

Harald J. Freyberger Wolfgang Schneider Rolf-Dieter Stieglitz
Herausgeber

Kompendium

Psychiatrie Psychotherapie Psychosomatische Medizin

12., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage



HUBER



Freyberger / Schneider / Stieglitz
(Hrsg.)

**Kompendium Psychiatrie –
Psychotherapie –
Psychosomatische Medizin**

Verlag Hans Huber
Programmbereich Psychiatrie



Harald J. Freyberger
Wolfgang Schneider
Rolf-Dieter Stieglitz
Herausgeber

Kompendium Psychiatrie Psychotherapie Psychosomatische Medizin

12., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

Unter Mitarbeit von Bernd Ahrens, Jörg Angenendt, Marion Anthoff, Sven Barnow, Urs Baumann, Michael Berner, Kerstin Birke, Volker Dittmann, Gisbert Eikmeier, Anneliese Ermer, Jörg M. Fegert, Ulrich Frommberger, Wolfgang Gaebel, Markus Gastpar, Hans Jörgen Grabe, Hans Gutzmann, Martin Härter, Reinhard Haller, Achim Haug, Hanfried Helmchen, Maria Hofecker Fallahpour, Karin Hoffmann, Martin Ekkehard Keck, Thomas Klauer, Christine Knaevelsrud, Michael Krausz, Kai-Uwe Kühn, Philipp Kuwert, Roselind Lieb, Michael Lucht, Hans-Jürgen Luderer, Jürgen Margraf, Gunther Meinschmidt, Felicitas Michels-Lucht, Karla Misek-Schneider, Peter Peiler, Michael Peschke, Paul L. Plener, Stefan Priebe, Michael Rapp, Michael Rösler, Rolf Saupe, Rainer T. Schaub, Christian Schmidt-Kraepelin, Gerhard Schüssler, Ute Siebel, Carsten Spitzer, Nadine Stammel, Bernhard Strauß, Roland Vauth und Matthias Vogel

Verlag Hans Huber

© 2012 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Freyberger / Schneider / Stieglitz (Hrsg.), Kompendium Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatische Medizin, 12. Auflage.

Lektorat: Dr. Klaus Reinhardt
Herstellung: Sarah Huber
Bearbeitung: Sigrid Weber, Freiburg; Nadine Aebersold und Valentina Meili, Basel
Umschlag: Claude Borer, Basel
Druckvorstufe: Martin Janz, Freiburg
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Hubert & Co., Göttingen
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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



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

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Verlag Hans Huber
Lektorat Medizin/Gesundheit
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 300 4500
Fax: 0041 (0)31 300 4593
verlag@hanshuber.com
www.verlag-hanshuber.com

1. Auflage 2012
© 2012 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
(E-Book-ISBN 978-3-456-94977-2)
ISBN 978-3-456-84977-5

© 2012 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Freyberger / Schneider / Stieglitz (Hrsg.), Kompendium Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatische Medizin, 12. Auflage.

Inhalt

Vorwort	1
-------------------	---

Teil A Allgemeine Grundlagen

1 Psychische Untersuchung und Befunderhebung	5
<i>Harald J. Freyberger, Anneliese Ermer und Rolf-Dieter Stieglitz</i>	
2 Klassifikation und diagnostischer Prozess	17
<i>Rolf-Dieter Stieglitz, Harald J. Freyberger und Wolfgang Schneider</i>	
3 Biologische diagnostische Verfahren in der Psychiatrie	39
<i>Hans Jürgen Grabe</i>	
4 Psychologische Diagnostik	55
<i>Thomas Klauer und Rolf-Dieter Stieglitz</i>	

Teil B Störungsgruppen

5 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	77
<i>Hans Gutzmann und Rainer T. Schaub</i>	
6 Störungen durch psychotrope Substanzen	119
<i>Michael Krausz, Volker Dittmann und Michael Lucht</i>	
7 Schizophrenien und wahnhaftige Störungen	153
<i>Wolfgang Gaebel und Christian Schmidt-Kraepelin</i>	
8 Affektive Störungen	181
<i>Achim Haug, Martin Ekkehard Keck, Peter Peiler und Bernd Ahrens</i>	
9 Angststörungen	217
<i>Jörg Angenendt</i>	
10 Zwangsstörungen	235
<i>Hans Jürgen Grabe und Harald J. Freyberger</i>	
11 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	249
<i>Ulrich Frommberger</i>	
12 Dissoziative und somatoforme Störungen	263
<i>Carsten Spitzer und Harald J. Freyberger</i>	
13 Neurasthenie, Depersonalisations- und Derealisationssyndrome und artifizielle Störungen	283
<i>Harald J. Freyberger und Rolf-Dieter Stieglitz</i>	

14	Psychosomatische Störungen	295
	<i>Harald J. Freyberger und Wolfgang Schneider</i>	
15	Sexuelle Störungen	311
	<i>Bernhard Strauß</i>	
16	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen Erwachsener	327
	<i>Volker Dittmann, Anneliese Ermer und Rolf-Dieter Stieglitz</i>	
17	Intelligenzminderung	351
	<i>Rolf-Dieter Stieglitz, Sven Barnow, Anneliese Ermer und Volker Dittmann</i>	
18	Psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters	363
	<i>Paul L. Plener und Jörg M. Fegert</i>	
19	ADHS im Erwachsenenalter	379
	<i>Michael Rösler und Rolf-Dieter Stieglitz</i>	

Teil C Therapieverfahren

20	Therapieverfahren in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik: Überblick	395
	<i>Harald J. Freyberger, Rolf-Dieter Stieglitz und Wolfgang Schneider</i>	
21	Psychopharmakologische Behandlung	401
	<i>Kai-Uwe Kühn und Markus Gastpar</i>	
22	Andere biologische Verfahren	427
	<i>Rainer T. Schaub und Achim Haug</i>	
23	Psychoanalytische und andere tiefenpsychologische Verfahren	443
	<i>Wolfgang Schneider</i>	
24	Verhaltenstherapie.	461
	<i>Roselind Lieb, Jürgen Margraf und Gunther Meinlschmidt</i>	
25	Gesprächspsychotherapie.	489
	<i>Hans-Jürgen Luderer und Rolf-Dieter Stieglitz</i>	
26	Psychoanalytische Gruppenpsychotherapie und verwandte Verfahren . . .	499
	<i>Wolfgang Schneider und Harald J. Freyberger</i>	
27	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze in der Gruppenpsychotherapie	511
	<i>Roland Vauth und Rolf-Dieter Stieglitz</i>	
28	Paar-, Familien- und Systemtherapie	531
	<i>Maria Hofecker Fallahpour und Rolf-Dieter Stieglitz</i>	
29	Kreative psychotherapeutische Verfahren und Entspannungsverfahren . .	543
	<i>Felicitas Michels-Lucht, Ute Siebel, Harald J. Freyberger und Rolf-Dieter Stieglitz</i>	

30	Neue psychotherapeutische Ansätze	555
	<i>Harald J. Freyberger und Wolfgang Schneider</i>	
31	Soziotherapie	565
	<i>Stefan Priebe und Karin Hoffmann</i>	
32	Psychoedukation, Patientenratgeber und Selbsthilfe-Manuale	575
	<i>Jörg Angenendt und Rolf-Dieter Stieglitz</i>	
33	Psychopharmakologische Notfalltherapie	589
	<i>Kai-Uwe Kühn, Gisbert Eikmeier und Markus Gastpar</i>	
34	Kurzpsychotherapie und Krisenintervention	599
	<i>Karla Misek-Schneider und Wolfgang Schneider</i>	

Teil D Anwendungsbereiche

35	Sozialpsychiatrie und gemeindenaher Versorgung	617
	<i>Stefan Priebe und Karin Hoffmann</i>	
36	Forensische Psychiatrie	635
	<i>Volker Dittmann, Marion Anthoff, Reinhard Haller und Anneliese Ermer</i>	
37	Gerontopsychiatrie	665
	<i>Hans Gutzmann, Rainer T. Schaub und Michael Rapp</i>	
38	Psychosomatische Medizin einschließlich Grundzüge der Neurosenlehre	697
	<i>Gerhard Schüßler und Wolfgang Schneider</i>	
39	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	711
	<i>Paul L. Plener und Jörg M. Fegert</i>	
40	Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie und -psychosomatik	721
	<i>Matthias Vogel, Rolf Saupe und Wolfgang Schneider</i>	

Teil E Spezielle Aspekte

41	Therapie- und verlaufsrelevante Faktoren psychischer Störungen	737
	<i>Rolf-Dieter Stieglitz und Bernd Ahrens</i>	
42	Rehabilitation psychischer und psychosomatischer Erkrankungen	753
	<i>Kerstin Birke und Harald J. Freyberger</i>	
43	Psychische und psychosomatische Erkrankungen in der Arbeitswelt	765
	<i>Wolfgang Schneider und Michael Peschke</i>	
44	Mortalität und Suizidalität bei psychisch kranken Menschen	781
	<i>Bernd Ahrens und Harald J. Freyberger</i>	
45	Ethik in der Psychiatrie	803
	<i>Hanfried Helmchen</i>	

46	Qualitätsmanagement in Psychiatrie und Psychotherapie	819
	<i>Martin Härter und Rolf-Dieter Stieglitz</i>	
47	Migranten und transkulturelle Psychiatrie	835
	<i>Nadine Stammel, Philipp Kuwert und Christine Knaevelsrud</i>	
48	Evidenzbasierte Psychiatrie und Psychotherapie	851
	<i>Michael Berner</i>	
49	Wirksamkeitsnachweis bei Therapie in Psychiatrie, Klinischer Psychologie und Psychotherapie	867
	<i>Urs Baumann, Harald J. Freyberger und Rolf-Dieter Stieglitz</i>	
50	Psychotherapeutische Ausbildung und Supervision	881
	<i>Gerhard Schüßler und Wolfgang Schneider</i>	
	Weiterführende Literatur	889
	Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	897
	Sachregister	901

Vorwort

Das von Theodor Spoerri (1924-1973) 1961 in erster Auflage verfasste Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie, das von Harald Feldmann unter Mitwirkung von Johannes Brand-Jacobi und Mario Gmür 1983 revidiert wurde, wurde 1996 in 10. Auflage erstmals in neuer Herausgeberschaft (H. J. Freyberger und R.-D. Stieglitz) publiziert und von den Themen her erweitert. Die 11. Auflage wurde grundlegend überarbeitet und erweitert. Entsprechend der immensen Weiterentwicklung der theoretischen, methodologischen und therapeutischen Grundlagen der Psychosozialen Medizin haben sich Verlag und Herausgeber einerseits entschlossen, die Beiträge des Bandes wiederum von verschiedenen Autoren bearbeiten zu lassen, um so der Spezialisierung und Differenzierung des Faches Rechnung zu tragen. Andererseits wurde der Band um Konzepte und Inhalte der Psychosomatischen Medizin erweitert. Nachdem in den vergangenen Jahren berufs- und wissenschaftspolitische Diskussionen die Eigenständigkeit der Psychosomatischen (und Psychotherapeutischen) Medizin in Frage gestellt haben, wurde Wolfgang Schneider in das Herausbergremium aufgenommen.

