

## **DER DRAFT ENTWURF DES ICD-11 KAPITELS VON PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN. EIN BERICHT FÜR DIE WPA SEKTIONSMITGLIEDER**

### **THE DRAFT OF THE ICD-11 CHAPTER ON MENTAL DISORDERS: A REPORT FOR WPA CONSTITUENCIES**

**Valeria Del Vecchio**

*WHO and WPA Collaborating Center in Mental Health, University of Naples SUN, Naples, Italy*

\* \* \* \* \*

Die Genehmigung der 11. Auflage der „Internationalen Klassifikation der Krankheiten“ (ICD-11) durch die Weltgesundheitsversammlung, ist für Mai 2018 vorgesehen.

Vor kurzem wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein Entwurf der klinischen Beschreibungen und diagnostischen Leitlinien für das Kapitel über psychische Störungen erstellt (Reed et al. 2016a). Dieser Entwurf umfasst derzeit fünf Gruppierungen von Erkrankungen: Schizophrenie und andere primäre psychotische Störungen, affektive Störungen, Angststörungen, spezifisch mit Stress verbundene Störungen sowie Fütter- und Essstörungen. Alle anderen Gruppierungen von Erkrankungen, eine kurze allgemeine Definition und eine Beschreibung einiger der Erkrankungen, finden Sie auf der ICD-11 Beta-Plattform (Luciano 2015).

Diese Dokumente sind nicht als endgültig anzusehen. Tatsächlich begrüßt die WHO Kommentare und Vorschläge aus der Praxis (First et al. 2015, Reed et al. 2016a). Um diese Kommentare zu sammeln, wurde eine Internetplattform namens „GCP.Network“ erstellt, auf die alle Mitglieder des „Global Clinical Practice Network“ zugreifen können. Derzeit besteht das Netzwerk aus mehr als 12.500 psychiatrischen und medizinischen Fachkräften aus fast 150 Ländern (siehe <http://gcp.network>, um sich in einer von neun Sprachen, einschließlich Deutsch, zu registrieren).

Die endgültige Fassung des ICD-11-Kapitels über psychische Störungen umfasst die folgenden Gruppierungen: Störungen bei der Entwicklung des Nervensystems; Schizophrenie und anderen primären psychotischen Störungen; affektive Störungen; Angststörungen; Zwangsstörungen und verwandte Erkrankungen; Erkrankungen, die spezifisch mit Stress verbunden sind; dissoziative Störungen; somatische Belastungsstörungen; Fütter- und Essstörungen; Störungen der Ausscheidung; Störungen durch Substanzgebrauch; Impulskontrollstörungen; Störung des Sozialverhaltens und dissoziale Störungen; Persönlichkeitsstörung; paraphile Störungen; artifizielle Störungen; neurokognitive Störungen und psychische und Verhaltensstörungen aufgrund von Störungen oder Krankheiten die anderweitig klassifiziert sind.

Störungen des Schlaf-Wachrhythmus und Bedingungen im Zusammenhang mit der sexuellen Gesundheit werden in separaten Kapiteln der Klassifizierung abgedeckt. Dies wurde entschieden, um die als obsolet bezeichnete ICD-10 Unterscheidung zwischen "organischen" und "nicht-organischen" Schlafstörungen und sexuellen Funktionsstörungen zu streichen.

Die vorgeschlagenen ICD-11 diagnostischen Leitlinien unterteilen sexuelle Dysfunktionen in vier Hauptgruppen: sexuelles Verlangen und Erregungsstörungen; orgasmische Dysfunktionen; Ejakulationsstörungen und andere spezifische sexuelle Funktionsstörungen. Die Zustände, die als Störung der Geschlechtsidentität in ICD-10 auftraten, wurden als "geschlechtsspezifische Inkongruenz" neu konzipiert und vorgeschlagen, in das neue Kapitel über sexuelle Gesundheit, zu integrieren. Es wurde empfohlen die ICD-10-Kategorien, die mit der sexuellen Orientierung zusammenhängen, aus dem ICD-11 zu löschen (Cochran et al. 2014, Reed et al. 2016b).

