

ICD-11

Andreas Maercker

Unter besonderer
Mitarbeit von
Leandra Rebsamen

ICD-11: Kulturelle Psychiatrie und Psychotherapie

ICD-11: Kulturelle Psychiatrie und Psychotherapie

ICD-11: Kulturelle Psychiatrie und Psychotherapie

Andreas Maercker

Programmbereich Psychiatrie und Psychotherapie

Andreas Maercker

ICD-11: Kulturelle Psychiatrie und Psychotherapie

Unter besonderer Mitarbeit von Leandra Rebsamen

Autorenkontakt

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 <https://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 Verlags 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

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
Redaktionelle Bearbeitung: Dr. Antje Merz-Schönflug, Eitelborn
Herstellung: Daniel Berger
Umschlaggestaltung: Hogrefe AG, Bern
Satz: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Schleunungdruck GmbH, Marktheidenfeld
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

© 2027 Hogrefe AG, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96448-5)

(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-76448-1)

ISBN 978-3-456-86448-8

<https://doi.org/10.1024/86448-000>

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 zwingender 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	15
Einleitung	17
1 Neuromentale Entwicklungsstörungen	23
1.1 Störungen der Intelligenzentwicklung (6A00)	23
1.1.1 Kernsymptome und -kennzeichen	23
1.1.2 WHO- und weitere narrative Beschreibungen	23
1.2 Störungen der Sprech- oder Sprachentwicklung (6A01)	25
1.2.1 Kernsymptome und -kennzeichen	25
1.3 Autismus-Spektrum-Störung (6A02)	25
1.3.1 Kernsymptome und -kennzeichnen	25
1.3.2 WHO- und weitere narrative Beschreibungen	25
1.4 Lernentwicklungsstörung (6A03)	26
1.4.1 Kernsymptome und -kennzeichen	26
1.4.2 WHO- und weitere narrative Beschreibungen	26
1.5 Entwicklungsstörung der motorischen Koordination (6A04)	27
1.5.1 Kernsymptome und -kennzeichen	27
1.6 Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (6A05)	27
1.6.1 Kernsymptome und -kennzeichen	27
1.6.2 WHO- und weitere narrative Beschreibungen	27
1.7 Stereotype Bewegungsstörung (6A06)	28
1.7.1 Kernsymptome und -kennzeichen	28
1.8 Primäre Tics oder Ticstörungen (8A05.0)	29
1.8.1 Kernsymptome und -kennzeichen	29
1.9 Tourette-Syndrom (8A05.00)	29
1.9.1 Kernsymptome und -kennzeichen	29
1.9.2 WHO- und weitere narrative Beschreibungen	29
1.10 Chronisch-motorische Ticstörung (8A05.01)/chronisch-phonische Ticstörung (8A05.02)	29
1.10.1 Kernsymptome und -kennzeichen	29
1.10.2 WHO- und weitere narrative Beschreibungen	30
1.11 Synopsen zu den neuromentalen Entwicklungsstörungen	30

2	Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen	35
2.1	Schizophrenie (6A20)	35
2.1.1	Kernsymptome und -kennzeichen	35
2.1.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	36
2.2	Schizoaffective Störung (6A21)	38
2.2.1	Kernsymptome und -kennzeichen	38
2.2.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	38
2.3	Schizotype Störung (6A22)	39
2.3.1	Kernsymptome und -kennzeichen	39
2.3.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	39
2.4	Akute und vorübergehende psychotische Störung (6A23)	40
2.4.1	Kernsymptome und -kennzeichen	40
2.4.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	40
2.5	Wahnhafte Störung (6A24)	40
2.5.1	Kernsymptome und -kennzeichen	40
2.5.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	40
2.6	Synopsen zur Schizophrenie und anderen primären psychotischen Störungen	41
3	Katatonie	45
3.1	Katatonie in Verbindung mit einer anderen psychischen Störung (6A40)	45
3.1.1	Kernsymptome und -kennzeichen	45
3.1.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	45
3.2	Katatonie durch Substanzen oder Medikamente (6A41)	45
3.2.1	Kernsymptome und -kennzeichen	45
3.3	Sekundäres katatonies Syndrom (6E69)	46
3.3.1	Kernsymptome und -kennzeichen	46
3.4	Synopse zur Katatonie	46
4	Affektive Störungen	47
4.1	Bipolare Störung Typ I und Typ II (6A60/6A61)	47
4.1.1	Kernsymptome und -kennzeichen	47
4.1.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	48
4.2	Zyklothyme Störung (6A62)	49
4.2.1	Kernsymptome und -kennzeichen	49
4.2.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	49
4.3	Depressive Störung mit Einzelepisoden (6A70)	50
4.3.1	Kernsymptome und -kennzeichen	50
4.3.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	50
4.4	Dysthyme Störung (6A72)	55
4.4.1	Kernsymptome und -kennzeichen	55

4.4.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	55
4.5	Gemischte depressive Störung und Angststörung (6A73)	55
4.5.1	Kernsymptome und -kennzeichen	55
4.5.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	55
4.6	Synopsen zu den affektiven Störungen	55
5	Angst- oder furchtbezogene Störungen	59
5.1	Generalisierte Angststörung (6B00)	59
5.1.1	Kernsymptome und -kennzeichen	59
5.1.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	60
5.2	Panikstörung (6B01)	61
5.2.1	Kernsymptome und -kennzeichen	61
5.2.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	61
5.3	Agoraphobie (6B02)	62
5.3.1	Kernsymptome und -kennzeichen	62
5.3.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	62
5.4	Spezifische Phobie (6B03)	63
5.4.1	Kernsymptome und -kennzeichen	63
5.4.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	63
5.5	Soziale Angststörung (6B04)	63
5.5.1	Kernsymptome und -kennzeichen	63
5.5.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	64
5.6	Störung mit Trennungsangst (6B05)	64
5.6.1	Kernsymptome und -kennzeichen	64
5.6.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	65
5.7	Selektiver Mutismus (6B06)	65
5.7.1	Kernsymptome und -kennzeichen	65
5.7.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	65
5.8	Synopsen zu den Angststörungen	65
6	Zwangsstörung oder verwandte Störungen	71
6.1	Zwangsstörung (6B20)	71
6.1.1	Kernsymptome und -kennzeichen	71
6.1.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	71
6.2	Körperdysmorphie Störung (6B21)	74
6.2.1	Kernsymptome und -kennzeichen	74
6.2.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	74
6.3	Olfaktorische Referenzstörung (6B22)	75
6.3.1	Kernsymptome und -kennzeichen	75
6.3.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	75

6.4	Krankheitsangststörung (6B23)	76
6.4.1	Kernsymptome und -kennzeichen	76
6.4.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	76
6.5	Pathologisches Horten (6B24)	76
6.5.1	Kernsymptome und -kennzeichen	76
6.5.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	76
6.6	Körperbezogene repetitive Verhaltensstörungen (6B25)	77
6.6.1	Kernsymptome und -kennzeichen	77
6.7	Synopsen zu den Zwangsstörungen	77
7	Spezifisch belastungsassoziierte Störungen	83
7.1	Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (6B40)	84
7.1.1	Kernsymptome und -kennzeichen	84
7.1.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	84
7.2	Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (6B41)	86
7.2.1	Kernsymptome und -kennzeichen	86
7.2.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	86
7.3	Anhaltende Trauerstörung (6B42)	88
7.3.1	Kernsymptome und -kennzeichen	88
7.3.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	88
7.4	Anpassungsstörung (6B43)	91
7.4.1	Kernsymptome und -kennzeichen	91
7.4.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	91
7.5	Reaktive Bindungsstörung (6B44)	92
7.5.1	Kernsymptome und -kennzeichen	92
7.6	Störung der sozialen Bindung mit enthemmtem Verhalten (6B45)	92
7.6.1	Kernsymptome und -kennzeichen	92
7.7	Synopsen zu den belastungsassoziierten Störungen	93
8	Dissoziative Störungen	95
8.1	Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen (6B60)	95
8.1.1	Kernsymptome und -kennzeichen	95
8.1.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	95
8.2	Dissoziative Amnesie (6B61)	96
8.2.1	Kernsymptome und -kennzeichen	96
8.2.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	96
8.3	Trance-Störung (6B62)/Besessenheits-Trance-Störung (6B63)	97
8.3.1	Kernsymptome und -kennzeichen	97
8.3.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	97
8.4	Dissoziative Identitätsstörung (6B64)	98

