

Erstmalige Verwendung des Begriffs „Doppeldiagnose“

„Der haltlose Schizophrene wird leicht Trinker.

Wohl zehn Prozent unserer Alkoholiker sind zugleich Schizophrene.“

(Bleuler 1911)

Frühe 80er Jahre

Anwendung des Begriffs Doppeldiagnose auf Personen mit geistiger Behinderung und gleichzeitig bestehender psychischer Störung.

Klassifikationssystem der deutschen Psychiatrie

Nosologische Klassifikation:

Beschreibung sowohl der Symptomatik einer Störung,
als auch ihrer Ätiologie, Therapie und Prognose.

Klassifikationssystem ab DSM III und ICD-10

Deskriptives und multiaxiales Klassifikationssystem, damit
Möglichkeit, bei Vorliegen zweier oder mehrerer Syndrome mehrere
Diagnosen zu stellen.

Die multiaxiale Klassifikation des DSM IV

Achse I	Klinische Störungen Andere Klinisch Relevante Probleme
Achse II	Persönlichkeitsstörungen Geistige Behinderung
Achse III	Medizinische Krankheitsfaktoren
Achse IV	Psychosoziale oder Umgebungsbedingte Probleme
Achse V	Globale Beurteilung des Funktionsniveaus

Schichtregel

„Nicht selten treten bei ein und dem selben Patienten organische, schizophrene, depressiv-manische und „neurotoide“ (neuroseähnliche) oder hysteriforme Psychosyndrome neben einander oder nach einander in Erscheinung. Beim Auftreten von Symptomen oder Syndromen aus verschiedenen Gruppen gilt die „Schichtregel“ für die Diagnostik der drei Gruppen gegeneinander. In der Reihenfolge: psychopathisch-neurotisch, depressiv-manisch, schizophren, psychoorganisch, gibt die tiefste erreichte „Schicht“ den Ausschlag für die Diagnose. Bei der Diagnostik hat also immer die der tieferen „Schicht“ zugehörige Gruppe den Vorrang“ (Huber 1987, Schichtregel nach: Jaspers 1973)

Schichtregel im Verlauf einer Erkrankung

Wenn bei einem Patienten neurotisch anmutende, endogen-depressive und schließlich auch schizophrene Symptome auftreten, gilt die Diagnose einer Schizophrenie auch dann, wenn im späteren Verlauf wieder endogen-depressive oder auch neurotische Züge in Erscheinung treten.

Komorbidity

Komorbidity bezeichnet das Auftreten von mehr als einer diagnostizierbaren Störung bei einer Person in einem definierten Zeitintervall

(Wittchen 1996)

Doppeldiagnose

Gleichzeitiges Vorkommen einer Substanzstörung und einer psychischen Störung.

„Der Begriff Doppeldiagnose bezeichnet das gemeinsame Auftreten eines Mißbrauchs oder einer Abhängigkeit von einer oder mehreren psychotropen Substanzen und mindestens einer anderen psychischen Störung bei einem Patienten“.

(Moggi und Donati 2004)

Schweregrad der Erkrankung(en) und Doppeldiagnose

Der Begriff Doppeldiagnose enthält keine Aussage über den Schweregrad.

„Eine regelmäßig Heroin injizierende arbeits- und obdachlose Person mit einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie wird ebenso als Patient mit DD klassifiziert wie eine sozial integrierte Person, die an einer Dysthymie und Alkoholmißbrauch leidet ... Fachlich ist der Doppeldiagnosebegriff unabhängig vom Schweregrad zu verwenden“.

