

ZWANGSSTÖRUNGEN UND VERWANDTE STÖRUNGEN IN DSM-5 UND ICD-11

MATTHIAS BACKENSTRAß

Institut für Klinische Psychologie, Klinikum Stuttgart,
und Arbeitseinheit für Klinische Psychologie und Psychotherapie,
Psychologisches Institut, Universität Heidelberg

ZUSAMMENFASSUNG: Der vorliegende Artikel gibt einen Überblick über die diagnostische Gruppe der Zwangsstörungen und verwandten Störungen (ZWAV). Ausgehend von der Konzeption der Zwangsspektrumsstörungen wird die Diskussion um die Zusammenstellung der ZWAV nachgezeichnet. Es folgt die Darstellung der ZWAV in DSM-5 und ICD-11, wobei Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Gruppierung herausgearbeitet werden. Anhand der Merkmale Einsichtsfähigkeit und Unvollständigkeitserleben wird gezeigt, wie die diagnostische Neuorganisation der ZWAV zu der Stimulation einer Reihe von klinisch relevanten Fragestellungen und Studien geführt hat. Das Ausmaß an Einsichtsfähigkeit zeigt sich bei mehreren Störungen aus der ZWAV-Gruppe als bedeutsam, die Überprüfung von Behandlungsstrategien bei nicht vorhandener Einsichtsfähigkeit über verschiedene Störungen hinweg wird somit forciert. Die innerhalb der Zwangsstörung etablierte Konzeptausdifferenzierung beim Unvollständigkeitserleben wird in ersten Studien auf die anderen ZWAV ausgeweitet und zeigt die Relevanz des Merkmals über die Zwangsstörung hinaus.

SCHLÜSSELWÖRTER: Zwangsstörungen und verwandte Störungen, Zwangsspektrumsstörungen, DSM-5 und ICD-11, Einsichtsfähigkeit, Unvollständigkeitserleben, Nicht-genau-richtig-Erleben

OBSESSIVE-COMPULSIVE AND RELATED DISORDERS IN DSM-5 AND ICD-11

ABSTRACT: This article provides an overview of the diagnostic group of obsessive-compulsive and related disorders (OCRD). Starting with the conceptualization of the obsessive-compulsive spectrum disorders, the discussion surrounding the grouping of the OCRD is outlined. This is followed by a presentation of OCRD in DSM-5 and ICD-11, by highlighting similarities and differences in grouping. Based on the features of insight and incompleteness as examples, it is shown how the diagnostic regrouping of OCRD has led to a number of clinically relevant questions and empirical studies. The degree of insight is shown to be significant across several disorders from the OCRD, thus highlighting the importance of studying treatment strategies in the case of absent insight in different OCRDs. The differentiation of incompleteness and not-just-right experiences

within obsessive-compulsive disorder is extended to other OCDs in initial studies, demonstrating the clinical relevance of the concept beyond OCD.

KEYWORDS: obsessive-compulsive and related disorders, obsessive-compulsive spectrum disorders, DSM-5 and ICD-11, insight, incompleteness, not-just-right experiences

1 EINLEITUNG

Mit der Erscheinung des DSM-5 im Jahr 2013 ist erstmals eine diagnostische Kategorie mit der Bezeichnung „Zwangsstörungen und verwandte Störungen“ (ZWAV; im englischen Original „Obsessive-compulsive and related disorders“; APA, 2013) in das Diagnosemanual der American Psychiatric Association (APA) aufgenommen worden. Die in dieser Gruppe aufgeführten Störungen sind gekennzeichnet durch den repetitiven Charakter gedanklicher Phänomene wie z. B. Intrusionen und/oder sich wiederholende Verhaltensweisen (z. B. APA, 2013; Phillips et al., 2010). Der Entscheidung zur Aufnahme einer separaten Störungsgruppe mit engem Bezug zu der Zwangsstörung ging ein jahrelanger Entwicklungs- und Diskussionsprozess voraus (z. B. Hollander, Kim, Braun, Simeon & Zohar, 2009). Auch in die zwischenzeitlich publizierte ICD-11 (WHO, 2019) wurde die Störungsgruppe mit derselben Bezeichnung, wenn auch nicht mit den exakt gleichen psychischen Störungen, aufgenommen (genauer weiter unten). Die neue Gruppierung der Zwangs- und verwandten Störungen hat viele positiv zu wertende Entwicklungen in Gang gesetzt. So ist z. B. das internationale *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, das sich zum Ziel gesetzt hat, die Erforschung der Störungsgruppe voranzubringen, 2013 erstmals erschienen und es haben sich internationale Netzwerke von Wissenschaftlern und Klinikern wie z. B. das *Obsessive-Compulsive*

and Related Disorders Research Network des European College of Neuropsychopharmacology gebildet (z. B. Fineberg et al., 2020).

Im Folgenden soll zunächst auf das Konzept der Zwangsspektrumsstörungen eingegangen werden, da es in der Entwicklung der ZWAV eine bedeutende Rolle spielt, begrifflich jedoch nicht mit dieser Störungsgruppe gleichzusetzen ist. Danach werden die ZWAV in DSM-5 und ICD-11 vorgestellt und auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Konzeptionen hingewiesen. In zwei weiteren Unterkapiteln wird in Bezug auf die Merkmale Einsichtsfähigkeit und Unvollständigkeitserleben auf den aktuellen Stand der Forschung über die reine Zwangsstörung hinaus eingegangen, um beispielhaft die klinische und wissenschaftliche Bedeutung der Neugruppierung mehrerer Störungen in der ZWAV zu demonstrieren.

