

Aufklärungsbroschüre für Patienten¹ der Tagesklinik Friedrichshafen

An welcher psychischen Erkrankung leide ich?

Was kann man dagegen tun?

Welche Behandlungsformen und -methoden erwarten mich in der Psychiatrischen Tagesklinik in Friedrichshafen?

Wir möchten im Folgenden versuchen, unser Verständnis von psychischer Erkrankung und daraus abgeleitet: was sTherapie% heißt- mit einem Bild, einer Metapher, zu veranschaulichen: danach können wir uns, unsere Psyche, unsere sSeele% mit einem Schiff vergleichen, das mit bestimmten Materialien gebaut, dessen sSchiffsmannschaft% auf eine jeweils spezifische Weise sausgebildet und geschult% wurde und demnach nach bestimmten Grundsätzen und Glaubenssätzen agiert; dieses Schiff - mit unterschiedlich robusten oder filigranen Materialien gebaut (sozusagen unsere genetische sVeranlagung% und sDisposition% mit der wir ausgestattet sind), macht sich auf den Weg auf das große sMeer des Lebens% und wird auf dieser Fahrt mit unterschiedlichen Gewichten und Bürden beladen und ist sich verändernden sWetterlagen% ausgesetzt; dabei ist mal mehr und mal weniger Wasser unterm Kiel - auch vielleicht mal weniger als eine Hand breit; dann laufen wir auf% und bekommen das leidvoll zu spüren.

¹ In dem Text werden die smännlichen% Substantive verwendet, um den Text flüssiger und lesbarer zu machen; es soll die sweiblichen% Entsprechungen (Patientinnen, Klientinnen, Mitarbeiterinnen ò) nicht diskriminieren

Psychische Erkrankung

vs

Resilienz

in der Metapher des Schiffbaus

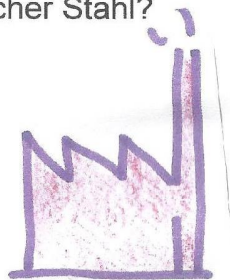
... oder wie das Schiffchen „Ich“ über das Meer „Leben“ schippert:

Werft & Grundausbildung der Crew

das Schiff fährt auf's Meer

Rohstoffe:

„Genetische Disposition“
Welcher Stahl?



Frühe Lernerfahrungen der Crewmitglieder
(individuelle Lerngeschichte)



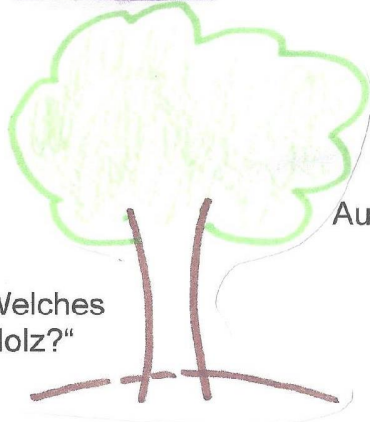
Sicherheit im Bindungserleben?

Kompetenz- und Autonomieerfahrung



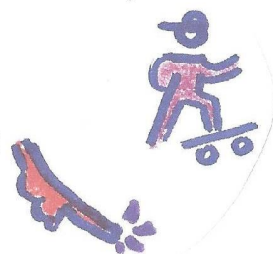
Ausdruck und Beantwortet-Werden von Emotionen

Welches Holz?

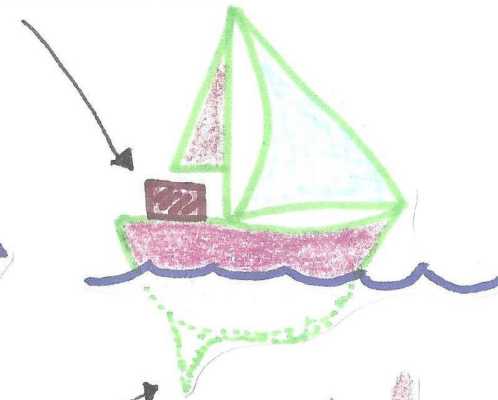


Spontaneität und Spiel

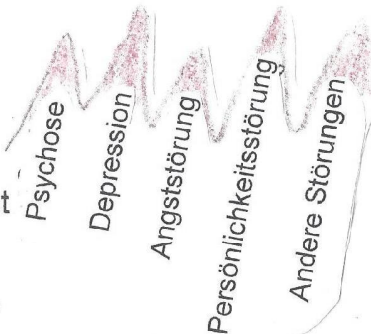
Grenzen bekommen



Welche Lasten drücken das Schiff nach unten?



Wenn das Schiff „aufläuft“, ist das ein Hinweis, dass eine Kurskorrektur nötig ist



Psychose
Depression
Angststörung
Persönlichkeitsstörung
Andere Störungen

Bestimmte Erfahrungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit für bestimmte Störungen

Wenn man diese Metapher weiter spinnt, kann man psychische Erkrankungen ansehen als zumeist nicht sichtbare Klippen auf dem Meeresboden, gegen die dieser Kiel, bei entsprechendem Tiefgang, stößt; diese Klippen kann man als die verschiedenen Formen psychischer Erkrankung sehen; man kann davon ausgehen, dass jeder Mensch sein individuelles Schiff hat, seine individuelle Lerngeschichte und auch sein individuelles Klippengebirge psychischer Erkrankungsmöglichkeiten, die unterschiedlich aus dem Meer ragen: bei einem besteht eher das Risiko, mit einer Angststörung, beim anderen eher das Risiko, psychotisch, beim Dritten das Risiko, mit somatoformen, körperlichen Erkrankungen etc. zu reagieren, wenn er in entsprechende Bedrängnis und es zu Belastungen kommt; auch diese Belastungen werden subjektiv erlebt: für den einen kann eine Trennung oder der Verlust des Arbeitsplatzes so schwer wiegen, dass sein Kiel gegen eine Klippe stößt, für den anderen mag das weniger schwerwiegend und damit weniger folgenreich sein.