Auch die vorliegende 12. Auflage wurde erneut grundlegend überarbeitet und um aktuelle Themen erweitert, sodass der Umfang mittlerweile auf 50 Kapitel angewachsen ist.

Konzeptionell orientiert sich das Kompendium weiterhin an der ICD-10 und der damit auch im europäischen Raum veränderten Sichtweise psychischer Störungen, die eine deskriptiv-phänomenologische und ätiologisch-pathogenetische Betrachtungsebene trennt.

Im Teil **Allgemeine Grundlagen** geht es um die Prinzipien und Inhalte der psychiatrischen Untersuchung und Befunderhebung, um Fragen der psychiatrischen Klassifikation und der Besonderheiten des diagnostischen Prozesses in der Psychiatrie. Neu aufgenommen zu den beiden wichtigsten Bausteinen innerhalb der psychiatrischen Diagnostik wurden die Kapitel zur Biologischen und Psychologischen Diagnostik.

Der Teil **Störungsgruppen** folgt in seiner Gliederung dem Kapitel V (F) «Psychische und Verhaltensstörungen» der ICD-10. Im Gegensatz zur bisherigen Nosologie trennt die ICD-10 konsequent die organischen und symptomatischen psychischen Störungen von den Störungen durch psychotrope Substanzen, die in jeweils getrennten Kapiteln behandelt werden. Wie auch für die anderen Störungsgruppen wird hier, sofern inhaltlich sinnvoll und möglich, eine erkrankungsbezogene einheitliche Gliederung in die Abschnitte Definition und Deskription (einschließlich Psychopathologie),

Ätiologie und Pathogenese, Therapie und Verlauf und Prognose durchgehalten. Es folgen Kapitel zu den schizophrenen und wahnhaften Störungen, zu den affektiven Störungen, zu den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen, den psychosomatischen Störungen, den sexuellen Störungen, den Persönlichkeitsstörungen, zur Intelligenzminderung, zu den psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters sowie neu aufgenommen ein Kapitel zu ADHS im Erwachsenenalter.

Um der weitreichenden Differenzierung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Therapieverfahren Rechnung zu tragen, werden diese in einem gesonderten Teil **Therapieverfahren** zusammengefasst. Dabei wurden Kapitel zur psychopharmakologischen Behandlung, anderen biologischen Verfahren (wie etwa Schlafentzugs- und Lichttherapie) von den verschiedenen psychotherapeutischen Behandlungsmethoden getrennt. Um den neuen Entwicklungen im Bereich der Psychotherapie der letzten Jahre gerecht zu werden, wurde ein entsprechendes Kapitel ergänzt.

Dass sich die Psychiatrie und ihre Nachbardisziplin, die Psychosomatische Medizin, in den vergangenen Jahrzehnten im Sinne immer weiter spezialisierter Subdisziplinen differenziert haben, zeigt der Teil **Anwendungsbereiche**. Hier werden die Sozialpsychiatrie, die Forensische Psychiatrie, die Gerontopsychiatrie, die Psychosomatische Medizin (einschließlich Neurosenlehre) und die Konsiliarpsychiatrie abgehandelt.

Speziellen Aspekten der Psychiatrie wird im letzten Teil Rechnung getragen. In diesem Bereich wurden die größten Ergänzungen vorgenommen. Hier finden sich, wie bereits in der vorigen Auflage, Kapitel zu therapie- und verlaufsrelevanten Faktoren psychischer Störungen, zu Mortalität und Suizidalität, zu ethischen Fragen in der Psychiatrie, zur Qualitätssicherung, zur evidenzbasierten Medizin und zum Wirksamkeitsnachweis psychiatrischer Therapie. Neu aufgenommen wurden gegenüber der 11. Auflage Beiträge zur Rehabilitation psychischer Störungen, zu Migranten und zur transkulturellen Psychiatrie sowie zu psychischen und psychosomatischen Erkrankungen in der Arbeitswelt.

Im Anhang findet sich ergänzend ein Verzeichnis zur weiterführenden Literatur.

Mit der 12. Auflage findet auch ein Wechsel vom Karger-Verlag (Basel) zum Hans Huber Verlag (Bern) statt. Frau Monika Eginger (früher Hans Huber Verlag) und Dr. Klaus Reinhardt danken wir für das in uns gesetzte Vertrauen, eine Neubearbeitung des Bandes vorzunehmen und uns mit den inhaltlich relevanten Hintergründen verlegerischer Arbeit vertraut zu machen.

Für die umsichtige und zuverlässige redaktionelle Bearbeitung der Manuskripte möchten wir uns ganz herzlich bei Frau BSc Nadine Aebersold und BSc Valentina Meili bedanken.

Greifswald, Rostock und Basel im August 2011

Harald J. Freyberger, Wolfgang Schneider und Rolf-Dieter Stieglitz

Teil A

Allgemeine Grundlagen

1 Psychische Untersuchung und Befunderhebung

Harald J. Freyberger, Anneliese Ermer und Rolf-Dieter Stieglitz

1.1 Das diagnostische Gespräch und die Beziehung zum Patienten

Die diagnostische Erstuntersuchung und Befunderhebung erfüllt mehrere Funktionen. Erstens geht es um eine **Beziehungsaufnahme** zum Patienten, die es ihm ermöglicht, über seine Beschwerden, Probleme und Lebensumstände in einer offenen und vertrauensvollen Atmosphäre zu sprechen. In diesem Sinne hat die Erstuntersuchung auch eine psychotherapeutische Funktion, zumal sie in der Regel eine Behandlung einleitet. Zweitens geht es um eine **systematische Erhebung der Krankheitsanamnese, der Biographie, relevanter Persönlichkeitsaspekte, der aktuellen Lebenssituation und der psychopathologischen Merkmale**. Die Erstuntersuchung hat also primär eine diagnostische Funktion, auf deren Grundlage ein Konzept zur Störungsgenese entwickelt und erste Behandlungsmaßnahmen eingeleitet werden müssen.

Die **Techniken der Befunderhebung** reichen heute von standardisierten Interviews (vgl. Kap. 2), in denen für jedes zu erhebende Merkmal vorformulierte Fragen gestellt werden, über das strukturierte klinische Interview bis zur weitgehend unstrukturierten Situation des psychodynamisch orientierten Erstinterviews, in dem es weitgehend dem Patienten vorbehalten bleibt, mit welchem Inhalt und wie er das Gespräch gestaltet. Das Ziel der Untersuchungsansätze ist dabei unterschiedlich. Während mit dem Strukturierungsgrad die Vollständigkeit und Zuverlässigkeit (Reliabilität) der erhaltenen Informationen ansteigen, gehen gleichzeitig subjektive Aspekte des Erlebens verloren, die für das Verständnis des Patienten und seiner Störung in der psychosozialen Medizin ebenso relevant sind.

1.2 Anamnesenerhebung

1.2.1 Familienanamnese

Die Familienanamnese dient der Erfassung psychosozialer und krankheitsrelevanter Befunde aus der **Herkunftsfamilie** des Patienten. Im Rahmen eines **Mehrgenerationenansatzes** sollten dabei zumindest Großeltern, Eltern und Geschwister berücksichtigt werden. Bei der Erhebung der einzelnen Gesichtspunkte (vgl. **Tab. 1-1**) sollte systematisch zwischen der mütterlichen und der väterlichen Linie unterschieden werden, wobei die Erstellung eines Familienstammbaumes (vgl. Kap. 28) hilfreich sein kann.

1.2.2 Biographie des Patienten

Der Biographie des Patienten kommt in der psychosozialen Medizin eine besondere Bedeutung zu, da bei den Erkrankungen der lebensgeschichtlichen Kontext, die Persönlichkeitsstruktur und die die Erkrankung auslösende biographische Situation in

Tabelle 1-1: Familienanamnese**Psychosoziale Situation der Großeltern und Eltern**

Alter, Beruf, finanzielle Verhältnisse, Daten und Ursachen des möglichen Todes

Geschwister

Anzahl, Alter, Geschlecht, Familienstand, Stellung des Patienten in der Geschwisterreihe

Familienatmosphäre

Persönlichkeitsstruktur und interaktionelle Besonderheiten von Eltern und weiteren primären Bezugspersonen, Einstellungen der Eltern zur Familie, Erziehung, Sexualität und anderen relevanten Bereichen

Familiäre Belastung mit psychiatrischen und somatischen Störungen und somatische (Erb-) Krankheiten und Behandlungen in der Familie (Verwandte 1. und 2. Grades)

Suizide, Suizidversuche, Störungen durch psychotrope Substanzen, delinquentes Verhalten und andere Auffälligkeiten

Tabelle 1-2: Biographie des Patienten**Schwangerschafts- und Geburtsumstände**

(Krankheiten oder psychosoziale Auffälligkeiten während der Schwangerschaft der Mutter, Alter der Mutter und des Vaters zum Zeitpunkt der Geburt, eheliches/uneheliches Kind, Geburtsort, Art der Geburt (Früh- oder Spätgeburt, Zangengeburt oder Kaiserschnitt))

Frühkindliche Entwicklung

Entwicklungsschritte des Laufens, Sprechens und der Reinlichkeitserziehung, frühkindliche Störungen (Bettnässen, Alpträume usw.), Erziehungsstil und die Beziehung zu Eltern und Geschwistern, emotionale Besonderheiten

Vorschulische und schulische Entwicklung

Kindergarten, Schulentwicklung und -abschluss und damit verbundene Entwicklungsschritte (Schulwechsel, Sitzenbleiben, Stellung gegenüber bestimmten Fächern, Mitschülern und Lehrern; äußere Faktoren mit Einfluss auf die schulische Entwicklung wie z.B. Wohnortwechsel der Eltern usw.)