2 DAS KONZEPT DER ZWANGSSPEKTRUMSSTÖRUNGEN

Neben der sprachlich etwas sperrigen Bezeichnung der diagnostischen Kategorie – zumindest in der deutschsprachigen Übersetzung mit „Zwangsstörungen und verwandte Störungen (ZWAV)“ (Falkai & Wittchen, 2015) – existiert in der relevanten Fachliteratur der häufig synonym verwendete Begriff „Zwangsspektrumsstörungen“ (ZSS), der jedoch konzeptuell über die ZWAV-Gruppe hinausgehend weitere psychische Störungen

einschließt. Die ursprüngliche Idee der ZSS war, verschiedene Krankheitsbilder entlang eines angenommenen Kontinuums mit den Endpunkten Zwanghaftigkeit einerseits und Impulsivität andererseits zu gruppieren (z.B. Berlin & Hollander, 2014), wobei angenommen wurde, dass sowohl zwanghaftes als auch impulsives Verhalten nicht effektiv inhibiert und somit nicht relevant hinausgezögert oder ganz unterlassen werden kann.

Zwanghaftigkeit ist bei dieser Konzeption gekennzeichnet durch andauernde, sich wiederholende Handlungen oder Gedanken, die übermäßig und situationsunangemessen erscheinen. Berlin und Hollander (2014) sehen die Zwangsstörung mit den sich wiederholenden, intrusiven Zwangsgedanken und den damit zumeist zusammenhängenden Zwangshandlungen und -ritualen als den klassischen Vertreter des zwanghaften Pols des Spektrums. Zwangshandlungen werden zumeist trotz besseren Wissens, dass sie der eigenen Person eher schaden, zur Reduktion negativer Gefühle ausgeführt. Betroffene wollen i. d. R. sowohl Zwangsgedanken als auch Zwangshandlungen nicht erleben bzw. ausführen, sie empfinden ihre Symptome als ich-dyston. Die Körperdysmorphie Störung (KDS) – um ein weiteres Beispiel zu nennen – wird auf diesem eindimensionalen Spektrum der Zwangsstörung als sehr nahe verortet.

Impulsivität am anderen Ende des Spektrums wird als ein Konstrukt definiert, das durch die Unfähigkeit gekennzeichnet ist, Impulsen widerstehen zu können. Zudem ist sie durch vorschnelles Handeln, unreflektierte Entscheidungsfindungen sowie reduzierte Fähigkeit zum Belohnungsaufschub charakterisiert. Unmittelbaren Belohnungen kommt im Verhältnis zur Verfolgung langfristiger Ziele eine sehr viel größere Bedeutung zu. Impulsivität wird somit als Tendenz

verstanden, ohne Voraussicht und Rücksicht auf längerfristige Konsequenzen zu handeln. Impulsives Verhalten ist häufig mit angenehmen Gefühlen i. S. kurzfristiger Belohnung verbunden und wird damit als ich-synton erlebt. Pathologisches Spielen kann bei dieser Definition von Impulsivität als eine Störung verstanden werden, die sehr nahe dem Impulsivitätspol des Spektrums verortet ist.

Da impulsives und zwanghaftes Verhalten in enger zeitlicher Abfolge bei einer Person oder im Rahmen einer psychischen Störung auftreten kann (z.B. bei autistischen Patienten oder beim Tourette-Syndrom), ist die eindimensionale Spektrumskonzeption weiterentwickelt worden. So hat die Arbeitsgruppe um Hollander ein Modell mit drei Hauptclustern in die Diskussion eingebracht (vgl. auch McKay, Abramowitz & Taylor, 2008): Dem Cluster Impulskontrollstörungen werden u. a. die Kleptomanie, das pathologische Spielen und die Trichotillomanie, aber auch Persönlichkeitsstörungen mit deutlich ausgeprägten impulsiven und aggressiven Neigungen wie z.B. die antisoziale Persönlichkeitsstörung zugeordnet; Störungen des zweiten Clusters sind geprägt durch die andauernde Beschäftigung mit dem eigenen Körper wie z.B. die Körperdysmorphie Störung oder die Anorexia und Bulimia nervosa; das dritte Cluster fasst schließlich neurologische Erkrankungen mit repetitivem Verhalten wie z.B. Asperger und das Tourette-Syndrom zusammen.

In einer noch aktuelleren Variante der Zwangsspektrumsstörungen schlagen Berlin und Hollander (2014) vor, von zwei unabhängigen Dimensionen Impulsivität und Zwanghaftigkeit auszugehen. Im zweidimensionalen Raum ließen sich dann Zwangsspektrumsstörungen mit ihrer jeweiligen Ausprägung auf beiden Dimensionen verorten. Abbildung 1 zeigt, wie die Zwangsstörung, Autismus, Tou-

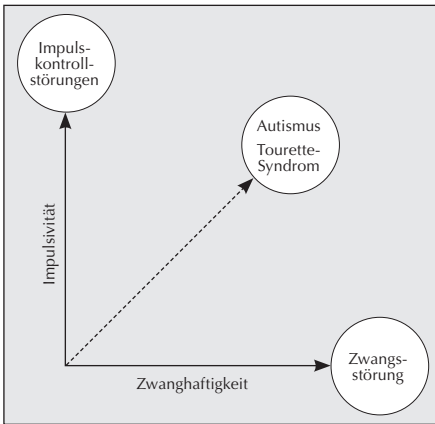


Abbildung 1: Impulsivität und Zwanghaftigkeit als zwei voneinander unabhängige (orthogonale) Merkmale zur Darstellung der Zwangsspektrumsstörungen in Anlehnung an Berlin und Hollander (2014). Beispielhaft sind die Zwangsstörung, Impulskontrollstörungen sowie Autismus und Tourette-Syndrom abgebildet

rette-Syndrom und Impulskontrollstörungen beispielhaft lokalisiert sein könnten.

