

**F40 - F49 НЕВРОТИЧНИ, СВЪРЗАНИ СЪС
СТРЕС И СОМАТОФОРМНИ
РАЗСТРОЙСТВА**

ПРЕГЛЕД НА ТОЗИ РАЗДЕЛ

- F4 0 Фобийни тревожни разстройства
 - F40.0 Агорафобия
 - .00 агорафобия без паническо разстройство
 - .01 агорафобия с паническо разстройство
 - F40.1 Социални фобии
 - F40.2 Специфични (изолирани) фобии
 - F40.8 Други
 - F40.9 Неуточнени
- F41 Други тревожни разстройства
 - F41.0 Паническо разстройство (епизодична пароксизмална тревожност)
 - F41.1 Генерализирана тревожност
 - F41.2 Смесено тревожно-депресивно разстройство
 - F41.3 Други смесени тревожни разстройства
 - F41.8 Други уточнени
 - F41.9 Неуточнени
- F42 Обсесивно-компулсивно разстройство
 - F42.0 С преобладаване на натрапливи мисли или умствени предъвквания
 - F42.1 С преобладаване на компулсивни действия (натрапливи ритуали)
 - F42.2 Смесени натрапливи мисли и действия
 - F42.8 Друго
 - F42.9 Неуточнено
- F43 Реакции на тежък стрес и разстройства в адаптацията
 - F43.0 Остра стресова реакция
 - F4 3.1 Посттравматично стресово разстройство
 - F4 3.2 Разстройства в адаптацията
 - .20 кратка депресивна реакция
 - .21 протрахирана депресивна реакция
 - .22 смесена тревожно-депресивна реакция
 - .23 с преобладаващо нарушение на други емоции
 - .24 с преобладаващо нарушение на поведението
 - .25 със смесено нарушение на емоциите и поведението
 - .28 други уточнени
 - F4 3.8 Други
 - F43.9 Неуточнени
- F44 Дисоциативни (конверзионни) разстройства
 - F44.0 Дисоциативна амнезия
 - F44.1 Дисоциативна фуга
 - F44.2 Дисоциативен ступор
 - F44.3 Транс и състояния на обладаност
 - F44.4 Дисоциативни двигателни разстройства
 - F44.5 Дисоциативни гърчове

F44.6 Дисоциативна анестезия и загуба на сетивност

F44.7 Смесени дисоциативни (конверзионни) разстройства

F44.8 Други

.80 Ганзеров синдром

.81 множествена личност

.82 преходни дисоциативни или конверзионни разстройства, срещащи се в детството и юношеството

.88 други уточнени

F44.9 Неуточнени

F45 Соматоформни разстройства

F45.0 Соматизационно разстройство

F45.1 Недиференцирано соматоформно разстройство

F45.2 Хипохондрично разстройство

F45.3 Соматоформна вегетативна дисфункция

.30 на сърцето и сърдечно-съдовата система

.31 на горната част на гастроинтестиналния тракт

.32 на долната част на гастроинтестиналния тракт

.33 на дихателната система

.34 на пикочно-половата система

F45.4 Персистиращо соматоформно болково разстройство

F45.8 Други

F45.9 Неуточнени

F48 Други невротични разстройства

F48.0 Неврастения (синдром на умора)

F48.1 Деперсонализационно-дереализационен синдром (разстройство)

F48.8 Други уточнени

F48.9 Неуточнени

F40 - F48 НЕВРОТИЧНИ, СВЪРЗАНИ СЪС СТРЕС И СОМАТОФОРМНИ РАЗСТРОЙСТВА

Тези три типа разстройства са обединени в една голяма обща група, поради своята историческа връзка е концепцията за неврозата и връзката на една съществена (макар и не точно известна) част от тези разстройства с психологична причинност. Както беше вече отбелязано в общото въведение към МКБ-10, понятието невроза не се запазва като основен организиращ принцип, но са положени усилия, позволяващи лесна идентификация на разстройствата, които някои психиатри още биха желали да считат за невротични в смисъла, който те влагат в това понятие (виж забележката за неврози в общото въведение).

Особено при по-леките разновидности на тези разстройства, които често се наблюдават в контекста на първичната здравна помощ, смесицата от симптоми е нещо обичайно (най-често е едновременното съществуване на депресия и тревожност). Въпреки, че трябва да се положат усилия за определянето на водещия синдром, предвидена е една смесена категория за онези случаи на смесена депресия и тревожност, при които би било неестествено да се прави принудителен избор между две алтернативи (F41.2).

F40 ФОБИЙНИ ТРЕВОЖНИ РАЗСТРОЙСТВА

Група разстройства, при които тревожността се провокира само от или предимно от някои добре определени ситуации или обекти (външни за лицето), които не представляват опасност понастоящем. Като резултат, тези ситуации или обекти обикновено се избягват или се понасят със страх. Фобийната тревожност е неразграничима субективно, психологически и поведенчески от другите видове тревожност и може да варира по сила - от слабо неспокойство до ужас. Загрижеността на лицето може да се фокусира върху отделни симптоми като сърцебиене, премалаяване и често е свързана с вторичен страх от смърт, загуба на контрол или полудяване. Тревожността не намалява от знанието, че другите хора не смятат въпросната ситуация за опасна или застрашаваща. Само мисълта за поява на страховата ситуация обикновено поражда предварителна тревожност.

Възприемането на критерия, че фобийният обект или ситуация е външен за лицето означава, че много от страховете, свързани с наличието на болест (нозофобия) и обезобразяване (дисморфофобия) сега се класифицират във F45.2 (хипохондрично разстройство). Все пак, ако страхът от болест се появява предимно и многократно при възможност от излагане на инфекция или замърсяване, или просто е страх от медицински процедури (инжекции, операции и др.), или медицински помещения (зъболекарски кабинети, болници и пр.), тогава & подходящо да се категоризира тук в F40 (обикновено F40.2 специфична фобия).

Фобийната тревожност често съществува едновременно с депресия, Първичната фобийна тревожност почти винаги се влошава по време на депресивен епизод. Някои депресивни епизоди се придружават от Бременна фобийна тревожност, а депресивно настроение често съпътствува някои фобии, особено агорафобия. Необходимостта от поставянето на две диагнози {фобийна тревожност и депресивен синдром} или само от една се определя от това, дали едното разстройство ясно предхожда другото в развитието си или дали ясно доминира над другото по време на поставянето на диагнозата. Ако критериите за депресивно разстройство са били налице преди появата на фобийните симптоми, тогава се дава диагностично предимство на депресивното разстройство (виж бележките във Въведението).

Повечето фобийни разстройства, с изключение на социалните фобии, са по-чести при жените.

В тази класификация пристъпите на паника, (F40.0), срещани се при установена фобийна ситуация, се разглеждат като израз на тежестта на фобията, на която трябва да бъде дадено диагностично предпочитание. Паническо разстройство трябва да се диагностицира само при отсъствие на фобиите, изброени в F40.

F40.0 АГОРАФОБИЯ

Терминът "агорафобия" тук е използван с по-широко значение, отколкото при първоначалното му въвеждане и както все още се използва в някои страни. Понастоящем в него се включват страхове не само от открити пространства, но също и със сродно съдържание, например от присъствие сред тълпа от хора и трудността за внезапно лесно бягство назад към сигурно място (обикновено дома). Терминът следователно се отнася към група взаимосвързани и често припокриващи се фобии, обхващащи страхове от напускане на дома; влизане в магазини, сред тълпи и публични места или пътуване сам във влакове, автобуси или самолети. Въпреки, че тежестта на тревожността и степента на избягващото поведение са променливи, това е най-инвалидизиращото от фобийните разстройства и някои пациенти остават напълно свързани с дома. Много пациенти се ужасяват от мисълта, че може да колабират на публично място, без да има кой да им помогне в този момент на безпомощност. Липсата на непосредствено достъпен изход е една от ключовите характеристики на много от тези агорафобни ситуации. Болшинството пациенти са жени и началото на заболяването е обикновено в ранната зряла възраст. Депресивни и натрапливи симптоми и социални фобии също могат да бъдат налице, без да доминират в клиничната

картина. Без ефективно лечение агорафобията често приема хроничен, макар обикновено флукутиращ код.

Диагностични указания

За да бъде поставена сигурна диагноза, трябва да бъдат налице следните условия:

(1) симптомите - психологични или вегетативни, трябва да бъдат първична проява на тревожността, а не да са вторични по отношение на други симптоми като налудности или натрапливи мисли;

(2) тревожността трябва да бъде ограничена до (или да се появява предимно в) поне две от следните ситуации: тълпи, обществени места, пътувания далече от дома или пътувания сам;

(3) избягването на фобийната ситуация е или е била доминираща характеристика.

Наличието или отсъствието на паническо разстройство (F41.0) в болшинството от случаите, когато е налице агорафобна ситуация, може да се обозначи посредством пети кодов знак:

F40.00 Агорафобия без паническо разстройство

F40.00 Агорафобия с паническо разстройство

Включва: Паническо разстройство с агорафобия.

При **диференциалната диагноза** трябва да се помни, че някои страдащи от агорафобия изпитват ниско ниво на тревожност, защото са в състояние системно да избягват фобийните си ситуации. Наличието на други симптоми като депресия, пристъпи на паника, деперсонализация, натрапливи симптоми и социални фобии не променя валидността на диагнозата, при условие, че те не доминират в клиничната картина. Ако лицето е в депресивен епизод, когато се появят фобийните симптоми, диагнозата депресивен епизод е по-подходяща основна диагноза; това по-често се среща при случаи с по-късно начало на заболяването.

F40.1 СОЦИАЛНИ ФОБИИ

Те често започват в юношеството и се центрират около страх от критично отношение от страна на други хора в сравнително калки групи (противоположно на тълпите), водещ до избягвана на социални ситуации. За разлика от повечето други фобии, социалните фобии се срещат еднакво често при мъжете и жените. Те може да са дискретни (т.е. ограничени до хранене на публични места, говорене пред публика, срещи с противоположния пол) или дифузни, включващи почти всички социални ситуации извън семейния кръг. От значение може да е страхът от повръщане на публично място. Директната конфронтация очи в очи може да е особено стресираща в определени култури. Социалните фобии обикновено са съпроводени с понижена самооценка и страх от критика. Те могат да се проявят като оплаквания от изчервяване, треперене на ръцете, гадене или позиви за уриниране. Пациентът понякога е убеден, че една от тези вторични прояви на тревожност е основният му проблем; симптомите могат да се задълбочат до пристъпи на паника. Избягващото поведение често е много отчетливо и в екстремни случаи може да доведе до почти пълна социална изолация.

