

# Vorlesung Kinder- und Jugendpsychiatrie

## Inhalt:

<b>I. Kinder- und Jugendpsychiatrie</b>	<b>2</b>
<b>II. Diagnostik</b>	<b>3</b>
<b>III. Hyperkinetisches Syndrom (HKS)</b>	<b>7</b>
<b>IV. Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (ICD-10: F84)</b>	<b>9</b>
<b>V. Umschriebene Entwicklungsstörungen</b>	<b>13</b>
V.1 Umschriebene Lese-Rechtschreibschwäche	13
V.2 Umschriebene Rechenstörung	15
V.3 Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen	15
V.4 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	16
V.5 Expressive Sprachstörung	16
V.6 Rezeptive Sprachstörung	17
V.7 Stottern (F98.5)	18
V.8 Poltern (F98.5)	18
V.9 Elektiver Mutismus (F94.0)	18
<b>VI. Geistige Behinderung und Lernbehinderung (ICD-10: F70)</b>	<b>19</b>
VI.1 Leichte Intelligenzminderung	19
VI.2 Mittelgradige Intelligenzminderung	20
VI.3 Schwere Intelligenzminderung	20
VI.4 Schwerste Intelligenzminderung	20
<b>VII. Ticstörungen, Enuresis und Enkopresis (ICD-10: Gruppe F9)</b>	<b>22</b>
VII.1 Ticstörungen (F95)	22
VII.2 Enuresis (F98.0)	24
<b>VIII. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10: Gruppe F4)</b>	<b>26</b>
VIII.1 Zwangsstörungen (ICD-10: F42)	26
VIII.2 Angststörungen	28
VIII.3 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)	30
<b>IX. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (ICD-10: Gruppe F5)</b>	<b>31</b>
IX.1 Anorexia Nervosa	31
IX.2 Bulimia Nervosa	35
<b>X. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (ICD-10: F20 - F29)</b>	<b>37</b>
<b>XI. Affektive Störungen (ICD-10: Gruppe F3)</b>	<b>43</b>
XI.1 Manische Episode (F30) und bipolare affektive Störung (F31)	44
XI.2 Depressive Episode (F32) und rezidivierende depressive Störung (F33)	46
XI.3 Anhaltende affektive Störungen (F34)	47
<b>XII. Störung des Sozialverhaltens</b>	<b>51</b>
XII.1 Klassifikation Störung des Sozialverhaltens mit Beginn in der Kindheit	51

## I. Kinder- und Jugendpsychiatrie

### **Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**

- Eigener Facharzt (Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
- Weiterbildungszeit 5 Jahre (davon 1 Jahr Kinderheilkunde oder Erwachsenenpsychiatrie)
- Zusätzlich Ausbildung in Psychotherapie (ca. 700 Stunden Theorie, 120 Stunden Selbsterfahrung, Supervidierte Behandlungen, Balint-Gruppe)

Zusätzlich Erwerb von Kenntnissen in Neurologie, EEG, psychologischer Diagnostik und Gutachten

### **Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universität Freiburg**

#### **Bereiche**

- 2 Stationen (23 Betten)
- Tagesklinik (12 Behandlungs-plätze)
- Poliklinik (Ambulanz)

#### **Berufsgruppen**

- Ärztlicher Dienst
- Psychologie
- Krankenpflege
- Pädagogik
- Beschäftigungs-/Ergotherapie
- Krankengymnastik/Motologie
- Sozialdienst

## II. Diagnostik

### Elemente der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik

- Anamnese (Vorgeschichte)
- Psychopathologischer Befund
- Körperlich-Neurologische Untersuchung
- Psychologischer Befund
- Verhaltensbeobachtung
- Apparative Zusatzuntersuchungen (EEG, Labor, Röntgen)

### Anamnese

Umfassende Erhebung der Vorgeschichte des Patienten und seiner Familie. Dies geschieht in der Regel durch eine semi-strukturierte Befragung sowohl des Patienten wie auch der Eltern. Sie sollte von Eltern und Patient getrennt erhoben werden.

#### Familienanamnese

- Krankheiten in der Familie
- Zusammensetzung der Familie
- Beruf und wirtschaftliche Situation
- Soziale Situation (Wohnverhältnisse, Kontakte)
- Entwicklung der Familie (Heirat, Scheidungen, Umzüge etc.)

#### Eigenanamnese

- Aktuelle Symptomatik einschließlich gezielte Exploration
- Krankheiten (Kinderkrankheiten, Unfälle, Operationen etc.)
- Entwicklungsangaben (Schwangerschaft, Geburt, frühkindliche Entwicklung mit Beginn des Laufens, Sprechens, Sauberkeitsentwicklung)
- Kindergarten und schulische Entwicklung
- Sozial- und Kontaktverhalten
- Freizeitbeschäftigung und Interessen
- Beziehung zu Eltern und Geschwistern

## Der Psychopathologische Befund

Im Gegensatz zur Anamnese beinhaltet der psychopathologische Befund die Bewertung des Untersuchers. Grundlage des psychopathologischen Befundes sind Anamnese und Beobachtung/Wahrnehmung des Untersuchers.

- **Bewußtseinslage**  
Vigilanz oder *Wachheit*, Klarheit des Bewußtseins, Orientierung
- **Kognitive Funktionen**  
Auffassungsgabe, Merkfähigkeit, Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Konzentration
- **Formaler Gedankengang**  
Ordnung, Tempo
- **Inhaltlicher Gedankengang**  
Ängste, Zwänge, Wahnerleben
- **Wahrnehmung**  
Verkennungen, Halluzinationen
- **Ich-Erleben**  
Gedankenkontrolle, Depersonalisation
- **Psychomotorik und Antrieb**
- **Stimmung**  
Grundstimmung, Auslenkbarkeit
- **Vegetativum**  
Schlaf, Appetit, Kreislauf, Atmung, Regulation
- **Besonderheiten**  
Äußeres Erscheinungsbild, Kontaktverhalten, *Circadianik*, Suicidalität

## Körperliche Untersuchung (1)

### Internistische Untersuchung

- Allgemeinzustand, Ernährungszustand
- Körperlicher Entwicklungsstand, geschlechtliche Reife
- Haut, Muskulatur, Skelett und Extremitäten
- Mundhöhle, Nase, Ohren, Schilddrüse
- Brustkorb (Lunge, Herz, Puls, Blutdruck)
- Bauchraum (Leber, Niere, Milz)
- Degenerative Veränderungen, Mißbildungen
- Pubertätsentwicklung

### Neurologische Untersuchung

- Bewußtseinslage, Sprache, Kooperation
- Hirnnerven (Geruch, Sehen, Hören, Gesichts- und Zungenmotorik, Augenmotorik, Reflexe)
- Muskeleigen- und Fremdfefelxe
- Sensibilität (Berührungssinn, Temperatursinn etc.)
- Vegetatives Nervensystem

- Grob- und Feinmotorik (Gleichgewicht, Koordination, unwillkürliche Bewegungen (z.B. Zittern), visuomotorische Koordination)

## **Zusatzuntersuchungen**

(werden nur bei bestimmten Indikationen durchgeführt)

- Elektroenzephalogramm (EEG)
- Laboruntersuchungen
- Bildgebende Verfahren (Röntgen, Computertomogramm, Kernspintomogramm) EKG

## **EEG (Elektroenzephalogramm)**

Messung und Aufzeichnung der elektrischen Spannungsschwankungen, die vom Gehirn produziert werden (Gehirnströme). Diese Gehirnströme zeigen eine Abhängigkeit von:

- Alter (Entwicklungsstand)
- Wachheitsgrad (sog. Vigilanz; z.B. Bestimmung der Schlaftiefe)
- **Diagnostisch wird das EEG eingesetzt bzw. liefert Informationen bei:**
- Anfallsleiden (Epilepsie)
- lokalen Hirnschädigungen/Funktionsstörungen (z.B. Tumoren, Schlaganfälle, Verletzungen)
- globalen Hirnschädigungen/Funktionsstörungen (z.B. Entzündungen, Sauerstoffmangel, Vergiftungen/Medikamente)
- (*Entwicklungsdiagnostik*)

## **EEG (Evozierte Potentiale)**

Eine spezielle Untersuchungstechnik der Gehirnströme stellen die evozierten Potentiale dar. Hier wird die Reaktion der Gehirnströme auf bestimmte Reize gemessen (z.B. auf Lichtblitze, Töne oder Berührung). Sie werden eingesetzt zur:

- Überprüfung von Sinnesfunktionen (z.B. bei Säuglingen/Kleinkindern)
- Diagnostik des peripheren und zentralen Nervensystems
- Im wissenschaftlichen Bereich zur Untersuchung von kognitiven Prozessen

## **Laboruntersuchungen**


Laboruntersuchungen werden eingesetzt zur Diagnostik bzw. zum Ausschluß verschiedener Erkrankungen. Eine spezielle Bedeutung haben sie im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich u.a. bei:

- Untersuchungen auf bzw. Ausschluß von Drogeneinwirkungen (Drogenscreening)
- Körperliche Komplikationen von psychiatrischen Erkrankungen (z.B. Magersucht, Drogenmißbrauch)
- Medikamentöse Therapie (Medikamentenspiegel, Nebenwirkungen)

- Ausschluß organischer Ursachen bei psychiatrischen Erkrankungen (z.B. AIDS, Diabetes)

### **Bildgebende Verfahren**

Röntgen, Computertomographie, Kernspintomographie

- Hirnverletzungen, Schädelfrakturen
  - Hirnblutungen, Schlaganfällen
  - Mißbildungen (Gefäßmißbildungen, Zysten)
  - Erhöhtem Hirndruck, Tumoren
- 

### III. Hyperkinetisches Syndrom (HKS)

#### **F90 hyperkinetische Störungen**

**F90.0 einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung**

**F90.1 hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens**

**F90.8 andere**

#### **Leitsymptome**

- **Hyperaktivität (Überaktivität):**  
Situations- und altersunangemessenes, überaktives motorisches Verhalten (z.B. ausgeprägte motorische Unruhe, Aufstehen und Herumlaufen im Unterricht, Zappeln und Wackeln beim Sitzen, Lärmen, ausgeprägte Redseligkeit)
- **Aufmerksamkeitsstörung:**  
Aufgaben werden vorzeitig abgebrochen, häufig wechselnde Aktivitäten, erhöhte Ablenkbarkeit, schneller Interesseverlust, geringes Durchhaltevermögen

#### **Weiterhin:**

- Distanzlosigkeit in sozialen Beziehungen
- Gefahrenblindheit
- Impulsivität (erst handeln, dann denken)

#### **Weitere Symptome**

Als Folge der hyperkinetischen Störung entwickeln sich oft Störungen des Sozialverhaltens und Selbstwertprobleme.

Eine Störung des Sozialverhaltens ist dabei gekennzeichnet durch:

- ein extremes Maß an Streiten oder Tyrannisieren
- Grausamkeit gegenüber anderen Menschen oder gegenüber Tieren
- erhebliche Destruktivität gegen Eigentum, Feuerlegen
- Stehlen, häufiges Lügen, Schulschwänzen und Weglaufen von zu Hause, ungewöhnlich häufige oder schwere Wutausbrüche und Ungehorsam

#### **Epidemiologie**

- Schätzungen der Häufigkeit der Erkrankung je nach diagnostischen Kriterien, untersuchter Altersgruppe und Land/Region etwa zwischen 1 % und 10 %.
- Jungen sind 3 - 9 mal häufiger betroffen als Mädchen
- Häufiger in den unteren sozialen Schichten

### Ätiologie

- einheitliche Ätiologie wird nicht angenommen
- es gibt Hinweise auf eine genetische Disposition
- soziale Faktoren können eine Rolle spielen

Es bestehen Zusammenhänge mit:

- motorischen Defiziten
- Teilleistungsschwächen
- hirnorganischen Auffälligkeiten

Diese müssen aber nicht vorhanden sein und belegen auch nicht unbedingt die Ätiologie der Erkrankung

### Therapie

Die Behandlungsansätze sollten immer multimodal sein und umfassen in erster Linie:

- pharmakologische Behandlung (Stimulanzen)
- verhaltenstherapeutische Verfahren (Selbstkontroll-programme, Stimuluskontrolle, operante Verfahren)
- pädagogische Maßnahmen, Erziehungsberatung, ggf. Familientherapie
- Eine diätetische Behandlung kann in seltenen Einzelfällen indiziert sein.
- Die Wirksamkeit von Entspannungsverfahren, Spieltherapie und Beschäftigungstherapie wird kontrovers diskutiert.