Nach diesem Modell ist jeder Mensch fähig, psychisch zu erkranken, und psychische Erkrankungen können als Sollbruchstellen der Psyche angesehen werden, mit denen der Mensch reagiert, wenn etwas zu viel wird oder Notwendiges fehlt. In diesem Sinne können psychische Störungen und Erkrankungen auch als Hinweise und für eine erforderliche Kurskorrekturen auf der Fahrt durch's Lebensmeer gesehen werden.

Auf den folgenden Seiten werden wir versuchen, Ihnen zum einen die verschiedenen Formen psychischer Erkrankung darzustellen. Dabei orientieren wir uns an dem ICD 10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme), ein von Experten zusammengestelltes Kompendium, das versucht, die verschiedenen psychischen Erkrankungen zu klassifizieren und zu beschreiben. Wir beschränken uns dabei auf die Grundformen der psychischen Leiden; die jeweiligen Spezifizierungen und Unterformen sind in diesem Werk nachlesbar. Wir stellen sie Ihnen in unserem Informationsordner zur Krankheitsaufklärung zur Verfügung.

Zum anderen möchten wir Ihnen beschreiben, welche Therapiemöglichkeiten bestehen und speziell welche wir in der Psychiatrischen Tagesklinik verwenden.

Zunächst möchten wir Ihnen das methodische Vorgehen und die Therapieformen schildern, die auf alle Arten psychischer Erkrankung anwendbar sind.

1. Psychotherapie

Bei der Psychotherapie wird versucht - wenn wir uns weiter auf die oben verwendete Metapher des Schiffes beziehen -, die sSchiffsmannschaft% zu schulen und den sKapitän% so zu stärken, damit er sein Schiff besser und zumindest weniger leidvoll über das Meer schippern kann:

Psychotherapie - in unserer Tagesklinik kommen

- verhaltenstherapeutische,
- tiefenpsychologische,
- systemische
- und andere Therapieformen zur Anwendung.

Immer geht es dabei um dLerngeschichte% der sSchiffsmannschaft%o unsere Schiffsmannschaft kann verstanden werden als unsere sinnere Organisation% oder unser sinneres Team%o das uns hilft, uns in der Welt zurecht zu finden, zu orientieren, sReize zu verarbeiten%o auszuwerten, mit Bedeutung zu versehen und entsprechend darauf zu reagieren. Dabei macht es natürlich einen Unterschied, ob diese sSchiffsmannschaft%o also der sich entwickelnde Mensch in seiner Lerngeschichte

- angemessen oder szuviel oder zu wenig% Sicherheit und Bindung gespürt hat und entsprechend Vertrauen oder Misstrauen der Welt gegenüber entwickelt hat,
- ob er für das Zeigen oder Sprechen über Gefühle auf angemessene Weise oder zuviel oder zu wenig Verständnis empfangen hat,
- ob ihm in angemessener Weise oder aber zuviel oder zu wenig Mut zugesprochen wurde, auf die eigene Kompetenz und Autonomie zu setzen,
- ob ihm angemessen oder zu viel oder zu wenig Raum für Spontaneität und Spiel gegeben wurde und schließlich,
- ob ihm angemessen oder zuviel oder zu wenig Grenzen gesetzt wurden?

Diese Fragen werden wesentlich darüber entscheiden, welches Bild sich diese Schiffsmannschaft samt Kapitän über sich selbst und die Welt machen und mit welcher Haltung sie über das Lebensmeer fahren. Psychotherapie versucht, diese sGrundannahmen% zu verstehen, bewusster zu machen und auch in den Fällen zu irritieren, in denen diese Grundüberzeugungen für eine gelingende Lebensführung hinderlich sind.

Damit Menschen in der Lage sind, dysfunktionalen Grundannahmen aufzuspüren und darüber zu sprechen, bedarf es einer vertrauensvollen Beziehung; jede Form von Psychotherapie - von der verhaltenstherapeutischen bis zur tiefenpsychologischen Orientierung - ist daher auf eine gelingende Therapeut-Patient-Beziehung angewiesen. Gelingend muss nicht immer harmonisch und ohne Konflikte bedeuten: entscheidend ist, gemeinsam zu den Punkten zu kommen, um die es geht. Manchmal fällt es schwer, diesen Blick zu wagen und ein Teil den inneren Teams und der Schiffsmannschaft möchte lieber alles beim alten lassen, weil die Abkehr vom alten Weg - auch wenn er leidvoll war - häufig angstbesetzt ist, weil fremd und unbekannt. Dann gilt es für den Therapeuten, eine gute Balance zu finden zwischen mitfühlendem Verständnis für das So-Sein einerseits und der Konfrontation mit den Nachteilen des Festhaltens an alten Grundüberzeugungen andererseits. Dieser, wie dargestellt zuweilen spannungsreiche Prozess, soll dem Patienten helfen, sich selbst besser zu verstehen, mehr Kontakt mit seinen inneren Prozessen zu haben und mit sich selbst besser umgehen zu können; somit geht es letztlich um die Stärkung des Kapitäns, er soll mit seiner Schiffsmannschaft auf eine wohlwollendere und effektivere Weise kommunizieren können, was das Schiff insgesamt besser auch durch starken Wellengang kommen lässt; in der Sprache der Psychotherapie ausgedrückt: der Patient soll in die Lage versetzt werden, seine - biographisch meist verständlichen - dysfunktionalen Wahrnehmungs-, Deutungs- und Handlungsmustern so zu verändern, dass er in seiner Lebensbewältigung wieder erlebnisfähiger, flexibler und wirksamer wird.