(Moggi und Donati 2004)

Substanzinduzierte Störungen nach DSM IV

- Entzugssymptome
- Intoxikationssymptome
- Substanzinduziertes Delir
- Persistierende substanzinduzierte Demenz
- Substanzinduzierte psychotische Störung
- Substanzinduzierte affektive Störung
- Substanzinduzierte Angststörung
- Substanzinduzierte sexuelle Funktionsstörung
- Substanzinduzierte Schlafstörung

Eine substanzinduzierte Störung wird dann diagnostiziert, wenn die Symptome als direkte Konsequenz einer Substanz auftreten und remittieren, wenn die Substanz für eine bestimmte Zeit abgesetzt wird:
Keine Doppeldiagnose

(Moggi und Donati 2004)

Faustregel zur Differentialdiagnose

Als Faustregel gilt: Wenn die Symptome mehr als vier Wochen nach einer akuten Intoxikations- oder Entzugssymptomatik noch bestehen, wird von einer nicht-substanzinduzierten Störung ausgegangen, eine Doppeldiagnose diagnostiziert und der Patient entsprechend behandelt.

(Moggi und Donati 2004)

Psychische Störung und Sucht

Psychische Störung tritt als direkte Folge von Substanzkonsum auf und bildet sich spätestens nach mehrwöchiger Abstinenz zurück

Psychische Störung bestand vor Substanzkonsum, bleibt trotz mehrwöchiger Abstinenz bestehen oder wird indirekt infolge psychosozialer Veränderungen gefördert oder ausgelöst

