



Поведенческие расстройства
связанные с физиологическими
нарушениями (анорексия, булимия,
расстройства сна, сексуальные
расстройства)

План :

- **/F50 - F59/ Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами**
- **F50 Расстройства приема пищи**
- **F51 Расстройства сна неорганической этиологии**
- **F52 Сексуальные расстройства (дисфункции), не обусловленные органическими нарушениями или болезнями**

/F50/ Расстройства приема пищи

- Под этим заголовком описаны два важных и отчетливых синдрома: нервная анорексия и нервная булимия. Заслуживают место и менее специфические булимические расстройства, а также переедание, сочетающееся с психологическими нарушениями. Короткий комментарий посвящен рвоте, сочетающейся с психологическими нарушениями.
- Исключаются:
- - анорексия или потеря аппетита БДУ (R63.0); - полифагия (R63.2);
 - затруднения питания и нарушенное питание (R63.3);
 - расстройство приема пищи в младенческом и детском возрасте (F98.2);
 - поедание несъедобного у детей (F98.3).

F50.0 Нервная анорексия

- Нервная анорексия представляет собой расстройство, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом. Чаще всего расстройство возникает у девочек подросткового возраста и молодых женщин, но реже могут заболеть и мальчики подросткового возраста и юноши, а также дети, приближающиеся к пубертатному возрасту и женщины старшего возраста вплоть до менопаузы. Нервная анорексия составляет независимый синдром в приведенном смысле: клинические признаки синдрома легко распознаются, так что диагностика надежна с высоким уровнем согласованности между клиницистами.
- Следует отметить:
- Нередко больные диссимилируют свое состояние. В этом случае нервная анорексия представляет определенные трудности в диагностике и лечебно-реабилитационной тактике.
- Хотя фундаментальные причины нервной анорексии остаются неясными, накапливаются данные о том, что ее обусловленность определяется взаимодействием социокультуральных и биологических факторов, а также менее специфическими психологическими механизмами и уязвимостью личности. Расстройство связано с недостаточностью питания разной тяжести, приводящей к вторичным метаболическим изменениям и нарушениям функций организма. Остается нерешенным вопрос, является ли характерное эндокринное нарушение всецело обусловленным недостаточностью питания и прямым влиянием поведения, приведшего к ней (например, ограничениями в диете, чрезмерными упражнениями и изменениями строения тела, вызыванием у себя рвоты и приемом слабительных средств и связанными с этим нарушениями электролитного баланса), или же в развитии эндокринных нарушений участвуют и другие неустановленные факторы.

- Диагностические указания:
- Для достоверного диагноза требуются все следующие признаки:
- а) вес тела сохраняется на уровне как минимум на 15% ниже ожидаемого (более высокий уровень был снижен или так и не был достигнут), или индекс массы тела Кветелета составляет 17,5 или ниже (этот индекс определяется соотношением веса тела в килограммах к квадрату роста в метрах). В препубертатном возрасте может обнаружиться неспособность набрать вес в период роста;
- б) потеря веса вызывается самим пациентом за счет избегания пищи, которая "полнит", и одного или более приемов из числа следующих: вызывание у себя рвоты, прием слабительных средств, чрезмерные гимнастические упражнения, использование средств, подавляющих аппетит и/или диуретиков;
- в) искажение образа своего тела принимает специфическую психопатологическую форму, при которой страх перед ожирением сохраняется в качестве навязчивой и/или сверхценной идеи и большой считает допустимым для себя лишь низкий вес;
- г) общее эндокринное расстройство, включающее ось гипоталамус-гипофиз-половые железы и проявляющееся у женщин аменореей, а у мужчин потерей полового влечения и потенции; могут быть повышенными уровни гормона роста и кортизола, изменения периферического метаболизма тиреоидного гормона и аномалии секреции инсулина;
- Следует отметить:
- При использовании гормональной терапии для восстановления менструации при аменорее возможно временное прекращение аменореи, которая снова возникает при отмене гормональных средств.

- Истинное прекращение аменореи у данных больных возможно только при достижении ими веса, при котором она возникает. Это так называемый "Весовой порог менструации" (ВПМ).
- д) при начале в препубертатном возрасте 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 часто завершается нормально, но поздно наступает первая менструация.
- Дифференциальный диагноз:
- Может иметь место сочетание с депрессивной или обсессивной симптоматикой, а также признаками личностного расстройства, что делает дифференциацию трудной и/или требует использования более чем одного диагностического кода. У молодых пациентов среди соматических причин потери веса следует исключать хронические истощающие заболевания, опухоли мозга и кишечные расстройства, такие как болезнь Крона или синдром нарушения кишечной всасываемости.
- Следует отметить:
- Нервная анорексия может быть синдромом при других психических заболеваниях, в частности, при шизофрении.
- Исключаются:
- - потеря аппетита (R63.0);
- - психогенная потеря аппетита (F50.8).

