

# Zur gutachterlichen Einschätzung depressiver Zustandsbilder im Sozialgerichtsverfahren

Griebnitz E., Klopff J., Mitterauer, B.

## 1. Einleitung

Die sozialmedizinische und sozialrechtliche Bedeutung der Frage bezüglich einer allenfalls vorliegenden Arbeits-, Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit vor Erreichen des gesetzlichen Pensionsalters gewinnt zunehmend an Aktualität. Dies mag einerseits auf die schwierige wirtschaftliche Situation, andererseits aber auch auf "krank machende Arbeitsplätze", wie sie in der Boulevardpresse ständig kolportiert werden, zurückgeführt werden.

Aufgrund geminderter Arbeitsfähigkeit waren bei der Österreichischen Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter im Jahre 1991 232.395 und im Dezember 1996 258.105 Arbeitnehmer pensioniert. Von 1991 bis 1996 haben dabei die Invaliditätspensionen aus psychischen Gründen um 0,3 % zugenommen. Bei den Angestellten zeigte sich die Entwicklung etwas dramatischer. So waren 1991 aus psychischen Ursachen 12,4 % und 1996 13,9 % in Berufsunfähigkeitspension. Die Zunahme beträgt hier 1,5 %. Wie die Statistik zeigt, stehen an der ersten Stelle der Ursachen der Arbeitsunfähigkeit internmedizinische bzw. orthopädische Erkrankungen und an dritter Stelle rangieren bereits Erkrankungen aus dem psychiatrischen Fachbereich.

Aufgrund dieser Zahlen ist davon auszugehen, dass dem gutachterlich tätigen Nervenarzt vielfältige Aufgaben zukommen. Nach Förster wird von den Gerichten eine hohe Qualität der neuropsychiatrischen Expertise erwartet, da diese die Grundlage für eine Entscheidung ist, die stets erhebliche soziale Auswirkungen sowohl für den einzelnen Betroffenen als auch für die gesamte Gesellschaft hat. Dieser Forderung steht die Aussage Viktor von Weizsäckers entgegen, dass es kaum wissenschaftlich gesicherte Methoden gibt, mit denen die Arbeits- und Leistungsfähigkeit eines Menschen auf psychischem Gebiet beurteilt werden kann. Diese Aussage von Weizsäckers wurde bereits 1930 getätigt, woran sich bis heute nichts Wesentliches geändert hat.

In der Statistik des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger werden die psychiatrischen Krankheiten nicht differenziert aufgelistet. In einer eigenen Zwei-Jahres-

Untersuchung zeigt sich, dass etwa ein Drittel der Pensionswerber an Erkrankungen aus dem affektiven Formenkreis leidet bzw. mehr als ein Drittel neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen aufweisen.

Es zeigte sich somit, dass die größte Diagnosegruppe psychiatrischer Erkrankungen in Pensionsverfahren die depressiven Zustandsbilder bzw. Erkrankungen – allgemein gesprochen – aus dem depressiven Formenkreis darstellen. Offensichtlich besteht bei diesen Krankheitsbildern zwischen der Einschätzung der anstaltsnervenärztlichen Beurteilung und der Selbstwahrnehmung durch den Betroffenen – und allenfalls seiner behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten – eine Diskrepanz.

Die zentrale Frage lautet somit, welche Kriterien ein Depressionszustand erfüllen muss, um eine Auswirkung auf die individuelle Leistungsfähigkeit zu haben. Es ist dem jeweiligen gutachterlich tätigen Nervenfacharzt überlassen, welche Faktoren bzw. Kriterien er seiner Entscheidung zugrunde legt. Dies führt allerdings zu unterschiedlichen, zum Teil für den Laien nicht nachvollziehbaren Untersuchungsergebnissen. Dadurch wiederum leidet das Ansehen der “Psychiatrie”. Festzuhalten ist weiters, dass die international gültigen Diagnoseschemata, mögliche Störungen der Handlungs- und Willenssysteme, wie sie zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit jedoch erforderlich sind, zu wenig berücksichtigen. Es gilt somit, ein Instrumentarium zu erarbeiten, mit dem das individuelle psychobiologische Zustandsbild erfasst werden kann.

