

ICD-11

Geoffrey M. Reed
Pierre L.-J. Ritchie
Andreas Maercker
(Herausgeber)

Tahilia J. Rebello
(Mitherausgeberin)

ICD-11-Diagnosen: Ein psychologischer Ansatz

Deutschsprachige Ausgabe
herausgegeben von Andreas Maercker

ICD 11-Diagnosen: Ein psychologischer Ansatz

ICD 11-Diagnosen: Ein psychologischer Ansatz

Geoffrey M. Reed, Pierre L.-J. Ritchie, Andreas Maercker, Tahilia J. Rebello (Hrsg.)

Programmbereich Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie

Geoffrey M. Reed
Pierre L.-J. Ritchie
Andreas Maercker
(Herausgeber)

Tahilia J. Rebello
(Mitherausgeberin)

ICD 11-Diagnosen: Ein psychologischer Ansatz

Aus dem Englischen von Gisela Fichtl und Anke Wagner-Wolff

Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Andreas Maercker

Geleitwort von Michael B. First



Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.

Aus Geoffrey M. Reed: „ICD 11-Diagnosen: Ein psychologischer Ansatz“ (9783456864020) © 2026 Hogrefe AG, Bern.

Prof. Dr. phil. Dr. med. Andreas Maercker
Universität Zürich, Psychologisches Institut
Psychopathologie und Klinische Intervention
Binzmühlestrasse 14/8
8050 Zürich, Schweiz
E-Mail: maercker@psychologie.uzh.ch

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Der Verlag weist ausdrücklich darauf hin, dass im Text enthaltene externe Links vom Verlag nur bis zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses eingesehen werden konnten. Auf spätere Veränderungen hat der Verlag keinerlei Einfluss. Eine Haftung des Verlags ist daher ausgeschlossen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved. Alle Rechte, auch für Text- und Data-Mining (TDM), Training für künstliche Intelligenz (KI) und ähnliche Technologien, sind vorbehalten. Verantwortliche Person in der EU:

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Merkelstraße 3, 37085 Göttingen, info@hogrefe.de

This work was originally published in English under the title of: *A Psychological Approach to Diagnosis: Using the ICD-11 as a Framework* as publication of the American Psychological Association in the United States of America.

Copyright © 2024 by the American Psychological Association (APA). The Work has been translated and republished in the German language by permission of the APA. This translation cannot be republished or reproduced by any third party in any form without express written permission of the APA. No part of this publication may be reproduced or distributed in any form or by any means or stored in any database or retrieval system without prior permission of the APA.

Anregungen und Zuschriften bitte an den Hersteller:

Hogrefe AG
Lektorat Medizin/Psychiatrie
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Susanne Ristea
Herstellung: René Tschirren
Übersetzung: Gisela Fichtl, München, und Anke Wagner-Wolff, Göttingen
Redaktion: Martin Kortenhaus, Illertissen
Umschlaggestaltung: Hogrefe AG, Bern
Satz: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s.r.o., Český Těšín
Printed in Czech Republic
Auf säurefreiem Papier gedruckt

1. Auflage 2026
© 2026 Hogrefe AG, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96402-7)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-76402-3)
ISBN 978-3-456-86402-0
<https://doi.org/10.1024/86402-000>

Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Die Inhalte dürfen nicht zur Entwicklung, zum Training und/oder zur Anreicherung von KI-Systemen, insbesondere von generativen KI-Systemen, verwendet werden. Das Verbot gilt nicht, soweit eine gesetzliche Ausnahme vorliegt.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	19
Vorwort zur deutschen Ausgabe	23
Dank	25
<hr/>	
I Einführung	27
1 Ein psychologischer Diagnostikansatz	29
Andreas Maercker, Tahilia J. Rebello, Pierre L.-J. Ritchie und Geoffrey M. Reed	
1.1 Aufbau und Inhalt dieses Buches	30
1.2 Definition eines psychologischen Ansatzes der Psychopathologie	33
1.3 Die CDDR und der psychologische Ansatz	35
1.3.1 Ein dimensionaler Ansatz der Psychopathologie	36
1.3.2 Ein entwicklungsbezogener Ansatz	38
1.4 Ein psychologischer Ansatz bei der diagnostischen Beurteilung	39
1.4.1 Individuelle Vorgeschichte	41
1.4.2 Fallkonzeptualisierung	42
2 Globaler Diagnoseansatz	49
Geoffrey M. Reed	
2.1 Weltweite Beteiligung an der Entwicklung und Erprobung der ICD-11-CDDR	50
2.2 Kulturelle Faktoren in den CDDR	54
2.3 CDDR und psychische Gesundheit weltweit	56
2.4 Die Bedeutung eines globalen Ansatzes für die psychologische Praxis	57
<hr/>	
II Diagnosen Psychischer Störungen, Verhaltensstörungen und neuromentaler Entwicklungsstörungen	63
3 Störungen der Intelligenz- und Lernentwicklungsstörung	65
Ashok Roy und Cary S. Kogan	
3.1 Konzeptuelle Basis	65
3.2 Störungen der Intelligenz- und Lernentwicklungsstörung	66

3.2.1	Psychologischer Ansatz	66
3.2.2	Spezifizierung des Schweregrads	68
3.2.3	Diagnostik	68
3.2.4	Screening	69
3.2.5	Differenzialdiagnose	70
3.2.6	Gleichzeitig auftretende Störungen	71
3.2.7	Prävalenz	72
3.2.8	Kulturell bedingte und kontextabhängige Merkmale	72
3.2.9	Unterschiede der Störungen der Intelligenzsentwicklung nach ICD-11 und der intellektuellen Beeinträchtigung nach DSM-5	72
3.3	Lernentwicklungsstörung	73
3.3.1	Psychologischer Ansatz	73
3.3.2	Erscheinungsbilder und Symptommuster	75
3.3.3	Spezifizierungen	75
3.3.4	Diagnostik	77
3.3.5	Differenzialdiagnose	77
3.3.6	Kulturell bedingte und kontextabhängige Merkmale	79
4	Autismus-Spektrum-Störung	83
	<i>David Skuse, Kirstin Greaves-Lord, Gracielle Rodrigues da Cunha und Gillian Baird</i>	
4.1	Konzeptuelle Basis	83
4.2	Psychologischer Ansatz	83
4.3	Erscheinungsbild und Symptommuster	84
4.3.1	Vorschulzeit (0–5 Jahre)	84
4.3.2	Mittlere Kindheit	86
4.3.3	Adoleszenz	88
4.3.4	Erwachsenenalter	89
4.4	Spezifizierungen	91
4.5	Differenzialdiagnose	92
4.6	Diagnostik	93
4.7	Komorbiditäten	95
4.8	Kulturell bedingte Merkmale	96
4.9	Geschlechtsbezogene Merkmale	96
5	Schizophrenie und andere primäre psychotische Störungen	101
	<i>Tania Lincoln und Paul French</i>	
5.1	Konzeptuelle Basis	101
5.2	Psychologischer Ansatz	102
5.3	Schizophrenie	104
5.3.1	Erscheinungsbild und Symptommuster	104
5.3.2	Differenzialdiagnose	107

5.3.3	Verlauf	107
5.4	Schizoaffektive Störung	108
5.4.1	Erscheinungsbild und Symptommuster	108
5.4.2	Differenzialdiagnose	109
5.4.3	Verlauf	109
5.5	Schizotype Störung	109
5.5.1	Erscheinungsbild und Symptommuster	109
5.5.2	Differenzialdiagnose	110
5.5.3	Verlauf	110
5.6	Akute und vorübergehende psychotische Störung	110
5.6.1	Erscheinungsbild und Symptommuster	110
5.6.2	Differenzialdiagnose	111
5.6.3	Verlauf	111
5.7	Wahnhaftige Störung	111
5.7.1	Erscheinungsbild und Symptommuster	111
5.7.2	Differenzialdiagnose und Verlauf	111
5.8	Diagnostik	112
5.9	Prävalenz	113
5.10	Komorbiditäten	114
5.11	Validität und weitere relevante wissenschaftliche Aspekte	114
6	Depressive Störungen	119
	<i>Rebeca Robles, Ana Fresán und José Luis Ayuso-Mateos</i>	
6.1	Konzeptuelle Basis	119
6.2	Psychologischer Ansatz	120
6.3	Depressive Störung mit Einzelepisoden und rezidivierende depressive Störung ..	121
6.3.1	Erscheinungsbild und Symptommuster	121
6.3.2	Subtypen und Spezifizierungen	122
6.4	Differenzialdiagnose	124
6.4.1	Trauerfälle und Anhaltende Trauerstörung	124
6.4.2	Bipolare und verwandte Störungen	125
6.4.3	Angst- oder furchtbezogene Störungen	125
6.4.4	Schizophrenie und andere primäre psychotische Störungen	126
6.5	Weitere depressive Störungen	127
6.5.1	Dysthyme Störung	127
6.5.2	Gemischte depressive Störung und Angststörung	128
6.5.3	Prämenstruelle dysphorische Störung	129
6.6	Symptomatik nach Altersgruppen	130
6.7	Diagnostik	131
6.8	Komorbiditäten	132

6.9	Kulturell bedingte Merkmale	132
6.10	Geschlechtsbezogene Merkmale	133
7	Bipolare und verwandte Störungen	137
	<i>Thomas D. Meyer, Tania Perich, Steven H. Jones und Tatia M. C. Lee</i>	
7.1	Konzeptuelle Basis	137
7.2	Psychologischer Ansatz	138
7.3	Erscheinungsbild und Symptomuster	139
7.3.1	Manische Episode	139
7.3.2	Hypomanische Episode	141
7.3.3	Gemischte Episode	142
7.3.4	Bipolare Störungen Typ I und Typ II	143
7.3.5	Zyklothyme Störung	144
7.4	Differenzialdiagnose	144
7.5	Symptomatik nach Altersgruppen	146
7.6	Diagnostik	147
7.7	Komorbiditäten	148
7.8	Kulturell bedingte und kontextabhängige Merkmale	149
7.9	Geschlechtsbezogene Merkmale	150
8	Angst- und furchtbezogene Störungen	155
	<i>Cary S. Kogan, Chee-Wing Wong und Paul M.G. Emmelkamp</i>	
8.1	Konzeptuelle Basis	155
8.2	Psychologischer Ansatz	155
8.3	Allgemeine Kriterien für die Diagnostik	156
8.4	Generalisierte Angststörung	157
8.4.1	Erscheinungsbild und Symptomuster	157
8.4.2	Differenzialdiagnose	157
8.4.3	Symptomatik nach Altersgruppen	158
8.4.4	Diagnostik	158
8.5	Panikstörung	158
8.5.1	Erscheinungsbild und Symptomuster	158
8.5.2	Differenzialdiagnose	159
8.5.3	Symptomatik nach Altersgruppen	160
8.5.4	Diagnostik	160
8.6	Agoraphobie	160
8.6.1	Erscheinungsbild und Symptomuster	160
8.6.2	Differenzialdiagnose	160
8.6.3	Symptomatik nach Altersgruppen	161
8.6.4	Diagnostik	161

8.7	Spezifische Phobie	161
8.7.1	Erscheinungsbild und Symptommuster	161
8.7.2	Differenzialdiagnose	162
8.7.3	Symptomatik nach Altersgruppen	162
8.7.4	Diagnostik	163
8.8	Soziale Angststörung	163
8.8.1	Erscheinungsbild und Symptommuster	163
8.8.2	Differenzialdiagnose	163
8.8.3	Diagnostik	163
8.9	Störung mit Trennungsangst	164
8.9.1	Erscheinungsbild und Symptommuster	164
8.9.2	Differenzialdiagnose	164
8.9.3	Symptomatik nach Altersgruppen	165
8.9.4	Diagnostik	165
8.10	Selektiver Mutismus	165
8.10.1	Erscheinungsbild und Symptommuster	165
8.10.2	Differenzialdiagnose	166
8.10.3	Symptomatik nach Altersgruppen	166
8.10.4	Diagnostik	167
8.11	Komorbiditäten	167
8.12	Kulturell bedingte und kontextabhängige Merkmale	167
9	Zwangsstörung oder verwandte Störungen	173
	<i>Christine Lochner, Paulomi M. Sudhir und Dan J. Stein</i>	
9.1	Konzeptuelle Basis	173
9.2	Psychologischer Ansatz	174
9.3	Zwangsstörung	175
9.3.1	Erscheinungsbild und Symptommuster	175
9.3.2	Differenzialdiagnose	176
9.3.3	Symptomatik nach Altersgruppen	176
9.4	Körperdysmorphie Störung	176
9.4.1	Erscheinungsbild und Symptommuster	176
9.4.2	Differenzialdiagnose	177
9.4.3	Symptomatik nach Altersgruppen	177
9.5	Olfaktorische Referenzstörung	178
9.5.1	Erscheinungsbild und Symptommuster	178
9.5.2	Differenzialdiagnose	178
9.5.3	Symptomatik nach Altersgruppen	178
9.6	Krankheitsangststörung (Hypochondrie)	179
9.6.1	Erscheinungsbild und Symptommuster	179
9.6.2	Differenzialdiagnose	179
9.6.3	Symptomatik nach Altersgruppen	179

9.7	Pathologisches Horten	180
9.7.1	Erscheinungsbild und Symptommuster	180
9.7.2	Differenzialdiagnose	180
9.7.3	Symptomatik nach Altersgruppen	181
9.8	Körperbezogene repetitive Verhaltensstörungen	181
9.8.1	Erscheinungsbild und Symptommuster	181
9.8.2	Differenzialdiagnose	181
9.8.3	Symptomatik nach Altersgruppen	182
9.8.4	Trichotillomanie	182
9.8.5	Skin-Picking-Störung	182
9.9	Tourette-Syndrom	183
9.9.1	Erscheinungsbild und Symptommuster	183
9.9.2	Differenzialdiagnose	183
9.9.3	Symptomatik nach Altersgruppen	183
9.10	Krankheitseinsicht als Spezifizierung für OCRDs	184
9.11	Diagnostik	184
9.12	Kulturell bedingte Merkmale	186
9.13	Geschlechtsbezogene Merkmale	187
9.14	Prävalenz	187
10	Spezifisch belastungssassoziierte Störungen	191
	<i>Chris R. Brewin, Marylène Cloitre, Amy Y.M. Chow und Andreas Maercker</i>	
10.1	Konzeptuelle Basis	191
10.2	Psychologischer Ansatz	192
10.3	Posttraumatische Belastungsstörung	193
10.3.1	Erscheinungsbild und Symptommuster	193
10.3.2	Differenzialdiagnose	194
10.3.3	Komorbiditäten	195
10.3.4	Symptomatik nach Altersgruppen	195
10.3.5	Diagnostik	195
10.4	Komplexe posttraumatische Belastungsstörung	196
10.4.1	Erscheinungsbild und Symptommuster	196
10.4.2	Differenzialdiagnose	197
10.4.3	Komorbiditäten	199
10.4.4	Symptomatik nach Altersgruppen	199
10.4.5	Diagnostik	199
10.5	Anhaltende Trauerstörung	200
10.5.1	Erscheinungsbild und Symptommuster	200
10.5.2	Differenzialdiagnose	200
10.5.3	Symptomatik nach Altersgruppen	201
10.5.4	Diagnostik	201
10.6	Anpassungsstörung	202

