

Capitolul V

Tulburari mentale si de comportament (F00-F99)

Acest capitol contine urmatoarele blocuri:

F00 - F09	Tulburari mentale organice, inclusiv tulburarile simptomatice
F10 - F19	Tulburari mentale si de comportament datorite utilizarii substantelor psihoactive
F20 - F29	Schizofrenie, tulburari schizotipale si delirante
F30 - F39	Tulburari ale dispozitiei [afective]
F40 - F48	Tulburari nevrotice, de stress si somatoforme
F50 - F59	Sindroame comportamentale asociate perturbarilor fiziologice si factorilor fizici
F60 - F69	Tulburari de personalitate si de comportament la adulti
F70 - F79	Retardare mentala
F80 - F89	Tulburari de dezvoltare psihologica
F90 - F98	Tulburari comportamentale si emotionale cu debut de obicei in copilarie si adolescenta
F99	Tulburare mentala nespecificata

Categoriile cu asterisc de la acest capitol sunt urmatoarele:

F00*	Dementa in boala Alzheimer
F02*	Dementa in alte boli clasificate altundeva

Include: tulburari ale dezvoltarii psihologice

Exclude: simptomele, semnele si determinarile anormale clinice si de laborator, neclasificate altundeva (R00-R99)

Tulburari mentale organice, inclusiv tulburarile simptomatice (F00-F09)

Acest bloc cuprinde un sir de tulburari mentale grupate impreuna pe baza unei etiologii comune demonstrabile in boala cerebrala, leziunea creierului sau alta ranire care duce la o disfunctie cerebrala. Disfunctia poate fi primara ca in bolile, leziunile si ranirile ce afecteaza creierul direct si selectiv; sau secundara, ca in bolile si tulburarile sistemice care ataca creierul numai ca unul din organele multiple sau sisteme ale corpului care sunt implicate.

Dementa (F00-F03) este un sindrom datorit bolii creierului, de obicei de natura cronica sau progresiva, in care exista alterarea functiilor multiple corticale superioare, incluzand memoria, gandirea, orientarea, intelegerea, calculul, capacitatea de invatare, limba si judecata. Constiinta nu este obnubilata. Deficientele functiei cognitive sunt insotite de obicei si precedate ocazional de o deteriorare a controlului emotional, comportamentului social sau motivarii. Acest sindrom apare in boala Alzheimer, in boala cerebrovasculara si in alte afectiuni primare sau secundare care ating creierul.

Folositi un cod aditional pentru a identifica boala subdiacenta

F00* Dementa in boala Alzheimer (G30.-†)

▼ 0528 Boala Alzheimer este o boala cerebrala degenerativa primara, de etiologie necunoscuta, cu trasaturi caracteristice neuropatologice si neurochimice. Tulburarea este de obicei insidioasa la debut si se dezvolta incet dar progresiv pe o perioada de mai multi ani.

F00.0* Dementa in boala Alzheimer, cu debut precoce (G30.0†)
Dementa in boala Alzheimer cu debut inainte de 65 de ani, cu o evolutie a deteriorarii relativ rapida si cu tulburari multiple marcate ale functiilor corticale superioare.

Boala Alzheimer, tip 2
Dementa presenila, tip Alzheimer
Dementa degenerativa primara de tip Alzheimer, debut presenil.

- F00.1* Dementia in boala Alzheimer, cu debut tardiv (G30.1†)
Dementia in boala Alzheimer cu debut dupa varsta de 65 de ani, de obicei la finele deceniului al 7-lea sau peste, cu un progres lent si cu deficiente de memorie ca trasatura principala.
- Boala Alzheimer, tip 1
Dementia degenerativa primara de tip Alzheimer, debut senil
Dementia senila, tip Alzheimer
- F00.2* Dementia in boala Alzheimer, forma atipica sau mixta (G30.8†)
Dementia atipica, tip Alzheimer
- F00.9* Dementia in boala Alzheimer, nespecificata (G30.9†)

F01 Dementia vasculara

- Dementia vasculara este rezultatul infarctului creierului datorit bolii vasculare, incluzand boala cerebrovasculara hipertensiva. Infarcturile sunt de obicei mici dar cu efect cumulativ. Debutul se produce de obicei la varsta inaintata.
- Include:** dementia arteriosclerotica
- F01.0 Dementia vasculara cu debut acut
Se dezvoltă de obicei rapid după o succesiune de accidente cerebrale vasculare legate de tromboza cerebrovasculara, embolie sau hemoragie. In cazuri rare, un singur infarct masiv poate fi cauza.
- F01.1 Dementia vasculara prin infarcte multiple
Progresiva la debut, in urma unui numar de episoade ischemice tranzitorii care produc o acumulare de infarcturi in parenchimul cerebral.
- Dementia predominant corticala.
- F01.2 Dementia vasculara subcorticala
Include cazuri cu un istoric de hipertensiune si focare de distrugere ischemica in materia alba profunda a emisferelor cerebrale. Cortexul cerebral este de obicei conservat si aceasta contrasteaza cu tabloul clinic care poate fi foarte asemanator cu cel al dementei in boala Alzheimer.
- F01.3 Dementia vasculara mixta, corticala si subcorticala
- F01.8 Alte forme de dementia vasculara
- F01.9 Dementia vasculara, nespecificata

F02* Dementia in alte boli clasificate altundeva

- Cazuri de dementia datorite sau presupuse a fi datorite altor cauze decat boala Alzheimer sau boala cerebrovasculara. Debutul se poate produce in orice moment al vietii, dar rareori survine la o varsta inaintata.
- F02.0* Dementia in boala Pick (G31.0†)
O dementia progresiva, debutand la o varsta matura, caracterizata prin schimbari ale caracterului timpurii si lent-progresive si prin deteriorare sociala, urmata de deficiente functiilor intelectuale, de memorie si de limbaj, cu apatie, euforie si, ocazional, fenomene extrapiramidale.
- F02.1* Dementia in boala Creutzfeldt-Jakob (A81.0†)
O dementia progresiva cu semne neurologice extinse, datorita schimbarilor neuropatologice specifice care se presupune a fi provocate de un agent transmisibil. Debutul este de obicei la varsta matura sau inaintata, dar poate fi la orice varsta adulta. Evolutia este subacuta, ducand la deces intr-un an sau doi.
- F02.2* Dementia in boala Huntington (G10†)
O dementia care se produce ca parte a unei degenerescente extinse a creierului. Tulburarea este transmisa de o singura gena dominanta autosomala. Simptomele apar in mod tipic in deceniul al treilea si al patrulea. Progresul este lent, ducand la deces in 10-15 ani.
- Dementia in choreea Huntington
- F02.3* Dementia in boala Parkinson (G20†)
O dementia care se dezvoltă in cursul bolii Parkinson confirmate. Nici o trasatura clinica distinctiva nu a fost demonstrata inca.
- Dementia in:
- paralizia agitata
- parkinsonism
- F02.4* Dementia in boala cu virusul imunodeficientei umane [HIV] (B22†)
Dementia care se dezvoltă in cursul bolii HIV in absenta unei boli sau afectiuni concomitente alta decat infectia HIV care ar putea explica trasaturile clinice.

- F02.8* Dementia in alte boli clasificate altundeva
Dementia in:
- lipidoza cerebrala (E75.-†)
 - epilepsie (G40.-†)
 - degenerescenta hepatolenticulara (E83.0†)
 - hipercalcemie (E83.5†)
 - hipotiroidism dobandit (E01.-†, E03.-†)
 - intoxicatii (T36-T65†)
 - scleroza multipla (G35†)
 - neurosifilis (A52.1†)
 - carenta in acid nicotinic [pelagra] (E52†)
 - poliarterita nodoasa (M30.0†)
 - lupus eritematos sistemic (M32.-†)
 - tripanosomiaza (B56.-†, B57.-†)
 - carenta in vitamina B12 (E53.8†)

F03**Dementia nespecificata**

Presenila:

- dementia NOS
- psihoza NOS

Dementia degenerativa primara NOS

Senila:

- dementia:
 - depresiva sau de tip paranoid
 - NOS
- psihoza NOS

Exclude: dementia senila cu delir sau stare confuza acuta (F05.1)
senilitatea NOS (R54)

F04**Sindromul amnezic organic, neindus de alcool si alte substante psiho-active**

Un sindrom al alterarii pronuntate a memoriei recente si vechi in timp ce memoria imediata este conservata, cu o capacitate redusa de a invata un material nou si dezorientare in timp. O trasatura marcanta poate fi confabulatia, dar perceptia si celelalte functii cognitive, incluzand intelectul, raman de obicei intacte. Prognoza depinde de evolutia leziunii subdiacente.

Exclude: amnezia:

- anterograda (R41.1)
- dissociativa (F44.0)
- NOS (R41.3)
- retrograda (R41.2)

sindromul Korsakov:

- indus de alcool sau nespecificat (F10.6)
- indus de alte substante psiho-active (F11-F19 de obicei cu a patra cifra .6)

F04.0 Amnezia post-traumatica

- F04.00* Amnezia post-traumatica, nespecificata
- F04.01* Amnezia post-traumatica, durata de < 24 de ore
- F04.02* Amnezia post-traumatica, durata de ≥ 24 de ore si < 14 zile
- F04.03* Amnezia post-traumatica, durata de ≥ 14 zile
- F04.9 Sindromul amnezic, nespecificat
Psihoza sau sindromul Korsakov, nealcoolice

F05**Delir, neindus de alcool si alte substante psiho-active**

Un sindrom cerebral organic nespecific etiologic caracterizat prin perturbatii simultane de constiinta si atentie, perceptie, gandire, memorie, comportament psihomotor, emotie si ritm somn-veghe. Durata este variabila si gradul de severitate variaza de la usor la foarte sever.

Include: acut(a) sau subacut(a):

- sindromul cerebral
- starea de confuzie (nealcoolica)
- psihoza infectioasa
- reactia organica
- sindromul psiho-organic

Exclude: delirium tremens, indus de alcool sau nespecificat (F10.4)

- F05.0 Delir nesupraadaugat unei demente, descrisa ca atare
- F05.1 Delir supraadaugat unei demente
Afectiuni care intrunesc criteriile de mai sus dar se dezvoltă in cursul unei demente (F00-F03)
- F05.8 Alte forme de delir
Delir de origine mixta
- F05.9 Delir nespecificat

F06	Alte tulburari mentale datorita vatamarii si disfunctiei creierului si bolii fizice	F06.2	Tulburare deliranta [de alura schizofrenica] organica O tulburare in care delirurile persistente sau recurente domina tabloul clinic. Delirurile pot fi insotite de halucinatii. Pot fi prezente unele trasaturi sugestive de schizofrenie, cum ar fi halucinatiile bizare sau tulburarea de gandire.
	Include afectiuni diverse legate cauzal de tulburarea cerebrala datorita bolii cerebrale primare, bolii sistemice care afecteaza creierul in mod secundar, substantelor exogene toxice sau hormonilor, tulburarilor endocrine sau altor boli somatice.		Starile organice paranoice si halucinant-paranoice Psihoza de tip schizofrenic in epilepsie
	Exclude: asociate cu: - delir (F05.-) - dementa asa cum este clasificata la F00-F03 rezultand din folosirea alcoolului si altor substante psiho-active (F10-F19)		Exclude: tulburarea: - psihotica acuta si tranzitorie (F23.-) - deliranta persistenta (F22.-) - psihotica indusa medicamentos (F11-F19 deobicei cu al patrulea caracter .5) schizofrenia (F20.-)
F06.0	Halucinoza organica O tulburare prin halucinatii persistente si recurente, deobicei vizuale si auditive, care se produc in lipsa unei obnubilari a constiintei si poate sau nu sa fie recunoscuta de subiect ca atare. Se poate produce elaborarea deliranta a halucinatiilor, dar delirurile nu domina tabloul clinic; starea interna poate fi conservata.	F06.3	Tulburari ale dispozitiei [afective] organice Tulburari caracterizate printr-o schimbare a dispozitiei sau afectului, insotite de obicei de o schimbare la nivelul intregii activitati; depresiva, hipomaniaca, maniac sau bipolară (vezi F30-F38), dar survenind ca o consecinta a unei tulburari organice.
	Stare de halucinatie organica (nealcoolica)		Exclude: tulburarile dispozitiei, neorganice sau nespecificate (F30-F39)
	Exclude: halucinoza alcoolica (F10.5) schizofrenia (F20.-)	F06.4	Tulburari anxioase organice O tulburare caracterizata prin trasaturile descriptive esentiale ale unei tulburari de anxietate generalizata (F41.1), unei tulburari de panica (F41.0) sau unei combinatii a celor doua, dar survenind ca o consecinta a unei tulburari organice.
F06.1	Tulburare catatonica organica O tulburare a activitatii psihomotorii diminuate (stupoare) sau crescute (excitare) asociata cu simptome catatonice. Pot alterna extremele tulburarii psihomotorii.		Exclude: tulburarile de anxietate, neorganice sau nespecificate (F41.-)
	Exclude: schizofrenia catatonica (F20.2)	F06.5	Tulburari dissociative organice O tulburare caracterizata printr-o pierdere partiala sau completa a integrarii normale intre amintirile trecutului, constiinta identitatii si a senzatiilor imediate si controlul miscarilor corpului (vezi F44.-), dar survenind ca o consecinta a unei tulburari organice.
	stupoarea: - dissociativa (F44.2) - NOS (R40.1)		Exclude: tulburarile dissociative [de conversie], neorganice sau nespecificate (F44.-)

F06.6	<p>Tulburare organica labila [astenica] emotional</p> <p>O tulburare caracterizata prin incontinenta sau labilitate emotionala, stare de extenuare si o varietate de senzatii fizice neplacute (de ex. vertij) si dureri, dar survenind ca o consecinta a unei tulburari organice.</p> <p>Exclude: tulburarile somatoforme, neorganice sau nespecifice (F45.-)</p>	F07	<p>Tulburari de personalitate si comportamentale datorita bolii, vatamarii si disfunctiei cerebrale</p> <p>Alterarea personalitatii si comportamentului poate fi o tulburare reziduala sau concomitenta a unei boli, vatamari sau disfunctii cerebrale.</p>
F06.7 ▼ 0532	<p>Tulburari cognitive usoare</p> <p>O tulburare caracterizata prin alterarea memoriei, dificultati de invatare si capacitate redusa de concentrare asupra unei sarcini pentru perioade mai mult decat scurte. Deseori exista un sentiment marcat de oboseala mentala atunci cand sunt intreprinse sarcini mentale, iar castigarea de noi cunostinte este in mod subiectiv considerata a fi dificila chiar daca obiectiv este un succes. Niciunul din aceste simptome nu este atat de sever incat sa fie pus un diagnostic fie de dementa (F00-F03) fie de delir (F05.-). Acest diagnostic ar trebui sa fie pus numai in asociere cu o tulburare fizica specifica si nu ar trebui sa fie pus in prezenta vreuneia dintre tulburarile mentale sau comportamentale clasificate la F10-F99. Tulburarea poate precede, insoti sau urma unei largi varietati de infectii si tulburari fizice, atat cerebrale cat si sistemice, dar evidenta unei implicari cerebrale nu este prezenta in mod necesar. Poate fi diferentiata de sindromul post-encefalitic (F07.1) si de sindromul post-comotional (F07.2) prin etiologia sa diferita, printr-o serie mai restransa de simptome in general mai usoare si de obicei de durata mai scurta.</p>	F07.0	<p>Tulburare organica de personalitate</p> <p>O tulburare caracterizata printr-o alterare semnificativa a tipurilor de comportament obisnuite subiectului inainte de survenirea bolii, implicand exprimarea emotiilor, necesitatilor si impulsurilor. De asemenea, alterarea functiilor cognitive si de gandire si sexualitatea alterata pot face parte din tabloul clinic.</p> <p>Organica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - personalitatea pseudopsihopatica - personalitatea pseudoretardata <p>Sindromul de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lob frontal - personalitate cu epilepsia limbica - lobotomie - postleucotomie <p>Exclude: schimbarea durabila a personalitatii dupa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - o experienta catastrofica (F62.0) - o boala psihiatrica (F62.1) <p>sidromul postcomotional (F07.2)</p> <p>sindromul postencefalitic (F07.1)</p> <p>tulburarea specifica a personalitatii (F60.-)</p>
F06.8	<p>Alte tulburari mentale specificate datorite unei vatamari si disfunctii cerebrale si unei boli fizice</p> <p>Psihoza epileptica NOS</p>	F07.1	<p>Sindrom postencefalitic</p> <p>Schimbare comportamentala variabila si reziduala nespecifica in urma vindecarii dupa encefalita fie virala fie bacteriana. Reversibilitatea sindromului este principala diferenta dintre aceasta tulburare si tulburarile organice de personalitate.</p> <p>Exclude: tulburarea organica de personalitate (F07.0)</p>
F06.9	<p>Tulburare mentala nespecificata, datorita vatamarii si disfunctiei cerebrale si a unei boli psihice</p> <p>Organic(a):</p> <ul style="list-style-type: none"> - sindrom cerebral NOS - tulburare mentala NOS 		

- F07.2 **Sindrom postcomotional**
Un sindrom care se produce ca urmare a unei traume la cap (de obicei suficient de grava pentru a rezulta pierderea cunostintei) si include un numar de simptome disparate cum ar fi durerea de cap, vertijul, oboseala, iritabilitatea, dificultatea in concentrarea si efectuarea unor sarcini mentale, alterarea memoriei, insomnie si toleranta redusa la stress, la excitatie emotionala sau la alcool.
- Sindrom cerebral post-traumatic nepsihotic
Sindrom postcontuzional (encefalopatie)
- F07.8 **Alte tulburari organice de personalitate si de comportament datorite unei boli, vatamari si disfunctii cerebrale**
Tulburare afectiva organica a emisferei drepte
- F07.9 **Tulburare organica de personalitate si comportament datorita unei boli, vatamari si disfunctii cerebrale, nespecificata**
Psihosindromul organic

F09 **Tulburare mentala organica sau simptomatica, nespecificata**
Psihoza:
- organica NOS
- simptomatica NOS
Exclude: psihoza NOS (F29)

Tulburari mentale si de comportament datorite utilizarii substantelor psihoactive (F10-F19)

▼ 0503
Acest bloc cuprinde o larga varietate de tulburari care difera in gravitate si forma clinica dar care toate pot fi puse pe seama folosirii uneia sau mai multor substante psihoactive, existand posibilitatea de a fi fost sau nu prescrise medical. Al treilea caracter al codului identifica substanta implicata, iar al patrulea caracter specifica starea clinica. Codurile ar trebui sa fie folosite, in caz de necesitate, pentru fiecare substanta specificata, dar ar trebui sa se observe ca nu toate codurile cu patru caractere sunt aplicabile tuturor substantelor.

Identificarea substantei psihoactive ar trebui sa se bazeze pe tot atat de multe surse de informatii pe cat este posibil. Acestea includ datele auto-raportate, analiza sangelui si a altor fluide ale corpului, simptomele fizice si psihologice caracteristice, comportamentul si semnele clinice si alte dovezi cum ar fi un drog in posesia pacientului

sau raportari ale altor persoane informate. Multe persoane care consuma droguri folosesc mai mult de un tip de substanta psihoactiva. Diagnosticul principal ar trebui sa fie clasificat, ori de cate ori este posibil, dupa substanta sau clasa substantelor care a cauzat sau a contribuit cel mai mult la sindromul clinic respectiv. Alte diagnostice ar trebui sa fie codificate atunci cand alte substante psihoactive au fost luate in cantitati ce provoaca intoxicatii (al patrulea caracter obisnuit .0) sau intr-o masura care provoaca vatamari (al patrulea caracter obisnuit .1), dependenta (al patrulea caracter obisnuit .2) sau alte tulburari (al patrulea caracter obisnuit .3-.9).

Ar trebui sa fie folosit diagnosticul tulburarilor ce rezulta din utilizarea drogurilor multiple (F19) numai in cazurile in care modalitatile de consum ale substantelor psihoactive sunt haotice si nediscriminante sau in care contributiile diferitelor substante psihoactive sunt amestecate fara posibilitate de rezolvare.

Exclude: folosirea daunatoare a substantelor care nu produc dependenta (F55)

Urmatoarele subdiviziuni cu patru caractere sunt folosite la categoriile F10-F19:

.0 Intoxicatie acuta

O afectiune care apare in urma administrarii unei substante psihoactive si care produce tulburari la nivelul constiintei, cunoasterii, perceptiei, afectului sau comportamentului sau altor functii si raspunsuri psiho-fiziologice. Tulburarile sunt legate direct de efectele farmacologice acute ale substantei si se rezolva in timp, cu recuperare completa, exceptand partea in care tesutul a fost vatamat sau au aparut alte complicatii. Complicatiile pot include trauma, inhalarea vomei, delir, coma, convulsii si alte complicatii medicale. Natura acestor complicatii depinde de clasa farmacologica a substantei si modul de administrare.

Betie acuta in alcoolism
'Obiceiuri daunatoare' (droguri)

Betie NOS

Intoxicatie patologica

Transa si tulburari de posesie in intoxicatia cu substante psihoactive

.1 Folosire daunatoare

Un tip de substanta psihoactiva care este cauza daunatoare a sanatatii. Vatamarea poate fi fizica (de ex cazurile de hepatita datorita auto-administrarii de substante psihoactive injectabile) sau mentala (de ex episoadele de tulburare depresiva secundara consumului mare de alcool).