## **2. Methodik zur Objektivierung depressiver Zustandsbilder**

Als wesentliche Grundlagen der neuropsychiatrischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gelten nach wie vor die Anamnese mit einer sorgfältigen Erhebung der Biographie sowie die Erhellung der Primärpersönlichkeit und deren allfällige Veränderungen. Die Berücksichtigung aller relevanter psychosozialer Faktoren, der Krankheits- und Familienanamnese und damit Einbeziehung aller verfügbaren Zusatzinformationen wie Aktenlage, Auszüge aus Krankengeschichten etc. ist selbstverständlich. Die Erhebung bzw. Erstellung des aktuellen neuropsychiatrischen Status ist ebenso unumgänglich wie neuropsychiatrische bzw. neuropsychologische Zusatzuntersuchungen. Nur so können die meist multifaktoriellen Entstehungsbedingungen des psychopathologischen Geschehens erfasst werden.

An standardisierten Untersuchungsinstrumenten stehen uns Fremd- und Selbstbeurteilungsskalen der Befindlichkeit zur Verfügung. Beispielhaft seien die Hamilton-Depressionsskala, die Paranoid-Depressivitätsskala nach von Zerssen und die Depressivitätsskala nach Zung erwähnt. Das Freiburger Persönlichkeitsinventar kann zur Erhellung der Persönlichkeitsstruktur angewendet werden. Psychometrische Testverfahren wie z.B. das Wiener Determinationsgerät bzw. der Pauli-Test können gemeinsam mit anderen Hirnleistungstests (z.B. Syndrom-Kurztest) zur Objektivierung psychogener Mechanismen angewendet werden. Auf die Durchführung analytischer Verfahren (Rorschach-Befund, Baumtest nach Koch), wie sie in speziellen Fällen notwendig sein können, kann hier nicht näher eingegangen werden.

Zusätzlich zu den erwähnten Manualen bietet sich die Salzburger Subjektive Verhaltensanalyse (SSV, Mitterauer, 1986) an. Sie erfasst Veränderungen der 36 häufigsten biologisch determinierten Verhaltensweisen (Tab. 1). Mit ihr werden auch die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit so wichtigen Handlungs- und Willenssysteme dieser Probanden berücksichtigt. Die SSV, welche auf einer biokybernetischen Hirntheorie basiert, eignet sich besonders zur Erfassung einer biologischen Grundstörung depressiver Zustände. Auf der Grundlage dieser biokybernetischen Hirntheorie lassen sich diagnostische Kriterien der depressiven Grundstörung definieren (Mitterauer, 1986).

Aus Tabelle 2 sind die vier Kriterien depressiven Verhaltens (Mitterauer, 1986) zu entnehmen. Wir diagnostizieren eine depressive Grundstörung, wenn 1. ein Ausfall ("Nicht-mehr-Tun-Können") oder eine Frequenzsteigerung ("Ständiges-Tun-Müssen") einer oder mehrerer der beschriebenen Verhaltensmodalitäten eines Probanden besteht; 2. sich der Proband dieser Verhaltensstörung bewusst ist und diese genau beschreiben kann; 3. er (sie) sich diese Verhaltensveränderung selbst nicht erklären kann; 4. die einzelne Verhaltensveränderung wird vom Probanden entweder akzeptiert (hingenommen) oder verworfen. Mit einer Verwerfung kann eine akute Selbstmordgefährdung einher gehen. Diese Diagnostik kann mit Hilfe der SSV relativ einfach durchgeführt werden. Somit stellt dieses Verfahren eine deutliche Erweiterung der bisher zur Verfügung stehenden Instrumentarien zur Erfassung des individuellen psychobiologischen Zustandsbildes dar. Anhand eines Fallbeispiels werden wir versuchen, die am Institut für Forensische Neuropsychiatrie durchgeführte Methodik zur Diagnostik depressiver Zustandsbilder zu demonstrieren.

