aspekten.
- Bewusstwerdung = Frühere Konflikte werden bewusst und es werden die gleichen Gefühle wie früher wahrgenommen.



E. Nervensystem und Gehirn/Neurologie

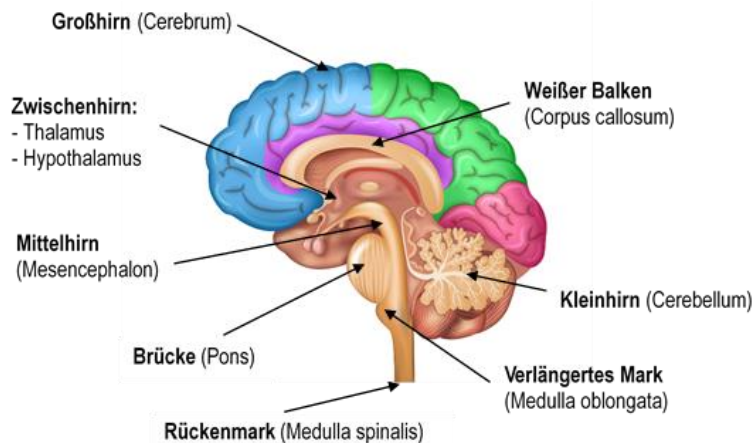
Das Gehirn und das Nervensystem eines Menschen gehören zu den komplexesten und erstaunlichsten seiner Systeme. Sie geben der Wissenschaft nach wie vor viele Fragen auf.

1. Aufbau des Gehirns

Das Gehirn ist die Steuerzentrale des menschlichen Körpers. Hier spielen sich Denken, Lernen, Fühlen, Empfinden, Erinnern, Bewusstsein, Körper(re)aktionen ab. Um solche komplexen Aufgaben auszuführen enthält das Gehirn Nervenzellen, ca. 100 Milliarden pro Kopf. Die Nervenzellen, auch Neuronen genannt, sind über Nervenbahnen mit dem Rest des Körpers verbunden, so dass das Gehirn Signale empfangen und senden kann. Zusammen mit dem Rückenmark bildet das Gehirn das zentrale Nervensystem. Da das Gehirn essentiell für menschliches Leben ist, liegt es gut geschützt in der Schädelhöhle des Kopfes und ist umgeben von Hirnhäuten.

Der Aufbau des Gehirns unterteilt sich grob in vier Bereiche:

- Großhirn
- Zwischenhirn
- Kleinhirn
- Hirnstamm (Mittelhirn, Brücke und verlängertes Rückenmark)



© shutterstock_284175866_Tefi_ohne_Text.jpg

Das Nervengewebe des Gehirns besteht aus grauer und weißer Substanz. Die graue Substanz enthält die Zellkörper der Nervenzellen. Die weiße Substanz enthält alle Fortsätze der Nervenzellen. Die graue Masse bildet die umhüllende Rinde von Groß- und Kleinhirn und ist außerdem in den Kerngebieten in der weißen Masse zu finden.

Das **Großhirn** ist der größte Teil des Gehirns. Um seine Oberfläche zu vergrößern ist es stark gefaltet, wie ein Walnusskern. Das Großhirn besteht aus rechter und linker Hemisphäre. Die beiden Hälften sind durch eine Furche getrennt und gleichzeitig durch einen Nervenstrang, den Balken, miteinander verbunden. Die Großhirnoberfläche ist die Großhirnrinde.

Die Großhirnrinde besteht aus fünf Lappen, die insgesamt in 52 Rindenfelder mit unterschiedlichen Funktionen unterteilt sind, das sind Hirnareale mit unterschiedlichen Aufgaben:

- Stirnlappen -> primär motorisch, z. B. Bewegungskontrolle, Sprachzentrum
- Scheitellappen -> primär sensorisch, z. B. Wahrnehmung durch Muskeln und Haut
- Schläfenlappen -> Hörzentrum
- Hinterhauptslappen -> Sehzentrum
- Inseln -> Zentrum für Geschmack, Geruch, Gleichgewichtssinn, Bewertung von Schmerz

Das **Zwischenhirn** befindet sich zwischen Groß- und Kleinhirn und die zwei wichtigsten Bestandteile sind Thalamus und Hypothalamus. Der Thalamus ist das Tor zum Bewusstsein, indem hier Sinneswahrnehmungen gesammelt und gefiltert und an das Großhirn weitergegeben werden. Der Hypothalamus stellt die Verbindung zwischen Nervensystem und Hormonsystem her. Hier wird u.a. der Schlaf-/Wachrhythmus gesteuert und die Körpertemperatur.

Das **Kleinhirn** ist wie das Großhirn in zwei Hemisphären geteilt. Hier werden z. B. das Gleichgewicht und erlernte Bewegungsabläufe gesteuert.