8.4.1	Kernsymptome und -kennzeichen	98
8.4.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	98
8.5	Partielle dissoziative Identitätsstörung (6B65)	99
8.5.1	Kernsymptome und -kennzeichen	99
8.5.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	99
8.6	Depersonalisations-Derealisationsstörung (6B66)	100
8.6.1	Kernsymptome und -kennzeichen	100
8.6.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	100
8.7	Synopsen zu den dissoziativen Störungen	101
9	Fütter- oder Essstörung	105
9.1	Anorexia nervosa (6B80)	105
9.1.1	Kernsymptome und -kennzeichen	105
9.1.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	105
9.2	Bulimia nervosa (6B81)	107
9.2.1	Kernsymptome und -kennzeichen	107
9.2.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	107
9.3	Binge-Eating-Störung (6B82)	108
9.3.1	Kernsymptome und -kennzeichen	108
9.3.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	109
9.4	Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme (6B83)	110
9.4.1	Kernsymptome und -kennzeichen	110
9.4.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	110
9.5	Pica (6B84)	110
9.5.1	Kernsymptome und -kennzeichen	110
9.5.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	111
9.6	Ruminations-Regurgitationsstörung (6B85)	111
9.6.1	Kernsymptome und -kennzeichen	111
9.6.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	111
9.7	Synopsen zu den Essstörungen	112
10	Ausscheidungsstörungen	115
10.1	Enuresis (6C00)	115
10.1.1	Kernsymptome und -kennzeichen	115
10.1.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	115
10.2	Enkopresis (6C01)	115
10.2.1	Kernsymptome und -kennzeichen	115
10.3	Synopse zu den Ausscheidungsstörungen	115

11	Somatische Belastungsstörung oder Störungen der Körpererfahrung	117
11.1	Somatische Belastungsstörung (6C20)	117
11.1.1	Kernsymptome und -kennzeichen	117
11.1.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	117
11.2	Körperintegritätsdysphorie (6C21)	120
11.2.1	Kernsymptome und -kennzeichen	120
11.2.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	120
11.3	Synopsen zur somatischen Belastungsstörung	121
12	Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltenssüchte	123
12.1	Störungen durch Substanzgebrauch	123
12.1.1	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	123
12.2	Störungen durch Alkohol (6C40)	125
12.2.1	Kernsymptome und -kennzeichen	125
12.2.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	125
12.3	Störungen durch Cannabis (6C41)	126
12.3.1	Kernsymptome und -kennzeichen	126
12.3.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	126
12.4	Störungen durch synthetische Cannabinoide (6C42)	127
12.4.1	Kernsymptome und -kennzeichen	127
12.5	Störungen durch Opioide (6C43)	127
12.5.1	Kernsymptome und -kennzeichen	127
12.5.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	127
12.6	Störungen durch Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika (6C44)	128
12.6.1	Kernsymptome und -kennzeichen	128
12.7	Störungen durch Kokain (6C45)	128
12.7.1	Kernsymptome und -kennzeichen	128
12.8	Störungen durch Stimulanzien, einschließlich Amphetamine, Metamphetamin oder Methcathinon (6C46)	128
12.8.1	Kernsymptome und -kennzeichen	128
12.9	Störungen durch synthetische Cathinone (6C47)	129
12.9.1	Kernsymptome und -kennzeichen	129
12.9.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	129
12.10	Störungen durch Koffein (6C48)	129
12.10.1	Kernsymptome und -kennzeichen	129
12.10.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	130
12.11	Störungen durch Halluzinogene (6C49)	131
12.11.1	Kernsymptome und -kennzeichen	131
12.12	Störungen durch Nikotin (6C4A)	131

12.12.1	Kernsymptome und -kennzeichen	131
12.12.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	131
12.13	Störungen durch volatile Inhalanzen (6C4B)	133
12.13.1	Kernsymptome und -kennzeichen	133
12.14	Störungen durch MDMA (Methylendioxyethylamphetamin) oder verwandte Substanzen (6C4C)	133
12.14.1	Kernsymptome und -kennzeichen	133
12.15	Störungen durch Dissoziativa, einschließlich Ketamin oder PCP (Phencyclidin) (6C4D)	133
12.15.1	Kernsymptome und -kennzeichen	133
12.16	Zustands-Deskriptor: Substanzintoxikation	134
12.16.1	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	134
12.17	Verhaltenssüchte: Glücksspielerkrankung (6C50)	134
12.17.1	Kernsymptome und -kennzeichen	134
12.17.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	135
12.18	Computerspielerkrankung (6C51)	135
12.18.1	Kernsymptome und -kennzeichen	135
12.19	Synopsen zu den Süchten	135
13	Störungen der Impulskontrolle	139
13.1	Pyromanie (6C70)	139
13.1.1	Kernsymptome und -kennzeichen	139
13.2	Kleptomanie (6C71)	139
13.2.1	Kernsymptome und -kennzeichen	139
13.3	Zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung (6C72)	139
13.3.1	Kernsymptome und -kennzeichen	139
13.3.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	140
13.4	Intermittierende explosible Störung (6C73)	140
13.4.1	Kernsymptome und -kennzeichen	140
13.4.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	140
13.5	Synopsen zu den Störungen der Impulskontrolle	141
14	Disruptives Verhalten oder dissoziale Störungen	145
14.1	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufässigem Verhalten (6C90)	145
14.1.1	Kernsymptome und -kennzeichen	145
14.1.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	145
14.2	Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten (6C91)	146
14.2.1	Kernsymptome und -kennzeichen	146
14.2.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	147

14.3	Synopsen zu den dissozialen Störungen	147
15	Persönlichkeitsstörungen und zugehörige Persönlichkeitsmerkmale	151
15.1	Persönlichkeitsstörung (6D10) und ausgeprägte Persönlichkeitsmerkmale oder -muster (6D11)	152
15.1.1	Kernsymptome und -kennzeichen	152
15.1.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	152
15.2	Synopsen zu den Persönlichkeitsstörungen	155
16	Paraphile Störungen	159
16.1	Exhibitionistische Störung (6D30)	159
16.1.1	Kernsymptome und -kennzeichen	159
16.1.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	159
16.2	Voyeuristische Störung (6D31)	159
16.2.1	Kernsymptome und -kennzeichen	159
16.3	Pädophile Störung (6D32)	160
16.3.1	Kernsymptome und -kennzeichen	160
16.3.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	160
16.4	Sexuell-sadistische Störung unter Ausübung von Zwang (6D33)	160
16.4.1	Kernsymptome und -kennzeichen	160
16.5	Frotteuristische Störung (6D34)	161
16.5.1	Kernsymptome und -kennzeichen	161
16.6	Synopsen zu den paraphilen Störungen	161
17	Artifizielle Störungen	163
17.1	Artifizielle Störung an sich selbst (6D50)	163
17.1.1	Kernsymptome und -kennzeichen	163
17.2	Artifizielle Störung, auf andere gerichtet (6D51)	163
17.2.1	Kernsymptome und -kennzeichen	163
18	Neurokognitive Störungen	165
18.1	Delir (6D70)	166
18.1.1	Kernsymptome und -kennzeichen	166
18.1.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	166
18.2	Leichtgradige neurokognitive Störung (6D71)	166
18.2.1	Kernsymptome und -kennzeichen	166
18.3	Amnestische Störung (6D72)	167
18.3.1	Kernsymptome und -kennzeichen	167
18.4	Demenzen (6D80 bis 6D85)	167