Vor dem Hintergrund der angenommenen, defizitären Reaktionsinhibition, die sowohl impulsivem als auch zwanghaftem Verhalten zugrunde liegt, hat die Arbeitsgruppe um Hollander unabhängig von der jeweiligen Konzeption des Zwangsspektrums vorgeschlagen, anhand von fünf Domänen die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Zwangsspektrumsstörungen herauszuarbeiten. Als relevante Domänen gelten dabei die klinische Symptomatologie, Komorbiditäten, familiäre Faktoren, involvierte Gehirnstrukturen inklusive deren Verbindungen sowie die Wirksamkeit von Behandlungen.

Angesichts der in die Diskussion eingebrachten Vielzahl von Zwangsspektrumsstörungen ist die Konzeption inklusive der vorgeschlagenen Domänen zur Prüfung der Ähnlichkeiten von Störungen jedoch kritisch kommentiert worden

(z. B. Mataix-Cols, Pertusa & Leckman, 2007; McKay et al., 2008). Insbesondere ist bezweifelt worden, dass eine derart breite Störungsgruppierung in den Diagnosesystemen klinisch hilfreich und somit ein wirklicher Fortschritt gegenüber den früheren Konzeptionen (DSM-IV und ICD-10) wäre.

Zusammenfassend lässt sich somit feststellen, dass die Zwangsspektrumskonzeption(en) einen relevanten Ausgangspunkt für die Diskussion und Zusammenführung verschiedener Störungen in einer übergeordneten Störungskategorie darstellen. Der Ansatz insgesamt erscheint jedoch zu umfänglich, um eine klinisch sinnvolle und versorgungstechnisch relevante Störungsgruppe, die sich um die Zwangsstörung gruppiert, zu definieren und entsprechend zu benennen.

3

ZWANGSSTÖRUNG UND VERWANDTE STÖRUNGEN IN DSM-5 UND ICD-11

Mit der Einführung der ZWAV in DSM-5 (APA, 2013) und nun auch in ICD-11 (WHO, 2019) wurde explizit eine im Vergleich zum Zwangsspektrumsstörungen-Ansatz engere Störungsgruppe definiert. Das zentrale psychopathologische Merkmal aller ZWAV wird in wiederkehrenden, nicht gewollten Gedanken (Zwangsgedanken bei der ZS) und damit in Zusammenhang stehendem repetitiven Verhalten (Zwangshandlungen bei der ZS) gesehen (Stein et al., 2016). DSM-5 weist darauf hin, dass ein Teil der ZWAV durch primär wiederkehrende, körperbezogene Wiederholungszwänge geprägt ist (Falkai & Wittchen, 2015). In ICD-11 wird zudem ergänzt, dass beim Pathologischen Horten keine intrusiven, nicht gewollten Gedanken das Störungsbild prägen, sondern das zwanghafte Verlangen, Gegen-

Tabelle 1: Auflistung der Störungen der Gruppe „Zwangsstörungen und verwandte Störungen“ im Vergleich von DSM-5 und ICD-11

DSM-5		ICD-11	
Bezeichnung der Störung	Einsichtsfähigkeit	Bezeichnung der Störung (Code)	Einsichtsfähigkeit
Zwangsstörung	3-fach gestufte Zusatzkodierung	Zwangsstörung (6B20)	2 Subkodierungen
Körperdysmorphie Störung	3-fach gestufte Zusatzkodierung	Körperdysmorphie Störung (6B21)	2 Subkodierungen
		Eigengeruchswahn* (6B22)	2 Subkodierungen
		Hypochondrie (6B23)	2 Subkodierungen
Pathologisches Horten	3-fach gestufte Zusatzkodierung	Pathologisches Horten (6B24)	2 Subkodierungen
Trichotillomanie (Pathologisches Haarausreißen)	Keine Zusatzkodierung	Körperbezogene, repetitive Verhaltensstörungen:	Keine zusätzliche Kodierung
		– Trichotillomanie (6B25.0)	
Dermatillomanie (Pathologisches Hautzupfen/-quetschen)	Keine Zusatzkodierung	– Skin-Picking-Störung* (6B25.1)	

Hinweis: * Bei beiden Begriffen handelt es sich um Übersetzungen aus der deutschsprachigen Entwurfsfassung des ICD-11 (BfArM, 2022b). Änderungen sind nach dem Revisionsprozess möglich.

stände zu sammeln, und Schwierigkeiten, sich von ihnen zu trennen (WHO, 2019). Sowohl im DSM-5 als auch in der ICD-11 folgen die ZWAV der Gruppe der Angststörungen, womit die Nähe zu diesen dokumentiert werden soll, auch wenn die Zwangsstörung nun nicht mehr wie in DSM-IV bei den Angststörungen aufgeführt ist. Neben dem klinischen Erscheinungsbild wurden bei der Gruppierung der Störungen Aspekte wie familiäre, genetische, neurobiologische und neurochemische Faktoren, Epidemiologie und Komorbiditäten sowie Gemeinsamkeiten beim Ansprechen auf psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlungssätze berücksichtigt (ausführliche Darstellungen z.B. bei Hartmann & Wilhelm, 2013; Hollander et al., 2009; McKay et al., 2008; Phillips et al. 2010; Stein et al. 2016). Neben der Stimulierung von weiterer Erforschung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden der ZWAV wird in DSM-5 explizit auf den klinischen Nutzen der neuen diagnostischen Kategorie hingewiesen, und Kliniker werden dazu angehalten, auf Überschneidungen

zwischen den einzelnen Störungen zu achten (Falkai & Wittchen, 2015).

