

Suvremeni koncepti klasifikacije psihotičnih poremećaja

Contemporary Classification of Psychotic Disorders

GORDANA RUBEŠA^{1,2}

¹Medicinski fakultet, Sveučilište u Rijeci; ²KBC Rijeka

SAŽETAK ____Revizija DSM-5 i poglavlje o mentalnim poremećajima ICD-11 utemeljeni su na ranijim konceptima mentalnih poremećaja, pa tako i psihotičnih poremećaja, te tako ističu zajedničke značajke, ali i razlike. Oba klasifikacijska sustava obilježava nozološki pristup i temelje klasifikaciju svih mentalnih poremećaja na psihopatologiji istih. Tako je klinička prosudba još uvijek presudna za klasifikacije duševnih poremećaja. Glavna je razlika uloga funkcionalnih oštećenja koja su obavezna u DSM-5, ali ne i u ICD-11. Usklađeni su kriteriji vremenskog tijeka i uvedeno je ocjenjivanje dimenzija u oba sustava. Razlike u kriterijima trajanja dovode do različitih pristupa u pogledu kratkotrajnih psihotičnih poremećaja. Oslabljeni psihotični simptomi nisu dobili puni dijagnostički status. Niti DSM-5 niti ICD-11 nisu uveli neurobiološke ili genetske čimbenike u klasifikaciju psihotičnih poremećaja. Oba sustava poduzimaju korake prema dimenzionalnim procjenama simptoma pojedinih poremećaja. Neke razlike prevladavaju u pogledu kriterija vremenskog tijeka i postupanja s kratkotrajnim psihotičnim poremećajima, što može ukazivati na različite koncepte kroničnosti na kojima se temelje te odluke. Konsenzus grupa za izradu novih klasifikacijskih sustava ipak nije uključila sindrom oslabljenih psihotičnih simptoma među mentalne poremećaje, što ukazuje da je granica prema normalnosti još uvijek dvojbeno u oba klasifikacijska sustava i otvorena za buduće rasprave o konceptima subkliničkih ili drugih dimenzionalnih ocjena te subdijagnostičkih simptoma u općoj populaciji.

KLJUČNE RIJEČI: DSM-5, ICD-11, psihotični poremećaji

SUMMARY ____The revision of the DSM-5 and the chapter on mental disorders of the ICD-11 are based on earlier concepts of mental disorders, including psychotic disorders, and thus emphasize common features as well as differences. Both classification systems feature a nosological approach and base the classification of all mental disorders on their psychopathology. Thus, clinical judgment is still crucial for classifications of mental disorders. The main difference is the role of functional impairments, which are mandatory in DSM-5 but not in ICD-11. The time course criteria were harmonized and dimension evaluation was introduced in both systems. Differences in duration criteria lead to different approaches regarding short-term psychotic disorders. Attenuated psychotic symptoms were not given full diagnostic status. Neither DSM-5 nor ICD-11 introduced neurobiological or genetic factors into the classification of psychotic disorders. Both systems take steps towards dimensional assessments of the symptoms of each disorder. Some differences prevail with regard to the criteria of time course and treatment of short-term psychotic disorders, which may indicate different concepts of chronicity on which these decisions are based. The consensus group for the creation of new classification systems did not include the syndrome of attenuated psychotic symptoms among mental disorders, indicating that the borderline towards normality is still doubtful in both classification systems and open to future discussions on the concepts of subclinical or other dimensional ratings of subdiagnostic symptoms in the general population.

KEY WORDS: DSM-5, ICD-11, psychotic disorders



Uvod

Suvremeni koncept dijagnosticiranja psihotičnih poremećaja bazira se na biopsihosocijalnom modelu koji je proizašao iz dvaju tradicionalnih pravaca postavljanja dijagnoza svih duševnih poremećaja:

1. biomedicinski koji je proizašao iz tjelesne medicine i naglašava biološku podlogu bolesti i poremećaja te na njoj temelji planiranje liječenja i propisivanje lijekova
2. psihodinamski koji se bazira na razumijevanju simptoma i ponašanja kroz psihičke procese, tj. zašto određeni bolesnik ima određene simptome, povezanost s iskustvima u ranom životu te indicira psihoterapiju kojom se popravljaju poremećena dinamika.

