

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**DSM-5: Möglichkeiten und Grenzen
in der Verbesserung der
Klassifikation/Diagnostik
psychischer Erkrankungen // DSM-5:
Possibilities and limitations in
the improvement of the
classification/diagnostic of mental
disorders**

Möller HJ

*Journal für Neurologie
Neurochirurgie und Psychiatrie*

2018; 19 (4), 144-153

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

77. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie



DGNC



© engel.ac-book.acobe

2026

7.–10. Juni

AACHEN

Personalisierte Neurochirurgie – digital, kompetent, vernetzt

Joint Meeting with the Belgian Society and the Dutch

Society of Neurosurgery and Neurosurgeons of Luxembourg

dgnc-kongress.de

*Werfen Sie einen
Blick ins Programm!*



*Registrieren
Sie sich jetzt!*



DSM-5: Möglichkeiten und Grenzen in der Verbesserung der Klassifikation/Diagnostik psychischer Erkrankungen

H.-J. Möller

Kurzfassung: DSM-5, die nach ca. 20 Jahren umfassend revidierte Fassung des US-amerikanischen Diagnosesystems psychischer Erkrankungen, wurde 2013 eingeführt und ist seit 2015 auch in einer autorisierten deutschsprachigen Übersetzung verfügbar. In mehrjähriger intensiver Vorarbeit wurde das aktuelle Wissen zusammengefasst und die daraus folgenden Konsequenzen für die psychiatrische Klassifikation und Diagnostik in hochrangig besetzten Expertengruppen erörtert.

Unter vielen Aspekten entspricht DSM-5 nicht den ursprünglichen Plänen und Erwartungen, es kann aber unter den meisten Aspekten als eine akzeptable Zusammenfassung des gegenwärtigen Wissens zu psychischen Störungen angesehen werden. Auch wenn DSM-5 von Universitäten und Forschungsgruppen international mit Interesse aufgenommen wird, bleibt für die nicht-US-amerikanischen Länder die ICD-10 weiterhin, bis zur offiziellen Einführung von ICD-11 bindend. Unter vielen Aspekten wird DSM-5 als eine Art Vorläufermodell für die ICD-11 angesehen, die aber doch bei allem Versuch der Annäherung ihre eigenen Lösungen finden wird.

In dieser Publikation werden einige wichtige grundsätzliche Aspekte des DSM-5 dargestellt, soweit diese für den im Bereich der psychischen Erkrankungen/Störungen klinisch tätigen Arzt von Interesse sind. Außerdem wird an einigen krankheits-/störungsbezogenen Beispielen erläutert, wie das DSM-5 diese operationalisiert und worin die Unterschiede zu ICD-10 bzw. DSM-IV bestehen.

Schlüsselwörter: Diagnostik, DSM-5, Klassifikation, psychische Erkrankungen

Abstract: DSM-5: Possibilities and limitations in the improvement of the classification/diagnostic of mental disorders. DSM-5 – the after 20 years totally revised new version of the US-American diagnostic system of psychiatric disorders – was introduced 2013 and is since 2015 also available in a German translation. In many years of preparation the current knowledge was summarized and the respective consequences for the psychiatric classification and diagnostic was discussed in high-ranking expert groups. Under many aspects DSM-5 does

not fulfill the original plans and expectations, however, under most aspects it can be seen an acceptable summary of the current knowledge of mental disorders.

Although DSM-5 was received internationally from universities and research groups with great interest, for the non-US countries the ICD-10, up to the official introduction of ICD-11, continues to be the mandatory classification system. Under many aspects the DSM-5 can be seen as a kind of predecessor model of ICD-11, however ICD-11, in spite of all intention to come closer to DSM-5, will find many own solutions.

In this paper some important issues of DSM-5 are presented as far as they are of interest for physicians working clinically in the field of mental disorders. In addition it will be illustrated with some examples, how DSM-5 defines operationally some disorders and where are the differences to ICD-10 and to DSM-IV. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2018; 19 (4): 144–53.**

Keywords: diagnostic, DSM-5, classification, psychic disorders

■ Einleitung

Mit der Einführung einer operationalisierten Klassifikation/Diagnostik in den 80er- und 90er-Jahren des letzten Jahrhunderts (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-III, DSM-IV) und dem psychiatrischen Teil der „International Classification of Diseases“ (ICD-10) gelang eine erhebliche Verbesserung der bis dahin noch sehr problematischen Krankheitssystematik psychischer Erkrankungen. Aber auch mit diesem Fortschritt waren nicht alle Probleme gelöst. Obendrein bedurfte der seitdem erreichte Zuwachs an empirischem Wissen der Berücksichtigung. Die Verbesserung der psychiatrischen Klassifikation/Diagnostik unter Aspekten der Validität und Reliabilität ist deshalb ein kontinuierliches Anliegen der Psychiatrie. Diese Zielsetzung ist nicht leicht zu erfüllen, da es sich bei den meisten psychischen Störungen nicht um natürlich vorgegebene Krankheitsentitäten handelt, sondern um Konstrukte, die je nach dem aktuellen Wissensstand angepasst werden müssen. Mit der nach langer und umfangreicher Vorarbeit im Jahre 2013 erfolgten Einführung einer neuen Version des DSM-Systems – DSM-5 – und der in den nächsten Jahren, abermals nach langer Vorarbeit, zu erwartenden Einführung des revidierten psychiatrischen Teils der ICD-11 – wird versucht, diesem Anliegen zu entsprechen [1].

Eingelangt am 08.02.2017, angenommen nach Review am 20.11.2017, Pre-Publishing Online am 01.08.2018

Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik, LMU München

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Hans-Jürgen Möller, em. Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik der LMU München, D-80336 München, Nussbaumstraße 7, E-mail: hans-juergen.moeller@med.uni-muenchen.de

Das DSM-5 der American Psychiatric Association (APA) ist primär ein auf die Gegebenheiten und Bedürfnisse der US-amerikanischen Psychiatrie zugeschnittenes System. Es hat aber, wie die bisherigen Versionen, wegen seiner Qualität auch international Bedeutung gewonnen, allerdings vorrangig nur im wissenschaftlichen Kontext. Demgemäß hat die Einführung des DSM-5 großes Interesse auch in vielen anderen Ländern erzeugt, für die das ICD-System – derzeit ICD-10, in naher Zukunft ICD-11 – das primär verbindliche Klassifikationssystem ist. Einige der Ansätze und Veränderungen der psychiatrischen Klassifikation im DSM-5 sind obendrein modellhaft für die Entwicklung des psychiatrischen Teils der ICD-11 (Draft version 2016!) und geben allgemeine Hinweise, in welche Richtung sich die psychiatrische Klassifikation/Diagnostik konzeptionell verändert. Insofern scheint es von Bedeutung, sich mit diesen Aspekten zu beschäftigen. Wegen dieser grundsätzlichen Bedeutung wurde das DSM-5 in verschiedene Sprachen übersetzt, u.a. auch ins Deutsche (American Psychiatric Association: DSM-5, deutsche Übersetzung 2015) [2].