18.4.1	Kernsymptome und -kennzeichen	167
18.4.2	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	167
18.5	Verhaltensstörungen oder psychologische Störungen bei Demenz (6D86)	169
18.5.1	Kernsymptome und -kennzeichen	169
18.6	Synopsen zu den neurokognitiven Störungen	169
19	Psychische Störungen oder Verhaltensstörungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett	175
20	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren, die anderenorts klassifizierte Störungen oder Erkrankungen beeinflussen	177
20.1	Psychische Störung (6E40.0)/psychologische Symptome (6E40.01) bei anderenorts klassifizierten Störungen oder Erkrankungen	177
20.1.1	WHO- und weitere narrative Beschreibungen	177
Anhang		179
21	Kulturelle Idiome und Syndrome (kulturell gebundene Leidenskonzepte)	181
Literatur		187
Sachwortverzeichnis		197

Geleitwort

Weltweit steht die Psychiatrie in einer sich rasch wandelnden Welt vor zahlreichen Herausforderungen: Einerseits entwickelt sich unser Wissen über die biologischen Grundlagen psychischer Erkrankungen mit hoher Geschwindigkeit. Neurowissenschaften, Genetik, digitale Medizin und Verfahren der künstlichen Intelligenz eröffnen neue Möglichkeiten für Diagnostik, Prognose und Therapie. Andererseits wird immer deutlicher, dass psychische Erkrankungen nur dann wirklich verstanden werden können, wenn sie im Kontext der individuellen Lebensgeschichte sowie ihres sozialen und vor allem kulturellen Umfeldes betrachtet werden. Wissenschaftlicher Fortschritt und kulturelle Sensibilität stehen nicht mehr im Widerspruch, sondern bilden zwei sich ergänzende Voraussetzungen moderner Psychiatrie.

Unsere Gesellschaft verändert sich tiefgreifend. Migration, Flucht, Globalisierung, Klimakrisen, geopolitische Konflikte und digitale Transformation prägen die Lebensrealitäten vieler Menschen. Gleichzeitig wachsen kulturelle Vielfalt und unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit und Heilung. Diese Entwicklungen stellen hohe Anforderungen an psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungssysteme. Sie verlangen diagnostische Konzepte, die wissenschaftlich belastbar sind und zugleich der kulturellen Diversität unserer Patientinnen und Patienten gerecht werden.

Mit der ICD-11 hat die Weltgesundheitsorganisation einen wichtigen Schritt in diese Richtung unternommen. Erstmals werden kulturelle Aspekte psychischer Erkrankungen systematisch in den klinischen Beschreibungen und diagnostischen Empfehlungen berücksichtigt. Dies ist Ausdruck eines Paradigmenwechsels: Psychische Störungen werden nicht mehr ausschließlich als universelle Krankheitsentitäten verstanden, sondern als Phänomene, deren Ausdruck, Bedeutung und klinische Präsentation wesentlich durch kulturelle und gesellschaftliche Kontexte mitgeprägt werden.

Gleichwohl darf die ICD-11 nicht als abschließende Antwort verstanden werden. Klassifikationssysteme schaffen notwendige Orientierung, sie können die Komplexität menschlichen Erlebens jedoch niemals vollständig abbilden. Kultur ist kein statisches Merkmal einzelner Bevölkerungsgruppen, sondern ein dynamischer Prozess, der sich durch Migration, Mehrfachzugehörigkeiten, Digitalisierung und gesellschaftlichen Wandel kontinuierlich verändert. Die Herausforderung der kommenden Jahre wird deshalb nicht allein darin bestehen, Diagnosen

präziser zu definieren, sondern diagnostische Systeme kontinuierlich an neue wissenschaftliche Erkenntnisse und gesellschaftliche Entwicklungen anzupassen.

Andreas Maercker zählt seit vielen Jahren zu den international prägenden Persönlichkeiten der kulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Kaum ein anderer Wissenschaftler hat dazu beigetragen, kulturelle Aspekte psychischer Erkrankungen systematisch in Forschung, Diagnostik und klinische Versorgung zu integrieren. Mit diesem wichtigen Buch gelingt ihm (gemeinsam mit Leandra Rebsamen) eine beeindruckende Verbindung zwischen der häufig allzu technisch verstandenen ICD-11, den Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements der WHO sowie dem aktuellen Forschungsstand der kulturellen Psychiatrie.

Besonders hervorzuheben ist der konsequent praxisorientierte Aufbau. Die Darstellung der einzelnen Diagnosegruppen beschränkt sich nicht auf theoretische Überlegungen, sondern vermittelt konkrete Orientierung für die klinische Arbeit. Die Kombination aus ICD-11-Kernsymptomen, WHO-Beschreibungen, narrativen Ergänzungen und übersichtlichen Synopsen macht dieses Werk zu einem wertvollen Begleiter für Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen sowie alle Berufsgruppen, die Menschen mit psychischen Erkrankungen behandeln.

Bemerkenswert erscheint zudem der transparente Umgang mit neuen wissenschaftlichen Werkzeugen. Die Autoren legen offen dar, in welchen Bereichen künstliche Intelligenz die Literaturlaufbereitung unterstützt hat und wo weiterhin ausschließlich wissenschaftliche Bewertung und klinische Expertise maßgeblich bleiben. Gerade diese Offenheit verdeutlicht, wie verantwortungsvoller Einsatz neuer Technologien aussehen kann: KI unterstützt wissenschaftliche Arbeit, ersetzt sie aber nicht. Empathie, klinische Erfahrung, ethische Reflexion und die therapeutische Beziehung bleiben die Grundlage psychiatrischen Handelns.

Ich habe das Buch mit Freude und großem Interesse gelesen und wünsche ihm eine breite Verbreitung. Es kann dazu beitragen, ICD-11 nicht nur anzuwenden, sondern ihre Limitationen zu erkennen, Möglichkeiten kritisch weiterzuentwickeln und die kulturelle Kompetenz in Psychiatrie und Psychotherapie nachhaltig zu stärken. Damit leistet es einen wichtigen Beitrag zu einer patientenzentrierten, wissenschaftlich fundierten und zukunftsorientierten psychiatrischen Versorgung.

Andreas Maercker erinnert uns daran, dass hinter jeder Diagnose ein Mensch steht: mit einer individuellen Biografie, einer persönlichen Geschichte und einem kulturellen Hintergrund, der für das Verständnis seines Leidens ebenso bedeutsam ist wie biologische oder psychopathologische Befunde. Eine Präzisionspsychiatrie der Zukunft darf daher nicht nur alleine biologisch präzise, sondern muss ebenso kulturell präzise sein. Und das ist vielleicht die bedeutsamste Botschaft des Buches.

