

Sybille Disse

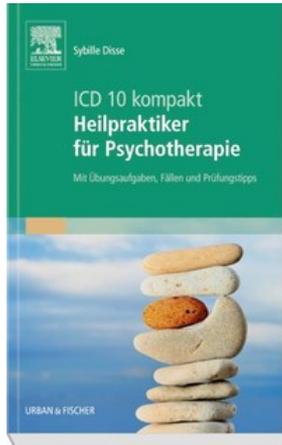
ICD 10 kompakt - Heilpraktiker für Psychotherapie

Leseprobe

[ICD 10 kompakt - Heilpraktiker für Psychotherapie](#)

von [Sybille Disse](#)

Herausgeber: Elsevier Urban&Fischer Verlag



<http://www.unimedita.de/b19383>

Sie finden bei [Unimedita](#) Bücher der innovativen Autoren [Brendan Brazier](#) und [Joel Fuhrmann](#) und [alles für gesunde Ernährung](#), [vegane Produkte](#) und [Superfoods](#).

Das Kopieren der Leseproben ist nicht gestattet.

Unimedita im Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern

Tel. +49 7626 9749 700

Email info@unimedita.de

<http://www.unimedita.de>



Hinweise zur Benutzung dieses Leitfadens

Die ICD-10

Die ICD-10 GM ist ein „internationaler Krankheiten-katalog“ bzw. ein Klassifikationssystem zur Verschlüsselung von Diagnosen. Der Name leitet sich ab aus der englischen Bezeichnung: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (deutsch: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme). Die Ziffer 10 bezeichnet die 10. Auflage/Revision und GM (German Modification) die deutsche Ausgabe/Übersetzung.

Die ICD wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben und vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIM-DI) ins Deutsche übertragen. Im Kapitel V (F00–F99) der ICD-10 werden die psychischen und Verhaltensstörungen (inkl. Störungen der psychischen Entwicklung) klassifiziert:

ICD-10 Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen	
F00–F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10–F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20–F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30–F39	Affektive Störungen
F40–F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50–F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60–F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70–F79	Intelligenzstörungen
F80–F89	Entwicklungsstörungen
F90–F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Während die Störungen der Gruppen F00–F69 in jedem Lebensalter auftreten können, handelt es sich bei den Störungsbildern der Gruppen F70–F98 ausschließlich um solche, die in der Kindheit und Jugend ihren Ausgang nehmen. Sie werden in den Kapiteln 8 bis 10 dieses Leitfadens behandelt:

Übersicht: Störungen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie	
F70–F73	Intelligenzminderungen
F80–F89	Entwicklungsstörungen
F90	Hyperkinetische Störungen (ADHS)
F91	Störungen des Sozialverhaltens
F92	Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen
F93	Emotionale Störungen des Kindesalters
F94	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F95	Ticstörungen
F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend

Der Aufbau dieses Leitfadens

Die Struktur der Kapitel zu den einzelnen psychischen Störungsbildern nach der ICD-10 wurde speziell an die Bedürfnisse der (zukünftigen) Heilpraktiker im Bereich der Psychotherapie angepasst. Bei den Störungsbildern gehen die Ausführungen immer den Weg „vom Großen zum Kleinen“. Sie erhalten zu jedem Unterkapitel der ICD-10 zunächst eine Übersicht der zugehörigen Erkrankungen und dann zu jedem Krankheitsbild entsprechende Detailinformationen, die einheitlich wie folgt gegliedert sind:

1. Definition, Synonyme und dazugehörige Begriffe
2. Ätiologie, Pathogenese und Epidemiologie
3. Leitsymptome, Diagnostische Kriterien, Differenzialdiagnosen (DD) und Begleiterkrankungen
4. Therapie und Prognose

Daran schließen sich Übungsaufgaben zu den einzelnen Krankheitsbildern an, und am Kapitelende werden jeweils noch einige Wiederholungsübungen angeboten. Die Lösungen zu allen Aufgaben finden Sie am Schluss des Buches.

Damit Sie sich effizient vorbereiten und Prioritäten für den Lernprozess festlegen können, wird zu jedem Krankheitsbild die Prüfungsrelevanz mit folgenden Symbolen angegeben:

- : hohe Prüfungsrelevanz
 ○○ : mittlere Prüfungsrelevanz
 ○ : geringe bis keine Prüfungsrelevanz

Die gängigen psychopathologischen Symptome werden Ihnen sicher bekannt sein. Dennoch empfiehlt es sich, als wichtiges Arbeitsmittel ein klinisches Wörterbuch bereitzuhalten, um einzelne Definitionen im Zweifel noch einmal nachschlagen zu können. Einige grundlegende medizinischer Fachbegriffe, die in diesem Leitfaden häufig verwendet werden, habe ich in einem kleinen Glossar zusammengestellt.

Praxistipp

Bitte beachten Sie: Die Ausführungen zur Diagnostik und Therapie der einzelnen Krankheitsbilder beinhalten auch Hinweise zu ggf. erforderlichen körperlichen Untersuchungen, Labordiagnostik, bildgebenden Verfahren, erweiterter apparativer Diagnostik und Pharmakotherapie. Diese fallen selbstverständlich in den Verantwortungsbereich von (Fach-)Ärzten bzw. Kliniken. Als Heilpraktiker für Psychotherapie dürfen Sie in diesen Bereichen nicht tätig werden. Falls Sie die Ankerkennung als „Vollheilpraktiker“ anstreben, informieren Sie sich bitte genau, welche körperlichen Untersuchungen Sie durchführen und welche Laboruntersuchungen Sie ggf. veranlassen dürfen.

Die Prüfungsvorbereitung: Lernen – aber richtig!

Es gibt zwar verschiedene Lerntypen, aber allen gemeinsam ist, dass man für die Vorbereitung zur HPP-Prüfung eines tun muss: anfangen zu lernen!