Für jede, in den oben genannten Gruppierungen enthaltene Störung, werden die klinischen Beschreibungen und diagnostischen Leitlinien der ICD-11 Folgendes enthalten: a) eine kurze Definition; b) eine Liste von Einschluss- und Ausschlusskriterien; c) eine Beschreibung der wesentlichen (erforderlichen) Merkmale; d) eine Anleitung zur Unterscheidung von einigen relevanten "normalen" Kriterien; e) eine Liste der Störungen, die von der Beschriebenen zu unterscheiden sind, und eine Anleitung, wie die Differentialdiagnose durchgeführt werden kann; f) kodierte Spezifikationen und Subtypen; g) Angaben zum typischen Verlauf; h) assoziierte klinische Erscheinungsformen; i) kulturbezogene Merkmale; j) Entwicklungsdarstellungen; l) geschlechtsbezogene Merkmale (First et al. 2015).

In den folgenden Abschnitten der vorliegenden Arbeit geben wir einige Informationen über den Inhalt des aktuellen Entwurfs der klinischen ICD-11-Beschreibungen und diagnostischen Leitlinien. Aufgrund der Ergebnisse der laufenden Feldstudien sind einige Aspekte noch Gegenstand der Überarbeitung (Sampogna 2015).

In der ICD-11-Gruppierung von "Schizophrenie und anderen primären psychotischen Störungen" erfordert die Diagnose der Schizophrenie das Vorliegen von zwei Symptomen, von denen mindestens eines davon eine Wahnvorstellung, Halluzinationen, desorganisiertes Denken oder Erfahrungen von Einfluss, Passivität oder Kontrolle sein muss. Die in der ICD-10 skizzierten Subtypen der Schizophrenie erscheinen nicht mehr, weil sie für prognostische oder therapeutische Zwecke nicht geeignet sind. Es wurden Verlaufsspezifikationen eingeführt, um die Episodizität (erste Episode, multiple Episoden, kontinuierlicher Verlauf) und den aktuellen symptomatischen Status (derzeit symptomatisch, partielle Remission, in voller Remission) festzulegen.

Symptomspezifikationen werden auch zur Verfügung gestellt, damit der/die MedizinerIn die Schwere der Symptome, in jeder der sechs Domänen beschreiben kann: positive Symptome, negative Symptome, depressive Stimmung, manische Stimmung, psychomotorische Symptome und kognitive Symptome. Die Definition der schizoaffectiven Störung blieb weitgehend unverändert. Dennoch muss das Individuum die diagnostischen Richtlinien für Schizophrenie und einer affektiven Episode gleichzeitig erfüllen, ohne die Spezifikationen für die relative Dauer der psychotischen und Stimmungskomponenten und affektiven Komponente, wie im DSM-5 angeführt (Gaebel 2012).

Im Abschnitt „Abgrenzung zu anderen Erkrankungen und Normalität“ wird die Differentialdiagnose zwischen Schizophrenie und psychotischen Symptomen der Allgemeinbevölkerung skizziert (van Os & Reininghaus 2016, Lawrie 2016, Parnas & Henriksen 2016, Tandon 2016). Im ICD-11-Entwurf wird das "attenuierten Psychose-Syndroms", das im Abschnitt III des DSM-5 beschrieben wird, nicht erwähnt (Fusar-Poli et al. 2015, Schimmelmann et al. 2015, Fusar-Poli et al. 2016, Yung & Lin 2016).

In der ICD-11-Gruppierung von Stimmungsstörungen wird die bipolare II-Störung, als eine eigenständige diagnostische Einheit, anerkannt. Erhöhte Aktivität oder ein subjektives Erlebnis erhöhter Energie wird zur Voraussetzung für die Diagnose der manischen Episode. Es wird erwähnt, dass ein manisches oder hypomanisches Syndrom, das während der antidepressiven Behandlung auftritt und über die physiologische Wirkung dieser Behandlung hinaus anhält, die Diagnose einer manisch/hypomanischen Episode darstellt. Im Gegensatz zum DSM-5, wird die Kategorie der gemischten Episoden beibehalten. Diese wird durch die Anwesenheit permanenter und prominenter manischer und depressiver Symptome in einer einzigen Episode, die mindestens zwei Wochen andauert, definiert. Symptome können zeitgleich auftreten oder sich sehr schnell innerhalb eines Tages oder von Tag zu Tag ändern oder bzw. schwanken (Maj 2013).

