



СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ

ПРОПЕДЕВТИКА

ПСИХИАТРИИ

Обследование больного в психиатрии

Оценка психического статуса

- Клиническая беседа
- Формализованные шкалы
- Изучение поведения больного и невербальных проявлений болезни

Сбор анамнеза

- Субъективный
- Объективный
- Сбор сведений компетентных органов

Параклинические методы обследования

- Лабораторные
- Инструментальные
- Патопсихологические

Клинический метод

Цель клинического метода — выявление психических феноменов, имеющих отношение к возникновению, течению и проявлениям психического заболевания.

- **осмотр,**
- **наблюдение,**
- **сбор анамнестических сведений.**

БЕСЕДА С ПАЦИЕНТОМ. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

а) перед началом беседы необходимо представиться, сказать свое имя и отчество, а также получить согласие больного «побеседовать»;

б) обращаться к больному нужно только на «Вы», по имени и отчеству. Беседу следует вести в доброжелательном тоне;

в) не начинайте клиническую беседу с расспросов о болезни, вначале обсудите обыденные обстоятельства жизни пациента – его биографию; это важно для формирования контакта и для понимания развития у него болезни;

г) беседуйте неторопливо, спокойно, не пытайтесь сразу же разубеждать больного в его болезненных заблуждениях, но и не поощряйте болезненные суждения. Даже самые нелепые заявления и неправильности поведения больного не должны вызывать у куратора несерьезного отношения к нему. Следует помнить, что в ситуации клинического исследования **можно смеяться только с больным, но не над больным;**

д) старайтесь не обсуждать с больным его состояния, не дискутируйте в его присутствии с коллегами, не говорите при больном о найденных у него отклонениях;

е) в случае обращения больного к куратору с какими-либо просьбами или вопросами по поводу его болезни, лечения, режима наблюдения, выписки и т.д., постарайтесь тактично отослать его к лечащему врачу;

ж) каким бы антисоциальным не было поведение больного - никогда не допускайте обвиняюще-осуждающий тон беседы;

з) не спешите в начале исследования задать пациенту, по Вашему мнению, главный вопрос; например, имеются ли у него суицидальные мысли или галлюцинации и т.п. Если пациент в ходе беседы сам не ответил на него, задайте его в конце обследования;

и) в ходе клинического исследования важно выяснить, что пациент считает в себе или в своем состоянии самым главным, существенным. В психиатрии больной часто относит к главному – второстепенное и наоборот. Это имеет диагностическое значение, в частности, при оценке критики к заболеванию.

к) при психопатологическом исследовании важно не только обнаружение анамнестических фактов как таковых, но и выяснение (какими нелепыми они бы не представлялись) того, каков их мотивогенез, их связь с жизнью;

л) следует помнить, что психиатрия – единственная клиническая дисциплина, в которой изучение анамнеза одновременно является изучением статуса.

Наблюдение во время беседы за его мимикой, жестикуляцией и интонацией.

- Особенно важно отмечать расхождение между смыслом высказываний и внешним выражением эмоций.
Так, если больной утверждает, что любит родителей, но говорит это монотонно и неэмоционально, то, вероятнее всего, в действительности он не испытывает к ним ярких чувств.
- Иногда выражение эмоций парадоксально по отношению к содержанию высказываний. То же самое можно сказать об анализе сферы воли и влечений.
- Часто больной декларирует свое стремление к какой-либо деятельности, хотя в действительности его не испытывает. В этом случае важно проанализировать конкретный результат деятельности в последнее время.
Например, если больной утверждает: «Я очень люблю читать!», важно уточнить, какие книги он недавно прочитал. Нередко оказывается, что последняя книга была прочитана много лет назад.

Наблюдение во время беседы за его мимикой, жестикуляцией и интонацией

целенаправленные либо бессмысленные стереотипно повторяющиеся движения, возгласы, мимика, реакция на происходящее вокруг.

В случае заторможенности необходимо оценить ее степень.

На поведении пациента могут ярко отображаться галлюцинации и бред. В случае галлюцинаций больной к чему-то пристально приглядывается, прислушивается, принюхивается. Если у больного развивается бред, то он становится крайне подозрительным и настороженным, может возникать приступ внезапной агрессии по отношению к кому-либо.

