

**F00 -F09 ОРГАНИЧНИ,
ВКЛЮЧИТЕЛНО СИМПТОМАТИЧНИ
ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА**

**(Изключват се разстройства, вторични спрямо
алкохолна или медикаментозна употреба)**

ПРЕГЛЕД НА ТОЗИ РАЗДЕЛ

F00 Деменция при болестта на Alzheimer (*)

F00.0 Деменция при болестта на Alzheimer с ранно начало (тип 2)

F00.1 Деменция при болестта на Alzheimer с късно начало (тип 1)

F00.2 Деменция при болестта на Alzheimer – атипична или от смесен тип

F00.9 Неуточнена

F01 Съдова деменция (*)

F01.0 Съдова деменция с остро начало

F01.1 Мултиинфарктна (предимно корова) деменция

F01.2 Подкорова съдова деменция

F01.3 Смесена корова и подкорова съдова деменция

F01.8 Друга

F01.9 Неуточнена

F02 Деменция при заболявания, класифицирани другаде (*)

F02.0 Деменция при болестта на Pick

F02.1 Деменция при болестта на Creutzfeldt-Jakob

F02.2 Деменция при болестта на Huntington

F02.3 Деменция при болестта на Parkinson

F02.4 Деменция при вирусен имунодефицит у човека (HIV инфекция и

СПИН)

F02.8 Деменция при други заболявания

F03 Неуточнена деменция (*)

(*) 5-ти кодов знак за уточняване на деменция при F00-F03 с допълнителни симптоми:

.x0 без допълнителни симптоми

.x1 други симптоми, предимно налудни

.x2 други симптоми, предимно халюцинаторни

.x3 други симптоми, предимно депресивни

.x4 други смесени симптоми

F04 Органичен амнестичен синдром, непредизвикан от алкохол или медикаменти

F05 Делир, непредизвикан от алкохол или медикаменти

F05.0 Делир, ненадстроен върху деменция

F05.1 Делир, надстроен върху деменция

F05.8 Друг

F05.9 Неуточнен

F06 Други психични разстройства, дължащи се на мозъчна увреда и дисфункция или на телесно заболяване

F06.0 Органична халюциноза

F06.1 Органично кататонно разстройство

F06.2 Органично налудно (шизофреноподобно) разстройство

F06.3 Органични разстройства на настроението (афективни разстройства)

.30 органично манично разстройство

.31 органично биполарно разстройство

- .32 органично депресивно разстройство
- .33 органично смесено афективно разстройство
- F06.4 Органично тревожно разстройство
- F06.5 Органично дисоциативно разстройство
- F06.6 Органична емоционална лабилност (астенно разстройство)
- F06.7 Леко когнитивно разстройство F06.8 Друго F06.9 Неуточнено
- F07 Разстройства на личността и поведението, дължащи се на мозъчно заболяване, увреда и дисфункция
 - F07.0 Органично разстройство на личността
 - F07.1 Постенцефалитен синдром
 - F07.2 Посткомоционен синдром (посттравматичен органичен мозъчен синдром)
 - F07.8 Друго
 - F07.9 Неуточнено
- F09 Неуточнени органични или симптоматични психични разстройства

F00-F09 ОРГАНИЧНИ, ВКЛЮЧИТЕЛНО СИМПТОМАТИЧНИ ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА

Този раздел включва редица психични разстройства, групирани на основата на доказуема етиология в смисъл на мозъчни заболявания, мозъчни травми или други увреди, довели до мозъчна дисфункция. Дисфункцията може да е първична, както например при болести, травми и други увреди, които засягат мозъка пряко или с предилекция; или вторична, както при системни заболявания и разстройства, където мозъкът се засяга само като един от многото увредени органи или системи. Алкохолните и медикаментозно предизвиканите мозъчни разстройства, въпреки логичната им принадлежност към тази група, се класифицират под код F1 поради практическото преимущество от групирането на всички разстройства, дължащи се на употреба на вещества, в един раздел.

Въпреки че спектърът на психопатологичните прояви на включените тук състояния е широк, отличителните черти на тези разстройства образуват две главни групи. От една страна, тук са налице синдроми, при които най-изявените и задължително налични особености са или нарушения на когнитивните функции, като памет, интелект и заучаване, или нарушения на сензориума, като разстройства на съзнанието и вниманието. От друга страна, има синдроми, при които най-ярките прояви са в областта на възприятието (халюцинации), съдържанието на мисленето (налудности), настроението и емоциите (депресивност, приповдигнатост, тревожност), или пък в общата структура на личността и поведението, докато когнитивните и сензорните дисфункции са минимални или трудно установими. Последната група разстройства намира по-малко сигурна основа в този раздел, отколкото предшестващата група, тъй като много от включените в нея разстройства са симптоматично сходни с разстройства от други раздели (F2, F3, F4, F6), за които се знае, че възникват без да е налице груба мозъчна патология или дисфункция. Достатъчно оправдание, обаче, за включването им тук, при една клинично ориентирана класификация, е нарастващият брой доказателства, че голям брой мозъчни и системни болести са причинно свързани с възникването на такива синдроми.

Повечето от разстройствата в този раздел могат, поне теоретично, да възникнат във всяка възраст, с изключение, може би, на ранното детство. На практика, повечето от тях показват тенденцията да започват в зряла или късна възраст. Докато някои от тях -

доколкото знаем днес - са необратими и прогресиращи, други разстройства от тази група са преходни или се повлияват от налични понастоящем методи за лечение.

Терминът “органични”, така както се употребява в заглавието на този раздел, не означава, че състоянията в другите раздели на тази класификация са “неорганични” в смисъл, че са лишени от мозъчен субстрат. В настоящия контекст терминът “органичен” не означава нищо повече и нищо по-малко от това, че така класифицираният синдром може да се обясни чрез едно независимо диагностицируемо мозъчно или системно заболяване.

Терминът “симптоматични”, от своя страна, се отнася до онези органични психични разстройства, при които засягането на мозъка е вторично спрямо дадено системно не мозъчно заболяване или разстройство.

От горното следва, че в повечето от случаите записването на диагнозата при всяко едно от разстройствата в този раздел ще изисква употреба на два кода: един за психопатологичния синдром и втори за лежащото в основата му болестно разстройство. Вторият, или етиологичният код трябва да бъде избран от съответните други глави на общата класификация МКБ-10.

ДЕМЕНЦИЯ

Тук се дава общо описание на дементния синдром, за да се обозначи минимумът от изисквания за диагнозата деменция от какъвто и да било тип. Следват диагностични критерии, които посочват как да се поставят диагнозите на по-специфичните форми на деменция.

Деменцията е синдром, дължащ се на болест на мозъка, обикновено от хронично или прогресиращо естество, при който се увреждат множество висши корови функции, включително памет, мислене, ориентация, разбиране, смятане, възможност за заучаване, език и съждение. Съзнанието не е помрачено. Когнитивните увреди обикновено се придружават, а понякога се предшествуват, от отслабване на контрола върху емоциите и деградация на социалното поведение или мотивацията. Този синдром се среща при болестта на Alzheimer, при мозъчно-съдова болест и при други заболявания, засягащи първично или вторично мозъка.

