

Die 53 häufigsten Störungsbilder des ICD-10 Kapitel V (Psychische und Verhaltensstörungen) in Deutschland

INKLUSIVE

Fallbeispielen zu allen Störungsbilder



Basierend auf den Daten und Informationen des Robert Koch-Instituts (RKI)

[\[https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/MHS/mhs_node.html\]](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/MHS/mhs_node.html),

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.

<https://www.dgppn.de/schwerpunkte/zahlenundfakten.html#:~:text=Bundesweit%20erf%C3%BCllt%20mehr%20als%20jeder,St%C3%B6rungen%20durch%20Alkohol%2D%20oder%20Medikamentenverbrauch.>

https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/3067cbcf50e837c89e2e9307cecea8cc901f6da8/DGPPN_Fakten_Kennzahlen.pdf

und

Entwicklung der Diagnoseprävalenz psychischer Störungen 2012–2022 - Nutzung bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten für Mental Health Surveillance

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/239553/Entwicklung-der-Diagnosepraevaleanz-psychischer-Stoerungen-2012-2022>

und wie sie in der Praxis an Häufigkeit vorkommen.

Stand: 13.06.2024

Inhaltsverzeichnis

Wesentliche Teile einer fundierten psychiatrischen Diagnose.....	7
F41.1 - Generalisierte Angststörung: 15,4%	9
F32 - Depressive Episode: 8,2%	12
F33 - Rezidivierende depressive Störung: 6,0%	15
F10 - Störungen durch Alkoholgebrauch: 5,7%.....	18
F43.2 - Anpassungsstörungen: 4,9%	22
F43.1 - Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS): 3,6%.....	24
F40.1 - Soziale Phobie: 2,5%	27
F40.2 - Spezifische (isolierte) Phobien: 2,3%.....	30
F42 - Zwangsstörung: 2,0%	32
F45.0 - Somatisierungsstörung: 1,5%.....	35
F50.0 - Anorexia nervosa: 1,0%	38
F50.2 - Bulimia nervosa: 1,0%.....	41
F45.1 - Undifferenzierte Somatisierungsstörung: 0,8%	45
F45.2 - Hypochondrische Störung: 0,7%	49
F51.0 - Nicht-organische Insomnie: 0,7%.....	53
F40.0 - Agoraphobie: 0,6%	57
F60.3 - Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline-Typ): 0,6%.....	61
F64.0 - Transsexualismus: 0,5%	65
F63.0 - Pathologisches Spielen: 0,5%.....	69
F60.1 - Schizoide Persönlichkeitsstörung: 0,4%.....	72
F60.0 - Paranoide Persönlichkeitsstörung: 0,4%.....	75
F60.2 - Dissoziale Persönlichkeitsstörung: 0,4%	79
F60.6 - Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung: 0,4%.....	83

F51.3 - Schlafwandeln: 0,3%.....	87
F60.4 - Histrionische Persönlichkeitsstörung: 0,3%.....	90
F60.5 - Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung: 0,3%.....	94
F90.0 - Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung: 0,3%	98
F63.1 - Pathologische Brandstiftung: 0,2%.....	102
F63.2 - Pathologisches Stehlen: 0,2%.....	105
F63.3 - Trichotillomanie: 0,2%.....	108
F64.1 - Transvestitismus: 0,2%	111
F65.0 - Fetischismus: 0,2%	114
F65.1 - Fetischistischer Transvestitismus: 0,2%.....	118
F65.2 - Exhibitionismus: 0,2%	121
F65.3 - Voyeurismus: 0,2%	124
F65.4 - Pädophilie: 0,2%.....	127
F66.0 - Sexuelle Reifungskrise: 0,2%.....	131
F66.1 - Ichdystone Sexualorientierung: 0,2%	135
F66.2 - Sexuelle Beziehungsstörung: 0,2%.....	139
F70 - Leichte Intelligenzminderung: 0,1%	143
F71 - Mittelgradige Intelligenzminderung: 0,1%.....	146
F72 - Schwere Intelligenzminderung: 0,1%	150
F73 - Schwerste Intelligenzminderung: 0,1%	153
F95.2 - Kombinierte vokale und multiple motorische Tics [Tourette-Syndrom]: 0,1%.....	157
F11 - Störungen durch Opioidgebrauch: 0,1%	160
F12 - Störungen durch Cannabiskonsum: 0,1%.....	164
F13 - Störungen durch Sedativa- oder Hypnotikagebrauch: 0,1%.....	168
F14 - Störungen durch Kokainkonsum: 0,1%.....	172
F15 - Störungen durch andere Stimulanzien: 0,1%	176

F16 - Störungen durch Halluzinogene: 0,1%.....	180
F17 - Störungen durch Tabakkonsum: 0,1%.....	184
F18 - Störungen durch flüchtige Lösungsmittel: 0,1%.....	188
F19 - Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: 0,1%.....	192

Wesentliche Teile einer fundierten psychiatrischen Diagnose

1. **Anamnese:**
 - **Persönliche Anamnese:** Lebensgeschichte, frühere psychische und physische Erkrankungen.
 - **Familienanamnese:** Psychische Erkrankungen in der Familie.
 - **Soziale Anamnese:** Soziale Beziehungen, Beruf, Lebensumstände.
 - **Substanzgebrauch:** Alkohol, Drogen, Medikamente.
2. **Psychopathologischer Befund:**
 - **Bewusstsein und Orientierung:** Klarheit, Orientierung (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person).
 - **Gedächtnis und Merkfähigkeit:** Kurz- und Langzeitgedächtnis.
 - **Denkprozesse:** Inhalt und Form (Wahn, Denkstörungen).
 - **Affektivität:** Stimmung, emotionale Reaktionen.
 - **Wahrnehmung:** Halluzinationen, Illusionen.
 - **Antrieb und Psychomotorik:** Aktivität, Bewegungsabläufe.
 - **Selbstwertgefühl:** Selbstbild, Selbstbewusstsein.
 - **Soziale Interaktion:** Soziale Fähigkeiten, Rückzug.
 - **Krankheitseinsicht:** Einsicht in die Erkrankung.
3. **Komorbiditäten:**
 - Begleitende psychische und physische Erkrankungen.
4. **Differenzialdiagnostik:**
 - Abgrenzung zu anderen psychischen und somatischen Störungen.
5. **Zeitkriterien:**
 - Dauer der Symptome (akut, chronisch, episodisch).
6. **Triadisches System:**
 - **Endogen:** Genetische Faktoren, z.B. Schizophrenie.
 - **Exogen:** Körperliche Krankheitsprozesse, z.B. Alzheimer-Demenz.
 - **Psychogen:** Rein psychische Ursachen, z.B. Persönlichkeitsstörungen.
7. **Symptome:**
 - **Primäre Symptome:** Kernsymptome der Störung.

- **Sekundäre Symptome:** Begleitsymptome.
 - **Anzahl der erforderlichen Symptome:** Spezifisch je nach Störung (z.B. mindestens fünf von neun bei einer Major Depression).
8. **Behandlungsmethoden:**
- **Psychotherapie:** Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), Psychoanalyse, Verhaltenstherapie.
 - **Medikamentöse Therapie:** Antidepressiva, Antipsychotika, Anxiolytika.
 - **Soziotherapie:** Unterstützung bei sozialen und beruflichen Problemen.
 - **Ergotherapie:** Förderung von Alltagsfähigkeiten.
 - **Achtsamkeitsbasierte Methoden:** MBSR, MBCT.

F41.1 - Generalisierte Angststörung: 15,4%

1. Anamnese

- **Detaillierte Erfassung der Krankheitsgeschichte:**
 - Patientin, 34 Jahre alt, klagt seit über einem Jahr über anhaltende Sorgen und Ängste bezüglich alltäglicher Dinge.
- **Familienanamnese:**
 - Mutter leidet an einer Angststörung, Vater an Depressionen.
- **Soziale und berufliche Situation:**
 - Arbeitet als Lehrerin, zunehmende Schwierigkeiten im Beruf aufgrund der Angst. Verheiratet, ein Kind.

2. Symptomatik

- **Primäre Symptome:**
 - Anhaltende, übermäßige Sorgen (mindestens 6 Monate)
 - Schwierigkeiten, die Sorgen zu kontrollieren
 - Ruhelosigkeit, leichte Ermüdbarkeit, Konzentrations-schwierigkeiten, Reizbarkeit, Muskelspannung, Schlafstörungen (mindestens 3 dieser Symptome)
- **Sekundäre Symptome:**
 - Herzklopfen, Schweißausbrüche, Zittern

3. Zeitkriterien

- **Dauer:** Symptome bestehen seit mindestens 6 Monaten nahezu täglich.

4. Psychopathologischer Befund

- **Bewusstsein und Orientierung:**
 - Klar und voll orientiert
- **Gedächtnis und Merkfähigkeit:**
 - Keine Auffälligkeiten
- **Denken:**
 - Fixiert auf Sorgen, keine formalen Denkstörungen
- **Affektivität:**
 - Deutlich ängstlich und angespannt
- **Wahrnehmung:**
 - Keine Halluzinationen oder Wahrnehmungsverzerrungen

- **Antrieb und Psychomotorik:**
 - Nervosität und Anspannung sichtbar, häufiges Zittern
- **Selbstwertgefühl:**
 - Reduziert in angstbesetzten Situationen
- **Soziale Interaktion:**
 - Vermeidet soziale Situationen, die Ängste auslösen
- **Krankheitseinsicht:**
 - Gute Einsicht in die Problematik, sucht aktiv Hilfe

5. Komorbiditäten

- **Vorhandene weitere psychische oder somatische Erkrankungen:**
 - Leichte depressive Symptome, keine weiteren körperlichen Erkrankungen

6. Differenzialdiagnostik

- **Abgrenzung zu anderen möglichen Störungen:**
 - Panikstörung (F41.0): Keine Panikattacken
 - Zwangsstörung (F42): Keine Zwangsgedanken oder -handlungen
 - Depression (F32): Depressive Symptome sekundär zur Angst

7. Triadisches System

- **Psychogen:** Die Ursache der Erkrankung wird als rein psychischer Natur betrachtet. Belastende Lebensereignisse und stressige berufliche Situationen spielen eine große Rolle.

8. Diagnostische Kriterien (nach ICD-10)

- **Primäre Symptome:**
 - Übermäßige Ängste und Sorgen an den meisten Tagen seit mindestens 6 Monaten
 - Mindestens 3 zusätzliche Symptome wie Ruhelosigkeit, Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Reizbarkeit, Muskelspannung, Schlafstörungen
- **Sekundäre Symptome:**
 - Körperliche Symptome wie Herzklopfen, Schweißausbrüche, Zittern

9. Behandlungsmethoden

- **Pharmakotherapie:**
 - SSRI (z.B. Sertralin)
 - Benzodiazepine (nur kurzfristig, bei akuter Angst)

- **Psychotherapie:**
 - Kognitive Verhaltenstherapie (KVT): Fokussiert auf die Identifikation und Veränderung dysfunktionaler Gedankenmuster und Verhaltensweisen
 - Achtsamkeitsbasierte Ansätze: Zur Förderung von Entspannung und Akzeptanz
- **Soziotherapie:**
 - Unterstützung im sozialen Umfeld und Stressmanagement
- **Ergotherapie:**
 - Förderung von Alltagsfähigkeiten und Entspannungstechniken

F32 - Depressive Episode: 8,2%

Anamnese:

- **Krankheitsgeschichte:**
 - Der Patient berichtet über anhaltende Niedergeschlagenheit, Verlust an Interesse und Freude an Aktivitäten, die ihm früher Freude bereitet haben, seit etwa 3 Monaten.
 - Er hat Schwierigkeiten, morgens aufzustehen, und berichtet über Schlafstörungen, insbesondere frühes Erwachen.
 - Appetitlosigkeit und ein Gewichtsverlust von ca. 5 kg in den letzten 2 Monaten.
- **Familienanamnese:**
 - Eine Familiengeschichte von Depressionen; die Mutter des Patienten litt ebenfalls an wiederkehrenden depressiven Episoden.
- **Soziale und berufliche Situation:**
 - Der Patient hat eine Anstellung als Bürokaufmann, jedoch vermehrte Fehlzeiten in den letzten Monaten aufgrund von Konzentrationsstörungen und Antriebslosigkeit.
 - Soziale Rückzugstendenzen, weniger Kontakt zu Freunden und Familie.

Symptomatik:

- **Primäre Symptome (nach ICD-10):**
 - Anhaltende depressive Stimmung (fast täglich, für die meiste Zeit des Tages).
 - Deutlicher Verlust von Interesse und Freude an fast allen Aktivitäten.
 - Verminderter Antrieb oder erhöhte Ermüdbarkeit.
- **Sekundäre Symptome:**
 - Verminderte Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit.
 - Geringes Selbstwertgefühl und Selbstvorwürfe.
 - Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven.
 - Schlafstörungen (vor allem frühes Erwachen).
 - Verminderter Appetit mit Gewichtsverlust.

- Suizidgedanken ohne konkreten Plan oder Absicht.

Zeitkriterien:

- Die Symptome bestehen seit mindestens 2 Wochen fast durchgehend.

Psychopathologischer Befund:

- **Bewusstsein und Orientierung:**
 - Klar und voll orientiert.
- **Gedächtnis:**
 - Keine auffälligen Gedächtnisstörungen, jedoch Konzentrationsprobleme.
- **Denken:**
 - Verlangsamtes Denken, negative Grübeleien.
- **Affektivität:**
 - Deutlich niedergeschlagen, emotional flach, oft weinerlich.
- **Wahrnehmung:**
 - Keine Halluzinationen oder Wahrnehmungsverzerrungen.
- **Antrieb:**
 - Deutlich vermindert, wenig Initiative.
- **Psychomotorik:**
 - Verlangsamte Bewegungen, keine auffälligen Tics oder Tremor.

Komorbiditäten:

- Keine anderen diagnostizierten psychischen oder somatischen Erkrankungen.

Differenzialdiagnostik:

- **Ausschluss:**
 - Keine Hinweise auf bipolare affektive Störung, da keine manischen oder hypomanischen Episoden berichtet werden.
 - Keine Hinweise auf eine psychotische Störung, da keine Wahnvorstellungen oder Halluzinationen vorliegen.
 - Keine Hinweise auf substanzinduzierte Depression oder Depression aufgrund einer körperlichen Erkrankung.

Triadisches System:

- **Endogen:** Genetische Prädisposition aufgrund der familiären Anamnese.
- **Psychogen:** Stressfaktoren und Belastungen im beruflichen und sozialen Umfeld könnten zur Aufrechterhaltung beitragen.

Diagnostische Kriterien (nach ICD-10):

- **Primäre Symptome:** Mindestens zwei der folgenden müssen vorhanden sein:
 - Depressive Stimmung (vorhanden).
 - Verlust von Interesse und Freude (vorhanden).
 - Verminderter Antrieb oder Ermüdbarkeit (vorhanden).
- **Sekundäre Symptome:** Mindestens zwei der folgenden müssen vorhanden sein:
 - Verminderte Konzentration (vorhanden).
 - Geringes Selbstwertgefühl (vorhanden).
 - Negative Zukunftsperspektiven (vorhanden).
 - Schlafstörungen (vorhanden).
 - Verminderter Appetit (vorhanden).
 - Suizidgedanken (vorhanden).

Behandlungsmethoden:

- **Pharmakotherapie:**
 - Einsatz von Antidepressiva wie SSRIs (z.B. Fluoxetin, Sertralin) oder SNRIs (z.B. Venlafaxin).
- **Psychotherapie:**
 - Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) zur Bewältigung von negativen Gedankenmustern und zur Förderung von Aktivitäten.
 - Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (MBCT) zur Rückfallprophylaxe.
- **Soziotherapie:**
 - Unterstützung beim Wiedereinstieg in das soziale und berufliche Leben, eventuell durch Selbsthilfegruppen oder sozialpädagogische Unterstützung.
- **Ergotherapie:**
 - Förderung von Alltagsfähigkeiten und Schaffung eines strukturierten Tagesablaufs.

F33 - Rezidivierende depressive Störung: 6,0%

Anamnese

- **Krankheitsgeschichte:** Patient berichtet über wiederkehrende Episoden von Traurigkeit, Interessenverlust und Energieverlust, die jeweils mehrere Wochen bis Monate andauern. Er hatte bereits zwei ähnliche Episoden in den letzten drei Jahren.
- **Familienanamnese:** Es gibt eine Familiengeschichte von Depressionen bei der Mutter.
- **Soziale und berufliche Situation:** Der Patient ist derzeit arbeitsunfähig und hat sich von sozialen Aktivitäten zurückgezogen. Er hat Schwierigkeiten, tägliche Aufgaben zu bewältigen.

Symptomatik

- **Primäre Symptome:**
 - Depressive Stimmung (täglich, nahezu den ganzen Tag)
 - Deutlicher Interessenverlust an nahezu allen Aktivitäten
 - Verminderter Antrieb und erhöhte Ermüdbarkeit
- **Sekundäre Symptome:**
 - Schlafstörungen (Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf)
 - Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
 - Negative Selbstwahrnehmung, Schuldgefühle
 - Gedanken an den Tod oder Suizid

Zeitkriterien

- Symptome müssen mindestens zwei Wochen lang bestehen.
- Es müssen mindestens zwei depressive Episoden aufgetreten sein, die durch Zeiträume von mindestens zwei Monaten ohne signifikante Symptome getrennt sind.

Psychopathologischer Befund

- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar und voll orientiert.
- **Gedächtnis:** Keine signifikanten Gedächtnisstörungen.
- **Denken:** Verlangsamtes Denken, häufige Grübeleien über eigene Unzulänglichkeiten und Fehler.
- **Affekt:** Niedergeschlagene Stimmung, emotionale Verflachung.

- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Wahrnehmungsverzerrungen.
- **Antrieb und Psychomotorik:** Deutliche Antriebslosigkeit, psychomotorische Verlangsamung.
- **Selbstwertgefühl:** Deutlich vermindert, starke Selbstzweifel und Schuldgefühle.
- **Soziale Interaktion:** Deutlicher Rückzug aus sozialen Kontakten, verminderte Teilnahme an sozialen Aktivitäten.

Komorbiditäten

- Der Patient berichtet zusätzlich über gelegentliche Angstzustände, die auf eine komorbide Angststörung hinweisen könnten.

Differenzialdiagnostik

- **Ausschluss anderer affektiver Störungen:** Bipolare Störung, Dysthymie.
- **Ausschluss organischer Ursachen:** Schilddrüsenerkrankungen, neurologische Störungen.
- **Ausschluss von Substanzmissbrauch:** Keine Hinweise auf Alkohol- oder Drogenmissbrauch.

Triadisches System

- **Endogen:** Genetische Disposition (Familiengeschichte von Depressionen).
- **Psychogen:** Belastende Lebensereignisse und stressige Umstände könnten als Auslöser wirken.

Diagnostische Kriterien (nach ICD-10)

- **Primäre Symptome:** Mindestens zwei der folgenden:
 - Depressive Stimmung
 - Interessenverlust
 - Verminderter Antrieb
- **Sekundäre Symptome:** Mindestens zwei der folgenden:
 - Schlafstörungen
 - Verminderte Konzentration
 - Negative Selbstwahrnehmung
 - Gedanken an den Tod oder Suizid

Behandlungsmethoden

- **Pharmakotherapie:**

- Antidepressiva (z.B. SSRIs wie Fluoxetin oder Sertralin)
- **Psychotherapie:**
 - Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) zur Veränderung dysfunktionaler Gedankenmuster und Förderung positiver Verhaltensweisen.
 - Interpersonelle Therapie (IPT) zur Verbesserung der sozialen Beziehungen und Unterstützung bei der Bewältigung von Lebensereignissen.
- **Soziotherapie:**
 - Unterstützung bei der Wiederaufnahme sozialer Aktivitäten und der beruflichen Wiedereingliederung.
- **Ergotherapie:**
 - Förderung von Alltagsfähigkeiten und Strukturierung des Tagesablaufs.

F10 - Störungen durch Alkoholgebrauch: 5,7%

1. Anamnese:

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient wurde in einer städtischen Umgebung geboren und hat eine unauffällige Kindheit erlebt. Er begann im Teenageralter, gelegentlich Alkohol zu konsumieren. Im jungen Erwachsenenalter hat sich der Konsum erhöht, insbesondere im sozialen Umfeld und bei beruflichem Stress.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** In der Vergangenheit gab es keine signifikanten psychischen Erkrankungen. Physische Erkrankungen umfassen eine gastritisbedingte Krankenhausaufnahme vor einem Jahr.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Der Vater des Patienten hatte eine diagnostizierte Alkoholabhängigkeit und es gibt Berichte über Depressionen in der mütterlichen Linie.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Der Patient berichtet von einer belasteten Beziehung zu seiner Partnerin und einem angespannten Verhältnis zu seinen Eltern. Der Freundeskreis besteht größtenteils aus Personen, die ebenfalls regelmäßig Alkohol konsumieren.
- **Beruf:** Der Patient ist als Bauarbeiter tätig und berichtet über hohen beruflichen Stress und Druck.
- **Lebensumstände:** Der Patient lebt in einer kleinen Mietwohnung und hat finanzielle Schwierigkeiten, die durch seinen Alkoholkonsum verschärft werden.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol:** Täglicher Konsum von Bier und Spirituosen, oft bis zur Intoxikation. Der Patient zeigt Toleranzentwicklung und Entzugssymptome.
- **Drogen:** Kein regelmäßiger Drogenkonsum berichtet.
- **Medikamente:** Keine relevanten Medikamenteneinnahmen.

2. Psychopathologischer Befund:

Bewusstsein und Orientierung:

- **Klarheit:** Der Patient ist wach und ansprechbar.
- **Orientierung:** Vollständig orientiert (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person).

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- **Kurzzeitgedächtnis:** Eingeschränkt, berichtet über Schwierigkeiten, sich an jüngste Ereignisse zu erinnern.
- **Langzeitgedächtnis:** Erhalten, keine wesentlichen Auffälligkeiten.

Denkprozesse:

- **Inhalt:** Keine Hinweise auf Wahnvorstellungen oder andere inhaltliche Denkstörungen.
- **Form:** Geordnet, jedoch verlangsamt.

Affektivität:

- **Stimmung:** Gedrückt und ängstlich.
- **Emotionale Reaktionen:** Reagiert unangemessen intensiv auf Stressoren.

Wahrnehmung:

- **Halluzinationen:** Keine.
- **Illusionen:** Keine.

Antrieb und Psychomotorik:

- **Aktivität:** Vermindert, zeigt Anzeichen von Antriebslosigkeit.
- **Bewegungsabläufe:** Normal.

Selbstwertgefühl:

- **Selbstbild:** Niedriges Selbstwertgefühl, negative Selbstwahrnehmung.
- **Selbstbewusstsein:** Geringes Selbstbewusstsein.

Soziale Interaktion:

- **Soziale Fähigkeiten:** Eingeschränkt, vermeidet soziale Interaktionen außerhalb seines Trinkumfelds.
- **Rückzug:** Tendenz zu sozialem Rückzug.

Krankheitseinsicht:

- **Einsicht in die Erkrankung:** Eingeschränkt, erkennt den problematischen Alkoholkonsum, zeigt aber Ambivalenz bezüglich der Veränderung.

3. Komorbiditäten:

- **Begleitende psychische Erkrankungen:** Hinweise auf eine depressive Episode.
- **Begleitende physische Erkrankungen:** Gastritis, möglicherweise alkoholbedingte Leberschädigung.

4. Differenzialdiagnostik:

- **Abgrenzung zu anderen psychischen und somatischen Störungen:**
 - Abgrenzung zu Angststörungen und anderen Substanzstörungen durch spezifische Symptomatik und Vorgeschichte.
 - Ausschluss einer primären depressiven Störung, da die depressive Symptomatik sekundär zum Alkoholmissbrauch erscheint.

5. Zeitkriterien:

- **Dauer der Symptome:** Chronisch über mehrere Jahre, mit episodischen Verschlechterungen.

6. Triadisches System:

- **Psychogen:** Die Störung durch Alkoholgebrauch kann überwiegend als psychogen betrachtet werden, da psychologische und soziale Faktoren eine wesentliche Rolle spielen.

7. Symptome:

Primäre Symptome:

- Starker Wunsch oder Zwang, Alkohol zu konsumieren.
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Konsums.
- Toleranzentwicklung.
- Entzugssymptome bei Nichtkonsum.

Sekundäre Symptome:

- Soziale und berufliche Funktionsstörungen.
- Körperliche Komplikationen wie Gastritis und mögliche Leberschäden.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- Mindestens drei der oben genannten primären Symptome über mindestens einen Monat oder wiederholt innerhalb eines Jahres.

8. Behandlungsmethoden:

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Zur Veränderung des Trinkverhaltens und der zugrunde liegenden Denkmuster.
- **Motivierende Gesprächsführung:** Zur Förderung der Veränderungsbereitschaft.

Medikamentöse Therapie:

- **Antidepressiva:** Bei komorbider Depression.
- **Disulfiram oder Naltrexon:** Zur Unterstützung der Abstinenz.

Soziotherapie:

- **Unterstützung bei sozialen und beruflichen Problemen:** Beratungsangebote zur Verbesserung der Lebensumstände.

Ergotherapie:

- **Förderung von Alltagsfähigkeiten:** Unterstützung bei der Reintegration in den Alltag ohne Alkohol.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR):** Zur Stressbewältigung und Rückfallprävention.

F43.2 - Anpassungsstörungen: 4,9%

Anamnese

- **Krankheitsgeschichte:** Patient berichtet über erhebliche emotionale Belastung seit einem belastenden Lebensereignis vor drei Monaten (z.B. Scheidung, Arbeitsplatzverlust).
- **Familienanamnese:** Keine bekannten psychischen Erkrankungen in der Familie.
- **Soziale und berufliche Situation:** Patient hat Schwierigkeiten, seine beruflichen Pflichten zu erfüllen und zieht sich sozial zurück.

Symptomatik

- **Primäre Symptome:**
 - Emotionale Symptome: Traurigkeit, Angst, Überforderung.
 - Verhalten: Rückzug, verminderte Leistungsfähigkeit.
- **Sekundäre Symptome:**
 - Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme.
- **Anzahl notwendiger Symptome:** Mindestens eines der emotionalen Symptome und eines der Verhaltenssymptome müssen vorhanden sein.

Zeitkriterien

- Symptome treten innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis auf und dauern nicht länger als sechs Monate nach Ende der Belastung an.

Psychopathologischer Befund

- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar und voll orientiert.
- **Gedächtnis:** Keine Auffälligkeiten.
- **Denken:** Kein Hinweis auf Denkstörungen.
- **Affektivität:** Depressive Verstimmung, Ängstlichkeit.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Wahnvorstellungen.
- **Antrieb:** Vermindert, jedoch keine psychomotorischen Auffälligkeiten.
- **Psychomotorik:** Keine Auffälligkeiten.

Komorbiditäten

- Keine weiteren psychischen oder somatischen Erkrankungen.

Differenzialdiagnostik

- **Ausschluss von:** Major Depression, Angststörungen, PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung).

Triadisches System

- **Psychogen:** Ursache liegt im psychischen Stress durch ein belastendes Lebensereignis.

Diagnostische Kriterien (nach ICD-10)

- **Primäre Symptome:** Emotionale Belastung (z.B. Angst, depressive Stimmung), Beeinträchtigung der sozialen oder beruflichen Leistungsfähigkeit.
- **Sekundäre Symptome:** Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme.
- **Anzahl notwendiger Symptome:** Mindestens eines der emotionalen Symptome und eines der Verhaltenssymptome.

Behandlungsmethoden

- **Pharmakotherapie:** Bei Bedarf kurzfristige Medikation zur Symptomlinderung (z.B. Anxiolytika, Antidepressiva).
- **Psychotherapie:** Kognitive Verhaltenstherapie zur Bewältigung der Stressoren und zur Entwicklung von Coping-Strategien.
- **Soziotherapie:** Unterstützung bei der Rückkehr in das soziale und berufliche Leben.
- **Ergotherapie:** Förderung von Alltagsfähigkeiten und Strukturierung des Tagesablaufs.

F43.1 - Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS): 3,6%

Anamnese:

- **Krankheitsgeschichte:**
 - Patient berichtet von einem schweren Verkehrsunfall vor 6 Monaten.
 - Seit dem Unfall plagen den Patienten Alpträume und Flashbacks.
 - Vermeidung von Orten und Aktivitäten, die an den Unfall erinnern.
- **Familienanamnese:**
 - Keine bekannten psychischen Erkrankungen in der Familie.
- **Soziale und berufliche Situation:**
 - Patient ist berufstätig, aber zunehmend beeinträchtigt durch Symptome.
 - Rückzug von sozialen Aktivitäten und Hobbies.

Symptomatik:

- **Primäre Symptome:**
 - Wiedererleben des Traumas (Flashbacks, Alpträume).
 - Vermeidung von traumaassoziierten Reizen (Orte, Gespräche).
 - Hyperarousal (Schlafstörungen, Reizbarkeit).
- **Sekundäre Symptome:**
 - Negative Veränderungen in Stimmung und Kognition (Gefühle von Schuld und Scham, verminderte Interesse an Aktivitäten).

Zeitkriterien:

- Symptome bestehen seit mindestens 6 Monaten (seit dem Unfall).

Psychopathologischer Befund:

- **Bewusstsein und Orientierung:**
 - Klar und voll orientiert.
- **Gedächtnis:**
 - Keine Auffälligkeiten, abgesehen von Erinnerungslücken im Zusammenhang mit dem Trauma.
- **Denken:**

- Gedankliche Fixierung auf das Trauma, intrusives Erinnern.
- **Affektivität:**
 - Angst, Depression, emotionale Taubheit.
- **Wahrnehmung:**
 - Keine Halluzinationen, aber Flashbacks.
- **Antrieb:**
 - Reduzierter Antrieb, sozialer Rückzug.
- **Psychomotorik:**
 - Unauffällig.

Komorbiditäten:

- Mögliche komorbide Depression.
- Symptome einer generalisierten Angststörung.

Differenzialdiagnostik:

- Abgrenzung von akuter Belastungsreaktion (kurzfristiger).
- Unterscheidung von generalisierter Angststörung (ohne Trauma-Bezug).
- Ausschluss einer Major Depression ohne Trauma-Bezug.

Triadisches System:

- **Psychogen:** Ausgelöst durch ein psychisches Trauma (Verkehrsunfall).

Diagnostische Kriterien nach ICD-10:

- **Primäre Symptome:**
 - Wiedererleben des Traumas (mindestens eines dieser Symptome).
 - Vermeidung von traumaassoziierten Reizen (mindestens eines dieser Symptome).
 - Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (mindestens zwei dieser Symptome).
- **Sekundäre Symptome:**
 - Negative Veränderungen in Stimmung und Kognition.

Behandlungsmethoden:

- **Pharmakotherapie:**
 - Antidepressiva (z.B. SSRIs) zur Behandlung von Depression und Angst.
- **Psychotherapie:**

- Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Fokus auf Trauma.
- Expositionstherapie zur Reduktion von Vermeidungsverhalten.
- EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).
- **Soziotherapie:**
 - Unterstützung bei der Rückkehr in soziale Aktivitäten und Beruf.
- **Ergotherapie:**
 - Techniken zur Stressbewältigung und Verbesserung der Alltagskompetenz.

F40.1 - Soziale Phobie: 2,5%

1. Anamnese:

- **Patient:** Anna K., 29 Jahre, weiblich, Bürokauffrau
- **Grund des Besuchs:** Extreme Angst vor sozialen Situationen, Vermeidung von öffentlichen Reden und größeren Gruppen.
- **Familienanamnese:** Mutter litt unter generalisierter Angststörung, Vater ohne psychische Auffälligkeiten.
- **Soziale und berufliche Situation:** Hat seit zwei Jahren Schwierigkeiten bei der Arbeit, nimmt nicht an Teammeetings teil, meidet soziale Veranstaltungen.

2. Symptomatik:

- **Primäre Symptome:**
 - Intensive Angst vor sozialen oder leistungsbezogenen Situationen.
 - Vermeidung von Situationen, in denen die Patientin im Mittelpunkt stehen könnte.
 - Angst, sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten.
- **Sekundäre Symptome:**
 - Herzklopfen, Zittern, Schweißausbrüche in sozialen Situationen.
 - Gefühl der Überwältigung und starken Anspannung.

3. Zeitkriterien:

- Symptome bestehen seit mehr als sechs Monaten.
- Anhaltende und beständige Angst, nicht nur in bestimmten Phasen.

4. Psychopathologischer Befund:

- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar und voll orientiert.
- **Gedächtnis und Merkfähigkeit:** Keine Auffälligkeiten.
- **Denkprozesse:** Geordnet, jedoch fixiert auf soziale Bewertungsängste.
- **Affektivität:** Deutlich ängstlich und angespannt bei Gespräch über soziale Interaktionen.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Wahrnehmungsverzerrungen.
- **Antrieb:** Stark vermindert in sozialen Kontexten, ansonsten normal.

