

**F50 - F59 ПОВЕДЕНЧЕСКИ СИНДРОМИ,
СВЪРЗАНИ С ФИЗИОЛОГИЧНИ
НАРУШЕНИЯ И ТЕЛЕСНИ ФАКТОРИ**

ПРЕГЛЕД НА ТОЗИ РАЗДЕЛ

- F50 Разстройства на храненето
 - F50.0 Анорексия нервоза
 - F50.1 Атипична анорексия нервоза
 - F50.2 Булимия нервоза
 - F50.3 Атипична булимия нервоза
 - F50.4 Премаждане, свързано с други психологични нарушения
 - F50.5 Повръщане, свързано с други психологични нарушения
 - F50.8 Други
 - F50.9 Неуточнени
- F51 Неорганични разстройства на съня
 - F51.0 Неорганична инсомния
 - F51.1 Неорганична хиперсомния
 - F51.2 Неорганично нарушение на ритъма сън - бодърствуване
 - F51.3 Сомнамбулизъм (ходене насън) F51.4 Нощни страхове
 - F51.5 Кошмари (тревожност по време на сън)
 - F51.8 Други
 - F51.9 Неуточнени
- F52 Сексуални дисфункции, непредизвикани от органично разстройство или заболяване
 - F52.0 Липса или загуба на желание за полово общуване
 - F52.1 Сексуално отвращение и липса на сексуално удоволствие
 - .10 сексуално отвращение
 - .11 липса на сексуално удоволствие
 - F52.2 Слабост на гениталния отговор
 - F52.3 Оргазмена дисфункция
 - F52.4 Преждевременна еякулация
 - F52.5 Неорганичен вагинизъм
 - F52.6 Неорганична диспареуния
 - F52.7 Свърхмерно полово влечение
 - F52.8 Друго
 - F52.9 Неуточнено
- F53 Психични или поведенчески разстройства свързани с пуерпериума, неклассифицирани другаде
 - F53.0 Леки психични разстройства свързани с пуерпериума, неклассифицирани другаде
 - F53.1 Тежки психични разстройства свързани с пуерпериума, неклассифицирани другаде
 - F53.8 Други
 - F53.9 Неуточнени
- F54 Психологични или поведенчески фактори, свързани с разстройства или заболявания, класифицирани другаде

F55 Злоупотреба е вещества, непредизвикващи зависимост

F55.0 Антидепресанти

F55.1 Лаксативни

F55.2 Аналгетици

F55.3 Антиацидни

F55.4 Витамини

F55.5 Стероидни препарати или хормони

F55.6 Специфични билки или народна медицина

F55.8 Други

F55.9 Неуточнени

F59 Неуточнени поведенчески синдроми, свързани с физиологични нарушения и телесни фактори

F50-59 ПОВЕДЕНЧЕСКИ СИНДРОМИ, СВЪРЗАНИ С ФИЗИОЛОГИЧНИ НАРУШЕНИЯ И ТЕЛЕСНИ ФАКТОРИ

F50 РАЗСТРОЙСТВА НА ХРАНЕНЕТО

В рубриката “Разстройства на храненето” са описани два важни и ясно открояващи се синдрома: анорексия нервоза и булимия нервоза. Някои по-малко специфични булимични нарушения също заслужават внимание, както и преяждането, свързано с психологични нарушения. Ще бъде отделено място и на повръщането, свързано с психологични нарушения.

Изключва: разстройство в храненето, характерно за бебешка и детска възраст (F98.2); трудности в храненето и неправилно обгрижване (R63.3) анорексия или загуба на апетит, неуточнени (R63.0); пика у децата (98.3).

F50.0 АНОРЕКСИЯ НЕРВОЗА

Анорексия нервоза е разстройство, което се характеризира с предумишлено намаляване на теглото, като този процес е предизвикан или поддържан от самия пациент. Разстройството се среща най-често при момичета в юношеска възраст и млади жени, но по-рядко могат да заболели също юноши и млади мъже, както и деца, навлизащи в пубертета и по-възрастни жени, навлизащи в менопауза. Анорексия нервоза представлява самостоятелен синдром в следния смисъл:

/1/ клиничните характеристики на синдрома се познават лесно, така че диагнозата е надеждна с високо ниво на съгласие между клиницистите.

/2/ някои катамнестични наблюдения показват, че сред пациентите, които не оздравяват, значителен брой продължават да проявяват същите основни особености на анорексия нервоза, вече в хронична форма.

Въпреки че главните причини за анорексия нервоза остават неизяснени, все повече факти свидетелствуват за това, че взаимодействието на някои социо-културални и биологични фактори допринасят за пораждането ѝ; същото се отнася и за някои по-малко специфични психологични механизми и ранимостта на личността. Разстройството е свързано с недостатъчно приемане на храна, проявено в различна степен и водещо до вторични ендокринни и метаболитни изменения и нарушения във функциите на организма. Остават известни съмнения относно това, дали характерните ендокринни нарушения се дължат изцяло на недостатъчното хранене и на прекия ефект на разнообразните видове поведение, с които е постигнато (например стеснен избор на храни, прекомерно натоварване с физически упражнения, промени в състава и биохимията на организма, предизвикани целенасочено

повръщане или диария и следващите ги електролитни нарушения), или се включват и някои други, неуточнени фактори.

Диагностични указания

За поставянето на сигурна диагноза трябва да са изпълнени всички следни условия:

/1/ телесното тегло се поддържа на равнище поне 15% под очакваното (или поради отслабване, или нормално тегло никога не е било достигнато), или индексът на Quetelet (индекс на Кетле за телесна маса = теглото в кг върху височината на квадрат в метри) е 17,5 или по-малък. Пациентите в предпубертетна възраст могат да не достигнат очакваното тегло през периода на растежа;

/2/ загубата на тегло е предизвикана от самия пациент чрез

/а/ избягване на храни, от които се пълнее (висококалорични храни) и едно или няколко от следните;

/б/ предизвикано целенасочено повръщане;

/в/ предизвикано целенасочено чревно разстройство;

/г/ прекомерно натоварване с физически упражнения;

/д/ употреба на потискащи апетита и/или диуретични медикаменти;

/3/ разстройство във възприемането на собственото тяло под формата на специфична психопатология, при която страхът от пълнота персистира като упорита свързана идея и пациентът си налага ниско нормативно тегло;

/4/ масивни ендокринни нарушения, засягащи оста хипоталамус-хипофиза-надбъбрек, които се проявяват у жените като аменорея, а у мъжете като загуба на сексуалното влечение и потентността (явно изключение е персистирането на вагинално кръвотечение у аноректични жени, които са на заместителна хормонална терапия, най-често- провеждана с контрацептивни препарати). Може да се наблюдават повишени нива на растежния хормон, повишени нива на кортизол, промени в периферния метаболизъм на тироидния хормон и аномалии на инсулиновата секреция;

/5/ ако началото е в предпубертетна възраст, развитието се забавя и даже спира (растежът спира, при момичетата не се оформя бюст и е налице първична аменорея, при момчетата гениталиите остават недоразвити). След излекуване пубертетът най-често завършва нормално, но менархе настъпва по-късно.