При преценката за наличие или отсъствие на деменция с особено внимание трябва да се избягва погрешно позитивно идентифициране на синдрома; мотивационни и емоционални фактори, особено депресия, добавени към двигателна забавеност и обща телесна астенизация, а не загубата на интелектуални способности, могат в някои случаи да обяснят наличния функционален дефицит.

Деменцията предизвиква дефинитивно снижение на интелектуалните функции, и обикновено също така разстройва изпълнението на ежедневните дейности на личния бит като миене, обличане, хранене, хигиена, физиологични нужди, тоалет. Проявите на този упадък до голяма степен зависят и от социалното и културално обкръжение, в което живее лицето. Промените в изпълнението на социалните роли, като например отслабване на работоспособността или на умението да се търси работа, не бива да се ползват като критерии за наличие на деменция поради съществуващите големи културални различия в това, което се приема за адекватно поведение, а също и поради честото влияние на външни фактори върху достъпността на работни места дори и в рамките на една и съща култура.

Ако са налице депресивни симптоми, но не са удовлетворени критериите за депресивен епизод (F32.0, F32.1, F32.2, F32.3), тяхното присъствие може да се отбележи посредством пети кодов знак; същото се отнася и за халюцинациите и налудностите:

.x0 без допълнителни симптоми

- .x1 други симптоми, предимно налудни
- .x2 други симптоми, предимно халюцинаторни
- .x3 други симптоми, предимно депресивни
- .x4 други смесени симптоми

Диагностични указания

Първично изискване е доказването на упадък на паметта и мисленето, от степен достатъчна за да наруши изпълнението на дейностите на ежедневието, така както е посочено по-горе. Увреждането на паметта се проявява по характерен начин във фиксацията, ретенцията и репродукцията на нова информация. Заучена в миналото и позната материя може също да бъде частично загубена в по-късни стадии. Деменцията е нещо повече от дисмнезия: при нея също така настъпват нарушения в мисленето, в способността за логично разсъждение и се наблюдава редуция на потока от представи. Обработката на постъпващата информация е нарушена, в смисъл че лицето изпитва нарастваща трудност да насочва вниманието си към повече от един стимул едновременно, например да взема участие в разговор с няколко души, както и да превключва вниманието си от една тема на друга. Ако деменцията е единствената диагноза, то трябва да се докаже, че съзнанието е ясно. Често, обаче, се налага поставяне на двойната диагноза делир, надстроен върху деменция (F05.1). Посочените по-горе симптоми и нарушения трябва да са били налице в продължение на най-малко шест месеца, за да може със сигурност да се постави клинична диагноза деменция.

В диференциалната диагноза трябва да се обсъжда:

- (а) депресивно разстройство (вж. F3), което може да покаже много от чертите на ранна деменция, особено паметови нарушения, забавено мислене и липса на спонтанност;
- (б) делир;
- (в) лека или умерена степен на умствена изостаналост;
- (г) състояния на субнормално когнитивно функциониране, които се дължат на тежка социална депривация и ниска степен на образование;
- (д) ятрогенни психични разстройства, дължащи се на медикаменти. Деменцията може да последва всякакво друго органично психично разстройство, посочено в този раздел, или да съществува съвместно с някои от тях, особено с делир (вж. F05.1).

F00 ДЕМЕНЦИЯ ПРИ БОЛЕСТТА НА ALZHEIMER

Алцхаймеровата болест (АБ) е първично дегенеративно мозъчно заболяване с непозната етиология и с характерни невропатологични и невро-химични особености. Началото му е обикновено подмолно, а развитието му бавно, но постоянно в продължение на няколко години. Този период на развитие на заболяването може да бъде и кратък - 2-3 години, но понякога може да продължи и значително повече. Началото може да бъде във средна възраст или дори по-рано (АБ с пресенилно начало); но честотата на заболяването е по-висока в по-късния период от живота (АБ със сенилно начало). В случаите с начало преди 65-70 години има тенденция за наличие на фамилна обремененост с подобни деменции, по-бързо протичане и преобладаване на проявите на темпорална и париеална увреда, включително дисфазия или диспраксия. В случаите с късно начало протичането е по-бавно и се характеризира с по-общи нарушения на висшите корови функции. Пациенти със синдрома на Down са с висок риск да заболееят от болестта на Alzheimer.

Характерни изменения в мозъка са: изразена редуция на невронните популации, предимно в хипокампа, substantia innominata, locus coeruleus; в темпоро-париеалните и фронтални дялове на кората; поява на неврофибрилни сплитове, състоящи се от чифтни спираловидно завити филаменти; невритни (аргентофилни) плаки, състоящи се предимно от амилоид, които показват определено прогресиращо развитие (но има данни за

съществуването и на плаки без амилоид); и грануло-вакуолни телца. Открити са също така и неврохимични изменения. Те включват изразено намаление на ензима холинацетилтрансфераза, на самия ацетилхолин и на други невротрансмитери и невромодулатори.

Според първоначалните описания, клиничните прояви се придружават от гореспоменатите мозъчни изменения. Сега обаче изглежда, че двете не винаги се развиват успоредно: едното може да е безспорно налице, докато другото да е представено само в минимална степен. Въпреки това, клиничните особености на болестта на Alzheimer са такива, че често е възможно да се постави презумптивна диагноза само въз основа на клиничната картина.

Диагностични указания

Следните признаци трябва да са налице, за да се постави сигурна диагноза:

(а) Наличие на деменция като описаната в увода;

(б) Подмолно начало с бавен упадък. Докато началото- обикновено трудно може да се фиксира по време, осъзнаването на вече развилите се дефекти от страна на окръжаващите може да стане внезапно. След прогресиращото развитие на симптомите, в хода на заболяването може да настъпи плато. Засега деменцията при болестта на Alzheimer е необратима;

(в) Липса на клинични данни или на резултати от специални изследвания, които да говорят, че психичното състояние може би се дължи на друго системно или мозъчно заболяване, водещо до деменция (напр. хипотиреоидизъм, хиперкалцемиа, недоимъчност на витамин В 12 или на ниацин, хидроцефалия с нормално налягане, невросифилис, или субдурален хематом);

(г) Липса в ранния стадии на заболяването на внезапно, апоплектично начало и на неврологични признаци на огнишна увреда като хемипарези, сензорна загуба, дефекти в зрителното поле и разстройства на координацията (но подобни феномени могат да се насложат по-късно) .

В изв естен брой от случаите признаците на болестта на Alzheimer могат да са налице едновременно с такива на съдова деменция. В такива случаи следва да се използва двойна диагноза (и кодиране), ако и двете са достатъчно изразени. Когато съдова деменция предшества болестта на Alzheimer, диагнозата на последната може да се окаже невъзможно само на основата на клиничните данни.

Включва: първична дегенеративна деменция тип Alzheimer.