10.6.1 Erscheinungsbild und Symptomuster	202
10.6.2 Differenzialdiagnose	203
10.6.3 Symptomatik nach Altersgruppen	203
10.6.4 Diagnostik	204
10.7 Kulturell bedingte Merkmale	204
10.8 Geschlechtsbezogene Merkmale	205
11 Dissoziative Störungen	209
<i>Andrew Moskowitz, Ellert Nijenhuis, Alexander Moreira-Almeida und Roberto Lewis-Fernández</i>	
11.1 Konzeptuelle Basis	209
11.2 Psychologischer Ansatz	210
11.3 Diagnostik	210
11.4 Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen	212
11.4.1 Erscheinungsbild und Symptomuster	212
11.4.2 Spezifizierungen	212
11.4.3 Differenzialdiagnose	213
11.4.4 Diagnostik	213
11.5 Dissoziative Amnesie	213
11.5.1 Erscheinungsbild und Symptomuster	213
11.5.2 Spezifizierungen	214
11.5.3 Differenzialdiagnose	215
11.5.4 Diagnostik	215
11.6 Trance-Störung und Besessenheits-Trance-Störung	215
11.6.1 Erscheinungsbild und Symptomuster	215
11.6.2 Differenzialdiagnose	216
11.6.3 Diagnostik	217
11.7 Dissoziative Identitätsstörung	217
11.7.1 Erscheinungsbild und Symptomuster	217
11.7.2 Differenzialdiagnose	218
11.7.3 Diagnostik	219
11.8 Partielle dissoziative Identitätsstörung	219
11.8.1 Erscheinungsbild und Symptomuster	219
11.8.2 Differenzialdiagnose	219
11.8.3 Diagnostik	220
11.9 Depersonalisations-Derealisationsstörung	220
11.9.1 Erscheinungsbild und Symptomuster	220
11.9.2 Differenzialdiagnose	221
11.9.3 Diagnostik	221
11.10 Symptomatik nach Altersgruppen	221
11.11 Kulturell bedingte Merkmale	222

11.12 Validität	223
11.13 Prävalenz	223
12 Fütter- oder Essstörungen	227
<i>Kathleen M. Pike, Robyn Sysko und Rachel Bryant-Waugh</i>	
12.1 Konzeptuelle Basis	227
12.2 Psychologischer Ansatz	228
12.3 Erscheinungsbild, Symptomuster und Spezifizierungen	228
12.3.1 Anorexia nervosa	228
12.3.2 Bulimia nervosa	230
12.3.3 Binge-Eating-Störung	231
12.3.4 Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme	232
12.3.5 Pica	233
12.3.6 Ruminations-Regurgitationsstörung	234
12.4 Abgrenzung zur Normalität und Differenzialdiagnose	234
12.5 Komorbiditäten	236
12.6 Symptomatik nach Altersgruppen	236
12.7 Diagnostik	236
12.8 Kulturell bedingte und kontextabhängige Merkmale	238
12.9 Geschlechtsbezogene Merkmale	239
12.10 Prävalenz	239
13 Somatische Belastungsstörung	245
<i>Oye Gureje und Akin Ojagbemi</i>	
13.1 Konzeptuelle Basis	245
13.2 Psychologischer Ansatz	247
13.3 Erscheinungsbild und Symptomuster	249
13.4 Klinische Fälle	251
13.4.1 Fallbeispiel: leichtgradige somatische Belastungsstörung	251
13.4.2 Fallbeispiel: mittelgradige somatische Belastungsstörung	251
13.4.3 Fallbeispiel: schwergradige somatische Belastungsstörung	252
13.5 Diagnostik	252
13.6 Komorbiditäten und Differenzialdiagnose	255
13.7 Symptomatik nach Altersgruppen	257
13.8 Kulturell bedingte Merkmale	257
13.9 Geschlechtsbezogene Merkmale	258
13.10 Prävalenz	258

14 Disruptives Verhalten oder dissoziale Störungen sowie Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung	263
<i>Spencer C. Evans, Francisco R. de la Peña, Walter Matthys und John E. Lochman</i>	
14.1 Konzeptuelle Basis	263
14.2 Psychologischer Ansatz	264
14.3 Erscheinungsbild und Symptomuster	264
14.3.1 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten	265
14.3.2 Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten	265
14.3.3 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung	266
14.3.4 Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten bzw. dissozialem Verhalten	266
14.4 Spezifizierungen und Zusatzcodes	267
14.4.1 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung	267
14.5 Diagnostik	268
14.6 Differenzialdiagnose	269
14.7 Komorbiditäten	271
14.8 Symptomatik nach Altersgruppen	272
14.9 Prävalenz	274
14.10 Validität und weitere relevante wissenschaftliche Aspekte	275
14.11 Hauptunterschiede zum DSM-5	276
14.12 Kulturell bedingte und kontextabhängige Merkmale	276
14.13 Geschlechtsbezogene Merkmale	277
15 Störungen durch Substanzgebrauch	281
<i>Jason P. Connor und John B. Saunders</i>	
15.1 Konzeptuelle Basis	281
15.2 Erscheinungsbild und Symptomuster	282
15.2.1 Gefährlicher Substanzgebrauch	282
15.2.2 Schädliches Muster des Substanzgebrauchs	284
15.2.3 Substanzabhängigkeit	284
15.3 Weitere Diagnoseklassen	285
15.3.1 Episode des schädlichen Substanzgebrauchs	285
15.3.2 Substanzintoxikation	286
15.3.3 Substanzentzug	286
15.3.4 Substanzinduzierte psychische Störungen	287
15.4 Psychologischer Ansatz	288
15.5 Komorbiditäten	290

15.6 Symptomatik nach Altersgruppen	291
15.7 Diagnostik	291
15.8 Konsum psychoaktiver Substanzen	292
15.8.1 Substanzabhängigkeit	293
15.8.2 Schäden und Folgen	294
15.8.3 Beurteilung suchtspezifischer psychologischer Therapieziele	294
15.8.4 Beurteilung des Suizidrisikos	294
15.8.5 Untersuchung der psychischen Verfassung	295
15.8.6 Laboruntersuchungen	295
15.9 Geschlechtsbezogene Merkmale	295
15.10 Kulturell bedingte und kontextabhängige Merkmale	295
16 Störungen aufgrund von Verhaltenssüchten und Störungen der Impulskontrolle	299
<i>Joël Billieux, Naomi A. Fineberg, Daniel L. King und Hans-Jürgen Rumpf</i>	
16.1 Konzeptuelle Basis	299
16.2 Psychologischer Ansatz	299
16.3 Glücksspielstörung	302
16.3.1 Erscheinungsbild und Symptommuster	302
16.3.2 Differenzialdiagnose	303
16.4 Computerspielstörung	303
16.4.1 Erscheinungsbild und Symptommuster	303
16.4.2 Differenzialdiagnose	304
16.5 Pyromanie	305
16.5.1 Erscheinungsbild und Symptommuster	305
16.5.2 Differenzialdiagnose	306
16.6 Kleptomanie	306
16.6.1 Erscheinungsbild und Symptommuster	306
16.6.2 Differenzialdiagnose	307
16.7 Zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung	307
16.7.1 Erscheinungsbild und Symptommuster	307
16.7.2 Differenzialdiagnose	309
16.8 Intermittierende explosive Störung	309
16.8.1 Erscheinungsbild und Symptommuster	309
16.8.2 Differenzialdiagnose	311
16.9 Diagnostik	311
16.10 Validität	313
17 Persönlichkeitsstörung	319
<i>Michaela A. Swales, Lee Anna Clark und Alireza Farnam</i>	
17.1 Konzeptuelle Basis	319

17.2	Psychologischer Ansatz	320
17.3	Erscheinungsbild und Symptomuster	321
17.4	Schweregrad	322
17.5	Klinische Fälle	322
17.5.1	Fallbeispiel: leichtgradige Persönlichkeitsstörung mit ausgeprägten Merkmalen von negativer Affektivität sowie ausgeprägten anankastischen Merkmalen	322
17.5.2	Fallbeispiel: mittelgradige Persönlichkeitsstörung mit ausgeprägten Merkmalen von negativer Affektivität sowie ausgeprägten Merkmalen von Enthemmung (Spezifizierung: Borderline-Muster)	323
17.5.3	Fallbeispiel: schwergradige Persönlichkeitsstörung mit ausgeprägten dissozialen Merkmalen sowie ausgeprägten Merkmalen von Distanziertheit	324
17.5.4	Erörterung der Fallbeispiele	324
17.6	Spezifizierungen für Trait-Domänen	325
17.6.1	Negative Affektivität	326
17.6.2	Distanziertheit	326
17.6.3	Dissozialität	326
17.6.4	Enthemmung	327
17.6.5	Anankasmus	327
17.6.6	Borderline-Muster	327
17.7	Diagnostik	327
17.8	Komorbiditäten	330
17.9	Geschlechtsbezogene Merkmale	330
17.10	Symptomatik nach Altersgruppen	330
17.11	Kulturell bedingte und kontextabhängige Merkmale	331
17.12	Prävalenz	332
18	Neurokognitive Störungen	335
	<i>Antonio E. Puente, Theophilus Lazarus, Miguel Pérez-García und Janna Glzman</i>	
18.1	Konzeptuelle Basis	336
18.2	Psychologischer Ansatz	337
18.3	Erscheinungsbilder und Symptomuster	337
18.3.1	Delir	337
18.3.2	Leichte neurokognitive Störung	338
18.3.3	Amnestische Störung	339
18.3.4	Demenz	340
18.4	Differenzialdiagnose	343
18.5	Diagnostik	345
18.6	Kulturell bedingte und kontextabhängige Merkmale	348

III Wichtige Diagnosen außerhalb des Kapitels Psychische Störungen, Verhaltensstörungen und neuromentale Entwicklungsstörungen	353
19 Sexuelle Dysfunktionen und sexuelle Schmerzstörungen	355
<i>Brigitte Khoury, Elham Atallah, Iván Arango-de Montis und Sharon J. Parish</i>	
19.1 Konzeptuelle Basis	355
19.2 Sexueller Reaktionszyklus	358
19.3 Psychologischer Ansatz	358
19.4 Erscheinungsbild und Symptomuster	360
19.4.1 Dysfunktion verminderten sexuellen Verlangens	361
19.4.2 Weibliche Dysfunktion der sexuellen Erregung	361
19.4.3 Männliche Dysfunktion der sexuellen Erregung	362
19.4.4 Anorgasmie	363
19.4.5 Männliche vorzeitige Ejakulation	363
19.4.6 Männliche verzögerte Ejakulation	364
19.4.7 Sexuelle Schmerz-Penetrationsstörung	364
19.5 Diagnostik	365
19.6 Komorbiditäten	366
19.7 Prävalenz	367
19.8 Kulturell bedingte Merkmale	367
20 Schlaf-wach-Störungen	373
<i>Gualberto Buela-Casal, Almudena Carneiro-Barrera und Katie Moraes de Almondes</i>	
20.1 Konzeptuelle Basis	373
20.2 Psychologischer Ansatz	374
20.3 Insomnische Störungen	375
20.3.1 Erscheinungsbild und Symptomuster	375
20.3.2 Differenzialdiagnose	376
20.3.3 Symptomatik nach Altersgruppen	376
20.3.4 Diagnostik	377
20.3.5 Prävalenz	377
20.4 Hypersomnische Störungen	377
20.4.1 Erscheinungsbild und Symptomuster	377
20.4.2 Differenzialdiagnose	379
20.4.3 Symptomatik nach Altersgruppen	380
20.4.4 Diagnostik	380
20.4.5 Prävalenz	380
20.5 Zirkadiane Schlaf-wach-Rhythmusstörungen	380
20.5.1 Erscheinungsbild und Symptomuster	380
20.5.2 Differenzialdiagnose	382
20.5.3 Symptomatik nach Altersgruppen	382

20.5.4 Diagnostik	382
20.5.5 Prävalenz	382
20.6 Parasomnische Störungen	383
20.6.1 Erscheinungsbild und Symptomuster	383
20.6.2 Differenzialdiagnose	384
20.6.3 Symptomatik nach Altersgruppen	385
20.6.4 Diagnostik	385
20.6.5 Prävalenz	385
20.7 Komorbiditäten	385
20.8 Geschlechtsbezogene Merkmale	386
21 Beziehungsprobleme und Misshandlung	391
<i>Richard E. Heyman, Amy M. Smith Slep und Claudia García-Moreno</i>	
21.1 Konzeptuelle Basis	391
21.2 Klassifikation von Beziehungsproblemen und Misshandlung in der ICD-11	392
21.3 Psychologischer Ansatz	393
21.4 Erscheinungsbild und Symptomuster	395
21.4.1 Misshandlung	395
21.4.2 Probleme in Verbindung mit Beziehungen	398
21.5 Differenzialdiagnose	399
21.6 Symptomatik nach Altersgruppen	400
21.7 Prävalenz	400
21.8 Diagnostik	401
21.9 Kulturell bedingte und geschlechtsbezogene Merkmale	403
IV Anhang	409
Häufige Abkürzungen	411
Mitwirkende Autoren	413
Testimonials	417
Sachwortverzeichnis	418

Geleitwort

Es wird allgemein anerkannt, dass die Veröffentlichung der dritten Ausgabe des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) durch die American Psychiatric Association 1980 einen Paradigmenwechsel bei der Klassifizierung psychischer Störungen darstellte. Ein zentrales Element dieses Wandels bestand in der Übernahme eines deskriptiven Ansatzes bei den Diagnosekriterien, bei dem die Störungen grundsätzlich anhand ihrer symptomatischen Erscheinungsbilder definiert wurden. Im Fokus der diagnostischen Kriterien stand das, was bei dem Patienten beobachtbar war oder von diesem berichtet werden konnte; die Einbeziehung von Kausalitätstheorien in die Definitionen wurde sorgsam vermieden. (Da dieser Ansatz selbst eine Theorie darstellt, wurde darauf hingewiesen, dass er nicht wirklich „atheoretisch“ ist.). Auch im Zusammenhang mit der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (*International Classification of Diseases* – ICD) der Weltgesundheitsorganisation (*World Health Organization* – WHO) fand etwa zu dieser Zeit eine Entwicklung zu objektiven deskriptiven Definitionen psychischer Störungen statt, die jedoch im DSM-III wesentlich umfassender umgesetzt wurden.

Trotz wichtiger Unterschiede zwischen der ICD und dem DSM (First et al., 2021) ist dieser deskriptive Ansatz auch für die neuesten Versionen der Diagnosehandbücher beider Systeme kennzeichnend: die CDDR (WHO, 2024) und das DSM in 5. Auflage, Textrevision (DSM-5-TR; American Psychiatric Association, 2022). In den CDDR wird jede Störung in dem Abschnitt, der ihre wesentlichen (erforderlichen) Merkmalen

darstellt, deskriptiv im Hinblick auf ihre Symptomatik definiert. Bei allen weiteren CDDR-Abschnitten, die Informationen zur jeweiligen Störung enthalten (zusätzliche klinische Merkmale, Abgrenzungen zur Normalität – ggf. Schwellenwerte –, Verlaufsmerkmale, entwicklungsbezogene Merkmale, kulturell bedingte Merkmale, geschlechts- und/oder genderbedingte Merkmale sowie Abgrenzungen zu anderen Störungen und Krankheiten), wurde zudem bewusst darauf geachtet, das diagnostische Material auf Angaben zu beschränken, die für den Prozess der Diagnosestellung relevant sind, und keine Informationen zu vermuteten ätiologischen Faktoren oder der Therapiewahl aufzunehmen.

