

**F90-F99 ПОВЕДЕНЧЕСКИ И
ЕМОЦИОНАЛНИ РАЗСТРОЙСТВА С
НАЧАЛО, ТИПИЧНО ЗА ДЕТСТВОТО И
ЮНОШЕСТВОТО И НЕУТОЧНЕНО
ПСИХИЧНО РАЗСТРОЙСТВО**

ПРЕГЛЕД НА ТОЗИ РАЗДЕЛ

F90 Хиперкинетични разстройства

F90.0 Нарушение на активността и вниманието

F90.1 Хиперкинетично разстройство на поведението

F90.8 Други

F90.9 Неуточнено

F91 Разстройства на поведението

F91.0 Разстройство на поведението, ограничено в семейна обстановка

F91.1 Несоциализирано разстройство на поведението

F91.2 Социализирано разстройство на поведението

F91.3 Разстройство с противопоставяне и предизвикателство

F91.8 Други

F91.9 Неуточнено

F92 Смесени разстройства на поведението и емоциите

F92.0 Депресивно разстройство на поведението

F92.8 Други

F92.9 Неуточнено

F93 Емоционални разстройства с начало, типично за детството

F93.0 Разстройство с тревога от раздяла

F93.1 Фобийно-тревожно разстройство в детството

F93.2 Разстройство със социална тревожност

F93.3 Разстройство със съперничество между сиблинги

F93.8 Други

F93.9 Неуточнено

F94 Разстройства на социалното функциониране с начало, типично за детството и юношеството

F94.0 Елективен мутизъм

F94.1 Разстройство на привързаност в детството, реактивен тип

F94.2 Разстройство на привързаност в детството, дезинхибиран тип

F94.8 Други

F94.9 Неуточнено

F95 Тикови разстройства

F95.0 Преходно тиково разстройство

F95.1 Хронично двигателно или гласово тиково разстройство

F95.2 Комбинирани гласови и множествени двигателни тикове (синдром на

Tourette)

F95.8 Други

F95.9 Неуточнено

F98 Други поведенчески и емоционални разстройства с начало, обичайно за детството и юношеството

F98.0 Енуреза, неорганична

- F93.1 Енкопреза, неорганична
- F98.2 Разстройства на храненето, в бебешката и детска възраст
- F98.3 Пика в бебешка и детска възраст
- F98.4 Разстройство със стереотипни движения
- F98.5 Заекване F98.6 Върза реч (cluttering)
- F98.8 Други уточнени
- F98.9 Неуточнени

F99 Неуточнено психично разстройство

F90 ХИПЕРКИНЕТИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА

Група разстройства, които се характеризират с:

(1) ранно начало;

(2) съчетание от хиперактивно зле модулирано поведение с подчертано невнимаване и липса на устойчиво участие при изпълнение на задачи;

(3) генерализиране на тези поведенчески характеристики в различни ситуации и във времето. Смята се, че конституционалните абнормности играят решаваща роля а генезата на тези разстройства, но в момента липсват знания относно специфичната етиология. През последните години се засили употребата на диагностичния термин "разстройство с дефицит във вниманието". Той не се използва тук, защото:

(а) Той предполага знание за психологични процеси, което все още не е налице

(б) Този термин би включил тревожно-ангажирани и мечтателно-апатични деца, чиито проблеми са вероятно от различно естество. Ясно е обаче, че от гледка точка на поведението, проблемите на невнимаване представляват централна черта при тези хиперкинетични синдроми.

Хиперкинетичните разстройства винаги възникват рано с развитието (обикновено в първите пет години от живота). Техните главни характеристики са липса на постоянство в дейностите, които изискват когнитивно участие и тенденция да се прехвърлят от една дейност към друга без да завършват изцяло нито една от тях; заедно с това е налице дезорганизирана, зле регулирана и прекомерна активност. Тези недостатъци обикновено персистират през училищните години и дори в зряла възраст, но много от засегнатите лица показват постепенно подобрене в активността и вниманието.

Могат да се наблюдават ред други нарушения. Хиперкинетичните деца често са безразсъдни и импулсивни, предразположени към злополуки и нарушават дисциплината по-скоро поради небомислени прояви, отколкото поради преднамерено незначитане и предизвикателство. Взаимоотношенията им с възрастните често са социално дезинхибирани, с липса на нормалната предпазливост и сдържаност; непопулярни са сред другите деца и могат да останат изолирани. Обичайни са нарушенията на когнитивните способности, а специфичното закъснение на двигателното и речево развитие е непропорционално често.

Като вторични усложнения се срещат дисоциално поведение и ниска самооценка. Съществува значително припокриване между хиперкинетичността и другите видове поведение, което нарушава социалното взаимодействие, например "несоциализирано разстройство на поведението". Въпреки това, съществуващите данни са в полза на отделянето на група, в която главен проблем е хиперкинетичността.

Хиперкинетичните разстройства се срещат при момчетата няколко пъти по-често, отколкото при момичетата.

Обичайно е съчетанието с трудности в четенето (и/или други проблеми в училище).

Диагностични указания

Кардинални особености са нарушеното внимание и хиперактивност. И двете са

необходими за поставяне на диагнозата.

Нарушеното внимание се манифестира с преждевременно прекъсване на изпълнението на задачите и оставяне на дейностите незавършени. Децата често сменят дейностите една с друга, привидно губейки интерес към една задача, тъй като се отклоняват към друга (макар лабораторните изследвания обикновено не показват необичайна степен на сензорна или перцептивна отвлекаемост). Тези аспекти на непостоянство и невнимание трябва да се диагностицират само ако са прекомерни за възрастта и IQ на детето.

Хиперактивността означава прекомерно неспокойствие, особено в ситуации, изискващи относителен покой. В зависимост от ситуацията, това състояние може да включва бягане и скачане, или ставане от мястото, когато се изисква децата да останат седнали; или прекомерна приказливост и шумност; или шавливост и въртене, докато детето е седнало. Критерият за оценка трябва да бъде прекомерната активност в контекста на това, което се очаква при дадена ситуация и което е типично за другите деца на същата възраст и с подобен IQ. Тази поведенческа черта е най-явна в структурирани, организирани ситуации, които изискват висока степен на поведенчески самоконтрол.

Трябва да са налице едновременно нарушено внимание и хиперактивност; освен това, те трябва да се проявяват в повече от една ситуация (например у дома, в класната стая и в клиниката).

Придружаващите признаци не са нито достатъчни нито необходими за диагнозата, но помагат за поставянето ѝ: липса на дистанция в социалните взаимоотношения; безразсъдство в ситуации, включващи известна опасност; и импулсивно нарушаване на социалните правила за поведение (чрез досаждане или прекъсване на дейността на другите хора или чрез избързване с отговорите, преди да са били завършени въпросите, или трудности при чакане на ред). Всички тези признаци са характерни за децата с това разстройство.

Разстройства в обучението и двигателна несръчност се срещат доста често и когато са налице, трябва да бъдат отбелязани отделно (в рубриките F80 до F89); но те не са част от диагнозата на хиперкинетичното разстройство.

Симптомите на разстройство на поведението не са нито включващи, нито изключващи критерии за главната диагноза, но наличието или липсата им е основа за главното подразделяне на разстройството (виж по-долу),

Характерните поведенчески проблеми трябва да са с ранно начало (преди 6 годишна възраст) и голяма продължителност. Обаче в предучилищна възраст е трудно да се разпознае хиперактивността поради широките граници на норката; само крайните степени трябва да водят до поставяне на диагнозата при деца в предучилищна възраст.

Дори и при възрастни диагнозата хиперактивно разстройство се дава да бъде поставена. Основните критерии са същите, но вниманието и активността трябва да се оценяват в зависимост от съответните възрастови норми.

Когато хиперкинетичността е съществувала в детството и вече не се наблюдава, но е била последвана от друго състояние - дисоциално личностово разстройство или злоупотреба с психоактивни вещества, тогава се кодира по-скоро настоящото състояние, отколкото миналото.

