

Diagnostik in der ambulanten Suchtkrankenhilfe Empfehlung des Vorstandes der Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu)

Vorbemerkung:

Das vorliegende Papier basiert auf den Ergebnissen einer vom Vorstand der CaSu eingesetzten Arbeitsgruppe. Mit dem Papier werden mehrere Ziele verfolgt. Zum einen soll es den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in der ambulanten Suchtkrankenhilfe einen Überblick über die gängigen diagnostischen Verfahren geben, zum anderen aber auch die Abläufe des diagnostischen Prozesses präzisieren und im Kontext des ambulanten Therapieprozesses ansiedeln. Den Teilnehmer(inne)n der Arbeitsgruppe, Frau Maria Surges-Brilon, Herrn Markus Fent und Herrn Joachim Messer, wie auch Frau Brigitte Anders und Herrn Dr. Michael Heidegger, die die Vorlage der Arbeitsgruppe zu Empfehlungen des Vorstandes weiterentwickelt haben, sei an dieser Stelle ausdrücklich gedankt.

I. Der diagnostische Prozess

Die Abläufe des diagnostischen Prozesses werden grundsätzlich von dem Vorgehen bestimmt, wie es in der Medizin und auch in der Psychologie üblich ist. Deshalb werden diese grundlegenden Ausführungen zum diagnostischen Prozess den weiteren Darstellungen im Empfehlungspapier vorangestellt.

Eine medizinische Diagnose wird nach dem folgenden Ablauf gestellt:

1. Anamnese: Erfragt wird hier das zeitliche und inhaltliche Auftreten von Symptomen, erfragt werden frühere Erkrankungen, die einen Hinweis auf die aktuelle Erkrankung des Patienten geben können, erfragt wird auch die Familienanamnese, um so Hinweise auf genetisch bedingte Erkrankungen zu erhalten.
2. Befund (körperliche Untersuchung): Hier gelangen lediglich die Sinne (Sehen, Hören, Tasten) und einfache Hilfsmittel (Stethoskop, Reflexhammer) zum Einsatz.

Anamnese und Befund zusammen ermöglichen es eine Verdachtsdiagnose zu stellen, also eine Hypothese aufzustellen, woran der Patient, woran die Patientin erkrankt ist. Zur Bestätigung der Verdachtsdiagnose gelangen technische Verfahren zur Anwendung.

3. Technische Verfahren: Es sind dies im Wesentlichen Laborbefunde, bildgebende Verfahren (Ultraschall, Röntgen, Computertomografie, Kernspintomografie), EKG, EEG, schließlich endoskopische Verfahren.

Die Zusammenschau von Anamnese, Befund und technischen Verfahren führt schließlich zur Diagnose.

Aus der Diagnose leitet sich die Therapie ab. Der Verlauf zeigt dann, ob sie zutreffend war. Entsprechend kann es sein, dass die Diagnose im zeitlichen Verlauf verändert oder auch präzisiert werden muss. Bei psychischen Erkrankungen ist dies nicht selten der Fall, vor allem bei (endogenen) Psychosen aber auch bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen erschließt sich die Diagnose häufig erst in der Längsschnittbeobachtung über einen längeren Zeitraum. Festzuhalten ist, dass an erster Stelle des diagnostischen Prozesses immer das Gespräch steht, an zweiter Stelle die Wahrnehmung des Arztes bzw. der Ärztin und, dass erst an dritter Stelle spezifische Untersuchungsmethoden zum Einsatz gelangen.

II. Der diagnostische Prozess in der Suchtkrankenhilfe

Das oben beschriebene Verfahren, das in der Somatomedizin entwickelt wurde, gelangt grundsätzlich auch bei der Diagnostik psychischer Krankheiten, und damit ja auch von Abhängigkeitserkrankungen zum Einsatz. Entsprechend sollen hier die einzelnen Schritte ausführlicher beschrieben werden.

1. Anamnese

Die Anamnese beschreibt den Kontext des Erstkontakts, sie umfasst die Suchtanamnese, die biografische Anamnese und die Familienanamnese sowie die Beschreibung der aktuellen sozialen Situation.

1.1. Kontext

Zu erfragen ist hier, was die betreffende Person veranlasst, zum jetzigen Zeitpunkt die konkrete Suchtberatungsstelle aufzusuchen. In diesem Zusammenhang ist zu erfragen, was die Person veranlasst hat, diesen Schritt nicht schon in der Vergangenheit gemacht zu haben, was sie veranlasst hat, ihn nicht erst in der Zukunft zu machen. Die Erfragung des Kontexts ergibt einen ersten Hinweis auf Veränderungswünsche und –potentiale des Patienten bzw. der Patientin.

