

# INHALT (ANKLICKBAR)

## 1. ALLGEMEINE PSYCHOPATHOLOGIE

- 1.1. GESCHICHTE
- 1.2. PATIENTENKONTAKT
- 1.3. VOM SYMPTOM ZUR DIAGNOSE
- 1.4. NEUROLOGISCHE GRUNDLAGEN

## 2. BEFUNDE

- 2.1. BEWUSSTSEINSSTÖRUNGEN
- 2.2. ORIENTIERUNGSSTÖRUNGEN
- 2.3. AUFMERKSAMKEIT-/ GEDÄCHTNISSTÖRUNGEN
- 2.4. FORMALE DENKSTÖRUNGEN
- 2.5. BEFÜRCHTUNG & ZWÄNGE
- 2.6. WAHN
- 2.7. SINNESTÄUSCHUNGEN
- 2.8. ICH-STÖRUNGEN
- 2.9. STÖRUNGEN DER AFFEKTIVITÄT
- 2.10. ANTRIEBS-/ PSYCHOMOTORISCHE STÖRUNGEN
- 2.11. ZIRKADIANE BESONDERHEITEN & ANDERE STÖRUNGEN
- 2.12. NEUROLOGISCHE STÖRUNGEN
- 2.13. PSYCHIATRISCHE NOTFÄLLE

## 3. DIAGNOSEN

- 3.1. EINFÜHRUNG
- 3.2. SYNDROME
- 3.3. DIAGNOSEN NACH ICD-10

# ALLGEMEINE PSYCHOPATHOLOGIE

## - GRUNDLAGEN -

<b>Psychopathologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- auch Pathopsychologie</li> <li>- Beschreibung, Auflistung, Zuordnung, krankhafter Funktionen</li> </ul>
<b>Symptome</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kleinste phänomenologisch unterscheidbare/ operationalisierter Störungseinheiten</li> <li>- Symptomen für sich allein genommen sind unspezifisch</li> </ul>
<b>Syndrome</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- regelhaftes/ gesetzmäßiges Auftreten von Symptomen im Verband</li> <li>- Symptomkomplex</li> <li>- <i>Leitsymptome</i> sind besonders charakteristisch/ prägnant für ein Krankheitsbild</li> </ul>
<b>Diagnose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verknüpfung &amp; Hierarchisierung einzelner Krankheitszeichen</li> <li>- Syndromale Betrachtungsweise vereinfacht Vergleiche</li> <li>- Operationalisierte Diagnoseschemata: ICD-10/ DSM-IV</li> </ul>

## GESCHICHTE

<b>Frühe Hochkultur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychohygiene</li> <li>- Melancholie/ Geistesschwäche/ Erregtheit</li> </ul>
<b>Antike</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seele/ Verknüpfung von Geist &amp; Körper</li> </ul>
<b>Mittelalter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- psychisch Kranke als „vom Dämonen besessen“</li> <li>- Magnus, Seratus, Cusanus</li> </ul>
<b>Aufklärung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ablösung der religiös-spekulativen Konzepte durch naturwissenschaftliche &amp; empirisch physiologischer Konzepte</li> <li>- F. Plater: differenzierte Systematik der Geistesstörungen</li> <li>--&gt; Psychoanalyse</li> </ul>
<b>19. JH</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beginn objektiver Psychopathologie</li> <li>- Zu Beginn des 20. Jh vermehrt anthropologische Perspektive</li> <li>- Karl Jaspers: Integration Philosophie/ Psychologie/ Psychiatrie &amp; empirisch-methodologischer Wissenschaft</li> <li>- K. Schneider: „Klinische Psychopathologie“ wurde abgelöst durch DSM/ ICD</li> </ul>
<b>Aktuell</b>	Salutogenese-Modelle

Was ist normal?

<b>Statistische Ebene</b>	Grundlage sind Gesetzmäßigkeiten der Merkmalsverteilung --> Normalverteilung
<b>Soziale Ebene</b>	Grundlage sind Soziokulturelle Determinanten/ Übereinkünfte/ Regeln. Diese sind abhängig vom Zeitgeist/ Sitten/ Gebräuchen

<b>Funktionale Ebene</b>	Grundlage sind erwartete Regelmäßigkeit im Hinblick auf Leistung/ Fähigkeiten
<b>Ebene der Ideale</b>	Maximalerwartung/ Zustand der Vollkommenheit
<b>Subjektive Ebene</b>	Selbstbewertung einer Person

Normen dienen der Erschaffung/ Aufrechterhaltung von Sozialstrukturen. Sie ersparen so immer wiederkehrende Anpassungsleistungen.

<b>Psychische Gesundheit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kombination aus subjektivem Wohlbefinden &amp; objektiver Leistungsfähigkeit als modifizierte funktionale Norm</li> <li>- Individuelle Fähigkeit sich den Lebensanforderungen zu stellen ohne dabei erschöpfend beansprucht zu werden</li> </ul>
------------------------------	---

## PATIENTENKONTAKT

<b>Gesprächsführung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Exploration</i> als Standardmethode zur Ermittlung des psychischen Befundes</li> <li>- <i>Erstgespräch</i> dient der biografischen Anamnese/ aktueller Konflikte/ Aufbau einer stabilen &amp; tragfähigen Beziehung <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beschwerden (passive Rolle des Zuhörers)</li> <li>- Gezielte Symptomabfrage (aktive Rolle)</li> <li>- Klärung offener Fragen</li> </ul> </li> </ul>
<b>Schweigepflicht</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- §203 StGb: Verschwiegenheit</li> <li>- §9 Berufsrecht für Ärzte</li> <li>- Vor Fremdanamnese das Einverständnis des Patienten einholen</li> <li>- Zeugnisverweigerungsrecht</li> <li>- Weitergabe an andere Ärzte nur nach Schweigepflichtentbindung</li> </ul>
<b>Beurteilungsfehler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- selbstkritischer &amp; reflektierter Umgang mit Patient</li> <li>- <i>Projektion</i>: unbewusste Verlegung von Wünschen/ Vorstellungen/ Gefühlen in die Außenwelt. Andere Personen bekommen Eigenschaften verliehen, die man an sich selbst kennt</li> <li>- <i>Gegenübertragung</i>: Einfluss unbewusster Konflikte/ Bedürfnisse auf die Therapie</li> </ul>

### Manipulative Verhaltensweisen

<b>Aggravation</b>	Verstärkung nicht schwerwiegender Symptome
<b>Simulation</b>	Vorspiegelung von Symptomen
<b>Dissimulation</b>	Herunterspielen von Symptomen
<b>Münchhausen-Syndrom</b>	Herbeiführung von Krankheitssymptomen

## VOM SYMPTOM ZUR DIAGNOSE

<b>Anamnese</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soziodemografische Daten</li> <li>2. Aktuelle Krankheitsgeschichte</li> <li>3. Vorgeschichte</li> <li>4. Drogen &amp; Medikamente</li> <li>5. Biografie</li> <li>6. Familienanamnese</li> <li>7. Fremdanamnese</li> </ol>
<b>Befund</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Psycho-(patho)-logischer Befund --&gt; AMDP</li> <li>9. Körperlicher Befund</li> <li>10. Apparative Diagnostik</li> <li>11. Testpsychologischer Befund</li> </ol>

### *Diagnose & Differentialdiagnose*

<b>AMDP-System</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde</li> <li>- Deskriptive Beschreibung der Symptomatik ohne Berücksichtigung der vermuteten Pathogenese</li> </ul>
<b>5 Segmente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnese 1: Soziodemografische Daten</li> <li>- Anamnese 2: Lebensereignisse</li> <li>- Anamnese 3: Krankheitsgeschichte</li> <li>- Psychischer Befund</li> <li>- Somatischer Befunde</li> <li>--&gt; Aufbau der Krankheitsgeschichte/ Vorbehandlung</li> <li>--&gt; Prognose &amp; Behandlungsplan</li> <li>--&gt; Dokumentation des Krankheitsverlaufs</li> </ul>
<b>Datenquellen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S = Selbstauskunft</li> <li>- F = Fremdauskunft/ Beobachtung</li> <li>- SF = Selbstauskunft &amp; Fremdauskunft</li> </ul>

### *Biografie*

<b>Äußere</b>	Schwangerschaft, Geburt, KiTa, Schule, Lehre/ Studium, Zivi/ Militär/ FSJ/ Bufdi, Berufswahl, Arbeit
<b>Innere</b>	Erwünschtheit, Frühkindliche Entwicklung, Primordialsymptome, Bezugsperson/ Erziehungsstil, Zärtlichkeit, Pubertät, Freunde, Verluste , Umgang mit Besitz/ religiöse Bindung, Hobbies ....
<b>Familienanamnese</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Psychosoziale Situation der Eltern/ Großeltern</li> <li>2. Geschwister</li> <li>3. Familienatmosphäre</li> <li>4. Art der Beziehung zur Bezugsperson/ Erziehung/ Sexualität</li> <li>5. Familiäre Belastung mit Erkrankungen</li> </ol>