Диференциална диагноза

Чести са смесените разстройства. Генерализираните разстройства на развитието имат предимство, когато са налице. Главният проблем в диференциалната диагноза е разграничаването от разстройствата на поведението. Хиперкинетичното разстройство се диагностицира с приоритет над поведенческото разстройство, когато са налице неговите критерии. Обаче по-леки степени на хиперактивност и невнимание са обичайни при поведенческите разстройства. Когато са налице едновременно черти на хиперактивност и разстройство на поведението и хиперактивността е генерализирана и тежка, трябва да се

постави диагнозата “хиперкинетично разстройство на поведението” (F90.1). Друг проблем е фактът, че свръхактивност и невнимание, твърда различни по тип от тези, характерни за хиперкинетичното разстройство, могат да възникнат като симптом при тревожните или депресивните разстройства. Така, двигателното неспокойствие, което обикновено е част от ажитираното депресивно разстройство, не бива да води до поставяне на диагнозата “хиперкинетично разстройство”. Същото се отнася и за двигателното неспокойствие, което често е част от тежкото разстройство с тревожност. Ако са налице критериите за някое от разстройствата с тревожност (F40, F41, F43 или F93), те трябва да бъдат предпочетени пред хиперкинетичното разстройство, освен ако е ясно, че е налице хиперкинетично разстройство, проявяващо се с други симптоми, освен безпокойството, свързано с тревожността. Аналогично, ако критериите за разстройство в настроението (F30-F39) са налице, не бива да се диагностицира допълнително хиперкинетично разстройство само защото се наблюдават нарушена концентрация и психомоторна възбуда. Двойна диагноза трябва да се използва само в случаите, когато е ясно, че съществува отделно хиперкинетично разстройство със симптоми, които не са просто част от нарушенията в настроението.

Острото начало на хиперактивното поведение на дете в училищна възраст по-вероятно се дължи на реактивно разстройство (психогенно или органично), манийно състояние, шизофрения или неврологично заболяване (например ревматичен пристъп).

Изключва: генерализирано разстройство на развитието (F84-); разстройство с тревожност (F41.-; F93.0); афективно разстройство манийно или депресивно (F30-39).

F90.0 НАРУШЕНИЕ НА АКТИВНОСТТА И ВНИМАНИЕТО

Все още е несигурно как най-задоволително да се подразделят на хиперкинетичните разстройства. Лонгитудиналните проучвания показват, че изходът в юношеството и зряла възраст е силно повлиян от наличието или липсата на придружаваща агресивност, делинквентност или дисоциално поведение. Съответно, главното подразделение се прави според наличието или липсата на тези придружаващи черти. F90.1 трябва да бъде кодирано, когато общите критерии за хиперкинетично разстройство (F90) са налице, а тези за F91 (поведенческо разстройство) липсват.

Включва: разстройство с дефицит във вниманието или синдром на хиперактивност, разстройство с дефицит във вниманието и хиперактивност.

F90.1 ХИПЕРКИНЕТИЧНО РАЗСТРОЙСТВО НА ПОВЕДЕНИЕТО

Този код трябва да се използва, когато са налице всички критерии за хиперкинетично разстройство (F90) и всички критерии за поведенческо разстройство (F91).

F90.8 ДРУГИ ХИПЕРКИНЕТИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА

F90.9 ХИПЕРКИНЕТИЧНО РАЗСТРОЙСТВО, НЕОПРЕДЕЛЕНО ПО ДРУГ НАЧИН

Това е не препоръчвана остатъчна категория, която трябва да бъде използвана само когато липсва диференциация между F90.0 и F90.1, но са удовлетворени общите критерии за F90.

Включва: хиперкинетична реакция или синдром в детството или ‘юношеството, неуточнени другояче.

F91 РАЗСТРОЙСТВА НА ПОВЕДЕНИЕТО

Разстройства на поведението са характеризират с повтарящ се и устойчив модел на дисоциално, агресивно или предизвикателно поведение. Такова поведение в своите крайности трябва да бъде в сериозен разрез със съответните за възрастта социални норми

и следователно е по-тежко от обикновената детска палавост или юношеско непокорство. Изолирани дисоциални или криминални действия сами по себе си не са основа за тази диагноза, която предполага траен стил на поведение.

Чертите на поведенческо разстройство могат да бъдат симптоми и при други психиатрични състояния, при което трябва да се кодира основната диагноза.

Разстройствата на поведението в някои случаи преминават в дисоциално личностово разстройство (F60.2). Поведенческото разстройство често се съчетава с неблагоприятна психосоциална среда, включително незадоволителни отношения в семейството и неуспехи в училище; и това се забелязва по-често при момчетата. Разграничаването му от емоционалното разстройство е добре валидизирано; отделянето му от хиперактивността е по-малко ясно и често е налице припокриване.

Диагностични указания

Наличие на поведенческо разстройство: когато се преценява дали съществува разстройство на поведението, трябва да се взема предвид нивото на развитие на детето. Бременни изблици на гняв например са нормална част от развитието на три годишно дете и единствено тяхното наличие без допълнителни симптоми не може да бъде основа за поставяне на диагноза. Същото е и по отношение на нарушаването на гражданските права на другите хора (например престъпление), което не е във възможностите на 7 годишните деца и затова не може да се счита за необходим диагностичен критерий в тази възрастова група.

Могат да се посочат следните примери на поведение, на които е основана диагнозата: прекомерна склонност към побой и грубиянство; към хора или животни; тежка разрушителност спрямо предмети и вещи; подпалване на пожари, кражби; чести лъжи, бягство от училище и от дома; необичайно чести и тежки изблици на гняв; предизвикателно провокиращо поведение; и трайно силно изразено неподчинение. Всяка от тези категории, ако е подчертана, е достатъчна за диагнозата, но това не се отнася за изолирани дисоциални действия.

Отсъствие на други състояния. Изключващите тази диагноза критерии включват необичайни, но сериозни състояния като шизофрения, мания, генерализирано разстройство на развитието, хиперкинетично разстройство и депресия.

Не се препоръчва поставянето на тази диагноза, ако продължителността на описаното по-горе поведение е по-малка от шест месеца.

Диференциална диагноза

Поведенческото разстройство може да се припокрива с други състояния. Едновременното наличие и на емоционални разстройства в детството (F93) изисква поставянето на диагнозата смесено разстройство на поведението и емоциите (F92). В случай, че са налице и критериите за хиперкинетичното разстройство (F90), тогава трябва да бъде поставена тази диагноза. Обаче по-ниски или ситуационно-специфични нива на хиперактивност и невнимание са чести при децата с поведенческо разстройство, както са чести и ниското самочувствие и леки емоционални нарушения; те не отхвърлят диагнозата поведенческо разстройство.

F91.0 РАЗСТРОЙСТВО НА ПОВЕДЕНИЕТО, ОГРАНИЧЕНО В СЕМЕЙНА ОБСТАНОВКА

Тази категория обхваща поведенчески разстройства, включващи дисоциално или агресивно поведение (а не просто предизвикателно, противопоставящо се или разрушително поведение), при които абнормното поведение е изцяло, или почти изцяло, ограничено до дома и/или във взаимоотношенията с членовете на ядреното семейство или на домакинството. Разстройството изисква наличието на всички критерии за F91; дори тежко разстроени взаимоотношения и връзки дете/родител сами по себе си не са достатъчни за диагнозата. Може да има кражби от дома, често специфично насочени към пари или вещи

на един или двама от членовете на домакинството. Това може да се съчетава с преднамерено деструктивно поведение, също така често насочено към определени членове на семейството - чупене на играчки или украшения, късане на дрехи, надраскване на мебели или унищожаване на ценни предмети. Насилие срещу членовете на семейството (но не срещу други хора) и преднамерено подпалване, ограничено в рамките на дома, също могат да послужат за поставяне на тази диагноза.

Диагностични указания

За да се постави тази диагноза е необходима липса на значими поведенчески отклонения извън семейната обстановка и социалните връзки на детето извън семейството да са в границите на нормата.

В повечето случаи тези поведенчески разстройства, специфични за семейството, възникват в контекста на някаква форма на подчертано нарушение във взаимоотношенията на детето с един или повече членове на ядреното семейство. Например в някои случаи разстройството може да възникне във връзка с конфликт с новодошъл втори родител. Нозологичната валидност на тази категория остава несигурна, но е вероятно тези силно ситуационно специфични поведенчески разстройства да нямат лошата прогноза, характерна за генерализираните поведенчески нарушения.

