

## **DIE ENTWICKLUNG DES KAPITELS ICD-11 (INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES) ÜBER PSYCHISCHE STÖRUNGEN: EIN UPDATE FÜR WPA MITGLIEDER**

### **THE DEVELOPMENT OF THE ICD-11 CHAPTER ON MENTAL DISORDERS: AN UPDATE FOR WPA MEMBERSHIP**

**Umberto Volpe**

*Abteilung Psychiatrie, Universität SUN, Neapel, Italien*

\* \* \* \* \*

Das Kapitel über psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten der 11. Ausgabe des International Classification of Diseases (ICD-11) ist derzeit in Bearbeitung. Die Zulassung des gesamten Klassifizierungssystems durch die WHO wird für Mai 2017 erwartet.

Es wird zumindest 2 Versionen dieses Kapitels geben: eine für die Nutzung zur fachärztlichen Versorgung (Klinische Beschreibung und Diagnoserichtlinien) und eine für den Gebrauch in der Erstversorgung. Ob es eine eigene Version für Forschungszwecke geben soll, wird noch diskutiert.

Eine wichtige, neue Entwicklung ist, dass Schlaf-Wach-Störungen und sexuelle Funktionsstörungen in separaten Kapiteln der Klassifizierung behandelt werden.

Im ICD-10 sind die "nicht-organischen" Schlafstörungen im Kapitel über psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten angeführt, wohingegen die meisten "organischen" Schlafstörungen im Kapitel über die Störungen des Nervensystems angeführt sind. Diese Unterscheidung wurde nun für obsolet angesehen. Das neue Kapitel der Schlaf-Wach-Störungen im ICD-11 anerkennt Schlafstörungen als eigenes Praxisgebiet, das einer unabhängigen klinischen Betrachtung bedarf.

Ähnlich dazu sind die "nicht-organischen" sexuellen Disfunktionen im ICD-10 im Kapitel über psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten angeführt, wohingegen die meisten "organischen" sexuellen Disfunktionen im Kapitel über Störungen des Urogenitalsystems aufscheinen. Das neue Kapitel in ICD-11 über sexualitätsbezogene Disfunktionen wird gängige klinische Praktiken angemessener reflektieren und darauf eingehen, dass sexuelle Disfunktionen sowohl psychologische als auch biologische Komponenten beinhalten.

Das Kapitel der psychischen Störungen im ICD-11 wird von einem internationalen Beirat erarbeitet, der von 11 Arbeitsgruppen unterstützt wird, die folgende Themen behandeln: Ersthilfe, Kinder- und Jugendkrankheiten, geistige Entwicklungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, psychotische Störungen, somatische und dissoziative Störungen, stressbezogene Störungen,

substanz-gebundene Störungen und Sucht, Verhaltens- und Angststörungen, Zwangsstörungen und Essstörungen. Außerdem gibt es eine Beratungsgruppe für ältere Erwachsene; zwei Arbeitsgruppen für neurokognitive Störungen und für Schlafstörungen unterstützen den internationalen Beirat bei psychischen und Verhaltensauffälligkeiten und Störungen des Nervensystems; und eine Arbeitsgruppe zu sexuellen Störungen und sexueller Gesundheit, die dem internationalen Beirat zu psychischen Störungen und Verhaltensstörungen und reproduktiver Gesundheit berichten.

Das ICD-11 Kapitel psychische Störungen wird unter Einbeziehung relevanter Stakeholder erarbeitet. Dazu gehören die WHO Mitgliedsstaaten, einige professionelle Gruppierungen und User von Mental Health Einrichtungen sowie deren Familien. Ein Schlüsselement ist die Beachtung des kulturellen Bezugssystems. Die Neubearbeitung wird als Möglichkeit gesehen, die Klassifizierung der klinischen Versorgung zu verbessern, besonders in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen (International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders 2011, Reed 2010, Gureje & Reed 2012).

Das Kapitel wird weiterhin auf Definitionen und Diagnoserichtlinien für verschiedene psychische Beeinträchtigungen basieren im Gegensatz zu den angewandten Diagnosekriterien des DSM. Die Vorteile und mögliche Grenzen der beiden Herangehensweisen wurden kürzlich diskutiert (Westen 2012, Jablensky 2012, First 2012, Frances 2012, Wakefield 2012, Aysuo-Mateos 2012). Ein Hauptargument zugunsten des bisherigen Denkansatzes ist, dass dieser mit dem spontan-klinischen Prozess übereinstimmt, der nicht vorsieht, einen Patienten auf eine Serie von Symptomen zu prüfen, sondern darauf Bedacht nimmt, ob die Charakteristik des Patienten mit den psychischen Störungen, die der Arzt in Betracht zieht, übereinstimmt.