F50.1 Атипичная нервная анорексия

- Этот термин должен использоваться в тех случаях, когда отсутствуют один или более из ключевых признаков нервной анорексии (F50.0), такие как аменорея или значительная потеря веса, но в остальном клиническая картина является достаточно типичной. Такие случаи обычно встречаются в психиатрических кабинетах медицинских учреждений общего профиля или в службе первичного медицинского звена. Этот термин лучше всего подходит и для тех случаев, в которых отмечаются все ключевые симптомы, но только в легкой форме. Не следует использовать этот термин для расстройств питания, которые напоминают нервную анорексию, но обусловлены известными соматическими заболеваниями.

F50.2 Нервная булимия

- Нервная булимия представляет собой синдром, характеризующийся повторяющимися приступами переедания и чрезмерной озабоченностью контролем веса тела, что приводит больного к принятию крайних мер для смягчения "пожнящего" влияния съеденной пищи. Этот термин должен ограничиваться той формой расстройства, которая связана с нервной анорексией, фактически разделяя с ней общие психопатологические признаки. Распределение по возрасту и полу сходно с таковым при нервной анорексии, но возраст манифестации расстройства чуть выше. Нервная булимия может рассматриваться как продолжение хронической нервной анорексии (хотя может иметь место и обратная последовательность). Пациентка с нервной анорексией может сначала произвести впечатление улучшения в результате прибавки веса и возможного возобновления менструаций, но затем устанавливается пагубный характер переедания. При повторяющейся рвоте возможны нарушения электролитного баланса, физические осложнения (тетания, эпилептические припадки, сердечные аритмии, мышечная слабость) и дальнейшая весьма значительная потеря веса.

- Диагностические указания:
- Для достоверного диагноза требуются все следующие признаки:
- а) постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к пище; больной периодически не может удержаться от переедания, когда за короткое время принимается большое количество пищи;
- б) больной пытается противодействовать эффекту ожирения от съеданной пищи с помощью одного или более из следующих приемов: вызывание - у себя рвоты; злоупотребление слабительными средствами, альтернативные периоды голодания; использование препаратов, в частности подавляющих аппетит, тиреоидных препаратов или диуретиков; если булимия развивается у больных диабетом, они могут пренебрегать инсулиновой терапией;
- в) психопатологическая картина включает болезненный страх ожирения, и больной устанавливает для себя четко определяемый предел веса тела, который намного ниже преморбидного веса, представляющего собой в глазах врача оптимальный или нормальный вес; часто, но не всегда, в анамнезе отмечаются предшествующие эпизоды нервной анорексии с ремиссией между двумя расстройствами от нескольких месяцев до нескольких лет. Предшествующий эпизод может быть полностью выраженным или протекать в легкой скрытой форме с умеренным снижением веса и/или транзиторным периодом аменореи.

- Включаются:
- - булимия БДУ;
- нервная кинорексия;
- нервная гиперорексия.
- Дифференциальный диагноз:
- Нервная анорексия должна дифференцироваться от:
- а) расстройств верхнего отдела кишечника, приводящих к рецидивирующей рвоте (отсутствуют характерные психопатологические признаки);
- б) более общей аномалии личности (расстройство приема пищи может сочетаться с алкогольной зависимостью и мелкими правонарушениями, такими как магазинные кражи);
- в) депрессивного расстройства (у больных булимией часто отмечаются депрессивные симптомы).
- Следует отметить:
- Нервная булимия, как правило, являющаяся этапом или вариантом нервной анорексии, может быть синдромом при некоторых психических заболеваниях.

F50.3 Атипичная нервная булимия

- Этот термин должен использоваться в тех случаях, когда отсутствуют один или более признаков из числа ключевых для нервной булимии (F50.2), но в остальном клиническая картина достаточно типична. Чаще всего это относится к людям с нормальным или даже избыточным весом, но с типичными периодами переедания, сопровождающимися рвотой или приемом слабительных средств. Нередки и неполные синдромы с депрессивной симптоматикой, но если депрессивные симптомы оправдывают отдельный диагноз депрессивного расстройства, то следует устанавливать два кода.
- Включается:
- - булимия нормального веса.