F91.1 НЕСОЦИАЛИЗИРАНО РАЗСТРОЙСТВО НА ПОВЕДЕНИЕТО

Този тип поведенческо разстройство се характеризира със съчетанието от устойчиво дисоциално или агресивно поведение (отговарящо на всички критерии за F91, а не просто предизвикателно, противопоставящо се или разрушително поведение) от една страна и значимо генерализирано нарушение на взаимоотношенията с другите деца, от друга страна.

Диагностични указания

Липсата на ефективно вграждане в група от връстници е основната отлика от "социализираните" поведенчески разстройства и това има първостепенно значение пред останалите разлики. Нарушените взаимоотношения с връстниците се проявяват главно в изолация и/или отхвърляне или непопулярност сред другите деца; и е липсата на близки приятели или на трайни взаимоотношения с деца на същата възраст, които да се характеризират с емпатия и взаимност. Взаимоотношенията с възрастните обикновено се отличават с несъгласие, враждебност и отхвърляне. Могат да се наблюдават и добри отношения с възрастните (въпреки че в тях обикновено липсва близостта и доверието), но дори и да са налице, те не отхвърлят диагнозата. Често, но не винаги е налице придружаващо емоционално нарушение (но ако то е 3 степен, достатъчна да отговори на критериите за смесено разстройство, състоянието трябва да се кодира в F92).

Асоциалните действия детето извършва обикновено (но не задължително) само. Типичното поведение се състои в кавги, побойничество и (при по-големите деца) в изнудване или физическо нападение; прекомерно непокорство, грубост, отказ от сътрудничество и съпротива срещу авторитетите; тежки изблици на неконтролиран гняв; разрушаване на имущество, запалване на пожари и жестокост към другите деца и животни. Някои изолирани деца, обаче, се включват въпреки изолираността си в групови действия, така че при поставяне на диагнозата същността на постъпката е по-малко важна, отколкото качеството на личностовите взаимоотношения.

Обикновено разстройството се проявява в много ситуации, но може да е най-явно в училище; специфичността на проявите за определена ситуация друга, извън семейната, не противоречи на диагнозата.

Включва: несоциализирано агресивно разстройство; поведенческо разстройство на самостоятелно агресивно поведение.

F91.2 СОЦИАЛИЗИРАНО РАЗСТРОЙСТВО НА ПОВЕДЕНИЕТО

Тази категория е приложима за поведенчески разстройства, включващи постоянно дисоциално или агресивно поведение (отговарящо на всички критерии за F91, а не просто за противопоставящо се, предизвикателно или разрушително поведение), срещащо се при лица, които обикновено са се вградили добре в група от връстници.

Диагностични указания

Ключовата отличителна черта е наличието на адекватни трайни приятелства с връстници от приблизително същата възрастова група. Често, но не винаги, групата от връстници се състои от младежи, въввлечени в закононарушения или дисоциални дейности (в този случай социално неодобряваното поведение на детето може да бъде напълно прието от тази група връстници и направлявано от субкултурата, към която принадлежи). Това обаче не е необходимо изискване за диагнозата; детето може да принадлежи към група връстници с нормално поведение, но да бъде с дисоциално поведение извън тази група. Особено, ако асоциалното поведение включва склонност към побои, може да са налице разстроени взаимоотношения с жертвите или с други деца. Това не отменя диагнозата при условие, че съществува група връстници, към която детето е лоялно и която включва трайни приятелства.

Взаимоотношенията с възрастните в позиция на авторитети са обикновено лоши, но могат да са добри с някои от тях. Емоционалните нарушения обикновено са минимални. Поведенческото разстройство може да се проявява или да не се проявява в семейната обстановка, но ако е ограничено само до дома, диагнозата се изключва. Често разстройството е най-явно извън семейната обстановка и ако е специфично за училището (или друга извънсемейна среда), е съвместимо с диагнозата.

Тази категория е включена за целите на една по-подробна класификация и не съдържа импликацията дали тя може да служи или не като доказателство за затруднена личностова адаптация.

Включва: Поведенческо разстройство, групов тип; групова делинквентност; престъпления извършени като член на банда; кражби с други лица; бягства от училище.

Изключва: членство в банда без прояви на психиатрично разстройство (Z04.2).

F91.3 РАЗСТРОЙСТВО С ПРОТИВОПОСТАВЯНЕ И ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВО

Този тип поведенческо разстройство е характерен за деца под възрастта 9-10 години. То се определя от наличието на подчертано предизвикателно, непослушно, провокативно поведение и липсата на по-тежки дисоциални или агресивни действия, които нарушават закона или правата на другите хора. Разстройството изисква наличието на общите критерии за F91; дори крайно невъзпитано поведение и правене на пакости не е само по себе си достатъчно за диагнозата. Много авторитети считат, че поведенческият стереотип на противопоставяне и предизвикателство е по-лека разновидност на поведенческо разстройство, а не качествено различен тип. Няма изследователски данни дали разликата е количествена, или качествена. Изследванията обаче показват, че доколкото такава разлика съществува, тя е доловима предимно или само при по-малките деца. Тази категория трябва да се използва внимателно, особено при по-големи деца. Клинично значимите поведенчески разстройства при по-големите деца обикновено се съчетават с дисоциално или агресивно поведение, което надхвърля рамките на предизвикателството, непослушанието и разрушителността; въпреки, че често те са били предшествувани от разстройство на противопоставяне и предизвикателство в по-ранна възраст. Тази категория е включена, защото отразява обичайната диагностична практика и за да подпомогне класификацията на разстройствата, възникващи при по-малките деца.

Диагностични указания

Основната черта на това разстройство е стилът на устойчиво негативистично, враждебно,

предизвикателно, провокативно и разрушително поведение, което ясно излиза извън рамките на допустимото за нормалните деца на същата възраст и в същия социо-културален контекст и което не включва по-сериозното нарушаване на правата на другите хора, както агресивното или дисоциално поведение, описано в диагностичните категории за поведенческо разстройство F91.0 - F91.2. Децата с това разстройство показват тенденция често и активно да нарушават нормите и изискванията на възрастните и умишлено да дразнят други хора. Обикновено са сърдити, негативистични и лесно се дразнят от другите хора, като ги обвиняват за собствените грешки или трудности. Обикновено имат нисък праг на фрустрация и лесно избухват. Типичното е, че тяхното предизвикателство е провокиращо, така че те стават инициатори на конфронтацията и обикновено демонстрират грубост, некооперативност и неподчинение на авторитети. Често това поведение е най-очевидно в общуването с възрастни или други деца, които детето познава добре, така че по време на клиничното интервю може да не се прояви.

Ключовата разлика от другите типове поведенческо разстройство е липсата на поведение, нарушаващо законите и основните права на другите, като кражба, жестокост, тормоз, физическа агресия и разрушаване на собственост. Сигурното наличие на което и да е от изброените изключва диагнозата. Обаче, поведението на противопоставяне и предизвикателство, както е описано в горния параграф, често се среща при другите типове поведенческо разстройство. Ако е налице друго поведенческо разстройство (F91.0 - F91.2), то трябва да се предпочете пред разстройството на противопоставяне и предизвикателство.

Изключва: поведенчески разстройства, включващи открито дисоциално или агресивно поведение (F91.0 - F91.2),

F91.8 ДРУГИ РАЗСТРОЙСТВА НА ПОВЕДЕНИЕТО

F91.9 РАЗСТРОЙСТВО НА ПОВЕДЕНИЕТО, НЕУТОЧНЕНО

Това е резидуална категория, която не се препоръчва. Използува се за разстройства, отговарящи на общите критерии за F91, но чийто подтип не е уточнен или които не отговарят на критериите за някой от специфичните подтипове.

Включва: поведенческо разстройство в детската възраст, неуточнено другояче.

F92 СМЕСЕНИ РАЗСТРОЙСТВА НА ПОВЕДЕНИЕТО И ЕМОЦИИТЕ

Тази група разстройства се характеризира с комбинацията от устойчиво агресивно, дисоциално и предизвикателно поведение с явни и подчертани симптоми на депресия, тревожност или други емоционални нарушения.