Eine genaue Diagnose ist zwar ein notwendiger und wesentlicher Bestandteil beim Management psychischer Störungen, doch handelt es sich dabei nur um den ersten Schritt. Von größter Bedeutung für die klinisch Tätigen ist im Allgemeinen die Auswahl und Umsetzung jener Therapie, die am ehesten das Leiden der Patientinnen und Patienten verringern wird und folglich deren psychosoziale Funktionsfähigkeit und Lebensqualität verbessert. Ebenso liefern die wesentlichen diagnostischen Merkmale aus sich selbst heraus noch keine ausreichende Grundlage für die Fallkonzeption. Tatsächlich gilt für die *International Advisory Group* der WHO zu psychischen Störungen, Verhaltensstörungen und neuromentalen Entwicklungsstörungen nach ICD-11, dass sie

den Standpunkt vertrat, dass die diagnostische Klassifikation nur *einen Teil* der Patientenbeurteilung darstellt, und dass das Klassifikations-

system nicht anstreben sollte, als Leitfaden für die Patientenversorgung oder als umfassendes Lehrbuch der Psychiatrie zu fungieren. Der Schwerpunkt der ICD liegt auf der Klassifizierung von *Störungen* und nicht auf der Beurteilung und Behandlung von *Menschen*. [...] Um die Versorgungsqualität und die Auswirkungen von Angeboten bei psychischen und Verhaltensstörungen zu verbessern, besteht eindeutig Bedarf an ergänzenden Informationen, die über die diagnostischen Kategorien und Beschreibungen hinausgehen. (International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders, 2011, S. 91; Hervorhebungen im Original)

Dieses Buch schlägt eine Brücke über den Graben zwischen Diagnose und Therapie, indem es das Augenmerk auf die psychologischen Mechanismen richtet, die mit den psychischen und Verhaltensstörungen nach ICD-11 verbunden sind. Wie in Kap. 1 ausgeführt, stellt:

„ein psychologischer Diagnoseansatz [...] – unabhängig von der Fachdisziplin – psychologische Mechanismen und Prinzipien als Aspekte der Diagnosepraxis und Fallformulierung in den Fokus. Er berücksichtigt die psychologischen Faktoren (einschließlich Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen), die an der Entwicklung und Aufrechterhaltung der einzelnen Hauptgruppen psychischer Störungen beteiligt sind, sowie deren Verbindung zu Therapieerwägungen“.

So konzentrieren sich beispielsweise die wesentlichen Merkmale in den ICD-11-CDDR für Zwangsstörungen und verwandte Störungen (engl.: OCD) auf deren Symptomatik (also bei Zwangsstörungen das Vorhandensein von anhaltenden Zwangsvorstellungen und/oder Zwängen, bei der körperdysmorphen Störung die anhaltende Präokkupation mit einem oder mehreren wahrgenommenen Makeln oder Fehlern im Erscheinungsbild, beim Eigengeruchswahn die anhaltende Präokkupation mit der vermuteten Abgabe eines übeln oder anstößigen Geruchs, bei der Hypochondrie die anhaltende Präokkupation mit oder Angst vor der

Möglichkeit, an einer oder mehreren schweren, fortschreitenden oder lebensbedrohlichen Krankheiten zu leiden, sowie beim pathologischen Horten die Anhäufung von Besitztümern, die zu einer derartigen Überfüllung der Wohnräume führt, dass ihre Nutzung oder Sicherheit beeinträchtigt ist).

Im Gegensatz dazu geht in Kap. 9 ein Abschnitt mit dem Titel „Psychologischer Ansatz bei OCRDs“ über die oberflächlichen Symptome hinaus und legt seinen Schwerpunkt auf die zugrunde liegenden psychologischen Mechanismen. In diesem Kapitel wird darauf hingewiesen, dass kognitive Verhaltensmodelle betonen, welch große Rolle fehlerhafte Einschätzungen und dysfunktionale Überzeugungen für die Entwicklung und Aufrechterhaltung von OCRDs spielen. So führen insbesondere Fehleinschätzungen der Bedeutung aufdringlicher Gedanken (als informativ, wichtig, gefährlich oder als Unheilsvorhersage) zu erhöhter Angst und Belastung sowie zum Ausagieren von Verhaltensweisen, die darauf abzielen, diese Emotionen oder die empfundene Wahrscheinlichkeit des Auftretens katastrophaler Folgen zu verringern, und somit dazu die Symptomatik mittels negativer Verstärkung aufrechtzuerhalten. In ähnlicher Weise wird in Kap. 16 („Störungen durch Verhaltenssüchte sowie Störungen der Impulskontrolle“) das UPPS-Modell der Impulsivität („urgency-predilection-perseverance-sensation seeking“) als ein für das Verständnis dieser Störungen besonders nützlicher Rahmen beschrieben.

Die Kapitel dieses Buchs sollen klinisch Tätigen Instrumente an die Hand geben, die über die Phänomenologie hinausgehen und dabei dienlich sind, Konzepte für die psychologischen Mechanismen zu definieren, die den verschiedenen Störungsgruppen zugrunde liegen. Diese Informationen kommt unmittelbare Relevanz für die Bereitstellung einer wirksamen psychologischen Behandlung zu. Allerdings, so betonen es die Herausgeber in Kap. 1, soll die Darstellung der psychologischen Mechanismen nicht den Eindruck erwecken, diese seien not-

wendige und hinreichende Ursachen für die beschriebenen Störungen. Gleichwohl beruhen diese Angaben auf wissenschaftlichen Erkenntnissen darüber, wie sich Störungen und spezifische Symptome entwickeln, inwiefern sie miteinander in Beziehung stehen und wie sie über die Zeit aufrechterhalten werden. Die Beschreibungen psychologischer Mechanismen leisten wichtige Beiträge zur Fallkonzeptualisierung und zeigen wichtige Wege für psychologische Interventionen auf. Dies wird sowohl für Studierende als auch für klinisch Tätige von Nutzen sein, da viele der bei psychischen Störungen wirksamen klinischen Interventionen auf psychologischen Behandlungsmethoden beruhen, die alleine oder zusammen mit einer Pharmakotherapie eingesetzt werden.

Bei der Erstellung der CDDR hatte die Maximierung ihrer klinischen Nützlichkeit oberste Priorität. Die CDDR vermeiden deshalb willkürliche Grenzwerte und übermäßig präzise Anforderungen in Bezug auf die Symptomanzahl und -dauer, sofern diese nicht empirisch ermittelt wurden oder ein anderer zwingender Grund für ihre Einbeziehung vorliegt. Dieser Ansatz soll der tatsächlichen Vorgehensweise von klinisch Tägigen – mit ihrem flexiblen klinischen Urteilsvermögen – bei der Diagnosestellung entsprechen. Zudem soll er die klinische Nützlichkeit vergrößern, indem die CDDR auch individuelle und kulturelle Unterschiede von Krankheitsbildern berücksichtigen. Hierdurch wird mehr Gewicht daraufgelegt, die klinische Ausprägung der wesentlichen Merkmale zu verstehen, statt exakte Regeln vorzugeben, was darüber hinaus mit einem tieferen Verständnis der Mechanismen vereinbar ist, die den vorliegenden Symptomen zugrunde liegen.

Bei diesem Buch handelt es sich um eine überaus wertvolle Ergänzung zu den ICD-11-CDDR. Unabhängig von der Fachrichtung ist er sowohl für klinisch Tätige als auch für Auszubil-

dende, die mit der Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen befasst sind, sehr zu empfehlen. Die Konzentration der CDDR auf einen psychologischen Ansatz bei Diagnosen nach ICD-11 wird klinisch Tätige dabei unterstützen, jene psychologischen Behandlungen auszuwählen, die bei einem bestimmten Patienten am ehesten wirksam sind und zudem die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine erfolgreiche therapeutische Allianz zu schaffen.

Michael B. First

Department of Psychiatry,

Columbia University

Vagelos College of Physicians and Surgeons

Weiterführende Literatur

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.).

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).

First, M. B., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D. J., Kogan, C. S., Saunders, J. B., Poznyak, V. B., Gureje, O., Lewis-Fernández, R., Maercker, A., Brewin, C. R., Cloitre, M., Claudino, A., Pike, K. M., Baird, G., Skuse, D., Krueger, R. B., Briken, P., Burke, J. D., ... Reed, G. M. (2021). An organization and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. *World Psychiatry*, 20(1), 34–51.

International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. (2011). A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*, 10(2), 86–92. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00022.x>

World Health Organization. (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263>

Vorwort zur deutschen Ausgabe

Die ICD-11 – die International Classification of Diseases, Version 11 – der WHO hat bisher noch wenige Erläuterungen in deutscher Sprache. Mit dem vorliegenden Buch ist nun das erste internationale Lehrbuch dazu verfügbar. Nach seiner englischen Ausgabe erscheint dieses Lehrbuch außer in deutscher Sprache fast gleichzeitig auf Portugiesisch, Spanisch, Chinesisch, Niederländisch, Finnisch, Französisch, Japanisch, Rumänisch und Türkisch.

Auf einer Planungstagung für die Publikationsstrategie zu den psychischen, Verhaltens- und neuromentalen Entwicklungsstörungen in Zürich im Jahr 2017 war beschlossen worden, dass das vorliegende Buch zuerst die wichtigsten relevanten Unterkapitel in ausführlichen Beschreibungen präsentieren soll. Es gingen dann noch einige Jahre ins Land, weil es einer großen, auch wieder internationalen Kraftanstrengung bedurfte, um zuvor die CDDR als zweites Hauptprodukt der WHO neben dem ursprünglichen Kerntext der ICD-11 (der sog. *Foundation*), abzuschließen. Auf diese CDDR wird im Text des vorliegenden Buchs sehr häufig Bezug genommen. Die CDDR sind seit 2024 von der WHO als Open Access international verfügbar.

Was ist der Vorteil des vorliegenden Buches diesen frei verfügbaren Quellen gegenüber? Die Gliederung des Buchs ist benutzerfreundlicher als in den sehr formalistisch strukturierten ICD-11-Kernpublikationen. Wir als Herausgeber haben uns dafür entschieden, das Buch auf die häufigsten oder wichtigsten Diagnosen zu beschränken. Dahinter steht die uralte Einsicht (mir selbst wurde sie schon im Studium vermit-

telt und ich bedenke sie bis heute): „An die häufigsten Diagnosen sollte man immer zuerst denken“. Die Zusammenstellung vieler Einzelkapitel orientiert sich mehr an der klinischen Ähnlichkeit der Diagnosen als an der ausgefeilten Systematik, die ein Ordnungskonstrukt wie die ICD-11 zwangsläufig mit sich bringt. So sind im Kap. 14 („Disruptives Verhalten oder dissoziale Störungen sowie Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung“) Diagnosen aus 2 verschiedenen Unterkapiteln zusammengestellt worden, die häufig in einen gemeinsamen klinischen Fokus bei betroffenen Kindern und Jugendlichen kommen. Das Gleiche gilt für Kap. 16 („Störungen aufgrund von Verhaltenssüchten und Störungen der Impulskontrolle“), die in der ICD-11 ebenfalls in 2 Unterkapiteln abgehandelt werden, klinisch aber in Bezug auf die ihnen zugrunde liegenden Prozesse stark miteinander verbunden sind.

Die Auswahl der Kapitel des vorliegenden Buchs ist weiterhin dadurch ausgezeichnet, dass es einen kleinen, aber wichtigen Teil III des Buchs zu „Wichtigen Diagnosen außerhalb des Kapitels „Psychische- und Verhaltensstörungen“ gibt. Zunächst werden dort, miteinander integriert, sowohl die sexuellen Dysfunktionen als auch die sexuellen Schmerzstörungen anschaulich beschrieben (Kap. 19). Als nächstes kommt ein Kapitel, das für klinisch Tätige ausgesprochen wichtig ist, in den Fachlehrbüchern aber entweder gar nicht oder völlig am Rande beschrieben wird: die in der Bevölkerung sehr häufigen Schlaf-wach-Störungen (Kap. 20). Ich könnte mir vorstellen, dass die Lektüre dieses Kapitels für viele Fachperso-

nen besonders erhellt ist. Gleiches gilt für das letzte Kapitel: Viele klinisch Tätige werden gar nicht wissen, dass die WHO aus ihrer globalen Sicht heraus dem Thema der (schwernen) Beziehungsprobleme in Familien und Paaren sowie der Misshandlung meist von Kindern ganz besondere Aufmerksamkeit gewidmet hat (Kap. 21); dazu liegen regelmäßige (epidemiologische) Reports der WHO vor. Solche Beziehungsprobleme und verschiedene Misshandlungsformen sollten im klinischen Alltag unbedingt untersucht und dann codiert werden – und danach am besten natürlich in den individuellen Fallkonzeptionen therapeutisch berücksichtigt werden.

Warum heißt das vorliegende Buch nun „ICD-11: ein psychologischer Ansatz“. Dazu wird bereits im Geleitwort vom Psychiater Michael B. First von der Columbia University in New York sowie im ersten Buchkapitel etwas gesagt. Hier nur ein paar Zusatzgedanken: Nach Jahrzehnten, in denen die DSM-Versionen III und IV (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen) der American Psychiatric Association immer im viel größeren Umfang wissenschaftlich begründet waren und die ICD bis zur Version 10 hauptsächlich aus Gründen der allgemein bekannten Ressourcenknappheit der WHO wissenschaftlich mit diesen DSM-Versionen nicht mithalten konnte, wurde das mit der ICD-11 erfreulicherweise anders. Hier wurde erstmals in größerem Umfang wissenschaftlich gearbeitet und zwar sowohl grundlagenbezogen als auch im Sinne einer auf

den größtmöglichen klinischen Nutzen abziehende Implementierungsforschung. In allen diesen Forschungsgebieten spielt die Psychologie eine hervorragende Rolle. Dennoch – wie im Buch mehrfach ausgedrückt – Zielgruppen des Buchs sind nicht nur Psychologinnen und Psychologen, sondern auch die Professionen der Psychiatrie und Psychotherapie, der Psychosomatik, der Pflege und der Sozialarbeit.

Oft werde ich gefragt: „Wann wird denn die ICD-11 nun endlich in den Gesundheitssystemen der deutschsprachigen Länder offiziell eingeführt?“ Das ist ein leidiges Thema, denn die Gesundheitspolitik der einzelnen Länder hat beschlossen, diese Einführung mit einer gleichzeitigen, erneuten Tarif- und Abrechnungsreform für Gesundheitsleistungen umzusetzen. Bis diese Finanzpauschalen für alle Diagnosegruppen aller körperlichen und psychischen Erkrankungen politisch überhaupt neuverhandelt werden, was lange brauchen wird, müssen wir klinisch Tätige wohl noch mit einem „Zwitterzustand“ leben: Die neue ICD-11 ist der State of the Art, der in Behandlungen und bei Gutachten Primat haben muss – die ICD-10 dient weiterhin als Abrechnungsstatistik der deutschsprachigen nationalen Gesundheitssysteme. Da sind uns andere Länder voraus – wie Australien, China und Japan, die die ICD-11 bereits offiziell eingeführt haben, oder wie Dänemark und Kanada, die kurz davorstehen.

Zürich, im Herbst 2025

Andreas Maercker

Dank

Die Herausgeber und Autoren dieses Bandes stellen nur einen kleinen Teil der Hunderte von Experten und Tausenden von Klinikern weltweit dar, auf deren Beiträgen dieses Buch basiert und denen es gewidmet ist.

Insbesondere danken wir Suzanne Bennett Johnson, Shekhar Saxena, and Ann D. Watts, ohne dessen strategische Vision, politisches Gespür und anhaltendes Engagement, Zusammenarbeit und Unterstützung dieses Buch und die dahinterstehende Arbeit nicht möglich gewesen wären.