Диференциална диагноза. Може да са налице придружаващи депресивни и натрапливи симптоми, както и черти на личностово разстройство, поставящи въпроса за диференциране и/или употреба на повече от един диагностичен код. Трябва да се разграничи и от телесните причини за загуба на тегло у млади пациенти - те включват хронични астенизиращи заболявания, мозъчни тумори, интестинални заболявания като напр. болест на Crohn или синдром на малабсорбция.

F50.1 АТИПИЧНА АНОРЕКСИЯ НЕРВОЗА

Този термин трябва да се използва за пациенти, при които отсъствуват един или повече от главните признаци на анорексия нервоза (F50.0), като аменорея или значително отслабване на тегло, но от друга страна е налице доста типична клинична картина. Такива пациенти обикновено се срещат в liaison-психиатричните служби на общите болници или в първичното здравеопазване. С този термин най-добре могат да се опишат и тези пациенти, у които се наблюдават всички основни симптоми на разстройството, но в такава форма. Този термин не бива да се употребява за разстройства на храненето, наподобяващи анорексия нервоза, но дължащи се на установено телесно заболяване.

F50.2 БУЛИМИЯ НЕРВОЗА

Булимия нервоза представлява синдром, характеризиращ се с повтарящи се пристъпи на преяждане, при което мисълта на пациента е изцяло ангажирана с контрола на телесното

тегло, и го кара да използва крайни мерки за ограничаване "затлъстяващите" ефекти от погълнатата храна. Терминът трябва да са ограничи до тези форми на разстройство, които имат същата психопатология като анорексия нервоза. Разпределението по възраст и пол е същото, както при анорексия нервоза, но се проявява в малко по-късна възраст. Нарушението може да се разглежда като последица от персистираща анорексия нервоза (въпреки че и обратната последователност също е възможна). Пациент с анорексия нервоза може да прояви признаци на подобрене в резултат на увеличаване на теглото си и възобновяване на менструалния цикъл, но в последствие е възможно да се възприеме злокачествена форма на поведение, характеризираща се с преяждане и повръщане. Повтарящото се повръщане може да доведе до нарушения на електролитния баланс, както и до някои телесни усложнения (тетания, епилептични гърчове, аритмия, мускулна слабост) и последваща остра загуба на тегло.

Диагностични указания

За поставяне на сигурна диагноза е необходимо да са изпълнени всички следни условия:

/1/ Непрекъсната свръх ангажираност по отношение на яденето, непреодолимо влечение към храната и пациентът е склонен към епизоди на преяждане, като консумира голямо количество храна за кратко време;

/2/ пациентът прави опит да противодействува на напълняването от погълнатата храна посредством едно или няколко от следните средства: предизвикано повръщане, злоупотреба с пургативи, редуващи се периоди на гладуване, приемане на лекарства за потискане на апетита, тироидни препарати или диуретици. Пациенти с диабет, страдащи от булимия нервоза могат да изоставят лечението си с инсулин;

/3/ психопатологията се изразява в болестен страх от изпълняване и пациентът си определя строго ограничено нормативно тегло доста под нивото на преморбидното тегло, което може да се приеме за оптимално или здравословно от гледка точка на лекаря. Често, но не винаги има данни за предхождащ епизод на анорексия нервоза, е продължителност от няколко месеца до няколко години. Този епизод може да е бил напълно изразен, или да се е проявил в по-лека и прикрита форма с умерена загуба на тегло я/или фаза на преходна аменорея.

Диференциалната диагноза включва:

/а/ горен диспептичен синдром, водещ до повтарящо се повръщане (характерната психопатология отсъствува);

/б/ по-обща личностова абнормност, тъй като разстройствата на храненето могат да съжителствуват с алкохолна зависимост и някои не много тежки антисоциални действия (например дребни кражби по магазините);

/в/ депресивни разстройства (тъй като пациентите с булимия нервоза често разкриват депресивни симптоми).

Включва: булимия, неуточнена; хиперорексия нервоза. F50.3 Атипична булимия нервоза

Този термин трябва да се употребява за пациенти, при които отсъствуват един или повече от главните признаци» характерни за булимия нервоза (F50.2), но независимо от това е налице доста типична клинична картина. Най-често това се отнася до пациенти с нормално или дори надхвърлящо норката тегло, но с типични периоди на преяждане, последвани от повръщане или приемане на пургативи. На са редки и парциални синдроми заедно с депресивни симптоми (но ако депресивните симптоми оправдават поставянето на отделна диагноза за депресивно разстройство, то тогава е редно да се впишат две отделни диагнози).

Включва: булимия при нормално тегло.

F50.4 ПРЕЯЖДАНЕ, СВЪРЗАНО С ДРУГИ ПСИХОЛОГИЧНИ НАРУШЕНИЯ

Кодирайте тук преяждането, довело до затлъстяване като реакция на стресогенни събития. Загуба на близък човек, злополуки, хирургически операции, емоционално стресогенни събития могат да бъдат последвани от "реактивно затлъстяване" най-вече при пациенти,

предразположени към изпълняване.

Затлъстяването като причина за психологично нарушение не бива да се кодира тук. Затлъстяването може да направи пациента сензитивен към външния му вид и себенеуверен в междуличностовите контакти, при което действителните размери на собственото тяло субективно са преувеличават. За да кодирате самото затлъстяване като причина за психологично нарушение използвайте категории като: F38 (Други разстройства на настроението (афективни разстройства)) или F41.2 (Смесено тревожно-депресивно разстройство), или F48.9 (Невротично разстройство, неуточнено), плюс допълнителен код от E66 за да посочите типа на затлъстяването.