*Die medikamentöse Behandlung mit Stimulanzen (Ritalin) ist keine Ruhigstellung. Stimulanzen sind keine Beruhigungsmittel. Vielmehr ergibt sich durch die Verbesserung der Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit eine Reduktion der Hyperaktivität*

### Verlauf

- Entgegen früheren Vorstellungen wächst sich die Störung nicht mit der Pubertät aus, sondern bleibt bis ins Erwachsenenalter hinein bestehen.
- nach der Pubertät reduziert sich oft die motorische Hyperaktivität (die Jugendlichen können sogar antriebsgemindert und hypoaktiv erscheinen)
- Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung persistieren bis ins Erwachsenenalter
- Es kommt häufiger zu dissozialen Entwicklungen, unterqualifizierten Schulabschlüssen, Schulabbrüchen, Ausbildungsabbrüchen und schlechter sozialer Integration (Arbeitslosigkeit, Partnerschaftskonflikte und -abbrüche, Delinquenz); dies ist insbesondere der Fall, wenn zusätzlich eine Störung des Sozialverhaltens besteht
- Es besteht ein erhöhtes Risiko für Suchterkrankungen, insbesondere Alkoholabhängigkeit

## IV. Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (ICD-10: F84)

Gemeinsame Kennzeichen der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen sind:

- Qualitative Beeinträchtigung in den gegenseitigen sozialen Interaktionen und Kommunikationsmustern
- Stereotypes Repertoire von Interessen und Aktivitäten
- Meist auffällige Entwicklung von frühester Kindheit an
- Häufig eine gewisse allgemeine kognitive Beeinträchtigung

### Autismus Klassifikation nach ICD-10

- F84.0 frühkindlicher Autismus
- F84.1 atypischer Autismus
- F84.2 Rett-Syndrom
- F84.4 HKS mit Intelligenzminderung
- F84.5 Asperger-Syndrom
- F84.8 andere
- F84.9 nicht näher bezeichnete

### Diagnostische Kriterien

- eine spezifische, schwere und allgemeine Störung, soziale Beziehungen einzugehen
- beim frühkindlichen Autismus:  
eine Sprachretardierung mit gestörtem Sprachverständnis, Echolalie und Pronominalumkehr
- verschiedene ritualistische und zwanghafte Phänomene, zwanghaftes Bedürfnis nach Gleichhaltung der dinglichen Umwelt
- beim frühkindlichen Autismus: Beginn der Symptomatik vor dem 30. Lebensmonat

*Beim kindlichen Autismus handelt es sich nicht um einen Rückzug von der Außen in die Innenwelt, sondern um eine Defizit bzw. eine Beeinträchtigung der sozialen Kontaktfähigkeit.*

## Epidemiologie

Je nach diagnostischen Kriterien, Untersuchungszeitraum und Stichprobe:

- frühkindlicher Autismus bei 4 bis 10 von 10.000 Kindern
- Asperger Syndrom vermutlich seltener als frühkindlicher Autismus
- andere tiefgreifende Entwicklungsstörungen (meist atypischer Autismus) bei 10 bis 70 von 10.000 Kindern
- (mildere Varianten bei ca. 300 bis 500 von 10.000 Kindern)
- Verhältnis Jungen zu Mädchen bei
- frühkindlichem Autismus etwa 3:1
- Asperger Syndrom etwa 9:1

## Frühkindlicher Autismus (Kanner-Syndrom)

- Manifestation vor dem 3. Lebensjahr
- Qualitativ gestörte Funktionsfähigkeit in
- der sozialen Interaktion mit:
  - unangemessener Einschätzung sozialer und emotionaler Signale
  - geringem Gebrauch sozialer Signale
  - mangelhafter Integration sozialer, emotionaler und kommunikativer Verhaltensweisen
  - insbesondere Fehlen der sozialen und emotionalen Reziprozität
- der Kommunikation mit:
- Fehlen eines sozialen Gebrauchs vorhandener sprachlicher Fertigkeiten
  - mangelhafte Synchronie und Fehlen von Gegenseitigkeit im Gesprächsaustausch
  - geringe Flexibilität im Sprachausdruck
  - relativer Mangel an Kreativität und Phantasie im Denkprozeß
  - mangelnde emotionaler Resonanz auf verbale und nonverbale Annäherungen
  - nicht vorhandene oder beeinträchtigte Sprachmelodie (kommunikative Modulation)
  - Mangel an Begleitgestik (Prosodie)
  - Beeinträchtigungen im sozial imitierendem Spiel
  - ein Teil der Kinder hat überhaupt keinen Spracherwerb
- in eingeschränktem repetitivem Verhalten und Interessen mit:
- große Teile alltäglicher Aufgaben werden starr und routiniert ausgeführt
  - spezifische Bindung an ungewöhnliche, typischerweise nicht weiche Objekte)
  - festgelegt auf zahlreiche Verhaltensrituale
  - stereotype Beschäftigungen (Sonderinteressen, z.B. Statistiken, Fahrtrouten, Fahrpläne)
  - motorische Stereotypien
  - spezifisches Interesse an unwichtigen Teilaspekten von Objekten
  - ausgeprägte Veränderungsängste, Widerstand gegen Veränderungen

**Häufige zusätzliche Symptome:**

- Ängste und Phobien
- Schlafstörungen, Pavor nocturnus
- Eßstörungen
- Wutausbrüche und Aggressivität
- selbstverletzendes Verhalten (v.a. bei stärkerer Intelligenzminderung)
- Autostimulation
- mangelnde Antizipationsfähigkeit, Gefahrenblindheit
- Konzentrationsstörungen
- Sprache: Echolalie, Palilalie, Pronominalumkehr

**Beim frühkindlichen Autismus kann jedes Intelligenzniveau vorkommen, jedoch besteht in etwa drei Viertel der Fälle eine deutliche Intelligenzminderung (IQ < 70)**

## Ätiologie

Weder eine genaue Ursache noch die Existenz einer einheitlichen Ursache sind bekannt.

*Psychogene bzw. psychodynamische Theorien (z.B. die liebesunfähige, unterkühlte Mutter oder intellektualisierende, zwanghafte Familien) ließen sich empirisch nicht bestätigen.*

**Nachweisen lassen sich Zusammenhänge mit:**

- intellektuellen Behinderungen
- biologischen Erkrankungen (z.B. frühkindliche Hirnschädigung, fragiles X-Syndrom)
- genetischen Faktoren (gehäuftes Auftreten bei leiblichen Verwandten):  
Der frühkindliche Autismus ist nach heutigem Wissensstand die am stärksten genetisch determinierte psychiatrische Erkrankung ( $h^2 = 90\%$ )

## Verlauf / Prognose

Der Autismus ist nicht *heilbar*, es gibt keine spezifische Therapie

- Im Vordergrund stehen Förder- und Trainingsmaßnahmen, sowie familien-zentrierte Maßnahmen (Beratung, Elterntraining, Entlastung); diese sollten so früh wie möglich einsetzen
- Medikamentöse Therapie kann bei bestimmten Symptomen (Aggressivität, Automutilation, Hyperaktivität) indiziert sein
- Etwa 30% der Kinder mit frühkindlichem Autismus entwickeln in ihrem Leben eine Epilepsie
- Die Sozialprognose ist abhängig vom Ausmaß der geistigen Behinderung. Nur ein kleiner Teil der Patienten ist im späteren Leben zu einer begrenzten Selbständigkeit in der Lage, über 50% bleiben in Institutionen
- Gezielte Förderung (verhaltenstherapeutisch und heilpädagogisch) führt zu einer besseren Integration

### Asperger-Syndrom

Die diagnostischen Kriterien sind die gleiche wie beim frühkindlichen Autismus außer:

- keine allgemeine kognitive Entwicklungsverzögerung
- keine gravierende Sprachentwicklungsverzögerung
- muß nicht vor dem 3. Lebensjahr manifest sein

## V. Umschriebene Entwicklungsstörungen

- **umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache**
- **umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten**
- **umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen**
- **kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen**
- **tiefgreifende Entwicklungsstörungen**
- **sonstige Entwicklungsstörungen**

### V.1 Umschriebene Lese-Rechtschreibschwäche

#### Synonyme

- Legasthenie
- Entwicklungsbedingte Dyslexie

#### Definition

Umschriebene und eindeutige Beeinträchtigung in der Entwicklung der Lesefertigkeiten, die nicht allein erklärt wird durch:

- das Entwicklungsalter
- Visus-Probleme
- unangemessene Beschulung

Die Leseleistungen des Kindes müssen deutlich unter dem Niveau liegen, das aufgrund des Alters, der allgemeinen Intelligenz und der Beschulung zu erwarten ist

#### Symptomatik

##### Beim Lesen:

- Auslassen, Ersetzen, Verdrehungen oder Hinzufügen von Worten oder Wortteilen.
- Niedrige Lesegeschwindigkeit.
- Startschwierigkeiten beim Vorlesen, langes Zögern oder Verlieren der Zeile im Text und ungenaues Phrasieren.
- Vertauschung von Wörtern im Satz oder von Buchstaben in den Wörtern
- Herabgesetztes Leseverständnis

##### Beim Schreiben:

- Orthographische Rechtschreibfehler
- Auslassen von Wörtern oder Wortteilen
- Verlangsamte Schreibgeschwindigkeit

- Verdrehung und Spiegelung von Buchstaben und Wortteilen



Es gibt keine spezifischen Rechtschreibfehler. Das Vorhandensein bestimmter Fehlerformen allein rechtfertigt nicht die Diagnose

## Diagnostik

- Lesetest
- quantitativer, genormter Rechtschreibtest
- neurologische Untersuchung, einschließlich Überprüfung der Sinnesfunktionen
- Intelligenztest
- Anamnese einschließlich Familienanamnese
- Erhebung der Sekundärsymptomatik
- ggf. weitere neurologische Diagnostik (EEG)

## Komorbidität und assoziierte Störungen

- Sprachentwicklungsstörungen
- Aufmerksamkeitsstörungen und hyperkinetisches Syndrom
- (vermutlich sekundär) Emotionalstörungen und Störungen des Sozialverhaltens

## Epidemiologie

- Prävalenzraten abhängig von diagnostischen Kriterien zwischen 1% und 10%
- Jungen häufiger betroffen als Mädchen
- Familiäre Häufung
- Abhängigkeit von Sprache, Förderung und Lehrmethoden

## Ätiologie

- Weder die genaue Ursache, noch die Existenz einer einheitlichen Ursache ist bekannt
- Es besteht eine genetische Disposition ( $h^2 = 0,4 - 0,6$ )
- Vorher bestehen häufig Sprach-entwicklungsstörungen
- Auffälligkeiten / Defizite im Bereich:  
akustische Informationsverarbeitung, visuelle Informationsverarbeitung, Neuroanatomie, Neurophysiologie

## Verlauf

- Die Symptomatik persistiert bis in das Erwachsenenalter hinein
- Die Betroffenen haben unter erheblichen schulischen und beruflichen Integrationsproblemen zu leiden
- Die erreichten schulischen und beruflichen Qualifikationen liegen häufig unterhalb des Begabungsniveaus

### V.2 Umschriebene Rechenstörung

- Unvermögen, sich Mengen und Zahlen vorzustellen und quantitativ zu erfassen
- Unvermögen, die bestimmten Rechenoperationen zugrunde liegenden Konzepte zu verstehen
- Mangel im Verständnis mathematischer Ausdrücke oder Zeichen, Nichtwiedererkennen numerischer Symbole
- Schwierigkeit im Verständnis, welche Zahlen für das in Betracht kommende arithmetische Problem relevant sind
- Schwierigkeiten, Zahlen in die richtige Reihenfolge zu bringen oder Dezimalstellen oder Symbole während des Rechenvorgangs einzusetzen
- mangelnder räumlicher Aufbau von Berechnungen
- Unfähigkeit, das Einmaleins befriedigend zu lernen

### V.3 Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen

#### Bei jungen Kindern:

- verzögertes Lernen von Laufen, Hüpfen und Treppensteigen lernen
- unbeholfene Körperhaltung

#### Schwierigkeiten im Erlernen von:

- Schuhebinden
- Auf- und Zuknöpfen
- Werfen / Fangen
- Fahrradfahren, Schwimmen

#### Weiterhin:

- Allgemeines Ungeschick bei feinen und groben Bewegungen; Tendenz, Sachen fallenzulassen, zu stolpern, über Hindernisse zu fallen und eine dürftige Handschrift zu haben.
- Schlechte Zeichenfertigkeiten; können schlecht Puzzles legen, Konstruktionsspielzeug benutzen, Modelle bauen, Ballspielen sowie Landkarten zeichnen oder verstehen.

