



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

Übersicht Diagnosekriterien

II Psychische Störungen

- 5 Substanzinduzierte Störungen
- 6 Schizophrenie
- 7 Affektive Störungen
- 8 Angst-, Zwangs-, Belastungs-, dissoziative und somatoforme Störungen
 - 8.1 Phobische Störungen**
 - 8.2 Generalisierte Angststörung**
 - 8.3 Zwangsstörung**
 - 8.4 Posttraumatische Belastungsstörung**
 - 8.5 Dissoziative Störungen**
 - 8.6 Somatoforme Störungen**
- 9 Essstörungen
- 10 Sexuelle Störungen
- 11 Persönlichkeitsstörungen
- 12 Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter
- 13 Psychische Störungen im Alter



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

5 Substanzinduzierte Störungen

DSM-IV: Substanzmissbrauch	ICD-10: Schädlicher Gebrauch (F 1x.1)
<p>A) Muster von Substanzgebrauch, das Leiden oder Beeinträchtigungen verursacht, wobei bezogen auf ein Jahr mindestens eines der folgenden Merkmale vorliegt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. wiederholter Substanzkonsum, der das Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen verursacht, z. B. Fernbleiben von der Arbeitsstelle oder Vernachlässigung der Kinder 2. wiederholter Substanzkonsum, der zu Körperlicher Gefährdung führte, z. B. Bedienen von Maschinen oder Autofahren unter Drogeneinfluss 3. wiederkehrend Konfrontationen mit dem Gesetz, z. B. Verhaftung wegen ungebührlichen Benehmens oder Verkehrsdelikten 4. ständig oder wiederholt soziale oder zwischenmenschliche Probleme, z. B. Ehestreitigkeiten, wobei der Substanzkonsum trotzdem fortgesetzt wird. <p>B) Eine Abhängigkeit von der entsprechenden Substanzklasse war nie vorhanden.</p>	<p>Muster von Substanzgebrauch, das eine körperliche oder psychische Gesundheits-schädigung bewirkt</p> <p>Leitlinien: Es liegt eine Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit vor. Häufig wird der Substanzkonsum von anderen kritisiert und zieht negative soziale Folgen nach sich. Dies ist jedoch kein Beweis für das Vorliegen eines schädlichen Gebrauchs. Für die Diagnose reichen auch eine akute Intoxikation oder ein Kater nicht aus. Die Diagnose wird nicht gestellt, wenn ein Abhängigkeitssyndrom, eine psychotische Störung oder andere alkohol- oder substanzbedingte Störungen vorliegen.</p>



DSM-IV: Substanzabhängigkeit	ICD-10: Abhängigkeitssyndrom (F 1x.2)
<p>Muster von Substanzgebrauch, das Leiden oder Beeinträchtigungen verursacht, wobei bezogen auf ein Jahr mindestens drei der folgenden Merkmale vorliegen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toleranzentwicklung, definiert durch <ol style="list-style-type: none"> a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um den erwünschten Effekt herbeizuführen, oder b) deutlich verringerte Wirkung bei weiterer Einnahme derselben Dosis. 2. Entzugssymptome, d. h. a) negative körperliche und psychische Wirkungen (je nach Substanz), bei Unterbrechung des Konsums oder Verringerung der Menge; oder b) dieselbe Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden. 3. Die Substanz wird in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt konsumiert. 4. Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzkonsum zu verringern 5. Viel Zeit wird darauf verwendet, die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren, oder sich von ihren Wirkungen zu erholen. 6. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzkonsums aufgegeben oder eingeschränkt. 7. Der Substanzkonsum wird fortgesetzt trotz psychischer oder körperlicher Probleme, die durch die Droge verursacht oder verstärkt werden. <p>Bestimme, ob:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ mit körperlicher Abhängigkeit: Toleranzentwicklung oder Entzugerscheinungen liegen vor ▶ ohne körperliche Abhängigkeit <p>Verlauf:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ früh voll- oder teilremittiert ▶ anhaltend voll- oder teilremittiert ▶ bei agonistischer Therapie ▶ in geschützter Umgebung 	<p>Das Hauptmerkmal des Abhängigkeitssyndroms ist der starke Wunsch oder Zwang, die Substanz zu konsumieren.</p> <p>Leitlinien: mindestens drei der folgenden Kriterien während des letzten Jahres:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. starker Wunsch oder Zwang, die Substanz zu konsumieren 2. mangelnde Kontrolle, was Beginn, Beendigung und Menge des Gebrauchs angeht 3. körperliches Entzugssyndrom: entweder substanzspezifische Entzugssymptome bei Verringerung oder Beendigung des Konsums oder Einnahme der Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu verhindern 4. Toleranz: Dosissteigerungen sind nötig, um die ursprüngliche Wirkung zu erleben. 5. Vernachlässigung anderer Interessen und mehr Zeitaufwand für die Beschaffung und den Konsum der Substanz und die Erholung von den Folgen. 6. Der Substanzgebrauch hält an, obwohl schädliche Folgen eintreten, deren sich der Konsument bewusst ist, z. B. Leberschaden durch Alkohol. <p>Unterteilung:</p> <p>F 1x.20: gegenwärtig abstinent F 1x.21: gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung F 1x.22: gegenwärtige Teilnahme an einem ärztlich überwachten Abgabe- oder Ersatzdrogenprogramm (kontrollierte Abhängigkeit) F 1x.23: gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven oder hemmenden Medikamenten F 1x.24: gegenwärtiger Substanzgebrauch (aktive Abhängigkeit) F 1x.25: ständiger Substanzgebrauch F 1x.26: episodischer Substanzgebrauch (Dipsomanie)</p>



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

6 Schizophrenie

DSM-IV: Schizophrenie ▶ paranoider Typus (295.30) ▶ desorganisierter Typus (295.10) ▶ katatoner Typus (295.20) ▶ undifferenzierter Typus (295.90) ▶ residualer Typus (295.60)	ICD-10: Schizophrenie (F 20) ▶ paranoide Schizophrenie (F 20.0) ▶ hebephrene Schizophrenie (F 20.1) ▶ katatone Schizophrenie (F 20.2) ▶ undifferenzierte Schizophrenie (F 20.3) ▶ postschizophrene Depression (F 20.4) ▶ schizophreses Residuum (F 20.5) ▶ Schizophrenia simplex (F 20.6)
<p>A) mindestens zwei der folgenden Symptome über mindestens einen Monat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wahn 2. Halluzinationen 3. desorganisiertes Sprechen (z. B. Entgleisen oder Zerfahrenheit) 4. desorganisiertes oder katatones Verhalten 5. negative Symptome (verflachter Affekt, Alogie, Willensschwäche) <p>Hinweis: Bei bizarrem Wahn oder akustischen Halluzinationen mit einer kommentierenden oder mindestens zwei sich unterhaltenden Stimmen reicht eines der Symptome.</p> <p>B) soziale und/oder berufliche Leistungseinbußen</p> <p>C) Anzeichen der Störung bestehen mindestens sechs Monate. In diesem Zeitraum treten mindestens einen Monat lang Symptome auf, die das Kriterium A erfüllen (floride Symptome).</p> <p>D) Ausschluss einer schizoaffektiven Störung und einer affektiven Störung mit psychotischen Merkmalen.</p> <p>E) Die Symptome sind nicht auf die körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurückzuführen.</p> <p>F) Bei einer Vorgeschichte mit autistischer oder einer anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörung wird Schizophrenie nur diagnostiziert, wenn mindestens einen Monat gleichzeitig Wahn oder Halluzinationen vorliegen.</p>	<p>Allgemeine Charakteristika der Schizophrenie sind Störungen des Denkens und der Wahrnehmung und unangemessene Affekte. Die Symptome können akut oder schleichend einsetzen.</p> <p>Symptomgruppen, die oft gemeinsam auftreten, lassen sich wie folgt unterteilen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gedankenlautwerden, -eingebung, -entzug, -ausbreitung 2. Kontroll- oder Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, Wahnwahrnehmungen 3. kommentierende oder sich unterhaltende Stimmen 4. anhaltender, kulturell unangemessener oder unrealistischer Wahn 5. Halluzinationen aller Sinnesmodalitäten, die von Wahngedanken oder überwertigen Ideen begleitet sind. 6. Gedankenabreißen oder -einschiebungen, so dass es zu Zerfahrenheit, Neologismen oder Danebenreden kommt 7. katatone Symptome, z. B. Haltungstereotypen, wächserne Biegsamkeit, Mutismus, Stupor etc. 8. negative Symptome (Apathie, Sprachverarmung, Affektverflachung) 9. Verhaltensänderungen, die sich in Ziellosigkeit, Trägheit, einer in sich verlorenen Haltung und sozialem Rückzug äußern <p>Leitlinien: Mindestens ein eindeutiges Symptom der Gruppen 1–4 oder mindestens zwei der Gruppen 5–8, die über einen Zeitraum von mindestens einen Monat auftreten</p>


**DIAGNOSE-
KRITERIEN**



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

<p>DSM-IV: Schizophrenie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ paranoider Typus (295.30) ▶ desorganisierter Typus (295.10) ▶ katatoner Typus (295.20) ▶ undifferenzierter Typus (295.90) ▶ residualer Typus (295.60) 	<p>ICD-10: Schizophrenie (F 20)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ paranoide Schizophrenie (F 20.0) ▶ hebephrene Schizophrenie (F 20.1) ▶ katatone Schizophrenie (F 20.2) ▶ undifferenzierte Schizophrenie (F 20.3) ▶ postschizophrene Depression (F 20.4) ▶ schizophrenes Residuum (F 20.5) ▶ Schizophrenia simplex (F 20.6)
<p>Ab einem Jahr nach Beginn florider Symptome Klassifikation des Längsschnittverlaufs:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ episodisch mit/ohne Residualsymptomen zwischen den Episoden ▶ kontinuierlich ▶ einzelne Episode teil-/vollremittiert ▶ anderes oder unspezifisches Muster 	<p>Verlaufsbild:</p> <p>F 20.x0 kontinuierlich</p> <p>F 20.x1 episodisch, mit zunehmendem Residuum</p> <p>F 20.x2 episodisch, mit stabilem Residuum</p> <p>F 20.x3 episodisch remittierend</p> <p>F 20.x4 unvollständige Remission</p> <p>F 20.x5 vollständige Remission</p> <p>F 20.x8 sonstige</p> <p>F 20.x9 Beobachtungszeitraum unter einem Jahr</p>