Диагностични указания

Тежестта на симптомите трябва да бъде достатъчна, така че да са едновременно налице критериите, както за поведенчески разстройства в детството (F91), така и за емоционални разстройства в детството (F93), за някой тип невроза при възрастни (F40-49) или разстройство на настроението (F30-39). Не са проведени достатъчни проучвания, за да сме сигурни в необходимостта от отделянето на тази категория от поведенческите разстройства в детството. Тя е включена тук поради възможното ѝ етиологично и терапевтично значение и приноса ѝ към надеждността на диагностиката.

F92.0 ДЕПРЕСИВНО РАЗСТРОЙСТВО НА ПОВЕДЕНИЕТО

Тази категория изисква съчетание от поведенческо разстройство в Детството (виж по-горе) с устойчива и изразена депресия, представена от симптоми, като прекомерно нещастие, загуба на интерес и удоволствие от обичайни дейности, самообвинения и чувство за

безнадеждност ; могат да се наблюдават разстройства на съня и апетита. Включва: поведенческо разстройство (F91), свързано с депресивно разстройство (F30-39).

F92.8 ДРУГИ СМЕСЕНИ РАЗСТРОЙСТВА НА ПОВЕДЕНИЕТО И ЕМОЦИИТЕ

Тази категория изисква съчетание на поведенческо разстройство в детството (виж по-горе) с устойчиви и изразени емоционални симптоми, като тревожност, страх, натрапливост, деперсонализация и дереализация, фобии или хипохондрия. Гневът и раздразнението са по-скоро черти на поведенческо разстройство, отколкото на емоционално; те нито противоречат, нито подкрепят диагнозата.

Включва: поведенческо разстройство (F91), свързано с емоционално разстройство (F93) или невротично разстройство (F40-49).

F92.9 СМЕСЕНО РАЗСТРОЙСТВО НА ПОВЕДЕНИЕТО И ЕМОЦИИТЕ, НЕУТОЧНЕНО

F93 ЕМОЦИОНАЛНИ РАЗСТРОЙСТВА С НАЧАЛО ТИПИЧНО ЗА ДЕТСТВОТО

Традиционно в детската психиатрия се прави диференциация между емоционалните разстройства, специфични за детството и юношеството и възрастния тип невротични разстройства. Съществуват четири главни основания за това диференциране: Първо: резултатите от проучванията са единодушни, че повечето от децата с емоционални разстройства стават нормални възрастни хора (само малцина от тях показват невротични разстройства в зряла възраст). Обратно, много невротични разстройства при възрастните изглежда започват в зряла възраст без значими психопатологични предвестници в детството. Следователно съществува значителен дисконтинуитет (но също така известен континуитет) между емоционалните разстройства, срещащи се в тези два възрастови периода. Второ: Много емоционални разстройства в детството изглежда представляват по-скоро преувеличение на нормалните тенденции в развитието отколкото феномени, качествено абнормни сами по себе си. Трето: Във връзка с горното съображение често теоретично се е допускало, че участващите психични механизми могат да не са същите, както при невротите при възрастните. Четвърто: Емоционалните разстройства в детството са по-неясно разграничени в специфични единици, като фобийни разстройства или обесивни разстройства. За третата точка липсва емпирично потвърждение, а епидемиологичните данни показват, че ако четвъртата точка е вярна, то се касае само за степенни различия (между трудно диференцируемите емоционални разстройства, които са чести и в детството и в зряла възраст). Затова втората особеност (съответност на развитието) е използвана като ключова диагностична черта в определянето на различието между емоционалните разстройства с начало, типично за детството (F93) и невротичните разстройства (F40-49). Валидността на това разграничение е несигурна, но съществуват някои емпирични доказателства, че възрастово специфичните емоционални разстройства в детството имат по-добра прогноза.

F93.0 РАЗСТРОЙСТВО С ТРЕВОГА ОТ РАЗДЯЛА

Нормално е за децата в първите години от живота и в предучилищна възраст да проявяват тревожност при действително или възможно отделяне от хората, към които са привързани. Това разстройство трябва да се диагностицира само когато страхът от разделяне представлява ядрото на тревожността и когато тази тревожност е възникнала за първи път в ранното детство. Тя се различава от нормалната тревога от раздяла, когато е в степен (тежест), статистически необичайна (включително абнормно персистиране след обичайния възрастов

период) и когато е свързана със значително нарушено социално функциониране. Освен това, диагнозата изисква липса на общо нарушение в личностното развитие или функциониране (ако е налице такова, то трябва да бъде кодирано в разделите F40 до F49). Страхът от раздяла, възникващ в несъответен възрастов период от развитието (например в юношеството) не трябва да се кодира тук, освен ако е абнормно удължаване на възрастово съответен страх от раздяла.

Диагностични указания

Ключовата диагностична черта е фокусираната прекомерна тревожност при раздяла с тези лица, към които е привързано детето (обикновено родителите или други членове на семейството), която не е просто част от генерализирана тревожност в много други ситуации. Тя може да приема различни форми:

(1) нереално, всепоглъщащо безпокойство относно възможна беда, очакваща близките хора или страх, че те могат да заминат и да не се върнат;

(2) нереално, всепоглъщащо детето безпокойство, че нещастен случай може да отдели детето от обекта на неговата привързаност - например като се загуби детето, или бъде отвлечено, прието в болница или убито;

(3) постоянно нежелание или отказ да отиде на училище, поради страх от раздяла (а не поради други причини, например страх от това, какво ще се случи в училище);

(4) постоянно нежелание или отказ да заспи без да бъде до или близо до обекта на своята привързаност;

(5) постоянен неуместен страх да остане само или без обекта на своята привързаност у дома през деня;

(б) повтарящи се кошмари на раздяла;

(7) повтарящи се соматични оплаквания (гадене, болки в стомаха, главоболие или повръщане) в случаи, изискващи отделяне от любимия човек, например при напускане на дома, за да отиде на училище;

(8) прекомерен повтарящ се дистрес (изразен в тревожност, плач, гневни избухвания, нещастност, апатия или затваряне в себе си) всеки път, когато детето очаква раздяла с обекта на привързаност, по време на самата раздяла или непосредствено след нея.

Много ситуации, свързани с раздяла, включват и други потенциални източници на стрес или тревога. Диагнозата се опира върху доказателства, че общият елемент във всички предизвикващи тревога ситуации е именно отделянето от човека, към когото детето е привързано. Най-честа ситуация е отказът от училище или "училищна фобия". Често това е тревога от раздяла, но понякога (особено в юношеството) не е. Отказът от отиване на училище, възникнал за пръв път в юношеството, не трябва да бъде кодиран тук, освен ако:

(1) той е предимно функция на тревога от раздяла

(2) тревожността а била изразена за пръв път з явно абнормна степен в предучилищна възраст. Ако тези критерии липсват, синдромът трябва да се кодира в една от останалите F93 категории или под F40-49.

В диференциалната диагноза се обсъждат:

(а) фобийно-тревожно разстройство в детството (F93.1);

(б) разстройство със социална тревожност в детството (F93.2);

(в) разстройства на настроението (F30-39);

(г) невротични разстройства (F40-49).

F93.1 ФОБИЙНО-ТРЕВОЖНО РАЗСТРОЙСТВО В ДЕТСТВОТО

Децата, подобно на възрастните, могат да развият страх, насочен към широк диапазон от предмети и ситуации. Някои от тези страхове (или фобии) не са нормална част от

психосоциалното развитие; това например се отнася за агорафобията. Когато такива страхове се срещнат в детството, те трябва да бъдат кодирани в подходяща категория в раздел F40-49. Обаче някои страхове показват явна възрастова специфичност и възникват (в известна степен) при мнозинството от децата, например страхът от животни в предучилищна възраст.

Диагностични указания

Тази категория трябва да бъде използвана само за възрастово специфични страхове - когато те отговарят на допълнителните критерии, приложими за всички разстройства в този раздел, а именно:

- (1) началото е в съответния период от развитието;
- (2) степента на тревожност е клинично абнормна;
- (3) тревожността не е част от по-общо разстройство.

F93.2 РАЗСТРОЙСТВО СЪС СОЦИАЛНА ТРЕВОЖНОСТ В ДЕТСТВОТО

Предпазливостта към непознати е нормален феномен през втората половина от първата година на живота, а известна степен на социално опасение или тревожност са нормални в ранното детство, когато децата срещат нови, странни или социално застрашаващи ситуации.