- **Psychomotorik:** Leicht unruhig, nervöses Zittern bei Stress.
- 5. Komorbiditäten:**
- Keine diagnostizierten zusätzlichen psychischen oder somatischen Erkrankungen.
 - Gelegentliche depressive Verstimmungen, jedoch nicht klinisch auffällig.
- 6. Differenzialdiagnostik:**
- **Ausschluss:** Panikstörung (F41.0), Generalisierte Angststörung (F41.1), spezifische Phobien (F40.2).
 - **Abgrenzung:** Keine episodisch paroxysmale Angst (Panikstörung), Angst nicht generalisiert auf verschiedene Lebensbereiche (GAS).
- 7. Triadisches System:**
- **Psychogen:** Ursache der sozialen Phobie liegt in der psychischen Natur der Angst vor Bewertung und sozialer Interaktion.
- 8. Diagnostische Kriterien (nach ICD-10):**
- **Primäre Symptome:**
 - Deutliche Furcht vor sozialen Situationen (mindestens 1 primäres Symptom).
 - Vermeidung dieser Situationen (mindestens 1 primäres Symptom).
 - **Sekundäre Symptome:**
 - Körperliche Symptome wie Zittern, Schwitzen (mindestens 2 sekundäre Symptome).
- 9. Behandlungsmethoden:**
- **Pharmakotherapie:**
 - Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) wie Escitalopram.
 - Bei Bedarf: Benzodiazepine zur kurzfristigen Anxiolyse.
 - **Psychotherapie:**
 - Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) zur Veränderung dysfunktionaler Gedanken und Verhaltensmuster.
 - Expositionstherapie zur graduellen Konfrontation mit angstbesetzten Situationen.
 - **Soziotherapie:**
 - Soziale Kompetenztrainings zur Verbesserung der sozialen Interaktionsfähigkeiten.

- **Ergotherapie:**
 - Förderung von Selbstvertrauen und Alltagsfähigkeiten durch gezielte Übungen.

F40.2 - Spezifische (isolierte) Phobien: 2,3%

1. Anamnese:

- **Krankheitsgeschichte:** Der Patient berichtet über eine starke, irrationale Angst vor Hunden, die seit der Kindheit besteht. Diese Angst hat sich im Laufe der Jahre verstärkt.
- **Familienanamnese:** Keine bekannten Angststörungen oder Phobien in der Familie.
- **Soziale und berufliche Situation:** Der Patient vermeidet Orte, an denen Hunde sein könnten, was zu sozialen Einschränkungen führt. Beruflich hat dies bisher keine Auswirkungen, da der Patient in einem Büro ohne Kontakt zu Hunden arbeitet.

2. Symptomatik:

- **Primäre Symptome:**
 - Intensive Angstreaktionen bei Konfrontation mit Hunden (Herzklopfen, Schwitzen, Zittern).
 - Vermeidungsverhalten (Meidet Parks, Straßen mit vielen Hunden).
- **Sekundäre Symptome:**
 - Anhaltende Sorgen über mögliche Begegnungen mit Hunden.
 - Beeinträchtigung des sozialen Lebens.

3. Zeitkriterien:

- Die Symptome bestehen seit der Kindheit und sind durchgehend präsent, insbesondere in den letzten 10 Jahren kontinuierlich.

4. Psychopathologischer Befund:

- **Bewusstsein:** Klar und voll orientiert.
- **Gedächtnis:** Keine Beeinträchtigungen.
- **Denken:** Fixiert auf die Angst vor Hunden.
- **Affektivität:** Deutliche Angst und Anspannung bei Gesprächen über Hunde.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen.
- **Antrieb:** Reduziert in Situationen, die potenziell Hunde beinhalten.
- **Psychomotorik:** Unruhig bei Konfrontation mit angstbesetzten Themen.

5. Komorbiditäten:

- Keine anderen psychischen Störungen vorhanden.

6. Differenzialdiagnostik:

- **Ausschluss anderer Angststörungen:** Keine generalisierte Angststörung (F41.1) oder soziale Phobie (F40.1) vorliegend.
- **Ausschluss von Panikstörungen:** Panikattacken treten nur in Bezug auf Hunde auf.

7. Triadisches System:

- **Psychogen:** Die Ursache der Phobie ist rein psychischer Natur, basierend auf einer spezifischen, isolierten Angstreaktion.

8. Diagnostische Kriterien (nach ICD-10):

- **Primäre Symptome:** Intensive Angstreaktion und Vermeidung spezifischer Objekte oder Situationen (Hunde).
- **Sekundäre Symptome:** Anhaltende Sorgen und Beeinträchtigung des sozialen Lebens.
- **Erforderliche Anzahl:** Eine spezifische Phobie erfordert die Präsenz der Hauptsymptome über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten.

9. Behandlungsmethoden:

- **Pharmakotherapie:** Kurzfristig können Anxiolytika in akuten Situationen helfen.
- **Psychotherapie:**
 - **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):**
 - **Expositionstherapie:** Schrittweise Konfrontation mit Hunden in einem kontrollierten Umfeld.
 - **Kognitive Umstrukturierung:** Arbeit an den irrationalen Gedanken über Hunde.
- **Soziotherapie:** Unterstützung durch Angehörige, um soziale Aktivitäten zu fördern.
- **Ergotherapie:** Förderung der Selbstbewältigungsstrategien im Alltag.

F42 - Zwangsstörung: 2,0%

Anamnese

- **Patient:** Michael M., 30 Jahre, männlich
- **Beruf:** Bürokaufmann
- **Familienanamnese:** Mutter mit diagnostizierter Zwangsstörung, keine anderen bekannten psychischen Erkrankungen in der Familie
- **Soziale und berufliche Situation:** Verheiratet, keine Kinder, stabiler Arbeitsplatz, jedoch zunehmend Schwierigkeiten, Arbeitstätigkeiten aufgrund von Zwangshandlungen nachzukommen.

Symptomatik

- **Primäre Symptome:**
 - **Zwangsgedanken:** Wiederholte, intrusive Gedanken über Kontamination und Zweifel (z.B. ob Türen abgeschlossen sind).
 - **Zwangshandlungen:** Häufiges Händewaschen (bis zu 50 Mal am Tag), wiederholtes Kontrollieren von Schlössern und Elektrogeräten.
- **Sekundäre Symptome:**
 - **Vermeidungsverhalten:** Vermeidet bestimmte Orte und Objekte, die als kontaminiert empfunden werden.
 - **Angst und Unruhe:** Intensive Angst, wenn Zwangshandlungen nicht ausgeführt werden können.

Zeitkriterien

- **Dauer:** Symptome bestehen seit über zwei Jahren, tägliches Auftreten der Zwangsgedanken und -handlungen, erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität und beruflichen Leistungsfähigkeit.

Psychopathologischer Befund

- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar und voll orientiert
- **Gedächtnis:** Unauffällig, keine Gedächtnisstörungen
- **Denken:** Geordnet, jedoch von Zwangsgedanken dominiert
- **Affekt:** Ängstlich und angespannt, gelegentliche depressive Verstimmungen

- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Wahrnehmungsverzerrungen
- **Antrieb und Psychomotorik:** Erhöhtes Zwangsverhalten, Unruhe
- **Selbstwertgefühl:** Beeinträchtigt durch das Gefühl der Unkontrollierbarkeit der eigenen Handlungen

Komorbiditäten

- **Vorhandene Komorbiditäten:** Leichte depressive Episode (F32.0)

Differenzialdiagnostik

- **Ausschluss von:**
 - Generalisierter Angststörung (F41.1) – keine diffusen, generalisierten Ängste
 - Schizophrenie (F20) – keine psychotischen Symptome
 - Depression (F33) – keine primäre depressive Symptomatik

Triadisches System

- **Psychogen:** Die Zwangsstörung wird primär durch psychische Prozesse aufrechterhalten.

Diagnostische Kriterien (nach ICD-10)

- **Primäre Symptome:**
 - Wiederholte Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen
 - Der Patient erkennt die Gedanken/Handlungen als übertrieben oder unsinnig
 - Die Gedanken/Handlungen verursachen erhebliches Leiden und beeinträchtigen die alltägliche Funktion
- **Sekundäre Symptome:**
 - Vermeidungsverhalten
 - Angst und Unruhe bei Unterdrückung der Zwangshandlungen

Behandlungsmethoden

- **Pharmakotherapie:**
 - Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) wie Fluoxetin oder Sertralin
 - Gegebenenfalls niedrig dosierte Antipsychotika zur Unterstützung
- **Psychotherapie:**

- Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Fokus auf Exposition und Reaktionsmanagement
- Achtsamkeitsbasierte Ansätze zur Reduktion von Zwangsgedanken
- **Soziotherapie:**
 - Unterstützung durch Selbsthilfegruppen
 - Beratung und Schulung der Familie im Umgang mit der Zwangsstörung
- **Ergotherapie:**
 - Förderung von Alltagsfähigkeiten und Entwicklung von Strategien zur Bewältigung der Zwangshandlungen

F45.0 - Somatisierungsstörung: 1,5%

1. Anamnese:

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Patientin, 35 Jahre, berichtet über eine lange Geschichte von körperlichen Beschwerden, die keine ausreichende medizinische Erklärung finden. Schon in der Jugend klagte sie häufig über Bauchschmerzen und Müdigkeit.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** In der Vergangenheit mehrfach Arztbesuche und Untersuchungen wegen verschiedenster Symptome, darunter Schmerzen in verschiedenen Körperteilen, Verdauungsprobleme und chronische Müdigkeit. Keine früheren psychischen Diagnosen, aber eine Geschichte von häufigen Arztbesuchen.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Mutter leidet an einer Angststörung, Vater an Depressionen. Es gibt keine Berichte über ähnliche somatische Beschwerden in der Familie.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Gute Beziehung zu Partner und Kindern, jedoch häufige Konflikte wegen ihrer Beschwerden, die Familienaktivitäten beeinträchtigen.
- **Beruf:** Teilzeitbeschäftigung als Bürokraft, häufige Fehlzeiten wegen körperlicher Beschwerden.
- **Lebensumstände:** Lebt in einer stabilen Wohnsituation, berichtet jedoch über finanziellen Stress aufgrund wiederholter Arztbesuche und Behandlungen.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol:** Gelegentlicher Konsum, kein Missbrauch.
- **Drogen:** Keine.
- **Medikamente:** Regelmäßige Einnahme von Schmerzmitteln und Magen-Darm-Medikamenten, die von verschiedenen Ärzten verschrieben wurden.

2. Psychopathologischer Befund:

Bewusstsein und Orientierung:

- Klar, voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person).

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- Keine Auffälligkeiten im Kurz- und Langzeitgedächtnis.

Denkprozesse:

- Geordnete Denkprozesse, jedoch starker Fokus auf körperliche Beschwerden. Keine Wahnvorstellungen.

Affektivität:

- Stimmungsschwankungen, leicht reizbar, oft frustriert wegen der Beschwerden.

Wahrnehmung:

- Keine Halluzinationen, aber starke Wahrnehmung von körperlichen Symptomen.

Antrieb und Psychomotorik:

- Normal, keine Auffälligkeiten in der Bewegungsabläufen.

Selbstwertgefühl:

- Niedriges Selbstwertgefühl aufgrund der chronischen Beschwerden und der damit verbundenen Einschränkungen.

Soziale Interaktion:

- Eingeschränkte soziale Fähigkeiten, zieht sich oft zurück wegen der körperlichen Beschwerden.

Krankheitseinsicht:

- Teilweise Einsicht in die psychische Komponente der Beschwerden, jedoch starke Überzeugung, dass die Beschwerden eine körperliche Ursache haben müssen.

3. Komorbiditäten:

- Keine weiteren diagnostizierten psychischen Störungen, jedoch Hinweise auf depressive Symptome.

4. Differenzialdiagnostik:

- **Abgrenzung zu anderen Störungen:** Abklärung von körperlichen Erkrankungen wie Reizdarmsyndrom, Fibromyalgie, und Hypochondrie. Ausschluss von organischen Ursachen durch umfangreiche medizinische Untersuchungen.

5. Zeitkriterien:

- **Dauer der Symptome:** Chronisch, über mehrere Jahre hinweg. Symptome sind konstant vorhanden und wechseln in ihrer Intensität.

6. Triadisches System:

- **Psychogen:** Die Ursache der Störung wird als rein psychisch angesehen, mit starkem Fokus auf körperliche Symptome ohne ausreichende medizinische Erklärung.

7. Symptome:

Primäre Symptome:

- Multiple körperliche Beschwerden in verschiedenen Körperteilen (Schmerzen, Verdauungsprobleme, Müdigkeit), die keine ausreichende medizinische Erklärung finden.

Sekundäre Symptome:

- Emotionale Belastung, Frustration, depressive Verstimmung.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- Symptome müssen über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren bestehen, ohne ausreichende medizinische Erklärung, und führen zu signifikanter Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

8. Behandlungsmethoden:**Psychotherapie:**

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Fokus auf die Identifikation und Veränderung dysfunktionaler Gedankenmuster, die die Wahrnehmung und Reaktion auf körperliche Symptome beeinflussen.
- **Psychoedukation:** Aufklärung über die psychische Komponente körperlicher Beschwerden.

Medikamentöse Therapie:

- **Antidepressiva:** Bei komorbiden depressiven Symptomen.

Soziotherapie:

- Unterstützung bei der Bewältigung sozialer und beruflicher Probleme durch Beratung und Vermittlung von Hilfsangeboten.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction):** Förderung der Achtsamkeit und Reduktion von Stress, der die Symptome verstärken kann.

Ergotherapie:

- Förderung von Alltagsfähigkeiten und Verbesserung der Lebensqualität durch gezielte Aktivitäten und Übungen.

F50.0 - Anorexia nervosa: 1,0%

1. Anamnese:

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Die Patientin, Anna M., ist 24 Jahre alt und Studentin. Sie beschreibt eine behütete Kindheit, aber seit ihrer Jugend hat sie ein gestörtes Essverhalten entwickelt. In den letzten Jahren hat sich ihr Zustand verschlechtert, was zu einem signifikanten Gewichtsverlust geführt hat.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine früheren psychischen Erkrankungen dokumentiert. Physisch hatte sie gelegentlich Infektionen und leichte Asthma-Symptome.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Die Mutter litt an Depressionen, der Vater an einer Angststörung. In der erweiterten Familie gibt es Berichte über Essstörungen bei einer Cousine.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Anna hat einige enge Freundschaften, aber sie zieht sich zunehmend zurück. Ihre familiären Beziehungen sind angespannt, insbesondere im Kontext ihrer Essgewohnheiten.
- **Beruf:** Studentin, aber Schwierigkeiten, sich auf das Studium zu konzentrieren aufgrund ihrer gesundheitlichen Probleme.
- **Lebensumstände:** Lebt allein in einer kleinen Wohnung nahe der Universität. Sie hat finanzielle Unterstützung von den Eltern, aber die Beziehung zu ihnen ist konfliktbeladen.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol:** Gelegentlich, in moderaten Mengen.
- **Drogen:** Keine.
- **Medikamente:** Nur gelegentlich Asthmamedikamente.

2. Psychopathologischer Befund:

- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar und voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person).
- **Gedächtnis und Merkfähigkeit:** Keine Auffälligkeiten im Kurz- und Langzeitgedächtnis.

- **Denkprozesse:** Keine formalen Denkstörungen, jedoch stark fixiert auf Themen rund um Gewicht und Essen.
- **Affektivität:** Niedergeschlagen, ängstlich, Stimmungsschwankungen, emotionale Instabilität.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Illusionen.
- **Antrieb und Psychomotorik:** Verminderter Antrieb, körperliche Schwäche, Müdigkeit.
- **Selbstwertgefühl:** Sehr niedrig, starkes negatives Selbstbild, Körperdysmorphie.
- **Soziale Interaktion:** Deutlicher sozialer Rückzug, vermeidet soziale Situationen, die mit Essen verbunden sind.
- **Krankheitseinsicht:** Eingeschränkte Einsicht in die Ernsthaftigkeit der Erkrankung, erkennt aber die Notwendigkeit einer Therapie an.

3. Komorbiditäten:

- **Begleitende psychische Erkrankungen:** Leichte depressive Episode.
- **Begleitende physische Erkrankungen:** Elektrolytstörungen, leichte Anämie, Hypotonie.

4. Differenzialdiagnostik:

- **Abgrenzung zu anderen Störungen:** Bulimia nervosa (F50.2), depressive Störungen (F32), Zwangsstörung (F42). Keine Hinweise auf diese Störungen nach gründlicher Untersuchung.

5. Zeitkriterien:

- **Dauer der Symptome:** Anorexia nervosa ist eine chronische Erkrankung, die seit mehreren Jahren besteht, mit deutlicher Verschlechterung in den letzten zwei Jahren.

6. Triadisches System:

- **Psychogen:** Die Ursachen von Anorexia nervosa sind primär psychischer Natur und umfassen psychologische und soziale Faktoren.

7. Symptome:

Primäre Symptome:

- **Körpergewicht:** Deutlich unter dem erwarteten Gewicht für Alter und Größe.
- **Essverhalten:** Vermeidung von Nahrung, extreme Diäten, intensive Angst vor Gewichtszunahme.

- **Körperschema:** Verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körpers, übermäßige Bedeutung von Gewicht und Figur.

Sekundäre Symptome:

- **Physische Symptome:** Amenorrhoe, Hypothermie, Bradykardie, trockene Haut.
- **Verhalten:** Zwanghafte Rituale rund um das Essen, exzessive körperliche Aktivität trotz Schwäche.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- **Mindestens drei der oben genannten primären Symptome müssen vorhanden sein, um die Diagnose zu stellen.**

8. Behandlungsmethoden:

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Zur Veränderung der dysfunktionalen Denkmuster und Verhaltensweisen.
- **Familientherapie:** Zur Verbesserung der familiären Unterstützung und Kommunikation.

Medikamentöse Therapie:

- **Antidepressiva:** Wenn komorbide depressive Symptome vorliegen.

Soziotherapie:

- **Unterstützung bei sozialen und beruflichen Problemen:** Integration von sozialen Aktivitäten und Unterstützung beim Wiedereinstieg ins Studium.

Ergotherapie:

- **Förderung von Alltagsfähigkeiten:** Hilfe bei der Strukturierung des Tagesablaufs und bei der Selbstversorgung.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR):** Zur Reduzierung von Stress und zur Verbesserung des Körperbewusstseins.

F50.2 - Bulimia nervosa: 1,0%

1. Anamnese

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Patientin X ist eine 23-jährige Frau, die seit ihrem Teenageralter an Essstörungen leidet. Sie berichtet von einem intensiven Druck, schlank zu sein, der durch ihre Teilnahme an Schönheitswettbewerben verstärkt wurde.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Patientin hatte im Alter von 17 Jahren eine Episode von Depression, die mit Antidepressiva behandelt wurde. Keine bedeutenden physischen Erkrankungen.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Die Mutter der Patientin litt ebenfalls an Essstörungen (Anorexia nervosa) in ihrer Jugend. Der Vater hat eine Geschichte von Alkoholabhängigkeit.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Die Patientin hat Schwierigkeiten, enge Freundschaften aufrechtzuerhalten, fühlt sich oft isoliert und unverstanden. Sie hat einen Freund, der von ihren Essproblemen weiß und versucht, sie zu unterstützen.
- **Beruf und Lebensumstände:** Sie arbeitet als Sekretärin, hat jedoch häufige Fehlzeiten aufgrund ihrer gesundheitlichen Probleme.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol:** Gelegentlicher Konsum von Alkohol, keine Abhängigkeit.
- **Drogen:** Keine Drogenkonsumgeschichte.
- **Medikamente:** Zuvor Antidepressiva, aktuell keine regelmäßigen Medikamente.

2. Psychopathologischer Befund

Bewusstsein und Orientierung:

- Klar, voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person).

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- Kurz- und Langzeitgedächtnis intakt.

Denkprozesse:

- Keine Denkstörungen, jedoch starke Besessenheit von Körpergewicht und Ernährung.

Affektivität:

- Stimmung stark schwankend, häufige Gefühle von Schuld und Scham nach Essattacken.

Wahrnehmung:

- Keine Halluzinationen oder Illusionen.

Antrieb und Psychomotorik:

- Normaler Antrieb, jedoch gelegentlich durch depressive Episoden reduziert.

Selbstwertgefühl:

- Stark vermindert, Selbstbild stark auf das Körpergewicht fokussiert.

Soziale Interaktion:

- Soziale Fähigkeiten vorhanden, jedoch stark beeinträchtigt durch Selbstwertprobleme und Essverhalten.

Krankheitseinsicht:

- Gute Einsicht in die Problematik, erkennt, dass ihr Essverhalten problematisch ist und sucht aktiv Hilfe.

3. Komorbiditäten

- **Begleitende psychische Erkrankungen:** Depression, gelegentliche Angststörungen.
- **Begleitende physische Erkrankungen:** Zahnschäden durch häufiges Erbrechen, Elektrolytstörungen.

4. Differenzialdiagnostik

- **Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen:** Unterscheidung von Anorexia nervosa durch das Vorhandensein von Essattacken und Kompensationsverhalten (Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln).
- **Abgrenzung zu somatischen Störungen:** Sicherstellung, dass keine körperlichen Erkrankungen (z.B. Schilddrüsenprobleme) die Symptome verursachen.

5. Zeitkriterien

- **Dauer der Symptome:** Symptome sind seit mehreren Jahren vorhanden, mit einer Zunahme der Häufigkeit und Intensität in

den letzten zwei Jahren. Die Diagnosekriterien erfordern mindestens drei Monate mit wiederholten Episoden von Essanfällen.

6. Triadisches System

- **Psychogen:** Die Ursachen der Bulimia nervosa sind überwiegend psychischer Natur, beeinflusst durch psychische und soziale Faktoren wie geringes Selbstwertgefühl und gesellschaftlicher Druck.

7. Symptome

Primäre Symptome:

- Wiederholte Episoden von Essanfällen, bei denen in einem kurzen Zeitraum große Mengen an Nahrung konsumiert werden.
- Gefühl des Kontrollverlusts über das Essverhalten während der Anfälle.
- Regelmäßige Anwendung unangemessener kompensatorischer Maßnahmen (Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, exzessives Training).

Sekundäre Symptome:

- Starkes Selbstwertgefühl, das übermäßig von der Figur und dem Körpergewicht beeinflusst wird.
- Depressive Verstimmungen und Angstzustände.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- Diagnostische Kriterien erfordern mindestens zwei Essanfälle pro Woche über drei Monate, begleitet von unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen.

8. Behandlungsmethoden

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Fokus auf das Erkennen und Ändern dysfunktionaler Gedanken und Verhaltensweisen, Entwicklung gesunder Essgewohnheiten.
- **Interpersonelle Therapie (IPT):** Behandlung von zwischenmenschlichen Problemen, die zur Essstörung beitragen können.

Medikamentöse Therapie:

- **Antidepressiva:** Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) wie Fluoxetin zur Behandlung von Bulimie und begleitender Depression.

Soziotherapie:

- Unterstützung bei sozialen und beruflichen Problemen, Integration in Selbsthilfegruppen.

Ergotherapie:

- Förderung von Alltagsfähigkeiten und Verbesserung der Lebensqualität.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR):** Techniken zur Stressbewältigung und Förderung der Achtsamkeit.

F45.1 - Undifferenzierte Somatisierungsstörung: 0,8%

1. Anamnese

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient ist ein 45-jähriger Mann, der als Büroangestellter arbeitet. Er berichtet von einer langen Geschichte unspezifischer körperlicher Beschwerden, die seit etwa zehn Jahren bestehen und sich im Laufe der Zeit verschlechtern haben.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Der Patient hatte in der Vergangenheit einige Episoden von Depression und Angst, die aber nie länger als sechs Monate anhielten. Körperliche Erkrankungen wie Bluthochdruck und chronische Rückenschmerzen sind ebenfalls bekannt.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Die Mutter des Patienten litt unter einer chronischen Angststörung, und es gibt Berichte über Depressionen in der erweiterten Familie.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Der Patient ist verheiratet und hat zwei Kinder. Die Ehe wird als stabil beschrieben, aber die körperlichen Beschwerden belasten die familiären Beziehungen.
- **Beruf:** Der Patient hat Schwierigkeiten, bei der Arbeit zu funktionieren, und hat in den letzten Jahren häufige Krankmeldungen eingereicht.
- **Lebensumstände:** Der Patient lebt in einem eigenen Haus in einer städtischen Umgebung. Er hat ein gutes soziales Netzwerk, aber seine körperlichen Beschwerden schränken seine Teilnahme an sozialen Aktivitäten ein.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol:** Gelegentlicher Konsum, keine Anzeichen von Missbrauch.
- **Drogen:** Keine illegalen Substanzen.
- **Medikamente:** Regelmäßige Einnahme von Schmerzmitteln und Blutdrucksenkern.

2. Psychopathologischer Befund

Bewusstsein und Orientierung:

- **Klarheit:** Der Patient ist wach und orientiert.

- **Orientierung:** Zeitlich, örtlich, situativ und zur Person vollständig orientiert.

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- **Kurzzeitgedächtnis:** Keine Auffälligkeiten.
- **Langzeitgedächtnis:** Keine Auffälligkeiten.

Denkprozesse:

- **Inhalt:** Keine Hinweise auf Wahnvorstellungen oder andere Denkstörungen.
- **Form:** Geordnet und kohärent.

Affektivität:

- **Stimmung:** Der Patient zeigt eine depressive Verstimmung und berichtet über häufige Sorgen.
- **Emotionale Reaktionen:** Angemessen, aber oft ängstlich und niedergeschlagen.

Wahrnehmung:

- **Halluzinationen:** Keine.
- **Illusionen:** Keine.

Antrieb und Psychomotorik:

- **Aktivität:** Der Patient berichtet von einer verminderten körperlichen Aktivität aufgrund von Schmerzen.
- **Bewegungsabläufe:** Keine motorischen Auffälligkeiten.

Selbstwertgefühl:

- **Selbstbild:** Der Patient hat ein niedriges Selbstwertgefühl und fühlt sich oft hilflos.
- **Selbstbewusstsein:** Gering, insbesondere in Bezug auf die Bewältigung seiner Beschwerden.

Soziale Interaktion:

- **Soziale Fähigkeiten:** Der Patient hat Schwierigkeiten, soziale Kontakte zu pflegen.
- **Rückzug:** Der Patient hat sich zunehmend aus sozialen Aktivitäten zurückgezogen.

Krankheitseinsicht:

- **Einsicht in die Erkrankung:** Der Patient erkennt, dass seine Beschwerden möglicherweise psychisch bedingt sind, hat aber Schwierigkeiten, dies vollständig zu akzeptieren.

3. Komorbiditäten

- **Begleitende psychische Erkrankungen:** Depression und Angststörungen.
- **Begleitende physische Erkrankungen:** Bluthochdruck und chronische Rückenschmerzen.

4. Differenzialdiagnostik

- **Abgrenzung zu anderen Störungen:** Es wurden keine Hinweise auf eine spezifische somatische Erkrankung gefunden, die die Symptome erklären könnte. Ausschlusskriterien für Hypochondrie und somatische Symptomstörung wurden berücksichtigt.

5. Zeitkriterien

- **Dauer der Symptome:** Die Symptome bestehen seit mindestens zehn Jahren und sind chronisch.

6. Triadisches System

- **Psychogen:** Die Symptome sind vorwiegend psychischer Natur und nicht auf eine körperliche Erkrankung zurückzuführen.

7. Symptome

Primäre Symptome:

- **Unspezifische körperliche Beschwerden:** Der Patient berichtet über verschiedene körperliche Symptome wie Schmerzen, Müdigkeit und Magen-Darm-Beschwerden, ohne dass eine medizinische Ursache gefunden wurde.

Sekundäre Symptome:

- **Depression:** Niedergeschlagene Stimmung und Antriebslosigkeit.
- **Angst:** Ständige Sorgen und Anspannung.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- Die Diagnose basiert auf der Anwesenheit mehrerer unspezifischer körperlicher Symptome über einen langen Zeitraum ohne medizinische Erklärung.

8. Behandlungsmethoden

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Fokussiert auf die Veränderung von Gedankenmustern und Verhaltensweisen, die zur Aufrechterhaltung der Symptome beitragen.

Medikamentöse Therapie:

- **Antidepressiva:** Zur Behandlung der komorbiden Depression und Angststörung.

Soziotherapie:

- **Unterstützung bei sozialen und beruflichen Problemen:** Hilfe bei der Wiederherstellung sozialer Aktivitäten und beruflicher Integration.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction):** Zur Reduktion von Stress und Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens.

F45.2 - Hypochondrische Störung: 0,7%

1. Anamnese:

- **Persönliche Anamnese:**
 - **Lebensgeschichte:** Der Patient, nennen wir ihn Herr M., ist 40 Jahre alt und arbeitet als Büroangestellter. Er berichtet, dass er seit seiner Jugend stets besorgt um seine Gesundheit war, aber die Symptome haben sich in den letzten zwei Jahren deutlich verschlimmert.
 - **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine früheren psychischen Erkrankungen diagnostiziert. Herr M. leidet unter gelegentlichen Spannungskopfschmerzen und Rückenschmerzen, die er oft als Anzeichen schwerwiegender Erkrankungen deutet.
- **Familienanamnese:**
 - In der Familie gibt es eine Vorgeschichte von Angststörungen und Depressionen. Die Mutter des Patienten hatte im Alter von 50 Jahren eine schwere depressive Episode.
- **Soziale Anamnese:**
 - Herr M. ist verheiratet und hat zwei Kinder. Seine Frau beschreibt ihn als fürsorglich, aber zunehmend besorgt um seine Gesundheit, was zu Spannungen in der Ehe führt. Beruflich hat Herr M. in den letzten Monaten häufiger gefehlt, da er oft Arztbesuche einplant.
- **Substanzgebrauch:**
 - Kein Alkohol- oder Drogenmissbrauch. Herr M. nimmt gelegentlich rezeptfreie Schmerzmittel gegen seine Kopfschmerzen.

2. Psychopathologischer Befund:

- **Bewusstsein und Orientierung:**
 - Herr M. ist klar und voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person).
- **Gedächtnis und Merkfähigkeit:**
 - Keine Auffälligkeiten im Kurz- und Langzeitgedächtnis.
- **Denkprozesse:**

- Herr M. zeigt keine formalen Denkstörungen, jedoch eine deutliche Fixierung auf körperliche Symptome und die Überzeugung, ernsthaft krank zu sein.
- **Affektivität:**
 - Herr M. wirkt ängstlich und angespannt. Seine Stimmung ist überwiegend besorgt, mit gelegentlichen Ausbrüchen von Traurigkeit.
- **Wahrnehmung:**
 - Keine Halluzinationen oder Illusionen.
- **Antrieb und Psychomotorik:**
 - Normal, jedoch vermehrt auf gesundheitliche Beschwerden fokussiert.
- **Selbstwertgefühl:**
 - Herr M. zeigt ein vermindertes Selbstwertgefühl, insbesondere in Bezug auf seine Fähigkeit, mit gesundheitlichen Sorgen umzugehen.
- **Soziale Interaktion:**
 - Rückzugstendenzen, insbesondere von sozialen Aktivitäten, die ihn von medizinischen Untersuchungen abhalten könnten.
- **Krankheitseinsicht:**
 - Herr M. hat eine geringe Einsicht in die psychische Natur seiner Beschwerden und ist überzeugt, dass seine körperlichen Symptome auf eine ernsthafte, bislang unentdeckte Krankheit hinweisen.

3. Komorbiditäten:

- **Begleitende psychische und physische Erkrankungen:**
 - Keine weiteren psychischen Störungen diagnostiziert. Gelegentliche Spannungskopfschmerzen und Rückenschmerzen.

4. Differenzialdiagnostik:

- **Abgrenzung zu anderen psychischen und somatischen Störungen:**
 - Ausschluss einer Generalisierten Angststörung (F41.1), da die Besorgnis spezifisch auf körperliche Symptome fokussiert ist.

- Ausschluss einer Somatisierungsstörung (F45.0), da die Symptome weniger vielfältig und spezifisch hypochondrisch sind.

5. Zeitkriterien:

- **Dauer der Symptome:**

- Herr M. berichtet, dass seine Besorgnis um die Gesundheit seit seiner Jugend besteht, jedoch haben sich die Symptome in den letzten zwei Jahren verschlimmert und sind nun chronisch.

6. Triadisches System:

- **Psychogen:**

- Die Ursache der Störung wird als rein psychisch bedingt betrachtet, ohne primäre genetische oder körperliche Krankheitsprozesse.

7. Symptome:

- **Primäre Symptome:**

- Anhaltende Sorge über das Vorhandensein einer ernsthaften körperlichen Krankheit trotz wiederholter medizinischer Untersuchungen und Beruhigungen durch Ärzte.
- Übermäßige Beschäftigung mit körperlichen Symptomen und ständige Überprüfung des eigenen Körpers.

- **Sekundäre Symptome:**

- Ängstlichkeit, verminderte Konzentrationsfähigkeit, sozialer Rückzug.

- **Anzahl der erforderlichen Symptome:**

- Mindestens sechs Monate anhaltende Besorgnis um die Gesundheit, die zu erheblichem Leidensdruck oder Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen führt.

8. Behandlungsmethoden:

- **Psychotherapie:**

- Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), um dysfunktionale Gedankenmuster zu erkennen und zu verändern.
- Psychoedukation über die Natur der hypochondrischen Störung.

- **Medikamentöse Therapie:**

- Anxiolytika oder Antidepressiva können in Betracht gezogen werden, um die Angst und den damit verbundenen Leidensdruck zu lindern.
- **Soziotherapie:**
 - Unterstützung bei der Wiederherstellung sozialer Aktivitäten und beruflicher Leistungsfähigkeit.
- **Achtsamkeitsbasierte Methoden:**
 - Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), um die Aufmerksamkeit von den körperlichen Symptomen abzulenken und die Akzeptanz zu fördern.

