- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.171 Mon, 30 Jun 2025, 23:26:37

Il draft del capitolo sui disturbi mentali dell'ICD-11: un aggiornamento per il clinico

The draft of the ICD-11 chapter on mental and behavioral disorders: an update for clinicians

PAOLA BUCCI[1*]
*E-mail: paolabucci456@gmail.com

[1]Centro Collaboratore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Ricerca e la Formazione nel Campo della Salute Mentale, Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN, Napoli

RIASSUNTO. Il capitolo sui disturbi mentali e comportamentali dell'ICD-11 è attualmente in fase di elaborazione. Una versione semplificata delle direttive diagnostiche per la schizofrenia e altri disturbi psicotici primari, i disturbi dell'umore, i disturbi d'ansia, i disturbi specificamente associati allo stress e i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione è stata resa disponibile per l'uso nei *field studies.* Per tutte le altre sezioni della classificazione, una breve definizione generale e talora una descrizione di alcuni dei disturbi inclusi possono essere trovate nella beta platform dell'ICD-11. Nel presente articolo, vengono fornite alcune informazioni sul contenuto delle varie sezioni della classificazione sulla base dei documenti disponibili, con l'avvertenza che alcuni aspetti possono essere ancora soggetti a revisione.

PAROLE CHIAVE: ICD-11, classificazione, diagnosi, schizofrenia, disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi associati allo stress, disturbi dell'alimentazione.

SUMMARY. The ICD-11 chapter on mental and behavioral disorders is currently under development. A simplified version of the diagnostic guidelines for schizophrenia and other primary psychotic disorders, mood disorders, anxiety disorders, disorders specifically associated with stress, and feeding and eating disorders has been made available for use in the field studies. For all the other sections of the classification, a brief general definition and sometimes a description of some of the included disorders can be found on the ICD-11 beta platform. In the present article, we provide some information on the content of the various sections of the classification on the basis of the available documents, with the warning that some of the aspects may still be subject to revision.

KEY WORDS: ICD-11, classification, diagnosis, schizophrenia, mood disorders, anxiety disorders, disorders associated with stress, eating disorders.

INTRODUZIONE

L'approvazione dell'11ª edizione della Classificazione Internazionale delle Malattie (International Classification of Diseases - ICD-11) da parte della World Health Assembly è prevista per maggio 2018.

Il capitolo sui disturbi mentali e comportamentali comprenderà le seguenti sezioni: disturbi del neurosviluppo; schizofrenia e altri disturbi psicotici primari; disturbi dell'umore; disturbi d'ansia; disturbi ossessivo-compulsivi; disturbi specificamente associati allo stress; disturbi dissociativi; disturbi da disagio somatico; disturbi della nutrizione e dell'alimentazione; disturbi dell'evacuazione; disturbi dovuti all'uso di sostanze; disturbi del controllo degli impulsi; disturbi da comportamento dirompente e dissociali; disturbi di personalità; disturbi parafilici; disturbi fittizi; disturbi neurocognitivi; disturbi mentali e comportamentali dovuti a patologie classificate altrove.

I disturbi del sonno-veglia e le condizioni relative alla salute sessuale saranno inseriti in capitoli separati della classificazione (cioè, non nel capitolo sui disturbi mentali e comportamentali). Questa decisione è stata presa allo scopo di superare la distinzione contenuta nell'ICD-10, considerata obsoleta, tra i disturbi del sonno "organici" e "non organici" (inclusi rispettivamente nel capitolo sulle malattie del sistema nervoso e in quello sui disturbi mentali e comportamentali) e tra le disfunzioni sessuali "organiche" e "non organiche" (incluse rispettivamente nel capitolo sulle malattie del sistema genitourinario e in quello sui disturbi mentali e comportamentali).

Le direttive diagnostiche proposte per l'ICD-11 suddividono le disfunzioni sessuali in quattro gruppi principali: disfunzioni del desiderio e dell'eccitazione sessuale; disfunzioni dell'orgasmo; disfunzioni dell'eiaculazione; altre disfunzioni sessuali specificate. Le condizioni che venivano presentate come disturbi dell'identità di genere nell'ICD-10 sono state riconcettualizzate come "incongruenza di genere" e

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.171 Mon, 30 Jun 2025, 23:26:37

proposte anch'esse per l'inclusione nel nuovo capitolo sulla salute sessuale. Le categorie dell'ICD-10 relative all'orientamento sessuale sono state proposte per l'esclusione dall'ICD-11[1-4].