Затлъстяване като нежелателна . последица от дълготрайно лечение с невролептици, антидепресанти или друг вид медикаменти не трябва да се кодира тук, а в E66.1 Затлъстяване, предизвикано от медикаменти) плюс допълнителен ход от Глава XX (Външни причини), за да се обозначи медикамента.

Затлъстяването може да бъде мотив за спазване на диета за отслабване, която от своя страна да предизвика леко изразени афективни симптоми (тревожност, непоседливост, слабост и раздразнителност) или в по-редки случаи - изразени депресивни симптоми ("депресия от спазване на диета"). За да се отбележи това ползвайте съответния код от F3 или F4, за да покриете гореописаните симптоми плюс F50.8, "други разстройства на храненето", за да отразите спазването на диета, плюс код от E66, да укажете типа на затлъстяване.

Изключва: полифагия, неуточнена (R63.2).

F50.5 ПОВРЪЩАНЕ, СВЪРЗАНО С ДРУГИ ПСИХОЛОГИЧНИ НАРУШЕНИЯ

Освен целенасочено предизвиканото повръщане при булимия нервоза, повтарящо се повръщане може да има и при:

/а/ дисоциативни разстройства (F44);

/б/ хипохондрично разстройство (F45.2), където повръщането може да бъде един от няколко телесни симптома;

/в/ бременност, при която емоционалните фактори могат да доведат до повтарящо се гадене и повръщане.

Включва: психогенно повръщане, психогенен hyperemesis gravidarum.

Изключва: гадене и повръщане, неуточнени (R11).

F50.8 ДРУГИ РАЗСТРОЙСТВА НА ХРАНЕТО

Включва: психогенна загуба на апетит, пика от неорганичен произход при възрастни.

F50.3 РАЗСТРОЙСТВА НА ХРАНЕТО, НЕУТОЧНЕНИ

F51 НЕОРГАНИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА НА СЪНЯ

Група разстройства, която включва:

(а) диссомнии: първични психогенни състояния, при които преобладаващото нарушение е в количеството, качеството и времето на съня, дължащо се на емоционални причини, т.е. инсомния, хиперсомния и разстройство на ритъма сън-бодърствуване;

(б) парасомнии: абнормни епизодични явления по време на сън, които в детска възраст са свързани главно с развитието, докато при възрастните са предимно психогенни, например сомнамбулизъм, нощни страхи и кошмари.

Затлъстяване като нежелателна . последица от дълготрайно лечение с невролептици, антидепресанти или друг вид медикаменти не трябва да се кодира тук, а в E66.1 (Затлъстяване,

предизвикано от медикаменти) плюс допълнителен код от Глава XX (Външни причини), за да се обозначи медикамента.

Затлъстяването може да бъде мотив за спазване на диета за отслабване, която от своя страна да предизвика леко изразени ефективни симптоми (тревожност, непоседливост, слабост и раздразнителност) или в по-редки случаи - изразени депресивни симптоми ("депресия от спазване на диета"). За да се отбележи това ползвайте съответния код от F3 или F4, за да покриете гореописаните симптоми плюс F50.8, "други разстройства на храненето", за да отразите спазването на диета, плюс код от E66, да укажете типа на затлъстяване.

Изключва: полифагия, неуточнена (R63.2).

F50.2 ПОВРЪЩАНЕ, СВЪРЗАНО С ДРУГИ ПСИХОЛОГИЧНИ НАРУШЕНИЯ

Освен целенасочено предизвиканото повръщане при булимия нервоза, повтарящо се повръщане може да има и при:

/а/ дисоциативни разстройства (F44);

/б/ хипохондрично разстройство (F45.2), където повръщането може да бъде един от няколко телесни симптома;

/в/ бременност, при която емоционалните фактори могат да доведат до повтарящо се гадене и повръщане.

Включва: психогенно повръщане, психогенен hyperemesis gravidarum.

Изключва: гадене и повръщане, неуточнени (R11).

F50.8 ДРУГИ РАЗСТРОЙСТВА НА ХРАНЕТО

Включва: психогенна загуба на апетит, пика от неорганичен произход при възрастни.

F50.3 РАЗСТРОЙСТВА НА ХРАНЕТО, НЕУТОЧНЕНИ

F51 НЕОРГАНИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА НА СЪНЯ

Група разстройства, която включва:

(а) диссомнии: първични психогенни състояния, при които преобладаващото нарушение е в количеството, качеството и времето на съня, дължащо се на емоционални причини, т.е. инсомния, хиперсомния и разстройство на ритъма сън-бодърствуване;

(б) парасомнии: абнормни епизодични явления по време на сън, които в детска възраст са свързани главно с развитието, докато при възрастните са предимно психогенни, например сомнамбулизъм, нощни страхове и кошмари събуждат рано. В повечето случаи обаче, пациентите описват комбинация от няколко от тези оплаквания. Обикновено инсомнията се развива по време на увеличен житейски стрес и е по-честа сред жените, по-възрастните хора, психологично разстроени лица и слабите в социално-икономическо отношение. Когато инсомнията започне да се повтаря, тя може да доведе до нарастващ страх от безсънието и до свръх ангажираност с последствията му. Това създава порочен кръг, който подхранва проблемите на пациента.

Пациентите, страдащи от инсомния се оплакват, че преди лягане се чувствуват напрегнати, неспокойни, тревожни или потиснати и сякаш мислите им препускат. Нерядко размишляват върху осигуряването на достатъчно сън, личните си проблеми, здравословното си състояние и дори смъртта. Често се опитват да премахнат напрежението си с приемане на лекарства или алкохол. Сутрин често споделят, че се чувствуват изморени умствено и физически, а през деня обикновено са потиснати, неспокойни, напрегнати, раздразнителни и обзети от мисли за себе си.

За децата често се казва, че имат разстроен сън, докато всъщност се касае за трудности в изработването на навици за лягане (отколкото за съня сам по себе си); затрудненията в навиките за лягане не трябва да се кодират тук, а в глава XXI (262.0 Неадекватна родителска опека или контрол).

Диагностични указания

Съществените клинични черти за поставянето на сигурна диагноза са следните:

- /1/ оплакванията за нарушен сън са или от трудно заспиване, или в поддържането на съня, или в лошото качество на съня;
- /2/ смущения в съня се проявяват поне три пъти седмично в продължение поне на един месец;
- /3/ пациентът е изцяло погълнат от безсънието си и е силно обезпокоен от неговите последици през нощта и на другия ден;
- /4/ недостатъчното количество и/или качество на съня причинява изразен дистрес, или пречи на социалното и професионално функциониране на лицето.