## V.4 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache

### F80.0 Artikulationsstörung

### F80.1 expressive Sprachstörung

### F80.2 rezepptive Sprachstörung

### F80.3 erworbene Aphasie mit Epilepsie (Landau-Kleffner-Syndrom)

### F80.8 sonstige Sprachentwicklungsstörungen

#### Sprachentwicklungsstörungen müssen unterschieden werden von:

- einer Intelligenzminderung oder globalen Entwicklungsverzögerung
- von einer Krankheit infolge Taubheit oder einer anderen spezifischen neurologischen oder organischen Störung

### Artikulationsstörung

#### Normale Entwicklung:

- Mit 4 Jahren sind Fehler bei der Lautbildung noch üblich, jedoch kann das Kind von Fremden leicht verstanden werden.
- Mit 6 - 7 Jahren werden die meisten Laute beherrscht. Wenngleich Schwierigkeiten bei bestimmten Lautkombinationen bestehen, sollten diese nicht zu Kommunikationsproblemen führen.
- Mit Alter 11 - 12 Jahren müssen annähernd alle Sprachlaute beherrscht werden

#### Abnorme Entwicklung:

Der Lauterwerb ist verzögert oder abweichend mit

- Artikulationsfehlern, so daß andere Verständnisschwierigkeiten haben
- Auslassungen, Verzerrungen oder Ersetzungen von Lauten und inkonsistenten Lautfolgen (z.B. kann das Kind Phoneme in bestimmten Wortzusammenhängen korrekt produzieren, in anderen jedoch nicht).

## V.5 Expressive Sprachstörung

Eine umschriebene Entwicklungsstörung, bei der die Fähigkeit des Kindes, die expressiv gesprochene (nicht geschriebene) Sprache zu verwenden, deutlich unterhalb des seinem Intelligenzalter angemessenen Niveaus liegt, bei dem jedoch das Sprachverständnis im Normbereich liegt. Artikulationsstörungen können vorhanden sein

#### Frühe Hinweise:

- keine Wörter oder wortähnliche Gebilde mit 2 Jahren
- keine einfachen Zweiwortsätze mit drei Jahren

#### Spätere Schwierigkeiten:

- eingeschränktes Vokabular, häufiger Gebrauch weniger einzelner Wörter
- Schwierigkeiten in der Auswahl zutreffender Worte und Synonyma
- kurze Satzlänge, unreife Satzstruktur
- syntaktische Fehler, besonders das Weglassen von Wortendungen oder Präfixen
- falscher oder fehlender Gebrauch grammatischer Einzelheiten wie Präpositionen, Pronomina, Artikel, Beugung von Verben und Substantiven und unrichtige Übergeneralisierungen von Regeln
- mangelnde Satzflüssigkeit
- Schwierigkeiten in der Zeitenfolge bei Nacherzählungen

## V.6 Rezeptive Sprachstörung

Das Sprachverständnis des Kindes liegt unterhalb des seinem Intelligenzalter angemessenen Niveaus. Meist ist auch die expressive Sprache deutlich gestört, Unregelmäßigkeiten in der Wort-Laut-Produktion sind häufig.

### Frühe Hinweise:

- Fehlende Reaktion auf vertraute Namen (bei Abwesenheit nichtverbaler Zeichen) mit einem Jahr
- Unfähigkeit einfache, bekannte Gegenstände mit 18 Monaten zu bezeichnen
- Unvermögen mit zwei Jahren einfachen Routineinstruktionen zu folgen

### Spätere Schwierigkeiten:

- Unfähigkeit, grammatikalische Strukturen zu verstehen (Verneinungen, Fragen, Vergleiche etc.)
- mangelndes Verständnis von subtileren Aspekten der Sprache (Stimmfarbe, Gestik etc.)

## Epidemiologie

Bei fast allen Sprachentwicklungsstörungen sind Jungen häufiger betroffen als Mädchen

### Prävalenz:

- Artikulationsstörung: ca. 2-3% der 6 bis 7jährigen, ca. 0,5% der 17jährigen
- Expressive Sprachstörung: ca. 3-5% im Schulalter
- Rezeptive Sprachstörung: bis zu 3% im Schulalter

## Ätiologie

- Die Ursache der Sprachstörungen ist letztendlich nicht geklärt.
- Im Gegensatz zu den erworbenen Sprachstörungen findet sich eine gewisse familiäre Häufung (genetische Komponente).
- Soziale und kulturelle Faktoren scheinen eine Rolle zu spielen

## Verlauf

- Bei der Artikulationsstörung eine relativ hohe Rate an „Spontanbesserungen“ oder „-heilungen“.
- Bei der Expressiven Sprachstörung „verwächst“ sich die Störung bei ca. der Hälfte der Betroffenen, bei den restlichen meist noch deutliche Besserungen bis zum Jugendalter.
- Die Prognose bei der rezeptiven Sprachstörung ist schlechter als bei den beiden vorgehenden Störungen

### V.7 Stottern (F98.5)

Stottern ist eine Störung des Sprachrhythmus („Dysrhythmien“), die durch häufige Wiederholung oder Dehnung von Lauten, Silben oder Wörtern („klonisches Stottern“), oder durch häufiges Zögern und Innehalten („tonisches Stottern“) gekennzeichnet ist.

Unter Anspannung und Streß tritt eine Stottersymptomatik häufig verstärkt auf.

### V.8 Poltern (F98.5)

Eine hohe Sprechgeschwindigkeit mit falscher Sprechflüssigkeit, jedoch ohne Wiederholungen oder Zögern, von einem Schweregrad, der zu einer beeinträchtigten Sprechverständlichkeit führt.

Das Sprechen ist unregelmäßig und unrhythmisch, mit schnellen, ruckartigen Anläufen, die gewöhnlich zu einem fehlerhaften Satzmuster führen.

### V.9 Elektiver Mutismus (F94.0)

Diese Störung ist gekennzeichnet durch:

- eine deutliche, emotional bedingte Selektivität des Sprechens; in Abhängigkeit vom sozialen Kontext deutliche Unterschiede im Sprachgebrauch
- Auftreten meistens erstmals in der frühen Kindheit
- ungefähr gleicher Häufigkeit bei beiden Geschlechtern
- meist mit deutlichen Persönlichkeits-besonderheiten, wie Sozialangst, Rückzug, Empfindsamkeit oder Widerstand, verbunden.
- typischerweise spricht das Kind zu Hause oder mit engen Freunden, ist jedoch in der Schule oder bei Fremden mutistisch. (Es können aber auch andere Muster (einschließlich des umgekehrten) auftreten)

## VI. Geistige Behinderung und Lernbehinderung (ICD-10: F70)

- F70: leichte Intelligenzminderung (IQ 50-70)
- F71: mittelgradige Intelligenz-minderung (IQ 35-50)
- F72: schwere Intelligenzminderung (IQ 20-35)
- F73: schwerste Intelligenz-minderung (IQ < 20)
- F78: sonstige Intelligenzminderung
- F79: *nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung*

### Definition

Eine Intelligenzminderung ist eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehengebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z.B. Denken, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten.

- Eine Intelligenzminderung kann allein oder zusammen mit einer anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten.  
(*Intelligenzgeminderte Personen erkranken drei- bis viermal häufiger an psychiatrischen Störungen als die Allgemeinbevölkerung*)
- Für intelligenzgeminderte Personen besteht ein größeres Risiko, ausgenutzt sowie körperlich und sexuell mißbraucht zu werden.

Intelligenz ist kein einheitliches Phänomen, sondern setzt sich mehr oder weniger aus einer großen Anzahl verschiedener, spezifischer Fertigkeiten zusammen. Die Einschätzung der Intelligenz sollte auf allen verfügbaren Informationen beruhen. Dazu gehören klinischer Eindruck, Anpassungsverhalten, gemessen am kulturellen Hintergrund des Individuums und die psychometrische Leistungsfähigkeit.

### VI.1 Leichte Intelligenzminderung

IQ im Bereich zwischen 50 und 70 (entspricht bei Erwachsenen einem „Entwicklungsalter“ von ca. 8 bis 11 Jahren)

- Die Betroffenen erwerben Sprache verzögert, jedoch meist in einem für die täglichen Anforderungen und für eine normale Konversation ausreichenden Umfang.
- Die meisten erlangen später eine volle Unabhängigkeit in der Selbstversorgung (Essen, Waschen, Anziehen, Darm- und Blasenkontrolle) und in praktischen und häuslichen Tätigkeiten
- Die Hauptschwierigkeiten treten bei der Schulausbildung (und Berufsausbildung) auf.

- In einem soziokulturellen Umfeld, in dem wenig Wert auf schulische Ausbildung gelegt wird, stellt ein gewisses Ausmaß an leichter Intelligenzminderung an sich kein Problem dar.
- Wenn zusätzlich eine deutliche emotionale und soziale Unreife besteht, werden die Konsequenzen der Behinderung offenkundig; beispielsweise können die Betroffenen dann den Anforderungen einer Ehe oder der Kindererziehung nicht nachkommen, ebenso wenig wie sie sich an kulturelle Überlieferungen und Erwartungen anpassen können.

## VI.2 Mittelgradige Intelligenzminderung

IQ im Bereich zwischen 35 und 50 (entspricht bei Erwachsenen einem „Entwicklungsalter“ von ca. 5 bis 8 Jahren)

- Verlangsamte Entwicklung von Sprachverständnis und Sprachgebrauch, die mögliche Leistungsfähigkeit in diesem Bereich bleibt begrenzt.
- Verzögerter Erwerb von Fähigkeiten im Bereich der Selbstversorgung und der motorischen Fertigkeiten
- Schulisches Vorankommen ist begrenzt
- Als Erwachsene gewöhnlich in der Lage, einfache praktische Tätigkeiten zu verrichten, wenn die Aufgaben sorgsam strukturiert sind und für eine ausreichende Beaufsichtigung gesorgt ist.
- Ein vollständig unabhängiges Leben im Erwachsenenalter wird nur selten erreicht.

Frühkindlicher Autismus oder andere tiefgreifende Entwicklungsstörungen sind bei einer nicht zu vernachlässigenden Minderheit vorhanden und haben großen Einfluß auf das klinische Bild und die notwendige Behandlung. Epilepsie und neurologische und körperliche Behinderungen sind ebenso häufig.

## VI.3 Schwere Intelligenzminderung

IQ im Bereich zwischen 20 und 35 (entspricht bei Erwachsenen einem „Entwicklungsalter“ von ca. 3 bis 5 Jahren)

- Diese Störung ähnelt hinsichtlich des klinischen Bildes und der begleitenden Umstände dem unteren Leistungsbereich der mittelgradigen Intelligenzminderung.
- Die meisten Personen dieser Gruppe leiden an einer deutlich ausgeprägten motorischen Schwäche oder anderen Ausfällen, welche auf das Bestehen einer klinisch bedeutsamen Schädigung oder Fehlentwicklung des Zentralnervensystems hinweisen.

## VI.4 Schwerste Intelligenzminderung

Der IQ in dieser Kategorie wird auf unter 20 eingeschätzt, was praktisch bedeutet, daß die betroffenen Personen so gut wie unfähig sind, Aufforderungen oder Anweisungen zu verstehen oder sich danach zu richten. Die meisten dieser Personen sind immobil oder sehr in

ihrer Bewegungsfähigkeit eingeschränkt, inkontinent und zumeist nur zu sehr rudimentären Formen nonverbaler Kommunikation fähig. Sie besitzen wenig oder keine Fähigkeit, für ihre eigenen Grundbedürfnisse zu sorgen und benötigen ständige Hilfe und Überwachung.

