

## თაზო V.

### ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები (F00-F99)

**ივსიქიკური ფანვიტარების დარღვევები:** ფსიქიკური განვიტარების დარღვევები.  
**არ ივსიქიკური ფანვიტარების დარღვევები:** სიმპტომები, ნიშნები, პათოლოგიური, კლინიკური და ლაბორატორიული კვლევები, კლინიკო-ლაბორატორიული აღმოჩენები, რომლებიც სხვა თავში არ არის კლასიფიცირებული (R00-R99).

#### ეს თავი შედგება შემდეგი ბლოკებისაგან:

- F00 - F09 ორგანული ბუნების აშლილობანი, სიმპტომატურ აშლილობათა ჩათვლით.
- F10 - F19 ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით განპირობებული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი.
- F20 - F29 შიზოფრენია, შიზოტიპური აშლილობანი.
- F30 - F39 აფექტური აშლილობანი.
- F40 - F48 ნევროზული, სტრესთან დაკავშირებული და სომატოფორმული აშლილობანი.
- F50 - F59 ფიზიოლოგიური და ფიზიკური დარღვევებით გამოწვეული ქცევის პათოლოგია.
- F60 - F69 პიროვნული და ქცევითი დარღვევები (ფსიქოპათიები).
- F70 - F79 გონებრივი ჩამორჩენილობა.
- F80 - F89 ფსიქიკური განვიტარების დარღვევები.
- F90 - F98 ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში დაწყებული ქცევითი და ემოციური აშლილობანი.
- F 9 9 დაუზუსტებელი ფსიქიკური აშლილობანი.

#### ვარსკვლავიანი კატეგორიები ამ თავისათვის მოიცავს შემდეგს:

- F00\* დემენცია ალცჰაიმერის დაავადების დროს.
- F02\* - დემენცია სხვა თავში კლასიფიცირებული დაავადებების დროს.

### ორგანული წარმოშობის აშლილობანი, სიმპტომატურ ფსიქიკურ აშლილობათა ჩათვლით (F00 - F09)

ეს პარაგრაფი მოიცავს რიგ ფსიქიკურ დაავადებებს, რომლებსაც გააჩნიათ ცერებრალური დაავადების გამომწვევი თვალსაზრისით ეტიოლოგია, თავის გვინის დაზიანების ან ცერებრალური დისფუნქციის გამომწვევი მავნე ფაქტორების სახით. დისფუნქცია შეიძლება იყოს პირველადი - გამომწვეული გვინზე პირდაპირ და სელექტიურად მოქმედი დაავადებების, დაზიანებების და მავნე ფაქტორების ბემოქმედების შედეგად და მეორადი - სისტემური დაავადებების დროს, რომლებიც აზიანებენ თავის გვინს, როგორც პათოლოგიურ პროცესში ჩართულ ერთ-ერთ ორგანოს.

დემენცია (F00-F03) წარმოადგენს ცნს-ის ქრონიკული ან პროგრესულად მიმდინარე დაზიანებით გამოწვეულ სინდრომს, რომლის დროსაც სახეზეა უმადლესი ფსიქიკური ფუნქციების: მეხსიერების, აზროვნების, ორიენტაციის, დასწავლის, მეტყველების და მსჯელობის შესაძლებლობების მრავალფეროვანი აშლილობანი. ცნობიერება, როგორც წესი, ამ დროს არ არის დაზიანებული. კოგნიტიური ფუნქციის მოშლა ხშირად თან სდევს ან დროდადრო წინ უსწრებს ემოციური კონტროლის, სოციალური ქცევისა და მოტივაციის დაქვეითებას. ეს სინდრომი გვხვდება ალცჰაიმერის დაავადების, ცერებროვასკულარული დაზიანებების და გვინზე პირველად ან მეორადად მოქმედი სხვა ფაქტორების დროს.

საჭიროების შემთხვევაში გამოიყენეთ დამატებითი კოდი, გამომწვევი დაავადების იდენტიფიკაციის დასადგენად.

- F00\*** **დემენცია ალცჰაიმერის დაავადების დროს (G30.-†)**  
 ალცჰაიმერის დაავადება წარმოადგენს უცნობი ეტიოლოგიის პირველად დეგენერაციულ ცერებრულ დაავადებას, დამახასიათებელი ნევროლოგიური და ნეიროქიმიური ნიშნებით. დაავადებას ახასიათებს ნელი, შემპარავი დასაწყისი, რომელიც მღვრად და შეუქცევად ვითარდება რამდენიმე წლის განმავლობაში.
- F00.0\* დემენცია ალცჰაიმერის დაავადების დროს აღრეული დასაწყისით (G30.0†).  
 65 წლამდე ასაკში დაწყებული ალცჰაიმერის დაავადებით განპირობებული დემენცია მიმდინარეობს შედარებით სწრაფი გაუარესებით და ახასიათებს უმაღლესი კორტიკული ფუნქციების გამოხატული მრავლობითი დარღვევები.  
 ალცჰაიმერის დაავადების მე-2 გიპი.  
 ალცჰაიმერის გიპის პრესენილური დემენცია  
 ალცჰაიმერის გიპის პირველადი დეგენერაციული დემენცია, რომელიც იწყება პრესენილურ ასაკში.
- F00.1\* დემენცია ალცჰაიმერის დაავადების დროს მოგვიანებითი დასაწყისით (G30.1+).  
 დემენცია იწყება 65 წლის შემდეგ ან, ჩვეულებრივ, 70 წლის შემდეგ. იგი ნელა პროგრესირებადი და ხასიათდება მესხიერების დაქვეითებით.  
 ალცჰაიმერის დაავადების I გიპი.  
 ალცჰაიმერის გიპის პირველადი დეგენერაციული დემენცია დასაწყისით სენილურ ასაკში.  
 ალცჰაიმერის გიპის სენილური დემენცია
- F00.2\* ატიპიური ან შერეული გიპის დემენცია ალცჰაიმერის დაავადების დროს (G30.8†)  
 ალცჰაიმერის გიპის ატიპიური დემენცია.
- F00.9\* დაუმუსკვებელი დემენცია ალცჰაიმერის დაავადების დროს (G30.9†).
- F01** **სისხლძარღვოვანი დემენცია**  
 სისხლძარღვოვანი დემენცია ვითარდება სისხლძარღვოვანი პათოლოგიით (იგულისხმება ჰიპერტენზიული ცერებროვასკულარული დაავადება) გამოწვეული თავის გვინის ინფარქტის დროს. ინფარქტის კერები ჩვეულებრივ მცირე მომისაა, მაგრამ ხასიათდება კუმულაციური ეფექტით. იგი იწყება მოგვიანებით ასაკში.  
*იგულისხმება:* არტერიოსკლეროზული დემენცია.
- F01.0 სისხლძარღვოვანი დემენცია მწვავე დასაწყისით  
 ჩვეულებრივ ვითარდება სწრაფად ინსულტების სერიის ცერებროვასკულარული თრომბოზის, ემბოლიის ან ჰემორაგიის შედეგად. იშვიათ შემთხვევაში მიზეზი შეიძლება იყოს ერთადერთი - ფართო ინფარქტი
- F01.1 მულტიინფარქტული დემენცია.  
 ხასიათდება თანდათანობითი დასაწყისით, რაც მოსდევს გრანზიგორულ იშემიურ ეპიზოდებს, რომლებიც წარმოშობენ ცერებრალურ პარენქიმაში ინფარქტების აკუმულაციას.  
 უპირატესად კორტიკალური დემენცია.
- F01.2 სუბკორტიკალური ვასკულარული დემენცია.  
 შეიცავს შემთხვევებს, როდესაც ჰიპერტენზიის ნიადაგზე ცერებრალური ჰემისფეროების თეთრი ნივთიერების ღრმა სტრუქტურებში ჩნდება დესტრუქციული კერები. თავის გვინის ქერქი ჩვეულებრივ დაზიანებულია და კონგრასტულია კლინიკური სურათისა, რომელიც შეიძლება ძლიერ ჰგავდეს ალცჰაიმერის დაავადებით გამოწვეული დემენციის კლინიკურ სურათს.
- F01.3 შერეული კორტიკალური და სუბკორტიკალური სისხლძარღვოვანი დემენცია
- F01.8 სხვა სისხლძარღვოვანი დემენცია
- F01.9 დაუმუსკვებელი სისხლძარღვოვანი დემენცია
- E02\*** **დემენცია სხვა თავში მოყვანილი დაავადებების დროს**  
 დემენციის შემთხვევები, რომელთა მიზეზი არ არის არც ალცჰაიმერის და არც ცერებროვასკულარული დაავადება. ავადმყოფობა შეიძლება დაიწყოს სიცოცხლის ნებისმიერ პერიოდში, თუმცა იშვიათად მოხუცებულობის ასაკში.
- F02.0\* პიკის დაავადების დროს განვითარებული დემენცია (G31.0+).  
 შუახნის ასაკში განვითარებული პროგრესული დემენცია ხასიათდება ნელა პროგრესირებადი

ცვლილებებით, რაც გამოიხატება ხასიათისა და სოციალური ურთიერთობების გაუარესებაში, რასაც მოსდევს ინტელექტის, მეხსიერების და მეტყველების ფუნქციების შესუსტება, აპათია ან ეიფორია და ზოგჯერ ექსტრაპირამიდული ფენომენი.

**F02.1.\* დემენცია კრეიტცფელდგ-იაკობის დაავადების დროს (A81.0+).**

პროგრესული დემენცია უხვი ნევროლოგიური ნიშნებით, გამოწვეული სპეციფიკური ნევროლოგიური ცვლილებებით, რომელთა მიზმად ითვლება სპეციფიური გადაძვები აგენტი. ჩვეულებრივ იწყება შუახნის ან მოგვიანებით ასაკში, მაგრამ შეიძლება განვითარდეს ზრდასრული ადამიანის ნებისმიერ ასაკში. ერთი-ორი წლის განმავლობაში იწვევს სიკვდილს.

**F02.2.\* დემენცია განვითარებული ჰუნტინგტონის დაავადების დროს (G10+).**

თავის ტვინში მიმდინარე დეგენერაციული პროცესის შედეგად განვითარებული დემენცია. დაავადება გადაიტანება ერთი ავტოსომური დომინანტური გენით, სიმპტომები ჩვეულებრივ აღმოცენდება მესამე ან მეოთხე დეკადაში. განვითარება არის ნელი და იწვევს სიკვდილს 10-15 წელიწადში.

დემენცია ჰუნტინგტონის ქორეის დროს.

**F02.3.\* დემენცია პარკინსონის დაავადების დროს (G20+).**

დემენცია ვითარდება ჩვეულებრივ პარკინსონის დაავადების მიმდინარეობისას.

ჯერ-ჯერობით არ არის აღწერილი დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები.

აუტირებული დემენცია დამბლის დროს.

დემენცია პარკინსონიზმის დროს.

**F02.4.\* დემენცია შიდს-ით დაავადების დროს (B22.0).**

დემენცია, განვითარებული შიდს-ით დაავადების პროცესში, როდესაც არ არსებობს დემენციის კლინიკური სურათის გამომწვევი სხვა სომატური დაავადებები და პირობები, გარდა შიდს-ის ვირუსისა.

**F02.8.\* სხვაგან უკვე მოყვანილი, სპეციფიური დაავადებების დროს.**

ცერებრალური ლიპიდომის დროს განვითარებული დემენცია (E75.-+)

ეპილეფსიის დროს განვითარებული დემენცია (G40.-+)

ჰეპატოლენგიკულარული დეგენერაციის შედეგად განვითარებული დემენცია (E83.0+)

ჰიპერკალცემიის შედეგად განვითარებული დემენცია (E83.5+)

შეძენილი ჰიპერთირეოიდიზმის შედეგად განვითარებული დემენცია (E01,E03.-+)

ინტოქსიკაციების დროს განვითარებული დემენცია (T36-T65+)

მრავლობითი სკლეროზის შედეგად განვითარებული დემენცია (G35+)

ნეიროსიფილისის შედეგად განვითარებული დემენცია (A52.1+)

პელაგრის დროს განვითარებული დემენცია (E52+)

კვანძოვანი პოლიართრიტის დროს განვითარებული დემენცია (M30.0+)

სისტემური წითელი მგლურას დროს განვითარებული დემენცია (M32.-+)

ტრიჰანოსომიამის დროს განვითარებული დემენცია (B56.-+, B57.-+)

ვიტამინ B<sub>12</sub>-ის უკმარისობის შედეგად განვითარებული დემენცია (E53.8+)

**F03**

**დაუსუსტებელი დემენცია**

პრესენილური დემენცია, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული

პრესენილური ფსიქოზი, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული

პირველადი დეგენერაციული დემენცია, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული

სენილური დემენცია

სენილური დემენცია, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული

დეპრესიული ან პარანოიდული გიპის სენილური დემენცია

სენილური ფსიქოზი, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული

არ იგულისხმება დელირიუმით ან ცნობიერების მწვავე აბნევით გამოწვეული სენილური დემენცია (F05.1)

სენილურობა, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული. (R54)

**F04**

**ორგანული ამნეზიური სინდრომი, რომელიც არ არის გამოწვეული ალკოჰოლით ან სხვა ფსიქოტროპული ნივთიერებების მიღებით**

ეს არის სინდრომი, რომელიც ხასიათდება ახალი და ძველი მასალის დამახსოვრების უუნარობით (მაშინ, როდესაც შენარჩუნებულია ახალი მასალის მეცხეულად გახსენების

შესაძლებლობა), ახალი მასალის დასწავლის უნარის დაკარგვით და დროში დემორიენგაციით. ამ დროს კონფაბულაცია შეიძლება იყოს როგორც გამოკვეთილი ნიშანი, მაგრამ პერცეპცია და სხვა კოგნიტიური ფუნქციები ინტელექტის ჩათვლით ჩვეულებრივ ინტაქტურია, პროგნოზი დამოკიდებულია ძირითადი დაავადების მიმდინარეობაზე.

კორსაკოვის არაალკოჰოლური ფსიქოზი ან სინდრომი.

არ იგულისხმება: ამნეზია, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული (R41.3)

ანგეროგრაფული ამნეზია (R41.1)

დისოციაციური ამნეზია (F44.0)

რეგროგრადული ამნეზია (R41.2)

კორსაკოვის სინდრომი:

. ალკოჰოლით განპირობებული ან არასპეციფიური კორსაკოვის სინდრომი (F10.6)

. სხვა ფსიქოგროპული ნივთიერებებით განპირობებული კორსაკოვის ფსიქოზი: (F11- F19 საერთო მეოთხე მახასიათებლით. 6).

**F05 დელირიუმი, რომელიც არ არის განპირობებული ალკოჰოლით ან სხვა ნივთიერებებით**

დაზუსტებული ეტიოლოგიის ორგანული, ცერებრული სინდრომი, რომელიც ხასიათდება ცნობიერების, ყურადღების, აღქმის, აზროვნების, მეხსიერების, ფსიქომოტორული მოქმედების, ემოციის დარღვევითა თანაარსებობით და ძილ-ღვიძილის ციკლის ცვალებადობით. დაავადების ხარისხი მერყეობს მსუბუქიდან მწვავემდე.

იგულისხმება: მწვავე და ქვემწვავე ცერებრალური სინდრომი.

მწვავე და ქვემწვავე (არაალკოჰოლური) ცნობიერების აშლის მდგომარეობა.

მწვავე და ქვემწვავე ინფექციური ფსიქოზი.

მწვავე და ქვემწვავე ორგანული რეაქცია.

მწვავე და ქვემწვავე ფსიქო-ორგანული სინდრომი.

არ იგულისხმება: ალკოჰოლით განპირობებული ან დაზუსტებული შინაარსის ბოდვები (F10.4)

F05.0 დელირიუმი, რომელიც თან არ ერთვის დემენციას

F05.1 დელირიუმი, რომელიც თან ერთვის დემენციას

მდგომარეობები, რომლებიც თანხვლებიან ზემოაღნიშნულ კრიტერიუმებს, მაგრამ ვითარდებიან დემენციის მიმდინარეობის ფონზე (F00-F03).

F05.8 სხვა სახის დელირიუმი.

შერეული წარმოშობის დელირიუმი.

F05.9 დაზუსტებული დელირიუმი.

**F06 თავის ტვინის დაზიანებითა და დისფუნქციით, აგრეთვე სხვა სომატური დაავადებით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობანი.**

შეიცავს ფსიქიკურ აშლილობებს, რომლებიც გამოწვეულია პირველადი ცერებრალური დაავადებით, სისტემური დაავადებით, რომელიც გავლენას ახდენს ტვინზე, ეგზოგენური ტოქსიკური ნივთიერებებით ან ჰორმონებით, ენდოკრინული მოშლილობებით ან სხვა სომატური დაავადებებით.

არ იგულისხმება: დელირიუმთან დაკავშირებული (F05.-)

დემენციასთან დაკავშირებული, როგორც მოყვანილია F00-F03

გამოწვეული ალკოჰოლის ან სხვა ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა გამოყენებით (F10-F19).

F06.0 ორგანული ჰალუცინოზი.

დაავადება, რომელიც ხასიათდება ჩვეულებრივ მდგრადი ან რეკურენტული ვიზუალური ან ვერბალური ჰალუცინოზით, რაც ნათელი ცნობიერების ფონზეა. შეიძლება სახეზე იყოს ჰალუცინაციების ბოდვითი გადაშუაება, მაგრამ კლინიკურ სურათში ეს არ არის წამყვანი. (არაალკოჰოლური) ორგანული ჰალუცინატორული მდგომარეობა.

არ იგულისხმება: ალკოჰოლური ჰალუცინოზი (F10.5).

შიზოფრენია (F20.-)

F06.1 ორგანული კატატონური დარღვევა.

ფსიქომოტორულ აქტივობასთან დაკავშირებული დარღვევა, დაქვეითებული - სტუპორის, ან აწეული - აგზნების სახით. ფსიქომოტორული დარღვევის მწვერვალი შეიძლება მონაცვლეობდეს.

- არ იგულისხმება: კატატონური შიზოფრენია (F20.2)  
 სტუპორი, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული (R40.1)  
 დისოციაციური სტუპორი (F44.2)
- F06.2 (შიზოფრენიისმაგვარი) ორგანული ბოღვითი აშლილობა.**  
 კლინიკურ სურათში დომინირებს მდგრადი ან რეკურენტული ბოღვა. ბოღვას შეიძლება თან სდევდეს ჰალუცინაციები, ამ დროს შეიძლება ადგილი ჰქონდეს შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელ ნიშნებს, როგორც არის ამროვნების პათოლოგია ან უცნაური ჰალუცინომი. პარანოიდული ან ჰალუცინაციურ-პარანოიდული ორგანული მდგომარეობები.  
 შიზოფრენიისმაგვარი ფსიქოზი ეპილეფსიის დროს.  
 არ იგულისხმება: მწვავე და ტრანზიტორული ფსიქოზური დაავადებები (F23.-)  
 მდგრადი ბოღვითი აშლილობა (F22.-)  
 წამლისმიერი ფსიქოზური აშლილობები (F11-F19 საერთო მეოთხე მახასიათებლით 5)  
 შიზოფრენია (F20.-)
- F06.3 ორგანული ბუნების (აფექტური) აშლილობანი.**  
 ეს დარღვევები ხასიათდებიან ემოციის ან აფექტის ცვალებადობით, რომელსაც ჩვეულებრივ თან სდევს საერთო აქტიურობის დონის ცვალებადობა; ადგილი აქვს ორგანული დაზიანების შედეგად განვითარებულ დეპრესიულ, ჰიპომანიაკალურ, მანიაკალურ და ბიპოლარულ მდგომარეობებს (იხილეთ F30-F32).  
 არ იგულისხმება: არაორგანული ან დაუმუსტებელი ემოციური დარღვევები (F30-F39).
- F06.4 ორგანული შფოთვითი აშლილობა**  
 ხასიათდება გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობით (F41.1), პანიკური აშლილობით (F41.0). ან მათი კომბინაციისათვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნებით დავითარდება ორგანული პათოლოგიის შედეგად.  
 არ იგულისხმება: - არაორგანული ან დაუმუსტებელი შფოთვითი მდგომარეობები (F41.-)
- F06.5 დისოციაციური ორგანული აშლილობები.**  
 ხასიათდება წარსულის მოგონებებს შორის ინტეგრაციის ნაწილობრივი ან მთლიანი მოშლით, იდენტურობის, ცოდნის, უშუალო შეგრძნებების და სხეულის მოძრაობის კონტროლის უნარის ნაწილობრივი ან მთლიანი დაკარგვით (F44.-). ვითარდება ორგანული დარღვევის შედეგად.  
 არ იგულისხმება: არაორგანული ან არასპეციფიური დისოციაციური (კონვერსიული) აშლილობები (F44.-)
- F06.6 ემოციურად ლაბილური (ასთენიური) ორგანული აშლილობა.**  
 აშლილობა ხასიათდება ემოციური თავმეუკავებლობით ან ლაბილურობით, გადაღლილობით, მრავალი უსიამოვნო ფიზიკური შეგრძნებით (მაგ. თავბრუს ხვევა) და გკივილით. ვითარდება ორგანული დარღვევის შედეგად.  
 არ იგულისხმება: არაორგანული დაუმუსტებელი სომატოფორმული დარღვევები (F45.-)
- F06.7 მსუბუქი კოგნიტიური აშლილობები.**  
 ეს აშლილობა ხასიათდება მეხსიერების, ყურადღების კონცენტრაციის უნარის ხანგრძლივი დროით დაქვეითებით. ადგილი აქვს გამოხატულ დაღლილობის გრძნობას, გაძნელებულია დასწავლის პროცესი. ამავე დროს აღსანიშნავია, რომ დასწავლის პროცესის გაძნელება სუბიექტურია, მაშინ როდესაც ობიექტურად იგი შეიძლება წარმატებულად იყოს. არცერთი ზემოჩამოთვლილ სიმპტომი არ არის ისეთი მკაფიო, რის საფუძველზეც შესაძლებელი იქნებოდა დემენციის (F00-F03) ან დელირიუმის (F05-) დიაგნოზის დასმა. აღნიშნული დიაგნოზები გამოიყენება მხოლოდ სპეციფიურ სომატურ დაავადებასთან კავშირში და არ შეიძლება (F10-F99) მიესადაგოს რეესტრში კლასიფიცირებულ რომელიმე ქცევით დარღვევას. აღნიშნული დარღვევა შეიძლება წინ უსწრებდეს, თან სდევდეს ან თავი იჩინოს შემდგომ, როგორც ცერებრული, ისე სისტემური, ინფექციური და ფიზიკური დარღვევების ფართო სპექტრის შემდეგ. პათოლოგიურ პროცესში არ არის აუცილებელი გვინის უშუალო ჩართვა. შესაძლებელია მისი დიფერენციაცია პოსტტენცეფალური (F07.1) ან პოსტკონტრუზიური სინდრომისაგან (F07.2), რომლებიც ხასიათდებიან თავისი განსხვავებული ეტიოლოგიით, რბილი, მსუბუქი სიმპტომატიკით და ხანმოკლე მიმდინარეობით.
- F06.8 თავის გვინის დაზიანებით და დისფუნქციით, აგრეთვე ფიზიკური დაავადებით გამოწვეული სხვა სპეციფიური ფსიქიკური აშლილობები.**  
 ეპილეფსიური ფსიქოზი, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული
- F06.9 თავის გვინის დაზიანებით და დისფუნქციით, აგრეთვე ფიზიკური დაავადებით გამოწვეული სხვა სპეციფიური ფსიქიკური აშლილობები.**



ცნს.-ის ორგანული დაზიანების სინდრომი, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული ორგანული ფსიქიკური აშლილობა, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული

**F07** თავის ტვინის დაზიანებით და დისფუნქციით, აგრეთვე სომატური დაავადებით გამოწვეული პიროვნული და ქცევითი აშლილობები

პიროვნული და ქცევის ცვლილებები შეიძლება იყოს რემილუალური ან თანამხვედრი დარღვევები თავის ტვინის დაავადების, დაზიანების ან დისფუნქციის დროს.

**F07.0** ორგანული პიროვნული აშლილობა

აშლილობა ხასიათდება პიროვნების პრემორბიდში დამახასიათებელი ჩვეული ქცევითი ფორმების მნიშვნელოვანი ცვლილებებით ემოციების გამოხატვის, მოთხოვნილებების და იმპულსების ჩათვლით. კლინიკური სურათის ნაწილი შეიძლება იყოს კოგნიტური და აზრობრივი ფუნქციების დარღვევა, შეცვლილი სექსუალობა. ორგანული ფსევდოფსიქოპათიური პიროვნება. ორგანული ფსევდოდაქვეითებული პიროვნება. თავის ტვინის ფრონტალური წილის სინდრომი. ლიმბიური ეპილეფსიისას პიროვნების ცვლილების სინდრომი. ლობოტომიის სინდრომი.

არ იგულისხმება: კატასტროფის შემდგომ განვითარებული გახანგრძლივებული პიროვნული ცვლილებები (F62.0).  
ფსიქიკური დაავადების შემდგომი გახანგრძლივებული პიროვნული ცვლილებები (F62.1).  
პოსტკომოციური სინდრომი (F07.2).  
პოსტენცეფალიტური სინდრომი (F07.1).  
სპეციფიური პიროვნული დარღვევები (F60.-)

**F07.1** პოსტენცეფალიტური სინდრომი.

რემილუალური არასპეციფიკური და ვარიაბილური ქცევითი ცვლილება, რომელიც მოსდევს ვირუსულ ან ბაქტერიულ ენცეფალიტს გამოჯანსაღების შემდეგ. პრინციპული განსხვავება ამ დარღვევასა და ორგანულ პიროვნულ დარღვევას შორის არის ის, რომ პოსტენცეფალიტური სინდრომი შექცევადია.

არ იგულისხმება: ორგანული წარმოშობის პიროვნული აშლილობა (F07.0).

**F07.2** პოსტკომოციური (ტვინის შერყევის შემდგომი) სინდრომი.

სინდრომი ვითარდება თავის გრავმის შემდგომ (გრავმა ხშირად საკმაოდ მძიმეა და იწვევს ცნობიერების დაკარგვას) და შეიცავს რიგ სიმპტომებს, როგორც არის თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, ამნეზია, ინსომნია და სტრესების, ალკოჰოლის მიმართ დაწვეული გოლერანგობა. პოსტკომოციური სინდრომი (ენცეფალოპათია)

არაფსიქომური გრავმის შემდგომი ცერებრალური სინდრომი

**F09** დაუზუსტებელი ორგანული და სიმპტომური ფსიქიკური აშლილობანი.

ორგანული ფსიქოზი, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული სიმპტომური ფსიქოზი, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული

არ იგულისხმება: ფსიქოზები, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული (F29)

**ფსიქოპათიურ ნივთიერებათა მონხარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი (F10-F19)**

ამ თავში აღწერილია სხვადასხვაგვარი აშლილობანი, რომელნიც ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან კლინიკური სურათით და დაავადების სიმწვავეთ. ეს აშლილობანი გამოწვეულია ერთი ან მეტი ფსიქოტროპული ნივთიერების მონხარებით, რომელიც შეიძლება არც იყოს ექიმის მიერ დანიშნული. კოდის მესამე ნიშანი აზუსტებს გამოყენებულ ფსიქოპათიურ ნივთიერებას, ხოლო მეოთხე - კლინიკურ მდგომარეობას.

ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა ინდენტიფიკაცია უნდა ეყრდნობოდეს ინფორმაციის რაც შეიძლება მეტ წყაროს: თვით პაციენტის მიერ მოწოდებული ცნობა, სისხლისა და ორგანიზმის სხვა ბიოლოგიური სითხეების ანალიზი, დამახასიათებელი სომატური და ფსიქიკური სიმპტომები, კლინიკური ნიშნები და ქცევა, ასევე პაციენტთან აღმოჩენილი ნივთიერება (ან მისი ნაწილი) და გარეშე პირთა მიერ მოწოდებული დამატებითი ცნობები. წამლის მომხმარებელთა უმეტესობა ერთზე მეტ ფსიქოაქტიურ ნივთიერებას იღებს. შესაძლებლობის შემთხვევაში ძირითადი დიაგნოზი კლასიფიცირებული უნდა იქნეს იმ ნივთიერების ან ნივთიერებათა კლასის მიხედვით, რომელმაც გამოიწვია მოცემული კლინიკური სინდრომი. სხვა დიაგნოსტიკური კოდები გამოიყენება იმ შემთხვევაში, როდესაც ფსიქოაქტიური ნივთიერება მიღებულია ისეთი რაოდენობით, რომ გამოიწვია ინტოქსიკაცია (საერთო მეოთხე ნიშანი .0), ან მნიშვნელოვნად შეარყია ჯანმრთელობა (საერთო მეოთხე ნიშანი .1), ან გამოიწვია წამალზე დამოკიდებულების სინდრომი (საერთო მეოთხე ნიშანი .2), ან სხვა აშლილობანი (საერთო მეოთხე ნიშანი .3-9).

იმ შემთხვევაში, როდესაც ფსიქოაქტიური ნივთიერების გამოყენება უსისჯემოდ და შეუმღებავად ხდება, ან როდესაც საქმე გვაქვს სხვადასხვა ნივთიერების ერთობლივი ზემოქმედებით განპირობებულ აშლილობებთან, მიზანშეწონილია (F19.-) კოდის გამოყენება.

არ იგულისხმება: არანარკოტიკულ ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენება (F55).

აღწერილი აშლილობების კოდის მეოთხე ნიშანი გამოყენებული უნდა იქნეს (F10-F19) კატეგორიებისათვის.