Pubertät und frühes Erwachsenenalter

Ablösungskonflikte vom Elternhaus, sexuelle Entwicklung (Doktorspiele, Masturbation, hetero- und homosexuelle Kontakte, Perversionen, Schwangerschaften)

Berufliche Entwicklung

Militär-/Zivildienst, Gründe der Ausbildungs- und Berufswahl, Ausbildungsgang und -abschluss, Hintergründe für Berufs- und Stellungswechsel, subjektive Befriedigung durch den Beruf

Partnerschaften, Ehe, Familie und Kinder

Länge der Partnerschaften, Alter, Persönlichkeit und sozioökonomischer Status der Partner, Umstände der Eheschließung, Zahl, Alter und Herkunft der Kinder, partnerschaftliche Einstellungen (Erziehungs- und Lebensstil, Sexualität)

Sozioökonomische Besonderheiten

Wohnverhältnisse, wirtschaftliche Situation, Zugehörigkeit zu Religionsgemeinschaften, Vereinen, politischen Organisationen, soziale Kontakte außerhalb der Familie

engem Zusammenhang stehen können. Bei der Erhebung der biographischen Daten und Umstände (vgl. **Tab. 1-2**) ist es sinnvoll, zwischen **äußerer** und **innerer Biographie** zu unterscheiden. Während mit der äußeren Lebensgeschichte «objektive» Daten erhoben werden, geht es bei der inneren Lebensgeschichte um den subjektiven Aspekt, d.h. wie biographische Einzelheiten erlebt worden sind und wie sie in ein inneres Konzept von sich selbst integriert werden. Neben der Würdigung von inneren oder äußeren Konflikten in der Lebensgeschichte wird in den letzten Jahren die Bedeutung sog. Realtraumatisierungen, wie etwa sexueller Missbrauch oder Kindesmisshandlung, stärker in den Vordergrund gerückt (vgl. Kap. 11).

Tabelle 1-3: Krankheitsanamnese**Frühere psychiatrische und somatische Erkrankungen**

- Entwicklung und Art der Erkrankung, Diagnosen
- Zeitpunkt, Dauer und Verlauf der Erkrankungen, der ambulanten und stationären Therapien und der psychosozialen Konsequenzen (Krankschreibungen, Arbeitslosigkeit, Berentung, Behinderungen usw.)

Jetzige Erkrankung

- chronologische Entwicklung der Beschwerden und Symptome
- subjektive Gewichtung der Symptomatik/Erleben der Erkrankung
- Auslösesituation und dazugehörige Konfliktkonstellationen, die in Anlehnung an Dührssen (1981) folgende Problemfelder betreffen können:
 - a. Persönliche Bindungen, Liebesbeziehungen und Familienleben
 - Partnerwahl und Bindungs- bzw. Beziehungsverhalten
 - die Aufnahme einer neuen Beziehung
 - besondere sexuelle Konflikte in der Partnerschaft
 - das Auftauchen von Rivalitätskonflikten, Macht oder Geltungsansprüchen in einer Beziehung
 - Konflikt in Bezug auf Besitz, Eigentum
 - die Beziehung zu den eigenen Kindern
 - Verluste durch (reale oder phantasierte) Trennung
 - Verluste durch Tod
 - b. die Herkunftsfamilie (z.B. Ablösungskonflikte)
 - c. Berufsprobleme, Arbeitsstörungen und Lernschwierigkeiten
 - d. Besitzerleben und -verhalten
 - e. der umgebende soziokulturelle Raum
- Art und Erfolg der bisherigen Behandlungsversuche (psychotherapeutisch, pharmakologisch, Heilpraktiker u.a)
- Therapiemotivation, Erwartungen an die Behandlung
- Komplikationen (Selbstbeschädigung, Suizidalität, delinquentes Verhalten, Missbrauch psychotroper Substanzen)

1.2.3 Krankheitsanamnese (psychische und somatische Anamnese)

Mit der Krankheitsanamnese sollen **frühere psychische und somatische Erkrankungen sowie die Vorgeschichte der jetzigen Störung** erfasst werden (vgl. Tab. 1-3). Dabei ist es nicht nur notwendig, die «objektiven» Daten der Krankheitsentwicklung, des -verlaufs und der bisherigen Behandlungsversuche zu erheben, sondern darüber hinaus die Einstellungen zu der Erkrankung und den bisher durchgeführten Therapien. Dem Krankheitskonzept des Patienten, d.h. seinen eigenen Vorstellungen über die Ursachen und die Entwicklung seiner Erkrankung, seiner sich daraus ableitenden Therapiemotivation und seinem Krankheitsverhalten (vgl. Kap. 2) kommt für die Therapieplanung eine entscheidende Rolle zu. Ein besonders wichtiger Aspekt der Krankheitsanamnese ist die Herausarbeitung einer möglicherweise die Symptomatik auslösenden Situation, in der bestimmte intrapsychische oder interpersonelle Konflikte wirksam geworden sind.

1.3 Erhebung des psychopathologischen Befundes

Mit der Erhebung des psychopathologischen Befundes sollen die **psychischen Merkmale und Symptome** erfasst werden, die für die **Kennzeichnung der aktuellen psychischen Störung** charakteristisch sind (vgl. auch Scharfetter, 2010). Während die Psychopathologie den Querschnitt wie den Verlauf symptomatologisch bzw. syndromal abbildet, sagt sie allein nichts Definitives über Ätiologie und Pathogenese der zu Grunde liegenden Störung aus.

Tabelle 1-4: Psychopathologische Merkmalsbereiche (in Anlehnung an das AMDP-System)

- Äußeres Erscheinungsbild: Kleidung, Körperpflege, Gestik, Mimik, Physiognomie
- Verhalten in der Untersuchungssituation: Auskunftsbereitschaft, Kooperation, Simulation, Dissimulation, interaktionelles Verhalten
- Sprechverhalten und Sprache: Klang, Modulation, Sprechstörungen (Stammeln, Stottern), Sprachverständnis und Ausdrucksvermögen
- Bewusstsein: quantitativ (Bewusstseinsverminderung), qualitativ (Bewusstseinstrübung, -einengung, -verschiebung)
- Orientierung: zeitlich, örtlich, situativ und zur Person
- Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen: Auffassungsstörungen, Konzentrationsstörungen, Immediatgedächtnis, Kurz- und Langzeitgedächtnis
- Formales Denken: Verlangsamung, Hemmung, umständliches Denken, eingeengtes Denken, Perseveration, Grübeln, Gedankendrängen, Ideenflucht, Vorbeireden, gesperrt/Gedankenabreißen, inkohärent/zerfahren, Neologismen
- Inhaltliches Denken, nicht-wahnhaft: Zwang, Hypochondrie, Phobien, überwertige Ideen, formale und inhaltliche Wahnmerkmale
- Sinnestäuschungen: Illusion, Halluzinationen
- Ich-Störungen: Derealisation, Depersonalisation, Gedankenausbreitung, -entzug, -eingebung, andere Fremdbeeinflussungserlebnisse, Dissoziation, Besessenheit, Identitätswechsel, Veränderung des Raumerlebens, Fugue sowie dissoziative Koordinationsstörungen, Krampfanfälle, Seh- und Riechstörungen
- Affektivität: Ratlosigkeit, Gefühl der Gefühllosigkeit, affektarm, Störung der Vitalgefühle, deprimiert/depressiv, hoffnungslos, ängstlich, euphorisch, dysphorisch, gereizt, innerlich unruhig, klagsam/jammrig, Insuffizienzgefühle, gesteigertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, Verarmungsgefühle, ambivalent, Parathymie, affektlabil, Affektdurchlässigkeit (-inkontinenz), affektstarr
- Antriebs- und psychomotorische Störungen: Antriebsarm, -gehemmt, -gesteigert, motorisch unruhig, Parakinesen, Hyperkinesen, Akinese, Hypokinese, Stupor, Raptus, maniert/bizar, theatralisch, mutistisch, logorrhöisch
- Zirkadiane Besonderheiten: morgens schlechter, abends schlechter, abends besser
- Sonstige Merkmale: Aggressivität, Selbstbeschädigung, Suizidalität, Krankheitseinsicht, Krankheitsgefühl, sozialer Rückzug, soziale Umtriebigkeit

Psychopathologische Merkmale werden auf unterschiedliche Weise erfasst. Die Entscheidung, ob ein bestimmtes Phänomen als pathologisch anzusehen ist, basiert letztlich auf der Fremdbeurteilung des Untersuchers. Die Beurteilungsgrundlagen können jedoch unterschiedlich sein:

- Eine Reihe von Merkmalen, wie etwa das äußere Erscheinungsbild, können nicht exploriert, sondern müssen beobachtet oder aus dem verbalen und/oder nonverbalen Verhaltens des Patienten (z.B. Neologismen) erschlossen werden (sog. **Fremdbeobachtung**).
- Andere Phänomene, wie etwa das Merkmal «Grübeln», sind allein vom Patienten wahrzunehmen und zu berichten (sog. **Selbstaussagen**).
- Zahlreiche Merkmale basieren auf **Fremdbeobachtung und/oder Selbstaussagen** (z.B. das Merkmal «antriebsarm»).

