

BESCHLUSS ÜBER DAS KAPITEL ÜBER PSYCHISCHE STÖRUNGEN IM IDC-11

THE IDC-11 CHAPTER ON MENTAL DISORDERS IS GOING TO BE FINALIZED

Luca Steardo Jr.

*WHO-Kooperationszentrum für Forschung und Ausbildung in psychischer Gesundheit,
Universität von Kampanien L. Vanvitelli, Neapel, Italien*

* * * * *

Die Versammlung der Weltgesundheitsorganisation wird bei ihrer Tagung vom 21. bis 26. Mai 2018 in Genf voraussichtlich das Kapitel über Geistes- und Verhaltensstörungen der 11. Ausgabe der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-11) verabschieden.

Das Hauptziel des neuen diagnostischen Systems ist die Verbesserung des klinischen Nutzens von psychiatrischen Diagnosen in der Praxis (Keeley et al. 2016a). Die klinischen Beschreibungen und diagnostischen Richtlinien, wie sie für die verschiedenen psychischen Störungen beschrieben werden, dienen den Diagnostikern in ihrer Praxis dabei als Leitfaden, klinische Entscheidungen an Hand der vorgeschlagenen Prototypen zu treffen. Genaue Schwellenwerte für die Anzahl oder Dauer von Symptomen werden nicht in das System aufgenommen, es sei denn, sie werden wissenschaftlich überzeugend validiert.

Es wurde versucht, die beiden wichtigsten psychiatrischen Diagnosesysteme - ICD und DSM - zu harmonisieren, wobei der organisatorische Rahmen ("Metastruktur") in der ICD-11 und in der DSM-5 identisch sein werden. Dennoch werden einige offensichtliche Unterschiede zwischen den beiden Systemen bestehen bleiben.

So werden einige Diagnosekategorien im ICD-11 angezeigt, die im DSM-5 nicht enthalten sind. Beispiele sind die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) und die lang anhaltende Trauerstörung (siehe Maercker et al. 2013, Hyland et al. 2016, Maciejewski et al. 2016, Boelen & Smid 2017, Bucci 2017, Djelantik et al. 2017)).

Die Kategorie der komplexen PTSD ist durch die drei Kernelemente der PTSD (d.h. das Erleben des traumatischen Ereignisses in der Gegenwart, das bewusste Vermeiden von Erinnerungen, die diese Wiedererfahrung wahrscheinlich machen werden, sowie die anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten, aktuellen Bedrohung) und schwere und weit verbreitete Probleme in der Affektregulierung; hartnäckige Selbstwahrnehmung als wertlos, besiegt oder wertlos; und anhaltende

Schwierigkeiten, Beziehungen zu pflegen und sich anderen nahe zu fühlen. Die Kategorie der anhaltenden Trauerstörung ist durch eine tiefgreifende Trauerreaktion gekennzeichnet, die für eine ungewöhnlich lange Zeit nach dem Verlust anhält; die erwarteten sozialen oder religiösen Normen für die Kultur und den Kontext des Individuums deutlich überschreitet und signifikante soziale Beeinträchtigungen verursacht.

Andererseits werden einige Diagnosekategorien, die im DSM-5 enthalten sind, nicht im ICD-11 gelistet. Ein Beispiel ist die disruptive Stimmungsstörung, die im ICD-11 durch den Subtyp „mit chronischer Reizbarkeit/Wut“ der oppositionellen Trotzstörung ersetzt wird (siehe <https://gcp.network>, Leibenluft 2017). Dieser Subtyp ist durch vorherrschende, andauernde zornige oder reizbare Stimmung gekennzeichnet, die oft "empfindlich" oder leicht genervt ist. Charakteristisch für Erkrankte ist, dass diese Stimmung fast jeden Tag vorherrscht und über mehrere Funktionsbereiche hinweg beobachtet werden kann (z. B. Zuhause, in der Schule, in sozialen Beziehungen; nicht nur in der Beziehung mit Eltern bzw. Erziehungsberechtigten). Die negative Stimmung wird oft von regelmäßig auftretenden, schweren Charakterausbrüchen begleitet, die in ihrer Intensität oder Dauer der Provozierung völlig unverhältnismäßig sind.