In Tabelle 1 sind alle Störungen der ZWAV aus DSM-5 und ICD-11 der Reihenfolge ihrer Nennung im jeweiligen Diagnosesystem nach aufgeführt. Wie der Tabelle auf einen Blick zu entnehmen ist, gibt es bezüglich der aufgeführten Störungen eine hohe, jedoch keine vollständige Übereinstimmung zwischen den beiden Klassifikationssystemen. Die Körperdysmorphie Störung (KDS), die in ICD-10 (BfArM, 2022a) als Unterform der hypochondrischen Störung und in DSM-IV (APA, 1994) als Somatisierungsstörung zu klassifizieren war, ist nun in der Gruppe der ZWAV zu finden. In beide Klassifikationssysteme werden das Pathologische Horten und die Dermatillomanie (pathologisches Hautzupfen/-quetschen; in der deutschsprachigen Entwurfsfassung des ICD-11 als Skin-Picking-Störung [BfArM, 2022b] bezeichnet) erstmals als eigenständige psychische Störungen in die ZWAV-Störungskategorie aufgenommen. Wie Tabelle 1 zu entnehmen ist, ist die Dermatillomanie in ICD-11

jedoch neben der Trichotillomanie als eine von zwei körperbezogenen, repetitiven Verhaltensstörungen zu kodieren, während sie in DSM-5 als eigenständige Störung neben den anderen ZWAV steht. In beiden Diagnosesystemen ist damit die Trichotillomanie die einzige ehemals als Impulskontrollstörung klassifizierte Störung, die trotz der Diskussion um das breitere Zwangsspektrum Eingang in die ZWAV gefunden hat. Im Gegensatz zur DSM-5-ZWAV-Konzeption sind in die ICD-11 zwei weitere Störungen, nämlich die Hypochondrie und die Olfaktorische Referenzstörung (in der deutschsprachigen Entwurfsfassung des ICD-11 als Eigengeruchswahn [BfArM, 2022b] bezeichnet), aufgenommen worden, wobei letztere ebenfalls als neue Störung erstmals in einem Klassifikationssystem Berücksichtigung findet. Die substanz-/medikamenteninduzierte ZWAV, die ZWAV aufgrund eines anderen medizinischen Krankheitsfaktors (sekundäre ZWAV), andere näher bezeichnete ZWAV – hier kann beispielsweise pathologische Eifersucht diagnostiziert werden – sowie nicht näher bezeichnete ZWAV (Restkategorie) sind in Tabelle 1 nicht berücksichtigt und sollen hier auch nicht weiter erörtert werden.

4 EINSICHTSFÄHIGKEIT BEI DEN ZWANGSSTÖRUNGEN UND VERWANDTEN STÖRUNGEN

Im Folgenden soll auf das Merkmal der Einsichtsfähigkeit bei den ZWAV eingegangen werden, da es als gutes Beispiel angesehen werden kann, wie die Neugruppierung sowohl klinisch als auch in Bezug auf Forschungsaktivitäten stimulierend sein soll und auch ist.

Bei der Zwangsstörung ist lange Zeit als wichtiges diagnostisches Merkmal definiert worden, dass die Zwangsgedanken

und/oder Zwangshandlungen von Betroffenen als unbegründet oder übertrieben anzusehen sind (DSM-IV; APA, 1994) oder dass das Verhalten als sinnlos oder ineffektiv erlebt wird (ICD-10; BfArM, 2022a). Bereits in DSM-IV wurde jedoch die Möglichkeit einer Spezifizierung „mit wenig Einsicht“ eingeräumt, die der empirisch untermauerten Erkenntnis Rechnung tragen sollte, dass nicht alle Patienten mit einer Zwangsstörung Einsicht haben, dass die erlebten Symptome Ausdruck einer psychischen Erkrankung sind (vgl. Backenstraß, 2014). In der Gruppe der ZWAV ist nun sowohl in DSM-5 als auch in ICD-11 die Einsichtsfähigkeit als ein zusätzliches Merkmal der Störungen systematisch zu berücksichtigen. Wie in Tabelle 1 zu sehen ist, ist dies in DSM-5 mit einer Zusatzkodierung für die Zwangsstörung, die Körperdysmorphie Störung und das Pathologische Horten realisiert. Die dreifachgestufte Kodierung unterscheidet „mit guter oder angemessener Einsicht“, „mit wenig Einsicht“ und „mit fehlender Einsicht/wahnhaftes Überzeugungen“.

In der ICD-11 wird Einsichtsfähigkeit bei den eben genannten Störungen durch jeweils zwei Subdiagnoseschlüssel berücksichtigt. So wird bei der Zwangsstörung beispielsweise die Zwangsstörung mit guter oder angemessener Einsicht (Code 6B20.0) von der Zwangsstörung mit wenig oder keiner Einsicht (Code 6B20.1) unterschieden. Die DSM-5-Spezifizierungen „mit wenig Einsicht“ und „mit fehlender Einsicht“ werden in ICD-11 somit in einer Subkodierung zusammengefasst. Bei den zusätzlich in die ICD-11 ZWAV-Kategorie aufgenommenen Störungen – Olfaktorische Referenzstörung und Hypochondrie – soll die Einsichtsfähigkeit bei der Diagnostik ebenfalls mit zwei Subkodierungen berücksichtigt werden. Einsichtsfähigkeit stellt jedoch kein Merkmal aller ZWAV dar. So bleibt

Einsichtsfähigkeit bei der Trichotillomanie, der Dermatillomanie und den Restkategorien unberücksichtigt, jedenfalls sind in beiden Diagnosesystemen keine spezifischen Kodierungen vorgesehen.