Schon in der bisherigen Beschreibung sind die potentiellen Risiken und Nebenwirkungen, die auch die Psychotherapie hat, angeklungen: Psychotherapie kann die bisherige Welt- und Selbstbeschreibung in Frage stellen und kann zunächst als Verunsicherung erlebt werden: der alte Weg hat zwar zu Symptombildung und Leid geführt (sonst würde man sich nicht in Therapie begeben), aber ist bekannt und vermittelt Sicherheit. Der Patient hat somit für die Veränderung diesen Preis der Verunsicherung zu zahlen; Es gilt auch zu respektieren, wenn dieser Preis als zu hoch empfunden wird, was letztlich zu einem Beenden der Therapie oder zu einem Verschieben auf einen passenderen Zeitpunkt führen kann.

Eine weitere Nebenwirkung kann sein, dass die Veränderung des Patienten sein soziales Gefüge, seine Partner- oder Familienbeziehungen destabilisieren. Es könnte zu Konflikten kommen, weil das miteinander neu ausgehandelt werden muss.

Nun zu den anderen Therapiemethoden, die bei uns immer im Dialog und in Abstimmung mit Ihnen, zur Anwendung kommen:

2. Psychopharmakologische Behandlung

Psychopharmaka wirken stofflich (biochemisch) auf das psychische Geschehen ein. In der Schiffsmetapher gesprochen, helfen Psychopharmaka manchmal, die Kielwände etwas robuster und widerstandsfähiger zu machen (Neuroleptika), oder dem Schiff insgesamt mehr Auftrieb zu geben (Antidepressiva). Die Zahl der Wirkstoffe ist sehr groß und es gilt, auf den Einzelfall bezogen und orientiert an den geltenden Behandlungsleitlinien herauszufinden, was hilfreich ist und wirkt. Dabei ist neben den gewünschten Wirkungen auch auf die unerwünschten Nebenwirkungen zu achten. Diese sind von Arzt und Patient im Auge zu behalten und es gilt jeweils abzuwägen, ob die erreichten gewünschten Wirkungen stärker wiegen als die unerwünschten Nebenwirkungen; fällt diese Bilanz ungünstig aus, muss ein Absetzen, Reduzieren oder Wechseln des Wirkstoffes erwogen werden. Wir werden Sie in die psychopharmakologischen Überlegungen einbeziehen, Sie über den jeweiligen Wirkstoff in Kenntnis setzen und Ihnen bei Bedarf Informationen, die der Hersteller über den Wirkstoff herausgibt zur Verfügung stellen. Diese Informationen sowie Erfahrungsberichte von Patienten sind auch über das Internet zugänglich.

3. Sozialarbeiterische Tätigkeiten

In der Metapher des Schiffsbaus und der Schifffahrt gesprochen, setzt die sozialarbeiterische Tätigkeit bei den psychosozialen Lasten an, die das Schiff transportiert: Welche Möglichkeiten gibt es, Ballast abzuwerfen, damit das Schiff weniger tief liegt und der Kiel damit weniger Gefahr läuft, auf ein Riff einer psychischen Störung zu laufen. So-

ziale Unterstützung und das Initiieren derselben kann helfen, dass das Schiff wieder Fahrt aufnehmen kann.

4. Ergotherapie, Kunsttherapie, Körpertherapie, Musiktherapie

Diese Methoden dienen dazu, dem Sticken und Funktionieren der Schiffsmannschaft auf einem nicht sprachlichen Weg auf die Schliche zu kommen bzw. zu erfahren, nach welcher inneren Logik diese Schiffsmannschaft reagiert: Die nahe liegende Möglichkeit, darüber etwas zu erfahren ist das Miteinander-Sprechen, aber dieses Sprechen reicht oft nicht aus, um an die Erlebens- und Deutungsmuster zu gelangen, die entscheidend sind aber häufig jenseits der Sprache liegen. Auf diese wird man sogar eher aufmerksam, wenn der Kopf mal ausgeschaltet und der sprachliche Zensor runtergedimmt ist.

In einem Bild, einer Bewegung im Raum, mit einem Rhythmus spüren wir vielleicht mehr, welche Form des Kontaktes und welche Form des Sich Zeigens uns gut tut, uns ängstigt, uns freut, uns fremd oder gewohnt ist. Über diese nicht-sprachlichen Methoden erfahren wir somit wichtiges über uns, auf das wir nie gestoßen wären, wenn wir nur nachgedacht und gesprochen hätten. Das liegt unter anderem daran, dass viele unserer wichtigen Lebenserfahrungen aus einer frühen Zeit in unserem Leben stammen, in der uns Sprechen noch nicht möglich war und Erinnerungen anders abgespeichert wurden (z. B. Körpererinnerungen). Ebenso können diese Methoden - um wieder in der Metapher des Schiffes zu sprechen - unserer (manchmal nur schwer sprachlich zugänglichen) Schiffsmannschaft Impulse geben, um aus den gewohnten und eingefahrenen Mustern heraus zu kommen.

5. Bewegung als Therapieform

Wenn der Körper bewegt wird (bei uns bspw. bei Spaziergängen, Nordic Walking, Badminton oder Qi Gong) bewegt sich auch die Seele. Wir nutzen diese günstigen Effekte während der Behandlungszeit. In diesen Gruppen erlebt man Gemeinschaft, Freude an Bewegung, Verbesserung der Kondition, Steigerung des Selbstbewusstseins, Stärkung des Immunsystems. Spannungen und Ängste können reduziert werden.