F51.0 - Nicht-organische Insomnie: 0,7%

1. Anamnese

- **Persönliche Anamnese:**
 - **Lebensgeschichte:** Der Patient berichtet, seit etwa einem Jahr unter Schlafstörungen zu leiden, die schleichend begannen und sich allmählich verschlechterten. Er hat in dieser Zeit keine größeren Lebensveränderungen erlebt, außer einem Wechsel des Arbeitsplatzes vor sechs Monaten, der mit erhöhtem Stress verbunden war.
 - **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine bedeutenden psychischen Erkrankungen in der Vergangenheit. Körperlich gesund, keine chronischen Erkrankungen.
- **Familienanamnese:**
 - **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Der Vater litt an depressiven Episoden, die erfolgreich behandelt wurden. Keine weiteren psychischen Erkrankungen in der näheren Familie bekannt.
- **Soziale Anamnese:**
 - **Soziale Beziehungen:** Der Patient lebt in einer stabilen Partnerschaft und hat einen engen Freundeskreis, jedoch berichtet er über zunehmende soziale Isolation aufgrund der Schlafprobleme.
 - **Beruf und Lebensumstände:** Der Patient ist Vollzeit als IT-Spezialist beschäftigt. Der Berufswechsel vor sechs Monaten brachte vermehrten Stress mit sich, was zu verstärkter Schlaflosigkeit führte.
- **Substanzgebrauch:**
 - **Alkohol, Drogen, Medikamente:** Gelegentlicher Alkoholkonsum am Wochenende, kein Drogenmissbrauch, gelegentliche Einnahme von rezeptfreien Schlafmitteln ohne langfristige Verbesserung der Schlafqualität.

2. Psychopathologischer Befund

- **Bewusstsein und Orientierung:**

- Der Patient ist klar und voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ und zur Person).
- **Gedächtnis und Merkfähigkeit:**
 - Keine Auffälligkeiten im Kurz- und Langzeitgedächtnis.
- **Denkprozesse:**
 - Geordnet und kohärent, keine Hinweise auf Wahn oder Denkstörungen.
- **Affektivität:**
 - Stimmung leicht gereizt und angespannt, Frustration über die Schlafprobleme. Keine Hinweise auf depressive oder manische Episoden.
- **Wahrnehmung:**
 - Keine Halluzinationen oder Illusionen.
- **Antrieb und Psychomotorik:**
 - Leichte motorische Unruhe, besonders abends vor dem Schlafengehen.
- **Selbstwertgefühl:**
 - Selbstbild grundsätzlich positiv, jedoch durch die Schlaflosigkeit beeinträchtigt.
- **Soziale Interaktion:**
 - Freundlich und kooperativ im Gespräch, berichtet jedoch über sozialen Rückzug und verminderte Teilnahme an sozialen Aktivitäten aufgrund der Schlafstörungen.
- **Krankheitseinsicht:**
 - Gute Einsicht in die Problematik, sucht aktiv nach Lösungen zur Verbesserung des Schlafes.

3. Komorbiditäten

- **Begleitende psychische und physische Erkrankungen:**
 - Keine weiteren psychischen Störungen diagnostiziert. Gelegentliche Spannungskopfschmerzen aufgrund von Schlafmangel.

4. Differenzialdiagnostik

- **Abgrenzung zu anderen psychischen und somatischen Störungen:**

- Ausschluss organischer Ursachen wie Schlafapnoe durch einen Schlafspezialisten. Keine Hinweise auf andere primäre Schlafstörungen, keine Hinweise auf eine depressive Episode oder Angststörung als primäre Ursache.

5. Zeitkriterien

- **Dauer der Symptome:**
 - Die Schlaflosigkeit besteht seit etwa einem Jahr und erfüllt die Kriterien einer chronischen Schlafstörung.

6. Triadisches System

- **Psychogen:**
 - Die nicht-organische Insomnie ist in diesem Fall rein psychischer Natur, bedingt durch Stress und möglicherweise maladaptive Schlafgewohnheiten.

7. Symptome

- **Primäre Symptome:**
 - Schwierigkeiten beim Einschlafen, häufiges Aufwachen in der Nacht, frühes Erwachen am Morgen ohne erneutes Einschlafen.
- **Sekundäre Symptome:**
 - Tagesmüdigkeit, Konzentrationsprobleme, Gereiztheit, Leistungseinbußen im beruflichen Umfeld.
- **Anzahl der erforderlichen Symptome:**
 - Mindestens drei der genannten Symptome sind vorhanden und beeinträchtigen die alltägliche Funktionalität des Patienten.

8. Behandlungsmethoden

- **Psychotherapie:**
 - Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) zur Behandlung von Insomnie (CBT-I), Fokussierung auf Schlafhygiene und Techniken zur Reduzierung von schlafbezogenen Sorgen.
- **Medikamentöse Therapie:**
 - Kurzfristige Verwendung von sedierenden Antidepressiva (z.B. Trazodon) oder Z-Substanzen (z.B. Zolpidem), um den Schlaf-Wach-Rhythmus zu stabilisieren.
- **Achtsamkeitsbasierte Methoden:**

- Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) zur Reduzierung von Stress und Förderung der Entspannung.
- **Soziotherapie:**
 - Unterstützung bei der Anpassung des Arbeitsumfelds und der Reduktion von beruflichem Stress.

F40.0 - Agoraphobie: 0,6%

1. Anamnese

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Die Patientin, Anna S., 28 Jahre alt, berichtet, dass sie seit etwa zwei Jahren zunehmend Angst empfindet, wenn sie sich in großen Menschenmengen oder öffentlichen Plätzen aufhält. Diese Angst hat sich in den letzten sechs Monaten verschärft, sodass sie immer häufiger das Haus nicht mehr verlässt.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine bedeutenden physischen Erkrankungen. Vor fünf Jahren eine Phase leichter depressiver Verstimmung, die ohne Behandlung abklang.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Der Vater litt an einer generalisierten Angststörung, die Mutter hat eine spezifische Phobie (Spinnenphobie).

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Anna hat einen kleinen Freundeskreis, den sie jedoch in den letzten Monaten zunehmend meidet. Ihr Partner unterstützt sie, aber es kommt immer häufiger zu Spannungen aufgrund ihrer Angst.
- **Beruf:** Angestellte in einer Marketingagentur. Derzeit häufige Krankmeldungen aufgrund der Angstzustände.
- **Lebensumstände:** Lebt mit ihrem Partner in einer Wohnung in der Stadt. Unterstützung durch die Familie vorhanden.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol, Drogen, Medikamente:** Gelegentliches Glas Wein, keine Drogen. Keine regelmäßige Medikation.

2. Psychopathologischer Befund

Bewusstsein und Orientierung:

- **Klarheit:** Klar und voll orientiert.
- **Orientierung:** Zeitlich, örtlich, situativ und zur Person voll orientiert.

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- **Kurzzeitgedächtnis:** Intakt, keine Auffälligkeiten.
- **Langzeitgedächtnis:** Intakt, keine Auffälligkeiten.

Denkprozesse:

- **Inhalt:** Übermäßige Sorgen um das Verlassen des Hauses und um die Möglichkeit, in einer Menschenmenge Panik zu bekommen.
- **Form:** Kohärent, jedoch fixiert auf angstauslösende Situationen.

Affektivität:

- **Stimmung:** Ängstlich, besorgt.
- **Emotionale Reaktionen:** Übermäßige Angst bei der Vorstellung, öffentliche Plätze oder Menschenmengen aufzusuchen.

Wahrnehmung:

- **Halluzinationen:** Keine.
- **Illusionen:** Keine.

Antrieb und Psychomotorik:

- **Aktivität:** Vermindert, vermeidet Aktivitäten außerhalb des Hauses.
- **Bewegungsabläufe:** Normale Bewegungsabläufe, jedoch sichtbar angespannt bei Gesprächen über angstauslösende Situationen.

Selbstwertgefühl:

- **Selbstbild:** Beeinträchtigt durch das Gefühl der Unfähigkeit, normale tägliche Aktivitäten zu bewältigen.
- **Selbstbewusstsein:** Reduziert in sozialen und öffentlichen Situationen.

Soziale Interaktion:

- **Soziale Fähigkeiten:** Grundsätzlich vorhanden, jedoch durch die Angst stark eingeschränkt.
- **Rückzug:** Deutlicher sozialer Rückzug, Vermeidung von Freundeskreisen und sozialen Aktivitäten.

Krankheitseinsicht:

- **Einsicht:** Teilweise, erkennt die Problematik, jedoch Schwierigkeiten, die Angst rational zu verarbeiten.

3. Komorbiditäten

- **Begleitende psychische Erkrankungen:** Leichte depressive Symptome in der Vergangenheit.
- **Physische Erkrankungen:** Keine relevanten physischen Erkrankungen.

4. Differenzialdiagnostik

- **Abgrenzung zu anderen Störungen:** Keine Anzeichen für eine Panikstörung ohne Agoraphobie, spezifische Phobien oder soziale Phobien. Keine Hinweise auf körperliche Erkrankungen, die die Symptome erklären könnten.

5. Zeitkriterien

- **Dauer der Symptome:** Symptome bestehen seit etwa zwei Jahren, verschlimmert in den letzten sechs Monaten (chronisch).

6. Triadisches System

- **Psychogen:** Rein psychische Ursachen, möglicherweise verstärkt durch genetische Disposition und frühere Stressfaktoren.

7. Symptome

Primäre Symptome:

- **Angst vor öffentlichen Plätzen und Menschenmengen:** Starke Angst und Panikgefühle bei der Vorstellung, das Haus zu verlassen.
- **Vermeidungsverhalten:** Aktive Vermeidung von Orten und Situationen, die Angst auslösen könnten.

Sekundäre Symptome:

- **Sozialer Rückzug:** Meidet Freunde und soziale Aktivitäten.
- **Berufliche Beeinträchtigung:** Häufige Krankmeldungen und Schwierigkeiten bei der Arbeit.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- **Erfüllt die Kriterien der ICD-10 für F40.0:** Anhaltende und übermäßige Angst vor mindestens zwei der folgenden Situationen: Menschenmengen, öffentlichen Plätzen, allein Reisen und Reisen von zu Hause entfernt. Die Symptome führen zu deutlicher Belastung oder Beeinträchtigung im Alltag.

8. Behandlungsmethoden

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Fokus auf Expositionstherapie und kognitive Umstrukturierung, um angstbesetzte Gedanken zu identifizieren und zu verändern.
- **Achtsamkeitsbasierte Methoden:** Integration von Techniken wie Achtsamkeitstraining zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung und Reduktion von Stress.

Medikamentöse Therapie:

- **Anxiolytika oder Antidepressiva:** In Erwägung ziehen, um die akuten Angstsymptome zu reduzieren, abhängig von der

Schwere der Symptome und nach genauer Abwägung durch einen Psychiater.

Soziotherapie:

- **Unterstützung im sozialen Umfeld:** Einbindung des Partners und der Familie, um ein unterstützendes Netzwerk zu schaffen.

Ergotherapie:

- **Förderung von Alltagsfähigkeiten:** Unterstützung bei der Planung und Durchführung von alltäglichen Aktivitäten, die aufgrund der Angst vermieden werden.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR):** Techniken zur Reduktion von Stress und Förderung der emotionalen Regulation.

F60.3 - Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline-Typ): 0,6%

1. Anamnese

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient berichtet über eine instabile Kindheit, geprägt von häufigen Wechseln der Bezugspersonen und einem mangelnden Gefühl der Geborgenheit. In der Jugend gab es mehrere Vorfälle von selbstverletzendem Verhalten und impulsiven Handlungen.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Episoden von schweren Depressionen wurden in der Vergangenheit diagnostiziert und behandelt. Keine signifikanten physischen Erkrankungen.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Es gibt Berichte über Depressionen bei der Mutter und Alkoholmissbrauch beim Vater.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Der Patient hat Schwierigkeiten, stabile Beziehungen aufrechtzuerhalten. Es gibt eine Geschichte von intensiven, aber kurzlebigen Freundschaften und romantischen Beziehungen.
- **Beruf:** Der Patient hat Schwierigkeiten, eine kontinuierliche berufliche Laufbahn zu verfolgen, was auf impulsives Verhalten und emotionale Instabilität zurückzuführen ist.
- **Lebensumstände:** Der Patient lebt allein, wechselt häufig die Wohnsituation und hat wenig soziale Unterstützung.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol:** Gelegentlicher, aber nicht exzessiver Konsum.
- **Drogen:** Keine aktuellen Drogenprobleme, gelegentlicher Marihuana-Konsum in der Jugend.
- **Medikamente:** Keine derzeitigen Medikamenteneinnahmen außer gelegentlichen Beruhigungsmitteln.

2. Psychopathologischer Befund

Bewusstsein und Orientierung:

- Klar, voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person).

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- Kurz- und Langzeitgedächtnis sind intakt.

Denkprozesse:

- Keine formalen Denkstörungen, jedoch Inhalte geprägt von intensiven, wechselhaften Gefühlen und Gedanken, häufig paranoide Vorstellungen.

Affektivität:

- Extreme Stimmungsschwankungen, von Euphorie zu tiefer Verzweiflung. Emotionale Reaktionen oft unangemessen intensiv.

Wahrnehmung:

- Gelegentliche illusionäre Verkennungen in Stresssituationen, keine Halluzinationen.

Antrieb und Psychomotorik:

- Wechsel zwischen Phasen von Hyperaktivität und Apathie.

Selbstwertgefühl:

- Stark schwankend, oft extrem niedrig. Neigung zu Selbstverletzung als Ausdruck von Selbsthass.

Soziale Interaktion:

- Deutlich beeinträchtigt, durchzogen von Abhängigkeit und Angst vor dem Verlassenwerden. Häufiger sozialer Rückzug.

Krankheitseinsicht:

- Teilweise vorhanden, der Patient erkennt einige problematische Verhaltensmuster, hat jedoch Schwierigkeiten, diese zu kontrollieren.

3. Komorbiditäten

- **Begleitende psychische Erkrankungen:** Episodische Major Depression, mögliche Anzeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS).
- **Begleitende physische Erkrankungen:** Keine relevanten physischen Erkrankungen.

4. Differenzialdiagnostik

- **Schizophrenie:** Abgrenzung durch fehlende persistente Wahnvorstellungen oder Halluzinationen.
- **Bipolare Störung:** Stimmungsschwankungen sind oft kürzer und nicht episodisch im klassischen Sinne.
- **Andere Persönlichkeitsstörungen:** Klärung durch spezifische Muster der Instabilität und Impulsivität.

5. Zeitkriterien

- **Dauer der Symptome:** Chronisch, mit Beginn in der späten Adoleszenz und andauernd in das Erwachsenenalter.

6. Triadisches System

- **Psychogen:** Die Ursachen der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (Borderline-Typ) sind hauptsächlich psychischer Natur, oft resultierend aus traumatischen Erfahrungen und einem instabilen Umfeld in der Kindheit.

7. Symptome

Primäre Symptome:

- Intensive und instabile zwischenmenschliche Beziehungen.
- Stark wechselnde Stimmungslagen.
- Impulsives Verhalten (z.B. selbstverletzendes Verhalten).

Sekundäre Symptome:

- Chronisches Gefühl der Leere.
- Intensive Wut, Schwierigkeiten, diese zu kontrollieren.
- Paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome in Stresssituationen.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- Mindestens fünf der neun spezifischen Kriterien gemäß DSM-5 oder ICD-10.

8. Behandlungsmethoden

Psychotherapie:

- **Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT):** Fokus auf Emotionsregulation, zwischenmenschliche Effektivität und Stresstoleranz.
- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Unterstützung bei der Identifikation und Veränderung dysfunktionaler Denkmuster.

Medikamentöse Therapie:

- **Antidepressiva:** Zur Behandlung komorbider depressiver Symptome.
- **Stimmungsstabilisatoren:** Bei starken Stimmungsschwankungen.
- **Antipsychotika:** Bei schweren Verhaltensstörungen und dissoziativen Symptomen.

Soziotherapie:

- Unterstützung bei sozialen und beruflichen Problemen, Förderung der sozialen Fähigkeiten.

Ergotherapie:

- Förderung von Alltagsfähigkeiten, Verbesserung der Selbstversorgung und des Selbstwertgefühls.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction):** Reduktion von Stress und Verbesserung der emotionalen Kontrolle.
- **MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy):** Prävention von Rückfällen bei Depressionen.

F64.0 - Transsexualismus: 0,5%

1. Anamnese

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient berichtet über langanhaltende und intensive Gefühle der Unzufriedenheit mit dem zugewiesenen Geschlecht seit der Kindheit. Diese Gefühle wurden im Jugendalter stärker und beeinflussen das tägliche Leben erheblich.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine relevanten körperlichen Erkrankungen. Früherer episodischer Verlauf von Depressionen aufgrund der Diskrepanz zwischen erlebtem und zugewiesenem Geschlecht.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Keine bekannten Fälle von psychischen Erkrankungen oder Geschlechtsdysphorie in der Familie.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Gute Unterstützung durch enge Freunde, jedoch belastete Beziehung zu den Eltern aufgrund der Geschlechtsidentität.
- **Beruf:** Stabiler Beruf als Grafikdesigner, jedoch berichtet der Patient über Schwierigkeiten und Diskriminierung am Arbeitsplatz.
- **Lebensumstände:** Lebt allein in einer Wohnung in der Stadt.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol:** Gelegentlicher Konsum, nicht exzessiv.
- **Drogen:** Keine Verwendung von illegalen Substanzen.
- **Medikamente:** Keine regelmäßige Einnahme von Medikamenten.

2. Psychopathologischer Befund

Bewusstsein und Orientierung:

- **Klarheit:** Vollständig klar und orientiert.
- **Orientierung:** Zeitlich, örtlich, situativ und zur Person vollständig orientiert.

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- **Kurzzeitgedächtnis:** Intakt.
- **Langzeitgedächtnis:** Intakt.

Denkprozesse:

- **Inhalt:** Keine Wahnvorstellungen. Beschäftigung mit der Geschlechtsidentität ist vorherrschend.
- **Form:** Geordnet und kohärent.

Affektivität:

- **Stimmung:** Häufige Stimmungsschwankungen, depressive Verstimmungen in Zusammenhang mit der Geschlechtsdysphorie.
- **Emotionale Reaktionen:** Angemessen, jedoch gelegentlich übermäßig emotional bei Gesprächen über Geschlechtsidentität.

Wahrnehmung:

- **Halluzinationen:** Keine.
- **Illusionen:** Keine.

Antrieb und Psychomotorik:

- **Aktivität:** Normal, keine Auffälligkeiten in Bewegungsabläufen.

Selbstwertgefühl:

- **Selbstbild:** Deutlich durch die Geschlechtsdysphorie beeinflusst, niedriges Selbstbewusstsein in Bezug auf das zugewiesene Geschlecht.
- **Selbstbewusstsein:** In anderen Bereichen des Lebens durchschnittlich bis gut.

Soziale Interaktion:

- **Soziale Fähigkeiten:** Angemessen, jedoch vermeidet der Patient Situationen, die auf das zugewiesene Geschlecht hinweisen.
- **Rückzug:** Leichter sozialer Rückzug aufgrund von Diskriminierungserfahrungen.

Krankheitseinsicht:

- **Einsicht in die Erkrankung:** Vollständige Einsicht in die Geschlechtsdysphorie und das Bedürfnis nach geschlechtsangleichenden Maßnahmen.

3. Komorbiditäten

- **Begleitende psychische Erkrankungen:** Episodische depressive Störungen.
- **Begleitende physische Erkrankungen:** Keine.

4. Differenzialdiagnostik

- **Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen:** Keine Anzeichen für andere psychische Störungen wie Schizophrenie oder bipolare Störung. Die Symptome sind klar auf die Geschlechtsdysphorie zurückzuführen.
- **Abgrenzung zu somatischen Störungen:** Keine körperlichen Ursachen festgestellt.

5. Zeitkriterien

- **Dauer der Symptome:** Die Geschlechtsdysphorie besteht seit der frühen Kindheit und hat sich im Laufe der Jahre verstärkt. Es handelt sich um eine chronische Erkrankung.

6. Triadisches System

- **Psychogen:** Die Ursache der Erkrankung ist rein psychischer Natur, basierend auf einer Diskrepanz zwischen dem erlebten Geschlecht und dem zugewiesenen Geschlecht.

7. Symptome

Primäre Symptome:

- **Intensive und andauernde Identifikation mit dem anderen Geschlecht.**
- **Starke Unzufriedenheit mit den primären und sekundären Geschlechtsmerkmalen.**

Sekundäre Symptome:

- **Depressive Verstimmungen und Angstzustände aufgrund der Geschlechtsdysphorie.**

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- **Die Diagnose erfordert das Vorhandensein der primären Symptome über einen längeren Zeitraum (mindestens zwei Jahre).**

8. Behandlungsmethoden

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Unterstützung bei der Akzeptanz der Geschlechtsidentität und Bewältigung der damit verbundenen emotionalen Probleme.
- **Geschlechtsspezifische Therapie:** Unterstützung bei der Entscheidung und Vorbereitung auf geschlechtsangleichende Maßnahmen.

Medikamentöse Therapie:

- **Hormontherapie:** Testosteron oder Östrogen, je nach Geschlechtsidentität des Patienten, zur Unterstützung der physischen Geschlechtsangleichung.

Soziotherapie:

- **Unterstützung bei sozialen und beruflichen Problemen:** Beratung und Unterstützung zur Verbesserung der sozialen Integration und zur Bewältigung von Diskriminierungserfahrungen.

Ergotherapie:

- **Förderung von Alltagsfähigkeiten:** Unterstützung bei der Anpassung an das gewünschte Geschlecht im täglichen Leben.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction):** Zur Reduzierung von Stress und Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens.
- **MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy):** Zur Behandlung von Depressionen und Angstzuständen.

F63.0 - Pathologisches Spielen: 0,5%

Anamnese

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient, ein 35-jähriger Mann, berichtet, dass er seit seiner Jugend gelegentlich gespielt hat, aber das Verhalten sich in den letzten fünf Jahren intensiviert hat. Er verbringt zunehmend mehr Zeit und Geld in Spielhallen und Online-Casinos.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine relevanten körperlichen Erkrankungen, jedoch Hinweise auf depressive Episoden während der Jugend und frühen Erwachsenenalter.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Der Patient gibt an, dass sein Vater ebenfalls eine starke Neigung zum Spielen hatte, was zu finanziellen und familiären Problemen führte.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Der Patient ist verheiratet und hat zwei Kinder. Seine Ehe ist stark belastet durch sein Spielverhalten. Soziale Kontakte haben sich verringert, da er zunehmend mehr Zeit allein mit Spielen verbringt.
- **Beruf und Lebensumstände:** Der Patient arbeitet als Verkaufsleiter, hat jedoch aufgrund seines Spielverhaltens finanzielle Schwierigkeiten und droht, seinen Job zu verlieren.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol, Drogen, Medikamente:** Kein regelmäßiger Alkohol- oder Drogenkonsum, jedoch berichtet der Patient von gelegentlichem Alkoholkonsum in Spielhallen.

Psychopathologischer Befund

Bewusstsein und Orientierung:

- Klar, voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person).

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- Keine Auffälligkeiten im Kurz- und Langzeitgedächtnis.

Denkprozesse:

- Inhaltlich stark auf das Spielverhalten fokussiert, keine formalen Denkstörungen.

Affektivität:

- Stimmungsstabilität, Frustration und Schuldgefühle im Zusammenhang mit dem Spielverhalten.

Wahrnehmung:

- Keine Halluzinationen oder Illusionen.

Antrieb und Psychomotorik:

- Gesteigerter Antrieb in Bezug auf das Spielen, ansonsten normotone.

Selbstwertgefühl:

- Geringes Selbstwertgefühl, Selbstvorwürfe und Scham aufgrund des exzessiven Spielens.

Soziale Interaktion:

- Deutlicher sozialer Rückzug, verminderte soziale Fähigkeiten und Belastungen in zwischenmenschlichen Beziehungen.

Krankheitseinsicht:

- Teilweise Einsicht in die Problematik, jedoch große Schwierigkeiten, das Verhalten zu ändern.

Komorbiditäten

- Begleitende depressive Symptome und Angstzustände, keine relevanten physischen Erkrankungen.

Differenzialdiagnostik

- Abgrenzung zu anderen Impulskontrollstörungen (z.B. Kleptomanie) und substanzgebundenen Abhängigkeiten.
- Ausschluss von bipolaren Störungen oder Schizophrenie, die das Verhalten erklären könnten.

Zeitkriterien

- Dauer der Symptome: Das exzessive Spielen besteht seit etwa fünf Jahren, mit einer Zunahme der Intensität in den letzten zwei Jahren.

Triadisches System

- **Psychogen:** Das pathologische Spielen wird als psychogene Störung eingestuft, da die Ursache rein psychischer Natur ist und durch eine Kombination von stressigen Lebensereignissen und maladaptiven Bewältigungsmechanismen ausgelöst wird.

Symptome

Primäre Symptome:

- Unkontrollierbares Verlangen zu spielen.
- Toleranzentwicklung (Steigerung der Einsatzsummen).

- Verlust von Kontrolle über das Spielverhalten.

Sekundäre Symptome:

- Finanzielle Probleme.
- Konflikte in der Familie und am Arbeitsplatz.
- Emotionale Labilität und Stress.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- Mindestens fünf von neun Symptomen einer Spielsucht müssen vorliegen, um die Diagnose zu bestätigen.

Behandlungsmethoden

Psychotherapie:

- Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) zur Identifikation und Veränderung dysfunktionaler Denkmuster und Verhaltensweisen.
- Motivationsfördernde Gesprächsführung, um die Bereitschaft zur Verhaltensänderung zu erhöhen.

Medikamentöse Therapie:

- Einsatz von SSRIs oder anderen Medikamenten zur Behandlung komorbider depressiver Symptome.

Soziotherapie:

- Unterstützung bei sozialen und beruflichen Problemen, Beratung und Vermittlung von Schuldnerberatungsstellen.

Ergotherapie:

- Förderung von Alltagsfähigkeiten und Entwicklung alternativer Freizeitaktivitäten.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) zur Reduktion von Stress und Förderung der Selbstkontrolle.

F60.1 - Schizoide Persönlichkeitsstörung: 0,4%

1. Anamnese:

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient, nennen wir ihn Herr X, ist 35 Jahre alt, ledig und lebt allein. Er hat wenig Interesse an sozialen Interaktionen und verbringt die meiste Zeit mit seinen Hobbys, die keinen sozialen Kontakt erfordern.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine früheren psychiatrischen Diagnosen, seltene Arztbesuche, berichtet über keine signifikanten körperlichen Krankheiten.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Herr X berichtet, dass seine Mutter an Depressionen litt. Keine weiteren bekannten psychischen Erkrankungen in der Familie.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Sehr wenige soziale Kontakte, meidet soziale Aktivitäten. Berichtet, dass er keine engen Freunde hat und keine Lust verspürt, Beziehungen aufzubauen.
- **Beruf:** Arbeitet als Softwareentwickler, bevorzugt Aufgaben, die keine Teamarbeit erfordern. Hat Schwierigkeiten, mit Kollegen zu interagieren.
- **Lebensumstände:** Lebt zurückgezogen in einer kleinen Wohnung, pflegt kaum Kontakte zu Nachbarn oder Familie.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol, Drogen, Medikamente:** Gelegentlicher Alkoholkonsum, keine Drogen, keine regelmäßige Medikamenteneinnahme.

2. Psychopathologischer Befund:

Bewusstsein und Orientierung:

- Klar und voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person).

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- Keine Auffälligkeiten im Kurz- und Langzeitgedächtnis.

Denkprozesse:

- Logisch und kohärent, jedoch beschränkt auf sachliche Themen. Keine Wahnvorstellungen oder ausgeprägten Denkstörungen.

Affektivität:

- Affektverflachung, emotionale Reaktionen wirken gedämpft. Herr X berichtet, selten starke Emotionen zu empfinden, weder Freude noch Trauer.

Wahrnehmung:

- Keine Halluzinationen oder Illusionen.

Antrieb und Psychomotorik:

- Normaler Antrieb, keine motorischen Auffälligkeiten.

Selbstwertgefühl:

- Selbstbild ist neutral bis leicht negativ. Herr X hat kein starkes Selbstbewusstsein, aber auch keine ausgeprägten Selbstzweifel.

Soziale Interaktion:

- Stark eingeschränkte soziale Fähigkeiten, zeigt wenig Interesse an zwischenmenschlichen Beziehungen, zieht sich oft zurück.

Krankheitseinsicht:

- Geringe Einsicht in die Problematik, betrachtet seine Lebensweise als normal und akzeptabel, sieht keinen Bedarf an Veränderungen.

3. Komorbiditäten:

- Keine begleitenden psychischen oder physischen Erkrankungen festgestellt.

4. Differenzialdiagnostik:

- Abgrenzung zu anderen Persönlichkeitsstörungen wie der schizotypischen oder der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung.
- Abgrenzung zu autistischen Spektrum-Störungen aufgrund des fehlenden Interesses an sozialen Interaktionen.

5. Zeitkriterien:

- Symptome bestehen seit der späten Jugend und sind chronisch.

6. Triadisches System:

- **Psychogen:** Die Ursachen der Störung sind überwiegend psychischer Natur, wobei genetische und umweltbedingte Faktoren eine Rolle spielen können.

7. Symptome:

Primäre Symptome:

- Gleichgültigkeit gegenüber sozialen Beziehungen und Aktivitäten.
- Bevorzugung von Einzelaktivitäten.

- Geringe Freude an Aktivitäten.
- Emotionale Kühle und Distanziertheit.

Sekundäre Symptome:

- Leichte depressive Verstimmung aufgrund sozialer Isolation.
- Mangel an Motivation für Veränderungen.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- Mindestens vier der oben genannten Symptome müssen gemäß ICD-10-Kriterien vorliegen.

8. Behandlungsmethoden:

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Zur Verbesserung sozialer Fertigkeiten und zur Förderung positiver sozialer Interaktionen.
- **Soziotherapie:** Unterstützung bei sozialen und beruflichen Problemen.

Medikamentöse Therapie:

- In der Regel nicht primär indiziert, kann jedoch bei komorbiden depressiven Symptomen Antidepressiva umfassen.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy):** Kann helfen, die Selbstwahrnehmung und emotionale Regulation zu verbessern.

F60.0 - Paranoide Persönlichkeitsstörung: 0,4%

1. Anamnese

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient, Anna T., 42 Jahre alt, berichtet von einem langen Verlauf von Misstrauen und Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen. Sie erwähnt, dass sie sich schon seit ihrer Jugend von anderen ausgenutzt und hintergangen fühlt.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine dokumentierten früheren psychischen Erkrankungen. Physisch gesund, abgesehen von gelegentlichen Migräneanfällen.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Der Vater litt an einer nicht näher spezifizierten Angststörung. Eine Schwester hat depressive Episoden erlebt.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Anna hat nur wenige enge Freunde und meidet größere soziale Zusammenkünfte. Sie ist seit mehreren Jahren unverheiratet und hat keine Kinder.
- **Beruf:** Arbeitete lange Zeit in einer administrativen Position, ist jedoch seit zwei Jahren arbeitslos aufgrund von Konflikten am Arbeitsplatz, die sie als Mobbing empfindet.
- **Lebensumstände:** Lebt allein in einer Mietwohnung. Hat wenig Kontakt zu Nachbarn und meidet oft soziale Interaktionen.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol, Drogen, Medikamente:** Konsumiert gelegentlich Alkohol, berichtet aber keinen problematischen Gebrauch. Keine Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit.

2. Psychopathologischer Befund

Bewusstsein und Orientierung:

- **Klarheit:** Klar und voll orientiert.
- **Orientierung:** Zeitlich, örtlich, situativ und zur Person voll orientiert.

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- **Kurzzeitgedächtnis:** Intakt.
- **Langzeitgedächtnis:** Intakt.

Denkprozesse:

- **Inhalt:** Misstrauen und Überzeugungen, dass andere ihr schaden wollen, ohne ausreichende Beweise (paranoide Ideen).
- **Form:** Geordnet, aber stark auf Misstrauen fixiert.

Affektivität:

- **Stimmung:** Gereizt und misstrauisch.
- **Emotionale Reaktionen:** Neigt zu defensiven und feindseligen Reaktionen bei wahrgenommenen Bedrohungen.

Wahrnehmung:

- **Halluzinationen:** Keine.
- **Illusionen:** Keine.

Antrieb und Psychomotorik:

- **Aktivität:** Normal, jedoch leicht angespannt.
- **Bewegungsabläufe:** Keine Auffälligkeiten.

Selbstwertgefühl:

- **Selbstbild:** Überhöhtes Selbstwertgefühl, sieht sich als Opfer von Intrigen und Missverständnissen.

Soziale Interaktion:

- **Soziale Fähigkeiten:** Stark eingeschränkt durch Misstrauen und Tendenz, Feindseligkeiten in Interaktionen zu sehen.
- **Rückzug:** Häufiger sozialer Rückzug, um Konflikten aus dem Weg zu gehen.

Krankheitseinsicht:

- **Einsicht:** Keine Einsicht in die Erkrankung, sieht das Problem bei anderen und deren Verhalten.

3. Komorbiditäten

- **Begleitende psychische Erkrankungen:** Keine diagnostizierten komorbiden Störungen.
- **Physische Erkrankungen:** Keine relevanten.

4. Differenzialdiagnostik

- **Abgrenzung zu anderen Störungen:** Keine Anzeichen für Schizophrenie, schizoide Persönlichkeitsstörung oder andere psychotische Erkrankungen. Kein Hinweis auf generalisierte Angststörung oder spezifische Phobien.

5. Zeitkriterien

- **Dauer der Symptome:** Seit mindestens 10 Jahren vorhanden und kontinuierlich bestehend (chronisch).

6. Triadisches System

- **Psychogen:** Rein psychische Ursachen mit möglichen frühen Erlebnissen von Misstrauen und Verrat.

7. Symptome

Primäre Symptome:

- **Misstrauen:** Tiefes, unbegründetes Misstrauen gegenüber anderen, Überzeugung, dass andere ihr schaden oder sie ausnutzen wollen.
- **Nachtragend:** Neigt dazu, Beleidigungen und Misshandlungen lange nachzutragen.
- **Empfindlichkeit:** Hohe Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisung und Kränkungen.

