

Zwangsstörungen in DSM-5

Was ist neu gegenüber DSM-IV?

Die wichtigste Änderung bezüglich der Zwangsstörungen in DSM-5 ist, wie Prof. Susanne Walitza, Ärztliche Direktorin, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Kantons Zürich, Universitätsklinik, und Vizepräsidentin der SGZ, in ihrem Vortrag ausführte, dass diese nicht mehr unter den Angststörungen klassifiziert werden, sondern zusammen mit verwandten Störungen aus dem Zwangsspektrum eine eigene Kategorie bilden. Neben kleineren deskriptiven Änderungen gibt es zwei weitere wesentliche Änderungen, nämlich die für die Diagnosestellung zwingend geforderte Beurteilung der Einsichtsfähigkeit und eine neue eigene Subgruppe für Zwänge mit Ticstörungen (Tab. 1).¹

Warum sind Zwänge keine Angststörungen?

Bisher waren die Zwangsstörungen im DSM immer unter den Angststörungen klassifiziert. Auch in ICD-10 gibt es keine eigene Gruppe für die Zwänge, hier werden sie in der gemischten Gruppe der „neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“ geführt. Warum also jetzt eine eigene Kategorie für die Zwänge? „Es gibt eine ganze Reihe von Zwängen, wie z.B. Symmetriewänge, Just-right-Zwänge, Sammeln und Horten, denen keine oder nicht immer Ängste zugrunde liegen. Bei der Angst ist es zudem so, dass der auslösende Reiz wenn immer möglich vermieden wird, während der angstauslösende Stimulus bei Zwängen durch Zwangshandlungen z.B. auch neutralisiert wird. Weiterhin unterscheiden sich die Komorbiditäten bei Angst- und Zwangsstörungen: Bei den Angststörungen kommen am häufigsten andere Ängste und Depressionen vor, bei Zwängen finden sich hingegen oft Ticstörungen und ADHS. Gerade bei Kindern ist die Trias von ADHS, Tics und Zwang sehr häufig. Und schliesslich gibt es unterschiedliche ätiologische biologische Faktoren für die Angststörungen und die Zwänge (z.B. in Walitza et al 2004²; Brem, Hauser, Walitza et al 2012³)“, führte Walitza aus.

Verwandte Störungen aus dem Zwangsspektrum

Zu den mit den Zwängen verwandten Störungen gehören die Dysmorphophobie (body dysmorphic disorder) und das Horten, bei welchen auch die Einsichtsfähigkeit spezifiziert werden muss, die Trichotillomanie, die Exkoriationsstörung (skin picking) sowie die substanz/medikationsinduzierte Zwangsstörung. Ausserdem werden Zwänge oder verwandte Störungen aufgeführt, die durch eine andere medizinische Ursache bedingt sind. In diesem Zusammenhang werden die Sydenham-Chorea diskutiert sowie Zwangsstörungen, die durch Bakterien induziert werden (PANS = pediatric acute neuropsychiatric syndrome oder CANS = idiopathic childhood acute neuropsychiatric syndrome).

Kleine deskriptive Änderungen

Neu wird – zur besseren Abgrenzung von der Impulskontrollstörung – anstatt von Zwangsimpulsen von Drang (urge) gesprochen. „Dadurch wird allerdings die Abgrenzung von den Ticstörungen schwieriger, da auch dort oft von einem sogenannten Drang gesprochen wird. Bei Letzteren handelt es sich aber meistens um eher kurzlebige sensomotorische Drangge-

Vier relevante Änderungen in DSM-5

1. Neue eigene kategoriale Einordnung der Zwangsstörungen
2. Einige kleine deskriptive Änderungen
3. Einsichtsfähigkeit muss immer eingeschätzt werden
4. Eigene Subgruppe für Zwänge mit Tics

Tab. 1

fühle, während es bei den Zwangsstörungen kurzlebige und langlebige Impulse oder Dränge rein kognitiver Natur gibt“, so Walitza. Weiterhin werden die Gedanken in DSM-5 nun als „ungewollt“ statt als „unangemessen“ beschrieben, was den Patienten und insbesondere den Kindern das Beschreiben von Zwangssymptomen deutlich erleichtert.

Einschätzung der Einsichtsfähigkeit

Während in DSM-IV bei Erwachsenen „mit wenig Einsicht“ kodiert werden konnte und bei Kindern nicht unbedingt Einsicht vorliegen musste, muss in DSM-5 die Einsichtsfähigkeit bei jedem Patienten als „gut/angemessen“, „eingeschränkt“ oder „fehlend“ eingeschätzt werden. Im Vergleich dazu



fordert ICD-10 eine Einsicht in die Unsinnigkeit der Symptomatik. Da die Einsichtsfähigkeit mit dem Schweregrad der Zwangsstörung, aber auch der Therapieresponse korreliert – je besser die Einsicht ist, desto eher sind Psychotherapien, aber auch die medikamentöse Behandlung mit SSRI wirksam –, wird sich die Einschätzung der Einsichtsfähigkeit künftig auch in den Leitlinien niederschlagen müssen.

„In der Praxis ist die valide Einschätzung der Einsichtsfähigkeit aber oft sehr schwierig, da es kaum Instrumente dafür gibt oder da sie nicht für Kinder und Jugendliche adaptiert

sind. Ausserdem ist die Einsichtsfähigkeit in Angstsituationen vermindert. Sie müssen, um diese Einschätzung machen zu können, also für eine möglichst angstfreie Atmosphäre sorgen“, gab Walitza zu bedenken.

Zwänge und komorbide Ticstörungen

Zwänge gehen häufig mit anderen komorbiden Störungen wie Angst, Depression, Essstörungen und Tics einher. Nur für Letztere gibt es in DSM-5 nun aber eine eigene Subgruppe. Bei jedem Patienten muss deshalb evaluiert werden, ob aktuell eine Ticstörung vorhanden ist oder früher eine solche vorhanden war.

Diese Subgruppierung ist deshalb sinnvoll, weil die Datenlage dafür spricht, dass es sich um einen spezifischen Subtyp mit hoher gemeinsamer Prävalenz, oft früherem Beginn sowie schlechterem Ansprechen auf SSRI handelt. „Bei fehlendem oder ungenügendem Ansprechen auf die SSRI-Monotherapie werden Sie bei diesen Patienten deshalb bevorzugt die Augmentation mit einem Neuroleptikum wählen und nicht den Wechsel auf einen anderen SSRI“, erläuterte Walitza. Von dieser Komorbidität sind Knaben deutlich häufiger betroffen als Mädchen, und auch die Symptomatologie ist etwas unterschiedlich, indem hier eher sensomotorische Drangphänomene, Antippen, Verschieben und Just-right-Zwänge auftreten. ■

Literatur:

¹ Walitza S: DSM-5 Kommentar: Zwangsstörungen im DSM-5. Was ist neu? *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2014; 42: 121-7

² Walitza S et al: Transmission disequilibrium studies in children and adolescents with obsessive-compulsive disorders pertaining to polymorphisms of genes of the serotonergic pathway. *J Neural Transm* 2004; 111: 817-25

³ Brem S et al: Neuroimaging of cognitive brain function in paediatric obsessive compulsive disorder: a review of literature and preliminary meta-analysis. *J Neural Transm* 2012; 119: 1425-48

Bericht:

Dr. med. Sabina M. Ludin
Chefredaktorin

Quelle:

Jahrestagung der
Schweizerischen Gesellschaft
für Zwangsstörungen,
SGZ, 7. Dezember 2013, Zürich