

MKB-11 KLASIFIKACIJA DUŠEVNIH POREMEĆAJA – IZAZOV ZA INTEGRACIJU PSIHODINAMIČKOG PRISTUPA

/ ICD-11 CLASSIFICATION OF MENTAL DISORDERS – THE CHALLENGE OF INTEGRATING A PSYCHODYNAMIC APPROACH

Esmina Avdibegović

SAŽETAK/ABSTRACT

Danas je razvijeno nekoliko dijagnostičko-klasifikacijskih sustava duševnih poremećaja, Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih stanja (MKB) Svjetske zdravstvene organizacije se smatra ključnom klasifikacijom zbog njene globalne primjenjivosti. U posljednjoj, jedanaestoj MKB reviziji (MKB-11) uvedene su značajne opće promjene i promjene vezano za dijagnozu i klasifikaciju duševnih poremećaja. One su sadržane u strukturi poglavlja koje se bavi duševnim poremećajima, uvođenju novih dijagnostičkih kategorija, djelomičnoj integraciji dimenzionalnog pristupa u dijagnostičke kategorije, te revidiranim kliničkim opisima i dijagnostičkim smjernicama. Cilj ovog rada je prikazati najistaknutije promjene uvedene u klasifikaciju duševnih poremećaja s posebnim osvrtom na poremećaje ličnosti i poremećaje koji su u MKB-10 svrstani u skupinu neurotskih, sa stresom povezanih i somatoformnih poremećaja kroz prizmu mogućnosti integracije psihodinamičkog pristupa.

/ Multiple systems for the diagnosis and classification of mental disorders have been developed today and the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) is considered to be the key classification due to its global applicability. The latest, eleventh ICD revision (ICD-11) included significant general changes and changes relating to the diagnosis and classification of mental disorders. These are listed in the chapter describing mental disorders, the introduction of new diagnostic categories, partial integration of the dimensional approach into diagnostic categories, and the revised clinical descriptions and diagnostic guidelines. The aim of this paper is to address the most prominent changes introduced into the classification of mental disorders, with a specific review of personality disorders and disorders that were classified in the ICD-10 as neurotic, stress-related disorders and somatoform disorders, through the prism of a possible integration of the psychodynamic approach.

KLJUČNE RIJEČI / KEYWORDS

MKB-11 / ICD-11, dijagnostičko-klasifikacijski sustav / *diagnosis and classification system*, psihodinamski pristup / *psychodynamic approach*, duševni poremećaji / *mental disorders*

Esmina Avdibegović, neuropsihijatar, grupni analitičar, edukator iz grupne analize, Medicinski fakultet Univerziteta u Tuzli, Tuzla, Bosna i Hercegovina

/ Esmina Avdibegović, neuropsychiatrist, group analyst, group analysis educator, Faculty of Medicine of the University of Tuzla, Tuzla, Bosnia and Herzegovina



UVOD

Klasifikacija duševnih poremećaja je složena. Mnogo je puta kroz povijest mijenjana kao što je mijenjana i definicija same duševne bolesti. Danas postoji više klasifikacijskih sustava duševnih poremećaja razvijenih za kliničku uporabu i u istraživačke svrhe, kao što su naprimjer Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM) Američke psihijatrijske udruge, Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih stanja (MKB) Svjetske zdravstvene organizacije, psihodinamički dijagnostički priručnik (PDM), kriterija domene istraživanja (Research Domain Criteria - RDoC), hijerarhijska taksonomija psihopatologije (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology - HiTOP) i drugi. Dobro organizirani klasifikacijski sustavi nužni su zbog utvrđivanja pouzdane dijagnoze koja je ključna, između ostalog, za učinkovit i odgovarajući tretman (1). U istraživanju i kliničkoj praksi u širokoj su primjeni MKB i DSM klasifikacijski sustavi koji imaju odvojene ali isprepletene povijesti razvoja. Tijekom revizija ovih sustava nastojala se postići harmonizacija što je posebno došlo do izražaja pri posljednjim revizijama, DSM petoj (DSM-5) (2) i MKB jedanaestoj reviziji (MKB-11) (3). MKB klasifikacija zbog globalne se primjenjivosti smatra najznačajnijim klasifikacijskim sustavom i međunarodni je standard za praćenje morbiditeta. Općenito, DSM i

INTRODUCTION

The classification of mental disorders is complex. Just as the definition of a mental disorder itself, it has been changed multiple times throughout history. Multiple classification systems of mental disorders developed for clinical and research purposes exist today, such as the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) published by the American Psychiatric Association, the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) published by the World Health Organization, the Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM), the Research Domain Criteria (RDoC), the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) and others. Well-organized classification systems are necessary for the purposes of determining a reliable diagnosis, which is, among other things, crucial for an effective and appropriate treatment (1). When it comes to research and clinical practice, ICD and DSM classification systems are widely used. They have separate, but intertwined histories of development. The aim of the revisions of these systems was to achieve harmonization, which is especially pronounced in the latest revisions, the fifth DSM revision (DSM-5) (2) and the eleventh ICD revision (ICD-11) (3). Due to its global applicability, the ICD classification is considered to be the most important classification system, and represents an international

MKB sustavi u klasifikaciji duševnih poremećaja temelje se na kategorijalnom pristupu, a teorijski, deskriptivni su usmjereni na dijagnozu. Ova dva sustava klasificiraju duševne poremećaje kao odvojene dijagnostičke entitete, dok priznaju da pojedinci s dijagnosticiranim različitim poremećajima često imaju zajedničke karakteristike unatoč činjenici da su duševni poremećaji složene kombinacije psiholoških, društvenih i bioloških problema (4). Oba sustava predmet su brojnih kritika, od toga da im manjka kohezivna teorija do zamjerki na uporabi uglavnom kategorijalnog pristupa, forsiranju granice između normalnog i abnormalnog, visokom stupnju komorbiditeta, izostajanje hijerarhije poremećaja, psiholoških mehanizama obrane i sl. (5). Stoga je rad na DSM i MKB reviziji dobivao značajnu pozornost što se očitovalo u brojnim raspravama u znanstvenoj literaturi, među kliničarima i zagovornicima zdravlja te u laičkim medijima (6).

MKB definira bolesti, poremećaje, ozljede i druga zdravstvena stanja na način koji omogućuje sigurnu pohranu, dohvaćanje i analizu zdravstvenih informacija za donošenje na dokazima temeljenih odluka, usporedbu zdravstvenih informacija. Klasifikaciju kliničari koriste, kako za dobivanje dijagnostičkih šifri u administrativne svrhe, tako i postavljanje početne dijagnoze uporabom dijagnostičkih opisa

standard for morbidity tracking. Generally speaking, DSM and ICD systems are based on categorial, atheoretical, descriptive, and diagnosis-directed approaches in the classification of mental disorders. These two systems classify mental disorders as separate diagnostic entities, while acknowledging that individuals with various diagnosed disorders often have common characteristics despite the fact that mental disorders are a complex combination of psychological, social, and biological problems (4). Both systems are subject to numerous criticisms, from the claim that they lack a cohesive theory, to complaints about the use of a mostly categorical approach, forcing a border between normal and abnormal, a high degree of comorbidity, the absence of a hierarchy of disorders, psychological defense mechanisms, etc. (5). Consequently, the process of revising DSM and ICD received significant attention, which manifested in numerous discussions in scientific literature, among clinicians and health advocates, as well as in the lay media (6).

The ICD defines diseases, disorders, injuries and other health conditions in such manner that it enables safe storage, retrieval and analysis of health information necessary for evidence-based decision-making and a comparison of health information. The classification is used by clinicians both to obtain diagnostic codes for administrative purposes and



i kliničkih smjernica koje su sastavni dio MKB-a (7). MKB-11 uvodi niz općih promjena (promjene strukture sustava, terminologije, šifriranja, uporaba u digitalnom okruženju itd.) i inovacija u poglavljima vezano za bolesti i čimbenike zdravstvenog stanja. Službeno je u primjeni od 1. siječnja 2022. godine, a s obzirom na to da donosi dosta inovacija u klasifikaciji i dijagnozi duševnih poremećaja cilj ovog rada je dati kratki pregled ključnih promjena uvedenih u dijagnozu nekih od poremećaja, prvenstveno poremećaja ličnosti i poremećaja iz MKB-10 kategorije neurotskih, sa stresom povezanih i somatoformnih poremećaja i mogućnost integracije psihodinamičkog pristupa.

KLJUČNE PROMJENE U KLASIFIKACIJI DUŠEVNIH POREMEĆAJA U MKB-11

Razvoj poglavlja o duševnim poremećajima (Neurorazvojni, duševni i bihevioralni poremećaji) predstavlja prvu veliku reviziju najistaknutije svjetske klasifikacije duševnih poremećaja, za koju je bilo potrebno gotovo 30 godina da se dovrši (8). Reed i suradnici (9) naglašavaju da ova revizija predstavlja najveći globalni, multidisciplinarni i participativni proces revizije sustava klasifikacije duševnih poremećaja koji je ikada proveden. Tijekom procesa

to establish an initial diagnosis by using the diagnostic descriptions and clinical guidelines that are an integral part of the ICD (7). ICD-11 introduces several general changes (changes in system structure, terminology, coding, use in the digital environment, etc.) and innovations in chapters discussing diseases and medical condition factors. It has been officially in use since 1 January 2022, and considering that it brings many innovations in the classification and diagnosis of mental disorders, the aim of this article is to briefly overview the key changes introduced in the diagnosis of some disorders, primarily personality disorders and disorders from the ICD-10 neurotic, stress-related and somatoform disorder categories, and the possibility of integrating a psychodynamic approach.

KEY CHANGES IN THE CLASSIFICATION OF MENTAL DISORDERS IN ICD-11

The development of the chapter addressing mental disorders (Neurodevelopmental, Mental, and Behavioral Disorders) represents the first major revision of the world's most prominent classification of mental disorders, which took nearly 30 years to be completed (8). Reed et al. (9) emphasize that this revision represents the largest global, multidisciplinary and participatory process of revising the

revizije poseban fokus je stavljen na kliničku korisnost, naučnu validnost i globalnu primjenjivost (6).

Duševni poremećaj u MKB-11, kao i u DSM-5, definiran kao sindrom koji je obilježen klinički značajnim smetnjama u kogniciji, regulaciji emocija ili ponašanju pojedinca koji su odraz disfunkcije psiholoških, bioloških ili razvojnih procesa koji su u podlozi psihičkog i bihevioralnog funkcioniranja. Ovi poremećaji su obično povezani s patnjom ili oštećenjem osobnog, obiteljskog, socijalnog, obrazovnog, profesionalnog ili drugog važnog područja funkcioniranja (3). U duševne poremećaje nisu uključeni akutna stresna reakcija i nekomplificirano žalovanje koji su svrstani u poglavlje stanja koja mogu utjecati na zdravlje. Glavne dijagnostičke skupine iz MKB-10 su većim dijelom zadržane, ali sa značajnim promjenama u nazivu, strukturi i klasifikaciji. Neke dijagnostičke skupine su maknute iz duševnih poremećaja i klasificirane u nova i zasebna poglavlja, naprimjer poremećaji spavanja-budnosti i poremećaji povezani sa seksualnim zdravljem. U MKB-11 potpuno se napuštaju pojmovi kao što su neurotski, konverzivni, somatoformni, somatizacijski, transseksualizam, anatomski spol, suprotni spol, funkcionalni, organski i mentalna retardacija. Također, za određen broj poremećaja, prvenstveno poremećaje spavanja-budnosti

classification system of mental disorders that has ever been carried out. During the revision process, a special focus was placed on clinical utility, scientific validity and global applicability (6).

In ICD-11, as well as in DSM-5, a mental disorder is defined as a syndrome characterized by clinically significant issues in cognition, emotional regulation or behavior of an individual, which reflect a dysfunction of psychological, biological or developmental processes that underlie psychological and behavioral functioning. These disorders are usually associated with suffering or impairment in personal, family, social, educational, professional or other important areas of functioning (3). Mental disorders do not include acute stress reactions and uncomplicated bereavement, which are classified under the chapter addressing conditions that can affect health. For the most part, the main diagnostic groups from ICD-10 have been retained, but with significant changes in name, structure, and classification. Some diagnostic groups have been removed from mental disorders and classified into new and separate chapters, for example, sleep-wake disorders and sexual health-related disorders. In ICD-11, terms such as neurotic, conversion, somatoform, somatization, transsexualism, anatomical sex, opposite sex, functional, organic and mental retardation are completely abandoned. Additionally, the mind-body



i poremećaje povezane sa seksualnim zdravljem, napušta se dihotomija um-tijelo. Transrodni identitet je destigmatiziran prelaskom u novo i zasebno poglavlje o seksualnom zdravlju i preimenovan je kao „rodna neusklađenost“ uz naglašavanje da samo rodno različito ponašanje i sklonosti nisu dovoljni za postavljanje dijagnoze (7).

U MKB-11 je ugrađen pristup kojim se duševni poremećaji promatraju kroz cjeloživotni vijek, čime se odmaknulo od prakse razlikovanja stanja u djetinjstvu od stanja u odrasloj dobi. Razvojna perspektiva ugrađena je u strukturnu organizaciju poglavlja, tako da se neurorazvojni poremećaji pojavljuju kao prva skupina poremećaja, a neurokognitivni poremećaji kao posljednja. Poremećaji su grupirani na temelju pretpostavljenih zajedničkih etioloških i patofizioloških čimbenika (naprimjer, poremećaji specifično povezani sa stresom) te zajedničke fenomenologije (naprimjer, disocijativni poremećaji). Inače, u MKB-11 duševni poremećaji svrstani su u 21 skupinu (blok) što je za 11 skupina dijagnostičkih kategorija više nego u MKB-10 (10, 11). Uvedene su nove skupine dijagnostičkih kategorija (naprimjer neurorazvojni poremećaji, katatonija, poremećaj s tjelesnim distresom i poremećaj tjelesnog doživljaja, disruptivno ponašanje i disocijalni poremećaji) i nekoliko novih poremećaja kao što su katatonija,

dichotomy is abandoned for a certain number of disorders, primarily sleep-wake disorders and sexual health-related disorders. Transgender identity is destigmatized by being moved to a new and separate chapter on sexual health and is renamed as “gender incongruence”, emphasizing that gender-different behavior and preferences alone are not enough to establish a diagnosis (7).