F5 I.0 Бессонница неорганической этиологии

- Бессонница представляет собой состояние с неудовлетворительной продолжительностью и/или неудовлетворительным качеством сна на протяжении значительного периода времени. При диагностике бессонницы не следует придавать решающего значения фактической степени отклонения от той продолжительности сна, которую принято считать нормальной, потому что некоторые лица имеют минимальную длительность сна и все же не считают себя страдающими бессонницей. И наоборот, бывают люди, сильно страдающие от плохого качества сна, тогда как продолжительность их сна субъективно и/или объективно оценивается как находящаяся в пределах нормы.
- Среди лиц, страдающих бессонницей, наиболее частой жалобой является трудность засыпания, далее следуют жалобы на трудности сохранения состояния сна и на раннее окончательное пробуждение. Тем не менее, обычно больные предъявляют сочетание этих жалоб. Для бессонницы характерно развитие в периоды повышения стрессовых влияний, и она чаще встречается среди женщин, пожилых лиц, а также при психологических нарушениях и в неблагоприятных социокультуральных условиях. Когда бессонница носит рецидивирующий характер, она может привести к чрезмерному страху ее развития и озабоченности ее последствиями. Таким образом, создается порочный круг с тенденцией к сохранению проблем у больного.

- 
- Лица с бессонницей описывают у себя чувство напряженности, тревогу, беспокойство или сниженное настроение когда наступает время ложиться спать, а также чувство скачки мыслей. Они часто обдумывают возможности выспаться, личные проблемы, состояние здоровья и даже смерть. Избавиться от напряжения они часто пытаются приемом лекарственных средств или алкоголя. По утрам у них нередко возникает чувство физической и умственной усталости, а днем для них характерно сниженное настроение, обеспокоенность, напряженность, раздражительность и озабоченность своими проблемами.
 - О детях часто говорят, что у них проблемы со сном, тогда как на самом деле проблемой является контролирование их поведения, когда приходит время ложиться спать; затруднения в то время, когда нужно ложиться спать должны кодироваться не здесь, а в Классе XXI МКБ-10 (Z62.0, неадекватность заботы и контроля со стороны родителей).

- Диагностические указания:
- Основными клиническими признаками для достоверного диагноза являются следующие:
- а) жалобы на плохое засыпание, трудности сохранения сна или на плохое качество сна;
- б) нарушение сна отмечается как минимум три раза в неделю на протяжении по меньшей мере одного месяца;
- в) имеет место озабоченность в связи с бессонницей и ее последствиями как ночью, так и в течение дня;
- г) неудовлетворительная продолжительность и/или качество сна или вызывают выраженный дистресс, или препятствуют социальному и профессиональному функционированию.
- Здесь должно кодироваться расстройство, при котором единственной жалобой больного является неудовлетворенность продолжительностью и/или качеством сна. Наличие других психиатрических симптомов, таких как депрессия, тревога или obsессия, не исключает диагноза бессонницы в том случае, если она является первичной жалобой или хронический характер и тяжесть бессонницы заставляют больного считать ее первичным расстройством. Другие сосуществующие расстройства должны кодироваться в том случае, если они достаточно выражены и постоянны, чтобы оправдать их лечение. Следует отметить, что большинство больных с хронической бессонницей обычно обеспокоены лишь нарушением своего сна и отрицают существование каких-либо эмоциональных проблем. Таким образом, прежде чем исключить психологическую основу этого расстройства необходимо провести тщательную клиническую оценку.

- Бессонница является частым симптомом других психических расстройств, в частности, аффективных, невротических, органических, расстройств приема пищи, употребления психоактивных веществ, шизофрении и других расстройств сна, таких как кошмары. Бессонница может сочетаться с соматическими расстройствами, при которых испытываются боль и дискомфорт, или с приемом некоторых лекарственных средств. Если бессонница развивается как один из многих симптомов психического расстройства или соматического состояния, то есть не доминирует в клинической картине, то диагноз должен ограничиваться основным психическим или соматическим расстройством. Более того, диагноз другого расстройства сна, такого как ночные кошмары, расстройство цикла сон - бодрствование, апноэ сна и ночные миоклонусы, должен устанавливаться только в том случае, если оно приводит к снижению продолжительности или качества сна. Тем не менее, во всех вышеприведенных случаях, если бессонница является тяжелой жалобой и рассматривается как самостоятельное состояние, то данный код должен добавляться к основному диагнозу.
- Настоящий код не относится к так называемой "транзиторной бессоннице". Транзиторные нарушения сна являются нормальной частью повседневной жизни. Поэтому в этой рубрике не следует кодировать случаи бессонницы в течение нескольких ночей в связи с влиянием психосоциального стресса, но они могут рассматриваться как часть острой реакции на стресс (F43.0) или расстройства адаптации (F43.2x), если имеются и другие клинически существенные признаки.
- Исключается:
- - бессонница (предположительно органической этиологии) (G47.0).