Tulburare in urma folosirii unei substante psihoactive NOS

.2 Sindromul de dependenta

Un ansamblu de fenomene de comportament, de cunoastere si fiziologice care se dezvoltă după folosirea repetată a substanței și care include, în mod tipic, dorința puternică de a consuma drogul, dificultățile în controlarea folosirii lui, persistența în folosirea lui în ciuda consecințelor nocive, fiind acordată o mai mare prioritate folosirii drogului decât altor activități și obligații, toleranța crescută și uneori o stare fizică de sevraj.

Sindromul de dependenta poate fi prezent pentru o substanta psihoactiva specifica (de ex tutun, alcool sau diazepam), pentru o clasa de substante (de ex droguri opiacee) sau pentru un spectru mai larg de substante psihoactive diferite din punct de vedere farmacologic.

Alcoolism cronic
Dipsomanie
Toxicomanie

.3 Starea de sevraj

Un ansamblu de simptome având o grupare și severitate variabile care se produc în cazul unui sevraj total sau parțial al substanței psihoactive după folosirea persistentă a acelei substanțe. Debutul și cursul stării de sevraj sunt limitate în timp și sunt legate de tipul și doza substanței psihoactive consumată imediat înaintea opririi sau reducerii folosirii. Starea de sevraj poate fi complicată prin convulsii.

.4 Starea de sevraj cu delir

O afecțiune în care starea de sevraj, așa cum este definită la al patrulea caracter .3, este complicată prin delir după definiția de la F05.-. Pot de asemenea să se producă convulsii. Afecțiunea ar trebui să fie clasificată la F05.8 atunci când factorii organici sunt considerați a juca și un rol în etiologie.

Delirium tremens (indus de alcool)

.5 Tulburare psihotica

Un ansamblu de fenomene psihotice care se produc în timpul sau în urma folosirii substanței psihoactive dar care nu sunt explicate numai pe baza unei intoxicații acute și nu fac parte din starea de sevraj. Tulburarea este caracterizată prin halucinații (de obicei auditive, dar deseori polisenzoriale), prin distorsiuni perceptuale, manii (deseori de natură paranoică sau de persecuție), tulburări psihomotorii (excitație sau stupoare) și printr-un afect anormal care se poate întinde de la

frica intensă la extaz. Partea senzorială este de obicei clară dar poate fi prezent un anumit grad de întunecare a conștiinței, fără a fi, totuși, o confuzie gravă.

Alcoolica:

- halucinație
- gelozie
- paranoia
- psihoza NOS

Exclude: tulburarea psihotică reziduală și cu debut tardiv indusă de alcool sau de alte substanțe psihotice (F10-F19 cu al patrulea caracter obisnuit .7)

.6 Sindromul amnezic

Un sindrom asociat cu alterarea cronică pronunțată a memoriei recente și vechi. Memoria imediată se păstrează de obicei, iar memoria recentă este în mod caracteristic mai tulburată decât memoria veche. Sunt evidente de obicei perturbarile în percepția timpului și în cronologia evenimentelor, cum ar fi dificultățile în învățarea unui nou material. Confabulația poate fi marcată dar nu este prezentă invariabil. Alte funcții cognitive sunt relativ bine păstrate, iar defectele amnezice sunt disproporționate comparativ cu celelalte perturbari.

Tulburare amnezică, indusă de alcool sau droguri

Psihoza sau sindromul Korsakov, indus(a) de alcool sau alta substanță psihoactivă sau nespecificată.

Exclude: psihoza sau sindromul Korsakov
nealcoolice (F04.9)
amnezia post-traumatică (F04.0-)

.7 Tulburarea psihotica reziduala si cu debut tardiv

O tulburare în care schimbările induse de alcool sau de substanțe psihoactive privind cunoașterea, afectul, personalitatea sau comportamentul persistă dincolo de perioada în care efectul direct al substanței psihoactive ar putea fi considerat ca funcțional. Debutul tulburării ar trebui să fie legat în mod direct de folosirea substanței psihoactive. Cazurile în care debutul inițial al stării se produce mai târziu decât episodul (episoadele) de folosire a unei asemenea substanțe ar trebui să fie codificate aici numai când există dovada clară și categorică a atribuirii stării efectului rezidual al substanței psihoactive. Flashback-urile pot fi diferențiate de starea psihotică în parte prin natura lor episodică, în mod frecvent de foarte scurtă durată, și în parte pentru că ele multiplică experiențele anterioare legate de alcool sau de alta substanță psihoactivă.

Dementa alcoolica NOS
Sindromul cerebral alcoolic cronic
Dementa si alte forme mai usoare de alterare
persistenta a functiilor cognitive
Flashback-uri
Tulburare psihotica indusa de substanta psihoactiva
cu debut tardiv
Tulburare de perceptie dupa folosirea de substante
halucinogene
Reziduala:
- tulburare afectiva
- tulburare de personalitate si comportament

Exclude: indus(a)de alcool sau de o substanta
psihoactiva:
- sindromul Korsakov (F10-F19 cu al patrulea
caracter obisnuit .6)
- starea psihotica (F10-F19 cu al patrulea
caracter obisnuit .5)

.8 Alte tulburari mentale si de comportament
**.9 Tulburari nespecificate mentale si de
comportament**

**F10 Tulburari mentale si de
comportament datorite folosirii
alcoolului**
Vezi paginile 104-106 pentru subdiviziuni

**F11 Tulburari mentale si de
comportament datorite folosirii
substantelor opioide**
Vezi paginile 104-106 pentru subdiviziuni

**F12 Tulburari mentale si de
comportament datorite folosirii
substantelor derivate din cannabis**
Vezi paginile 104-106 pentru subdiviziuni

**F13 Tulburari mentale si de
comportament datorite folosirii
sedativelor sau hipnoticelor**
Vezi paginile 104-106 pentru subdiviziuni

**F14 Tulburari mentale si de
comportament datorite folosirii
cocainei**
Vezi paginile 104-106 pentru subdiviziuni

**F15 Tulburari mentale si de
comportament datorite folosirii altor
stimulanti, incluzand cofeina**
Vezi paginile 104-106 pentru subdiviziuni

**F16 Tulburari mentale si de
comportament datorite folosirii
halucinogenelor**
Vezi paginile 104-106 pentru subdiviziuni

**F17 Tulburari mentale si de
comportament datorite folosirii
tutunului**
Vezi paginile 104-106 pentru subdiviziuni

**F18 Tulburari mentale si de
comportament datorite folosirii
solventilor volatili**
Vezi paginile 104-106 pentru subdiviziuni

**F19 Tulburari mentale si de
comportament datorite folosirii
drogurilor multiple si altor substante
psihoactive**
Vezi paginile 104-106 pentru subdiviziuni

Aceasta categorie ar trebui sa fie folosita
atunci cand se stie ca sunt implicate doua
sau mai multe substante, dar este imposibil
de evaluat care substanta contribuie cel mai
mult la tulburari. Ea ar trebui sa fie folosita
de asemenea atunci cand identitatea unora
sau chiar tuturor substantelor psihoactive
care au fost folosite este nesigura sau
necunoscuta, din moment ce multi dintre
cei care folosesc drogurile multiple nu
cunosc ei insisi deseori ceea ce consuma.

Include: utilizarea neadevata de droguri
NOS

Schizofrenie, tulburari schizotipale si delirante (F20-F29)

Acest bloc reuneste schizofrenia, ca cel mai important membru al grupului, tulburarea schizotipala, tulburarile persistente delirante si un grup mai mare de tulburari psihotice acute si tranzitorii. Tulburarile schizo-afective au fost mentinute aici in ciuda naturii lor controversate.

F20 Schizofrenie

Tulburarile schizofrenice sunt caracterizate in general prin distorsiuni caracteristice ale gandirii si perceptiei si afecte care sunt neadevate si slabite. Constiinta clara si capacitatea intelectuala sunt mentinute de obicei, cu toate ca anumite deficiente de cunoastere pot evolua in cursul timpului. Cele mai importante fenomene psihopatologice includ repetarea gandurilor ca un ecou; influentarea gandirii sau furtul ei; transmiterea gandurilor; perceptia deliranta si ideile delirante de control, influenta sau pasivitate; halucinatii in care voci vorbesc sau discuta despre subiectul respectiv la persoana a treia; tulburari de gandire si simptome negative.

Evolutia tulburarilor schizofrenice poate fi si continua si episodica cu un deficit progresiv sau stabil sau pot exista unul sau mai multe episoade cu remisiune completa sau incompleta. Diagnosticul de schizofrenie nu ar trebui sa fie pus in prezenta simptomelor depresive sau maniacale extinse daca nu este clar ca simptomele schizofrenice au precedat tulburarea afectiva. Nu ar trebui pus un diagnostic de schizofrenie nici in prezenta unei boli cerebrale manifeste sau a unei intoxicatii datorita unui drog sau in prezenta unui sevraj. Tulburarile similare care se dezvoltă in prezenta epilepsiei sau altei boli cerebrale ar trebui sa fie clasificate la F06.2, iar cele induse de substante psihoactive la F10-F19 cu un al patrulea caracter obisnuit .5.

Exclude: schizofrenia:

- acuta (nediferentiata) (F23.2)
- ciclica (F25.2)

reactia schizofrenica (F23.2)

tulburarea schizotipala (F21)

F20.0 Schizofrenia paranoida
Schizofrenia paranoida este dominata de idei delirante relativ stabile, deseori paranoice, de obicei insotite de halucinatii mai ales auditive, si de perturbatii perceptuale. Tulburarile de afect, vointa si limbaj ca si simptomele catatonice sunt fie absente, fie relativ discrete.

Schizofrenia parafrenica.

Exclude: starea paranoica de involutie (F22.8)
paranoia (F22.0)

F20.1 Schizofrenie hebefrenica
O forma a schizofreniei in care schimbarile afective sunt principale, ideile delirante si halucinatiile flotante si fragmentare, comportamentul iresponsabil si imprezvizibil, iar manierismul este obisnuit. Dispozitia este superficiala si nepotrivita, gandirea este dezorganizata, iar vorbirea este incoerenta. Exista o tendinta de izolare sociala. De obicei prognoza este nefavorabila din cauza dezvoltarii rapide a simptomelor 'negative', mai ales aplatizarea afectului si pierderea vointei. Hebefrenia ar trebui sa fie diagnosticata in mod normal la adolescenti sau adulti tineri.

Schizofrenia dezorganizata
Hebefrenia

F20.2 Schizofrenie catatonica
Schizofrenia catatonica este dominata de tulburarile psihomotorii importante care pot alterna intre extreme, cum ar fi hiperkinezia si stupoarea sau supunerea automata si negativism. Atitudinile si posturile impuse pot fi mentinute pe perioade lungi. Episoadele de agitatie violenta pot fi o trasatura frapanta a afectiunii. Fenomenele catatonice pot fi combinate cu o stare asemanatoare visului (oniroida) cu halucinatii scenice intense.

Stupoare catatonica
Schizofrenica:
- catalepsie
- catatonie
- flexibilitate ceroasa

- F20.3 Schizofrenie nediferentiata**
 Afectiuni psihotice care intrunesc criteriile generale de diagnostic pentru schizofrenie dar nu sunt conforme cu niciunul din subtipurile de la F20.0-F20.2 sau care arata trasaturile a mai mult de una dintre ele fara o predominare clara a unui set special de caracteristici diagnostice.
- Schizofrenie atipica.
Exclude: tulburarea psihotica asemanatoare schizofreniei acute (F23.2)
 schizofrenia nediferentiata cronica (F20.5)
 depresia post-schizofrenica (F20.4)
- F20.4 Depresie post-schizofrenica**
 Un episod de schizofrenie, care poate fi prelungit, survenind ca o consecinta a unei boli schizofrenice. Unele simptome schizofrenice, fie 'pozitive' sau 'negative', pot fi inca prezente, dar ele nu mai domina tabloul clinic. Aceste stari depresive sunt asociate cu un risc crescut de sinucidere. Daca un pacient nu mai prezinta nici un simptom schizofrenic, ar trebui sa fie diagnosticat un episod depresiv (F32.-). Daca simptomele schizofrenice sunt inca floride si proeminente, diagnosticul ar trebui sa ramana cel al subtipului schizofrenic potrivit (F20.0-F20.3).
- F20.5 Schizofrenie reziduala**
 O stare cronica in dezvoltarea unei boli schizofrenice in care a existat un progres clar de la un stadiu timpuriu la unul tardiv caracterizat prin simptome 'negative' de lunga durata cu toate ca nu sunt ireversibile, de ex incetinirea psihomotorie; hipoactivitate; slabirea afectului; pasivitate si lipsa de initiativa; saracia cantitatii sau coerentei vorbirii; comunicare neverbala slaba prin expresia faciala, contact vizual, modularea vocii si postura; lipsa de ingrijire a propriei persoane si performanta slaba sociala.
- Schizofrenia nediferentiata cronica
 Starea reziduala schizofrenica
- F20.6 Schizofrenie simpla**
 O tulburare in care exista o dezvoltare insidioasa dar progresiva a unor bizarerii de comportament, imposibilitatea de a intruni exigentele societatii si un declin in performanta totala. Trasaturile caracteristice negative ale schizofreniei reziduale (de ex slabirea afectului si pierderea vointei) se dezvoltata fara a fi precedate de vreun simptom psihotic manifest.
- F20.8 Alte forme de schizofrenie**
 Schizofrenia cenestopata
 Schizofreniforma:
 - tulburare NOS
 - psihoza NOS
Exclude: tulburarile schizofreniforme de scurta durata (F23.2)
- F20.9 Schizofrenia, nespecificata**
- F21 Tulburare schizotipala**
 O tulburare caracterizata prin comportament excentric si anomalii de gandire si afectiune care seamana cu cele observate la schizofrenie, cu toate ca nici o anomalie schizofrenica definita si caracteristica nu apare in vreun stadiu. Simptomele pot include un afect rece sau necorespunzator; anhedonie; comportament ciudat sau excentric; o tendinta de izolare sociala; idei paranoice sau bizare care nu se ridica la nivelul celor adevarat delirante; ruminatii obsesionale; tulburare de gandire si perturbari perceptuale; episoade cvasi-psihotice tranzitorii ocazionale cu iluzii intense, halucinatii auditive sau de alta natura si idei asemanatoare delirului, producandu-se de obicei fara provocare externa. Nu exista debut definit, iar evolutia si cursul sunt in general cele ale unei tulburari de personalitate.
- Reactie schizofrenica latentă
 Schizofrenie:
 - de limita
 - latentă
 - pre-psihotica
 - prodromica
 - pseudo-nevrotica
 - pseudo-psihopatica
 Tulburare de personalitate schizotipala
Exclude: sindromul Asperger (F84.5)
 tulburarea de personalitate schizoida (F60.1)

F22 Tulburari delirante persistente

Include o varietate de tulburari in care ideile delirante de lunga durata constituie singura sau cea mai esentiala caracteristica clinica si care nu pot fi clasificate ca organice, schizofrenice sau afective. Tulburarile delirante care au avut o perioada de timp sub cateva luni ar trebui sa fie clasificate, cel putin temporar, la F23.-.

F22.0 Tulburare deliranta

O tulburare caracterizata prin dezvoltarea fie a unei singure idei delirante sau a unui ansamblu de idei delirante inrudite care sunt de obicei persistente si uneori durand toata viata. Continutul ideii sau ideilor delirante este foarte variabil. Halucinatiile auditive (voci) clare si persistente, simptomele schizofrenice cum ar fi ideile delirante de control si slabirea marcata a afectului ca si dovada sigura a bolii cerebrale sunt toate incompatibile cu acest diagnostic. Totusi, prezenta halucinatiilor auditive ocazionale sau tranzitorii la pacientii in varsta nu elimina acest diagnostic, cu conditia ca ele sa nu fie tipic schizofrenice si sa formeze numai o mica parte a intregului tablou clinic.

Paranoia

Paranoica:

- psihoza

- stare

Parafrenie (tardiva)

Delir cu relatii senzitive (Sensitiver

Beziehungswahn)

Exclude: paranoica:

- tulburarea de personalitate (F60.0)

- psihoza, psihogena (F23.3)

- reactia (F23.3)

- schizofrenia (F20.0)

F22.8 Alte tulburari delirante persistente

Tulburarile in care ideea sau ideile delirante sunt insotite de voci halucinante persistente sau de simptome schizofrenice care nu justifica un diagnostic de schizofrenie (F20.-).

Dismorfo-fobia deliranta

Stare paranoica involutionala

Paranoia cverulenta

F22.9 Tulburare deliranta persistenta, nespecificata**F23 Tulburari psihotice acute si tranzitorii**

Un grup eterogen de tulburari caracterizate prin debutul acut al simptomelor psihotice cum ar fi ideile delirante, halucinatiile si perturbarile perceptuale si prin dezorganizarea grava a comportamentului obisnuit. Debutul acut este definit ca o dezvoltare crescanda a tabloului clinic evident anormal pe o perioada de doua saptamani sau mai putin. Nu exista nici o dovada a unei cauzalitati organice pentru aceste tulburari. Perplexitatea si confuzia sunt deseori prezente, dar dezorientarea in timp, spatiu si in privinta persoanei nu este persistenta sau destul de severa pentru a justifica un diagnostic de delir produs in mod organic (F05.-). Vindecarea completa se produce de obicei in cateva luni, deseori in cateva saptamani sau chiar zile. Daca tulburarea persista, va fi necesara o schimbare in clasificare. Tulburarea poate sau nu sa fie asociata cu un stress acut, definit ca evenimente de obicei stressante care preced debutul cu una sau doua saptamani.

F23.0 Tulburare psihotica polimorfa acuta, fara simptome schizofrenice

O tulburare psihotica acuta in care halucinatiile, ideile delirante sau perturbatiile perceptuale sunt clare dar foarte variabile, schimbandu-se de la zi la zi sau chiar de la ora la ora. De asemenea este prezenta frecvent o bulversare emotionala cu sentimente intense tranzitorii de fericire sau extaz, sau anxietate si iritabilitate. Polimorfismul si instabilitatea sunt caracteristice pentru intregul tablou clinic, iar trasaturile psihotice nu justifica un diagnostic de schizofrenie (F20.-). Aceste tulburari au deseori un debut abrupt, dezvoltandu-se rapid in cateva zile, si ele arata o vindecare rapida a simptomelor fara recadere. Daca simptomele persista, diagnosticul ar trebui sa fie schimbat in tulburare deliranta persistenta (F22.-).

Bufeu delirant fara simptome de

schizofrenie sau nespecificat

Psihoza cicloida fara simptome de

schizofrenie sau nespecificat

F23.1 Tulburare psihotica acuta cu simptome schizofrenice
 O tulburare psihotica in care tabloul polimorfic si instabil este prezent, asa cum este descris in F23.0; in ciuda instabilitatii, totusi, unele simptome tipice pentru schizofrenie sunt de asemenea evidente in majoritatea timpului. Daca simptomele schizofrenice persista, diagnosticul ar trebui sa fie schimbat in schizofrenie (F20.-).

Bufeu delirant cu simptome de schizofrenie
 Psihoza cicloida cu simptome de schizofrenie

F23.2 Tulburare psihotica acuta asemanatoare schizofreniei
 O tulburare psihotica acuta in care simptomele psihotice sunt relativ stabile si justifica diagnosticul de schizofrenie, dar au avut o durata mai mica de aproximativ o luna; trasaturile polimorfice instabile, dupa cum sunt descrise la F23.0, sunt absente. Daca simptomele schizofrenice persista, diagnosticul ar trebui sa fie schimbat in schizofrenie (F20.-).

Schizofrenie acuta (nediferentiata)
 Schizofreniforma de durata scurta:
 - tulburare
 - psihoza
 Onirofrenie
 Reactia schizofrenica

Exclude: tulburarea deliranta organica [asemanatoare schizofreniei] (F06.2)
 tulburarile schizofreniforme NOS (F20.8)

F23.3 Alte tulburari psihotice acute predominant delirante
 Tulburarile psihotice acute in care ideile delirante sau halucinatiile relativ stabile sunt trasaturile clinice principale, dar nu justifica un diagnostic de schizofrenie (F20.-). Daca ideile delirante persista, diagnosticul ar trebui sa fie schimbat in tulburare deliranta (F22.-).

Reactie paranoica
 Psihoza paranoica psihogena

F23.8 Alte tulburari psihotice acute si tranzitorii
 Orice alte tulburari psihotice acute specificate pentru care nu exista dovada unei cauzalitati organice si care nu justifica clasificarea la F23.0-F23.3

F23.9 Tulburare psihotica acuta si tranzitorie, nespecificata
 Psihoza reactionala scurta NOS
 Psihoza reactionala

F24

Tulburare deliranta indusa

O tulburare deliranta impartasita de doua sau mai multe persoane cu legaturi emotionale stranse. Numai una din persoane sufera de o tulburare psihotica reala; ideile delirante sunt induse in cealalta persoana/celelalte persoane si dispar de obicei cand acestea sunt separate.

Nebunie in doi

Indusa:

- tulburare paranoica
- tulburare psihotica

F25

Tulburari schizo-afective

Tulburarile episodice in care atat simptomele afective cat si cele schizofrenice sunt proeminente, dar care nu justifica un diagnostic fie de schizofrenie fie de episoade depresive sau maniace. Alte afectiuni in care simptomele afective se suprapun peste o boala schizofrenica pre-existenta, co-exista sau alterneaza cu tulburari delirante de alte tipuri, sunt clasificate la F20-F29. Simptomele psihotice neconcordante cu dispozitia in tulburarile afective nu justifica un diagnostic de tulburare schizo-afectiva.