An approach was incorporated in ICD-11 in which mental disorders are observed throughout the entire lifespan, thus moving away from the practice of distinguishing conditions in childhood from conditions in adulthood. The developmental perspective is incorporated into the structural organization of the chapters, so neurodevelopmental disorders appear as the first group of disorders and neurocognitive disorders appear as the last. Disorders are grouped based on presumed common etiological and pathophysiological factors (for example, disorders specifically associated with stress) and common phenomenology (for example, dissociative disorders). Furthermore, in ICD-11, mental disorders are classified into 21 groups (blocks), which is 11 groups of diagnostic categories more than in ICD-10 (10, 11). New groups of diagnostic categories were introduced (for example, neurodevelopmental disorders, catatonia, disorders of bodily distress and bodily experience, disruptive behavior and dissocial disorders), and

bipolarni poremećaj tip II, tjelesni dimorfni poremećaj, olfaktorni referentni poremećaj, poremećaj nakupljanja, ekskorijacijski poremećaj, kompleksni posttraumatski stresni poremećaj, poremećaj prolongiranog žalovanja, disforija tjelesnog integriteta, poremećaj s kompulzivnim seksualnim ponašanjem, poremećaj prejedanja, poremećaj igranja igrica. Inače je organizacija poglavlja o duševnim poremećajima u MKB-11 značajno harmonizirana sa DSM-5 organizacijom i strukturom iako postoje određene veće ili manje razlike na razini skupina poremećaja i dijagnostičkih kriterija samih poremećaja. Jedna je od razlika i u tome što DSM-5 poremećaje povezane sa spavanjem i seksualnim zdravljem zadržava unutar svog klasifikacionog sustava (12).

Možda je jedna od najvažnijih promjena to što je na nekom većem stupnju, u odnosu na ranije, postignuta integracija dimenzionalnog i kategorijalnog pristupa u dijagnozi duševnih poremećaja. Za neke dijagnostičke kategorije dodane su dimenzije težine, longitudinalnog tijeka i manifestacije simptoma. Najveći pomak ka dimenzionalnosti vidljiv je u klasifikaciji poremećaja osobnosti, shizofrenije i drugih primarnih psihotičnih poremećaja (9, 13). Kod shizofrenije je učinjena velika promjena u smislu da su podtipovi shizofrenije (paranoidna, hebefrena, katatona, kompleks, rezidualna) zamijenjeni s

several new disorders such as catatonia, bipolar type II disorder, body dysmorphic disorder, olfactory reference disorder, hoarding disorder, excoriation disorder, complex post-traumatic stress disorder, prolonged grief disorder, body integrity dysphoria, compulsive sexual behavior disorder, binge eating disorder, gaming disorder. The organization of the chapter on mental disorders in ICD-11 is mostly harmonized with the DSM-5 organization and structure, although there are certain greater or lesser differences regarding groups of disorders and the diagnostic criteria of the disorders themselves. One of the differences is that DSM-5 keeps the sleep and sexual health-related disorders within its classification system (12).

Perhaps one of the most important changes is that the integration of the dimensional and categorical approaches in the diagnosis of mental disorders has been achieved to a greater degree than before. Dimensions of severity, longitudinal course and symptom manifestation were added to some diagnostic categories. The biggest shift towards dimensionality is visible in the classification of personality disorders, schizophrenia and other primary psychotic disorders (9, 13). Regarding schizophrenia, a major change was made by replacing the subtypes of schizophrenia (paranoid, hebephrenic, catatonic, simple, residual) with a single category of schizophrenia and the dimensions of longitudinal course pattern



jednom kategorijom shizofrenija i dimenzijama longitudinalnog obrasca tijeka (prva epizoda/višestruka epizoda/kontinuirana), sadašnjeg stanja simptoma (sa simptomima, djelomična remisija, potpuna remisija), manifestacije simptoma (pozitivni, negativni, depresivni, manični, psihomotorni i kognitivni) i težine (blaga, umjerena, teška). Ugradnja dimenzionalnosti omogućuje usmjeravanje na relevantne aspekte trenutne kliničke slike na način koji ide u susret više individualiziranim odabiru tretmana i pristupu temeljenom na oporavku (9). Shizofrenija i drugi primarni psihotični poremećaji ne promatraju se kao statična, nepromjenjiva stanja i definitivna dijagnoza.

U definiranju svakog pojedinačnog mentalnog poremećaja polazi se od toga da nekoliko simptoma definira srž dijagnoze (glavni simptomi ili osnovna obilježja) s nizom drugih dodatnih simptoma ili kliničkih značajki od kojih svi ne moraju biti prisutni da bi se postavila dijagnoza (3, 11). MKB-11 klinički opisi i dijagnostičke smjernice sadrže informacije o svakoj skupini dijagnostičkih kategorija, naziv i definiciju poremećaja, osnovna (potrebna) obilježja, granicu prema normalnosti (prag) i prema drugim poremećajima (diferencijalna dijagnoza), značajke tijekom poremećaja, pridružene kliničke prezentacije, razvojnu prezentaciju, značajke povezane s kulturom, rodne značajke i šifre kvalifika-

(first episode/multiple episode/continuous), current symptom state (symptomatic, in partial remission, full remission), manifestations of symptoms (positive, negative, depressive, manic, psychomotor and cognitive) and severity (mild, moderate, severe). The incorporation of dimensionality allows us to target relevant aspects of the current clinical picture in such manner so that it is headed toward a more individualized treatment selection and recovery-based approach (9). Schizophrenia and other primary psychotic disorders are not viewed as static, unchangeable conditions and definitive diagnoses.

When defining each individual mental disorder, it is assumed that several symptoms define the core of the diagnosis (main symptoms or basic features) with a number of other additional symptoms or clinical features, not all of which need to be present to establish a diagnosis (3, 11). ICD-11 clinical descriptions and diagnostic guidelines contain information about each group of diagnostic categories, the name and definition of the disorder, essential (required) features, boundary with normality (threshold) and with other disorders (differential diagnosis), disorder course features, associated clinical presentations, developmental presentation, culture-related features, gender-related features, and coded qualifiers/subtypes. A particularly important feature of these guidelines is the approach used

tora /podtipova. Osobito važna značajka ovih smjernica je pristup u opisivanju osnovnih obilježja svakog poremećaja, koji predstavljaju one simptome ili obilježja koje kliničar može razumno očekivati da će pronaći u svim slučajevima poremećaja. Popisi osnovnih obilježja nisu dijagnostički kriteriji iako im nalikuju. Proizvoljna ograničenja i precizni zahtjevi koji se odnose na broj simptoma i trajanje općenito su izbjegnuti, osim ako nisu empirijski utvrđeni u različitim zemljama i kulturama ili ako postoji neki drugi uvjerljiv razlog za njihovo uključivanje (9).

PSIHODINAMIČKI PRISTUPI DIJAGNOZI I KLASIFIKACIJI

Najšire primjenjivani MKB i DSM sustavi usmjereni su na dijagnozu i fokus je na simptomima bez uzimanja u obzir različitosti svakog pojedinca i konteksta njegovog psihičkog razvoja. Georgios i Konstantina (4) ističu kako je važno da se polje psihijatrije i znanost psihopatologije odmakne od ove „opsesivne“ vezanosti za simptomatiku fenomenologiju i više naglaska stavi na duševnu bol koju svaki subjekt izražava u svojim simptomima, kao i na ono što simptomi o uzrocima „govore“. Stein i suradnici (6) upućuju na važnost promatranja sustava klasifikacije duševnih poremećaja samo

to describe the core elements of each disorder, which represent those symptoms or features that the clinician can reasonably expect to find in all cases of the disorder. Lists of essential features are not diagnostic criteria, although they resemble them. Arbitrary limits and precise requirements regarding the number of symptoms and their duration are generally avoided unless they have been empirically established in various countries and cultures, or there is some other credible reason for their inclusion (9).

PSYCHODYNAMIC APPROACHES TO DIAGNOSES AND CLASSIFICATION

The most widely used ICD and DSM systems are directed toward diagnoses and they focus on symptoms without taking into account the diversity of each individual and the context of their psychological development. Georgios and Konstantina (4) point out that the field of psychiatry and the science of psychopathology need to move away from this “obsessive” attachment to symptomatic phenomenology and put more emphasis on the mental pain that each subject expresses in their symptoms, as well as on what the symptoms “communicate” about the causes. Stein et al. (6) point to the importance of viewing the classification system of mental disorders only as tentative, and



kao okvirnih i na potrebu za pažljivom individualiziranom procjenom svakog pojedinca. U pristupu pacijentu i njegovoj patnji značajno je razumijevanje dinamičkog odnosa između različitih čimbenika i načina kako oni doprinose manifestaciji simptoma i kako određuju načine na koje pojedinac pokušava razumjeti vlastitu tjeskobu. Upravo psihodinamička psihijatrija je pristup u dijagnozi i terapiji koji je karakteriziran psihičkim modelima koji uključuju koncepte nesvjesnog, konflikte, otpore, prijenos i protuprijenos, deficit i distorziju intrapsihičkih struktura kao i objektne odnose (14). Ono što karakterizira psihodinamički model razumijevanja psihičkog stanja temelji se na teoriji s naglaskom na etiologiji uz nastojanje objašnjenja psihopatologije u smislu vanjskih čimbenika posredovanih nesvjesnim sjećanjima i iskustvima iz djetinjstva. Luyten i Blatt (15) navode da psihodinamički pristupi karakteristično kombiniraju pristup usmjeren na poremećaj s pristupom koji je više usmjeren na osobu i temeljno su orijentirani na razvoj. Prema Gabbardu (14) simptomi i ponašanja se promatraju samo kao konačni zajednički putovi visoko personaliziranih subjektivnih iskustava koja filtriraju biološke i okolišne determinante bolesti. Također psihodinamički pristup ne polazi od pretpostavke da se poremećaji kategorički razlikuju od normalnosti

to the need for careful individualized assessments of each individual. When approaching the patient and their suffering, it is important to understand the dynamic relationship between various factors, how they contribute to the manifestation of symptoms, and how they determine the ways in which the individual tries to understand their unease. Psychodynamic psychiatry is precisely the approach in diagnosis and therapy that is characterized by psychological models which include concepts of the unconscious, conflicts, resistances, transference and countertransference, deficit and distortion of intrapsychic structures, as well as object relations (14). The psychodynamic model of understanding the mental state is based on theory with an emphasis on etiology and an effort to explain psychopathology in terms of external factors mediated by unconscious memories and experiences from childhood. Luyten and Blatt (15) state that psychodynamic approaches characteristically combine a disorder-oriented approach with a more person-oriented approach and are fundamentally oriented toward development. According to Gabbard (14), symptoms and behaviors are viewed only as final common pathways of highly personalized subjective experiences that filter biological and environmental determinants of a disease. Additionally, the psychodynamic approach does not start with the assumption that disorders

već pretpostavljaju temeljni kontinuitet između normalnosti i patologije (15).

Psihodinamički dijagnostički priručnik (PDM) kao klasifikacijski sustav odražava nastojanje da se artikulira psihodinamički orijentirana dijagnoza koja premošćuje jaz između kliničke složenosti i potrebe za empirijskom i metodološkom valjanošću. Cilj je promovirati integraciju između nomotetičkog razumijevanja i idiografskog znanja koje je korisno za formulaciju pojedinačnog slučaja i planiranje liječenja prilagođenog pacijentu (16). PDM je višeosni pristup klasifikaciji i dijagnozi koji kombinira pristup usmjeren na poremećaj i pristup usmjeren na osobu i na određen način je dopuna deskriptivnim sustavima DSM-5, ICD-11 i HiTOP-a (17). PDM inkorporira i koristi DSM dijagnostičke kategorije. U PDM-u sustavno se nastoji opisati zdravo i poremećeno funkcioniranje osobnosti (osovina P – razina organizacije osobnosti, stil, obrasci); individualne profile psihičkog funkcioniranja (osovina M – profil mentalnog funkcioniranja) i obrasce simptoma (osovina S – profil simptoma) uključujući razlike u osobnom, subjektivnom doživljaju simptoma svakog pojedinca i povezanom iskustvu kliničara (18, 19). PDM se eksplicitno opisuje kao „taksonomija ljudi“, a ne kao „taksonomija bolesti“, kao pokušaj da se opiše „ono što netko jest, a ne ono što ima“ (16, 18). Dodatno bitno

are categorically different from normality, but assumes a fundamental continuity between normality and pathology (15).

As a classification system, the Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) reflects an effort to articulate a psychodynamically oriented diagnosis that bridges the gap between clinical complexity and the need for empirical and methodological validity. The goal is to promote integration between nomothetic understanding and idiographic knowledge, which is useful for the formulation of an individual case and the planning of a treatment adapted to the patient (16). PDM is a multi-axial approach to classification and diagnosis that combines a disorder-oriented approach and a person-oriented approach, and is in a certain way complementary to the descriptive systems of DSM-5, ICD-11, and HiTOP (17). PDM incorporates and uses DSM diagnostic categories. In PDM, a systematic attempt is made to describe healthy and disturbed personality functioning (axis P – level of personality organization, style, patterns), individual profiles of psychological functioning (axis M – profile of mental functioning), and patterns of symptoms (axis S – profile of symptoms) including differences in the personal, subjective experience of symptoms of each individual and the related experience of the clinician (18, 19). PDM is explicitly described as a “taxonomy of people” rather than a “taxonomy of diseases”, as an attempt to describe



obilježje PDM je to što je podijeljen u odjeljke koji se odnose na odraslu dob, adolescenciju, djetinjstvo, dojenčad i rano djetinjstvo i kasniji život čime je olakšano multidimenzionalno razumijevanje razvojnih prezentacija i specifičnosti za svaki poremećaj tijekom životnog vijeka.

INOVACIJE U MKB-11 DIJAGNOZI I KLASIFIKACIJI POREMEĆAJA LIČNOSTI, NEUROTSKIH, SA STRESOM POVEZANIH I SOMATOFORMNIH POREMEĆAJA

Čini se da su, uz inovacije kod shizofrenije, među najznačajnijim promjenama bile promjene u dijagnozi i klasifikaciji poremećaja ličnosti te poremećaja koji su u MKB-10 svrstani u poglavlje neurotskih, sa stresom povezanih i somatofornih poremećaja. Kod ovih potonjih uvedene su značajne strukturne promjene i promjene na razini dijagnostičkih smjernica. U tom smislu ovo MKB-10 poglavlje je podijeljeno u više skupina: anksiozni i sa strahom povezani poremećaji, opsesivno-kompulzivni i srodni poremećaji, poremećaji specifično povezani sa stresom, disocijativni poremećaji i poremećaji s tjelesnim distresom i poremećajem tjelesnog doživljaja. U nastavku je sažeti pregled inovacija kod spomenutih skupina poremećaja za koje se pretpostav-

“what one is, not what one has” (16, 18). An additional important feature of PDM is its division into sections relating to adulthood, adolescence, childhood, infancy, early childhood and later life, which facilitates a multidimensional understanding of the developmental presentations and specificities of each disorder across the lifespan.