I Einführung

1 Ein psychologischer Diagnostikansatz

Andreas Maercker, Tahilia J. Rebello, Pierre L.-J. Ritchie und Geoffrey M. Reed

Dieses Buch soll all denen als maßgebliche Ressource dienen, die weltweit im Bereich der psychischen Gesundheit als Fachkräfte und Ausbildende tätig sind und in ihrer klinischen Praxis, ihrer Lehre und ihren Schulungen die ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements (CDDR), (WHO, 2024) umsetzen werden. Das Buch soll weder die CDDR ersetzen noch ihre Texte wiederholen. Stattdessen ist es vielmehr als wichtiges Werkzeug gedacht, das zusammen mit den CDDR verwendet werden soll, um das Verständnis sowie die genaue und kompetente Umsetzung der Klassifikation psychischer, verhaltensbezogener und neuromentaler Entwicklungsstörungen gemäß der ICD-11 in der Gesundheitsversorgung und anderen klinischen Umfeldern zu erleichtern.

„*ICD 11-Diagnosen: Ein psychologischer Ansatz*“ bietet ein strukturiertes Konzept für die Implementierung der CDDR in der klinischen Praxis. Eine entscheidende Bedeutung kommt dieser Umsetzung nicht nur für psychologisch Tätige und Nachwuchskräfte zu, sondern ebenso für psychologische bzw. psychiatrische Fachkräfte in Psychiatrie, Krankenpflege, Sozialarbeit und anderen Disziplinen, die bestrebt sind, eine qualitativ hochwertige, empirisch fundierte Versorgung psychischer Erkrankungen zu bieten. Ein psychologischer Diagnostikansatz stellt – unabhängig von der Fachdisziplin – psychologische Mechanismen und Prinzipien als Aspekte der Diagnosepraxis und Fallformulierung in den Fokus. Er berücksichtigt die psychologischen Faktoren (einschließlich Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen), die an der Entwicklung und Aufrechterhaltung der

einzelnen Hauptgruppen psychischer Störungen beteiligt sind, und ihre Verbindung zu Therapieerwägungen.

Die Ätiologien von psychischen Störungen, Verhaltensstörungen und neuromentalen Entwicklungsstörungen sind komplex und, zumeist, nicht eindeutig geklärt. Es gibt einige Ausnahmen, wie bestimmte genetische Syndrome, die mit spezifischen neuromentalen Entwicklungsstörungen einhergehen (Kap. 3). Die Klassifikation der neurokognitiven Störungen umfasst spezifische Demenzformen, die sich auf bestimmte zugrunde liegende Krankheitsprozesse zurückführen lassen (Kap. 18), und für den Konsum psychoaktiver Substanzen wurde nachgewiesen, dass er verschiedene psychische Störungen verursachen kann (Kap. 15). Doch selbst in Fällen wie diesen, bei denen die Ätiologie als gesichert gilt, gibt es eine große Bandbreite an Symptomausprägungen und Nebendiagnosen, die in unvorhersehbarer Weise von Person zu Person variieren.

Bei den meisten Störungen besteht keine eindeutige Beziehung zwischen einer bestimmten Ätiologie und einem bestimmten Syndrom. Mannigfaltige genetische, epigenetische, familiäre, neurochemische und -physiologische, emotionale, psychische, soziale sowie umweltbedingte Faktoren wurden als Risiko- und Schutzfaktoren für Entwicklung, Symptomausprägung und Verlauf von psychischen Störungen, Verhaltensstörungen und neuromentalen Entwicklungsstörungen ermittelt. Selbst bei der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS, Kap. 10.3), die nach allgemeiner Auffassung eine eindeutige Ätiologie aufweist, da sie sich

als Reaktion auf ein Ereignis oder eine Situation extrem bedrohlicher oder schrecklicher Natur entwickelt, sind eindeutig noch weitere Faktoren von Bedeutung. Schließlich entwickeln viele Menschen, die derartige Ereignisse erleben, keine PTBS, sondern reagieren mit der Entwicklung anderer Störungen wie Angststörungen (Kap. 8), depressiven Störungen (Kap. 6) oder Störungen durch Substanzgebrauch (Kap. 15).

Die mit der Ätiologie zusammenhängenden Aspekte werden u.a. deshalb betont, weil weder die Herausgeber noch die Autorinnen und Autoren vermitteln wollen, dass die für eine bestimmte Störung oder eine Reihe von Störungen beschriebenen psychologischen Mechanismen die notwendige und hinreichende Ursache jener Störung bzw. Störungen darstellen. Die in den einzelnen Kapiteln beschriebenen Erkenntnisse legen vielmehr nahe, dass die psychologischen Mechanismen maßgeblich beeinflussen,

- wie sich Störungen und spezifische Symptome entwickeln,
- wie sie zueinander in Beziehung stehen und
- wie sie über die Zeit aufrechterhalten werden.

Sie liefern eine wichtige Grundlage für Fallkonzeptualisierungen und zeigen Wege für psychologische Interventionen auf. Eine detaillierte Erörterung störungsspezifischer psychologischer Interventionen würde den Rahmen dieses Buches sprengen, allerdings zeigt eine Vielzahl von Belegen, dass sich bei einer großen Anzahl von Störungen psychologische Interventionen als am wirksamsten erweisen (Nathan & Gorman, 2015). Bei anderen Störungen werden psychologische oft mit pharmakologischen Interventionen kombiniert, und eine derartige Kombinationstherapie hat sich im Allgemeinen als wirksamer gezeigt als eine von beiden alleine (Leichsenring et al., 2022).

Verfasst wurde dieses Buch, um Kliniken, Assistenzärzten, Absolvierenden einer Famulatur, Dozierenden und Studierenden der Psychologie Nutzen zu bieten und den ganz spezifischen

Kontext der psychologischen Praxis aufzugreifen. Das Verständnis der für die Diagnose psychischer Störungen relevanten psychologischen Mechanismen und Prinzipien ist zudem ein Bestandteil des umfassenden Wissens- und Ausbildungskorpus verschiedenster Fachrichtungen im Bereich der psychischen Gesundheit sowie des Gesundheitswesens. Dementsprechend handelt es sich bei vielen Autorinnen und Autoren der einzelnen Kapitel zwar um renommierte Psychologen und Psychologen aus der ganzen Welt, wichtige Beiträge zu diesem Buch haben aber auch Expertinnen und Experten aus der Psychiatrie und weiteren Disziplinen verfasst.

1.1 Aufbau und Inhalt dieses Buches

Dieses erste Kapitel liefert den konzeptionellen Rahmen für den psychologischen Diagnoseansatz, der als vereinheitlichende Perspektive des gesamten Buchs dient. Das zweite Kapitel konzentriert sich auf den globalen Ansatz der ICD-11, wie er in ihrer Entwicklung und Testung, ihren Charakteristika und ihrer Implementierung zum Ausdruck kommt. Die umfangreichste Gruppe an Kapiteln – von Kap. 3 (Störungen der Intelligenz- und Lernentwicklungsstörung) bis Kap. 18 (neurokognitive Störungen) – deckt die wichtigsten Gruppierungen der psychischen Störungen, Verhaltensstörungen und neuromentalen Entwicklungsstörungen nach ICD-11 ab. In jedem dieser Kapitel wird näher erläutert, inwiefern das Wissen um psychologische Mechanismen und Prinzipien bei den jeweiligen Störungsbereichen einen Beitrag zu Diagnosen und Fallkonzeptionen leistet.

In den meisten Fällen entspricht der Inhalt dieser Kapitel den größten Störungsgruppierungen der ICD-11, wie z.B. Schizophrenie und andere primäre psychotische Störungen (Kap. 5), Angst- oder furchtbezogene Störungen (Kap. 8) sowie Persönlichkeitsstörungen und zugehörige Persönlichkeitsmerkmale (Kap. 17). Die Reihenfolge der Kapitel in diesem Buch folgt der

Reihung der Gruppierungen in der ICD-11. Diese Abfolge soll einer Entwicklungsperspektive der Psychopathologie anhand jener Lebensabschnitte nahekommen, in denen das Auftreten am typischsten ist, obwohl die ICD-11 diesen Grundsatz nicht strikt einhält.

Eine Ausnahme von der Übereinstimmung zwischen den Kapiteln des vorliegenden Buchs und den ICD-11-Gruppierungen sind die neuromentalen Entwicklungsstörungen, die den längsten Abschnitt in den CDDR ausmachen. Bestimmte Teile der neuromentalen Entwicklungsstörungen sind für die psychologische Praxis besonders wichtig und wurden daher aufgeteilt, und zwar

- auf Kap. 3 (Störungen der Intelligenz- und Lernentwicklungsstörung),
- auf Kap. 4 (Autismus-Spektrum-Störung) und
- auf Kap. 14 (ADHS) sowie die ICD-11-Gruppierung „Disruptives Verhalten oder dissoziative Störungen“,

weil sich die Erscheinungsbilder überschneiden, und sie häufig gemeinsam auftreten. In ähnlicher Weise wurden der übergreifenden ICD-11-Gruppierung affektive Störungen die Kap. 6 (depressive Störungen) und Kap. 7 (bipolare und verwandte Störungen) gewidmet. Ebenso wurde die ICD-11-Gruppierung von Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltenssüchte, die mehr Kategorien als jede andere Gruppierung psychischer Störungen umfasst, ebenfalls aufgeteilt, nämlich auf Kap. 15 (Störungen durch Substanzgebrauch) und Kap. 16 (Störungen durch Verhaltenssüchte). Obwohl Störungen durch Substanzgebrauch und Störungen durch Verhaltenssüchte Überschneidungen bei Symptomatik, psychologischen Mechanismen und Beurteilungsstrategien aufweisen, bestehen auch bedeutende Unterschiede. In Kap. 16 wird auch die Störung mit zwanghaften Sexualverhalten thematisiert, die mit ihnen zwar das Merkmal der Verhaldensdysregulation teilt, jedoch nicht den Süchten, sondern den Störungen der Impulskontrolle zugerechnet wird.

Drei zusätzliche Kapitel decken Bereiche ab, die – ohne als psychische Störungen eingestuft zu sein – von unmittelbarer Relevanz für die psychologische Praxis sind, und bei denen es wichtig ist, dass Psychologen und andere psychosoziale Fachkräfte damit vertraut sind. Das erste dieser Kapitel befasst sich mit sexuellen Dysfunktionen und sexuellen Schmerzstörungen (Kap. 19), das zweite mit Schlaf-wach-Störungen (Kap. 20). In der ICD-10 (WHO, 1992a, 1992b) beruhte die Klassifizierung dieser beiden Bereiche auf der inzwischen überholten Einteilung in organische und nicht organische Störungen. Dabei besagte der Begriff organisch, dass eine Störung vom Gehirn ausging oder eine „echte“ medizinische Ursache hatte, während nichtorganisch kenntlich machte, dass es sich um eine „funktionelle“ oder rein psychologische Störung handelte (dass also die Möglichkeit einer medizinischen Ätiologie ausgeschlossen wurde). Wir möchten betonen, dass der Begriff „psychologisch“ in diesem Buch keineswegs so verwendet wird.

Die derzeit vorliegenden Nachweise belegen eindeutig, dass die meisten sexuellen Funktionsstörungen und Schlaf-wach-Störungen – wie die meisten psychischen Störungen – sowohl physiologische als auch psychologische/verhaltensbezogene Komponenten aufweisen, die darüber hinaus einer Beeinflussung durch mannigfaltige Umwelt- und andere Kontextfaktoren unterliegen (American Academy of Sleep Medicine, 2014; Reed et al., 2016). Eine wichtige Neuerung in der ICD-11 war die Einführung zweier neuer Kapitel (zu sexuellen Dysfunktionen bzw. Schlaf-wach-Störungen), die jene Kategorien der beiden Störungsgruppen zusammenfassen, die zuvor in der ICD-10 auf mehrere Kapitel verteilt waren. Diese Neuerungen spiegeln den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu diesen beiden Störungsgruppen genauer wider, beseitigen die „Leib-Seele“-Trennung, auf der die frühere Klassifizierung beruhte, und bieten klinisch Täglichen einen umfassenden und präzisen Leitfaden, der das Verständnis und die

diagnostische Genauigkeit verbessert (Reed et al., 2019).

Das letzte Kapitel dieses Buchs (Kap. 21) nimmt Beziehungsprobleme und Misshandlungen in den Fokus. Es beginnt mit der WHO-Definition von 1946, laut der Gesundheit „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ ist (zitiert in WHO, 2020, S. 1). In diesem Kapitel wird festgestellt, dass das soziale Wohlergehen von der Gesundheit der Beziehungen abhängt, die die Individuen eingehen, allen voran die Beziehungen zu Eltern (oder anderen primären Betreuungspersonen), Intimpartnern, Kindern und anderen Familienmitgliedern, die einen starken Einfluss auf die psychische und physische Gesundheit sowie das Wohlergehen der Individuen haben. In manchen Fällen ist das innerhalb dieser Beziehungen auftretende Verhalten derart gestört, dass es eine Misshandlung oder einen Missbrauch darstellt. Für Psychologen und andere im Bereich der psychischen Gesundheit Tätige können sich daraus besondere rechtliche und ethische Verpflichtungen zum Schutz vulnerabler Personen ergeben.

Sämtliche Kapitel verfügen über eine Reihe gemeinsamer Bestandteile. So steht an ihrem Anfang jeweils eine Beschreibung der konzeptuellen Basis für die klassifikatorische Zuordnung der in dem jeweiligen Kapitel behandelten Störungen. Die Kategorisierung der psychischen Störungen innerhalb der ICD-11 beruht teilweise auf Studien, die für diese Revision durchgeführt wurden, um herauszufinden, wie klinisch Tätige über psychische Störungen und deren Beziehung zueinander denken (Reed et al., 2013; Roberts et al., 2012). In jedem Kapitel werden auch die Aspekte eines psychologischen Ansatzes gegenüber der jeweiligen Gruppe von Störungen erörtert, einschließlich psychologischer Modelle zur Konzeptualisierung ihrer Symptome und Empfehlungen für ihre psychologische Beurteilung. Zudem werden in den Kapiteln auch die Erscheinungsbilder und Symptommuster der jeweiligen Stö-

rungen, ihre Spezifizierungen und Subtypen, ihre Abgrenzungen zur Normalität, Differenzialdiagnosen, Komorbiditäten, lebenszeitliche Verläufe und ihre kulturell bedingten und kontextabhängigen sowie geschlechtsbezogenen Merkmale behandelt. Dieses Material entspricht den CDDR für dieselbe Gruppe von Störungen und ergänzt sie.

Zusammen decken diese Kapitel die Mehrheit jener Erkrankungen ab, denen Psychologen und andere im Bereich der psychischen Gesundheit Tätige wahrscheinlich in der klinischen Praxis begegnen. Allerdings ist die Abdeckung der psychischen Störungen, Verhaltensstörungen und neuromentalen Entwicklungsstörungen nach ICD-11 nicht vollständig. Für bestimmte Bereiche, wie Ausscheidungsstörungen, paraphile Störungen und artifizielle Störungen, ist die Praxis in diesem Buch nicht beschrieben, und hierfür sind weitere, spezialisiertere Ressourcen nötig.