F25.0 Tulburare schizo-afectiva, tip maniacal
 O tulburare in care simptomele atat schizofrenice cat si maniacale sunt proeminente astfel incat episodul de boala nu justifica un diagnostic fie de schizofrenie fie de un episod maniacal. Aceasta categorie ar trebui sa fie folosita atat pentru un singur episod cat si pentru o tulburare recurenta in care majoritatea episoadelor sunt schizo-afective, de tip maniacal.

Psihoza schizo-afectiva, tip maniacal
 Psihoza schizofreniforma, tip maniacal

F25.1 Tulburare schizo-afectiva, tip depresiv
O tulburare in care atat simptomele schizofrenice cat si cele depresive sunt proeminente astfel incat episodul de boala nu justifica un diagnostic fie de schizofrenie fie de un episod depresiv. Aceasta categorie ar trebui sa fie folosita atat pentru un singur episod cat si pentru o tulburare recurenta in care majoritatea episoadelor sunt schizo-afective, tip depresiv.

Psihoza schizo-afectiva, tip depresiv
Psihoza schizofreniforma, tip depresiv

F25.2 Tulburari schizo-afective, tip mixt
Schizofrenia ciclica
Psihoza afectiva si schizofrenica mixta

F25.8 Alte tulburari schizo-afective

F25.9 Tulburare schizo-afectiva, nespecificata
Psihoza schizo-afectiva NOS

F28 Alte tulburari psihotice neorganice

Tulburarile delirante sau halucinante care nu justifica un diagnostic de schizofrenie (F20.-), tulburarile delirante persistente (F22.-), tulburarile psihotice acute si tranzitorii (F23.-), tipurile psihotice ale episodului maniacal (F30.2), sau episodul depresiv grav (F32.3).

Psihoza halucinatorie cronica

F29 Psihoza neorganica nespecificata

Psihoza NOS

Exclude: tulburarea mentala NOS (F99)
psihoza organica sau
simptomica NOS (F09)

Tulburari ale dispozitiei [afective] (F30-F39)

Acest bloc cuprinde tulburarile in care perturbarea fundamentala este o schimbare in afect sau dispozitie catre depresie (cu sau fara anxietate asociata) sau catre expansivitate. Schimbarea dispozitiei este de obicei insotita de o schimbare la intregul nivel al activitatii; cele mai multe din celelalte simptome sunt fie secundare acesteia, fie usor de inteles in contextul schimbarii in dispozitie si activitate. Cele mai multe din aceste tulburari tind sa fie recurente, iar debutul episoadelor individuale poate fi deseori legat de evenimente sau situatii stressante.

F30 Episod maniacal

Toate subdiviziunile acestei categorii ar trebui sa fie folosite numai pentru un singur episod. Episoadele hipomaniacale sau maniacale la indivizii care au avut unul sau mai multe episoade afective anterioare (depressive, hipomaniacale, maniacale sau mixte) ar trebui sa fie codificate ca tulburari afective bipolare (F31.-).

Include: tulburarea bipolara, episod maniacal unic

F30.0 Hipomanie

O tulburare caracterizata printr-o crestere usoara a dispozitiei, energie si activitate crescute si, de obicei, sentimente intense de bunastare si eficacitate atat fizica cat si mentala. Sociabilitatea crescuta, vorbaria, familiaritatea extrema, energia sexuala crescuta si o necesitate scazuta de somn sunt prezente deseori, dar nu intr-o maniera care sa duca la o intrerupere grava a muncii sau sa rezulte intr-o respingere sociala. Iritabilitatea, vanitatea sau comportamentul grosolan pot lua locul unei sociabilitati mai euforice in general. Perturbarile de dispozitie si comportament nu sunt insotite de halucinatii sau idei delirante.

F30.1 Manie fara simptome psihotice

Dispozitia este crescuta nepotrivindu-se circumstantelor pacientului si poate varia de la o jovialitate nepasatoare la o agitatie aproape incontrollabila. Expansivitatea este insotita de o energie crescuta, care rezulta in hiperactivitate, presiune de a conversa si o necesitate scazuta de somn. Atentia nu poate fi retinuta si exista deseori o distractibilitate marcata. Stima fata de sine este deseori ridicata avand idei grandioase si mare incredere in sine. Pierderea inhibitiilor sociale normale poate avea ca rezultat un comportament care este indiferent, imprudent sau neadecvat circumstantelor si nerational.

F30.2	<p>Manie cu simptome psihotice In plus fata de tabloul clinic descris la F30.1, sunt prezente idei delirante (de obicei grandioase) sau halucinatii (de obicei voci care vorbesc direct pacientului) sau agitatie, activitatea motorie excesiva si fuga de idei sunt atat de extreme incat subiectul devine de neinteles sau inaccesibil unei comunicari normale.</p> <p>Manie cu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - simptome psihotice conforme dispozitiei - simptome psihotice neconforme dispozitiei <p>Stupoare maniaca</p>	F31.2	<p>Tulburare afectiva bipolară, episod actual maniacal cu simptome psihotice Pacientul este maniac in prezent, fara simptome psihotice (ca la F30.2) si a avut cel putin un alt episod afectiv (hipomaniacal, maniacal, depresiv sau mixt) in trecut.</p>
F30.8	Alte episoade maniacale	F31.3	<p>Tulburare afectiva bipolară, episod actual de depresie usoara sau medie Pacientul este depresiv in prezent, ca intr-un episod depresiv de severitate fie usoara fie moderata (F32.0 sau F32.1) si a avut cel putin un episod confirmat afectiv hipomaniacal, maniacal sau mixt in trecut.</p>
F30.9	Episod maniacal nespecificat Manie NOS	F31.4	<p>Tulburare afectiva bipolară, episod actual de depresie severa fara simptome psihotice Pacientul este depresiv in prezent, ca intr-un episod depresiv sever fara simptome psihotice (F32.2), si a avut cel putin un episod confirmat afectiv hipomaniacal, maniacal sau mixt in trecut.</p>
F31	<p>Tulburare afectiva bipolară O tulburare caracterizata prin doua sau mai multe episoade in care dispozitia pacientului si nivelele activitatii sunt perturbate semnificativ, aceasta perturbare constand in unele ocazii de crestere a dispozitiei si de energie si activitate crescute (hipomanie sau manie) si in alte ocazii de scadere a dispozitiei si energie si activitate scazute (depresie). Episoadele repetate de hipomanie sau manie sunt clasificate numai ca bipolare.</p> <p>Include: maniaco-depresiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - boala - psihoza - reactia <p>Exclude: tulburarea bipolară, episod maniacal unic (F30.-) ciclotimia (F34.0)</p>	F31.5	<p>Tulburari afective bipolare, episod actual de depresie severa cu simptome psihotice Pacientul este depresiv in prezent, ca intr-un episod depresiv sever cu simptome psihotice (F32.3) si a avut cel putin un episod confirmat afectiv hipomaniacal, maniacal sau mixt in trecut.</p>
F31.0	<p>Tulburare afectiva bipolară, episod actual hipomaniacal Pacientul este hipomaniacal in prezent si a avut cel putin un alt episod afectiv (hipomaniacal, maniacal, depresiv sau mixt) in trecut.</p>	F31.6	<p>Tulburare afectiva bipolară, episod actual mixt Pacientul a avut cel putin un episod confirmat afectiv hipomaniacal, maniacal, depresiv sau mixt in trecut, si manifesta in prezent fie o combinatie fie o alterare rapida a simptomelor maniacale si depressive.</p> <p>Exclude: episodul afectiv mixt unic (F38.0)</p>
F31.1	<p>Tulburare afectiva bipolară, episod actual maniacal fara simptome psihotice Pacientul este maniac in prezent, fara simptome psihotice (ca la F30.1) si a avut cel putin un alt episod afectiv (hipomaniacal, maniacal, depresiv sau mixt) in trecut.</p>	F31.7	<p>Tulburare afectiva bipolară, in prezent in remisie Pacientul a avut cel putin un episod confirmat afectiv hipomaniacal, maniacal sau mixt in trecut si, in plus, cel putin un alt episod afectiv (hipomaniacal, maniacal, depresiv sau mixt), dar nu sufera in prezent de nici o perturbare semnificativa a dispozitiei si care nu s-a produs de mai multe luni. Ar trebui sa fie codificate aici perioadele de remisiune din cursul tratamentului profilactic.</p>
		F31.8	<p>Alte tulburari afective bipolare Tulburare bipolară II Episoade maniacale recurente NOS</p>
		F31.9	<p>Tulburare afectiva bipolară, nespecificata</p>

F32 Episod depresiv

▼ 0505

In episoadele depresive tipice usoare, moderate sau severe, pacientul sufera de scaderea dispozitiei, reducerea energiei si scaderea in activitate. Este redusa capacitatea de a simti placere, interes si concentrare, iar oboseala marcata este obisnuita chiar dupa un efort minim. Somnul este de obicei perturbat si apetitul diminuat. Stima fata de sine si increderea in sine sunt intotdeauna reduce si, chiar in forma usoara, sunt deseori prezente unele idei de vinovatie sau devalorizare. Dispozitia scazuta variaza putin de la zi la zi, este insensibila fata de circumstante si poate fi insotita de simptome asa-numite 'somatice', cum ar fi pierderea interesului si a sentimentelor de placere, trezirea dimineata cu cateva ore inaintea celei obisnuite de trezire, depresie mai agravata dimineata, incetinire psihomotorie marcata, agitatie, pierderea apetitului, pierderea in greutate si pierderea libido-ului. Depizand de numarul si severitatea simptomelor, un episod depresiv poate fi specificat ca usor, moderat sau sever.

Urmatoarele subdiviziuni cu cinci caractere sunt folosite la categoria F32:

❖ **0 nespecificat ca producandu-se in perioada postnatala**

❖ **1 producandu-se in perioada postnatala**

Include: episoade unice de:

- reactie depresiva
- depresie psihogena
- depresie reactionala

Exclude: tulburarea de adaptare (F43.2)

tulburarea depresiva recurenta (F33.-)

in asociere cu tulburari de conduita la F91.- (F92.0)

F32.0 Episod depresiv usor

Sunt prezente de obicei doua sau trei din simptomele de mai sus. Pacientul este de obicei chinuit de acestea dar va fi probabil in stare sa continue cele mai multe din activitati.

F32.1 Episod depresiv moderat

Sunt prezente de obicei patru sau mai multe din simptomele de mai sus si pacientul se pare ca are greutate in continuarea activitatilor obisnuite.

F32.2 Episod depresiv sever, fara simptome psihotice

Un episod de depresie in care sunt marcate si chinuitoare mai multe din simptomele de mai sus, pierderea tipica a stimei de sine si ideile de devalorizare si vinovatie. Gandurile si actele de sinucidere sunt obisnuite, iar un numar de simptome 'somatice' sunt de obicei prezente.

Depresie agitata, episod unic fara simptome psihotice

Depresie majora, episod unic fara simptome psihotice

Depresie vitala, episod unic fara simptome psihotice

F32.3 Episod depresiv sever cu simptome psihotice

Un episod de depresie asa cum este descris la F32.2, dar cu prezenta halucinatiilor, ideilor delirante, incetinirea psihomotorie sau stuporii atat de severe incat de obicei sunt imposibile activitatile sociale obisnuite; se poate ca viata sa fie pusa in pericol din cauza ideilor de sinucidere, deshidratare sau infometare. Halucinatiile si ideile delirante pot sau nu sa fie concordante cu dispozitia.

Episoade unice de:

- depresie majora cu simptome psihotice
- psihoza depresiva psihogena
- depresie psihotica
- psihoza depresiva reactionala

F32.8 Alte episoade depresive

Depresie atipica

Episoade unice de depresie 'mascata' NOS

F32.9 Episod depresiv, nespecificat

Depresie NOS

Tulburare depresiva NOS

<p>F33 Tulburare depresiva recurenta O tulburare caracterizata prin episoade repetate de depresie asa cum sunt descrise la episodul depresiv (F32.-), fara vreun istoric de episoade independente de ridicare a dispozitiei si energie crescuta (manie). Totusi, pot exista episoade scurte de ridicare usoara a dispozitiei si supra-activitate (hipomanie) imediat dupa un episod depresiv, uneori precipitat de tratamentul antidepressiv. Formele mai severe de tulburare depresiva recurenta (F32.2 si F33.3) au mult in comun cu conceptele anterioare cum ar fi depresia maniaco-depresiva, melancolia, depresia vitala si depresia endogena. Primul episod se poate produce la orice varsta, de la copilărie la varsta inaintata, debutul poate fi sau acut sau insidios, iar durata variaza de la cateva saptamani la multe luni. Riscul ca un pacient cu o tulburare depresiva recurenta sa aiba un episod de manie nu dispare niciodata complet, totusi au fost experimentate multe episoade depresive. Daca se produce un asemenea episod, diagnosticul ar trebui sa fie schimbat cu cel de tulburare afectiva bipolară (F31.-).</p> <p>Include: episoadele recurente de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - reactie depresiva - depresie psihogena - depresie reactionala <p>tulburarea depresiva sezoniera</p> <p>Exclude: episoadele depresive de scurta durata recurente (F38.1)</p>	<p>F33.2 Tulburare depresiva recurenta, episod actual sever fara simptome psihotice O tulburare caracterizata prin episoade repetate de depresie, episodul prezent fiind sever fara simptome psihotice, ca la F32.2, si fara vreun istoric de manie.</p> <p>Depresie endogena fara simptome psihotice Depresie majora, recurenta fara simptome psihotice Psihoza maniaco-depresiva, tipul depresiv fara simptome psihotice Depresie vitala, recurenta fara simptome psihotice</p> <p>F33.3 Tulburare depresiva recurenta, episod actual sever cu simptome psihotice O tulburare caracterizata prin episoade repetate de depresie, episodul prezent fiind sever cu simptome psihotice, ca la F32.3, si fara episoade anterioare de manie.</p> <p>Depresie endogena cu simptome psihotice Psihoza maniaco-depresiva, tipul depresiv cu simptome psihotice Episoade severe recurente de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - depresie majora cu simptome psihotice - psihoza depresiva psihogena - depresie psihotica - psihoza depresiva reactionala <p>F33.4 Tulburare depresiva recurenta, in remisie in prezent Pacientul a avut, in trecut, doua sau mai multe episoade depresive asa cum sunt descrise la F33.0-F33.3, dar nu a prezentat simptome depresive de cateva luni.</p> <p>F33.8 Alte tulburari depresive recurente</p> <p>F33.9 Tulburare depresiva recurenta, nespecificata Depresia monopolară NOS</p>
<p>F33.0 Tulburare depresiva recurenta, episod actual usor O tulburare caracterizata prin episoade repetate de depresie, episodul prezent fiind usor, ca la F32.0, si fara vreun istoric de manie.</p> <p>F33.1 Tulburare depresiva recurenta, episod actual moderat O tulburare caracterizata prin episoade repetate de depresie, episodul prezent fiind de severitate moderata, ca la F32.1, si fara vreun istoric de manie.</p>	

F34 Tulburari persistente de dispozitie [afectiva]

Tulburari persistente si de obicei fluctuante de dispozitie in care majoritatea episoadelor individuale nu sunt suficient de severe pentru a justifica descrierea de episoade hipomaniacale sau usor depresive. Deoarece ele dureaza mai multi ani, iar uneori pe o perioada mai mare din viata de adult a pacientului, ele implica un chin si o incapacitate considerabile. In anumite circumstante, episoadele depresive sau maniacale, recurente sau unice se pot suprapune pe o tulburare afectiva persistenta.

- F34.0 Ciclotimie
O instabilitate persistenta a dispozitiei care implica perioade numeroase de depresie si exaltare usoara, niciuna dintre ele nu este suficient de severa sau prelungita pentru a justifica un diagnostic de tulburare afectiva bipolară (F31.-) sau tulburare depresiva recurenta (F33.-). Aceasta tulburare se gaseste in mod frecvent la rudele pacientului cu o tulburare afectiva bipolară. Unii pacienti cu ciclotimie dezvolta in cele din urma tulburarea afectiva bipolară.

Tulburarea afectiva de personalitate
Personalitatea cicloida
Personalitatea ciclotimica

- F34.1 Distimie
O depresie cronica a dispozitiei, cu o durata de cel putin cativa ani, care nu este suficient de severa sau in care episoadele individuale nu sunt destul de prelungite pentru a justifica un diagnostic de tulburare depresiva recurenta usoara, moderata sau severa (F33.-).

Depresiva:
- nevroza
- tulburarea de personalitate
Depresie neurotica
Depresie anxioasa persistenta

Exclude: depresia anxioasa (usoara sau nepersistenta) (F41.2)

- F34.8 Alte tulburari persistente ale dispozitiei [afective]
F34.9 Tulburare a dispozitiei [afective], nespecificata

F38 Alte tulburari ale dispozitiei [afective]

Orice alte tulburari ale dispozitiei care nu justifica clasificarea la F30-F34, deoarece ele nu sunt suficient de severe sau nu au o durata suficienta.

- F38.0 Alte tulburari unice ale dispozitiei [afective]
Episod afectiv mixt
F38.1 Alte tulburari recurente ale dispozitiei [afective]
Episoade depresive recurente de scurta durata
F38.8 Alte tulburari specificate ale dispozitiei [afective]

F39 Tulburari nespecificate ale dispozitiei (afective)

Psihoza afectiva NOS

Tulburari nevrotice, de stress si somatoforme (F40-F48)

Exclude: cand sunt asociate cu o tulburare de conduita la F91.- (F92.8)

F40 Tulburari fobice de anxietate

- ▼ 0511 Un grup de tulburari in care anxietatea este numai evocata sau predominanta in anumite situatii bine-definite ce nu sunt periculoase in prezent. Ca un rezultat, aceste situatii sunt evitate in mod caracteristic sau indurate cu temere. Preocuparea pacientului se poate focaliza pe simptome individuale cum ar fi palpitatiile sau senzatia de lesin si sunt deseori asociate secundar cu teama de moarte, de pierderea controlului sau de a innebuni. Trecerea meditativa la o situatie fobica genereaza de obicei o anxietate anticipata. Anxietatea fobica si depresia co-exista deseori. Faptul ca sunt necesare doua diagnostice, anxietate fobica si episod depresiv, sau numai unul, este determinat de evolutia in timp a celor doua afectiuni si de consideratiile terapeutice din momentul consultatiei.