INNOVATIONS IN THE ICD-11 DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF PERSONALITY, NEUROTIC, STRESS-RELATED, AND SOMATOFORM DISORDERS

It seems that the changes in the diagnoses and classification of personality disorders and disorders that are classified in the ICD-10 under the heading of neurotic, stress-related, and somatoform disorders are among the most significant changes, along with the innovations regarding schizophrenia. Significant structural changes and changes at the level of diagnostic guidelines were introduced. This ICD-10 chapter is divided into several groups: anxiety or fear-related disorders, obsessive-compulsive or related disorders, disorders specifically associated with stress, dissociative disorders, and disorders of bodily distress or bodily experience. Below is a summary of innovations regarding the abovementioned groups of disorders that are expected to

lja da će pridonijeti boljoj kliničkoj korisnosti i istraživačkoj uporabljivosti.

Poremećaji ličnosti

Tyrer i suradnici (20) navode da nomenklatura poremećaja ličnosti u MKB-11 predstavlja najradikalniju promjenu u povijesti klasifikacije poremećaja ličnosti. Swales (21) ističe kako je napuštena Schneiderijanska tipologija koja je upravljala klasifikacijom poremećaja ličnosti gotovo cijelo stoljeće. Ključne novine su u integraciji dimenzionalnog pristupa i redefiniranju dijagnostičkih smjernica. MKB-10 kategorije specifični poremećaji ličnosti (paranoidni, shizoidni, disocijalni, emocionalno nestabilni, histrionski, anankastni, anksiozni, zavisni, miješani) su zamijenjene s jednom kategorijom poremećaja ličnosti kojoj je dodana dimenzija težine (blag, umjeren, težak), dimenzija prominentnih crta osobnosti (negativna afektivnost, odvojenost, disocijalnost, dezinhibicija i anankastija) i graničnog obrasca (3).

U definiranju poremećaja ličnosti sada se naglasak stavlja na probleme u funkcioniranju *selfa* i teškoće u interpersonalnom funkcioniranju. Prema MKB-11, središnje manifestacije poremećaja ličnosti su oštećenja u funkcioniranju aspekata *selfa* (npr. identiteta, vlastite vrijednosti, sposobnosti za samousmjeravanje) i problemi u in-

contribute to better clinical utility and research usability.

Personality disorders

Tyrer et al. (20) state that the nomenclature of personality disorders in ICD-11 represents the most radical change in the history of personality disorder classification. Swales (21) points out that the Schneiderian typology, which governed the classification of personality disorders for almost a century, has been abandoned. The key novelties are in the integration of the dimensional approach and the redefinition of diagnostic guidelines. ICD-10 categories of specific personality disorders (paranoid, schizoid, dissociative, emotionally unstable, histrionic, anankastic, anxiety, dependent, mixed) have been replaced with one personality disorder category with added dimensions of severity (mild, moderate, severe), prominent personality traits (negative affectivity, detachment, dissociality, disinhibition, and anankastia), and borderline pattern (3).

When defining personality disorders, the emphasis is now on problems in the functioning of the self and difficulties in interpersonal functioning. According to ICD-11, the central manifestations of personality disorders are impairments in the functioning of aspects of the self (e.g. identity, self-worth, ability to self-direct) and problems in interpersonal functioning



terpersonalnom funkcioniranju (npr. razvijanje i održavanje bliskih i obostrano zadovoljavajućih odnosa, razumijevanje tuđih perspektiva, upravljanje konfliktima u odnosima). Oštećenja u funkcioniranju *selfa* i interpersonalnom funkcioniranju očituju se u neprilagodljivim (npr. nefleksibilnim ili slabo reguliranim) obrascima spoznaje, emocionalnog iskustva, emocionalnog izražavanja i ponašanja. Pojam osobnost se odnosi na karakterističan način ponašanja pojedinca, njegovog načina doživljavanja života te percepcije i interpretacije sebe, drugih ljudi, događaja i situacija (3). Defnicijskim zahtjevima za dijagnozu poremećaja ličnosti u MKB-11 je postignuta usklađenost sa kriterijem A za poremećaj ličnosti u DSM-5 alternativnom modelu – stupanj funkcioniranja ličnosti. Smetnje u *self* i interpersonalnom funkcioniranju čine temelj psihopatologije osobnosti i procjenjuju se na kontinuumu. Funkcioniranje *selfa* uključuje identitet i samousmjerenost, a interpersonalno funkcioniranje empatiju i intimnost (2). Usmjeravanje na *self* i interpersonalno funkcioniranje u MKB-11 i DSM-5 alternativni model prati mnoge teorije i terapijske pristupe koji ova dva elementa promatraju kao ključne manifestacije patologije ličnosti (22, 23). Blüml i Doering (23) ističu kako ovaj pristup konvergira s dugogodišnjom konceptualizacijom psihologije ličnosti

(e.g. developing and maintaining close and mutually satisfying relationships, understanding other people's perspectives, managing conflicts in relationships). Impairments in self and interpersonal functioning are manifested in maladaptive (e.g. inflexible or poorly regulated) patterns of cognition, emotional experience, emotional expression, and behavior. The term personality refers to the characteristic way in which an individual behaves, the way in which they experience life, and their perception and interpretation of themselves, other people, events and situations (3). The definitional requirements for the diagnosis of a personality disorder in ICD-11 are compatible with criterion A for the personality disorder in the DSM-5 alternative model – the degree of personality functioning. Disturbances in self and interpersonal functioning form the basis of psychopathology of personality, and are assessed on a continuum. The functioning of self includes identity and self-directedness, while interpersonal functioning involves empathy and intimacy (2). Focusing on self and interpersonal functioning in the ICD-11 and DSM-5 alternative model is consistent with many theories and therapeutic approaches that view these two elements as key manifestations of personality pathology (22, 23). Blüml and Doering (23) point out that this approach converges with the long-standing conceptualization of personality psychology presented by the psychoanalytic

koju nudi psihoanalitička tradicija. Također, ističu da uključivanje propozicija *self*- i interpersonalnog funkcioniranja kao temeljnih obilježja patologije ličnosti predstavlja ponovno uvođenje psihoanalitičkih razmatranja u dijagnostičke sustave. Prema Bachu i Firstu (24) klasifikacija težine i uvođenja crta osobnosti slijedi psihodinamičku tradiciju organizacije osobnosti i približava klasifikaciju Kernbergovom razumijevanju organizacije ličnosti (25). Kernbergov objektno-relacijski model predstavlja jedan od temelja PDM-a u procjeni ličnosti (23). Središnje mjesto za patologiju ličnosti je u području identiteta, a sindrom difuzije identiteta najvažniji je pokazatelj težine poremećaja ličnosti (23, 26).

Prema MKB-11, aspekti funkcioniranja osobnosti koji doprinose određenju težine u poremećaju ličnosti uključuju stupanj i pervazivnost smetnji u *self* funkcioniranju; stupanj i pervazivnost interpersonalne disfunkcije u različitim kontekstima i odnosima i pervazivnost, težina i kroničnost emocionalnih, kognitivnih i bihevioralnih manifestacija disfunkcije osobnosti (3, 24). Dimenzija težine patologije osobnosti je bitan prediktor aktualne ili buduće disfunkcije (23). Težina disfunkcionalne strukture osobnosti determinirana je u pet domena maladaptivnih crta: negativna afektivnost, odvojenost, disocijalnost,

tradition. Furthermore, they emphasize that the inclusion of propositions of self- and interpersonal functioning as fundamental features of personality pathology represents the re-introduction of psychoanalytic considerations into diagnostic systems. According to Bach and First (24), the severity classification and introduction of personality traits follow the psychodynamic tradition of personality organization and bring the classification closer to Kernberg's understanding of personality organization (25). Kernberg's object-relational model represents one of the foundations of PDM in terms of personality assessment (23). The center of personality pathology is in the area of identity, and identity diffusion syndrome is the most important indicator of the severity of personality disorders (23, 26).

According to ICD-11, aspects of personality functioning that contribute to determining the severity of personality disorders include the degree and pervasiveness of disturbances in self; the degree and pervasiveness of interpersonal dysfunction in different contexts and relationships, and pervasiveness, severity and chronicity of emotional, cognitive and behavioral manifestations of personality dysfunction (3, 24). The dimension of personality pathology severity is an important predictor of current or future dysfunction (23). The severity of a dysfunctional personality structure is determined in five domains of maladaptive



dezinhibicija i anankastija. Ovaj skup dimenzija odgovara osnovnoj strukturi osobnosti, a u određivanju težine poremećaja može se primijeniti onoliko domena crta osobnosti koliko je potrebno. Prominentnim crtama osobnosti može se dodati dimenzija graničnog obrasca koja opisuje u suštini granični poremećaj ličnosti. Dimenzija graničnog obrasca može se dodati na bilo koju težinu poremećaja ličnosti i prominentne crte osobnosti (27). Granična organizacija osobnosti može biti podloga za druge poremećaje ličnosti kao što su narcistički, antisocijalni, shizoidni, paranoidni, ciklotimični. Validnost razlikovanje dijagnoza poremećaja ličnosti općenito je slaba i postoji preklapanje između dijagnoza pri čemu jedan pacijent može imati obilježja dvaju ili više stanja (14).

U PDM dijagnostičkoj formulaciji i multidimenzionalnoj evaluaciji svakog pacijenta neizostavna je evaluacija razine organizacije osobnosti i dominirajući stil i obrazac osobnosti (P osovina) (16, 18, 19). Prijelaz sa MKB-10 tipologije poremećaja ličnosti u procesu dijagnosticiranja pacijenata na MKB-11 pristup dijagnozi ovog poremećaja zahtijevat će od kliničara odgovarajuću razinu znanja i familijarnosti sa psihodinamičkim razumijevanjem i procjenom osobnosti i poremećaja osobnosti, kao i definiranjem problema.

traits: negative affectivity, detachment, dissociality, disinhibition, and anankastia. This set of dimensions corresponds to the basic personality structure, and as many domains of personality traits as necessary can be applied to determine the severity of a disorder. The borderline pattern dimension, which essentially describes borderline personality disorder, can be added to the prominent personality traits. It can be added to personality disorders of all severities and prominent personality traits (27). Borderline personality organization can be the basis for other personality disorders such as narcissistic, antisocial, schizoid, paranoid and cyclothymic. The discriminant validity of personality disorder diagnoses is generally weak and there are overlaps in diagnoses where one patient may have features of two or more conditions (14).

In the PDM diagnostic formulation and multidimensional evaluation of each patient, the evaluation of the level of personality organization and the dominant personality style and pattern (P axis) is indispensable (16, 18, 19). The transition from the ICD-10 typology of personality disorders in the process of diagnosing patients to the ICD-11 approach to the diagnosis of this disorder will require the clinician to have an appropriate level of knowledge and familiarity with psychodynamic understanding and assessment of personality and personality disorders, as well as with defining the problem.

Anksiozni i sa strahom povezani poremećaji

Anksiozni i sa strahom povezani poremećaji uključuju poremećaje s primarnim simptomima anksioznosti i straha koji moraju biti dovoljno teški da uzrokuju značajnu nelagodu pojedincu i/ili remete njegovu funkcionalnost. Bez obzira na izvor anksioznosti ili subjekt/objekt straha, koji čine primarnu osnovu za njihovo razlikovanje, poremećaji dijele fenomenološke sličnosti (28). Skupinu ključnih anksioznih poremećaja čine generalizirani anksiozni poremećaj, panični poremećaj, agorafobija, specifična fobija, socijalni anksiozni poremećaj, separacioni anksiozni poremećaj i selektivni mutizam. Ovi poremećaji dijele nespecifično fiziološko pobuđenje s aktivacijom simpatikusa i promjenama ponašanja, u različitim stupnjevima. Temeljni koncept za poremećaje povezane s anksioznošću i strahom je fokus strepnje koji može biti vrlo specifičan, odnositi se na širi raspon situacija ili ga može karakterizirati opći strah. Fokus strepnje koristi se kao osnova za razlikovanje anksioznih poremećaja (3). To je podražaj za koji pojedinac navodi da izaziva njegovu ili njezinu tjeskobu, pretjerano fiziološko uzbuđenje i neprilagodljive reakcije ponašanja. Razlika između fobičnih i drugih anksioznih poremećaja iz MKB-10 je eliminirana. U tom smislu, u naslovu ove skupine poremećaja,

Anxiety and fear-related disorders

Anxiety and fear-related disorders include disorders with primary symptoms of anxiety and fear that must be severe enough to cause significant discomfort to the individual and/or disrupt their functioning. Regardless of the source of anxiety or the subject/object of fear, which forms the primary basis for their distinction, the disorders share phenomenological similarities (28). Key anxiety disorders include generalized anxiety disorder, panic disorder, agoraphobia, specific phobia, social anxiety disorder, separation anxiety disorder, and selective mutism. These disorders share nonspecific physiological arousal with sympathetic system activation and behavioral changes, to varying degrees. The underlying concept for anxiety and fear-related disorders is the focus of apprehension, which can be very specific, associated with a wider range of situations, or be characterized by general fear. The focus of apprehension is used as the basis for differentiating anxiety disorders (3). It is the stimulus which an individual reports to be the cause of his or her anxiety, excessive physiological arousal, and maladaptive behavioral responses. The distinction between phobic and other anxiety disorders from ICD-10 has been eliminated. In this sense, fear-related disorders have been added to anxiety disorders



anksioznim poremećajima su umjesto fobičnih poremećaja dodani sa strahom povezani poremećaji. Nadalje, u MKB-11 nisu odvojeni anksiozni poremećaji koji se javljaju u djetinjstvu od poremećaja odraslih, već je prihvaćeno da se isti poremećaji mogu pojaviti tijekom cijelog životnog vijeka, iako s razvojni različitim prezentacijama (29). Tako se u kliničkim smjernicama posebno opisuje separacijski anksiozni poremećaj kod odraslih, gdje je najčešće usmjeren na ljubavnog partnera ili djeteta. Generalizirani anksiozni poremećaj karakterizira opći strah i zabrinutost koja nije ograničena na neki specifični podražaj. Slobodno fluktuirajuća anksioznost i zabrinutost su osnovna obilježja poremećaja kojima mogu biti dodani drugi simptomi kao što su mišićna napetost, nemir, simptomi pobuđenosti simpatikusa, subjektivni doživljaj nervoze, osjećaj „biti na rubu“, teškoće u koncentraciji, iritabilnost, smetnje spavanja (3). Za razliku od MKB-10, može biti u komorbiditetu s depresivnim poremećajima sve dok su simptomi prisutni neovisno o epizodama raspoloženja. Panični poremećaj definiran je ponavljajućim neočekivanim napadima panike koji nisu ograničeni na određene podražaje ili situacije. Napadi panike koji se u cijelosti pojavljuju kao odgovor na izlaganje ili iščekivanje podražaja od kojeg se strahuje u drugom poremećaju (npr. javno govorenje u socijalno anksio-

instead of phobic disorders in the title of this group of disorders. Furthermore, in the ICD-11, anxiety disorders that occur in childhood are not separated from adult disorders - it is accepted that the same disorders can appear throughout a person's lifespan, although with developmentally different presentations (29). Thus, the clinical guidelines specifically describe separation anxiety disorder in adults, where it is most often directed at a romantic partner or a child. Generalized anxiety disorder is characterized by general fear and worry that is not limited to any specific stimulus. Free-floating anxiety and worry are the basic features of the disorder, and can be accompanied by other symptoms such as muscular tension, restlessness, symptoms of sympathetic autonomic over-activity, subjective experience of nervousness, feeling "on edge", difficulty maintaining concentration, irritability, and/or sleep disturbances (3). As opposed to what is stated in ICD-10, comorbidity with depressive disorders is possible as long as symptoms are present independent of mood episodes. Panic disorder is defined by recurrent unexpected panic attacks that are not limited to specific stimuli or situations. Panic attacks that occur entirely in response to exposure or anticipation of a feared stimulus in another disorder (e.g. public speaking in social anxiety disorder) do not require an additional

znom poremećaju) ne zahtijevaju dodatnu dijagnozu paničnog poremećaja. Umjesto toga, kvalifikacija „s napadima panike“ može se primijeniti na drugu dijagnozu anksioznog poremećaja. Kvalifikator „s napadajima panike“ također se može primijeniti u kontekstu drugih poremećaja gdje je anksioznost istaknuto, ali ne i definirajuće obilježje (9). Agorafobija je konceptualizirana kao izraziti i pretjerani strah ili tjeskoba koji se pojavljuju u, ili u iščekivanju, višestrukih situacija u kojima bi bijeg mogao biti težak ili pomoć nije dostupna. Fokus strepnje je strah od specifičnih negativnih ishoda koji bi bili onesposobljavajući ili neugodni u tim situacijama. Specifičnu fobiju karakterizira izražen i pretjeran strah ili tjeskoba koji se dosljedno pojavljuju nakon izlaganja ili anticipacije izlaganja specifičnom objektu ili situaciji, a što nije proporcionalno stvarnoj opasnosti. Socijalni anksiozni poremećaj definiran na temelju straha od negativne procjene od strane drugih i zamjenjuje socijalne fobije.