Когато пациентът се оплаква единствено от незадоволително количество и/или качество на съня, трябва да се ползува този код. Наличието на други психиатрични симптоми като депресия, тревожност, натрапливост и т.н. не отменя диагнозата инсомния при условие, че инсомнията е първоначалното оплакване или пък нейната хроничност и тежест карат пациента да я възприема като първичното разстройство. Други съпътстващи разстройства трябва да се кодират, ако са достатъчно изразени и продължителни, за да изискват отделно лечение. Трябва да се отбележи, че повечето пациенти, страдащи от хронична инсомния обикновено са погълнати от мисълта за смущенията в съня си и същевременно отричат каквито и да било емоционални проблеми. Ето защо е необходимо да се направи внимателна клинична преценка, преди да се изключи наличието на сериозна психопатология.

Инсомнията е често срещан симптом при други психични разстройства като афективни, невротични, органични разстройства, злоупотреба с психоактивни вещества, шизофрения, разстройства на храненето, или пък съпътствува друго разстройство на съня като кошмарите. Инсомнията може да придружава също телесни заболявания, при които са налице болка, дискомфорт или приемане на медикаменти. Ако инсомнията е само един от многобройните симптоми на дадено психично разстройство или телесно заболяване, т.е. не доминира клиничната картина, се поставя диагнозата на основното психично или телесно разстройство. Също така, поставя се само диагнозата на друго разстройство на съня като напр. кошмари, разстройство в ритъма сън-бодърствуване, апнея по време на сън и нощни миоклонии, ако това разстройство а довело и до редуциране на количеството и качеството на съня. При всички горепосочени случаи обаче, ако инсомнията е едно от главните оплаквания и се възприема като болестно състояние само по себе си, настоящият код трябва да се добави след този на основната диагноза.

Настоящият код не се отнася до т.н. "преходна инсомния". Преходните разстройства на съня са нещо нормално за ежедневието. За това тук няма да се диагностицират няколкото безсънни нощи, свързани с психо-социален стрес, но ако са съпроводени с други клинично значими признаци, може да се окачествят като част от остра стресова реакция /F43.0/ или разстройство на адаптацията /F43.2/.

F51.1 НЕОРГАНИЧНА ХИПЕРСОМНИЯ

Хиперсомнията се дефинира като състояние или на прекомерна сънливост през деня и пристъпи на заспиване (без това да се дължи на недоспиване), или като удължен преход към напълно бодро състояние след събуждане. При липсата на органичен фактор за появата на хиперсомния, това състояние обикновено са свързва с психични разстройства. Най-често това е симптом на биполярно афективно разстройство, понастоящем депресивно (F31.3, .4 или .5), рекурентно депресивно разстройство (F33) или на депресивен епизод (F32). Понякога

обаче, критериите за диагнозата на друго психично разстройство не могат да бъдат удовлетворени, въпреки че често е налице някаква степен на психопатология.

Някои пациенти сами правят връзка между склонността си да заспиват в неподходящо време с определени неприятни събития през деня. Други отричат подобна връзка, дори когато опитен лекар идентифицира наличието на подобни събития. В някои други случаи не могат лесно да се идентифицират емоционални и други психологични фактори, но отсъствието на органични фактори говори, че хиперсомнията има най-вероятно психогенен произход.

Диагностични указания

Съществените клинични признаци, необходими за поставянето на сигурна диагноза са следните:

(1) прекомерна сънливост през деня и пристъпи на заспиване, които не се дължат на недоспиване и/или удължен преход към напълно будно състояние ("сънно опиянение");

(2) това нарушение на съня се проявява ежедневно в продължение на повече от месец или в рамките на повтарящи се по-кратки периоди и причинява изразен дистрес или нарушава социалното и професионално функциониране на индивида;

(3) отсъствие на допълнителни симптоми на нарколепсия (катаплексия, сънна парализа, хипнаогни халюцинации), или на клинични признаци на сънна апнея (нощно спиране на дишането, характерно интермитентно хъркане и т.н.);

(4) отсъствие на неврологично или телесно заболяване, чийто симптом би могла да бъде дневната сънливост.

Ако хиперсомнията се проявява като само един от симптомите на психично разстройство (например афективно разстройство), трябва да се постави диагнозата на основното разстройство. Необходимо е да се добави и диагнозата психогенна хиперсомния, ако хиперсомнията е основното оплакване при пациенти с други психични разстройства. Когато не може да се постави друга диагноза, настоящият код трябва да се използва самостоятелно.

Диференциална диагноза. Разграничаването на хиперсомнията от нарколепсия е много важна. При нарколепсията (G47.4) обикновено са налице един или повече допълнителни симптоми като катаплексия, сънна парализа и хипнаогни халюцинации; пристъпите на сънливост са непреодолими, но по-освежаващи; нощният сън е фрагментиран и по-кратък. Обратно, при хиперсомнията пристъпите на дневна сънливост са обикновено по-малко на брой, но с по-голяма продължителност; пациентът често може да предотврати появата им; нощният сън обикновено е по-продължителен и при пробуждане много трудно се постига напълно будно състояние ("сънно опиянение").

Важно е да се разграничи неорганичната хиперсомния от хиперсомнията, свързана със сънна апнея и други органични видове хиперсомния. Повечето пациенти със сънна апнея наред със симптомите на прекомерна дневна сънливост, имат анамнеза за прекъсване на дишането през нощта, типично интермитентно хъркане, затлъстяване, високо кръвно налягане, импотентност, когнитивни нарушения, нощен хипермотилитет и обилно изпотяване, сутрешно главоболие и смущения в координацията. Когато има сериозни съмнения за сънна апнея, потвърждението на диагнозата, както и количественото определяне на епизодите на апнея, стават на базата на лабораторни ЕЕГ записи на съня.

Хиперсомнията, дължаща се на определени органични причини (енцефалит, менингит, мозъчно сътресение и други мозъчни увреждания, мозъчни тумори, мозъчно-съдови лезии, дегенеративни и други неврологични заболявания, метаболитни разстройства, токсични състояния, ендокринни аномалии, лъчева болест) може да се разграничи от неорганичната хиперсомния чрез самото наличие на увреждащ органичен фактор, което става ясно от клиничната картина и от резултатите от подходящи лабораторни изследвания.