**. 0 მწვავე ინტოქსიკაცია.**

მწვავე ინტოქსიკაციის ქვეშ იგულისხმება მდგომარეობა, რომელიც თან სდევს ფსიქოაქტიური ნივთიერების მიღებას და გამოიხატება ცნობიერების, შექცევის, აღქმის, ემოციების, ქცევის და სხვა ფსიქოფიზიოლოგიური ფუნქციების სხვადასხვა სიღრმის აშლილობებში. ეს აშლილობები უშუალოდ უკავშირდება მოხმარებული ნივთიერების ფარმაკოლოგიურ ეფექტს და დროთა განმავლობაში ხდება ორგანიზმის ფუნქციათა სრული აღდგენა, გარდა ინტოქსიკაციის პერიოდში ქსოვილებსა და ორგანოებში განვითარებული შეუქცევადი ორგანული დაზიანებებისა. მწვავე ინტოქსიკაციისას შესაძლოა შემდეგი სახის გართულებები: ფიზიკური ტრავმა, პირნალები მასის ასპირაცია, დელირიუმი, კომა, კრუნჩხვითი განტვირთვები და სხვა ამ გართულებათა ხასიათი დამოკიდებულია როგორც გამოყენებული ნივთიერების ფარმაკოლოგიურ ჯგუფზე, ისე პრეპარატის მიღების ხერხზე.

მწვავე თრობა ალკოჰოლის მიღებისას.

ინტოქსიკაცია ჰალუცინოგენების მიღებისას

ალკოჰოლური თრობა, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული.

პათოლოგიური ინტოქსიკაცია.

გრანსი და შეპყრობილობის მდგომარეობა ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით გამოწვეული ინტოქსიკაციის დროს.

**. 1 ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა მოხმარებით გამოწვეული მაკნე შედეგები.**

ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების ისეთი ფორმა, რომელიც მნიშვნელოვნად აზიანებს ჯანმრთელობას. შეიძლება გამოვლინდეს როგორც სომატური (მაგალითად, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების პოსტინექციური მიღების შედეგად განვითარებული ჰეპატიტი), ისე ფსიქიკური (მაგალითად, მძიმე ალკოჰოლური თრობის შემდეგ განვითარებული მეორადი დეპრესიული ეპიზოდები) ფუნქციების აშლილობის სახით.

**. 2 ფსიქოაქტიური ნივთიერებებისადმი დამოკიდებულების სინდრომი.**

ეს არის ქცევითი, კოგნიტიური და ფიზიოლოგიური გამოვლინებების ერთობლიობა რომელიც ვითარდება ფსიქოაქტიური ნივთიერების განმეორებითი მიღების შედეგად. ამ სინდრომისათვის დამახასიათებელია: ფსიქოაქტიური ნივთიერების მიღების დაუძლეველი სურვილი; ქვეითდება ნივთიერების მიღების მოთხოვნილებისადმი პიროვნული მდგრადობა, ხოლო გამოყენებისას - კონტროლის უნარი; ყველა სასიცოცხლოდ აუცილებელ მოთხოვნილებათა და ვალდებულებათა შორის პრიორიტეტული ხდება ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა მოხმარება; იცვლება ორგანიზმის ტოლერანტობა პრეპარატისადმი და მოგჯერ ვლინდება ფსიქოაქტიური ნივთიერების აღკვეთით განპირობებული ფიზიოლოგიური ძვრები. დამოკიდებულების სინდრომი შეიძლება განვითარდეს როგორც სპეციფიური ფსიქოაქტიური ნივთიერებების (მაგალითად თამბაქო, ალკოჰოლი ან დიაზეპამი) მოხმარებისას, ისე ნივთიერებათა ზოგიერთი ჯგუფის (მაგალითად, ოპიოიდური პრეპარატები) ან ფარმაკოლოგიურად განსხვავებული მთელი რიგი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გამოყენების შემთხვევაში. ქრონიკული ალკოჰოლიზმი.

დიფსომანია.

სამკურნალწამლო მიზიდულობანი (ნარკომანია, გოქსიკომანია).

**. 3 აღკვეთის მდგომარეობა (ფსიქოაქტიური ნივთიერებათა მოხსნის სინდრომი).**

სხვადასხვა ჯგუფისა და სიმწვავის სიმპტომთა ერთობლიობა, რომელიც ვლინდება ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა სისტემატიური, ხანგრძლივი მოხმარების შემდეგ ამ ნივთიერებათა მიღების სრული ან ნაწილობრივი აღკვეთისას. ეს სინდრომი ვითარდება აღკვეთისთანავე და დამოკიდებულია მოხმარებული ფსიქოაქტიური ნივთიერების ტიპზე და იმ დოზაზე, რომელიც გამოიყენებოდა მისი მიღების შეწყვეტის ან დოზის შემცირების წინ. აღკვეთის მდგომარეობა შეიძლება გართულდეს კრუნჩხვითი განგვირთვებით.

**. 4 აღკვეთის მდგომარეობა დელირიუმით.**

ამ მდგომარეობისას სახეზეა დელირიუმით (F05.-) გართულებული აღკვეთის სინდრომისათვის (მეოთხე ნიშნში .3) დამახასიათებელი სიმპტომები. შესაძლოა კრუნჩხვითი განგვირთვების არსებობაც, თუ ორგანული პათოლოგია ეგიოლოგიური წანამძღვრის როლს თამაშობს, მდგომარეობა სხვა კოდით (F05.8.) უნდა შეფასდეს. ალკოჰოლური თეთრი ცხელება.

**. 5 ფსიქოზური აშლილობა.**

ფსიქოზური რეგისტრის სიმპტომების ერთობლიობა, რომელიც ჩნდება ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა მოხმარების პერიოდში (ან მის შემდგომ) და მათი არსებობა არ შეიძლება აიხსნას მხოლოდ მწვავე ინტოქსიკაციით, ამასთან აღნიშნული სიმპტომები არც აღკვეთის მდგომარეობის ფარგლებში არ გვხვდება. აშლილობა ხასიათდება პალუცინაციებით (ჩვეულებრივ სმენითი, თუმცა აღქმის პათოლოგია ერთზე მეტ სენსორულ მოდალობას მოიცავს), ბოღვითი იდეებით (ხშირად პარანოიდული ან პერსეკუტორული მინარსის), ცრუ შეცნობებით, ფსიქომოტორული აშლილობებით (აგზნება ან სტუპორი) და აფექტის პათოლოგიით, რომელიც შეიძლება მოიცავდეს დიაპაზონის ძლიერი შიშიდან ექსტაზამდე. ცნობიერება ჩვეულებრივ ნათელია, შეიძლება იყოს დაბინდულიც, მაგრამ არასდროს არ აღწევს აბნევის რეგისტრს.

ალკოჰოლური:

. პალუცინოზი

. დამოიანობის ბოღვა

. პარანოია

. ფსიქომები, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაუმსგებელი

არ იგულისხმება: ალკოჰოლით ან სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით გამოწვეული რემიდალური ან მოგვიანებით დაწყებული აშლილობები (F10-F19 საერთო მეოთხე ნიშნით .7).

**. 6 ამნეზიური სინდრომი.**

ამ სინდრომის ფარგლებში განიხილება ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გამოყენებით პირობადებული მეხსიერების (როგორც ახალი, ისე წარსულ ფაქტებზე) ქრონიკული დაქვეითება. ამ ტიპის ამნეზიისას ქვეითდება უფრო ახლის დამახსოვრების, ვიდრე წარსულ მოვლენათა რეპროდუქციის უნარი. შესამჩნევია დროის შეგრძნების, მოვლენათა დროში თანმიმდევრული გააზრების უნარის მოშლა, გაძნელებულია ახალი მასალის ათვისება. ზოგჯერ ადგილი აქვს კონფაბულაციებს, რაც აუცილებელი არ არის დიაგნოზის დასამსგებლად. კოგნიტიური ფუნქციები შედარებით კარგადაა შენარჩუნებული და ამდენად მეხსიერების დეფექტი უფრო თვალსაჩინოა.

ამნეზიური აშლილობა გამოწვეულია ალკოჰოლით ან ნარკოტიკული საშუალებებით.

კორსაკოვის ფსიქოზი ან სინდრომი, ალკოჰოლით (ან სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით) გამოწვეული ან სხვაგვარად დაუმსგებელი

არ იგულისხმება: კორსაკოვის არაალკოჰოლური ფსიქოზი ან სინდრომი (F04).

**. 7 რეზიდალური და მოგვიანებულ ასაკში განვითარებული ფსიქოზური აშლილობა.**

ეს არის აშლილობა, რომლის დროსაც კლინიკურ სურათში წამყვანია ალკოჰოლით ან სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებით გამოწვეული კოგნიტიური და აფექტური სფეროების, ქცევის მოღუსისა და პიროვნული ცვლილებები და ეს სიმპტომები გრძელდება ფსიქოაქტიური ნივთიერების ბემოქმედების პერიოდის შემდეგაც. აშლილობის დებიუტი უშუალოდ უნდა იყოს დაკავშირებული ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებასთან. .7 გამოიყენება იმ შემთხვევებშიც, როცა აშლილობის დებიუტი მანიფესტირდება ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების ეპიზოდების შემდეგ და თვით მდგომარეობის დამახასიათებელი ნიშნები შეიძლება შეფასდეს როგორც ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა



რემიდეალური ეფექტი. რემინისცენციები ("ფლეშბეკები"), ფსიქომური მდგომარეობებისაგან განსხვავებით, ეპიზოდურია, უპირატესად ხანმოკლე და იდენტურია წინამორბედი ალკოჰოლური ან სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით პროვოცირებული რემინისცენციებისა.

ალკოჰოლური დემენცია, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული ქრონიკული ალკოჰოლური ცერებრალური სინდრომი.

დემენცია და კოგნიტიური ფუნქციათა მსუბუქად გამოხატული შესუსტება.

"ფლეშბეკი" (რემინისცენცია).

ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით გამოწვეული ფსიქომური აშლილობა მოგვიანებული დებიუტით. ჰალუცინოზების მოხმარებით პირობადებული აღქმის აშლილობა.

რემიდეალური:

. აფექტური აშლილობა

. პიროვნული და ქცევითი აშლილობა

არ იგულისხმება: ალკოჰოლით ან ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით გამოწვეული:

. კორსაკოვის სინდრომი (F10-F19 საერთო მეოთხე ნიშანი .6)

. ფსიქომური მდგომარეობა (F10-F19 საერთო მეოთხე ნიშანი .5)

. 8 სხვა ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი.

. 9 დაუზუსტებელი ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი.

**F10.- ალკოჰოლის მიღებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი.**

[იხ. გვ. 217-219]

**F11.- თბილიდების მიღების შედეგად გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი.**

[იხ. გვ. 217-219]

**F12.- კანაბინოიდების მიღების შედეგად გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი.**

[იხ. გვ. 217-219]

**F13.- სედატიური და საძილე საშუალების მიღების შედეგად გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი.**

[იხ. გვ. 217-219]

**F14.- კოკაინის მიღების შედეგად გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი.**

[იხ. გვ. 217-219]

**F15.- სხვა სტიმულატორების (კოფეინის ჩათვლით) მიღების შედეგად გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი.**

[იხ. გვ. 217-219]

**F16.- ჰალუცინოზების მიღების შედეგად გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი.**

[იხ. გვ. 217-219]

**F17.- თამბაქოს მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი.**

[იხ. გვ. 217-219]

**F18.- აქროლადი გამხსნელებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი.**

[იხ. გვ. 217-219]

**F19.- სხვადასხვა სახის ნივთიერების ერთდროული მოხმარებით და სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მიღებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი.**

ეს კატეგორია გამოიყენება მაშინ, როდესაც ორი ან მეტი ფსიქოპათიური ნივთიერება მოიხმარება, მაგრამ შეუძლებელია შეაფასო, რომელი მათგანი იწვევს აშლილობას. ეს კოდი უნდა გამოვიყენოთ მაშინაც, როცა მუსკად დადგენილი არ არის რამდენიმე ან ყველა მიღებული ფსიქოპათიური ნივთიერება.

იგულისხმება: წამლის არასწორი მოხმარება, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული

## შიზოფრენია, შიზოტიპური და ბოღვითი აშლილობანი (F20-F29)

ამ პარაგრაფში განხილულია შიზოფრენია, როგორც ამ ჯგუფის ყველაზე უფრო მნიშვნელოვანი დაავადება, შიზოტიპური აშლილობა, მდგრადი ბოღვითი აშლილობანი და უფრო ფართო ჯგუფი მწვავე და სწრაფად განვითარებული აშლილობისა. მიუხედავად მისი სადაოობისა, შიზოფრენიული აშლილობანიც რჩება ამ თავში.

### F20 შიზოფრენია

შიზოფრენიული აშლილობებისათვის ზოგადად დამახასიათებელია ალქმისა და ამროვნების სფეროში ფუნდამენტალური დარღვევები, აგრეთვე არაადექვატური და დაზღუდული აფექტი. ცნობიერება და ინტელექტუალური შესაძლებლობები შენახულია, თუმცა დროთა განმავლობაში შეიძლება თავი იჩინოს გარკვეულმა კოგნიტიურმა დეფიციტმა. ყველაზე უფრო მნიშვნელოვან ფსიქოპათოლოგიურ გამოვლინებებს წარმოადგენს ექო ამრები, ამრთა ჩადება ან წართმევა, გახსნილობა, გემოქმედების ბოღვა, პასიური დამორჩილება და ბოღვითი ალქმა, სმენითი ჰალუცინაციები, ხშირად მაკომენტირებელი ან განსჯის შინაარსის; ამროვნების აშლილობანი და ნეგატიური სიმპტომები. შიზოფრენიული აშლილობების მიმდინარეობა უწყვეტია ან ეპიზოდური, პროგრესირებადი ან მყარი დეფიციტით. შეიძლება იყოს ერთი ან ორი ეპიზოდი მთლიანი ან ნაწილობრივი რემისიით. შიზოფრენიის დიაგნოზი არ უნდა დაისვას გამოხატული დეპრესიის ან მანიაკალური სინდრომის დროს, ასევე არ უნდა დაისვას ცერებრალური დაავადების, წამლით ინტოქსიკაციისა და აბსცინენციის დროს. მსგავსი აშლილობანი, რომლებიც ვითარდებიან ეპილეფსიისა ან სხვა ცერებრალური დაავადების დროს, უნდა იქნეს კლასიფიცირებული F06.2-ით, ფსიქოპათიური ნივთიერებებით გამოწვეული - F10-F19-ით საერთო მეოთხე ნიშნით .5.

არ იგულისხმება: . მწვავე შიზოფრენია (არადიფერენცირებული) (F23.2)

ცირკულარული შიზოფრენია (F25.2)

შიზოფრენიული რეაქციები (F23.2)

შიზოტიპური აშლილობანი (F21)

#### F20.0 პარანოიდული შიზოფრენია.

პარანოიდული შიზოფრენიის დროს დომინირებს შედარებით მყარი, ხშირად პარანოიდული ბოღვები, უპირატესად სმენითი ჰალუცინაციებით, და შეგრძნებათა აშლილობით. აფექტის, ნებელობის, მეტყველების დარღვევები, კატატონიური სიმპტომები ან არ არსებობს ან შედარებით იშვიათია.

პარაფრენიული შიზოფრენია

არ იგულისხმება: ინვოლუციურ პარანოიდული მდგომარეობა (F22.8)

პარანოია (F22.0)

#### F20.1 ჰებეფრენიული შიზოფრენია.

ამ ფორმის დროს, წინა პლანზეა უპირატესად ემოციური დარღვევები. ბოღვითი იდეები და ჰალუცინაციები არამყარი და ფრაგმენტულია, ქცევები უპასუხისმგებლო, უცნაური და მანერულია. აფექტი ზედაპირული და არაადექვატურია, ამროვნება მოუწესრიგებელი და მეტყველება ინკოჰერენტულია. მიდრეკილებაა განამარტოებისაკენ, ქცევები განცდის გარეშე გამოიყურება. “ნეგატიური” სიმპტომების სწრაფი განვითარების გამო პროგნოზი ცუდია. შიზოფრენიის ეს ფორმა იწყება მოზარდ ასაკში და მრდასრულ ახალგაზრდებში.

არაორგანიზებული შიზოფრენია.

ჰებეფრენია.

#### F20.2 კატატონური შიზოფრენია.

კატატონური შიზოფრენიის დროს, წინა პლანზეა ფსიქომოტორული დარღვევები, რომლებიც ისეთ უკიდურეს ფორმებს შორის მერყეობს, როგორცაა ჰიპერკინეზები და სტუპორი, ან ავტომატური დამორჩილება და ნეგატივიზმი. იძულებითი მოძრაობები და პოზები კლინიკურ სურათში შესაძლებელია შენარჩუნდეს დიდი ხნის განმავლობაში. ნიშანდობლივია იმპულსური აგზნების ეპიზოდები. კატატონური ფენომენებს შეიძლება თან სდევდეს სიმპრისმაგვარი (ონეიროიდული) მდგომარეობები, მკაფიო, სცენური ჰალუსინაციებით.

კატატონური სტუპორი  
 შიზოფრენიული კატალექსია  
 შიზოფრენიული კატატონია  
 ცვილისებრი მოქნილობა

**F20.3 არადიფერენცირებული შიზოფრენია**

ისეთი ფსიქომოტორი მდგომარეობა, რომელიც შიზოფრენიის ზოგად კრიტერიუმებს აკმაყოფილებს, მაგრამ არ ემთხვევა F20.0-F20.2-ში აღწერილ ფორმებს ან ვლინდება შიზოფრენიის რომელიმე ერთი ფორმისათვის დამახასიათებელ სიმპტომებზე მეტი ნიშნები ძირითადი დიაგნოსტიკური სიმპტომების დომინირების გარეშე.

ატიპიური შიზოფრენია  
 არ იგულისხმება: მწვავე შიზოფრენიის მსგავსი ფსიქიკური აშლილობა (F23.2)  
 ქრონიკული არადიფერენცირებული შიზოფრენია (F20.5)  
 პოსტშიზოფრენიული დეპრესია (F20.4)

**F20.4 პოსტშიზოფრენიული დეპრესია.**

საქმე ეხება ხანგრძლივ დეპრესიულ ეპიზოდს, რომელიც შიზოფრენიული დაავადების კვალდაკვალ ვლინდება. ზოგიერთი “პოზიტიური” ან “ნეგატიური” სიმპტომი ჯერ კიდევ სახეზეა, თუმცა კლინიკურ სურათში არ დომინირებს. დეპრესიული მდგომარეობა ხშირად თვითმკვლელობის გამრდილ რისკთან არის დაკავშირებული. თუ პაციენტს აღარ აქვს შიზოფრენიული სიმპტომები, მაშინ დეპრესიული ეპიზოდს დაესმის დიაგნოზი (F32.-), თუ შიზოფრენიული სიმპტომები ახალი დაწყებულია და წინა პლანზეა, მაშინ დიაგნოზი დაისმება, როგორც შიზოფრენიის ქევიკი (F20.0-F20.3).

**F20.5 რემიდუალური შიზოფრენია.**

ქრონიკული სტადია შიზოფრენიის მიმდინარეობაში, რომლის დროსაც შეიმჩნევა მკვეთრი გადასვლა ადრეულიდან მომდევნო სტადიაზე დამახასიათებელი ხანგრძლივად შენახული, თუმცა არააუცილებლად შეუქცევადი “ნეგატიური” სიმპტომებით, როგორცაა ფსიქომოტორიკის შენელება, აქტიურობის დაქვეითება, ემოციური გასადავება, პასიურობა და უინიციატივობა; მეტყველების როგორც შინაარსობრივი, ასევე რაოდენობრივი გაღარბება; არავერბალური კომუნიკაციების სიღარიბე: მიმიკის, მზერის, ხმის მოლულაციის და პოზის; თვითმომსახურების ჩვევების და სოციალური საქმიანობის უკმარისობა.

ქრონიკული არადიფერენცირებული შიზოფრენია.  
 ნარჩენი მდგომარეობა.  
 შიზოფრენიული რემიდუალური მდგომარეობა.

**F20.6 მარტივი შიზოფრენია.**

საქმე ეხება მდგომარეობას თანდათანობით, მაგრამ პროგრესირებადი, უცნაური ქცევებით, სოციალურ მოთხოვნილებებთან შეუსაბამობით, საერთო აქტიურობის დაქვეითებით. რემიდუალური შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელი ნეგატიური სიმპტომები (მაგ: დაჩლუნგებული აუქტივობა, მოტივაციის დაქვეითება) ვითარდება წინამორბედი ფსიქომოტორი სიმპტომების გარეშე.

**F20.8 შიზოფრენიის სხვა ფორმები.**

სენესტოპათიური შიზოფრენია.  
 შიზოფრენიფორმული აშლილობა, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული  
 შიზოფრენიფორმული ფსიქოზი, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული  
 არ იგულისხმება: ხანმოკლე შიზოფრენიფორმული აშლილობები (F23.2).

**F20.9 დაუზუსტებელი შიზოფრენია.**

**F21 შიზოტიპური აშლილობა.**

საქმე ეხება დარღვევას, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ექსცენტრიული ქცევები, ამროვნებისა და გუნება-განწყობის სფეროს ანომალიები, რომელიც ახდენს შიზოფრენიის

შთაბეჭდილებას, მაგრამ ცალსახად ტიპური შიზოფრენიული სიმპტომები არასოდეს არ აღინიშნება, თუმცა შეიძლება აღვილი ჰქონდეს ნებისმიერ შემდეგი სახის გამოვლინებებს: არაადექვატური და გარეგნულად გამოუმქვლავნებელი აფექტი, ანჰედონია; უცნაური და ექსცენტრული ქცევები; ტენდენცია სოციალური უკანდახვევისადმი; პარანოიდული ან უცნაური იდეები, რომელიც ნამდვილ ბოღვებამდე არ მიდის; აკვიატებული ამრები; ამროვნებისა და აღქმის მოშლა; ეპიზოდური, გარდამავალი (გრანზიგორული) კვაზი-ფსიქოზური ეპიზოდები, სმენითი ან სხვა ჰალუცინაციებით, ბოღვისმაგვარი იდეებით, რომლებიც არ არის გარეგანი მიზეზებით გამოწვეული. დაავადების მიმდინარეობა პიროვნული აშლილობის ხასიათს ატარებს.

ლატენტური შიზოფრენიული რეაქცია:

მოსაზღვრე შიზოფრენია,

ლატენტური შიზოფრენია,

პრეფსიქოზური შიზოფრენია,

პროდრომალური შიზოფრენია,

ფსევდონევროზული შიზოფრენია,

ფსევდოფსიქოპათიური შიზოფრენია,

შიზოტიპური პიროვნული აშლილობა

არ იგულისხმება: ასპერჯერის სინდრომი (F84.5)

პიროვნების შიზოიდური აშლილობა (F60.1)

**F22 ხანგრძლივი ბოღვითი აშლილობანი.**

ეს ჯგუფი მოიცავს აშლილობათა რიგს, რომელთა დროსაც ხანგრძლივად არსებული ბოღვა წარმოადგენს ერთადერთ ან ყველაზე თვალშისაცემ კლინიკურ მახასიათებელს და რომელიც არ შეიძლება კლასიფიცირებული იქნეს როგორც ორგანული. შიზოფრენიული ან აფექტური აშლილობა. ბოღვითი აშლილობები, რომლებიც მიმდინარეობენ რამდენიმე თვეზე უფრო ნაკლები დროის განმავლობაში, შეიძლება კლასიფიცირებული იქნეს F23-ით.

**F22.0 ბოღვითი აშლილობა.**

დარღვევების ეს ჯგუფი ხასიათდება ერთი ან ერთმანეთთან დაკავშირებული რამდენიმე ბოღვითი იდეის განვითარებით, რომლებიც ხანგრძლივად, ხანდახან კი მთელი სიცოცხლის განმავლობაში არსებობენ. ბოღვითი სისტემის შინაარსი ძალიან განსხვავებულია. ამ დიაგნოზთან შეუთავსებელია გამოხატული და ხანგრძლივი სმენითი ჰალუცინაციები, შიზოფრენიული სიმპტომები, როგორცაა: დევის ბოღვა, აფექტის დაჩლუნგება, აგრეთვე თავის ტვინის მძიმე ორგანული დაავადებები. ეს დიაგნოზი ნაწილობრივ გამორიცხული არ არის ხანდაზმულებში. იმ პირობით, თუ შიზოფრენიულ ხასიათს არ ატარებს და კლინიკური სურათის ერთ მცირე ნაწილს შეადგენს.

პარანოია

პარანოიდული ფსიქოზი,

პარანოიდული მდგომარეობა.

მოგვიანებითი პარაფრენია,

დამოკიდებულების სენზიტიური ბოღვა.

არ იგულისხმება: პარანოიდული პიროვნული აშლილობა,

ფსიქოგენური პარანოიდული ფსიქოზი (F23.3),

პარანოიდული რეაქცია (F23.3),

პარანოიდული შიზოფრენია (F20.0).

**F22.8 სხვა ქრონიკული ბოღვითი აშლილობანი.**

ამ აშლილობების დროს, ბოღვას, ან ბოღვებს თან სდევს მდგრადი ჰალუცინაციური ხმები ან შიზოფრენიული სიმპტომები, რომლებიც არ შეესაბამებიან შიზოფრენიული დიაგნოზის (F20.-) კრიტერიუმებს.

ბოღვითი დისმორფოფობია,

პარანოიის კვერულანტური ფორმა.

**F22.9 დაუმუსტებელი მყარი ბოღვითი აშლილობა.**

**F23 მწვავე და გარდამავალი ფსიქოზური აშლილობანი.**

აშლილობათა ჰეტეროგენული ჯგუფი, რომელსაც ახასიათებს მწვავე დასაწყისი ფსიქოზური სიმპტომებით (ბოღვები, ჰალუცინაციები, აღქმის აშლილობანი) და ქცევის თვალსაჩინო მოშლა. მწვავე დასაწყისი გულისხმობს ორი კვირის ან უფრო მცირე დროის განმავლობაში

- პათოლოგიური კლინიკური სურათის განვითარებას. აღნიშნულ აშლილობათა განვითარება არ არის გამოწვეული ორგანული მიზეზებით. ორგანული პათოლოგიით გამოწვეული დელირიუმის (F05.-) დამახასიათებელი სიმპტომების - დაბნეულობა, უხერხულობის გრძობა, დემორინტაცია დროში, ადგილსა და საკუთარ თავში არ არის საკმარისად ხანგრძლივი და მწვავე. სრული გამოჯანსაღება შეიძლება მოხდეს რამდენიმე თვეში, ხშირად რამდენიმე კვირაში და დღეებშიც კი. თუ აშლილობა მყარია და უფრო დიდხანს გრძელდება, მაშინ აუცილებელი ხდება დიაგნოზის გადახედვა. აშლილობა შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს ან არ იყოს მწვავე სტრესთან, რომელიც ერთი ან ორი კვირით წინ უსწრებდა ავადმყოფობის დასაწყისს.
- F23.0 მწვავე პოლიმორფული ფსიქომორული აშლილობა შიზოფრენიის სიმპტომების გარეშე. მწვავე ფსიქომორული აშლილობა, რომლის დროსაც სახეზე გვაქვს ჰალუცინაციები, ბოღეები და აღქმის დარღვევები, ამ სიმპტომთა ცვალებადობა შეინიშნება დღით-დღე და ზოგჯერ საათობრივადაც კი. ხშირად სახეზე გვაქვს ემოციური გამოვლინებები გრანზიგორული ბედნიერების და ექსტაზის ან შოთვის და გამღიზიანებლობის განცდით. მთლიანად კლინიკური სურათისათვის დამახასიათებელია პოლიმორფიზმი და არასტაბილურობა, ფსიქომორული ნიშნები არ არის საკმარისი შიზოფრენიის დიაგნოზისათვის (F20.-). ეს აშლილობები ხშირად იწყება უეცრად, ვითარდება სწრაფად რამდენიმე დღეში და შესაძლებელია სწრაფადვე ამოიწუროს განმეორების გარეშე. თუ სიმპტომები გრძელდება, დიაგნოზი უნდა შეიცვალოს ქრონიკულ ბოღვით აშლილობაზე (F22.).
- F23.1 მწვავე პოლიმორფული ფსიქომორული აშლილობა შიზოფრენიის სიმპტომებით მწვავე ფსიქომორული აშლილობა, რომლის დროსაც სახეზე გვაქვს პოლიმორფული და არასტაბილური კლინიკური სურათი, როგორც აღწერილია F23.0-ში. მიუხედავად არასტაბილურობისა, უმეტესი პერიოდის განმავლობაში, სახეზეა შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები. თუ ეს სიმპტომები გრძელდება, მაშინ უნდა კლასიფიცირდეს როგორც შიზოფრენია (F20.-), მწვავე ბოღვითი ეპიზოდები შიზოფრენიის სიმპტომებით, ციკლოიდური ფსიქომორული შიზოფრენიის სიმპტომებით
- F23.2 მწვავე შიზოფრენიის მსგავსი ფსიქომორული აშლილობა. ფსიქომორული სიმპტომები შედარებით სტაბილურია და შეესაბამება შიზოფრენიის დიაგნოზს, მაგრამ გრძელდება ერთ თვეზე ნაკლები დროის განმავლობაში. პოლიმორფული არასტაბილური ნიშნები, როგორც აღწერილია F23.0-ში, არ არსებობს. თუ შიზოფრენიული სიმპტომები გრძელდება, მაშინ უნდა კლასიფიცირდეს როგორც შიზოფრენია (F20.-).  
მწვავე (არადიფერენცირებული) შიზოფრენია,  
ხანმოკლე შიზოფრენიფორმული აშლილობა,  
ხანმოკლე შიზოფრენიფორმული ფსიქომორი,  
ონეიროფრენია,  
შიზოფრენიული რეაქცია.  
არ იგულისხმება: ორგანული ბოღვითი აშლილობა (F06.2),  
შიზოფრენიფორმული აშლილობა, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული (F20.8).
- F23.3 სხვა მწვავე უპირატესად ბოღვითი ფსიქომორული აშლილობები. კლინიკური სურათს წარმოადგენს შედარებით სტაბილური ბოღეები ან ჰალუცინაციები მაგრამ არ არის სრული თანხვედრა შიზოფრენიის დიაგნოზთან (F20.-). თუ ბოღეები გრძელდება, მაშინ უნდა კლასიფიცირდეს, როგორც ხანგრძლივი ბოღვითი აშლილობა (F22.-).  
პარანოიდული რეაქცია,  
ფსიქოგენური პარანოიდული ფსიქომორი.
- F23.8 სხვა მწვავე და გარდამავალი ფსიქომორული აშლილობები. შეიცავს ნებისმიერ სხვა სპეციფიკურ ფსიქომორულ აშლილობებს, რომლის გამომწვევი მიზეზი არ არის ორგანული და რომელიც არ ამუსტებს F23.0-F23.3 კლასიფიკაციას.
- F23.9 მწვავე და გარდამავალი ფსიქომორული აშლილობა, არასპეციფიკური. ხანმოკლე რეაქტიული ფსიქომორი, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული რეაქტიული ფსიქომორი.