F51.1 Сонливость (гиперсомния) неорганической этиологии

- Гиперсомния определяется как состояние или повышенной сонливости в дневное время и приступов сна (которые не объясняются недостаточной продолжительностью сна в ночное время), или пролонгированного перехода к состоянию полного бодрствования после пробуждения. При отсутствии отчетливых данных за органическую этиологию это состояние обычно сочетается с психическими расстройствами. Оно часто обнаруживается как проявление депрессивного состояния при биполярном аффективном расстройстве (F31.3x, F31.4 или F31.5x), рекуррентном депрессивном расстройстве (F33.-) или при депрессивном эпизоде (F32.-). Тем не менее, критерии диагноза другого психического расстройства иногда не выявляются, хотя часто имеются некоторые свидетельства психопатологической основы для этой жалобы.
- Некоторые больные сами устанавливают связь между своей тенденцией засыпать в неподходящее время и некоторыми неприятными переживаниями днем. Другие пациенты отрицают такую связь даже когда умелый клиницист выявляет наличие таких неприятных переживаний. В других случаях нельзя с легкостью установить эмоциональные или другие психологические факторы, хотя предполагаемое отсутствие органических факторов подразумевает, что гиперсомния скорее всего имеет психогенное происхождение.

- Диагностические указания:
- Для достоверного диагноза необходимы следующие клинические признаки:
 - а) повышенная сонливость в дневное время или приступы сна, причиной которых не является недостаточная продолжительность сна, и/или пролонгированный переход к состоянию полного бодрствования после пробуждения (опьянение сном);
 - б) это расстройство сна отмечается ежедневно на протяжении более одного месяца или в виде повторяющихся периодов более короткой продолжительности и приводит к выраженному дистрессу или препятствует социальному или профессиональному функционированию;
 - в) отсутствие дополнительных симптомов нарколепсии (катаплексия, паралич сна, гипнагогические галлюцинации) или клинических признаков апноэ сна (ночная остановка дыхания, повторяющиеся типичные храпящие звуки и пр.);
 - г) отсутствие неврологического или соматического состояния, симптомом которого может быть сонливость в дневное время.

- 
- Если гиперсомния развивается только как один из симптомов психического расстройства, такого как аффективное расстройство, то должно диагностироваться основное расстройство. Однако, если гиперсомния является доминирующей жалобой у больных с другими психическими расстройствами, то диагноз психогенной гиперсомнии должен устанавливаться в качестве дополнительного. Когда другой диагноз не может быть установлен, регистрируется только код настоящей рубрики.
 - Дифференциальный диагноз:
 - Важной является дифференциация гиперсомнии от нарколепсии. При нарколепсии (G47.4) обычно присутствуют один или более из дополнительных симптомов, таких как катаплексия, паралич сна и гипнагогические галлюцинации; приступы сна непреодолимы и более освежающи, а ночной сон фрагментирован и сокращен. В отличие от этого, при гиперсомнии приступы сна на протяжении дня обычно более редки, хотя каждый из них продолжительнее, больной часто способен предотвратить их развитие, ночной сон обычно продолжителен и существуют значительные трудности в достижении полного состояния бодрствования после пробуждения (опьянение сном).

- Важно дифференцировать гиперсомнию неорганической природы от гиперсомнии, связанной с апноэ сна и другими гиперсомниями органической природы. Помимо повышенной сонливости в дневное время у большинства больных с апноэ сна в анамнезе отмечается остановка сна, типичные повторяющиеся храпящие звуки, ожирение, гипертензия, импотенция, когнитивные нарушения, повышенная подвижность и профузное потоотделение в ночное время, головные боли по утрам и нарушения координации. При обоснованных подозрениях на апноэ сна следует рассмотреть возможность подтверждения диагноза и квантификации состояния апноэ с помощью лабораторной регистрации сна.
- Гиперсомния, обусловленная выявляемой органической причиной (энцефалитом, менингитом, сотрясением и другими повреждениями мозга, опухолями мозга, цереброваскулярным поражением, дегенеративными и другими неврологическими заболеваниями, метаболическими расстройствами, токсическими состояниями, эндокринными аномалиями, пострадиационным синдромом), может дифференцироваться от гиперсомнии неорганической природы за счет наличия органического фактора, о чем свидетельствуют клиническая картина случая и результаты соответствующих лабораторных тестов.
- Исключаются:
- - гиперсомния (предположительно органической этиологии) (G47.1); - нарколепсия (G47.4).