1.2. Suchtanamnese

Die Suchtanamnese umfasst den Zeitpunkt und den Kontext des ersten Suchtmittelkonsums, den Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung, das Auftreten von Komplikationen (etwa Entzugserscheinungen, epileptische Anfälle) und das aktuelle Konsumverhalten. Erfragt werden sollte auch, seit wann sich die betreffende Person als abhängig erlebt, es sollten soziale Konsequenzen erfragt werden, Abstinenzphasen sowie Vorbehandlungen. Bei Mehrfachabhängigkeit ist die Suchtanamnese für alle Suchtmittel zu erheben, es sollten hierbei auch Interdependenzen (Wechsel zwischen Substanzen, mögliche Substitutionseffekte) erfragt werden. Einen Leitfaden zur Erhebung der Suchtanamnese geben die diagnostischen Kriterien der ICD-10¹, die im Anhang aufgeführt sind.

1.3. Biografische Anamnese und Familienanamnese

Ziel der Erhebung der biografischen Anamnese und der Familienanamnese ist es, zu einem Verständnis zu gelangen, warum der Patient, warum die Patientin, der bzw. die aktuell vor einem sitzt, so geworden ist, wie er oder sie ist. Entsprechend ist die Familiengeschichte zu erfragen (insbesondere auch hinsichtlich Suchtmittelabhängigkeit), ist zu erfragen, wo und wie der Patient, die Patientin Kindheit, Jugend, frühes (und möglicherweise auch späteres) Erwachsenenalter verlebt hat. Zu achten ist auf Kontinuität bzw. Brüche auch der beruflichen Biografie, auf Konstanz bzw. Inkonzanz von Beziehungen. Erfragt werden sollten hier auch die persönlichen Ressourcen des Patienten oder der Patientin.

¹ Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). (2008). Huber. Bern

1.4. Soziale Situation

Fragen nach der sozialen Situation sollten die Arbeitssituation, die partnerschaftliche Situation, die Wohnsituation, das weitere soziale Umfeld (Freunde, Verwandte), die finanzielle Situation und auch Straffälligkeit umfassen²

Bei ambulanter Entwöhnungsbehandlung, bei ambulanter Weiterbehandlung nach stationärer Behandlung und immer dann, wenn die anamnestischen Angaben bzw. das Verhalten des Patienten oder der Patientin den Verdacht auf eine gleichzeitig bestehende psychische Erkrankung nahelegen, ist eine psychiatrische Anamnese (durch einen Psychiater oder eine Psychiaterin) geboten. Ziel dieser psychiatrischen Anamnese ist es, zu einer Einschätzung der Komorbidität zu gelangen, Risiken zu erkennen (vor allem Suizidalität) und erste Anhaltspunkte für das therapeutische Vorgehen zu gewinnen. Entsprechend der Häufigkeit des Auftretens komorbider Störungen steht hier im Vordergrund die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen (im Wesentlichen abhängige Persönlichkeitsstörung, vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung, narzisstische Persönlichkeitsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung), von hirnorganischen Beeinträchtigungen (amnestisches Syndrom), von affektiven Störungen bzw. Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis.³

Eine Entsprechung zur körperlichen Befunderhebung in der somatischen Medizin hat der durch Psychiater bzw. Psychiaterin erhobene

2. Psychische(r) Befund

Der psychische Befund im Allgemeinen umfasst eine Erhebung der folgenden Qualitäten:

- Bewusstsein
- Orientierung
- Aufmerksamkeit und Gedächtnis
- Formales Denken
- Befürchtungen und Zwänge
- Wahn
- Sinnestäuschungen
- Ich-Störungen
- Affektivität
- Antrieb und Psychomotorik
- Circadiane Besonderheiten
- Andere Störungen⁴

Die Qualitäten des psychischen Befundes können, da sie subjektiv gewonnen werden, von Untersucher zu Untersucher abweichen. Ein einheitliches Modell zur Erfassung des psychischen Befundes gibt das AMDP-System⁵. Das Manual des AMDP-Systems gibt für jede einzelne Kategorie des psychischen Befundes die Definition vor. Damit kann auch der weniger Erfahrene etwa zwischen einem gehemmten, einem verlangsamten oder einem umständlichen formalen Gedankengang unterscheiden.

Generell gilt, dass im Falle einer ambulanten Entwöhnungsbehandlung bzw. einer Weiterbehandlung nach stationärer Entwöhnungsbehandlung und immer dann, wenn beim Berater bzw. der Beraterin der Verdacht auf eine körperliche Begleiterkrankung besteht, eine allgemein- oder auch fachärztliche körperliche Diagnostik angezeigt ist. Besonders gilt dies

² Vgl. Tretter, F., Müller, A. (Hrsg.) (2001). Psychologische Therapie der Sucht. Hogrefe. Göttingen, S. 266.