<p>F40.0 Agorafobie Un grup de fobii relativ bine-definit cuprinzand temeri de parasire a domiciliului, de intrare in magazine, de multimi si de locuri publice sau de a calatori singuri in trenuri, autobuze sau avioane. Tulburarea de panica este o trasatura frecventa atat a episoadelor prezente cat si a celor trecute. De asemenea simptomele depresive si obsesionale ca si fobiile sociale sunt prezente in mod obisnuit ca trasaturi auxiliare. Evitarea situatiei fobice este deseori proeminenta si unii agorafobi manifesta o usoara anxietate deoarece ei sunt in stare sa evite situatiile lor fobice.</p> <p>F40.00* Agorafobie fara mentionarea tulburarii de panica</p> <p>F40.01* Agorafobie cu tulburare de panica</p> <p>F40.1 Fobii sociale Teama de privirea scrutatoare a altor oameni ceea ce duce la evitarea situatiilor sociale. Fobiile sociale mai patrunzatoare sunt de obicei asociate cu stima de sine scazuta si teama de critica. Ele se pot manifesta prin roseata, tremuraturile mainilor, greata sau necesitatea urgenta de a urina, pacientul fiind convins uneori ca una din aceste manifestari secundare a anxietatii lor este problema primara. Simptomele pot progresa catre atacuri de panica.</p> <p>Antropofobie Nevroza sociala</p> <p>F40.2 Fobii specifice (izolate) Fobii limitate la situatii foarte specifice cum ar fi proximitatea anumitor animale, inaltimea, trazenul, intunericul, zborul in avion, spatiile inchise, urinarea sau defecarea in toaletele publice, consumul anumitor alimente, ingrijirile dentare sau vederea sangelui sau a ranilor. Cu toate ca situatia declansatoare este discreta, contactul cu ea poate declansa panica la fel ca in agorafobie sau fobia sociala.</p> <p>Acrofobie Fobie de animale Claustrofobie Fobie simpla Exclude: dismorfofobia (nedeliranta) (F45.2) nosofobia (F45.2)</p> <p>F40.8 Alte tulburari anxioase fobice</p>	<p>F40.9 Tulburari anxioase fobice, nespecificate Fobia NOS Stare fobica NOS</p> <p>F41 Alte tulburari anxioase Tulburari in care manifestarea anxietatii este simptomul major si nu este limitata la vreo situatie particulara de mediu. Simptomele depresive si obsesionale, si chiar unele elemente de anxietate fobica, pot de asemenea sa fie prezente, cu conditia ca ele sa fie in mod clar secundare sau mai putin severe.</p> <p>F41.0 Tulburare de panica [anxietate episodica paroxistica] ▼ 0511 Trasatura esentiala o constituie atacurile recurente de anxietate (panica) severa, care nu se limiteaza la vreo situatie speciala sau la un grup de circumstante si de aceea sunt imprezvizibile. Ca si la alte tulburari de anxietate, simptomele dominante includ debutul brusc de palpitatii, dureri de piept, senzatii de sufocare, ameteala si sentimente de irealitate (depersonalizare sau derealizare). De asemenea exista deseori o frica secundara de a muri, de a pierde controlul sau de a innebuni. Tulburarea de panica nu ar trebui sa fie considerata ca diagnostic principal daca pacientul are o tulburare depresiva in momentul in care atacul incepe; in aceste circumstante atacurile de panica sunt probabil secundare depresiei.</p> <p>Panica: - atac (de) - stare (de) Exclude: tulburarea de panica cu agorafobie (F40.01)</p>
---	--

F41.1	<p>Tulburare de anxietate generalizata Anxietatea care este generalizata si persistenta dar care nu se limiteaza la vreuna din circumstantele particulare de mediu sau poate fi chiar foarte predominanta in una din acestea (adica, este 'flotanta'). Simptomele dominante sunt variabile dar includ plangeri din partea pacientului de nervozitate persistenta, de tremuraturi, tensiuni musculare, transpiratii, sentiment de 'cap vid', palpitatii, ameteala si discomfort epigastric. Sunt deseori exprimate temeri ca pacientul sau o ruda se vor imbolnavi sau vor avea un accident.</p> <p>Anxioasa: - nevroza - reactie - stare</p> <p>Exclude: neurastenia (F48.0)</p>	F42	<p>Tulburare obsesiv-compulsiva Gandurile obsesive recurente sau actele compulsive sunt trasatura esentiala. Gandurile obsesive sunt idei, imagini sau impulsuri care patrund in mintea pacientului necontenit si stereotipic. Sunt chinuitoare aproape invariabil si pacientul incearca deseori, fara succes, sa le reziste. Totusi, ele sunt recunoscute ca gandurile proprii ale lui sau ale ei, chiar daca ele sunt involuntare si deseori repugnante. Actele sau ritualurile compulsive sunt comportamente stereotipe care sunt repetate necontenit. Ele nu sunt placute prin ele insele, nici nu rezulta din completarea sarcinilor utile prin ele insele. Functia lor este de a preveni un eveniment in mod obiectiv putin probabil, deseori implicand vatamarea pacientului sau provocat de acesta, de care el sau ea are teama ca s-ar putea produce altminteri. De obicei, acest comportament este recunoscut de catre pacient ca fiind fara rost sau ineficace si sunt efectuate multe incercari pentru a rezista. Anxietatea este prezenta aproape invariabil. Daca se rezista actelor compulsive anxietatea se agraveaza.</p> <p>Include: nevroza anancasta nevroza obsesiv-compulsiva</p> <p>Exclude: personalitatea (tulburarea) obsesiv-compulsiva (F60.5)</p>
F41.2	<p>Tulburare anxioasa si depresiva mixta Aceasta categorie ar trebui sa fie folosita cand simptomele de anxietate si depresie sunt ambele prezente, dar nici unul nu este predominant in mod clar si nici un tip de simptom nu este suficient de prezent pentru a justifica un diagnostic daca sunt considerate separat. Cand sunt prezente atat simptomele de anxietate cat si cele de depresie si sunt destul de grave pentru a justifica diagnostice individuale, ambele diagnostice ar trebui sa fie inregistrate, iar aceasta categorie nu ar trebui sa fie folosita.</p> <p>Depresie anxioasa (usoara sau nepersistenta)</p>	F42.0	<p>Ganduri predominant obsedante sau de meditatie Acestea pot fi forma ideilor, imaginilor mentale sau impulsurilor de a actiona, care sunt aproape intotdeauna separatoare pentru subiect. Uneori ideile sunt o considerare nedecisa si fara sfarsit a alternativelor, asociate cu o incapacitate de a lua decizii banale dar necesare traiului de zi cu zi. Relatia dintre meditariile obsedante si depresie este in mod special stransa, iar un diagnostic de tulburare obsesiv-compulsiva ar fi de preferat numai daca meditariile se produc sau persista in absenta unui episod depresiv.</p>
F41.3	<p>Alte tulburari anxioase mixte Simptomele de anxietate mixte cu trasaturi ale altor tulburari de la F42-F48. Nici un tip de simptom nu este destul de grav pentru a justifica un diagnostic daca sunt considerate separat.</p>		
F41.8	<p>Alte tulburari anxioase specificate Isterie anxioasa</p>		
F41.9	<p>Tulburare anxioasa, nespecificata Anxietate NOS</p>		

- F42.1 Acte predominant compulsive [ritualuri obsedante]
Majoritatea actelor compulsive au ca preocupare curatenia (mai ales spalarea pe maini), verificarea repetata pentru a se asigura ca nu i s-a permis vreunei situatii potential periculoase sa se dezvolte, sau ordinea si randuiala. Comportamentul evident este de frica, de obicei de pericol fie fata de pacient fie cauzat de acesta, iar ritualul este o incercare ineficienta sau simbolica pentru a evita acel pericol.
- F42.2 Ganduri si acte obsedante mixte
- F42.8 Alte tulburari obsesiv-compulsive
- F42.9 Tulburare obsesiv-compulsiva, nespecificata

F43 Reactie la stress sever si tulburari de adaptare

Aceasta categorie difera de celelalte prin aceea ca include tulburari identificabile nu numai pe baza simptomelor si evolutiei dar si pe existenta uneia sau alteia din cele doua influente cauzale: un eveniment din viata extrem de stresant care produce o reactie de stress acut, sau o schimbare semnificativa in viata care duce la circumstante neplacute continue rezultand intr-o tulburare de adaptare. Cu toate ca stressul psiho-social mai putin sever ('evenimente din viata') poate precipita debutul sau poate contribui la prezentarea unui evantai foarte larg de tulburari clasificate altundeva in acest capitol, importanta sa etiologica nu este intotdeauna clara si in fiecare caz se va descoperi ca depinde de vulnerabilitatea individuala, deseori idiosincratice, adica evenimentele din viata nu sunt nici necesare nici suficiente pentru a explica producerea si forma tulburarii. In contrast, tulburarile reunite aici sunt considerate a se produce intotdeauna ca o consecinta directa a stressului sever acut sau traumei persistente. Evenimentele stressante sau circumstantele neplacute continue sunt factorul primar cauzal precumpanitor, iar tulburarea nu s-ar fi produs fara impactul lor. Tulburarile din aceasta sectiune pot astfel sa fie considerate ca raspunsuri neadaptabile la stressul persistent si sever, prin aceea ca ele vin in conflict cu mecanismele adaptative de succes si duc deci la probleme de functionare sociala.

- F43.0 Reactie acuta la stress
O tulburare tranzitorie care se dezvolta intr-un individ fara vreo alta tulburare mentala ca raspuns la un stress extraordinar fizic si mental si care de obicei dispare in cateva ore sau zile. Vulnerabilitatea individuala si capacitatea de a face fata problemelor joaca un rol in producerea si severitatea reactiilor acute la stress. Simptomele arata un tablou mixt si in schimbare si includ o stare initiala de 'uimire' cu o oarecare restrangere a campului constiintei si diminuare a atentiei, incapacitate de a intelege stimulii si dezorientare. Aceasta stare poate fi urmata fie de o noua retragere din mediul inconjurator (putand ajunge pana la stupoare disociativa - F44.2), fie de o agitatie si supra-activitate (reactie de retragere sau fuga). Sunt prezente in mod obisnuit semnele autonome de anxietate extrema (tahicardie, transpiratie, roseata). Simptomele apar de obicei in cateva minute de la impactul stimulului sau evenimentului stressant si dispar in doua pana la trei zile (deseori in cateva ore). Poate fi prezenta amnezia partiala sau completa (F44.0) a episodului. Daca simptomele persista, ar trebui sa fie luata in considerare o schimbare a diagnosticului.

Acuta:

- reactie de criza
 - reactie la stress
- Oboseala de lupta
Stare de criza
Soc psihic

F43.1	<p>Tulburare de stress post-traumatica Se produce ca un raspuns intarziat sau prelungit la un eveniment sau situatie stressante (de durata fie scurta fie lunga) de natura extrem de amenintatoare sau catastrofica, si care este posibil sa provoace in aproape oricine o neliniste patrunzatoare. Factorii de predispunere, cum ar fi trasaturile de personalitate (de ex compulsiva, astenica) sau istoricul anterior de boala nevrotica pot sa reduca pragul pentru dezvoltarea sindromului sau agravarea evolutiei lui, dar ei nu sunt nici necesari nici suficienti pentru a explica producerea lui. Trasaturile tipice includ episoade de retraire repetata a traumei in amintiri sacaitoare ('flashback-uri'), vise sau cosmaruri, producandu-se contra unui fundal persistent de 'toropeala' si slabire emotionala, detasare fata de alte persoane, lipsa de raspuns la mediul inconjurator, anhedonie si evitarea activitatilor si situatiilor care amintesc de trauma. Exista de obicei o stare de hipertrezire autonoma cu hipervigilenta, o reactie sporita de tresarire si insomnie. Anxietatea si depresia sunt asociate in mod obisnuit cu simptomele si semnele de mai sus, iar ideatia suicidala este frecventa. Debutul urmeaza traumei cu o perioada de latentia care poate dura de la cateva saptamani la luni de zile. Evolutia este fluctuanta dar ne putem astepta la recuperare in majoritatea cazurilor. Intr-o proportie mica de cazuri, afectiunea poate sa urmeze un curs cronic pe o perioada de mai multi ani, cu o tranzitie eventuala spre o schimbare de personalitate de durata (F62.0).</p>	F43.2	<p>Tulburare de adaptare Stari de suferinta subiectiva si de perturbare emotionala, de obicei impiedicand functionarea sociala si performantele sociale, survenind in perioada de adaptare la o schimbare semnificativa de viata sau la un eveniment stressant de viata. Factorul de stress poate sa fi afectat integritatea unei retele sociale a individului (pierdere ireparabila, experiente de separare) sau sistemul mai larg al suporturilor si valorilor sociale (emigrare, statut de refugiat) sau a reprezentat o tranzitie de dezvoltare majora sau criza (mersul la scoala, faptul de a deveni parinte, esecul in atingerea unui scop personal indragit, pensioarea). Predispozitia individuala sau vulnerabilitatea joaca un rol important in riscul producerii si formarii manifestarilor privind tulburarile de adaptare, dar, cu toate acestea, se presupune ca afectiunea nu s-ar fi produs fara factorul stressant. Manifestarile variaza si includ dispozitia depresiva, anxietatea sau grija (sau o combinatie a acestora), un sentiment de incapacitate de infruntare, de a face proiecte de viitor, sau de a continua situatia din prezent ca si un anumit grad de imposibilitate de a efectua activitatile de rutina zilnica. Tulburarile de conduita pot sa fie o trasatura asociata, mai ales la adolescenti. Trasatura predominanta poate fi o reactie depresiva de scurta sau lunga durata sau o perturbare a altor emotii si conduite.</p>
Nevroza traumatica	<p>Soc cultural Reactie la mahnire adanca Spitalizare la copil Exclude: tulburarea de anxietate privind separarea de copilarie (F93.0)</p>	F43.8	Alte reactii la un factor de stress sever
		F43.9	Reactie la un factor de stress sever, nespecificata

F44**Tulburari disociative [de conversie]**

Ideile comune care apar in tulburarile disociative sau de conversie sunt o pierdere partiala sau completa a integrarii normale intre amintirile trecutului, constiintei identitatii si senzatiile imediate ca si controlul miscarilor trupului. Toate tipurile tulburarilor disociative tind sa remita dupa cateva saptamani sau luni, mai ales daca debutul lor este asociat cu un eveniment traumatic din viata. Se pot dezvolta tulburari mai cronice, mai ales paralizii si anestezie, daca debutul este asociat cu probleme sau dificultati interpersonale insolubile. Aceste tulburari au fost clasificate anterior ca tipuri variate de 'isterie de conversie'. Ele se presupune a fi psihogene la origine, fiind asociate cu evenimente traumatice, probleme insolubile si intolerabile sau relatii incomode care s-au petrecut in trecutul apropiat. Simptomele reprezinta deseori conceptia pacientului despre modul in care o boala fizica s-ar manifesta. Examinarea si investigatia medicala nu evidentiaza prezenta vreunei tulburari cunoscute fizice sau neurologice. In plus, exista dovada ca pierderea functiei este o expresie a conflictelor sau necesitatilor emotionale. Simptomele se pot dezvolta in relatie stransa cu stresul psihologic, si deseori apar brusc. Sunt incluse aici numai tulburarile functiilor fizice care sunt in mod normal sub control voluntar si pierderea senzatiilor. Tulburarile care implica durerea si alte senzatii fizice complexe mediate de sistemul nervos autonom sunt clasificate la tulburarea de somatizare (F45.0). Trebuie tinut cont de posibilitatea aparitiei mai tarzii a tulburarilor serioase fizice sau psihice.

Include: de conversie:

- isteria
- reactia

isteria

psihoza isterica

Exclude: simularea unei boli [simulare constienta] (Z76.5)

F44.0

Amnezie disociativa

Trasatura principala este pierderea memoriei, de obicei a evenimentelor recente importante, care nu se datoreaza unei tulburari mentale organice, si este prea esentiala pentru a fi explicata prin uitare obisnuita sau oboseala. Amnezia are la baza de obicei evenimente traumatice, cum ar fi accidente sau pierderile ireparabile neasteptate, si este de obicei partiala sau selectiva. Amnezia completa si generalizata este rara si face parte de obicei din fuga (F44.1). Daca aceasta este cauza, tulburarea ar trebui sa fie clasificata ca atare. Diagnosticul nu ar trebui sa fie pus in prezenta tulburarilor cerebrale organice, intoxicatiei sau oboselii excesive.

Exclude: tulburarea amnezica indusa de alcool sau alte substante psihoactive (F10-F19 cu al patrulea caracter obisnuit .6)

amnezia:

- anterograda (R41.1)
- NOS (R41.3)
- retrograda (R41.2)

sindromul amnezic organic nealcoolcic (F04.9)

amnezia post-critica in epilepsie (G40.-)

F44.1

Fuga disociativa

Fuga disociativa are toate trasaturile amneziei disociative, in plus plecarea motivata depasind raza cotidiana obisnuita. Cu toate ca exista amnezie pentru perioada de fuga, comportamentul pacientului in acest timp poate sa para complet normal pentru observatorii din exterior.

Exclude: fuga post-critica in epilepsie (G40.-)

<p>F44.2 Stupoare disociativa Stupoarea disociativa este diagnosticata pe baza unei diminuari profunde sau unei absente a miscarii voluntare si a reactiei normale la stimulii externi, cum ar fi lumina, zgomotul si atingerea. Dar examinarea si investigarea nu dezvaluie nici o evidenta a unei cauze fizice. In plus, exista dovada pozitiva a cauzalitatii psihogene sub forma evenimentelor sau problemelor stressante recente.</p> <p>Exclude: tulburarea catatonica organica (F06.1)</p> <p>stupoarea:</p> <ul style="list-style-type: none"> - catatonica (F20.2) - depresiva (F31-F33) - maniacala (F30.2) - NOS (R40.1) 	<p>F44.5 Convulsii disociative Convulsiile disociative pot imita foarte bine miscarile din timpul unor atacuri epileptice, dar muscarea limbii, zgarieturile datorite caderii si incontinenta urinara sunt rare, iar constiinta este mentinuta sau inlocuita cu o stare de stupoare sau transa.</p>
<p>F44.3 Tulburari privind starea de transa si posesie Tulburari in care exista o pierdere temporara a simtului privind identitatea personala si constiinta completa in ceea ce priveste mediul inconjurator. Se includ aici starile de transa care sunt involuntare sau nedorite, producandu-se in afara situatiilor acceptate religioase sau culturale.</p> <p>Exclude: starile asociate cu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tulburarile psihotice tranzitorii si acute (F23.-) - tulburarea organica de personalitate (F07.0) - sindromul post-comotional (F07.2) - intoxicatia cu substante psihoactive (F10-F19 cu al patrulea caracter obisnuit .0) - schizofrenia (F20.-) 	<p>F44.6 Anestezie disociativa si pierdere senzoriala Zonele anesteziate ale pielii au deseori limite care arata clar ca ele sunt asociate mai degraba cu ideile pacientului despre functiile corpului decat cu anumite cunostinte medicale. Poate fi o pierdere diferentiala intre tipurile senzoriale care nu pot fi datorite unei leziuni neurologice. Pierderea senzoriala poate fi insotita de parestezii. Pierderea vederii si auzului sunt foarte rare in tulburarile disociative.</p> <p>Surditate psihogena</p>
<p>F44.4 Tulburari motorii disociative In formele cele mai obisnuite exista o pierdere a capacitatii de miscare in intregime sau partiala a unui membru sau membrilor. Poate exista o mare asemanare cu aproape toate formele de ataxie, apraxie, akinezie, afonie, dizartrie, dischinezie, atacuri sau paralizie.</p> <p>Psihogena:</p> <ul style="list-style-type: none"> - afonia - disfonia 	<p>F44.7 Tulburari disociative [de conversie] mixte Combinatie de tulburari specificate la F44.0-F44.6</p> <p>F44.8 Alte tulburari disociative [de conversie]</p> <p>F44.80✚ Sindromul Ganser</p> <p>F44.81✚ Tulburare de personalitate multipla</p> <p>F44.82✚ Tulburari disociative tranzitorii [de conversie] care se produc in copilarie si adolescenta</p> <p>F44.88✚ Alte tulburari disociative [de conversie] specificate Confuzie psihogena</p> <p>F44.9 Tulburare disociativa [de consersie], nespecificata</p>

<p>F45 Tulburari somatoforme Trasatura principala este o prezenta repetata a simptomelor fizice impreuna cu cereri persistente pentru investigatii medicale in ciuda rezultatelor negative repetate si asigurarilor date de medici ca simptomele nu au nici o baza fizica. Daca sunt prezente unele tulburari fizice, ele nu explica natura si extinderea simptomelor sau suferintele si preocuparea pacientului. Exclude: tulburarile dissociative (F44.-) smulgerea parului (F98.4) lalatia (F80.0) vorbirea suieratoare (F80.8) rosul unghiilor (F98.8) factori psihologici sau comportamentali asociati cu tulburari sau boli clasificate altundeva (F54) disfunctia sexuala necauzata de o tulburare sau boala organice (F52.-) suptul policelui (F98.8) ticuri (in copilarie si adolescenta) (F95.-) sindromul Tourette (F95.2) trichotillomania (F63.3)</p>	<p>F45.1 Tulburare somatoforma nediferentiata Cand suferintele somatoforme sunt multiple, variate si persistente, dar tabloul clinic tipic si complet al tulburarii de somatizare nu este completat, ar trebui sa fie luat in considerare diagnosticul de tulburare somatoforma nediferentiata.</p> <p>Tulburare psihosomatica nediferentiata</p> <p>F45.2 Tulburare hipocondriaca Trasatura esentiala este o preocupare persistenta cu posibilitatea de a avea una sau mai multe tulburari fizice progresive si serioase. Pacientii manifesta suferinte somatice persistente sau preocupare persistenta privind infatisarea lor fizica. Senzatiile si infatisarile fizice normale sau banale sunt deseori interpretate de pacient ca anormale si suparatoare, iar atentia este de obicei concentrata numai asupra unui sau doua organe sau sistemem ale corpului. Depresia si anxietatea marcante sunt prezente deseori si pot justifica diagnosticul aditional.</p> <p>Tulburarea de dismorfie corporala Dismorfo-fobia (nedeliranta) Nevroza hipocondriaca Hipocondria Nosofobia Exclude: dismorfo-fobia deliranta (F22.8) idei delirante fixe despre functiile corpului sau forma acestuia (F22.-)</p>
<p>F45.0 Tulburare de somatizare Trasaturile principale sunt multiple, recurente schimbandu-se in mod frecvent simptomele fizice pe o durata de cel putin doi ani. Cei mai multi pacienti au un istoric lung si complicat de contact atat cu serviciile de asistenta medicala primara cat si cu cele de specialitate, timp in care este posibil sa se fi realizat multe investigatii negative si operatii exploratorii inutile. Simptomele se pot referi la orice parte sau sistem al corpului. Evolutia tulburarii este cronica si fluctuanta, si este deseori asociata cu alterarea comportamentului social, interpersonal si familial. Tiparele de simptome de scurta durata (mai putin de doi ani) sau mai putin evidente ar trebui sa fie clasificate la tulburarea somatoforma nediferentiata (F45.1).</p> <p>Tulburarea Briquet Tulburarea psihomotorie multipla Exclude: simulare a unei boli [simulare constienta] (Z76.5)</p>	