**F24 ინდუცირებული ბოღვითი აშლილობა.**

ეს არის ორი ან მეტი ადამიანის მიერ მჭიდრო ემოციური კავშირით გამზიარებული ბოღვითი აშლილობა, მხოლოდ ერთ-ერთ მათგანს აქვს გენუინური ფსიქომორული აშლილობა. ბოღვითი ინდუცირდება სხვა ან სხვები და ჩვეულებრივ ამოიწურება, როდესაც ეს ადამიანები განცალკევდებიან.

წყვილთა ფსიქომორით გამოწვეული პარანოიდული აშლილობა,  
წყვილთა ფსიქომორით გამოწვეული ფსიქომორული აშლილობა.



**F25**

**შიზოაფექტური აშლილობანი.**

სახეზეა როგორც აფექტური, ასევე შიზოფრენიული სიმპტომები, მაგრამ არ შეესაბამებიან შიზოფრენიულ, დეპრესიულ და მანიაკალურ ეპიზოდებს. სხვა შემთხვევებში, როდესაც აფექტური სიმპტომები ემატება ადრე არსებულ შიზოფრენიულ დაავადებას, თანაარსებობს ან ენაცვლება სხვა გიპის ბოლვით აშლილობებს, კლასიფიცირებულია F20-F29-ით. არაადექვატური ემოციურობის ფსიქომური სიმპტომები აფექტური აშლილობების დროს არ ამუსტებს შიზოაფექტური აშლილობის დიაგნოზს.

**F25.0**

**მანიაკალური გიპის შიზოაფექტური აშლილობა.**

სახეზე გვაქვს შიზოფრენიული და მანიაკალური სიმპტომები იმდგვარად, რომ დაავადების ეპიზოდები არ გვაძლევს უფლებას დავსვათ შიზოფრენიის ან მანიაკალური ეპიზოდის დიაგნოზი. ეს კატეგორია უნდა იქნეს გამოყენებული როგორც ერთი ეპიზოდის, ასევე რეკურენტული აშლილობის დროს, რომლის დროსაც უმეტესად საქმე გვაქვს მანიაკალური გიპის შიზოაფექტურ ეპიზოდებთან. მანიაკალური გიპის შიზოაფექტური ფსიქომი.

მანიაკალური გიპის შიზოფრენიფორმული ფსიქომი.

**F25.1**

**დეპრესიული გიპის შიზოაფექტური აშლილობა.**

ამ აშლილობის დროს სახეზე გვაქვს როგორც შიზოფრენიული, ასევე დეპრესიული სიმპტომები ისე, რომ დაავადების ეპიზოდი არ შეესაბამება არც შიზოფრენიული და არც დეპრესიული ეპიზოდის დიაგნოზს. ეს კატეგორია უნდა იქნეს გამოყენებული, როგორც ერთეული ეპიზოდის, ასევე რეკურენტული აშლილობის დიაგნოსტიკისას, როდესაც უმეტესად სჭარბობს დეპრესიული გიპის შიზოაფექტური ეპიზოდები.

დეპრესიული გიპის შიზოაფექტური ფსიქომი,

დეპრესიული გიპის შიზოფრენიფორმული ფსიქომი.

**F25.2**

**შერეული გიპის შიზოაფექტური აშლილობა.**

ცირკულარული შიზოფრენია,

შერეული შიზოფრენიული და აფექტური ფსიქომი.

**F25.8**

**სხვა შიზოაფექტური აშლილობანი.**

**F25.9**

**დაუმუსტებელი შიზოაფექტური აშლილობა.**

**F28**

**სხვა არათორგანული ფსიქოზური აშლილობანი.**

ბოლვითი ან პალუცინაციური აშლილობანი, რომელიც არ გვაძლევს უფლებას დავსვათ შიზოფრენიის დიაგნოზი (F20.-), ხანგრძლივი ბოლვითი აშლილობანი (F22.-), მწვავე და ტრანზიტორული ფსიქომური აშლილობანი (F23.-), ფსიქომური გიპის მანიაკალური ეპიზოდი (F30.2) ან მწვავე დეპრესიული ეპიზოდი (F32.3).

ქრონიკული პალუცინაციური ფსიქომი.

**F29**

**დაუსუსტებელი არათორგანული ფსიქოზი.**

ფსიქომი, რომელიც სხვაგვარად არ არის გამოორიცხული

არ იგულისხმება: ფსიქიკური აშლილობა, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაუმუსტებული (F09).

**გუნებ-განწყობის [აფექტური] აშლილობანი (F30-F39)**

ამ თავში განხილულია აშლილობები, რომლის დროსაც გუნებ-განწყობის ცვლილებები - დეპრესიულიდან (შფოთვით ან შფოთვის გარეშე) მანიაკალურამდე - ძირითად გამოვლინება წარმოადგენს. გუნებ-განწყობის ცვლილებებს, როგორც წესი, თან ახლავს აქტივობის საერთო დონის ცვლილებებიც. დანარჩენ სიმპტომთა უმეტესობა ან მეორადია, ან ადვილად გასაგებია საერთო აქტიურობისა და გუნებ-განწყობის ცვლილების კონტექსტში. ამ აშლილობათა უმეტესობას გენდენცია აქვს რეკურენტულობისაკენ. ხშირად მათი დებიუტი უკავშირდება სტრესულ სიტუაციებს.

**F30**

**მანიაკალური ეპიზოდი**

ეს ქვედანაყოფი უნდა იქნეს გამოყენებული მხოლოდ ერთად-ერთი მანიაკალური ან ჰიპომანიაკალური ეპიზოდისათვის. ჰიპომანიაკალური ან მანიაკალური ეპიზოდები იმ პირებში,

რომელთაც ანამნეზში აღენიშნებათ ერთი ან მეტი წინამორბედი აფექტური ეპიზოდი (დეპრესიული, ჰიპომანიაკალური, მანიაკალური ან შერეული) უნდა იქნეს კოდირებული, როგორც ბიპოლარული აფექტური აშლილობა (F31.-).

*იგულისხმება:* ბიპოლარული აშლილობა ერთი მანიაკალური ეპიზოდით.

**F30.0 ჰიპომანია.**

ჰიპომანიის დროს სახეზეა გუნებ-განწყობის მსუბუქი და, ამასთან, მყარი აწვევა, ფსიქიკური და ფიზიკური ენერჯისა და აქტივობის ზომიერი გაძლიერება დადებითი თვითშეგრძნების ფონზე. ამასთან, ისეთი სიმპტომები, როგორიცაა მიდრეკილება სიწყყაუხვობისადმი, მოსაუბრესთან დისტანციის დაცვის უნარის შემცირება (ფამილარობა), მოჭარბებული სექსუალური მოთხოვნილებები, ძილის ხანგრძლივობის შემცირება და პროდუქტიულობის დაქვეითება - არ იწვევს შრომითი ან სოციალური კავშირების დარღვევას. ამ მდგომარეობის დამახასიათებელი ეიფორიული სოციაბილობის ნაცვლად, შესაძლებელია გამოვლინდეს გამღიზიანებლობა, საკუთარი შესაძლებლობების გადაფასების ტენდენცია და გაუხეშებული ქცევის ელემენტები. გუნებ-განწყობისა და ქცევის აშლილობას არ სდევს პალუცინაციები და ბოღვები.

**F30.1 მანია ფსიქომორული სიმპტომების გარეშე.**

მანიის დროს გუნებ-განწყობა აწვეულია გარემო სიტუაციისადმი შეუსაბამოდ, არაადექვატურად და შეიძლება მერყეობდეს ბერევე უდარდებლობიდან თავშეუკავებელ აგზნებამდე. აწვეულ გუნებ-განწყობას თან სდევს ფსიქო-ფიზიკური ენერჯის მოჭარბება, რაც განაპირობებს ჰიპერაქტიურობას, მეტყველების აგზნებასა და ძილის მოთხოვნილების მკვეთრ დაქვეითებას. შეუძლებელი ხდება ყურადღების მიზანმიმართული კონცენტრაცია, რაც ხშირად ყურადღების გაფანტულობამდე მიდის. ადგილი აქვს საკუთარი შესაძლებლობების გადაფასებას, გამოხატულია უსაზღვრო ოპტიმიზმი და განდიდების იდეები. სოციალურ ქცევითა განმუხრუჭება შეიძლება გამოიქვლინოს სიტუაციისადმი შეუსაბამო ან აგრესიულ ქცევებში, გამღიზიანებლობაში, იჭენეულობაში და თავშეუკავებელ უხამს ხუმრობაში.

**F30.2 მანია ფსიქომორული სიმპტომებით.**

F30.1-ში აღწერილ კლინიკურ სურათს ემატება ბოღვები (ჩვეულებრივ, განდიდების), პალუცინაციები, ალგაცება, გადაჭარბებული მოგორული აქტივობა. იდეათა ქარიშხალი ისეთ დონეს აღწევს, რომ სუბიექტი ხდება მიუწვდომელი და შეუვალი ჩვეულებრივი საუბრისათვის (მეტყველების აბნევა).

გუნებ-განწყობის კონგრუენტული მანია ფსიქომორული სიმპტომებით, გუნებ-განწყობის არაკონგრუენტული მანია ფსიქომორული სიმპტომებით, მანიაკალური სტუპორი.

**F30.8 სხვა მანიაკალური ეპიზოდები.**

**F30.9 მანიაკალური ეპიზოდი, დაუმუსტრებელი**

მანია, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაუმუსტრებული

**F31 ბიპოლარული აფექტური აშლილობა.**

ხასიათდება განმეორებადი (ერთზე მეტი) ეპიზოდებით, რომლის დროსაც გუნებ-განწყობა და პიროვნული აქტიურობის დონე მნიშვნელოვნად არის შეცვლილი. მოგჯერად ადგილი აქვს გუნებ-განწყობის აწვევას და აქტივობისა და ენერჯის მოჭარბებას, ხოლო სხვა შემთხვევაში - დაწვეულ გუნებ-განწყობას, ენერჯისა და აქტიურობის დაქვეითებას. ჰიპომანიის ან მანიის განმეორებადი ეპიზოდები კლასიფიცირებულია როგორც სხვა ბიპოლარული აფექტური აშლილობა (F31.8).

*იგულისხმება:* მანიაკალურ-დეპრესიული დაავადება, მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი, მანიაკალურ-დეპრესიული რეაქცია.

*არ იგულისხმება:* ბიპოლარული აშლილობა ერთად-ერთი მანიაკალური ეპიზოდით (F30.-), ციკლოთიმია (F34.0).

**F31.0 ბიპოლარული აფექტური აშლილობა მიმდინარე ეპიზოდში ჰიპომანიით**  
მიმდინარე ეპიზოდის კლინიკური სურათი შეესაბამება ჰიპომანიაკალურ ეპიზოდს, მაგრამ ანამნეზში დასტურდება სულ მცირე ერთხელ მაინც ჰიპომანიაკალური ან სხვა გიპის აფექტური ეპიზოდის (მანიაკალური, დეპრესიული ან შერეული) არსებობა.

**F31.1 ბიპოლარული აფექტური აშლილობა მიმდინარე ეპიზოდში მანიით, ფსიქომორული სიმპტომების გარეშე.**

მიმდინარე ეპიზოდის კლინიკური სურათი შეესაბამება მანიას ფსიქომორული სიმპტომების გარეშე

- (F30.1), მაგრამ ანამნეზში სულ ცოცხა ერთხელ მაინც აღინიშნება სხვა აფექტური ეპიზოდის (ჰიპომანიაკალური, მანიაკალური, დეპრესიული ან შერეული) არსებობა.
- F31.2 ბიპოლარული აფექტური აშლილობა მიმდინარე ეპიზოდში მანიით, ფსიქომურის სიმპტომებით.  
მიმდინარე ეპიზოდის კლინიკური სურათი შეესაბამება მანიას ფსიქომურის სიმპტომებით (როგორც F30.2-ში), მაგრამ წარსულში აღენიშნებოდა სულ მცირე ერთი განსხვავებული აფექტური ეპიზოდი (ჰიპომანიაკალური, მანიაკალური, დეპრესიული ან შერეული).
- F31.3 ბიპოლარული აფექტური აშლილობა მიმდინარე ეპიზოდში მსუბუქი ან ზომიერი დეპრესიული ეპიზოდით.  
მიმდინარე ეპიზოდის კლინიკური სურათი შეესაბამება მსუბუქი ან საშუალო სიმძიმის დეპრესიას (F32.0 ან F32.1). ანამნეზში აღინიშნება სულ მცირე ერთი აუთენტიკური (დადასტურებული) ჰიპომანიაკალური, მანიაკალური ან შერეული აფექტური ეპიზოდის არსებობა.
- F31.4 ბიპოლარული აფექტური აშლილობა მიმდინარე ეპიზოდში მძიმე დეპრესიით, ფსიქომურის სიმპტომების გარეშე.  
მიმდინარე ეპიზოდის კლინიკური სურათი შეესაბამება მძიმე დეპრესიას ფსიქომურის სიმპტომების გარეშე (F32.2), წარსულში სულ მცირე ერთი აუთენტიკური ჰიპომანიაკალური, მანიაკალური ან შერეული აფექტური ეპიზოდით.
- F31.5 ბიპოლარული აფექტური აშლილობა მიმდინარე ეპიზოდში მძიმე დეპრესიით, ფსიქომურის სიმპტომებით.  
მიმდინარე ეპიზოდის კლინიკური სურათი შეესაბამება მძიმე დეპრესიას ფსიქომურის სიმპტომებით (F32.3). წარსულში სულ მცირე ერთი აუთენტიკური ჰიპომანიაკალური, მანიაკალური ან შერეული აფექტური ეპიზოდით.
- F31.6 ბიპოლარული აფექტური აშლილობა მიმდინარე ეპიზოდში შერეული აშლილობით.  
ავადმყოფს წარსულში ჰქონდა სულ მცირე ერთი აუთენტიკური ჰიპომანიაკალური, მანიაკალური, დეპრესიული ან შერეული ხასიათის აფექტური ეპიზოდი და ამჟამად დაავადება მიმდინარეობს მანიაკალური და დეპრესიული სიმპტომების სწრაფი მონაცვლეობით ან შერეული აფექტური აშლილობის ფორმით.  
არ იგულისხმება: ერთადერთი შერეული აფექტური ეპიზოდი (F38.0)
- F31.7 ბიპოლარული აფექტური აშლილობა, რემისიის მდგომარეობა.  
პაციენტს წარსულში გადატანილი ჰქონდა თუნდაც ერთი დადასტურებული ჰიპომანიაკალური, მანიაკალური, დეპრესიული ან შერეული ხასიათის აფექტური ეპიზოდი და დამატებით ერთი განსხვავებული აფექტური ეპიზოდი (ჰიპომანიაკალური, მანიაკალური, დეპრესიული ან შერეული), მაგრამ არც ამჟამად და არც უახლოეს წარსულში არ აღენიშნებოდა გუნებ-განწყობის მნიშვნელოვანი დარღვევა. პროფილაქტიკური მკურნალობას რემისიის პერიოდები ამ ნიშნით უნდა იქნეს კოდირებული.
- F31.8 სხვა ბიპოლარული აფექტური აშლილობანი.  
II ბიპოლარული აშლილობა.  
რეკურენტული მანიაკალური ეპიზოდები.
- F31.9 დაუმუსგებელი ბიპოლარული აფექტური აშლილობა.

**F32 დეპრესიული ეპიზოდი**

გიპიურ შემთხვევაში მსუბუქი, ზომიერად გამოხატული და მძიმე დეპრესიისას ავადმყოფს აღენიშნება გუნებ-განწყობის დაქვეითება, ენერჯისა და აქტიურობის შემცირება. ვლინდება ინტერესების სფეროს შევიწროვება, ყურადღების კონცენტრაციის გაძნელება და უხალისობა. მცირე ძალისხმევაც კი შეუსაბამო მოქანცულობას იწვევს. სახეზეა ძილის ციკლის დარღვევები, მადის დაქვეითება. თვითშეფასებისა და თვითდაჯერებულობის შესუსტება, რაც მსუბუქი დეპრესიის დროსაც კი შეიძლება აგარებდეს ბრალეულობისა ან თვითდამცირების იდეათა ხასიათს. დაქვეითებული გუნებ-განწყობის მერყეობა ნაკლებად არის გამოხატული, გარემო სიგუაციებთან შეუსაბამოა და შეიძლება თან სდევდეს ე.წ. "სომატური" სიმპტომები, როგორცაა: ინტერესთა სფეროს შეზღუდვა და სიამოვნების განცდის დაკარგვა, დილით ჩვეულ დროზე რამდენიმე საათით ადრე გაღვიძება, დეპრესიული სიმპტომების გაუარესება დილის საათებში, გამოხატული ფსიქომოტორული შეკავება, აჟიგაცია, მადის, წონისა და ლიბიდოს დაკარგვა. სიმპტომთა

რაოდენობისა და სიმძიმის მიხედვით დეპრესიული ეპიზოდი შეიძლება შეფასდეს როგორც მსუბუქი, ზომიერი და მძიმე.

იგულისხმება: . დეპრესიული რეაქციის ერთეული ეპიზოდები,  
 . ფსიქოგენური დეპრესია, ერთეული ეპიზოდები  
 . რეაქტიული დეპრესია, ერთეული ეპიზოდები.

არ იგულისხმება: ადაპტაციის მოშლა (F43.2).  
 რეკურენტული დეპრესიული აშლილობა (F33.-),  
 დეპრესია დაკავშირებული ქცევის აშლასთან (F91.-; F92.0).

**F32.0 მსუბუქი დეპრესიული ეპიზოდი.**

ამ ტიპის დეპრესიული ეპიზოდის დიაგნოსტიკისათვის აუცილებელია F32 -ში აღწერილი სიმპტომებიდან ორის ან სამის არსებობა. ეს სიმპტომები, ჩვეულებრივ, იწვევს პაციენტის ზოგად დისგრესს, თუმცა ჩვეული საქმიანობის უნარი შენარჩუნებულია.

**F32.1 ზომიერად გამოხატული დეპრესიული ეპიზოდი.**

კლინიკურ სურათში უნდა იყოს დეპრესიისთვის დამახასიათებელი ოთხი ან მეტი სიმპტომი. პაციენტს ექმნება მნიშვნელოვანი სირთულეები საკუთარის სოციალური ვალდებულებების, ყოველდღიური საქმიანობისა და პროფესიული სამუშაოს შესრულებაში.

**F32.2 მძიმე დეპრესიული ეპიზოდი ფსიქომორული სიმპტომების გარეშე.**

დეპრესიის ეპიზოდი, რომლის დროსაც შეინიშნება რამდენიმე გემოჩამოთვლილი სიმპტომი და მნიშვნელოვნადაა გამოხატული თვითღამცირების, საკუთარი არარაობის და თვითბრალდების აზრები. ხშირია სუიციდური აზრები და ქმედებანი, ასევე აღინიშნება რიგი "სომატური" სიმპტომებისა.

აქტირებული დეპრესიის  
 დიდი დეპრესიის

ვიტალური დეპრესიის (მელანქოლიის)

**F32.3 მძიმე დეპრესიული ეპიზოდი ფსიქომორული სიმპტომებით.**

F32.2-ში აღწერილ დეპრესიულ ეპიზოდს თან ერთვის ჰალუცინაციები, ბოლევები, ფსიქომოტორული შეკავება, სტუპორი. სტუპორის შემთხვევაში შეუძლებელი ხდება სოციალური აქტივობა და შესაძლებელია სიცოცხლეს საფრთხე შეექმნას წყლისა და საკვების მიუღებლობის გამო. ჰალუცინაციები და ბოლევები შეიძლება იყოს როგორც გუნებ-განწყობის კონგრუენტული, ასევე - არაკონგრუენტული.

იგულისხმება: დიდი დეპრესიის ერთადერთი ეპიზოდი ფსიქომორული სიმპტომებით,  
 ფსიქოგენური დეპრესიული ფსიქომორული ერთადერთი ეპიზოდი,  
 ფსიქომორული დეპრესიის ერთადერთი ეპიზოდი,  
 რეაქტიული დეპრესიული ფსიქომორული ერთადერთი ეპიზოდი.

**F32.8 სხვა დეპრესიული ეპიზოდები.**

აგიაპიური დეპრესია,

შენიღბული დეპრესიის ერთეული ეპიზოდები, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული.

**F32.9 დაუმუსტრებული დეპრესიული ეპიზოდი.**

დეპრესია, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული.

დეპრესიული აშლილობა, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული

**F33**

**რეკურენტული დეპრესიული აშლილობა**

ამ აშლილობების დროს ადგილი აქვს საკუთრივ დეპრესიული ეპიზოდების (F32.-) განმეორებას, ანაბნებში დამოუკიდებელი მანიაკალური ეპიზოდების არსებობის გარეშე. ამასთან, დეპრესიული ეპიზოდის დამთავრების თანავე, შესაძლებელია, ადგილი ჰქონდეს გუნებ-განწყობის მსუბუქ აწევას და გააქტივებას (პიპომანიაკალური მდგომარეობის ფარგლებში), რაც ზოგჯერ გამოწვეულია მკურნალობის პროცესში ანტიდეპრესანტების მიღებით. რეკურენტული დეპრესიული აშლილობის (F33.2 და F33.3) უფრო მძიმე ფორმას, ბევრი საერთო აქვს დეპრესიის ადრულ გაგებასთან: დეპრესია მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქომორული ფარგლებში, მელანქოლია, ვიტალური დეპრესია და ენდოგენური დეპრესია. პირველმა ეპიზოდმა შეიძლება თავი იჩინოს სიცოცხლის ყველა მონაკვეთში - ბავშვობიდან მოხუცებულობამდე, დასაწყისი შეიძლება იყოს მწვავე ან შემპარავი. ხოლო ხანგრძლივობა მერყეობს რამდენიმე კვირიდან მრავალ თვემდე. არ არის გამორიცხული, რომ რეკურენტული დეპრესიის მქონე ავადმყოფებში თავი იჩინოს მანიაკალურმა ეპიზოდმა, მიუხედავად მრავალი დეპრესიული ეპიზოდების



გადაგანისა. თუ თავს იჩენს მანიაკალური ეპიზოდი, დიაგნოზი უნდა შეიცვალოს ბიპოლარულ აფექტურ აშლილობად (F31.-).

*იგულისხმება:* დეპრესიული რეაქციის რეკურენტული ეპიზოდი, ფსიქოგენური დეპრესიის რეკურენტული ეპიზოდი, რეაქტიული დეპრესიის რეკურენტული ეპიზოდი. სეზონური დეპრესიული აშლილობა

*არ იგულისხმება:* რეკურენტული ხანმოკლე დეპრესიული ეპიზოდები (F38.1).

**F33.0 მიმდინარე ეპიზოდში მსუბუქი რეკურენტული დეპრესიული აშლილობა**  
ეს კატეგორია ხასიათდება დეპრესიის განმეორებადი ეპიზოდებით, მიმდინარე ეპიზოდში მსუბუქი დეპრესიის (F32.0) სიმპტომებით, ამასთან ანამნეზში მანიაკალური ეპიზოდის არსებობა არ ფიგურირებს.

**F33.1 მიმდინარე ეპიზოდში მომიერი რეკურენტული დეპრესიული აშლილობა**  
ეს კატეგორია ხასიათდება დეპრესიის განმეორებადი ეპიზოდებით, ბოლო (მიმდინარე) ეპიზოდში მომიერი დეპრესიული ეპიზოდის (F32.1) ნიშნებით, ამასთან ანამნეზში მანიაკალური ეპიზოდის არსებობა გამორიცხულია.

**F33.2 მიმდინარე ეპიზოდში მძიმე რეკურენტული დეპრესიული აშლილობა ფსიქომური სიმპტომების გარეშე**  
ეს კატეგორია ხასიათდება დეპრესიის განმეორებადი ეპიზოდებით, ბოლო (მიმდინარე) ეპიზოდში გამოხატულია მძიმე დეპრესიული ეპიზოდის (F32.2) ნიშნები, ამასთან ანამნეზში მანიაკალური ეპიზოდის არსებობა გამორიცხულია.

ენდოგენური დეპრესია ფსიქომური სიმპტომების გარეშე, რეკურენტული დიდი დეპრესია ფსიქომური სიმპტომების გარეშე. მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი, დეპრესიული ტიპის ფსიქომური სიმპტომების გარეშე. რეკურენტული ვიგალური დეპრესია, ფსიქომური სიმპტომების გარეშე.

**F33.3 მიმდინარე ეპიზოდში მძიმე რეკურენტული დეპრესიული აშლილობა ფსიქომური სიმპტომებით.**  
ხასიათდება დეპრესიის განმეორებადი ეპიზოდებით, ბოლო ეპიზოდისას აღინიშნება მძიმე ფსიქომური სიმპტომებით მიმდინარე დეპრესიული ეპიზოდის (F32.3) ნიშნები, ხოლო ანამნეზში მანიაკალური ეპიზოდის არსებობა გამორიცხულია.

ენდოგენური დეპრესია ფსიქომური სიმპტომებით, მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი, დეპრესიული ტიპის ფსიქომური სიმპტომებით, დიდი დეპრესიის მწვავე რეკურენტული ეპიზოდები ფსიქომური სიმპტომებით, მძიმე რეკურენტული ეპიზოდები შემდეგი ნომოლოგიების ფარგლებში:

- . დიდი დეპრესია ფსიქომური სიმპტომებით
- . ფსიქოგენური დეპრესიული ფსიქოზი,
- . ფსიქომური დეპრესია,
- . რეაქტიული დეპრესიული ფსიქოზი

**F33.4 რეკურენტული დეპრესიული აშლილობა, რემისიის მდგომარეობაში.**  
ავადმყოფს წარსულში გადაგანილი აქვს ორი ან მეტი დეპრესიული ეპიზოდი, როგორც აღწერილია F33.0-F33.3-ში, მაგრამ რამდენიმე თვის განმავლობაში ადგილი არ ჰქონია დეპრესიულ სიმპტომებს.

**F33.8 სხვა რეკურენტული დეპრესიული აშლილობანი.**

**F33.9 დაუმუსკტებელი რეკურენტული დეპრესიული აშლილობა.**  
მონოპოლარული დეპრესია, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაუმუსკტებული

**F34**

**გუნებ-განწყობის [აფექტური] ხანგრძლივი აშლილობანი.**

ეს არის ხანგრძლივი, ჩვეულებრივ მერყევი აფექტური აშლილობები, რომლის დროსაც ცალკეული ეპიზოდების უმრავლესობა იმდენად მკრთალია, რომ შეუძლებელია პიპომანიაკალური ან მსუბუქი დეპრესიული ეპიზოდების დიაგნოსტიკური კრიტერიუმების გამოყენება, ჩვეულებრივ მიმდინარეობს წლობით ან მთელი სიცოცხლის განმავლობაში. ასეთი პერმანენტული ეპიზოდები ძნელად ასატანია და, როგორც წესი, იწვევს პიროვნების პროდუქტიულობის დაქვეითებას. ზოგ შემთხვევაში დაავადების ქრონიკული მიმდინარეობის ფონზე შეიძლება აღმოცენდეს ერთეული ან რეკურენტული მანიაკალური ან დეპრესიული ეპიზოდი.