F51.2 Расстройство режима сна и бодрствования неорганической этиологии

- Расстройство режима сна - бодрствования определяется как отсутствие синхронности между режимом сна - бодрствования у данного индивидуума и тем режимом сна - бодрствования, который предполагают средовые условия, что приводит к жалобам на бессонницу или гиперсомнию. Это расстройство может быть психогенной или предположительно органической природы в зависимости от относительного участия в его происхождении психологических или органических факторов. У лиц с неорганизованным и меняющимся графиком сна часто отмечаются существенные психологические нарушения, обычно сочетающиеся с различными психиатрическими состояниями, такими как личностные нарушения и аффективные расстройства. У больных с частой сменой графика работы или путешествующих через часовые пояса времени циркадная дисрегуляция является в своей основе биологической, хотя может играть роль и сильный эмоциональный компонент, поскольку многие из этих людей находятся в состоянии дистресса. Наконец, у некоторых людей бывает опережение фазы сон - бодрствование относительно желаемого режима, что может быть обусловлено внутренней неисправностью циркадного осциллятора (биологических часов) или аномалиями усвоения сигналов времени, которые управляют биологическими часами (последнее фактически может быть связано с эмоциональными и/или когнитивными нарушениями).
- Настоящий код предусмотрен для тех расстройств режима сна - бодрствования, при которых наиболее важную роль играют психологические факторы, тогда как случаи предположительно органической природы должны кодироваться в рубрике G47.2, то есть как непсихогенные расстройства режима сна - бодрствования. Имеют ли психологические факторы основное значение и, следовательно, нужно ли кодировать настоящее расстройство в данной рубрике или в G47.2, должно решаться в каждом отдельном случае на основании клинической оценки.

- Диагностические указания:
- Для достоверного диагноза необходимы следующие клинические признаки:
- а) индивидуальный режим сна - бодрствования десинхронизирован относительно желаемого графика, соответствующего конкретным социальным требованиям и разделяемого большинством людей в том же социальном окружении;
- б) 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 или препятствуют социальному или профессиональному функционированию.
- Если нельзя выявить психиатрическую или соматическую причину расстройства, то следует использовать только настоящий код. Тем не менее, наличие психиатрических симптомов, таких как тревога, депрессия или гипомания, не исключает диагноз расстройства режима сна - бодрствования неорганической природы в том случае, если это расстройство доминирует в клинической картине. При достаточной выраженности и стойкости других психиатрических симптомов специфическое психическое расстройство следует диагностировать отдельно.
- Включаются:
 - - психогенная инверсия циркадного ритма;
 - - психогенная инверсия никтогемерального ритма;
 - - психогенная инверсия ритма сна.
- Исключаются:
 - - нарушения цикличности сна и бодрствования (предположительно органической этиологии) (G47.2).

F51.3 Снохождение (сомнамбулизм)

- Снохождение или сомнамбулизм является состоянием измененного сознания, при котором сочетаются феномены сна и бодрствования. Во время эпизода снохождения больной поднимается с постели обычно в первую треть ночного сна и ходит, обнаруживая низкие уровни осознания, реактивности и моторных навыков. Иногда при снождении больной покидает спальню и временами может фактически выйти из дома и, таким образом, подвергнуться значительному риску травмы во время эпизода. Чаще всего, однако, он тихо возвращается в постель без посторонней помощи или если его осторожно отводит другой человек. При пробуждении от эпизода снохождения или на следующее утро воспоминание о происшедшем обычно отсутствует.
- Имеется тесная связь между снождением и ночными ужасами во время сна (F51.4). Они рассматриваются как расстройства пробуждения, в частности пробуждения после наиболее глубоких стадий сна (стадии 3 и 4). У многих больных отмечается наследственная отягощенность одним из этих состояний, а также оба этих состояния в анамнезе. Более того, оба расстройства гораздо более распространены в детском возрасте, что указывает на роль факторов онтогенетического развития в их этиологии. Кроме того, в некоторых случаях начало этих состояний совпадает с фебрильным заболеванием. Если они сохраняются и после детского возраста или впервые наблюдаются в зрелом возрасте, то оба этих состояния имеют тенденцию сочетаться с существенными психологическими нарушениями. Эти состояния могут также впервые возникать в позднем возрасте или на ранних стадиях деменции. Основываясь на клиническом и патогенетическом сходстве снохождения и ужасов во время сна, а также том факте, что дифференциальная диагностика этих расстройств обычно зависит от того, какое из этих расстройств является преобладающим, оба они в последнее время считаются частью одного нозологического континуума. Однако, чтобы не идти вразрез с клинической традицией и чтобы подчеркнуть различия в интенсивности клинических проявлений, в данной классификации выделены отдельные коды для этих расстройств.