■ Grundsätzliche Aspekte des DSM-5

Die Gliederung und Charakterisierung der einzelnen psychischen Störungen in den neueren Diagnosesystemen (DSM-IV, DSM-5, ICD-10, ICD-11) weicht zum Teil erheblich von der traditionellen Krankheitslehre der deutschsprachigen Psychiatrie ab. Das hängt u.a. mit der Notwendigkeit präziserer Konzepte im Rahmen der Operationalisierung, mit der stärkeren Einbeziehung neuerer Forschungsergebnisse und

insbesondere beim ICD-System mit der Notwendigkeit, auf internationaler Ebene Kompromisse zu machen, zusammen. Insgesamt geht es dabei um bessere Validität und Reliabilität der psychiatrischen Diagnostik.

Das 2013 eingeführte DSM-5 ist wegen der sorgfältigen Entwicklung unter Einbeziehung der neuesten wissenschaftlichen Ergebnisse und der Mitarbeit vieler renommierter Experten von hoher Qualität. Es gibt den aktuellen Stand international konsensfähigen Wissens über psychiatrische Erkrankungen/Störungen wieder und ist damit eine wichtige Referenzquelle.

Es sei in diesem Zusammenhang daran erinnert, dass im Zuge der Entwicklung operationalisierter Diagnosesysteme in der Psychiatrie, primär ausgelöst durch das US-amerikanische Schrifttum, immer mehr dem Begriff „Störung“ („disorder“) anstelle des Begriffs „Erkrankung“ der Vorzug gegeben wurde. Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, dass es sich größtenteils um Phänomene handelt, die nicht dem entsprechen, was man in der Medizin als „Krankheit“ bezeichnet (u.a. eine spezielle Symptomatik mit nachweisbarer organischer Ursache und typischen Verlaufsgesetzmäßigkeiten), sondern etwas, was auf einer noch nicht so weit medizinisch aufgeklärten Ebene liegt und deshalb eher nur deskriptiv behandelt werden kann.

Es ist hier aus Platzgründen nicht möglich, das umfangreiche DSM-5 – die deutsche Übersetzung hat annähernd 1300 Seiten! – hinsichtlich aller relevanter Aspekte darzustellen, sondern es kann nur auf wichtige prinzipielle Gesichtspunkte und einige ausgewählte störungsbezogene Aspekte eingegangen werden. Für den darüber hinausgehend Interessierten wird die Lektüre des DSM-5 empfohlen. Zur weiteren Vertiefung sei auf die zahlreichen diesbezüglichen Publikationen verwiesen, die sich deskriptiv oder kritisch mit dem DSM-5 beschäftigen (z. B. [3, 4]). Die Umsetzung des DSM-5 in die praktische klinische Tätigkeit kann den neuesten Versionen der Lehrbücher für das Fach Psychiatrie entnommen werden (z. B. Möller, Laux, Deister 2015 [5], Möller, Laux, Kapfhammer, 2017 [6]).

Im Gegensatz zu den ursprünglichen Absichten ist das DSM-5 nicht so innovativ, wie von den Initiatoren ursprünglich geplant [3, 4]. So wurde die anfangs favorisierte Idee, statt der bisherigen Krankheits-/Störungseinheiten vorrangig eine syndromale/dimensionale Diagnostik einzuführen, aus mehreren wissenschaftlichen und pragmatischen Gründen weitgehend fallen gelassen. Selbst bei den Persönlichkeitsstörungen, wo dieser Ansatz besonders plausibel schien und ein sinnvolles Konzept in diesem Sinne vorgelegt wurde (im Kapitel 3 des DSM-5 als zur weiteren Erprobung sinnvoller Ansatz publiziert), wurde schlussendlich darauf verzichtet. Auch konnte die Absicht, für viele Erkrankungen/Störungen Biomarker zur Objektivierung der Diagnose anzugeben, aus Mangel an stabilen zureichenden neurobiologischen Erkenntnissen nicht realisiert werden.

Insgesamt ist es im DSM-5 nicht gelungen, psychische Erkrankungen/Störungen im Sinne von neurobiologisch definierten Entitäten zu konzeptualisieren, obwohl das das ursprüngliche Ziel war. Die neurobiologischen Befunde im Bereich der Genetik, der Molekularbiologie, der Bildgebungsforschung, der Neuropathologie u.a. ergeben keine eindeutigen bzw. ausreichenden Assoziationen mit den traditionellen Krankheiten/

Störungen. Diese empirische Befundlage, obwohl schon seit längerem bekannt, hat in der Fachwelt zu großer Enttäuschung geführt. Die Vorbereitungen des DSM-5 und die Diskussionen um die erwähnten grundsätzlichen Problematiken haben zu einer verbesserten Übersicht des Erkenntnisstandes in unserem Fach beigetragen, sowohl auf konzeptueller Ebene wie auch auf der Evidenzebene.

Das bisherige Kategorien- und Gliederungssystem blieb weitgehend erhalten [1, 3], wenn auch einige sinnvolle Änderungen und Ergänzungen erfolgten. Die Tabelle 1 gibt eine allgemeine Übersicht.

Der ursprüngliche Plan, schizophrene Psychosen und bipolare Störungen zu einer Obergruppe „psychotic spectrum“ zusammenzufassen, wurde aus verschiedenen Gründen (u.a. mangelnde Validität, mangelnde Praktikabilität) nicht realisiert, was von einigen insbesondere auf die genetische Überlappung dieser beiden Störungsgruppen abstellenden Experten als Problem angesehen wird. So besteht weiterhin ein auf schizophrene Störungen bezogenes Hauptkapitel, jetzt mit dem Titel „Schizophrenie-Spektrum und verwandte psychotische Störungen“. Bei den schizophrenen Psychosen wurde die symptombezogene Charakterisierung noch weiter als schon in DSM-IV vereinfacht. Dabei wurde neben den Symptomen 1. Ranges (nach Kurt Schneider) auch auf die meisten traditionellen Subtypen wegen mangelnder Validität bzw. Stabilität verzichtet. Von diesen ursprünglichen Subtypen blieb nur die Katatonie, allerdings nicht mehr als Subtyp der Schizophrenie, sondern nur als diagnoseübergreifender „Specifier“ für katonische Symptomatik erhalten, der u.a. auch bei den affektiven Erkrankungen anwendbar ist.

Erstmals gibt es ein Hauptkapitel für die bipolaren Erkrankungen – „Bipolare und verwandte Erkrankungen“, das sowohl die Manie (wie schon bisher), wie auch die Depression im Rahmen der bipolaren Erkrankung umfasst. Erstmals werden damit die beiden phänomenologischen Hauptgruppen der bipolaren Erkrankung – Manie und Depression – in einem Hauptkapitel dargestellt. Dies wird von den meisten Experten für bipolare Erkrankungen als sinnvolle Entscheidung angesehen, wenn auch andere, die mehr den Blick auf das Gesamtgebiet der affektiven Erkrankungen richten, den nun fehlenden Bezug zur (unipolaren) Depression und somit zu diesem Teil des Spektrums affektiver Störungen als problematisch empfinden.

