



ICD-11 における精神症と気分症の診断

須賀 英道^{✉1)}, 針間 博彦²⁾

【ICD-11 改訂の概要】ICD-11 ではカトニアが独立し、統合失調症又は他の一次性精神症群、カトニア、気分症群の3つの大分類となった。改訂の基本は分類の簡素化である。統合失調症や統合失調感情症の亜型廃止、急性一過性精神症での統合失調症状の有無区別の廃止、妄想症での持続性と感応性の一本化である。また、症状の特定用語（6領域での重症度）が採用された。また、統合失調感情症はかなり厳密な診断要件となり、気分エピソード期間のみに統合失調症の要件を満たす場合にのみ統合失調感情症とされた。このことは、経過において精神症症状と気分症状が別期間にみられても統合失調感情症とする生涯診断的視点を重視した DSM-5-TR の考え方と大きく異なる。気分症群では、DSM-5-TR では抑うつ症群、双極症群と2分されているが、ICD-11 では従来通り一括された。気分エピソードを診断単位から構成要素としたことや、双極症でⅠ型とⅡ型を設置したことは DSM-5-TR と同様であるが、混合抑うつ不安症を他の不安症（ICD-10）から移行させた点と、気分エピソードにおいて混合エピソードを定義させたのは DSM-5-TR とは異なる。【ICD-11 の視点と今後の方向性について】ICD-11 では ICD-10 での nonorganic（非器質性）という用語が primary（一次性）に置き換わった。「psychosis」の用語は特定の精神症状の存在を示す記述レベルで定義され、疾患概念ではない。したがって、従来のカテゴリー診断から操作的診断へ大きくシフトしたといえる。このことは DSM-5-TR と同様にヒエラルキー構造をもつ内因性概念からの離脱といえよう。今後も疾患の発症数、転帰・予後についての統計学的データ蓄積にはこうした ICD-11 診断が重要である。しかし、臨床面ではエビデンス論に限定せず、従来のカテゴリー診断も踏まえた経験論からの視点というバランスこそ重要と思われる。

索引用語

ICD-11, 統合失調症, 気分症, 統合失調感情症

はじめに

一次性精神症群、カトニア、気分症群の3つの大分類となった。それぞれについて ICD-10 からの変更点と DSM-5-TR との相違点について述べる。

ICD-11 ではカトニアが独立し、統合失調症又は他の

著者所属：1) 龍谷大学短期大学部社会福祉学科 2) 東京都立松沢病院

編 注：本特集は第120回日本精神神経学会学術総会シンポジウムをもとに針間博彦（東京都立松沢病院）を代表として企画された。

✉ E mail：densho3@gmail.com

受 付 日：2024年12月23日

受 理 日：2025年6月17日

doi：10.57369/pnj.25-125

I. ICD-11 改訂の概要

1. 統合失調症又は他の一次性精神症群

1) ICD-10 からの変更点

統合失調症又は他の一次性精神症群はいくつかの分類に分かれる（表 1）が、基本は分類の簡素化であり、ICD-10 で用いられた亜型が廃止された。

統合失調症ではすべての亜型が廃止されたが、症状の特定用語が導入された。これは 6 領域（陽性症状、陰性症状、抑うつ気分症状、躁気分症状、精神運動性症状、認知症状）において、症状の重症度（なし、軽度、中等度、重症、特定不能）の尺度によって特定するものである。この評価の導入は DSM-III-R による多軸評価の有用性の継承といえる。統合失調症後抑うつはこの症状の特定用語で同定できるだろう。また、単純型統合失調症については自閉スペクトラム症の診断にシフトしているとも考えられる。統合失調感情症でも亜型が廃止されたが、この詳細は後述する。急性一過性精神症では統合失調症状を伴う・伴わないの判別による細分類が廃止され、急性一過性精神症に一括された。そこではエピソード期間を 3 ヶ月とし、寛解後の再発を視点にした複数回エピソードを明確に設定している。妄想症では持続性と感応性の区別をなくし一本化した。特定用語のほかに新たに導入されたのは、セカンダリーペアレントの設置であり、物質使用症群における物質誘発性精神症が挙げられる。