## Epidemiologie

- Insgesamt sind 2 bis 3% der Bevölkerung betroffen.  
Davon:
  - 85% leichte Intelligenzminderung (1,7 bis 2,5% der Bevölkerung)
  - 10 % mittelgradige Intelligenzminderung (0,2 bis 0,3% der Bevölkerung)
  - 5 % schwere und schwerste Intelligenzminderung (ca. 0,1 % der Bevölkerung)
- Jungen sind etwas häufiger betroffen als Mädchen (Verhältnis ca. 1,5 : 1)
- Die schweren Formen sind in allen sozialen Schichten etwa gleich häufig. Bei den leichteren Formen findet sich ein Überwiegen der unteren sozialen Schichten.

## Ätiologie

- Die Überwiegende Anzahl der leichten Intelligenzminderungen ist „*ideopathisch*“; d.h. die genaue Ursache ist nicht bekannt. Es werden sowohl genetische Faktoren wie auch psychosoziale Faktoren angenommen.
- Je schwerwiegender die Intelligenzminderung ist, um so häufiger ist sie auf eine organische, bekannte Krankheit bzw. Ursache zurückzuführen. Den schweren Intelligenzminderungen liegt in der überwiegenden Anzahl der Fälle eine bekannte organische Ursache zugrunde.

In klinischen Stichproben fanden sich die folgenden Ursachen:

- keine definierte Ursache bekannt: 30 bis 40 %
- Vererbte Erkrankungen (Fragiles-X-Syndrom, genetisch bedingte Stoffwechselstörungen, Chromosomenanomalien): ca. 5 %
- Frühe Störungen der Embryonalentwicklung (Down-Syndrom, toxische Substanzen wie z.B. Alkohol, Infektionen): ca. 30%
- Fetalentwicklung und Geburt (Fehlernährung, Frühgeburt, Sauerstoffmangel, Infektionen wie z.B. Röteln, Toxoplasmose, Traumata): ca. 10%
- Erworbenen organische Erkrankungen im Säuglings- und Kindesalter (Infektionen wie z.B. Hirnhautentzündungen, Masern, Unfälle, Vergiftungen): ca. 5 %
- Sonstige Ursachen (Deprivation, schwere seelische Erkrankungen wie Autismus, Schizophrenie): ca. 15 bis 20%

## VII. Ticstörungen, Enuresis und Enkopresis (ICD-10: Gruppe F9)

F90	hyperkinetische Störungen
F91	Störung des Sozialverhaltens
F92	kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen
F93	emotionale Störungen des Kindesalters
F94	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
<b>F95</b>	<b>Ticstörungen</b>
F98	sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
<b>F98.0</b>	<b>Enuresis</b>
<b>F98.1</b>	<b>Enkopresis</b>
F98.2	Fütterstörung im frühen Kindesalter
F98.3	Pica im Kindesalter
F98.4	stereotype Bewegungsstörung
F98.5	Stottern (Stammeln)
F98.6	Poltern
F98.8	sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen
F98.9	nicht näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störung

### VII.1 Ticstörungen (F95)

- vorübergehende Ticstörung (F95.0)
- chronische motorische oder vokale Ticstörung (F95.1)
- kombinierte, vokale und multiple motorische Tics (Gilles de la Tourette Syndrom, F95.2)
- sonstige Ticstörungen
- nicht näher bezeichnete Ticstörung

#### Was ist ein *Tic*?

Ein „Tic“ ist eine unwillkürliche, rasche, wiederholte, nichtrhythmische motorische Bewegung (gewöhnlich umschriebener Muskelgruppen) oder eine Lautproduktion, die plötzlich einsetzt und keinem offensichtlichen Zweck dient. Tics werden zwar generell als nicht willkürlich beeinflussbar erlebt, dennoch können sie meist für unterschiedliche Zeiträume unterdrückt werden.

## Untergruppen der Ticstörungen

Wir unterscheiden zwischen

- einfachen motorischen Tics (z.B. Blinzeln, Kopfwerfen, Schulterzucken und Grimassieren)
- einfachen vokalen Tics (z.B. (Räuspern, Bellen, Schnüffeln und Zischen)
- komplexen motorischen Tics (z.B. sich selbst schlagen, springen, hüpfen)
- komplexen vokalen Tics (Wiederholung bestimmter Wörter oder Phrasen, oft mit obszönem Inhalt [Koprolalie])

Besteht die Symptomatik weniger als 12 Monate, sprechen wir von einer vorübergehenden Ticstörung. Bei längerer Dauer von einer chronischen Ticstörung. Diese Unterscheidung ist insofern sinnvoll, da das vorübergehende Auftreten von Tics relativ häufig ist (insbesondere im Vorschulalter).

## Gilles de la Tourette-Syndrom

Bei dem Tourette-Syndrom (erstmalig beschrieben von Gilles de la Tourette 1885) bestehen (gegenwärtig oder in der Vergangenheit) multiple motorische Tics und ein oder mehrere vokale Tics. So gut wie immer liegt der Beginn in der Kindheit oder Adoleszenz. Die Symptome verschlechtern sich häufig während der Adoleszenz, und üblicherweise nimmt die Erkrankung einen chronischen Verlauf.

Das Tourette-Syndrom stellt die schwerste Form einer Tic-Erkrankung dar und führt zu einer erheblichen sozialen und psychischen Beeinträchtigung.

### Epidemiologie

- Lebenszeitprävalenz bis zu 20% (davon ca. 15% vorübergehende Tics)
- Punktprävalenz 2,9 bis 9,3 pro 10.000, im Kindesalter bis zu 12 mal häufiger als im Erwachsenenalter
- Häufigkeitsgipfel für vorübergehende Ticstörungen im Altersbereich 4 bis 6 Jahre
- Jungen häufiger betroffen als Mädchen (Geschlechterverhältnis 1,6:1 bis 3:1)
- Häufigkeit des Tourette-Syndroms (=schwerste Form der Ticstörung) ca. 4 bis 5 pro 10.000

### Ätiologie

- Es besteht eine starke familiäre Häufung, die eine genetische Disposition vermuten lässt
- Unter Streß und belastenden Lebensumständen verschlimmert sich die Symptomatik
- Es bestehen vermutlich genetische Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Formen der Ticstörung und auch mit Zwangsstörungen
- Es besteht keine Abhängigkeit von der sozialen Schicht

### Verlauf

- Bei den meisten Ticstörungen handelt es sich um eine vorübergehende Ticstörung mit spontaner Remission und entsprechend guter Prognose
- Nach vollständiger Remission kann es zum Wiederauftreten der Symptomatik kommen
- Es gibt chronische Verläufe, insbesondere das Tourette-Syndrom zeigt meist einen chronischen Verlauf, teilweise mit zunehmender Symptomatik

## Therapie

- Elternberatung
- Entspannungsverfahren, Verhaltenstherapie
- Medikamentöse Therapie

## VII.2 Enuresis (F98.0)

Unwillkürlicher Urinabgang, bei Tag oder bei Nacht, der im Verhältnis zum geistigen Entwicklungsstand der betroffenen Person abnorm und nicht Folge einer mangelnden Blasenkontrolle aufgrund einer organischen Ursache ist.

Wir unterscheiden zwischen:

- primärer Enuresis (das Kind hat immer „eingenäßt“, war nie „trocken“; ca. 80 % der Kinder mit Enuresis)
- sekundärer Enuresis (es kommt nach einer mindestens 6monatigen Zeitspanne zum erneuten einnässen; ca. 20 %)

## Enuresis

- Beginn der sekundären Enuresis meist mit 5 bis 8 Jahren; manchmal Zusammenhang mit belastenden Lebensereignisse (Einschulung, Geburt Geschwister, Trennungserlebnisse).
- Enuresis kann als nächtliches Einnässen im Schlaf („*Enuresis nocturna*“) oder auch tagsüber („*Enuresis diurna*“, sehr viel seltener) auftreten. Die zweite Form ist häufiger mit psychischen Störungen verbunden
- Die Enuresis kann isoliert auftreten oder von einer emotionalen oder Verhaltensstörung begleitet sein (parallel oder sekundär)
- Eine Enuresis wird in der Regel bei einem Kind von weniger als 5 Jahren oder mit einem geistigen Intelligenzalter von weniger als 4 Jahren nicht diagnostiziert
- Enuresis tritt manchmal in Verbindung mit Enkopresis (Einkoten) auf
- Organische Ursachen für das Einnässen müssen ausgeschlossen sein; z.B. bestimmte neurologische Erkrankungen, Mißbildungen der ableitenden Harnwege, Harnwegsinfekte

## Epidemiologie

Die Prävalenz ist alters- und geschlechtsabhängig

Alter	Jungen	Mädchen
<b>5 Jahre</b>	7 %	3 %
<b>10 Jahre</b>	3 %	2 %
<b>18 Jahre</b>	1 %	< 1 %

Es besteht eine „spontane“ Remissionsrate von bis zu 15 % pro Jahr.

### Ätiologie

- Genetische Faktoren (insbesondere bei Jungen: 70% der Betroffenen haben einen Verwandten 1. Grades, der ebenfalls diese Störung hat(te); wenn ein Elternteil eine Enuresis hatte, beträgt das Risiko für das Kind 44%, waren beide Elternteile betroffen sogar 77%; Zwillingsstudien zeigen einen starken genetischen Einfluß).
- hormonelle Faktoren (Herabgesetzte nächtliche Ausschüttung des Hormons Vasopressin) und Schlafstörungen (abnorme Schlaftiefe) werden diskutiert
- Reifungsverzögerung (körperliche und kognitive Entwicklungsverzögerung)
- Stress, Traumata und psychosoziale Faktoren (ca. 50% der Kinder mit Enuresis haben zusätzlich verhaltens- oder emotionale Probleme); insbesondere bei Enuresis diurna und bei sekundärer Enuresis

### Therapie

- Weckpläne, Verstärkerpläne (Belohnerplan), ev. abendliche Flüssigkeitsrestriktion
- apparative verhaltenstherapeutische Verfahren (Klingelhose, Kingelmatte; Erfolgsrate ca. 80 %)
- medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva (z.B. Imipramin; Erfolgsrate ca. 30% vollständig, 55% teilweise) und Vasopressin (Erfolgsrate ca. 50 % vollständig, 40% teilweise)
- seltener und in Abhängigkeit von begleitenden emotionalen oder Verhaltensstörungen auch andere Formen der Psychotherapie

## VIII. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10: Gruppe F4)

Die Zusammenfassung dieser drei Störungsformen zu einer Gruppe erfolgte aus:

- historischen Gründen (dem sog. klassischen Neurosenkonzept) und
- der Annahme einer zumindest teilweisen psychischen Verursachung (psychogene Erkrankung)

**F40 phobische Störung**

**F41 andere Angststörungen**

**F42 Zwangsstörung**

**F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen**

**F44 dissoziative Störungen**

**F45 somatoforme Störungen**

**F46 andere neurotische Störungen**

### VIII.1 Zwangsstörungen (ICD-10: F42)

- Ständig wiederkehrende und sich wiederholende Zwangshandlungen und/oder Zwangsgedanken.
- Diese Handlungen oder Gedanken sind quälend oder stören normale Aktivitäten.
- Sie sind als eigenen Gedanken oder Impulse für den Patienten erkennbar.
- Die Gedanken oder Handlungen sind an sich nicht angenehm für den Patienten (ego-dyston).