При **диференциалната диагноза** се обсъжда:

(а) Депресивно разстройство (F30-F39);

(б) Делир (F05);

(в) Органичен амнестичен синдром (F04);

(г) Други първични деменции като при болестите на Pick, Creutzfeldt-Jakob или Huntington (F02.-);

(д) Вторични деменции, свързани с различни соматични болести, токсични състояния и др.(F02.8);

(е) Лека или умерена степен на умствена изостаналост (F70-F71). Деменцията тип Alzheimer може да се съчетава със съдова деменция (да се кодира с F00.2), както е в случаите на наслагване на мозъчно-съдови епизоди (мултиинфарктна картина) върху клинична картина и история на заболяване, говорещи за Алцхаймерова болест. Подобни епизоди могат да доведат до внезапна екзацербация на проявите на деменция. Според патологоанатомичните изследвания, случаите на едновременно съществуване на двата типа са чести и наброяват около 10 -15% от всички случаи на деменция.

F00.0 ДЕМЕНЦИЯ ПРИ БОЛЕСТТА НА ALZHEIMER, С РАННО НАЧАЛО (ТИП 2)

Деменция при болестта на Alzheimer, започваща преди възрастта 65 години и показваща относително по-бързо настъпващ упадък, с изразени множествени разстройства на висшите корови функции. В повечето случаи афазия, аграфия, алексия и апраксия се появяват сравнително рано в протичането на деменцията.

Диагностични указания

Както за деменцията, описана в увода, с начало преди 65 годишна възраст и обикновено с бързо прогресиране на симптомите. Фамилната обремененост с болестта на Alzheimer е допринасящ, но не задължителен фактор за диагнозата; същото се отнася и за фамилна обремененост със синдрома на Down или с лимфоми.

Включва: пресенилна деменция, Алцхаймеров тип.

F00.1 ДЕМЕНЦИЯ ПРИ БОЛЕСТТА НА ALZHEIMER, С КЪСНО НАЧАЛО (ТИП 1)

Деменция при болестта на Alzheimer, при която клинично проявеното начало настъпва след 65 годишна възраст, обикновено в края на 70-те години или по-късно, с бавно прогресиране и обикновено с паметови нарушения като главна особеност.

Диагностични указания

Както за деменция, според описанието в увода, с особено внимание към наличието или отсъствието на признаците, различаващи я от подтипа с пресенилно начало (F00.0).

Включва: сенилна деменция, Алцхаймеров тип (SDAT)

F00.2 ДЕМЕНЦИЯ ПРИ БОЛЕСТТА НА ALZHEIMER, АТИПИЧНА ИЛИ ОТ СМЕСЕН ТИП

Тук се отнасят деменции, които не съответствуват на описанието и диагностичните указания нито за F00.0, нито за F00.1; също така тук се включват и смесените деменции от Алцхаймеров и съдов тип.

F00.9 ДЕМЕНЦИЯ ПРИ БОЛЕСТ НА ALZHEIMER, НЕУТОЧНЕНА

F01 СЪДОВА ДЕМЕНЦИЯ

Съдовата (наричана преди атеросклеротична) деменция, която включва мултиинфарктната деменция, се разграничава от деменцията при болестта на- Alzheimer по своето начално развитие, клинични особености и начин на протичане. Характерна е анамнезата за преходни исхемични разстройства с краткотрайни нарушения на съзнанието, бързопреходни парези или загуба на зрение. Деменцията може да се появи и след поредица от остри мозъчно-съдови инциденти, или по-рядко -след голям еднократен инсулт. Тогава за първи път могат да се проявят нарушения в паметта и мисленето. Началото им може да бъде остро, непосредствено след някой исхемичен епизод, но появата на деменцията може да бъде и постепенна. Деменцията е обикновено резултат от инфаркти в мозъка, дължащи се на съдово заболяване, включително хипертонична мозъчно-съдова болест. Инфарктите обикновено са малки, но последиците им кумулират. Началото е обикновено в късна възраст.

Диагностични указания

Диагнозата предполага наличието на деменция, както тя е описана в увода. Когнитивното нарушение обикновено е неравномерно, така че могат да се срещнат паметови смущения, интелектуални нарушения и огнищни неврологични симптоми. Съзнанието за болест и способността за съждение могат да са относително запазени. Внезапното начало или стъпаловидният упадък, както и наличието на огнищни

неврологични находки и симптоми увеличават вероятността на диагнозата, но в редица случаи тя може да бъде потвърдена само чрез компютърна аксиална томография, а окончателно - с невропатологично изследване.

Придружаващи признаци: артериална хипертония, каротиден шум, емоционална лабилност с преходно депресивно настроение, плач или експлозивен смях, преходни периоди на помрачено съзнание или делир, често предизвикани от нов мозъчен инфаркт. Смята се, че личността е относително запазена, но в редица случаи се наблюдават личностови промени като апатия или разтормозеност, или акцентуация на предшествуващи личностови особености като егоцентричност, параноидни нагласи или раздразнителност.

Включва: атеросклеротична (артериосклеротична) деменция.

При диференциалната диагноза се обсъжда:

- (а) делир (F05.-);
- (б) други деменции, особено Алцхаймеров тип (F00);
- (в) афективни разстройства (F30-F39);
- (г) лека или умерена степен на умствена изостаналост (F70-F71);
- (д) субдурален хематом (S06.5). Съдовата деменция може да се съчетава с деменция от Алцхаймеров тип деменция (да се кодира с F00.2), например в случаите, когато съдови епизоди се наслагат върху клинична картина и история на заболяването, предполагащи болест на Alzheimer.

F01.0 СЪДОВА ДЕМЕНЦИЯ С ОСТРО НАЧАЛО

Обикновено се развива бързо след поредица от инсулти, било поради мозъчно-съдова тромбоза, емболия, или кръвоизлив. В редки случаи единичен масивен хеморагичен инсулт може да доведе до деменция.

F01.1 МУЛТИИНФАРКТНА (ПРЕДИМНО КОРОВА) ДЕМЕНЦИЯ

Тя е с по-постепенно начало, след поредица от леки исхемични епизоди, които водят до натрупването на лакуни в мозъчния паренхим.

F01.2 ПОДКОРОВА СЪДОВА ДЕМЕНЦИЯ

Може да е налице анамнеза за хипертония и данни за огнища на исхемично поражение в дълбоко разположеното бяло вещество на мозъчните хемисфери, които да се предполагат на основа на клиничната картина и се доказват с компютърна аксиална томография. Мозъчната кора обикновено е запазена и това контрастира с клиничната картина, която може много да напомня деменция при болестта на Alzheimer. В случаите, при които се установява дифузна демиелинизация на бялото вещество е допустимо да се използва и терминът енцефалопатия на Binswanger.

F01.3 СМЕСЕНА КОРОВА И ПОДКОРОВА СЪДОВА ДЕМЕНЦИЯ

Смесени корови и подкорови компоненти на съдовата деменция могат да се подозират на основата на клиничното протичане, резултатите от изследванията (вкл. аутопсия), или и двете.

F01.8 ДРУГА СЪДОВА ДЕМЕНЦИЯ

F01.9 СЪДОВА ДЕМЕНЦИЯ, НЕУТОЧНЕНА

F02 ДЕМЕНЦИЯ ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ, КЛАСИФИЦИРАНИ ДРУГАДЕ

Случаи на деменция, за които се знае, или предполага, че се дължат на заболявания, различни от болестта на Alzheimer, или мозъчно-съдова болест. Такива деменции могат да се развият по всяко време на живота, но по-рядко в късна възраст.

