Anhang D

Wichtige Veränderungen in der DSM-IV Text-Revision

Dieser Anhang gibt einen Überblick über die im Text vorgenommenen Änderungen, ohne daß diese vollständig aufgelistet sind. Änderungen im Wortlaut, die der Klarstellung dienen, und Erweiterungen der Abschnitte zur Differentialdiagnose werden hier nicht aufgeführt. Auch sollte erwähnt werden, daß ein Großteil der DSM-IV-Kapitel nicht revidiert wurde, was bedeutet, daß auch nach der Sichtung neuerer Literatur der größte Teil der im Originaltext enthaltenen Informationen aktuell geblieben ist.

Multiaxiale Beurteilung: Die Vorschriften für die Beurteilung des Globalen Funktionsniveaus (GAF) wurden erheblich erweitert. Hinzugefügt wurde eine Diskussion über die Anwendung der GAF auf den gegenwärtigen Zeitrahmen und über die der Skala zugrundeliegende Struktur (d. h. jedem Element wird ein Symptom und eine Funktionskomponente zugeordnet). Schließlich wurde eine vierschrittige Methode eingeführt, die sicherstellen soll, daß bei der Beurteilung kein Element der GAF-Skala übersehen wird.

Störungen, die Gewöhnlich Zuerst im Kleinkindalter, in der Kindheit oder der Adoleszenz Diagnostiziert werden

Geistige Behinderung: Zusatzinformationen über den Zusammenhang zu verschiedenen ätiologischen Faktoren und komorbiden Symptomen und Störungen (z. B. Fragiles-X-Syndrom und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) wurden aufgenommen.

Kommunikationsstörungen: Zusätzlicher Text verweist auf die Möglichkeit, eine sorgfältige Beurteilung der Sprachfähigkeit durchzuführen, wenn standardisierte Tests nicht verfügbar oder durchführbar sind (z. B. weil die vorhandenen Testverfahren nur an ausgewählten Stichproben standardisiert sind). Die Abschnitte über Prävalenz und Verlauf der Expressiven Sprachstörung, der Kombinierten Rezeptiv-Expressiven Sprachstörung und der Phonologischen Störung sowie der Abschnitt über den Verlauf des Stotterns wurden aktualisiert.

Autistische Störung: Der Text im Abschnitt über diagnostische Merkmale wurde verändert, um die Schwierigkeiten im pragmatischen Gebrauch von Sprache zu betonen, die besonders bei der Beurteilung weniger beeinträchtigter Betroffener relevant sind. Außerdem wurden bessere Beispiele für eingeschränkte, repetitive und stereotype Muster von Verhalten, Interessen und Aktivitäten hinzugefügt. Der Text wurde zudem um Hinweise darauf erweitert, daß in bis zu einem Fünftel der Fälle die Eltern retrospektiv eine normale Entwicklung während der ersten 1–2 Jahre beschreiben. Das Kapitel über assoziierte kognitive Defizite und körperliche Erkrankungen wurde aktualisiert. Die Bandbreite der Prävalenzangaben wurde revidiert, um eine Vielzahl neuerer Studien einzubeziehen, die eine höhere Prävalenz

nahelegen. Im Abschnitt über familiäre Verteilungsmuster wurden spezifischere Informationen über das Erkrankungsrisiko bei Geschwistern aufgenommen.

Rett-Störung: Es wurde Text hinzugefügt, um den Befund zu berücksichtigen, daß einige Fälle von Rett-Störung mit einer spezifischen genetischen Mutation einhergehen.

Asperger-Störung: Aufgrund der begrenzten verfügbaren Daten über diese neu aufgenommene Störung enthielt DSM-IV nur wenig mehr als eine Beschreibung der diagnostischen Kriterien. Dementsprechend wurde der Text zur Asperger-Störung jetzt erheblich revidiert. Spezifische Beispiele für die typischen Muster von Beeinträchtigungen in reziproken sozialen Situationen und für eingeschränkte, repetitive Verhaltensweisen und Interessen wurden hinzugefügt, um die Unterscheidung dieser Kinder von solchen mit einer Autistischen Störung zu erleichtern. Außerdem wurde Text hinzugefügt, der klarstellen soll, daß das Erfordernis einer nicht klinisch bedeutsam verzögerten Sprachentwicklung nicht impliziert, daß Kinder mit einer Asperger-Störung keine Kommunikationsprobleme haben. Die Abschnitte über zugehörige Merkmale und Störungen, Verlauf und Differentialdiagnose wurden erheblich erweitert und ein Abschnitt über besondere Altersmerkmale hinzugefügt.

Nicht Näher Bezeichnete Tiefgreifende Entwicklungsstörung: Die Definition wurde geändert, um den unbeabsichtigten Fehler zu korrigieren, daß diese Diagnose in Fällen gestellt werden konnte, bei denen nur in einem Entwicklungsbereich eine tiefgreifende Beeinträchtigung vorhanden war (d. h. in der Entwicklung reziproker sozialer Interaktion, kommunikativer Fertigkeiten oder stereotyper Verhaltensweisen, Interessen oder Aktivitäten). Die Definition erfordert es nun, daß eine Beeinträchtigung der reziproken sozialen Interaktion vorhanden ist, die mit einer Beeinträchtigung der kommunikativen Fähigkeiten oder mit dem Vorhandensein von stereotypen Verhaltensweisen, Interessen oder Aktivitäten einhergeht.

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung: Viele der vorgenommenen Veränderungen betonen Unterschiede zwischen den Subtypen. So haben z. B. Betroffene vom Vorwiegend Unaufmerksamen oder Kombinierten Typus häufig schulische und Ausbildungsprobleme, während solche vom Vorwiegend Hyperaktiv-Impulsiven Typus mehr Ablehnung durch Gleichaltrige und unfallbedingte Verletzungen erfahren. Das Geschlechterverhältnis ist beim Vorwiegend Unaufmerksamen Typus gleichmäßiger verteilt. Zusätzliche Informationen zu zugehörigen Merkmalen (z. B. IQ-Unterschiede, Vorhandensein von Familienstreitigkeiten) und zu besonderen Altersmerkmalen (insbesondere Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen) wurden hinzugefügt. Schätzungen der Prävalenzraten wurden nach oben revidiert, um der Zunahme der Prävalenz durch den Einschluß des Vorwiegend Hyperaktiv-Impulsiven und des Vorwiegend Unaufmerksamen Typus in DSM-IV Rechnung zu tragen.

Störung des Sozialverhaltens: Die Liste von Risikofaktoren für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens wurde erweitert. Die Beziehung zwischen der Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten und der späteren Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens vom Typus mit Beginn in der Kindheit wurde in den Abschnitt zum Verlauf aufgenommen.

Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten: Der Textabschnitt zum Verlauf verdeutlicht, daß viele Kinder mit einer Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten später keine Störung des Sozialverhaltens entwickeln, obwohl Fällen von Störung des Sozialverhaltens mit Beginn in der Kindheit häufig eine Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten vorausgeht.

Pica: Es wurden Prävalenzdaten und die Komorbidität mit der Tiefgreifenden Entwicklungsstörung hinzugefügt.

Fütterstörung im Säuglings- oder Kleinkindalter: In den Abschnitten über Prävalenz (Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung) und Verlauf (Persistenz von gegenüber Gleichaltrigen verminderter Größe und geringem Gewicht bis ins Erwachsenenalter) wurden Änderungen vorgenommen.

Ticstörungen: Die DSM-IV Kriterienliste für Ticstörungen wurde dahingehend korrigiert, daß das Erfordernis von „klinisch bedeutsamem Leiden oder Beeinträchtigungen" herausgenommen wurde, die in DSM-IV zu den meisten Störungen (einschl. der Ticstörungen) hinzugefügt worden war. Dieses Kriterium ist aus mehreren Gründen bei der Ticstörung problematisch, zum einen, weil es nicht mit der klinischen Erfahrung übereinstimmt (d. h. die meisten Kinder mit einer Tourette-Störung haben kein bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigungen), zum anderen, weil es epidemiologische Forschung und Familienstudien behindert. Andere Änderungen im Text betreffen eine erweiterte Beschreibung der Arten von Tics sowie Erweiterungen der Abschnitte über Differentialdiagnose (d. h. Unterscheidungen zwischen Tics und anderen Bewegungsstörungen), über zugehörige Merkmale und Störungen (einschließlich Komorbiditätsmuster), über besondere Altersmerkmale (Geschlechterverteilung), Prävalenz, Verlauf und familiäres Verteilungsmuster bei der Tourette-Störung.

Enkopresis: Enkopresis mit Verstopfung ist die häufigste Form. Der Text über physiologische Prädispositionen für Verstopfung wurde aktualisiert und erweitert.

Enuresis: Es wurden neue Informationen über verschiedene, der Enuresis diurna zugrundeliegende Mechanismen zugefügt. Die Abschnitte über zugehörige Merkmale und Störungen (insbesondere prädisponierende Faktoren), Prävalenz und familiäres Verteilungsmuster wurden aktualisiert.

Störung mit Trennungsangst: Die Abschnitte über Prävalenz und Verlauf wurden aktualisiert, um darzustellen, daß die Prävalenz von der Kindheit zur Adoleszenz abnimmt, und daß die meisten Kinder mit Trennungsangst im längeren Verlauf keine beeinträchtigenden Angststörungen aufweisen.

Reaktive Bindungsstörung: Die Abschnitte über zugehörige Merkmale und Störungen (Risikofaktoren wie extreme Vernachlässigung und Heimaufenthalte) und Verlauf (Persistenz wahlloser Beziehungsgestaltung) wurden aktualisiert.

Stereotype Bewegungsstörung: Pathologisches Abzupfen von Haut wurde aus der Liste der Beispiele gestrichen – solche Fälle würden als Nicht Näher Bezeichnete Störung der Impulskontrolle diagnostiziert. Der Abschnitt über zugehörige Merkmale und Störungen wurde verändert (d. h. Klärung, daß die Störung in nicht entwicklungsverzögerten Stichproben auftreten kann).

Delir, Demenz, Amnestische und Andere Kognitive Störungen

Delir: Der Abschnitt über zugehörige Merkmale und Störungen wurde geändert, um das Vorhandensein zweier unterschiedlicher Formen von Delir, die hyperaktive und die hypoaktive, zu betonen. Auch im Abschnitt über zugehörige Merkmale und Störungen wurde Text zugefügt, um die Ergebnisse wiederzugeben, daß in einer Reihe von Untersuchungspopulationen zunehmendes Alter als Risikofaktor für ein Delir identifiziert wurde, auch wenn andere Risikofaktoren (wie gleichzeitig vorhandene Erkrankungen) kontrolliert wurden. Es sind inzwischen Prävalenzdaten zum Delir aus zahlreichen Stichproben medizinisch Kranker ver-

fügbar (z. B. können bis zu 60 % der über 75jährigen Bewohner von Altenpflegeheimen ein Delir entwickeln). Die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose und Behandlung des Delirs wird in den grundlegenden Ergänzungen im Verlaufsabschnitt des Texts herausgestellt (z. B. kovariiert der prämorbide kognitive und körperliche Zustand mit der Prognose).

Delir Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors: Die Liste assoziierter medizinischer Krankheitsfaktoren wurde umgestellt und aktualisiert.

Substanzinduziertes Delir: Es wurde Text hinzugefügt, um klarstellen, daß Beginn und Ende durch verschiedene Faktoren wie Hirnverletzungen, höheres Alter, Halbwertszeiten von Substanzen, Vorhandensein von mehreren Substanzen und beeinträchtigter Clearance beeinflußt werden können.

Demenz: Es gibt neue diagnostische Codierungen für die Demenzen (außer der Vaskulären Demenz, die unverändert bleibt). Die Codierungsziffer für alle Demenzen (außer der Vaskulären) ist 294.10 beim Subtypus „Ohne Verhaltensstörungen“ und 294.11 beim Subtypus „Mit Verhaltensstörungen“. Codierbare Subtypen, die früher der Demenz vom Alzheimer Typ hinzugefügt werden konnten (z. B. Mit Depressiver Verstimmung), entfallen. Stattdessen wird die entsprechende Psychische Störung Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. 293.83 Affektive Störung Aufgrund einer Alzheimerschen Erkrankung) auf Achse I codiert. Aufgrund von ICD-9-CM-Codierungsregeln bleiben die Codeziffern und Subtypen der Vaskulären Demenz unverändert.

Die Liste der Ursachen für Demenzen wurde aktualisiert, um wiederzugeben, daß die nach der Alzheimerschen Erkrankung häufigste Ursache ein anderer neurodegenerativer Prozeß ist, wie die Lewy-Körper-Erkrankung oder eine frontotemporale Degeneration – zwei Ätiologien, die in DSM-IV nicht gesondert aufgeführt waren. Die Prävalenzzahlen wurden aktualisiert, um neuere epidemiologische Daten wiederzugeben (d. h. Prävalenzen von 1,5 % für Personen zwischen 65 und 69 Jahren, die auf 16 % bis 25 % für Personen über 85 ansteigen).

Demenz vom Alzheimer Typ: Trotz der großen Bemühungen, biologische Marker für die Alzheimersche Erkrankung zu entwickeln, sind diese bislang nicht weitreichend anerkannt. Im Abschnitt über zugehörige Laborbefunde (wie auch im Abschnitt zur Differentialdiagnose der Demenz) wurde Text zugefügt, der hervorhebt, daß die Alzheimersche Erkrankung eine Ausschlußdiagnose bleibt. Der Abschnitt zum Verlauf wurde aktualisiert, um die Entwicklung von Persönlichkeitsveränderungen hervorzuheben. Die Prävalenzangaben wurden auf der Grundlage der 1998 vom United States General Accounting Office durchgeführten Studie zur Prävalenz der Alzheimerschen Erkrankung revidiert. Schließlich wurde der Abschnitt über familiäre Verteilungsmuster aktualisiert, um neue Daten über chromosomale Verbindungen und die Rolle des genetischen Markers APOE4 als Risikofaktor für die Entwicklung von Fällen mit spätem Beginn einzubeziehen.

Demenz Aufgrund einer Parkinsonschen/Pickschen Erkrankung: Zwei der häufigsten Formen von Demenz sind die Lewy-Körper-Demenz und die frontotemporale Demenz (für die die Demenz Aufgrund einer Pickschen Erkrankung ein Beispiel ist). Obwohl die Datenlage nicht ausreichte, um eine vollständige Umstrukturierung dieses Kapitels zu rechtfertigen, wurde Text in den Abschnitten über Demenz Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors, Demenz Aufgrund einer Parkinsonschen und Demenz Aufgrund einer Pickschen Erkrankung hinzugefügt, um zu klären, wie solche Fälle zu klassifizieren sind.

Demenz Aufgrund einer Creutzfeldt-Jakobschen Erkrankung: Es wurde Text hinzugefügt, der die Übertragung von Prioneninfektionen von Art zu Art beschreibt, um den Ausbruch

der bovinen spongiformen Enzephalopathie in Großbritannien Mitte der 1990er Jahre zu berücksichtigen.

Psychische Störungen Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors

Persönlichkeitsveränderung Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors: Es wurde eine Veränderung vorgenommen, um einen Irrtum in den Ausschlußkriterien zu korrigieren, der die Diagnose einer Persönlichkeitsveränderung Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors in Komorbidität mit einer Demenz ausschloß. Dieses Kriterium war irrtümlich aus DSM-III-R übernommen worden, das die Diagnose von Persönlichkeitsveränderungen bei Vorhandensein einer Demenz ausschloß, weil Persönlichkeitsveränderung in den Kriterien für Demenz enthalten war. Klinisch bedeutsame Symptome im Rahmen einer Demenz werden klassifiziert, indem die spezifische Psychische Störung Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors zusammen mit der Demenz auf Achse I codiert wird. Daher wurde dieser Ausschluß herausgenommen, so daß z. B. einer Person mit einer Alzheimerschen Erkrankung, bei der sich eine Persönlichkeitsveränderung entwickelt, jetzt die komorbide Diagnose einer Persönlichkeitsveränderung Aufgrund einer Alzheimerschen Erkrankung gegeben werden kann.

Störungen im Zusammenhang mit Amphetamin (oder Amphetaminähnlichen Substanzen): Der Text über die Prävalenz von Amphetaminkonsum in verschiedenen Altersgruppen und die Prävalenz der Abhängigkeit wurde aktualisiert und erweitert.

Störungen im Zusammenhang mit Cannabis: Neuere Informationen über Wirkmechanismen wurden im Einleitungskapitel hinzugefügt. Der Text über Cannabisabhängigkeit wurde aktualisiert, um zu beschreiben, daß sich bei chronischen Konsumenten Nachweise für körperliche Abhängigkeit ergeben haben, die mit schwerwiegenderen cannabisbedingten Problemen einhergeht. Der Text über die Prävalenz von Cannabiskonsum in verschiedenen Altersgruppen und die Prävalenz der Abhängigkeit wurde erweitert und aktualisiert. Eine Diskussion über die Frage, ob Cannabiskonsum eine Vorstufe für den Konsum anderer Drogen darstellt (d. h. seine Rolle als „Einstiegsdroge") wurde im Verlaufsabschnitt hinzugefügt.

Störungen im Zusammenhang mit Halluzinogenen: Eine Diskussion über physiologische Veränderungen im Zusammenhang mit einer Intoxikation (z. B. Blutzuckererhöhungen) wurde aufgenommen. Der Text über die Prävalenz von Halluzinogenkonsum in verschiedenen Altersgruppen und die Prävalenz von Abhängigkeit und Mißbrauch wurde erweitert und aktualisiert.

Störungen im Zusammenhang mit Inhalantien: Es wurden Zusatzinformationen in den Abschnitten über zugehörige Laborbefunde (d. h. Einsatz von Urinassays für ein Stoffwechselprodukt von Toluol) und zusätzliche körperliche Untersuchungsbefunde und medizinische Krankheitsfaktoren (d. h. eine erweiterte Liste mit respiratorischen Komplikationen und Diskussion des möglichen Zusammenhangs zwischen Benzol und akuter myelitischer Leukämie) aufgenommen.

Störungen im Zusammenhang mit Koffein: Der Abschnitt über besondere kulturelle, Alters- und Geschlechtsmerkmale wurde erweitert, um Informationen über die mit dem Alter zunehmende Sensibilität gegenüber Kaffee aufzunehmen. Ein Abschnitt über Prävalenz wurde hinzugefügt, der Muster von Koffeinkonsum beschreibt, und der Abschnitt über Verlauf wurde erweitert und aktualisiert.

Störungen im Zusammenhang mit Kokain: Die Informationen über die Komplikationen einer schweren Kokainintoxikation wurden aktualisiert und erweitert, und der Abschnitt über besondere kulturelle, Alters- und Geschlechtsmerkmale wurde ebenfalls erneuert. Der Text über die Prävalenz von Kokainkonsum in verschiedenen Altersgruppen und die Prävalenz von Abhängigkeit und Mißbrauch wurde erweitert und aktualisiert.

Störungen im Zusammenhang mit Nikotin: Der Abschnitt über besondere kulturelle, Alters- und Geschlechtsmerkmale wurde aktualisiert (z. B. wurden Daten über erhöhte Nikotinspiegel im Blut bei afrikastämmigen Amerikanern aufgenommen). Der Text über die Prävalenz des Rauchens und anderen Tabakkonsums in verschiedenen Gruppen und die Prävalenz der Nikotinabhängigkeit wurde erneuert. Der Abschnitt über den Verlauf wurde aufgrund neuerer Daten revidiert.

Störungen im Zusammenhang mit Opiaten: Dem Abschnitt über zugehörige Laborbefunde wurden Informationen über Hepatitis-Screening-Tests und den zugehörigen körperlichen Untersuchungsbefunden und medizinischen Krankheitsfaktoren wurde die Zahl der Todesfälle durch medizinische Komplikationen hinzugefügt. Die Abschnitte über besondere kulturelle, Alters- und Geschlechtsmerkmale (d. h. Geschlechterverhältnis) und Verlauf (d. h. Remissionszahlen) wurden aktualisiert. Der Text über die Prävalenz verschiedener Opiumkonsum-

muster in unterschiedlichen Alters- und anderen demographischen Gruppen wurde aktualisiert und erweitert.

Störungen im Zusammenhang mit Phencyclidin (oder Phencyclidinähnlichen Substanzen): Der Text über die Prävalenz verschiedener Phencyclidinkonsummuster in unterschiedlichen Altersgruppen wurde aktualisiert und erweitert.

Störungen im Zusammenhang mit Sedativa, Hypnotika und Anxiolytika: Der Text über Konsummuster in unterschiedlichen Altersgruppen und über die Prävalenz von Abhängigkeit und Mißbrauch wurde aktualisiert.

Störung im Zusammenhang mit Multiplen Substanzen: Es wurden zusätzliche Beispiele aufgenommen, um die richtige Anwendung dieser Kategorie zu verdeutlichen.

Schizophrenie und Andere Psychotische Störungen

Die Einleitung wurde aktualisiert, um zu klarzustellen, daß psychotische Symptome weder zwangsläufig Kernsymptome der Störungen dieses Kapitels sind, noch daß die Störungen dieses Kapitels notwendigerweise eine gemeinsame Ätiologie aufweisen.

Schizophrenie: Der Abschnitt über zugehörige Merkmale und Störungen wurde aktualisiert und um Zusatzinformationen über Anosognosie (fehlende Krankheitseinsicht), Risikofaktoren für suizidales und fremdgefährdendes Verhalten und Komorbidität mit anderen Störungen erweitert. Dem Abschnitt über zugehörige Laborbefunde wurden neuere Informationen über strukturelles und funktionelles Neuroimaging, neuropsychologische Defizite und neurophysiologische Abweichungen hinzugefügt. Der Abschnitt über besondere kulturelle, Alters- und Geschlechtsmerkmale enthält eine erweiterte Diskussion über das Überdiagnostizieren von Schizophrenie in bestimmten ethnischen Gruppen, aktualisierte Informationen über Fälle mit spätem Beginn und neuere Daten zu Geschlechtsunterschieden. Dem Abschnitt über Prävalenz wurden aktuellere Informationen über regionale und historische Unterschiede in der Inzidenz hinzugefügt. Der Abschnitt über familiäre Verteilungsmuster führt das Konzept des „schizophrenen Spektrums" ein (d. h. die Bandbreite der Störungen, die bei Verwandten mit einer Schizophrenie mit größerer Wahrscheinlichkeit auftreten).

Schizophreniesubtypen: Die Einleitung wurde aktualisiert, um auf die Einschränkung von Stabilität und Vorhersagewert der Subtypen hinzuweisen.

Schizophreniforme Störung: Es wurden neue Informationen zur Prävalenz, einschließlich kontrastierender Zahlen in Industrie- und Entwicklungsländern aufgenommen. Ein kurzer Abschnitt über familiäre Verteilungsmuster wurde aufgenommen, in dem auf das möglicherweise erhöhte Risiko für Schizophrenie bei Verwandten von Personen mit Schizophreniformer Störung hingewiesen wird.

Schizoaffektive Störung: Die Abschnitte über besondere kulturelle, Alters- und Geschlechtsmerkmale (d. h. größere Häufigkeiten bei Frauen gehen meist auf eine erhöhte Inzidenz des Depressiven Typus zurück) und Verlauf (d. h. Zusammenhang zwischen einem Belastungsfaktor und einer besseren Prognose) wurden aktualisiert.

Wahnhafte Störung: Der Abschnitt über den Verlauf wurde aktualisiert.

Kurze Psychotische Störung: Der Abschnitt über Prävalenz wurde aktualisiert, um darauf hinzuweisen, daß die Störung zwar in Industrienationen selten vorkommt, daß jedoch psy-

chotische Episoden von geringfügig längerer Dauer (1–6 Monate) in Entwicklungsländern häufiger auftreten.

Psychotische Störung Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors: Die Liste ätiologisch relevanter medizinischer Krankheitsfaktoren wurde aktualisiert und Abschnitte über Prävalenz und Verlauf aufgenommen.

Affektive Störungen

Episode einer Major Depression: Der Abschnitt über zugehörige Laborbefunde wurde aktualisiert und um Informationen über zusätzliche neurobiologische Abweichungen (d. h. Abweichungen von Neuropeptiden und anderen Hormonen im Provokationstest) und Ergebnisse funktioneller Bildgebung erweitert. Der Abschnitt über besondere kulturelle, Alters- und Geschlechtsmerkmale wurde aktualisiert, um darauf hinzuweisen, daß das erhöhte Risiko von Frauen während der Adoleszenz entsteht und mit der Pubertät einhergehen kann.

Major Depression: Der Abschnitt über zugehörige körperliche Untersuchungsbefunde und medizinische Krankheitsfaktoren wurde aktualisiert, um zu betonen, daß komorbide medizinische Krankheitsfaktoren den Verlauf der Major Depression verschlechtern können. Der Abschnitt über besondere kulturelle, Alters- und Geschlechtsmerkmale wurde um Informationen über Laborbefunde (z. B. Hinweise auf eine Hyperintensität subkortikaler weißer Substanz) bei Depressionen mit spätem Beginn erweitert. Änderungen im Abschnitt über familiäre Verteilungsmuster weisen auf ein erhöhtes Risiko für Angststörungen bei Nachkommen von Menschen mit Depression hin.

Dysthyme Störung: Der Abschnitt zum Verlauf wurde aktualisiert, um darauf hinzuweisen, daß die Prognose einer Dysthymen Störung unter aktiver Behandlung deutlich besser ist. Veränderungen im Abschnitt über familiäre Verteilungsmuster weisen auf erhöhte Häufigkeiten von sowohl Dysthymer Störung als auch Major Depression bei Verwandten von Personen mit Dysthymer Störung hin.

Bipolar I Störung und Bipolar II Störung: Der Abschnitt über zugehörige Beschreibungsmerkmale und psychische Störungen wurde um Informationen über die Komorbidität der Bipolar I Störung und Störungen im Zusammenhang mit Alkohol und anderen Substanzen erweitert. Der Abschnitt über zugehörige Laborbefunde wurde aktualisiert, um auf die erhöhten Raten bestimmter Hirnläsionen bei Gruppen von Patienten mit Bipolar I Störung hinzuweisen. Der Abschnitt über zugehörige körperliche Untersuchungsbefunde und medizinische Krankheitsfaktoren wurde um klärende Informationen über den Zusammenhang zwischen Bipolar I und Bipolar II Störung und Schilddrüsenfehlfunktionen (d. h. Zusammenhänge zwischen einer Hypofunktion und Rapid Cycling und Hyperthyreose als Auslöser von Episoden bei Personen mit einer vorher bestehenden Affektiven Störung) erweitert. Der Abschnitt über besondere kulturelle, Alters- und Geschlechtsmerkmale wurde aktualisiert, um Geschlechterunterschiede in Hinblick auf Rapid Cycling, Arten von Episoden und Risiko für gemischte Episoden darzustellen. Die Beziehung zwischen Alter bei Beginn und Familienanamnese wird im Abschnitt über familiäre Verteilungsmuster bei der Bipolar I Störung beschrieben.

Nicht Näher Bezeichnete Bipolare Störung: Es wurde ein zusätzliches Beispiel aufgenommen, um klarzustellen, daß Personen mit chronischer Dysthymie, die gelegentlich auch hypomane Episoden erleben, weder für die Diagnose einer Dysthymen Störung (weil hypomane Episoden auftreten) noch einer Cyclothymen Störung (weil die hypomanen Episoden zu selten sind) in Frage kommen.

Katatone Merkmale: Der Text wurde um eine Aufstellung der Ursachen von Katatonie erweitert.

Melancholische Merkmale: Die ursprüngliche Auffassung, daß Personen mit Melancholischen Merkmalen mit größerer Wahrscheinlichkeit auf eine somatische Behandlung ansprechen, war falsch und wurde durch Text ersetzt, der bei gegebener niedriger Placeboresponserate die Notwendigkeit einer wirksamen Behandlung betont.

Atypische Merkmale: Es wurde Text eingefügt, der klarstellt, daß diese Zusatzcodierung zur Beschreibung der zuletzt abgelaufenen (und nicht der gegenwärtigen) Episode angewendet werden kann, wenn die Merkmale während irgendeines zweiwöchigen Zeitraumes im Vordergrund standen. Außerdem wird darauf hingewiesen, daß Personen mit diesen Merkmalen eher auf eine Behandlung mit Monoaminooxidase-Hemmern als mit trizyklischen Antidepressiva ansprechen.

Postpartaler Beginn: Der Text zu den zugehörigen Merkmalen wurde aktualisiert und es wurde erklärt, wie dieser Subtypus vom „Baby Blues" zu unterscheiden ist.

Rapid Cycling: Der aktualisierte Text enthält Prävalenzdaten und einen möglichen Zusammenhang von Cycling-Rate und antidepressiver Therapie.

Angststörungen

Panikattacken: Die Beschreibung der drei Arten von Panikattacken (d. h. unerwartete, situationsgebundene und situationsbegünstigte Panikattacken) wurde aktualisiert, um den Ursprung der Auslöser, den Zusammenhang zwischen Panikattacken und einzelnen Angststörungen und die Differentialdiagnose zu klären.

Panikstörung: Informationen über den Zusammenhang zwischen Panikattacken und möglichen Auslösern bei der Panikstörung wurde aktualisiert (d. h. situationsgebundene Auslöser können entweder internal oder external sein, und „unerwartet" bedeutet, daß die Person die Attacke nicht unmittelbar mit einem Auslöser verbindet). Die Liste zugehöriger medizinischer Krankheitsfaktoren wurde erweitert, dem Prävalenzabschnitt wurden Daten über Häufigkeiten in klinischen Stichproben hinzugefügt und in den Abschnitt über familiäre Verteilungsmuster wurden neuere Studienergebnisse aufgenommen (z. B. Zusammenhang zwischen Alter bei Beginn und Risiko bei Verwandten ersten Grades). Schließlich wurden den Differentialdiagnosen Informationen über Situationen hinzugefügt, in denen die Person nicht in der Lage ist, den Auslösereiz einer Panikattacke zu erkennen (z. B. Kognitionen oder physiologische Symptome, die solchen ähneln, die zum Zeitpunkt des traumatischen Erlebnisses bei der Posttraumatischen Belastungsstörung auftraten).

Spezifische Phobie: Es wurden zusätzliche Informationen über Komorbidität, relative Häufigkeit der Subtypen in Gemeindestichproben, Geschlechterverhältnis, Verlauf (z. B. erhöht das Vorhandensein einer Spezifischen Phobie in der Adoleszenz die Wahrscheinlichkeit für

eine Spezifische Phobie im Erwachsenenalter, nicht jedoch für andere psychische Störungen) und familiäres Verteilungsmuster aufgenommen.

Soziale Phobie: Der Abschnitt über zugehörige Beschreibungsmerkmale und psychische Störungen wurde aktualisiert (d. h. Zusammenhang zu Suizidgedanken und anderen Angststörungen). Im Abschnitt über zugehörige Laborbefunde wurden neuere Informationen aufgenommen, um klarzustellen, daß es keine diagnostisch eindeutigen Laboruntersuchungen für die Soziale Phobie gibt (d. h. der Hinweis im Originaltext auf eine unterschiedliche Response auf Laktatinfusionen wurde gestrichen).

Zwangsstörung: Die Informationen über Komorbidität mit anderen Störungen wurden aktualisiert. Der Abschnitt über besondere kulturelle, Alters- und Geschlechtsmerkmale wurde um eine kurze Passage über eine Untergruppe von Kindern erweitert, die im Zusammenhang mit einer ß-hämolysierenden Streptokokkeninfektion der Gruppe A eine Zwangsstörung entwickeln. Zusätzliche Informationen wurden aufgenommen, um die angewachsene Datenlage (z. B. über komorbide Störungen, Prävalenz) bei Kindern mit Zwangsstörung zu berücksichtigen. Der Abschnitt über Prävalenz wurde um Häufigkeiten bei Kindern aktualisiert und erweitert.

Posttraumatische Belastungsstörung: Die Informationen über zugehörige Merkmale, Komorbidität mit anderen psychischen Störungen, Verbindung mit medizinischen Krankheitsfaktoren, Prävalenzraten und Verlauf (z. B. Wiederaufleben von Symptomen als Reaktion auf Erinnerungen an das Trauma, auf Belastungssituationen oder neue traumatische Erfahrungen) wurden aktualisiert. Ein kurzer Abschnitt über Prävalenz wurde hinzugefügt, der Hinweise auf eine erbliche Komponente bei der Übertragung der Posttraumatischen Belastungsstörung und auf Zusammenhänge zwischen einer Familienanamnese mit Depressionen bei Verwandten ersten Grades und einer Vulnerabilität für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung enthält.