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

7 Affektive Störungen

7.1.1 Bipolare affektive Störung

DSM-IV: Manische Episode	ICD-10: Manische Episode (F 30)
<p>A) Phase überhöhter oder reizbarer Stimmung, die mindestens eine Woche andauert; die Phase kann bei Hospitalisierung auch kürzer sein.</p> <p>B) mindestens drei (bei reizbarer Stimmung vier) der folgenden Symptome:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. übertriebenes Selbstwertgefühl oder Größenideen 2. weniger Schlafbedarf als üblich 3. ungewöhnliche Geschwätzigkeit oder Rededrang 4. Ideenflucht oder subjektiver Eindruck, dass die Gedanken rasen 5. Ablenkbarkeit, leicht abgleitende Aufmerksamkeit 6. Erhöhung des Aktivitätsniveaus im beruflichen, sozialen oder sexuellen Bereich; oder psychomotorische Unruhe 7. übermäßige Beteiligung an angenehmen Aktivitäten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit unerwünschte Konsequenzen haben (z. B. leichtsinnige Ausgaben) <p>C) Es handelt sich nicht um eine gemischte Episode.</p> <p>D) Beeinträchtigung von beruflichen Leistungen, sozialen Aktivitäten oder Beziehungen; oder Notwendigkeit einer Hospitalisierung; oder Vorhandensein psychotischer Symptome.</p> <p>E) Die Symptome sind nicht auf die körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurückzuführen.</p>	<p>► Hypomanie (F 30.0)</p> <p>► Manie ohne psychotische Symptome (F 30.1)</p> <p>► Manie mit psychotischen Symptomen (F 30.2)</p> <p>Gemeinsame Merkmale aller drei Schweregrade: gehobene Stimmung und Steigerung der körperlichen und psychischen Aktivitäten</p> <p>Hypomanie: Merkmale gehobener Stimmung und erhöhter Aktivität, die deutlicher sind als bei Zylothymie, über einige Tage. Berufliche und soziale Aktivitäten sind noch nicht schwer beeinträchtigt.</p> <p>Manie ohne psychotische Symptome: Mindestdauer eine Woche. Berufliche und soziale Fähigkeiten sind schwer oder völlig beeinträchtigt. Zur gehobenen Stimmung kommen, neben Antriebssteigerung, insbesondere Rededrang, vermindertes Schlafbedürfnis, Größenideen und überhöhter Optimismus hinzu.</p> <p>Manie mit psychotischen Symptomen: Schwerer als ohne psychotische Symptome. Aus Selbstüberschätzung und Größenideen kann Größenwahn werden. Reizbarkeit und Misstrauen können in Verfolgungswahn münden. Aufgrund von Ideenflucht und Rededrang wird der Betroffene evtl. nicht mehr verstanden. Die erhöhte Aktivität kann sich zu Aggression und Gewalt entwickeln. Außerdem kann es zur Dehydratation und Verwahrlosung kommen. Auch Halluzinationen können auftreten. Besonders schwierig ist hier die Abgrenzung zur Schizophrenie.</p>



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

7.1.2 Depression

DSM-IV: Episode einer Major Depression	ICD-10: Depressive Episoden (F 32)
<p>A) Vorliegen von fünf der folgenden Symptome über mindestens zwei Wochen; dabei muss entweder die depressive Stimmung oder der Verlust an Interesse und Freude zu den Symptomen gehören. Hinweis: Symptome, die durch einen medizinischen Krankheitsfaktor, stimmungsinkongruenten Wahn oder Halluzinationen ausgelöst wurden, sind auszuschließen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. depressive Verstimmung an fast allen Tagen, die meiste Zeit des Tages. Hinweis: kann sich bei Kindern auch in Reizbarkeit äußern 2. deutlich vermindertes Interesse oder Freude an (fast) allen Aktivitäten 3. verminderter Appetit und Gewichtsverlust oder gesteigerter Appetit und Gewichtszunahme Hinweis: Bei Kindern kann eine erwartete Gewichtszunahme ausbleiben. 4. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf 5. Veränderung des Aktivitätsniveaus, entweder Verlangsamung (psychomotorische Hemmung) oder Unruhe 6. Energieverlust oder große Müdigkeit 7. Schuldgefühle oder Gefühl der Wertlosigkeit 8. verminderte Konzentrationsfähigkeit, Denk- oder Entscheidungsfähigkeit 9. wiederkehrende Gedanken an den Tod oder Suizid <p>B) Die Kriterien einer gemischten Episode sind nicht erfüllt.</p> <p>C) Leiden oder Beeinträchtigungen in wichtigen Funktionsbereichen</p> <p>D) Die Symptome sind nicht auf die körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurückzuführen.</p> <p>E) Es handelt sich nicht nur um einfache Trauer.</p>	<p>Gleichzeitiges Vorliegen von mindestens zwei der folgenden Symptome über mindestens zwei Wochen (1):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ depressive Stimmung in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß über die meiste Zeit des Tages ▶ Verlust des Interesses oder der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten ▶ verminderte Energie und erhöhte Ermüdbarkeit <p>Zusätzlich mindestens zwei Symptome bis zu einer Gesamtzahl von 4 (leichte Episode) bis 8 (schwere Episode) aus der folgenden Gruppe (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme 2. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls 3. Schuld- und Wertlosigkeitsgefühle 4. negatives Zukunftsdenken und Pessimismus 5. Selbstverletzung, suizidale Handlungen oder Gedanken an Suizid 6. Schlafstörungen jeder Art 7. Appetitverlust <p>Eventuell somatisches Syndrom, das folgende typischen Merkmale aufweisen kann:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verlust von Freude oder Interesse 2. mangelnde Reaktionsfähigkeit auf positive Ereignisse 3. mindestens zwei Stunden zu frühes Erwachen 4. Morgentief 5. psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit 6. Appetitverlust 7. Gewichtsverlust 8. Libidoverlust


**DIAGNOSE-
KRITERIEN**



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

DSM-IV: Major Depression, einzelne Episode (296.2x)	ICD-10: Depressive Episode (F 32.x) <ul style="list-style-type: none"> ▶ leichte depressive Episode (F 32.0) ▶ mittelgradige depressive Episode (F 32.1) ▶ schwere depressive Episode (ohne psychotische Symptome) (F 32.2)
<p>A) Episode einer Major Depression (s.o.)</p> <p>B) Symptomatik lässt sich nicht besser durch eine schizoaffektive Störung erklären und überlagert keine Schizophrenie, schizophreniforme, wahnhaft oder psychotische Störung.</p> <p>C) Es gab vorher keine manische, gemischte oder hypomane Episode. Hinweis: gilt nicht, wenn die betreffende Episode substanz- oder behandlungsinduziert oder durch einen medizinischen Krankheitsfaktor verursacht war.</p> <p>Bestimme bei voll erfüllten Kriterien den gegenwärtigen Zustand und/oder Merkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ leicht, mittelschwer, schwer ohne/mit psychotischen Merkmalen ▶ chronisch ▶ mit katatonen, melancholischen oder atypischen Merkmalen ▶ mit postpartalem Beginn <p>bei nicht voll erfüllten Kriterien den gegenwärtigen Zustand und/oder Merkmale der letzten Episode:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ teilremittiert, vollremittiert ▶ chronisch ▶ mit katatonen, melancholischen oder atypischen Merkmalen ▶ mit postpartalem Beginn 	<p>Die Mindestdauer bei allen Episoden beträgt zwei Wochen.</p> <p>Leichte depressive Episode: Mindestens zwei der in (1) und mindestens zwei der in (2) genannten Symptome. Es kommt noch nicht zu einer vollständigen Aufgabe der alltäglichen Aktivitäten.</p> <p>F 32.00: ohne somatisches Syndrom F 32.01: mit somatischem Syndrom</p> <p>Mittelgradige depressive Episode: Mindestens zwei der in (1) und mindestens drei der in (2) genannten Symptome. Soziale, berufliche und häusliche Aktivitäten können nur mit erheblichen Problemen ausgeführt werden.</p> <p>F 32.10: ohne somatisches Syndrom F 32.11: mit somatischem Syndrom</p> <p>Schwere depressive Episode (mit oder ohne psychotische Symptome): Alle drei der in (1) und mindestens vier der in (2) genannten Symptome. Es überwiegen eine große Verzweiflung und Agitiertheit oder Hemmung. Außerdem ist der Selbstwert niedrig, die Betroffenen fühlen sich nutzlos oder schuldig und haben evtl. ein erhöhtes Suizidrisiko. Das somatische Syndrom kommt praktisch immer vor.</p>

8 Angst-, Zwangs-, Belastungs-, dissoziative und somatoforme Störungen



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

8.1 Phobische Störungen

8.1.1 Agoraphobie und Panikstörung

DSM-IV: Panikstörung	ICD-10: Agoraphobie
<ul style="list-style-type: none"> ▶ ohne Agoraphobie (300.01) ▶ mit Agoraphobie (300.21) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ohne Panikstörung (F 40.00) ▶ mit Panikstörung (F 40.01)
<p>A) 1. wiederholt unerwartete Panikattacken</p> <p>2. Nach einer Attacke trat mindestens einen Monat mindestens eines der folgenden Symptome auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Besorgnis, ob weitere Attacken auftreten b) Sorgen über die Bedeutung oder die Konsequenzen der Attacke c) Verhaltensänderung aufgrund der Attacken. <p>B) ohne Agoraphobie: 300.01 vs. mit Agoraphobie: 300.21</p> <p>C) Die Panikattacken sind nicht auf die körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurückzuführen.</p> <p>D) Die Symptome lassen sich nicht durch eine andere psychische Störung erklären, z. B. soziale Phobie, spezifische Phobie, Zwangsstörung, posttraumatische Belastungsstörung oder Störung mit Trennungsangst.</p>	<p>Ängste vor Situationen, in denen es schwierig ist, sich schnell an einen sicheren Platz zurückzuziehen. Die Phobie kann so einschränkend sein, dass die Betroffenen völlig an ihr Haus gefesselt sind. Viele haben Angst, in der Öffentlichkeit zusammenzubrechen und liegen zu bleiben. Ein wichtiges Merkmal vieler agoraphobischer Situationen ist das Fehlen eines Fluchtweges.</p> <p>Leitlinien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. psychische oder vegetative Symptome, die Ausdruck von Angst sind, und nicht auf Wahn oder Zwangsgedanken beruhen 2. Angst tritt in mindestens zwei der folgenden Situationen auf: Menschenmengen, öffentliche Plätze, Reisen mit weiter Entfernung von zu Hause oder ohne Begleitung 3. Vermeidung der gefürchteten Situationen <p>Differentialdiagnose: Depression, Depersonalisation, Zwangsstörung, soziale Phobie</p>