<b>Psychopathologischer Befund</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Äußeres Erscheinungsbild/ Verhalten in Untersuchungssituation</li> <li>2. Bewusstsein</li> <li>3. Orientierung</li> <li>4. Aufmerksamkeit/ Gedächtnis</li> <li>5. Formales &amp; inhaltliches Denken</li> <li>6. Wahrnehmungsstörung</li> <li>7. Ich-Störung</li> <li>8. Antrieb &amp; psychomotorische Störung</li> <li>9. Affekt</li> <li>10. Zirkadiane Besonderheiten</li> <li>11. Suizidalität/ Fremdgefährdung</li> </ol>
<b>Dokumentation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sorgfältig schriftlich: möglichst objektiv unter Einbezug der subjektiven Wahrnehmung</li> <li>- Respektvoll &amp; professionell</li> <li>- Regelmäßig --&gt; Verlaufsdokumentation</li> <li>- Bei Beendigung der Behandlung: endgültige Diagnose &amp; Erfassung der <i>Epikrise</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zusammenfassung &amp; kritischer Bericht über Erkrankungsverlauf</li> <li>- Arztbrief</li> </ul> </li> </ul>
<b>Basisdokumentation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- soziodemografische/ diagnostische Charakterisierung</li> <li>- ICD-Diagnose</li> <li>- Überweisungsquelle</li> <li>- Weiterbehandlung</li> <li>- Suizidversuch vor/ während der Behandlung</li> <li>- Wohnsituation</li> <li>--&gt; Nachvollziehbarkeit der Versorgungsleistung</li> </ul>

§10 Berufsordnung für Ärzte: Dokumentationspflicht  
 §12 Psychotherapierichtlinien

Einsichtsrecht:

- Erst nach der Behandlung
- Objektivierbare Befunde & Behandlungstatsachen
- Ausgeschlossen sind Aufzeichnungen anderer und persönliche Eindrücke, sowie vorläufige Annahmen und Verdachtsdiagnosen

## NEUROLOGISCHE GRUNDLAGEN

<b>Neuronen</b>	Besteht aus Nervenzelle + Dendriten + Axon + Myelinscheide
<b>Synapsen</b>	Verbindungsstelle einer axonalen Endigung mit einer anderen Zelle. Hier wird das Aktionspotential übertragen
<b>Aktionspotential</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ruhepotential bei -70mV</li> <li>2. Ab Depolarisation bei -60mV kann AP entstehen</li> <li>3. Zellinneres ist bis zu +20mV mehr geladen gegenüber Zelläußerem</li> <li>4. Repolarisationsphase</li> <li>5. Refraktärphase (ca. 2ms) Kein AP möglich</li> </ol>

<b>Superior/ cranial</b>	Oben/ Kopfwärts
<b>Anterior</b>	Am Rumpf vorne liegend (Stirnwärts)
<b>posterior</b>	Hinten liegend/ rückwärtig (Richtung Hinterhaupt)
<b>dorsal</b>	Am Kopf oben/ am Rücken liegend
<b>Inferior/ kaudal</b>	Zu den Füßen (Schwanzwärts)
<b>Ventral</b>	Buchwärts
<b>Rostral</b>	Zum oberen/ vorderen Körperende hin gelegen (zur Schnauze hin)

<b>ZNS</b>	Telencephalon Diencephalon Mesencephalon Metencephalon Myelencephalon	Vorderhin Zwischenhirn Mittelhirn Hinterhirn Nachhirn
<b>PNS</b>	Somatosensorische/ motorische Nerven  Para-/ Sympathikus	
<b>Großhirn</b>	Gefalteter Hirnmantel  Frontalhirn Parietallappen Temporallappen Okzipitallappen	Gyri: Windungen Sulci: Furchen  Willkürmotorik/ Schnittstelle Sensorik - Motorik  Somatosensorische Reizverarbeitung/ Sprache  Hörreize/ Gedächtnisbildung  Endpunkt der Sehbahn
<b>Limbisches System</b>	Hippocampus Gyrus parahippocampus Gyrus cinguli Corpora mamillaria Corpus amygdaloidum  Thalamus  Hypothalamus	Gedächtnis/ Affekt/ Bewusstsein/ Motivation  Weiterleitung aus Neokortex/ Riechhirn  psychomot. Antrieb/ Regulation veg. Funktion  Sexualfunktion/ Gedächtnis/ Affekt  Modellierung veg. Funktionen/ emot. betontes Gedächtnis/ Initiierung emot. Reaktion/ Einfluss sex. Funktionen  Tor zum Kortex/ integrative Verarbeitung fast aller sensorischer Afferenzen  Hauptverantwortlich für Gefühl/ Antrieb

<b>Basalganglien</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teil des extrapyramidalen Systems</li> <li>- Steuerung von Bewegungsabläufen</li> <li>- Regulation von Kraft/ Richtung/ Aufmaß Bewegung</li> </ul>
	Striatum	Nukleus accumbens --> Belohnungssystem
<b>Synapsen</b>	Elektrische	Verbindungsstelle = Nexus/ gap junction = Kanalprotein durch den Strom fließen kann
	Chemische	Zusammensetzung aus kolbenförmigen Boutons und Rezeptor. Im Zwischenraum enthalten die Vesikel Transmitter
	Erregende	In nachgeschalteter Zelle wird Depolarisation ausgelöst --> EPSP (erregendes postsynaptisches Potential)
	Hemmende	<p>Aktive Prozesse die Erregungszustand der Zelle herabsetzen</p> <p><i>Präsynaptisch:</i> Freisetzung von Transmittern wird reduziert</p> <p><i>Postsynaptisch:</i> Herabsetzung der Erregung der subsynaptischen Zellmembran</p>

### Transmitter

<b>Dopamin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Katecholamin</li> <li>- Rezeptoren sind metabotrop --&gt; wirken über Mobilisierung sogenannter Second messenger</li> <li>- Dopaminantagonisten blockieren den Rezeptor --&gt; Neuroleptika wirken durch D2-Blockade antipsychotisch</li> <li>- <i>Mesolimbisches Dopaminsystem</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Teil des limbischen Systems --&gt; positive Anreizfunktion</li> <li>- Relevant bei Drogenabhängigkeit/ Depression/ Schizophrenie</li> </ul> </li> <li>- <i>Nigrostriatales Dopaminsystem</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wechsel von motorischen Programmen</li> <li>- Bei Dopaminmangel/ Degeneration dopaminerger Neuronen in substantia nigra zeigen sich Parkinson-Symptome</li> </ul> </li> </ul>
<b>Serotonin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Essverhalten, Angst, Impulskontrolle, Schlaf, Sexualität, Stimmung, Gedächtnis, Schmerz</li> <li>- Zerebraler Blutfluss &amp; Gefäßweite</li> <li>- SSRI erhöhen die Verfügbarkeit mit einer Latenz von 1-3 Wochen</li> </ul>
<b>Glutamat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regelung der Informationsverarbeitung, Koordination Reizanalyse, Steuerung des Kurzzeitgedächtnisses</li> <li>- Erregender Transmitter</li> </ul>
<b>GABA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gamma-Amino-Butter-Säure</li> <li>- Inhibitorischer Transmitter</li> <li>- Vorkommen häufig zusammen mit Peptiden --&gt; dann ist auch erregende Wirkung möglich</li> <li>- Benzodiazepine: --&gt; synergische Wirkung</li> </ul>

# ALLGEMEINE PSYCHOPATHOLOGIE

## - BEFUNDE -

### BEWUSSTSEINSTÖRUNGEN

#### Funktionsbereiche

<b>Wachen/ Vigilanz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voraussetzung des klaren Bewusstseins</li> <li>- Abhängig vom Befinden</li> <li>- Beeinflussbar durch äussere Reize</li> </ul>
<b>Bewusstseinsklarheit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voraussetzung zur perzeptiven/ kognitiven Erfahrung</li> <li>- Eng verbunden mit Grad der Vigilanz</li> </ul>
<b>Selbst-(Ich)-Bewusstsein</b>	Erfahrungsbewusstsein & Realitätsbewusstsein
<b>Bewusstseinsstörung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Störung des gesamten Erlebens &amp; Verhaltens</li> <li>- <i>Teilaspekte</i>: Störung der Klarheit/ Zielgerichtetheit/ Orientierung/ Denkens/ Wollens/ Handelns/ Reagibilität</li> <li>- Quantitativ: Bewusstseinsverminderung</li> <li>- Qualitativ: Bewusstseinsvertrübung/ -Einengung/ -Verschiebung</li> </ul>

