

# Классификация психических расстройств МКБ-10.

## Исследовательские диагностические критерии.

### Оглавление

Предисловие.....	1
Примечания.....	2
Перечень диагностических рубрик.....	4
F00-F09 Органические, включая симптоматические, психические расстройства.....	15
F10-F19 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ.....	26
F20-F29 Шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства.....	36
F30-F39 (Аффективные)расстройства настроения.....	43
F40-F48 Невротические связанные со стрессом и соматоформные расстройства.....	51
F50-F59 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами.....	62
F60-F69 Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых.....	69
F70-F79 Умственная отсталость.....	79
F80-F89 Расстройства психологического развития.....	80
F90-F98 Поведенческие расстройства детского и подросткового возраста.....	86

### Предисловие.

В начале 1960-х годов во Всемирной Организации здравоохранения началась активная работа по программе, ставящей своей целью улучшение диагностики и классификации психических расстройств. В то время ВОЗ провела серию совещаний, на которых представители различных дисциплин и психиатрических школ из разных стран мира подытожили существовавшие тогда знания в этой области. ВОЗ стимулировала и проводила исследование классификационных критериев и диагностической воспроизводимости. Кроме того, разрабатывались и распространялись процедуры совместных диагностических оценок клинического материала на основе изучения видеозаписей расспроса больных и другие методы. В результате многочисленных предложений по улучшению классификации психических расстройств в ходе самых широких консультаций был проведен 8-ой пересмотр Международной классификации болезни (МКБ-8). Был разработан специальный глоссарий с определением каждой категории психических расстройств в МКБ-8. Работа по вышеуказанной программе привела также к созданию коллектива лиц и сети национальных центров, занимающихся проблемами совершенствования психиатрической классификации.

В 1970-е годы отмечалось усиление интереса к совершенствованию психиатрической систематики во всем мире. Этому способствовали расширение международных контактов, организация нескольких международных совместных исследований и появление возможности новых форм терапии. В ряде стран поощрялось развитие специальных классификационных критериев для повышения диагностической воспроизводимости. В частности Американская психиатрическая ассоциация разработала и распространила 3-ий пересмотр Диагностического и статистического руководства, которое включало в свою классификационную систему использование операциональных критериев.

В 1978 году ВОЗ включилась в долгосрочный проект совместно с американским административным управлением по проблемам психического здоровья и злоупотребления алкоголем и наркотиками для дальнейшего совершенствования классификации и диагностики психических расстройств и проблем, связанных с употреблением алкоголя и наркотиков. В ходе серии семинаров, на которых встречались ученые различных психиатрических традиций, был проведен обзор знаний по соответствующим областям и разработаны рекомендации по дальнейшим исследованиям. Эти рекомендации были подытожены на крупной международной конференции в Копенгагене (Дания) в 1982 году.

Для воплощения рекомендаций Копенгагенской конференции были предприняты несколько крупных исследований. Одно из них, в котором приняли участие центры 17 стран, преследовало целью разработку Сводного международного диагностического интервью, инструмента, который был бы пригоден для проведения эпидемиологических исследований психических расстройств в общих популяциях различных стран. Другой крупный проект был сосредоточен на разработке оценочного инструмента, пригодного для использования клиницистами. Еще одно исследование было посвящено разработке инструмента по оценке личностных расстройств в различных странах.

Кроме того, подготовлены и подготавливаются еще несколько словарей с четкими определениями терминов. Работа по этим проектам была плодотворно связанной с разработкой дефиниций психических и поведенческих расстройств в Международной статистической классификации болезней и относящихся к ним проблем здоровья (МКБ-10). Перевод диагностических критериев в диагностические алгоритмы, включаемые в оценочные инструменты, оказался полезным для выявления противоречий, спорных пунктов и повторений, которые стало возможным устранить. С другой стороны, работа над МКБ-10 помогла формированию оценочных инструментов. Окончательным результатом явилось создание четкой системы критериев для МКБ-10 и оценочных инструментов, которые могут представлять данные, необходимые для классификации расстройств в соответствии с критериями, включенными в главу V (F) МКБ-10.

Копенгагенская конференция рекомендовала также, чтобы позиции различных психиатрических школ были представлены в публикациях, посвященных источникам классификации МКБ-10. В результате появились несколько крупных публикаций.

Первой книгой из числа публикаций, составленных на основе главы V (F) МКБ-10, стал глоссарий "Клинические описания и диагностические указания". Она представляет собой завершений усилий многих людей, работавших над ней в течение ряда лет. В ходе этой работы было подготовлено несколько больших проектов, каждый из которых выходил после многочисленных консультаций с группами экспертов, национальными и международными психиатрическими ассоциациями и индивидуальными консультантами. Проект 1987 года послужил основой для испытаний в 40 национальных центрах, что стало беспрецедентным исследованием подобного рода, направленным на совершенствование психиатрической диагностики. Результаты этих испытаний были использованы для подготовки окончательного варианта клинических указаний.

Представленный в этой книге текст также прошел широкую проверку. В ней участвовали исследователи и клиницисты из 32 стран. Последующие публикации будут включать версию для работников здравоохранения общей практики, многоосевой вариант классификации, серию публикаций с детальным изложением более частных проблем (например, по оценке и классификации умственной отсталости), а также справочные материалы, позволяющие сравнение соответствующих терминов в МКБ-10, МКБ-9 и МКБ-8.

С накоплением опыта и расширением наших знаний должна иметься возможность дальнейшего совершенствования классификации психических расстройств. Эта задача будет возлагаться главным образом на те центры ВОЗ, которые участвовали в подготовке данной классификации.

Имеются многочисленные публикации из национальных центров по результатам исследований МКБ-10 и в связи с ней. Их полный перечень и оттиски статей могут быть получены по запросу в Отдел психического здоровья, ВОЗ, 1211 Женева 27, Швейцария.

Классификация представляет собой способ видения мира на определенном временном этапе. Без сомнения, научный прогресс и опыт применения настоящих исследовательских критериев потребует их пересмотра и обновления. Надеюсь, что такая ревизия станет результатом такого же сердечного и продуктивного международного научного сотрудничества, что и при подготовке данной книги.

*Норман Сарториус*

*Директор Отдела психического здоровья ВОЗ*

## **Примечания.**

1. Содержание Исследовательских диагностических критериев (ИДК-10) является производным из главы V (F) МКБ-10. Здесь даются специфические критерии для диагнозов из глоссария "Клинические описания и диагностические указания"(КОДУ), который подготовлен для клиницистов, преподавателей психиатрии и других работников психиатрического здравоохранения.

2. ИДК-10, хотя они и являются полностью совместимыми с КОДУ и МКБ-10, отличаются стилем изложения. Они не предназначены для использования изолированно, поэтому исследователи должны ознакомиться с КОДУ. ИДК-10 не содержат описаний клинических концепций, на которых основываются исследовательские критерии, или каких-либо комментариев о часто сопутствующих симптомах, которые, не являясь необходимыми для диагноза, могут иметь значение как для клиницистов, так и исследователей. Информацию и комментарии об этих симптомах можно найти в вводных главах КОДУ. Предполагается, что каждый психиатр, использующий ИДК-10, будет иметь и экземпляр КОДУ.

3. Для адекватного использования ИДК-10 следует отметить и некоторые другие их отличия от КОДУ.

а) Подобно другим опубликованным исследовательским диагностическим критериям критерии ИДК-10 являются преднамеренно суженными: их использование позволяет проводить отбор групп пациентов, чьи симптомы и другие характеристики являются сходными по ряду определенных аспектов. Это способствует гомогенизации групп больных, но ограничивает возможные обобщения. Исследователи, желающие изучить частичное сходство между диагностическими единицами или определить границы между ними, могут нуждаться поэтому в дополнительных критериях, позволяющих включать в исследование атипичные случаи.

б) Ввиду неадекватности не приводятся детальные критерии к рубрикам неуточненных расстройств (.9) и, как правило, к рубрикам "других" расстройств (.8). В приложении 1 даются предложения с критериями к некоторым рубрикам, данные о которых противоречивы и которые нуждаются в дальнейшем изучении.

в) В зависимости от целей исследования различные исследовательские проекты устанавливают различные требования к критериям исключения и возможности коморбидности. Поэтому в ИДК-10 приводятся лишь некоторые наиболее очевидные и часто используемые критерии исключения, которые служат для напоминания и удобства употребления, а более подробную информацию при необходимости можно найти в КОДУ.

4. Влияние расстройства на выполнение социальной роли как правило не использовалось в качестве диагностического критерия в МКБ-10, но имеются некоторые неизбежные исключения, наиболее очевидные из которых — деменция, простая шизофрения и диссоциальное расстройство личности. После принятия решения о включении этих расстройств в классификацию, было решено сделать это без модификаций соответствующих концепций, в результате чего и стало необходимым включить препятствие выполнению социальной роли в качестве диагностического критерия для этих расстройств. Последующие исследования и опыт покажут оправданность такого решения.

Среди диагностических критериев многих расстройств детского и подросткового возраста нашли свое место и некоторые формы влияния расстройств на социальные взаимосвязи и поведение. Вначале это может представляться противоречащим вышеупомянутым общим правилам МКБ. Однако при более внимательном рассмотрении нарушений, классифицированных в F80-89 и F90-F98, можно заметить, что потребность в социальном критерии здесь обусловлена более сложной природой расстройств. У детей часто обнаруживаются страдание и фрустрация, но редко бывают специфические жалобы и симптомы, эквивалентные тем, которые характеризуют расстройства у взрослых. Многие расстройства в F80-F89 и F90-F98 являются сочетанными нарушениями, которые могут быть описаны только благодаря указанию на то, как они влияют на выполнение ролей в семье, школе и группе сверстников.

5. По той же причине, которая указана выше в 3 (в), лишь в редких случаях приведены дефиниции ремиссии, рецидива и продолжительности эпизода. Соответствующие предложения готовятся в словаре терминов к главе V (P) МКБ-10 "Классификация психических и поведенческих расстройств"

6. Критерии помечены буквами и(или) номерами для указания на степень их значения. Общие критерии, которые должны выполняться во всех рубриках соответствующей группы расстройств (например, общие критерии всех типов деменции или главных форм шизофрении) помечены заглавной буквой G с указанием соответствующего номера. Обязательные критерии отдельных расстройств отмечены лишь заглавными буквами (А, Б, В и т.д.). Номера (1, 2, 3 и т.д.) и строчные буквы (а, б и т.д.) указывают на группы и подгруппы характеристик, из которых лишь некоторые требуются для диагностики. Чтобы не употреблять "и (или)", когда требуется один из двух критериев, всегда подразумевается, что наличие обоих критериев также удовлетворяет диагностике.

7. При использовании ИДК-10 на больных, страдающих и неврологическими расстройствами, исследователи могут использовать также неврологическую главу МКБ-10 с соответствующим глоссарием.

8. Два приложения к ИДК-10 касаются расстройств с неопределенным положением, носящим предварительный характер. В приложении 1 речь идет о некоторых аффективных расстройствах, которые были предметом недавних исследований, и о некоторых личностных расстройствах. Хотя соответствующие им концепции в некоторых странах рассматриваются как клинически значимые, с международной точки зрения сами по себе эти расстройства имеют неопределенное положение; можно надеяться, что включение их сюда будет способствовать изучению их пригодности.

В приложении 2 приводятся предварительно составленные описания ряда расстройств, которые часто называются "культурально специфическими". Имеются основания полагать, что их лучше рассматривать как культуральные варианты расстройств, уже включенных в V (P) главу МКБ-10, но для определенных заключений относительно них еще не хватает надежной и детализированной клинической информации. В ходе испытаний классификации в некоторых национальных центрах возникли значительные практические трудности, связанные с оценкой случаев этих расстройств, но включение их описаний в ИДК-10 может способствовать исследованиям теми психиатрами, которые знакомы с языком и культурой заболевших. Информация в приложении будет дополнена терминологическим словарем по кросс-культуральной психиатрии, который предполагается издать в 1994 году.

9. Следует обратить внимание, что в названиях категорий вместо "и (или)" стоит лишь одно слово "и".

## Перечень диагностических рубрик.

F00-F09 Органические, включая симптоматические, психические расстройства

F00 Деменция при болезни Альцгеймера

F00.0 Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом

F00.1 Деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом

F00.2 Деменция при болезни Альцгеймера, атипичная или смешанного типа

F00.9 Деменция при болезни Альцгеймера, неуточненная

F01 Сосудистая деменция

F01.0 Сосудистая деменция с острым началом

F01.1 Мультиинфарктная деменция

F01.2 Субкортикальная сосудистая деменция

F01.3 Смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция

F01.8 Другая сосудистая деменция

F01.9 Сосудистая деменция, неуточненная

F02 Деменция при болезнях, квалифицированных в других разделах

F02.0 Деменция при болезни Пика

F02.1 Деменция при болезни Крейцфельда-Якоба

F02.2 Деменция при болезни Гентингтона

F02.3 Деменция при болезни Паркинсона

F02.4 Деменция при заболеваниях, обусловленных вирусом иммунодефицита человека

(ВИЧ)

F02.8 Деменция при других уточненных заболеваниях, классифицируемых в других разделах

F03 Деменция, неуточненная

Для уточнения деменции в F00-F03 может использоваться пятый знак:

.x0 без дополнительной симптоматики

.x1 с другими симптомами, преимущественно бредовыми

.x1 с другими симптомами, преимущественно галлюцинаторными

.x3 с другими симптомами, преимущественно депрессивными

.x4 с другой смешанной симптоматикой Для указания тяжести деменции может использоваться шестой знак:

.xx0 Легкая

.xx1 Умеренная

.xx2 Тяжелая

F04 Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами

F05 Делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами

F05.0 Делирий, не возникающий на фоне деменции

F05.1 Делирий, возникающий на фоне деменции

F05.8 Другой делирий

F05.9 Делирий, неуточненный

F06 Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни

F06.0 Органический галлюциноз

F06.1 Органическое кататоническое расстройство

F06.2 Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство

F06.3 Органические (аффективные) расстройства

F06.4 Органическое тревожное расстройство

F06.5 Органические диссоциативные расстройства

F06.6 Органические эмоционально лабильные (астенические) расстройства

F06.7 Легкое когнитивное расстройство

F06.8 Другие уточненные психические расстройства вследствие повреждения и дисфункции головного мозга и физической болезни

F06.9 Неуточненные психические расстройства вследствие повреждения и дисфункции головного мозга и физической болезни

F07 Расстройства личности и поведения вследствие болезни повреждения и дисфункции головного мозга

F07.0 Органическое расстройство личности

F07.1 Постэнцефалический синдром

F07.2 Посткоммоционный синдром

F07.8 Другие органические расстройства личности и поведения вследствие заболевания повреждения и дисфункции головного мозга

F07.9 Неуточненные психические расстройства вследствие заболевания повреждения и дисфункции головного мозга

F09 Неуточненные органические или симптоматические психические

F10-F19 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ

F10 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя

F11 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов

F12 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления каннабиноидов

F13 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления седативных или снотворных веществ

F14 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления кокаина

F15 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления других стимуляторов, включая кофеин

F16 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления галлюциногенов

F17 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления табака

F18 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления летучих растворителей

F19 Психические и поведенческие расстройства в результате сочетанного употребления наркотиков и использования других психоактивных веществ 4-й и 5-й знаки могут использоваться для уточнения клинического состояния, а в соответствующих случаях острой интоксикации и состояний отмены приводятся диагностические критерии, специфические для каждого психоактивного вещества

- F1x.0 Острая интоксикация
  - .00 неосложненная
  - .01 с травмой или другим телесным повреждением
  - .02 с другими медицинскими осложнениями
  - .03 с делирием
  - .04 с расстройствами восприятия
  - .05 с комой
  - .06 с судорогами
  - .07 патологическое опьянение
- F1x.1 Употребление с вредными последствиями
- F1x.2 Синдром зависимости
  - .20 в настоящее время воздержание
    - .200 Ранняя ремиссия
    - .201 Частичная ремиссия
    - .202 Полная ремиссия
  - .21 в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление
  - .22 в настоящее время под клиническим наблюдением на поддерживающей или заместительной терапии (контролируемая зависимость)
  - .23 в настоящее время воздержание, но на лечении вызывающими отвращение или блокирующими лекарствами
  - .24 в настоящее время употребляется психоактивное вещество (активная зависимость)
    - .240 Без физических симптомов
    - .241 С физическими симптомами
  - .25 эпизодическое употребление
- F1x.3 Состояние отмены
  - .30 неосложненное
  - .31 с судорогами
- F1x.4 Состояние отмены с делирием
  - .40 без судорог
  - .41 с судорогами
- F1x.5 Психотическое расстройство
  - .50 шизофреноподобное
  - .51 преимущественно бредовое
  - .52 преимущественно галлюцинаторное
  - .53 преимущественно полиморфное
  - .54 преимущественно с депрессивными психотическими симптомами
  - .55 преимущественно с маниакальными психотическими симптомами
  - .56 смешанные
- F1x.6 Амнестический синдром
- F1x.7 Резидуальное психотическое расстройство и психотическое расстройство с поздним (отставленным) дебютом
  - .70 реминисценции
  - .71 расстройство личности или поведения
  - .72 остаточное аффективное расстройство
  - .73 деменция
  - .74 другое стойкое когнитивное нарушение
  - .75 психотическое расстройство с поздним дебютом
- F1x.8 Другие психические и поведенческие расстройства
- F1x.9 Неуточненное психическое и поведенческое расстройство

## F20-F29 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства

### F20 Шизофрения

- F20.0 Параноидная шизофрения
- F20.1 Гебефренная шизофрения
- F20.2 Кататоническая шизофрения
- F20.3 Недифференцированная шизофрения
- F20.4 Постшизофреническая депрессия
- F20.5 Резидуальная шизофрения
- F20.6 Простая шизофрения
- F20.8 Другие формы шизофрении
- F20.9 Шизофрения, неуточненная

Типы течения шизофренических расстройств могут быть классифицированы, используя следующие пятерые знаки:

- .x0 непрерывный
- .x1 эпизодический с нарастающим дефектом
- .x2 эпизодический со стабильным дефектом
- .x3 эпизодический ремиттирующий
- .x4 неполная ремиссия
- .x5 полная ремиссия
- .x8 другой
- .x9 течение неясно, период наблюдения слишком короток

### F21 Шизотипическое расстройство

### F22 Хронические бредовые расстройства

- F22.0 Бредовое расстройство
- F22.8 Другие хронические бредовые расстройства
- F22.9 Хроническое бредовое расстройство, неуточненное

### F23 Острые и транзиторные психотические расстройства

- F23.0 Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении
- F23.1 Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении
- F23.2 Острое шизофреноподобное психотическое расстройство
- F23.3 Другие острые преимущественно бредовые психотические расстройства
- F23.8 Другие острые и транзиторные психотические расстройства
- F23.9 Острые и транзиторные психотические расстройства, неуточненные

Для указания наличия или отсутствия острого ассоциированного стресса может использоваться пятый знак:

- .x0 без ассоциированного острого стресса
- .x1 с ассоциированным острым стрессом

### F24 Индуцированное бредовое расстройство

### F25 Шизоаффективные расстройства

- F25.0 Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип
- F25.1 Шизоаффективный психоз
- F25.2 Шизоаффективное расстройство, смешанный тип
- F25.8 Другие шизоаффективные расстройства
- F25.9 Шизоаффективное расстройство, неуточненное

Могут выделяться следующие подтипы по пятому знаку:

- .x0 Одновременно только аффективные и шизофренические симптомы
- .x1 Одновременно аффективные и шизофренические симптомы, плюс сохранение шизофренических симптомов после исчезновения аффективных

### F28 Другие неорганические психотические расстройства

### F29 Неуточненный неорганический психоз

F30-F39 Аффективные расстройства настроения

F30 Маниакальный эпизод

F30.0 Гипомания

F30.1 Мания без психотических симптомов

F30.2 Мания с психотическими симптомами

.20 С соответствующими настроению психотическими симптомами

.21 С несоответствующими настроению психотическими симптомами

F30.8 Другие маниакальные эпизоды

F30.9 Маниакальные эпизоды неуточненные

F31 Биполярное аффективное расстройство

F31.0 Биполярное аффективное расстройство, текущий гипоманиакальный эпизод

F31.1 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов

F31.2 Биполярное аффективное расстройство, текущий маниакальный эпизод с психотическими симптомами

.20 С соответствующими настроению психотическими симптомами

.21 С несоответствующими настроению психотическими симптомами

F31.3 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод умеренной или легкой депрессии

.30 без соматических симптомов

.31 с соматическими симптомами

F31.4 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов

F31.5 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами

.50 С соответствующими настроению психотическими симптомами

.51 С несоответствующими настроению психотическими симптомами

F31.6 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанный

F31.7 Биполярное аффективное расстройство, состояние ремиссии

F31.8 Другие биполярные аффективные расстройства

F31.9 Биполярное аффективное расстройство, неуточненное

F32 Депрессивный эпизод

F32.0 Легкий депрессивный эпизод

.00 без соматических симптомов

.01 с соматическими симптомами

F32.1 Умеренный депрессивный эпизод

.10 без соматических симптомов

.11 с соматическими симптомами

F32.2 Тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов

F32.3 Тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами

.30 С соответствующими настроению психотическими симптомами

.31 С несоответствующими настроению психотическими симптомами

F32.8 Другие депрессивные эпизоды

F32.9 Депрессивные эпизоды, неуточненные

F33 Рекуррентное депрессивное расстройство

F33.0 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени

.00 без соматических симптомов

.01 с соматическими симптомами

F33.1 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной тяжести

.10 без соматических симптомов



- .11 с соматическими симптомами
- F33.2 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелый без психотических симптомов
- F33.3 Рекуррентный депрессивный эпизод, текущий эпизод тяжелый с психотическими симптомами
  - .30 С соответствующими настроению психотическими симптомами
  - .31 С несоответствующими настроению психотическими симптомами
- F33.4 Рекуррентное депрессивное расстройство, состояние ремиссии
- F33.8 Другие рекуррентные депрессивные расстройства
- F33.9 Рекуррентное депрессивное расстройство, неуточненное
- F34 Хронические (аффективные) расстройства настроения
  - F34.0 Циклотимия
  - F34.1 Дистимия
  - F34.8 Другие хронические аффективные расстройства
  - F34.9 Хроническое (аффективное) расстройство настроения, неуточненное
- F38 Другие (аффективные) расстройства настроения
  - F38.0 Другие единичные (аффективные) расстройства настроения
    - .00 смешанный аффективный эпизод
  - F38.1 Другие рекуррентные (аффективные) расстройства настроения
    - .10 рекуррентное кратковременное депрессивное расстройство
  - F38.8 Другие уточненные (аффективные) расстройства настроения 21
  - F39 Неуточненные (аффективные) расстройства настроения
- F40-F48 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства
- F40 Тревожно-фобические расстройства
  - F40.0 Агорафобия
    - .00 без панического расстройства
    - .01 с паническим расстройством
  - F40.1 Социальные фобии
  - F40.2 Специфические (изолированные) фобии
  - F40.8 Другие тревожно-фобические расстройства
  - F40.9 Фобическое тревожное расстройство, неуточненное
- F41 Другие тревожные расстройства
  - F41.0 Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога)
    - .00 Умеренное
    - .01 Тяжелое
  - F41.1 Генерализованное тревожное расстройство
  - F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство
  - F41.3 Другие смешанные тревожные расстройства
  - F41.8 Другие уточненные тревожные расстройства
  - F41.9 Тревожное расстройство, неуточненное
- F42 Обсессивно-компульсивное расстройство
  - F42.0 Преимущественно навязчивые мысли или размышления (умственная жвачка)
  - F42.1 Преимущественно компульсивные действия (обсессивные ритуалы)
  - F42.2 Смешанные обсессивные мысли и действия
  - F42.8 Другие обсессивно-компульсивные расстройства
  - F42.9 Обсессивно-компульсивное расстройство, неуточненное
- F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации
  - F43.0 Острая реакция на стресс
    - .00 Легкая

- .01 Умеренная
- .02 Тяжелая
- F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство
- F43.2 Расстройства адаптации
  - .20 кратковременная депрессивная реакция
  - .21 пролонгированная депрессивная реакция
  - .22 смешанная тревожная и депрессивная реакция
  - .23 с преобладанием нарушения других эмоций
  - .24 с преобладанием нарушения поведения
  - .25 смешанное расстройство эмоций и поведения
  - .28 другие специфические преобладающие симптомы
- F43.8 Другие реакции на тяжелый стресс
- F43.9 Реакция на тяжелый стресс, неуточненная
- F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства
  - F44.0 Диссоциативная амнезия
  - F44.1 Диссоциативная фуга
  - F44.2 Диссоциативный ступор
  - F44.3 Трансы и состояния овладения
  - F44.4 Диссоциативные расстройства моторики
  - F44.5 Диссоциативные судороги
  - F44.6 Диссоциативная анестезия и утрата чувственного восприятия
  - F44.7 Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства
  - F44.8 Другие диссоциативные (конверсионные) расстройства
    - .80 синдром Ранзера
    - .81 расстройство множественной личности
    - .82 транзиторные диссоциативные (конверсионные) расстройства, возникающие в детском и подростковом возрасте
    - .88 другие уточненные диссоциативные (конверсионные) расстройства
  - F44.9 Диссоциативное (конверсионное) расстройство, неуточненное
- F45 Соматоформные расстройства
  - F45.0 Соматизированное расстройство
  - F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство
  - F45.2 Ипохондрическое расстройство
  - F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция
    - .30 сердца и сердечно-сосудистой системы
    - .31 верхней части желудочно-кишечного тракта
    - .32 нижней части желудочно-кишечного тракта
    - .33 дыхательной системы
    - .34 урогенитальной системы
    - .38 другого органа или системы
  - F45.4 Хроническое соматоформное болевое расстройство
  - F45.8 Другие соматоформные расстройства
  - F45.9 Соматоформное расстройство, неуточненное
- F48 Другие невротические расстройства
  - F48.0 Неврастения
  - F48.1 Синдром деперсонализации-дереализации
  - F48.8 Другие специфические невротические расстройства
  - F48.9 Невротическое расстройство, неуточненное

- F50-F59 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами
- F50 Расстройства приема пищи
- F50.0 Нервная анорексия
  - F50.1 Атипичная нервная анорексия
  - F50.2 Нервная булимия
  - F50.3 Атипичная нервная булимия
  - F50.4 Переедание, сочетающееся с другими нарушениями
  - F50.5 Рвота, сочетающаяся с другими психологическими нарушениями
  - F50.8 Другие расстройства приема пищи
  - F50.9 Расстройство приема пищи, неуточненное
- F51 Расстройства сна неорганической природы
- F51.0 Бессоница неорганической природы
  - F51.1 Гиперсомния неорганической природы
  - F51.2 Расстройство режима сна-бодрствования неорганической природы
  - F51.3 Снохождение (сомнамбулизм)
  - F51.4 Ужасы во время сна (ночные ужасы)
  - F51.5 Кошмары
  - F51.8 Другие расстройства сна неорганической природы
  - F51.9 Расстройство сна неорганической природы, неуточненное
- F52 Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием
- F52.0 Отсутствие или потеря полового влечения
  - F52.1 Сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения
    - .10 сексуальное отвращение
    - .11 отсутствие сексуального удовлетворения
  - F52.2 Отсутствие генитальной реакции
  - F52.3 Оргазмическая дисфункция
  - F52.4 Преждевременная эякуляция
  - F52.5 Вагинизм неорганической природы
  - F52.6 Диспарейния неорганической природы
  - F52.7 Повышенное половое влечение
  - F52.8 Другая половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием
  - F52.9 Неугноченная половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием
- F53 Психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах
- F53.0 Легкие психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах
  - F53.1 Тяжелые психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах
  - F53.8 Другие психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах
  - F53.9 Послеродовое психическое расстройство, неуточненное
- F54 Психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других разделах
- F55 Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости
- F55.0 Антидепрессанты
  - F55.1 Слабительные
  - F55.2 Анальгетики
  - F55.3 Средства снижения кислотности

- F55.4 Витамины
- F55.5 Стероиды или гормоны
- F55.6 Специфические травы и народные средства
- F55.8 Другие вещества, которые не вызывают зависимости
- F55.9 Неуточненные
- F59 Неуточненные поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами
  
- F60-F69 Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых
- F60 Специфические расстройства личности
  - F60.0 Параноидное расстройство личности
  - F60.1 Шизоидное расстройство личности
  - F60.2 Диссоциальное расстройство личности
  - F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности
    - .30 импульсивный тип
    - .31 пограничный тип
  - F60.4 Истерическое расстройство личности
  - F60.5 Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности
  - F60.6 Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности
  - F60.7 Зависимое расстройство личности
  - F60.8 Другие специфические расстройства личности
  - F60.9 Расстройство личности, неуточненное
- F61 Смешанное и другие расстройства личности
  - F61.0 Смешанные расстройства личности
  - F61.1 Причиняющие беспокойство изменения личности
- F62 Хронические изменения личности, не связанные с повреждением или заболеванием мозга
  - F62.0 Хроническое изменение личности после переживания катастрофы
  - F62.1 Хроническое изменение личности после психической болезни
  - F62.8 Другие хронические изменения личности
  - F62.9 Хроническое изменение личности, неуточненное
- F63 Расстройства привычек и влечений
  - F63.0 Патологическая склонность к азартным играм
  - F63.1 Патологические поджоги (пиромания)
  - F63.2 Патологическое воровство (клептомания)
  - F63.3 Трихотиломания
  - F63.8 Другие расстройства привычек и влечений
  - F63.9 Расстройство привычек и влечений, неуточненное
- F64 Расстройства половой идентификации
  - F64.0 Транссексуализм
  - F64.1 Трансвестизм двойной роли
  - F64.2 Расстройство половой идентификации у детей
  - F64.8 Другие расстройства половой идентификации
  - F64.9 Расстройство половой идентификации, неуточненное
- F65 Расстройства сексуального предпочтения
  - F65.0 Фетишизм
  - F65.1 Фетишистский трансвестизм
  - F65.2 Эксибиционизм
  - F65.3 Вуайеризм
  - F65.4 Педофилия
  - F65.5 Садомазохизм

- F65.6 Множественные расстройства сексуального предпочтения
- F65.8 Другие расстройства сексуального предпочтения
- F65.9 Расстройство сексуального предпочтения, неуточненное
- F66 Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией
  - F66.0 Расстройство полового созревания
  - F66.1 Эго-дистоническая сексуальная ориентация
  - F66.2 Расстройство сексуальных отношений
  - F66.8 Другие расстройства психосоциального развития
  - F66.9 Расстройство психосоциального развития, неуточненное
- F68 Другие расстройства зрелой личности и поведения у взрослых
  - F68.0 Преувеличение физических симптомов по психологическим причинам
  - F68.1 Преднамеренное вызывание или симуляция симптомов или инвалидизации, физических или психологических (симулятивное расстройство)
  - F68.8 Другие специфические расстройства зрелой личности и поведения у взрослых
  
- F70-F79 Умственная отсталость
- F70 Легкая умственная отсталость
- F71 Умеренная умственная отсталость
- F72 Тяжелая умственная отсталость
- F73 Глубокая умственная отсталость
- F78 Другая умственная отсталость
- F79 Неуточненная умственная отсталость
  - Для уточнения степени нарушения поведения может использоваться четвертый знак:
    - F7x.0 минимальные поведенческие нарушения или отсутствие их
    - F7x.1 значительные поведенческие нарушения, требующие внимания или лечебных мер
    - F7x.8 другие поведенческие нарушения
    - F7x.9 поведенческие нарушения не определены
  
- F80-F89 Нарушения психологического развития
- F80 Специфические расстройства развития речи
  - F80.0 Специфические расстройства артикуляции речи "
  - F80.1 Расстройство экспрессивной речи
  - F80.2 Расстройство рецептивной речи
  - F80.3 Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау-Клеффнера)
  - F80.8 Другие расстройства развития речи
  - F80.9 Расстройство развития речи неуточненное
- F81 Специфические расстройства развития школьных навыков
  - F81.0 Специфическое расстройство чтения
  - F81.1 Специфическое расстройство спеллингования
  - F81.2 Специфическое расстройство навыков счета
  - F81.3 Смешанное расстройство школьных навыков
  - F81.8 Другие расстройства школьных навыков
  - F81.9 Расстройство развития школьных навыков, неуточненное
- F82 Специфическое расстройство развития двигательных функций
- F83 Смешанные специфические расстройства
  - Другие расстройства развития речи
  - Расстройства развития речи, неуточненное
- F84 Общие расстройства развития

- F84.0 Детский аутизм
- F84.1 Атипичный аутизм
  - .10 Атипичность в возрасте начала
  - .11 Атипичность в симптоматике
  - .12 Атипичность и в возрасте начала, и в симптоматике
- F84.2 Синдром Ретта
- F84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста
- F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями
- F84.5 Синдром Аспергера
- F84.8 Другие общие расстройства развития
- F84.9 Общее расстройство развития, неуточненное
- F88 Другие расстройства психологического развития
- F89 Неуточненное расстройство психологического развития
  
- F90-F98 Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте
- F90 Гиперкинетические расстройства
  - F90.0 Нарушение активности внимания
  - F90.1 Гиперкинетическое расстройство поведения
  - F90.8 Другие гиперкинетические расстройства
  - F90.9 Гиперкинетическое расстройство, неуточненное
- F91 Расстройства поведения
  - F91.0 Расстройство поведения, ограничивающееся семьей
  - F91.1 Несоциализированное расстройство поведения
  - F91.2 Социализированное расстройство поведения
  - F91.3 Оппозиционно-вызывающее расстройство
  - F91.8 Другие расстройства поведения
  - F91.9 Расстройство поведения, неуточненное
- F92 Смешанные расстройства поведения и эмоций
  - F92.0 Депрессивное расстройство поведения
  - F92.8 Другие смешанные расстройства поведения и эмоций
  - F92.9 Смешанное расстройство поведения и эмоций, неуточненное
- F93 Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста
  - F93.0 Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте
  - F93.1 Фобическое тревожное расстройство детского возраста
  - F93.2 Социальное тревожное расстройство детского возраста
  - F93.3 Расстройство сиблингового соперничества
  - F93.8 Другие эмоциональные расстройства детского возраста
    - .80 Генерализованное тревожное расстройство детского возраста
  - F93.9 Эмоциональное расстройство детского возраста, неуточненное
- F94 Расстройства социального функционирования с началом специфическим для детского возраста
  - F94.0 Элективный мутизм
  - F94.1 Реактивное расстройство привязанности детского возраста
  - F94.2 Расторженное расстройство привязанности детского возраста
  - F94.8 Другие расстройства социального функционирования детского возраста
  - F94.9 Расстройство социального функционирования детского возраста, неуточненное
- F95 Тикозные расстройства
  - F95.0 Транзиторное тикозное расстройство

- F95.1 Хроническое двигательное или голосовое тикозное расстройство
- F95.2 Комбинированное голосовое и множественное двигательное тикозное расстройство (синдром де ля Туретта)
- F95.8 Другие тикозные расстройства
- F95.9 Тикозное расстройство, неуточненное
- F98 Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте
  - F98.0 Неорганический энурез
    - .00 Только ночной энурез
    - .01 Только дневной энурез
    - .02 Ночной и дневной энурез
  - F98.1 Неорганический энкопрез
    - .10 Неспособность приобретения физиологического контроля кишечника
    - .11 Адекватный контроль кишечника и дефекация в неадекватных местах с нормальной консистенцией кала
    - .12 Загрязнение в связи с жидкой консистенцией кала
  - F98.2 Расстройство питания в младенческом возрасте
  - F98.3 Поедание несъедобного (пика) в младенчестве и в детстве
  - F98.4 Стереотипные двигательные расстройства
    - .40 Без самоповреждений
    - .41 С самоповреждениями
    - .42 Смешанное
  - F98.5 Заикание
  - F98.6 Речь взхлеб
  - F98.8 Другие специфические поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте
  - F98.9 Неуточненные поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте
- F99 Неуточненное психическое расстройство

## **F00-F09 Органические, включая симптоматические, психические расстройства.**

### **Деменция.**

G1. Требуется наличие обоих признаков:

1) Ухудшение памяти, наиболее заметное в области усвоения новой информации, хотя в более тяжелых случаях может нарушаться и воспроизведение ранее усвоенной информации. Расстройство касается как вербального, так и невербального материала. Снижение памяти должно подтверждаться объективно надежным анамнезом от информанта и, по возможности, дополняться данными нейропсихологического тестирования или количественной оценки когнитивных способностей. Уровни выраженности ухудшения памяти следует оценивать следующим образом (пороговое диагностическое значение имеет легкое нарушение памяти):

Легкое расстройство памяти. Повседневная деятельность затруднена, хотя все же возможно независимое проживание. Нарушено главным образом усвоение нового, материала. Например, могут отмечаться трудности в повседневной жизни в фиксации, хранении и воспроизведении, касающиеся местонахождения бытовых предметов, социальных договоренностей или информации, полученной от родственников.