Erkrankungen in Bezug auf sexuelle Gesundheit und Schlaf-Wach-Störungen werden in anderen Kapiteln der Klassifikation, nicht bei psychischen Störungen auftreten. Dies wurde beschlossen, um der Kritik an der ICD-10 entgegenzuwirken bezüglich der problematischen Unterscheidung zwischen "organischen" und "nicht-organischen" sexuellen Funktionsstörungen (die jeweils in der ICD-10 in den Kapiteln über Erkrankungen des Urogenitalsystems und in jenen zu Psychischen- und Verhaltensstörungen behandelt werden) und zwischen "organischen" und "nicht-organischen" Schlafstörungen (die auch jeweils in den Kapiteln über Erkrankungen des Nervensystems und über Psychische- und Verhaltensstörungen ausgeführt werden). Im Kapitel über sexuelle Gesundheit wird die ICD-10-Kategorie "egodystonische sexuelle Orientierung" gestrichen, während

die Kategorie der "Geschlechtsinkongruenz von Adoleszenz und Erwachsenenalter" (entsprechend der ICD-10-Kategorie "Transsexualität") beibehalten wird, damit der Zugang zu Behandlung für diese verletzte und bereits stigmatisierte Gruppe erhalten bleibt (Cochran et al. 2014, Reed et al. 2016a, Beek et al. 2017).

Das neue Diagnosesystem wurde in mehreren Feldstudien getestet (Reed et al. 2016b, Steardo 2017). Es gab zwei große internationale Meinungsumfragen von Psychiatern und Psychologen über die Klassifizierung von psychischen Störungen und die Merkmale, die ihren klinischen Nutzen erhöhen würden. Darauf folgten sogenannte formative Feldstudien, die Entscheidungen über die grundlegende Struktur und den Inhalt der Klassifikation leiten sollten, indem sie die Konzeptualisierung der Wechselbeziehungen zwischen Kategorien psychischer Störungen untersuchten.

Das Global Clinical Practice Network implementierte daraufhin auf dem Internet basierende Feldstudien, im Zuge derer 13.186 Psychiater und andere Angehörige der Gesundheitsberufe aus 151 Ländern anhand von Vignettenmethoden die klinische Entscheidungsfindung in Bezug auf die vorgeschlagenen ICD-11-Diagnosekategorien und -richtlinien untersuchten (Evans et al. 2015, Keeley et al. 2016b). Schließlich wurden klinikbasierte Feldstudien durchgeführt, um die Zuverlässigkeit und den klinischen Nutzen der diagnostischen Leitlinien mit realen Patienten zu bewerten.

Die Ergebnisse einiger internetbasierter Feldstudien sind verfügbar. Insbesondere wurde die CGP.Network-Studie zu Essstörungen mit 2.288 Mitgliedern des Netzwerks durchgeführt, die zu dem Schluss gelangte, dass die diagnostischen Übereinstimmungen unter Verwendung der ICD-11-Richtlinien durchweg höher war als die der ICD-10. Die GCP.Network-Studie zu speziell mit Stress verbundenen Störungen wurde mit 3.669 Mitgliedern des Netzwerks durchgeführt und stellte fest, dass Fachkräfte eher eine komplexe PTSD auf der Grundlage von gravierendem oder anhaltendem Stress überdiagnostizieren als die zusätzlichen erforderlichen Symptome. Darüber hinaus hatten die Teilnehmer Schwierigkeiten, eine länger andauernde Trauerstörung von einem normalen Trauerfall zu unterscheiden. Diese Ergebnisse führten zu einigen Verfeinerungen der relevanten diagnostischen Richtlinien (siehe <https://gcp.network>).