In der psychopathologischen Befunderhebung hat sich ein systematisches Vorgehen zunehmend durchgesetzt, wie es etwa im AMDP-System (AMDP, 2007; Freyberger & Möller, 2004) vorgeschlagen wird, wobei die psychopathologischen Symptome in Merkmalsbereiche unterteilt werden (vgl. **Tab. 1-4**), die der nachfolgenden Darstellung zugrunde gelegt werden soll. Als Hilfsmittel der Befunderhebung kann beim AMDP-System ein **Interviewleitfaden** herangezogen werden (Fähndrich & Stieglitz, 2007). Dort finden sich Hinweise zur Gesprächsführung und -strukturierung und spezifische Beispielfragen für die Erfassung der relevanten Merkmale.

Tabelle 1-5: Vigilanzstörungen (in Anlehnung an das AMDP-System)

- Benommenheit: Patient ist schwer besinnlich und verlangsamt, Informationsaufnahme und -verarbeitung sind eingeschränkt.
- Somnolenz: Patient ist schläfrig, aber erweckbar.
- Sopor: Patient schläft und ist nur durch starke Reize für kurze Zeit zu erwecken.
- Koma: Patient ist bewusstlos und nicht erweckbar.

Im Verlauf jedes Gesprächs ist das **äußere Erscheinungsbild**, das **Verhalten in der Untersuchungssituation** und das **Sprechverhalten bzw. die Sprache** zu beurteilen. Diese Merkmale sind zwar nicht im engeren Sinne Teil des psychopathologischen Befundes, geben aber wichtige Hinweise zur psychosozialen Integration des Patienten, zu seiner interpersonellen Kompetenz und zum Krankheitsverhalten. Eine Einschätzung des Intelligenzniveaus und des Begabungsniveaus ist vorzusehen.

Bewusstseinsstörungen werden auf der Grundlage des Gesamteindrucks des Patienten im Untersuchungsgespräch beurteilt. Unterschieden werden **quantitative Bewusstseinsstörungen (Bewusstseinsverminderung)**, die durch eine Störung der **Vigilanz (Wachheit)** bedingt sind, von **qualitativen Bewusstseinsstörungen**. Vigilanzstörungen weisen nahezu immer auf eine organische Ätiologie hin und werden entsprechend des Wachheitsgrades weiter unterteilt (vgl. **Tab. 1-5**).

Die qualitativen Bewusstseinsstörungen stellen Veränderungen des Bewusstseins dar. Dabei ist die **Bewusstseinstrübung** durch eine unzureichende Klarheit bzw. Verwirrtheit von Denken und Handeln gekennzeichnet, wie sie etwa bei deliranten Zustandsbildern (vgl. Kap. 5 und 6) gefunden wird. Bei der **Bewusstseinsengung**, wie sie für epileptische Dämmerzustände (vgl. Kap. 5) charakteristisch sein kann, kommt es bei weitgehend erhaltener Handlungsfähigkeit zu einer Einengung von Denkinhalten und Erlebnissen bei gleichzeitig vorhandener verminderter Ansprechbarkeit auf Außenreize. Das Erleben ist insgesamt traumartig verändert. Bei der **Bewusstseinsverschiebung oder -erweiterung** handelt es sich um einen Zustand, der durch das Gefühl des gesteigerten Intensitäts- und Helligkeitserlebens, erhöhter Wachheit und Vergrößerung des Bewusstseinsraumes gekennzeichnet ist. Derartige Zustände treten häufiger im Zusammenhang mit der Einnahme von Halluzinogenen auf (vgl. Kap. 6).

Die **Orientierungsstörungen** können teilweise aus dem Gesprächsverlauf geschlossen werden, teilweise sind sie zu explorieren. Sie erfassen die Fähigkeit, sich in der zeitlichen, räumlichen und gegenwärtigen persönlichen Situation zurechtzufinden. Die **zeitliche Orientierung** wird etwa durch Abfragen des Datums, des Wochentages, des Jahres oder der Jahreszeit überprüft, während sich die **örtliche Orientierung** stets auf die Kenntnis des Ortes bezieht, an dem sich der Patient gegenwärtig befindet. Mit **situativer Orientierung** ist die Fähigkeit gemeint, die gegenwärtige Situation (z.B. die Untersuchungssituation) zu erkennen und zu überblicken, während die **Orientierung zur Person** das Wissen um Merkmale der eigenen Person und lebensgeschichtlicher Zusammenhänge widerspiegelt.

Aus dem Gesprächsverlauf ergeben sich zumeist bereits erste Hinweise, ob der Patient in seiner Fähigkeit, seine Wahrnehmung, seine Vorstellungen und sein Denken in vollem Umfang den durch seine Sinne vermittelten Eindrücken zuzuwenden, be-

Tabelle 1-6: Weitere Gedächtnisstörungen (in Anlehnung an das AMDP-System)

- Amnesien: Totale oder lakunäre, d.h. zeitlich oder inhaltlich begrenzte Erinnerungslücken. In Abhängigkeit vom Zeitpunkt eines schädigenden Ereignisses (z.B. Hirntrauma oder Intoxikation) wird die retrograde (Störung für die vor dem Ereignis liegende Zeit) von der anterograden Amnesie (Störung für die Zeit nach dem Ereignis) unterschieden.
- Hypermnesie: Steigerung der Erinnerungsfähigkeit (z.B. in Fiebertemperaturen).
- Hypomnesie: Herabsetzung der Erinnerungsfähigkeit.
- Paramnesie: Erinnerungstäuschungen, Gedächtnisillusionen oder Trugerinnerungen, die z.B. im Rahmen einer wahnhaften Veränderung der Erinnerung bei schizophrenen Patienten (vgl. Kap. 6) auftreten oder als *Deja-vu*- (falsches Wiedererkennen bzw. vermeintliche Vertrautheit) oder *Jamais-vu*-Erlebnisse (vermeintliche Fremdheit) vorkommen.
- Ekmnesie: Störung des Zeiterlebens und des Zeitgitters, bei der die Vergangenheit als Gegenwart erlebt wird.
- Zeitgitterstörung: Störung des zeitlichen Rasters und der Chronologie des Erinnerten.
- Konfabulation: Erinnerungslücken werden vom Patienten mit Einfällen gefüllt, die dieser tatsächlich für Erinnerungen hält.

einträchtig ist. Der Verdacht auf derartige **Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen** kann überprüft werden, in dem man den Patienten bittet, fortlaufend von einer Zahl den gleichen Betrag abzuziehen (z.B. bei 81 beginnend jeweils 7 abzuziehen) oder etwa die Wochentage rückwärts aufzusagen. Hiervon sind die **Auffassungsstörungen** abzugrenzen, die sich auf eine Störung der Fähigkeit beziehen, Wahrnehmungserlebnisse in ihrer Bedeutung zu begreifen und mit früheren Erfahrungen zu verknüpfen. Prüfen lässt sich diese Funktion, in dem man den Patienten bittet, den Sinn eines Sprichworts oder einer kurzen Fabel zu erklären.

Hinweise auf Störungen im Bereich des **Gedächtnisses** ergeben sich in der Regel bereits aus dem Gesprächsverlauf. Die Gedächtnisleistung ist ein komplexer Prozess, dessen verschiedene Teilkomponenten (Informationsaufnahme und -entschlüsselung, Behalten dieser Informationen sowie Aufruf alter oder neuer Gedächtnisinhalte) gestört sein können. Meist wird eine Unterscheidung zwischen Ultrakurzzeit-, Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis getroffen. Beim **Ultrakurzzeitgedächtnis** (oder **Immediatgedächtnis**) geht es um die unmittelbare Aufnahme und sofortige Reproduktion von Informationen, beim Kurzzeitgedächtnis um die Reproduktion dieser Informationen nach einem Zeitabstand von ca. 5-10 Minuten. Die Überprüfung des Ultrakurzzeit- und **Kurzzeitgedächtnisses** kann z.B. durch die Vorgabe von Begriffen (z.B. «Oslo, 34, Aschenbecher») oder das Nacherzählen einer Fabel nach einem entsprechenden Zeitintervall erfolgen. Beim **Langzeitgedächtnis** geht es um die Reproduktion von Informationen oder Ereignissen, die Tage bis Jahre zurückliegen können. Dem Erscheinungsbild nach werden weitere Gedächtnisstörungen differenziert (vgl. **Tab. 1-6**)

Gedächtnisstörungen sind zumeist ein Kardinalsymptom wie auch immer bedingter Hirnfunktionsstörungen (vgl. Kap. 5 und 6), sie treten aber auch als sog. «pseudodementielle Symptome» als subjektive Beeinträchtigungen bei schwerer depressiven Patienten auf (vgl. Kap. 8), können jedoch prinzipiell bei fast allen psychischen Störungen auftreten.

