



Universität Vechta
University of Vechta

Univ.-Prof. Dr. Peter Kaiser

Klinische Perspektiven auf Devianz

- 1 Grundlagen
- 1.1 Psychische Grundbedürfnisse
- 1.2 Neuropsychische Schemata und Modellvorstellungen
- 1.3 Entwicklung und Gesundheit im Lebens- und Familienzyklus
- 1.4 Lebensweisen und Lebenswelten und ihre Bedeutung für Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität
- 1.5 Wissen und subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit
- 1.6 Biopsychosoziale Ansätze und Ergebnisse zu Stress, Krankheit & Krankheitsbewältigung und Devianz

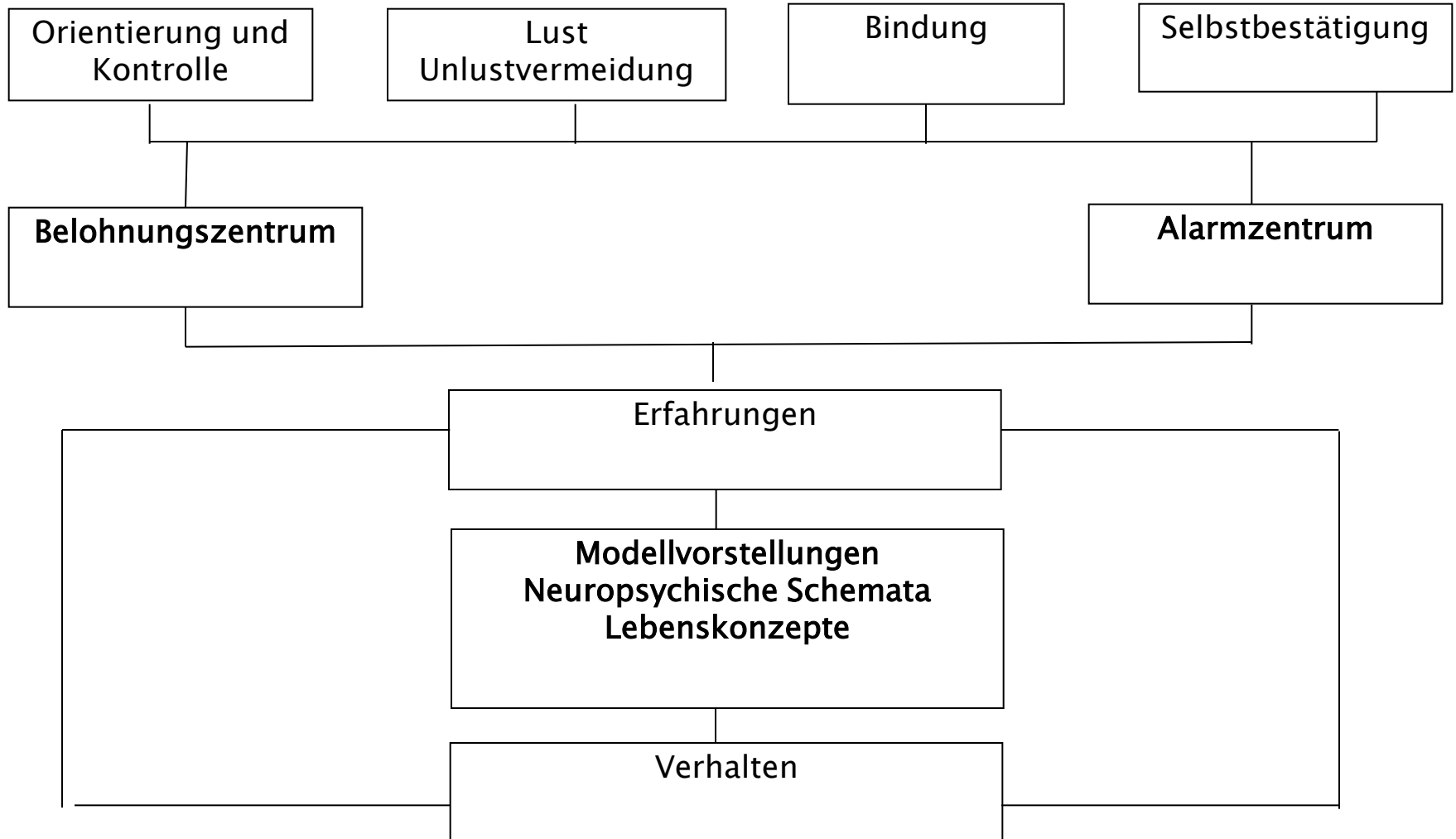
- 2 Interventionsmöglichkeiten
- 2.1 Psychosoziale Intervention

- 2.2 Settings
 - 2.1 Ambulante Betreuung
 - 2.1.1 Sozialpsychiatrischer Dienst
 - 2.1.2 Forensische Ambulanz
 - 2.1.3 Jugendamt
 - 2.1.4 Psychiater & Psychotherapeuten
 - 2.2 Klinik
 - 2.2.1 Maßregelvollzug
 - 2.2.2 Unterbringung
- 2.3 JVA
- 2.4 Ethische Fragen

- 3 Ursachen, Erscheinungsweisen und Konsequenzen von psychischen Störungen und Devianz
 - 3.1 Ätiologie
 - 3.2 Epidemiologie
 - 3.3 Das Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ICD 10)

- 4 Resumee

Grundbedürfnisse



Charakteristika psychischer Grundbedürfnisse (Grawe, 2004; Lesch, 2007)

- Enge Verknüpfung mit den Hirnstrukturen
- Direkte Auswirkungen auf Belohnungs- und Alarmzentrum
- Stress durch Verletzung der Grundbedürfnisse
- Stress als Auslöser der Flucht- und Kampfbereitschaft
- Stress reduziert die Denkfähigkeit

Neuropsychische Schemata

- sind neuronale Schaltkreise die als neuropsychische Skripts wirken und zu wiederkehrenden gleichförmigen Reaktionsmustern führen
- Schemata enthalten
 - Ziele
 - Wissen und Regieanweisungen (Skripts) über/für Systeme Beziehungen Lebensbereiche und Situationen
 - Wissen und Regieanweisungen (Skripts) über raum–zeitliche Verläufe und Konstellationen
 - Strategien zur Erreichung von Zielen
- Sie werden mit *Lebenskonzepten* und *Modellvorstellungen* / *persönlichen Konstrukten* kombiniert und bestimmen deren
 - Inhalte und Gestaltung
 - Auswahl
 - Anwendungspraxis

Schemata

- bei Aktivierung: Versklavung von Teilbereichen des Erlebens und Verhaltens
- durch Bahnung: Möglichkeit der funktionalen Autonomie d.h. Unabhängigkeit von ursprünglichen Auslösern
- Stabilität abhängig von der Häufigkeit der Aktivierung
- können Spannungszustände auslösen oder reduzieren

Modellvorstellungen über Erziehung (ÖIF-Studie 2009)

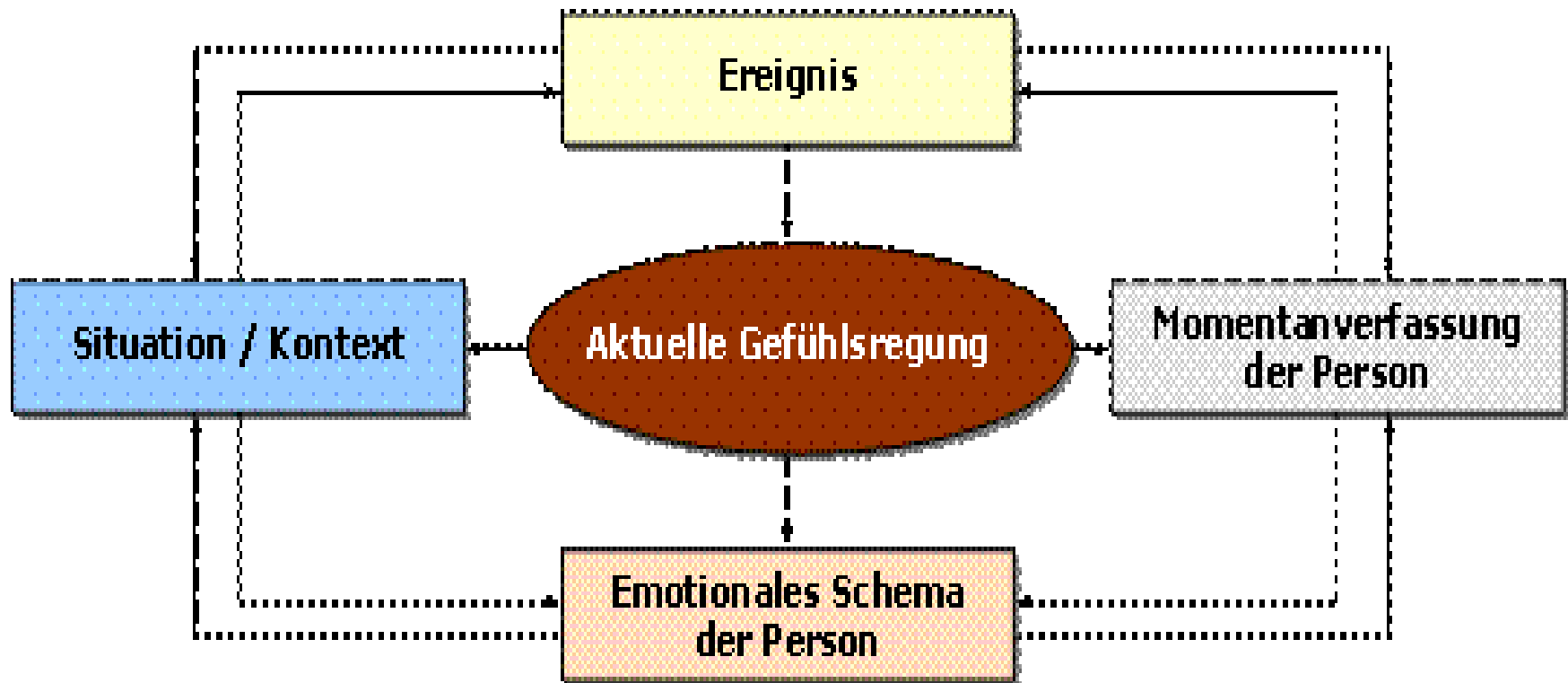
(Online-Befragung des ÖIF unter 1.875 Müttern und Vätern)

- liebevoller und wertschätzender Umgang mit den Kindern
- Zuhören
- ausreichend Zeit für die Kinder (oft nicht erfüllt)
- Gelassenheit (oft nicht erfüllt)
- Geduld (oft nicht erfüllt)
- Bereitschaft loszulassen (oft nicht erfüllt)
- Als Sanktionen werden in Betracht gezogen: Verbote Androhen von Konsequenzen auf das Zimmer Schicken Schimpfen

Abgelehnte Verhaltensweisen bei Kindern (1 – bis unter 3-Jährige)

- Unfolgsamkeit – häufig oft als belastend empfunden
- Trödeln – häufig oft als belastend empfunden
- widerspenstiges Verhalten – häufig oft als belastend empfunden
- Vereinnahmung – häufig aber nur unterdurchschnittlich oft als belastend empfunden
- Unordnung – häufig aber nur unterdurchschnittlich oft als belastend empfunden
- Aggression und heftige Emotionen – eher selten aber als belastend empfunden

Komponenten bei der Entstehung einer aktuellen Gefühlsregung



(nach: Ulrich/Mayring 1972, Schierl 2001, S.104 @teachSam)

DIE 5 WICHTIGSTEN PERSÖNLICHKEITSAKTOREN

("Big Five" n. McCrae & Costa, 1990)

- 1. Emotionale Stabilität / Neurotizismus**
- 2. Extraversion**
- 3. Offenheit für Erfahrung**
- 4. Verträglichkeit**
- 5. Gewissenhaftigkeit**

Strukturelemente individueller Kompetenzen

- körperliche Eignung
- Persönlichkeitsmerkmale (Big Five, Intelligenz)
- Personmerkmale (z.B. Optimismus, Anfälligkeit für Ärger, Stress)
- Resilienz
- Gesundheitszustand
- Wissen (Voraussetzungen, Strukturen, Abläufe, Eingriffspunkte, Risiken, etc.)
- Werte, Normen, Regeln; Niveau moralischen Urteilens
- Umgang mit Rollen, Aufgaben, Grenzen
- Modellvorstellungen und Schemata
- systemisches Denken und Problemlösen
- soziale Fertigkeiten (Kommunikation, Empathie, Beziehungsgestaltung)
- Selbstmanagement (z.B. Zeiteinteilung, Tempo, Gesundheitshandeln)
- Commitment
- Achtsamkeit, überlegtes Vorgehen
- Kompetenzbewusstsein

Stadien moralischen Urteilens (nach Kohlberg)

VORMORALISCHES NIVEAU

1. Orientierung an Strafe und Gehorsam
2. Orientierung an eigenen Bedürfnissen

KONVENTIONELLES NIVEAU

3. Orientierung an der Erhaltung wichtiger Beziehungen
4. Orientierung an Recht und Ordnung

POSTKONVENTIONELLES NIVEAU

5. Bemühen um Werte, die unabhängig sind von der Autorität einzelner Gruppen oder Personen
6. Bemühen um allgemeingültige ethische Prinzipien im Sinne eines kategorischen Imperativs

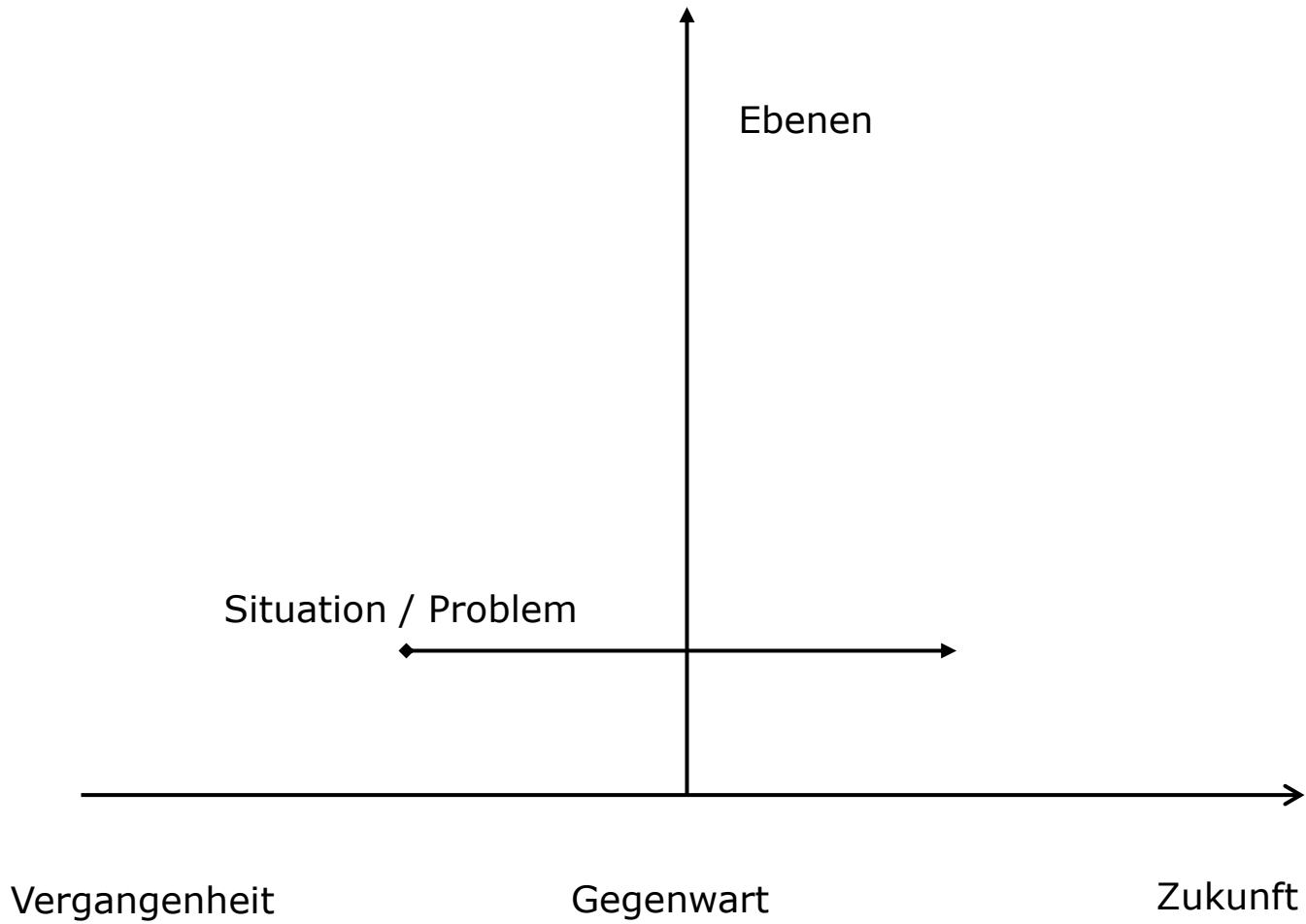
Moralisches Urteilen vs. Entscheiden / Verhalten