Диагностични указания

За да бъде поставена със сигурност тази диагноза, трябва да са изпълнени следните условия:

(1) симптомите - психологични, поведенчески или вегетативни - трябва да бъдат първична проява на тревожността, а не вторични по отношение на други симптоми като налудности или натрапливи мисли;

(2) тревожността трябва да бъде ограничена до или да доминира в конкретни социални ситуации;

(3) фобийните ситуации се избягват всеки път, когато е възможно.

Включва: антропофобия, социална невроза.

При диференциалната диагноза на първо място трябва да се имат предвид агорафобията и депресивните разстройства. В тежки случаи крайният резултат на пълното нежелание за напускане на дома може много да наподобява последица от тежка агорафобия; ако разграничаването е много трудно, трябва да бъде дадено предимство на агорафобията. Депресивните симптоми са често срещани, но диагноза депресия не трябва да бъде поставяна, ако не бъде ясно идентифициран пълен депресивен синдром.

F40.2 СПЕЦИФИЧНИ (ИЗОЛИРАНИ) ФОБИИ

Това са фобии, ограничени до строго специфични ситуации като: близост до определени животни, височини, гръмотевици, тъмнина, летене, затворени пространства, уриниране и дефекиране в обществени тоалетни, ядене на определени храни, зъболечение, гледане на кръв и рани, страх от заразяване от определени болести. Въпреки, че ситуацията, пораждаща съответната фобия е дискретна, контактът с нея може да предизвика - паника както при агорафобията или социалната фобия. Специфичните фобии обикновено се проявяват в детството или ранната зрелост и ако останат нелекувани могат да просъществуват десетилетия. Тежестта на получения дефект зависи от това дали лицето успява лесно да избягва фобийната ситуация. Страхът от фобийния обект, за разлика от този при агорафобията, няма тенденция към промяна на интензитета на изживяването. Често обект на фобиите от болест са радиационната болест и венерическите инфекции, а напоследък - СПИН.

Диагностични указания

За да бъде поставена със сигурност тази диагноза, трябва да са налице следните условия:

- (1) симптомите психологични или вегетативни - трябва да бъдат първична проява на тревожността, а не вторични по отношение на други симптоми като налудности или натрапливи мисли;
- (2) тревожността трябва да бъде ограничена до присъствието на конкретния страхов обект или ситуация;
- (3) страховата ситуация се избягва, когато е възможно.

Включва: фобии от животни; клаустрофобия; акрофобия; фобия от изпити; проста фобия.

Диференциална диагноза: Обикновено липсват други психиатрични симптоми за разлика от агорафобията и социалните фобии. Фобиите, свързани с наранявания и кръв, се различават от другите по това, че по-често водят до брадикардия и понякога синкоп, отколкото до тахикардия. Страхове от определени заболявания като рак, сърдечни болести или венерическа инфекция трябва да бъдат класифицирани при хипохондричното разстройство (F45.2), освен ако не са свързани с определени ситуации, където би могло да се придобие заболяването. Ако убедеността за болест достигне налудна интензивност, тогава използвайте диагнозата налудно разстройство F22.0. Пациенти, убедени, че имат абнормност или физически недостатък на определена част от тялото (най-често в областта на лицето) или други части на тялото, които обективно не се забелязват от другите (понякога наричани дисморфофобия), трябва да бъдат класифицирани като хипохондрично разстройство (F45.2) или налудно разстройство (F22.0) в зависимост от силата и постоянството на тяхната убеденост в дефекта.

F40.8 ДРУГИ ФОБИЙНИ ТРЕВОЖНИ РАЗСТРОЙСТВА

F40.9 ФОБИЙНО ТРЕВОЖНО РАЗСТРОЙСТВО, НЕУТОЧНЕНО

Включва: фобия, неуточнена другояче; фобийно състояние, неуточнено другояче

F41 ДРУГИ ТРЕВОЖНИ СЪСТОЯНИЯ

Разстройства, при които основните симптоми са проявите на тревожност, но не са ситуативно ограничени. Могат да се наблюдават депресивни и натрапливи симптоми, дори и някои елементи на фобийна тревожност, при условие, че са вторични или по-леко изразени.

F41.0 ПАНИЧЕСКО РАЗСТРОЙСТВО (ЕПИЗОДИЧНА ПАРОКСИЗМАЛНА ТРЕВОЖНОСТ)

Основна характеристика са повтарящите се пристъпи на силна тревожност (паника), които не се ограничават до определена ситуация или обстоятелства, поради което са непредсказуеми. Както и при другите тревожни разстройства, основните симптоми варират по интензивност при различните пациенти, но често срещани са: внезапен пристъп на сърцебиене, болка в гърдите, чувство на задушаване, световъртеж и чувство за нереалност (деперсонализация или дереализация). Почти неизменно се среща вторичен страх от смърт, загуба на контрол или полудяване. Отделните пристъпи обикновено продължават няколко минути, но понякога и по-дълго; честотата на пристъпите и ходът на заболяването са също твърде променливи. Пациентите в пристъп на паника често изпитват нарастващи по интензивност страх и вегетативни симптоми, достигащи своя максимум на върха на пристъпа. Ако това се случи в определена ситуация - в автобус или сред много хора, - пациентът може впоследствие да избягва такава ситуация. По подобен начин, честите и непредвидими пристъпи на паника водят до чувство на страх от оставане сак или отиване на публични места. Паническата атака често бива последвана от траен страх от нова атака.

Диагностични указания

Според тази класификация, когато настъпва пристъп на паника в установена фобийна ситуация, това се счита като израз на тежестта на фобията, на която трябва да бъде дадено диагностично предимство. Диагнозата паническо разстройство трябва да бъде поставена само в случаите, когато липсва която и да е от фобиите, посочени във F40.

За да бъде поставена със сигурност тази диагноза, трябва да са налице няколко тежки пристъпа на вегетативна тревожност за период от около 1 месец:

- (1) в обстоятелства, където няма обективна опасност;
- (2) пристъпите не трябва да са ограничени до известна или предвидима ситуация;
- (3) между пристъпите трябва да има период сравнително свободен от симптоми на тревожност (макар че е честа предварителната тревожност на очакване).

Включва: паническа атака или паническо състояние.

В диференциалната диагноза, както вече отбелязахме, паническото разстройство трябва да се разграничава от паническите атаки, появяващи се като част от установено фобийно разстройство. Паническите атаки може да са резултат на депресивно заболяване, особено при мъжете, и ако по същото време са изпълнени критериите за депресивно разстройство, то не бива да се поставя като основна диагнозата паническо разстройство.

F41.1 ГЕНЕРАЛИЗИРАНА ТРЕВОЖНОСТ

Основна характеристика е тревожността, която е генерализирана и постоянна, но не е ограничена до и дори не силно преобладаваща при никакви конкретни външни обстоятелства (т.е. тя е "свободно плуваща тревожност"). Както при другите тревожни разстройства доминиращите симптоми са много разнообразни, но обичайни са оплакванията от чувство на нервност през цялото време, треперене, мускулно напрежение, изпотяване, замаяване, сърцебиене, световъртеж и епигастриален дискомфорт. Страхове, че лицето или негов близък внезапно ще се разболее или ще му се случи нещастие, са често съпътствани от различни други безпокойства и

предчувствия. Това разстройство се среща по-често при жените и обикновено е свързано с хроничен стрес, породен от околната среда. Протичането му е често променливо, но се наблюдава тенденция към флукуиране и хронифициране.

Диагностични указания

Пациентът трябва да има първични симптоми на тревожност през повечето дни от последните няколко седмици. Тези симптоми обикновено трябва да включват елементи на:

(1) мрачни предчувствия (безпокойство относно бъдещи беди, усещана като че ли си "на ръба", трудности в концентрацията и др.);

(2) двигателно напрежение (невъзможност да стои спокойно на едно място, главоболие под формата на напрежение, треперене, неспособност да се отпусне);

(3) вегетативна хиперактивност (замаяност, изпотяване, тахикардия или тахипнея, епигастрален дискомфорт, световъртеж, сухота в устата и др.).

Краткотрайната поява (за няколко дни) на други симптоми, в частност на депресия, не изключва генерализираната тревожност като главна диагноза, но не трябва да са налице пълните критерии за депресивен епизод (F32), фобийно тревожно разстройство (F40), паническо разстройство (F41.0) или обесивно-компулсивно разстройство (F42).

Включва: тревожно състояние; тревожна невроза; тревожна реакция.

F41.2 СМЕСЕНО ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕСИВНО РАЗСТРОЙСТВО

Тази категория трябва да бъде използвана, когато симптомите на тревожност и депресия се срещат едновременно, но нито един не е толкова интензивен, че сам да оправдае поставянето на диагноза. Ако преобладава тежка тревожност, а депресията е изразена в по-лека степен, тогава използвайте една от другите категории за тревожно или фобийно разстройство. Когато присъствуват и са в тежка форма и двата синдрома - депресивния и тревожния, тогава впишете и двете разстройства и не използвайте тази категория; ако от практически съображения при записването трябва да са включи само една диагноза, то предимство трябва да получи депресията. Някои вегетативни симптоми (като треперене, сърцебиене, сухота в устата, чувство на дискомфорт в областта на стомаха и т.н.) трябва да присъствуват, дори само епизодично; не използвайте категорията, ако присъствува само безпокойство или свръх загриженост, без вегетативни симптоми. Ако симптомите, които отговарят на критериите за това разстройство се появяват в тясна зависимост от значима жизнена промяна или стресогенно събитие, тогава използвайте категорията F43.2 Разстройства в адаптацията.

Пациенти с такива смесени и сравнително леки симптоми се наблюдават често в условията на първичната здравна помощ; но много повече от тях съществуват сред населението и никога не попадат под медицинско или психиатрично наблюдение.

Включва: тревожна депресия (лека или преходна).

Изключва: персистираща тревожна депресия (дистимия (F34.1))

F41.3 ДРУГИ СМЕСЕНИ ТРЕВОЖНИ РАЗСТРОЙСТВА

Тази категория трябва да се използва за разстройства, които покриват критериите за F41.1 генерализирана тревожност, но също така имат изяви (макар често краткотрайни) черти на други разстройства от F4, макар че пълните критерии за тези допълнителни разстройства не са налице. Най-честите примери са: обесивно-компулсивно разстройство (F42), дисоциативно разстройство (F44), соматизационно разстройство (F45.0), недиференцирано соматоформно разстройство (F45.1) и хипохондрично разстройство (F45.2). Ако симптомите, които отговарят на критериите за това разстройство се появяват в тясна връзка със значима жизнена промяна или стресогенно

събитие, тогава използвайте категорията F43.2 Разстройство в адаптацията.

F41.8 ДРУГИ УТОЧНЕНИ ТРЕВОЖНИ РАЗСТРОЙСТВА

Включва: тревожна хистерия.

F41.9 ТРЕВОЖНО РАЗСТРОЙСТВО, НЕУТОЧНЕНО

Включва: тревожност, неуточнена другояче.