Per ciascun disturbo inserito nelle sezioni suddette, le descrizioni cliniche e direttive diagnostiche dell'ICD-11 forniranno: a) una breve definizione (100-125 parole); b) una lista di termini di inclusione e di esclusione; c) una descrizione delle caratteristiche essenziali, cioè di quegli aspetti che il clinico può aspettarsi di trovare in tutti i casi del disturbo; d) indicazioni relative alla differenziazione tra il disturbo e alcune condizioni "normali" pertinenti ("confine con la normalità"); e) una lista dei disturbi che dovrebbero essere distinti da quello che si sta descrivendo e alcune indicazioni su come attuare la diagnosi differenziale ["confine con altri disturbi (diagnosi differenziale)"]; f) gli specificatori e sottotipi codificati; g) informazioni di rilevanza clinica riguardanti il decorso; h) le "presentazioni cliniche associate" (cioè, le condizioni clinicamente importanti che sono frequentemente associate con il disturbo e che possono richiedere di per sé una valutazione e un trattamento); i) le caratteristiche relative alla cultura; l) le presentazioni relative allo stadio evolutivo (cioè, una descrizione di come il disturbo può presentarsi differentemente in rapporto all'età dell'individuo, comprendendo l'infanzia, l'adolescenza e l'età avanzata); m) le caratteristiche relative al genere[5].

Una bozza delle descrizioni cliniche e direttive diagnostiche dell'ICD-11 è stata prodotta dai relativi gruppi di lavoro per tutti i disturbi inclusi nelle sezioni sopra elencate[6]. Una versione semplificata delle direttive diagnostiche è stata elaborata per l'uso nei *field studies* dell'ICD-11[7]. Questa versione semplificata contiene, per ciascun disturbo, una breve definizione, una descrizione delle caratteristiche essenziali, una sezione sul confine con altri disturbi e con la normalità, e una descrizione delle più comuni caratteristiche associate. Per alcuni dei disturbi, sono anche inseriti gli specificatori o i sottotipi. Al momento, questa versione semplificata delle descrizioni cliniche e delle direttive diagnostiche è disponibile per la schizofrenia e per altri disturbi psicotici primari, i disturbi dell'umore, i disturbi d'ansia, i disturbi specificamente associati allo stress e i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Per tutte le altre sezioni della classificazione, una breve definizione generale e talora una descrizione di alcuni dei disturbi inclusi nella sezione possono essere trovate nella beta platform dell'ICD-11[8,9].

Tutti questi materiali non vanno considerati come definitivi. In effetti, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) incoraggia commenti e suggerimenti sulle proposte da parte della comunità internazionale[5-7]. Allo scopo di raccogliere questi commenti e suggerimenti, l'OMS ha creato una piattaforma online denominata *Global Clinical Practice Network* (GCPN), a cui possono avere accesso tutti i membri. A questo network possono iscriversi tutti i professionisti della salute mentale o della medicina generale che sono legalmente autorizzati a fornire servizi alle persone con disturbi mentali e comportamentali nei loro paesi. Attualmente, il network comprende oltre 12.600 professionisti di quasi 150 paesi, di cui oltre la metà è costituita da psichiatri[7] (per registrarsi si può accedere al sito http://gcp.network).

DESCRIZIONI CLINICHE E DIRETTIVE DIAGNOSTICHE DELL'ICD-11

Nel presente articolo, forniremo alcune informazioni sul contenuto della bozza attuale delle descrizioni cliniche e direttive diagnostiche dell'ICD-11, sulla base dei documenti disponibili, con l'avvertenza che alcuni aspetti possono essere ancora soggetti a revisione, anche sulla base dei risultati dei *field studies* in corso.

