



DSM-5 Kommentar

Zwangsstörungen im DSM-5

Was ist neu?

Susanne Walitza

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Zürich

Zusammenfassung. Zwangsstörungen sind auch im Kindes- und Jugendalter häufige und beeinträchtigende Erkrankungen. Die vorliegende Arbeit fasst die Änderungen von DSM-IV-TR Kriterien zu DSM-5 zusammen und unterzieht diese einer kritischen Würdigung. Zentral sind Änderungen der kategorialen Zuordnung, Zwänge sind nun nicht mehr der Kategorie Angststörungen zugeordnet, sondern repräsentieren eine eigenständige Kategorie, die aber dafür ein weiter gespanntes Zwangsspektrum umfasst. Neben kleineren deskriptiven Änderungen der Kriterien wird die klinische Einschätzung der Einsichtsfähigkeit (gut, schlecht, fehlend) gefordert. Die Zwangsstörung, die komorbid mit Ticstörungen einhergeht, wird als eigener Subtyp klassifiziert. Die Änderungen werden im Folgenden auf Basis der Studienlage und Literatur diskutiert, danach folgt ein Ausblick hinsichtlich der Umsetzung der neuen Kriterien auf den klinischen Alltag und die Forschung.

Schlüsselwörter: DSM-5, Zwänge, Zwangsstörungen, Kinder, Jugendliche, Kinder- und Jugendpsychiatrie

Abstract. *Obsessive-compulsive disorders in DSM-5 – what is new?*

Obsessive-compulsive disorders are a frequent and debilitating condition also in children and adolescents. The present paper summarizes the changes in the DSM diagnostic criteria between the IV-TR edition and the DSM-5 edition, and evaluates them critically. A central feature is the revision of the category to which these disorders belong: Obsessive-Compulsive Disorders are no longer considered to be anxiety disorders, but rather now comprise an independent category encompassing a broader spectrum of obsessive-compulsive and related disorders. Minor changes have been made to the description of the criteria, and there is a new emphasis on the clinical assessment of the patient's insight level (good, poor, absent). Obsessive-compulsive disorders associated with tic disorders are classified as a separate subtype. The present paper discusses these changes on the basis of the available studies and literature, and then looks ahead to the implementation of the new criteria in the everyday clinical setting and in research.

Keywords: Obsessive-compulsive disorders, DSM-5, child and adolescent psychiatry

Einleitung

Zwangsstörungen sind im Kindes- wie im Erwachsenenalter komplexe und heterogene Störungsbilder mit vielfältigen Erscheinungsformen. Insgesamt zeigen Kinder und Jugendliche sehr ähnliche Symptome wie Erwachsene (Rapoport, 1986). Bei Kindern und Jugendlichen treten jedoch auch häufig verschiedene Zwangssymptome gleichzeitig auf (Wewetzer et al., 2001). Am häufigsten sind Reinigungszwänge, gefolgt von Wiederholungs-, Kontrollzwängen und aggressiven Zwangsgedanken. Inhaltlich beziehen sich Zwangsgedanken und Zwangshandlungen häufig auf Kontaminationen (Schmutz, Krankheitserreger), es treten aber auch Symmetriezwänge, Sammeln und Horten auf (Geller, Biederman, Jones, Park et al., 1998; Walitza et al., 2011).

Auch heute werden Zwangserkrankungen sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen oftmals erst relativ spät

erkannt. Es wäre wünschenswert, dass die neuen Klassifikationskriterien zu Fortschritten hinsichtlich der besseren Diagnostik und Früherkennung beitragen.

Änderungen von DSM-IV-TR zu DSM-5

Im Folgenden fokussiert dieser Artikel auf die Änderungen, die im DSM-5 gegenüber DSM-IV-TR vorgenommen wurden.

Die Neuerungen oder Änderungen beziehen sich auf 1) die kategoriale Einordnung bezüglich der Klassifikation der Zwangsstörungen und verwandten Störungen (z. B. Horten, Trichotillomanie) 2) Beschreibungen der Kernsymptome, wobei diese Änderungen im Großen und Ganzen eher sprachliche Spezifizierungen darstellen und keine

qualitativen Neuerungen 3) die Einsichtsfähigkeit, die nun neu immer dezidiert eingeschätzt werden muss und 4) die Bezeichnung einer Subgruppe der Zwangsstörung, die komorbid mit Ticstörungen einhergeht.

Die Neue Kategorie: Zwangsstörungen

Nach DSM-IV waren Zwangsstörungen unter Angststörungen klassifiziert, nach DSM-5 gibt es eine eigene Kategorie für Zwangsstörungen und verwandte Störungen aus dem Zwangsspektrum wie Body Dysmorphic Disorder, Horten, Trichotillomanie, Skin Picking Substanz-induzierte Zwänge (siehe auch Tab. 1).

Die DSM-5 Arbeitsgruppe für Zwangsstörungen publizierte schon 2008 Vor- und Nachteile einer von Angststörungen unabhängigen Klassifikation für Zwangsstörungen (Hollander, Braun & Simeon, 2008). Ein wesentlicher Vorteil sei die Angleichung an die ICD-10 Klassifikation (WHO, 2006), nach der Angst- und Zwangsstörungen zwar den «neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen» untergeordnet, aber separat von einander klassifiziert werden. Eine eigene Kategorie trage dem Umstand Rechnung, dass Angst und Zwänge sich ähnlich seien, aber auch vielfache Unterschiede vorlägen. Die Diskussion, wie verwandt oder unterschiedlich Zwangsstörungen und Angst-

störungen miteinander sind, wird schon lange geführt. Besonders prägnant ist sicher der Sachverhalt, dass Zwangsgedanken intensive Ängste auslösen können, wenn danach keine Zwangshandlung/Neutralisation erfolgt. Zwangshandlungen, die der Neutralisation dienen, unterscheiden sich phänomenologisch demnach von dem Verhalten bei Angststörungen. Bei der Angst wird der angstausslösende Stimulus in der Regel vermieden, bei Zwängen wird der angstausslösende Stimulus mit Zwangshandlungen sozusagen neutralisiert. Aber es gibt auch Zwänge, denen nicht per se eine Angst zugrunde liegt, dies sind z. B. Symmetriezwänge, Horten und Sammeln sowie «just right» Zwänge. Die häufigste Komorbidität bei Zwangsstörungen sind Angststörungen, aber gerade im Kindes- und Jugendalter treten vor allem auch Tic-Störungen und ADHS gehäuft auf, was bei Angststörungen ihrerseits nicht der Fall ist (siehe übernächstes Kapitel).

Bei Angst- und Zwangsstörungen zeigen sich z. B. unterschiedliche Beeinträchtigungen in den zugrundeliegenden neurobiologischen Kreisläufen. Bei Angststörungen ist die Responsivität der Amygdala besonders relevant (Asan, Steinke & Lesch, 2013). Dagegen scheint es mehr Gemeinsamkeiten zu geben bei Zwängen, Zwangsspektrumstörungen und Ticstörungen betreffend Störungen der fronto-thalamo-striatalen Kreisläufe (Leckman, Peterson, Pauls & Cohen, 1997; Rauch et al., 2001; Brem et al., 2012; Hollander et al., 2008). Zusammenfassend sprechen sowohl der heterogene Phänotyp der Zwangsstörungen, die Unterschiede zur Angst als auch die ätiopathogenetischen Faktoren für eine eigene Klassifikation von Zwangsstörungen.

Die anderen den Zwangsstörungen verwandten Erkrankungen werden nahezu genauso ausführlich mit Kriterien, aber auch Epidemiologie und Differentialdiagnosen wie die Zwangsstörungen selbst beschrieben. Eine Übersicht der weiteren unter den Zwangsstörungen zu klassifizierenden Störungen und Spezifika findet sich in Tabelle 1.

Tabelle 1

Den Zwangsstörungen verwandte Störungen

- Dysmorphophobie/Body Dysmorphic Disorder*
- Horten*
- Trichotillomanie
- Exkoriations-Störung (Skin Picking)
- Substanz/Medikation induzierte Zwangsstörung**
- Zwänge oder verwandte Störungen bedingt durch eine andere medizinische Ursache***
- Andere spezifische Zwangsstörungen und verwandte Störungen****
- Unspezifische Zwangsstörungen und verwandte Störungen

*Bei diesen Störungen muss die Einsichtsfähigkeit (gut, schlecht, nicht vorhanden) in die Symptomatik spezifiziert werden. **Bei diesen Störungen muss spezifiziert werden, ob die Zwangs-Symptomatik (Kriterium A) den Beginn während einer Intoxikation, während Substanzmissbrauch oder nach Medikationseinnahme hatte (die jeweilige Substanz muss unter der zusätzlich genannten Diagnose für den Substanzabusus/Intoxikation benannt werden. ***Unter diesen medizinischen Ursachen wird die Sydenham Chorea diskutiert, aber auch PANDAS. Um außer Streptokokken induzierten Zwangsstörungen, auch andere Konditionen zu ermöglichen und die kontroverse Diskussion zu umgehen, wird von PANS (pediatric acute neuropsychiatric syndroms) oder CANS (idiopathic childhood acute neuropsychiatric syndroms) gesprochen. ****Unter der Kategorie werden sowohl z. B. Dysmorphophobie Störungen, die nicht alle Kriterien umfassen, aber auch kulturelle Varianten der Dysmorphobie (z. B. Shubo-kyofu: die exzessive Angst davor einen deformierten Körper zu haben) subsumiert

Änderungen in der Definition der einzelnen diagnostischen Kriterien

Unter Kriterium A werden Zwangsgedanken und Zwangshandlungen beschrieben. In der Beschreibung der Kernsymptome spricht der DSM-5 unter dem Kriterium A nun nicht mehr von Impulsen, sondern von «Drang, sich Aufdrängen» (urge). Damit wird die Abgrenzung von Impulskontrollstörungen klarer zum Ausdruck gebracht. Im Gegensatz zur Impulskontrollstörung gibt der Patient mit Zwang – auch der junge Patient – diesen Impulsen in der Regel nicht nach. Der Zwangsimpuls, die Eltern zu verletzen wird gefürchtet, aber alle potentiell gefährlichen Situationen werden vermieden, was Erleichterung verschafft. Bei der Impulskontrollstörung wie bei der Kleptomanie erfolgt die Erleichterung erst mit der durchgeführten Handlung. Der Ausdruck «Drang» werde zudem den aggressi-

ven, religiösen und sexuellen fixen Ideen mehr gerecht, drücke auch mehr ein persistierendes Erleben dieses Gefühls aus, im Vergleich zum eher «kurzlebigen» Impuls. Als Nachteil wird dafür in Kauf genommen, dass auch bei Ticstörungen von Drang gesprochen wird und dafür hier die Differenzierung erschwert werden könnte (Leckman et al., 2010). Im Vergleich zu Ticstörungen kommen bei Zwangsstörungen sowohl kurzlebige als auch langlebige Impulse rein kognitiver Natur vor, während bei Ticstörungen eher kurzlebige sensomotorische «Dränge» auftreten.

Eine weitere Änderung unter Kriterium A ist der Ausdruck, dass die Gedanken «ungewollt» statt «unangemessen» sind. Bei der Beschreibung der Zwangshandlungen wird verdeutlicht, dass Kinder die Ziele (Neutralisierung, Verhindern) der Zwangshandlungen nicht beschreiben können müssen. Unter Kriterium D werden klinisch relevante Spezifizierungen vorgenommen: Es muss nun die Einsichtsfähigkeit als «gut/angemessen», «eingeschränkt» oder «fehlend» eingeschätzt werden (siehe nächstes Kapitel) und wenn vorhanden, die Subtypisierung «Tic related» (siehe übernächstes Kapitel) vorgenommen werden.

Die Einschätzung der Einsichtsfähigkeit

Generell kann man hervorheben, dass das DSM-IV gegenüber auch der ICD-10 den Vorteil hatte, dass bei Kindern das Kriterium der Einsichtsfähigkeit in die Unsinnigkeit der Zwangssymptome aufgrund der kognitiven Entwicklung nicht erfüllt sein musste. Dieses Kriterium ist zwar von besonderer Bedeutung zur Abgrenzung von Psychosen mit ichsyntonen zwangsartigen Vorstellungen oder Ideen, aber in der Regel liegen bei diesen Patienten auch andere Symptome einer psychotischen Störung vor. Auch bei Erwachsenen konnte schon nach DSM-IV zusätzlich «mit wenig Einsicht» kodiert werden, wenn die Person im Verlauf der derzeitigen Episode die meiste Zeit nicht mehr erkennt, dass die Zwangssymptome unbegründet oder übertrieben sind.

Der DSM-5 fordert nun die Einschätzung der Einsichtsfähigkeit bei jedem Patient. Für die klinische Relevanz dieser Forderung spricht, dass eine reduzierte Einsichtsfähigkeit mit einer schlechteren Therapiereponse auf SSRIs einhergeht (Catapano, Sperandio, Perris, Lanzaro & Maj, 2001; Alonso et al., 2008; Shimshoni, Reuven, Dar & Hermesh, 2011). In den wenig vorliegenden Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen, konnten gezeigt werden, dass die geringe Einsichtsfähigkeit mit dem jüngeren Alter und einem höheren Schweregrad der Störung korreliert (Storch et al., 2008; Lewin et al., 2010). Die Einsichtsfähigkeit kann u. a. bei Angst abnehmen (Stetekee & Shapiro, 1995; Geller & March, 2012). Die Practice Parameters der AACAP (Geller & March, 2012; Kernberg, Ritvo, Keable, & The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI), 2012) greifen diese Befunde auf und empfehlen die Einsicht dann zu beurteilen,

wenn die Angst bei einem Minimum liege. Es gibt aber auch kritisch zu diskutierende Aspekte betreffend Einsichtsfähigkeit im neuen DSM-5. So werden z. B. körperdysmorphe Störungen ohne Einsicht nur noch unter der Gruppe der Zwangsstörungen klassifiziert (siehe auch Tab. 1) und nicht mehr bei den psychotischen Störungen, auch, wenn diese wahnhaft Formen annehmen. In diesem Fall hätte man nach DSM-IV noch zwei getrennte Diagnosen vergeben. Noch größer ist der Unterschied zu der ICD-10 Klassifikation, bei der fixierte wahnhaft Formen der Hypochondrie, die auch körperdysmorphe Vorstellungen einschließen, unter psychotischen Störungen eingeordnet werden (Schimmelmann & Schultze-Lutter, 2012; Schultze-Lutter & Schimmelmann, 2013).

Zwänge und komorbide Ticstörungen

Aufgrund des heterogenen klinischen Phänotyps, dem unterschiedlichen Beginn, der unterschiedlichen Komorbiditäten, Verläufe und therapeutischen Response, wurden verschiedene Subtypen diskutiert und auch in zahlreichen Studien gegeneinander abgegrenzt. Diese Subtypen werden im DSM-5 deskriptiv im Fließtext auch diskutiert, aber nur der Subtyp «Tic-related» wurde tatsächlich als Klassifikationskriterium (D) aufgenommen. Die Zwangsstörung kann als «Tic verwandt» beschrieben werden, wenn der Betroffene aktuell oder früher an einer Tic-Störung erkrankt war. Die Datenlage, dass es sich hier um einen spezifischen Subtyp handelt, ist gut. Gerade bei Zwängen mit frühem Beginn, die eine Knabenwendigkeit aufweisen, sind Tic-Störungen neben der ADHS die häufigsten komorbiden Störungen. Bei den Zwangshandlungen der Patienten mit Ticstörungen zeigen sich dann eher auch sensomotorische Drangphänomene, die zu Antippen, Rücken, Verschieben und «just right» Zwängen führen (Leckman et al., 1995; Banaschewski, Bismans, Zieger & Rothenberger, 2001). Bis zu 50 % der Kinder und Jugendlichen mit einem Tourette Syndrom entwickeln im Verlauf bis zum Erwachsenenalter Zwänge (Leckman, Walker & Cohen, 1993). Erstgradig Verwandte von Patienten mit Tourette Syndrom haben ebenfalls eine erhöhte Rate von Zwangserkrankungen (Pauls et al., 1995) und Langzeitstudien von Kindern und Jugendlichen mit Zwängen zeigten, dass bis zu 60 % eine Lebenszeit-Diagnose von Tic-Störungen aufwiesen (Leonard et al., 1992). In Übersichtsarbeiten von Geller, Biederman, Jones, Shapiro et al. (1998) hatten 13–26 % der Kinder und Jugendlichen mit Zwängen auch Ticstörungen. Tics waren häufiger bei den jüngeren Patienten (Miguel et al., 2001), den Knaben und verbesserten sich üblicherweise in der 2. Lebensdekade (Geller et al., 2001). Patienten mit Zwängen und Ticstörungen sprechen weniger positiv auf SSRIs und kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung an (Miguel et al., 2001; Vloet, Simons & Herpertz-Dahlmann, 2012) und profitieren häufiger von einer Augmentation mit Neuroleptika (McDougale, Epperson, Pelton,

Wasylink & Price, 2000; Storch et al., 2008). Leider liegen zu letztgenanntem Befund nur wenige randomisierte Studien vor, sodass die Augmentation noch nicht evidenzbasiert ist.

Ausblick für die Kliniker und Forscher

Die eigene Klassifikation betreffend wird sich für den Kliniker nicht viel ändern, ob nun wie unter DSM-IV als Angststörung oder in der ICD-10 als neurotische Störung bezeichnet, waren sich die Kliniker in den letzten 2 Dekaden durchaus bewusst, dass und wie sie Angst- und Zwangsstörungen abzugrenzen hatten. Die Kriterien waren auch schon in den bisherigen Klassifikationskriterien unabhängig von der Kategorie spezifisch für die Zwangsstörungen beschrieben. Für die Forschung ist ein möglichst homogener Phänotyp wünschenswert, so sollten in Therapiestudien Ängste und Zwänge von einander abgegrenzt, untersucht werden. Wie rasch sich die Kliniker von dem Begriff Zwangsimpuls lösen können, muss spekulativ bleiben. Die Beschreibung «Drang» wird sicher wie schon beschrieben dazu beitragen, dass die Differentialdiagnose zu den Impuls-Kontrollstörungen verbessert wird. Es bleibt aber zu untersuchen, ob der «Drang» rein kognitiv ist oder eher sensomotorisch wie bei den «Zwangssphänomenen» im Rahmen einer Tic-Störung. Die Bedeutung der Einsichtsfähigkeit insbesondere für die Therapie ist einleuchtend. Die Beurteilung der Einsichtsfähigkeit selbst erscheint jedoch problematisch. In der CY-BOCS (Scahill et al., 1997), die am häufigsten zur Einschätzung der Einsichtsfähigkeit herangezogen wird, gibt es nur 1 Item (Item 11) welches die Einsichtsfähigkeit misst. Dezidierte Verfahren zur Messung der Einsichtsfähigkeit liegen bislang vor allem für das Erwachsenenalter und nicht für das Kindes- und Jugendalter vor. Solange jedoch kaum standardisiertes Instrumentarium zur Verfügung steht, kann die CY-BOCS mit Patient und Eltern durchgeführt werden, wie dies aktuell der DSM-5 empfiehlt. Auch für die Forschung ist die Einsichtsfähigkeit relevant. Wird der Schweregrad der Zwangsstörung bei Studien berücksichtigt, gilt es zu beachten, dass Patienten mit wenig Einsicht, auch hinsichtlich der Zwangssymptome zum Teil wenig Ausprägung angeben. Problematisch kann es sein, dass wahnhaftige Störungen nicht mehr genügend von Zwangsstörungen abgegrenzt werden können. Dies könnte auch relevante Fragen betreffend Behandlung auslösen. Die Differenzierung eines Subtyps «Zwänge mit Ticstörungen» ist klinisch unmittelbar für die Therapie relevant. Trotzdem sind auch bei anderen komorbiden Störungen wie ADHS, Ess-Störungen und Depressionen Adaptationen der Therapie nötig und auch diese komorbiden Störungen haben sehr wahrscheinlich pathogenetisch gemeinsame Pfade mit Zwangsstörungen (Moll et al., 2000), siehe auch das gehäufte Vorkommen von Zwängen bei Ticstörungen und ADHS (Roessner, Buse, Schultze, Rothenberger & Becker, 2013).

Was ist neu?

Im DSM-5 werden Zwänge und verwandte Störungen nicht mehr unter den Angststörungen, sondern unter einer eigenständigen Kategorie klassifiziert. Bei der Beschreibung der Kernsymptome werden Zwangsimpulse neu als ein Drang bezeichnet. In der Diagnostik muss die Einsichtsfähigkeit bei jedem Patienten immer dezidiert eingeschätzt werden und es gibt eine spezifische Subgruppe der Zwangsstörung, die komorbid mit Ticstörungen einhergeht und die ebenfalls bei jedem Patienten von einer alleinigen Zwangsstörung unterschieden werden muss.

Kritischer Kommentar

Die höhere Gewichtung der Einsichtsfähigkeit ist zu begrüßen, kritisch zu bewerten ist jedoch, dass es an Instrumenten für die Einschätzung der Einsichtsfähigkeit fehlt. Kritisch ist darüber hinaus, dass es an Überlegungen zur Differentialdiagnostik Psychose und wahnhaften Störungen mangelt, falls bei der beschriebenen Symptomatik keine Einsichtsfähigkeit vorliegt. Auch die zwingende Einschätzung, ob die Patienten neben den Zwängen an Ticstörungen leiden und dann diesen Subtyp zu klassifizieren, erscheint sinnvoll. Ab wann eine komorbide Störung jedoch die Wertigkeit eines Subtypen erhält, ist nicht unmittelbar evident und könnte auch mit der Expertise der Arbeitsgruppe in Zusammenhang stehen. Es sei aber drauf verwiesen, dass im deskriptiven Teil des DSM-5 dieser Punkt diskutiert wird.

Literatur

- Alonso, P., Menchón, J. M., Segalàs, C., Jaurrieta, N., Jiménez-Murcia, S., Cardoner, N. et al. (2008). Clinical implications of insight assessment in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 305–312.
- Asan, E., Steinke, M. & Lesch, K. P. (2013). Serotonergic innervation of the amygdala: Targets, receptors, and implications for stress and anxiety. *Histochemistry and Cell Biology*, 139, 785–813.
- Banaschewski, T., Bismans, F., Zieger, H. & Rothenberger, A. (2001). Evaluation of sensorimotor training in children with ADHD. *Perceptual and Motor Skills*, 92, 137–149.
- Brem, S., Hauser, T. U., Iannaccone, R., Brandeis, D., Drechsler, R. & Walitza, S. (2012). Neuroimaging of cognitive brain function in paediatric obsessive compulsive disorder: A review of literature and preliminary meta-analysis. *Journal of Neural Transmission*, 119, 1425–1448.
- Catapano, F., Sperandio, R., Perris, F., Lanzaro, M. & Maj, M. (2001). Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, 34, 62–68.
- Geller, D., Biederman, J., Jones, J., Park, K., Schwartz, S., Shapiro, S. et al. (1998). Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pe-

- diatric literature. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 420–427.
- Geller, D. A., Biederman, J., Jones, J., Shapiro, S., Schwartz, S. & Park, K. S. (1998). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 5, 260–273.
- Geller, D. A., Biederman, J., Faraone, S., Agranat, A., Craddock, K., Hagermoser, L. et al. (2001). Developmental aspects of obsessive compulsive disorder: findings in children, adolescents, and adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 471–477.
- Geller, D. A. & March, J. (2012). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 98–113.
- Hollander, E., Braun, A. & Simeon, D. (2008). Should OCD leave the anxiety disorders in DSM-V? The case for obsessive compulsive-related disorders. *Depression and Anxiety*, 25, 317–329.
- Kernberg, P. F., Ritvo, R. Keable, H. & The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). (2012). Practice parameter for psychodynamic psychotherapy with children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 541–557.
- Leckman, J. F., Denys, D., Simpson, H. B., Mataix-Cols, D., Hollander, E., Saxena, S. et al. (2010). Obsessive-compulsive disorder: A review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27, 507–527.
- Leckman, J. F., Peterson, B. S., Pauls, D. L. & Cohen, D. J. (1997). Tic disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 839–861.
- Leckman, J. F., Goodman, W. K., Anderson, G. M., Riddle, M. A., Chappell, P. B., McSwiggan-Hardin, M. T. et al. (1995). Cerebrospinal fluid biogenic amines in obsessive compulsive disorder, Tourette's syndrome, and healthy controls. *Neuropsychopharmacology*, 12, 73–86.
- Leckman, J. F., Walker, D. E. & Cohen, D. J. (1993). Premonitory urges in Tourette's syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 98–102.
- Leonard, H. L., Swedo, S. E., Rapoport, J. L., Rickler, K. C., Topol, D., Lee, S. et al. (1992). Tourette syndrome and obsessive-compulsive disorder. *Advances in Neurology*, 58, 83–93.
- Lewin, A. B., Bergman, R. L., Peris, T. S., Chang, S., McCracken, J. T. & Piacentini, J. (2010). Correlates of insight among youth with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 603–611.
- McDougle, C. J., Epperson, C. N., Pelton, G. H., Wasylink, S. & Price, L. H. (2000). A double-blind, placebo-controlled study of risperidone addition in serotonin reuptake inhibitor-refractory obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, 794–801.
- Miguel, E. C., Rosario-Campos, M. C., Shavitt, R. G., Hounie, A. G. & Mercadante, M. T. (2001). The tic-related obsessive-compulsive disorder phenotype and treatment implications. *Advances in Neurology*, 85, 43–55.
- Moll, G. H., Eysenbach, K., Woerner, W., Banaschewski, T., Schmidt, M. H. & Rothenberger, A. (2000). Quantitative and qualitative aspects of obsessive-compulsive behavior in children with attention-deficit hyperactivity disorder compared with tic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 389–394.
- Pauls, D. L., Alsobrook, J. I. I., Goodman, W. K., Rasmussen, S. A. & Leckman, J. F. (1995). A family study of obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 76–84.
- Rapoport, J. L. (1986). Childhood obsessive compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 289–196.
- Rauch, S. L., Dougherty, D. D., Cosgrove, G. R., Cassem, E. H., Alpert, N. M., Price, B. H. et al. (2001). Cerebral metabolic correlates as potential predictors of response to anterior cingulotomy for obsessive compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 50, 659–667.
- Roessler, V., Buse, J., Schultze, F., Rothenberger, A. & Becker, A. (2013). The role of obsessive-compulsive symptoms in the psychopathological profile of children with chronic tic disorder and attention-deficit hyperactivity disorder. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 41, 163–169.
- Scahill, L., Riddle, M. A., McSwiggan-Hardin, M., Ort, S. I., King, R. A., Goodman, W. K. et al. (1997). Children's Yale-Brown obsessive compulsive scale: reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 844–852.
- Schimmelmann, B. G. & Schultze-Lutter, F. (2012). Early detection and intervention of psychosis in children and adolescents: Urgent need for studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21, 239–241.
- Schultze-Lutter, F. & Schimmelmann, B. G. (2013). Psychotische Störungen im DSM-5: die Revisionen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (im Druck).
- Shimshoni, Y. A., Reuven, O., Dar, R. & Hermesh, H. (2011). Insight in obsessive-compulsive disorder: A comparative study of insight measures in an Israeli clinical sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 389–396.
- Steketee, G. & Shapiro, L. J. (1995). Predicting behavioral treatment outcome for agoraphobia and obsessive compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 15, 317–346.
- Storch, E. A., Milsom, V. A., Merlo, L. J., Larson, M., Geffken, G. R., Jacob, M. et al. (2008). Insight in pediatric obsessive-compulsive disorder: Associations with clinical presentation. *Psychiatry Research*, 160, 212–220.
- Vloet, T. D., Simons, M. & Herpertz-Dahlmann, B. (2012). Psychotherapeutic and pharmacological treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 40, 29–39.
- Walitza, S., Melfsen, S., Jans, T., Zellmann, H., Wewetzer, C. & Warnke, A. (2011). Zwangsstörung im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108, 173–179.
- Wewetzer, C., Jans, T., Müller, B., Neudörfl, A., Bücherl, U., Renschmidt, H. et al. (2001). Long-term outcome and prognosis of obsessive-compulsive disorder with onset in childhood or adolescence. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 37–46.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2006). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F); diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (H. Dilling, W. Mombour, M. H. Schmidt & E. Schulte-Markwort, Hrsg., 4. Aufl.). Bern: Huber.

Manuskripteingang
Nach Revision angenommen

6. August 2013
15. September 2013

Susanne Walitza, Prof. Dr. med. Dipl.Psych.

Ärztliche Direktorin
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Universität Zürich
Neumünsterallee 9
8032 Zürich
susanne.walitza@kipdzh.ch

Interessenkonflikte

Frau Prof. D. S. Walitza erhielt in den vergangenen 5 Jahren Referentenhonorare von Janssen Cilag, AstraZeneca und Eli Lilly. Ihre Arbeit und Forschung wurde in den letzten 5 Jahren unterstützt durch Mittel des Schweizerischen Nationalfonds, EU FP7, HSM Hochspezialisierte Medizin des Kantons Zürich und durch Mittel des BMBF.

CME-Fragen



- Was gehört nicht zu den Hauptänderungen in der Definition der Zwangsstörungen im DSM-5 im Vergleich zum DSM-IV-TR?
 - Zwangsstörungen werden jetzt in einer eigenen Kategorie verschlüsselt
 - Die Einsichtsfähigkeit muss eingeschätzt werden
 - Eine ich-syntone Dismorphophobie wird jetzt unter den psychotischen Störungen verschlüsselt
 - Es muss immer die Subgruppierung mit komorbider Ticstörung berücksichtigt werden
 - Statt Zwangsimpulsen spricht man jetzt von Drang
- Neben Zwangsstörungen liegen häufig andere komorbide Störungen vor, welche Aussage ist falsch?
 - Zwangsstörungen treten häufig mit Depressionen auf
 - Eine komorbide Ticstörung kommt häufig bei frühem Beginn der Zwangsstörung vor
 - Eine komorbide Angststörungen tritt seltener als eine komorbide Ticstörung auf
 - komorbide Ticstörungen sind ein negativer Prädiktor für eine SSRI Therapie
 - Zwänge mit komorbiden Essstörungen werden nicht als eigene Subgruppe klassifiziert
- In welchem der folgenden Punkte grenzt sich die Definition der Zwangsstörungen im DSM-5 von der ICD-10 ab?
 - Die Zwänge müssen den Betroffenen beeinträchtigen und dürfen nicht an sich angenehm sein
 - Eine Zwangsstörung kann auch diagnostiziert werden, wenn keine Einsicht in die Unsinnigkeit der Symptomatik vorliegt
 - Zwangsstörungen sind häufig mit Angststörungen vergesellschaftet
 - Zwangsstörungen sind immer wiederkehrende Zwangsgedanken und -handlungen, die die Alltagsbewältigung der Patienten stören
- Die meisten Zwangsstörungen beziehen sich auf Reinlichkeit
- Welche Aussage ist für das DSM-5 nicht zutreffend?
 - Das DSM-5 wählt den Begriff Drang statt Impuls für eine bessere Abgrenzung von den Impulskontrollstörungen
 - Das DSM-5 wählt den Begriff Drang, obwohl die Abgrenzung zu Ticstörungen schwieriger werden könnte
 - Das DSM-5 wählt statt der Beschreibung *ein Zwang sei unangemessen* die Bezeichnung *der Zwang sei unangenehm*, um dem Gefühl mehr Ausdruck zu geben
 - Das DSM-5 hebt die Bedeutung der Einsichtsfähigkeit hervor, da dies besonders therapierelevant ist
 - Das DSM-5 lässt zu, dass auch Erwachsene keinerlei Einsicht in ihre Zwangssymptomatik haben
- Welche Aussage zur Beurteilung der Einsichtsfähigkeit bei Zwangsstörungen trifft nach DSM-5 zu?
 - Die Einsichtsfähigkeit sollte vom Therapeut beurteilt werden, wenn der Patient keinen Therapieerfolg zeigt
 - Ist bei einer Trichotillomanie keine Einsichtsfähigkeit vorhanden, sollte die Zweit-Diagnose einer Psychose gegeben werden
 - Bei einer vorliegenden Einsicht bei Kindern, kann davon ausgegangen werden, dass es sich um Rituale und nicht um einer Zwangsstörung handelt
 - Die Beurteilung der Einsichtsfähigkeit kann nicht ohne Fragebogen erfolgen
 - Die Beurteilung der Einsichtsfähigkeit im Kindesalter erfolgt unter Einbezug verschiedener Quellen und im Verlauf

Um Ihr CME-Zertifikat zu erhalten (mind. 3 richtige Antworten), schicken Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen **mit einem frankierten Rückumschlag** bis zum **29.4.2014** an die nebenstehende Adresse. Später eintreffende Antworten können nicht mehr berücksichtigt werden.

Professor Dr. Beate Herpertz-Dahlmann
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Neuenhofer Weg 21
52074 Aachen
Deutschland

FORTBILDUNGSZERTIFIKAT

Die Ärztekammer Niedersachsen erkennt hiermit
2 Fortbildungspunkte an.

«Zwangsstörungen im DSM-5: Was ist neu?»

Stempel

Kinder- und Jugend-
psychiatrie und
Psychotherapie
2/2014

HUBER



Die Antworten bitte deutlich ankreuzen!

	1	2	3	4	5
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.

Name

Berufsbezeichnung, Titel

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Datum

Unterschrift