F51.2 НЕОРГАНИЧНО РАЗСТРОЙСТВО НА РИТЪМА СЪН-БОДЪРСТВУВАНЕ

Разстройството на ритъма сън-бодърствуване се дефинира като липса на синхронност между ритъма сън-бодърствуване при даденото лице и желанието за обкръжението ритъм,

което води до оплаквания или от инсомния или от хиперсомния. Това разстройство може да бъде или психогенно или от предполагаем органичен произход в зависимост от относителния дял на психологичните или органичните фактори, изиграли роля за неговата поява. Лица с дезорганизирано и променящо се време за сън и бодърствуване най-често проявяват значителна степен на психопатология, обикновено свързана със състояния като личностови разстройства и афективни разстройства. При лица, които често и повтарящо се сменят работните си часове или преминават в различия часови зони; циркадианната дисрегулация е биологична в основата си, въпреки че може да е налице и силен емоционален компонент, тъй като в много от случаите тези лица са в състояние на дистрес. И накрая, при някои хора се наблюдава фазово изпреварване на желанния ритъм сън-бодърствуване, което може да се дължи или на вътрешно неправилно функциониране на индивидуалния циркадианен осцилатор или на неправилна обработка на сигналите за време, движещи биологичните часовници (последното може да бъде свързано с емоционални и/или когнитивни нарушения).

Настоящият код се запазва за онези разстройства на ритъма сън-бодърствуване, при които психопатологията е предимно първична, докато случаите с евентуално органичен произход трябва да се класифицират в G47.2, т.е. като непсихогенни разстройства на ритъма сън-бодърствуване. Във всеки отделен случай се разчита на клиничната преценка да определи дали психопатологията е първична или не и съответно дали да се използва настоящия код или G47.2.

Диагностични указания

Съществените клинични черти за поставянето на сигурна диагноза са следните: (1) ритъмът сън-бодърствуване не е в синхронност с желателния, който е наложен от обществото и са споделя от повечето хора от неговото обкръжение; (2) в резултат на това смущение, лицето страда от инсомния по време на основния период на сън и от хиперсомния в периода на бодърствуване почти всеки ден в продължение поне на един месец или неколкократно през деня за по-кратки интервали от време; (3) незадоволителното количество, качество и разпределение на съня по време или причинява подчертан дистрес, или пречи на социалното и професионално функциониране.

Когато няма установена психиатрична или телесна причина за разстройството, трябва да се използва само настоящия код. Независимо от това, наличието на психиатрични симптоми като тревожност, депресия, хипомания и т.н., не отменя диагнозата за неорганично разстройство на ритъма сън-бодърствуване, при условие, че това разстройство доминира в клиничната картина на пациента. Когато другите психиатрични симптоми са достатъчно изразени и персистиращи, специфичното психично разстройство трябва да се диагностицира отделно.

Включва: психогенна инверсия на циркадианния, сънния или никтохемерален ритъм.

F51.3 СОМНАМБУЛИЗЪМ /ХОДЕНЕ НАСЪН/

Ходенето насън или сомнамбулизмът е състояние на променено съзнание, при което се съчетават проявите на сън и будност. По време на сомнамбулен епизод лицето става от леглото, обикновено през първата трета от нощния сън и започва да се разхожда, при което проличава ниска степен на осъзнаване, реагиране и двигателна сръчност. Сомнамбулите понякога напускат стаята в която спят, а понякога дори и дома си. Поради това те са изложени на значителен риск от нараняване по време на такива пристъпи. Най-често обаче, те се връщат спокойно в леглото си, сами или внимателно водени от друг човек. Когато се събудят след пристъпа или на следващата сутрин, обикновено нямат спомен за случилото се.

Сомнамбулизмът и нощните страхове (F51.4) са много тясно свързани. И двете се считат за разстройства в нивото на активация (arousal), които изхождат от най-дълбоките фази на съня (фази 3 и 4). Много пациенти са наследствено обременени с едно от двете състояния, а също така разкриват анамнезни данни, че са имали и двете разстройства. Освен това, двете

състояния се проявяват най-вече в детска възраст, което показва ролята на факторите на развитието в тяхната етиология. В някои случаи началото на тези разстройства съвпада с фебрилно заболяване. Когато те продължават, или пък се появяват за първи път в по-зряла възраст, и двете заболявания са свързани с висока степен на психопатология. Тези състояния могат да се появят за първи път з късна възраст или в ранните стадии на деменцията. Основавайки се на клиничните и патогенетични прилики между сомнамбулизма и нощните страхове и на факта, че диференциалната диагноза между тези две разстройства обикновено се свежда до въпроса, кое от двете състояния преобладава, напоследък се смята, че и двете са част от един и същ нозологичен континуум. В тази класификация, обаче, се използват отделни кодове, за да се спази традицията и се подчертае разликата в интензитета на клиничната им изява.

Диагностични указания

Съществените клинични черти, които се изискват за поставянето на сигурна диагноза са:

(1) преобладаващият симптом е един или повече епизоди на ставане от леглото по време на сън и разхождане, обикновено в първата трета от нощния сън;

(2) по време на епизода индивидът има безизразно лице с втренчен поглед и почти не реагира на усилията на околните да му повлияят или да установят контакт с него и може да бъде събуден само с цената на значителни усилия;

(3) при събуждане (или след пристъпа, или на следващата сутрин) лицето има амнезия за епизода;

(4) няколко минути след пробуждане от епизода вече не се наблюдават смущения в психичната дейност и в поведението на пациента, въпреки че в началото може да има краткотраен период на объркване и дезориентация;

(5) отсъствие на каквито и да било данни за органично психично разстройство, например деменция, или на неврологично разстройство като епилепсия.

Диференциална диагноза. Сомнамбулизмът трябва да се разграничи от психомоторните епилептични пристъпи. Психомоторната епилепсия много рядко се проявява само през нощта. По време на епилептичния пристъп пациентът изобщо не реагира на стимули от обкръжаващата го среда. Характерни са персеверативните движения, като преглъщане и потриване на ръцете. Наличието на епилептични разряди в ЕЕГ потвърждава диагнозата, макар че наличието на това разстройство не изключва съпътстващ го сомнамбулизъм.