Akute Belastungsstörung: Zusätzliche Informationen über die Progression zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung und unterschiedliche Prävalenzraten bei Menschen, die schwere traumatische Erlebnisse hatten, wurden aufgenommen.

Generalisierte Angststörung: Prävalenzen in klinischen Einrichtungen und familiäre Verteilungsmuster (d. h. Hinweise aus Zwillingsstudien, die eine genetische Komponente nahelegen) wurden hinzugefügt.

Somatoforme Störungen

Somatisierungsstörung: Im Abschnitt über zugehörige körperliche Untersuchungsbefunde und medizinische Krankheitsfaktoren wurde klargestellt, daß einige Personen mit einer Somatisierungsstörung auch objektive Zeichen aufgrund eines komorbiden medizinischen Krankheitsfaktors aufweisen.

Konversionsstörung: Der Prävalenzabschnitt wurde um die Häufigkeiten in bestimmten allgemeinen medizinischen Einrichtungen erweitert.

Schmerzstörung: Die Diskussion über das Risiko iatrogener Substanzabhängigkeit im Abschnitt über zugehörige Merkmale und Störungen wurde um Faktoren erweitert, die die Wahrscheinlichkeit einer iatrogenen Abhängigkeit minimieren. Außerdem wurde der Text

über zugehörige Schlafprobleme erweitert. Text über die Prävalenzraten der Schmerzstörung in klinischen Einrichtungen sowie Informationen über den Verlauf wurden hinzugefügt.

Hypochondrie: Die Abschnitte über zugehörige Merkmale und Störungen, Prävalenz und Verlauf (d. h. Faktoren, die mit einer günstigeren Prognose einhergehen) wurden aktualisiert.

Körperdysmorphe Störung: Körperbau und Muskelausstattung wurden der Liste von körperlichen Defiziten hinzugefügt, von denen die Betroffenen gedanklich eingenommen sind. Im Abschnitt über zugehörige Merkmale und Störungen wurden neuere Informationen über einen Mangel an Einsicht und Bemühungen, den Makel zu beheben oder zu verbergen, hinzugefügt. Außerdem wurden Angaben über die Prävalenz in klinischen Einrichtungen aufgenommen.

Vorgetäuschte Störungen

Vorgetäuschte Störung: Der revidierte Text für den Subtypus Mit Vorwiegend Körperlichen Zeichen und Symptomen unterscheidet das Münchhausen Syndrom (als schwerste und chronische Form von Vorgetäuschter Störung) deutlicher von weniger schweren, eher transitorischen Formen. Ein Abschnitt über besondere Geschlechtsmerkmale wurde aufgenommen und die Abschnitte über Prävalenz und Verlauf wurden aktualisiert.

Dissoziative Störungen

Dissoziative Identitätsstörung: Dem Text wurde hinzugefügt, daß Fälle von Dissoziativer Identitätsstörung weltweit in zahlreichen Kulturen verzeichnet werden.

Depersonalisierungsstörung: Die Abschnitte über zugehörige Merkmale und Störungen und über den Verlauf wurden aktualisiert.

Sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen

Es wurde einleitender Text aufgenommen, um die Begriffe *Geschlechtsidentität*, *Geschlechtsdysphorie* und *sexuelle Orientierung* zu definieren.

Sexuelle Funktionsstörungen: Ein Abschnitt über zugehörige Störungen wurde aufgenommen, der Abschnitt über Prävalenz wurde erweitert und aktualisiert.

Paraphilien: Das Kriterium der klinischen Bedeutsamkeit wurde revidiert, um klarzustellen, daß für Pädophilie, Voyeurismus, Exhibitionismus und Frotteurismus per Definition klinische Bedeutsamkeit gegeben ist, wenn die Person die sexuell dranghaften Bedürfnisse oder Phantasien ausgelebt hat oder wenn die sexuell dranghaften Bedürfnisse oder Phantasien zu deutlichem Leiden oder zwischenmenschlichen Schwierigkeiten führen. Bei Sexuellem Sadismus ist das Kriterium der klinischen Bedeutsamkeit erfüllt, wenn der Betroffene die sexuell dranghaften Bedürfnisse oder Phantasien mit einer nicht einverstandenen Person ausgelebt hat oder wenn die sexuell dranghaften Bedürfnisse, Phantasien oder Verhaltensweisen zu deutlichem Leiden oder zwischenmenschlichen Schwierigkeiten führen. Bei den verbleibenden

Paraphilien ist das Kriterium der klinischen Bedeutsamkeit erfüllt, wenn das Verhalten, das sexuell dranghafte Bedürfnis oder die Phantasien klinisch bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursacht. Natürlich muß für die jeweilige Diagnose auch das spezifische Verhaltensmuster paraphiler Erregung vorhanden sein.

Geschlechtsidentitätsstörung: Es wurden zusätzliche Erklärungen aufgenommen, wie sich die Subtypen (auf der Grundlage der Sexuellen Orientierung) in den zugehörigen Merkmalen und im Verlauf unterscheiden.

Eßstörungen

Anorexia Nervosa: Der Abschnitt über zugehörige Merkmale und Störungen wurde um neuere Angaben zur Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen erweitert. Dem Abschnitt über Prävalenz wurden Angaben zur Häufigkeit bei Männern hinzugefügt. Verlaufsmerkmale wurden aktualisiert, um die Beziehung zwischen Anorexia und Bulimia Nervosa zu verdeutlichen.

Bulimia Nervosa: Im Verlaufsabschnitt wurden einige neuere Informationen über die Langzeitprognose der Bulimia Nervosa hinzugefügt.

Schlafstörungen

Primäre Insomnie: Die Abschnitte über zugehörige Beschreibungsmerkmale und Störungen (z. B. Funktionsbeeinträchtigungen) und zugehörige Laborbefunde (z. B. Fehlen von Tagesschläfrigkeit gemessen mit dem Multiple Sleep Latency Test [MSLT], grundlegende Diskrepanzen zwischen subjektivem Bericht und polysomnographischen Meßwerten zur Schlafqualität) wurden revidiert. Auch die Abschnitte über besondere Alters- und Geschlechtsmerkmale (z. B. bei älteren Menschen), Prävalenz (z. B. Häufigkeit der Störung in der Allgemeinbevölkerung), Verlauf (Informationen über Chronizität) und familiäres Verteilungsmuster wurden aktualisiert.

Primäre Hypersomnie: Die Abschnitte über besondere Alters- und Geschlechtsmerkmale (z. B. bei Kindern), Prävalenz und Verlauf wurden aktualisiert.

Narkolepsie: Es wurde Text hinzugefügt, der erklärt, daß einige der Symptome (d. h. hypnagoge und hypnopompe Halluzinationen und Schlafparalyse) auch bei Personen mit normalem Schlaf vorkommen. Die Abschnitte über zugehörige Laborbefunde (einschließlich HLA-Typen) und Verlauf (Alter bei Beginn vs. Alter bei Erstvorstellung) wurde ebenfalls aktualisiert. Ein Abschnitt über besondere Altersmerkmale wurde aufgenommen, um Besonderheiten bei der Diagnose von Narkolepsie bei Kindern darzustellen.

Atmungsgebundene Schlafstörung: Aktualisiert wurden die Abschnitte über zugehörige Laborbefunde, zugehörige körperliche Untersuchungsbefunde und medizinische Krankheitsfaktoren (Beziehung zwischen Halsumfang und Risiko von Schlafapnoen) und besondere Alters- und Geschlechtsmerkmale (d. h. bei Kindern).

Schlafstörung mit Störung des Zirkadianen Rhythmus: Die Abschnitte über zugehörige Merkmale und Störungen, zugehörige Laborbefunde, körperliche Untersuchungsbefunde und medizinische Krankheitsfaktoren, besondere Altersmerkmale, Prävalenz, Verlauf und familiäres Verteilungsmuster wurden um zusätzliche subtypenspezifische Informationen erweitert.

Nicht Näher Bezeichnete Dyssomnie: Es wurden erheblich erweiterte Beschreibungen des restless-legs-Syndroms und periodischer Extremitätenbewegungen aufgenommen, zwei gut etablierte, in der Internationalen Klassifikation der Schlafstörungen enthaltene Störungen.

Schlafstörung mit Alpträumen: Die Abschnitte über zugehörige Beschreibungsmerkmale und Psychische Störungen (d. h. ein Zusammenhang zwischen häufigen chronischen Alpträumen und erhöhter Werte in anderen psychopathologisch relevanten Bereichen) sowie über Prävalenz (d. h. Häufigkeit von Alpträumen bei jungen Erwachsenen) und Verlauf wurden aktualisiert.

Schlafstörung mit Schlafwandeln: Es wurden die Abschnitte über zugehörige Laborbefunde, besondere kulturelle, Alters- und Geschlechtsmerkmale, Prävalenz, Verlauf und familiäres Verteilungsmuster aktualisiert.

Schlafstörungen Aufgrund einer anderen psychischen Störung: Der Abschnitt über zugehörige Laborbefunde wurde aktualisiert.

Störungen der Impulskontrolle, Nicht Andernorts Klassifiziert

Intermittierende Explosible Störung: Es wurde Text hinzugefügt, der verdeutlicht, daß zu schweren tätlichen Handlungen auch verbale Androhungen von körperlicher Gewalt gehören. Der Abschnitt über zugehörige Merkmale und Störungen, insbesondere der Unterabschnitt über zugehörige Beschreibungsmerkmale und psychische Störungen (z. B. Symptome, die den aggressiven Handlungen vorausgehen oder sie begleiten, wie Kribbeln oder Zittern, sowie begleitende Affekte) und über den Verlauf wurden aktualisiert. Aufgenommen wurde ein Abschnitt über familiäre Verteilungsmuster, in dem auf Störungen hingewiesen wird, die bei Verwandten ersten Grades von Personen mit Intermittierender Explosibler Störung häufiger als in der Allgemeinbevölkerung auftreten können.

Kleptomanie: Die Abschnitte über zugehörige Merkmale und Störungen und über familiäre Verteilungsmuster (z. B. mögliche Familienanamnese mit Zwangsstörungen bei Verwandten ersten Grades von Personen mit Kleptomanie) wurden aktualisiert. Es wurde ein Abschnitt über besondere Geschlechtsmerkmale (d. h. Geschlechterverhältnis) aufgenommen.

Pathologisches Spielen: Ein Abschnitt über zugehörige Laborbefunde (zahlreiche Normabweichungen, die in Gruppen von Männern gefunden wurden) wurde aufgenommen. Die Abschnitte über zugehörige Merkmale und Störungen (z. B. Symptome von Unaufmerksamkeit oder Hyperaktivität in der Kindheit) und Verlauf (z. B. Einfluß der Verfügbarkeit legalen Spielens auf die Prävalenz des Pathologischen Spielens) wurden aktualisiert.

Trichotillomanie: Die Abschnitte über zugehörige Merkmale und Störungen, Prävalenz und Verlauf wurden aktualisiert.

Anpassungsstörungen

Der Abschnitt über zugehörige Merkmale und Störungen wurde aktualisiert, um die Komorbidität mit anderen Störungen zu klären. Der Abschnitt über Prävalenz wurde um Angaben zur Häufigkeit bei Kindern und in bestimmten klinischen Einrichtungen erweitert. Der Verlaufstext enthält nun Informationen über das Risiko der Weiterentwicklung zu anderen Störungen.

Persönlichkeitsstörungen

Einleitender Text: Die Beschreibung dimensionaler Modelle wurde aktualisiert und beschreibt nun die Dimensionen in der Begrifflichkeit einiger wichtiger Modelle.

Antisoziale Persönlichkeitsstörung: Der Text über zugehörige Merkmale und Störungen erklärt nun, daß die Merkmale, die zum traditionellen Konzept der Psychopathie gehören, in Situationen, in denen kriminelle Handlungen im allgemeinen unspezifisch sind (z. B. in Gefängnissen), höheren Vorhersagewert für Rückfälle besitzen.

Borderline Persönlichkeitsstörung: Dem Verlaufsabschnitt wurde Text hinzugefügt, um zu betonen, daß entgegen der vorgefaßten Meinung zahlreicher Behandler, die Prognose für viele Personen mit Borderline Persönlichkeitsstörung gut ist.

Dependente Persönlichkeitsstörung: Aus dem Abschnitt über besondere kulturelle, Alters- und Geschlechtsmerkmale wurde die Vermutung entfernt, daß die berichteten Häufigkeitsunterschiede zwischen den Geschlechtern weitgehend artifiziell sind.

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung: Der Abschnitt über zugehörige Merkmale und Störungen wurde aktualisiert, um den Zusammenhang zwischen Angststörungen (insbesondere der Zwangsstörung) und der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung weiter zu verdeutlichen.

Anhänge

Es wurden in mehreren Anhängen Veränderungen vorgenommen. Die Beschreibungstexte zu den Forschungskriterien in Anhang B wurden ein wenig verändert (z. B. bei der postpsychotischen depressiven Störung, der prämenstruellen depressiven Störung, der Störung mit Angst und Depression, gemischt) und der Text über Medikamenteninduzierte Bewegungsstörungen wurde aktualisiert, um Informationen über die atypischen Neuroleptika einzubeziehen.

Einleitung der amerikanischen Originalausgabe

Es wurden einige Abschnitte hinzugefügt, die den Prozeß der Textrevision aufzeigen. Auch im Abschnitt über die Anwendung der klinischen Beurteilung wurde zusätzlicher klärender Text zugefügt, der die Wichtigkeit von Methoden der Datenerhebung bei der Frage betont, ob die diagnostischen Kriterien erfüllt sind.

Anhang E

Alphabetische Liste der DSM-IV-Diagnosen

NNB: Nicht Näher Bezeichnet

293.83 Affektive Störung Aufgrund von... *[Benenne den Medizinischen Krankheitsfaktor]*
296.90 Affektive Störung, NNB
300.22 Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte
308.3 Akute Belastungsstörung
Alkohol –
303.90 Abhängigkeit
305.00 Mißbrauch
303.00 Intoxikation
291.81 Entzug
291.0 Intoxikationsdelir
291.0 Entzugsdelir
291.2 Persistierende Alkoholinduzierte Demenz
291.1 Persistierende Alkoholinduzierte Amnestische Störung
-induzierte Psychotische Störung
291.5 Mit Wahn
291.3 Mit Halluzinationen
291.89 -induzierte Affektive Störung
291.89 -induzierte Angststörung
291.89 -induzierte Sexuelle Funktionsstörung
291.89 -induzierte Schlafstörung
291.9 Störung im Zusammenhang mit Alkohol, NNB
780.9 Altersbedingter Kognitiver Abbau
294.0 Amnestische Störung Aufgrund von ...
[*Benenne den Medizinischen Krankheitsfaktor]*
294.8 Amnestische Störung, NNB
Amphetamin – (oder amphetaminähnliche Substanz) –
304.40 Abhängigkeit
305.70 Mißbrauch
292.89 Intoxikation
292.0 Entzug
292.81 Intoxikationsdelir
-induzierte Psychotische Störung
292.11 Mit Wahn
292.12 Mit Halluzinationen
292.84 -induzierte Affektive Störung
292.89 -induzierte Angststörung
292.89 -induzierte Sexuelle Funktionsstörung
292.89 -induzierte Schlafstörung
292.9 Störung im Zusammenhang mit Amphetamin, NNB

Andere (oder Unbekannte) Substanz –
304.90 Abhängigkeit
305.90 Mißbrauch
292.89 Intoxikation
292.0 Entzug
292.81 -Induziertes Delir
292.82 Persistierende – Induzierte Demenz
292.83 Persistierende – Induzierte Amnestische Störung
-Induzierte Psychotische Störung
292.11 Mit Wahn
292.12 Mit Halluzinationen
292.84 -Induzierte Affektive Störung
292.89 -Induzierte Angststörung
292.89 -Induzierte Sexuelle Funktionsstörung
292.89 -Induzierte Schlafstörung
292.9 Störung im Zusammenhang mit Anderer (oder Unbekannter) Substanz, NNB
625.8 Andere Sexuelle Funktionsstörung bei der Frau Aufgrund von ...
[Benenne den Medizinischen Krankheitsfaktor]
608.89 Andere Sexuelle Funktionsstörung beim Mann Aufgrund von ...
[Benenne den Medizinischen Krankheitsfaktor]
293.84 Angststörung Aufgrund von ... *[Benenne den Medizinischen Krankheitsfaktor]*
300.00 Angststörung, NNB
307.1 Anorexia Nervosa
Anpassungsstörung
309.0 Mit Depressiver Stimmung
309.24 Mit Angst
309.28 Mit Angst und Depressiver Stimmung, Gemischt
309.3 Mit Störungen des Sozialverhaltens
309.4 Mit Emotionalen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens, Gemischt
309.9 Unspezifisch
301.7 Antisoziale Persönlichkeitsstörung
V71.01 Antisoziales Verhalten im Erwachsenenalter
V71.02 Antisoziales Verhalten in der Kindheit oder Adoleszenz
299.80 Asperger-Störung
780.59 Atmungsgebundene Schlafstörung
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
314.01 Mischtypus
314.00 Vorwiegend Unaufmerksamer Typus
314.01 Vorwiegend Hyperaktiv-Impulsiver Typus
314.9 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, NNB
299.00 Autistische Störung
V62.2 Berufsproblem
Bipolar I Störung, Einzelne Manische Episode
296.06 Vollremittiert
296.05 Teilremittiert
296.01 Leicht
296.02 Mittelschwer
296.03 Schwer ohne Psychotische Merkmale
296.04 Schwer mit Psychotischen Merkmalen

296.00 Unspezifisch
Bipolar I Störung, Letzte Episode Depressiv
296.56 Vollremittiert
296.55 Teilremittiert
296.51 Leicht
296.52 Mittelschwer
296.53 Schwer ohne Psychotische Merkmale
296.54 Schwer mit Psychotischen Merkmalen
296.50 Unspezifisch
Bipolar I Störung, Letzte Episode Gemischt
296.66 Vollremittiert
296.65 Teilremittiert
296.61 Leicht
296.62 Mittelschwer
296.63 Schwer ohne Psychotische Merkmale
296.64 Schwer mit Psychotischen Merkmalen
296.60 Unspezifisch
296.40 Bipolar I Störung, Letzte Episode Hypoman
Bipolar I Störung, Letzte Episode Manisch
296.46 Vollremittiert
296.45 Teilremittiert
296.41 Leicht
296.42 Mittelschwer
296.43 Schwer ohne Psychotische Merkmale
296.44 Schwer mit Psychotischen Merkmalen
296.40 Unspezifisch
296.7 Bipolar I Störung, Letzte Episode Unspezifisch
296.89 Bipolar II Störung
296.80 Bipolare Störung, NNB
301.83 Borderline Persönlichkeitsstörung
307.51 Bulimia Nervosa
Cannabis –
304.30 Abhängigkeit
305.20 Mißbrauch
292.89 Intoxikation
292.81 Intoxikationsdelir
-induzierte Psychotische Störung
292.11 Mit Wahn
292.12 Mit Halluzinationen
292.89 -induzierte Angststörung
292.9 Störung im Zusammenhang mit Cannabis, NNB
307.22 Chronische Motorische oder Vokale Ticstörung
293.0 Delir Aufgrund von ... *[Benenne den Medizinischen Krankheitsfaktor]*
780.09 Delir, NNB
Demenz Aufgrund einer Creutzfeldt-Jakobschen Erkrankung
294.10 Ohne Verhaltensstörungen
294.11 Mit Verhaltensstörungen
Demenz Aufgrund einer HIV-Erkrankung
294.10 Ohne Verhaltensstörungen

294.11 Mit Verhaltensstörungen
Demenz Aufgrund einer Huntingtonschen Erkrankung
294.10 Ohne Verhaltensstörungen
294.11 Mit Verhaltensstörungen
Demenz Aufgrund einer Parkinsonschen Erkrankung
294.10 Ohne Verhaltensstörungen
294.11 Mit Verhaltensstörungen
Demenz Aufgrund einer Pickschen Erkrankung
294.10 Ohne Verhaltensstörungen
294.11 Mit Verhaltensstörungen
Demenz Aufgrund eines Schädel-Hirn-Traumas
294.10 Ohne Verhaltensstörungen
294.11 Mit Verhaltensstörungen
Demenz Aufgrund von ...
[benenne den nicht oben aufgeführten medizinischen Krankheitsfaktor]
294.10 Ohne Verhaltensstörungen
294.11 Mit Verhaltensstörungen
Demenz vom Alzheimer Typ, Mit Frühem Beginn
294.10 Ohne Verhaltensstörungen
294.11 Mit Verhaltensstörungen
Demenz vom Alzheimer Typ, Mit Spätem Beginn
294.10 Ohne Verhaltensstörungen
294.11 Mit Verhaltensstörungen
294.8 Demenz, NNB
301.6 Dependente Persönlichkeitsstörung
300.6 Depersonalisationsstörung
311 Depressive Störung, NNB
299.10 Desintegrative Störung im Kindesalter
799.9 Diagnose auf Achse II Zurückgestellt
799.9 Diagnose oder Zustand auf Achse I Zurückgestellt
300.12 Dissoziative Amnesie
300.13 Dissoziative Fugue
300.14 Dissoziative Identitätsstörung
300.15 Dissoziative Störung, NNB
302.76 Dyspareunie (nicht Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors)
625.0 Dyspareunie bei der Frau Aufgrund von ...
[Benenne den Medizinischen Krankheitsfaktor]
608.89 Dyspareunie beim Mann Aufgrund von ...
[Benenne den Medizinischen Krankheitsfaktor]
307.47 Dyssomnie, NNB
300.4 Dysthyme Störung
V62.82 Einfache Trauer
302.75 Ejaculatio Praecox
V61.20 Eltern-Kind-Problem
787.6 Enkopresis mit Verstopfung und Überlaufinkontinenz
307.7 Enkopresis ohne Verstopfung und Überlaufinkontinenz
315.4 Entwicklungsbezogene Koordinationsstörung
307.6 Enuresis (Nicht Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors)
302.72 Erektionsstörung beim Mann

607.84 Erektionsstörung beim Mann Aufgrund von ...
[Benenne den Medizinischen Krankheitsfaktor]
307.50 Eßstörung, NNB
302.4 Exhibitionismus
315.31 Expressive Sprachstörung
302.81 Fetischismus
302.89 Frotteurismus
307.59 Fütterstörung im Säuglings- oder Kleinkindalter
319 Geistige Behinderung mit Unspezifischem Schweregrad
297.3 Gemeinsame Psychotische Störung
300.02 Generalisierte Angststörung
V62.89 Grenzbereich der Intellektuellen Leistungsfähigkeit
Halluzinogen –
304.50 Abhängigkeit
305.30 Mißbrauch
292.89 Intoxikation
292.89 Persistierende Wahrnehmungsstörung im Zusammenhang mit Halluzinogenen (Flashbacks)
292.81 Intoxikationsdelir
-induzierte Psychotische Störung
292.11 Mit Wahn
292.12 Mit Halluzinationen
292.84 -induzierte Affektive Störung
292.89 -induzierte Angststörung
292.9 Störung im Zusammenhang mit Halluzinogenen, NNB
301.50 Histrionische Persönlichkeitsstörung
307.44 Hypersomnie im Zusammenhang mit ...
[Benenne die Achse I- oder Achse II-Störung]
300.7 Hypochondrie
313.82 Identitätsproblem
312.30 Impulskontrollstörung, NNB
Inhalantien –
304.60 Abhängigkeit
305.90 Mißbrauch
292.89 Intoxikation
292.81 Intoxikationsdelir
292.82 Persistierende Inhalantieninduzierte Demenz
-induzierte Psychotische Störung
292.11 Mit Wahn
292.12 Mit Halluzinationen
292.84 -induzierte Affektive Störung
292.89 -induzierte Angststörung
292.9 Störung im Zusammenhang mit Inhalantien, NNB
307.42 Insomnie im Zusammenhang mit ... *[Benenne die Achse I- oder Achse II-Störung]*
312.34 Intermittierende Explosible Störung
293.89 Katatone Störung Aufgrund von ... *[Benenne den Medizinischen Krankheitsfaktor]*
V71.09 Keine Diagnose auf Achse II
V71.09 Keine Diagnose oder kein Zustand auf Achse I
312.32 Kleptomanie

Koffein –
305.90 Intoxikation
292.89 -induzierte Angststörung
292.89 -induzierte Schlafstörung
292.9 Störung im Zusammenhang mit Koffein, NNB
294.9 Kognitive Störung, NNB
Kokain –
304.20 Abhängigkeit
305.60 Mißbrauch
292.89 Intoxikation
292.0 Entzug
292.81 Intoxikationsdelir
-induzierte Psychotische Störung
292.11 Mit Wahn
292.12 Mit Halluzinationen
292.84 -induzierte Affektive Störung
292.89 -induzierte Angststörung
292.89 -induzierte Sexuelle Funktionsstörung
292.89 -induzierte Schlafstörung
292.9 Störung im Zusammenhang mit Kokain, NNB
315.32 Kombinierte Rezeptiv-Expressive Sprachstörung
307.9 Kommunikationsstörung, NNB
300.11 Konversionsstörung
300.7 Körperdysmorphe Störung
V61.12 Körperliche Mißhandlung eines Erwachsenen (durch den Partner)
V61.83 Körperliche Mißhandlung eines Erwachsenen (nicht durch den Partner)
995.81 Körperliche Mißhandlung eines Erwachsenen (wenn das Opfer behandelt wird)
V61.21 Körperliche Mißhandlung eines Kindes
995.54 Körperliche Mißhandlung eines Kindes (wenn das Opfer behandelt wird)
V62.4 Kulturelles Anpassungsproblem
298.8 Kurze Psychotische Störung
317 Leichte Geistige Behinderung
315.9 Lernstörung, NNB
315.00 Lesestörung
Major Depression, Einzelne Episode
296.26 Vollremittiert
296.25 Teilremittiert
296.21 Leicht
296.22 Mittelschwer
296.23 Schwer ohne Psychotische Merkmale
296.24 Schwer mit Psychotischen Merkmalen
296.20 Unspezifisch
Major Depression, Rezidivierend
296.36 Vollremittiert
296.35 Teilremittiert
296.31 Leicht
296.32 Mittelschwer
296.33 Schwer ohne Psychotische Merkmale

296.34 Schwer mit Psychotischen Merkmalen
296.30 Unspezifisch
333.92 Malignes Neuroleptisches Syndrom
302.74 Männliche Orgasmusstörung
333.90 Medikamenteninduzierte Bewegungsstörung, NNB
333.1 Medikamenteninduzierter Haltetremor
318.0 Mittelschwere Geistige Behinderung
347 Narkolepsie
301.81 Narzißtische Persönlichkeitsstörung
333.99 Neuroleptikainduzierte Akute Akathisie
333.7 Neuroleptikainduzierte Akute Dystonie
333.82 Neuroleptikainduzierte Tardive Dyskinesie
332.1 Neuroleptikainduzierter Parkinsonismus
V15.81 Nichtbefolgen von Behandlungsanweisungen
Nikotin –
305.10 Abhängigkeit
292.0 Entzug
292.9 Störung im Zusammenhang mit Nikotin, NNB
Opiat –
304.00 Abhängigkeit
305.50 Mißbrauch
292.89 Intoxikation
292.0 Entzug
292.81 Intoxikationsdelir
-induzierte Psychotische Störung
292.11 Mit Wahn
292.12 Mit Halluzinationen
292.84 -induzierte Affektive Störung
292.89 -induzierte Sexuelle Funktionsstörung
292.89 -induzierte Schlafstörung
292.9 Störung im Zusammenhang mit Opiaten, NNB
302.2 Pädophilie
300.21 Panikstörung mit Agoraphobie
300.01 Panikstörung ohne Agoraphobie
301.0 Paranoide Persönlichkeitsstörung
302.9 Paraphilie, NNB
307.47 Parasomnie, NNB
V61.10 Partnerschaftsproblem
312.31 Pathologisches Spielen
307.46 Pavor Nocturnus
301.9 Persönlichkeitsstörung, NNB
310.1 Persönlichkeitsveränderung Aufgrund von ...
[Benenne den Medizinischen Krankheitsfaktor]
Phencyclidin – (oder Phencyclidinähnliche Substanz) –
304.90 Abhängigkeit
305.90 Mißbrauch
292.89 Intoxikation
292.81 Intoxikationsdelir
-induzierte Psychotische Störung

292.11 Mit Wahn
292.12 Mit Halluzinationen
292.84 -induzierte Affektive Störung
292.89 -induzierte Angststörung
292.9 Störung im Zusammenhang mit Phencyclidin, NNB
315.39 Phonologische Störung
307.52 Pica
304.80 Polytoxikomanie
309.81 Posttraumatische Belastungsstörung
307.44 Primäre Hypersomnie
307.42 Primäre Insomnie
V62.89 Problem einer Lebensphase
V61.8 Problem zwischen Geschwistern
293.9 Psychische Störung, NNB
Psychotische Störung Aufgrund von ...
[Benenne den Medizinischen Krankheitsfaktor]
293.81 Mit Wahn
293.82 Mit Halluzinationen
298.9 Psychotische Störung, NNB
312.33 Pyromanie
313.89 Reaktive Bindungsstörung im Säuglingsalter oder in der Frühen Kindheit
315.1 Rechenstörung
V62.89 Religiöses oder Spirituelles Problem
299.80 Rett-Störung
307.53 Ruminationsstörung
295.70 Schizoaffektive Störung
301.20 Schizoide Persönlichkeitsstörung
Schizophrenie
295.30 Paranoider Typus
295.10 Desorganisierter Typus
295.20 Katatoner Typus
295.90 Undifferenzierter Typus
295.60 Residualer Typus
295.40 Schizophreniforme Störung
301.22 Schizotypische Persönlichkeitsstörung
Schlafstörung Aufgrund von ... *[Benenne den Medizinischen Krankheitsfaktor]*
780.52 Insomnie-Typus
780.54 Hypersomnie-Typus
780.59 Parasomnie-Typus
780.59 Mischtypus
307.47 Schlafstörung mit Alpträumen
307.46 Schlafstörung mit Schlafwandeln
307.45 Schlafstörung mit Störung des Zirkadianen Rhythmus
Schmerzstörung
307.80 in Verbindung mit Psychischen Faktoren
307.89 in Verbindung mit sowohl Psychischen Faktoren wie einem Medizinischen Krankheitsfaktor
318.1 Schwere Geistige Behinderung
318.2 Schwerste Geistige Behinderung

V62.3 Schwierigkeiten in Schule oder Studium
Sedativa-, Hypnotika- oder Anxiolytika –
304.10 Abhängigkeit
305.40 Mißbrauch
292.89 Intoxikation
292.0 Entzug
292.81 Intoxikationsdelir
292.81 Entzugsdelir
292.82 Persistierende -induzierte Demenz
292.83 Persistierende -induzierte Amnestische Störung
-induzierte Psychotische Störung
292.11 Mit Wahn
292.12 Mit Halluzinationen
292.84 -induzierte Affektive Störung
292.89 -induzierte Angststörung
292.89 -induzierte Sexuelle Funktionsstörung
292.89 -induzierte Schlafstörung
292.9 Störung im Zusammenhang mit Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika, NNB
313.23 Selektiver Mutismus
302.70 Sexuelle Funktionsstörung, NNB
302.9 Sexuelle Störung, NNB
302.83 Sexueller Masochismus
V61.12 Sexueller Mißbrauch eines Erwachsenen (durch den Partner)
V62.83 Sexueller Mißbrauch eines Erwachsenen (nicht durch den Partner)
995.83 Sexueller Mißbrauch eines Erwachsenen (wenn das Opfer behandelt wird)
V61.21 Sexueller Mißbrauch eines Kindes
995.53 Sexueller Mißbrauch eines Kindes (wenn das Opfer behandelt wird)
302.84 Sexueller Sadismus
V65.2 Simulation
300.81 Somatisierungsstörung
300.81 Somatoforme Störung, NNB
312.9 Sozial Störendes Verhalten, NNB
300.23 Soziale Phobie
300.29 Spezifische Phobie
316 ... *[spezifischer Psychologischer Faktor]*, der ...
[Benenne den Medizinischen Krankheitsfaktor] Beeinflußt
307.3 Stereotype Bewegungsstörung
Störung der Geschlechtsidentität
302.6 Bei Kindern
302.85 Bei Jugendlichen oder Erwachsenen
302.6 Störung der Geschlechtsidentität, NNB
302.72 Störung der Sexuellen Erregung bei der Frau
315.2 Störung des Schriftlichen Ausdrucks
Störung des Sozialverhaltens
312.81 Typus mit Beginn in der Kindheit
312.82 Typus mit Beginn in der Adoleszenz
312.89 Unspezifischer Typus
313.9 Störung im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz, NNB
313.81 Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten

302.79 Störung mit Sexueller Aversion
309.21 Störung mit Trennungsangst
302.71 Störung mit Verminderter Sexueller Appetenz
625.8 Störung mit Verminderter Sexueller Appetenz bei der Frau Aufgrund von ...
[Benenne den Medizinischen Krankheitsfaktor]
608.89 Störung mit Verminderter Sexueller Appetenz beim Mann Aufgrund von ...
[Benenne den Medizinischen Krankheitsfaktor]
307.0 Stottern
307.20 Ticstörung, NNB
299.80 Tiefgreifende Entwicklungsstörung, NNB (einschließlich Atypischer Autismus)
307.23 Tourette-Störung
302.3 Transvestitischer Fetischismus
312.39 Trichotillomanie
300.82 Undifferenzierte Somatoforme Störung
995.2 Ungünstige Wirkungen einer Medikation, NNB
300.9 Unspezifische Psychische Störung (nichtpsychotisch)
306.51 Vaginismus (nicht Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors)
Vaskuläre Demenz
290.40 Unkompliziert
290.41 Mit Delir
290.42 Mit Wahn
290.43 Mit Depressiver Verstimmung
301.82 Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung
V61.21 Vernachlässigung eines Kindes
995.52 Vernachlässigung eines Kindes (wenn das Opfer behandelt wird)
Vorgetäuschte Störung
300.16 Mit Vorwiegend Psychischen Zeichen und Symptomen
300.19 Mit Vorwiegend Körperlichen Zeichen und Symptomen
300.19 Mit sowohl Psychischen wie Körperlichen Zeichen und Symptomen
300.19 Vorgetäuschte Störung, NNB
307.21 Vorübergehende Ticstörung
302.82 Voyeurismus
297.1 Wahnhafte Störung
302.73 Weibliche Orgasmusstörung
301.4 Zwanghafte Persönlichkeitsstörung
300.3 Zwangsstörung
V61.9 Zwischenmenschliches Problem im Zusammenhang mit einer Psychischen Störung oder einem Medizinischen Krankheitsfaktor
V62.81 Zwischenmenschliches Problem, NNB
301.13 Zyklothyme Störung

Anhang F

Leitfaden zur Beurteilung kultureller Einflußfaktoren und ein Glossar kulturabhängiger Syndrome

Dieser Anhang ist in zwei Abschnitte unterteilt. Der erste Abschnitt enthält einen Leitfaden zur Beurteilung kultureller Einflußfaktoren, die den Untersucher bei der systematischen Bewertung des kulturellen Kontextes einer Person und beim Verfassen eines Berichts über die Auswirkungen dieses Kontexts auf die Person unterstützen soll. Der zweite Abschnitt enthält ein Glossar kulturabhängiger Syndrome.