³ Vgl. Anhang.

⁴ nach AMDP (siehe Fußnote 5)

⁵ Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (2007), Das AMDP-System. Hogrefe. Göttingen

bei Alkoholabhängigen und Polytoxikomanen, bei denen somatische Sekundärerkrankungen sehr häufig auftreten. Die Darstellung dieses Vorgehens sprengt den Rahmen des hier vorliegenden Papiers.

III. Testdiagnostik

Testdiagnostische Verfahren dienen, wie bereits oben im Hinblick auf die Verfahren, die im Rahmen der medizinischen Diagnostik eingesetzt werden, festgestellt wurde, nicht der Hypothesenbildung, sondern der Bestätigung bzw. dem Verwerfen einer auf Grund der Anamnese und des Befundes gestellten Verdachtsdiagnose. Sie werden von Psychologen bzw. Psychologinnen durchgeführt. Testdiagnostische Methoden können damit weder eine Anamnese noch einen Befund ersetzen. Der Einsatz testdiagnostischer Methoden ist umso aussagekräftiger, je gezielter und je routinierter er erfolgt. Entsprechend sollte die Indikation zu einer Testung (schon allein wegen des nicht unbeträchtlichen Zeitaufwands) streng gestellt werden, entsprechend sollte die Suchtberatungsstelle sich auf einige wenige Tests beschränken, die dann mit hinreichender Routine und Erfahrung eingesetzt werden.

Im Nachfolgenden sollen die wesentlichen Testverfahren aufgelistet werden. In der Liste werden unterschieden: Screeningverfahren (Alkohol, Nikotin, Medikamente, Glücksspiel), strukturierte und standardisierte Interviews und schließlich Instrumente zur Differentialdiagnostik und zur Komorbidität.

Testdiagnostische Verfahren

1. Screeningverfahren

1.1. Alkohol

- **CAGE** - The Cage Questionnaire (1984). Ewing, J.A. Detecting Alcoholism: The Cage Questionnaire. *Journal of the American Medical Association* 252:1905-1907.
- **LAST** - Lübecker Alkoholabhängigkeits- und missbrauchs- Screening Test (2001). Rumpf, H.-J., Hapke, U., John, U. Hogrefe, Göttingen.
- **MAST** - The Michigan Alcoholism Screening Test (1971). Selzer, M.L.: "The quest for a new diagnostic instrument", *American Journal of Psychiatry*, 127: 1653-1658.
- **KFA** – Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (1976). Feuerlein, W., Kufner, H. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 222:139-152.
- **AUDIT** – Alcohol Use Disorders Identification Test (1993). Babor, T.F., Saunders, J.B., Aasland, O.G., De La Fuente, J.R., Grant, M.: Development of the AUDIT: WHO Collaborative Projekt on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption. Centre for Drug and Alcohol Studies, Royal Prince Alfred Hospital, Sydney, Australia. *Addiction*, 88(6): 791-804.
- **MALT** – Münchner Alkoholismus-Test (1999). Feuerlein, W., Kufner, H., Ringer, C., Antons-Volmerg, K.. Beltz. Göttingen.
- **LAS** – Lübecker Abhängigkeitsskala (1992). John, U., Veltrup, C., Schnofl, A., Bunge, S., Wetterling, T., Dilling, H.: Entwicklung eines Verfahrens zur Erfassung von Ausprägungen der Alkoholabhängigkeit aufgrund von Selbstaussagen: die Lübecker Alkoholabhängigkeitsskala (LAS). *Sucht* 38: 291-303.

- **GABS** – Göttinger Abhängigkeitsskala (1987). Jacobi, C., Brand-Jacobi, J., Marquardt, F.: Die "Göttinger Abhängigkeitsskala (GABS)": Ein Verfahren zur differentiellen Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit. Suchtgefahren 33: 23-36.

1.2. Nikotin

- **FTND** – Fagerström Test for Nicotine Dependence (1989). Fagerström, K.O., Schneider, N.G.: Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Brit. J. Addict 86 (1991): 1119-1127.

1.3. Medikamente

- **MDI** – Münchwieser Diagnoseinventar (1999). Schuhler, P. Baumeister, H. (Hrdg.). Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmissbrauch. Beltz. Weinheim.
- **TIM** – Trierer Inventar für Medikamentenabhängige (2001). Funke, J., Funke, W., Klein, M., Scheller, R.. Trierer Inventar für Medikamentenabhängige (TIM). Konzeption und erste Befunde. Sucht 47: 88-103.