- **возможность вступить в контакт с больным,**
 - **нарушения ориентировки,**
 - **внешний вид,**
 - **манера речи и поведения при беседе,**
 - **демонстрируемые больным расстройства**
восприятия, мышления, памяти, интеллекта, эмоций
и воли,
 - **поведение вне беседы с врачом,**
- **представления пациента о своем заболевании,**
 - **наличие критики,**
 - **высказываемые планы на будущее**

Симуляция, аггравация и диссимуляция

- ***Диссимуляция***— намеренное сокрытие имеющихся расстройств
- **Причины** - как правило, тревога и страх (боязнь госпитализации, страх, что заболевание дискредитирует больного в глазах окружающих, лишит его возможности продолжать любимую работу, нарушит отношения в семье).
- **Наиболее правильная тактика при диссимуляции** — психотерапевтическая беседа, в процессе которой врач старается показать, что действует только в интересах пациента, что не намерен нарушать врачебную тайну, что наличие психического расстройства не предполагает его неизлечимости и правильное лечение позволит сохранить социальный статус больного.

Симуляция, аггравация и диссимуляция

- ***Симуляция***—намеренная демонстрация признаков несуществующей болезни.
- Целями симуляции являются достижение определенной выгоды, стремление избежать наказания, получить освобождение от работы или службы в армии. Иногда симулянт пытается подготовить почву, чтобы уклониться от наказания в будущем (превентивная симуляция).
- Для опытного психиатра наличие четкой цели посетителя делаает диагностику симуляции не столь сложной: ***расстройства проявляются только в связи с определенной ситуацией (перед призывом в армию, после предъявления обвинения в преступлении и т.п.); в анамнезе больного нет факторов, предрасполагающих к болезни.***

Симуляция, аггравация и диссимуляция

- **Аггравация**, когда намеренно усиливаются и демонстрируются признаки имеющегося в действительности расстройства.
- Обычно больной делает это в расчете на получение льгот, назначение ему более высокой группы инвалидности и т.п. Как правило, в этом случае для уточнения диагноза требуется длительное наблюдение. Большой интерес представляют сведения младшего и среднего медицинского персонала о поведении больного вне бесед с врачом.
- Обнаружение врачом случаев симуляции и аггравации ставит его перед вопросом, как поступать далее. В подобной ситуации не имеет смысла высказывать обвинения или требовать от больного признания: чаще всего это вызывает яростное сопротивление пациента. Правильнее дать человеку возможность сохранить самоуважение и предоставить ему «путь для отступления», показав, что дальнейшая демонстрация симптомов может повредить ему.

ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ

Повышение эффективности диагностики напрямую связано с разработкой новых методов и принципов диагностики психических расстройств, которые основаны на объективных биологических критериях.

Сегодня активно ведется поиск биологических признаков (маркеров) шизофрении и расстройств шизофренического спектра: исследуются генетические, иммунологические, нейрофизиологические показатели. Неоспоримый вклад в формирование предрасположенности к шизофрении и других психических заболеваний вносят генетические факторы. Действительно в семьях пациентов часто есть родственники, которые страдают психическими расстройствами. Чем ближе степень кровного родства — тем выше риск заболеть. Самый высокий риск, если болеют оба родителя или близнец пациента.

Другое направление в поиске маркеров шизофрении и шизофреноподобных расстройств — иммунологические методы.

К концу двадцатого века стала очевидной тесная связь между нервной и иммунной системами, обнаружены специальные молекулы и вещества, которые участвуют в этом взаимодействии.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ

***Электроэнцефалография* – основана на записи электрических потенциалов одновременно с нескольких (чаще с 16)' участков головы.**

В норме у здорового человека в состоянии бодрствования регистрируются

Альфа (α)-активность выявляется в состоянии пассивного бодрствования и представляет собой синусоидальные колебания частотой 8-13 Гц и амплитудой 40-100 мкВ.

Бета (β)-активность представляет собой колебания частотой 14-40 Гц и амплитудой до 15-20 мкВ - выявляется во время активного бодрствования (выделяют низкочастотную и высокочастотную активность).

Электроэнцефалография

К ритмам и феноменам, которые являются патологическими для взрослого человека, относят:

Тета (θ) — активность — медленно-волновая различной амплитуды, усиливающаяся при эмоциональном возбуждении и во время сна. Появление активности на ЭЭГ в другие промежутки времени свидетельствует о снижении уровня функциональной активности коры и всего мозга в целом.