Prof. Dr. Malek Bajbouj, Berlin

Einleitung

Psychische Störungen können sich bei Menschen aus unterschiedlichen Kulturkreisen verschieden äußern. Das ist eine Erfahrung, die alle im Gesundheitswesen Tätigen schon mehr oder weniger häufig gemacht haben. Ein für alle gleiches „Universalkonzept“ des Diagnostizierens und Therapierens gibt es im Bereich psychischer Störungen nicht. Einen grundlegenden Erklärungsrahmen dafür bietet die bio-psycho-*soziale* Perspektive, die spätestens seit den 1990er-Jahren für die Psychiatrie und Psychotherapie ganz allgemein verbreitet wurde. Hinter dem Begriff *sozial* dieser Perspektive stecken nicht nur demografische Faktoren, sondern auch kulturelle, also auf tradierten Verhaltensweisen und Wertvorstellungen beruhende Unterschiede im Wahrnehmen, Denken, Fühlen, Handeln und Sozialverhalten. Seit den 2010er-Jahren wird deshalb an vielen Stellen konsequenterweise von einer biopsychosozial-*kulturellen* Perspektive geschrieben.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in ihrer Revision des ICD-Krankheitsklassifikationssystems zur 11. Fassung (ICD-11; ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), die 2019 abgeschlossen wurde, den kulturellen Aspekten psychischer, Verhaltens- und neuromentaler Entwicklungsstörungen (Kapitel 06) breiten Raum eingeräumt. Die WHO vertritt alle Weltregionen – und zum ersten Mal überhaupt waren bei dieser Revision in fast allen der ICD-Revisions-Arbeitsgruppen klinisch Tätige aus allen Weltregionen dabei. Dies erweiterte die Perspektive ganz wesentlich. Zwar sind die einzelnen Diagnosen (noch) universalistisch definiert, doch rückte die kulturelle Perspektive viele klinisch wichtige weitere Aspekte in den Fokus, um Personen aus nicht westlichen Kulturkreisen angemessen diagnostizieren und therapieren zu können. Daher wurden im zweiten Teil der ICD-Diagnose-Definitionen, die „*Klinischen Beschreibungen und diagnostischen Empfehlungen*“ (engl. Clinical Descriptions and Diagnostic Recommendations: CDDR) entwickelt.

Das vorliegende Buchkonzept ist um das reiche Material, das die CDDR bieten, herum entwickelt worden. Dieses Material ist entstanden aus der gründlichen Sichtung der verfügbaren Literatur aus allen Weltregionen sowie der ausführlichen Diskussion durch die international repräsentativ ausgewählten klinischen Expertinnen und Experten im ICD-Revisionsprozess. Es ist es wert, der deutschsprachigen Leserschaft in einer eigenen Publikation zur Verfügung gestellt zu werden.

Wie ist das vorliegende Buch organisiert? In bewährter Weise für vornehmlich die Diagnostik unterstützende Kompendien wurde eine strikte Kapitelzählung der Unterkapitel des Kapitels 06 „Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuromentale Entwicklungsstörungen“ übernommen. Diese wurde allerdings vereinfacht, indem die Unterkapitel von 1 (Neuromentale Entwicklungsstörungen) bis 19 (Psychische oder Verhaltensstörungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) durchnummeriert wurden. Dies entspricht jedoch nicht den historisch gewachsenen Kodierungsnummern für das Abrechnungssystem im Gesundheitswesen, da diese im entsprechenden Kapitel mit 6A00 beginnen und mit 6E20 enden. Die gültigen ICD-11-Codes werden in den Kapitelüberschriften aber jeweils angegeben.

In jedem Kapitel des vorliegenden Buches werden dann, wenn verfügbar, folgende Abschnitte und Tabellen präsentiert:

- **Kernsymptome und -kennzeichen:** Hier handelt es sich um eine ultrakurze Repetition aus dem Diagnosebereich des ICD-11, die meist nur ein bis zwei Leitsymptome umfasst. Zum einen wird vorausgesetzt, dass die allermeisten Leserinnen und Leser mit den „universalistischen“ ICD-11-Diagnosen vertraut sind, zum anderen sind diese leicht auffindig zu machen auf den (kostenfreien) Websites der WHO oder des deutschsprachigen BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2026): https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html
- **WHO- und weitere narrative Beschreibungen:**
 - CDDR des ICD-11: Hier stehen alle wesentlichen Inhalte der Texte zu den „kulturbezogenen Merkmalen“, wie sie auf Englisch dem von der WHO frei elektronisch oder gebunden zur Verfügung gestellten, oben erwähnten Ergänzungsmaterial – den CDDR (WHO, 2024) – entnommen wurden.
 - Narrative Beschreibung: Dies sind weiterführende Überblicke zu den transkulturellen Aspekten der Diagnosen – wie diese zusammengestellt wurden, wird im nächsten Abschnitt erläutert.
- **Synopsen zu den Diagnosen des Kapitels:**
 - Tabelle 1: Das Cultural Formulation Interview und die Diagnosegruppe – auch dazu folgen weiter unten erklärende Erläuterungen.
 - Tabelle 2: Zusammenfassung der narrativen Informationen zu kulturspezifischen Symptomen und kultureller Hintergrund/Hinweise – hier wurden den CDDR-Abschnitten zu kulturbezogenen Merkmalen und den narrativen Beschreibungen Stichworte entnommen und tabellarisch zusammengestellt.

Die narrativen Beschreibungen als Zusätze zu den CDDR-Abschnitten des ICD-11: Wie bereits angedeutet, hat im Entwicklungsprozess des Kapitels 06 des ICD-11 die Recherche- und Formulierungsarbeit der Abschnitte zu den „kulturbezogenen Merkmalen“ relativ viel Zeit und Raum eingenommen. Dennoch gibt es nicht für alle der 19 Kapitel und zugehörigen Unterkapitel des vorliegenden Buches explizite Abschnitte dazu. Das fängt schon im Kapitel 1, den neuromentalen Entwicklungsstörungen, an und zieht sich dann durch einzelne Abschnitte aller folgenden Kapitel. Außerdem sind die CDDR-Abschnitte doch meist sehr komprimiert formuliert. Daher wurden diesen im vorliegenden Buch immer dann, wenn es praktikabel war und weil es Literatur zur kulturellen Unterschiedlichkeit der behandelten Einzeldiagnosen gibt, die Abschnitte „Narrative Beschreibung“ zur Seite gestellt.

Das Material dazu stammt aus verschiedenen Quellen. Ganz zuvorderst muss das Werk „Textbook of Cultural Psychiatry“ der Kollegen Professor Dinesh Bhugra und Professor Kamaldeep Bhui gewürdigt werden (Bhugra & Bui, 2018). Freundlicherweise hat Professor Bhugra, Emeritus Professor of Mental Health and Cultural Diversity am Kings-College in London und früherer Präsident der World Psychiatric Association, den Autor des vorliegenden Buches ermuntert, dieses Werk für Ergänzungen der CDDR-Beschreibungen heranzuziehen, wann immer dies möglich war. Dieses Lehrbuch deckt die großen Störungsbilder ab, nämlich Schizophrenie, affektive Störungen, Zwangsstörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Störungen im Kinder- und Jugendalter sowie Störungen im höheren Lebensalter. Beide Autoren, Prof. Bhugra ursprünglich aus Indien und Prof. Bhui ursprünglich aus Kenia, waren ein ideales Team, um viele internationale Expert*innen zu versammeln und das vorhandene Wissen zu kondensieren (1. Auflage 2007).

