Psychische Störungen - ein dynamisches Konstrukt

10.01.2026 von Alexander Lang









Das Konstrukt psychische Störung unterliegt gesellschaftlichen Veränderungen, ist nicht starr und

unterliegt nicht der Exaktheit, die häufig vermutet wird

Auch in der internationalen Definition psychischer Störungen - in der internationalen Klassifikation ICD 10 - wird festgehalten, dass der Begriff Störung kein exakter Begriff ist, seine Verwendung in der europäischen Klassifikation soll einen klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten anzeigen, der immer auf der individuellen und oft auch auf der Gruppen- oder sozialen Ebene mit Belastung und mit Beeinträchtigung von Funktionen verbunden ist, sich aber nicht auf der sozialen Ebene allein darstellt. **[1]** Psychische Störungen in Form von Diagnosen existieren als Konzepte für Forschung, Statistik und Versorgungssysteme – als ein Muster von Symptomen – keinesfalls beschreiben sie Menschen in ihrer Gesamtheit! Was aktuell oder zukünftig als psychische Störung und was nicht mehr als psychische Störung diagnostiziert werden kann, wird in der Öffentlichkeit letztlich stark von der Deutungshoheit dieser beiden großen Diagnosesysteme bestimmt und diese Diagnosesysteme wiederum greifen gesellschaftliche Veränderungen auf – dieser sich wechselseitig beeinflussende Prozess finde oftmals in größeren Zeiträumen statt, wie die weiter unten aufgezeigten Beispiele Computer-Spielsucht (neu in ICD-11), Geschlechtsdysphorie (in ICD-11 nicht mehr als psychische Störung diagnostizierbar) zeigen.

Um medizinische oder psychotherapeutische Leistungen offiziell in Anspruch nehmen zu können, ist in Deutschland eine diagnostische Feststellung durch eine staatlich anerkannte Fachkraft für Psychiatrie oder Psychologie, bzw. Psychotherapie notwendig. Dies sind in der Regel Ärztinnen für Psychiatrie, Psychologen oder approbierte Psychotherapeutinnen und -therapeuten (teilweise) auch alles in einer Person. Ärztliche Psychotherapeutinnen können als einzige Berufsgruppe der hier aufgezählten auch Elemente von Pharmakotherapie verordnen und und/oder durchführen. Ein von diesen Fachleuten genutztes diagnostisches Instrument ist mittlerweile als Open Access Veröffentlichung verfügbar: Der Elterninterviewbogen des „Kinder-DIPS“. **[2]** Dort finden Sie, wie in den o. g. Leitlinien der DGKJP, strukturierte anamnestische Interviews als Teilgrundlage der psychologischen, bzw. psychiatrischen Diagnostik für Kinder und Jugendliche (nach den o. g. Diagnosesystemen ICD-10 und DSM-V).

Zur psychischen Störung „Selektiver Mutismus“ finden Sie beispielsweise Fragen, wie „*Gibt es Situationen, in denen Ihr Kind gar nicht spricht, obwohl dies erwartet wird (z. B. in der Schule, wenn andere Kinder/Jugendliche dabei sind, wenn es um bestimmte Themen geht)?“, „Gab es jemals Situationen, in denen Ihr Kind gar nicht sprach, obwohl dies erwartet wurde?“, „Ist Ihr Kind sehr schüchtern (anhänglich, zieht es sich oft zurück) und möchte alleine sein?“, „Seit wann ist es so, dass Ihr Kind in den genannten Situationen nichtspricht?“ und „Dauerte das mindestens einen Monat an?“.* **[3]** Zudem werden z. B. die Einschätzung von empfundenen Leidensdruck und ausführliche biografische Daten erhoben.

Im o. g. ICD 10 werden - aktuell noch - unter dem Schlüssel „F“ alle Diagnosen beschrieben, die dem Spektrum der psychischen Störungen zugeordnet werden. Die Kapitel F9 und folgende beschreiben explizit die psychischen Störungen, deren Beginn in Kindheit und Jugend verortet wird. Deutschland befindet sich derzeit in einer Übergangszeit bis zur Nutzung des neuen und bereits vorliegenden ICD-11 **[4]** (dort wird v. a. Kapitel 6 psychische Störungen darstellen). Beide erwähnten Klassifikationssysteme stehen trotz ihrer quasi weltweiten Verbreitung auch in der Kritik, da sie die Komplexität psychischer Probleme nicht adäquat abzubilden vermögen (weiter unten in diesem Buch wird noch eine recht stark vorherrschende Unklarheit in Bezug auf die Ursachen psychischer Störungen ausgeführt), die implizite Orientierung an einem medizinischen Krankheitsmodell bestünde (siehe hierzu die Ausführungen weiter oben zu *Störungen als Teil von Normalität*), sowie eine kategoriale Abgrenzung zu psychischer Gesundheit vorgenommen werde (eine simple Frage hierzu lautet „wer bestimmt letztlich, ab wann Gesundheit endet und Störung beginnt“). **[5]**