F42 ОБСЕСИВНО-КОМПУЛСИВНО РАЗСТРОЙСТВО

Най-съществената характеристика на този вид разстройства са повтарящи се натрапливи мисли или действия. (За краткост терминът "натрапливост" ще бъде използван по-нататък на мястото на "обсесивно-компулсивно", когато се отнася за симптомите). Натрапливите мисли са представи, образи или импулси, които нахлуват в съзнанието отново и отново в стереотипна форма. Те са почти неизменно мъчителни (защото са насилствени или неприлични, или просто защото се възприемат като безсмислени) и обикновено пациентът се опитва безуспешно да им се противопостави. Те се възприемат като собствени мисли, дори и да са нежелани и често неприятни. Натрапливите действия или ритуали са повтарящо се стереотипно поведение. Те не са удоволствени по своята същност, нито пък водят до изпълнението на полезни по същество задачи. Често пациентът ги разглежда като предпазващи го от някое обективно малко вероятно събитие, причиняващо му вреда, или с което той застрашава околните. Обикновено, макар и не винаги, това поведение се възприема от самия пациент като безсмислено или безплодно и той прави повтарящи се опити да му се противопостави; при случаи с голяма давност съпротивата може да бъде минимална. Често са налице вегетативни признаци на тревожност, но могат да се наблюдават и неприятни усещания за вътрешна или психична напрегнатост, без явни признаци на вегетативна възбуда. Съществува тясна връзка между натрапливите симптоми, особено натрапливите мисли и депресията. Пациентите с обсесивно-компулсивно разстройство често имат депресивни симптоми, а пациентите, страдащи от рекурентно депресивно разстройство (F33), могат да развият натрапливи мисли по време на депресивните епизоди. И в двата случая повишаването или намаляването на тежестта на депресивните симптоми обикновено са свързани с паралелна промяна в тежестта на натрапливите симптоми.

Обсесивно-компулсивното разстройство е еднакво разпространено сред мъжете и жените: често се срещат изразени ананкастни черти у предразположената личност. Началото на заболяването е обикновено в детството или в ранната зрялост. Ходът на протичане е променлив и може да хронифицира при отсъствие на значими депресивни симптоми.

Диагностични указания

За да бъде поставена със сигурност тази диагноза, натрапливите симптоми или компулсивните действия или и двата вида разстройства трябва да са налице през повечето дни на поне две седмици и да са източник на дистрес или да влияят върху поведението. Натрапливите симптоми трябва да имат следната характеристика:

- (1) трябва да бъдат възприемани като собствени мисли и импулси на индивида;
- (2) трябва да има поне една мисъл или действие, на които индивидът все още оказва съпротива без ефект, въпреки, че могат да съществуват и други, срещу които пациентът да не оказва вече съпротива;
- (3) мислите или осъществяването на действието не трябва сами по себе си да доставят удоволствие (самото намаляване на напрежението или тревожността не се приема като удоволствено в този смисъл);
- (4) мислите, образите или импулсите трябва да бъдат неприятно повтарящи се.

Включва: обсесивно-компулсивна невроза; натраплива невроза; ананкастна невроза.

Диференциалната диагноза между натрапливото разстройство и депресивното може да бъде трудна, защото тези два вида симптоми твърде често се срещат заедно. В острия стадий на заболяването трябва да бъде давано предпочитание на това заболяване, чиито симптоми са развили първи; когато са налице едновременно и двата симптомокомплекса, изразени в еднаква степен, най-добре е да се определи депресията като първична. В хронични случаи трябва да бъде предпочетено това разстройство, чиито симптоми обикновено са налице при отсъствие на симптомите на другото разстройство.

Отделни пристъпи на паника или леко изразени фобийни симптоми не са пречка за диагнозата. Обаче, натрапливите симптоми, развиващи се в хода на шизофренията, при синдрома на Tourette, или при органичните психични разстройства, трябва да бъдат разглеждани като част от тези състояния.

Въпреки, че натрапливите мисли и натрапливите действия обикновено съществуват едновременно, полезно е да се определи кое преобладава при конкретния пациент, тъй като е възможно те да се влияят по различен начин от лечението.

F42.0 С ПРЕОБЛАДАВАНЕ НА НАТРАПЛИВИ МИСЛИ ИЛИ УМСТВЕНИ ПРЕДЪВКВАНИЯ

Те могат да приемат формата на представи, образи или импулси за действие. Те са много разнообразни по съдържание, но почти винаги мъчителни за пациента. Една жена може да бъде измъчвана например от страха, че няма да може да преодолее импулса си да убие детето, което обича, или от нецензурни, богохулни представи, преживяващи се като чужди на Аза. Понякога идеите са свършено безплодни и водят до безкрайно и квази-философско обсъждане на безпочвени алтернативи. Тази нерешителност при разглеждане на алтернативи е важен елемент в много други натрапливи преживявания и често е свързана с неспособност да се вземат обикновени, но необходими решения във всекидневния живот.

Взаимовръзката между умствените предъвквания и депресията е особено тясна; диагнозата обесивно-компулсивно разстройство трябва да бъде предпочетена само тогава, когато преживяванията нарастват или персистират в отсъствието на депресивен синдром.

F42.1 С ПРЕОБЛАДАВАНЕ НА КОМПУЛСИВНИ ДЕЙСТВИЯ (НАТРАПЛИВИ РИТУАЛИ)

Повечето компулсивни действия са свързани с очистване (особено миене на ръце); повтарящо се проверяване, с цел уверение, че потенциално опасна ситуация е била предотвратена; или ред и спретнатост. В основата на манифестираното поведение се крие страхът да не бъде причинена опасност за някого от лицето или то да не бъде изправено пред опасност и ритуалното действие е безрезултатен или символичен опит да се предотврати тази опасност. Компулсивните ритуални действия могат да заемат по-голямата част от времето на деня и понякога са свързани с подчертана нерешителност и бавност. Срещат се еднакво и при двата пола, но ритуалите миене на ръце са по-характерни за жените, а бавността без повторение при мъжете.

Компулсивните ритуални действия са по-малко свързани с депресия, отколкото натрапливите мисли и са по-лесно податливи на поведенческа терапия.

F42.2 СМЕСЕНИ НАТРАПЛИВИ МИСЛИ И ДЕЙСТВИЯ

Повечето пациенти с натрапливости имат елементи както на натрапливи мисли, така и на компулсивно поведение. Тази под категория трябва да бъде използвана, ако двата симптома са еднакво изявиени, както е при повечето случаи, но е от полза да се посочи само единия, ако е ясно очертан, тъй като натрапливите мисли и действия се повлияват различно при различните видове лечение.

F42.8 ДРУГИ ОБЕСИВНО-КОМПУЛСИВНИ РАЗСТРОЙСТВА

F42.9 ОБЕСИВНО-КОМПУЛСИВНИ РАЗСТРОЙСТВА, НЕУТОЧНЕНИ

F43 РЕАКЦИЯ НА ТЕЖЪК СТРЕС И РАЗСТРОЙСТВА В АДАПТАЦИЯТА

Този раздел се различава от другите по това, че включва разстройства, които могат да се дефинират не само на основа на симптоматиката и протичането, но също така и на базата на едно от две причинни влияния - изключително стресогенно житейско събитие, пораждащо остра стресова реакция, или значима житейска промяна, водеща до продължителни неприятни обстоятелства, които имат за последица разстройство в адаптацията. Въпреки, че и не така тежък психологичен стрес ("жизнени събития") може да отключи началото или да допринесе за появата на много широк кръг от разстройства, класифицирани на друго място в тази глава, тяхното етиологично значение не винаги е ясно и във всеки случай може да се установи, че то зависи от индивидуалната, често идиосинкратична уязвимост; т.е. те не са нито необходими, нито достатъчни, за да обяснят появата и вида на разстройството. Напротив, разстройствата, събрани тук, се развиват като пряк резултат на остър стрес или продължителна травма. Стресогенното събитие или продължаващите неприятни обстоятелства са първостепенен и с най-голяма тежест причинен фактор и разстройството не би възникнало без неговото въздействие. В този раздел са включени реакциите на тежък стрес и разстройствата в адаптацията във всички възрастови групи, включително деца и подрастващи.

Въпреки, че всеки един от симптомите, съставляващи както острата стресова реакция, така и разстройството в адаптацията, могат да се срещнат и при други разстройства, все пак съществуват някои специфични особености в начина, по който тези симптоми се проявяват и това оправдава включването на тези състояния като клинична единица. Третото състояние в този раздел - посттравматичното стресово разстройство - има относително специфични и характерни клинични черти.

Разстройствата в този раздел могат да се разглеждат като неадаптивен отговор на тежък или продължителен стрес поради това, че те пречат на механизмите за справяне и по този начин водят до нарушение на социалното функциониране.

Действия на себеувреждане - най-често самоотравяне с предписани медикаменти - които по време са тясно свързани с началото на стресова реакция или разстройство в адаптацията, трябва да се кодират с помощта на допълнителен код от Глава XX Външни причини за заболяемост и смъртност, Раздел X. Тези кодове не обсъждат евентуална диференциация между опит за суицид и "парасуицид", като и двата се включват в общата категория на себеувреждане.

F43.0 ОСТРА СТРЕСОВА РЕАКЦИЯ

Преходно разстройство със значителна тежест, което се развива без проява на други психични разстройства, в отговор на силен соматичен и/или психичен стрес и обикновено продължава от няколко часа до дни. Стресорът може да бъде непреодолимо травмиращо изживяване, например сериозна заплаха за сигурността и физическото оцеляване на лицето или на любимия човек (хора) (например природно бедствие, нещастен случай, война, насилие, изнасилване); или необичайно внезапна и заплашваща промяна в социалната позиция и/или обкръжение на индивида (т.е. невъзвратима загуба на близки хора, пожар в дома и т.н.). Рискът от развитието на това разстройство нараства, ако е налице соматично изтощение или органични фактори (напр.напреднала възраст). Индивидуалната уязвимост и възможностите за справяне играят роля за появата и тежестта на острата стресова реакция; това се доказва от факта, че не всички лица, изложени на извънреден стрес, развиват това

разстройство. Симптомите показват голямо разнообразие, но обикновено включват първоначално състояние на "зашеметеност" с известно стесняване на полето на ясното съзнание, стеснение на вниманието и невъзможност за възприемане на стимули и дезориентация. Това състояние може да бъде последвано от по-нататъшно отдръпване от заобикалящата ситуация (до степен на дисоциативен ступор вж. F44.2) или от възбуда и свръхдейност (реакция на бягство или фуга). Често са налице вегетативните признаци на паническа тревожност (тахикардия, изпотяване, изчервяване). Симптомите обикновено се проявяват в разстояние на няколко минути след въздействието на стресогенния стимул или събитие и изчезват в разстояние на два—три дни (често след няколко часа). Може да се наблюдава частична или пълна амнезия (виж F44.0) за времето на епизода.

