

DER BETA-ENTWURF DES ICD-11 KAPITELS ÜBER PSYCHISCHE UND VERHALTENSSTÖRUNGEN

THE BETA DRAFT OF THE ICD-11 CHAPTER ON MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS

Paola Bucci

WHO Zentrum für Zusammenarbeit in Forschung und Training Psychischer Erkrankungen, Neapel, Italien

* * * * *

Die 11. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-11) wird im Jahr 2018 veröffentlicht werden. Der sogenannte Beta-Entwurf des Kapitels über Psychische und Verhaltensstörungen ist jedoch bereits jetzt online verfügbar unter <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en>.

Dieser Entwurf enthält die Definitionen der verschiedenen Erkrankungen (Zusammenfassung von etwa 100 bis 125 Wörter pro Definition), die Ein- und Ausschluss Bedingungen, und - für einige Erkrankungen - die Definitionen der Kennzeichen/Unterarten.

Registrierte BenutzerInnen werden aufgefordert, das im Internet veröffentlichte Material zu kommentieren, auf die geposteten Kommentare zu reagieren und Änderungsvorschläge oder Ergänzungen zu den Klassifikationen vorzunehmen.

Die endgültige Fassung der ICD-11 Leitlinien für die klinische Beschreibung und diagnostischen Richtlinien wird weiters für jede Störung eine Beschreibung der wesentlichen (erforderlichen) Funktionen enthalten, eine Charakterisierung der Abgrenzung der Störung zur Normalität (Schwelle für die Diagnose) und zu anderen Störungen (Differentialdiagnose) und eine Beschreibung der Verlaufsmerkmale, zugeordnete klinische Darstellung, kulturspezifische Merkmale, Entwicklung des Krankheitsbildes und geschlechtspezifische Merkmale (First et al. 2015).

Angemeldete BenutzerInnen des Beta-Entwurfes können bereits mehrere Aspekte der neuen Ausgabe des Systems verwenden, die bereits in der wissenschaftlichen Literatur diskutiert werden und wurden (Al-Adawi et al. 2013, Bertelli et al. 2014, Clarke & Kuhl 2014, Creed & Gureje 2012, Del Vecchio 2014, Gaebel 2012, Grant et al. 2014, Lochman et al. 2015, Luciano 2014, Maercker et al. 2013, Maj 2013, Oldham 2015, Parnas 2015, Reed 2010, Stein et al. 2016, Tyrer et al. 2015, Wakefield & Schmitz 2014).

Bedeutend unter diesen Aspekten ist die Einführung der Gruppierung von Erkrankungen, die speziell mit Stress verbunden sind, darunter die neuen Kategorien von komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen und verlängerter Trauerstörung und

eine weitreichend überarbeitete Kategorie der Anpassungsstörung. Akute Belastungsreaktion wird nun als nicht-gestörte Reaktion beschrieben und unter "Zustände im Zusammenhang mit psychosozialen Umständen" klassifiziert (siehe Maercker et al. 2013).

Die Definitionen und Subtypisierung von Persönlichkeitsstörungen und körperlichen Belastungsstörungen sind ebenfalls (siehe Creed & Gureje 2012, Tyrer et al. 2015) umfassend überarbeitet und vereinfacht worden, und werden bereits auf der Plattform zum Beta-Entwurf diskutiert. Die Gruppierung von Impulskontrollstörungen umfasst nun auch Spielsucht und zwanghaftes sexuelles Verhalten (siehe Grant et al. 2014). Ein neuer Name ("Störungen der geistigen Entwicklung") und eine neue Charakterisierung ist für die Zustände erarbeitet worden, die im ICD-10 unter der Überschrift "geistige Behinderung" (siehe Bertelli et al. 2014) subsumiert wurden.

In der Definition von Schizophrenie sind Störungen der Selbsterfahrung zusätzlich zu denen des Denkens, der Wahrnehmung, der Kognition, des Willens und des Affektes hervorgehoben worden. Das Kriterium der Dauer von einem Monat wird beibehalten und funktionelle Beeinträchtigung ist nicht als Pflichtkriterium angesehen, im Gegensatz zum DSM-5. Kennzeichen für den Verlauf der Störung wurden eingeführt. Die schizoaffektive Störung wird querschnittsorientiert als ein Zustand beschrieben, in welchem die diagnostischen Anforderungen für Schizophrenie und einer affektive Episode innerhalb derselben Krankheitsperiode erfüllt werden, entweder gleichzeitig oder innerhalb von wenigen Tagen, im Gegensatz zur längslaufenden Charakterisierung des DSM-5 (siehe Gaebel 2012).

Bei der Gruppierung von affektiven Störungen erscheinen gemischte Episoden als separate diagnostische Einheit, im Gegensatz zum DSM-5 (siehe Maj 2013). Sie wird entweder als eine Mischung oder einen sehr schnellen Wechsel von bedeutenden manischen und depressiven Symptomen, an den meisten Tagen während eines Zeitraums von mindestens zwei Wochen, beschrieben (siehe Maj 2013). Die Kategorien

der bipolaren Typ-II-Störung und prämenstruellen Dysphorie wurden eingeführt (siehe Maj 2013). Die vorgesehene Definition für den letztgenannten Zustand wird bereits auf der Plattform zum Beta-Entwurf diskutiert.

In der Gruppierung der Ernährungs- und Essstörungen wurden Subtypen der Anorexia nervosa „mit gefährlich niedrigem Körpergewicht“ und „mit deutlich geringem Körpergewicht“ aufgenommen und die neue Kategorie der vermeidend-restriktiven Essstörung (Avoidant-restrictive food intake disorder; ARFID) eingeführt (siehe Al-Adawi et al. 2013).