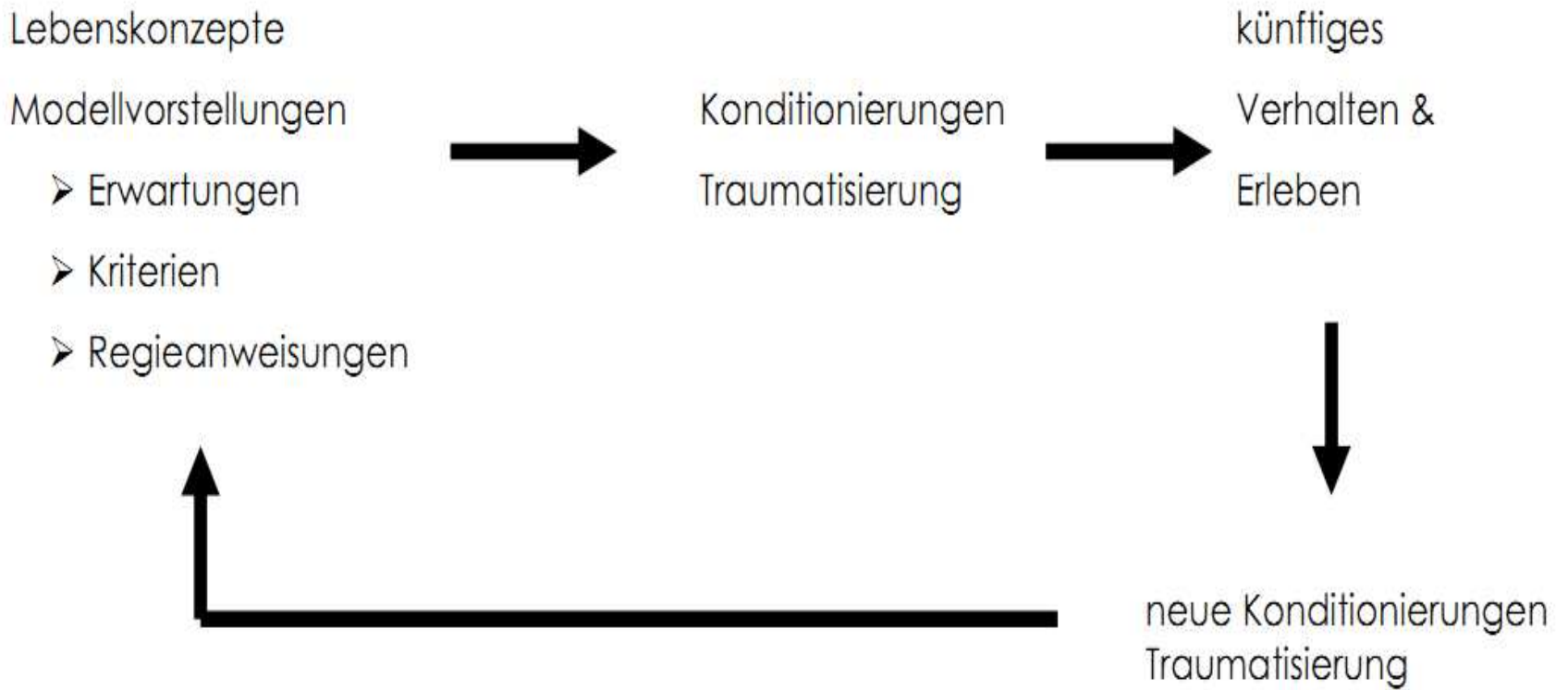
Performanzfaktoren:

- Selbstsicherheit
- Kompetenz
- Ich-Stärke

Stufen des Verantwortlichkeitsdenkens (Heider, 1958; Harris, 1977; Montada, 1995)

1. Assoziation von Person und Handlung
2. Verursacherprinzip
3. Verantwortung für absehbare Konsequenzen
4. Verantwortung für absichtlich herbeigeführte Konsequenzen
5. Abwägung von Schuld





Pathodynamischer Zirkel bei Traumatisierung (Kaiser, 2004)

Situationsgestaltung / -bewältigung

erfolgreich

erfolglos

Umweltbedingungen (Mikro-,Meso-,Makroebene)

förderlich ----- nicht förderlich

nicht hinderlich ----- hinderlich

Kompetenzen / Fertigkeiten

vorhanden ----- fehlen

genutzt ----- nicht genutzt

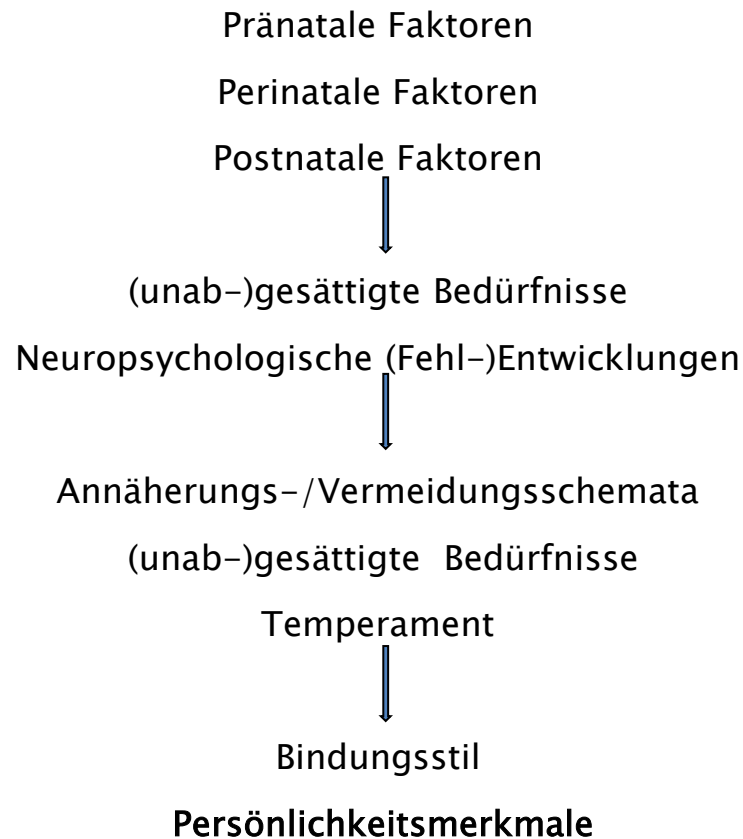
Motivation

hoch ----- gering

Gegenmotivation

gering ----- hoch

Prä- und perinatale Entwicklung



Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung

(Franz et al., 2000; Broekmann 2003; Schone & Wagenblaus 2006 Lenz 2005; Mattejat 2008)

- niedriger sozioökonomischer Status und Armut
- Arbeitslosigkeit in der Familie
- beengte Wohnverhältnisse
- Misshandlungen / sexueller Missbrauch
- Psychische Störungen, Erkrankung, Disharmonie / Trennung von Bezugspersonen
- Eineltern-Familie
- häufige oder längere Trennung von den Eltern in den ersten sieben Lebensjahren
- Störungsbild und Krankheitsverlauf
- Parentifizierung
- Kommunikationsfähigkeit bzw. Sprachlosigkeit innerhalb der Familie
- Häufigkeit der elterlichen Abwesenheit (z.B. Klinikeinweisung)
- Krankheitseinsicht der Eltern und deren Offenheit den Kindern gegenüber
- Auftreten mehrerer Risikofaktoren

Hauptprädiktoren für Gesundheit

- keine sozioökonomische Benachteiligung
- stabile positive Bindungen an Personen Orte und Objekte
- soziale Unterstützung
- Kompetenzen und Bewusstsein von Kompetenz / Selbstwirksamkeit
- Bewusstsein der Kontrolle über das eigene Leben
- Positives Selbstwertgefühl
- Kohärenzerleben
- Optimismus
- Widerstandsfähigkeit (Resilienz/Hardiness)

Leitlinien einer Erziehung zur Resilienz (Noeker & Petermann, 2008 nach Brooks & Goldstein, 2006)

1. Empathie für die Befindlichkeit und Bedürfnisse des Kindes
2. effektive Kommunikation und aktives Zuhören
3. negative Interaktionsrituale mit dem Kind unterbrechen und verändern
4. Kindern vermitteln, dass sie sich einzigartig und wertgeschätzt fühlen
5. Kind in seiner Persönlichkeit annehmen und unterstützen, realistische Ziele zu formulieren
6. Kindern Erfolgserlebnisse vermitteln und Selbstwirksamkeitserwartungen fördern
7. Kindern die Erfahrung vermitteln, dass Misserfolge keine Niederlagen darstellen, sondern 8.
8. soziales Verantwortungsbewusstsein stärken
9. Modelle bieten für effektive Problemlösung und Entscheidungsfindung
10. Freiheit in Grenzen - Selbstregulation und Selbstwert stärken

Der Prozesscharakter von Familie - Familienzyklus

| Beispiele für Phasen im Familienzyklus I | Beispiele für Entwicklungsaufgaben |
|---|---|
| Partnerschaftsaufbau | <ul style="list-style-type: none">➤ Aufbau einer Paarbeziehung➤ Partnersuche und Partnerwahl➤ Abschluss von Vorbeziehungen |
| Paarbeziehung | <ul style="list-style-type: none">➤ Wechselseitige Erkundung der individuellen Lebenswelten Lebenskonzepte und Modellvorstellungen➤ Abgrenzung nach außen➤ Klärung der Ressourcen und Anfälligkeiten der Herkunftsfamilien➤ Integration in den Verbund der Herkunftsfamilien |
| Übergang zur Elternschaft | <ul style="list-style-type: none">➤ Gestaltung und Bewältigung von Schwangerschaft und Geburt➤ Entwicklung v. Modellvorstellungen über Elternschaft➤ Abgrenzung der Partnerschaft gegenüber dem Kind➤ Neudefinition der Beziehung zu den Herkunftsfamilien |
| Rückkehr in den Beruf nach dem Erziehungsurlaub | <ul style="list-style-type: none">➤ Neue Aufgabenverteilung zwischen Angehörigen➤ Sicherung der Paarbeziehung und der Paargrenzen➤ Neues Zeitmanagement |

| <u>Gültigkeitsbereiche</u> | <u>intersubjektiv</u> | <u>subjektiv / lebensweltlich</u> |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Realitäten | Umwelt | Lebenswelt |
| ----- | | |
| Realitätsepisode | Ereignis | Situation |
| ----- | | |

Zur Unterscheidung "objektiver"/intersubjektiver und lebensweltlicher Sichtweisen
(Lewin, 1936)

Typen von Zufriedenheit und Wohlbefinden (Zapf, 1984)

| | Zufriedenheit / Befinden | Zufriedenheit / Befinden |
|-----------------------|------------------------------|--------------------------|
| Objektive Bedingungen | gut | schlecht |
| gut | Zufriedenheit / Wohlbefinden | Dissonanz |
| schlecht | Anpassung | Deprivation |

„Labeling approach“ (*Spector & Kitsuse, 1979; Peters, 2009*)

Definition abweichenden Verhaltens durch Formulierung von

- Ansprüchen
- Klagen
- Forderungen

Hauptströmungen der Devianzbetrachtung (Peters, 2009; Neisch, 2009)

1) Devianz wird geduldet

Intervention: Hilfsangebote (bei Krankheit, Behinderung etc.)

Bedingung: stigmatisierende Etikettierung und Kategorisierung, insbesondere im Gesundheits- und Sozialwesen, durch Behörden

Dabei werden explizit einzelne, als pathologisch gedeutete Aspekte, losgelöst von der Gesamtpersönlichkeit, als Defizite und Schwächen bewertet. Die Betroffenen werden für die soziale „Ordnung“ in der Regel nicht als gefährlich angesehen

2) Devianzen nicht geduldet, sondern als Angriff auf zentrale gesellschaftliche Werte gesehen (vgl. Kreft; Mielenz 2005; Neisch, 2009)

Intervention: Strafe, Sühne und Vergeltung zwecks

- Abschreckung (Generalprävention, Spezialprävention)
- "Besserung" des Delinquenten

Straftat mit Strafe bedroht

1. **Verbrechen** (Taten, die im Mindestmaß mit Freiheitsstrafe von einem Jahr oder darüber bedroht sind (§ 12 Abs. 1 StGB).
2. **Vergehen** (rechtswidrige Taten, die im Mindestmaß mit einer Freiheitsstrafe von weniger als einem Jahr oder mit Geldstrafe bedroht sind (§ 12 Abs. 2 StGB).