Leitfaden zur Beurteilung kultureller Einflußfaktoren

Der folgende Leitfaden zur Beurteilung kultureller Einflußfaktoren soll die multiaxiale diagnostische Beurteilung ergänzen und den Schwierigkeiten bei der Anwendung von DSM-IV-Kriterien in einer multikulturellen Umgebung Rechnung tragen. Die kulturbezogenen Fragestellungen bieten eine systematische Betrachtung des kulturellen Hintergrundes einer Person, der Rolle, die der kulturelle Kontext im Ausdruck und der Bewertung von Symptomen und Funktionsstörungen spielt und des Einflusses, den kulturelle Unterschiede auf die Beziehung zwischen Untersucher und Betroffenem haben können.

Wie im Vorwort der Originalausgabe (siehe S. 971) festgestellt wurde, ist es wichtig, daß der Untersucher den ethnischen und kulturellen Kontext bei der Bewertung jeder der DSM-IV Achsen berücksichtigt. Zusätzlich bieten die unten vorgeschlagenen kulturbezogenen Bewertungen eine Gelegenheit, die kulturelle und soziale Bezugsgruppe des Individuums zu beschreiben und zu erfassen, inwieweit der kulturelle Kontext für die Behandlung relevant ist. Der Untersucher kann eine beschreibende Zusammenfassung zu folgenden Kategorien erstellen.

Kulturelle Identität der Person. Hier werden die ethnischen oder kulturellen Bezugsgruppen der Person erfaßt. Für Einwanderer und ethnische Minderheiten werden zusätzlich das Ausmaß der Beteiligung sowohl an der ursprünglichen als auch an der Gastkultur (sofern anwendbar) sowie Sprachfertigkeit, Sprachgebrauch und bevorzugte Sprache (einschließlich Mehrsprachigkeit) festgehalten.

Kulturelle Erklärungen die Erkrankung der Person. Erfaßt werden kann: die vorherrschende Ausdrucksform des Leidens, durch die die Symptome oder der Bedarf nach sozialer Unterstützung mitgeteilt werden (z. B. „Nerven“, Besessensein von Geistern, somatische Beschwerden, unerklärbares Unglück), die Bedeutung und der wahrgenommene Schweregrad

Berater der deutschen Ausgabe:
Prof. Dr. Henning Saß, Aachen

Übersetzer:
Dipl.-Psych. Kristin Korb, Aachen

der Symptome im Verhältnis zu den Normen der kulturellen Bezugsgruppe, eine regionale Krankheitskategorie, die von der Familie der Person und ihrer Gemeinschaft benutzt wird, um diesen Zustand zu bezeichnen (siehe Glossar der kulturabhängigen Störungsbilder), die wahrgenommenen Ursachen oder Erklärungsmodelle, die die Person und ihre Bezugsgruppe zur Krankheitserklärung verwenden und schließlich die derzeitigen Gewohnheiten und die vergangenen Erfahrungen bezüglich der professionellen und volkstümlichen Behandlungsmöglichkeiten.

Kulturelle Faktoren, die die psychosoziale Umgebung und die Funktionsbereiche betreffen. Notiert werden kulturell relevante Interpretationen sozialer Belastungsfaktoren, verfügbare soziale Unterstützung sowie Funktionsniveau und Behinderung. Hier sollten Belastungen im örtlichen sozialen Umfeld, die Rolle der Religion und des Verwandtenkreises für das Gewähren von emotionaler, materieller und aufklärender Unterstützung berücksichtigt werden.

Kulturelle Elemente in der Beziehung zwischen Untersucher und Individuum. Hier werden Unterschiede in Kultur und sozialem Status zwischen der Person und dem Untersucher vermerkt sowie die Schwierigkeiten, die diese Unterschiede bei Diagnose und Behandlung verursachen können (z. B. Schwierigkeiten bei der Kommunikation in der Muttersprache der Person, bei der Erfragung von Symptomen oder im Verständnis ihrer kulturellen Bedeutung, beim Aufbau einer angemessenen Beziehung oder einer Vertrauensbasis zwischen Untersucher und Person, bei der Entscheidung, ob ein Verhalten der Norm entspricht oder eher krankhaft ist).

Gesamte kulturelle Einschätzung für Diagnose und Versorgung. Die Beurteilung endet mit einer Stellungnahme, in welcher Weise kulturelle Aspekte die umfassende Diagnose und Behandlung im einzelnen beeinflussen.

Glossar kulturabhängiger Syndrome

Der Begriff *kulturabhängige Syndrome* bezeichnet wiederholt auftretende, auf bestimmte Orte beschränkte abweichende Verhaltensweisen oder beunruhigende Erfahrungen, die mit bestimmten diagnostischen Kategorien von DSM-IV verbunden sein können oder auch nicht. Viele dieser Muster werden von den Einheimischen als „Krankheit" oder zumindest als Leiden betrachtet, und die meisten von ihnen haben regionale Bezeichnungen. Obwohl klinische Bilder, die mit den Hauptkategorien von DSM-IV übereinstimmen, weltweit angetroffen werden, sind die besonderen Symptome, der Verlauf und der soziale Umgang damit sehr oft durch regionale kulturelle Faktoren beeinflußt. Im Gegensatz dazu sind kulturabhängige Syndrome generell auf spezifische Gemeinschaften oder kulturelle Gebiete beschränkt. Dabei handelt es sich um örtlich begrenzte, volkstümliche diagnostische Kategorien, die ein kohärentes Bedeutungssystem für bestimmte, sich wiederholende, musterähnliche und störende Konstellationen von Erlebnissen und Beobachtungen bilden.

Eine eins-zu-eins-Übereinstimmung zwischen den kulturabhängigen Syndromen und den diagnostischen Einheiten von DSM ist selten. Abweichendes Verhalten, das von einem mit DSM-IV arbeitenden Untersucher verschiedenen Kategorien zugeordnet wird, kann in einer einzigen volkstümlichen Kategorie enthalten sein, während andere klinische Bilder, die ein DSM-IV-Diagnostiker einer einzelnen Kategorie zuordnet, von einem einheimischen Untersucher in mehrere aufgeteilt werden können. Zudem wurden manche Zustände und Stö-

rungen als kulturabhängige Syndrome insbesondere für industrialisierte Kulturkreise konzipiert (z. B. Anorexia Nervosa, Dissoziative Identitätsstörung), da sie in anderen Kulturen selten oder gar nicht auftreten. Außerdem sollte festgehalten werden, daß es in allen Industriegesellschaften in sich geschlossene Subkulturen und sich stark unterscheidende Einwanderergruppen gibt, die kulturabhängige Syndrome zeigen können.

In diesem Glossar werden einige der am gründlichsten untersuchten kulturabhängigen Syndrome und Ausdrucksformen des Leidens aufgeführt, die im klinischen Alltag Nordamerikas auftreten können. Die relevanten DSM-IV-Kategorien wurden für den Fall hinzugefügt, daß die vorhandenen Informationen ihre Berücksichtigung bei der diagnostischen Beurteilung nahelegen.

Amok

Eine dissoziative Episode, die durch eine Periode des Grübelns charakterisiert ist, auf die ein Ausbruch gewalttätigen, aggressiven oder menschengefährdenden Verhaltens folgt, das sich auf Personen und Objekte richtet. Eine solche Episode scheint durch eine wahrgenommene Herabsetzung oder Beleidigung ausgelöst zu werden und nur bei Männern vorzukommen. Die Episode geht oft einher mit Verfolgungsideen, Automatismen, Amnesie und Erschöpfung sowie einer anschließenden Rückkehr zum prämorbiden Status. In einigen Fällen tritt Amok während einer kurzen psychotischen Episode auf oder kann den Beginn oder die Verschlechterung eines chronisch verlaufenden psychotischen Prozesses kennzeichnen. Die ursprünglichen Berichte, in denen der Begriff benutzt wurde, stammten aus Malaysia. Ein ähnliches Verhaltensmuster tritt in Laos, auf den Philippinen, in Polynesien (*cafard* oder *cathard*), Papua Neuguinea, Puerto Rico (*mal de pelea*) und bei den Navajo-Indianern (*iich'aa*) auf.

Ataque de nervios

Ein Ausdruck für Leidensformen, über die in der Hauptsache bei Latinos aus der Karibik, aber auch bei Lateinamerikanern und in den Mittelmeerländern berichtet wird. Allgemein beschriebene Symptome sind unkontrollierbares Schreien, Weinkrämpfe, Zittern, Hitze, die vom Brustkorb in den Kopf steigt, sowie verbale oder körperliche Aggression. Bei manchen Attacken kommen dissoziatives Erleben, anfallsähnliche oder Ohnmachtsepisoden und suizidale Gesten in ausgeprägter Weise vor, fehlen aber bei anderen. Ein allgemeines Merkmal einer atacque de nervios ist das Gefühl, außer Kontrolle zu sein. Ataque de nervios ist häufig eine direkte Folge eines belastenden Ereignisses in Zusammenhang mit der Familie (z. B. die Nachricht vom Tod eines nahen Verwandten, Trennung oder Scheidung von einem Partner, Konflikte mit dem Partner oder den Kindern, Zeuge des Unfalls eines Familienmitgliedes werden). Für das Geschehen während der ataque kann Amnesie auftreten, in der Regel erreichen die Personen aber ihr normales Funktionsniveau wieder. Obwohl manche Beschreibungen der ataque stark mit der DSM-IV-Beschreibung der Panikattacke übereinstimmen, unterscheidet die Verbindung der ataque mit einem plötzlich auslösenden Ereignis und das häufige Fehlen von kennzeichnenden Symptomen akuter Angst oder Besorgnis diese deutlich von der Panikattacke. Ataque umfaßt ein Spektrum, das von normalen Leidensformen, die nicht mit einer psychischen Störung einhergehen, bis zu klinischen Bildern reicht, die mit den Diagnosen Angststörung, Affektive Störung, Dissoziative oder Somatoforme Störung verbunden sind.

Bilis und Colera (auch als *Muina* bezeichnet)

Die zugrundeliegende Ursache dieser Syndrome wird als stark erlebte Wut oder Zorn begriffen. In vielen Latinogruppen wird Wut als eine besonders starke Emotion verstanden, die direkten Einfluß auf den Körper hat und bestehende Symptome verschlimmern kann. Der Haupteffekt der Wut besteht in der Störung des Kernkörpergleichgewichts (dies wird als die Balance heißer und kalter Valenzen im Körper und zwischen materiellen und geistigen Körperanteilen verstanden). Als Symptome können akute Nervenanspannung, Kopfschmerzen, Zittern, Schreien, Magenprobleme und in schweren Fällen Bewußtlosigkeit auftreten. Als Folge einer akuten Episode kann es zu chronischer Müdigkeit kommen.

Bouffée délirante

Dieses Syndrom wird in Westafrika und auf Haiti beobachtet. Dieser französische Ausdruck bezieht sich auf einen plötzlichen Ausbruch agitierten und aggressiven Verhaltens, ausgeprägter Verwirrung und psychomotorischer Erregtheit. Gelegentlich wird dies von optischen und akustischen Halluzinationen und paranoiden Vorstellungen begleitet. Diese Episoden können einer Episode einer Kurzen Psychotischen Störung gleichen.

Brain fag

Ein Begriff, der ursprünglich in Westafrika benutzt wurde und sich auf einen Zustand bezieht, den Highschool- und Universitätsstudenten als Reaktion auf schulische Anforderungen erleben. Die Symptome umfassen Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren, sich zu erinnern und zu denken. Die Studenten äußern oft, daß ihr Gehirn übermüdet sei. Weitere somatische Symptome sind normalerweise im Kopf- und Nackenbereich angesiedelt und umfassen Schmerz-, Druck- und Engegefühle, verschwommenes Sehen, Hitze oder Brennen. „Gehirnermüdung" oder Erschöpfung von „zu viel Denken" ist in vielen Kulturen eine Ausdrucksform von Leiden, und die daraus resultierenden Syndrome können an bestimmte Angststörungen, Depressive oder Somatoforme Störungen erinnern.

Dhat

Eine volkstümliche Diagnose in Indien, die sich auf schwere Angst und hypochondrische Befürchtungen in Zusammenhang mit der Absonderung von Sperma, weißlicher Verfärbung des Urins und Gefühlen der Schwäche und Erschöpfung bezieht. Entspricht *Jiryan* (Indien), *Sukra prameha* (Sri Lanka) und *Shen-k'uei* (China).

Falling-out oder *blacking out*

Diese Episoden treten hauptsächlich bei Personengruppen im Süden der USA und in der Karibik auf. Sie sind durch einen plötzlichen Kollaps gekennzeichnet, der manchmal ohne Vorwarnung eintritt, manchmal aber auch durch Schwindelgefühl oder „Schwimmen" im Kopf angekündigt wird. Die Augen der Person sind geöffnet, in der Regel wird aber eine Unfähigkeit, etwas zu sehen angegeben. Die Person hört und versteht, was rings um sie vorgeht, fühlt sich aber zu kraftlos, sich zu bewegen. Dies kann der Diagnose einer Konversionsstörung oder einer Dissoziativen Störung entsprechen.

Ghost sickness

Starke Beschäftigung mit dem Tod und mit Verstorbenen (manchmal in Verbindung mit Magie), die oft bei Mitgliedern verschiedener Indianerstämme beobachtet wird. Der Ghost sickness werden verschiedenste Symptome zugeschrieben einschließlich schlechter Träume, Schwäche, Gefühl der Gefahr, Appetitverlust, Ohnmachtsanfälle, Schwindelgefühle, Furcht, Angst, Halluzinationen, Bewußtlosigkeit, Verwirrung, Gefühle der Sinnlosigkeit und Erstickungsempfindungen.

Hwa-byung (auch als *wool-hwa-byung* bekannt)

Ein in Korea geläufiges Syndrom, das wörtlich übersetzt „Zornsyndrom" heißt und der Unterdrückung von Zorn zugeschrieben wird. Symptome sind Insomnie, Müdigkeit, Panik, Angst vor dem nahen Tod, dysphorische Stimmung, Verdauungsstörungen, Appetitlosigkeit, Dyspnoe, Palpitationen, generelles Schmerzempfinden und Völlegefühl im Epigastrum.

Koro

Ein Begriff, wahrscheinlich malaiischer Herkunft, der Episoden plötzlicher und intensiver Furcht beschreibt, daß sich der Penis (bei Frauen Vulva und Brustwarzen) in den Körper zurückziehen und möglicherweise den Tod verursachen. Das Syndrom wird in Süd- und Ostasien berichtet, wo es unter einer Reihe verschiedener regionaler Begriffe wie *shuk yang*, *shook yong* und *suo yong* (chinesisch), *jinjinia bemar* (Assam) oder *rok-joo* (Thailand) bekannt ist. Gelegentlich tritt das Störungsbild auch im Westen auf. Koro tritt in örtlich begrenzten ostasiatischen Gebieten zeitweise epidemisch auf. Diese Diagnose wurde in die *Chinesische Klassifikation Psychischer Störungen,* zweite Auflage (CCMD-2), aufgenommen.

Latah

Überempfindlichkeit für plötzliches Erschrecken, oft mit Echopraxie, Echolalie, Befehlsautomatismus und dissoziativem und tranceähnlichem Verhalten. Der Begriff *latah* ist malaiischer und indonesischer Herkunft, aber das Syndrom ist weltweit verbreitet. Andere Begriffe für diesen Zustand sind *amurakh, irkunii, ikota, olan, myriachit* und *menkeiti* (Sibirische Stämme), *bah tschi, bah-tsi, baah-ji* (Thailand), *imu* (Ainu, Sakhalin, Japan) und *mali-mali* und *silok* (Philippinen). In Malaysia tritt dieses Störungsbild häufiger bei Frauen mittleren Alters auf.

Locura

Dieser Begriff wird von Latinos in den USA und in Lateinamerika benutzt, um eine schwere Form einer chronischen Psychose zu beschreiben. Dieser Zustand wird einer ererbten Vulnerabilität, dem Einfluß multipler Lebensschwierigkeiten oder einer Kombination beider Faktoren zugeschrieben. Personen mit Locura bieten Symptome wie Inkohärenz, Erregung, akustische und optische Halluzinationen, Unfähigkeit, den Regeln sozialer Interaktion zu folgen, Unberechenbarkeit und mögliche Gewalttätigkeit.

Mal de ojo

Dieser Begriff wird im Mittelmeerraum, aber auch in anderen Teilen der Welt angetroffen. *Mal de ojo* ist ein spanischer Ausdruck, der als „böser Blick" übersetzt werden kann. Kinder unterliegen einem besonders hohen Risiko. Symptome sind Schlafanfälle, Weinen ohne ersichtlichen Grund, Diarrhöe, Erbrechen und Fieber beim Kind oder Säugling. Manchmal erleben auch Erwachsene (besonders Frauen) diesen Zustand.

Nervios

Dies ist ein allgemeiner Ausdruck für Leidensformen, der bei den Latinos in den USA und in lateinamerikanischen Ländern gebraucht wird. Verschiedene andere ethnische Gruppen haben verwandte, wenn auch häufig etwas unterschiedliche Vorstellungen über die „Nerven" (wie Nevra bei den Griechen in Nordamerika). Nervios bezieht sich sowohl auf eine erhöhte Vulnerabilität für belastende Lebenserfahrungen als auch auf ein Syndrom, welches durch schwierige Lebensumstände ausgelöst wird. Nervios umfaßt ein weites Spektrum an Symptomen emotionalen Leids, somatischer Störungen sowie eine Unfähigkeit zu funktionieren. Übliche Symptome sind Kopfschmerzen und „Gehirnschmerzen", Reizbarkeit, Magenbeschwerden, Schlafstörungen, Nervosität, Weinerlichkeit, die Unfähigkeit, sich zu konzentrieren, Zittern, Kribbelempfindungen und *mareos* (Benommenheit mit gelegentlichen schwindelähnlichen Verschlimmerungen). Nervios ist meist ein anhaltendes Problem, auch wenn der Schweregrad variiert. Nervios ist ein sehr weitgefaßtes Syndrom, das einen von psychischen Störungen freien Bereich bis hin zu klinischen Bildern umspannt, die einer Anpassungs-, Angst-, Depressiven, Dissoziativen, Somatoformen oder Psychotischen Störung gleichen. Die Differentialdiagnose wird von der Konstellation der erlebten Symptome, der Art der sozialen Ereignisse, die mit Beginn und Verlauf von Nervios zusammenhängen, und dem Ausmaß der eingetretenen Beeinträchtigung abhängen.

Pibloktoq

Eine plötzliche dissoziative Episode, die von bis zu 30 Minuten dauernder extremer Aufregung begleitet wird und die häufig von konvulsiven Zuckungen und einem Koma, das bis zu 12 Stunden dauern kann, gefolgt wird. Dieses Störungsbild wird hauptsächlich bei arktischen und subarktischen Eskimogemeinden beobachtet, wobei regionale Unterschiede in der Bezeichnung auftreten können. Vor der Attacke kann die Person für eine Periode von mehreren Stunden oder Tagen in sich gekehrt oder in leichtem Ausmaß reizbar sein, für die Attacke wird typischerweise eine vollständige Amnesie berichtet. Während der Attacke kann die Person ihre Bekleidung herunterreißen, Möbel zerschlagen, Obszönitäten brüllen, Fäkalien essen, aus einer beschützenden Umgebung ausbrechen oder andere irrationale oder gefährliche Handlungen begehen.

Qi-gong psychotische Reaktion

Dieser Begriff beschreibt eine akute, zeitlich begrenzte Episode, die durch dissoziative, paranoide oder andere psychotische oder nicht psychotische Symptome charakterisiert ist, die nach der Teilnahme an dem volkstümlichen chinesischen Gesundheitsritual qi gong („Übung zur vitalen Energie") auftreten kann. Besonders empfänglich sind Personen, die sich übermäßig auf diesen Ritus einlassen sind. Die Diagnose wurde in die *Chinesische Klassifikation Psychischer Störungen*, zweite Auflage (CCMD-2) aufgenommen.

Rootwork

Ein Muster kultureller Interpretationen, in denen Krankheit auf Hexerei, Zauberei, Verhexen oder auf den bösen Einfluß einer anderen Person zurückgeführt wird. Die Symptome können generalisierte Angst und gastrointestinale Beschwerden (z. B. Übelkeit, Erbrechen, Durchfall), Schwäche, Schwindel, Angst vor Vergiftung und Angst vor Ermordung („Voodoo-Tod") umfassen. „Roots", „Verfluchung" oder „Hexerei" können auf eine Person „gelegt" oder an sie geknüpft werden und so verschiedene emotionale und psychische Probleme verursachen. Die „verhexte" Person kann sich sogar vor dem Tod fürchten, bis das „root" „weggenommen" (abgezogen) wird. Dies geschieht normalerweise durch einen „Root-Doctor" (einem traditionellen Heiler), der auch gerufen werden kann, um einen Feind zu verhexen. „Rootwork" tritt in den südlichen Staaten der USA bei Amerikanern sowohl afrikanischer als auch europäischer Herkunft und in karibischen Gesellschaften auf. Es ist auch als *mal puesto* oder *brujeria* in Latinogesellschaften bekannt.

Sangue dormido („schlafendes Blut")

Dieses Syndrom tritt bei portugiesischen Kapverdianern (und bei von dort stammenden Einwanderern in die USA) auf. Es umfaßt Schmerz, Taubheit, Tremor, Paralyse, Krämpfe, Schlaganfälle, Blindheit, Herzanfälle, Infektionen und Fehlgeburten.

Shenjing shuairuo („Neurasthenie")

In China ein Zustand, der durch körperliche und geistige Erschöpfung, Benommenheit, Kopf- oder andere Schmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen und Gedächtnisverlust charakterisiert ist. Andere Symptome sind gastrointestinale Probleme, sexuelle Funktionsstörungen, Reizbarkeit, leichte Aufregbarkeit und verschiedene Zeichen, die auf eine Störung des vegetativen Nervensystems hinweisen. In vielen Fällen würden die Symptome die Kriterien einer Angststörung oder einer Affektiven Störung in DSM-IV erfüllen. Diese Diagnose wurde in die *Chinesische Klassifikation Psychischer Störungen*, zweite Auflage (CCMD-2) aufgenommen.

Shen-k'uei (Taiwan); *shenkui* (China)

Eine chinesische Volksbezeichnung zur Beschreibung ausgeprägter Symptome von Angst oder Panik mit körperlichen Begleitbeschwerden, für die keine organische Ursache nachweisbar ist. Zu den Symptomen gehören Benommenheit, Rückenschmerzen, Erschöpfbarkeit, allgemeine Schwäche, Schlaflosigkeit, häufiges Träumen und Klage über sexuelle Funktionsstörungen (wie Ejaculatio praecox und Impotenz). Die Symptome werden einem übermäßigen Samenverlust durch häufigen Geschlechtsverkehr, Masturbation, nächtlichen Samenerguß oder durch Abfließen in „weißen trüben Urin", von dem angenommen wird, er enthalte Samen, zugeschrieben. Der übermäßige Samenverlust wird gefürchtet, wegen der Überzeugung, daß er den Verlust der vitalen Essenz bedeutet und daher lebensbedrohend werden kann.

Shin-byung

Eine in Korea volkstümliche Bezeichnung für ein Syndrom, dessen Anfangsphase durch Angst und somatische Beschwerden (allgemeine Schwäche, Schwindel, Angst, Appetitlosigkeit, In-

somnie und gastrointestinale Probleme) charakterisiert ist, mit nachfolgender Dissoziation und dem Besessensein von Geistern der Vorfahren.

Spell

Ein Trancezustand, in dem die Person mit verstorbenen Verwandten oder Geistern „kommuniziert". Gelegentlich ist dieser Zustand mit kurzen Episoden einer Persönlichkeitsveränderung verknüpft. Dieses kulturspezifische Syndrom wird bei Amerikanern afrikanischer und europäischer Herkunft in den Südstaaten der USA beobachtet. „Spells" werden im Volksglauben nicht als krankhafte Ereignisse verstanden, können aber im klinischen Bereich als psychotische Episode fehlgedeutet werden.

Susto („Schrecken" oder „Seelenverlust")

Eine bei einigen Latinos in den USA, Mexiko, Mittel- und Südamerika vorkommende Volkskrankheit. Susto wird auch *espanto, pasmo, tripa ida, perdida del alma* oder *chibih* genannt. Susto ist eine einem erschreckenden Erlebnis zurückgeschriebene Erkrankung, aufgrund derer die Seele den Körper verläßt und die zu Unglücklichsein und Krankheit führt. An Susto erkrankte Personen erleben oft bedeutsame Spannungen in zentralen sozialen Rollen. Es wird geglaubt, daß Susto in extremen Fällen zum Tode führen kann. Typische Symptome sind Appetitstörungen, unzureichender oder übermäßiger Schlaf, unruhiger Schlaf oder beunruhigende Träume, Gefühle der Trauer, Mangel an Motivation, irgend etwas zu tun, sowie Gefühle geringen Selbstwerts und der Schmutzigkeit. Die somatischen Begleitsymptome von Susto sind Muskelschmerzen, Kopf- und Magenschmerzen sowie Durchfall. Bei der rituellen Heilung wird das Schwergewicht darauf gelegt, die Seele in den Körper zurückzurufen und den Betroffenen zu reinigen, um das geistige und körperliche Gleichgewicht wiederherzustellen. Verschiedene Erlebnisse von Susto können mit einer Major Depression, einer Posttraumatischen Belastungsstörung und Somatoformen Störungen verwandt sein. Ähnliche ätiologische Überzeugungen und Symptomkonstellationen treten in vielen Teilen der Welt auf.

Taijin kyofusho

Eine in Japan kulturell typische Phobie, die der Sozialen Phobie nach DSM-IV in mancher Hinsicht ähnelt. Dieses Syndrom bezieht sich auf die intensive Angst einer Person, daß ihr Körper, seine Teile oder seine Funktionen anderen Personen nicht gefallen, sie unbehaglich stimmen oder ihnen in Erscheinungsbild, Geruch, Gesichtsausdruck oder Bewegungen unangenehm sind. Dieses Störungsbild wurde in das offizielle japanische Diagnosesystem psychischer Störungen aufgenommen.

Zar

Ein in Äthiopien, Somalia, Ägypten, Sudan, Iran und in nordafrikanischen Staaten sowie in Gesellschaften des Mittleren Ostens gebräuchlicher Ausdruck für das Erleben, daß eine Person von Geistern besessen ist. Die besessene Person kann dissoziative Episoden erleben, die Schreien, Lachen, Schlagen des Kopfes gegen die Wand, Singen oder Weinen umfassen. Manche Personen zeigen Apathie und Rückzug, Verweigerung, Nahrung aufzunehmen oder täglichen Pflichten nachzukommen oder sie nehmen eine Langzeitbeziehung mit dem Geist auf. Dieses Verhalten wird in manchen Regionen nicht als krankhaft betrachtet.