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

8.1.2 Soziale und spezifische Phobien

DSM-IV: Soziale Phobie (300.23)	ICD-10: Soziale Phobien (F 40.1)
<p>A) Anhaltende Angst vor sozialen oder Leistungssituationen, in denen der Betroffene mit Unbekannten konfrontiert ist oder von anderen beurteilt werden kann. Seine Befürchtung liegt darin, demütigendes oder peinliches Verhalten zu zeigen. Hinweis: Bei Kindern muss sichergestellt werden, dass sie die entsprechende soziale Kompetenz besitzen und dass die Angst nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch bei Gleichaltrigen auftritt.</p> <p>B) Die Konfrontation führt fast immer zu einer Angstreaktion, die die Form einer Panikattacke annehmen kann. Hinweis: Die Angst kann sich bei Kindern in Weinen, Wutanfällen, Erstarren oder Zurückweichen vor sozialen Situationen äußern.</p> <p>C) Der Betroffene erkennt, dass die Angst übertrieben, bzw. unbegründet ist. Hinweis: darf bei Kindern fehlen.</p> <p>D) Die gefürchteten Situationen werden vermieden bzw. nur mit starker Angst oder Unwohlsein ertragen.</p> <p>E) Beeinträchtigung der Lebensführung oder erhebliches Leiden des Betroffenen.</p> <p>F) Die Dauer beträgt bei Personen unter 18 Jahren mindestens sechs Monate.</p> <p>G) Die Symptome gehen nicht auf die körperliche Wirkung einer Substanz oder einen medizinischen Krankheitsfaktor zurück und lassen sich nicht besser durch eine andere psychische Störung erklären.</p> <p>H) Beim Vorliegen eines medizinischen Krankheitsfaktors oder einer anderen psychischen Störung stehen diese nicht mit Kriterium A zusammen.</p> <p>Bestimme: ob generalisiert.</p>	<p>Angst vor prüfender Betrachtung durch andere in relativ kleinen Gruppen. Beginn häufig in der Jugend. Die Angst kann in klar abgegrenzten oder in fast allen sozialen Situationen auftreten. Sie geht in der Regel mit niedrigem Selbstwertgefühl und Angst vor Kritik einher. Die Angstsymptome können sich zu Panikattacken entwickeln. Durch Vermeidung kann es zur sozialen Isolierung kommen.</p> <p>Leitlinien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. psychische, Verhaltens- oder vegetative Symptome, die Ausdruck von Angst sind, und nicht auf Wahn oder Zwangsgedanken beruhen 2. Angst ist beschränkt auf oder überwiegt in bestimmten sozialen Situationen. 3. Vermeidung der gefürchteten Situation, wenn möglich <p>Dazugehörige Begriffe: Anthropophobie, soziale Neurose</p> <p>Differentialdiagnose: Agoraphobie, Depression</p>


**DIAGNOSE-
KRITERIEN**



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

DSM-IV: Spezifische Phobie (300.29)	ICD-10: Spezifische (isolierte) Phobien (F 40.2)
<p>A) Anhaltende, übertriebene oder unbegründete Angst, die durch die Erwartung oder das Vorhandensein eines bestimmten Objektes oder einer bestimmten Situation ausgelöst wird.</p> <p>B) Die Konfrontation führt fast immer zu einer Angstreaktion, die die Form einer Panikattacke annehmen kann. Hinweis: Die Angst kann sich bei Kindern in Weinen, Wutanfällen, Erstarren oder Anklammern äußern.</p> <p>C) Der Betroffene erkennt, dass die Angst übertrieben bzw. unbegründet ist. Hinweis: darf bei Kindern fehlen.</p> <p>D) Das Objekt oder die Situation wird vermieden bzw. nur mit starker Angst oder Unbehagen ertragen.</p> <p>E) Einschränkung der Lebensführung oder erhebliches Leiden des Betroffenen.</p> <p>F) Die Dauer beträgt bei Personen unter 18 Jahren mindestens sechs Monate.</p> <p>G) Die Symptome können nicht besser durch eine andere Störung erklärt werden, z. B. Zwangsstörung, posttraumatische Belastungsstörung, Störung mit Trennungsangst, soziale Phobie, Panikstörung oder Agoraphobie.</p> <p>Bestimme den Typus: Tier-, Umwelt-, Blut-Spritzen-Verletzungs-, situativer oder anderer Typus</p>	<p>Angst, ausgelöst durch spezifische Situationen oder Objekte. Der Auslöser kann auch zu Panik führen. Entstehung in der Kindheit oder im frühen Erwachsenenalter. Die Behinderung hängt davon ab, wie leicht die phobische Situation vermieden werden kann.</p> <p>Leitlinien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. psychische oder vegetative Symptome, die Ausdruck von Angst sind, und nicht auf Wahn oder Zwangsgedanken beruhen 2. Begrenzung der Angst auf ein bestimmtes Objekt oder eine Situation 3. Vermeidung der phobischen Situation, wenn möglich. <p>Dazugehörige Begriffe: Akrophobie, einfache Phobie, Examensangst, Höhenangst, Klaustrophobie, Tierphobien</p> <p>Differentialdiagnose: Agoraphobie, soziale Phobie, hypochondrische Störung, körperdysmorphe Störung, wahnhafte Störung</p>


**DIAGNOSE-
KRITERIEN**



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

8.2 Generalisierte Angststörung

DSM-IV: Generalisierte Angststörung (300.02)	ICD-10: Generalisierte Angststörung (F 41.1)
<p>A) Mindestens sechs Monate an der Mehrheit der Tage übermäßige Sorgen und Angst, bezogen auf mehrere Ereignisse oder Tätigkeiten.</p> <p>B) Es fällt dem Betroffenen schwer, die Sorgen zu kontrollieren.</p> <p>C) Die Sorgen und Angst gehen mit mindestens drei der folgenden Symptome einher: (Hinweis: bei Kindern reicht eines der Symptome.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ruhelosigkeit oder Auf-dem-Sprung-Sein ▶ leichte Ermüdbarkeit ▶ Konzentrationsschwierigkeiten oder Leere im Kopf ▶ Reizbarkeit ▶ Muskelspannung ▶ Schlafstörungen <p>D) Angst und Sorgen beziehen sich nicht nur auf die Symptome einer anderen Achse-I-Störung.</p> <p>E) Leiden oder Beeinträchtigungen in wichtigen Funktionsbereichen</p> <p>F) Die Symptome lassen sich nicht durch die körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors erklären und treten nicht nur während einer affektiven oder psychotischen Störung oder einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung auf.</p>	<p>Generalisierte Angst, die sich nicht auf bestimmte Situationen beschränkt, also frei flottierend ist</p> <p>Leitlinien: Angstsymptome an den meisten Tagen über mindestens mehrere Wochen, meist Monate:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Befürchtungen, z. B. Sorgen über künftiges Unglück, Nervosität etc. 2. motorische Spannung, z. B. körperliche Unruhe, Zittern etc. 3. vegetative Übererregbarkeit, z. B. Schwitzen, Schwindelgefühle etc. <p>Kinder haben oft das Bedürfnis nach Beruhigung und somatische Beschwerden. Der Betroffene darf nicht die Kriterien für eine depressive Episode, phobische Störung, Panikstörung oder Zwangsstörung voll erfüllen.</p> <p>Dazugehörige Begriffe: Angstneurose, Angstreaktion, Angstzustand</p> <p>Ausschluss: Neurasthenie</p>



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

8.3 Zwangsstörung

DSM-IV: Zwangsstörung (300.3)	ICD-10: Zwangsstörung (F 42.x)
<p>A) Entweder Zwangsgedanken:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. wiederholt aufdringliche und unangemessene Gedanken, Impulse oder Vorstellungen, die starke Angst und Unbehagen hervorrufen 2. Es sind nicht Sorgen über echte Lebensprobleme. 3. Versuche, die Gedanken zu ignorieren, zu unterdrücken oder zu neutralisieren 4. Der Betroffene erkennt, dass die Gedanken dem eigenen Geist entsprungen sind. <p>Oder Zwangshandlungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. wiederholte Verhaltensweisen oder geistige Handlungen, zu denen sich die Person aufgrund Zwangsgedanken oder strenger Regeln gezwungen fühlt 2. Dadurch soll Unwohlsein verhindert oder verringert werden bzw. gefürchteten Ereignissen oder Situationen vorgebeugt werden. Das Verhalten steht in keinem realistischen Bezug zu dem, was neutralisiert oder verhindert werden soll. <p>B) Der Betroffene hat erkannt, dass die Zwangsgedanken oder -handlungen übertrieben bzw. unbegründet sind. Hinweis: muss bei Kindern nicht sein.</p> <p>C) Die Zwangsgedanken oder -handlungen verursachen starke Belastung, dauern mindestens eine Stunde pro Tag oder beeinträchtigen das alltägliche Leben der Person in verschiedenen Bereichen.</p> <p>D) Der Inhalt der Zwangsgedanken oder -handlungen bezieht sich nicht nur auf eine andere Achse-I-Störung.</p> <p>E) Die Symptome sind nicht auf die körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurückzuführen.</p> <p>Bestimme, ob: mit wenig Einsicht.</p>	<p>Hauptmerkmale der Störung sind wiederholte Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Bei Ersteren handelt es sich um immer wieder auftauchende Ideen oder Impulse, die den Betroffenen quälen. Zwangshandlungen oder -rituale sind stereotype Verhaltensweisen, die ein objektiv unwahrscheinliches negatives Ereignis verhindern sollen. Da das Verhalten meistens als sinnlos erlebt wird, versuchen die Betroffenen Widerstand zu leisten. Häufig treten auch depressive Symptome auf.</p> <p>Leitlinien: Mindestens zwei Wochen an den meisten Tagen Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen, die quälend sind und die normalen Aktivitäten beeinträchtigen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Zwangssymptome sind als eigene Gedanken oder Impulse erkennbar. 2. Der Betroffene versucht, mindestens einem Gedanken oder einer Handlung Widerstand zu leisten, sogar wenn er sich gegen andere nicht mehr wehrt. 3. Der Gedanke oder die Handlung sind an sich nicht angenehm. 4. Wiederholung der Gedanken, Vorstellungen oder Impulse auf unangenehme Art. <p>Dazugehörige Begriffe: anankastische Neurose, Zwangsneurose</p> <p>Differentialdiagnose: Depression, Panikattacken oder phobische Symptome, Schizophrenie, Gilles-de-la-Tourette-Syndrom, organische psychische Störungen</p> <p>F 42.0: vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang F 42.1: vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale) F 42.2: Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt</p>