**Substanzintoxikation
Substanzentzug
Substanzinduzierte Störung**

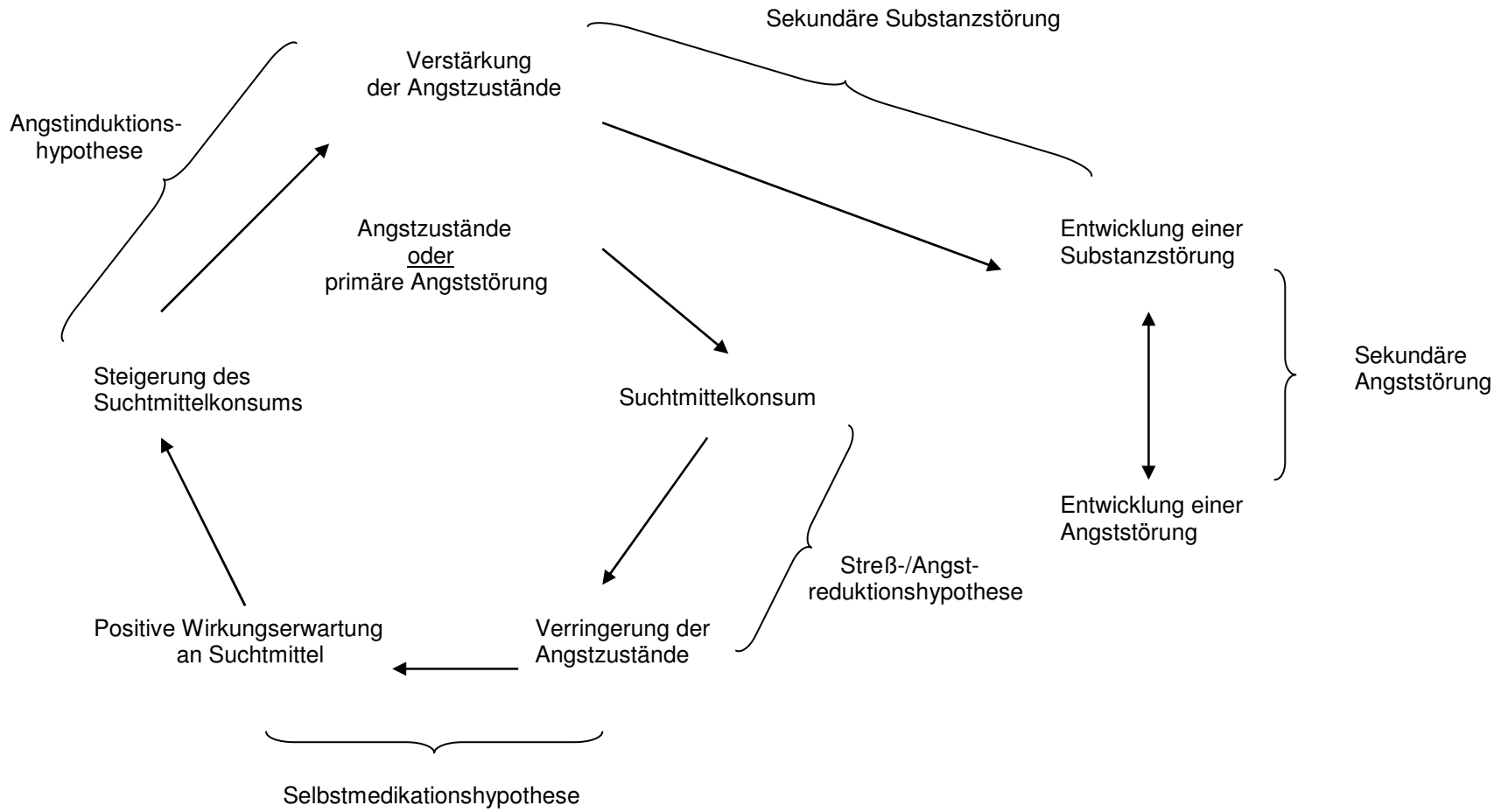
Doppeldiagnose

Hypothetische Ätiologiemodelle zu Doppeldiagnosen:

- 1. Störung A bedingt Störung B:**
unidirektionale direkte Kausalbeziehung
- 2. Störung A und Störung B bedingen sich gegenseitig:**
bidirektional direkte Kausalbeziehung
- 3. Störung A bedingt Störung C, Störung C bedingt Störung B:**
unidirektionale indirekte Kausalbeziehung
- 4. Gemeinsame Faktoren bewirken Störung A wie Störung B:**
(Modell der gemeinsamen Faktoren).

(Moggi und Donati 2004)

Angst- und Substanzstörung



Therapeutischer Umgang mit Doppeldiagnosen

Doppeldiagnosen als therapeutische Herausforderung

- 1. Zunahme der diagnostizierten Doppeldiagnosen:** parallel zur Verbreitung von DSM IV beziehungsweise ICD 10 an Stelle DSM II beziehungsweise ICD-9 Doppeldiagnosen werden häufiger gestellt
- 2. Notwendigkeit eines differenzierten, zum Teil einander widersprechenden therapeutischen Vorgehens bedingen**
- 3. Institutionelle beziehungsweise gesellschaftliche Faktoren:** Suchtmittelkonsum wird in der Trinkerheilstätte behandelt, psychische Störung verlangt nach dem Psychiater

Syntone und dystone Doppeldiagnosen

1. Doppeldiagnosen, die im Hinblick auf den Substanzgebrauch synton sind

(Extremfall: Alkoholabhängigkeit und dependente Persönlichkeitsstörung)

2. Doppeldiagnosen, die im Hinblick auf die Suchtmitteldiagnose dyston sind

(Extremfall: Alkoholabhängigkeit und Psychose)

Voraussetzung einer effektiven Behandlung

Erfahrung in der Behandlung der Suchtmittelabhängigkeit

Erfahrung in der Behandlung der gleichzeitig bestehenden psychischen Störung

Sucht und Psychose

	Suchtbehandlung	Psychosebehandlung
Therapeutische Haltung	- Konfrontierend	- Gewährnd und beschützend
	- Fordernd	- Fürsorglich
	- Realitätsnähe	- Schutz vor Überforderung
Setting	- Gruppenorientiert	- Individuumszentriert
Methoden	- Aufdeckend	- Stabilisierend
	- Keine Medikation	- Langfristige neuroleptische Prophylaxe
	- Strikte Abstinenzforderung	- Substanzmißbrauch ist Nebenthema oder toleriert
Umgang mit Suchtmittelkonsum	- Systematische Überwachung des Suchtmittelkonsums	- Mitunter sporadische Überwachung oder Tolerierung des Suchtmittelkonsums