Eine weitere wichtige Änderung in der ICD-11 mit großen Auswirkungen auf die psychologische Praxis besteht darin, dass die Transgender-Identität nicht mehr als psychische Störung eingestuft wird (Reed et al., 2016, 2019). Das ICD-10-Kapitel über psychische und Verhaltensstörungen enthielt eine Gruppierung namens Störungen der Geschlechtsidentität. Zwei Kategorien aus dieser Gruppierung wurden in der ICD-11 umbenannt und in konzeptuell neuer Fassung aus dem Kapitel zu psychischen Störungen in das neue Kapitel namens „Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit“ verschoben. Bei den beiden neuen Kategorien handelt es sich um Geschlechtsinkongruenz in der Jugend oder im Erwachsenenalter sowie um Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter. Andere Kategorien aus der ICD-10-Gruppierung zu Störungen der Geschlechtsidentität wurden gestrichen. In der ICD-11 wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass geschlechtsvariante Verhaltensweisen und Vorlieben für sich genommen nicht für die Diagnose der Geschlechtsinkongruenz ausreichen (WHO, 2023). Da in vielen Ländern eine qualifizierte Diagnose erforder-

lich ist, um Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen zu bekommen, wurde die Geschlechtsinkongruenz in der ICD-11 nicht zur Streichung vorgeschlagen. Die konzeptuelle Neufassung der Geschlechtsinkongruenz und ihre Streichung aus dem ICD-11-Kapitel zu psychischen Störungen erfuhr Unterstützung durch eine große Studie an Transgender-Personen in Mexiko-Stadt (Robles et al., 2016) sowie durch Wiederholungsstudien in 5 weiteren Ländern (Robles et al., 2022).

Psychologen und andere im Bereich der psychischen Gesundheit Tätige müssen eine mit der WHO-Politik übereinstimmende klinische Haltung einnehmen, gemäß der transgender zu sein keine psychische Störung darstellt. Sie müssen sich der besonderen Vulnerabilität dieser Bevölkerungsgruppe für Stigmatisierung und Gewalt bewusst sein sowie auch der komplizierten Geschichte und der negativen Erfahrungen, die viele Transgender-Personen mit dem Gesundheitssystem gemacht haben (Robles et al., 2016; WHO, 2015). Alle im Bereich der psychischen Gesundheit tätigen Fachkräfte müssen bereit sein, Transgender-Personen zu beurteilen und ihnen angemessene und nicht stigmatisierende Dienstleistungen zu bieten, die an ihrem psychischen Wohlergehen orientiert sind. Die Diagnose der Geschlechtsinkongruenz als solche stellt dabei ein sich rasch entwickelndes und umstrittenes Gebiet dar, und interessierte klinisch Tätige werden für weitere Informationen an spezialisiertere Ressourcen verwiesen (Coleman et al., 2022).

Von Psychologen und anderen im Bereich der psychischen Gesundheit Tätigen wird in sämtlichen Bereichen erwartet, dass sie „ausgeschließlich auf Gebieten, die qua Aus- oder Fortbildung, supervidierte Erfahrung, Beratung, Studium oder beruflicher Erfahrung innerhalb der Grenzen ihrer Kompetenz liegen, Dienstleistungen erbringen, lehren sowie Forschung an Bevölkerungsgruppen betreiben“ (American Psychological Association, 2017). Gemeinsam mit den CDDR stellt dieses Buch einen bedeutenden Schritt in Richtung auf eine

kompetente diagnostische Praxis unter Anwendung der ICD-11 dar.

1.2 Definition eines psychologischen Ansatzes der Psychopathologie

Die Psychopathologie als Wissenschaft besteht weitgehend aus der systematischen Beschreibung psychischer Störungen sowie ihrer Korrelate und Substrate. Dies beginnt mit der Identifizierung von Gefühlen, Gedanken und Verhaltensweisen, die für psychische Störungen charakteristisch sind, sowie den Beeinträchtigungen psychologischer Prozesse, die ihnen zugrunde liegen. Erreichen diese Erfahrungen und Verhaltensweisen einen konsensual vereinbarten Schwellenwert in puncto Schweregrad, Funktionsstörung oder Leidensdruck, lassen sie sich als Symptome charakterisieren. In dieser Hinsicht fußt der diagnostische Prozess auf einem Verständnis der Psychopathologie.

Ein psychologischer Ansatz der Psychopathologie basiert auf dem Verständnis davon, wie Menschen denken, fühlen und handeln, und zwar sowohl als Individuen als auch im Kontext ihrer familiären und sonstigen engen Beziehungen sowie ihres größeren sozialen und ökologischen Kontextes. Der psychologische Ansatz ist personenzentriert, doch werden Emotionen, Gedanken und Handlungen subjektiv meist über Interaktionen mit anderen und der Umwelt erlebt. Damit nutzt er eine eigenständige und wissenschaftsorientierte Strategie, deren Wurzeln in der Untersuchung relevanter kognitiver, emotionaler, motivationaler, interpersöneller und anderweitiger psychologischer Prozesse liegen.

In den Kapiteln dieses Buches werden psychologische Modelle beschrieben, die von Bedeutung für die Konzeptualisierung der Störungsausprägung bei einer bestimmten Person sind:

- So werden beispielsweise in Kap. 5 (Schizophrenie und andere primäre psychotische

Störungen) Hinweise auf eine sehr starke genetische Komponente der Schizophrenie erörtert. Es wird aber auch darauf hingewiesen, dass weniger die Störung als solche vererbt wird, sondern eher eine Vulnerabilität gegenüber Schizophrenie und verwandten Störungen. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich diese Vulnerabilität in Form einer diagnostizierbaren Störung zeigt, wird durch Faktoren mit psychischen Auswirkungen erhöht, wie Traumatisierung in der Kindheit, Migration und Diskriminierung. Die mit der Symptomausprägung und -aufrechterhaltung verbundenen Faktoren variieren außerdem zwischen den einzelnen Symptomen. So können etwa Negativsymptome mit sozialem Rückzug und inkohärentes Sprechen mit zwischenmenschlichem Stress verbunden sein. Die ICD-11 bietet daher ein grundsätzlich psychologisches Modell psychotischer Symptome, welches das ICD-10-System der Schizophrenie-Subtypen (z.B. paranoid, hebephren) ersetzt, dem es nachweislich an Validität mangelt. Stattdessen erfolgen Bewertungen spezifischer Symptomdomänen (z.B. Positivsymptome, Negativsymptome, kognitive Symptome), wie sie von der betroffenen Person aktuell erlebt werden. Für die Konzeptualisierung der erforderlichen Interventionen bieten diese Symptomdomänen eine solidere Grundlage, und sie können zur Bewertung von Veränderungen und Verbesserungen im Zeitverlauf herangezogen werden, was dafür sorgt, dass sie letztlich besser mit einem genesungsorientierten Ansatz vereinbar sind.

- Die Erörterung psychologischer Mechanismen bei Zwangsstörungen (engl.: OCD) in Kap. 9 legt das Schwergewicht auf kognitive Faktoren, darunter die Fehleinschätzung sich aufdrängender Gedanken als informativ, wichtig, gefährlich oder ein Unheil ankündigend, was zu erhöhter Angst und Belastung führt. Zwänge zielen wiederum darauf ab, diese Emotionen – oder die Wahrscheinlichkeit der befürchteten katastrophalen Folgen –

zu verringern; das Symptom wird somit durch negative Verstärkung markanter und erfährt Aufrechterhaltung. Dysfunktionale Überzeugungen wie ein übersteigertes Verantwortungsgefühl, Perfektionismus oder der Glaube, dass Gedanken mit Handlungen gleichzusetzen sind, können die Wahrscheinlichkeit von Fehleinschätzungen erhöhen. Obwohl für die Zwangsstörung fraglos wichtige neuroanatomische, neurochemische und genetische Merkmale von ätiologischer Bedeutung sind, ist ein Verständnis der psychologischen Prozesse wichtig, um die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen bei OCD zu konzeptualisieren und Wege für Interventionen aufzuzeigen. Dieses Modell bezieht sich direkt auf evidenzbasierte Spezifizierungen in der ICD-11 für den bei Zwangsstörungen und verwandten Störungen vorliegenden Grad der Einsichtsfähigkeit. Für Personen mit mittelmäßiger bis guter Einsichtsfähigkeit, die zumindest zeitweise in Betracht ziehen können, dass ihre Gedanken möglicherweise nicht objektiv sind, und vielleicht eine alternative Erklärung akzeptieren, ist der Einsatz kognitiver Interventionsstrategien geeignet. Bei Menschen mit schlechter bis fehlender Krankheitseinsicht sind stärker verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Strategien wie Exposition- und Reaktionsvermeidung wahrscheinlich wirksamer.

- In Kap. 16 zu Störungen aufgrund von Verhaltenssüchten und der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung wird das UPPS-Impulsivitätsmodell (*Urgency-Premeditation-Perseverance-Sensation Seeking; Dringlichkeit-Absicht-Ausdauer-Sensation Seeking*) auf diese Störungen angewendet. Die Dimension *Dringlichkeit* des UPPS-Modells umfasst emotionsbezogene Impulsivität sowie verminderte Hemmungskontrolle; die Dimension (Mangel an) *Absicht* steht im Zusammenhang mit der Unfähigkeit, Belohnungen aufzuschieben, schlechter Entscheidungsfindung und schlechter Problemlösung; die

Dimension (Mangel an) *Ausdauer* bezieht sich auf Schwierigkeiten, bei langweiligen oder kognitiv anspruchsvollen Aufgaben konzentriert zu bleiben, was die Wahrscheinlichkeit intrusiver Erinnerungen erhöht, welche subjektive Zustände des Drangs oder Cravings begünstigen; und die *Sensation-Seeking*-Dimension ist ein Risikofaktor für die Aufnahme verschiedener problematischer Verhaltensweisen (z. B. Drogenkonsum, kriminelle Handlungen, Glücksspiel, riskantes Sexualverhalten), wenngleich für deren Aufrechterhaltung andere Aspekte des Modells wichtiger zu sein scheinen.

Der hier dargestellte psychologische Ansatz ist einem umfassenden Verständnis der Störung oder Dysfunktion dienlich, indem er das subjektive Erleben der betroffenen Personen berücksichtigt sowie die Gesichtspunkte, ob sie unter der Störung oder Dysfunktion leiden, und ob sie das Leben anderer negativ beeinflussen, insbesondere dasjenige von Menschen in ihrem unmittelbaren zwischenmenschlichen Umfeld. Unabhängig von der vermuteten Ätiologie der Störung führt ein psychologischer Ansatz zu einer fundierteren und tief greifenderen Fallkonzeptualisierung, was die wissens- und fertigkeitsbasierte Kohärenz stärkt und die klinische Anwendung der CDDR unterstützt. Darüber hinaus beruhen viele der wirksamen klinischen Interventionen bei psychischen Störungen, entweder allein oder in Kombination mit anderen Therapien (z. B. Pharmakotherapie), auf psychologischen Behandlungsmethoden (Norcross et al., 2016). Im Fokus dieses Buchs steht die Diagnose, eine detaillierte Erörterung von Interventionen würde somit dessen Rahmen sprengen. Die vorangegangenen Beispiele verdeutlichen jedoch, dass sich ein psychologischer Ansatz bei der Diagnose prägend auf die klinischen Interventionen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit und der Funktionsfähigkeit der von psychischen Störungen betroffenen Personen auswirkt.

1.3 Die CDDR und der psychologische Ansatz

Die CDDR-Beschreibung der in diesem Buch behandelten Störungen beruht auf Forschungsergebnissen und klinischen Erkenntnissen der Psychologie. Für sämtliche diagnostischen Kategorien im ICD-11-Kapitel zu psychischen Störungen, Verhaltensstörungen und neuromentalen Entwicklungsstörungen bieten die CDDR den klinisch Tätigen in konsistenter Weise Orientierung bei der Diagnosestellung anhand evidenzbasierter Beschreibungen der Erscheinungsbilder und Symptommuster sowie weiteren diagnostischen Materials (First et al., 2015). Diese Elemente (Info-Kasten) unterstützen klinisch Tätige bei der Erstellung einer Differenzialdiagnose und der Entwicklung einer Fallformulierung auf der Grundlage eines psychologischen Ansatzes. Mehrsprachig durchgeführte Feldtests der CDDR im Rahmen von internet- und klinikbasierten Studien unter Mitwirkung weltweit Tausender im Bereich der psychischen Gesundheit Tätiger ermöglichen zudem die Validierung und evidenzbasierte Verbesserung der klinischen Nützlichkeit, der globalen Anwendbarkeit sowie der Reliabilität der CDDR für Beurteilung und Diagnose (Keeley et al., 2016; Reed et al., 2019). Bei einer Anwendung durch gut geschulte klinisch Tätige bieten die CDDR erhebliche Verbesserungen, die die Wahrscheinlichkeit genauer Diagnosen erhöhen. Die CDDR enthalten praxisgerechte Instrumente zur Erfassung nützlicher Informationen und ermöglichen klinisch Tätigen eine evidenzbasierte Bewertung von Funktionsfähigkeiten und Beeinträchtigungen anhand detallierter Beschreibungen und Beispiele für funktionelle Auswirkungen von Störungen, die in unterschiedlichen Schweregraden sowie in verschiedenen Bereichen vorliegen. Ein wesentliches Merkmal des psychologischen Ansatzes besteht in der Nutzung mehrdimensionaler Beurteilungen und Profile für Diagnose und Behandlung. Ein integraler Bestandteil dieser Praxis ist wiederum der Einsatz psycho-

logischer Tests und weiterer Formen der psychometrischen Beurteilung.

Info

In den ICD-11-CDDR bereitgestellte Informationen bezüglich der Hauptstörungskategorien

- wesentliche (erforderliche) Merkmale
- zusätzliche klinische Merkmale
- Abgrenzung zur Norm/Gesundheit (Schwellenwert)
- Verlaufsmerkmale
- entwicklungsbedingte Erscheinungsformen
- kulturell bedingte Merkmale
- geschlechts- und/oder genderbezogene Merkmale
- Abgrenzung zu anderen Störungen und Erkrankungen (Differenzialdiagnose)

können: Positiv- und Negativsymptome, depressive oder manische Stimmungslage, psychomotorische Symptome sowie Kognition (Kap. 5). Zwecks Erstellung eines detaillierten und individuellen Profils der Symptome und funktionellen Auswirkungen zu einem bestimmten Zeitpunkt enthalten die CDDR detaillierte Orientierungshilfen für die Zuweisung dieser Beurteilungen. Ebenfalls im Einklang mit einem psychologischen Ansatz steht, dass eine Verbesserung im Schweregrad dieser Symptombereiche das entscheidende Outcome einer Behandlung sein kann, die mehr auf die Verbesserung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität ausgerichtet ist als auf eine Heilung oder Beseitigung der zugrunde liegenden Störung. Dies wiederum steht in deutlichem Gegensatz zur Zuweisung eines Labels gemäß ICD-10 (z.B. paranoide Schizophrenie, undifferenzierte Schizophrenie), das vermeintlich für eine Unterform der Schizophrenie stand – mit der Implikation, diese Form bleibe langfristig bestehen.

1.3.1 Ein dimensionaler Ansatz der Psychopathologie

Eine der tief greifendsten Änderungen in der ICD-11-Klassifikation psychischer Störungen, Verhaltensstörungen und neuromentaler Entwicklungsstörungen besteht darin, dass es dank struktureller Neuerungen in der nun vollständig digitalen Klassifikation möglich ist, Verknüpfungen zwischen den Kategorien zu schaffen sowie dimensionale Bewertungen in den Kontext des kategorialen Klassifikationssystems zu integrieren (Reed et al., 2019).

Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen

Wie bereits erwähnt, ist dies bei Schizophrenie oder anderen primär psychotischen Störungen der Fall, bei denen der Schweregrad und die funktionellen Auswirkungen für 6 Symptomklassen als „keine“, „leichtgradig“, „mittelgradig“ oder „schwergradig“ angegeben werden

Störungen der Intelligenzsentwicklung

In ähnlicher Weise wird die Diagnose und Beurteilung von Störungen der Intelligenzsentwicklung durch die Aufnahme altersgruppenbezogener Verhaltensindikatoren (frühe Kindheit, Kindheit und Jugend, Erwachsenenalter) in die CDDR unterstützt, um so die intellektuellen Funktionen einer Person zu erfassen wie auch deren adaptive Verhaltensfunktionen in den Bereichen begrifflicher, sozialer und praktischer Fähigkeiten (Kap. 3). Die in den einzelnen Bereichen von der zu beurteilenden Person erfahrenen Beeinträchtigungen oder Einschränkungen können als leicht-, mittel-, schwergradig oder tief greifend eingestuft werden, und diese Werte werden dann zu einer Gesamtbeurteilung des Schweregrads der Störung zusammengefasst. In Übereinstimmung mit einem psychologischen Ansatz zeigen diese Einstufungen spezifische Bereiche auf, in denen Menschen

mit Störungen der Intelligenzsentwicklung Unterstützung benötigen, sowie Veränderungsmöglichkeiten, die sie aus eigener Kraft erreichen können.

Demenz

Ein weiteres Beispiel sind die Syndromdiagnosen der Demenz (Kap. 18). Sie werden je nach Schweregrad (leicht, mittel, schwer) eingestuft und mit der Diagnose der zugrunde liegenden Ursache verknüpft, sofern diese bekannt ist (z.B. Alzheimer-Krankheit, zerebrovaskuläre Erkrankung, chronischer Alkoholkonsum, Parkinson-Krankheit, HIV). Darüber hinaus können der Diagnose Spezifizierungen für Verhaltens- oder psychische Störungen bei Demenz (psychotische Symptome, Stimmungssymptome, Angstsymptome, Apathie, Agitation oder Aggression, Enthemmung und Umherwandern) hinzugefügt werden. Es können so viele dieser Spezifizierungen verwendet werden, wie nötig sind, um den spezifischen Interventionsbedarf für die zu beurteilende Person zu beschreiben.

Persönlichkeitsstörungen

Auch für den Bereich der Persönlichkeitsstörungen (Kap. 17) erfolgte ein tief greifender Wandel hin zu einem dimensionalen Modell und der Integration eines psychologischen Ansatzes. Die ICD-10 benannte allgemeine diagnostische Anforderungen für Persönlichkeitsstörungen, gefolgt von 9 spezifischen Persönlichkeitsstörungen (z.B. paranoide Persönlichkeitsstörung, dissoziale Persönlichkeitsstörung, emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus) sowie zusätzliche Kategorien für „sonstige“ und „nicht näher bezeichnete“ Persönlichkeitsstörungen. In der ICD-11 wurden allgemeine diagnostische Anforderungen für eine Persönlichkeitsstörung in aktualisierter Form beibehalten. Sind diese erfüllt, wird der Schweregrad der Störung klassifiziert anhand

- von Ausmaß und Intensität, mit welcher die Störung die Beziehungen und das Selbstbewusstsein der Person durchdringt,
- von Intensität und Umfang emotionaler, kognitiver und verhaltensbezogener Manifestationen der Persönlichkeitsstörung,
- vom Ausmaß, in dem diese Muster und Probleme Distress oder psychosoziale Beeinträchtigungen verursachen, und
- vom Ausmaß der Selbst- oder Fremdgefährdung.

Dieser Ansatz verortet die Persönlichkeitsstörung eindeutig entlang einem Kontinuum hin zu normaler Funktionsfähigkeit. Die auf dem Schweregrad basierende Klassifizierung ist wichtig, weil der Schweregrad wesentlich darüber entscheidet, ob komplexe statt einfacheren Behandlungen erforderlich sind. Diese Klassifizierung soll zudem in Settings ohne spezialisierte Behandler von Nutzen sein und dabei helfen, Veränderungen des Schweregrads der Störung über die Zeit zu verfolgen.

Die Persönlichkeitsstörungen lassen sich anhand von Spezifizierungen für 5 Merkmalsbereiche genauer charakterisieren, die auf umfangreichen psychologischen Untersuchungen beruhen (Kap. 17.6) und mit den Persönlichkeitsmerkmalen von Menschen ohne Persönlichkeitsstörungen übereinstimmen. Bei den Merkmalsbereichen handelt es sich um negative Affektivität, Distanziertheit, Dissozialität, Enthemmung und Anankasmus. Um die Merkmale der Persönlichkeitsstörung in einem einzelnen Fall zu beschreiben, können bedarfsweise mehrere Spezifizierungen verwendet werden. Bei den Spezifizierungen eines Merkmalsbereichs handelt es sich nicht um diagnostische Kategorien, sondern sie bilden vielmehr die verschiedenen Dimensionen ab, die der zugrunde liegenden Persönlichkeitsstruktur einer Person entsprechen. Das von der ICD-11 bereitgestellte Modell des Zusammenwirkens von Merkmalen bei der Ausprägung der Persönlichkeit ist in spezifischer Weise psychologisch basiert. Um ein gegenüber einem kategorialen

Modell komplexeres und individualisiertes dimensionales Modell vollständig zu operationalisieren und verlässlich umzusetzen, ist die Entwicklung valider und reliabler psychologischer Tests vonnöten und tatsächlich bereits im Gange (z.B. Bach et al., 2021; Clark et al., 2021; Oltmanns & Widiger, 2021).

1.3.2 Ein entwicklungsbezogener Ansatz

Im Einklang mit der entwicklungspsychologischen Perspektive hat die ICD-11 einen lebensumspannenden Ansatz für die Klassifikation und Beschreibung psychischer Störungen gewählt, der sich auch in den Materialien widerspiegelt, die in den CDDR enthalten sind. Dieser Ansatz betont die Kontinuität der Ausprägung psychischer Störungen und psychischer Erkrankungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, einschließlich älteren Erwachsenen. In der ICD-11 wurden getrennte Gruppierungen für Störungen des Kindes- und Jugendalters abgeschafft, sodass diese Störungen nunmehr auf die entsprechenden Gruppierungen verteilt sind. So wurde etwa die emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters als „Störung mit Trennungsangst“ in die Gruppe der Angst- oder furchtbezogenen Störungen verschoben, wobei die Erscheinungsformen bei Erwachsenen eigens beschrieben sind. Soweit verfügbar enthalten die CDDR für alle Hauptstörungskategorien Angaben zu den unterschiedlichen Erscheinungsformen der Störung sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei älteren Erwachsenen. Zwar setzt die Diagnose neuromentaler Entwicklungsstörungen voraus, dass diese während der Entwicklungsphase (vor dem 18. Lebensjahr) auftreten, doch werden auch die Erscheinungsformen des Erwachsenenalters beschrieben. Wichtige Beispiele sind Störungen der Intelligenzentwicklung (Kap. 3), Autismus-Spektrum-Störungen (Kap. 4) sowie ADHS (Kap. 14). Ebenfalls berücksichtigt werden erwachsene Formen dis-

ruptiven Verhaltens oder dissozialer Störungen (Kap. 14).

Am Beispiel der ADHS lässt sich vertiefen, wie sie sich im Lauf des Lebens manifestieren kann (Schmidt & Petermann, 2009): Menschen, bei denen später ADHS diagnostiziert wird, zeigen bereits in jungen Jahren ein erhöhtes motorisches Aktivitätsniveau sowie eine stärkere negative Emotionalität. Im Vorschulalter entwickeln sich Aufmerksamkeitsprobleme und Schwierigkeiten, Anweisungen zu befolgen. Wird die Störung zu diesem frühen Zeitpunkt erkannt und behandelt, können sich die Symptome verringern, andernfalls verstärken sie sich in der Regel. Im Schulalter zeigt sich eine deutliche ADHS-Symptomatik, die von Symptomen anderer Erkrankungen wie Legasthenie oder Dyskalkulie begleitet sein kann. Eine Intervention in diesem Entwicklungsstadium kann die Auswirkungen der Störung abbauen und zu positiven Ergebnissen im häuslichen, ausbildungsbezogenen und sozialen Leben führen. Falls die ADHS in Adoleszenz und Erwachsenenalter fortbesteht oder sich verschlimmert, kann sich die Kernsymptomatik ausweiten, und zwar auf Desorganisation, emotionale Reaktivität und ein höheres Risiko für Komorbiditäten wie Störungen aufgrund von Substanzgebrauch, depressive Störungen und Angst- oder furchtbezogene Störungen. Die CDDR unterstützen die frühzeitige Erkennung und konsequente Überwachung von ADHS durch die Beschreibung ihrer Manifestationen während der gesamten Lebenszeit. Die CDDR enthalten Abschnitte zu Verlaufsmerkmalen und der Symptomatik in verschiedenen Altersgruppen, die eine klinische Orientierungshilfe zum typischen Auftreten und natürlichen Verlauf einer jeden Störung geben.

Ein weiterer Aspekt dieser entwicklungsbezogenen Perspektive betrifft den Verlauf von Störungen im Längsschnitt. Viele psychische Störungen sind chronisch, allerdings verlaufen die meisten auch episodisch, sodass sich im Lauf des Lebens einer Person mehrfach Phasen der Anpassung, der Fehlanpassung und der po-

sitiven Veränderungen abwechseln können. Ein Kind kann somit beispielsweise depressive Episoden entwickeln, die in der Adoleszenz abklingen und im Erwachsenenalter wieder auftreten. Die Person kann sich wieder erholen und ein stabiles Gefühl des Wohlbefindens erlangen, das bis ins hohe Alter anhalten kann, oder sie kann für den Rest ihres Lebens unter wiederkehrenden depressiven Episoden leiden. Diese Verläufe sowie ihre Determinanten und Outcomes wurden für verschiedenste psychische Störungen untersucht (z.B. Hoffmann et al., 2021; Veldman et al., 2015). Die ICD-11 enthält eine Fülle an Möglichkeiten, um den Verlauf psychischer Störungen in einem konkreten Fall zu präzisieren (z.B. Schizophrenie, erste Episode mit symptomatischen Manifestationen; akute und vorübergehende psychotische Störung, mehrfache Episoden, in partieller Remission; rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwergradige Episode ohne psychotische Symptome mit saisonalem Muster; bipolare Störung Typ I, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen). Diese Spezifizierungen liefern viele wertvolle Informationen über den Verlauf der klinischen Symptomatik einer Person, was bedeutende Auswirkungen auf die Behandlung hat.

1.4 Ein psychologischer Ansatz bei der diagnostischen Beurteilung

Am häufigsten wird eine diagnostische Abklärung veranlasst, wenn

- eine Person eine Behandlung anstrebt, weil sie entweder subjektive Belastungen, Beeinträchtigungen oder damit verbundene Funktionsstörungen erlebt hat, die ihr psychisches, körperliches oder soziales Wohlbefinden beeinträchtigen, oder
- ein anderer Mensch, der der Person nahesteht, durch das Verhalten dieser Person beunruhigt, besorgt oder anderweitig betroffen ist (z.B. ein Ehepartner oder Partner, ein El-

ternteil oder Kind, ein Vorgesetzter am Arbeitsplatz).

Diagnostische Abklärungen können auch aufgrund eines Justizverfahrens angefordert werden, was eine Reihe komplexer Fragen bezüglich der Tätigkeit im forensischen Kontext aufwirft, die weit über den Rahmen dieses Buchs hinausgehen.

Für die Beurteilung psychopathologischer Symptome, gestörter psychologischer Prozesse sowie damit einhergehender psychischer und zwischenmenschlicher Belastungen stehen verschiedenste Methoden zur Verfügung. Viele Informationen über von der Person als belastend empfundene Symptome lassen sich durch **Selbstberichte** gewinnen. Zur Unterstützung können hierfür entsprechend normierte und valide Selbstberichtsinstrumente dienen. Alle Kapitel dieses Buchs, in deren Fokus jeweils bestimmte Störungsgruppen stehen, enthalten Informationen über Messinstrumente, die möglicherweise für die Beurteilung dieser Störungen relevant sind, wobei in mehreren Sprachen frei verfügbare Instrumente den Vorzug erhalten.

Manchmal müssen klinisch Tätige die für eine Diagnose erforderlichen Informationen durch direkte Beobachtung oder **psychologische Tests** selbst erheben. Als optimaler Ansatz gilt dies beispielsweise für die Diagnose von Störungen der Intelligenz- und Lernentwicklungsstörungen (Kap. 3) sowie von neurokognitiven Störungen (Kap. 18). Für die ICD-11 werden auch strukturierte klinische Interviews entwickelt, die als Hilfsmittel zur systematischen Erfassung von Informationen zu Symptomen und Differenzialdiagnosen dienlich sein sollen. Interviews mit anderen Informanten (z.B. Eltern oder anderen Betreuungspersonen, Lehrkräften) sind typischerweise bei Kindern oder Jugendlichen wichtig sowie bei Erwachsenen mit bestimmten Arten von Problemen. So ist sich die betroffene Person während einiger Phasen bestimmter Störungen wö möglich der mit ihren Symptomen einherge-

henden Funktionsstörungen nicht bewusst (z.B. euphorische Stimmung während einer manischen Episode, Halluzinationen während einer schizophrenen Episode, Hortverhalten).

Die Diagnosestellung ist ein wesentlicher Schritt für die Entwicklung eines Behandlungsplans. Gestellt wird eine Diagnose auf der Grundlage einer **integrativen Bewertung** der aus allen verfügbaren Informationsquellen gesammelten Erkenntnisse. Je nach vorliegenden Problemen können diese Folgendes umfassen:

- eine Zusammenfassung der Symptome,
- Funktionsbeurteilungen,
- klinische Interviews,
- die Anamnese, einschließlich der persönlichen, ausbildungsbezogenen/beruflichen, familiären, medizinischen und sozialen Vorgesichte, sowie
- die Ergebnisse psychologischer und anderer Tests.

Entscheidend ist, dass sich die klinischen Fachleute der Tatsache bewusst sind, dass der diagnostische Prozess anfällig für Fehler sein kann, und zwar insbesondere für **Fehler**, die auf einer Voreingenommenheit der klinisch tätigen Person oder ihren gängigen Praktiken beruhen (Kildahl et al., 2023; Liu et al., 2022). Die Verwendung mehrerer Beurteilungsmethoden und Informationsquellen verringert die Gefahr, dass klinisch Tätige vorschnell von einem ersten klinischen Eindruck zu einer Diagnose übergehen, ohne relevante und potenziell widersprüchliche Informationen angemessen zu bewerten.

Wenn die Abklärung Aspekte zutage fördert, die auf mehr als eine Diagnose hinweisen könnten, besteht eine grundlegende Strategie zur Verringerung von verzerrter Beurteilung in der systematischen und objektiven Berücksichtigung von **Differenzialdiagnosen**. Alle wesentlichen Merkmale, die in den CDDR zu den differenzialdiagnostisch in Betracht zu ziehenden Störungen aufgeführt sind, müssen sorgfältig geprüft werden. Bei der zu beurteilenden Person können zudem gleichzeitig auftretende Störungen vorliegen, sodass möglicherweise eine

Mehrfachdiagnose gerechtfertigt ist. Die klinisch Tätigen müssen sich darüber im Klaren sein, dass die Symptome einer Diagnose (z.B. einer Störung aufgrund von Substanzkonsum) diejenigen einer anderen (z.B. einer depressiven Störung) überdecken können. Die CDDR enthalten für jede Störung ausführliche Informationen zu Differenzialdiagnosen. Ebenso sind auch alternative Erklärungen für die erhobenen Befunde (z.B. eine andere Erkrankung, die Wirkung einer Substanz oder eines Medikaments, starke Angst in der Testsituation) in Betracht zu ziehen.