Schizofrenia e altri disturbi psicotici primari

La sezione dell'ICD-10 denominata "Schizofrenia e disturbi schizotipici e deliranti" è chiamata adesso nella bozza dell'ICD-11 "Schizofrenia ed altri disturbi psicotici primari". In questa bozza, la diagnosi di schizofrenia richiede la presenza di due da una lista di sette sintomi, almeno uno dei quali deve essere rappresentato da deliri, allucinazioni, pensiero disorganizzato, o esperienze di influenzamento, passività o controllo. I sottotipi della schizofrenia descritti nell'ICD-10 sono stati eliminati, a causa dell'evidenza che essi cambiano frequentemente nel tempo e non sono utili per finalità prognostiche o terapeutiche. Sono stati introdotti alcuni specificatori di decorso, per indicare l'andamento del disturbo nel tempo (primo episodio, episodi multipli, decorso continuo) e lo stato sintomatico attuale (attualmente sintomatico, in remissione parziale, in remissione piena). Sono stati anche forniti degli specificatori sintomatologici, in modo da consentire al clinico di descrivere la gravità dei sintomi in ciascuno di sei domini: sintomi positivi, sintomi negativi, umore depresso, umore esaltato, sintomi psicomotori, sintomi cognitivi. La definizione del disturbo schizoaffettivo è rimasta sostanzialmente immodificata, richiedendo ancora che l'individuo soddisfi simultaneamente le direttive diagnostiche per la schizofrenia e per un episodio affettivo (depressivo, maniacale o misto), senza le specificazioni concernenti la durata relativa delle componenti psicotica e affettiva fornite nel DSM-5[10,11]. Nella sottosezione "confine con altri disturbi e con la normalità", viene delineata la diagnosi differenziale tra la schizofrenia e i sintomi simil-psicotici che possono osservarsi nella popolazione generale[12-15]. Nella bozza dell'ICD-11 non viene fatto alcun riferimento alla "sindrome psicotica attenuata" che compare nella sezione III del DSM-5[16-19].

Disturbi dell'umore

Nella bozza della sezione dell'ICD-11 sui disturbi dell'umore, il disturbo bipolare di tipo II viene riconosciuto come un'entità diagnostica distinta (mentre nell'ICD-10 era solo menzionato tra gli "altri disturbi affettivi bipolari"). L'aumento dell'attività o l'esperienza soggettiva di aumentata energia diventa un prerequisito per la diagnosi di episodio maniacale, analogamente al DSM-5. Viene riconosciuto che una sindrome maniacale o ipomaniacale che emerge durante un trattamento antidepressivo, e persiste oltre l'effetto fisiologico di quel trattamento, giustifica la diagnosi di episodio maniacale o ipomaniacale. Al contrario del DSM-5, viene mantenuta la categoria dell'episodio misto, definita dalla

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.171 Mon, 30 Jun 2025, 23:26:37

presenza di marcati sintomi maniacali e depressivi in un singolo episodio della durata di almeno due settimane. I sintomi delle due polarità possono manifestarsi simultaneamente o alternarsi molto rapidamente da un giorno all'altro o nello stesso giorno. Viene specificato che, quando i sintomi depressivi predominano in un episodio misto, i sintomi contropolari più comuni sono l'irritabilità, la fuga o l'affollamento delle idee, l'aumentata produzione verbale e l'agitazione psicomotoria[20]. Questa divergenza rispetto al DSM-5 è sostenuta dalla recente evidenza empirica secondo cui la definizione della "depressione maggiore con caratteristiche miste" proposta dal DSM-5 non è in grado di catturare l'essenza della depressione mista come descritta in letteratura[21,22]. Nella bozza dell'ICD-11, è specificato che le espressioni comuni del lutto, coerenti con la risposta abituale alla perdita di una persona amata nell'ambito del contesto religioso e culturale dell'individuo, possono includere sintomi depressivi ma non giustificano una diagnosi di episodio depressivo. Viene tuttavia riconosciuto che un episodio depressivo può sovrapporsi al lutto normale[23], e sono fornite indicazioni sugli elementi che suggeriscono la presenza di un episodio depressivo durante un periodo di lutto. L'ICD-11 non seguirà il DSM-5 nell'introduzione della nuova categoria del disturbo da disregolazione dell'umore dirompente; uno specificatore "con irritabilità o rabbia cronica" verrà invece aggiunto alla categoria del disturbo oppositivo provocatorio[24].