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

8.4 Posttraumatische Belastungsstörung

DSM-IV: Posttraumatische Belastungsstörung (309.81)	ICD-10: Posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1)
<p>A) Konfrontation der Person mit einem traumatischen Ereignis, wobei folgende Kriterien erfüllt wurden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Ereignis beinhaltete den tatsächlichen oder drohenden Tod oder eine ernsthafte Verletzung bzw. die Gefahr einer solchen für die eigene oder eine andere Person. 2. Der Betroffene reagierte mit starker Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen. <p>B) Beharrliches Wiedererleben des traumatischen Ereignisses auf mindestens eine der folgenden Arten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. belastende Erinnerungen 2. belastende Träume 3. Verhalten oder Fühlen, als ob das Ereignis wieder geschehe 4. große psychische Belastung bei Konfrontation mit Reizen, die an das Ereignis erinnern 5. körperliche Reaktion bei Konfrontation mit Reizen, die an das Ereignis erinnern <p>C) Reize, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, werden anhaltend vermieden, oder die allgemeine Reaktivität ist abgeflacht. Mindestens drei der folgenden Symptome:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vermeidung bestimmter Gedanken, Gefühle und Gespräche 2. Vermeidung bestimmter Aktivitäten, Orte und Menschen 3. Unfähigkeit, sich an wichtige Teile des Traumas zu erinnern 4. weniger Interesse oder Teilnahme an wichtigen Aktivitäten 5. eingeschränkter Affekt 6. eingeschränkte Zukunftserwartungen <p>D) anhaltend mindestens zwei Symptome erhöhten Arousal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ein- oder Durchschlafprobleme 2. Reizbarkeit oder Wutanfälle 3. Konzentrationsprobleme 	<p>Verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein schwer traumatisches Ereignis oder eine überaus bedrohliche Situation, die innerhalb von sechs Monaten danach auftritt.</p> <p>Zu den Merkmalen gehören die wiederholte unvermeidliche Erinnerung oder Wiederinszenierung des Traumas im Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen, emotionaler Rückzug, Gefühlsabstumpfung und Teilnahmslosigkeit, Anhedonie, Vermeidung von Reizen, die an das Trauma erinnern, und Furcht vor den entsprechenden Reizen. Außerdem kommt es zu Übererregtheit, Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit. Häufig treten Angst, Depression, Suizidgedanken und Substanzmissbrauch hinzu.</p> <p>Leitlinien: Die Diagnose wird nur gestellt, wenn die Symptome innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatischen Ereignis auftreten. Die Erinnerung oder Wiederinszenierung des Ereignisses muss für eine Diagnose vorliegen; die emotionale Abstumpfung, die Vermeidung und die vegetativen Störungen müssen nicht unbedingt vorhanden sein.</p> <p>Folgen einer Belastung, die noch Jahrzehnte danach bestehen, werden als andauernde Persönlichkeitsänderungen nach einer Extrembelastung (F 62.0) klassifiziert.</p> <p>Dazugehörige Begriffe: Fremdneurose, traumatische Neurose</p>


**DIAGNOSE-
KRITERIEN**



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

DSM-IV: Posttraumatische Belastungsstörung (309.81)	ICD-10: Posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1)
<p>4. überhöhte Wachsamkeit 5. übertriebene Schreckreaktion E) Die Dauer beträgt mehr als einen Monat. F) Leiden oder Beeinträchtigungen in wichtigen Funktionsbereichen</p> <p>Bestimme, ob:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ akut, d. h. weniger als drei Monate ▶ chronisch, d. h. mehr als drei Monate ▶ mit verzögertem Beginn, d. h. Beginn erst sechs Monate nach dem Ereignis 	



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

8.5 Dissoziative Störungen

Multiple Persönlichkeitsstörung bzw. dissoziative Identitätsstörung

DSM-IV: Dissoziative Identitätsstörung (300.14)	ICD-10: Multiple Persönlichkeitsstörung (F 44.81) (unter sonstige dissoziative Störungen)
<p>A) Vorliegen zweier oder mehr unterscheidbarer Identitäten oder Persönlichkeitszuständen in einer Person mit jeweils eigenen Wahrnehmungs-, Beziehungs- und Denkmustern</p> <p>B) Mindestens zwei davon übernehmen wiederholt die Kontrolle über das Verhalten des Betroffenen.</p> <p>C) Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern</p> <p>D) Die Symptome lassen sich nicht durch die körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors erklären. Hinweis: Bei Kindern gehen die Symptome nicht auf imaginäre Spielkameraden oder andere Phantasiespiele zurück.</p>	<p>Vorhandensein von zwei oder mehr Persönlichkeiten bei einem Menschen, wobei immer nur eine auf einmal sichtbar ist. Jede der Persönlichkeiten hat eigene Erinnerungen, Verhaltensweisen und Vorlieben, die sich von der prämorbidem Persönlichkeit stark unterscheiden können. Der erste Persönlichkeitswechsel tritt plötzlich und im Zusammenhang mit traumatischen Ereignissen auf. Spätere Wechsel werden durch belastende Ereignisse oder in der Therapie durch Hypnose, Entspannung oder Techniken zum Abreagieren ausgelöst.</p>



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

Dissoziative Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung
bzw. Konversionsstörung

DSM-IV: Konversionsstörung (300.11)	ICD-10: Dissoziative Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung (F 44.4 – F 44.7)
<p>A) Symptome oder Ausfälle willkürlicher motorischer oder sensorischer Funktionen</p> <p>B) Die Symptome stehen im Zusammenhang mit psychischen Faktoren, weil Konflikte o. Ä. dem Beginn oder einer Verschlimmerung vorausgehen.</p> <p>C) keine absichtliche Erzeugung oder Vortäuschung</p> <p>D) Die Symptome lassen sich nicht ganz durch einen medizinischen Krankheitsfaktor, eine Substanz oder eine kulturell sanktionierte Art des Verhaltens oder Erlebens erklären.</p> <p>E) Die Symptome führen zu Leiden oder Beeinträchtigungen in wichtigen Funktionsbereichen oder rechtfertigen eine medizinische Abklärung.</p> <p>F) Es handelt sich nicht nur um Schmerz oder eine sexuelle Funktionsstörung, und die Symptome treten nicht nur während einer Somatisierungsstörung auf und lassen sich nicht besser durch eine andere psychische Störung erklären.</p> <p>Bestimme den Typus:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ mit motorischen Symptomen oder Ausfällen ▶ mit sensorischen Symptomen oder Ausfällen ▶ mit Anfällen oder Krämpfen ▶ mit gemischtem Erscheinungsbild 	<p>Verlust oder Veränderung von Bewegungsfunktionen oder Sinnesempfindungen ohne körperliche Ursache. Häufig entsprechen die Symptome den Vorstellungen des Betroffenen von Krankheiten. Durch die entstehende Behinderung kann der Betroffene einem oft verleugneten Konflikt entgehen oder eine Verstimmung ausdrücken. Der Grad der Behinderung kann wechseln und zur Aufmerksamkeitssuche eingesetzt werden. Nicht immer lässt sich ein Zusammenhang mit psychischem Stress zeigen. Meistens finden sich prämorbid Auffälligkeiten in den Beziehungen und der Persönlichkeit.</p> <p>Leitlinien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Körperliche Krankheit als Ursache ist auszuschließen. 2. Der psychologische und soziale Hintergrund sowie Beziehungen des Patienten sollten bekannt sein, um das Auftreten der Krankheit erklären zu können. <p>Bei neurologischen Erkrankungen und gut angepassten Personen mit normalen Beziehungen nur zurückhaltend diagnostizieren. Mit möglichen körperlichen Krankheiten ist zu rechnen.</p> <p>Differentialdiagnose: Progressive neurologische Störungen, z. B. multiple Sklerose, somatoforme Störungen, Neurasthenie, isolierte dissoziative Symptome im Rahmen von Schizophrenie oder schwerer Depression, Simulation</p> <p>F 44.4: dissoziative Bewegungsstörungen F 44.5: dissoziative Krampfanfälle F 44.6: dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen F 44.7: dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) gemischt</p>



Martin Hautzinger ·
 Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
 Psychische Störungen
 kompakt**
 ISBN 978-3-621-27755-6

8.6 Somatoforme Störungen

Somatisierungsstörung

DSM-IV: Somatisierungsstörung (300.81)	ICD-10: Somatisierungsstörung (F 45.0)
<p>A) Vorgeschichte mit vielen körperlichen Beschwerden mit Beginn vor dem 30. Lebensjahr, die jahrelang auftraten und der Grund einer Behandlung oder deutlicher Beeinträchtigungen in wichtigen Funktionsbereichen waren.</p> <p>B) Erfüllung folgender Kriterien im Verlauf der Störung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Schmerzsymptome in mindestens vier verschiedenen Körperbereichen oder Funktionen 2. zwei gastrointestinale Symptome außer Schmerzen 3. ein sexuelles Symptom außer Schmerzen 4. ein pseudoneurologisches Symptom <p>C) Entweder 1. oder 2.:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keines der Symptome lässt sich durch einen medizinischen Krankheitsfaktor oder eine Substanz ganz erklären. 2. Beim Vorliegen eines medizinischen Krankheitsfaktors gehen die Beschwerden oder Beeinträchtigungen über das zu Erwartende hinaus. <p>D) keine absichtliche Erzeugung oder Vortäuschung</p>	<p>Verschiedene und wechselnde körperliche Symptome über mehrere Jahre hinweg. Die Betroffenen haben eine lange Krankengeschichte mit vielen ergebnislosen Untersuchungen und Operationen. Häufig kommen Depression und Angst hinzu. Die Symptome stehen oft in Verbindung mit gestörten sozialen Beziehungen. Durch zahlreiche Verschreibungen kann es zu Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit kommen.</p> <p>Leitlinien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mindestens zwei Jahre lang mehrere verschiedene körperliche Symptome ohne ausreichende somatische Erklärung 2. Der Betroffene weigert sich anzunehmen, dass es keine körperliche Erklärung gibt. 3. Beeinträchtigung sozialer Funktionen durch die Symptome und das Krankheitsverhalten <p>Dazugehörige Begriffe: multiples Beschwerdesyndrom, multiple psychosomatische Störung</p> <p>Differentialdiagnose: körperliche Störungen, affektive und ängstliche Störungen, hypochondrische Störung, wahnhaftige Störungen</p>


**DIAGNOSE-
KRITERIEN**



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung bzw. Schmerzstörung

DSM-IV: Schmerzstörung ▶ in Verbindung mit psychischen Faktoren (307.80) ▶ in Verbindung mit sowohl psychischen Faktoren wie einem medizinischen Krankheitsfaktor (307.89)	ICD-10: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F 45.4)
<p>A) Schmerzen in einem oder mehreren anatomischen Bereichen, die schwer genug sind, um klinisch beachtet zu werden</p> <p>B) Leiden oder Beeinträchtigungen in wichtigen Funktionsbereichen</p> <p>C) Für Beginn, Schwere und Aufrechterhaltung der Schmerzen spielen psychische Faktoren eine wichtige Rolle.</p> <p>D) keine absichtliche Erzeugung oder Vortäuschung</p> <p>E) Die Schmerzen lassen sich nicht besser durch eine affektive, Angst- oder psychotische Störung erklären, und es handelt sich nicht um Dyspareunie.</p> <p>Bestimme, ob:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ akut: Dauer bis zu sechs Monaten ▶ chronisch: Dauer mindestens sechs Monate 	<p>Andauernder, schwerer körperlicher Schmerz, der durch physiologische Ursachen nicht vollständig erklärt werden kann und im Zusammenhang mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen steht. Daraus resultieren in der Regel Betreuung oder Zuwendung vonseiten anderer.</p> <p>Differentialdiagnose: histrionische Verarbeitung organisch bedingter Schmerzen, Somatisierungsstörungen</p> <p>Dazugehörige Begriffe: Psychalgie, psychogener Rücken- oder Kopfschmerz, somatoforme Schmerzstörung</p> <p>Ausschluss: nbn Rückenschmerz (M 54.9), nbn Schmerz (akut oder chronisch) (R 52), Spannungskopfschmerz (G 44.2)</p>