Das funktioniert am besten, wenn Sie von Anfang an für optimale Lernvoraussetzungen sorgen. Wir empfehlen Ihnen, einen festen Lernort zu bestimmen, der frei von Störungsquellen ist. Nach Möglichkeit sollten Sie sich außerdem für das Lernen diejenige Tageszeit reservieren, zu der Sie erfahrungsgemäß besonders aufnahmefähig sind. Dabei kann es hilfreich sein, Ihre Mitmenschen über diese „Lernzeit“ zu informieren, damit Ihre Pläne nicht von spontanen Anrufen oder Besuchen durchkreuzt werden.

Denken Sie beim Lernen daran, regelmäßig Pausen zu machen. Wenn es mit der Konzentration steil bergab geht, ist es nicht sinnvoll, „um jeden Preis“ weiterzumachen. Ein kleiner Imbiss in aller Ruhe oder ein Spaziergang an der frischen Luft helfen, den Kopf wieder freizubekommen.

Und nicht zuletzt hat jeder Erfolg eine Belohnung verdient. Überlegen Sie sich, was Ihnen gut tut und womit Sie sich nach jedem „Etappensieg“ eine Freude machen können. So bleibt Ihnen die Motivation bis zum Schluss erhalten, und Sie können entspannt und zuversichtlich in die Prüfung gehen.

Der Aufbau dieses Leitfadens

Die Struktur der Kapitel zu den einzelnen psychischen Störungsbildern nach der ICD-10 wurde speziell an die Bedürfnisse der (zukünftigen) Heilpraktiker im Bereich der Psychotherapie angepasst. Bei den Störungsbildern gehen die Ausführungen immer den Weg „vom Großen zum Kleinen“. Sie erhalten zu jedem Unterkapitel der ICD-10 zunächst eine Übersicht der zugehörigen Erkrankungen und dann zu jedem Krankheitsbild entsprechende Detailinformationen, die einheitlich wie folgt gegliedert sind:

1. Definition, Synonyme und dazugehörige Begriffe
2. Ätiologie, Pathogenese und Epidemiologie
3. Leitsymptome, Diagnostische Kriterien, Differenzialdiagnosen (DD) und Begleiterkrankungen
4. Therapie und Prognose

Daran schließen sich Übungsaufgaben zu den einzelnen Krankheitsbildern an, und am Kapitelende werden jeweils noch einige Wiederholungsübungen angeboten. Die Lösungen zu allen Aufgaben finden Sie am Schluss des Buches.

Damit Sie sich effizient vorbereiten und Prioritäten für den Lernprozess festlegen können, wird zu jedem Krankheitsbild die Prüfungsrelevanz mit folgenden Symbolen angegeben:

- : hohe Prüfungsrelevanz
 ○○ : mittlere Prüfungsrelevanz
 ○ : geringe bis keine Prüfungsrelevanz

Die gängigen psychopathologischen Symptome werden Ihnen sicher bekannt sein. Dennoch empfiehlt es sich, als wichtiges Arbeitsmittel ein klinisches Wörterbuch bereitzuhalten, um einzelne Definitionen im Zweifel noch einmal nachschlagen zu können. Einige grundlegende medizinischer Fachbegriffe, die in diesem Leitfaden häufig verwendet werden, habe ich in einem kleinen Glossar zusammengestellt.

Praxistipp

Bitte beachten Sie: Die Ausführungen zur Diagnostik und Therapie der einzelnen Krankheitsbilder beinhalten auch Hinweise zu ggf. erforderlichen körperlichen Untersuchungen, Labordiagnostik, bildgebenden Verfahren, erweiterter apparativer Diagnostik und Pharmakotherapie. Diese fallen selbstverständlich in den Verantwortungsbereich von (Fach-)Ärzten bzw. Kliniken. Als Heilpraktiker für Psychotherapie dürfen Sie in diesen Bereichen nicht tätig werden. Falls Sie die Ankerkennung als „Vollheilpraktiker“ anstreben, informieren Sie sich bitte genau, welche körperlichen Untersuchungen Sie durchführen und welche Laboruntersuchungen Sie ggf. veranlassen dürfen.

Die Prüfungsvorbereitung: Lernen – aber richtig!

Es gibt zwar verschiedene Lerntypen, aber allen gemeinsam ist, dass man für die Vorbereitung zur HPP-Prüfung eines tun muss: anfangen zu lernen!

Das funktioniert am besten, wenn Sie von Anfang an für optimale Lernvoraussetzungen sorgen. Wir empfehlen Ihnen, einen festen Lernort zu bestimmen, der frei von Störungsquellen ist. Nach Möglichkeit sollten Sie sich außerdem für das Lernen diejenige Tageszeit reservieren, zu der Sie erfahrungsgemäß besonders aufnahmefähig sind. Dabei kann es hilfreich sein, Ihre Mitmenschen über diese „Lernzeit“ zu informieren, damit Ihre Pläne nicht von spontanen Anrufen oder Besuchen durchkreuzt werden.

Denken Sie beim Lernen daran, regelmäßig Pausen zu machen. Wenn es mit der Konzentration steil bergab geht, ist es nicht sinnvoll, „um jeden Preis“ weiterzumachen. Ein kleiner Imbiss in aller Ruhe oder ein Spaziergang an der frischen Luft helfen, den Kopf wieder freizubekommen.

Und nicht zuletzt hat jeder Erfolg eine Belohnung verdient. Überlegen Sie sich, was Ihnen gut tut und womit Sie sich nach jedem „Etappensieg“ eine Freude machen können. So bleibt Ihnen die Motivation bis zum Schluss erhalten, und Sie können entspannt und zuversichtlich in die Prüfung gehen.