Диагностични указания

Трябва да съществува непосредствена и ясно изразена по време връзка между влиянието на стресора и началото на симптомите - обикновено няколко минути, ако не веднага. В допълнение към това, симптомите (1) показват смесена и обикновено променяща се картина; след първоначалната фаза на "зашеметеност" може да се наблюдават депресия, тревожност, гняв, отчаяние, свръхактивност, отдръпване, но нито един от симптомите не преобладава за дълго; (2) отзвучават бързо (най-много за няколко часа) в тези случаи, при които е възможно извеждане от стресовата обстановка. В случаите, при които стресът продължава или загубата е невъзвратима, симптомите обикновено започват да затихват след 24-48 часа и обикновено са минимални след около 3 дни.

Тази диагноза не трябва да се използва при случаи на внезапно обостряне на симптоми при лица, вече показали симптоми, задоволяващи критериите на друго психично разстройство, с изключение на тези в F60 (личностови разстройства). При все това, анамнезата за предишно психиатрично разстройство не отменя използването на тази диагноза.

Включва: кризисно състояние; остра кризисна реакция; бойна умора.

F43.1 ПОСТТРАВМАТИЧНО СТРЕСОВО РАЗСТРОЙСТВО

Възниква като закъснял и/или протрахиран отговор към стресогенно събитие или ситуация на прекомерна заплаха (краткотрайна или по-продължителна), които са в състояние да причинят дълбок дистрес у почти всеки човек (например природна или причинена от хората катастрофа, сражение, тежка злополука, очевидец на насилствена смърт на други хора, жертва на изтезания, тероризъм, изнасилване или друго престъпление. Ако са налице предразполагащи фактори, като личностови черти (например компулсивни, астенични), или анамнеза за невротично заболяване, те могат да снижат прага за възникване на този синдром или да утежнят протичането му, но не са нито необходими, нито достатъчни да обяснят появата му.

Типичните симптоми включват епизоди на повтарящо се изживяване на травмата под формата на внезапно оживяване на минали сцени ("flashbacks"); сънища или кошмари на фона на продължаващо чувство за "вцепененост", емоционална притъпеност, отчужденост от другите хора, липса на съзвучност спрямо заобикалящата среда, анхедония и избягване на действия и ситуации, напомнящи за травмата. Обикновено съществува чувство на страх и избягване на сигнали, напомнящи на пострадалия за първоначалната травма. Рядко могат да се наблюдават драматични, остри пристъпи на страх, паника или агресия, породени от стимули, възбудили внезапно спомен и/или възпроизвеждане на самата травма или първоначалната реакция към нея. Обикновено се наблюдава състояние на вегетативна свръхвъзбуда с хипервигилитет, повишен старт-рефлекс и безсъние. Към по-горе изброените симптоми и белези често се прибавят тревожност и депресия, а идеите за суицид не са редки. Прекомерната употреба на психоактивни вещества може да бъде утежняващ фактор.

Между началото на заболяването и травмата има латентен период от няколко седмици до месеци (рядко повече от 6 месеца). Ходът на заболяването е флукуиращ, но е болшинството от

случаите завършва с оздравяване. В малка част от случаите заболяването може да приеме хроничен ход с продължителност много години и да премине в трайна промяна на личността (виж F62.0).

Диагностични указания

Това състояние не трябва да се диагностицира, ако няма данни, че е възникнало до 6 месеца след травмиращо събитие с изключителна тежест. Тази диагноза може да се постави като "вероятна" и след изтичане на шест месеца от събитието, при условие, че клиничната картина е типична и не съществува друга добре доказана алтернативна диагноза (напр. тревожност, obsесивно-компулсивно или депресивно състояние). Освен данните за травма, трябва да са налице: настойчиво, повтарящо се припомняне или възпроизвеждане на събитието в спомените, представите или в сънищата. Често са налице изразена емоционална отчужденост, притъпяване на чувствата и избягване на стимули, които могат да възбудят спомени за травмата, но те не са задължителни за диагнозата. Вегетативните нарушения, афективните разстройства и поведенческите аномалии допринасят за диагнозата, но не са от първостепенно значение.

По-късните хронични последици от опустошителен стрес, т.е. тези, проявили се десетилетия след стресовото преживяване, трябва да бъдат класифицирани в F62.0.

Включва: травматична невроза.

F43.2 РАЗСТРОЙСТВА В АДАПТАЦИЯТА

Състояния на субективен дистрес и емоционално разстройство, обикновено нарушаващи социалното функциониране, които възникват в периода на адаптация към значими жизнени промени или към последиците на стресогенно жизнено събитие (включително наличието или възможността за сериозно телесно заболяване). Стресорът може да засяга целостта на социалното обкръжение на индивида (загуба на близък, раздяла), или по-широката система на социална подкрепа и ценности (миграция, статус на бежанец). Стресорът може да ангажира не само отделното лице, но и неговата група или общност. Индивидуалното предразположение или ранимостта на личността имат по-важна роля като рисков фактор за появата и оформянето на симптомите на разстройствата в адаптацията, отколкото при другите състояния от тази група; независимо от това, разстройството не би възникнало без наличието на стресогенен фактор. Клиничната картина варира и включва: депресивно настроение, тревожност, безпокойство (или смесица от тях); чувство за невъзможност за справяне със ситуацията, за планиране на бъдещето, или за продължаване на съществуването в настоящата ситуация; в някаква степен нарушава и извършването на рутинните ежедневни дейности. Лицето може да е склонно към драматично поведение или изблици на насилие, но това се наблюдава рядко. Разстройствата в поведението, обаче (агресивност или дисоциално поведение), могат да се явят като допълнителни черти, особено при юношите. Нито един от симптомите не е достатъчно тежък или преобладаващ, за да послужи сам по себе си за поставянето на по-специфична диагноза. Чести елементи на симптомокомплекса при децата са проявите на регресия като възобновяване на нощните напикавания, бебешки говор или смучене на палците. Ако тези характеристики доминират, то трябва да се използва F43.23.

Заболяването обикновено настъпва до 1 месец след стресогенното събитие или жизнената промяна, като продължителността на симптомите обикновено не надхвърля 6 месеца, с изключение на F43.21 - протрахирана депресивна реакция. Ако симптомите персистират по-дълго, диагнозата трябва да бъде променена съобразно клиничната картина, а всеки продължаващ стрес трябва да се кодира посредством един от Z кодовете (Глава XXI).

Контактите с медицински и психиатрични служби поради нормална реакция спрямо загуба на близък, отговарящи на културата на засегнатия индивид и обикновено с продължителност до шест месеца, не бива да се кодират посредством Глава V (F), а посредством код от Глава XXI (Z кодове) като например Z63.4 (смърт на партньор или съпруг) плюс напр. Z71.9 (съветване) или Z73.3 (стрес, неклассифициран другаде). Реакциите на скръб с всякаква

продължителност, считани за абнормни поради тяхната форма или съдържание, трябва да се кодират тук (F42.22, F43.23, F43.24 или F43.25), а тези които са все още интензивни и продължават повече от 6 месеца - посредством F43.21 (протрахирана депресивна реакция).

Диагностични указания

Диагнозата зависи от внимателната оценка на взаимоотношенията между:

- (1) формата, съдържанието и тежестта на симптомите;
- (2) минала анамнеза и личностова характеристика;
- (3) стресогенно събитие, ситуация или жизнена криза.

Наличието на последното трябва да бъде ясно установено и да има убедителни данни, че без него разстройството не би настъпило. Ако стресорът е относително слаб или връзката по време (по малко от 3 месеца) не може да бъде доказана, разстройството трябва да бъде класифицирано другаде, според неговите признаци.

Ако са удовлетворени критериите за разстройство в адаптацията, то клиничната форма или преобладаващите клинични черти могат да се уточнят посредством пети кодов знак:

F43.20 КРАТКА ДЕПРЕСИВНА РЕАКЦИЯ

Преходно леко изразено депресивно състояние, с продължителност не повече от 1 месец.

F43.21 ПРОТРАХИРАНА ДЕПРЕСИВНА РЕАКЦИЯ

Леко изразено депресивно състояние, настъпващо в отговор на продължително въздействие на стресовата ситуация, но с продължителност не повече от 2 години.

F4 3.22 СМЕСЕНА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕСИВНА РЕАКЦИЯ

Както тревожните, така и депресивните симптоми са ясно изразени, но не в по-голяма степен, отколкото при смесеното тревожно-депресивно разстройство (F41.2) или друго смесено тревожно разстройство (F41.3).

F43 .23 С ПРЕОБЛАДАВАЩО НАРУШЕНИЕ НА ДРУГИ ЕМОЦИИ

Симптомите са обикновено прояви на няколко типа емоции, като тревожност, депресия, безпокойство, напрежение и гняв. Симптомите на тревожност и депресия могат да покриват критериите за смесено тревожно-депресивно разстройство (F41.2) или друго смесено тревожно разстройство (F41.3), но не са така силно изявиени, че да позволят диагностицирането на други, по-специфични депресивни или тревожни разстройства. Тази категория трябва да се използва също за реакции у деца, при които се наблюдава регресивно поведение като нощно напикаване в леглото или смучене на палци.

F43.24 С ПРЕОБЛАДАВАЩО НАРУШЕНИЕ НА ПОВЕДЕНИЕТО

Основното разстройство е нарушение на социалното поведение, напр. реакцията на скръб при юноши, водеща до агресивно или дисоциално поведение.

F4 3.25 СЪС СМЕСЕНО НАРУШЕНИЕ НА ЕМОЦИИТЕ И ПОВЕДЕНИЕТО

Както емоционалните симптоми така и разстройството на социалното поведение са изявиени клинични характеристики.

F43.28 С ДРУГИ ПРЕОБЛАДАВАЩИ СИМПТОМИ

Включва: културален шок; реакция на скръб; хоспитализъм у деца.

Изключва: разстройство с тревожност от раздяла в детството (F93.0).

F43.8 ДРУГИ РЕАКЦИИ НА ТЕЖЪК СТРЕС

F43.9 РЕАКЦИЯ НА ТЕЖЪК СТРЕС, НЕУТОЧНЕНА

F44 ДИСОЦИАТИВНИ (КОНВЕРЗИОННИ) РАЗСТРОЙСТВА

Общата тела, която обединява дисоциативните (или конверзионни) разстройства е частичната или пълна загуба на нормалната интегрираност между спомените от миналото, осъзнаването на собственик идентитет и непосредствените усещания, и контрола над телесните движения. Обикновено съществува значителна степен на съзнаван контрол върху това, кои спомени и чувства могат да бъдат подбрани за предоставяне на непосредственото внимание и какви движения трябва да бъдат извършени. При дисоциативните разстройства се смята, че тази възможност за съзнаван и селективен контрол е увредена до степен, която може да варира ежедневно и дори ежечасно. Обикновено е много трудно да се прецени степента, до която някакви видове загуба на функциите биха могли да бъдат под волеви контрол.