#### Bewusstseinsverminderung (Störung der Vigilanz)

<b>Benommenheit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- leichte Beeinträchtigung der Vigilanz</li> <li>- Schläfrig &amp; weckbar</li> <li>- Spontane Äußerung bei vermind. Bewegung</li> <li>- Gute Orientierung</li> </ul>
<b>Somnolenz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apathie &amp; Schläfrigkeit</li> <li>- Weckbar durch lautes Ansprechen</li> <li>- Kaum verständliche Äußerungen bei verminderter Bewegung</li> <li>- Reflexe vorhanden/ Reaktion auf Schmerz vorhanden</li> </ul>
<b>Sopor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- starke Weckreize nötig</li> <li>- Keine Orientierung</li> <li>- Keine sprachlichen Äußerungen</li> <li>- Reflexe vorhanden/ Muskeltonus herabgesetzt</li> </ul>
<b>Koma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nicht erweckbar</li> <li>- Keine Schmerzabwehr</li> <li>1. Bewusstlosigkeit</li> <li>2. Bewusstlosigkeit &amp; Neurologische Ausfälle</li> <li>3. Wie 2. mit Streckreaktionen</li> <li>4. Bewusstlosigkeit ohne Pupillenreaktion</li> </ul>



<b>Bewusstseineintrübung</b>	Qualitative Beeinträchtigung der Bewusstseinsklarheit. Sinnvolle Verknüpfung verschiedener Umweltaspekte ist eingeschränkt
<b>Bewusstseineinengung</b>	Einengung des Erlebens & Verhaltens auf wenige Themen.
<b>Bewusstseinsverschiebung</b>	Fast völlig im subjektiven bleibende qualitative Form

*Bewusstseineintrübung.*

<b>Eintrübung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abkehr von Aussenwelt</li> <li>- Ablenkbarkeit</li> <li>- Schlechte Auffassungsgabe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Delir</li> <li>- Amentielles Syndrom</li> <li>- Intoxikation</li> <li>- Zerebrovaskuläre Erkrankung</li> </ul>
<b>Einengung</b>	Verminderte Ansprechbarkeit durch Fixierung auf bestimmte innere Erlebnisse/ äußere Gegebenheiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intoxikation</li> <li>- Hirntrauma</li> <li>- Enzephalitis</li> <li>- Epilepsie</li> <li>- Gelegentlich bei Schock</li> <li>- Dissoziation Syndrome</li> </ul>
<b>Verschiebung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erlebte Lebendigkeit/ Vigilanz</li> <li>- Intensiv erlebte Gefühle</li> <li>- Vergrößerter Bewusstseinsraum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intoxikation</li> <li>- Meditation/ Ekstase</li> <li>- Beginnende Psychose</li> </ul>

*Sonderformen (nicht AMDP)*

<b>Hypervigilität</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- subjektives Gefühl verstärkter Gefühlsintensität &amp; kognitiver Leistungsfähigkeit</li> </ul>
<b>Apallisches Syndrom</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Funktionsausfall der Großhirnrinde</li> <li>- Stumm &amp; reglos/ keine visuelle Fixierung</li> <li>- Keine Reflexe/ keine verbalen Reaktionen</li> </ul>
<b>Amentielles Syndrom</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualitative Bewusstseinsstörung</li> <li>- Psychose mit ängstlich-ratloser Grundstimmung &amp; Halluzinationen</li> <li>- Orientierung ist unsicher</li> </ul>
<b>Dämmerzustand</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gehört zu den akut organisch begründbaren Psychosen</li> <li>- Quantitative &amp; qualitative Störung</li> <li>- Bewusstseineinengung</li> <li>- Scheinen nach aussen hin geordnet, sind jedoch durch äußere Reize kaum ansprechbar</li> <li>- Geht oft in Schlaf über, mit nachfolgend retrograder Amnesie</li> </ul>

*Diagnostik*

<b>Quantitative BS</b>	Glasgow-Coma-Scale: Wert <8 weist auf schwere Hirnfunktionsstörung hin
<b>Qualitative BS</b>	Beobachtung

## ORIENTIERUNGSSTÖRUNGEN

<b>Orientierung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zeitlich, örtlich, persönlich, situativ (nicht räumlich)</li> <li>- Zentrale Existenzbedingung</li> <li>- Voraussetzung für Anpassung &amp; praktische Lebensführung</li> </ul>
<b>Praktische O.</b>	Erkennbar im Verhalten
<b>Theoretische O.</b>	Erfragbar durch Exploration

<b>Zeitliche Orientierungsstörung (S)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unkenntnis von Datum/ Zeit/ Jahreszeit</li> <li>- Leicht störbar</li> <li>- Datum darf um einen Tag abweichen/ Wochentag muss gewusst werden</li> <li>- <i>Zeitgitterstörung: Unfähigkeit Ereignisse in zeitliche Abfolge einzuordnen</i></li> </ul>
<b>Örtliche Orientierungsstörung (S)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unkenntnis über gegenwärtigen Aufenthaltsort</li> <li>- Ausmaß der Desorientierung kann schwanken</li> </ul>
<b>Situative Orientierungsstörung (S)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unkenntnis über situative Bedeutung-/ Sinnzusammenhänge</li> <li>--&gt; Wissen warum man sich an einem Ort befindet</li> </ul>
<b>Orientierungsstörung über eigene Person</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unkenntnis über persönliche/ lebensgeschichtliche Situation</li> <li>- Eingeschränkte Fähigkeit persönliche Merkmale zu erinnern</li> </ul>

<b>Diagnostik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beobachtung des Verhaltens im längsschnittlichen Verlauf</li> <li>- In der Regel zuerst Einschränkung der zeitlichen, dann situativen, dann örtlich und dann persönlicher Orientierung</li> <li>- Befragung</li> <li>- Psychometrische Verfahren (--&gt; Mini Mental Test)</li> </ul>
-------------------	--

### *Neurologische Aspekte*

<b>Zeitliche Orientierungsstörung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- korreliert mit Störungen des episodischen Gedächtnisses</li> <li>- Sozial rückzügige Personen können leicht desorientiert sein</li> </ul>
<b>Örtliche Orientierungsstörung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ortsneuronen des Hippocampus</li> <li>- Alzheimer: relativ früher Verlust bei makroskopischer Hirnatrophie (u.A. Hippocampus)</li> </ul>

## AUFMERKSAMKEIT-/ GEDÄCHTNISSTÖRUNGEN

<b>Aufmerksamkeit</b>	Ausrichtung der geistigen Aktivität auf einen Stimulus
<b>Gedächtnis</b>	Fähigkeit, Erfahrungen & Bewusstseinsinhalte zu registrieren/ speichern/ reproduzieren <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sofort-/ Immediatgedächtnis</li> <li>- Kurzzeitgedächtnis</li> <li>- Langzeitgedächtnis</li> </ul>

## Störungen der...

<b>Auffassung (SF)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gestörte kognitive Verarbeitung von Informationen</li> <li>- Konkretismus</li> <li>- Probleme bei Verallgemeinerungen</li> <li>- Haftenbleiben im Detail</li> <li>- Keine Zuordnung in Klassen</li> </ul>
<b>Konzentration (SF)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Störung der ausdauernden kognitiven Zuwendung zu einem Thema</li> <li>- --&gt; Störung des Immediatgedächtnisses</li> <li>- Störungen der Daueraufmerksamkeit</li> <li>- Störung der selektiven Aufmerksamkeit</li> <li>- Störung der geteilten Aufmerksamkeit</li> </ul>
<b>Merkfähigkeit (SF)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Störung neue Informationen über einen Zeitraum von 10 Minuten zu behalten</li> </ul>
<b>Gedächtnis (SF)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Störung neu Informationen länger als 10 Minuten zu behalten</li> <li>- Störung des Frischgedächtnisses und des eher stabilen Altgedächtnisses</li> <li>- <i>Amnesien</i>: zeitlich/ inhaltlich begrenzte Gedächtnislücken</li> <li>- <i>Zeitgitterstörung</i></li> </ul>

<b>Konfabulationen (F)</b>	Ausfüllen von Erinnerungslücken mit spontanen Einfällen
<b>Paramnesien (S)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erinnerungsverfälschung</li> <li>- Gedächtnisleistung unbeeinträchtigt</li> <li>- Inhaltliche Denkstörung <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Deja-v.u.</i>: Gefühl des wiederholten Erlebens, bei dem Wissen um eine Täuschung</li> <li>- <i>Jamais-v.u.</i>: Gefühl etwas noch nie erlebt zu haben, bei dem Wissen um eine Täuschung</li> <li>- <i>Ekmesien</i>: Vergangenheit wird als Gegenwart erlebt</li> <li>- <i>Hypermniesien</i>: gesteigerte Erinnerungsfähigkeit</li> <li>- <i>Flashback</i>: erneutes Durchleben von Situationen/ Nachhallerinnerungen</li> <li>- <i>Intension</i>: Aufdrängen traumatischer Erinnerungen</li> </ul> </li> </ul>

<b>Diagnostik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Testpsychologisch</li> <li>- <i>Auffassungsstörung</i>: Sprichwörter, Bildergeschichten</li> <li>- <i>Konzentrationsstörung</i>: zunehmende Fehleranzahl</li> <li>- <i>Merkfähigkeitsstörung</i>: 3 Begriffe für 10 Minuten merken</li> <li>- SKT: Syndrom-Kurzzeit-Test</li> </ul>
-------------------	--