Умеренное расстройство. Нарушение памяти представляет собой серьезное препятствие для повседневной жизни. Удерживается только очень хорошо усвоенный или очень знакомый

материал. Новая информация удерживается лишь случайно или на очень короткое время. Больной не в состоянии вспомнить основные сведения о том, где он живет, что он недавно делал или как зовут его знакомых.

Тяжелое расстройство. Эта степень нарушения памяти характеризуется полной неспособностью усвоенной информации. Больной не в состоянии узнать даже близких родственников.

2) Снижение других когнитивных способностей характеризуется ослаблением критики и мышления, например в планировании и организации, а также ухудшением общей обработки информации.

Подтверждение этому должно основываться, если возможно, на данных объективного анамнеза и по возможности дополняться нейропсихологическими тестами или количественными объективными оценками. Должно устанавливаться ухудшение по сравнению с предыдущим более высоким уровнем продуктивности. Степень снижения должна оцениваться следующим образом (пороговое диагностическое значение имеет легкое нарушение):

Легкое нарушение. Снижение когнитивных способностей вызывает нарушение продуктивности в повседневной жизни, не обуславливая однако зависимости больного от других. Невозможны более сложные повседневные задачи и формы досуга.

Умеренное нарушение. Снижение интеллектуальных способностей делает невозможным функционирование в повседневной жизни без посторонней помощи, включая покупки в магазинах и обращение с деньгами. В пределах дома может выполняться лишь простая работа. Интересы очень ограничены и поддерживаются плохо.

Тяжелое нарушение. Ухудшение характеризуется отсутствием или фактическим отсутствием разумного мышления.

Общая тяжесть деменции лучше всего определяется уровнем нарушения памяти ИЛИ интеллекта, в зависимости от того, что более выражено (например, при легком расстройстве памяти и умеренном интеллектуальном нарушении деменция оценивается как деменция умеренной тяжести).

G2. Отсутствие помрачения сознания (как в критерии А в F05) на протяжении периода времени, достаточного для отчетливого выявления

G1. Если на фоне деменции имеют место эпизоды делирия, то диагноз деменции следует отвергнуть.

G3. Снижение эмоционального контроля или мотивации, или изменение социального поведения, проявляющееся минимум одним из следующих признаков:

- 1) эмоциональная лабильность
- 2) раздражительность
- 3) апатия
- 4) огрубение социального поведения

G4. Для достоверного клинического диагноза G1 должно наблюдаться отчетливо на протяжении не менее 6 месяцев; если период с начала манифестации короче, то диагноз может быть лишь предположительным.

Примечание:

Диагноз подтверждается также данными о поражении других высших корковых функций, например, афазией, апраксией, агнозией.

Оценка независимости проживания или развития зависимости (от других лиц) должна учитывать культуральные особенности. Для указания на наличие дополнительных симптомов можно

Деменция определяется здесь с минимальной продолжительностью в 6 месяцев для дифференциации от обратимых состояний с идентичными поведенческими синдромами, такими как травматическое субдуральное кровоизлияние (S06.5), гидроцефалия с нормальным внутричерепным давлением (G91.2) и диффузная или очаговая травма мозга (S06.2 и S06.3).

Для указания на наличие дополнительных симптомов в категориях F00-F03 (F00 — деменция при болезни Альцгеймера; F01- сосудистая деменция; F02- деменция при болезнях, классифицированных в других разделах и F03.- неуточненная деменция) можно использовать пятый знак:

- .x0 без дополнительной симптоматики
- .x1 с другой симптоматикой, преимущественно бредовой
- .x2 с другой симптоматикой, преимущественно депрессивной



.x4 с другой смешанной симптоматикой

Шестой знак может использоваться для указания тяжести деменции:

.xx0 легкая

.xx1 умеренной тяжести

.xx2 тяжелая

Как отмечено выше, общая тяжесть деменции зависит от уровня нарушения памяти или когнитивных функций в зависимости от того, что более выражено.

## **F00 Деменция при болезни Альцгеймера.**

А. Должны выполняться общие критерии деменции G1-G4.

Б. Отсутствие данных физического или специального обследования или данных из анамнеза о другой возможной причине деменции (например, о цереброваскулярном заболевании, заболевании, обусловленном БИЧ, болезни Паркинсона, болезни Гентингтона, гидроцефалии с нормальным внутричерепным давлением), системном заболевании (например, гипотиреозидизме, дефиците витамина В 12 или фолиевой кислоты, гиперкальциемии) или о злоупотреблении алкоголем или наркотиками.

Примечание:

Диагноз подтверждается постмортальными данными о нейрофибриллярных узелках и неврритических бляшках в количестве, превышающем наблюдаемое при нормальном старении мозга.

Следующие признаки подтверждают диагноз, но не являются необходимыми элементами: вовлечение корковых функций, о чем свидетельствуют афазия, апраксия или агнозия; снижение мотивации и влечений, приводящее к апатии и аспонтанности; раздражительность и расторможенность в социальном поведении; данные специального обследования о наличии церебральной атрофии, особенно если она нарастает со временем. В тяжелых случаях могут наблюдаться паркинсоноподобные экстрапирамидные явления, логоклония и эпилептические припадки.

Уточнение признаков для возможной типологии

В связи с возможностью существования подтипов рекомендуются следующие признаки как основа для последующего подраздела:

Возраст начала, степень прогрессивности, тип .клинической симптоматики, особенно относительная выраженность (или отсутствие) симптомов поражения височной, теменной или лобной доли, нейропатологические или нейрохимические аномалии и их тип.

Подразделение БА на подтипы в настоящее время может быть выполнено двояко: во-первых, учитывая только возраст начала и обозначая БА как раннюю (пресенильную) или позднюю (сенильную) с разделительным возрастом примерно 65 лет, и, во-вторых, оценивая соответствие конкретного случая одному из двух предполагаемых синдромальных типов с ранним или поздним началом.

Следует отметить, что вряд ли существует отчетливое различие между типами с ранним и поздним началом. Тип с ранним началом может наблюдаться и в более позднем возрасте, а тип с поздним началом иногда развивается и в возрасте до 65 лет. Для дифференциации F00.0 и F00.1 могут использоваться следующие критерии, но надо помнить, что статус такого подразделения все еще дискуссионен.

### **F00.0 Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом.**

1. Необходимы общие критерии деменции при болезни Альцгеймера (F00) и возраст начала до 65 лет.

2. Дополнительно необходимо минимум одно из следующих требований:

а) данные об относительно быстром начале и прогрессировании;

б) в дополнение к нарушению памяти должны отмечаться афазия (амнестическая или сенсорная), аграфия, алексия, акалькулия или апраксия (вовлечение височной, теменной и (или) лобной долей).

### **F00.1 Деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом.**

1. Необходимы общие критерии деменции при болезни Альцгеймера ( F00) и возраст начала 65 лет или старше
2. Дополнительно необходимо минимум одно из следующих требований
  - а) сведения об очень медленном и постепенном начале и прогрессировании (степень прогрессирования может быть определена лишь ретроспективно спустя 3 года или более)
  - б) преобладание расстройства памяти G1.1 над интеллектуальными нарушениями G1.2 (см. общие критерии деменции).

### **F00.9 Деменция при болезни Альцгеймера, атипичная или смешанного типа.**

Этот термин и код используются для деменции, которые отличаются важными атипичными признаками или отвечают критериям одновременно типов с ранним и поздним началом болезни Альцгеймера. Сюда включаются также случаи сочетания альцгеймеровской и сосудистой деменции.

### **F00.9 Деменция при болезни Альцгеймера, неуточненная.**

## **F01 Сосудистая деменция.**

G1. Должны выполняться общие критерии деменции (G1- G4).

G2. Неравномерность поражения высших корковых функций, когда некоторые из них нарушены, а другие относительно сохранены. Таким образом память может обнаруживать вполне выраженное расстройство, тогда как мышление и обработка информации могут обнаруживать лишь легкое снижение.

G3. Клинические данные о наличии очагового поражения мозга, на что указывает минимум один из следующих признаков:

- 1) унилатеральная спастическая слабость в конечностях;
- 2) унилатеральное повышение сухожильных рефлексов;
- 3) разгибательный подошвенный рефлекс;
- 4) псевдобульбарный паралич.

G4. Данные анамнеза, обследования или тестирования о серьезном цереброваскулярном заболевании, которое обоснованно могло бы считаться этиологически связанным с деменцией (паралич в анамнезе, признаки инсульта мозга).

Для выделения подтипов сосудистой деменции могут использоваться следующие критерии (но надо иметь в виду, что целесообразность такого подразделения может быть принята не всеми).

### **F01.0 Сосудистая деменция с острым началом.**

А. Должны выявляться общие критерии сосудистой деменции (F01)

Б. Деменция развивается быстро (т. е. обычно в течение одного месяца, но не более 3 месяцев) после серии инсультов или (редко) после одного массивного кровоизлияния.

### **F01.1 Мультиинфарктная деменция.**

А. Должны выявляться общие критерии сосудистой деменции (F01).

Б. Начало деменции постепенное (т. е. в течение 3-6 месяцев) после ряда малых ишемических эпизодов.

Примечание:

Считается, что в паренхиме мозга происходит аккумуляция инфарктов. Между ишемическими эпизодами могут быть периоды фактического клинического улучшения.

### **F01.2 Подкорковая сосудистая деменция.**

А. Должны выявляться общие критерии сосудистой деменции (F01).

Б. Гипертензия в анамнезе.

В. Данные клинического обследования и специальных исследований указывают на сосудистое заболевание глубоко в белом веществе полушарий мозга с сохранностью его коры.

### **F01.3 Смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция.**

Смешение корковых и подкорковых компонентов сосудистой деменции может предполагаться на основании клинической картины, результатов обследования (включая аутопсию) или того и другого.

### **F01.8 Другая сосудистая деменция.**

### **F01.9 Сосудистая деменция, неуточненная.**

## **F02 Деменция при болезнях, классифицированных в других разделах.**

### **F02.0 Деменция при болезни Пика.**

- А. Должны выявляться общие критерии деменции (G1-G4).
- Б. Медленное начало с постоянным ухудшением.
- В. Преобладание вовлеченности лобной доли, о чем свидетельствуют два или более признаков из числа следующих:
- 1) эмоциональное обеднение;
  - 2) огрубение социального поведения;
  - 3) расторможенность;
  - 4) апатия или беспокойство;
  - 5) афазия.
- Г. Относительная сохранность на ранних стадиях памяти и функций теменной доли.

### **F02.1 Деменция при болезни Крейцфельд-Якоба.**

- А. Должны выявляться общие критерии деменции (G1-G4).
- Б. Очень быстрое прогрессирование деменции с дезинтеграцией фактически всех высших функций мозга.
- В. Появление обычно вслед за деменцией или одновременно с ней минимум одного из следующих типов неврологических симптомов и признаков:
- 1) пирамидные симптомы;
  - 2) экстрапирамидные симптомы;
  - 3) мозжечковые симптомы;
  - 4) афазия;
  - 5) нарушение зрения.

Примечание:

Для конечной стадии типичны акинетический статус и мутизм.

Может наблюдаться амиотрофический вариант, при котором неврологические симптомы предшествуют развитию деменции.

Вероятность диагноза повышается при характерной энцефалограмме (периодические пики на фоне медленной и низковольтажной активности), если она сочетается с вышеописанными клиническими признаками. Однако заключительный диагноз может быть установлен лишь при нейропатологическом исследовании (потеря нейронов, астроцитоз и спонгиформные изменения). Из-за риска инфицирования оно должно выполняться лишь в специальных условиях.

### **F02.2 Деменция при болезни Гентингтона.**

- А. Должны выявляться общие критерии деменции (G1-G4).
- Б. Подкорковые функции обычно нарушаются первыми и эти нарушения доминируют в клинической картине на протяжении всего заболевания, поражение подкорки проявляется замедленностью мышления и движений и изменением личности с апатией и депрессией.

В. Непроизвольные хореоформные движения, особенно лица, рук, плеч, или наблюдаемые при ходьбе. Больной может пытаться скрыть их, превращая в произвольные действия.

Г. Болезнь Гентингтона у одного из родителей или сиблинга; или наследственная отягощенность, предполагающая это заболевание.

Д. Отсутствие клинических признаков, которые иным образом объясняли бы аномальные движения.

Примечание

В дополнение к непроизвольным хореоформным движениям могут развиваться экстрапирамидная ригидность или спастичность с пирамидными знаками.

### **F02.3 Деменция при болезни Паркинсона.**

А. Должны выявляться общие критерии деменции (G1-G4).

Б. Диагноз болезни Паркинсона. F02.4

В. Отсутствие когнитивных нарушений, которые могли бы быть приписаны антипаркинсоническому лечению.

Г. Данные анамнеза, физического обследования или специальных исследований не указывают на другую возможную причину деменции, включая болезни, повреждение или дисфункции мозга (например, цереброваскулярное заболевание, СПИД, болезнь Гентингтона, гидроцефалию с нормальным внутричерепным давлением), системное расстройство (например, гипотиреозидизм, дефицит витамина В12 или фолиевой кислоты, гиперкальциемию) или злоупотребление алкоголем или наркотиками.

Если одновременно выявляются критерии болезни Альцгеймера с поздним началом (F00.1), эта категория F00.1 должна использоваться в сочетании с болезнью Паркинсона G20.

Деменция при заболевании, обусловленном вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)

А. Должны выявляться общие критерии деменции (G1-G4).

Б. Диагноз инфекции ВИЧ.

В. Данные анамнеза, физического обследования или специальных исследований не указывают на возможную другую причину деменции, включая болезни, повреждение или дисфункции мозга (например, болезнь Альцгеймера, цереброваскулярное заболевание, болезнь Паркинсона, болезнь Гентингтона, гидроцефалию с нормальным внутричерепным давлением), системное расстройство (например, гипотиреозидизм, дефицит, витамина йи или фолиевой кислоты, гиперкальциемию) или злоупотребление алкоголем или наркотиками.

### **F02.8 Деменция при других уточненных заболеваниях, классифицированных в других разделах.**

Деменция может возникать как проявление или следствие разнообразных церебральных или соматических состояний. Для уточнения этиологии следует добавить код МКБ-10 для состояния, лежащего в основе деменции.

### **F03 Неуточненная деменция.**

Эту категорию следует использовать, когда выявляются общие критерии деменции, но невозможно определить один из специфических типов (F00.0-F02.9).

### **F04 Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами.**

А. Нарушение памяти, проявляющееся обоими признаками:

1) дефицит памяти на недавние события (нарушение усвоения нового материала), что сказывается на повседневной жизни

2) сниженная способность к воспроизведению прошлого опыта

Б. Отсутствие:

1) нарушения непосредственного воспроизведения (тестируемого, например, по запоминанию цифр);

2) помрачения сознания и расстройства внимания, определяемых в F05, критерий А;

3) общего интеллектуального снижения (деменции).

В. Объективные данные (физического и неврологического обследования, лабораторных тестов) и (или) анамнестические сведения об инсульте или заболеваниях мозга (особенно с билатеральным поражением диэнцефальных и срединных височных структур, но не при алкогольной энцефалопатии), которые могли бы обоснованно считаться причиной клинических проявлений, описанных в критерии А.

Примечание:

Дополнительное диагностическое значение могут иметь сопутствующие признаки, включая конфабуляции, эмоциональные изменения (апатия, отсутствие инициативы) и не критичность, но они присутствуют не всегда.

## **F05 Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами.**

А. Расстройство сознания, т. е. снижение ясности осознания окружающего с уменьшением способности направлять, концентрировать, поддерживать или переводить внимание.

Б. Нарушение когнитивной деятельности, проявляющееся обеими признаками:

1) нарушение непосредственного воспроизведения и памяти на недавние события с относительно сохраненной памятью на отделенные события

2) дезориентировка во времени, в месте или собственной личности

В. Минимум одно из следующих психомоторных расстройств:

1) быстрые непредсказуемые переходы от гиперактивности к гипоактивности

2) замедление реакций;

3) ускорение или заторможенность речи;

4) повышенный рефлекс четверохолмия.

Г. Расстройство цикла сон-бодрствование, определяемое минимум по одному из следующих признаков:

1) бессонница, которая в тяжелых случаях заключается в полной потере сна, с наличием или отсутствием сонливости в дневное время или инверсия цикла сон-бодрствование;

2) утяжеление симптоматики в ночное время;

3) беспокойные сны и кошмары, которые после пробуждения могут продолжаться в форме галлюцинаций и иллюзий.

Д. Быстрое развитие и суточные колебания симптоматики.

Е. Объективные данные физического и неврологического обследования и лабораторных тестов (например, аномальная энцефалограмма, показывающая характерное, но не обязательное замедление основной активности) и (или) анамнестические сведения о лежащем в основе расстройства церебральном или системном заболевании (кроме обусловленного психоактивными веществами), которое обоснованно могло бы считаться причиной клинического синдрома, описанного в А-Г.

Примечание:

Эмоциональные расстройства, такие как депрессия, тревога или страх, раздражительность, эйфория, апатия или удивленная растерянность, нарушения восприятия (иллюзии или галлюцинации, часто зрительные) и транзиторные бредовые расстройства типичны, но они не являются специфическим подтверждением диагноза.

Для указания на возникновение делирия на фоне деменции можно использовать четвертый знак:

## **F05.0 Делирий, не возникающий на фоне деменции.**

### **F05.1 Делирий, возникший на фоне деменции.**

### **F05.8 Другой делирий.**

### **F05.9 Делирий неуточненный.**

## **F06 Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни.**

G1. Объективные данные (физического и неврологического обследования и лабораторных тестов) и (или) анамнестического сведения о заболевании, повреждении или дисфункции мозга или о системном физическом заболевании, которое может вызывать церебральную дисфункцию, включая гормональные нарушения (не связанные с алкоголем или другими психоактивными веществами) и эффекты непсихоактивных препаратов.

G2. Предполагаемая связь по времени между развитием (или выраженной эксацербацией) лежащего в основе состояния заболевания, повреждения или дисфункции мозга и началом психического расстройства, симптомы которого возникают сразу или отставлены по времени.

G3. Выздоровление или значительное улучшение психического состояния после исчезновения или ослабления факторов, которые предполагаются в качестве причинных для данного состояния.

G4. Отсутствие достоверных данных об альтернативной обусловленности психического расстройства, например о высокой наследственной отягощенности клинически сходными или родственными расстройствами.

При наличии критериев G1, G2 и G4 оправдан временный диагноз, а при дополнительном наличии критерия G3 диагноз считается определенным.

## **F06.0 Органический галлюциноз.**

А. Отмечаются общие критерии F06.

Б. В клинической картине доминируют хронические или рецидивирующие галлюцинации (обычно зрительные или слуховые).

В. Галлюцинации развиваются при ясном сознании.

Примечание:

Могут присутствовать бредовая переработка галлюцинаций, а также полная или частичная критика: эти признаки не являются основополагающими для диагноза.

## **F06.1 Органическое кататоническое расстройство.**

А. Выявляются общие критерии F06.

Б. Должен присутствовать один из следующих признаков:

1) ступор, т. е. резкое уменьшение или отсутствие произвольных движений и речи и нормальные реакции на свет, шум, и прикосновение, но при сохранении нормального мышечного тонуса, статических поз и дыхания (часто с ограничением координированных движений глаз);

2) негативизм (отчетливое сопротивление пассивному движению конечностей или тела или ригидное застывание).

В. Кататоническое возбуждение (резко повышенная подвижность хаотического характера с наличием или отсутствием тенденции к агрессивности).

Г. Быстрая и непредсказуемая смена ступора и возбуждения.

Примечание:

Уверенность в диагнозе повышается при наличии дополнительных кататонических феноменов, например, стереотипий, восковой гибкости и импульсивных поступков. Следует тщательно исключить делирий, хотя в настоящее время неизвестно, всегда ли кататоническое состояние развивается при ясном сознании или оно представляет собой атипичное проявление делирия, при котором критерии А, Б и Г неотчетливы, а отчетливым является критерий В.

### **F06.2 Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство.**

А. Выявляются общие критерии F06.

Б. В клинической картине преобладает бред (преследования, метаморфоза, болезни, смерти, ревности), который может обнаруживать разную степень систематизации.

В. Сознание ясное, а память не нарушена.

Примечание:

Другие симптомы, которые дополняют клиническую картину, но не являются обязательными, включают: галлюцинации (любой модальности), шизофреническое расстройство мышления, отдельные кататонические феномены, такие как стереотипии, негативизм или импульсивные поступки.

Клиническая картина может отвечать симптоматическим критериям шизофрении (F20.0-F20.3), хронического бредового расстройства (F22-) или острого и транзиторного психотических расстройств (P23). Тем не менее, состояние следует классифицировать в этой рубрике, если оно отвечает также общим критериям предположительно органической этиологии, как они изложены во введении к F06.

Следует отметить, что неотчетливые или неспецифические данные, такие как расширение желудочков мозга или "мягкая" неврологическая симптоматика, недостаточны для установления критерия G1 в F06.

### **F06.3 Органическое (аффективное) расстройство настроения.**

А. Выявляются общие критерии F06.

Б. Состояние должно отвечать критериям одного из аффективных расстройств, изложенным в F30-F32.

Диагноз аффективного расстройства может быть уточнен по пятому знаку:

**F06.30 Органическое маниакальное расстройство**

**F06.31 Органическое биполярное расстройство**

**F06.32 Органическое депрессивное расстройство**

**F06.33 Органическое смешанное аффективное расстройство**

### **F06.4 Органическое тревожное расстройство.**

А. Выявляются общие критерии F06.

Б. Состояние должно отвечать критериям F41.0 или F41.1.

### **F06.5 Органическое диссоциативное расстройство.**

А. Выявляются общие критерии F06.

Б. Состояние должно отвечать критериям одной из подрубрик F44.0-F44.8.

### **F06.6 Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство.**

А. Выявляются общие критерии F06.

Б. В клинической картине доминирует эмоциональная лабильность (неконтролируемость, нестабильность и колебания в проявлениях эмоций).

В. Наблюдаются разнообразные неприятные физические ощущения, такие как головокружение и боли.

Примечание:

Утомляемость и вялость (астения) выявляются часто, но не являются необходимыми для диагноза когнитивного расстройства.

### **F06.7 Легкое когнитивное расстройство.**

Примечание:

Положение этого расстройства изучается. Специфические исследовательские критерии должны рассматриваться как временные.

Эта рубрика включена в классификацию в надежде, что будут проведены исследования по ее дифференциации от более отчетливых расстройств, таких как деменция (F00-F03), органический амнестический синдром, делирий (F05-) и некоторых других в F07-.

А. Выявляются общие критерии F06.

Б. На протяжении большей части времени минимум двухнедельного периода отмечается нарушение когнитивного функционирования, о чем сообщается больным или надежным информантом. Расстройство проявляется затруднениями в одной из следующих сфер:

- 1) обучение новому материалу;
- 2) память (например, воспроизведение);
- 3) концентрация внимания;
- 4) мышление (например, замедление);
- 5) речь (например, понимание, подбор слов и пр.).

В. Нарушение или снижение продуктивности по нейропсихологическим тестам (или количественной оценке когнитивных функций).

Г. Критерии Б (1-5) не позволяют установить диагноз деменции (F00-F03), органического амнестического синдрома (F04.-), делирия (F05.-), постэнцефалитического синдрома (F07.1), посткоммоционного синдрома (F07.2) или другого хронического когнитивного нарушения в связи с использованием психоактивных средств (F1x.74).

Примечание:

Если критерий G1 выявляется при наличии дисфункции ЦНС, то обычно предполагается, что она является причиной легкого когнитивного расстройства. Если критерий G1B определяется при наличии системного физического расстройства, то часто неоправданно предполагать прямую причинную связь. Тем не менее, в таких случаях может быть целесообразным отмечать наличие системного физического расстройства как "сочетающегося", не подразумевая при этом обязательную обусловленность. Для этого может быть использован дополнительный пятый знак:

**F06.70 Не сочетающееся с системным физическим расстройством**

**F06.71 Сочетающееся с системным физическим расстройством**

Системное физическое расстройство должно регистрироваться отдельно под надлежащим кодом МКБ-10.

### **F06.8 Другие уточненные психические расстройства в связи с повреждением и дисфункцией мозга или физическим заболеванием.**

Примерами являются транзиторные или легкие состояния аномального настроения, не отвечающие критериям органического аффективного расстройства (F06.3) и возникающие при терапии стероидами или антидепрессантами.

### **F06.9 Неуточненное психическое расстройство в связи с повреждением и дисфункцией мозга и физическим заболеванием.**

## **F07 Личностные и поведенческие расстройства вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга.**

G1. Объективные данные (физического и неврологического обследования и лабораторных тестов) и (или) анамнестические сведения о церебральном заболевании, повреждении или дисфункции.

G2. Отсутствие расстройства сознания или существенного нарушения памяти.

G3. Отсутствие достаточных данных об альтернативной обусловленности личностных или поведенческих расстройств, которые оправдали бы отнесение их к секции F6-.

### **F07.0 Органическое расстройство личности.**

А. Выявляются общие критерии F07.

Б. На протяжении 6 или более месяцев должны отмечаться минимум 3 признака из числа следующих:

- 1) постоянно сниженная способность поддерживать целенаправленную деятельность, особенно занимающую продолжительные периоды времени и не сразу приводящую к успеху;
- 2) одно или более из следующих эмоциональных изменений:



- а) эмоциональная лабильность (неконтролируемость, нестабильность и колебания в проявлениях эмоций);
- б) эйфория и плоские, неуместные шутки;
- в) раздражительность и (или) вспышки гнева и агрессии;
- г) апатия;
- 3) расторможение влечений без учета последствий и социальных норм (больной может участвовать в антисоциальных актах, таких как воровство, неадекватные сексуальные притязания или обжорство или обнаруживать крайнее пренебрежение к личной гигиене);
- 4) когнитивные нарушения, обычно в форме: а) излишней подозрительности и параноидных идей;
  - б) повышенной заинтересованности одной темой, например, религией, или ригидной категоризации поведения других людей как "правильного" или "неправильного";
  - 5) выраженное изменение речи, с такими признаками как обстоятельность, вязкость и гиперграфия;
  - 6) изменение сексуального поведения (гиперсексуальность или изменение полового предпочтения).

Характеристика признаков, на которых может основываться выделение подтипов

Вариант 1: Отчетливое преобладание симптомов в критерии 1 и 2г) определяет псевдоретардированный или апатический тип; преобладание 1, 2в) и 3 рассматривается как псевдопсихопатический тип; сочетание 4, 5 и 6 считается характерным для личностного синдрома лимбической эпилепсии. Ни одна из этих единиц пока не валидизирована в достаточной степени, чтобы заслуживать отдельного описания.

Вариант 2: При желании можно выделить следующие типы: лабильный, расторможенный, агрессивный, апатический, параноидный, смешанный и другой.

### **F07.1 Постэнцефалитический синдром.**

А. Выявляются общие критерии F07.

Б. Резидуальные неврологические симптомы, проявляющиеся минимум одним из следующих:

- 1) паралич
- 2) глухота
- 3) афазия
- 4) конструктивная апраксия
- 5) акалькулия

В. Синдром обратим и его продолжительность редко превышает 24 месяца.

Примечание:

Критерий В является главной отличительной чертой от органического расстройства личности (F07.0).

Резидуальная симптоматика и поведенческие изменения, развивающиеся после вирусного или бактериального энцефалита являются неспецифическими и не дают достаточного основания для клинического диагноза. Они могут включать: общее недомогание, апатию или раздражительность; некоторое снижение когнитивного функционирования (трудности усвоения нового материала); расстройства ритма сна-бодрствования; изменение полового поведения.

### **F07.2 Посткоммоционный синдром.**

Примечание: Нозологическое положение этого синдрома неясно и критерий G1 во введении к этой рубрике не всегда может быть установлен. Тем не менее, для исследователей этого состояния рекомендуются следующие критерии:

А. Выявляются общие критерии F07.

Б. Анамнестические сведения о травме головы с потерей сознания перед развитием симптоматики в период до 4 недель (объективные подтверждения поражению мозга со стороны ЭЭГ, картирования мозга и окулонистагнографии могут отсутствовать).

В. Минимум три признака из числа следующих:

1) жалобы на неприятные ощущения и боли, такие как головная боль, головокружение (обычно без характеристик истинного вертиго), общее недомогание и повышенная утомляемость или непереносимость шума;

2) эмоциональные изменения, такие как раздражительность, эмоциональная лабильность (как легко провоцируемая, так и усиливаемая эмоциональным возбуждением или стрессом), некоторая степень депрессии и (или) тревоги;

3) субъективные жалобы на трудности сосредоточения внимания и при выполнении умственных нагрузок, а также на нарушение памяти (при отсутствии четких объективных данных, например, по психологическим тестам о выраженном нарушении)

4) бессонница;

5) снижение толерантности к алкоголю;

6) озабоченность вышеперечисленными симптомами и страх хронического поражения мозга до степени ипохондрических сверхценных идей и принятия роли больного.