Диагностични указания

Наличие на деменция, отговаряща на описанието в увода; наличие на признаци, характерни за някой от дадените по-долу синдроми.

F02.0 ДЕМЕНЦИЯ ПРИ БОЛЕСТТА НА RICK

Наличие на прогресираща деменция, която се появява в средна възраст (обикновено между 50 и 60 години), и която се характеризира от бавно напредващи изменения в характера и упадък на социалното функциониране, последвани от нарушения в интелекта, паметта и речевите функции, с апатия, еуфория и понякога с екстрапирамидни нарушения. Невропатологичната картина включва селективна атрофия на фронталните и темпорални дялове, но без поява на невритни плаки и неврофибрилни сплитове в повече, отколкото при нормалния процес на стареене. Случаите с ранно начало показват тенденция към по-злокачествено протичане. Социалните и поведенческите прояви често предхождат изразените паметови смущения.

Диагностични указания

За сигурната диагноза са необходими следните белези:

- (1) прогресираща деменция;
- (2) преобладаване на признаците на челния дял с еуфория, емоционална притъпеност и задебеляване на социалното поведение; липса на психични задръжки и апатия или безпокойство;
- (3) тези поведенчески прояви обикновено предшествуват чисто паметовите нарушения. За разлика от болестта на Alzheimer, тук симптомите на челния дял са по-изразени от темпоралните или париеталните.

При диференциалната диагноза се обсъжда:

- (а) деменция при болестта на Alzheimer (F00);
- (б) съдова деменция (F01);
- (в) деменция, вторична по отношение на други заболявания, като например невросифилис (F02.8);
- (г) хидроцефалия с нормално налягане (която се характеризира с екстремно забавена психомоторика, нарушения в походката и сфинктерния контрол) (G91.2);
- (д) други неврологични или обменни заболявания.

F02.1 ДЕМЕНЦИЯ ПРИ БОЛЕСТТА НА CREUTZFELDT-JAKOV

Прогресираща деменция с множество неврологични признаци, дължащи се на специфични невропатологични изменения (подостра спонгиформна енцефалопатия), вероятно причинявана от преносим агент. Началото е обикновено в средна или късна възраст, най-вече в петото десетилетие, но може да започне по всяко време в зрялата възраст. Протичането е подостро, водещо до смърт в разстояние на една до две години.

Диагностични указания

Болест на Creutzfeldt-Jakob следва да се подозира във всички случаи на деменция, която прогресира доста бързо - за няколко месеца до 1-2 години - и която се придружава от множествени неврологични симптоми. В някои случаи, както при тъй нар. амиотрофична форма, неврологичните прояви могат да предшествуват началото на деменцията.

Обикновено се наблюдава прогресираща спастична парализа на крайниците,

придружена от екстрапирамидни признаци с тремор, ригидност и хореоатетозни движения. Други варианти могат да включват атаксия, зрителни нарушения, фибриларни мускулни потрепвания и мускулна атрофия от тип горен двигателен неврон. Триадата, състояща се от :

- (1) бързо прогресираща опустошителна деменция;
- (2) пирамидни и екстрапирамидни прояви с миоклония;
- (3) характерна (трифазна) електроенцефалограма - се смята за твърде указателна за това заболяване.

При диференциалната диагноза се обсъжда:

- (а) болест на Alzheimer (F00) или Pick (F02.0);
- (б) болест на Parkinson (F02.3);
- (в) постенцефалитен паркинсонизъм (G21.3).

Бързото протичане и ранното засягане на моториката говорят в полза на болестта на Creutzfeldt-Jakob.

F02.2 ДЕМЕНЦИЯ ПРИ БОЛЕСТТА НА HUNTINGTON

Деменция, развиваща се като част от широко обхванен мозъчен дегенеративен процес. Разстройството се предава чрез единствен автозомен доминантен ген. Симптомите възникват обикновено в третото или четвъртото десетилетие и честотата на случаите по пол е вероятно еднаква. В част от случаите най-ранните симптоми могат да бъдат депресия, тревожност или чист параноиден синдром, съпътствани от личностови изменения. Развитието е бавно, водещо до смърт обикновено в рамките на 10-15 години.

Диагностични указания

Съчетанието на хореиформни двигателни разстройства, деменция и фамилна обремененост с болест на Huntington правят диагнозата високо вероятна, въпреки че несъмнено се срещат и спорадични случаи.

Неволевите хореиформни движения, обикновено на лицевите мускули, ръцете, рамената, или в походката, се появяват рано. Те обикновено предшествуват деменцията и само в редки случаи се появяват едва когато деменцията е много напреднала. Други двигателни нарушения могат да преобладават, когато началото е в необичайно млада възраст (напр. стриарна ригидност) или в по-късна възраст (напр. интенционен тремор).

В ранния си стадий, деменцията се характеризира с преобладаващо засягане на функциите на челния дял, като паметта е относително съхранена до по-късен етап.

Включва: деменция при Хънтингтонова хорея

При диференциалната диагноза се обсъжда:

- (а) други причини за хореиформни движения;
- (б) болестите на Alzheimer, Pick или Creutzfeldt-Jakob (F00; F02.0; F02.1).

F02.3 ДЕМЕНЦИЯ ПРИ БОЛЕСТТА НА PARKINSON

Деменцията се развива в хода на вече установена болест на Parkinson (особено при тежките ѝ форми). Засега не са установени специфични, отличителни клинични особености. Възможно е, деменцията при болестта на Parkinson да се различава от деменцията при болестта на Alzheimer и от съдовата деменция, но има и данни, че тя

може да е проява на съчетанието на някое от тези две разстройства с болестта на Parkinson. Това налага да се идентифицират системно случаите на болест на Parkinson с деменция за по-нататъшни изследвания, с цел този проблем бъде разрешен.

Диагностични указания

Деменция, развиваща се при лица с напреднала, обикновено тежка форма на болестта на Parkinson.

Включва: деменция при paralysis agitans; деменция при паркинсонизъм.

При диференциалната диагноза се обсъжда:

- (а) други вторични деменции (F02.8);
- (б) мултиинфарктна съдова деменция (F01.1), дължаща се на хипертонична или диабетична съдова болест;
- (в) мозъчен тумор (C70-C72);
- (г) хидроцефалия с нормално налягане (G91.2).

F02.4 ДЕМЕНЦИЯ ПРИ ВИРУСЕН ИМУНОДЕФИЦИТ У ЧОВЕКА (HIV ИНФЕКЦИЯ И СПИН)

Разстройство, характеризиращо се с когнитивен дефицит и отговарящо на клиничните диагностични критерии за деменция, при липса на друго придружаващо заболяване или състояние, което би могло да обясни находките, освен HIV инфекция.

Обикновено HIV деменцията се манифестира с оплаквания от забравяне, забавеност, влошена концентрация и затруднения при решаването на задачи и четене. Чести са апатията, намалената спонтанност и социалното отдръпване. При малка, но значима част от засегнатите лица, заболяването може да се манифестира атипично с афективно разстройство, психоза или гърчове. Неврологичното изследване често разкрива тремор, нарушение на бързите репетитивни движения, нарушено равновесие, атаксия, повишен мускулен тонус, генерализирана хиперрефлексия, белези на разтормозяване на челния дял и нарушения на сакадните и проследяващи движения на очите.