Störungsmodelle zur Erklärung der Doppeldiagnose

Selbstmedikationsmodell

Exazerbationsmodell

Suchtfolgemodell

Mischmodell

Selbstmedikationsmodell

- **Versuch, die Symptome oder das Leiden einer psychischen Störung mit Suchtmittelkonsum zu lindern**

- Patient, der an einer Sozialphobie leidet und versucht, seine Ängste mit Alkohol zu überwinden

Exacerbationsmodell

- **Verschlimmerung von Symptomen psychischer Störungen durch die Substanzstörung**
- Patient mit einer Depression, der Alkohol mißbraucht und dadurch die Symptome seiner Depression noch verstärkt

Suchtfolgemodell

- **Substanzinduzierte Symptome psychischer Störungen**
- Kokain konsumierender Patient, der unter depressiven Verstimmungen leidet, die dann auftreten, wenn die Kokainwirkung nachläßt. Keine Doppeldiagnose, sondern Folgesymptome, die bei Abstinenz remittieren

Mischmodelle

- **Störungsmodelle, die eine funktionale Wechselwirkung zwischen den beiden Störungen im Sinne einer positiven Rückkoppelung enthalten**
- Symptome psychischer Störungen führen zu verstärktem Suchtmittelkonsum, der seinerseits die psychischen Symptome zwar kurzfristig lindert, aber langfristig zur Verschlechterung des biopsychosozialen Zustandes führt
- Patient mit Posttraumatischer Belastungsstörung, der durch Alkoholkonsum zwar kurzfristig Symptome wie Hyperarousal verringert, langfristig jedoch von Alkohol abhängig wird sowie die Posttraumatische Belastungsstörung aufrechterhält und später eine Depression entwickelt

Allgemeine diagnostische Kriterien einer Persönlichkeitsstörung

- A. Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens 2 der folgenden Bereiche:
- 1) Kognition (also die Art, sich selbst, andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren),
 - 2) Affektivität (also die Variationsbreite, die Intensität, die Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen),
 - 3) Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen
 - 4) Impulskontrolle
- B. Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen
- C. Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen
- D. Das Muster ist stabil und langandauernd und sein Beginn ist zumindest bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen
- E. Das überdauernde Muster läßt sich nicht besser als Manifestation oder als Folge einer anderen psychischen Störung erklären.
- F. Das überdauernde Muster geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. Hirnverletzung) zurück.

Substanzabhängigkeit

Ein unangepaßtes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens drei der folgenden Kriterien manifestieren, die zu irgendeiner Zeit in demselben 12-Monats-Zeitraum auftreten:

- (1) Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:
 - (a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen,
 - (b) deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.
- (2) Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
 - (a) charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz (siehe Kriterien A und B der Kriterien für Entzug von den spezifischen Substanzen),
 - (b) dieselbe (oder eine sehr ähnliche) Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.
- (3) Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.
- (4) Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
- (5) Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen (z. B. Besuch verschiedener Ärzte oder Fahrt langer Strecken), sie zu sich zu nehmen (z. B. Kettenrauchen) oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.
- (6) Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzgebrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.
- (7) Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch die Substanz verursacht oder verstärkt wurde (z. B. fortgesetzter Kokaingebrauch trotz des Erkennens kokaininduzierter Depressionen oder trotz des Erkennens, daß sich ein Ulcus durch Alkoholkonsum verschlechtert).