Дисоциативното разстройство (виж F44.1) е друго състояние, което трябва да се разграничи от сомнамбулизма. При дисоциативните разстройства пристъпите са доста по-продължителни, а индивидите са по-будни и способни за сложно и целенасочено поведение. Още повече, тези разстройства рядко се срещат у децата и обикновено започват по време на часовете на будност.

F51.4 НОЩНИ СТРАХОВЕ

Нощните страхове са по-крайна изява на нозологичния континуум, включващ сомнамбулизма (F51.3). Те представляват нощни пристъпи на силен ужас и паника, придружени от интензивни викове на сън, двигателна възбуда и вегетативни реакции. Лицето обикновено сяда или става през първата трета от нощния сън с панически вик, често се втурва към вратата, сякаш опитвайки се да избяга, но много рядко напуска стаята. Опитите на другите да повлияят на пристъпа на нощен страх могат да доведат до по-силен страх, тъй като пациентът не само не отговаря на такива опити, но може и да се дезориентира за няколко минути; при събуждане обикновено липсва спомен за епизода. Поради тези клинични особености пациентите са изложени на голям риск от нараняване по време на епизодите от нощни страхове.

Както беше посочено в раздела за сомнамбулизма (F51.3), състоянието на нощни страхове е тясно свързано със сомнамбулизма. Както генетични така и органични, психологични, и

фактори на развитието имат дял за възникването им, като и двете състояния имат еднакви клинични и патофизиологични характеристики. Много от им сходства са основание напоследък да се смята, че и двете състояния са части от един и същ нозологичен континиум.

Диагностични указания

Съществените клинични признаци, които се изискват за поставянето на сигурна диагноза са:

(1) преобладаващият симптом се изразява в това, че един или повече епизоди на събуждане от сън започват с панически вик и се характеризират със силна уплаха, двигателно неспокойствие и вегетативна свръхактивност като тахикардия, учестено дишане, разширени зеници и изпотяване;

(2) тези повтарящи се епизоди на рязко пробуждане от сън, без адекватен контакт с околната среда, обикновено продължават от една до десет минути и са типични за първата трета от нощния сън;

(3) наблюдава се относителна «реактивност» спрямо усилията на околните да повлияят на нощните страхове и почти винаги такива усилия биват последвани от поне няколко минути на дезориентация и стереотипни движения;

(4) споменът за случилото се, ако изобщо съществува, е много ограничен (обикновено до една или две фрагментарни представи);

(5) отсъствие на органични разстройства като мозъчен тумор или епилепсия,

Диференциална диагноза. Нощните страхове трябва да се разграничават от кошмарите. Последните са обикновени “лоши сънища” с по-малко викане на сън и телесни движения, ако изобщо има такива. За разлика от нощните, страхове, те се появяват по всяко време на нощта; лицето лесно се събужда и има много пълен и жив спомен за преживяното.

При разграничаване на нощните страхове от епилептичните припадъци лекарят трябва да има предвид, че припадъците рядко се наблюдават само нощем, и че една абнормна ЕЕГ говори в полза на диагнозата епилепсия.

F51.5 КОШМАРИ /ТРЕВОЖНОСТ ПО ВРЕМЕ НА СЪН/

Кошмарът е сънно преживяване, заредено с тревожност или страх и последвано от много пълен спомен за съдържанието на съня. Това преживяване е много живо и обикновено включва теми, свързани със заплаха за живота, сигурността или достойнството на лицето. Много често е налице повторемост на една и съща или на няколко сходни ужасяващи кошмарни теми. При типичен епизод се забелязва известна степен на вегетативна възбуда, но рядко се наблюдава викане на сън или двигателна активност. При събуждане лицето бързо се окопитва и ориентира. Той/тя е в състояние напълно да общува с околните, като обикновено пресъздава с подробности съня както веднага, така и на следващата сутрин.

При децата липсва определена съпътстваща психопатология, тъй като детските кошмари са обикновено свързани със специфична фаза от емоционалното развитие. За разлика от тях кошмарите при възрастните често са придружават от психопатология, обикновено във вид на личностово разстройство. Освен психопатологията като причинен фактор, употребата на някои психотропни лекарства като резерпин, тиоридазин, трициклични антидепресанти и бензодиазепини, често спомага за появата на кошмари. Освен това, рязкото спиране на лекарства като хипнотици, различни от бензодиазепините, които подтискат REM съня (този стадий на съня, който е свързан със сънуването), може да увеличи сънуването и кошмарите посредством компенсаторен отскок на REM-съня.

Диагностични указания

Съществени клинични признаци, които се изискват за поставянето на сигурна диагноза са: /1/ събуждане от сън или дрямка с пълен и живо припомняне на особено ужасяващи сънища, свързани обикновено със заплаха за оцеляването, сигурността и достойнството на

лицето. Събуждането може да бъде по всяко време на съня, въпреки че обикновено е през втората половина; /2/ при пробуждане от ужасяващите сънища индивидът бързо се окопитва и ориентира; /3/ самото сънуване и нарушаването на съня а резултат от събужданията, след отделните епизоди, са причина за изразен дистрес у сънуващия.

Диференциална диагноза. Важно е да се разграничат кошмарите от нощните страхове. При последните епизодите възникват през първата една трета от съня със силен страх, панически викове, двигателна възбуда и вегетативни реакции. При нощните страхове липсва пълен спомен за съня, както веднага след епизода, така и на следващата сутрин.

F51.8 НЕОРГАНИЧНО РАЗСТРОЙСТВО НА СЪНЯ

F51.9 НЕОРГАНИЧНО РАЗСТРОЙСТВО НА СЪНЯ, НЕУТОЧНЕНО

Включва: емоционално нарушение на съня, неуточнено другояче

F52 СЕКСУАЛНИ ДИСФУНКЦИИ, НЕПРЕДИЗВИКАНИ ОТ ОРГАНИЧНОРАЗСТРОЙСТВО ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ

Сексуалните дисфункции включват различните начини, по които дадено лице е възпрепятствувано да осъществи в сексуални взаимоотношения, така както би желало. Може да са налице липса на интерес, липса на удоволствие, или слабост на физиологичните отговори, необходими за осъществяването на ефективна сексуално взаимодействие (например ерекцията) или невъзможност за контролиране и изживяване на оргазъм.