Die klinische Bedeutung des Einsichtsmerkmals zeigt sich sowohl in diagnostischer und als auch in therapeutischer Sicht. So soll es Kliniker dabei unterstützen, ZWAV-Syndrome mit wenig oder nicht vorhandener Einsicht in Abwesenheit sonstiger psychotischer Symptomatik nicht fälschlicherweise als Schizophrenie oder eine sonstige psychotische Störung (am häufigsten wahnhafte Störung) zu diagnostizieren. Kogan und Kollegen (2020) konnten anhand von Fallvignetten empirisch bestätigen, dass Kliniker unter Verwendung der ICD-11-Diagnoserichtlinien im Vergleich zu ICD-10 signifikant besser wahnhafte Störungen von ZWAV-Störungen unterscheiden. Während jedoch Fallbeschreibungen „mit fehlender Einsicht“ von den Klinikern in 85 bis 90 Prozent richtig klassifiziert wurden, zeigten sich erhebliche Schwierigkeiten bei ZWAV-Störungen zwischen den ursprünglich angebotenen Kategorisierungen „mit guter oder angemessener Einsicht“ und „mit wenig Einsicht“ zu unterscheiden. Die Dichotomisierung und damit Vereinfachung bei der Kodierung von Einsichtsfähigkeit in ICD-11 gegenüber der dreifachgestuften Spezifizierung in DSM-5 wird mit diesem Studienergebnis untermauert.

Die diagnostische Einordnung eines psychopathologischen Syndroms als eine ZWAV mit wenig oder fehlender Einsicht hat sowohl pharmakologische als auch psychotherapeutische Konsequenzen. So weisen Kogan et al. (2020) darauf hin, dass ZWAV mit wenig oder fehlender Einsicht im Gegensatz zu psychotischen Störungen häufig von einer Hochdosistherapie mit Serotonin-Wiederaufnahmehemmern profitieren (vgl. auch Hong, Nezhgorova & Hollander, 2018). Auch

psychotherapeutisch ist die diagnostische Einschätzung als ZWAV bei wenig oder fehlender Einsicht von hoher Relevanz, da z. B. Selles und Kollegen (2020) zeigen konnten, dass das Ausmaß an Einsicht bei einer großen Stichprobe pädiatrischer Patienten mit Zwangsstörungen kein Prädiktor für das Ansprechen auf eine kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition ist, wohingegen es keine empirischen Belege gibt, dass eine Expositionsbehandlung bei psychotischen Störungen wirksam wäre. Trotz dieses Befundes bleibt die effektive Behandlung, besonders von ZWAV, bei denen Patienten mit wenig oder nicht vorhandener Einsicht deutlich häufiger vorkommen als bei der Zwangsstörung wie beispielsweise bei der Körperdysmorphen Störung oder der Olfaktorischen Referenzstörung (Stein et al., 2016; Toh et al., 2017), eine Herausforderung und verlangt sowohl im pharmakologischen als auch psychotherapeutischen Bereich weiterer Behandlungsmodifikationen (z. B. Backenstraß, 2014; Phillipou, Rossell, Wilding & Castle, 2016).

5

UNVOLLSTÄNDIGKEITSERLEBEN ALS STÖRUNGSÜBERGREIFENDES MERKMAL DER ZWANGSSTÖRUNGEN UND VERWANDTEN STÖRUNGEN

Ein weiteres psychologisches Merkmal, das im Rahmen der Neugruppierung der ZWAV über die reine Zwangsstörung hinaus in den Fokus klinischer und wissenschaftlicher Aufmerksamkeit rückt, ist das Unvollständigkeitserleben. Es wird neben der Schadensvermeidung als eine motivational-affektive Kerndimension gesehen und somit als Vulnerabilitätsfaktor der Zwangsstörung konzeptualisiert (z. B. Summerfeldt, 2004). Wie Ecker und Gönner (2017) ausführen, lässt sich das Unvollständigkeitserleben, das bereits vor

über 100 Jahren von Janet beschrieben wurde, in ein Nicht-genau-richtig-Erleben (not just right experiences; NJREs) und ein selbstbezogenes Unvollständigkeitserleben (SU) ausdifferenzieren. Zwangsstörungspatienten mit SU fühlen sich unmittelbar vor und/oder nach einer Zwangshandlung entfremdet, wie in Trance, neben sich stehend. Ihr Selbsterleben und die unmittelbaren Erinnerungen an die gerade ausgeführte Zwangshandlung erscheinen unvollständig, eine Handlung kann nach einem ersten Durchgang nicht abgeschlossen werden. NJREs beschreiben dagegen eine innere Unzufriedenheit mit eigenen Handlungen und/oder Wahrnehmungen, die dazu führt, dass ein kompensatorischer „Just-Right“-Drang entsteht. Betroffene mit diesem Drang versuchen dann durch Handlungswiederholungen, ein „Genau-richtig-Gefühl“ zu erlangen. Interessanter Weise können sich NJREs nicht nur auf Handlungen, sondern auch auf Wahrnehmungen aller Modalitäten beziehen; etwas muss genau richtig aussehen oder genau richtig in einer gewissen Art und Weise erklingen bzw. sich anhören usw. (weitere Beispiele bei Ecker & Gönner, 2017).

