

## 2 Das Klassifikationsproblem und das Stigma-Problem

### 2.1 Die unüberwindbare Subjektivität psychiatrisch-psychologischer Diagnosekategorien

Das Grundproblem der Diagnosesysteme ist ihre mangelnde Objektivität. Darauf weist schon eine umfangreiche Untersuchung mit rund 800 Patienten von Zubin (1967). Denn es wurde gezeigt, dass die Übereinstimmung zwischen verschiedenen Psychiatern sehr niedrig war. So variierte sie bei differenzierteren Diagnosekategorien (z.B. Schizophrenie – Paranoia – Zykllothymie) zwischen 38% und 66%.

In der Physik gibt es deterministische Gesetze, die das Konstruieren von verschiedensten Messinstrumenten zulassen. So ermöglicht das Wissen über die Wärmelehre die Konstruktion von Thermometern, die zuverlässig und hinreichend genau die Temperatur messen und entsprechende technische Regelungen zulassen. Im psychiatrisch-psychologischen Bereich gibt es derartige deterministische Gesetze nicht. Daher ist die Definition von Diagnosekategorien sowie die Konstruktion von Messinstrumenten mit bestimmten Schwierigkeiten verbunden, die als Probleme der Objektivität, Reliabilität (Zuverlässigkeit) und Validität (Gültigkeit) bekannt sind, insbesondere im Rahmen der Testtheorie und der Testkonstruktion (z.B. Lienert 1967). Kendell & Jablensky (2003) weisen darauf, dass der Begriff der Validität mehrdeutig ist, dass aber in Bezug auf psychologische Tests eindeutige Definitionen existieren (content, criterion-related, and construct validity). Diese Definitionen sind auch beim Messen durch Urteilen anwendbar.

Mangelnde Objektivität verringert die Reliabilität und die Validität. Es wird aber davon ausgegangen, dass die kommenden Revisionen der Diagnosesysteme (ICD, DSM) wesentliche Verbesserungen der Reliabilität und Validität zeigen werden (z.B. Reed 2010). Diese Erwartung hat das DSM-5 nicht erfüllt (s. Buxbaum 2014, section 5.2.1).

Es gibt drei grundlegende Formen von Messungen. Dies sind physikalische Messungen, Messungen durch psychometrisch fundierte Persönlichkeitstests (darunter Fragebogen) sowie das Messen durch Urteilen. Das Messen durch Urteilen erfolgt stets gegenüber Bezugssystemen

(Begriffe), die entweder objektiv oder subjektiv sind (Buxbaum 2014, section 2.1). Im einfachsten Fall erfolgt das Messen durch Urteilen auf Nominalskalenniveau. Einfache Beispiele sind das Identifizieren eines Objekts als Leber oder Niere oder das Identifizieren eines Tieres als Möwe oder Schwalbe. Voraussetzung ist, dass ein Urteiler über entsprechende objektive Begriffe verfügt. Demgegenüber sind etwa wertende Begriffe (z.B. schön, sympathisch) subjektiv. Denn diesen Begriffen fehlen definierende Merkmale, die nur ihnen zukommen und das Identifizieren entsprechender Objekte, Tiere oder Menschen ermöglichen. Es gibt auch subjektive wissenschaftliche Begriffe, darunter die psychiatrisch-psychologischen Diagnosebegriffe (z.B. Schizophrenie, Manie) sowie die Persönlichkeitseigenschaften (z.B. Intelligenz, Angst).

Das Messen durch Urteilen kann auch gegenüber quantitativen Bezugssystemen erfolgen, die subjektiv oder objektiv sind, beispielsweise eine siebenstufige Sympathieskala oder eine zwölfstufige Zeitskala (z.B. 1 – 12 Stunden). Das Messen durch Urteilen kann physikalische Messungen kontrollieren, indem fehlerhafte physikalische Messinstrumente identifiziert werden, beispielsweise eine falsch gehende Uhr oder eine defekte Waage. Bei großer Erfahrung ist es sogar möglich, dass im Erfahrungsbereich präzise Schätzungen physikalischer Messwerte erfolgen. Sind die quantitativen Bezugssysteme dagegen subjektive Begriffe, so ist das Messen durch Urteilen, das auf Rang- oder Intervallskalenniveau erfolgt, unüberwindbar subjektiv. Beispielsweise wird das Ausmaß der Gefährlichkeit, der Angst oder der Psychopathologie einer Person mit oder ohne Bezug auf eine Ratingskala beurteilt. Dies gilt auch für das Messen von Dimensionen der Persönlichkeit durch entsprechende Persönlichkeitstests.