Je nachdem welche Symptome vorherrschen wird unterschieden zwischen:

**F42.0 vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang**

**F42.1 vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale)**

**F42.2 Zwangsgedanken und -handlungen gemischt**

### Epidemiologie

- Lebenszeitprävalenz ca. 2,5%
- 1-Jahres-Prävalenz 1,5 - 2,1%
- Männer und Frauen gleich häufig betroffen
- Die meisten Erkrankungen beginnen im Jugendalter und frühen Erwachsenenalter
- Die Erkrankung kommt auch im Kindesalter vor

## Ätiologie

- Es besteht eine familiäre Häufung; die Konkordanzrate ist bei eineiigen Zwillingen höher als in zweieiigen Zwillingen
- Eindeutige biologische oder psychosoziale Ursachen konnten bisher nicht gefunden werden

## Komorbidität

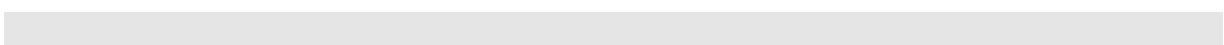
Zwangsstörungen treten gehäuft auf in Verbindung mit:

- Depressionen
- Angststörungen
- Eßstörungen
- Gille-de-la-Tourette-Syndrom und Tic-Störungen

## Verlauf

- Meistens beginnt die Erkrankung schleichend, ein akuter oder plötzlicher Beginn kann aber ebenfalls vorkommen
- Meistens nimmt die Störung einen chronischen Verlauf, teilweise mit wechselnder Symptomatik und Verschlimmerung unter Streß und angstausslösenden Bedingungen
- Bei ca. 15 % kommt es zu einer zunehmenden Verschlechterung der sozialen und beruflichen Anpassung
- Bei ca. 5 % kommt es zu einem episodischen Verlauf mit Rezidiven und symptomfreien Intervallen

## Therapie

- Von den psychotherapeutischen Verfahren sind die verhaltens-therapeutischen Ansätze am wirksamsten und werden ähnlich wie bei Angststörungen eingesetzt (z.B. Konfrontation mit angstausslösenden Situationen und Unterbindung der Reaktion)
  - Medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva (Anafranil oder selektive Serotonin Wiederaufnahme-hemmer [SSRI]) können parallel dazu angewandt werden
- 

## VIII.2 Angststörungen

Man unterscheidet zwischen an bestimmte Situationen oder Objekte (außerhalb der eigenen Person) gebundene Angststörungen (*Phobien*) und solchen, die nicht auf bestimmte Umgebungssituationen begrenzt sind (*andere Angststörungen*). Eine Sonderstellung nehmen auf den eigenen Körper oder die eigene Person bezogenen Ängste ein (F45).

### Phobische Störungen (F40)

**F40.0** Agoraphobie

**F40.1** soziale Phobien

**F40.2** spezifische isolierte Phobien (Tierphobien, Klaustrophobie, Akrophobie etc.)

### andere Angststörungen (F41)

**F41.0** Panikstörung (episodische paroxysmale Angst)

**F41.1** generalisierende Angststörung

**F41.2** Angst und depressive Störung gemischt

Panikattacken treten in Zusammenhang mit verschiedenen Angststörungen auf.

Unter einer **Panikattacke** verstehen wir einen schweren Angstanfall, der sich nicht auf eine bestimmte Situation beschränkt und deshalb auch nicht vorhersehbar ist. Typisch ist der plötzliche Beginn mit Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühlen, Schwindel und Entfremdungsgefühlen. Fast stets entsteht dann sekundär auch Furcht zu sterben, vor Kontrollverlust oder Angst, wahnsinnig zu werden. Die einzelnen Anfälle dauern meistens nur Minuten, manchmal auch länger. Einer Panikattacke folgt meist die ständige Furcht vor einer erneuten Attacke.

#### Symptome einer Panikattacke

- (1) Palpitationen, Herzklopfen oder Pulsbeschleunigung
- (2) Schwitzen
- (3) Zittern
- (4) Gefühl von Atemnot
- (5) Erstickungsgefühl
- (6) Brustschmerzen oder Brustbeschwerden
- (7) Übelkeit oder Bauchbeschwerden
- (8) Schwindelgefühl oder Ohnmachtsgefühl
- (9) Derealisation oder Depersonalisation
- (10) Befürchtung die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden
- (11) furcht zu sterben
- (12) Parästhesien (z.B. kribbeln, jucken)
- (13) Kälteschauern oder Hitzewallungen

## Phobische Störungen

Die Angst wird durch eindeutig definierte, im allgemeinen ungefährliche Situationen oder Objekte hervorgerufen. Diese Situationen oder Objekte werden gemieden (Vermeidungsverhalten) oder voller Angst ertragen. Die Angst wird nicht durch die Erkenntnis gemildert, daß andere Menschen die fragliche Situation nicht als gefährlich oder bedrohlich betrachten. Allein die Vorstellung, daß die phobische Situation eintreten könnte, erzeugt gewöhnlich schon Erwartungsangst.

Die meisten phobischen Störungen (Ausnahme: soziale Phobie) sind bei Frauen häufiger als bei Männern.

### Agoraphobie

Unter **Agoraphobie** verstehen wir Angst vor oder Vermeiden von Orten und Situationen, aus denen Flucht oder Rückzug schwierig ist (z.B. Angst, das eigene Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, sich in eine Menschenmenge oder auf öffentliche Plätze zu begeben oder alleine in Zügen, Bussen oder Flugzeugen zu reisen). Das Fehlen eines sofort nutzbaren "Fluchtweges" ist eines der Schlüsselsymptome vieler dieser agoraphobischen Situationen.

Agoraphobie tritt häufig in Zusammenhang mit Panikattacken auf.

### Soziale Phobie

Soziale Phobien beginnen oft in der Jugend, zentrieren sich um die Furcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen in verhältnismäßig kleinen Gruppen (nicht dagegen in Menschenmengen) und führen schließlich dazu, daß soziale Situationen vermieden werden. Soziale Phobien sind in der Regel mit einem niedrigem Selbstwertgefühl und Furcht vor Kritik verbunden. Sie können sich in Beschwerden wie Erröten, Händezittern oder Übelkeit äußern. und können sich bis hin zu Panikattacken verstärken. In extremen Fällen kann beträchtliches Vermeidungsverhalten schließlich zu vollständiger sozialer Isolierung führen.

### Spezifische (isolierte) Phobien

Hierbei handelt es sich um Phobien, die auf ganz spezifische Situationen beschränkt sind wie auf die Nähe bestimmter Tiere, Höhen, Donner, Dunkelheit, Fliegen, geschlossene Räume, Urinieren oder Defäkieren auf öffentlichen Toiletten, Verzehr bestimmter Speisen, Zahnarztbesuch, Anblick von Blut oder Verletzungen oder die Furcht, bestimmten Krankheiten ausgesetzt zu sein. Spezifische Phobien entstehen gewöhnlich in der Kindheit oder im frühen Erwachsenenalter und können unbehandelt jahrzehntelang bestehen. Das Ausmaß der eintretenden Behinderung hängt davon ab, wie leicht die betreffende Person die phobische Situation vermeiden kann.

### VIII.3 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

Verlust der normalen Integration, die sich auf Erinnerungen an die Vergangenheit, Identitätsbewußtsein und unmittelbare Empfindungen sowie die Kontrolle von Körperbewegungen bezieht. Die Ursache wird als *psychogen* angesehen. Es besteht ein zeitlicher Zusammenhang zu traumatisierenden Ereignissen, unlösbaren oder unerträglichen Konflikten oder gestörten Beziehungen.

- **Keine körperliche Erkrankung, welche die Symptome erklären könnte**
- **Beleg für eine psychische Verursachung; das heißt zeitlicher Zusammenhang mit Belastungen, Problemen oder gestörten Beziehungen** (auch wenn diese vom Patienten geleugnet werden).

#### F44.0 dissoziative Amnesie

Vollständiger oder teilweiser Gedächtnisverlust für aktuelle traumatisierende oder belastende Ereignisse

#### F44.1 dissoziative Fugue

Kennzeichen der dissoziativen Amnesie (s.o.) plus zielgerichtete Ortveränderung über den üblichen täglichen Aktionsbereich hinaus und Aufrechterhalten der einfachen Selbstversorgung

#### F44.2 dissoziativer Stupor

Beträchtliche Verringerung oder das Fehlen willkürlicher Bewegungen und normaler Reaktionen auf äußere Reize.

#### F44.3 Trance- und Besessenheitszustände

Zeitweiliger Verlust der persönlichen Identität und der vollständigen Wahrnehmung der Umgebung (außerhalb religiöser oder kulturell akzeptierter Situationen)

#### F44.4 dissoziative Bewegungsstörungen

Vollständiger oder teilweiser Verlust der Bewegungsfähigkeit eines oder mehrerer Körperteile.

#### F44.5 dissoziative Krampfanfälle

#### F44.6 dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen

#### F44.7 gemischte dissoziative Störungen

#### F44.8 andere (Ganser-Syndrom, multiple Persönlichkeit)

#### Abgrenzung (Differentialdiagnose)

- **organischen Erkrankungen**
- **Simulation (vorgetäuschte Störungen)**
- **Somatisierungsstörungen**

## IX. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (ICD-10: Gruppe F5)

### F50 Eßstörungen

**F51 nichtorganische Schlafstörungen**

**F52 nichtorganische sexuelle Funktionsstörungen**

**F53 psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, nicht andernorts klassifizierbar**

**F54 psychische Faktoren und Verhaltens-einflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten**

**F55 Mißbrauch von nicht abhängigkeits-erzeugenden Substanzen**

**F59 nicht näher bezeichnete Verhaltens-auffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren**

## Eßstörungen

Unter dem Oberbegriff Eßstörungen werden zwei wichtige und eindeutige Syndrome beschrieben: Anorexia nervosa und Bulimia nervosa (Bulimie).

F50.0 Anorexia nervosa

F50.1 atypische Anorexia nervosa

F50.2 Bulimia nervosa

F50.3 atypische Bulimia nervosa

F50.4 Eßattacken bei sonstigen psychischen Störungen

F50.5 Erbrechen bei psychischen Störungen

F50.8 sonstige Eßstörungen

F50.9 nicht näher bezeichnete Eßstörung

### IX.1 Anorexia Nervosa

#### Diagnostische Kriterien

##### 1. Körpergewicht

- Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 % unter dem erwarteten Gewicht oder
- Quetelet-Index (= body mass index BMI)\* von 17,5 oder weniger. Bei Patienten in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben

$$BMI = \frac{\text{Körpergewicht}(kg)}{\text{Körpergröße}(m)^2}$$

## 2. „Diät“

Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung von hoch-kalorischen Speisen sowie eine oder mehrere der folgenden Verhaltensweisen:

- selbst induziertes Erbrechen
- selbst induziertes Abführen
- übertriebene körperliche Aktivitäten
- Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika

## 3. Körperschema-Störung in Form einer spezifischen psychischen Störung:

- die Angst, zu dick zu werden, besteht als eine tiefverwurzelte überwertige Idee
- die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest

## 4. Hormonstörung

Die endokrine Störung manifestiert sich bei Frauen als:

- Amenorrhoe (Ausbleiben der Regelblutung)

bei Männern als:

- Libido- und Potenzverlust

## 5. Bei Beginn vor der Pubertät

Abfolge der pubertären Entwicklungs-schritte ist verzögert oder gehemmt. Nach Remission wird die Pubertätsent-wicklung häufig normal abgeschlossen, die Menarche (=erste Regelblutung) tritt aber verspätet ein

### **Körperliche Symptome**

- erniedrigte Körpertemperatur, Lanugobehaarung, Haarausfall
- verlangsamter Puls, erniedrigter Blutdruck
- Wassereinlagerung (Ödeme)
- Osteoporose
- (reversible) Gehirnatrophie
- Zahnschäden (bei Erbrechen)
- Elektrolytentgleisungen

### **Psychische Begleiterscheinungen**

(oft in Abhängigkeit von der Unterernährung)

- depressive Verstimmung, Depressionen
- Zwangssymptome

- sozialer Rückzug, soziale Phobien
- Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen
- Libidoverlust
- Bewegungsdrang, innere Unruhe

### Epidemiologie

- Prävalenz im Jugendalter und jungen Erwachsenenalter 0,5 - 1 %
- Geschlechterverhältnis weiblich zu männlich 10:1 bis 20:1
- Häufigkeitsgipfel der Erkrankung zwischen Beginn der Pubertät und frühem Erwachsenenalter
- Kommt häufiger in „höheren“ sozialen Schichten (Mittel- und Oberschicht) vor
- Die Häufigkeit der Erkrankung hat vermutlich in den letzten Jahrzehnten zugenommen
- Die Erkrankung kommt sehr viel häufiger in den sogenannten Industrieländern vor
- Es scheint ein Zusammenhang zu bestehen zwischen einem schlanken Schönheitsideal und der Häufigkeit der Erkrankung

### Ätiologie

Eine spezifische Ursache, die zu der Entwicklung einer Anorexia nervosa führt, ist nicht bekannt. Die Erkrankung beginnt *immer* nach einer Phase deutlicher Nahrungsrestriktion aufgrund von:

- Absichtlich durchgeführter Diät, um attraktiver zu sein
- Absichtlich durchgeführter Diät um beruflich erfolgreicher zu sein (z.B.. Balletttänzer, bestimmte Sportarten)
- Nahrungsrestriktion aufgrund von starkem Streß
- Nahrungsrestriktion aufgrund einer körperlichen Erkrankung
- Unbeabsichtigter Nahrungsrestriktion

Die entscheidende Frage ist, welche individuellen Faktoren dazu führen, daß sich aus dieser Nahrungsrestriktion heraus das Krankheitsbild der Anorexia Nervosa entwickelt.