Диагностични указания

Тази категория трябва да бъде използвана само за разстройства, които възникват преди 6-годишна възраст, които са необичайни по степен и са съчетани със социална дисфункция, и които не са част от някое по-общо емоционално разстройство.

Децата с това разстройство показват упорит или повтарящ се страх и/или избягване на непознати; този страх може да се появява при среща с възрастни или с връстници, или и в двата случая. Страхът е съчетан с нормална степен на избирателна привързаност към родителите или към други близки хора. Избягването или страхът от социални срещи са в степен извън нормалните граници за възрастта на детето и са свързани с клинично значимо социално нарушение.

Включва: Разстройство на отбягване в детството или юношеството.

F93.3 РАЗСТРОЙСТВО НА СЪПЕРНИЧЕСТВО МЕЖДУ СИБЛИНГИ

Голяма част или дори повечето малки деца показват в известна степен емоционални нарушения след непосредствено раждане на по-малък брат или сестра. В повечето случаи нарушението е леко, но съперничеството или ревността могат да бъдат забележително устойчиви. Това разстройство трябва да бъде диагностицирано само ако:

- (1) началото е в месеците, непосредствено последвали раждането на по-малкия брат или сестра;
- (2) емоционалното разстройство включва елементи, които недвусмислено показват съперничество или ревност към по-малкия брат или сестра;
- (3) ако степента и/или устойчивостта на нарушението е статистически значима и свързана с нарушение в социалното функциониране.

Диагностични указания

Разстройството се характеризира със съчетание от:

- (1) данни за съперничество и/или ревност между сиблингите;
- (2) начало през месеците, последвали непосредствено раждането на - обикновено - следващото поред дете в семейството;
- (3) емоционално нарушение, което е абнормно по степен и устойчивост и което е съчетано

с психосоциално нарушение.

Съперничеството и ревността между децата в семейството може да се изразява в явна конкуренция за вниманието и любовта на родителите; но за да бъде считано като абнормно то трябва да бъде свързано с необичайна степен на отрицателни чувства. В тежките случаи това може да бъде придружено от открита вражда и физически наранявания, злоба и злепоставяне на детето. В по-леките случаи това може да се изразява в силното нежелание на детето да дели с брат си/сестра си, липса на положителни чувства и недостатъчно дружелюбие. Емоционалното разстройство може да се прояви в няколко различни форми. Често то включва известен регрес със загуба на овладени преди това умения (например контрол над тазовите резервоари) и тенденция към бебешко поведение. Често също, детето иска да подражава на бебето в дейности, като например хранене, които осигуряват вниманието на родителите. Обикновено се наблюдава засилване на поведението на противопоставяне и съпротива към родителите, избухвания и дисфория, проявена под формата на тревожност, тъга или затваряне в себе си. Може да се наруши съня и често се увеличава натиска за родителско внимание, например въз времето за сън.

Включва: Ревност към брат/сестра.

Изключва: Съперничество с други деца (F93.8).

F93.8 ДРУГО ЕМОЦИОНАЛНО РАЗСТРОЙСТВО В ДЕТСТВОТО

Включва: разстройство на идентитета; свръхтревожно разстройство; съперничество между връстници (не братя и сестри).

F93.9 ЕМОЦИОНАЛНО РАЗСТРОЙСТВО В ДЕТСТВОТО, НЕУТОЧНЕНО

Включва: емоционално разстройство при деца, неуточнено другояче.

F94 РАЗСТРОЙСТВА НА СОЦИАЛНОТО ФУНКЦИОНИРАНЕ С НАЧАЛО, ТИПИЧНО ЗА ДЕТСТВОТО ИЛИ ЮНОШЕСТВОТО

Това е донякъде хетерогенна група разстройства, общото при които са абнормности в социалното функциониране, които започват в детството, но които (за разлика от генерализираните разстройства на развитието) първоначално не се характеризират с явна конституционална социална неспособност или дефицит, който да обхваща всички области на функциониране. Те често се съпровождат от депривация или подчертана неадекватност на средата, за които се счита, че играят решителна роля в етиологията на много от случаите. Не са установени явни различия между двата пола. Тази група разстройства в социалното функциониране е добре известна, но съществува несигурност относно диагностичните критерии, а също така разногласия за най-подходящото, подразделяне и класификация.

F94.0 ЕЛЕКТИВЕН МУТИЗЪМ

Това състояние се характеризира с подчертана, емоционално детерминирана избирателност в разговарянето, като детето показва езиковите си възможности в едни ситуации, но не говори в други (определени) ситуации. Най-често разстройството се проявява за пръв път в ранното детство, среща се с приблизително еднаква честота в двата пола; и често се съчетава с подчертани личностови особености, включващи социална тревожност, затваряне в себе си, сензитивност или съпротива. Обикновено детето говори у дома и с близки приятели, но е няма в училище или с непознати; могат да се срещнат и други форми (включително обратното).

Диагнозата предполага:

- (1) нормално, или почти нормално ниво на разбиране на речта;
- (2) умения за езиково изразяване, които са достатъчни за социална комуникация;
- (3) явно доказателство, че индивидът може да говори нормално или почти нормално в някои ситуации.

Съществува, обаче, значителен брой деца с елективен мутизъм, които са с анамнеза за речево закъснение или артикулационни проблеми. При наличието на съпътстващи речеви и езикови проблеми диагнозата "елективен мутизъм" може да бъде поставена при условие, че съществува адекватен език за ефективна комуникация и крайна неравномерност в речевата практика според социалния контекст, например детето говори плавно в някои ситуации, но е няма или почти няма в други.

Освен това, трябва да има явни доказателства за неуспех да говори в някои социални ситуации, докато при други се справя добре. Диагнозата изисква липсата на реч да е устойчива във времето и да има последователност и предсказуемост на ситуацияите, в които ще се появява или ще липсва реч.

В огромното мнозинство от случаите са налице други социално-емоционални нарушения, но те не са необходими за диагнозата. Тези нарушения нямат устойчива структура, но чести са. абнормни черти на темперамента (особено социална сензитивност, социална тревожност и затваряне в себе си) и противопоставящо се поведение.

Включва: селективен мутизъм.

В диференциалната диагноза се обсъждат:

- (а) преходен мутизъм, като част от тревогата от разделяне при малки деца (F93.0);
- (б) специфични разстройства в развитието на речта и езика (F80.-);
- (в) генерализирани разстройства на развитието (F84);
- (г) шизофрения (F20.).

F94.1 РАЗСТРОЙСТВО НА ПРИВЪРЗАНОСТ В ДЕТСТВОТО, РЕАКТИВЕН ТИП

Това разстройство, срещащо се при бебета и малки деца, се характеризира с трайни абнормности в структурата на социалните взаимоотношения на детето, които са свързани с емоционално нарушение и са реактивни към промени в условията на средата. Характерни са страхливост и лицето е постоянно нащрек, като не се поддава на успокояване; типични са лошите отношения с връстниците; много чести са агресивността спрямо себе си и околните; децата обикновено са нещастни и понякога растежът им е нарушен. Синдромът се среща вероятно като последица от тежко занемаряване от страна на родителите, малтретиране или много лошо отглеждане. Съществуването на този поведенчески стил е добра известност, но има несигурност относно диагностичните критерии и. границите на синдрома и дали той представлява валидна нозологична единица. При все това, тази категория е включена тук поради обществената и здравна значимост на синдрома, поради липсата на съмнения относно съществуването му (въпреки разногласията по точното му дефиниране) и тъй като тази форма на поведение не отговаря на критериите за другите диагностични категории.

Диагностични указания

Ключова особеност е абнормният стил на взаимоотношения с лицата, отглеждащи детето, който се развива преди пет годишна възраст и включва черти на дезадаптация, които обикновено не се срещат при нормалните деца. Този стил е устойчив, но се влияе от достатъчно изразени промени в начина на отглеждане.