In den CDDR finden sich auch Informationen zur Unterscheidung der einzelnen Störungen von **Normvarianten** und subklinischen Erscheinungsformen. Das bloße Vorhandensein von Symptomen rechtfertigt nicht unbedingt eine Diagnose. So würden etwa signifikante Trauersymptome, die sich auf die Funktionsfähigkeit auswirken und als Reaktion auf den aktuellen Verlust eines Ehepartners oder Partners auftreten, nicht als Störung gewertet werden. Die Diagnose einer Anhaltenden Trauerstörung kann hingegen gerechtfertigt sein, wenn diese Symptome nach Art, Schwere und Dauer die sozialen, kulturellen oder religiösen Normen für die Kultur und den Kontext der Person deutlich überschreiten und zu erheblichen Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsbezogenen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen führen.

Der psychologische Ansatz betrachtet Menschen im Rahmen ihrer sozialen und ökologischen Bezüge. Erfüllen signifikante Veränderungen in Affekt, Verhalten und Denken die festgelegten Anforderungen, kann eine Diagnose gestellt werden. Trotzdem werden kompetente Fachleute bei der Entscheidung, ob eine Diagnose gerechtfertigt ist, ein fundiertes **klinisches Urteilsvermögen** anwenden. Das klinische Urteilsvermögen ist kein Ausdruck individueller Überzeugungen oder einer von außen gesteuerten Ideologie. Es geht vielmehr um eine sorgfältige Abwägung verschiedener Faktoren (z.B. Kultur, erlernte adaptive Verhaltens-

weisen), die Verhaltensabweichungen erklären können. So ist etwa die Äußerung ungewöhnlicher Gedanken anderen u. U. unangenehm, diese Gedanken sind jedoch nicht zwangsläufig Ausdruck einer psychotischen Störung. Unterbleibt das Weinen als Reaktion auf einen bedeutenden Verlust, obwohl Weinen den kulturellen Vorgaben entspricht, ist dies meist nicht auf mangelnde Empathie oder Trauervermeidung zurückzuführen. In beiden Fällen kann die Person oder ihr Umfeld jedoch über atypische Verhaltensweisen oder das Fehlen gesellschaftlich vorgeschriebener Äußerungen besorgt sein. Wenn der oder die klinisch Tätige zu dem Schluss kommt, dass keine diagnostizierbare Störung vorliegt, ist es wichtig, der Person zu der Erkenntnis zu verhelfen, dass ihr individuelles Erleben und ihre Ausdrucksformen nicht per se problematisch sind, selbst wenn sie von den Normen ihrer Gemeinschaft, Kultur oder Familie abweichen. Die klinisch Tätigen können auch anderen Menschen, die in enger Beziehung zu der betreffenden Person stehen, dabei helfen, das von ihnen als ungewöhnlich empfundene Verhalten zu verstehen, zu akzeptieren oder zumindest zu tolerieren.

Zu den wesentlichen Merkmalen der meisten psychischen Störungen, Verhaltensstörungen und neuromentalen Entwicklungsstörungen nach ICD-11 gehört eine **erhebliche Beeinträchtigung** in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsbezogenen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Eine systematische Beurteilung dieser Funktionsbereiche im Hinblick darauf, welche Beeinträchtigung jeder Einzelne durch die vorliegenden Symptome erfährt, ermöglicht ein deutlich umfassenderes Verständnis der Person. Die funktionellen Auswirkungen psychischer Störungen sind häufig kumulativ und interagieren im Lauf der Zeit mit den Symptomen; frühere Episoden können Auswirkungen auf Verhaltensweisen, Entscheidungen und Aussichten haben, die möglicherweise zu einer größeren Vulnerabilität für spätere Episoden führen. Darüber hinaus hat ein und dieselbe Störung unterschiedliche

Auswirkungen auf die psychosoziale Funktionsfähigkeit der Betroffenen, was unterschiedliche Formen des subjektiven Leidens sowie unterschiedliche Grade der Beeinträchtigung nach sich zieht. Menschen, die unter erheblichem emotionalen und psychischen Distress leiden, können es gelegentlich durch beträchtliche zusätzliche Anstrengungen vermeiden, dass sie feststellbare Funktionsstörungen, wie Beziehungsstörungen oder Probleme bei der beruflichen Leistung, zeigen. Die Notwendigkeit dieses Mehraufwands durch die Betroffenen lässt sich jedoch als eine Art Funktionsbeeinträchtigung begreifen. So beschreiben beispielsweise die CDDR, dass manche Personen mit Autismus-Spektrum-Störung in vielen Kontexten durch außergewöhnliche Anstrengungen angemessen funktionieren können, sodass ihre Defizite anderen nicht offenkundig sind. Auch in solchen Fällen ist die Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung angemessen, wenn sonstige diagnostische Anforderungen erfüllt sind. Funktionsnelle Beeinträchtigungen treten oft erst im Lauf der Zeit auf – etwa, wenn sich entwickelnde Kinder mit zunehmenden sozialen Anforderungen konfrontiert werden, die letztlich ihre Kompen-sationsfähigkeit übersteigen.

1.4.1 Individuelle Vorgesichte

Die Anamneseerhebung stellt ebenfalls ein Element der diagnostischen Beurteilung dar, denn sie hilft den klinisch Tätigen, die Auswirkungen der Störung der Person in Bezug auf Risikofaktoren, Vorbedingungen, Beginn und Verlauf im Leben der Person zu verstehen sowie dies auch hinsichtlich der Erfahrungen, Vulnerabilitäten, Stärken und Ressourcen der Person zu tun, welche allesamt die Fallkonzeptualisierung und Behandlung beeinflussen können. Erheben lässt sich die Anamnese unstrukturiert, halbstrukturiert (z. B. mit Erfassung bestimmter vorgegebener Bereiche) oder vollständig strukturiert (z. B. in Form eines standardisierten Anamnesege-sprächs). Zwar gibt es gemeinsame Merkmale,

doch variiert der Vorgang der Anamneseerhebung über die Lebensspanne hinweg, was unterschiedliche Methoden, Fachkenntnisse und Erfahrungen erfordert.

Zur Verdeutlichung: Die wichtigsten, bei der Anamneseerhebung mittels eines ausführlichen klinischen Interviews erfassten Informationen mit erwachsenen Personen können beispielsweise Folgendes umfassen:

- soziodemografische Angaben: Alter, Geschlecht, Bildungsweg, Erwerbstätigkeit, Religionszugehörigkeit, Beziehungsstatus sowie Kontaktdaten; biografische und familiäre Informationen wie Besonderheiten der Kindheit, emotionale Beziehung zur Kernfamilie, Beziehungen zu Gleichaltrigen, psychosexuelle Entwicklung, nichtnormative Lebensereignisse wie Missbrauch, traumatische Lebensereignisse oder rechtliche Probleme
- sozial-interpersonell: Beziehungen im Erwachsenenalter, beruflicher Werdegang, Familienzusammensetzung, finanzielle Verhältnisse und nennenswerte Veränderungen wie der Auszug der Kinder aus dem Elternhaus oder das Ende der Berufstätigkeit
- psychische Störungen: frühere Episoden der vorliegenden Beschwerden sowie andere frühere oder aktuelle psychische Probleme; einschlägige Familienanamnese, wie das Vorhandensein psychischer Störungen in Kern- und Großfamilie der aktuellen sowie der beiden vorangegangenen Generationen
- medizinisch/biologisch: aktuelle und frühere Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislauf-, Atemwegs-, endokrine, gynäkologische, Nierenerkrankungen) sowie systemische Erkrankungen (z.B. Autoimmunerkrankungen, Infektionskrankheiten, Krebserkrankungen, Vergiftungen); aktuelle und frühere Medikationen

Die sozial-interpersonellen und psychologischen Komponenten der Anamneseerhebung liefern wichtige Informationen für die (nachstehend erörterte) Fallkonzeptualisierung. Dazu

gehören jene Faktoren, die mit der Entwicklung und Aufrechterhaltung der aktuellen psychischen Störung(en) zusammenhängen, sowie auch Ansatzpunkte für Interventionen. Wichtig ist darüber hinaus eine Bewertung des derzeitigen sozialen Umfelds des Patienten bzw. der Patientin (z.B. zwecks Planbarkeit sozialer Unterstützungsmaßnahmen für isolierte Personen mit schweren psychischen Störungen). Die medizinisch-biologische Komponente erleichtert über ihre diagnostische Bedeutung hinaus zudem eine integrierte Versorgung und die Abstimmung zwischen den Gesundheitsberufen, die Komorbiditäten behandeln.

1.4.2 Fallkonzeptualisierung

Oft ist die Fallkonzeptualisierung (auch: Fallkonzept oder Fallformulierung) ein wichtiges Ergebnis eines psychologischen Beurteilungsansatzes. Die Fallkonzeptualisierung führt verschiedene Quellen diagnostischer und kontextabhängiger Informationen zu der Person zusammen und tut dies anhand eines weitgespannten bio-psycho-sozio-kulturellen Rahmens, der ein umfassendes Verständnis der Person unterstützt. Die Elemente eines solchen Rahmens sind im Kasten dargestellt, der zur Veranschaulichung dienen soll (allerdings nicht alle Faktoren enthält, die in einem speziellen Fall möglicherweise eine detaillierte Untersuchung verdienen).

Info

Beispielhafte Elemente eines bio-psycho-sozio-kulturellen Rahmens als Grundlage für Fallkonzeptualisierungen

Biologische Elemente

- Gibt es Hinweise auf eine Beeinflussung der Störung durch genetische, metabolische, neurologische, autoimmune oder anderweitige Faktoren?

- Ist bekannt, ob ein Verwandter ersten Grades von einer schweren psychischen Störung wie einer bipolaren Störung, Demenz oder Schizophrenie betroffen war?

Psychologische Elemente

- Welches sind die wichtigen affektiven, kognitiven, motivationalen, wertebezogenen und sonstigen Merkmale, die Coping und Resilienz ermöglichen?
- Gibt es individuelle, familiäre oder andere Erfahrungen mit beispielsweise Problemen der Entwicklung, der Finanzen, der persönlichen Autonomie oder Verwandtschaft oder mit Problemen im Kontext der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität?

Soziale Elemente

- Was ist die gesellschaftliche Stellung der Person – ihre sozialen, beruflichen und sonstigen Beziehungen?
- Was sind weitere Faktoren der sozialen Umwelt? Dazu gehören beispielsweise Armut, Arbeitslosigkeit, gesellschaftliche Konflikte oder das Erleben von Bürgerkriegen und Kriegen.

Kulturelle Elemente

- Welche Rolle spielt die Religion oder Spiritualität im Leben der Person? Inwiefern sind möglicherweise grundlegende kulturelle Faktoren wie individualistische gegenüber kollektivistischen Werten für das Erleben der Person und ihren Ausdruck von Distress und Symptomen relevant?
- Liegen kulturell bedingte Unterschiede bezüglich der Geschlechterrollen vor (z.B. Normen oder Regeln für den Kontakt mit dem anderen Geschlecht, für die Kinderbetreuung, die Arbeit außerhalb des Hauses) oder bestehen identitätsstiftende Zugehörigkeiten zu bestimmten ethnischen Gruppen oder Subkulturen (z.B. Aktivitäten/Programme zur Stärkung der ethnischen Identität)?

Die alleinige Verwendung isolierter Diagnosen für psychische Störungen wird seit Langem als zu reduktionistisch, bar ätiologischer Informationen und nicht hilfreich für Interventionen kritisiert (Macneil et al., 2012). Solche isolierten Diagnosen wurden manchmal auch als Kontrast zu einer Fallkonzeptualisierung für genesungsbasierte Ansätze beschrieben (British Psychological Society, 2011). Tatsächlich sind diese Aspekte jedoch durchaus miteinander vereinbar. So wiesen Perkins und Kollegen (2018) bei ihrer systematischen Analyse der Haltungen von Leistungsempfängern, klinisch Tätigen und Betreuungspersonen gegenüber Diagnosen im Bereich der psychischen Gesundheit darauf hin, dass viele klinisch Tätige, die Wert auf das Diagnostizieren legen, zugleich genesungsorientierte Ansätze unterstützen. Perkins und Kollegen schlussfolgerten, dass sich der Diagnoseprozess mittels der Integration von Grundsätzen der psychologischen Fallkonzeptualisierung verbessern lässt, was die „gemeinsame Entwicklung eines ganzheitlichen, sich auf die Ätiologie beziehenden Verständnisses der Schwierigkeiten einer Person umfasst, um dann die Diagnose als Steuerungsinstrument für Behandlung und Genesung zu nutzen“ (S. 761).

Dawson und Moghaddam (2015) entwickelten Bewertungskriterien zur Förderung der Kohärenz und Qualität der Fallkonzeptualisierung. Hierbei handelt es sich um

- Eindeutigkeit und Sparsamkeit, wobei Schlüsselkonzepte spezifisch und redundanzfrei verwendet werden;
- Genauigkeit und Überprüfbarkeit, was bedeutet, dass die Komponenten der Fallkonzeptualisierung potenziell messbar sind und/oder zu überprüfbarer Hypothesen führen, die relevant für Diagnose, Behandlung und Outcomes sind;
- Vollständigkeit und relative Verallgemeinerbarkeit, d.h. die Fallkonzeptualisierung ist für einen weiten Bereich von Situationen und klinischen Phänomenen anwendbar;
- Nützlichkeit, d.h. sie erleichtert den Austausch von Wissensinhalten zwischen kli-

- nisch Tätigen sowie zwischen Fachpersonen und deren Patientenschaft; und
- praktischer Wert, was sich auf die Wirksamkeit konzeptualisierungsbasierter Interventionen bezieht.

Eine gründliche Fallkonzeptualisierung erleichtert die Auswahl der Therapien aus dem großen Fundus evidenzbasierter psychologischer Interventionen, die für psychische Störungen zur Verfügung stehen. Möglicherweise sind auch ergänzende Interventionsformen wie Pharmakotherapie und sozial-umgebungsbezogene Interventionen (z.B. unterstützte Beschäftigung für Menschen mit Schizophrenie) angezeigt. Eine Fallkonzeptualisierung sollte eine stimmige Integration verschiedener Interventionsmethoden liefern, die auf der individuellen Kombination kognitiver, entwicklungsbedingter, persönlichkeits- und beziehungsbezogener, sozialer und sonstiger Faktoren des oder der Betroffenen basiert, die mit den Merkmalen einer oder mehrerer psychischer Störungen in Verbindung stehen. Um eine zielgerichtete Koordination der verschiedenen Methoden zu gewährleisten, sollte jede Behandlung einen spezifischen Schwerpunkt sowie spezifische Ziele aufweisen, um den Beiträgen verschiedener klinisch Tätiger die Richtung vorzugeben. Perkins und Kollegen (2018) zogen das Fazit, ein Fallformulierungsansatz „könnte dafür sorgen, dass der diagnostische Prozess im Einklang mit den Recovery-Prinzipien umgesetzt wird. Ein Fallformulierungsansatz unterstützt insbesondere die Kooperation, die personenzentrierte Versorgung sowie die Handlungskompetenz und das Empowerment von Leistungsempfangenden, bei denen alle Leistungsempfangenden beteiligt sind (S. 761).

Zum Ansatz der Fallkonzeptualisierung gehört, dass die Beurteilungsergebnisse der zu beurteilenden Person zur Kenntnis gebracht werden. Eine sorgfältig vorbereitete Kommunikation zählt zu den vornehmlichsten Aufgaben klinisch Tätiger. Wenn es angebracht ist, und die Patientin bzw. der Patient zustimmt, kann

das Feedback auch anderen Menschen gegeben werden, die der Person sehr nahestehen. Es ist wichtig, dass sich die klinisch Tätigen jener Aspekte der Diagnoseformulierung bewusst sind, die als verstörend oder sogar stigmatisierend empfunden werden könnten. Das belegten ICD-11-Feldstudien mit Leistungsempfangenden (Askevis-Leherpeux et al., 2022; Hackmann et al., 2019).