Wegen der implausiblen und viel kritisierten Häufigkeit einer „Bipolar“-Diagnose bei Kindern in den USA wurde die neue diagnostische Kategorie „disruptive Affektregulationsstörung“ („disruptive affect regulation disorder“) als Ersatzkategorie, allerdings im Kapitel depressive Störungen, eingeführt, die besser den beobachteten Phänomenen im Kindes-/Jugendalter entsprechen soll. Ein „mixed feature“-Specifier soll auf Mischformen von Depression und Manie aufmerksam machen und die jeweils gegenpoligen Symptom-Beimengungen, also bei Depression manische Symptomatik und bei Manie depressive Symptomatik, erfassen. Dieser Ansatz dient der differenzierteren und quasi-dimensionalen Darstellung des bisherigen Konzepts der „Mischzustände“ („mixed states“). Außerdem wurden in der Kategorie „other specified bipolar and related disorder“ eine Reihe von größtenteils subsyndromalen bipola-

Tabelle 1: Orientierender Überblick über die DSM-Kapitel (gekürzt!) (Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Georg-Thieme-Verlages Stuttgart aus [5])**Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung**

Intellektuelle Beeinträchtigungen, Kommunikationsstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, spezifische Lernstörungen, motorische Störungen

Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen

Schizotype Störung, wahnhaftige Störung, kurze psychotische Störung, schizophreniforme Störung, Schizophrenie, schizoaffektive Störung

Bipolare und verwandte Störungen

Bipolar-I-Störung, Bipolar-II-Störung, zyklotyme Störung, bestimmte andere bipolare und verwandte Störungen

Depressive Störungen

Major-Depression, persistierende depressive Störung, disruptive Affektregulationsstörung

Angststörungen

Störung mit Trennungsangst, selektiver Mutismus, spezifische Phobie, soziale Phobie, Panikstörung, Agoraphobie, generalisierte Angststörung

Zwangsstörungen

Zwangsstörung, körperdysmorphie Störung, pathologisches Horten, Trichotillomanie, Dermatillomanie

Trauma-/belastungsbezogene Störungen

Reaktive Bindungsstörung, soziale Bindungsstörung mit Enthemmung, posttraumatische Belastungsstörung, akute Belastungsstörung, Anpassungsstörungen

Dissoziative Störungen

Dissoziative Identitätsstörung, dissoziative Amnesie, Depersonalisations-, Derealisationsstörung

Somatische Belastungsstörungen und verwandte Störungen

Somatische Belastungsstörung, Konversionsstörung, Krankheitsangststörung, psychologische Faktoren, die eine körperliche Krankheit beeinflussen, vorgetäuschte Störung

Fütter-/Essstörungen

Pica, Ruminationsstörung, Fütterungsstörung im Säuglings- und Kleinkindalter, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge-Eating-Disorder

Ausscheidungsstörungen

Enuresis, Enkopresis

Schlaf-/Wachstörungen

Insomnie, Hypersomnie, atunungsbezogene Schlafstörungen, Narkolepsie

Sexuelle Funktionsstörungen

Verzögerte Ejakulation, Erektionsstörung, weibliche Orgasmusstörung, Störung des sexuellen Interesses bzw. der Erregung bei der Frau, genito-pelvine Schmerz-Penetrationsstörung, Störung mit verminderter sexueller Appetenz beim Mann, Ejaculatio praecox

Geschlechtsdysphorie**Disruptive, Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen**

Störung mit oppositionellem Trotzverhalten, intermittierende explosive Störung, Störungen des Sozialverhaltens, antisoziale Persönlichkeitsstörung, Pyromanie, Kleptomanie

Störungen in Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und Substanzkonsumstörungen

Konsum, Intoxikation, Entzug (Alkohol, Koffein, Cannabis, Halluzinogene, Inhalanzien, Opioide, Sedativa, Hypnotika und Anxiolytika, Stimulanzien, Tabak), Störung durch Glücksspielen

Neurokognitive Störungen (NCD)

Delir, schwere und leichte NCD (Alzheimer-Erkrankung, frontotemporale Degeneration, Lewy-Body-Erkrankung, vaskuläre Erkrankung, Schädel-Hirn-Trauma, HIV-Infektion, Prionen-Erkrankung, Parkinson-Erkrankung, Huntington-Erkrankung)

Persönlichkeitsstörungen

Cluster A-Persönlichkeitsstörungen (paranoide, schizoide, schizotype)
Cluster B-Persönlichkeitsstörungen (antisoziale, Borderline, histrionische, narzisstische)
Cluster C-Persönlichkeitsstörungen (vermeidende, dependente, zwanghafte)

Paraphile Störungen

Voyeuristische Störungen, exhibitionistische Störungen, frotteuristische Störungen
sexuelle masochistische Störung, sexuelle sadistische Störung, fetischistische Störung, transvestitische Störung

ren Erscheinungsformen dargestellt und damit der Bereich der bipolaren Diagnosemöglichkeiten erweitert.

Das Depressionskapitel bezieht sich nur noch auf die (unipolare) Depression („major depressive disorder“), nicht mehr auf die Depression im Rahmen der bipolaren Erkrankung. Neben der „major depression“ in der episodischen und in der rezidivierenden Form wird u.a. die bisherige Dysthymie mit chronischen Depressionsformen zur „persistierenden depressiven Störung“ zusammengefasst. In dem Depressionskapitel wird auch die „prämenstruelle dysphorische Störung“ berücksichtigt. Hinsichtlich der Depression wird auf leichte (subsyndromale) symptomatische Hinweise für Bipolarität und Mischformen zwischen Depression und Manie besonders intensiv geachtet (analog wird auch bei der Darstellung

der Manie auf diese Übergangsbereiche fokussiert, s.o.). Um diese subsyndromalen Übergänge zu erfassen, wird ein entsprechender Specifier „with mixed features“ angeboten. Ein weiterer Specifier – „with anxious distress“ – bezieht sich auf den Übergangsbereich von Depression zu Angst, einem weiteren Bereich von häufiger, entweder voll ausgeprägter oder subsyndromaler Komorbidität.

Die Zwangsstörungen wurden aus dem Kapitel Angststörungen ausgegliedert, was der deutschsprachigen Psychopathologie-Tradition entspricht. Sie bilden nun, erheblich erweitert um einige verwandte Störungen (wie pathologisches Horten, pathologisches Haarausreißen, körperdysmorphie Störungen), eine eigene Hauptkategorie. Dieses nun eigenständige und erheblich erweiterte Zwangstörungen-Kapitel (Zwangsstörun-

Tabelle 2: Diagnostische Leitlinien der Somatisierungsstörung nach ICD-10 und diagnostische Kriterien der somatischen Belastungsstörung nach DSM-5 (Auszüge) (Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Georg-Thieme-Verlages Stuttgart aus [5])**ICD-10**

Multiple und unterschiedliche körperliche Symptome, für die keine ausreichende körperliche Erkrankung gefunden wurde.

Die Symptome können sich auf jeden Körperteil oder jedes Körpersystem beziehen.

Hartnäckige Weigerung, den Rat oder die Versicherung mehrerer Ärzte anzunehmen, dass für die Symptome keine körperliche Erklärung zu finden ist.

Gewisse Beeinträchtigung familiärer und sozialer Funktionen durch die Art der Symptome und das daraus resultierende Verhalten.

Zeitkriterien: mind. 2 Jahre anhaltend

DSM-5

Eines oder mehrere somatische Symptome, die belastend sind oder zu erheblichen Einschränkungen in der alltäglichen Lebensführung führen.

Exzessive Gedanken, Gefühle oder Verhaltensweisen bezüglich der somatischen Symptome oder damit einhergehende Gesundheitssorgen, die sich mindestens in einem der folgenden Symptome ausdrücken:

Unangenehme und andauernde Gedanken bezüglich der Ernsthaftigkeit der vorliegenden Symptome

Anhaltende, stark ausgeprägte Ängste in Bezug auf die Gesundheit oder die Symptome

Exzessiver Aufwand an Zeit und Energie, die für die Symptome oder Gesundheitssorgen aufgebracht werden

Zustand der Symptombelastung persistiert (typischerweise länger als 6 Monate)

gen und verwandte Störungen) wird der Prävalenz und klinischen Relevanz dieser Störungen besser gerecht als die bisherige Systematik. Durch Zusatzkodierungen kann besser zwischen psychotischen und nicht-psychotischen Zwangsstörungen differenziert werden.