Die klinikbasierten Feldstudien stehen kurz vor dem Abschluss. Die koordinierenden Zentren umfassten die Abteilung für Psychiatrie der Föderalen Universität von São Paulo, Brasilien; das Royal Ottawa Mental Health Center in Ottawa, Kanada; das Shanghai Mental Health Center in Shanghai, China; die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf; die Abteilung für Psychiatrie der Universität SUN in Neapel, Italien; die Abteilung für Psychiatrie des All-India-Instituts für medizinische Wissenschaften in Delhi, Indien; die Japanische Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie in Tokio, Japan; die Abteilung für Psychiatrie der American University of Beirut, Libanon; das Nationale Institut für Psychiatrie

Ramón de la Fuente in Mexiko-Stadt, Mexiko; die Abteilung für Psychiatrie der Universität von Ibadan, Nigeria; das Moskauer Forschungsinstitut für Psychiatrie in Moskau, Russische Föderation; die Abteilung für Psychiatrie der Universidad Autónoma de Madrid in Madrid, Spanien; die Abteilung für Psychiatrie der Universität von Kapstadt, Südafrika; und die Abteilung für Psychiatrie der Columbia University in New York, USA.

Die klinikbasierten Feldstudien umfassten dabei zwei Komponenten: klinische Konsistenzstudien und klinische Nutzenstudien.

Die klinischen Kohärenzstudien umfassen die psychischen Störungen, die weltweit die höchste Krankheitslast und die höchste Inanspruchnahme von psychiatrischen Diensten darstellen. Eine Studie umfasst psychotische und affektive Störungen bei Patienten mit psychotischen Symptomen; eine zweite Studie konzentrierte sich auf Stimmungsstörungen, Angststörungen und Störungen, die spezifisch mit Stress bei Patienten verbunden sind, die sich mit relevanten Symptomen aber keinem psychotischen Merkmal präsentieren. Eine dritte Studie befasste sich mit allgemeinen psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Aufmerksamkeitsdefizit, störendes Verhalten, Stimmungs- und Angststörungen) bei Kindern und Jugendlichen mit relevanten Symptomen. Die Studien zielen darauf ab, zu untersuchen, ob unabhängige Diagnostiker, die mit denselben Informationen arbeiten, mit der Feldstudienversion der ICD-11-Diagnoseleitlinien zur gleichen diagnostischen Schlussfolgerung gelangen. Die Studien erlauben es, jene Aspekte der Leitlinien zu identifizieren, die eher von den unabhängigen Ärzten unterschiedlich interpretiert werden.

Die klinischen Nutzenstudien deckten die in den klinischen Konsistenzstudien berücksichtigten psychischen Störungen ab. Der klinische Nutzen wurde wiederholt als Hauptziel der Klassifizierung von psychischen Störungen identifiziert (siehe Frances 2016, Jablensky 2016) - obwohl auch unterschiedliche Ansichten zum Ausdruck gebracht wurden (Bolton 2016, Ghaemi 2016, Wakefield 2016). In diesem ersten Versuch, den klinischen Nutzen eines Diagnosesystems so weitreichend und systematisch zu testen, wurden folgende spezifische Elemente bewertet: Konzeptualisierung (helfen die vorgeschlagenen diagnostischen Leitlinien beim Verständnis und der Kommunikation des Zustands des Patienten?); Anpassungsgüte (erfassen die Leitlinien die Symptome der Patienten genau?); Benutzerfreundlichkeit (sind die Richtlinien in der normalen Praxis klar und einfach zu verwenden?); und Angemessenheit (wie adäquat sind die Richtlinien für die Beurteilung von Patienten und für klinische Entscheidungen?). Diese Studien wurden bei Patienten durchgeführt, die sich einer routinemäßigen Gesundheitsversorgung in speziellen psychiatrischen Versorgungseinrichtungen unterzogen. Die Ärzte wendeten die klinischen Richtlinien an und bewerteten ihren klinischen Nutzen in Bezug auf jeden Patienten.

Einige vorläufige Ergebnisse der klinikbasierten Feldstudien wurden auf dem 17. Weltkongress der Psychiatrie im Oktober 2017 in Berlin vorgestellt.

Die Feldstudien-Version der ICD-11-Diagnose-Richtlinien für die verschiedenen Gruppierungen von psychischen Störungen wird auf der GCP.Network-Plattform (<http://gcp.network>) veröffentlicht und ist offen für Kommentare von registrierten Mitgliedern des Netzwerks.