Abkürzungen

ABA	Applied behavior analysis	IPT	Interpersonelle Therapie (nach Klermann)
AD	Alzheimer-Demenz	IQ	Intelligenzquotient
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitäts-syndrom	KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
ADS	Aufmerksamkeitsdefizit-syndrom	MAO	Monoaminoxidase
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (erworbenes Immundefekt-syndrom)	MBCT	Mindful based cognitive therapy
CJD	Creutzfeld-Jakob-Disease	MMST	Mini-Mental-State-Test
CT	Computertomografie	MRT	Magnetresonanztomografie
DAT	Demenz vom Alzheimer-Typ	SE	Schlafentzugstherapie
DBT	Dialektisch-behaviorale Therapie (nach Linehan)	SFT	Schemafokussierte Therapie
DD	Differenzialdiagnose	SSRI	selektiver Serotoninwieder-aufnahmehemmer (Seroto-nin-Reuptake-Inhibitor)
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	TFDD	Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressions-abgrenzung
EEG	Elektroenzephalografie	TFT	Transference focused therapy
EKT	Elektrokrampftherapie	TIA	Transitorische ischämische Episode
FTD	Frontotemporale Demenz	ÜE	Übelkeit und/oder Erbrechen
HAD	HIV-assozierte Demenz	VaD/VD	Vaskuläre Demenz
HD	Huntington Disease	ZNS	Zentrales Nervensystem
HIV	Humanes Immunschwä- chevirus	ZÖSP	Zeitlich, örtlich, situativ, die eigene Person betreffend (Desorientiertheit)
HIVE	HIV-Enzephalopathie		
HKS	Hyperkinetisches Syndrom		

Glossar

Akinese	Hochgradige Bewegungsarmut
Arrhythmie, kardiale	Herzrhythmusstörung
Ataxie	Gang-/Standunsicherheit
Ätiologie	Lehre von den Ursachen der Krankheiten
Atrophie	Schwund, Schrumpfung
Ausschlussdiagnose	Diagnose, die sich nicht direkt aus den vorhandenen Symptomen, sondern durch den sukzessiven Ausschluss aller anderen infrage kommenden Erkrankungen ergibt.
Craving	Starkes Verlangen (bei Substanzabhängigkeit)
Diabetes mellitus	Chronisch erhöhter Blutzuckerspiegel aufgrund einer Insulinresistenz
Differenzialdiagnose	Erkrankung mit ähnlichen oder identischen Symptomen, die neben der eigentlichen Verdachtsdiagnose in Betracht gezogen werden muss
Epidemiologie	Lehre von der Entstehung, Verbreitung, Bekämpfung und den sozialen Folgen von Epidemien, zeittypischen Massenerkrankungen und Zivilisationsschäden
Extrapyramidal	Nicht von der Pyramidenbahn gesteuert
Extrazerebral	Außerhalb des Gehirns
Gastrointestinal	Magen und Darm betreffend
Hyperhidrosis	Vermehrtes Schwitzen
Hyperkinesie	Krankhaft gesteigerte Bewegungen
Hypersomnie	Übermäßige Schläfrigkeit
Hypertonie	Bluthochdruck
Hypoglykämie	Zu niedriger Blutzuckerspiegel
Hypokinesie	Bewegungsarmut
Hypothermie	Unterkühlung
Hypotonie	Niedriger Blutdruck
Hypoxie	Sauerstoffmangel
Iatrogen	Durch ärztliches Eingreifen verursacht (unerwünschte Folgen)
Insomnie	Schlafstörung
Intrakranial	Innerhalb des Schädels
Inzidenz	Anzahl der Neuerkrankungen innerhalb eines Zeitraums (meist 1 Jahr) in einer Population
Inzidenzrate	Anzahl der Neuerkrankungen innerhalb eines Zeitraums im Verhältnis zu einer gemittelten Risikopopulation (meist 100.000 Einwohner)
Irreversibel	unumkehrbar
Kardiovaskulär	Das Herz-Kreislauf-System betreffend
Kontraindikation	Umstand, der die Anwendung eines bestimmten Medikaments oder einer an sich zweckmäßigen therapeutischen Maßnahme verbietet
Kortikal	Die Hirnrinde betreffend
Leitsymptom	Das bedeutsamste Symptom einer Erkrankung
Metabolisch	Den Stoffwechsel (Metabolismus) betreffend, aus dem Stoffwechsel entstanden
Morbus	Krankheit
Neuroprotektion	Maßnahmen zum Schutz der Nerven vor den Folgen einer Schädigung
Palpitation	Als unangenehm empfundenenes Herzklopfen
Pathogenese	Entstehung und Entwicklung einer Krankheit
Prävalenz	Häufigkeitswahrscheinlichkeit einer Erkrankung in einem bestimmten Zeitraum und einer bestimmten Population

Prävalenzrate	Anzahl der Erkrankten im Verhältnis zur Anzahl der untersuchten Personen
Prodrom	Frühsymptom, Vorzeichen
Progredient	fortschreitend
Progression	(Krankheits-)Fortschritt
Remission	Nachlassen von Krankheitssymptomen
Rezidiv	Wiederholtes Auftreten einer Erkrankung
Rigor	Muskelstarre
Stupor	Zustand deutlich reduzierter oder aufgehobener psychischer und körperlicher Aktivität bei wachem Bewusstsein
Subakut	gemäßigt verlaufend
Subkortikal	Unterhalb der Großhirnrinde
Symptom	Krankheitszeichen
Syndrom	Gleichzeitiges Zusammentreffen verschiedener Symptome
Systemisch	Auf ein ganzes Organsystem bzw. den ganzen Körper einwirkend
Tachykardie	Beschleunigter Herzschlag
Tremor	Zittern
Trias	Symptomkomplex bzw. Zusammentreffen dreier charakteristischer Symptome einer Krankheit
Vaskulär	Die Gefäße betreffend
Zerebral	Das Gehirn betreffend
Zerebrovaskulär	Die Blutgefäße des Gehirns betreffend