При децата също се развиват HIV - асоциирани разстройства в невропсихичното развитие, характеризиращи се с изоставане в развитието, повишен мускулен тонус, микроцефалия и калцификация на базалните ганглии. За разлика от възрастните, неврологичните разстройства при децата най-често възникват в отсъствие на опортюнистични инфекции и неоплазми.

Обикновено, но незадължително, HIV деменцията прогресира бързо (от седмици до месеци) към тежка глобарна деменция, мутизъм и смърт.

Включва: AIDS-dementia complex; HIV енцефалопатия; субакутен енцефалит.

F02.8 ДЕМЕНЦИЯ ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ, КЛАСИФИЦИРАНИ ДРУГАДЕ

Деменция може да настъпи като проява или следствие на различни мозъчни или соматични заболявания. За уточняване на етиологията е необходимо да се прибави съответния код по МКБ-10, обозначаващ основното заболяване.

Гуамският комплекс паркинсонизъм-деменция също трябва да се кодира тук (като се идентифицира с пета цифра, ако е необходимо). Той представлява бързо прогресираща деменция, последвана от екстрапирамидни нарушения и в някои случаи - от амиотрофична латерална склероза. Болестта е описана за първи път на остров Гуам, където се среща с висока честота сред местното население и засяга два пъти по-често мъжете отколкото жените; днес е известно, че се среща също така в Нова Гвинея и в Япония.

Включва: деменция при: церебрална липидоза, енцефалопатия, епилепсия, прогресивна парализа, черепномозъчни травми (вкл. "dementia pugilistica") (T90.-t), хепатолентикуларна дегенерация (M.Wilson) (E83.0), хиперкалцемия (E83.5), интоксикации (отравяния с въглероден окис, T58), множествена склероза (G35), невросифилис (A52.1), нодозен полиартериит (M30.0), системен лупус еритематодес (M32.-), заболявания на щитовидната жлеза (E00-E03), трипанозомиаза (B56.-), недоимъчност на вит.В12 (E53.8) или ниацин (E52); Гуамски комплекс паркинсонизъм- деменция.

F03 ДЕМЕНЦИЯ, НЕУТОЧНЕНА

Тази категория се използва, когато общите критерии за диагнозата деменция са налице, но не е възможно да се уточни специфичният тип (F00.0 - F02.9).

Включва: пресенилна или сенилна деменция, неуточнена другояче; пресенилна или сенилна психоза, неуточнена другояче; първична дегенеративна деменция, неуточнена другояче.

F04 ОРГАНИЧЕН АМНЕСТИЧЕН СИНДРОМ, НЕПРЕДИЗВИКАН ОТ АЛКОХОЛ ИЛИ МЕДИКАМЕНТИ

Синдром на изразено нарушение на паметта за близки или отдалечени минали събития при запазена способност за непосредствено възпроизвеждане. Възможността за заучаване на нов материал е подчертано снижена, което води до антероградна амнезия и дезориентация във времето. Налице е и ретроградна амнезия с различна тежест, но нейният обхват може да намалее с времето, ако лежащата в основата ѝ лезия или патологичен процес покажат тенденция към оздравяване. Конфабулациите могат да бъдат изразен, но не неизменно присъстващ признак. Възприятието и другите когнитивни функции, включително интелектът, обикновено се запазват и създават фон, на който паметовите нарушения изглеждат особено драстични. Прогнозата зависи от лежащата в основата на разстройството лезия (която обикновено засяга хипоталамо-диенцефалната система или областта на хипокампа); по принцип е възможно почти пълно възстановяване.

Диагностични указания

За да се постави сигурна диагноза е необходимо да се установи:

(1) наличие на паметови нарушения, състоящи се в дефект на паметта за близки събития (нарушено заучаване на нов материал); антероградна и ретроградна амнезия и намалена възможност за възпроизвеждане на минали преживявания в обратен ред на тяхната хронологическа последователност;

(2) анамнеза или обективни данни за инсулт или друго мозъчно заболяване (особено ако засяга двустранно диенцефалните и медиално-темпорални структури);

(3) отсъствие на дефект в непосредственото възпроизвеждане (изследвано например с теста "запомняне на числа"), както и липса на нарушения във вниманието и съзнанието при съхраненост на интелекта като цяло. Конфабулациите, липсата на съзнание за болест и емоционалните промени (апатия, липса на инициатива) са допълнителни, макар и не винаги необходими показатели за поставяне на диагнозата.

Включва: амнестично състояние; дисмнестично състояние или дисмнезия; Корсаков синдром или психоза (неалкохолна).

При **диференциалната диагноза** този синдром трябва да се различава от други органични синдроми, при които паметовите нарушения са силно изразени (напр. деменция или делир), от дисоциативна амнезия (F44.0), от нарушенията на паметовите функции при депресивни разстройства (F30-F39) и от симулация с оплакване от загуба на памет (Z76.5). Корсаковият синдром, предизвикан от алкохол или медикаменти, не трябва да се кодира тук, а в съответния раздел (F1x.6).

F05 ДЕЛИР, НЕПРЕДИЗВИКАН ОТ АЛКОХОЛ ИЛИ МЕДИКАМЕНТИ

Етиологично неспецифичен органичен мозъчен синдром, който се характеризира със съчетани нарушения на съзнанието и вниманието, възприятието, мисленето, паметта, психомоторното поведение, емоциите и цикъла бодърстване-сън. Може да се развие на всяка възраст, но най-често се среща след 60-годишна възраст. Делирното състояние е преходно и с флукуираща интензивност; повечето случаи оздравяват в рамките на 4 седмици или по-рано. Не са редки, обаче, делири, продължаващи с флукуации дори до 6 месеца, особено когато възникват в хода на хронично чернодробно заболяване, карцином, или подостър бактериален ендокардит. Разграничаването, което понякога се прави между остър и подостър делир няма голяма клинична стойност и разстройството трябва да се разглежда като единен синдром с различна продължителност и тежест, варираща от лека до много тежка. Делирно състояние може да се надстрои върху деменция или да премине в такава.

Този раздел не трябва да се използва за кодиране на делирни състояния, свързани с употребата на психоактивни вещества, посочени в F1. Делирните състояния, дължащи се на предписани медикаменти, обаче, трябва да се кодират тук (като например остро състояние на обърканост у възрастни пациенти, дължащо се на антидепресанти; в този случай предписаният медикамент трябва също да се обозначи с допълнителен код от Глава XIX, Раздел T).