Малките деца с този синдром показват силно противоречиви и амбивалентни социални реакции, които могат да бъдат най-изявени по време на раздяла или събиране отново. Така,

децата могат да се приближават с извърнат встрани поглед, докато бъдат държани, или да реагират към лицата, които се грижат за тях, със смесица от приближаване, избягване, или съпротива спрямо утешаване. Емоционалното нарушение може да се проявява във видимо преживяване на нещастие, липса на емоционална реактивност, реакции на отдръпване като свиване на пода и/или агресивни реакции при собствено или чуждо нещастие. В някои случаи се срещат страхливост и свръхбдителност (понякога описвани като “замръзнала бдителност”), които не се поддават на успокояване. В повечето случаи децата показват интерес към взаимоотношенията с връстниците си, но социалната игра се осуетява от негативните емоционални реакции. В някои случаи разстройството на привързаност е придружено от изоставане във физическото развитие.

Много нормални деца показват несигурност в своята изборна привързаност към единия или другия родител, но това не трябва да се бърка с разстройството на реактивна привързаност, което се отличава в няколко важни отношения. Разстройството се характеризира с абнормен тип несигурност, изразяваща се в явно противоречиви социални реакции, които обикновено не се наблюдават при нормалните деца; абнормните реакции се разпростират в различни социални ситуации и не са ограничени във взаимоотношението само с отделно лице, грижещо се за детето; не се поддават на успокояване; и е налице придружаващо емоционално нарушение под формата на апатия, нещастие или страхливост.

Съществуват пет главни особености, разграничаващи това състояние от генерализираните разстройства на развитието: Първо: децата с разстройство на привързаност, реактивен, тип имат нормални възможности за социално свързване и отзивчивост, докато тези с генерализирано разстройство в развитието нямат. Второ: макар, че абнормният стил на социални реакции при реактивния тип разстройство на привързаност първоначално е главната особеност в детското поведение в разнообразни ситуации, той намалява и се смекчава в голяма степен, ако детето се постави в нормални условия на отглеждане, които осигуряват непрекъснатост на съобразени с нуждите на детето грижи. Това не се наблюдава при генерализираните разстройства на развитието; Трето: въпреки че децата с реактивно разстройство на привързаност могат да имат нарушено езиково развитие (от типа описан в F80.4), те не показват качествено абнормните характеристики на общуването, характерни за аутизма. Четвърто: за разлика от аутизма, реактивното разстройство на привързаност не е съчетано с устойчиви и тежки когнитивни дефицити, които не се подобряват забележимо при промени в средата. Пето: устойчиво ограничените, повтарящи се и стереотипни модели на поведение, интереси и дейности, не са черти на реактивното разстройство на привързаност.

Реактивните разстройства на привързаност почти винаги възникват във връзка с грубо неадекватни грижи за детето. Те могат да бъдат психологическо малтретиране и занемаряване (например сурово наказание, неспособност да се отговори на нуждите на детето, крайно неумело родителстване), или физическо малтретиране или занемаряване (например устойчиво незачитане на основните физически нужди на детето, повтарящи се преднамерени наранявания или нередовно хранене). Тъй като няма достатъчно данни за устойчивостта на връзката между неадекватните грижи за детето и разстройството, наличието на депривация или неадекватност на средата не са диагностично изискване. Обаче трябва да бъдем предпазливи при поставяне на диагнозата, ако липсват данни за малтретиране или занемаряване. От друга страна, диагнозата не трябва да се поставя автоматично, само въз основа на наличието на малтретиране и занемаряване; не всички малтретирани или занемарени деца имат това разстройство.

(N.B. Ако е налице изоставане в растежа, това трябва да бъде кодирано с подходяща соматична категория (R62)).

Изключва: сексуално или физическо малтретиране на децата, водещо до психосоциални проблеми (Z61.4, .5, .6); синдроми на неадекватно отглеждане, които водят до соматични проблеми (T74).

При диференциалната диагноза тук трябва да се обсъждат:

- (а) нормалните варианти в стила на селективна привързаност;
- (б) разстройство на привързаност в детството, дезинхибиран тип (F94.2);
- (в) синдром на Asperger (F84.5).

F94.2 РАЗСТРОЙСТВО НА ПРИВЪРЗАНОСТ В ДЕТСТВОТО, ДЕЗИНХИБИРАН ТИП

Това е особен стил на абнормно социално функциониране, който възниква през първите пет години от живота и който, след като се установи, показва тенденция към персистиране, дори при изразени промени в средата. На две годишна възраст той обикновено се проявява обикновено с прилепчивост и дифузно, неселективно насочено поведение на привързаност; на 4 годишна възраст дифузната привързаност остава, но прилепчивостта започва да се заменя със стремеж към привличане на вниманието на околните и недиференцирано приятелско поведение; в средното и късно детство децата могат да развият или да не развият селективна привързаност, но често персистира търсещото внимание поведение и зле модулираните взаимоотношения с връстниците са обичайни; в зависимост от условията могат да се наблюдават също емоционални и поведенчески нарушения. Синдромът е бил най-ясно идентифициран при деца, отглеждани в институции от ранно детство, но се среща и при други ситуации; смята се, че се дължи в частност на липса на възможности да се развие селективна привързаност, което е последица от извънредно чести смени на лицата, грижещи се за детето. Концептуалното единство на синдрома зависи от ранното начало на дифузна привързаност, продължителни лоши социални взаимоотношения и липса на ситуационна специфичност.

Диагностични указания

Диагнозата трябва да бъде поставена въз основа на необичайната дифузност в селективната привързаност през първите пет години от живота, съчетана с прилепчиво поведение в бебешката възраст и/или търсещо внимание поведение в ранното или средно детство. Обикновено е налице трудност в създаването на трайни близки отношения с връстниците. Може да има или не придружаващо емоционално или поведенческо нарушение (зависещо отчасти от настоящите условия на живот на детето). В повечето случаи съществуват данни за лошо отглеждане през първите години от живота, включващо чести смени на лицата, грижещи се за детето, или чести промени на местожителството на семейството.

Включва: Институционален синдром; анестезна психопатия.

При диференциалната диагноза се обсъждат:

- (а) Хиперкинетични, или разстройства с дефицит във вниманието (F90);
- (б) Разстройство на привързаност в детството, реактивен тип (F94.1);
- (в) Синдром на Asperger (F04.5);
- (г) Хоспитализъм при децата (F43.2)

F94.8 ДРУГИ РАЗСТРОЙСТВА НА СОЦИАЛНОТО ФУНКЦИОНИРАНЕ В ДЕТСТВОТО

Включва: разстройства на социалното функциониране с изолация и плахост, дължащи се на дефицит в социалната компетентност.

F94.9 РАЗСТРОЙСТВО НА СОЦИАЛНОТО ФУНКЦИОНИРАНЕ В ДЕТСТВОТО, НЕУТОЧНЕНО

F95 ТИКОВИ РАЗСТРОЙСТВА

Това са синдроми, при които основната проява е някакъв вид тик. Тикът е неволно, бързо, повтарящо се, неритмично движение (обикновено включващо определена група от мускули)

или вокална продукция, която е с внезапно начало и без явна цел. Тиковете се преживяват като непреодолими, но обикновено те могат да бъдат подтиснати за различни периоди от време. Както двигателните, така и вокалните тикове могат да бъдат класифицирани като прости и сложни, обаче границите между тях не са добре определени. Обичайните прости двигателни тикове включват мигане с очи, резки движения на шията, свиване на раменете или гримаси на лицето. Обичайните прости вокални тикове включват леко покашляне, джавкане, подсмърчане и съскане. Обичайните сложни двигателни тикове включват удряне на собственото тяло, скачане и подскачане. Обичайните сложни вокални тикове са повтаряне на определени думи и понякога употреба на социално неприемливи (често неприлични) думи (копролалия) и повтаряне на собствени звуци или думи (палилалия).

Съществува огромно разнообразие в тежестта на тиковете. В едната крайност явлението е почти нормално, като всяко пето или всяко десето дете показва преходни тикове по някое време. В другата крайност синдромът на Tourette е необичайно хронично, инвалидизиращо разстройство. Съществува неяснота дали тези крайности представляват различни състояния или са по-скоро двата края на един и същ континуум; повечето авторитети считат последното за по-вероятно. Тиковите разстройства са значително по-чести при момчетата и често има фамилна анамнеза за тикове.