Auszüge einiger relevanter Unterschiede zwischen dem noch gebräuchlichen ICD-10 und der neuen ICD-11 und Wegfall von Psychopathologisierungen im damaligen ICD-9

Wie oben erwähnt, unterliegt die Diagnose psychischer Störungen Dynamiken und es werden mit jeder Aktualisierung der Diagnosesysteme neue Diagnosen aufgenommen und andere fallen weg. Ursachen hierfür sind neben gesellschaftlichen Veränderungen (wie z. B. mit dem Ablaufen des ICD-9 und der

Einführung des ICD-10 in den 90ern der Wegfall der Pathologisierung von Homosexualität, unter Code 302.0 als „psychische Krankheit“ **[6]**, aufgeführt) auch neue Erkenntnisse der jeweiligen Disziplinen.

Ausgewählte neu hinzukommende und wegfallende psychische Störungen im ICD 11

Neu	Nicht mehr als psychische Störungen geltend
Computer-Spielsucht (6C51), „*Gaming Disorder*“	**Geschlechtsinkongruenz** unter *Zustände mit Bezug zu sexueller Gesundheit* (HA60/61) in Jugend/Erwachsenenalter oder Kindesalter aufgeführt. Ehemals *F64, Störung der Geschlechtsidentität*
Exkoriationsstörung (6B25.1), „*Skin-Picking-Disorder*“	**Tic-Störungen** als *Krankheiten des Nervensystems* (8A05) aufgeführt, früher F95
Körperdysmorphe Störung (6B21)	
Pathologisches Horten (6B24), „*Messie-Syndrom*“	
Anhaltende Trauerstörung (6B42)	
Binge-Eating-Störung (6B82)	

Übersicht: Ausgewählte neu hinzukommende und wegfallende psychische Störungen im ICD 11 **[9]**

Im Folgenden werden ausgewählte diagnostizierbare (und einige zukünftig dazukommende und wegfallende) Störungsbilder mit einer gewissen Relevanz für Kindheit und Jugend übersichtlich dargestellt, um sich einen grundlegenden Überblick - neben den explizit in Kindheit und Jugend auftretenden psychischen Störungsbildern - in Zeiten beinahe unübersichtlicher Informationsflut verschaffen zu können: **[7]**

Übersicht ausgewählter ICD-10 Diagnosen psychischer Störungen [7]

Code	Diagnose (ggfls. mit *Erläuterungen)*
Ausgewählte **Untertypen** oder *Anmerkungen zu Neuerungen in ICD 11*	
F1x	Psychische und Verhaltensstörungen
Durch **Alkohol,** multiplen Substanzgebrauch und Konsum **psychotroper Substanzen, Opioide, Cannabinoide, Sedativa** (*Beruhigungsmittel*), **Hypnotika** (*Schlafmittel, Betäubungsmittel*), **Benzodiazepine** (*v. a. Angstlöser),* **Kokain, Stimulanzien** (*psychotrope Wirkung, v. a. stimulierend*), **Halluzinogene** (*psychotrope Wirkung, v. a. Denken und Wahrnehmung werden verändert*), **Tabak,** flüchtige **Lösungsmittel**	
F20	Schizophrenie
Schizophrene Störungen sind im Allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet. Die Bewusstseinsklarheit und intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Laufe der Zeit gewisse kognitive Defizite entwickeln können. Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder das Gefühl des Gemachten, Stimmen, die in der dritten Person den Patienten kommentieren oder	
Katatonie (*Anspannung, gestörte Motorik*), **Hebephrene Schizophrenie** („*jugendliche*“ S.)	
F21	**Schizotype Störung**
Geht mit exzentrischem Verhalten und Anomalien des Denkens und der Stimmung, die schizophren wirken, einher, obwohl nie eindeutige und charakteristische schizophrene Symptome aufgetreten sind. Es kommen vor: ein kalter Affekt, Anhedonie und seltsames und exzentrisches Verhalten, Tendenz zu sozialem Rückzug, paranoische oder bizarre Ideen, die aber nicht bis zu eigentlichen Wahnvorstellungen gehen, zwanghaftes Grübeln, Denk- und Wahrnehmungsstörungen.	
F22	**Anhaltende wahnhafte Störungen**
Wahninhalte, die im Allgemeinen lange, manchmal lebenslang, andauern. Der Inhalt des Wahns oder des Wahnsystems ist sehr unterschiedlich. Eindeutige und anhaltende akustische Halluzinationen (Stimmen).	
F23	**Psychotische Störungen**
Psychose. Eine heterogene Gruppe von Störungen, die durch den akuten Beginn der psychotischen Symptome, wie Wahnvorstellungen, Halluzinationen und andere Wahrnehmungsstörungen, und durch eine schwere Störung des normalen Verhaltens charakterisiert sind. Der akute Beginn wird als Crescendo-Entwicklung eines eindeutig abnormen klinischen Bildes innerhalb von 2 Wochen oder weniger definiert. Bei diesen Störungen gibt es keine Hinweise für eine organische Verursachung. Ratlosigkeit und Verwirrtheit kommen häufig vor.	