Wie die obigen Ausführungen zeigen, ist der psychologische Ansatz ein gemeinschaftlicher Ansatz, der die gemeinsame Entscheidungsfindung betont, die auf den Prinzipien von Autonomie und Selbstbestimmung beruht (Joosten et al., 2008). Diese Prinzipien lassen sich durch mehrere Komponenten definieren:

- eine Vereinbarung zwischen der klinisch tätigen Person und dem Patienten bzw. der Patientin, dass die Beurteilungsergebnisse und Diagnosen mitgeteilt werden;
- eine Bereitstellung umfassender Informationen über die Störung und die Behandlungsmöglichkeiten, einschließlich Evidenz und Alternativen;
- die Ermittlung von Patientenpräferenzen und die explizite Benennung von Empfehlungen der klinischen Fachleute;
- das Verständnis weiterer Optionen und die Förderung des Auslotens von Alternativen;
- ggf. bei schweren psychischen Störungen die uneingeschränkte Einhaltung des rechtlichen Rahmens für die stellvertretende Entscheidungsfindung während einer vorübergehenden Übernahme der Verantwortung durch die klinische Fachperson oder eine andere dafür benannte Person, häufig ein Partner oder Familienmitglied

Eine partizipative Entscheidungsfindung zeigt im Allgemeinen positive Auswirkungen auf die Compliance (z.B. weniger vorzeitige Behandlungsabbrüche, bessere Einhaltung von Therapieprotokollen), den Behandlungserfolg und die Patientenzufriedenheit (Joosten et al., 2008; Thompson & McCabe, 2012). Selbstverständlich müssen diese Grundsätze auch so um-

gesetzt werden, dass sie mit dem Bedürfnis der Patientinnen und Patienten nach einer diagnostischen Beurteilung übereinstimmen, die kompetente klinisch tätige Experten vornehmen. Für die klinisch Tätigen besteht die Herausforderung in den Momenten der Bereitstellung von diagnostischen Informationen, Schlussfolgerungen und Empfehlungen darin, autoritativ zu sein, ohne übermäßig kontrollierend oder autoritär zu wirken.

Fazit

- An der Erstellung des ICD-11-Kapitels über psychische Störungen, Verhaltensstörungen und neuromentale Entwicklungsstörungen sowie der CDDR waren Psychologen und Psychologinnen in einem früher ungewohnten Maß federführend an der Entwicklung der Klassifikation und der diagnostischen Empfehlungen beteiligt. Tausende von ihnen haben die damals vorgeschlagenen Leitlinien vor ihrer Fertigstellung und Veröffentlichung weltweit auf ihre Praxistauglichkeit hin erprobt. Zugleich ist zu betonen, dass der gesamte Prozess von seinem Wesen her multidisziplinär war und die aktuellsten Erkenntnisse und bewährtesten Verfahren aus der Psychiatrie und anderen Disziplinen einbezogen hat. Wenn wir von einem psychologischen Ansatz sprechen, ist damit kein Ansatz gemeint, der ausschließlich der Psychologie vorbehalten oder ihr ganz zu eigen ist. Vielmehr nimmt ein psychologischer Ansatz – ungeachtet der Fachdisziplin – psychologische Mechanismen und Prinzipien als Element der diagnostischen Praxis und Fallformulierung in den Fokus.
- Jedes störungsspezifische Kapitel in diesem Buch verdeutlicht, inwiefern das gesamte infrage kommende ICD-11-Kapitel und die CDDR die Anwendung der Kernprinzipien eines psychologischen Ansatzes fördern. Gemeinsam mit den CDDR er-

möglicht dieses Buch den klinisch Tätigen, die zentralen Aspekte der relevanten klinischen Phänomene zu verstehen und unter Einsatz ihres klinischen Urteilsvermögens und Verständnisses der Person (z.B. Entwicklungsstand, soziales und kulturelles Umfeld) zu prüfen, inwiefern ein bestimmtes Individuum die diagnostischen Anforderungen für eine bestimmte Diagnose erfüllt. Die CDDR sind absichtlich flexibel gehalten, um die Voraussetzungen für klinisches Urteilsvermögen sowie für kulturelle Variabilität zu schaffen; diese Flexibilität verbessert nachweislich die klinische Nützlichkeit, ohne die Reliabilität zu beeinträchtigen (Reed et al., 2018, 2019). Die dimensionalen Elemente der ICD-11 und der CDDR ermöglichen eine detailliertere Beobachtung der Krankheitsverläufe von Patientinnen und Patienten, was bei der Beurteilung des Ansprechens auf Behandlungen sowie bei der Beurteilung klinischer Verläufe und Prognosen von Nutzen sein kann. In der ICD-11 und den CDDR wird eine Auswahl an Spezifizierungen angeboten, die eine differenziertere Diagnose sowie die Einbeziehung aktueller und historischer Informationen ermöglichen.

• Alles in allem entsprechen die CDDR in hohem Maße psychologischen Grundprinzipien, und dieses Buch bietet weitere Hilfestellung bei ihrer Umsetzung. Gemeinsam geben dieses Buch und die CDDR psychosozialen Fachkräften, in der Primärversorgung klinisch Tätigen, Lehrenden sowie Auszubildenden wesentliche Instrumente für eine kompetente Diagnosepraxis unter Nutzung der ICD-11 als Rahmen an die Hand. Als Herausgeber dieses Buchs wollen wir dazu beizutragen, die globale Krankheitslast aufgrund psychischer Störungen zu verringern, indem wir die Lücke zwischen denjenigen weiter schließen, die psychologisch kompetenter Leistungen bedürfen, bisher aber nicht bekommen, und jenen, die sie bereits erhalten.

Literatur

- American Academy of Sleep Medicine. (2014). *International classification of sleep disorders* (3. Aufl.). American Academy of Sleep Medicine.
- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, amended effective June 1, 2010 and January 1, 2017). <https://www.apa.org/ethics/code/>
- Askevis-Leherpeux, F., Hazo, J. B., Agoub, M., Baleige, A., Barikova, V., Benmessaoud, D., Brunet, F., Carta, M. G., Castelpietra, G., Crepaz-Keay, D., Daumerie, N., Demassiet, V., Fontaine, A., Grigutte, N., Guernut, M., Kishore, J., Kiss, M., Koenig, M., Laporta, M.,... Roelandt, J. L. (2022). Accessibility of psychiatric vocabulary: An international study about schizophrenia essential features. *Schizophrenia Research*, 243(6), 463–464.
- Bach, B., Brown, T. A., Mulder, R. T., Newton-Howes, G., Simonsen, E. & Sellbom, M. (2021). Development and initial evaluation of the ICD-11 personality disorder severity scale: PDS-ICD-11. *Personality and Mental Health*, 15(3), 223–236. <https://doi.org/10.1002/pmh.1510>
- British Psychological Society. (2011). *Good practice guidelines on the use of psychological formulation*.
- Clark, L. A., Corona-Espinosa, A., Khoo, S., Kotelnikova, Y., Levin-Aspenson, H. F., Serapio-García, G. & Watson, D. (2021). Preliminary scales for ICD-11 personality disorder: Self and interpersonal dysfunction plus five personality disorder trait domains. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 668724. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.668724>
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L.,... Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(Suppl. 1), S1–S259.
- Dawson, D. & Moghaddam, N. (2015). *Formulation in action: Applying psychological theory to clinical practice*. de Gruyter Open. <https://doi.org/10.1515/9783110471014>
- First, M. B., Reed, G. M., Hyman, S. E. & Saxena, S. (2015). The development of the ICD-11 clinical descriptions and diagnostic guidelines for mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*, 14(1), 82–90. <https://doi.org/10.1002/wps.20189>
- Hackmann, C., Balhara, Y. P. S., Clayman, K., Nemec, P. B., Notley, C., Pike, K., Reed, G. M., Sharan, P., Rana, M. S., Silver, J., Swarbrick, M., Wilson, J., Zeilig, H. & Shakespeare, T. (2019). Perspectives on ICD-11 to understand and improve mental health diagnosis using expertise by experience (INCLUDE study): An international qualitative study. *The Lancet Psychiatry*, 6(9), 778–785.
- Hoffmann, M. S., McDaid, D., Salum, G. A., Silva-Ribeiro, W., Ziebold, C., King, D., Gadelha, A., Miguel, E. C., Mari, J. J., Rohde, L. A., Pan, P. M., Bresnan, R. A., Mojtabai, R. & Evans-Lacko, S. (2021). The impact of child psychiatric conditions on future educational outcomes among a community cohort in Brazil. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30, e69.
- Joosten, E. A., DeFuentes-Merillas, L., de Weert, G. H., Sensky, T., Staak, C. P. F. van der & de Jong, C. A. (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(4), 219–226. <https://doi.org/10.1159/000126073>
- Keeley, J. W., Reed, G. M., Roberts, M. C., Evans, S. C., Medina-Mora, M. E., Robles, R., Rebello, T., Sharan, P., Gureje, O., First, M. B., Andrews, H. F., Ayuso-Mateos, J. L., Gaebel, W., Zielasek, J. & Saxena, S. (2016). Developing a science of clinical utility in diagnostic classification systems field study strategies for ICD-11 mental and behavioral disorders. *American Psychologist*, 71(1), 3–16.
- Kildahl, A. N., Oddli, H. W. & Helverschou, S. B. (2023). Bias in assessment of co-occurring mental disorder in individuals with intellectual disabilities: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Journal of Intellectual Disabilities*, 17446295231154119. <https://doi.org/10.1177/17446295231154119>
- Leichsenring, F., Steinert, C., Rabung, S. & Ioannidis, J. P. A. (2022). The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: An umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. *World Psychiatry*, 21(1), 133–145. <https://doi.org/10.1002/wps.20941>
- Liu, F. F., Coifman, J., McRee, E., Stone, J., Law, A., Gaias, L., Reyes, R., Lai, C. K., Blair, I. V., Yu, C. L., Cook, H. & Lyon, A. R. (2022). A brief online implicit bias intervention for school mental health clinicians. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 679. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020679>

- Macneil, C.A., Hasty, M.K., Conus, P. & Berk, M. (2012). Is diagnosis enough to guide interventions in mental health? Using case formulation in clinical practice. *BMC Medicine*, 10(1), 111. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-111>
- Nathan, P. & Gorman, J.M. (Eds.). (2015). *A guide to treatments that work* (4th ed.). Oxford University Press.
- Norcross, J.C., VandenBos, G.R., Freedheim, D.K. & Krishnamurthy, R.E. (Eds.). (2016). *APA handbook of clinical psychology: Vol. 3. Applications and methods*. American Psychological Association.
- Oltmanns, J.R. & Widiger, T.A. (2021). The self- and informant-personality inventories for ICD-11: Agreement, structure, and relations with health, social and satisfaction variables in older adults. *Psychological Assessment*, 33(4), 300–310. <https://doi.org/10.1037/pas0000982>
- Perkins, A., Ridler, J., Browes, D., Peryer, G., Notley, C. & Hackmann, C. (2018). Experiencing mental health diagnosis: A systematic review of service user, clinician and carer perspectives across clinical settings. *The Lancet Psychiatry*, 5(9), 747–764. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30095-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30095-6)
- Reed, G.M., Drescher, J., Krueger, R.B., Atalla, E., Cochran, S.D., First, M.B., Cohen-Kettenis, P.T., Arango-de Montis, I., Parish, S.J., Cottler, S., Briken, P. & Saxena, S. (2016). 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*, 15(3), 205–221.
- Reed, G.M., First, M.B., Kogan, C.S., Hyman, S.E., Gureje, O., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D.J., Maercker, A., Tyrer, P., Claudino, A., Garralda, E., Salvador-Carulla, L., Ray, R., Saunders, J.B., Dua, T., Poznyak, V., Medina-Mora, M.E., Pike, K.M. ... Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18(1), 3–19.
- Reed, G.M., Roberts, M.C., Keeley, J., Hooppell, C., Matsumoto, C., Sharan, P., Robles, R., Carvalho, H., Wu, C., Gureje, O., Leal-Leturia, I., Flanagan, E.H., Correia, J.M., Maruta, T., Ayuso-Mateos, J.L., de Jesus Mari, J., Xiao, Z., Evans, S.C., Saxena, S. & Medina-Mora, M.E. (2013). Mental health professionals' natural taxonomies of mental disorders: Implications for the clinical utility of the ICD-11 and the DSM-5. *Journal of Clinical Psychology*, 69(12), 1191–1212.
- Reed, G.M., Sharan, P., Rebello, T.J., Keeley, J.W., Medina-Mora, M.E., Gureje, O., Ayuso-Mateos, J.L., Kanba, S., Khoury, B., Kogan, C.S., Krasnov, V.N., Maj, M., de Jesus Mari, J., Stein, D.J., Zhao, M., Akiyama, T., Andrews, H.F., Asevedo, E., Cheour, M.,... Pike, K.M. (2018). The ICD-11 developmental field study of reliability of diagnoses of high-burden mental disorders: Results among adult patients in mental health settings of 13 countries. *World Psychiatry*, 17(2), 174–186.
- Roberts, M.C., Reed, G.M., Medina-Mora, M.E., Keeley, J.W., Sharan, P., Johnson, D.K., de Jesus Mari, J., Ayuso-Mateos, J.L., Gureje, O., Xiao, Z., Maruta, T., Khoury, B., Robles, R. & Saxena, S. (2012). A global clinicians' map of mental disorders to improve ICD-11: Analysing meta-structure to enhance clinical utility. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 578–590.
- Robles, R., Fresán, A., Vega-Ramírez, H., Cruz-Islas, J., Rodríguez-Pérez, V., Domínguez-Martínez, T. & Reed, G.M. (2016). Removing transgender identity from the classification of mental disorders: A Mexican field study for ICD-11. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 850–859. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30165-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30165-1)
- Robles, R., Keeley, J.W., Vega-Ramírez, H., Cruz-Islas, J., Rodríguez-Pérez, V., Sharan, P., Purnima, S., Rao, R., Rodrigues-Lobato, M.I., Soll, B., Askewis-Leherpeux, F., Roelandt, J.L., Campbell, M., Grobler, G., Stein, D.J., Khoury, B., Khoury, J.E., Fresán, A., Medina-Mora, M.E. & Reed, G.M. (2022). Validity of categories related to gender identity in ICD-11 and DSM-5 among transgender individuals who seek gender-affirming medical procedures. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 22(1), Article 100281.
- Schmidt, S. & Petermann, F. (2009). Developmental psychopathology: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *BMC Psychiatry*, 9(1), 58. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-58>
- Thompson, L. & McCabe, R. (2012). The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 12, 87. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-87>
- Veldman, K., Reijneveld, S.A., Ortiz, J.A., Verhulst, F.C. & Bültmann, U. (2015). Mental health trajectories from childhood to young adulthood affect the educational and employment status of young adults: Results from the TRAILS study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(6), 588–593. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-204421>

- World Health Organization. (1992a). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. <https://www.who.int/publications/i/item/9241544228>
- World Health Organization. (1992b). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th rev.).
- World Health Organization. (2015). *Sexual health, human rights and the law*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/175556>
- World Health Organization. (2020). *Basic documents* (49th ed., amended effective May 31, 2019). <https://apps.who.int/gb/bd/>
- World Health Organization. (2023). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics* (Version: 01/2023). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/>
- World Health Organization. (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263>