Für viele andere Diagnosegruppen, die im beschriebenen Buch nicht bearbeitet wurden (wie z. B. angst- und furchtbezogene Störungen, dissoziative Störungen) mussten die Inhalte für die Abschnitte „Narrative Beschreibung“ selbst zusammengetragen werden. Wenn immer möglich wurden dazu narrative oder systematische Überblicksarbeiten herangezogen. Davon gibt es allerdings immer noch nicht sehr viele, weil die (trans)kulturelle Psychiatrie und klinische Psychologie diese Störungsgruppen noch nicht so sehr im Fokus hat.

Im Falle fehlender Vorübersichtsarbeiten wurde in diesem Buch – erstmals für den Autor und seine mithelfende Ko-Autorin – die Künstliche Intelligenz herangezogen. Diese neue Form der Literatursuche und -aufbereitung schien ein im vorliegenden Fall angemessener Weg zu sein, die Breite des gesammelten Wissens in der Literatur zu überschauen (bei gleichzeitiger rigoroser Prüfung der Angaben durch die Durchsicht der jeweiligen Originalarbeiten). Noch einmal sei betont: Dieses Vorgehen wurde nur gewählt, wenn Übersichtsarbeiten oder pro-

minent publizierte Originalarbeiten fehlten. Auch die beiden Tabellen der Synopsen-Abschnitte aller Kapitel wurden in diesem Fall mittels KI erstellt – jedoch ausschließlich aus den voranstehenden Texten der Abschnitte „CDDR der ICD-11“ und „Narrative Beschreibung“.

Es mag Kritikerinnen und Kritiker geben, die den teilweisen Einsatz von KI in einem solchen Buchprojekt für unangemessen halten. Im Buch wird versucht, durch das Transparentmachen der Vorgehensweisen diese Bedenken zu entschärfen. Die synthetische Arbeit, insbesondere für die sich durch das Buch ziehenden beiden Tabellentypen, konnte dadurch in einem angemessenen Aufwand-Nutzen-Verhältnis gehalten werden. Die Auswahl, Prüfung, wissenschaftliche Bewertung und Endredaktion sämtlicher Inhalte erfolgten durch den Autor.

Das Cultural Formulation Interview im Tabellentyp 1 der Kapitel: Dieses klinische Interview ist in den letzten beiden Jahrzehnten für eine kultursensible Diagnostik und Behandlungsplanung entwickelt worden (Lewis-Fernández et al., 2014). Es wurde in die Buchausgaben des DSM-5 aufgenommen und kann als eine Pioniertat der kulturellen Psychiatrie und Psychotherapie angesehen werden. In 16 Abschnitten werden in diesem klinischen Interview drei Domänen wichtigen klinischen Wissens erfragt, die die therapeutische Allianz verbessern sollen. Klinisch Tätige mit einer westlichen Fachausbildung sollen damit die kulturellen Bedingungen des Lebens und die relevanten Gesundheitsüberzeugungen einer Patientin oder eines Patienten aus einer anderen Kultur erfassen können.

Kritiker*innen haben eingewandt, dass das Cultural Formulation Interview (CFI) für die Durchführung in der täglichen Praxis zu lang ist, Redundanzen aufweisen kann – und dass damit seine klinische Nützlichkeit begrenzt bleibt (vgl. Aggarwal et al., 2020). Im vorliegenden Buch wird daher nur ein sehr komprimiertes Schema des CFI genutzt. Die drei Domänen des CFI (aus denen sich die 16 Interviewabschnitte ergeben) sind:

1. kulturelle Definition des Problems bzw. der Störung,
2. kulturelle Wahrnehmung von Ursachen, Kontext und Unterstützung (in der Fachliteratur auch *kulturelle Modelle* genannt) und
3. kulturelle Faktoren, die eigene Bewältigung und früheres Hilfesuchen betreffen.

Diese drei Domänen werden für den Zweck des vorliegenden Buches in den jeweiligen Tabellen 1 mit extrahierten Stichworten aus den vorhergehenden Materialien aufgefüllt. Wenn dies einzelne Symptome sind (wie z. B. bei der Schizophrenie-Diagnose der Größen- oder der religiöse Wahn), dann bedeutet das, dass in verschiedenen Kulturen ein Einzelsymptom schon für die ganze Störung

und ihre Wahrnehmung stehen kann – und die angegebenen Tabelleneinträge in der Literatur auch so beschrieben wurden.

Die Nutzung der Grundidee der CFI in diesem Buch ist zugegebenermaßen ungewöhnlich. Denn bisher wurde das CFI im klinischen Einsatz immer dazu verwendet, ganz individuelle Anschauungen und Kontexte von Einzelpatient*innen und ihren Angehörigen zu erfragen. Hier wurde diese Ebene einzelner Personen verlassen und stattdessen transkulturell Verbreitetes in die Tabellen eingetragen.

Der Titel des vorliegenden Buches: An dieser Stelle der Einschub: Warum heißt das Buch nicht „Transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie“, sondern (ohne „trans-“ nur) „Kulturelle Psychiatrie und Psychotherapie“? Der Begriff „transkulturell“ beschreibt Prozesse und Merkmale zwischen und jenseits einzelner Kulturen. Der Begriff eignet sich besonders gut für die typischen Problembereiche von Migration, Flucht und Akkulturation. Er ist aber auch für kulturelle Mehrfachzugehörigkeiten von Patient*innen und Behandler*innen geeignet, wie sie in der Realität häufig vorkommen. Allerdings ist „transkulturell“ inzwischen kein Oberbegriff mehr für das im Buch beschriebene Wissensgebiet, für das sich international stattdessen „Kulturelle Psychiatrie und Psychotherapie“ herausgebildet hat. Letztere Begriffsbildung stellt besser heraus, dass es eine Diversität von Ausdrücken psychischen Leidens, von Vorstellungen der Störungsentwicklungen und von den besten Möglichkeiten der Behandlungen gibt.

Wie viele Inhalte mit Relevanz für die Psychotherapie sind im Buch enthalten? Es ist unsere feste Überzeugung, dass die ICD-11-Formulierungen von Kernsymptomen für jede Störung bereits gute Ansatzpunkte für Psychotherapien bieten. Wenn beispielsweise bei der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung zu den ICD-11-Leitsymptomen Flashbacks und Schwierigkeiten, Beziehungen aufrechtzuerhalten, gehören, dann sind das Orientierungspunkte für die therapeutische Arbeit. Je besser diese Probleme bearbeitet werden können, umso wirksamer ist die Therapie und wird zudem von den Betroffenen als heilsam erlebt. Dieser Ansatz kann unbedingt auch auf in bestimmten Kulturen existierende dominante Symptome angewandt werden. Wenn in Japan nach einer Traumatisierung „*Amae*“ (Bedürfnis nach Fürsorge und Abhängigkeit) auftritt – wie auch in anderen Kulturen z. B. Ostafrika oder Südosteuropa mit anderen Termini –, dann kann oder vielmehr sollte es ein wichtiges Therapieziel sein, an diesem Bedürfnis angemessen zu arbeiten.

Kultursensitive Zugänge zur Psychotherapie bauen auf einem breitestmöglichen Wissen zur kulturellen Psychopathologie auf, wie es in diesem Buch darzustellen versucht wird. Dazu gehört auch die grundsätzliche Arzt/Behandler-Patienten-Orientierung, dass es im psychiatrischen Bereich nicht nur vermeintlich

universelle therapeutische Vorgehensweisen gibt. Kulturelle Faktoren bestimmen nicht nur die Art und Weise des Leidens, sondern auch die Wege zur Heilung. Wenn Yoga, Mindfulness-Ansätze und durch Rituale angereicherte kollektive Erzählarbeit in Behandlungen eingesetzt werden, dann sind das wichtige Impulse aus den Ländern des globalen Südens, von denen alle Beteiligten profitieren können.