- Диагностические указания:
- Для достоверного диагноза необходимы следующие клинические признаки:
- а) основной симптом заключается в одном или более эпизодах подъема с постели и хождения, что обычно имеет место в первую треть ночного сна;
- б) во время эпизода у больного пустое выражение лица с пристальным взглядом; он 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) воспоминание об эпизоде отсутствует;
- г) через несколько минут по пробуждении от эпизода отсутствуют нарушения психической активности или поведения, хотя вначале может быть короткий период некоторой спутанности и дезориентировки;
- д) отсутствие данных за органическое психическое расстройство, такое как деменция, или физическое расстройство, такое как эпилепсия.
- Дифференциальный диагноз:
- Снохождение должно дифференцироваться от психомоторных эпилептических приступов. Психомоторная эпилепсия очень редко проявляется в ночное время. Во время эпилептического приступа больной совершенно не реагирует на окружающие стимулы и частыми являются персеверативные движения, такие как глотание и потирание руками. Диагноз подтверждается наличием эпилептических разрядов на ЭЭГ, хотя судороги сами по себе не исключают возможность сосуществующего с ними снохождения.
- От снохождения следует также дифференцировать диссоциативную фугу (смотри F44.1). При диссоциативных расстройствах эпизоды намного продолжительнее, а больные более бдительны и способны к сложному и целенаправленному поведению. Кроме того, эти расстройства редки среди детей и в типичных случаях начинаются в часы бодрствования.

F51.4 Ужасы во время сна (ночные ужасы)

- Ужасы во время сна или ночные ужасы представляют собой ночные эпизоды крайнего ужаса или паники, сочетающихся с интенсивными вокализациями, подвижностью и высокими уровнями вегетативной активности. Больной садится или поднимается с паническим криком обычно в течение первой трети ночного сна, часто бросается к двери, как бы пытаясь бежать, хотя он очень редко покидает комнату. Попытки других людей оказать влияние на состояние ночного ужаса могут фактически привести к еще более интенсивному страху, поскольку индивидуум не только относительно слабо реагирует на подобные усилия, но на несколько минут может стать дезориентированным. При пробуждении воспоминание об эпизоде обычно отсутствует. Учитывая эти клинические характеристики, следует отметить, что больной подвержен большому риску травмирования во время эпизодов ночных ужасов.
- Ужасы во время сна и снохождение (F51.3) тесно связаны: в их развитии играет роль сочетание генетических, онтогенетических, органических и психологических факторов, состояниям свойственны общие клинические и патофизиологические характеристики. На основании существенного сходства эти два состояния стали недавно рассматриваться как часть одного нозологического континуума.

- Диагностические указания:
- Для достоверного диагноза необходимы следующие клинические признаки:
- а) основным симптомом являются один или более эпизодов пробуждения от сна с паническим криком; эти эпизоды характеризуются интенсивной тревогой, подвижностью и вегетативной гиперактивностью, в частности тахикардией, учащенным дыханием, расширением зрачков и потением;
- б) эти повторяющиеся эпизоды в типичных случаях длятся от 1 до 10 минут и обычно возникают в первую треть ночного сна;
- в) больной слабо реагирует на попытки других людей повлиять на эпизоды ужасов во время сна, и такие попытки почти всегда приводят к дезориентировке и персеверативным движениям в течение по меньшей мере нескольких минут;
- г) воспоминание о событии, если и имеется, то очень ограниченное (обычно 1-2 фрагментарных образа);
- д) отсутствие данных за соматическое расстройство, такое как опухоль мозга, или эпилепсию.
- Дифференциальный диагноз:
- Ужасы во время сна должны дифференцироваться от кошмаров. Последние представляют собой обычные "дурные сны" с ограниченными вокализациями и подвижностью тела, если таковые вообще имеют место. В отличие от ужасов во время сна, кошмары возникают в любой период ночи и человека легко разбудить, и он очень детализировано и живо вспоминает происшедшее.
- При дифференциации ужасов во время сна с эпилептическими приступами врач должен иметь в виду, что приступы очень редко развиваются лишь в ночное время; диагноз эпилепсии подтверждается аномалиями на ЭЭГ.

F5 I.5 Кошмары

- Кошмары представляют собой насыщенные тревогой или страхом сны, которые больной помнит очень детально. Сны являются крайне живыми и обычно имеют темы, включающие угрозу жизни, безопасности или самоуважению. Довольно часто повторяются одни и те же или сходные темы кошмарных сновидений. Во время типичного эпизода повышен уровень вегетативной активности, но отсутствуют существенные вокализации и подвижность тела. При пробуждении быстро достигается нормальный уровень бодрствования и ориентировки. Больной полностью коммуникабелен и обычно дает детальный отчет о сновидении как при пробуждении от эпизода, так и на следующее утро.
- У детей нет четкой связи с психологическими нарушениями, и кошмары обычно имеют отношение к специфической фазе эмоционального развития. В отличие от них у взрослых кошмары часто сочетаются с психологическими нарушениями, обычно в форме личностного расстройства. Возникновению кошмаров может способствовать и употребление некоторых психотропных препаратов, таких как резерпин, тиоридазин, трициклические антидепрессанты и бензодиазепины. Более того, резкая отмена препаратов, таких как небензодиазепиновые гипнотики, которые подавляют REM-сон (стадия сна, связанная со сновидениями), может привести к усилению сновидений и кошмаров за счет растормаживания REM-сна.