Das Schiff ist besser unterwegs und auch die Schiffsbesatzung verrichtet ihre Arbeit mit mehr Freude und Elan, wenn die Maschinen rund laufen und die Fahrmanöver auch umgesetzt werden, für die das Schiff gebaut ist: im nur im Hafen liegend, verlernt das Schiff das Fahren. Ausdauersport hat nachgewiesenermaßen einen antidepressiven Effekt: der Schiffsbesatzung wird sozusagen eine Runde Champus ausgegeben.

6. Achtsamkeit

Achtsamer Umgang mit uns selbst und unseren Mitmenschen ist eine Fähigkeit, die bei uns in der Gruppe gelernt werden kann. Der gesamte tagesklinische Aufenthalt wird von uns so gestaltet, dass Achtsamkeit etwas ist, das in allen Lebensbereichen wirksam und hilfreich für sie wird.

Achtsamkeit kann damit als ein übergeordnetes Prinzip verstanden werden: Zum Teil entsteht und wächst sie, zum Teil kann und soll sie auch geübt werden und zu einer Haltung führen, in der man das Leben annimmt, wie es ist und sich auf dieses Leben im Hier und Jetzt einlässt: die Schiffsbesatzung tut gut daran, nicht zu sehr an vergangene oder zukünftige Fahrten zu denken und sich bessere Welten oder Ausrüstung zu wünschen, sondern sich dessen gewahr zu werden, was jetzt gerade ist, Wirklichkeit anzunehmen und gewahr zu werden, dass dieses Annehmen Voraussetzung ist, in ihr wirksam sein zu können.

ICD-10-GM Version 2014

F00 - F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

Dieser Abschnitt umfasst eine Reihe psychischer Krankheiten mit nachweisbarer Ätiologie in einer zerebralen Krankheit, einer Hirnverletzung oder einer anderen Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt. Die Funktionsstörung kann primär sein, wie bei Krankheiten, Verletzungen oder Störungen, die das Gehirn direkt oder in besonderem Maße betreffen; oder sekundär wie bei systemischen Krankheiten oder Störungen, die das Gehirn als eines von vielen anderen Organen oder Körpersystemen betreffen.

Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.

F10 - F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Dieser Abschnitt enthält eine Vielzahl von Störungen unterschiedlichen Schweregrades und mit verschiedenen klinischen Erscheinungsbildern; die Gemeinsamkeit besteht im Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen (mit oder ohne ärztliche Verordnung). Die verursachenden Substanzen werden durch die dritte Stelle, die klinischen Erscheinungsbilder durch die vierte Stelle kodiert; diese können je nach Bedarf allen psychotropen Substanzen zugeordnet werden. Es muss aber berücksichtigt werden, dass nicht alle Kodierungen der vierten Stelle für alle Substanzen sinnvoll anzuwenden sind.

Die Identifikation der psychotropen Stoffe soll auf der Grundlage möglichst vieler Informationsquellen erfolgen, wie die eigenen Angaben des Patienten, die Analyse von Blutproben oder von anderen Körperflüssigkeiten, charakteristische körperliche oder psychische Symptome, klinische Merkmale und Verhalten sowie andere Befunde, wie die im Besitz des Patienten befindlichen Substanzen oder fremdanamnestic Angaben. Viele Betroffene nehmen mehrere Substanzarten zu sich. Die Hauptdiagnose soll möglichst nach der Substanz oder Substanzklasse verschlüsselt werden, die das gegenwärtige klinische Syndrom verursacht oder im Wesentlichen dazu beigetragen hat. Zusatzdiagnosen sollen kodiert werden, wenn andere Substanzen oder Substanzklassen aufgenommen wurden und Intoxikationen (vierte Stelle .0), schädlichen Gebrauch (vierte Stelle .1), Abhängigkeit (vierte Stelle .2) und andere Störungen (vierte Stelle .3-.9) verursacht haben.

Nur wenn die Substanzaufnahme chaotisch und wahllos verläuft, oder wenn Bestandteile verschiedener Substanzen untrennbar vermischt sind, soll mit "Störung durch multiplen Substanzgebrauch (F19.-)"

F20 - F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen

In diesem Abschnitt finden sich die Schizophrenie als das wichtigste Krankheitsbild dieser Gruppe, die schizotype Störung, die anhaltenden wahnhaften Störungen und eine größere Gruppe akuter vorübergehender psychotischer Störungen. Schizoaffektive Störungen werden trotz ihrer umstrittenen Natur weiterhin hier aufgeführt.

F20.- Schizophrenie

Die schizophrenen Störungen sind im allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet. Die Bewusstseinsklarheit und intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Laufe der Zeit gewisse kognitive Defizite entwickeln können. Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder das Gefühl des Gemachten, Stimmen, die in der dritten Person den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen, Denkstörungen und Negativsymptome.

Der Verlauf der schizophrenen Störungen kann entweder kontinuierlich episodisch mit zunehmenden oder stabilen Defiziten sein, oder es können eine oder mehrere Episoden mit vollständiger oder unvollständiger Remission auftreten.

Die Diagnose Schizophrenie soll bei ausgeprägten depressiven oder manischen Symptomen nicht gestellt werden, es sei denn, schizophrene Symptome wären der affektiven Störung vorausgegangen. Ebenso wenig ist eine Schizophrenie bei eindeutiger Gehirnerkrankung, während einer Intoxikation oder während eines Entzugssyndroms zu diagnostizieren. Ähnliche Störungen bei Epilepsie oder anderen Hirnerkrankungen sollen unter F06.2 kodiert werden, die durch psychotrope Substanzen bedingten psychotischen Störungen unter F10-F19, vierte Stelle .5.