Diese Abweichung vom DSM-5 wird durch die jüngsten empirischen Belege bestätigt. Die DSM-5-Definition von "starker Depression mit gemischten Merkmalen" bildet das Wesen der gemischten

Depression, wie in der Literatur beschrieben, nicht ab (Perlis et al. 2014). Im ICD-11-Entwurf wird spezifiziert, dass allgemeine Ausdrücke von Trauer, die mit einer normativen Reaktion auf den Verlust eines geliebten Menschen im religiösen und kulturellen Kontext des Individuums erscheinen und depressive Symptome einschließen, keine Diagnose einer Episode von einer Depression darstellen. Es ist jedoch anerkannt, dass eine depressive Episode von einem normalen Schmerz überlagert werden kann (Bolton et al. 2016). Es wird eine Hilfe zur Einschätzung über die Symptome, die das Vorhandensein einer depressiven Episode während einer Periode des Trauerfalls bedeuten könnten, gegeben. Die ICD-11 orientiert sich nicht am DSM-5 in der Einführung der neuen Kategorie der „Disruptive Mood Dysregulation Disorder“ (DMDD). Die Spezifikation „mit chronischer Reizbarkeit oder Zorn“ wird stattdessen der Kategorie der „oppositiellen trotzigen Störung“ hinzugefügt (Lochman et al. 2015).

In dem ICD-11-Entwurf wurden Zwangsstörungen und Störungen, die spezifisch mit Stress verbunden sind, von Angst- und Angststörungen getrennt (Kogan et al. 2016, Stein et al. 2016). Im ICD-11-Entwurf kann die emotionale Störung mit Trennungsangst sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern diagnostiziert werden (Silove et al. 2016). Die neue Gruppierung von Störungen, die spezifisch mit Stress verbunden sind, umfasst eine posttraumatische Belastungsstörung, eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung, eine anhaltende Störung der Trauerverarbeitung, eine Anpassungsstörung und andere spezifisch mit Stress assoziierte Störungen. Eine akute Stressreaktion wird nicht als eine psychische Störung angesehen, sondern erscheint im ICD-11-Abschnitt als Gründe für klinische Begegnungen, die nicht Krankheiten oder Störungen sind.

Die Kategorie der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung ist durch die drei Kernelemente einer posttraumatischen Belastungsstörung gekennzeichnet (d.h. das Wiedererleben der traumatischen Ereignisse in der Gegenwart, die bewusste Vermeidung von Erinnerungen die diese Wiedererfahrung erzeugen könnten und eine anhaltende Wahrnehmung der erhöhten gegenwärtigen Bedrohung) plus strenge und tiefgreifende Probleme in der Affektregulierung; anhaltende Überzeugungen sich selbst als minderwertig, unterlegen oder wertlos zu sehen sowie anhaltende Schwierigkeiten bei der Aufrechterhaltung von Beziehungen und sich Anderen nahe zu fühlen. Die Kategorie der anhaltenden Störung der Trauerverarbeitung ist durch eine allgegenwärtige Trauerreaktion charakterisiert, die für einen unnormal langen Zeitraum nach dem Verlust besteht und die erwarteten sozialen oder religiösen Normen für die Kultur und den Kontext des Individuums deutlich übersteigt, sowie eine beträchtliche soziale Beeinträchtigung verursacht (Maercker et al. 2013, Maciejewski et al. 2016, Keeley et al. 2016a).

Die Gruppierung von Fütter- und Essstörungen umfasst die neue Kategorie der vermeidend-restriktiven Nahrungsaufnahmestörung, deren wesentliche Merkmale die Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme sind. Gekennzeichnet durch das Essen einer unzureichenden Menge oder Vielfalt von Nahrungsmitteln, um ausreichende Energie- oder Ernährungsanforderungen zu erfüllen. Dies führt zu einem signifikanten Gewichtsverlust (oder führt zu keiner Gewichtszunahme) oder einem anderen Einfluss auf die körperliche Gesundheit. Es widerspiegelt die Beschäftigung mit Körpergewicht bzw. Körperform oder einer signifikanten Körperbildverzerrung.

