

Diagnostik und Screening von Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen sind hoch relevante Störungen im Bereich der klinischen Praxis. Durch die Entwicklung diagnostischer Instrumente liessen sich in den letzten Jahrzehnten deutliche Fortschritte erzielen, vor allem was die Diagnose betrifft. Trotzdem bleibt die zuverlässige Diagnosestellung aufgrund der komplexen Störungen auch weiterhin eine Herausforderung.

von Rolf-Dieter Stieglitz

Persönlichkeitsstörungen (PS) stellen hoch relevante Störungen im Bereich der klinischen Praxis dar. Das widerspiegelt sich auch in einer Vielzahl von wissenschaftlichen Arbeiten zu diesem Thema, vor allem zu diagnostischen und therapeutischen Fragestellungen (PubMed: 75 081 Publikationen zum Stichwort «personality disorder»; Stand: 23.10.2015).

Die Bedeutung der PS im klinischen Alltag ergibt sich aufgrund folgender Aspekte:

- PS sind vor allem in stationären und ambulanten Settings häufige psychische Störungen
- sie sind oft schon allein Anlass zur Behandlung
- PS treten oft komorbid mit anderen psychischen Störungen auf
- speziell komorbide PS komplizieren den Behandlungsverlauf und das Behandlungsergebnis (4).

Eine zuverlässige Diagnosestellung ist daher ausserordentlich wichtig. Sie ist jedoch bis heute eine Herausforderung für den Kliniker, da eine Vielzahl von Aspekten zu berücksichtigen sind.

Konzeptualisierung der Persönlichkeitsstörungen in Klassifikationssystemen

PS haben besonders seit ihrer Operationalisierung im DSM-III (heute DSM-5) und später in der ICD-10 (ICD-11 erst 2018) an Bedeutung gewonnen. Nachfolgend soll vor allem auf ICD-10 Bezug genommen werden, da diese in der klinischen Praxis von grösserer Bedeutung und die Anwendung verpflichtend ist. Die zentralen Merkmale des Störungsbildes nach ICD-10 (ähnlich jedoch wie im DSM-IV/-5) sind in *Kasten 1* enthalten.

Die PS werden in der ICD-10 im Abschnitt F6 «Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen» aufgeführt. Gemeinsame Kennzeichen dieser Störungen sind «tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen» (1. Dilling S. 274).

Das allgemeine Vorgehen der Diagnosestellung einer PS lässt sich wie folgt charakterisieren (2):

1. Stufe: Überprüfung der allgemeinen diagnostischen Kriterien

2. Stufe: Überprüfung der Kriterien spezifischer Subtypen.

Instrumente: Die Einführung diagnostischer Instrumente im Rahmen der klassifikatorischen Diagnostik führt allgemein zur Verbesserung der Reliabilität gegenüber dem klinischen Interview (3). Dazu werden im Bereich der PS vor allem Checklisten und strukturierte Interviews eingesetzt. Selbstbeurteilungsverfahren finden lediglich als Screeningverfahren Anwendung.

Screeningverfahren: Ihnen kommen folgende Funktionen zu:

- Grobinformation über den Verdacht beziehungsweise Hinweise auf das Vorliegen einer PS
- Verkürzung der Durchführungszeit eventuell nachfolgend eingesetzter aufwändiger strukturierter Interviews (s.u.).

Screeningverfahren sind nicht für die Diagnosestellung geeignet. Das gilt generell für Selbstbeurteilungsverfahren und nicht nur im Kontext der Diagnostik von PS. Anforderungen an die psychometrische Qualität von Screeningverfahren gehen vor allem in Richtung einer möglichst hohen Sensitivität, das heisst der Identifizierung von Personen, die die Störung aufweisen, sodass möglichst wenig Patienten mit der potenziellen Störung übersehen werden. Das ist vor allem im Kontext der Diagnostik von PS meist gewährleistet, da gerade in diesem Bereich durch Selbstbeurteilungen oft viele falschpositive Diagnosen erfasst werden (= geringe Spezifität). Beispiele für Screeninginstrumente finden sich in *Kasten 2*.

Checklisten: Unter einer Checkliste versteht man die Zusammenstellung der für eine Diagnosestellung relevanten diagnostischen Kriterien, dies meist in anschaulicher Form. Die Aufgabe des Diagnostikers ist es dann, mit selbst formulierten Fragen die notwendigen Informationen zu erheben, um die einzelnen Kriterien zuverlässig bewerten zu können. Am Ende derartiger Checklisten finden sich noch diagnostische Algorithmen, um aus den bewerteten Kriterien eine Diagnose abzuleiten.