Диагностични указания

Главните особености, разграничаващи тиковете от другите двигателни разстройства са внезапната, бърза, преходна и ограничена в определена мускулна група, природа на движенията, заедно с липсата на доказателство за пораждащо ги неврологично заболяване; тяхната повторемост; (обикновено) изчезването им по време на сън; и лекотата, с която те могат да бъдат волево възпроизведени или подтиснати. Липсата на ритмичност разграничава тиковете от стереотипните повтарящи се движения, наблюдавани в някои случаи на аутизъм или на умствено изоставане. Маниерните двигателни действия, наблюдавани при същите разстройства, обикновено включват по-сложни и разнообразни движения, отколкото се наблюдават при тиковете. Обсесивно-компулсивните действия понякога наподобяват сложни тикове, но се отличават по това, че формата им се определя по-скоро от целта на действието (например докосване на някакъв предмет или завъртане за определен брой пъти), отколкото от въввлечената мускулна група, но разграничаването понякога е трудно.

Тиковете често са изолирано явление, но не рядко те са съчетани с разнообразни емоционални нарушения; може би най-вече с натрапливи и хипохондрични прояви. Тиковете са съчетани също така и със специфични закъснения в развитието.

Липсва ясна разграничаваща линия между тиковото разстройство, придружено от емоционални нарушения и емоционално разстройство с придружаващи тикове. Диагнозата би трябвало да отразява основния тип абнормност.

F95.0 ПРЕХОДНО ТИКОВО РАЗСТРОЙСТВО

Това е разстройство, отговарящо на общите критерии за тиково разстройство, но тиковете не продължават повече от 12 месеца. Това е най-разпространената форма на тикове, тя е най-честа във възрастта между 4 и 5 години и тиковете обикновено са под формата на мигане с очи, лицеви гримаси или отмятане на главата. В някои случаи тиковете се срещат като единичен епизод, но в други случаи са налице ремисии и рецидиви за период от месеци.

F95.1 ХРОНИЧНО ДВИГАТЕЛНО ИЛИ ГЛАСОВО ТИКОВО РАЗСТРОЙСТВО

Отговаря на общите критерии за тиково разстройство, при което са налице двигателни или вокални тикове (но не и двете), които могат да бъдат единични или множествени (но обикновено множествени), с продължителност над 1 година.

F95.2 КОМБИНИРАНИ ГЛАСОВИ И МНОЖЕСТВЕНИ ДВИГАТЕЛНИ ТИКОВЕ (СИНДРОМ НА TOURETTE)

Това е форма на тиково разстройство, при което съществуват или са съществували множествени двигателни тикове И един или повече вокални тикове, макар че не е наложително те да са наблюдавани едновременно. Почти винаги началото е в детството или юношеството. Обикновено двигателните тикове се появяват преди да се развият вокалните тикове; симптомите често се влошават в юношеството и обикновено разстройството персистира в зряла възраст.

Вокалните тикове често са множествени с експлозивни повтарящи се вокализации, покашляне, сумтене и може да има употреба на неприлични думи или фрази. Понякога се придружават от жестова ехопраксия, която също така може да има неприличен характер (копропраксия). Както двигателните тикове, така и вокалните тикове могат да бъдат волево подтиснати за кратки периоди от време, да бъдат възобновени или засилени от стресови ситуации и изчезват по време на сън.

F95.8 ДРУГО ТИКОВО РАЗСТРОЙСТВО

F95.9 ТИКОВО РАЗСТРОЙСТВО, НЕУТОЧНЕНО

Тази категория е не препоръчвана, резидуална за разстройство, отговарящо на общите критерии за тиково разстройство, но специфичността на което не може да бъде определена, или чертите на което не отговарят на критериите за F95.0, F95.1 или F95.2.

F98 ДРУГИ ПОВЕДЕНЧЕСКИ И ЕМОЦИОНАЛНИ РАЗСТРОЙСТВА С НАЧАЛО, ОБИЧАЙНО В ДЕТСТВОТО ИЛИ ЮНОШЕСТВОТО

Тази рубрика обхваща нееднородна група разстройства, общата характеристика на които е начало в детството, но които се различават в много отношения. Някои от тези състояния представляват добре дефинирани синдроми, но други са само комплекси от симптоми без нозологична валидност, но които трябва да бъдат включени тук поради честотата им и съчетанието им с психосоциални нарушения, и тъй като те не могат да се вградят в други синдроми.

Изключва: пристъпи със задържане на дъха (R08.8), разстройство на половия идентитет в детството (F64.2); хиперсомния и мегафагия (синдром на Kleine-Levin) (G47.8); разстройства на съня (F51).

F98.0 НЕОРГАНИЧНИ ЕНУРЕЗА

Това е разстройство, характеризиращо се с неволево изпускане на урина през деня и/или през нощта, което е абнормно по отношение на умствената възраст на индивида; и което не е последица от липсата на контрол над пикочния мехур, дължаща се на неврологично разстройство, на епилептични припадъци или на структурна аномалия в пикочните пътища. Енурезата може да е съществувала от раждането (например абнормно продължение на нормалното изпускане в ранното детство) или може да е възникнала след период на изработен сфинктерен контрол. Енурезата с късно начало (или вторична енуреза) обикновено започва във възрастта между 5 и 7 години. Енурезата може да съществува като моносимптомно състояние или може да бъде свързана с някое по-общо емоционално или поведенческо разстройство. В тези случаи механизмите на връзката са неясни; емоционалните проблеми могат да възникнат като вторична последица от дистреса или стигмата, породени от енурезата; енурезата може да е част от друго психиатрично разстройство, или енурезата и емоционалното/поведенческото нарушение могат да възникнат успоредно от сродни етиологични фактори. В отделния случай липсва пряк и недвусмислен начин за избор на една от тези алтернативи и диагнозата трябва да бъде поставена въз основа на това, кое нарушение (т.е. енурезата или емоционалното/ поведенческото

разстройство), представлява основния проблем.

Диагностични указания

Липсва ясна граница между нормалните варианти във възрастта на придобиване на сфинктерен контрол и енурезата като разстройство; обаче енурезата обикновено не се диагностицира под 5 годишна възраст или при умствена възраст под 4 години. Ако енурезата е съчетана с някакво (друго) емоционално или поведенческо разстройство, обикновено тя би била основната диагноза само ако неволево изпускане на урина се среща поне няколко пъти седмично и ако проявата на другите симптоми съвпада във времето с проявите на енурезата. Понякога енурезата се съчетава с енкопреза; в такива случаи трябва да бъде поставена диагнозата енкопреза.

Понякога децата развиват преходна енуреза в резултат на цистит или полиурия (например при диабет). Обаче това не е достатъчно обяснение за енуреза, персистираща след излекувана инфекция или след овладяна полиурия. Не са редки случаите, когато циститите са вторични по отношение на енурезата и възникват от възходяща инфекция на пикочните пътища (особено при момичетата) в резултат на непрекъснатото подмокряне.

Включва: функционална или психогенна енуреза; незадържане на урина от неорганичен произход.

F98.1 НЕОРГАНИЧНА ЕНКОПРЕЗА

Повтарящо се, волево или неволево освобождаване на фекалии, с нормална или почти нормална консистенция, на места, които в социо-културалната среда на детето се считат за неподходящи за тази цел. Състоянието може да представлява абнормно продължение на нормалното за малките деца незадържане, може да се изрази в загуба на вече изработен сфинктерен контрол или може да включва преднамерено изпускане на фекалии на неподходящи места, въпреки нормалния физиологичен контрол на тазовите резервоари. Състоянието може да се срещне като моносимптомно разстройство или може да бъде част от по-широко разстройство, особено емоционално разстройство (F93) или поведенческо разстройство (F91).