Diagnostische Kriterien Dependente Persönlichkeitsstörung

Ein tiefgreifendes und überstarkes Bedürfnis, versorgt zu werden, das zu unterwürfigem und anklammerndem Verhalten und Trennungsängsten führt. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter, und die Störung zeigt sich in verschiedenen Situationen. Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- (1) hat Schwierigkeiten, alltägliche Entscheidungen zu treffen, ohne ausgiebig den Rat und die Bestätigung anderer einzuholen,
- (2) benötigt andere, damit diese die Verantwortung für seine/ihre wichtigsten Lebensbereiche übernehmen,
- (3) hat Schwierigkeiten, anderen Menschen gegenüber eine andere Meinung zu vertreten, aus Angst, Unterstützung und Zustimmung zu verlieren. **Beachte:** hier bleiben realistische Ängste vor Bestrafung unberücksichtigt,
- (4) hat Schwierigkeiten, Unternehmungen selbst zu beginnen oder Dinge unabhängig durchzuführen (eher aufgrund von mangelndem Vertrauen in die eigene Urteilskraft oder die eigenen Fähigkeiten als aus mangelnder Motivation oder Tatkraft),
- (5) tut alles Erdenkliche, um die Versorgung und Zuwendung anderer zu erhalten bis hin zur freiwilligen Übernahme unangenehmer Tätigkeiten,
- (6) fühlt sich alleine unwohl oder hilflos aus übertriebener Angst, nicht für sich selbst sorgen zu können,
- (7) sucht dringend eine andere Beziehung als Quelle der Fürsorge und Unterstützung, wenn eine enge Beziehung endet,
- (8) ist in unrealistischer Weise von Ängsten eingenommen, verlassen zu werden und für sich selbst sorgen zu müssen.

Diagnostische Kriterien Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

Ein tiefgreifendes Muster von sozialer Gehemmtheit, Insuffizienzgefühlen und Überempfindlichkeit gegenüber negativer Beurteilung. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter, und die Störung manifestiert sich in verschiedenen Situationen. Mindestens 4 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- (1) vermeidet aus Angst vor Kritik, Mißbilligung oder Zurückweisung berufliche Aktivitäten, die engere zwischenmenschliche Kontakte mit sich bringen,
- (2) läßt sich nur widerwillig mit Menschen ein, sofern er/sie sich nicht sicher ist, daß er/sie gemocht wird,
- (3) zeigt Zurückhaltung in intimeren Beziehungen, aus Angst, beschämt oder lächerlich gemacht zu werden,
- (4) ist stark davon eingenommen, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden,
- (5) ist aufgrund von Gefühlen der eigenen Unzulänglichkeit in neuen zwischenmenschlichen Situationen gehemmt,
- (6) hält sich für gesellschaftlich unbeholfen, persönlich unattraktiv oder anderen gegenüber unterlegen,
- (7) nimmt außergewöhnlich ungern persönliche Risiken auf sich oder irgendwelche neuen Unternehmungen in Angriff, weil dies sich als beschämend erweisen könnte.

Diagnostische Kriterien Borderline-Persönlichkeitsstörung

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in den verschiedenen Lebensbereichen. Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- (1) verzweifelttes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.
Beachte: Hier werden keine suicidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
- (2) Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
- (3) Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
- (4) Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“).
Beachte: Hier werden keine suicidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
- (5) Wiederholte suicidalen Handlungen, Selbstmordandeutungen oder –drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
- (6) Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
- (7) Chronische Gefühle von Leere.
- (8) Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)
- (9) Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Diagnostische Kriterien Narzißische Persönlichkeitsstörung