In der Psychopathologie wird zwischen formalen und inhaltlichen Denkstörungen unterschieden. Bei den **formalen Denkstörungen** (vgl. **Tab. 1-7**) handelt es sich um «objektive» oder subjektive Veränderungen in der Geschwindigkeit, Kohärenz und Stringenz des Gedankenganges oder -ablaufs, während unter **inhaltlichen Denkstörungen** in der Regel Wahnphänomene zusammengefasst werden. Als wesentliches

Tabelle 1-7: Formale Denkstörungen (in Anlehnung an das AMDP-System)

- Denkverlangsamung: Vom Untersucher wahrgenommene Verlangsamung des Denkens mit schleppendem Ablauf.
- Denkhemmung: Das Denken wird vom Patienten subjektiv als gebremst, wie gegen einen inneren Widerstand empfunden.
- umständliches Denken: Bezogen auf den Gesprächsinhalt wird das Nebensächliche nicht vom Wesentlichen getrennt. Der inhaltliche Zusammenhang bleibt aber stets erhalten.
- eingeengtes Denken: Der inhaltliche Gedankenumfang ist eingeschränkt, der Patient ist mit einem oder mit wenigen Themen verhaftet und auf wenige Zielvorstellungen fixiert.
- Perseveration: Haftenbleiben an zuvor gebrauchten Worten oder Angaben, die im aktuellen Gesprächszusammenhang nicht mehr sinnvoll sind.
- Grübeln: Unablässiges Beschäftigtsein mit (nicht nur, aber meist) unangenehmen Themen, die vom Patienten nicht als fremd erlebt werden.
- Gedankendrängen: Der Patient ist dem Druck vieler Einfälle oder Gedanken ausgesetzt.
- Ideenflucht: Vermehrung von Einfällen, die aber nicht mehr von einer Zielvorstellung straff geführt werden. Das Ziel des Denkens kann aufgrund dazwischenkommender Assoziationen ständig wechseln oder verloren gehen.
- Vorbereiten: Der Patient geht nicht auf die Frage ein, bringt etwas inhaltlich anderes vor, obwohl aus Antwort und/oder Situation ersichtlich ist, daß er die Frage verstanden hat.
- Gedankenabreißen: Plötzlicher Abbruch eines sonst flüssigen Gedankenganges ohne erkennbaren Grund, was vom Patienten erlebt (Gedankenabreißen) und/oder vom Interviewer beobachtet wird.
- inkohärent/ zerfahren: Denken und Sprechen des Patienten verlieren für den Untersucher ihren verständlichen Zusammenhang, sind im Extremfall bis in einzelne, scheinbar zufällig durcheinander gewürfelte Sätze, Satzgruppen oder Gedankenbruchstücke zerrissen. Von einigen Autoren wird die Inkohärenz als zerfahrenes Denken bei gleichzeitiger Bewusstseinsstörung definiert.
- Dazugehöriger Begriff: Kontamination (Verschmelzung heterogener Sachverhalte); Neologismen (Wortneubildungen, die der sprachlichen Konvention nicht entsprechen und oft nicht unmittelbar verständlich sind).

Tabelle 1-8: Zwangsmerkmale und nicht-wahnhaft inhaltliche Denkstörungen (in Anlehnung an das AMDP-System)**Zwangsmerkmale**

- Zwangsdanken: Zwanghafte Gedanken oder Vorstellungen, wie z.B. Zwangs-grübeln und Zwangsbefürchtungen.
- Zwangsimpulse: Zwanghafte Impulse, bestimmte Handlungen auszuführen.
- Zwangshandlungen: Auf der Grundlage von Zwangsimpulsen oder -handlungen immer wieder ausgeführte Handlungen, wie z.B. Wasch- oder Kontrollzwang.

Nicht-wahnhaft inhaltliche Denkstörungen

- Hypochondrie: Ängstlich getönte Beziehung zum eigenen Körper, an dem z.B. Missempfindungen wahrgenommen werden, mit der unbegründeten Befürchtung, körperlich krank zu sein oder zu werden; normale Körpervorgänge erhalten oft eine übermäßige Bedeutung.
- Phobien: Angst vor bestimmten Objekten oder Situationen, die zumeist vermieden werden, wie z.B. soziale Phobien, Agoraphobie, Klaustrophobie, spezifische Phobien (vgl. Kap. 9).
- überwertige Ideen: Emotional stark besetzte Erlebnisinhalte oder Gedanken, die die gesamte Person in unangemessener Weise beherrschen

Kriterium für den Schweregrad von Denkstörungen kann die Erschwerung des Interviews angesehen werden, wobei sich im Gespräch die formalen Denkstörungen manchmal erst bei längerem Verlauf oder im Zusammenhang mit emotionalen Belastungssituationen zeigen.

Von den formalen Denkstörungen sind die **inhaltlichen Denkstörungen** abzugrenzen, bei denen der Inhalt des Denkens und die Realitätskontrolle beeinträchtigt sind.

Bei den **Zwängen** handelt es sich um immer wieder gegen inneren Widerstand aufdrängende Merkmale, die vom Patienten als weitestgehend unsinnig erlebt werden (vgl. **Tab. 1-8**). Sie lassen sich nicht oder nur schwer unterbinden, bei Unterdrückung dieser Phänomene tritt Angst auf. Die nicht-wahnhaften inhaltlichen Denkstörungen werden zudem in die in **Tabelle 1-8** wiedergegebenen Merkmale unterschieden.

Als **Wahn** wird eine Fehlbeurteilung der Realität bezeichnet, die mit erfahrungsunabhängiger und damit unkorrigierbarer Gewissheit auftritt und an der apodiktisch festgehalten wird, auch wenn sie im Widerspruch zur Erfahrung der gesunden Mitmenschen sowie ihrem kollektiven Meinen und Glauben steht. Es besteht kein Bedürfnis nach Begründung dieser Fehlbeurteilung. Bei den Wahnphänomenen lassen sich **formale und inhaltliche Merkmale** unterscheiden (vgl. **Tab. 1-9**).

Zu dem Merkmalsbereich der **Sinnestäuschungen** werden Illusionen, Halluzinationen und Pseudohalluzinationen gerechnet (vgl. **Tab. 1-10**). Differenziert werden können die Sinnestäuschungen anhand des Vorhandenseins oder der Abwesenheit einer Reizquelle und/oder der Fähigkeit bzw. der Unfähigkeit zur Realitätskontrolle.

Unter **Ich-Störungen** werden Störungen des Einheitserlebens, der Identität im Zeitverlauf, der Ich-Umwelt-Grenze sowie der Ich-Haftigkeit aller Erlebnisse verstanden (vgl. **Tab. 1-11**).

Die **Störungen der Affektivität** werden teilweise aus dem Gesprächsverlauf erschlossen und teilweise gezielt exploriert (vgl. **Tab. 1-12**).

Antriebs- und psychomotorische Störungen werden erkennbar am Aktivitätsniveau und der Psychomotorik. Antrieb ist dabei die vom Willen weitgehend unabhängige wirkende Kraft, die die Bewegung aller psychischen Funktionen bewirkt (vgl. **Tab. 1-13**).

Mit den sog. **zirkadianen Besonderheiten** sollen Schwankungen der Befindlichkeit und des Verhaltens des Patienten während einer 24-Stunden-Periode abgebildet werden (z.B. Befinden **morgens schlechter**).

Darüber hinaus sind **Sozial- und Krankheitsverhalten** zu beachten sowie **aggressive Erlebens- und Verhaltensmuster** im weiteren Sinne (vgl. **Tab. 1-14**).

1.4 «Primärpersönlichkeit» und Persönlichkeitsstruktur

Die **Beurteilung der Persönlichkeitsstruktur**, auf deren Grundlage sich psychopathologische Symptome entwickeln, ist in der psychosozialen Medizin seit jeher einer besonderen Beachtung geschenkt worden. In diagnostischen Interviews geht es zum einen darum, bestimmte strukturelle Dimensionen der Persönlichkeit zu erfassen und andererseits um die gezielte Exploration auffälliger Persönlichkeitszüge (vgl. **Tab. 1-15**). Als **strukturelle Merkmale** können nach dem Konzept der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik die kognitive Fähigkeit zur Selbst- und Objektwahrnehmung, die Selbststeuerungsfähigkeit und die Steuerungsfähigkeit in Objektbeziehungen, die emotionale Fähigkeit zur Kommunikation nach innen bzw. nach außen und die Fähigkeit zur Bindung an innere bzw. äußere Objekte aufgefasst werden.

Die zu erfassenden eher deskriptiven Persönlichkeitszüge entsprechen den Typologien der Persönlichkeitsstörungen (vgl. Kap. 16). In diesem Zusammenhang wird auch das Konzept der «prämorbidem Persönlichkeit» verständlich, das die mögliche Veränderung der Persönlichkeitsstruktur durch oder als Folge einer psychischen Erkrankung impliziert. Hiermit ist also die Persönlichkeitsstruktur zum Zeitpunkt vor dem Auftreten der Störung gemeint.

1.5 Körperliche Untersuchung und apparative Verfahren

Zu jeder Erstuntersuchung gehört eine körperlich-neurologische Untersuchung, um die mögliche organische Ursache einer psychischen Störung zu diagnostizieren bzw. auszuschließen. Ergänzt werden sollte dies durch eine zumindest orientierende Labor-diagnostik (Blutfette, -salze, Leberenzyme u.a.) und zusätzliche apparative Verfahren (EEG, CCT, MRT usw.; vgl. Kap. 3).