Sekundäre Symptome:

- **Soziale Isolation:** Rückzug von sozialen Aktivitäten aufgrund von Misstrauen.
- **Konfliktanfälligkeit:** Häufige Konflikte und Streitereien aufgrund der Überzeugung, dass andere ihr schaden wollen.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- **Erfüllt die Kriterien der ICD-10 für F60.0:** Langfristiges Muster von Misstrauen und Verdächtigungen, das seit mindestens zwei Jahren besteht und in verschiedenen Lebensbereichen auftritt.

8. Behandlungsmethoden

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Arbeit an den dysfunktionalen Überzeugungen und der Verbesserung der sozialen Interaktionsfähigkeiten.
- **Psychoedukation:** Aufklärung über die Störung und deren Auswirkungen auf das Verhalten und die sozialen Beziehungen.

Medikamentöse Therapie:

- **Antipsychotika:** In geringen Dosen können bei starkem Misstrauen und Paranoia hilfreich sein.
- **Anxiolytika:** Bei starker Angst und Anspannung können Anxiolytika eingesetzt werden.

Soziotherapie:

- **Unterstützung bei sozialen und beruflichen Problemen:** Förderung von sozialen Fähigkeiten und Strategien zum Umgang mit Konflikten.

Ergotherapie:

- **Förderung von Alltagsfähigkeiten:** Unterstützung bei der Integration in den Alltag und Förderung der sozialen Kompetenz.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **Mindfulness-Training:** Techniken zur Reduzierung von Stress und Verbesserung der emotionalen Regulation.

F60.2 - Dissoziale Persönlichkeitsstörung: 0,4%

1. Anamnese

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient, Michael M., 34 Jahre alt, berichtet von einer schwierigen Kindheit, geprägt von familiären Konflikten und häufigen Umzügen. Er beschreibt sich selbst als „immer schon rebellisch“ und hatte bereits in der Schule Konflikte mit Lehrern und Mitschülern. Mehrere Schulwechsel und schließlich der Abbruch der Ausbildung nach wiederholten Disziplinarproblemen sind dokumentiert.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine früheren psychiatrischen Diagnosen, jedoch mehrfach wegen Verletzungen nach Auseinandersetzungen in ärztlicher Behandlung.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Der Vater des Patienten wurde wegen Alkoholabhängigkeit behandelt und zeigte ebenfalls antisoziales Verhalten. Die Mutter litt unter wiederkehrenden depressiven Episoden.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Michael hat wenige stabile soziale Beziehungen. Er berichtet von mehreren kurzen, konfliktbeladenen Partnerschaften und kaum langjährigen Freundschaften.
- **Beruf:** Der Patient hat eine unregelmäßige Erwerbsbiografie mit häufigen Jobwechseln. Aktuell arbeitslos.
- **Lebensumstände:** Lebt alleine in einer kleinen Wohnung, hält kaum Kontakt zur Familie.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol:** Regelmäßiger, übermäßiger Konsum von Alkohol seit dem Teenageralter.
- **Drogen:** Gelegentlicher Gebrauch von Cannabis und Amphetaminen.
- **Medikamente:** Keine regelmäßige Medikation, gelegentliche Verwendung von Schmerzmitteln.

2. Psychopathologischer Befund

Bewusstsein und Orientierung:

- **Klarheit:** Der Patient ist klar und voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ und zur Person).

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- **Kurz- und Langzeitgedächtnis:** Keine Auffälligkeiten festgestellt.

Denkprozesse:

- **Inhalt:** Zeigt keine Wahnvorstellungen oder formale Denkstörungen.
- **Form:** Geordnet, aber häufig auf die Verteidigung seiner Handlungen und Schuldzuweisungen fokussiert.

Affektivität:

- **Stimmung:** Affektverflachung, zeigt wenig Reue oder Empathie.
- **Emotionale Reaktionen:** Vor allem Ärger und Frustration bei Konfrontation.

Wahrnehmung:

- **Halluzinationen:** Keine.
- **Illusionen:** Keine.

Antrieb und Psychomotorik:

- **Aktivität:** Agitiert, nervöses Verhalten, vor allem in stressigen Situationen.
- **Bewegungsabläufe:** Normal, keine Auffälligkeiten.

Selbstwertgefühl:

- **Selbstbild:** Überhöhtes Selbstwertgefühl, hält sich selbst für überlegen und sieht sich als Opfer von Ungerechtigkeiten.
- **Selbstbewusstsein:** Starkes Selbstbewusstsein, keine Anzeichen von Selbstzweifeln.

Soziale Interaktion:

- **Soziale Fähigkeiten:** Gering, neigt zu Konflikten und Missachtung sozialer Normen.
- **Rückzug:** Kein sozialer Rückzug, jedoch instabile und oberflächliche Beziehungen.

Krankheitseinsicht:

- **Einsicht in die Erkrankung:** Keine, der Patient sieht sein Verhalten als gerechtfertigt und die Probleme als durch andere verursacht.

3. Komorbiditäten

- **Begleitende psychische Erkrankungen:** Keine diagnostizierten weiteren psychischen Störungen, jedoch Hinweise auf eine mögliche Alkoholabhängigkeit.
- **Physische Erkrankungen:** Keine relevanten körperlichen Erkrankungen berichtet.

4. Differenzialdiagnostik

- **Abgrenzung zu anderen Störungen:** Ausschluss einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aufgrund des Fehlens emotionaler Instabilität und starker Impulsivität. Keine Hinweise auf eine bipolare Störung oder Schizophrenie.

5. Zeitkriterien

- **Dauer der Symptome:** Die Verhaltensmuster sind seit der Jugend präsent und konsistent.

6. Triadisches System

- **Endogen:** Genetische Faktoren, familiäre Disposition durch den Vater.
- **Exogen:** Keine relevanten körperlichen Krankheitsprozesse.
- **Psychogen:** Verhaltensmuster scheinen vorwiegend durch familiäre und soziale Umstände bedingt.

7. Symptome

Primäre Symptome:

- **Mangel an Empathie:** Kein Mitgefühl oder Verständnis für andere.
- **Verantwortungslosigkeit:** Häufige Missachtung sozialer Normen und Verpflichtungen.
- **Impulsivität:** Tendenz zu impulsiven und unüberlegten Handlungen.
- **Aggressivität:** Neigung zu aggressivem Verhalten und häufigen Konflikten.

Sekundäre Symptome:

- **Substanzmissbrauch:** Regelmäßiger Alkohol- und gelegentlicher Drogenkonsum.
- **Beziehungsprobleme:** Instabile und konfliktbeladene zwischenmenschliche Beziehungen.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- **Diagnostische Kriterien:** Mindestens drei der oben genannten primären Symptome sind nach ICD-10 erforderlich und zutreffend.

8. Behandlungsmethoden

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Fokus auf Verhaltensänderungen und Aufbau von Empathie.
- **Soziotherapie:** Unterstützung bei sozialen und beruflichen Problemen.

Medikamentöse Therapie:

- **Antipsychotika:** In Betracht zu ziehen bei aggressivem Verhalten.
- **Anxiolytika:** Bei begleitenden Angstzuständen.

Soziotherapie:

- **Unterstützung:** Hilfe bei der Reintegration in den Arbeitsmarkt und Verbesserung der sozialen Fähigkeiten.

Ergotherapie:

- **Förderung von Alltagsfähigkeiten:** Verbesserung der sozialen Interaktion und Berufsfähigkeiten.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **MBSR:** Zur Reduktion von Stress und Förderung der emotionalen Stabilität.

F60.6 - Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung: 0,4%

1. Anamnese

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Patientin, Anna K., 28 Jahre alt, zeigt seit der späten Jugend starke soziale Ängste und vermeidendes Verhalten. Schwierigkeiten im Aufbau und der Pflege von Beziehungen sowie im beruflichen Umfeld.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen. In der Jugend gelegentlich depressive Episoden, jedoch ohne formale Diagnose oder Behandlung.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Mutter mit chronischer Depression, Vater mit Alkoholmissbrauchsproblemen.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Sehr wenige enge Freunde, zieht sich oft zurück, vermeidet neue soziale Kontakte.
- **Beruf:** Angestellte im Büro, meidet Präsentationen und Teamarbeit, Schwierigkeiten bei der Kommunikation mit Kollegen.
- **Lebensumstände:** Lebt allein, sporadischer Kontakt zu Familie.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol, Drogen, Medikamente:** Gelegentlich Alkohol in sozialen Situationen, keine Drogen, keine regelmäßige Medikamenteneinnahme.

2. Psychopathologischer Befund

Bewusstsein und Orientierung:

- **Klarheit:** Klar und voll orientiert.
- **Orientierung:** Zeitlich, örtlich, situativ und zur Person voll orientiert.

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- **Kurzzeitgedächtnis:** Normal.
- **Langzeitgedächtnis:** Normal.

Denkprozesse:

- **Inhalt:** Keine Wahnvorstellungen.

- **Form:** Geordnet, aber von negativen Selbstbewertungen geprägt.

Affektivität:

- **Stimmung:** Niedergeschlagen, ängstlich.
- **Emotionale Reaktionen:** Häufig übermäßig besorgt, empfindlich gegenüber Kritik.

Wahrnehmung:

- **Halluzinationen:** Keine.
- **Illusionen:** Keine.

Antrieb und Psychomotorik:

- **Aktivität:** Niedriger Antrieb, vermeidet Herausforderungen.
- **Bewegungsabläufe:** Normal.

Selbstwertgefühl:

- **Selbstbild:** Geringes Selbstwertgefühl, fühlt sich oft minderwertig und unfähig.

Soziale Interaktion:

- **Soziale Fähigkeiten:** Eingeschränkt, Schwierigkeiten, Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten.
- **Rückzug:** Häufiger sozialer Rückzug, vermeidet zwischenmenschliche Kontakte.

Krankheitseinsicht:

- **Einsicht:** Teilweise Einsicht in das Problem, jedoch stark von Angst vor negativer Bewertung beeinflusst.

3. Komorbiditäten

- **Begleitende psychische Erkrankungen:** Gelegentliche depressive Episoden.
- **Physische Erkrankungen:** Keine relevanten.

4. Differenzialdiagnostik

- **Abgrenzung zu anderen Störungen:** Keine Anzeichen für Schizophrenie oder andere psychotische Störungen, keine generalisierte Angststörung, keine Panikstörung.

5. Zeitkriterien

- **Dauer der Symptome:** Seit dem späten Jugendalter kontinuierlich vorhanden (chronisch).

6. Triadisches System

- **Psychogen:** Rein psychische Ursachen, genetische Disposition und Umweltfaktoren spielen eine Rolle.

7. Symptome

Primäre Symptome:

- **Übermäßige Ängstlichkeit:** Ständige Angst vor negativer Bewertung und Ablehnung.
- **Vermeidung von sozialen Interaktionen:** Meidet berufliche und soziale Situationen, in denen sie kritisiert oder abgelehnt werden könnte.

Sekundäre Symptome:

- **Niedriges Selbstwertgefühl:** Fühlt sich oft minderwertig und unfähig.
- **Soziale Isolation:** Wenige soziale Kontakte, starkes Vermeidungsverhalten.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- **Erfüllt die Kriterien der ICD-10 für F60.6:** Ein durchgängiges Muster von sozialer Hemmung, Gefühlen von Unzulänglichkeit und Überempfindlichkeit gegenüber negativer Bewertung, das im frühen Erwachsenenalter beginnt und in verschiedenen Kontexten auftritt.

8. Behandlungsmethoden

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Fokus auf die Veränderung negativer Denkmuster und schrittweise Exposition gegenüber sozialen Situationen.
- **Interpersonelle Therapie (IPT):** Verbesserung der sozialen Fähigkeiten und Beziehungen.

Medikamentöse Therapie:

- **Antidepressiva:** Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) können zur Behandlung von Begleitdepression und Angst eingesetzt werden.

Soziotherapie:

- **Unterstützung bei sozialen und beruflichen Problemen:** Förderung der sozialen Integration und Verbesserung der beruflichen Fähigkeiten.

Ergotherapie:

- **Förderung von Alltagsfähigkeiten:** Unterstützung bei der Entwicklung von Strategien zur Bewältigung sozialer und beruflicher Herausforderungen.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR):** Techniken zur Reduzierung von Stress und zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung.

F51.3 - Schlafwandeln: 0,3%

1. Anamnese:

- **Persönliche Anamnese:**
 - **Lebensgeschichte:** Patient, 30 Jahre alt, berichtet seit der Kindheit gelegentliches Schlafwandeln, welches in stressigen Phasen häufiger auftritt. In den letzten Monaten hat die Häufigkeit und Intensität des Schlafwandeln zugenommen.
 - **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine relevanten psychiatrischen Diagnosen in der Vergangenheit. Physische Erkrankungen beinhalten gelegentliche Migräne und leichte Schlafstörungen.
- **Familienanamnese:**
 - **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Der Vater hatte ebenfalls Episoden von Schlafwandeln während seiner Jugend. Keine weiteren bekannten psychischen Erkrankungen in der Familie.
- **Soziale Anamnese:**
 - **Soziale Beziehungen:** Verheiratet, zwei Kinder, berichtet über eine gute familiäre Unterstützung. Keine bedeutenden sozialen Konflikte.
 - **Beruf:** Softwareentwickler, hohe Arbeitsbelastung und häufige Überstunden in den letzten Monaten.
 - **Lebensumstände:** Stabile Wohnsituation, keine großen Änderungen oder Stressoren in der häuslichen Umgebung.
- **Substanzgebrauch:**
 - **Alkohol:** Gelegentlicher Konsum, selten übermäßiger Konsum.
 - **Drogen:** Keine.
 - **Medikamente:** Gelegentliche Einnahme von rezeptfreien Schmerzmitteln wegen Migräne.

2. Psychopathologischer Befund:

- **Bewusstsein und Orientierung:**
 - Klar und voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ und zur Person).
- **Gedächtnis und Merkfähigkeit:**

- Keine Auffälligkeiten im Kurz- und Langzeitgedächtnis.
 - **Denkprozesse:**
 - Geordnet und kohärent, keine Denkstörungen oder Wahnvorstellungen.
 - **Affektivität:**
 - Beschreibt gelegentliche Gereiztheit und Stress aufgrund der Arbeitssituation, jedoch keine anhaltenden affektiven Störungen.
 - **Wahrnehmung:**
 - Keine Halluzinationen oder illusionäre Verkennungen.
 - **Antrieb und Psychomotorik:**
 - Normal während des Tages, jedoch berichtete Episoden von Schlafwandeln in der Nacht, die in automatischen Bewegungen und Handlungen resultieren.
 - **Selbstwertgefühl:**
 - Allgemein stabil, jedoch zunehmende Besorgnis über die Häufigkeit und Auswirkungen des Schlafwandeln.
 - **Soziale Interaktion:**
 - Gute soziale Fähigkeiten, keine Hinweise auf sozialen Rückzug.
 - **Krankheitseinsicht:**
 - Gute Einsicht in das Problem des Schlafwandeln, sucht aktiv nach Lösungen und Unterstützung.
- 3. Komorbiditäten:**
- Keine aktuellen Begleiterkrankungen diagnostiziert.
- 4. Differenzialdiagnostik:**
- Ausschluss von anderen Schlafstörungen wie Restless-Legs-Syndrom oder obstruktiver Schlafapnoe durch eine Schlaflaboruntersuchung.
 - Keine Hinweise auf psychotische Störungen oder neurologische Erkrankungen.
- 5. Zeitkriterien:**
- Episodisches Auftreten des Schlafwandeln seit der Kindheit, mit erhöhter Frequenz und Intensität in den letzten Monaten.
- 6. Triadisches System:**

- **Psychogen:** Schlafwandeln kann durch Stress und psychische Belastung ausgelöst und verstärkt werden, insbesondere durch beruflichen Stress und Überarbeitung.

7. Symptome:

- **Primäre Symptome:** Episoden von Schlafwandeln, bei denen der Patient aufsteht und komplexe Handlungen ausführt, ohne sich dessen bewusst zu sein.
- **Sekundäre Symptome:** Erschöpfung und Konzentrations-schwierigkeiten am Tag aufgrund der gestörten Nachtruhe.
- **Anzahl der erforderlichen Symptome:** Diagnostische Krite-rien für Schlafwandeln (ICD-10 F51.3) erfüllt, da wiederkeh-rende Episoden von komplexen motorischen Aktivitäten wäh-rend des Schlafs vorhanden sind.

8. Behandlungsmethoden:

- **Psychotherapie:** Stressmanagement-Strategien und kognitive Verhaltenstherapie (KVT) zur Reduktion von Stress und Ver-besserung der Schlafhygiene.
- **Medikamentöse Therapie:** In schweren Fällen möglicher-weise kurzzeitige Verwendung von Medikamenten zur Verbes-erung der Schlafqualität, wie z.B. Benzodiazepine (unter stren-ger ärztlicher Aufsicht).
- **Soziotherapie:** Unterstützung bei der Anpassung des Arbeits-umfelds zur Reduktion von Stress.
- **Ergotherapie:** Förderung von Entspannungstechniken und Alltagsfähigkeiten zur Verbesserung der Lebensqualität.
- **Achtsamkeitsbasierte Methoden:** Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) zur Förderung der Entspannung und Stress-bewältigung.

F60.4 - Histriionische Persönlichkeitsstörung: 0,3%

1. Anamnese

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Anna K., 28 Jahre alt, zeigt seit der Jugend ein auffälliges Bedürfnis nach Aufmerksamkeit und Bestätigung. Sie beschreibt sich selbst als sehr emotional und gesellig. Sie hat eine turbulente Beziehungsgeschichte und neigt dazu, in sozialen Situationen im Mittelpunkt stehen zu wollen.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine bekannten schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen. Berichtet von gelegentlichen depressiven Verstimmungen in der Vergangenheit, die jedoch nicht behandelt wurden.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Die Mutter hatte wiederholt depressive Episoden, der Vater leidet an einer generalisierten Angststörung. Es gibt keine bekannten Persönlichkeitsstörungen in der Familie.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Anna hat viele oberflächliche Freundschaften, aber Schwierigkeiten, tiefere, langfristige Beziehungen zu pflegen. Sie ist bekannt für dramatische und theatrale Verhaltensweisen.
- **Beruf:** Arbeitet als Verkäuferin in einer Modeboutique, wo sie häufig im Kundenkontakt steht und ihre extrovertierte Art ausleben kann. Berufliche Beziehungen sind oft konfliktbeladen.
- **Lebensumstände:** Lebt allein in einer Stadtwohnung, hat ein reges soziales Leben und ist häufig auf Partys und gesellschaftlichen Veranstaltungen zu finden.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol, Drogen, Medikamente:** Gelegentlicher Alkoholkonsum bei sozialen Anlässen. Keine Hinweise auf Drogenmissbrauch oder Medikamentenabhängigkeit.

2. Psychopathologischer Befund

Bewusstsein und Orientierung:

- **Klarheit:** Klar und voll orientiert.
- **Orientierung:** Zeitlich, örtlich, situativ und zur Person voll orientiert.

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- **Kurzzeitgedächtnis:** Intakt, keine Auffälligkeiten.
- **Langzeitgedächtnis:** Intakt, keine Auffälligkeiten.

Denkprozesse:

- **Inhalt:** Keine Wahnvorstellungen.
- **Form:** Sprunghaft, häufige Wechsel von Themen, dramatisierte Ausdrucksweise.

Affektivität:

- **Stimmung:** Emotional labil, neigt zu schnellen und intensiven Stimmungsschwankungen.
- **Emotionale Reaktionen:** Theatralisch, übertrieben, sucht Bestätigung und Aufmerksamkeit.

Wahrnehmung:

- **Halluzinationen:** Keine.
- **Illusionen:** Keine.

Antrieb und Psychomotorik:

- **Aktivität:** Hohe Aktivität in sozialen Situationen, ständig auf der Suche nach Aufmerksamkeit.
- **Bewegungsabläufe:** Betont und dramatisiert.

Selbstwertgefühl:

- **Selbstbild:** Stark auf äußere Bestätigung angewiesen, unsicheres Selbstwertgefühl.
- **Selbstbewusstsein:** Wechselhaft, abhängig von externer Anerkennung.

Soziale Interaktion:

- **Soziale Fähigkeiten:** Überdurchschnittlich gesellig, aber oft aufdringlich und übermäßig dramatisch.
- **Rückzug:** Keine, eher das Gegenteil – sucht ständig soziale Interaktionen.

Krankheitseinsicht:

- **Einsicht:** Begrenzte Einsicht in die Problematik, erkennt das Bedürfnis nach Aufmerksamkeit, sieht es jedoch nicht als störend an.

3. Komorbiditäten

- **Begleitende psychische Erkrankungen:** Gelegentliche depressive Verstimmungen, keine formale Diagnose.
- **Physische Erkrankungen:** Keine relevanten.

4. Differenzialdiagnostik

- **Abgrenzung zu anderen Störungen:** Keine Anzeichen für Borderline-Persönlichkeitsstörung (fehlende Selbstverletzungen, geringere emotionale Instabilität). Keine Hinweise auf bipolare Störung oder andere Persönlichkeitsstörungen.

5. Zeitkriterien

- **Dauer der Symptome:** Bestehen seit der Jugend, kontinuierlich vorhanden (chronisch).

6. Triadisches System

- **Psychogen:** Rein psychische Ursachen, starke emotionale Bedürfnisse und Verhaltensmuster, die auf psychodynamischen Faktoren beruhen.

7. Symptome

Primäre Symptome:

- **Dramatisierung:** Übertriebenes Ausdrucksverhalten.
- **Beeinflussbarkeit:** Leicht beeinflussbar durch andere oder Situationen.
- **Unangemessen verführerisches Verhalten:** Sucht sexuelle Bestätigung.
- **Übermäßiges Bedürfnis nach Anerkennung:** Ständige Suche nach Aufmerksamkeit.

Sekundäre Symptome:

- **Emotionale Instabilität:** Schnelle Stimmungsschwankungen.
- **Oberflächliche Beziehungen:** Schwierigkeiten, tiefe und stabile Beziehungen zu pflegen.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- **Erfüllt die Kriterien der ICD-10 für F60.4:** Mehrere der charakteristischen Symptome für eine histrionische Persönlichkeitsstörung vorhanden.

8. Behandlungsmethoden

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Bearbeitung von Verhaltensmustern und kognitiven Verzerrungen, Förderung von Selbstbewusstsein und Unabhängigkeit von externer Bestätigung.
- **Psychodynamische Therapie:** Untersuchung der zugrunde liegenden emotionalen Konflikte und Bedürfnisse.

Medikamentöse Therapie:

- **Anxiolytika oder Antidepressiva:** Bei Bedarf zur Behandlung von komorbiden Angstzuständen oder depressiven Verstimmungen.

Soziotherapie:

- **Unterstützung bei sozialen und beruflichen Problemen:** Beratung und Unterstützung zur Verbesserung der sozialen Kompetenzen und Reduzierung von Konflikten am Arbeitsplatz.

Ergotherapie:

- **Förderung von Alltagsfähigkeiten:** Verbesserung der Selbstständigkeit und Reduzierung von Abhängigkeiten.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction):** Förderung der Selbstwahrnehmung und emotionalen Regulation.

F60.5 - Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung: 0,3%

1. Anamnese

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient, Martin S., 45 Jahre alt, zeigt seit dem Jugendalter ein Muster von Perfektionismus und Kontrollbedürfnis. Diese Eigenschaften haben sich im Laufe der Jahre verstärkt und führen zu erheblichem Stress und Konflikten in seinem persönlichen und beruflichen Leben.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine bekannten psychischen Erkrankungen in der Kindheit. Leichte Depressionen in den letzten Jahren, keine schweren körperlichen Erkrankungen.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Der Vater litt an einer Zwangsstörung, die jedoch nie behandelt wurde. Die Mutter hat eine generalisierte Angststörung.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Martin hat wenige, aber enge Freundschaften, die oft durch seine starren Routinen und hohen Anforderungen belastet werden. Verheiratet, zwei Kinder.
- **Beruf:** Angestellter in einer Bank, bekannt für seine Detailgenauigkeit, aber oft in Konflikte verwickelt, da er Aufgaben nicht delegieren kann und unter starkem Stress steht.
- **Lebensumstände:** Wohnt in einer Eigentumswohnung, die sehr ordentlich und penibel gepflegt ist.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol, Drogen, Medikamente:** Kein Gebrauch von Drogen. Gelegentlicher Alkoholkonsum, keine Medikamente außer gelegentliches Schmerzmittel bei Kopfschmerzen.

2. Psychopathologischer Befund

Bewusstsein und Orientierung:

- **Klarheit:** Klar und voll orientiert.
- **Orientierung:** Zeitlich, örtlich, situativ und zur Person voll orientiert.

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- **Kurzzeitgedächtnis:** Intakt.
- **Langzeitgedächtnis:** Intakt.

Denkprozesse:

- **Inhalt:** Keine Wahnvorstellungen.
- **Form:** Rigid und detailorientiert, häufiges Grübeln und Zweifel.

Affektivität:

- **Stimmung:** Überwiegend ängstlich und angespannt.
- **Emotionale Reaktionen:** Emotional kontrolliert, selten spontane Gefühle, jedoch Frustration bei Abweichungen von Plänen.

Wahrnehmung:

- **Halluzinationen:** Keine.
- **Illusionen:** Keine.

Antrieb und Psychomotorik:

- **Aktivität:** Übermäßig aktiv bei der Verfolgung von Perfektion und Ordnung.
- **Bewegungsabläufe:** Normal, aber oft durch übermäßige Sorgfalt gekennzeichnet.

Selbstwertgefühl:

- **Selbstbild:** Hohe Ansprüche an sich selbst und andere, geringes Selbstbewusstsein bei Nichterfüllung dieser Ansprüche.

Soziale Interaktion:

- **Soziale Fähigkeiten:** Grundsätzlich vorhanden, jedoch durch rigide und kontrollierende Verhaltensweisen beeinträchtigt.
- **Rückzug:** Kein sozialer Rückzug, aber häufige Konflikte aufgrund hoher Anforderungen und Kontrollbedürfnisse.

Krankheitseinsicht:

- **Einsicht:** Eingeschränkt, erkennt die Belastung durch seine Verhaltensweisen, sieht sie jedoch oft als notwendig und gerechtfertigt.

3. Komorbiditäten

- **Begleitende psychische Erkrankungen:** Leichte Depression.
- **Physische Erkrankungen:** Keine relevanten.

4. Differenzialdiagnostik

- **Abgrenzung zu anderen Störungen:** Keine Anzeichen für Zwangsstörung (F42), jedoch hohe Übereinstimmung in bestimmten Zwangsmerkmalen. Keine Hinweise auf andere Persönlichkeitsstörungen oder psychotische Erkrankungen.

5. Zeitkriterien

- **Dauer der Symptome:** Seit dem Jugendalter kontinuierlich vorhanden (chronisch).

6. Triadisches System

- **Psychogen:** Rein psychische Ursachen, geprägt durch rigide Denkmuster und übermäßiges Kontrollbedürfnis.

7. Symptome

Primäre Symptome:

- **Perfektionismus:** Übermäßige Sorge um Ordnung, Perfektion und Kontrolle.
- **Kontrollbedürfnis:** Schwierigkeit, Aufgaben zu delegieren und Kontrolle abzugeben.
- **Rigide Denkweisen:** Starke Fixierung auf Regeln, Pläne und Details.

Sekundäre Symptome:

- **Beruflicher Stress:** Schwierigkeiten bei der Arbeit aufgrund von Unfähigkeit zur Delegation und hohem Anspruchsniveau.
- **Soziale Konflikte:** Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen aufgrund von Unnachgiebigkeit und hohen Anforderungen.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- **Erfüllt die Kriterien der ICD-10 für F60.5:** Übermäßige Sorgfalt, Perfektionismus und Kontrolle, die zu einem Verlust von Flexibilität, Offenheit und Effizienz führen.

8. Behandlungsmethoden

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Förderung der Flexibilität, Reduktion von rigiden Denkmustern und Verbesserung der Fähigkeit, Unsicherheiten zu tolerieren.
- **Psychodynamische Therapie:** Untersuchung der zugrunde liegenden Ängste und Konflikte, die zu zwanghaftem Verhalten führen.

Medikamentöse Therapie:

- **SSRI (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer):** Bei Bedarf zur Behandlung von begleitenden depressiven Symptomen und zur Reduktion von Zwangsgedanken.

Soziotherapie:

- **Beratung:** Unterstützung bei der Verbesserung sozialer Fähigkeiten und Konfliktlösungsstrategien.

Ergotherapie:

- **Förderung von Alltagsfähigkeiten:** Unterstützung bei der Entwicklung von Flexibilität und Anpassungsfähigkeit im Alltag.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR):** Techniken zur Förderung von Achtsamkeit und Reduktion von Stress und Kontrollbedürfnis.

F90.0 - Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung: 0,3%

1. Anamnese

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient, Max M., 10 Jahre alt, zeigt seit dem frühen Kindesalter Unruhe und Konzentrationsschwierigkeiten. In der Schule hat er Schwierigkeiten, Aufgaben zu beenden und bleibt oft nicht bei einer Tätigkeit. Lehrer und Eltern berichten von impulsivem Verhalten.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine bekannten psychischen Erkrankungen. Normale körperliche Entwicklung, jedoch wiederholte Mittelohrentzündungen in der frühen Kindheit.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Der Vater berichtet von eigenen Konzentrationsproblemen in der Kindheit, die nie diagnostiziert wurden. Eine Tante mütterlicherseits leidet an einer Angststörung.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Max hat einige Freunde, zeigt aber Schwierigkeiten in Gruppensituationen. Konflikte treten häufig auf, weil er nicht abwarten kann oder impulsiv handelt.
- **Beruf:** Schüler in der vierten Klasse, regelmäßige Konflikte mit Lehrern aufgrund von Konzentrations- und Verhaltensproblemen.
- **Lebensumstände:** Stabile familiäre Verhältnisse, beide Elternteile berufstätig. Gute Unterstützung von den Eltern.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol, Drogen, Medikamente:** Kein Gebrauch von Alkohol oder Drogen. Aktuell keine Medikation.

2. Psychopathologischer Befund

Bewusstsein und Orientierung:

- **Klarheit:** Klar und voll orientiert.
- **Orientierung:** Zeitlich, örtlich, situativ und zur Person voll orientiert.

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- **Kurzzeitgedächtnis:** Leichte Beeinträchtigung aufgrund von Unaufmerksamkeit.

- **Langzeitgedächtnis:** Intakt.

Denkprozesse:

- **Inhalt:** Keine Wahnvorstellungen.
- **Form:** Sprunghaft, häufiger Themenwechsel, mangelnde Detailtiefe.

Affektivität:

- **Stimmung:** Normal, aber schnell frustriert.
- **Emotionale Reaktionen:** Impulsiv, leicht reizbar.

Wahrnehmung:

- **Halluzinationen:** Keine.
- **Illusionen:** Keine.

Antrieb und Psychomotorik:

- **Aktivität:** Überaktiv, ständig in Bewegung.
- **Bewegungsabläufe:** Ungesteuert, unruhig.

Selbstwertgefühl:

- **Selbstbild:** Normales Selbstbewusstsein, allerdings frustriert über schulische Schwierigkeiten.

Soziale Interaktion:

- **Soziale Fähigkeiten:** Grundsätzlich vorhanden, aber Schwierigkeiten bei der Einhaltung sozialer Regeln und Impulskontrolle.
- **Rückzug:** Kein sozialer Rückzug, jedoch Konflikte durch impulsives Verhalten.

Krankheitseinsicht:

- **Einsicht:** Eingeschränkt, erkennt Schwierigkeiten, versteht jedoch nicht vollständig den Zusammenhang mit der Störung.

3. Komorbiditäten

- **Begleitende psychische Erkrankungen:** Keine.
- **Physische Erkrankungen:** Keine relevanten.

4. Differenzialdiagnostik

- **Abgrenzung zu anderen Störungen:** Keine Anzeichen für Angststörungen, Depressionen oder andere Entwicklungsstörungen. Keine Hinweise auf neurologische Erkrankungen.

5. Zeitkriterien

- **Dauer der Symptome:** Seit dem frühen Kindesalter kontinuierlich vorhanden (chronisch).

6. Triadisches System

- **Psychogen:** Rein psychische Ursachen, genetische Disposition und Umweltfaktoren spielen eine Rolle.

7. Symptome

Primäre Symptome:

- **Konzentrationsschwierigkeiten:** Schwierigkeiten, bei Aufgaben zu bleiben.
- **Hyperaktivität:** Ständig in Bewegung, kann nicht stillsitzen.
- **Impulsivität:** Handelt ohne nachzudenken, unterbricht andere.

Sekundäre Symptome:

- **Schulische Probleme:** Schlechte Noten aufgrund von Unaufmerksamkeit und impulsivem Verhalten.
- **Soziale Konflikte:** Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen und Erwachsenen.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- **Erfüllt die Kriterien der ICD-10 für F90.0:** Mehr als sechs Monate andauernde, altersunangemessene Symptome von Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität.

8. Behandlungsmethoden

Psychotherapie:

- **Verhaltenstherapie:** Förderung der Selbstregulation, Verbesserung der Aufmerksamkeit und Reduzierung von impulsivem Verhalten.
- **Elternteraining:** Unterstützung und Strategien für die Eltern, um mit den Verhaltensproblemen umzugehen.

Medikamentöse Therapie:

- **Stimulanzien:** Möglicherweise Methylphenidat zur Verbesserung der Aufmerksamkeit und Reduktion der Hyperaktivität (nach genauer Abwägung durch einen Kinder- und Jugendpsychiater).

Soziotherapie:

- **Schulische Unterstützung:** Zusammenarbeit mit der Schule zur Anpassung des Lernumfelds und gezielte Förderung.