- F34.0** ციკლოთიმია.  
 ავადმყოფური მდგომარეობა ხასიათდება გუნებ-განწყობის ხანგრძლივი არასტაბილურობით - განმეორებადი დეპრესიული და გუნებ-განწყობის მსუბუქი აწვეის პერიოდებით. ამასთან, არც ერთი მათგანი არ არის საკმარისად მწვავე და ხანგრძლივი, რომ დაისვას ბიპოლარული აფექტური აშლილობის (F31.-) ან რეკურენტული დეპრესიული აშლილობის (F33.-) დიაგნოზი. ეს აშლილობა ხშირად გვხვდება ბიპოლარული აფექტური აშლილობის მქონე ავადმყოფების ნათესავეებს შორის. ციკლოთიმით დაავადებულებს ზოგ შემთხვევაში შესაძლებელია განუვითარდეს ბიპოლარული აფექტური აშლილობა.  
 პიროვნების აფექტური აშლილობა.  
 ციკლოიდური პიროვნება.  
 ციკლოთიმური პიროვნება.
- F34.1** დისტიმია.  
 მდგომარეობა ხასიათდება ქრონიკული დეპრესიით, რომელიც გრძელდება რამდენიმე წლის განმავლობაში. ამასთან, სიმპტომები არ არის საკმარისად მწვავე, ხოლო ცალკეული ეპიზოდები - საკმარისად ხანგრძლივი, რომ მდგომარეობა შეფასდეს როგორც მწვავე, ზომიერი ან მსუბუქი რეკურენტული დეპრესიული აშლილობა (F33.-).  
*იგულისხმება:* დეპრესიული ნევროზი,  
 პიროვნების დეპრესიული აშლილობა,  
 ნევროზული დეპრესია.  
 ქრონიკული, შფოთვითი დეპრესია.  
*არ იგულისხმება:* შფოთვითი დეპრესია (მსუბუქი ან ხანმოკლე) (F41.2).
- F34.8** სხვა სახის ქრონიკული აფექტური აშლილობანი.  
**F34.9** დაუმუსტებელი ქრონიკული აფექტური აშლილობანი.

- F38** **გუნება-განწყობის [აფექტური] სხვა აშლილობანი.**  
 გუნებ-განწყობის ყველა სხვა აშლილობა, რომლებიც არ განეკუთვნება F30-F34 კლასიფიკაციას სიმპტომთა არასაკმარისი სიმწვავისა და ხანგრძლივობის გამო.
- F38.0** გუნებ-განწყობის ერთეული აშლილობანი.  
 შერეული აფექტური ეპიზოდი.
- F38.1** გუნებ-განწყობის სხვა რეკურენტული აშლილობანი.  
**F38.8** სხვა სპეციფიური აფექტური აშლილობანი.

**F39** **გუნება-განწყობის [აფექტური] აშლილობა, დაუმუსტებელი**  
 აფექტური ფსიქოზი, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაუმუსტებული

**ნევროზული, სტრესთან დაკავშირებული და სომატოფორმული აშლილობანი (F40-F48)**

*არ იგულისხმება:* როდესაც დაკავშირებულია ქცევით აშლილობებთან (F91.- ;F92.8).

- F40** **შფოთვით-ფობიკური აშლილობანი.**  
 აშლილობათა ამ ჯგუფში შფოთვა უმეტესად პირობადებულია სიგუაციებით, რომლებიც დროის მოცემულ მომენტში ინდივიდს რეალურ საფრთხეს არ უქმნის. შედეგად, პაციენტი ან თავს არიდებს, ან შიშის გრძნობით უმკლავდება ამ სიგუაციებს. პაციენტის შფოთვა შესაძლებელია კონსენსირებული იყოს ცალკეულ სიმპტომებზე, როგორცაა გაძლიერებული პულსაცია ან გულისწასვლის შეგრძნება, რასაც თან სდევს სიკვდილის, თვითკონგრულის დაკარგვის ან გაგიჟების მეორადი შიში. ფობიკურ სიგუაციაში მოხვედრის წარმოდგენაც კი ჩვეულებრივ იწვევს წინასწარ შფოთვას. ფობიკური შფოთვა და დეპრესია ხშირად ერთდროულად არსებობს. ორმაგი (ფობიკური შფოთვა და დეპრესიული ეპიზოდი) ან ერთი კლინიკური დიაგნოზის გამოგანის აუცილებლობა გადაიჭრება იმის გათვალისწინებით, თუ როდის დაიწყო თითოეული აშლილობა ან რომელი აშლილობის დამახასიათებელი სიმპტომები დომინირებს დიაგნოზის დასმის მომენტში.

- F40.0 აგორაფობია.**  
ტერმინი "ავორაფობია" იხმარება უფრო ფართო გაგებით, ვიდრე ამას მისი საწყისი მნიშვნელობა გულისხმობს. იგი აერთიანებს მთელ რიგ ურთიერთდაკავშირებულ და, ჩვეულებრივ, ნაწილობრივ თანმხვედრ ფობიებს: სახლიდან გასვლის, მაღაზიაში შესვლის, საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში ყოფნის, გრანსპორტით მარტო მოგზაურობის შიშს. ახალ და წარსულ ეპიზოდებში ხშირად გვხვდება პანიკური აშლილობა. დეპრესიული და ობსესიური სიმპტომები, სოციალური ფობიები ჩვეულებრივ დამატებითი მახასიათებელია. გამოხატულია ფობიკური სიგუაციებისათვის თავის არიდების ტენდენცია. ამასთან, ზოგ პაციენტს აღენიშნება მცირე დეპრესია, თუმცა შეუძლია თავი აარიდოს ფობიკურ სიგუაციას.  
ავორაფობია ანამნეზში პანიკური აშლილობის გარეშე.  
პანიკური აშლილობა აგორაფობიით.
- F40.1 სოციალური ფობია.**  
შიშის გამო, რომ სხვა ადამიანები აკვირდებიან, სუბიექტი გაურბის სოციალურ სიგუაციებს. ყველაზე გავრცელებულ სოციალურ ფობიებს თან სდევს დაქვეითებული თვითშეფასება და კრიტიკის შიში, რაც შესაძლოა გამოიხატოს გაწითლებით, ხელის კანკალით, გულმღივითა და სასწრაფოდ მოშარდვის მოთხოვნის სახით. ზოგჯერ ავადმყოფი დარწმუნებულია, რომ მისი მთავარი პრობლემა შფოთვის გემთ ჩამოთვლილი მეორადი გამოვლინებებია. სიმპტომები, პროგრესირების შემთხვევაში, შესაძლოა გადაიზარდოს პანიკურ შეტევებში.  
ანთროპოფობია  
სოციალური ნევროზი
- F40.2 სპეციფიური (იზოლირებული) ფობიები.**  
ფობიები შემოფარგლულია ისეთი კონკრეტული სიგუაციებით, როგორცაა ცხოველებთან სიახლოვე, სიმაღლე, ჭექა-ქუხილი, სიბნელე, ფრენა, დახშული სივრცე, საზოგადოებრივი გუალებებით სარგებლობა, განსაზღვრული საკვების მიღება, სისხლის ან ჭრილობის დანახვა, კბილის ექიმთან ვიზიტი. მიუხედავად იმისა, რომ გამშვები სიგუაცია იზოლირებულია, იმავე სიგუაციაში მოხვედრამ შეიძლება გამოიწვიოს ისეთივე პანიკა, როგორც აგორაფობიისა და სოციალური ფობიის დროს.  
აკროფობია  
ზოოფობია  
კლაუსტროფობია  
მარტივი ფობია  
არ იგულისხმება: დისმორფოფობია (არაბოლევითი) (F45.2)  
ნომოფობია (F45.2)
- F40.8 სხვა ფობიკურ-შფოთვითი აშლილობა**
- F40.9 განუსაზღვრელი ფობიკურ-შფოთვითი აშლილობა**  
ფობია, რომელიც სხვაგვარად არ არის დამუხტებული  
ფობიკური მდგომარეობა, რომელიც სხვაგვარად არ არის დამუხტებული

- F41 სხვა შფოთვითი აშლილობანი.**  
აშლილობები, რომელიც განსაკუთრებული სიგუაციებით არ შემოიფარგლება, ხოლო შფოთვა მთავარი სიმპტომია. შესაძლოა მეორადი, სუსტად გამოხატული დეპრესიული და ობსესიური სიმპტომების, აგრეთვე ფობიკური შფოთვის ზოგიერთი ელემენტის არსებობაც.
- F41.0 პანიკური აშლილობა (ეპიზოდური პაროქსიზმული შფოთვა)**  
უმთავრესად ხასიათდება მწვავე შფოთვის (პანიკის) რეკურენტული შეტევებით, რომელიც არ არის შემოფარგლული კონკრეტული სიგუაციით ან მოვლენით და, ამიტომაც, მათი წინასწარგანჭვრეტა შეუძლებელია. სხვა შფოთვითი აშლილობის მსგავსად, წამყვანი სიმპტომებია მოულოდნელად დაწყებული გაძლიერებული პულსაცია, ტკივილი გულმკერდის არეში, მოხრჩობის შეგრძნება, თავბრუსხვევა და არარეალურობის განცდა (დეპერსონალიზაცია ან დერეალიზაცია), ხშირად თან ერთვის სიკვდილის, კონტროლის დაკარგვის ან გაგიჟების მეორადი შიში. თუ პაციენტს პანიკური შეტევები დაეწყო დეპრესიული აშლილობის ფონზე, პანიკური აშლილობას ძირითად დიაგნოზად ვერ გამოვიგანთ. ამ შემთხვევაში პანიკური შეტევები ფასდება, როგორც მეორადი - დეპრესიის მიმართ.  
პანიკური შეტევა,  
პანიკური მდგომარეობა  
არ იგულისხმება: პანიკური აშლილობა აგორაფობიით (F40.0)

- F41.1 გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობა.**  
 შფოთვა აგარებს გენერალიზებულ და მუდმივ ხასიათს, ამასთან დაკავშირებული არ არის რაიმე განსაკუთრებულ გარემო პირობებთან (არაფიქსირებულია). დომინანტური სიმპტომები მრავალფეროვანია, მაგრამ ძირითად ჩივილებს მიეკუთვნება მუდმივი ნერვიულობა, კანკალი, კუნთების დაჭიმულობის შეგრძნება, ოფლიანობა, თავბრუსხვევა, გაძლიერებული პულსაცია და ეპიგასტრალურ არეში დისკომფორტის შეგრძნება. გამოხატულია შიში, რომ პაციენტი ან მისი ახლობელი ავად გახდება ან უბედურება შეემთხვევა.  
 შფოთვის ნევროზი,  
 შფოთვის რეაქცია,  
 შფოთვითი მდგომარეობა.  
*არ იგულისხმება:* ნევრასთენია (F48.0).
- F41.2 შერეული შფოთვითი ან დეპრესიული აშლილობა.**  
 ეს კატეგორია შეიძლება გამოყენებული იქნეს, როცა თანაარსებობს შფოთვისა და დეპრესიის სიმპტომები, ამასთან არც ერთი აშლილობის სიმპტომი აშკარად არ დომინირებს და არც მკვეთრად არ არის გამოხატული, რათა კონკრეტული დიაგნოზი დაესვათ. როდესაც სახეზეა ან შფოთვის, ან დეპრესიის საკმაოდ მკაფიოდ გამოხატული სიმპტომები, რაც საშუალებას გვაძლევს დაესვათ დამოუკიდებელი დიაგნოზები, აუცილებელია დაეაფიქსიროთ ორივე დიაგნოზი და უარი ვთქვათ ამ კატეგორიის გამოყენებაზე.  
 შფოთვითი დეპრესია (მსუბუქი ან არამყარი)
- F413 სხვა შერეული შფოთვითი აშლილობანი.**  
 აშლილობათა ჯგუფი, რომელშიც შფოთვითი სიმპტომები შერეულია სხვა აშლილობების (F42-F48) დამახასიათებელ ნიშნებთან. თუ განვიხილავთ ცალკეულ სიმპტომებს, არც ერთი არ არის იმდენად მკვეთრად გამოხატული, რომ დავაზუსტოთ დიაგნოზი.
- F418 სხვა სპეციფიური შფოთვითი აშლილობები.**  
 შფოთვითი ისტერია.
- F419 დაუმუსგებელი შფოთვითი აშლილობა.**  
 შფოთვა, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული

**F42 ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა.**

ძირითადი ნიშანია რეკურენტული ობსესიური აზრებისა ან კომპულსიური ქმედებების არსებობა. ობსესიური აზრები - ის იდეები, წარმოდგენები და იმპულსებია, რომლებიც სისტემატურად უმეორდება პაციენტს სტერეოტიპული ფორმით. ეს აზრები ძალზე შემაწუხებელია და ხშირად პაციენტი ცდილობს დაძლიოს ისინი, მაგრამ უშედეგოდ. მიუხედავად ამისა, პაციენტი ამ აზრებს საკუთარ აზრებად მიიჩნევს, თუმცა ისინი უნებლიედ წარმოიქმნებიან და პაციენტისათვის ძნელი ასაგანია. კომპულსიური ქმედებები ან რიტუალები განმეორებადი სტერეოტიპული ქცევებია. ისინი არ ანიჭებენ შინაგან კმაყოფილებას პიროვნებას და არც შინაგანად საჭირო პრობლემებს გადაჭრიან. მათი მეშვეობით პაციენტი ცდილობს აღკვეთოს ზოგიერთი ობიექტურად არასასურველი სიტუაცია, რომელსაც გარკვეული შინაგანი მოტივები შეუძლია მისთვის ან სხვებისათვის. ჩვეულებრივ, ამ ქცევებს თვით პაციენტი აფასებს როგორც უმიზნოსა და უშედეგოს და დროდადრო ცდილობს დაძლიოს ისინი.  
*იგულისხმება:* ანანკასტური ნევროზი,  
 ობსესიურ-კომპულსიური ნევროზი.

*არ იგულისხმება:* ანანკასტური პიროვნული აშლილობა (F60.5).

- F42.0 უპირატესად აკვიატებული აზრები ან ფიქრები.**  
 ძირითადი ნიშანია ისეთი იდეების, წარმოდგენების ან იმპულსური ქმედებების არსებობა, რომელიც თითქმის ყოველთვის უსიამოვნოა ავადმყოფისათვის. ზოგჯერ ეს აზრები უსარგებლოა და შეინიშნება უსაფუძვლო, ფილოსოფიური მსჯელობა ალტერნატივითა და უსრულებელი მონაცვლეობით. პაციენტს არ ძალუძს მიიღოს ყოველდღიური ცხოვრებისეული - გრივიალური, მაგრამ აუცილებელი, გადაწყვეტილება. კავშირი ობსესიურ იდეებსა და დეპრესიას შორის განსაკუთრებით მჭიდროა. თუ აკვიატებული იდეები ჩნდება და ხანგრძლივად არსებობს დეპრესიული ეპიზოდის გარეშე, მაშინ უმჯობესია დაისვას ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის დიაგნოზი.

- F42.1 უპირატესად კომპულსიური ქმედებანი (აკვიატებული რიტუალები).**

კომპულსიურ ქმედებათა მიზანია სისუფთავის (მაგალითად, ხელების სისვემეტირე დაბანა) ან წესრიგის დაცვა ან მუდმივი კოგროლი, რათა არ მოხდეს პოტენციურად საშიში სიტუაციის აღმოცენება. ჩვეულებრივ, პაციენტის ქცევას საფუძვლად უდევს მოსალოდნელი საფრთხის შიში, ხოლო თვით რიტუალური ქცევა წარმოადგენს ამ საფრთხის თავიდან აცილებისაკენ მიმართულ უშედეგო ან სიმბოლურ მცდელობას.

- F42.2 შერეული ობსესიური აზრები და ქმედებანი.
- F42.8 სხვა ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობანი.
- F42.9 დაუმუსკტებელი ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა.

**F43 რეაქცია მწვავე სტრესზე და ადაპტაციის დარღვევები.**

ეს კატეგორია განსხვავდება სხვებისაგან იმით, რომ მოიცავს აშლილობებს, რომლებიც დიაგნოსტიკურიდან არამარტო სიმპტომატოლოგიისა და მათი მიმდინარეობის მიხედვით, არამედ ორი ძირითადი გამომწვევი ფაქტორიდან ერთ-ერთის ან ორივეს არსებობით. ეს ფაქტორებია: განსაკუთრებული სტრესული მოვლენა, რომელიც მწვავე სტრესულ რეაქციას იწვევს; ან მნიშვნელოვანი ცხოვრებისეული ცვლილება, რომელიც პიროვნებას ხანგრძლივი დროის მანძილზე არასასიამოვნო გარემო პირობებში აქცევს და საბოლოოდ იწვევს ადაპტაციურ აშლილობას. უფრო ნაკლები სიმძიმის ფსიქო-სოციალურმა სტრესმა ("ცხოვრებისეული მოვლენა") შეიძლება დააჩქაროს ან ხელი შეუწყოს ფართო სპექტრის დარღვევების აღმოცენებას, რომელიც ამ თავშია კლასიფიცირებული. "მოვლენის" ეტიოლოგიური მნიშვნელობა ყოველთვის ნათელი არ არის და თითოეულ შემთხვევაში დამოკიდებულია ინდივიდუალურ, ხშირად იდიოსინკრაზიულ, მგრძობელობაზე - ე. ი. მხოლოდ ცხოვრებისეული მოვლენით არ აიხსნება აღნიშნული აშლილობების წარმოშობა და ფორმა. ამასთან, აღნიშნული დარღვევები ყოველთვის აღმოცენდება მძიმე სტრესის ან პროლონგირებული გრავმის შედეგად. სტრესული მოვლენა ან გახანგრძლივებული არასასიამოვნო გარემო პირობები - პირველადია, ვინაიდან მათ გარეშე ადგილი არ ექნებოდა ამ ტიპის აშლილობებს. ამრიგად, ამ თავში მოქცეული აშლილობანი განიხილება როგორც ადაპტაციის დარღვევები (პირობადებული როგორც მწვავე, ისე პროლონგირებული სტრესით), რასაც საფუძვლად უდევს ფსიქოლოგიური თავდაცვის მექანიზმების დარღვევები და ამიგომაც თავს იჩენს სოციალური კავშირებისა და საქმიანობის პრობლემები.

**F43.0 მწვავე სტრესული რეაქცია.**

აშლილობა, რომელიც ვითარდება პრაქტიკულად ჯანმრთელ ადამიანებში ძლიერი ფიზიკური და ფსიქიკური სტრესის შედეგად, დღეებისა, და შესაძლებელია, საათების განმავლობაშიც. მწვავე სტრესული რეაქციის დროს განსაკუთრებული როლი ენიჭება როგორც ინდივიდის მგრძობელობას, ასევე მისი ადაპტაციის უნარს. ტიპურად სიმპტომები შერეული და ცვალებადია; და საწყის ეტაპზე ატარებს გაბრუნების ხასიათს ცნობიერების შევიწროვებითა და ყურადღების დაქვეითებით. ინდივიდს არ შეუძლია აღექვატური რეაგირება გარეგან გამღიზიანებლებზე, შესაძლოა დემორინგაციაც. ამ სტადიას შესაძლებელია მოყვეს ან შემდგომი განსვლა გარემო სიტუაციიდან (განვითარდეს დისოციაციური სტუპორი - F44.2) ან პირიქით - აჟიტაცია და პიპერაქტიურობა (განსვლის რეაქცია ან ფუტა). ხშირია პანიკური შოთთვის ვეგეტატიური ნიშნები (ტაქიკარდია, ოფლიანობა, გაწითლება).. სიმპტომები ჩვეულებრივ თავს იჩენს სტრესის ზეგავლენისთანავე და ქრება ორ-სამ დღეში (ხშირად რამდენიმე საათში). შესაძლებელია ადგილი ქონდეს ნაწილობრივ ან სრულ ამნებიას (F44.0). თუ სიმპტომატიკა გრძელდება, დიაგნოზი უნდა გადამოწმდეს.

მწვავე კრიზისული რეაქცია ან სიტუაცია,

მწვავე სტრესული რეაქცია,

ბრძოლით გადაღლა,

მწვავე ფსიქიკური შოკი.

**F43.1 პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა.**

განსაკუთრებით სახიფათო ან კატასტროფული მასშტაბის სტრესულ სიტუაციაზე შეყოვნებული და პროგრავირებული რეაქცია (ხანმოკლე ან ხანგრძლივი), რომელიც თითქმის ყველა ინდივიდში იწვევს დისტრესს. წინარე ფაქტორებმა, როგორცია, მაგალითად, პიროვნული ხაზები ან ანამნეზში ნევროზული დაავადება, შესაძლებელია უფრო ადვილი გახადოს პიროვნებაში ამ სიმპტომების აღმოცენება და დაამძიმოს მისი მიმდინარეობა. ამასთან, ეს ფონი არც აუცილებელია და არც საკმარისი იმისათვის, რომ ავსნათ ამ აშლილობის დაწყება. ტიპური ნიშნებია გრავმის განმეორებითი განცდა თავსმოხვეული ეპიზოდური მოგონებების ("ფლემბეკი") ან კომარული სიმრების სახით, რომლებიც თავს იჩენს გახევებისა და ერთგვარი ემოციური სიჩლუნგის, ადამიანებისაგან და გარემო მოვლენებისაგან განცალკევების, რეაქციის უქონლობის, ანჰედონის



მყარ ფონზე. ამასთან, სუბიექტი გაურბის იმ ქმედებებსა და სიტუაციებს, რაც გრავმას აგონებს. ჩვეულებრივ სახეზეა ვეგეტატიური ზეგამდინარეობის მდგომარეობა, შიშის გაძლიერებული რეაქციები და ინსომნია. ზემოქანმოთვლილ სიმპტომებთან ხშირად თანაარსებობს დეპრესია და შფოთვა, აგრეთვე თვითმკვლელობის აზრებიც. გრავმის შემდგომი ლატენტიური პერიოდი მოიცავს რამდენიმე კვირას ან თვეს. მიმდინარეობა გალდისებურია, მაგრამ უმეტეს შემთხვევაში მოსალოდნელია გამოჯანმრთელება, მცირე შემთხვევებში კი აშლილობა შეიძლება გადაიზარდოს ქრონიკულ მიმდინარეობაში; გაგრძელდეს მრავალი წლის განმავლობაში და შესაძლოა გადაიზარდოს მყარ პიროვნულ ცვლილებებში (F62.0).

გრავმული ნევროზი.

**F43.2 ადაპტაციის დარღვევები.**

სუბიექტური დისტრესისა და ემოციური აშლილობის მდგომარეობა, რაც ჩვეულებრივ აძნელებს სოციალურ ურთიერთობებსა და საქმიანობას და აღმოცენდება მნიშვნელოვანი ცხოვრებისეული ცვლილებებისა და სტრესული სიტუაციების მიმართ ადაპტაციის პერიოდში. სტრესორმა შეიძლება ზიანი მიაყენოს პიროვნების სოციალური გარემოს ინტეგრალურ მთლიანობას (ახლობის სიკვდილი, განშორება) ან სოციალური დახმარებისა და ღირებულებათა ფართო სისტემებს (მიგრაცია, ლტოლვილის სტატუსი). სტრესორი შეიძლება წარმოდგენილი იყოს ან განვითარების კრიზისული პერიოდებით ან ერთი სოციალური მდგომარეობიდან მეორეში გადასვლის სახით (მაგალითად, სკოლაში წასვლა, მშობლად გახდომა, წარუმატებლობა პიროვნულად ღირებული მიზნის მიღწევაში, სამსახურიდან დათხოვნა). ადაპტაციურ აშლილობათა განვითარებაზე და მათ გამოვლინებათა ფორმირებაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ინდივიდუალური მგრძობელობა ან მზაობა. ამასთან, ითვლება, რომ სტრესორის მოქმედების გარეშე აღნიშნული კატეგორია არ აღმოცენდება. ამ დარღვევების დროს შეიძლება გამოვლინდეს: დეპრესიული გუნებ-განწყობა; შფოთვა ან წუხილი (ან ორივე ერთად); პიროვნული განცდა, რომ არ შეუძლია ან გადაჭრას პრობლემა ან დაგვეგოს მომავალი, ან დარჩეს მოცემულ კონკრეტულ სიტუაციაში; ყოველდღიური საქმიანობის ეფექტურობის ერთგვარი დაქვეითება. მოზარდებში ხშირია ქცევითი აშლილობების თანდართვა. კლინიკურ სურათში შეიძლება წამყვანი იყოს მწვავე ან გახანგრძლივებული დეპრესიული რეაქცია ან სხვა აფექტური და ქცევითი აშლილობები

კულტურალური შოკი,

რეაქცია უბედურ შემთხვევაზე.

ბავშვების პოსტიტალიზმი.

არ იგულისხმება: განშორებით გამოწვეული შფოთვითი აშლილობები ბავშვებში (F93.0)

**F43.8 სხვა რეაქციები მწვავე სტრესზე.**

**F43.9 დაუმუსტრებელი რეაქციები მწვავე სტრესზე.**

**F44 დისტოციური [კონვერსიული] აშლილობა.**

ამ აშლილობებისას სრულად ან ნაწილობრივ ირღვევა კავშირი, ერთის მხრივ, წარსულ ფაქტებზე მახსოვრობას, იდენტიფიკაციურ ცნობიერებას (თვითმეცნობა), უშუალო შეგრძნებებსა და მეორეს მხრივ, სხეულის მოძრაობათა კონტროლის უნარს შორის. დისტოციური აშლილობები ჩვეულებრივ რამდენიმე კვირის ან თვის შემდეგ იძლევა რემისიას, განსაკუთრებით თუ იგი გრავმულ მოვლენასთანაა ასოცირებული. იმ შემთხვევაში, როცა დაავადების დებიუტი დაკავშირებულია გადაუჭრელ ცხოვრებისეულ პრობლემებთან ან ინტერპერსონალურ კონფლიქტთან, აშლილობები ქრონიკულ ხასიათს იღებს (პარეზები ან ანესთეზია). ეს აშლილობები ადრე კლასიფიცირდებოდა როგორც კონვერსიული ისტერიის სხვადასხვა ტიპი. დისტოციური აშლილობა ფსიქოგენური წარმოშობისაა, რადგან დროის ფენომენით მჭიდროდაა დაკავშირებული მაგრავმირებელ მოვლენასთან, გადაუჭრელ პრობლემებთან ან დარღვეულ ინტერპერსონალურ კავშირებთან. სიმპტომებში ასახვას პოვებს თვით პაციენტის აზრი სომატური დაავადების არსებობის შესახებ, რაც ობიექტურად არ მტკიცდება. ამასთან, აშკარაა, რომ ესა თუ ის ფუნქციური დარღვევა არის არსებული ემოციური კონფლიქტებისა ან მოთხოვნილებების გამოვლინება. სიმპტომები შესაძლებელია განვითარდეს უცერად, უშუალოდ ფსიქო-სტრესთან კავშირში. ამ თავში მოცემულია მხოლოდ ნორმისას კონტროლირებადი სომატური ფუნქციების დარღვევები და მგრძობელობის სრული დაკარგვა. დაავადებები, რომელსაც თან სდევს გკივილი და სხვა რთული სომატური შეგრძნებები, რეგულირებადი ავტონომიური ნერვული სისტემის მიერ, განიხილება სომატოფორმულ აშლილობებში (F45.0). ამ კატეგორიაში მოქცეული აშლილობები შესაძლებელია გადაიზარდოს სერიოზულ სომატურ დარღვევებსა ან ფსიქიკურ აშლილობაში.

იგულისხმება: კონვერსიული ისტერია,



კონვერსიული რეაქცია,  
ისგერია,  
ისგერიული ფსიქოზი.

არ იგულისხმება: სიმულაცია (შეგნებული სიმულაცია) (Z76.5)

F44.0 დისოციაციური ამნეზია.

ძირითადი დამახასიათებელი ნიშანია მეხსიერების დაკარგვა, განსაკუთრებით მიმდინარე მოვლენებზე, რაც გამოწვეული არ არის ორგანული ცერებრალური პათოლოგიით და არ აისხნება ჩვეული გულმავიწყობით ან გადაღლილობით. ამნეზია ძირითადად კონცენტრირებულია მაგრაფიმირებელ მოვლენაზე (მაგალითად, უბედური შემთხვევა ან ახლობლის სიკვდილი). ჩვეულებრივ, იგი პარციალური და სელექტიურია. გოგალური ან გენერალიზებული ამნეზია იშვიათია და ფუგის (F44.1) დროს გვხვდება. ეს დიაგნოზი არ უნდა დაისვას თავის ტვინის ორგანული დაზიანების, ინტოქსიკაციის ან ძლიერი გადაღლის შემთხვევაში.

არ იგულისხმება: ალკოჰოლით ან სხვა ფსიქოტროპული ნივთიერებით გამოწვეული ამნეზიური აშლილობა (F10-F19 საერთო მეოთხე მახასიათებლით .6).

ამნეზია, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული (R41.3),

ანგეროგრაფული ამნეზია (R41.1),

რეტროგრაფული ამნეზია (R41.2).

არაალკოჰოლური ორგანული ამნეზიური სინდრომი (F04).

პოსტიქტალური ამნეზია ეპილეფსიის დროს (G40.-).

F44.1 დისოციაციური ფუგა.

დისოციაციურ ფუგას დისოციაციური ამნეზიის ყველა ნიშანი აქვს, თანაც პაციენტი მიზანმიმართულად იცვლის ადგილმდებარეობას, მიემგზავრება უფრო შორს, ვიდრე ეს მისი ყოველდღიური მოქმედების დიაპაზონია. ფუგის პერიოდში ადგილი აქვს ამნეზიას. პაციენტის ქცევები გარეშე დამკვირვებელს სრულიად ნორმალურად შეიძლება მოეჩვენოს.

არ იგულისხმება: პოსტიქტალური ფუგა ეპილეფსიის დროს (G40).

F44.2 დისოციაციური სტუპორი.

დისოციაციური სტუპორის დიაგნოზს ვსვავთ ნებითი მოძრაობების და გარეგან გამომხიანებლებზე (სინათლე, ხმაური, შეხება) ნორმალური რეაქციების მკვეთრი დაქვეითების ან სრული დაკარგვის შემთხვევაში, თუ კლინიკური გამოკვლევებით რაიმე სომატური პათოლოგია არ ვლინდება. ამასთან, ეს აშლილობა ყოველთვის პირობადებულია ფსიქოგენური ფაქტორებით, როგორცაა წინა პერიოდში მომხდარი სტრესული მოვლენა ან პრობლემა.