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

9 Essstörungen

9.1.1 Anorexia nervosa

DSM-IV: Anorexia Nervosa (307.1)	ICD-10: Anorexia nervosa (F 50.0)
<p>A) Weigerung, ein mindestens normales Körpergewicht (Alter und Größe entsprechend) zu halten; d. h., das Körpergewicht beträgt weniger als 85 % des zu erwartenden Gewichts.</p> <p>B) ausgeprägte Angst vor Gewichtszunahme trotz Untergewichts</p> <p>C) Gestörte Wahrnehmung der eigenen Figur; Figur und Gewicht spielen eine übertriebene Rolle für den Selbstwert; oder Leugnung, welche Bedeutung das geringe Gewicht hat.</p> <p>D) Amenorrhoe bei Frauen, d. h., mindestens drei Menstruationszyklen bleiben hintereinander aus.</p> <p>Bestimme den Typus:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ restriktiver Typus: keine Fressanfälle oder kein Purging-Verhalten ▶ Binge-Eating/Purging-Typus: mit Fressanfällen und Purging-Verhalten 	<p>Absichtlich herbeigeführter und aufrechterhaltener Gewichtsverlust, der mit Unterernährung verbunden ist, so dass es zu körperlichen Funktionsstörungen kommen kann.</p> <p>Leitlinien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Körpergewicht mindestens 15 % unter dem Normalgewicht oder BMI von 17,5 oder weniger 2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch: <ol style="list-style-type: none"> a) Vermeidung von Speisen mit viel Kalorien und mindestens eine der folgenden Handlungen: b) Erbrechen c) Abführen d) Einnahme von Appetitzüglern oder Diuretika 3. Körperschema-Störung: tief verwurzelte Angst vor Gewichtszunahme und sehr niedrige akzeptierte Gewichtsschwelle 4. endokrine Störung der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse; äußert sich bei Frauen als Amenorrhoe und bei Männern in Libido- und Potenzverlust 5. bei Beginn vor der Pubertät Verzögerung der Entwicklung <p>F 50.00: Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme F 50.01: Anorexie mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme</p> <p>Differentialdiagnose: depressive und Zwangssymptome, Persönlichkeitsstörung, somatische Ursachen des Gewichtsverlusts</p> <p>Ausschluss: Appetitverlust (R 63.0), psychogener Appetitverlust (F 50.8)</p>



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

9.1.2 Bulimia nervosa

DSM-IV: Bulimia Nervosa (307.51)	ICD-10: Bulimia nervosa (F 50.2)
<p>A) Wiederholt Episoden von Fressattacken, gekennzeichnet durch:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verzehr einer sehr großen Nahrungsmenge in kurzer Zeit 2. Gefühl mangelnder Kontrolle über das Essverhalten <p>B) wiederholt Anwendung von unangemessenen gegensteuernden Maßnahmen, z. B. Erbrechen</p> <p>C) Dauer mindestens drei Monate (mind. zweimal pro Woche).</p> <p>D) großer Einfluss von Figur und Gewicht auf den Selbstwert</p> <p>E) nicht nur während einer Anorexia nervosa</p> <p>Bestimme den Typus:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Purging-Typus: Induzierung von Erbrechen oder Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder Klistieren ▶ Nicht-Purging-Typus: andere einer Zunahme gegensteuernde Maßnahmen, z. B. Fasten oder Sport, aber kein Purging-Verhalten 	<p>Heißhungeranfälle und übertriebene Beschäftigung mit der Kontrolle des Körpergewichts, was die Betroffenen dazu bringt, einer Gewichtszunahme entgegenwirkende Maßnahmen zu ergreifen. Bulimia nervosa kann vor oder nach einer Anorexia auftreten. Durch Erbrechen kann es zu Elektrolytstörungen, körperlichen Problemen und Gewichtsverlust kommen.</p> <p>Leitlinien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. übertriebene Beschäftigung mit Essen, Heißhunger und Essattacken 2. Versuche, einer Gewichtszunahme entgegenzusteuern, z. B. durch Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln etc. 3. krankhafte Angst vor Gewichtszunahme und niedrige akzeptierte Gewichtsgrenze; in der Vorgeschichte häufig Anorexia nervosa. <p>Differentialdiagnose: Störung des oberen Gastrointestinaltraktes mit Erbrechen, Störung der Persönlichkeit, depressive Störung</p>



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

10 Sexuelle Störungen

10.1 Sexuelle Funktionsstörungen

DSM-IV: Sexuelle Funktionsstörungen (302.7)	ICD-10: Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch organische Störungen oder Erkrankungen (F 52)
<p>Störungen der sexuellen Appetenz (302.71)</p> <p>A) anhaltender und wiederkehrender Mangel an sexuellen Phantasien und des Verlangens nach sexueller Aktivität</p> <p>B) Die Störung verursacht deutliches Leiden oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten.</p> <p>C) Die Störung kann nicht besser durch eine anderer Störung der Achse I erklärt werden und geht nicht ausschließlich auf die Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück.</p>	<p>Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen (F 52.0)</p>
<p>Störung mit sexueller Aversion (302.79)</p> <p>A) anhaltende und wiederkehrende Aversion gegenüber und Vermeidung von jeglichem genitalem Kontakt mit einem Sexualpartner</p> <p>B) und C) wie oben</p>	<p>Sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung (F 52.1)</p> <p>Die Vorstellung von Sexualität ist mit stark negativen Gefühlen verbunden und erzeugt Angst vor sexuellen Handlungen.</p>
<p>Störung der sexuellen Erregung (302.72)</p> <p>A) anhaltende und wiederkehrende Unfähigkeit, Lubrikation, Anschwellung der äußeren Genitale bzw. adäquate Erektion als Zeichen sexueller Erregung zu erlangen oder bis zur Beendigung der sexuellen Aktivität aufrechtzuerhalten</p> <p>B) und C) wie oben</p>	<p>Versagen genitaler Reaktionen (F 52.2)</p> <p>Erektionsstörung: Schwierigkeit, die für einen befriedigenden Geschlechtsverkehr notwendige Erektion zu erlangen oder aufrechtzuerhalten.</p> <p>Mangel oder Ausfall der vaginalen Lubrikation</p>
<p>Orgasmusstörung (302.73)</p> <p>A) anhaltende und wiederkehrende Verzögerung oder Ausbleiben des Orgasmus nach einer normalen, adäquaten sexuellen Erregungsphase während einer sexuellen Aktivität</p> <p>B) und C) wie oben</p>	<p>Orgasmusstörung (F 52.3)</p> <p>Orgasmus tritt nicht oder nur stark verzögert ein.</p>


**DIAGNOSE-
KRITERIEN**



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

DSM-IV: Sexuelle Funktionsstörungen (302.7)	ICD-10: Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch organische Störungen oder Erkrankungen (F 52)
<p>Ejaculatio Praecox (302.75) A) anhaltendes und wiederkehrendes Auftreten einer Ejakulation bei minimaler sexueller Stimulation, vor, bei oder kurz nach der Penetration und bevor die Person es wünscht. Hinweis: Die Länge der Erregungsphase, das Lebensalter, die Vertrautheit mit dem Sexualpartner, die Situation sowie die Häufigkeit sexueller Aktivitäten muss berücksichtigt werden. B) und C) wie oben</p>	<p>Ejaculatio Praecox (F 52.4) Unfähigkeit, die Ejakulation ausreichend zu kontrollieren, so dass der Geschlechtsverkehr für beide Partner befriedigend ist</p>
<p>Dyspareunie (302.76) A) anhaltende und wiederkehrende Schmerzen in Verbindung mit dem Geschlechtsverkehr B) und C) wie oben</p>	<p>Dyspareunie (F 52.6) Schmerzen während des Sexualverkehrs</p>
<p>Vaginismus (302.51) A) anhaltende und wiederkehrende unwillkürliche Spasmen der Muskulatur des äußeren Drittels der Vagina, die den Geschlechtsverkehr beeinträchtigen B) und C) wie oben</p>	<p>Vaginismus (F 52.5) Spasmus der die Vagina umgebenden Beckenbodenmuskulatur, wodurch der Scheideneingang verschlossen wird</p>



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

10.2 Weitere Störungen im Zusammenhang mit Sexualität

10.2.1 Störungen der Geschlechtsidentität

DSM-IV: Geschlechtsidentitätsstörung ▶ bei Kindern (302.6) ▶ bei Jugendlichen oder Erwachsenen (302.85)	ICD-10: Störungen der Geschlechtsidentität (F 64) ▶ Transsexualismus (F 64.0) ▶ Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters (F 64.2)
<p>A) Starkes und andauerndes Gefühl der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht. Bei Kindern vier oder mehr der folgenden Merkmale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. wiederholte Äußerungen, dem anderen Geschlecht angehören zu wollen oder anzugehören 2. Neigung, Kleidung des anderen Geschlechts zu tragen 3. Auftreten als Angehöriger des anderen Geschlechts in Phantasie- und Rollenspielen oder Phantasien davon 4. Verlangen, Dinge zu tun, die für das andere Geschlecht typisch sind 5. bevorzugt Spielgefährten des anderen Geschlechts <p>Bei Jugendlichen und Erwachsenen: Verlangen nach Zugehörigkeit zum und Auftreten als Angehöriger des anderen Geschlechts; Verlangen, entsprechend zu leben oder behandelt zu werden, oder Überzeugung, für das andere Geschlecht typische Gefühle und Reaktionen aufzuweisen</p> <p>B) Andauerndes Unbehagen über das biologische Geschlecht oder Gefühl der falschen Geschlechtsrolle. Jungen behaupten, ihre Geschlechtsteile wären abstoßend oder würden verschwinden, oder es wäre besser, keinen Penis zu haben. Sie lehnen außerdem Jungenspiele und -spielzeug ab. Mädchen wollen nicht im Sitzen urinieren, behaupten, einen Penis zu haben oder zu kriegen oder dass sie keine Brüste oder keine Menstruation bekommen wollen, oder zeigen eine starke Aversion gegen weibliche Kleidung.</p>	<p>Transsexualismus: Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben und anerkannt zu werden, meistens verbunden mit einem Gefühl des Unbehagens über das angebotene Geschlecht. Leitlinien: Die Dauer beträgt mindestens zwei Jahre, wobei das Symptom nicht durch eine andere psychische Störung erklärbar sein darf. Ausschluss von intersexuellen, genetischen oder geschlechtschromosomalen Anomalien.</p> <p>Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters: Leitlinien: Dringender und andauernder Wunsch oder Überzeugung, dem anderen Geschlecht anzugehören, sowie starke Ablehnung von Verhalten, Merkmalen oder Kleidung des eigenen Geschlechts. Beginn immer vor Eintritt der Pubertät, meistens im Vorschulalter. Jungen beschäftigen sich oft mit Mädchenspielen und -aktivitäten und tragen gern weibliche Kleidung. Sie spielen sehr gern mit weiblichen Puppen und bevorzugen Mädchen als Spielgefährten. All dies führt häufig zur sozialen Ächtung. Ein bis zwei Drittel entwickeln eine homosexuelle Orientierung, aber nur sehr wenige werden zu Transsexuellen. Bei Mädchen scheint die Störung seltener aufzutreten. Auch sie zeigen gegen geschlechtliche Verhaltensweisen, bevorzugen Spielkameraden des anderen Geschlechts und Jungenspiele. Die soziale Ächtung ist meistens nicht so schlimm wie bei den Jungen. Einige Mädchen be-</p>