Дельта (Δ) — активность — медленно-волновая активность различной амплитуды, наиболее выраженная во время сна. Появление активности на ЭЭГ в другие промежутки времени свидетельствует о снижении уровня функциональной активности коры и всего мозга в целом.

Эпилептическая (эпилептиформная, судорожная, конвульсивная) активность.

Пик, или спайк (от англ. spike) — это потенциал пикообразной формы. Появление резко выраженной асимметрии, большого количества медленных волн, вспышек высокоамплитудных острых волн, регистрация отдельных пиков и комплексов «пик-волна» служат признаками патологии.

Стандартизованные глоссарии симптомов и шкалы

При проведении статистических, научных (особенно эпидемиологических и психофармакологических) исследований нередко требуется более строгая (по возможности количественная) оценка состояния больного, получаемая с помощью стандартизованных оценочных шкал, опросников и глоссариев.

Используются стандартизированные шкалы для оценки психических нарушений в баллах: тревоги, депрессии, мании, деменции.

Психометрия дает дополнительные сведения о тяжести нарушения, а также об эффективности лечения.

Психометрические шкалы делятся на:

- опросники — заполняет врач**
- самоопросники — заполняет пациент на основе своих ощущений**

Психометрические методы

Исследование памяти, внимания и интеллекта имеют наибольшее значение для диагностики органических поражений головного мозга, оценки степени отставания в психическом развитии. Чаще всего используемой характеристикой степени развития интеллекта является коэффициент IQ (*интеллектуальный индекс*). На патологию указывает IQ ниже 70%.

Психометрические методы

Исследования личности разделяются на личностные опросники и проективные методы

Личностные опросники предполагают выбор из нескольких вариантов ответов на ряд вопросов. Обследуемый при этом может целенаправленно исказить результаты, симулируя патологию или скрывая имеющиеся отрицательные качества личности. Важное требование к создаваемым тестам — наличие специальных оценочных шкал, выявляющих целенаправленную установку. Влияние установки испытуемого тем больше, чем очевиднее цель исследования, поэтому монотематичные опросники считаются менее надежными

Проективные методики позволяют исследовать личность наиболее свободно, не сковывая фантазии и активности пациента какими-либо заранее заготовленными ответами. Рисунки и вопросы в таких тестах отличаются незавершенностью и неопределенностью, что позволяет исследовать глубинные, часто неосознаваемые психические процессы. Наиболее полно разработаны метод Роршаха, Тематический апперцептивный тест (ТАТ), метод исследования фрустрационной толерантности Розенцвейга и тест цветового выбора Люшера

СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ В ПСИХИАТРИИ

1. Понятие симптома и синдрома в психиатрии.

Основные этапы диагностического процесса в психиатрии

- 1. Чувственное познание феномена болезни (выявление, выделение и описание признаков психического расстройства)**

Основной метод: клинический



написание психического статуса больного



- 2. Терминологическое типирование выявленных признаков психического расстройства (симптомы и синдромы)**



синдромальный диагноз



- 3. Диагностическое заключение о нозологической форме психического заболевания (динамика: синдромокинез, синдромотаксис).**



нозологический диагноз

***Симптом* – это некий повторяющийся у разных больных феномен, указывающий на патологию, болезненное отступление от естественного течения психических процессов, ведущий к дезадаптации человека в окружающей среде.**

Симптомы в психиатрии практически всегда неспецифичны.

Основное диагностическое значение симптомов реализуется только через образование из них синдрома или симптомокомплекса.

***Синдром* – это повторяющееся сочетание симптомов, тесно связанных между собой общими механизмами своего происхождения и характеризующих текущее состояние больного.**

«Синдром – это совместный бег симптомов».

- Ⓢ **Делириозный синдром** = истинные зрительные сценopodobные галлюцинации + однотематическое содержанию галлюцинаций эмоциональное напряжение + психомоторное возбуждение + аллопсихическая дезориентировка с сохранением аутопсихической ориентировки + частичная конградная амнезия реальных событий с сохранением воспоминаний о психопатологических переживаниях.
- Ⓢ **Синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо** = псевдогаллюцинации + бред физического (психического) воздействия или преследования + симптом психических автоматизмов (идеаторный, сенсорный, моторный).
- Ⓢ **Корсаковский амнестический синдром** = фиксационная амнезия + амнестическая дезориентировка + ретро (антеро) градная амнезия + парамнезии (псевдореминисценции, конфабуляции) + снижение критического отношения к своему состоянию.