Disturbi d'ansia e disturbi ossessivo-compulsivi

Nella bozza dell'ICD-11, i disturbi ossessivo-compulsivi e quelli specificamente associati allo stress sono stati separati dai disturbi d'ansia, mentre due disturbi dell'infanzia – il disturbo d'ansia di separazione e il mutismo selettivo – sono stati spostati in questa sezione[25,26]. Il disturbo d'ansia di separazione potrà essere diagnosticato sia nei bambini sia negli adulti[27]. Il disturbo d'ansia generalizzata non sarà più una diagnosi di esclusione ma avrà un set più elaborato di caratteristiche essenziali, comprendente sintomi marcati di ansia accompagnati da una generale apprensività o da una preoccupazione per eventi negativi che possono verificarsi in vari aspetti della vita quotidiana. La bozza dell'ICD-11 comprende anche sintomi aggiuntivi che accompagnano l'apprensività generale o la preoccupazione, come la tensione muscolare e l'iperattività autonomica. Nella bozza, l'agorafobia non è più considerata primaria rispetto al disturbo di panico; i due disturbi possono essere diagnosticati indipendentemente o insieme. Il disturbo d'ansia sociale sostituisce la diagnosi ICD-10 di fobia sociale, e vengono fornite indicazioni su come distinguere questo disturbo dalle paure normali appropriate all'età.

Disturbi specificamente associati allo stress

La nuova sezione sui disturbi specificamente associati allo stress comprende condizioni che sono direttamente collegate all'esposizione a un evento stressante o traumatico, o a una serie di tali eventi o esperienze avverse. La sezione comprende: il disturbo da stress post-traumatico, il disturbo da stress post-traumatico complicato, il disturbo da lutto prolungato, il disturbo dell'adattamento, ed altri disturbi specificamente associati allo stress. La reazione acuta allo stress non è considerata un disturbo mentale, ma appare invece nella sezione dell'ICD-11 che comprende le cause di consultazioni cliniche che non sono malattie né disturbi. La categoria del disturbo da stress post-traumatico complicato, non presente nell'ICD-10 e nel DSM-5, è caratterizzata dai tre elementi nucleari del disturbo da stress post-traumatico (cioè, il rivivere l'evento o gli eventi traumatici nel presente, l'evitamento deliberato di situazioni che ricordano l'evento, e la percezione persistente di minaccia) e in aggiunta da problemi gravi e pervasivi nella regolazione affettiva; convinzioni persistenti relative a se stesso come inutile e perdente; e difficoltà persistenti nel mantenere le relazioni e nel sentirsi vicino agli altri. La categoria del disturbo da lutto prolungato, non presente nell'ICD-10 e corrispondente al "disturbo da lutto persistente complicato" inserito nella sezione III del DSM-5, è caratterizzata da una risposta pervasiva al lutto, che persiste per un periodo anormalmente lungo dopo la perdita, chiaramente eccedente le norme sociali o religiose proprie della cultura e del contesto dell'individuo, e che causa una significativa compromissione del funzionamento sociale[28-33].

Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

La sezione sui disturbi della nutrizione e dell'alimentazione comprende comportamenti anormali di nutrizione o di alimentazione che non sono meglio spiegati da un'altra condizione medica e che non sono appropriati per l'età della persona o culturalmente accettati. In questa sezione rientra la nuova categoria del disturbo evitante-restrittivo dell'assunzione di cibo, le cui caratteristiche essenziali sono l'evitamento o la restrizione dell'assunzione del cibo, con l'ingestione di una quantità o varietà di cibo insufficiente a soddisfare le esigenze energetiche o nutrizionali dell'individuo, che conduce a una significativa perdita di peso (o incapacità di guadagnare peso) o altri effetti sulla salute fisica, e che non riflette una preoccupazione relativa al peso o alla forma del corpo o una significativa distorsione dell'immagine corporea. Nella categoria dell'anoressia nervosa, dal momento che la condizione di grave sottopeso è un importante fattore prognostico associato a un rischio elevato di complicanze fisiche e a un marcato aumento della mortalità, sono forniti gli specificatori "con peso corporeo significativamente basso" e "con peso corporeo pericolosamente basso", riferiti ai valori dell'indice di massa corporea. La definizione proposta per le abbuffate all'interno delle diagnosi di bulimia nervosa e di disturbo da binge-eating fa riferimento a un episodio in cui un individuo esperisce una perdita di controllo sull'assunzione del cibo, mangia notevolmente di più o in modo differente rispetto al solito, e si sente incapace di interrompere l'assunzione del cibo o di limitare il tipo o la quantità di cibo assunto. Dunque, non è necessario che si consumi una quantità obiettivamente eccessiva di cibo durante l'episodio di abbuffata; una quantità soggettivamente eccessiva o un tipo anormale di cibo nel contesto della perdita di controllo sono sufficienti per soddisfare la diagnosi[34].