F3x	Affektive Störungen

Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität entweder zur Depression - mit oder ohne begleitende(r) Angst - oder zur gehobenen Stimmung bestehen. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Symptome beruhen hierauf oder sind im Zusammenhang mit dem Stimmungs- und Aktivitätswechsel leicht zu verstehen. Die meisten dieser Störungen neigen zu Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen.

Manische Episode, **bipolare affektive Störung**, **Depression**

F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F41	Angststörungen

Panikstörung, **Generalisierte Angststörung**, **Angst und depressive Störung** (gemischt), , **Agoraphobie und sonstige Angststörungen**

F42	Zwangsstörungen

Zwangshandlungen (oder -rituale), **Zwangsgedanken** (oder Grübelzwang)

F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Die Störungen dieses Abschnittes unterscheiden sich von den übrigen nicht nur aufgrund der Symptomatologie und des Verlaufs, sondern auch durch die Angabe von ein oder zwei ursächlichen Faktoren: ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis, das eine akute Belastungsreaktion hervorruft, oder eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen

Situation geführt hat und eine Anpassungsstörung hervorruft. Obwohl weniger schwere psychosoziale Belastungen ("life events") den Beginn und das Erscheinungsbild auch zahlreicher anderer Störungen dieses Kapitels auslösen und beeinflussen können, ist ihre ätiologische Bedeutung doch nicht immer ganz klar. In jedem Fall hängt sie zusammen mit der individuellen, häufig idiosynkratischen Vulnerabilität, das heißt, die Lebensereignisse sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten und die Art der Krankheit zu erklären.

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Akute Belastungsreaktion, Anpassungsstörung Hierbei handelt es sich um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten. Die Belastung kann das soziale Netz des Betroffenen beschädigt haben (wie bei einem Trauerfall oder Trennungserlebnissen) oder das weitere Umfeld sozialer Unterstützung oder soziale Werte (wie bei Emigration oder nach Flucht). Sie kann auch in einem größeren Entwicklungsschritt oder einer Krise bestehen (wie Schulbesuch, Elternschaft, Misserfolg, Erreichen eines ersehnten Zieles und Ruhestand). Die individuelle Prädisposition oder Vulnerabilität spielt bei dem möglichen Auftreten und bei der Form der Anpassungsstörung eine bedeutsame Rolle; es ist aber dennoch davon auszugehen, dass das Krankheitsbild ohne die Belastung nicht entstanden wäre.

F44 Dissoziative Störungen (*Konversionsstörungen)*

Das allgemeine Kennzeichen der dissoziativen oder Konversionsstörungen besteht in teilweisem oder völligem Verlust der normalen Integration der Erinnerung an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen. Alle dissoziativen Störungen neigen nach einigen Wochen oder Monaten zur Remission, besonders wenn der Beginn mit einem traumatisierenden Lebensereignis verbunden ist.

F44 Dissoziative Störungen (*Konversionsstörungen)*

Das allgemeine Kennzeichen der dissoziativen oder Konversionsstörungen besteht in teilweisem oder völligem Verlust der normalen Integration der Erinnerung an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen. Alle dissoziativen Störungen neigen nach einigen Wochen oder Monaten zur Remission, besonders wenn der Beginn mit einem traumatisierenden Lebensereignis verbunden ist.