- Диагностические указания:
- Для достоверного диагноза необходимы следующие клинические признаки:
- а) пробуждение от ночного сна или дремы с детализированным и живым воспроизведением сновидений ярко устрашающего содержания, обычно включающего угрозу для жизни, безопасности или для самоуважения; пробуждение может наступать в любое время периода сна, хотя как правило во вторую половину;
- б) при пробуждении от страшного сна быстро достигаются нормальный уровень бодрствования и ориентировки;
- в) сновидения и возникающие как их следствие расстройства сна приводят к выраженному дистрессу.
- Включаются:
 - - ночное тревожное расстройство;
 - - расстройство тревожных сновидений.
- Дифференциальный диагноз:
- Кошмары важно дифференцировать от ужасов во время сна. В последнем случае эпизоды возникают в течение первой трети периода сна и характеризуются интенсивной тревогой, паническими криками, чрезмерной подвижностью тела и крайними проявлениями вегетативной активности. Далее, при ужасах во время сна нет детального воспроизведения сновидений как непосредственно при пробуждении от эпизода, так и наутро.
- **F51.8 Другие расстройства сна неорганической этиологии**
F51.9 Расстройство сна неорганической этиологии неуточненное
- Включается:
 - - эмоциональное расстройство сна БДУ.

/F52/ Сексуальные расстройства (дисфункции), не обусловленные органическими нарушениями или болезнями

- Половые расстройства проявляются в различных вариантах неспособности индивидуума участвовать в половой жизни в соответствии с его желанием. Могут иметь место чувство удовлетворения, отсутствие удовлетворения, отсутствие физиологических реакций, необходимых для полноценного сексуального взаимодействия (например, эрекции) или невозможность контролировать или переживать оргазм.
- Сексуальная реакция представляет собой психосоматический процесс, и в происхождении сексуальных расстройств обычно принимают участие и психологические и соматические факторы. Может оказаться возможным выявить несомненно психогенную и органическую этиологию, но чаще, особенно при таких проблемах как отсутствие эрекции или диспареуния, трудно определить относительное значение психологических и/или органических факторов. В таких случаях нарушение следует определить как состояние смешанной или неуточненной этиологии.

- Некоторые типы расстройства (дисфункции) (напр 2имер 0, отсутствие полового влечения) возникают как у мужчин, так и у женщин. Тем не менее, женщины чаще жалуются на субъективное качество сексуальных переживаний (например, отсутствие удовлетворения или интереса), а не на отсутствие специфических реакций. Не является редкой жалоба на оргазмическую дисфункцию, но при расстройстве одного из аспектов женской сексуальной реакции имеется вероятность нарушения и остальных. Например, если женщина неспособна к переживанию оргазма, то она часто оказывается неспособной получать удовлетворение и от других аспектов физической близости и таким образом значительно снижается ее сексуальное влечение. С другой стороны, мужчины, хотя и жалуются на отсутствие специфических реакций, таких как эрекция или эякуляция, часто сообщают о сохранении полового влечения. Поэтому необходимо анализировать, что скрывается за предъявляемой жалобой для установления наиболее подходящей диагностической категории.
- Исключаются:
- - синдром Дата (F48.8);
- - коро (F48.8).

- **F52.0 Отсутствие или потеря сексуального влечения**
- Потеря полового влечения является основной проблемой, а не вторичной по отношению к другим сексуальным затруднениям, таким как отсутствие эрекции или диспареуния. Отсутствие полового влечения не исключает сексуального удовлетворения или возбуждения, но делает половую активность менее вероятной.
- Включаются:
 - - фригидность;
 - - сниженное сексуальное влечение;
 - - гипоактивное сексуальное влечение.
- **/F52.1/ Отвращение к половым сношениям и отсутствие полового удовольствия**
- **F52.10 Сексуальное отвращение**
- Предстоящая половая связь с партнером вызывает сильные негативные чувства, которых достаточно, чтобы привести к уклонению от половой активности.
- **F52.11 Отсутствие чувства сексуального удовлетворения**
- Возникают нормальные сексуальные реакции и переживается оргазм, но нет адекватного удовольствия. Эта жалоба намного чаще встречается у женщин, чем у мужчин.
- Включается:
 - - ангедония (сексуальная).