- *psychodynamische Theorien*: orale Fixierung; abhängige, ödipale Beziehung zum warmherzigen, aber passiven Vater; Schuldgefühle über aggressive Emotionen gegenüber einer als ambivalent empfundenen Mutter
- *lerntheoretische Ansätze*: phobisches Vermeidungsverhalten gegenüber Nahrung aufgrund von sexuellen und sozialen Spannungen, die durch die physiologischen Veränderungen im Verlauf der Pubertät entstehen
- Störung des Körperschemas und der Körperwahrnehmung
- endokrinologische Besonderheiten
- genetische Disposition (Zwillingsstudien)

## Verlauf

### Unterschiedliche Verlaufsformen:

- (mehr oder weniger) vollständige Remission
- episodischer Verlauf („Rückfälle“ nach zwischenzeitlicher Remission)
- chronischer Verlauf

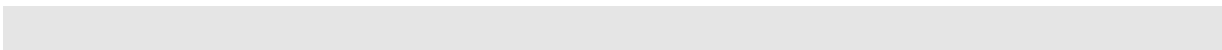
### Verlauf abhängig von untersuchter Stichprobe (ambulant, stationär) und Katamnesedauer

- 25-50% gut (gesund)
- 20-30% schlecht (weiterhin anorektisch)
- 20-40% gebessert, aber nicht symptomfrei
- bis 40% bulimische Symptome
- häufig andere psychiatrische Erkrankungen
- 4-18% tödliche Verläufe („Verhungern“ / Suizid)

#### Prognostisch ungünstig:

- sehr stark erniedrigtes (Minimal-) Gewicht
- schlechte soziale Anpassung in der Kindheit
- ungünstige familiäre Verhältnisse vor Krankheitsbeginn
- lange Krankheitsdauer
- präorbider Persönlichkeitsstörung

## Therapie

- Normalisierung des Körpergewichts
  - Psychotherapeutische Behandlung
  - Medikamentöse Behandlung (nur bei psychiatrischen Begleiterkrankungen und zeitlich begrenzt)
- 

## IX.2 Bulimia Nervosa

### Diagnostische Kriterien

#### 1. Eßattacken

Eine andauernde Beschäftigung mit Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; die Patientin erliegt Eßattacken, bei denen große Mengen (meist hochkalorischer) Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden

#### 2. Gegenmaßnahmen

Die Patientin versucht, dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegen-zusteuern:

- selbstinduziertes Erbrechen
- Mißbrauch von Abführmitteln
- zeitweilige Hungerperioden
- Gebrauch von Appetitzüglern Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika

#### 3. Körperschemastörung

- Krankhafte Furcht, dick zu werden
- Die Patientin setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, deutlich unter dem prämorbidem, vom Arzt als optimal oder „gesund“ betrachteten Gewicht
- Häufig in der Vorgeschichte Episode einer Anorexia nervosa  
Diese frühere Episode kann voll ausgeprägt gewesen sein, oder war eine verdeckte Form mit mäßigem Gewichtsverlust oder einer vorübergehenden Amenorrhoe

### Epidemiologie

- Prävalenz im Jugendalter und jungen Erwachsenenalter 1-3 %
- Geschlechterverhältnis weiblich zu männlich ca. 10:1 (bis 20:1)
- Beginn der Erkrankung meist im Jugendalter und frühem Erwachsenenalter
- Beginn der Erkrankung häufig nach Diätversuchen
- Übergänge von Anorexia Nervosa zu Bulimia Nervosa (seltener umgekehrt)

### Körperliche Begleiterkrankungen

- Schwere Zahnschäden (durch Magensaft beim Erbrechen)
- Entgleisungen im Elektrolythaushalt
- Hautveränderungen
- Geschwollene Speicheldrüsen
- Unregelmäßiger Zyklus oder Amenorrhoe

### Psychiatrische Begleiterkrankungen


- Depressionen (diese können der Bulimia Nervosa auch vorausgehen)
- Angststörungen, soziale Phobie
- Bei ca. 30% der Patienten Abhängigkeitsstörungen und Mißbrauch psychotroper Substanzen (v.a. Alkohol und Stimulanzien)
- Bei 30-50% Persönlichkeits-störungen (häufig Borderline-Persönlichkeitsstörung)

### **Therapie**

- Ernährungsberatung, -monitoring
- Psychotherapeutische Behandlung
- Medikamentöse Behandlung (Imipramin, SSRI)

### **Verlauf**

Abhängig von untersuchter Stichprobe

- in 50-90% Symptomreduktion (ambulant behandelte Patienten, Katamnesezeitraum bis 6 Jahre)
  - 27% gut (< 1 Heißhungeranfall /Monat), 40% mittel, 33% schlecht (<sup>3</sup> 1/Tag) (stat. Pat., Katamnesezeit-raum 3 Jahre)
- 

## X. Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (ICD-10: F20 - F29)

<b>F20</b>	<b>Schizophrenie</b>
F21	schizotype Störung
F22	anhaltende wahnhafte Störungen
F23	akute vorübergehende psychotische Störungen
F24	induzierte wahnhafte Störung
F25	schizoaffektive Störungen
F28	sonstige nichtorganische psychotische Störungen
F29	nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose

Die **Schizophrenie** ist die häufigste und wichtigste Störung dieser Gruppe.

Die schizophrenen Störungen sind im allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affektivität (Stimmung) gekennzeichnet.

Die Störung beeinträchtigt die Grundfunktionen, die dem normalen Menschen ein Gefühl von Individualität, Einzigartigkeit und Entscheidungsfreiheit geben. Die Betroffenen glauben oft, daß ihre innersten Gedanken, Gefühle und Handlungen anderen bekannt sind oder, daß andere daran teilhaben.

Die Klarheit des Bewußtseins und die intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt. Im Laufe der Zeit können sich jedoch gewisse kognitive Defizite entwickeln.

Ein Erklärungswahn kann entstehen, mit dem Inhalt, daß natürliche oder übernatürliche Kräfte tätig sind, welche die Gedanken und Handlungen des betreffenden Individuums in oft bizarrer Weise beeinflussen. Die Betroffenen können sich so als Schlüsselfigur allen Geschehens erleben. Besonders akustische Halluzinationen sind häufig und können das Verhalten oder die Gedanken kommentieren. Die Wahrnehmung ist oft auf andere Weise gestört: Farben oder Geräusche können ungewöhnlich lebhaft oder in ihrer Qualität verändert wahrgenommen werden. Unbedeutende Eigenschaften alltäglicher Dinge können wichtiger sein als das ganze Objekt oder die Gesamtsituation. Zu Beginn ist auch Ratlosigkeit häufig und führt oft zu der Überzeugung, daß alltägliche Situationen eine besondere, meist unheimliche Bedeutung besitzen, die sich einzig auf die betroffene Person bezieht.

Bei der charakteristischen schizophrenen Denkstörung werden nebensächliche und unwichtige Züge eines Gesamtkonzepts, die bei normaler psychischer Aktivität eine geringe Rolle spielen, in den Vordergrund gerückt und an Stelle wichtiger und situationsentsprechender Elemente verwendet. So wird das Denken vage, schief und verschwommen, und der sprachlicher Ausdruck wird gelegentlich unverständlich. Brüche und Einschreibungen in den Gedankenfluß sind häufig. Gedanken scheinen wie von einer äußeren Stelle entzogen.

Die Stimmung ist charakteristischerweise flach, kapriziös oder unangemessen. Ambivalenz und Antriebsstörung können als Trägheit, Negativismus oder Stupor erscheinen. Katatonie kann vorhanden sein.

## Diagnostische Kriterien

Mindestens ein eindeutiges Symptom der Gruppe I oder mindestens 2 eindeutige Symptome der Gruppe II

### Kern-Symptome (Gruppe I):

1. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung  
(Bsp.: „Die Gedanken, die ich denke, kommen nicht von mir. Sie werden mir von einer Maschine eingegeben“)
2. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen.  
(Bsp.: „Wenn sich jetzt mein Arm bewegt, so bin ich das nicht, der das tut. Mein Körper wird von außen gesteuert“)
3. Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen, oder andere Stimmen, die aus einem Teil des Körpers kommen.  
(Bsp.: *Der Betroffene hört Stimmen, die sich über sein Handeln oder seine Gedanken lustig machen oder diese kommentieren*)
4. Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer bizarrer Wahn, wie der, eine religiöse oder politische Persönlichkeit zu sein, übermenschliche Kräfte und Fähigkeiten zu besitzen  
(Bsp.: „Ich bin jederzeit in der Lage das Wetter zu kontrollieren, daß es jetzt da draußen regnet, habe ich veranlaßt“)

### Kern-Symptome (II):

5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, begleitet entweder von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung, oder begleitet von anhaltenden überwertigen Ideen, täglich über Wochen oder Monate auftretend.
6. Gedankenabreißen oder Einschiebungen in den Gedankenfluß, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen (=Wortneubildungen) führt (formale Denkstörung).
7. Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypien oder wächserne Biegsamkeit (Körperhaltungen werden über längere Zeit ohne Bewegung eingehalten, Körperglieder lassen sich vom Untersucher bewegen und verbleiben dann in dieser Stellung), Negativismus, Mutismus und Stupor.
8. "Negative" Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte, zumeist mit sozialem Rückzug und verminderter sozialer Leistungsfähigkeit. Diese Symptome dürfen nicht durch eine Depression oder eine neuroleptische Medikation verursacht sein.
9. *Eine eindeutige und durchgängige Veränderung bestimmter umfassender Aspekte des Verhaltens der betreffenden Person, die sich in Ziellosigkeit, Trägheit, einer in sich selbst verlorenen Haltung und sozialem Rückzug manifestiert.*

Diese Symptome müssen fast ständig während eines Monats oder länger deutlich vorhanden gewesen sein.

## Untergruppen der Schizophrenie

### **F20.0 paranoide Schizophrenie**

### **F20.1 hebephrene Schizophrenie**

### **F20.2 katatone Schizophrenie**

F20.3 undifferenzierte Schizophrenie

F20.4 postschizophrene Depression

### **F20.5 schizophrenes Residuum**

F20.6 Schizophrenia simplex

F20.8 sonstige Schizophrenie

### **Paranoide Schizophrenie** oder paranoid-halluzinatorische Schizophrenie:

- häufigste Schizophrenieform
- im Vordergrund ziemlich dauerhafte, oft paranoide, Wahnvorstellungen
- meist akustische Halluzinationen und andere Wahrnehmungsstörungen

Beispiele für die häufigsten wahnhaften bzw. halluzinatorischen Symptome sind:

1. Eifersuchtswahn, Beziehungswahn, Verfolgungswahn, coenästhetischer Wahn, Abstammungswahn, Sendungswahn
2. Stimmen, die den Betroffenen bedrohen oder ihm Befehle geben, nichtverbale akustische Halluzinationen wie Pfeifen, Brummen oder Lachen.
3. Geruchs- oder Geschmackshalluzinationen, sexuelle oder andere Körperhalluzinationen. Optische Halluzinationen können ebenfalls auftreten, stehen aber selten im Vordergrund.