Облигатный симптом – обязательный, синдромообразующий признак.

- ✓ **Снижение настроения (гипотимия) → депрессия.**
- ✓ **Истинные слуховые галлюцинации хульного содержания → острый вербальный алкогольный галлюциноз.**
- ✓ **Фиксационная амнезия → Корсаковский синдром.**
- ✓ **Истинные зрительные сценopodobные галлюцинации → делириозный синдром.**

Возникновение облигатных симптомов обусловлено основными патогенетическими механизмами психической болезни. При формировании синдрома, они появляются раньше других расстройств, а при его редукции устраняются в последнюю очередь.

Факультативные симптомы – дополнительные.

Они отражают тяжесть, выраженность патологического процесса и особенности его течения у конкретного больного.

- ✓ **депрессия → тревога, возбуждение (ажитация), идеи самообвинения.**
- ✓ **делирий → корфология, тактильные, ротоглоточные галлюцинации.**
- ✓ **синдром Кандинского-Клерамбо → обонятельные галлюцинации.**

П р о с т о й (малый) с и н д р о м – клиническая картина исчерпывается лишь одним симптомом.

Например: сенестопатоз, галлюциноз, паранойяльный, маниакальный синдром и т.д.

С л о ж н ы й (большой) с и н д р о м – в клинической картине заболевания встречаются два и более ведущих симптомов.

- ✓ **галлюцинаторно-параноидный синдром (синдром Кандинского-Клерамбо)**
- ✓ **депрессивно-параноидный (бред Котара)**
- ✓ **кататоно-онейроидный**
- ✓ **апато-абулический**
- ✓ **сенестопато-ипохондрический и т.д.**

Психопатологические синдромы – это структуры, изменяющиеся во времени, что делает необходимым изучение их синдромакинеза.

С и н д р о м о к и н е з - это динамика возникновения, развития, существования и исчезновения структурных элементов синдрома (от момента возникновения до полного регресса).

С и н д р о м о т а к с и с – последовательное замещение одного психопатологического синдрома другим в процессе развития одного и того же психического заболевания.

Параноидная форма шизофрении: неврозоподобный синдром → паранойяльный → параноидный (галлюцинаторно-параноидный) → парафренный → апато-абулический (в ряде случаев; дефект личности).

2. Продуктивная и негативная симптоматика.

Теория эволюции и диссолюции психических расстройств (Дж. Джексон, 1864)

При психических болезнях возникающие расстройства состоят из двух противоположных элементов: негативного обусловленного деструкцией или временным бездействием клеток мозга и позитивного – как проявление патологической активности живых клеток и тканей, окружающих болезненный очаг и поэтому работающих в неестественном, расстроенном режиме.

Продуктивная симптоматика эволюционирует путем наслаения на мягкие (невротические) расстройства, возникающие в инициальном периоде болезни, все более тяжелых, грубых (психотических) расстройств.

Развитие негативной симптоматики выражается в последовательном стирании, смывании (диссолюции) сначала наиболее хрупких, поверхностных слоев психики и личности, а затем и более глубоких, прочных функций, определяющих её структуру.

- **Продуктивная симптоматика (позитивная симптоматика, «плюс-симптом») – новый феномен, некая новая функция, появившаяся в результате болезни, отсутствующая у всех здоровых людей.**
- **Негативная симптоматика (дефект, симптомы выпадения, «минус-симптомы») – это ущерб, который наносит болезнь естественным здоровым функциям организма, безвозвратное исчезновение какой-либо способности или качества личности.**

Примеры позитивной симптоматики: бред, галлюцинации, эпилептиформные пароксизмы, психомоторное возбуждение, навязчивые идеи, страхи, фобии, гипотимия при депрессии и гипертимия при мании, сенестопатии и т.д.