Art. 19 Nr. 206 Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch vom 2.3.1974 vom 1.1.1975

Ordnungswidrigkeit nichtkriminelle Tat, von der *Verwaltung* mit "Geldbuße" geahndet

(Heinz, Wolfgang: Kriminalität von Deutschen nach Alter und Geschlecht, Konstanz 1999

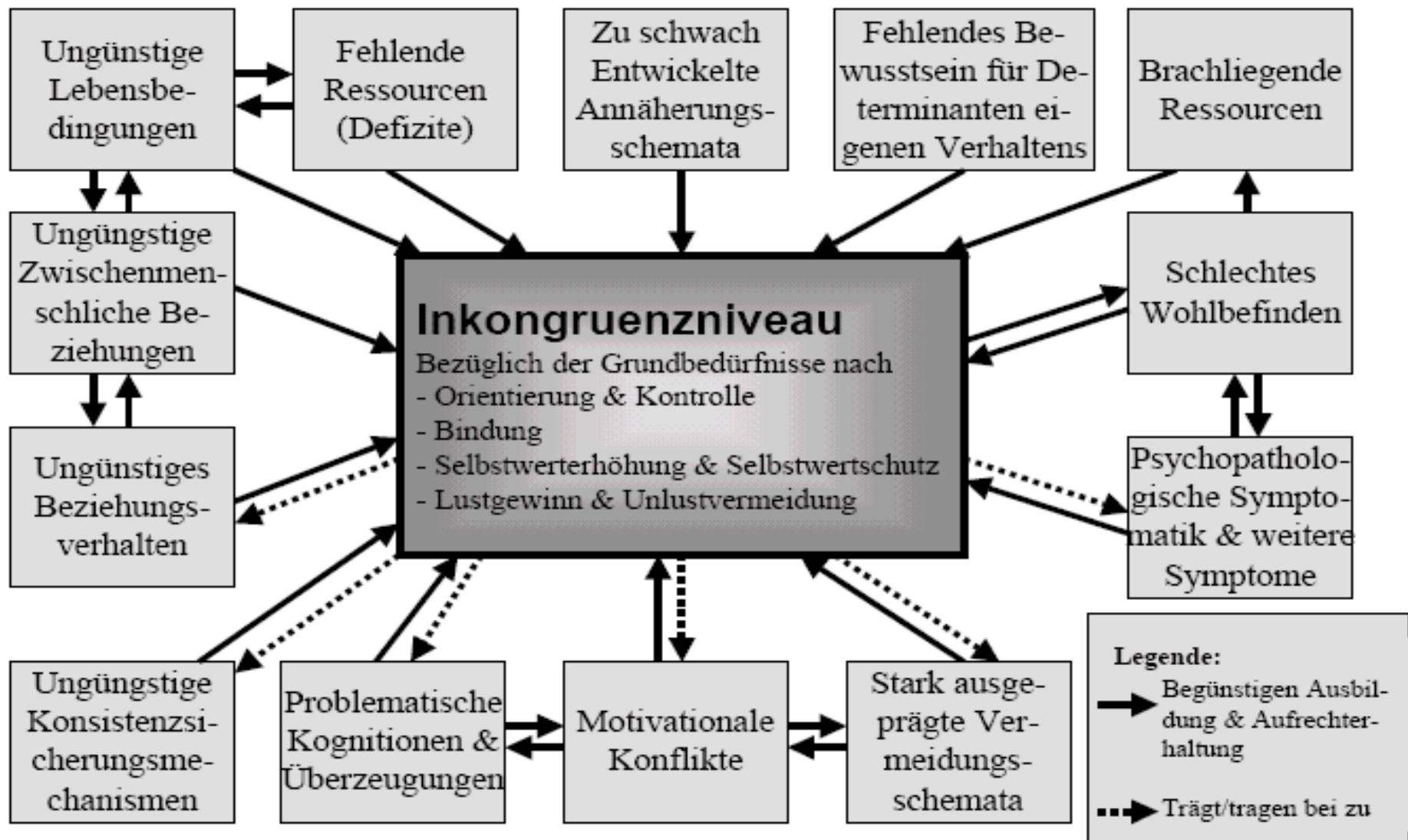
(Internet-Publikation: <www.uni-konstanz.de/rtf/kik/deutsche.htm>, Stand: 1.7.1999) > 3.2.2012

Behinderung

Sozialhilfegesetz (SGB IX) § 2 Abs. 1, Satz 1

„Menschen sind behindert wenn ihre körperlichen Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe an der Gesellschaft beeinträchtigt ist“ (Stascheit 2009, S. 1303).

„Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung fest“ (SGB IX § 69 Abs.1, Satz 1; Stascheit 2009, S. 1327).

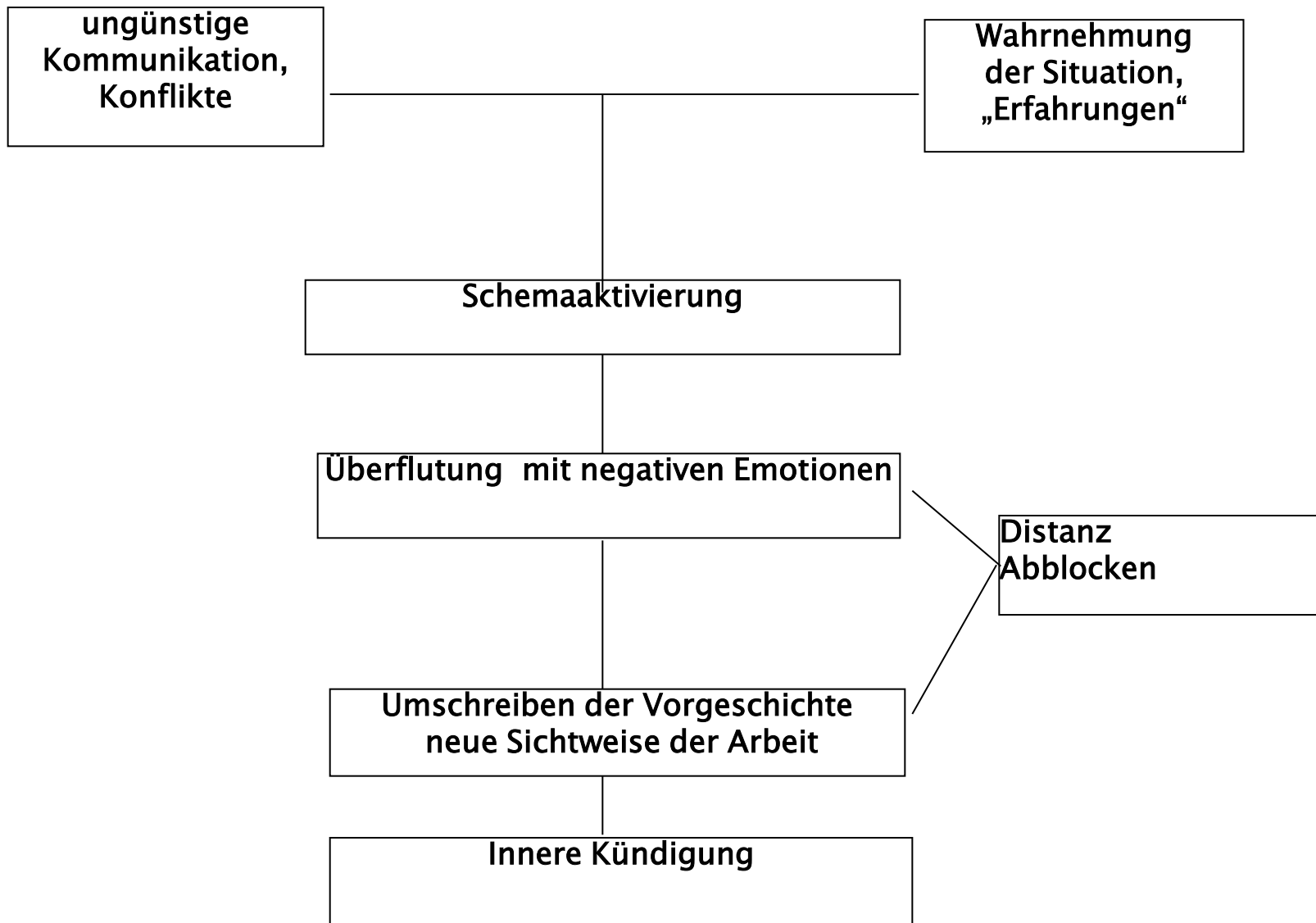


Vulnerabilitätsfaktoren psychischer Störungen

(Ernst & Angst, 1995; Weyerer & Bickel, 2007; Davison & Neale, 2008)

- erhöhte Erregbarkeit
- emotionale Irritierbarkeit
- negatives Selbstbild
- negative Interpretation der eigenen Leistungsfähigkeit und der Umwelt
- negative Zukunftserwartungen
- Fehlen vertrauter Bezugspersonen
- körperliche Erkrankungen
- auslösende Faktoren (Stress / kritische Lebensereignisse und Alltagsbelastungen)
- institutionelle Versorgung (Krankenhaus, Heim etc.)

Prozess der inneren Kündigung (vgl. Schneewind, 2002)

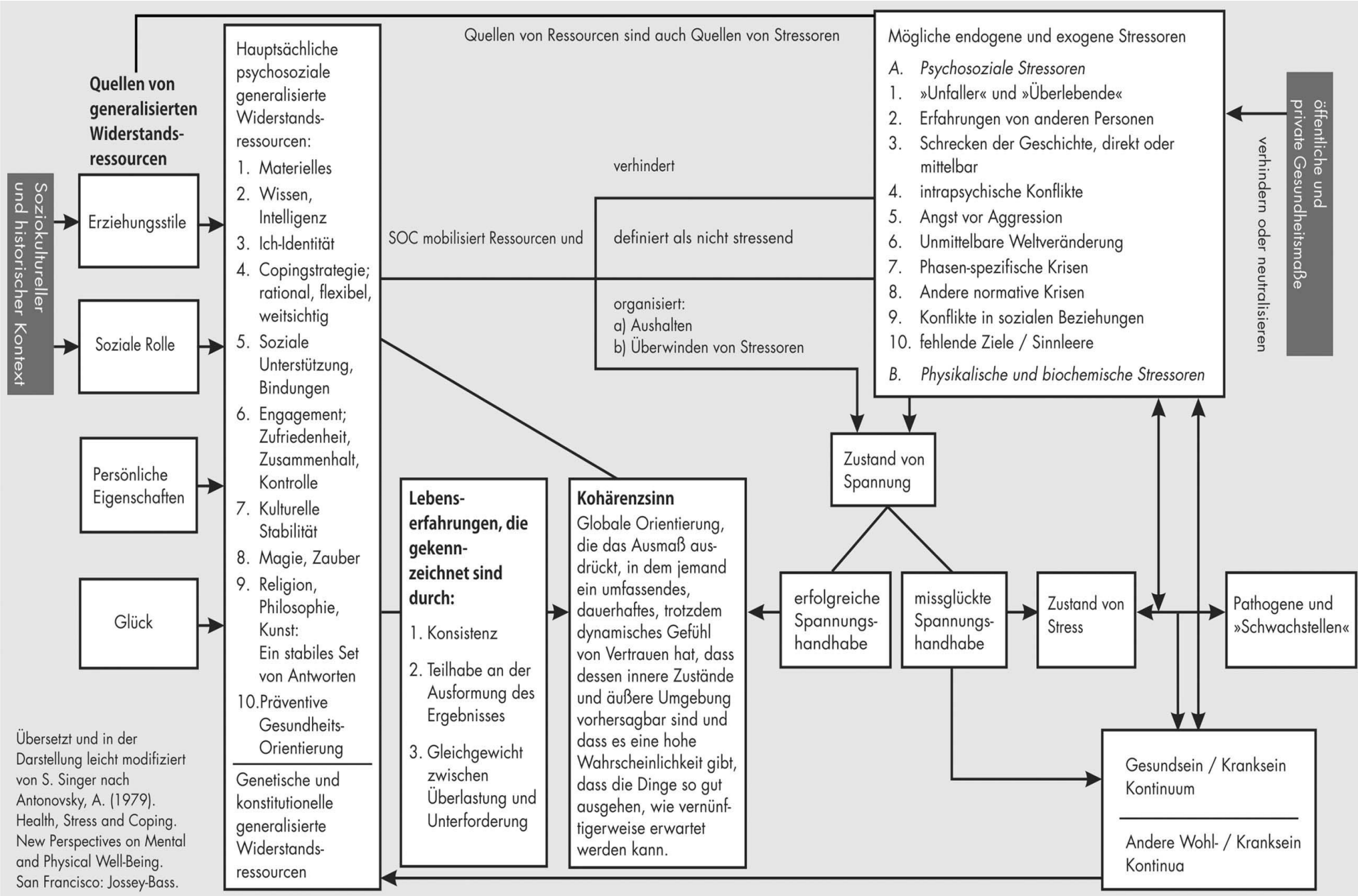


Merkmale resilienter Menschen (Kaiser, 2009 vgl. Rutter 2000; Werner 2000; Wustmann, 2006)

- Problemlösefähigkeiten
- hohe Sozialkompetenz
- Fähigkeit zur Selbstregulation
- aktives und flexibles Bewältigungsverhalten
- optimistische Lebenseinstellung
- internale Kontrollüberzeugung und realistischer Attributionsstil
- hohes Selbstwertgefühl
- Selbstwirksamkeitsüberzeugungen / Kompetenzbewusstsein
- Stressereignisse und Problemsituationen werden als herausfordernd wahrgenommen

Protektives Umfeld

- sichere Bindungsbeziehungen
- unterstützender autoritativer Erziehungsstil
- Rollenmodelle für aktives, konstruktives und prosoziales Handeln
- unterstützende Peer- und Freundschaftsbeziehungen
- Bildung

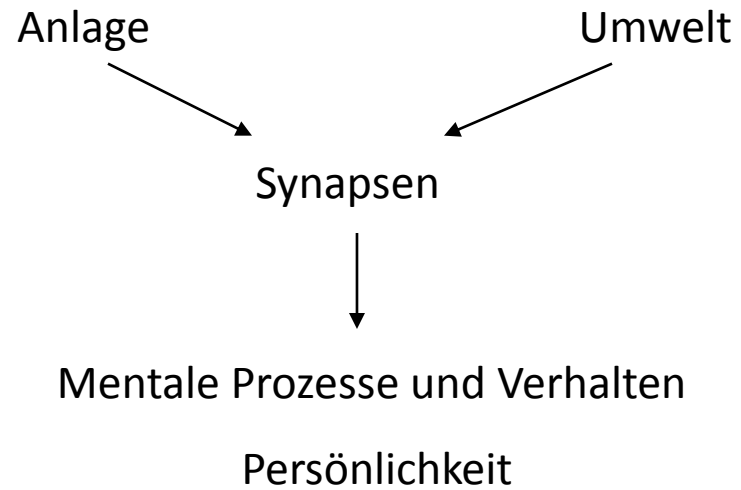


Gesundheitsbegriffe

- Medizin: Abwesenheit von krankhaften Befunden / nicht gut genug untersucht
- Gesundheits-Statistik: Normal = Durchschnitt = "gesund"
- Freud: Normalität = Arbeits- und Liebesfähigkeit; Therapie = Überführung neurotischen Elends in normales Unglück
- WHO: Wohlbefinden als politisches Zielkonzept für die Gesundheitspolitik von Staaten
- Jahoda: positive Einstellung, Entwicklung, Kompetenz, Kohärenzgefühl, Realitätswahrnehmung, autonome Moral
- Engel (1977): biopsychosoziale Gesundheit
- Antonovsky (1987): Salutogenese-Konzept, Kohärenzmodell
- Lebensweltmodell (Lewin, 1936)
- Lebensweisenkonzept (z.B. Badura, 1985)
- Umweltfaktoren (US-Center of Disease Control, 2000)
- Gesundheit als Kompetenz und Voraussetzung zur Teilnahme am sozialen und beruflichen Leben (Capability Ansatz; Nussbaum, 2003)
- Psychoneuroendokrinologie: Gehirn, Immunsystem, endokrines System, ökosozialer Systemkontext
- Systemisches Mehrebenenmodell von Gesundheit

BEDINGUNGEN VON KOHÄRENZERLEBEN (Antonovsky, 1977)

- 1. Verstehbarkeit**
- 2. Handhabbarkeit**
- 3. Bedeutsamkeit**



Anlage, Umwelt und Synapsen (Le Doux, 2003, 13)

Gene erzeugen Proteine zur Steuerung der

- Entwicklung von Nervenzellen
- Verschaltung von Nervenzellen

Gentypen

- artspezifische Gene
- Gene, die die Ausprägung von Merkmalen steuern << erfahrungsabhängig
- Gene, die an- und abschaltbar sind << erfahrungsabhängig

Erfahrungsabhängige Plastizität des neuropsychischen Systems

- Entwicklung und Verschaltung von Nervenzellen zu neuropsychischen Schemata
- Ausprägung des Hippocampus
- Ausprägung des Cortex
- Zahl der Gliazellen
- Verzweigungen der Pyramidenneuronen
- Stärke der Blutgefäße im Gehirn