Nachdem auch die Trauma- und belastungsbezogenen Störungen aus dem Kapitel Angststörungen herausgenommen wurden, enthält dieses nun nur noch die klassischen Angststörungen, wobei insbesondere die Definition der generalisierten Angststörung verändert wurde. Die Kategorie „mixed anxiety and depression disorder“ für die Mischform von leichter depressiver Symptomatik und leichter ängstlicher Symptomatik wird nicht eingeschlossen, statt dessen kann durch den in der Sektion depressive Störungen dargestellten Specifier „with anxious distress“ die Überlappung depressiver mit ängstlicher Symptomatik zum Ausdruck gebracht werden.

„Trauma- und belastungsbezogene Störungen“ haben jetzt ein eigenständiges Hauptkapitel, in das u.a. neben den akuten Belastungsstörungen die posttraumatischen Belastungsstörungen enthalten sind. Aus Sicht vieler Experten ist dies eine wichtige, unter phänomenologischen und pathogenetischen Aspekten sinnvolle Neuerung, die der wachsenden Bedeutung insbesondere der posttraumatischen Belastungsstörungen besser gerecht wird.

Das Hauptkapitel „Somatische Belastungsstörung und verwandte Störungen“ enthält u.a. mehrere auch schon im DSM-IV bzw. im ICD-10 aufgeführte Störungen, z. T. aber mit – trotz ähnlicher diagnostischer Termini – veränderter Definition. So verwendet DSM-5 für die wichtige Gruppe, die im ICD-10 als „Somatisierungsstörungen“ bezeichnet werden, den Begriff „somatische Belastungsstörungen“ und stellt in den diagnostischen Kriterien neben den somatoformen Symptomen den Aspekt der Belastung bzw. Angst stark in den Vordergrund (Tab. 2).

Das führt u.a. zu Schwierigkeiten bei der Abgrenzung zur ebenfalls diesem Gesamtkapitel zugehörigen DSM-5-Diagnose „Krankheitsangststörung“, die in der ICD-10 traditionell als „hypochondrische Störung“ bezeichnet wird. Man muss sich

sehr in diese neuen Definitionen einarbeiten. Nicht nur aus klinischer Sicht, sondern auch aus der Sicht entsprechender Experten scheint die Darstellung dieser wichtigen Störungsgruppe noch immer nicht ganz gelungen, wenn sie auch gegenüber DSM-IV verbessert ist. Das hängt mit den grundsätzlichen Schwierigkeiten zusammen, diesen Phänomenbereich in prägnante Phänotypen zu fassen und systematisch zu gliedern. Daran sollte intensiv weiter gearbeitet werden, denn es handelt sich um eine außerordentlich prävalente und klinisch wichtige Störungsgruppe im Übergangsbereich von psychischen und somatischen Erkrankungen, die insbesondere im psychiatrisch-psychosomatischen Konsiliardienst von großer Relevanz ist.

Bei der Darstellung der Störungen durch psychotrope Substanzen wird der Begriff „Abhängigkeit“ vermieden. Der Grund für diese Entscheidung der DSM-Gruppe ist nicht ein wissenschaftlicher, sondern ein psychologischer: Menschen wollen sich nicht abhängig fühlen/sich nicht als „abhängig“ bezeichnen lassen. Diese Berücksichtigung von Einstellungen in der Bevölkerung und die Vermeidung durch bestimmte Einstellungen bedingter Diskriminierungen ist charakteristisch für die DSM-5-„Philosophie“ und führt, wie später noch dargestellt wird, u.a. auch zur Vermeidung des Begriffs „Demenz“. Bei der Darstellung der Störungen durch Einnahme psychotroper Substanzen wird nicht mehr differenziert im Sinne der Begriffe „Missbrauch“ oder „Abhängigkeit“, sondern für den gesamten Phänomenbereich, wenn es z. B. um Alkohol geht, von einer „Alkoholkonsumstörung“ gesprochen, die durch 11 Kriterien definiert wird. Dann wird die Störung je nach Anzahl der Kriterien in leicht, mittel und schwer unterteilt, wobei „schwer“ in etwa der traditionellen der Alkoholabhängigkeit entspricht.

Wie bereits im DSM-IV gibt es auch im DSM-5 keine eigene Kategorie für die traditionell als „organisch“ bezeichneten psychischen Störungen. Liegt ein fassbares organisches Korrelat vor, spricht DSM-5 von einem „medizinischen Krankheitsfaktor“. Analog zu den substanzinduzierten Störungen werden auch die auf einen „medizinischen Krankheitsfaktor“ zurückgehenden Störungen entsprechend ihrer psychopathologischen Leitsymptomatik in der entsprechenden Hauptgruppe eingeordnet.

Tabelle 3: Diagnostische Leitlinien bzw. diagnostische Kriterien schizophrener Erkrankungen nach ICD-10 bzw. DSM-5 (Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Georg-Thieme-Verlages Stuttgart aus [5])**ICD-10**

Erforderlich für die Diagnose Schizophrenie ist mindestens 1 eindeutiges Symptom (2 oder mehr, wenn weniger eindeutig) der unten genannten Gruppen 1–4 oder mindestens 2 Symptome der Gruppen 5–8.

1. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug u. ä.
2. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, Wahnwahrnehmungen u. ä.
3. Kommentierende oder dialogische Stimmen
4. Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer Wahn
5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität ohne deutliche affektive Beteiligung oder begleitet von anhaltenden überwertigen Ideen
6. Gedankenabreißen oder Einschubungen in den Gedankenfluss, Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen
7. Katatone Symptome
8. Negativsymptomatik wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte
9. Eine eindeutige und durchgängige Veränderung bestimmter umfassender Aspekte des Verhaltens der betreffenden Person, die sich in Ziellosigkeit, Trägheit, einer in sich selbst verlorenen Haltung und sozialem Rückzug manifestiert

Diese Symptome müssen fast ständig während eines Monats oder länger deutlich vorhanden gewesen sein.

Andere nicht organische Störungen, wie schizoaffektive Psychose und bipolare Erkrankung, müssen ausgeschlossen sein und es darf keine hirnganische, toxische oder sonstige medizinische Krankheitsursache nachweisbar sein.

DSM-5

A. Zwei (oder mehr) der folgenden Symptome, jedes bestehend für einen erheblichen Teil einer Zeitspanne von 1 Monat (oder weniger, falls erfolgreich behandelt). Mindestens eines dieser Symptome muss 1, 2 oder 3 sein.

1. Wahn
2. Halluzinationen
3. Desorganisierte Sprechweise (z. B. häufiges Entgleisen oder Zerfahrenheit)
4. Grob desorganisiertes oder katatonisches Verhalten
5. Negative Symptome (z. B. verminderter emotionaler Ausdruck, reduzierte Willenskraft [Avolition])

Für eine erhebliche Zeitspanne seit dem Beginn der Störung sind eine oder mehrere zentrale Funktionsbereiche wie Arbeit, zwischenmenschliche Beziehungen oder Selbstfürsorge deutlich unter dem Niveau, das vor dem Beginn erreicht wurde.