Biopsihosocijalni model u skladu je s važećim klasifikacijama duševnih poremećaja i predstavlja evaluaciju svih aspekata

simptoma poremećaja i ranijih iskustava te uvažava sve biološke i psihološke procese u socijalnom i osobnom kontekstu. Svrha dijagnoze i klasifikacije duševnih poremećaja je da izolira skupine kliničkih entiteta koje su karakterizirane posebnom patofiziologijom i/ili etiologijom poremećaja, pojednostavni razmišljanje i složenost kliničkih fenomena (spektar emocionalnih, kognitivnih i ponašajnih abnormalnosti), podijeli poremećaje u skupine s obzirom na zajedničke osobine, olakša razumijevanje i komunikaciju među liječnicima, predviđa prognoze i izbor u liječenju, smanji heterogenost bolesnika u istraživanju patofiziologije i etiologije određenih poremećaja i prati ishode u liječenju. Svrha dijagnoze i klasifikacije je i njezin epidemiološki značaj, značaj u ostvarivanju zdravstvene zaštite, zapošljavanju i u konačnosti ima i forenzički značaj (1).

Dvije su službene klasifikacije duševnih poremećaja u svijetu: DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) i ICD klasifikacija (*Manual of the international statistical classification of diseases*).

DSM klasifikacija je priručnik Američke psihijatrijske asocijacije (APA) i službena je klasifikacija duševnih poremećaja u SAD-u, sumira sve duševne poremećaje ističući specifične simptome koji moraju biti prisutni da bi se postavila određena dijagnoza (kriteriji), a bazira se na anamnezi i skupini simptoma (1).

Strukturirani klasifikacijski sustavi duševnih poremećaja važni su jer većina poremećaja nema jasnu etiologiju, specifične biomarkere, niti specifične dijagnostičke tehnike (2 – 5).

Klasifikacija duševnih poremećaja povijesno je uključivala imenovanje (nomenklaturu) i opis (nozologiju) priznatih bolesti te smještanje svih takvih stanja u organizacijsku strukturu (klasifikacije) koja prepoznaje sličnosti i različitosti među tim stanjima (6).

Povijest klasifikacija duševnih poremećaja

Uspostavom azila za mentalno bolesne u 18. i 19. stoljeću pojavila se prilika za sustavno promatranje tijeka psihijatrijskih poremećaja/bolesti, provođenje medicinskih autopsija i unaprjeđenje novih klasifikacijskih sustava (6).

Kraepelinova deskriptivna klasifikacija, temeljena na izražavanju simptoma i tijeku bolesti, omogućila je važno razdvajanje shizofrenije i afektivnih psihoza, a njegovi su udžbenici bili vrlo utjecajni. Međutim, najranije međunarodne medicinske statističke klasifikacije iz 19. stoljeća prvenstveno su bile usredotočene na popis uzroka smrti (i kasnijih bolesti) koji bi mogli pomoći u standardizaciji vitalnih statističkih izvješća za praćenje javnog zdravlja (6).

Na kraju Drugog svjetskog rata osnovani su Ujedinjeni narodi (UN), uključujući Svjetsku zdravstvenu organizaciju (WHO) kao specijaliziranu agenciju za zdravstvo. Sve države članice UN-a, koje su tada postale potpisnice WHO-a, složile su se prikupljati zajedničke statističke podatke o mortalitetu i uzrocima smrti te statističke podatke o morbiditetu poznatih medicinskih i mentalnih poremećaja kako bi razvile usporedive nacionalne i međunarodne zdravstvene statistike (7).

Razvoj DSM klasifikacije počinje s DSM-I koji je važeći od 1952. i kojem je glavni cilj bio lakša međusobna komunikacija psihijatarata. Nakon toga slijede revizije te klasifikacije koje su usklađivane sa znanstvenim i kliničkim činjenicama: DSM-II – 1968., DSM-III – 1980., DSM-IV – 1994., DSM-IV-TR – 2000., te aktualna DSM-5 klasifikacija (1, 8, 9).