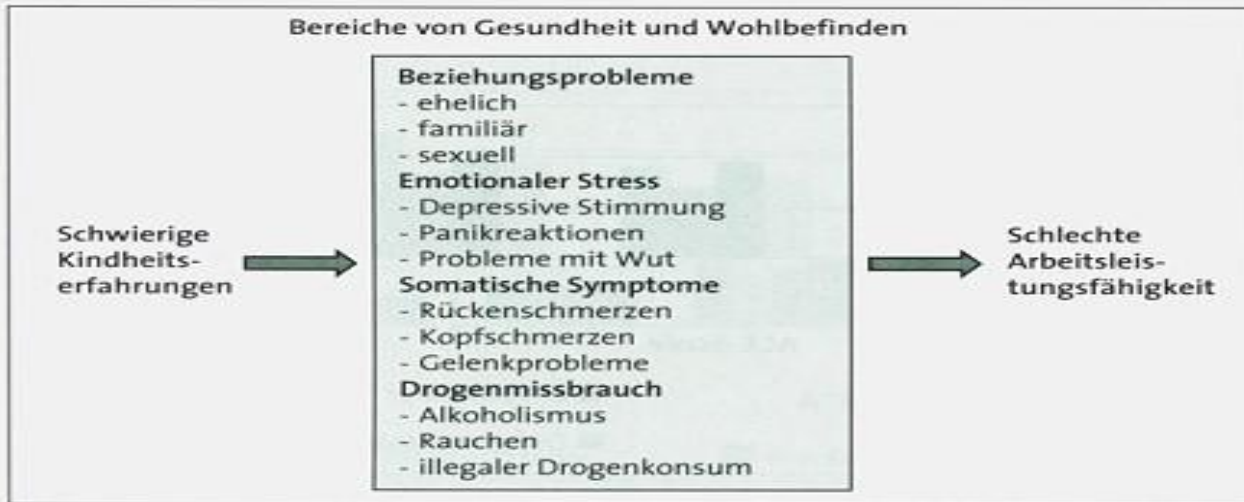


Abb. 4: Kindheits-
belastungen und
Arbeitsfähigkeit im
Erwachsenenalter

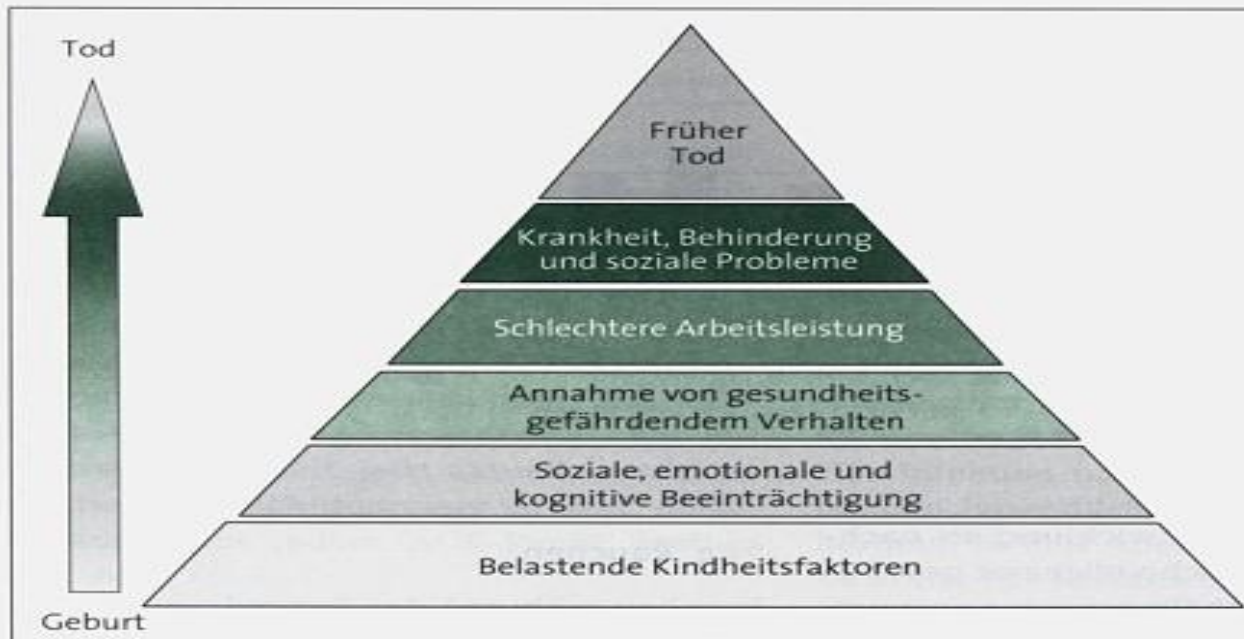


Abb. 5: Lebens-
lange Folgen von
Kindheitstraumata

(Seidler, Freyberger &
Maercker, 2011)

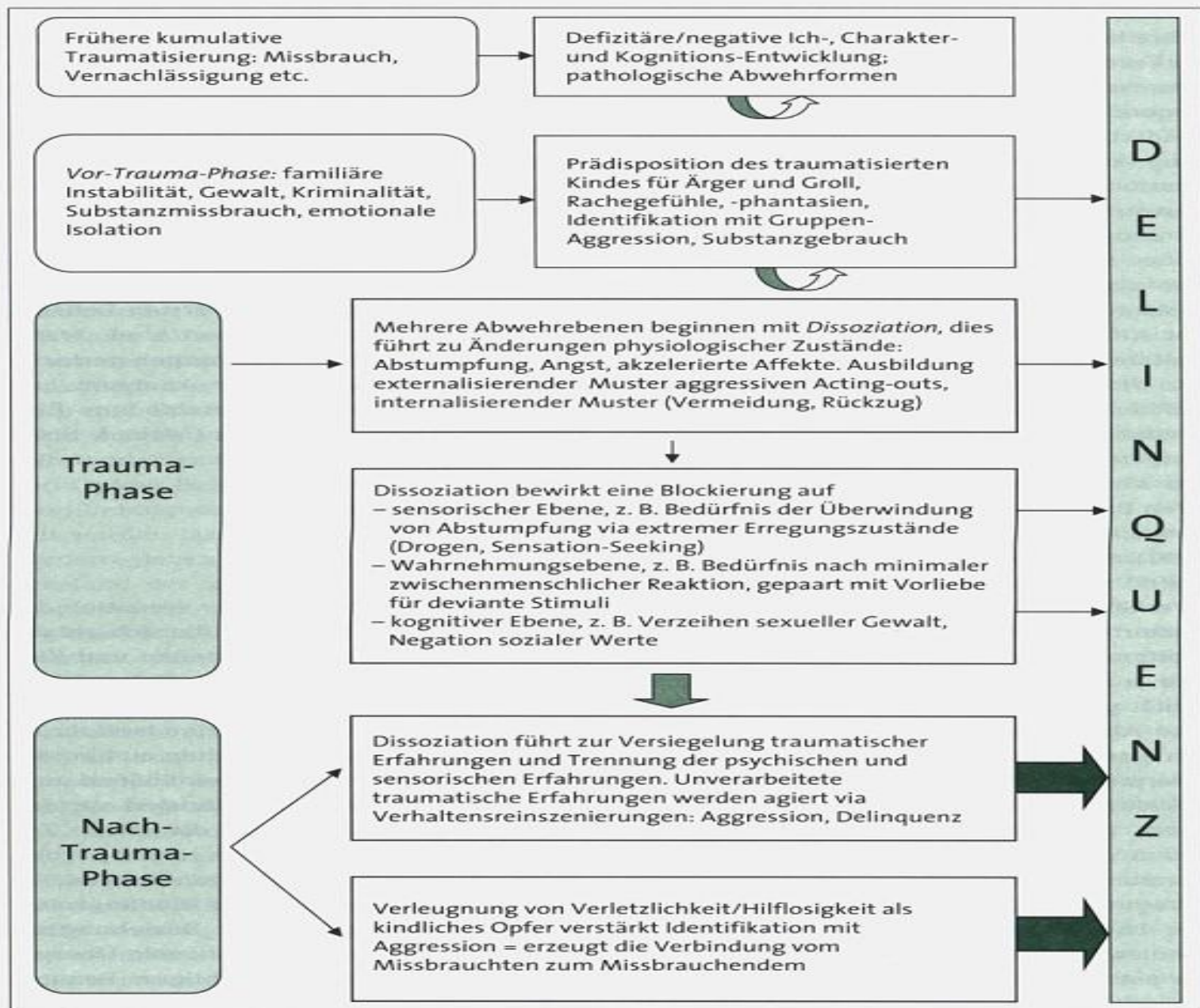


Abb. 1: Entwicklungsmodell Trauma → Dissoziation → Aggression/Delinquenz (Liß, 2002)

(in: Seidler, Freyberger & Maercker, 2011)

Stressor (e.g. Miterleben des Todes):
a) Lebensbedrohung
b) Außergewöhnlich, aber lebensüblich
c) Trennung
d) Dauerbelastung



Ätiologischer Prozess:
a) Angstauslösender unconditionierter Stimulus (UCS)
b) Verletzung von Grundannahmen
c) Sehnsucht
d) Überforderung



Vulnerabilitäts-/Resilienz-faktoren:
a) Ängstlichkeit
b) Weisheit
c) Abhängige Persönlichkeit
d) Copingrepertoire



Psychopathologie:
a) Angst
b) Verbitterung
c) Trennungsschmerz
d) Erschöpfung



Intrusionen



Emotionsauslösung



Intrusionsunterdrückung



Chronifizierung



Abb. 2: Entwicklung und Psychopathologie reaktiver und posttraumatischer Störungen (Seidler, Freyberger & Maercker, 2011)

Prävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung

(53,21 Mill zwischen 18–65 Jahre) Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 8 · 2004, S. 737

| Psychische Störungen | Frauen % | Männer % | Gesamt | Gesamt % |
|------------------------|-------------|-------------|------------|-------------|
| gesamt | 37,0 | 25,3 | 16,5 Mill. | 31,1 |
| somatoforme Störungen | 15,0 | 7,1 | | 11,0 |
| Angststörungen | 19,8 | 9,2 | | 14,5 |
| Affektive Störungen | 15,4 | 8,5 | | 11,9 |
| Substanz-missbrauch | 3,5 | 15 | | 9,3 |
| Psychotische Störungen | 2,5 | 2,6 | | 2,6 |
| Inhaftierte | 6 | 94 | 60 700 | 0,11 |
| Lebenslänglich | 2,5 | 2,6 | 500 | |

Strafverfolgung (Ohne Bußgeldverfahren)

Abgeurteilte und Verurteilte

| Jahr | Abgeurteilte | Verurteilte zusammen | Männer | Frauen |
|------|--------------|-------------------------|---------|---------|
| 2007 | 1 111 577 | 897 631 | 736 054 | 161 577 |
| 2008 | 1 087 842 | 874 691 | 716 073 | 158 618 |
| 2009 | 1 056 809 | 844 520 | 688 550 | 155 970 |
| 2010 | 1 018 006 | 813 266 | 660 019 | 153 247 |

(<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Rechtspflege/Strafverfolgung/Tabellen/AbgeurteilteVerurteilte.html?nn=50832> > 29.3.2012)

12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Bevölkerung

(Bundesgesundheitssurvey 1998/99, Zusatzsurvey „Psychische Störungen“; Alter: 18–65 Jahre; N=4.181)

| Diagnose (DSM-IV) | Frauen | | | | Männer | | | | Gesamt | |
|--|------------------|----------------|------------|------------|------------------|------------|------------|------------|-------------|----------|
| | Ge- samt % | 18– 34 % | 35–49 % | 50–65 % | Ge- samt % | 18–34 % | 35–49 % | 50–65 % | % n = | In Mill. |
| Somatogene Psychische Störung | 1,9 | 2,0 | 1,7 | 2,1 | 0,8 | 0,5 | 0,2 | 1,7 | 1,3 | 0,6 |
| Substanz- missbrauch | 1,7 | 2,9 | 1,7 | 0,6 | 7,2 | 12,3 | 5,3 | 3,6 | 4,5 | 2,2 |
| Alkohol- missbrauch | 1,3 | 1,9 | 1,6 | 0,4 | 6,8 | 10,7 | 5,5 | 3,7 | 4,1 | 2,0 |
| Missbrauch illegaler Substanzen | 0,5 | 1,1 | 0,1 | 0,2 | 1,0 | 2,5 | 0,3 | 0,0 | 0,7 | 0,3 |
| Psychotische Störung | 2,5 | 3,2 | 1,9 | 2,4 | 2,6 | 2,6 | 3,2 | 1,9 | 2,6 | 1,2 |
| Affektive Störung | 15,4 | 13,4 | 16,8 | 15,9 | 8,5 | 9,4 | 8,5 | 7,6 | 11,9 | 5,8 |
| Majore Depression | 11,2 | 9,5 | 12,7 | 11,3 | 5,5 | 6,0 | 5,5 | 4,8 | 8,3 | 4,0 |

(aus Jacobi et al., 2004, 737)

| Diagnose (DSM-IV) | Frauen | | | | Männer | | | | Gesamt | | |
|-------------------------------------|------------------|------------|-------------|------------|------------------|------------|--------------|------------|-------------|-------------|--|
| | Ge- samt % | 18–34 % | 35– 49 % | 50–65 % | Ge- samt % | 18–34 % | 35–49 [%] | 50–65 % | % n = | In Mill. | |
| Dysthyme Störung | 5,8 | 3,7 | 6,1 | 7,6 | 3,2 | 2,6 | 3,4 | 3,8 | 4,5 | 2,2 | |
| Irgendeine bipolare Störung | 1,1 | 1,2 | 1,5 | 0,5 | 0,6 | 1,0 | 0,7 | 0,0 | 0,8 | 0,4 | |
| Angststörungen | 19,8 | 20,0 | 19,4 | 19,9 | 9,2 | 8,0 | 10,0 | 9,7 | 14,5 | 7,0 | |
| Panikstörung | 3,0 | 3,4 | 3,4 | 2,4 | 1,7 | 1,0 | 2,0 | 2,1 | 2,3 | 1,1 | |
| Agoraphobie (ohne Panikstörung) | 3,1 | 2,0 | 2,9 | 4,4 | 1,0 | 0,9 | 1,1 | 0,9 | 2,0 | 1,0 | |
| Soziale Phobie | 2,7 | 3,1 | 2,7 | 2,2 | 1,3 | 1,9 | 0,7 | 1,4 | 2,0 | 1,0 | |
| Zwangsstörung | 0,9 | 1,0 | 0,9 | 0,8 | 0,6 | 0,4 | 1,0 | 0,3 | 0,7 | 0,4 | |
| Generalisierte Angststörung | 2,1 | 1,1 | 2,9 | 2,2 | 1,0 | 0,5 | 0,9 | 1,8 | 1,5 | 0,7 | |
| Phobie | 10,8 | 11,9 | 9,7 | 10,7 | 4,5 | 4,2 | 4,7 | 4,6 | 7,6 | 3,7 | |
| somatoforme Störungen | 15,0 | 14,9 | 15,2 | 14,7 | 7,1 | 5,7 | 7,3 | 8,6 | 11,0 | 5,4 | |
| Unterschwellige somatoforme Störung | 5,5 | 4,1 | 5,1 | 7,4 | 3,1 | 2,1 | 3,6 | 3,8 | 4,3 | 2,1 | |

| Diagnose (DSM-IV) | Frauen | | | | Männer | | | | Gesamt | | |
|------------------------|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------------|--------------|--------------|--------------|--------|--|---------------|
| | Gesamt [%]a | 18-34 [%] | 35-49 [%] | 50-65 [%] | Ge- samt [%] | 18-34 [%] | 35-49 [%] | 50-65 [%] | [%] | | In Mill. |
| Schmerz- störung | 11,4 | 11,2 | 12,2 | 10,7 | 4,9 | 4,0 | 4,5 | 6,4 | 8,1 | | 4,0 |
| Ess- störung | 0,5 | 1,0 | 0,5 | 0,0 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,1 | 0,3 | | 0,2 |
| Irgendeine Diagnose | 37,0 | 38,0 | 36,5 | 36,5 | 25,3 | 27,4 | 25,9 | 22,2 | 31,1 | | 15,1 Mill. |
| Anzahl d. Diagnosen | [%]l | [%] | [%] | [%] | [%] | [%] | [%] | [%] | [%] | | |
| 1 | 56,3 | 57,5 | 55,5 | 55,7 | 66,5 | 69,6 | 67,5 | 61,0 | 60,5 | | |
| 2 | 21,5 | 23,8 | 20,3 | 20,4 | 15,5 | 16,1 | 18,9 | 21,3 | 20,3 | | |
| 3 | 9,7 | 8,3 | 9,2 | 11,6 | 8,0 | 7,8 | 8,5 | 7,8 | 9,0 | | |
| > 3 | 12,6 | 10,4 | 10,9 | 12,3 | 7,0 | 6,5 | 19,7 | 10,0 | 10,3 | | |

Frühverrentungen

Der Anteil der psychischen Erkrankungen bei den Frühverrentungen ist von 21,8 Prozent 1998 auf 35,6 Prozent im Jahr 2008 gestiegen (Bundesregierung, 2010)

Finanzielle Bedeutung psychischer Erkrankungen

Die jährlichen direkten Kosten (Krankheitskosten) der arbeitsbedingten Erwerbsunfähigkeit auf 129 Mio. Euro geschätzt.