Klasifikacija anksioznih poremećaja u MKB-11 je, uz nešto razlika u kriterijima za neke specifične anksiozne poremećaje, većim dijelom usklađena s DSM-5 u kojem su ovi poremećaji označeni samo kao anksiozni poremećaji. Iako je u MKB-11 zadržan kategorijalni pristup u klasifikaciji anksioznih poremećaja značajan je broj istraživanja koji upućuje na potrebu za dimenzionalnim

diagnosis of a panic disorder. Instead, the qualification “with panic attacks” can be applied to another diagnosis of an anxiety disorder. The qualifier “with panic attacks” can also be applied in the context of other disorders where anxiety is a prominent, but not defining feature (9). Agoraphobia is conceptualized as an intense and excessive fear or anxiety that occurs in, or in anticipation of, multiple situations in which escape may be difficult or help is unavailable. The focus of anxiety is the fear of specific negative outcomes that would be disabling or uncomfortable in those situations. A specific phobia is characterized by a marked and excessive fear or anxiety that consistently occur after exposure or anticipation of exposure to a specific object or situation, which is out of proportion to the actual danger. Social anxiety disorder is defined based on a fear of negative evaluation by others and replaces social phobias.

The classification of anxiety disorders in ICD-11 is, with some differences in the criteria for some specific anxiety disorders, mostly in line with DSM-5 in which these disorders are labeled just as anxiety disorders. Although the categorical approach to the classification of anxiety disorders has been kept in ICD-11, a significant number of studies point to the need for a dimensional model that would include genetic and neurobiological domains.



modelom koji bi uključivao genetske i neurobiološke domene.

Danas psihodinamički pristup anksioznim poremećajima i anksioznosti uključuje empirijske dokaze o povezanosti bioloških i genetskih čimbenika u generiranju anksioznosti (14, 30). Psihoanalitički koncept signalne anksioznosti je podržan dokazima neuroznanstvenih istraživanja (14). Psihodinamička teorija pretpostavlja da su nesvjesni konflikti patognomonični za anksiozne poremećaje i simptome anksioznosti općenito. Istodobno, izraz „psihodinamički“ ne odnosi se samo na ono što se događa unutar nečijeg uma, već i na ono što se događa među ljudima i unutar obitelji, grupa i sustava (31). U procjeni anksioznosti važno je pažljivo razlikovati potencijalnu opasnost od aktualne opasnosti, procjenu opasnosti i odgovora na opasnost, adaptivni odgovor na stvarnu opasnost (koji može, ali ne mora uključivati strah/tjeskobu) i anksiozni odgovor, u kojem se sustav borba-bijeg-zamrzavanje aktivira u očekivanju katastrofe (18). Afektivna stanja, kognitivni obrasci, somatska stanja i obrasci odnosa povezani s anksioznošću se preklapaju u različitim dijagnostičkim kategorijama. Gabbard (14) navodi da je anksioznost afekt kojeg su psihoanaliza i psihodinamska psihijatrija instrumentalizirale od njihovog „rođenja“. Na temelju psihoanalitičkih otkrića konstruirana je razvojna hijerarhija anksi-

Today, the psychodynamic approach to anxiety disorders and anxiety includes empirical evidence of the connection between biological and genetic factors in the generation of anxiety (14, 30). The psychoanalytic concept of signal anxiety is supported by evidence from neuroscientific research (14). Psychodynamic theory assumes that unconscious conflicts are pathognomonic for anxiety disorders and anxiety symptoms in general. At the same time, the term “psychodynamic” refers not only to what happens inside one’s mind, but also to what happens between people and within families, groups and systems (31). In the evaluation of anxiety, it is important to carefully distinguish between potential danger and actual danger, the assessment of danger and the response to danger, the adaptive response to actual danger (which may or may not include fear/anxiety) and the anxiety response, in which the fight-flight-freeze system activates in anticipation of a disaster (18). Affective states, cognitive patterns, somatic states and relational patterns associated with anxiety overlap across diagnostic categories. Gabbard (14) states that anxiety is an affect that psychoanalysis and psychodynamic psychiatry have instrumentalized since their “birth”. A developmental hierarchy of anxiety constructed based on psychoanalytic findings can help clinicians determine the unconscious sources of

oznosti koja može pomoći kliničarima u determiniranju nesvjesnih izvora pacijentovih simptoma anksioznosti. Kada je anksioznost dio kliničke slike važno je identificirati njeno razvojno porijeklo. Najprimitivnije razine anksioznosti mogu biti lako pokrenute u traumatskim, stresnim ili drugim situacijama. Svaka osoba ima jedinstvenu mješavinu anksioznosti, tako da kliničar treba biti kreativan u razumijevanju specifičnih strahova svakog pacijenta i njihovog porijekla (14). Za svakog od pacijenata s anksioznim poremećajima nužna je pažljiva psihodinamička evaluacija doprinosa bioloških i dinamičkih čimbenika u razvoju poremećaja u svrhu sačinjavanja sveobuhvatnog i učinkovitog plana tretmana.

Opsesivno-kompulzivni i srodni poremećaji

Klasifikacija opsesivno-kompulzivnog poremećaja (OKP) u MKB-10 odražavala je razumijevanje ovog poremećaja kao primarno anksioznog poremećaja. U MKB-11 OKP je svrstan u zasebnu skupinu, opsesivno-kompulzivni i srodni poremećaji, koja uključuje hipohondrijazu (MKB-10 hipohondrijski poremećaj iz somatoformnih poremećaja) i trihotilomaniju (MKB-10 poremećaji impulsa i nagona), te nove dijagnostičke kategorije: tjelesni dismorfnii poremećaj, olfaktorni referentni poremećaj, poremećaj

the patient's anxiety symptoms. When anxiety is part of the clinical picture, it is important to identify its developmental origin. The most primitive levels of anxiety can be easily triggered in traumatic, stressful or other situations. Each person has a unique mix of anxieties, so the clinician should be creative in understanding each patient's specific fears and their origins (14). A careful psychodynamic evaluation of the contribution of biological and dynamic factors in the development of the disorder is necessary for each patient with an anxiety disorder in order to create a comprehensive and effective treatment plan.

Obsessive-compulsive and related disorders

The classification of obsessive-compulsive disorder (OCD) in ICD-10 reflected the understanding of this disorder as primarily an anxiety disorder. In ICD-11, OCD is classified into a separate group, the obsessive-compulsive or related disorders, which include hypochondriasis (ICD-10 hypochondriacal disorder from somatoform disorders) and trichotillomania (ICD-10 habit and impulse disorders), and new diagnostic categories: body dysmorphic disorder, olfactory reference disorder, hoarding disorder, and excoriation disorder (skin picking). These disorders have common clinical features (unwanted thoughts and related



nakupljanja i ekskoriјacijski poremećaj (čaćkanje kože). Ovi poremećaji imaju zajednička klinička obilježja (neželjne misli i s njima povezana repetitivna ponašanja), obiteljsku vezu veću od očekivane, genetske čimbenike rizika, neurokemijske abnormalnosti i odstupanja u neuronskom krugu te preklapanja u pristupu procjeni i tretmanu (32). Osnovno obilježje OKP-a iz MKB-10 prisustvo opsesija i kompulzija zadržano je i u MKB-11 uz promijenjenu definiciju opsesija i kompulzija. Također je istaknut njihov funkcionalni odnos. Opsesije su definirane ne samo kao neželjene misli već i kao neželjene slike i porivi/impulsi. Kompulzije uključuju prikrivena ponašanja ili mentalne prisile i nisu ograničene samo na otvorena ponašanja (3). Učinjen je pomak ka dimenzionalnosti dodavanjem kvalifikatora kao što su prisustvo paničnih ataka i stupnja uvida tj. stupnja u kojem pojedinac prepoznaje da su njegova uvjerenja povezana s poremećaj netočna ili problematična. Mogu se primijeniti dva stupnja uvida: prihvatljiv do dobar i slab do odsutan. Dimenzija uvida koristi se kod poremećaja s dominirajućom kognitivnom komponentom (opsesije, intruzije i preokupacija) kao što su OKP, tjelesni dismorfní poremećaj, olfaktorni referentni poremećaj, hipohondriјaza i poremećaj nakupljanja. Pogrešna uvjerenja ili ponašanja koja dosežu razinu sumanutih uvjerenja ne treba smatrati odrazom zasebnog psihotičnog procesa kada su u

repetitive behaviors), a family connection greater than expected, genetic risk factors, neurochemical abnormalities and deviations in the neuronal circuit, and overlapping in the approaches to assessment and treatment (32). The basic feature of OCD from ICD-10, the presence of obsessional thoughts or compulsive acts, was retained in ICD-11 with a changed definition of obsessions and compulsions. Their functional relationship is also highlighted. Obsessions are defined not only as unwanted thoughts but also as unwanted images and urges/impulses. Compulsions include covert behaviors or mental compulsions and are not limited to overt behaviors (3). A shift towards dimensionality was made by adding qualifiers such as the presence of panic attacks and the degree of insight, i.e. the degree to which the individual recognizes that their beliefs relating to the disorder are incorrect or problematic. Two levels of insight can be applied: fair to good and poor to absent. The insight dimension is used in disorders with a dominant cognitive component (obsessions, intrusions and preoccupations) such as OCD, body dysmorphic disorder, olfactory reference disorder, hypochondriasis and hoarding disorder. False beliefs or behaviors that reach the level of delusional beliefs should not be considered a reflection of a separate psychotic process when they are fully consistent with the symptom-

potpunosti u skladu sa simptomatologijom relevantnog OKP-a (32,33). Podskupina poremećaja kod kojih nije izražena kognitivna komponenta (trichotilomanija i ekskorijacijski poremećaj) označena je kao poremećaj s ponavljajućim ponašanjem usmjerenim na tijelo.

U kliničkom opisu i smjernicama za OKP dodat je širok raspon afektivnih stanja koje osobe dožive kada se suoče sa situacijama koje pokreću opsesije i kompulzije. Ova afektivna stanja ne uključuju samo anksioznost ili panične napade već i snažne osjećaje gađenja, srama, osjećaj „nepotpunosti“ ili nelagode sve dok stvari ne izgledaju ili se osjećaju „ispravno“ (33). ICD-10 podtipovi OKP-a su eliminirani kao što je i eliminirano davanje prednosti depresiji, tako da se oba poremećaja mogu dijagnosticirati kod osobe, ako su za to zadovoljeni uvjeti (9).

Iz psihodinamičke perspektive, formiranje opsesivno-kompulzivnih simptoma proizlazi iz nesvjesnih konflikata koji uzrokuju distres, potičući oboljelog da ih prevede u neki kompromisni simptom ili ponašanje (18). Simptomi mogu ego-distonični (vodi aktivnoj borbi protiv njih) ili ego-sontonični (pasivno prihvaćanje). Često su ego-sintonični simptomi povezani s lošim uvidom. U takvim slučajevima treba razmotriti diferencijalnu dijagnozu s opsesivno-kompulzivnim poremeća-

atologijom relevantnog OKP-a (32, 33). A subset of disorders in which a cognitive component is not expressed (trichotilomania and excoriation disorder) is labeled as body-focused repetitive behavior disorders.

The clinical description and guidelines for OCD have been complemented with a wide range of affective states that individuals experience when faced with situations that trigger obsessions and compulsions. These affective states include not only anxiety or panic attacks but also strong feelings of disgust, shame, and feelings of “incompleteness” or discomfort until things look or feel “right” (33). The ICD-10 subtypes of OCD have been eliminated, as well as the preference for depression, so that both disorders can be diagnosed in a person if the conditions have been met (9).

From a psychodynamic perspective, the formation of obsessive-compulsive symptoms comes from unconscious conflicts that cause distress, encouraging the patient to translate them into some compromising symptom or behavior (18). Symptoms can be ego-dystonic (leading to active struggle against them) or ego-syntonic (passive acceptance). Ego-syntonic symptoms are often associated with poor insight. In such cases, a differential diagnosis with obsessive-compulsive personality disorder or obsessive-compulsive personality should be considered (14, 18).



jem ličnosti ili opsesivno-kompulzivnom osobnošću (14, 18). U oblikovanju kliničke slike pomaže procjena razine organizacije osobnosti, zrelosti obrana i razina kognitivnog funkcioniranja. Opsesije i kompulzije prisutne su u različitim dijagnostičkim kategorijama, te u postupku procjene treba istražiti nedavne gubitke i stresove koji mogu biti povezani s pojavom OKP-a, osobito onih koji su mogli utjecati na fantazije pacijenta o kontroli (18).