<p>F45.3 Disfunctia somatoforma autonoma Simptomele sunt prezentate de catre pacient ca si cand ele ar fi cauzate de o tulburare fizica a unui sistem sau organ care este in mare parte sau complet sub controlul si inervarea autonoma, adica sistemele cardiovascular, gastrointestinal, respirator si uro-genital. Simptomele sunt de obicei de doua tipuri, niciunul dintre ele nu indica o tulburare fizica a organului sau sistemului respectiv. In primul tip sunt plangerile bazate pe semnele obiective ale raspunsului la stimuli autonomi, cum ar fi palpitatiile, transpiratul, roseata, tremuratul si expresia de frica si nefericire privind posibilitatea unei tulburari fizice. In al doilea, sunt plangeri subiective de natura nespecifica sau schimbatoare, cum ar fi dureri vagi, senzatii de arsura, de greutate, de incordare si sentimentul de a fi buhait sau umflat care sunt atribuite de pacient unui organ sau sistem specifice.</p>	<p>F45.38* Disfunctie autonoma somatoforma, alt organ sau sistem</p> <p>F45.39* Disfunctie autonoma somatoforma, organe sau sisteme multiple</p> <p>F45.4 Sindrom dureros somatoform persistent Plangerea predominanta este de durere persistenta, severa si suparatoare, care nu poate fi explicata complet printr-un proces fiziologic sau o tulburare fizica. Se produce in asociatie cu un conflict emotional sau probleme psihosociale, fiind suficiente pentru a permite concluzia ca ele sunt influentele cauzative principale. Rezultatul este de obicei o crestere importanta a atentiei si sprijinului fie personal fie medical. Nu ar trebui sa fie inclusa aici durerea care se presupune a fi de origine psihogena survenind in cursul tulburarilor depresive sau schizofreniei.</p>
<p>Nevroza cardiaca Sindromul Da Costa Nevroza gastrica Astenie neurocirculatorie Formele psihogene de: - aerofagie - tuse - diaree - dispepsie - disurie - flatulenta - sughit - hiperventilatie - frecventa crescuta de mictiune - sindromul intestinului iritabil - spasmul pilorului Exclude: factorii de comportament si psihologici asociati cu tulburarile sau bolile clasificate altundeva (F54)</p>	<p>Psihalgie Psihogena: - dorsalgie - cefalee Tulburare de durere somatoforma Exclude: dorsalgia NOS (M54.9) durere: - acuta (R52.0) - cronica (R52.2) - ireductibila (R52.1) - NOS (R52.9) cefalee de tensiune (G44.2)</p>
<p>F45.30* Disfunctie autonoma somatoforma, organ sau sistem nespecificate</p> <p>F45.31* Disfunctie autonoma somatoforma, inima si sistem cardiovascular</p> <p>F45.32* Disfunctie autonoma somatoforma, tract gastrointestinal superior</p> <p>F45.33* Disfunctie autonoma somatoforma, tract gastrointestinal inferior</p> <p>F45.34* Disfunctie autonoma somatoforma, sistem respirator</p> <p>F45.35* Disfunctie autonoma somatoforma, sistem genito-urinar</p>	<p>F45.8 Alte tulburari somatoforme Oricare alte tulburari de senzatie, functie si comportament, nedatorite tulburarilor fizice, care nu sunt produse prin sistemul nervos autonom, care sunt limitate la sistemele sau la partile din corp specifice si care sunt strans legate in timp cu probleme sau evenimente stressante.</p> <p>Psihogena: - dismenoree - disfagie, incluzand 'globul isteric' - pruritus - torticolis Bruxism</p> <p>F45.9 Tulburare somatoforma, nespecificata Tulburare psihosomatica NOS</p>

F48	Alte tulburari nevrotice	
F48.0	<p>Neurastenie</p> <p>In prezentarea acestei tulburari apar variatii culturale considerabile, iar doua tipuri principale se pot observa cu o intersectare substantiala. Intr-unul din tipuri, trasatura principala este o plangere de oboseala crescuta dupa un efort mental, deseori asociata cu o oarecare diminuare a performantei profesionale sau a capacitatii de a face fata eficient sarcinilor zilnice. Oboseala mentala este descrisa in mod tipic ca o patrundere neplacuta a asocierilor si amintirilor nelinistitoare, ca o dificultate in concentrare si o gandire ineficace in general. In celalalt tip, se pune accentul pe sentimente de slabiciune corporala sau fizica si de epuizare dupa un efort minim, insotite de un sentiment de dureri musculare si neputinta de relaxare. In ambele tipuri, este obisnuita o varietate de alte sentimente fizice neplacute, cum ar fi vertijul, cefaleea de tensiune si sentimentele de instabilitate generala. Toate cele care umeaza sunt obisnuite de asemenea, si anume grija privind degradarea sanatatii mentale si fizice, iritabilitatea, anhedonia si gradele minore variate atat de depresie cat si de anxietate. Somnul este deseori tulburat in faza sa initiala si cea medie, dar hipersomnia poate fi de asemenea proeminanta.</p> <p>Sindromul de oboseala</p> <p>Folositi codul aditional pentru a identifica boala fizica anterioara</p> <p>Exclude: astenia NOS (R53) surmenaj (Z73.0) indispozitie si oboseala (R53) sindromul de oboseala post-virala (G93.3) psihastenia (F48.8)</p>	<p>F48.1 Sindrom de depersonalizare-derealizare O tulburare rara in care pacientul se plange in mod spontan ca activitatea sa mentala, corpul si mediul sau inconjurator sunt schimbate in ceea ce priveste calitatea lor, percepute ca ireale, indepartate sau automatizate. Printre fenomenele variate ale sindromului, pacientii se plang cel mai frecvent de pierderea emotiilor si sentimentelor de straniu sau detasare de gandirea lor, corpul lor sau lumea reala. In ciuda naturii dramatice a experientei, pacientul este constient de nerealitatea schimbarii. Abilitatea creierului de a primi si interpreta stimulii senzoriali este normala, iar capacitatea pentru expresia emotionala intacta. Simptomele de depersonalizare-derealizare pot sa apara ca parte a unei tulburari diagnosticabile schizofrenice, depresive, fobice sau obsesiv-compulsive. In asemenea cazuri diagnosticul ar trebui sa fie cel al tulburarii principale.</p> <p>F48.8 Alte tulburari nevrotice specificate Sindrom Dhat Nevroza profesionala, incluzand crampa la mana a scriitorului Psihastenie Nevroza psihastenica Sincopa psihogena</p> <p>F48.9 Tulburare nevrotica, nespecificata Nevroza NOS</p>

Sindroame comportamentale asociate perturbarilor fiziologice si factorilor fizici (F50-F59)

F50 Tulburari privind modul de a manca

Exclude: anorexia NOS (R63.0)

(de) hranire:

- dificultati si proasta administrare (R63.3)
- tulburare la sugar sau copil (F98.2)

polifagia (R63.2)

F50.0 Anorexie nervoasa
O tulburare caracterizata prin pierderea deliberata a greutatii, indusa si sustinuta de pacient. Se produce de cele mai multe ori la fetele adolescente si femeile tinere, dar baietii adolescenti si tinerii barbati pot fi de asemenea afectati, asa cum pot si copiii care se apropie de pubertate si femeile mai in varsta pana la menopauza. Tulburarea este asociata cu o psihopatologie specifica in care frica de a se ingrasa si de a avea un corp gras persista ca o idee sacaitoare si supraevaluata, iar pacientii isi impun ei insisi o limita de greutate scazuta. Exista de obicei o subnutritie de severitate variabila cu schimbari secundare endocrine si metabolice si perturbari ale functiilor corpului. Simptomele includ alegerea restrictiva a regimului, exercitii excesive, voma si purgatie induse si folosirea de substante contra apetitului si diuretice.

Exclude: pierderea apetitului:

- NOS (R63.0)
- psihogena (F50.8)

F50.1 Anorexie nervoasa atipica
Tulburari care au unele dintre trasaturile anorexiei nervoase, dar in care tabloul clinic complet nu justifica acest diagnostic. De exemplu, unul din simptomele cheie, cum ar fi amenoreea sau frica deosebita de ingrasare, poate sa lipseasca in prezenta unei pierderi de greutate marcate si a unui comportament de reducere a greutatii. Acest diagnostic nu ar trebui sa fie pus in prezenta tulburarilor fizice cunoscute asociate cu pierderea de greutate.

F50.2 Bulimie nervoasa
Un sindrom caracterizat prin accese repetate de apetit excesiv si o preocupare excesiva pentru controlul greutatii corpului, ducand la un mod de a manca peste masura urmat de voma sau folosirea purgativelor. Aceasta tulburare are multe trasaturi psihologice comune cu anorexia nervoasa, incluzand o preocupare excesiva fata de forma corpului si greutate. Voma repetata provoaca probabil tulburari electrolitilor corpului si complicatii fizice. Deseori, dar nu intotdeauna, exista un istoric mai timpuriu al unui episod de anorexie nervoasa, intervalul de timp fiind de la cateva luni la mai multi ani.

Bulimie NOS

Hiperorexie nervoasa

F50.3 Bulimie atipica nervoasa
Tulburari care cuprind unele dintre trasaturile bulimiei nervoase, dar in care intregul tablou clinic nu justifica acel diagnostic. De exemplu, pot exista accese recurente de apetit excesiv si folosirea exagerata a purgativelor fara schimbarea importanta a greutatii, sau poate fi absenta preocuparea tipica excesiva fata de forma corpului si greutate.

F50.4 Apetit excesiv asociat cu alte tulburari psihologice
Apetit excesiv datorit unor evenimente stressante, cum ar fi pierderea ireparabila, accident, nastere, etc.

Apetit excesiv psihogen

Exclude: obezitatea (E66.-)

F50.5 Voma asociata cu alte tulburari psihologice
Voma repetata care se produce in tulburarile disociative (F44.-) si in tulburarea hipocondriacala (F45.2) si care nu se datoreaza numai afectiunilor clasificate in afara acestui capitol. De asemenea, aceasta subcategorie poate fi folosita aditional la O21.- (voma excesiva in timpul sarcinii) atunci cand factorii emotionali sunt predominanti in provocarea gretii si vomei recurente din timpul sarcinii.

Voma psihogena

Exclude: greata (R11)

voma NOS (R11)

F50.8 Alte tulburari de apetit
Pica la adulti
Pierderea psihogena a apetitului
Exclude: pica la sugari si copii (F98.3)

F50.9 Tulburare de apetit, nespecificata

F51 Tulburari de somn neorganice

In multe cazuri, o tulburare de somn este unul din simptomele altei tulburari, fie mentale, fie fizice. Daca o tulburare de somn la un pacient dat este o afectiune independenta sau este simplu una dintre trasaturile altei tulburari clasificate altundeva fie in acest capitol, fie in altele, ar trebui sa fie determinata pe baza prezentarii sale clinice si evolutiei ca si pe baza consideratiilor terapeutice si prioritatilor din momentul consultatiei. In general, daca tulburarea de somn este una din suferintele majore si este perceputa ca o afectiune prin ea insasi, codul prezent ar trebui sa fie folosit impreuna cu alte diagnostice pertinente care descriu psihopatologia si patofiziologia implicate intr-un caz dat. Aceasta categorie include numai acele tulburari de somn in care cauzele emotionale sunt considerate a fi un factor primar, si care nu sunt datorite tulburarilor fizice identificabile clasificate altundeva.

Exclude: tulburarile de somn (organice) (G47.-)

F51.0 Insomnie neorganica
O afectiune a cantitatii si/sau calitatii somnului, care persista pentru o perioada de timp considerabila, incluzand dificultatile de adormire, de a ramane adormit sau de trezire matinala timpurie. Insomnia este un simptom obisnuit in multe tulburari mentale si fizice, si ar trebui sa fie clasificata aici pe langa tulburarea de baza numai daca domina tabloul clinic.

Exclude: insomnia (organica) (G47.0)

F51.1 Hipersomnie neorganica
Hipersomnia este definita ca o afectiune fie a unei somnolente excesive in timpul zilei si atacuri de somn (neluand in considerare o cantitate neadevata de somn), fie a unei tranzitii prelungite catre starea de trezire completa in momentul desteptarii. In absenta unui factor organic pentru producerea hipersomniei, aceasta afectiune este asociata de obicei cu tulburari mentale.

Exclude: hipersomnia (organica) (G47.1)
narcolepsia (G47.4)

F51.2 Tulburare neorganica de orar somn/veghe
O lipsa a sincronizarii intre orarul somn/veghe si orarul somn/veghe dorit pentru mediul inconjurator al pacientului, rezultand intr-o suferinta fie de insomnie fie de hipersomnie.

Inversiunea psihogena a ritmului (de):

- circadian
- nictemeral
- somn

Exclude: tulburari ale orarului (organic) (G47.2)

F51.3 Somnambulism [mersul prin somn]
O stare de constienta alterata in care fenomenele de somn si veghe sunt combinate. In timpul unui episod de mers prin somn, individul se ridica din pat, de obicei in cursul primei treimi a somnului nocturn, si hoinareste avand nivele scazute de constienta, de reactivitate si de indemanare motrica. La trezire, nu se pastreaza nici o amintire despre eveniment.

F51.4 Teroare in somn [teroare nocturna]
Episoade nocturne de teroare si panica extrema asociate cu vocalizari intense, motilitate si nivele ridicate de descarcari autonome. Individul se ridica sau se trezeste, de obicei in prima treime a somnului nocturn, cu un tipat de panica. Destul de des el sau ea fugе spre usa ca si cand ar incerca sa scape, cu toate ca foarte rar paraseste camera. Amintirea evenimentului, daca exista vreuna, este foarte limitata (de obicei se rezuma la una sau doua imagini mentale fragmentate).

F51.5 Cosmaruri
Experiente de vis incarcate cu anxietate sau teama. Exista amintirea foarte detaliata a continutului visului. Experienta de vis este foarte vie si de obicei include teme implicand amenintari la viata, securitate sau stima de sine. Exista destul de des o recurenta a acelorasi teme sau similare de cosmaruri care provoaca spaima. In timpul unui episod tipic exista un grad de descarcare autonoma dar fara vocalizari sau motilitate corporala apreciabile. La trezire, individul devine repede alert si orientat.

Tulburare de anxietate in vis

F51.8 Alte tulburari de somn neorganice

F51.9 Tulburari de somn neorganice, nespecificate
Tulburare de somn emotional NOS

F52	Disfunctie sexuala, neprovocata de o tulburare sau boala organica	F52.5 Vaginism neorganic Spasmul muschilor planseului pelvian care inconjoara vaginul, provocand ocluzia deschiderii vaginale. Introducerea penisului este fie imposibila, fie dureroasa.
	Disfunctia sexuala cuprinde diferite moduri prin care un individ este incapabil sa aiba relatia sexuala asa cum el sau ea si-ar dori-o. Raspunsul sexual este un proces psihosomatic si atat procesul psihologic cat si cel somatic sunt implicate de obicei in provocarea disfunctiei sexuale. Exclude: sindromul Dhat (F48.8)	Vaginism psihogen Exclude: vaginismul (organic) (N94.2)
F52.0	Absenta sau pierdere a dorintei sexuale Pierderea dorintei sexuale este principala problema si nu este secundara altor dificultati sexuale, cum ar fi esecul de erectie sau dispareunia.	F52.6 Dispareunie neorganica Dispareunia (sau durerea in timpul relatiei sexuale) survine atat la femei cat si la barbati. Poate fi deseori atribuita patologiei locale si atunci clasificarea la afectiunea patologica ar fi corecta. Aceasta categorie urmeaza sa fie folosita numai daca nu exista nici o disfunctie sexuala neorganica primara (de ex vaginism sau uscaciune vaginala).
	Frigiditate Tulburare privind dorinta sexuala hipoactiva	Dispareunie psihogena Exclude: dispareunia (organica) (N94.1)
F52.1	Aversiunea sexuala si lipsa de placere sexuala Fie perspectiva relatiilor sexuale produce o frica sau anxietate suficiente astfel ca activitatea sexuala este evitata (aversiune), fie raspunsul sexual este normal si orgasmul este simtit dar exista o lipsa de placere specifica (lipsa placerii sexuale).	F52.7 Necesitate sexuala excesiva Nimfomanie Satiriază
	Anhedonie (sexuala)	F52.8 Alta disfunctie sexuala necauzata de o tulburare sau o boala organica
F52.2	Esec al raspunsului genital Principala problema la barbati este disfunctia de erectie (dificultate in dezvoltarea sau mentinerea unei erectii potrivite pentru un raport satisfacator). La femei, problema principala este uscaciunea vaginala sau esecul de lubrifiere.	F52.9 Disfunctie sexuala nespecificata, necauzata de o tulburare sau o boala organica
	Tulburare de raspuns sexual la femeie Tulburare de erectie masculina Impotenta psihogena Exclude: impotenta de origine organica (N48.4)	F53 Tulburari comportamentale si mentale asociate cu puerperium, neclasificate altundeva
F52.3	Disfunctie orgasmica Orgasmul fie nu are loc, fie este intarziat in mod deosebit.	▼ 0505 Aceasta categorie include numai tulburarile mentale asociate cu puerperium (incepand cu perioada de sase saptamani dupa nastere) care nu intrunesc criteriile pentru tulburarile clasificate altundeva in acest capitol, fie din cauza ca sunt disponibile informatii insuficiente, fie din cauza ca trasaturile clinice aditionale speciale sunt considerate a fi prezente astfel facand clasificarea lor altundeva necorespunzatoare.
	Orgasm inhibat (femeie) (barbat) Anorgasm psihogen	F53.0 Tulburari mentale si de comportament usoare asociate cu puerperium, neclasificate altundeva Depresie: - post-natala NOS - post-partum NOS
F52.4	Ejaculare prematura Incapacitatea de a controla suficient ejacularea pentru ca ambii parteneri sa simta placere in raportul sexual.	F53.1 Tulburari mentale si de comportament severe asociate cu puerperium, neclasificate altundeva Psihoza purperala NOS

- F53.8 Alte tulburari mentale si de comportament asociate cu puerperium, neclasificate altundeva
Post-partum:
- posomorat NOS
- disforia NOS
- tulburare de dispozitie NOS
- tristete NOS
- F53.9 Tulburare mentala puerperala, nespecificata

F54

Factori psihologici si comportamentali asociati bolilor sau tulburarilor clasificate altundeva

Aceasta categorie ar trebui sa fie folosita pentru a inregistra prezenta influentelor comportamentale sau psihologice considerate a fi jucat un rol important in etiologia tulburarilor fizice care pot fi clasificate la alte capitole. Orice tulburari mentale care rezulta sunt de obicei usoare si deseori prelungite (cum ar fi ingrijorarea, conflictul emotional, neincrederea) si nu justifica prin ele in sine folosirea vreunei categorii din acest capitol.

Exemplele de folosire a acestei categorii sunt:

- astmul F54 si J45.-
- dermatita F54 si L23-L25
- ulcerul gastric F54 si K25.-
- colita mucoasa F54 si K58.-
- colita ulcerativa F54 si K51.-
- urticaria F54 si L50.-

Factorii psihologici care afecteaza afectiunile fizice

Folositi un cod aditional pentru a identifica tulburarea fizica asociata

Exclude: cefaleea provocata de tensiune (G44.2)

F55

Folosire daunatoare de substante nedeterminand dependenta

O larga varietate de medicamente si remedii populare pot fi implicate, dar grupurile foarte importante sunt: (a) medicamentele psihotrope care nu produc dependenta, cum ar fi antidepressivele, (b) laxativele, si (c) analgezicele care pot fi cumparate fara prescriere medicala, cum ar fi aspirina si paracetamolul.

Folosirea persistenta a acestor substante implica deseori contacte care nu sunt necesare cu profesionistii medicali sau cu echipele acestora, si este uneori insotita de efectele fizice daunatoare ale substantelor. Incercarile de a convinge sa nu se foloseasca substanta sau de a se interzice folosirea ei intampina de multe ori rezistenta; aceasta se poate produce pentru laxative si analgezice, in ciuda avertismentelor despre vatamarea fizica (sau chiar dezvoltarea ei), cum ar fi disfunctia renala sau tulburarile electrolitice. Cu toate ca este clar de obicei ca pacientul are o motivatie serioasa pentru a lua substanta, simptomele de dependenta sau sevraj nu se dezvoltă ca in cazul substantelor psihoactive specificate la F10-F19.

Obiceiul de a lua laxative

Tulburare de folosire a:

- antiacidelor
- remediilor pe baza de plante sau populare
- steroizilor sau hormonilor
- vitaminelor

Exclude: tulburarea de folosire a substantelor psihoactive care produc dependenta (F10-F19)

- F55.0☛ Antidepressive
- F55.1☛ Laxative
- F55.2☛ Analgezice
- F55.3☛ Antiacide
- F55.4☛ Vitamine
- F55.5☛ Steroizi sau hormoni
- F55.6☛ Remedii specifice din plante sau populare
- F55.8☛ Alte substante care nu produc dependenta
- F55.9☛ Nespecificate

F59

Sindroame comportamentale nespecificate asociate perturbarilor fiziologice si factorilor fizici

Disfunctia fiziologica psihogena NOS

Tulburari de personalitate si de comportament la adulti (F60-F69)

Acest bloc include o varietate de afectiuni si tipare de comportament semnificative clinic ce tind sa fie persistente si apar ca expresia stilului de viata al individului si modului de a stabili raporturi cu el insusi sau ea insasi si cu altii. Unele din aceste afectiuni si tipare de comportament apar timpuriu in cursul dezvoltarii individuale, ca rezultat atat al factorilor constitutionali cat si al experientei sociale, in timp ce altele se dobandesc mai tarziu in cursul vietii. Tulburarile de personalitate specifice (F60.-), alte tulburari de personalitate si mixte (F61.-), si schimbarile de personalitate durabile (F62.-) sunt tipare de comportament durabile si adanc inradacinate, manifestandu-se ca raspunsuri inflexibile la un larg evantai de situatii sociale si personale. Ele reprezinta deviatii semnificative sau extreme de la modul in care individul obisnuit dintr-o cultura data percepe, gandeste, simte si, mai ales, are legatura cu altii. Asemenea tipare de comportament tind sa fie stabile si cuprind multiple domenii ale comportamentului si functionarii psihologice. Ele sunt in mod frecvent, dar nu intotdeauna, asociate cu diferite grade de suferinta subiectiva si probleme de performanta sociala.