### **F07.8 Другие органические расстройства личности и поведения, обусловленные заболеванием, повреждением и дисфункцией мозга.**

Заболевания, повреждения и дисфункции мозга могут вызывать разнообразные когнитивные, эмоциональные, личностные и поведенческие расстройства, часть из которых не может быть классифицирована в F07.0-F07.2. Однако, учитывая неопределенность нозологического положения синдромов в этой области, такие расстройства должны кодироваться как "другие". Для указания на отдельные предполагаемые единицы при необходимости может добавляться пятый знак.

### **F07.9 Неуточненное органическое расстройство личности и поведения, обусловленное заболеванием, повреждением и дисфункцией мозга.**

## **F09 Неуточненное органическое или симптоматическое психическое расстройство.**

## **F10-F19 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ.**

**F10 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя**

**F11 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиатов**

**F12 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления каннабиноидов**

**F13 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления седативных или снотворных веществ**

**F14 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления кокаина**

**F15 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других стимуляторов, включая кофеин**

**F16 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления галлюциногенов**

**F17 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления табака**

**F18 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления летучих растворителей**

**F19 Психические и поведенческие расстройства вследствие сочетанного употребления наркотиков и употребления других психоактивных веществ**

## **F1x.0 Острая интоксикация.**

G1 Очевидность недавнего употребления психоактивного вещества в достаточно высокой дозе

G2 Симптомы и признаки интоксикации должны соответствовать известному действию конкретного вещества (или веществ) как это определяется ниже и они должны отличаться достаточной выраженностью, чтобы привести к клинически значимым нарушениям уровня сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоционального состояния или поведения.

G3. Имеющиеся симптомы или признаки не могут быть объяснены соматическим заболеванием, не связанным с употреблением веществ, а также другим психическим или поведенческим расстройством.

Острая интоксикация часто имеет место у лиц, дополнительно обнаруживающих более постоянные проблемы в связи с употреблением алкоголя или наркотиков. При наличии таких проблем, например злоупотребления (F1x.1), синдрома зависимости (F1x.2) или психотического расстройства (Fх.5), они также нуждаются в кодировании.

### **F10.0 Острая интоксикация, обусловленная употреблением алкоголя.**

А. Должны выполняться общие критерии для острой интоксикации (F1x.0)

Б. Должно иметь место дисфункциональное поведение, о чем свидетельствует по меньшей мере один признак из числа следующих:

- 1) расторможенность;
- 2) склонность к аргументированию;
- 3) агрессивность;
- 4) лабильность настроения;
- 5) нарушения внимания;
- 6) нарушения суждений;
- 7) нарушение личностного функционирования.

В. Должен присутствовать минимум один из следующих признаков:

- 1) шаткость походки;
- 2) затруднения в стоячем положении;
- 3) смазанная речь;
- 4) нистагм;
- 5) сниженный уровень сознания (например ступор или кома);
- 6) покрасневшее лицо;
- 7) инъекцированность склер.

Примечание

В тяжелых случаях острая алкогольная интоксикация может сопровождаться гипотензией, гипотермией и угнетением рвотного рефлекса.

При желании можно уточнить уровень алкоголя в крови, используя коды МКБ-10 Y90.0-Y90.8. Код Y91.- может использоваться для определения клинической тяжести интоксикации, если уровень алкоголя в крови неизвестен.

### **F10.07 Патологическая алкогольная интоксикация.**

Примечание. Положение этого состояния изучается. Предлагаемые исследовательские критерии должны рассматриваться как временные.

А. Должны выполняться общие критерии для острой интоксикации (F1x.0), за исключением того, что патологическая интоксикация развивается после приема такого количества алкоголя, которое недостаточно для вызова интоксикации у большинства людей.

Б. Вербальная агрессия или физически агрессивное поведение, которые нетипичны для данного лица в трезвом состоянии.

В. Интоксикация развивается очень быстро (обычно через несколько минут) после приема алкоголя.

Г. Отсутствуют данные, указывающие на органическое церебральное заболевание или другие психические расстройства.

Примечание

Это редкое состояние. Уровни алкоголя в крови при этом расстройстве ниже, чем те, которые вызывают острую интоксикацию у большинства людей, т. е. ниже 40мг/100 мл.

### **F11.0 Острая интоксикация, обусловленная употреблением опиоидов.**

А. Должны выявляться общие критерии для острой интоксикации (F1x.0).

Б. Должно иметь место дисфункциональное поведение, о чем свидетельствует по меньшей мере один признак из числа следующих:

- 1) апатия и седация;
- 2) расторможенность;
- 3) психомоторная заторможенность;
- 4) нарушения внимания;
- 5) нарушения суждений;
- 6) нарушение личностного функционирования.

В. Должен присутствовать минимум один из следующих признаков:

- 1) сонливость;
- 2) смазанная речь;
- 3) сужение зрачков (за исключением состояний аноксии от тяжелой передозировки, когда зрачки расширяются);
- 4) сниженный уровень сознания (например ступор или кома)

Примечание

При тяжелой интоксикации опиоидами могут наблюдаться угнетение дыхания (и гипоксия), гипотензия и гипотермия

### **F12.0 Острая интоксикация, обусловленная употреблением каннабиноидов.**

А. Должны выявляться общие критерии для острой интоксикации.

Б. Должны иметь место дисфункциональное поведение, расстройства восприятия, включая по меньшей мере один из следующих признаков:

- 1) эйфория и расторможенность;
- 2) тревога или агитация;
- 3) подозрительность или параноидная идеация;
- 4) чувство замедления времени и (или) переживание быстрого течения мыслей;
- 5) нарушение суждений;
- 6) нарушение внимания;
- 7) расстройство скорости реакций;
- 8) слуховые, зрительные или тактильные иллюзии;
- 9) галлюцинации с сохранностью ориентировки,
- 10) деперсонализация;
- 11) дереализация;
- 12) нарушение личностного функционирования.

В. Должен присутствовать минимум один из следующих признаков:

- 1) усиление аппетита;
- 2) сухость во рту;
- 3) инъекированность склер;
- 4) тахикардия.

### **F13.0 Острая интоксикация, обусловленная употреблением седативных или снотворных средств.**

А. Должны выполняться общие критерии для острой интоксикации

Б. Имеет место дисфункциональное поведение, о чем свидетельствует по меньшей мере один из следующих признаков:

- 1) эйфория и расторможенность;
- 2) апатия и седация;
- 3) грубость или агрессивность;
- 4) лабильность настроения;

- 5) нарушение внимания;
- 6) антероградная амнезия;
- 7) нарушении психомоторной продуктивности;
- 8) нарушение личностного функционирования.

В. Должен присутствовать минимум один из следующих признаков:

- 1) шаткость походки;
- 2) затруднения в положении стоя;
- 3) смазанная речь,
- 4) нистагм
- 5) снижение уровня сознания (например ступор, кома)
- 6) эритематозные высыпания на коже или волдыри

Примечание: в тяжелых случаях интоксикация снотворными или седативными препаратами может сопровождаться гипотензией, гипотермией и угнетением рвотного рефлекса

#### **F14.0 Острая интоксикация, обусловленная употреблением кокаина.**

А. Должны выполняться общие критерии для острой интоксикации

Б. Должно наблюдаться дисфункциональное поведение, проявляющееся по меньшей мере одним из следующих признаков:

- 1) эйфория и ощущение повышенной энергичности;
- 2) повышение уровня бодрствования;
- 3) претендующие на грандиозность поступки или соответствующие идеи; -
- 4) грубость или агрессивность;
- 5) склонность к аргументации;
- 6) лабильность настроения;
- 7) характеризующееся повторяющимися стереотипиями поведение,
- 8) слуховые, зрительные или тактильные иллюзии;
- 9) галлюцинации обычно с сохранностью ориентировки;
- 10) параноидная идеация;
- 11) нарушение личностного функционирования.

В Должны присутствовать минимум два из следующих признаков:

- 1) тахикардия (иногда брадикардия);
- 2) кардиальные аритмии;
- 3) гипертензия (иногда гипотензия);
- 4) потливость и ознобы;
- 5) тошнота или рвота;
- 6) признаки потери веса;
- 7) расширение зрачков;
- 8) психомоторная агитация (иногда заторможенность);
- 9) мышечная слабость;
- 10) боли в, груди;
- 11) судороги.

Примечание

Нарушение личностного функционирования у употребляющих кокаин лиц особенно заметно по их социальным взаимоотношениям, варьирующим от крайней общительности до социальной отгороженности.

#### **F15.0 Острая интоксикация, обусловленная употреблением других стимуляторов, включая кофеин.**

А. Должны выполняться общие критерии для острой интоксикации

Б. Должны наблюдаться дисфункциональное поведение или расстройства восприятия, о чем свидетельствует по меньшей мере один из следующих признаков:

- 1) эйфория и чувство повышенной энергичности;

- 2) повышение уровня бодрствования;
- 3) претендующие на грандиозность поступки или соответствующие идеи;
- 4) грубость или агрессивность;
- 5) склонность к аргументации;
- 6) лабильность настроения;
- 7) расширение зрачков;
- 8) слуховые, зрительные или тактильные галлюцинации,
- 9) галлюцинации, обычно с сохранностью ориентировки,
- 10) параноидная идеация
- 11) нарушение личностного функционирования

В. Должны присутствовать по меньшей мере два признака из числа следующих:

- 1) тахикардия (иногда брадикардия),
- 2) кардиальные аритмии,
- 3) гипертензия (иногда гипотензия)
- 4) потливость и ознобы
- 5) тошнота или рвота;
- 6) признаки потери веса;
- 7) расширение зрачков;
- 8) психомоторная ажитация (иногда заторможенность);
- 9) мышечная слабость;
- 10) боли в груди;
- 11) судороги.

Примечание

Нарушение социального функционирования у принимающих эти вещества лиц особенно заметно по социальным взаимоотношениям, которые варьируют от крайней общительности до социальной отгороженности.

### **F16.0 Острая интоксикация, обусловленная употреблением галлюциногенов.**

А. Должны выполняться общие критерии для острой интоксикации (F1x.0).

Б. Должны иметь место дисфункциональное поведение или нарушения восприятия, о чем свидетельствует по меньшей мере один из следующих признаков:

- 1) тревога и боязливость;
- 2) слуховые, зрительные или тактильные иллюзии или галлюцинации, возникающие в состоянии полного бодрствования;
- 3) деперсонализация;
- 4) дереализация;
- 5) параноидная идеация,
- 6) идеи значения;
- 7) лабильность настроения;
- 8) импульсивные поступки;
- 9) гиперактивность,
- 10) нарушение внимания,
- 11) нарушение личностного функционирования

В. Должны присутствовать минимум два признака из числа следующих:

- 1) тахикардия,
- 2) сердцебиение;
- 3) потливость и ознобы;
- 4) тремор;
- 5) нечеткость зрения;
- 6) расширение зрачков;

7) нарушения координации.

### **F17.0 Острая интоксикация, обусловленная употреблением табака (острая никотиновая интоксикация).**

А. Должны выполняться общие критерии для острой интоксикации

Б. Должно иметь место дисфункциональное поведение или расстройство восприятия, о чем свидетельствует по меньшей мере один из следующих признаков:

- 1) бессонница;
- 2) причудливые сны;
- 3) лабильность настроения;
- 4) дереализация;
- 5) нарушение личностного функционирования.

В. Должен присутствовать минимум один из следующих признаков:

- 1) тошнота или рвота;
- 2) потливость;
- 3) тахикардия;
- 4) кардиальные аритмии.

### **F18.0 Острая интоксикация, обусловленная употреблением летучих растворителей.**

А. Должны выполняться общие критерии для острой интоксикации.

Б. Должно иметь место дисфункциональное поведение, о чем свидетельствует по крайней мере один из следующих признаков:

- 1) апатия и летаргия;
- 2) повышенная склонность к аргументации;
- 3) грубость или агрессивность;
- 4) лабильность настроения;
- 5) нарушение суждений;
- 6) нарушение внимания и памяти;
- 7) психомоторная заторможенность;
- 8) нарушение личностного функционирования.

В. Должен присутствовать минимум один из следующих признаков:

- 1) шаткость походки;
- 2) затруднения в положении стоя;
- 3) смазанная речь;
- 4) нистагм;
- 5) снижение уровня сознания (например, ступор, кома);
- 6) мышечная слабость;
- 7) нечеткость зрения или диплопия.

Примечание

Здесь следует кодировать и острую интоксикацию от вдыхания иных помимо растворителей веществ. В тяжелых случаях острая интоксикация от летучих растворителей может сопровождаться гипотензией, гипотермией и угнетением рвотного рефлекса.

### **F19.0 Острая интоксикация, обусловленная употреблением нескольких препаратов и употреблением других психоактивных веществ.**

Эта рубрика должна использоваться, когда имеются данные об интоксикации, обусловленной недавним приемом других психоактивных веществ (например фенциклидина) или нескольких психоактивных веществ, где неясно какое вещество является основным.

#### **F1x.1 Употребление с вредными последствиями.**

А. Должны иметься четкие данные, что употребление вещества обусловило (или в значительной мере способствовало) физические или психологические вредные изменения,

включая нарушение суждений или дисфункциональное поведение, которое может привести к инвалидизации или неблагоприятно сказаться на межличностных отношениях.

Б. Природа вредных изменений должна быть выявляемой (и описанной).

В. Характер употребления сохранялся на протяжении по меньшей мере одного месяца или периодически повторялся в предыдущие 12 месяцев.

Г. Расстройство не отвечает критериям любого другого психического или поведенческого расстройства, относящегося к тому же препарату в тот же период времени (за исключением острой интоксикации F1x.0).

### **F1x.2 Синдром зависимости.**

А. Три или более из числа следующих проявлений должны возникать одновременно на протяжении 1 месяца или, если они сохраняются на более короткие периоды, периодически повторяться в течение 12 месяцев

1) сильное желание или чувство насильственной тяги к приему вещества,

2) нарушенная способность контролировать прием вещества: его начало, окончание или дозу, о чем свидетельствуют потребление веществ в больших количествах и на протяжении периода времени большего, чем намеревалось, или безуспешные попытки и постоянное желание сократить или контролировать употребление вещества

3) состояние, "физиологической абстиненции, когда прием вещества уменьшается или прекращается о чем свидетельствует синдром отмены, характерный для этого вещества или использование того же (или сходного) вещества с целью облегчения или предупреждения симптомов абстиненции;

4) проявление толерантности к эффектам вещества, заключающееся в необходимости значительного повышения дозы для достижения интоксикации или желаемых эффектов или в том, что хронический прием одной и той же дозы вещества приводит к явно ослабленному эффекту;

5) озабоченность употреблением вещества, которая проявляется в том, что ради приема вещества полностью или частично отказываются от других важных альтернативных форм наслаждения и интересов, или в том, что много времени тратится на деятельность, связанную с получением и приемом вещества и восстановлением от его эффектов;

6) устойчивое употребление вещества вопреки ясным доказательствам вредных последствий, о чем свидетельствует хроническое употребление вещества при фактическом или предполагаемом понимании природы и степени вреда.

Диагноз синдрома зависимости может быть уточнен по пятому знаку следующим образом:

F1x.20 в настоящее время воздержание

F1x.200 ранняя ремиссия

F1x.201 частичная ремиссия

F1x.202 полная ремиссия

F1x.21 в настоящее время воздержание, но в предохраняющих условиях (например, в больнице, терапевтическом сообществе, тюрьме и т. д.)

F1x.22 в настоящее время на поддерживающем режиме клинического наблюдения или заместительной терапии (контролируемая зависимость) (например, прием метадона или никотиновой жевательной резинки)

F1x.23 в настоящее время воздержание, но на лечении аверсивными (вызывающими отвращение) средствами или препаратами, блокирующими действия наркотических веществ (например, налтерксон или дисульфирам)

F1x.24 употребление вещества в настоящее время (активная зависимость)

F1x.240 без соматических признаков

F1x.241 с соматическими признаками

При желании следующим образом может быть уточнено течение зависимости:

F1x.25 постоянное употребление

F1x.26 эпизодическое употребление (дипсомания)

### **F1x.3 Состояние отмены.**

G1. Должны иметься четкие данные о недавнем прекращении приема или снижении доз вещества после периодического употребления этого вещества обычно в течение длительного времени и (или) в высоких дозах



G2 Симптомы и признаки соответствуют известным характеристикам состояния отмены конкретного вещества или веществ (см ниже)

G3 Симптомы и признаки не обусловлены медицинским расстройством, не имеющим отношения к употреблению данного вещества и не могут быть лучше объяснены другим психическим или поведенческим расстройством

Диагноз состояния отмены может быть уточнен по пятому знаку:

F1x.30 неосложненное

F1x.31 с судорогами

### **F10.3 Состояние отмены алкоголя.**

А. Должны выполняться общие критерии состояния отмены

Б Должны присутствовать любые три признака из числа следующих:

- 1) тремор языка, век или вытянутых рук,-
- 2) потливость;
- 3) тошнота или рвота;
- 4) тахикардия или гипертензия;
- 5) психомоторная ажитация;
- 6) головная боль;
- 7) бессонница;
- 8) чувство недомогания или слабости;
- 9) транзиторные зрительные, тактильные или слуховые галлюцинации или иллюзии;
- 10) большие судорожные припадки.

Примечание

При наличии делирия диагноз должен быть "состояние отмены алкоголя с делирием" (F10.4).

### **F11.3 Состояние отмены опиоидов.**

А. Должны выполняться общие критерии состояния отмены (F1x.3). (Следует иметь в виду, что состояние отмены опиоидов может быть также вызвано антагонистами опиоидов после короткого периода употребления опиоидов).

Б. Должны присутствовать любые три признака из числа следующих:

- 1) сильное желание принять опиоидное средство;
- 2) кровотечение из носа или чихание;
- 3) слезотечение,
- 4) мышечные боли или судороги,
- 5) абдоминальные судороги;
- 6) тошнота или рвота;
- 7) диарея,
- 8) расширение зрачков, образование "гусиной кожи" или периодический озноб
- 10) тахикардия или гипертензия,
- 11) зевота,
- 12) беспокойный сон.

### **F12.3 Состояние отмены каннабиноидов.**

Примечание

Это плохо очерченный синдром, для которого в настоящее время не могут быть установлены определенные диагностические критерии.

Он развивается после продолжительного употребления каннабиса в высоких дозах.

Сообщалось, что он длится от нескольких часов до 7 дней. Его симптомы и признаки включают тревогу, раздражительность, тремор вытянутых рук, потливость и мышечные боли

### **F13.3 Состояние отмены седативных или гипнотических средств.**

А. Должны выполняться общие критерии состояния отмены

Б. Должны присутствовать любые три признака из числа следующих:

- 1) тремор языка, век или вытянутых рук,
- 2) тошнота или рвота;
- 3) тахикардия;
- 4) постуральная гипотензия,
- 5) психомоторная ажитация,
- 6) головная боль,
- 7) бессонница,
- 8) чувство недомогания или слабости,
- 9) транзиторные зрительные, слуховые или тактильный галлюцинации или иллюзии,
- 10) параноидная идеация,
- 11) большие судорожные припадки

Примечание: При наличии делирия диагноз должен быть Состояние отмены седативных или гипнотических средств с делирием (F13.4).

### **F14.3 Состояние отмены кокаина.**

А Должны выполняться общие критерии состояния отмены

Б. Имеет место дисфорическое настроение (например печаль или ангедония).

В. Должны присутствовать любые два признака из числа следующих:

- 1) летаргия и усталость;
- 2) психомоторная заторможенность или ажитация;
- 3) сильное желание принять кокаин;
- 4) повышенный аппетит,
- 5) бессонница или гиперсомния;
- 6) причудливые или неприятные сновидения.

### **F15.3 Состояние отмены других стимуляторов, включая кофеин.**

А. Должны выполняться общие критерии состояния отмены

Б. Имеет место дисфорическое настроение (например печаль или ангедония)

В. Должны присутствовать любые два признака из числа следующих

- 1) летаргия и усталость,
- 2) психомоторная заторможенность или усталость,
- 3) сильное желание принять стимуляторы,
- 4) повышенный аппетит,
- 5) бессонница или гиперсомния,
- 6) причудливые или неприятные сновидения

### **F17.3 Состояние отмены табака.**

А. Должны выполняться общие критерии состояния отмены

Б. Должны присутствовать любые два признака из числа следующих:

- 1) сильное желание употребить табак (или другие содержащие никотин средства);
- 2) чувство недомогания или слабость,
- 3) тревога;
- 4) дисфорическое настроение;
- 5) раздражительность или беспокойство,
- 6) бессонница;
- 7) повышенный аппетит;
- 8) усиленный кашель;
- 9) изъязвления во рту,
- 10) трудности в сосредоточении.

#### **F1x.4 Состояние отмены с делирием.**

- А. Наличие состояния отмены, как оно определено в F1x.3
- Б. Наличие делирия, как он определен в F05.-.

Диагноз состояния отмены с делирием может быть уточнен по пятому знаку следующим образом:

- F1x.40 без судорог
- F1x.41 с судорогами

#### **F1x.5 Психотическое расстройство.**

А. Психотические симптомы развиваются на фоне употребления вещества или в пределах 2 недель после его приема

- Б. Психотические симптомы сохраняются на протяжении более 10 дней
- В. Длительность расстройства не превышает 6 месяцев

Диагноз психотического расстройства может быть уточнен по пятому знаку следующим образом:

- F1x.50 шизофреноподобное
- F1x.51 преимущественно бредовое
- F1x.52 преимущественно галлюцинаторное
- F1x.53 преимущественно полиморфное
- F1x.54 преимущественно депрессивное
- F1x.55 преимущественно маниакальное
- F1x.56 смешанное

#### **F1x.6 Амнестический синдром.**

А. Нарушение памяти, проявляющееся обоими признаками

1) дефект памяти на недавние события (нарушение усвоения нового материала) в степени, достаточной для того, чтобы вызвать затруднения в повседневной жизни;

2) сниженная способность к воспроизведению прошлого опыта.

Б. Отсутствие (или относительное отсутствие) всех следующих признаков:

1) нарушение непосредственного воспроизведения (определяемого, например, по запоминанию цифр);

2) помрачения сознания и расстройства внимания, ка они определяются в критерии А в F05 -;

3) общего интеллектуального снижения (деменции)

В. Отсутствие объективных данных (физического и неврологического обследования, лабораторных тестов) и (или) анамнестических сведений о заболевании мозга (особенно с билатеральным поражением дизэнцефальных и срединных височных структур), кроме алкогольной энцефалопатии, которые могли бы обоснованно считаться причиной клинических проявлений описанных в критерии А

#### **F1x.7 Резидуальное психотическое расстройство или психотическое расстройство с поздним (отставленным) дебютом.**

А. Состояния и расстройства, соответствующие критериям отдельных перечисленных ниже синдромов должны отчетливо связаны с употреблением вещества Там, где начало состояния или расстройства возникает после употребления психоактивных веществ, следует выявлять строгие доказательства, демонстрирующие связь между ними

Примечание

Учитывая значительное разнообразие состояний в этой рубрике, характеристики таких резидуальных состояний должны быть ясно документированы в отношении их типа, тяжести и продолжительности. Для исследовательских целей следует уточнять все описательные детали.

При необходимости можно использовать пятый знак:

F1x.70 психотические реминисценции

F1x.71 расстройство личности или поведения

Б. Подпадает под общие критерии F07- (расстройство личности и поведения вследствие заболевания, повреждения и дисфункции мозга)

- F1x.72 резидуальное аффективное расстройство
- Б. Выполняются критерии F06.3 (органическое аффективное расстройство)
- F1x.73 деменция
- Б. Выполняются общие критерии деменции (F00-F03).
- F1x.74 другое стойкое когнитивное нарушение
- Б. Выявляются критерии F06.7 (легкое когнитивное расстройство), кроме критерия Г, который исключает употребление психоактивного вещества
- F1x.75 психотическое расстройство с поздним дебютом
- Б. Должны выявляться общие критерии F1x.5 за тем исключением, что расстройство возникает спустя более 2 недель после приема вещества, но не более 6 недель
- F1x.8 Другие психические и поведенческие расстройства
- F1x.9 Неуточненное психическое и поведенческое расстройство

## **F20-F29 Шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства.**

### **F20 Шизофрения.**

Эта общая рубрика включает обычные варианты шизофрении, а также некоторые менее обычные варианты и близкие расстройства.

F20.0-F20.3 Общие критерии параноидной, гебефренической, кататонической и недифференцированной шизофрении:

G1. На протяжении большей части психотического эпизода длительностью не менее одного месяца (или в течение какого-либо времени в большинстве дней) должны отмечаться минимум один из признаков, перечисленных в перечне (1), или минимум два признака из перечня (2).

1) Минимум один из следующих признаков:

- а) "эхо" мысли, вкладывание или отнятие мыслей, или открытость мыслей;
- б) бред воздействия или влияния, отчетливо относящийся к движению тела или конечностей или к мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие;
- в) галлюцинаторные "голоса", представляющие собой текущий комментарий поведения больного или обсуждение его между собой, или другие типы галлюцинаторных "голосов", исходящих из какой-либо части тела;
- г) стойкие бредовые идеи другого рода, которые культурально неадекватны и совершенно невозможны по содержанию, такие как идентификация себя с религиозными или политическими фигурами, заявления о сверх-человеческих способностях (например, о возможности управлять погодой или об общении с инопланетянами).

2) или минимум два признака из числа следующих:

- а) хронические галлюцинации любого вида, если они имеют место ежедневно на протяжении минимум одного месяца и сопровождаются бредом (который может быть нестойким и полуоформленным) без отчетливого аффективного содержания;
- б) неологизмы, перерывы в мышлении, приводящие к разорванности или несообразности в речи;
- в) кататоническое поведение, такое как возбуждение, застывания или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор;
- г) "негативные" симптомы, такие как выраженная апатия, речевое обеднение и сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций (должно быть очевидным, что они не обусловлены депрессией или нейролептической терапией).

G2. Наиболее часто используемые критерии исключения:

- 1) Если случай отвечает также критериям маниакального эпизода (F30-) или депрессивного эпизода (F32-), вышеперечисленные критерии G1.1 и G1.2 должны выявляться ДО развития расстройства настроения.

2) Расстройство не может быть приписано органическому заболеванию мозга (как оно изложено в F00-F09) или алкогольной или наркотической интоксикации (F1x.0), зависимости (F1x.2) или состоянию отмены (F1x.3 и F1x.4).

Примечание:

Выявляя наличие вышеуказанных аномальных субъективных переживаний и поведения, следует с особой тщательностью избегать ложно-позитивных оценок, особенно там, где имеются культурально или субкультурально обусловленные формы поведения и манеры держаться, а также субнормальный уровень умственного развития.

Тип течения

Учитывая значительное разнообразие в течении шизофренических расстройств, может быть целесообразным (особенно для исследовательских целей) уточнять тип течения, используя пятый знак. Течение должно кодироваться при длительности наблюдения минимум один год (при ремиссии см. примечание 5 во введении).

F20.x0 непрерывное (в течение всего периода наблюдения нет ремиссий в психотической симптоматике)

F20.x1 эпизодическое с прогрессивным развитием дефекта прогрессивное развитие "негативной" симптоматики в промежутках между психотическими эпизодами

F20.x2 эпизодическое со стабильным дефектом стойкая, но не прогрессивная "негативная" симптоматика в промежутках между психотическими эпизодами

F20.x3 эпизодическое ремиттирующее с полными или фактически полными ремиссиями между психотическими эпизодами

F20.x4 неполная ремиссия

F20.x5 полная ремиссия

F20.x8 другой тип течения

F20.x9 течение не определено, период наблюдения слишком короток

## **F20.0 Параноидная шизофрения.**

А. Должны выявляться (F20.0-F20.3) общие критерии шизофрении

Б. Должны быть выраженными бред и галлюцинации (такие как бред преследования, значения и отношения, высокого родства, особой миссии, телесного изменения или ревности; "голоса" угрожающего или императивного характера, обонятельные или вкусовые галлюцинации, сексуальные или другие телесные сенсации).

В. Эмоциональная сглаженность или неадекватность, кататонические симптомы или разорванная речь не должны доминировать в клинической картине, хотя они могут присутствовать в легкой степени выраженности.

## **F20.1 Гебефреническая шизофрения.**

А. Должны выявляться общие критерии шизофрении (F20.0-F20.3).

Б. Должны отмечаться (1) или (2):

1) отчетливая и продолжительная эмоциональная сглаженность;

2) отчетливая и продолжительная эмоциональная неадекватность.

В. Должны отмечаться (1) или (2):

1) поведение, которое характеризуется больше бесцельностью и несуразностью, нежели целенаправленностью;

2) отчетливое расстройство мышления, проявляющееся разорванной речью

Г. В клинической картине не должны доминировать галлюцинации или бред, хотя они и могут присутствовать в легкой степени выраженности.

## **F20.2 Кататоническая шизофрения.**

А. Должны выявляться общие критерии шизофрении (F20.0-F20.3), хотя вначале это может быть невозможным из-за неспособности больного к общению.

Б. В течение минимум двух недель отчетливо определяется один или более из следующих кататонических симптомов:

1) ступор (значительное снижение реактивности на внешние стимулы и уменьшение спонтанных движений и активности) или мутизм;

- 2) возбуждение (моторная активность без видимой цели, на которую не оказывают влияния внешние стимулы);
- 3) застывания (произвольное принятие и сохранение неадекватных или причудливых поз);
- 4) негативизм (сопротивление без видимых мотивов всем инструкциям и попыткам сдвинуть с места, или даже движение в противоположном направлении);
- 5) ригидность (сохранение ригидной позы несмотря на попытки изменить ее);
- 6) восковая гибкость (сохранение членов тела в положении, которое ему придается другими людьми);
- 7) автоматическая подчиняемость (автоматическое выполнение инструкций).

### **F20.3 Недифференцированная шизофрения.**

А. Должны выявляться общие критерии шизофрении (F20.0-F20.3).

Б. Одно из двух:

- 1) симптоматика недостаточна для выявления критериев любого из подтипов F20.0, F20.1, F20.2, F20.4 или F205;
- 2) симптомов так много, что выявляются критерии более чем одного из подтипов, вышеперечисленных в Б (1).

### **F20.4 Постшизофреническая депрессия.**

А. На протяжении последних 12 месяцев должны были выявляться общие критерии шизофрении (F20.0-F20.3), но в настоящее время они отсутствуют.

Б. Должно сохраняться одно из состояний, отмеченных в критерии G1 (2) а), б), в) или г) в рубриках F20.0-F20.3.

В. Депрессивные симптомы должны быть достаточно продолжительными, выраженными и разнообразными, чтобы отвечать критериям хотя бы легкого депрессивного эпизода (F32.0).

### **F20.5 Резидуальная шизофрения.**

А. Общие критерии шизофрении (F20.0-F20.3) должны были выявляться в какое-то время в прошлом, но в настоящее время они отсутствуют.

Б. На протяжении предшествующих 12 месяцев должны присутствовать минимум 4 из числа следующих "негативных" симптомов:

- 1) психомоторная заторможенность или гипоактивность;
- 2) отчетливая эмоциональная сглаженность;
- 3) пассивность и отсутствие инициативы;
- 4) обеднение речи по объему или содержанию;
- 5) бедность невербального общения, определяемая по мимическому выражению лица, контактности во взгляде, модуляции голоса или позы;
- 6) низкая социальная продуктивность или плохой уход за собой.

### **F20.6 Простая шизофрения.**

А. Медленное прогрессирующее развитие на протяжении не менее года всех трех признаков:

1) отчетливое изменение преморбидной личности, проявляющееся потерей влечений и интересов, бездеятельностью и бесцельным поведением, самопоглощенностью и социальной аутизацией;

2) постепенное появление и углубление "негативных" симптомов, таких как выраженная апатия, обеднение речи, гипоактивность, эмоциональная сглаженность, пассивность и отсутствие инициативы и бедность невербального общения (определяемая по мимическому выражению лица, контактности во взгляде, модуляции голоса или позы);

3) отчетливое снижение социальной, учебной или профессиональной продуктивности.

Б. Отсутствие в какое бы то ни было время аномальных субъективных переживаний, на которые указывалось в G1 в F20.0-F20.3, а также галлюцинаций или достаточно полно сформировавшихся бредовых идей любого вида, т. е. клинический случай никогда не должен отвечать критериям любого другого типа шизофрении или любого другого психотического расстройства.

В. Отсутствие данных за деменцию или другое органическое психическое расстройство как они представлены в секции F00-F09.

## **F20.8 Другая форма шизофрении.**

## **F20.9 Шизофрения неуточненная.**

## **F21 Шизотипическое расстройство.**

А. На протяжении минимум двух лет постоянно или периодически должны обнаруживаться по меньшей мере 4 признака из числа следующих:

- 1) неадекватный или суженный аффект, больной выглядит холодным и отчужденным;
- 2) странности, эксцентричность или особенности в поведении или внешнем виде;
- 3) обеднение контактов и тенденция к социальной аутизации;
- 4) странные взгляды (верования) или магическое мышление, оказывающие влияние на поведение и не согласующиеся с субкультуральными нормами;
- 5) подозрительность или параноидные идеи;
- 6) обсессивная жвачка без внутреннего сопротивления, часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием;
- 7) необычные феномены восприятия, включая сомато-сенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализацию или дереализацию;
- 8) аморфное, обстоятельное, метафоричное, гипердетализированное и часто стереотипное мышление, проявляющееся странной речью или другим образом без выраженной разорванности;
- 9) редкие транзиторные квази-психотические эпизоды с интенсивными иллюзиями, слуховыми или другими галлюцинациями и бредоподобными идеями, обычно возникающими без внешней провокации.