Ergotherapie:

- **Förderung von Alltagsfähigkeiten:** Unterstützung bei der Entwicklung von Feinmotorik und Konzentrationsfähigkeit.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **Mindfulness-Training:** Techniken zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung und Impulskontrolle.

F63.1 - Pathologische Brandstiftung: 0,2%

1. Anamnese:

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient, Max M., ist 32 Jahre alt und hat eine Geschichte von instabilen beruflichen und sozialen Beziehungen. Er berichtet, dass er seit seiner Jugend fasziniert von Feuer war und bereits mehrfach kleine Brände gelegt hat. Diese Vorfälle wurden bisher nicht bekannt.
- **Frühere psychische Erkrankungen:** Keine bekannten früheren psychiatrischen Diagnosen oder Behandlungen.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Der Vater des Patienten hatte eine Alkoholabhängigkeit und neigte zu aggressivem Verhalten. Es gibt keine bekannten Fälle von psychischen Störungen in der engeren Familie.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Der Patient hat wenige stabile soziale Kontakte und beschreibt sich selbst als einsam. Er hat Schwierigkeiten, langfristige Freundschaften und romantische Beziehungen zu pflegen.
- **Beruf:** Max arbeitet unregelmäßig in verschiedenen Gelegenheitsjobs. Häufige Arbeitsplatzwechsel aufgrund von Konflikten und Unzuverlässigkeit.
- **Lebensumstände:** Lebt allein in einer kleinen Mietwohnung.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol:** Gelegentlicher Konsum ohne auffällige Muster.
- **Drogen:** Keine Nutzung illegaler Substanzen.
- **Medikamente:** Keine regelmäßige Einnahme von Medikamenten.

2. Psychopathologischer Befund:

Bewusstsein und Orientierung:

- Klar und voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ und zur Person).

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- Keine Auffälligkeiten im Kurz- und Langzeitgedächtnis.

Denkprozesse:

- Gedankengänge sind klar und kohärent. Es gibt jedoch eine auffällige Fixierung auf das Thema Feuer und Brandstiftung.

Affektivität:

- Der Patient zeigt eine emotionale Flachheit und beschreibt wenig bis keine Schuldgefühle in Bezug auf das Anzünden von Bränden. Freude und Erregung beim Gedanken an Feuerlegen.

Wahrnehmung:

- Keine Halluzinationen oder Illusionen.

Antrieb und Psychomotorik:

- Unruhige und gelegentlich impulsive Bewegungen. Erhöhte Erregung bei Gesprächen über Feuer.

Selbstwertgefühl:

- Gemindertertes Selbstwertgefühl, äußert oft Selbstzweifel und fühlt sich als Versager im Leben.

Soziale Interaktion:

- Rückzug von sozialen Aktivitäten, Schwierigkeiten in sozialen Interaktionen.

Krankheitseinsicht:

- Geringe Einsicht in die Problematik. Der Patient erkennt das Feuerlegen nicht als pathologisch, sondern beschreibt es als "Hobby" oder "Spannungssuche".

3. Komorbiditäten:

- Keine bekannten begleitenden psychischen oder physischen Erkrankungen.

4. Differenzialdiagnostik:

- Abgrenzung zu anderen Störungen wie antisoziale Persönlichkeitsstörung oder manische Episoden durch spezifische Faszination und Erregung durch Feuer ohne andere antisoziale oder expansive Verhaltensweisen.

5. Zeitkriterien:

- Die Symptome bestehen seit dem Jugendalter, wobei die Impulse und Handlungen in den letzten Jahren an Intensität zugenommen haben.

6. Triadisches System:

- **Psychogen:** Die Ursache der Störung wird als rein psychischer Natur angesehen, ohne erkennbaren exogenen oder endogenen Ursprung.

7. Symptome:

Primäre Symptome:

- Wiederholtes und absichtliches Legen von Bränden.
- Intensive Faszination mit Feuer und den damit verbundenen Handlungen.
- Erhebliche Spannung oder emotionale Erregung vor dem Akt der Brandstiftung.

Sekundäre Symptome:

- Gefühle von Erleichterung oder Erfüllung nach dem Legen eines Brandes.
- Soziale Isolation und Schwierigkeiten in der sozialen Anpassung.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- Für die Diagnose einer pathologischen Brandstiftung müssen die oben genannten Kernsymptome vorhanden sein, und andere Ursachen müssen ausgeschlossen werden.

8. Behandlungsmethoden:

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Zur Identifikation und Veränderung dysfunktionaler Gedankenmuster und Verhaltensweisen.
- **Verhaltenstherapie:** Techniken zur Impulskontrolle und Reduktion des Verhaltensdrangs.
- **Achtsamkeitsbasierte Methoden:** Zur Förderung von Selbstkontrolle und Emotionsregulation.

Medikamentöse Therapie:

- **SSRI (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer):** Zur Behandlung von Impulskontrollstörungen.
- **Antipsychotika:** Bei schwerwiegenden Komorbiditäten oder bei Versagen anderer Therapieansätze.

Soziotherapie:

- Unterstützung bei sozialen und beruflichen Problemen, soziale Fertigkeitstraining.

Ergotherapie:

- Förderung von Alltagsfähigkeiten und Alternativen zur Spannungsreduktion.

F63.2 - Pathologisches Stehlen: 0,2%

1. Anamnese:

Persönliche Anamnese: Michael M., 28 Jahre alt, hat seit seiner Jugend episodisch Gegenstände gestohlen, obwohl er sich diese problemlos hätte kaufen können. Er berichtet, dass die Taten ihm einen kurzfristigen Spannungsabbau und ein Gefühl der Erleichterung verschaffen. In seiner Vergangenheit gibt es keine schwerwiegenden psychischen oder physischen Erkrankungen.

Familienanamnese: In der Familie von Michael gibt es keine bekannten Fälle von pathologischem Stehlen oder anderen Impulskontrollstörungen. Es gibt jedoch eine familiäre Vorgeschichte von Angststörungen und Depressionen.

Soziale Anamnese: Michael hat eine stabile Anstellung als Verkäufer und gute Beziehungen zu Kollegen und Freunden. Er ist ledig, aber in einer festen Partnerschaft. Seine Lebensumstände sind stabil, jedoch berichtet er von gelegentlichen Konflikten mit seinem Partner aufgrund seiner Stehldelikte.

Substanzgebrauch: Kein übermäßiger Konsum von Alkohol oder Drogen. Michael konsumiert gelegentlich Alkohol, hat jedoch keine Anzeichen von Missbrauch oder Abhängigkeit.

2. Psychopathologischer Befund:

Bewusstsein und Orientierung: Klar und voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ und zur Person).

Gedächtnis und Merkfähigkeit: Keine Auffälligkeiten im Kurz- und Langzeitgedächtnis.

Denkprozesse: Logisch und kohärent. Keine Anzeichen von Wahn oder Denkstörungen.

Affektivität: Normale Stimmung, jedoch gelegentlich ängstlich und angespannt. Zeigt Reue und Schuldgefühle nach dem Stehlen.

Wahrnehmung: Keine Halluzinationen oder Illusionen.

Antrieb und Psychomotorik: Normale Aktivität, keine Auffälligkeiten in den Bewegungsabläufen.

Selbstwertgefühl: Selbstbewusst, jedoch beeinträchtigt durch die Scham und Schuldgefühle nach den Diebstählen.

Soziale Interaktion: Gute soziale Fähigkeiten, jedoch gelegentlich sozialer Rückzug nach Diebstählen aufgrund von Scham.

Krankheitseinsicht: Teilweise Einsicht in die Problematik, erkennt das abnorme Verhalten, aber Schwierigkeiten, es zu kontrollieren.

3. Komorbiditäten:

Keine begleitenden psychischen oder physischen Erkrankungen festgestellt.

4. Differenzialdiagnostik:

Abgrenzung zu anderen Impulskontrollstörungen, wie pathologischem Spielen (F63.0).

5. Zeitkriterien:

Michael berichtet, dass das pathologische Stehlen seit über 10 Jahren besteht, mit episodischen Verschlechterungen und Phasen relativer Symptomfreiheit.

6. Triadisches System:

Psychogen: Das pathologische Stehlen ist eine Impulskontrollstörung, die als rein psychische Ursache angesehen wird.

7. Symptome:

Primäre Symptome:

- Wiederholtes Stehlen von Gegenständen ohne Notwendigkeit.
- Spannungsaufbau vor der Tat und Erleichterung während oder nach dem Stehlen.

Sekundäre Symptome:

- Schuld- und Schamgefühle nach der Tat.
- Vermeidungsverhalten und sozialer Rückzug.

Anzahl der erforderlichen Symptome: Erfüllt die Kriterien für pathologisches Stehlen gemäß ICD-10, mit wiederholten Episoden und einem klaren Spannungs- und Erleichterungserlebnis.

8. Behandlungsmethoden:

Psychotherapie:

- Kognitive Verhaltenstherapie (KVT): Fokussiert auf die Erkennung und Veränderung dysfunktionaler Denkmuster und Verhaltensweisen.
- Verhaltenstherapie: Techniken zur Impulskontrolle und zur Verringerung der Spannung vor dem Stehlen.

Medikamentöse Therapie:

- SSRIs (selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) können zur Reduktion von Impulsivität und Begleitsymptomen wie Angst und Depression eingesetzt werden.

Soziotherapie:

- Unterstützung bei der Bewältigung von sozialen und beruflichen Problemen, die durch das Stehlen verursacht werden.

Ergotherapie:

- Förderung von Alltagsfähigkeiten und Strategien zur Stressbewältigung.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) zur Reduktion von Stress und Verbesserung der emotionalen Regulation.

F63.3 - Trichotillomanie: 0,2%

1. Anamnese

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Patientin, 27 Jahre alt, berichtet, dass sie seit dem Teenageralter unter starkem Haarverlust leidet, den sie durch wiederholtes Haarausreißen verursacht. Diese Angewohnheit begann in stressreichen Phasen während der Schulzeit und hat sich seither verschlimmert.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine vorherigen Diagnosen psychischer Störungen. Physisch ist die Patientin ansonsten gesund, mit Ausnahme von gelegentlichen Spannungskopfschmerzen.

Familienanamnese:

- Es gibt keine bekannten psychischen Erkrankungen in der unmittelbaren Familie. Beide Elternteile sind gesund, und die Geschwister der Patientin berichten von keinen psychischen oder physischen Problemen.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Die Patientin ist unverheiratet, hat aber einen kleinen Freundeskreis. Sie berichtet von sozialen Rückzugstendenzen, besonders in Zeiten erhöhten Stresses.
- **Beruf:** Sie arbeitet als Grafikdesignerin und beschreibt ihr Arbeitsumfeld als stressig und anspruchsvoll.
- **Lebensumstände:** Lebt allein in einer Wohnung, berichtet von regelmäßigen sozialen Kontakten, aber zunehmendem Rückzug in den letzten Monaten.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol:** Gelegentlicher Konsum, nicht exzessiv.
- **Drogen:** Keine.
- **Medikamente:** Keine regelmäßige Einnahme von Medikamenten.

2. Psychopathologischer Befund

- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar und voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person).
- **Gedächtnis und Merkfähigkeit:** Kurz- und Langzeitgedächtnis sind unauffällig.

- **Denkprozesse:** Keine Denkstörungen oder Wahnvorstellungen. Die Denkprozesse sind klar und geordnet.
- **Affektivität:** Stimmung leicht depressiv, besonders nach Episoden des Haarausreißen. Emotionale Reaktionen erscheinen angemessen, aber es gibt Anzeichen von Frustration und Scham bezüglich ihrer Trichotillomanie.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Illusionen berichtet.
- **Antrieb und Psychomotorik:** Normaler Antrieb, jedoch episodisch intensive, unkontrollierbare Impulse zum Haarausreißen.
- **Selbstwertgefühl:** Reduziertes Selbstbewusstsein, besonders in sozialen Situationen und nach Phasen intensiven Haarausreißen.
- **Soziale Interaktion:** Tendenz zu sozialem Rückzug, insbesondere nach Episoden des Haarausreißen.
- **Krankheitseinsicht:** Gute Einsicht in die Problematik, erkennt das selbstschädigende Verhalten und wünscht Veränderung.

3. Komorbiditäten

- **Begleitende psychische Erkrankungen:** Keine diagnostizierten Begleiterkrankungen, aber Hinweise auf leichte depressive Symptome.
- **Begleitende physische Erkrankungen:** Spannungskopfschmerzen, möglicherweise stressbedingt.

4. Differenzialdiagnostik

- **Abgrenzung zu anderen Störungen:** Keine Anzeichen für Zwangsstörungen (F42) oder Körperdysmorphe Störungen (F45.22). Die Symptome passen am besten zu Trichotillomanie.

5. Zeitkriterien

- **Dauer der Symptome:** Die Patientin berichtet von Symptomen seit über zehn Jahren, mit variierender Intensität und häufigen, episodischen Verschlechterungen.

6. Triadisches System

- **Psychogen:** Die Ursachen der Trichotillomanie scheinen primär psychischer Natur zu sein, mit starker Assoziation zu Stress und emotionaler Belastung.

7. Symptome

Primäre Symptome:

- Wiederholtes Ausreißen der eigenen Haare, was zu sichtbarem Haarverlust führt.
- Intensive, nicht kontrollierbare Impulse zum Haarausreißen.

Sekundäre Symptome:

- Scham und Frustration nach den Episoden des Haarausreißens.
- Soziale Rückzugstendenzen und leicht depressive Stimmung.

Anzahl der erforderlichen Symptome: Die beschriebenen Symptome erfüllen die Diagnosekriterien für Trichotillomanie gemäß ICD-10.

8. Behandlungsmethoden

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Fokus auf das Erkennen und Verändern dysfunktionaler Gedankenmuster und Verhaltensweisen, die zum Haarausreißen führen.
- **Achtsamkeitsbasierte Techniken:** Einsatz von Methoden wie Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (MBSR), um die Selbstwahrnehmung zu verbessern und impulsives Verhalten zu reduzieren.

Medikamentöse Therapie:

- **SSRI (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer):** In einigen Fällen können sie helfen, die Impulskontrolle zu verbessern.

Ergotherapie:

- Förderung von Alltagsfähigkeiten und Entwicklung alternativer Strategien zur Stressbewältigung.

Soziotherapie:

- Unterstützung bei sozialen und beruflichen Problemen, um die Integration und das Selbstbewusstsein der Patientin zu fördern.

F64.1 - Transvestitismus: 0,2%

1. Anamnese:

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient, Herr M., ein 35-jähriger Mann, berichtet, dass er seit seiner Jugend ein starkes Verlangen hat, sich in Frauenkleidung zu kleiden. Dieses Verlangen trat erstmals im Alter von 12 Jahren auf und hat sich seitdem kontinuierlich verstärkt.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine früheren psychiatrischen Diagnosen. Physisch gesund, ohne nennenswerte chronische Erkrankungen.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Keine bekannten Fälle von psychischen Erkrankungen in der unmittelbaren Familie. Beide Eltern sind gesund, ohne psychiatrische Anamnese.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Verheiratet, eine Tochter. Ehefrau ist über das Verlangen informiert und zeigt unterstützende Haltung. Gute Beziehung zu Freunden und Kollegen.
- **Beruf:** Softwareentwickler in einem mittelständischen Unternehmen. Beruflich erfolgreich, keine Auffälligkeiten oder Konflikte am Arbeitsplatz.
- **Lebensumstände:** Lebt in einem stabilen, unterstützenden Umfeld.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol:** Gelegentlicher Konsum, keine Hinweise auf Missbrauch.
- **Drogen:** Keine Nutzung illegaler Substanzen.
- **Medikamente:** Keine regelmäßige Einnahme von Medikamenten.

2. Psychopathologischer Befund:

Bewusstsein und Orientierung:

- **Klarheit:** Bewusstsein klar.
- **Orientierung:** Voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person).

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- **Kurzzeitgedächtnis:** Intakt.
- **Langzeitgedächtnis:** Intakt.

Denkprozesse:

- **Inhalt und Form:** Keine Hinweise auf Wahn oder formale Denkstörungen.

Affektivität:

- **Stimmung:** Normal, keine Anzeichen von Depression oder übermäßiger Euphorie.
- **Emotionale Reaktionen:** Angemessen und kontextabhängig.

Wahrnehmung:

- **Halluzinationen:** Keine.
- **Illusionen:** Keine.

Antrieb und Psychomotorik:

- **Aktivität:** Normal, keine Auffälligkeiten in Bewegungsabläufen.

Selbstwertgefühl:

- **Selbstbild:** Positiv, jedoch zeitweise Konflikte bezüglich der eigenen Geschlechtsidentität.
- **Selbstbewusstsein:** Stabil, aber gelegentliche Selbstzweifel im Zusammenhang mit dem Transvestitismus.

Soziale Interaktion:

- **Soziale Fähigkeiten:** Gut entwickelt.
- **Rückzug:** Kein sozialer Rückzug, aktiv in sozialen Kreisen.

Krankheitseinsicht:

- **Einsicht in die Erkrankung:** Volle Einsicht, akzeptiert das eigene Verhalten und sucht Unterstützung.

3. Komorbiditäten:

- **Begleitende psychische Erkrankungen:** Keine.
- **Begleitende physische Erkrankungen:** Keine.

4. Differenzialdiagnostik:

- **Abgrenzung zu anderen psychischen und somatischen Störungen:** Abgrenzung von Geschlechtsdysphorie (F64.0) und fetischistischem Transvestitismus (F65.1).

5. Zeitkriterien:

- **Dauer der Symptome:** Symptome bestehen seit der Jugend, kontinuierlich über mehr als 20 Jahre.

6. Triadisches System:

- **Psychogen:** Die Ursachen sind rein psychischer Natur, ohne körperliche Krankheitsprozesse.

7. Symptome:

Primäre Symptome:

- **Verlangen, sich in Frauenkleidung zu kleiden:** Starkes, kontinuierliches Bedürfnis, Frauenkleidung zu tragen, verbunden mit einem Gefühl der Zufriedenheit und Erleichterung.

Sekundäre Symptome:

- **Keine:** Keine zusätzlichen psychischen oder physischen Symptome beobachtet.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- **Spezifisch für F64.1:** Mindestens ein Jahr anhaltendes starkes Bedürfnis nach Kleidung des anderen Geschlechts, ohne dass der Wunsch nach einer dauerhaften Geschlechtsumwandlung besteht.

8. Behandlungsmethoden:

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Zur Unterstützung bei der Akzeptanz der eigenen Identität und der Bewältigung eventueller sozialer Schwierigkeiten.
- **Psychoedukation:** Informationsvermittlung und Unterstützung im Umgang mit Transvestitismus.

Soziotherapie:

- **Unterstützung bei sozialen und beruflichen Problemen:** Beratung und Unterstützung, um eventuelle berufliche oder soziale Konflikte zu vermeiden.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR):** Zur Reduktion von Stress und Förderung des Wohlbefindens.

F65.0 - Fetischismus: 0,2%

1. Anamnese

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient, Herr M., 35 Jahre alt, berichtet, dass er seit der Pubertät starkes sexuelles Interesse an bestimmten Objekten (z.B. Damenunterwäsche, Leder) entwickelt hat. Diese Vorliebe hat sich über die Jahre verstärkt und ist für ihn zur bevorzugten Methode der sexuellen Erregung geworden.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine bedeutenden psychischen Erkrankungen in der Vergangenheit. Physisch gesund, keine chronischen Krankheiten.
- **Psychiatrische Vorgeschichte:** Keine früheren psychiatrischen Behandlungen oder Diagnosen.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Keine bekannten Fälle von psychischen Erkrankungen in der Familie. Eltern und Geschwister sind gesund und haben keine ähnlichen Symptome berichtet.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Herr M. ist unverheiratet, lebt allein und hat wenig soziale Kontakte. Er berichtet über Schwierigkeiten in romantischen Beziehungen, da sein Fetisch oft zu Missverständnissen und Konflikten führt.
- **Beruf:** Er arbeitet als Softwareentwickler und beschreibt seine Arbeitsverhältnisse als stabil. Keine beruflichen Probleme oder Auffälligkeiten.
- **Lebensumstände:** Lebt in einer eigenen Wohnung, finanziell unabhängig und stabil.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol:** Gelegentlicher Konsum von Alkohol, kein Missbrauch.
- **Drogen:** Kein Drogenkonsum.
- **Medikamente:** Keine regelmäßige Einnahme von Medikamenten.

2. Psychopathologischer Befund

Bewusstsein und Orientierung:

- **Klarheit:** Der Patient ist wach und klar im Bewusstsein.

- **Orientierung:** Voll orientiert in Zeit, Ort, Situation und zur Person.

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- **Kurzzeitgedächtnis:** Unauffällig.
- **Langzeitgedächtnis:** Unauffällig.

Denkprozesse:

- **Inhalt:** Fixierung auf bestimmte fetischistische Objekte als Hauptquelle sexueller Erregung.
- **Form:** Keine Denkstörungen oder Wahnideen.

Affektivität:

- **Stimmung:** Allgemein stabil, jedoch gelegentlich frustriert aufgrund sozialer und sexueller Schwierigkeiten.
- **Emotionale Reaktionen:** Angemessen, keine starken Stimmungsschwankungen.

Wahrnehmung:

- **Halluzinationen:** Keine.
- **Illusionen:** Keine.

Antrieb und Psychomotorik:

- **Aktivität:** Normal.
- **Bewegungsabläufe:** Unauffällig.

Selbstwertgefühl:

- **Selbstbild:** Angemessenes Selbstbewusstsein, jedoch belastet durch das Stigma seines Fetischismus.
- **Selbstbewusstsein:** Angemessen, mit gelegentlichen Selbstzweifeln aufgrund sozialer Schwierigkeiten.

Soziale Interaktion:

- **Soziale Fähigkeiten:** Begrenzt, Schwierigkeiten in der Initiation und Aufrechterhaltung romantischer Beziehungen.
- **Rückzug:** Teilweise sozialer Rückzug aufgrund von Angst vor Ablehnung.

Krankheitseinsicht:

- **Einsicht in die Erkrankung:** Herr M. zeigt eine gute Einsicht in seine fetischistischen Neigungen und die damit verbundenen sozialen Probleme. Er sucht aktiv Hilfe.

3. Komorbiditäten

- **Begleitende psychische und physische Erkrankungen:** Keine weiteren psychischen oder physischen Komorbiditäten identifiziert.

4. Differenzialdiagnostik

- **Abgrenzung zu anderen psychischen und somatischen Störungen:** Abgrenzung von anderen Paraphilien (z.B. Voyeurismus, Exhibitionismus) und sexuellen Funktionsstörungen. Kein Hinweis auf eine psychotische Störung oder substanzinduzierte sexuelle Dysfunktion.

5. Zeitkriterien

- **Dauer der Symptome:** Die fetischistischen Neigungen bestehen seit der Pubertät und sind somit chronisch. Sie haben sich über die letzten 20 Jahre verstärkt und sind konstant präsent.

6. Triadisches System

- **Psychogen:** Die Ursachen des Fetischismus sind primär psychischer Natur und entstehen durch die frühzeitige sexuelle Prägung und Konditionierung auf bestimmte Objekte.

7. Symptome

Primäre Symptome:

- **Kernsymptome der Störung:** Starkes und andauerndes sexuelles Interesse an unbelebten Objekten (z.B. Damenunterwäsche, Leder) als bevorzugter oder ausschließlicher Stimulus zur sexuellen Erregung und Befriedigung.

Sekundäre Symptome:

- **Begleitsymptome:** Soziale Isolation, Schwierigkeiten in romantischen und sexuellen Beziehungen.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- **Mindestens sechs Monate andauerndes intensives sexuelles Interesse an bestimmten Objekten, das zu erheblichem Leidensdruck oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen führt.**

8. Behandlungsmethoden

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Fokus auf die Reduktion des zwanghaften Verhaltens und die Entwicklung gesunder sexueller Interessen.
- **Psychoanalyse:** Untersuchung der frühkindlichen Prägungen und deren Einfluss auf die Entwicklung des Fetischismus.

Medikamentöse Therapie:

- **Antidepressiva:** Bei Vorliegen von begleitenden depressiven Symptomen.
- **Anxiolytika:** Bei Vorliegen von Angststörungen.

Soziotherapie:

- **Unterstützung bei sozialen und beruflichen Problemen:** Förderung der sozialen Integration und Unterstützung bei der Bewältigung von Stigmatisierung.

Ergotherapie:

- **Förderung von Alltagsfähigkeiten:** Unterstützung bei der Verbesserung der sozialen Fähigkeiten und der Selbstwirksamkeit.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR):** Reduktion von Stress und Förderung der Selbstakzeptanz.
- **Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT):** Kombination von KVT und Achtsamkeit zur Förderung eines gesunden Umgangs mit sexuellen Impulsen.

F65.1 - Fetischistischer Transvestitismus: 0,2%

1. Anamnese:

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient, Herr M., 38 Jahre alt, berichtet, dass er bereits seit seiner Jugend das Verlangen verspürt, Frauenkleidung zu tragen. Er beschreibt, dass diese Handlungen ihn sexuell erregen und ihm ein Gefühl der Zufriedenheit geben.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine relevanten physischen Erkrankungen. In der Vergangenheit wurde eine depressive Episode diagnostiziert und behandelt.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Es gibt keine bekannten Fälle von psychischen Erkrankungen in der Familie. Seine Eltern und Geschwister haben keine psychiatrischen Diagnosen.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Herr M. ist verheiratet und hat zwei Kinder. Er berichtet über eine gute Beziehung zu seiner Frau, die von seiner Neigung weiß und diese akzeptiert. Er hat einen engen Freundeskreis, aber niemand außer seiner Frau kennt seine Vorliebe.
- **Beruf:** Er arbeitet als Bürokaufmann in einem mittelständischen Unternehmen. Seine berufliche Leistungsfähigkeit ist nicht beeinträchtigt.
- **Lebensumstände:** Herr M. lebt mit seiner Familie in einer Eigentumswohnung. Er beschreibt ein stabiles und sicheres häusliches Umfeld.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol:** Gelegentlicher Konsum, kein Missbrauch.
- **Drogen:** Keine.
- **Medikamente:** Keine regelmäßigen Medikamente.

2. Psychopathologischer Befund:

Bewusstsein und Orientierung:

- Klar und voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person).

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- Kurz- und Langzeitgedächtnis intakt.

Denkprozesse:

- Geordnet und kohärent. Keine Hinweise auf Wahn oder formale Denkstörungen.

Affektivität:

- Normale Stimmungslage, keine aktuellen Anzeichen von Depression oder Angst. Emotionale Reaktionen sind situationsangemessen.

Wahrnehmung:

- Keine Halluzinationen oder Illusionen.

Antrieb und Psychomotorik:

- Normale Aktivität und Bewegungsabläufe. Keine Auffälligkeiten.

Selbstwertgefühl:

- Selbstbild ist stabil. Herr M. ist sich seiner Neigung bewusst und akzeptiert diese.

Soziale Interaktion:

- Gute soziale Fähigkeiten, keine Anzeichen von sozialem Rückzug. Herr M. hat gute Beziehungen zu seiner Familie und seinen Freunden.

Krankheitseinsicht:

- Herr M. hat eine gute Einsicht in seine Situation und ist sich der Natur seiner Vorliebe bewusst.

3. Komorbiditäten:

- Keine aktuellen komorbiden psychischen oder physischen Erkrankungen.

4. Differenzialdiagnostik:

- **Abgrenzung zu anderen psychischen und somatischen Störungen:** Der fetischistische Transvestitismus muss von anderen sexuellen Störungen wie Transvestitismus ohne sexuelle Erregung (F64.1) und transsexuellem Verhalten (F64.0) abgegrenzt werden. Auch andere Formen sexueller Präferenzstörungen und Persönlichkeitsstörungen wurden ausgeschlossen.

5. Zeitkriterien:

- **Dauer der Symptome:** Herr M. berichtet, dass er seit seiner Jugend regelmäßig das Verlangen verspürt, Frauenkleidung zu tragen, was bedeutet, dass die Symptome chronisch sind.

6. Triadisches System:

- **Psychogen:** Die Ursache des fetischistischen Transvestitismus wird als psychogen betrachtet, da sie rein psychischer Natur ist

und keine körperlichen Krankheitsprozesse oder genetische Faktoren im Vordergrund stehen.

7. Symptome:

Primäre Symptome:

- Wiederholtes starkes Verlangen, Frauenkleidung zu tragen, verbunden mit sexueller Erregung und Befriedigung.

Sekundäre Symptome:

- Kein sekundäres Leiden aufgrund der Vorliebe, da sie von der Ehefrau akzeptiert wird und der Patient keine sozialen oder beruflichen Beeinträchtigungen erfährt.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- Herr M. erfüllt die Kriterien für fetischistischen Transvestitismus, da er seit vielen Jahren regelmäßig Frauenkleidung trägt, dies mit sexueller Erregung verbunden ist und er keine Beeinträchtigungen im sozialen oder beruflichen Leben dadurch erfährt.

8. Behandlungsmethoden:

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Fokus auf Akzeptanz und Integration der sexuellen Vorliebe in das Alltagsleben.
- **Psychoedukation:** Information über die Störung und Unterstützung der Ehefrau.

Soziotherapie:

- Unterstützung bei eventuellen sozialen Problemen, falls diese in Zukunft auftreten sollten.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- Techniken zur Förderung der Akzeptanz und Selbstakzeptanz, um eventuelle innere Konflikte zu mindern.

F65.2 - Exhibitionismus: 0,2%

1. Anamnese:

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient, Herr X., ist 34 Jahre alt und arbeitet als Bürokaufmann. Er berichtet, dass seine ersten exhibitionistischen Handlungen im Alter von 20 Jahren begannen. Diese Handlungen sind im Laufe der Jahre häufiger und intensiver geworden.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine früheren psychiatrischen Diagnosen oder schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Keine bekannten psychischen Störungen in der Familie.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Herr X. ist unverheiratet und lebt allein. Er hat wenige enge Freunde und vermeidet häufig soziale Interaktionen aufgrund von Schamgefühlen im Zusammenhang mit seinen exhibitionistischen Handlungen.
- **Beruf und Lebensumstände:** Der Patient hat eine stabile Anstellung, jedoch mit einigen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz aufgrund von sozialem Rückzug und Konzentrationsproblemen.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol, Drogen, Medikamente:** Gelegentlicher Alkoholkonsum, kein Drogenmissbrauch oder Missbrauch von Medikamenten.

2. Psychopathologischer Befund:

Bewusstsein und Orientierung:

- Klar und voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person).

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- Keine Auffälligkeiten im Kurz- und Langzeitgedächtnis.

Denkprozesse:

- Inhalt und Form des Denkens sind im Wesentlichen geordnet, jedoch bestehen zwanghafte Gedanken bezüglich exhibitionistischer Handlungen.

Affektivität:

- Stimmung ist überwiegend ängstlich und beschämt, insbesondere nach exhibitionistischen Handlungen. Keine schweren affektiven Störungen.

Wahrnehmung:

- Keine Halluzinationen oder Wahrnehmungsverzerrungen.

Antrieb und Psychomotorik:

- Normaler Antrieb, jedoch eine deutliche innere Anspannung und Unruhe vor exhibitionistischen Handlungen.

Selbstwertgefühl:

- Stark vermindertes Selbstwertgefühl, Selbstbild geprägt von Scham und Schuldgefühlen.

Soziale Interaktion:

- Deutlicher sozialer Rückzug, verminderte soziale Fähigkeiten und Schwierigkeiten im Aufbau und Erhalt von zwischenmenschlichen Beziehungen.

Krankheitseinsicht:

- Gute Einsicht in die Problematik, Herr X. erkennt, dass seine exhibitionistischen Handlungen problematisch und gesellschaftlich inakzeptabel sind und sucht daher aktiv Hilfe.

3. Komorbiditäten:

- Keine begleitenden psychischen oder physischen Erkrankungen festgestellt.

4. Differenzialdiagnostik:

- Abgrenzung zu anderen Paraphilien (z.B. Voyeurismus, Fetischismus).
- Abgrenzung zu Impulskontrollstörungen (z.B. Kleptomanie, Pyromanie).
- Abgrenzung zu Persönlichkeitsstörungen, insbesondere zwanghafte und dissoziale Persönlichkeitsstörungen.

5. Zeitkriterien:

- Die exhibitionistischen Handlungen bestehen seit mehr als 14 Jahren und haben sich in Häufigkeit und Intensität verstärkt, was auf eine chronische Entwicklung hinweist.

6. Triadisches System:

- **Psychogen:** Exhibitionismus wird als eine Störung betrachtet, die rein psychischer Natur ist, oft mit tief verwurzelten psychischen Konflikten und Persönlichkeitsfaktoren verbunden.

7. Symptome:

Primäre Symptome:

- Drang, seine Genitalien vor Fremden zu entblößen, um eine sexuelle Erregung zu erreichen.
- Wiederholte Handlungen, die soziale und berufliche Funktionsfähigkeit beeinträchtigen.

Sekundäre Symptome:

- Scham- und Schuldgefühle nach den Handlungen.
- Soziale Isolation und Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- Die Diagnose erfordert das Vorliegen der primären Symptome über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten.

8. Behandlungsmethoden:

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Fokussiert auf die Veränderung dysfunktionaler Gedankenmuster und Verhaltensweisen, Aufbau sozialer Fähigkeiten und Impulskontrolle.
- **Psychoanalyse:** Untersuchung tiefer liegender psychischer Konflikte und deren Einfluss auf das Verhalten.

Medikamentöse Therapie:

- **SSRIs:** Zur Reduktion von Impulsivität und sexuellen Zwangsgedanken.
- **Antiandrogene:** Zur Verringerung des sexuellen Verlangens, falls notwendig.