F21.- Schizotype Störung

Eine Störung mit exzentrischem Verhalten und Anomalien des Denkens und der Stimmung, die schizophren wirken, obwohl nie eindeutige und charakteristische schizophrene Symptome aufgetreten sind. Es kommen vor: ein kalter Affekt, Anhedonie und seltsames und exzentrisches Verhalten, Tendenz zu sozialem Rückzug, paranoische oder bizarre Ideen, die aber nicht bis zu eigentlichen Wahnvorstellungen gehen, zwanghaftes Grübeln, Denk- und Wahrnehmungsstörungen, gelegentlich vorübergehende, quasipsychotische Episoden mit intensiven Illusionen, akustischen oder anderen Halluzinationen und wahnähnlichen Ideen, meist ohne äußere Veranlassung. Es lässt sich kein klarer Beginn feststellen; Entwicklung und Verlauf entsprechen gewöhnlich einer Persönlichkeitsstörung.

F22.- Anhaltend wahnhafte Störung

Diese Gruppe enthält eine Reihe von Störungen, bei denen ein langandauernder Wahn das einzige oder das am meisten ins Auge fallende klinische Charakteristikum darstellt, und die nicht als organisch, schizophren oder affektiv klassifiziert werden können. Wahnhafte Störungen, die nur wenige Monate andauern, sollten wenigstens vorläufig unter F23.- kodiert werden.

F23.- Akute vorübergehende psychotische Störungen

Eine heterogene Gruppe von Störungen, die durch den akuten Beginn der psychotischen Symptome, wie Wahnvorstellungen, Halluzinationen und andere Wahrnehmungsstörungen, und durch eine schwere Störung des normalen Verhaltens charakterisiert sind. Der akute Beginn wird als Crescendo-Entwicklung eines eindeutig abnormen klinischen Bildes innerhalb von 2 Wochen oder weniger definiert. Bei diesen Störungen gibt es keine Hinweise für eine organische Verursachung. Ratlosigkeit und Verwirrtheit kommen häufig vor, die zeitliche, örtliche und personale Desorientiertheit ist jedoch nicht andauernd oder schwer genug, um die Kriterien für ein organisch verursachtes Delir (F05.-) zu erfüllen. Eine vollständige Besserung erfolgt in der Regel innerhalb weniger Monate, oft bereits nach wenigen Wochen oder nur Tagen. Wenn die Störung weiter besteht, wird eine Änderung der Kodierung notwendig. Die Störung kann im Zusammenhang mit einer akuten Belastung stehen, definiert als belastendes Ereignis ein oder zwei Wochen vor Beginn der Störung.

F24.- Induzierte wahnhafte Störung

Es handelt sich um eine wahnhafte Störung, die von zwei Personen mit einer engen emotionalen Bindung geteilt wird. Nur eine von beiden leidet unter einer echten psychotischen Störung; die Wahnvorstellungen bei der anderen Person sind induziert und werden bei der Trennung des Paares meist aufgegeben.

F25.- Schizoaffektive Störungen

Episodische Störungen, bei denen sowohl affektive als auch schizophrene Symptome auftreten, aber die weder die Kriterien für Schizophrenie noch für eine depressive oder manische Episode erfüllen. Andere Zustandsbilder, bei denen affektive Symptome eine vorher bestehende Schizophrenie überlagern, oder bei denen sie mit anderen anhaltenden Wahnkrankheiten gemeinsam auftreten oder alter-

nieren, sind unter F20-F29 zu kodieren. Parathyme psychotische Symptome bei affektiven Störungen rechtfertigen die Diagnose einer schizoaffektiven Störung nicht.

F28.- Sonstige nichtorganische psychotische Störungen

Hier sind wahnhaft oder halluzinatorische Störungen zu kodieren, die nicht die Kriterien für Schizophrenie (F20.-), für anhaltende wahnhaft Störungen (F22.-), für akute vorübergehende psychotische Störungen (F23.-), für psychotische Formen der manischen Episode (F30.2) oder für eine schwere depressive Episode (F32.3) erfüllen.

F29.- Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose

F30 - F39 Affektive Störungen

Diese Gruppe enthält Störungen deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität entweder zur Depression - mit oder ohne begleitende(r) Angst - oder zur gehobenen Stimmung bestehen. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Symptome beruhen hierauf oder sind im Zusammenhang mit dem Stimmungs- und Aktivitätswechsel leicht zu verstehen. Die meisten dieser Störungen neigen zu Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen.

F30.- Manische Episode

Alle Untergruppen dieser Kategorie dürfen nur für eine einzelne Episode verwendet werden. Hypomanische oder manische Episoden bei Betroffenen, die früher eine oder mehrere affektive (depressive, hypomanische, manische oder gemischte) Episoden hatten, sind unter bipolarer affektiver Störung (F31.-) zu klassifizieren.

F31.- Bipolare affektive Störung

Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wenigstens zwei Episoden charakterisiert ist, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört sind. Diese Störung besteht einmal in gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und Aktivität (Hypomanie oder Manie), dann wieder in einer Stimmungssenkung und vermindertem Antrieb und Aktivität (Depression). Wiederholte hypomanische oder manische Episoden sind ebenfalls als bipolar zu klassifizieren.

F32.- Depressive Episode

Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.