Tabelle 1-9: Formale und inhaltliche Wahnmerkmale (in Anlehnung an das AMDP-System)

<p>Formale Wahnmerkmale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wahngedanken: Wahnhafte Meinungen und Überzeugungen. • Wahneinfälle: Meist plötzliches und unvermitteltes gedankliches Auftreten von wahnhaften Vorstellungen und Überzeugungen. • Wahnwahrnehmung: Reale Sinneswahrnehmungen erhalten eine abnorme Bedeutung (meist im Sinne der Eigenbeziehung). Die Wahnwahrnehmung ist eine wahnhafte Fehlinterpretation einer an sich richtigen Wahrnehmung. • Wahnstimmung: Die erlebte Atmosphäre des Betroffenseins, der Erwartungsspannung und des bedeutungsvollen Angemetetwerdens in einer verändert erlebten Welt. Diese Stimmung besteht in einem Bedeutungszumessen und Inbeziehungsetzen, Meinen, Vermuten und Erwarten, das vom Gesunden nicht nachvollzogen werden kann. • Systematisierter Wahn: Beschreibt den Grad der logischen oder paralogischen Verknüpfung einzelner Wahnsymptome mit anderen Wahnphänomenen, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen oder auch nicht krankhaft veränderten Beobachtungen oder Erlebnissen. Zwischen diesen einzelnen Elementen werden Verbindungen hergestellt, die oft einen kausalen oder finalen Charakter besitzen und vom Patienten als Beweise oder Bestätigungen angesehen werden. • Wahndynamik: Emotionale Anteilnahme am Wahn, die Kraft des Antriebes und die Stärke der Affekte, die im Zusammenhang mit dem Wahn wirksam werden <p>Inhaltliche Wahnmerkmale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beziehungswahn: Wahnhafte Eigenbeziehung; selbst belanglose Ereignisse werden ich-bezogen gedeutet, der Patient ist davon überzeugt, dass es nur seinetwegen geschieht. • Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn: Der Patient erlebt sich selbst als Ziel von Feindseligkeiten. Er fühlt sich wahnhaft bedroht, beleidigt, verspottet, die Umgebung trachte ihm nach seiner Gesundheit oder dem Leben. • Eifersuchtswahn: Wahnhafte Überzeugung, vom Lebenspartner betrogen und hintergangen worden zu sein. • Schuldwahn: Wahnhafte Überzeugung, Schuld auf sich geladen zu haben (z.B. gegenüber Gott, anderen sittlichen Instanzen, Gesetzen). • Verarmungswahn: Wahnhafte Überzeugung, nicht genug finanzielle Mittel zum Lebensunterhalt zu haben. • hypochondrischer Wahn: Wahnhafte Überzeugung, krank zu sein. • Größenwahn: Wahnhafte Selbstüberschätzung und Selbstüberhöhung, z.B. Wahn hoher Abstammung, Herrscher der Welt zu sein. • phantastischer Wahn: Wahnhafte Überzeugung, sich phantastisch verwandelt oder verändert zu haben, z.B. ein Monster oder Werwolf zu sein. • symbiontischer Wahn: Ein primär «Gesunder» wird vom primär «Kranken» induziert (Folie a deux), so dass beide das Wahnerleben teilen.
--

Tabelle 1-10: Sinnestäuschungen (in Anlehnung an das AMDP-System)

<ul style="list-style-type: none"> • Illusionen: Verfälschte wirkliche Wahrnehmungen. Die tatsächlich vorhandene, gegenständliche Reizquelle wird verkannt (im Gegensatz zur Wahnwahrnehmung). • Stimmenhören: Form der akustischen Halluzination, bei der menschliche Stimmen wahrgenommen werden, ohne dass tatsächlich jemand spricht. Die Stimmen können den Patienten direkt ansprechen, imperativ oder kommentierend seine Handlungen begleiten oder in Rede und Gegenrede über ihn sprechen. Vorkommen u.a. bei schizophrenen Psychosen (vgl. Kap. 6). • andere akustische Halluzinationen: Akustische Halluzinationen, die nicht Stimmen beinhalten (halluzinierte Geräusche, Akoasmen). • optische Halluzinationen: Wahrnehmen von Lichtblitzen, Mustern, Gegenständen, Personen oder ganzen Szenen ohne entsprechende Reizquelle. Vorkommen u.a. beim Alkoholentzugsdelir (vgl. Kap. 6). • Körperhalluzinationen: Taktile oder haptische Halluzinationen (Wahrnehmen von nicht vorhandenen Objekten auf Haut und Schleimhäuten) und Störungen des Leibempfindens (Koenästhesien, qualitativ abnorme Leibsensationen).
--

Tabelle 1-10: Fortsetzung

- Geruchs-/Geschmackshalluzinationen: Geruchs- und Geschmackswahrnehmungen, ohne dass eine Reizquelle ausgemacht werden kann.
- Pseudohalluzinationen: Trugwahrnehmungen, bei denen die Unwirklichkeit der Trugwahrnehmung vom Patienten erkannt wird.
- Hypnagoge Halluzinationen: Optische und/oder akustische Halluzinationen, die beim Einschlafen, Aufwachen oder im Halbschlaf auftreten.

Tabelle 1-11: Ich-Störungen (in Anlehnung an das AMDP-System)

- Derealisation: Personen, Gegenstände und Umgebung erscheinen unwirklich, fremdartig oder räumlich verändert. Dadurch wirkt die Umwelt z.B. unvertraut, sonderbar oder gespenstisch.
- Depersonalisation: Störung des Einheitserlebens der Person im Augenblick oder der Identität in der Zeit des Lebenslaufs. Die Person kommt sich selbst fremd, unwirklich, unmittelbar verändert als oder wie ein anderer und/oder uneinheitlich vor.
- Gedankenausbreitung: Die Gedanken gehören nicht mehr dem Patienten alleine, andere haben Anteil und wissen, was er denkt (Gedankenlesen).
- Gedankenentzug: Dem Patienten werden die Gedanken weggenommen oder «abgezogen».
- Gedankeneingebung: Gedanken und Vorstellungen werden als von außen her beeinflusst, gemacht, gelenkt, gesteuert, eingegeben oder aufgedrängt, empfunden.
- andere Fremdbeeinflussungserlebnisse: Fühlen, Streben, Wollen oder Handeln werden als von außen gemacht erlebt.

Tabelle 1-12: Störungen der Affektivität (in Anlehnung an das AMDP-System)

- ratlos: Der Patient findet sich stimmungsmäßig nicht mehr zurecht und begreift seine Situation, seine Umgebung oder Zukunft kaum oder gar nicht mehr. Er versteht nicht mehr, was mit ihm geschieht und wirkt auf den Beurteiler «stauig» (verwundert, hilflos).
- Gefühl der Gefühllosigkeit: Reduktion oder Verlust affektiven Erlebens, subjektiv erlebte Gefühlsleere. Der Patient erlebt sich als gefühlsverarmt, leer, verödet, nicht nur für Freude, sondern auch für Trauer.
- affektarm: Die Anzahl (das Spektrum) gezeigter Gefühle ist vermindert. Wenige oder nur sehr dürftige Affekte (z.B. gleichgültig, unbeteiligt, teilnahmslos) sind beobachtbar.
- Störung der Vitalgefühle: Herabsetzung des Gefühls von Kraft und Lebendigkeit, der körperlichen und seelischen Frische und Ungestörtheit.
- deprimiert/depressiv: Negativ getönte Befindlichkeit im Sinne einer niedergedrückten und niedergeschlagenen Stimmung.
- hoffnungslos: Pessimistische Grundstimmung, fehlende Zukunftsorientierung. Der Glaube an eine positive Zukunft ist vermindert oder abhanden gekommen («Schwarzsehen»).
- ängstlich: Der Patient hat Angst, manchmal ohne angeben zu können, wovor. Die Angst kann sich frei flottierend, unbestimmt, in Angstanfällen und/oder durch körperliche Symptome (Schwitzen, Zittern) äußern.
- euphorisch: Zustand übersteigerten Wohlbefindens, Behagens, der Heiterkeit, der Zuversicht, des gesteigerten Vitalgefühls.
- dysphorisch: Missmutige Verstimmtheit. Der Patient ist schlecht gelaunt, mürrisch, moros, nörgelnd, missgestimmt, unzufrieden, ärgerlich.
- gereizt: Der Patient ist in einem Zustand erhöhter Reizbarkeit, bis hin zur Gespanntheit.
- innerlich unruhig: Der Patient spürt innere Aufgeregtheit, Spannung oder Nervosität.
- klagsam/jammrig: Schmerz, Kummer, Ängstlichkeit werden ausdrucksstark in Worten, Mimik und Gestik vorgetragen («Wehklagen»).
- Insuffizienzgefühle: Das Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit oder den eigenen Wert ist vermindert oder verloren gegangen.
- gesteigertes Selbstwertgefühl: Ein positiv erlebtes Gefühl der Steigerung des eigenen Wertes, der Kraft und/oder der Leistungsfähigkeit.
- Schuldgefühle: Der Patient fühlt sich für eine Tat, für Gedanken oder Wünsche verantwortlich, die seiner Ansicht nach vor einer weltlichen oder religiösen Instanz, anderen Personen oder sich selbst gegenüber verwerflich sind.
- Verarmungsgefühle: Der Patient fürchtet, dass ihm die Mittel zur Bestreitung seines Lebensunterhalts fehlen.

Tabelle 1-12: Fortsetzung

- ambivalent: Koexistenz widersprüchlicher Gefühle, Vorstellungen, Wünsche, Intentionen und Impulse, die als gleichzeitig vorhanden und meist auch als quälend erlebt werden.
- Parathymie: Gefühlsausdruck und berichteter Erlebnisinhalt stimmen nicht überein (paradoxe Affekte, inadäquate Gefühlsreaktion).
- affektlabil: Schneller Stimmungswechsel, der auf einen Anstoß von außen erfolgt (Vergrößerung affektiver Ablenkbarkeit) oder auch scheinbar spontan auftritt.
- Affektdurchlässigkeit (-inkontinenz): Affekte können bei geringem Anstoß überschießen, vom Patienten nicht beherrscht werden und manchmal eine übermäßige Stärke annehmen.
- affektstarr: Verminderung der affektiven Modulationsfähigkeit. Hier ist die Schwingungsfähigkeit (Amplitude) verringert

Tabelle 1-13: Störungen des Antriebs und der Psychomotorik

- antriebsarm: Mangel an Energie, Initiative und Anteilnahme.
- antriebsgehemmt: Energie, Initiative und Anteilnahme werden vom Patienten als gebremst/ blockiert erlebt.
- antriebsgesteigert: Zunahme an Energie, Initiative und Anteilnahme.
- motorisch unruhig: Gesteigerte und ungerichtete motorische Aktivität.
- Parakinesen: Qualitativ abnorme, meist komplexe Bewegungen, die häufig die Gestik, Mimik und auch die Sprache betreffen. Stereotypien sind sprachliche oder motorische Äußerungen, die oft längere Zeit hindurch in immer gleicher Form wiederholt werden. Hierzu gehören Verbigerationen (Wortstereotypien), Katalepsie (Haltungstereotypien), Echolalie (Wiederholen von vorgesprochenen Worten und kurzen Sätzen) und die wächserne Biegsamkeit (flexibilitas cerea). Beim Befehlsautomatismus führt der Patient automatisch Handlungen aus, die er selbst nicht als von ihm intendiert erlebt. Beim Negativismus tun Patienten gerade das nicht, was man von ihnen erwartet oder sie tun genau das Gegenteil.
- Hyperkinesen: Bewegungsunruhe von impulsivem Charakter.
- Akinese/Hypokinese: Bewegungslosigkeit/Mangel an Bewegung.
- Stupor: Relative Bewegungslosigkeit mit Einschränkung der Reizaufnahme und der Reaktionen.
- Raptus: Ungeordneter, plötzlich auftretender Bewegungssturm aus einem Zustand der Ruhe heraus.
- maniert/bizarrr: Alltägliche Bewegungen und Handlungen (auch Gestik, Mimik und Sprache) erscheinen dem Beobachter verstiegen, verschroben, posenhaft und verschnörkelt.
- theatralisch: Die Patienten erwecken den Eindruck, als würden sie sich selber darstellen.
- mutistisch: Wortkargheit bis zum Nichtsprechen (Verstummen).
- Logorrhöisch: Verstärkter Redefluss.