Die Einleitung soll nicht enden, ohne einen großen Dank an die zuständigen Lektorinnen und Redaktorinnen: Susanne Ristea hat als Leiterin des Medizin- und Psychiatrie-Bereichs des Hogrefe-Verlags die Idee für dieses Buch von Anfang an gefördert und auch Hand angelegt an konkrete Gestaltungsabläufe. In der Anfangszeit war dann Wiebke Erchinger sehr hilfreich für die Erstellung einiger Synopsen, eine Arbeit, die von Dr. Antje Merz-Schönplugh fortgesetzt und zum Abschluss gebracht wurde.

Last but not least: Dieses Buch sieht sich wie die ganz ICD-11 in seiner jetzigen Fassung als *work in progress*. Sie als Leserinnen und Leser sind freundlich gebeten, dem Hauptautor Hinweise zur weiteren Gestaltung und zu alten, neueren und neusten Studien von Relevanz mitzuteilen.

1 Neuromentale Entwicklungsstörungen

Kulturelle Faktoren beeinflussen die Beurteilung neuromentaler Entwicklungsstörungen, da Erwartungen an kindliches Verhalten kulturell variieren. So wird z.B. geringe Blickkontaktaufnahme bei Kindern in manchen Kulturen als Zeichen von Respekt gesehen, während sie in westlichen Kulturen als Hinweis auf Autismus interpretiert werden kann. Auch sprachliche Entwicklungsverzögerungen können bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern fälschlich als Störung bewertet werden. Zudem prägen kulturelle Vorstellungen von Krankheit und Scham, ob Eltern professionelle Hilfe suchen oder Probleme eher innerhalb der Familie bewältigen.

1.1 Störungen der Intelligenzentwicklung (6A00)

1.1.1 Kernsymptome und -kennzeichen

- unterdurchschnittliches intellektuelles Funktionsniveau und begrenztes adaptives Verhalten
- ist Kinder- und Jugendstörung

1.1.2 WHO- und weitere narrative Beschreibungen

CDDR des ICD-11

Tests und Normen, die für die intellektuellen und adaptiven Fähigkeiten benutzt werden, sollten für jede einzelne Person berücksichtigt werden. Die Testergebnisse können durch kulturelle Verzerrungen (z.B. Begriffe und Objekte in den Testfragen, die in einer bestimmten Kultur unüblich sind) und Übersetzungsbeschränkung beeinflusst werden.

Bei der Bewertung der adaptiven Fähigkeiten (sozialen und praktischen Fähigkeiten) sollte die Erwartung der jeweiligen Kultur und des sozialen Umfelds der einzelnen Personen berücksichtigt werden.

Bei der Interpretation der Testleistung sollten die Sprachkompetenzen berücksichtigt werden, sowohl in Bezug darauf, ob die Testperson die Anweisungen verstanden hat, als auch hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die verbale Leistung.

Narrative Beschreibung

Die sich im Laufe der Zeit ändernde Terminologie zur Beschreibung von Störungen der Intelligenzentwicklung hat dazu geführt, dass die Identifikation von Personen, die die diagnostischen Anforderungen erfüllen, in verschiedenen Einrichtungen und Ländern uneinheitlich ist (Maulik et al., 2011). Die Diagnose von Störungen der Intelligenzentwicklung wird in einkommensschwachen Gebieten unter anderem vom Zugang zu Bildungsmöglichkeiten und kulturellen Unterschieden beeinflusst, die sich auf die Messung der intellektuellen und adaptiven Funktionsfähigkeit auswirken. Das soziale Umfeld beeinflusst die adaptiven Fähigkeiten, was die Beurteilung bei Menschen mit leichtgradigen und mittelgradigen intellektuellen Entwicklungsstörungen besonders schwierig macht (Odiyoor & Jaydeokar, 2020). Das liegt daran, dass ein schlechterer Zugang zu pädagogischer, psychologischer oder medizinischer Unterstützung zu einem höheren Schweregrad der Störung beiträgt.

Bei der Untersuchung der adaptiven Funktionsfähigkeit – also der individuellen konzeptuellen, sozialen und praktischen Fähigkeiten – sollten die kulturellen Erwartungen und die Erwartungen des sozialen Umfelds berücksichtigt werden. Es sollte bei jeder zu untersuchenden Person geprüft werden, ob die verwendeten Tests und Normen für diese entscheidenden Diagnoseelemente kulturell angemessen sind. Auch die Übersetzung von standardisierten Messungen ohne die geeigneten Normen schränkt die Validität der Testergebnisse ein. Und schließlich muss auch die individuelle Beherrschung der Sprache, in der der Test erfolgt, bei der Interpretation der Testergebnisse beachtet werden, sowohl was das Verständnis der Anweisungen als auch die Fähigkeit sich auszudrücken betrifft. Die Tabellen mit den Verhaltensindikatoren, die in der ICD-11 enthalten sind, wurden unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen entwickelt. Sie sind darauf ausgerichtet, die kulturelle Aufladung der Items für die universelle Anwendbarkeit in Fällen, in denen keine standardisierten, normierten Tests zur Verfügung stehen, zu reduzieren.

1.2 Störungen der Sprech- oder Sprachentwicklung (6A01)

1.2.1 Kernsymptome und -kennzeichen

- Schwierigkeiten beim Verstehen oder Produzieren von Sprache und Sprechen sowie bei der Verwendung von Sprache im Kontext
- ist Kinder- und Jugendstörung

(Es gibt keine CDDR-Abschnitte zu kulturellen Spezifika und keine narrativen Beschreibungen.)

1.3 Autismus-Spektrum-Störung (6A02)

1.3.1 Kernsymptome und -kennzeichen

- eingeschränkte, sich wiederholende und unflexible Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten
- im Kindes-/Jugendalter und im Erwachsenenalter

1.3.2 WHO- und weitere narrative Beschreibungen

CDDR des ICD-11

Kulturelle Unterschiede bestehen in den Normen der sozialen Kommunikation, sozialen Interaktion sowie Interessen und Aktivitäten. Daher können Anzeichen für eine funktionelle Beeinträchtigung je nach kulturellem Kontext unterschiedlich sein. Zum Beispiel vermeiden Kinder in manchen Kulturen direkten Augenkontakt als Zeichen von Respekt und nicht aufgrund einer Beeinträchtigung der sozialen Interaktion.

Narrative Beschreibung

Die sichtbaren Häufigkeiten der Autismus-Spektrum-Störung (ASS) variieren je nach Kultur, sind aber vermutlich eher ein Ausdruck von Unterschieden bezüglich Identifizierung und Diagnostizierung als von zugrunde liegenden Bevölkerungsmerkmalen (de Leeuw et al., 2020). So kann das späte Erkennen der Störung etwa das Zögern von Eltern widerspiegeln, als sozial unerwünscht geltende

Symptome zu bestätigen, oder es reflektiert kulturelle Einstellungen gegenüber Beeinträchtigungen wie Schwierigkeiten bei Aufgaben der Selbstversorgung oder instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (Liao et al., 2019).