Anhang G

ICD-10 und ICD-9-CM-Codierungen für ausgewählte medizinische Krankheitsfaktoren und medikamenteninduzierte Störungen

ICD-10-Codierungen

Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)

A50 **Kongenitale Syphilis**
A50.4 späte kongenitale Neurosyphilis (juvenile Neurosyphilis)

A52 **Spätsyphilis**
A52.1 symptomatische Neurosyphilis
einschließlich: Tabes dorsalis

A81 **Slow-Virus-Infektionen des Zentralnervensystems**
A81.0 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
A81.1 subakute sklerosierende Panenzephalitis
A81.2 Progressive multifokale Leukenzephalopathie

B22 **durch die Human-Immundefizienz-Virus-(HIV)-Krankheit ausgelöste sonstige näher bezeichnete Krankheiten**
B22.0 durch HIV-Krankheit ausgelöste Enzephalopathie
einschließlich: Demenz bei HIV-Krankheit

Neubildungen (C00–D48)

C70 **bösartige Neubildung der Meningen**

C71 **bösartige Neubildung des Gehirns**

C72 **bösartige Neubildung des Rückenmarks, der Hirnnerven und anderer Teile des zentralen Nervensystems**

D33 **gutartige Neubildung des Gehirns und anderer Teile des Zentralnervensystems**

D42 **Neubildung unsicherer Dignität und fraglicher meningealer Beteiligung**

D43 **Neubildung unsicherer Dignität und fraglicher Beteiligung des Gehirns und des Zentralnervensystems**

Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (E00–E90)

E00 angeborenes Jodmangelsyndrom

E01 jodmangelbedingte Schilddrüsenerkrankungen und verwandte Zustände

E02 subklinische Jodmangelhypothyreose

E03 sonstige Hypothyreoseformen
E03.2 Hypothyreose durch Arzneimittel und sonstige äußere Substanzen
E03.4 Myxödemkoma

E05 Thyreotoxikose (Hyperthyreoidismus)

E15 nichtdiabetischer hypoglykämischer Schock

E22 Überfunktion der Hypophyse
E22.0 Akromegalie und hypophysärer Riesenwuchs
E22.1 Hyperprolaktinämie
einschließlich: medikamenteninduzierte Hyperprolaktinämie

E23 Unterfunktion und sonstige Störungen der Hypophyse

E24 Cushing-Syndrom

E30 Pubertätsstörungen, nicht andernorts klassifizierbar
E30.0 verzögerte Pubertät
E30.1 vorzeitige Pubertät

E34 sonstige endokrine Störungen
E34.3 Minderwuchs, nicht andernorts klassifizierbar

E51 Thiaminmangel
E51.2 Wernicke-Enzephalopathie

E64 Folgen von Mangelernährung und sonstigen alimentären Mangelzuständen

E66 Fettsucht

E70 Störungen des Stoffwechsels aromatischer Aminosäuren
E70.0 klassische Phenylketonurie

E71 Störungen des Stoffwechsels verzweigter Aminosäuren und des Fettsäurestoffwechsels
E71.0 Ahornsirupkrankheit

E74 sonstige Störungen des Kohlehydratstoffwechsels

E80 Störungen des Porphyrin- und Bilirubinstoffwechsels

Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)

G00 bakterielle Meningitis, nicht andernorts klassifizierbar
einschließlich:
- Hämophilusmeningitis
- Pneumokokkenmeningitis
- Streptokokkenmeningitis

– Staphylokokkenmeningitis
– sonstige bakterielle Meningitis

G02 Meningitis bei andernorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten

G03 Meningitis durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen

G04 Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis

G06 intrakranielle und intraspinale Abszesse und Granulome
G06.2 extraduraler und subduraler Abszeß, nicht näher bezeichnet

G10 Huntington-Krankheit

G11 hereditäre Ataxie

G20 Parkinson-Krankheit

G21 sekundärer Parkinsonismus
G21.0 malignes neuroleptisches Syndrom
G21.1 sonstiger arzneimittelinduzierter sekundärer Parkinsonismus
G21.2 sekundärer Parkinsonismus durch sonstige äußere Substanzen
G21.3 postenzephalitisches Parkinson-Syndrom

G24 Dystonie
einschließlich: – Dyskinesie
G24.0 Arzneimittelinduzierte Dystonie und Dyskinesie
G24.3 Torticollis spasticus
G24.8 sonstige Dystonie
einschließlich: – Dyskinesia tarda

G25.- sonstige extrapyramidale und Bewegungsstörungen
einschließlich: – arzneimittelinduzierter Tremor
– Myoklonus
– Chorea
– Tics
– Restless-legs-Syndrom

G30 Alzheimer-Krankheit
G30.0 Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn
G30.1 Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn
G30.8 sonstige näher bezeichnete Alzheimer-Krankheit
G30.9 Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet

G31 sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, nicht andernorts klassifizierbar
G31.0 umschriebene Hirnatrophie
einschließlich: – Pick-Krankheit
G31.1 sonstige senile Degenerationen des Gehirns, nicht andernorts klassifizierbar
G31.2 Degenerationen des Nervensystems durch Alkohol
einschließlich: – alkoholbedingte:
zerebellare Ataxie
zerebellare Degeneration
zerebrale Degeneration und
Enzephalopathie

Dysfunktion des autonomen
Nervensystems durch Alkohol

G31.8 sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten des Nervensystems
einschließlich: – Degeneration der grauen Hirnsubstanz (Alpers-Syndrom)
– subakute nekrotisierende Enzephalopathie (Leigh)

G31.9 Degeneration des Nervensystems, nicht näher bezeichnet

G32 sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems bei andernorts klassifizierten Krankheitsbildern

G35 Multiple Sklerose

G37 sonstige demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems

G37.0 diffuse Sklerose
einschließlich: – Enzephalitis periaxialis
– Schilder-Krankheit

G40 Epilepsien

G40.0 lokalisationsbezogene (fokale)(partielle) idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome mit lokalisationsbezogenen Anfällen
einschließlich: – benigne Epilepsie des Kindesalters
mit temporo-zentralen Spikes im EEG

G40.1 lokalisationsbezogene (fokale)(partielle) symptomatische Epilepsien und epileptische Syndrome mit einfachen Partialanfällen
einschließlich: – Anfälle ohne Störungen des Bewußtseins

G40.2 lokalisationsbezogene (fokale)(partielle) symptomatische Epilepsien und epileptische Syndrome mit komplexen Partialanfällen
einschließlich: – Anfälle mit Störungen des Bewußtseins meist mit Automatismen

G40.3 generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome

G40.4 sonstige generalisierte Epilepsie und epileptische Syndrome
einschließlich: – Blitz-Nick-Salaam-Anfälle

G40.5 spezielle epileptische Syndrome
einschließlich: – epileptische Anfälle in Verbindung
mit Alkohol, Drogen und Schlafentzug

G40.6 Grand-mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet, mit oder ohne Petit-mal-Anfälle

G40.7 Petit-mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet, ohne Grand-mal-Anfälle

G41.– Status epilepticus

G43.– Migräne

G44.– sonstige Kopfschmerzen

G45.– transitorische zerebrale ischämische Attacken und verwandte Syndrome

G47 Schlafstörungen

G47.2 Störungen des Schlaf-Wachrhythmus

G47.3 Schlafapnoe

G47.4 Narkolepsie und Kataplexie

G70 Myasthenia gravis und sonstige Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse

G70.0 Myasthenia gravis

G91.– Hydrocephalus

G92 toxische Enzephalopathie

G93 sonstige Krankheiten des Gehirns, nicht andernorts klassifizierbar
G93.1 anoxische Hirnschädigung, nicht andernorts klassifizierbar
G93.3 postvirales Erschöpfungssyndrom
einschließlich: – benigne myalgische Enzephalomyelitis
G93.4 Enzephalopathie, nicht näher bezeichnet

G97 Krankheiten des Nervensystems nach Operationen und medizinischen Maßnahmen, nicht andernorts klassifizierbar

G97.0 Liquorfistel nach Punktion

Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00–H59)

H40 Glaukom

H41.6 Glaukom nach Arzneimittelverabreichung

Krankheiten des Ohres und des Mastoids (H60–H95)

H93 sonstige Störungen des Ohres, nicht andernorts klassifizierbar

H93.1 Tinnitus

Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)

I10 essentielle (primäre) Hypertonie

I60.– Subarachnoidalblutung

I61.– intrazerebrale Blutung

I62 sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung

I62.0 subdurale Blutung (akut, nichttraumatisch)
I62.1 nichttraumatische extradurale Blutung

I63.– Zerebralinfarkt

I64 Apoplexie, nicht näher als Blutung oder Infarkt bezeichnet

I65.– Verschluß und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Zerebralinfarkt

I66.– Verschluß und Stenose zerebraler Arterien ohne resultierenden Zerebralinfarkt

I67 sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten

I67.2 zerebrale Arteriosklerose
I67.3 progressive vaskuläre Leukenzephalopathie
einschließlich: – Morbus Binswanger
I67.4 hypertoniebedingte Enzephalopathie

I69.– Folgen zerebrovaskulärer Krankheiten

I95 Hypotonie

I95.2 Hypotonie durch Arzneimittel

Krankheiten des respiratorischen Systems (J00–J99)

J10 **Grippe durch nachgewiesene Influenzaviren**
J10.8 Grippe mit sonstigen Manifestationen, Viren nachgewiesen

J11 **Grippe, Viren nicht nachgewiesen**
J11.8 Grippe mit sonstigen Manifestationen, Viren nicht nachgewiesen

J42 **chronische Bronchitis, nicht näher bezeichnet**

J43.– **Emphysem**

J45.– **Asthma**

Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)

K25 **Ulcus ventriculi**

K26 **Ulcus duodeni**

K27 **Ulcus pepticum, Lokalisation nicht näher bezeichnet**

K29 **Gastritis und Duodenitis**
K29.2 Alkoholgastritis

K30 **Dyspepsie**

K58.– **Reizkolon (Colon irritabile)**

K59.– **sonstige funktionelle Darmstörungen**

K70.– **alkoholische Lebererkrankung**

K71.– **toxische Lebererkrankung**
einschließlich: – arzneimittelinduzierte Lebererkrankung

K86 **sonstige Krankheiten des Pankreas**
K86.0 alkoholinduzierte chronische Pankreatitis

Krankheiten der Kutis und der Subkutis (L00–L99)

L20.– **Dermatitis atopica**

L98 **sonstige Krankheiten der Kutis und der Subkutis, nicht andernorts klassifizierbar**
L98.1 Dermatitis factitia
einschließlich: – neurotische Exkoriation

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)

M32.– **systemischer Lupus erythematodes**

M54.– **Rückenschmerzen**

Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)

N48 sonstige Krankheiten des Penis
N48.3 Priapismus
N48.4 Impotenz mit organischer Ursache

N91.– ausgebliebene, zu schwache oder zu seltene Menstruation

N94 Schmerzen und sonstige Symptome der weiblichen Genitalorgane sowie Symptome im Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus
N94.3 Prämenstruelles Syndrom
N94.4 primäre Dysmenorrhoe
N94.5 sekundäre Dysmenorrhoe
N94.6 nicht näher bezeichnete Dysmenorrhoe

N95 Störungen vor, während und nach der Menopause
N95.1 Störungen im Zusammenhang mit der Menopause und dem Klimakterium der Frau
N95.3 Zustandsbilder bei artifizieller Menopause

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)

O04 Abort aus medizinischer Indikation

O35 Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie oder Schädigung des Feten
O35.4 Betreuung der Mutter bei (vermuteter) Schädigung des Feten **durch Alkohol**
O35.5 Betreuung der Mutter bei (vermuteter) Schädigung des Feten durch Arzneimittel oder Drogen

O99 **sonstige Krankheiten der Mutter, die andernorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Wehen, Entbindung und Wochenbett komplizieren**
O99.3 psychische Störungen und Krankheiten des Nervensystems, die Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett komplizieren
einschließlich: – Störungen und Krankheiten aus den Kapiteln F00–F99 und G00–G99

Angeborene Mißbildungen, Deformationen und Chromosomenaberrationen (Q00–Q99)

Q02 Mikrozephalie

Q03.– Hydrocephalus congenitus

Q04.– sonstige angeborene Mißbildungen des Gehirns

Q05.– Spina bifida

Q75.– sonstige angeborene Mißbildungen der Schädel- und Gesichtsschädelknochen

Q85 Phakomatosen, nicht andernorts klassifizierbar
Q85.0 Neurofibromatose (nicht maligne)

Q85.1 tuberöse Sklerose

Q86 angeborene Mißbildungen durch unbekannte exogene Schadstoffe, nicht andernorts klassifizierbar Q86.0

Q90 Down-Syndrom
Q90.0 Trisomie 21, meiotische Nondisjunction
Q90.1 Trisomie 21, Mosaik (mitotische Nondisjunction)
Q90.2 Trisomie 21, Chromosomentranslokation
Q90.9 Down-Syndrom, nicht näher bezeichnet

Q91.– Edwards-Syndrom und Patau-Syndrom

Q93 Monosomien und Deletionen von Autosomen, nicht andernorts klassifizierbar
Q93.4 Deletion des kurzen Armes des Chromosomen 5
einschließlich: Cri-du-chat-Syndrom

Q96.– Turner-Syndrom

Q97.– sonstige Aberrationen der Gonosomen weiblichen Phänotyps, nicht andernorts klassifizierbar

Q98 sonstige Aberrationen der Gonosomen männlichen Phänotyps, nicht andernorts klassifizierbar
Q98.0 Klinefelter-Syndrom, Karyotyp 47, XXY
Q98.1 Klinefelter-Syndrom, männlicher Phänotyp mit mehr als zwei X-Chromosomen
Q98.2 Klinefelter-Syndrom, männlicher Phänotyp mit Karyotyp 46, XX
Q98.4 Klinefelter-Syndrom, nicht näher bezeichnet

Q99 sonstige Chromosomenaberrationen, nicht andernorts klassifizierbar

Symptome, Zeichen und abnorme klinische und Laborbefunde, nicht andernorts klassifiziert (R00–R99)

R55 Synkope und Kollaps

R56 Krampfanfälle, nicht andernorts klassifizierbar
R56.0 Fieberkrämpfe
R56.8 Krampfanfälle, sonstige und nicht näher bezeichnete

R62 Verzögerung der zu erwartenden normalen physiologischen Entwicklung
R62.0 verzögertes Eintreten bestimmter Entwicklungsstufen
R62.8 sonstige Verzögerungen der zu erwartenden physiologischen Entwicklung
R62.9 **Verzögerung der zu erwartenden physiologischen Entwicklung, nicht näher bezeichnet**

R63 **Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen**
R63.0 Anorexie
R63.1 Polydipsie
R63.4 abnorme Gewichtsabnahme
R63.5 abnorme Gewichtszunahme

R78.– Nachweis von Drogen und sonstigen Substanzen, die normalerweise nicht im Blut vorhanden sind
einschließlich: – Alkohol (R78.0)
– Opiate (R78.1)

– Kokain (R78.2)
– Halluzinogene (R78.3)
– sonstige suchterzeugende Substanzen (R78.4)
– psychotrope Medikamente (R78.5)
– pathologischer Lithiumspiegel (R78.8)

R83 abnorme Befunde im Liquor cerebrospinalis

R90.– abnorme Befunde bei diagnostischen bildgebenden Verfahren des Zentralnervensystems

R94 abnorme Ergebnisse von Funktionsprüfungen
R94.0 abnorme Ergebnisse von Funktionsprüfungen des Zentralnervensystems
einschließlich: – abnormes Elektroenzephalogramm

Verletzungen, Vergiftungen und sonstige Folgen äußerer Ursachen (S00–T98)

S06 Intrakranielle Verletzungen
S06.0 Kontusio
S06.1 traumatisches Hirnödem
S06.2 diffuse Hirnverletzung
S06.3 fokale Hirnverletzung
S06.4 epidurale Blutung
S06.5 traumatische subdurale Blutung
S06.6 traumatische subarachnoidale Blutung
S06.7 intrakranielle Verletzung mit langdauerndem Koma

Äußere Ursachen für Morbidität und Mortalität (V01–Y98)

Vorsätzliche Selbstbeschädigung (X60–X84)
1 *einschließlich*: vorsätzlich selbstzugefügte Vergiftung und Verletzung; Suizid

X60 vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber nicht opiathaltigen Analgetika, Antipyretika und Antirheumatika

X61 vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber Antikonvulsiva, Hypnotika, Antiparkinsonmitteln und psychotropen Substanzen, nicht andernorts klassifizierbar
einschließlich: – Antidepressiva
– Barbiturate
– Neuroleptika
– Psychostimulantien

X62 vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber Narkotika und Psychodysleptika (Halluzinogene), nicht andernorts klassifizierbar
einschließlich: – Cannabis und Cannabinoide
– Kokain
– Codein
– Heroin

– Lysergide (LSD)
– Methadon
– Mescalin
– Morphium
– Opiate und Opioide

X63 **vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber sonstigen Arzneimitteln und Substanzen mit Wirkung auf das autonome Nervensystem**

X64 **vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber sonstigen und nicht näher bezeichneten Arzneimitteln und biologisch aktiven Stoffen**

X65 **vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber Alkohol**

X66 **vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber Erdölprodukten, sonstigen Lösungsmitteln und deren Dämpfe**

X67 **vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber sonstigen Gasen und Dämpfen**
einschließlich: – Kohlenmonoxid
– Gebrauchsgase

X68 **vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber Insektiziden, Herbiziden und sonstigen Schädlingsbekämpfungsmitteln**

X69 **vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber sonstigen und nicht näher bezeichneten Chemikalien und Giftstoffen**
einschließlich: – aromatische Ätzgifte
– Säuren
– Ätzalkalien

X70 **vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Erhängen, Erdrosseln und Ersticken**

X71 **vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Ertrinken und Untergehen**

X72 **vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Faustfeuerwaffen**

X73 **vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Gewehr, Schrotflinte und schwere Feuerwaffe**

X74 **vorsätzliche Selbstbeschädigung durch sonstige nicht näher bezeichnete Feuerwaffe**

X75 **vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Explosivstoffe**

X76 **vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Feuer und Flammen**

X77 **vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Wasserdampf, heiße Dämpfe und heiße Gegenstände**

X78 **vorsätzliche Selbstbeschädigung durch scharfen Gegenstand**

X79 **vorsätzliche Selbstbeschädigung durch stumpfen Gegenstand**

X80 **vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Sturz aus der Höhe**

X81 **vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Sprung oder Sichlegen vor einen sich bewegenden Gegenstand**

X82 **vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Unfall mit einem Kraftfahrzeug**

X83 **vorsätzliche Selbstbeschädigung auf sonstige näher bezeichnete Art und Weise**

einschließlich: – Unfall mit einem Luftfahrzeug
– Stromtod
– ätzende Substanzen, ausgenommen Vergiftung

X84 vorsätzliche Selbstbeschädigung auf nicht näher bezeichnete Weise

Tätlicher Angriff (X85–Y09)

2 *einschließlich*: Tötung; Verletzungen, die auf jegliche Art und Weise durch eine sonstige Person in Verletzungs- oder Tötungsabsicht zugefügt wurden

X93 tätlicher Angriff mit Faustfeuerwaffe

X99 tätlicher Angriff mit einem scharfen Gegenstand

Y00 tätlicher Angriff mit einem stumpfen Gegenstand

Y04 tätlicher Angriff mit körperlicher Gewalt

Y05 sexueller Mißbrauch mittels körperlicher Gewalt

Y06.– Vernachlässigung und Im-Stich-Lassen

Y07.– sonstige Mißhandlungssyndrome
einschließlich: – seelische Grausamkeit
– körperlicher Mißbrauch
– sexueller Mißbrauch
– Folterung

Arzneimittel, Drogen und biologisch aktiv Stoffe, die bei therapeutischer Verwendung schädliche Wirkungen verursachen (Y40–Y59)

Y46 Antikonvulsiva und Antiparkinsonmittel
Y46.7 Antiparkinsonmittel

Y47.– Sedativa, Hypnotika und Tranquillizer

Y49 psychotrope Substanzen, nicht andernorts klassifiziert
Y49.0 trizyklische und tetrazyklische Antidepressiva
Y49.1 monoaminooxidasehemmende Antidepressiva
Y49.2 sonstige und nicht näher bezeichnete Antidepressiva
Y49.3 Antipsychotika und Neuroleptika auf Phenothiazinbasis
Y49.4 Butyrophenon- und Thioxanthen-Neuroleptika
Y49.5 sonstige Antipsychotika und Neuroleptika
Y49.6 Psychodysleptika (Halluzinogene)
Y49.7 Psychostimulantien mit Mißbrauchspotential
Y49.8 sonstige psychotrope Substanzen, nicht andernorts klassifizierbar
Y49.9 nicht näher bezeichnete psychotrope Substanzen

Y50.– Stimulantien des Zentralnervensystems, nicht andernorts klassifizierbar

Y51.– vorwiegend auf das autonome Nervensystem wirkende Arzneimittel

Y57.– sonstige und nicht näher bezeichnete Drogen und Alkohol

Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen (Z00–Z99)

Z00 allgemeine Untersuchung von Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose
Z00.4 allgemeine psychiatrische Untersuchung, nicht andernorts klassifizierbar

Z02 Untersuchung aus administrativen Gründen
Z02.3 Musterungsuntersuchung
Z02.4 Untersuchung zwecks Erlangung des Führerscheins
Z02.6 Untersuchung zu Versicherungszwecken
Z02.7 zur Ausstellung einer medizinischen Bescheinigung

Z03 ärztliche Beobachtung und Begutachtung von Verdachtsfällen
Z03.2 Beobachtung bei Verdacht auf psychische Krankheit, Verhaltensstörung oder bestimmte Entwicklungsstörungen
einschließlich: – dissoziales Verhalten
– Brandstiftung
– Ladendiebstahl
– ohne manifeste psychische Störung

Z04 Untersuchung und Beobachtung aus sonstigen Gründen
***einschließlich*: – Untersuchung aus gerichtsmedizinischen Gründen**
Z04.6 behördlich angeordnete allgemeine psychiatrische Untersuchung

Z50 Behandlung unter Anwendung von Rehabilitationsmaßnahmen
Z50.2 Rehabilitation nach Alkoholabhängigkeit
Z50.3 Rehabilitation nach Abhängigkeit von psychotropen Substanzen
Z50.4 Psychotherapie, nicht andernorts klassifizierbar
Z50.7 Beschäftigungstherapie und sprachliche Rehabilitation, nicht andernorts klassifizierbar
Z50.8 Behandlung unter Anwendung sonstiger näher bezeichneter Rehabilitationsmaßnahmen
einschließlich: – Rehabilitation nach schädlichem Gebrauch von Tabak
– Einübung von Tätigkeiten des täglichen Lebens

Z53 Rekonvaleszenz
Z53.3 Rekonvaleszenz nach Psychotherapie

Z55.– Probleme in Verbindung mit Ausbildung und Beruf

Z56.– Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit

Z59.– Probleme in Verbindung mit Wohnbedingungen und ökonomischen Verhältnissen

Z60 Probleme in Verbindung mit der sozialen Umgebung
Z60.0 Anpassungsprobleme bei Veränderung der Lebensumstände
Z60.1 atypische familiäre Situation
Z60.2 Alleinleben
Z60.3 Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung
Z60.4 soziale Zurückweisung und Ablehnung
Z60.5 Zielscheibe feindlicher Diskriminierung und Verfolgung

Z60.8 sonstige näher bezeichnete Probleme verbunden mit der sozialen Umgebung

Z61 Probleme durch negative Kindheitserlebnisse
Z61.0 Verlust eines nahen Angehörigen in der Kindheit
Z61.1 Herauslösen aus dem Elternhaus in der Kindheit
Z61.2 negativ veränderte Struktur der Familienbeziehungen in der Kindheit
Z61.3 Ereignisse in der Kindheit, die den Verlust des Selbstwertgefühls zur Folge haben
Z61.4 Probleme bei sexuellem Mißbrauch in der Kindheit durch eine Person innerhalb der engeren Familie
Z61.5 Probleme bei sexuellem Mißbrauch in der Kindheit durch eine Person außerhalb der engeren Familie
Z61.6 Probleme bei körperlicher Mißhandlung eines Kindes
Z61.7 persönliches ängstigendes Erlebnis in der Kindheit
Z61.8 sonstige näher bezeichnete negative Kindheitserlebnisse

Z62 sonstige Probleme bei der Erziehung
Z62.0 ungenügende elterliche Überwachung und Kontrolle
Z62.1 elterliche Überfürsorglichkeit
Z62.2 Heimerziehung
Z62.3 Feindseligkeit gegenüber dem Kind und ständige Schuldzuweisung an das Kind
Z62.4 emotionale Vernachlässigung eines Kindes
Z62.5 sonstige Probleme im Zusammenhang mit Vernachlässigung der Erziehung
Z62.6 unangebrachter elterlicher Druck und sonstige abnorme Erziehungsmerkmale
Z62.8 sonstige näher bezeichnete Probleme bei der Erziehung

Z63 sonstige Probleme in der primären Bezugsgruppe, einschließlich familiärer Umstände
Z63.0 Probleme in der Beziehung zum (Ehe)partner
Z63.1 Probleme in der Beziehung zu den Eltern oder zu angeheirateten Verwandten
Z63.2 ungenügende familiäre Unterstützung
Z63.3 Abwesenheit eines Familienangehörigen
Z63.4 Verschwinden oder Tod eines Familienangehörigen
Z63.5 Familienzerrüttung durch Trennung oder Scheidung
Z63.6 Verwandter, der häusliche Betreuung benötigt
Z63.7 sonstige belastende Lebensumstände, die Familie und Haushalt negativ beeinflussen
Z63.8 sonstige näher bezeichnete Probleme in der primären Bezugsgruppe

Z64 Probleme bei bestimmten psychosozialen Umständen
Z64.0 Probleme bei unerwünschter Schwangerschaft
Z64.2 Nachsuchen um und Akzeptieren körperlicher, chemischer und Ernährungsmaßnahmen, die bekanntermaßen gefährlich und schädlich sind
Z64.3 Nachsuchen um und Akzeptieren von verhaltenspsychologischen Maßnahmen, die bekanntermaßen gefährlich und schädlich sind
Z64.4 Dissonanzen mit Beratungspersonen
einschließlich: – Bewährungshelfer
– Sozialarbeiter

Z65 Probleme bei sonstigen psychosozialen Umständen
Z65.0 Zivil- oder strafrechtliche Verurteilung ohne Haftstrafe
Z65.1 Haftstrafe oder Inhaftierung
Z65.2 Entlassung aus dem Gefängnis
Z65.3 sonstige gesetzliche Maßnahmen

einschließlich: – Verhaftung
– Sorgerechts- oder Unterhaltsverfahren
– Strafverfolgung

Z65.4 Opfer von Verbrechen oder Terrorismus (einschließlich Folterung)
Z65.5 Betroffensein von Katastrophen, Krieg oder sonstigen Feindseligkeiten

Z70 Beratungsersuchen im Hinblick auf Sexualeinstellung, -verhalten und -orientierung

Z71 Personen, die Gesundheitsdienste zum Zwecke sonstiger Beratung und medizinischer Konsultation in Anspruch nehmen, nicht andernorts klassifizierbar
Z71.4 Beratung und Überwachung bei Alkoholmißbrauch
Z71.5 Beratung und Überwachung bei Mißbrauch psychotroper Substanzen
Z71.6 Beratung bei schädlichem Gebrauch von Tabak

Z72 Probleme bei der Lebensführung
Z72.0 Rauchen
Z72.1 Alkoholgenuß
Z72.2 Gebrauch psychotroper Substanzen
Z72.3 Mangel an körperlicher Bewegung
Z72.4 ungeeignete Ernährungsweise und Eßgewohnheiten
Z72.5 riskantes Sexualverhalten
Z72.6 Teilnahme an Glücksspielen und Wetten
Z72.8 sonstige näher bezeichnete Probleme bei der Lebensführung
einschließlich: – selbstschädigendes Verhalten

Z73 Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung
Z73.0 Erschöpfungssyndrom (Burn-out-Syndrom)
Z73.1 akzentuierte Persönlichkeitszüge
einschließlich: – Typ-A-Verhalten
Z73.2 Mangel an Entspannung oder Freizeit
Z73.3 Belastung, nicht andernorts klassifizierbar
Z73.4 unzulängliche soziale Fähigkeiten, nicht andernorts klassifizierbar
Z73.5 sozialer Rollenkonflikt, nicht andernorts klassifizierbar

Z75 Probleme mit medizinischen Betreuungsmöglichkeiten und sonstiger Gesundheitsbetreuung
Z75.1 Person, die auf Aufnahme in eine andere geeignete Betreuungseinrichtung wartet
Z75.2 sonstige Wartezeit auf eine Untersuchung oder Behandlung
Z75.5 Betreuung einer pflegebedürftigen Person während des Urlaubs von Angehörigen

Z76 Personen, die Gesundheitsdienste aus anderen Gründen in Anspruch nehmen
Z76.0 Ausstellung wiederholter Verordnung
Z75.5 Person, die Krankheit vortäuscht (Simulant)
einschließlich: – Personen, die eine Krankheit aus offensichtlicher Motivation vortäuschen

Z81 In der Familienanamnese Hinweise auf psychische und Verhaltensstörungen
Z81.0 in der Familienanamnese Hinweise auf Intelligenzminderung
Z81.1 in der Familienanamnese Hinweise auf schädlichen Gebrauch von Alkohol
Z81.3 in der Familienanamnese Hinweise auf schädlichen Gebrauch psychotroper Substanzen

Z81.8 in der Familienanamnese Hinweise auf andere psychische und Verhaltensstörungen

Z82 in der Familienanamnese Hinweise auf bestimmte Behinderungen und chronische, behindernde Krankheiten

Z82.0 in der Familienanamnese Hinweise auf Epilepsie und andere Krankheiten des Nervensystems

Z85.– in der Eigenanamnese bösartige Neubildungen

Z86 in der Eigenanamnese bestimmte sonstige Krankheiten

Z86.0 sonstige Neubildungen
Z86.4 Mißbrauch psychotroper Substanzen
Z86.5 sonstige psychische und Verhaltensstörungen
Z86.6 Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane

Z87 in der Eigenanamnese sonstige Erkrankungen und Bedingungen

Z87.7 angeborene Mißbildungen, Deformitäten und Chromosomenaberrationen

Z91 in der Eigenanamnese Risikofaktoren, nicht andernorts klassifizierbar

Z91.1 Nichtbefolgung ärztlicher Anordnungen
Z91.4 psychisches Trauma, nicht andernorts klassifizierbar
Z91.5 Selbstbeschädigung
einschließlich: – parasuizidale Handlungen
– Selbstvergiftung
– Suizidversuch

ICD-9-CM-Codierungen

HIV-Infektion

042 HIV-Infektion in Verbindung mit bestimmten anderen Erkrankungen
043 HIV-Infektion, die bestimmte andere Erkrankungen verursacht (AIDS-related complex)
044 Andere Infektionen durch HIV
042.0 AIDS mit bestimmten Infektionen
042.1 AIDS mit bestimmten anderen Infektionen
042.2 AIDS mit bestimmtem bösartigem Neoplasma
042.9 AIDS, n. n. bez.
043.0 Lymphadenopathie durch AIDS-related complex
043.1 ZNS befallen durch HIV-Infektion
043.2 Sonstige Störungen mit Beteiligung der Immunmechanismen im Zusammenhang mit AIDS-related complex
043.3 Bestimmte andere durch AIDS-related complex verursachte Erkrankungen
043.9 AIDS-related complex, n. n. bez.
044.0 Bestimmte andere durch eine HIV-Infektion verursachte akute Infektionen
044.9 HIV-Infektion, n. n. bez.

Infektionskrankheiten

006.9 Amoebiasis
112.5 Candidosis disseminata
112.3 Candidosis der Haut und Nägel
112.4 Candidosis der Lunge
112.0 Candidosis des Mundes (Soor)
112.2 Candidosis des Urogenitaltrakts
112.9 Candidosis n. n. bez. Sitz
112.1 Candidosis der Vulva und Vagina
099.41 Chlamydia trachomatis
001.9 Cholera, n. n. bez.
078.1 Condyloma acuminatum (Viruswarzen)
079.2 Coxsackievirusinfektion
041.83 Emphysembazillus (Gasbrand)
041.4 Escherichia coli-Infektion
081.9 Fleckfieber
041.3 Friedländerbakterien-Infektion
007.1 Giardiasis (Giardia lamblia)
098.2 Gonokokkeninfektion (Gonorrhö)
487.1 Grippe, unspezifisch
487.0 Grippe mit Pneumonie
041.5 Haemophilus influenzae-Infektion
054.9 Herpes simplex
053.9 Herpes Zoster
115.9 Histoplasmie
114.9 Kokzidioidmykose
117.5 Kryptokokkose
088.81 Lyme-Borreliose

084.6 Malaria
036.9 Meningokokkeninfektion
075 Mononukleose, infektiöse
072.9 Mumps
041.81 Mykoplasmainfektion
041.2 Pneumokokkeninfektion
041.6 Proteus (mirabilis)-Infektion
041.7 Pseudomonasinfektion
082.9 Rickettsiose, durch Zecken übertragene
056.9 Röteln
004.9 Ruhr, bakterielle (Shigella)
003.9 Salmonelleninfektion
135 Sarkoidose
041.10 Staphylokokkeninfektion
041.00 Streptokokkeninfektion
097.9 Syphilis (Lues)
071 Tollwut
130.9 Toxoplasmose
124 Trichinose
131.9 Trichomoniasis
002.0 Typhoides Fieber
070.1 Virushepatitis Typ A
070.3 Virushepatitis Typ B
070.51 Virushepatitis Typ C
079.99 Virusinfektion, n. n. bez.