1.4. Glücksspiel

- **CCCC- Questionnaire** (2003). Petry, J.. Glücksspielsucht. Hogrefe. Göttingen.
- **KFG** – Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (1996). Petry, J., Baulig, H. Hogrefe. Göttingen.
- **SFG** – Der Schweriner Fragebogen zum Glücksspielen (2007). Premper, U., Sobottka, B., Fischer, T.. Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2007, 28: 244-249.

2. Strukturierte und standardisierte Interviews

- **CIDI 3.0** – Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (2006). Haro, J.M., Arbabzadeh-Bouchez, S., Brugha, T.S., de Girolamo, G., Guyer, M.E., Jin, R., Lepine, J-P., Mazzi, F., Reneses, B., Vilagut, G., Sampson, N.A., Kessler, R.C.. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys. International Journal of Methods in Psychiatric Research 15(4): 167-180.
- **ICDL** – Internationale Diagnose Checklisten für ICD-10 und ICD-10 Symptom Checkliste für psychische Störungen (SCL) von der Weltgesundheitsorganisation WHO (1995). Hiller, W., Zaudig, M., Mombour, W.. Hogrefe. Göttingen.
- **SKID-I und SKID-II** – Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (1997). Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Fydrich, T.. Hogrefe. Göttingen.
- **Europ ASI** – Deutsche Version des European Addiction Severity Index (1999). Gsellhofer, B., Küfner, H., Vogt, M., Weiler, D.. Institut für Therapieforschung. München.

- **MATE** – Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (2009). Buchholz, A., Rist, F., Kűfner, H., & Kraus, L. (2009). Die deutsche Version des Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): Reliabilität, Validität und Anwendbarkeit. Sucht, 55: 219-242.

3. Instrumente zur Differentialdiagnostik und Komorbidität

- **TAI** – Trierer Alkoholismusinginventar (1987). Funke, W., Funke, J., Klein, M., Scheller, R.. Hogrefe. Göttingen.
- **IDTSA** – Inventory of Drug Taking Situations (1998). Lindenmeyer, J., Florin, J.: Testgütekriterien einer deutschen Version des Inventory of Drug Taking Situations für Alkoholabhängige. Verhaltenstherapie 8: 26-36.
- **FFT** – Fragebogen zum Funktionalen Trinken (1997). Belitz-Weihmann, E., Metzler, P.. Pearson Assessment & Information GmbH. Frankfurt.
- **SOKRATES** – Fragebogen zu Veränderungsphasen (1997). Wetterling, T., Veltrup, C.: Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen. Springer. Berlin.
- **KAZ-35** – Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht (1996). Körkl, J., Schindler, Ch.: „Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht“ – Ein Instrument zur Erfassung der abstinenzorientierten Kompetenzzuversicht Alkoholabhängiger. Sucht 42:156-166.
- **d2-R** – Aufmerksamkeits- und Konzentrationstest (2010). Brickenkamp, R., Schmidt-Atzert, L., Liepmann, D.. Hogrefe. Göttingen.
- **Benton** – Benton-Test (2009). Benton, A.L.. Hogrefe. Göttingen.
- **BDI-II** – Beck Depressions- Inventar Revision (2006). Hautzinger, M., Keller, F., Kühne, C.. Harcourt Test Services.
- **SCL-90-R** – Symptom- Checkliste von L.R. Derogatis (2002). Franke, G.H.. Beltz. Göttingen.

Anhang

Diagnostische Kriterien der ICD-10 für ausgewählte Krankheitsbilder

Im Folgenden sollen die diagnostischen Kriterien der ICD-10 für ausgewählte Krankheitsbilder dargestellt werden. Nicht berücksichtigt wurden affektive Störungen und Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, da diese immer eine fachärztliche Abklärung (Medikamentöse Behandlung) bedingen. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die Narzisstische Persönlichkeitsstörung sind in der ICD-10 nicht eingehender operationalisiert, es werden deswegen für diese beiden Krankheitsbilder die diagnostischen Kriterien des DSM-IV TR aufgelistet⁶.

Diagnostische Leitlinien des Abhängigkeitssyndroms (ICD-10: F1x2)⁷

Die sichere Diagnose "Abhängigkeit" sollte nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder, dass zumindest davon auszugehen ist.