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.171 Mon, 30 Jun 2025, 23:26:37

Disturbo da disagio somatico

Il disturbo da disagio somatico è definito nella bozza dell'ICD-11 dalla presenza di sintomi somatici che causano disagio all'individuo e da un'attenzione eccessiva rivolta verso i sintomi, che può manifestarsi in ripetuti contatti con personale sanitario. Se una condizione medica causa o contribuisce all'insorgenza dei sintomi, l'entità dell'attenzione è chiaramente eccessiva in rapporto alla natura e alla progressione di tale condizione. L'attenzione eccessiva non è alleviata da appropriate valutazioni e indagini cliniche e da un'adeguata rassicurazione. I sintomi somatici e il disagio associato sono persistenti e si associano a una significativa compromissione del funzionamento sociale. Viene dunque eliminata la distinzione tra lamentele somatiche spiegabili e non spiegabili su base medica, e la condizione viene diagnosticata non, come nell'ICD-10, sulla base della mancanza di una caratteristica (una causa fisica o medica), ma sulla base di caratteristiche che debbono essere presenti, quali il disagio e i pensieri e comportamenti eccessivi[35].

Disturbi del controllo degli impulsi

I disturbi del controllo degli impulsi sono caratterizzati nella beta platform dell'ICD-11 dalla ripetuta incapacità di resistere all'impulso o alla spinta a compiere un atto che è gratificante per la persona, almeno a breve termine, nonostante i danni a lungo termine. Il comportamento causa marcato disagio o significativa compromissione del funzionamento personale, familiare, sociale, scolastico, lavorativo o in altre importanti aree. Il gioco d'azzardo patologico sarà inserito in questa sezione dell'ICD-11, anziché apparire tra i disturbi da dipendenza come nel DSM-5[36,37].

Disturbi di personalità

Nella beta platform dell'ICD-11, il disturbo di personalità è definito da un'alterazione relativamente persistente e pervasiva nel modo in cui gli individui esperiscono e interpretano se stessi, gli altri e il mondo, a cui conseguono modalità maladattative di funzionamento cognitivo, esperienza ed espressione emozionale e comportamento. Queste modalità maladattative sono relativamente inflessibili e si associano a problemi significativi nel funzionamento sociale che sono particolarmente evidenti nelle relazioni interpersonali. Il cambiamento più significativo rispetto all'ICD-10 e al DSM-5 è l'abolizione delle singole categorie di disturbo di personalità, mentre la classificazione primaria è effettuata sulla base di una singola dimensione di gravità. Il sistema delle categorie è sostituito da un sistema di domini monotetici (distaccato, dissociale, disinibito, anancastico), che è ancora oggetto di revisione[38-41].

CONCLUSIONI

Sono attualmente in corso *field studies* condotti via internet o in contesti clinici, finalizzati a validare la bozza delle descrizioni cliniche e direttive diagnostiche per i vari disturbi[42,43]. I *field studies* condotti via internet utilizzano una metodologia basata su *case vignettes* per esaminare il processo decisionale clinico in rapporto alle direttive diagnostiche proposte, e sono realizzati attraverso il GCPN. I *field studies* condotti in contesti clinici valutano la riproducibilità e l'utilità delle direttive diagnostiche nelle condizioni in cui la classificazione verrà utilizzata e si stanno svolgendo attraverso il WHO Network of International Field Study Centres.

L'utilità clinica della classificazione, nonostante sia stata considerata l'obiettivo primario delle precedenti edizioni dell'ICD così come del DSM-III e dei suoi successori[5,44,45], e sia stata spesso individuata come la priorità assoluta nei sistemi diagnostici[46,47] – per quanto non manchino punti di vista differenti a questo proposito[48-50] –, viene valutata sistematicamente per la prima volta in psichiatria nei suddetti *field studies* della bozza dell'ICD-11.