Der **Hirnstamm** unterteilt sich in Mittelhirn, Brücke und verlängertes Rückenmark (Nachhirn). Der Hirnstamm verschaltet Sinneswahrnehmungen und kontrolliert automatische Körperfunktionen wie Atmung, Herzschlag und Reflexe, wie z. B. den Pupillenreflex.

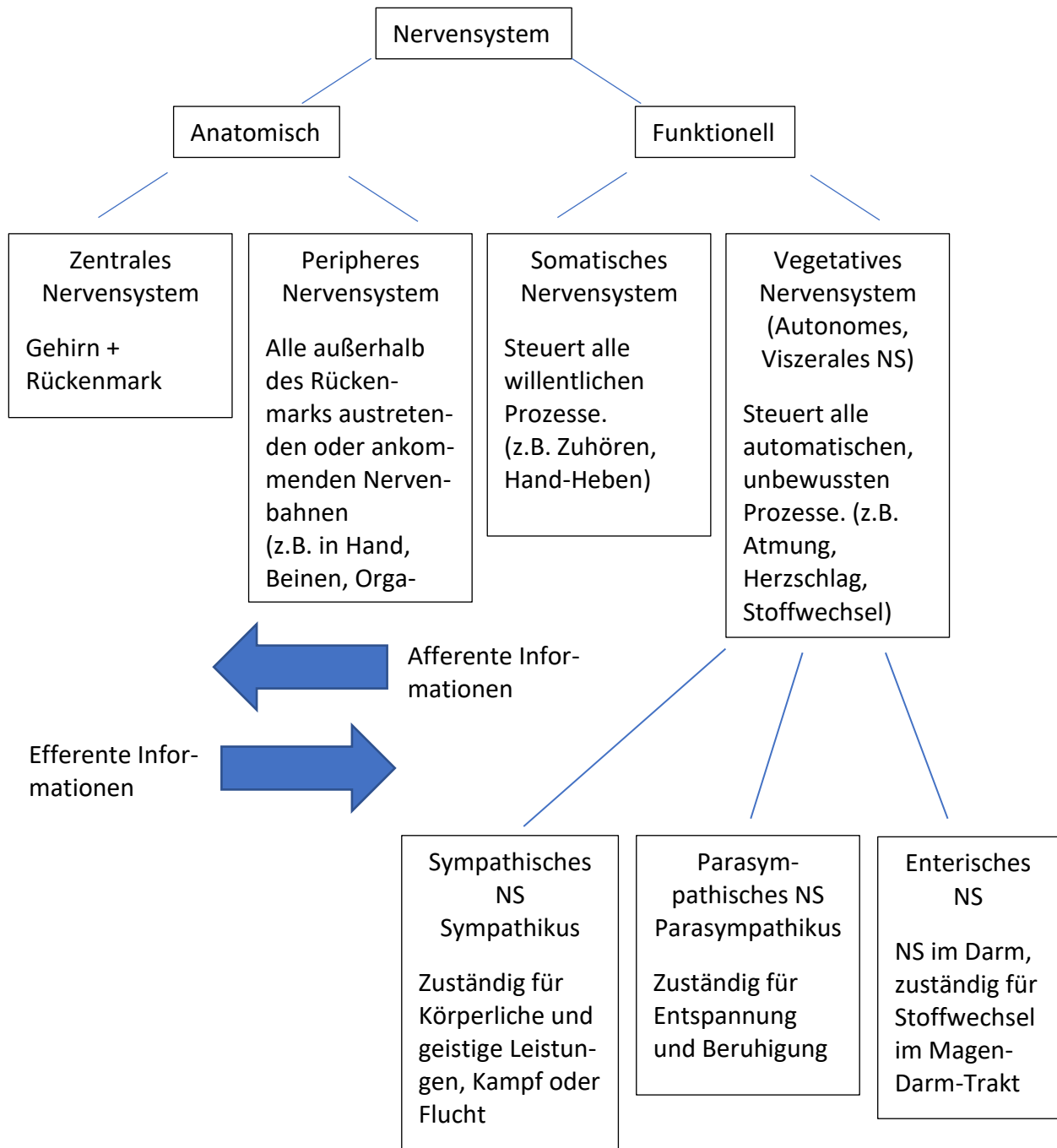
2. Funktionen des Gehirns

Das Gehirn übernimmt alle lebenswichtigen Funktionen wie Atmung oder Kreislauf und reagiert auf Sinneseindrücke. Außerdem steuert das Gehirn auch komplexe Funktionen wie Denken, Lernen und Handlungsabläufe. Dazu nimmt es Signale und Informationen auf, speichert und verarbeitet sie. Die Signale werden über die Nervenzellen, Neuronen, geleitet, die mittels Kontaktstellen, Synapsen, miteinander verbunden sind. Das Gehirn bildet zusammen mit dem Rückenmark das zentrale Nervensystem.



1. Unterteilung des Nervensystems

Das Nervensystem eines Menschen kann anatomisch und funktionell unterteilt werden.