Die **Hebephrene Schizophrenie** ist gekennzeichnet durch:

- vorwiegend affektive Veränderungen
- Wahnvorstellungen und Halluzinationen sind, wenn vorhanden, flüchtig und bruchstückhaft
- verantwortungsloses und unvorhersehbares Verhalten, ziellos
- Affektverflachung und Inadäquatheit (verflachte und unpassende Stimmung, „läppisch“)
- Manierismen
- formale Denkstörungen (ungeordnet, Sprache weitschweifig und zerfahren)
- soziale Isolation, mangelnde soziale Verantwortlichkeit des Handelns, mangelndes Einfühlungsvermögen
- typisches Erkrankungsalter: 15. bis 25. Lebensjahr

Ergänzende Hinweise (ICD-10):

Affektive Störungen und Antriebsstörungen sowie Denkstörungen stehen hier im Vordergrund. Halluzinationen und Wahnvorstellungen können vorhanden sein, sollen aber nicht hervorstechen. Antrieb und Zielstrebigkeit gehen verloren, frühere Zielsetzungen

werden verlassen, so daß Ziel- und Planlosigkeit zum charakteristischen Verhalten des Patienten werden. Eine oberflächliche und manieristische Vorliebe für Religion, Philosophie und andere abstrakte Themen kann es dem Zuhörer zusätzlich erschweren, dem Gedankengang zu folgen.

### **Katatone Schizophrenie**

Im Vordergrund stehen psychomotorische Störungen, die zwischen Extremen wie Erregung und Stupor oder zwischen Befehlsautomatismus und Negativismus alternieren können. Zwangshaltungen und -stellungen können lange Zeit beibehalten werden. Episodenhafte schwere Erregungszustände können ein Charakteristikum dieses Krankheitsbildes sein. Die katatonen Phänomene können mit einem traumähnlichen (oneiroiden) Zustand mit lebhaften szenischen Halluzinationen einhergehen.

Typische katatone Symptome sind:

1. Stupor (eindeutige Verminderung der Reaktionen auf die Umgebung sowie Verminderung spontaner Bewegungen und Aktivität) oder Mutismus.
2. Erregung (anscheinend sinnlose motorische Aktivität, die nicht durch äußere Reize beeinflusst ist).
3. Haltungsstereotypien (*freiwilliges* Einnehmen und Beibehalten unsinniger und bizarrer Haltungen).
4. Negativismus (anscheinend unmotivierter Widerstand gegenüber allen Aufforderungen oder Versuchen, bewegt zu werden; oder stattdessen Bewegung in die entgegengesetzte Richtung).
5. Rigidität (Beibehaltung einer starren Haltung bei Versuchen, bewegt zu werden).
6. Flexibilita cerea bzw. wächserne Biagsamkeit (Verharren der Glieder oder des Körpers in Haltungen, die von außen auferlegt sind).
7. Andere Symptome wie Befehlsautomatismus (automatische Befolgung von Anweisungen) und verbale Perseveration.

### **Schizophrenes Residuum**

Ein chronisches Stadium im Verlauf einer schizophrenen Erkrankung, mit einer eindeutigen Verschlechterung von einem frühen Stadium, das durch langandauernde "negative" Symptome charakterisiert ist.

*„Negative“ schizophrenen Symptomen sind: psychomotorische Verlangsamung, verminderter Aktivität, Affektverflachung, Passivität und Initiativemangel, Verarmung der Sprache, geringe nonverbale Kommunikation; Vernachlässigung der Körperpflege und Abnahme der sozialen Leistungsfähigkeit.*

### **Schizophrenia simplex**

Ein seltenes Zustandsbild mit schleichender Progredienz von merkwürdigem Verhalten, der Unmöglichkeit, soziale Anforderungen zu erfüllen und mit Verschlechterung der allgemeinen Leistungsfähigkeit. Wahnvorstellungen und Halluzinationen treten nicht in Erscheinung.

## **Epidemiologie**

- Das Risiko während des gesamten Lebens an einer Schizophrenie zu erkranken (Lebenszeitprävalenz) beträgt ca. 0,5 bis 1 %
- Beide Geschlechter etwa gleich häufig betroffen
- Männer erkranken im Mittel etwas früher als Frauen
- Die Prävalenzrate ist weltweit relativ gleich (Störung erscheint weitgehend „kulturunabhängig“)
- Häufigstes Erkrankungsalter: spätes Jugendalter, frühes Erwachsenenalter
- Vor der Pubertät ist die Störung ausgesprochen selten

## Ätiologie

### Biologische Hypothesen:

- genetische Faktoren eindeutig belegt (Zwillingsstudien, Adoptionsstudien), aber sicher nicht allein ausschlaggebend
- neuroanatomische Befunde verweisen bei einem Teil der Patienten auf „strukturelle“ hirnorganische Veränderungen
- saisonale Abhängigkeit (bei Geburt im Winter/Frühjahr besteht ein relativ erhöhtes Risiko, an Schizophrenie zu erkranken); Zusammenhang mit Infektionen während der Schwangerschaft wird diskutiert

### Psychosoziale Hypothesen:

- frühe soziale Interaktions-/Bindungsstörung („schizophrenogene Mutter“, double-bind-Theorie); diese Hypothesen gelten mittlerweile als widerlegt
- Life-Events, soziale Schicht:  
Entstehung der Hypothese aus der Tatsache heraus, daß sich schizophrene Erkrankungen häufiger in sozialen Randgebieten (Slums) und unter Immigrantenspopulationen finden lassen. Hypothese basiert auf der „Stressbelastung“ die durch solche Lebensumstände hervorgerufen wird. Es konnte aber auch gezeigt werden, daß durch die Erkrankung selbst ein „Abgleiten in soziale Randschichten“ hervorgerufen wird. Heute wird dieser Hypothese nicht mehr sehr viel Gewicht beigemessen.
- Die „Expressed-Emotions“-Forschung („EE“) konnte zeigen, daß durch bestimmte emotionale Faktoren im „Familienklima“ (u.a. Feindseligkeit, emotionales Überengagement) die Rückfallhäufigkeit zunimmt

## Verlauf

Prinzipiell besteht eine Tendenz zu einem „chronischen“ Verlauf. Unterschiedliche Verlaufstypen können unterschieden werden:

- vollständige oder teilweise Remission
- rezidivierender Verlauf (es kommt immer wieder zu schizophrenen Episoden)
- rezidivierende Verlauf mit Ausbildung einer „Defektsymptomatik“ (Residuum, meist bedingt durch negative schizophrene Symptome)
- kontinuierlicher Verlauf (die Symptomatik bleibt kontinuierlich vorhanden)

Es gibt eine Reihe von Untersuchungen über den Anteil der einzelnen Verlaufsformen und über den Ausgang der Erkrankung. Um 1900 wurde der Anteil der „schlechten“ Verläufe (dauerhaft in Kliniken untergebracht, nicht fähig zu Selbstverantwortung und Erwerbstätigkeit) mit über 80% angegeben.

Heute kann man etwa die folgenden Angaben machen:

- ca. 20 bis 30 % gute Prognose
- ca. 30% dauerhaft schlechte Prognose (dauerhaft institutionalisiert oder dauerhafte mittelschwere bis schwere intellektuelle und soziale Beeinträchtigungen)
- ca. 40 % mittelgradige Prognose (zwischenzeitliche erneute stationäre Behandlungen, begrenzte Selbständigkeit, eingeschränkte Erwerbsfähigkeit)

## Therapie

- am wichtigsten: Behandlung mit „antipsychotischen“ Medikamenten (Neuroleptika)
- stützende und verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie
- rehabilitative Maßnahmen (Beschulung, Berufsausbildung, Wohngruppen, Fördermaßnahmen (soziale und kognitive Trainingsprogramme)
- bei therapieresistenten Patienten wird auch die Elektrokrampftherapie eingesetzt (nicht im Kindes- und Jugendalter)

## XI. Affektive Störungen (ICD-10: Gruppe F3)

<b>F30</b>	<b>manische Episode</b>
<b>F31</b>	<b>bipolare affektive Störung</b>
<b>F32</b>	<b>depressive Episode</b>
<b>F33</b>	<b>rezidivierende depressive Störungen</b>
<b>F34</b>	<b>anhaltende affektive Störungen</b>
F38	sonstige affektive Störungen
F39	nicht näher bezeichnete affektive Störungen

Die Hauptsymptome der Störungen bestehen in einer Veränderung der Stimmung (=Affektivität, Affekt). Es kommen Veränderungen der Stimmung in Richtung gedrückte, niedergeschlagene Stimmung (Depression) oder auch unangemessen, gehobene Stimmung (Manie) vor. Der Stimmungswechsel wird in der Regel von einem Wechsel des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet.

Ein Teil dieser Störungen tritt in sogenannten Episoden auf. Damit ist gemeint, daß sich die Stimmungsveränderung über einen bestimmten Zeitraum hin entwickelt und eine begrenzte Zeit anhält. Die meisten dieser Störungen tendieren zu wiederholtem Auftreten. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen. Früher wurde ein Teil diese Störungen auch als „endogene Depression“ oder „endogene Manie“ bezeichnet.

Es gibt auch affektive Störungen, die relativ gleichbleibend über lange Zeiträume oder gar lebenslang anhalten. Diese haben meist einen leichteren Schweregrad. Früher wurden die anhaltenden affektiven Störungen als „neurotische Depression“ oder als „depressive Neurose“ bezeichnet, da man annahm, daß reaktive Elemente und intrapsychische Konflikte für die Entstehung verantwortlich sind.

## **XI.1 Manische Episode (F30) und bipolare affektive Störung (F31)**

Kennzeichen sind:

- gehobene Stimmung
- Steigerung in Ausmaß und Geschwindigkeit der körperlichen und psychischen Aktivität.

Die Hypomanie (F30.0) ist eine leichtere Ausprägung der Manie. Es finden sich:

- anhaltende leicht gehobene Stimmung (wenigstens einige Tage hintereinander)
- gesteigerter Antrieb und Aktivität und gewöhnlich ein auffallendes Gefühl von Wohlbefinden und körperlicher und seelischer Leistungsfähigkeit
- Gesteigerte Geselligkeit, Gesprächigkeit, übermäßige Vertraulichkeit, gesteigerte Libido und vermindertes Schlafbedürfnis sind häufig vorhanden
- Reizbarkeit, Selbstüberschätzung und flegelhaftes Verhalten können anstelle der häufigen euphorischen Geselligkeit auftreten.
- Konzentration und Aufmerksamkeit können beeinträchtigt sein, und damit auch die Fähigkeit, sich der Arbeit zu widmen, sich zu entspannen und zu erholen. Dies verhindert nicht das Interesse an ganz neuen Unternehmungen und Aktivitäten oder etwas übertriebene Geldausgaben.

Keines der Symptome ist so ausgeprägt, daß es zu einem Abbruch der Berufstätigkeit oder zu sozialer Ablehnung kommt.

Bei der Manie ohne psychotische Symptome (F30.1) finden sich:

- situationsinadäquat gehobene Stimmung, zwischen sorgloser Heiterkeit und fast unkontrollierbarer Erregung
- vermehrter Antrieb mit Überaktivität, Rededrang und vermindertem Schlafbedürfnis
- Verlust üblicher sozialer Hemmungen
- Aufmerksamkeitsstörungen
- überhöhte Selbsteinschätzung. Größenideen oder maßloser Optimismus
- Wahrnehmungsstörungen, wie etwa die Einschätzung von Farben als besonders lebhaft und meist schön können vorkommen, ferner eine Beschäftigung mit feinen Einzelheiten von Oberflächenstrukturen oder Geweben und eine subjektive Hyperakusis.
- Beginn überspannter und undurchführbarer Projekte, leichtsinnige Geldausgaben oder bei völlig unpassender Gelegenheit aggressiv, verliebt oder scherzhaft, sexuelle Enthemmung

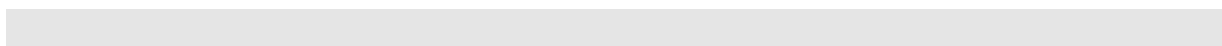
In einigen manischen Episoden ist die Stimmung eher gereizt und mißtrauisch als gehoben.