არ იგულისხმება: ორგანული კატატონიური აშლილობა (F06.1).

სტუპორი, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული (R40.1),

კატატონიური სტუპორი (F20.2),

დეპრესიული სტუპორი (F31-F33),

მანიაკალური სტუპორი (F30.2).

F44.3 გრანსი და შეპყრობილობის მდგომარეობა.

დარღვევები, რომლის დროსაც პიროვნული იდენტიფიკაციისა და გარემოს სრულყოფილი აღქმის დარღვევა ხდება. აქ მოცემულია უნებლიე ან არასასურველი გრანსის მდგომარეობა, რომელიც რელიგიურად ან კულტურალურად მისაღებ ფარგლებს სცდება.

არ იგულისხმება: მდგომარეობები, მწვავე და ტრანზიტორული ფსიქოპური აშლილობების დროს (F23.-),

მდგომარეობები, ორგანული პიროვნული აშლილობის დროს (F07.0),

მდგომარეობები, გამოწვეული პოსტკონტუზიური სინდრომით (F07.2),

მდგომარეობები, ფსიქოტროპული ნივთიერებებით გამოწვეული ინტოქსიკაციის დროს (F10-F19 საერთო მეოთხე მახასიათებლით .0).

მდგომარეობები გამოწვეული შიზოფრენიით (F20.-).

F44.4 დისოციაციური მოტორული აშლილობანი.

ამ აშლილობებისას გამოხატულია მთლიანი კიდურის ან მისი ნაწილის მოძრაობის უნარის დაკარგვა. ის ძალიან გავს ატაქსიას, აპრაქსიას, აკინეზიას, ღებართიას, დისკინეზიას, გულყრით განტვირთვებს ან პარეზს.

ფსიქოგენური აფონია,

ფსიქოგენური დისფონია.

F44.5 დისოციაციური კონვეულსიები.

დისოციაციური კონფულსიები მოძრაობებით ძალზე ემსგავსება ეპილეფსიურ გულყრებს, მაგრამ ეპილეფსიისთვის დამახასიათებელი სიმპტომები: ენაზე კბენა, დაცემით გამოწვეული სისხლნაქდენტები, უნებლიე შარდვა - ძალზე იშვიათია. ცნობიერება შენარჩუნებულია ან ჩანაცვლებულია სტუპორის ან გრანსის მდგომარეობებით.

**F44.6 დისოციაციური ანესთეზია და სენსორული აშლილობა**

კანის ანესთეზიური არეები ისეა შემოსაზღვრული, რომ ეწინააღმდეგება ანატომიურ კანონებს. ამის მიზეზად სხეულის ფუნქციებზე თვით ავადმყოფის აზრები და შეხედულებები გვევლინება. შესაძლებელია ადგილი ქონდეს ზოგიერთი სენსორული მოდალობის ამოვარდნას, რაც პირობადებული არ არის ნევროლოგიური პათოლოგიით. აღქმითი შეგრძნებების დაკარგვას შესაძლებელია თან ახლდეს ჩივილები პარესთეზიაზე. დისოციაციური აშლილობების დროს მხედველობისა და სმენის სრული დაკარგვა ძალზე იშვიათია.

ფსიქოგენური სიყრუე.

**F44.7 შერეული დისოციაციური (კონვერსიული) აშლილობანი.**

F44.0-F44.6-ში აღწერილი აშლილობების კომბინაცია

**F44.8 სხვა დისოციაციური (კონვერსიული) აშლილობანი.**

ჰანზერის სინდრომი.

მრავლობითი პიროვნული აშლილობა

ფსიქოგენური აბნევა.

ბინდისებური მდგომარეობა.

**F44.9 დაუზუსტებელი დისოციაციური (კონვერსიული) აშლილობა.**

**F45 სომატოფორმული აშლილობები.**

ძირითადი ნიშანია პაციენტის მიერ სომატური ჩივილების განმეორებადი ნევროტიული წარმოჩინება, რასაც თან სდევს სამედიცინო გამოკვლევის დაქინებული მოთხოვნა. ექიმები არწმუნებენ ავადმყოფს, რომ მისი სიმპტომებისთვის არავითარი სომატური საფუძველი პათოლოგიის სახით არ არსებობს. ამასთან, თუ გამოვლინდება რომელიმე სომატური პათოლოგია, იგი არ შეესაბამება ავადმყოფის მიერ წარმოდგენილ სიმპტომებს და პაციენტის ემოციური დისგრესის ხარისხს.

არ იგულისხმება: დისოციაციური აშლილობა (F44.-).

სტერეოტიკული მოძრაობები (F98.4)

ენაბლუობა (F80.0)

ჩლიფინი (F80.8)

ფრჩხილების კენჭა (F98.8)

ფსიქოლოგიური და ქცევითი ფაქტორები დაკავშირებული სხვაგან კლასიფიცირებულ დაავადებებთან (F54).

სექსუალური დისფუნქცია, რომელიც არ არის გამოწვეული ორგანული დარღვევით ან დაავადებით (F52.-).

ცერა თითის წოვა (F98.8)

ტიკები (ბავშვებში და მოზარდებში) (F95.-)

ტურეტის სინდრომი (F95.2)

გრიქოგილომანია (F63.3).

**F45.0 სომატიზირებული აშლილობანი.**

დამახასიათებელია მრავლობითი რეკურენტული და ხშირად ცვალებადი ფიზიკური სიმპტომები, სულ მცირე ორი წლის განმავლობაში. პაციენტთა უმრავლესობას, პირველადი და სპეციალიზირებული სამედიცინო დახმარების სამსახურებთან ხანგრძლივი ურთიერთობის გამოცილება აქვს, მრავალი უშედეგო გამოკვლევებითა და ოპერაციებით. სიმპტომები შეიძლება მოიცავდეს სხეულის ნებისმიერ ნაწილსა და ორგანოთა სისტემას. ავადმყოფობის მიმდინარეობა შეიძლება იყოს ქრონიკული და ცვლადი. ხშირად გადაჯაჭვულია სოციალურ, ინტერპერსონალურ და ოჯახურ ურთიერთობათა ხანგრძლივ დარღვევებთან. ხანმოკლე (ორ წელზე ნაკლები) და ნაკლები სიძლიერის სიმპტომები უნდა იქნეს კლასიფიცირებული, როგორც არადიფერენცირებული სომატოფორმული აშლილობა (F45.1).

მრავლობითი ფსიქოსომატური აშლილობა.

არ იგულისხმება: სიმულაცია (Z76.5).

- F45.1 არადიფერენცირებული სომატოფორმული აშლილობა.  
როცა სომატოფორმული ჩივილები მრავლობითია და ხანგრძლივი, მაგრამ არ არის სომატიზირებული აშლილობის დასრულებული და გიპიური კლინიკური სურათი, არადიფერენცირებული სომატოფორმული აშლილობის დიაგნოზი შესაძლოა დაისვას. არადიფერენცირებული ფსიქოსომატური აშლილობა.
- F45.2 ჰიპოქონდრიული აშლილობა.  
წამყვანი ნიშანია სუბიექტის განცდა, რომ მას აქვს რამდენიმე სერიოზული და პროგრესირებადი სომატური დაავადება. პაციენტები აღგენენ ხანგრძლივ სომატურ ჩივილებს, ან მოცულნი არიან საკუთარ გარეგნობაზე ზრუნვით. ნორმალური ან ჩვეული შეგრძნებები და გარეგნობა პაციენტის მიერ ხშირად აღიქმება როგორც პათოლოგიური და შემაწუხებელი, მათი ყურადღება კონცენტრირებულია სხეულის მხოლოდ ერთ ან ორ ორგანოზე ან ორგანოთა სისტემაზე. ხშირად აღვილი აქვს გამოხატულ შუოთვასა და ღეპრესიას, ამიგომ შესაძლებელია დაისვას დამატებითი დიაგნოზები.  
დისმორფოფობია (არაბოდვითი),  
ჰიპოქონდრიული ნევროზი,  
ჰიპოქონდრია,  
ნომოფობია.  
არ იგულისხმება: ბოდვითი დისმორფოფობია (F22.8),  
სხეულის ფუნქციებზე ან ფორმაზე ფიქსირებული ბოდვები (F22.-).
- F45.3 სომატოფორმული ავტონომიური (ვეგეტატიური) დისფუნქცია.  
სიმპტომატიკა პაციენტების მიერ ისე წარმოჩინდება, თითქოს მისი გამომწვევი მიზეზია სომატური პათოლოგია იმ ორგანოსა ან ორგანოთა სისტემის, რომელიც ძირითადად ან მთლიანად რეგულირდება ვეგეტატიური (ავტონომიური) ნერვული სისტემის მიერ (მაგალითად, სისხლძარღვოვანი, ვასტროინტესტინალური, რესპირატორული და შარდსასქესო სისტემები). სიმპტომები, ჩვეულებრივ, ორი სახისაა და არც ერთი მათგანი არ მიუთითებს სხეულის ორგანოთა ან სისტემათა ფიზიკურ დარღვევებზე. პირველი - დაკავშირებულია ვეგეტატიური ნერვული სისტემის აქტივაციის ობიექტურ ნიშნებთან, როგორცაა: გაძლიერებული პულსაცია, ოფლიანობა, გაწითლება, ტრემორი, ასევე გამოხატულია შიშისა და წუხილის განცდა არარსებული სომატური დაავადების გამო. მეორე გიპი წარმოადგენს არასპეციფიურ ან ცვალებად სუბიექტურ ჩივილებს, როგორცაა მოვლითი ტკივილები, წვის, სიმძიმის შეგრძნებები, ასევე-შებენის ან ჩაფუშვის შეგრძნებები. ყველა ამ სიმპტომებს პაციენტი მიაკუთვნებს სპეციფიურ ორგანოს ან სისტემას.  
იგულისხმება: გულის ნევროზი,  
და კოსტას სინდრომი,  
კუჭის ნევროზი,  
ნეიროცირკულრული ასთენია,  
აეროფაგიის ფსიქოგენური ფორმა,  
ხველების ფსიქოგენური ფორმა,  
დიარეის ფსიქოგენური ფორმა,  
დისპეფსიის ფსიქოგენური ფორმა,  
დიზურიის ფსიქოგენური ფორმა,  
მეგეორიზმის ფსიქოგენური ფორმა,  
სლოკინის ფსიქოგენური ფორმა,  
ჰიპერვენტილაციის ფსიქოგენური ფორმა,  
შარდის გახშირებული გამოყოფის ფსიქოგენური ფორმა,  
პილოროსპაზმის ფსიქოგენური ფორმა.  
არ იგულისხმება: ფსიქიკური და ქცევითი ფაქტორები, დაკავშირებული სხვაგან კლასიფიცირებულ დარღვევებთან ან დაავადებებთან (F54).
- F45.4 ქრონიკული სომატოფორმული ტკივილი  
ძირითადი ჩივილია მყარი, ხანგრძლივი, მწვავე და დამთრგუნველი ტკივილი, რომელიც სრულად არ აიხსნება ფიზიოლოგიური პროცესით ან სომატური აშლილობით. იგი, როგორც წესი, აღმოცენდება ემოციურ კონფლიქტთან ან ფსიქოსოციალურ პრობლემებთან კავშირში, რაც უფლებას გვაძლევს გამოვიგანოთ დასკვნა, რომ სწორედ ეს ფონია გამომწვევი მიზეზი. ამ კატეგორიას არ მიეკუთვნება ფსიქოგენური წარმოშობის ტკივილები, რომლებიც თავს იჩენს ღეპრესიული აშლილობის ან შიზოფრენიის დროს.

ფსიქალგია  
 ფსიქოგენური ზურგის ტკივილი  
 ფსიქოგენური თავის ტკივილი  
 სომატოფორმული აშლილობანი ტკივილებით  
 არ იგულისხმება: ზურგის ტკივილი, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული (M 54.9)  
 ტკივილი, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული (R52.9)  
 მწვავე ტკივილი (R52.0),  
 ქრონიკული ტკივილი (R52.2),  
 ძნელად მოსარჩენი ტკივილი (F52.1)  
 დაძაბვის თავის ტკივილი (G44.2)

**F45.8 სხვა სომატოფორმული აშლილობანი.**  
 ამ კატეგორიას განეკუთვნება შეგრძნებების, ფუნქციის ან ქცევის ნებისმიერი სხვა დარღვევები, რომელიც გამოწვეული არ არის ფიზიკური დარღვევებითა და დაკავშირებული არ არის ავტონომიური ნერვული სისტემის დისფუნქციასთან. აშლილობები შემოიფარგლება სხეულის სხვადასხვა ნაწილებით ან სპეციფიური სისტემებით და ღრძში ემთხვევა სტრესულ სიტუაციებსა და პრობლემებს.  
 ფსიქოგენური დისმენორეა,  
 ფსიქოგენური დისფაგია, "გლობუს პისტერიკუსის" ჩათვლით  
 ფსიქოგენური ქავილი,  
 ფსიქოგენური კისერმრულობა.

**F45.9 დაუმზუსტებელი სომატოფორმული აშლილობა.**  
 ფსიქოსომატური აშლილობა, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული

**F48 სხვა ნევროზული აშლილობანი.**

**F48.0 ნევრასთენია.**  
 ეს აშლილობა ვლინდება მნიშვნელოვანი კულტურალური სახესხვაობებით. თუმცა ძირითადად ვხვდებით ორ ტიპს, რომელთაც მრავალი საერთო ნიშანი აქვთ. პირველი ტიპის შემთხვევაში, მთავარი ნიშანია გონებრივი გადაძაბვის შემდეგ ძლიერი გადაღლა, რაც ხშირად დაკავშირებულია შრომისუნარიანობის და პროდუქტიულობის, ყოველდღიური საქმიანობის განხორციელების უნარის დაქვეითებასთან. გონებრივ გადაღლას ახასიათებს: გამჟანგველი ასოციაციების ან მოგონებების ამროვნებაში შეჭრა, კონცენტრაციის უნარის შესუსტება და არაეფექტური ამროვნება. მეორე ტიპის დროს კი, საქმე გვაქვს სხეულის ფიზიკური სისუსტის და გამოფიგვის გრძნობასთან მინიმალური დაძაბვის შემდეგაც კი, რომელსაც თან ახლავს კუნთების ტკივილის შეგრძნება. ორივე შემთხვევაში საერთოა სხვა არასასიამოვნო ფიზიკური შეგრძნებები, როგორცაა, მაგალითად: თავბრუსხვევა, დაძაბვის თავის ტკივილი და მოგადი არასტაბილურობის შეგრძნება. წუხილი დაქვეითებულ გონებრივ და ფიზიკურ შესაძლებლობებზე, გამღიზიანებლობა, ანჰედონია, ასევე მსუბუქად გამოხატული შფოთვა და დეპრესია - ამ აშლილობის დროს ყოველთვის გვხვდება. ძილის ციკლი დარღვეულია ინიციალურ და შუა ფაზებში, მაგრამ ასევე შესაძლებელია ჰიპერსომნიაც.

გადაღლის სინდრომი  
 საჭიროებისას გამოიყენეთ დამატებითი კოდი, რათა დაზუსტდეს ადრე გადატანილი სომატური დაავადება.  
 არ იგულისხმება: ასთენია, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული (R53).  
 "გადაწვა" (Z73.0),  
 დისკომფორტი და გადაღლა (R53),  
 პოსტვირუსული გადაღლის სინდრომი (G93.3),  
 ფსიქასთენია (F48.8).

**F48.1 დეპერსონალიზაცია-დერეალიზაციის სინდრომი.**  
 აშლილობა, რომლის დროსაც პაციენტი სპონტანურად უჩივის, რომ მისი გონებრივი აქტივობა, სხეული და გარემო თვისობრივად შეცვლილია და იგი არარეალური, შორეული და ავტომატიზირებულია. ამ სინდრომის სხვა ფენომენში პაციენტები უმეტესად უჩივიან საკუთარი ამრების, ქცევის, სხეულის ან რეალური სამყაროს მიმართ ემოციურ გაღარბებას (ემოციების დაკარგვა) და გაუცხოების გრძნობას, ასევე მასთან განცალკევებას. მიუხედავად მდგომარეობის დრამატულობისა, პაციენტს გაცნობიერებული აქვს ცვლილებების არარეალურობა. შეგრძნებები ნორმალურია, ემოციური გამოხატვის უნარიც შეუღაბავია. დეპერსონალიზაცია-დერეალიზაციის

სიმპტომებმა შესაძლებელია თავი იჩინონ შიზოფრენიულ, დეპრესიულ, ფობიკურ ან ობსესიურ-კომპულსიურ აშლილობებში. ასეთ შემთხვევებში დიაგნოზი უნდა დაესვას ძირითად აშლილობას.

**F48.8 სხვა სპეციფიური ნევროზული აშლილობები.**

ბრიკეს აშლილობა,  
ლჰაგის სინდრომი,  
პროფესიული ნევროზები, წერის დროს კრუნჩხვის (კრამპი) ჩათვლით.  
ფსიქსთენია,  
ფსიქსთენიური ნევროზი,  
ფსიქოგენური სინკოპე

**F48.9 დაზუსტებული ნევროზული აშლილობა.**

ნევროზი, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული.

**ქცევითი სინდრომები, დაკავშირებული ფიზიოლოგიურ დარღვევებთან და ფიზიკურ ფაქტორებთან (F50-F59).**

**F50 საკვების მიღებასთან დაკავშირებული დარღვევები.**

არ იგულისხმება: ანორექსია, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული (R63.0)  
საკვების მიღებასთან დაკავშირებული სიმნელეები და უმართაობა (R63.3).  
ჩვილთა და ბავშვთა კვების აშლილობა (F.98.2)  
პოლიფაგია (R63.2)

**F50.0 ნერვული ანორექსია.**

აშლილობა, რომელიც ხასიათდება პაციენტის მიერ წონის წინასწარგანზრახული კლებით, მისთვის სასურველი მცირე წონის შენარჩუნებისადმი გადამეტებული სწრაფით. ხშირად აშლილობა უვითარდებათ მოზარდ გოგონებსა და ახალგაზრდა ქალებს, უფრო იშვიათად - მოზარდ ვაჟებსა და ახალგაზრდა მამაკაცებს, გარდატეხის ასაკს მიღწეულ ბავშვებსა და ქალებს, რომელთა ასაკი მენოპაუზას უახლოვდება. ამ აშლილობას თან ახლავს სპეციფიური ფსიქოპათოლოგიური გამოვლინებანი, კერძოდ, სიმსუქნისა და მოღუნებული სხეული კონტურების არსებობის შიში, რაც ზედირებულოვანი იდეის ხარისხს აღწევს. სიმპტომებში იგულისხმება აგრეთვე: მკაცრი დიეტური შემზღვევები, გადაჭარბებული ვარჯიში, ხელოვნურად გამოწვეული ხშირი პირღებინება და კუჭის მოქმედება, მადის დამქვეითებელი და დიურეზული საშუალებების გამოყენება. ჩვეულებრივ ადგილი აქვს ორგანიზმის სხვადასხვა ხარისხით გამოფიგვას, მეორადი ენდოკრინული და მეტაბოლური ცვლილებებით, ორგანიზმში ფუნქციური დარღვევებით.

არ იგულისხმება: მადის დაკარგვა (R63.0),

მადის ფსიქოგენური დაკარგვა (F50.8)

**F50.1 ატიპიური ნერვული ანორექსია**

აშლილობა, რომელიც მოიცავს ნერვული ანორექსიის რამდენიმე ნიშანს, მაგრამ მთლიანად კლინიკური სურათი არ შეესაბამება ამ დიაგნოზს. მაგალითად, ერთ-ერთი ძირითადი სიმპტომი, როგორცაა ამენორეა ან სიმსუქნის გამოხატული შიში შესაძლოა არ იყოს, მაშინ როდესაც არსებობს გამოხატული წონის დაკლება და წონის დაკლებისაკენ მიზანმიმართული ქცევები. დიაგნოზს არ ვიყენებთ, თუ ცნობილია იმ სომატური დარღვევის არსებობა, რომლებიც განაპირობებს წონის დაკლებას.

**F50.2 ნერვული ბულიმია.**

ხასიათდება საკვების ხშირი, ჭარბი მიღებით და სხეულის წონის ზედმეტი კონტროლით. სასურველი წონის შენარჩუნების მიზნით ავადმყოფი იწვევს პირღებინება და ლებულობს საფადარათო საშუალებებს. ამ აშლილობას აქვს ბევრი საერთო ფსიქოლოგიური გამოვლინება ნერვულ ანორექსიასთან, მათ შორის, სხეულის ფორმებისა და წონისადმი გადამეტებული ყურადღება. ხშირი პირღებინება ხდება ორგანიზმში ელექტროლიტური ბალანსის მოშლის და სომატური ჩივილების მიზეზი. ზოგჯერ, თუმცა არა ყოველთვის, ანამნეზში შეიძლება გამოვლინდეს ნერვული ანორექსიის ადრეული ეპიზოდები, ინტერვალით რამდენიმე თვიდან რამდენიმე წლამდე.

ბულიმია, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული  
ნერვული ჰიპერორექსია.



- F50.3 აგიპიური ნერვული ბულიმია.**  
 აშლილობა, რომელიც შეიცავს ნერვული ბულიმიის ზოგიერთ ნიშანს, მაგრამ რომლის მთლიანი კლინიკური სურათი არ შეესაბამება ამ დიაგნოზს. მაგალითად, შესაძლოა მთლიან კლინიკურ სურათში არ იყოს გამოხატული წონის მკვეთრი ცვლილება ან გადაჭარბებული ყურადღება საკუთარი სხეულის ფორმებისა და წონისადმი.
- F50.4. საკვების ჭარბი მიღება, რომელიც დაკავშირებულია სხვა ფსიქოლოგიურ დარღვევებთან.**  
 საკვების ჭარბი მიღება დაკავშირებული სტრესულ სიტუაციებთან, როგორცაა მძიმე დანაკარგი, უბედური შემთხვევა, ბავშვის შექნა და ა.შ.  
 ფსიქოგენურად განპირობებული საკვების ჭარბი მიღება  
 არ იგულისხმება: სიმსუქნე (E66.-).
- F50.5 ფსიქოლოგიური დარღვევებით პირობადებული პირღებინება.**  
 განმეორებითი პირღებინება, რომელიც არსებობს დისოციაციური (F44) და იპოქონდრიული (F45.2) აშლილობების დროს და არ არის გამოწვეული სხვა თავებში კლასიფიცირებული აშლილობებით. ეს ქვეკატეგორია შეიძლება გამოყენებული იქნეს დამატებით O21.- ში (ორსულთა პირღებინება), როცა ორსულობის პერიოდში გულისრევის და პირღებინების გამომწვევია ძირითადად ემოციური ფაქტორები.  
 ფსიქოგენური პირღებინება  
 არ იგულისხმება: გულისრევა (R11),  
 პირღებინება, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული (R11).
- F50.8 საკვების მიღებასთან დაკავშირებული სხვა დარღვევები.**  
 კვების გაუკუღმართება (პიკა).  
 ფსიქოგენური მიზეზებით გამოწვეული მადის დაკარგვა.  
 არ იგულისხმება: პიკა ჩვილებსა და ბავშვებში (F98.3).
- F50.9 საკვების მიღებასთან დაკავშირებული დაუმზუსტებელი დარღვევები.**
- F51 არაორგანული ხასიათის ძილის დარღვევები.**  
 ხშირ შემთხვევაში ძილის დარღვევა გვევლინება ფსიქიკური ან სომატური დაავადების სიმპტომად. არის თუ არა პაციენტში ძილის დარღვევები მოცემულ შემთხვევაში დამოუკიდებელი მდგომარეობა, თუ იგი სხვა დაავადების ერთ-ერთი გამოვლენაა, უნდა გადაწყდეს კლინიკური მიმდინარეობის თავისებურების და თერაპიული პრიორიტეტების საფუძველზე კონსულტაციის მომენტში. ჩვეულებრივ, თუ ძილის დარღვევა არის ძირითადი ჩივილი, იგი უნდა იყოს დიაგნოსტიკური. სასურველია ძილის სპეციფიური დარღვევის დიაგნოზი მითითებულ იქნას იმ სხვა შესაბამის დიაგნოზებთან ერთად, რომელთა დასმა აუცილებელია მოცემული კონკრეტული შემთხვევის ფსიქოპათოლოგიური ან პათოფიზიოლოგიური თავისებურების აღწერისათვის. ეს კატეგორია შეიცავს მხოლოდ ძილის იმ დარღვევებს, რომლებიც წარმოშობილია ძირითადად ემოციური ფაქტორებით და არ არის დაკავშირებული სხვაგან კლასიფიცირებულ სომატურ აშლილობებთან.  
 არ იგულისხმება: ძილის დარღვევები (ორგანული) (G47.-).
- F51.0 არაორგანული ინსომნია (უძილობა).**  
 არაორგანული ინსომნიისას პიროვნებას დროის მნიშვნელოვანი პერიოდის მანძილზე აღენიშნება არასაკმარისი ხანგრძლივობის და არადამაკმაყოფილებელი ხარისხის ძილი. გაძნელებულია ჩაძინება და ძილის შენარჩუნება, გამოხატულია ნაადრევი გამოღვიძება. ინსომნია მრავალი ფსიქიკური და სომატური დაავადების საერთო სიმპტომია. თუ იგი კლინიკურ სურათში დომინირებს, ძირითადი აშლილობის დამატებად უნდა იქნეს გამოტანილი დიაგნოზში.  
 არ იგულისხმება: ორგანული ინსომნია (G47.0).
- F51.1 არაორგანული ჰიპერსომნია.**  
 ჰიპერსომნია ეწოდება მდგომარეობას, რომლის დროსაც ადგილი აქვს დღის განმავლობაში მომატებულ ძილიანობას და ძილის შემოკლებებს (რაც არ შეიძლება აიხსნას ღამის საათებში ძილის არასაკმარისი ხანგრძლივობით) ან გაღვიძებისას ძილის მდგომარეობიდან სრული სიფხიმლის მდგომარეობაში გადასვლის გაჭიანურებას. არაორგანული ბუნების ჰიპერსომნია, ჩვეულებრივ, თან ახლავს ფსიქიკურ აშლილობებს.  
 არ იგულისხმება: ორგანული ჰიპერსომნია (G47.1)  
 ნარკოლეფსია (G47.4).

- F51.2** არაორგანული ძილ-ღვიძილის რეჟიმის აშლილობა.  
გამოხატულია სინქრონულობის დარღვევა პიროვნების ნორმალური ფუნქციონირებისათვის საჭირო ძილ-ღვიძილის რეჟიმსა და რეალურად არსებულ რეჟიმს შორის. სინქრონულობის დარღვევამ შეიძლება მოგვეცეს ჩივილები ჰიპერსომნიასა და ინსომნიამზე.  
ცირკადული რითმის ფსიქოგენური ინვერსია,  
სადღელამისო რითმის ფსიქოგენური ინვერსია,  
ძილის რითმის ფსიქოგენური ინვერსია  
*არ იგულისხმება:* ძილ-ღვიძილის რითმის ორგანული დარღვევები (G47.2).
- F51.3** სომნამბულიზმი.  
შეცვლილი ცნობიერების მდგომარეობა, რომლის დროსაც ძილის და სიფხიზლის ფენომენები კომბინირებულია. სომნამბულიზმის ეპიზოდის დროს ავადმყოფი ღებდა საწოლიდან (რაც ჩვეულებრივ ხდება ღამის ძილის პირველ მესამედში) და დადის. ავადმყოფს ამ დროს აღენიშნება რეაქტიულობის და მოგორული ჩვევების დაბალი დონე. გაღვიძებისას, როგორც წესი, გადაგანილი ეპიზოდი ამნემირებული აქვს.
- F51.4** ღამის შიშები.  
უკიდურესი შიშის ან პანიკის ეპიზოდები, რომლებიც ვითარდება ღამე და რომელთაც თან ახლავს ინტენსიური ვოკალიზაცია, მოძრაობა და ვეგეტატიური აქტივობის მაღალი დონე. ავადმყოფი ჯდება საწოლზე ან წამოიჭრება პანიკური ყვირილით. ხშირად იგი მიიჭრება კარებთან, თითქოს სურს გაქცევა, მაგრამ ძალზე იშვიათად გოვებს ოთახს. ეს მდგომარეობა ღამის ძილის პირველ მესამედში ვითარდება.. მდგომარეობა ავადმყოფს იშვიათად ახსოვს, შეიძლება მესხიერებაში შემორჩეს ერთი ან ორი ფრაგმენტული ხატი.
- F51.5** კომშარები.  
შიშით და შფოთვით დატვირთული სიმშრები. ნანახი და განცდილი ღებალურად არის შენახული მესხიერებაში. სიმშრები ძალზე მძაფრია და როგორც წესი, მათ თემატიკაში აისახება სიცოცხლის, უსაფრთხოების ან ღირსების შელახვის მუქარა. საკმაოდ ხშირად ადგილი აქვს ერთი და იგივე ან მსგავსი კომშარული სიმშრების გამეორებას. გიპური ეპიზოდის დროს ვეგეტატიური აქტივობის საერთო დონე მომატებულია, მაგრამ არ არის გამოხატული სხეულის მოძრაობები და ვოკალიზაცია. გამოღვიძების შემდეგ ინდივიდს სწრაფად უბრუნდება ორიენტაცია და ასევე სწრაფად გადადის სიფხიზლის ნორმალურ მდგომარეობაში.
- F51.8** სხვა არაორგანული ძილის დარღვევები.
- F51.9** ძილის არაორგანული დარღვევები, დაუმუსკებელი.  
ძილის ემოციური ბუნების დარღვევები, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაუმუსკებული

**F52** **სექსუალური დისფუნქცია, რომელიც არ არის გამოწვეული ორგანული დარღვევით ან დაავადებით.**

- სექსუალური დისფუნქცია ისეთი მდგომარეობაა, რომლის დროსაც სხვადასხვა მიზეზის გამო ინდივიდი უძლურია სურვილისამებრ დაამყაროს სექსუალური კავშირი. სექსუალური რეაქცია ფსიქოსომატური პროცესია, ამიტომ სექსუალური დისფუნქცია ჩვეულებრივ გამოწვეულია როგორც ფსიქოლოგიური, ისე სომატური პროცესებით.  
*არ იგულისხმება:* ღპაგის სინდრომი (F48.8).
- F52.0** სექსუალური ლტოლვის დაქვეითება ან არარსებობა.  
ეს კატეგორია მოიცავს ისეთ მდგომარეობებს, რომელთა დროსაც სექსუალური ლტოლვის დაკარგვა არის პირველადი, ძირითადი პრობლემა და არა მეორადი - - სხვა სექსუალური სიმნელებების თანმხლები, როგორცაა ერექციის არარსებობა და დისპარეუნია.  
ფრიგიდულობა,  
ჰიპოაქტიური სექსუალური ლტოლვა.
- F52.1** სექსუალური მიზმი და სექსუალური დაკმაყოფილების არარსებობა.  
მდგომარეობა, რომლის დროსაც პარტნიორთან მოსალოდნელი სექსუალური კონტაქტი იწვევს ძლიერ ნეგატიურ განცდებს, შიშსა და შფოთვას, აღნიშნული ხდება სექსუალური აქტივობისაგან თავის არიდების მიზეზი. სექსუალური ლტოლვა ნორმალურია და ორგანული განიცდება, მაგრამ მას თან არ ახლავს ადექვატური სექსუალური დაკმაყოფილების განცდა (სექსუალური სიამოვნების ნაკლებობა).  
სექსუალური ანჰედონია.