2) DSM-5-TR との相違点（表 2）

被影響体験、させられ体験又は作為体験という症状は、ICD-10 と同様に包含基準にあるが、DSM-5-TR¹⁾ではこ

うした自我障害性の Schneider, K. の一級症状は統合失調症の包含基準にはない。また、DSM-5-TR では機能低下、いわゆる生活支障が診断要件にあるが、ICD-11 では削除されている。これは機能低下のみられないケースがあることを示すもので、最近の統合失調症の軽症化の表れともいえる。また、妄想症では、DSM-5-TR が妄想が 1 ヶ月以上なのに対して 3 ヶ月以上とされた。

2. カタトニア

カタトニアは、DSM-5-TR では統合失調スペクトラム症及び他の精神症群下に位置づけているが、ICD-11 では独立した分類となっている。カタトニアの下位分類に他の精神の疾患に関連するカタトニアがあり、統合失調症又は他の一次性精神症群や気分症、自閉スペクトラム症などの神経発達症などにカタトニア症状がみられる場合に分類される。一方、統合失調症又は他の一次性精神症群では症状の特定用語の精神運動性症状でもカタトニアが評価されることを考慮しなければならない。

表 1 統合失調症又は他の一次性精神症群 (Schizophrenia or Other Primary Psychotic Disorders)

6A20	統合失調症
6A21	統合失調感情症
6A22	統合失調型症
6A23	急性一過性精神症
6A24	妄想症
6A2Y	統合失調症又は一次性精神症、他の特定される
6A2Z	統合失調症又は一次性精神症、特定不能

表 2 統合失調症の診断要件 ICD-11 と DSM-5-TR との相違点

	ICD-11	DSM-5-TR
包含基準	(a) 妄想 (b) 幻覚 (c) 思考の統合不全 (d) 被影響体験、させられ体験又は作為体験 (e) 陰性症状 (f) 行動の著しい統合不全 (g) カタトニア性の障害	(1) 妄想 (2) 幻覚 (3) 発話の統合不全 (4) 行動の著しい統合不全、または カタトニア性の行動 (5) 陰性症状
機能低下	(- ~ +)	(+)
持続期間	1 ヶ月以上	活動期 1 ヶ月以上 前駆期・残遺期含め 6 ヶ月以上

ICD-11：(d) 自我障害は妄想から区別される。

DSM-5-TR：自我障害は妄想に含まれる。

表3 ICD-11の気分症群 (Mood Disorders)

双極症又は関連症群
6A60 双極症Ⅰ型
6A61 双極症Ⅱ型
6A62 気分循環症
6A6Y 双極症又は関連症, 他の特定される
抑うつ症群
6A70 単一エピソードうつ病
6A71 反復性うつ病
6A72 気分変調症
6A73 混合抑うつ不安症
6A7Y 抑うつ症, 他の特定される (GA34.41 月経前不快気分障害)

3. 気分症群

1) ICD-10 からの変更点

気分症群は双極症又は関連症群と抑うつ症群に2分される(表3)。ICD-10からの変更点は、気分エピソードが診断単位としてではなく、構成要素への位置づけになったことである。これはDSM-5-TRと同様のとらえ方である。気分エピソードには、抑うつエピソード、躁エピソード、混合エピソード、軽躁エピソードの4つのエピソードがある。そして、抑うつエピソードにおいては、感情クラスター、認知行動クラスター、自律神経クラスターという症状のクラスター分けがされた。ただし、クラスターにおける症状の規定内容はICD-10とほぼ同様である。双極症では、DSM-5-TRと同様に、Ⅰ型とⅡ型が設置された。また、DSM-5-TRで採用された遷延性悲嘆症もストレス関連症群に設けられた。これは抑うつエピソードとの境界づけとして、死後の悲嘆の持続期間が6ヵ月以上と異常に長い場合とされた。セカンダリーペアレントが統合失調症又は他の一次性精神症群と同様に設けられた。

2) DSM-5-TR との相違点

DSM-5-TRでは、大分類が精神症群、抑うつ症群、双極症群の3つに分けられたが、ICD-11では抑うつ症群と双極症群が気分症群としてまとめられた。これはICD-10と同様であり、Kraepelin, E.の2分法の継続といえる。気分エピソードにおいては、DSM-5-TRで廃止された混合エピソードが設けられた。混合抑うつ不安症が他の不安症(ICD-10)から移行されたが、これはDSM-5-TRにはない。これは抑うつ症状(抑うつエピソードの要件を満たさない)と不安症状(不安又は恐怖関連症の要件を満たさない)が2週以上続くもので適応反応症に近い。ただ、適応