F52.2 Недостаточность генитальной реакции

- У мужчин основная проблема заключается в расстройстве (дисфункции) эрекции, то есть затруднения в наступлении или поддержании эрекции, достаточной для проведения удовлетворительного полового акта. Если в некоторых ситуациях эрекция возникает нормально, например, при мастурбации, во время сна или с другим партнером, то причина нарушения скорее всего является психогенной. В других случаях правильная диагностика расстройства (дисфункции) эрекции неорганической природы зависит от специальных исследований (например, измерения ночных реакций полового члена) или реакции на психологическую терапию.
- У женщин основная проблема заключается в сухости влагалища или отсутствии увлажнения. Причина может быть психогенной или соматогенной (например, инфекционной), или речь идет об эстрогенной дефицитности (например, после менопаузы). Женщины редко жалуются на первичную сухость влагалища, если только она не выступает как симптом эстрогенной дефицитности после менопаузы.
- Включаются:
 - - расстройство полового возбуждения у женщин;
 - - расстройство эрекции у мужчин;
 - - психогенная импотенция.
- Исключается:
 - - импотенция органического происхождения (N48.4).

● **F52.3 Оргазмическая дисфункция**

- Оргазм не возникает или заметно задерживается. Это может иметь ситуационный характер (то есть возникает лишь в определенных ситуациях), и в таком случае этиология скорее всего является психогенной. В других случаях оргазмическая дисфункция инвариабельна, и физические или конституциональные факторы могут быть исключены только на основании положительной реакции на психологическую терапию. Оргазмическая дисфункция чаще наблюдается у женщин, чем у мужчин.

- Следует отметить:

- Физиологически в норме у мужчин оргазм тесно связан с семяизвержением. Поэтому в эту подрубрику следует включать также задержки и отсутствие семяизвержения.

- Включаются:

- - ингибированный оргазм мужской (женский);
- - психогенная аноргазмия;
- - ингибированное семяизвержение у мужчин;
- - психогенное анэякуляторное расстройство.

● **/F52.4/ Преждевременная эякуляция**

- Невозможность контролировать эякуляцию в той мере, которая достаточна, чтобы оба партнера получили удовлетворение от полового акта.

- Исключаются:

- - преждевременная эякуляция, обусловленная болезнями мужских половых органов (N40 - N51);
- - преждевременная эякуляция, обусловленное органическим поражением головного мозга (F06.82x).

● **F52.41 Преждевременная эякуляция абсолютная**

- Продолжительность полового акта менее одной минуты (менее 20 фрикций) на фоне регулярной половой жизни.

- Включается:

- - абсолютное ускоренное семяизвержение.

- **F52.42 Преждевременная эякуляция относительная**

- Продолжительность полового акта в пределах физиологической нормы (от 1 до 3 минут). Однако этой продолжительности полового акта недостаточно для получения оргастической разрядки партнершей.

- Включается:

- - относительное ускоренное семяизвержение.

- **F52.49 Преждевременная эякуляция неуточненная**

- Включаются:

- - преждевременное семяизвержение неуточненное;
- - преждевременная эякуляция БДУ.

- **F52.5 Вагинизм неорганического происхождения**

- Спазм окружающих влагалище мышц, вызывающий окклюзию его открытия. Введение полового члена или невозможно, или причиняет боль. Вагинизм может быть вторичной реакцией на локально обусловленную боль и в таком случае настоящая рубрика не должна использоваться.

- Включается:

- - психогенный вагинизм.

- Исключается:

- - вагинизм (органический) (N94.2).

- **F52.6 Диспареуния неорганического происхождения**
- Диспареуния (боль во время полового акта) возникает как у мужчин, так и у женщин. Часто она может быть отнесена за счет местной патологии и тогда кодироваться соответствующим образом. Однако в некоторых случаях явные причины не обнаруживаются и важными могут быть эмоциональные факторы. Эта категория должна использоваться только в том случае, если нет другой первичной сексуальной дисфункции (например, вагинизма или влагалищной сухости).
- Включается:
 - - психогенная диспареуния.
- Исключаются:
 - - диспареуния (органическая) у женщин (N94.1);
 - - диспареуния (органическая) у мужчин (N47 - N50).
- **F52.7 Повышенное половое влечение**

● **F52.7 Повышенное половое влечение**

- Как мужчины, так и женщины могут иногда жаловаться на повышенное половое влечение как на самостоятельную проблему, обычно в юношеском и молодом возрасте. Когда повышенное половое влечение является вторичным по отношению к аффективному расстройству (F30 - F39) или когда оно развивается в течение ранних стадий деменции (F00 - F03), следует кодировать основное расстройство.

- Следует отметить:

- В случае, если повышенное сексуальное влечение развивается у больного с умственной отсталостью, то основным заболеванием следует считать умственную отсталость (F70.xx - F79.xx).

- Включаются:

- - нимфомания;
- - сатириаз.

- **F52.8 Другая сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью**

- **F52.9 Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью,**



***фотографии
говорят)))***