- F52.2 გენიტალური რეაქციების უკმარისობა.  
მამაკაცებში ძირითად პრობლემას წარმოადგენს ერექციული დისფუნქცია (სიძნელები ერექციის მიღწევასა და შენარჩუნებაში, რომელიც აუცილებელია დამაკმაყოფილებელი სექსუალური აქტის განსახორციელებლად). ქალებში ძირითადი პრობლემაა ვაგინალური სიმშრალე ან ლუბრიკაციის უკმარისობა.  
ქალებში - სექსუალური აღგზნების დარღვევები,  
მამაკაცებში - ერექციული დარღვევები,  
ფსიქოგენური იმპოტენცია.  
არ იგულისხმება: ორგანული წარმოშობის იმპოტენცია (N48.4).
- F52.3 ორგანული დისფუნქცია.  
ორგანული არ მიიღწევა ან საგრძნობლად შეფერხებულია.  
შეკავებული ორგანული (მამაკაცებში) (ქალებში).  
ფსიქოგენური ანორგაზმია.
- F52.4 ნაადრევი ეაკულაცია.  
ეაკულაციის შეკავების არასაკმარისი უნარი, რის გამოც შეუძლებელი ხდება სექსუალური კავშირისაგან სიამოვნების მიღება.
- F52.5 არაორგანული წარმოშობის ვაგინიზმი.  
სპაზმები მენჯის კუნთებში, რომელიც გარს აკრავს ვაგინას, რაც იწვევს საშოს გახსნის შეფერხებას. სასქესო ასოს შესვლა შეუძლებელია ან ძალზე მტკივნეული.  
ფსიქოგენური ვაგინიზმი.  
არ იგულისხმება: ორგანული ვაგინიზმი (N94.2).
- F52.6 არაორგანული წარმოშობის დისპარეუნია.  
დისპარეუნია, (ანუ ტკივილები სქესობრივი აქტის დროს) გვხვდება როგორც ქალებში, ასევე მამაკაცებში. ეს შეიძლება გამოწვეული იყოს ლოკალური პათოლოგიით და ამ შემთხვევაში კოდირებული უნდა იყოს შესაბამისად. მოცემული კატეგორია გამოიყენება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც ადგილი არ აქვს სხვა არაორგანულ სექსუალურ დისფუნქციას (მაგ.: ვაგინიზმი ან ვაგინალური სიმშრალე)  
ფსიქოგენური დისპარეუნია.  
არ იგულისხმება: ორგანული დისპარეუნია (N94.1).
- F52.7 მომაგებული სექსუალური ლტოლვა.  
ნიმფომანია,  
საგირიაზისი.
- F52.8 სხვა სექსუალური დისფუნქცია, რომელიც არ არის გამოწვეული ორგანული დარღვევით ან დაავადებით.
- F52.9 დაუმუსგებელი სექსუალური დისფუნქცია, რომელიც არ არის გამოწვეული ორგანული დაზიანებით ან დაავადებით.

**F53**

**ფსიქიკური ან ქცევითი აშლილობები, რომლებიც დაკავშირებულია მშობიარობის შემდგომ პერიოდთან და არ არის კლასიფიცირებული სხვა თავებში.**

ეს კატეგორია მოიცავს მშობიარობის შემდგომი პერიოდის მხოლოდ იმ აშლილობებს, რომლებიც გამოვლინდება მშობიარობიდან 6 კვირის განმავლობაში, და არ პასუხობს სხვა თავებში მოცემულ აშლილობათა კრიტერიუმებს (ინფორმაციული სიმცირის ან ისეთი დამატებითი კლინიკური გამოვლინებების გამო, რომელიც შეუძლებელს ხდის მათ შეყვანას სხვა კატეგორიაში).

- F53.0 მშობიარობის შემდგომი მსუბუქი ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები, რომლებიც არ არის კლასიფიცირებული სხვა თავებში  
პოსტნატალური დეპრესია, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული მშობიარობის შემდგომი დეპრესიის, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული
- F53.1 მშობიარობის შემდგომი მწვავე ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი, პერიოდთან, რომლებიც არ არის კლასიფიცირებული სხვა თავებში  
მშობიარობის შემდგომი ფსიქოზი, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული

- F53.8 მშობიარობის შემდგომი სხვა ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი, რომლებიც არ არის კლასიფიცირებული სხვა თავებში
- F53.9 მშობიარობის შემდგომი ფსიქიკური აშლილობა, დაუმუსგებელი.

**F54 ფსიქოლოგიური და ქცევითი ფაქტორები, დაკავშირებული იმ აშლილობებთან და დაავადებებთან, რომლებიც სხვა თავებშია კლასიფიცირებული.**

ეს კატეგორია გამოყენებული უნდა იყოს იმ ფსიქოლოგიური და ქცევითი ფაქტორების რეგისტრაციისათვის, რომელთაც, სავარაუდოა, მნიშვნელოვანი როლი შეასრულეს სხვადასხვა სომატური დაავადებების ეტიოლოგიაში, ფსიქიკური აშლილობები უპირატესად მსუბუქია (წუხილი, ემოციური კონფლიქტები, ცუდი წინათგრძნობა და სხვ.), აგარებს პროლონგირებულ ხასიათს და მათი არასებობა ცალკე არ შეესაბამება სხვა რომელიმე კატეგორიას. იმ შემთხვევაში, როდესაც სომატური დაავადების განვითარებაში ნათლად ჩანს ფსიქიკურ აშლილობათა როლი, გამოიყენება ფსიქიკური აშლილობისა და სომატური პათოლოგიის კომბინირებული კოდი.

ფსიქოლოგიური ფაქტორი, რომელიც გავლენას ახდენს ფიზიკურ მდგომარეობაზე.

ამ კატეგორიის გამოყენების მაგალითები:

ასთმა F54 და J45.-

დერმატიტი F54 და L23-L25,

კუჭის წყლული F54 და K25.-,

ლორწოვანის კოლიტი F54 და K58,

წყლულოვანი კოლიტი F54 და K51.-,

ჭინჭრის ციება F54 და L50.-

დამატებითი კოდი გამოიყენებული უნდა იყოს თანმხლები სომატური დარღვევების დასაზუსტებლად.

არ იგულისხმება: გენზიური ტიპის თავის ტკივილი (G44.2).

**F55 არანარკოტიკულ ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენება.**

იგულისხმება მედიკამენტებისა და ხალხურ მედიცინაში გამოყენებული ნივთიერებების ფართო სპექტრი, მაგრამ განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება შემდეგ ჯგუფებს: ა) ფსიქოტროპული წამლები, რომლებიც არ იწვევენ დამოკიდებულებას, როგორცაა ანტიდეპრესანტები, ბ) საფადართო საშუალებები, გ) ანალგეტიკები, რომლის შექმნა რეცეპტის გარეშეც შეიძლება, მაგ: ასპირინი, პარაცეტამოლი.

ამ ნივთიერებათა რეგულარული მოხმარება ხშირად იწვევს სამედიცინო პერსონალთან არააუცილებელ კონტაქტებს, ზოგჯერ არასასურველ სომატურ ეფექტსაც. მიუხედავად არსებული სომატური დარღვევებისა (მაგალითად, საფადართო საშუალებების ან ანალგეტიკების ბოროტად გამოყენებას თან ახლავს ელექტროლიტების ბალანსის დარღვევა, თირკმლის ფუნქციის უკმარისობა და სხვ.), მედიკამენტების მიღების შეწყვეტას ან აკრძალვას პაციენტი ეწინააღმდეგება. პაციენტს აღენიშნება წამლის მიღების ძლიერი მოტივაცია, თუმცა წამალზე დამოკიდებულების ან აბსტინენციის სიმპტომები არ ვითარდება, როგორც F10-F19-ში აღწერილ შემთხვევებში.

ანგაციდური საშუალებების ბოროტად გამოყენება,

ხალხური მედიცინის საშუალებათა ბოროტად გამოყენება,

სტეროიდების ან ჰორმონების ბოროტად გამოყენება,

ვიტამინების ბოროტად გამოყენება,

ლაქსატიური ჩვევები

არ იგულისხმება: ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენება (F10-F19).

**F59 დაუმუსგებელი ქცევითი სინდრომები, დაკავშირებული ფიზიოლოგიურ დარღვევებთან და სომატურ ფაქტორებთან.**

ფსიქოგენური ფიზიოლოგიური დისფუნქცია, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული

**მოზრდილთა პიროვნული და ქცევითი აშლილობები (F60-F69)**

ეს თავი შეიცავს კლინიკურად გამოხატულ პიროვნულ და ქცევით თავისებურებათა ფართო სპექტრს, რომელიც ხასიათდება სტაბილურობით და წარმოადგენს ინდივიდის ცხოვრების სტილის

დამახასიათებელ გამოხატულებას, ასევე ურთიერთობების ფორმას თავისთავთან და სხვებთან. ზოგიერთი მდგომარეობა და ქცევითი თავისებურება ყალიბდება პიროვნების განვითარების ადრეულ პერიოდში, როგორც კონსტიტუციური ფაქტორებისა და სოციალური ურთიერთობების შედეგი, მაშინ, როცა სხვები - შექმნილია სიცოცხლის უფრო მოგვიანებით ეგაპზე. სპეციფიური პიროვნული დარღვევები (F60.-), შერეული და სხვა პიროვნული დარღვევები (F61.-), ხანგრძლივი პიროვნული ცვლილებები (F62.-) არის ღრმად ფესვგამდგარი და მყარი ქცევითი ფორმების ერთობლიობა, გამოხატული პიროვნული და სოციალური სიგუაცების მიმართ მოუქნელი რეაქციების სახით. ისინი წარმოადგენენ მძიმე ან მნიშვნელოვან დევიაციებს იმ გზებიდან, რომლის დროსაც, ჩვეულებრივ, ინდივიდი მოცემულ კულტურალურ გარემოში შეიმუცნებს, გაიაზრებს, შეიგრძნობს და ამყარებს სოციალურ ურთიერთობებს. ასეთი ქცევითი ფორმები მიდრეკილია იყოს მყარი და მოიცავს ქცევისა და ფსიქოლოგიური ფუნქციონირების მრავალ სფეროს. ისინი ხშირად, მაგრამ არა ყოველთვის, დაკავშირებულნი არიან სხვადასხვა ხარისხის სუბიექტურ დარღვევებთან და სოციალურ პრობლემებთან.

**F60 სპეციფიური პიროვნული დარღვევები.**

ეს არის ინდივიდის მძიმე პიროვნული და ქცევითი დარღვევები, რომელიც არ ვითარდება თავის გვინის დაავადების, დაზიანების ან სხვა რაიმე გრავიმის, აგრეთვე ფსიქიკური აშლილობის შედეგად, რომელიც ჩვეულებრივ, ჩაითრევს ხოლმე პიროვნების რამდენიმე სფეროს და თითქმის ყოველთვის დაკავშირებულია მნიშვნელოვან პიროვნულ და სოციალურ დარღვევებთან. იწყება ბავშვობის ან მოზარდ ასაკში და გრძელდება ბრდასრულობაში.

**F60.0 პიროვნების პარანოიდულიაშლილობა.**

ახასიათებს გადაჭარბებულ მგრძობელობა დაბრკოლებებისადმი, მიუგვევლობა, ეჭვიანობა და ფაქტების გაუკუღმართების გენდენცია; ნეიგრალური და მეგობრული ქმედების აღქმა, როგორც მგრულის და დამცინავის; მეუღლის ან სექსუალური პარტნიორის სექსუალურ ერთგულებაზე რეკურენტული ეჭვიანობა მტკიცების გარეშე; მტკიცე წინააღმდეგობრივი აზრები პიროვნების უფლებებზე, შესაძლებელია გადაჭარბებული თვითშეფასება და ასევე ხშირად ადგილი აქვს გადაჭარბებულ თვითდამოწმებას.

პიროვნების ექსპანსიური პარანოიდული აშლილობა,  
 ფანაგიური პიროვნება,  
 კვერულანტური პიროვნება,  
 პიროვნების პარანოიდული აშლილობა,  
 პიროვნების სენზიტიური პარანოიდული აშლილობა.

არ იგულისხმება: პარანოია (F22.0),  
 დამოიანობა (F22.8),  
 პარანოიდული ფსიქოზი (F22.0),  
 პარანოიდული შიზოფრენია (F20.-),  
 პარანოიდული მდგომარეობა (F22.0).

**F60.1 პიროვნების შიზოიდური აშლილობა.**

ამ აშლილობისათვის დამახასიათებელია სოციალური და სხვა კონტაქტებიდან განსვლა, ამჯობინებს ფანგაზიას, განმარტოებას და თვითდაკვირვებას შერჩენილია გრძნობების გამოხატვის და სიამოვნების განცდის მცირე უნარი.

არ იგულისხმება: ასპერგერის სინდრომი (F84.5),  
 ბოღვითი აშლილობა (F22.0),  
 შიზოიდური აშლილობა ბავშვებში (F84.5),  
 შიზოფრენია (F20.0).  
 შიზოტი პური აშლილობა (F21).

**F60.2 პიროვნების დისოციალური აშლილობა.**

ახასიათებს მოვალეობათა უგულებელყოფა, სხვათა გრძნობების მიმართ სრული უღარდელობა. დიდი შეუთავსებლობა ქცევებსა და გაბაგონებულ სოციალურ ნორმებს შორის. წინააღმდეგობის მიუხედავად, დასჯის ჩათვლით, ქცევები არ იცვლება. იმედის მსხვერვეის მიმართ გოლერანტობა დაბალია, ასევე ადვილად გადააბიჯებს მღურბლს აგრესიული განტვირთვით, ძალადობით. გამოხატულია გენდენცია სხვების დადანაშაულებისაკენ ან ახდენს საკუთარი ქცევის რაციონალურ ახსნას, რიგაც პაციენტი აღმოჩნდეს საზოგადოებასთან კონფლიქტში შედის.

პიროვნების ამორალური აშლილობა,  
 პიროვნების ანგისოციალური აშლილობა,  
 პიროვნების ასოციალური აშლილობა,



პიროვნების ფსიქოპათიური აშლილობა,  
პიროვნების სოციოპათიური აშლილობა.  
არ იგულისხმება: ქცევის აშლილობა (F91.-),

პიროვნების ემოციური არასტაბილურობა (F60.3).

**F60.3 პიროვნების ემოციური არასტაბილურობა.**

ახასიათებს იმპულსურობა, სუბიექტი ანგარიშს არ უწევს რა შედეგი მოჰყვება მის ქმედებას. გუნებ-განწყობა გამოუცნობი და ჭირვეულია. სუბიექტს მიდრეკილება აქვს კონფლიქტური სიტუაციებისაკენ. ემოციის აფეთქებისას უმართავი ხდება. თავს ვერ აკონტროლებს განსაკუთრებით მაშინ, როცა წინ რაიმე დაბრკოლება ელოდება. ანსხვავებენ ორ სახეობას: 1) იმპულსური ტიპი, რომელსაც ახასიათებს ძირითადად არასტაბილურობა, 2) მოსაზღვრე ტიპი, რომლისთვისაც დამახასიათებელია თვითშეფასების, მიზანდასახულობის, შინაგანი უპირატესობის შეგრძნების დარღვევები სიცარიელის ქრონიკული შეგრძნებებით, ინტენსიური და არასტაბილური პიროვნებათშორისი ურთიერთობებით, თვითდეგრუქციული ქცევების ტენდენციით, სუიციდის მცდელობის ჩათვლით.

პიროვნების აგრესიული აშლილობა,  
პიროვნების მოსაზღვრე აშლილობა,  
პიროვნების ფეთქებადი აშლილობა.

არ იგულისხმება: პიროვნების დისოციაციური აშლილობა (F60.2).

**F60.4 პიროვნების ისტერიული აშლილობა.**

ხასიათდება ზედაპირული აფექტით, დრამატიზმით და თეატრალურობით, ემოციების გაზვიადებით, ეგოცენტრულობით, თვითშემწყნარებლობით. თავმოყვარეობის ადვილად შელახვით, მაღალი შეფასებისა და ყურადღების განუწყვეტელი ძიებით.

პიროვნების ფსიქონიფანტილური აშლილობა,  
პიროვნების თეატრალიზებული აშლილობა.

**F60.5 პიროვნების ანანკასტური აშლილობა.**

ხასიათდება ეჭვიანობის გრძნობით, მოწესრიგებულობით, გადაჭარბებული კეთილსინდისიერებით, დეგალების ზედმეტი შემოწმებითა და ბრუნვით, სიჯიუგით, სიფრთხილით, სიმტკიცით. შეიძლება ადგილი ჰქონდეს არასასურველ, თავსმოხვეულ ამრებს, რომელიც თავისი სიმწვავეთ არ აღწევს ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის დონეს.

პიროვნების კომპულსიური აშლილობა,  
პიროვნების ობსესიური აშლილობა,  
პიროვნების ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა.

არ იგულისხმება: ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა (F42.-).

**F60.6 პიროვნების შფოთვითი აშლილობა.**

ხასიათდება შიშის და დაძაბულობის, არასაიმედლობის და შედარებით დაბალი სოციალური მდგომარეობის შეგრძნებით. სუბიექტი დაუსრულებლად მიიღგვის, რომ იყოს ყველასათვის მისაღები. გემგრძნობიარეა უარზე და კრიტიკაზე, შეზღუდული აქვს პიროვნული შემგუებლობა, მოსალოდნელი საფრთხის ჩვეული გაზვიადებით ცდილობს აიცილოს ზოგიერთი ჩვეული აქტივობა.

**F60.7 პიროვნების დამოკიდებულების აშლილობა.**

ხასიათდება სუბიექტის პასიური ნდობით სხვა ადამიანების მიმართ დიდი თუ მცირე ცხოვრებისეული გადაწყვეტილებების მიღებაზე. დიდი შიში აქვს, რომ არ მიაგოვონ, უსუსურობის და არაკომპეტენტურობის შეგრძნებით, პასიური დათმობა უფროსებისა და სხვების სურვილების მიმართ, სუსტი რეაქციები ყოველდღიური ცხოვრებისეული მოთხოვნილებებისადმი. ინტელექტუალურ ემოციურ სფეროში შესაძლებელია შეინიშნებოდეს ენერჯის ნაკლებობა, ან გამოხატულია პასუხისმგებლობის სხვაზე გადაბარების ტენდენცია.

პიროვნების ასთენიური აშლილობა,  
პიროვნების არაადექვატური აშლილობა,  
პიროვნების პასიური აშლილობა,

**F60.8 სხვა სპეციფიური პიროვნული აშლილობები.**

პიროვნების ექსცენტრული აშლილობა,  
უმწიფარი პიროვნული აშლილობა,  
ნარცისიზმის ტიპის პიროვნული აშლილობა,  
პიროვნების პასიურ-აგრესიული ტიპის აშლილობა,  
პიროვნების ფსიქონევროტიული ტიპის აშლილობა.

**F60.9 დაუმუსგებელი პიროვნული აშლილობა.**  
ხასიათობრივი ნევროზი, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაუმუსგებელი  
პათოლოგიური პიროვნება, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაუმუსგებელი

**F61 შერეული და სხვა პიროვნული აშლილობები.**  
ამ კატეგორიაში შედის პიროვნული აშლილობები, რომლებიც ხშირად შემაწუხებელია, მაგრამ მისი სიმპტომები არ ემთხვევა F60.-ში აღწერილ აშლილობებს. აქედან გამომდინარე, ზოგჯერ მათი დიაგნოსტიკა უფრო ძნელია, ვიდრე F60.-ში აღწერილი აშლილობებისა. შეიცავს: შერეულ პიროვნულ აშლილობებს F60.-ში აღწერილი სხვადასხვა აშლილობების სიმპტომთა ნაკრებს, ძირითადი სიმპტომების გარეშე, რაც უფლებას მოგვცემდა დაგვესვა უფრო ზუსტი დიაგნოზი. მგანჯველ პიროვნულ ცვლილებებს, რომლებიც არ კლასიფიცირდება F60.-ში ან F62.-ში და მიჩნეულია როგორც მეორადი, აფექტური და შფოთვითი აშლილობების ძირითად დიაგნოზთან შედარებით.  
*არ იგულისხმება:* აქცენტირებული პიროვნული ნიშნები (Z73.1).

**F62 ხანგრძლივი პიროვნული ცვლილებები, რომლებიც არ არის გამოწვეული ცნ-ის დაზიანებით ან დაავადებით.**  
მომრდილთა პიროვნული და ქცევითი აშლილობები, რომლებიც არ განვითარებულა მწვავე ფსიქიკური დაავადების, კატასტროფის ან მძიმე, ხანგრძლივი სტრესის შედეგად. ეს დიაგნოზი უნდა დაისვას მხოლოდ მაშინ, როცა ნათლადაა გამოხატული პიროვნების როგორც გარემოს, ასევე საკუთარი თავის, შემეცნების გამოკვეთილი და ხანგრძლივი ცვლილება. იგი უნდა იყოს დაკავშირებული მოუქნელ და ცუდად ადაპტირებულ ქცევასთან, რომელსაც ადგილი არ ჰქონდა პათოგენური მოვლენის წინ. ცვლილება არ უნდა იყოს პირდაპირი გამოხატულება სხვა ფსიქიკური დაავადებისა ან რემიდეალური სიმპტომი წინათ არსებული რაიმე ფსიქიკური დაავადებისა.  
*არ იგულისხმება:* პიროვნული და ქცევითი აშლილობა, რომელიც დაკავშირებულია ცნს-ის დაავადებასთან, დაზიანებასთან ან დისფუნქციასთან (F07.-).

**F62.0 კატასტროფის შემდგომი გახანგრძლივებული პიროვნული ცვლილებები.**  
ეს არის კატასტროფული სტრესის შედეგად განვითარებული გახანგრძლივებული პიროვნული ცვლილებები, რომელიც სულ მცირე ორი წლის განმავლობაში გრძელდება. სტრესი იმდენად მწვავე უნდა იყოს, რომ სტრესის ეფექტის განსაზღვრისათვის აუცილებელი არ არის პიროვნული მგრძობელობის მხედველობაში მიღება. აშლილობას ახასიათებს მგრული დამოკიდებულება და უნდობლობა გარე სამყაროს მიმართ, სოციალური აუტიზმი, სიცარიელისა და უიმედობის შეგრძნება, გარიყულობისა და გაუცხოების გრძნობა. ამ პიროვნულ აშლილობას შეიძლება წინ უძღოდეს პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა. პიროვნული ცვლილებები საკონცენტრაციო ბანაკის შემდეგ.  
კატასტროფის შემდგომი პიროვნული ცვლილებები.  
ხანგრძლივი გყვეობა სიკვდილის მუქარით,  
სიცოცხლის დაკარგვის საფრთხე, როგორცაა მაგ:  
გეროიზმის მსხვერპლი.  
ხანგრძლივი წამება.  
*არ იგულისხმება:* პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა (F43.1).

**F62.1 ფსიქიკური დაავადების შემდგომი - გახანგრძლივებული პიროვნული ცვლილებები**  
ეს არის პიროვნული ცვლილება, რომელსაც იწვევს მწვავე ფსიქიკური დაავადების შედეგად მიღებული გრავმა და რომელიც გრძელდება სულ მცირე ორი წლის განმავლობაში. ცვლილებები არ შეიძლება აიხსნას წინარე პიროვნული აშლილობით და უნდა განვასხვავოთ რემიდეალური შიზოფრენიისაგან ან სხვა ფსიქიკური დაავადებისაგან, რომლისგანაც ავადმყოფი მთლიანად არ არის განკურნებული. ახასიათებს სხვებზე გადაჭარბებული დამოკიდებულება, სუბიექტი სხვების მიმართ მბრძანებლურია, უძლურია დაამყაროს პიროვნული ურთიერთობები და იმყოფება სოციალურ იზოლაციაში, პასიურია, ინტერესები შეზღუდული აქვს, თავისუფალ დროს არააქტიურად იყენებს, აქვს გამუდმებული იპოქონდრიული ჩივილები და ავადმყოფური ქცევა. დისფორიული და ლაბილური გუნებ-განწყობა არ არის გამოწვეული არც ახლანდელი და არც წინათ მიმდინარე ფსიქიკური აშლილობით, რომელსაც გააჩნია რემიდეალური აფექტური სიმპტომები და სოციალური ფუნქციონირების ხანგრძლივი პრობლემები.

- F62.8 სხვა მყარი პიროვნული ცვლილებები.  
ქრონიკული გვივის მქონე პიროვნების სინდრომი
- F62.9 დაუმუსგებელი პერსონოლოგიური ცვლილება

**F63 ხასიათობრივი და იმპულსური აშლილობები.**

ეს კატეგორია შეიცავს გარკვეულ ქცევით აშლილობებს, რომლებიც არ შეიძლება მივაკუთნოთ სხვა კატეგორიას. მას ახასიათებს განმეორებითი ქმედებები, რომელთაც არ გააჩნიათ გამოკვეთილი რაციონალური მოტივაცია, არამართვადია და აზიანებს როგორც თვით პაციენტს, ასევე სხვათა ინტერესებს. პაციენტი აცხადებს, რომ ქცევები დაკავშირებულია გარკვეულ იმპულსებთან. ამ აშლილობის გამომწვევი მიზეზი აუხსნელია და დაჯგუფებულია სიმპტომთა მსგავსების მიხედვით.

არ იგულისხმება: ალკოჰოლისა და ფსიქოტროპულ ნივთიერებათა გადაჭარბებული მოხმარება (F10-F19).

იმპულსური და ხასიათობრივი აშლილობების გავლენა სექსუალურ ქცევებზე (F65.-).

- F63.0 პათოლოგიური ამარტული თამაშები.  
აშლილობა მოიცავს ხშირ, განმეორებით ამარტული თამაშების ეპიზოდებს, რომელსაც ავადმყოფი ცხოვრების უმეტეს ნაწილს უთმობს. მას ზიანი მოაქვს სოციალურ, პროფესიულ, მაგერიალურ და ოჯახურ ფასეულობებსა და ვალდებულებისათვის.  
არ იგულისხმება: ამარტული თამაშები და ნიძლავები, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული. (Z72.6),

ამარტული თამაშები დისოციალური პიროვნული აშლილობისას (F60.2).

- F63.1 პათოლოგიური პირომანია (ცეცხლის იმპულსური წაკიდება).  
საგნებზე ცეცხლის წაკიდების მრავალჯერადი ქმედებანი ან ქმედების მცდელობა მოტივაციის გარეშე. სუბიექტის გონება დაკავებულია იმ საგნებით, რომლებიც დაკავშირებულია ცეცხლთან და წვის პროცესთან. ამ ქმედებისას სუბიექტი ძლიერ დაძაბულია, რასაც მოსდევს ინტენსიური შფოთვა.  
არ იგულისხმება: მომრდილთა პირომანია დისოციაციური პიროვნული აშლილობით (F60.2).

პირომანია ალკოჰოლური და ფსიქოტროპულ ნივთიერებათა ინტოქსიკაციისას (F10-F19, საერთო მეოთხე მახასიათებლით .0),  
პირომანია, როგორც სუბიექტის დაკვირვების ობიექტი სავარაუდო ფსიქიკური აშლილობისას (Z03.2),  
პირომანია, ქცევის აშლილობისას (F91.-),  
პირომანია, ორგანული ფსიქიკური აშლილობისას (F00-09).  
პირომანია, შიმოფრენიისას (F20.-).

- F63.2 პათოლოგიური ქურდობა, კლეპტომანია.  
პიროვნებას უჭირს წინ აღუდგეს საგნების მოპარვის განმეორებით იმპულსებს. ამასთან, ეს ქმედება არც მაგერიალური დაინტერესებით და არც საგნის მოხმარების სურვილით არ არის პირობადებული. მოპარული ნივთები პიროვნებამ შეიძლება გადააგდოს, გაასხვისოს ან გადამალოს. კლეპტომანიას წინ უძღვის ძლიერი დაძაბულობა, ხოლო შემდეგ კმაყოფილების გრძნობა.