Abbildungsnachweis

E426	Kanski, J. J.: Clinical Diagnosis in Ophthalmology. Elsevier/Mosby, 2006.
E471	Gilbert-Barness, E. et al.: Potter's Pathology of the Fetus, Infant and Child. Elsevier/Mosby, 2007.
E763	Shiland, B.: Mastering Healthcare Terminology. Elsevier Mosby, 2003.
E803	Lewis, S. L. et al.: Medical-Surgical Nursing. Elsevier/Mosby, 2010.
F218-003	Ryder SD. Clinical assessment of liver disease. Medicine. 2006; 35(1): p. 1-4
F769-1	Hirao K, et al. Theory of mind and frontal lobe pathology in schizophrenia: A voxel-based morphometry study. Schizophrenia Research. 2008; 105(1-3): p. 165-174.
G191	Young, B.: Wheater's Basic Pathology: A Text, Atlas and Review of Histopathology. Elsevier/Churchill Livingstone, 2010.
G354	Siegel J, Saukko P. Encyclopedia of Forensic Sciences. Elsevier/Academic Press, 2000.
L141	Stefan Elsberger, München
L143	Heike Hübner, Berlin
L157	S. Adler, Lübeck
R235	Böcker W, et al. Pathologie. 4.Aufl. Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag, München 2008

Inhaltsverzeichnis

- 1 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00–F09) 1**
 - F00–F03 Demenz 3
 - F00.-* Demenz bei Alzheimer-Krankheit 5
 - F01.- Vaskuläre Demenz 8
 - F02.-* Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten 11
 - F03 Nicht näher bezeichnete Demenz 21
 - F04 Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt 21
 - F05.- Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt 23
 - F06.- Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit 27
 - F07.- Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns 32
- 2 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) 39**
 - F10.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol 43
 - F11.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode 52
 - F12.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide 55
 - F13.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika 58
 - F14.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain 60
 - F15.- Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein 62
 - F16.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene 65
 - F17.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak 67
 - F18.- Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel 69
 - F19:ENDF19.- Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen 71
 - F1x.- Klinische Zustandsbilder durch psychotrope Substanzen nach ICD-10 72
- 3 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20–F29) 85**
 - F20.- Schizophrenie 86
 - F21 Schizotype Störung 101
 - F22.- Anhaltende wahnhafte Störungen 103
 - F23.- Akute vorübergehende psychotische Störungen 106
 - F24 Induzierte wahnhafte Störung 111
 - F25.- Schizoaffektive Störungen 112

- 4 Affektive Störungen (F30–F39) 117**
F30.- Manische Episode 120
F31.- Bipolare affektive Störung 127
F32.- Depressive Episode 131
F33.- Rezidivierende depressive Störung 138
F34.- Anhaltende affektive Störungen 141
- 5 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48) 147**
F40.- Phobische Störungen 149
F41.- Andere Angststörungen 157
F42.- Zwangsstörung 162
F43.- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen 167
F44.- Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) 175
F45.- Somatoforme Störungen 183
F48.- Andere neurotische Störungen 194
- 6 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50–F59) 201**
F50.- Essstörungen 202
F51.- Nichtorganische Schlafstörungen 211
F52.- Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit 221
F53.- Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert 230
F54 Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten 231
F55.- Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen 232
- 7 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60–F69) 235**
F60.- Spezifische Persönlichkeitsstörungen 237
F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen 253
F62.- Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns 254
F63.- Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle 257
F64.- Störungen der Geschlechtsidentität 263
F65.- Störungen der Sexualpräferenz 267
F66.- Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung 273
F68.- Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (bei Erwachsenen) 274
- Kinder- und Jugendpsychiatrie 279**
- 8 Intelligenzstörung (Intelligenzminderung) (F70–F79) 281**
F70.- Leichte Intelligenzminderung 284
F71.- Mittelgradige Intelligenzminderung 285

	F72.- Schwere Intelligenzminderung	286
	F73.- Schwerste Intelligenzminderung	286
	F74.- Dissoziierte Intelligenz	287
9	Entwicklungsstörungen (F80–F89)	289
	F80.- Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	291
	F81.- Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	296
	F82.- Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	302
	F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	303
	F84.- Tief greifende Entwicklungsstörungen	303
10	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90–F98)	315
	F90.- Hyperkinetische Störungen	316
	F91.- Störungen des Sozialverhaltens	320
	F92 kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen	325
	F93.- Emotionale Störungen des Kindesalters	327
	F94.- Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	332
	F95.- Ticstörungen	336
	F98.- Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	340
	Anhang	351
	Lösungen zu den Übungsaufgaben	353
	Quellenverzeichnis	363
	Index	369

3 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20–F29)

F20.- Schizophrenie	86
F20.0 Paranoide Schizophrenie	92
F20.1 Hebephrene Schizophrenie	94
F20.2 Katatone Schizophrenie	95
F20.3 Undifferenzierte Schizophrenie	97
F20.4 Postschizophrene Depression	98
F20.5 Schizophrenes Residuum	99
F20.6 Schizophrenia simplex	100
F21 Schizotype Störung	101
F22.- Anhaltende wahnhafte Störungen	103
F22.0 Wahnhafte Störung	104
F22.8 Sonstige anhaltende wahnhafte Störungen	105
F23.- Akute vorübergehende psychotische Störungen	106
F23.0 Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie	108
F23.1 Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie	109
F23.2 Akute schizophreniforme psychotische Störung	109
F23.3 Sonstige akute vorwiegend wahnhafte psychotische Störungen	110
F24 Induzierte wahnhafte Störung	111
F25.- Schizoaffektive Störungen	112
F25.0 Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch	113
F25.1 Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	114
F25.2 Gemischte schizoaffektive Störung	114