Ein tiefgreifendes Muster von Großartigkeit (in Phantasie oder Verhalten), Bedürfnis nach Bewunderung und Mangel an Empathie. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen. Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- (1) hat ein grandioses Gefühl der eigenen Wichtigkeit (übertreibt z. B. die eigenen Leistungen und Talente, erwartet ohne entsprechende Leistungen als überlegen anerkannt zu werden),
- (2) ist stark eingenommen von Phantasien grenzenlosen Erfolgs, Macht, Glanz, Schönheit oder idealer Liebe,
- (3) glaubt von sich „besonders“ und einzigartig zu sein und nur von anderen besonderen oder angesehenen Personen (oder Institutionen) verstanden zu werden oder nur mit diesen verkehren zu können,
- (4) verlangt nach übermäßiger Bewunderung,
- (5) legt ein Anspruchsdenken an den Tag, d. h. übertriebene Erwartungen an eine besonders bevorzugte Behandlung oder automatisches Eingehen auf die eigenen Erwartungen,
- (6) ist in zwischenmenschlichen Beziehungen ausbeuterisch, d. h. zieht Nutzen aus anderen, um die eigenen Ziele zu erreichen,
- (7) zeigt einen Mangel an Empathie: ist nicht willens, die Gefühle und Bedürfnisse anderer zu erkennen oder sich mit ihnen zu identifizieren,
- (8) ist häufig neidisch auf andere oder glaubt, andere seien neidisch auf ihn/sie,
- (9) zeigt arrogante, überhebliche Verhaltensweisen oder Haltungen.

Schizophrenie

A. *Charakteristische Symptome*: mindestens zwei der folgenden, jedes bestehend für einen erheblichen Teil einer Zeitspanne von 1 Monat (oder weniger, falls erfolgreich behandelt):

- (1) Wahn,
- (2) Halluzinationen,
- (3) desorganisierte Sprechweise (z. B. häufiges Entgleisen oder Zerfahrenheit),
- (4) grob desorganisiertes oder katatonisches Verhalten,
- (5) negative Symptome, d. h. flacher Affekt, Alogie oder Willensschwäche.

Beachte: Nur ein Kriterium A-Symptom ist erforderlich, wenn der Wahn bizarr ist oder wenn die Halluzinationen aus einer Stimme bestehen, die einen fortlaufenden Kommentar über das Verhalten oder die Gedanken des Betroffenen abgibt oder wenn zwei oder mehrere Stimmen sich miteinander unterhalten.

B. *Soziale/berufliche Leistungseinbußen*: Für eine bedeutende Zeitspanne seit dem Beginn der Störung sind einer oder mehrere Funktionsbereiche wie Arbeit, zwischenmenschliche Beziehungen oder Selbstfürsorge deutlich unter dem Niveau, das vor dem Beginn erreicht wurde (oder falls der Beginn in der Kindheit oder Adoleszenz liegt, wird das zu erwartende Niveau der zwischenmenschlichen, geistigen oder beruflichen Leistungen nicht erreicht).

C. *Dauer*. Zeichen des Störungsbildes halten für mindestens 6 Monate an. Diese 6monatige Periode muß mindestens 1 Monat mit Symptomen (oder weniger, falls erfolgreich behandelt) umfassen, die das Kriterium A (d. h. floride Symptome) erfüllen, und kann Perioden mit prodromalen oder residualen Symptomen einschließen. Während dieser prodromalen oder residualen Perioden können sich die Zeichen des Störungsbildes auch durch ausschließlich negative Symptome oder zwei oder mehrere Symptome manifestieren, die im Kriterium A aufgelistet und in einer abgeschwächten Form vorhanden sind (z. B. seltsame Überzeugungen, ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse).

Schizophrenie

- D. *Ausschluß von Schizoaffektiver und Affektiver Störung:* Eine schizoaffektive Störung und eine Affektive Störung mit psychotischen Merkmalen wurden ausgeschlossen, da entweder (1) keine Episode einer Major Depression, keine Manische oder Gemischte Episode gemeinsam mit den floriden Symptomen vorgekommen ist; oder (2) falls affektive Episoden während der floriden Symptome aufgetreten sind, war ihre Gesamtdauer im Vergleich zur Dauer der floriden und residualen Perioden zu kurz.
- E. *Ausschluß von Substanzeinfluß/medizinischem Krankheitsfaktor:* Das Störungsbild geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück.
- F. *Beziehung zu einer Tiefgreifenden Entwicklungsstörung:* Bei einer Vorgeschichte mit Autistischer Störung oder einer anderen Tiefgreifenden Entwicklungsstörung wird die zusätzliche Diagnose einer Schizophrenie nur dann gestellt, wenn mindestens einen Monat lang (oder weniger, falls erfolgreich behandelt) gleichzeitig ausgeprägte Wahnphänomene oder Halluzinationen vorhanden sind.