Zanimljivo je svrstavanje hipohondrijskog poremećaja u OKP skupinu. Klasificiranje hipohondrijaze u OKP skupinu temelji se na činjenici da prisutnost somatskih simptoma nije bitno obilježje hipohondrijskog poremećaja, te da hipohondrijaza dijeli važna klinička obilježja s OKP-om (prisutnost intruzivnih preokupacija i repetitivnih ponašanja) i sa anksioznim poremećajima, posebno paničnim poremećajem. Osim toga postoji visoka stopa istodobne pojave i obiteljske povezanosti sa OKP-om, sličan odgovor na tretmane i preklapanja neuropsiholoških obilježja i obilježja neuronskih krugova među ovim poremećajima (32). S obzirom na preklapanja s anksioznim poremećajima predložen je i alternativni naziv anksiozni poremećaj zbog bolesti koji se koristi u DSM-5, gdje klasificiran u skupinu poremećaja sa somatskim simptomom.

Nadalje, ovdje je uključen i tjelesni dismorfni poremećaj koji je u MKB-10 bio

The assessment of the level of personality organization, the maturity of defenses, and the level of cognitive functioning assist in shaping the clinical picture. Obsessions and compulsions are present in different diagnostic categories, and the assessment process should investigate recent losses and stresses that may be related to the onset of OCD, especially those that may have influenced the patient's fantasies of control (18).

The classification of the hypochondriac disorder in the OCD group is interesting. The classification of hypochondriasis in the OCD group is based on the fact that the presence of somatic symptoms is not an essential feature of hypochondriacal disorder and that hypochondriasis shares important clinical features with OCD (the presence of intrusive preoccupations and repetitive behaviors) and with anxiety disorders, especially panic disorder. Additionally, there is a high rate of co-occurrence and familial association with OCD, similar responses to treatments, and overlapping neuropsychological and neural circuit traits among these disorders (32). Considering the overlaps with anxiety disorders, an alternative name "anxiety disorder due to illness" was proposed, which is used in DSM-5, where it is classified in the group of disorders with somatic symptoms.

Furthermore, body dysmorphic disorder is also included here, which was classi-

unutar hipohondrijskog poremećaja (dismorfobija), pri čemu uvjerenja nisu smjela biti na razini sumanutosti. To je stvorilo mogućnost da se istom poremećaju dodijele različite dijagnoze bez prepoznavanja cijelog spektra težine poremećaja, koji može uključivati uvjerenja koja se čine sumanutim. Međutim, zbog podataka o prevalenciji u općoj populaciji, svojstvene simptomatologije i sličnosti sa OKP-om u MKB-11, kao i u DSM-5, definiran je kao zaseban dijagnostički entitet (32). Bitno obilježje ovog poremećaja je perzistentna preokupacija s jednim ili više uočenih nedostataka ili mana u izgledu, ili ružnoćom općenito, koja je ili neprimjetna ili samo malo primjetna drugima. Ova zaokupljenost je popraćena ponavljajućim i pretjeranim ponašanjem, uključujući opetovano ispitivanje izgleda ili težine uočenog nedostatka ili mane, pretjerane pokušaje kamufliranja ili izmjene uočenog nedostatka ili izrazito izbjegavanje društvenih situacija ili okidača koji povećavaju uznemirenost zbog uočenog nedostatka ili mane (3).

Aktualni modeli razumijevanja ovog poremećaja uključuju estetsku osjetljivost i *self* kao estetski objekt, društveni pritisak da se izgleda „savršenim“ i neurobiološku predispoziciju. Iz psihoanalitičke perspektive, sveprisutna identifikacija s beskompromisnim ego-idealom je u podlozi ovih pretjeranih tjelesnih briga. Kritizirani dio tijela tako pred-

fied within the hypochondriacal disorder (dysmorphophobia) in ICD-10, whereby the individual's beliefs should not have been at the level of delusion. That created the possibility to assign different diagnoses to the same disorder without recognizing the full spectrum of severity of the disorder, which could include beliefs that appear delusional. However, due to general population prevalence data and characteristic symptomatology and similarities with OCD, it is defined as a separate diagnostic entity in ICD-11, as well as in DSM-5 (32). An essential feature of this disorder is a persistent preoccupation with one or more perceived defects or flaws in appearance, or ugliness in general, that is either imperceptible or only slightly noticeable to others. This preoccupation is accompanied by repetitive and exaggerated behavior, including repeated examination of the appearance or severity of the perceived defect or flaw, excessive attempts to camouflage or alter the perceived defect, or extreme avoidance of social situations or stimuli that increase distress about the perceived defect or flaw (3).

The current models for understanding this disorder include aesthetic sensitivity and the self as an aesthetic object, social pressure to look "perfect" and neurobiological predisposition. From a psychoanalytic perspective, an omnipresent identification with an uncompromising ego ideal underlies these excessive bodi-



stavlja omraženi dio osobnosti. Drugi psihoanalitički konstrukt je „tijelo-ja“: slika tijela koja se razvija unutar sebe u kontekstu ranog odnosa s „predmetom želje“, obično majkom (18). Osobe s ovim poremećajem mogu razviti simptome depresije različite težine, može biti povećan rizik od suicida, česte promjene raspoloženja i razdražljivost koja se može pojaviti kada se ne dobiju kompulzivno tražena uvjerenja ili kada estetske, medicinske ili kirurške intervencije nemaju očekivani ishod.

Poremećaji specifično povezani sa stresom

Ovu skupinu čine posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), kompleksni PTSP i poremećaj prolongiranog žalovanja kao novi dijagnostički entiteti, poremećaj prilagodbe i poremećaji koji su u MKB-10 svrstavani u skupinu poremećaja dječje dobi i koji su povezani sa poremećajem privrženosti (reaktivni poremećaj privrženosti u djetinjstvu i dezinhibirani poremećaj privrženosti u djetinjstvu). Akutna stresna reakcija je konceptualizirana kao normalna reakcija i stavljena je u kategoriju čimbenika koji mogu utjecati na zdravstveno stanje. Također, u MKB-11 je nema dijagnostička kategorija trajne promjene ličnosti zbog katastrofalnog doživljaja koja je zapravo redefinirana u kompleksni PTSP (9). Poremećaji su direk-

ly concerns. The criticized part of the body thus represents the hated part of the personality. Another psychoanalytic construct is the “body-me”: a body image that develops within the self in the context of an early relationship with an “object of desire”, usually the mother (18). Individuals with this disorder may develop symptoms of depression of varying severity, there may be an increased risk of suicide, frequent mood swings and irritability that may occur when compulsively sought reassurances are not received or when aesthetic, medical or surgical interventions do not have the expected outcome.

Disorders specifically associated with stress

This group includes the post-traumatic stress disorder (PTSD), complex PTSD and prolonged grief disorder as new diagnostic entities, adjustment disorders and disorders that are classified in the group of childhood disorders in the ICD-10, and which are associated with attachment disorder (reactive attachment disorder of childhood and disinhibited attachment disorder of childhood). An acute stress reaction is conceptualized as a normal reaction and is placed in the category of factors influencing health status. Additionally, in the ICD-11, there is no diagnostic category of permanent personality change due to a catastrophic

tno povezani sa izloženošću stresnom ili traumatičnom događaju ili nizu takvih događaja ili nepovoljnih iskustava. Za svaki od poremećaja prepoznatljivi stresor je neophodan, iako nedovoljan uzročni čimbenik. Stresni događaji za neke poremećaje nalaze se u rasponu normalnih životnih iskustava, dok su za druge poremećaje stresori izuzetno prijeteće ili stravične prirode (tj. potencijalno traumatični događaji). Poremećaji specifično povezani sa stresom međusobno se razlikuju po svojoj prirodi, obrascu i trajanju simptoma koji se pojavljuju kao odgovor na stresore, zajedno s pripadajućim funkcionalnim oštećenjem (10).

Temeljna obilježja PTSP-a su izloženost događaju ili situaciji (bilo kratkotrajnoj ili dugotrajnoj) izrazito prijeteće ili užasne prirode i razvoj karakterističnog sindroma koji traje najmanje nekoliko tjedana, a sastoji se od sva tri ključna elementa: ponovno proživljavanje (životopisna intruzivna sjećanja, *flashbackovi*, noćne more koji uključuju ponovno proživljavanje traumatskog događaja u sadašnjosti, popraćeno strahom ili užasom); izbjegavanje (izrazito unutarnje izbjegavanje misli i sjećanja ili vanjsko izbjegavanje aktivnosti ili situacija koje podsjećaju na traumatski događaj) i percepcija prijeteće (uporna percepcija povećane trenutne prijeteće u obliku hipervigilnosti ili pojačane reakcije preplašenosti). Simptomi ponovnog proživ-

experience, which has actually been redefined as complex PTSD (9). Disorders are directly associated with exposure to a stressful or traumatic event or a series of such events or adverse experiences. For each of the disorders, an identifiable stressor is a necessary, although insufficient, causal factor. Stressful events for some disorders are within the range of normal life experiences, while for other disorders the stressors are extremely threatening or terrible (ie, potentially traumatic events). Disorders specifically associated with stress differ from each other in their nature, pattern, and duration of symptoms that occur in response to stressors, along with associated functional impairment (10).

The essential features of PTSD are exposure to an event or situation (whether short-term or long-term) of an extremely threatening or horrific nature and development of a characteristic syndrome lasting at least several weeks, and consisting of all three key elements: re-experiencing (vivid intrusive memories, flashbacks, nightmares that involve reliving the traumatic event in the present, accompanied by fear or horror), avoidance (significant internal avoidance of thoughts and memories or external avoidance of activities or situations reminiscent of the traumatic event), and perception of threat (persistent perception of heightened current threat in the form of hypervigilance or enhanced



ljavanja uključuju ponovno doživljavanje kognitivnih, afektivnih ili fizioloških aspekata traume ovdje i sada. Refleksija na događaj ili ruminacije o događaju i prisjećanja osjećanja koja su se doživjela u trenutku događanja nisu simptomi ponovnog proživljavanja (3). U odnosu na ranije u opisu stresora izostaje zahtjev koji sugerira da je priroda događaja takva da izaziva sveprožimajuću uznemirenost u gotovo svakog. Kod simptoma izbjegavanja važno je istaknuti da je ponašanje izbjegavanja namjerno i nije povezano s nesjećanjem kao nesvjesnom strategijom izbjegavanja. U definiranju izbjegavanja također su uklonjeni *numbing*, smanjeni interes i emocionalno otuđenje budući da su shvaćeni kao manifestacije komorbidnih depresivnih simptoma. Kod treće skupine simptoma fenomeni hiperpobudenosti poput poremećaja sna, problema s koncentracijom i povećane razdražljivosti zbog nespecifične povezanosti s PTSP-om nisu na listi simptoma (34).

Značajna inovacija je uvođenje kompleksnog PTSP-a i poremećaj prolongiranog žalovanja. Kompleksni PTSP se može razviti nakon izloženosti događaju ili nizu događaja iznimno prijeteće ili užasavajuće prirode, najčešće prolongiranih ili ponavljajućih događaja iz kojih je teško ili nemoguće pobjeći. Kao i kod PTSP-a dijagnoza kompleksnog PTSP-a ovisi o simptomatskoj prezentaciji a ne o specifičnim karakteristikama do-

startle reaction). Re-experiencing symptoms include re-experiencing cognitive, affective or physiological aspects of the trauma in the here and now. Reflection on or rumination about the event and remembering the feelings experienced at the time of the event are not symptoms of re-experiencing (3). Compared to before, the description of the stressor lacks the requirement which suggests that the nature of the event must be such that it causes pervasive distress in almost everyone. With avoidance symptoms, it is important to emphasize that avoidance behavior is intentional and is not related to not remembering as an unconscious avoidance strategy. Numbing, decreased interest, and emotional alienation were also removed from the definition of avoidance since they are understood as manifestations of comorbid depressive symptoms. In the third group of symptoms, hyperarousal phenomena such as sleep disturbances, concentration problems and increased irritability are not on the list of symptoms due to a non-specific connection with PTSD (34).

A significant innovation is the introduction of complex PTSD and prolonged grief disorder. Complex PTSD can develop after exposure to an event or series of events of extremely threatening or horrific nature, usually prolonged or repetitive events escape from which is difficult or impossible. As with PTSD, the diagnosis of complex PTSD depends on

gađaja (35). Klinička slika uključuje tri ključna PTSP klastera simptoma, stalne i pervazivne smetnje u regulaciji afekta (primjerice česta razdražljivost, ljutnja, bijes, samopovređivanje), *self* funkcioniranju (negativni *self* koncept kao što je stalno uvjerenje o sebi kao bezvrijednom, poraženom ili umanjenom, što je često praćeno osjećajem krivice, srama ili neuspjeha u vezi sa stresnim životnim događajem) i oštećenje u interpersonalnim odnosima (nemogućnost povjerenja, podložnost hiperboličnim pogledima i teškoće u partnerskim interakcijama posebno su karakteristične za ovu grupu simptoma) (3). Osobe sa kompleksnim PTSP-om također pokazuju povećanu tendenciju ka disocijaciji.

Poremećaj prolongiranog žalovanja se može razviti nakon smrti voljene osobe (primjerice partner, roditelj, dijete, drugi član porodice ili druga bliska osoba). Karakteriziran je prisustvom stalne i pervazivne reakcije žalovanja koja traje neobično dug period i očito premašuje očekivane društvene, kulturne ili religijske norme tipične za kulturu i kontekst pojedinca. Zbog različitih kulturnih manifestacija žalovanja u MKB-11 se navodi da je za dijagnozu potrebno dobro procijeniti kulturni kontekst pacijenata. Dijagnozu treba postaviti samo ako žalovanje jasno premašuje odgovarajuće kulturne norme pojedinca (34). Poremećaj prilagodbe u MKB-11 definiran je na temelju ključnog obi-

the symptomatic presentation and not on the specific characteristics of the event (35). The clinical picture includes three key PTSD symptom clusters, severe and persistent problems in affect regulation (for example, frequent irritability, anger, rage, self-harm), self-functioning (a negative self-concept such as a persistent belief of oneself as worthless, defeated or diminished, which is often accompanied by a feeling of guilt, shame or failure in connection with a stressful life event), and difficulties in sustaining interpersonal relationships (inability to trust, susceptibility to hyperbolic views, and difficulties in partner interactions are particularly characteristic for this group of symptoms) (3). People with complex PTSD also show an increased tendency for dissociation.

Prolonged grief disorder can develop after the death of a loved one (for example, a partner, parent, child, another family member or close person). It is characterized by the presence of a constant and pervasive grief reaction that persists for an unusually long period and clearly exceeds the expected social, cultural or religious norms typical of the individual's culture and context. Due to the different cultural manifestations of mourning, ICD-11 states that the diagnosis requires a good assessment of the patient's cultural context. The diagnosis should be made only if the mourning clearly exceeds the appropriate cultural norms of the individ-



lježja preokupacije životnim stresorom ili njegovim posljedicama i uklonjeni su MKB-10 podtipovi ovog poremećaja.