F50 Essstörungen

Anorexia nervosa. Die Anorexia ist durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust charakterisiert. Am häufigsten ist die Störung bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen; heranwachsende Jungen und junge Männer, Kinder vor der Pubertät und Frauen bis zur Menopause können ebenfalls betroffen sein. Die Krankheit ist mit einer spezifischen Psychopathologie verbunden, wobei die Angst vor einem dicken Körper und einer schlaffen Körperform als eine tiefverwurzelte überwertige Idee besteht und die Betroffenen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst festlegen. **Bulimie.** Wiederholte Anfälle von Heißhunger und eine übertriebene Beschäftigung mit der Kontrolle des Körpergewichts.

F60 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Paranoide. Übertriebene Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisung, Nachtragen von Kränkungen, durch Misstrauen, sowie eine Neigung, Erlebtes zu verdrehen gekennzeichnet, indem neutrale oder freundliche Handlungen anderer als feindlich oder verächtlich missgedeutet werden, wiederkehrende unberechtigte Verdächtigungen. **Schizoide.** Rückzug von affektiven, sozialen und anderen Kontakten mit übermäßiger Vorliebe für Phantasie, einzelgängerisches Verhalten und in sich gekehrte Zurückhaltung. **Borderline**, **Dissoziale**, **Emotional instabile und Histrionische.** Deutliche Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren, verbunden mit unvorhersehbarer und launenhafter Stimmung. Es besteht eine Neigung zu emotionalen Ausbrüchen

und eine Unfähigkeit, impulshaftes Verhalten zu kontrollieren. Ferner besteht eine Tendenz zu streitsüchtigem Verhalten und zu Konflikten. **Anankastische** (*zwanghafte*), **Ängstliche** (*vermeidende*)

F63	**Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle**

Pathologisches Spielen, **Pyromanie** (*pathologisches Brandstiften*), **Kleptomanie** (*pathologisches Stehlen),* Trichotillomanie (*Impuls zum Ausreißen von Haaren*)

F64	**Störungen der Geschlechtsidentität**

Transsexualismus, Transvestitismus

Das ICD-11 definiert zukünftig keine diesbezüglichen psychischen Störungen mehr!

Geschlechtsinkongruenz ist durch eine ausgeprägte und anhaltende Inkongruenz zwischen dem empfundenen Geschlecht und dem zugewiesenen Geschlecht gekennzeichnet. Geschlechtsvariante Verhaltensweisen und Vorlieben allein sind keine Grundlage für die Zuweisung von Diagnosen in dieser Gruppe.

F80	**Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache**

Artikulationsstörung (*Dyslalie*), **Expressive Sprachstörung**, **Rezeptive Sprachstörung**

F81	**Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten**

Lese- und Rechtschreibstörung (*Legasthenie*), **Isolierte Rechtschreibstörung, Rechenstörung** (*Dyskalkulie*), **Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten**. Im **ICD-11** finden sich Überarbeitungen unter **Kapitel 06A**, ***Neuromentale Entwicklungsstörungen*** sind Verhaltens- und kognitive Störungen, die während der Entwicklungsphase entstehen und mit bedeutsamen Schwierigkeiten des Erwerbs und der Ausführung bestimmter intellektueller, motorischer, sprachlicher oder sozialer Funktionen verbunden sind

F84	**Tiefgreifende Entwicklungsstörungen**

Frühkindlicher Autismus, **Atypischer Autismus**, **Rett-Syndrom**, **Überaktive Störung** mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien, **Asperger-Syndrom**

Im ICD-11 werden im **Kapitel 06A** keine Subtypen mehr, sondern zukünftig die **Autismus-Spektrum-Störung** in verschiedenen Varianten (z. B. mit oder ohne Sprachstörung oder Intelligenzminderung) als **neuromentale Entwicklungsstörung** diagnostiziert.

In den folgenden F9x-Kapitel des ICD-10 sind die psychischen Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend verortet; wesentliche Neuerungen des ICD-11 werden ergänzend benannt

F90	**Hyperkinetische Störungen**

Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, **Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens**. Im **ICD-11** wird zukünftig unter **Kapitel 6A05** wie folgt (und übereinstimmend mit dem DSM-V, *ADHD*) als **neuromentale Entwicklungsstörung** diagnostiziert: Die **Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung** ist durch ein anhaltendes Muster (mindestens 6 Monate) von Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität-Impulsivität gekennzeichnet, dass sich unmittelbar negativ auf das schulische, berufliche oder soziale