Major Depression

- A. Mindestens fünf der folgenden Symptome bestehen während derselben Zwei-Wochen-Periode und stellen eine Änderung gegenüber der vorher bestehenden Leistungsfähigkeit dar; mindestens eines der Symptome ist entweder (1) Depressive Verstimmung oder (2) Verlust an Interesse oder Freude.

Beachte: Auszuschließen sind Symptome, die eindeutig durch einen medizinischen Krankheitsfaktor, stimmungsinkongruenten Wahn oder Halluzinationen bedingt sind.

1. Depressive Verstimmung an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages, vom Betroffenen selbst berichtet (z. B. fühlt sich traurig oder leer) oder von anderen beobachtet (z. B. erscheint den Tränen nahe). (**Beachte:** kann bei Kindern und Jugendlichen auch reizbare Verstimmung sein).
2. Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet).
3. Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme (mehr als 5 % des Körpergewichtes in einem Monat) oder verminderter oder gesteigerter Appetit an fast allen Tagen. **Beachte:** Bei Kindern ist das Ausbleiben der zu erwartenden Gewichtszunahme zu berücksichtigen.
4. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen.
5. Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen (durch andere beobachtbar, nicht nur das subjektive Gefühl von Rastlosigkeit oder Verlangsamung).
6. Müdigkeit oder Energieverlust an fast allen Tagen.
7. Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle (die auch wahnhaftes Ausmaß annehmen können) an fast allen Tagen (nicht nur Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle wegen des Krankseins).
8. Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit an fast allen Tagen (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet).
9. Wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht nur Angst vor dem Sterben), wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizids.

Major Depression

- B. Die Symptome erfüllen nicht die Kriterien einer Gemischten Episode.
- C. Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- D. Die Symptome gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. Hypothyreose) zurück.
- E. Die Symptome können nicht besser durch Einfache Trauer erklärt werden, d. h. nach dem Verlust einer geliebten Person dauern die Symptome länger als zwei Monate an oder sie sind durch deutliche Funktionsbeeinträchtigungen, krankhafte Wertlosigkeitsvorstellungen, Suizidgedanken, psychotische Symptome oder psychomotorische Verlangsamung charakterisiert.

Generalisierte Angststörung

- A. Übermäßige Angst und Sorge (furchtsame Erwartung) bezüglich mehrerer Ereignisse oder Tätigkeiten (wie etwa Arbeit oder Schulleistungen), die während mindestens 6 Monaten an der Mehrzahl der Tage auftraten.
- B. Die Person hat Schwierigkeiten, die Sorgen zu kontrollieren.
- C. Die Angst und Sorge sind mit mindestens drei der folgenden 6 Symptome verbunden (wobei zumindest einige der Symptome in den vergangenen 6 Monaten an der Mehrzahl der Tage vorlagen)

Beachte: Bei Kindern genügt ein Symptom.

- (1) Ruhelosigkeit oder ständiges "auf dem Sprung sein",
 - (2) leichte Ermüdbarkeit,
 - (3) Konzentrationsschwierigkeiten oder Leere im Kopf,
 - (4) Reizbarkeit,
 - (5) Muskelspannung,
 - (6) Schlafstörungen (Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten oder unruhiger, nicht erholsamer Schlaf).
- D. Die Angst und Sorgen sind nicht auf Merkmale einer Achse I-Störung beschränkt, z. B. die Angst und Sorgen beziehen sich nicht darauf, eine Panikattacke zu haben (wie bei Panikstörung), sich in der Öffentlichkeit zu blamieren (wie bei Sozialer Phobie), verunreinigt zu werden (wie bei Zwangsstörung), von zu Hause oder engen Angehörigen weit entfernt zu sein (wie bei Störung mit Trennungsangst), zuzunehmen (wie bei Anorexia Nervosa), viele körperliche Beschwerden zu haben (wie bei Somatisierungsstörung) oder eine ernsthafte Krankheit zu haben (wie bei Hypochondrie), und die Angst und die Sorge treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Posttraumatischen Belastungsstörung auf.
 - E. Die Angst, Sorge oder körperlichen Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
 - F. Das Störungsbild geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (wie z. B. Schilddrüsenüberfunktion) zurück und tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Affektiven Störung, einer Psychotischen Störung oder einer Tiefgreifenden Entwicklungsstörung auf.