### 3. Fallbeispiel:

Proband (W. S.): 53 Jahre, männlich. Lebensgeschichte: Herr W. S. wuchs im familiären Verband auf. Die Jugend erlebte er als unauffällig. Er war ein Einzelkind. Er besuchte die Volks-, die Hauptschule und machte eine kaufmännische Lehre, weiters absolvierte er den 9-monatigen Präsenzdienst problemlos. Von 1964-1967 war er als Angestellter bei einer Krankenkasse tätig. Da er den Fahrtkostenzuschuss nicht erhielt, kündigte er. Von 1967-1999 war er bei einer Versicherung im Innendienst beschäftigt. 1997 erfolgte ein Vorgesetztenwechsel. Herr W. S. fühlte sich vom neuen Chef ungerecht behandelt, nicht entsprechend seiner Qualifikation eingesetzt. Es wurde ihm der Garagenplatz entzogen, was er als massive Kränkung erlebte. Seit einigen Monaten im Krankenstand. Die Kündigung wird mit Ende des Jahres erwartet. Herr W. S. ehelichte. Aus der Beziehung stammen drei Kinder. Die familiäre Situation erlebt er als problemlos.

Krankheitsanamnese: Mutter neigte zu Depressionen, war stationär an der Landesnervenklinik. Kinderkrankheiten keine erinnerlich, seit 20 Jahren Lendenwirbelsäulenbeschwerden. 1997 Bandscheibenoperation. Längerer Krankenstand wegen ständiger Schmerzen. Herr W. S. erlebte sich vom Chefarzt der Krankenkasse in die Arbeit "gejagt". Derzeit massive Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule mit Ausstrahlung in die Beine. Schwere Verstimmungszustände mit Angst, sozialem Rückzug. Seit etwa zwei Jahren in nervenfachärztlicher Behandlung. Antidepressive, anxiolytische sowie antirheumatische Behandlung.

Befund: Der neurologische Befund unauffällig. Die Stimmung deutlich gedrückt, der Affekt nur im Negativen affizierbar, der Gedankengang geordnet, eingengt auf die subjektiv als ausgesprochen belastend erlebte Situation, wirkt selbstbezogen, kein Wahn, keine Halluzinationen, keine akute Suicidalität. EEG, Leberfunktionsparameter und Blutbild im Normbereich.

Psychodiagnostik: Die intellektuelle Ausstattung ist durchschnittlich. In der SSV Maximalverschiebungen von biologisch determinierten Verhaltensweisen im Sinne einer reaktiven psychobiologischen Grundstörung. In der Selbstbeurteilung ebenfalls depressiver Verstimmungszustand. Im Freiburger Persönlichkeitsinventar beschreibt sich Herr W. S. als lebensunzufrieden, wenig leistungsorientiert, unsicher, kontaktscheu, aggressiv, psychosomatisch gestört, introvertiert, emotional labil. In der Arbeitsleistungsserie ergibt sich eine uneingeschränkte Leistungsfähigkeit und Leistungsmotivation.

Diagnose: 1. Schwere depressive Verstimmung, ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2), Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21 längere depressive Reaktion). 2. Chronische vertebrale Neuralgie bei Zustand nach Laserdiscusextraktion 11/97.

Beurteilung: Aufgrund der vorliegenden psychobiologischen Grundstörung, welche trotz einer adäquaten nervenfachärztlich überwachten, antidepressiven Therapie nicht beeinflusst werden konnte, ist die psychophysische Belastbarkeit erheblich reduziert. Herr W. S. ist derzeit selbst für körperlich leichte und geistig einfache Tätigkeiten über einen längeren Zeitraum nicht belastbar. Empfohlen wird die Beibehaltung der derzeit durchgeführten medikamentösen Behandlung, zusätzlich eine konsequent durchgeführte psychotherapeutische Stützung. Nachdem eine Individualprognose über den weiteren Krankheitsverlauf nicht abgegeben werden kann, wird eine Kontrolluntersuchung in einem Jahr empfohlen.