Große Bemühungen wurden daran gesetzt, die Gruppe der Störungen ("blocks"), vorgeschlagen für die ICD-11 mit denjenigen, die im DSM-5 enthalten sind,

zu harmonisieren. Dabei gibt es jedoch einige Unterschiede auf dem Niveau der spezifischen Diagnosekategorien. Obwohl bisher noch keine Endentscheidung betreffend der Inhalte des ICD-11 getroffen wurden, wurden in verschiedenen Literaturquellen bereits einige erwartete Annäherungen und Abweichungen diskutiert.

Im Bereich der psychotischen Störungen, sowohl in ICD-11 als auch in DSM-5, werden Schneider's erstgereihten Symptomen in der Beschreibung von Schizophrenie eine geringere Bedeutung beigemessen und die Untertypen dieser Störungen werden weggelassen. Im Gegensatz zum DSM-5 wird vom ICD-11 erwartet, dass das Kriterium der 1-Monats-Spanne für eine Diagnose von Schizophrenie beibehalten wird und dass funktionelle Beeinträchtigung als verpflichtendes Kriterium (Gaebel 2012, Gaebel et al. 2013) nicht berücksichtigt wird.

Im Bereich Verhaltensauffälligkeiten wird sowohl im ICD-11 als auch im DSM-5 erwartet, dass Belebung/Energie als ein definierendes Symptom für Manie ergänzt wird. Es wird außerdem anerkannt, dass ein manisches/hypomanisches Syndrom, das während einer Antidepressions-Behandlung auftritt und über die physiologische Wirkung dieser Behandlung hinaus bestehen bleibt, für die Diagnose einer manischen/hypomanischen Episode qualifiziert.

Darüber hinaus wird die Bipolare Störung Type II als eigenständige diagnostische Einheit im ICD-11 anerkannt (während sie im ICD-10 nur unter "Andere bipolare affektive Störungen" angeführt ist. Erwartete Abweichungen zwischen dem ICD-11 und dem DSM-5 beinhalten eine unterschiedliche Charakterisierung von gemischten Zuständen und schizoaffektiven Störungen. Außerdem wird das ICD-11 "normale Reaktionen auf schmerzliche Verluste, die der Kultur des Betroffenen entsprechen" (Maj & Reed 2012, Maj 2012, 2013a,b, Wakefield & First 2012a,b, Corruble 2012, Pies 2012, Wakefield 2013) von der Diagnose einer depressiven Episode ausschließen, entsprechend dem ICD-10, aber unterschiedlich zum DSM-5.

Im ICD-11 wird die akute Stressreaktion als normale Reaktion betrachtet und daher im Abschnitt über "Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Begegnungen mit Gesundheitseinrichtungen" behandelt, während "akute Belastungsstörungen" weiterhin im Abschnitt über Trauma- und stressbedingte Störungen im DSM-5 angeführt sind. Im ICD-11 wird eine neue diagnostische Kategorie eingeführt, genannt komplexe posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), gekennzeichnet von Störungen im Bereich der Affekte, Selbstkonzept und Beziehungsfunktionen zusätzlich zu den drei Kernpunkten des PTBS (Maercker et al. 2013).

Im Bereich der Essstörungen wird erwartet, dass die Kategorie "Anorexia nervosa" im ICD-11 erweitert wird durch Fallenlassen der Bedingung von Amenorrhoe, Ausweitung des Gewichtskriteriums auf jegliches signifikante Untergewicht, Ausweitung des kognitiven Kriteriums durch Einbeziehung von entwicklungs-

bedingten und kulturell relevanten Aspekten. Weiters wird erwartet, dass "mit gefährlich niedrigem Körpergewicht" ein Maßstab für den Schweregrad der Erkrankung eingeführt wird, um die schweren Krankheitsfälle mit den riskantesten Prognosen von Anorexia nervosa unterscheiden zu können. Die Kategorie Bulimia nervosa wird wahrscheinlich erweitert um subjektives "binge eating" (= Heißhungeranfälle) und die sogenannte "binge eating" - Störung wird als spezifische diagnostische Kategorie aufgenommen, in Übereinstimmung mit dem DSM-5 (Uher & Rutter 2012).