Тези разстройства в миналото бяха класифицирани като различни видове на "конверзионна хистерия", но понастоящем изглежда е по-добре да се избягва, доколкото е възможно, терминът "хистерия", поради многото и различни значения, които се влагат в него. Дисоциативните разстройства, описани тук, се предполага че имат "психогенен" произход, бидейки тясно свързани по време с травмиращи събития, неразрешими и непоносими проблеми или разстроени взаимоотношения. Поради това често е възможно да се правят интерпретации и предположения относно начините на пациента за справяне с непоносим стрес, но концепции, произхождащи от която и да е специфична теория, като "несъзнавана мотивация" и "вторична печалба", не са включени сред диагностичните указания или критерии.

Терминът "конверзия" широко се прилага при някои от тези разстройства и предполага, че неприятният афект, породен от проблемите и конфликтите, които пациентът не може да разреши, по някакъв начин се трансформира в симптоми.

Началото и краят на дисоциативните състояния често се описват като внезапни, но те рядко се наблюдават, с изключение на случаите на изкуствено създадени ситуации като хипноза или отреагиращи техники. Промяната в/или изчезването на дисоциативното състояние могат да бъдат ограничени до времетраенето на тези процедури. При всички зидове дисоциативни състояния се наблюдава склонност към повторение след няколко седмици или месеци, особено ако началото им е било свързано с травмиращо жизнено събитие. Възможно е да се развият хронични състояния, в частност парализи и анестезия (понякога по-късно), ако началото им е свързано с неразрешими проблеми или междуличностови затруднения. Дисоциативни състояния, продължили повече от 1-2 години преди да бъде потърсена консултация с психиатър, обикновено са терапевтично резистентни.

Пациентите с дисоциативни разстройства често показват поразяващо отричане на проблемите или на затрудненията, които могат да бъдат очевидни за другите. Всеки един проблем, който те самите признават, може да бъде обясняван от тях с дисоциативните симптоми.

Деперсонализацията и дереализацията не се включват тук, тъй като обикновено те засягат ограничен аспект на личностовия идентитет и тези разстройства не са свързани със загуба на функции в смисъл на усещания, спомени или движения.

Диагностични указания

За да бъде поставена със сигурност тази диагноза, трябва да бъдат налице следните условия:

- (1) клинична картина, така, както е посочена - за отделните разстройства в този раздел;
- (2) липса на данни за телесно заболяване, което може да обясни симптомите;
- (3) данни за психологична причинност, под формата на ясна връзка по време със стресовите събития и проблеми или нарушени междуличностови взаимоотношения (дори ако те се

отричат от пациента).

Понякога е трудно да бъдат намерени убедителни данни за психологични причини, дори при сериозни съмнения за тяхното съществуване. При наличие на известни разстройства на централната или периферната нервна система, диагнозата дисоциативно разстройство трябва да бъде поставена с голяма предпазливост. При липсата на данни за психологична причинност, диагнозата трябва да се постави провизорно и да продължат изследванията както в соматичен така и в психологичен аспект.

Включва: хистерия; конверзионна хистерия; конверзионна реакция; хистерична психоза.

F44.0 ДИСОЦИАТИВНА АМНЕЗИЯ

Основна клинична характеристика е загубата на памет, обикновено за важни събития от близкото минало, която не е причинена от органично мозъчно разстройство и е прекалено масивна, за да бъде обяснена с обикновено забравяне или умора. Амнезията обикновено е концентрирана около травмиращи събития като катастрофа, неочаквана невъзвратима загуба и обикновено е частична и селективна. Размерът и пълнотата на амнезията често варират от ден на ден и спрямо различните интервюиращи, но винаги остава трайна част, която не може да бъде възстановена в будно състояние. Пълната и генерализирана амнезия рядко се среща и обикновено е част от дисоциативната фуга (F44.1) (и ако е така, трябва да бъде класифицирана като такава).

Афективните състояния, които съпътствуват амнезията са много различни, но рядко се среща тежка депресия. Могат да се наблюдават състояние на недоумение, дистрес, търсещо внимание поведение, но спокойното приемане на нещата понякога също е учудващо. Най-често биват засегнати млади хора, като най-екстремните случаи са обикновено мъже, подложени на стрес в сражение. Неорганични дисоциативни състояния рядко се срещат при възрастни хора. Може да се наблюдава безцелно скитничество, но тъй като то обикновено се съпровожда от занемарени грижи за себе си, рядко продължава повече от 1-2 дни.

Диагностични указания

Сигурната диагноза изисква: (1) амнезия, частична или пълна, за събития от близкото минало, които са по природа травматични или стресогенни (тези сведения могат да се получат само, когато са налице други лица като източник на информация); (2) отсъствие на органично мозъчно разстройство, интоксикация или прекомерна умора.

Диференциална диагноза: при органичните психични разстройства се наблюдават обикновено и други признаци на нарушения в нервната система плюс очевидните и съответстващи симптоми на замъгляване на съзнанието, дезориентация и флукуация на съзнанието. Загубата на най-пресните спомени е по-типична за органичните състояния, независимо от възможни травматични събития или проблеми. "Белите петна", причинени от злоупотреба с психоактивни вещества са непосредствено свързани по време със злоупотребата и никога не е възможно възстановяването на спомена. Увредата на краткотрайната памет при амнестичното състояние (Корсаков синдром), при което непосредственото спомняне е нормално, но възможността за повторение само след 2-3 минути е загубена, не се наблюдава при дисоциативната амнезия.

Амнезията, последвала мозъчно сътресение или сериозно нараняване на главата, обикновено е ретроградна, въпреки че при по-тежките случаи може да се наблюдава и антероградна; дисоциативната амнезия обикновено е предимно ретроградна. Само дисоциативната амнезия може да бъде модифицирана посредством хипноза или отреагиращи техники. Следприпадъчната амнезия при епилептици и други състояния на ступор или мутизъм, срещащи се понякога при шизофреници или депресивни заболявания, може да бъде обикновено разпозната на базата на другите характеристики на подлежащото заболяване.

Най-трудното разграничение е от съзнателното симулирано на амнезия (симулация), което може да наложи неколкостепенна детайлна оценка на преморбидната личност и мотивацията. Съзнателната симулация на амнезия обикновено е свързана с очевидни проблеми по отношение на пари, опасност за живота по време на война, възможна смъртна присъда или затвор.

F44.1 ДИСОЦИАТИВНА ФУГА

Фугата притежава всички характеристики на дисоциативната амнезия, плюс наглед целенасочено пътуване извън къщи или работното място, по време на което себеогрижването е съхранено. В някои случаи може да бъде приета нова, самоличност, обикновено само за няколко дни, но понякога и за по-продължителен период от време и то до изненадваща степен на завършеност. Избраното място на пътуване може да бъде познато и емоционално значимо за индивида. Въпреки, че за периода на фугата се наблюдава амнезия, поведението на лицето през това време може да изглежда напълно нормално за непознатите хора.

Диагностични указания

За да бъде поставена със сигурност тази диагноза, трябва да бъдат налице: (1) характеристиките на дисоциативна амнезия (F44.0); (2) целенасочено пътуване извън обичайния ежедневен маршрут (разликата между пътуване и скитане трябва да бъде направена от местни жители); (3) поддържане на основните грижи за себе си (хранене, миене и т.н.) и на елементарни социални взаимоотношения с непознати (купуване на билети или бензин, питане за посоката, поръчване на храна и др.).

Диференциална диагноза: от диференцирането от следприпадъчна фуга, наблюдавана предимно при темпорална епилепсия, обикновено е лесно, поради наличието на анамнеза за епилепсия, липсата на стресогенни събития или проблеми, по-малко целенасочените и фрагментирани активност и пътуване при болните от епилепсия.

Както при дисоциативната амнезия, разграничаването на съзнаваната симулация от фугата може да бъде много трудно.

F44.2 ДИСОЦИАТИВЕН СТУПОР

Поведението на пациента удовлетворява критериите за ступор, но прегледът и изследванията не разкриват данни за телесна причина. Освен това, както и при другите дисоциативни разстройства, тук има данни за психогенна причинност под формата на скорошни стресогенни събития или изразени междуличностови или социални проблеми.

Ступорът се диагностицира на базата на силното намаление или отсъствие на волеви движения и нормална реакция на външни стимули като светлина, шум и допир. Пациентът лежи или седи почти неподвижно за дълъг период от време. Говор, спонтанни и целенасочени движения почти или напълно липсват. Въпреки, че може да се наблюдава известна степен на нарушение на съзнанието, мускулният тонус, позата, дишането и понякога отварянето на очите и координирани движения с тях са такива, че става ясно, че пациентът не е нито заспал, нито е в безсъзнание.

Диагностични указания

За да бъде поставена със сигурност тази диагноза, трябва да бъдат налице:

- (1) ступор както е описан по-горе;
- (2) липса на соматично или друго психиатрично разстройство, което може да обясни ступора;
- (3) данни за скорошни стресогенни събития или настоящи проблеми.

Диференциалната диагноза се прави с кататонен, депресивен или маниен ступор. Ступорът при кататонната шизофрения често е предшествуван от симптоми или поведение, предполагащи шизофрения. Депресивният и манийният ступор обикновено

настъпват относително бавно, поради което решаваща е анамнезата от друг информант. В много страни както депресивният, така и манийният ступор се срещат все по-рядко тъй като ранното лечение на афективните заболявания става все по-често явление.

F44.3 ТРАНС И СЪСТОЯНИЯ НА ОБЛАДАНОСТ

Разстройства, при които се наблюдава временна загуба на чувството за собствена самоличност и цялостното възприемане на действителността; в някои случаи действията на индивида като че ли са овладени от друга личност, дух, божество или "сила". Вниманието и съзнанието могат да бъдат ограничени до или концентрирани върху един или два аспекта на непосредственото обкръжение и често се наблюдава ограничен, но повтарящ се комплекс от движения, пози и изказвания. Включвайте тук само трансиви състояния, които са неволни или нежелани и които неочаквано се намесват в обичайните дейности извън (или като продължение на) религиозни или други културално приети ситуации.

Тук не включвайте трансивите разстройства при шизофрени или остри психози с халюцинации или налудности, или множествена личност. Не използвайте тази категория, ако трансивното състояние се преценява като тясно свързано с някакво телесно разстройство (темпорална епилепсия или нараняване на главата) или интоксикация с психоактивно вещество.