Wenn objektive physikalische Größen (z.B. Temperatur, Masse) in dichotome Kategorien umgewandelt werden (z.B. viel – wenig, warm – kalt, schwer – leicht), dann kommt es zu einem Verlust der Objektivität. Denn solche Einteilungen (Festlegungen, Vereinbarungen) können in Bezug auf die Lage auf der Skala und die Breite der Kategorie bzw. die Grenze zwischen zwei Kategorien nicht frei von Subjektivität sein.

Mangelnde Objektivität bedingt mangelnde Reliabilität. Über die Reliabilität von psychiatrisch-psychologischen Diagnosen gibt es schon seit langer Zeit Kontroversen (z.B. Aboraya 2007; First 2007; Grove 1987;

Kendell 1991; Shrout 1998; Spitzer & Fleiss 1974). Doch wird der Begriff der Reliabilität nicht immer mit der Bedeutung verwendet, die er im Rahmen der Testtheorie hat. Dies ist die Zuverlässigkeit der Messung bzw. des Messinstruments (z.B. Intelligenz- oder Angsttest). Es werden zwei Aspekte unterschieden (z.B. Lienert 1967). Die Merkmalsstabilität betrifft die zeitliche Konstanz der Messwerte unter gleichen Bedingungen. Wird Merkmalsstabilität vorausgesetzt und sind die Messwerte eines psychometrisch konstruierten Persönlichkeitstests zeitlich instabil, dann weist dies auf Merkmalsinstabilität oder der Test misst ungenau. Im Bereich der Psychiatrie und klinischen Psychologie bedeutet Merkmalsstabilität aber Wirkungslosigkeit der Behandlung. Merkmalsinstabilität kann jedoch nicht nur allmähliche Besserung oder Gesundung, sondern auch zeitliche Variation von Störungen oder Symptomen bedeuten. Die instrumentale Reliabilität betrifft die Präzision des Messinstruments und wird durch Maßnahmen im Zuge der Testkonstruktion beeinflusst (z.B. Anzahl und Schwierigkeit der Items). Die grundlegende Methode zur Prüfung der instrumentalen Reliabilität eines Persönlichkeitstests ist die einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung ( $n$  Personen lösen  $k$  Items) oder ein daraus abgeleitetes Maß (z.B. Spearman-Brown-Formel). In der Urteilsforschung wird der Faktor „Item“ durch den Faktor „Urteiler“ ersetzt (z.B. Winer 1971). Auch zur Prüfung der Übereinstimmung zwischen den Urteilern werden statistische Methoden verwendet, die aus der Varianzanalyse abgeleitet sind, beispielsweise der Intraclass-Korrelationskoeffizient Kappa (z.B. Kraemer, Periyakoil & Noda 2002; Spitzer & Fleiss 1974; Shrout, Spitzer & Fleiss 1987).

Selbst bei maximaler Übereinstimmung zwischen Urteilern bestehen wesentliche Unterschiede zu physikalischen Messungen. Denn im Unterschied zur physikalischen Messung, die auf deterministischen Gesetzen beruht (etwa der Wärmelehre), hängt die Interpretation von Urteilsdaten stets von der Ausgangslage ab. Dies lässt sich an zwei einfachen Beispielen verdeutlichen. Bei einem Beispiel ist die Ausgangslage eindeutig. Dies ist die korrekte Messung der Temperatur durch  $k = 4$  Thermometer in  $n = 4$  Räumen (Tabelle 1 oben).

**Tabelle 1:**

Die Interpretation von Messwerten. Oben: Vier Thermometer messen die Temperatur in °C in vier Räumen. Unten: Vier Urteiler beurteilen vier Personen anhand einer siebenstufigen Ratingskala (1 – 7). Die Aussagekraft der unteren Tabelle hängt davon ab, wer die Urteiler sind, wer die Beurteilten sind und was beurteilt wird.

k Thermometer		A	B	C	D
n Räume	I	10	10	10	10
	II	12	12	12	12
	III	15	15	15	15
	IV	21	21	21	21