表4 ICD-11による統合失調感情症

基本方針
・気分エピソード期間のみに精神症症状 統合失調症の要件を満たす → 統合失調感情症 統合失調症の要件を満たさない → 気分症
・気分エピソード期間以外に精神症症状 精神症の基準を満たす → 精神症, 気分症の両方診断 comorbidity 精神症の基準を満たさない → 気分症

反応症では症状の始まりが生活上のストレス要因に密接に関連するとされている点が異なる。DSM-5-TRでの重篤気分調節症は設けられなかった。気分変調症は継続されたが、これはいわゆる従来の抑うつ神経症であり、DSM-5-TRでは持続性抑うつ症とされている。物質誘発性気分症はセカンダリーペアレントとされた。

4. 統合失調感情症

統合失調感情症は、統合失調症又は他の一次性精神症群下に置かれている。基本方針は表4のように、気分エピソード期間のみに精神症症状があり、統合失調症の要件を満たすものを統合失調感情症とした。統合失調症の要件を満たさないものは気分症とした。また、気分エピソード期間以外に精神症症状のあるもので、精神症の基準を満たすものを精神症、気分症の両方診断、精神症の基準を満たさないものを気分症とした。精神症、気分症の両方診断とはすでにDSMと同じくcomorbidityの表れである。

ここでもカテゴリーの簡素化および診断要件の明確化が進められ、診断単位よりむしろ診断の構成要素の特徴を帯びている。これは気分症群での気分エピソードと同様である。

確かに、統合失調感情症の診断要件が明瞭な区切りで行われている。精神症症状と気分症状が1つのエピソード内に同時にみられ、1ヵ月以上存在する場合に統合失調感情症の診断となる。この条件はかなり厳しい。したがって、臨床的には該当例が減少することが予想される。理由は、統合失調感情症はこれまでの指摘⁴⁾にもあるように再発ごとにエピソードでの精神状態は多彩に変化するからで、縦断的視点が求められる。Marneros, A.のケルン研究⁴⁾では、経過において精神症症状と気分症状が別期間にみられても統合失調感情症とする生涯診断が重視されており、DSM-5-TRではこの縦断的視点が採用された。しかし、ICD-11ではこの縦断的視点を取り入れず、精神症症状と気分症状

が1つのエピソード内に同時にみられる場合のみとする厳しい条件であり、臨床的には非実用的かもしれない（後述）。

II. ICD-11の視点と今後の方向性

1. ICD-11のカテゴリー診断からの離脱

1) Primary とは

ICD-11ではprimary（一次性）という言葉が用いられている。ICD-10のnonorganic（非器質性）という表現では障害が脳に基づいていないことが示唆されるためprimaryという用語に変更された。Primaryは二次性（secondary）と対照的に定義される。Secondaryは他の医学的疾患に関連する障害や物質使用・離脱による障害であり、従来の外因性の概念に等しい。この二次性では、セカンダリーペアレントという用語が採用され、他に分類される障害又は疾患に関連する二次性精神又は行動の症候群における二次性精神症候群が併用となる。例えば、物質使用症群からの物質誘発性精神症である。

ICD-11のprimaryはDSM-5-TRの「統合失調スペクトラム症」とは用語は異なるが、すでに従来のヒエラルキー構造をモデルとする内因性概念からは離脱しており、DSM-5-TRと同じく操作性の視点となっている。

2) Psychosis について

Psychosisには4つの視点からの解釈が、2019年、日本精神神経学会における精神科用語検討委員会に出された。1つ目は精神の「やまい」の総称で、汎用性の用語である。2つ目は、Schneiderのヒエラルキー構造に基づく疾患概念で、内因性概念に基づき、身体過程に起因するものに限定した疾患分類である。3つ目は、精神力動論的解釈からの重篤な病態で、現実検討力の低下状態である。4つ目は、幻覚・妄想、まとまりのない言動、陰性症状などの症状群で構成される状態像である。DSM診断による精神疾患分類はこの立場をとっており、ICD-11でもこの立場を踏襲した。すなわちここでは、「psychosis」用語は特定の精神症状の存在を示す記述レベルであって「疾患概念」ではない。