Neoplasmen
228.02 Hämangiom des Gehirns
201.90 Morbus Hodgkin
176.9 Kaposi-Sarkom
208.01 Leukämie, akute, in Remission
208.00 Leukämie, akute
208.11 Leukämie, chronische, in Remission
208.10 Leukämie, chronische
200.10 Lymphosarkom
172.9 Malignes Melanom
225.2 Meningiom
203.00 Multiples Myelom
203.01 Multiples Myelom, in Remission
195.2 Neoplasma des Abdomens, bösartig, primär
157.9 Neoplasma der Bauchspeicheldrüse, bösartig, primär
171.9 Neoplasma des Bindegewebes, bösartig, primär
162.9 Neoplasma der Bronchien, bösartig, primär
153.9 Neoplasma des Dickdarms, bösartig, primär
197.5 Neoplasma des Dickdarms, bösartig, sekundär
152.9 Neoplasma des Dünndarms bösartig, primär
183.0 Neoplasma des Eierstocks, bösartig, primär
179 Neoplasma der Gebärmutter, bösartig, primär

191.9 Neoplasma des Gehirns, bösartig, primär
198.3 Neoplasma des Gehirns, bösartig, sekundär
225.0 Neoplasma des Gehirns, gutartig
194.0 Neoplasma der Glandulae suprarenales, bösartig, primär
188.9 Neoplasma der Harnblase, bösartig, primär
173.9 Neoplasma der Haut, bösartig, primär
186.9 Neoplasma des Hodens, bösartig, primär
170.9 Neoplasma der Knochen und Knochenmark, bösartig, primär
198.5 Neoplasma der Knochen und Knochenmark, bösartig, sekundär
155.0 Neoplasma der Leber, bösartig, primär
197.7 Neoplasma der Leber, bösartig, sekundär
162.9 Neoplasma der Lunge, bösartig, primär
197.0 Neoplasma der Lunge, bösartig, sekundär
196.9 Neoplasma der Lymphknoten, bösartig, sekundär
175.9 Neoplasma der männlichen Brust, bösartig, primär
151.9 Neoplasma des Magens, unspezifischer Bezirk, bösartig, primär
211.4 Neoplasma des Mastdarms und des Analkanals, gutartig
189.0 Neoplasma der Niere, bösartig, primär
185 Neoplasma der Prostata, bösartig, primär
154.1 Neoplasma des Rektums, bösartig, primär
193 Neoplasma der Schilddrüse, bösartig, primär
150.9 Neoplasma der Speiseröhre bösartig, primär o. n. A.
174.9 Neoplasma der weiblichen Brust, bösartig, primär
180.9 Neoplasma des Zervix uteri, bösartig, primär
237.70 Neurofibromatose (von Recklinghausen-Krankheit)
227.0 Phäochromozytom, benignes
194.0 Phäochromozytom, malignes
238.4 Polycythaemia vera

Endokrine Erkrankungen

255.2 Adrenogenitale Störung
253.0 Akromegalie und Gigantismus
255.0 Cushing-Syndrom
253.5 Diabetes insipidus
250.00 Diabetes mellitus Typ II, insulinunabhängig
250.00 Diabetes mellitus Typ I, insulinabhängig
257.9 Funktionsstörung der Hoden
256.9 Funktionsstörung der Ovarien
255.1 Hyperaldosteronismus
252.0 Hyperparathyreoidismus
252.1 Hypoparathyreoidismus
242.9 Hyperthyreoidismus
244.9 Hypothyreose, erworbene
243 Hypothyreose, kongenitale
259.2 Karzinoid-Syndrom
253.2 Minderwuchs, hypophysärer
255.4 Nebennierenrindenunterfunktion
253.2 Panhypopituitarismus

259.0 Pubertät und sexuelle Entwicklung, verzögerte
259.1 Pubertät und sexuelle Entwicklung, verfrüht
241.9 Struma, Knoten- ohne Thyreotoxikose
240.9 Struma, n. n. bez.
245.9 Thyreoiditis

Ernährungsstörungen
266.0 Ariboflavinose-Syndrom
267 Askorbinsäuremangel
265.0 Beriberi
278.0 Fettsucht
266.2 Folsäure-Mangel
261 Hunger-Marasmus
269.3 Jodmangel
269.3 Kalziummangel
260 Kwashiorkor-Syndrom
262 Protein-Energie-Mangelsyndrom, schweres
265.2 Pellagra (Niacin-Mangel)
264.9 Vitamin A-Mangel
266.1 Vitamin B_6-Mangel
266.2 Vitamin B_{12}-Mangel
268.9 Vitamin D-Mangel
269.1 Vitamin E-Mangel
269.0 Vitamin K-Mangel

Stoffwechselerkrankungen
276.3 Alkalose
277.3 Amyloidose
276.2 Azidose
271.3 Disaccharid-Intoleranz-Syndrom- und Glucose-Galaktose-Malabsorption
276.6 Flüssigkeitsüberlastung
274.9 Gicht
275.0 Hämochromatose
275.4 Hyperkalzämie
276.7 Hyperkaliämie
276.0 Hypernatriämie
275.4 Hypokalzämie
276.8 Hypokaliämie
276.1 Hyponatriämie
277.2 Lesch-Nyhan-Syndrom
270.1 Phenylketonurie
277.1 Porphyrinurie
276.9 Störung des Elektrolytgleichgewichts
276.5 Volumenverringerung (Wasserverlust)
275.1 Wilson-Syndrom

Erkrankungen des Nervensystems

324.0	Abszeß, intrakranieller
331.0	Alzheimersche Erkrankung
436	Apoplektischer Insult
437.0	Arteriosklerose, zerebral
334.3	Ataxie, zerebellar
350.2	Atypische Gesichtsschmerzen
333.4	Chorea Huntington
851.80	Contusio cerebri
572.2	Enzephalopathie, hepatische
437.2	Encephalopathia hypertensiva
348.3	Enzephalopathie, nicht näher bezeichnete
345.70	Epilepsia partialis continua (Koshewnikoff-Syndrom)
345.10	Epilepsie, generalisierte Anfälle mit Krämpfen (grand mal)
345.40	Epilepsie, partiell mit Bewußtseinsstörungen
345.50	Epilepsie, partiell ohne Bewußtseinsstörungen
345.00	Epilepsie, generalisierte Anfälle ohne Krämpfe (petit mal)
850.9	Gehirnerschütterung
432.0	Hämorrhagie, nichttraumatische extradurale
852.40	Hämorrhagie, traumatische epidurale
431	Hämorrhagie, intrazerebrale
430	Hämorrhagie, subarachnoidale
852.00	Hämorrhagie, subarachnoidale traumatische
432.1	Hämorrhagie, subdurale nichttraumatische
852.20	Hämorrhagie, subdurale traumatische
348.5	Hirnödem
331.3	Hydrocephalus communicans
331.4	Hydrocephalus occlusus
435.9	Ischämie, transitorische
046.1	Jakob-Creutzfeldtsche Erkrankung
354.0	Karpaltunnel-Syndrom
354.4	Kausalgie
346.20	Kopfschmerz, Cluster Headache
046.0	Kuru
335.20	Lateralsklerose, amyotrophische
046.3	Leukoenzephalopathie, progressive multifokale
330.1	Lipidose, zerebrale
320.9	Meningitis durch n. n. bez. Bakterien
321.0	Meningitis durch Kryptokokken
054.72	Meningitis durch Herpes-simplex-Virus
053.0	Meningitis durch Herpes Zoster
321.10	Meningitis durch Pilzkrankheiten
094.2	Meningitis, syphilitische (luische)
047.9	Meningitis durch n. n. bez. Enteroviren
346.00	Migräne, echte (Migraine accompagnée)
346.10	Migräne, vasomotorische (common migraine)
346.90	Migräne, n. n. bez.
340	Multiple (oder Poly-)Sklerose
359.1	Muskeldystrophie: Duchenne Typ

358.0 Myasthenia gravis pseudoparalytica
337.1 Neuropathie des autonomen (peripheren) Nervensystems
351.0 Parese, Fazialis- (Bell-Lähmung)
343.9 Parese, Cerebral-
343.9 Parese, Pseudobulbär-
046.2 Panenzephalitis, subakute sklerosierende
094.1 Progressive Paralyse
332.0 Primäres Parkinson-Syndrom
331.1 Picksche Erkrankung
357.9 Polyneuropathie, n. n. bez.
348.2 Pseudotumor cerebri (benigne Hirndrucksteigerung)
345.3 Status, grand mal-
345.2 Status, petit mal-
433.1 Stenose der Arteria carotis
330.1 Tay-Sachs-Syndrom
333.1 Tremor, essentieller
350.1 Trigeminusneuralgie o. n. A.
049.9 Virusenzephalitis
434.9 Zerebraler Infarkt o. n. A.

Augenerkrankungen
365.9 Glaukom
366.9 Katarakt
372.9 Konjunktivastörungen
377.30 Neuritis optica
361.9 Netzhautablösung
379.50 Nystagmus und sonstige irreguläre Augenbewegungen
377.00 Papillenödem (Stauungspapille)
369.9 Sehverlust

Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen
460 Erkältung
464.0 Kehlkopfentzündung, akute (Laryngitis)
386.00 Ménière-Symptomenkomplex
461.9 Nebenhöhlenentzündung, akute (Sinusitis)
473.9 Nebenhöhlenentzündung, chronische (Sinusitis)
382.9 Otitis media
462 Rachenentzündung, akute (Pharyngitis)
477.9 Rhinitis, allergische
389.9 Taubheit
388.30 Tinnitus aureum (Ohrgeräusche)
463 Tonsillitis, akute

Herz-Kreislauferkrankungen
413.9 Angina pectoris
424.1 Aortenklappenerkrankung
446.0 Arteriitis nodosa

440.9 Arteriosklerose
414.0 Arteriosklerotische Herzerkrankung
426.10 Block, atrioventrikulärer
426.3 Block, Linksschenkel-
426.4 Block, Rechtsschenkel-
421.9 Endokarditis, bakterielle
427.60 Extrasystolie
455.6 Hämorrhoiden
427.5 Herzstillstand
416.9 Herzerkrankung, chronische pulmonale
427.9 Herzrhythmusstörung, n. n. bez.
401.9 Hypertonie, essentielle
402.91 Hypertensive Herzkrankheit mit Stauungsherz
402.90 Hypertensive Herzkrankheit ohne Stauungsherz
403.91 Hypertonischer Nierenschaden mit Insuffizienz
403.90 Hypertonischer Nierenschaden ohne Insuffizienz
458.0 Hypotonie, orthostatische
427.41 Kammerflimmern
427.42 Kammerflattern
454.9 Krampfadern der unteren Extremitäten
415.1 Lungenembolie
424.0 Mitralklappeninsuffizienz
424.0 Mitralklappenprolaps
394.0 Mitralstenose (rheumatische)
410.90 Myokardinfarkt, akuter
425.5 Myokardiopathie, alkoholische
425.4 Myokardiopathie, idiopathische
456.0 Oesophagusvarizen, blutende
456.1 Oesophagusvarizen, ohne Blutung
423.9 Perikarditis
443.9 Periphere Gefäßkrankheit
451.9 Phlebitis und Thrombophlebitis
424.3 Pulmonalklappenerkrankung (nichtrheumatisch)
397.1 Pulmonalklappenerkrankung (rheumatisch)
428.0 Stauungsinsuffizienz
427.0 Tachykardie, supraventrikuläre paroxysmale
427.2 Tachykardie, paroxysmale
427.1 Tachykardie, ventrikuläre paroxysmale
424.2 Trikuspidalklappenerkrankung (nichtrheumatisch)
397.0 Trikuspidalklappenerkrankung (rheumatisch)
427.31 Vorhofflimmern
427.32 Vorhofflattern

Atemwegserkrankungen

493.20 Asthma, chronisches obstruktives
493.90 Asthma, n. n. bez.
494 Bronchiektasie
466.0 Bronchitis, akute

491.21 Bronchitis, obstruktive chronische mit Verschluß der Atemwege
491.20 Bronchitis, obstruktive chronische ohne Verschluß der Atemwege
492.8 Emphysem
277.00 Fibrose, zystische
518.81 Insuffizienz, respiratorische
513.0 Lungenabszeß
518.0 Lungenkollaps
011.9 Lungentuberkulose
511.9 Pleuritis mit Erguß o. n. A.
505 Pneumokoniose, n. n. bez.
860.4 Pneumohämothorax, traumatisch
483.0 Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae
481 Pneumonie durch Pneumokokken
482.30 Pneumonie durch Streptokokken
486 Pneumonie n. n. bez.
482.9 Pneumonie, n. n. bez., bakteriell
480.9 Pneumonie, Virus-
512.8 Pneumothorax, Spontan-
860.0 Pneumothorax, traumatischer
136.3 Pneumozystosis

Erkrankungen des Verdauungssystems

540.9 Appendizitis, akute
567.9 Bauchfellentzündung
575.0 Cholezystitis, akute
575.1 Cholezystitis, chronische
556 Colitis ulcerosa
555.9 Crohn-Krankheit
560.39 Darmeinklemmung (Kotstein)
560.9 Darmverschluß
009.2 Diarrhoe, infektiöse
558.9 Diarrhoe, unspezifische
555.9 Enteritis, regionale
576.2 Gallengangsstriktur, erworbene
535.50 Gastritis und Gastroduodenitis
535.50 Gastroduodenitis und Gastritis
558.9 Gastroenteritis
571.1 Hepatitis, akute alkoholische
571.40 Hepatitis, chronische
573.3 Hepatitis, toxisch (einschl. drogeninduziert)
571.2 Leberzirrhose, alkoholische (Laennec-Leberzirrhose)
550.90 Leistenhernie
562.12 Kolondiverticulitis, mit Blutung
562.10 Kolondiverticulitis, unspezifisch
562.13 Kolondivertikulose, mit Blutung
562.11 Kolondivertikulose, unspezifisch
531.30 Magengeschwür, akutes
531.70 Magengeschwür, chronisches

578.9 Magen-Darm-Blutung
564.1 Reizdarm oder -kolon
564.0 Obstipation
530.1 Oesophagitis
530.3 Oesophagusstriktur
577.0 Pankreatitis, akute
577.1 Pankreatitis, chronische
530.1 Refluxösophagitis
530.4 Ruptur der Speiseröhre
532.30 Ulcus duodeni, akutes
532.70 Ulcus duodeni, chronisches
070.1 Virushepatitis, Typ A
070.30 Virushepatitis, Typ B
070.51 Virushepatitis, Typ C

Hauterkrankungen
704.00 Alopezie
707.0 Dekubitus, ulzeröser
693.0 Dermatitis durch eingenommene Substanzen
703.0 Eingewachsener Nagel
695.1 Erythema multiforme
701.4 Keloide
692.9 Kontaktdermatitis
696.1 Psoriasis
708.0 Urtikaria, allergische
682.9 Zellgewebsentzündung o. n. A.

Erkrankungen des Stütz-, Bewegungs- und Bindegewebssystems
716.20 Arthritis, allergische
711.90 Arthritis, infektiöse
714.0 Arthritis, rheumatisch
733.40 Aseptische Knochennekrose
710.3 Dermatomyositis
722.93 Diskopathie, lumbale intervertebrale
722.92 Diskopathie, thorakale intervertebrale
722.91 Diskopathie, zervikale intervertebrale
733.10 Fraktur, pathologische (Spontanfraktur)
710.0 Lupus erythematodes disseminatus
715.90 Osteoarthrose
730.20 Osteomyelitis
733.00 Osteoporose
710.1 Systemsklerose
737.30 Skoliose und Kyphoskoliose
710.2 Sjögren-Syndrom
720.0 Spondylitis ankylopoetica (Morbus Bechterew)

Erkrankungen des Urogenitalsystems

614.9 Beckeninfektion oder -entzündung
625.3 Dysmenorrhoe
617.9 Endometriose
218.9 Fibroid (Uterus)
596.4 Harnblasenatonie
592.1 Harnleitersteine
593.3 Harnleiterverengung
598.9 Harnröhrenverengung
599.0 Harnwegsinfekt
628.9 Infertilität, weibliche
606.9 Infertilität, Männliche
627.9 Klimakterische und postklimakterische Störung
626.9 Menstruationsstörungen und abnorme Blutungen
625.2 Mittelschmerz
580.9 Nierenentzündung, akute (Nephritis)
584.9 Niereninsuffizienz, akute
585 Niereninsuffizienz, chronische
403.91 Niereninsuffizienz, hypertonische
586 Niereninsuffizienz, unspezifisch
592.0 Nierensteine
607.3 Priapismus (schmerzhafte Erektion)
600 Prostatavergrößerung, gutartige
601.9 Prostatitis
592.9 Steine in n. n. bez. Harnorganen
618.9 Uterusprolaps
620.2 Zyste des Eierstock
595.9 Zystitis

Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbetterkrankungen

642.00 Eklampsie
643.0 Hyperemesis gravidarum, leicht
643.01 Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörungen
642.04 Präeklampsie, leicht
642.05 Präeklampsie, schwer

Kongenitale Fehlbildungen, Deformatitäten und Chromosomenabberationen

758.0 Down-Syndrom
760.71 Fetales Alkohol-Syndrom
749.00 Gaumenspalte
742.3 Hydrocephalus congenitus
752.5 Hodenretention
758.3 Katzenschrei-Syndrom (Antimongolismus-Syndrom)
758.7 Klinefelter-Syndrom
749.10 Lippenspalte
759.82 Marfan-Syndrom
742.1 Mikrozephalus

751.3 Morbus Hirschsprung und sonstige kongenitale Funktionsstörungen des Dickdarms
750.5 Pylorusstenose, kongenitale hypertrophe
741.90 Spina bifida (aperta) (cystica)
760.71 Toxische Auswirkungen von Alkohol auf den Fötus
760.75 Toxische Auswirkungen von Kokain auf den Fötus
760.73 Toxische Auswirkungen von Halluzinogene auf den Fötus
760.72 Toxische Auswirkungen von Narkotika auf den Fötus
760.70 Toxische Auswirkungen von andere Substanzen (einschl. verordnete Medikamente) auf den Fötus
759.5 Tuberöse Sklerose
758.6 Ullrich Turner-Syndrom
752.7 Unbestimmbares Geschlecht und Pseudohermaphroditismus

Hämatologische Erkrankungen
288.0 Agranulozytose
284.9 Anämie, aplastische
283.9 Anämie, erworbene hämolytische
283.11 Anämie, hämolytisch-urämisches Syndrom
283.10 Anämie, nicht autoimmune hämolytische
281.0 Anämie, perniziöse
283.19 Autoimmunbedingte hämolytische Anämie
280.9 Eisenmangelanämie
288.3 Eosinophilie
281.2 Folsäuremangelanämie
286.9 Koagulopathien, n. n. bez.
287.0 Purpura Schönlein-Henoch
282.60 Sichelzellanämie
282.4 Thalassämie
287.5 Thrombozytopenie

Überdosierungen
972.4 Amyl/Butyl/Nitrat
962.1 Androgene und verwandte anabolische Stoffe
971.1 Anticholinergika
969.0 Antidepressiva
967.0 Barbiturate
967.1 Chloralhydrat
967.5 Glutethimid
969.6 Halluzinogene/Cannabis
962.3 Insulin und antidiabetische Substanzen
968.5 Kokain
962.0 Kortikosteroide
967.4 Methaqualonverbindungen
970.1 Opiat-Antagonisten
965.00 Opiate
965.4 Paracetamol (Acetaminophenol)
967.2 Paraldehyd
968.3 Phencyclidin

965.1 Salizylate
962.7 Schilddrüsenhormone und Abkömmlinge
968.2 Stickoxid
970.9 Stimulantien
969.4 Tranquilizer auf Benzodiazepinbasis
969.2 Tranquilizer auf Butyrophenonbasis
969.1 Tranquilizer auf Phenothiazinbasis

Zusätzliche Codeziffern für medikamenteninduzierte Störungen

Analgetika und Antipyretika
E935.42 Aromatische Analgetika (Phenacetin)
E935.10 Methadon oder L-Polamidon
E935.20 Narkotika, sonstige (Codein, Meperidin)
E935.6 Nichtsteroidale Entzündungshemmer
E935.31 Salicylate (Aspirin)

Antikonvulsiva
E936.3 Carbamazepin
E936.1 Hydantoin-Derivate
E937.0 Phenobarbital
E936.2 Succinimide (Ethosuximid)
E936.3 Valproinsäure

Anti-Parkinson-Mittel
E936.4 Amantadin
E933.0 Diphenhydramin
E936.4 L-Dopa
E941.1 Parasympathikolytika (Anticholinergika) und Spasmolytika

Neuroleptika
E939.3 Neuroleptika, sonstige (z. B. Thioxanthene)
E939.2 Neuroleptika vom Butyrophenontyp (z. B. Haloperidol)
E939.1 Neuroleptika vom Phenothiazintyp (z. B. Chlorpromazine)

Sedativa, Hypnotika und Anxiolytika
E937.0 Barbiturate
E939.4 Benzodiazepine
E937.1 Chloralhydrat-Gruppe
E939.5 Hydroxyzinabkömmlinge
E937.2 Paraldehyd

Andere psychotrope Medikamente
E939.0 Antidepressiva
E939.6 Cannabisderivate
E940.1 Opium-Antagonisten
E937.7 Psychostimulantien (ausschl. zentrale Appetithemmer)

Herzmittel
E942.0 Antiarrhythmetika (einschl. Propanolol)
E942.6 Antihypertonika, sonstige (z. B. Clonidin, Guanethidin, Reserpin)
E942.2 Antilipämische und antiarteriosklerotische Medikamente

E942.4 Coronardilatoren) (z. B. Nitrate)
E942.3 Ganglionblocker (Pentamethonium)
E942.1 Herzglykoside (z. B. Digitalis)
E942.5 Vasodilatoren, sonstige (z. B. Hydralazin)

Primär systemisch wirkende Mittel
E933.0 Anti-Allergika und Anti-Emetika (außer Phenothiazin, Hydroxizine)
E934.2 Antikoagulantien
E933.1 Antineoplastika und Immunsuppressiva
E941.0 Cholinergika (Parasympathomimetika)
E941.1 Parasympathikolytika (Anticholinergika und Spasmolytika)
E941.2 Sympathikomimetika (Adrenergika)
E933.5 Vitamine, sonstige (außer Vitamin K)

Muskel- und Atemwegswirkstoffe
E945.7 Antiasthmatika (Aminophyllin)
E945.4 Antitussiva (Dextromethorphan)
E945.8 Auf die Atmungsorgane wirkende Medikamente, sonstige
E945.1 Muskelrelaxantien für die glatte Muskulatur (Metaproterenol)
E945.2 Skelettmuskelrelaxantien
E945.0 Wehenfördernde Mittel (Ergotaminalkaloide, Prostaglandine)

Hormone und deren Ersatzstoffe
E932.1 Androgene und Anabolica
E932.8 Antithyreotrope Substanzen
E932.0 Nebennierenrindenhormone
E932.2 Ovarialhormone (einschl. oraler Kontrazeptiva)
E932.7 Thyroxin und deren Derivate

Diuretika, Mineralien und harnsäureregulierende Mittel
E944.3 Chlorothiazide
E944.4 Diuretika, sonstige (Furosimid, Etacrynsäure)
E944.7 Harnsäureregulierende Mittel, sonstige (Probenecid)
E944.2 Kohlensäureanhydrasehemmer
E944.1 Purinderivate Diuretika
E944.0 Quecksilberdiuretika

DSM-IV Text Revision Advisers

Advisers to Anxiety Disorders Text Revision Work Group

Lisa Amava-Jackson, M.D.
Martin M. Antonv, Ph.D.
David Barlow, Ph.D.
J. Gayle Beck, Ph.D.
Deborah C. Beidel, Ph.D.
Thomas Borkovec, Ph.D.
Brian Cox, Ph.D.
Jonathan R. T. Davidson, M.D.
Matthew J. Friedman, M.D., Ph.D.
Wayne Katon, M.D.
Michael R. Liebowitz, M.D.
R. Bruce Lydiard, Ph.D., M.D.
Richard J. McNally, Ph.D.
Peter P. Roy-Byrne, M.D.
Paula P. Schnurr, Ph.D.
Manuel Tancer, M.D.
Steven Taylor, Ph.D.

Advisers to Delirium, Dementia, Amnestic and Other Cognitive Disorders, and Mental Disorders Due to a General Medical Condition Text Revision Work Group

William Breitbart, M.D.
Martin Cole, M.D.
Sanford Finkel, M.D.
Marshall Folstein, M.D.
Igor Grant, M.D.
James Levenson, M.D.
Susan Levkoff, Sc.D.
Benjamin Liptzin, M.D.
Jacobo E. Mintzer, M.D.
Michael K. Popkin, M.D.
Peter V. Rabins, M.D.
Gary W. Small, M.D.
Friedrich Stiefel, M.D.
Gary J. Tucker, M.D.

Advisers to Disorders Usually First Diagnosed During Infancy, Childhood, or Adolescence Text Revision Work Group

Howard Abikoff, Ph.D.
Deborah C. Beidel, Ph.D.
Diane Benoit, M.D.
Boris Birmaher, M.D.
Caryn L. Carlson, Ph.D.
Gabrielle A. Carlson, M.D.
Paul Frick, Ph.D.
Christopher Gillberg, M.D., Ph.D.
Gary Mesibov, Ph.D.
Nancy Minshew, M.D.
Sally Ozonoff, Ph.D.
Rhea Paul, Ph.D.
John Piacentini, Ph.D.
Laraine Masters Glidden, Ph.D.
Philip C. Kendall, Ph.D., A.B.P.P.
Benjamin Lahey, Ph.D.
Alan Lincoln, M.D.
Vera Loening-Bauck, M.D.
Catherine Lord, Ph.D.
Don Lynam, Ph.D.
Keith McBumett, Ph.D.
John E. Schowalter, M.D.
Larry Silver, M.D.
Ludwik Szymanski, M.D.
Digby Tantam, F.R.C.Psych.
Lorna Wing, M.D.

John Pomeroy, M.D.
Byron Rourke, F.R.S.C.
Sir Michael Rutter, M.D.
Sula Wolff, F.R.C.P.
Joseph Woolston, M.D.

Advisers to Eating Disorders Text Revision Work Group

W. Stewart Agras, M.D.
Barton J. Blinder, M.D., Ph.D.
Cynthia M. Bulik, Ph.D.
Scott Crow, M.D.
Michael Devlin, M.D.
Christopher Fairburn, M.D.
Paul Garfinkel, M.D.
Katherine Halmi, M.D.
David Herzog, M.D.
Hans W. Hoek, M.D., Ph.D.
James I. Hudson, M.D.
David C. Jimerson, M.D.
Kenneth Kendler, M.D.
Sing Lee, F.R.C.Psych.
Marsha D. Marcus, Ph.D.
Marion P. Olmsted, Ph.D.
Albert Stunkard, M.D.
David Tobin, Ph.D.
Janet Treasure, M.D.
Walter Vandereycken, M.D., Ph.D.
Joel Yager, M.D.

Advisers to Mood Disorders Text Revision Work Group

Hagop Akiskai, M.D.
Lori L. Altshuler, M.D.
Ross J. Baldessarini, M.D.
Joseph Calabrese, M.D.
David L. Dunner, M.D.
Joseph Goldberg, M.D.
Paul E. Keck, M.D.
Daniel N. Klein, Ph.D.
James H. Kocsis, M.D.
Ellen Leibenluft, M.D.
Lawrence H. Price, M.D.
Gregory Simon, M.D.
Andrew Stoll, M.D.
Kimberly Yonkers, M.D.

Advisers to Personality Disorders Text Revision Work Group

Hagop Akiskal, M.D.
Arthur Alterman, Ph.D.
Lee Baer, Ph.D.
Roger Blashfield, Ph.D.
Robert Bornstein, Ph.D.
Paul Costa, Ph.D.
Gerald Nestadt, M.D.
John Oldham, M.D.
Joel Paris, M.D.
Katharine A. Phillips, M.D.
Paul Pilkonis, Ph.D.
James Reich, M.D., M.P.H.
Lee Robins, Ph.D.
Allen Frances, M.D.
John Gunderson, M.D.
Robert Hare, Ph.D.
Daniel N. Klein, Ph.D.
Majorie Klein, Ph.D.
Theodore Millon, Ph.D., D.Sc.
Elsa Ronningstam, Ph.D.
Megan Rutherford, Ph.D.
Larry J. Siever, M.D.
Robert L. Spitzer, M.D.
Timothy Trull, Ph.D.
Peter Tyrer, M.D.

Advisers to Premenstrual Dysphoric Disorder Text Revision Work Group

Jean Endicott, PhD.
Ellen Freeman, Ph.D.
Judith Gold, M.D.
Uriel Halbreich, M.D.
Barbara Parry, M.D.
David Rubinow, M.D.
Nada L. Stotland, M.D., M.P.H.
Kimberly Yonkers, M.D.

Advisers to Psychiatric Systems Interface Disorders (Adjustment, Dissociative, Factitious, Impulse-Control, and Somatoform Disorders and Psychological Factors Affecting Medical Condition) Text Revision Work Group

Donald W. Black, M.D.
Michael Bond, K.B., M.B.
Elizabeth S. Bowman, M.D.
James D. Bremner, M.D.
Thomas Markham Brown, M.D.
Etzel Cardeña, Ph.D.
Gary Christenson, M.D.
C. Robert Cloninger, M.D.
Philip M. Coons, M.D.
J. A. Cotterill, M.D.
Alan J. Cunnien, M.D.
Stuart Eisendrath, M.D.
David A. Fishbain, M.D.
David Folks, M.D.
Victor Fornari, M.D.
Gregory Fritz, M.D.
Mahlon S. Hale, M.D.
Michael Jellinek, M.D.
Roger Kathol, M.D.
Nathaniel Katz, M.D.
Richard Kluft, M.D.
Robert Ladouceur, Ph.D.
Michel Lejoyeux, M.D., Ph.D.
David Veale, M.D.
Matti Virkkunen, M.D., Ph.D.
Henry Lesieur, Ph.D.
Roy Meadow, M.D., F.R.C.P.
Harold Merskey, D.M., F.RC.P.(C.)
Juan Mezzich, M.D., Ph.D.
Fugen Neziroglu, Ph.D.
Philip Ninan, M.D.
Russell Portenov, M.D.
Basant K. Puri, M.A., M.B., B.Chir., M.RC.Psych.
Frank Putnam, M.D.
Richard Rogers, Ph.D.
James Rosen, Ph.D.
Richard J. Rosenthal, M.D.
Colin A. Ross, M.D.
Loreen Rugle, Ph.D.
Elina Sarasola, M.D.
Daniel J. Stein, M.B.
Marlene Steinberg, M.D.
Maurice Steinberg, M.D.
Alan Stoudemire, M.D.
Margaret Stuber, M.D.
Susan Swedo, M.D.
Eldon Tunks, M.D.
Thomas N. Wise, M.D.

Advisers to Schizophrenia and Other Psychotic Disorders Text Revision Work Group

Nancy Andreasen, M.D., Ph.D.
David Braff, M.D.
Michaeline Bresnahan, Ph.D.
Jill M. Goldstein, Ph.D.
Dolores Malaspina, M.D., M.S.P.H.
Thomas McGlashan, M.D.
Henry Nasrallah, M.D.
Judith Rapoport, M.D.

Michael Green, Ph.D.
John Hsiao, M.D.
Marc-Andre Roy, M.D., M.Sc.
Ezra Susser, M.D. Richard Keefe, Ph.D.

Advisers to Sexual Disorders Text Revision Work Group

Ray Blanchard, Ph.D.
Susan J. Bradley, M.D.
Peter Fagan, Ph.D.
Richard Green, M.D., J.D.
Stephen Levine, M.D.
Heino F. L. Meyer-Bahlburg, Dr.rer.nat.
Raul Schiavi, M.D.
Leslie Schover, Ph.D.

Advisers to Sleep Disorders Text Revision Work Group

Ronald D. Chenrin, M.D., M.S.
Jack Edinger, Ph.D.
David J. Kupfer, M.D.
Clete Kushida, M.D., Ph.D.
Kenneth Lichstein, Ph.D.
Emmanuel Mignot, M.D., Ph.D.
Timothy H. Monk, Ph.D., D.Sc.
Charles Morin, Ph.D.
Quentin Regestein, M.D.
Martin Reite, M.D.
Charles Reynolds, M.D.
Leon Rosenthal, M.D.
Michael Sateia, M.D.
Edward Stepanski, Ph.D.
Michael Thorpy, M.D.
Alexandros Vgontzas, M.D.
James Walsh, Ph.D.
John Winkelmau, M.D., Ph.D.
Phyllis Zee, M.D., Ph.D.

Advisers to Substance-Related Disorders Text Revision Work Group

Enoch Gordis, M.D.
David Gorelick, M.D., Ph.D.
Bridget F. Grant, Ph.D.
Deborah Hasin, Ph.D.
Alan I. Leshner, Ph.D.
A. Thomas McLellan, Ph.D.
Peter Nathan, Ph.D.
Bruce Rounsaville, M.D.
George Woody, M.D.

Einleitung der amerikanischen Originalausgabe

Dieses ist die vierte Ausgabe des *Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen* der American Psychiatric Association (APA), DSM-IV. Nutzen und Glaubwürdigkeit dieses Handbuchs erfordern, daß es sich auf Forschung, Lehre und klinische Anwendung konzentriert und sich auf intensive empirische Grundlagenforschung stützt. Die Erstellung eines hilfreichen Leitfadens für die klinische Praxis besaß dabei höchste Priorität. Wir haben uns im DSM-IV um kurze Kriterienlisten, Klarheit der Sprache und explizite Aussagen über die den Kriterien zugrundeliegenden Konstrukte bemüht, um das Handbuch für den Untersucher praktikabel und nützlich zu gestalten. Ein weiteres Ziel war es, Forschungsvorhaben zu erleichtern und den Gedankenaustausch zwischen Untersuchern und Forschern zu fördern. Wir dachten aber auch an den Einsatz von DSM-IV zur Vereinfachung der klinischen Datenerhebung und als Ausbildungsinstrument in der Psychopathologie.