Примеры негативной симптоматики: утрата интеллекта (деменция), неспособность испытывать яркие эмоциональные чувства (апатия), отсутствие стремления к деятельности, пассивность, адинамия (абулия), апато-абулический синдром, дисгармония психического склада личности («сталь и резина» по П.Б. Ганнушкину; «дерево и стекло» по Э. Кречмеру).

Больной теряет настойчивость (сталь), гибкость в приспособлении к реальной жизни (резина), а остается только душевная тупость (дерево) и хрупкость душевной организации (стекло), уход в себя (аутизация).

Характер негативной симптоматики весьма специфичен.

Шизофрения – эмоционально-волевое снижение, вплоть до апато-абулического синдрома.

Экзогенные заболевания – интеллектуально-мнестические нарушения вплоть до деменции (слабоумия).

- **Простая форма шизофрении;**
- **Терапевтические возможности при лечении позитивной и негативной симптоматики.**

3. Понятие «дефекта личности» в психиатрии.

Дефект личности – это преобразование личности вследствие тяжелого психического заболевания (шизофрении) или органического поражения головного мозга.

Два основных типа дефекта личности:

1. органический
2. шизофренический

Органический дефект личности – преобладание грубых расстройств памяти и снижение интеллекта.

Характерно появление «органических» черт личности: эмоциональная лабильность, взрывчатость, гневливость, торпидность мышления, повышенная отвлекаемость, рассеянность, нарушение концентрации внимания, снижение критики, мелочность, придирчивость, приземленность интересов, эгоцентризм.

Шизофренический дефект личности – эмоционально-волевое снижение.

- ✓ грубый вариант – апатико-абулический синдром
- ✓ мягкий дефект – фершробен (нем. Verschroben – «странный», «чудаковатый», «взбалмошный»).

ТРИ ОСНОВНЫХ ПОДХОДА КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

1. Синдромологический

проводится на основе преобладающих у больного психических расстройств и **ориентирован на психические расстройства, выявленные у больного на период обследования**

2. Нозологический соответствует принципам медицинской модели соматической патологии с определенной этиологией, клиникой и исходом для каждого заболевания

3. Прагматический (статистический, смешанный) – основан на формальных критериях, признанных большинством врачей

1. Синдромологический принцип

Теоретическая база - концепция «единого психоза» - представление о единой природе различных психических расстройств. Различие в клинической картине объясняется наблюдением пациентов на различных этапах болезни.

Установление этиологических факторов отдельных психических заболеваний поставило под сомнение концепцию единого психоза.

Однако со второй половины двадцатого века синдромологический подход вновь начинает широко использоваться при создании классификаций – это обусловлено подходами к психотропной терапии, когда выбор препарата основывается на клинической характеристике состояния.

2. Нозологический принцип заключается в разделении болезней на основании общности **этиологии, патогенеза** и единообразии **клинической картины**.

По этиологическому принципу:

В развитии **эндогенных** заболеваний большую роль играет наследственность. Обычно на эндогенное заболевание указывает спонтанный характер возникновения болезни и мало зависящее от внешних условий течение болезни.

Экзогенные психические расстройства включают болезни, обусловленные внешними факторами – черепно-мозговыми травмами, инфекциями и интоксикациями

Особая разновидность экзогенных заболеваний – **психогении**.

Возникновение психогенных заболеваний связано с эмоциональным стрессом, семейными и социальными проблемами.

По наличию морфологического субстрата

Традиционным является разделение психических расстройств на **органические** (наличие отчетливых изменений в структуре головного мозга) и **функциональные** (потенциально обратимые, грубые структурные нарушения отсутствуют).

3. Прагматический (статистический, эклектичный)

принцип приобретает особое значение в связи с созданием национальных и международных организаций, регулирующих экономические, социальные и правовые вопросы психиатрической помощи.

Планирование медицинских и социальных мероприятий невозможно без достоверных данных о распространенности психических расстройств. Решение юридических вопросов зависит от точности и достоверности поставленного диагноза. В России используется Международная классификация болезней (МКБ-10, 1994), разработанная ВОЗ с целью унификации диагностического подхода при проведении статистических, научных и социальных исследований.