Zeichen des Störungsbildes halten für mindestens 6 Monate an. Diese 6-monatige Periode muss mindestens 1 Monat mit Symptomen (oder weniger, falls erfolgreich behandelt) umfassen, die das Kriterium A (d. h. floride Symptome) erfüllen, und kann Perioden mit prodromalen oder residualen Symptomen einschließen.

Die neurokognitiven Störungen, denen in der Regel ein organisches Substrat zugrunde liegt, werden in einem eigenen Hauptkapitel dargestellt. Dabei wurden die Begriffe „demenzielles Syndrom“ und „amnestisches Syndrom“ aufgegeben. Stattdessen findet sich die Bezeichnung „neurokognitive Störung“, die dann hinsichtlich verschiedener Schweregrade und ätiopathogenetischer Faktoren differenziert wird. Neben der „neurokognitiven Störung“ findet sich das „Delir“ als zweites eigenständiges (im traditionellen Sinne „organisches“) Syndrom.

Auf andere Ansätze und Veränderungen wie z. B. das neue Kapitel „Autismus-Spektrum-Störungen“ oder die verschiedenen sexuellen Störungen darstellenden Kapitel kann hier aus Platzgründen nicht eingegangen werden.

■ Einblicke in die klinische Anwendung

In diesem Kapitel können aus Platzgründen nur einige wenige Beispiele gegeben werden, die aber prototypisch für charakteristische Ansätze des DSM-5 sind.

Beispiel Schizophrenie

Es wurde schon im vorhergehenden Kapitel darauf hingewiesen, dass die symptombezogenen Diagnosekriterien im DSM-5 gegenüber DSM-IV noch weiter vereinfacht wurden, sodass die jetzt geforderten symptomatischen Kriterien nicht nur gegenüber der traditionellen deutschsprachigen Psychopathologie (Symptome 1. Ranges nach Kurt Schneider etc.), sondern auch im Vergleich zu ICD-10, das noch sehr an der

traditionellen Schizophrenie-Psychopathologie festhält, sehr wenig differenziert wirken (Tab. 3). Liest man diese Kriterien, so hat man nicht unmittelbar das charakteristische klinische Bild eines Patienten mit einer schizophrenen Psychose vor Augen. Die DSM-5-Autoren haben sich zu diesem radikal wirkenden Schritt entschlossen, weil sie für die traditionelle Lehre u.a. im Sinne der Symptome 1. Ranges nicht genügend empirische Evidenz sahen, was aber durchaus kritisch gesehen werden kann [1].

Die symptombezogene Charakterisierung der schizophrenen Psychosen erscheint nun als relativ simpel, was insbesondere Vertretern einer differenzierten Psychopathologie im Sinne der Tradition der deutschsprachigen Phänomenologie als unbefriedigend erscheint.

Aus Gründen mangelnder Validität und Stabilität im Zeitverlauf wurden auch die Subtypen der Schizophrenie weitgehend eliminiert. Als Ersatz bietet DSM-5 die Möglichkeit, den Schweregrad der primären Symptombereiche der Schizophrenie – Wahn, Halluzinationen, desorganisierte Sprechweise, ungewöhnliches psychomotorisches Verhalten und Negativsymptomatik – auf einer 5-stufigen Beurteilungsskala (0–4) einzuschätzen und damit die Beschreibung einzelner Patienten zu individualisieren. Diese Präzisierung wird aber als nicht verpflichtend und für die Diagnosestellung bezeichnet.

Außerdem wurde ein „Katatonie-Specifier“ eingeführt. Zur Kennzeichnung katatonen Symptomatik, die nicht mehr nur als Symptomatik im Rahmen der Schizophrenie angesehen wird,

Tabelle 4: Diagnostische Leitlinien der depressiven Episode nach ICD-10 bzw. diagnostische Kriterien der Major-Depression nach DSM-5 (Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Georg-Thieme-Verlages Stuttgart aus [5])

ICD-10

Symptomatik

Gedrückte depressive Stimmung, Freudlosigkeit (evt. „Morgentief“)
 Interessenverlust
 Erhöhte Ermüdbarkeit oder Verminderung des Antriebs, der Energie
 Psychomotorische Hemmung / Agitiertheit
 Verminderte Konzentration
 Vermindertem Selbstwertgefühl
 Schuldgefühle, Gefühl der Wertlosigkeit
 Negativ-pessimistische Zukunftsperspektiven
 Suizidale Gedanken / Handlungen
 Schlafstörungen (frühmorgendliches Erwachen)
 Appetit ↓, Gewichtsverlust
 Libidoverlust

Schweregrade

Leichte depressive Episode
 Mittelgradige depressive Episode
 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome = Major-Depression, Melancholie
 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen, psychotische Depression
 Zusätzlich: Wahnideen (Verarmung, Versündigung), depressiver Stupor
 Mindestdauer: 2 Wochen
 Verlauf: rezidivierend (> 2 Episoden)

DSM-5

Symptomatik

Mindestens 5 der folgenden Symptome, bestehend während derselben 2 Wochen-Periode
 Depressive Verstimmung, selbst berichtet oder von anderen beobachtet
 Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Freude an (fast) allen Aktivitäten
 Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme oder verminderter oder gesteigerter Appetit
 Insomnie oder Hypersomnie
 Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung
 Müdigkeit oder Energieverlust
 Gefühle von Wertlosigkeit oder unangemessene Schuldgefühle
 Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit
 Wiederkehrende Gedanken an den Tod, wiederkehrende Suizidvorstellungen, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung des Suizids
 Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
 Die Symptome sind nicht die Folge einer physiologischen Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors.

Schweregrade:

Leichtgradig
 Mittelgradig
 Schwergradig
 Mit psychotischen Merkmalen
 Mindestens 2 Wochen-Periode
 Verlauf: teilremittiert, vollremittiert

sondern auch z. B. als mögliche Symptomatik im Rahmen affektiver Erkrankungen, gibt es einen „Katatonie-Specifier“, der folgende Kriterien auflistet:

- Stupor
- Katalepsie
- Wächserne Biegsamkeit
- Mutismus
- Negativismus
- Verharren
- Manierismen
- Stereotypien
- Agitation
- Grimassieren
- Echolalie
- Echopraxie

Dieser „Katatonie-Specifier“ kann nicht nur bei der Schizophrenie, sondern auch bei anderen diagnostischen Kategorien

eingesetzt werden, um ggf. ein katatonisches Syndrom zu diagnostizieren. Die Katatonie wird damit explizit nicht als ein spezieller Subtyp der Schizophrenie, sondern als ein nosologisch unspezifisches psychopathologisches Syndrom angesehen.

Das von Kraepelin aufgestellte Postulat eines ungünstigen Verlaufs mit Einmündung in einen Residualzustand ist nicht in das DSM-5 eingegangen, stattdessen werden mehrere günstige und ungünstige Verlaufsformen angeführt, die als solche diagnostiziert werden können.