Die indirekten Kosten (Verlust an Erwerbsjahren) auf etwa 1,5 Mrd. Euro geschätzt.

Für 2008 wurde ein Ausfall der Produktion von insgesamt 43 Mrd. Euro bzw. der Ausfall an Bruttowertschöpfung auf 78 Mrd. Euro geschätzt.

Die geschätzten Produktionsausfälle machen insgesamt einen Anteil von 1,7 Prozent vom Bruttonationaleinkommen aus.

(BKK-Broschüre: Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Frühberentungen in Deutschland; Bundesregierung, 2010).

Anteil an stationären Leistungstagen für die zehn relevantesten ICD-10-Diagnosen (2009)

Barmer GEK Report Krankenhaus 2010

| ICD-10 | Diagnosenrangfolge nach Krankenhaustagen 2009 | Tage je 1.000 Versichertenjahre | Tage je Fall | Anteil an allen Krankenhaustagen |
|--------|--|---------------------------------|--------------|----------------------------------|
| F33 | Rezidivierende depressive Störung | 51,1 | 38,5 | 2,89% |
| F20 | Schizophrenie | 50,4 | 36,2 | 2,85% |
| F32 | Depressive Störung | 49,6 | 33,2 | 2,81% |
| Z38 | Lebendgeborene nach Geburtsort | 33,5 | 4,7 | 1,90% |
| F10 | Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol | 33,4 | 8,5 | 1,89% |
| I50 | Herzinsuffizienz | 32,6 | 12,2 | 1,84% |
| I63 | Hirnfarkt | 26,6 | 13,5 | 1,50% |
| S72 | Fraktur des Oberschenkels | 25,3 | 17,1 | 1,43% |

Psychotherapeutische Versorgungslage

- jeder zehnte bis fünfte Patient in hausärztlicher Versorgung leidet unter einer Depression (Rothenhäusler, 2005);
- 70–90 % aller Patienten mit Depressionen vom Hausarzt behandelt (Holsboer–Trachsler & Vanoni, 1998)
- Weniger als 5 % der Patienten mit einer psychischen Störung bekommen von ihrem Hausarzt eine psychotherapeutische Behandlung vermittelt (vgl. Will et al., 2000)
- 25 % werden von ihrem Hausarzt zumindest an einen Psychiater überwiesen (vgl. Peters, 2006)
- 10 % der depressiven älteren Patienten erhielten ein Antidepressivum (Berliner Altersstudie; Peters, 2006)
- Nur 20 % der Psychopharmaka von einem Facharzt verordnet (Peters, 2006)
- 7–8 % der psychisch kranken älteren Menschen dringend behandlungsbedürftig
- Kognitiv–verhaltenstherapeutische Ansätze weisen auch im Alter eine gute Wirksamkeit auf (vgl. Adler, 2005)

Das Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ICD 10)

| | |
|---------|---|
| F0 | Organisch bedingte psychische Störungen |
| F00–F03 | Demenzen |
| F04 | Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingt |
| F 05 | Delir, nicht durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingt |
| F 06 | Psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Erkrankung |
| F07 | Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Erkrankung, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns |
| F1–F19 | Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen Therapie von Suchterkrankungen |
| F20–F29 | Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen |
| F30–F39 | Depressionen und andere affektive Störungen Behandlung depressiver Störungen |

| | |
|---------|---|
| F4 | Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen |
| F 40 | Phobische Störung |
| F 41 | Angststörungen |
| F42 | Zwangsstörung |
| F 43 | Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen |
| F 44 | dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) |
| F 45 | Somatoforme Störungen |
| F 48 | andere neurotische Störungen |
| F 5 | Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren |
| F50–F59 | Ess-Störungen |
| F | Nichtorganischer Schlafstörungen |
| F 52 | Sexuelle Funktionsstörungen |
| F 53 | Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett |
| F 55 | Missbrauch von Substanzen die keine Abhängigkeit hervorrufen |

- F 6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F 60 Persönlichkeitsstörungen
- F 63 abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
- F 64 Störungen der Geschlechtsidentität
- F 65 Störungen der Sexualpräferenz
- F 65.2 Exhibitionismus
- F 65.4 Pädophilie
- F 65.6 multiple Störungen der Sexualpräferenz
- F 66 Psychische und Verhaltensprobleme in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung
- F 7 Intelligenzminderung
- F8 Entwicklungsstörungen
 Behandlung von Entwicklungsstörungen

- F9 Störungen des Verhaltens und der Emotionen bei Kindern und Jugendlichen
- F90 Hyperkinetische Störungen
- F90.0 Störung von Aktivität und Aufmerksamkeit
- F90.1 Hyperkinetische Störung mit Störung des Sozialverhaltens
- F91 Störungen des Sozialverhaltens
- F92 Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
- F93 Emotionale Störungen des Kindesalters
- F94 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in Kindheit und Jugend
- F95 Tic-Störungen
- F98 Andere verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

2.4 **Das Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (DSM IV)**

- 2.4.1 Achse I Klinische Störungen
- 2.4.2 Achse II Persönlichkeitsstörungen, geistige Behinderung
- 2.4.3 Achse III medizinische Krankheitsfaktoren
- 2.4.4 Achse IV psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme
- 2.4.5 Achse V globale Erfassung des Funktionsniveaus

F60.31 Borderline–Persönlichkeitsstörung

Vorform bei Kindern und Jugendlichen: Persönlichkeitsentwicklungsstörung

Prävalenz circa 1,5 bis 2 % (ca. 75 % weiblich)

Charakteristika (Merod, 2005)

- Bindungsstörung
- emotionale Instabilität und Impulsivität
- inkonstante und krisenhafte Beziehungen
- abwechselnden Phasen von Anhedonie und Promiskuität
- Angst vor dem Verlassenwerden
- impulsive – häufig selbstschädigende – Verhaltensweisen
- multiple und wechselnde psychogene Beschwerden
- Identitätsunsicherheit
- unter Stress dissoziative und paranoide Symptome
- Defizit der Mentalisierungskompetenz (Einfühlungsvermögen; Fonagy & Target, 2002; Bateman A., Fonagy , 2008)
- verminderte Serotoninproduktion
- Hippocampusatrophie

Tab. 3-2: Komplexe dissoziative Störungen (mod. nach Dell 2001b; 2002; zit. nach Gast 2004b).

- durchgängiges Muster von mangelnder Integrationsfähigkeit des Bewusstseins in den Bereichen des Gedächtnisses, der Wahrnehmung und der Identität, letzteres mit folgenden Ausprägungen:
- teilweise abgespaltene Selbst-Zustände (bisher: nicht näher bezeichnete dissoziative Störung, Typ Ia)
- voll abgespaltene Selbst-Zustände (bisher: Dissoziative Identitätsstörung oder Multiple Persönlichkeitsstörung)

Kriterien

- **A:** für ein durchgehendes Muster dissoziativen Funktionierens
 - Gedächtnisprobleme, z. T. schwere Amnesien für autobiografisches Material
 - Depersonalisation
 - Derealisation
 - Flashback-Erleben, Alters-Regression
 - somatoforme Dissoziation (somatoforme bzw. pseudoneurologische Symptome)
 - Trancezustände
- **B:** für subjektiv erlebte Manifestation teilweise abgespaltener Selbst-Zustände
 - Hören von Kinderstimmen im Kopf
 - interne Dialoge oder Streitereien
 - die Person quälende innere Stimmen
 - teilweise dissoziierte (zeitweise als nicht zu sich gehörig erlebte) Sprache
 - teildissoziierte Gedanken
 - teildissoziierte Gefühle
 - teilweise dissoziiertes Verhalten
 - zeitweise nicht zu sich gehörig erlebte Fertigkeiten oder Fähigkeiten
 - irritierende Erfahrungen von verändertem Ich-Erleben
 - Verunsicherung über das eigenes Ich
 - nicht zu sich gehörig erlebte, aber erinnerbare teilweise abgespaltene Selbst-Zustände, mit denen der Therapeut in Kontakt tritt
- **C:** für objektive und subjektive Manifestationen vollständig abgespaltener Selbst-Zustände
 - krasse Diskontinuität im Zeiterleben (Zeit verlieren, „Herauskommen“, Fugue-Episoden)
 - nicht erinnerbares Verhalten
 - von anderen beobachtetes Verhalten, an das man sich nicht erinnern kann
 - Finden von Sachen in seinem Besitz, an deren Erwerb man sich nicht erinnern kann
 - Finden von (Auf-)Zeichnungen, an deren Anfertigung man sich nicht erinnern kann
 - evidente Anzeichen für kürzliches Verhalten, an das man sich nicht erinnern kann
 - Entdecken von Selbstverletzungen oder Suizidversuchen, an die man sich nicht erinnern kann

Ätiologie

- sexueller Missbrauch, Vernachlässigung und Gewalterfahrungen (75 bis 90 %; Bohus, Unckel 2005, Herman 1992)
- chaotisch-instabile Familienverhältnisse (Ruiz-Sancho & Gunderson, 2001; Cierpka & Reich, 2001)

Intervention

- Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT, Linehan, 1996; Merod, 2005)
- Mentalization Based Treatment(MBT; Fonagy & Batememan, 2008)
- Übertragungorientierte Therapie ([Transference-Focused-Psychotherapy](#) (TFP); Leichsenring & Leibing, 2003)
- Traumatherapie, EMDR (Shapiro, 2005)
- Schematherapie (Grawe, 2004; Young et al., 2006)
- Paar- und Familientherapie

| Inhaftiert wegen | n | % | | |
|------------------|--------|------|--|--|
| | | | | |
| Diebstahl | 12 600 | 21 % | | |
| Drogendelikt | 8 800 | 15 % | | |
| Raub | 7400 | 12 % | | |

Prävalenz schwerer Psychiatrischer Störungen in der Primärversorgung (Goldberg et al., 1995)

| Städte | Derzeit Depression (%) | Generalisierte Angststörung (%) | Alkohol-Abhängigkeit (%) | Alle Psychiatrischen Erkrankungen nach CIDI (%) |
|------------------------|------------------------|---------------------------------|--------------------------|---|
| Ankara, Türkei | 11.6 | 0.9 | 1.0 | 16.4 |
| Athen, Griechenland | 6.4 | 14.9 | 1.0 | 19.2 |
| Bangalore, Indien | 9.1 | 8.5 | 1.4 | 22.4 |
| Berlin, | 6.1 | 9.0 | 5.3 | 18.3 |
| Groningen, Niederlande | 15.9 | 6.4 | 3.4 | 23.9 |
| Ibadan, Nigeria | 4.2 | 2.9 | 0.4 | 9.5 |
| Mainz, | 11.2 | 7.9 | 7.2 | 23.6 |
| Manchester, UK | 16.9 | 7.1 | 2.2 | 24.8 |
| Nagasaki, Japan | 2.6 | 5.0 | 3.7 | 9.4 |
| Paris, | 13.7 | 11.9 | 4.3 | 26.3 |
| Rio de Janeiro, | 15.8 | 22.6 | 4.1 | 35.5 |
| Santiago, Chile | 29.5 | 18.7 | 2.5 | 52.5 |
| Seattle, USA | 6.3 | 2.1 | 1.5 | 11.9 |
| Shanghai, China | 4.0 | 1.9 | 1.1 | 7.3 |
| Verona, Italien | 4.7 | 3.7 | 0.5 | 9.8 |
| Gesamt | 10.4 | 7.9 | 2.7 | 24.0 |

Frühverrentungen

Der Anteil der psychischen Erkrankungen bei den Frühverrentungen ist von 21,8 Prozent 1998 auf 35,6 Prozent im Jahr 2008 gestiegen (Bundesregierung, 2010)

Finanzielle Bedeutung

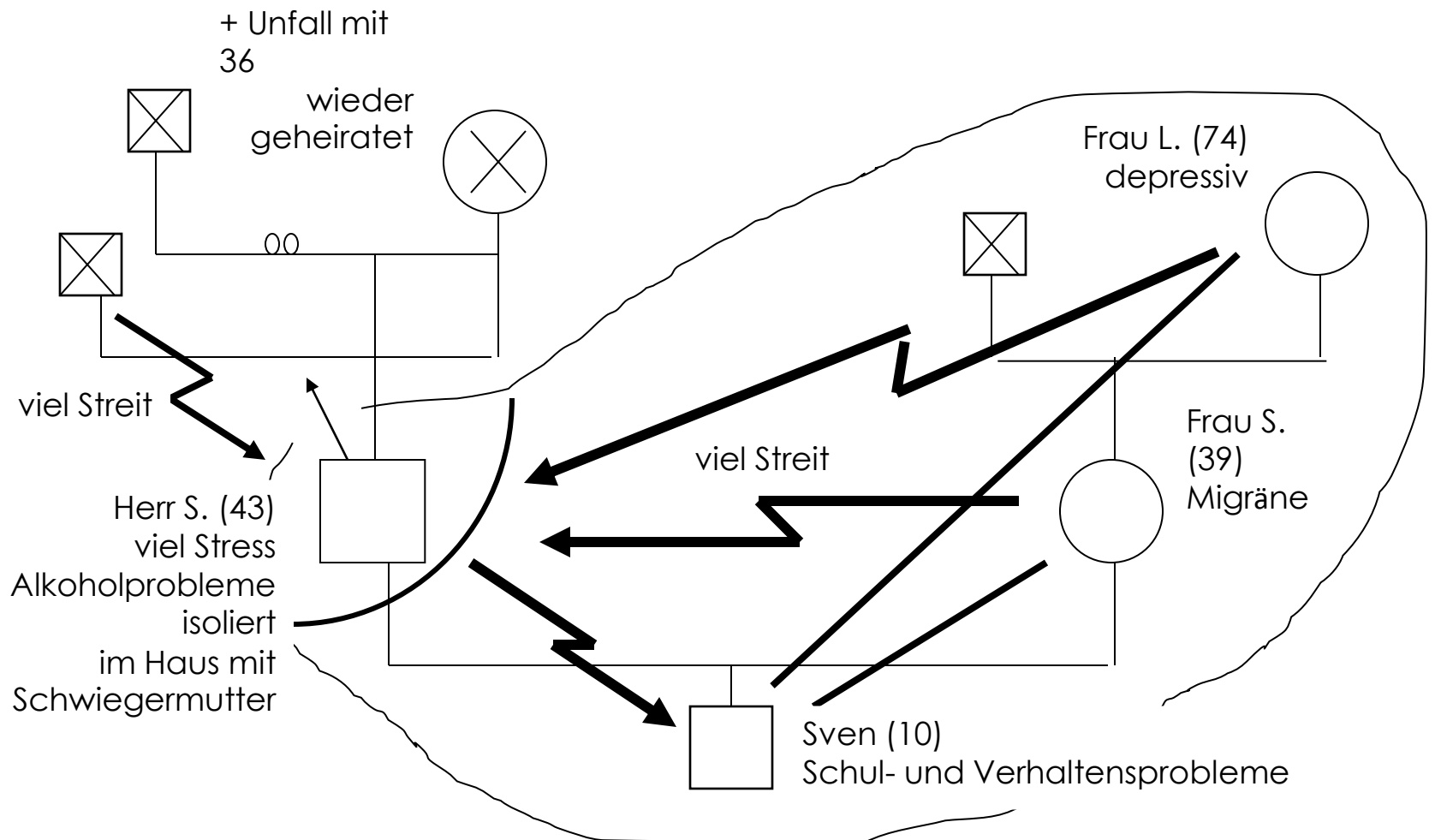
Die jährlichen direkten Kosten (Krankheitskosten) bei der arbeitsbedingten Erwerbsunfähigkeit durch psychische Erkrankungen werden auf 129 Mio. Euro geschätzt.