Диагностични указания

За поставяне на сигурна диагноза е необходимо наличието на леко или интензивно изразени симптоми във всяка от следните области:

(1) нарушение на съзнанието и вниманието (в континуума от обнубиляция до кома; намалена възможност за насочване, фокусиране, поддържане и превключване на вниманието);

(2) глобално разстройство на когнитивната дейност (разстройства на възприятието, илюзии и халюцинации - най-често зрителни; нарушения в абстрактното мислене и разбиране, с или без преходни налудности, но обикновено с наличие на някаква степен на инкоherentност; нарушение на непосредственото възпроизвеждане и на паметта за близки събития, но при относително запазена памет за отдалечени събития; дезориентация за време, а в по-тежките степени - и за място и собствена личност);

(3) психомоторни нарушения (хипо- или хиперактивност и непредсказуеми преходи от едното към другото; удължено време на реакция; ускорен или забавен поток на речта; усилен старт-рефлекс);

(4) нарушения на цикъла бодърстване - сън (безсъние, а в по-тежките случаи - тотална загуба на сън или обръщане на цикъла сън-бодърстване; сънливост през деня; влошаване на симптомите през нощта; тревожни съновидения или кошмари, които могат да преминават в халюцинации след пробуждане);

(5) емоционални разстройства, напр. депресия, тревога или страх, раздразнителност, еуфория, апатия или безпомощна озадаченост. Началото е обикновено остро, протичането флукутиращо от ден на ден, а общата продължителност на това състояние е до 6 месеца. Гореописаната картина е толкова характерна, че достатъчно надеждна диагноза делир може да се постави дори когато основната причина не е ясно установена. Ако диагнозата е под съмнение, в допълнение към анамнезата за обуславящо мозъчно или соматично заболяване може да се наложи да се търсят и други данни за мозъчна дисфункция (напр. абнормна ЕЕГ, показваща обикновено, но не неизменно, забавена фонова активност).

Включва: остри и подостри състояния на обърканост (неалкохолни); остър мозъчен синдром; остър психоорганичен синдром; остри или подостри инфекциозни психози; остри или подостри органични реакции.

При **диференциалната диагноза** делирът трябва да се разграничи от други органични синдроми, особено от деменциите (F00 -F03); от остри и преходни психотични разстройства (F23); и от остри състояния на шизофрения (F20) или на афективни разстройства (F30 - F39), при които могат да са налице елементи на обърканост. Делир, предизвикан от алкохол или психоактивни вещества (наркотици), следва да се кодира в съответния раздел (F1x.4).

F05.0 ДЕЛИР, НЕНАДСТРОЕН ВЪРХУ ДЕМЕНЦИЯ

Използвайте този код за делир, който не е надстроен върху предхождаща деменция.

F05.1 ДЕЛИР, НАДСТРОЕН ВЪРХУ ДЕМЕНЦИЯ

Използвайте този код за състояния, отговарящи на гореизброените критерии, но възникващи в протичането на съществуваща деменция (F00 - F03).

F05.8 ДЕЛИР, ДРУГ

F05.9 ДЕЛИР, НЕУТОЧНЕН

F06 ДРУГИ ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА, ДЪЛЖАЩИ СЕ НА МОЗЪЧНА УВРЕДА И ДИСФУНКЦИЯ ИЛИ НА ТЕЛЕСНО ЗАБОЛЯВАНЕ

Тази категория включва разнообразни състояния, свързани причинно с мозъчна дисфункция, дължаща се на първични мозъчни заболявания или на системни заболявания, засягащи мозъка вторично, на ендокринни разстройства като синдром на Cushing или други соматични заболявания и на някои екзогенни токсични вещества (без алкохол и психоактивните вещества, които се класифицират в F10 - F19) или хормони. Общото за тези състояния е, че техните клинични картини сами по себе си не

позволяват да се постави презумптивна диагноза на органично психично разстройство. Клиничните им прояви по-скоро напомнят или са тъждествени на разстройствата, които не са считат за "органични" в специфичния смисъл, вложен в този раздел на класификацията. Включването им тук се опира на хипотезата, че те се причиняват пряко от дадено мозъчно заболяване или дисфункция, а не са проява на случайно съвпадение с това заболяване или дисфункция, нито пък са психологична реакция спрямо неговите симптоми. Пример за такава причинна връзка е появата на шизофреноподобно разстройство при епилепсия с голяма давност.

Решението да се отнесе тук даден синдром трябва да бъде подкрепено със следното:

(1) данни за мозъчно заболяване, увреда или дисфункция, или за системно телесно заболяване, за което се знае, че се съпровожда от един от изброените синдроми;

(2) връзка във времето (седмици или няколко месеца) между развитието на основното заболяване и появата на психичния синдром;

(3) отзвучаване на психичното разстройство след отстраняване или подобрене на предполагаемата основна причина;

(4) липса на убедителни данни, за алтернативна причиненост на психичния синдром (като напр. тежка фамилна обремененост или провокиращ стрес). Условието (1) и (2) оправдават поставянето на провизорна диагноза. Наличието и на четирите условия значително повишава сигурността на диагнозата.

За следните състояния е известно, че те повишават релативния риск за синдромите, посочени в тази рубрика: епилепсия; лимбичен енцефалит) болест на Huntington; черепномозъчни травми; мозъчни неоплазми; извънчерепни тумори с далечно въздействие върху ЦНС (особено карциномът на панкреаса); мозъчносъдова болест, лезии или малформации; lupus erythematosus и други колагенови болести; ендокринни заболявания (особено хипо- и хипертироидизъм, болест на Gushing); обменни нарушения (хипогликемия, порфирия, хипоксия); тропични и паразитни болести (трипанозомиаза); токсични ефекти от непсихотропни лекарства (пропранолол, L-dopa, methyl-dopa, стероидни хормони, антихипертензивни средства, противомаларийни препарати) .

Изключва: психични разстройства с делир (F05); деменция, класифицирана в F00-F03.

F06.0 ОРГАНИЧНА ХАЛЮЦИНОЗА

Разстройство с персистиращи или рекурентни халюцинации, обикновено зрителни или слухови, на фона на ясно съзнание, към които лицето може да има или да няма критичност. Възможно е да се достигне до налудна разработка на халюцинациите, но нерядко съзнанието за болест е запазено.

Диагностични указания

Освен общите критерии, изброени в увода към тази рубрика, трябва да са налице данни за персистиращи или рекурентни халюцинации, в която и да било модалност; отсъствие на помраченост на съзнанието; липса на значим интелектуален упадък; разстройствата на настроението не преобладават в клиничната картина; нито е налице преобладаване на налудности.

Включва: органично халюцинаторно състояние (неалкохолно) ; Dermatozoenwahn.

Изключва: алкохолна халюциноза (F10.52); шизофрения (F20).

F06.1 ОРГАНИЧНО КАТАТОННО РАЗСТРОЙСТВО (СТУПОР ИЛИ ВЪЗБУДА)

Състояние на намалена (ступор) или увеличена (възбуда) психомоторна активност, придружена от кататонни симптоми. Тези две крайности з нарушението на психомоториката могат да се редуват. Не е известно, дали при такива органични състояния се среща пълният спектър на кататонните разстройства, описани при шизофренията. Също така, не е напълно изяснен въпросът, дали едно органично кататонно състояние може да възникне на фона на ясно съзнание, или то винаги е проява на делир с последваща пълна или частична амнезия. Това налага предпазливост при поставяне на тази диагноза и внимателно разграничаване на това състояние от делира. Предполага се, че енцефалитите и отравянето с въглероден окис са по-често свързани с този синдром, отколкото другите органични фактори.

Диагностични указания

Общите критерии за приемане на органична етиология, изложени в увода към рубриката, трябва да са налице. Освен това, се изисква наличие било на:

- (1) ступор (намаление или пълна липса на спонтанни движения с частичен или пълен мутизъм, негативизъм и ригидност на позата);
- (2) възбуда (груб свръхмотилитет със или без тенденция към агресия);
- (3) и двете (превключване бързо и непредсказуемо от хипо-към хиперактивност).