## Neurologie Gedächtnis

<b>Hippocampus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verarbeitung von Infos aus diversen Systemen &amp; Weiterleitung an Kortex</li> <li>- Gedächtniskonsolidierung</li> </ul>
--------------------	--

## FORMALE DENKSTÖRUNGEN

<b>Denken</b>	Herstellen & Verbinden von Bedeutungszusammenhängen --> <i>Voraussetzungen</i> : Wachheit, Klarheit, Ich-Bewusstsein, Intelligenz, Gedächtnis
<b>Sprache</b>	Fasst Denken in Zeichen/ Symbole --> Ordnungsfunktion
<b>Formale Denkstörung</b>	- Störung des Gedankenablaufs - Störung des Inhaltsreichtums
<b>Inhaltliche Denkstörung</b>	- abnorme Denkinhalte - Dysfunktionale Unterbrechungen

<b>Gehemmt (S)</b>	- Denken wird subjektiv als gebremst, verlangsamt, blockiert erlebt - Patient äußert sich meist leise und mit häufigen Unterbrechungen
<b>Verlangsamt (F)</b>	Denken erscheint verlangsamt & schleppend
<b>Umständlich (F)</b>	- Nebensächlichkeiten werden nicht vom Wesentlichen getrennt - Inhaltlicher Zusammenhang bleibt gewahrt
<b>Eingeengt (SF)</b>	- Einschränkungen des inhaltlichen Denkkumfangs - Verhaftung an einem Thema - Fixierung auf wenige Zielvorstellungen
<b>Perseverierend (F)</b>	Haftenbleiben an Wörtern/ Angaben die im aktuellen Zusammenhang keinen Sinn ergeben --> häufige Wiederholungen
<b>Grübeln (S)</b>	- unablässiges Nachdenken über bestimmte belastende Themen - Denken führt zu keinem Ergebnis, es fängt immer wieder neu an
<b>Gedankendrängen (S)</b>	- Gefühl den eigenen Gedanken ausgeliefert zu sein - Unmöglichkeit die Gedanken zu ordnen/ zu beherrschen
<b>Ideenflüchtig (F) Vorbeireden (F)</b>	- Ziel des Denkens kann auf Grund von Assoziationen nicht mehr verfolgt werden - Häufig sind gelockerte Assoziationen erkennbar (Geld-Welt) - Themenverfehlung obwohl die Frage verstanden wurde
<b>Gesperrt/ Gedankenabreißen (SF)</b>	- flüssiger Gedankengang/ Sprechvorgang bricht plötzlich ab - „Faden verlieren“
<b>Inkohärent/ Zerrfahren (F)</b>	Denken & sprechen verlieren den verständlichen Zusammenhang - <i>Paralogik</i> : leichte Form/ unlogisches Denken bei intaktem Satzbau - <i>Programmatisimus</i> : lange, komplexe Sätze und falsche Grammatik - <i>Schizophasie</i> : völliger Sprachzerfall/ Silbengemisch
<b>Neologismen (F)</b>	Wortneuschöpfungen, die den sprachlichen Konventionen nicht entsprechen

<b>Diagnostik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grad der Erschwerung des Interview</li> <li>- BRPS: Brief Psychiatrie Rating Scale</li> <li>- PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale</li> <li>- SANS/ SAPS - Scale for the Assistent of Negative/ Positive Symptoms</li> </ul>
-------------------	--

## BEFÜRCHTUNGEN & ZWÄNGE

Verlust der Handlungsfreiheit bei erhaltener selbstreflexiver Stellungnahme. Klarheit über Unsinnigkeit der Befürchtungen und Zwänge bei zeitgleicher Machtlosigkeit diesen gegenüber.

<b>Misstrauen (SF)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verhalten anderer wird ängstlich/ unsicher/ feindselig gedeutet</li> <li>- Kann uns vor schlechten Erfahrungen schützen</li> </ul>
<b>Hypochondrie (S)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ängstliche Beziehung zum eigenen Körper</li> <li>- Normale Körpervorgänge --&gt; übermäßige Bedeutung</li> <li>- Gegenstand der Befürchtungen kann wechseln</li> </ul>
<b>Phobien (S)</b>	<p>Angst vor bestimmten Situationen/ Objekten --&gt; Vermeidungsreaktion</p>
<b>Zwangsdanken (S)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufdrängende Gedanken/ Vorstellungen die als unsinnig/ übertrieben erlebt werden</li> <li>- Quälend &amp; unkontrollierbar</li> </ul>
<b>Zwangsimpulse (S)</b>	<p>Aufdrängender Impuls bestimmte Handlungen auszuführen</p>
<b>Zwangshandlungen (S)</b>	<p>Wiederholtes ausführen von (unsinnigen) Handlungen</p>

<b>Diagnostik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gezieltes Nachfragen</li> <li>- Psychometrische Testverfahren (AKV, BAI, Y-BOCS)</li> </ul>
-------------------	--

### *Neurologie bei Angstausslösendem Reiz*

<b>Schneller Pfad</b>	<p>Reaktion von Bewusstwerdung --&gt; RR/ P &amp; AF steigt --&gt; Totstellreflex --&gt; Ausschüttung von Stresshormonen Thalamo-amygdaloide Verbindung</p>
<b>Langsamer Pfad</b>	<p>Reiz gelangt über Repräsentation im Kortex ins Bewusstsein --&gt; Sensorischer Thalamus --&gt; visueller Kortex --&gt; Amygdala --&gt; Reaktion</p>

## WAHN

Entspricht einer inhaltlichen Denkstörung.

<b>Wahn = inhaltliche Denkstörung</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Objektiv falsche Überzeugungen --&gt; subjektive Gewissheit, die keiner Argumente bedarf.</li> <li>2. Umgebung teilt die Überzeugung in der Regel nicht</li> <li>3. Keine Einsicht in die Fehlerhaftigkeit der Überzeugung</li> </ol>
---------------------------------------	---

<b>Wahnstimmung (S)</b>	Besondere/ Diffuse emotionale Gespanntheit im Vorfeld des Wahns --> Bedeutungsbeimessung & In-Bezug-setzen
<b>Wahnwahrnehmung (S)</b>	Reale Sinneswahrnehmungen erhalten abnorme Bedeutung --> wahnhafte Fehlinterpretation einer „korrekten“ Wahrnehmung
<b>Wahneinfall (S)</b>	Neu aufgetretene wahnhafte Vorstellung/ Überzeugung --> kleinste geistige Einheit des Wahns --> es geht keine spezielle Wahrnehmung voraus
<b>Wahngedanken (S)</b>	Aus Wahnwahrnehmung/ Wahneinfällen hervorgegangene & festgehaltene wahnhafte Überzeugung
<b>Systematisierter Wahn (S)</b>	Grad der Verknüpfung einzelner Wahnsymptome mit anderen Wahnphänomenen/ Sinnestäuschungen/ Ich-Störungen --> wahnhafte Verarbeitung einzelner Wahneinfälle
<b>Wahndynamik (SF)</b>	Ausmaß der Affekte, die im Zusammenhang mit dem Wahn auftreten. Geringe Wahndynamik: geringe affektive Beteiligung --> Zeichen für abgeklungene Produktivität
<b>Beziehungswahn (S)</b>	Wahnhaftes Beziehen von Ereignissen auf die eigene Person
<b>Beeinträchtigung-/ Verfolgungswahn (S)</b>	Erleben von Feinseligkeiten --> Gefühl von Bedrohung/ Kränkung/ Beleidigung
<b>Eifersuchtswahn (S)</b>	Wahnhafte Überzeugung betrogen/ hintergangen zu werden vom Partner
<b>Schuldwahn (S)</b>	Überzeugung etwas falsch gemacht zu haben --> nichts geleistet/ alles versäumt/ alle im Stich gelassen
<b>Verarmungswahn (S)</b>	Überzeugung nicht genügend Mittel zum Lebensunterhalt zu haben
<b>Hypochondrischer Wahn (S)</b>	Überzeugung schwer krank zu sein
<b>Größenwahn (S)</b>	Wahnhafte Selbstüberschätzung & Selbstüberhöhung

<b>Diagnostik</b>	Nachfragen ob ungewöhnliche Dinge erlebt wurden
-------------------	---

<b>Neurologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entstehung unklar</li> <li>- Durch Tatsache guter Ansprache auf Neuroleptika wurde angenommen, dass ein Wahn auf zellulärer Ebene entsteht. Diese Ansicht konnte sich allerdings nicht durchsetzen</li> <li>- Aktuelle Annahme: Rückführung auf spez. dysfunktionale kognitive Mechanismen</li> <li>- Bei wahnhaften Personen besteht weniger mediofrontale Aktivität bei Sachverhalten, welche die eigene Person betreffen</li> <li>- Störung der Aufmerksamkeitssteuerung: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zunächst sehr starke Zuwendung zu einem angstausslösenden Reiz</li> <li>- Später besteht keine Zuwendung mehr zu diesem Reiz</li> <li>- --&gt; Abbau der irrationalen Überzeugung wird verhindert</li> </ul> </li> </ul>
-------------------	---

**SINNESTÄUSCHUNGEN**

Subjektive Wahrnehmung unterscheidet sich von objektiver/ physikalisch erklärbarer Wahrnehmung.