F33.- Rezidivierende depressive Störung

Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden (F32.-) charakterisiert ist. In der Anamnese finden sich dabei keine unabhängigen Episoden mit gehobener Stimmung und vermehrtem Antrieb (Manie). Kurze Episoden von leicht gehobener Stimmung und Überaktivität (Hypomanie) können allerdings unmittelbar nach einer depressiven Episode, manchmal durch eine antidepressive Behandlung mitbedingt, aufgetreten sein. Die schwereren Formen der rezidivierenden depressiven Störung (F33.2 und .3) haben viel mit den früheren Konzepten der manisch-depressiven Krankheit, der Melancholie, der vitalen Depression und der endogenen Depression gemeinsam. Die erste Episode kann in jedem Alter zwischen Kindheit und Senium auftreten, der Beginn kann akut oder schleichend sein, die Dauer reicht von wenigen Wochen bis zu vielen Monaten. Das Risiko, dass ein Patient mit rezidivierender depressiver Störung eine manische Episode entwickelt, wird niemals vollständig aufgehoben, gleichgültig, wie viele depressive Episoden aufgetreten sind. Bei Auftreten einer manischen Episode ist die Diagnose in bipolare affektive Störung zu ändern (F31.-).

F34.- Anhaltende affektive Störung

Hierbei handelt es sich um anhaltende und meist fluktuierende Stimmungsstörungen, bei denen die Mehrzahl der einzelnen Episoden nicht ausreichend schwer genug sind, um als hypomanische oder auch nur leichte depressive Episoden gelten zu können. Da sie jahrelang, manchmal den größeren Teil des Erwachsenenlebens, andauern, ziehen sie beträchtliches subjektives Leiden und Beeinträchtigungen nach sich. Gelegentlich können rezidivierende oder einzelne manische oder depressive Episoden eine anhaltende affektive Störung überlagern.

F38.- Andere affektive Störung

Hierbei handelt es sich um eine Restkategorie für Stimmungsstörungen, die die Kriterien der oben genannten Kategorien F30-F34 in Bezug auf Ausprägung und Dauer nicht erfüllen.

F39.- Nicht näher bezeichnete affektive Störung

F40 - F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F40.- Phobische Störungen

Eine Gruppe von Störungen, bei der Angst ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte, eigentlich ungefährliche Situationen hervorgerufen wird. In der Folge werden diese Situationen typischerweise vermieden oder mit Furcht ertragen. Die Befürchtungen des Patienten können sich auf Einzelsymptome wie Herzklopfen oder Schwächegefühl beziehen, häufig gemeinsam mit sekundären Ängsten vor dem Sterben, Kontrollverlust oder dem Gefühl, wahnsinnig zu werden. Allein die Vorstellung, dass die phobische Situation eintreten könnte, erzeugt meist schon Erwartungsangst. Phobische Angst tritt häufig gleichzeitig mit Depression auf. Ob zwei Diagnosen, phobische Störung und depressive Episode, erforderlich sind, richtet sich nach dem zeitlichen Verlauf beider Zustandsbilder und nach therapeutischen Erwägungen zum Zeitpunkt der Konsultation.

F41.- Andere Angststörung

Bei diesen Störungen stellen Manifestationen der Angst die Hauptsymptome dar, ohne auf eine bestimmte Umgebungssituation bezogen zu sein. Depressive und Zwangssymptome, sogar einige Elemente phobischer Angst können vorhanden sein, vorausgesetzt, sie sind eindeutig sekundär oder weniger ausgeprägt.

F42.- Zwangsstörung

Wesentliche Kennzeichen sind wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Zwangsgedanken sind Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die den Patienten immer wieder stereotyp beschäftigen. Sie sind fast immer quälend, der Patient versucht häufig erfolglos, Widerstand zu leisten. Die Gedanken werden als zur eigenen Person gehörig erlebt, selbst wenn sie als unwillkürlich und häufig abstoßend empfunden werden. Zwangshandlungen oder -rituale sind Stereotypen, die ständig wiederholt werden. Sie werden weder als angenehm empfunden, noch dienen sie dazu, an sich nützliche Aufgaben zu erfüllen. Der Patient erlebt sie oft als Vorbeugung gegen ein objektiv unwahrscheinliches Ereignis, das ihm Schaden bringen oder bei dem er selbst Unheil anrichten könnte. Im allgemeinen wird dieses Verhalten als sinnlos und ineffektiv erlebt, es wird immer wieder versucht, dagegen anzugehen. Angst ist meist ständig vorhanden. Werden Zwangshandlungen unterdrückt, verstärkt sich die Angst deutlich.

F43.- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Die Störungen dieses Abschnittes unterscheiden sich von den übrigen nicht nur aufgrund der Symptomatologie und des Verlaufs, sondern auch durch die Angabe von ein oder zwei ursächlichen Faktoren: ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis, das eine akute Belastungsreaktion hervorruft, oder eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat und eine Anpassungsstörung hervorruft. Obwohl weniger schwere psychosoziale Belastungen ("life events") den Beginn und das Erscheinungsbild auch zahlreicher anderer Störungen dieses Kapitels auslösen und beeinflussen können, ist ihre ätiologische Bedeutung doch nicht immer ganz klar. In jedem Fall hängt sie zusammen mit der individuellen, häufig idiosynkratischen Vulnerabilität, das heißt, die Lebensereignisse sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten und die Art der Krankheit zu erklären. Im Gegensatz dazu entstehen die hier aufgeführten Störungen immer als direkte Folge der akuten schweren Belastung oder des kontinuierlichen Traumas. Das belastende Ereignis oder die andauernden, unangenehmen Umstände sind primäre und ausschlaggebende Kausalfaktoren, und die Störung wäre ohne ihre Einwirkung nicht entstanden. Die Störungen dieses Abschnittes können insofern als Anpassungsstörungen bei schwerer oder kontinuierlicher Belastung angesehen werden, als sie erfolgreiche Bewältigungsstrategien behindern und aus diesem Grunde zu Problemen der sozialen Funktionsfähigkeit führen.