Interviews: Interviews stellen mittlerweile im Kontext der Forschung eine Art Standard dar (3), gewinnen jedoch zunehmend auch im Rahmen der klinischen Routine an Bedeutung. Unter einem Interview versteht man

die zielgerichtete Interaktion zwischen mindestens zwei Personen mit der Intention, spezifische Informationen zu einer Fragestellung zu erheben (hier: Bewertung der diagnostischen Kriterien). Hinsichtlich der Art des Interviews werden verschiedene Typen unterschieden, wie das freie klinische Interview oder im Gegensatz dazu das standardisierte Interview. Die einzelnen Typen unterschieden sich hinsichtlich des Grades ihrer Formalisierung (5):

- Klinische (unstrukturierte) Interviews bringen meist unbefriedigende Ergebnisse hinsichtlich der Übereinstimmung zwischen unterschiedlichen Beurteilern, während bei höheren Formalisierungsgraden deutlich bessere Ergebnisse erzielt werden.
- Für den Bereich der PS liegen lediglich strukturierte Interviews vor. Diese kennzeichnen sich dadurch, dass der Ablauf des gesamten Interviews weitestgehend formalisiert ist (u.a. Fragen, Reihenfolge der Fragen). Bei der Bewertung der Antworten des Patienten oder des Probanden sind dann klinische Entscheidungen notwendig. Stärker formalisierte und standardisierte Interviews (5) sind für den Bereich der PS nicht geeignet, da unter anderem klinische Erfahrungen notwendig sind, um die Antworten des Patienten sinnvoll zu kodieren.

Beispiele für Checklisten und strukturierte Interviews finden sich in *Kasten 3*.

Kasten 1: Kennzeichen der Persönlichkeitsstörungen in der ICD-10 (Klinisch-diagnostische Leitlinien, gekürzt; [1])

Eingangskriterien

- Deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrollen, Wahrnehmen und Denken sowie in den Beziehungen zu anderen.
- Verhaltensmuster ist andauernd und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt.
- Abnormes Verhaltensmuster ist tief greifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend.
- Störungen beginnen in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.
- Die Störung führt zu deutlichem subjektivem Leiden, manchmal erst im späteren Verlauf.
- Die Störung ist meistens mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden.

Ausschlusskriterien

- Zustandsbilder sind nicht direkt auf Hirnschädigungen oder -krankheiten oder auf eine andere psychiatrische Störung zurückzuführen.

Kriterien für Subtypen

3 von 7 Kriterien

Kasten 2: Screeninginstrumente

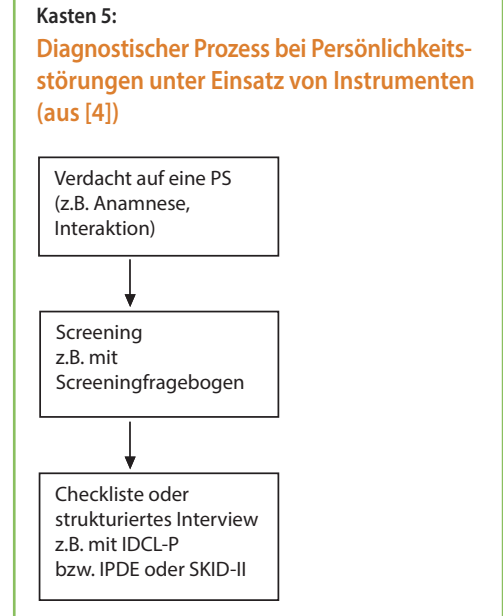
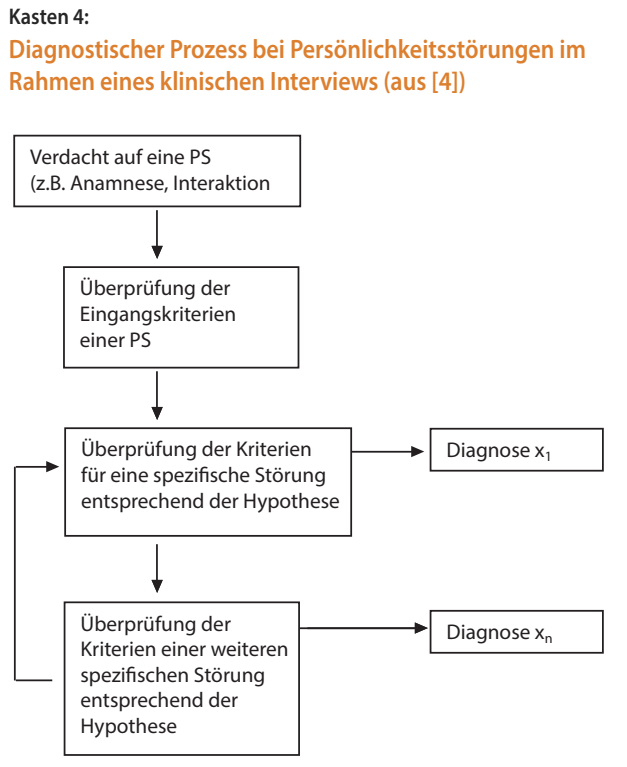
Bezeichnung	Autoren	Diagnosesystem	Anmerkungen
SKID-II-Fragebogen (Das strukturierte klinische Interview für DSM-IV) SKID-II	Fydrich et al. Wittchen et al.	DSM-IV	117 Screeningfragen
FragebogenIPDE-Screening (International Personality Disorder Examination) (ICD-10-Modul)	Mombour et al.	ICD-10	59 Screeningfragen
Screening-Interview zu Persönlichkeitsstörungen	Stieglitz und Ermer	keines	Deutsche Übersetzung der Standardized Assessment of Personality – Abbreviated Scale (SAPAS), 8 Fragen