Б. Случай никогда не должен отвечать критериям любого расстройства в шизофрении в F20- (шизофрения).

## **F22 Хронические бредовые расстройства.**

### **F22.0 Бредовое расстройство.**

А. Наличие бреда или системы взаимосвязанных бредовых идей помимо тех, которые были перечислены в качестве типичных шизофренических под критериями G(1) б) или г) для F20.0-F20.3 (т. е. за исключением совершенно невозможных по содержанию или культурально неадекватных). Наиболее частые примеры: бред преследования, величия, ипохондрический, ревности или эротический.

Б. Бред в критерии А должен наблюдаться минимум 3 месяца.

В. Не выполняются общие критерии шизофрении (F20.0- F20.3).

Г. Не должны отмечаться хронические галлюцинации любого вида (но могут быть транзиторные или редкие галлюцинации слуха, при которых больной не обсуждается в третьем лице и которые не имеют комментирующего характера).

Д. Время от времени могут присутствовать депрессивные симптомы (или даже депрессивный эпизод (F32-)), но при этом бредовые идеи сохраняются и в то время, когда расстройства настроения не отмечаются.

Е. Наиболее часто используемые критерии исключения. Не должно быть данных за первичное или вторичное заболевание мозга как указывается в F00-F09 или за психотическое расстройство, обусловленное употреблением психоактивного вещества (F1x.5).

Указание для выделения возможных подтипов:

При желании можно выделить следующие типы: персекуторный тип; сутяжный тип; тип с идеями отношения; тип с идеями величия; ипохондрический (соматический) тип; тип с идеями ревности; эротоманический тип.

### **F22.8 Другие хронические бредовые расстройства.**

Это остаточная рубрика для хронических бредовых расстройств, которые не отвечают критериям бредового расстройства (F22.0). Здесь должны кодироваться расстройства, при которых бред сопровождается хроническими галлюцинаторными "голосами" или шизофреническими симптомами, которые не отвечают в полной мере критериям шизофрении (F20.-).

Бредовые расстройства длительностью менее 3 месяцев должны, тем не менее, хотя бы временно кодироваться в F23.-.

### **F22.9 Хроническое бредовое расстройство, неуточненное.**

## **F23 Острые и транзиторные психотические расстройства.**

G1. Острое развитие бреда, галлюцинаций, бессвязной или разорванной речи, выступающих изолированно или в любой комбинации. Промежуток времени между появлением любого психотического симптома и развитием полной клинической картины расстройства не превышает 2 недель.

G2. Если транзиторные состояния растерянности, ложных узнаваний или нарушений внимания и имеют место, то они не отвечают критериям органически обусловленного помрачения сознания как это изложено в F05.-, критерий А.

G3. Расстройство не отвечает симптоматическим критериям маниакального эпизода (F30.-), депрессивного эпизода (F32.-) или рекуррентного депрессивного расстройства (F33.-).

G4. Отсутствуют достаточные сведения о недавнем употреблении психоактивного вещества что отвечало бы критериям интоксикации (F1x.0) употребления с вредными последствиями (F1x.1) зависимости (F1x.2) или состояний отмены (F1x.3, F1x.4).

Хроническое и в основном неизменяющееся употребление алкоголя или наркотиков в количестве и с частотой к которым больной привык само по себе не исключает возможности использовать рубрику F23 Это должно решаться на основании клинической оценки и в зависимости от требований конкретного исследовательского проекта

G5. Наиболее часто используемые критерии исключения Отсутствие органического заболевания головного мозга (F00-F09) или серьезных метаболических расстройств влияющих на центральную нервную систему (сюда не включаются роды)

Пятый знак должен использоваться для указания на связь острого начала расстройства с острым стрессом (который имеет место в течение 2 недель перед развитием острых психотических симптомов):

F23.x0 без сочетания с острым стрессом

F23.x1 В сочетании с острым стрессом

Для исследовательских целей рекомендуется дальнейшее уточнение развития расстройства из непсихотического состояния в психотическое (развитие в течение 48 часов) или острое (развитие в течение от 48 часов до 2 недель)

### **F23.0 Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении.**

А Должны выявляться общие критерии острых и транзиторных психотических расстройств ( F23)

Б Симптоматика быстро меняется как по типу так и по интенсивности изо дня в день или даже за один день

В Наличие любого типа галлюцинаций или бреда на протяжении минимум нескольких часов в любое время с начала развития расстройства

Г. Развивающиеся в одно и то же время симптомы по меньшей мере из двух следующих категорий:

1) эмоциональное смятение, характеризующееся интенсивными чувствами счастья или экстаза, или непреодолимой тревоги или выраженной раздражительности;

2) растерянность или ложные узнавания людей или мест;

3) повышенная или пониженная активность, достигающая значительной степени.



Д. Любые из симптомов, перечисленных в рубрике шизофрении (F20.0-F20.3), критерий G1 и G2, если и присутствуют, то на незначительное время с момента начала состояния, т. е. не выполняется критерий Б в F23.1.

Е. Общая продолжительность расстройства не превышает 3 месяцев.

### **F23.1 Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении.**

А. Должны выявляться критерии А,Б,В и Г острого полиморфного психотического расстройства

Б. Выявляются некоторые критерии шизофрении (F20.0- F20.3) на протяжении большей части времени с начала развития расстройства, но они не обязательно отвечают этому диагнозу полностью, т. е. отмечаются по меньшей мере:

- 1) любой из симптомов в F20, F1.1 а-г или
- 2) любой из симптомов F20, G1.2 от д) до з)

В. Симптомы шизофрении предыдущего критерия Б выявляются не более одного месяца.

### **F23.2 Острое шизофреноподобное психотическое расстройство.**

А. Выявляются общие критерии острых и транзиторных психотических расстройств (F23).

Б. Выявляются критерии шизофрении (F20.0-F20.3) за исключением критерия длительности.

В. Расстройство не отвечает критериям Б, В и Г острого полиморфного психотического расстройства (F23.0).

Г. Общая продолжительность расстройства не превышает одного месяца.

### **F23.3 Другие острые преимущественно бредовые психотические расстройства.**

А. Выявляются общие критерии острых и полиморфных психотических расстройств (F23).

Б. Отмечаются относительно стабильные бред и (или) галлюцинации, но они не отвечают симптоматическим критериям шизофрении (F20.0-F20.3).

В. Расстройство не отвечает критериям острого полиморфного психотического расстройства (F23.0)

Г. Общая продолжительность расстройства не превышает 3 месяцев.

### **F23.8 Другие острые и транзиторные психотические расстройства.**

Здесь должны кодироваться любые другие острые психотические расстройства, которые не могут быть классифицированы под другими рубриками в F23 (например, острые психотические состояния, при которых отчетливые бред или галлюцинации имеют место, но лишь на короткое время). Здесь должны кодироваться и состояния недифференцированного возбуждения, если не удается получить информацию о психическом состоянии больного, но только при отсутствии данных за органическую обусловленность.

### **F23.9 Острое и транзиторное психотическое расстройство, неуточненное.**

## **F24 Индуцированное бредовое расстройство.**

А. Развивающиеся бред или бредовая система первоначально возникают у другого лица с расстройством, классифицированным в F20-F23.

Б. Эти двое людей обнаруживают необычно тесную связь друг с другом и относительно изолированы от других людей.

В. Бредовые идеи не возникали у больного до встречи с другим лицом и в прошлом у него не развивались расстройства относимые к F20-F23

## **F25 Шизоаффективные расстройства.**

Примечание Этот диагноз основывается на относительном "равновесии" количества тяжести и продолжительности шизофренических и аффективных симптомов

G1. Расстройство отвечает критериям одного из аффективных расстройств (F30.-, F31.-, F32.-) умеренной или тяжелой степени выраженности в соответствии с определением для каждого подтипа.

G2. В течение большей части времени минимум двухнедельного периода отчетливо присутствуют симптомы хотя бы одной из следующих симптоматических групп (которые почти совпадают с группами симптомов при шизофрении (F20.0-F20.3):

1) "эхо" мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, открытость мыслей (F20.0-F20.3, критерий G1.1 а));

2) бред воздействия или влияния, отчетливо относящийся к движениям тела или конечностей или к определенным мыслям, действиям или ощущениям (F20.0- F20.3, критерий G1.1 б));

3) галлюцинаторные "голоса", комментирующие поведение больного или обсуждающие его между собой; или другие типы галлюцинаторных "голосов", исходящих из какой-нибудь части тела (F20.0-F20.3, критерий G1.1 в));

4) стойкие бредовые идеи любого рода, которые культурально неадекватны и совершенно невозможны по содержанию, но это не просто идеи величия или преследования (F20.0-F20.3, критерий G1.1 г)), например, что больной посещает иные миры, может управлять облаками с помощью своего дыхания, общаться с растениями или животными без слов и т. п.;

5) явно неадекватная или разорванная речь или частое использование неологизмов (выраженная форма критерия G1.2 б) в рубрике F20.0-F20.3);

6) частое возникновение кататонических форм поведения, таких как застывания, восковая гибкость и негативизм (F20.0-F20.3, критерий G1.2 б)).

G3. Критерии G1 и G2 должны выявляться в течение одного и того же эпизода и хотя бы на какое-то время одновременно. В клинической картине должны быть выраженными симптомы критериев как G1, так и G2.

G4. Наиболее часто используемые критерии исключения. Расстройство не может быть приписано органическому психическому расстройству (в смысле F00-F09) или интоксикации, зависимости или состоянию отмены, связанным с употреблением психоактивных веществ (F10-F19).

### **F25.0 Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип.**

А. Должны выявляться общие критерии шизоаффективного расстройства (F25).

Б. Должны выявляться критерии маниакального расстройства (F30.1 или F31.1).

### **F25.1 Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип.**

А. Должны выявляться общие критерии шизоаффективного расстройства (F25).

Б. Должны выявляться критерии депрессивного расстройства, хотя бы умеренной тяжести (F31.3, F31.4, F32.1 или F32.2).

### **F25.2 Шизоаффективное расстройство, смешанный тип.**

А. Должны выявляться общие критерии шизоаффективного расстройства (F25).

Б. Должны выявляться критерии смешанного биполярного аффективного расстройства (F31.6).

### **F25.8 Другие шизоаффективные расстройства.**

### **F25.9 Шизоаффективное расстройство, неуточненное.**

Примечание

При желании можно выделить следующие подтипы шизоаффективного расстройства в зависимости от его динамики:

F25.x0 Только одновременное развитие шизофренической и аффективной симптоматики. Симптомы определены в критерии G2 из рубрики F25.

F25.x1 Одновременное развитие шизофренических и аффективных симптомов с последующим сохранением шизофренической симптоматики вне периодов наличия аффективных симптомов

## **F28 Другие неорганические психотические расстройства.**

Здесь должны кодироваться психотические расстройства, которые не отвечают критериям шизофрении (F20.0-F20.3) или психотических типов (аффективных) расстройств настроения (F30-F39), и психотические расстройства, которые не отвечают симптоматическим критериям хронического бредового расстройства (F22.-) (примером является хроническое галлюцинаторное расстройство). Сюда относятся и сочетания симптомов, которые не охватываются предыдущими (F20.- категориями (F20.-F25), например, сочетание бредовых идей иных, чем перечисленные в качестве типичных шизофренических в F20.0-F20.3, критерий G1.1 б) или г) (т. е. помимо совершенно невероятных по содержанию или культурально неадекватных), с кататонией.

## **F29 Неуточненный неорганический психоз.**

## **F30-F39 (Аффективные)расстройства настроения.**

### **F30 Маниакальный эпизод.**

#### **F30.0 Гипомания.**

А. Повышенное или раздражительное настроение, которое является явно аномальным для данного индивидуума и сохраняется по меньшей мере 4 дня подряд.

Б. Должны быть представлены минимум три симптома из числа следующих, что сказывается на личностном функционировании в повседневной жизни:

- 1) повышенная активность или физическое беспокойство;
- 2) повышенная говорливость;
- 3) затруднения в сосредоточении внимания или отвлекаемость;
- 4) сниженная потребность во сне;
- 5) повышение сексуальной энергии;
- 6) небольшие кутежи или другие типы безрассудного или безответственного поведения;
- 7) повышенная общительность или фамильярность.

В. Расстройство не отвечает критериям мании (F30.1 и F30.2), биполярного аффективного расстройства (F31- ), депрессивного эпизода (F32- ), циклотимии (F34.0) или нервной анорексии (F50.0).

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения:

Эпизод не может быть приписан употреблению психоактивного вещества (F10-F19) или любому органическому психическому расстройству (в смысле F00-F09).

#### **F30.1 Мания без психотических симптомов.**

А. Преимущественно повышенное, экспансивное, раздражительное или подозрительное настроение, которое является аномальным для данного индивидуума. Это изменение настроения должно быть отчетливым и сохраняться на протяжении по меньшей мере недели (если только его тяжесть недостаточна для госпитализации).

Б. Должны присутствовать минимум три из числа следующих симптомов (а если настроение только раздражительное, то — четыре), приводя к тяжелому нарушению личностного функционирования в повседневной жизни:

- 1) повышение активности или физическое беспокойство;
- 2) повышенная говорливость ("речевое давление");
- 3) ускорение течения мыслей или субъективное ощущение "скачки идей";
- 4) снижение нормального социального контроля, приводящее к поведению, которое неадекватно обстоятельствам;

- 5) сниженная потребность во сне;
- 6) повышенная самооценка или идеи величия (грандиозности);
- 7) отвлекаемость или постоянные изменения в деятельности или планах;
- 8) опрометчивое или безрассудное поведение, последствия которого больным не осознаются, например, кутежи, глупая предприимчивость, безрассудное управление автомобилем;
- 9) заметное повышение сексуальной энергии или сексуальная неразборчивость.

В. Отсутствие галлюцинаций или бреда, хотя могут быть расстройства восприятия (например, субъективная гиперაკυζия, восприятие красок как особенно ярких).

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Эпизод не может быть объяснен употреблением психоактивного вещества (F10-F19) или любым органическим психическим расстройством (в смысле F00-F09).

### **F30.2 Мания с психотическими симптомами.**

А Эпизод отвечает критериям мании без психотических симптомов (F30.1), за исключением критерия В.

Б. Эпизод не отвечает одновременно критериям шизофрении (F20.0-F20.3) или маниакального типа шизоаффективного расстройства (F25.0).

В. Присутствуют бред или галлюцинации, но помимо тех, что перечислены в качестве типичных для шизофрении в критерии G1.1 б), в) и г) (т. е. бреда, который не является совершенно невероятным по содержанию или культурально неадекватным, и галлюцинаций, при которых больной не обсуждается в третьем лице и которые не имеют комментирующего характера). Наиболее частыми примерами является бред величия, значения, эротический или персекуторного содержания.

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Эпизод не может быть приписан употреблению психоактивного вещества (F10-F19) или любому органическому психическому расстройству (в смысле F00-F09).

Пятый знак может быть использован для определения бреда или галлюцинаций как соответствующих или несоответствующих настроению:

**F30.20 с психотическими симптомами, соответствующими настроению (такими как бред величия или "голоса", сообщающие больному о его сверх-человеческих силах)**

**F30.21 с психотическими симптомами, не соответствующими настроению (такими как "голоса", говорящие больному об эмоционально нейтральных вещах или бред значения или преследования).**

### **F30.8 Другие маниакальные эпизоды.**

### **F30.9 Маниакальный эпизод, неуточненный.**

## **F31 Биполярное аффективное расстройство.**

Примечание. Границы эпизодов определяются переходом в эпизод противоположной или смешанной полярности или в ремиссию.

### **F31.0 Биполярное аффективное расстройство, текущий гипоманиакальный эпизод.**

А. Текущий эпизод, подпадающий под критерии гипомании (F30.0).

Б. В прошлом, по крайней мере, один аффективный эпизод, подпадающий под критерий гипоманиакального или маниакального эпизода (F30-), депрессивного эпизода (F32-) или смешанного аффективного эпизода (F38.00)

### **F31.1 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов.**

А. Текущий эпизод подпадающий под критерии мании без психотических симптомов (F30.1)

Б. В прошлом хотя бы один другой аффективный эпизод подпадающий под критерий гипоманиакального или маниакального эпизода (F30.-) депрессивного эпизода (F32.-) или смешанного аффективного эпизода (F38.00)

### **F31.2 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании с психотическими симптомами.**

А. Текущий эпизод, подпадающий под критерий мании с психотическими симптомами (F30.2).

Б. Бывший в прошлом, хотя бы один другой аффективный эпизод подпадающий под критерий гипоманиакального или маниакального эпизода (F30.-), депрессивного эпизода (F32.-) или смешанного аффективного эпизода (F38.00)

Пятый пункт должен быть использован для определения того соответствуют или нет психотические симптомы настроению

**F31.20 Психотические симптомы соответствующие настроению**

**F31.21 Психические симптомы не соответствующие настроению**

### **F31.3 Биполярное аффективное расстройство текущий эпизод умеренной или легкой депрессии.**

А. Текущий эпизод подпадающий под критерий депрессивного эпизода как легкой (F32.0) так и умеренной тяжести (F32.1)

Б. По крайней мере, один аффективный эпизод в прошлом, подпадающий под критерии гипоманиакального или маниакального эпизода (F30.-), или смешанного аффективного эпизода (F38.00).

Пятый пункт должен быть использован для определения представленности соматических симптомов, как определенных в F32, в текущем эпизоде депрессии:

**F31.30 без соматических симптомов**

**F31.31 с соматическими симптомами**

### **F31.4 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов.**

### **F31.5 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами.**

А. Текущий эпизод, подпадающий под критерий тяжелого депрессивного эпизода с психотическими симптомами (F32.3).

Б. Бывший в прошлом, хотя бы один хорошо описанный гипоманиакальный или маниакальный эпизод (F30.-) или смешанный аффективный эпизод (F38.00).

Пятый пункт должен быть использован для определения того, соответствуют или не соответствуют психотические симптомы настроению:

**F31.50 психотические симптомы, соответствующие настроению**

**F31.51 психотические симптомы, не соответствующие настроению**

### **F31.6 Биполярное аффективное расстройство, текущий смешанный эпизод.**

А. Текущий эпизод характеризуется или смешанной или быстрой сменой (за несколько часов) гипоманиакальных, маниакальных и депрессивных симптомов.

Б. И маниакальные, и депрессивные симптомы должны быть выраженными в большую часть периода, продолжительностью по крайней мере в две недели.

В. Наличие в прошлом, по крайней мере одного хорошо описанного гипоманиакального или маниакального эпизода (F30.-), депрессивного (F32.--) или смешанного аффективного эпизода (F38.00).

### **F31.7 Биполярное аффективное расстройство, ремиссия.**

А. Настоящее состояние не подпадает под критерий для депрессии или мании любой тяжести или других расстройств настроения в F30-F39 (возможно из-за терапии, направленной на снижение риска будущих эпизодов).

Б. В прошлом, по крайней мере хорошо описанный гипоманиакальный или маниакальный эпизод (F30.-) и также по крайней мере еще один аффективный эпизод (гипомания или мания) (F30.-), депрессивный (F32.-) или смешанный (F38.00).

### **F31.8 Другие биполярные аффективные расстройства.**

### **F31.9 Биполярны аффективные расстройства, неуточненные.**

## **F32 Депрессивный эпизод.**

G1. Депрессивный эпизод должен длиться, по крайней мере, две недели.

G2. В анамнезе никогда не было гипоманиакальных или маниакальных симптомов, отвечающих критериям маниакального или гипоманиакального эпизода F30.-).

G3. Наиболее часто используемые критерии исключения. Эпизод нельзя приписать употреблению психоактивного вещества (F10-F19) или любому органическому психическому расстройству (в смысле F00-F09).

Соматический синдром

Некоторые депрессивные симптомы широко рассматриваются, как имеющие особенное клиническое значение, обозначаются здесь как "соматические" (такие термины, как биологическое, витальное, меланхолическое или эндогенноморфное используется для этих синдромов в других классификациях).

Пятый пункт (как показано в F31.3; F32.0 и .1; F33.0 и .1) может быть использован для определения наличия или отсутствия соматического синдрома. Для определения соматического синдрома четыре из следующих симптомов должны быть представлены:

1. Снижение интересов или снижение удовольствия от деятельности, обычно приятной для больного;
2. Отсутствие реакции на события или деятельность, которые в норме ее вызывают;
3. Пробуждение утром за два или больше часа до обычного времени;
4. Депрессия тяжелее по утрам;
5. Объективные свидетельства заметной психомоторной заторможенное(tm) или ажитации (отмеченные или описанные другими лицами);
6. Заметное снижение аппетита;
7. Снижение веса (пять или более процентов от веса тела в прошлом месяце);
8. Заметное снижение либидо.

В 10-ом пересмотре международной классификации болезней (клинические описания и диагностические указания) присутствие или отсутствие соматического синдрома не уточняется для тяжелого депрессивного эпизода, поскольку считается, что имеется в большинстве случаев. Для исследовательских целей, однако, может быть целесообразным разрешить кодирование отсутствия соматического синдрома для тяжелого депрессивного эпизода.

### **F32.0 Депрессивный эпизод легкой тяжести.**

А. Соответствует общим критериям для депрессивного эпизода (F32).

Б. Как минимум, два из следующих трех симптомов:

1. депрессивное настроение до уровня, определяемого, как явно ненормальное для пациента, представленное почти ежедневно и захватывающее большую часть дня, которое в основном не зависит от ситуации и имеет продолжительность не менее двух недель;
2. отчетливое снижение интереса или удовольствия от деятельности, которая обычно приятна для больного;
3. снижение энергии и повышения утомляемости.

В. Дополнительный симптом или симптомы из следующих (до общего количества не менее четырех):

1. снижение уверенности и самооценки;
2. беспричинное чувство самоосуждения или чрезмерное и неадекватное чувство вины;
3. повторяющиеся мысли о смерти или суициде или суицидальное поведение;

4. проявления и жалобы на уменьшение способности обдумывать или концентрироваться, такие как нерешительность или колебания;

5. Нарушение психомоторной активности с ажитацией или заторможенностью (субъективно или объективно);

6. нарушение сна любого типа;

7. изменение аппетита (повышение или понижение) с соответствующим изменением веса тела.

Пятый пункт должен быть использован для определения наличия соматического синдрома, представленного выше:

#### **F32.00 без соматических симптомов**

#### **F32.01 с соматическими симптомами**

### **F32.1 Депрессивный эпизод средней тяжести.**

А. Соответствует общим критериям для депрессивного эпизода (F32).

Б. По крайней мере два из трех симптомов в критерии Б, F32.0.

В. Дополнительные симптомы из критерия В, F32.0, чтобы в сумме их было не менее шести.

Пятый пункт должен быть использован для определения наличия или отсутствия соматического синдрома, представленного выше:

#### **F32.10 без соматического синдрома**

#### **F32.11 с соматическим синдромом**

### **F32.2 Тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов.**

Примечание: Если выражены важные симптомы, такие как ажитация или заторможенность, больной может быть не в состоянии или не испытывать желания детально сообщить о значительной части симптоматики. В таком случае может быть все же оправданной общая градация эпизода в качестве тяжелого.

А. Соответствует общим критериям для депрессивного эпизода (F32).

Б. Все три симптома в критерии Б, F32.0.

В. Дополнительные симптомы из критерия В, F32.0, до суммарного количества не менее восьми.

Г. Отсутствие галлюцинаций, бреда, либо депрессивного ступора.

### **F32.3 Тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами.**

А. Соответствует общим критериям депрессивного эпизода (F32).

Б. Соответствует критериям тяжелого депрессивного эпизода без психотических симптомов (F32.2), за исключением критерия Г.

В. Отсутствуют критерии шизофрении (F20.0-F20.3) или шизоаффективного расстройства, депрессивного типа (F25.1).

Должно присутствовать любое из следующих:

1) бред или галлюцинации, кроме перечисленных в качестве типично шизофренических в критерии G1.1 б), в) и г) для F20.0-F20.3, (т. е. бреда, иного нежели полностью невероятного по содержанию или культурально неадекватного и галлюцинаций, которые не обсуждают больного в третьем лице или ведут текущий комментарий); наиболее частые примеры включают депрессивный бред, бред вины, отнесения к себе, бред ипохондрического, нигилистического или персекуторного содержания;

2) депрессивный ступор.

Пятый знак должен быть использован для определения соответствуют или не соответствуют психотические симптомы настроению:

#### **F32.30 психотические симптомы, соответствующие настроению (бред виновности, самоуничужения, физической болезни, надвигающегося несчастья, насмехающиеся или осуждающие слуховые галлюцинации)**

#### **F32.31 психотические симптомы, не соответствующие настроению (персекуторный бред или бредовое отнесение к себе и галлюцинации без аффективного содержания)**

### **F32.8 Другие депрессивные эпизоды.**

Здесь включаются эпизоды, которые не подходят под описания для депрессивных эпизодов в F32.0-F32.3, но при которых общее диагностическое впечатление указывает, что они имеют депрессивную природу. Примеры включают флюктуирующую смесь депрессивной симптоматики (особенно "соматического" синдрома) с не имеющими диагностического значения симптомами, такими как напряженность, беспокойство, дистресс, а также смешение "соматических" депрессивных симптомов с хронической болью или усталостью, которые не обусловлены органическими причинами (как иногда это можно наблюдать в больницах общего профиля).

### **F32.9 Другой депрессивный эпизод, неуточненный.**

## **F33 Рекуррентное депрессивное расстройство.**

G1. По крайней мере, один депрессивный эпизод в прошлом, легкой (F32.0), средней (F32.1) тяжести, либо тяжелый (F32.2 или .3), длившийся не менее двух недель и отделенный от настоящего эпизода периодом минимум в 2 месяца, в течение которых не наблюдалось каких-либо значимых аффективных симптомов.

G2. Отсутствие в прошлом эпизодов, соответствующих критериям гипоманиакального или маниакального эпизода (F30.-).

G3. Наиболее часто используемые критерии исключения. Эпизод не может быть приписан использованию психоактивного вещества (F10-F19) или любому органическому психическому расстройству (в смысле F00-F09).

Рекомендуется определять преобладающий тип предыдущих эпизодов (легкий, умеренный, тяжелый, неопределенной тяжести).

### **F33.0 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой тяжести.**

A. Соответствует общим критериям для рекуррентного депрессивного расстройства (F33).

B. Текущий эпизод соответствует критериям депрессивного эпизода легкой тяжести (F32.0).

Пятый пункт должен быть использован для определения наличия соматических симптомов в текущем эпизоде:

**F33.00 без соматического синдрома**

**F33.01 с соматическим синдромом**

### **F33.1 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней тяжести.**

A. Соответствует общим критериям рекуррентного депрессивного расстройства (F33).

B. Текущий эпизод соответствует критериям депрессивного эпизода средней тяжести (F32.1).

Пятый пункт должен быть использован для определения наличия соматических симптомов в текущем эпизоде: F33.10 без соматического синдрома F33.11 с соматическим синдромом

### **F33.2 Рекуррентное депрессивное расстройство, тяжелый текущий эпизод без психотических симптомов.**

A. Соответствует общим критериям рекуррентного депрессивного расстройства (F33).

B. Текущий эпизод соответствует критериям тяжелого депрессивного эпизода без психотических симптомов (F32.2).

### **F33.3 Рекуррентное депрессивное расстройство, тяжелый текущий эпизод с психотическими симптомами.**

A. Соответствует общим критериям рекуррентного депрессивного расстройства (F33).

B. Текущий эпизод соответствует критериям тяжелого депрессивного эпизода с психотическими симптомами (F32.3).

Пятый пункт должен быть использован для определения того, соответствуют или не соответствуют психотические симптомы настроению:



**F33.30 с соответствующими настроению психотическими симптомами**  
**F33.31 с несоответствующими настроению психотическими симптомами**

### **F33.4 Рекуррентное депрессивное расстройство, в настоящее время ремиссия.**

- А. Соответствует общим критериям рекуррентного депрессивного расстройства (F33).  
Б. Настоящее состояние не соответствует критериям депрессивного эпизода (F32.-) любой тяжести или любого другого расстройства в F30-F39.

Примечание

Получаемая терапия, снижающая риск повторных эпизодов, не препятствует данному диагнозу.

### **F33.8 Другие рекуррентные депрессивные расстройства.**

### **F33.9 Рекуррентное депрессивное расстройство, неуточненное.**

## **F34 Хронические (аффективные) расстройства настроения.**

### **F34.0 Циклотимия.**

А. Период, не менее двух лет нестабильного настроения, включающий чередующиеся периоды, как депрессии, так и гипомании с или без промежуточных периодов нормального настроения.

Б. Отсутствие в течение двухлетнего периода проявлений депрессии, или гипомании, которые были бы достаточной тяжести или продолжительности, чтобы отвечать критериям маниакального эпизода или депрессивного эпизода (умеренной тяжести или тяжелого); тем не менее, маниакальные или депрессивные эпизоды могут случаться раньше или могут развиваться позже таких периодов нестабильного настроения.

В. В течение хотя бы некоторых из периодов депрессии, не менее трех из следующих симптомов должны быть представлены:

1. снижение энергии или активности;
2. бессоница;
3. снижение уверенности в себе или чувство неполноценности;
4. трудности в концентрации внимания;
5. социальная отгороженность;
6. снижение интереса или удовольствия от секса или приятных видов деятельности;
7. снижение разговорчивости;
8. пессимистическое отношение к будущему и негативная оценка прошлого.

Г. В течение хотя бы некоторых из периодов повышения настроения, не менее трех из следующих симптомов должны быть представлены:

1. повышение энергии или активности;
2. снижение необходимости во сне;
3. повышенная самооценка;
4. обостренное или необычное творческое мышление;
5. повышенная общительность;
6. повышенная разговорчивость или умничание;
7. повышение интереса к сексу и увеличение сексуальных связей и других видов деятельности, доставляющих удовольствие;
8. сверхоптимизм и переоценка прошлых достижений.

Примечание. При желании можно определить, является ли начало ранним (подростковый возраст или до 30 лет) или поздним (обычно между 30 и 50 годами вслед за аффективным эпизодом).

### **F34.1 Дистимия.**

А. Период, не менее двух лет постоянного или постоянно повторяющегося депрессивного настроения. Промежуточные периоды нормального настроения редко длятся дольше нескольких недель и нет эпизодов гипомании.

Б. Отсутствие, либо очень немного отдельных эпизодов депрессии за эти два года, обладающих достаточной тяжестью, либо длящихся достаточно долго, чтобы соответствовать критериям рекуррентного легкого депрессивного расстройства (F33.0).

В. В течение хотя бы некоторых из периодов депрессии, не менее трех из следующих симптомов должны быть представлены:

1. снижение энергии или активности;
2. бессоница;
3. снижение уверенности в себе или чувство неполноценности;
4. трудности в концентрации внимания;
5. частая слезливость;
6. снижение интереса или удовольствия от секса или других приятных видов деятельности;
7. чувство безнадежности или отчаяния;
8. неспособность справляться с рутинными обязанностями повседневной жизни;
9. пессимистическое отношение к будущему и негативная оценка прошлого;
10. социальная отгороженность;
11. снижение разговорчивости.

Примечание При желании можно определить является ли начало ранним (в подростковом возрасте и до 30 лет) или поздним (обычно между 30 и 50 годами вслед за аффективным эпизодом)

### **F34.8 Другие хронические (аффективные) расстройства настроения.**

Это остаточная категория для хронических аффективных расстройств которые недостаточно выражены или продолжительны чтобы отвечать критериям циклотимии (F34.0) или дистимии (F34.1), но которые тем не менее клинически значимы. Сюда включены некоторые типы депрессии, ранее называвшейся "невротической", но если они не отвечают критериям ни циклотимии (F34.0), ни дистимии (F34.1), ни легкого депрессивного эпизода (F32.0), ни депрессивного эпизода умеренной тяжести (F32.1).

### **F34.9 Хроническое (аффективное) расстройство настроения, неуточненное.**

## **F38 Другие (аффективные) расстройства настроения.**

Существует так много возможных расстройств, которые могут быть включены в F38, что даже не было сделано попыток выделить для них специфические критерии, за исключением смешанного аффективного эпизода (F38.00) и рекуррентного короткого депрессивного расстройства (F38.10). Исследователи, требующие для своих работ более точных критериев, чем Диагностическое руководство может им представить, должны создать их в соответствии с задачами работы.

### **F38.0 Другие одиночные (аффективные) расстройства настроения F38.00 Смешанный аффективный эпизод.**

А. Эпизод характеризуется смешанной клинической картиной или быстрой сменой (в течение нескольких часов) гипоманиакальных, маниакальных и депрессивных симптомов.