Von besonderem Interesse ist die Sektion "Grenze zwischen Störung und Normalität", die für jede Gruppierung von Störungen vorgesehen ist und nicht in der ICD-10 vorhanden ist. Zum Beispiel wird bei der Gruppierung von Schizophrenie und anderen primären psychotischen Störungen die Differentialdiagnose zwischen Schizophrenie und psychotisch-ähnlichen Symptomen, die in der Allgemeinbevölkerung auftreten, beschrieben (van Os & Reininghaus 2016, Lawrie 2016, Parnas & Henriksen 2016, Tandon 2016, Fusar (Polis 2017, Mills et al. 2017, van Os & Guloksuz, 2017), während das "abgeschwächte Psychosesyndrom", das im Abschnitt III des DSM-5 erscheint, nicht erwähnt wird (Fusar-Poli et al. 2016, Yung & Lin 2016).

Ein Spiegelbild der laufenden Debatte über allgemeine Klassifizierungsfragen und über die ICD-11-Charakterisierung einiger anderer Gruppierungen von psychischen Störungen - wie Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, Gemütsstörungen, körperliche Störungen, pathologische Glücksspiel und internetbezogene Störungen finden sich in der neueren Literatur (Bornstein 2016, Ekselius 2016, Goldberg et al. 2016, Gureje & Reed 2016, Kendler 2016, Kogan et al. 2016, Maj 2016, Silove et al. 2016, Stein et al. 2016, Bach et al. 2017, Clark et al. 2017, Kessing & Bukh 2017, Lahey et al. 2017).

Acknowledgements: None.

Conflict of interest: None to declare.

Literatur

1. Bach B, Sellborn M, Kogerslev M et al.: Deriving ICD-11 personality disorder domains from DSM-5 traits: initial attempt to harmonize two diagnostic systems. *Acta Psychiatr Scand* 2017; 136:108-17
2. Beek TF, Cohen-Kettenis PT, Bouman WP et al.: Gender incongruence of childhood: clinical utility and stakeholder agreement with the World Health Organization's proposed ICD-11 criteria. *PLoS One* 2017; 12:e0168522
3. Boelen PA, Smid GE: Disturbed grief: prolonged grief disorder and persistent complex bereavement disorder. *BMJ* 2017; 357: j2016
4. Bolton D: We need science to be useful too. *World Psychiatry* 2016; 15:37-8
5. Bornstein RF: Toward a firmer foundation for ICD-11: on the conceptualization and assessment of personality pathology. *Personality and Mental Health* 2016; 10:123-6
6. Bucci P: ICD-11 draft diagnostic guidelines open to input by mental health professionals. *World Psychiatry* 2017; 16:115-6
7. Clark L, Cuthbert B, Lewis-Fernandez R et al.: Three approaches to understanding and classifying mental disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). *Psychol Sci Publ Int* 2017; 18:72-145
8. Cochran SD, Drescher J, Kismödi E et al.: Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). *Bull World Health Organ* 2014; 92:672-9
9. Djelantik MJ, Smid GE, Kleber RJ et al.: Symptoms of prolonged grief, post-traumatic stress, and depression after loss in a Dutch community sample: a latent class analysis. *Psychiatry Res* 2017; 247:276-81
10. Ekselius L: Reflections on the reconceptualization of ICD-11. Empirical and practical considerations. *Personality and Mental Health* 2016; 10:127-9
11. Evans SC, Roberts MC, Keeley JW et al.: Vignette methodologies for studying clinicians's decision-making: validity, utility, and application in ICD-11 field studies. *Int J Clin Health Psychol* 2015; 15:160-70
12. Frances A: A report card on the utility of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry* 2016; 15:32-3
13. Fusar-Poli P: Why ultra high risk criteria for psychosis prediction do not work well outside clinical samples and what to do about it. *World Psychiatry* 2017; 16:212-3
14. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A et al.: The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry* 2016; 70:107-20
15. Ghaemi SN: Utility without validity is useless. *World Psychiatry* 2016; 15:35-6
16. Goldberg DP, Reed GM, Robles R et al. Multiple somatic symptoms in primary care: a field study for ICD-11 PHC, WHO's revised classification of mental disorders in primary care settings. *J Psychosom Res* 2016; 91:48-54
17. Gureje O, Reed GM: Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects. *World Psychiatry* 2016; 15:291-2
18. Hyland P, Shevlin M, McNally S et al.: Exploring differences between the ICD-11 and DSM-5 models of PTSD: does it matter which model is used? *J Anxiety Disord* 2016; 37:48-53
19. Jablensky A: Psychiatric classifications: validity and utility. *World Psychiatry* 2016; 15:26-31
20. Keeley JW, Reed GM, Roberts MC et al.: Developing a science of clinical utility in diagnostic classification systems: field study strategies for ICD-11 mental and behavioural disorders. *Am Psychol* 2016a; 71:3-16
21. Keeley JW, Reed GM, Roberts MC et al.: Disorders specifically associated with stress: a case-controlled field study for ICD-11 Mental and Behavioural Disorders. *Int J Clin Health Psychol* 2016b; 16:109-27
22. Kendler KS: The nature of psychiatric disorders. *World Psychiatry* 2016; 15:5-12
23. Kessing LV, Bukh JD: The clinical relevance of qualitatively distinct subtypes of depression. *World Psychiatry* 2017; 16:318-9
24. Kogan CS, Stein DJ, Maj M et al.: The classification of anxiety and fear-related disorders in the ICD-11. *Depress Anxiety* 2016; 33:1141-54
25. Lahey BB, Krueger RF, Rathouz PJ et al.: Validity and utility of the general factor of psychopathology. *World Psychiatry* 2017; 16:142-3