Wenn Eltern ihre Besorgnis über das Verhalten ihrer Kinder zum Ausdruck bringen, richten sie ihr Augenmerk möglicherweise auf Symptome, denen sie einen besonderen kulturellen Stellenwert beimessen. So konzentriert sich in lateinamerikanischen Kulturen die Besorgnis von Eltern während der Vorschulzeit womöglich eher auf ein schwieriges Temperament, Reizbarkeit, Hyperaktivität sowie eine beeinträchtigte psychomotorische Entwicklung als auf ungewöhnliches Sozialverhalten. Im Gegensatz dazu achten weiße nordamerikanische Eltern eventuell besonders auf Verzögerungen oder andere Anomalien bei der Sprachentwicklung. Von Kultur zu Kultur sehr unterschiedlich sind zudem Gesprächskonventionen wie Begrüßungsformen, abwechselndes Sprechen, Intonation, der Einsatz von Humor und damit verbundene nonverbale Gesten während eines Gesprächs. In Ländern, in denen nur eingeschränkt Zugang zu spezialisierten Diensten besteht, werden ASS-Betroffene ohne intellektuelle Beeinträchtigung oft bis zum Erwachsenenalter nicht diagnostiziert; in anderen Fällen wird womöglich unzutreffenderweise angenommen, dass nur eine Störung der Intelligenzentwicklung vorliegt.

1.4 Lernentwicklungsstörung (6A03)

1.4.1 Kernsymptome und -kennzeichen

- Leistungen bei akademischen Fertigkeiten, wie Lesen, Schreiben oder Rechnen, liegen deutlich unter dem, was für das chronologische Alter zu erwarten wäre.

1.4.2 WHO- und weitere narrative Beschreibungen

CDDR des ICD-11

Eine Lernentwicklungsstörung mit Beeinträchtigung beim Lesen kann sich je nach Sprache unterschiedlich äußern. Zum Beispiel äußert sie sich im Englischen durch ungenaues und langsames Lesen einzelner Wörter. In anderen Sprachen mit einer direkten Zuordnung zwischen Lauten und Buchstaben (z.B. Spanisch, Deutsch) und in nicht alphabetischen Sprachen (z.B. Chinesisch, Japanisch) äußert sich die Störung in der Regel durch langsames, aber genaues Lesen.

1.5 Entwicklungsstörung der motorischen Koordination (6A04)

1.5.1 Kernsymptome und -kennzeichen

- Verzögerung beim Erwerb grob- und feinmotorischer Fähigkeiten
- Beeinträchtigung der Ausführung koordinierter motorischer Fähigkeiten (zeigt sich in Ungeschicklichkeit, Langsamkeit oder Ungenauigkeit)

(Es gibt keine CDDR-Abschnitte zu kulturellen Spezifika und keine narrativen Beschreibungen.)

1.6 Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (6A05)

1.6.1 Kernsymptome und -kennzeichen

- Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität bzw. Impulsivität
- negative Auswirkungen auf schulisches, berufliches oder soziales Funktionsniveau

1.6.2 WHO- und weitere narrative Beschreibungen

CDDR des ICD-11

Die Symptome einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) lassen sich in allen Kulturen in zwei Dimensionen (Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/Impulsivität) einteilen. Jedoch kann die Kultur die Akzeptanz der Symptome beeinflussen und die Art und Weise, wie Betreuer*innen darauf reagieren.

Bei der Beurteilung von Hyperaktivität sollten kulturelle Normen für alters- und geschlechtsspezifisches Verhalten berücksichtigt werden. In einigen Ländern wird hyperaktives Verhalten bei Jungen als Zeichen von Stärke angesehen, während es bei Mädchen sehr negativ wahrgenommen wird.

Symptome von Unaufmerksamkeit oder Hyperaktivität/Impulsivität können als Reaktion auf traumatische Ereignisse und als Trauerreaktionen in der Kindheit auftreten, insbesondere bei gefährdeten und benachteiligten Bevölkerungs-

gruppen, auch in Gebieten nach Konflikten. In diesen Situationen sollte überprüft werden, ob die Diagnose ADHS gerechtfertigt ist.

Narrative Beschreibung

Prävalenzschätzungen allein sagen nichts darüber aus, wie ADHS oder Störungen des Sozialverhaltens (mit oppositionellem, aufsässigem oder dissozialem Verhalten) in verschiedenen Kulturen wahrgenommen, diagnostiziert und behandelt werden. Denn sowohl die klinische Praxis als auch die gesellschaftliche Sichtweise können sich von Kultur zu Kultur stark unterscheiden. So gibt es etwa in den Vereinigten Staaten Nachweise dafür, dass ADHS-Diagnosen seit den 1990er-Jahren prozentual zugenommen haben, wobei regionale Unterschiede hinsichtlich der Diagnosen und Medikamentenverschreibungen zu verzeichnen sind (Li et al., 2023).

Die Entwicklungen bei ADHS – und vielleicht auch bei oppositionellem, aufsässigem Verhalten bzw. dissozialem Verhalten – waren nicht unumstritten und scheinen sich nicht in allen Ländern auf dieselbe Art zu vollziehen. Diese Beobachtungen besitzen eher anekdotischen Charakter und unterstreichen die Notwendigkeit weiterer Forschungen. So besteht Forschungsbedarf vor allem in Ländern mit niedrigerem und mittlerem Einkommen.

1.7 Stereotype Bewegungsstörung (6A06)

1.7.1 Kernsymptome und -kennzeichen

- Auftreten von willkürlichen, sich wiederholenden, stereotypen, scheinbar zwecklosen Bewegungen
- Die normalen Aktivitäten sind dadurch beeinträchtigt und es kann zu selbst zugefügten Körperverletzungen kommen.

(Es gibt keine CDDR-Abschnitte zu kulturellen Spezifika und keine narrativen Beschreibungen.)

1.8 Primäre Tics oder Ticstörungen (8A05.0)

1.8.1 Kernsymptome und -kennzeichen

- Vorhandensein von chronischen motorischen und/oder vokalen Tics

(Es gibt keine CDDR-Abschnitte zu kulturellen Spezifika und keine narrativen Beschreibungen.)

1.9 Tourette-Syndrom (8A05.00)

1.9.1 Kernsymptome und -kennzeichen

- Vorhandensein von sowohl chronischen motorischen als auch vokalen Tics (plötzliche, schnelle, nichtrhythmische und wiederkehrende Bewegungen bzw. Vokalisation)
- Beginn in der Entwicklungszeit

1.9.2 WHO- und weitere narrative Beschreibungen

CDDR des ICD-11

Die Symptome sind in allen Kulturkreisen gleich. Lautäußerungen und Bewegungen, die im Kontext der Kultur eines Menschen eine bestimmte Funktion oder Bedeutung haben und auf eine Weise verwendet werden, die mit dieser kulturellen Funktion oder Bedeutung übereinstimmt, sollten nicht als Anzeichen eines Tourette-Syndroms betrachtet werden.

1.10 Chronisch-motorische Ticstörung (8A05.01)/chronisch-phonische Ticstörung (8A05.02)

1.10.1 Kernsymptome und -kennzeichen

- Chronisch-motorische Ticstörung: Vorhandensein von motorischen Tics (plötzliche, schnelle, nichtrhythmische und wiederkehrende Bewegungen) über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr (möglicherweise nicht durchgängig)

- Chronisch-phonische Ticstörung: Vorhandensein von phonischen (vokalen) Tics (plötzliche, schnelle, nichtrhythmische und wiederkehrende Vokalisationen) über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr (möglicherweise nicht durchgängig)

1.10.2 WHO- und weitere narrative Beschreibungen

CDDR des ICD-11

Lautäußerungen und Bewegungen, die in einer Kultur eine bestimmte Funktion oder Bedeutung haben und auf diese Weise verwendet werden, sind kein Anzeichen von einer motorischen und/oder phonischen Ticstörung.

1.11 Synopsen zu den neuromentalen Entwicklungsstörungen

Tabelle 1-1 zeigt die Einbettung der kulturellen Unterschiede in das Cultural Formulation Interview, Tabelle 1-2 eine Zusammenfassung der narrativen Informationen.