Nell'intera bozza, la descrizione delle caratteristiche essenziali dei vari disturbi mentali non contiene di solito le soglie specifiche riguardanti il numero e la durata dei sintomi che caratterizzano il DSM-III e i suoi successori. Al contrario, le direttive diagnostiche intendono conformarsi al modo in cui gli psichiatri attuano in realtà le diagnosi nella pratica ordinaria, cioè attraverso l'esercizio flessibile del giudizio clinico[5,51,52].

La possibilità di un'interazione tra il processo di revisione dell'ICD e il progetto lanciato dal National Institute of Mental Health statunitense denominato *Research Domain Criteria* (RDoC) è attualmente oggetto di considerazione. Infatti, gli obiettivi principali dei due progetti (migliorare l'utilità clinica delle diagnosi psichiatriche nel caso dell'ICD; esplorare in modo innovativo le basi eziopatogenetiche della psicopatologia nel caso degli RDoC) possono essere considerati complementari, e molto può essere fatto per ridurre l'attuale divario tra i costrutti degli RDoC e i fenomeni clinici che gli psichiatri incontrano nella propria pratica ordinaria, specialmente nell'area delle psicosi[53-59].

BIBLIOGRAFIA

1. 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.
2. Chou D, Cottler S, Khosla R, Reed GM, Say L. Sexual health in the International Classification of Diseases (ICD): implications for measurement and beyond. Reprod Health Matters 2015; 23: 185-92.
3. Drescher J. Queer diagnoses revisited: the past and future of homosexuality and gender diagnoses in DSM and ICD. Int Rev Psychiatry 2015; 27: 386-95.
4. 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 2016; 15: 205-21.
5. First MB, Reed GM, Hyman SE, Saxena S. The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. World Psychiatry 2015; 14: 82-90.
6. Reed GM. Toward ICD-11: improving the clinical utility of WHO's International Classification of Mental Disorders. Prof Psychol Res Pract 2010; 41: 457-64.
7. Reed GM, First MB, Medina-Mora ME, Gureje O, Pike KM, Saxena S. Draft diagnostic guidelines for ICD-11 mental and behavioural disorders available for review and comment. World Psychiatry 2016; 15: 112-3.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.171 Mon, 30 Jun 2025, 23:26:37