F44.- Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

Das allgemeine Kennzeichen der dissoziativen oder Konversionsstörungen besteht in teilweisem oder völligem Verlust der normalen Integration der Erinnerung an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen. Alle dissoziativen Störungen neigen nach einigen Wochen oder Monaten zur Remission, besonders wenn der Beginn mit einem traumatisierenden Lebensereignis verbunden ist. Eher chronische Störungen, besonders Lähmungen und Gefühlsstörungen, entwickeln sich, wenn der Beginn mit unlösbaren Problemen oder interpersonellen Schwierigkeiten verbunden ist. Diese Störungen wurden früher als verschiedene Formen der "Konversionsneurose oder Hysterie" klassifiziert. Sie werden als ursächlich psychogen angesehen, in enger zeitlicher Verbindung mit traumatisierenden Ereignissen, unlösbaren oder unerträglichen Konflikten oder gestörten Beziehungen. Die Symptome verkörpern häufig das Konzept der betroffenen Person, wie sich eine körperliche Krankheit manifestieren müsste. Körperliche Untersuchung und Befragungen geben keinen Hinweis auf eine bekannte somatische oder neurologische Krankheit. Zusätzlich ist der Funktionsverlust offensichtlich Ausdruck emotionaler Konflikte oder Bedürfnisse. Die Symptome können sich in enger Beziehung zu psychischer Belastung entwickeln und erscheinen oft plötzlich. Nur Störungen der körperlichen Funktionen, die normalerweise unter willentlicher Kontrolle stehen, und Verlust der sinnlichen Wahrnehmung sind hier eingeschlossen. Störungen

mit Schmerz und anderen komplexen körperlichen Empfindungen, die durch das vegetative Nervensystem vermittelt werden, sind unter Somatisierungsstörungen (F45.0) zu klassifizieren. Die Möglichkeit eines späteren Auftretens ernsthafter körperlicher oder psychiatrischer Störungen muss immer mitbedacht werden.

F45.- Somatoforme Störungen

Das Charakteristikum ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten.

F48.- Andere neurotische Störung

F50 - F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F50 Essstörungen

F51.- Nichtorganische Schlafstörungen

In vielen Fällen ist eine Schlafstörung Symptom einer anderen psychischen oder körperlichen Krankheit. Ob eine Schlafstörung bei einem bestimmten Patienten ein eigenständiges Krankheitsbild oder einfach Merkmal einer anderen Krankheit (klassifiziert anderenorts in Kapitel V oder in anderen Kapiteln) ist, sollte auf der Basis des klinischen Erscheinungsbildes, des Verlaufs sowie aufgrund therapeutischer Erwägungen und Prioritäten zum Zeitpunkt der Konsultation entschieden werden. Wenn die Schlafstörung eine der Hauptbeschwerden darstellt und als eigenständiges Zustandsbild aufgefasst wird, dann soll diese Kodierung gemeinsam mit dazugehörigen Diagnosen verwendet werden, welche die Psychopathologie und Pathophysiologie des gegebenen Falles beschreiben. Diese Kategorie umfasst nur Schlafstörungen, bei denen emotionale Ursachen als primärer Faktor aufgefasst werden, und die nicht durch anderenorts klassifizierte körperliche Störungen verursacht werden.

F52.- Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit
Sexuelle Funktionsstörungen verhindern die von der betroffenen Person gewünschte sexuelle Beziehung. Die sexuellen Reaktionen sind psychosomatische Prozesse, d.h. bei der Entstehung von sexuellen Funktionsstörungen sind gewöhnlich sowohl psychologische als auch somatische Prozesse beteiligt.

F53.- Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert
Hier sind nur psychische Störungen im Zusammenhang mit dem Wochenbett zu klassifizieren (Beginn innerhalb von sechs Wochen nach der Geburt), die nicht die Kriterien für anderenorts im Kapitel V (F) klassifizierte Störungen erfüllen. Hier wird verschlüsselt, entweder weil nur ungenügende Informationen verfügbar sind, oder weil man annimmt, dass spezielle zusätzliche klinische Aspekte vorliegen, die ihre Klassifikation an anderer Stelle unangemessen erscheinen lassen.

F54.- Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
Diese Kategorie sollte verwendet werden, um psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse zu erfassen, die eine wesentliche Rolle in der Ätiologie körperlicher Krankheiten spielen, die in anderen Kapiteln der ICD-10 klassifiziert werden. Die sich hierbei ergebenden psychischen Störungen sind meist leicht, oft lang anhaltend (wie Sorgen, emotionale Konflikte, ängstliche Erwartung) und rechtfertigen nicht die Zuordnung zu einer der anderen Kategorien des Kapitels V.

F55.- Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen
Eine große Zahl von Arzneimitteln und Naturheilmitteln können missbraucht werden. Die wichtigsten Gruppen sind: 1. Psychotrope Substanzen, die keine Abhängigkeit hervorrufen, z.B. Antidepressiva, 2. Laxanzien, 3. Analgetika, die ohne ärztliche Verordnung erworben werden können, z.B. Aspirin und Paracetamol. Der anhaltende Gebrauch dieser Substanzen ist oft mit unnötigen Kontakten mit medizinischen und anderen Hilfseinrichtungen verbunden und manchmal von schädlichen körperlichen Auswirkungen der Substanzen begleitet.
Der Versuch, dem Gebrauch der Substanz entgegenzusteuern oder ihn zu verbieten, stößt oft auf Widerstand. Bei Laxanzien und Analgetika führt der Missbrauch trotz Warnungen vor (oder sogar trotz der Entwicklung derselben) zu körperlichen Schäden, wie Nierenfunktions- oder Elektrolytstörungen. Obwohl die betreffende Person ein starkes Verlangen nach der Substanz hat, entwickeln sich keine Abhängigkeit bzw. Entzugssymptome wie bei den unter F10-F19 klassifizierten psychotropen Substanzen.