Tabelle 1-1: Das Cultural Formulation Interview und die Diagnosegruppe der neuromentalen Entwicklungsstörungen (Quellen s. „Weiterführende Literatur“).

Diagnosen	Domäne 1: Kulturelle Definition des Problems	Domäne 2: Kulturelle Wahrnehmung von Ursachen, Kontext und Unter- stützung	Domäne 3: Kulturelle Faktoren, die eigene Bewältigung und früheres Hilfesuchen betreffen
Störungen der Intelligenz- entwicklung	–	– schlechter Zugang zu pädagogischer, psychologischer oder medizinischer Unterstützung – kulturelle Erwartungen an schulische Leistung; Rollenbilder beeinflussen Deutung von kognitiven Verzögerungen	– familiäre Anpassungsstrategien – Stigma kann Hilfesuche verzögern – Abhängigkeit von Gemeindestrukturen; unterschiedliche Erwartungen an Selbstständigkeit
Autismus- Spektrum- Störung	Vermeidung von Augenkontakt; abwechselndes Sprechen; Intonation; Einsatz von Humor	– kulturelle Normen zu sozialer Kommunikation – Unterschiede in Erwartungen an Blickkontakt, Nähe, Sprachstil – abweichendes Verhalten kann stärker oder schwächer pathologisiert werden	– Coping über Routinen; familiäre Unterstützung entscheidend – kulturelle Deutung zwischen „Eigenart“ und „Störung“ – frühe Hilfesuche abhängig von Wissen und Stigma
Lernentwicklungsstörung	unterschiedliche Lesemuster: im Englischen ungenaues und langsames Lesen einzelner Wörter; Deutsch, Spanisch, Chinesisch, Japanisch: langsames, aber genaues Lesen	– kulturelle und sprachstrukturelle Faktoren beeinflussen Erkennungswahrscheinlichkeit – Erwartungen an Schulleistung variieren stark – Bildungssysteme sind unterschiedlich inklusiv	– Familien kompensieren durch Üben/Auswendiglernen – Hilfesuche abhängig von Schulressourcen – Stigma gering bis stark je nach Kultur
ADHS	Unaufmerksamkeit; Hyperaktivität/Impulsivität; Hyperaktivität bei Männern: Zeichen von Stärke, bei Frauen negativ bewertet	– traumatische Ereignisse, Trauerreaktionen oder Konflikterfahrungen (wie Bürgerkrieg) können Symptome verstärken – kulturelle Zuschreibungen zu Energie, Aktivität und Disziplin	– Akzeptanz der Symptome unterschiedlich – Coping durch Struktur, Bewegung, familiäre Strategien – Hilfesuche abhängig von gesellschaftlichen Vorstellungen zu ADHS

ADHS: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung

Tabelle 1-2: Zusammenfassung der narrativen Informationen zu neuromentalen Entwicklungsstörungen (Quellen s. „Weiterführende Literatur“).

Diagnosen	Kulturspezifische Symptome	Kultureller Hintergrund/Hinweise
Störungen der Intelligenz-entwicklung	kognitive Symptome: niedrige Ergebnisse bei Intelligenztests	Testergebnisse können durch kulturelle Verzerrungen (Begriffe, Objekte) und sprachliche Barrieren beeinflusst sein.
	adaptive Fähigkeiten: eingeschränkte soziale oder praktische Alltagskompetenz	Erwartungen an soziale und praktische Fähigkeiten variieren je nach Kultur und sozialem Umfeld.
	sprachliche Fähigkeiten: Sprachverständnis eingeschränkt, Schwierigkeiten mit verbaler Ausdrucksfähigkeit	Sprachkompetenz beeinflusst die Testinterpretation (z.B. Anweisungen, Ausdrucksmöglichkeiten).
	diagnostische Herausforderungen: uneinheitliche Diagnosestellung, v.a. bei leicht- oder mittelgradiger Ausprägung	unterschiedliche Terminologien, mangelnder Zugang zu Bildung und Diagnostik in einkommensschwachen Regionen
	Testverfahren: eingeschränkte Validität standardisierter Tests	Übersetzungen ohne geeignete Normierung können Ergebnisse verfälschen; ICD-11 versucht, kulturelle Verzerrungen zu reduzieren.
Autismus-Spektrum-Störung	soziale Kommunikation: eingeschränkter Blickkontakt, reduzierter Gesichtsausdruck, Schwierigkeiten bei Gesprächsregeln	Soziale Konventionen (z.B. Blickkontakt, Mimik, Gesprächsverhalten) variieren stark zwischen Kulturen.

Tabelle 1-2: Fortsetzung

Diagnosen	Kulturspezifische Symptome	Kultureller Hintergrund/Hinweise
Autismus-Spektrum-Störung	soziale Interaktion: Auffälligkeiten im wechselseitigen sozialen Verhalten	In manchen Kulturen gelten bestimmte Verhaltensweisen (z.B. Zurückhaltung, Gehorsam) als normal und nicht als Symptom.
	Wahrnehmung durch Eltern: Auffälligkeiten im Verhalten des Kindes	Elterliche Besorgnis richtet sich kulturabhängig auf unterschiedliche Symptome (z.B. Temperament vs. Sprachentwicklung).
	diagnostische Herausforderungen: späte oder keine Diagnose, besonders bei Betroffenen ohne kognitive Beeinträchtigung	eingeschränkter Zugang zu spezialisierten Diensten; kulturelle Zurückhaltung gegenüber einer Diagnose
	eingeschränkte oder repetitive Interessen, ritualisierte Verhaltensweisen	Bewertung dieser Merkmale variiert je nach kulturellem Kontext.
	Schwierigkeiten bei Alltagshandlungen, z.B. Hygiene, Haushaltsaktivitäten	Stigmatisierung oder kulturelle Erwartungen können dazu führen, dass funktionelle Einschränkungen nicht als Symptome erkannt werden.
	Häufigkeit/Prävalenz: Unterschiede in Diagnoseraten	Unterschiede spiegeln eher kulturelle Diagnostik- und Wahrnehmungspraktiken als tatsächliche Vorkommen wider.
Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	Unaufmerksamkeit: Konzentrationsprobleme, leichtes Ablenken, Vergesslichkeit	Symptome können kulturell unterschiedlich interpretiert werden, z.B. als Folge traumatischer Erlebnisse bei benachteiligten Gruppen.
	Hyperaktivität/Impulsivität: Zappeln, übermäßiges Reden, Unterbrechen anderer, Unruhe	Wahrnehmung hängt von kulturellen Normen zu alters- und geschlechtsspezifischem Verhalten ab (z.B. bei Jungen vs. Mädchen).
	unterschiedliches Maß an Toleranz für auffälliges Verhalten	Erziehende und Institutionen bewerten ADHS-Symptome je nach gesellschaftlicher Norm unterschiedlich.
	diagnostische Herausforderungen: Überschneidung mit Reaktion auf Stress, Trauma oder Trauer	In Krisen- und Konfliktregionen muss sorgfältig zwischen ADHS und belastungsbedingten Symptomen differenziert werden.
	oppositionelles/dissoziales Verhalten: Reizbarkeit, Regelverstöße, aggressives Verhalten	interkulturelle Unterschiede in der Beurteilung und Behandlung (z.B. medikamentöse Therapie, gesellschaftliche Akzeptanz)
	Prävalenz/Diagnosehäufigkeit	regionale Unterschiede in Diagnosehäufigkeit, Versorgung und gesellschaftlicher Sichtweise