<b>Illusionen (S)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verkennung/ verfälschte Wahrnehmung von realen Gegenständen/ Geräuschen/ Personen/ Situationen</li> <li>- Fehlwahrnehmung &amp; Täuschung des Erkennens</li> <li>- Werden i.d.R. Korrigiert</li> </ul>
<b>Stimmenhören/ akustische Halluzination (S)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hören von Stimmen/ Geräuschen, die nicht vorhanden sind</li> <li>--&gt; laut, leise/ fern, nah/ deutlich, verwaschen/ bekannt, unbekannt</li> </ul>
<b>Optische Halluzination (S)</b>	<p>Visuelle Wahrnehmung ohne entsprechende Reizquelle 2 Dimensionen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Komplexität</i>: elementar visuelle Halluzinationen; Komplex szenarische Halluzinationen</li> <li>2. <i>Inhalt</i>: Objekte; Sehen der eigenen Person</li> </ol>
<b>Geruchs-/ Geschmacks-Halluzination (S)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geschmacks-/ Geruchswahrnehmung ohne entsprechende Quelle</li> <li>- Meist unangenehm</li> </ul>
<b>Körperhalluzinationen (S)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taktile Wahrnehmung ohne entsprechende Reizquelle</li> <li>- Coenästhesien: Störungen des Leibempfindens</li> <li>- Qualitativ abnorm/ neuartig/ beinhalten negativ getönte Leibsensationen</li> </ul>
<b>Pseudohalluzinationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- im AMDP nicht gesondert aufgeführt</li> <li>- Trugwahrnehmung, die als solche erkannt wird</li> <li>- Wird nicht ganz einheitlich verwendet</li> </ul>

<b>Diagnostik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nur im Gespräch</li> <li>- Keine objektiven Verfahren möglich</li> </ul>
-------------------	---

## Neurologie

<b>Dopaminhypothese</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dopamin hat die Funktion im ZNS die Bedeutung von Umweltreizen &amp; neuronalen Korrelate von Erinnerungen/ Emotionen zu modulieren</li> <li>- --&gt; Richten der Aufmerksamkeit auf relevante Reize</li> <li>- Störung des Systems kann dazu führen, dass Assoziationen gebildet werden, die irrelevante Reize hervorheben</li> <li>- Antipsychotika blockieren Dopamin-Rezeptoren</li> <li>- Die Hypothese gilt als überholt</li> </ul>
<b>Abnorme elektrische Aktivität</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durch direkte Hinstimulation kann eine komplexe Wahrnehmung ausgelöst werden</li> <li>- Die abnorme Aktivität führt allerdings nur selten zu einer Wahrnehmung von komplexen Objekten</li> </ul>
<b>Störung der Afferenzen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Störung sensorischer Afferenzen spielen eine große Rolle bei Halluzinationen</li> <li>- ZNS versucht (bei sensorischer Deprivation) eine plausible Lösung durch Erwartung / Vorstellung zu finden</li> </ul>
<b>Aktivierung primärer Sinnesareale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Annahme: Störung der Begrenzung von Hirnarealen</li> <li>- Befundlage ist nicht eindeutig</li> <li>--&gt; keine Ableitung eines Funktionsmodells von Halluzinationen</li> </ul>

## ICH-STÖRUNGEN

### Dimensionen des Ich

<b>Ich-Vitalität</b>	Gewissheit über eigene Lebendigkeit
<b>Ich-Aktivität</b>	Gewissheit über Eigenbestimmung/ Erleben/ Denken/ Handeln
<b>Ich-Konsistenz</b>	Gewissheit über kohärenten Lebensverband
<b>Ich-Demarkation</b>	Eigenbereich kann abgegrenzt werden
<b>Ich-Identität</b>	Gewissheit über eigene personale/ physiognomische/ sexuelle/ biografische Identität
<b>Selbstkonzept</b>	Bild der eigenen Fähigkeiten/ Einstellungen/ Vorlieben
<b>Ich-Stärke</b>	Wissen um Leistungsfähigkeit & Anpassungsfähigkeit

--> Anordnung in konzentrischen Kreisen

<b>Entfremdungserlebnisse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Störung des Einheitserlebens Identität &lt;-&gt; Umwelt</li> <li>- Ich-Haftigkeit der Erlebnisse bleibt erhalten</li> <li>- 3 Typen: Innere Distanz, Revitalisierung, Irrealität</li> </ul>
<b>Fremdbeeinflussungs-Erlebnisse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grenzen zwischen Ich &lt;-&gt; Umwelt sind durchlässig</li> <li>- Psychische Vorgänge werden nicht mehr als dem Ich zugehörig, sondern als von aussen gemacht erlebt</li> </ul>



<b>Derealisation (S)</b>	- Umgebung/ Zeiterleben wird als unwirklich verändert erfahren --> Vertrautheit geht verloren - Personen/ Gegenstände/ Landschaften erscheinen fremdartig
<b>Depersonalisation (S)</b>	- Patient kommt sich selbst unwirklich/ verändert vor - <i>Emotionale Taubheit</i> : es wird nichts mehr gefühlt - Veränderung der visuellen Wahrnehmung: Beobachtung der eigenen Person aus einer gewissen Distanz - <i>Transitivismus</i> : eigene Erlebnisse werden jem. anderen zugeschrieben - <i>Appersonisierung</i> : Pat. Empfindet was er bei anderen beobachtet
<b>Gedanken- ausbreitung (S)</b>	Andere haben Teil an Gedanken des Patienten --> Gedanken lesen
<b>Gedankenentzug (S)</b>	- Patient werden Gedanken weg genommen/ abgezogen - Andere Menschen oder höhere Macht stiehlt die Gedanken
<b>Gedanken- eingebug (S)</b>	Erleben, dass eigene Gedanken/ Vorstellungen von aussen beeinflusst/ gemacht/ gelenkt werden
<b>Andere (S)</b>	Gefühle/ Intentionen/ verhalten/ Körperfunktionen werden als gemacht erlebt

<b>Diagnostik</b>	nur der Selbstbeobachtung zugänglich
-------------------	--------------------------------------

### Neurologie

<b>Derealisation</b>	unbekannte Genese... Vermutungen - Amygdala verändert die Wahrnehmung durch Affekte - Interaktion Amygdala mit hippocampaler Aktivierung beim Retrieval & situativer Orientierung - Fehler in parahippocampaler Rekognition - Fehler in frontallhirn-generierter Erwartung - Prähalluzinante Veränderung der Wahrnehmung
<b>Depersonalisation</b>	- gestörte Informationsverarbeitung - Fehlendes Einheitlichkeitsgefühl (Schizophrenie) - Anfälligkeit der körp. Wahrnehmung durch Koordinate Prozesse im somatosensorischen Homunkulus
<b>Gedanken- Ausbreitung</b>	Lerngeschichte: Eltern können Intentionen des Kindes häufig richtig erraten haben
<b>Gedankenentzug</b>	Störung des Arbeitsgedächtnisses
<b>Gedankeneingebug</b>	Gestörte Quellwahrnehmung: Feststellung ob Gedanken Quelle eigener Einfälle sind, oder von aussen stammen ist nicht möglich

In (Lebensbedrohlichen) Ausnahmesituationen wird vordere cinguläre Kortex sehr aktiv. Das führt zu einer Hemmung der Amygdala und anderer emotionaler Zentren des limbischen Systems. Daraus entsteht die Unterdrückung potentiell stärkerer Emotionen.

Der vordere cinguläre Kortex erzeugt extreme Wachheit & Gespanntheit um angemessene Verteidigungsreaktion vorzubereiten.