არ იგულისხმება: დეპრესიული აშლილობა ქურდობით (F31-F33),  
ორგანული ფსიქიკური აშლილობა (F00-F09),  
მალაზიის ქურდობა ფსიქიკური აშლილობა (Z03.2).

- F63.3 გრიქოტილომანია.  
ახასიათებს თმის საფარის მკვეთრი შემცირება. პიროვნებას უჭირს წინ აღუდგეს თმის გლეჯვის განმეორებით იმპულსს. ამ ქმედებას წინ უძღვის დაძაბულობა, შემდეგ კი კმაყოფილების გრძნობა. ეს დიაგნოზი არ უნდა დაისვას, თუ თმის ცვენას წინ უსწრებს კანის ანთება, ან მისი გლეჯვა წარმოადგენს ბოდვების ან ჰალუცინაციების შედეგს.

არ იგულისხმება: თმის გლეჯვის სტერეოტიპული მოძრაობები (F98.4).

- F63.8 ჩვევათა და იმპულსების სხვა აშლილობანი.  
ხანგრძლივი, ცუდად ადაპტირებული ქცევები, რომლებიც არ არის მეორადი მოცემული ფსიქიატრიული სინდრომისათვის და რომლის დროსაც პაციენტს არ შეუძლია წინ აღუდგეს განმეორებით იმპულსს. ადგილი აქვს დაძაბულობას პროდრომალურ პერიოდში, ხოლო ქმედების დროს, სუბიექტს დაძაბულობა ეხსნება.

პერიოდული ფეთქებადი აშლილობა.

- F63.9 ჩვევათა და იმპულსების დაუმუსგებელი აშლილობა.

**F64 სქესის იდენტიფიკაციის აშლილობანი**

- F64.0** გრანსსექსუალიზმი.  
 სუბიექტს სურვილი აქვს აღქმული იყოს საწინააღმდეგო სქესის წარმომადგენლად. აქვს კომფორტის შეგრძნება და შეუთავსებლობა თავის საკუთარ ანაგონიურ სქესთან, უჩნდება სურვილი ჩაიგაროს ქირურგიული და ჰორმონალური მკურნალობა, რომ მისმა სხეულმა მიიღოს მისთვის სასურველი სქესის ფორმა.
- F64.1** ორმაგი გრანსსექსუალიზმი.  
 საწინააღმდეგო სქესის განსაცმლის გარება, რომელიც ინდივიდს განაცდევინებს დროებით სიამოვნებას, რომ თავი იგრძნოს საწინააღმდეგო სქესის წარმომადგენლად, მაგრამ სურვილი არ გააჩნია ქირურგიული ჩარევით შეიცვალოს სქესი. ჩაცმულობა არ განაცდევინებს სექსუალურ მღელვარებას.  
 მოზარდთა და მოზრდილთა არაგრანსსექსუალური გიპის სქესობრივი აშლილობა:  
 არ იგულისხმება: ფეტიშიზმური გრანსსექსუალიზმი (F65.1).
- F64.2** ბავშვებში სქესის იდენტიფიკაციის აშლა.  
 ჩვეულებრივ იწყება აღრეულ ბავშვობაში (და ყოველთვის მომწიფების ასაკის წინ). ახასიათებს მყარი და ინტენსიური განცდა საკუთარი ბიოლოგიური სქესისა და აქვს ძლიერი სურვილი, რომ გახდეს საწინააღმდეგო სქესის წარმომადგენელი. სუბიექტი მუდმივად მიიღებს საწინააღმდეგო სქესის განსაცმელისა და ქცევებისადმი და უარყოფს საკუთარ სქესს. დიაგნოზი უნდა ეყრდნობოდეს სქესის ნორმალური იდენტიფიკაციის დრმა ცვლილებებს. ბიჭურობის სუსტი ნიშნები გოგონებში - და პირიქით, არ არის საკმარისი ამ დიაგნოზის გამოსაგნად.. სქესობრივი იდენტიფიკაციის აშლილობანი ინდივიდებში, რომლებმაც მიაღწიეს ან უკვე არიან სიმწიფის ასაკში უნდა მიეკუთვნოს არა ამ პარაგრაფს, არამედ F66.-ს.  
 არ იგულისხმება: ეგოლისტონური სექსუალური ორიენტაცია (F66.1),  
 სექსუალური ქცევის აშლილობა (F66.0).
- F64.8** სქესობრივი იდენტიფიკაციის სხვა აშლილობანი.
- F64.9** სქესობრივი იდენტიფიკაციის დაუმუსტებელი აშლილობანი.  
 სქესობრივი როლის აშლილობა, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაუმუსტებული

**F65 სექსუალური უპირატესობის აშლილობანი**

იგულისხმება: პარაფილიები

- F65.0** ფეტიშიზმი.  
 ყურადღება გამახვილებულია უსიცოცხლო ობიექტებზე, რომლებიც სექსუალური გაღიზიანების სტიმულს წარმოადგენენ. არსებობს ადამიანის სხეულისათვის მრავალი ფეტიში, როგორცაა, მაგალითად: განსაცმელი, ასევე განსაკუთრებული სტრუქტურის მქონე ქსოვილები: რეზინი, პლასტიკა და ტყავი. ეს გაფეტიშებული საგნები თავის მნიშვნელობით სხვადასხვა ინდივიდისათვის შეიძლება სხვადასხვა იყოს. ზოგჯერ ეს საგნები მხოლოდ აძლიერებენ სექსუალურ აღტაცებას, რომელიც ჩვეულებრივი გზით იყო გამოწვეული, მაგ: პარტნიორის სპეციალური განსაცმელი.
- F65.1** ფეტიშიზმური გრანსსექსუალიზმი.  
 საწინააღმდეგო სქესის განსაცმლის გარება, რათა მიაღწიოს სექსუალურ აგზნებას და მიიღოს საწინააღმდეგო სქესის გარეგნობა. სექსუალური გრანსსექსუალიზმი განსხვავდება გრანსსექსუალური გრანსსექსუალიზმისაგან, ვინაიდან უშუალოდ უკავშირდება სექსუალური გაღიზიანებას და ჩნდება ძლიერი სურვილი გამოიყვანოს განსაცმელი, როგორც კი ორგანოში დაეუფლება და სექსუალური აღგზნება დაცხრება. იგი შეიძლება გამოვლინდეს როგორც გრანსსექსუალიზმის განვითარების აღრეული ფაზა.  
 გრანსსექსუალიზმი ფეტიშიზმი.
- F65.2** ექსპიზიციონიზმი.  
 განმეორებითი მყარი ტენდენცია, უჩვენოს თავისი სასქესო ორგანო უცხოებს (საწინააღმდეგო სქესს) ან ხალხს საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილზე მჭიდრო კონტაქტის სურვილის გარეშე. სქესობრივი ორგანოს ჩვენების დროს, ყოველთვის არა აქვს ადგილი სექსუალურ აღგზნებას, რაც მასტურბაციით მთავრდება.
- F65.3** ვუაიერიზმი.  
 რეკურენტული ან მყარი ტენდენცია დააკვირდეს ადამიანებს, რომლებიც დაკავებულნი

არიან სექსით ან ინგიმური საქმით, როგორცაა მაგ: გამიშვლება. თან სდევს სექსუალური აღგზნება და მასტურბაცია.

**F65.4 პედოფილია.**

სექსუალურ უპირატესობას ანიჭებს ბავშვებს, მომწიფების წინა ან მომწიფების ადრეულ ასაკში. ზოგიერთ პედოფილს იზიდავს მხოლოდ გოგონები, ზოგიერთს მხოლოდ ბიჭები, ზოგს კი - ორივე სქესი.

**F65.5 სადომამოხიზმი.**

სექსუალური აქტივობა, რომელსაც ახასიათებს ტკივილის მიყენება ან დამონება. თუ სუბიექტს ურჩევნია იყოს რეციპიენტი, მაშინ ამას მამოხიზმი ჰქვია. თუ თვითონ აყენებს ტკივილს სხვას, მაშინ ეს სადიზმი. ხშირად ინდივიდი სიამოვნებას ღებულობს ერთდროულად, სადიზმითაც და მამოხიზმითაც.

მამოხიზმი.

სადიზმი.

**F65.6 სექსუალურ უპირატესობათა მრავალგვარი აშლილობა.**

ზოგჯერ ერთ ადამიანს ერთდროულად გააჩნია ერთზე მეტი პათოლოგიური სექსუალური გადახრა. ყველაზე უფრო მეტად გვხვდება ფეტიშიზმის, ტრანსვესტიზმისა და სადომამოხიზმის კომბინაციები.

**F65.8 სხვა სექსუალური გადახრები.**

სექსუალური გადახრისა და აქტიურობის ერთ-ერთ სახეობას წარმოადგენს უხამსი სატელეფონო საუბრები, რაც სუბიექტისათვის არის სექსუალური სტიმულატორი, ფროტაჟი ხალხმრავალ ადგილებში, სექსუალური აქტი ცხოველებთან, ჰიპოქსიის გამოყენება სექსუალური აღგზნებადობის გაძლიერებისათვის.

ფროტაჟი

ნეკროფილია

**F65.9 დაუმუსტებელი, სექსუალური უპირატესობის აშლილობა.**

სექსუალური ღვევიაცია, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაუმუსტებული

**F66 სექსუალურ განვითარებასთან და ორიენტაციასთან დაკავშირებული ფსიქოლოგიური და ქცევითი აშლილობანი.**

*შენიშვნა:* სექსუალური ორიენტაცია თავისთავად არ ითვლება პათოლოგიად.

**F66.0 აშლილობა, დაკავშირებული სექსუალურ მომწიფებასთან.**

პაციენტი იგანჯება, იმის გამო, რომ ვერ დაუდგენია თავის სქესი და სექსუალური ორიენტაცია, რომელიც იწვევს შფოთვის და ღებრესიას. ამ აშლილობას უმეტესად ადგილი აქვს მოზარდებში, რომელთაც ვერ დაუდგენიათ თავიანთი სქესობრივი ორიენტაცია, არიან ისინი ჰომოსექსუალები, ჰეტეროსექსუალები, თუ ბისექსუალები. შესაძლებელია განვითარდეს იმ ინდივიდებშიც, რომელთაც გააჩნდათ მყარი სექსუალური ორიენტაცია და შემდეგ შეამჩნიეს, რომ იგი იცვლება.

**F66.1 ეგოდისტონიური სექსუალური ორიენტაცია.**

სქესის იდენტიფიკაცია ან სექსუალური უპირატესობის საკითხი (ჰეტეროსექსუალობა, ჰომოსექსუალობა, ბისექსუალობა, სქესობრივი მომწიფების წინა პერიოდის აშლილობა) არა არის ეჭვქვეშ, მაგრამ ინდივიდს სურს, რომ იყოს განსხვავებული, რაც გამოწვეულია მისი ფსიქოლოგიური და ქცევითი აშლილობებით, ეძებს მკურნალობის მეთოდებს, რომ შეიცვალოს სქესი.

**F66.2 სქესობრივ ურთიერთობათა აშლილობა**

სქესის იდენტიფიკაციის და სექსუალური ორიენტაციის (ჰეტეროსექსუალობა, ჰომოსექსუალობა, ბისექსუალობა) გამო. გაძნელებულია სექსუალური პარტნიორის შერჩევა და შენარჩუნება.

**F66.8 სხვა ფსიქოსექსუალური განვითარების აშლილობანი.**

**F66.9 ფსიქოსექსუალური განვითარების დაუმუსტებელი აშლილობა**

**F68 მოზრდილთა პიროვნული და სხვა ქცევითი აშლილობანი.**

**F68.0 ფიზიკური სიმპომების გაზვიადება ფსიქოლოგიური მიზეზებით.**

პაციენტის გარკვეული ფსიქოლოგიური მდგომარეობის გამო მწვავედ და ძლიერდება უკვე



დადგენილი სომატური პათოლოგიის თანმხლები ფიზიკური სიმპტომები. პაციენტი იგანჯება ტკივილით და ხშირად შეწუხებულია, რომ ავადმყოფობა პროგრესირებადი არ გახდეს. კომპენსაციური ნევროზი.

**F68.1 განზრახ წარმოქმნილი სიმპტომები, დაკავშირებული ფიზიკურ ან ფსიქოლოგიურ ფაქტორთან (სიმულაცია).**

პაციენტი განუწყვეტლივ სიმულირებს სიმპტომებით. ამ სიმპტომთა გამომწვევი მიზეზები არ არსებობს და იმისათვის, რომ წარმოქმნას იგი, შესაძლებელია თავის თავს მიაყენოს ზიანი, მოცივაცია ბუნდოვანია, მიზანი კი - ავადმყოფის როლის გათამაშება. აშლილობა ხშირად კომბინირებულია პიროვნულ დარღვევებთან. საავადმყოფოში ხშირად წოლის სინდრომი, მიუნჰაუმენის სინდრომი, “მოგზაური” პაციენტი.

არ იგულისხმება: ხელოვნური დერმატიტი (L98.1),  
სიმულაციური ავადმყოფობა (მკვეთრი მოცივაციით) (Z76.5).

**F68.8 მოზრდილთა პიროვნული და ქცევითი სხვა სპეციფიური აშლილობანი**  
აშლილობანი, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული

**F69 მოზრდილთა პიროვნული და ქცევითი აშლილობანი, დაუზუსტებელი**

**გონებრივი ჩამორჩენილობა (F70-F79)**

ეს არის ფსიქიკის შეფერხებული ან არასრული განვითარება, რომელიც პირველ რიგში ხასიათდება სუბიექტის ყოველდღიური საქმიანობის შესრულების უნარის დარღვევით, რაც ვლინდება მომწიფების პერიოდში და განსაზღვრავს ინტელექტის დონეს (მაგალითად, კოგნიტიურ, მეტყველებით, მოგორულ და სოციალურ ურთიერთობების შესაძლებლობებს).. გონებრივი ჩამორჩენილობა შესაძლებელია გამოვლინდეს ფსიქიკურ და ფიზიკურ დარღვევებთან ერთად ან მის გარეშე.

გონებრივი ჩამორჩენილობის ხარისხი პირობითად შეიძლება შეფასდეს სტანდარტული IQ ტესტებით, რასაც შეიძლება დაემატოს სოციალური ადაპტაციის უნარის შეფასების შკალა. ამასთან ინტელექტის დონის შეფასებისას ყურადსაღებია მაღალკვალიფიციური სპეციალისტის აზრი.

ინტელექტუალური შესაძლებლობანი და სოციალური ადაპტაციის უნარი დროში ცვალებადია. ამიგომ იგი შეიძლება გაუმჯობესდეს ვარჯიშისა და რეაბილიტაციის შედეგად. დიაგნოზი უნდა ეყრდნობოდეს აგრეთვე სუბიექტის აქტივობის დონეს დროის მოცემულ მომენტში.

კოდის მეოთხე ნიშანი შესაძლებელია გამოვიყენოთ F70-F79 კატეგორიებისათვის, რათა დაზუსტდეს ქცევის აშლილობათა დონე.

- .0 ქცევის აშლილობა არ არსებობს ან მინიმალურია.
- .1 არსებობს ქცევის მნიშვნელოვანი აშლილობა, რომელიც მოითხოვს ყურადღებას და მკურნალობას.
- .8 სხვა ქცევითი აშლილობანი.
- .9 განუსაზღვრელი ქცევითი აშლილობა.

თუ საჭიროა გამოყენებული უნდა იქნეს დამატებითი კოდი, რათა დაზუსტდეს ისეთი თანმხლები მდგომარეობა, როგორცაა აუტიზმი, განვითარების სხვა პათოლოგია, ეპილეფსია, ქცევითი აშლილობა ან მძიმე ფიზიკური ნაკლი.

**F70 მსუბუქი გონებრივი ჩამორჩენილობა.**

მოცემული სტანდარტული ტესტების გამოყენებისას, მსუბუქი გონებრივი ჩამორჩენილობას შეესაბამება 50-69 დიაპაზონის IQ კოეფიციენტი, რაც მოზრდილებისათვის შეესაბამება 9-დან 12 წლამდე გონებრივ ასაკს. სკოლაში ადგილი აქვს სწავლასთან დაკავშირებულ სიმძნელებს, თუმცა მოზრდილ ასაკში შეიძლება შეინარჩუნოს სოციუმთან ინტეგრაცია.

იგულისხმება: მსუბუქი გონებრივი სუბნორმა

**F71 საშუალო გონებრივი ჩამორჩენილობა.**

ამ გონებრივი ჩამორჩენილობის IQ კოეფიციენტი უდრის 35-49, რაც მოზრდილებში შეესაბამება 6-9 წლამდე გონებრივ ასაკს. აღინიშნება გონებრივი განვითარების შეფერხებები ბავშვობაში, მაგრამ უმეტეს მათგანს შეუძლია განავითაროს თავის მოვლის ჩვევები, დაამყაროს ადექვატური კონტაქტები და აითვისოს აკადემიური ჩვევები. ამ ადამიანებს ესაჭიროებათ სხვადასხვა სახის მხარდაჭერა, რომ იმუშაონ და იცხოვრონ საზოგადოებაში.  
*იგულისხმება:* ბოძიერად გამოხატული სუბნორმა.

**F72 მძიმე გონებრივი ჩამორჩენილობა.**

გონებრივ ჩამორჩენილობას შესაბამება IQ კოეფიციენტი 20-34, რაც მოზრდილებში შეესაბამება 3-დან 6 წლამდე გონებრივ ასაკს, საჭიროებს მუდმივ მზრუნველობას.  
*იგულისხმება:* მძიმე გონებრივი სუბნორმა.

**F73 ღრმა გონებრივი ჩამორჩენილობა.**

გონებრივი ჩამორჩენილობას შესაბამება IQ კოეფიციენტი 20-მდე, რაც მოზრდილებში შეესაბამება 3 წლის ქვემოთ გონებრივ ასაკს. ბავშვებს არ უშუშავდებათ თვითმომსახურების ჩვევები, არიან არაკომუნიკაბელური და არამობილური.  
*იგულისხმება:* ღრმა გონებრივი სუბნორმა.

**F78 სხვა გონებრივი ჩამორჩენილობა.**

**F79 დაუნუსტებელი გონებრივი ჩამორჩენილობა.**

*იგულისხმება:* გონებრივი დეფიციტი, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული გონებრივი სუბნორმა, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული

**ფსიქოლოგიური განვითარების დარღვევები (F80-F89).**

ამ თავში მოცემულ აშლილობებს გააჩნია შემდეგი საერთო ნიშნები: 1) როგორც წესი, აშლილობის დასაწყისი ბალბობის ან ბავშვობის ასაკში, 2) ფსიქიკური განვითარების შეფერხება ან შესუსტება, რაც მჭიდროდაა დაკავშირებული ცენტრალური ნერვული სისტემის ბიოლოგიურ მომწიფებასთან, 3) უწყვეტი მიმდინარეობა რემისიისა და რეციდივების გარეშე. უმეტეს შემთხვევაში, მიანდება მეტყველება, ვიზუალურ-სივრცობრივი ჩვევები და მოგორული კოორდინაცია, რომელიც სუბიექტის მრდასთან ერთად კლებულობს პროგრესულად, თუმცა მსუბუქი დეფიციტი ხშირად რჩება მრდასრულ ასაკში.

**F80 მეტყველების სპეციფიური აშლილობა.**

მეტყველების ნორმალური ფორმა დარღვეულია განვითარების ადრეული საფეხურიდანვე. მდგომარეობა არ აიხსნება ნევროლოგიური ან სამეტყველო აპარატის პათოლოგიით, სენსორული დარღვევებით, გონებრივი ჩამორჩენილობით ან გარემო ფაქტორებით. მეტყველების განვითარებასთან დაკავშირებულ სპეციფიურ დარღვევებს, ხშირად მოჰყვება მასთან დაკავშირებული ისეთი პრობლემები, როგორცაა: სიმნელები კითხვასა და მართლწერაში, პიროვნებათა შორის ურთიერთობების პრობლემები და ასევე ემოციური და ქცევითი აშლილობანი.

**F80.0 მეტყველების არტიკულაციის სპეციფიური აშლილობა.**

სპეციფიური, მრდასთან დაკავშირებული აშლილობა, რომლის დროსაც ბავშვის მიერ სამეტყველო ბგერების გამოყენება ჩამორჩება გონებრივ ასაკს, მაგრამ მეტყველების უნარი (ექსპრესიული და რეცეპციული მეტყველება) ნორმის ფარგლებშია.

განვითარებასთან დაკავშირებული ფონოლოგიური აშლილობა, განვითარებასთან დაკავშირებული მეტყველების არტიკულაციის აშლილობა.

ენაბლუობა (დისლალია), მეტყველების არტიკულაციის ფუნქციური აშლილობა.

ბლუობა (ალალია).

*არ იგულისხმება:* მეტყველების არტიკულაციის შესუსტება გამოწვეული:

- . აფაზიით, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული (R47.0),
- . აპრაქსიით (R48.2),
- . სმენის დაკარგვით (H90-H91),
- . გონებრივი ჩამორჩენილობით (F70-F79),
- . მეტყველების განვითარების აშლილობით:
  - . ექსპრესიული (F80.1),
  - . რეცეპციული (F80.2).

**F80.1 ექსპრესიული მეტყველების აშლილობა.**

მეტყველების განვითარების სპეციფიური აშლილობა, რომლის დროსაც ბავშვის სასაუბრო ენა მნიშვნელოვნად ჩამორჩება გონებრივ ასაკს. მაგრამ თვით მეტყველების დონე დამაკმაყოფილებელია. შეიძლება აღვიღო პქონდეს (არა ყოველთვის) პათოლოგიურ არტიკულაციას.

ექსპრესიული ტიპის პიროვნების განვითარებასთან დაკავშირებული დისფაზია ან აფაზია.

არ იგულისხმება: ეპილეფსიით გამოწვეული აფაზია (ლანდაუ-კლეფნერის სინდრომი) (F80.3),

რეცეპციული ტიპის განვითარებასთან დაკავშირებული დისფაზია ან აფაზია (F80.2),

დისფაზია და აფაზია, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული (R47.0),

ელექტიური მუტიზმი (F94.0),

. გონებრივი ჩამორჩენილობა (F70-F79),

. განვითარების პერვაზიული აშლილობები (F84.-).

**F80.2 რეცეპციული მეტყველების აშლილობა.**

განვითარებასთან დაკავშირებული აშლილობა, რომლის დროსაც ბავშვის მიერ მეტყველებითი პროდუქციების გაგება მის გონებრივ ასაკს ჩამორჩება. ფაქტიურად ყველა შემთხვევაში მნიშვნელოვნად ზიანდება ექსპრესიული მეტყველება და, არაიშვიათად, სახეზეა ბგერებისა და სიტყვების წარმოთქმის პათოლოგიაც.

კონგენიტალური სმენითი ალქმის დარღვევა:

განვითარებასთან დაკავშირებული დისფაზია ან აფაზია, რეცეპციული ტიპის.

განვითარებასთან დაკავშირებული ვერნიკეს აფაზია.

განვითარებასთან დაკავშირებული სიყრუე სიტყვების მიმართ.

არ იგულისხმება: ეპილეფსიით გამოწვეული აფაზია (ლანდაუ-კლეფნერის სინდრომი) (F80.3).

აუტიზმი (F84.0- F84.1)

დისფაზია და აფაზია, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული (R47.0)

დისფაზია და აფაზია, ექსპრესიული ტიპის (F80.1)

ელექტიური მუტიზმი (F94.0)

სიყრუე გამოწვეული მეტყველების შეფერხება (H90-H91)

გონებრივი ჩამორჩენილობა (F70-F79).

**F80.3 ეპილეფსიით გამოწვეული აფაზია (ლანდაუ-კლეფნერის სინდრომი).**

აშლილობა, რომლის დროსაც ბავშვის მეტყველება ვითარდება რა ნორმალურად, კარგავს როგორც რეცეპციული, ასევე ექსპრესიული მეტყველების უნარს, მაგრამ ინტელექტი შენარჩუნებულია. სინდრომის დებიუტში ვლინდება ევგ-მე პაროქსიზმული პათოლოგია, ხშირად - ეპილეფსიური გულყრები. ჩვეულებრივად, სინდრომი ვითარდება 3-დან 7 წლამდე ასაკში და მეტყველების უნარი ქრება რამდენიმე დღის ან კვირის განმავლობაში. ეპილეფსიებსა და მეტყველების დაკარგვას შორის დროში კავშირი მრავალგვარია; ან ერთი უსწრებს მეორეს (და ეს პროცესი რამდენიმე თვიდან ორ წლამდე პერიოდს მოიცავს) ან ორივე ერთად იწყება. არსებობს მოსაზრება, რომ ამ ტიპის აფაზია შეიძლება გამოიწვიოს ანთებითმა ენცეფალურმა პროცესმა. პაციენტთა ორ მესამედზე მეტს მეტნაკლებად რჩება გამოხატული რეცეპციული მეტყველების დეფიციტი.

არ იგულისხმება: აფაზია, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული. (R47.0),

აუტიზმით გამოწვეული აფაზია (F84.0-F84.1),

აფაზია ბავშვებში, გამოწვეული დემინგერაციული აშლილობებით (F84.2-F84.3).

**F80.8 მეტყველების განვითარების სხვა აშლილობანი.**

ჩლიფინი.

**F80.9 მეტყველების განვითარების დაუმუსტებელი აშლილობა.**

ენობრივი აშლილობა, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული

**F81 სასკოლო ჩვევების განვითარებასთან დაკავშირებული სპეციფიური აშლილობანი**

განვითარების ადრეული პერიოდიდანვე დარღვეულია სასკოლო ჩვევთა ათვისების უნარი. ეს არ არის გამოწვეული არც დასწავლის გაძნელებით, არც გონებრივი ჩამორჩენილობით და არც თავის გვინის გრავით ან დაავადებით.

**F81.0 კითხვის სპეციფიური აშლილობა.**

ძირითადი ნიშანია კითხვის ჩვევის განვითარების სპეციფიური და მნიშვნელოვანი დარღვევა. რომელიც არ არის გამოწვეული გონებრივი მოუმწიფებლობით, მხედველობასთან დაკავშირებული პრობლემებით, ან პედაგოგიური ჩამორჩენილობით. სუბიექტი სრულყოფილად ვერ ეუფლება კითხვას ტექნიკას. ვერ იგებს წაკითხულის შინაარსს, ვერ ასრულებს კითხვასთან დაკავშირებულ ამოცანებს. მართლწერის სიძნელეები ასევე ხშირად გამოწვეულია კითხვის სპეციფიური აშლილობით და, კითხვის ტექნიკის გაუმჯობესების მიუხედავად, ხშირად მაინც რჩება მოზარდებშიც. კითხვასთან დაკავშირებულ აშლილობებს, ჩვეულებრივ, წინ უძღვის მეტყველების განვითარების დარღვევები, ხოლო სასკოლო ასაკის პერიოდში ხშირია თანმხლები ემოციური და ქცევითი აშლილობები.

“კითხვაში ჩამორჩენილობა” ან “შენელებული კითხვა”,

განვითარებასთან დაკავშირებული დიზლექსია,

კითხვასთან დაკავშირებული სპეციფიური ჩამორჩენილობა

არ იგულისხმება: ალექსია, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული (R48.0),

დიზლექსია, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული (R48.0),

ემოციური აშლილობებით გამოწვეული (მეორადი) კითხვის სიძნელეები (F93.-).

**F81.1 მართლწერის სპეციფიური დარღვევები.**

სპეციფიური და მნიშვნელოვანი გადახრა მართლწერაში მაშინ, როდესაც კითხვის ჩვევა მოწესრიგებულია, ხოლო მართლწერის დარღვევა არ არის გამოწვეული გონებრივი ასაკით, მხედველობის პათოლოგიით ან პედაგოგიური ჩამორჩენილობით. დარღვეულია სიტყვის გეპირად დაწერის ან წიგნიდან სწორად გადმოწერის ტექნიკა.

მართლწერის სპეციფიური ჩამორჩენილობა (კითხვის დარღვევის გარეშე).

არ იგულისხმება: აგრაფია, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული (R48.8)

მართლწერის სიძნელეები, დაკავშირებული კითხვის სიძნელეებთან (F81.0),

მართლწერის სიძნელეები, გამოწვეული პედაგოგიური ჩამორჩენილობით (Z55.8).

**F81.2 არითმეტიკული ოპერაციების წარმოების (თვლის) სპეციფიური აშლილობა.**

მთავარი ნიშანია არითმეტიკული ოპერაციების წარმოების უნარის სპეციფიური სისუსტე, რომელიც არ აიხსნება მხოლოდ ზოგადი გონებრივი ჩამორჩენილობით ან არაადექვატური სწავლებით. სუბიექტს უფრო მეტად უჭირს ძირითადი არითმეტიკული ოპერაციების წარმოება (როგორცაა: მიმაგება, გამოკლება, გამრავლება და გაყოფა), ვიდრე აბსტრაქტული მათემატიკური აზროვნება, ალგებრა, გრიგონომეტრია, გეომეტრია ან მათემატიკური გამოთვლები.

განვითარებასთან დაკავშირებული აკალკულია,

განვითარებასთან დაკავშირებული არითმეტიკული აშლილობა,

გერსტმანის სინდრომი.

არ იგულისხმება: აკალკულია, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული (R48.8),

არითმეტიკული სიძნელეები, დაკავშირებული კითხვის და მართლწერის დარღვევებთან (F81.3),

არითმეტიკული სიძნელეები, გამოწვეული პედაგოგიური ჩამორჩენილობით (Z55.8).