Решаваща диагностична черта е неподходящото място на изпускане на фекалиите. Състоянието може да възникне по няколко различни начина. Първо: то може да представлява липса на адекватна тренировка за тоалет или липса на адекватен отговор на тренировката - с постоянна несполука за овладяване на тазовите резервоари, Второ: то може да отразява психологически детерминирано разстройство, при което е налице нормален физиологичен контрол над дефекацията, но по някаква причина съществува нежелание/отказ/провал да се спазват социалните норми за дефекация на подходящи места. Трето: разстройството може да възникне от физиологично задържане, състоящо се в стискане на фекалиите, с последващо обилно изпразване и изхвърляне на фекалиите на неподходящи места. Такова задържана може да възникне в резултат на битката между родителите и детето по повод изработване на контрол над тазовите резервоари, по повод задържането на фекалиите при болезнена дефекация (например в резултат на анална фисура) или поради други причини. В някои случаи енкопрезата може да се придружава от размазване на фекалиите по тялото или по окръжаващите предмети и по-рядко може да се наблюдава бъркане с пръсти в ануса или мастурбация. Обикновено съществува известна степен на придружаващо емоционално/поведенческо разстройство. Липсва ясна граница между енкопрезата, съчетана с емоционални и поведенчески разстройства и енкопрезата като допълнителен симптом на някои други психиатрични разстройства. Препоръчва се кодът за енкопреза (F98.1) да се използва, ако енкопрезата е преобладаващия феномен, а кодът за друго разстройство да се използва, ако енкопрезата не е основното нарушение (и винаги ако честотата ѝ е по-малка от веднъж месечно). Енкопрезата и енурезата се съчетават често и когато това е така, в кодирането се дава предимство на енкопрезата, Понякога енкопрезата настъпва след органично заболяване, например анална фисура или гастроинтестинална инфекция - трябва

да бъде кодирано само органичното заболяване, ако то представлява достатъчно обяснение за изпускането на фекалии, но ако то е отключваща, а не достатъчна причина, трябва да бъде използван кодът F98.1 (в допълнение към соматичното състояние).

Изключва: (а) Енкопреза, дължаща се на органично заболяване, например аганглионен мегаколон (Q43.1) или spina bifida (Q05). Трябва обаче да се помни, че енкопрезата може да придружава или да последва такива състояния, като анална фисура или гастро-интестинална инфекция. (б) Констипация, включваща блокаж на фекалии, водещ до излив на течни или полутечни фекалии (K59.0). В някои случаи енкопрезата и констипацията могат да съществуват едновременно; в такива случаи са кодира енкопрезата (ако е уместно с допълнителното соматично кодиране на състоянието, водещо до констипация).

F98.2 РАЗСТРОЙСТВА НА ХРАНЕНЕТО В БЕБЕШКА И ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

Хранително разстройство с разнообразни прояви, обикновено специфични за ранното детство. В общи линии то включва отказ от храна и крайна капризност при наличието на достатъчна и подходяща храна, достатъчно компетентно лице, грижещо се за детето и липса на органично заболяване. Може да е налице или не съпътстващо преживяне на храната (означаващо повторно връщане на храната в устата без гадене или гастроинтестинално заболяване).

Диагностични указания

Малки трудности в храненето са много чести при бебетата и малките деца (под формата на капризничене, предполагаемо недостатъчно ядене или предполагаемо преяждане). Сами по себе си те не трябва да бъдат разглеждани като показатели за разстройство. Разстройството трябва да бъде диагностицирано само ако степента е явно извън нормалните граници, или ако по същността си проблемът в храненето е качествено абнормен, или ако детето не наддава или отслабва на тегло за период поне от един месец.

Включва: разстройство с преживяне в бебешка възраст.

Изключва: състояния, при които детето с охота приема храна от други възрастни, но не и от лицето, което се грижи за него; органично заболяване, което обяснява отказа от храна; анорексия нервоза (F50,-) или друго разстройство на храненето; по-общо психиатрично разстройство; пика (F98.3); затруднения в храненето и лошо хранене (R63.3).

F98.3 ПИКА В БЕБЕШКА И ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

Упорито хранене с нехранителни вещества (например пръст, парченца боя и т.н.). Това може да се срещне като един от многото симптоми на по-общо психиатрично заболяване (например аутизъм), или може да се наблюдава като относително изолирано психопатологично поведение; единствено последното се кодира тук. Този феномен е най-обичаен при децата с умствено изоставане, което се кодира с F70-79. Обаче пика може да се срещне и при деца с нормален интелект (обикновено малки деца).

F98.4 РАЗСТРОЙСТВО СЪС СТЕРЕОТИПНИ ДВИЖЕНИЯ

Волеви, повтарящи се, стереотипни, нефункционални (и често ритмични) движения, които не са част от някое известно психиатрично или неврологично състояние. Когато такива движения се срещат като симптоми на някое друго разстройство, трябва да бъде кодирано сако общото разстройство (кодът F98.5 не трябва да бъде използван). Движенията, които не водят до себенараняване, включват: люлеене на тялото, люлеене на главата, скубане и усукване на косите, щракане с пръсти и пляскане с ръце. Гризането на нокти, смукането на палеца и чопленето на носа не трябва да се включват, тъй като имат различни епидемиологични характеристики, не са добри показатели за психопатология и не са с достатъчна значимост за общественото здравеопазване, за да бъдат класифицирани. Стереотипното себенараняващо поведение включва повтарящо се удряне на главата, пляскане на лицето, бъркане а очите и хапане на ръцете, устните и други телесни части.

Всички стереотипни разстройства се срещат най-често в съчетание с умствено изоставане (в такъв случай трябва да бъдат кодирани И двете).

Бъркането в очите е особено често у децата с нарушения в зрението. Обаче, смущението в зрението не е достатъчно обяснение и когато се срещат едновременно бъркане в очите и слепота (или частична слепота), трябва да бъдат кодирани и двете: бъркането в очите се кодира в рубрика F98.4, а зрителното нарушение с подходящ за соматичното заболяване код.

Изключва: тикове (F95.-); стереотипни, които са част от по-общо психиатрично заболяване (например генерализирано разстройство на развитието); двигателни абнормности, дължащи се на неврологично (или друго соматично) състояние (R25, R26, R27); obsесивно-компулсивно разстройство (F42); trichotillomania (F64.3); гризане на нокти, чоплене на носа, смукане на пръста (F98.8).

F98.5 ЗАЕКВАНЕ

При това разстройство речта се характеризира с често повтаряне или удължаване на звуци, срички, или думи; или с чести колебания и паузи, които накъсват ритмичния поток на речта. Малки дизритмии от този тип са доста чести като преходна фаза в ранното детство или като лека, но устойчива черта на речта в късното детство и зряла възраст. То трябва да бъде класифицирано като разстройство само ако тежестта му е такава, че забележимо уврежда плавността на речта. Могат да се наблюдават придружаващи движения на лицето и/или друга част на тялото, които съвпадат по време с повторенията, удължаването или паузите в речевия поток. Заекването трябва да бъде диференцирано от бързата реч (виж по-долу) и от тиковите. В някои случаи може да се наблюдава съчетаване с разстройство в развитието на речта и езика, и в такъв случай то трябва да бъде кодирано отделно в рубриката F8G.

Изключва: типови разстройства (F95); бърза реч (F98.6); неврологично разстройство, водещо до речеви дизритмии (Глава VI); obsесивно-компулсивни разстройства (F42).

F98.6 БЪРЗА РЕЧ (CLUTTERING)

Говорене с повишена скорост при нарушаване на плавността, но без повтаряния или колебания; с тежест, която води до нарушаване на разбираемостта на речта. Речта е накъсана и дизритмична, с бързи изблици, които обикновено включват неправилно структуриране на фразата (например редуващи се паузи и изблици на речева продукция, несвързани с граматичната структура на изречението).

Изключва: заекване (F98.5); тикови разстройства (F95); неврологични заболявания, водещи до речеви дизритмии; obsесивно-компулсивни разстройства (F42).

F93.8 ДРУГИ УТОЧНЕНИ ПОВЕДЕНЧЕСКИ И ЕМОЦИОНАЛНИ РАЗСТРОЙСТВА С КАЧАЛО ОБИКНОВЕНО В ДЕТСТВОТО И ЮНОШЕСТВОТО

Включва: гризане на нокти; чоплене на носа; смукане на пръста; (прекомерно) мастурбиране; разстройство с дефицит във вниманието без хиперактивност.

F98.9 НЕУТОЧНЕНИ ПОВЕДЕНЧЕСКИ И ЕМОЦИОНАЛНИ РАЗСТРОЙСТВА С НАЧАЛО ОБИКНОВЕНО В ДЕТСТВОТО ИЛИ ЮНОШЕСТВОТО

F99 НЕУТОЧНЕНО ПСИХИЧНО РАЗСТРОЙСТВО

Непрепоръчвана резидуална категория, когато никакъв друг код от глава V (F00 - F98) не може да се използва.