Između MKB-11 i DSM-5 postoje značajne razlike u dijagnozi i klasifikaciji ovih poremećaja. DSM-5 zadržava akutni stresni poremećaj sa simptomima od kojih se većina pojavljuje i u skupu kriterija za PTSP. Upečatljiva je razlika i u dijagnozi PTSP-a. Dok se u MKB-11 težilo ka uključivanju samo specifičnih simptoma za PTSP (reducirano na šest), u DSM-5 su dodani novi klasteri i simptomi (ukupno 20 simptoma). Simptomi su podijeljeni u četiri skupine: simptomi nametanja, izbjegavanja, negativna promjena kognicije i raspoloženja i simptomi pobuđenosti i dodana je odrednica sa ili bez disocijativnih simptoma. Kompleksni PTSP nije uključen u DSM-5, međutim PDM razmatra ovaj poremećaj i povezuje sa historijom kroničnog zanemarivanja, traume i zlostavljanja u djetinjstvu. U tom smislu za ovaj poremećaj ponuđen je i alternativni naziv razvojna trauma. Obilježja kompleksnog PTSP-a navedena u PDM-u djelomično su integrirana u kliničke opise date u MKB-11 kao što su smetnje u regulaciji afekta, self funkcioniranju i interpersonalnim odnosima. U psihodinamičkom pristupu naglašava se važnost individualnog značenja traumatskog iskustva. Allen i Fonagy (36) naglašavaju kako na poremećaje povezane s traumom treba

ual (34). Adjustment disorder was defined in ICD-11 based on the essential feature of preoccupation with a life stressor or its consequences, and the ICD-10 subtypes of this disorder were removed.

There are significant differences in the diagnosis and classification of these disorders between ICD-11 and DSM-5. DSM-5 retains acute stress disorder with symptoms that mostly appear in the set of criteria for PTSD as well. There is also a striking difference in the diagnosis of PTSD. While ICD-11 aimed to include only specific symptoms for PTSD (reduced to six), new clusters and symptoms were added in DSM-5 (20 symptoms in total). The symptoms were divided into four groups: symptoms of intrusion, avoidance, negative alterations of cognitions and moods, and hyperarousal, while a criterion with or without dissociative symptoms was added. Complex PTSD is not included in DSM-5, however, PDM considers this disorder and associates it with a history of chronic neglect, trauma and abuse in childhood. In this sense, the alternative name "developmental trauma" was proposed for this disorder. The features of complex PTSD listed in PDM are partially integrated into the clinical descriptions provided in ICD-11, such as problems in affect regulation, self-functioning and interpersonal relationships. In the psychodynamic approach, the importance of the individual meaning of a traumatic experience is emphasized. Al-

gledati kao na poremećaje kojima traumatski stres daje značajan, iako individualno promjenjiv, doprinos u sprezi sa mnoštvom drugih etioloških faktora.

Disocijativni poremećaji

Ova skupina poremećaja odgovara MKB-10 disocijativnim (konverzivnim) poremećajima, ali je značajno reorganizirana i pojednostavljena. Disocijativni poremećaji su definirani kao poremećaji koje karakterizira nevoljni prekid ili diskontinuitet u normalnoj integraciji identiteta, osjeta, percepcije, afekta, misli, memorije, kontrole nad tjelesnim pokretima ili ponašanja. Prekid ili diskontinuitet mogu biti potpuni ili djelomični i mogu varirati iz dana u dan (3). Na ovaj način su u MKB-11 disocijativni i konverzivni poremećaji grupirani u kategoriju disocijativnih poremećaja što gotovo da odgovara originalnom konceptu histerije. Konverzivni poremećaji su preimenovani u „poremećaje sa disocijativnim neurološkim simptomom“ i predstavljen je kao jedan s 12 podtipova definiranih na temelju prevladavajućeg neurološkog simptoma (10). Početak je često povezan s traumatičnim ili nepovoljnim životnim događajem. Prethodne fizičke ozljede i povijest zlostavljanja ili zanemarivanja u djetinjstvu su čimbenici rizika. Najčešći psihosocijalni stresori povezani s poremećajem s disocijativnim neurološkim simptomom

len and Fonagy (36) emphasize that trauma-related disorders should be viewed as disorders in which traumatic stress makes a significant, although individually variable contribution in conjunction with a multitude of other etiological factors.

Dissociative disorders

This group of disorders corresponds to the ICD-10 dissociative (conversion) disorders but has been significantly reorganized and simplified. Dissociative disorders are defined as disorders characterized by an involuntary disruption or discontinuity in the normal integration of identity, sensations, perceptions, affects, thoughts, memories, control over bodily movements or behavior. The disruption or discontinuity may be complete or partial, and can vary from day to day (3). In this way, dissociative and conversion disorders are grouped in ICD-11 into the category of dissociative disorders, which almost corresponds to the original concept of hysteria. Conversion disorders have been renamed “dissociative neurological symptom disorders” and are represented as one of 12 subtypes defined based on the predominant neurological symptom (10). The onset is often associated with a traumatic or adverse life event. Previous physical injury and a history of childhood abuse or neglect are risk factors. The most common psychosocial stressors associated with disso-



kod djece uključuju zlostavljanje ili viktimizaciju, stresore povezane sa školom, obiteljski sukob ili odvajanje roditelja te smrt rođaka ili prijatelja. Disocijativna amnezija uključuje kvalifikator koji označava je li prisutna disocijativna fuga, fenomen koji je klasificiran kao zaseban poremećaj u MKB-10.

Disocijativni poremećaj identiteta odgovara MKB-10 konceptu poremećaja višestruke osobnosti. Uveden je parcijalni disocijativni poremećaj identiteta u kojem nedominantna stanja osobnosti ne preuzimaju stalno izvršnu kontrolu nad svijesću i funkcioniranjem pojedinca. Ovdje su uključeni i poremećaj depersonalizacije i derealizacije kao depersonalizacijsko-derealizacijski poremećaj, dok je poremećaj s transom i opsjednutošću podijeljen u dva poremećaja (poremećaj s transom i poremećaj s transom opsjednutosti) (9).

Pojam disocijativni upućuje na to da je u osnovi poremećaja psihodinamička etiologija. Disocijacija, konverzija i histerija imaju dugu zajedničku povijest. Na temelju rada sa pacijentima sa histerijom Pierre Janet je razvio teoriju disocijacije, dok je Sigmund Freud razvio koncept histerične konverzije. Zapravo, P. Janet je promatrao disocijativne aspekte histerije dok je S. Freud sagledavao aspekte konverzije (37). Praktično su disocijacija i konverzija bile obuhvaćeni jedinstvenim koncep-

ciative neurological symptom disorder in children include abuse or victimization, school-related stressors, family conflict or parental separation and the death of a relative or friend. Dissociative amnesia includes a qualifier indicating whether dissociative fugue, a phenomenon classified as a separate disorder in ICD-10, is present.

Dissociative identity disorder corresponds to the ICD-10 concept of multiple personality disorder. A partial dissociative identity disorder was introduced in which non-dominant personality states do not recurrently take over executive control of the individual's consciousness and functioning. The depersonalization and derealization disorder is included here as depersonalization-derealization disorder, while trance and possession disorder is divided into two disorders (trance disorder and possession trance disorder) (9).

The term dissociative indicates psychodynamic etiology is at the core of the disorder. Dissociation, conversion and hysteria have a long, common history. Based on his work with patients with hysteria, Pierre Janet developed the theory of dissociation, while Sigmund Freud developed the concept of hysterical conversion. In fact, P. Janet observed the dissociative aspects of hysteria, while S. Freud observed the conversion aspects (37). Dissociation and conversion were practically covered by the unique con-

tom histerije, pri čemu je emocionalna trauma imala glavnu ulogu u javljanju disocijacije (38). Disocijativna amnezija i disocijativni poremećaj identiteta imaju zajedničku psihodinamičku podlogu, povezani su traumatskim iskustvima, nepovoljnim životnim događajima ili osobnim i interpersonalnim konfliktima ili sresom. Disocijativni poremećaj identiteta najčešće je povezan s traumatskim iskustvima, posebno fizičkim, seksualnim i emocionalnim zlostavljanjem ili zanemarivanjem u djetinjstvu. Početak također može biti izazvan uklanjanjem iz traumatizirajućih okolnosti ili drugim nepovezanim traumatskim iskustvima kasnije u životu (3). Višestruka psihopatologija povezana s traumom zahtijeva temeljnu promjenu perspektive— to jest, prijelaz s pristupa usmjerenog na poremećaj na pristup usmjeren na osobu ili „perspektivu životne povijesti“ koja teži „mapiranju bezbrojnih složenih putova od ranog djetinjstva do kasnijeg adaptivnog ili neprilagodljivog razvoja koji zatim mogu tvoriti osnovu za intervencije za prevenciju i liječenje poremećaja“ (36).

Poremećaj s tjelesnim distresom i poremećaj tjelesnog doživljaja

U ovu skupinu poremećaja uključeni su poremećaj s tjelesnim distresom i disforija tjelesnog integriteta kao novi dija-

cept of hysteria, where emotional trauma played the leading role in the occurrence of dissociation (38). Dissociative amnesia and dissociative identity disorder have a common psychodynamic basis, they are associated with traumatic experiences, unfavorable life events, personal and interpersonal conflicts or stress. Dissociative identity disorder is most often associated with traumatic experiences, especially physical, sexual and emotional abuse or neglect in childhood. Onset may also be triggered by removal from traumatizing circumstances or other unrelated traumatic experiences later in life (3). Multiple trauma-related psychopathology requires a fundamental shift in perspective—that is, a shift from a disorder-focused approach to a person-focused approach or “life history perspective” that seeks to “map the myriad complex pathways from early childhood to later adaptive or maladaptive development that may then form the basis for interventions for the prevention and treatment of disorders” (36).

Disorders of bodily distress and bodily experience

This group of disorders includes bodily distress disorder and body integrity dysphoria as a new diagnostic entity. Bodily distress disorder is a simplified diagnostic category that covers all diagnoses of the ICD-10 group of somato-



gnostički entitet. Poremećaj s tjelesnim distresom je pojednostavljena dijagnostička kategorija koja pokriva sve dijagnoze MKB-10 skupine somatoformnih poremećaja i dijelom neurasteniju objedinjujući ih u jednu. Osnovno obilježje je prisutnost tjelesnih simptoma koji su uznemirujući i prema kojima pacijent pretjerano usmjerava pažnju, a što se može očitovati ponavljanim kontaktima sa zdravstvenim radnicima. Poremećaj je koncipiran kao postojan u kontinuitetu težine i može se prema tome kvalificirati kao blagi, umjereni ili teški ovisno o utjecaju na funkcioniranje. Važno je napomenuti da se poremećaj s tjelesnim distresom definira prema prisutnosti bitnih obilježja, a ne na temelju odsutnih medicinskih objašnjenja za uznemirujuće simptome (39). Težina se procjenjuje u smislu stupnja uznemirenosti ili zaokupljenosti tjelesnim simptomima, postojanosti poremećaja, kao i stupnja oštećenja i ponašanja traženja zdravstvene skrbi. U procjeni težine u obzir se uzimaju sve navedene dimenzije (3).

U MKB-11 uveden je pojam „tjelesni distres” kao zamjena za pojmove somatizacija, somatoformni i medicinski neobjašnjeni simptomi, a koji je više neutralan i manje stigmatizirajući. Njime se opisuju somatske pritužbe i s njima povezana emocionalna stanja neovisno o tome da li je somatska pritužba povezana ili ne sa medicinskim stanjem. Na ovaj se način pokušalo bolje opisa-

form disorders and partly neurasthenia, uniting them into one. The essential feature is the presence of disturbing physical symptoms about which the patient becomes preoccupied, which can be manifested by repeated contact with health professionals. The disorder is conceptualized on a continuum of severity and can therefore be qualified as mild, moderate or severe, depending on the impact on functioning. It is important to note that bodily distress disorder is defined based on the presence of essential features, not on the absence of medical explanations for distressing symptoms (39). Severity is assessed in terms of the degree of distress or preoccupation with physical symptoms, the persistence of the disorder, as well as the degree of impairment and healthcare-seeking behavior. All the above mentioned dimensions (3) are taken into account when estimating its severity.

In ICD-11, the term “bodily distress”, which is more neutral and less stigmatizing, was introduced as a replacement for the terms somatization, somatoform and medically unexplained symptoms. It describes somatic complaints and their associated emotional states, regardless of whether the somatic complaint is related to a medical condition or not. This way, an attempt was made to better describe the fact that the individuals really do suffer due to physical symptoms (40). The distinction between medically explainable and med-

ti činjenica da osobe zaista pate zbog tjelesnog simptoma (40). Ukinuta je razlika između medicinski objašnjenih i medicinski neobjašnjivih somatskih tegoba i uvedeni su specifični psihološki kriteriji kao što su uznemirenost i pretjerane misli i ponašanja. Što znači sa su ovdje uključeni i pacijenti koji imaju simptome zbog općeg medicinskog stanja kada ih pacijent doživljava kao uznemirujuće i na koje usmjerava prekomjernu pažnju. Bitno obilježje je pretjeran, neproporcionalni ili neprilagodljivi odgovor na jedan ili više fizičkih simptoma ili osjeta bilo koje etiologije a koji dovodi do značajnog distresa ili oštećenja (41). Ova je promjena u skladu s općim načelom MKB-11 o udaljavanju od dualizma uma i tijela (39).

Disforija tjelesnog integriteta ili poremećaj identiteta tjelesnog integriteta je nova dijagnoza i relativno rijetko stanje u kojem osoba doživljava snažne osjećaje nezadovoljstva i neusklađenosti u odnosu na vlastiti tjelesni integritet. Osnovna klinička obilježja su intenzivna i uporna želja da se bude fizički invalid na značajan način (na primjer, amputacija ekstremiteta, paraplegija, sljepoća) što je praćeno stalnom nelagodnom ili intenzivnim negativnim osjećajima oko svoje trenutne tjelesne konfiguracije ili funkcioniranja. Prisutna je duboka neusklađenost između svog stvarnog i željenog tijela u odnosu na oblik i funkcionalnost ti-

ically unexplainable somatic complaints was removed and specific psychological criteria such as agitation and exaggerated thoughts and behaviors were introduced. This now includes patients who, due to a general medical condition, have symptoms they perceive as disturbing and to which they direct excessive attention. Its essential feature is an exaggerated, disproportionate or maladaptive response to one or more physical symptoms or sensations of any etiology that leads to significant distress or impairment (41). This change is in line with the general principle of ICD-11 on moving away from mind-body dualism (39).