Eine offizielle Nomenklatur muß in einer Vielzahl unterschiedlicher Situationen verwendbar sein. DSM-IV wird von Untersuchern und Forschern der unterschiedlichsten Richtungen (z. B. biologisch, psychodynamisch, kognitiv, verhaltensorientiert, interpersonal, familien-/systemtherapeutisch) eingesetzt. Es wird von Psychiatern, anderen Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Krankenschwestern, Beschäftigungs- und Rehabilitationstherapeuten, Beratern und anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen benutzt. DSM-IV muß in unterschiedlichen Situationen anwendbar sein – stationär und ambulant, tagesklinisch, im Konsiliardienst, in Krankenhäusern, in ärztlichen Praxen, bei der Erstversorgung und in der Allgemeinbevölkerung. Glücklicherweise sind all diese Anwendungsbereiche miteinander kompatibel.

DSM-IV war das Ergebnis von 13 Arbeitsgruppen (siehe Anhang), von denen jede die Hauptverantwortung für einen Abschnitt des Handbuchs hatte. Dieses Verfahren sollte die Teilnahme von Experten der jeweiligen Fachrichtungen erhöhen. Wir legten eine Reihe von Vorsichtsmaßnahmen fest, um sicherzustellen, daß die Empfehlungen der Arbeitsgruppen jeweils die gesamte Bandbreite verfügbarer Nachweise und Meinungen widerspiegelten und nicht nur die Ansichten einzelner Mitglieder. Nach ausführlichen Beratungen mit Experten und Untersuchern aus jedem Fachbereich wurden die Mitglieder der Arbeitsgruppen so ausgewählt, daß diese ein breites Spektrum unterschiedlicher Blickwinkel und Erfahrungen umfaßten. Die Arbeitsgruppenmitglieder wurden dahingehend instruiert, daß sie Konsens schaffen und nicht als Vertreter vorgefaßter Meinungen fungieren sollten. Zusätzlich wurde ein formaler, auf Evidenzen basierender Ablaufprozeß geschaffen, dem die Arbeitsgruppen zu folgen hatten.

Die Arbeitsgruppen berichteten dem DSM-IV-Sonderkomitee (siehe S. 967), welches aus 27 Mitgliedern bestand, von denen viele auch einer Arbeitsgruppe vorstanden. Jede der 13 Arbeitsgruppen setzte sich aus mindestens fünf Mitgliedern zusammen, deren Ergebnisse wiederum von 50–100 Beratern rezensiert wurden. Letztere wurden so ausgewählt, daß unterschiedliche klinische und wissenschaftliche Fachkenntnisse, Fachrichtungen, Denkschulen und Umgebungen repräsentiert wurden.

Übersetzung: Prof. Dr. med. Henning Saß, Aachen
Dipl.-Psych. Isabel Houben, Aachen

Die Teilnahme vieler internationaler Experten sollte sicherstellen, daß für DSM-IV der größtmögliche Fundus an Informationen zur Verfügung stand und daß es interkulturell anwendbar sein würde. Auf Tagungen und Workshops wurde über methodische und konzeptionelle Fragen zu DSM-IV beraten. Dazu gehörte auch der Austausch zwischen den Bearbeitern von DSM-IV und ICD-10, der die Vergleichbarkeit der Systeme erhöhen sollte. Zudem wurden Methodentagungen abgehalten, die kulturelle Faktoren bei der Diagnose psychischer Störungen, geriatrische Diagnosen und psychiatrische Diagnosen bei der Erstversorgung zum Thema hatten.

Um offene und ausführliche Kommunikationswege bereitzustellen, etablierte das DSM-IV-Sonderkomitee Verbindungen zu vielen anderen Organen innerhalb der American Psychiatric Association und zu mehr als 60 Organisationen und Verbänden, die an der Entwicklung von DSM-IV interessiert waren. Wir bemühten uns, aktuelle Fragen und empirische Belege so früh als möglich im Prozeß darzulegen, um mögliche Probleme und unterschiedliche Interpretationsansätze erkennen zu können. Der Informationsaustausch wurde ebenso durch Verteilung einer halbjährlich erscheinenden Zeitschrift (*DSM-IV Update*) und durch Veröffentlichung einer regelmäßigen KOLUMNE über DSM-IV in *Hospital and Community Psychiatry*, wie durch zahlreiche Präsentationen auf nationalen und internationalen Konferenzen und vielzählige Zeitschriftenartikel ermöglicht.

Zwei Jahre vor der Publikation des DSM-IV veröffentlichte das Sonderkomitee das *DSM-IV-Options-Book*. Dieser Band enthielt eine Gesamtzusammenfassung aller alternativen Vorschläge, die für DSM-IV in Betracht kamen und sollte zu weiteren Meinungen und zusätzlichen Daten zu diesen Überlegungen auffordern. In zahlreichen Zuschriften von interessierten Personen wurden zusätzliche Daten und Empfehlungen zu den möglichen Auswirkungen der geplanten Veränderungen in DSM-IV auf die klinische Arbeit, Forschung, Lehre und Verwaltungsarbeit mitgeteilt. Diese breite Diskussionsgrundlage ermöglichte es, Probleme im Vorfeld zu erkennen und zu versuchen, die bestmögliche Lösung auszuwählen. Ein Jahr vor der Veröffentlichung von DSM-IV wurde eine Rohfassung der vorgeschlagenen Kriterien verteilt, um eine letzte Kritik einzuholen.

Zur endgültigen Entscheidungsfindung wurden die gesamten empirischen Belege und Unterlagen zu DSM-IV durch die Arbeitsgruppen und das Sonderkomitee geprüft. Wir glauben, daß die Hauptneuerung des DSM-IV nicht in den inhaltlichen Veränderungen liegt, sondern in dem systematischen und ausführlichen Prozeß seiner Erstellung und Dokumentation. Mehr als alle anderen Begriffssysteme zu psychischen Störungen basiert DSM-IV auf empirischen Grundlagen.

Historischer Hintergrund

In der Geschichte der Medizin war der Bedarf nach einer Klassifikation psychischer Störungen von jeher deutlich. Es gab jedoch nur geringe Übereinstimmung über die Auswahl der Störungen und über die optimale Methode ihrer Organisation. Die unzähligen Begriffssysteme die in den vergangenen zwei Jahrhunderten entwickelt wurden, unterschieden sich darin, daß sie jeweils Phänomenologie, Ätiologie bzw. Verlaufsform als definierende Merkmale betonten. Manche Systeme beinhalteten nur wenige diagnostische Kriterien, andere Tausende. Darüber hinaus unterschieden sich die Kategorisierungssysteme psychischer Störungen in Hinblick darauf, ob sie im klinischen Bereich, in der Forschung oder zu statisti-

schen Zwecken eingesetzt werden sollten. Da die Geschichte der Klassifikationssysteme zu umfangreich ist, um hier dargestellt zu werden, betrachten wir nur kurz die Aspekte, die direkt zur Entwicklung des *Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen* (DSM) und zu dem Abschnitt „psychische Störungen" in den verschiedenen Ausgaben der *Internationalen Klassifikation von Krankheiten* (ICD) führten.

In den Vereinigten Staaten gab der Bedarf nach statistischem Material den Anstoß zur Entwicklung einer Klassifikation psychischer Störungen. Als erster offizieller Versuch, in den USA Daten über psychische Erkrankungen zu erheben, kann die Auszählung von Häufigkeiten der Kategorie „Idiotie/Geisteskrankheit" der Volkszählung von 1840 gelten. Bei der Volkszählung von 1880 wurden sieben Kategorien psychischer Erkrankungen unterschieden: Manie, Melancholie, Monomanie, Parese, Demenz, Dipsomanie und Epilepsie. 1917 wurde vom statistischen Ausschuß der American Psychiatrist Association (die zu diesem Zeitpunkt noch American Medico-Psychological Association hieß [der Name wurde 1921 geändert]) in Zusammenarbeit mit der National Commission on Mental Hygiene ein Entwurf zur Erhebung einheitlicher statistischer Daten in allen Nervenkliniken formuliert, der vom Volkszählungsbüro übernommen wurde. Obwohl dieses System das Augenmerk stärker auf klinischen Nutzen richtete als vorhergehende Systeme, handelte es sich hierbei doch primär um eine statistische Klassifikation. Nachfolgend entwickelten die American Psychiatric Association und die New York Academy of Medicine gemeinsam eine landesweit akzeptierte Nomenklatur, welche in die erste Ausgabe der American Medical Association's Standard Classified Nomenclature aufgenommen wurde. Diese Nomenklatur wurde hauptsächlich zur Diagnosestellung bei stationären Patienten mit schwerwiegenden psychiatrischen oder neurologischen Störungen entworfen.

Später wurde seitens der U.S. Armee ein umfassenderes Begriffssystem entwickelt (und durch die Veterans Administration modifiziert), um die klinischen Bilder der ambulant behandelten Militärangehörigen und Veteranen des II. Weltkriegs besser erfassen zu können (z. B. psychophysiologische, Persönlichkeitsstörungen, akute Störungen). Gleichzeitig veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die sechste Ausgabe der ICD, die zum ersten Mal ein Kapitel über psychische Störungen enthielt. ICD-6 war stark durch das Begriffssystem der Veterans Administration beeinflußt und enthielt 10 Kategorien für Psychosen, 9 für Psychoneurosen und 7 für Charakterstörungen, Verhaltensstörungen und Störungen der Intelligenz.

Der APA-Ausschuß für Nomenklatur und Statistik entwickelte eine Variante der ICD-6, die 1952 als erste Ausgabe des *Diagnostic and Statistical Manuals: Mental Disorders* (DSM-I) veröffentlicht wurde. DSM-I enthielt ein Glossar mit einer Beschreibung diagnostischer Kriterien und war das erste offizielle Handbuch psychischer Störungen, das den Schwerpunkt auf die klinische Anwendung legte. Der durchgängige Gebrauch des Begriffs *Reaktion* in DSM-I zeigt den Einfluß der psychobiologischen Sicht Adolf Meyers, der annahm, daß psychische Störungen die Reaktion eines Individuums auf psychische, soziale und biologische Faktoren sind.

Teilweise aufgrund der mangelnden Akzeptanz der Taxonomien psychischer Störungen in ICD-6 und ICD-7 unterstützte die WHO eine gründliche Überarbeitung aktueller diagnostischer Fragen, die von dem britischen Psychiater Stengel geleitet wurde. Stengels Arbeitsergebnisse müssen als wegbereitend für viele der neueren Entwicklungen in der diagnostische Methodik gewürdigt werden, dies gilt vor allem in Hinblick auf die Notwendigkeit klarer Definitionen als Grundlage einer reliablen klinischen Diagnosestellung. Jedoch folgten die nächsten diagnostischen Revisionen, die zu DSM-II und ICD-8 führten, den Empfehlungen Stengels nur in geringem Maß. DSM-II ähnelte DSM-I, der Begriff *Reaktion* wurde aber entfernt.

Wie im Falle von DSM-I und DSM-II wurde die Entwicklung der DSM-III mit der Entwicklung der nächsten (9ten) Version von ICD koordiniert, die 1975 veröffentlicht und 1978 eingeführt wurde. 1974 wurde die Arbeit an DSM-III aufgenommen, das 1980 veröffentlicht wurde. Mit DSM-III wurde eine Vielzahl wichtiger methodologischer Neuerungen eingeführt, wie explizite Diagnosekriterien, ein multiaxiales System und ein deskriptiver Ansatz, der auf Neutralität hinsichtlich unterschiedlicher Theorien zur Ätiologie abzielte. Diese Bemühungen wurden durch gleichzeitige umfassende empirische Arbeiten zur Konstruktion und Validierung expliziter diagnostischer Kriterien und durch die Entwicklung halbstrukturierter Interviews deutlich erleichtert. In ICD-9 waren diagnostische Kriterien und ein multiaxiales System überwiegend nicht enthalten, da die wichtigste Funktion dieses Systems darin bestand, deutlich abgegrenzte Kategorien aufzuzeigen, die die Erhebung grundlegender Statistiken zum Gesundheitszustand erleichtern sollen. Im Gegensatz dazu wurde DSM-III mit dem zusätzlichen Ziel entwickelt, ein medizinisches Begriffsinventar für Untersucher und Forscher zu bieten. Aufgrund der großen Unzufriedenheit in der gesamten Medizin mit der mangelnden Genauigkeit von ICD-9 wurde entschieden, diese für den Einsatz in den USA zu modifizieren, woraus die ICD-9-CM (Clinical Modification) resultierte.

Die Anwendungserfahrung mit DSM-III deckte eine Vielzahl von Inkonsistenzen innerhalb des Systems und eine Reihe von Fällen auf, bei denen die Kriterien nicht ganz eindeutig waren. Daher ernannte die American Psychiatric Association eine Arbeitsgruppe zur Revision der DSM-III, was 1987 zur Veröffentlichung dieser Überarbeitung und der Korrekturen in DSM-III-R führte.

Der Revisionsprozeß von DSM-IV

Die 3. Ausgabe des DSM (DSM-III) war ein großer Fortschritt für die Diagnose psychischer Störungen und erleichterte die empirische Forschung ungemein. Die Entwicklung des DSM-IV profitierte von dem erheblichen, teils durch DSM-III und teils durch DSM-III-R hervorgerufen Zuwachs im Bereich der Diagnoseforschung. Zu den meisten Diagnosen gibt es mittlerweile empirische Literatur und verfügbare Datensätze, die für die Entscheidungsfindung bei der Revision des vorliegenden diagnostischen Handbuchs von Bedeutung waren. Das DSM-IV-Sonderkomitee und seine Arbeitsgruppen führten einen dreistufigen empirisch begründeten Prozeß durch, der 1. eine umfassende und systematische Sichtung der veröffentlichten Literatur, 2. die Reanalyse bereits vorhandener Datensätze und 3. ausführliche, fragestellungsorientierte Felduntersuchungen umfaßte.

Kritische Durchsicht der Literatur

Zwei Methodenkonferenzen wurden anberaumt, um für alle Arbeitsgruppen ein systematisches, umfassendes und objektives Verfahren zur Datensuche, Auswahl, Zusammenfassung und Interpretation zu entwerfen. Die Eingangsaufgabe für alle Arbeitsgruppen bestand darin, die für die einzelnen Diagnosen dringlichsten Fragen zu identifizieren und über die Art der zu ihrer Klärung benötigten empirischen Daten zu entscheiden. Ein Arbeitsgruppenmitglied oder Berater wurde dann sowohl mit der Durchführung einer umfassenden und systematischen Sichtung der relevanten und für die Klärung der Fragestellung wichtigen Literatur betraut, als auch mit der Dokumentation des DSM-IV-Begleittextes. Die Bereiche, die für

die Entscheidungsfindung in Betracht kamen, schlossen klinischen Nutzen, Reliabilität, beschreibende Validität, psychometrische Leistungscharakteristika einzelner Kriterien und eine Anzahl von Validierungsvariablen ein.

In jedem Literaturreview wurden ausdrücklich aufgeführt:
1. die in Betracht kommenden Aspekte und relevanten Merkmale und deren Bedeutung für DSM-IV,
2. die Vorgehensweise bei der Literatursichtung (einschließlich der Quellen zur Identifikation relevanter Studien, der Anzahl in Betracht gezogener Studien, Aufnahme- bzw. Ausschlußkriterien aus dem Reviewverfahren und die in jeder Studie beschriebenen Variablen),
3. die Ergebnisse des Reviews (einschließlich einer beschreibenden Zusammenfassung der Studien in Hinblick auf Methode, Design, zu den Ergebnissen gehörende Korrelate, relevante Ergebnisse und darauf basierende Analysen),
4. die verschiedenen Möglichkeiten zur Klärung der Fragestellung, Vor- und Nachteile dieser Möglichkeiten, Empfehlungen und Vorschläge für zusätzliche Untersuchungen zur schlüssigeren Entscheidungsfindung.

Ziel der kritischen Literaturübersicht zu DSM-IV war, umfassende und unverzerrte Informationen zu sammeln, um sicherzustellen, daß DSM-IV die besten verfügbaren klinischen und Forschungsquellen widerspiegelt. Daher wurden systematische Computerrecherchen und kritische Literaturübersichten von umfangreichen Beratergruppen durchgeführt, um die Literatur angemessen abzudecken und die Ergebnisinterpretation zu rechtfertigen. Forscher und Untersucher, von denen kritische Einwände gegen die Ergebnisse der Literaturreviews zu erwarten waren, wurden insbesondere zu Stellungnahmen aufgefordert. Die Literaturreviews wurden mehrmals überarbeitet, um ein möglichst umfassendes und ausgewogenes Ergebnis zu erhalten. Es ist darauf hinzuweisen, daß für einige der von den DSM-Arbeitsgruppen behandelten Fragestellungen, insbesondere für solche, die eher konzeptioneller Natur waren oder für solche, bei denen nur mangelndes Datenmaterial vorhanden war, die Literaturreviews nur von eingeschränktem Nutzen waren. Trotz dieser Einschränkungen waren die Reviews nützlich für die Dokumentation der Begründungen und empirischen Grundlagen der Entscheidungen in den einzelnen Arbeitsgruppen.

Reanalyse der Datensätze

Ergab ein Literaturreview, daß für die Entscheidung zu einer aktuellen Fragestellung nur unzureichende Nachweise (oder widersprüchliche Ergebnisse) vorlagen, wurden zur zur endgültigen Entscheidungsfindung häufig zwei zusätzliche Quellen herangezogen: Datenreanalysen und Feldstudien. Analysen wichtiger unveröffentlichter Datensätze wurden der American Psychiatrist Association durch einen Zuschuß der John D. and Catherine T. MacArthur-Stiftung ermöglicht. Für die meisten der für DSM-IV durchgeführten 40 Datenreanalysen arbeiteten mehrere Untersucher an verschiedenen Untersuchungsorten zusammen. Gemeinsam unterzogen diese Wissenschaftler ihre Daten den von den DSM-IV-Arbeitsgruppen formulierten Fragestellungen bezüglich der in DSM-III-R aufgenommenen Kriterien, bzw. der Kriterien, die für DSM-IV vorgesehen waren. Dank dieser Reanalysen konnten die Arbeitsgruppen diverse Kriterienlisten erstellen, die dann in DSM-IV-Feldstudien überprüft wurden. Obwohl die in den Datenreanalysen benutzten Datensätze größtenteils aus epidemiologischen Studien, Therapieevaluationen oder anderen klinischen Studien stammten, waren sie für die nosologischen Fragen, die sich in den Arbeitsgruppen ergeben hatten, sehr bedeutsam.

Feldstudien

12 DSM-IV-Feldstudien wurden vom National Institute of Health (NIMH) in Zusammenarbeit mit dem National Institute on Drug Abuse (NIDA) und dem National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) unterstützt. Diese Untersuchungen erlaubten den DSM-IV-Arbeitsgruppen den Vergleich alternativer Möglichkeiten und die Untersuchung der durch die vorgeschlagenen Veränderungen zu erwartenden Auswirkungen. In den Feldstudien wurden Kriterienlisten aus DSM-III, DSM-III-R, ICD-10 und die für DSM-IV vorgesehenen an 5–10 verschiedenen Untersuchungsorten pro Studie mit jeweils etwa 100 Probanden verglichen. Einige Untersuchungsorte mit repräsentativen Stichproben hinsichtlich soziokultureller und ethnischer Merkmale wurden zur Prüfung der Generalisierbarkeit der Feldstudienergebnisse und zur Abklärung der schwierigsten differentialdiagnostischen Fragen ausgewählt. Die 12 Feldstudien schlossen mehr als 70 Untersuchungsorte und 6000 Probanden ein. Es wurden Daten über Reliabilitäten und Leistungsmerkmale der gesamten Kriterienlisten und einzelner Items innerhalb der Listen erhoben. Diese Studien dienten auch dazu, die Grenze zwischen klinischer Forschung und Praxis zu überbrücken, indem untersucht wurde, wie gut Änderungsvorschläge aus der klinischen Forschung in der Praxis anwendbar sind.

Änderungskriterien

Obwohl es nicht möglich war, absolute und unfehlbare Kriterien dafür zu entwickeln, wann Änderungen vorzunehmen waren, ließen wir uns von einigen Prinzipien leiten. Die Schwelle, um Änderungen vorzunehmen, wurde in DSM-IV höher gesetzt als in DSM-III und DSM-III-R. Änderungsentscheidungen waren anhand expliziter Aussagen über ihre logischen Grundlagen und durch systematische Übersicht über die relevanten empirischen Datengrundlagen zu untermauern. Zur Erhöhung der Praktikabilität und des klinischen Nutzens von DSM-IV wurden die Kriterienlisten vereinfacht und verdeutlicht, sofern die empirischen Daten dies erlaubten. In DSM-IV wurde versucht, historische Aspekte (verkörpert durch DSM-III und DSM-III-R), Kompatibilität mit ICD-10, Belege aus der Literatur, Analyse unveröffentlichter Daten, Ergebnisse der Feldstudien und Konsens in den Fachbereichen optimal auszubalancieren. Obwohl das Ausmaß der für eine Änderung nötigen Evidenz auf ein hohes Niveau gesetzt worden war, variierte dieses zwangsläufig zwischen den verschiedenen Störungen, da sich die empirischen Grundlagen für die Entscheidungen in DSM-III und DSM-III-R ebenfalls zwischen den Störungen unterschieden. Natürlich gehörte zur Entscheidungsfindung auch eine gute Portion gesunder Menschenverstand, und große Veränderungen zur Lösung kleinerer Probleme erforderten mehr Evidenz, als kleine Änderungen zur Lösung großer Probleme.

Es wurden zahlreiche Vorschläge zur Aufnahme neuer Diagnosen in DSM-IV gemacht mit dem Argument, diese seien notwendig, um den Geltungsbereich des Systems zu verbessern und solche Personengruppen einschließen zu können, die nach DSM-III-R nicht diagnostizierbar bzw. nur einer Nicht-Näher-Bezeichnet-Kategorie zuzuordnen waren. Es wurde jedoch entschieden, daß neue Diagnosen im allgemeinen nur dann aufzunehmen seien, wenn die Notwendigkeit ihrer Aufnahme durch Forschungsergebnisse belegt war und nicht, wenn sie nur zur Anregung neuer Forschung dienen würden. Diagnosen aus ICD-10 wurden jedoch eher in Betracht gezogen als neu für DSM-IV vorgeschlagene. Ein geringfügiger Anstieg von Nutzen, Klarheit und erweitertem Geltungsbereich durch neue Diagnosen war dabei gegen eine zunehmende Schwerfälligkeit des Systems und mögliche Fehldiagnosen bzw. potentiellen

Mißbrauch abzuwägen. Keine Klassifikation psychischer Störungen kann eine ausreichende Anzahl spezifischer Kategorien enthalten, um jedes beobachtbare klinische Bild abzudecken. Die nicht selten auftretenden klinischen Bilder im Grenzbereich kategorialer Definitionen werden durch die Nicht-Näher-Bezeichnet-Kategorien abgedeckt.

Das DSM-IV Sourcebook

Die wichtigste Grundlage des DSM-IV-Entscheidungsprozesses war die Dokumentation. Das DSM-IV Sourcebook, das in 5 Bänden veröffentlicht wurde, enthält als umfassendes und praktisches Referenzprotokoll alle Ergebnisse aus Klinik und Forschung, auf denen die Entscheidungen der Arbeitsgruppen und des Sonderkomitees basieren. Die ersten drei Bände des Sourcebooks enthalten Kurzfassungen der 150 Literaturreviews zu DSM-IV. Band 4 enthält die Ergebnisse der Datenreanalysen, Band 5 die Ergebnisse der Feldstudien und die abschließenden Zusammenfassungen der Entscheidungsgründe der einzelnen Arbeitsgruppen. Zusätzlich wurden durch die Bemühungen um empirische Dokumentation in DSM-IV zahlreiche Veröffentlichungen angeregt, die in Zeitschriften mit Fachgutachtern publiziert sind.

Bezug zu ICD-10

Die von der WHO entwickelte 10. Revision der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10) wurde 1992 veröffentlicht. Eine klinische Modifikation der ICD-10 (ICD-10-CM) wird in den Vereinigten Staaten voraussichtlich im Jahre 2004 eingeführt. Die jeweiligen Arbeitsgruppen von DSM-IV und ICD-10 haben eng zusammengearbeitet, was zu erheblichem wechselseitigem Einfluß führte. ICD-10 besteht aus einem amtlichen Codierungssystem und dazugehörigen klinischen und Forschungsdokumenten und -instrumenten. Die Codierungen und Bezeichnungen in DSM-IV sind nahezu vollständig kompatibel mit ICD-9-CM und ICD-10. Die klinischen und Forschungsentwürfe zu ICD-10 wurden von den DSM-IV-Arbeitsgruppen gründlich durchgearbeitet und enthielten wichtige Anstöße für die Literaturreviews und die Datenreanalysen. Entwürfe zu den diagnostischen Forschungskriterien der ICD-10 wurden als Alternativen zu DSM-III, DSM-III-R und den vorgeschlagenen Kriterienlisten für DSM-IV in die Feldstudien aufgenommen. Die zahlreichen Beratungen zwischen den Entwicklern von DSM-IV und ICD-10 waren außerordentlich nützlich für die Verbesserung der Übereinstimmung zwischen den Systemen und für die Verringerung bedeutungsloser Formulierungsunterschiede.

Die DSM-IV Text Revision

Eines der wichtigsten Anwendungsgebiete von DSM-IV ist sein Einsatz als Lehrmittel. Dies gilt insbesondere für die beschreibenden Texte zu den Kriterien der DSM-IV-Störungen. Da das Intervall zwischen DSM-IV und DSM-V im Vergleich zu früheren Ausgaben (von 7 Jahren, die zwischen DSM-III und DSM-III-R und zwischen DSM-III-R und DSM-IV lagen, auf mindestens 12 Jahre bis zu DSM-V), besteht die Gefahr, daß die im Text enthaltene Information (die auf Literaturangaben bis 1992 beruhte) gegenüber der großen Zahl an

alljährlich publizierten Forschungsarbeiten zunehmend in Rückstand gerät. Um den Abstand zwischen DSM-IV und DSM-V zu überbrücken, wurde eine Revision des DSM-IV unternommen, die mehrere Ziele hatte: 1. waren im DSM-IV-Text aufgefundene Fehler zu korrigieren, 2. sollte der Text revidiert werden, um sicherzustellen, daß die Informationen noch aktuell sind, 3. waren Veränderungen vorzunehmen, um die seit der DSM-IV-Literaturrecherche von 1992 neu hinzugekommenen Informationen mit aufzunehmen, 4. sollten Veränderungen vorgenommen werden, die die Anwendbarkeit als Lehrbuch verbessern, 5. waren diejenigen ICD-9-CM-Codes zu aktualisieren, die seit 1996 geändert worden waren. Wie schon beim ursprünglichen DSM-IV mußten sämtliche Veränderungsvorschläge durch empirische Befunde gesichert sein. Zudem bezogen sich alle Änderungsvorschläge auf den begleitenden Text (z. B. zugehörige Merkmale und Störungen, Prävalenz). An den Kriterienlisten wurden keine substantiellen Änderungen vorgeschlagen, auch wurden keine neuen Störungen, neue Subtypen oder Veränderungen im Status der Forschungskriterien diskutiert.

Der Prozeß der Text-Revision begann 1997 mit einem Treffen der entsprechenden Arbeitsgruppen, die strukturell den ursprünglichen DSM-IV-Arbeitsgruppen vergleichbar waren. Die Leiter der jeweiligen ursprünglichen DSM-IV-Arbeitsgruppen wurden zunächst hinsichtlich der Zusammensetzung dieser Text-Revision-Arbeitsgruppen konsultiert. Jeder Text-Revision-Arbeitsgruppe wurde die Verantwortung für die Aktualisierung eines Textkapitels von DSM-IV übertragen. Diese umfaßte eine sorgfältige Revision des Textes hinsichtlich Fehlern oder Auslassungen und anschließend eine systematische und umfassende Literaturrecherche, die sich auf relevante, seit 1992 veröffentlichte Materialien bezog. Die Mitglieder der Revisionsgruppen entwarfen dann Änderungsvorschläge, die zusammen mit schriftlichen Begründungen und den relevanten Literaturstellen ausgearbeitet wurden. In einer Reihe von Telefonkonferenzen wurden die ausgearbeiteten Änderungsvorschläge, die Begründungen und die Literaturstellen von einem Revisionsgruppenmitglied den übrigen mitgeteilt, die wiederum ihre Meinung darüber abgaben, ob die Änderungen aufgrund der begleitenden Dokumentation gerechtfertigt erschienen. Sobald die Entscheidung über die eingebrachten Änderungsvorschläge von der jeweiligen Arbeitsgruppe getroffen war, wurden sie einer größeren Gruppe von Beratern zu den jeweiligen Störungskapiteln (die weitgehend aus den ursprünglichen DSM-IV-Arbeitsgruppenmitgliedern und einigen zusätzlichen Beratern bestanden) zur weiteren Stellungnahme und Revision zugänglich gemacht. Auch diesen Beratern wurde Gelegenheit gegeben, weitere Änderungen vorzunehmen, wenn sie genügend bestätigende Belege vorweisen konnten, um die Aufnahme in den Text zu rechtfertigen. Nachdem die Stellungnahmen der Berater ausgewertet worden waren, wurden endgültige Entwürfe der Änderungsvorschläge hergestellt und zur endgültigen Durchsicht und Annahme dem American Psychiatric Association's Committee on Psychiatric Diagnoses and Assessment vorgelegt.

Die meisten der auf der Basis neuerer Literatur vorgenommenen Änderungen ergaben sich in den Textabschnitten über zugehörige Merkmale und Störungen (einschl. der zugehörigen Laborbefunde), über besondere kulturelle, Alters- und Geschlechtsmerkmale, Prävalenz, Verlauf und familiäres Verteilungsmuster. Bei zahlreichen Störungen wurde auch der Abschnitt über die Differentialdiagnosen erweitert, um umfassendere Abgrenzungen zu ermöglichen. Anhang D zeigt einen Überblick über die in dieser Textrevision vorgenommenen Änderungen.

Definition des Begriffs psychische Störung

Obwohl dieser Band *Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen* heißt, impliziert der Begriff *psychische Störung* leider eine Unterscheidung zwischen „psychischer" und „körperlicher" Störung. Dieser reduktionistische Anachronismus stammt aus der Zeit des Leib/Seele-Dualismus. Überzeugende Nachweise aus der Literatur dokumentieren, daß psychische Störungen viel „Körperliches" und körperliche Störungen viel „Psychisches" enthalten. Das Problem, das durch den Begriff „psychische" Störung entstand, war viel klarer als seine Lösung, und leider bleibt dieser Begriff im Titel, da sich kein angemessenen Ersatz fand.

Obwohl dieses Handbuch eine Klassifikation psychischer Störungen darstellt, ist darüber hinaus zuzugeben, daß es keine Definition gibt, die die genauen Grenzen des Konzepts „psychische Störung" umreißt. Wie bei vielen anderen Konzepten in Medizin und Wissenschaft fehlt auch bei der psychischen Störung eine situationsübergreifend gültige operationale Definition. Alle medizinischen Zustände werden auf unterschiedlichen Abstraktionsniveaus definiert, wie zum Beispiel strukturelle Pathologie (Colitis Ulcerosa), Symptomatik (z. B. Migräne), Abweichung von einer physiologischen Norm (z. B. Bluthochdruck) und Ätiologie (Pneumokokkenpneumonie). Auch psychische Störungen lassen sich durch eine Vielzahl unterschiedlicher Konzepte definieren (z. B. Leiden, Kontrollstörung, Benachteiligung, Behinderung, mangelnde Flexibilität, Irrationalität, Syndrommuster, Ätiologie, statistische Abweichung). Dies alles sind nützliche Indikatoren für eine psychische Störung, aber jeweils nicht äquivalent zu dem Konzept, und unterschiedliche Situationen erfordern jeweils unterschiedliche Definitionen.