F44.4-F44.7 ДИСОЦИАТИВНИ ДВИГАТЕЛНИ И СЕТИВНИ РАЗСТРОЙСТВА

Наблюдава се загуба на или промяна в двигателната дейност или сетивността (обикновено кожната). Движенията или сетивността са променени или загубени, така че пациентът се представя с картина на телесно заболяване, но такова, което да обяснява симптомите, не се установява. Симптомите често отразяват представата на самия пациент за телесно разстройство, която може да противоречи на физиологичните или анатомични принципи. Освен това, изследването на психичния статус и социалната ситуация на пациента обикновено подсказва, че инвалидността - резултат от загубените функции - помага на пациента да избяга от неприятен конфликт или да изрази индиректно своята зависимост или протест. Въпреки, че проблемите или конфликтите могат да бъдат очевидни за другите, пациентът често отрича съществуването им, като приписва своя дистрес на симптомите или последвалата ги инвалидност.

Степента на инвалидност, резултат от тези симптоми, може да варира в различните случаи, в зависимост от броя и вида на присъстващите наблюдатели, и от емоционалното състояние на пациента; с други думи, освен основната и неизменна загуба на движения или сетивност, която не е под волеви контрол, може да се наблюдава и различна степен на търсещо внимание поведение.

При някои пациенти симптомите обикновено възникват в тясна връзка с психологичен стрес, но при други тази връзка не се проявява. Спокойното приемане ("belle indifference") на тежка инвалидност може да прави силно впечатление, но то не винаги е налице. То се среща и при добре адаптирани индивиди, страдащи от очевидно тежка соматична болест.

Обикновено се срещат абнормности в преморбидната личност и междуличностовите отношения, а приятели или близки роднини на пациента може да са прекарвали соматична болест със симптоми, наподобяващи тези у пациента. Леки и преходни варианти на тези разстройства често се наблюдават в юношеството, особено при момичетата, но по-затегнато протичащите случаи обикновено се срещат в млада възраст. Малка част от лицата изграждат повтаряща се форма на реакция спрямо стрес чрез продуциране на такива разстройства и могат да продължат да манифестират този вид симптоми и в средна и късна възраст.

Тук се включват разстройства само със загуба на сетивност; разстройства, включващи допълнителни усещания като болка и други сложни усещания, опосредствени от вегетативната нервна система, се отнасят към соматоформните разстройства (F45),

Диагностични указания

Диагнозата трябва да се поставя с голяма предпазливост при наличие на органични

разстройства на нервната система или при лица, които преди са били добре адаптирани и с нормални семейни и социални взаимоотношения.

За да бъде поставена със сигурност тази диагноза е необходимо: (1) да липсват данни за соматично разстройство; и (2) да се знае достатъчно за психологичното и социално обкръжение и личностовите взаимоотношения на пациента, което да позволи убедително да се формулират причините за появата на разстройството.

Диагнозата трябва да остане вероятна или провизорна, ако има съмнение за съществуващо или възможно соматично разстройство, или ако е невъзможно да се достигне до разбиране защо разстройството е възникнало. В случаите, които са озадачаващи или неясни, трябва да се има предвид възможността за по-късна поява на сериозно телесно или психиатрично разстройство.

Диференциална диагноза. Ранните фази на прогресиращи неврологични разстройства, особено мултипленна склероза и системен лупус еритематодес, могат да бъдат сбъркани с дисоциативните двигателни и сетивни разстройства. Особено труден е проблемът с пациентите, реагиращи в ранната фаза на мултипленна склероза с дистрес и търсещо внимание поведение; може да бъде необходим относително дълъг период на оценка и наблюдение, преди да се изяснят диагностичните алтернативи.

Многобройните и недобре определени соматични оплаквания трябва да бъдат класифицирани в рубриците соматоформни разстройства(F45) или неврастения (F48.0).

Изолирани дисоциативни симптоми могат да се срещнат при големите психични разстройства - шизофрения или тежка депресия, но тези разстройства обикновено са очевидни и при диагностиката и кодирането трябва да им бъде дадено предимство пред дисоциативните симптоми.

Често пъти е трудно да се разграничи съзнателната симулация на загуба на движения и сетивност от дисоциацията; решението ще зависи от подробното наблюдение и разбирането на личността на пациента, обстоятелствата свързани с началото на разстройството и последиците от възстановяването в противовес на продължаване на инвалидността.

F44.4 ДИСОЦИАТИВНИ РАЗСТРОЙСТВА НА МОТОРИКАТА

Най-често срещаните разновидности са загубата на възможността за движение на целия крайник или на част от него. Парализата може да бъде пълна или частична с отслабени или забавени движения. Могат да се наблюдават различни по вид и степен нарушения в координацията (атаксия) - особено на краката, имащи за последствие чудата походка или невъзможност да се стои прав без подкрепа (астазия - абазия). Може да се наблюдава и преувеличено треперене или тресене на един или повече крайници или на цялото тяло. Тези разстройства могат да показват близко сходство с почти всички видове атаксия, апраксия, акинезия, афония, дизатрия, дискинезия, припадъци или парализи.

Включва: психогенна афония и дисфония.

F44.5 ДИСОЦИАТИВНИ ГЪРЧОВЕ

Дисоциативните гърчове (псевдоприпадъци) могат да наподобят много близко епилептичен припадък по начина на движенията, но при тях рядко се среща прехапване на езика, сериозно натъртване, причинено от падане, изпускане по малка нужда; отсъства загуба на съзнание или то е заменено от състояние на ступор или транс.

F44.6 ДИСОЦИАТИВНА АНЕСТЕЗИЯ И ЗАГУБА НА СЕТИВНОСТ

Участъците от кожата с анестезия често имат такива граници, които показват, че са свързани по-скоро с представата на пациента за телесните функции, отколкото с медицински познания. Може също да има разлики в степента на загуба на функциите на сетивните модалности, които не могат да се обяснят с неврологична лезия. Загубата на сетивност може да се придружава от оплаквания от парестезии.

Загубата на зрение при дисоциативните разстройства рядко е пълна и нарушенията на зрението представляват по-скоро загуба на остротата му, размазване на образите или "гледане като в тунел". Въпреки оплакванията от загуба на зрение, общата подвижност на пациента и двигателните му функции са често изненадващо добре запазени.

Дисоциативната глухота и загубата на обоняние се срещат много по-рядко, отколкото загубата на сетивност или зрение.

F44.7 СМЕСЕНИ ДИСОЦИАТИВНИ (КОНВЕРЗИОННИ) РАЗСТРОЙСТВА

Смес от разстройства, уточнени по-горе (F44.0-44.5), трябва да се кодират в тази рубрика.

F44.8 ДРУГИ ДИСОЦИАТИВНИ (КОНВЕРЗИОННИ) РАЗСТРОЙСТВА

F44.80 ГАНЗЕРОВ СИНДРОМ

Кодирайте тук комплексното разстройство, описано от Ganser, характеризиращо се с "приблизителни отговори", обикновено придружени от няколко други дисоциативни симптоми и често възникващо в ситуации, подсказващи психогенна етиология.

F44.81 МНОЖЕСТВЕНА ЛИЧНОСТ

Това разстройство е рядко и съществува спор доколко то е ятрогенно или културално-специфично.

Основната характеристика е очевидното съществуване на две или повече ясно отграничени личности у едно лице, като в даден момент се проявява само една от тях. Всяка от личностите е завършена, със свои собствени спомени, поведение и предпочитания; те могат да бъдат в ярък контраст с единствената преморбидна личност.

При обичайната форма с два личности, едната от тях обикновено доминира, но нито една няма достъп до спомените на другата и почти винаги двете не са наясно за взаимното си съществуване, Смяната за първи път на едната личност с другата а обикновено внезапна и тясно свързана е травмиращо събитие. Следващите смени често са свързани с драматични или стресогенни събития, или се появяват по време на терапевтични сесии, които включват релаксация, хипноза или отреагиране.

F44.82 ПРЕХОДНИ ДИСОЦИАТИВНИ (КОНВЕРЗИОННИ)

Разстройства, срещащи се в детството и юношеството

F44.88 ДРУГИ УТОЧНЕНИ ДИСОЦИАТИВНИ И КОНВЕРЗИОННИ РАЗСТРОЙСТВА

Включва: психогенна обърканост или сумрачно състояние.

F44.9 ДИСОЦИАТИВНО ИЛИ КОНВЕРЗИОННО РАЗСТРОЙСТВО, НЕУТОЧНЕНО

F45 СОМАТОФОРМНИ РАЗСТРОЙСТВА

Основната характеристика са упорити оплаквания от телесни симптоми, придружени от непрестанно настояване за медицински изследвания, въпреки повтарящите се негативни резултати и уверения от страна на лекарите, че симптомите не са телесно обусловени. Ако съществуват някакви телесни разстройства, те не обясняват същността и размера на симптомите или дистреса и свръхангажираността с тях от страна на пациента. Дори когато появата и продължаването на симптомите показват близка връзка с неприятни жизнени събития, трудности или конфликти, пациентът обикновено се противопоставя на опитите да се обсъжда евентуална психологична причинност; това може да се наблюдава и при случаи с очевидни симптоми на депресия и тревожност. Степента на разбиране за същността на симптомите /били те психологични или телесни, която може да бъде постигната, е често разочароваща и фрустрираща, както за пациента, така и за лекаря.

При тези разстройства често се наблюдава в известна степен търсещо внимание (хистрионно) поведение, особено при пациенти, които са разочаровани от неуспеха си да убедят лекаря в предимно телесната природа на тяхното заболяване и нуждата от по-нататъшни изследвания или прегледи.

Диференциалната диагноза от хипохондрични налудности обикновено зависи от доброто познаване на пациента; въпреки, че при соматоформните разстройства убедеността в телесно заболяване е с голяма давност и изглежда неподкрепена от основателна причина, тя обикновено е донякъде податлива на разколебаване за кратък период при убеждаване, уверяване или след извършване на още един преглед или изследване. В допълнение, наличието на неприятни и плашещи телесни усещания, може да се разглежда и като културално приемливо обяснение за възникването и поддържането на убедеността за телесно заболяване.

Изключва: скубане на косата (F98.4 Разстройство със стереотипни движения); лалация или фъфлене (F80.0); гризане на нокти (F98.8); смучене на палци (F98.8); и тикови разстройства, характерни за детството и юношеството.(F95); сексуална дисфункция (F52.-).

F45.0 СОМАТИЗАЦИОННО РАЗСТРОЙСТВО

Основната характеристика са множествени, възобновяващи се и често сменящи се телесни симптоми, обикновено с давност от няколко години преди пациентът да бъде насочен към психиатър. Повечето пациенти многократно са посещавали както участъкови лекари, така и специалисти, при което са били извършени много изследвания с негативен резултат или са направени много безполезни операции. Симптомите могат да се свържат с всяка една част или система от тялото, но сред най-често срещаните са гастроинтестиналните смущения (болка, оригване, регургитация, повръщане, гадене и др.) и абнормни кожни усещания (сърбеж, парене, тръпнене, безчувственост, обриви, болезненост и т.н.)- Сексуалните и менструални оплаквания също са чести.