Die indirekten Kosten (Verlust an Erwerbsjahren) bei der arbeitsbedingten Erwerbsunfähigkeit durch psychische Erkrankungen werden auf etwa 1,5 Mrd. Euro geschätzt.

Für 2008 wurde ein Ausfall der Produktion von insgesamt 43 Mrd. Euro bzw. der Ausfall an Bruttowertschöpfung auf 78 Mrd. Euro geschätzt.

Die geschätzten Produktionsausfälle machen insgesamt einen Anteil von 1,7 Prozent vom Bruttonationaleinkommen aus.

(BKK-Broschüre: Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Frühberentungen in Deutschland; Bundesregierung, 2010).



Ausschnitt aus dem Genogramm der Familie S.

- F0 Organisch bedingte psychische Störungen

- F00–F03 Demenzen
- F04 Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingt
- F 05 Delir, nicht durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingt
- F 06 Psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Erkrankung
- F07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Erkrankung, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns

- F1–F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
Therapie von Suchterkrankungen

- F20–F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
Ursachen
Behandlung

F 20 Schizophrene Psychose

- *Lifetime-Risiko* 1 %
- Inzidenzrate (Neuerkrankungen) eine Person von 10.000 pro Jahr
- einem schizophreniekranken Elternteil beträgt sie 5 -10%
- bei kranken Geschwistern 8 –10%
- bei eineiigen Zwillingen 45% (bei rein genetischer Verursachung wären es 100%)
- 21% bei zweieiigen Zwillingen
- Hinweise auf einen Zusammenhang mit frühkindlichen [Hirnschädigungen](#), etwa durch Geburtskomplikationen
- frühkindliche [Infektionen](#) bestimmte [Viren](#) ([Herpes simplex](#) Typ II, [Influenza](#)- und [Borna-Viren](#), auch Protozoen wie [Toxoplasma gondii](#) und bestimmte [Borrelien](#))
- Anomalien des Gehirns erweiterte [Hirnventrikel](#), Mangel an Nervenfasern und Nervenverbindungen im Bereich der [Amygdala](#), des [Hippocampus](#) u.a. [limbischen Strukturen](#), des [Temporallappens](#) und der frontalen Hirnregionen
- verminderte Aktivität des Frontalhirns (Hypofrontalität)
- Dopaminproduktion > [zentralnervöse](#) Übererregbarkeit
- [Vulnerabilität](#) + Stress
- gemeinsame Endstrecke verschiedener, funktionell völlig unabhängiger Pfade der Krankheitsentstehung ?

F20 Schizophrenien

- grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung
- Gedankenlautwerden (Positivsymptom)
- Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung
- Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder das Gefühl des Gemachten
- Stimmen, die den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen
- Denkstörungen
- inadäquate oder verflachte Affekte (Negativsymptome)
- Bewusstseinsklarheit und intellektuellen Fähigkeiten in der Regel nicht beeinträchtigt
- Verlauf *kontinuierlich* oder *episodisch* mit oft zunehmenden oder stabilen Defiziten mit vollständiger oder unvollständiger Remission

F20.0 Paranoide Schizophrenie

- beständige, häufig paranoide Wahnvorstellungen
- meist akustische Halluzinationen und Wahrnehmungsstörungen.
- Störungen der Stimmung
- Störungen des Antriebs und der Sprache

F20.1 Hebephrene Schizophrenie v.a. bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen

- affektive Veränderungen im Vordergrund, Affektverflachung und Antriebsverlust
- flüchtige Wahnvorstellungen und Halluzinationen
- Verhalten verantwortungslos und unvorhersehbar
- Manierismen häufig
- Stimmung flach und unangemessen
- Denken desorganisiert
- Sprache zerfahren
- Neigung, sich sozial zu isolieren
- Prognose zumeist schlecht

F20.2 Katatone Schizophrenie / Katatoner Stupor

- im Vordergrund psychomotorische Störungen, zwischen Erregung und Stupor, Befehlsautomatismus und Negativismus; Zwangshaltungen und -stellungen können lange Zeit beibehalten werden. Episodenhafte
- schwere Erregungszustände können ein Charakteristikum dieses Krankheitsbildes sein.
- traumähnlicher (oneiroiden) Zustand mit lebhaften szenischen Halluzinationen

F21 Schizotype Störung

- exzentrisches Verhalten
- Anomalien des Denkens und der Stimmung, die schizophren wirken
- kalter Affekt, Anhedonie
- seltsames und exzentrisches Verhalten
- Tendenz zu sozialem Rückzug,
- paranoische oder bizarre Ideen, die aber nicht bis zu eigentlichen Wahnvorstellungen gehen
- Zwanghaftes Grübeln
- Denk- und Wahrnehmungsstörungen
- gelegentlich vorübergehende, quasipsychotische Episoden mit intensiven Illusionen, akustischen oder anderen Halluzinationen und wahnähnlichen Ideen, meist ohne äußere Veranlassung
- kein klarer Beginn; Entwicklung und Verlauf entsprechen gewöhnlich einer Persönlichkeitsstörung > Latente schizophrene Reaktion; Borderline Störung

F22.0 Wahnhafte Störung (s.a. Paranoia, Paranoid, Psychose, Sensitiver Beziehungswahn, Späte Paraphrenie)

- Entwicklung eines einzelnen Wahns oder mehrerer aufeinander bezogener Wahninhalte, die im allgemeinen lange, manchmal lebenslang,
- Eindeutige und anhaltende akustische Halluzinationen (Stimmen)

F30–F39 Depressionen und andere affektive Störungen

F30.1 Manie ohne psychotische Symptome

- Die Stimmung ist situationsinadäquat gehoben und kann zwischen sorgloser Heiterkeit und fast unkontrollierbarer Erregung schwanken
- starke Ablenkbarkeit
- Größenideen oder übertriebener Optimismus
- Verlust normaler sozialer Hemmungen kann zu leichtsinnigen, rücksichtslosen oder unpassenden Verhalten führen.

F30.2 Manie mit psychotischen Symptomen

- Zusätzlich Halluzinationen (zumeist Stimmen, die unmittelbar zum Betroffenen sprechen)
- extreme Erregung bis zum Stupor
- (Hyper-) Aktivität und Ideenflucht

F31.– Bipolare affektive Störung

- durch wenigstens zwei Episoden charakterisiert: gehobene Stimmung, vermehrter Antrieb und Aktivität (Hypomanie oder Manie), dann wieder Stimmungssenkung und vermindertem Antrieb und Aktivität (Depression)
- Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört

F32.– Depressive Episode

- gedrückte Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität
- Die Fähigkeit zu Freude, Interesse und Konzentration vermindert
- Ausgeprägte Müdigkeit, Schlaf meist gestört,
- Appetit vermindert
- Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen fast immer beeinträchtigt
- Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit
- gedrückte Stimmung reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von "somatischen" Symptomen begleitet werden
- Interessenverlust, Anhedonie, Appetitverlust, Libidoverlust, Gewichtsverlust
- Früherwachen, Morgentief
- psychomotorische Hemmung, Agitiertheit
- depressive Reaktion, psychogene Depression, reaktive Depression (F32.0, F32.1, F32.2)

- F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
- Halluzinationen, Wahnideen, psychomotorische Hemmung oder Stupor so schwer ausgeprägt, dass alltägliche soziale Aktivitäten unmöglich sind
 - Lebensgefahr durch Suizid und mangelhafte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme
 - Einzelne Episoden: majore Depression [major depression] mit psychotischen Symptomen, psychogene depressive Psychose, psychotische Depression, reaktive depressive Psychose
- F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F 40 Phobische Störungen
- F40.0 Agoraphobie
- F40.1 Soziale Phobien
- F 41 Angststörungen
- F41.0 Panikstörung
- F41.1 Generalisierte Angststörung
- F42 Zwangsstörung

F 43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

F43.0 Akute Belastungsreaktion

- Reaktion auf außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt, und innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt
- "Betäubung", mit einer gewissen Bewusstseinsminderung und eingeschränkter
- Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und
- Sich zurückziehen (bis hin zu dissoziativem Stupor, siehe F44.2) oder
- aber ein Unruhezustand und Überaktivität (wie Fluchtreaktion oder Fugue)
- Tachykardie, Schwitzen und Erröten
- Teilweise oder vollständige Amnesie (siehe F44.0)
- Akut: Belastungsreaktion, Krisenreaktion, Psychischer Schock, Kriegsneurose

F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung

- verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation
- mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß
- wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, andauerndes Betäubtsein und emotionale Stumpfheit
- Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit
- Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen
- vegetative Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, Schreckhaftigkeit und Schlafstörung
- Angst und Depression, z.T. Suizidgedanken

- F 44 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen, "Hysterie")
- teilweiser oder völliger Verlust der Erinnerung
 - des Identitätsbewusstseins,
 - unmittelbarer Empfindungen,
 - Z.T. Lähmungen und Gefühlsstörungen, wenn der Beginn mit unlösbaren Problemen oder interpersonellen Schwierigkeiten verbunden ist.
- F44.1 Dissoziative Fugue
- zielgerichtete Ortsveränderung über die gewöhnliche Alltagsmobilität hinaus
 - Amnesie (F44.0)
- F44.81 Multiple Persönlichkeit(ssörung)
- F 45 Somatoforme Störungen
- F45.0 Somatisierungsstörung ("psychosomatische Störung")
- multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome über mind. zwei Jahre

F 5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F50–F59 Ess–Störungen

F51 Nichtorganische Schlafstörungen

F 52 Sexuelle Funktionsstörungen

F52.7 Gesteigertes sexuelles Verlangen

Nymphomanie

Satyriasis

F 53 Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett

F 55 Missbrauch von Substanzen, die keine Abhängigkeit hervorrufen

F 6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F 60 Persönlichkeitsstörungen

F 60.0 Paranoide Persönlichkeitsstörung

- übertriebene Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisung, Nachtragen von Kränkungen, Misstrauen, Neigung, Erlebtes zu verdrehen
- Neutrale oder freundliche Handlungen anderer als feindlich oder verächtlich missgedeutet
- Z.T. überhöhtes Selbstwertgefühl und übertriebene Selbstbezogenheit
- Persönlichkeit(störung: expansiv–paranoid, fanatisch, paranoid, querulatorisch

F60.1 Schizoide Persönlichkeitsstörung

- Rückzug von affektiven, sozialen und anderen Kontakten
- übermäßige Vorliebe für Phantasie
- einzelgängerisches Verhalten und in sich gekehrte Zurückhaltung
- begrenztes Vermögen, Gefühle auszudrücken
- Anhedonie

F60.2 Dissoziale Persönlichkeitsstörung

- Missachtung sozialer Verpflichtungen
- Herzlosigkeit gegenüber anderen
- Diskrepanz zwischen Verhalten und sozialen Normen
- geringe Frustrationstoleranz
- Niedrige Schwelle für aggressives, gewalttätiges Verhalten
- Neigung, andere zu beschuldigen
- vordergründige Rationalisierungen für eigenes Verhalten
- Persönlichkeit(störung amoralisch, antisozial, asozial, psychopathisch, soziopathisch)

F60.3– Emotional instabile Persönlichkeitsstörung

- Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren
- unvorhersehbare Stimmung
- Neigung zu emotionale Ausbrüchen
- Unfähigkeit zur Impulskontrolle
- Streitsüchtig

F60.30 Impulsiver Typus

- emotionale Instabilität
- mangelnde Impulskontrolle

F60.30 Borderline–Typus

- Störungen des Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenzen
- chronisches Gefühl von Leere
- intensive, aber unbeständige Beziehungen
- Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen.

F60.4 Histrionische ("hysterische"/infantile) Persönlichkeitsstörung

- oberflächliche und labile Affektivität
- Dramatisierung und theatralischer übertriebener Ausdruck
- Suggestibilität
- Egozentrik
- Genusssucht
- Mangel an Rücksichtnahme
- erhöhte Kränkbarkeit
- dauerndes Verlangen nach Anerkennung

F63.0 Pathologisches Spielen

- Glücksspiel, das die Lebensführung des betroffenen Patienten beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt.

F63.1 Pathologische Brandstiftung [Pyromanie]

- Brandstiftung an Gebäuden oder anderem Eigentum ohne verständliches Motiv und durch eine anhaltende Beschäftigung der betroffenen Person mit Feuer
- wachsender innerer Spannung vor der Handlung und starker Erregung sofort nach ihrer Ausführung

F63.2 Pathologisches Stehlen [Kleptomanie]

- wiederholtes Versagen Impulsen zu widerstehen, Dinge zu stehlen, die nicht dem persönlichen Gebrauch oder der Bereicherung dienen. Statt dessen werden die Gegenstände weggeworfen, weggegeben oder gehortet.
- meist mit wachsender innerer Spannung vor der Handlung und einem Gefühl von Befriedigung während und sofort nach der Tat verbunden.

F64.– Störungen der Geschlechtsidentität

F64.0 Transsexualismus

- Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden
- Unbehagen oder Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen anatomischen Geschlecht
- Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen.