Das klinische Bild der Manie mit psychotischen Symptomen (F30.2) entspricht der schwereren Form einer Manie:

- Selbstüberschätzung und Größenideen können in Wahn einmünden; aus Reizbarkeit und Mißtrauen kann sich ein Verfolgungswahn entwickeln.
- In schweren Fällen können Größenideen oder religiöse Wahnvorstellungen, welche die eigene Identität oder Rolle betreffen, im Vordergrund stehen.
- Halluzinationen können vorkommen, aber andere als die „typisch schizophrenen“ (d.h. bei den Halluzinationen handelt es sich nicht um Rede in der dritten Person oder kommentierende Stimmen)
- Ideenflucht und Rededrang können dazu führen, daß der Betreffende nicht mehr verstanden wird
- Ausgeprägte und anhaltende körperliche Aktivität und Erregung können in Aggression oder Gewalttätigkeit münden
- Eine Vernachlässigung der Nahrungsaufnahme und der persönlichen Hygiene kann zu gefährlicher Dehydratation und Verwahrlosung führen

Eine bipolare affektive Störung liegt dann vor, wenn wiederholte (d.h. wenigstens zwei) Episoden vorhanden waren, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betreffenden deutlich gestört waren und davon mindestens eine Episode durch gehobene Stimmung, vermehrter Antrieb und Aktivität (Manie oder Hypomanie) gekennzeichnet war.

Typischerweise treten bei dieser Störung einmal eine gehobene Stimmung, vermehrter Antrieb und Aktivität auf, dann wieder eine Stimmungssenkung, verminderter Antrieb und Aktivität (Depression). Die Besserung zwischen den Episoden ist vollständig.



## XI.2 Depressive Episode (F32) und rezidivierende depressive Störung (F33)

Die depressive Episode ist gekennzeichnet durch:

- gedrückter Stimmung
- Interessenverlust
- Freudlosigkeit
- Verminderung des Antriebs

Die Verminderung der Energie führt zu erhöhter Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung. Deutliche Müdigkeit tritt oft nach nur kleinen Anstrengungen auf.

Andere häufige Symptome sind:

1. Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
2. Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
3. Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit (sogar bei leichten depressiven Episoden)
4. Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
5. Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
6. Schlafstörungen
7. Verminderter Appetit

Die gedrückte Stimmung ändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert meist nicht auf die jeweiligen Lebensumstände, kann aber charakteristische Tagesschwankungen aufweisen. Es gibt beträchtliche individuelle Varianten in der Symptomatik:

- ein untypisches Erscheinungsbild ist besonders in der Jugend häufig.
- in einigen Fällen stehen zeitweilig Angst, Gequältsein und motorische Unruhe mehr im Vordergrund als die Depression

Zusätzlich können bestimmte „körperliche“ Symptome vorliegen (das sogenannte *somatische Syndrom*):

1. Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten
2. Mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren
3. Frühmorgendliches Erwachen; zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit
4. morgendliches Stimmungstief
5. Der objektive Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit
6. Deutlicher Appetitverlust
7. Gewichtsverlust, häufig mehr als 5 % des Körpergewichts im vergangenen Monat.
8. Deutlicher Libidoverlust

Das somatische Syndrom ist nur dann zu diagnostizieren, wenn wenigstens 4 der genannten Symptome eindeutig feststellbar sind.

Die depressive Episode kann nach dem Schweregrad (leicht, mittel und schwer) beschrieben werden, je nachdem wie ausgeprägt die Symptome sind wie viele von den Symptomen vorliegen. Zusätzlich kann es bei der schweren depressiven Episode zu „psychotischen Symptomen“ kommen.

Psychotische Symptome sind:

- Wahnsymptome (typisch sind hypochondrischer Wahn, nihilistischer Wahn, Beziehungs- oder Verfolgungswahn, Versündigungswahn)
- Halluzinationen (aber nicht „dialogisierende Stimmen“, „kommentierende Stimmen“ wie bei der Schizophrenie)
- depressiver Stupor

Die rezidivierende depressive Störung ist gekennzeichnet durch wiederholte (d.h. mindestens zwei) depressive Episoden.

### **XI.3 Anhaltende affektive Störungen (F34)**

Hierbei handelt es sich um anhaltende und gewöhnlich fluktuierende Stimmungsstörungen, bei denen einzelne Episoden selten, wenn überhaupt, ausreichend schwer genug sind, um als hypomanische oder auch nur leichte depressive Episoden beschrieben zu werden. Da sie jahrelang andauern und manchmal den größeren Teil des Erwachsenenlebens bestehen, ziehen sie beträchtliches subjektives Leiden und Beeinträchtigungen nach sich.

## Epidemiologie

### Depressive Episode und rezidivierende depressive Störung:

- Lebenszeitprävalenz ca. 10 bis 25 % für Frauen und 5 bis 12 % für Männer
- Punktprävalenz ca. 5 bis 9 % für Frauen und 2 bis 3 % für Männer
- Im Jugend- und Erwachsenenalter ist das weibliche Geschlecht ca. doppelt so häufig betroffen (nicht jedoch im Kindesalter, hier ungefähr gleiches Geschlechterverhältnis)
- häufigstes Erkrankungsalter ist zwischen 25 und 44 Jahren, im Kindes- und Jugendalter ist die Störung sehr viel seltener (auch nach dem 65. Lebensjahr)
- Die Prävalenz scheint unabhängig von kulturellen, sozialen und Bildungsfaktoren zu sein
- Das Auftreten depressiver Episoden kann von der Jahreszeit abhängig sein (saisonale Depression, Winterdepression)
- gehäuftes Auftreten von depressiven Episoden (während und) nach Schwangerschaften

### Manische Episode und bipolare Störung:

- Lebenszeitprävalenz ca. 0,4 bis 1,6 % (deutlich seltener als die nur depressiven Störungen)
- Geschlechterverhältnis etwa ausgeglichen
- Beginn vermutlich früher als die „nur depressiven Störungen“, wobei Männer möglicherweise etwas früher erkranken als Frauen

## Ätiologie

### Biologische Hypothesen:

- Eine genetische Disposition gilt als belegt, insbesondere für die bipolare Störung (Zwillingsstudien, Adoptionsstudien, Case-control Studien)
- affektive Störung Risiko 29 %, wenn 1 Elternteil eine bipolare Störung hat  
Risiko 50-74% wenn beide Eltern eine affektive Störung und mind. ein Elternteil eine bipolare Störung
- bipolare Störung: Konkordanzrate EZ (eineiige Zw.): 69 %; ZZ (zweieiige Zw.): 19 %  
relatives Risiko für Verwandte um das 2-3fache erhöht
- depressive Störung: Konkordanzrate EZ: 54%; ZZ: 24 %
- Bipolare Störung und depressive Störung basieren auf gemeinsamen genetischen Faktoren
- Störung oder Ungleichgewicht im System der zentralnervösen Neurotransmitter (Dopamin, Serotonin, Noradrenalin)
- Neuroendokrinologische Besonderheiten (HPA-Achse, TRH, Neuropeptide)

Psychologische Hypothesen/Modelle

- Psychoanalyse (Abraham 1911: „Unterdrückung von Trieben“, „nach innen gerichtete Aggression“; Freud 1917/57: Durch Verlusterlebnisse im Erwachsenenalter werden in der frühen Entwicklung stattgefundenen Verlusterlebnisse und der Ärger/die Wut darüber reaktiviert. Das Objekt dieser Emotionen ist Teil des eigenen Selbst geworden und der reaktivierte „Ärger“ richtet sich gegen das eigene Selbst)
- Kognitiv-Lerntheoretische Modelle (Beck 1979: sieht die „negativen Gedanken (Kognitionen) nicht als Folge der Depression sondern eher als deren Ursache“; Resultierend aus einem negativen Selbstwertgefühl und negativer Interpretation des bisherigen Lebens (Fokussierung auf eigene Unzulänglichkeiten, Fehler und Versagen) wird auch die Zukunft pessimistisch und hoffnungslos gesehen)
- Modell der „gelernten Hilflosigkeit“ (Seligman 1975: Aus Tierversuchen: Die natürliche Abwehrreaktion gegen unangenehme Ereignisse (z.B. Stromschläge) erlischt, wenn diese Ereignisse unabwendbar sind)
- Life-Events (Depression als Reaktion auf akute traumatische Lebensereignisse oder Summe negativer, „stressful“ Lebensereignisse; Retrospektiv betrachtet ist die Summe selbst erinnertes, negativer Lebensereignisse bei Depressiven höher)

**Verlauf**

- Depressive Episode: Die depressiven Symptome entwickeln sich gewöhnlich über Tage bis Wochen. Dauer einer (unbehandelten) depressiven Episode gewöhnlich 6 Monate oder auch länger. Gewöhnlich kommt es zu einer vollständigen Remission; in 20-30% der Fälle bleiben depressive „Restsymptome“; in 5-10% „chronischer Verlauf“ (Dauer länger als 2 Jahre)
- Bei ca. 50-60% der Personen, die eine depressive Episode hatten, kommt es zu einer erneuten Episode (=rezidivierende depressive Störung), bei ca. 5-10% kommt es zum Auftreten einer manischen Episode (bipolare Störung)
- Liegen bereits mehrere Episoden vor (mindestens zwei), ist die Wahrscheinlichkeit, daß es zu weiteren Episoden kommt noch höher
- Bei ca. 90 % der Personen, die eine manische Episode hatten, kommt es zu weiteren Episoden (manisch oder depressiv); ca. 60-70% der manischen Episoden treten unmittelbar vor oder nach einer depressiven Episode auf
- Anhaltende affektive Störungen haben die Tendenz zu einem langanhaltenden, chronischen Verlauf

## Therapie

Bei den „episodisch“ auftretenden affektiven Störungen:

- in erster Linie medikamentöse Therapie (Antidepressiva bei Depression, Neuroleptika und Lithium bei Manie)  
Akuttherapie bis zum Abklingen der Symptome, dann „Erhaltungstherapie“ für 6 bis 12 Monate, ev. anschließend Rezidivprophylaxe
- bei den schwereren Ausprägungen ist eine stationäre Behandlung meist nicht zu umgehen
- in der Akuttherapie „psychoedukative“ Behandlungsansätze (Tagesstrukturierung, Entlastung von familiären und beruflichen Belastungen usw.), später abgestufte Belastungssteigerung (z.B. Ergotherapie)
- Schlafentzugs-Therapie
- Psychotherapie (insbesondere kognitiv-behaviorale Therapieansätze)
- bei saisonalen Depressionen „Lichttherapie“
- Elektrokrampftherapie (in Deutschland im Gegensatz zu den angelsächsischen Länder nur selten und bei „therapieresistenten“ Verläufen eingesetzt; nicht bei Kindern und Jugendlichen)

Bei den anhaltenden affektiven Störungen:

- Schwerpunkt der Behandlung liegt eher bei den psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen (am besten evaluiert sind die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätze)
- Die Wirksamkeit von medikamentöse Behandlungen ist nicht so gut abgesichert wie bei den episodischen affektiven Störungen (insbesondere im Kinder- und Jugendalter ist die Wirksamkeit antidepressiver Medikation nicht gut abgesichert)

## XII. Störung des Sozialverhaltens

### XII.1 Klassifikation Störung des Sozialverhaltens mit Beginn in der Kindheit

- F 91.0 auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens
- F 91.1 Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen
- F 91.2 Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen
- F 91.3 Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten
- F 91.8 andere
- F 91.9 nicht näher bezeichnete
- F 92.0 Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung
- F 92.8 andere kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen

#### Merkmale:

- Symptomatik beginnt vor dem zehnten Lebensjahr
- Es überwiegt das männliche Geschlecht
- Die Kinder zeigen häufig anderen gegenüber körperliche Aggressionen
- Sie haben gestörte Beziehungen zu Gleichaltrigen
- In der frühen Kindheit findet sich gehäuft eine Störung mit oppositionellem Trotzverhalten
- Hohe Persistenz der Symptomatik
- Entwickeln als Erwachsene eher eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung
- Hohes Risiko für Alkohol - und Substanzmißbrauch