Posttraumatische Belastungsstörung

- D. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:
- (1) die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalten.
 - (2) Die Reaktion der Person umfaßte intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.
Beachte: Bei Kindern kann es sich auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern.
- E. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:
- (1) wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können.
Beachte: Bei kleinen Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholt Themen oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden.
 - (2) Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis.
Beachte: Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten.
 - (3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten).
Beachte: Bei kleinen Kindern kann eine traumaspezifische Neuinszenierung auftreten.
 - (4) Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
 - (5) Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

Posttraumatische Belastungsstörung

- C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:
- (1) bewußtes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,
 - (2) bewußtes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,
 - (3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,
 - (4) deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,
 - (5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,
 - (6) eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z. B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),
 - (7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z. B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).
- D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousals (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:
- (1) Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen,
 - (2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
 - (3) Konzentrationsschwierigkeiten,
 - (4) übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),
 - (5) übertriebene Schreckreaktion.
- E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat.
- F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Funktion des Suchtmittels und Grundsätze der therapeutischen Haltung

Diagnose	Funktion des Suchtmittels	Therapeutische Haltung
Suchtmittelabhängigkeit	Ersatz für ungestillte Bedürfnisse	Konfrontation, Weckung von Interesse für sich selbst; Vermeidung von Bewertung, Nutzung der Gruppe
Depression	Anregung, Lockerung, Abschwächung quälender Gefühle und Gedanken	Annehmen, zur Mitarbeit gewinnen; Motivation zu verstärkenden Aktivitäten
Angst	Reduktion der Angst; Gefühl, freier, mutiger, ungehemmter zu sein	Ermunterung, sich der Angst zu stellen, Begleitung beim Gang durch die Angst
Psychose des schizophrenen Formenkreises	Abschirmung, Abmilderung der Produktivsymptomatik; umgekehrt: Spüren von Lebendigkeit bei Minussymptomatik	Stabilisierung, Erarbeitung von Strategien im Umgang mit der Störung
Borderline-Persönlichkeitsstörung	Selbstzerstörung im Rahmen der Erkrankung; Überbrückung der Spanne zwischen Wunsch nach Unabhängigkeit und Wunsch nach Symbiose, Erklärung von Schwierigkeiten in sozialen Kontakten	Verständnis, Konfrontation und Integration, Erarbeitung des Umgangs mit der Störung
Narzißtische Persönlichkeitsstörung	Überbrückung der Spanne zwischen eigenem Erleben und Wunsch, von außen wahrgenommen zu werden; Möglichkeit, sich nicht als mittelmäßig und durchschnittlich fühlen zu müssen	Bestätigung, Entdecken der positiven Seiten des Patienten; Nutzung der Gruppe
Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	Herstellung von Kontakt, Gefühl von Zugehörigkeit	Stützung, Bewußtmachung von Stärken
Dependente Persönlichkeitsstörung	Ersatz für konkrete Begleitung, Identität der Abhängigkeit von Beziehungen und der Abhängigkeit von Alkohol	Förderung, Bewußtmachung der eigenen Stärken, Erlaubnis, erwachsen zu werden
Posttraumatische Belastungsstörung	Vermeidung, das Trauma intensiv wahrzunehmen	Stützung, Begleitung, Vorbereitung einer spezifischen Traumatherapie