Trotz dieser Vorbehalte wird die in DSM-III und DSM-III-R gültige Definition einer *psychische Störung* auch hier vorgestellt, da sie ebenso nützlich ist wie jede andere verfügbare Definition. Ferner diente sie als Entscheidungshilfe, welche Zustände, die an der Grenze zwischen Normalität und Pathologie liegen, in DSM-IV aufzunehmen waren. In DSM-IV wird jede psychische Störung als ein klinisch bedeutsames Verhaltens- oder psychisches Syndrom oder Muster aufgefaßt, das bei einer Person auftritt und das mit momentanem Leiden (z. B. einem schmerzhaften Symptom) oder einer Beeinträchtigung (z. B. Einschränkung in einem oder in mehreren wichtigen Funktionsbereichen) oder mit einem stark erhöhten Risiko einhergeht, zu sterben, Schmerz, Beeinträchtigung oder einen tiefgreifenden Verlust an Freiheit zu erleiden. Zusätzlich darf dieses Syndrom oder Muster nicht nur eine verständliche und kulturell sanktionierte Reaktion auf ein bestimmtes Ereignis sein, wie z. B. den Tod eines geliebten Menschen. Unabhängig von dem ursprünglichen Auslöser muß gegenwärtig eine verhaltensmäßige, psychische oder biologische Funktionsstörung bei der Person zu beobachten sein. Weder normabweichendes Verhalten (z. B. politischer, religiöser oder sexueller Art) noch Konflikte des Einzelnen mit der Gesellschaft sind psychische Störungen, solange die Abweichung oder der Konflikt kein Symptom einer oben beschriebenen Funktionsstörung bei der betroffenen Person darstellt.

Ein häufig vorkommendes Fehlkonzept bei der Anwendung eines Klassifikationssystems für psychische Störungen ist die Vorstellung, daß Menschen klassifiziert werden, obwohl das, was klassifiziert wird, die Störungen sind. Aus diesem Grund werden in der DSM-IV Formulierungen wie „ein Schizophrener" oder „ein Alkoholiker" (wie sie in DSM-III und DSM-III-R noch verwendet werden) vermieden und der genauere, wenn auch umständlichere Ausdruck „eine Person mit Schizophrenie" oder „eine Person mit Alkoholabhängigkeit" benutzt.

Bemerkungen zur Anwendung von DSM-IV

Einschränkung des kategorialen Ansatzes

DSM-IV ist ein kategoriales Klassifikationssystem, das psychische Störungen anhand von Kriterienlisten mit definierenden Merkmalen in Typen aufgliedert. Die Benennung von Kategorien ist der traditionelle Weg, Informationen im täglichen Leben zu organisieren und ein grundlegender Ansatz aller medizinischen Diagnosesysteme. Ein kategorialer Klassifizierungsansatz trifft am besten zu, wenn alle Mitglieder einer diagnostischen Klasse homogen sind, wenn klare Grenzen zwischen den Kategorien existieren und wenn die vorhandenen Klassen einander vollständig ausschließen. Allerdings sollte man auch die Einschränkungen eines kategorialen Klassifikationsansatzes kennen.

In DSM-IV wird nicht angenommen, daß jede Kategorie einer psychischen Störung eine diskrete Entität mit absoluten Grenzen ist, die sie von anderen Störungen und von der Normalität trennt. Weiterhin gibt es keine Annahme darüber, daß alle Menschen, denen die gleiche Störung zugeschrieben wird, in allen wichtigen Punkten gleich sind. Die Untersucher, die DSM-IV verwenden, müssen daher beachten, daß alle Personen mit der gleichen Diagnose sogar heterogen in bezug auf die definierenden Merkmale dieser Diagnose sind und daß Grenzfälle nur schwer auf andere als auf probabilistische Weise zu diagnostizieren sind. Diese Grundannahme ermöglicht zwar eine höhere Flexibilität bei der Anwendung des Systems, verlangt jedoch in Grenzfällen auch mehr Aufmerksamkeit und erfordert die Einholung von klinischer Information zusätzlich zu der für die Diagnosestellung benötigten. DSM-IV berücksichtigt die Heterogenität klinischer Bilder durch die Vorgabe polythetischer Kriterienlisten, bei denen die Person nur eine Teilmenge von Items einer längeren Liste aufweisen muß (so erfordert z. B. die Diagnose der Borderline Persönlichkeitsstörung nur fünf von neun Items).

Es wurde diskutiert, ob sich DSM-IV eher an einem dimensionalen Modell orientieren soll, anstatt – wie z. B. DSM-III-R – an einem kategorialen Ansatz. Ein dimensionales Modell klassifiziert klinische Bilder eher anhand einer Quantifizierung von Attributen und nicht durch Zuordnung zu Kategorien. Dies trifft am besten zu, wenn kontinuierlich verteilte Phänomene zu beschreiben sind, die keine klaren Grenzen haben. Obwohl dimensionale Systeme die Reliabilität erhöhen und mehr Information übertragen (da sie klinische Attribute erfassen, die in einem kategorialen System unterhalb der Schwelle liegen können), weisen sie erhebliche Einschränkungen auf und waren bisher in der klinischen Praxis und zur Anregung der Forschung von geringerem Nutzen als kategoriale Systeme. Numerische dimensionale Beschreibungen sind weniger geläufig und griffig als die kategorialen Bezeichnungen psychischer Störungen. Zudem gibt es bisher noch keine Übereinkunft darüber, welche Dimensionen zu Klassifikationszwecken am besten geeignet sind. Es kann jedoch sein, daß vermehrte Forschungsaktivität und bessere Vertrautheit mit dimensionalen Systemen vielleicht dazu führen, daß sie als Methode zur Übermittlung klinischer Daten und als Forschungswerkzeug in höherem Maße akzeptiert werden.

Die Bedeutung des klinischen Urteils

DSM-IV ist eine Klassifikation psychischer Störungen, die zum Einsatz in Klinik, Forschung und Lehre entwickelt wurde. Die diagnostischen Kategorien, Kriterien und der Begleittext sollen von Personen mit ausreichender klinischer Übung und Erfahrung in der Diagnosestellung eingesetzt werden. Es muß darauf hingewiesen werden, daß DSM-IV nicht von ungeübten Personen mechanistisch angewendet werden sollte. Die spezifischen diagnostischen Kriterien des DSM-IV sollen als Richtlinien zur Unterstützung des klinischen Urteils dienen und nicht nach Art eines Kochbuches benutzt werden. So kann die klinische Beurteilungserfahrung es zum Beispiel rechtfertigen, daß einem Menschen eine bestimmte Diagnose gegeben wird, obwohl das klinische Bild dem Kriterienkatalog der Diagnose nicht vollständig entspricht, die Symptome jedoch anhaltend und ausgeprägt sind. Auf der anderen Seite können eine mangelnde Vertrautheit mit DSM-IV oder eine äußerst flexible und idiosynkratische Anwendung seiner Kriterien oder Konventionen den Nutzen des Handbuchs als allgemeines Kommunikationsmittel grundlegend beeinträchtigen.

Neben der Erfordernis klinischer Erfahrung und Urteilsbildung ist auch die Methode der Datengewinnung wichtig. Die valide Anwendung der diagnostischen Kriterien aus diesem Manual erfordert eine Untersuchung, die auf direktem Wege die in den Kriterienkästen enthaltenen Anforderungen prüft (z. B. ob das Zeitkriterium für ein Syndrom erfüllt ist). Ergebnisse aus psychologischen Tests, die sich nicht auf den Inhalt der Kriterien beziehen (z. B. projektive Testverfahren) können nicht zuverlässig als Quellen für diagnostische Informationen herangezogen werden.

Die Anwendung von DSM-IV im forensischen Kontext

Wenn die DSM-IV-Kategorien, Kriterien und Texterläuterungen zu forensischen Zwecken angewendet werden, gibt es bedeutsame Risiken, daß die diagnostische Information mißbraucht oder mißverstanden wird. Diese Gefahr entsteht, weil Fragen von entscheidender rechtlicher Bedeutung und die in den Diagnosen enthaltenen Informationen nur unvollkommen zusammenpassen. In den meisten Situationen reicht die klinische Diagnose einer psychischen Störung nach DSM-IV nicht aus, um das Vorliegen einer „psychischen Störung", einer „geistigen Behinderung", einer „psychischen Krankheit" bzw. eines „geistigen Defekts" im rechtlichen Sinne zu belegen. Bei der Entscheidung, ob eine Person einen bestimmten rechtlichen Sachverhalt erfüllt (z. B. für Geschäftsfähigkeit, strafrechtliche Verantwortlichkeit oder Schuldunfähigkeit) werden gewöhnlich Informationen benötigt, die über die in den DSM-IV-Diagnosen enthaltenen hinausgehen. Diese können sich auf die Funktionsbeeinträchtigungen der Person und auf den Einfluß dieser Funktionsbeeinträchtigungen auf bestimmte in Frage stehende Fähigkeiten beziehen. Insbesondere weil Beeinträchtigungen, Fähigkeiten und Unfähigkeiten sich von Kategorie zu Kategorie sehr unterscheiden können, bedeutet die Vergabe einer bestimmten Diagnose nicht, daß ein bestimmtes Ausmaß von Beeinträchtigung oder Unfähigkeit vorliegt.

Entscheidungsträger ohne klinische Erfahrung sollten auch gewarnt sein, daß eine Diagnose nicht unbedingt Rückschlüsse auf die Ursachen der psychischen Erkrankung oder der damit einhergehenden Beeinträchtigungen erlaubt. Der Einschluß einer Störung in die Klassifikation erfordert (wie in der Medizin allgemein) nicht, daß ihre Ätiologie bekannt ist. Darüber hinaus lassen sich daraus, daß das klinische Bild einer Person die Kriterien einer DSM-IV-

Diagnose erfüllt, keine hinreichenden Rückschlüsse auf das Ausmaß ziehen, mit dem die Person die mit der Störung verbundenen Verhaltensweisen zu steuern vermag. Selbst wenn eingeschränkte Verhaltenssteuerung ein Merkmal der Störung ist, läßt sich aus deren Diagnose nicht schließen, daß die jeweilige Person zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht in der Lage ist (oder war), ihr Verhalten zu steuern.

Es ist zu beachten, daß DSM-IV einen Konsens über Klassifikation und Diagnose einer psychischen Störung, so wie er zum Zeitpunkt der Erstveröffentlichung bestand, widerspiegelt. Durch Forschung oder klinische Erfahrung neu hinzukommendes Wissen wird zweifellos zu einem erweiterten Verständnis der in DSM-IV aufgenommenen Störungen, zum Auffinden neuer Störungen und zur Herausnahme einiger Störungen aus künftigen Klassifikationen führen. Die in DSM-IV vorgestellten Texte und Kriterienlisten werden Überarbeitungen im Hinblick auf sich ergebende neue Informationen erfordern.

Bei der Anwendung von DSM-IV im forensischen Kontext sollten die oben genannten Risiken und Einschränkungen berücksichtigt werden, dann können die diagnostischen Informationen den Entscheidungsträgern bei ihrer Urteilsfindung helfen. Wenn z. B. das Vorhandensein einer psychischen Störung die Grundlage für einen daraus folgenden Rechtsentscheid ist (z. B. Einweisung in den Maßregelvollzug), kann die Anwendung eines gebräuchlichen Diagnosesystems den Wert und die Reliabilität der Entscheidung verbessern. DSM-IV stellt durch die Einbeziehung der relevanten klinischen und Forschungsliteratur ein Kompendium zur Verfügung, mit dessen Hilfe diejenigen, die rechtliche Entscheidungen treffen, die wichtigsten Charakteristika von psychischen Störungen besser verstehen können. Die mit den Diagnosen verbundenen Texte dienen auch dazu, unbegründete Spekulationen über psychische Störungen und über die Leistungsfähigkeit einer bestimmten Person zu überprüfen. Schließlich kann die diagnostische Information über den Langzeitverlauf die Entscheidungsfindung verbessern, wenn der Rechtsfall sich mit den psychischen Funktionen einer Person zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Vergangenheit oder der Zukunft beschäftigt.

Ethnische und kulturelle Betrachtungen

Bei den Vorbereitungen zu DSM-IV wurde in hohem Maße berücksichtigt, daß dieses Handbuch auf kulturell sehr unterschiedliche Populationen in den USA und weltweit angewendet wird. Untersucher müssen Personen aus vielen verschiedenen ethnischen und kulturellen Gruppen beurteilen (dabei auch solche, die erst vor kurzem eingewandert sind). Die diagnostische Beurteilung kann besonders dann schwierig werden, wenn ein Untersucher aus einer bestimmten ethnischen oder kulturellen Gruppe DSM-IV einsetzt, um eine Person aus einer anderen ethnischen oder kulturellen Gruppe zu beurteilen. Ist ein Untersucher mit den Einzelheiten des kulturellen Bezugsrahmens der Person unvertraut, kann er die für diesen Bezugsrahmen spezifischen, normalen Variationen in Glaubenssätzen, Verhalten oder Erfahrungen fälschlich als psychopathologisch einstufen. So können beispielsweise bestimmte religiöse Bräuche oder Glaubenssätze (z. B. das Sehen oder Hören eines verstorbenen Angehörigen) als Manifestationen einer psychotischen Störung fehldiagnostiziert werden. Besonders schwierig kann die Anwendung der Persönlichkeitsstörungskriterien in unterschiedlichen Kulturkreisen sein, da es hinsichtlich Selbstkonzept, Kommunikationsstilen und Coping-Mechanismen große kulturelle Unterschiede gibt.

DSM-IV enthält drei insbesondere auf kulturelle Betrachtungen bezogene Arten von Informationen:

1. eine Diskussion über kulturelle Variationen in den klinischen Bildern aller in DSM-IV beschriebenen Störungen im jeweiligen Begleittext,
2. eine Beschreibung kulturabhängiger Syndrome, die nicht in die Klassifikation nach DSM-IV aufgenommen wurden (diese sind in Anhang F aufgelistet),
3. einen Leitfaden zur Beurteilung kultureller Einflußfaktoren, der den Untersucher darin unterstützen soll, die Auswirkungen des kulturellen Kontextes einer Person systematisch zu beurteilen und einen Bericht hierüber abzufassen (siehe ebenfalls Anhang F).

Die breite internationale Anerkennung von DSM weist darauf hin, daß diese Klassifikation bei der Beschreibung psychischer Störungen, die Menschen weltweit erleben, von Nutzen ist. Dennoch scheinen Symptome und Verlauf einiger in DSM-IV beschriebenen Störungen durch kulturelle und ethnische Faktoren beeinflußt zu werden. Um die Anwendung von DSM-IV auf Menschen aus unterschiedlichen kulturellen und ethnischen Umgebungen zu erleichtern, gibt es einen neuen Abschnitt im Begleittext, der kulturabhängige Merkmale abdeckt. In diesem Abschnitt wird beschrieben, wie Inhalt und Form der Symptompräsentation durch unterschiedliche kulturelle Hintergründe beeinflußt sein können (so ist z. B. die depressive Störung in manchen Kulturen eher durch ein Vorherrschen somatischer Symptome als durch Traurigkeit charakterisiert), welche Ausdrucksformen zur Beschreibung von Leid bevorzugt werden, und es werden, sofern verfügbar, Prävalenzen angegeben.

Die zweite Art von kulturbezogener Information umfaßt „kulturabhängige Syndrome", die nur in einer oder in wenigen Gesellschaften dieser Welt beschrieben werden. DSM-IV bietet zwei Möglichkeiten, diese Störungsbilder besser zu erkennen:

Einige (z. B. *amok, ataque de nervios*) sind als eigenständige Beispiele in den Nicht-Näher-Bezeichnet-Kategorien aufgeführt. Weiterhin wurde ein Anhang mit kulturabhängigen Syndromen (Anhang F) in DSM-IV neu aufgenommen, der die Namen solcher Zustände und die Kulturkreise, in denen sie erstmals beschrieben wurden, enthält sowie eine kurze Beschreibung der zugehörigen psychopathologischen Auffälligkeiten.

Die Bereitstellung des kulturspezifischen Abschnitts im Begleittext, des Glossars kulturabhängiger Syndrome und des Leitfadens zur Beurteilung kultureller Einflußfaktoren sollen die interkulturelle Anwendbarkeit von DSM-IV verbessern. Diese neuen Merkmale sollen die Sensibilität für kulturabhängige Variationen im Ausdruck psychischer Störungen erhöhen und die möglichen Auswirkungen einer unbeabsichtigten Verzerrung durch den eigenen kulturellen Hintergrund des Untersuchers reduzieren.

Einsatz von DSM-IV bei der Behandlungsplanung

Die DSM-IV Diagnose ist nur der erste Schritt einer umfassenden Evaluation. Um einen angemessenen Behandlungsplan entwerfen zu können, muß der Untersucher unweigerlich zahlreiche zusätzliche Informationen erheben, die über die zur Diagnosestellung erforderliche hinausgeht.

Unterschied zwischen psychischer Störung und medizinischem Krankheitsfaktor

Die Begriffe *psychische Störung* und *medizinischer Krankheitsfaktor* werden im Handbuch durchgängig benutzt. Der Begriff der *psychischen Störung* wurde oben erklärt. Der Begriff *medizinischer Krankheitsfaktor* wird nur als Kürzel für Bedingungen und Störungen, die außerhalb des Kapitels „Psychische und Verhaltensstörungen" der ICD-10 genannt werden, benutzt. Es ist zu beachten, daß es sich hier um rein begriffliche Übereinkünfte handelt, die nicht zu der Annahme verführen sollen, daß es einen grundlegenden Unterschied zwischen psychischen Störungen und medizinischen Krankheitsfaktoren gibt, daß psychische Störungen in keinem Zusammenhang zu körperlichen oder biologischen Faktoren oder Prozessen stehen oder daß der medizinische Krankheitsfaktor keinen Bezug zu Verhaltens- oder psychosozialen Faktoren oder Prozessen aufweist.

Organisation des Handbuchs

Das Handbuch beginnt mit den Hinweisen zum Gebrauch (siehe S. 1), gefolgt von der DSM-IV-Klassifikation (siehe S. 29), die eine systematische Auflistung der offiziellen Codierungen und Kategorien enthält. Es folgt die Beschreibung des multiaxialen Diagnosesystems von DSM-IV (siehe S. 17). Daran schließen sich die diagnostischen Kriterien und der Begleittext zu den jeweiligen DSM-IV-Störungen an (S. 51) an. Schließlich enthält DSM-IV 10 Anhänge.

Liste der deutschen Bearbeiter

Gesamtredaktion: Dipl.-Psych. Isabel Houben, Aachen

Zum Gebrauch des Manuals/Die multiaxiale Beurteilung

Berater: Prof. Dr. Henning Saß, Aachen
Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen, München
Übersetzer: Dipl.-Psych. Isabel Houben, Aachen
Dipl.-Psych. Kristin Korb, Aachen

Störungen, die Gewöhnlich Zuerst im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz Diagnostiziert werden

Berater: Dr. Manfred Döpfner, Köln
Prof. Dr. Gerd Lehmkuhl, Köln
Prof. Dr. Martin H. Schmidt, Mannheim
Prof. Dr. Franz Petermann, Bremen
Prof. Dr. Helmut Remschmidt, Marburg
Übersetzer: Dr. Manfred Döpfner, Köln
Prof. Dr. Franz Petermann, Bremen
Prof. Dr. Gerd Lehmkuhl, Köln
Dr. Norbert R. Krischke, Bremen
Dipl.-Übersetzerin Carmella Tiller, Bremen

Delir, Demenz, Amnestische und Andere Kognitive Störungen

Berater: Prof. Hans Lauter, München
PD Dr. Michael Zaudig, Windach
Übersetzer: Dr. med. Charl Thora, Windach
Dipl.-Psych. Franziska Karlbauer, Windach
PD Dr. Michael Zaudig, Windach
Dr. Dipl.-Psych. Rolf-Dieter Trautmann-Sponsel, Windach
Dipl.-Psych. Sabine Gruschwitz, Windach

Psychische Störungen Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors

Berater: PD Dr. Michael Zaudig, Windach
Prof. Dr. Henning Saß, Aachen
Übersetzer: Dr. Dipl.-Psych. Rolf-Dieter Trautmann-Sponsel, Windach
Dipl.-Psych. Sabine Gruschwitz, Windach
Dr. Charl Thora, Windach
PD Dr. Michael Zaudig, Windach
Dipl.-Psych. Franziska Karlbauer, Windach

Störungen im Zusammenhang mit Psychotropen Substanzen

Berater: Prof. Dr. Hans Ulrich Wittchen, München
Prof. Dr. Horst Dilling, Lübeck

Übersetzer: Dr. Barbara Dierse, Lübeck
PD Dr.Harald Jürgen Freyberger, Bonn
Dr. Ute Siebel, Lübeck
Dipl.-Psych. Andrea Vodermaier, München
Dipl.-Psych. Antonia Vossen, München
Dipl.-Psych. Alexandra Holly, München

Schizophrenie und Andere Psychotische Störungen

Berater: Prof. Dr. Joachim Klosterkötter, Aachen
Prof. Dr. Heiner Sauer, Jena

Übersetzer: Dr. Ralf Erkwoh, Aachen
Dr. Matthias Albers, Aachen
Dr. Euphrosine Gouzoulis-Mayfrank, Aachen
Dr. Thomas Lohmann, Aachen

Affektive Störungen

Berater: Dr. Cynthia D. Dehmo, Mainz
Prof. Dr. Wolfgang Maier, Bonn
Prof. Dr. Martin Hautzinger, Mainz
Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen, München
Prof. Dr. Siegfried Kasper, Wien

Übersetzer: Dr. Cynthia D. Delmo, Mainz
Dipl.-Psych. Regina Jung, Mainz
Dipl.-Psych. Eva Schwall, Mainz
Dipl.-Psych. Heike Schermer, Mainz
Dipl.-Psych. Rita Morgan, Mainz
Dipl.-Psych. Thomas Meyer, Mainz
Dipl.-Psych. Natascha Bischoff, Mainz
Dr. Thomas Franke, Mainz
Dipl.-Psych. Thomas Lay, Mainz
Dipl.-Psych. Thomas Urban, Mainz
Dr. Ursula Luka-Krausgrill, Mainz
Dipl.-Psych. Antonia Vossen, München
Dipl.-Psych. Peter Schuster, München

Angststörungen

Berater: Prof. Dr. Jürgen Margraf, Dresden
Dr. Silvia Schneider, Dresden
Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen, München

Übersetzer: Dr. Silvia Schneider, Dresden
Prof. Dr. Jürgen Margraf, Dresden

Dipl.-Psych. Antonia Vossen, München
Dipl.-Psych. Eva-Maria Pfütze, München

Somatoforme Störungen

Berater: Doz. Dr. Winfried Rief, Prien
Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen, München
Dr. Wolfgang Hiller, Prien
Übersetzer: Doz. Dr. Winfried Rief, Prien
Dipl.-Psych. Rose Shaw, Prien

Vorgetäuschte Störungen

Berater: PD Dr. Michael Zaudig, Windach
Prof. Dr. Henning Saß, Aachen
Übersetzer: Dipl.-Psych. Sabine Gruschwitz, Windach
Dr. Dipl.-Psych. Rolf-Dieter Trautmann-Sponsel, Windach
Dipl.-Psych. Franziska Karlbauer, Windach
Dr. Charl Thora, Windach
PD Dr. Michael Zaudig, Windach

Dissoziative Störungen

Berater: PD Dr. Michael Zaudig, Windach
Prof. Dr. Henning Saß, Aachen
Übersetzer: Dipl.-Psych. Sabine Gruschwitz, Windach
Dr. Dipl.-Psych. Rolf-Dieter Trautmann-Sponsel, Windach
PD Dr. Michael Zaudig, Windach
Dr. Charl Thora, Windach
Dipl.-Psych. Franziska Karlbauer, Windach

Sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen

Berater: Prof. Dr. Dr. Klaus M. Beier, Berlin
Prof. Dr. Henning Saß, Aachen
Übersetzer: Prof. Dr. Dr. Klaus M. Beier, Berlin
PD Dr. Hartmut A. G. Bosinski, Kiel

Eßstörungen

Berater: Prof. Dr. Manfred Fichter, Prien
Prof. Dr. Rolf Meermann, Bad Pyrmont
Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen, München
Übersetzer: Dipl.-Psych. Birgit Wendt, München
Prof. Dr. Manfred Fichter, Prien
Dipl.-Psych. Eva-Maria Pfütze, München

Schlafstörungen
Berater: Prof. Matthias Berger, Freiburg
Prof. Jürgen-Christian Krieg, Marburg
Übersetzer: Dr. Hermann Ebel, Aachen
Dr. Armin Kreischer, Aachen
Dr. Ammar Owega, Aachen
Dr. Ingrid Kamps, Aachen
Dr. Bernhard Thelen, Aachen

Störungen der Impulskontrolle, Nicht Andernorts Klassifiziert
Berater: Prof. Dr. Henning Saß, Aachen
Dr. Sabine Herpertz, Aachen
Übersetzer: Dr. Bertram von der Stein, Aachen
Dipl.-Psych. Isabel Houben, Aachen

Anpassungsstörungen
Berater: PD Dr. Michael Zaudig, Windach
Übersetzer: Dipl.-Psych. Sabine Gruschwitz, Windach
Dr. Dipl.-Psych. Rolf-Dieter Trautmann-Sponsel, Windach
PD Dr. Michael Zaudig, Windach
Dipl.-Psych. Franziska Karlbauer, Windach
Dr. Charl Thora, Windach

Persönlichkeitsstörungen
Berater: Prof. Dr. Henning Saß, Aachen
Übersetzer: Dr. Sabine Herpertz, Aachen
Dr. Tatjana Voß, Aachen
Dr. Annette Hundsalz, Aachen
Dr. Hermann Ebel, Aachen
Dr. Christine Menges, Aachen
Dr. Kerstin Paulußen, Aachen
Dipl.-Psych. Wolfgang Kopfhammer, Aachen

Andere Klinisch Relevante Probleme
Berater: PD Dr. Michael Zaudig, Windach
Prof. Dr. Oskar Berndt Scholz, Bonn
Dr. Volker Arolt, Lübeck
Übersetzer: Dr. Dipl.-Psych. Rolf-Dieter Trautmann-Sponsel, Windach
Dipl.-Psych. Sabine Gruschwitz, Windach
PD Dr. Michael Zaudig, Windach
Dr. Charl Thora, Windach
Dipl.-Psych. Franziska Karlbauer, Windach

Anhang A

Berater: Prof. Henning Saß, Aachen
Übersetzer: Dipl.-Psych. Isabel Houben, Aachen
Dipl.-Psych. Kristin Korb, Aachen

Anhang B

Berater: Dr. Hermann Ebel, Aachen
Dr. Ralf D. Erkwoh, Aachen
Dr. Sabine Herpertz, Aachen
Übersetzer: Dipl.-Psych. Daniela Marx, Aachen
Dipl.-Psych. Maren Woschnik, Aachen
Dipl.-Psych. Isabel Houben, Aachen

Anhang C

Berater: Prof. Dr. Henning Saß, Aachen
Übersetzer: Dipl.-Psych. Isabel Houben, Aachen
Dipl.-Psych. Kristin Korb, Aachen

Anhang D

Berater: Prof. Dr. Henning Saß, München
Übersetzer: Dipl.-Psych. Isabel Houben, Aachen

Anhang F

Berater: Prof. Dr. Henning Saß, Aachen
Übersetzer: Dipl.-Psych. Kristin Korb, Aachen

DSM-IV-TR

Berater: Prof. Dr. Henning Saß, Aachen
Übersetzer: Dipl.-Psych. Isabel Houben, Aachen
Dipl.-Psych. Kristin Korb, Aachen
Dr. med. Dipl.-Psych. Egbert Kühn, Mönchengladbach
Dipl.-Psych. Ružica Sačer, Aachen

Diagnostischer Index

Seitenzahlen für diagnostische Kriterien sind in Klammern zugefügt

A

Abwehrfunktionsskala *882*
Affektive Episoden *398*
  Episode einer Major Depression *398 (406)*
  Gemischte Episode *412 (415)*
  Hypomane Episode *415 (418)*
  Manische Episode *407 (412)*
Affektive Störungen *393*
  siehe auch Affektive Episoden
  Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors *451 (454)*
  Bipolare Störungen *433*
  Depressive Störungen *419*
  NNB *460*
  Substanzinduzierte Affektive Störung *455 (459)*
Affektive Störungen, Zusatzcodierungen für
  Chronisch *467 (467)*
  Langzeitverlauf (mit/ohne Vollremission im Intervall) *473 (474)*
  Mit Atypischen Merkmalen *470 (471)*
  Mit Katatonen Merkmalen *467 (468)*
  Mit Melancholischen Merkmalen *468 (469)*
  Mit Postpartalem Beginn *471 (473)*
  Mit Rapid Cycling *476 (477)*
  Mit Saisonalem Muster *475 (475)*
  Schweregrad/Psychotische Merkmale/Remissionsgrad *461*
    für Episode einer Major Depression *461 (462)*
    für Gemischte Episode *465 (466)*
    für Manische Episode *463 (464)*
Agoraphobie *483 (483)*
  Ohne Panikstörung in der Vorgeschichte *491 (493)*
  Panikstörung mit – *484 (491)*
Akathisie, Akute
  Neuroleptikainduzierte *804, 875 (877)*
Akute Belastungsstörung *521 (524)*
Alkohol, Störungen durch Konsum von –
  Abhängigkeit *254*
  Mißbrauch *255*
Alkohol, Störungen im Zusammenhang mit – *253*
  NNB *264*
Alkoholinduzierte Störungen
  Andere Störungen *253*
  Entzug *256 (257)*
  Intoxikation *255 (256)*
Altersbedingter Kognitiver Abbau *(809)*
Alzheimer Typ, Demenz vom *191 (195)*
Amnesie
  siehe Amnestische Störungen, Dissoziative Amnesie
Amnestische Störungen *209*
  Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors *212 (214)*
  NNB *216*
  Persistierende Substanzinduzierte Amnestische Störung *214 (216)*
Amphetamin, Störungen durch Konsum von –
  Abhängigkeit *266*
  Mißbrauch *266*
Amphetamin, Störungen im Zusammenhang mit – *264*
  NNB *272*
Amphetamininduzierte Störungen
  Andere Störungen *265*
  Entzug *268 (269)*
  Intoxikation *267 (268)*
Angststörungen *479*
  Agoraphobie *483 (483)*
    Ohne Panikstörung in der Vorgeschichte *491 (493)*
    Panikstörung mit – *484 (491)*
  Akute Belastungsstörung *521 (524)*
  Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors *529 (532)*
  Generalisierte Angststörung (schließt Störung mit Überängstlichkeit in der Kindheit ein) *525 (528)*
  NNB *537*
  Panikattacke *480 (482)*
  Panikstörung *484 (490)*
    mit Agoraphobie *484 (490)*
    ohne Agoraphobie *484 (490)*
  Posttraumatische Belastungsstörung *515 (520)*
  Soziale Phobie (Soziale Angststörung) *501 (507)*
  Spezifische Phobie *493 (500)*
  Störung mit Trennungsangst *156 (160)*
  Substanzinduzierte Angststörung *532 (536)*
  Zwangsstörung *508 (514)*

Anorexia Nervosa *645 (651)*
Anpassungsstörungen *743*
mit Angst *743 (747)*
mit Angst und Depressiver Stimmung, Gemischt *743 (747)*
mit Depressiver Stimmung *743 (747)*
mit Emotionalen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens, Gemischt *743 (747)*
mit Störungen des Sozialverhaltens *743 (747)*
Unspezifisch *743 (747)*
Antisoziale Persönlichkeitsstörung *767 (772)*
Antisoziales Verhalten
im Erwachsenenalter *809*
in der Kindheit oder Adoleszenz *809*
Antisoziales Verhalten im Erwachsenenalter *809*
Antisoziales Verhalten in der Kindheit und Adoleszenz *809*
Anxiolytika, Störungen im Zusammenhang mit –
siehe Sedativa, Hypnotika und Anxiolytika, Störungen im Zusammenhang mit
Asperger-Störung *113 (117)*
Atmungsgebundene Schlafstörung *679 (686)*
Atypische Merkmale, Zusatzcodierung für Affektive Episode *470 (471)*
Atypischer Autismus *118*
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung *118 (126)*
Autistische Störung *103 (108)*