  

k Urteiler		A	B	C	D
n Personen	I	1	1	1	1
	II	4	4	4	4
	III	4	4	4	4
	IV	7	7	7	7

Die Tabelle 1 oben zeigt, dass vier Thermometer übereinstimmend in vier Räumen mit unterschiedlicher Temperatur jeweils den gleichen Messwert anzeigen. Man kann davon ausgehen, dass die Messungen korrekt sind, dass also etwa der Raum I wirklich eine Temperatur von 10 °C hat. Bei der unteren Tabelle hängt die Aussagekraft der Interpretation davon ab, wer die Urteiler sind, wer die Beurteilten sind und was beurteilt wird. Werden beispielsweise physikalische Größen beurteilt und sind die Daten von Tabelle 1 unten beispielsweise Schätzungen der Körpergröße, so sind die Ratings korrekt, wenn die Beziehungen zwischen den Skalenwerten (1, 4 und 7) und den in cm gemessenen Körpergrößen linear sind (oft erfolgen solche Schätzungen aber nicht anhand einer Ratingskala, sondern in einer gewohnten Längenskala, beispielsweise Meter und Zentimeter oder Fuß). Werden dagegen beispielsweise Persönlichkeitseigenschaften von persönlich gut bekannten Personen beurteilt, beispielsweise Fairness, Intelligenz, Fleiß, Aggressivität oder Geiz, dann

zeigt die untere Tabelle maximale intersubjektive Übereinstimmung über eine Eigenschaft. Dies ist nur dann möglich, wenn die vier Urteiler über ähnliche Bedeutungen des Bezugssystems (z.B. Fairness) verfügen. Enthält das Bezugssystem eines Urteilers aber andere Bedeutungsaspekte, so würde die intersubjektive Übereinstimmung abnehmen, d.h. die Urteiler wären sich vielleicht nicht einig darüber, ob etwa die Person I fairer ist als die Person IV. Intersubjektive Übereinstimmung kann aber auch bloß Ausdruck eines Vorurteils sein, das nichts mit konkreten Verhaltensweisen oder Verhaltensneigungen der Beurteilten zu tun hat. So lösen oft soziale Merkmale übereinstimmende Urteile über Sympathie, Antipathie und/oder Persönlichkeitsmerkmale aus, ohne dass Informationen über Verhaltensweisen oder Verhaltensneigungen vorliegen.

Das wichtigste psychometrische Kriterium ist die Validität, die bei psychometrisch konstruierten Persönlichkeitstests entweder ein Korrelationskoeffizient zwischen dem Test und einem Kriterium oder ein Netzwerk von experimentellen Befunden zur Konstrukt-Validität ist. Geringe kriterienbezogene Validität zeigt sich durch niedrige Korrelationskoeffizienten zwischen Test und Kriterium (bei vielen Persönlichkeitstests liegt die kriterienbezogene Validität bestenfalls um 0.3, bei Intelligenztests kaum über 0.7). Die Konstruktvalidität zeigt die geringe Vorhersagekraft von Testwerten dadurch, dass unzählige experimentelle Untersuchungen nur schwache probabilistische Gesetzmäßigkeiten nachweisen, insbesondere Mittelwertsunterschiede. Dies bedeutet, dass bei Gruppenvergleichen (z.B. Ängstliche vs. Nicht-Ängstliche, Schizophrene vs. Depressive) in Bezug auf wesentliche abhängige Variablen mehr oder weniger überlappende Verteilungen von Messwerten vorliegen. Daher ist die Beschreibungs-, Erklärungs- und Vorhersagekraft von Persönlichkeitstests zu niedrig, um im Einzelfall Entscheidungen zu begründen, die für die Betroffenen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene) schwerwiegende persönliche, soziale und rechtliche Folgen haben.

Man kann das Problem der mangelnden Vorhersagbarkeit des Verhaltens im Einzelfall anhand fiktiver Zahlen weiter verdeutlichen. Zwar gibt es Ausnahmen, bei denen das Verhalten vor allem durch die Reizverhältnisse oder durch personspezifische Einflüsse bedingt ist. In der Regel wirken aber die beiden Einflussquellen eng zusammen. Unter diesen Umständen sind präzise Vorhersagen des Verhaltens nur in einem

Sonderfall möglich. Dies ist das additive Zusammenwirken von Einflussfaktoren. Es gibt aber zahlreiche logisch-theoretische und empirisch-experimentelle Beweise dafür, dass das nicht-additive Zusammenwirken der Regelfall ist (z.B. Barrett 2006; Colquhoun & Corcoran 1964; Mischel 2004; Revelle, Humphreys et al. 1980; Wegner & Vallacher 1977, S. 68-74). Darauf weist auch das Wissen über die neurobiologischen Grundlagen der Selbststeuerung bzw. Selbstkontrolle (Abschnitt 4). Die Tabelle 2 zeigt die Unterschiede zwischen den beiden monokausalen Ansätzen (Situationismus, personenzentrierte Ansätze), dem additivem und dem nicht-additivem Zusammenwirken an fiktiven Zahlen.