Während das Unvollständigkeitserleben in DSM-IV und ICD-10 keinerlei Rolle bei der Beschreibung und kriteriologischen Definition der Zwangsstörung spielt, wird in DSM-5 bei der Darstellung von Zwangshandlungen ausgeführt, dass „das Erleben, dass etwas nicht in Ordnung ist, ... zu ritualisierten Wiederholungen, bis es sich ‚genau richtig‘ anfühlt“ führen kann (Falkai & Wittchen, 2015, S. 324) und weiter:

„Während der Ausführung von Zwangshandlungen berichten einige Personen von extrem belastendem ‚Unvollständigkeitserleben‘ oder ausgeprägtem Unbehagen, das so lange anhält, bis die Dinge ‚genau richtig‘

erscheinen bzw. sich ‚genau richtig‘ anfühlen oder anhören.“ (Falkai & Wittchen, 2015, S. 325)

Auch in der ICD-11 wird bei den Zwangshandlungen festgehalten, dass diese als Reaktion auf Zwangsgedanken oder rigiden Regeln entsprechend oder „to achieve a sense of ‘completeness’“ (WHO, 2019) ausgeführt werden. Bei den anderen ZWAV in DSM-5 und ICD-11 finden sich keine Hinweise auf NJREs oder SU.

Hinsichtlich der Frage nach der Spezifität des Unvollständigkeitserlebens bei Zwangs- im Vergleich zu Angststörungen liegen mehrere empirische Studien vor. So haben z.B. Ecker, Kupfer und Gönner (2014) gezeigt, dass eine Gruppe von Zwangsstörungspatienten ein deutlich stärkeres Ausmaß von NJREs erlebt als eine Gruppe von Patienten mit Angst- oder mit depressiven Störungen und als eine gesunde Kontrollgruppe, was für die Störungsspezifität des Phänomens spricht. NJREs scheinen jedoch auch bei gesunden Personen, wenn auch in abgemilderter Form, aufzutreten und somit nicht nur bei Patienten mit Zwangsstörung feststellbar zu sein.

Angeregt durch die Neugruppierung der ZWAV in DSM-5 und ICD-11 stellt sich nun die Frage, ob sich SU und NJREs auch bei den zwangsverwandten Störungen in einem relevanten Ausmaß finden lassen. Schmidt und Stasik-O'Brien (2017) konnten in einer ersten Fragebogenstudie mit einer nicht-klinischen Stichprobe zeigen, dass NJREs neben Zwangssörungssymptomen auch mit Symptomen des pathologischen Sammelns, der KDS und der Trichotillomanie korrelieren. Diesen Befund weiter ausdifferenzierend, konnten Cerea, Lovetere, Bottesi, Sica und Ghisi (2021) bei Personen, die eine kosmetische Operation in Anspruch nehmen wollten und ein erhöhtes Aus-

maß aus Symptomen einer KDS zeigten, ausgeprägtere NJREs feststellen. Die Autoren verglichen die KDS-Gruppe mit Personen, die eine kosmetische Operation in Anspruch nehmen wollten, aber keine KDS-Symptome angaben, und einer Gruppe ohne kosmetischen Behandlungswunsch. Cerea und Kollegen (2021) interpretierten ihren Befund als Hinweis darauf, dass NJREs auch bei der KDS ein Vulnerabilitätsfaktor sein könnten. Summers, Wilver, Garratt und Cogle (2020) haben in einem multimethodalen Ansatz NJREs und Unvollständigkeitserleben nicht nur mit einem Fragebogen erhoben, sondern zusätzlich eine computerbasierte Aufgabe zur Anwendung gebracht, bei der über Bildvorgabe NJREs/Unvollständigkeitserleben ausgelöst werden sollten. Mit diesem Ansatz wurde in einer ersten Teilstudie eine Stichprobe von Studenten untersucht und festgestellt, dass das Ausmaß an NJREs signifikant mit KDS-Symptomen korrelierte. Zudem lösten die Bilder mit Körper- oder Gesichtsasymmetrien die stärksten NJREs bei Personen mit KDS-Symptomen aus. In einer zweiten Untersuchung wurden Patienten mit der Diagnose einer KDS mit gesunden Kontrollprobanden verglichen. Hier zeigten sich signifikant erhöhte Werte in der Selbstbeurteilung von NJREs der KDS-Gruppe im Vergleich zu den Kontrollprobanden. Auch die NJREs-assoziierten Reaktionen auf die gewählten Bildstimuli waren bei den KDS signifikant erhöht, wobei der bedeutsamste Unterschied sich bei einem Bild mit Gesichtsasymmetrie zeigte. Auch unter Berücksichtigung der Komorbidität mit Zwangsstörungen blieb dieser Befund erhalten, so dass die NJREs sich nicht auf komorbide Zwangsstörungssymptome zurückführen ließen.

Neben der KDS liegen weitere empirische Befunde für die körperbezogenen repetitiven Verhaltensstörungen, Trichotillomanie und Dermatillomanie vor. So

berichten Bottesi und Kollegen (2016) für eine italienische Stichprobe signifikant erhöhte Werte in einem Fragebogen zur Messung von NJREs bei Patienten mit einer Trichotillomanie. Sie verglichen Betroffene, die sich an einer onlinebasierten Befragung beteiligten, mit Trichotillomanie-Patienten, die im direkten Kontakt diagnostiziert werden konnten, und gesunden Probanden. Die beiden klinischen Gruppen unterschieden sich nicht voneinander, aber beide von den Kontrollprobanden im Ausmaß erlebter NJREs. In einer Studie von Sica und Kollegen (2015) zeigte sich kein Unterschied im Ausmaß an NJREs beim Vergleich von Trichotillomanie- mit Zwangsstörungspatienten, wohingegen die Zwangsstörungsgruppe ausgeprägtere NJREs im Vergleich zu Patienten mit Essstörungsdiagnose oder pathologischem Spielen zeigte.