3. Nervenzellen/Neuronen

Die Übertragung von Informationen zwischen Teilen des Nervensystems erfolgt über Nervenzellen, Neuronen. Die Nervenzellen verwenden elektrische Signale. Die Nervenzellen sind über Kontaktstellen, Synapsen, miteinander verbunden. Sie leiten elektrische Signale von einem Neuron zum anderen weiter. Dazu wandeln sie das elektrische Signal in ein chemisches Signal um. Sie senden Botenstoffe, Neurotransmitter, von Neuron zu Neuron.

Die wichtigsten Neurotransmitter sind:

Adrenalin

- Steigerung der Herzfrequenz
- Anstieg des Blutdrucks
- Erweiterung der Bronchien
- Hemmung der Verdauung
- Flucht- oder Kampfreaktion
- wird in Nebenniere und Gehirn gebildet

Noradrenalin

- Neurotransmitter im sympathischen Nervensystem
- Erhöhung Muskeltonus
- Steigerung Blutdruck
- wird in Nebenniere und Gehirn gebildet

Dopamin

- Glücksgefühl
- Aufhellung der Stimmung
- vermehrt bei Schizophrenie
- vermindert bei Morbus Parkinson
- wird in der Substantia Nigra (schwarze Substanz) im Mittelhirn produziert

Serotonin

- Aufhellung der Stimmung
- Gefühl der Gelassenheit, innere Ruhe

Acetylcholin

- Regulierung von Atmung und Herzschlag
- Übertragung von Signalen von Nerven- auf Muskelzellen
- wird im Endknöpfchen eines Neurons gebildet

Teil 2

A. ICD-10 F0 Organisch bedingte Störungen

Organisch bedingte Störungen werden durch eine krankhafte Veränderung des Gehirns bzw. des gesamten Organismus oder durch eine chronisch toxische Einwirkung auf das Gehirn verursacht. Die Störung ist organisch bedingt und zeigt sich durch Symptome wie bei schizophrenen oder bipolaren Psychosen, Neurosen, affektiven Störungen oder Persönlichkeitsstörungen.

Typische Symptome organisch bedingter Störungen sind Bewusstseinsstörungen, Orientierungsstörungen, Störungen der Auffassung.

Vergleich ICD-10 und ICD-11

| ICD-10 | | ICD-11 |
|--------|--|--------|
| F00 | Demenz bei Alzheimer-Krankheit | 6D80 |
| F01 | Vaskuläre Demenz | 6D81 |
| F02 | Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten | 6D85 |
| F04 | Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt | 6D72 |
| F05 | Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope andere psychotrope Substanzen bedingt | 6D70 |

....

Impressum

Herausgeber:

Isolde Richter Heilpraktikerschule

Tagesschule • Fernschule • Onlineschule

Üsenbergerstraße 11 + 13 / 79341 Kenzingen

Tel. 07644 / 927 883 – 0, Fax 07644 / 927 883 - 40

E-Mail: info@Isolde-Richter.de, www.Isolde-Richter.de

Verantwortlich für den Inhalt: Sabine Lang Thurston

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

Titelbildnachweis: @shutterstock_1886172589_Madcat_Madlove

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

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



DOZENTIN
SABINE LANG THURSTON
Heilpraktikerin für Psychotherapie

Grundfesten und Treiber ihrer Arbeit sind tiefer Respekt für Menschen und ihr Streben nach kontinuierlicher Verbesserung. Auf diesen Säulen steht ihre Praxis als Heilpraktikerin für Psychotherapie und Mentaltrainerin und basiert ihre Tätigkeit als Dozentin in Seminaren und Vorträgen.

Ihr Beruf ist ihre Berufung: Menschen bestmöglich zu unterstützen, ihr Bestes zu sein, um ihrerseits ihr Bestes geben zu können.

Sabine Lang Thurston erlangte die staatliche Heilerlaubnis für Psychotherapie und erlernte exzellente Werkzeuge, um Menschen durch minimal invasive therapeutische Arbeit optimal von seelischen Belastungen, die regelmäßig mit körperlichen Krankheiten einhergehen, zu befreien bzw. sie als Mentaltrainerin bestmöglich zu unterstützen, ihr volles Potenzial optimal auszuschöpfen und ihre Ziele zu erreichen.

Weitere Webinare mit Sabine Lang Thurston an unserer Schule:

- Depressive Störungen
- ICD-11 Änderungen und Neuerungen im Bereich Psychische Störungen

Website von Sabine Lang Thurston:
www.langthurston.de

Isolde Richter
Heilpraktikerschule

Tagesschule • Fernschule • Onlineschule

www.Isolde-Richter.de

Üsenbergerstr. 11-13 / 79341 Kenzingen
Tel.(+49)7644 927883-0 / Fax: (+49)7644 927883-40
Info@Isolde-Richter.de / www.Isolde-Richter.de