Der Entwurf beinhaltet ebenfalls die neue Gruppierung von Zwangsstörungen und verwandte Störungen, einschließlich Zwangsstörung, Körperdysmorphie Störung, Hypochondrie, olfaktorischen Referenzstörung und dem Messie-Syndrom sowie Körper-fokussierte sich wiederholende Verhaltensstörungen (Trichotillomanie und Juckreiz Störung) (siehe Stein et al. 2016).

Internet-basierte und Klinik-basierte Feldstudien der neuen Klassifikation werden jetzt durchgeführt (siehe First et al. 2015). Erstere werden durch das Global Clinical Practice Network durchgeführt, das derzeit mehr als 12.000 Praktizierende aus allen Regionen der Welt umfasst. PsychiaterInnen können sich auf www.globalclinicalpractice.net zu diesem Netzwerk in allen neun Sprachen registrieren.

In Betracht gezogen wurde auch die Möglichkeit eines Dialogs zwischen dem ICD Revisionsprozess und dem Projekt „Research Domain Criteria (RDoC)“. Tatsächlich können die wichtigsten Ziele der beiden Projekte (d.h. den klinischen Nutzen von psychiatrischen Diagnosen für den ICD zu verbessern; auf innovative Weise die ätiopathogenetischen Grundlagen der Psychopathologie für die RDoC explorieren) als komplementär betrachtet werden, und es kann viel dazu getan werden, um die aktuelle Lücke zwischen den RDoC Konstrukten und einigen klinischen Phänomenen, denen PsychiaterInnen in ihrer normalen klinischen Praxis begegnen, vor allem im Bereich von Psychosen, zu schließen (siehe Cuthbert 2014a,b, First 2014, Fulford 2014, Jablensky & Waters 2014, Keshavan & Ongur 2014, Maj 2014, Parnas 2014, Sartorius 2014, Stein 2014).

Acknowledgements: None.

Conflict of interest: None to declare.

Literatur

1. Al-Adawi S, Bax B, Bryant-Waugh R et al.: Revision of ICD: status update on feeding and eating disorders. *Adv Eat Disord* 2013; 1:10-20.
2. Bertelli MO, Salvador-Carulla L, Scuticchio D et al.: Moving beyond intelligence in the revision of ICD-10:

- specific cognitive functions in intellectual developmental disorders. *World Psychiatry* 2014; 13:93-4.
3. Clarke DE & Kuhl EA: DSM-5 cross-cutting symptom measures: a step towards the future of psychiatric care? *World Psychiatry* 2014; 13:314-6.
4. Creed F & Gureje O: Emerging themes in the revision of the classification of somatoform disorders. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24:556-67.
5. Cuthbert BN: The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014a; 13:28-35.
6. Cuthbert BN: NIMH RDoC Workgroup. The RDoC framework: continuing commentary. *World Psychiatry* 2014b; 13:196-7.
7. Del Vecchio V: Following the development of ICD-11 through *World Psychiatry* (and other sources). *World Psychiatry* 2014; 13:102-4.
8. First MB: Preserving the clinician-researcher interface in the age of RDoC: the continuing need for DSM-5/ICD-11 characterization of study populations. *World Psychiatry* 2014; 13:54-5.
9. First MB, Reed GM, Hyman SE et al.: The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry* 2015; 14:82-90.
10. Fulford KWM: RdoC+: taking translation seriously. *World Psychiatry* 2014; 13:54-5.
11. Gaebel W: Status of psychotic disorders in ICD-11. *Schizophr Bull* 2012; 38:895-8.
12. Grant JE, Atmaca M, Fineberg NA et al.: Impulse control disorders and “behavioural addictions” in the ICD-11. *World Psychiatry* 2014; 13:125-7.
13. Jablensky A & Waters F: RDoC: a roadmap to pathogenesis? *World Psychiatry* 2014; 13:43-4.
14. Keshavan MS & Ongur D: The journey from RDC/DSM diagnoses toward RDoC dimensions. *World Psychiatry* 2014; 13:44-6.
15. Lochman JE, Evans SC, Burke JD et al.: An empirically based alternative to DSM-5’s disruptive mood dysregulation disorder for ICD-11. *World Psychiatry* 2015; 14:30-3.
16. Luciano M: Proposals for ICD-11: a report for WPA membership. *World Psychiatry* 2014; 13:206-8.
17. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA et al.: Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet* 2013; 381:1683-5.
18. Maj M: Keeping an open attitude towards the RDoC project. *World Psychiatry* 2014; 13:1-3.
19. Maj M: Mood disorders in ICD-11 and DSM-5. A brief overview. *Die Psychiatrie* 2013; 10:24-9.
20. Oldham JM: The alternative DSM-5 model for personality disorders. *World Psychiatry* 2015; 14:234-6.
21. Parnas J: Differential diagnosis and current polythetic classification. *World Psychiatry* 2015; 14:284-7.
22. Parnas J: The RDoC program: psychiatry without psyche? *World Psychiatry* 2014; 13:46-7.
23. 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.
24. Sartorius N: The only one or one of many? A comment on the RDoC project. *World Psychiatry* 2014; 13:50-1.

25. Stein DJ, Kogan CS, Atmaca M et al.: *The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11. J Affect Disord* 2016; 190:663-74.
26. Stein DJ: *An integrative approach to psychiatric diagnosis and research. World Psychiatry* 2014; 13:51-3.
27. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ: *Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. Lancet* 2015; 385:717-26.
28. Wakefield JC & Schmitz MF: *Uncomplicated depression is normal sadness, not depressive disorder: further evidence from the NESARC. World Psychiatry* 2014; 13:317-9.

Correspondence:

Paola Bucci, MD

WHO Zentrum für Zusammenarbeit in Forschung und Training Psychischer Erkrankungen
Neapel, Italien

E-mail: paola.bucci@unina2.it