Ganz generell stellt das DSM-5 zum Einsatz im Rahmen der Erfassung schizophrener oder affektiver Psychosen (Psychosespektrum) eine „Psychosis Symptom Severity Scale“ zur Verfügung, mit der 8 Symptomdomänen von Psychosen hinsichtlich des Schweregrades (0–4) beurteilt werden können:

- Halluzinationen
- Wahn

- Desorganisierte Sprache
- Unnormale Psychomotorik
- Negativsymptomatik
- Kognitive Störungen
- Depressives Syndrom
- Manisches Syndrom

Interessant ist die in DSM-5 (DSM, Teil 3) aufgeführte, primär von der WHO als Fremdbeurteilungsinstrument entwickelte „Disability Assessment Scale“ in einer Selbstbeurteilungsversion mit 36 Merkmalen, die 6 Domänen erfassen:

- Verständnis und Kognition
- Mobilität
- Selbstversorgung
- Umgang mit anderen Menschen
- Tätigkeiten des alltäglichen Lebens (Haushalt)
- Tätigkeiten des alltäglichen Lebens (Schule/Beruf)
- Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

Auf diese Weise können die krankheitsbedingten psychosozialen Einschränkungen und Konsequenzen schizophrener Psychosen wie auch anderer psychischer Störungen differenziert beurteilt werden und ein individuelles Bild des Patienten jenseits der symptombezogenen Ebene gegeben werden. Es ist ja bekannt, dass psychopathologische Symptome bei verschiedenen Personen unterschiedliche psychosoziale Konsequenzen haben können und dass das Ausmaß der psychischen Störung unterschiedlicherweise mit den psychosozialen Konsequenzen assoziiert ist.

Darüber hinausgehend stellt DSM-5 (in Teil 3) noch weitere Beurteilungsinstrumente für die Selbst- oder Fremdbeurteilung zu Verfügung, u.a. Instrumente, die ganz allgemein die klinische Entscheidungsfindung unterstützen sollen. In dem Kontext ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der als Screening-Instrument gedacht ist, zu nennen, mit dem 13 Symptomdomänen (Skalierung 0–4) abgefragt werden können.

Beispiel Depression

Die symptomatischen und sonstigen Kriterien der Major-Depression haben sich im DSM-5 nicht wesentlich geändert (Tab. 4). Die weitere Spezifizierung kann hinsichtlich verschiedener symptomatischer und Verlaufsaspekte erfolgen, die weitgehend gegenüber bisherigen Ansätzen keine wesentliche Neuerung darstellen (Jäger, 2. Kasten, S. 3). Obendrein kann der neu-entwickelte „Katatonie-Specifier“, sofern indiziert, zur weiten Beschreibung verwendet werden. Das traditionelle Konzept der Melancholie kann mittels einer eigenen Kriterienliste abgebildet werden:

Mindestens eines der folgenden Symptome während des Höhepunkts der aktuellen depressiven Episode:

- Verlust der Freude an allen oder nahezu allen Aktivitäten
- Verlust der affektiven Reagibilität auf normalerweise angenehme Stimuli

Mindestens drei der folgenden Symptome:

- Besondere Qualität der depressiven Verstimmung
- Morgentief
- Morgendliches Früherwachen
- Deutliche psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung

- Deutliche Appetitlosigkeit oder Gewichtsverlust
- Übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle

Im Sinne der Konzeptionen der Beimischung subsyndromaler manischer Symptomatik bzw. des Übergangs in manische Symptomatik (Mischzustände) ist besonders der „mixed states“-Specifier von Bedeutung. Die Überlappung mit Angstsymptomatik kann durch den Specifier „with anxious distress“ dargestellt werden.

Beispiel Alkoholismus

Begriffe wie „Abhängigkeit“ oder „Sucht“ werden im DSM-5 nicht gebraucht, stattdessen wird von „Alkoholkonsumstörung“ gesprochen. Für die Diagnose steht ein 11 Merkmale enthaltener Kriterien-Katalog zur Verfügung:

Mindestens 2 der folgenden Kriterien liegen innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten vor:

- Alkohol wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt konsumiert,
- Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Alkoholkonsum zu verringern oder zu kontrollieren,
- Hoher Zeitaufwand, um Alkohol zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von seiner Wirkung zu erholen,
- Craving oder ein starkes Verlangen, Alkohol zu konsumieren,
- Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen in der Arbeit, in der Schule oder zu Hause,
- Fortgesetzter Alkoholkonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch Auswirkungen von Alkohol verursacht oder verstärkt werden,
- Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Alkoholkonsums aufgegeben oder eingeschränkt,
- Wiederholter Alkoholkonsum in Situationen, in denen der Konsum zu einer körperlichen Gefährdung geführt hat
- Fortgesetzter Alkoholkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems,
- Toleranzentwicklung,
- Entzugssymptome.

Die Störung wird dann nach Anzahl der Symptome in 3 Schweregrade eingeteilt, wobei mit „mittel“ (4–5) und „schwer“ (6 oder mehr) eine zunehmende Annäherung an Patienten mit einer „Abhängigkeit“ im traditionellen Sinne erfolgt.

Beispiel Demenz

Als ein weiteres Beispiel sei hier auf die neurokognitiven Störungen eingegangen. Im DSM-5 wurde statt des Demenzbegriffs der Begriff „schwere neurokognitive Störung“ eingeführt, allerdings mit der Möglichkeit, bei bestimmten Erkrankungen wie z. B. von „Alzheimer-Demenz“ zu sprechen. Ähnlich wie der Demenzbegriff in der ICD-10 fokussiert der Begriff „neurokognitive Störung“ im DSM-5 nur auf die kognitiven Störungen. Diese werden durch eine mitgelieferte Explorationshilfe, die auch Schweregradeinteilungen definiert, für den Kliniker gut diagnostizierbar gemacht. Die „schwere neurokognitive Störung“ ist von der „leichten neurokognitiven Störung“ abzugrenzen (Tab. 5).

Tabelle 5: Diagnostische Leitlinien der Demenz nach ICD-10 bzw. diagnostische Kriterien der schweren neurokognitiven Störung (NCD) nach DSM-5 (Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Georg-Thieme-Verlages Stuttgart aus [5])**ICD-10****Symptomatik**

Abnahme des Gedächtnisses
 Abnahme des Denkvermögens
 Abnahme der Urteilsfähigkeit
 Abnahme des Ideenflusses
 Beeinträchtigung der Informationsverarbeitung
 Kognitive Störungen führen zu einer reduzierten Alltagskompetenz
 Nachweis der Bewusstseinsklarheit
 Schweregrade: leicht, mittel, schwer
 Verlauf: chronisch, Demenzen können reversibel sein

DSM-5**Symptomatik**

Nachweis einer erheblichen Abnahme der Leistungen in einem oder mehreren kognitiven Bereichen (komplexe Aufmerksamkeit, exekutive Funktionen, Lernvermögen und Gedächtnis, Sprache, perzeptiv-motorische Kognition, soziale Kognition) auf Basis von:
 Besorgtheit des Patienten oder des Klinikers, dass eine erhebliche Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit stattgefunden hat und erhebliche Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit, Nachweis vorzugsweise durch eine standardisierte neuropsychologische Testung
 Die kognitiven Einschränkungen beeinträchtigen die Unabhängigkeit in der Verrichtung alltäglicher Aktivitäten.
 Die kognitiven Einschränkungen treten nicht ausschließlich im Zusammenhang mit einem Delir auf.
 Schweregrade: leicht, mittel, schwer
 Verlauf: es finden sich inhaltlich zur ICD-10 analoge, aber ausführlichere Formulierungen im Abschnitt „Entwicklung und Verlauf“

■ Bewertung und Schlussbemerkungen

Wie dargestellt kann man mit dem DSM-5 klinisch sinnvoll im Sinne einer differenzierten Diagnose-Stellung arbeiten. Dabei ermöglicht das DSM-5 durch verschiedene Zusatzelemente wie ergänzende Angaben, „Specifier“ und sonstige „Ratings“ zu einer über die jeweilige diagnostizierte Störung hinausgehenden differenziertere Erfassung der Symptomatik und ggf. der psychosozialen Adaptation zu kommen. Auf diese Weise ist eine genauere Darstellung der jeweils individuellen Gegebenheiten möglich, die weit über die mehr oder weniger kategoriale „Störungsdiagnose“ hinausführt. Unklar ist, ob im Zeitdruck des klinischen Alltags und bei dem immer herrschenden Personalmangel diese Zusatzmöglichkeiten in vollem Umfang genutzt werden. Trotz derartiger Einschränkungen ist aber DSM-5 mit all diesen Möglichkeiten als Gewinn für den engagierter Kliniker anzusehen, u.a. auch in Hinblick auf eine differenzierte Psycho- oder Pharmakotherapie.