Soziotherapie:

- Unterstützung bei der Reintegration in soziale und berufliche Kontexte.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction):** Zur Reduktion von Stress und innerer Anspannung.

F65.3 - Voyeurismus: 0,2%

1. Anamnese:

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient, Herr X, 35 Jahre alt, arbeitet als Büroangestellter und lebt allein. Er beschreibt eine überwiegend normale Kindheit, allerdings berichtet er von einer emotional distanzierten Beziehung zu seinen Eltern.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine bekannten schweren psychischen Erkrankungen in der Vergangenheit. Leichte depressive Episoden in der Jugendzeit, die nicht behandelt wurden. Keine schweren körperlichen Erkrankungen bekannt.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Der Patient berichtet, dass sein Vater unter Alkoholmissbrauch litt und seine Mutter an Angststörungen leidet.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Herr X hat wenig soziale Kontakte und beschreibt sich selbst als introvertiert. Er hat keine festen Freundschaften und vermeidet soziale Aktivitäten.
- **Beruf:** Arbeitet seit 10 Jahren in demselben Unternehmen und hat dort einen stabilen Arbeitsplatz. Seine Arbeitsleistung ist durchschnittlich.
- **Lebensumstände:** Lebt allein in einer Mietwohnung, keine Partnerschaft.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol:** Gelegentlicher Alkoholkonsum, kein Missbrauch.
- **Drogen:** Keine Drogen.
- **Medikamente:** Keine regelmäßige Medikation.

2. Psychopathologischer Befund:

Bewusstsein und Orientierung:

- Klar, voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person).

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- Keine Auffälligkeiten im Kurz- und Langzeitgedächtnis.

Denkprozesse:

- Geordnet, kohärent. Inhaltlich keine Wahnvorstellungen, jedoch obsessive Gedanken bezüglich voyeuristischer Handlungen.

Affektivität:

- Gedämpfte Stimmung, Scham und Angst bezüglich seines Verhaltens.

Wahrnehmung:

- Keine Halluzinationen oder Illusionen berichtet.

Antrieb und Psychomotorik:

- Normal, keine Auffälligkeiten.

Selbstwertgefühl:

- Geringes Selbstwertgefühl, Schamgefühl aufgrund seines Verhaltens.

Soziale Interaktion:

- Rückzugstendenzen, vermeidet soziale Interaktionen.

Krankheitseinsicht:

- Teilweise vorhanden; Herr X erkennt, dass sein Verhalten problematisch ist, hat jedoch Schwierigkeiten, es zu kontrollieren.

3. Komorbiditäten:

- **Begleitende psychische Erkrankungen:** Leichte depressive Symptome.
- **Begleitende physische Erkrankungen:** Keine relevanten Begleiterkrankungen.

4. Differenzialdiagnostik:

- **Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen:** Abgrenzung zu Zwangsstörungen (F42), die ähnliche obsessive Gedanken beinhalten können. Keine Anzeichen für Paraphilien anderer Art wie Exhibitionismus (F65.2) oder Fetischismus (F65.0).

5. Zeitkriterien:

- **Dauer der Symptome:** Voyeuristisches Verhalten besteht seit dem späten Teenageralter, also seit etwa 15 Jahren. Das Verhalten tritt regelmäßig auf, wobei der Patient mindestens einmal wöchentlich voyeuristische Handlungen ausführt.

6. Triadisches System:

- **Psychogen:** Rein psychische Ursachen, keine Hinweise auf genetische oder körperliche Ursachen.

7. Symptome:

Primäre Symptome:

- Wiederholtes und intensives Beobachten von nichtsahnenden Personen, die sich entkleiden oder sexuelle Aktivitäten ausführen, ohne deren Zustimmung.

Sekundäre Symptome:

- Scham, Schuldgefühle, soziale Isolation, Angst vor Entdeckung.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- Die Diagnose Voyeurismus nach ICD-10 erfordert, dass die voyeuristischen Handlungen wiederholt und über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten auftreten und erhebliches Leiden oder Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursachen.

8. Behandlungsmethoden:

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Fokussierung auf die Veränderung dysfunktionaler Denkmuster und Verhaltensweisen.
- **Psychoedukation:** Aufklärung über die Störung und Entwicklung von Strategien zur Verhaltensänderung.
- **Verhaltenstherapie:** Expositionsübungen und Entwicklung alternativer Verhaltensweisen.

Medikamentöse Therapie:

- **SSRIs:** Zur Behandlung begleitender depressiver Symptome.

Soziotherapie:

- Unterstützung bei der Wiederherstellung und Verbesserung sozialer Beziehungen und Integration.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR):** Förderung von Achtsamkeit und Stressbewältigung.

Ergotherapie:

- Förderung von Alltagsfähigkeiten und Selbstbewusstsein.

F65.4 - Pädophilie: 0,2%

Anamnese

1. Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient, nennen wir ihn Max, ist 42 Jahre alt und kommt aus einer stabilen, mittleren sozioökonomischen Schicht. Er berichtet von einer normalen Kindheit ohne größere Traumata oder Missbrauchserfahrungen.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Max hatte in der Vergangenheit keine bedeutenden körperlichen oder psychischen Erkrankungen, außer gelegentlichen Episoden von Depressionen in seinen frühen Dreißigern.

2. Familienanamnese:

- Es gibt keine bekannten Fälle von psychischen Erkrankungen oder kriminellem Verhalten in der Familie. Beide Eltern sind gesund, und er hat zwei Geschwister, die ebenfalls keine psychischen Störungen aufweisen.

3. Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Max ist unverheiratet und lebt allein. Er hat einen kleinen Freundeskreis und berichtet von Schwierigkeiten, langfristige Beziehungen aufrechtzuerhalten.
- **Beruf:** Er arbeitet als IT-Spezialist und ist in seinem Beruf erfolgreich und angesehen. Er hat jedoch oft Schwierigkeiten, sich sozial zu integrieren.
- **Lebensumstände:** Max lebt in einer städtischen Umgebung und hat regelmäßigen Kontakt zu seiner Familie, jedoch nicht zu vielen Freunden.

4. Substanzgebrauch:

- Max trinkt gelegentlich Alkohol, jedoch nicht in einem problematischen Umfang. Er nimmt keine illegalen Drogen und raucht nicht.

Psychopathologischer Befund

1. Bewusstsein und Orientierung:

- Max ist klar und voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ und zur Person).

2. Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- Sein Kurz- und Langzeitgedächtnis sind intakt. Es gibt keine Anzeichen von Gedächtnisstörungen.
- 3. **Denkprozesse:**
 - Sein Denken ist kohärent und geordnet. Er zeigt jedoch fixierte Gedanken an sexuelle Fantasien, die auf Pädophilie hindeuten.
- 4. **Affektivität:**
 - Max berichtet über eine meist stabile Stimmung, hat jedoch gelegentliche depressive Episoden. Er zeigt keine auffälligen Stimmungsschwankungen während des Gesprächs.
- 5. **Wahrnehmung:**
 - Es gibt keine Anzeichen für Halluzinationen oder illusionäre Verkennungen.
- 6. **Antrieb und Psychomotorik:**
 - Sein Antrieb ist normal, jedoch zeigt er eine erhöhte sexuelle Erregung in Bezug auf pädophile Fantasien. Seine Bewegungen sind koordiniert und ruhig.
- 7. **Selbstwertgefühl:**
 - Max hat ein eher geringes Selbstwertgefühl und zeigt Anzeichen von Scham und Schuld in Bezug auf seine sexuellen Fantasien.
- 8. **Soziale Interaktion:**
 - Er ist sozial eher zurückgezogen und hat Schwierigkeiten, enge, emotionale Bindungen aufzubauen.
- 9. **Krankheitseinsicht:**
 - Max hat eine teilweise Einsicht in seine Problematik. Er erkennt, dass seine Fantasien nicht gesellschaftlich akzeptiert sind, und sucht deshalb Hilfe.

Komorbiditäten

- Es bestehen gelegentliche depressive Episoden, jedoch keine anderen signifikanten psychischen oder physischen Erkrankungen.

Differenzialdiagnostik

- Abgrenzung von anderen Paraphilien, Zwangsstörungen und sexuellen Funktionsstörungen. Keine Hinweise auf Schizophrenie oder affektive Störungen.

Zeitkriterien

- Max berichtet, dass seine pädophilen Fantasien und sexuellen Erregungen seit seiner späten Jugend (über 20 Jahre) bestehen und konstant präsent sind.

Triadisches System

- **Psychogen:** Die Ursache von Max' pädophilen Neigungen wird als rein psychisch angesehen, ohne erkennbare genetische oder körperliche Krankheitsprozesse.

Symptome

1. **Primäre Symptome:**
 - Wiederkehrende, intensive sexuelle Fantasien und Erregungen, die sich auf präpubertäre Kinder beziehen.
 - Starker Wunsch nach sexuellen Handlungen mit Kindern, ohne tatsächliches Ausleben.
2. **Sekundäre Symptome:**
 - Gefühle von Scham, Schuld und sozialer Isolation.
 - Gelegentliche depressive Verstimmungen.
3. **Anzahl der erforderlichen Symptome:**
 - Die Diagnose basiert auf der anhaltenden Präsenz der primären Symptome über mindestens sechs Monate, was den ICD-10-Kriterien entspricht.

Behandlungsmethoden

1. **Psychotherapie:**
 - **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Fokus auf die Änderung von Denkmustern und Verhaltensstrategien.
 - **Sexualtherapie:** Spezifische Ansätze zur Reduktion und Kontrolle sexueller Fantasien und Verhaltensweisen.
2. **Medikamentöse Therapie:**
 - **SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors):** Zur Behandlung von begleitenden depressiven Symptomen.
 - **Antiandrogene:** Zur Reduktion des sexuellen Verlangens.
3. **Soziotherapie:**
 - Unterstützung bei der Integration in soziale und berufliche Kontexte.
4. **Ergotherapie:**

- Förderung von Alltagsfähigkeiten und sozialer Interaktion.
5. **Achtsamkeitsbasierte Methoden:**
- **Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR):** Techniken zur Stressbewältigung und emotionalen Regulierung.

F66.0 - Sexuelle Reifungskrise: 0,2%

1. Anamnese

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient, ein 18-jähriger junger Mann, berichtet von einer schwierigen Pubertät mit wiederholten Konflikten in der Schule und zu Hause. Er hatte bisher keine festen romantischen Beziehungen und fühlt sich unsicher bezüglich seiner sexuellen Orientierung und Identität.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine früheren psychischen Erkrankungen, jedoch berichtet der Patient über gelegentliche depressive Verstimmungen und sozialen Rückzug in den letzten zwei Jahren.
- **Frühere Behandlungen:** Keine früheren psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungen.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Die Mutter des Patienten hat eine Geschichte von Depressionen und Angststörungen. Es gibt keine bekannten Fälle von sexuellen Identitätsproblemen oder anderen psychischen Erkrankungen in der Familie.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Der Patient hat wenige enge Freunde und meidet größere soziale Veranstaltungen. Er hat Schwierigkeiten, intime Beziehungen aufzubauen und fühlt sich oft isoliert.
- **Beruf und Lebensumstände:** Der Patient besucht derzeit die Oberstufe eines Gymnasiums und lebt bei seinen Eltern. Er berichtet von Schwierigkeiten, sich auf das Studium zu konzentrieren und fühlt sich oft überfordert.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol:** Gelegentlicher Alkoholkonsum, keine Hinweise auf Missbrauch.
- **Drogen:** Verneint jeglichen Drogenkonsum.
- **Medikamente:** Keine regelmäßige Einnahme von Medikamenten.

2. Psychopathologischer Befund

Bewusstsein und Orientierung:

- Klar und voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person).

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- Keine Auffälligkeiten im Kurz- und Langzeitgedächtnis.

Denkprozesse:

- Logisch und kohärent, jedoch zeigt der Patient eine starke Fixierung auf seine Unsicherheit bezüglich seiner sexuellen Identität.

Affektivität:

- Stimmung ist gedrückt und ängstlich. Der Patient zeigt eine gewisse emotionale Labilität und fühlt sich oft überwältigt von seinen Gefühlen.

Wahrnehmung:

- Keine Halluzinationen oder Illusionen.

Antrieb und Psychomotorik:

- Reduzierter Antrieb, der Patient wirkt energielos und berichtet von Motivationsverlust.

Selbstwertgefühl:

- Deutlich vermindertes Selbstwertgefühl, der Patient zweifelt stark an sich selbst und seiner Fähigkeit, stabile Beziehungen aufzubauen.

Soziale Interaktion:

- Deutlich eingeschränkte soziale Fähigkeiten, der Patient zieht sich sozial zurück und vermeidet intime Beziehungen aus Angst vor Ablehnung.

Krankheitseinsicht:

- Der Patient erkennt seine Schwierigkeiten und ist besorgt über seine Zukunft, hat jedoch keine klare Vorstellung davon, wie er seine Probleme lösen kann.

3. Komorbiditäten

Begleitende psychische und physische Erkrankungen:

- Gelegentliche depressive Episoden.
- Soziale Angststörung (Verdachtsdiagnose).

4. Differenzialdiagnostik

Abgrenzung zu anderen psychischen und somatischen Störungen:

- **Depression:** Obwohl depressive Symptome vorhanden sind, liegt der Schwerpunkt der Problematik auf der sexuellen Identitätskrise.

- **Angststörung:** Soziale Ängste sind vorhanden, aber die Kernproblematik ist die Unsicherheit bezüglich der sexuellen Orientierung und Identität.
- **Persönlichkeitsstörung:** Keine Hinweise auf eine tiefergehende Persönlichkeitsstörung.

5. Zeitkriterien

Dauer der Symptome:

- Die Unsicherheiten und emotionalen Schwierigkeiten bestehen seit etwa zwei Jahren, also während der späten Pubertät und des Übergangs zum jungen Erwachsenenalter.

6. Triadisches System

Psychogen:

- Die Ursache der Erkrankung liegt primär in psychischen und emotionalen Prozessen, insbesondere in der Unsicherheit und Angst bezüglich der sexuellen Identität.

7. Symptome

Primäre Symptome:

- Unsicherheit bezüglich der sexuellen Identität.
- Schwierigkeiten bei der Etablierung intimer Beziehungen.
- Emotionale Labilität und gedrückte Stimmung.

Sekundäre Symptome:

- Soziale Isolation.
- Vermindertes Selbstwertgefühl.
- Angst vor Ablehnung und sozialer Bewertung.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- Der Patient zeigt alle Kernsymptome der sexuellen Reifungskrise gemäß ICD-10.

8. Behandlungsmethoden

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Um die Selbstakzeptanz zu fördern und den Umgang mit negativen Gedanken zu verbessern.
- **Psychodynamische Therapie:** Um tiefere emotionale Konflikte bezüglich der sexuellen Identität zu erforschen.

Soziotherapie:

- Unterstützung bei der sozialen Integration und der Verbesserung der sozialen Fähigkeiten.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR):** Zur Reduktion von Stress und Förderung des emotionalen Gleichgewichts.

F66.1 - Ichdystone Sexualorientierung: 0,2%

1. Anamnese

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient, Herr M., 28 Jahre alt, beschreibt seine Lebensgeschichte als weitgehend stabil, jedoch mit emotionalen Konflikten bezüglich seiner sexuellen Orientierung seit der Jugend. Er wuchs in einer konservativen Familie auf, wo Homosexualität negativ bewertet wurde.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine früheren diagnostizierten psychischen Störungen, gelegentliche depressive Episoden in der Vergangenheit, keine schwerwiegenden physischen Erkrankungen.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Keine bekannten psychischen Erkrankungen in der näheren Familie. Der Vater litt an Alkoholabhängigkeit, die jedoch erfolgreich behandelt wurde.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Der Patient hat Schwierigkeiten, enge emotionale Beziehungen einzugehen, und beschreibt häufige Konflikte in seinen Freundschaften. Er hat derzeit keine feste Partnerschaft.
- **Beruf:** Herr M. arbeitet als Ingenieur und beschreibt seinen Beruf als zufriedenstellend, jedoch erlebt er Stress und Schwierigkeiten bei der Konzentration aufgrund seiner inneren Konflikte.
- **Lebensumstände:** Der Patient lebt alleine in einer Mietwohnung und hat eine moderate soziale Unterstützung durch Freunde und Arbeitskollegen.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol:** Gelegentlicher Konsum, kein missbräuchlicher Gebrauch.
- **Drogen:** Keine.
- **Medikamente:** Keine regelmäßige Einnahme von Medikamenten.

2. Psychopathologischer Befund

Bewusstsein und Orientierung:

- **Klarheit:** Der Patient ist klar und voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person).

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- **Kurz- und Langzeitgedächtnis:** Keine Beeinträchtigung erkennbar.

Denkprozesse:

- **Inhalt und Form:** Keine Hinweise auf Wahn oder formale Denkstörungen. Der Patient beschäftigt sich intensiv mit seiner sexuellen Orientierung und den damit verbundenen Konflikten.

Affektivität:

- **Stimmung:** Der Patient zeigt Anzeichen von depressiver Verstimmung und emotionaler Anspannung.
- **Emotionale Reaktionen:** Schwankend, teilweise unangemessene emotionale Reaktionen bei Gesprächen über seine sexuelle Orientierung.

Wahrnehmung:

- **Halluzinationen, Illusionen:** Keine.

Antrieb und Psychomotorik:

- **Aktivität:** Normale Bewegungsabläufe, jedoch gelegentliches Zögern und Nervosität bei bestimmten Themen.

Selbstwertgefühl:

- **Selbstbild:** Geringes Selbstwertgefühl, vor allem in Bezug auf seine sexuelle Orientierung.
- **Selbstbewusstsein:** Unsicher, häufige Selbstzweifel.

Soziale Interaktion:

- **Soziale Fähigkeiten:** Begrenzt, vermeidet tiefe soziale Kontakte und Beziehungen.
- **Rückzug:** Neigt zu sozialem Rückzug, besonders in Stresssituationen.

Krankheitseinsicht:

- **Einsicht in die Erkrankung:** Der Patient zeigt teilweise Einsicht in seine Probleme und sucht aktiv nach Hilfe.

3. Komorbiditäten

Begleitende psychische und physische Erkrankungen:

- Leichte depressive Episoden.
- Keine weiteren komorbiden physischen Erkrankungen.

4. Differenzialdiagnostik

Abgrenzung zu anderen psychischen und somatischen Störungen:

- **Ausschlusskriterien:** Keine Hinweise auf andere psychische Störungen wie Schizophrenie, schwere depressive Störungen oder Angststörungen. Keine somatischen Erkrankungen, die die Symptome erklären könnten.

5. Zeitkriterien

Dauer der Symptome:

- Der Patient berichtet über anhaltende Konflikte bezüglich seiner sexuellen Orientierung seit mehr als 10 Jahren, die sich in den letzten 2 Jahren verstärkt haben.

6. Triadisches System

Psychogen:

- Die Ursache der ichdystonen Sexualorientierung liegt hauptsächlich in psychischen und emotionalen Konflikten, ohne Hinweise auf genetische oder körperliche Ursachen.

7. Symptome

Primäre Symptome:

- Starkes inneres Unbehagen und Ablehnung der eigenen sexuellen Orientierung.
- Intensive emotionale Konflikte und Selbstzweifel.

Sekundäre Symptome:

- Depressive Verstimmung.
- Soziale Isolation und Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- Die Symptome erfüllen die Kriterien für die Diagnose einer ichdystonen Sexualorientierung, da der Patient ein starkes Unbehagen über seine sexuelle Orientierung verspürt und dies zu erheblichen Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen führt.

8. Behandlungsmethoden

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Zur Veränderung negativer Denkmuster und zur Stärkung des Selbstwertgefühls.
- **Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT):** Um dem Patienten zu helfen, seine sexuelle Orientierung anzunehmen und ein erfülltes Leben zu führen.

Medikamentöse Therapie:

- **Antidepressiva:** Bei Bedarf zur Behandlung der depressiven Verstimmung.

Soziotherapie:

- Unterstützung bei der Integration in soziale Netzwerke und der Verbesserung der sozialen Kompetenzen.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR):** Zur Reduktion von Stress und Förderung der Selbstakzeptanz.
- **Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT):** Zur Vorbeugung von Rückfällen in depressive Episoden.

F66.2 - Sexuelle Beziehungsstörung: 0,2%

1. Anamnese:

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient berichtet, dass er seit seiner Jugend Schwierigkeiten hat, intime und sexuelle Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Er erinnert sich an mehrere instabile Beziehungen und wiederkehrende Konflikte in romantischen Partnerschaften.
- **Frühere psychische Erkrankungen:** Keine diagnostizierten psychischen Erkrankungen in der Vergangenheit. Gelegentliche depressive Episoden wurden jedoch selbst berichtet.
- **Frühere physische Erkrankungen:** Keine schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen bekannt.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Der Patient gibt an, dass seine Mutter in der Vergangenheit wegen Angststörungen behandelt wurde. Es gibt keine bekannten sexuellen Beziehungsstörungen in der Familie.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Der Patient hat ein gutes Verhältnis zu seinen Eltern und Geschwistern, aber Schwierigkeiten, enge Freundschaften zu pflegen. Er vermeidet häufig soziale Interaktionen, die zu potenziellen romantischen Beziehungen führen könnten.
- **Beruf:** Der Patient arbeitet als Softwareentwickler und hat wenig soziale Interaktion bei der Arbeit. Er berichtet von gelegentlicher beruflicher Unzufriedenheit.
- **Lebensumstände:** Lebt allein in einer kleinen Wohnung, seltene Teilnahme an sozialen Aktivitäten.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol:** Gelegentlicher Alkoholkonsum, meist bei sozialen Anlässen.
- **Drogen:** Verneint jeglichen Drogenkonsum.
- **Medikamente:** Keine regelmäßige Einnahme von Medikamenten.

2. Psychopathologischer Befund:

Bewusstsein und Orientierung:

- **Klarheit:** Der Patient ist klar und vollständig orientiert (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person).

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- **Kurz- und Langzeitgedächtnis:** Keine Auffälligkeiten. Der Patient kann sich gut an vergangene Ereignisse und aktuelle Informationen erinnern.

Denkprozesse:

- **Inhalt und Form:** Keine Hinweise auf Wahnvorstellungen oder formale Denkstörungen. Der Patient berichtet von wiederkehrenden, belastenden Gedanken über sein Unvermögen, stabile Beziehungen zu führen.

Affektivität:

- **Stimmung:** Der Patient wirkt leicht depressiv und ängstlich, insbesondere in Bezug auf zwischenmenschliche Beziehungen.
- **Emotionale Reaktionen:** Angemessen, jedoch leicht gedämpft.

Wahrnehmung:

- **Halluzinationen und Illusionen:** Keine Anzeichen von Halluzinationen oder illusionären Verkennungen.

Antrieb und Psychomotorik:

- **Aktivität:** Normale Bewegungsabläufe, keine Anzeichen von Hyperaktivität oder Verlangsamung.
- **Bewegungsabläufe:** Normal, jedoch gelegentlich nervöses Zupfen an der Kleidung während des Gesprächs.

Selbstwertgefühl:

- **Selbstbild:** Der Patient hat ein niedriges Selbstwertgefühl in Bezug auf seine Fähigkeit, intime Beziehungen zu führen.
- **Selbstbewusstsein:** Generell niedrig, besonders in sozialen und romantischen Kontexten.

Soziale Interaktion:

- **Soziale Fähigkeiten:** Eingeschränkt, vermeidet häufig soziale Situationen, die zu romantischen Beziehungen führen könnten.
- **Rückzug:** Tendenz zum sozialen Rückzug, insbesondere bei potenziellen romantischen Interaktionen.

Krankheitseinsicht:

- **Einsicht in die Erkrankung:** Der Patient zeigt eine gute Einsicht in seine Schwierigkeiten und sucht aktiv Hilfe, um seine Beziehungsprobleme zu bewältigen.

3. Komorbiditäten:

- **Begleitende psychische Erkrankungen:** Gelegentliche depressive Episoden.
- **Begleitende physische Erkrankungen:** Keine relevanten körperlichen Erkrankungen bekannt.

4. Differenzialdiagnostik:

- **Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen:** Die sexuelle Beziehungsstörung muss von anderen Störungen wie sozialen Phobien, generalisierten Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen abgegrenzt werden.
- **Abgrenzung zu somatischen Störungen:** Keine somatischen Erkrankungen, die die Symptome erklären könnten.

5. Zeitkriterien:

- **Dauer der Symptome:** Der Patient berichtet, dass die Probleme seit der Jugend bestehen, also chronisch sind.

6. Triadisches System:

- **Psychogen:** Die Ursachen der sexuellen Beziehungsstörung sind rein psychischer Natur, da sie auf frühkindliche Erfahrungen und erlernte Verhaltensmuster zurückzuführen sind.

7. Symptome:

Primäre Symptome:

- Schwierigkeiten, intime und sexuelle Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten.
- Wiederkehrende Konflikte und Instabilität in romantischen Beziehungen.
- Vermeidungsverhalten in Bezug auf soziale Interaktionen, die zu romantischen Beziehungen führen könnten.

Sekundäre Symptome:

- Geringes Selbstwertgefühl.
- Leichte depressive Verstimmungen.
- Angst und Nervosität in sozialen und romantischen Kontexten.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- Die Diagnose erfordert das Vorliegen der oben genannten primären Symptome über einen längeren Zeitraum (chronisch).

8. Behandlungsmethoden:

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Fokus auf die Veränderung dysfunktionaler Denkmuster und die Verbesserung sozialer Fähigkeiten.
- **Psychoanalyse:** Exploration frühkindlicher Erfahrungen und deren Einfluss auf aktuelle Beziehungsprobleme.

Medikamentöse Therapie:

- **Antidepressiva:** Bei Bedarf zur Behandlung begleitender depressiver Symptome.

Soziotherapie:

- **Unterstützung bei sozialen und beruflichen Problemen:** Hilfe bei der Integration in soziale Gruppen und Verbesserung beruflicher Zufriedenheit.

Ergotherapie:

- **Förderung von Alltagsfähigkeiten:** Verbesserung sozialer Interaktionsfähigkeiten und Selbstvertrauen.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction):** Reduktion von Stress und Verbesserung der Selbstwahrnehmung.
- **MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy):** Kombination aus KVT und Achtsamkeit zur Behandlung von Depressionen und Angststörungen.

F70 - Leichte Intelligenzminderung: 0,1%

1. Anamnese:

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient wurde in eine durchschnittliche Familie geboren und wuchs in einem stabilen Umfeld auf. Frühkindliche Meilensteine wie Sprechen und Laufen wurden verspätet erreicht.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine schwerwiegenden physischen Erkrankungen, gelegentliche Infekte in der Kindheit. Keine bekannten psychischen Störungen außer der aktuellen Problematik.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Es gibt keine bekannten Fälle von psychischen Erkrankungen oder Intelligenzminderung in der nahen Familie. Eltern und Geschwister sind kognitiv unauffällig.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Der Patient hat wenige, aber stabile soziale Kontakte, meist innerhalb der Familie. Schwierigkeiten, neue Freundschaften zu schließen.
- **Beruf:** Der Patient ist in einer beschützten Werkstatt für Menschen mit Behinderungen tätig und zeigt dort konstante Leistungen.
- **Lebensumstände:** Lebt im Elternhaus, wird von den Eltern unterstützt und betreut. Keine eigenen Kinder oder Partner.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol, Drogen, Medikamente:** Kein missbräuchlicher Substanzgebrauch. Gelegentlich nimmt der Patient Medikamente gegen Kopfschmerzen.

2. Psychopathologischer Befund:

Bewusstsein und Orientierung:

- **Klarheit:** Der Patient ist wach und klar.
- **Orientierung:** Zeitlich, örtlich, situativ und zur Person orientiert.

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- **Kurzzeitgedächtnis:** Leichte Beeinträchtigungen im Kurzzeitgedächtnis. Schwierigkeiten, sich an kürzlich erlernte Informationen zu erinnern.
- **Langzeitgedächtnis:** Besser ausgeprägt als das Kurzzeitgedächtnis, jedoch langsamer als bei durchschnittlichen Erwachsenen.

Denkprozesse:

- **Inhalt:** Keine Wahnvorstellungen oder Denkstörungen.
- **Form:** Denkvorgänge sind langsam, aber kohärent.

Affektivität:

- **Stimmung:** Der Patient zeigt eine stabile, aber leicht eingeschränkte emotionale Reaktionsfähigkeit.
- **Emotionale Reaktionen:** Angemessen, aber manchmal verzögert.

Wahrnehmung:

- **Halluzinationen:** Keine.
- **Illusionen:** Keine.

Antrieb und Psychomotorik:

- **Aktivität:** Normales Aktivitätsniveau, jedoch mit verlangsamten Bewegungsabläufen.
- **Bewegungsabläufe:** Koordinierte Bewegungen, jedoch gelegentlich ungeschickt.

Selbstwertgefühl:

- **Selbstbild:** Der Patient hat ein realistisches Selbstbild und ist sich seiner Einschränkungen bewusst.
- **Selbstbewusstsein:** Moderat, mit gelegentlichen Unsicherheiten.

Soziale Interaktion:

- **Soziale Fähigkeiten:** Eingeschränkte soziale Fähigkeiten, benötigt Unterstützung in neuen sozialen Situationen.
- **Rückzug:** Leichter sozialer Rückzug, bevorzugt vertraute Umgebungen und Personen.

Krankheitseinsicht:

- Der Patient hat eine gute Einsicht in seine intellektuellen Einschränkungen und zeigt Bereitschaft zur Kooperation in der Therapie.

3. Komorbiditäten:

- **Begleitende psychische Erkrankungen:** Keine.
- **Begleitende physische Erkrankungen:** Keine relevanten körperlichen Erkrankungen.

4. Differenzialdiagnostik:

- **Abgrenzung zu anderen psychischen und somatischen Störungen:** Keine Anzeichen von sensorischen Beeinträchtigungen, spezifischen Lernstörungen oder anderen neurologischen Störungen, die die kognitive Leistung beeinträchtigen könnten.

5. Zeitkriterien:

- **Dauer der Symptome:** Intellektuelle Beeinträchtigung bestand seit der Kindheit und ist konstant.

6. Triadisches System:

- **Endogen:** Genetische und entwicklungsbedingte Faktoren als Ursache der leichten Intelligenzminderung.

7. Symptome:

- **Primäre Symptome:** Intellektuelle Beeinträchtigungen, Schwierigkeiten beim Lernen und Anwenden komplexer Konzepte.
- **Sekundäre Symptome:** Eingeschränkte soziale Fähigkeiten, verlangsamtes Denken und Lernen.
- **Anzahl der erforderlichen Symptome:** Diagnosekriterien der ICD-10 für leichte Intelligenzminderung werden erfüllt.

8. Behandlungsmethoden:

- **Psychotherapie:** Verhaltens- und Sozialtherapie zur Förderung sozialer Fähigkeiten und Selbstständigkeit.
- **Medikamentöse Therapie:** Keine spezifische medikamentöse Behandlung erforderlich.
- **Soziotherapie:** Unterstützung bei sozialen und beruflichen Herausforderungen, Integration in eine beschützte Werkstatt.
- **Ergotherapie:** Förderung von Alltagsfähigkeiten und Verbesserung der Feinmotorik.
- **Achtsamkeitsbasierte Methoden:** Gezielte Übungen zur Förderung der Konzentration und des emotionalen Wohlbefindens.

F71 - Mittelgradige Intelligenzminderung: 0,1%

1. Anamnese:

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient, Max M., ist 25 Jahre alt und lebt in einem betreuten Wohnheim. Seit seiner Kindheit zeigt er eine verzögerte geistige Entwicklung. Er besuchte eine Förderschule und absolvierte dort die Schulpflicht.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine bedeutenden psychischen Erkrankungen. Physische Erkrankungen beschränken sich auf häufige Infektionen in der Kindheit und eine Leichtgewichtigkeit, die medizinisch behandelt wurde.
- **Familienanamnese:** In der Familie sind keine bekannten Fälle von psychischen Erkrankungen vorhanden, jedoch haben beide Elternteile einen niedrigen Bildungsabschluss und eine einfache berufliche Tätigkeit.
- **Soziale Anamnese:** Max hat wenige enge Freunde und nimmt an Freizeitaktivitäten im Wohnheim teil. Er hat keine Arbeitsstelle, ist jedoch in einfachen Tätigkeiten innerhalb des Wohnheims eingebunden.
- **Substanzgebrauch:** Kein Alkohol- oder Drogenkonsum, Medikamente nur nach ärztlicher Verordnung.

2. Psychopathologischer Befund:

Bewusstsein und Orientierung:

- **Bewusstsein:** Klar.
- **Orientierung:** Zeitlich, örtlich, situativ und zur Person voll orientiert.

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- **Kurzzeitgedächtnis:** Eingeschränkt, Schwierigkeiten sich an neu erlernte Informationen zu erinnern.
- **Langzeitgedächtnis:** Relativ gut, erinnert sich an Ereignisse aus der Vergangenheit besser als an kürzliche Ereignisse.

Denkprozesse:

- **Inhalt und Form:** Denkprozesse sind verlangsamt und konkret, Schwierigkeiten bei abstraktem Denken und Problemlösungen.

Affektivität:

- **Stimmung:** Grundsätzlich stabil, gelegentliche depressive Verstimmungen aufgrund der Einschränkungen im Alltag.

- **Emotionale Reaktionen:** Angemessen, jedoch eingeschränkt in der Vielfalt der emotionalen Ausdrucksmöglichkeiten.

Wahrnehmung:

- **Halluzinationen:** Keine.
- **Illusionen:** Keine.

Antrieb und Psychomotorik:

- **Aktivität:** Reduzierter Antrieb, benötigt Motivation und Unterstützung für Aktivitäten.
- **Bewegungsabläufe:** Normal, keine auffälligen motorischen Störungen.