Übersicht

ICD-10-Code	Störung
F20	Schizophrenie
F21	Schizotype Störung
F22	Anhaltende wahnhaftige Störungen
F23	Akute vorübergehende psychotische Störungen
F24	Induzierte wahnhaftige Störung
F25	Schizoaffektive Störungen
F28	<i>Sonstige nichtorganische psychotische Störungen</i>
F29	<i>Nicht näher bezeichnete nichtorganische Störungen</i>

Die Etymologie des Wortes „schizophren“ entspricht der alten Vorstellung von einer „gespaltenen Persönlichkeit“ der Erkrankten, obwohl diese in der modernen Begriffsdefinition der Schizophrenie nicht nur keine Rolle mehr spielt, sondern im Gegenteil von vielen Betroffenen als Diffamierung (Abwertung bzw. Herabsetzung) wahrgenommen wird.

Die Schizophrenie (▶ F20.-) ist die häufigste und wichtigste Störung in diesem Abschnitt. Dargestellt werden die verschiedenen Subtypen. Außerdem findet sich hier die schizotype Störung (▶ F21), die zahlreiche Symptome aufweist, die charakteristisch für schizophrene Störungen sind. Wahrscheinlich steht sie genetisch mit der Schizophrenie in Beziehung, wobei jedoch Halluzinationen, Wahn und schwere Verhaltensstörungen fehlen.

Es folgen die anhaltenden wahnhaften Störungen, die keine direkte Verbindung mit der Schizophrenie haben, aber (v. a. im Frühstadium) schwierig zu unterscheiden sind. Diese Störungen werden nach ihrer Dauer in anhaltende wahnhaftige (▶ F22.-) und akute vorübergehende Störungen (▶ F23.-) unterteilt.

In dieser Gruppe findet man weiterhin die schizoaffektiven Störungen (▶ F25.-), die sowohl mit schizophrenen Symptomen als auch Störungen des Affekts einhergehen.

Falls Sie sich im Vorfeld noch nicht mit den schizophrenen Erkrankungen beschäftigt haben, wird Ihnen dieses Thema evtl. erst einmal sehr schwierig vorkommen. Je mehr Sie sich aber mit der Materie beschäftigen, umso interessanter und leichter wird der Stoff!

F20.- Schizophrenie**Definition/Synonyme**

Definition Die schizophrenen Störungen allgemein sind durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet. Das Bewusstsein ist klar und die intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt. Im Laufe der Zeit können sich jedoch gewisse kognitive Defizite entwickeln.

Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind Ichstörungen, Wahnsymptome, akustische Halluzinationen, Denkstörungen und charakteristische Negativsymptome.

Synonyme —Bewusstseinsspaltung

Ätiologie/Pathogenese/Epidemiologie

Ätiologie Die Entstehung der Schizophrenie ist multifaktoriell bedingt: hierbei spielen zu ca. 80 % die genetische Disposition und zu ca. 20 % nichtgenetische Faktoren, z. B. Belastungsfaktoren (Vulnerabilitäts-Stress-Modell), biografische (Erziehung, Bedingungen der persönlichen Entwicklung, Kommunikationsstil in der Familie) und psychosoziale Faktoren eine Rolle. [24]

Die Störung kann akut mit schwerwiegend gestörtem Verhalten beginnen oder schleichend verlaufen mit allmählicher Entwicklung seltsamer Gedanken und Verhaltensweisen.

Pathogenese

- Es kommt zu charakteristischen Veränderungen von Neurotransmittersystemen (insbesondere im dopaminergen, glutamatergen und im serotonergen System).
- Außerdem konnte durch bildgebende, neuroradiologische Methoden sowie neuropathologische Untersuchungen belegt werden, dass die schizophren Erkrankten z. B. typische Veränderungen der Ventrikel und Hirnfurchen, Volumenveränderungen der grauen Substanz (▶ Abb. 3.1) und eine Dysfunktion des limbischen Systems aufweisen. Daher kann die Schizophrenie nach Liebs als eine Art „Hirnentwicklungsstörung“ angesehen werden, die zu einer „neuronalen Netzwerkstörung“ führt. [5]
- **Epidemiologie** Die Lebenszeitprävalenz (die Wahrscheinlichkeit, einmal im Leben an einer Schizophrenie zu erkranken) liegt bei 1 %, die Inzidenz bei 19 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner. Die Ersterkrankung manifestiert sich überwiegend in der Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter (etwa zwei Drittel der Erkrankungen beginnen vor dem 30. Lebensjahr).

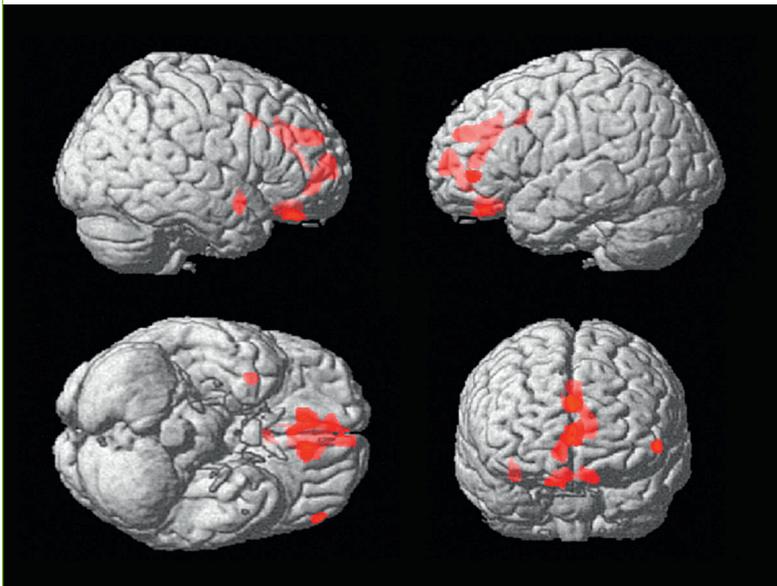


Abb. 3.1 Reduzierung der grauen Substanz im Gehirn eines schizophrenen Patienten. [F769-1]