## STÖRUNGEN DER AFFEKTIVITÄT

<b>Gefühle/ Emotionen</b>	Einzelne Gefühle elementarer & höherer Art. Regulieren großen Teil des Sozialverhaltens
<b>Affekte</b>	Umschriebene, kurz andauernde Gefühlsabläufe/ Gefühlswallungen
<b>Stimmung</b>	Gesamtlage des Gefühlszustandes. Bestimmt Denken/ Handeln/ Empfinden

<b>Ratlos (F)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient scheint sich nicht mehr zurecht zu finden</li> <li>- Situation/ Umgebung/ Zukunft nicht mehr greifbar</li> <li>- Patient versteht nicht mehr was mit ihm geschieht</li> </ul>
<b>Gefühllosigkeit (S)</b>	Erlebte Reduktion/ Verlust des affektiven Erlebens
<b>Affektarm (F)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spektrum gezeigter Gefühle ist vermindert</li> <li>- Gezeigter Affekt ist gleichbleibend indifferent &amp; unabhängig von der Situation</li> </ul>
<b>Störung der Vitalgefühle (S)</b>	<p>Herabgesetzte Empfindung von Kraft/ Energie/ Lebendigkeit</p> <p>--&gt; Schlappeheit/ Kraftlosigkeit/ rasche Erschöpfbarkeit</p> <p>--&gt; gehobene Vitalgefühle in der Manie</p>
<b>Deprimiert (SF)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- negativ getönte Befindlichkeit</li> <li>- Unbehagen/ Niedergeschlagen/ Sorge/ Gram/ Hilflosigkeit</li> </ul>
<b>Hoffnungslos (S)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pessimistisch, „Schwarzsehen“</li> <li>- Fehlende Zukunftsorientierung</li> </ul>
<b>Ängstlich (SF)</b>	Empfindung von Angst/ Erwartung einer Bedrohung
<b>Euphorisch (SF)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Übersteigertes Wohlbefinden/ Zuversicht</li> <li>- Heiterkeit &amp; Gesteigertes Vitalgefühl</li> </ul>
<b>Dysphorisch (SF)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Missmutige Verstimmtheit</li> <li>- Übellaunig/ mürrisch/ nörgelnd/ unzufrieden/ ärgerlich</li> </ul>
<b>Gereizt (SF)</b>	Unangemessen rasche Reaktion mit Ärger/ Aggression
<b>Innerlich unruhig (S)</b>	Innere Aufgeregtheit/ Spannung/ Nervosität
<b>Klagsam/ Jammrig (F)</b>	<p>Ausdrucksstarkes Vortragen von Schmerz/ Kummer/ Ängstlichkeit</p> <p>--&gt; seufzen, weinen, stöhnen, lamentieren</p>
<b>Insuffizienzgefühle (S)</b>	<p>Vermindertes Vertrauen in eigene Leistungsfähigkeit</p> <p>--&gt; Gefühl der Wertlosigkeit/ Untauglichkeit</p>
<b>Gesteigerter Selbstwert (S)</b>	Positiv erlebtes Gefühl der gesteigerten Leistungsfähigkeit/ Wert/ Kraft

<b>Schuldgefühle (S)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verantwortlichkeitsgefühl für verwerfliche angesehene Tat</li> <li>- Gefühl etwas falsch gemacht zu haben/ gegen Normen verstoßen zu haben</li> </ul>
<b>Verarmungsgefühle (S)</b>	Patient fürchtet die Mittel zum Lebensunterhalt nicht aufbringen zu können
<b>Ambivalent (S)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Koexistenz widersprüchlicher Gefühle/ Impulse, welche als gleichzeitig vorhanden erlebt werden</li> <li>- Keine Entschlussfähigkeit; Zwiespältigkeit</li> </ul>
<b>Parathymie (F)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gefühlsausdruck passt nicht zum berichteten Erlebnisinhalt</li> <li>- Inadäquater affektiver Ausdruck</li> </ul>
<b>Affektlabil (SF)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- schneller Wechsel der Affekt</li> <li>- Anstoß erfolgt von aussen, oder tritt spontan auf</li> </ul>
<b>Affektinkontinent (SF)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bei geringem Anstoß schießt Affekt über; z.T. Übermäßig stark</li> <li>- Patient kann Affekte nicht beherrschen</li> </ul>
<b>Affektstarr (F)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verminderte Affekt-Modulationsfähigkeit</li> <li>- Verringerte Schwingungsfähigkeit</li> </ul>

<b>Diagnostik</b>	Befragung & Beobachtung
-------------------	-------------------------

### Neurologie

<b>Angst</b>	<p>Amygdala:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mangelnde Extraktion/ Hemmung der Neuronen</li> <li>- Gesteigerte Aktivität des Flucht-systems</li> </ul>
<b>Euphorie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivierungsschwelle positiver Emotionalität ist gesenkt</li> <li>- Hyperaktives Belohnungszentrum</li> <li>- Entängstigung durch verminderten Amygdala-Tonus</li> </ul>
<b>Erhöhter Selbstwert</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- positiv gesteigerte Emotionalität</li> <li>- Aktivierungsschwelle positiver Emotionalität ist gesenkt</li> <li>- Belohnungssystem ist überaktiv</li> <li>- Wechselseitige Verstärkung von Selektion positiver Erinnerung &amp; positiver affektiver Bewertung vergangener Entwicklung</li> </ul>

## ANTRIEBS-/ PSYCHOMOTORISCHE STÖRUNGEN

<b>Antrieb</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- belebende Kraft, welche Bewegungen aller psychischen Funktionen bewirkt</li> <li>- Wird erkennbar durch Aktivitätsniveau</li> <li>- Starke Abhängigkeit vom individuellen Charakter &amp; Umwelt</li> <li>- Antrieb &amp; (An)Reiz sind miteinander verschränkt</li> </ul>
----------------	---

<b>Antriebsarm (SF)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mangel an Energie/ Initiative/ Interesse</li> <li>- Trägheit, Mangel an Leistung</li> <li>- Gleichgültigkeit &amp; Stumpfheit</li> </ul>
<b>Antriebsgehemmt (S)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Energie &amp; Eigeninitiative werden als gebremst/ blockiert erlebt</li> <li>- Tätigkeiten erfordern höheren Kraftaufwand als normal</li> </ul>
<b>Antriebsgesteigert (SF)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zunahme an Energie &amp; Eigeninitiative</li> <li>- Zielgerichtete Tätigkeiten (müssen aber nicht sinnvoll sein!)</li> <li>- Starker Bewegungsdrang</li> </ul>
<b>Motorisch unruhig (SF)</b>	gesteigerte & ungerichtete motorische Aktivität
<b>Parakinesien (F)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- qualitativ abnorme (meist komplexe) Bewegungen</li> <li>- Stereotype Äußerungen auf sprachlichem/ motorischem Gebiet <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbigerationen, Echolalie, Echopraxie, Katalepsie, Flexibilitas cerea, automatenhaftes lachen</li> </ul> </li> <li>- <i>Befehlsautomatismen</i>: auf einen Reiz hin folgt automatische Handlungsausführung</li> <li>- <i>Negativismus</i>: Patient tut nicht das/ genau das Gegenteil von dem was verlangt wird.</li> </ul>
<b>Maniert/ bizarr (F)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- alltägliche Handlungen/ Bewegungen erscheinen possenhaft/ verschnörkelt</li> <li>- Unnatürlich hochtrabend/ wichtiguerisches Verhalten</li> </ul>
<b>Theatralisch (F)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patienten scheinen sich selbst darzustellen</li> <li>- Eigentümlich darstellerisches Ausdrucksverhalten</li> </ul>
<b>Mutistisch (F)</b>	Wortkargheit, bis hin zum völligen Verstummen
<b>Logorrhöisch (F)</b>	Verstärkter Redefluss

<b>Diagnostik</b>	Beobachtung & Befragung
-------------------	-------------------------

### Neurologie

<b>Antriebsarm</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- geringe Motivation/ Belohnung oder deren Erreichbarkeit</li> <li>- Niedriges Arousal</li> <li>- Verstärkerverlustsituation</li> <li>- Exekutive Erarbeitung von Aktionsschemata kann nicht/ nur eingeschränkt erfolgen --&gt; finale Aktivierung der motorischen Einheiten bleibt aus</li> <li>- Impulsschwelle möglicherweise zu hoch</li> </ul>
<b>Antriebshemmung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ähnlich Antriebsarmut</li> <li>- Probleme bei der Initiierung motorischer Aktionen</li> </ul>
<b>Antriebssteigerung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Handlungsschwelle gering</li> <li>- Soziale Enthemmung</li> </ul>

<b>Motorische Unruhe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- emotionale Spannung (Erregung/ Interesse/ Aggressivität) erhöht die motorische Ursprungsaktivität</li> <li>- Evtl. Störung der motorischen Aktivierung durch dopaminerg/ noradrenerg erhöhten Tonus</li> </ul>
<b>Maniert</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>autistische Theatralik</i>: Person ist überzeugt davon sich angemessen zu verhalten</li> </ul>
<b>Theatralik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Freude am Mittelpunkt durch Lerngeschichte</li> <li>- Erleben der Notwendigkeit die Störung auszuschmücken, aus Sorge nicht angemessen behandelt zu werden</li> </ul>
<b>Mutistisch</b>	Annahme, dass sich eine (geplante) Aktion nicht durchsetzt wegen manifesten Handlungskonfliktes & exekutiver Störung