Сексуалният отговор е психосоматичен процес и много често във възникването на сексуалната дисфункция участвуват както психологични, така и соматични процеси. Категоричното отдиференциране на психогенна или соматична етиология не е невъзможно, но обикновено, особено при проблеми като слабост на ерекцията или диспареуния е трудно да се прецени относителното значение на психогенните и/или соматичните фактори. В такива случаи разстройството следва да се определи като еректилна дисфункция със смесена или неизяснена етиология. Някои видове дисфункция се срещат както при мъжете, така и при жените (например липса на желание за полово общуване). Жените по-често се оплакват от смущения в субективните усещания за качеството на половия им живот (например липса на интерес или задоволство) и по-малко от слабост на специфична реакция. Оплакванията от оргазмена дисфункция са чести, но обикновено при нарушение на един аспект от сексуалната реакция на жената, са налице и нарушения в други. Например, когато жената не изпитва оргазъм, тя често не намира удоволствие и в останалите елементи на любовната игра и загубва голяма част от желанието си за полово общуване. При мъжете обаче, смущенията в някои специфични реакции като ерекцията или еякулацията не водят непременно до намаляване на желанието за полово общуване. При всеки конкретен случай е необходимо да се погледне отвъд представяните оплаквания, за да се определи най-подходящата диагностична категория.

Изключва: Dhat синдром (F48.8); Кого (F48.8).

F52.0 ЛИПСА ИЛИ ЗАГУБА НА ЖЕЛАНИЕ ЗА ПОЛОВО ОБЩУВАНЕ

Загубата на желание за полово общуване е първична, а не е вторично следствие от други сексуални затруднения като еректилна слабост или диспареуния. Липсата на сексуално желание не изключва наличието на сексуално удоволствие или възбуда, но означава, че инициативата за започване на сексуална дейност е малко вероятна.

Включва: фригидност; разстройство с хипоактивно сексуално влечение.

F52.1 СЕКСУАЛНО ОТВРАЩЕНИЕ И ЛИПСА НА СЕКСУАЛНО УДОВОЛСТВИЕ

F52.10 СЕКСУАЛНО ОТВРАЩЕНИЕ

Перспективата за полов контакт с партньор се свързва със силни негативни чувства и води до интензивен страх или тревожност, така че се стига до избягване на сексуална дейност.

F52.11 ЛИПСА НА СЕКСУАЛНО УДОВОЛСТВИЕ

Сексуалните реакции протичат нормално и се изживява оргазъм, но липсват адекватните на това удоволствени изживявания. Среща се много по-често при жените, отколкото при мъжете.

Включва: анхедония /сексуална/.

F52.2 СЛАБОСТ НА ГЕНИТАЛНИЯ ОТГОВОР

При мъжа - еректилна дисфункция. Основният проблем е затруднение в постигането или поддържането на достатъчна за полово сношение ерекция. Ако се получава добра ерекция при определени ситуации например мастурбиране, по време на сън или с друг партньор, тогава етиологията най-вероятно е психогенна. В противен случай, правилна диагноза на неорганична еректилна слабост можа да се постави след специални изследвания (регистриране на нощните спонтанни ерекции), или от след установена податливост на психологично въздействие.

При жената - сухота на влагалището или недостатъчна лубрикация. Причините за това могат да са психогенни или свързани с локална патология (напр. инфекция) или естрогенна недостатъчност (след менопаузата). Сухостта на влагалището рядко бива първична, с изключение -когато е симптом на постменопаузна естрогенна недостатъчност.

Включва: психогенна импотентност; разстройство на еректилността при мъжа; разстройство на сексуалната възбудимост при жената.

F52.3 ОРГАЗМЕНА ДИСФУНКЦИЯ

Оргазмът или не се появява, или е силно забавен. Това може да е ситуационно обусловено (когато се явява само в определени ситуации, при което етиологията е най-вероятно психогенна) или постоянно, когато телесни или конституционни фактори не могат лесно да бъдат изключени, освен при положителен резултат от психологично въздействие. Оргазмената дисфункция е по-честа при жените, отколкото при мъжете.

Включва: психогенна аноргазмия

F52.4 ПРЕЖДЕВРЕМЕННА ЕЯКУЛАЦИЯ

Невъзможността да се контролира еякулацията достатъчно, така че и двамата партньори да получат удовлетворение от половото общуване. При тежките случаи еякулацията може да настъпи преди пенетрацията, или при липсваща ерекция. Преждевременната еякулация рядко е органична етиология, но може да възникне като психологична реакция на органични смущения, например еректилна слабост иди болка. Еякулацията може да изглежда преждевременна, ако за постигането на ерекция е била потребна по-продължителна стимулация, тъй като това предизвиква скъсяване на интервала от постигана на достатъчна ерекция до еякулацията. В тези случаи водещият проблем е забавената ерекция.

F52.5 НЕОРГАНИЧЕН ВАГИНИЗЪМ

Спазъм на мускулите, заобикалящи влагалището, причиняващ стесняване на влагалищния отвор. Въвеждането на пениса е или невъзможно, или болезнено. Вагинизмът може да е вторична реакция на локална болка, при които случаи не бива да се използва тази категория.

F52.6 НЕОРГАНИЧНА ДИСПАРЕУНИЯ

Диспареукия (или болезнен коитус) се наблюдава както при жените, така и при мъжете. Най-често е във връзка с локална патология и в такъв случай следва да бъде отнесен към рубриката на съответната болестна единица, В случаите, когато не се долавят непосредствени причини, могат да играят роля емоционални фактори. Тази рубрика трябва да се използва само когато липсва друга по-първична сексуална дисфункция (например вагинизъм или сухота на влагалището).

F52.7 СВРЪХМЕРНО ПОЛОВО ВЛЕЧЕНИЕ

И мъжете и жените понякога се оплакват от свръхмерно полово влечение като проблем сам по себе си, в късното юношество или ранната младост. Ако свръхмерното полово влечение е вторично по отношение на афективно разстройство (F3), или когато се появява в ранните стадии на деменцията (F00-F03), тогава следва да се кодира основното заболяване.

Включва: нимфомания; сатириазис.

F52.8 ДРУГИ СЕКСУАЛНИ ДИСФУНКЦИИ, НЕПРЕДИЗВИКАНИ ОТ ОРГАНИЧНО РАЗСТРОЙСТВО ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ

Включва: психогенна дисменорея.