**Tabelle 2:**

Vier fiktive Datenstrukturen, die verschiedene Positionen der Persönlichkeitsforschung beweisen, hier in Bezug auf drei Situationen (I, II, III), fünf Personen (A, B, C, D, E) sowie die Messwerte (0 – 6) in einem Angsttest. (A) Das Verhalten ist eine Funktion der Situation. (B) Das Verhalten ist eine Funktion der Person (Persönlichkeitseigenschaft). (C) Das Verhalten ist eine Funktion des additiven Zusammenwirkens von Situation und Person. (D) Das Verhalten ist eine Funktion des nicht-additiven Zusammenwirkens von Situation und Person.

	I	II	III
A	1	3	5
B	1	3	5
C	1	3	5
D	1	3	5
E	1	3	5

(A)

	I	II	III
A	1	1	1
B	2	2	2
C	3	3	3
D	4	4	4
E	5	5	5

(B)

	I	II	III
A	0	1	2
B	1	2	3
C	2	3	4
D	3	4	5
E	4	5	6

(C)

	I	II	III
A	0	3	6
B	1	5	2
C	2	2	3
D	3	4	4
E	4	1	5

(D)

Die Tabelle 2 (A) zeigt, dass die Werte nur in Abhängigkeit der Situation variieren, in (B) variieren sie nur in Abhängigkeit der Person (genetisch bedingt oder stabil gelernte Persönlichkeitseigenschaft), (C) zeigt additives Zusammenwirken zwischen den Situationen und der Persönlichkeitseigenschaft, (D) zeigt nicht-additives Zusammenwirken zwischen den Situationen und der Persönlichkeitseigenschaft.

Additives Zusammenwirken von zwei Einflussfaktoren erkennt man daran, dass die Rangreihen der Messwerte über die beiden Faktoren (hier: Situationen, Personen) konstant bleiben. Die Situation I ist somit am wenigsten angstausslösend, während die Situation III am höchsten

angstauslösend ist. Die Person A ist am wenigsten ängstlich. Die Person E ist am ängstlichsten.

Die Daten in (D) variieren unregelmäßig zwischen den Situationen und den Personen. Die beiden Faktoren wirken also nicht-additiv zusammen. Solche Gesetzmäßigkeiten erschweren das Vorhersagen des Verhaltens wesentlich. So ist die Person A in der Situation I am wenigsten ängstlich, während sie in der Situation III den höchsten Angstwert hat und in der Situation II eine mittlere Position einnimmt. Derartige Gesetzmäßigkeiten weisen darauf, dass bei anderen Stichproben von Personen, Situationen und Angstreaktionen die Ergebnisse anders sein können. So ist es möglich, dass sich eine Person vor bestimmten Tieren fürchtet, während sie keine Angst bei sozialen Kontakten hat (wobei bestimmte Ausnahmen möglich sind), während es bei einer anderen Person umgekehrt ist. Außerdem ist es möglich, dass sich im Laufe der Zeit Veränderungen durch Erfahrungen bzw. Lerneinflüsse ergeben. Bei belastenden Ängsten ist auch systematische Behandlung durch Psychopharmaka und/oder Psychotherapie und eine entsprechende Reduktion von Messwerten möglich.

Im Bereich der organischen Medizin ist die Validierung von Diagnose-Tests einfach. Denn die entsprechende Störung bzw. Krankheit kann identifiziert werden und als Kriterium für den Diagnose-Test verwendet werden. Diagnostiziert der Test fehlerlos, d.h. es werden keine Kranken übersehen und Gesunde nicht als krank angesehen, dann ist der Test valide. Treten bei Anwendung des Diagnose-Tests Fehler auf, so kann anhand von Übereinstimmungsmaßen ein Validitätskoeffizient bestimmt werden, beispielsweise ein bestimmter Kappa-Koeffizient (z.B. Kraemer et al. 2002).