In der Kategorie der „Anorexia nervosa“ ist ein schweres Untergewicht ein wichtiger prognostischer Faktor, der mit einem hohen Risiko für körperliche Komplikationen und einer deutlich erhöhten Mortalität einhergeht. Spezifikationen „mit signifikant niedrigem Körpergewicht“ und „mit gefährlich niedrigem Körpergewicht“, angelehnt an den Body Mass Index Werten, sind vorgegeben. Die vorgeschlagene Definition von „Binge Eating“ für die Diagnosen von Bulimie Nervosa und der „Binge Eating Störung“ beinhaltet eine Episode, während die Person die Erfahrung des Kontrollverlustes über Essen macht, merkt das mehr oder anders als üblich gegessen wird und nicht zu essen aufhören oder begrenzen kann, welche Art oder Menge an Nahrung zu sich genommen wird. Somit ist es nicht notwendig, eine objektiv große Menge an Nahrung während einer Binge-Eating-Episode zu konsumieren. Eine subjektiv große Menge oder abnormale Art von Nahrung im Zusammenhang mit dem Kontrollverlust würden ausreichen, um die Diagnose zu erfüllen (Al-Adawi et al. 2013).

Somatische Belastungsstörung wird im ICD-11 Entwurf durch die Anwesenheit von körperlichen Symptomen definiert, die für das Individuum beunruhigend sind und durch die übermäßige Aufmerksamkeit die auf die Symptome gerichtet werden. Diese Symptome können sich durch wiederholten Kontakt mit professionellen HelferInnen im Gesundheitssektor manifestieren. Die übermäßige Aufmerksamkeit wird nicht durch entsprechende klinische Untersuchung und Überprüfung sowie adäquate Beruhigung gemildert. Körperliche Symptome und damit verbundene Belastungen sind anhaltend und mit einer erheblichen Funktionsstörung verbunden. Das Problem, das in der ICD-10 kritisiert wird, indem somatoforme Störungen auf der Basis der Abwesenheit eines Merkmals (einer physischen oder medizinischen Ursache) definiert werden, wird durch die Spezifizierung der Merkmale, die vorhanden sein müssen, wie zum Beispiel Bedrängnis und übermäßige Gedanken und Verhaltensweisen, berücksichtigt (Gureje & Reed 2016).

Impulskontrollstörungen sind auf der ICD-11 Beta-Plattform durch das wiederholte Versagen einem Impuls zu widerstehen, dem Antrieb oder Drang eine Handlung, durch die die Person belohnt wird, zumindest kurzfristig, trotz längerfristigen Schadens, charakte-

risiert. Das Verhaltensmuster verursacht erhebliche Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, erzieherischen, beruflichen oder anderen wichtigen Bereichen des Funktionierens. In dieser Gruppierung, im ICD-11, wird pathologisches Spielen enthalten sein, anstatt dies unter Suchterkrankungen, wie beim DSM-5, zuzuordnen (Mann et al. 2016).

Auf der ICD-11 Beta-Plattform wird die Persönlichkeitsstörung durch eine relativ andauernde und durchdringliche Störung definiert, wie Individuen sich selbst, andere und die Welt erleben und interpretieren. Dies wiederum führt zu maladaptiven Mustern von Kognition, emotionaler Erfahrung, emotionalem Ausdruck und Verhalten. Diese maladaptiven Muster sind relativ unflexibel und mit signifikanten Problemen in der psychosozialen Funktion verbunden, die sich besonders in zwischenmenschlichen Beziehungen zeigen. Die bedeutendste Veränderung in Bezug auf ICD-10 und DSM-5, ist die Abschaffung der individuellen Persönlichkeitsstörungskategorien, während die primäre Klassifizierung auf der Grundlage einer einzigen Dimension der Schwere erfolgt. Das System der Kategorien wird durch ein System von monothetischen Domänenmerkmalen (distanziert, dissozial, enthemmt, beunruhigt, zwanghaft) ersetzt, das derzeit noch geprüft (Tyrer et al. 2015).

Internet-basierte und klinikbasierte Feldstudien zur Erprobung des ICD-11-Entwurfs der klinischen Beschreibungen und diagnostischen Leitlinien laufen (Evans et al. 2015, Keeley et al. 2016b). Internet-basierte Feldstudien verwenden eine Fallvignetten-Methodik um klinische Entscheidungsfindung, in Bezug auf die vorgeschlagenen ICD-11-Richtlinien, zu untersuchen und werden durch das „Global Clinical Practice Network“ durchgeführt. Klinik-basierte Feldversuche zielen darauf ab, die Zuverlässigkeit und den Nutzen der vorgeschlagenen ICD-11-Richtlinien in den klinischen Situationen, in denen die Klassifizierung verwendet wird, zu bewerten und werden durch das WHO-Netzwerk der internationalen Feldstudienzentren durchgeführt.