F60 Tulburari de personalitate specifice

- ▼ 0512 Sunt perturbari severe in personalitatea si tendintele comportamentale ale individului; nu rezulta direct dintr-o boala, vatamare sau alta leziune pe creier sau din alta tulburare psihiatrica; implicand de obicei mai multe zone ale personalitatii; aproape intotdeauna asociate cu o suferinta personala considerabila si o bulversare sociala; si se manifesta de obicei din copilărie sau adolescenta si continua in perioada adulta.

F60.0 Tulburare de personalitate paranoida
Tulburare de personalitate caracterizata prin sensibilitate excesiva la intreruperi, neiertarea insultelor; suspiciune si o tendinta de a denatura experienta prin interpretarea gresita a actiunilor neutre sau prietenesti ale altora ca fiind ostile sau dispretuitoare; suspiciune recurenta, fara justificare, privind fidelitatea sexuala a sotului/sotiei sau a partenerului sexual; si un simt combativ si tenace al drepturilor proprii. Poate exista o auto-importanta excesiva si exista deseori o auto-referire excesiva.

Personalitate (tulburare de):

- paranoida expansiva
- fanatica
- paranoida
- certareata
- paranoida sensibila

Exclude: paranoia:

- NOS (F22.0)
- cverulenta (F22.8)

paranoia:

- psihoza (F22.0)
- schizofrenia (F20.0)
- stare (F22.0)

F60.1 Tulburare de personalitate schizoida
Tulburare de personalitate caracterizata printr-o restrangere a contactelor afective, sociale si altele cu o preferinta pentru fantezie, activitati solitare si introspectie. Exista o capacitate limitata de a-si exprima sentimentele si a experimenta placerea.

Exclude: sindromul Asperger (F84.5)

- tulburarea deliranta (F22.0)
- tulburarea schizoida a copilăriei (F84.5)
- schizofrenia (F20.-)
- tulburarea schizotipala (F21)

F60.2 Tulburare de personalitate disociala
Tulburare de personalitate caracterizata printr-un dispret fata de obligatiile sociale si o indiferenta rece fata de sentimentele altora. Exista o diferenta considerabila intre comportament si normele sociale existente. Comportamentul nu este modificabil usor printr-o experienta nefavorabila, incluzand pedeapsa. Exista o toleranta scazuta in privinta frustrarii si o limita minima de descarcare a agresiunii, incluzand violenta; exista tendinta de a blama pe altii sau de a oferi rationari plauzibile pentru comportamentul care a dus pacientul in conflict cu societatea.

Personalitate (tulburare de):

- amorală
- antisocială
- asocială
- psihopata
- sociopata

Exclude: tulburarile de conduita (F91.-)
tulburarea de personalitate instabila emotional (F60.3)

F60.3 Tulburare de personalitate instabila emotional
Tulburare de personalitate caracterizata printr-o tendinta definita de a actiona impulsiv si fara a lua in considerare consecintele; dispozitia este imprevizibila si capricioasa. Exista o predispozitie la izbucniri emotionale si o incapacitate de a controla exploziile comportamentale. Este o tendinta catre un comportament certaret si catre conflicte cu altii, mai ales atunci cand actiunile impulsive sunt contracarate sau impiedicate. Se pot distinge doua tipuri: tipul impulsiv, caracterizat predominant de instabilitate emotionala si lipsa controlului asupra impulsului, si tipul de limita, caracterizat in plus prin perturbari ale imaginii de sine, scopuri si preferinte personale, prin sentimente cronice de vid, prin relatii intense si instabile interpersonale si printr-o tendinta de comportament auto-distructiv, incluzand gesturi si incercari de sinucidere.

Exclude: tulburarea de personalitate disociala (F60.2)

F60.30* Tip impulsiv
Personalitate (tulburare de):
- agresiva
- exploziva

F60.31* Tip limita

F60.4 Tulburare de personalitate histrionica
Tulburare de personalitate caracterizata prin afectivitate superficiala si labila, auto-dramatizare, teatralitate, exprimare exagerata a emotiilor, sugestibilitate, egocentrism, ingaduinta fata de propriile slabiciuni, lipsa de consideratie fata de altii, sentimente usor de ranit si cautare continua pentru apreciere, excitatie si atentie.

Personalitate (tulburare de):

- isterica
- psiho-infantila

F60.5 Tulburare de personalitate anancastica
Tulburare de personalitate caracterizata prin sentimente de dubiu, perfectionism, constiinciozitate excesiva, verificarea si preocuparea pentru detalii, incapatanare, prudenta si rigiditate. Pot exista ganduri sau impulsuri insistente si suparatoare care nu ating severitatea unei tulburari obsesiv-compulsive.

Personalitate (tulburare de):

- compulsiva
- obsesiva
- obsesiv-compulsiva

Exclude: tulburarea obsesiv-compulsiva (F42.-)

F60.6 Tulburare de personalitate anxioasa [evitanta]
Tulburare de personalitate caracterizata prin sentimente de tensiune si teama, insecuritate si inferioritate. Exista o continua dorinta arzatoare de a fi dorit si acceptat, o hipersensibilitate la critica si indepartare cu atasamente personale restranse, si o tendinta de a evita anumite activitati printr-o exagerare obisnuita a pericolelor sau riscurilor potentiale in situatii de zi cu zi.

F60.7 Tulburare de personalitate dependenta
Tulburare de personalitate caracterizata printr-o incredere predominanta si pasiva in alte persoane pentru ca acestea sa ia decizii de viata majore sau minore, frica mare de abandon, sentimente de neajutorare si incompetenta, consimtament pasiv la dorintele varstnicilor si ale altora, si un raspuns slab la cerintele vietii zilnice. Lipsa de vigoare se poate manifesta ea insasi in domeniile intelectuale sau emotionale; deseori exista o tendinta de a transfera responsabilitatea altora.

Personalitate (tulburare de):

- astenica
- neadecvata
- pasiva
- auto-aparare

F60.8 Alte tulburari specifice de personalitate
Personalitate (tulburare de):

- tip 'fara indoieli'
- excentrica
- imatura
- narcisista
- pasiv-agresiva
- psiho-nevrotica

F60.9 Tulburare de personalitate, nespecificata
Nevroza de caracter NOS
Personalitate patologica NOS

F61

Tulburari mixte de personalitate si altele

Aceasta categorie este destinata tulburarilor de personalitate care sunt deseori dificile dar nu demonstreaza tiparul specific al simptomelor ce caracterizeaza tulburarile descrise la F60.-. Ca rezultat, ele sunt deseori mai dificil de diagnosticat decat tulburarile de la F60.-.

Exemplele includ:

- tulburari de personalitate cu trasaturi ale mai multor tulburari de la F60.- dar fara un set de simptome predominante care ar permite un diagnostic mai specific
- schimbari de personalitate dificile, neclasificabile la F60.- sau F62.-, si considerate ca secundare unui diagnostic principal acordat unei tulburari de anxietate sau afective coexistente

Exclude: trasaturi de personalitate accentuate (Z73.1)

F62

Schimbari durabile de personalitate, care nu pot fi atribuite unei leziuni si boli cerebrale

Tulburarile de personalitate si comportament la adult care s-au dezvoltat la persoane fara vreo tulburare anterioara ca urmare a expunerii la un factor de stress catastrofic sau prelungit in mod excesiv sau ca urmare a unei boli psihiatrice severe. Aceste diagnostice ar trebui sa fie puse numai atunci cand exista evidenta unei schimbari definite si durabile in tiparul unei persoane privind perceptia, legatura sau gandirea asupra mediului inconjurator si a lui sau a ei insasi. Schimbarea de personalitate ar trebui sa fie semnificativa si sa fie asociata cu un comportament inflexibil si cu defect de adaptare absent inaintea experientei patogene. Schimbarea nu ar trebui sa fie o manifestare directa a altei tulburari mentale sau un simptom rezidual al vreunei tulburari mentale anterioare.

Exclude: tulburarea comportamentala si de personalitate datorita bolii, vatamarii si disfunctiei cerebrale (F07.-)

<p>F62.0 Schimbare durabila de personalitate dupa o experienta catastrofica Schimbare de personalitate, prezenta pentru cel putin doi ani, ca urmare a expunerii la un factor de stress catastrofic. Stressul trebuie sa fie atat de intens incat sa nu fie necesara luarea in considerare a vulnerabilitatii personale pentru a explica efectul sau profund asupra personalitatii. Tulburarea este caracterizata printr-o atitudine ostila sau de neincredere fata de lume, retragere sociala, sentimente de vid sau deznadejde, un sentiment cronic de 'a sta ca pe ghimpi' ca si cand ar fi amenintat constant, si instrainare. Tulburarea de stress post-traumatic (F43.1) poate sa preceada acest tip de schimbare de personalitate.</p> <p>Schimbare de personalitate dupa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - experiente in lagar de concentrare - dezastru - prelungita: <ul style="list-style-type: none"> - captivitate cu o posibilitate iminenta de fi ucis - expunere la situatii reprezentand un pericol vital, cum ar fi victima unui act de terorism - tortura <p>Exclude: tulburarea de stress post-traumatic (F43.1)</p>	<p>F62.1 Schimbare durabila de personalitate dupa o boala psihiatrica Tulburare de personalitate, persistand cel putin doi ani, care este atribuita experientei traumatice privind suferinta in urma unei boli psihiatrice severe. Schimbarea nu poate fi explicata printr-o tulburare de personalitate anterioara si ar trebui sa fie diferentiata de schizofrenia reziduala si alte stari de recuperare incompleta in urma unei tulburari mentale anterioare. Aceasta tulburare este caracterizata printr-o dependenta si atitudine de cerere excesiva fata de altii; convingerea de a fi schimbat sau stigmatizat de boala ducand la o incapacitate de a forma si a mentine relatii stranse si de incredere personale si la izolare sociala; pasivitate, interese reduse si implicare scazuta in activitati de recreere; plangeri persistente de a fi bolnav, care pot fi asociate cu plangeri hipocondriacale si un comportament de bolnav; dispozitie disforica sau labila neprovocata de prezenta unei tulburari mentale curente sau tulburari mentale anterioare cu simptome afective reziduale; si probleme de lunga durata de functionare sociala si ocupationala.</p> <p>F62.8 Alte schimbari durabile de personalitate Sindrom de personalitate cu dureri cronice</p> <p>F62.9 Schimbare durabila de personalitate, nespecificata</p>
--	--

F63	Tulburari de impulsuri si obiceiuri	F63.1	<p>Incendiere patologica [piromanie] Tulburare caracterizata prin actiuni sau tentative multiple de a da foc proprietatii sau altor obiecte, fara un motiv aparent, si printr-o preocupare persistenta cu persoane care au legatura cu focul si arderea. Acest comportament este deseori asociat cu sentimentele de tensiune crescanda inaintea actiunii si de excitatie intensa imediat dupa aceea.</p> <p>Exclude: incendierea (de catre) (prin) (in):</p> <ul style="list-style-type: none"> - adult cu tulburarea de personalitate disociala (F60.2) - alcool sau intoxicatie cu substante psihoactive (F10-F19 cu al patrulea caracter obisnuit .0) - ca motiv de punere sub observatie pentru suspiciunea de tulburare mentala (Z03.2) - tulburarile de conduita (F91.-) - tulburarile mentale organice (F00-F09) - schizofrenie (F20.-)
F63.0	<p>Patologia jocurilor de noroc Tulburarea consta in episoade frecvente, repetate de a juca jocuri de noroc dominand viata pacientului in detrimentul valorilor si angajamentelor sociale, profesionale, materiale si familiale.</p> <p>Jucarea compulsiva de jocuri de noroc</p> <p>Exclude: jucarea excesiva de jocuri de noroc de catre pacientii maniaci (F30)</p> <p>jocuri de noroc si pariuri NOS (Z72.6)</p> <p>jucarea de jocuri de noroc in tulburarea de personalitate disociala (F60.2)</p>	F63.2	<p>Furt patologic [cleptomanie] Tulburare caracterizata prin esecul repetat de a rezista impulsurilor de a fura obiecte care nu sunt dobandite pentru folosire personala sau castig de bani. Obiectele pot in schimb sa fie inlaturate, aruncate, date de pomana sau depozitate. Acest comportament este insotit de obicei de o stare crescanda de tensiune inainte, si de o stare de satisfactie in timpul si imediat dupa actiune.</p> <p>Exclude: tulburarea depresiva asociata cu furtul (F31-F33)</p> <p>tulburari mentale organice (F00-F09)</p> <p>furtul din magazin ca motiv pentru punerea sub observatie pentru suspiciunea de tulburare mentala (Z03.2)</p>

<p>F63.3 Trichotilomanie O tulburare caracterizata prin pierderea vizibila de par datorita unui esec recurent de a rezista impulsurilor de smulgere a parului din cap. Smulgerea parului este precedata de obicei de o tensiune crescanda si este urmata de o stare de usurare sau de satisfactie. Acest diagnostic nu ar trebui sa fie pus daca exista o inflamare pre-existenta a pielii sau daca smulgerea parului este ca raspuns la o idee deliranta sau la o halucinatie. Exclude: tulburarea de miscare stereotipa cu jumalirea parului (F98.4)</p>	<p>F64.2 Tulburare de identitate sexuala a copilariei O tulburare, de obicei manifestata in prima copilarie (si intotdeauna cu mult inainte de pubertate), caracterizata printr-o suferinta persistenta si intensa privind propriul sex, impreuna cu o dorinta de a fi (sau insistenta ca deja este) membru al sexului opus. Exista o preocupare intensa in ceea ce priveste imbracamintea si activitatile sexului opus si de repudiere a propriului sex. Pentru a pune un diagnostic este nevoie de o perturbare profunda a identitatii sexuale normale; numai apucaturile baietesti la fete si comportament de fata la baieti nu sunt suficiente. Tulburarile de identitate sexuala la indivizii care au atins sau tocmai intra la pubertate nu ar trebui sa fie clasificate aici, ci la F66.-. Exclude: orientarea sexuala egodistonica (F66.1) tulburarea de maturizare sexuala (F66.0)</p>
<p>F63.8 Alte tulburari de impulsuri si de obiceiuri Alte tipuri de comportament cu defect de adaptare repetat in mod persistent care nu sunt secundare unui sindrom psihiatric recunoscut, si in care se pare ca pacientul esueaza in mod repetat in a rezista impulsurilor de a adopta acest comportament. Exista o perioada prodromala a tensiunii cu un sentiment de descarcare in momentul actiunii. Tulburare exploziva intermitenta.</p>	<p>F64.8 Alte tulburari de identitate sexuala F64.9 Tulburari de identitate sexuala, nespecificate Tulburare privind rolul sexului NOS</p>
<p>F63.9 Tulburare de impulsuri si obiceiuri, nespecificate</p>	
<p>F64 Tulburari de identitate sexuala</p>	
<p>F64.0 Transsexualism O dorinta de a trai si de a fi acceptat ca un membru al sexului opus, de obicei insotita de un sentiment de discomfort sau neadaptare la propriul sex anatomic si o dorinta de a suferi o interventie chirurgicala si tratament hormonal pentru a-si face propriul corp tot atat de compatibil pe cat posibil cu sexul preferat.</p>	<p>F65 Tulburari de preferinta sexuala Include: parafiliiile</p>
<p>F64.1 Travestism bivalent Purtarea de imbracaminte a sexului opus pentru o perioada de timp a existentei individului pentru a se bucura de o experienta temporara prin care apartine sexului opus, dar fara vreo dorinta de schimbare permanenta a sexului sau de transformare chirurgicala asociata si fara excitare sexuala care sa insoteasca schimbarea imbracamintii. Tulburare de identitate sexuala in adolescenta sau maturitate, tip netranssexual Exclude: travestismul fetisist (F65.1)</p>	<p>F65.0 Fetisism Incredere acordata unor obiecte neanimate ca stimuli pentru excitare sexuala si satisfactie sexuala. Multe fetisuri sunt extensii ale corpului uman, cum ar fi articole de imbracaminte sau incaltaminte. Alte exemple obisnuite sunt caracterizate prin unele texturi speciale, cum ar fi cauciuc, plastic sau piele. Obiectele fetis variaza dupa importanta lor fata de individ. In unele cazuri ele servesc simplu la intarirea excitarii sexuale produsa pe cai normale (de ex, il face pe partener sa poarte o imbracaminte anume).</p>

<p>F65.1 Travestismul fetisist Purtarea imbracamintii sexului opus pentru a obtine in principal excitarea sexuala si pentru a crea infatisarea unei persoane de sex opus. Travestismul fetisist se distinge de travestismul transsexual prin asocierea lui clara cu excitarea sexuala si cu dorinta puternica de a indeparta imbracamintea odata ce orgasmul se produce, iar excitarea sexuala scade. El se poate produce ca o faza timpurie in dezvoltarea transsexualismului.</p>	<p>F65.8 Alte tulburari de preferinta sexuala O varietate de alte tipare ale preferintei si activitatii sexuale, incluzand apeluri telefonice obscene, frecarea corpului de o alta persoana in locuri publice aglomerate, activitate sexuala cu animale si folosirea strangularii si anoxiei pentru intensificarea excitarii sexuale.</p>
<p>Fetisism de travestire</p>	<p>Frecare Necrofilie</p>
<p>F65.2 Exhibitionism O tendinta recurenta sau persistenta de a expune organele genitale strainilor (de obicei sexului opus) sau oamenilor din locurile publice, fara a invita sau a intentiona un contact mai strans. Exista, de obicei, dar nu invariabil, excitare sexuala in momentul expunerii si actul este urmat in mod obisnuit de masturbatie.</p>	<p>F65.9 Tulburari de preferinta sexuala, nespecificate Deviere sexuala NOS</p>
<p>F65.3 Voyerism O tendinta recurenta sau persistenta de a privi persoanele care au o relatie sexuala sau un comportament intim, cum ar fi dezbracatul. Aceasta se realizeaza fara ca persoanele respective observate sa fie constiente de aceasta, si duce de obicei la excitare sexuala si masturbatie.</p>	<p>F66 Tulburari de comportament si psihologice asociate cu dezvoltarea si orientarea sexuala <i>Nota:</i> Orientarea sexuala prin ea insasi nu urmeaza sa fie considerata ca o tulburare</p>
<p>F65.4 Pedofilie O preferinta pentru copii, baieti sau fete sau ambii, de obicei de varsta prepubertala sau pubertala precoce.</p>	<p>F66.0 Tulburare de maturitate sexuala Pacientul sufera de incertitudine privind identitatea sau orientarea lui/ei sexuala, provocandu-i anxietate sau depresie. Aceasta se produce de cele mai multe ori la adolescentii care nu sunt siguri daca sunt homosexuali, heterosexuali sau bisexuali in orientarea lor sau la indivizii care, dupa o perioada de orientare sexuala aparent stabila (deseori intr-o relatie de lunga durata), descopera ca orientarea lor sexuala se schimba.</p>
<p>F65.5 Sado-masochism O preferinta pentru activitate sexuala care implica provocarea de durere sau umilinta sau aservire. Ne referim la masochism daca subiectul prefera sa fie obiectul unei asemenea stimulari; daca este executantul, atunci vorbim despre sadism. Un individ poate deseori sa obtina o excitare sexuala atat printr-un comportament masochist cat si printr-unul sadic.</p>	<p>F66.1 Orientara sexuala egodistonica Identitatea sexului sau preferinta sexuala (heterosexuala, homosexuala, bisexuala sau prepubertala) nu sta sub semnul indoielii, dar individul doreste ca acestea sa fie diferite din cauza tulburarilor asociate de comportament si psihologice si poate solicita tratament pentru schimbare.</p>
<p>Masochism Sadism</p>	<p>F66.2 Tulburare de relatii sexuale Identitatea sexului sau orientarea sexuala (heterosexuala, homosexuala sau bisexuala) este responsabila pentru dificultatile de formare sau mentinere a unei relatii sexuale cu un partener.</p>
<p>F65.6 Tulburari multiple de preferinta sexuala Uneori o persoana poate prezenta mai multe preferinte sexuale decat una singura, nici una nefiind pe primul plan. Cea mai obisnuita combinatie este fetisismul, travestirea si sado-masochismul.</p>	<p>F66.8 Alte tulburari de dezvoltare psihosexuala F66.9 Tulburare de dezvoltare psihosexuala, nespecificata</p>

F68 Alte tulburari de personalitate si comportament la adult

F68.0 Dezvoltare a simptomelor fizice din motive psihologice
 Simptomele fizice compatibile si datorite initial unei tulburari, boli sau incapacitati fizice confirmate devin exagerate sau prelungite din cauza starii psihologice a pacientului. In mod obisnuit, pacientul este foarte ingrijorat de aceasta durere sau incapacitate, si isi face deseori griji, care pot fi justificate, privind posibilitatea unei dureri sau incapacitati prelungite sau progresive.