**DIAGNOSE-
KRITERIEN**



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

DSM-IV: Geschlechtsidentitätsstörung ▶ bei Kindern (302.6) ▶ bei Jugendlichen oder Erwachsenen (302.85)	ICD-10: Störungen der Geschlechtsidentität (F 64) ▶ Transsexualismus (F 64.0) ▶ Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters (F 64.2)
<p>Jugendliche und Erwachsene sind von dem Gedanken eingenommen, ihre Geschlechtsmerkmale loszuwerden, oder dem Glauben, im falschen Geschlecht geboren zu sein.</p> <p>C) kein somatisches Intersex-Syndrom D) Leiden oder Beeinträchtigungen in wichtigen Funktionsbereichen</p> <p>Bestimme, ob: sexuell orientiert auf Männer/Frauen/ beide Geschlechter/weder noch</p>	<p>halten die männliche Identifikation bei und werden homosexuell. In seltenen Fällen zeigt sich eine Nichtanerkennung des angeborenen Geschlechts.</p> <p>Ausschluss: ichdystone sexuelle Orientierung, sexuelle Reifungsstörung</p>



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

10.2.2 Störungen der Sexualpräferenz

DSM-IV: Paraphilien	ICD-10: Störungen der Sexualpräferenz
<p>Exhibitionismus (302.4)</p> <p>A) Über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten wiederkehrende intensive sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die das Zur-schaustellen der eigenen Genitalien gegenüber einem nichtsahnenden Fremden beinhalten</p> <p>B) Die Phantasien, sexuell dranghaften Bedürfnisse oder Verhaltensweisen verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen.</p>	<p>Exhibitionismus (F 65.2)</p> <p>Es besteht die wiederholte oder ständige 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, oft kommt es zur Masturbation.</p>
<p>Fetischismus (302.81)</p> <p>A) Über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten wiederkehrende intensive sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die den Gebrauch von unbelebten Objekten beinhalten.</p> <p>B) wie oben</p> <p>C) Die fetischistischen Objekte beschränken sich nicht auf Kleidung (wie beim transvestitischen Fetischismus) oder auf Geräte (wie z. B. Vibrator).</p>	<p>Fetischismus (F 65.0)</p> <p>Gebrauch toter Objekte als Stimuli für die sexuelle Erregung und zur sexuellen Befriedigung</p>
<p>Frotteurismus (302.89)</p> <p>A) Über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten wiederkehrende intensive sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die das Berühren und Sichreiben an einer nicht einwilligenden Person beinhalten.</p> <p>B) wie oben</p>	



DSM-IV: Paraphilien	ICD-10: Störungen der Sexualpräferenz
<p>Pädophilie (302.2)</p> <p>A) Über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten wiederkehrende intensive sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die sexuelle Handlungen mit einem präpubertären Kind oder Kindern (i.d.R. 13 Jahre oder jünger) beinhalten.</p> <p>B) wie oben</p> <p>C) Die Person ist mindestens 16 Jahre alt und mindestens 5 Jahre älter als das Kind oder die Kinder nach Kriterium A.</p>	<p>Pädophilie (F 65.4)</p> <p>Sexuelle Präferenz für Kinder, die sich zumindest in der Vorpubertät oder im frühen Stadium der Pubertät befinden. Pädophilie kommt selten bei Frauen vor. Ein einzelner Vorfall erfüllt die für die Diagnosestellung geforderten anhaltende oder vorherrschende Veranlagung nicht, insbesondere wenn der Handelnde selbst noch ein Jugendlicher ist.</p>
<p>Sexueller Masochismus (302.83)</p> <p>A) Über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten wiederkehrende intensive sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die einen Akt der Demütigung, des Geschlagen- bzw. Gefesseltwerdens oder sonstige Leiden beinhalten.</p> <p>B) wie oben</p> <p>Sexueller Sadismus (302.84)</p> <p>A) Über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten wiederkehrende intensive sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die Handlungen beinhalten, in denen das psychische oder physische Leiden des Opfers für die Person sexuell erregend ist.</p> <p>B) wie oben</p>	<p>Sadomasochismus (F 65.5)</p> <p>Es werden sexuelle Aktivitäten mit Zufügung von Schmerzen, Erniedrigung oder Fesseln bevorzugt. Wenn die betreffende Person diese Art der Stimulation gern erleidet, handelt es sich um Masochismus; wenn sie sie jemand anderem zufügt, um Sadismus. Oft empfindet die betreffende Person dabei sexuelle Erregung.</p>
<p>Transvestitischer Fetischismus (302.3)</p> <p>A) Über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten wiederkehrende intensive sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die das Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts beinhalten.</p> <p>B) wie oben</p>	<p>Fetichistischer Transvestitismus (F 65.1)</p> <p>Bekleidung des anderen Geschlechts wird hauptsächlich zur Erreichung sexueller Erregung getragen.</p>


**DIAGNOSE-
KRITERIEN**



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

DSM-IV: Paraphilien	ICD-10: Störungen der Sexualpräferenz
<p>Voyeurismus (302.82) A) Über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten wiederkehrende intensive sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, welche die Beobachtung einer nichtsahnenden Person beinhalten, die nackt ist, sich gerade entkleidet oder sexuelle Handlungen ausführt. B) wie oben</p>	<p>Voyeurismus (F 65.3) Wiederholt auftretender oder ständiger Drang, anderen Menschen bei sexuellen Aktivitäten oder Intimitäten, wie z. B. Entkleiden, zuzusehen. Dies passiert in der Regel heimlich und führt zu sexueller Erregung und Masturbation.</p>



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

II Persönlichkeitsstörungen

II.1 Überblick über die Persönlichkeitsstörungen

DSM-IV: Persönlichkeitsstörung	ICD-10: Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F 60)
<p>A) Überdauerndes Muster im Erleben und Verhalten, das deutlich von den Erwartungen der Umgebung abweicht; zeigt sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kognition (Wahrnehmung und Interpretation des Selbst, anderer Menschen und von Ereignissen) 2. Affektivität (Variation, Intensität, Labilität und Angemessenheit von Emotionen) 3. Gestaltung von Beziehungen 4. Impulskontrolle <p>B) Das Muster ist unflexibel und greift in vielen persönlichen und sozialen Situationen.</p> <p>C) Leiden oder Beeinträchtigungen in wichtigen Funktionsbereichen</p> <p>D) Stabiles und lang andauerndes Muster mit Beginn im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter</p> <p>E) Die Symptome können nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden.</p> <p>F) Die Symptome lassen sich nicht auf die körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurückführen.</p>	<p>Störung der charakterlichen Konstitution und des Verhaltens in mehreren Bereichen der Persönlichkeit, was sehr häufig zu persönlichen und sozialen Beeinträchtigungen führt</p> <p>Leitlinien: Die Symptome lassen sich nicht auf Hirnschädigungen oder -krankheiten oder andere psychiatrische Störungen zurückführen und erfüllen folgende Kriterien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unausgeglichenheit von Einstellungen von Verhalten in mehreren Funktionsbereichen (Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmung, Denken, Beziehungen) 2. andauerndes und gleichförmiges Verhaltensmuster 3. Das Muster ist tiefgreifend und in vielen Situationen unpassend. 4. Beginn in der Kindheit oder Jugend, gefolgt von dauerhafter Manifestation im Erwachsenenalter. 5. subjektives Leiden. 6. Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit

**DIAGNOSE-
KRITERIEN**



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

11.2 Dissoziale Persönlichkeitsstörung

DSM-IV: Antisoziale Persönlichkeitsstörung (301.7)	ICD-10: Dissoziale Persönlichkeitsstörung (F 60.2)
<p>A) Missachtung und Verletzung der Rechte anderer seit dem 15. Lebensjahr. Mindestens drei der folgenden Kriterien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wiederholtes Versagen, sich an das Gesetz und gesellschaftliche Normen zu halten, so dass eine Festnahme gerechtfertigt wäre 2. Falschheit, z. B. Lügen und Betrügen zum eigenen Vorteil oder aus Spaß 3. Impulsivität oder Unfähigkeit, vorausschauend zu planen 4. Reizbarkeit und Aggressivität (wiederholte Schlägereien oder Überfälle) 5. Missachtung der eigenen und der Sicherheit anderer 6. Verantwortungslosigkeit, was sich wiederholt in dem Versagen äußert, eine Tätigkeit dauerhaft auszuüben oder finanzielle Verpflichtungen zu erfüllen 7. Mangel an Reue (Gleichgültigkeit oder Rationalisierung bei der Schädigung anderer Menschen) <p>B) Das Mindestalter beträgt 18 Jahre. C) Störung des Sozialverhaltens schon vor dem 15. Lebensjahr. D) Die Merkmale zeigen sich nicht nur während einer Schizophrenie oder einer manischen Episode.</p>	<p>Große Diskrepanz zwischen dem Verhalten und sozialen Normen, charakterisiert durch:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Herzlosigkeit, was die Gefühle anderer angeht 2. Verantwortungslosigkeit und Missachtung von Normen, Regeln und Verpflichtungen 3. Unfähigkeit, Beziehungen länger beizubehalten 4. geringe Frustrationstoleranz und niedrige Aggressionsschwelle 5. Unfähigkeit, sich schuldig zu fühlen oder aus Erfahrungen, v. a. aus Bestrafung, zu lernen 6. Bei Konflikten mit der Gesellschaft kommt es zur Beschuldigung anderer oder zur Rationalisierung. <p>Ein weiteres Merkmal kann Reizbarkeit sein. Für die Diagnose stützend, aber nicht notwendig ist eine Störung des Sozialverhaltens in Kindheit und Jugend.</p> <p>Dazugehörige Begriffe: amoralische, antisoziale, asoziale, psychopathische und soziopathische Persönlichkeit(störung)</p> <p>Ausschluss: emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Störungen des Sozialverhaltens</p>