## ZIRKADIANE BESONDERHEITEN & ANDERE STÖRUNGEN

<b>Sozialer Rückzug (SF)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rückzug von Anderen</li> <li>- Verminderte Sozialkontakte</li> </ul>
<b>Soziale Umtriebigkeit (SF)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zunahme sozialer Aktivitäten</li> <li>- Kontakte sind meist nur oberflächlich &amp; wechselhaft</li> </ul>
<b>Aggressivität (SF)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Feindseliges &amp; angriffslustiges Verhalten</li> <li>- Impulse/ Gedanken/ Absichten/ Pläne jemanden Schaden zuzufügen, auch verbale Attacken</li> <li>- <i>Good clinical practice</i>: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Strukturierung der Umgebung</li> <li>- Reizabschirmung</li> <li>- Verbale Beruhigung &amp; sicheres Auftreten</li> <li>- --&gt; Isolation &amp; Fixierung erst nach Schreiten</li> </ul> </li> </ul>
<b>Selbstschädigung (SF)</b>	Selbstverletzung ohne Suizidabsicht
<b>Mangelndes Krankheitsgefühl (SF)</b>	Kein subjektives Empfinden von Krankheit
<b>Mangelnde Krankheitseinsicht (S)</b>	Krankhafte Erlebens-/ Verhaltensweise wird auf andere Faktoren zurückgeführt
<b>Ablehnung der Behandlung (SF)</b>	Zusammenfassung diverser Aspekte: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unpünktlichkeit</li> <li>- Unzuverlässigkeit bei Medikamenteneinnahme</li> <li>- Ablehnung der Diagnostik</li> <li>- Fehlende Gesprächsbereitschaft</li> </ul>
<b>Pflegebedürftigkeit</b>	Angemessenheit auf fremde Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens

<b>Diagnostik</b>	Befragung & Beobachtung
-------------------	-------------------------

## Neurologie

<b>Physiologisches Tief</b>	Zwischen 3:00-4:00 nachts
<b>Stärkster Zeitgeber</b>	Helles Licht 7.000-50.000 Lux
<b>Zentraler Schrittmacher</b>	Ventraler Hypothalamus --> Nucleus suprachiasmaticus
<b>Schlafrhythmus</b>	- bei nahezu allen psychischen Störungen gestört. - Resultat einer Überaktivität des dopaminergen Systems
<b>Hypothalamus</b>	Lateraler & medialer Hypothalamus fungieren als integrierende Struktur für Aggressionsverhalten
<b>Serotonin</b>	Wenn niedrig, dann ist Risiko für Aggressivität erhöht
<b>GABA-Rezeptoren</b>	Substanzen die an diesen Rezeptor binden (Benzodiazepine & Alkohol) senken die Schwelle für Aggression

## NEUROLOGISCHE STÖRUNGEN

<b>Rigor (F)</b>	- Tritt bei Erkrankungen des extrapyramidal-motorischen Systems auf - <i>Zahnradphänomen</i> : Muskeltonuserhöhung sind spürbar bei passiver Bewegung und unabhängig von Geschwindigkeit der Bewegung
<b>Muskeltonus herabgesetzt (SF)</b>	verringertes Dehnungswiderstand der willkürlich entspannten Muskulatur --> Überdehnbarkeit
<b>Tresor (SF)</b>	- <i>Haltetremor</i> bei isometrischen Haltefunktion - <i>Bewegungstremor</i> bei jeder Bewegung - <i>Intensionstremor</i> bei Zielbewegungen
<b>Dyskinesien (SF)</b>	Motorische Fehlfunktion bei Störungen des EPMS - <i>Frühdyskinesien</i> : spontane/ unwillkürliche Bewegungsstörungen der quergestreiften Muskulatur (24-28h nach Neuroleptikaeinnahme) - <i>Spätdyskinesien</i> : Intensität variiert. Typisch sind seitliche Kinnverrenkungen (Wochen/ Monate/ Jahre nach Neuroleptika)
<b>Hypokinesien (SF)</b>	- Verarmte/ Verlangsamte physiologische Bewegung - Meist eine Störung des extrapyramidalen Systems --> Nachlassen des Bewegungstempos --> eingeschränkte Mimik --> kleiner werdende Schrift --> Verlust der Spontanität --> Negativer Affekt
<b>Akathisie (SF)</b>	Unfähigkeit ruhig sitzen/ stehen zu bleiben - Repetitive Bewegungen der Gesichtsmuskulatur/ Extremitäten - Tripple von einem Fuß auf den Anderen - Umhergehen - Geht häufig einher mit Reizbarkeit, Suizidversuch, Dysphorie

<b>Ataxie (SF)</b>	Störung des geordneten Zusammenwirkens von Muskelgruppen bei zielgerichteten Bewegungen - <i>Rumpfataxie</i> : Schwanken im Sitzen - <i>Standataxie</i> : Fallneigung - <i>Gliedataktische Störung</i> : Unsicherheiten im Arm-/ Beinhalteversuch
<b>Nystagmus (F)</b>	Unwillkürliche rhythmische Augenbewegungen - <i>Rucknystagmus</i> : schnelle Bewegung in eine Richtung - <i>Pendelnystagmus</i> : beide Phasen sind gleich schnell
<b>Parästhesien (S)</b>	Jede Form sensibler Reizerscheinung

<b>Diagnostik</b>	Befragung & Beobachtung
-------------------	-------------------------

<b>M. Parkinson</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mittelhirn: substantia nigra (Teil des EPMS/ Bildung von Dopamin)</li> <li>- Degeneration dopaminergener Neurone in Substantia nigra</li> <li>- Dopaminkonzentration in Hirnteilen herabgesetzt</li> <li>- Reizleitung von substantia nigra zu Basalganglien herabgesetzt</li> </ul>
<b>Effekt der Neuroleptika</b>	Blockade von Dopamin-Rezeptoren führt zu Milderung der schizophrenen Positiv-Symptomatik --> Durch gleichzeitige Blockade des nigrastriatalen Dopaminsystems kommt es zu parkinsonoiden Symptomen

## PSYCHIATRISCHE NOTFÄLLE

<b>Suizidalität</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- multifaktoriell bedingtes/ komplexes Verhalten</li> <li>- Ist prinzipiell bei allen Menschen möglich</li> <li>- Alle Gedanken/ Pläne/ Handlungen die sich auf Suizid beziehen <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Suizidversuch</i>: Überleben einer Suiziden Handlung</li> <li>- <i>Erweiterter/ Mitnahmesuizid</i>: Einbeziehung einer weiteren Person</li> <li>- <i>Parasuizid</i>: selbstschädigende Handlung ohne Tötungsabsicht. Diese Bezeichnung birgt Risiko einer Fehleinschätzung --&gt; vermeiden!</li> </ul> </li> </ul>
<b>Erregungszustände</b>	Agitiertheit, Aggressivität, Innere Unruhe, Ziellose Antriebssteigerung, Affektive Enthemmung, Angst, Misstrauen, Wahn/ Halluzination, Bewusstseins-/ Orientierungsstörung, vegetative Symptome
<b>Verwirrheitszustände</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zustand der Bewusstseinsveränderung mit Des-/ Fehlorientierung &amp; verwirrtes Denken</li> <li>- I.d.R. Organische Ursachen</li> </ul>
<b>Psychose</b>	Störung mit ausgeprägter Verzerrung der Realitätswahrnehmung <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Vorstadium</i>: gesteigerte motorische Unruhe, Hypervigilanz, verstärkte Ängste, unmotiviertes Lachen/ schreien/ weinen, Halluzinationen, Wahn, Zerrfahrenheit</li> <li>- <i>Akute Psychose</i>: Delir, Dämmerzustand, Durchgangssyndrom</li> <li>- <i>Chronisch/ körperlich begründbar</i>: Frühkindliches Psychosesyndrom, Hirndiffuses Psychosyndrom, Hirnlokales Psychosyndrom</li> <li>- kann organisch oder nicht-organisch begründet sein</li> </ul>

<b>Delir</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kombination von quantitativer &amp; qualitativer Bewusstseinsstörung</li> <li>- Akut reversible Psychose</li> <li>- Zerebrale Vorschädigung &amp; höheres Lebensalter sind Risikofaktoren</li> <li>- <i>Delirium tremens</i>: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1-3 Tage nach Alkoholentzug</li> <li>- Dauer 3-5 Tage</li> <li>- Ohne Behandlung liegt Mortalität bei 25%</li> </ul> </li> </ul>
<b>Drogennotfälle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- akute Intoxikation</li> <li>- Entzugerscheinungen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bewusstseinsstörungen</li> <li>- Delirantes Syndrom</li> <li>- Erregungszustand</li> </ul> </li> </ul>
<b>Notfälle durch Psychopharmaka</b>	<p><i>Malignes Neuroleptisches Syndrom</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- idiosynkratische Komplikation bei neuroleptischer Behandlung</li> <li>- Entwickelt sich innerhalb von 24-72h</li> <li>- Fieber, Tremor, Kreislauf-/ Bewusstseinsstörungen, veg. Dysfunktion, Laborchemie</li> </ul> <p><i>Zentrales Serotonin Syndrom</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- potentiell Lebensbedrohlich</li> <li>- Auftreten bei serotonergen Antidepressiva</li> <li>- Fieber, Tremor, Rigor, Erregung, Desorientiertheit</li> </ul> <p><i>Zentrales anticholinerges Syndrom</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Überdosis/ Kombination trizyklischer Antidepressiva</li> <li>- Delir, Harnverhalt, Obstipation</li> </ul> <p><i>Lithium-Intoxikation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ataxie, Schwindel, Bewusstseinsstrübung, gesteigerte Reflexe, Durst, Tremor, Diarrhöe</li> </ul> <p><i>Parkinson-Syndrome</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zusammenfassung aller Störungen des cholinergen/ dopaminergen Systems</li> <li>- Akinese, Rigor, Tremor, posturale Instabilität</li> </ul> <p><i>Extrapyramidales Syndrom (EPS)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- je höher potent das Neuroleptikum desto höher die Wahrscheinlichkeit für EPS</li> <li>- Akathisie, Parkinsonoid, Dystonie, Dyskinesie</li> </ul>