#### **4. Untersuchungsergebnisse einer Zwei-Jahres-Stichprobe**

In Analogie zum demonstrierten Vorgehen in der Begutachtung wurden in einem Zeitraum von zwei Jahren an unserem Institut 161 Probanden im Auftrag des Sozialgerichtes zur Frage der Berufsfähigkeit und allenfalls vorliegenden Invalidität bzw. zur Frage der Erwerbsfähigkeit untersucht. Bei unseren Probanden überwogen die Frauen und die Angestellten. Das durchschnittliche Alter der Frauen war erwartungsgemäß gegenüber dem der Männer deutlich geringer. Der Unterschied machte 3,7 Jahre aus.

Die lange Zeitspanne vom Zeitpunkt der Antragstellung bis zur Untersuchung mit einem Durchschnittswert von ca. einem Dreiviertel Jahr zeigt die Belastung, die die einzelnen Probanden durch die ungewisse soziale Situation zu bewältigen haben. Die durchschnittliche Anzahl der Vorgutachten mit etwa 3 und einem Maximum von 7 spiegelt, dass die psychiatrische Begutachtung meist das Endglied einer Reihe von Untersuchungen durch Orthopäden, Internisten und andere somatische Fachdisziplinen darstellt. Die Anstaltsvorgutachten haben dabei zur Ablehnung des Antrages geführt. Häufig fühlen sich die Antragsteller dadurch als "Simulanten" bzw. "Rentenneurotiker" abgewertet.

Zusätzlich zu diesen sozialen Belastungen besteht bei den meisten Antragstellern – nur 6,8 % unserer Probanden verfügten über ein aufrechtes Arbeitsverhältnis – eine Arbeitslosigkeit bzw. bestand bei vielen das Gefühl der Unvermittelbarkeit aufgrund des für den freien Arbeitsmarkt relativ hohen Alters. In der Zusammenschau wurden diese Umstände häufig als existentielle Bedrohung erlebt und bildeten die Grundlage für ein reaktiv-depressives Geschehen.

Um die anlagebedingten Komponenten eines depressiven Syndroms zu erfassen, ist die Familienanamnese von besonderer Bedeutung. Im eigenen Probandenkollektiv war der Anteil von Personen mit einer depressions-positiven Familienanamnese mit 23 % sehr hoch und somit deutlich über dem Bevölkerungsdurchschnitt gelegen. Besonders hinzuweisen ist auf den Umstand, dass ca. ein Fünftel unserer Probanden über die Familienanamnese keine Auskunft geben konnten.

Bei allen Probanden wurde die Salzburger Subjektive Verhaltensanalyse (SSV) durchgeführt, wobei bei gut einem Viertel ein unauffälliger Befund erhoben wurde und der verbleibende Teil je zur Hälfte eine Reaktion auf äußere Einflüsse bzw. eine endogen bedingte psychobio-

logische Grundstörung zeigte (Tab. 3). Betrachten wir nunmehr die Ergebnisse unserer gutachterlichen Untersuchungen, so können wir feststellen, dass Diagnosen der ICD-Gruppen F0 (organische, einschließlich symptomatische psychische Störungen), F1 (psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen), F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) bzw. Diagnosen aus dem Bereich der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen bzw. Intelligenzminderung (ICD-10 F7) entweder ganz fehlten bzw. nur in einem relativ geringen Ausmaß vorhanden waren. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass derartige Diagnosegruppen bereits vom Anstaltsgutachter entsprechend erfasst wurden. Offensichtlich bereitet die gutachterliche Objektivierung und Einschätzung der affektiven und neurotischen Erkrankungen Probleme, wie dies eingangs bereits festgestellt wurde.

Stellt man die einzelnen Untersuchungsergebnisse in Beziehung zueinander, so zeigt sich eine hohe Übereinstimmung zwischen der positiven Familienanamnese und einer Grundstörung in der Salzburger Subjektiven Verhaltensanalyse (Tab. 4). Daraus kann abgeleitet werden, dass mit der Salzburger Subjektiven Verhaltensanalyse biologische Faktoren erfasst werden. Von den 90 Patienten mit einer negativen Familienanamnese verblieben zwei Drittel mit einem unauffälligen Ergebnis in der Salzburger Subjektiven Verhaltensanalyse.