- Frauen und Männer sind etwa gleich häufig betroffen (Verhältnis 1:1,4), aber der Beginn liegt bei den Frauen tendenziell einige Jahre später. Der Manifestationsgipfel für Männer liegt zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr, bei Frauen zwischen dem 25. und 35. Lebensjahr.
- Das Erkrankungsrisiko für Verwandte ersten Grades wird auf 5–15 % geschätzt und für eineiige Zwillingsgeschwister eines Erkrankten auf (45–50 %). [24]

3

Leitsymptome/Diagnose/DD/Begleiterkrankungen

Leitsymptome Abnorme Erlebnisweisen.

Schizophrenie-Trias Störungen des Denkens, Wahrnehmungsstörungen und inadäquate bzw. verflachte Affektivität.

Diagnostische Kriterien nach ICD-10 Allgemeine Kriterien für die paranoide, hebephrene, katatone und undifferenzierte Schizophrenie (F20.0–F20.3): Entweder mindestens eines der Symptome, Anzeichen oder Syndrome der 1. Gruppe oder mindestens zwei der 2. Gruppe sollten in der meisten Zeit während einer psychotischen Episode von **mindestens einem Monat** Dauer vorhanden sein (oder während einiger Zeit an den meisten Tagen).

1. **Symptom-Gruppe** (mindestens eines der folgenden Merkmale):
 - a. **Ichstörungen** (Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug oder Gedanken Ausbreitung)
 - b. **Wahn** (Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl der Fremdsteuerung in Bezug auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Gefühle oder Aktivitäten; wahnhafte Wahrnehmung)
 - c. **Akustische Halluzinationen** (Stimmen, die dialogisch über das Verhalten des Patienten reden oder untereinander über ihn diskutieren, oder Stimmen, die in bestimmten Körperteilen lokalisiert werden)
 - d. **Bizarrer Wahn** (anhaltende kulturell unangemessene oder völlig unrealistische Vorstellungen hinsichtlich der eigenen Person [z. B. Fähigkeit, das Wetter kontrollieren zu können oder mit Außerirdischen in Verbindung zu stehen])
2. **Symptom-Gruppe** (mindestens zwei der folgenden Merkmale):
 - a. **Anhaltende Halluzinationen**, die jeden Wahrnehmungssinn betreffen können, täglich während mindestens eines Monats, begleitet von hartnäckigem Bestehen auf überwertigen Ideen oder von diffus ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Reaktionen
 - b. **Formale Denkstörungen** (Neologismen, Abreißen oder Abschweifungen des Gedankenflusses mit der Folge von Zerfahrenheit oder Danebenreden)
 - c. **Katatone Symptomatik** (Erregung, Haltungsstereotypien oder wächserne Biegsamkeit [Flexibilitas cerea], Negativismus, Stupor und Mutismus)
 - d. **Negativsymptomatik** („negative“ Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte) [3]

Diagnostik Zu jeder Schizophreniediagnostik gehören immer eine ausführliche Anamnese, Fremdanamnese (nicht vergessen!), körperliche Untersuchungen und organische Ausschlussdiagnostik (Labordiagnostik, ggf. Drogenscreening, zerebrale Bildgebung, Liquorpunktion).

Folgende Merkmale stützen die Diagnose

- Die Patienten glauben oft, dass andere ihre Gedanken, Gefühle und Handlungen kennen oder daran teilhaben, oder dass ihre Gedanken und Handlungen von natürlichen oder übernatürlichen Kräften auf bizarre Weise manipuliert

werden. Das gibt ihnen das Gefühl, im Mittelpunkt eines bedeutsamen Geschehens zu stehen. Besonders häufig sind akustische Halluzinationen (kommentierende Stimmen). Hinzu kommen oft weitere Wahrnehmungsstörungen, etwa in Bezug auf die Intensität oder Qualität von Farben oder Geräuschen. Häufig wird objektiv unbedeutenden alltäglichen Situationen oder Eigenschaften von Alltagsobjekten eine absurd hohe Wichtigkeit oder unheimliche Bedeutung beigemessen, die immer in exklusiver Beziehung zur eigenen Person gesehen wird.

- Charakteristisch für die schizophrene Denkstörung ist die situationsunangemessene Fokussierung auf nebensächliche und unwichtige Züge eines Gesamtkonzepts, die objektiv eine geringe Bedeutung haben. So wird das Denken vage, unscharf und „schief“, und der sprachliche Ausdruck wird mitunter unverständlich. Brüche und Einschreibungen in den Gedankenfluss und das Gefühl von „Gedankenentzug“ kommen häufig vor.
- Die Stimmung ist oft flach, kapriziös oder den Umständen nicht angemessen. Ambivalenz und Antriebsschwäche können als Trägheit, Negativismus, Katatonie oder Stupor in Erscheinung treten.
- Bei chronischem Verlauf stehen häufig kognitive Störungen und sozialer Rückzug im Vordergrund der Symptomatik. [3]

Ausschlusskriterien Organische Störungen, Alkohol- oder Substanzintoxikation, Abhängigkeitssyndrom oder Entzugssyndrom, schizophrene Reaktion, akute (undifferenzierte) Schizophrenie, zyklische Schizophrenie, schizotype Störung, affektive Störungen.

Wichtig: Es muss außerdem ausgeschlossen werden, dass die Negativsymptome durch eine neuroleptische Medikation entstanden sind.