F64.1 Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen

- Tragen gegengeschlechtlicher Kleidung, um die zeitweilige Erfahrung der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht zu erleben
- Wunsch nach dauerhafter Geschlechtsumwandlung oder chirurgischer Korrektur besteht nicht
- Kleiderwechsel nicht von sexueller Erregung begleitet.
- Störung der Geschlechtsidentität in der Adoleszenz oder im Erwachsenenalter, nicht transsexueller Typus

F64.2 Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters

- zeigt sich während der frühen Kindheit, immer lange vor der Pubertät
- anhaltendes und starkes Unbehagen über das zugefallene Geschlecht
- Wunsch oder r ständige Beteuerung, zum anderen Geschlecht zu gehören
- Andauernde Beschäftigung mit der Kleidung oder den Aktivitäten des anderen Geschlechtes und eine Ablehnung des
- eigenen Geschlechtes
- Geschlechtsidentitätsstörungen bei Personen, welche die Pubertät erreicht haben oder gerade erreichen, sind nicht hier, sondern unter F66.– zu klassifizieren.

F 65 Störungen der Sexualpräferenz

F 65.2 Exhibitionismus

F 65.4 Pädophilie

F 65.6 multiple Störungen der Sexualpräferenz

F 66 Psychische und Verhaltensprobleme in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung

F65.– Störungen der Sexualpräferenz Inkl.: Paraphilie

F65.0 Fetischismus

- Gebrauch toter Objekte als Stimuli für die sexuelle Erregung und Befriedigung
- Viele Fetische stellen eine Erweiterung des menschlichen Körpers dar, z.B. Kleidungsstücke oder Schuhwerk, Gegenstände aus Gummi, Plastik oder Leder
- Fetischobjekte haben individuell wechselnde Bedeutung. In einigen Fällen dienen sie lediglich der Verstärkung der auf üblichem Wege erreichten sexuellen
- Erregung (z.B. wenn der Partner ein bestimmtes Kleidungsstück tragen soll).

F65.1 Fetichistischer Transvestitismus

- Zur Erreichung sexueller Erregung Kleidung des anderen Geschlechts getragen
- unterscheidet sich vom transsexuellem Transvestitismus durch die deutliche Kopplung an sexuelle Erregung und das starke Verlangen, die Kleidung nach dem eingetretenen Orgasmus und dem Nachlassen der sexuellen Erregung abzulegen
- kann als eine frühere Phase in der Entwicklung eines Transsexualismus auftreten.

F65.2 Exhibitionismus

- wiederkehrende oder anhaltende Neigung, die eigenen Genitalien vor meist gegengeschlechtlichen Fremden in der Öffentlichkeit zu entblößen, ohne zu einem näheren Kontakt aufzufordern oder diesen zu wünschen. Meist wird das Zeigen von sexueller Erregung begleitet und im allgemeinen kommt es zu nachfolgender Masturbation.

F65.3 Voyeurismus

- Wiederkehrender oder anhaltender Drang, anderen Menschen bei sexuellen Aktivitäten oder intimen Tätigkeiten, z.B. Entkleiden, zuzusehen ohne Wissen der beobachteten Person; sexuelle Erregung und Masturbation

F65.4 Pädophilie

- Sexuelle Präferenz für Kinder, Jungen oder Mädchen oder Kinder beiderlei Geschlechts, die sich meist in der Vorpubertät oder in einem frühen Stadium der Pubertät befinden.

F65.5 Sadomasochismus

- sexuelle Aktivitäten mit Zufügung von Schmerzen, Erniedrigung oder Fesseln bevorzugt
- Masochismus
- Sadismus

F66.– Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung (sexuelle Orientierung selbst nicht als Störung anzusehen)

F66.0 Sexuelle Reifungskrise

- Unsicherheit hinsichtlich ihrer Geschlechtsidentität oder sexuellen Orientierung
- Ängste oder Depressionen
- Meist bei Heranwachsenden vor, die sich hinsichtlich ihrer homo-, hetero- oder bisexuellen Orientierung nicht sicher sind oder bei Menschen, die nach
- einer Zeit scheinbar stabiler sexueller Orientierung, oftmals in einer lange dauernden Beziehung, die Erfahrung machen, dass sich ihre sexuelle Orientierung ändert.

F66.1 Ichdystone Sexualorientierung

- Geschlechtsidentität oder sexuelle Ausrichtung (heterosexuell, homosexuell, bisexuell oder präpubertär) ist eindeutig, aber die betroffene Person hat den Wunsch, dass diese wegen begleitender psychischer oder Verhaltensstörungen anders wäre und unterzieht sich möglicherweise einer Behandlung, um diese zu ändern.

F66.2 Sexuelle Beziehungsstörung

- Die Geschlechtsidentität oder sexuelle Orientierung (heterosexuell, homosexuell oder bisexuell) bereitet bei Aufnahme oder Aufrechterhaltung einer sexuellen Beziehung Probleme

- F68.0 Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen
- Körperliche Symptome durch eine belegbare körperliche Störung, Krankheit oder Behinderung wegen des psychischen Zustandes aggraviert oder halten länger an
 - meist durch die Schmerzen oder die Behinderung beeinträchtigt
 - Rentenneurose
- F68.1 Artifizielle Störung [absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen]
- Patient täuscht Symptome wiederholt ohne einleuchtenden Grund vor
 - kann sich absichtlich selbst beschädigen
 - will Krankenrolle einnehmen
 - oft mit deutlichen Persönlichkeits- und Beziehungsstörungen kombiniert.
 - Durch Institutionen wandernder Patient
 - Hospital-hoper-Syndrom
 - Münchhausen-Syndrom

Intelligenzstörung (F70–F79)

Ein Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Eine Intelligenzstörung kann allein oder zusammen mit jeder anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten.

F 7 Intelligenzminderung

F70.– Leichte Intelligenzminderung

- IQ-Bereich von 50–69 (bei Erwachsenen Intelligenzalter von 9 bis unter 12 Jahren)
- Lernschwierigkeiten in der Schule
- Erwachsene können oft arbeiten, gute soziale Beziehungen unterhalten und ihren Beitrag zur Gesellschaft leisten
- Debilität / leichte geistige Behinderung

F71.- Mittelgradige Intelligenzminderung

- IQ-Bereich von 35-49 (bei Erwachsenen Intelligenzalter von 6 bis unter 9 Jahren)
- Deutliche Entwicklungsverzögerung in der Kindheit
- Die meisten können aber ein gewisses Maß an Unabhängigkeit erreichen und eine ausreichende Kommunikationsfähigkeit und Ausbildung erwerben
- Erwachsene brauchen in unterschiedlichem Ausmaß Unterstützung im täglichen Leben und bei der Arbeit.
- Inkl.: Mittelgradige geistige Behinderung

F72.- Schwere Intelligenzminderung

- IQ-Bereich von 20-34 (bei Erwachsenen Intelligenzalter von 3 bis unter 6 Jahren)
- Andauernde Unterstützung notwendig.
- Inkl.: Schwere geistige Behinderung

F73.- Schwerste Intelligenzminderung

- IQ unter 20 (bei Erwachsenen Intelligenzalter unter 3 Jahren)
- eigene Versorgung, Kontinenz, Kommunikation und Beweglichkeit hochgradig beeinträchtigt.
- Inkl.: Schwerste geistige Behinderung

F8 Entwicklungsstörungen (F80–F89)

Gemeinsamkeiten:

- a) Beginn ausnahmslos im Kleinkindalter oder in der Kindheit;
 - b) eine Entwicklungseinschränkung oder –verzögerung von Funktionen, die eng mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems verknüpft sind;
 - c) stetiger Verlauf ohne Remissionen und Rezidive.
- Meist Sprache, die visuell–räumlichen Fertigkeiten und die Bewegungskoordination betroffen
 - In der Regel bestand die Verzögerung oder Schwäche vom frühestmöglichen
 - Erkennungszeitpunkt an
 - Mit dem Älterwerden der Kinder vermindern sich die Störungen zunehmend
 - geringere Defizite oft im Erwachsenenalter

F80.– Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache

- normale Muster des Spracherwerbs von früh an beeinträchtigt
- nicht direkt neurologischen Störungen oder Veränderungen des Sprachablaufs, sensorischen Beeinträchtigungen, Intelligenzminderung oder Umweltfaktoren zuzuordnen
- Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache ziehen oft sekundäre Folgen nach sich, wie Schwierigkeiten beim Lesen und Rechtschreiben, Störungen der zwischenmenschlichen Beziehungen, im emotionalen und Verhaltensbereich.

F80.0 Artikulationsstörung

Eine umschriebene Entwicklungsstörung, bei der die Artikulation des Kindes unterhalb des seinem Intelligenzalter angemessenen Niveaus liegt, seine sprachlichen Fähigkeiten jedoch im Normbereich liegen.

F80.1 Expressive Sprachstörung

Eine umschriebene Entwicklungsstörung, bei der die Fähigkeit des Kindes, die expressiv gesprochene Sprache zu gebrauchen, deutlich unterhalb des seinem Intelligenzalter angemessenen Niveaus liegt, das Sprachverständnis liegt jedoch im Normbereich. Störungen der Artikulation können vorkommen.

Entwicklungsbedingte Dysphasie oder Aphasie, expressiver Typ

Exkl.: Dysphasie und Aphasie

F80.2– Rezeptive Sprachstörung

Eine umschriebene Entwicklungsstörung, bei der das Sprachverständnis des Kindes unterhalb des seinem Intelligenzalter angemessenen Niveaus liegt. In praktisch allen Fällen ist auch die expressive Sprache deutlich beeinflusst, Störungen in der Wort–Laut–Produktion sind häufig.

F81.0 Lese- und Rechtschreibstörung

F81.2 Rechenstörung

Umschriebene Beeinträchtigung von Rechenfertigkeiten, die nicht allein durch eine allgemeine Intelligenzminderung oder eine unangemessene Beschulung erklärbar ist. Das Defizit betrifft vor allem die Beherrschung grundlegender Rechenfertigkeiten, wie Addition, Subtraktion, Multiplikation und Division

F82.0 Umschriebene Entwicklungsstörung der Grobmotorik

F82.1 Umschriebene Entwicklungsstörung der Fein- und Graphomotorik

F82.2 Umschriebene Entwicklungsstörung der Mundmotorik

F84.- Tief greifende Entwicklungsstörungen

- Qualitative Abweichungen in den sozialen Interaktionen und Kommunikationsmustern
- eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten

F84.0 Frühkindlicher Autismus

- tief greifende Entwicklungsstörung durch eine abnorme oder beeinträchtigte Entwicklung
- definiert, die sich vor dem dritten Lebensjahr manifestiert
- gekennzeichnet durch ein charakteristisches Muster abnormer Funktionen:
- soziale Interaktion und Kommunikation
- eingeschränktes stereotyp repetitives Verhalten.
- Vielzahl unspezifischer Probleme, wie Phobien, Schlaf- und Essstörungen, Wutausbrüche und (autodestruktive) Aggression.
- Autistische Störung, Frühkindliche Psychose, Infantiler Autismus, Kanner-Syndrom

F84.2 Rett-Syndrom

- Bisher nur bei Mädchen beschrieben; nach einer scheinbar normalen frühen Entwicklung erfolgt ein teilweiser oder vollständiger Verlust der Sprache, der lokomotorischen Fähigkeiten und
- der Gebrauchsfähigkeiten der Hände gemeinsam mit einer Verlangsamung des Kopfwachstums.
- Beginn zwischen dem 7. und 24. Lebensmonat
- Verlust zielgerichteter Handbewegungen, Stereotypien in Form von Drehbewegungen der Hände und Hyperventilation sind charakteristisch.
- Sozial- und Spielentwicklung sind gehemmt, das soziale Interesse bleibt jedoch erhalten
- Im 4. Lebensjahr beginnt sich eine Rumpfataxie und Apraxie zu entwickeln, choreo-athetoide Bewegungen folgen häufig
- Es resultiert fast immer eine schwere Intelligenzminderung

F84.5 Asperger-Syndrom

- Störung von unsicherer nosologischer Validität ist durch dieselbe Form qualitativer Abweichungen der
- wechselseitigen sozialen Interaktionen, wie für den Autismus typisch, charakterisiert, zusammen mit einem
- eingeschränkten, stereotypen, sich wiederholenden Repertoire von Interessen und Aktivitäten.
- unterscheidet sich vom Autismus v.a. durch fehlende allgemeine Entwicklungsverzögerung bzw. den
- fehlenden Entwicklungsrückstand der Sprache und der kognitiven Entwicklung
- geht häufig mit einer auffallenden Ungeschicklichkeit einher
- Abweichungen tendieren, bis in die Adoleszenz und das Erwachsenenalter zu persistieren. Gelegentlich treten
- psychotische Episoden im frühen Erwachsenenleben auf.
- Autistische Psychopathie
- Schizoide Störung des Kindesalters

F90.- Hyperkinetische Störungen

- Beginn meist in den ersten fünf Lebensjahren
- Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen
- Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen
- desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität
- oft achtlos und impulsiv, neigen zu Unfällen und werden oft bestraft, weil sie eher aus Unachtsamkeit als vorsätzlich Regeln verletzen
- Beziehung zu Erwachsenen oft von einer Distanzstörung und einem Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung geprägt
- Bei anderen Kindern unbeliebt und oft isoliert
- häufig Beeinträchtigung kognitiver Funktionen
- oft spezifische Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung
- Komplikationen sind dissoziales Verhalten und niedriges Selbstwertgefühl.
- Exkl.: Affektive Störungen (F30-F39)
- Angststörungen (F41.-, F93.0)
- Schizophrenie (F20.-)
- Tief greifende Entwicklungsstörungen (F84.-)

F91.- Störungen des Sozialverhaltens

- sich wiederholendes und anhaltendes Muster dissozialen, aggressiven und aufsässigen Verhaltens
- schwerwiegender als gewöhnlicher kindischer Unfug oder jugendliche Aufmüpfigkeit
- Das anhaltende Verhaltensmuster muss mindestens sechs Monate oder länger bestanden haben.
- extremes Maß an Streiten oder Tyrannisieren, Grausamkeit gegenüber anderen Personen oder Tieren, erhebliche Destruktivität gegenüber Eigentum, Feuerlegen, Stehlen, häufiges Lügen, Schulschwänzen oder Weglaufen von zu Hause, ungewöhnlich häufige und schwere Wutausbrüche und Ungehorsam. Jedes dieser Beispiele ist bei erheblicher Ausprägung ausreichend für die Diagnose, nicht aber nur isolierte dissoziale Handlungen.

F91.0 Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens

- dissoziales oder aggressives Verhalten (und nicht nur oppositionelles, aufsässiges oder trotziges Verhalten), das vollständig oder fast völlig auf den häuslichen Rahmen oder auf Interaktionen mit Mitgliedern der Kernfamilie oder der unmittelbaren Lebensgemeinschaft beschränkt ist.
- die allgemeinen Kriterien für F91.- müssen erfüllt sein. Schwer gestörte Eltern-Kind-Beziehungen
- sind für die Diagnose allein nicht ausreichend.

F91.1 Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen

- Kombination von andauerndem dissozialem oder aggressivem Verhalten, das die allgemeinen Kriterien für F91.– erfüllt
- oppositionelles, aufsässiges und trotziges Verhalten
- deutliche und tief greifende Abweichungen der Beziehungen zu anderen Kindern

F91.2 Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen

- andauerndes dissoziales oder aggressives Verhalten, das die allgemeinen Kriterien für F91.– erfüllt
- nicht nur oppositionelles, aufsässiges und trotziges Verhalten
- Kindern, die allgemein gut in ihrer Altersgruppe eingebunden sind.
- Gemeinsames Stehlen
- Gruppendelinquenz
- Schulschwänzen
- Störung des Sozialverhaltens in der Gruppe
- Vergehen im Rahmen einer Bandenmitgliedschaft

F91.3 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten

F92.– Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

- Kombination von anhaltendem aggressiven, dissozialen oder aufsässigen Verhalten charakterisiert
- offensichtliche und eindeutige Symptome von Depression, Angst oder anderen emotionalen Störungen.
- Kriterien für Störungen des Sozialverhaltens im Kindesalter (F91.–) als auch für emotionale Störungen des Kindesalters (F93.–) bzw. für eine erwachsenentypische neurotische Störung (F40–F49) oder eine affektive Störung (F30–F39) müssen erfüllt sein.