8. Luciano M. The ICD-11 beta draft is available online. World Psychiatry 2015; 14: 375-6.
9. Sampogna G. ICD-11 symposia at the World Congress of Psychiatry. World Psychiatry 2015; 14: 110-2.
10. Gaebel W. Status of psychotic disorders in ICD-11. Schizophr Bull 2012; 38: 895-8.
11. Gaebel W, Zielasek J, Falkai P. Psychotic disorders in ICD-11. Die Psychiatrie 2015; 12: 71-6.
12. van Os J, Reininghaus U. Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. World Psychiatry 2016; 15: 118-24.
13. 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.
14. Parnas J. Henriksen MG. Epistemological error and the illusion of phenomenological continuity. World Psychiatry 2016; 15: 126-7.
15. Tandon R. Conceptualizing psychotic disorders: don't throw the baby out with the bathwater. World Psychiatry 2016; 15: 133-4.
16. 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.
17. 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.
18. Yung AR, Lin A. Psychotic experiences and their significance. World Psychiatry 2016; 15: 130-1.
19. Schimmelmann BG, Michel C, Martz-Irngartinger A, Linder C, Schultze-Lutter F. 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.
20. Maj M. Mood disorders in ICD-11 and DSM-5. A brief overview. Die Psychiatrie 2013; 10: 24-9.
21. 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.
22. Miller S, Suppes T, Mintz J, et al. Mixed depression in bipolar disorder: prevalence rate and clinical correlates during naturalistic follow-up in the Stanley Bipolar Network. Am J Psychiatry 2016; 173: 1015-23.
23. 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.
24. 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.
25. Kogan CS, Stein DJ, Maj M, First MB, Emmelkamp PMG, Reed GM. The classification of anxiety and fear-related disorders in the ICD-11. Depress Anxiety 2016; 33: 1141-54.
26. 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.
27. Silove D, Manicavasagar V, Pini S. Can separation anxiety disorder escape its attachment to childhood? World Psychiatry 2016; 15: 113-5.
28. 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.
29. Cloitre M, Garvert DW, Brewin CR, Bryant RA, Maercker A. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. Eur J Psychotraumatol 2013; 4. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.20706.
30. Bryant RA. Prolonged grief: where to after Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition? Curr Opin Psychiatry 2014; 27: 21-6.
31. Glaesmer H, Romppel M, Brähler E, Hinz A, Maercker A. Adjustment disorder as proposed for ICD-11: dimensionality and symptom differentiation. Psychiatry Res 2015; 229: 940-8.
32. Maciejewski PK, Maercker A, Boelen PA, Prigerson HG. "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.
33. 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 2016; 16: 109-27.
34. 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.
35. Gureje O, Reed GM. Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects. World Psychiatry 2016; 15: 291-2.
36. Grant JE, Atmaca M, Fineberg NA, et al. Impulse control disorders and "behavioural addictions". World Psychiatry 2014; 13: 125-7.
37. Mann K, Fauth-Bühler M, Higuchi S, Potenza MN, Saunders JG. Pathological gambling: a behavioral addiction. World Psychiatry 2016; 15: 297-8.
38. Tyrer P, Crawford M, Mulder R, on behalf of the ICD-11 Working Group for the Revision of Classification of Personality Disorders. Reclassifying personality disorders. Lancet 2011; 377: 1814-5.
39. Kim YR, Blashfield R, Tyrer P, Hwang ST, Lee HS. Field trial of a putative research algorithm for diagnosing ICD-11 personality disorders in psychiatric patients: 1. Severity of personality disturbance. Personal Ment Health 2014; 8: 67-78.
40. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence and effect of personality disorder. Lancet 2015; 385: 717-26.
41. Kim YR, Tyrer P, Lee HS, et al. Preliminary field trial of a putative research algorithm for diagnosing ICD-11 personality disorders in psychiatric patients: 2. Proposed trait domains. Personal Ment Health 2015; 9: 298-307.
42. 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.
43. 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 2016; 71: 3-16.
44. First MB. Clinical utility in the revision of the Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Prof Psychol Res Pract 2010; 41: 465-73.
45. First MB, Bhat V, Adler D, et al. How do clinicians actually use the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders in clinical practice and why we need to know more. J Nerv Ment Dis 2014; 202: 841-4.
46. Jablensky A. Psychiatric classifications: validity and utility. World Psychiatry 2016; 15: 26-31.
47. Frances A. A report card on the utility of psychiatric diagnosis. World Psychiatry 2016; 15: 32-3.
48. Wakefield JC. Against utility. World Psychiatry 2016; 15: 33-4.
49. Ghaemi SN. Utility without validity is useless. World Psychiatry 2016; 15: 35-6.
50. Bolton D. We need science to be useful too. World Psychiatry 2016; 15: 37-8.
51. Parnas J, Bovet P. Psychiatry made easy: operation(al)ism and some of its consequences. In: Kendler KS, Parnas J (eds). Philosophical issues in psychiatry III: the nature and sources of historical change. Oxford: Oxford University Press, 2014.
52. Parnas J. Differential diagnosis and current polythetic classification. World Psychiatry 2015; 14: 284-7.
53. Berenbaum H. Classification and psychopathology research. J Abnorm Psychol 2013; 122: 894-901.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.171 Mon, 30 Jun 2025, 23:26:37

54. Maj M. Narrowing the gap between ICD/DSM and RDoC constructs: possible steps and caveats. World Psychiatry 2016; 15: 193-4.
55. Sharp C, Fowler JC, Salas R, et al. Operationalizing NIMH Research Domain Criteria (RDoC) in naturalistic clinical settings. Bull Menninger Clin 2016; 80: 187-212.
56. Sanislow CA. Updating the Research Domain Criteria. World Psychiatry 2016; 15: 222-3.
57. Ivleva EI, Clementz BA, Dutcher AM, et al. Brain structure biomarkers in the psychosis biotypes: findings from the Bipolar-Schizophrenia Network for Intermediate Phenotypes. Biol Psychiatry 2016 Aug 31; pii: S0006-3223(16)32738-X.
58. Sabharwal A, Szekely A, Kotov R, et al. Transdiagnostic neural markers of emotion-cognition interaction in psychotic disorders. J Abnorm Psychol 2016; 125: 907-22.
59. Frangou S, Schwarz E, Meyer-Lindenberg A, and the IMAGEMEND Consortium. Identifying multimodal signatures associated with symptom clusters: the example of the IMAGEMEND project. World Psychiatry 2016; 15: 179-80.