Differenzialdiagnosen

- Ähnliche Störungen bei Epilepsie oder anderen Hirnerkrankungen sollen unter ▶ F06.2 kodiert werden, die durch psychotrope Substanzen bedingten psychotischen Störungen unter F10–F19.
- Manie mit psychotischen Symptomen/(wahnhaft) Depressionen (bei massiven depressiven oder manischen Symptomen sollte die Diagnose Schizophrenie nur dann gestellt werden, wenn bereits vorher schizophrene Symptome aufgetreten sind).
- Schizoaffektive Störung (wenn schizophrene und affektive Symptome sich gleichzeitig entwickeln und in etwa gleicher Intensität auftreten).
- Gehirnerkrankung, Intoxikation, Entzugssyndrom. [3]
- Akute schizophreniforme psychotische Störung (wenn die für die Schizophrenie geforderten Symptome weniger als einen Monat andauern. Als Schizophrenie sollen diese erst dann diagnostiziert werden, wenn die Symptome länger bestanden haben).
- Anhaltende wahnhaftige Störungen (▶ F22).

Begleiterkrankungen Suchterkrankungen (v. a. Alkohol, Cannabis, Koffein, Nikotin, Benzodiazepine, Antiparkinsonmittel), andere psychische Erkrankungen, körperliche Erkrankungen (40–80 %). [24]

Therapie/Prognose

Therapie:

- **Schizophrenie-Behandlungstrias:**
 - Antipsychotika
 - Psychotherapie
 - Soziotherapie

- Gegebenenfalls **stationäre Behandlung** mit medikamentöser Ein- bzw. Neueinstellung und deeskalierende Maßnahmen sowie im Notfall Zwangsbehandlung gegen den Willen der Patienten (insbesondere bei akuten Schizophrenien, bei Eigen- und/oder Fremdgefährdung, Therapieresistenz bei ambulanter Behandlung, ausgeprägten Realitätsstörungen, Desorientiertheit bzw. Unfähigkeit des Patienten, für sich zu sorgen).
- **Pharmakotherapie:** v. a. Antipsychotika (bzw. Neuroleptika)
 - Akuttherapie, Erhaltungs- und Rezidivprophylaxe.
 - Patienten mit Positivsymptomatik (Wahn, Halluzinationen, Denkstörungen) sprechen besser auf Antipsychotika an, während Patienten mit Negativsymptomatik schlechter darauf ansprechen.
 - Antipsychotika zeigen bei akuter Positivsymptomatik Besserungsraten in 75 % der Fälle, wohingegen Placebos in bis zu 25 % der Fälle (immerhin!) eine Besserung bewirkten. [5]
- **Weitere Medikamente:**
 - Benzodiazepine (bei akuten psychotischen und erregten Patienten zur Sedierung).
 - Antidepressiva (bei depressiver Symptomatik).
 - Anticholinergika (bei Parkinson-ähnlichen Symptomen).
 - Phasenprophylaktika (bei Stimmungsschwankungen).
 - Anxiolytika (bei Angst und Unruhe).
 - Hypnotika (bei Schlafstörungen).
- **Psychotherapie:**
 - (kognitive) Verhaltenstherapie.
 - **Akut:** stützende, entängstigende und realitätskorrigierende Therapie.
 - **Langfristig:** Förderung der Krankheits- und Behandlungseinsicht, Vermittlung der Medikamentencompliance, Erlernen von rezidivprophylaktischen Verhaltensstrategien (z. B. Stressvermeidung, Stressbewältigung, Problemlösetraining), soziales Kompetenztraining, Frühinterventionsprogramme.
 - Familientherapie (Versuch, ein für die Krankheit günstiges Umfeld aufzubauen).
 - Psychotherapie muss vor allem bei Patienten eingesetzt werden, die nicht ausreichend auf die medikamentöse Therapie ansprechen.
- **Soziotherapie:** Wichtig ist v. a. die Rehabilitation nach abgelaufener Akutphase!
- **Psychoedukation:** Angehörige müssen so früh wie nur möglich mit einbezogen werden (Infos und Aufklärung über Entstehung, Symptome, Therapie und -entscheidungen sowie Rückfallschutz), Patient und Angehörige sollen Frühzeichen erkennen („Frühwarnsystem“).
- **Ergotherapie.**
- **Elektrokonvulsionstherapie** (Elektrokrampftherapie, EKT, bei schweren therapieresistenten Formen sowie bei perniziöser Katatonie).

Prognose

- Ein möglichst früher Beginn einer konsequenten Therapie verbessert die Prognose. Der Verlauf der schizophrenen Störungen zeigt große Unterschiede und kann entweder kontinuierlich episodisch mit zunehmenden oder stabilen Defiziten sein, oder es können eine oder mehrere Episoden mit vollständiger oder unvollständiger Remission auftreten. Zahlreiche Langzeitstudien haben belegt, dass bis zu 60 % der Patienten innerhalb von 10–30 Jahren eine deutliche Abschwächung der Symptomatik zeigen. [25]

- Ein akuter Krankheitsbeginn, heftige Begleitaefekte und Unterstützung durch die Familie sind für die Prognose eher günstig.
- Der schubförmige Verlauf führt oft zu Negativsymptomen, die sich bei jedem Schub verstärken (Residualsymptome, Restzustände).
- Frauen haben im Allgemeinen eine bessere Langzeitprognose. [5]

Merke

Suizidalität und Lebenserwartung

- Ca. 10% der Patienten begehen Suizid [24]. Denken Sie bei der Erkrankung also immer an die Eigen- und/oder Fremdgefährdung!
- Durch die hohe Suizidrate, vermehrte Unfälle und durch häufige komorbide körperliche Erkrankungen (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Adipositas) sowie die Pharmakotherapie ist die Lebenserwartung Schizophrener um ca. 15–20 Jahre verkürzt [24].