Nevroza de compensatie

F68.1 Producere intentionata sau simulare a simptomelor sau incapacitatii, fie fizice, fie psihologice [tulburare artificiala]
 Pacientul simuleaza simptome in mod repetat fara nici un motiv clar si isi poate chiar pricinui automutilare pentru a produce simptome sau semne. Motivarea este obscura si probabil de natura interna cu scopul de a adopta rolul de bolnav. Tulburarea este deseori combinata cu tulburari marcate de personalitate si relatii.

Sindromul adresabilitatii frecvente pentru spitalizare

Sindromul Münchhausen

Pacient itinerant

Exclude: dermatita autoprodusa (L98.1)

persoana care simuleaza boala (cu motivare clara) (Z76.5)

F68.8 Alte tulburari specificate de personalitate si de comportament la adult
 Tulburare de caracter NOS
 Tulburare de relatii NOS

F69 Tulburare nespecificata de personalitate si de comportament la adult

Retardare mentala (F70-F79)

▼ 0531

O afectiune de dezvoltare intrerupta sau incompleta a intelectului, care este caracterizata in special prin deficienta unor abilitati manifestate in perioada de dezvoltare, abilitati care contribuie la intregul nivel al inteligentei, adica abilitati cognitive, de limbaj, motrice si sociale. Retardarea se poate produce cu sau fara vreo alta afectiune mentala sau fizica.

Gradele de retardare mentala sunt estimate in mod conventional prin teste de inteligenta standardizate. Acestea pot fi suplimentate prin scari gradate care evalueaza adaptarea sociala intr-un mediu dat. Aceste masuri furnizeaza o indicatie aproximativa a gradului de retardare mentala. De asemenea, diagnosticul va depinde de evaluarea totala a functionarii intelectuale efectuata de catre un diagnostician abilitat.

Abilitatile intelectuale si adaptarea sociala se pot schimba in timp, si, oricat de putin, se pot imbunatati ca rezultat al antrenamentului sau reabilitarii. Diagnosticul ar trebui sa se bazeze pe nivelele prezente de functionare.

Folositi un cod aditional pentru a identifica afectiunile asociate, cum ar fi autismul, alte tulburari de dezvoltare, epilepsia, tulburarile de conduita sau handicapul fizic sever.

Urmatoarele subdiviziuni cu patru caractere sunt folosite la categoriile F70-F79 pentru a identifica extinderea deficientei de comportament:

.0 Cu declararea unei deficiente minime de comportament sau a nici uneia

.1 Deficienta semnificativa a comportamentului necesitand atentie sau tratament

.8 Alte deficiente ale comportamentului

.9 Fara mentionarea deficientei comportamentului

F70 Retardare mentala usoara

Interval aproximativ de IQ de la 50 pana la 60 (la adulti, varsta mentala de la 9 la sub 12 ani). Probabil rezulta unele dificultati de invatare la scoala. Multi adulti vor fi in stare sa munceasca si sa mentina relatii sociale bune, avand contributi in societate.

Include: arieratia mentala usoara
 subnormalitatea intelectuala usoara

F71 Retardare mentala moderata

Interval aproximativ al IQ de la 35 pana la 49 (la adulti, varsta mentala de la 6 la sub 9 ani). Probabil rezulta intarzieri marcate de dezvoltare in copilarie, dar cei mai multi pot invata sa dezvolte un oarecare grad de independenta in ingrijirea proprie si sa dobandeasca o comunicare adecvata si abilitati conventionale. Adultii vor avea nevoie de diferite grade de sprijin pentru a trai si munci in comunitate.

Include: subnormalitatea intelectuala moderata

F72 Retardare mentala severa

Interval aproximativ al IQ de la 20 pana la 34 (la adulti, varsta mentala de la 3 la sub 6 ani). Probabil rezulta o continua necesitate de sprijinire.

Include: subnormalitatea mentala severa

F73 Retardare mentala profunda

IQ sub 20 (la adulti, varsta mentala sub 3 ani). Rezulta limitarea grava in ingrijirea proprie, continenta, comunicare si mobilitate.

Include: subnormalitatea mentala profunda

F78 Alta retardare mentala**F79 Retardare mentala nespecificata**

Include: mentala:

- deficienta NOS
- subnormalitate NOS

Tulburari de dezvoltare psihologica (F80-F89)

Tulburarile incluse in acest bloc au in comun: (a) debut invariabil in perioada primei copilarii sau copilariei; (b) deficienta sau intarziere in dezvoltarea functiilor care sunt strans legate de maturizarea biologica a sistemului nervos central; si (c) o evolutie stabila fara remisiuni si recaderi. In cele mai multe cazuri, functiile afectate includ limbajul, abilitatile vizualo-spatiale si coordonarea motrica. De obicei, intarzierea sau deficienta este prezenta din momentul in care a putut fi depistata cu siguranta si va scadea progresiv pe masura ce copilul inainteaza in varsta, cu toate ca raman deseori deficite usoare in viata adulta.

F80 Tulburari de dezvoltare specifice privind vorbirea si limbajul

Tulburari in care tiparele normale de dobandire a limbajului sunt perturbate din stadiile timpurii ale dezvoltarii. Afectiunile nu sunt direct atribuibile anomaliilor neurologice sau mecanismului vorbirii, deficientelor senzoriale, retardarii mentale sau factorilor de mediu. Tulburarile de dezvoltare specifice privind vorbirea si limbajul sunt deseori urmate de probleme asociate, cum ar fi dificultatile de citire si scriere, anomaliile din relatiile interpersonale si tulburarile emotionale si de comportament.

F80.0 Tulburare specifica de articulare a vorbirii
O tulburare de dezvoltare specifica in care folosirea de catre copil a suntelor vorbirii este sub nivelul adecvat varstei sale mentale, dar in care exista un nivel normal al abilitatilor de limbaj.

Tulburare de dezvoltare:

- fonologica
- privind articularea vorbirii

Distalie

Tulburare functionala de articulare a vorbirii
Lalopatie

Exclude: deficienta de articulare a vorbirii (datorita):

- afaziei NOS (R47.0)
- apraxiei (R48.2)
- pierderii auzului (H90-H91)
- retardarii mentale (F70-F79)
- cu tulburarea de dezvoltare a limbajului:
 - expresiv (F80.1)
 - receptiv (F80.2)

F80.1 Tulburare de limbaj expresiv
 O tulburare specifica de dezvoltare in care abilitatea unui copil de a folosi un limbaj de vorbire expresiva este in mod marcat sub nivelul adecvat pentru varsta sa mentala, dar in care intelegerea limbajului este in limite normale. Pot exista sau nu anomalii in articulare.

Disfazia sau afazia de dezvoltare, tipul expresiv

Exclude: afazia dobandita cu epilepsie [Landau-Kleffner] (F80.3)
 disfazia sau afazia de dezvoltare, tipul receptiv (F80.2)
 disfazia sau afazia NOS (R47.0)
 mutismul electiv (F94.0)
 retardarea mentala (F70-F79)
 tulburarea profunda de dezvoltare (F84.-)

F80.2 Tulburare de limbaj receptiv
 O tulburare specifica de dezvoltare in care intelegerea de catre copil a limbajului este sub nivelul adecvat pentru varsta sa mentala. In aproape toate cazurile limbajul expresiv va fi de asemenea afectat in mod marcat, iar anomalile de productie a sunetului cuvintului sunt obisnuite.

Deficienta auditiva congenitala

Dezvoltare:

- disfazia, afazia, tipul receptiv (de)
 - afazia Wernicke (de)

Surditate verbala

Exclude: afazia dobandita cu epilepsie [Landau-Kleffner] (F80.3)
 autismul (F84.0-F84.1)
 disfazia si afazia:
 - tipul expresiv (F80.1)
 - NOS (R47.0)
 mutismul electiv (F94.0)
 intarzierea de limbaj datorita surditatii (H90-H91)
 retardarea mentala (F70-F79)

F80.3 Afazie dobandita cu epilepsie [Landau-Kleffner]
 O tulburare in care copilul, facand un progres normal anterior in dezvoltarea limbajului, pierde abilitatile de limbaj atat expresiv cat si receptiv dar isi pastreaza in general inteligenta; debutul tulburarii este insotit de anomalii paroxistice observabile la EEG, si, de asemenea, de atacuri de epilepsie in majoritatea cazurilor. Debutul este de obicei intre varstele de trei si sapte ani, cu abilitati care s-au pierdut in cateva zile sau saptamani. Asocierea temporala dintre debutul atacurilor si pierderea limbajului este variabila, cu una precedand-o pe cealalta (indiferent de ordine) de la cateva luni pana la doi ani. S-a sugerat ca posibila cauza a acestei tulburari un proces encefalitic inflamator. Aproximativ doua treimi din pacienti raman cu un deficit de limbaj receptiv mai mult sau mai putin sever.

Exclude: afazia (datorita):

- autismului (F84.0-F84.1)
 - tulburarilor dezintegrative ale copilarii (F84.2-F84.3)
 - NOS (R47.0)

F80.8 Alte tulburari de dezvoltare a vorbirii si limbajului
 Vorbire sopotita, sasaita

F80.9 Tulburare de dezvoltare a vorbirii si limbajului, nespecificata
 Tulburare de limbaj NOS

F81 Tulburari specifice de dezvoltare privind abilitatile scolare

Tulburari in care tiparele normale ale dobandirii abilitatilor sunt perturbate din stadiile timpurii ale dezvoltarii. Aceasta nu este simplu o consecinta a lipsei posibilitatii de a invata, nu este numai un rezultat al retardarii mentale, si nu se datoreaza vreunei forme de trauma sau boala cerebrala dobandita.

- F81.0 Tulburari specifice de citire**
 Trasatura principala este o deficienta specifica si semnificativa in dezvoltarea abilitatilor de citire care nu se justifica numai prin varsta mentala, problemele de acuitate vizuala sau scolarizare necorespunzatoare. Abilitatea de intelegere a citirii, recunoasterea cuvintului citit, abilitatea de citire orala si efectuarea sarcinilor necesitand citirea pot fi toate afectate. Dificultatile de rostire si ortografie sunt asociate in mod frecvent cu tulburarea specifica de citire si deseori raman in adolescenta chiar dupa ce s-au facut unele progrese in citire. Tulburarile specifice de dezvoltare a citirii sunt precedate in mod obisnuit de un istoric al tulburarilor de dezvoltare a vorbirii sau limbajului. Tulburarile asociate emotionale si comportamentale sunt obisnuite in perioada varstei de scolarizare.
- 'Citirea inversata'
 Dislexia de dezvoltare
 Retardarea specifica privind citirea
Exclude: alexia NOS (R48.0)
 dislexia NOS (R48.0)
 dificultatile de citire secundare tulburarilor emotionale (F93.-)
- F81.1 Tulburari specifice de rostire si ortografie**
 Trasatura principala este o deficienta specifica si semnificativa in dezvoltarea abilitatilor de rostire si ortografie in absenta unui istoric al tulburarii specifice de citire, care nu se justifica numai prin varsta mentala mica, probleme de acuitate vizuala sau scolarizare necorespunzatoare. Abilitatea de rostire si cea de scriere corecta a cuvintelor sunt ambele afectate.
- Retardare specifica de rostire (fara tulburarea de citire)
Exclude: agrafia NOS (R48.8)
 dificultati de rostire si ortografie:
 - asociate cu tulburarea de citire (F81.0)
 - datorite predarii necorespunzatoare (Z55.8)
- F81.2 Tulburare specifica privind abilitatile aritmetice**
 Implica o deficienta specifica in abilitatile aritmetice care nu se explica numai pe baza retardarii mentale generale sau scolarizarii necorespunzatoare. Deficitul priveste stapanirea abilitatilor de baza privind mai degraba calcularea adunarii, scaderii, inmultirii si impartirii decat abilitatile matematice mai abstracte implicate in algebra, trigonometrie, geometrie sau calculul infinitezimal.
- Dezvoltare:
 - acalculia (de)
 - tulburarea de dezvoltare aritmetica
 - sindromul Gerstmann
Exclude: acalculia NOS (R48.8)
 dificultatile aritmetice:
 - asociate cu o tulburare de citire sau rostire si ortografie (F81.3)
 - datorite predarii necorespunzatoare (Z55.8)
- F81.3 Tulburare mixta de abilitati scolare**
 O categorie reziduala rau definita a tulburarilor in care atat abilitatile aritmetice cat si cele de citire sau rostire si ortografie sunt alterate in mod semnificativ, dar in care tulburarea nu se explica numai in termenii retardarii mentale generale sau scolarizarii necorespunzatoare. Ar trebui sa fie folosita pentru tulburarile care intrunesc criteriile atat pentru F81.2 cat si fie pentru F81.0, fie pentru F81.1.
- Exclude:** specifica:
 - tulburarea de abilitati aritmetice (F81.2)
 - tulburarea de citire (F81.0)
 - tulburarea de rostire si ortografie (F81.1)
- F81.8 Alte tulburari de dezvoltare a abilitatilor scolare**
 Tulburarea de dezvoltare a scrierii expresive
- F81.9 Tulburare de dezvoltare a abilitatilor scolare, nespecificata**
 Incapacitatea de dobandire a cunostintelor NOS
 Invatare:
 - incapacitatea (de) NOS
 - tulburarea (de) NOS

F82 Tulburare de dezvoltare specifica a functiei motorii

O tulburare in care trasatura principala este o deficienta serioasa in dezvoltarea coordonarii motorii care nu se explica in termenii retardarii intelectuale generale sau vreunei tulburari neurologice dobandite sau congenitala specifica. Cu toate acestea, o examinare clinica atenta arata in cele mai multe cazuri imaturitati marcate de dezvoltare neurologica, de exemplu miscari coreiforme ale membrelor fara suport sau sinchinezii de imitare si alte trasaturi motorii asociate ca si semnele unei coordonari motorii usor sau foarte deficiente.

Sindromul copilului impiedicat

De dezvoltare:

- tulburarea coordonarii
- dispraxia

Exclude: anomaliiile de mers si motilitate (R26.-)

lipsa de coordonare:

- NOS (R27.-)
- secundara retardarii mentale (F70-F79)

F83 Tulburari de dezvoltare specifice mixte

O categorie reziduala pentru tulburarile in care exista o combinatie de tulburari de dezvoltare specifice privind vorbirea si limbajul, privind abilitatile scolare, si functia motorie, dar in care nici una nu predomina suficient pentru a constitui un diagnostic primar. Categoria mixta ar trebui sa fie folosita numai cand exista o suprapunere semnificativa intre fiecare din aceste tulburari de dezvoltare specifice. Tulburarile sunt de obicei, dar nu intotdeauna, asociate cu un grad de deficienta generala a functiilor cognitive. Astfel, categoria ar trebui sa fie folosita cand exista disfunctii care intrunesc criteriile pentru doua sau mai multe coduri ale F80.-, F81.- si F82.

F84 Tulburari de dezvoltare profunde

Un grup de tulburari caracterizate prin anomalii calitative de interactiuni sociale reciproce si de tipare de comunicare si prin totalitatea intereselor si activitatilor repetitive, stereotipe, restrictive. Aceste anomalii calitative sunt o trasatura profunda a functionarii individului in toate situatiile.

Folositi un cod aditional pentru a identifica orice afectiune medicala si retardare mentala asociate.

F84.0 Autism infantil

Un tip de dezvoltare profunda care se defineste prin: (a) prezenta dezvoltarii anormale sau alterate care se manifesta inainte de varsta de trei ani, si (b) tipul caracteristic de dezvoltare a functionarii anormale in toate cele trei zone ale psihopatologiei: interactiunea sociala reciproca, comunicarea si comportamentul repetitiv, stereotipic, restrictiv. In plus la aceste trasaturi specifice de diagnostic, sunt obisnuite si alte probleme nespecifice, cum ar fi fobiile, tulburarile de somn si de maniera de a manca, accese de furie, si auto-agresiunea.

Tulburare autistica

Infantil(a):

- autism
- psihoza

Sindromul Kanner

Exclude: psihopatia autistica (F84.5)

- F84.1 Autism atipic**
 Un tip de dezvoltare profunda care difera de autismul infantil fie prin varsta debutului, fie prin esecul de a indeplini toate cele trei seturi de criterii de diagnostic. Aceasta subcategorie ar trebui sa fie folosita atunci cand exista o dezvoltare anormala si alterata care este prezenta numai dupa varsta de trei ani, si o lipsa a anormalitatilor care pot fi demonstrate in mod suficient in una sau doua din cele trei domenii ale psihopatologiei cerute pentru diagnosticul de autism (adica, interactiuni sociale reciproce, comunicare, si comportament repetitiv, stereotipic, restrictiv) in ciuda anormalitatilor caracteristice in alt(e) domeniu(i). Autismul atipic apare de cele mai multe ori la indivizi retardati profund si la indivizi cu o tulburare specifica severa de limbaj receptiv.
- Psihoza infantila atipica
 Retardare mentala cu trasaturi autistice
- Folositi un cod aditional (F70-F79), daca se aplica, pentru a identifica retardarea mentala.
- F84.2 Sindromul Rett**
 O afectiune, pana acum descoperita numai la fete, in care dezvoltarea timpurie aparent normala este urmata de pierderea partiala sau completa a vorbirii si a abilitatilor locomotorii si a folosirii mainilor, impreuna cu incetinirea cresterii capului, de obicei cu un debut la varste intre sapte si 24 de luni. Sunt caracteristice pierderea miscarilor voluntare ale mainilor, stereotipiile de frangere a mainilor, si hiperventilatia. Dezvoltarea sociala si a jocului sunt stopate, dar interesul social tinde sa fie mentinut. Ataxia trunchiului si apraxia incep sa se dezvolte la varsta de patru ani, iar miscarile coreoatetozice urmeaza in mod frecvent. Retardarea mentala severa rezulta aproape invariabil.
- F84.3 Alta tulburare de dezintegrare a copilariei**
 Un tip de dezvoltare profunda care se defineste printr-o perioada de dezvoltare complet normala inainte de debutul tulburarii, urmata de o pierdere definitiva a abilitatilor dobandite anterior in mai multe zone ale dezvoltarii in decurs de cateva luni. In mod tipic, aceasta este insotita de o pierdere generala a interesului fata de mediul inconjurator, prin manierisme motorii repetitive stereotipice si prin anormalitati de tip autist in interactiunea sociala si de comunicare. Se poate observa in unele cazuri ca tulburarea se datoreaza unei encefalopatii asociate, dar diagnosticul ar trebui sa fie pus dupa trasaturile comportamentale.
- Dementa infantila
 Psihoza dezintegrativa
 Sindromul Heller
 Psihoza simbiotica
- Folositi un cod aditional pentru a identifica orice afectiune neurologica asociata.
Exclude: sindromul Rett (F84.2)
- F84.4 Tulburare hiperactiva asociata cu retardare mentala si miscari stereotipice**
 O tulburare rau definita cu o validitate nosologica nesigura. Categoria este desemnata pentru a include un grup de copii cu retardare mentala severa (IQ sub 34) care au probleme majore de hiperactivitate si de atentie, ca si comportamente stereotipe. Ei tind sa nu beneficieze de pe urma medicamentelor stimuloare (spre deosebire de cei cu un IQ normal) si pot manifesta o reactie disforica severa (uneori cu retardare psihomotorie) atunci cand li se dau stimulente. Hiperactivitatea tinde sa fie inlocuita in adolescenta de hipoactivitate (un tipar care nu este de obicei la copiii hiperkinetici cu inteligenta normala). Deseori acest sindrom este asociat de asemenea cu o varietate de intarzieri de dezvoltare, fie specifice, fie globale. Nu se cunoaste in ce masura tiparul comportamental este o functie a IQ-ului scazut sau a vatamarii cerebrale organice.

F84.5 Sindromul Asperger
 O tulburare cu o validitate nosologica nesigura, caracterizata prin același tip de anomalii calitative ale interacțiunii sociale reciproce care sunt tipice pentru autism, împreună cu o totalitate a intereselor și activităților repetitive, stereotipe, restrictive. El difera de autism în principal prin faptul că nu există o întârziere generală sau retardare în limbaj și în dezvoltarea cognitivă. Aceasta tulburare este asociată deseori cu o neidemanare marcată. Există o mare tendință ca anomaliile să persiste în adolescență și viața adultă. Episoadele psihotice se produc ocazional la începutul vieții adulte.

Psihopatie autistica
 Tulburare schizoidă a copilăriei

F84.8 Alte tulburări profunde de dezvoltare

F84.9 Tulburare profundă de dezvoltare, nespecificată

F88 Alte tulburări de dezvoltare psihologica

Agnozie a dezvoltării

F89 Tulburare de dezvoltare, nespecificată

Tulburare de dezvoltare NOS

Tulburari comportamentale si emotionale cu debut de obicei in copilarie si adolescenta (F90-F98)

F90 Tulburari hiperkinetice

Un grup de tulburări caracterizate printr-un debut timpuriu (de obicei în primii cinci ani de viață), lipsa perseverenței în activitățile care necesită implicare cognitivă, și o tendință de a trece de la o activitate la alta fără a termina nici una, împreună cu o activitate dezorganizată, neregulată și excesivă. Pot fi asociate multe alte anomalii. Copiii hiperkinetici sunt deseori imprudenti și impulsivi, predispuși la accidente și au probleme disciplinare mai degrabă din cauza încălcărilor nehibzuite ale regulilor decât a nesupuneri deliberate. Relațiile lor cu adulții sunt deseori neînhibate social, lipsind prudența și rezerva normale. Ei sunt nesimpatizati de ceilalți copii și pot deveni izolați. Deficiența funcțiilor cognitive este obișnuită, iar întârzierile specifice în dezvoltarea motorie și a limbajului sunt disproporționate în mod frecvent. Complicațiile secundare includ comportamentul disocial și stima de sine scăzută.