Godine 1999. Američka psihijatrijska asocijacija pokrenula je reviziju DSM-IV i ICD-10 pristupa dijagnozi mentalnih

poremećaja i pozvala Svjetsku zdravstvenu organizaciju, Svjetsko psihijatrijsko udruženje i Nacionalni institut za zdravlje (NIH) da se pridruže tom nastojanju. Iako je vježba rezultirala monografijom pod naslovom „A Research Agenda for DSM-V“ (10), ona je poslužila kao osnova za prijavu sporazuma o suradnji od strane APA-e i WHO-a na tri instituta NIH-a pod nazivom „Developing the Research Base for DSM-V i ICD-11“ (11). Od 2004. do 2008. održano je 13 konferencija na kojima je sudjelovalo oko 400 kliničara i znanstvenika iz cijeloga svijeta kako bi se pregledala baza dokaza za glavne skupine mentalnih poremećaja i pregledale javnozdravstvene implikacije promjena u psihijatrijskoj klasifikaciji (11).

U svijetu, osim u SAD-u, službena je klasifikacija svih bolesti/poremećaja ICD klasifikacija koja je također doživljavala svoj napredak i revizije (12 – 14).

U Hrvatskoj još je uvijek aktualna ICD-10 klasifikacija (hrvatski MKB-10 – Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema) (15) koja je usklađena s DSM-IV-TR klasifikacijom. U nekim zemljama već je u upotrebi ICD-11 klasifikacija (16).

Razlike u klasifikaciji psihotičnih poremećaja između ICD-10, ICD-11 i DSM-5 klasifikacije

ICD-11 klasifikacija donijela je određene promjene u klasifikaciji psihotičnih poremećaja. Tako već u nazivlju poglavlja postoji razlika. U ICD-10 klasifikaciji poglavlje se naziva „Shizofrenija, shizotipalni poremećaj i duševna oboljenja sa sumanutošću“ (šifre F20 – 29), a u ICD-11 klasifikaciji preimenovano je u „Poremećaji iz spektra shizofrenije i drugi primarni psihotični poremećaji“ (šifre 6A2). Ovo poglavlje odnosi se na sljedeće dijagnostičke kategorije:

- Shizofrenija – šifra 6A20
- Shizoafektivni poremećaj – šifra 6A21
- Shizotipalni poremećaj – šifra 6A22
- Akutni i prolazni psihotični poremećaj – šifra 6A23
- Duševna oboljenja sa sumanutošću – šifra 6A24
- Druga specifična shizofrenija ili drugi primarni psihotični poremećaji – šifra 6A2Y
- Shizofrenija ili drugi primarno psihotični poremećaji, neoznačeni – šifra 6A2Z.

Tako se uočavaju određene razlike u klasifikaciji ove skupine poremećaja između ICD-10 i ICD-11 klasifikacije (tablica 1.) (17).

U ICD-11 klasifikaciji uvodi se termin „primarni“ psihotični poremećaji koji razgraničava psihotične poremećaje od skupine sekundarnih psihotičnih poremećaja u koju spadaju poremećaji uzrokovani psihoaktivnim tvarima (u ICD-11 šifrirani kao 6C4) i sekundarni psihotični sindrom koji je uzrokovan somatskim oboljenjem (u ICD-11 šifra 6E61).

TABLICA 1. Prikaz psihotičnih poremećaja u ICD-10 i ICD-11 klasifikaciji (naziv i šifra bolesti)