Diagnostische Leitlinien des amnestischen Syndroms (ICD-10: F1x6)⁸

Das durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen bedingte amnestische Syndrom soll die allgemeinen Kriterien für ein organisches amnestisches Syndrom (F04) erfüllen. Die wichtigsten für diese Diagnose erforderlichen Kriterien sind:

1. Störungen des Kurzzeitgedächtnisses (Aufnahme von neuem Lernstoff); Störungen des Zeitgefühls (Zeitgitterstörungen, Zusammenziehen verschiedener Ereignisse zu einem, usw.).
2. Fehlende Störung des Immediatgedächtnisses, des Wachbewusstseins und fehlende allgemeine Beeinträchtigung kognitiver Funktionen.
3. Anamnestiche oder objektive Beweise für einen chronischen und besonders hochdosierten Missbrauch von Alkohol oder psychotropen Substanzen.

⁶ Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR, (2003). Hogrefe. Göttingen

⁷ Internationale Klassifikation psychischer Störungen (2008), S. 99

⁸ a.a.O., S. 104 f

Diagnostische Leitlinien von Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60)⁹¹⁰

Die Zustandsbilder sind nicht auf beträchtlichere Hirnschädigungen oder -krankheiten oder auf eine andere psychiatrische Störung zurückzuführen und erfüllen die folgenden Kriterien:

1. Deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen Wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken sowie in den Beziehungen zu anderen.
2. Das auffällige Verhaltensmuster ist andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt.
3. Das auffällige Verhaltensmuster ist tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend.
4. Die Störungen beginnen immer in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.
5. Die Störung führt zu deutlichem subjektivem Leiden, manchmal jedoch erst im späteren Verlauf.
6. Die Störung ist meistens, aber nicht stets, mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden.

Für die Diagnose der meisten Untergruppen müssen mindestens drei der jeweils genannten Eigenschaften oder Verhaltensweisen vorliegen.

Diagnostische Leitlinien der ängstlichen (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6)¹¹

1. Andauernde und umfassende Gefühle von Anspannung und Besorgtheit.
2. Überzeugung, selbst sozial unbeholfen, unattraktiv und minderwertig im Vergleich mit anderen zu sein.
3. Ausgeprägtes Sorge, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden.
4. Abneigung, sich auf persönliche Kontakte einzulassen, außer man ist sicher, gemocht zu werden.
5. Eingeschränkter Lebensstil wegen des Bedürfnisses nach körperlicher Sicherheit.
6. Vermeidung sozialer und beruflicher Aktivitäten, die zwischenmenschliche Kontakte voraussetzen, aus Furcht, vor Kritik, Missbilligung oder Ablehnung.

Diagnostische Leitlinien der abhängigen (asthenischen) Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.7)¹²

1. Bei den meisten Lebensentscheidungen wird an die Hilfe anderer appelliert oder die Entscheidung wird anderen überlassen.
2. Unterordnung eigener Bedürfnisse unter die anderer Personen, zu denen eine Abhängigkeit besteht, und unverhältnismäßige Nachgiebigkeit gegenüber den Wünschen anderer.
3. Mangelnde Bereitschaft zur Äußerung angemessener Ansprüche gegenüber Personen, zu denen eine Abhängigkeit besteht.
4. Unbehagliches Gefühl beim Alleinsein aus übertriebener Angst, nicht für sich allein sorgen zu können.
5. Häufige Angst von einer Person verlassen zu werden, zu der eine enge Beziehung besteht, und auf sich selbst angewiesen zu sein.
6. Eingeschränkte Fähigkeit, Alltagsentscheidungen zu treffen ohne ein hohes Maß an Ratschlägen und Bestätigung von anderen.

⁹ a.a.O., S. 246

¹⁰ Bevor die Diagnose einer spezifischen Persönlichkeitsstörung gestellt werden kann, ist abzuklären, ob die hier wiedergegebenen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung im Allgemeinen gegeben sind

¹¹ a.a.O., S.251 f

¹² a.a.O., S.252 f

Diagnostische Leitlinien der Borderline-Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.31) nach DSM-IV TR¹³

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Die Störung beginnt im frühen Erwachsenenalter und tritt in den verschiedensten Lebensbereichen auf. Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes verlassen werden zu vermeiden. Beachte: Hier werden keine suizidalen 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 suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder Androhungen 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 Leitlinien der narzisstischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.80) nach DSM-IV-TR¹⁴

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.

¹³ Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR, (2003). Hogrefe. Göttingen, S.777; Für die klinische Diagnostik völlig ausreichend ist die (wesentlich billigere) Kurzversion: Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-IV (1998). Hogrefe. Göttingen

¹⁴ Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR, S.785

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.

Freiburg, 23.10.2012

Caritas Suchthilfe e.V. CaSu
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Tel. 0761 / 200-303
E-Mail: casu@caritas.de