Nähere Angaben zu den Verfahren bei Stieglitz und Ermer (4)

Kasten 3: Instrumente zur klassifikatorischen Diagnostik einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 oder DSM-IV

Verfahren (Abk.)	Autor(en)	Diagnosesystem	Datenquellen	Verfahrensgruppe
Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen (SKID-II)	Fydrich et al. Wittchen et al.	DSM-IV	Patient	strukturiertes Interview
International Personality Disorder Examination (IPDE)	Mombour et al.	ICD-10 (Forschungskriterien)	Rater, Patient Krankengeschichte	strukturiertes Interview
Internationale Diagnosecheckliste für Persönlichkeitsstörungen (IDCL-P)	Bronisch et al.	ICD-10 (Forschungskriterien), DSM-IV	Rater, Patient Krankengeschichte	Checkliste

Nähere Angaben zu den Verfahren bei Stieglitz und Ermer (4)



Diagnostischer Prozess

Hinsichtlich des diagnostischen Vorgehens lassen sich zwei Strategien unterscheiden (*Kasten 4* und *Kasten 5*). Beim Vorgehen mit einem klinischen Interview sind in einem ersten Schritt die Eingangskriterien sorgfältig zu überprüfen (*Kasten 1*), und erst dann erfolgt die Abgrenzung zum (vermuteten) Subtyp (z.B. paranoid, schizoid). Beim Einsatz von strukturierten Interviews wird der Ablauf des Gesprächs durch den Algorithmus des Verfahrens gesteuert.

Probleme im diagnostischen Prozess

Allgemeine Probleme in der Diagnostik einer Persönlichkeitsstörung stehen im Zusammenhang mit ihrer Operationalisierung. Sie beziehen sich auf die Festlegung des Beginns der Störung, auf die sehr häufige Komorbidität der Subtypen, auf den Zeitpunkt der Diagnosestellung, auf die derzeitige Psychopathologie sowie die verwendeten Datenquellen. Nicht zu vergessen sind klinische Erfahrungen mit dem Störungsbild (5).

Merksätze:

- PS stellen im klinischen Alltag eine häufige Störungsgruppe dar.
- Bei Verdacht auf eine PS können in einem ersten Schritt Screeninginstrumente hilfreich eingesetzt werden.
- Die klinische Diagnose ist oft falsch, da die Eingangskriterien nur unzureichend berücksichtigt werden.
- Der Diagnostiker muss eine Reihe Fallstricke beachten.
- Eine richtige Diagnose ist für die Therapieindikation von grosser Bedeutung.
- Dem Diagnostiker steht eine Reihe von diagnostischen Hilfsmitteln zur Verfügung

Bezogen auf die im vorausgegangenen Abschnitt dargestellten Vorgehensweisen ergeben sich weitere Probleme: Das klinische Interview setzt voraus, dass der Diagnostiker hinreichend Kenntnisse bezüglich der Konzeptualisierung der Störung in der ICD-10 hat und die diagnostischen Kriterien kennt. Zudem muss er allgemein Erfahrungen in der Gesprächsführung aufweisen, speziell im Hinblick auf die in den Kriterien abgebildeten Sachverhalte. Das gilt auch für den Einsatz von Checklisten. Die Anwendung von strukturierten Interviews setzt ein umfassendes Training in den verwendeten Instrumenten voraus und ist in der praktischen Anwendung oft zeitintensiv.

Fazit

Die Diagnostik einer PS stellt bis zum heutigen Tag eine grosse Herausforderung an den Kliniker und Forscher dar und ist meist ungleich schwieriger als die Diagnosestellung anderer psychischer Störungen. Durch die Entwicklung diagnostischer Instrumente liessen sich in den letzten Jahrzehnten jedoch deutliche Fortschritte erzielen, vor allem was die zuverlässige Diagnosestellung betrifft.

Korrespondenzadresse:

*Prof. Dr. rer. nat. Rolf-Dieter Stieglitz
 Leitender Psychologe Psychodiagnostik
 Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
 Wilhelm-Klein-Strasse 27
 4012 Basel
 E-Mail: Rolf-Dieter.Stieglitz@upkbs.ch*

Literatur:

1. Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2011). ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (8. Aufl.). Bern: Huber.
2. Dittmann, V., Ermer, A., Stieglitz, R.-D. (2001). Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In R.-D. Stieglitz, U. Baumann, H.J. Freyberger (Hrsg.), Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie (S. 448–460). Stuttgart: Thieme.
3. Stieglitz, R.-D. (2008). Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie. Stuttgart: Kohlhammer.
4. Stieglitz, R.-D., Ermer, A. (2007). Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. Psychiatrie und Psychotherapie up2date, 1, 413–432.
5. Wittchen, H.-U., Freyberger, H.J., Stieglitz, R.-D. (2001). Interviews. In R.-D. Stieglitz, U. Baumann, H.J. Freyberger (Hrsg.), Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie (S. 107–117). Stuttgart: Thieme.