Organische Ursachen für schizophrene Symptome

- Drogenintoxikationen
- Medikamentennebenwirkungen (z. B. Kortikosteroide, Anticholinergika)
- Entzug (z. B. von Alkohol, Benzodiazepinen)
- Tumorerkrankungen
- Autoimmunerkrankungen (z. B. Lupus erythematodes)
- Endokrine Erkrankungen (z. B. Schilddrüsenerkrankungen)
- Metabolische Störungen (z. B. Vitamin-B12- oder Folsäuremangel)
- Porphyrrie (vermehrte Bildung und Ausscheidung von Porphyrinen [Abbauprodukte der Blutfarbstoffe] im Urin)
- Morbus Wilson (Kupferspeicherkrankheit)

Drittelregel zur Schizophrenie

- $\frac{1}{3}$ der Patienten erkrankt nach ein- bzw. mehrmaligem Auftreten der Erkrankung nie wieder (oder nur leicht).
- $\frac{1}{3}$ erkrankt mittelschwer mit Restzuständen.
- $\frac{1}{3}$ erkrankt schwer mit Restzuständen, chronisch bzw. erweist sich als therapieresistent (nicht ansprechend auf die Therapie).

Insgesamt erleiden also $\frac{2}{3}$ der Patienten Restzustände [26] (► Tab. 3.1)!

Tab. 3.1 Schizophrenieformen und Prognosen

ICD-10	Form	Prognose
F20.0	paranoide Schizophrenie	günstige Prognose
F20.1	hebephrene Schizophrenie	eher ungünstige Prognose
F20.2	katatone Schizophrenie	eher günstige Prognose
Sonderform	akute perniziöse (böartige) Katatonie	lebensbedrohlich!
F20.3	undifferenzierte Schizophrenie	unvollständige Remission
F20.4	postschizophrene Depression	vollständige Remission
F20.5	schizophrenes Residuum	Residualzustände
F20.6	Schizophrenia simplex	ungünstige Prognose
F20.8	sonstige Schizophrenien	Residualzustände
F23.-	akute vorübergehende psychotische Störungen	günstige Prognose
F25.-	schizoaffektive Störungen	relativ günstige Prognose

Praxistipps

High-Expressed Emotions In vielen Familien schizophrener Patienten kommt es zu einer emotional aufgeladenen Atmosphäre. Man fand statistische Zusammenhänge zwischen einem angespannten Familienklima (sog. „HEE-Muster“) und vermehrten Krankheitsrückfällen. Die Angehörigen benötigen daher dringend Unterstützung, wenn ein Familienmitglied erkrankt ist.

Rückfallrisiko Das größte Risiko für ein Rezidiv besteht beim abrupten Absetzen einer antipsychotischen Therapie (und natürlich durch Stress!).

Aufgaben 

3.1 Welche Symptome sind typisch für eine Schizophrenie?

3.2 Welche der folgenden Aussagen zur Schizophrenie treffen zu?

- Die Suizidrate ist hoch (ca. 10 %).
- Durch eine mehrmonatige neuroleptische Therapie lassen sich die Rezidive dauerhaft verhindern.
- Bei Patienten mit schizophrenem Residuum besteht für Heilpraktiker Behandlungsverbot.
- Bei chronischem Verlauf stehen häufig kognitive Störungen und sozialer Rückzug im Vordergrund der Symptomatik.
- Bei einer Erstmanifestation einer akuten Schizophrenie besteht für Heilpraktiker Meldepflicht.

3.3 Welche der folgenden Aussagen treffen zu? Faktoren, die bei der Erstmanifestation einer Schizophrenie hinsichtlich der Prognose als eher günstig gelten, sind:

- Heftige Begleitaffecte
- Unterstützende Familie
- Akuter Krankheitsbeginn
- Schleichender Krankheitsbeginn
- Auftreten von Schizophrenie bei nahen Angehörigen

3.4 Bei welchen der folgenden Symptome führt (nach ICD-10) das alleinige Auftreten des Symptoms zu der Diagnose Schizophrenie, wenn das Zeitkriterium erfüllt ist und keine Ausschlusskriterien (z. B. affektive Störung oder organische Hirnerkrankung) vorliegen?

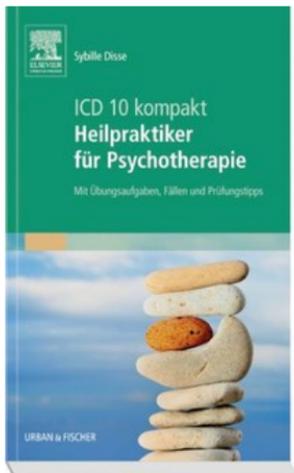
- Gedankenlautwerden
- Sozialer Rückzug
- Gedankenentzug
- Gedankenausbreitung
- Zerfahrenheit

F20.0 Paranoide Schizophrenie**Definition/Synonyme**

Definition Die paranoide Schizophrenie ist die häufigste Schizophrenieform (ca. zwei Drittel der Fälle [24]) und durch dauerhafte, häufig paranoide Wahnvorstellungen gekennzeichnet, meist begleitet von i. d. R. akustischen Halluzinationen und Wahrnehmungsstörungen.

Synonyme Paraphrenie, paranoid-halluzinatorische Schizophrenie.

Zugeordnete Befunde Paraphrene Schizophrenie.



Sybille Disse

[ICD 10 kompakt - Heilpraktiker für Psychotherapie](#)

Mit Übungsaufgaben, Fällen und Prüfungstipps

384 Seiten, kart.
erschieden 2015



bestellen

Mehr Bücher zu gesund leben und gesunder Ernährung

www.unimedica.de