ICD*-10 SHIZOFRENIJA, SHIZOTIPALNI POREMEĆAJ I DUŠEVNI POREMEĆAJI SA SUMANUTOŠĆU (ŠIFRA F20 – F29)	ICD-11 POREMEĆAJI IZ SPEKTRA SHIZOFRENIJE I DRUGI PRIMARNI PSIHOTIČNI POREMEĆAJI (ŠIFRA 6A2-)
Shizofrenija F20 Paranoidna shizofrenija F20.0 Hebefrena shizofrenija F20.1 Katatona shizofrenija F20.2 Nediferencirana shizofrenija F20.3	Shizofrenija 6A20
Shizoafektivni poremećaj F25	Shizoafektivni poremećaj 6A21
Akutni i prolazni psihotični poremećaj F23 Akutni polimorfni psihotični poremećaj bez simptoma shizofrenije F23.0	Akutni i prolazni psihotični poremećaj 6A23
Shizotipalni poremećaj F21	Shizotipalni poremećaj 6A22
Perzistentni sumanutni poremećaj F22	Duševna oboljenja sa sumanutošću 6A24
Akutni polimorfni psihotični poremećaj sa simptomima shizofrenije F23.1 Akutni psihotični poremećaj nalik na shizofreniju F23.2 Ostali akutni pretežno sumanutni poremećaji F23.3 Ostali akutni i prolazni psihotični poremećaji F23.8 Akutni i prolazni psihotični poremećaji, nespecificirani F23.9 Ostale shizofrenije F20.8	Drugi primarno psihotični poremećaji 6A2Y/6A2Z Druga specifična shizofrenija ili drugi primarni psihotični poremećaji 6A2Y Shizofrenija ili drugi primarno psihotični poremećaji, neoznačeni 6A2Z
Shizofrenija, nespecificirana F20.9	

*ICD klasifikacija (*International Classification of Diseases*); hrvatski MKB – Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema

Sekundarni psihotični poremećaji u ICD-11 klasifikaciji, slično kao i u ICD-10 klasifikaciji, svrstani su u posebna poglavlja. Osim termina „primarne“ psihoze, pojedini autori predlažu i termin „idiopatske“ psihoze oko kojeg se u prošlosti vežu i brojne kontroverze (17).

Osoba koja ima „psihotične simptome“ je ona koja ima neke karakteristične spoznajne ili perceptivne poremećaje (sumanute ideje i halucinacije), ali svaki pojedinačni simptom ne indicira poremećaj. Naime, poremećaj se dijagnosticira ako osoba ima niz simptoma koji zadovoljavaju određene kriterije po dužini trajanja simptoma, fenomenologiji i dinamici manifestiranja poremećaja mišljenja, percepcije, afekta, raspoloženja tijekom određenog vremena (18, 19).

Glavna kritika usmjerena na ranije klasifikacijske sustave bazirala se uglavnom na isticanje da pristup shizofreniji i drugim psihotičnim poremećajima kroz kategorizaciju nije bitno pridonio rasvjetljavanju etiologije bolesti te da ne uvažava individualne razlike u simptomatologiji, terapijskom odgovoru, podnošljivosti u liječenju i krajnjemu funkcionalnom ishodu. Unatoč navedenim kritikama i novi klasifikacijski sustavi nisu rezultirali značajnim promjenama (niti ICD-11 niti DSM-5) (20, 21).

Treba istaknuti da promjene u naslovima poglavlja koji klasificiraju shizofreniju i druge primarne psihotične poremećaje, kako u DSM-5 tako i u ICD-11 klasifikaciji, donosi termin spektar shizofrenija koji uvažava multidimenzionalni