Б. И маниакальные, и депрессивные симптомы должны быть выражены большую часть времени, в течение, по крайней мере, двухнедельного периода.

В. Отсутствие предыдущих гипоманиакальных, депрессивных или смешанных эпизодов.

### **F38.1 Другие рекуррентные (аффективные) расстройства настроения. F38.10 Рекуррентное короткое депрессивное расстройство**

А. Расстройства соответствуют симптоматическим критериям легкой (F32.0), умеренной (F32.1) или тяжелой депрессии (F32.2).

Б. Депрессивные эпизоды возникали, по крайней мере, ежемесячно в прошлом году.

В. Отдельные эпизоды длятся меньше, чем две недели (типично — два-три дня).

Г. Эпизоды не возникают только в связи с менструальным циклом.

### **F38.8 Другие уточненные (аффективные) расстройства настроения.**

Это остаточная категория для аффективных расстройств, которые не отвечают критериям любых других рубрик в F30-F38 (выше).

## **F39 Неуточненное (аффективное) расстройство настроения.**

## **F40-F48 Невротические связанные со стрессом и соматоформные расстройства.**

### **F40 Тревожно-фобические расстройства.**

#### **F40.0 Агорафобия.**

А. Отчетливый и постоянно появляющийся страх, по меньшей мере, в двух из следующих ситуаций, или их избегание:

1. толпы;
2. публичных мест;
3. путешествия в одиночку;
4. передвижения вне дома.

Б. С начала заболевания хотя бы в одном случае должны быть представлены одновременно не менее, чем два симптома тревоги в пугающих ситуациях, причем один из них должен относиться к пунктам 1-4 нижеследующего списка:

Вегетативные симптомы

1. сильное или учащенное сердцебиение;
2. потливость;
3. дрожание или тремор;
4. сухость во рту (но не из-за лекарств или обезвоживания);

Симптомы, относящиеся к груди и животу

5. затруднения дыхания;
6. чувство удушья;
7. дискомфорт или боли в грудной клетке;
8. тошнота или неприятное ощущение в животе (например жжение в желудке);

Симптомы, относящиеся к психическому состоянию

9. чувство головокружения, неустойчивости, обморочности;
10. чувство, что предметы нереальны (дереализация), или что собственное Я отделилось или "по настоящему находится не здесь" (деперсонализация);

11. страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти;

12. страх умереть;

Общие симптомы

13. приливы или чувство озноба;
14. онемение или ощущение покалывания.

В. Значительный эмоциональный дистресс из-за стремления избежать ситуацию или симптомов тревоги, при этом больной осознает, что они чрезмерны или необоснованы.

Г. Появление симптомов тревоги только или по преимуществу в ситуациях, вызывающих страх или при мыслях о них.

Д. Наиболее часто употребляемые критерии исключения. Страх или избегание ситуаций (критерий А) не определяется бредом, галлюцинациями или другими расстройствами, такими как органическое психическое расстройство (F00-F09), шизофрения и связанные с ней расстройства (F20- F29), аффективные расстройства (F30-F39), или обсессивно-компульсивные расстройства (F42.-), и не вытекают из культуральных верований.

Наличие или отсутствие панических расстройств (F41.0) в большинстве случаев агорафобии могут быть дополнительно определены с использованием пятого знака:

**F40.00 без панического расстройства**

**F40.01 с паническим расстройством**

Варианты для оценки тяжести

Тяжесть в F40.00 может оцениваться указанием на степень избегания пугающих ситуаций, принимая во внимание специфические культуральные условия. Тяжесть в F40.01 может оцениваться путем подсчета приступов паники.

**F40.1 Социальные фобии.**

А. Должен присутствовать один из следующих признаков:

1. выраженный страх оказаться в центре внимания или страх повести себя так, что это вызовет смущение или унижение;

2. выраженное избегание пребывания в центре внимания или ситуаций, связанных со страхом повести себя так, что это вызовет смущение или унижение.

Эти страхи проявляются в социальных ситуациях, таких как прием пищи или общение в общественных местах, случайная встреча знакомых лиц на публике, пребывание в небольших группах (например, на вечеринках, собраниях, в классной комнате).

Б. В то или иное время после начала расстройства должны обнаруживаться минимум два симптома тревоги в пугающих ситуациях, как это определяется критерием Б в F40, а также один из следующих симптомов:

1. покраснение и "дрожь";

2. страх рвоты;

3. позывы или страх мочеиспускания или дефекации.

В. Выраженное эмоциональное беспокойство из-за симптомов или стремления избежать ситуаций и осознание, что беспокойство чрезмерное или необоснованное.

Г. Появление симптомов тревоги только или по преимуществу в ситуациях, вызывающих страх, или при мыслях о них.

Д. Наиболее часто используемые критерии исключения. Симптомы, перечисленные в критериях А и Б не обусловлены бредом, галлюцинациями или другими расстройствами, такими как органическое психическое расстройство (F00-F09), шизофрения и связанные с ней расстройства (F20-F29), (аффективные) расстройства настроения (F30-F39) или обсессивно-компульсивное расстройство (F42.-), и не являются вторичными по отношению к культуральным верованиям.

**F40.2 Специфические (изолированные) фобии.**

А Любой из следующих признаков

1) выраженный страх специфических предметов или ситуаций, не относящихся к агорафобии (F40.0) или социальной фобии (F40.1),

2) выраженное избегание специфических предметов или ситуаций, не относящихся к агорафобии (F40.0) или социальной фобии (F40.1).

Среди наиболее обычных — страх животных, птиц, насекомых, высоты, грома, полета, маленьких замкнутых пространств, вида крови или ран, инъекций, стоматологов, больниц.

Б. Симптомы тревоги в пугающих ситуациях, как они определены критерием Б в F40.0, должны проявляться в то или иное время с начала заболевания.

В. Значительное эмоциональное беспокойство из-за симптомов или из-за стремления избежать ситуаций и осознание, что они чрезмерны или необоснованны.

Г. Появление симптомов тревоги только в ситуациях, вызывающих страх, или при мыслях о них.

При желании специфические фобии могут быть подразделены следующим образом:

- животных (например страх насекомых, собак) — естественных природных сил (например, страх ураганов, воды);
- крови, инъекций, травм;
- ситуаций (например, страх лифтов, туннелей) — другой тип фобий.

#### **F40.8 Другие тревожно-фобические расстройства.**

#### **F40.9 Фобическое тревожное расстройство, неуточненное.**

### **F41 Другие тревожные расстройства.**

#### **F41.0 Панические расстройства (эпизодическая параксизмальная тревога).**

А. Рекуррентные панические атаки, не связанные со специфическими ситуациями или предметами, а часто случающиеся спонтанно (эти эпизоды непредсказуемы). Панические атаки не связаны с заметным напряжением или с проявлением опасности или угрозы жизни.

Б. Паническая атака характеризуется всеми следующими признаками:

- 1) это дискретный эпизод интенсивного страха или дискомфорта;
- 2) она начинается внезапно;
- 3) она достигает максимума в течение нескольких минут и длится по меньшей мере несколько минут;
- 4) должны присутствовать минимум 4 симптома из числа нижеперечисленных, причем один из них должен быть из перечня а)-г):

Вегетативные симптомы

- а) усиленное или учащенное сердцебиение; б) потливость; в) дрожание или тремор;
- г) сухость во рту (не обусловленная приёмом препаратов или дегидратацией);

Симптомы, относящиеся к груди и животу

- д) затруднения в дыхании; е) чувство удушья; ж) боли или дискомфорт в груди;
- з) тошнота или абдоминальный дистресс (например жжение в желудке);

Симптомы, относящиеся к психическому состоянию

- и) чувство головокружения, неустойчивости, обморочности;
- к) ощущение, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное Я отделилось или "находится не здесь" (деперсонализация);

л) страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти;

м) страх умереть;

Общие симптомы

- н) приливы или чувство озноба;
- о) онемение или ощущение покалывания.

В. Наиболее часто используемые критерии исключения. Приступы паники не обусловлены физическим расстройством, органическим психическим расстройством (F00-F09) или другим психическим расстройством, таким как шизофрения и связанные с ней расстройства (F20-F29), (аффективные) расстройства настроения (F30-F39) или соматоформные расстройства (F45-).

Диапазон индивидуальных вариаций как по содержанию, так и по тяжести столь велик, что при желании по пятому знаку можно выделить две степени, умеренную и тяжелую:

**F41.00 паническое расстройство, умеренной степени по меньшей мере 4 панических атаки в четырехнедельный период**

**F41.01 паническое расстройство, тяжелой степени по меньшей мере четыре панических атаки в неделю за четыре недели наблюдения**

### **F41.1 Генерализованное тревожное расстройство.**

Примечание. В детском и подростковом возрасте диапазон жалоб, которыми проявляется генерализованная тревога, часто является более ограниченным, чем в зрелом возрасте и специфические вегетативные симптомы часто менее выражены. В этих случаях предпочтительнее использовать альтернативный набор критериев в F93.80 (генерализованное тревожное расстройство детского возраста).

А. Период по меньшей мере шесть месяцев с выраженной напряженностью, беспокойством и чувством предстоящих неприятностей в повседневных событиях и проблемах.

Б. Должны присутствовать по меньшей мере четыре симптома из следующего списка, причем один из них из перечня 1-4:

- 1) усиленное или учащенное сердцебиение;
- 2) потливость
- 3) тремор или дрожь;
- 4) сухость во рту (но не от лекарств или дегидратации);

Симптомы, относящиеся к груди и животу

- 5) затруднения в дыхании;
- 6) чувство удушья;
- 7) боль или дискомфорт в груди;
- 8) тошнота или абдоминальный дистресс (например жжение в желудке);

Симптомы, относящиеся к психическому состоянию

- 9) чувство головокружения, неустойчивости или обморочности;
- 10) чувства, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное Я отделилось или "по настоящему находится не здесь";

- 11) страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти;
- 12) страх умереть;

Общие симптомы

- 13) приливы или ознобы;
- 14) онемение или ощущение покалывания;

Симптомы напряжения

- 15) мышечное напряжение или боли;
- 16) беспокойство и неспособность к релаксации;
- 17) чувство нервозности, "на взводе" или психического напряжения;
- 18) ощущение комка в горле или затруднения при глотании;

Другие неспецифические симптомы

- 19) усиленное реагирование на небольшие сюрпризы или на испуг;
- 20) затруднения в сосредоточении внимания или "пустота в голове" из-за тревоги или беспокойства;

- 21) постоянная раздражительность;
- 22) затруднение при засыпании из-за беспокойства.

В. Расстройство не отвечает критериям панического расстройства (F41.0), тревожно-фобических расстройств (F40.-), обсессивно-компульсивного расстройства (F42-) или ипохондрического расстройства (F45.2).

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Тревожное расстройство не обусловлено физическим заболеванием, таким как гипертиреозидизм, органическим психическим расстройством (F00-F09) или расстройством, связанным с употреблением психоактивных веществ (F10-F19), таким как избыточное употребление амфетаминоподобных веществ или отмена бензодиазепинов.

### **F41.2 Смешанные тревожные и депрессивные расстройства.**

Существует так много возможных комбинаций, сравнительно мягких проявлений этих нарушений, что специфические критерии, иные, чем уже имеющиеся в диагностическом руководстве, для них не созданы. Предполагается, что исследователи, желающие изучать пациентов с этими расстройствами, должны использовать свои собственные критерии в пределах данного руководства в зависимости от планирования и целей их исследования.

### **F41.3 Другие смешанные тревожные расстройства.**

### **F41.8 Другие уточненные тревожные расстройства.**

### **F41.9 Тревожное расстройство, неуточненное.**

## **F42 Обсессивно-компульсивные расстройства.**

А. Как обсессии, так и компульсии (или оба вместе) представлены в большинстве дней как минимум в течение двухнедельного периода.

Б. Обсессии (мысли, идеи или образы) и компульсии (действия) включают следующие признаки, все из которых должны присутствовать:

1. Они воспринимаются больным, как возникшее в его собственном разуме и не навязаны окружающими влияниями или лицами.

2. Они повторяются и неприятны; как минимум, одна обсессия или компульсия должна пониматься больным как чрезмерная или бессмысленная.

3. Субъект пытается противостоять им, но если они долго существуют, то сопротивление некоторым обсессиям или компульсиям может быть незначительным. Как минимум должна быть одна обсессия или компульсия, сопротивление которой оказалось безуспешным.

4. Осуществление компульсивных актов и обсессивные мысли сами по себе не вызывают приятных ощущений. (Эта особенность должна быть ограничена от временного облегчения тревоги и напряжения).

В. Обсессии или компульсии вызывают дистресс или мешают социальной или индивидуальной деятельности больного, обычно за счет пустой траты времени.

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Обсессии или компульсии не являются результатом других психических расстройств, таких как шизофрения и связанные с ней расстройства (F20-F29) или (аффективных) расстройств настроения (F30-F39).

Диагноз может быть уточнен по четвертому знаку:

#### **F42.0 Преимущественно обсессивные мысли и умственная жвачка**

#### **F42.1 Преимущественно компульсивные действия**

#### **F42.2 Смешанные обсессивные мысли и действия**

#### **F42.8 Другие обсессивно-компульсивные расстройства**

#### **F42.9 Обсессивно-компульсивное расстройство, неуточненное**

## **F43 Реакция на тяжелый стресс и расстройство адаптации.**

### **F43.0 Реакция на острый стресс.**

А. Воздействие исключительно медицинского или физического стрессора.

Б. Симптомы возникают немедленно вслед за подверженностью стрессору (в течение 1 часа).

В. Выделяются две группы симптомов; реакция на острый стресс подразделяется:

F43.00 легкая выполняется только нижеследующий критерий 1)

F43.01 умеренная выполняется критерий 1) и имеются любые два симптома из критерия 2)

F43.02 тяжелая выполняется критерий 1) и имеются любые 4 симптома из критерия 2); или имеется диссоциативный ступор (см. F44.2).

1. выполняются критерии Б, В и Г для генерализованного тревожного расстройства (F41.1).

2. а) Уход от предстоящих социальных взаимодействий.

б) Сужение внимания.

в) Проявления дезориентации.

г) Гнев или словесная агрессия.

д) Отчаяние или безнадежность.

е) Неадекватная или бесцельная гиперактивность.

ж) Неконтролируемое и чрезмерное переживание горя (рассматриваемое в соответствии с местными культуральными стандартами).

Г. Если стрессор преходящий или может быть облегчен симптомы должны начинать уменьшаться не более, чем через восемь часов. Если стрессор продолжает действовать, симптомы должны начать уменьшаться не более, чем через 48 часов.

Д. Наиболее часто используемые критерии исключения. Реакция должна развиваться в отсутствие любых других психических или поведенческих расстройств в МКБ-10 (за исключением R41.1 (генерализованные тревожные расстройства) и F60- (расстройства личности)) и не менее, чем три месяца после завершения эпизода любого другого психического или поведенческого расстройства.

### **F43.1 Посттравматическое стрессорное расстройство.**

А. Больной должен быть подвержен воздействию стрессорного события или ситуации (как коротко, так и длительно длящихся) исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума.

Б. Стойкие воспоминания или "оживление" стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах, либо повторное переживание горя при воздействии обстоятельств, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором.

В. Больной должен обнаруживать фактическое избегание или стремление избежать обстоятельства, напоминающие, либо ассоциирующиеся со стрессором (что не наблюдалось до воздействия стрессора).

Г. Любое из двух:

1. психогенная амнезия (F44.0), либо частичная, либо полная в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора;

2. Стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленные любыми двумя из следующих:

а) затруднение засыпания или сохранения сна;

б) раздражительность или вспышки гнева;

в) затруднения концентрации внимания;

г) повышение уровня бодрствования;

д) усиленный рефлекс четверохолмия.

Критерии Б, В и Г возникают в течение шести месяцев стрессогенной ситуации или в конце периода стресса (для некоторых целей начало расстройства, отставленное более чем на шесть месяцев, может быть включено, но эти случаи должны быть точно определены отдельно).

### **F43.2 Расстройство адаптации.**

А. Развитие симптомов должно происходить в течение одного месяца после подверженности идентифицируемому психосоциальному стрессору, который не представляет собой необычный или катастрофический тип.

Б. Симптомы или нарушение поведения по типу, обнаруживаемому при других аффективных расстройствах (F30-F39) (за исключением бреда и галлюцинаций), любых расстройствах в F40-F48 (невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства) и расстройствах поведения (F91-), но при отсутствии критериев для этих конкретных расстройств. Симптомы могут быть вариabильными по форме и тяжести.

Преобладающие особенности симптомов могут быть определены с использованием пятого знака:

#### **F43.20 Короткая депрессивная реакция.**

Преходящее легкое депрессивное состояние, длительностью не более одного месяца

#### **F43.21 Пролонгированная депрессивная реакция.**

Легкое депрессивное состояние, возникшее в результате пролонгированного действия стрессорной ситуации, но длительностью не более двух лет.

#### **F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция.**

Симптомы и тревоги, и депрессии отчетливо выражены, но по уровню не выше, чем определено для смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F41.2) или других смешанных тревожных расстройств (F41.3).



### **F43.23 С преобладанием расстройств других эмоций**

Симптомы обычно нескольких эмоциональных типов, такие как тревога, депрессия, беспокойство, напряженность и гнев. Симптомы тревоги и депрессии могут отвечать критериям смешанного тревожно-депрессивного расстройства (F41.2) или других смешанных тревожных расстройств (F41.3), но они не столь доминируют, что другие более специфические депрессивные или тревожные расстройства могли бы быть диагностированы. Эта категория должна также использоваться для реакций у детей, у которых также присутствует регрессивное поведение, такое как энурез или сосание пальцев.

**F43.24 С преобладанием нарушения поведения. Основное нарушение затрагивает поведение, например, у подростков реакция горя проявляется агрессивным или асоциальным поведением.**

**F43.25 Со смешанными расстройствами эмоций и поведения. И эмоциональные симптомы, и нарушения поведения отчетливо выражены.**

**F43.28 С другими уточненными преобладающими симптомами**

В. Симптомы не продолжают более, чем шесть месяцев после прекращения действия стресса или его последствий, за исключением F43.21 (продолжительная депрессивная реакция), но этот критерий не должен препятствовать предварительному диагнозу.

### **F43.8 Другие реакции на тяжелый стресс.**

### **F43.9 Реакция на тяжелый стресс, неуточненная.**

## **F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства.**

G1. Отсутствие физического расстройства, которое могло бы объяснить симптомы, характеризующие данное расстройство (но могут быть физические расстройства, которые дают развитие другим симптомам).

G2. Имеется убедительная связь во времени между появлением симптоматики расстройства и стрессовыми событиями, проблемами или потребностями.

### **F44.0 Диссоциативная амнезия.**

А. Должны быть общие критерии для диссоциативных расстройств (F44).

Б. Амнезия, как частичная, так и полная, на недавние события или проблемы, которые были или в настоящее время остаются травмирующими или стрессорными.

В. Амнезия слишком обширная и постоянная, чтобы ее можно было объяснить обычной забывчивостью (хотя ее глубина и распространенность может варьировать от одного обследования к другому) или намеренной симуляцией.

### **F44.1 Диссоциативная фуга.**

А. Должны быть общие критерии диссоциативных расстройств (F44).

Б. Неожиданный, но организованный отъезд из дома или с места работы или уход от социальной активности, когда больной продолжает в основном нормально обслуживать себя.

В. Амнезия либо частичная, либо полная на эти поездки, которая соответствует также критерию В для диссоциативной амнезии (F44.0).

### **F44.2 Диссоциативный ступор.**

А. Должны быть общие критерии диссоциативных расстройств (F44).

Б. Резкое уменьшение или отсутствие произвольных движений и речи, а также нормального реагирования на свет, шум и прикосновения.

В. Поддерживание нормального мышечного тонуса, стаической позы и дыхания (и часто ограниченные координированные движения глаз).

### **F44.3 Трансы и состояния овладения.**

А. Должны выявляться общие расстройства (F44).

Б. Любое из двух:

1. Трансы. Имеются временные изменения сознания представленные любыми двумя из следующих трех проявлений:

- а) потеря обычного чувства личной идентичности; б) сужение осознания непосредственного окружения или необычно узкая и избирательная концентрация на стимулы окружающей среды;
- в) ограничение движений, поз и речи, и повторение их маленького набора.

2. Состояние овладения. Больной убежден, что в него вселился дух, сила, божество или другая личность.

В. Оба критерия 1) и 2) должны быть нежелательными и мучительными и возникать независимо или являться продолжением сходных состояний в религиозных или приемлимых для данной культуры ситуациях.

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Отсутствие в это время шизофрении или связанных с ней расстройств (F20-F29) или (аффективных) расстройств настроения (F30-F39) с галлюцинациями или бредом.

#### **F44.4 Диссоциативные двигательные расстройства.**

А. Должны быть общие критерии диссоциативных расстройств (F44).

Б. Любое из двух:

1. Полная или частичная утрата способности к произвольным движениям, которые в норме находятся под волевым контролем (включая речь);

2. Различные или различающиеся по степени нарушения координации или атаксия или неспособность стоять без посторонней помощи.

#### **F44.5 Диссоциативные судороги.**

А. Должны быть общие критерии диссоциативных расстройств (F44).

Б. Внезапные и неожиданные спастические движения, напоминающие любые варианты эпилептических судорог, но без последующей потери сознания.

В. Симптомы в критерии Б не сопровождается прикусом языка, серьезными ушибами или повреждениями вследствие падения или непроизвольным мочеиспусканием.

#### **F44.6 Диссоциативная анестезия и потеря чувствительности.**

А. Должны быть общие критерии диссоциативных расстройств (F44).

Б. Любое из двух:

1. частичная или полная потеря некоторых или всех видов кожной чувствительности участка или всего тела (указать: прикосновения, укол булавкой, вибрация, холод-жар);

2. частичная или полная потеря зрения, слуха или обоняния (указать).

#### **F44.7 Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства.**

#### **F44.8 Другие диссоциативные (конверсионные) расстройства.**

Эта остаточная рубрика может быть использован для определения других диссоциативных и конверсионных состояний, которые подпадают под критерии А и Б для F44, но не соответствуют критериям для F44.0-F44.8, перечисленным выше.

#### **F44.80 синдром Ганзера (приблизительные ответы)**

#### **F44.81 расстройство множественной личности**

А. Существование двух или более различных личностей внутри индивида, но только одна присутствует в данное время.

Б. Каждая личность имеет собственную память, предпочтения и особенности поведения и временами (периодически) захватывает полный контроль над поведением индивида.

В. Имеется неспособность вспомнить важную для личности информацию, что по масштабам превосходит обычную забывчивость.

Г. Симптомы не обусловлены органическими психическими расстройствами (F00-F09) (например, эпилепсией) или расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (F10-F19) (например, интоксикацией или отменой).

F44.82 Преходящие диссоциативные (конверсионные) расстройства, возникающие в детстве или в подростковом возрасте

F44.88 По-другому определяемые диссоциативные (конверсионные) расстройства

Специфические исследовательские критерии не даются для всех видов расстройств, упомянутых выше, так как другие диссоциативные состояния редки и недостаточно описаны. Исследователи, подробно изучающие эти состояния, могут установить собственные критерии, в соответствии с целями их исследований.

#### **F44.9 Диссоциативное (конверсионное) расстройство, неуточненное.**

### **F45 Соматоформные расстройства.**

#### **F45.0 Соматизированное расстройство.**

А. В прошлом, в течение, по крайней мере, двух лет — жалобы на множественные и различные физические симптомы, которые не могут быть объяснены любыми выявляемыми физическими расстройствами (разные физические болезни, наличие которых известно, не могут объяснить тяжесть, обширность, вариабильность и упорство физических жалоб или сопутствующей социальной несостоятельности). Если имеются некоторые симптомы, отчетливо обусловленные возбуждением вегетативной нервной системы, то они не являются главной особенностью расстройства и не особенно стойки или тяжелы для больного.

Б. Озабоченность этими симптомами вызывает постоянное беспокойство и вынуждает больного искать повторных консультаций (три или более) или различных исследований у врачей первичной помощи или у специалистов. При отсутствии медицинской помощи по финансовым или физическим причинам, наблюдается постоянное самолечение или множественные консультации у местных "целителей".

В. Упорные отказы принять медицинские заверения в том, что нет адекватной физической причины соматических симптомов. (Если больной на короткое время успокоится, т. е. на несколько недель сразу после проведенных обследований, то это не исключает диагноза).

Г. Шесть или более симптомов следующего списка, с симптомами, относящимися, по крайней мере, к двум отдельным группам:

Желудочно-кишечные симптомы

1. боли в животе;
2. тошнота;
3. чувство распирания или переполненности газами;
4. плохой вкус во рту или обложенный язык;
5. рвота или отрыгивание пищи;
6. жалобы на частые движения кишечника (перистальтику) или на отхождение газов;

Сердечно-сосудистые симптомы

7. одышка без нагрузки;
8. боли в груди;

Моче-половые симптомы

9. дизурия или жалобы на частое мочеиспускание (миктурия);
10. неприятные ощущения в половых органах или около них;
11. жалобы на необычные или обильные выделения из влагалища;

Кожные и болевые симптомы

12. жалобы на пятнистость или депигментацию кожи;
13. боли в конечностях или суставах;
14. неприятное онемение или чувство покалывания.

Д. Наиболее часто используемые критерии исключения. Симптомы не встречаются только во время шизофренических и связанных с шизофренией расстройствах (F20- F29), любых (аффективных) расстройствах настроения (F30-F39) или панического расстройства (F41.0).

#### **F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство.**

А. Подпадает под критерий А, В и Д для соматизированных расстройств (F45.0), но за тем исключением, что длительность составляет по меньшей мере 6 месяцев.

Б. Не полностью соответствует одному или обоим критериям Б и Г для соматизированного расстройства (F45.0).

### **F45.2 Ипохондрическое расстройство.**

А. Любое из двух:

1) упорное убеждение как минимум шестимесячной длительности, в наличии не более, чем двух серьезных физических болезней (из которых, по крайней мере, одна должна быть названа пациентом);

2) постоянная схваченность предполагаемым уродством или деформацией (дисморфофобическое расстройство).

Б. Озабоченность убеждением в болезни и симптомами вызывает постоянные страдания или социальную дезадаптацию в повседневной жизни и заставляет пациента искать медицинского лечения или обследования (или эквивалентной помощи местных "целителей").

В. Упорные отказы принять медицинские заверения в отсутствии физических причин соматических симптомов или физических аномалий. (Если больной на короткое время успокоится, т. е. на несколько недель сразу после медицинского обследования, то это не исключает данного диагноза).

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Симптомы не развиваются только в течение шизофрении и связанных с ней расстройств (F20-F29, особенно F22) или любых расстройств настроения (F30-F39).

### **F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция.**

А. Симптомы вегетативного возбуждения, которые пациент приписывает к физическому расстройству, в одной или более из следующих систем или органов:

1. сердце и сердечно-сосудистая система;
2. верхний желудочно-кишечный тракт (пищевод и желудок);
3. нижний отдел кишечника;
4. дыхательная система;
5. уrogenитальная система.

Б. Два или более из следующих вегетативных симптомов:

1. сердцебиение;
2. потливость (холодный или горячий пот);
3. сухость во рту;
4. покраснение;
5. дискомфорт в эпигастрии или жжение.

В. Один или более из следующих симптомов:

1. боли в груди или дискомфорт в перикардиальной области;
2. одышка или гипервентиляция;
3. сильная утомляемость на легкую нагрузку;
4. отрыжка воздухом или кашель, или ощущение жжения в груди или эпигастрии;
5. частая перистальтика;
6. повышение частоты мочеиспусканий или дизурия;
7. чувство того, что обрюзг, раздулся, стал тяжелым.

Г. Отсутствие признаков расстройства структуры и функций органов или систем, которыми озабочен больной.

Д. Наиболее часто используемые критерии исключения. Симптомы возникают не только при наличии фобических расстройств (F40.0-F40.3) или панических расстройств (F41.0).

Пятый знак должен быть использован для классификации отдельных расстройств этой группы, определяя орган или систему, беспокоящих пациента как источник симптомов:

F45.30 Сердце и сердечно-сосудистая система (включает: сердечный невроз, нейроциркуляторную астению, синдром Да Коста)

F45.31 Верхние отделы желудочно-кишечного тракта (включает: психогенную аэрофагию, покашливания, желудочный невроз)

F45.32 Нижний отдел желудочно-кишечного тракта (включает: синдром психогенного беспокойства кишок, психогенный понос, метеоризм)

F45.33 Дыхательная система (включает: гипервентиляцию)

F45.34 Мочеполовая система (включает: психогенное повышение частоты мочеиспускания и дизурию)

F45.38 Другие органы или системы

#### **F45.4 Состояние упорной соматоформной боли**

А. Упорная (в большинстве дней не менее, чем шестимесячного периода), тяжелая и мучительная боль в разных частях тела, которая не может быть объяснена адекватно наличием физиологического процесса или физического расстройства, и на которой постоянно сфокусировано внимание пациента.

Б. Наиболее часто используемые критерии исключения. Это расстройство не встречается при наличии шизофрении или связанных с ней расстройств (F20-F29) или только в течение различных расстройств настроения (аффективных) (F30-F39), соматизированного расстройства

(F45.0), недифференцированного соматоформного расстройства (F45.1) или ипохондрического расстройства (F45.2).

#### **F45.8 Другие соматоформные расстройства.**

При этих расстройствах имеющиеся жалобы не опосредуются через вегетативную нервную систему и ограничиваются только частями тела, например кожей. Это является отличием от соматизированного расстройства (F45.0) и недифференцированного соматоформного расстройства (F45.1), при которых имеются множественные и часто меняющиеся жалобы на источник симптомов и беспокойства. Тканевые повреждения отсутствуют.

Здесь следует кодировать любые другие расстройства ощущений, не обусловленные физическими расстройствами, которые тесно связаны по времени со стрессовыми событиями или проблемами или которые приводят к значительно повышенному вниманию к больному со стороны окружающих или медицинских служб.

#### **F45.9 Соматоформное расстройство, неуточненное.**

### **F48 Другие невротические расстройства.**

#### **F48.0 Неврастения.**

А. Любое из двух:

1. упорные и беспокоящие жалобы на чувство усталости после небольшой умственной нагрузки (например, после выполнения или попытки выполнения ежедневных задач, которые не требуют необычных психических усилий);

2. Упорные и беспокоящие жалобы на чувство усталости и физической слабости после легких физических нагрузок.

Б. Как минимум один из следующих симптомов:

1. чувство мышечной тупой или острой боли;

2. головокружение;

3. головная боль напряжения;

4. расстройства сна;

5. неспособность расслабиться;

6. раздражительность.

В. Невозможность избавиться от симптомов 1) или 2) из критерия А посредством отдыха, расслабления или развлечения.

Г. Продолжительность расстройства не менее 3 месяцев.

Д. Наиболее часто используемые критерии исключения. Расстройство не встречается при органическом эмоционально лабильном расстройстве (F06.6), постэнцефалитическом синдроме (F07.1), посткоммоционном синдроме (F07.2), расстройствах настроения (аффективных) (F30-F39), паническом расстройстве (F41.0) или генерализованном тревожном расстройстве (F41.1).

### **F48.1 Синдром деперсонализации-дереализации.**

А. Любое из двух:

1. Деперсонализация. Пациент жалуется, что отдалился или находится "на самом деле не здесь". Например, больные могут жаловаться, что их чувства или ощущение внутренней жизни отделены, чужды им, не их собственные или потеряны, или ощущение, что их эмоции или движения принадлежат кому-то еще, или они чувствуют себя, как играющие на сцене.

2. Дереализация. Больной жалуется на чувство нереальности. Например, могут быть жалобы, что окружение или определенные объекты выглядят незнакомыми, измененными, плоскими, бесцветными, безжизненными, неинтересными или похожи на сцену, где каждый играет.

Б. Сохранение понимания пациентом того, что эти изменения внутри него самого, а не навязаны извне другими людьми или силами.

Примечание

Этот диагноз не должен применяться как основной или единственный, когда синдром развивается в присутствии других психических расстройств, таких как органические состояния спутанности или бредовые состояния (F05-, F06-), алкогольная или наркотическая интоксикация (F1х.0), шизофрения или связанные с ней расстройства (F20-F29), (аффективные) расстройства настроения (F30-F39), тревожные расстройства (F40-, F41- ) или другие состояния (такие как при выраженная усталость гипогликемия или состояние непосредственно до или после эпилептических припадков). Тем не менее, эти синдромы часто развиваются в течение многих других психических расстройств и соответственно редиagnostируются в качестве вторичных или дополнительных рубрик к другому основному диагнозу. Значительно реже их возникновение в качестве изолированных синдромов.