B

Belastungsstörung
siehe Akute Belastungsstörung
Berufsproblem *810*
Bipolare Störungen *433*
Bipolar I Störung *433*
Einzelne Manische Episode *433 (439)*
Letzte Episode Depressiv *433 (441)*
Letzte Episode Gemischt *433 (440)*
Letzte Episode Hypoman *433 (439)*
Letzte Episode Manisch *433 (440)*
Letzte Episode Unspezifisch *433 (442)*
Bipolar II Störung (rezidivierende Episoden einer Major Depression und hypomane Episoden) *442 (447)*
NNB *451*
Zyklothyme Störung *448 (450)*
„Binge-Eating"-Störung *859 (861)*
Borderline Persönlichkeitsstörung *773 (777)*
Bulimia Nervosa *652 (657)*

C

Cannabis, Störungen durch Konsum von –
Abhängigkeit *274*
Mißbrauch *275*
Cannabis, Störungen im Zusammenhang mit – *273*
NNB *279*
Cannabisinduzierte Störungen
Andere Störungen *274*
Intoxikation *275 (276)*
Chronisch, Zusatzcodierung für Affektive Episoden *467 (467)*
Chronische Motorische oder Vokale Ticstörung *149 (150)*
Creutzfeldt-Jakobsche Erkrankung
Demenz Aufgrund einer – *203 (205)*

D

Delir *172*
Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors *177 (179)*
Aufgrund Multipler Ätiologien *183 (183)*
NNB *184*
Substanzinduziert *180 (181)*
Delir, Demenz, Amnestische und Andere Kognitive Störungen *171*
Amnestische Störungen *209*
Delir *172*
Demenz *184*
Kognitive Störungen, NNB *217*
Demenz *184*
Aufgrund Multipler Ätiologien *207 (208)*
Aufgrund Anderer Medizinischer Krankheitsfaktoren *199, 204 (205)*
Creutzfeldt-Jakobsche Erkrankung *203 (205)*
HIV-Erkrankung *200 (205)*
Huntingtonsche Erkrankung *202 (205)*
Parkinsonsche Erkrankung *201 (205)*
Picksche Erkrankung *202 (205)*
Schädel-Hirn-Trauma *201 (205)*
NNB *208*
Persistierende Substanzinduzierte Demenz *205 (207)*
Vaskuläre Demenz *196 (198)*
vom Alzheimer Typ *191 (195)*
Dependente Persönlichkeitsstörung *789 (793)*
Depersonalisationsstörung *587 (589)*
Depressive Persönlichkeitsstörung *861 (863)*
Depressive Störungen *419*
Dysthyme Störung *427 (431)*

Major Depression
Einzelne Episode *419 (426)*
Rezidivierend *419 (426)*
NNB *432*
Desintegrative Störung im Kindesalter *110 (112)*
Desorganisierter Typus der Schizophrenie *361 (361)*
Diagnose auf Achse II zurückgestellt *813*
Diagnose oder Zustand auf Achse I zurückgestellt *813*
Dissoziative Amnesie *576 (580)*
Dissoziative Fugue *580 (582)*
Dissoziative Identitätsstörung *583 (586)*
Dissoziative Störungen *575*
Depersonalisationsstörung *587 (589)*
Dissoziative Amnesie *576 (580)*
Dissoziative Fugue *580 (582)*
Dissoziative Identitätsstörung *583 (586)*
NNB *590*
Dissoziative Trancestörung *856 (858)*
Dyspareunie
Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors *616 (620)*
Nicht Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors *612 (614)*
Dyssomnien *661*
Atmungsgebundene Schlafstörung *679 (686)*
Narkolepsie *673 (678)*
NNB *694*
Primäre Hypersomnie *667 (672)*
Primäre Insomnie *661 (667)*
Schlafstörung mit Störung des Zirkadianen Rhythmus *686 (693)*
Dysthyme Störung *427 (431)*
Alternatives Forschungskriterium B *847 (847)*
Dystonie, Akut
Neuroleptikainduziert *803, 873 (874)*

E

Einfache deteriorative Störung (Schizophrenia simplex) *841 (843)*
Einfache Phobie
siehe Spezifische Phobie
Einfache Trauer *809*
Ejaculatio Praecox *610 (611)*
Elektiver Mutismus
siehe Selektiver Mutismus
Eltern-Kind-Problem *805*
Enkopresis *151 (153)*
mit Verstopfung und Überlaufinkontinenz *151 (153)*
ohne Verstopfung und Überlaufinkontinenz *151 (153)*
Entwicklungsbezogene Artikulationsstörung
siehe Phonologische Störung
Entwicklungsbezogene Koordinationsstörung *89 (91)*
Entwicklungsstörungen
siehe Lernstörungen, Geistige Behinderung, Tiefgreifende Entwicklungsstörungen
Enuresis (nicht aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors) *154 (156)*
Episode einer Major Depression *419 (426)*
Erektionsstörung beim Mann *602 (604)*
Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors *616 (620)*
Eßstörungen *645*
siehe auch Fütter- und Eßstörungen im Säuglings- oder Kleinkindalter
Anorexia Nervosa *645 (651)*
Bulimia Nervosa *652 (657)*
NNB *657*
Exhibitionismus *628 (629)*
Expressive Sprachstörung *91 (94)*

F

Fetischismus *629 (629)*
Transvestitischer *634 (635)*
Flashbacks
siehe Persistierende Wahrnehmungsstörung im Zusammenhang mit Halluzinogenen (Flashbacks)
Folie à deux
siehe Gemeinsame Psychotische Störung
Frotteurismus *630 (630)*
Fugue
siehe Dissoziative Fugue
Fütter- und Eßstörungen im Säuglings- oder Kleinkindalter *138*
Fütterstörung im Säuglings- oder Kleinkindalter *142 (143)*
Pica *138 (140)*
Ruminationsstörung *140 (141)*
Fütterstörung im Säuglings- oder Kleinkindalter *142 (143)*

G

GAF-Skala

siehe Skala zur Globalen Beurteilung des Funktionsniveaus
GARF-Skala
siehe Skala zur Globalen Beurteilung des Funktionsniveaus für Beziehungen
Gehemmter Orgasmus bei der Frau
siehe Weibliche Orgasmusstörung
Gehemmter Orgasmus beim Mann
siehe Männliche Orgasmusstörung
Geistige Behinderung *73 (81)*
Leichte *75 (81)*
Mittelschwere *75 (81)*
Mit Unspezifischem Schweregrad *76 (81)*
Schwere *76 (81)*
Schwerste *76 (81)*
Geistige Behinderung mit Unspezifischem Schweregrad *76 (81)*
Gemeinsame Psychotische Störung *380 (382)*
Gemischte Episode *412 (415)*
Generalisierte Angststörung (schließt Störung mit Überängstlichkeit in der Kindheit ein) *525 (528)*
Geschlechtsidentitätsstörung *636*
bei Jugendlichen oder Erwachsenen *(642)*
bei Kindern *(642)*
NNB *643*
Grenzbereich der Intellektuellen Leistungsfähigkeit *809*

H

Halluzinogene, Störungen durch Konsum von –
Abhängigkeit *281*
Mißbrauch *282*
Halluzinogene, Störungen im Zusammenhang mit – *279*
NNB *287*
Halluzinogeninduzierte Störungen
Andere Störungen *280*
Intoxikation *282 (283)*
Persistierende Wahrnehmungsstörung im Zusammenhang mit Halluzinogenen (Flashbacks) *283 (284)*
Haltetremor, medikamenteninduzierter *804, 880 (882)*
Histrionische Persönlichkeitsstörung *778 (781)*
HIV-Erkrankung
Demenz Aufgrund einer – *200 (205)*
Huntingtonsche Erkrankung
Demenz Aufgrund einer – *202 (202)*
Hyperaktivität
siehe Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
Hypersomnie
im Zusammenhang mit einer Anderen Psychischen Störung *710 (715)*
Primäre *667 (672)*
Substanzinduzierte *720 (725)*
Hypnotika, Störungen im Zusammenhang mit –
siehe Sedativa, Hypnotika und Anxiolytika, Störungen im Zusammenhang mit
Hypochondrie *559 (563)*
Hypomane Episode *415 (418)*

I

Identitätsproblem *810*
Identitätsstörung
siehe Dissoziative Identitätsstörung, Geschlechtsidentitätsstörung
Inhalantien, Störungen durch Konsum von –
Abhängigkeit *289*
Mißbrauch *289*
Inhalantien, Störungen im Zusammenhang mit – *287*
NNB *294*
Inhalantieninduzierte Störungen
Andere Störungen *288*
Intoxikation *290 (290)*
Insomnie
im Zusammenhang mit einer Anderen Psychischen Störung *710 (715)*
Primäre *661 (667)*
Substanzinduziert *720 (725)*
Intellektuelle Leistungsfähigkeit
siehe Grenzbereich der Intellektuellen Leistungsfähigkeit
Intermittierende Explosible Störung *727 (731)*

K

Katatone Merkmale, Zusatzcodierung für Affektive Episode *467 (468)*
Katatone Störung
Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors *224 (225)*
Katatoner Typus der Schizophrenie *361 (362)*
Keine Diagnose auf Achse II *813*
Keine Diagnose bzw. kein Zustand auf Achse I *813*
Kleptomanie *731 (733)*

Koffein, Störungen im Zusammenhang mit – *294*
NNB *298*
Koffeinentzug *837 (838)*
Koffeininduzierte Störungen
Andere Störungen *295*
Intoxikation *295 (296)*
Kognitive Störungen
siehe auch Amnestische Störungen, Delir, Demenz
Altersbedingter Kognitiver Abbau *809*
NNB *217*
Kokain, Störungen durch Konsum von – Abhängigkeit *300*
Mißbrauch *301*
Kokain, Störungen im Zusammenhang mit – *298*
NNB *307*
Kokaininduzierte Störungen
Andere Störungen *299*
Entzug *303 (303)*
Intoxikation *301 (302)*
Kombinierte Rezeptiv-Expressive Sprachstörung *94 (97)*
Kommunikationsstörungen *91*
Expressive Sprachstörung *91 (94)*
Kombinierte Rezeptiv-Expressive Sprachstörung *94 (97)*
NNB *102*
Phonologische Störung *98 (100)*
Stottern *100 (102)*
Konversionsstörung *547 (553)*
Körperdysmorphe Störung *564 (567)*
Körperliche Mißhandlung
eines Erwachsenen *807*
eines Kindes *807*
Kulturelles Anpassungsproblem *811*
Kulturabhängige Syndrome *929*
Kurze Psychotische Störung *376 (379)*

L

Leichte depressive Störung *848 (849)*
Leichte Geistige Behinderung *75 (81)*
Leichte neurokognitive Störung *834 (836)*
Lernstörungen *82*
Lesestörung *84 (85)*
NNB *89*
Rechenstörung *86 (87)*
Störung des Schriftlichen Ausdrucks *87 (89)*
Lesestörung *84 (85)*

M

Major Depression
Einzelne Episode *419 (426)*
Rezidivierend *419 (426)*
Malignes Neuroleptisches Syndrom *803, 869 (872)*
Manische Episode *407 (412)*
Männliche Orgasmusstörung *607 (609)*
Medikamenteninduzierte Bewegungsstörungen *803, 865*
Haltetremor *804, 880 (882)*
Malignes Neuroleptisches Syndrom *803, 869 (872)*
Neuroleptikainduzierte Akute Akathisie *804, 875 (877)*
Neuroleptikainduzierte Akute Dystonie *803, 873 (874)*
Neuroleptikainduzierter Parkinsonismus *803, 866 (869)*
Neuroleptikainduzierte Tardive Dyskinesie *804, 877 (880)*
NNB *804, 882*
Medikamenteninduzierte Störung
NNB Ungünstige Wirkungen einer Medikation *805*
Medizinischer Krankheitsfaktor
Affektive Störung Aufgrund eines – *451 (454)*
Amnestische Störung Aufgrund eines – *212 (214)*
Angststörung Aufgrund eines – *529 (532)*
Delir Aufgrund eines – *177 (179)*
Demenz Aufgrund eines – *199 (205)*
Katatone Störung Aufgrund eines – *224 (225)*
NNB Psychische Störung Aufgrund eines – *229*
Persönlichkeitsveränderung Aufgrund eines – *226 (228)*
Psychische Störung Aufgrund eines – *219*
Psychotische Störung Aufgrund eines – *382 (386)*
Schlafstörung Aufgrund eines – *716 (719)*
Schmerzstörung in Verbindung mit einem – *554 (558)*
Sexuelle Funktionsstörung Aufgrund eines – *616 (620)*
Zwischenmenschliches Problem im Zusammenhang mit einem – *805*
Melancholische Merkmale, Zusatzcodierung für
Affektive Episode *468 (469)*

Mißbrauch, Mißhandlung oder Vernachlässigung, Probleme im Zusammenhang mit – *806*
Körperliche Mißhandlung eines Erwachsenen *807*
Körperliche Mißhandlung eines Kindes *807*
Sexueller Mißbrauch eines Erwachsenen *807*
Sexueller Mißbrauch eines Kindes *807*
Vernachlässigung eines Kindes *807*
Mittelschwere Geistige Behinderung *75 (81)*
Motorische oder Vokale Ticstörung, Chronisch *siehe* Chronisch Motorische oder Vokale Ticstörung
Multiinfarktdemenz *siehe* Vaskuläre Demenz
Multiple Ätiologien
Delir Aufgrund von *183 (183)*
Demenz Aufgrund von *207 (208)*
Multiple Persönlichkeitsstörung *siehe* Dissoziative Identitätsstörung

N

Narkolepsie *673 (678)*
Narzißtische Persönlichkeitsstörung *781 (785)*
Neuroleptikainduzierte Störungen
Akute Akathisie *804, 875 (877)*
Akute Dystonie *803, 873 (874)*
Malignes Neuroleptisches Syndrom *803, 869 (872)*
Parkinsonismus *803, 866 (869)*
Tardive Dyskinesie *804, 877 (880)*
Nicht Näher Bezeichnete(s)
Affektive Störung *460*
Amnestische Störung *216*
Angststörung *537*
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung *127*
Bipolare Störung *451*
Delir *184*
Demenz *208*
Depressive Störung *432*
Dissoziative Störung *590*
Dyssomnie *694*
Eßstörung *657*
Geschlechtsidentitätsstörung *643*
Kognitive Störung *217*
Kommunikationsstörung *102*
Lernstörung *89*
Medikamenteninduzierte Bewegungsstörung *804, 882*
Paraphilie *636*
Parasomnie *709*
Persönlichkeitsstörung *798*
Psychische Störung Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors *229*
Psychotische Störung *391*
Sexuelle Funktionsstörung *625*
Sexuelle Störung *644*
Somatoforme Störung *567*
Sozial Störendes Verhalten *138*
Störung der Impulskontrolle *742*
Störung im Kleinkindalter in der Kindheit oder Adoleszenz *169*
Störung im Zusammenhang mit Alkohol *264*
Störung im Zusammenhang mit Amphetamin *272*
Störung im Zusammenhang mit Anderer (oder Unbekannter) Substanz *341*
Störung im Zusammenhang mit Cannabis *279*
Störung im Zusammenhang mit Halluzinogenen *287*
Störung im Zusammenhang mit Inhalantien *294*
Störung im Zusammenhang mit Koffein *298*
Störung im Zusammenhang mit Kokain *307*
Störung im Zusammenhang mit Nikotin *313*
Störung im Zusammenhang mit Opiaten *322*
Störung im Zusammenhang mit Phencyclidin *329*
Störung im Zusammenhang mit Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika *338*
Ticstörung *151*
Tiefgreifende Entwicklungsstörung *118*
Ungünstige Wirkungen einer Medikation *805*
Vorgetäuschte Störung *573*
Zwischenmenschliches Problem *806*
Nichtbefolgen von Behandlungsanweisungen *808*
Nikotin, Störung durch Konsum von – Abhängigkeit *308*
Nikotin, Störungen im Zusammenhang mit – *308*
NNB *313*
Nikotininduzierte Störung
Entzug *309 (310)*

O

Opiate, Störungen durch Konsum von – Abhängigkeit *315*

Mißbrauch *315*
Opiate, Störungen im Zusammenhang mit – *313*
NNB *322*
Opiatinduzierte Störungen
Andere Störungen *314*
Entzug *317 (318)*
Intoxikation *316 (317)*
Orgasmusstörungen
Ejaculatio Praecox *610 (611)*
Männliche Orgasmusstörung *607 (609)*
Weibliche Orgasmusstörung *605 (607)*

P

Pädophilie *630 (631)*
Panikattacke *480 (482)*
Panikstörung
Mit Agoraphobie *484 (491)*
Ohne Agoraphobie *484 (490)*
Paranoide Persönlichkeitsstörung *755 (758)*
Paranoider Typus der Schizophrenie *360 (361)*
Paraphilien *625*
Exhibitionismus *628 (629)*
Fetischismus *629 (629)*
Frotteurismus *630 (630)*
NNB *636*
Pädophilie *630 (631)*
Sexueller Masochismus *632 (633)*
Sexueller Sadismus *633 (634)*
Transvestitischer Fetischismus *634 (635)*
Voyeurismus *635 (636)*
Parasomnien *695*
NNB *709*
Pavor Nocturnus *699 (703)*
Schlafstörung mit Alpträumen *695 (699)*
Schlafstörung mit Schlafwandeln *704 (709)*
Parkinsonismus
Neuroleptikainduzierter *803, 866 (869)*
Parkinsonsche Erkrankung
Demenz Aufgrund einer *201 (205)*
Partnerschaftsproblem *806*
Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung (negativistische Persönlichkeitsstörung) *863 (864)*
Pathologisches Spielen *735 (738)*
Pavor Nocturnus *699 (703)*
Persönlichkeitsstörungen *749 (753)*
Antisoziale Persönlichkeitsstörung *767 (772)*
Borderline Persönlichkeitsstörung *773 (777)*
Dependente Persönlichkeitsstörung *789 (793)*
Histrionische Persönlichkeitsstörung *778 (781)*
Narzißtische Persönlichkeitsstörung *781 (785)*
NNB Persönlichkeitsstörung *798*
Paranoide Persönlichkeitsstörung *755 (758)*
Schizoide Persönlichkeitsstörung *759 (762)*
Schizotypische Persönlichkeitsstörung *763 (767)*
Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung *785 (789)*
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung *793 (797)*
Persönlichkeitsveränderung Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors *226 (228)*
Phencyclidin, Störungen durch Konsum von – Abhängigkeit *324*
Mißbrauch *324*
Phencyclidin, Störungen im Zusammenhang mit – *323*
NNB *329*
Phencyclidininduzierte Störungen
Andere Störungen *323*
Intoxikation *325 (326)*
Phonologische Störung *98 (100)*
Pica *138 (140)*
Picksche Erkrankung
Demenz Aufgrund einer – *202 (205)*
Polytoxikomanie *339*
Postkontusionelle Störung *832 (833)*
Postpartaler Beginn, Zusatzcodierung für Affektive Episode *471 (471)*
Postpsychotische depressive Störung bei Schizophrenie *839 (841)*
Posttraumatische Belastungsstörung *515 (520)*
Prämenstruelle dysphorische Störung *844 (846)*
Primäre Hypersomnie *667 (672)*
Primäre Insomnie *661 (667)*
Primäre Schlafstörungen
Dyssomnien *661*
Parasomnien *695*
Problem einer Lebensphase *811*
Problem zwischen Geschwistern *806*
Psychische Störungen Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors *219*
Psychogene Amnesie
siehe Dissoziative Amnesie
Psychogene Fugue
siehe Dissoziative Fugue
Psychologischer Faktor, der einen Medizinischen Krankheitsfaktor Beeinflußt *799 (802)*

Psychotische Merkmale, Zusatzcodierung für *461*
Episode einer Major Depression *461 (462)*
Manische Episode *463 (464)*
Gemischte Episode *465 (466)*
Psychotische Störungen
Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors *382 (386)*
Gemeinsame Psychotische Störung *380 (382)*
Kurze Psychotische Störung *376 (379)*
NNB *391*
Schizoaffektive Störung *366 (370)*
Schizophrenie *344 (358)*
Schizophreniforme Störung *363 (365)*
Substanzinduzierte Psychotische Störung *386 (390)*
Wahnhafte Störung *370 (376)*
Pyromanie *733 (735)*

R

Rapid Cycling, Zusatzcodierung für Affektive Störungen *476 (477)*
Reaktive Bindungsstörung im Säuglingsalter oder in der Frühen Kindheit *163 (165)*
Rechenstörung *86 (87)*
Religiöses oder Spirituelles Problem *811*
Residualer Typus der Schizophrenie *363 (363)*
Rett-Störung *109 (110)*
Rezidivierende kurze depressive Störung *850 (852)*
Ruminationsstörung *140 (141)*

S

Saisonales Muster, Zusatzcodierung für Affektive Störungen *475 (475)*
Schädel-Hirn-Trauma
Demenz Aufgrund eines – *201 (205)*
Schizoaffektive Störung *366 (370)*
Schizoide Persönlichkeitsstörung *759 (762)*
Schizophrenie *344 (358)*
Alternative Beschreibungsdimensionen *838 (839)*
Desorganisierter Typus *361 (361)*
Katatoner Typus *361 (362)*
Paranoider Typus *360 (361)*
Residualer Typus *363 (363)*
Undifferenzierter Typus *362 (362)*
Schizophrenie und Andere Psychotische Störungen
siehe Psychotische Störungen, Schizophrenie
Schizophreniforme Störung *363 (365)*
Schizotypische Persönlichkeitsstörung *763 (766)*
Schlafstörung mit Alpträumen *695 (699)*
Schlafstörung mit Angstträumen
siehe Schlafstörung mit Alpträumen
Schlafstörung mit Schlafwandeln *704 (709)*
Schlafstörung mit Störung des Zirkadianen Rhythmus *686 (693)*
Schlafstörungen *659*
Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors *716*
Hypersomnie-Typus *(719)*
Insomnie-Typus *(719)*
Mischtypus *(719)*
Parasomnie-Typus *(719)*
Im Zusammenhang mit einer Anderen Psychischen Störung
Hypersomnie im Zusammenhang mit einer Anderen Psychischen Störung *710 (715)*
Insomnie im Zusammenhang mit einer Anderen Psychischen Störung *710 (715)*
Primäre Schlafstörungen
Dyssomnien *661*
Parasomnien *695*
Substanzinduzierte Schlafstörung *720 (725)*
Schmerzstörung
siehe auch Störung mit Sexuell Bedingten Schmerzen
in Verbindung mit einem Medizinischen Krankheitsfaktor *554 (558)*
in Verbindung mit Psychischen Faktoren *554 (558)*
in Verbindung mit sowohl Psychischen Faktoren wie einem Medizinischen Krankheitsfaktor *554 (558)*
Schriftlicher Ausdruck, Störung des *87 (89)*
Schulleistungsstörungen
siehe Lernstörungen
Schwere Geistige Behinderung *76 (81)*
Schweregrad/Psychotisch/Remission, Zusatzcodierungen für
Episode einer Major Depression *461 (462)*
Gemischte Episode *463 (464)*
Manische Episode *465 (466)*
Schwerste Geistige Behinderung *76 (81)*
Schwierigkeiten in Schule oder Studium *810*
siehe auch Lernstörungen

Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika, Störungen durch Konsum von –
Abhängigkeit *330*
Mißbrauch *331*

Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika, Störungen im Zusammenhang mit – *329*
NNB *338*

Sedativa-, Hypnotika- oder Anxiolytikainduzierte Störungen
Andere Störungen *330*
Entzug *333 (334)*
Intoxikation *332 (332)*

Selektiver Mutismus *160 (162)*

Sexuelle Funktionsstörungen *592*
Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors *616 (620)*
NNB *625*
Orgasmusstörungen
Ejaculatio Praecox *610 (611)*
Männliche Orgasmusstörung *607 (609)*
Weibliche Orgasmusstörung *605 (607)*
Störungen der Sexuellen Appetenz
Störung mit Sexueller Aversion *598 (599)*
Störung mit Verminderter Sexueller Appetenz *595 (597)*
Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors *616 (620)*
Störungen der Sexuellen Erregung
Erektionsstörung beim Mann *602 (604)*
Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors *616 (620)*
Störung der Sexuellen Erregung bei der Frau *600 (601)*
Störungen mit Sexuell Bedingten Schmerzen
Dyspareunie
Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors *616 (620)*
nicht aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors *612 (614)*
Vaginismus (nicht aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors) *614 (616)*
Substanzinduzierte Sexuelle Funktionsstörung *621 (624)*

Sexuelle Störungen
siehe auch Paraphilien, Sexuelle Funktionsstörungen
NNB *644*

Sexueller Masochismus *632 (633)*

Sexueller Mißbrauch
eines Erwachsenen *807*
eines Kindes *807*

Sexueller Sadismus *633 (634)*

Simulation *808*

Skala zur Erfassung des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus (SOFAS) *891*

Skala zur globalen Beurteilung des Funktionsniveaus (GAF) *23*

Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen (GARF) *889*

SOFAS
siehe Skala zur Erfassung des Sozialen und Beruflichen Funktionsniveaus

Somatisierungsstörung *540 (544)*

Somatoforme Störungen *539*
Hypochondrie *559 (563)*
Körperdysmorphe Störung *564 (567)*
Konversionsstörung *547 (553)*
NNB *567*
Schmerzstörung
in Verbindung mit einem Medizinischen Krankheitsfaktor *554 (558)*
in Verbindung mit Psychischen Faktoren *554 (558)*
in Verbindung mit sowohl Psychischen Faktoren wie einem Medizinischen Krankheitsfaktor *554 (558)*
Somatisierungsstörung *540 (544)*
Undifferenzierte Somatoforme Störung *545 (547)*

Soziale Phobie (Soziale Angststörung) *501 (507)*

Spezifische Phobie *493 (500)*

Spielen
siehe Pathologisches Spielen

Spirituelles Problem
siehe Religiöses oder Spirituelles Problem

Stereotype Bewegungsstörung *166 (169)*

Störung der Motorischen Fertigkeiten *89*
Entwicklungsbezogene Koordinationsstörung *89 (91)*

Störung der Sexuellen Erregung bei der Frau *600 (601)*

Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus
siehe Schlafstörung mit Störung des Zirkadianen Rhythmus

Störung des Schriftlichen Ausdrucks *87 (89)*

Störung des Sozialverhaltens *127 (133)*

Störung im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz, NNB *169*

Störung im Zusammenhang mit Multiplen Substanzen *339*
Polytoxikomanie *339*

Störung mit Angst und Depression, gemischt *852 (854)*

Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten *134 (137)*
Störung mit Sexueller Aversion *598 (599)*
Störung mit Trennungsangst *156 (160)*
Störung mit Überängstlichkeit in der Kindheit *siehe* Generalisierte Angststörung
Störung mit Verminderter Sexueller Appetenz *595 (597)*
Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors *616 (620)*
Störungen der Aufmerksamkeit, der Aktivität und des Sozialverhaltens *118*
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung *118 (126)*
NNB *127*
Mischtypus *120 (126)*
Vorwiegend Unaufmerksamer Typus *120 (126)*
Vorwiegend Hyperaktiv-Impulsiver Typus *121 (126)*
NNB Sozial Störendes Verhalten *138*
Störung des Sozialverhaltens *127 (133)*
Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten *134 (137)*
Störungen der Ausscheidung *siehe* Enkopresis, Enuresis
Störungen der Impulskontrolle, Nicht Andernorts Klassifiziert *727*
Intermittierende Explosible Störung *727 (731)*
Kleptomanie *731 (733)*
NNB *742*
Pathologisches Spielen *735 (738)*
Pyromanie *733 (735)*
Trichotillomanie *739 (741)*
Störungen der Sexuellen Appetenz
Störung mit Sexueller Aversion *598 (599)*
Störung mit Verminderter Sexueller Appetenz *595 (597)*
Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors *616 (620)*
Störungen der Sexuellen Erregung
Erektionsstörung beim Mann *602 (604)*
Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors *616 (620)*
Störung der Sexuellen Erregung bei der Frau *600 (601)*
Störungen durch Substanzkonsum *233*
für spezifische Substanzen siehe dort
Abhängigkeit *233 (237)*
Mißbrauch *238 (239)*
Störungen im Zusammenhang mit Psychotropen Substanzen *231*
für spezifische Substanzen siehe dort
Störungen im Zusammenhang mit Anderen (oder Unbekannten) Substanzen *339*
Störungen mit Sexuell Bedingten Schmerzen
Dyspareunie
Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors *616 (620)*
nicht aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors *612 (614)*
Vaginismus (nicht aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors) *614 (616)*
Störungen, die Gewöhnlich Zuerst im Kleinkindalter, der Kindheit oder Adoleszenz Diagnostiziert werden *71*
Geistige Behinderung *73*
Fütter- und Eßstörungen im Säuglings- oder Kleinkindalter *138*
Kommunikationsstörungen *91*
Lernstörungen *82*
Reaktive Bindungsstörung im Säuglingsalter oder in der Frühen Kindheit *163 (165)*
Selektiver Mutismus *160 (162)*
Stereotype Bewegungsstörung *166 (169)*
Störung im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz, NNB *169*
Störung der Motorischen Fertigkeiten *89*
Störung mit Trennungsangst *156 (160)*
Störungen der Aufmerksamkeit, der Aktivität und des Sozialverhaltens *118*
Störungen der Ausscheidung *151*
Ticstörungen *144*
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen *102*
Stottern *100 (102)*
Substanzabhängigkeit *233 (237)*
für spezifische Substanzen siehe dort
Substanzentzug *238 (239)*
für spezifische Substanzen siehe dort
Substanzinduzierte Störungen *240*
für spezifische Substanzen siehe dort
Affektive Störung *455 (459)*
Angststörung *532 (536)*
Delir *180 (181)*
Entzug *241 (242)*
Intoxikation *240 (241)*
Persistierende Amnestische Störung *214 (216)*
Persistierende Demenz *205 (207)*
Psychotische Störung *386 (390)*
Persistierende Wahrnehmungsstörung im Zusammenhang mit Halluzinogenen *283 (284)*

Schlafstörung *720 (725)*
Sexuelle Funktionsstörung *621 (624)*
Substanzintoxikation *240 (241)*
für spezifische Substanzen siehe dort
Substanzmißbrauch *238 (239)*
für spezifische Substanzen siehe dort

T

Tardive Dyskinesie
Neuroleptikainduzierte *804, 877 (880)*
Ticstörungen *144*
Chronische Motorische oder Vokale Ticstörung *149 (150)*
NNB *151*
Tourette-Störung *146 (149)*
Vorübergehende Ticstörung *150 (151)*
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen *102*
Asperger-Störung *113 (117)*
Autistische Störung *103 (108)*
Desintegrative Störung im Kindesalter *110 (112)*
NNB (einschließlich Atypischer Autismus) *118*
Rett-Störung *109 (110)*
Tourette-Störung *146 (149)*
Transvestitischer Fetischismus *634 (635)*
Tremor
siehe Haltetremor, Medikamenteninduzierter
Trichotillomanie *739 (741)*

U

Undifferenzierte Somatoforme Störung *545 (547)*
Undifferenzierter Typus der Schizophrenie *362 (362)*
Ungünstige Wirkungen einer Medikation, NNB *805*
Unspezifische Psychische Störung (nicht-psychotisch) *813*

V

Vaginismus (nicht aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors) *614 (616)*
Vaskuläre Demenz *196 (198)*
Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung *785 (789)*
Vernachlässigung eines Kindes *807*
Vokale Ticstörung
siehe Chronische Motorische oder Vokale Ticstörung
Vorgetäuschte Störung „by proxy“ *854 (856)*
Vorgetäuschte Störungen *569*
Mit sowohl Psychischen wie Körperlichen Zeichen und Symptomen *569 (573)*
Mit Vorwiegend Psychischen Zeichen und Symptomen *569 (573)*
Mit Vorwiegend Körperlichen Zeichen und Symptomen *569 (573)*
NNB *573*
Vorübergehende Ticstörung *150 (151)*
Voyeurismus *635 (636)*

W

Wahnhafte Störung *370 (376)*
Weibliche Orgasmusstörung *605 (607)*

Z

Zusätzliche Codierungen *813*
Zusatzcodierungen für den Langzeitverlauf (mit bzw. ohne Vollremission im Intervall) für Affektive Störungen *473 (474)*
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung *793 (797)*
Zwangsstörung *508 (514)*
Zwischenmenschliche Probleme *805*
Eltern-Kind-Problem *805*
Im Zusammenhang mit einer Psychischen Störung oder einem Medizinischen Krankheitsfaktor *805*
NNB *806*
Partnerschaftsproblem *806*
Problem zwischen Geschwistern *806*
Zyklothyme Störung *448 (450)*