Tabelle 1-14: Sozial- und Krankheitsverhalten und aggressive Erlebens- und Verhaltensmuster (in Anlehnung an das AMDP-System)**Sozial- und Krankheitsverhalten**

- sozialer Rückzug: Einschränkung der Kontakte zu anderen Menschen.
- soziale Umtriebbarkeit: Vermehrung der Kontakte zu anderen Menschen.
- Mangel an Krankheitsgefühl: Der Patient fühlt sich nicht krank, obwohl er krank ist.
- Mangel an Krankheitseinsicht: Der Patient erkennt seine krankhaften Erlebnis- und Verhaltensweisen nicht als krankheitsbedingt an.
- Ablehnung der Behandlung: Widerstreben gegen verschiedene therapeutische Maßnahmen und/oder gegen Krankenhausaufnahme und -aufenthalt.

Aggressive Erlebens- und Verhaltensmuster

- Aggressivität: Aggressionstendenzen (verbale Aggression, erhöhte Bereitschaft zu Tätlichkeiten als Angriff oder als Verteidigung) und Aggressionshandlungen (Gewalthandlungen gegen Personen oder Gegenstände).
- Suizidalität: Suizidgedanken oder -handlungen.
- Selbstbeschädigung: Selbstverletzungen ohne damit befundene Suizidabsichten

Tabelle 1-15: Persönlichkeitsstruktur (in Anlehnung an AK OPD, 2007)**Strukturelle Dimensionen**

- kognitive Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung (Selbstreflexion, Affektdifferenzierung und Identität)
- kognitive Fähigkeit zur Wahrnehmung von Anderen (Objektwahrnehmung; Selbst-Objekt-Differenzierung, ganzheitliche bzw. realistische Objektwahrnehmung)
- Selbststeuerungsfähigkeit (Impulssteuerung, Affekttoleranz und Selbstwertregulierung)
- Steuerungsfähigkeit in Objektbeziehungen (Beziehungen schützen, Interessenausgleich und Antizipation)
- emotionale Fähigkeit zur Kommunikation nach innen (Affekte erleben, Phantasien nutzen, Körperselbst)
- emotionale Fähigkeit zur Kommunikation nach außen (Kontaktaufnahme, Affektmitteilung, Empathie)
- Fähigkeit zur Bindung an innere Objekte (Internalisierung, Introjekte nutzen, variable Bindungen)
- Fähigkeit zur Bindung an äußere Objekte (Bindungsfähigkeit, Hilfe annehmen, Bindung lösen)

Auffällige Persönlichkeitszüge

- abhängig (dependent)
- affektiv
- anankastisch
- asthenisch
- dissozial (antisozial)
- hysterisch
- narzisstisch
- paranoid
- schizoid
- selbstunsicher

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie. (2007). *Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde*. (8. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (2009). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapie*. Bern: Huber.
- Argelander, H. (1999). *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Stuttgart: Primus-Verlag.
- Dührssen, A. (1997). *Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Fähndrich, E. & Stieglitz, R. D. (2007). *Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes. Halbstrukturiertes Interview anhand des AMDP-Systems*. (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Freyberger, H. J. & Möller, H. J. (Hrsg., 2004). *Die AMDP-Module*. Göttingen: Hogrefe.
- Scharfetter, C. (2010). *Allgemeine Psychopathologie*. (6. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

2 Klassifikation und diagnostischer Prozess

Rolf-Dieter Stieglitz, Harald J. Freyberger und Wolfgang Schneider

2.1 Einleitung

In den vergangenen 20–30 Jahren hat die Klassifikation psychischer Störungen im klinischen wie im wissenschaftlichen Bereich wieder an Bedeutung gewonnen, nachdem sie zuvor erheblich kritisiert worden war. Die wichtigsten Vorbehalte bezogen sich einerseits auf die möglichen sozialen Konsequenzen psychiatrischer Diagnosen für die Patienten (Stichworte: Etikettierung, Stigmatisierung, soziale Kontrolle). Andererseits wurde die unzureichende Bedeutung der Klassifikation bei der Indikation und Durchführung von Therapien kritisiert. Darüber hinaus wurde in fast allen Bereichen psychischer Störungen in empirischen Studien nachgewiesen, dass die Übereinstimmung von Diagnostikern bei der Diagnosenstellung (Interrater-Reliabilität) in einem unbefriedigenden Bereich lag (vor allem bei den Neurosen und Persönlichkeitsstörungen). Vor diesem Hintergrund wurden erhebliche Anstrengungen unternommen, die Klassifikationsansätze zu verbessern und zu einer höheren Akzeptanz der Klassifikationssysteme zu gelangen (zur historischen Entwicklung vgl. Stieglitz, 2008).

Bevor auf Klassifikation und damit zusammenhängende Probleme näher eingegangen werden soll, vorab einige begriffliche Erläuterungen.

Unter **Klassifikation** wird die Einteilung oder Einordnung von Phänomenen (z.B. Symptomen), die durch gemeinsame Merkmale gekennzeichnet sind, in ein nach Klassen eingeteiltes System (Klassifikationssystem) verstanden. Unter **klassifikatorischer Diagnostik** lässt sich dann der gesamte Untersuchungs- und Entscheidungsprozess (vgl. 2.4) verstehen, der zur Erhebung der (psychopathologischen) Befunde und zur Ableitung von einer oder mehrerer Diagnosen führt. Vom Begriff der Klassifikation sind drei weitere Begriffe abzugrenzen: Unter **Nomenklatur** wird eine Aufstellung von Krankheitsbezeichnungen verstanden. Als **Glossar** bezeichnet man die Zusammenstellung von Beschreibungen und Definitionen von Begriffen, die eine Klassifikation ausmachen. Der Begriff **Nosologie** bedeutet Krankheitslehre, d.h. die Systematisierung psychischer Erkrankungen nach einheitlicher Ätiologie, Pathogenese, klinischem Bild, Verlauf und Therapieresponse.

2.2 Aktuelle Klassifikationssysteme

Die Forschung ist in den letzten Jahrzehnten wesentlich durch die **nationalen Diagnose-systeme** der American Psychiatric Association (APA; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM], Versionen: DSM-III, DSM-III-R und DSM-IV bzw. DSM-IV-TR) mitbestimmt worden. Es finden sich kaum noch publizierte Studien, in

denen die Patienten nicht nach DSM klassifiziert worden sind. In der klinischen Praxis wird demgegenüber in den meisten Mitgliedsländern der World Health Organisation (WHO) bis zum heutigen Tag fast ausschließlich nach dem ICD-System (International Classification of Diseases) diagnostiziert, das aktuell in der 10. Revision vorliegt.

2.2.1 Die Entwicklung des DSM-Systems

Die Entwicklung der aktuellen Klassifikationssysteme ist wesentlich durch die erstmalige offizielle **Operationalisierung psychischer Störungen** im DSM-III (vgl. 2.2.3.1) bestimmt worden. Hierunter wird eine möglichst exakte Definition jeder einzelnen psychischen Störung anhand spezifischer diagnostischer Kriterien verstanden, die erfüllt sein müssen, bevor die Störung diagnostiziert werden darf. Das DSM-III unterscheidet sich von seinen Vorläufern wie auch der ICD-9 der WHO u.a. durch folgende Merkmale:

- einen **deskriptiven Ansatz**, d.h. einen bis auf wenige Ausnahmen von theoretischen und ätiologischen Annahmen unabhängigen Ansatz, welcher der symptomorientierten Beschreibung einen besonderen Stellenwert einräumt
- die **Vorgabe diagnostischer Kriterien** (meist psychopathologischer Merkmale) für jede einzelne Störung
- die **Einführung eines multiaxialen Ansatzes**, mit dem neben der Symptomatologie weitere wichtige Aspekte des Patienten, wie z.B. das psychosoziale Funktionsniveau, erfasst werden kann (vgl. 2.2.3.3)
- die **einheitliche und systematische Struktur** bei der Beschreibung jeder Störung (u.a. Haupt- und Nebenmerkmale, Prävalenz, Differenzialdiagnosen)
- sogenannte **diagnostische Entscheidungsbäume**, d.h. die graphische Darstellung der diagnostischen Entscheidungsregeln (-algorithmen)
- ein **Kurzglossar** mit den wichtigsten Fachbegriffen.