F59.- Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren

F60 - F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Dieser Abschnitt enthält eine Reihe von klinisch wichtigen, meist länger anhaltenden Zustandsbildern und Verhaltensmustern. Sie sind Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zur eigenen Person und zu anderen Menschen. Einige dieser Zustandsbilder und Verhaltensmuster entstehen als Folge konstitutioneller Faktoren und sozialer Erfahrungen schon früh im Verlauf der individuellen Entwicklung, während andere erst später im Leben erworben werden. Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60.-), die kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörungen (F61) und die Persönlichkeitsänderungen (F62.-) sind tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Sie verkörpern gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und der psychologischen Funktionen. Häufig gehen sie mit einem unterschiedlichen Ausmaß persönlichen Leidens und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher.

F60.- Spezifische Persönlichkeitsstörungen

Es handelt sich um schwere Störungen der Persönlichkeit und des Verhaltens der betroffenen Person, die nicht direkt auf eine Hirnschädigung oder -krankheit oder auf eine andere psychiatrische Störung zurückzuführen sind. Sie erfassen verschiedene Persönlichkeitsbereiche und gehen beinahe immer mit persönlichen und sozialen Beeinträchtigungen einher. Persönlichkeitsstörungen treten meist in der Kindheit oder in der Adoleszenz in Erscheinung und bestehen während des Erwachsenenalters weiter.

F61.- Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen

Diese Kategorie ist vorgesehen für Persönlichkeitsstörungen, die häufig zu Beeinträchtigungen führen, aber nicht die spezifischen Symptombilder der in F60.- beschriebenen Störungen aufweisen. Daher sind sie häufig schwieriger als die Störungen in F60.- zu diagnostizieren.

F62.- Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen ohne vorbestehende Persönlichkeitsstörung nach extremer oder übermäßiger, anhaltender Belastung oder schweren psychiatrischen Krankheiten. Diese Diagnosen sollten nur dann gestellt werden, wenn Hinweise auf eine eindeutige und andauernde Veränderung in der Wahrnehmung sowie im Verhalten und Denken bezüglich der Umwelt und der eigenen Person vorliegen. Die Persönlichkeitsänderung sollte deutlich ausgeprägt sein und mit einem unflexiblen und fehlangepassten Verhalten verbunden sein, das vor der pathogenen Erfahrung nicht bestanden hat. Die Änderung sollte nicht Ausdruck einer anderen psychischen Störung oder Residualsymptom einer vorangegangenen psychischen Störung sein.

F63.- Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle

In dieser Kategorie sind verschiedene nicht an anderer Stelle klassifizierbare Verhaltensstörungen zusammengefasst. Sie sind durch wiederholte Handlungen ohne vernünftige Motivation gekennzeichnet, die nicht kontrolliert werden können und die meist die Interessen des betroffenen Patienten oder anderer Menschen schädigen. Der betroffene Patient berichtet von impulsivem Verhalten. Die Ursachen dieser Störungen sind unklar, sie sind wegen deskriptiver Ähnlichkeiten hier gemeinsam aufgeführt, nicht weil sie andere wichtige Merkmale teilen.

F64.- Störungen der Geschlechtsidentität

F65.- Störungen der Sexualpräferenz

F66.- Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung

F68.- Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F69.- Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung

F70 - F79 Intelligenzstörung

Ein Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Eine Intelligenzstörung kann allein oder zusammen mit jeder anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten. Der Schweregrad einer Intelligenzstörung wird übereinstimmungsgemäß anhand standardisierter Intelligenztests festgestellt. Diese können durch Skalen zur Einschätzung der sozialen Anpassung in der jeweiligen Umgebung erweitert werden. Diese Messmethoden erlauben eine ziemlich genaue Beurteilung der Intelligenzstörung. Die Diagnose hängt aber auch von der Beurteilung der allgemeinen intellektuellen Funktionsfähigkeit durch einen erfahrenen Diagnostiker ab. Intellektuelle Fähigkeiten und soziale Anpassung können sich verändern. Sie können sich, wenn auch nur in geringem Maße, durch Übung und Rehabilitation verbessern. Die Diagnose sollte sich immer auf das gegenwärtige Funktionsniveau beziehen.

F80 - F89 Entwicklungsstörungen

Die in diesem Abschnitt zusammengefassten Störungen haben folgende Gemeinsamkeiten:
Beginn ausnahmslos im Kleinkindalter oder in der Kindheit;
eine Entwicklungseinschränkung oder -verzögerung von Funktionen, die eng mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems verknüpft sind;
stetiger Verlauf ohne Remissionen und Rezidive.
In den meisten Fällen sind unter anderem die Sprache, die visuellräumlichen Fertigkeiten und die Bewegungskoordination betroffen. In der Regel bestand die Verzögerung oder Schwäche vom frühestmöglichen Erkennungszeitpunkt an. Mit dem Älterwerden der Kinder vermindern sich die Störungen zunehmend, wenn auch geringere Defizite oft im Erwachsenenalter zurückbleiben.

F90 - F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

F99 - F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen