

DSM-5 – Wesentliche Neuerungen und Implikationen für ICD-11

Dipl.-Psych. Eva Asselmann

Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, TU Dresden

5. Hamburger Psychotherapeutentag, 21.06.2014

Inhalt

1. Hintergrund, Definitionen und Ziele
2. Was ist neu?
3. Kritik

Diagnostik im Bereich der klinischen Psychologie

- **Binäres, kategorieales Klassifikationssystem**
 - Deskriptiv, mit expliziten Kriterien
 - Anhand von subjektiv berichteten Symptomen
- **Ideal: Klassifikation aufgrund von nosologischen Entitäten (analog zur Medizin)**
 - Aber: Forschung zu ätiologischen Faktoren etc. „steckt noch in den Kinderschuhen“
- **Neue Forschungsinitiativen**
 - Z.B. NIMH Research Domain Criteria Project (R-DoC)
 - Ziel: Dimensionale und störungsübergreifende Aspekte stärker berücksichtigen

Was ist „krank“ und was „gesund“?

- Zahlreiche, unscharfe Definitionen (z.B. WHO, Salutogenese-Modell)
- Schwellenproblem: Kontinuierliche, fließende Übergänge
- Randbereichs-Unschärfen
- Kombinatorische Unschärfen
- Normative Aspekte (z.B. Schwangerschaft als Nicht-Krankheit)
- Disease vs. Illness vs. Sickness
- Krankheit vs. Beeinträchtigung/Behinderung vs. Behandlungs-/Präventionsbedarf
- **Wichtig: Psychische Störungen sind (modifizierbare!) Konstrukte**

Definition „Psychische Störung“ in DSM-5 (p. 20)

- „Eine psychische Störung ist definiert als Syndrom, welches durch **klinisch signifikante Störungen** in den **Kognitionen**, in der **Emotionsregulation** und im **Verhalten** einer Person charakterisiert ist.“
- „Diese Störungen sind Ausdruck von **dysfunktionalen psychologischen, biologischen oder entwicklungsbezogenen Prozessen**, die psychischen und seelischen Funktionen zugrunde liegen.“
- „Psychische Störungen sind typischerweise verbunden mit bedeutsamen **Leiden oder Behinderung** hinsichtlich sozialer oder berufs-/ausbildungsbezogener und anderer wichtiger Aktivitäten.“

Klinische Nützlichkeit und Behandlungsbedarf (p. 20)

- „Die Diagnose einer psychischen Störung sollte **klinische Nützlichkeit** besitzen, d.h. sie sollte es dem Behandler ermöglichen, eine **Prognose**, einen **Behandlungsplan** und den wahrscheinlichen **Behandlungsausgang** für den Patienten zu bestimmen.“
- „Dennoch ist die Diagnose einer psychischen Störung **nicht mit Behandlungsbedarf gleichzusetzen**. Ob Behandlungsbedarf besteht ist eine darüber hinausgehende **komplexe klinische Entscheidung**, welche die Tragweite von **Symptomen** (...), das **Leiden** des Patienten (...), die damit einhergehenden **Einschränkungen** und Behinderungen sowie die **Vor- und Nachteile einer Behandlung** einbezieht.“

Klinische Signifikanz

- **Abgrenzung der Konstrukte**
 - Psychische Störung vs.
 - Beeinträchtigung/Behinderung vs.
 - Behandlungsbedarf
- **Aber:**
 - Strikte Trennung nicht immer möglich
- **Klinische Signifikant oft Teil der Diagnose selbst**
 - „Die Störung verursacht wesentliches Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.“

DSM-5 - Warum brauchen wir das überhaupt?

- **Ziele:**
 - Verbesserung der klinischen Nützlichkeit
 - Erhöhung von Reliabilität und Validität
 - Integration neuer Forschungsbefunde
 - Stärkere Berücksichtigung von entwicklungsbezogenen Aspekten
 - Erleichterung der Handhabung durch Vereinfachung vieler Störungsklassen
 - Online-Erweiterungen
- **DSM-5 als „living document“**

DSM-5 – Was geht uns das an?