### **F48.8 Другие уточненные невротические расстройства.**

Эта рубрика включает смешанные расстройства поведения, убеждений и эмоций, которые имеют неопределенное происхождение и нозологическое положение и которые развиваются с особенной частотой в некоторых культуральных условиях; примеры включают синдром Дата (чрезмерная озабоченность оупляющим действием семяизвержения), коро (тревога и страх, что половой член втянется в брюшную полость, что приведет к смерти) и дата (имитирующее поведение и автоматическая подчиняемость). Тесная связь этих синдромов с принятыми в данной местности культуральными верованиями и типами поведения указывает, что их вероятно лучше рассматривать как небредовые.

### **F48.9 Невротическое расстройство, не уточненное.**

## **F50-F59 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами.**

### **F50 Расстройства приема пищи.**

#### **F50.0 Нервная анорексия.**

А. Отмечается потеря веса, а у детей отсутствие прибавки в весе, что приводит к весу тела по меньшей мере на 15% ниже нормального или ожидаемого для данного возраста или роста.

Б. Потеря веса вызывается самими больными, что достигается избеганием "жирной пищи".

В. Больные воспринимают самих себя как слишком толстых, имеется навязчивый страх располнеть, в результате чего больной считает для себя допустимым лишь очень низкий вес.

Г. Общее эндокринное расстройство, затрагивающее ось гипоталамус-гипофиз-половые железы и проявляющееся у женщин аменореей, а у мужчин потерей полового влечения и потенции (очевидным исключением является сохранение вагинальных кровотечений у аноректических женщин, находящихся на замещающей гормональной терапии, чаще всего принимаемой с контрацептивной целью).

Д. Это расстройство не отвечает критериям А и Б нервной булимии (F50.2).

Примечание

Следующие признаки подтверждают диагноз, хотя и не являются необходимыми составляющими: вызываемая у себя рвота, самостоятельный прием слабительных средств, чрезмерные гимнастические упражнения и использование средств, угнетающих аппетит, и (или) диуретиков.

Если начало в препубертатном возрасте, то проявления пубертатного периода задерживаются или даже не наблюдаются (прекращается рост; у девочек не развиваются грудные железы и имеет место первичная аменорея, а у мальчиков остаются ювенильными половые органы). При выздоровлении пубертатный период завершается нормально, но поздно наступает первая менструация.

### **F50.1 Атипичная нервная анорексия.**

Исследователям, изучающим атипичные формы нервной анорексии, рекомендуется самим принимать решение относительно числа и типа критериев, которые должны выполняться.

### **F50.2 Нервная булимия.**

А. Имеют место периодически повторяющиеся эпизоды переедания (по меньшей мере дважды в неделю на протяжении трехмесячного периода), при которых потребляется большое количество пищи за короткий период времени.

Б. Отмечаются постоянная озабоченность приемом пищи сильное желание или навязчивое стремление есть.

В. Больной пытается противодействовать эффекту ожирения от приема пищи с помощью одного из следующих приемов:

1. вызывание у себя рвоты;
2. самостоятельный прием слабительных средств;
3. альтернирующие периоды голодания;

4. использование лекарственных средств, в частности подавляющих аппетит, тиреоидных препаратов или диуретиков; если булимия развивается у больных диабетом, они могут пренебрегать инсулиновой терапией.

Г. Больные воспринимают себя как слишком толстых, имеется навязчивый страх располнеть (что обычно приводит к пониженному весу).

### **F50.3 Атипичная нервная булимия.**

Исследователям, изучающим атипичные формы нервной булимии, в частности с нормальным или повышенным весом, рекомендуется принимать самостоятельное решение относительно числа и типа необходимых критериев.

### **F50.8 Другие расстройства приема пищи.**

### **F50.9 Расстройство приема пищи, неуточненное.**

## **F51 Расстройства сна неорганической природы.**

Примечание: Более полная классификация расстройств сна имеется в Международной классификации расстройств сна, но она была создана вне рамок работы над МКБ-10.

Для некоторых исследовательских целей, в частности там, где требуются особенно гомогенные группы больных, в качестве критерия для использования рубрик F51.3, F51.4 и F51.5 может рассматриваться возникновение 4 или более случаев расстройства сна на протяжении одного года.

### **F51.0 Бессонница неорганической природы.**

А. Жалобы на расстройства сна, заключающиеся в трудности засыпания либо ночных пробуждениях, либо плохом качестве сна.

Б. Расстройство сна отмечалось минимум три раза в неделю за один месяц.

В. Расстройство сна приводит к выраженному дистрессу для личности или препятствуют личностному функционированию в повседневной жизни.

Г. Отсутствует этиологический органический фактор, такой как наличие неврологического или другого соматического состояния, расстройство, связанное с употреблением психоактивного вещества, или прием препаратов.

### **F51.1 Гиперсомния неорганической природы.**

А. Больной жалуется на чрезмерную сонливость в дневное время или на приступы сна, или пролонгированный переход к состоянию полного бодрствования после пробуждения (опьянение сном), что нельзя объяснить неадекватным количеством сна.

Б. Это расстройство сна отмечается почти ежедневно на протяжении по меньшей мере одного месяца или повторяющимися периодами более короткой продолжительности и приводит или к выраженному дистрессу или препятствует личностному функционированию в повседневной жизни.

В. Отсутствие дополнительных симптомов нарколепсии (катаплексия, паралич сна, гипнагогические галлюцинации) или клинических признаков апноэ сна (ночная остановка дыхания, повторяющиеся типичные храпящие звуки и т. п.).

Г. Отсутствие этиологического органического фактора, такого как наличие неврологического или другого соматического состояния, расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ, или прием препаратов.

### **F51.2 . Расстройство режима сна-бодрствования неорганической природы.**

А. Индивидуальный режим сна-бодрствования десинхронизирован относительно желаемого графика, соответствующего социальным требованиям и разделяемого большинством людей в окружении больного.

Б. В результате этого расстройства больной страдает от бессонницы в течение основного периода сна и от гиперсомнии в период бодрствования почти ежедневно на протяжении минимум одного месяца или повторяющимися эпизодами более короткой продолжительности.

В. Неудовлетворительная продолжительность, качество и время сна приводят к выраженному дистрессу для личности или препятствуют личностному функционированию в повседневной жизни.

Г. Отсутствует известный этиологический фактор, такой как наличие неврологического или другого соматического состояния, расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ, или прием препаратов.

### **F51.3 Снохождение (сомнамбулизм).**

А. Основной симптом заключается в повторяющихся (два или более) эпизодах поднятия с постели во время сна и хождения в течение нескольких минут-получаса, что обычно имеет место в первую треть ночного сна.

Б. Во время эпизода у больного пустое выражение лица с широко открытыми глазами. Больной относительно слабо реагирует на попытки окружающих повлиять на его поведение или вступить с ним в общение и требуются значительные усилия, чтобы разбудить его.

В. При пробуждении (после эпизода или на следующее утро) эпизод амнезируется.

Г. Через несколько минут по пробуждении от эпизода нарушения психической активности или поведения отсутствуют, хотя вначале может быть короткий период некоторой спутанности и дезориентировки.

Д. Отсутствие отчетливых данных за органическое психическое расстройство, такое как деменция или физическое расстройство, такое как эпилепсия.

### **F51.4 Ужасы во время сна.**

А. Повторяющиеся (два или более) эпизоды пробуждения 'от сна с пронзительным паническим криком и интенсивной тревогой, подвижностью и вегетативной гиперактивностью (в частности тахикардией, сильным биением сердца, учащенным дыханием и потением).

Б. Эти эпизоды возникают обычно в первую треть ночного сна.

В. Эпизоды продолжаются до 10 минут.

Г. При попытках окружающих успокоить больного во время эпизодов ужасов у него наблюдается отсутствие реакции, а вслед за этим — дезориентировка и персеверативные движения.



Д. Воспоминание об эпизоде ограниченное.

Е. Отсутствие известного этиологического органического фактора, такого как наличие неврологического или другого соматического состояния, расстройство, обусловленное употреблением психоактивных веществ, или прием препаратов.

#### **F51.5 Кошмары.**

А. Пробуждение от ночного сна или сна днем с детализированными и живыми воспоминаниями о сновидениях ярко устрашающего содержания, обычно с угрозой для жизни, безопасности или самоуважения. Пробуждение может наступать в любой период сна, хотя как правило во вторую половину.

Б. При пробуждении от устрашающих снов быстро достигаются нормальный уровень бодрствования и ориентировка.

В. Сновидения и возникающие в результате пробуждений из-за них расстройства сна приводят к выраженному дистрессу.

Г. Отсутствует известный этиологический органический фактор, такой как наличие неврологического или другого соматического состояния, расстройство, обусловленное употреблением психоактивных веществ, или прием препаратов.

#### **F51.8 Другие расстройства сна неорганической природы.**

#### **F51.9 Расстройство сна неорганической природы, неуточненное.**

### **F52 Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием.**

G1. Больной не способен участвовать в половой жизни в соответствии со своим желанием.

G2. Дисфункция имеет место часто, но может и отсутствовать в некоторых случаях.

G3. Дисфункция отмечается минимум 6 месяцев.

G4. Расстройство не может быть целиком приписано любому другому психическому и поведенческому расстройству в МКБ-10, соматическому расстройству (в частности, эндокринному расстройству) или лекарственной терапии.

Примечание

Оценка выраженности каждой формы дисфункции может основываться на использовании шкал, определяющих частоту и тяжесть проблемы. Могут сочетаться более одного типов дисфункции.

#### **F52.0 Отсутствие или потеря полового влечения.**

А. Должны отмечаться общие критерии половых дисфункций (F52).

Б. Отсутствие или потеря полового влечения, проявляющееся уменьшением выискивания намеков на сексуальные темы, или размышлений о сексе, сочетающихся с чувством влечения, и сексуальных фантазий.

В. Отсутствует интерес к инициации половой активности с партнером или в одиночку (мастурбации), что приводит к такой частоте половой активности, которая отчетливо ниже, чем ожидается, исходя из возраста и условий, или к такой частоте, которая является отчетливо более низкой по сравнению с предыдущим уровнем.

#### **F52.1 Сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения.**

##### **F52.10 Сексуальное отвращение**

А. Должны выявляться общие критерии половых дисфункций (F52).

Б. Предстоящая половая связь с партнером вызывает отвращение страх или тревогу, которые достаточны, чтобы привести к уклонению от половой активности или, если половая связь имеет место, то она сочетается с сильными негативными чувствами и неспособностью переживать удовольствие.

В. Отвращение не обусловлено тревогой перед неудачей (в связи с сексуальной неспособностью или отсутствием сексуальной реакции в предыдущий раз).

#### **F52.11 Отсутствие сексуального удовлетворения**

А. Выявляются общие критерии половых дисфункций (F52).

Б. Во время сексуальной стимуляции имеет место генитальная реакция (оргазм и/или эякуляция), но они не сопровождаются ощущением удовольствия или чувством приятного возбуждения.

В. Отсутствие отчетливого и стойкого страха или тревоги во время половой деятельности (см. F52.10, сексуальное отвращение).

#### **F52.2 Отсутствие генитальной реакции.**

А. Должны выявляться общие критерии половых дисфункций (F52).

Дополнительно у мужчин:

Б. При попытке полового акта отсутствует эрекция, достаточная для влагалищного полового акта. Дисфункция проявляется в одной из следующих форм:

1. полная эрекция наступает на ранних стадиях вступления в половую связь, но исчезает или снижается при попытке полового акта (до эякуляции, если она имеет место);
2. эрекция имеет место, но только не во время полового акта или подготовки к нему;
3. имеет место частичная эрекция, недостаточная для полового акта, но нет полной эрекции;
4. отсутствует даже набухание полового члена.

Дополнительно у женщин:

Б. Отсутствие генитальной реакции, проявляющееся в отсутствии влагалищной смазки наряду с неадекватным набуханием половых губ. Дисфункция проявляется в одной из следующих форм:

1. общее отсутствие: увлажнение влагалища отсутствует при всех соответствующих обстоятельствах;
2. увлажнение вначале может наступать, но не сохраняется достаточно долго, что позволить безболезненное введение полового члена;
3. ситуационное отсутствие: увлажнение наступает только в некоторых ситуациях (например, с одним партнером, но не с другими, или во время мастурбации, или не при предстоящем половом акте).

#### **F52.3 Оргазмическая дисфункция.**

А. Должны выявляться общие критерии половых дисфункций (F52).

Б. Имеется оргазмическая дисфункция (или отсутствие, или выраженная задержка оргазма), которая принимает одну из следующих форм:

1. оргазм не наступал ни в одной ситуации;
2. оргазмическая дисфункция развилась после периода относительно нормальной реакции:
  - а) общая дисфункция: оргазмическая дисфункция развивается во всех ситуациях и с любым партнером;
  - б) ситуационная:
    - у женщин: в некоторых ситуациях оргазм наступает (например при мастурбации или с определенным партнером);
    - у мужчин: может быть один из следующих признаков:
      - i) оргазм только во время сна, но никогда в состоянии бодрствования;
      - ii) никогда в присутствии партнера;
      - iii) в присутствии партнера, но не во время полового акта

#### **F52.4 Преждевременная эякуляция.**

А. Должны выявляться общие критерии половых дисфункций (F52).

Б. Неспособность задерживать эякуляцию на период, достаточный для удовлетворения от полового акта, что проявляется как:

1. эякуляция наступает перед или очень быстро после введения полового члена (если требуется предел времени: до или в пределах 15 секунд после начала полового акта);
2. эякуляция при отсутствии эрекции, достаточной для введения полового члена.

В. Эта проблема не является результатом длительного воздержания от половой активности.

#### **F52.5 Вагинизм неорганической природы.**

А. Должны выявляться общие критерии половых дисфункций (F52).

Б. Перивагинальный мышечный спазм, достаточный для предотвращения введения полового члена или вызывающий затруднения для этого.

В. Дисфункция выступает в одной из следующих форм:

1. нормальной реакции никогда не было;

2. вагинизм, развивающийся после периода относительно нормальной реакции:

а) при отсутствии попытки введения полового члена может наступать нормальная сексуальная реакция;

б) любая попытка сексуального контакта приводит к генерализованному страху и стремлению избежать введения полового члена (например, спазм мышц, приводящих бедра).

#### **F52.6 Диспарейния неорганической природы.**

А. Должны выявляться общие критерии половых дисфункций (F52).

Дополнительно у женщин:

Б. Боль во время полового акта, развивающаяся при введении полового члена, в течение всего полового акта или только при глубоком введении полового члена.

В. Не может быть приписана вагинизму или отсутствию влагалищной смазки; диспарейния, обусловленная органической патологией, должна классифицироваться в соответствии с основным расстройством.

Дополнительно у мужчин:

Б. Боль или неприятные ощущения во время половой реакции. (Следует тщательно отмечать наступления боли и ее точную локализацию).

В. Дискомфорт не является результатом локальных физических причин. При их обнаружении дисфункция должна классифицироваться в других разделах.

#### **F52.7 Повышенное половое влечение.**

Попытка разработать исследовательские критерии для этой рубрики не проводилась. Исследователям, изучающим эту рубрику, рекомендуется самим предложить для нее собственные критерии.

#### **F52.8 Другие половые дисфункции, не обусловленные органическим расстройством или заболеванием.**

#### **F52.9 Неуточненная половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием.**

### **F53 Психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом, не классифицируемые в других разделах.**

В исследовательской работе эта категория должна использоваться в исключительных обстоятельствах. Психические расстройства в период родов должны кодироваться в соответствии с имеющимся психическим расстройством, тогда как второй код (099.3) указывает на связь с периодом родов.

**F53.0 Легкие психические и поведенческие расстройства, связанные с периодом родов, не классифицируемые в других разделах.**

**F53.1 Тяжелые психические и поведенческие расстройства, связанные с периодом родов, не классифицируемые в других разделах.**

**F53.8 Другие психические и поведенческие расстройства, связанные с периодом родов, не классифицируемые в других разделах.**

**F53.9 Послеродовое психическое расстройство, неуточненное.**

## **F54 Психологические и поведенческие факторы, — связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других разделах.**

Эта рубрика должна использоваться для кодирования психологических или поведенческих факторов, которые, как предполагается, оказали влияние на манифестацию или течение соматического заболевания, могущего быть классифицированным в других главах МКБ-10. Возникающие в результате психические расстройства обычно легкие и часто продолжительные (такие как беспокойство, эмоциональный конфликт, дурное предчувствие) и сами по себе не оправдывают использование какой-либо рубрики, изложенной в других частях этой книги. Следует использовать дополнительный код для обозначения соматического расстройства. (В редких случаях, когда явное психическое расстройство предположительно вызвало соматическое расстройство, следует использовать второй дополнительный код для этого психического расстройства).

## **F55 Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости.**

Широкое разнообразие препаратов и народных средств могут быть причиной для использования этой рубрики, но особенно важными являются следующие группы: психотропные препараты, которые не вызывают зависимости, такие как антидепрессанты; слабительные средства; анальгетики, которые могут быть куплены без врачебного рецепта, такие как аспирин и парацетамол. Хотя вначале препарат и может быть выписан медицинским работником или рекомендован им, он начинает приниматься продолжительный период, без необходимости и часто в повышенных дозировках, чему способствует доступность препарата, покупаемого без рецепта.

Хроническое и неоправданное употребление этих препаратов обычно сочетается с ненужными тратами денег и часто включает ненужные контакты с медицинскими работниками и иногда сопровождается вредным физическим влиянием данного вещества.

Попытки отсоветовать или запретить использование этого вещества часто наталкиваются на сопротивление; при приеме слабительных средств и анальгетиков это может иметь место, несмотря на предупреждения относительно (или даже несмотря на фактическое развитие) физического вреда, такого как почечная дисфункция или электролитные нарушения. Хотя обычно ясно, что больной имеет сильную мотивацию к приему препарата, не развиваются ни зависимость, ни симптомы отмены, как это происходит в случае психоактивных веществ отмеченных в F10-F19.

Для определения типа вещества может использоваться пятый знак:

### **F55.0 Антидепрессантами.**

(такими как трициклические, тетрациклические и ингибиторы моноаминоксидазы)

### **F55.1 Слабительными.**

### **F55.2 Анальгетиками.**

(не определяемыми в качестве психоактивных в F10-F19; такими как аспирин, парацетамол, фенацетин)

### **F55.3 Средствами снижения кислотности.**

### **F55.4 Витаминами.**

### **F55.5 Стероидами или гормонами.**

### **F55.6 Специфическими травами или народными средствами.**

### **F55.8 Другими веществами, которые не вызывают зависимости (такие как диуретики).**

### **F55.9 Неуточненные.**

## **F59 Неуточненные поведенческие синдромы сочетающиеся с психологическими нарушениями и соматическими факторами.**

## **F60-F69 Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых.**

### **F60 Специфические расстройства личности.**

G1. Указание на то, что характерные и постоянные типы внутренних переживаний и поведения индивидуума в целом существенно отклоняются от культурально ожидаемого и принимаемого диапазона (или "нормы"). Такое отклонение должно проявляться более чем в одной из следующих сфер:

- 1) когнитивная сфера (т. е. характер восприятия и интерпретации предметов, людей и событий; формирование отношений и образов "Я" и "другие");
- 2) эмоциональность (диапазон, интенсивность и адекватность эмоциональных реакций);
- 3) контролирование влечений и удовлетворение потребностей;
- 4) отношения с другими и манера решения интерперсональных ситуаций.

G2. Отклонение должно быть полным в том смысле, что отсутствие гибкости, недостаточная адаптивность или другие дисфункциональные особенности обнаруживаются в широком диапазоне личностных и социальных ситуаций (т. е. не ограничиваясь одним "пусковым механизмом" или ситуацией).

G3. В связи с поведением, отмеченном в пункте G2, отмечается личностный дистресс или неблагоприятное воздействие на социальное окружение.

G4. Должны быть данные о том, что отклонение является стабильным и длительным, начинаясь в старшем детском или подростковом возрасте.

G5. Отклонение не может быть объяснено как проявление или последствие других психических расстройств зрелого возраста, хотя эпизодические или хронические состояния из секций от F00-F09 до F70-F79 настоящей классификации могут существовать одновременно с ним или возникать на его фоне.

G6. В качестве возможной причины отклонения должны быть исключены органическое заболевание мозга, травма или дисфункция мозга (если выявляется такая органическая обусловленность, следует использовать рубрику F07-).

#### Примечание

Оценка вышеперечисленных критериев G1-G6 должна основываться на как можно большем количестве источников информации. Хотя иногда и возможно получить достаточных данные из одной беседы с больным, в качестве общего правила рекомендуется проводить более чем одну беседу с больным и получать анамнестические данные от информантов или из предыдущей медицинской документации.

Предлагается разработать субкритерии для определения поведенческих типов, специфических для различных культуральных условий с учетом социальных норм, правил и обязанностей, если в этом имеется необходимость (например при диссоциальном личностном расстройстве могут потребоваться примеры безответственности и пренебрежения социальными нормами).

Диагноз личностного расстройства в исследовательской работе требует определения подтипа (можно кодировать более одного подтипа, если имеются убедительные данные о том, что отмечаются критерии нескольких подтипов).

### **F60.0 Параноидное расстройство личности.**

А. Должны выполняться общие критерии личностного расстройства (F60).

Б. Должны присутствовать минимум четыре признака из числа следующих:

- 1) повышенная чувствительность к препятствиям и отказы;
- 2) тенденция быть постоянно недовольным (кем-то), например отказ прощать за оскорбления, причинение ущерба и отношении свысока;
- 3) подозрительность и общая тенденция к искажению нейтрального или дружеского отношения к себе других, которое принимается за враждебное и презрительное;
- 4) воинственно-щепетильное отношение к вопросам, связанным с правами личности, что не соответствует фактической ситуации.
- 5) периодически возникающие неоправданные подозрения относительно сексуальной верности супруга или сексуального партнера;
- 6) постоянные ссылки на самого себя, особенно в сочетании завышенной самооценкой;
- 7) склонность объяснять события вокруг себя или вообще в мире исходя из "заговорщических" намерений, для чего нет достаточных оснований.

### **F60.1 Шизоидное расстройство личности.**

А. Должны выполняться общие критерии личностного расстройства (F60).

Б. Должны присутствовать минимум четыре признака из числа следующих:

- 1) мало что доставляет удовольствие или вообще ничего;
- 2) эмоциональная холодность, отчужденность или уплощенная аффективность;
- 3) ограниченная способность проявлять теплые или нежные чувства или гнев по отношению к другим людям;
- 4) внешняя индифферентность как к похвале, так и критике;
- 5) незначительный интерес к сексуальным контактам с другим лицом (принимая во внимание возраст);
- 6) постоянной предпочтении уединенной деятельности;
- 7) повышенная озабоченность фантазиями и интроспекцией;
- 8) отсутствие близких друзей или доверительных связей (или отсутствие желания их иметь);
- 9) заметное игнорирование доминирующих социальных норм и условностей; игнорирование этих норм и условностей не является преднамеренным.

### **F60.2 Диссоциальное расстройство личности.**

А. Должны выполняться общие критерии расстройства личности (F60).

Б. Должны присутствовать по меньшей мере три признака из числа следующих:

- 1) бессердечное равнодушие к чувствам других людей;
- 2) выраженные и постоянные безответственность и пренебрежение к социальным нормам, правилам и обязанностям;

3) неспособность поддерживать продолжительные связи, хотя и без затруднений в установлении их;

4) Очень низкая толерантность к фрустрации и низкий порог агрессивного поведения, включая насилие;

5) неспособность к переживанию вины и извлекать пользу из неблагоприятного опыта, особенно не идет в прок наказание;

6) выраженная склонность обвинять других или предлагать объяснения своему поведению, которые ставят индивидуума в конфликт с обществом;

Примечание

Завершают клиническую картину постоянная раздражительность и присутствие расстройств поведения в детском и подростковом возрасте, но они не требуются для установления диагноза.

Предполагается, что для определения поведенческих типов, специфических для различных культуральных условий, должны быть разработаны субкритерии, учитывающие социальные нормы, правила и обязанности там, где это необходимо (с примерами безответственности и игнорирования социальных норм).

### **F60.3 Эмоционально лабильное расстройство личности.**

#### **F60.30 Импульсивный тип**

А. Должны выполняться общие критерии расстройства личности (F60).

Б. Должны присутствовать минимум три признака из числа следующих, причем один из них должен быть 2):

1) выраженная тенденция действовать неожиданно и не принимая в расчет последствия;

2) выраженная тенденция к конфликтному поведению, особенно когда пытаются препятствовать импульсивным поступкам или пенять на них;

3) склонность к вспышкам гнева или насилия с неспособностью контролировать "поведенческие взрывы", являющиеся результатом этих эмоций;

4) Трудности в продолжении действий, которые не сулят немедленного вознаграждения;

б) нестабильное и капризное настроение.

#### **F60.31 Пограничный тип**

А. Должны выполняться общие критерии расстройства личности (F60).

Б. Должны отмечаться минимум три из вышеперечисленных симптомов критерия Б для F60.30, и дополнительно два из следующих:

1) расстройство и неопределенность образа Я, целеполагания и внутренних предпочтений (включая сексуальные);

2) Склонность вовлекаться в интенсивные и нестабильные взаимоотношения, которые часто приводят к эмоциональным кризисам;

3) чрезмерные усилия избегать уединения;

4) периодические угрозы и акты самоповреждения;

5) хроническое чувство пустоты.

### **F60.4 Истерическое расстройство личности.**

А. Должны выявляться общие критерии расстройства личности (F60).

Б. Должны присутствовать минимум четыре признака из числа следующих:

1) самодраматизация, театральность и преувеличенное выражение эмоций.

2) Внушаемость (легкая подверженность влиянию других людей или обстоятельств);

3) неглубокая и лабильная эмоциональность;

4) постоянное стремление к взволнованности и деятельности, при которой индивидуум находится в центре внимания;

5) неадекватная обольстительность во внешнем виде и поведении;

6) повышенная озабоченность физической привлекательностью.

Примечание

Завершают клиническую картину, хотя и не являются обязательными для диагноза, эгоцентричность, потворствующее отношение к себе, постоянное желание быть признанным,

отсутствие заботы по отношению к другим людям, легкая обидчивость и постоянное манипулятивное поведение.

### **F60.5 Ананкастное расстройство личности.**

Примечание: это расстройство часто называют обсессивно-компульсивным расстройством личности.

А. Должны выявляться общие критерии расстройства личности (F60).

Б. Должны присутствовать минимум четыре признака из числа следующих:

- 1) чрезмерная склонность к сомнениям и осторожности;
- 2) озабоченность деталями, правилами, перечнями, порядком, организацией или графиками;
- 3) стремление к совершенству, мешающее завершать задачи;
- 4) чрезмерные добросовестность и скрупулезность;
- 5) неадекватная озабоченность продуктивностью в ущерб удовольствию и межличностным связям;
- 6) чрезмерные педантичность и приверженность социальным условностям;
- 7) ригидность и упрямство;
- 6) необоснованные настойчивые требования индивидуума, чтобы окружающие поступали таким же образом как и он или необоснованное нежелание позволять другим выполнять что-либо.

### **F60.6 Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности.**

А. Должны выполняться общие критерии расстройства личности (F60).

Б. Должны присутствовать минимум четыре признака из числа следующих:

- 1) постоянное общее чувство напряженности и тяжелые предчувствия;
- 2) представления о собственной социальной неспособности, непривлекательности и приниженности по отношению к другим;
- 3) излишняя озабоченность быть критикуемым или отвергаемым в социальных ситуациях;
- 4) нежелание вступать во взаимоотношения с людьми, не будучи уверенным в своей привлекательности для них;
- 5) ограниченность жизненного уклада из-за потребности в физической безопасности;
- 6) уклонение от социальной или трудовой деятельности, включающей нередкие межперсональные контакты, из-за страха критики, неодобрения или отвержения.

### **F60.7 Зависимое расстройство личности.**

А. Должны выявляться общие критерии расстройства личности (F60).

Б. Должны присутствовать минимум четыре признака из числа следующих:

- 1) активное или пассивное перекалывание на других ответственности в важнейших решениях своей жизни;
- 2) подчинение своих собственных потребностей другим людям, от которых индивидуум зависит, и излишняя податливость их желаниям;
- 3) нежелание предъявлять даже разумные требования людям, от которых индивидуум находится в зависимости;
- 4) чувство неудобства или беспомощности в одиночестве из-за чрезмерного страха оказаться неспособным позаботиться о себе;
- 5) страх остаться покинутым и предоставленным самому себе;
- 6) ограниченная способность принимать повседневные решения без усиленных советов и подбадривания со стороны окружающих.

### **F60.8 Другие уточненные расстройства личности.**

Используйте этот код, если не подходит ни одна из предшествующих рубрик, но состояние отвечает общим критериям личностного расстройства F60. Дополнительный знак может добавляться для определения специфических расстройств личности, не включенных в МКБ-10. При использовании кода F60.8 рекомендуется давать письменное описание специфического отклонения.



## **F60.9 Расстройство личности, неуточненное.**

### **F61 Смешанные и другие расстройства личности.**

Не было сделано попыток дать стандартные наборы критериев для этих смешанных расстройств, поскольку исследователи в этой области предпочитают установить свои собственные критерии в зависимости от исследовательских целей.

#### **F61.0 Смешанные расстройства личности.**

Присутствуют признаки нескольких расстройств из группы F60-, но при этом не набираются критерии ни для одной из конкретных рубрик.

#### **F61.1 Причиняющие беспокойство личностные изменения.**

Они не классифицируются ни в F60-, ни в F62- и рассматриваются в качестве вторичных по отношению к основному диагнозу сопутствующего аффективного или тревожного расстройства.

### **F62 Хронические изменения личности, не связанные — с тяжелым повреждением или заболеванием мозга.**

#### **F62.0 Хроническое изменение личности после переживания катастрофы.**

А. Данные (из анамнеза или от ключевых информантов) об отчетливом и постоянном изменении типа личностного восприятия, образа взаимоотношений и оценки себя и окружения вслед за переживанием катастрофы (например, нахождения в концентрационном лагере, пыток, стихийного бедствия, продолжительного пребывания в опасной для жизни ситуации).

Б. Изменение личности должно быть существенным и обнаруживать неустрашимые и неадаптивные черты, на что указывает наличие минимум двух признаков из числа следующих:

1) постоянная враждебность или недоверчивость к миру у личности, которая ранее не обнаруживала подобных черт;

2) социальная аутизация (уклонение от контактов с людьми, за исключением нескольких близких родственников, с которыми проживает больной), что не обусловлено имеющимся в данный момент психическим расстройством, таким как расстройство настроения (аффективное);

3) постоянное чувство пустоты или безнадежности, которое не ограничивается дискретным эпизодом расстройства настроения и не отмечалось до переживания катастрофы; это может сочетаться с повышенной зависимостью от других, неспособностью выражать негативные или агрессивные чувства и продолжительным депрессивным настроением без указаний на депрессивное расстройство до катастрофы;

4) хроническое чувство существования "на грани" или под угрозой при отсутствии внешних причин для этого, о чем свидетельствует повышенный уровень бодрствования и раздражительность у индивидуума, ранее не обнаруживавшего подобных черт; это хроническое состояние внутренней напряженности и чувства угрозы может сочетаться с тенденцией к избыточной алкоголизации или употреблению наркотиков;

5) постоянное чувство измененности или отличия от других (отчужденности); это чувство может сочетаться с переживанием эмоционального онемения.

В. Изменение должно обуславливать или существенное нарушение личностного функционирования в повседневной жизни, или личностный дистресс, или неблагоприятное воздействие на социальную среду.

Г. Личностное изменение должно развиваться после переживания катастрофы без указаний в анамнезе на предшествующее расстройство зрелой личности или акцентуацию характера, или расстройства личности или развития в детском или подростковом возрасте, которые могли бы объяснить имеющиеся в настоящее время особенности личности.

Д. Личностное изменение должно отмечаться минимум 2 года. Оно не связано с эпизодами другого психического расстройства (кроме посттравматического стрессового расстройства) и не может быть объяснено тяжелым повреждением или заболеванием головного мозга.

Е. Личностному изменению, отвечающему вышеперечисленным критериям, часто предшествует посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1). Симптомы этих двух состояний могут частично совпадать и личностное изменение может быть хроническим исходом посттравматического стрессового расстройства. Тем не менее, диагноз хронического изменения личности в этих случаях должен устанавливаться только если через два года посттравматического стрессового расстройства в течение еще минимум двух лет отмечаются вышеперечисленные критерии.

### **F62.1 Хроническое изменение личности после психической болезни.**

А. Данные об отчетливом и постоянном изменении типа личностного восприятия, образа взаимоотношений и оценки себя и окружения вслед за переживанием страдания от одного или нескольких эпизодов психической болезни, после которой наступило полное клиническое выздоровление без резидуальных симптомов.