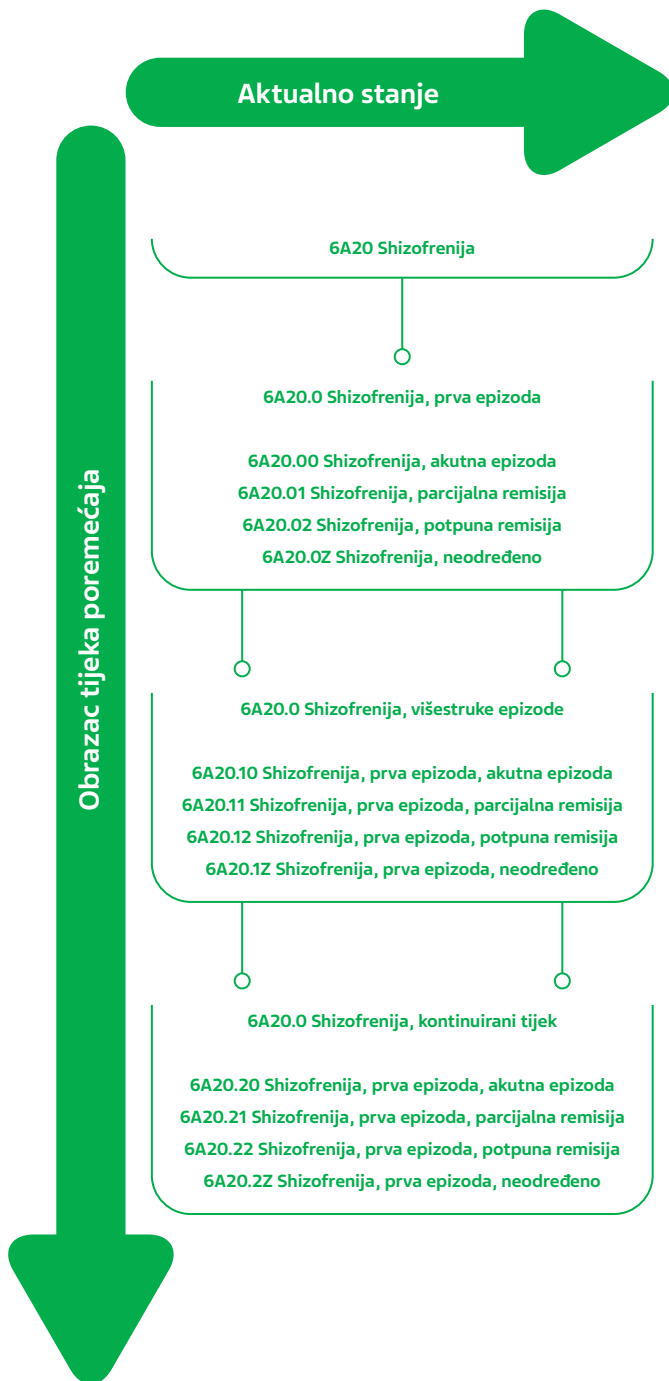
pristup dijagnosticiranju tih poremećaja, ističe heterogenost poremećaja i potiče individualni pristup u liječenju što se dugi niz godina jasno ističe u kliničkim i znanstvenim publikacijama (2, 22).

U ICD-11 klasifikaciji psihotičnih poremećaja za razliku od ICD-10 klasifikacije imamo mogućnost da s dopunskim šiframa klasificiramo određene simptome (pozitivni, negativni, depresivni, manični, psihomotorni, kognitivni) prema intenzitetu (blagi, umjereni ili izraženi) (17, 22).

Nove klasifikacije (ICD-11 i DSM-5) nisu se bitno promijenile u osnovnom pristupu klasificiranja poremećaja. Naime, one su nadalje ostale pretežno deskriptivne i nisu temeljene na jasnoj patofiziologiji poremećaja, niti definiraju jasno tijek i ishod poremećaja niti bitno doprinose određivanju individualnoga terapijskog pristupa u odnosu na ranije klasifikacije (23, 24).

Možda najuočljivija promjena koju klasifikacije ICD-11 i DSM-5 donose u području spektra shizofrenije je što više nema podtipova shizofrenije (25), ali se veća pažnja usmjerila na definiranje oblika tijeka poremećaja. Tako se prati i određuje višegodišnji tijek poremećaja koji se može manifestirati kao jedna epizoda, višestruke epizode i kontinuirani tijek (za ovaj potonji je potrebno razdoblje prosudbe od najmanje godinu dana), te se posebno opisuje aktualno stanje kao: akutna epizoda, parcijalna remisija, kompletna remisija ili neodređeno (slika 1.) (17, 26).