Im psychiatrisch-psychologischen Bereich ist das Identifizieren von Störungen bzw. Krankheiten nicht möglich. Denn die zugrundeliegenden wissenschaftlichen Begriffe (hypothetische Konstrukte), beispielsweise Intelligenz, Angst oder Schizophrenie, sind unüberwindbar subjektiv. Objektiv ist ein Begriff dann, wenn Objekte, Maschinen, Tiere oder Menschen, auf die der Begriff angewendet wird, identifiziert werden können. Andernfalls sind die Reiz- bzw. Wahrnehmungsbedingungen unzulänglich (z.B. Entfernung, Helligkeit, Sehfähigkeit, Erfahrung) oder der Begriff ist subjektiv. Subjektiven Begriffen fehlen definierende Merkmale, die nur

ihnen zukommen und das Identifizieren ermöglichen. So gelten z.B. die objektiv erkennbaren bzw. messbaren Verhaltensweisen Herzklopfen, Schwitzen und Zittern als Indikatoren für die wissenschaftliche Diagnosekategorie „Angst“. Doch sind diese Merkmale keineswegs sicher und sie treten auch dann auf, wenn für die Umstände und Gefühle das Wort Angst unpassend ist (z.B. Freude, Arbeit, Kälte). Diese Probleme sind im Bereich der Psychiatrie schon lange bekannt (z.B. Schneider 1967). So stellt Hummer (2009, S.14) fest: „Pathognomonische Symptome, das heißt Einzelsymptome, die nur bei schizophrenen Erkrankungen vorkommen, gibt es nicht“. Die Entwicklung und Revision der psychiatrisch-psychologischen Diagnosesysteme (ICD, DSM, RDC) hat somit nichts an ihrer grundlegenden Problematik geändert und kann daran nichts ändern.

Die unüberwindbare Subjektivität der psychiatrisch-psychologischen Diagnosekategorien bildet keinen Widerspruch zu den zahlreichen therapeutischen Erfolgen nach Anwendung von Psychopharmaka und Psychotherapie (oder anderer Methoden, darunter Lichttherapie). Dies liegt vor allem daran, dass schwere psychische Störungen durch extreme Zustände der kortikalen und affektiven Aktivierung gekennzeichnet sind, und dass für die drei Hauptgruppen extremer kortikaler und affektiver Aktivierung (niedrig, hoch, zwischen niedrig und hoch wechselnd) drei Hauptgruppen von Psychopharmaka verfügbar sind (Antidepressiva, Antipsychotika, Stimmungsstabilisatoren).

## **2.2 Selbst- und/oder Gemeingefährlichkeit**

Belastende Reize der materiellen, organischen und sozialen Außenwelt und/oder belastende Zustände und Prozesse der Innenwelt (Gefühle, Vorstellungen, Gedanken; Urteils- und Denkprozesse) können zu extrem niedriger oder extrem hoher kortikaler und affektiver Aktivierung führen (z.B. Apathie, Aufregung, Panik, Toben). Dadurch wird die Selbststeuerung bzw. Selbstkontrolle beeinträchtigt oder sie geht verloren. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit von Kurzschlusshandlungen.

Eine betroffene Person kann durch ihr Erscheinungsbild und/oder Verhalten so auffällig werden, dass bei einer anderen Person die Annahme von Geisteskrankheit bzw. psychischer Krankheit (allenfalls verbunden mit der Annahme einer Selbst- und/oder Gemeingefährlichkeit)



ein so hohes Maß an subjektiver Wahrscheinlichkeit bekommt, dass sie einen Notdienst (insbesondere Rettung und/oder Polizei) verständigt.

Gemäß dem Unterbringungsgesetz darf in einer psychiatrischen Abteilung nur untergebracht werden, wer an einer psychischen Krankheit leidet und im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet, und nicht in anderer Weise, insbesondere außerhalb einer psychiatrischen Abteilung, ausreichend ärztlich behandelt oder betreut werden kann.

Eindeutige bzw. augenfällige Selbst- und/oder Gemeingefährlichkeit ist als Ausdruck einer entsprechenden Gesinnung strafrechtlich relevant, beispielsweise als gefährliche Drohung (z.B. § 107 Österr. StGB). Ein solcher Zustand kann aber auch durch extreme kortikale und affektive Aktivierung bedingt sein, so dass eine Kurzschlusshandlung wahrscheinlich ist. Ein derartiges Verhalten ist eine einmalige Entgleisung oder es liegt ein Defizit in Bezug auf Selbstkontrolle (Gefühlskontrolle und Impulskontrolle) vor, dem bei Lernfähigkeit und Lernbereitschaft auch durch Psychotherapie entgegengewirkt werden kann.