Die im DSM-5 dargestellten „Störungseinheiten“ entsprechen weitgehend der Tradition von DSM-IV, einige Störungen sind neu dazugekommen, einige sind etwas oder deutlich anders (häufig detaillierter/präziser) definiert, einige sind anderen Hauptgruppen zugeordnet als bisher, einige traditionelle Störungsbezeichnungen sind durch neuere, vermeintlich weniger diskriminierende ersetzt worden. Insgesamt wurde dem gewachsenen empirischen Wissen Rechnung getragen und die meisten Änderungen sind im Hinblick auf die Evidenz-Basis oder im Hinblick sonstiger konzeptueller Überlegungen gut nachvollziehbar.

DSM-5 entspricht dem „state of the art“ des empirischen Wissens zu psychischen Störungen, wenn auch grundsätzlich andere Konzeptionen und Gliederungsansätze unter Berücksichtigung des gleichen Wissenstandes möglich sind. Schon jetzt ist erkennbar, dass ICD-11 (Draft version 2016) einigen Veränderungen folgen wird, anderen nicht. D. h. ICD-11, das

für alle Länder ausserhalb der USA, also auch für Österreich oder Deutschland dann verpflichtende Diagnosesystem, wird eigenständig bleiben und nicht mit DSM-5 verschmelzen. Andererseits war die im Rahmen des DSM-5 geleistete enorme wissenschaftliche und konzeptuelle Vorarbeit von großer Bedeutung für die zeitlich etwas nachgelagerte Entwicklung von ICD-11.

Enttäuschend ist, dass DSM-5 in vielem nicht den ursprünglichen Zielsetzungen und Erwartungen entspricht. Zwar wurde das akkumulierte empirische Wissen eingearbeitet, aber die Hoffnung, viele der Krankheit-/Störungs-Einheiten als neurobiologisch definierte Entitäten zu konzipieren oder wenigstens durch Biomarker zu validieren und damit die Diagnostik zu objektivieren, konnte nicht erfüllt werden. Dies ist nicht den entsprechenden DSM-5-Kommissionen anzulasten, sondern eine unerfreuliche Schlussfolgerung aus der unbefriedigenden Evidenzlage. Zwar wurden in den letzten beiden Dekaden immer wieder Biomarker (Blut-Laborparameter, genetische Parameter, Bildgebungsparameter u.a.) für einzelne Störungen beschrieben, sie konnten aber nicht oder nicht ausreichend validiert und repliziert werden und zeigten unzureichende Trennschärfe auf individueller Ebene. Inwieweit die vom NIMH für Forschungszwecke vorgeschlagenen „Research Domain Criteria“ (RDoC), die nicht mit dem DSM-5 assoziiert sind, sondern eher einen Gegenentwurf aus primär neurobiologischer Sichtweise darstellen, hier weiterführen, bleibt eine derzeit noch nicht beantwortbare Frage [3]. Da sie nicht auf Entitäten der traditionellen klinischen Diagnostik Bezug nehmen, bleiben sie für die Diagnostik im klinischen Alltag ohne Bedeutung und sind als ein reines Forschungsinstrument einzustufen.

Auch der ursprünglich geplante radikale Wechsel zu einer syndromalen/dimensionalen Diagnostik unter weitgehendem Verzicht auf traditionelle „Krankheitseinheiten“ wurde nicht vollzogen. Im Verlauf der diesbezüglichen Bemühungen und

Diskussionen zeigte sich, dass offensichtlich die „Störungseinheiten“ (nosologische Ebene) insbesondere für die Klinik wertvolle Zusatzinformationen liefern, die bei einer rein syndromalen/dimensionalen verlorengehen. Auch pragmatische Überlegungen im Hinblick auf die klinische Praxis wie die traditionelle (krankheitsbezogene) Indikation der Psychopharmaka, wie die traditionelle (krankheitsbezogene) Abrechnung mit den Krankenkassen über Diagnoseziffern. Das Lavieren zwischen der traditionellen Systematik der Persönlichkeitsstörungen und dem neuen/zukunftsorientierten Entwurf einer syndromalen/dimensionalen Systematik (abgedruckt in Teil 3 des DSM-5 zur weiteren Erprobung) zeigt besonders eindrücklich diese Problematik. Quasi in letzter Minute fiel aus solchen pragmatischen Gründen die Entscheidung für den traditionellen Ansatz. Auch die über 2 Jahrzehnte, insbesondere unter Hinweis auf genetische Befunde, vorgeschlagene und intensiv diskutierte Zusammenfassung der schizophrenen und bipolaren Erkrankungen/Störungen zum „Psychose-Spektrum“ wurde z. T. aus theoretischen Gründen, z. T. aus pragmatischen Gründen nicht realisiert. Der syndromale/dimensionale Ansatz ist nur für Zusatzinformation, also gewissermaßen als 2. Ebene eingeführt worden: z. B. in Form der diagnoseübergreifenden Specifier, z. B. „mixed feature“-Specifier, sowie im Sinne einfacher syndrombezogener Globalratings, z. B. für Negativsymptomatik.

Die **Specifier** unterstreichen die im DSM-5 immer wieder erkennbare Grundkonzeption, dass alle psychischen Störungen nicht kategorial zu definierende „Krankheitseinheiten“, ja nicht einmal voll als kategorial zu definierende „Störungseinheiten“ sind, sondern dass es oft einen erheblichen Überlappungsbereich gibt, wie z. B. zwischen Major-Depression und Angststörungen (insbesondere GAD) oder zwischen unipolarer und bipolarer Erkrankung: Bei unipolarer Depression finden sich häufig manische Symptome in unterschiedlicher Ausprägungsstärke und vice versa sind häufig bei Manien depressive Symptome beigemischt, bis zum Extremfall der Mischzustände („mixed states“). DSM-5 versucht diesen Überlappungsproblemen mit den jeweiligen „Specifiern“ gerecht zu werden, was ein sinnvoller Ansatz ist, um das unterschiedliche Ausmaß der jeweiligen „Beimischung“ zu erfassen. Ein weiterer solcher Übergangsbereich, in dem Fall zwischen affektiven Erkrankungen und schizophrenen Psychosen, ist die schizoaffektive Psychose, wo aber interessanterweise ein solcher Specifier-Ansatz nicht gewählt wird, sondern an dem traditionellen kategorialen „Krankheits“-Konzept der schizoaffektiven Psychose (die entgegen allen Erwartungen in den Feldstudien relativ gute Interdiagnostiker-Reliabilitäts-Werte erreichte) festgehalten wird. Bemerkenswerterweise gibt es keinen Specifier, mit dem Übergänge zwischen depressiven, manischen, ängstlichen oder sonstigen Störungen auf der einen Seite und schizophrenen/psychotischer Symptomatik auf der anderen Seite dargestellt werden könnten.