SLIKA 1. Klinički tijek shizofrenije – shema klasifikacije ICD-11



Novе klasifikacije duševnih poremećaja donijele su određene promjene u dijagnostičkim kriterijima i za shizoafektivni poremećaj. Taj poremećaj u prethodnim klasifikacijama nije bio jasno razgraničen u odnosu na shizofreniju i poremećaje raspoloženja sa psihotičnim simptomima što je dovelo do dijagnostičkih pogrešaka (27). Prema klasifikaciji ICD-10, za postavljanje dijagnoze shizoafektivnog poremećaja neophodno je bilo samo prisustvo prominentnih simptoma, kako shizofrenije tako i poremećaja raspoloženja, a da pritom postojeći simptomi nisu ispunjavali sve kriterije neophodne za postavljanje dijagnoze shizofrenije, depresivne ili manične epizode (1, 16). Nove klasifikacije (ICD-11 i DSM-5) ističu znatno preciznije i restriktivnije dijagnostičke kriterije. Prema klasifikaciji ICD-11, dijagnoza shizoafektivnog poremećaja može se postaviti samo kada su istovremeno i tijekom većine vremena ispunjeni dijagnostički kriteriji za shizofreniju s jedne strane, i za depresivnu, maničnu ili miješanu epizodu poremećaja raspoloženja s druge strane. Dijagnostičke odrednice tog poremećaja ne mogu biti zajednički simptomi i za shizofreniju i za poremećaje raspoloženja (primjerice, agitacija, negativni simptomi, psihomotorni nemir). DSM-5 dijagnostički kriteriji i ICD-11 kriteriji za taj poremećaj uglavnom su usuglašeni. Specifičnost klasifikacije DSM-5 jest da je shizoafektivni poremećaj sagledan kao longitudinalna, a ne epizodična dijagnostička kategorija (što bi prema autorima radne grupe za izradu priručnika trebalo pridonijeti dodatnom poboljšanju dijagnostičke validnosti tog poremećaja) (17).

Usklađeni su kriteriji vremenskog tijeka u oba klasifikacijska sustava i ocjenjivanje dimenzija poremećaja rezultirali do različitih pristupa u pogledu kratkotrajnih psihotičnih poremećaja, dok oslabljeni psihotični simptomi nisu dobili puni dijagnostički status (28).

ICD-11 klasifikacija nešto je znanstveno rigoroznija i odražava suvremenu zdravstvenu i medicinsku praksu. Nakon usvajanja u Svjetskoj zdravstvenoj skupštini 25. svibnja 2019. dostupna je za implementaciju, a implementacijski paket besplatno je dostupan na internetu. Jednostavnija je za korištenje od ranijih revizija (16).