Б. Изменение личности должно быть существенным и обнаруживать неустрашимые и неадаптивные черты, на что указывает наличие минимум двух признаков из числа следующих:

1) зависимость от других (индивидуум требует или пассивно принимает, что другие берут ответственность за его жизнь; он не желает принимать решения по важным вопросам, связанным с его собственными поступками или будущим);

2) социальная аутизация или изоляция, вторичные по отношению к убеждению (не бредовому) или чувству "измененности" или стигматизированности в результате болезни; это убеждение или чувство может усиливаться отношением общества, но не может быть полностью объяснено объективными социальными обстоятельствами; чувство ранимости от нравственного посрамления (нарциссическая травма) также может иметь место, но такое чувство должно быть эго-синтонным, если рассматривать его в качестве признака хронического личностного изменения;

3) пассивность, сужение интересов и уменьшение участия в занятиях досуга, которые ранее доставляли удовольствие (что может усиливать социальную изоляцию);

4) изменение в восприятии индивидуумом себя, что приводит к частым или постоянным жалобам на болезнь; эта черта может сочетаться с ипохондрическим поведением и более частым, чем обычно, обращением в психиатрические или другие медицинские учреждения;

5) требовательное отношение к другим, при котором индивидуум рассчитывает на особенно благосклонное отношение к себе или считает себя заслуживающим особого внимания или лечения;

6) дисфорическое или лабильное настроение, которое не обусловлено настоящим или предшествующим психическим заболеванием с резидуальными аффективными симптомами.

В. Изменение личности после психической болезни должно быть понимаемо исходя из субъективного эмоционального переживания ситуации индивидуумом, его предшествующей адаптивности и ранимости и жизненной ситуации в целом, включая отношения значимых фигур или реакции на болезнь.

Г. Изменение личности должно обуславливать или существенное нарушение в личностном функционировании в повседневной жизни или субъективный дистресс, или неблагоприятное воздействие на социальную среду.

Д. В анамнезе не должно быть указаний на предшествующие расстройство зрелой личности или акцентуацию характера, или расстройство личности или развития в детском или подростковом возрасте, что могло бы объяснить имеющиеся личностные черты.

Е. Изменение личности наблюдается минимум два года и не является проявлением других психических расстройств или вторичным по отношению к болезни или повреждению головного мозга.

## **F63 Расстройства привычек и влечений.**

### **F63.0 Патологическая склонность к азартным играм.**

А. Два или более эпизодов участия в азартных играх за минимум годичный период.

Б. Эти эпизоды не приносят выгоды индивидууму, но продолжают несмотря на вызываемый ими личностный дистресс или ущерб для личностного функционирования в повседневной жизни.

В. Индивидуум списывает трудно контролируемое сильное влечение к азартной игре и сообщает, что он не в силах прекратить участие в азартных играх усилием воли.

Г. Индивидуум мысленно озабочен актом азартной игры и обстоятельствами с ней связанными.

### **F63.1 Патологические поджоги (пиромания).**

А. Один или более поджогов или попыток поджогов без видимых мотивов.

Б. Индивидуум описывает сильное влечение к поджогам с ощущением напряженности перед этим актом и облегчением после него.

В. Индивидуум мысленно озабочен поджогами и обстоятельствами, связанными с этим актом (например, пожарными машинами или вызовом пожарной команды).

### **F63.2 Патологическое воровство (клептомания).**

А. Два или более случаев воровства без видимых мотивов или выгоды для индивидуума или другого лица.

Б. Индивидуум описывает сильное влечение к воровству с чувством напряженности перед совершением поступка и облегчением после него.

### **F63.3 Трихотилломания.**

А. Заметная потеря волоса из-за постоянной и повторяющейся неспособности противиться влечению выдергивать волосы.

Б. Индивидуум описывает сильное влечение выдергивать волосы с растущей напряженностью до и чувством облегчения после этого.

В. Отсутствие предшествующего воспаления кожи; не обусловлено бредом или галлюцинациями.

### **F63.8 Другие расстройства привычек и влечений.**

Эта рубрика должна использоваться для других видов постоянно повторяющегося неадаптивного поведения, которое не является вторичным по отношению к выявляемому психиатрическому синдрому и при котором выявляются признаки периодически возникающей неспособности противостоять влечениям к выполнению поступков, характеризующих такое поведение. Имеют место продромальный период напряженности и чувство облегчения при выполнении действия.

## **F64 Расстройства половой идентификации.**

### **F64.0 Транссексуализм.**

А. Желание жить и быть принятым в качестве представителя противоположного пола, что обычно сопровождается стремлением привести свое тело в как можно более полное соответствие с предпочитаемым полом с помощью хирургических методов и гормонального лечения.

Б. Транссексуальная идентификация сохраняется постоянно на протяжении минимум двух лет.

В. Не является симптомом другого психического расстройства, такого как шизофрения, и не сочетается с хромосомной аномалией.

### **F64.1 Трансвестизм двойной роли.**

А. Ношение одежды противоположного пола для временного переживания принадлежности к противоположному полу.

Б. Отсутствие какой-либо сексуальной мотивации к переодеванию в одежду противоположного пола.

В. Отсутствие какого-либо желания перемениться в противоположный пол на постоянно.

### **F64.2 Расстройство половой идентификации детского возраста.**

У девочек:

А. Жизнь девочкой вызывает постоянный и тяжелый дистресс и имеется твердое желание быть мальчиком (это желание определяется не только предполагаемыми культуральными преимуществами принадлежности к мужскому полу) или девочка настаивает, что она — мальчик.

Б. Одно из двух:

1) девочки обнаруживают постоянное отчетливое отвращение к обычной женской одежде и настаивают на ношении общепринятой мужской одежды например, нижнего белья для мальчиков и другого.

2) Девочки постоянно отрекаются от женских анатомических структур, о чем свидетельствует по меньшей мере один из следующих признаков:

а) утверждение, что у нее есть и появится половой член;

б) отказ от мочеиспускания в сидячем положении;

в) утверждение, что ей не хочется, чтобы у нее росли грудные железы или были менструации,

В. Девочка еще не достигла пубертатного возраста.

Г. Расстройство должно наблюдаться минимум 6 месяцев.

У мальчиков:

А. Жизнь мальчиком вызывает постоянный и тяжелый дистресс и сильное желание стать девочкой или, в более редких случаях, мальчик настаивает, что он — девочка.

Б. Одно из двух:

1) Занятия обычной для женщин деятельностью, о чем свидетельствует предпочтение к женской одежде или придание своей одежде вида женского наряда, или сильное желание участвовать в играх для девочек или других формах досуга и отказ от мальчишеских игрушек, игр и деятельности.

2) Мальчики постоянно отрекаются от мужских анатомических структур, на что указывает как минимум одно из следующих неоднократных утверждений:

а) что он вырастет женщиной (не только выполняя роль женщины);

б) что его половой член или яички отвратительны или что они исчезнут;

в) что лучше бы не иметь полового члена или яичек.

В. Мальчик еще не достиг пубертатного возраста.

Г. Расстройство должно наблюдаться минимум 6 месяцев.

## **F64.8 Другие расстройства половой идентификации.**

### **F64.9 Расстройство половой идентификации, неуточненное.**

## **F65 Расстройства полового предпочтения.**

G1. Индивидууму свойственны периодически возникающие интенсивные сексуальные влечения и фантазии, включающие необычные предметы или поступки.

G2.. Индивидуум или поступает в соответствии с этими влечениями или испытывает значительный дистресс из-за них.

G3. Это предпочтение наблюдается минимум 6 месяцев.

### **F65.0 Фетишизм.**

А. Должны выполняться общие критерии расстройств полового предпочтения (F65).

Б. Фетиш (какой-нибудь неживой предмет) является самым важным источником сексуальной стимуляции или необходим для удовлетворительной сексуальной реакции.

### **F65.1 Фетишистский трансвестизм.**

А. Должны выявляться общие критерии расстройств полового предпочтения (F65).

Б. Ношение предметов туалета противоположного пола или одежды противоположного пола для воссоздания соответствующей этому полу внешности и ощущения принадлежности к нему.

В. Переодевание в одежду противоположного пола связано с половым возбуждением. При достижении оргазма и снижении полового возбуждения возникает сильное желание снять одежду противоположного пола.

#### **F65.2 Эксгибиционизм.**

А. Должны выполняться общие критерии расстройств полового предпочтения (F65).

Б. Периодически возникающая или постоянная тенденция неожиданно показывать свои половые органы незнакомым людям (обычно противоположного пола), что обычно сопровождается половым возбуждением и мастурбацией.

В. Намерения или приглашения к половому акту "свидетелей" нет.

#### **F65.3 Вуайеризм.**

А. Должны выполняться общие критерии расстройств полового предпочтения (F65).

Б. Периодически возникающая или постоянная тенденция подглядывать за людьми во время сексуальных или интимных занятий, таких как переодевание, что сочетается с половым возбуждением и мастурбацией.

В. Нет желания обнаруживать свое присутствие.

Г. Нет желания вступить в половую связь с лицом, за которым ведется наблюдение.

#### **F65.4 Педофилия.**

А. Должны выявляться общие критерии расстройств полового предпочтения (F65).

Б. Постоянное или преобладающее предпочтение половой активности с ребенком или детьми пубертатного возраста.

В. Индивидууму по меньшей мере 16 лет и он минимум на 5 лет старше ребенка или детей, на которых указывалось в критерии Б.

#### **F65.5 Садомазохизм.**

А. Должны выявляться общие критерии расстройств полового предпочтения (F65).

Б. Предпочтение половой активности в качестве реципиента (мазохизм) или наоборот (садизм), или того и другого, что включает минимум одно из следующих:

- 1) боль;
- 2) унижение;
- 3) установление зависимости.

В. Садомазохистская активность является основным источником стимуляции или необходима для полового удовлетворения.

#### **F65.6 Множественные расстройства сексуального предпочтения.**

Различные аномальные сексуальные предпочтения сочетаются у одного индивидуума чаще, чем можно ожидать исходя из простой статистической вероятности. Для исследовательских целей следует перечислять различные типы предпочтения и их относительное значение. Наиболее частой является комбинация фетишизма, трансвестизма и садомазохизма.

#### **F65.8 Другие расстройства полового предпочтения.**

Может иметь место разнообразие других вариантов полового предпочтения и активности, каждое из которых является относительно редким. Сюда относятся такие виды активности как совершение непристойных телефонных звонков, прикосновение к людям и трение о них в многолюдных общественных местах (фроттеризм), сексуальные действия с животными, использование удушения или аноксии для усиления полового возбуждения и предпочтение партнеров с какой-нибудь особенной анатомической аномалией, например, с ампутированной конечностью.

Экзотические виды полового предпочтения слишком разнообразны, а многие слишком редки, чтобы оправдать отдельное описание каждого из них. Глотание мочи, пачкание испражнениями или уколы кожи или сосков могут составлять часть поведенческого репертуара при садомазохизме. Часты различные мастурбационные варианты, но крайние варианты сексуальной практики, такие как вставление предметов в прямую кишку или мочеиспускательный канал полового члена или частичное самоудушение, являются патологией.

## **F65.9 Расстройство полового предпочтения, неуточненное.**

## **F66 Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией.**

Эта секция предназначена для тех проблем, которые проистекают из особенностей сексуального развития или ориентации, когда половое предпочтение само по себе не обязательно является аномальным или обуславливающим проблемы.

### **F66.0 Расстройство полового созревания.**

Больной страдает от неопределенности относительно своей половой принадлежности или сексуальной ориентации, что приводит к тревоге или депрессии.

### **F66.1 Эгодистоническая сексуальная ориентация.**

Половая идентификация или сексуальное предпочтение не вызывают сомнений, но индивидуум желает, чтобы они были иными.

### **F66.2 Расстройство сексуальной связи.**

Аномалия половой идентификации или сексуального предпочтения приводят к затруднениям в формировании или сохранении связи с сексуальным партнером.

### **F66.8 Другие расстройства психосексуального развития.**

### **F66.9 Расстройство психосексуального развития, неуточненное.**

## **F68 Другие расстройства зрелой личности и поведения у взрослых.**

### **F68.0 Преувеличение соматических симптомов по психологическим причинам.**

А. Соматические симптомы, первоначально обусловленные установленным соматическим расстройством, заболеванием или инвалидностью, становятся преувеличенными или пролонгированными, что не может быть объяснено самим соматическим заболеванием.

Б. Имеются данные о психологической обусловленности преувеличенной симптоматики (например, явный страх инвалидизации или смерти; возможная финансовая компенсация; разочарование в уровне полученной помощи и др.).

Преднамеренное вызывание или симуляция симптомов или инвалидизации, физических или психологических (симулятивное расстройство)

А. Постоянное преднамеренное вызывание или симуляция симптомов и (или) нанесение себе ран с тем, чтобы вызвать симптомы.

Б. Нельзя обнаружить внешней мотивации (напр., финансовая компенсация, уклонение от опасности, улучшенная медицинская помощь и т. д.). Если может быть обнаружена такая мотивация, то следует использовать категорию 276.5 (симуляция).

В. Наиболее часто используемый критерий исключения. Отсутствует установленное физическое или психическое расстройство, которое могло бы объяснить имеющуюся симптоматику.

### **F68.8 Другие уточненные расстройства зрелой личности и поведения у взрослых.**

Эта рубрика должна использоваться для кодирования любого другого уточненного расстройства зрелой личности и поведения у взрослых, которое не может быть отнесено ни к одной из вышеперечисленных рубрик.

## **F69 Неуточненное расстройство зрелой личности и поведения у взрослых.**

Эта рубрика должна использоваться лишь в крайнем случае, если может быть установлено наличие расстройства зрелой личности и поведения у взрослых, но отсутствует информация, позволяющая его диагностику и отнесение к специфической рубрике.

## **F70-F79 Умственная отсталость.**

В отличие от других расстройств этой главы для умственной отсталости не могут быть разработаны детализированные клинические диагностические критерии. Это связано с тем, что две основные характеристики умственной отсталости, благодаря которым они обнаруживаются, а именно низкие когнитивные способности и сниженное социальное функционирование, в большей мере зависят от социальных и культуральных влияний. Здесь могут быть даны только общие указания относительно наиболее адекватных методов оценки, которые следует использовать.

### **1. Уровень когнитивных способностей**

В зависимости от культуральных норм исследователи должны сами решать как лучше определять Коэффициент Интеллектуальности (КИ) или Возраст Умственного развития в соответствии с нижеприведенными группами:

Рубрика	Умственная отсталость	КИ умственного развития	Диапазон (Возраст)
F70	Легкая	50-69	9-12 (до 12) лет
F71	Умеренная	35-49	6-9 лет
F72	Тяжелая	20-34	3-6 лет
F73	Глубокая	до 20	до 3 лет

### **2. Уровень социального функционирования**

В большинстве стран европейской и американской культуры рекомендуется использовать Шкалу Социальной Зрелости Вайнленда, если она признается там в качестве адекватной (для использования в других культуральных условиях следует создавать модифицированные версии или эквивалентные шкалы).

Для определения степени сопутствующих нарушений поведения может использоваться четвертый знак:

F7x.0 Нарушения поведения отсутствуют или минимальны

F7x.1 Значительные нарушения поведения, требующие внимания или терапии

F7x.8 Другие нарушения поведения

F7x.9 Сведения о нарушении поведения отсутствуют

#### **Примечание**

Требуется специально разработанная многоосевая система, которая соответствовала бы разнообразным личностным, клиническим и социальным данным, включаемым в общую оценку причин и последствий умственной отсталости. В настоящее время ведется подготовка одной из таких систем специально для этого раздела главы V (P) МКБ-10.

## **F80-F89 Расстройства психологического развития.**

### **F80 Специфические расстройства развития речи.**

#### **F80.0 Специфическое расстройство речевой артикуляции.**

Примечание. Это расстройство называется также специфическим фонологическим расстройством речи.

А. Артикуляционные (фонологические) навыки, определяемые по стандартизированным тестам, ниже 2 стандартных отклонений для возраста ребенка.

Б. Артикуляционные (фонологические) навыки по меньшей мере на 1 стандартное отклонение ниже невербального коэффициента интеллектуальности (КИ) при определении по стандартизированным тестам.

В. Экспрессивная речь и понимание, определяемые по стандартизированному тесту, находятся в пределах 2 стандартных отклонений для возраста ребенка.

Г. Отсутствие неврологических, сенсорных или физических нарушений, которые прямо влияют на звуковую продукцию речи, нет и общего расстройства развития (F84-).

Д. Наиболее часто используемый критерий исключения. Невербальный коэффициент умственного развития по стандартизированному тесту ниже 70.

#### **F80.1 Расстройство экспрессивной речи.**

А. Навыки экспрессивной речи, определяемые по стандартизированному тесту, ниже 2 стандартных отклонений для возраста ребенка.

Б. Навыки экспрессивной речи по меньшей мере на 1 стандартное отклонение ниже невербального КИ при определении по стандартизированным тестам.

В. Рецептивная речь, определяемая по стандартизированному тесту, находится в пределах 2 стандартных отклонений от возраста ребенка.

Г. Использование и понимание невербального общения и функции имажинативного языка находятся в пределах нормы.

Д. Отсутствие неврологического, сенсорного или физического нарушения, которое прямым образом влияло бы на разговорный язык, нет здесь и общего расстройства развития (F84-).

Е. Наиболее часто используемый критерий исключения. Невербальный коэффициент умственного развития по стандартизированному тесту ниже 70.

#### **F80.2 Расстройство рецептивной речи.**

Примечание. Это расстройство также называют смешанным расстройством экспрессивной/импрессивной речи.

А. Понимание речи, определяемое по стандартизированным тестам, ниже 2 стандартных отклонений для возраста ребенка.

Б. Навыки рецептивной речи по меньшей мере на 1 стандартное отклонение ниже невербального КИ при оценке по стандартизированным тестам.

В. Отсутствует неврологическое, сенсорное или физическое нарушение, которое прямым образом влияет на рецептивную речь, не отмечаются критерии общего расстройства развития (F84.-).

Г. Наиболее часто используемый критерий исключения. Невербальный КИ по стандартизированному тесту ниже 70.

#### **F80.3 Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау-Клеффнера).**

А. Значительная потеря экспрессивной и рецептивной речи на протяжении периода времени, не превышающего 6 месяцев.

Б. Предшествующее нормальное развитие речи.

В. Пароксизмальные аномалии ЭЭГ, относящиеся к одной или обеим височным долям, что обнаруживается в период времени за два года до — два года после инициальной потери речи.



- Г. Слух в пределах нормы.
- Д. Сохранение уровня невербальной интеллектуальности в пределах нормы.
- Е. Отсутствие какого-либо диагностируемого неврологического состояния, если не принимать в расчет аномалий ЭЭГ и эпилептических судорог (когда они имеют место).
- Ж. Не отмечаются критерии общего расстройства развития (F84.-).

### **F80.8 Другие расстройства развития речи.**

#### **F80.9 Расстройство развития речи, неуточненное.**

Следует максимально избегать использования этой рубрики, которую следует употреблять только для неуточненных расстройств, характеризующихся значительным нарушением в развитии речи, не обусловленным умственной отсталостью или неврологическим, сенсорным или физическим нарушением, которые прямым образом влияют на речевую функцию.

## **F81 Специфические расстройства развития школьных навыков.**

### **F81.0 Специфическое расстройство чтения.**

А. Наличие любого из признаков:

1) Показатель правильности чтения и (или) понимания прочитанного, который на две стандартные ошибки ниже уровня, ожидаемого для возраста и общего интеллектуального развития ребенка (при этом навыки чтения и коэффициент умственного развития определяются по индивидуально назначаемому тесту, стандартизованно учитывающему культуральные условия и систему образования);

2) анамнестические указания на серьезные затруднения в чтении или тестовых показателей, отвечающих критерию А (1), в более раннем возрасте, плюс показателя спеллингового теста, который по меньшей мере на 2 стандартные ошибки ниже уровня, ожидаемого для хронологического возраста ребенка и соответствующего его КИ.

Б. Нарушения, описанные в критерии А, существенным образом препятствуют обучению или деятельности в повседневной жизни, где требуются навыки чтения.

В. Это расстройство не является прямым следствием дефекта зрения или слуха или неврологического расстройства.

Г. Школьный опыт соответствует среднему ожидаемому уровню (т. е. не было явной неадекватности в усвоении материала).

Д. Наиболее часто используемый критерий исключения. КИ по данным индивидуально назначаемого стандартизованного теста ниже 70.

Возможные дополнительные критерии включения

Для некоторых исследовательских целей исследователи могут пожелать уточнить наличие в анамнезе некоторого нарушения речи, звуковой категоризации, моторной координации, обработки зрительной информации, внимания или контролируемой модуляции активности в дошкольном возрасте.

Примечание

Вышеперечисленные критерии не должны включать общую задержку чтения, исследовательские диагностические критерии которой были бы теми же, что и специфического расстройства чтения, за исключением критерия А1, который предусматривал бы навыки чтения ниже на 2 стандартные ошибки ниже уровня, ожидаемого для хронологического возраста (т. е. без учета уровня интеллектуальности) и критерия А2, где то же самое относилось бы к спеллингованию. Валидность дифференциации между этими двумя типами расстройства чтения не является неоспоримой, но предполагается, что специфическое расстройство чтения имеет более специфическую связь с задержкой речи и чаще возникает у мальчиков (тогда как общая задержка чтения связана с более широким кругом нарушения развития).

Имеются и другие подходы к дифференциации в исследовательских целях, которые основаны на анализе типов ошибок спеллингования.

### **F81.1 Специфическое расстройство спеллингования.**

А. Показатель по стандартизированному тесту спеллингования как минимум на 2 стандартные ошибки ниже уровня, предполагаемого для хронологического возраста и общей интеллектуальности.

Б. Показатели правильности чтения и понимания прочитанного, а также показатели арифметических навыков находятся в пределах нормы ( $\pm 2$  стандартных отклонения от среднего).

В. Отсутствуют анамнестические указания на существенные затруднения чтения.

Г. Усвоение школьного материала в пределах ожидаемого среднего диапазона (т. е. обучение проходит относительно адекватно).

Д. Затруднения в спеллинговании отмечаются с ранних стадий обучения ему.

Е. Нарушение, описанное в критерии А существенно препятствует обучению или деятельности в повседневной жизни, когда требуются навыки спеллингования.

Ж. Наиболее часто используемый критерий исключения. Коэффициент умственного развития по стандартизированному индивидуально проводимому тесту ниже 70.

### **F81.2 Специфическое расстройство арифметических навыков.**

А. Показатель по стандартизированному арифметическому тесту как минимум на 2 стандартные ошибки ниже уровня, ожидаемого для хронологического возраста и интеллектуальности ребенка.

Б. Показатели правильности чтения и понимания прочитанного, а также спеллингования находятся в пределах нормы ( $\pm 2$  стандартных отклонения от среднего).

В. Отсутствуют анамнестические указания на существенные затруднения в чтении или спеллинговании.

Г. Усвоение школьного материала в пределах ожидаемого среднего диапазона (т. е. обучение проходило относительно адекватно),

Д. Затруднения в арифметике отмечаются с ранних стадий обучения ей.

Е. Описанное в критерии А нарушение существенно препятствует обучению или деятельности в повседневной жизни, когда требуются арифметические навыки.

Ж. Наиболее часто используемый критерий исключения. КИ по стандартизированному индивидуально проводимому тесту ниже 70

### **F81.3 Смешанное расстройство школьных навыков.**

Это плохо определяемая и недостаточно концептуализированная (но необходимая) остаточная категория, при которой существенно нарушены как арифметические навыки, так и чтение или спеллингование, но при которой расстройство не может быть объяснено только общей умственной отсталостью или неадекватным обучением. Эту рубрику следует использовать для расстройств, отвечающих критериям F81.2 и или F81.0, или F81.1.

### **F81.8 Другие расстройства развития школьных навыков.**

#### **F81.9 Расстройство развития школьных навыков, неуточненное.**

Следует максимально избегать употребления этой рубрики, которая должна использоваться только для неуточненных расстройств, при которых имеется серьезное нарушение обучения, не обусловленное только умственной отсталостью, снижением остроты зрения или неадекватным преподаванием.

## **F82 Специфическое расстройство развития моторных функций.**

А. Показатель по стандартизированному тесту на моторную координацию как минимум на 2 стандартных отклонения ниже уровня, ожидаемого для хронологического возраста ребенка.

Б. Описанное в критерии А нарушение существенно препятствует обучению или деятельности в повседневной жизни.

В. Нет диагностируемого неврологического расстройства.

Г. Наиболее часто используемый критерий исключения. КИ по индивидуально проводимому стандартизированному тесту ниже 70.

## **F83 Смешанные специфические расстройства развития.**

Это плохо определяемая и недостаточно концептуализированная (но необходимая) остаточная группа расстройств, при которых имеется некоторое смешение специфических расстройств развития речи, школьных навыков или двигательных функций, но при которых нет значительного преобладания ни одного из них, что было бы достаточным для установления первичного диагноза. Для всех этих специфических расстройств развития общим является сочетание с некоторой степенью общего нарушения когнитивных функций и эта смешанная категория должна использоваться только при наличии существенного совпадения симптоматики. Таким образом, эта категория должна использоваться при наличии дисфункций, отвечающих критериям двух или более рубрик в F80.-, F81- и F82.

## **F84 Общие расстройства развития.**

### **F84.0 Детский аутизм.**

А. Аномальное или нарушенное развитие проявляется в возрасте до 3 лет по меньшей мере в одной из следующих сфер:

- 1) рецептивная или экспрессивная речь, используемая при социальном общении;
- 2) развитие селективных социальных привязанностей или реципрокного социального взаимодействия;
- 3) функциональная или символическая игра.

Б. Должны присутствовать в общей сложности минимум 6 симптомов из 1), 2) и 3), причем по меньшей мере два из перечня 1) и по меньшей мере по одному из перечней 2) и 3):

1) Качественные нарушения реципрокного социального взаимодействия проявляются минимум в одной из следующих областей:

а) неспособность адекватно использовать для регулирования социального взаимодействия контакт взора, мимическое выражение, жестикуляцию и позы тела;

б) неспособность к установлению (в соответствии с психическим возрастом и вопреки имеющимся возможностям) взаимосвязей со сверстниками, что включало бы общие интересы, деятельность и эмоции;

в) отсутствие социо-эмоциональной взаимности, что проявляется нарушенной или девиантной реакцией на эмоции других людей и (или) отсутствие модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией, а также (или) слабость интеграции социального, эмоционального и коммуникативного поведения.

г) отсутствие спонтанного поиска разделяемой радости, общих интересов или достижений с другими людьми (например, ребенок не показывает другим людям интересующие его предметы и не привлекает к ним их внимание).

2) Качественные аномалии в общении проявляются минимум в одной из следующих областей:

а) задержка или полное отсутствие разговорной речи, что не сопровождается попыткой компенсировать этот недостаток жестикуляцией и мимикой (часто предшествует отсутствие коммуникативного гуления);

б) относительная неспособность начинать или поддерживать беседу (при любом уровне речевого развития), требующую коммуникативной взаимности с другим лицом;

в) повторяющаяся и стереотипная речь и (или) идиосинкратическое использование слов и выражений;

г) отсутствие спонтанных разнообразных спонтанных ролевых игр или (в более раннем возрасте) подражательных игр.

3) Ограниченные, повторяющиеся и стереотипные поведение, интересы и активность, что проявляется минимум в одной из следующих областей:

а) поглощенность стереотипными и ограниченными интересами, которые аномальны по содержанию или направленности; или интересами, которые аномальны по своей интенсивности и ограниченной природе, хотя не по содержанию или направленности;

б) внешне навязчивая привязанность к специфическим, нефункциональным поступкам или ритуалам;

в) стереотипные и повторяющиеся моторные манеризмы, которые включают прихлопывания или выкручивания пальцев или кистей рук, или более сложные движения всего тела;

г) повышенное внимание к частям предметов или нефункциональным элементам игрушек (к их запаху, осязанию поверхности, издаваемому ими шуму или вибрации).

В. Клиническая картина не может быть объяснена другими видами общего нарушения развития: специфическим нарушением развития рецептивной речи (F80.2) с вторичными социо-эмоциональными проблемами; реактивным расстройством привязанности детского возраста (F94.1) или дезингибированным расстройством привязанности в детском возрасте (F94.2), умственной отсталостью (F70- F72), комбинирующейся с некоторыми эмоциональными и поведенческими расстройствами, шизофренией (F20) с необычно ранним началом и синдромом Ретта (F84.2).

### **F84.1 Атипичный аутизм.**

А. Аномальное или нарушенное развитие проявляется в возрасте 3 лет или старше (критерии аутизма за исключением возраста манифестации).

Б. Качественные нарушения социального взаимодействия или качественные нарушения общения, или ограниченные, повторяющиеся и стереотипные поведения, интересы и активность (критерии аутизма, хотя минимальное количество областей, в которых отмечается нарушение, должно выдерживаться не обязательно).

В. Диагностические критерии аутизма (F84.0) не выполняются.

Аутизм может быть атипичным как по возрасту начала (F84.10), так и по феноменологии (F84.11); эти два типа дифференцируются по пятому знаку для исследовательских целей. Синдромы, которые атипичные и в том и в другом отношениях, должны кодироваться F84.12.

#### **F84.10 атипичность по возрасту начала**

А. Не отвечает критерию А аутизма (F84.0); а именно, аномальное (нарушенное) развитие выявляется только в возрасте после 3 лет.

Б. Отвечает критериям Б и В аутизма (F84.0).

#### **F84.11 атипичность по симптоматике**

А. Отвечает критерию А аутизма (F84.0); т. е. аномальное (нарушенное) развитие отмечается с возраста до 3 лет.

Б. Качественные нарушения социального взаимодействия или качественные нарушения в общении, или ограниченные, повторяющиеся и стереотипные поведение, интересы и активность (критерии как для аутизма, за тем исключением, что не обязательно минимальное число областей, в которых должна выявляться симптоматика).

В. Отвечает критерию В аутизма (F84.0).

Г. Не отвечает полностью критериям Б аутизма (F84.0).

#### **F84.12 атипичность как по возрасту начала, так и по симптоматике**

А. Не отвечает критерию А аутизма (F84.0); т. е. аномальное (нарушенное) развитие выявляется только в возрасте после 3 лет.

Б. Качественные нарушения социального взаимодействия, или качественные нарушения общения, или ограниченные, повторяющиеся и стереотипные поведение, интересы и активность (критерии как для аутизма, за тем исключением, что не обязательно минимальное число областей, в которых должна выявляться симптоматика).

В. Отвечает критерию В аутизма (F84.0).

Г. Не отвечает полностью критериям Б аутизма (F84.0).

### **F84.2 Синдром Ретта**

А. Пренатальный и перинатальный периоды без видимой патологии и психомоторное развитие в первые 5 месяцев без видимой патологии и нормальная окружность головы при рождении.

Б. Задержка роста головы между 5 месяцами и 4 годами и потеря приобретенных целенаправленных ручных навыков в возрасте от 5 до 30 месяцев, что связано с одновременной

дисфункцией общения и нарушенным социальным взаимодействием и появлением плохой координации (нестабильности) походки и (или) движений туловища.

В. Развитие тяжелых нарушений экспрессивной и рецептивной речи с выраженной психомоторной задержкой.

Г. Стереотипные движения руками (такие как сжатие или вытирание рук) одновременно с потерей целенаправленных движений руками или после этого.

#### **F84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста**

А. Развитие без видимой патологии по меньшей мере до двухлетнего возраста. Отмечаются нормальные соответствующие возрасту навыки в общении, социальных связях, играх и адаптивное поведение в возрасте 2 года или старше.

Б. Отчетливая потеря ранее приобретенных навыков примерно во время начала расстройства. Для диагноза требуется клинически значимая потеря навыков (а не просто неспособность пользоваться ими в некоторых ситуациях) по меньшей мере в 2 из следующих областей-

- 1) экспрессивная и (или) рецептивная речь-
- 2) игровая деятельность;
- 3) социальные навыки или адаптивное поведение'
- 4) контролирование функций кишечника или мочевого пузыря;
- 5) моторные навыки.

В. Качественно аномальное социальное функционирование, проявляющееся минимум в 2 из следующих областей:

- 1) качественные нарушения социального взаимодействия (по определенному для аутизма типу);
- 2) качественные нарушения общения (по определенному для аутизма типу);
- 3) ограниченные, повторяющиеся или стереотипные поведение, интересы и активность, включая моторные стереотипии и маннеризмы;
- 4) общая потеря интереса к предметам и ситуации в целом.

Г. Расстройство не может быть объяснено как одна из других форм общего расстройства развития; приобретенная афазия с эпилепсией (F80.6); элективный мутизм (F94.0); шизофрения (F20- ) или синдром Ретта (F84.2).

#### **F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями**

А. Тяжелая моторная гиперактивность проявляется минимум двумя из следующих проблем активности и внимания:

- 1) непрерывное двигательное беспокойство проявляется в бегании, прыгании и других движениях всего тела;
- 2) выраженные затруднения в сохранении сидячего положения: ребенок обычно остается сидеть самое большое на несколько секунд, за исключением тех случаев, когда он занят стереотипной деятельностью (см. критерий Б);
- 3) явно чрезмерная активность в ситуациях, когда ожидается относительная неподвижность;
- 4) очень быстрая смена деятельности, так что один вид деятельности обычно занимает минуту (редкие периоды большей продолжительности, которые проводятся за самыми любимыми занятиями не исключают этого критерия, а очень длительные периоды проводимые в стереотипной активности, также совместимы с наличием указываемой здесь проблемы в другое время).