Der DSM-Kundige könnte einwenden, dass dafür statt eines Specifiers die „Psychosis Symptom Severity Scale“ verwendet werden könnte. Sie wird aber nur als ein deskriptiver dimensionaler „Messansatz“ verwendet, ohne die bei den Specifiern zu findende Möglichkeit, über Definition eines bestimmten Schwellenwerts von der syndromalen Beschreibung zu einer quasi-kategorialen Zuordnung zu kommen, z. B. beim „mixed features“-Specifier die Feststellung eines Mischzustandes.

Unter psychometrischen Aspekten ist die Differenzierung zwischen „Specifiern“ und sonstigen „Scales“ (z. B. „Psychosis Symptom Severity Scale“) schwer nachzuvollziehen. Warum wird nicht überall der gleiche Messansatz im Sinne einer dimensional Schweregradmessung verwendet? Offenbar steckt in den Specifiern doch noch der Rest eines kategorialen Ansatzes, wenn auch „syndromal“ verschlüsselt. Damit erklärt sich vielleicht auch, dass die Specifier als mehr oder weniger mandatorisch empfohlen werden, während die sonstigen symptom-/syndrombezogenen „Ratings“ nur im Anhang-Kapitel (DSM-5, 3. Teil) dargestellt werden und vermutlich wenig Beachtung finden.

Die Frage nach der Validität dieser „Ratings scales“ ist nur unzureichend und nur in den USA untersucht. Der vorgeschlagene Messansatz einer Globalbeurteilung bestimmter klinischer Syndrome ist aus psychometrischer Sicht fragwürdig, weiß man doch aus der „Skalen-Forschung“, wie schwierig es ist, selbst mit differenzierten Skalen die komplizierte Psychopathologie z. B. schizophrener Psychosen (z. B. Negativsymptomatik!!) ausreichend reliabel zu erfassen. Die vorgeschlagenen einfachen Globalbeurteilungen scheinen diese Problematik zu vergessen und entspringen offenbar zu sehr einem pragmatischen Ansatz. Auch die Tendenz zu ebenfalls wohl aus pragmatischen Gründen in bestimmten Kontexten alleiniger Selbstbeurteilung gegenüber der Fremdbeurteilung zu bevorzugen (z. B. bei der verwendeten Form des „Disability Assessment Schedule“ zur Erfassung der psychosozialen Adaptation), muss als Problematik angesprochen werden, da die bekannten Bias der Selbstbeurteilung, insbesondere bei Patienten mit schweren psychischen Störungen, kritisch zu berücksichtigen sind. Der Pragmatismus scheint hier sehr weit getrieben, wohl weil die DSM-Autoren gefürchtet haben, alles darüber Hinausgehende lasse sich im klinischen Alltag, insbesondere im ambulanten Bereich nicht durchsetzen.

Wie dargestellt, handelt es sich bei DSM-5 um eine interessante Entwicklung, die Möglichkeiten und Grenzen moderner psychiatrischer Diagnostik aufzeigt. DSM-5 wird wegen der administrativ vorgegebenen Priorität von derzeit ICD-10 und in Zukunft ICD-11 wahrscheinlich im deutschsprachigen Bereich vorrangig nur in universitären Institutionen und im Rahmen von Forschungsvorhaben (u.a. Psychopharmaka-Zulassungsstudien) eingesetzt werden. Es ist aber ein wichtiger Vorläufer für die in ICD-11 zu findenden Lösungen, die sich in manchem DSM-5 annähern wird, aber doch auch eigene Lösungen zeigen wird.

Die Erfahrungen im klinischen Alltag müssen zeigen, inwieweit die durch DSM-5 geschaffenen Veränderungen nützlich sind. Erste praxisorientierte Feldstudien zeigen, dass die Übereinstimmung der Ärzte in der Feststellung bestimmter Diagnosen in den meisten Störungsgruppen weiterhin unbefriedigend ist. Ob durch DSM-5 ein gewisser Zuwachs der Interrater-Reliabilität (Übereinstimmung zweier Diagnostiker in der Beurteilung des gleichen Patienten) erreicht wurde, lässt sich nicht sagen, da (leider!!) keine entsprechenden direkten Vergleichsuntersuchungen durchgeführt wurden [4].

Bei all diesen Ansätzen einer operationalisierten Diagnostik sollte die Gefahr einer „Kochbuch-Diagnostik“ oder gar „Mc-

Donaldis-Psychiatrie“ vermieden werden und weiterhin eine ausreichend differenzierte psychopathologische Diagnostik und eine empathische Gesprächsführung im Sinne der „verstehenden Psychiatrie“ als Ideal psychiatrischer Tätigkeit angesehen werden.

Literatur:

1. Möller HJ. The consequences of DSM-5 for psychiatric diagnosis and psychopharmacotherapy. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2014; 18: 78–85.
2. Falkai P, Wittchen HU (Hg). American Psychiatric Association, DSM-5, deutsche Ausgabe. Hogrefe, 2015.
3. Möller HJ et al. DSM-5 reviewed from different angles: goal attainment, rationality, use of evidence, consequences – part 1. general aspects and paradigmatic discussion of depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2015; 265: 5–18.
4. Möller HJ et al. DSM-5 reviewed from different angles: goal attainment, rationality, use of evidence, consequences – part 2. Bipolar disorders, schizophrenia spectrum disorders, anxiety disorders, obsessive-compulsive disorders, substance-related and addictive disorders, neurocognitive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2015; 265: 87–106.
5. Möller H-J, Laux G, Deister A. Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Duale Reihe, 6. Auflage, Thieme Verlag 2015.
6. Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P (Hrg.). Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. 5. Auflage. Springer-Verlag 2017.

Prof. Dr. med. Dr. hc. mult. Hans-Jürgen Möller



Medizinstudium an den Universitäten Göttingen und Hamburg. Er absolvierte seine wissenschaftliche und klinische Weiterbildung im Fach Psychiatrie im Wesentlichen am Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München. Nach der Habilitation wurde er C3-Professor und Leitender Oberarzt an der Psychiatrischen Klinik der TU-München. Von 1988 bis 1994 war er Ordinarius für Psychiatrie und Direktor der Psychiatrischen Klinik an der Universität Bonn. Von 1994 bis 2012 war er Ordinarius für Psychiatrie und Direktor der Psychiatrischen Klinik der LMU München.

Er ist Mitglied zahlreicher nationaler und internationaler Fachgesellschaften und war Herausgeber mehrerer Fachzeitschriften, wie u. a. *World Journal of Biological Psychiatry* and *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. Er war u. a. Präsident der *World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, der *European Psychiatric Association* und des *Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum*. In Anerkennung seiner wissenschaftlichen und akademischen Leistungen erhielt er zahlreiche Ehrungen und Auszeichnungen, u. a. den *Jean-Delavay-Prize* der *World Psychiatric Association* und den *Lifetime-Achievement-Award* der *World Psychiatric Association*.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)