F92.0 Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung

F93.– Emotionale Störungen des Kindesalters

- Verstärkungen normaler Entwicklungstrends, weniger eigenständige, qualitativ abnorme Phänomene.
- Entwicklungsbezogenheit diagnostisches Schlüsselmerkmal für die
- Unterscheidung der emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit (F93.–) von den neurotischen Störungen (F40–F48).
- Exkl.: Wenn mit einer Störung des Sozialverhaltens verbunden (F92.–)

F93.0 Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters

- Furcht vor Trennung Kern der Angst
- erstmals während der frühen Kindheit aufgetreten
- Unterscheidet sich von normaler Trennungsangst durch unübliche Ausprägung, eine abnorme Dauer über die typische Altersstufe hinaus und durch deutliche Probleme in sozialen Funktionen.
- Exkl.: Affektive Störungen (F30–F39) , Neurotische Störungen (F40–F48), Phobische Störung des Kindesalters (F93.1), Störung mit sozialer Überempfindlichkeit des Kindesalters (F93.2)

F93.1 Phobische Störung des Kindesalters

- Befürchtungen in der Kindheit, die eine deutliche Spezifität für die entsprechenden
- Entwicklungsphasen aufweisen und in einem gewissen Ausmaß bei der Mehrzahl der Kinder auftreten, hier aber in einer besonderen Ausprägung.
- Andere in der Kindheit auftretende Befürchtungen, die nicht normaler
- Bestandteil der psychosozialen Entwicklung sind, wie z.B. die Agoraphobie sind unter der entsprechenden
- Kategorie in Abschnitt F40–F48 zu klassifizieren.

Exkl.: Generalisierte Angststörung (F41.1)

F93.2 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters

Misstrauen gegenüber Fremden und soziale Besorgnis oder Angst, in neuen, fremden oder sozial bedrohlichen Situationen.

Kategorie sollte nur verwendet werden, wenn solche Ängste in der frühen Kindheit auftreten und sie ungewöhnlich stark ausgeprägt sind und zu deutlichen Problemen in der sozialen Funktionsfähigkeit führen.

Vermeidende Störung in der Kindheit und Jugend

F93.3 Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität

Die Mehrzahl junger Kinder zeigt gewöhnlich ein gewisses Ausmaß emotionaler Störungen nach der Geburt

eines unmittelbar nachfolgenden jüngeren Geschwisters. Eine emotionale Störung mit Geschwisterrivalität soll

nur dann diagnostiziert werden, wenn sowohl das Ausmaß als auch die Dauer der Störung übermäßig

ausgeprägt sind und mit Störungen der sozialen Interaktionen einhergehen.

Depression

- relevant häufige Mutation auf dem Gen 5-HTT
- bei 10 –15% ein Elternteil depressiv erkrankt, bei 30 – 40% Erkrankung beider Elternteile
- bei < 50% erkrankt der eineiige Zwillingspartner
- große Risikobereitschaft in schwierige Lebenssituationen
- Prävalenz 4,4% der Männer bzw. 13,5% der Frauen (7,8 Mio. Betroffene, 2,8 Mio. Männer und 5 Mio. Frauen).
- 5% aller Jugendlichen und 2-3% aller Kinder
- fünf- bis 15fach erhöhtes Suizidrisiko
- Suizid dritthäufigste Todesursache junger Menschen
- 282 000 Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Fälle) mit ca. 10,9 Mio. AU-Tagen aufgrund depressiver Erkrankungen
- erhebliche Kosten für Arbeitgeber durch mangelhafte Arbeitsleistung von anwesenden depressiven Mitarbeitern.
- in USA um 5,6 Wochenstunden verminderte Produktivität mit Kosten von 31 Milliarden Dollar/Jahr
- 18 629 Frühberentungen 1995 (7 146 Männer, 11 483 Frauen)
- USA Lebenszeitprävalenz 16.2% (32,6 - 35,1 Millionen) - 12-Monatsprävalenz 6.6%
- in 3/4 der Fälle zusätzlich andere psychische Störungen

Sucht

- Stressbahnungen und Vermeidungsschemata
- Bindungsstörung
- aversive Lebenssituation |
- positive Verstärkung durch Genuss des Suchtmittels
- negative Verstärkung durch Reduktion aversiver Zustände
- Chronifizierung durch psychische und physische Abhängigkeit
- psychische, physische und soziale Folgeprobleme

Anomisches Syndrom (Rössner, 2006)

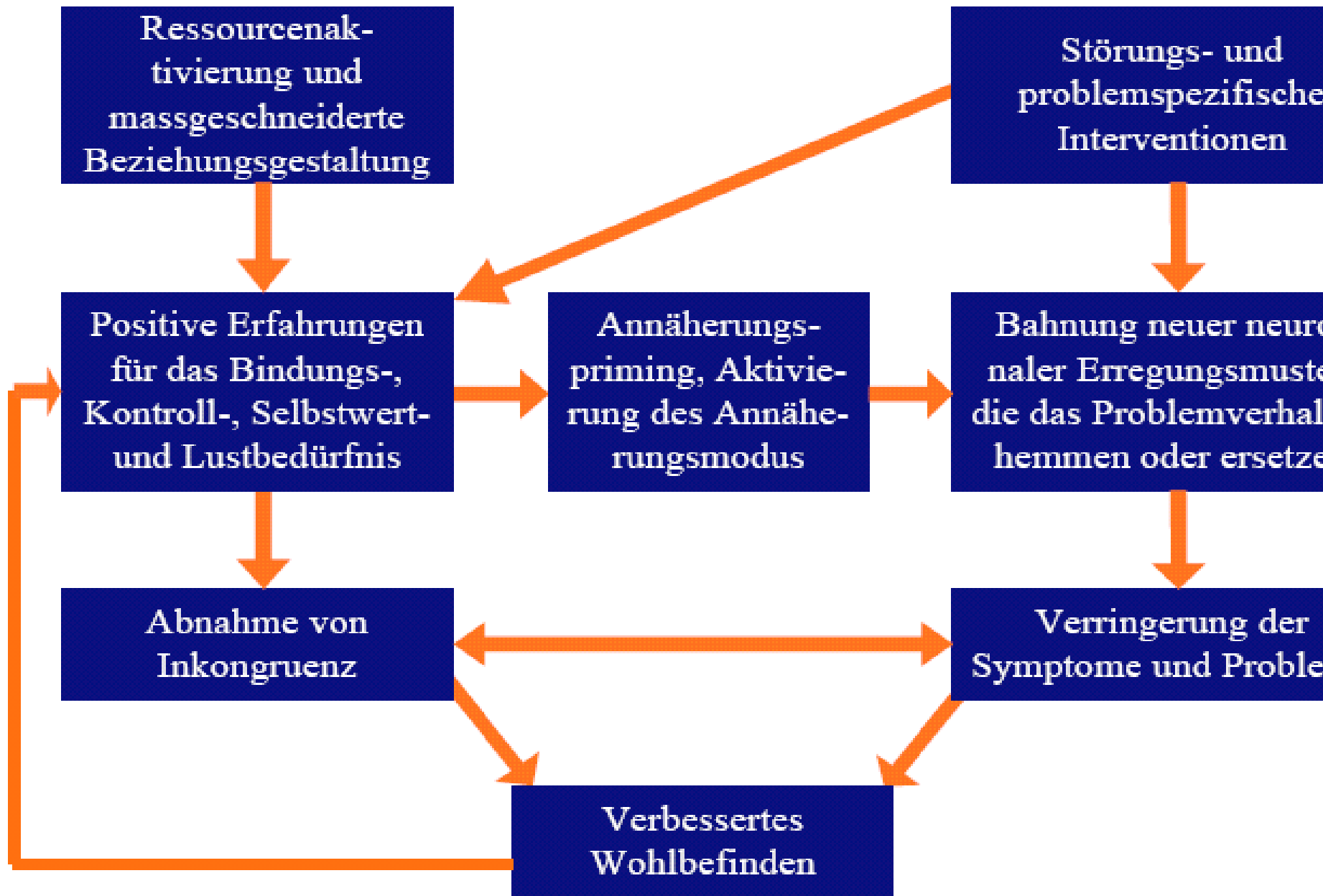
- Funktional gestörte Familie
- wechselndes Erziehungsverhalten
- fehlende Kontrolle über den Jugendlichen
- wiederholter Wechsel der Bezugspersonen und/oder des Ortes
- Zurückbleiben und erhebliche Auffälligkeiten in der Schule
- Herumstreunen
- schulisches und berufliches Scheitern
- Freizeit mit offenen Abläufen
- Fehlen von tragenden menschlichen Beziehungen
- nüchternes Abwägen, Planung der Tat (Vorbereitungsmaßnahmen, Opfer, Tatobjekt, Tatmittel, Vorgehensweise, Vorsichtsmaßnahmen, Beuteverwertung)

Erfassung und Analyse der kriminalitätsrelevanten Lebensbereiche (Rössner, 2006)

- Erziehung in Kindheit und Jugend
- Aufenthaltsbereiche
- Leistungsbereiche (Schule, Ausbildung, Arbeit)
- Freizeit- und selbstgewählter Kontaktbereich
- Delinquenz und Kriminalität

Kriminalitätstypisches Verhalten (K-Verhalten) vs. Durchschnittstypisches Verhalten (D-Verhalten)

| Rössner, 2006 | Kriminalitätstypisches Verhalten | Durchschnittstypisches Verhalten |
|----------------------|---|--|
| Elterliche Erziehung | Entzieht sich aktiv der elterlichen Kontrolle oder nutzt das Fehlen aus; Lehnt die Übernahme bestimmter (altersgemäßer) Aufgaben konsequent ab | Akzeptiert die elterliche Kontrolle oder sucht Kontrolle und Anschluss an eine (geordnete) Familie; Übernimmt und Pfllichten oder sucht sich einen Aufgabenbereich |
| Aufenthaltsbereich | Wechselt schon in der Kindheit häufig den Aufenthaltsort oder ist von zu Hause weg | Wächst im Elternhaus auf und ist zusammen mit der Familie |
| Schule | häufiges Schwänzen, schlechte Leistungen, Schulversagen, Sonderschule | Zeigt Interesse an der Schule und erbringt ordentliche Leistungen |
| Die Tat | nüchternes Abwägen, Planung der Tat (Vorbereitungsmaßnahmen, Opfer, Tatobjekt, Tatmittel, Vorgehensweise, Vorsichtsmaßnahmen, Beuteverwertung) | Alkoholeinfluss oder in besonderer Stimmungslage oder Konfliktsituation oder unter Einfluss Dritter; Keine Planung im eigentlichen Sinne |



Wirkfaktoren und Wirkdimensionen in Beratung / Therapie

| | System- dimension | Beziehungs- dimension | Kommunikation | funktionale Bedeu- tungen | Bewertungs- dimension | Veränderung von Zuständen |
|----------------------------------|----------------------|--------------------------|---------------|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Empathie | | | | | | |
| Wert- schätzung Ermutigung | | | | | | |
| Motivational- le Klärung | | | | | | |
| Kompetenz | | | | | | |
| Echtheit und Allegianz | | | | | | |
| Abstinenz und Neutralität | | | | | | |
| Ressourcen- aktivierung | | | | | | |
| Problem- bewältigung | | | | | | |

QUALITÄTSMANAGEMENT

Evidenzbewertung im Gesundheitswesen (Rudolf, 1999)

| | |
|--------|---|
| E I | "Evidenz" aufgrund mindestens einer adäquat randomisierten kontrollierten Studie |
| E II-1 | "Evidenz" aufgrund einer kontrollierten, nicht randomisierten Studie mit adäquatem Design |
| E II-2 | "Evidenz" aufgrund von Kohortenstudien oder Fall-Kontrollstudie mit adäquatem Design, nach Möglichkeit von mehreren Forschungszentren oder Forschungsgruppen durchgeführt |
| E II-3 | "Evidenz" aufgrund von Vergleichsstudien, die Populationen in verschiedenen Zeitabschnitten oder an verschiedenen Orten mit oder ohne Interventionen vergleichen |
| E III | Meinungen von respektierten Experten, gemäß klinischer Erfahrung, beschreibender Studien oder Berichten von Expertengremien |

Qualitätsmerkmale professioneller Beratung und Therapie

1. STRUKTURQUALITÄT der

- wissenschaftlichen Grundlagen
- Forschung und ihrer Methoden
- Rezeption der Forschungsergebnisse
- Ausbildung
- Fort- und Weiterbildung
- Persönlichkeit und Herkunftsfamilie des Therapeuten
- Kompetenz und Haltungen des Therapeuten
- Systemkontext des Therapeuten
- Finanzierungsbedingungen
- Settingqualität der Behandlung auf der Mikro-, Meso- und Makroebene
- Merkmale und Systemkontext der Klienten

2. PROZESSQUALITÄT

- Berücksichtigung der Wirkfaktoren und Wirkdimensionen durch Therapeuten

3. ERGEBNISQUALITÄT

- langfristig stabile Reduktion individueller Probleme
- langfristig stabile Reduktion familialer Probleme
- Nebenwirkungen / Verschlechterung ?
- langfristig stabile Verbesserung der individuellen Ressourcen/ Kompetenz und Lebensqualität
- langfristig stabile Verbesserung der Familialen
- Funktionsfähigkeit und Lebensqualität
- langfristig stabile Kontextveränderungen
- Zufriedenheit der Klienten
- Zufriedenheit der Berater
- Zufriedenheit der Geldgeber

FUNDIERUNG THERAPEUTISCHER VERFAHREN

1. Erfahrungen von Praktikern
2. Normative Annahmen / Vorlieben von Praktikern
3. Ausmaß und Differenziertheit theoretischer Annahmen zur
 - > Rezeption der Forschung zur fokussierten Problematik
 - > Verknüpfung der Problemursachen und Wirkmechanismen mit den Vorgehensweisen
 - > therapeutische Diagnostik
 - > Qualität der Beratungsverfahren
 - > Gestaltung des therapeutischen Prozesses
 - > Beraterperson und -ausbildung
 - > Kriterien des Erfolgs auf individueller und Systemebene
 - > Beratungsqualität
4. Empirische Absicherung
 - > Erfüllung der methodologischen Gütekriterien
 - > Effektivität des Verfahrens

KONTROLLIERTE VERGLEICHSTUDIEN ZUR EVALUATION

- > Vergleich mit Nichtbehandlung
- > Vergleich mit konkurrierenden Verfahren
- > Vergleich verschiedener Berater
- > Vergleich verschiedener Klientenvariablen
- > Vergleich verschiedener Settings
- > Vergleich verschiedener Kontexte
- > Vergleich verschiedener Behandlungspakete

GÜTEKRITERIEN von diagnostischen und Forschungsmethoden

1. Validität (Gültigkeit)

- interne Validität
 - > Behandlungsabhängigkeit der Effekte
 - > experimentelle Variation
 - > Kontrollgruppendesign
 - > Kriterienmessung zu verschiedenen Zeitpunkten
 - > Zufallszuteilung zu Experimental- oder Kontrollgruppe
- Variablenvalidität
- Situationsvalidität
- Populationsvalidität
- Kontextvalidität
- statistische Validität

2. Reliabilität (Zuverlässigkeit)

- Inter-Rater-Reliabilität
- Verfahrensreliabilität