Intellektuelle Entwicklungsstörungen (dieser Terminus ersetzt den Begriff "geistige Behinderung" werden definiert als "eine Gruppe von Entwicklungsbedingungen, charakterisiert von signifikanter Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen, die verbunden sind mit Lernschwierigkeiten, Einschränkungen des angepassten Verhaltens und der Fähigkeiten. Aktuelle Unterkategorien, die auf dem klinischen Schweregrad basieren, werden beibehalten, während Problemverhalten als "verbundene Merkmale" beschrieben werden (Salvador-Carulla et al. 2011).

Vorläufige Berichte aus den Arbeitsgruppen zu somatischem Distress und dissoziativen Störungen und zu Persönlichkeitsstörungen sind auch in der Literatur verfügbar (Creed & Gureje 2012, Tyrer et al. 2011), und eine allgemeinere Diskussion zu diagnostischen Themen in Verbindung mit dem ICD-11 ist in den neuesten Ausgaben der *World Psychiatry* und anderen Journalen nachzulesen (e.g., Rutter & Uher 2012, van Os et al. 2013, Ghaemi 2013, McGorry 2013, Maj 2013c, Parnas 2013, Bolton 2013, Wakefield & Schmitz 2013, Berrios & Markova 2013).

Im frühen Entwicklungsprozess des ICD-11 Kapitels wurden zwei entscheidende Feldstudien durchgeführt, um die Ansichten von Professionisten im Bereich der psychischen Gesundheit weltweit über die Beziehungen zwischen den psychischen Störungen zu untersuchen und um über Entscheidungen über die Strukturen der Klassifizierung zu informieren (Roberts et al. 2012, Reed et al. 2013).

Zwei globale Befragungen über die Einstellung von Professionisten gegenüber der Klassifizierung von psychischen Störungen wurden durchgeführt, eine in Zusammenarbeit mit der World Psychiatric Association, die fast 5.000 Psychiater in 44 Ländern umfasst (Reed et al. 2011), und eine in Zusammenarbeit mit der International Union of Psychological Science, an der 2.155 Psychologen aus 23 Ländern teilgenommen haben (Evans et al. 2013).

Feldstudien mit zwei unterschiedlichen Ansätzen zu Anträgen für das ICD-11 wurden durchgeführt. Die erste ist eine internet-basierte Studie, die im Global Clinical Practice Network implementiert wurde; dies ist ein Netzwerk von einzelnen Fachkräften für psychosoziale Gesundheit und Hausärzten. Zur Zeit umfasst dieses Netzwerk fast 10.000 registrierte Teilnehmer aus

127 Ländern. Diese internet-basierten Studien verwenden Vignetten-Methoden zur Untersuchung klinischer Entscheidungsfindung in Bezug auf die diagnostischen Kategorien und Richtlinien, wie sie im ICD-11 vorgeschlagen werden. Der zweite Ansatz ist eine klinik-basierte Feldstudie, die den Nutzen der im ICD-11 vorgeschlagenen diagnostischen Richtlinien in "real-life" klinischen Settings beurteilt, mit speziellem Fokus auf Länder mit niedrigen und mittleren Einkommen.

Im Rahmen des World Kongress of Psychiatry, von 14.-18. September 2014 in Madrid, Spanien, werden eine Reihe von Symposien über die Entwicklung der ICD-11 Kapitel über seelische Störungen stattfinden.