- „In Deutschland haben wir doch die gute alte ICD...“
- **DSM-5 als Wegweiser für ICD-11**
 - Übereinstimmung mit der für ICD-11 geplanten Struktur
- **Außerdem:**
 - DSM-5-Diagnosen enthalten korrespondierende F-Kodierungen (ICD-10)
 - DSM-5 enthält ausführliche Kommentierungen und Anleitungen zur sachgerechten Nutzung
 - DSM-5 ist teils expliziter, präziser und „härter“
 - muss weniger auf politischen Konsens achten

Wichtige Änderungen in DSM-5

- **Neu:**
 - Aufhebung der multi-axialen Struktur
 - Neuordnung der Störungsklassen und einzelner Störungen
 - Betonung von dimensional und störungsübergreifenden Maßen (Cross-Cutting Symptom Measures)
 - Einführung neuer Diagnosen (z.B. Leichte Kognitive Störungen, Binge-Eating-Störung, Prämenstruelle Dysphorische Störung, Pathologisches Horten, Dermatillomanie)
- **Aber:**
 - Diagnosen-Anzahl wurde von 172 in DSM-IV auf 157 in DSM-5 reduziert
 - Nicht-Hinzunahmen einiger Beschwerdebilder, die teils vehement postuliert wurden (z.B. Attenuiertes Psychose-Syndrom, Burnout-Syndrom)

Depressive Störungen

- **Vorher:** Affektive Störungen
- **Neu:**
 - Prämenstruelle Dysphorische Störung
 - Disruptive Affektregulationsstörung (bei Kindern/Jugendlichen <18 Jahren)
 - Persistierende Depressive Störung (Dysthymie und chronische depressive Störungen)
- **Major Depression**
 - Zusatzkodierung „Mit Gemischten Merkmalen“, „Mit Angst“
 - Aufhebung von Trauerreaktionen als Ausschlusskriterium
- **Zahlreiche Zusatzkodierungen**
 - Schweregrad, Voll-/Teilremission, Beginn, gemischte/psychotische Merkmale etc.

Angststörungen

- **Trennung von:**
 - Angststörungen
 - Zwangsstörungen und verwandte Störungen
 - Trauma- und belastungsbezogene Störungen
- **Neu integriert:**
 - Störung mit Trennungsangst
 - Selektiver Mutismus
- **Panik:** Trennung von Panikstörung und Agoraphobie, Panikattacken als Zusatzkodierung
- **Phobien:**
 - Einsicht, dass Angst übertrieben und unvernünftig ist als Kriterium entfernt
 - Stattdessen: Angst geht über Ausmaß der tatsächlichen Gefahr/Bedrohung hinaus
 - Mindestdauer altersunabhängig 6 Monate
- Soziale Phobie umbenannt in **Soziale Angststörung**

Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen

- **Substanzkonsumstörungen**
 - Trennung von Missbrauch und Abhängigkeit aufgehoben
 - Einteilung nach Schweregraden: Leicht, Mittel, Schwer
 - Starkes Verlangen (Craving) als Kriterium ergänzt
 - Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz als Kriterium aufgehoben
 - Unterscheidungen mit/ohne körperliche Abhängigkeit und in Voll-/Teilremission aufgehoben
- **Neu:**
 - Pathologisches Spielen
 - Störungen im Zusammenhang mit Koffein und Cannabis

Zwangsstörungen und verwandte Störungen

- **Enthalten u.a.:**
 - Zwangsstörung
 - Körperdysmorphie Störung
 - Pathologisches Horten
 - Trichotillomanie
 - Dermatillomanie
 - Etc.

Trauma- und belastungsbezogene Störungen

- **Posttraumatische Belastungsstörung**
 - A2-Kriterium (subjektives Erleben) entfällt
 - Ereignis muss direkt, indirekt oder als Zeuge erlebt worden sein
 - Separate Kriterien für Kinder im Alter von 6 Jahren oder jünger
- **Anpassungsstörung**
 - Für heterogene Symptomcluster aufgrund von belastenden Ereignissen
 - In DSM-IV eher „Restkategorie“
- Unterscheidung zwischen **Reaktiver Bindungsstörung** und **Beziehungsstörung mit Enthemmung**

Neurokognitive Störungen (NCD)