Sprachlosigkeit und fehlender Widerspruch gegen die Unterbringung kann nur durch die außergewöhnliche Situation bedingt sein. Beispielsweise reagiert ein Vorgesetzter, ein Ehepartner oder ein enger Verwandter auf einen sozialen Konflikt nicht mit Ärger, Entrüstung usw. oder Anzeige, sondern veranlasst plötzlich und unerwartet eine Unterbringung. Nach der Unterbringung muss die Tatsache verkraftet werden, dass man von Experten als psychisch krank (geisteskrank) und gefährlich beurteilt wird. Sowohl die Aufregung über die ungerechtfertigte Unterbringung als auch Resignation bzw. Niedergeschlagenheit können der Entlassung entgegenwirken, wenn sie als Symptome interpretiert werden. Daher ist es notwendig, dass die untergebrachte Person ihre psychische Gesundheit dadurch belegt, dass sie ihr Verhalten als einmalige Entgleisung erklärt und zeigt, dass sie imstande ist, gegen Verhaltensweisen anzukämpfen, die eine Unterbringung begründen und aufrechterhalten.

In der Psychiatrie ist das Erkennen, dass eine Person die Selbststeuerung bzw. Selbstkontrolle aufgrund extremer (kortikaler und affektiver) Aktivierung verloren hat, ein grundlegender diagnostischer Vorgang. Denn es muss die Diagnose von organischen Störungen bzw. Organde-

fekten, darunter Hirnschaden, sowie der Einfluss psychotroper Substanzen (z.B. Rauschgift) ausgeschlossen werden.

Um die Ansprechbarkeit der Person wiederherzustellen und zu erhalten, können aktivierende oder beruhigende Medikamente verabreicht werden. Die Auswahl passender Psychopharmaka (Mittel, Dosis, Dauer) wird dadurch begünstigt, dass es für die Behandlung der drei möglichen Extremzustände der kortikalen und affektiven Aktivierung (extrem hoch, extrem niedrig, extrem schwankend) drei Hauptgruppen von Medikamenten gibt. Dies sind Neuroleptika (Antipsychotika), Thymoleptika (Antidepressiva) und Stimmungsstabilisatoren. Die Verfügbarkeit über vielfältige Untergruppen und andere Medikamente, sowie genaues Wissen über deren Wirksamkeit auf das Nervensystem und das Verhalten, ermöglicht die Suche nach zunehmend differenziert wirkenden Mitteln oder Kombinationen von Medikamenten. So fördern einige trizyklische Thymoleptika (Antidepressiva) eher den Antrieb und die Psychomotorik, während andere vor allem eine anxiolytische (angstlösende) Wirkung haben.

Außerdem ist es möglich, die subjektiven Hauptbegriffe der Diagnosesysteme, d.h. Psychose (Schizophrenie, Manie, Depression, bipolare Störung), durch objektive Begriffe zu ersetzen, die auf Ergebnisse der Hirnforschung bezogen sind (s. Abschnitt 4). Dadurch ergibt sich auch eine umfassende Lösung des Stigma-Problems. Zu dieser Lösung gehört auch die Kommunikation zwischen Arzt und Patienten, die frei von gegenseitigen Vorurteilen sein kann, weil das Wissen über Ätiologie, Psychotherapie und Prävention wesentlich zugenommen hat. Außerdem ist zu erwarten, dass allfällige Vorurteile gegenüber der Psychiatrie im Laufe der Zeit verschwinden und daher die Bereitschaft von belasteten Personen zunimmt, psychiatrische Hilfe zu suchen.

Ein Defizit in Bezug auf Selbstkontrolle (Gefühlskontrolle und Impulskontrolle) bedeutet, dass eine reiz- und/oder personbedingte Störung der kortikalen und affektiven Aktivierung vorliegt. Diese Störung kann verschiedene Formen annehmen, auch in Abhängigkeit von den wesentlichen Veränderungen auf biochemischer Ebene. Dabei lassen sich vier Hauptformen unterscheiden. Diese neuen Diagnosekategorien werden den in den Diagnosesystemen (ICD, DSM) enthaltenen Begriffen gegenübergestellt (Tabelle 3).

Neues Wissen über Grundfragen der Psychiatrie  
Diagnose, Ätiologie, Prävention, neurowissenschaftlich  
fundierte Psychotherapie

Buxbaum, O.

2015, XVIII, 230 S. 17 Abb., 6 Abb. in Farbe., Softcover

ISBN: 978-3-658-08066-2