Auch für die Dermatillomanie liegt eine erste Studie vor, die zeigt, dass das Ausmaß an Unvollständigkeitserleben als situationsübergreifendem Merkmal („trait incompleteness“) mit der Symptomstärke korreliert (Ricketts et al., 2021), und ergänzt einen Befund von Dieringer und Kollegen (2019), die in einem experimentellen Design zeigen konnten, dass Dermatillomanie-Patienten in einer Episode mit Haareauszupfen erhöhte NJREs erleben.

6

ZUSAMMENFASSENDE SCHLUSSFOLGERUNGEN UND AUSBLICK

Die diagnostische Gruppe der Zwangsstörungen und Verwandten Störungen wurde unter Beteiligung vieler Kliniker und Wissenschaftler nach intensiven Diskussionen im Vergleich zum Zwangsspektrumsstörungen-Ansatz deutlich „enger“ definiert und zusammengestellt. Mit der ZWAV-Konzeption in DSM-5 wurde

die neue Gruppierung erstmals in eines der bedeutenden Diagnosesysteme aufgenommen, in ICD-11 wurde dieser Ansatz dann übernommen und die Gruppe um zwei weitere Störungen, die Hypochondrie und die Olfaktorische Referenzstörung, erweitert.

Wie am Beispiel der beiden Konzepte „Einsichtsfähigkeit“ und „NJREs/SU“ gezeigt werden sollte, hat die Neugruppierung klinisch relevante Aspekte in den Fokus der Aufmerksamkeit gebracht und eine Vielzahl von Forschungsbemühungen stimuliert, zugleich sind neue Fragen entstanden. In den nächsten Jahren werden Studienergebnisse in Bezug auf Ätiologie, Aufrechterhaltung, (neuro-)biologische Grundlagen und effektive Behandlung – sowohl im Bereich der Psychotherapie als auch Pharmakotherapie – aller ZWAV zu erwarten sein. Dabei werden die bisher wenig beforschten zwangsverwandten Störungen sicherlich deutlich mehr Aufmerksamkeit erhalten. Neue theoretische Überlegungen und empirische Ergebnisse werden dann Aufschluss über Gemeinsamkeiten und Unterschiede der zusammen gruppierten Störungen geben. Die Diskussionen, ob die in der ZWAV zusammen gruppierten Störungen nicht doch besser an anderer Stelle im Diagnosesystem mit anderen Störungen zusammengefasst werden, oder ob andere Störungen in die ZWAV aufgenommen werden sollten, werden weiter geführt werden (z.B. Cerea et al., 2021; Malcolm et al., 2018; Philippou, Castle & Rossell, 2018; Yang et al., 2021).

LITERATUR

- APA. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (dt. Übersetzung H. Saß, H.-U. Wittchen & M. Zaudig). Göttingen: Hogrefe.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)* (5th edition). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Backenstraß, M. (2014). Krankheitseinsicht bei Zwangskranken: Ein obsoletes Kriterium? *Psychotherapie im Dialog*, 2, 42–45. doi:10.1055/s-0034-1376930
- Berlin, G. S. & Hollander, E. (2014). Compulsivity, impulsivity and the DSM-5 process. *CNS Spectrums*, 19, 62–68. doi:10.1017/S1092852916000110
- BfArM. (2022a). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision) – German Modification (Version 2022)*. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Verfügbar unter: [https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2022/\[09.01.2022\]](https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2022/[09.01.2022]).
- BfArM. (2022b). *ICD-11 für Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken (MMS) (Version: 2022-2) – deutschsprachige Entwurfsfassung*. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Verfügbar unter: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html [26.05.2022].
- Bottesi, G., Cerea, S., Razzetti, E., Sica, C., Frost, R. O. & Ghisi, M. (2016). Investigation of the phenomenological and psychopathological features of trichotillomania in an Italian sample. *Frontiers in Psychology*, 7, 256. doi:10.3389/fpsyg.2016.00256
- Cerea, S., Lovetere, G., Bottesi, G., Sica, C. & Ghisi, M. (2021). The relationship between body dysmorphic disorder symptoms and ‘not just right’ experiences in a sample of individuals seeking cosmetic surgery and aesthetic medicine procedures. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. doi:10.1002/cpp.2683
- Dieringer, M., Beck, C., Verrel, J., Münchau, A., Zurowski, B. & Brandt, V. (2019). Quality and temporal properties of premonitory urges in patients with skin picking dis-