「psychosis」は「精神症」と訳されることになったが、この「精神症」という用語が用いられることは、従来の「精神病」のイメージとは異なり、DSM-5-TRやICD-11では今後は精神症として統合され、汎用化されていく。ここではヒエラルキー構造による内因性概念は消退していく

だろう。

内因性概念は、Jaspers, K. や Schneider の記述的精神医学を基本とするもので、pathogenesis（原因究明論）に基づくカテゴリー診断概念による理念とした1つのモデル論である。精神病を中心としたこれまでの精神疾患の診断・治療に用いるモデル論としては非常に有用であった。このモデル論は20世紀の中心解釈であったが、最近の精神科臨床状況は一元的なモデル論解釈からは問題解決に乏しい状況が増大し、多元的モデル論の解釈（ポストモダニズム）が要求される。ダイバーシティ傾向はその表れである。例えば、McHugh, P. R. と Slavney, P. R.⁵⁾の記載した多元的解釈である。ここでは疾患、特質、行動、生活史の4つの観点から分類と治療の体系化が行われている。

2. 中間群の臨床診断における ICD-11 の問題点

Kraepelin の2分法が基本とされた従来の精神科診断では、そのどちらにも確定できないケースが中間群とされてきた。これまでに提唱された中間群は表5-1に示すように数多くある。これらの中間群の特徴は、急性発症で多彩な症状を呈し、比較的短期間で寛解するもので、再発が多いという共通性がある。これらは各研究者によって独自に提唱された診断名であったが、ICD-10でも急性一過性精神病性障害や統合失調感情障害、DSM-5でも短期精神病性障害、統合失調症様障害、統合失調感情障害といくつかの診断名に区分された（表5-2、5-3）。ここで考慮すべきことは、中間群の診断が操作的診断では振り子のようにシフトし、実質は屑箱のカテゴリーのように変遷していることである。このことは表6に示すように、DSMにおける統合失調感情症の位置づけの変遷に示されている。DSMの改訂を重ねるにつれて、統合失調感情症が統合失調症から気分症にシフトし、狭い位置づけとなっている。

元来、統合失調感情症では経過において再発することが多く、エピソードごとに病態が気分症の症状を主とする場合や統合失調症症状を主とする場合、両症状を示す場合と多彩である。こうしたケースの診断では縦断的視点が重要であることはMarneros⁴⁾や須賀⁷⁾などが指摘している。

統合失調感情症におけるICD-11とDSM-5-TRの相違点については針間²⁾がわかりやすくまとめており、表7に示す。DSM-5-TRでは縦断的視点を組み入れ、経過において精神症症状と気分症状が別エピソードにみられても統合失調感情症としたが、ICD-11では同エピソードに精神症症状と気分症状が同時にみられるといった横断的視点に

表 5 中間群について

(1)

病名	妄想突発 bouffée délirante	反応性精神病 reactive psychosis	類循環精神病 cycloid psychosis	非定型精神病 (診断基準)
発案者	Magnan	Wimmer	Kleist, Leonhard	満田
使用地域	フランス	北欧	ドイツ	日本
診断基準	あり (1983)	—	あり (1981)	あり (2010)
性差		やや女性に多い	女性に多い	女性に多い
発症年齢	20～40 歳	15～55 歳	15～50 歳	20 歳代, 閉経期
発症様式	急性	急性	急性	急性
病像	体系化しない多形性妄想, 情動性障害	情動症候群, 意識障害を伴う症 候群, 妄想症候群など多彩	不安・恍惚精神病, 興奮・抑 制錯乱精神病, 多動・無動運 動精神病など多彩	情動性混乱, 困惑・記憶 の錯乱, 緊張病性症状・ 幻覚・妄想など多彩
病相転帰	短期間の完全寛解	数週間から数ヵ月で完全寛解	数週間から数ヵ月で完全寛解	3 ヶ月未満で完全寛解
再発	+	+	+	+

(2)

病名	短期精神病性障害 (DSM-5)	統合失調症様障害 (DSM-5)	急性一過性精神病性障害 (ICD-10)
発案者	APA	APA	WHO
使用地域	DSM-5	DSM-5	ICD-10
診断基準	あり	あり	あり
性差			
発症年齢			
発症様式	急性	急性	急性
病像	統合失調症症状	統合失調症症状	多形性 幻覚・妄想, 情動性混乱など多彩
病相転帰	1 ヶ月未満	1 ヶ月以上 6 ヶ月未満	・ 3 ヶ月未満で完全寛解 ・ 統合失調症症状が1 ヶ月以上持続する 場合は統合失調症に診断変更
再発			