Exclude: tulburări de anxietate (F41.-)
 tulburări de dispoziție [afective] (F30-F39)
 tulburări de dezvoltare profunde (F84.-)
 schizofrenia (F20.-)

F90.0 Perturbare a activității și atenției

Deficit de atenție:

- tulburare cu hiperactivitate
- tulburare de hiperactivitate
- sindrom cu hiperactivitate

Exclude: tulburarea hiperkinetică asociată cu tulburarea de conduită (F90.1)

F90.1 Tulburare de conduită hiperkinetică

Tulburare hiperkinetică asociată cu tulburarea de conduită

F90.8 Alte tulburări hiperkinetice

F90.9 Tulburare hiperkinetică, nespecificată

Reacție hiperkinetică a copilăriei sau adolescenței NOS

Sindrom hiperkinetic NOS

F91 Tulburari de conduita

Tulburari caracterizate printr-un tipar persistent si repetitiv al conduitei disociale, agresive sau provocatoare. Asemenea comportament ar trebui sa depaseasca violentele majore asteptate la grupurile sociale de varsta asemanatoare. De aceea, el ar trebui sa fie mai grav decat rautatile copilaresti obisnuite sau starea de revolta a adolescentilor si ar trebui sa implice un tipar de comportament de durata (sase luni sau mai mult). Trasaturile tulburarii de conduita pot sa fie de asemenea simptomatice pentru alte afectiuni psihiatrice, in care caz diagnosticul de baza ar trebui sa fie preferat. Exemplele de comportamente pe care se bazeaza diagnosticul includ nivelele excesive de lupta sau tiranie, cruzime fata de alti oameni sau animale, distrugere grava a proprietatii, incendiere, furt, minciuni repetate, chiul de la scoala si fuga de acasa, crize de manie si de neascultare neobisnuit de frecvente si de grave. Oricare din aceste comportamente, daca este insemnat, este suficient pentru punerea diagnosticului, dar actele disociale izolate nu sunt suficiente.

Exclude: tulburarile de dispozitie [afective] (F30-F39)
tulburarile de dezvoltare profunde (F84.-)
schizofrenia (F20.-)
cand sunt asociate cu:
- tulburari emotionale (F92.-)
- tulburari hiperkinetice (F90.1)

F91.0 Tulburare de conduita limitata la contextul familial
Tulburare de conduita implicand comportament disocial sau agresiv (si nu doar un comportament opozitional, provocator, perturbator), in care comportamentul anormal este complet sau aproape complet limitat la domiciliu si la interactiunile cu membrii nucleului familial sau cu cei din gospodaria respectiva. Tulburarea necesita intrunirea tuturor criteriilor de la F91.-; numai relatiile parinte-copil grav perturbate nu sunt suficiente prin ele insele pentru un diagnostic.

F91.1 Tulburare de conduita nesocializata
Tulburare caracterizata prin combinatia de comportament agresiv sau disocial persistent (intrunind toate criteriile de la F91.- si necuprinzand numai comportamentul opozitional, provocator, perturbator) cu anomalii semnificative profunde din relatiile cu alti copii.

Tulburare de comportament, tipul agresiv solitar

Tulburare agresiva nesocializata

F91.2 Tulburare de conduita socializata
Tulburare implicand un comportament agresiv sau disocial (intrunind toate criteriile de la F91.- si necuprinzand numai comportamentul opozitional, provocator, perturbator) care se produce la indivizii ce sunt in general bine integrati in grupul respectiv.

Tulburare de conduita, tip grup

Delicventa de grup

Delicte comise in banda

Furt in compania altora

Chiul de la scoala

F91.3 Tulburare de provocare opozitionala
Tulburare de conduita, producandu-se de obicei la copiii tineri, caracterizata mai intai printr-un comportament marcat provocator, neascultator, perturbator care nu include acte de delicventa sau forme mai extreme de comportament agresiv sau disocial. Tulburarea necesita sa fie intrunite toate criteriile de la F91.-; numai comportamentul rautacios sau neascultator nu este suficient prin el insusi pentru punerea diagnosticului. Ar trebui sa fie folosita prudenta inaintea intrebuintarii acestei categorii, mai ales cu copiii mai mari, deoarece tulburarea de conduita semnificativ clinica va fi insotita de obicei de un comportament agresiv sau disocial care depaseste provocarea, neascultarea sau perturbarea.

F91.8 Alte tulburari de conduita

F91.9 Tulburare de conduita, nespecificata (A) copilariei:

- tulburare comportamentala NOS

- tulburare de conduita NOS

F92 Tulburari mixte de conduita si emotii

Un grup de tulburari caracterizate prin combinatia dintre comportamentul provocator, disocial sau agresiv persistent si simptomele deschise si marcate de depresie, anxietate sau alte indispozitii emotionale. Trebuie sa fie intrunite criteriile atat pentru tulburarile de conduita din copilarie (F91.-) cat si pentru tulburarile emotionale ale copilariei (F93.-) sau pentru un diagnostic de tip nevrotic la adult (F40-F48) sau pentru o tulburare de dispozitie (F30-F39).

F92.0 Tulburare de conduita depresiva
Aceasta categorie necesita combinatia dintre tulburarea de conduita (F91.-) si dispozitia depresiva marcata si persistenta (F32.-), asa cum este demonstrata de simptome cum ar fi tristetea excesiva, pierderea interesului si placerii pentru activitati obisnuite, culpabilitatea, si pierderea sperantei; pot fi de asemenea prezente perturbarile de somn si apetit.

Tulburare de conduita la F91.- asociata cu tulburarea depresiva de la F32.-

F92.8 Alte tulburari mixte de conduita si emotionale
Aceasta categorie necesita combinatia dintre tulburarea de conduita (F91.-) si simptomele emotionale marcate si persistente, cum ar fi anxietatea, obsesiile sau compulsiiile, depersonalizarea sau derealizarea, fobiile sau hipocondria.

Tulburare de conduita la F91.- asociata cu:
- tulburarea emotionala de la F93.-
- tulburarea nevrotica de la F40-F48

F92.9 Tulburare mixta de conduita si emotii, nespecificata

F93 Tulburari emotionale cu debut specific in copilarie

In principal sunt mai degraba exagerari ale tendintelor dezvoltarii normale decat fenomene care sunt prin ele inlese calitativ anormale. Caracterul adecvat al dezvoltarii este folosit ca trasatura cheie de diagnostic in definirea diferentei dintre aceste tulburari emotionale, cu debut specific in copilarie, si tulburarile nevrotice (F40-F48).

Exclude: cand sunt asociate cu tulburarea de conduita (F92.-)

F93.0 Tulburare de anxietate a separarii de copilarie
Ar trebui sa fie diagnosticata atunci cand frica de separare constituie centrul anxietatii si cand asemenea anxietate apare mai intai in primii ani ai copilariei. Se diferentiaza de anxietatea de separare normala atunci cand are un anumit grad (severitate) care este neobisnuit din punct de vedere statistic (incluzand o persistenta anormala sub perioada de varsta obisnuita), si cand este asociata cu probleme semnificative in functionarea sociala.

Exclude: tulburarile de dispozitie [afective] (F30-F39)
tulburari nevrotice (F40-F48)
tulburarea de anxietate fobica a copilariei (F93.1)
tulburarea de anxietate sociala a copilariei (F93.2)

F93.1 Tulburare de anxietate fobica a copilariei
Spaime in copilarie care arata o specificitate marcata a fazei de dezvoltare si apare (intr-o oarecare masura) la majoritatea copiilor, dar au grade de anormalitate. Alte stari de frica ce apar in copilarie dar nu sunt o parte normala a dezvoltarii psihosociale (de ex agorafobia) ar trebui sa fie codificate la categoria corespunzatoare de la sectiunea F40-F48.

Exclude: tulburarea de anxietate generalizata (F41.1)

F93.2 Tulburare de anxietate sociala a copilariei
In aceasta tulburare exista o prudenta fata de straini si teama sau anxietate sociala atunci cand se intalnesc situatii noi, ciudate sau amenintatoare din punct de vedere social. Aceasta categorie ar trebui sa fie folosita numai acolo unde asemenea spaime apar in perioada primilor ani si sunt atat neobisnuite in gradare cat si insotite de probleme ale functionarii sociale.

Tulburare de evitare in copilarie sau adolescenta

F93.3 Tulburare de rivalitate intre frati
Majoritatea copiilor tineri au unele grade ale tulburarii emotionale care urmeaza de obicei nasterii urmatorului frate. O tulburare de rivalitate intre frati ar trebui sa fie diagnosticata numai daca gradul sau persistenta tulburarii este atat neobisnuit din punct de vedere statistic cat si asociat cu anormalitati ale interactiunii sociale.

Gelozie intre frati

F93.8 Alte tulburari emotionale ale copilăriei
Tulburare de identitate
Tulburare hiperanxioasă
Exclude: tulburarea identității sexului în copilărie (F64.2)

F93.9 Tulburare emoțională a copilăriei, nespecificată

F94 Tulburari de functionare sociala cu debut specific in copilărie si adolescenta

Un grup de tulburari oarecum heterogen care au în comun anormalități de functionare socială începând din perioada de dezvoltare, dar care (contrar tulburărilor de dezvoltare profundă) nu sunt caracterizate în principal de o incapacitate social-constitucională aparentă sau de un deficit care cuprinde toate zonele de functionare. În multe cazuri, un rol crucial în etiologie îl joacă probabil distorsiunile sau privațiunile serioase din mediul inconjurator.

F94.0 Mutism selectiv
Caracterizat printr-o selectivitate în vorbire marcată, determinată emoțional, astfel încât copilul demonstrează o capacitate de limbaj în unele situații, dar nu reușește să vorbească în alte situații (definite). Tulburarea este de obicei asociată cu trăsături marcate de personalitate implicând anxietate, izolare, sensibilitate sau rezistență socială.

Mutism selectiv

Exclude: tulburările de dezvoltare profunde (F84.-)
schizofrenia (F20.-)
tulburările de dezvoltare specifice privind vorbirea și limbajul (F80.-)
mutismul tranzitoriu ca parte a anxietății de separare la copiii tineri (F93.0)

F94.1 Tulburare reactivă față de anturaj în copilărie
Începe în primii cinci ani ai vieții și este caracterizată prin anormalități persistente în tiparul de relații sociale ale copilului care sunt asociate cu perturbarea emoțională și sunt reactive față de schimbările din circumstanțele mediului inconjurator (de exemplu și hipervigilență, interacțiune socială slabă cu grupuri de copii de aceeași vârstă, agresiune față de sine și față de alții, tristețe și, în unele cazuri, creștere insuficientă). Sindromul se produce probabil ca un rezultat direct al neglijării de către părinți, abuzului sau desconsiderării serioase.

Folositi un cod aditional pentru a identifica orice esec în dezvoltarea sau întârzierea creșterii

Exclude: sindromul Asperger (F84.5)
tulburarea privind dezinhibiția față de anturaj în copilărie (F94.2)
sindroamele privind maltratarea (T74.-)
variații normale în modelul de atașament selectiv
abuzul sexual sau fizic în copilărie având ca rezultat probleme psihosociale (Z61.4-Z61.6)

F94.2 Tulburari privind dezinhibiția față de anturaj în copilărie
Un tipar special al funcționării sociale anormale care se produce în perioada primilor cinci ani de viață și care tinde să persiste în ciuda schimbărilor marcate din circumstanțele mediului inconjurator, de exemplu comportament difuz, cu focalizare neselectivă față de anturaj, comportament care caută atenția celor din jur și prietenos fără discriminare, interacțiuni slabe cu grupuri de copii de aceeași vârstă; depinzând de circumstanțe, tulburarea comportamentală sau emoțională poate fi de asemenea asociată.

Psihopatie prin lipsa de afectiune

Sindrom institutional

Exclude: tulburarea reactivă față de anturaj în copilărie (F94.1)
sindromul Asperger (F84.5)
spitalizarea la copii (F43.2)
tulburările hiperkinetice (F90.-)

F94.8 Alte tulburari de functie sociala in copilărie

F94.9 Tulburare de functie sociala in copilarie, nespecificata

F95 Tulburari de ticuri

Sindroame in care manifestarea predominanta este o forma de tic. Un tic este o miscare motorie neritmica, recurenta, rapida, involuntara (de obicei implicand grupuri de muschi determinate) sau o generare vocala care are un debut brusc si care nu are un scop vadit. Ticurile tind sa fie simtite ca irezistibile, dar de obicei ele pot fi suprimate pe perioade variabile de timp, sunt exacerbate de stress si dispar in timpul somnului. Ticurile motorii simple obisnuite includ numai clipitul din ochi, miscarile bruste ale gatului, inaltarea din umeri si grimasele faciale. Ticurile vocale simple obisnuite includ dregerea gatului, latratul, adulmecarea si suieratul. Ticurile complexe obisnuite includ autolovirea, saritura si mersul saltat. Ticurile complexe vocale obisnuite includ repetarea unor anumite cuvinte si uneori folosirea anumitor cuvinte (deseori obscene) inacceptabile social (coprolalie), si repetarea propriilor sunete sau cuvinte (palilalie).

F95.0 Tulburare de tic tranzitor
Intruneste criteriile generale pentru o tulburare de tic dar ticurile nu persista mai multe de 12 luni. Ticurile iau de obicei forma clipitului din ochi, grimaselor faciale sau miscarilor bruste ale capului.

F95.1 Tulburare de tic motor sau vocal cronic
Intruneste criteriile generale pentru o tulburare de tic, in care exista ticuri motorii sau vocale (dar nu ambele), care pot fi si singure si multiple (dar de obicei multiple), si care dureaza mai mult de un an.

F95.2 Tulburare de ticuri multiple motorii combinate cu ticuri vocale [Gilles de la Tourette]
O forma de tulburare de ticuri in care sunt, sau au fost, ticuri motorii multiple si unul sau mai multe ticuri vocale, cu toate ca nu este nevoie ca acestea sa se produca simultan. Tulburarea se agraveaza de obicei in perioada adolescentei si tinde sa persiste in perioada vietii adulte. Ticurile vocale sunt deseori multiple cu vocalizari repetitive explozive, clatirea gatului si mormait, si pot fi folosite cuvinte sau expresii obscene. Uneori exista asociata ecopraxia de gesturi care poate fi de asemenea de natura obscena (copropraxia).

F95.8 Alte tulburari de ticuri

F95.9 Tulburare de ticuri, nespecificata

F98 Alte tulburari emotionale si comportamentale cu debut survenind de obicei in copilarie si adolescenta

Un grup heterogen de tulburari care au in comun o caracteristica, si anume debutul in copilarie, altminteri difera in multe privinte. Unele dintre afectiuni reprezinta sindroame bine definite, dar altele nu sunt mai mult decat complexe de simptome care necesita includere din cauza frecventei lor si asocierii cu probleme psihosociale, si pentru ca ele nu pot fi incorporate in alte sindroame.

Exclude: tulburarile de somn datorite cauzelor emotionale (F51.-)
spasmele hohotului de plans (R06.8)
tulburarea identitatii sexului in copilarie (F64.2)
sindromul Kleine-Levin (G47.8)
tulburarea obsesiv-compulsiva (F42.-)

F98.0 Enuresis neorganica
O tulburare caracterizata prin mictiune involuntara, diurna si nocturna, care este anormala in legatura cu varsta mentala a individului, si care nu este consecinta pierderii controlului asupra vezicii urinare datorita vreunei tulburari neurologice, atacurilor de epilepsie sau anormalitatii structurale a tractului urinar. Enuresis poate sa fi fost prezenta de la nastere sau se poate sa se fi produs in urma unei perioade de control dobandit asupra vezicii urinare. Se poate sau nu ca enuresis sa fie asociata cu o tulburare comportamentala sau emotionala mai raspandita.

Enuresis (primara) (secundara) de origine neorganica
Enuresis functionala
Enuresis psihogena
Incontinenta urinara de origine neorganica
Exclude: enuresis NOS (R32)

- F98.1 Encopresie neorganica**
Emisie de fecale repetata, voluntara sau involuntara, de obicei de consistenta normala sau aproape normala, in locuri neadequate acestui scop din mediul propriu socio-cultural al individului. Afectiunea poate reprezenta o continuare anormala a incontinentei infantile normale, poate implica o pierdere a continentei ca urmare a controlului dobandit asupra intestinelor sau poate implica emisia deliberata de fecale in locuri neadequate in ciuda controlului fiziologic normal asupra intestinelor. Afectiunea poate sa apara ca o tulburare monosimptomatica sau poate face parte dintr-o tulburare mai mare, mai ales emotionala (F93.-) sau de conduita (F91.-).
- Encopresie functionala
Incontinenta de fecale de origine neorganica
Encopresie psihogena
- Folositi un cod aditional pentru identificarea cauzei vreunei constipatii co-existente
Exclude: encopresie NOS (R15)
- F98.2 Tulburare a alimentatiei sugarului si a copilului**
O tulburare de alimentatie cu manifestari variate care sunt de obicei specifice sugarului si primei copilarii. Ea implica in general refuzul hranei si capricii excesive in prezenta unei hrane adecvate, a persoanelor competente care acorda ingrijirile si in absenta unei boli organice. Poate fi sau nu asociata ruminatia (regurgitarea repetata fara greata sau boala gastro-intestinala).
- Tulburare de ruminatie a sugarului
Exclude: anorexia nervoasa si alte tulburari ale modului de a manca (F50.-)
alimentatia:
- dificultati si proasta administrare (R63.3)
- probleme ale nou-nascutului (P92.-)
pica sugarului sau copilului (F98.3)
- F98.3 Pica sugarului si a copilului**
Consumarea persistenta de substante nenutritive (cum ar fi pamant, tencuiala, etc.). Ea se poate produce ca unul din multe alte simptome care fac parte dintr-o tulburare psihiatrica mai raspandita (cum ar fi autismul), sau ca un comportament psihopatologic relativ izolat; numai ultimul este clasificat aici. Fenomenul este cel mai obisnuit la copiii retardati si, daca retardarea mentala este de asemenea prezenta, categoria F70-F79 ar trebui sa fie selectionata ca diagnostic principal.
- F98.4 Tulburari de miscari stereotipe**
Miscari voluntare, repetitive, stereotipe, nefunctionale (si deseori ritmice) care nu fac parte din nici o afectiune neurologica sau psihiatrica recunoscuta. Cand asemenea miscari se produc ca simptome ale altei tulburari, numai tulburarea in totalitatea ei trebuie sa fie inregistrata. Miscarile care nu sunt o varietate de automutilari includ: leganarea corpului, leganarea capului, smulgerea parului de pe cap, rasucirea parului, pocnirea din degete si datul din maini. Comportamentul stereotip automutilant include lovirea capului repetitiva, palmuirea, introducerea degetului in ochi si muscarea mainilor, buzelor sau altor parti ale corpului. Toate tulburarile de miscari stereotipe se produc cel mai frecvent in asociere cu retardarea mentala (cand acesta este cazul, ambele ar trebui sa fie inregistrate). Daca introducerea degetului in ochi se produce la un copil cu deficienta de vedere, ar trebui sa fie inregistrate ambele la aceasta categorie, iar afectiunea vizuala la codul tulburarii somatice adecvate.
- Tulburare de deprindere/stereotipie
Exclude: miscarile involuntare anormale (R25.-)
tulburarile de miscari de origine organica (G20-G25)
roaderea unghiilor (F98.8)
scobitul nasului (F98.8)
stereotipiile care fac parte dintr-o afectiune psihiatrica mai larga (F00-F95)
sugerea degetului (F98.8)
tulburarile de tic (F95.-)
trichotilomania (F63.3)

- F98.5 Balbalaia [gangaveala]
Vorbire ce este caracterizata prin repetarea frecventa sau prelungirea sunetelor, silabelor, cuvintelor sau prin ezitari frecvente sau pauze care intrerup fluenta ritmica a vorbirii. Ar trebui sa fie clasificata ca o tulburare numai daca severitatea ei este de asemenea natura incat sa perturbe in mod marcant fluenta vorbirii.
Exclude: bolborosirea (F98.6)
tulburarile de tic (F95.-)
- F98.6 Bolborosirea [limbaj precipitat]
O rata rapida a vorbirii cu intreruperi in fluenta, dar fara repetitii sau ezitari, de o severitate care da nastere la o inteligibilitate diminuata a vorbirii. Vorbirea este neregulata si neritmata, cu izbucniri sacadate rapide care implica deobicei tipare de exprimare eronata.
Exclude: balbalaia (F98.5)
tulburarile de tic (F95.-)
- F98.8 Alte tulburari specificate ale tulburarilor comportamentale si emotionale cu debut de obicei in copilarie si adolescenta
Tulburare de deficienta atentiei fara hiperactivitate
Masturbare excesiva
Scobitul in nas
Sugerea policelui
- F98.9 Tulburari nespecificate comportamentale si emotionale cu debut de obicei in copilarie si adolescenta

Tulburare mentala nespecificata (F99)

F99 Tulburare mentala, nespecificata altminteri

Boala mentala NOS

Exclude: tulburarea mentala organica NOS (F06.9)