26. Lawrie SM: Whether “psychosis” is best conceptualized as a continuum or in categories is an empirical, practical and political question. *World Psychiatry* 2016; 15:125-6
27. Leibenluft E: Irritability in children: what we know and what we need to learn. *World Psychiatry* 2017; 16:100-1
28. Maciejewski PK, Maercker A, Boelen PA et al.: “Prolonged grief disorder” and “persistent complex bereavement disorder”, but not “complicated grief”, are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry* 2016; 15:266-75
29. 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
30. Maj M: Narrowing the gap between ICD/DSM and RDoC constructs: possible steps and caveats. *World Psychiatry* 2016; 15:193-4
31. Mann K, Fauth-Bühler M, Higuchi S et al.: Pathological gambling: a behavioral addiction. *World Psychiatry* 2016; 15:297-8
32. Mills JG, Fusar-Poli P, Morgan C et al.: People meeting ultra high risk for psychosis criteria in the community. *World Psychiatry* 2017; 16:322-3
33. Parnas J, Henriksen MG: Epistemological error and the illusion of phenomenological continuity. *World Psychiatry* 2016; 15:126-7
34. Reed GM, Drescher J, Krueger RB et al.: Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry* 2016a; 15:205-21
35. Reed GM, First MB, Medina-Mora ME et al.: Draft diagnostic guidelines for ICD-11 mental and behavioural disorders available for review and comment. *World Psychiatry* 2016b; 15:112-3
36. Silove D, Manicavasagar V, Pini S: Can separation anxiety disorder escape its attachment to childhood? *World Psychiatry* 2016; 15:113-5
37. Steardo L Jr: The ICD-11 clinic-based field studies are about to be concluded. *World Psychiatry* 2017; 16:331-2
38. Stein DJ, Kogan CS, Atmaca M et al.: The classification of obsessive-compulsive disorders in the ICD-11. *J Affect Disord* 2016; 190:663-74
39. Tandon R: Conceptualizing psychotic disorders: don't throw the baby out with the bathwater. *World Psychiatry* 2016; 15:133-4
40. van Os J, Reininghaus U: Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. *World Psychiatry* 2016; 15:118-24
41. van Os J, Guloksuz S: A critique of the “ultra-high risk” and “transition” paradigm. *World Psychiatry* 2017; 16:200-6
42. Wakefield JC: Against utility. *World Psychiatry* 2016; 15:33-4
43. Yung AR, Lin A: Psychotic experiences and their significance. *World Psychiatry* 2016; 15:130-1

Correspondence:

Luca Steardo Jr., MD

WHO-Kooperationszentrum für Forschung und Ausbildung in psychischer Gesundheit,
Universität von Kampanien L. Vanvitelli

Naples, Italy

E-mail: lucasteardo@gmail.com