Body integrity dysphoria or body integrity identity disorder is a new diagnosis and a relatively rare condition in which a person experiences strong feelings of dissatisfaction and mismatching concerning their own body integrity. The core clinical features are characterized by an intense and persistent desire to become physically disabled in a significant way (e.g. limb amputation, paraplegia, blindness) accompanied by persistent discomfort or intense negative feelings about one's current body configuration or functioning. There is a deep mismatch between one's actual and desired body regarding body shape and functionality. The word "redundancy" is often used in the complaints of these individuals. They suffer deeply because their "inner body" does not match



jela. U žalbama ovih osoba često je prisutna riječ „suvišnost“. Duboko pate jer njihovo „unutrašnje tijelo“ ne odgovara njihovom stvarnom fizičkom izgledu. Primarna motivacija je osjećati se „cjelovito“ ili „kompletno“ što služi ispravljanju slike pojedinca o njegovom stvarnom identitetu kao amputiranoj osobi, paraplegičaru ili invalidu (42). Pretpostavlja se da želja biti fizički invalid proizlazi iz neusklađenosti između mentalne reprezentacije pojedinca o njegovom/njezinom tijelu i stvarne fizičke konfiguracije tijela (43).

MKB i DSM klasifikacija različito klasificiraju ove poremećaje. U DSM ova skupina poremećaja označava se kao poremećaji sa somatskim simptomom koji uključuje poremećaj sa somatskim simptomom, anksiozni poremećaj zbog bolesti (MKB-11 hipohondrija), poremećaj s funkcionalnim neurološkim simptomom (MKB-11 disocijativni poremećaj s neurološkim simptomom) i umišljeni poremećaj (poznat kao Munchausenov sindrom by *proxy*). Umišljeni poremećaj je u MKB-11 stavljen u novu skupinu poremećaja koja uključuje umišljeni poremećaj nametnut sebi i umišljeni poremećaj nametnut drugom.

Poremećaji s tjelesnim distresom predstavljaju i dalje veliki izazov počev od boljeg razumijevanja temeljnih psiholoških i patofizioloških mehanizama do

their actual physical appearance. The primary motivation is to feel “whole” or “complete”, which serves to correct the individual's image of their real identity as an amputee, a paraplegic or disabled person (42). It is hypothesized that the desire to be physically disabled results from a mismatch between an individual's mental representation of his/her body and the actual physical configuration of their body (43).

The ICD and DSM classifications classify these disorders differently. In DSM, this group of disorders is marked as somatic symptom and related disorders, which includes somatic symptom disorder, illness anxiety disorder (ICD-11 hypochondriasis), functional neurological symptom disorder (ICD-11 dissociative neurological symptom disorder) and factitious disorder (known as Munchausen syndrome by proxy). In ICD-11, the factitious disorder was placed in a new group of disorders that includes factitious disorder imposed on self and factitious disorder imposed on another.

Bodily distress disorders still represent a great challenge, starting with a better understanding of the basic psychological and pathophysiological mechanisms to better recognition, diagnosis and effective treatment. Löffler-Stastka et al. (44) emphasize that by moving away from the definition of somatoform disorders as the lack of something (i.e. the lack of

boljeg prepoznavanja, dijagnosticiranja i učinkovitijeg liječenja. Löffler-Stastka i suradnici (44) naglašavaju da okretanjem od definicije somatoformnih poremećaja kao nedostatka nečega (tj. nedostatka medicinskog stanja koje sve objašnjava) nova klasifikacija bi mogla ponuditi način da se fokus stavi na psihodinamičku ravnotežu i konflikte pojedinačnog pacijenta i njihovu kondenzaciju u simptom. Ova promjena također može poslužiti kao prilika za liječenje i istraživanje procesa i ishoda liječenja. U osnovi ovih poremećaja je intrapsihički i interpersonalni konflikt, fiksacija na Edipalnoj fazi psihoseksualnog razvoja i posebna organizacija karaktera osobe. Somatski simptomi se javljaju kao odgovor na nesvjesne emocionalne probleme. U psihodinamičkom razumijevanju primarna i sekundarna dobit iniciraju i održavaju somatske simptome. Osim toga kod nekih osoba somatski simptom može biti i nesvjesna zaštita narušenog samopoštovanja (18). Također, u okviru psihodinamičke teorije ovi simptomi pokušavaju se objasniti konceptom aleksitimije i teorijom *attachmenta*. Svakako bitnu ulogu imaju faktori povezanim sa kulturom što je posebno istaknuto u MKB-11 smjernicama za dijagnozu. Posljednjih decenija sve veću pažnju u razumijevanju ovog poremećaja ima model u kojem se tjelesni distress promatra kao pore-

a medical condition that explains everything), the new classification could offer a new way to place focus on the psychodynamic balance and conflicts of the individual patient, and their condensation in the symptom. This change could also serve as an opportunity for treatment and research of treatment processes and outcomes. At the basis of these disorders are intrapsychic and interpersonal conflict, fixation on the Oedipal phase of psychosexual development, and a special organization of an individual's character. Somatic symptoms occur in response to unconscious emotional problems. In psychodynamic understanding, primary and secondary gains initiate and maintain somatic symptoms. For some people, a somatic symptom can be an unconscious protection of damaged self-esteem (18). Furthermore, within the framework of psychodynamic theory, there is an attempt to explain these symptoms with the concept of alexithymia and the theory of attachment. Factors associated with culture certainly play an important role, which is particularly emphasized in the ICD-11 guidelines for diagnosis. In recent decades, the model in which bodily distress is seen as a perception disorder has received increasing attention in the understanding of this disorder. The essence lies in excessive amplification by central or psychosocial factors of peripheral input from nociceptive and other sensors (45).



mećaj percepcije. Suština je u prekomjernom amplificiranju središnjim ili psihosocijalnim čimbenicima perifernog inputa iz nociceptivnih i drugih senzora (45).

PROMIŠLJANJA

Dijagnoza duševnog poremećaja važna je za sveukupno razumijevanje pacijenta i konteksta u kojem se poremećaj razvija. Točnost u procjeni olakšava provođenje odgovarajućeg liječenja, prognoze, komunikacije i planiranja sustava brige. Dijagnostičko-klasifikacijski sustavi duševnih poremećaja su jedan od alata koji se koristi u evaluaciji, postavljanju dijagnoze i formuliranju stanja pacijenta. Jedanaesta MKB revizija uvela je dosta novina i promjena, iako je zadržana MKB-10 paradigma. Kao što je već navedeno za mnoge poremećaje uključene su dimenzije težine, manifestacija simptoma i tijeka poremećaja. U suštini uvođenje dimenzionalnosti u dijagnostičke kategorije i procjena težine nije novina (na primjer kod depresivne epizode od ranije su uvedene dimenzije težine i tijeka) ali je novina što je dimenzionalnost uključena šire i sustavnije. Reed i suradnici (9) smatraju da je sadašnja razina promjena usklađena s aktualnim dokazima, pristupom zasnovanim na oporavku, te sa eliminacijom vještačkog komorbidi-

CONSIDERATIONS

The diagnosis of a mental disorder is important for the overall understanding of the patient and the context in which the disorder is developing. Accuracy in assessment facilitates appropriate treatment, prognoses, communication and planning of the care system. Diagnostic and classification systems of mental disorders are some of the tools used in the evaluation, diagnosis and formulation of the patient's condition. The eleventh ICD revision introduced a lot of novelties and changes, although the ICD-10 paradigm was retained. As already mentioned, the dimensions of severity, manifestation of symptoms and course of the disorder were included for many disorders. Essentially, the introduction of dimensionality into diagnostic categories and severity assessment are not a novelty (for example, in the case of a depressive episode, the dimensions of severity and flow have been introduced earlier), but the fact that dimensionality is included more widely and systematically is a novelty. Reed et al. (9) believe that the current level of change is in line with the current evidence, a recovery-based approach, the elimination of false comorbidity, and a more efficient presentation of changes in the course of the disease over time.

In the dimensional approach, the severity of symptoms or the degree of disturbance of a certain psychological function can be

teta i efikasnijim predstavljanjem promjena tijekom bolesti tokom vremena.

U dimenzionalnom pristupu težina simptoma ili stupanj poremećaja određene psihičke funkcije mogu se ocjenjivati na kvantitativnoj dimenziji (46) što daje veće mogućnosti mjerenja učinkovitosti različitih intervencija uključujući i psihoterapijske. Ovo je izazov ali i prilika za psihoterapijske intervencije čija primjena do sada nije bila na dokazima temeljena. Kombinacija fenomenoloških opisa i operacionalnih principa mjerljivosti težine upućuje na nužnost operacionalizacije procjene individualnih psihopatoloških manifestacija i razvijanja instrumenta procjene namijenjenih detekciji težine smetnje. Utvrđivanje intenziteta poremećaja i težine manifestacije simptoma svakako će biti veliki izazov za kliničare. Ujedno to upućuje na neminovnost uključivanja psihologa u proces dijagnosticiranja na način koji je drugačiji od tradicionalnog kao i kvalitativno bolju suradnju psihijataru i psihologa.

S druge strane, kako navode Lingiardi i McWilliams (18) kliničari se svakodnevno suočavaju sa subjektivnošću pojedinaca, što nameće potrebu za potpunijim opisom unutarnjeg života pacijenata kako bi razumjeli njihova osebujna iskustva. MKB-11 i DSM-5 na određen način kategoriziraju pa-

evaluated on a quantitative dimension (46), which provides greater opportunities to measure the effectiveness of various interventions, including psychotherapeutic ones. This is a challenge, but also an opportunity for psychotherapeutic interventions, the application of which has not been evidence-based until now. The combination of phenomenological descriptions and operational principles of severity measurability points to the necessity of operationalizing the assessment of individual psychopathological manifestations and developing an assessment instrument intended for the detection of the severity of the disorder. Determining the intensity of the disorder and severity of symptom manifestation will certainly be a great challenge for clinicians. At the same time, this points to the inevitability of involving psychologists in the diagnostic process in such manner which differs from the traditional one, as well as qualitatively better cooperation between psychiatrists and psychologists.

On the other hand, as stated by Lingiardi and McWilliams (18), clinicians face the subjectivity of individuals every day, which imposes the need for a more complete description of the patients' inner lives, in order to understand their peculiar experiences. ICD-11 and DSM-5 have a specific way of categorizing patients according to the group of symptoms, syndromes, and common behavioral and phenomenological features. The patient's



cijente prema skupini simptoma, sindromima, zajedničkim bihevioralnim i fenomenološkim obilježjima. Pacijentovo subjektivno iskustvo manje je bitno. Sama kategorijalna dijagnoza ne može ukazati na složenost različitih čimbenika i niza događaja koji dovode do razvoja duševnog poremećaja (47). Način kako je formulirana dijagnoza može pomoći u predviđanju prognoze, primjerice ako uključuje dimenzije longitudinalnog tijeka i težine, međutim to direktno ne utječe na to kakav će biti ishod tretmana. Za ishod tretmana bitan je odnos sa pacijentom, kao i umijeće uporabe i integriranja različitih terapijskih alata. Odnos sa pacijentom počinje se graditi već prvim kontaktom i prvim intervjuom uspostavljanjem povjerenja, prihvaćanja i razumijevanja pacijentovih poteškoća i konteksta u kojem jest. Kako i na koji način se postigne razumijevanje pacijenta odredit će i plan tretmana i pomoći u predviđanju pacijentovog odgovora na tretman. Pristup usmjeren na osobu i psihodinamička formulacija mogu biti korisni alati u boljem razumijevanju osobe i izgradnji terapijskog odnosa. Prema Böhmeru (47) psihodinamička formulacija, kao kratki opis jedinstvenog unutarnjeg života pacijenta, igra važnu ulogu u predviđanju pacijentovog odgovora na liječenje i tako omogućuje bolje upravljanje pacijentima. Sposobnost formuliranja problema pacijenta

subjective experience is less important. A categorical diagnosis alone cannot indicate the complexity of various factors and the series of events that lead to the development of a mental disorder (47). The manner in which the diagnosis is formulated can help predict the prognosis, for example, if it includes dimensions of longitudinal course and severity. However, this does not directly affect the outcome of the treatment. The relationship with the patient is important for the outcome of the treatment, as well as the skill of using and integrating different therapeutic tools. The relationship with the patient begins at first contact and with the first interview by establishing trust, acceptance and understanding of the patient's difficulties, as well as the context which they are in. How and in what way the understanding of the patient is achieved will determine the treatment plan and help predict the patient's response to treatment. A person-focused approach and psychodynamic formulation can be useful tools for the better understanding of a person and for building a therapeutic relationship. According to Böhmer (47), the psychodynamic formulation, as a brief description of the patient's unique inner life, plays an important role in predicting the patient's response to treatment and thus enables better patient management. The ability to formulate the patient's problem in a psychodynamic way should be an integral part of psychiatric training.

na psihodinamički način trebalo bi biti sastavni dio psihijatrijske obuke.

Psihodinamičko razumijevanje i pristup može se primijeniti neovisno o tome koja vrsta liječenja je indicirana (lijekovi, kratko- ili dugoročne psihoterapijske intervencije, rehabilitacijski postupci). Danas psihodinamička perspektiva uzima u obzir biološke predisponirajuće čimbenike kao jednu od komponenti vulnerabilnosti, kao i to da se psihodinamički pristup može u praksi uspješno kombinirati sa kognitivno-bihevioralnim i da jedan drugog ne isključuju. Fokus psihodinamičke perspektive je na poboljšanju razumijevanja osobe u sadašnjosti, a za što je važno razmatranje ranih životnih iskustava i učinka tih iskustava na oblikovanje unutarnjeg svijeta osobe, kao i razmatranje kasnijih iskustava i poteškoća. Luyten i Blatt (15) ističu da su psihodinamički pristupi temeljno orijentirani na razvoj, prateći različite putove od djetinjstva do odrasle dobi i identificirajući kako se složene interakcije između bioloških i psihosocijalnih čimbenika izražavaju tijekom života. Iz psihodinamičke perspektive, duševni se poremećaji ne vide kao statična krajnja stanja, već kao funkcionalni - to jest, kao pokušaji prilagodbe (48). Uvođenjem u MKB-11 dimenzionalnog pristupa i pristupa usmjerenog na funkcioniranje psihodinamička perspektiva dobiva na značaju i pretpostaviti je da

Psychodynamic understanding and approach can be applied regardless of what type of treatment is indicated (medications, short- or long-term psychotherapeutic interventions, rehabilitation procedures). The psychodynamic perspective today takes into account the biological predisposing factors as one of the components of vulnerability, as well as the fact that the psychodynamic approach can be successfully combined with the cognitive-behavioral approach in practice, and that they do not exclude each other. The focus of psychodynamic perspective is on improving the understanding of a person in the present, for which it is important to consider early life experiences and the effect these experiences have on shaping the person's inner world, as well as later experiences and difficulties. Luyten and Blatt (15) point out that psychodynamic approaches are fundamentally developmentally oriented, following different pathways from childhood to adulthood and identifying how complex interactions between biological and psychosocial factors are expressed throughout life. From a psychodynamic perspective, mental disorders are not seen as static end states, but as functional - i.e. they are seen as attempts at adaptation (48). By introducing a dimensional approach and an approach focused on functioning into the ICD-11, the psychodynamic perspective gains importance and it is assumed that this will especially come to the fore during the



će tijekom primjene dijagnostičkih smjernica to posebno doći do izražaja, na primjer kod poremećaja ličnosti ili poremećaja s tjelesnim distresom (primjeri ne isključuju druge poremećaje). Razumijevanje konstelacije simptoma kod osnovnih obilježja bilo kojeg duševnog poremećaja i stupnja oštećenja funkcionalnosti kod svakog pojedinačnog pacijenta nesumnjivo će u zahtijevati, između ostalog, razumijevanje strukture osobnosti, središnjih konflikata i svih drugih elemenata jedne objašnjavajuće formulacije. Gaebel i suradnici (46) u raspravi o MKB-11 promjenama i budućim pravcima psihijatrijske klasifikacije zagovaraju postupni pristup dijagnozi koji zadržava kategorijalnu klasifikaciju, ali dopušta detaljnije dimenzionalne procjene psihopatologije za informiranje liječenja u specijaliziranim okruženjima i istraživanjima. Dijagnostičke kategorije su nužne za brzu komunikaciju u najširem smislu značenja među različitim akterima, a dimenzionalne dopune daju nijansiraniji profil simptoma što otvara prostor za primjenu konceptualizacije svakog pojedinačnog kroz različite psihološke okvire, uključujući i psihodinamički.