Често са налице изразена депресия и тревожност, които могат да оправдаят специфично лечение.

Протичането на разстройството е хронично и флукуиращо и често е свързано с дълготрайно нарушение на социалното и междуличностово поведение, както и това в семейството. Разстройството е много по-често при жените и обикновено началото му е в млада възраст.

Зависимостта от или злоупотребата с медикаменти (обикновено седативни и аналгетици) обикновено са резултат от честите курсове на лечение.

Диагностични указания

За да бъде поставена със сигурност тази диагноза трябва да бъдат налице следните условия:

- (1) наличие на многобройни и променливи телесни симптоми с давност поне 2 години, за които не е установено адекватно телесно обяснение;
- (2) траен отказ да се приемат съветите или уверенията на няколко различни лекари, че

няма телесно обяснение за симптомите;

(3) известна степен на нарушение на социалното и семейното функциониране, обяснимо с естеството на симптомите и породеното от тях поведение.

Включва: множествено психосоматично разстройство; синдром на множествени оплаквания.

Диференциална диагноза

1. От телесни разстройства: Лицата с голяма давност на соматизационното разстройство със същата вероятност могат да развият независими телесни разстройства, както всеки друг на тяхната възраст? трябва да се имат предвид по-нататъшни изследвания или консултации, ако настъпи промяна в тежестта или стабилността на телесните оплаквания, говорещи за възможно телесно заболяване.

2. От афективни (депресивни) и тревожни разстройства: Соматизационните разстройства често са придружени от депресия и тревожност, изразени в различна степен; последните не трябва да се кодират отделно, освен ако са достатъчно изразени и трайни, че сами по себе си да налагат диагноза. Началото на множествените соматични симптоми след 40 годишна възраст може да бъде ранна проява на първично депресивно разстройство.

3. От хипохондрично разстройство; При соматизационните разстройства акцентът пада върху самите симптоми и техния собствен ефект, докато при хипохондричното разстройство вниманието е насочено по-скоро към наличието на скрит, прогресиращ и тежък болестен процес и неговите инвалидизиращи последици. Пациентът с хипохондрично разстройство е склонен да иска изследвания с цел да се потвърди естеството на подлежащата болест, докато пациентът със соматизационно разстройство иска лечение за отстраняване на симптомите. При соматизационното разстройство обикновено е налице свръх употреба на медикаменти, наред с неспазване на лекарските предписания за продължителни периоди от време, докато пациентите с хипохондрично разстройство се страхуват от лекарствата и техните странични ефекти, и търсят увереност посредством чести посещения при различни лекари.

4. От налудните разстройства (като шизофрения със сократични налудности и депресивни разстройства с хипохондрични налудности): Най-типични за налудните разстройства са причудливостта на убежденията, заедно с по-малкия брой и по-постоянен характер на телесните симптоми.

Краткотрайни (т.е. с продължителност под 2 години) и на така ярко изразени симптомокомплекси е по-добре да бъдат кодирани като недиференцирано соматоформно разстройство (F45.1).

F45.1 НЕДИФЕРЕНЦИРАНО СОМАТОФОРМНО РАЗСТРОЙСТВО

Тази категория трябва да бъде използвана в случаи, когато телесните оплаквания са множествени, променливи и дълготрайни, но не задоволяват критериите за цялостната и типична клинична картина на соматизационното разстройство. Например, може да липсва налагащият се и драматичен начин на поднасяне на оплакванията, последните могат да бъдат относително малко на брой или може да напълно да липсват придружаващите характеристики на пациента и семейството му. Могат да съществуват или не предпоставки за допускане на психологична причинност, но трябва да липсва телесна база за тези симптоми, върху които се изгражда психиатричната диагноза.

Ако все още съществува възможност за доказване на подлежащо телесно разстройство или ако психиатричното изследване не е завършено по време на диагностичното кодиране, трябва да бъдат използвани други категории от съответните глави на МКБ.

Включва: недиференцирано психосоматично разстройство.

Диференциалната диагноза е същата както за пълния синдром на соматизационното разстройство (F45.0).

F45.2 ХИПОХОНДРИЧНО РАЗСТРОЙСТВО

Основната характеристика е трайна персистираща загриженост за възможността за наличието на едно или повече сериозни и прогресиращи соматични разстройства, манифестираща се с трайни соматични оплаквания или ангажираност с външния вид. Често нормални или обичайно срещани усещания и явления се интерпретират от лицето като абнормни и предизвикват дистрес; вниманието обикновено е фокусирано сако върху един или два органа или системи на тялото. Телесното разстройство или обезобразяване, от които пациентът се бои, могат да бъдат назовани от него, но въпреки това степента на убеденост относно неговото наличие и акцентът, поставян върху едно или друго разстройство обикновено варират от преглед на преглед. Пациентът обикновено смята за възможно съществуването и на други или допълнителни телесни разстройства, освен това, на което е дал предимство.

Често са налице изразена депресия и тревожност, което може да оправдае поставянето на допълнителна диагноза. Разстройството рядко се проявява за първи път след 50 годишна възраст, и симптомите и функционалните нарушения са обикновено с хроничен и флукутиращ ход. Не трябва да има фиксирани налудности за телесни функции или форма. Тук се класифицира и страхът от наличието на една или повече болести (нозофобия).

Синдромът се среща сред мъжете и жените и няма специфични фамилни характеристики (за разлика от соматизационното разстройство).

Много пациенти, особено тези с най-леко протичане на разстройството, се обслужват от участъковия лекар или друг специалист-не психиатър. Насочването към психиатър обикновено се възприема като обидно, освен ако е направено скоро след възникване на разстройството и с тактично сътрудничество между лекуващия лекар и психиатъра. Степента на съпътстващата инвалидност е разнообразна; някои пациенти доминират или манипулират семейството и социалното обкръжение посредством симптомите си, за разлика от малка част от тях, които функционират съвсем нормално.

Диагностични указания

За да бъде поставена със сигурност тази диагноза, трябва да бъдат налице: (1) трайна убеденост в наличието на една или повече сериозни телесни болести, лежащи в основата на демонстрирания симптом или симптоми, въпреки че повтарящите се изследвания и прегледи не дават съответно телесно обяснение; или трайна ангажираност с предполагаемо обезобразяване; (2) упорит отказ да се приемат съветите и уверенията на няколко различни лекари, че няма телесна болест, обясняваща симптомите.

Включва: хипохондриаза; хипохондрична невроза; нозофобия; дисморфофобия (не налудна); телесно дисморфно разстройство.

Диференциална диагноза

1. От соматизационно разстройство: Акцентира се върху наличието на самото болестно разстройство и бъдещите му последици, отколкото върху отделните симптоми. При хипохондричното разстройство по-скоро се среща свръх ангажираност с едно или две възможни телесни разстройства, които ще бъдат изтъквани постоянно, отколкото по-многобройните и често сменящи се възможности при соматизационното разстройство. При хипохондричното разстройство няма изразени различия между половете и специфична фамилна констелация.

2. От депресивните разстройства: Ако депресивните симптоми са ясно изразени и предхождат развитието на хипохондричните идеи, депресивното разстройство може да бъде първично.

3. От налудните разстройства: Убежденията при хипохондричното разстройство

нямат същата фиксираност като тези при депресивните и шизофрениите разстройства, съпроводени от телесни налудности. Разстройства, при които пациентите са убедени, че имат неприятен външен вид или деформирана физика, трябва да бъдат класифицирани в раздел F22.- (налудно разстройство).

4. От тревожните и паническите разстройства: Телесните симптоми на тревожността понякога се интерпретират като белези на сериозно телесно заболяване, но при тези разстройства пациентът обикновено може да бъде успокоен от физиологично обяснение и не се развиват убеждения за налично телесно заболяване.

F45.3 СОМАТОФОРМНА ВЕГЕТАТИВНА ДИСФУНКЦИЯ

Симптомите се представят от пациента, като че ли са причинени от телесно разстройство на система или орган, които до голяма степен или напълно са под вегетативна инервация и контрол, например сърдечно-съдовата, гастроинтестиналната и дихателната системи. (Тук се включват и някои аспекти на пикочо-половата система). Най често срещаните и ярки примери се отнасят до сърдечно-съдовата система ("сърдечна невроза"), дихателната система (психогенна хипервентилация и хълцане) и гастроинтестиналната система ("нервен стомах" и "невротична диария"). Наблюдаваните симптоми обикновено са два вида, като нито един от двата не е указание за телесно разстройство на орган или система. Първият вид симптоми, от които до голяма степен зависи диагнозата, са оплаквания, базирани се на обективни симптоми на вегетативна възбуда като сърцебиене, изпотяване, изчервяване, тремор и др. Вторият вид са по-особени, субективни и неспецифични симптоми - усещания за местещи се болки по цялото тяло, парене, тежест, стегнатост и чувство за подуване или разпъване; пациентът отнася тези симптоми към определени органи или системи (което може да важи и за вегетативните симптоми). Характерната клинична картина се определя от съчетание от ясно изразени вегетативни симптоми, добавени неспецифични субективни оплаквания и постоянното им отнасяне към определен орган или система като причина за разстройството.

При много пациенти с това разстройство ще има също данни за психологичен стрес или настоящи затруднения и проблеми, които изглеждат свързани с разстройството, но това не е така при една значителна част от пациентите, които въпреки това ясно отговарят на критериите за това състояние.

При някои от тези разстройства могат да се наблюдават и леко изразени нарушения като хълцане, метеоризъм, хипервентилация, но които сами по себе си не нарушават съществено физиологичните функции на органа или системата.

За класифициране на отделните разстройства в тази група може да бъде използван пети кодов знак, показващ органа или системата, които пациентът счита, че пораждат симптомите.

F45.30 СЪРЦЕ И СЪРДЕЧНО-СЪДОВА СИСТЕМА

Включва: сърдечна невроза, невроциркуляторна астения, синдром на Da Costa.

F45.31 ГОРНА ЧАСТ НА ГАСТРО-ИНТЕСТИНАЛНИЯ ТРАКТ

Включва: психогенна аерофагия, хълцане, диспепсия и пилороспазъм; нервен стомах

F45.32 ДОЛНА ЧАСТ НА ГАСТРО-ИНТЕСТИНАЛНИЯ ТРАКТ

Включва: психогенен метеоризъм, синдром на дразнимо черво и диария, газов синдром

F45.33 ДИХАТЕЛНА СИСТЕМА

Включва: хипервентилация

F45.34 ПИКОВО-ПОЛОВА СИСТЕМА

Включва: психогенно повишаване честотата на уриниране и дизурия

F45.38 ДРУГИ ДИАГНОСТИЧНИ УКАЗАНИЯ

За да бъде поставена със сигурност тази диагноза, трябва да бъдат налице всички по-долу изброени критерии:

(1) симптоми на вегетативна възбуда като сърцебиене, изпотяване, тремор, изчервяване и др., които са продължителни и обезпокояващи;

(2) допълнителни субективни симптоми, отнасяни към отделен орган или система;

(3) свръх ангажираност и дистрес относно възможността за сериозно (но често неуточнено) разстройство на посочения от пациента орган или система, които не се влияят от повтарящи се обяснения и уверения на лекарите;

(4) липса на данни за значими нарушения на структурата или функцията на посочените от пациента система или орган.