(3)

病名	統合失調感情病 (ケルン研究)	統合失調感情障害 (DSM-5)	統合失調感情障害 (ICD-10)
発案者	Marneros	APA	WHO
使用地域	ドイツ	DSM-5	ICD-10
診断基準	あり (1986)	あり	あり
性差	女性に多い	女性に多い	
発症年齢	15～45 歳	若年成人	
発症様式			躁病型は急性
病像	統合失調症症状および感情病症状 (メランコリー性症状または躁病性 症状)	・ 同一エピソード内に統合失調症症状 と気分症状が同時 ・ 生涯持続期間中に気分エピソードを 伴わない統合失調症症状が存在する	・ 躁病型: 統合失調症症状と躁病症状 が同時 ・ うつ病型: 統合失調症症状とうつ病 症状が同時
病相転帰	・ 完全寛解 ・ 期間の規定はない	エピソード規定	・ 躁病型は数週間以内に完全寛解 ・ うつ病型に欠陥を残すものがある
再発	+		

(文献 6 より)

表 6 統合失調感情症の DSM における位置づけの変遷

	診断名	位置づけ
DSM-II (1968)	統合失調感情型	統合失調症の一亜型
DSM-III draft (1978) DSM-III (1980)	統合失調感情障害	統合失調症から独立
	他のどこにも分類されない精神病性障害	屑箱のカテゴリー
	気分と調和しない精神病像を示す感情障害	気分障害に吸収
DSM-III-R (1987)	同上	同上
DSM-IV (1994)	統合失調感情障害	純型の独立化
	精神病性の特徴を伴う気分障害	気分障害に吸収
DSM-IV-TR (2000)	同上	同上
DSM-5 (2013)	統合失調感情障害	純型の独立化 統合失調症症状および気分障害症状が別のエピソードに出現する場合を統合失調感情障害に吸収
DSM-5-TR (2022)	統合失調感情症	同上

表 7 統合失調感情症の ICD-11 と DSM-5-TR の相違点

	ICD-11	DSM-5-TR
精神症症状と気分症状の存在	ずれない（同時また数日以内のずれ）	ずれるエピソード（精神症症状のみが2週間以上存在する）が存在する
統合失調症との境界	・気分症状 1 ヶ月未満： 統合失調症 ・気分症状 1 ヶ月以上： 統合失調症と気分症の併存	・統合失調症： 気分エピソード期間 50% 未満 ・統合失調感情症： 気分エピソード期間 50% 以上
縦断的視点	(-) <u>エピソード診断</u>	(+) <u>生涯診断</u>

(文献 2 より改変)

限定していることである。これは今回の ICD-11 改訂の趣旨でもある疾患概念から離れた精神症状の操作的記述視点でみると頷ける。この視点の有用性は、エピソード数の統計処理などには有用である。しかし、臨床診断として再発を繰り返すケースには使いにくく、患者への病名告知や医療者間の情報共有など実用性には問題があると思われる。

おわりに

ICD-11 では精神症および気分症の診断が簡素化されて使いやすくなったといえる。だからといって詳細な精神状態の把握（従来の記述精神医学）が不必要になったわけではないだろう。AI が主流となる時代において、今後の医療も AI による診断と治療の性格を強めていくと思われる。そのなかで、今後の精神科医が精神科診断を DSM-5-TR や ICD-11 といった操作的診断に限定し、薬物の治療効果

のエビデンスに偏ることは、精神科医自らの立場を危うくする。臨床においては、経験主義的視点といった従来診断で診ることも重要である。それは多元的視点といったダイバーシティ評価も必要だからである。疾患の発症数、転帰・予後についての統計学的データを求めてエビデンスを蓄積するために、ICD-11 診断でのデータ蓄積は重要である。しかし、臨床面ではエビデンス論に限定せず、経験論からの視点というバランスこそ重要である。