**Acknowledgements:** None.

**Conflict of interest:** None to declare.

## References

1. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders: A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2011; 10:86-92.
2. Reed GM: Toward ICD-11: improving the clinical utility of WHO's International Classification of Mental Disorders. *Prof Psychol Res Pract* 2010; 41:457-64.
3. Gureje O, Reed G: Revising the classification of mental disorders: do we really need to bother? *Int Rev Psychiatry* 2012; 24:511-3.
4. Westen D: Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry* 2012; 11:16-21.
5. Jablensky A: Prototypes, syndromes and dimensions of psychopathology: an open agenda for research. *World Psychiatry* 2012; 11:22-3.
6. First MB: A practical prototypic system for psychiatric diagnosis: the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. *World Psychiatry* 2012; 11:24-5.
7. Frances A: Prototypal diagnosis: will this relic from the past become the wave of the future? *World Psychiatry* 2012; 11:26.
8. Wakefield JC: Are you as smart as a 4th grader? Why the prototype-similarity approach to diagnosis is a step backward for a scientific psychiatry. *World Psychiatry* 2012; 11:27-8.
9. Ayuso-Mateos JL: Prototype diagnosis of psychiatric syndromes and the ICD-11. *World Psychiatry* 2012; 11:30-1.
10. Gaebel W: Status of psychotic disorders in ICD-11. *Schizophr Bull* 2012; 38:895-8.
11. Gaebel W, Zielasek J, Cleveland H-R: Psychotic disorders in ICD-11. *Die Psychiatrie* 2013; 10:11-7.
12. Maj M, Reed GM (eds): The ICD-11 classification of mood and anxiety disorders: background and options. *World Psychiatry* 2012; 11(Suppl 1).
13. Maj M: Mood disorders in ICD-11 and DSM-5. A brief overview. *Die Psychiatrie* 2013a; 10:24-9.
14. Maj M: Bereavement-related depression in the DSM-5 and ICD-11. *World Psychiatry* 2012; 11:1-2.
15. Wakefield JC, First MB: Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry* 2012a; 11:3-10.
16. Corruble E: The bereavement exclusion may not be applicable in real world settings. *World Psychiatry* 2012; 11:202.
17. Pies R: Was the bereavement exclusion originally based on scientific data? *World Psychiatry* 2012; 11:203.
18. Wakefield JC, First M: Fallacious reasoning in the argument to eliminate the major depression bereavement exclusion in DSM-5. *World Psychiatry* 2012b; 11:204-5.
19. Maj M: "Clinical judgment" and the DSM-5 diagnosis of major depression. *World Psychiatry* 2013b; 12:89-91.
20. Wakefield JC: DSM-5 grief scorecard: assessment and outcomes of proposals to pathologize grief. *World Psychiatry* 2013; 12:171-3.
21. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA et al.: Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2013; 12:198-206.
22. Uher R, Rutter M: Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2012; 11:80-92.
23. Salvador-Carulla L, Reed GM, Vaez-Azizi LM et al.: Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability" in ICD-11. *World Psychiatry* 2011; 10:175-80.
24. Creed F, Gureje O: Emerging themes in the revision of the classification of somatoform disorders. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24:556-67.
25. Tyrer P, Crawford M, Mulder R et al.: Reclassifying personality disorders. *Lancet* 2011; 377:1814-5.
26. Rutter M, Uher R: Classification issues and challenges in child and adolescent psychopathology. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24:514-29.
27. van Os J, Delespaul P, Wigman J et al.: Beyond DSM and ICD: introducing "precision diagnosis" for psychiatry using momentary assessment technology. *World Psychiatry* 2013; 12:113-7.
28. Ghaemi SN: Taking disease seriously in DSM. *World Psychiatry* 2013; 12:210-2.
29. McGorry PD: The next stage for diagnosis: validity through utility. *World Psychiatry* 2013; 12:213-5.
30. Maj M: Mental disorders as "brain diseases" and Jaspers' legacy. *World Psychiatry* 2013c; 12:1-3.
31. Parnas J: The Breivik case and "conditio psychiatrica". *World Psychiatry* 2013; 12:22-3.
32. Bolton D: Should mental disorders be regarded as brain disorders? 21st century mental health sciences and implications for research and training. *World Psychiatry* 2013; 12:24-5.
33. Wakefield JC, Schmitz MF: When does depression become a disorder? Using recurrence rates to evaluate the validity of proposed changes in major depression diagnostic thresholds. *World Psychiatry* 2013; 12:44-52.
34. Berrios GE, Markova IS: Is the concept of "dimension" applicable to psychiatric objects? *World Psychiatry* 2013; 12:76-8.

35. Roberts MC, Reed GM, Medina-Mora ME et al.: A global clinicians' map of mental disorders to improve ICD-11: analysing meta-structure to enhance clinical utility. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24:578-90.
36. Reed GM, Roberts MC, Keeley J et al.: Mental health professionals' natural taxonomies of mental disorders: implications for the clinical utility of the ICD-11 and the DSM-5. *J Clin Psychol* 2013; 69:1191-212.
37. Reed GM, Mendonça Correia J, Esparza P et al.: The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry* 2011; 10:118-31.
38. Evans SC, Reed GM, Roberts MC et al.: Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: results from the WHO-IUPsyS global survey. *Int J Psychol* 2013; 48:177-93.

Correspondence:

Umberto Volpe, MD, PhD  
Department of Psychiatry, University of Naples SUN  
Naples, Italy  
E-mail: [umberto.volpe@unina2.it](mailto:umberto.volpe@unina2.it)