F52.9 НЕСПЕЦИФИЧНА СЕКСУАЛНА ДИСФУНКЦИЯ, НЕПРЕДИЗВИКАНА ОТ ОРГАНИЧНО РАЗСТРОЙСТВО ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ

F53 ПСИХИЧНИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИ РАЗСТРОЙСТВА СВЪРЗАНИ С ПУЕРПЕРИУМА, НЕКЛАСИФИЦИРАНИ ДРУГАДЕ

Тук следва да се класифицират само психични разстройства, свързани с пуерпериума (с начало до шест седмици след раждането), които не отговарят на критериите за разстройство, класифицирани другаде в Глава V (F), било то поради липса на достатъчно информация, или защото са налице особени допълнителни клинични признаци, които правят неподходящо класифицирането им другаде. Обикновено е възможно психичните разстройства, свързани с пуерпериума да се класифицират без да се използват дадените тук специални кодове, а чрез използването на два кода - първият от другите рубрики на Глава V (F), уточняващ специфичния вид на психичното разстройство (обикновено афективно (F3)), а вторият 099.3 (Психични заболявания и заболявания на нервната система, усложняващи пуерпериума).

F53.0 ЛЕКИ ПСИХИЧНИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИ РАЗСТРОЙСТВА, СВЪРЗАНИ С ПУЕРПЕРИУМА, НЕКЛАСИФИЦИРАНИ ДРУГАДЕ

Включва: постнатална депресия, неуточнена другояче; послеродова депресия, неуточнена другояче.

F53.1 ТЕЖКИ ПСИХИЧНИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИ РАЗСТРОЙСТВА, СВЪРЗАНИ С ПУЕРПЕРИУМА, НЕКЛАСИФИЦИРАНИ ДРУГАДЕ

Включва: пуерперална психоза, неуточнена другояче.

F53.8 ДРУГИ ПСИХИЧНИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИ РАЗСТРОЙСТВА, СВЪРЗАНИ С ПУЕРПЕРИУМА, НЕКЛАСИФИЦИРАНИ ДРУГАДЕ

F53.9 ПУЕРПЕРАЛНО ПСИХИЧНО РАЗСТРОЙСТВО, НЕУТОЧНЕНО

F54 ПСИХОЛОГИЧНИ ИЛИ ПОВЕДЕНЧЕСКИ ФАКТОРИ, СВЪРЗАНИ С РАЗСТРОЙСТВА ИЛИ ЗАБОЛЯВАНИЯ, КЛАСИФИЦИРАНИ ДРУГАДЕ

Тази категория трябва да се използва за регистриране наличието на психологични или поведенчески фактори, за които се приема, че играят важна роля в етиологията на телесни разстройства, които могат да се класифицират в други глави на МКБ-10. Тези психични разстройства са обикновено леки, не разкриват достатъчно данни за диагноза и са често пролонгирани (като напр. безпокойство, емоционален конфликт, опасение и др.). Сами по себе си те не оправдават използването на кодовете за разстройства, описани в останалата част на Глава V. Трябва да се използва допълнителен код за обозначаване на телесното разстройство (в редките случаи когато се приема, че манифестно психично разстройство е причинило телесното заболяване, използвайте втори допълнителен код за обозначаване на психичното разстройство).

Примери за използване на тази категория са: астма (код F54 плюс J45.9); дерматит (F54 и L23-L25); и подобно за екзема (L23-L25); стомашна язва (K25); мукозен колит (K58.-); улцерозен колит (K51.-); и уртикария (L50.-).

Включва: психологични фактори, влияещи върху телесните състояния.

Изключва: главоболие от напрежение (G44.2).

F56 ЗЛОУПОТРЕБА С ВЕЩЕСТВА, НЕПРЕДИЗВИКВАЩИ ЗАВИСИМОСТ

Тук се включва голямо разнообразие от лекарствени вещества, медикаменти и средства на народната медицина, но особено важни са три групи: (1) психотропни медикаменти, които не предизвикват зависимост като например антидепресанти, (2) лаксативи, и (3) аналгетици, които могат да се купуват без рецепти, например аспирин и парацетамол. Дори и в началото лекарството да е било предписано или препоръчано, приемът му се удължава ненужно и се поемат ежедневни дози по-големи дози, което обикновено се улеснява и от обстоятелството, че медикаментът е лесно достъпен без рецепта.

Продължителната и неоправдана употреба на тези вещества е обикновено свързана с ненужни разходи, ненужни контакти с медицински персонал или други помагачи професии и понякога води до увреждащи телесни последици. Опитите за разубеждаване или забрана на употребата на такива вещества се посрещат със съпротива; при лаксативите и аналгетичите това може да стане въпреки предупреждението за (или дори развитието на) телесна увреда като бъбречна дисфункция или електролитен дисбаланс. Макар обикновено да е ясно, че пациентът е силно мотивиран да приема тези вещества, зависимост (F1x.2) или абстинентни симптоми (F1x.3) не се развиват, както е в случаите с психоактивните вещества, класифицирани в F10-F19.

Може да се използва четвърти кодов знак, за да се обозначи типа на приеманото вещество:

F55.0 АНТИДЕПРЕСАНТИ ВКЛЮЧВАЩИ ТРИЦИКЛИЧНИ, ТЕТРАЦИКЛИЧНИ ИЛИ ИНХИБИТОРИ НА МОНОАМИНООКСИДАЗАТА

F55.1 ЛАКСАТИВИ

F55.2 АНАЛГЕТИЦИ, НЕПОСОЧЕНИ КАТО ПСИХОАКТИВНИ F10-F19, В КАТО АСПИРИН, ПАРАЦЕТАМОЛ, ФЕНАЦЕТИН

F55.3 АТАЦИДНИ ПРЕПАРАТИ**F55.4 ВИТАМИНИ****F55.5 СТЕРОИДНИ ИЛИ ХОРМОНАЛНИ ПРЕПАРАТИ****F55.6 БИЛКИ ИЛИ ДРУГИ, СРЕДСТВА НА НАРОДНАТА МЕДИЦИНА****F55.8 ДРУГИ ВЕЩЕСТВА, КОИТО НЕ ПРЕДИЗВИКВАТ ЗАВИСИМОСТ,
КАТО ДИУРЕТИЦИ****F59 НЕУТОЧНЕНИ ПОВЕДЕНЧЕСКИ СИНДРОМИ, СВЪРЗАНИ С
ФИЗИОЛОГИЧНИ НАРУШЕНИЯ И ТЕЛЕСНИ ФАКТОРИ**

Включва: Психогенна физиологична дисфункция, неуточнена другояче.