Interessant ist auch die Beziehung zwischen Ergebnis der SSV und einer bestehenden nervenfachärztlichen Behandlung (Tab. 5). Von den insgesamt 161 untersuchten Probanden waren 52 % nie in nervenärztlicher Behandlung gestanden. Allerdings hatte ein Drittel von ihnen eine Grundstörung. Das heißt, es lag eine behandlungsbedürftige depressive Verstimmung vor. Es erlaubt dies den vorsichtigen Schluss, dass nach wie vor eine sehr geringe Akzeptanz einer nervenfachärztlichen Behandlung innerhalb der Bevölkerung besteht. Interessant ist auch der Umstand, dass von den 24 stationär behandelten Probanden ein deutlich höherer Teil eine reaktive, nicht eine anlagebedingte Grundstörung bot.

Tabelle 6 zeigt die Korrelation zwischen Salzburger Subjektiver Verhaltensanalyse (SSV) und ICD-10-Diagnostik. Von den 53 als affektiv erkrankt diagnostizierten Probanden wiesen 94 % eine Grundstörung auf, während von den 57 neurotisch erkrankten nur 8,8 % eine anlagebedingte Grundstörung zeigten. Erwähnenswert ist auch die hohe Zahl von reaktiv ausgelösten depressiven Zustandsbildern unter den neurotisch Erkrankten mit 66,7 %. Als Erklärung könnte hier dienen, dass der selbstbezogene Neurotiker vermehrt zur "Selbst-Interpretation" neigt.

Zusammenfassend wurde circa die Hälfte unserer Probanden als arbeitsunfähig, wenn auch 30 % davon mit Befristung, beurteilt. Als (meist eingeschränkt) arbeitsfähig wurden circa 45 % der Untersuchten eingeschätzt. Die Beziehung zwischen Salzburger Subjektiver Verhaltensanalyse und Arbeitsfähigkeit zeigt, dass von den 88 als arbeitsunfähig beurteilten Probanden 98 % eine Grundstörung aufwiesen, während von den arbeitsfähigen Probanden 75 % in der SSV ein unauffälliges Ergebnis zeigten.

### **5. Zusammenfassung:**

Wie die Ergebnisse unserer Untersuchung zeigen, bilden psychiatrische Erkrankungen in Sozialgerichtsfragen eine große Gruppe und hier insbesondere depressive Verstimmungen. Um den eingangs erwähnten Forderungen von Förster gerecht zu werden, ist es notwendig, alle zur Verfügung stehenden diagnostischen Methoden anzuwenden, damit eine entsprechende Objektivierung der Krankheitsbilder ermöglicht wird und die daraus resultierenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit beurteilt werden können. Die Salzburger Subjektive Verhaltensanalyse erweist sich dabei als ein aussagekräftiges und gut handhabbares Instrument. Das Ergebnis der SSV erlaubt auch die Ableitung therapeutischer Strategien und stellt somit auch für die Prognose des weiteren Krankheitsverlaufes einen wichtigen Parameter dar. Durch dieses Vorgehen hoffen wir, eine möglichst hohe Qualität neuropsychiatrischer Expertisen zu erreichen. Wir sind uns jedoch bewusst, dass die von Viktor von Weizsäcker geforderte wissenschaftlich gesicherte Methode zur Beurteilung einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit eines psychobiologisch gestörten Probanden noch immer nicht erreicht ist. Gerade der gutachterlich tätige Nervenarzt sollte daher an der Entwicklung neuer Methoden besonders interessiert sein.