## ALLGEMEINE PSYCHOPATHOLOGIE - DIAGNOSEN -

### EINFÜHRUNG

<b>Symptome</b>	Kleinste psychopathologische Einheit
<b>Syndrome</b>	Regelhaft miteinander auftretende Symptome
<b>Diagnosen</b>	Berücksichtigung ätiologischer Gesichtspunkte



<b>ICD-10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verzeichnis von Krankheiten/ Verletzungen/ Todesursachen</li> <li>- Unterteilung in einzelne Gruppen nach verschiedenen Prinzipien</li> <li>- Kapitel V (F) = psychische Störungen</li> </ul>
<b>DSM-IV</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mittlerweile gibt e DSM-V</li> <li>- Klare Beschreibung diagnostischer Kriterien</li> <li>- Multiaxiales System</li> <li>- Achse 1-4: Kategorial</li> <li>- Achse 5: dimensional</li> </ul>

## SYNDROME

<b>Dementielles Syndrom</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Synonym für Demenz</li> <li>- i.d.R. Progrediente Erkrankung des Hirns</li> <li>- Beginnt mit Verlust früher erworbener kognitiven Fähigkeiten</li> </ul>
<b>Manisches Syndrom</b>	Gehobene Stimmung, Antriebssteigerung, vermehrte Sozialkontakte, erhöhte Gesprächigkeit, gesteigerte Libido, unkritische Planung
<b>Depressives Syndrom</b>	Deprimierte Stimmung, Antriebsarmut, Interessenverlust, Verlust des Selbstvertrauens, Erschöpfung, Schuldgefühle
<b>Psychotisches Syndrom</b>	Ausgeprägte Verzerrung der Realitätswahrnehmung, Beeinträchtigung der Realitätskontrolle, Gedächtnisstörung, Antriebsverlust, produktive Symptome
<b>Delirantes Syndrom</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- akute organische Psychose mit qualitativer Bewusstseinsstörung</li> <li>- Affektive &amp; vegetative Symptome</li> </ul>
<b>Präsidiales Syndrom</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einengung der persönlichen Möglichkeiten</li> <li>- Aggressionsumkehr --&gt; richten der Aggressionen gegen sich selbst</li> <li>- Suizidphantasien</li> </ul>
<b>Parkinsonoides Syndrom</b>	- Zusammenfassung aller Störungen des cholinergen & dopaminergen Systems in den Basalganglien

## DIAGNOSEN NACH ICD-10

<b>F0</b>	<p>Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen</p> <p><b>F00</b> Demenz bei Alzheimer-Krankheit</p> <p><b>F01</b> Vaskuläre Demenz</p> <p><b>F02</b> Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten</p> <p><b>F03</b> Nicht näher bezeichnete Demenz</p> <p><b>F04</b> Organisches amnestisches Syndrom (nicht durch Alkohol oder Drogen bedingt)</p> <p><b>F05</b> Delir (nicht durch Alkohol oder Drogen bedingt)</p> <p><b>F06</b> Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung/ Funktionsstörung des Hirns oder körperlichen Krankheit</p> <p><b>F07</b> Persönlichkeit-/ Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit/ Schädigung/ Funktionsstörung des Hirns</p> <p><b>F09</b> nicht näher bezeichnete organische/ symptomatische psychische Störung</p>
-----------	---

**F1** Psychische & Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen  
**F10** Störungen durch Alkohol  
**F11** Störungen durch Opioide  
**F12** Störungen durch Cannabinoide  
**F13** Störungen durch Sedativa/ Hypnotika  
**F14** Störungen durch Kokain  
**F15** Störungen durch andere Stimulanzien einschließlich Koffein  
**F16** Störungen durch Halluzinogene  
**F17** Störungen durch Tabak  
**F18** Störungen durch flüchtige Lösungsmittel  
**F19** Störungen durch multiplen Substanzgebrauch/ Konsum anderer psychotroper Substanzen

**F1x.0** akute Intoxikation  
**F1x.1** schädlicher Gebrauch  
**F1x.2** Abhängigkeitssyndrom  
**F1x.3** Entzugssyndrom  
**F1x.4** Entzugssyndrom mit Delir  
**F1x.5** psychotische Störung  
**F1x.6** amnestisches Syndrom  
**F1x.7** Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung  
**F1x.8** sonstige psychische Verhaltensstörung  
**F1x.9** nicht näher bezeichnete psychische & Verhaltensstörung

**F2**

Schizophrenie, Schizotypie/ wahnhafte Störung  
**F20** Schizophrenie  
**F21** Schizotype Störung  
**F22** Anhaltende wahnhafte Störung  
**F23** Akute vorübergehende psychotische Störung  
**F24** Induzierte wahnhafte Störung  
**F25** Schizoaffektive Störung

**F3**

**F28** Sonstige nichtorganische psychotische Störung  
**F29** Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose

Affektive Störungen

**F4**

**F30** Manische Episode  
**F31** Bipolare affektive Störung  
**F32** Depressive Episode  
**F34** Anhaltende affektive Störung  
**F38** Andere affektive Störungen  
**F39** Nicht näher bezeichnete affektive Störung

Neurotische-/ Belastungs-/ Somatoforme Störungen

**F5**

**F40** Phobische Störung  
**F41** Andere Angststörungen  
**F41** Zwangsstörung  
**F43** Reaktion auf schwere Belastungen & Anpassungsstörung  
**F44** Dissoziation Störungen (Konversionsstörungen)  
**F45** Somatoforme Störungen  
**F49** Andere neurotische Störungen

Verhaltensauffälligkeiten mit körperliche Störungen & Faktoren

**F50** Essstörungen  
**F51** Nichtorganische Schlafstörungen  
**F52** Sexuelle Funktionsstörungen (nicht verursacht durch durch organische Störung oder Krankheit)

<b>F5</b>	<b>F53</b> Psychische & Verhaltensstörung im Wochenbett, andernorts nicht klassifiziert <b>F54</b> Psychische & Verhaltensstörung und Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten <b>F55</b> Schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen <b>F59</b> Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen & Faktoren
<b>F6</b>	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen <b>F60</b> Spezifische Persönlichkeitsstörungen <b>F61</b> Kombinierte und sonstige Persönlichkeitsstörungen <b>F62</b> Andauernde Persönlichkeitsänderung (nicht Folge von Hirnschädigung/-Krankheit) <b>F63</b> Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle <b>F64</b> Störungen der Geschlechtsidentität <b>F65</b> Störungen der Sexualpräferenz <b>F66</b> Psychische & Verhaltensstörungen in Verbindung mit sexueller Entwicklung & Orientierung <b>F68</b> Andere Persönlichkeits-/ Verhaltensstörung <b>F69</b> Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits-/ Verhaltensstörung
<b>F8</b>	Entwicklungsstörungen <b>F80</b> Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache <b>F81</b> UE schulischer Fertigkeiten <b>F82</b> UE motorischer Funktionen <b>F83</b> kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen <b>F84</b> Tiefgreifende Entwicklungsstörung <b>F88</b> Andere Entwicklungsstörungen <b>F89</b> Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung
<b>F9</b>	Verhaltens- / emotionale Störung mit Beginn in Kindheit und Jugend <b>F90</b> Hyperkinetische Störung <b>F91</b> Störung des Sozialverhaltens <b>F92</b> Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen <b>F93</b> Emotionale Störung des Kindesalters <b>F94</b> Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend <b>F95</b> Ticstörungen <b>F98</b> Sonstige Verhaltens-/ emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit & Jugend <b>F99</b> Psychische Störungen ohne nähere Angaben
<b>F99</b>	Psychische Störung ohne nähere Angaben

#### DSM-IV

<b>Achse 1</b>	Klinische Störung/ andere klinisch relevante Probleme
<b>Achse 2</b>	Persönlichkeitsstörungen/ geistige Behinderung
<b>Achse 3</b>	Medizinische Krankheitsfaktoren
<b>Achse 4</b>	Psychosoziale & umgebungsbedingte Probleme
<b>Achse 5</b>	Globale Erfassung des Funktionsniveau