	Funktionsniveau auswirkt. Es gibt Anzeichen für bedeutsame Unaufmerksamkeits- und/oder Hyperaktivitäts-Impulsivitätssymptome vor dem 12. Lebensjahr, typischerweise in der frühen bis mittleren Kindheit, obwohl einige Personen erst später klinisch auffallen können. Das Ausmaß der Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität-Impulsivität liegt außerhalb der normalen Schwankungsbreite, die für das Alter und das intellektuelle Funktionsniveau erwartet wird.
F91	**Störungen des Sozialverhaltens**
	Auf **den familiären Rahmen** beschränkte Störung des Sozialverhaltens, Störung des Sozialverhaltens **bei fehlenden sozialen Bindungen**, Störung des Sozialverhaltens **bei vorhandenen sozialen Bindungen**, Störung des Sozialverhaltens mit **oppositionellem, aufsässigem Verhalten**. Im **ICD-11** wird ab dem **Kapitel 6C9** zukünftig wie folgt diagnostiziert: **Disruptives Verhalten** oder **dissoziale Störungen** sind durch anhaltende Verhaltensprobleme gekennzeichnet, die von ausgeprägtem und anhaltendem trotzigem, ungehorsamem, provozierendem oder gehässigem (d. h. störendem) Verhalten bis hin zu Verhaltensweisen reichen, die anhaltend die Grundrechte anderer oder wichtige altersgemäße gesellschaftliche Normen, Regeln oder Gesetze verletzen (d. h. dissozial). Der Beginn von disruptiven und dissozialen Störungen liegt meist, wenn auch nicht immer, in der Kindheit.
F93	**Emotionale Störungen des Kindesalters**
	Emotionale **Störung mit Trennungsangst** des Kindesalters, Störung **mit sozialer Ängstlichkeit** des Kindesalters, Emotionale Störung **mit Geschwisterrivalität**
F94	**Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend**
F95	**Ticstörungen**
	Vorübergehende Ticstörung, Chronische motorische oder vokale Ticstörung, Kombinierte vokale und multiple motorische Tics, Tourette-Syndrom Im **ICD-11** werden Ticstörungen primär unter Krankheiten des **Nervensystems und Bewegungsstörungen**, Kapitel **8A05** aufgeführt und nur sekundär noch unter psychische Störungen des **Kapitel 6.** Tebartz von Elst verdeutlicht im deutschen Standardwerk zu ADHS, ASS und Ticstörungen diese veränderte psychiatrische Sicht auf die gesellschaftliche Wahrnehmung von Neurotypizität und neuroatypischen Menschen und verweist einerseits auf eine gewisse Nähe zwischen diesen drei umschriebenen Phänomenen und andererseits öffnet er ein Verständnis für fließenden Übergänge zwischen Pathologien und Normvarianzen. Konkret spricht er von „psychobiologischen Eigenschaftsclustern im Sinne von Persönlichkeitsstrukturen“[8] in Bezug auf ADHS, ASS oder auch Tics.
F98	**Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend**
	Nichtorganische **Enuresis** (*einnässen*), Nichtorganische **Enkopresis** (*einkoten*), **Fütterstörung** im frühen Kindesalter, **Pica** im Kindesalter (*Ungenießbares essen*), Stereotype **Bewegungsstörungen**, **Stottern**, **Poltern**, **Sonstige** näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

Übersicht: Übersicht ausgewählter ICD-10 Diagnosen psychischer Störungen

Fußnoten
[1] vgl. Resch 2024, S. 244
[2] vgl. Schneider et al. 2018, Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter.
[3] Schneider et al. 2018, S. 45/46
[4] vgl. WHO 2022
[5] vgl. Zimmermann et al. 2024, S. 2ff.
[6] Onlineversion des ICD-9 in Deutsch: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-WHO/Historie/icd-9-vas.html?nn=928606, Stand 11.11.2025
[7] alle folgenden Auszüge und Zitate sind der Onlineversion des ICD-10, Kapitel V: https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-who/kode-suche/htmlamtl2019/chapter-v.htm, der Onlineversion des ICD-11 https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html, Stand: 11.11.2025, vgl. Dilling et al. 2015, S. 69-396 (ICD-10) und vgl. Hölzel und Berger 2024, S. 51-451 entnommen.
[8] vgl. Tebartz van Elst 2023, S. 138/148 und vgl. S. 164ff. und vgl. Lang 2024, S. 98
[9] vgl. Walter et al. 2024, S. 169

Literaturverzeichnis
⇒ zum Literaturverzeichnis des Themenschwerpunkts "Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen" mit und ohne ES

Themenschwerpunkt "Psychische Störungen von Kindern und Jugendlichen" mit und ohne ES





Dieser Text ist lizensiert unter einer Creative Commons Namensnennung - Nicht-kommerziell - Weitergabe unter gleichen Bedingungen. Bei Nutzung, auch von Auszügen, ist eine Autorennennung mit

Quellenangabe nötig. www.dasistes.info, Alexander Lang 2026