Während der klinische Nutzen als primäres Ziel der bisherigen Versionen des ICD sowie des DSM-III und seiner Nachfolger (First et al., 2015) unterstrichen und in diagnostischen Systemen häufig als höchste Priorität angesehen wurde (Frances 2016, Jablensky 2016) - auch wenn es dazu unterschiedliche Ansichten gab (Bolton 2016, Ghaemi 2016, Wakefield 2016) – ist dies das erste Mal, dass der klinische Nutzen eines psychiatrischen Diagnosesystems systematisch erprobt wird.

Im Rahmen des ICD-11-Entwurfs fehlen in der Regel in der Beschreibung der wesentlichen (erforderlichen) Merkmale der verschiedenen psychischen Störungen in der Regel die spezifischen Schwellenwerte, hinsichtlich der Anzahl und Dauer der Symptome, die das DSM-III und seine Nachfolger beinhaltet. Stattdessen sollen die diagnostischen Leitlinien an die Art und Weise angepasst werden, wie PsychiaterInnen tatsächlich Diagnosen in der üblichen Praxis durch-

führen, d.h. durch die flexible Ausübung klinischen Urteils (First et al. 2015, Parnas 2015).

Die Möglichkeit eines Dialogs zwischen dem ICD-Revisionsprozess und dem von der „US National Institute of Mental Health“ gestarteten Research Domain Criteria (RDoC) Projekt, wird geprüft. In der Tat können die Hauptziele der beiden Projekte (d.h. die Verbesserung des klinischen Nutzens von psychiatrischen Diagnosen für die ICD, die Erforschung innovativer Methoden der ätiopathogenetischen Grundlagen der Psychopathologie für die RDoC) als komplementär betrachtet werden. Es kann sehr viel zur Reduktion der derzeitigen Kluft zwischen den RDoC-Konstrukten und den klinischen Phänomenen, die PsychiaterInnen in ihrer gewöhnlichen Praxis vor allem im Bereich der Psychosen antreffen, getan werden (Frangou et al. 2016, Maj 2016, Sanislow 2016).

**Acknowledgements:** None.

Ins Deutsche übersetzt von Andrea Viertelmayr, Pro Mente Oberösterreich, Linz, Österreich