Selbstwertgefühl:

- **Selbstbild:** Geringes Selbstbewusstsein, fühlt sich oft minderwertig im Vergleich zu anderen.
- **Selbstbewusstsein:** Eingeschränkt, benötigt positive Verstärkung und Unterstützung.

Soziale Interaktion:

- **Soziale Fähigkeiten:** Grundlegende soziale Fähigkeiten vorhanden, jedoch Schwierigkeiten in komplexen sozialen Interaktionen.
- **Rückzug:** Teilweise, insbesondere bei neuen oder unbekanntem sozialen Situationen.

Krankheitseinsicht:

- **Einsicht in die Erkrankung:** Begrenzte Einsicht, versteht seine Einschränkungen teilweise, jedoch nicht vollständig die Auswirkungen auf sein Leben.

3. Komorbiditäten:

- **Begleitende psychische Erkrankungen:** Keine diagnostiziert.
- **Physische Erkrankungen:** Keine relevanten physischen Erkrankungen außer den erwähnten Infektionen und Leichtigkeit in der Kindheit.

4. Differenzialdiagnostik:

- **Abgrenzung zu anderen psychischen und somatischen Störungen:** Intelligenzminderung aufgrund genetischer und entwicklungsbedingter Faktoren, keine Hinweise auf primär psychische Erkrankungen wie Depression oder Angststörungen, die die kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigen.

5. Zeitkriterien:

- **Dauer der Symptome:** Chronisch, seit der frühen Kindheit bestehend.

6. Triadisches System:

- **Endogen:** Mittelgradige Intelligenzminderung wird meist durch genetische und entwicklungsbedingte Faktoren verursacht, was auf eine endogene psychische Störung hinweist.

7. Symptome:

Primäre Symptome:

- Deutliche Beeinträchtigung der intellektuellen Fähigkeiten, IQ zwischen 35-49.
- Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsanforderungen ohne Unterstützung.

Sekundäre Symptome:

- Soziale Rückzugstendenzen.
- Geringes Selbstwertgefühl.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- Deutliche Einschränkungen in mehreren Bereichen des täglichen Lebens, einschließlich schulischer und sozialer Fähigkeiten.

8. Behandlungsmethoden:

Psychotherapie:

- Verhaltenstherapie: Förderung sozialer und lebenspraktischer Fähigkeiten.
- Unterstützende Gesprächstherapie: Stärkung des Selbstwertgefühls.

Medikamentöse Therapie:

- Nicht primär erforderlich, außer bei komorbiden Zuständen wie Depressionen.

Soziotherapie:

- Unterstützung bei der Integration in soziale und berufliche Aktivitäten.
- Regelmäßige Betreuung und Unterstützung im Wohnheim.

Ergotherapie:

- Förderung der Alltagsfähigkeiten, motorische und kognitive Übungen.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- Einfache Übungen zur Förderung der Achtsamkeit und Stressreduktion, angepasst an die kognitiven Fähigkeiten des Patienten.

F72 - Schwere Intelligenzminderung: 0,1%

1. Anamnese:

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient, Max M., ist 25 Jahre alt und lebt seit seiner Geburt mit einer schweren intellektuellen Behinderung. Er besuchte eine Förderschule für geistig behinderte Kinder und lebt nun in einer betreuten Wohneinrichtung.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** In der Kindheit wurden bei Max Entwicklungsverzögerungen diagnostiziert. Physisch ist er weitgehend gesund, aber es gibt eine Geschichte wiederholter Infektionen in der Kindheit.
- **Familienanamnese:** Es gibt keine bekannten Fälle schwerer intellektueller Behinderungen in der Familie, aber einige Fälle von Lernschwierigkeiten.
- **Soziale Anamnese:** Max hat eingeschränkte soziale Fähigkeiten, benötigt Hilfe bei den meisten alltäglichen Aktivitäten und pflegt enge Beziehungen zu seinen Betreuern und Mitbewohnern.
- **Substanzgebrauch:** Kein Missbrauch von Alkohol, Drogen oder Medikamenten bekannt.

2. Psychopathologischer Befund:

Bewusstsein und Orientierung:

- Klar und zur Person orientiert, aber zeitlich und örtlich desorientiert.

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- Deutlich beeinträchtigt Kurz- und Langzeitgedächtnis. Er kann sich an vertraute Personen und Routinen erinnern, hat aber Schwierigkeiten mit neuen Informationen und Ereignissen.

Denkprozesse:

- Verlangsamtes und konkretes Denken. Max hat Schwierigkeiten mit abstraktem Denken und Problemlösungen.

Affektivität:

- Meist stabile Stimmung, zeigt Freude und Frustration angemessen, kann jedoch in stressigen Situationen leicht überwältigt werden.

Wahrnehmung:

- Keine Halluzinationen oder Illusionen beobachtet.

Antrieb und Psychomotorik:

- Grundlegende motorische Fähigkeiten sind vorhanden, aber feinmotorische Fertigkeiten sind stark eingeschränkt. Antrieb ist gering, er benötigt oft Aufforderungen zur Teilnahme an Aktivitäten.

Selbstwertgefühl:

- Eingeschränktes Selbstbewusstsein, hängt stark von der Anerkennung durch Betreuer ab.

Soziale Interaktion:

- Freundlich, aber zurückhaltend. Zeigt Interesse an Interaktionen, benötigt jedoch Unterstützung bei sozialen Aktivitäten.

Krankheitseinsicht:

- Keine Einsicht in die Schwere seiner intellektuellen Einschränkungen.

3. Komorbiditäten:

- Gelegentliche depressive Symptome aufgrund der Frustration über seine Einschränkungen.
- Häufige Infektionen in der Kindheit, aktuell keine chronischen physischen Erkrankungen.

4. Differenzialdiagnostik:

- Ausschluss von anderen neurodegenerativen Erkrankungen wie Demenz.
- Abgrenzung von spezifischen Lernstörungen und leichten Intelligenzminderungen.

5. Zeitkriterien:

- Symptome sind seit der frühen Kindheit vorhanden und zeigen einen stabilen Verlauf.

6. Triadisches System:

- **Endogen:** Schwere Intelligenzminderung wird oft durch genetische Faktoren verursacht, z.B. durch chromosomale Anomalien wie Trisomie 21 (Down-Syndrom).

7. Symptome:

- **Primäre Symptome:** Deutlich unterdurchschnittliche intellektuelle Funktionen (IQ unter 35), erhebliche Einschränkungen in der sozialen Anpassung und Alltagsbewältigung.
- **Sekundäre Symptome:** Motorische Verzögerungen, eingeschränkte Kommunikationsfähigkeiten.

- **Anzahl der erforderlichen Symptome:** Mindestens zwei Bereiche (intellektuelle und adaptive Funktionen) müssen erheblich beeinträchtigt sein, was bei Max zutrifft.

8. Behandlungsmethoden:

- **Psychotherapie:** Individualisierte therapeutische Ansätze, die auf die Förderung sozialer und adaptiver Fähigkeiten abzielen.
- **Medikamentöse Therapie:** Keine spezifische medikamentöse Behandlung für die Intelligenzminderung selbst, jedoch könnten Medikamente zur Behandlung begleitender psychischer Symptome (z.B. Depression) verwendet werden.
- **Soziotherapie:** Intensive Unterstützung bei sozialen und beruflichen Problemen, Hilfe durch Sozialarbeiter und spezialisierte Betreuung.
- **Ergotherapie:** Förderung von Alltagsfähigkeiten, Training motorischer Fertigkeiten und Unterstützung bei der Integration in den Alltag.
- **Achtsamkeitsbasierte Methoden:** MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) könnte helfen, das allgemeine Wohlbefinden zu verbessern, jedoch mit angepassten und vereinfachten Techniken.

F73 - Schwerste Intelligenzminderung: 0,1%

1. Anamnese

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient, Alex M., ist 18 Jahre alt und lebt seit seiner Geburt bei seinen Eltern. Er wurde termingerecht geboren, jedoch traten bei der Geburt Komplikationen auf, die zu einer Sauerstoffunterversorgung führten.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Alex hat seit seiner Geburt eine schwerste Intelligenzminderung. Es liegen keine weiteren psychischen Erkrankungen vor. Körperlich zeigt Alex eine motorische Beeinträchtigung und benötigt für die meisten Aktivitäten des täglichen Lebens Unterstützung.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Es gibt keine bekannte Familiengeschichte von psychischen Erkrankungen. Es gibt keine genetischen Hinweise auf Erbkrankheiten.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Alex hat eine enge Beziehung zu seinen Eltern und Geschwistern. Er besucht eine spezielle Schule für Kinder mit schweren intellektuellen Behinderungen.
- **Beruf:** Nicht zutreffend aufgrund der intellektuellen Beeinträchtigung.
- **Lebensumstände:** Lebt bei den Eltern in einem angepassten Umfeld, das auf seine Bedürfnisse zugeschnitten ist.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol, Drogen, Medikamente:** Kein Missbrauch von Substanzen bekannt. Alex nimmt regelmäßig Medikamente zur Kontrolle von Anfallsleiden und zur Unterstützung der motorischen Funktion.

2. Psychopathologischer Befund

Bewusstsein und Orientierung:

- **Bewusstsein:** Wach und ansprechbar.
- **Orientierung:** Schwere Desorientierung in allen Bereichen (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person).

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- **Kurzzeitgedächtnis:** Starke Beeinträchtigung, sehr eingeschränkte Merkfähigkeit.

- **Langzeitgedächtnis:** Erinnerungen an wiederholte und vertraute Tätigkeiten vorhanden, aber stark eingeschränkt.

Denkprozesse:

- **Inhalt:** Keine Hinweise auf Wahnvorstellungen.
- **Form:** Stark verlangsamt, konkrete Denkweise, keine abstrakten Denkprozesse möglich.

Affektivität:

- **Stimmung:** Grundstimmung ist meist ausgeglichen, gelegentlich gereizt bei Überforderung.
- **Emotionale Reaktionen:** Direkt und unvermittelt, häufig abhängig von der Umgebung und dem direkten Erleben.

Wahrnehmung:

- **Halluzinationen:** Keine Hinweise auf Halluzinationen.
- **Illusionen:** Gelegentliche Verkennungen aufgrund eingeschränkter kognitiver Fähigkeiten.

Antrieb und Psychomotorik:

- **Aktivität:** Stark eingeschränkt, benötigt Hilfe bei fast allen Aktivitäten.
- **Bewegungsabläufe:** Unkoordinierte Bewegungen, motorische Unterstützung notwendig.

Selbstwertgefühl:

- **Selbstbild:** Eingeschränktes Verständnis des Selbst, abhängig von äußerer Bestätigung und Unterstützung.
- **Selbstbewusstsein:** Stark eingeschränkt, keine eigenständigen Entscheidungen möglich.

Soziale Interaktion:

- **Soziale Fähigkeiten:** Sehr begrenzt, einfache Interaktionen möglich, abhängig von bekannten Personen und Routinen.
- **Rückzug:** Keine Tendenz zum sozialen Rückzug, da kontinuierliche Betreuung und Unterstützung vorhanden ist.

Krankheitseinsicht:

- **Einsicht in die Erkrankung:** Keine Einsicht in die eigene intellektuelle Beeinträchtigung.

3. Komorbiditäten

- **Begleitende psychische und physische Erkrankungen:** Alex leidet unter einem Anfallsleiden und motorischen Beeinträchtigungen, die eine regelmäßige medizinische Betreuung erfordern.

4. Differenzialdiagnostik

- **Abgrenzung zu anderen psychischen und somatischen Störungen:** Andere mögliche Ursachen für intellektuelle Beeinträchtigungen (z.B. genetische Syndroms, Stoffwechselstörungen) wurden ausgeschlossen.

5. Zeitkriterien

- **Dauer der Symptome:** Seit der Geburt bestehend, chronisch und nicht veränderbar.

6. Triadisches System

- **Exogen:** Körperliche Krankheitsprozesse, z.B. Sauerstoffunterversorgung bei der Geburt, führten zur schwersten Intelligenzminderung.

7. Symptome

Primäre Symptome:

- Stark eingeschränkte kognitive Fähigkeiten.
- Desorientierung in allen Bereichen.
- Schwere Beeinträchtigungen in der Selbstversorgung.

Sekundäre Symptome:

- Motorische Beeinträchtigungen.
- Anfallsleiden.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- Erfüllt die Kriterien für schwerste Intelligenzminderung nach ICD-10 (F73).

8. Behandlungsmethoden

Psychotherapie:

- Anpassung der Therapieformen an die kognitive Leistungsfähigkeit, unterstützende Maßnahmen durch Ergotherapie und Physiotherapie.

Medikamentöse Therapie:

- Medikamente zur Kontrolle des Anfallsleidens.

Soziotherapie:

- Unterstützung bei sozialen und beruflichen Problemen durch soziale Dienste und spezialisierte Einrichtungen.

Ergotherapie:

- Förderung von Alltagsfähigkeiten, Anpassung der Umgebung an die Bedürfnisse des Patienten.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- Anwendung von entspannenden Methoden, die dem Patienten helfen, sich in stressigen Situationen zu beruhigen.

F95.2 - Kombinierte vokale und multiple motorische Tics [Tourette-Syndrom]: 0,1%

1. Anamnese:

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient, Michael S., ist 12 Jahre alt und lebt mit seinen Eltern und einer älteren Schwester in einer Kleinstadt. Er besucht die 7. Klasse einer örtlichen Gesamtschule.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine bedeutenden früheren psychischen Erkrankungen. Häufige Erkältungen und einmalige Mittelohrentzündung in der Kindheit.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Der Vater leidet unter einer leichten Form der sozialen Angststörung. Ein Onkel mütterlicherseits hat ebenfalls Tourette-Syndrom.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Michael hat einige enge Freunde, mit denen er regelmäßig Zeit verbringt. Er wird jedoch manchmal in der Schule wegen seiner Tics gehänselt.
- **Beruf:** Schüler.
- **Lebensumstände:** Stabiles und unterstützendes familiäres Umfeld.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol, Drogen, Medikamente:** Kein Alkohol- oder Drogenkonsum. Einnahme von Multivitaminpräparaten.

2. Psychopathologischer Befund:

Bewusstsein und Orientierung:

- Klar und voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person).

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- Keine Auffälligkeiten im Kurz- und Langzeitgedächtnis.

Denkprozesse:

- Inhaltlich geordnet und kohärent, keine Hinweise auf Wahn- oder formale Denkstörungen.

Affektivität:

- Stimmung ist überwiegend stabil, jedoch leichte Frustration und Traurigkeit aufgrund der Tics.

Wahrnehmung:

- Keine Halluzinationen oder Illusionen.

Antrieb und Psychomotorik:

- Erhöhte motorische Aktivität durch Tics. Regelmäßige unwillkürliche Bewegungen wie Kopfrucken und Blinzeln. Vokale Tics wie Räuspern und kurze Ausrufe.

Selbstwertgefühl:

- Allgemein positiv, aber beeinträchtigt durch die Wahrnehmung der Tics in sozialen Situationen.

Soziale Interaktion:

- Gut integriert in den Freundeskreis, jedoch sozialer Rückzug bei stark ausgeprägten Tics.

Krankheitseinsicht:

- Gute Einsicht in die Problematik. Michael versteht, dass er die Tics nicht willentlich kontrollieren kann.

3. Komorbiditäten:

- **Begleitende psychische und physische Erkrankungen:** Leichte Symptome von ADHS, keine weiteren bedeutenden physischen Erkrankungen.

4. Differenzialdiagnostik:

- **Abgrenzung zu anderen psychischen und somatischen Störungen:** Andere mögliche Diagnosen wie chronische motorische oder vokale Tics ausgeschlossen, da beide Tic-Arten gleichzeitig seit mehr als einem Jahr auftreten.

5. Zeitkriterien:

- **Dauer der Symptome:** Tics sind seit dem Alter von 6 Jahren vorhanden, somit chronisch.

6. Triadisches System:

- **Endogen:** Genetische Faktoren sind wahrscheinlich, da es familiäre Häufungen gibt (Onkel mütterlicherseits ebenfalls betroffen).

7. Symptome:

- **Primäre Symptome:** Multiple motorische und mindestens ein vokaler Tic, die seit mehr als einem Jahr bestehen und täglich auftreten.
- **Sekundäre Symptome:** Leichte ADHS-Symptome, Frustration, sozialer Rückzug.

- **Anzahl der erforderlichen Symptome:** Erfüllt die Kriterien für F95.2 - Mehrere motorische und mindestens ein vokaler Tic über mehr als ein Jahr, mit Beginn vor dem 18. Lebensjahr.

8. Behandlungsmethoden:

Psychotherapie:

- **Verhaltenstherapie:** Speziell zugeschnittene Verhaltenstherapie, um Techniken zur Tic-Kontrolle zu erlernen (z.B. Habit Reversal Training).
- **Psychoedukation:** Aufklärung des Patienten und der Familie über die Erkrankung.

Medikamentöse Therapie:

- **Antipsychotika:** Zur Reduktion der Tic-Symptomatik, falls erforderlich (z.B. Risperidon).

Soziotherapie:

- **Unterstützung bei sozialen Problemen:** Beratung und Unterstützung in der Schule, um Mobbing zu verhindern.

Ergotherapie:

- **Förderung von Alltagsfähigkeiten:** Übungen zur Verbesserung der Feinmotorik und zur Bewältigung der Tics im täglichen Leben.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **Achtsamkeitsübungen:** Techniken zur Reduktion von Stress, der die Tics verstärken könnte (z.B. MBSR).

F11 - Störungen durch Opioidgebrauch: 0,1%

1. Anamnese:

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient, Herr M., 35 Jahre alt, hat in einer städtischen Umgebung gelebt. Er berichtet von einer schwierigen Kindheit mit häufigen Konflikten in der Familie. Im Alter von 20 Jahren begann er mit dem gelegentlichen Konsum von Opioiden, der sich nach einer Verletzung, die ihm Schmerzmittel verschrieb, verstärkte.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Herr M. hatte keine schwerwiegenden physischen Erkrankungen außer der Verletzung, die zu seinem initialen Opioidkonsum führte. Psychisch wurde er zuvor nicht auffällig.

Familienanamnese:

- In der Familie von Herr M. gibt es eine Geschichte von Suchterkrankungen, insbesondere Alkoholismus bei seinem Vater und Depressionen bei seiner Mutter.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Herr M. berichtet von gestörten sozialen Beziehungen. Er hat wenig Kontakt zu seiner Familie und ist isoliert. Seine Freundschaften haben unter seinem Substanzkonsum gelitten.
- **Beruf:** Herr M. hat seine Arbeit als Handwerker aufgrund seines Konsums verloren. Seitdem hat er Gelegenheitsjobs, die er häufig wechseln muss.
- **Lebensumstände:** Er lebt allein in einer kleinen Wohnung und hat finanzielle Schwierigkeiten.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol:** Gelegentlicher Konsum, jedoch nicht abhängig.
- **Drogen:** Täglicher Gebrauch von Opioiden (Heroin, verschreibungspflichtige Schmerzmittel). Beginn des Gebrauchs im Alter von 20 Jahren, seitdem kontinuierlich ansteigend.
- **Medikamente:** Keine regelmäßige Einnahme von verschreibungspflichtigen Medikamenten außer Opioiden.

2. Psychopathologischer Befund:

Bewusstsein und Orientierung:

- Der Patient ist klar und voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person).

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- Leichte Beeinträchtigungen im Kurzzeitgedächtnis, wahrscheinlich durch den Substanzgebrauch verursacht. Langzeitgedächtnis scheint intakt.

Denkprozesse:

- Denkprozesse sind geordnet, jedoch zeigt der Patient eine starke Fixierung auf die Beschaffung und den Konsum von Opioiden.

Affektivität:

- Stimmung ist depressiv und gereizt. Emotionale Reaktionen sind abgeschwächt und oft inadäquat zur Situation.

Wahrnehmung:

- Keine Halluzinationen oder Illusionen festgestellt.

Antrieb und Psychomotorik:

- Reduzierter Antrieb. Psychomotorisch erscheint der Patient verlangsamt und lethargisch.

Selbstwertgefühl:

- Sehr niedriges Selbstwertgefühl. Herr M. beschreibt sich selbst als wertlos und unfähig, sein Leben zu ändern.

Soziale Interaktion:

- Deutlicher sozialer Rückzug und Isolation. Schwierigkeiten in sozialen Interaktionen aufgrund von Misstrauen und Schamgefühlen.

Krankheitseinsicht:

- Eingeschränkte Einsicht in die Schwere seines Zustands. Der Patient erkennt das Problem des Opioidkonsums, fühlt sich jedoch hilflos und sieht keinen Ausweg.

3. Komorbiditäten:

- **Psychische Erkrankungen:** Depression.
- **Physische Erkrankungen:** Keine signifikanten physischen Erkrankungen außer den durch Substanzgebrauch verursachten Problemen wie Magen-Darm-Beschwerden und gelegentlichen Infektionen.

4. Differenzialdiagnostik:

- **Alkoholabhängigkeit:** Abgrenzung durch spezifische Substanznutzung.

- **Depressive Störung:** Sekundär zur Störung durch Opioidgebrauch.
- **Andere Substanzmissbrauchsstörungen:** Keine anderen Substanzen außer gelegentlichem Alkohol.

5. Zeitkriterien:

- **Dauer der Symptome:** Der Opioidkonsum besteht seit 15 Jahren, mit einer stetigen Eskalation. Derzeit täglicher Gebrauch.

6. Triadisches System:

- **Psychogen:** Obwohl genetische Faktoren eine Rolle spielen könnten, ist der Hauptauslöser und die Aufrechterhaltung des Konsums psychischer Natur (Schmerzlinderung, emotionale Bewältigung).

7. Symptome:

Primäre Symptome:

- Starkes Verlangen nach Opioiden.
- Unfähigkeit, den Konsum zu kontrollieren oder zu reduzieren.
- Körperliche Entzugssymptome bei Nichtkonsum.

Sekundäre Symptome:

- Soziale Isolation.
- Verlust der beruflichen Fähigkeiten und Beschäftigung.
- Depressive Stimmung.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- Mehr als drei der oben genannten Symptome sind kontinuierlich vorhanden, was die Diagnose einer Abhängigkeit rechtfertigt.

8. Behandlungsmethoden:

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Um negative Denkmuster und Verhaltensweisen zu ändern.
- **Motivationssteigernde Therapie (MET):** Um die Bereitschaft zur Veränderung zu fördern.

Medikamentöse Therapie:

- **Methadon oder Buprenorphin:** Zur Substitutionstherapie und Reduzierung von Entzugssymptomen.
- **Antidepressiva:** Zur Behandlung der begleitenden Depression.

Soziotherapie:

- Unterstützung bei der Reintegration in die Gesellschaft und die Arbeitswelt.

Ergotherapie:

- Förderung von Alltagsfähigkeiten und Strukturierung des Tagesablaufs.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR):** Zur Reduktion von Stress und Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens.

F12 - Störungen durch Cannabiskonsum: 0,1%

1. Anamnese

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Patient X, 28 Jahre alt, männlich, lebt allein in einer Mietwohnung. Beruflich als Softwareentwickler tätig.
- **Frühere psychische Erkrankungen:** Keine früheren diagnostizierten psychischen Erkrankungen.
- **Frühere physische Erkrankungen:** Gelegentliche Migräne, ansonsten körperlich gesund.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Der Vater litt an Alkoholabhängigkeit und die Mutter hatte eine generalisierte Angststörung.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Eingeschränkter sozialer Kontakt, hauptsächlich online. Wenige enge Freunde, keine aktuelle Partnerschaft.
- **Beruf:** Arbeitet seit 5 Jahren bei einem mittelständischen IT-Unternehmen, aktuell Schwierigkeiten bei der Konzentration und Erfüllung von Arbeitsaufgaben.
- **Lebensumstände:** Häufiges Alleinsein, wenig körperliche Aktivität, unregelmäßige Essens- und Schlafgewohnheiten.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol:** Gelegentlicher Konsum, hauptsächlich am Wochenende.
- **Drogen:** Regelmäßiger Cannabiskonsum seit dem 20. Lebensjahr, täglicher Konsum in den letzten zwei Jahren.
- **Medikamente:** Keine regelmäßige Einnahme von Medikamenten.

2. Psychopathologischer Befund

Bewusstsein und Orientierung:

- Klar und voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ und zur Person).

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- Beeinträchtigtges Kurzzeitgedächtnis, Patient hat Schwierigkeiten, sich an kürzlich erlebte Ereignisse zu erinnern. Langzeitgedächtnis ist unauffällig.

Denkprozesse:

- Verlangsamt und manchmal sprunghaft. Keine Wahnvorstellungen oder formalen Denkstörungen.

Affektivität:

- Gedämpfte Stimmung, emotionale Reaktionen wirken abgeflacht. Häufige Stimmungsschwankungen.

Wahrnehmung:

- Gelegentliche visuelle und akustische Halluzinationen, insbesondere nach starkem Cannabiskonsum.

Antrieb und Psychomotorik:

- Verminderter Antrieb, häufig träge und antriebslos. Keine auffälligen Bewegungsstörungen.

Selbstwertgefühl:

- Niedriges Selbstbewusstsein, negatives Selbstbild. Patient äußert Selbstzweifel und fühlt sich häufig überfordert.

Soziale Interaktion:

- Sozialer Rückzug, vermeidet persönliche Interaktionen. Bevorzugt Online-Kontakte.

Krankheitseinsicht:

- Eingeschränkte Krankheitseinsicht. Patient erkennt den problematischen Konsum, ist jedoch ambivalent bezüglich einer Veränderung.

3. Komorbiditäten**Begleitende psychische und physische Erkrankungen:**

- Episodische depressive Symptome, jedoch keine vollständigen Kriterien für eine Major Depression.
- Gelegentliche Migräne.

4. Differenzialdiagnostik**Abgrenzung zu anderen psychischen und somatischen Störungen:**

- Abgrenzung zu einer primären depressiven Störung: Die depressive Symptomatik scheint hauptsächlich mit dem Cannabiskonsum zusammenzuhängen.
- Keine Hinweise auf andere Substanzgebrauchsstörungen.

5. Zeitkriterien**Dauer der Symptome:**

- Akut: Seit etwa zwei Jahren täglicher Cannabiskonsum.

- Chronisch: Substanzgebrauch seit acht Jahren, mit zunehmender Frequenz und Menge in den letzten zwei Jahren.

6. Triadisches System

Psychogen: Der Cannabiskonsum hat eine psychische Komponente, wobei der Konsum zur Selbstmedikation von Stress und sozialen Ängsten genutzt wird.

7. Symptome

Primäre Symptome:

- Starkes Verlangen nach Cannabis (Craving).
- Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren.
- Fortgesetzter Konsum trotz negativer Folgen.

Sekundäre Symptome:

- Verminderter Antrieb.
- Konzentrationsstörungen.
- Sozialer Rückzug.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- Diagnosekriterien für eine Substanzabhängigkeit: Mehr als drei der genannten Symptome über einen Zeitraum von mindestens einem Monat oder wiederholt innerhalb von 12 Monaten.

8. Behandlungsmethoden

Psychotherapie:

- Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) zur Bewältigung des Verlangens und zur Entwicklung alternativer Bewältigungsstrategien.
- Motivational Interviewing zur Erhöhung der Veränderungsbereitschaft.

Medikamentöse Therapie:

- Keine spezifischen Medikamente für Cannabiskonsumstörungen, jedoch können Antidepressiva bei komorbiden depressiven Symptomen in Erwägung gezogen werden.

Soziotherapie:

- Unterstützung bei der Wiederaufnahme sozialer Aktivitäten und beruflicher Integration.

Ergotherapie:

- Förderung von Alltagsfähigkeiten und Strukturierung des Tagesablaufs.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) zur Stressbewältigung und Reduktion von Konsumverlangen.

F13 - Störungen durch Sedativa- oder Hypnotikagebrauch: 0,1%

1. Anamnese

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient, Herr Müller, 45 Jahre alt, berichtet, dass er seit seiner Jugend regelmäßig Sedativa und Hypnotika zur Beruhigung und zum Schlafen verwendet. Er arbeitet als Schichtarbeiter, was seinen Schlaf-Wach-Rhythmus erheblich beeinträchtigt.
- **Frühere psychische Erkrankungen:** Herr Müller hatte in seiner Jugend depressive Episoden, die jedoch nicht medikamentös behandelt wurden. Vor etwa fünf Jahren wurde bei ihm eine generalisierte Angststörung diagnostiziert.
- **Frühere physische Erkrankungen:** Keine schwerwiegenden physischen Erkrankungen. Regelmäßige Arztbesuche aufgrund von Schlafproblemen und gelegentlichen Kopfschmerzen.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Der Vater von Herrn Müller hatte eine Alkoholabhängigkeit und die Mutter litt unter einer Angststörung.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Herr Müller lebt allein und hat wenige soziale Kontakte. Er pflegt gelegentlich Kontakt zu einem alten Schulfreund und seiner Schwester.
- **Beruf und Lebensumstände:** Er arbeitet seit 20 Jahren in einem Produktionsbetrieb im Schichtdienst. Die wechselnden Arbeitszeiten belasten ihn stark, und er berichtet über eine zunehmende Arbeitsunzufriedenheit.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol:** Gelegentlicher Konsum von Alkohol, hauptsächlich an Wochenenden.
- **Drogen:** Keine illegalen Drogen.
- **Medikamente:** Langjähriger Gebrauch von Sedativa und Hypnotika, hauptsächlich Benzodiazepine und Z-Substanzen.

2. Psychopathologischer Befund

Bewusstsein und Orientierung:

- Klar und voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ und zur Person).

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- Keine Auffälligkeiten im Kurz- und Langzeitgedächtnis erkennbar.

Denkprozesse:

- Geordnet und kohärent, keine Anzeichen von Wahn oder schweren Denkstörungen.

Affektivität:

- Deutliche ängstliche und depressive Verstimmung während des Gesprächs.

Wahrnehmung:

- Keine Halluzinationen oder Illusionen.

Antrieb und Psychomotorik:

- Verminderter Antrieb, langsame Bewegungen, wirkt insgesamt erschöpft.

Selbstwertgefühl:

- Geringes Selbstwertgefühl, negatives Selbstbild.

Soziale Interaktion:

- Geringe soziale Fähigkeiten, zieht sich stark zurück, wenige soziale Kontakte.

Krankheitseinsicht:

- Eingeschränkte Einsicht in die Abhängigkeit, erkennt jedoch die Notwendigkeit, etwas zu ändern.

3. Komorbiditäten

Begleitende psychische und physische Erkrankungen:

- Generalisierte Angststörung.
- Depressive Episoden.

4. Differenzialdiagnostik

Abgrenzung zu anderen psychischen und somatischen Störungen:

- Ausschluss von anderen Substanzgebrauchsstörungen wie Alkohol- oder Drogenabhängigkeit.
- Differenzialdiagnose zur reinen Schlafstörung ohne Substanzgebrauch.

5. Zeitkriterien

Dauer der Symptome:

- Chronischer Verlauf über mehrere Jahre mit zunehmender Abhängigkeit und Toleranzentwicklung.

6. Triadisches System

Exogen:

- Körperliche Krankheitsprozesse durch langjährigen Gebrauch von Sedativa und Hypnotika, die zu einer Abhängigkeit geführt haben.

7. Symptome

Primäre Symptome:

- Starker Drang, Sedativa und Hypnotika zu konsumieren.
- Schwierigkeiten, die Substanzen zu reduzieren oder abzusetzen.
- Toleranzentwicklung, d.h., die benötigte Dosis zur Erzielung der gewünschten Wirkung nimmt zu.

Sekundäre Symptome:

- Schlafstörungen trotz Einnahme von Hypnotika.
- Erhöhte Angst und depressive Verstimmung.
- Körperliche Beschwerden wie Kopfschmerzen und allgemeine Erschöpfung.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- Diagnosekriterien erfüllt durch mindestens drei der oben genannten Symptome über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr.

8. Behandlungsmethoden

Psychotherapie:

- Kognitive Verhaltenstherapie (KVT): Fokus auf den Abbau der Abhängigkeit, Entwicklung gesunder Schlaf- und Bewältigungsstrategien.
- Motivierende Gesprächsführung (MI): Unterstützung bei der Einsicht in die Problematik und Förderung der Änderungsmotivation.

Medikamentöse Therapie:

- Langsames Ausschleichen der Sedativa und Hypnotika unter ärztlicher Aufsicht.
- Einsatz von nicht-benzodiazepin-haltigen Schlafmitteln oder Antidepressiva bei Bedarf.

Soziotherapie:

- Unterstützung bei der sozialen Reintegration und Verbesserung der Lebensumstände.

Ergotherapie:

- Förderung von Alltagsfähigkeiten und Entwicklung neuer Hobbys und Interessen.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) zur Reduktion von Stress und Verbesserung der Schlafqualität.

F14 - Störungen durch Kokainkonsum: 0,1%

1. Anamnese:

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient, Herr M., ist 34 Jahre alt und arbeitet als Vertriebsleiter. Er begann im Alter von 28 Jahren gelegentlich Kokain zu konsumieren, hauptsächlich in sozialen und beruflichen Kontexten, um Leistungsfähigkeit und Konzentration zu steigern.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine bekannten schweren psychischen Störungen, gelegentliche Episoden von Schlaflosigkeit und Angstzuständen in den letzten zwei Jahren. Physische Erkrankungen beinhalten eine einmalige Behandlung wegen Nasenschleimhautentzündung.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Vater litt an Alkoholabhängigkeit, Mutter hat eine Geschichte von Angststörungen.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Der Patient hat eine Partnerin, keine Kinder, und ein stabiles soziales Netzwerk. Er berichtet jedoch über zunehmende Konflikte in der Partnerschaft und Freundeskreis aufgrund seines Substanzkonsums.
- **Beruf:** Hoher Leistungsdruck im Job, häufiger Konsum während Geschäftsreisen und Firmenevents.
- **Lebensumstände:** Lebt in einer Großstadt, berichtet über finanzielle Stabilität, jedoch zunehmende Verschuldung aufgrund des Kokainkonsums.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol:** Regelmäßiger Konsum, gelegentlich übermäßig.
- **Drogen:** Kokainkonsum seit sechs Jahren, mit zunehmender Häufigkeit in den letzten zwei Jahren. Gelegentlicher Konsum von Cannabis und MDMA.
- **Medikamente:** Keine missbräuchliche Verwendung von verschreibungspflichtigen Medikamenten.