- order. *Cortex*, 121, 125–134. doi:10.1016/j.cortex.2019.08.015
- Ecker, W. & Gönner, S. (2017). Aktueller Forschungsstand zum Unvollständigkeitserleben bei Zwangsstörungen. *Verhaltenstherapie*, 27, 120–128. doi:10.1159/000464255
- Ecker, W., Kupfer, J. & Gönner, S. (2014). Incompleteness and harm avoidance in OCD, anxiety and depressive disorders, and non-clinical controls. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 46–51. doi:10.1016/j.jocrd.2013.12.001
- Falkai, P. & Wittchen H. U. (Hrsg.). (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Fineberg, N. A., Van Ameringen, M., Drummond, L., Hollander, E., Stein, D. J., Geller, D. et al. (2020). How to manage obsessive-compulsive disorder (OCD) under COVID-19: A clinician's guide from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) and the Obsessive-Compulsive and Related Disorders Research Network (OCRN) of the European College of Neuropsychopharmacology. *Comprehensive Psychiatry*, 100, 152174. doi:10.1016/j.comppsy.2020.152174
- Hartmann, A. S. & Wilhelm, S. (2013). Zwangs- und verwandte Störungen im Licht der neuen DSM-5 Kriterien. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 61, 141–153. doi:10.1024/1661-4747/a000153
- Hollander, E., Kim, S., Braun, A., Simeon, D. & Zohar, J. (2009). Cross-cutting issues and future directions for the OCD spectrum. *Psychiatry Research*, 170, 3–6. doi:10.1016/j.psychres.2008.07.015
- Hong, K., Nezgovorova, V. & Hollander, E. (2018). New perspectives in the treatment of body dysmorphic disorder. *F1000Research*, 7, 361. doi:10.12688/f1000research.13700.1
- Kogan, C. S., Stein, D. J., Rebello, T. J., Keeley, J. W., Chan, K. J., Fineberg, N. A. et al. (2020). Accuracy of diagnostic judgments using ICD-11 vs ICD-10 diagnostic guidelines for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Affective Disorders*, 273, 328–340. https://doi:10.1016/j.jad.2020.03.103
- Malcolm, A., Labuschagne, I., Castle, D., Terrett, G., Rendell, P. G. & Rossell, S. L. (2018). The relationship between body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review of direct comparative studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 52, 1030–1049. doi:10.1177/0004867418799925
- Mataix-Cols, D., Pertusa, A. & Leckman, J. F. (2007). Issues for DSM-V: How should obsessive-compulsive and related disorders be classified? *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1313–1314. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07040568
- McKay, D., Abramowitz, J. S. & Taylor, S. (2008). Discussion: The obsessive-compulsive spectrum. In J. S. Abramowitz, D. McKay & S. Taylor (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Subtypes and spectrum conditions* (pp. 287–300). New York: Elsevier.
- Phillipou, A., Castle, D. J. & Rossell, S. L. (2018). Anorexia nervosa: Eating disorder or body image disorder? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 52, 13–14. doi:10.1177/0004867417722640
- Phillipou, A., Rossell, S. L., Wilding, H. E. & Castle, D. J. (2016). Randomised controlled trials of psychological & pharmacological treatments for body dysmorphic disorder: A systematic review. *Psychiatry Research*, 245, 179–185. doi:10.1016/j.psychres.2016.05.062
- Phillips, K. A., Stein, D. J., Rauch, S. L., Hollander, E., Fallon, B. A., Barsky, A. et al. (2010). Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V? *Depression and Anxiety*, 27, 528–555. doi:10.1002/da.20705
- Ricketts, E. J., Snorrason, Í., Mathew, A. S., Sigurvinsdottir, E., Ólafsson, R. P., Woods,

- D. W. & Lee, H.-J. (2021). Heightened sense of incompleteness in excoriation (Skin-Picking) disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 45, 759–766. doi:10.1007/s10608-020-10201-5
- Schmidt, J. P. & Stasik-O'Brien, S. M. (2017). Not just right experiences in obsessive-compulsive and related disorders. *Psi Chi Journal of Psychological Research*, 22, 193–205. doi:10.24839/2325-7342.JN22.3.193
- Selles, R. R., Højgaard, D. R. M. A., Ivarsson, T., Thomsen, P. H., McBride, N. M., Storch, E. A. et al. (2020). Avoidance, insight, impairment recognition concordance, and cognitive-behavioral therapy outcomes in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59, 650–659. doi:10.1016/j.jaac.2019.05.030
- Sica, C., Bottesi, G., Orsucci, A., Pieraccioli, C., Sighinolfi, C. & Ghisi, M. (2015). "Not Just Right Experiences" are specific to obsessive-compulsive disorder: Further evidence from Italian clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 31, 73–83. doi:10.1016/j.janxdis.2015.02.002
- Stein, D. J., Kogan, C. S., Atmaca, M., Fineberg, N. A., Fontenelle, L. F., Grant, J. E. et al. (2016). The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11. *Journal of Affective Disorders*, 190, 663–674. https://doi:10.1016/j.jad.2015.10.061
- Summerfeldt, L. J. (2004). Understanding and treating incompleteness in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 1155–1168. doi:10.1002/jclp.20080
- Summers, B. J., Wilver, N. L., Garratt, G. H. & Cogle, J. R. (2020). A multimethod analysis of incompleteness and visual "not just right" experiences in body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, 51, 764–773. doi:10.1016/j.beth.2019.11.001
- Toh, W. L., Castle, D. J., Mountjoy, R. L., Buchanan, B., Farhall, J. & Rossell, S. L. (2017). Insight in body dysmorphic disorder (BDD) relative to obsessive-compulsive disorder (OCD) and psychotic disorders: Revisiting this issue in light of DSM-5. *Comprehensive Psychiatry*, 77, 100–108. doi:10.1016/j.comppsy.2017.06.004
- WHO. (2019). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics: Obsessive-compulsive or related disorders*. World Health Organization. Verfügbar unter: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> [04.01.2022].
- Yang, Z., Wu, H., Lee, P. H., Tsetsos, F., Davis, L. K., Yu, D. et al. (2021). Investigating shared genetic basis across tourette syndrome and comorbid neurodevelopmental disorders along the impulsivity-compulsivity spectrum. *Biological Psychiatry*, 90(5), 317–327. doi:10.1016/j.biopsych.2020.12.028



PROF. DR. MATTHIAS BACKENSTRAB
 KLINIKUM STUTTGART
 INSTITUT FÜR KLINISCHE PSYCHOLOGIE –
 ZENTRUM FÜR SEELISCHE GESUNDHEIT
 KRANKENHAUS BAD CANNSTATT
 PRIESSNITZWEG 24
 D-70374 STUTTGART
 E-MAIL:
m.backenstrass@klinikum-stuttgart.de