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

## Literatur

1. Al-Adawi S, Bax B, Bryant-Waugh R, et al.: Revision of ICD: status update on feeding and eating disorders. *Adv Eating Disord* 2013; 1:10-20.
2. Bolton D: We need science to be useful too. *World Psychiatry* 2016; 15:37-8.
3. Bolton JM, Au W, Chateau D, et al.: Bereavement after sibling death: a population-based longitudinal case-control study. *World Psychiatry* 2016; 15:59-66.
4. Cochran SD, Drescher J, Kismödi E, et al.: Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). *Bull World Health Organ* 2014; 92:672-9.
5. Evans SC, Roberts MC, Keeley JW, et al.: Vignette methodologies for studying clinicians's decision-making: validity, utility, and application in ICD-11 field studies. *Int J Clin Health Psychol* 2015; 15:160-70.
6. First MB, Reed GM, Hyman SE, et al.: The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry* 2015; 14:82-90.
7. Frances A: A report card on the utility of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry* 2016; 15:32-3.
8. Frangou S, Schwarz E, Meyer-Lindenberg A, et al.: Identifying multimodal signatures associated with symptom clusters: the example of the IMAGEMEND project. *World Psychiatry* 2016; 15:179-80.
9. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, et al.: The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry* 2016; 70:107-20.
10. Fusar-Poli P, Cappucciati M, Rutigliano G, et al.: At risk or not at risk? A meta-analysis of the prognostic accuracy of psychometric interviews for psychosis prediction. *World Psychiatry* 2015; 14:322-32.
11. Gaebel W: Status of psychotic disorders in ICD-11. *Schizophr Bull* 2012; 38:895-8.
12. Ghaemi SN: Utility without validity is useless. *World Psychiatry* 2016; 15:35-6.
13. Gureje O, Reed GM: Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects. *World Psychiatry* 2016; 15:291-2.
14. Jablensky A: Psychiatric classifications: validity and utility. *World Psychiatry* 2016; 15:26-31.
15. Keeley JW, Reed GM, Roberts MC, et al.: Disorders specifically associated with stress: a case-controlled field study for ICD-11 Mental and Behavioural Disorders. *Int J Clin Health Psychol* 2016a; 16:109-27.
16. Keeley JW, Reed GM, Roberts MC, et al.: Developing a science of clinical utility in diagnostic classification systems: field study strategies for ICD-11 mental and behavioural disorders. *Am Psychol* 2016b; 71:3-16.
17. Kogan CS, Stein DJ, Maj M, et al.: The classification of anxiety and fear-related disorders in the ICD-11. *Depress Anxiety* 2016; 33:1141-54.
18. Lawrie SM: Whether "psychosis" is best conceptualized as a continuum or in categories is an empirical, practical and political question. *World Psychiatry* 2016; 15:125-6.
19. Lochman JE, Evans SC, Burke JD, et al.: An empirically based alternative to DSM-5's disruptive mood dysregulation disorder for ICD-11. *World Psychiatry* 2015; 14:30-3.
20. Luciano M: The ICD-11 beta draft is available online. *World Psychiatry* 2015; 14:375-6.
21. Maciejewski PK, Maercker A, Boelen PA, et al.: "Prolonged grief disorder" and "persistent complex bereavement disorder", but not "complicated grief", are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry* 2016; 15:266-75.
22. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, et al.: Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet* 2013; 381:1683-5.
23. Maj M: Mood disorders in ICD-11 and DSM-5. A brief overview. *Die Psychiatrie* 2013a; 10:24-9.
24. Maj M: Narrowing the gap between ICD/DSM and RDoC constructs: possible steps and caveats. *World Psychiatry* 2013b; 15:193-4.
25. Mann K, Fauth-Bühler M, Higuchi S, et al.: Pathological gambling: a behavioral addiction. *World Psychiatry* 2016; 15:297-8.
26. Parnas J: Differential diagnosis and current polythetic classification. *World Psychiatry* 2015; 14:284-7.
27. Parnas J, Henriksen MG: Epistemological error and the illusion of phenomenological continuity. *World Psychiatry* 2016; 15:126-7.
28. Perlis RH, Cusin C, Fava M: Proposed DSM-5 mixed features are associated with greater likelihood of remission in out-patients with major depressive disorder. *Psychol Med* 2014; 44:1361-7.
29. Reed GM, First MB, Medina-Mora ME, et al.: Draft diagnostic guidelines for ICD-11 mental and behavioural disorders available for review and comment. *World Psychiatry* 2016a; 15:112-3.
30. Reed GM, Drescher J, Krueger RB, et al.: Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry* 2016b; 15:205-21.
31. Sampogna G: ICD-11 symposia at the World Congress of Psychiatry. *World Psychiatry* 2015; 14:110-2.

32. Sanislow CA: *Updating the Research Domain Criteria*. *World Psychiatry* 2016; 15:222-3.
33. Schimmelmann BG, Michel C, Martz-Irngartinger A, et al.: *Age matters in the prevalence and clinical significance of ultra-high-risk for psychosis symptoms and criteria in the general population: findings from the BEAR and BEARS-Kid studies*. *World Psychiatry* 2015; 14:189-97.
34. Silove D, Manicavasagar V, Pini S: *Can separation anxiety disorder escape its attachment to childhood?* *World Psychiatry* 2016; 15:113-5.
35. Stein DJ, Kogan CS, Atmaca M, et al.: *The classification of obsessive-compulsive disorders in the ICD-11*. *J Affect Disord* 2016; 190:663-74.
36. Tandon R: *Conceptualizing psychotic disorders: don't throw the baby out with the bathwater*. *World Psychiatry* 2016; 15:133-4.
37. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ: *Classification, assessment, prevalence and effect of personality disorder*. *Lancet* 2015; 385:717-26.
38. van Os J, Reininghaus U: *Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population*. *World Psychiatry* 2016; 15:118-24.
39. Wakefield JC: *Against utility*. *World Psychiatry* 2016; 15:33-4.
40. Yung AR, Lin A: *Psychotic experiences and their significance*. *World Psychiatry* 2016; 15:130-1.

*Correspondence:*

Valeria Del Vecchio, MD  
WHO and WPA Collaborating Center in Mental Health,  
University of Naples SUN  
Naples, Italy  
E-mail: [valeria.delvecchio78@gmail.com](mailto:valeria.delvecchio78@gmail.com)