2. Psychopathologischer Befund:

Bewusstsein und Orientierung:

- Klar, voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person).

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- Kurz- und Langzeitgedächtnis leicht beeinträchtigt, berichtet über Schwierigkeiten, sich an kürzlich gemachte Termine und Ereignisse zu erinnern.

Denkprozesse:

- Kein Wahn oder Denkstörungen, jedoch zwanghaftes Denken an den nächsten Konsum.

Affektivität:

- Stimmungsschwankungen, von Euphorie nach Konsum bis zu Depression und Gereiztheit während Abstinenzphasen.

Wahrnehmung:

- Keine Halluzinationen, gelegentliche illusionäre Verkennungen während intensiver Konsumphasen.

Antrieb und Psychomotorik:

- Erhöhter Antrieb und Hyperaktivität nach Konsum, während Abstinenzphasen starke Erschöpfung und Antriebslosigkeit.

Selbstwertgefühl:

- Stark schwankend, hohe Selbstsicherheit während und unmittelbar nach dem Konsum, Selbstzweifel und Schuldgefühle in den Phasen dazwischen.

Soziale Interaktion:

- Zunehmender sozialer Rückzug, vermeidet Treffen mit Freunden und Familie während Abstinenzphasen.

Krankheitseinsicht:

- Eingeschränkt, erkennt den Zusammenhang zwischen Konsum und den negativen Folgen, zeigt jedoch ambivalente Haltung gegenüber einer Veränderung.

3. Komorbiditäten:

- Begleitende Angststörungen und depressive Episoden, keine schweren physischen Begleiterkrankungen außer den durch den Konsum verursachten.

4. Differenzialdiagnostik:

- Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen wie einer bipolaren Störung oder anderen Substanzkonsumstörungen.
- Ausschluss von somatischen Erkrankungen, die ähnliche Symptome verursachen könnten (z.B. Schilddrüsenerkrankungen).

5. Zeitkriterien:

- Der Patient erfüllt die Kriterien für eine chronische Störung durch Kokainkonsum mit einer Konsumdauer von mehr als sechs Monaten und einem deutlichen Anstieg der Konsumhäufigkeit in den letzten zwei Jahren.

6. Triadisches System:

- **Psychogen:** Die Ursachen der Störung liegen hauptsächlich im psychischen Bereich, insbesondere im Zusammenhang mit beruflichem Stress und sozialem Druck.

7. Symptome:

Primäre Symptome:

- Starkes Verlangen nach Kokain (Craving).
- Kontrollverlust über den Konsum.
- Fortgesetzter Konsum trotz negativer Konsequenzen.

Sekundäre Symptome:

- Schlafstörungen.
- Stimmungsschwankungen.
- Physische Beschwerden wie Nasenbluten und Herzrasen.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- Der Patient zeigt alle drei primären Symptome sowie mehrere sekundäre Symptome, was die Diagnose einer Störung durch Kokainkonsum bestätigt.

8. Behandlungsmethoden:

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Um den Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten zu erkennen und zu verändern.
- **Motivational Interviewing (MI):** Zur Förderung der Veränderungsbereitschaft.
- **Gruppentherapie:** Unterstützung durch Austausch mit anderen Betroffenen.

Medikamentöse Therapie:

- **Antidepressiva:** Bei komorbider depressiver Störung.
- **Anxiolytika:** Bei komorbider Angststörung, jedoch mit Vorsicht aufgrund der Suchtgefahr.

Soziotherapie:

- Unterstützung bei beruflichen und sozialen Problemen, ggf. Schuldnerberatung.

Ergotherapie:

- Förderung von Alltagsfähigkeiten und Unterstützung bei der Strukturierung des Tagesablaufs.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR):** Zur Reduktion von Stress und Verbesserung der emotionalen Regulierung.

F15 - Störungen durch andere Stimulanzen: 0,1%

1. Anamnese

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient ist ein 32-jähriger Mann, der als Grafikdesigner arbeitet. In den letzten Jahren hat er vermehrt Stress im Beruf erlebt.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Der Patient berichtet über episodische depressive Verstimmungen und eine einmalige Panikattacke vor zwei Jahren. Keine bedeutenden physischen Erkrankungen in der Vergangenheit.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Der Vater des Patienten litt an einer Alkoholabhängigkeit, die Mutter hat keine bekannten psychischen Erkrankungen.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Der Patient lebt allein, hat aber einen engen Freundeskreis und eine feste Freundin seit einem Jahr. Seine sozialen Beziehungen sind insgesamt stabil.
- **Beruf und Lebensumstände:** Der Patient arbeitet Vollzeit als Grafikdesigner in einer Werbeagentur. Er beschreibt seine Arbeit als stressig und zeitweise überfordernd.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol:** Gelegentlicher Konsum, etwa zwei bis drei Mal pro Woche, meist in sozialen Kontexten.
- **Drogen:** Der Patient hat vor etwa einem Jahr begonnen, Amphetamine zu konsumieren, um die Arbeitsbelastung zu bewältigen. Der Konsum hat sich im letzten halben Jahr deutlich erhöht, etwa zwei bis drei Mal pro Woche.
- **Medikamente:** Keine regelmäßige Einnahme von verschreibungspflichtigen Medikamenten.

2. Psychopathologischer Befund

Bewusstsein und Orientierung:

- **Klarheit:** Klar
- **Orientierung:** Zeitlich, örtlich, situativ und zur Person voll orientiert

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- **Kurzzeitgedächtnis:** Leichte Beeinträchtigung, vergisst oft Termine und Details
- **Langzeitgedächtnis:** Unauffällig

Denkprozesse:

- **Inhalt:** Keine Wahnvorstellungen, jedoch häufige Gedanken an den Substanzgebrauch und starke Beschäftigung mit der Beschaffung von Stimulanzien
- **Form:** Geordnet, aber oft beschleunigtes Denken

Affektivität:

- **Stimmung:** Schwankend, oft gereizt und nervös
- **Emotionale Reaktionen:** Übermäßig starke emotionale Reaktionen, gelegentlich euphorisch nach Konsum

Wahrnehmung:

- **Halluzinationen:** Keine
- **Illusionen:** Keine

Antrieb und Psychomotorik:

- **Aktivität:** Erhöht, oft rastlos und übermäßig aktiv
- **Bewegungsabläufe:** Keine Auffälligkeiten

Selbstwertgefühl:

- **Selbstbild:** Selbstzweifel und geringe Selbstachtung, besonders in Bezug auf die Kontrolle des Substanzkonsums
- **Selbstbewusstsein:** Schwankend

Soziale Interaktion:

- **Soziale Fähigkeiten:** Grundsätzlich gut, jedoch zunehmender sozialer Rückzug bei verstärktem Substanzgebrauch
- **Rückzug:** Vermeidet zunehmend soziale Aktivitäten außerhalb des Freundeskreises, der ebenfalls Substanzen konsumiert

Krankheitseinsicht:

- **Einsicht:** Teilweise, erkennt den negativen Einfluss der Stimulanzien auf sein Leben, aber hat Schwierigkeiten, den Konsum zu reduzieren oder zu stoppen

3. Komorbiditäten

- **Begleitende psychische Erkrankungen:** Episodische depressive Verstimmungen, Angstsymptome
- **Begleitende physische Erkrankungen:** Keine bekannten physischen Komorbiditäten

4. Differenzialdiagnostik

- **Abgrenzung zu anderen psychischen und somatischen Störungen:**
 - **F10** - Störungen durch Alkoholgebrauch: Ausschluss aufgrund des primären Gebrauchs von Stimulanzien
 - **F32** - Depressive Episode: Unterscheidung durch primäre Symptome des Substanzgebrauchs und nicht-episodisches Muster
 - **F41.1** - Generalisierte Angststörung: Unterscheidung durch klaren Zusammenhang zwischen Angstsymptomen und Substanzgebrauch

5. Zeitkriterien

- **Dauer der Symptome:** Der Substanzgebrauch hat sich über das letzte Jahr entwickelt und intensiviert, mit deutlicher Zunahme in den letzten sechs Monaten.

6. Triadisches System

- **Psychogen:** Die Störung wird hauptsächlich durch psychische und soziale Faktoren (Stress, Arbeitsdruck) verursacht, mit einer psychogenen Komponente der Abhängigkeit.

7. Symptome

Primäre Symptome:

- Regelmäßiger Konsum von Stimulanzien (Amphetamine)
- Starkes Verlangen nach der Substanz
- Verlust der Kontrolle über den Substanzgebrauch
- Fortgesetzter Konsum trotz negativer Konsequenzen

Sekundäre Symptome:

- Gereiztheit, Nervosität
- Rastlosigkeit
- Schlafstörungen
- Appetitlosigkeit

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- Mindestens drei der oben genannten Symptome über einen Zeitraum von mindestens einem Monat (oder wiederholt innerhalb eines Jahres)

8. Behandlungsmethoden

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Zur Identifikation und Veränderung dysfunktionaler Gedankenmuster und Verhaltensweisen, die den Substanzgebrauch aufrechterhalten.
- **Motivierende Gesprächsführung (MI):** Zur Förderung der Veränderungsbereitschaft und zur Unterstützung bei der Reduktion oder Beendigung des Substanzgebrauchs.

Medikamentöse Therapie:

- **Anxiolytika oder Antidepressiva:** Zur Behandlung komorbider Angst oder Depression, wenn erforderlich.

Soziotherapie:

- **Unterstützung bei sozialen und beruflichen Problemen:** Beratung und Unterstützung bei der Bewältigung von arbeitsbezogenem Stress.

Ergotherapie:

- **Förderung von Alltagsfähigkeiten:** Unterstützung bei der Strukturierung des Alltags und der Entwicklung gesunder Routinen.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR):** Zur Reduktion von Stress und Förderung der Achtsamkeit im Alltag.

F16 - Störungen durch Halluzinogene: 0,1%

1. Anamnese

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient, Herr K., ist 28 Jahre alt, ledig und arbeitet als Grafikdesigner. Er berichtet über eine überwiegend unauffällige Kindheit und Jugend ohne wesentliche physische oder psychische Vorerkrankungen.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine früheren psychiatrischen Diagnosen oder relevanten körperlichen Erkrankungen. Gelegentliche Kopfschmerzen und Rückenschmerzen aufgrund der beruflichen Tätigkeit.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Vater mit bekanntem Alkoholproblem, keine weiteren bekannten psychischen Erkrankungen in der Familie.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Guter Kontakt zu Freunden und Familie, jedoch zunehmende Konflikte aufgrund des Substanzkonsums.
- **Beruf:** Stabiler Job als Grafikdesigner, jedoch häufige Fehlzeiten und Leistungsabfall in letzter Zeit.
- **Lebensumstände:** Lebt alleine in einer Mietwohnung, hat finanzielle Schwierigkeiten aufgrund des Substanzkonsums.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol:** Gelegentlicher Konsum, ohne Anzeichen von Missbrauch.
- **Drogen:** Regelmäßiger Gebrauch von Halluzinogenen (LSD, Psilocybin) in den letzten zwei Jahren. Berichtet über verstärkte Nutzung in stressigen Zeiten.
- **Medikamente:** Keine regelmäßige Einnahme von Medikamenten.

2. Psychopathologischer Befund

Bewusstsein und Orientierung:

- **Klarheit:** Wach und ansprechbar.
- **Orientierung:** Vollständig orientiert (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person).

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- **Kurzzeitgedächtnis:** Leichte Beeinträchtigung, insbesondere nach Substanzkonsum.
- **Langzeitgedächtnis:** Unauffällig.

Denkprozesse:

- **Inhalt:** Berichte über anhaltende Wahrnehmungsveränderungen und gelegentliche paranoide Gedanken während und nach dem Konsum.
- **Form:** Keine formalen Denkstörungen.

Affektivität:

- **Stimmung:** Schwankend, von Euphorie während des Konsums zu Niedergeschlagenheit und Reizbarkeit in den Tagen danach.
- **Emotionale Reaktionen:** Teilweise unangemessen intensiv, insbesondere in stressigen Situationen.

Wahrnehmung:

- **Halluzinationen:** Visuelle Halluzinationen und veränderte Farbwahrnehmung während des Konsums, gelegentlich auch in den Tagen danach.
- **Illusionen:** Verstärkte sensorische Eindrücke, insbesondere Geräusche und visuelle Reize.

Antrieb und Psychomotorik:

- **Aktivität:** Schwankend, von hyperaktiv während des Konsums zu antriebsarm danach.
- **Bewegungsabläufe:** Keine auffälligen Bewegungsstörungen.

Selbstwertgefühl:

- **Selbstbild:** Niedriges Selbstwertgefühl, verstärkt durch soziale und berufliche Probleme aufgrund des Substanzkonsums.
- **Selbstbewusstsein:** Variabel, abhängig vom Substanzkonsum.

Soziale Interaktion:

- **Soziale Fähigkeiten:** Beeinträchtigt, zunehmender sozialer Rückzug und Konflikte mit Freunden und Familie.
- **Rückzug:** Deutlich in stressigen Phasen und nach intensiven Konsumepisoden.

Krankheitseinsicht:

- **Einsicht:** Teilweise vorhanden, erkennt den problematischen Substanzkonsum, zeigt aber ambivalente Haltung gegenüber einer Veränderung.

3. Komorbiditäten

Begleitende psychische und physische Erkrankungen:

- **Psychische Komorbiditäten:** Hinweise auf eine depressive Verstimmung und Angststörungen, insbesondere nach dem Konsum.
- **Physische Komorbiditäten:** Keine relevanten physischen Erkrankungen, gelegentliche Kopfschmerzen.

4. Differenzialdiagnostik

Abgrenzung zu anderen psychischen und somatischen Störungen:

- **Schizophrenie:** Ausgeschlossen durch fehlende anhaltende Wahnsymptome und formale Denkstörungen.
- **Affektive Störungen:** Depressive und angstbezogene Symptome werden als sekundär und substanzinduziert betrachtet.
- **Andere Substanzstörungen:** Kein signifikanter Missbrauch anderer Substanzen.

5. Zeitkriterien

Dauer der Symptome:

- **Akut:** Symptome treten hauptsächlich während und nach dem Konsum auf.
- **Chronisch:** Beeinträchtigungen in den letzten zwei Jahren, schleichende Verschlechterung.

6. Triadisches System

Psychogen: Die Störung wird primär durch den Substanzkonsum ausgelöst und aufrechterhalten, wobei psychische Faktoren wie Stress und soziale Probleme eine Rolle spielen.

7. Symptome

Primäre Symptome:

- **Halluzinationen:** Visuelle Wahrnehmungsveränderungen.
- **Paranoide Gedanken:** Gelegentlich während und nach dem Konsum.
- **Stimmungsschwankungen:** Euphorie während des Konsums, Niedergeschlagenheit danach.

Sekundäre Symptome:

- **Sozialer Rückzug:** Zunehmende Isolation und Konflikte.
- **Leistungsabfall:** Berufliche Schwierigkeiten und Fehlzeiten.
- **Angst und Depression:** Verstärkte Symptome nach dem Konsum.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- **Diagnosekriterien erfüllt:** Mehrere primäre und sekundäre Symptome sind vorhanden und beeinträchtigen das Leben des Patienten erheblich.

8. Behandlungsmethoden

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Fokus auf Substanzmissbrauch und zugrunde liegende psychische Probleme.
- **Motivierende Gesprächsführung:** Förderung der Einsicht und Motivation zur Veränderung.

Medikamentöse Therapie:

- **Antidepressiva:** Bei deutlichen depressiven Symptomen.
- **Anxiolytika:** Kurzfristig bei intensiven Angstzuständen.

Soziotherapie:

- **Unterstützung bei sozialen und beruflichen Problemen:** Beratung und Unterstützung zur Reintegration und Bewältigung sozialer Konflikte.

Ergotherapie:

- **Förderung von Alltagsfähigkeiten:** Unterstützung zur Stabilisierung des Alltags und Verbesserung der Lebensqualität.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **MBSR und MBCT:** Techniken zur Stressbewältigung und Reduktion der Rückfallgefahr.

F17 - Störungen durch Tabakkonsum: 0,1%

1. Anamnese:

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient begann mit dem Rauchen im Jugendalter (ca. 15 Jahre). Der Tabakkonsum hat sich über die Jahre hinweg gesteigert.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Keine schwerwiegenden psychischen Erkrankungen in der Vergangenheit. Physische Erkrankungen umfassen wiederkehrende Bronchitis und gelegentliches Sodbrennen.

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Vater des Patienten war starker Raucher und litt an chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD). Mutter hat ebenfalls eine Geschichte von Rauchen, aber keine bekannten psychischen Erkrankungen.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Der Patient hat einen stabilen Freundeskreis, in dem Rauchen sozial akzeptiert ist. Verheiratet, zwei Kinder.
- **Beruf:** Angestellter in einem Büro, Rauchen ist in der Arbeitspause üblich.
- **Lebensumstände:** Lebt in einem städtischen Gebiet, Zugang zu Tabakprodukten ist einfach.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol:** Gelegentlicher Konsum, kein Missbrauch.
- **Drogen:** Keine illegalen Drogen.
- **Medikamente:** Keine regelmäßigen Medikamente, gelegentlicher Gebrauch von Nikotinersatztherapie (Nikotinpflaster) ohne langfristigen Erfolg.

2. Psychopathologischer Befund:

Bewusstsein und Orientierung:

- Klar und voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person).

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- Keine Auffälligkeiten im Kurz- und Langzeitgedächtnis.

Denkprozesse:

- Keine Wahnvorstellungen oder Denkstörungen, jedoch rationalisiert der Patient oft seinen Tabakkonsum ("Es hilft mir, mich zu entspannen").

Affektivität:

- Grundsätzlich stabile Stimmung, gelegentlich gereizt, wenn er versucht, das Rauchen zu reduzieren.

Wahrnehmung:

- Keine Halluzinationen oder Illusionen.

Antrieb und Psychomotorik:

- Normal, aber zeigt typische Anzeichen von Nikotinabhängigkeit (Drang nach der Zigarette).

Selbstwertgefühl:

- Normal, jedoch empfindet Scham und Schuldgefühle in Bezug auf den Tabakkonsum.

Soziale Interaktion:

- Gut entwickelte soziale Fähigkeiten, keine Anzeichen von sozialem Rückzug.

Krankheitseinsicht:

- Teilweise Einsicht in die Abhängigkeit und die gesundheitlichen Risiken, zeigt jedoch Ambivalenz gegenüber der Notwendigkeit eines vollständigen Rauchstopps.

3. Komorbiditäten:

- **Physische Erkrankungen:** Wiederkehrende Bronchitis, gelegentliches Sodbrennen.
- **Psychische Erkrankungen:** Keine bekannten komorbiden psychischen Störungen.

4. Differenzialdiagnostik:

- **Abgrenzung zu anderen psychischen und somatischen Störungen:** Sicherstellen, dass keine anderen substanzbedingten Störungen vorliegen, keine depressive Episode, die den Tabakkonsum erklären könnte. Abgrenzung zu Angststörungen und anderen Abhängigkeitserkrankungen.

5. Zeitkriterien:

- **Dauer der Symptome:** Langjähriger Tabakkonsum, mindestens seit 20 Jahren.

6. Triadisches System:

- **Exogen:** Körperliche Krankheitsprozesse, z.B. wiederkehrende Bronchitis, die durch das Rauchen verschlimmert werden.

7. Symptome:

Primäre Symptome:

- Starker Drang nach Zigaretten.
- Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren oder zu reduzieren.
- Fortgesetzter Konsum trotz Wissen um die gesundheitlichen Risiken.

Sekundäre Symptome:

- Reizbarkeit und Unruhe bei Versuch, das Rauchen zu reduzieren.
- Körperliche Symptome wie Husten, Atemnot bei körperlicher Anstrengung.

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- Nach ICD-10 müssen mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sein: starker Wunsch oder Zwang, Tabak zu konsumieren; verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Konsums; Entzugssymptome bei Nichtgebrauch; Toleranzentwicklung; fortgesetzter Gebrauch trotz schädlicher Folgen; Vernachlässigung anderer Aktivitäten zugunsten des Tabakkonsums.

8. Behandlungsmethoden:

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Um kognitive Verzerrungen zu identifizieren und zu verändern, die den Tabakkonsum aufrechterhalten.
- **Motivierende Gesprächsführung:** Zur Förderung der Bereitschaft, das Rauchen aufzugeben.

Medikamentöse Therapie:

- **Nikotinersatztherapie (NRT):** Pflaster, Kaugummi, Inhalatoren zur Linderung von Entzugssymptomen.
- **Vareniclin oder Bupropion:** Medikamente zur Unterstützung des Rauchstopps.

Soziotherapie:

- **Unterstützungsgruppen:** Teilnahme an Selbsthilfegruppen für Raucherentwöhnung.

Ergotherapie:

- **Aktivitätsplanung:** Förderung gesunder Freizeitaktivitäten, die vom Rauchen ablenken.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction):** Zur Reduktion von Stress und Förderung der Achtsamkeit, um Rauchverlangen zu kontrollieren.

F18 - Störungen durch flüchtige Lösungsmittel: 0,1%

1. Anamnese:

Persönliche Anamnese:

- **Lebensgeschichte:** Der Patient berichtet, dass er seit der Jugend regelmäßig flüchtige Lösungsmittel inhalierte, um einen Rauschzustand zu erreichen. Die ersten Erfahrungen machte er im Alter von 15 Jahren. Die Häufigkeit des Konsums nahm in den letzten Jahren stetig zu.
- **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Es bestehen keine bekannten früheren psychischen Erkrankungen. Der Patient klagt jedoch über häufige Kopfschmerzen, Schwindel und Übelkeit.

Familienanamnese:

- Es gibt keine bekannten psychischen Erkrankungen in der Familie. Ein Onkel väterlicherseits hatte jedoch Alkoholprobleme.

Soziale Anamnese:

- **Soziale Beziehungen:** Der Patient lebt allein und hat kaum soziale Kontakte. Früher war er in einem Freundeskreis integriert, der ebenfalls flüchtige Lösungsmittel inhalierte.
- **Beruf:** Der Patient ist derzeit arbeitslos und hatte zuletzt vor einem Jahr eine feste Anstellung. Seine Arbeitslosigkeit steht im Zusammenhang mit Fehlzeiten und Leistungsabfall, die auf den Substanzgebrauch zurückzuführen sind.
- **Lebensumstände:** Der Patient lebt in einer kleinen Wohnung und berichtet von einer unregelmäßigen Tagesstruktur.

Substanzgebrauch:

- **Alkohol:** Der Patient konsumiert gelegentlich Alkohol, jedoch nicht regelmäßig.
- **Drogen:** Neben den flüchtigen Lösungsmitteln gibt der Patient an, gelegentlich Marihuana zu rauchen.
- **Medikamente:** Keine relevanten Medikamentenabhängigkeiten oder Missbrauch.

2. Psychopathologischer Befund:

Bewusstsein und Orientierung:

- Der Patient ist klar und voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ und zur Person).

Gedächtnis und Merkfähigkeit:

- Der Patient zeigt leichte Beeinträchtigungen im Kurzzeitgedächtnis, hat jedoch keine schwerwiegenden Gedächtnisverluste.

Denkprozesse:

- Denkprozesse sind im Allgemeinen geordnet, jedoch berichtet der Patient von gelegentlichen Konzentrationsschwierigkeiten.

Affektivität:

- Die Stimmung ist gedrückt, der Patient wirkt emotional abgestumpft. Er zeigt eine eingeschränkte Bandbreite an emotionalen Reaktionen.

Wahrnehmung:

- Der Patient berichtet von gelegentlichen optischen Halluzinationen während des Inhalierens der Lösungsmittel.

Antrieb und Psychomotorik:

- Der Antrieb ist reduziert, der Patient zeigt eine verlangsamte Psychomotorik.

Selbstwertgefühl:

- Der Patient hat ein niedriges Selbstwertgefühl und zeigt wenig Selbstbewusstsein.

Soziale Interaktion:

- Es besteht ein erheblicher sozialer Rückzug und eine Beeinträchtigung der sozialen Fähigkeiten.

Krankheitseinsicht:

- Der Patient zeigt nur geringe Einsicht in die Schädlichkeit seines Substanzgebrauchs und die Notwendigkeit einer Behandlung.

3. Komorbiditäten:

- **Physische Erkrankungen:** Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit
- **Psychische Erkrankungen:** Keine diagnostizierten komorbiden psychischen Störungen

4. Differenzialdiagnostik:

- Abgrenzung zu anderen Substanzgebrauchsstörungen (z.B. Alkohol- oder Drogenmissbrauch) erfolgt durch spezifische Anamnese des Inhalierens flüchtiger Lösungsmittel.
- Ausschluss von primären psychischen Störungen, die nicht durch Substanzgebrauch bedingt sind.

5. Zeitkriterien:

- **Dauer der Symptome:** Der Substanzgebrauch besteht seit der Jugend, mit einer Intensivierung über die letzten Jahre. Die Symptome sind chronisch und episodisch.

6. Triadisches System:

- **Exogen:** Die Störung ist exogen bedingt, da sie durch den Konsum und die toxischen Wirkungen flüchtiger Lösungsmittel verursacht wird.

7. Symptome:

Primäre Symptome:

- Wiederholter Gebrauch flüchtiger Lösungsmittel trotz schädlicher Konsequenzen
- Toleranzentwicklung und Entzugserscheinungen bei Absetzen
- Psychische und physische Beeinträchtigungen (Halluzinationen, Kopfschmerzen, Schwindel)

Sekundäre Symptome:

- Soziale Isolation
- Berufliche und finanzielle Probleme
- Emotionale Abstumpfung und depressive Verstimmung

Anzahl der erforderlichen Symptome:

- Diagnostische Kriterien erfüllen die ICD-10-Vorgaben für Störungen durch flüchtige Lösungsmittel (wiederholter Gebrauch, Toleranz, Entzug, psychosoziale Beeinträchtigungen).

8. Behandlungsmethoden:

Psychotherapie:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Zur Identifikation und Veränderung dysfunktionaler Gedanken und Verhaltensweisen im Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch.
- **Motivierende Gesprächsführung:** Zur Steigerung der Motivation und Förderung der Krankheitseinsicht.

Medikamentöse Therapie:

- Gegebenenfalls symptomatische Behandlung von Entzugssymptomen, z.B. durch Beruhigungsmittel.

Soziotherapie:

- Unterstützung bei sozialen und beruflichen Problemen, Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt.

Ergotherapie:

- Förderung von Alltagsfähigkeiten und Strukturierung des Tagesablaufs.

Achtsamkeitsbasierte Methoden:

- **MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction):** Zur Reduktion von Stress und Förderung der Achtsamkeit.

F19 - Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: 0,1%

1. Anamnese:

- **Persönliche Anamnese:**
 - **Lebensgeschichte:** Der Patient, Herr X, ist 35 Jahre alt und arbeitet als IT-Spezialist. Er berichtet über eine unregelmäßige Beschäftigung und häufige Jobwechsel in den letzten zehn Jahren. Seine Kindheit beschreibt er als instabil, mit mehreren Umzügen und Konflikten innerhalb der Familie.
 - **Frühere psychische und physische Erkrankungen:** Herr X hatte als Teenager depressive Episoden und wurde mit 16 Jahren wegen einer akuten Alkoholintoxikation in ein Krankenhaus eingeliefert. Er berichtet auch über chronische Rückenschmerzen, die seit mehreren Jahren bestehen.
- **Familienanamnese:**
 - **Psychische Erkrankungen in der Familie:** Der Vater von Herr X litt unter Alkoholabhängigkeit und Depressionen. Die Mutter hatte keine bekannten psychischen Erkrankungen, allerdings gibt es Berichte über Angststörungen bei seiner Großmutter mütterlicherseits.
- **Soziale Anamnese:**
 - **Soziale Beziehungen:** Herr X lebt allein und hat einen eingeschränkten sozialen Kreis. Er berichtet über einige Freunde, jedoch keine engen Bindungen. Er hat sich von seiner Familie entfremdet.
 - **Beruf:** Unregelmäßige Beschäftigung als IT-Spezialist mit häufigen Jobwechseln und Phasen der Arbeitslosigkeit.
 - **Lebensumstände:** Herr X wohnt in einer kleinen Mietwohnung und führt einen unstrukturierten Lebensstil mit unregelmäßigen Schlaf- und Essgewohnheiten.
- **Substanzgebrauch:**
 - **Alkohol:** Täglicher Konsum von Bier und Spirituosen, oft bis zur Intoxikation.

- **Drogen:** Regelmäßiger Konsum von Cannabis und gelegentlicher Gebrauch von Kokain und Ecstasy bei sozialen Anlässen.
- **Medikamente:** Einnahme von Schmerzmitteln ohne ärztliche Verschreibung, insbesondere Opioide.

2. Psychopathologischer Befund:

- **Bewusstsein und Orientierung:**
 - Klar und voll orientiert (zeitlich, örtlich, situativ und zur Person).
- **Gedächtnis und Merkfähigkeit:**
 - Keine signifikanten Beeinträchtigungen im Kurz- und Langzeitgedächtnis feststellbar, jedoch gelegentliche Gedächtnislücken bei starkem Substanzgebrauch.
- **Denkprozesse:**
 - Gedankengänge erscheinen geordnet, jedoch berichten einige nahe Bekannte über gelegentliche Denkstörungen und paranoide Gedanken während der Intoxikation.
- **Affektivität:**
 - Schwankende Stimmungslage, häufig gereizt und leicht aus der Fassung zu bringen. Depressive Verstimmungen werden regelmäßig berichtet.
- **Wahrnehmung:**
 - Keine Halluzinationen oder Illusionen im nüchternen Zustand, aber visuelle und auditive Halluzinationen bei intensivem Drogengebrauch.
- **Antrieb und Psychomotorik:**
 - Schwankend, von phasenweise gesteigerter Aktivität (besonders unter Drogeneinfluss) bis zu Phasen völliger Antriebslosigkeit und Apathie.
- **Selbstwertgefühl:**
 - Geringes Selbstwertgefühl, häufige Selbstzweifel und negative Selbstwahrnehmung.
- **Soziale Interaktion:**
 - Eingeschränkte soziale Fähigkeiten, Tendenz zum sozialen Rückzug, insbesondere bei Entzugssymptomen.
- **Krankheitseinsicht:**

- Begrenzte Einsicht in die Problematik, gelegentliche Anerkennung des Substanzproblems, aber oft Abwehrmechanismen und Rationalisierungen.

3. Komorbiditäten:

- **Begleitende psychische Erkrankungen:**
 - Depressive Episoden, gelegentliche Angstzustände.
- **Begleitende physische Erkrankungen:**
 - Chronische Rückenschmerzen.

4. Differenzialdiagnostik:

- **Abgrenzung zu anderen psychischen und somatischen Störungen:**
 - Ausschluss einer primären affektiven Störung, Schizophrenie und spezifischen Angststörungen durch genaue Anamnese und klinische Beobachtung.
 - Abgrenzung von anderen spezifischen Substanzstörungen wie alleinige Alkoholabhängigkeit oder isolierte Kokainabhängigkeit.

5. Zeitkriterien:

- **Dauer der Symptome:**
 - Chronischer Verlauf mit schleichendem Beginn seit über zehn Jahren. Episoden intensiven Substanzgebrauchs gefolgt von kurzen Abstinenzphasen.

6. Triadisches System:

- **Endogen:** Genetische Prädisposition durch familiäre Belastung mit Alkoholabhängigkeit und Depression.
- **Exogen:** Körperliche Krankheitsprozesse durch chronische Rückenschmerzen und Substanzgebrauch.
- **Psychogen:** Psychische Belastungen durch instabile Kindheit und sozialen Rückzug.

7. Symptome:

- **Primäre Symptome:**
 - Starkes Verlangen nach Substanzen (Craving), Unfähigkeit, den Gebrauch zu kontrollieren, Toleranzentwicklung und Entzugssymptome.
- **Sekundäre Symptome:**
 - Soziale und berufliche Beeinträchtigungen, depressive Verstimmungen, Reizbarkeit, körperliche Beschwerden durch Substanzmissbrauch.

- **Anzahl der erforderlichen Symptome:**
 - Mehr als drei der oben genannten Symptome über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr.

8. Behandlungsmethoden:

- **Psychotherapie:**
 - Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) zur Erkennung und Veränderung dysfunktionaler Denkmuster und Verhaltensweisen.
 - Motivationelle Gesprächsführung zur Erhöhung der Änderungsbereitschaft.
- **Medikamentöse Therapie:**
 - Einsatz von Antidepressiva zur Behandlung begleitender depressiver Symptome.
 - Verschreibung von Medikamenten zur Unterstützung des Entzugs und zur Reduktion des Substanzverlangens (z.B. Naltrexon, Acamprosat).
- **Soziotherapie:**
 - Unterstützung bei der Reintegration in das soziale und berufliche Leben, inklusive Beratung und Hilfestellung bei sozialen Problemen.
- **Ergotherapie:**
 - Förderung von Alltagsfähigkeiten und Entwicklung gesunder Routinen.
- **Achtsamkeitsbasierte Methoden:**
 - Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) und Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung und Reduktion von Stress.