## Literatur:

1. Dilling H., Mombour W., Schmidt M.H., Schulte-Markwort E. (1994) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Forschungskriterien. Hans Huber, Bern.
2. Fahrenberg J., Hampel R., Selg H. (1994) Das Freiburger Persönlichkeitsinventar. Hogrefe, Göttingen.
3. Foerster K. (1992) Zur Persönlichkeit sogenannter "neurotischer" Rentenbewerber. In: Marneros A., Philipp M. (Hrsg) Persönlichkeit und psychische Erkrankung. Springer, Berlin, S. 129-137
4. Foerster K. (1993) Die psychiatrische Beurteilung von Patienten mit neurotischen und somatoformen Störungen im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung. Psychiat. Prax. 20: 15-17
5. Mitterauer B. (1986) Zur Analyse depressiven Verhaltens - Eine kybernetische Perspektive. Der praktische Arzt. Österreichische Zeitschrift für Allgemeinmedizin 40/541: 939-955
6. Mitterauer B., Leibetseder M., Judendorfer B. (1993) Vorhersagbarkeit depressiver Zustände auf der Grundlage eines Inventars organismischer Verhaltensmodalitäten. Psycho 19: 517-522
7. Saß H., Wittchen H.-U., Zaudig M. (1996) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM IV. Hogrefe, Göttingen.
8. Weizsäcker V.v. (1929) Über Rechtsneurosen. Nervenarzt 2: 569-581
9. Wörister K., Marischka Ch. (1996) Sozialgerichtsverfahren: Situation 1995. Entwicklungen. Analyse von medizinischen Gutachten. Situation von Klägern wegen einer Invaliditätspension. Invaliditätsursachen. Arbeiterkammer, Wien.
10. Zerssen D.v. (1976) Paranoid-Depressivitäts-Skala. Beltz, Weinheim.

Anschrift des Verfassers:

Ass.Prof. Dr.med. Ernst Griebnitz,  
Forensische Neuropsychiatrie  
Universität Salzburg  
Ignaz-Harrer-Straße 79  
5020 Salzburg



Tab. 1 **Liste der Verhaltensmodalitäten als Gegensatzpaare**

|                              |   |
|------------------------------|---|
| lachen                       | weinen                                  |
| schlafen                     | aufmerksam oder konzentriert sein       |
| gierig sein                  | alles verschenken                       |
| Stuhldrang                   | essen                                   |
| sich bewegen                 | erstarren                               |
| Angst haben                  | frei und glücklich sein                 |
| sich auseinandersetzen       | Personen ausweichen                     |
| sich sexuell betätigen       | sich voll und ganz geistig beschäftigen |
| trinken                      | Harn lassen                             |
| streiten                     | friedfertig sein                        |
| kämpfen                      | alles über sich ergehen lassen          |
| neidisch sein                | allen alles gönnen                      |
| arbeiten                     | ruhen                                   |
| reden                        | zuhören                                 |
| sich freuen                  | sich ärgern                             |
| erbrechen                    | Ess- oder Trinkbedürfnis                |
| zwischenmenschliche Kontakte | sich zurückziehen                       |
| fröhlich sein                | traurig sein                            |

Tab. 2 **Die 4 Kriterien depressiven Verhaltens (Mitterauer 1986)**

1. **Ausfall** und Frequenz**steigerung** einer oder mehrerer Verhaltensmodalitäten
2. Bewusstes Erleben und exakte **Beschreibung** der einzelnen Verhaltensveränderungen durch den Patienten
3. Fehlende subjektive **Erklärung** der Verhaltensveränderungen
4. Die einzelne Verhaltensveränderung wird entweder
  - a) **akzeptiert** oder:
  - b) **verworfen**