Други кататонни явления, които повишават сигурността в диагнозата са: стереотипни, восъчна гъвкавост и импулсивни действия.

Изключва: кататонна шизофрения (F20.2).

F06.2 ОРГАНИЧНО НАЛУДНО (ШИЗОФРЕНОПОДОБНО) РАЗСТРОЙСТВО

Разстройство, в чиято клинична картина преобладават персистиращи или рекурентни налудности. Налудностите могат да се придружават от халюцинации, но не се обуславят от тяхното съдържание. Могат да са налице черти, характерни за шизофренията, като напр. причудливи налудности, халюцинации или мисловни разстройства.

Диагностични указания

Общите критерии за приемане на органична етиология, изложени в увода, трябва да са налице. Освен това, трябва да са налице налудности (за преследване, за телесна промяна, ревностови, за болест или смърт на лицето или на друг човек). Могат да са налице също така халюцинации, мисловни разстройства или отделни кататонни явления. Съзнанието и паметта не трябва да са засегнати. Тази диагноза не трябва да се поставя, ако наличните данни за органична причина са неспецифични или ограничени до находки от типа на разширени мозъчни вентрикули (установени чрез аксиална компютърна томография) или на "меки" неврологични признаци.

Включва: параноидни и параноидно-халюцинаторни органични състояния; шизофреноподобна психоза при епилепсия.

Изключва: шизофрения (F20); персистиращо налудно разстройство (F22); остри и преходни психотични разстройства (F23); психотични разстройства, предизвикани от психоактивни вещества (F1x.5).

F06.3 ОРГАНИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА НА НАСТРОЕНИЕТО (АФЕКТИВНИ РАЗСТРОЙСТВА)

Разстройства, характеризиращи се с промяна в настроението или афекта, обикновено придружени от промяна в цялостното равнище на активност. Единствен критерий за включване на тези разстройства в органичния раздел е предположението, е че те се причиняват пряко от мозъчно или друго соматично нарушение, чието наличие трябва

или да се докаже по независим път, напр. чрез подходящи соматични и лабораторни изследвания, или да се приеме на основата на адекватна анамнестична информация. Афективното разстройство трябва да следва предполагаемия органичен фактор и да се прецени, че то не представлява емоционална реакция спрямо симптомите на мозъчното заболяване, или спрямо самото знание на пациента за наличието на такова заболяване. Постинфекциозната депресия (напр. след грип) е типичен пример и трябва да се кодира тук. Но например персистиращата лека еуфория, не достигаща до хипомания, която понякога се наблюдава при лечение със стероиди, не би трябвало да се кодира тук, а в рубрика F06.8.

Диагностични указания

Освен общите критерии за приемане на органична етиология, изложени в увода към тази рубрика, състоянието трябва да покрива изискванията за диагноза на едно от разстройствата, изброени в F30 - F33.

Могат да се използват следните 5 знакови кодове за уточняване на клиничното разстройство:

- F06.30 органично манийно разстройство
- F06.31 органично биполярно разстройство
- F06.32 органично депресивно разстройство
- F06.33 органично смесено афективно разстройство

Изключва: емоционални (афективни) разстройства, изброени в F30 - F39, несвързани с органични разстройства; органично афективно разстройство при увреда на дясната хемисфера (F07.8).

F06.4 ОРГАНИЧНО ТРЕВОЖНО РАЗСТРОЙСТВО

Състояние, при което са налице съществените признаци на генерализирана тревожност (F41.1), на паническо разстройство (F41.0), или на съчетание от двете, но което възниква като следствие на органично разстройство, способно да причини мозъчна дисфункция (напр. темпорална епилепсия, тиреотоксикоза или феохромоцитом).

Изключва: други тревожни разстройства, несвързани с органични разстройства (F41).

F06.5 ОРГАНИЧНО ДИСОЦИАТИВНО РАЗСТРОЙСТВО

Разстройство, което покрива изискванията за едно от разстройствата в F44, дисоциативно разстройство, и при което същевременно са налице общите критерии за органична етиология (както е описано в увода към F0).

Изключва: дисоциативно разстройство, несвързано с органично разстройство (F44.-).

F06.6 ОРГАНИЧНА ЕМОЦИОНАЛНА ЛАБИЛНОСТ (АСТЕННО РАЗСТРОЙСТВО)

Състояние, характеризиращо се с изявена и персистираща емоционална инконтинентност или лабилност, с уморяемост и разнообразие от неприятни телесни усещания (напр. световъртеж) и болки, за които може да се приеме, че се дължат на налично органично разстройство. Смята се, че това разстройство се среща по-често при мозъчно-съдова болест или хипертония, отколкото при други причинни фактори.

Изключва: соматоформни разстройства, несвързани с органични разстройства (F45).

F06.7 ЛЕКО КОГНИТИВНО РАЗСТРОЙСТВО

Това разстройство може да предхожда, придружава или последва голямо разнообразие от инфекции и телесни заболявания, както мозъчни, така и системни (включително HIV). Преки неврологични или психологични (посредством тестове) данни за мозъчна увреда не винаги са налице, но въпреки това са явни проявите на дистрес и нарушена способност за удоволствени изживявания от ежедневни дейности. Когато е свързано с телесно заболяване в процес на реконвалесценция, лекото когнитивно разстройство обикновено не продължава повече от няколко допълнителни седмици. Тази диагноза трябва да се поставя само във връзка с уточнено телесно разстройство и не бива да се поставя при наличие на някое от психичните и поведенчески разстройства, класифицирани в F1 до F9, т.е. в останалата част на глава

Диагностични указания

Главните признаци са оплаквания от нарушения на паметта и забравяне, трудности в изучаването и намалена способност за концентриране върху някаква задача за по-продължителен период. Налице е субективно преживяване за трудност при усвояването на нов материал, дори когато обективно изпълнението на тестове е в границите на нормата. Нито един от тези симптоми не е така силно изразен, че да позволява поставянето на диагнози като деменция (F00) или делир (F05).

Диференциална диагноза: Трябва да се отграничава от постенцефалитния синдром (F07.1) и от постконтузионния синдром (F07.2) по различната си етиология, по-тесния кръг от симптоми, по-леката си симптоматика и, обикновено, по-малка продължителност.

F06.8 ДРУГИ ОРГАНИЧНИ ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА, ДЪЛЖАЩИ СЕ НА МОЗЪЧНА УВРЕДА И ДИСФУНКЦИЯ ИЛИ НА ТЕЛЕСНО ЗАБОЛЯВАНЕ

Включва: епилептична психоза, неуточнена другояче.