«Методика нозологии» Франсуа Босье де Лакруа (середина 18 в.) - первая попытка расположить болезни систематически

1-й Международный статистический конгресс (Брюссель, 1853 г.) – решение о подготовке единой классификации причин смерти, применимой на международном уровне

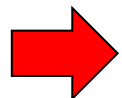
1864 г. - принята классификация, предложенная У. Фарром

1891 г. - Международный статистический институт готовит классификацию причин смерти

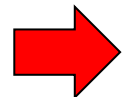
1898 г. - Американская ассоциация общественного здравоохранения рекомендовала статистикам Ассоциация также внесла предложение пересматривать классификацию каждые 10 лет.

**В России используется разработанная ВОЗ
Международная классификация психических и
поведенческих расстройств - МКБ-10**

- **психические расстройства и нарушения поведения**

 **включены в пятый раздел;**

- **каждый включенный в классификацию диагноз может
быть представлен в виде шифра, состоящего из буквы**

 **("F" для психических расстройств) и нескольких цифр.**

- В МКБ-10 понятие «болезнь» заменено более широким термином «расстройство»,
- не используются понятия «невроз» и «психоз», «эндогенный» и «психогенный».
- классификация не отрицает этиологического подхода. В частности, используются такие общепринятые нозологические единицы, как шизофрения, органическое расстройство, реакция на стресс.
- этиологический принцип используется при условии отсутствия существенных разногласий при оценке природы расстройства. Однако чаще диагноз в МКБ-10 основывается на выделении ведущего психопатологического синдрома.

ICD-10

МКБ-10 Классификация психических и поведенческих расстройств

**Исследовательские
диагностические
критерии**



Всемирная Организация Здравоохранения
Женева

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ РУБРИКИ МКБ-10

- F0 – органические, включая симптоматические, психические расстройства.**
- F1 – психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ.**
- F2 – шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства.**
- F3 – расстройства настроения (аффективные расстройства).**
- F4 – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.**
- F5 – поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами.**
- F6 – расстройства зрелой личности и поведения у взрослых.**
- F7 – умственная отсталость.**
- F8 – нарушения психологического развития.**
- F9 – поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте.**
- F99 – неуточненное психическое расстройство.**

КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗДЕЛОВ МКБ-10

F00 – F09

ОРГАНИЧЕСКИЕ И СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Расстройства, развитие которых отчетливо связано с наличием морфологических изменений в тканях головного мозга: деменции позднего возраста, последствия ЧМТ, церебральный атеросклероз, заболевания, обусловленные атрофическими процессами головного мозга и некоторые др.

F10-F19

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Нарушения, обусловленные употреблением алкоголя, опиодов, кокаина, галлюциногенов, летучих растворителей, седативных и снотворных средств, табака и других ПАВ. Выраженность расстройств может варьировать в очень широких пределах: от неосложненного алкогольного опьянения до галлюцинаторно-бредовых состояний или деменции

F20-F29

ШИЗОФРЕНИЯ, ШИЗОТИПИЧЕСКИЕ И БРЕДОВЫЕ РАССТРОЙСТВА

Наряду с шизофренией, к этой группе относятся клинически и генетически близкие к ней расстройства

КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗДЕЛОВ МКБ-10

F30-F39

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ

Разнообразные по тяжести и типу течения маниакальные и депрессивные состояния

F40-F48

НЕВРОТИЧЕСКИЕ, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Обсессивно-фобические, диссоциативные (конверсионные) расстройства, острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройство адаптации.

F50-F59

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ И ФИЗИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ

Расстройства приема пищи (анорексия и булимия), нарушения сна и половой функции. Послеродовые психические расстройства злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости

КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗДЕЛОВ МКБ-10

F60-F68

РАССТРОЙСТВА ЗРЕЛОЙ ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ

Расстройства личности и поведенческие нарушения – расстройства привычек, влечений, разнообразные сексуальные перверсии

F70-F79

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

Формирующееся в раннем возрасте состояние стойкого психического недоразвития (прежде всего, интеллектуального)

F80-F89

НАРУШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Разнообразные, формирующиеся в детском возрасте, расстройства специфических навыков (речи, чтения, счета и т.п.) или личности, не обусловленные умственной отсталостью

F90-F98

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА, НАЧИНАЮЩИЕСЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Включаются характерные для детского возраста поведенческие и эмоциональные нарушения, а также некоторые виды двигательных («тикозных») расстройств, заикание, энурез