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

11.3 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung

DSM-IV: Borderline-Persönlichkeitsstörung (301.83)	ICD-10: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F 60.3) ▶ impulsiver Typus (F 60.30) ▶ Borderline-Typus (F 60.31)
<p>Instabilität in Beziehungen, Selbstbild und Affekten sowie Impulsivität mit Beginn im frühen Erwachsenenalter. Mindestens fünf der folgenden Kriterien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verzweifeltes Bemühen, Verlassenwerden zu vermeiden. Hinweis: Suizidale oder selbstverletzendes Verhalten wird hier nicht berücksichtigt. 2. instabile, intensive Beziehungen, gekennzeichnet durch einen Wechsel zwischen Idealisierung und Entwertung 3. Identitätsstörung, d. h. Instabilität von Selbstbild oder Selbstwahrnehmung 4. Impulsivität in mindestens zwei Bereichen, die selbstschädigend sein können 5. wiederholt suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen, -drohungen oder Selbstverletzung 6. affektive Instabilität aufgrund einer hohen Reaktivität der Stimmung 7. chronische innere Leere 8. unangemessene oder unkontrollierbare Wut 9. vorübergehend paranoide Vorstellungen oder dissoziative Symptome, ausgelöst durch Belastungen 	<p>Tendenz zu Impulsivität ohne Berücksichtigung der Folgen und zu wechselhafter Stimmung. Die Planungsfähigkeit ist gering, und es kommt schnell zu Wutausbrüchen und Gewalt. Diese Persönlichkeitsstörung hat zwei Erscheinungsformen, wobei bei beiden Impulsivität und mangelnde Selbstkontrolle auftreten.</p> <p>impulsiver Typus: Wesentlich sind emotionale Instabilität und ein Mangel an Impulskontrolle. Vor allem bei Kritik kann es zu gewalttätigen oder bedrohlichen Verhaltensausbrüchen kommen. Ausschluss: dissoziale Persönlichkeit</p> <p>Borderline-Typus: Symptome sind emotionale Instabilität sowie Unklarheiten oder Störungen von Selbstbild, Zielen und inneren Präferenzen. In den meisten Fällen leiden die Betroffenen an chronischer innerer Leere. Die intensiven, aber unbeständigen Beziehungen können emotionale Krisen nach sich ziehen, die gekennzeichnet sind durch übertriebene Bemühungen, nicht verlassen zu werden, Selbstmorddrohungen oder selbstschädigendes Verhalten.</p>



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

12 Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter

12.1 Intelligenzminderung

DSM-IV: Geistige Behinderung	ICD-10: Intelligenzminderung
<ul style="list-style-type: none"> ▶ leichte geistige Behinderung (317) ▶ mittelschwere geistige Behinderung (318.0) ▶ schwere geistige Behinderung (318.1) ▶ schwerste geistige Behinderung (318.2) ▶ geistige Behinderung mit unspezifischem Schweregrad (319) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ leichte Intelligenzminderung (F 70) ▶ mittelgradige Intelligenzminderung (F 71) ▶ schwere Intelligenzminderung (F 72) ▶ schwerste Intelligenzminderung (F 73) ▶ sonstige Intelligenzminderung (F 78) ▶ nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung (F 79)
<p>A) deutlich unterdurchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit, d. h. ein IQ von 70 oder geringer</p> <p>B) Defizite oder Beeinträchtigungen der sozialen Anpassungsfähigkeit in mindestens zwei der folgenden Bereichen: Kommunikation, Selbständigkeit, häusliches Leben, soziale Kompetenz, Nutzung öffentlicher Institutionen, Selbstbestimmung, Schule, Arbeit, Freizeit, Gesundheit, Sicherheit</p> <p>C) Beginn vor dem 18. Lebensjahr</p> <p>Kodierung:</p> <p>317 leichte geistige Behinderung: IQ 50–55 bis 70</p> <p>318.0 mittelschwere geistige Behinderung: IQ 35–40 bis 50–55</p> <p>318.1 schwere geistige Behinderung: IQ 20–25 bis 35–40</p> <p>318.2 schwerste geistige Behinderung: IQ unter 20–25</p> <p>319 geistige Behinderung mit unspezifischem Schweregrad: Die Intelligenz lässt sich nicht mit einem Standard-Test messen.</p>	<p>Bei einer Intelligenzminderung handelt es sich um eine unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, wobei insbesondere Fertigkeiten beeinträchtigt sind, welche die Intelligenz ausmachen.</p> <p>Leitlinien: Die Intelligenz sollte anhand aller verfügbaren Informationen eingeschätzt werden. Es besteht ein vermindertes Intelligenzniveau, das zu einer erschwerten Anpassung an alltägliche Anforderungen führt. Der IQ, erfasst über einen standardisierten, kulturell angepassten, individuell durchgeführten Intelligenztest, dient als Richtlinie.</p> <p>F 70 leichte Intelligenzminderung: IQ 50–69</p> <p>F 71 mittelgradige Intelligenzminderung: IQ 35–49</p> <p>F 72 schwere Intelligenzminderung: IQ 20–34</p> <p>F 73 schwerste Intelligenzminderung: IQ unter 20</p>



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

12.2 Frühkindlicher Autismus

DSM-IV: Autistische Störung (299.00)	ICD-10: Frühkindlicher Autismus (F 84.0)
<p>A) Mindestens sechs Kriterien aus 1) bis 3), wobei mindestens zwei aus 1) und jeweils eines aus 2) und 3) vorliegen müssen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion: <ol style="list-style-type: none"> a) Beeinträchtigungen im Gebrauch nonverbaler Verhaltensweisen b) Unfähigkeit, angemessene Beziehungen zu Gleichaltrigen herzustellen c) Unfähigkeit, Freude, Interessen oder Erfolge spontan mit anderen zu teilen d) mangelnde sozioemotionale Wechselseitigkeit 2. Beeinträchtigungen der Kommunikation: <ol style="list-style-type: none"> a) verzögerte Entwicklung oder Ausbleiben des Sprechens b) beeinträchtigte Fähigkeit, Gespräche zu beginnen oder fortzusetzen c) stereotypes Sprechen oder idiosynkratische Sprache d) Fehlen von angemessenen Rollenspielen oder sozialen Interaktionsspielen 3. eingeschränkte, repetitive und stereotype Aktivitäten und Interessen: <ol style="list-style-type: none"> a) stereotype und begrenzte Interessen von abnormem Inhalt und Intensität b) Festhaltens an nicht funktionalen Gewohnheiten oder Ritualen c) stereotype und repetitive Bewegungen d) andauernde Beschäftigung mit Teilen von Objekten <p>B) Beginn vor Ende des dritten Lebensjahres und Verzögerungen oder Abnormitäten in mindestens einem der folgenden Bereiche:</p>	<p>Tiefgreifende Entwicklungsstörung mit Manifestation vor dem dritten Lebensjahr. Störung der Funktionsfähigkeit in den Bereichen soziale Interaktion, Kommunikation und eingeschränktes repetitives Verhalten.</p> <p>Leitlinien: Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion zeigen sich in:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ unangemessener Einschätzung sozialer und emotionaler Signale ▶ geringem Gebrauch sozialer Signale ▶ mangelnder Integration sozialen, emotionalen und kommunikativen Verhaltens ▶ Fehlen sozialer und emotionaler Gegenseitigkeit <p>Beeinträchtigungen der Kommunikation zeigen sich in:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ fehlendem sozialen Gebrauch der sprachlichen Fähigkeiten ▶ Beeinträchtigungen bei So-tun-als-ob- und Imitationsspielen ▶ fehlender Synchronie und Gegenseitigkeit in Gesprächen ▶ geringer Flexibilität beim Sprechen ▶ fehlender Kreativität und Phantasie ▶ mangelnder emotionaler Resonanz auf Annäherungen anderer Menschen ▶ eingeschränktem Nutzen von Veränderungen der Sprachmelodie ▶ Fehlen von Begleitgestik <p>Eingeschränktes, repetitives und stereotypes Verhalten und Interessen zeigen sich in:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Neigung, alltägliche Aufgaben zum Teil starr und routiniert durchzuführen ▶ spezifischen Bindungen an ungewöhnliche Objekte, besonders in der frühen Kindheit ▶ bedeutungslosen Ritualen ▶ stereotypen Auseinandersetzungen mit Daten, Routen und Fahrplänen ▶ motorischen Stereotypen


**DIAGNOSE-
KRITERIEN**



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

DSM-IV: Autistische Störung (299.00)	ICD-10: Frühkindlicher Autismus (F 84.0)
<ol style="list-style-type: none"> 1. soziale Interaktion 2. Sprache 3. symbolisches oder Phantasiespiel <p>C) Die Symptome lassen sich nicht besser durch die Rett-Störung oder die desintegrative Störung im Kindesalter erklären.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Interesse an unwichtigen Teilen von Objekten ▶ Widerstand gegenüber Veränderungen <p>Es können weitere Probleme hinzutreten, z. B. Ängste, Schlaf- und Essstörungen, Wutausbrüche, Aggressivität, Selbstverletzung, Mangel an Spontaneität, Initiative und Kreativität und Entscheidungsschwierigkeiten. Defizite bleiben im Erwachsenenalter bestehen. Bei drei Viertel der Betroffenen liegt Intelligenzmin- derung vor.</p> <p>Ausschluss: autistische Psychopathie</p>



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

12.3 Hyperkinetische Störungen

DSM-IV: Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung ▶ Mischtypus (314.01) ▶ vorwiegend Unaufmerksamer Typus (314.00) ▶ vorwiegend Hyperaktiv-Impulsiver Typus (314.01)	ICD-10: Hyperkinetische Störungen (F 90) ▶ einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F 90.0) ▶ [sonstige: Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F 98.8)] ▶ hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F 90.1)
<p>A) Entweder 1) oder 2):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mindestens sechs der folgenden Symptome der Unaufmerksamkeit in den letzten sechs Monaten: <ol style="list-style-type: none"> a) Nichtbeachten von Einzelheiten oder Flüchtigkeitsfehler b) Probleme, die Aufmerksamkeit über einen längeren Zeitraum aufrechtzuerhalten c) Kind hört anscheinend oft nicht zu, wenn es angesprochen wird. d) erfüllt Anweisungen nicht vollständig und kann Aufgaben nicht zu Ende bringen e) Organisationsschwierigkeiten f) vermeidet Aufgaben, die lang anhaltende geistige Anstrengungen erfordern, oder führt sie nur ungern aus g) verliert häufig Dinge, die es für Aufgaben oder Aktivitäten braucht h) Ablenkbarkeit durch äußere Reize i) Vergesslichkeit bei Alltags-tätigkeiten 2. mindestens sechs der folgenden Symptome von Hyperaktivität und Impulsivität in den letzten sechs Monaten: <p>Hyperaktivität:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Kind zappelt mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum b) steht oft auf, wenn Sitzenbleiben erwartet wird c) läuft und klettert in unpassenden Situationen herum d) kann sich nicht ruhig beschäftigen 	<p>Hyperkinetische Störung:</p> <p>Leitlinien: Hauptsymptome sind eine Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit und Überaktivität in mehr als einer Situation. Aufmerksamkeitsstörungen zeigen sich in:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ vorzeitigem Abbruch von Aufgaben oder Nichtbeenden von Tätigkeiten ▶ häufigem Wechseln von Aktivitäten, wegen Ablenkung durch andere <p>Die Aufmerksamkeits- und Ausdauerdefizite sind in Relation zum Alter und der Intelligenz sehr stark ausgeprägt. Überaktivität oder Ruhelosigkeit zeigt sich in:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Herumlaufen oder -springen ▶ Aufstehen, wenn Sitzenbleiben verlangt wird ▶ Redseligkeit und Lärmen ▶ Wackeln und Zappeln <p>In Relation zu gleichaltrigen Kindern mit ähnlicher Intelligenz ist die Ruhelosigkeit extrem ausgeprägt. Das Verhaltensmuster tritt vor allem in Situationen auf, in denen eine hohe Verhaltenskontrolle erforderlich ist.</p> <p>Es treten oft noch weitere Merkmale auf, die für die Diagnose nicht erforderlich sind: Distanzlosigkeit in Beziehungen, Unbekümmertheit bei Gefahr, impulsives Missachten sozialer Regeln.</p> <p>Der Beginn liegt vor dem sechsten Lebensjahr, und die Störung ist von langer Dauer.</p> <p>Die Diagnose kann auch noch bei Erwachsenen gestellt werden; hierbei ist eine Beurteilung anhand angemessener Normen vonnöten.</p>