F06.9 НЕУТОЧНЕНИ ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА, ДЪЛЖАЩИ СЕ НА МОЗЪЧНА УВРЕДА И ДИСФУНКЦИЯ ИЛИ НА ТЕЛЕСНО ЗАБОЛЯВАНЕ

F7 РАЗСТРОЙСТВА НА ЛИЧНОСТТА И ПОВЕДЕНИЕТО, ДЪЛЖАЩИ СЕ НА МОЗЪЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ, УВРЕДА И ДИСФУНКЦИЯ

Промяната на личността и поведението може да бъде остатъчно или съпътстващо разстройство, което следва или придружава мозъчно заболяване, увреда или дисфункция. В някои случаи различията в проявите на тези резидуални или съпътстващи личностови или поведенчески синдроми могат да ориентират за типа и/или локализацията на вътремозъчния проблем, но надеждността на този тип диагностично заключение не бива да се надценява. Следователно, етиологията трябва винаги да се търси с независими средства, а ако е известна – да се запише.

F07.0 ОРГАНИЧНО РАЗСТРОЙСТВО НА ЛИЧНОСТТА

Това разстройство се характеризира със значителна промяна в обичайния преморбиден начин на поведение. Тази промяна винаги засяга по-дълбоко израза на емоциите, потребностите и подтиците. Познавателната дейност може да е увредена предимно или изключително в сферата на планирането на собственото поведение и на предвиждането на вероятните му лични и социални последствия, както това се наблюдава при така

наречения синдром на челните дялове. Днес, обаче, е известно, че този синдром възниква не само при увреди на челния дял, но и при лезии в други области на мозъка.

Диагностични указания

Освен установена анамнеза или други доказателства за мозъчно заболяване, увреда или дисфункция, сигурната диагноза изисква наличието на два или повече от следните признаци:

(1) устойчиво снижена способност за изпълнение на целенасочена дейност, особено когато тя е с по-голяма продължителност или с отсрочено възнаграждение;

(2) променено емоционално поведение, характеризиращо се с емоционална лабилност, повърхностна и немотивирана веселост (еуфория, неуместна шеговитост), както и лесни проходи към раздразнителност и краткотрайни изблици на гняв и агресивност; в някои случаи по-изразен признак може да бъде апатията;

(3) изразяването на потребности и подтици става без съобразяване с последствията или социалните норми (лицето може да се отдаде на диссоциални дейности, като крадене, неуместни сексуални предложения, ненаситно ядене, или да занемари личната си хигиена);

(4) когнитивни нарушения под формата на мнителност или параноидни нагласи, или пък свръх ангажираност с някаква единствена, обикновено абстрактна тематика (напр. религия, "добро" и "зло");

(5) подчертана промяна в темпа и потока на речта, с черти като обстоятелственост, свръхсъбирателност, вискозност, хиперграфия;

(6) промени в сексуалното поведение (хипосексуалност или промяна на сексуалните предпочитания).

Включва: синдром на челния дял; синдром при лоботомия; състояние след левкотомия; органична псевдобилност; органична псевдопсихопатна личност; личностов синдром при лимбична епилепсия.

Изключва: постконтузионен синдром (F07.2); постенцефалитен синдром (F07.1); личностови разстройства (F60 и F61); трайна личностова промяна (F62).

F07.1 ПОСТЕНЦЕФАЛИТЕН СИНДРОМ

Включва остатъчни промени в поведението след възстановяване от вирусен или бактериален енцефалит. Симптомите са неспецифични и варират индивидуално, както и според инфекциозния агент, а най-често - в зависимост от възрастта на лицето по времето на инфекцията. Синдромът често е обратим, което е основното му отличие от органичното разстройство на личността.

Диагностични указания

Проявите могат да включват общо физическо неразположение, апатия и раздразнителност, известно снижение на познавателната дейност (трудности при заучаване}, промени в стереотипа на сън и хранене, промени в сексуалността и във възможностите за социална адаптация. Могат да са налице различни остатъчни неврологични дисфункции като парализи, глухота, афазия, конструктивна апраксия, акалкулия.

Изключва: органично разстройство на личността (F07.0).

F07.2 ПОСТКОМОЦИОНЕН СИНДРОМ (ПОСТТРАВМАТИЧЕН ОРГАНИЧЕН МОЗЪЧЕН СИНДРОМ)

Синдромът възниква след черепномозъчна травма (обикновено достатъчно тежка, за да причини загуба на съзнание) и включва редица несистематизирани симптоми като главоболие, световъртеж (обикновено без характеристика на истинско вертиго), уморяемост, раздразнителност, трудност при концентрацията и изпълняването на умствени задачи, нарушения в паметта, безсъние и намалена поносимост към стрес, емоционална възбуда или алкохол. Тези симптоми могат да се придружават от чувства на потиснатост или тревожност, идващи от понижена самооценка и страх от трайна мозъчна увреда. Такива чувства могат да усилят първоначалните симптоми и да се получи порочен кръг. Някои лица стават хипохондрични, впускат са в търсене на диагнози и лечения и могат трайно да останат в болестната роля. Етиологията на тези симптоми не винаги е ясна и причината трябва да се търси както в органичните, така и в психологични фактори. Поради това, нозологичният статус на това състояние е донякъде несигурен. Няма съмнение обаче, че синдромът е чест и е мъчителен за пациента.

Диагностични указания

Наличие на поне три от гореизброените прояви се изисква за сигурна диагноза. Грижливата преценка с помощта на лабораторни методи (ЕЕГ, стволови евокирани потенциали, невроизобразяващи техники, окулонистагмография) може да разкрие обективни данни, които да потвърдят симптомите, но често тези изследвания са с отрицателен резултат. Оплакванията не са непременно свързани с мотиви за компенсация.

Включва: постконтузионен синдром (енцефалопатия); посттравматичен мозъчен синдром, непсихотичен.

F07.8 ДРУГИ ОРГАНИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА НА ЛИЧНОСТТА И ПОВЕДЕНИЕТО

Мозъчни заболявания, увреди или дисфункции могат да предизвикат разнообразни когнитивни, емоционални, личностови и поведенчески разстройства, не всички от които могат да се отнесат към предшестващите рубрики. Тъй като нозологичният статус на провизорно очертаните синдроми в тази област е неизяснен, те следва да се кодират като "други". Ако е необходимо, може да се добави пети кодов знак, за да се определи отделната предполагаема единица, например:

Органично афективно разстройство при увреда на дясната хемисфера (промяна в способността да се изразяват или разбират емоции при лица с увреди в дясната хемисфера; макар, че външно лицето може да изглежда депресивно, обикновено не е налице депресия, а е ограничена възможността за изразяване на емоции).

Тук се кодират също:

(а) всички други уточнени, но провизорно обособени синдроми на личностова и поведенческа промяна, дължащи се на мозъчно заболяване, увреда или дисфункция, различни от изброените в F07.0, F07.1 и F07.2;

(б) състояния на лека степен на когнитивни нарушения, не достигащи още степента на деменция при прогресиращите разстройства като болест на Alzheimer, болест на Parkinson и др. Диагнозата следва да бъде променена, когато се изпълнят критериите за деменция.

Изключва: делир (F05.-).

F07.9 ОРГАНИЧНО РАЗСТРОЙСТВО НА ЛИЧНОСТТА И ПОВЕДЕНИЕТО, НЕУТОЧНЕНО

Включва: органичен психосиндром, непсихотичен.

F09 НЕУТОЧНЕНИ ОРГАНИЧНИ ИЛИ СИМПТОМАТИЧНИ ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА

Включва: органична психоза, неуточнена другояче.