Б. Повторяющееся и стереотипное поведение и деятельность проявляются минимум одним из следующих признаков:

- 1) установившиеся и часто повторяющиеся моторные маннеризмы: они могут включать или сложные движения всего тела, или частичные движения такие как похлопывание в ладоши;
- 2) чрезмерное и нефункциональное повторение деятельности, которая постоянна по форме: может иметь место игра с единственным предметом (например, с текущей водой) или ритуальная активность (в одиночестве или с включением в нее других людей);
- 3) периодическое самотравмирование. В. Коэффициент интеллектуальности ниже 50.

Г. Социальное нарушение аутистического типа отсутствует, т. е. ребенок должен обнаруживать по меньшей мере три признака из числа следующих:

1) использование взора, выражения лица и позы для регулирования социального взаимодействия используются адекватно развитию;

2) соответствующее развитию формирование взаимосвязей со сверстниками, включающими общие интересы, деятельность и т. д.;

3) ребенок хотя бы иногда подходит к другим людям за утешением и проявляемым к нему участием;

4) способность разделять иногда радость, испытываемую другими людьми; другие формы социального нарушения, например, расторможенность в общении с незнакомыми людьми, не противоречат данному диагнозу.

Д. Расстройство не отвечает диагностическим критериям аутизма (F84.0 и

F84.1), дезинтегративного расстройства детского возраста (F84.3) или гиперкинетического расстройства (F90-).

#### **F84.5 Синдром Аспергера**

А. Отсутствие клинически значимой общей задержки экспрессивной или рецептивной речи или когнитивного развития. Для диагноза необходимо, чтобы отдельные слова были приобретены к двум годам или ранее, а фразы в общении использовались к 3 годам и ранее. Навыки самообслуживания, адаптивное поведение и любопытство к окружению в течение первых 3 лет должны быть на уровне, соответствующем нормальному интеллектуальному развитию. Тем не менее, может отмечаться некоторая моторная задержка и характерна моторная неуклюжесть (хотя она не является необходимым диагностическим признаком). Обычны изолированные специальные навыки, часто связанные с аномальными занятиями, но они не требуются для диагноза.

Б. Качественные нарушения социального взаимодействия (критерии как для аутизма).

В. Обнаруживаются необычно интенсивные ограниченные интересы или ограниченные, повторяющиеся и стереотипные поведение, интересы и активность (критерии как для аутизма, хотя здесь менее характерно наличие моторных манеризмов или повышенного внимания к частям предметов или нефункциональным элементам игрового материала).

Г. Расстройство не может быть расценено как одна из других разновидностей общего расстройства развития, простая шизофрения (F20.6), шизотипическое расстройство (F21), реактивное и дезингибированное расстройство привязанности детского возраста (соответственно F94.1 и 2), ананкастное расстройство личности (F605) или обсессивно-компульсивное расстройство (F42.-).

#### **F84.8 Другие общие расстройства развития**

#### **F84.9 Общее расстройство развития, неуточненное**

Это остаточная диагностическая рубрика, которая должна использоваться для расстройств, которые отвечают общему описанию общих расстройств развития, но при которых противоречивость данных или отсутствие адекватной информации означают, что не могут быть выполнены диагностические критерии ни одной из других рубрик в F84

### **F88 Другие расстройства психологического характера.**

### **F89 Неуточненное расстройство психологического развития.**

### **F90-F98 Поведенческие расстройства детского и подросткового возраста.**

Поведенческие и эмоциональные расстройства с началом, характерным для детского и подросткового возраста

## **F90 Гиперкинетические расстройства.**

Примечание: Исследовательский диагноз гиперкинетического расстройства требует отчетливого наличия аномальных уровней невнимательности, гиперреактивности и беспокойства, которые являются общей характеристикой, проявляющейся в разных ситуациях и сохраняющейся во времени, что можно установить при прямом наблюдении и что не обусловлено другими расстройствами, такими как аутизм или аффективные расстройства.

G1. Невнимательность. По меньшей мере 6 симптомов невнимательности из числа следующих сохраняются на протяжении минимум 6 месяцев в такой степени выраженности, которая свидетельствует о плохой адаптивности и не согласуется с уровнем развития ребенка:

- 1) часто проявляющаяся неспособность внимательно следить за деталями или совершение беспечных ошибок в школьной программе, работе или другой деятельности;
- 2) часто не удается поддерживать внимание на заданиях или игровой деятельности;
- 3) часто заметно, что ребенок не слушает того, что ему говорится;
- 4) ребенок часто не способен следовать инструкциям или завершать школьную работу, повседневные дела и обязанности на рабочем месте (не из-за оппозиционного поведения или неспособности понять инструкции);
- 5) часто нарушена организация заданий и деятельности;
- 6) часто избегает или очень не любит заданий, таких как домашняя работа, требующая постоянных умственных усилий;
- 7) часто теряет вещи, необходимые для выполнения определенных заданий или деятельности, таких как школьные вещи, карандаши, книги, игрушки или инструменты;
- 8) часто легко отвлекается на внешние стимулы;
- 9) часто забывчив в ходе повседневной деятельности.

G2. Гиперактивность. По меньшей мере три симптома гиперактивности из числа нижеперечисленных сохраняются на протяжении минимум 6 месяцев в такой степени выраженности, которая свидетельствует о плохой адаптивности и не согласуется с уровнем развития ребенка:

- 1) часто беспокойно двигает руками или ногами или ерзает на месте;
- 2) покидает свое место в классной комнате или в другой ситуации, когда требуется оставаться сидеть;
- 3) часто начинает бегать или куда-то карабкаться, когда это является неуместным (в подростковом или зрелом возрасте может присутствовать лишь чувство беспокойства);
- 4) часто неадекватно шумен в играх или испытывает затруднения в тихом проведении досуга;
- 5) обнаруживается стойкий характер чрезмерной моторной активности, на которую существенно не влияют социальные ситуация и требования.

G3. Импульсивность. На протяжении минимум 6 месяцев сохранялся по меньшей мере один из следующих симптомов импульсивности в такой степени выраженности, которая свидетельствует о плохой адаптивности и не согласуется с уровнем развития ребенка:

- 1) часто выпаливает ответы до того, как завершены вопросы;
- 2) часто не способен ждать в очередях, дожидаться своей очереди в играх или групповых ситуациях;
- 3) часто прерывает других или вмешивается (например, в разговоры или игры других людей);
- 4) часто слишком много разговаривает без адекватной реакции на социальные ограничения.

G4. Начало расстройства не позднее 7-летнего возраста.

G5. Общий характер расстройства. Приведенные критерии должны выявляться не в единственной ситуации, например, сочетание невнимательности и гиперактивности должны отмечаться как дома, так и в школе или в школе и другом учреждении, в котором наблюдается ребенок, в частности в клинике. (Для выявления кросс-ситуационного характера расстройства обычно требуется информация не только из одного источника; сообщения родителей о поведении в классе, например, вряд ли будут достаточны.)

G6. Симптомы в G1-G3 вызывают клинически значимый дистресс или нарушение в социальном, образовательном или профессиональном функционировании.

G7. Расстройство не отвечает критериям общих расстройств развития (F84-), маниакального эпизода (F30.-), депрессивного эпизода (F32.-) или тревожных расстройств (F41-).

#### Примечание

Многие авторитетные психиатры выделяют также состояния, которые являются допороговыми по отношению к гиперкинетическому расстройству. Дети, отвечающие остальным критериям кроме гиперактивности и импульсивности соответствуют понятию дефицита внимания; наоборот, при недостаточности критериев нарушения внимания, но наличии других критериев речь идет о расстройстве активности. Аналогичным образом, при выявлении необходимых критериев лишь в единственной ситуации (например, только дома или только в классе) можно говорить о специфичном для дома или специфичном для школы расстройстве. Эти состояния пока не включены в основную классификацию из-за недостаточной эмпирической предикционной валидации, а также из-за того, что многие дети с допороговыми расстройствами обнаруживают и другие синдромы (такие как оппозиционно-вызывающее расстройство, F91.3) и должны кодироваться в соответствующих рубриках.

#### **F90.0 Расстройство активности и внимания.**

Должны выявляться общие критерии гиперкинетического расстройства (F90), но не критерии расстройства поведения (F91-).

#### **F90.1 Гиперкинетическое расстройство поведения.**

Должны выявляться общие критерии гиперкинетического расстройства (F90) и расстройства поведения (F91-).

#### **F90.8 Другие гиперкинетические расстройства.**

#### **F90.9 Гиперкинетическое расстройство, неуточненное.**

Эта остаточная рубрика не рекомендуется и должна использоваться лишь при невозможности дифференцировать между F90.0 и F90.1, когда выполняются, тем не менее, общие критерии F90.-.

### **F91 Расстройства поведения.**

G1. Имеет место повторяющееся и стойкое поведение, при котором нарушаются или основные права других людей, или важнейшие соответствующие возрасту социальные нормы или правила. Такое поведение наблюдается по меньшей мере 6 месяцев и включает следующие симптомы (в отдельных диагностических подрубриках приводятся указания на конкретные симптомы и их необходимое для диагностики количество).

Примечание: для констатации симптомов 11, 13, 15, 16, 20, 21 и 23 требуется хотя бы однократное их возникновение.

Большой:

1. проявляет для своего возраста необычно частые или тяжелые вспышки гнева;
2. часто спорит со взрослыми;
3. часто активно отказывается выполнять требования взрослых или нарушает правила;
4. часто по всей видимости преднамеренно делает вещи, которые досаждают другим людям;
5. часто обвиняет других в своих собственных ошибках или неправильном поведении;
6. часто обидчив или ему легко досадить;
7. часто сердится или негодует;
8. часто злобен или мстителен;
9. часто обманывает или нарушает обещания для получения выгоды или уклонения от обязательств;
10. часто затевает драки (сюда не относятся драки с сибсами),
11. использовал оружие, которое способно причинить серьезный физический вред другим людям (например, клюшку, кирпич, разбитую бутылку, нож, огнестрельное оружие);
12. несмотря на запреты родителей часто затемно остается на улице (начало в возрасте до 13 лет);
13. проявляет физическую жестокость по отношению к другим людям (например, связывает жертву, наносит ей порезы или ожоги);



14. проявляет физическую жестокость по отношению к животным;
15. преднамеренно разрушает чужую собственность (кроме поджогов);
16. преднамеренно разводит огонь с риском или намерением причинить серьезный ущерб;
17. крадет ценные предметы не на виду у жертвы или из дома или из других мест (например, кражи в магазинах, кражи со взломом);
18. часто прогуливает школу, начиная в возрасте до 13 лет;
19. убежал из дома родителей или замещающих их людей по меньшей мере дважды или убегал один раз, но больше, чем на одну ночь (сюда не включаются случаи ухода из дома для уклонения от грубого физического или сексуального обращения);
20. совершает преступления на виду у жертвы (включая выхватывание кошельков, вырывание сумок);
21. принуждает другого к половой деятельности;
22. частые проявления задиристого поведения (например, преднамеренное причинение боли, унижение, мучение);
23. проникает в чужие дома или автомобили,

G2. Данное расстройство не отвечает критериям диссоциального расстройства личности (F60.2), шизофрении (F20- ), маниакального эпизода (F30-), депрессивного эпизода (F32-), общих расстройств развития (F84-) или гиперкинетического расстройства (F90.-). (Если выявляются критерии эмоционального расстройства (F93-), то должна диагностироваться рубрика смешанного расстройства поведения и эмоций, F92-.)

Рекомендуется уточнять возраст начала:

— тип начала в детском возрасте: появление минимум одной проблемы в поведении в возрасте до 10 лет;

— тип начала в подростковом возрасте: проблемы в поведении в возрасте до 10 лет отсутствуют.

#### *Подразделения*

Относительно подразделения расстройств поведения мнения разделяются, хотя большинство считает их гетерогенными. Для определения прогноза тяжесть (оцениваемая по количеству симптомов) является более хорошим критерием, чем конкретный тип симптоматики. Наиболее валидизированной является дифференциация между социализированными и несоциализированными расстройствами, что определяется по наличию или отсутствию продолжительной дружбы со сверстниками. Тем не менее, клинически значимый вариант могут представлять собой расстройства, ограничивающиеся домашней обстановкой. Для этого предусмотрена специальная рубрика. Несомненно, что для валидации предлагаемых вариантов расстройств поведения необходимы дальнейшие научные исследования.

В дополнение к предлагаемым категориям рекомендуется также количественное измерение расстройств по трем дименциям:

- 1) гиперактивность (невнимательность, беспокойное поведение);
- 2) эмоциональные нарушения (тревога, депрессия, обсессивность, ипохондричность);
- 3) выраженность расстройства поведения:
  - а) легкая: количество проблем в поведении немного превышает минимально необходимое для диагноза и они причиняют лишь небольшой ущерб для других людей;
  - б) умеренная: количество проблем в поведении и их влияние на окружающих являются промежуточными между "легкой" и "тяжелой" степенями выраженности;
  - в) количество проблем в поведении намного превышает минимально необходимое для диагностики или они причиняют значительный ущерб для окружающих, например, тяжелые физические травмы, акты вандализма или кражи.

### **F91.0 Расстройство поведения, ограничивающееся семейным окружением.**

А. Должны выявляться общие критерии расстройства поведения (F91).

Б. Должны присутствовать три или более симптомов из перечня в критерии G1 для F91, причем минимум три из пунктов 9) — 23).

В. Минимум один симптом из пунктов 9) — 23) должен иметь место в течение по меньшей мере 6 месяцев.

Г. Нарушение поведения должно ограничиваться пределами семейной обстановки.

### **F91.1 Несоциализированное расстройство поведения.**

- А. Должны выявляться общие критерии расстройства поведения (F91).
- Б. Должны присутствовать три или более симптомов, перечисленных в критерии G1 для F91, причем минимум три из пунктов 9) — 23).
- В. Хотя бы один из симптомов в пунктах 9) — 23) должен отмечаться на протяжении минимум 6 месяцев.
- Г. Должны быть явно плохи взаимоотношения с группой сверстников, что проявляется в изоляции, отвержении или непопулярности ребенка и в отсутствии продолжительной близкой взаимной дружбы.

### **F91.2 Социализированное расстройство поведения.**

- А. Должны выявляться общие критерии расстройства поведения (F91).
- Б. Должны отмечаться три или более симптомов из перечисленных в критерии G1 для F91, причем минимум три из пунктов 9) — 23).
- В. Хотя бы один симптом из пунктов 9) — 23) должен отмечаться на протяжении минимум 6 месяцев.
- Г. Расстройства поведения наблюдаются и вне дома или семейного окружения.
- Д. Взаимоотношения со сверстниками не выходят за рамки нормальных.

### **F91.3 Оппозиционно-вызывающее поведение.**

- А. Должны выявляться общие критерии расстройства поведения (F91).
- Б. Должны выявляться четыре или более симптомов из перечисленных в критерии G1 для F91, причем не более двух симптомов из пунктов 9) — 23).
- В. Симптомы в критерии Б приводят к плохой адаптивности и не согласуются с уровнем развития.
- Г. По меньшей мере четыре симптома должны отмечаться на протяжении минимум 6 месяцев.

### **F91.8 Другие расстройства поведения.**

### **F91.9 Расстройство поведения, неуточненное.**

## **F92 Смешанные расстройства поведения и эмоций.**

### **F92.0 Депрессивное расстройство поведения.**

- А. Должны выявляться общие критерии расстройства поведения (F91).
- Б. Должны выявляться критерии одного из (аффективных) расстройств настроения (F30-39).

### **F92.8 Другие смешанные расстройства поведения и эмоций.**

- А. Должны выявляться общие критерии расстройства поведения (F91).
- Б. Должны выявляться критерии одного из невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F40-48) или эмоциональных расстройств детского возраста (F93-).

### **F92.9 Смешанное расстройство поведения и эмоций, неуточненное.**

## **F93 Эмоциональные расстройства с началом, специфическим для детского возраста.**

Примечание. Фобическое тревожное расстройство детского возраста (F93.1), социальное тревожное расстройство детского возраста (F93.2) и общее тревожное расстройство детского возраста (F93.80) обнаруживают несомненное сходство с некоторыми расстройствами в F40-F48, но согласно имеющимся данным и существующим в настоящее время взглядам тревожные расстройства в детском возрасте обнаруживают в своих проявлениях достаточные особенности,

позволяющие введение дополнительных диагностических рубрик, Последующие исследования покажут, могут ли быть разработаны описания и дефиниции, удовлетворяющие случаям этих расстройств как у детей, так и у взрослых, или же представляется необходимым сохранить предлагаемое здесь различие.

### **F93.0 Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте.**

А. По меньшей мере 3 признака из числа следующих:

1) несоответствующее реальности постоянное беспокойство в связи с возможной потерей или возможными неприятностями у основных фигур, к которым привязан ребенок (например, страх, что они покинут его и не вернуться), или постоянная озабоченность, что они могут умереть;

2) несоответствующая реальности постоянная озабоченность, что какое-нибудь нежелательное событие разлучит ребенка с основной фигурой, к которой он привязан (например, из-за того, что ребенок потеряется, будет похищен, помещен в больницу или убит);

3) ребенок с постоянной неохотой ходит в школу или отказывается туда ходить из-за страха разлуки с основной фигурой, к которой он привязан, или с тем, чтобы остаться дома (что преобладает над другими причинами, такими как страх неприятных происшествий в школе);

4) затруднения в том чтобы расстаться на ночь, что проявляется одним из следующих признаков:

а) ребенок с неохотой идет спать или отказывается от этого, соглашаясь только с условием, чтобы быть рядом с основной фигурой, к которой он испытывает привязанность;

б) по ночам часто встает с постели, чтобы удостовериться, что лицо, к которому он испытывает привязанность, не покинуло его или чтобы спать рядом с ним;

в) постоянное нежелание или отказ спать вне дома;

5) постоянный неадекватный страх остаться днем дома в одиночестве или без основной фигуры, к которой испытывается привязанность;

6) повторяющиеся кошмары, содержание которых связано с разлукой;

7) повторяющееся возникновение физических симптомов (таких как тошнота, боль в животе, головная боль или рвота) в случаях, связанных с разлукой с основной фигурой, к которой испытывается привязанность, например, при уходе в школу или в других случаях, связанных с разлукой (отъезд на каникулы, в лагерь и пр.);

8) при разлуке с основной фигурой, к которой ребенок испытывает привязанность, перед ней или сразу после нее, или в предвидении ее возникает чрезмерный, повторяющийся дистресс (о чем свидетельствуют тревога, плач, гнев, несчастный вид, апатия или аутизация).

Б. Отсутствие критериев генерализованного тревожного расстройства детского возраста (F93.80).

В. Начало до 6-летнего возраста.

Г. Расстройство не возникает как часть более широкого нарушения эмоций, поведения или личности или общего расстройства развития, психотического расстройства или расстройства, связанного с употреблением психоактивного вещества.

Д. Продолжительность по меньшей мере 4 недели.

### **F93.1 Фобическое тревожное расстройство детского возраста.**

А. Постоянный или периодически возникающий страх (фобия), который соответствует фазе возрастного развития (или соответствовал при появлении), но который аномален по тяжести и связан с существенным социальным нарушением.

Б. Отсутствие критериев генерализованного тревожного расстройства детского возраста (93.80).

В. Расстройство не возникает как часть более широкого нарушения эмоций, поведения или личности или общего расстройства развития, психотического расстройства или расстройства, связанного с употреблением психоактивного вещества.

Г. Продолжительность как минимум 4 недели.

### **F93.2 Социальное тревожное расстройство детского возраста.**

А. Постоянная тревога в социальных ситуациях, в которых ребенок имеет дело с незнакомыми людьми, включая сверстников, проявляется социально уклоняющимся поведением.

Б. Ребенок обнаруживает робость, стеснительность или повышенную озабоченность адекватностью своего поведения, когда взаимодействует с незнакомыми людьми.

В. Имеется существенное нарушение социальных (в том числе со сверстниками) взаимоотношений, которые являются вследствие этого ограниченными; в новых социальных ситуациях или в тех, в которых ребенок участвует поневоле, он испытывает существенный дистресс или дискомфорт, что проявляется плачем, отсутствием спонтанной речи или социальной аутизацией.

Г. Социальные взаимоотношения со знакомыми лицами у ребенка удовлетворительны (с членами семьи или со сверстниками, которых он хорошо знает).

Д. Начало расстройства обычно совпадает с возрастной фазой развития, при которой эти тревожные реакции считаются адекватными. Аномальная тяжесть, хронический характер и возникающее в результате нарушение должны проявляться до 6-летнего возраста.

Е. Отсутствуют критерии генерализованного тревожного расстройства детского возраста (F93.80).

Ж. Расстройство не развивается как часть более широких нарушений эмоций, поведения или личности или общего расстройства развития, психотического расстройства или расстройства, связанного с употреблением психоактивного вещества.

3. Продолжительность по меньшей мере 4 недели.

### **F93.3 Расстройство сиблингового соперничества.**

А. Анормально выраженное негативное чувство по отношению к последующему младшему сиблингу.

Б. Эмоциональное нарушение, проявляющееся регрессом, капризностью, дисфорией, нарушениями сна, оппозиционным поведением или поведением, направленным на привлечение внимания одного или обоих родителей (должны присутствовать два или более из этих признаков).

В. Начало в течение 6 месяцев после рождения сиблинга, непосредственно следующего за рождением данного ребенка.

Г. Продолжительность как минимум 4 недели.

### **F93.8 Другие эмоциональные расстройства детского возраста.**

F93.80 Генерализованное тревожное расстройство детского возраста

Примечание: В детском и подростковом возрасте диапазон жалоб, которыми проявляется генерализованная тревога, часто имеет более ограниченный характер, чем в зрелом возрасте (см. F41.1) и нередко менее выраженными являются специфические симптомы возбудимости вегетативной нервной системы. В этих случаях может быть предпочтительным использование следующего набора альтернативных критериев:

А. Интенсивные тревога и беспокойство (тяжелые предчувствия) возникают более чем в половине дней за период минимум 6 месяцев, причем тревога и беспокойство касаются по меньшей мере нескольких событий или видов деятельности (например, успехов в школе или при выполнении какой-либо работы).

Б. Больному трудно контролировать свое беспокойство.

В. Тревога и беспокойство сочетаются по меньшей мере с тремя из следующих симптомов (причем два симптома отмечаются минимум в половине дней за период их выявления):

1) чувства взвинченности, нетерпеливости (например, чувство психического напряжения в сочетании с неспособностью расслабиться);

2) чувство усталости, вымотанности или быстрой утомляемости из-за беспокойства или тревоги;

3) трудности в сосредоточении внимания или чувство пустоты в голове;

4) раздражительность;

5) мышечное напряжение;

6) нарушение сна (трудности в засыпании или поддержании сна или беспокойный, не приносящий отдыха сон) из-за беспокойства или тревоги.

Г. Многочисленные тревоги и беспокойство возникают по меньшей мере в двух ситуациях, видах деятельности или обстоятельствах. Генерализованная тревога не проявляется дискретными пароксизмальными эпизодами (как при паническом расстройстве) и основные заботы не ограничиваются единственной главной темой (как при тревожном расстройстве в связи с разлукой в детском возрасте). (Когда более сфокусированная тревога выявляется на фоне

генерализованной тревоги, предпочтение следует отдавать генерализованному тревожному расстройству).

Д. Начало в детском или подростковом возрасте (до 18 лет).

Е. Тревога, беспокойство или физические симптомы обуславливают клинически значимый дистресс или нарушение в социальной, трудовой или других важных областях деятельности.

Ж. Расстройство не обусловлено прямыми эффектами вещества (например, психоактивных веществ или медикации) или общим медицинским состоянием (например, гипертиреозидизмом) и не возникает исключительно на фоне расстройства настроения, психотического расстройства или общего расстройства развития.

### **F93.9 Эмоциональное расстройство детского возраста, неуточненное.**

## **F94 Расстройство социального функционирования с началом, специфическим для детского и подросткового возраста.**

### **F94.0 Элективный мутизм.**

Примечание: также называется селективным мутизмом.

А. Речевые экспрессия и понимание, оцениваемые по индивидуально назначаемому стандартизированному тесту, находятся в пределах двойного стандартного отклонения от нормы, соответствующей возрасту ребенка.

Б. Выявление постоянной неспособности разговаривать в специфических социальных ситуациях, в которых от ребенка ожидается, что он должен говорить (например, в школе), несмотря на то, что в других ситуациях ребенок способен говорить.

В. Продолжительность селективного мутизма, превышающая 4 недели.

Г. Отсутствует общее расстройство развития (F84-).

Д. Расстройство не обусловлено отсутствием достаточных знаний разговорного языка, требуемых в той социальной ситуации, в которой отмечается неспособность говорить.

### **F94.1 Реактивное расстройство привязанности детского возраста.**

А. Начало в возрасте до 5 лет.

Б. Резко противоречивые или амбивалентные социальные реакции в разных социальных ситуациях (но при этом могут наблюдаться различия во взаимоотношениях с разными людьми).

В. Эмоциональное нарушение, проявляющееся отсутствием эмоционального реагирования, реакциями аутизации, агрессивными реакциями на дистресс других людей или свой собственный и (или) пугающим повышением уровня бодрствования.

Г. Выявление некоторых способностей к социальной взаимности и социальным реакциям, что проявляется в отношениях со взрослыми, которые не обнаруживают отклонений от нормы.

Д. Не отвечает критериям общего расстройства развития (F84-).

### **F94.2 Дезингибированное расстройство привязанности в детском возрасте.**

А. Диффузные привязанности как постоянная черта в первые 5 лет жизни (но не обязательно сохраняющиеся до среднего детского возраста). Для диагностики требуется относительная невозможность обнаружить селективные социальные привязанности, о чем свидетельствуют:

1) нормальная тенденция искать утешение у других при дистрессе; и 2) аномальное (относительное) отсутствие селективности в выборе тех, у кого ищется утешение.

Б. Слабо модулированные социальные взаимодействия с незнакомыми людьми.

В. Требуется по меньшей мере один из следующих признаков:

1) в целом привязчивое поведение в младенческом возрасте;

2) в раннем или среднем детском возрасте поведение, направленное на привлечение внимания, и недифференцированно дружеское поведение.

Г. Должно быть отчетливым общее отсутствие ситуационной специфичности вышеприведенных признаков. Для диагноза требуется, чтобы критерии А и Б выявлялись в диапазоне социальных контактов ребенка.

## **F94.8 Другие расстройства социального функционирования в детском возрасте.**

### **F94.9 Расстройство социального функционирования в детском возрасте, неуточненное.**

## **F95 Тикозные расстройства.**

Примечание. Тик представляет собой произвольное, неожиданное, повторяющееся, рекуррентное, неритмическое, стереотипное моторное движение или вокализацию.

### **F95.0 Транзиторное тикозное расстройство.**

А. Единичные или множественные моторные и (или) вокальные тики, которые возникают много раз в течение дня на протяжении большей части дней как минимум четырехнедельного периода.

Б. Продолжительность 12 месяцев или меньше.

В. В анамнезе нет синдрома Туретта и расстройство не является результатом соматического состояния или проявления побочных действий лекарственной терапии.

Г. Начало в возрасте до 18 лет.

### **F95.1 Хроническое моторное или вокальное тикозное расстройство.**

А. Моторные или вокальные тики, но не те и другие, которые возникают много раз за день на протяжении большей части как минимум годового периода.

Б. Отсутствие ремиссий на протяжении этого года длительностью более 2 месяцев.

В. В анамнезе нет синдрома Туретта и расстройство не является результатом соматического состояния или проявлением побочных эффектов лекарственной терапии.

Г. Начало в возрасте до 18 лет.

### **F95.2 Комбинированное вокальное и множественное моторное тикозное расстройство (синдром де ля Туретта).**

А. Множественные моторные тики и один или более вокальных тиков, которые присутствовали в какое-то время в течение расстройства, но не обязательно одновременно.

Б. Тики должны возникать много раз за день, почти ежедневно на протяжении более года, причем за этот период не должно быть ремиссий длительностью более 2 месяцев.

В. Начало в возрасте до 18 лет.

### **F95.8 Другие тикозные расстройства.**

### **F95.9 Тикозное расстройство, неуточненное.**

Нерекомендуемая остаточная категория для расстройства, которое отвечает общим критериям тикозного расстройства, но при котором специфическая подрубрика не может быть установлена или при котором имеющиеся признаки не отвечают критериям F95.0, F95.1 или F95.2.

## **F98 Другие эмоциональные и поведенческие расстройства с началом, обычно имеющим место в детском и подростковом возрасте.**

### **F98.0 Энурез неорганической природы.**

А. Хронологический и умственный возраст ребенка не менее 5 лет.

Б. Непроизвольное или преднамеренное испускание мочи в кровати или в одежде которое происходит с частотой не реже 2 раз в месяц у детей в возрасте до 7 лет и не реже 1 раза в месяц у детей в возрасте 7 лет или старше

В. Энурез не является следствием эпилептических припадков или неврологического расстройства и не является прямым следствием анатомических аномалий мочевых путей или любого другого непсихиатрического состояния.

Г. Нет психического расстройства, которое отвечало бы другим категориям МКБ-10.

Д. Состояние должно отмечаться не менее 3 месяцев.

Возможная классификация по пятому знаку:

**F98.00 только ночной энурез**

**F98.01 только дневной энурез**

**F98.02 ночной и дневной энурез**

### **F98.1 Энкопрез неорганической природы.**

А. Ребенок периодически испражняется в местах, которые неуместны для этой цели (например, в гардеробе, на полу), произвольно или преднамеренно. (Расстройство может включать недержание кала вследствие переполнения кишечника, вторичного по отношению к функциональной задержке кала).

Б. Хронологический и умственный возраст ребенка составляет минимум 4 года.

В. По меньшей мере один случай энкопреза в месяц.

Г. Продолжительность по меньшей мере 6 месяцев.

Д. Отсутствие органического расстройства, которое могло бы служить достаточным основанием для энкопреза.

При желании возможна дифференциация по пятому знаку:

**F98.10 неспособность приобретения физиологического контроля за функцией кишечника**

**F98.11 адекватный контроль кишечника и дефекация в неадекватных местах с нормальной консистенцией кала**

**F98.12 загрязнение, связанное с жидкой консистенцией кала**

### **F98.2 Расстройство питания младенческого и детского возраста.**

А. Постоянная неспособность адекватно кушать, или постоянная жвачка или срыгивание пищи.

Б. Отсутствие прибавки в весе или потеря веса, или обнаруживает какую-то существенную проблему здоровья за период по меньшей мере один месяц (учитывая частоту транзиторных расстройств питания, исследователи могут предпочесть в некоторых целях минимальную частоту 3 месяца).

В. Начало расстройства в возрасте до 6 лет.

Г. Отсутствие синдрома, отвечающего МКБ-10 критериям любого другого психического расстройства (кроме умственно отсталости, F70-F79).

Д. Отсутствие органического заболевания, которое могло бы объяснить неспособность питаться.

### **F98.3 Поедание несъедобного в младенчестве и детстве.**

А. Постоянное или периодически повторяющееся поедание несъедобных веществ с частотой не реже 2 раз в неделю.

Б. Продолжительность не менее 1 месяца (в некоторых целях исследователи могут предпочесть минимальный период 3 месяца).

В. Отсутствие любого другого психического расстройства, отвечающего критериям рубрик в МКБ-10 (кроме умственной отсталости, F70-F79).

Г. Хронологический и умственный возраст не менее 2 лет.

Д. Характер питания не является частью культурально одобряемой практики.

### **F98.4 Стереотипное расстройство движений.**

А. Стереотипные движения, которые приводят к физическому повреждению или заметно препятствуют нормальной деятельности.

Б. Продолжительностью не менее 4 недель.

В. Отсутствие любого другого психического расстройства, отвечающего критериям рубрик МКБ-10 (кроме умственной отсталости, F70-F79).

Возможная классификация по пятому знаку

**F98.40 без самоповреждений**

**F98.41 с самоповреждениями**

#### **F98.5 Заикание.**

А. Заикание (речь, характеризующаяся частым повторением или пролонгацией звуков или слогов или слов, или частыми колебаниями или паузами), которое носит постоянный или периодический характер и по своей выраженности значительно нарушает течение речи.

Б. Продолжительность не менее 3 месяцев.

#### **F98.6 Речь захлеб.**

А. Речь захлеб (т. е. быстрая речь с резкими остановками в ее течении, но без повторений или колебаний), которая носит постоянный или периодический характер и по своей выраженности значительно нарушает вразумительность речи.

Б. Продолжительность не менее 3 месяцев.

**F98.8 Другие уточненные поведенческие и эмоциональные расстройства с началом обычно имеющим место в детском и подростковом возрасте.**

**F98.9 Неуточненные поведенческие и эмоциональные расстройства с началом, обычно имеющим место в детском и подростковом возрасте.**

### **F99 Неуточненное психическое расстройство.**

Это нерекондуемая остаточная категория, которую следует использовать при невозможности употребления какого-либо другого кода из F00-F98.