Диференциалната диагноза от генерализирана тревожност се базира на преобладаването на психологичните компоненти на вегетативната възбуда при генерализираната тревожност, като страх и тревожни предчувствия, и липсата на определен телесен фокус за другите симптоми. При соматизационните разстройства, макар също да се наблюдават вегетативни симптоми, те не са нито преобладаващи, нито постоянни, в сравнение с многото други усещания и чувства, и симптомите не са така упорито приписвани от пациента на един орган или система.

F45.4 ПЕРСИСТИРАЩО СОМАТОФОРМНО БОЛКОВО РАЗСТРОЙСТВО

Основното оплакване е от непрекъсната, тежка и разстройваща индивида болка, която не може да бъде изцяло обяснена с физиологичен процес или телесно заболяване и която е свързана с емоционален конфликт или с психосоциални проблеми, които са достатъчни за да се заключи, че те са основната причина за поява на разстройството. Резултатът обикновено е значително повишаване на подкрепата и вниманието от страна на обкръжаващите или медицинския персонал.

Тук не включвайте болки, за които се предполага, че са от психогенен произход и се наблюдават в хода на депресивно разстройство или шизофрения. Болка, дължаща се на известен или предполагаем психо-физиологичен механизъм като болка на базата на мускулно напрежение или мигрена, но за която все пак се смята че има психогенна обусловеност, трябва да се кодира посредством F54 (Психологични или поведенчески фактори, свързани с разстройства или заболявания, класифицирани другаде) плюс допълнителен код от друг раздал на МКБ-10 (например Мигрена G43.-).

Включва: психалгия, психогенни болки в гърба.

Диференциална диагноза. Най-честият проблем е това разстройство да бъде разграничено от хистрионната преработка на органично причинената болка. Пациенти с органична болка, при които още не е поставена сигурна соматична диагноза, могат лесно да достигнат до състояние на уплаха или негодувание, което да доведе до търсещо внимание поведение. При соматизационните разстройства често се срещат разнообразни болкови оплаквания, но те никога не са така продължителни или доминиращи над другите оплаквания.

Изключва: болка, класифицирана другаде (R52); главоболие от напрежение (G44.2); болка в гърба, неуточнена другояче (M54.9).

F45.8 ДРУГИ СОМАТОФОРМНИ РАЗСТРОЙСТВА

При тези разстройства представените оплаквания не са опосредствани чрез вегетативната нервна система и са ограничени до определени системи или части на тялото; това контрастира

с многото и често променящи се обяснения на пациента за произхода на симптомите и дистреса, срещащи се при соматизационното разстройство (F45.0) и недиференцираното соматоформно разстройство (F45.1). Няма засягане на тъканите.

Класифицирайте тук всички други сетивни нарушения, които не се дължат на телесно разстройство, които са тясно свързани по време със стресогенни събития или проблеми, или водят до нараснало внимание към пациента в личен или медицински план. Усещания за подуване, за движения по кожата и парестезии (изтръпване и/или безчувственост) са обичайни примери. Тук включете също разстройства като:

(а) "глобус хистерикус" (чувство за буца в гърлото, причиняваща дисфагия или други форми на дисфагия);

(б) психогенен тортиколис и други разстройства под формата на спазмотични движения (изключете синдрома на Tourette);

(в) психогенен пруритус (изключете специфични кожни лезии, като алопеция, дерматит, екзема или уртикария от психогенен произход (F54));

(г) психогенна дисменорея (изключете диспареуния (F52.6) и фригидност (F52.0));

(д) скърцане със зъби.

F45.9 СОМАТОФОРМНО РАЗСТРОЙСТВО, НЕУТОЧНЕНО

Включва: неуточнено психофизиологично или психосоматично разстройство.

F48 ДРУГИ НЕВРОТИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА

F48.0 НЕВРАСТЕНИЯ

В проявите на това разстройство се наблюдават значителни културални различия, като се срещат два основни типа, които са припокриват в значителна степен. При първия тип, основна черта е оплакването от нарастваща уморяемост след психично напрежение, често свързана с известно снижение на професионалното функциониране или на ефективното справяне с ежедневните задачи. Умствената уморяемост обикновено се описва като неприятно нахлуване на разсейващи асоциации или спомени, затруднения в концентрацията и неефективно мислене. При втория тип акцентът се поставя върху чувството за телесна или физическа слабост и изтощеност след минимални усилия, придружени от чувство за мускулна болка и невъзможност за релаксация. И при двата типа често се срещат множество други неприятни телесни усещания като замаяност, главоболие от напрежение и чувство за обща нестабилност. Често се наблюдава безпокойство относно понижаващото се психично и телесно благополучие, раздразнителност, анхедония и в различна степен изразени лека депресия и тревожност. Сънят често е нарушен в началната и средната фаза, но може да се наблюдава и хиперсомния.

Диагностични указания

За да бъде поставена със сигурност тази диагноза, трябва да бъдат налице следните условия:

(1) или

а) трайни и предизвикващи дистрес оплаквания от нарастваща уморяемост след психично напрежение,

или

б) трайни и предизвикващи дистрес оплаквания от телесна слабост и изтощеност след минимално усилие;

(2) поне две от следните:

а) усещане за мускулна болка;

- б) замаяност;
- в) главоболие от напрежение;
- г) нарушен сън;
- д) неспособност за релаксация;
- е) раздразнителност;
- ж) диспепсия;

(3) липса на вегетативни или депресивни симптоми, които да са достатъчно продължителни и тежки, за да удовлетворят критериите за някое от по-специфичните разстройства в тази класификация.

Диференциална диагноза. В много страни неврастенията не е всеобщо възприета диагностична категория. Много от случаите с такава диагноза в миналото биха удовлетворили сегашните критерии за депресивно или тревожно разстройство. Има случаи обаче, на които по-добре подхожда описанието на неврастенията, отколкото на някакъв друг невротичен синдром,* такива случаи се срещат по-често при някои култури в сравнение с други. Ако се използва диагностичната категория неврастения, то първо трябва да се направи опит да се изключи депресивно заболяване или тревожно разстройство. Отличителният белег на синдрома е акцентът, който поставя пациентът, върху уморяемостта и слабостта, и неговите опасения относно понижената психична и телесна ефективност (за разлика от соматоформните разстройства, където телесните оплаквания и саръхангажираността със соматична болест доминират клиничната картина). Ако неврастенният синдром се развива след телесно заболяване (особено грип, вирусен хепатит или инфекциозна моноклеоза), диагнозата на последните трябва също да бъде отбелязана.

Включва: синдром на умора.

Изключва: физическо неразположение, умора и нервна слабост (R53.-); синдром на изчерпаност (burn-out) (273.0); доброкачествен миалгичен енцефаломиелит (поствирусен синдром на умора) (G93.3.).

F48.1 ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИОННО-ДЕРЕАЛИЗАЦИОНЕН СИНДРОМ (РАЗСТРОЙСТВО)

Разстройство, при което лицето се оплаква, че собствената му психична дейност, тяло и/или обкръжение са качествено променени - като че ли са нереални, отдалечени или автоматизирани. То може да има чувството, че вече не управлява собствените си мисли, представи и спомени; че движенията и поведението му някак си не са негови собствени; не тялото му изглежда безжизнено, отчуждено или по друг начин ненормално; че околната среда е загубила своите багри и живот и изглежда изкуствена, или е като сцена, върху която хората са актьори и играят инсценирани роли. В някои случаи, лицето може да има усещането като че ли наблюдава себе си от разстояние или като че ли е умрял. Сред всичките тези феномени, най-често срещано е оплакването от загуба на емоционалност. Пациентите, които имат това разстройство в чиста или изолирана форма са малко. Деперсонализационно-дереализационните явления се срещат по-често в рамките на депресивната болест, фобийното разстройство и обесивно-компулсивното разстройство. Елементи на този синдром могат да се наблюдават при психично здрави индивиди в състояние на умора, сензорна депривация, халюциногенна интоксикация или като хипнагонни/хипнопомпни явления. Деперсонализационно-дереализационният синдром е също така феноменологично подобен на т.н. "преживяване близо до смъртта", свързано с моменти на изключителна опасност за живота.

Диагностични указания

За да бъде поставена със сигурност тази диагноза, трябва да са налице едното или и

двете условия (1) и (2) плюс (3) и (4):

(1) деперсонализационни симптоми, т.е. лицето има усещането, че чувствата и/или преживяванията му са отчуждени, далечни, на са негови собствени, загубени и т.н.;

(2) дереализационни симптоми, т.е. предметите, хората и/или околната среда изглеждат нереални, отдалечени, изкуствени, безцветни, безжизнени и т.н.;

(3) разбиране, че това е субективна и спонтанна промяна, неналожена от външни сили или други лица (т.е. критичност);

(4) ясно съзнание и липса на състояние на обърканост от интоксикация или епилепсия.

Диференциална диагноза се прави с други разстройства, при които се преживява или се представя "промяна на личността", като например шизофрения (налудности за смяна на личността или пасивност и преживяване за контрол), дисоциативни разстройства (където липсва осъзнаване на промяната) и при някои случаи на ранна деменция» Аурата преди припадъка при темпоралната епилепсия и някои състояния след гърч могат да включат синдроми на деперсонализация и дереализация като вторичен феномен.

Ако деперсонализационно-дереализационния синдром се среща като част от клиничната картина на депресивно, фобийно, обсесивно-компулсивно или шизофрено разстройство, предимство се дава на основната диагноза.

F48.8 ДРУГИ УТОЧНЕНИ НЕВРОТИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА

Включете тук смесени разстройства на поведението, вярванията и емоциите, които са с несигурна етиология и нозологичен статус и които се появяват с особена честота сред определени култури, като напр. Dhat синдром (неоправдано безпокойство от изтощавачия ефект на еякулацията), Koro (убеденост в смаляването на пениса) и Latah (поведение, обуславящо се с подражателност и автоматизмени отговори). Силната връзка на тези синдроми с местните културални убеждения и модели на поведение показва, че вероятно е по-добре те да не бъдат считани за налудни.

Включва: разстройство на Briquet; Dhat синдром; професионална невроза, включваща графоспазъм; психастения; психастенна невроза; психогенен синкоп.

F48.9 НЕВРОТИЧНО РАЗСТРОЙСТВО, НЕУТОЧНЕНО

Включва: невроза, неуточнена другояче.