Tab. 3 Salzburger Subjektive Verhaltensanalyse und ICD-10 Kategorien

| Count<br>Row Pct<br>Col Pct | F-                             | F0   | F1  | F2  | F3                     | F4  | F6  | Row<br>Total |
|-----------------------------|--------------------------------|--|---|---|------------------------|---|---|--------------|
|                             | keine<br>psychische<br>Störung | organische u.<br>symptom.<br>psychische<br>Störungen | psychische u.<br>Verhaltens-<br>störg. durch<br>psychotrop.<br>Substanzen | Schizophr.,<br>schizotype<br>u.wahnhafte<br>Störungen | affektive<br>Störungen | neurotische,<br>Belastungs-<br>u. somato-<br>forme<br>Störungen | Persönlichk.-<br>u.<br>Verhaltens-<br>störungen |              |
| unauffällig                 | 15                             | 4  | 4   |   | 3                      | 14  | 2   | 42           |
|                             | 35,7                           | 9,5  | 9,5   |   | 7,1                    | <b>33,3</b>   | 4,8   | 26,1         |
|                             | 68,2                           | 28,6   | 40,0  |   | 5,7                    | 24,6  | 66,7  |              |
| reaktiv                     | 7                              | 8  | 6   |   |                        | 38  | 1   | 60           |
|                             | 11,7                           | 13,3   | 10,0  |   |                        | 63,3  | 1,7   | 37,3         |
|                             | 31,8                           | 57,1   | 60,0  |   |                        | <b>66,7</b>   | 33,3  |              |
| Grundstörung                |                                | 2  |   | 2   | 50                     | 5   |   | 59           |
|                             |                                | 3,4  |   | 3,4   | 84,7                   | 8,5   |   | 36,6         |
|                             |                                | 14,3   |   | 100,0   | <b>94,3</b>            | 8,8   |   |              |
| Column<br>Total             | 22                             | 14   | 10  | 2   | 53                     | 57  | 3   | 161          |
|                             | 13,7                           | 8,7  | 6,2   | 1,2   | 32,9                   | 35,4  | 1,9   | 100,0        |

Tab. 4 **Salzburger Subjektive Verhaltensanalyse und Familienanamnese**

| Count           | negativ                   | unbekannt                 | endogene                  | Suicid                    | Row          |
|-----------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------|
| Row Pct         |                           |                           | Psychose                  |                           | Total        |
| Col Pct         |                           |                           |                           |                           |              |
| unauffällig     | 28<br><b>66,7</b><br>31,1 | 10<br><b>23,8</b><br>29,4 | 3<br>7,1<br>12,0          | 1<br>2,4<br>8,3           | 42<br>26,1   |
| reaktiv         | 42<br>70,0<br>46,7        | 13<br>21,7<br>38,2        | 5<br>8,3<br>20,0          |                           | 60<br>37,3   |
| Grundstörung    | 20<br>33,9<br>22,2        | 11<br>18,6<br><b>32,4</b> | 17<br>28,8<br><b>68,0</b> | 11<br>18,6<br><b>91,7</b> | 59<br>36,6   |
| Column<br>Total | 90<br>55,9                | 34<br>21,1                | 25<br>15,5                | 12<br>7,5                 | 161<br>100,0 |

**Tab. 5 Salzburger Subjektive Verhaltensanalyse  
Nervenärztliche Behandlung**

|              | nein |        | ambulant |        | stationär |        |     |
|--------------|------|--------|----------|--------|-----------|--------|-----|
| unauffällig  | 29   | (69 %) | 8        | (19 %) | 5         | (12 %) | 42  |
| reaktiv      | 35   | (58 %) | 14       | (24 %) | 11        | (18 %) | 60  |
| Grundstörung | 18   | (31 %) | 33       | (55 %) | 8         | (13 %) | 59  |
|              | 82   |        | 55       |        | 24        |        | 161 |

**Tab. 6 Internationale Klassifikation psychischer Störungen  
ICD-10 Kategorien (F0–F9)**

|  | ICD | Häufigkeit | %     |
|--|-----|------------|-------|
| keine psychische Störung   | --  | 22         | 13,7  |
| organische<br>einschließlich symptomatischer psychischer Störung | F0  | 14         | 8,7   |
| durch psychotrope Substanzen                                     | F1  | 10         | 6,2   |
| Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen              | F2  | 2          | 1,2   |
| affektive Störungen  | F3  | 53         | 32,9  |
| neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen               | F4  | 57         | 35,4  |
| Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen                         | F6  | 3          | 1,9   |
|  |     | 161        | 100,0 |