臨床的には診断がすべてではない。診断によって治療方向性を決め、治療が始まる。本来の精神科医療には患者を 1 人の人としてみて共感し、改善の方向性に気づいてもらうことが必要である。それには当然、診断の随時見直しが必要であり、縦断的視点も求められる。診断は治療の道具であり、最終目標でない。その道具をうまく使いこなすことこそ重要なのである。ICD の改訂は今後も時代に応じて続いていく。こうした流れのなかで、Janzarik, W.³⁾の言葉

を精神科医のこころの片隅においておきたい。「精神医学における疾患単位（あるいは障害カテゴリー）を自然の内に実在する単位とみるのではなく、私たちが実用のために考案した【つくりもの Konstrukt】としておく」である。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed, Text Revision (DSM-5-TR), American psychiatric association, Washington, D. C., 2022 (高橋三郎, 大野 裕監訳 : DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 2023)
- 2) 針間博彦 : 統合失調感情症—ICD-11 と DSM-5 の相違点—, 精神神経誌, 124 (9) ; 647-648, 2022
- 3) Janzarik, W. : Die nosologische Differenzierung der idiopathischen Psychosyndrome : ein psychiatrischer Sisyphus-Mythos. Nervenarzt, 60 (2) ; 86-89, 1989
- 4) Marneros, A. : Schizoaffective disorder : clinical aspects, differential diagnosis, and treatment. Curr Psychiatry Rep, 5 (3) ; 202-205, 2003
- 5) McHugh, P. R., Slavney, P. R. : 現代精神医学 (澤 明監訳), みすず書房, 東京, 2019
- 6) 須賀英道 : 統合失調症と双極性障害の中間群 (非定型精神病を主とする) の今後の行方, 臨床精神医学, 48 (7) ; 847-853, 2019
- 7) 須賀英道 : ICD-11 における統合失調症以外の一次性精神症群—統合失調感情症—, 神経認知障害群 (神庭重信編集主幹, 池田学編, 松下正明監, 講座精神疾患の臨床 5), 中山書店, 東京, 2023

ICD-11 Diagnoses of Psychotic and Mood Disorder

Hidemichi SUGA¹⁾, Hirohiko HARIMA²⁾

1) Ryukoku University Junior College

2) Matsuzawa Hospital

Outline of ICD-11 Revision : In the ICD-11, catatonia became an independent category consisting of three major categories : schizophrenia or other primary psychoses, catatonia, and mood disorders. The basis of the revision was to simplify the classification. The subtypes of schizophrenia and schizoaffective disorder were eliminated, the distinction between the presence or absence of schizophrenic symptoms in acute transient psychotic disorder was eliminated, and persistent and sensorimotor symptoms in delusional disorder were consolidated into a single type. In addition, specific terms for symptoms, categorized by severity across six domains, were adopted. The diagnostic requirements for schizoaffective disorder became much stricter, requiring that the criteria for schizophrenia be met exclusively during the mood episode period for a diagnosis. This differs significantly from the DSM-5-TR, which emphasizes a life-long diagnostic perspective, assuming schizoaffective illness even if psychotic symptoms and mood symptoms are present during separate periods in the course of the illness. The DSM-5-TR divides mood disorders into two groups, depression and bipolar ; however, the ICD-11 has continued to group them together as before. The inclusion of mood episodes as a component rather than a diagnostic unit and the establishment of Type I and Type II bipolar disorder are similar to the DSM-5-TR. However, the transfer of mixed depressive anxiety from other anxiety disorders, as seen in the ICD-10, and the definition of a mixed episode within mood episodes differ from the approach taken in the DSM-5-TR.

Perspectives on ICD-11 and future direction : The ICD-11 replaces the term “nonorganic” in the ICD-10 with “primary.” Furthermore, the term “psychosis” is now defined at the descriptive level, indicating the presence of specific psychiatric symptoms, and it is no longer considered a disease concept. This represents a major shift from the traditional categorical diagnosis to an operational diagnosis. This marks a departure from the endogenous concept, which had a hierarchical structure similar to that of the DSM-5-TR. ICD-11 diagnoses will continue to be important for accumulating statistical data on the number of disease cases, outcomes, and prognoses. However, on the clinical side, it is important to balance the empirical viewpoint with the conventional categorical diagnosis, rather than limiting ourselves to the evidence-based approach.

Authors' abstract

Keywords

ICD-11, schizophrenia, mood disorder, schizoaffective disorder