- **Schwere und Leichte NCD:**
 - Demenz und Amnestische Störungen
 - Kognitive Beeinträchtigung in mind. einer von sechs Domänen
 - Subjektiv und objektivierbar feststellbar
 - Leichte vs. schwere kognitive Leistungseinbußen
 - Bestimmung der zugrundeliegenden Ätiologie
 - Zusatzkodierung: Vorhandensein vs. Fehlen von Verhaltensstörungen
- **Abgrenzungsprobleme:**
 - NCD vs. normales Altern
 - Leichte vs. Schwere NCD (meist graduelle Verschlechterung)
 - Verhaltensstörungen vorhanden vs. nicht vorhanden (keine konkreten Kriterien)

Persönlichkeitsstörungen

- nicht mehr auf eigener Achse codiert
- 10 Diagnosen beibehalten
- Alternatives Modell im Anhang enthalten

Allen Frances' „Saving Normal“ und „Statement of concern“

- **DSM-5 ist mangelhaft reliabel und valide**
 - Externer wissenschaftlicher Review wurde nicht umgesetzt
 - „Field Trials“ wurden nicht vollendet
 - Teils fehlende empirische Evidenz für Diagnosen und Kriterien
- **Diagnostische Schwellen wurden herabgesetzt und neue Diagnosen eingeführt**
 - Führt zu Inflation psychischer Störungen
 - Erhöht Etikettierung und Stigmatisierung
 - Gefährdet Patientensicherheit
 - Risiko für unnötigen, potenziell schädlichen Gebrauch von Psychopharmaka
 - Verschlechtert Behandlungsmöglichkeit für eigentlich Behandlungsbedürftige

Aber...

- **Zukünftige Inflation psychischer Störungen nicht erwiesen**
 - Kriterien wurden teils verschärft, ergänzt und expliziert
- **Psychische Störung ≠ Behandlungsbedarf**
 - Herabsetzung diagnostischer Schwellen soll Zugang zu Behandlung erleichtern
 - Verantwortung für adäquate Behandlung liegt beim Kliniker, nicht bei DSM-5
- **Bezieht sich Kritik ausschließlich auf DSM-5?**
 - Was sind konkrete Alternativvorschläge?
 - DSM-5 als „living document“
- **Normal = gesund und krank = unnormal?**
 - Gesellschaftliche Stigmatisierung psychischer Störungen als eigentliches Problem?

Literatur

- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Casey, B.J. et al. (2013). DSM-5 and RDoC: progress in psychiatry research? *Nature Reviews Neuroscience* 14, 810–814.
- Ehret, A. M., & Berking, M. (2013). DSM-IV und DSM-5: Was hat sich tatsächlich verändert?. *Verhaltenstherapie*, 23(4), 258-266.
- Heinz, A. (2013). Der Krankheitsbegriff im Spannungsfeld. *Psyche im Fokus*, 1(2), 12-15.
- Heinz, A., & Friedel, E. (2014). DSM-5: wichtige Änderungen im Bereich der Suchterkrankungen. *Der Nervenarzt*, 85(5), 571-577.
- Helmchen, H. & Linden, M. (2000). Subthreshold disorders in psychiatry: Clinical reality, methodological artifact, and the double-threshold problem. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (2, Suppl. 1), 1-7.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., ... & Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748-751.
- Jacobi, F., Maier, W., & Heinz, A. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Hilfestellung zur Indikation. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(49), 2364-2368.
- Kapfhammer, H. P. (2014). Trauma-und stressorbezogene Störungen. *Der Nervenarzt*, 85(5), 553-563.
- Keil, G. & Poscher, R. (2012). *Unscharfe Grenzen im Umwelt- und Technikrecht*. Baden-Baden: Nomos.
- Maier, W., & Barnikol, U. B. (2014). Neurokognitive Störungen im DSM-5. *Der Nervenarzt*, 85(5), 564-570.
- Regier, D. A., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*, 12(2), 92-98.
- Simmons, J. M., & Quinn, K. J. (2014). The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) project: implications for genetics research. *Mammalian Genome*, 25(1-2), 23-31.
- Statement of Concern: <http://dsm5response.com/statement-of-concern/>
- Wittchen, H. U., Heinig, I., & Beesdo-Baum, K. (2014). Angststörungen im DSM-5. *Der Nervenarzt*, 85(5), 548-552.
- Wittchen, H.-U. (2011). Klassifikation psychischer Störungen. In: H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie (2. Auflage)*, S.27-55. Berlin: Springer.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!