LITERATURA

1. Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock, Pedro Ruiz: Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry – 8. izd., Lippincot Williams & Wilkins, Piladelphia 2004;287-318.
2. Rubeša G, Gudelj L, Kubinska N: Etiology of schizophrenia and therapeutic options. *Psychiatria Danubina* 2011;23(3):308–315.
3. Häfner H, Maurer K. Early detection of schizophrenia: current evidence and future perspectives. *World Psychiatry*. 2006 Oct;5(3):130-8.
4. Lai CY, Scarr E, Udawela M, Everall I, Chen WJ, Dean B. Biomarkers in schizophrenia: A focus on blood based diagnostics and theranostics. *World J Psychiatry*. 2016 Mar 22;6(1):102-17. doi: 10.5498/wjp.v6.i1.102.
5. Weickert CS, Weickert TW, Pillai A, Buckley PF. Biomarkers in schizophrenia: a brief conceptual consideration. *Dis Markers*. 2013;35(1):3-9. doi: 10.1155/2013/510402.
6. Darrel A. Regier, David P. Goldberg, Bedirhan T. Üstün, Geoffrey M. Reed: New Oxford Textbook of psychiatry, chapter 7: DSM-5 and ICD-11 classifications, 2020;51-61 doi:10.1093/med/9780198713005.003.0007
7. World Health Organization Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Tenth revision of the international classification of diseases. World Health Organization, Geneva;1992.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition (DSM-III). American Psychiatric Association, Washington D.C.;1980.
9. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Edited by American Psychiatric Association, 2013.
10. Kupfer, D.J., First, M.B., and Regier, D.A. (eds.): A research agenda for DSM-V. American Psychiatric Association, Washington D.C. Stengel, E. (1959). Classification of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization* 21,2002;601–63.
11. Saxena, S., Esparza, P., Regier, D.A., Saraceno, B., and Sartorius, N. (eds.): Public health aspects of diagnosis and classification of mental and behavioral disorders—refining the research agenda for DSM-5 and ICD-11. *World Health*; 2012.
12. Regier DA. Principal Investigator. Developing the Research Base for DSM-V and ICD-11. Cooperative agreement U13MH067855 from the National Institute of Mental Health, National Institute on Drug Abuse, and National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism to American Psychiatric Institute for Research and Education, 2003–2008.
13. Cooper, J.E., Kendell, R.E., Gurland, B.J., Sharpe, L., Copeland, J.R.M., and Simon, R.: *Psychiatric diagnosis in New York and London: a comparative study of mental hospital admissions*. Oxford University Press, Oxford; 1972.
14. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1978 Jun;35(6):773-82. doi: 10.1001/archpsyc.1978.01770300115013.
15. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema – MKB 10, drugo izdanje, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Medicinska naklada. 2012.
16. World Health Organization: International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision) 2018. Dostupno na: <https://icd.who.int/en> Datum pristupa: 7. 7. 2023.
17. Andrić Petričić S, Marić N. Klasifikacija psihotičnih poremećaja-aktuelnosti. *Engrami*. 2019;41(1):85-100.
18. Heckers S. Making progress in schizophrenia research. *Schizophr Bull*. 2008 Jul;34(4):591-4. doi: 10.1093/schbul/sbn046.
19. Tandon R. The nosology of schizophrenia: toward DSM-5 and ICD-11. *Psychiatr Clin North Am*. 2012 Sep;35(3):557-69. doi: 10.1016/j.psc.2012.06.001.
20. Heckers S. Future in psychopathology research. *Schizophr Bull*. 2014 Mar;40 Suppl 2(Suppl 2):S147-51. doi: 10.1093/schbul/sbt159.
21. Tandon R. Schizophrenia and other psychotic disorders in DSM-5. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. 2013 Apr;7(1):16-9. doi: 10.3371/CSRP.TA.032513.
22. Keeley JW, Gaebel W. Symptom rating scales for schizophrenia and other primary psychotic disorders in ICD-11. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018 Jun;27(3):219-224. doi: 10.1017/S2045796017000270.
23. Hyman SE. Can neuroscience be integrated into the DSM-V? *Nat Rev Neurosci*. 2007 Sep;8(9):725-32. doi: 10.1038/nrn2218.
24. Insel T. Transforming diagnosis. NIMH Director's Blog, National Institute of Mental Health 2013. Dostupno na: <https://psychrights.org/2013/130429NIMHTransformingDiagnosis.htm>. Datum pristupa: 7. 7. 2023.

25. Linscott RJ, Allardyce J, van Os J. Seeking verisimilitude in a class: a systematic review of evidence that the criterial clinical symptoms of schizophrenia are taxonic. *Schizophr Bull.* 2010 Jul;36(4):811-29. doi: 10.1093/schbul/sbn181.
26. Tandon R, Gaebel W, Barch DM i sur. Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophr Res.* 2013 Oct;150(1):3-10. doi: 10.1016/j.schres.2013.05.028.
27. Peterson DL, Webb CA, Keeley JW i sur. The reliability and clinical utility of ICD-11 schizoaffective disorder: A field trial. *Schizophr Res.* 2019 Jun;208:235-241. doi: 10.1016/j.schres.2019.02.011.
28. Gaebel W. ICD-11 and DSM-5 – Similarities and Differences. *Eur Psychiatry* 2015;30(supp 1):115. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)31836-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)31836-8)

**ADRESA ZA DOPISIVANJE:**

prof. dr. sc. Gordana Rubeša, dr. med.
Klinika za psihijatriju KBC Rijeka
Krešimirova ulica 42, 51 000 Rijeka
e-mail: gordana.rubesa@medri.uniri.hr

PRIMLJENO/RECEIVED:

29. svibnja 2023./May 29, 2023

PRIHVAĆENO/ACCEPTED:

26. lipnja 2023./June 26, 2023