ZAKLJUČAK

Učinjena je opsežna revizija klasifikacije duševnih poremećaja u MKB-11

application of the diagnostic guidelines, e.g. in the case of personality disorders or disorders of bodily distress (examples do not exclude other disorders). Understanding the symptom constellation of the basic features of any mental disorder and the degree of functional impairment in each individual patient will undoubtedly require, among other things, an understanding of personality structure, core conflicts, and all other elements of an explanatory formulation. Discussing ICD-11 changes and future directions for psychiatric classification, Gaebel et al. (46) advocate a gradual approach to diagnosis that retains categorical classification, but allows for more detailed dimensional assessments of psychopathology in order to inform treatment in specialized settings and research. Diagnostic categories are necessary for quick communication in the broadest sense of its meaning among different partakers, while dimensional additions provide a more nuanced profile of symptoms, which opens up space for the application of conceptualization of each individual through different psychological frameworks, including psychodynamic ones.

CONCLUSION

An extensive revision of the classification of mental disorders in ICD-11 was conducted, including the structure of the

uključujući strukturu poglavlja o duševnim poremećajima, uvođenje novih kategorija i skupina dijagnostičkih kategorija, strukturiranije prikazanim kliničkim opisima i dijagnostičkim smjernicama. Kao bitna inovacija navodi se uvođenje dimenzionalnosti za neke duševne poremećaje. Pomak ka dimenzionalnosti posebno je naglašen kod poremećaja ličnosti, shizofrenije i drugih primarnih psihotičnih poremećaja, depresivne epizode u poremećajima raspoloženja. Iako su uvedene određene inovacije i velike promjene, klasifikacija je ostala najvećim dijelom kategorijalna, deskriptivna, ateorijska i usmjerena prema poremećaju. Integracija dimenzionalnog pristupa u neke kategorije, posebno za poremećaje ličnosti, i njihova klasifikacija na temelju funkcioniranja *selfa*, kao i usvajanje razvojne perspektive vraća značaj psihodinamičkog viđenja duševnih poremećaja.

chapter on mental disorders, the introduction of new categories and groups of diagnostic categories, more structured clinical descriptions and diagnostic guidelines. An important innovation is the introduction of dimensionality with regard to some mental disorders. The shift towards dimensionality is especially emphasized when it comes to personality disorders, schizophrenia, and other primary psychotic disorders, depressive episodes in mood disorders. Although certain innovations and major changes were introduced, the classification remained mostly categorical, descriptive, atheoretical and disorder-oriented. The integration of a dimensional approach into some categories, especially for personality disorders and their classification based on the functioning of the self, as well as the adoption of a developmental perspective, marks a return of the importance of the psychodynamic view of mental disorders.

LITERATURA/REFERENCES

1. Surís A, Holliday R, North CS. The evolution of the classification of psychiatric disorders. *Behav Sci (Basel)*. 2016; 6(1):5. doi: 10.3390/bs6010005.
2. Američka psihijatrijska udruga. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2014.
3. International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11). Geneva: World Health Organization; 2022. License: CC BY-ND 3.0 IGO <https://icd.who.int/browse11/lm/en>.
4. Georgios K, Konstantina S. Psychodiagnostic classification systems: a critical view. *IJSSRR*. 2022; 5(4): 30-40.
5. Blatt SJ, Levy KN. A psychodynamic approach to the diagnosis of psychopathology. In: Barron J (Ed): *Making diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders*. American Psychological Association, 1998:73-109.



6. Stein DJ, Szatmari P, Gaebel W, Berk M, Vieta E, Maj M et al. Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD-11: an international perspective on key changes and controversies. *BMC Med*. 2020; 18(1): 21 <https://doi.org/10.1186/s12916-020-1495-2>.
7. Gozi A. Highlights of ICD-11 Classification of Mental, Behavioral, and Neurodevelopmental Disorders. *Ind J Priv Psychiatry* 2019;13(1):11–17.
8. Fiorillo A, Falkai P. The ICD-11 is coming to town! Educational needs, paradigm shifts and innovations in mental health care practice. *Eur Psychiatry* 2021; 64(1): 24;64(1):e73. doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.2254.
9. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, Maj M et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry* 2019;18 (1): 3–19.
10. Pajević I, Avdibegović E, Pajević A (ur). Uvod u klasifikaciju psihijatrijskih poremećaja u MKB-11. Tuzla: Fondacija „Mentalno zdravlje za sve“, 2022: 21.
11. International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11). Geneva: World Health Organization; 2022. License: CC BY-ND 3.0 IGO <https://icdcdn.who.int/icd11referenceguide/en/html/index.html>
12. First MB, Gaebel W, Maj M, Stein DJ, Kogan CS, Saunders JB et al. An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. *World Psychiatry*. 2021 Feb;20(1):34–51. doi: 10.1002/wps.20825. PMID: 33432742; PMCID: PMC7801846.
13. Briken P, Cohen-Kettenis PT, Reed GM. Mental, Behavioral and Neurodevelopmental Disorders in the ICD-11: An International Perspective on Key Changes and Controversies. *BMC Medicine* 2020; 18(1): 1-24. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-1495-2>
14. Gabbard OG. *Psychodynamic Psychiatry: in Clinical Practice, Fifth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2014.
15. Luyten P, Blatt SJ. The Psychodynamic Approach to Diagnosis and Classification. In: Luyten P, Mayes LC, Fonagy P, Target M, Blatt SJ (Eds). *Handbook of psychodynamic approaches to psychopathology*. New York: The Guilford Press, 2015: 87-109.
16. Lingiardi V, McWilliams N. The psychodynamic diagnostic manual - 2nd edition (PDM-2). *World Psychiatry*. 2015;14(2):237-9. doi: 10.1002/wps.20233.
17. Mirabella M, Muzi L, Franco A, Urgese A, Rugo MA, Mazzeschi C et al. From symptoms to subjective and bodily experiences: the contribution of the Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-2) to diagnosis and treatment monitoring in eating disorders. *Eat Weight Disord*. 2023; 28(1): 35. <https://doi.org/10.1007/s40519-023-01562-3>
18. Lingiardi V, McWilliams N (Eds). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. New York : The Guilford Press, 2017
19. Cvitanušić S. Klinički-psihodinamički intervju: dijagnoza-psihodinamička formulacija. *Psihoterapija* 2021; 35(1-2):1102-14 <https://doi.org/10.24869/psihei.102>
20. Tyrer P, Mulder R, Kim YR, Crawford MJ. The development of the ICD-11 classification of personality disorders: An amalgam of science, pragmatism, and politics. *Annual Review of Clinical Psychology* 2019; 15(1): 481-502.
21. Swales MA. Personality Disorder Diagnoses in ICD-11: Transforming Conceptualisations and Practice. *Clin Psychol Eur*. 2022; 4(Spec Issue):e9635. doi: 10.32872/cpe.9635.
22. Pincus AL, Cain NM, Halberstadt AL. Importance of self and other in defining personality pathology. *Psychopathology*, 2020; 53:133–40. doi: 10.1159/000506313
23. Bluml V, Doering S. ICD-11 Personality Disorders: A Psychodynamic Perspective on Personality Functioning. *Front Psychiatry*, 2021; 12: 654026. doi: 10.3389/fpsy.2021.654026.

24. Bach B, First MB. Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*, 2018; 18: 351 <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>
25. Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF. *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc, 2007, pp 11-36.
26. Kernberg OF. Identity: recent findings and clinical implications. *Psychoanal Q*, 2006; 75:9 69–1004. doi: 10.1002/j.2167-4086.2006.tb00065.x.
27. Simon J, Bach B. Organization of Clinicial-Related Personality Disordre Types According do ICD-11 Severity of Personality Dysfunction. *Psychodynamic Psychiatry* 2022; 51(2): 672–688. <https://doi.org/10.1521/pdps.2022.50.4.672>
28. El Khoury JR, Baroud EA, Khoury BA. The revision of the categories of mood, anxiety and stress-related disorders in the ICD-11: a perspective from the Arab region. *Middle East Curr Psychiatry* 2020; 27: 7 <https://doi.org/10.1186/s43045-020-0017-4>).
29. Rebello TJ, Keeley JW, Kogan CS, Sharan P, Matsumoto C, Kuligyna M et al. Anxiety and Fear-Related Disorders in the ICD-11: Results from a Global Case-controlled Field Study. *Arch Med Res*. 2019; 50(8):490-501. doi: 10.1016/j.arcmed.2019.12.012).
30. Busch FN, Milrod BL. Generalized anxiety disorder and other anxiety disorders. In: Luyten P, Mayes LC, Fonagy P, Target M, Blatt SJ (Eds). *Handbook of psychodynamic approaches to psychopathology*. New York: The Guilford Press, 2015: 152-165.
31. Pitman SR, Knauss DPC. Contemporary Psychodynamic Approaches to Treating Anxiety: Theory, Research, and Practice. *Adv Exp Med Biol*. 2020;1191:451-464. doi: 10.1007/978-981-32-9705-0_23. PMID: 32002941
32. Stein DJ, Kogan CS, Atmaca M, Fineberg NA, Fontenelle LF, Grant JE et al. The Classification of Obsessive–Compulsive and Related Disorders in the ICD-11. *Psychology Faculty Research and Publications* 2016; 237. https://epublications.marquette.edu/psych_fac/237
33. Kogan CS, Stein DJ, Rebello TJ, Keeley JW, Chan KJ, Fineberg NA et al. Accuracy of diagnostic judgments using ICD-11 vs. ICD-10 diagnostic guidelines for obsessive-compulsive and related disorders. *J Affect Disord*. 2020; 273:328-340. doi: 10.1016/j.jad.2020.03.103. Epub 2020 May 18.
34. Maercker A, Eberle DJ. Disorders Specifically Associated With Stress in ICD-11. *Clinical Psychology in Europe* 2022; 4: 1-16. <https://doi.org/10.32872/cpe.9711>
35. Maercker A, Cloitre M, Bachem R, Schlumpf YR, Khoury B, Hitchcock C, Bohus M. Complex post-traumatic stress disorder. *Lancet*, 2022; 400 (10345): 60–72. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2)
36. Allen JG, Fongay P. Trauma. In: Luyten P, Mayes LC, Fonagy P, Target M, Blatt SJ (Eds). *Handbook of psychodynamic approaches to psychopathology*. New York: The Guilford Press, 2015, pp 186-199.
37. North CS. The Classification of Hysteria and Related Disorders: Historical and Phenomenological Considerations. *Behav Sci (Basel)*. 2015;5(4):496-517. doi: 10.3390/bs5040496.
38. Hanwella R. Hysteria, possession states and pseudoseizures. *SL J Psychiatry* 2022; 13(2): 1-3. DOI: <http://doi.org/10.4038/sljjpsyc.v13i2.8394>
39. Keeley J, Reed GM, Rebello T, Brechbiel J, Garcia-Pacheco JA, Adebayo K et al. Case-controlled field study of the ICD-11 clinical descriptions and diagnostic requirements for Bodily Distress Disorders. *Journal of Affective Disorders* 2023; 333: 271-277.
40. Desai G, Rajesh S, Chaturvedi SK. Nosological Journey of Somatoform Disorders: From Briquet's Syndrome to Bodily Distress Disorder. *Indian Journal of Social Psychiatry* 34(Suppl 1):p S29-S33, November 2018. | DOI: 10.4103/ijsp.ijsp_37_18



41. Gureje O, Reed GM. Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects. *World Psychiatry*. 2016;15(3):291-292. doi: 10.1002/wps.20353. PMID: 27717252; PMCID: PMC5032513.
42. Barrow E, Oyeboode F. Body integrity identity disorder: Clinical features and ethical dimensions. *BJPsych Advances*, 2019; 25(3): 187-195. doi:10.1192/bja.2018.55
43. Aigbonoga DE, Adebambo DA, Owoputi TD, Obarombi JT. Body Integrity Identity Disorder: A review of current knowledge and management options. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2021;23(3):11-16. doi:10.12740/APP/133564.
44. Löffler-Stastka H, Dietrich D, Sauter T, Fittner M, Steinmair D. Simulacija uma i aplikacija – šansa zasnovana na teoriji za razumijevanje psihičkih transformacija kod poremećaja somatskih simptoma. *World J Meta-Anal* 2021; 9(6): 474-487 DOI: 10.13105/wjma.v9.i6.474
45. Henningsen P. Management of somatic symptom disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018; 20(1):23-31. doi: 10.31887/DCNS.2018.20.1/phenningsen.
46. Gaebel W, Stricker J, Kerst A. Changes from *ICD-10* to *ICD-11* and future directions in psychiatric classification. *Dialogues Clin Neurosci* 2020; 22(1): 7-15. doi:10.31887/DCNS.2020.22.1/wgaebel
47. Böhmer MW. Dynamic psychiatry and the psychodynamic formulation. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2011; 14(4):273-7. doi: 10.4314/ajpsy.v14i4.3.
48. Luyten P, Fonagy P. Integrating and differentiating personality and psychopathology: A psychodynamic perspective. *J Pers*. 2022; 90(1):75-88. doi: 10.1111/jopy.12656).