DSM-IV: Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung ▶ Mischtypus (314.01) ▶ vorwiegend Unaufmerksamer Typus (314.00) ▶ vorwiegend Hyperaktiv-Impulsiver Typus (314.01)	ICD-10: Hyperkinetische Störungen (F 90) ▶ einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F 90.0) ▶ [sonstige: Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F 98.8)] ▶ hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F 90.1)
<p>e) ruhelos, wie getrieben f) redet übermäßig Impulsivität: g) platzt mit Antworten zu früh heraus h) kann kaum erwarten, an die Reihe zu kommen i) unterbricht und stört andere</p> <p>B) Einige Symptome zeigen sich schon vor dem siebten Lebensjahr. C) Beeinträchtigungen in mindestens zwei Bereichen. D) bedeutsame Beeinträchtigungen im sozialen, schulischen oder beruflichen Bereich E) Die Symptome zeigen sich nicht nur während einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder anderen psychotischen Störung und lassen sich nicht besser durch eine andere psychische Störung erklären.</p> <p>Kodierung: 314.01 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Mischtypus: Erfüllung der Kriterien A1 und A2 in den letzten sechs Monaten 314.00 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, vorwiegend unaufmerksamer Typus: Erfüllung von Kriterium A1, nicht aber A2, in den letzten sechs Monaten 314.01 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus: Erfüllung von Kriterium A2, nicht aber A1, in den letzten sechs Monaten</p>	<p>Differentialdiagnose: Eine tiefgreifende Entwicklungsstörung wird vorrangig diagnostiziert. Die Diagnose einer hyperkinetischen Störung hat Vorrang vor einer Störung des Sozialverhaltens. Die Diagnose einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung wird vergeben, wenn die Kriterien für eine hyperkinetische Störung, nicht aber für eine Störung des Sozialverhaltens (s. u.) erfüllt sind. Wenn die Kriterien für beide Störungen erfüllt sind, wird eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens kodiert. Überaktivität und Unaufmerksamkeit können auch bei Angst oder Depression vorliegen. Bei akutem Einsetzen der Hyperaktivität kann es sich um eine reaktive Störung, einen manischen Zustand, Schizophrenie oder eine neurologische Krankheit handeln.</p> <p>Ausschluss: affektive Störungen, Angststörungen, Schizophrenie, tiefgreifende Entwicklungsstörungen</p>



12.4 Störung des Sozialverhaltens

DSM-IV: Störung des Sozialverhaltens ▶ Typus mit Beginn in der Kindheit (312.81) ▶ Typus mit Beginn in der Adoleszenz (312.82) ▶ unspezifischer Beginn (312.89)	ICD-10: Störungen des Sozialverhaltens (F 91)
<p>A) Stabiles Verhaltensmuster, durch das die Rechte anderer sowie gesellschaftliche Normen verletzt werden. Mindestens drei Kriterien in den letzten zwölf Monaten und mindestens eines davon in den letzten sechs Monaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ aggressives Verhalten gegenüber Mensch und Tier: <ol style="list-style-type: none"> 1. Bedrohung oder Einschüchterung 2. Beginn von Schlägereien 3. Benutzung von Waffen 4. körperliche Grausamkeit gegenüber Menschen 5. Quälen von Tieren 6. Diebstahl in Konfrontation mit einem Opfer 7. Erzwingung sexueller Handlungen ▶ Zerstörung von Eigentum: <ol style="list-style-type: none"> 8. vorsätzliche Brandstiftung 9. vorsätzliche Zerstörung fremden Eigentums ▶ Betrug oder Diebstahl: <ol style="list-style-type: none"> 10. Einbruch 11. Lügen, um Vorteile zu erlangen 12. Diebstahl ohne Konfrontation mit einem Opfer ▶ schwere Regelverstöße: <ol style="list-style-type: none"> 13. verbotenes Wegbleiben über Nacht schon vor dem Alter von 13 14. Weglaufen von zu Hause 15. häufiges Schuleschwänzen schon vor dem Alter von 13 <p>B) bedeutsame Beeinträchtigung im sozialen, schulischen oder beruflichen Bereich.</p> <p>C) Bei Personen über 18 liegt keine antisoziale Persönlichkeitsstörung vor.</p> <p>Bestimme den Schweregrad: leicht, mittelschwer, schwer</p>	<p>Wiederholtes und andauerndes Muster von dissozialem, aggressivem oder aufsässigem Verhalten.</p> <p>Leitlinien: Der Entwicklungsstand des Kindes sollte bei der Beurteilung berücksichtigt werden. Beispiele für symptomatische Verhaltensweisen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Streiten oder Tyrannisieren ▶ Grausamkeit gegenüber Menschen oder Tieren ▶ Destruktivität gegen Eigentum ▶ Feuerlegen ▶ Stehlen ▶ Lügen ▶ Schuleschwänzen ▶ Weglaufen von zu Hause ▶ Wutausbrüche ▶ Ungehorsam <p>Es handelt sich nicht um isolierte Handlungen, sondern um erhebliche Ausprägungen. Die Dauer sollte bei mindestens sechs Monaten liegen.</p> <p>Differentialdiagnose: kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens</p> <p>Ausschluss: affektive Störungen, hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen, tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Schizophrenie</p>



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

13 Psychische Störungen im Alter

13.2 Organische psychische Störungen

13.2.1 Demenz

DSM-IV: Demenz vom Alzheimer Typ (294.1x)	ICD-10: Demenz bei Alzheimer-Krankheit (F 00)
<p>A) Entwicklung mehrere kognitiver Defizite, die sich äußern in:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gedächtnisbeeinträchtigung 2. mindestens einem der folgenden Symptome: <ol style="list-style-type: none"> a) Aphasie (gestörte Sprache) b) Apraxie (Beeinträchtigung der Fähigkeit, motorische Aktivitäten durchzuführen) c) Agnosie (Unfähigkeit, Gegenstände zu identifizieren oder wiederzuerkennen) d) Störung der Exekutivfunktionen <p>B) Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktionsbereichen und Verschlechterung des Leistungsniveaus</p> <p>C) schleichender Beginn und voranschreitender kognitiver Abbau</p> <p>D) Die Symptome in A lassen sich nicht auf andere Erkrankungen des Nervensystems, systemische Erkrankungen oder substanzinduzierte Störungen zurückführen.</p> <p>E) Die Symptome zeigen sich nicht nur während eines Delirs.</p> <p>F) Die Symptome sind nicht besser durch eine andere Achse-I-Störung erklärbar.</p> <p>Kodiere: mit/ohne Verhaltensstörung</p> <p>Bestimme, ob: mit frühem/spätem Beginn: vor/nach dem Alter von 65</p>	<p>Degenerative zerebrale Krankheit, bei der sich charakteristische Gehirnveränderungen finden. Gegenwärtig nicht reversibel.</p> <p>Leitlinien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demenz liegt vor (Abnahme des Gedächtnisses und des Denkvermögens sowie Beeinträchtigung des täglichen Lebens). 2. Beginn schleichend mit langsamer Verschlechterung. 3. Fehlen von Hinweisen auf eine Organ- oder Hirnerkrankung, die eine Demenz bewirken kann 4. kein plötzlicher durch einen Schlaganfall bedingter Beginn und keine neurologischen Herdzeichen bei Beginn <p>Differentialdiagnose: depressive Störung, Delir, organisches amnestisches Syndrom, sonstige primäre Demenzen, sekundäre Demenzen, Intelligenzminderung</p> <p>In 10–15 % der Fälle besteht eine Komorbidität mit einer vaskulären Demenz.</p>

**DIAGNOSE-
KRITERIEN**



Martin Hautzinger ·
Elisabeth Thies
**Klinische Psychologie:
Psychische Störungen
kompakt**
ISBN 978-3-621-27755-6

13.2.2 Delir

DSM-IV: Delir (aufgrund von ...)	ICD-10: Delir, nicht durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen bedingt (F 05)
<p>A) Bewusstseinsstörung und gestörte Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf etwas zu richten, aufrechtzuerhalten oder umzulenken</p> <p>B) veränderte kognitive Funktionen (z. B. Gedächtnisprobleme, Desorientierung, gestörte Sprache) oder Wahrnehmungsstörung, die sich nicht besser durch eine Demenz erklären lässt</p> <p>C) Entwicklung in einer kurzen Zeitspanne und Fluktuation über den Tag hinweg</p> <p>D) Bei der Ursache handelt es sich um einen medizinischen Krankheitsfaktor (293.0), Substanzintoxikation, Substanzentzug oder um multiple Ätiologien.</p>	<p>Leitlinien: Symptome in jedem dieser Bereiche:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Störung von Bewusstsein und Aufmerksamkeit (z. B. gestörte Fähigkeit, die Aufmerksamkeit zu lenken oder aufrechtzuerhalten) 2. allgemeine Störungen von Kognition und Wahrnehmung (z. B. Illusionen, Halluzinationen, Wahnideen, inkohärentes Denken, Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, Desorientierung) 3. psychomotorische Störungen (z. B. Wechsel zwischen Hypo- und Hyperaktivität, verzögerte Reaktionsgeschwindigkeit, Schreckhaftigkeit) 4. gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus (Schlafstörungen bis hin zur Schlaflosigkeit, Alpträume etc.) 5. affektive Störungen, z. B. Depression, Angst, Reizbarkeit, Euphorie, Apathie, staunende Ratlosigkeit <p>Gewöhnlich akuter Beginn und wechselnd im Tagesverlauf. Gesamtdauer maximal sechs Monate.</p> <p>Differentialdiagnose: sonstige organische Syndrome, v. a. Demenz, akute vorübergehende psychotische Störungen, akute schizophrene Zustandsbilder, affektive Störungen</p>