Bei den revidierten DSM-Versionen wurden diese Grundgedanken weiterverfolgt und z.T. noch präzisiert. Als Neuerungen und Erweiterungen zu nennen sind insbesondere die weitgehende Aufgabe von diagnostischen Hierarchieregeln in Richtung Komorbidität (vgl. 2.3.3.2), die Erweiterung der Klassifikation durch Schweregradbeurteilungen und Remissionskriterien, eine Reihe diagnosespezifischer Veränderungen (u.a. Differenzierung einzelner Störungsgruppen, Veränderung diagnostischer Kriterien) sowie die Aufnahme neuer Störungen. Gerade der letzte Aspekt ist insbesondere beim Vergleich der verschiedenen Versionen des DSM von Interesse. So lässt sich eine zunehmende Ausweitung des Spektrums diagnostizierbarer Störungen feststellen (vgl. Stieglitz, 2008). Die aktuell gültige Version des DSM stellt das DSM-IV-TR dar. Es handelt sich dabei nicht um ein neues System, sondern, wie die Abkürzung TR (Text Revision) nahelegt, lediglich um eine Überarbeitung und Korrektur des Textes. Die diagnostischen Kriterien sind dagegen wie im DSM-IV dieselben. Erst mit der geplanten Einführung des DSM-V in einigen Jahren sind umfangreiche Veränderungen zu erwarten.

2.2.2 Das Kapitel V (F) der ICD-10

Die Einführung der ICD-10 ist mit wesentlichen Veränderungen gegenüber dem Vorgänger ICD-9 verbunden. Diese lassen sich unterteilen in formale und konzeptuelle Veränderungen. Zu den **formalen Änderungen** lassen sich u.a. zählen:

- die **Einführung einer operationalisierten Diagnostik** (vgl. 2.3.3.1) mit der Einführung von Kriterien (Symptom-, Zeit- und Verlaufskriterien) und Diagnosealgorithmen
- die Neustrukturierung des Gesamtsystems in 10 Hauptgruppen (vgl. **Tab. 2-1**)
- die **Vorteile eines offenen Systems** mit der prinzipiellen Möglichkeit der Ergänzung von weiteren Störungsgruppen ohne grundlegende Veränderung der Klassifikation
- die Entwicklung verschiedener Versionen für unterschiedliche Anwendungsbereiche (vgl. **Tab. 2-2**). Insbesondere die Unterscheidung von **diagnostischen Leitlinien** und **Forschungskriterien** ist hervorzuheben. Während die diagnostischen Leitlinien für die klinische Praxis gedacht sind, sind die Forschungskriterien entsprechend ihrem Namen für Forschungszwecke konzipiert worden. Unterschiede zwischen beiden bestehen lediglich im Grad der Präzisierung der Diagnosestellung (Anzahl notwendiger Symptome, Zeitdauer der Symptomatik), nicht jedoch hinsichtlich der Bezeichnung und Kodierung der Störungsgruppen. Zudem existiert eine Version

Tabelle 2-1: Die diagnostischen Hauptgruppen des Kapitels V (F) der ICD-10

F0: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2: Schizophrenie, schizozytpe und wahnhaftige Störungen
F3: Affektive Störungen
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5: Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen oder Faktoren
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7: Intelligenzminderung
F8: Entwicklungsstörungen
F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99: Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Tabelle 2-2: Kapitel V (F) der ICD-10: Versionen und Hilfsmittel

<p>Versionen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinisch-diagnostische Leitlinien (Dilling et al., 2011) • Forschungskriterien (Dilling et al., 2011) • Kurzfassung im Rahmen der Gesamt-ICD-10 (DIMDI, 2004) • Primary Health Care Classification (PHC; Müßigbrodt et al., 2010) • Multiaxiales System (WHO, 1994) • Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen (Dilling & Freyberger, 2010)
<p>Hilfsmittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cross-walk zwischen diagnostischen Systemen (Freyberger et al., 1993a,b) • Crosswalk ICD-10-DSM-IV (Schulte-Markwort et al., 2002) • Fallbücher (Freyberger & Dilling, 2001; Dilling, 2000; Zaudig et al., 2000) • Lernprogramme / Tutorial (Malchow & Dilling 2000) • ICD-10 Lexikon (Dilling, 2002)

für die primäre Gesundheitsversorgung (PHC), in der neben den diagnostischen Aspekten auch Hinweise zu Verlauf und Behandlung gegeben werden (Müßigbrodt et al., 2010).

- Entwicklung von **diagnostischen Instrumenten** (vgl. 2.3.3.4).

Zu den **konzeptuellen Veränderungen** zu rechnen sind u.a.:

- eine **veränderte Begrifflichkeit** (z.B. Aufgabe der Begriffe Neurose / Psychose bzw. psychogen / psychosomatisch als Einteilungskriterien, Verwendung des Begriffs Störung statt Krankheit mit der damit verbundenen Aufgabe des Neurosenmodells und des Endogenitätsprinzips bei der Einteilung psychischer Störungen)
- **Neugruppierung von Störungsgruppen** (z.B. Zusammenfassung von Störungen mit gleichem Erscheinungsbild wie der depressiven Störungen im Abschnitt F3) (vgl. Tab. 2-1)
- Versuch einer möglichst **umfassenden Kennzeichnung einzelner Störungsgruppen** durch differenzierte Kodierung (je nach Störungsgruppe hinsichtlich Schweregrad oder Verlauf)
- Einführung des Komorbiditätsprinzips (vgl. 2.3.3.2)
- Einführung eines multiaxialen Ansatzes (vgl. 2.3.3.3).

Die ICD-10 beansprucht, wie auch das DSM, weitgehend deskriptiv zu sein, **ohne theoretische Implikationen**, um eine hohe Akzeptanz der Anwender unterschiedlicher Richtungen zu erreichen (z.B. biologisch orientierte Psychiater, psychotherapeutisch orientierte Behandler). Daher werden auch Begriffe wie z.B. Neurose als Einteilungskriterien aufgegeben. Die ICD-10 beansprucht darüber hinaus nicht, den aktuellen Kenntnisstand über Störungen darzustellen, ist somit kein Lehrbuch. Vielmehr stellt die ICD-10 eine Zusammenstellung von Symptomen und Kommentaren in Übereinstimmung von Experten aus verschiedenen Ländern dar.

Eine weitere wesentliche Neuerung gegenüber der ICD-9 stellt das **offene, alphanumerische System** dar. Die psychischen Störungen sind durch den Buchstaben F gekennzeichnet. Die einzelnen Hauptstörungsgruppen finden sich in hierarchischer Reihenfolge in arabischen Ziffern. Der theoretisch mögliche Bereich zur Unterscheidung von Störungen liegt zwischen F00.00 und F99.99, d.h. ermöglicht etwa 1000 Unterscheidungen.

Zur **Kodierung von Störungen** werden verschiedene Ebenen unterschieden. In **Tabelle 2-3** ist dies am Beispiel der schizophrenen Störungen dargestellt. Je mehrstelliger die Kodierung erfolgt, umso präziser ist die Charakterisierung eines einzelnen Patienten möglich.

Bezogen auf das Beispiel aus Tabelle 2-3 bedeutet dies: Auf der 2-stelligen Ebene lässt sich lediglich eine prinzipielle Einordnung vornehmen (hier: F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen). Auf der 3-stelligen Ebene findet sich die eigentliche Störungsgruppe, hier die Schizophrenie (F20). Auf der 4-stelligen Ebene wird der Subtyp präzisiert (hier: paranoider Subtyp, F20.0). Auf der 5-stelligen Ebene

Tabelle 2-3: ICD-10: Kodierungsebenen am Beispiel der Schizophrenie

Ebene	Kodierung	Bezeichnung
2-stellig	F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
3-stellig	F20	Schizophrenie
4-stellig	F20.0	Paranoide Schizophrenie
5-stellig	F20.00	Paranoide Schizophrenie, kontinuierlicher Verlauf

findet dann eine zusätzliche Subklassifizierung statt, bei der Schizophrenie anhand des Verlaufs (hier: F20.00 kontinuierlich). Die Subklassifizierungen mit der 4. und 5. Stelle variieren bei den einzelnen Störungsgruppen in Abhängigkeit von den jeweils relevanten Merkmalen. So wird z.B. im Bereich F1 «Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen» (vgl. Kap. 6) mit der 4. Stelle das psychopathologische Zustandsbild kodiert (z.B. akute Intoxikation) mit der 5. Stelle Komplikationen (z.B. unkompliziert).

Im Abschnitt F3 «Affektive Störungen» (vgl. Kap. 8) sind die im Vordergrund stehende Symptomatik und der Verlauf ein zentrales Differenzierungskriterium.

Bezüglich der ICD-10 gilt es noch auf eine Besonderheit in den deutschsprachigen Manualen hinzuweisen, die sogenannten «**German Modifications**», die sich in den neueren Auflagen befinden. Die Änderungen basieren auf Vorschlägen der Fachgesellschaften, von Experten und der WHO. Diese wurden seit 2000 schrittweise durch das zuständige Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) eingeführt und sind enthalten

- in den klinisch-diagnostischen Leitlinien (seit der 3. Aufl.)
- in den Forschungskriterien (seit der 2. Aufl.)
- im Taschenführer (seit der 2. Aufl.)

Darüber hinaus werden vom DIMDI jährlich die Modifikationen veröffentlicht (www.dimdi.de/static/de/klassi/aktuelles).

Im Text sind die German Modifications im Kursivdruck gekennzeichnet. Exemplarisch seien folgende Beispiele genannt:

- F30.3 manische Episode, gegenwärtig remittiert
- F32.4 depressive Episode, gegenwärtig remittiert
- F62.80 Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom.

Im Zusammenhang mit der ICD ist noch speziell auf den Bereich der **Internationalen Klassifikation der Funktionsstörungen, Behinderung und Gesundheit (ICF)** hinzuweisen. Mit dem «Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen» (MINI-ICF-APP; Linden et al., 2009) liegt ein zeitökonomisches Fremdbeurteilungsverfahren vor, das u.a. eine Differenzierung zwischen Krankheitssymptomen und krankheitsbedingten Funktionsstörungen erlaubt. Insgesamt 13 Fähigkeiten werden beurteilt (u.a. Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Gruppenfähigkeit).