**F81.3 სასკოლო ჩვევების შერეული აშლილობა.**

ამ კატეგორიაში კლასიფიცირებულია ყველა დარჩენილი შემთხვევა, რომლის დროსაც როგორც არითმეტიკული, ისე კითხვისა და მართლწერის უნარები მნიშვნელოვნად დარღვეულია. ეს აშლილობა არ შეიძლება აიხსნას მხოლოდ ზოგადი გონებრივი ჩამორჩენილობით ან არაადექვატური განათლებით. მას მიესადაგება F81.2, F81.0 ან F81.1 აშლილობათა კრიტერიუმები.

არ იგულისხმება: არითმეტიკული ოპერაციების წარმოების სპეციფიური აშლილობა (F81.2),

კითხვის სპეციფიური დარღვევები (F81.0),

მართლწერის სპეციფიური დარღვევები (F81.1).

**F81.8 სასკოლო ჩვევების განვითარებასთან დაკავშირებული სხვა აშლილობანი.**

განვითარებასთან დაკავშირებული სხვა ექსპრესიული წერითი დარღვევები.

**F81.9 სასკოლო ჩვევების განვითარებასთან დაკავშირებული დარღვევები, დაზუსტებელი.**

ცოდნის ათვისების უუნარობა, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული

დასწავლის აშლილობა, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული

**F82**

**მოტორული ფუნქციის განვითარების სპეციფიური აშლილობა.**

აშლილობა, რომლის დროსაც ძირითადი ნიშანია განვითარების პროცესში მოტორული სფეროს კოორდინაციის სერიოზული დარღვევა, რომელიც არ აიხსნება მხოლოდ ზოგადი ინტელექტუალური ჩამორჩენილობით, რაიმე სპეციფიური თანდაყოლილი ან შექენილი ნევროლოგიური დარღვევებით, მიუხედავად ამისა, უმეტეს შემთხვევაში ნატიფი კლინიკური გამოკვლევებით დგინდება ნერვული სისტემის გამოსხაველი უმწიფარობა. კერძოდ, კიდურების ქორეოფორმული მოძრაობები, სარკისებრი მოძრაობები, და სხვა თანმხლები მოტორული სიმპტომები, სახელდობრ, მოძრაობათა კოორდინაციის ნატიფი და უხეში დარღვევები.

ინერტულ (მოუქნელ) ბავშვთა სინდრომი,  
 განვითარებასთან დაკავშირებული კოორდინაციის დარღვევები,  
 განვითარებასთან დაკავშირებული დისპრაქსია.

არ იგულისხმება: სიარულისა და მოძრაობის პათოლოგია (R26.-),  
 კოორდინაციის უკმარისობა (R27.-),  
 კოორდინაციის უკმარისობა, როგორც გონებრივი ჩამორჩენილობის მეორადი  
 გამოვლინება (F70-F79).

**F83**

**განვითარების შერეული სპეციფიური დარღვევები.**

აშლილობათა რეზიდუალური კატეგორია, რომლის დროსაც ადგილი აქვს მეტყველების, სასკოლო ჩვევების და მოტორული ფუნქციის განვითარების სპეციფიურ კომბინირებულ დარღვევებს. ასეთ შემთხვევებში საკმარისად არ დომინირებს არცერთი, რათა დაისვას ძირითადი დიაგნოზი. ეს კატეგორია უნდა იქნეს გამოყენებული, როდესაც სხვადასხვა ფუნქციის განვითარების სპეციფიური დარღვევები ერთმანეთს. დარღვევები ხშირად, მაგრამ არაყოველთაის დაკავშირებულია კოგნიტიური ფუნქციების გარკვეული ხარისხით ზოგად შესუსტებასთან. აღნიშნული კატეგორია უნდა იქნეს გამოყენებული, როცა სახეზეა F80.-, F81.- და F82-ში აღწერილი რომელიმე ორი ან მეტი დისფუნქცია.

**F84**

**განვითარების ზოგადი აშლილობანი.**

დარღვევათა ჯგუფი, რომელსაც ახასიათებს ექვივალენტური სოციალური ურთიერთობებისა და საქმიანობის თვისებრივი ანომალიები, ასევე ინტერესების სფეროსა და საქმიანობის შემლუღული, სტერეოტიპული განმეორებები. აღნიშნული ხარისხობრივი ანომალიები არის ზოგადპიროვნული მახასიათებლები ნებისმიერი სიგუაციისათვის. დამატებითი კოდით ვაზუსტებთ თანმხლებ გონებრივ ჩამორჩენილობას და სამედიცინო მდგომარეობას.

**F84.0**

**ბავშვთა აუტიზმი.**

განვითარების ზოგადი აშლილობის ისეთი ტიპი, რომლის დროსაც სახეზე გვაქვს: ა) 3 წლის ასაკამდე გამოქვეყნებული განვითარების ანომალია ან დარღვევა, ბ) ფსიქოპათოლოგიის სამივე სფეროს დამახასიათებელი პათოლოგიები: არაადექვატური, სოციალური ურთიერთობები, კომუნიკაციები და შემლუღული, სტერეოტიპული, განმეორებადი ქმედება. ამ სპეციფიურ დიაგნოსტიკურ ნიშნებს ერთვის მთელი რიგი არასპეციფიური სიმპტომებისა, როგორცაა: ფობიები, ძილისა და ჭამის აშლილობანი, მრისხანების აფექტი და აგრესია, უპირატესად საკუთარი თავისაკენ მიმართული.

აუტისტური აშლილობა  
 . ინფანტილური აუტიზმი,  
 . ინფანტილური ფსიქოზები,  
 კანერის სინდრომი.

არ იგულისხმება: აუტისტური ფსიქოპათია (F84.5).

**F84.1**

**ატიპიური აუტიზმი.**

განსხვავდება ბავშვთა აუტიზმისაგან ავადმყოფობის დაწყების ასაკით, ან არ ემთხვევა აუტიზმის სამივე დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმს. ეს ქვეკატეგორია უნდა იქნეს გამოყენებული მაშინ, როდესაც აუტიზმისათვის დამახასიათებელი პათოლოგია იწყება სამი წლის ასაკის შემდეგ, ასევე არასაკმარისადაა გამოქვეყნებული სამივე სფეროს ფსიქოპათოლოგიური აშლილობანი: არაადექვატური სოციალური ურთიერთობები, კომუნიკაციები და შემლუღული, სტერეოტიპული, განმეორებითი ქმედებები. მიუხედავად სხვა სფეროებისათვის დამახასიათებელი პათოლოგიებისა, ატიპიური აუტიზმი უმეტესად იწყება ღრმა გონებაჩამორჩენილ და ასევე რეცეპიული მეტყველების მძიმე დარღვევების მქონე ინდივიდებში.

ატიპიური ბავშვთა ფსიქოზები



გონებრივი ჩამორჩენილობა აუტისტური ნიშნებით.

თუ საჭიროა, გამოიყენეთ დამატებითი კოდი (F70-F79), რათა დააზუსტოთ გონებრივი ჩამორჩენილობა.

**F84.2 რეგის სინდრომი.**

შეინიშნება მხოლოდ გოგონებში, რომლებიც ადრეულ ასაკში ვითარდებოდნენ ნორმალურად, მაგრამ შემდეგ დაეწყოთ მეტყველების, ლოკომოციის, ხელების ხმარების უნარის ნაწილობრივი ან მთლიანი დაკარგვა, თავის ზრდის ტემპის შემცირებით, რომელიც იწყება 7-დან 24 თვემდე პერიოდში. ამ სინდრომისათვის დამახასიათებელია ხელის მიზანდასახული მოძრაობის დაკარგვა, ხელის ჩამორთმევის სტერეოტიპი, სოციალური ურთიერთობების და თამაშის უნარის შეზღუდვა, თუმცა ბავშვებს მიდრეკილება აქვთ სოციალური ინტერესების შენარჩუნებისაკენ. სხეულის ატაქსიის ნიშნები და აპრაქსია იწყება 4 წლის ასაკიდან, რასაც ხშირად ქორეოათეტოზური მოძრაობები მოჰყვება. რეგის სინდრომის გამოსავალი, როგორც წესი, გონებრივი ჩამორჩენილობაა.

**F84.3 ბავშვთა სხვა დემინტეგრაციული აშლილობა.**

განვითარების ზოგადი აშლილობა, რომლის დაწყების წინ სუბიექტი სრულიად ნორმალურად ვითარდება, მაგრამ რამდენიმე თვეში კარგავს ადრე ათვისებულ ყოფით ქცევებსა და ქმედების უნარს. ჩვეულებრივ, მას თან სდევს გარემოს მიმართ ინტერესის დაკარგვა, სოციალურ ურთიერთობებსა და კომუნიკაციებში აუტიზმის მსგავსი პათოლოგიები. ზოგიერ შემთხვევაში აშლილობა შეიძლება გამოწვეული იყოს ენცეფალოპათიით, მაგრამ დიაგნოზი უნდა დაისვას ქცევითი ფაქტორების გათვალისწინებით.

ჩვილ ბავშვთა დემენცია,  
დემინტეგრაციული ფსიქოზი,  
ჰელერის სინდრომი,  
ენცეფალიტური დემენცია,  
სიმბიოზური ფსიქოზი.

თუ საჭიროა, გამოიყენეთ დამატებითი კოდი, რათა დაზუსტდეს თანმხლები ნევროლოგიური მდგომარეობა.

არ იგულისხმება: რეგის სინდრომი (F84.2).

**F84.4 ჰიპერაქტიური აშლილობა თანმხლები გონებრივი ჩამორჩენილობით და სტერეოტიპული მოძრაობებით.**

აღნიშნული აშლილობის ნომოლოგიური კუთვნილების საკითხი გაურკვეველია. ამ კატეგორიაში ხვდებიან ბავშვები საშუალო გონებრივი ჩამორჩენილობით (IQ 50-ის ქვემოთ), რომლებსაც ახასიათებთ ჰიპერაქტიურობა, ყურადღების პრობლემები და სტერეოტიპული ქცევები. მასტიმულირებელ წამლებს შედეგი არ მოაქვთ (იმ პაციენტებისგან განსხვავებით, რომელთა IQ ნორმის ფარგლებშია), სტიმულატორების მიღებისას შეიძლება გამოავლინონ დისფორიული რეაქციები (მოგჯერ ფსიქომოტორული შეკავებაც). მოზარდებში გადაჭარბებული აქტიურობა შეიძლება შეიცვალოს დაქვეითებული ზოგადი აქტივობით, რაც ნორმალური ინტელექტის მქონე ჰიპერკინეტიკური ბავშვებისათვის არ არის დამახასიათებელი. ეს სინდრომი ხშირად ასოცირებულია განვითარების სპეციფიურ ან სრულ შეფერხებასთან.

**F84.5 ასპერგერის სინდრომი.**

აღნიშნული სინდრომის ნომოლოგიური კუთვნილების საკითხი გაურკვეველია. მას ახასიათებს სოციალური ურთიერთობების ისეთივე თვისებრივი ანომალიები, რაც დამახასიათებელია აუტიზმის დროს - ასევე ქცევისა და ინტერესების შეზღუდული სტერეოტიპული და განმეორებადი ნაკრებით. აუტიზმისაგან განსხვავდება იმით, რომ არ შეინიშნება მეტყველებისა ან კოგნიტიური სფეროს განვითარების შეფერხება. ამ აშლილობის დროს, ხშირად შეინიშნება მოუქნელობა, დაუხვეწაობა. აღნიშნული სინდრომის დამახასიათებელი სიმპტომები მოზარდებსა და მოზრდილებში მყარია. ფსიქომორული ეპიზოდები მოზრდილთა ასაკში იშვიათია.

აუტისტური ფსიქოპათია,  
ბავშვთა შიმოიდური აშლილობა.

**F84.8 განვითარების სხვა ზოგადი აშლილობანი.**

**F84.9 განვითარების ზოგადი აშლილობა, დაუმუსკეტელი**

**F88**

**ფსიქოლოგიური განვითარების სხვა აშლილობანი.**

განვითარებასთან დაკავშირებული აგნოზია

**F89**

**ფსიქოლოგიური განვითარების დაუზუსტებელი აშლილობა.**

განვითარების აშლილობა, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული.

**ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში დაწყებული ქცევითი და ემოციური აშლილობანი (F90-F98)**

**F90**

**ჰიპერკინეტიკური აშლილობა**

აშლილობათა ჯგუფი, რომელიც იწყება ადრეულ ასაკში (სიცოცხლის პირველი ხუთი წლის განმავლობაში). დამახასიათებელია სტაბილურობის ნაკლებობა იმ სახის ქმედებებში, რომლებიც კოგნიტიური სფეროს ჩარევას მოითხოვს, ამ აშლილობის დროს არსებობს გენდენცია აქტიურობის ერთი ფორმიდან მეორეში გადასვლისა, ისე, რომ არც ერთი ბოლომდე არ სრულდება. ასევე ახასიათებს დემორგანიზებული, ცუდად რეგულირებული, გადაჭარბებული აქტიურობა. ამ აშლილობასთან ერთად შეიძლება ასოცირებული იყოს რიგი სხვა აშლილობებისა; ჰიპერკინეტიკური ბავშვები გამოირჩევიან წინდაუხედავობით და იმპულსურობით ამა თუ იმ ქმედების დროს, ხშირად არიან უბედური შემთხვევის მსხვერპლნი და სოციალური ნორმების დარღვევის გამო იღებენ დისციპლინარულ სასჯელს, რაც უფრო მოუფიქრებელი, ვიდრე წინასწარგანზრახული ქმედებებითაა განპირობებული. მათი ურთიერთობები ზრდასრულ ადამიანებთან ხშირად თავშეუკავებელია, აკლიათ სიფრთხილე, ისინი სხვა ბავშვებთან პოპულარობით არ სარგებლობენ და შეიძლება აღმოჩნდნენ იზოლირებულნი. ამ აშლილობისთვის ჩვეულებრივ დამახასიათებელია კოგნიტიური აშლილობები და არაპროპორციულად ხშირია მოტორული და მეტყველების ფუნქციების განვითარების სპეციფიური შეფერხებები. მეორადი გართულებაა დისოციალური ქცევები და დაბალი თვითშეფასება.

არ იგულისხმება: შფოთვითი აშლილობები (F41.-)  
გუნებ-განწყობის აშლილობანი (F30-F39),  
განვითარების ზოგადი აშლილობები (F84.-),  
შიზოფრენია (F20.-).

- F90.0 აქტიურობისა და ყურადღების დარღვევები.  
ყურადღების დეფიციტი ჰიპერაქტიურობით  
ყურადღების დეფიციტის სინდრომი ჰიპერაქტიურობით  
არ იგულისხმება: ჰიპერკინეტიკური აშლილობა ქცევის მოშლის დროს (F90.1).
- F90.1 ქცევის ჰიპერკინეტიკური აშლილობა.  
ჰიპერკინეტიკური აშლილობა ქცევის მოშლის დროს
- F90.8 სხვა ჰიპერკინეტიკური აშლილობები.
- F90.9 ჰიპერკინეტიკური აშლილობები, დაუზუსტებელი .  
ბავშვთა და მოზარდთა ჰიპერკინეტიკური რეაქცია, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული  
ჰიპერკინეტიკური სინდრომი, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული

**F91**

**ქცევის აშლილობები.**

ახასიათებს ხანგრძლივი განმეორებადი, ასოციალური, აგრესიული და გამოწვევი ქცევები. ასეთი ქცევა თავის უკიდურეს ხარისხს აღწევს ასაკის შესაბამისი სოციალური (მორალურ-ეთიკური) ნორმების გამოხატული დარღვევებით და სცილდება ბავშვური მანებლობის და მემობილობის ფარგლებს. შეიძლება ქცევა გაგრძელდეს 6 თვე ან მეტი. ქცევის აშლილობა ასევე სიმპტომატურია სხვა ფსიქიკური მდგომარეობებისათვის და ამ შემთხვევაში ძირითადი აშლილობის კოდირება ხდება. ქცევის აშლილობის მაგალითები, რომლებსაც ემყარება დიაგნოზი შემდეგია: გადაჭარბებული მოწხუბარობა, ხულიგნობა, ადამიანების და ცხოველების მიმართ სისასტიკე, საკუთრების განადგურება უკიდურესი ფორმით, ცეცხლის წაკიდება, ქურდობა, მაგყუარობა, სიზარმაცე სკოლაში და გაქცევა სახლიდან, მრისხანების აფექტი. ამ დიაგნოზისათვის საკმარისია აქ ჩამოთვლილი ქცევა. იზოლირებული ასოციალური აქტები ამ დიაგნოზის დასმის საფუძველს არ წარმოადგენს.

არ იგულისხმება: აფექტური აშლილობები (F30-F39)  
განვითარების ზოგადი დარღვევები (F84).

ემოციური აშლილობა შიზოფრენიის დროს (F20.-),  
ჰიპერკინეზური აშლილობები შიზოფრენიის დროს (F90.1).

- F91.0 **ქცევის აშლილობა, შემოფარგლული ოჯახური კონტექსტით**  
შეიცავს ასოციალურ და აგრესიულ ქცევებს (და არა მხოლოდ ოპოზიციურ გამომწვევ ან ბრუტალურ ქცევებს), რომლის დროსაც პათოლოგიური ქცევები მთლიანად ან თითქმის მთლიანად შემოიფარგლება ოჯახის წევრებთან ურთიერთობებით. დიაგნოზის დასმისათვის მშობლისა და ბავშვის გამწვავებული ურთიერთობა არ არის საკმარისი, მას უნდა ემთხვეოდეს F91.-ის ყველა კრიტერიუმი.
- F91.1 **არასოციალიზირებული ქცევის აშლილობა.**  
აშლილობა ხასიათდება მყარი, ხანგრძლივი ასოციაციური ან აგრესიული ქცევით. თანაგობლებთან ურთიერთობის მნიშვნელოვანი დარღვევის ფონზე.  
ქცევის აშლილობის ჯგუფური ტიპი,  
შეურაცხყოფების მიყენება ჯგუფურად,  
ჯგუფური ქურდობა,  
გაცდენები სკოლაში.
- F91.2 **სოციალიზირებული ქცევის აშლილობა**  
აშლილობა აერთიანებს მყარ ასოციალურ ან აგრესიულ ქცევებს (სრული თანხვედრაა F91.-ის კრიტერიუმებთან და არა მხოლოდ ოპოზიციურ გამომწვევი ან ბრუტალური ქცევის მახასიათებლებთან), რომელსაც ჩვეულებრივ ვხვდებით ასაკობრივ ჯგუფში კარგად ინტეგრირებულ ბავშვებში.
- F91.3 **ოპოზიციურ-გამომწვევი ქცევითი აშლილობა.**  
ქცევის აშლილობა, რომელიც შეინიშნება ბავშვებში (აღრეულ ასაკში). პირველადი დამახასიათებელი ნიშანია: დაუმორჩილებლობა, გამომწვეველობა. იგი არ შეიცავს კანონსაწინააღმდეგო ქცევებს და არც აგრესიული, ასოციალური ქცევების უკიდურეს ფორმებს. ეს აშლილობა წარმოდგენილია F91.-ის ყველა კრიტერიუმით. ამ დიაგნოზისათვის საკმარისი არ არის მხოლოდ უკიდურესი სიცილე ან უწყესო საქციელი. ამ კატეგორიის გამოყენებისას სიფრთხილე უნდა გამოვიჩინოთ, განსაკუთრებით უფროსი ასაკის ბავშვებში, რადგანაც კლინიკურად გამოხატულ ქცევით აშლილობას ჩვეულებრივ თან სდევს ასოციალური და აგრესიული ქცევები, რაც სცილდება ამჟამად დაუმორჩილებლობას, დევიაციულ ან ბრუტალურ ქცევას.
- F91.8 **სხვა ქცევითი აშლილობანი.**
- F91.9 **დაუმუსგებელი ქცევითი აშლილობა.**  
ბავშვთა ქცევითი აშლილობა, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული  
ბავშვთა ასაკში ქცევითი დარღვევები, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული

**F92**

**ქცევისა და ემოციების შერეული აშლილობანი.**  
ახასიათებს ხანგრძლივი აგრესიულობა, ასოციალური და დაუმორჩილებელი ქცევების კომბინაცია დეპრესიის გამოკვეთილ სიმპტომებთან, შფოთვისა და სხვა ემოციურ აშლილობებთან. მისი კრიტერიუმებია ბავშვთა ქცევითი აშლილობები (F91.-), ბავშვთა ემოციური აშლილობები (F93.-), მოზარდთა სხვადასხვა სახის ნევროზული მდგომარეობანი (F40-F48), აფექტური აშლილობა (F30-F39).

- F92.0 **დეპრესიული ქცევითი აშლილობა.**  
შეიცავს ქცევის აშლილობის (F91.-) კომბინაციას ხანგრძლივ და გამოხატულ დეპრესიულ აშლილობასთან (F32.-), გამოხატული რაიმე უბედურების გადაჭარბებულად განცდა, ჩვეული საქმიანობისადმი ინტერესისა და სიამოვნების განცდის დაკარგვა, თვით-გვემა და უიმედობა, ხშირად ვლინდება უძილობა და უმადობა.  
ქცევის აშლილობა (F91.-) დაკავშირებული დეპრესიულ აშლილობასთან (F32.-).
- F92.8 **ქცევისა და ემოციის სხვა შერეული აშლილობანი.**  
ეს კატეგორია შეიცავს ქცევის აშლილობისა (F91.-) და მყარი, გამოხატული ემოციური სიმპტომების, როგორებიცაა: შფოთვა, აკვიატებული ქმედებები, დეპერსონალიზაცია და დერეალიზაცია, ფობიები ან ჰიპოქონდრიები, კომბინაციას.  
ემოციურ აშლილობასთან (F93.-) დაკავშირებული ქცევის აშლილობა (F91.-),  
ნევროზულ აშლილობასთან (F40-F48) დაკავშირებული ქცევის აშლილობა (F91.-).
- F92.9 **ქცევისა და ემოციის შერეული აშლილობა, დაუმუსგებელი.**

**F93**

**ემოციური აშლილობები ბავშვებში.**

ეს არის უფრო გაღიზიანებული ნორმალური განვითარების პროცესიდან, ვიდრე გამოხატული ხარისხობრივი ან თვისობრივი ცვლილება. განვითარების ნიშნები წარმოადგენს ბავშვის ემოციურ აშლილობას (სპეციფიური დასაწყისით) და ნევროზულ აშლილობას (F40-F48) შორის განსხვავების განსაზღვრის ძირითად საფუძველს ღიაგნომის დასასმელად.

არ იგულისხმება: როდესაც დაკავშირებულია ქცევის აშლილობასთან (F92.-).

**F93.0**

**ბავშვებში განშორების შფოთვითი აშლილობა.**

ეს ღიაგნომი უნდა დაისვას, როდესაც განშორების შიში არის შფოთვის ძირითადი მიზანი და პირველად გამოქვამულია ადრეულ ასაკში. იგი განსხვავდება განშორების ნორმალური რეაქციისაგან სიმწვავის ხარისხით და დაკავშირებულია სოციალური ფუნქციონირების მნიშვნელოვან პრობლემებთან.

არ იგულისხმება: აფექტური აშლილობები (F30-F39),  
 ნევროზული აშლილობები (F40-F48),  
 ბავშვთა ფობიკურ-შფოთვითი აშლილობები (F93.1),  
 ბავშვთა სოციალურ-შფოთვითი აშლილობები (F93.2).

**F93.1**

**ბავშვთა ფობიკურ-შფოთვითი აშლილობანი.**

ბავშვებს, ისევე როგორც მოზრდილებს, შეიძლება აღენიშნოთ ფართო ღიაგნომის შიშები, რომლებიც მიმართულია საგნებისა და სიტუაციებისადმი. ზოგიერთი ამ შიშთაგან არ წარმოადგენს ნორმალური ფსიქოსოციალური განვითარების ნაწილს, მაგალითად: აგორაფობია. როდესაც ასეთი შიშები გვხვდება ბავშვებში, იგი უნდა იყოს კოდირებული შესაბამისი კატეგორიით (F40-F48), თუმცა ზოგიერთი ფობია მიუთითებს განვითარების განსაზღვრული ფაზის თავისებურებაზე და ვითარდება ბავშვთა უმეტესობაში რაღაც ხარისხით, მაგალითად: ცხოველების შიში სკოლამდელი ასაკის ბავშვებში.

არ იგულისხმება: გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობა (F41.1)

**F93.2**

**სოციალურ-შფოთვითი აშლილობა ბავშვთა ასაკში.**

სახეზე გვაქვს სიფრთხილე უცნობების მიმართ. დამაბულობა ან შფოთვა, უცნობ ან სოციალურად საშიშ სიტუაციაში მოხვედრისას. აშლილობათა აღნიშნული კატეგორია უნდა განისაზღვროს მხოლოდ მაშინ, როდესაც შიშები ვლინდება სიცოცხლის ადრეულ წლებში და უჩვეულოაა გამოხატული და იწვევს სოციალური ფუნქციონირების პრობლემებს.

თავის არიდება ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში.

**F93.3**

**სიბლინგთა კონკურენცია.**

ემოციური აშლილობა, რომელიც იწყება ბავშვებში ღვიძლი დის ან ძმის გაჩენის შემდეგ. სიბლინგთა კონკურენციის ღიაგნომი უნდა დაისვას მაშინ, როცა ადგილი აქვს სიბლინგთა სოციალურ ურთიერთობებში მყარ ცვლილებას, რაც პოპულაციაში სტატისტიკურად უჩვეულოა.

სიბლინგის ეჭვიანობა

**F93.8**

**ბავშვთა სხვა ემოციური აშლილობები.**

იდენტიფიკაციის აშლილობა,  
 ჰიპერშფოთვითი აშლილობა.

არ იგულისხმება: ბავშვებში სქესის იდენტიფიკაციის აშლილობა (F64.2).

**F93.9**

**ბავშვთა დაუმუსკვებელი ემოციური აშლილობა.**

**F94**

**სოციალური ფუნქციონირების აშლილობა ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში სპეციფიური დასაწყისით.**

აშლილობათა ჰეტეროგენული ჯგუფი, რომლის დროსაც შეინიშნება სოციალური ფუნქციონირების პათოლოგიები. აშლილობა იწყება განვითარების პერიოდში, მაგრამ (განვითარების ქრონიკული აშლილობებისაგან განსხვავებით) მკვეთრად გამოხატული სოციალურ ურთიერთობათა უუნარობა ან დეფიციტი არ წარმოადგენს ძირითად დამახასიათებელ ნიშანს, განსხვავებით ფართოდ გავრცელებული, განვითარებასთან დაკავშირებული აშლილობებისაგან. ბევრ შემთხვევაში გარემო პირობების გაუარესებამ შესაძლებელია ითამამოს გადამწყვეტი როლი ამ პათოლოგიის წარმოშობაში.

**F94.0**

**ელექტიური მუცხი.**

ახასიათებს გამოხატული, ემოციურად პირობადებული შერჩევითობა საუბრის დროს, რაც გამოიხატება იმაში, რომ ბავშვი ზოგიერთ სიტუაციაში იკრძალებს მეტყველებას. აშლილობა, ჩვეულებრივ, დაკავშირებულია ისეთ პიროვნულ მახასიათებლებთან, როგორცაა, სოციალური



შფოთვა, შემოფარგლულობა, მგრძობელობა და რემისტენცობა.

სელექტიური მუკიზმი

არ იგულისხმება: განვითარების ზოგადი აშლილობები (F84.-),

შიზოფრენია (F20.-),

ენისა და მეტყველების სპეციფიური აშლილობები (F80.-),

ბავშვებში გრანზიგორული მუკიზმი, როგორც განშორებასთან დაკავშირებული

შფოთვითი აშლილობის ნაწილი, (F93.0).

**F94.1 ბავშვთა ასაკის მიჯაჭვულობათა რეაქტიული აშლილობა.**

იწყება სიცოცხლის პირველი ხუთი წლის განმავლობაში. ახასიათებს მყარი ცვლილებები სოციალური ურთიერთობების სფეროში, რომელიც დაკავშირებულია ემოციურ აშლილობებთან და არის რეაქტიული გარემო პირობების ცვალებადობის მიმართ (მაგ: შიში და დამაბულობა თანაგოლებთან სოციალური ურთიერთობისას, ჰეტერო- და თვითაგრესიულობა, ზოგ შემთხვევაში - ზრდის შეჩერება). ეს სინდრომი შესაძლებელია იყოს პირდაპირი შედეგი მშობლების მხრიდან უგულებელყოფის, ცუდად მოპყრობის და ფიზიკური შეურაცხყოფისა. თუ საჭიროა გამოყენებული უნდა იქნეს დამატებითი კოდი, რათა დადგინდეს მასთან დაკავშირებული ნებისმიერი განვითარების ჩამორჩენილობა.

არ იგულისხმება: ასპერგერის სინდრომი (F84.5),

ბავშვებში მიჯაჭვულობათა განმუხრუჭება (F94.2),

ცუდად მოპყრობის სინდრომი (T74.-),

სელექტიური ფიქსაციის სექსუალური ან ფიზიკური შეურაცხყოფის ფორმის ნორმალური ვარიანტი ბავშვებში, როგორც ფსიქოსოციალური პრობლემა (Z61.4-Z61.6).

**F94.2 ბავშვთა ასაკში მიჯაჭვულობათა განმუხრუჭება.**

სოციალური ფუნქციონირების პათოლოგიური ფორმა, რომელიც ვლინდება სიცოცხლის პირველ ხუთ წელში, ახასიათებს ხანგრძლივობა, მიდრეკილია სტაბილურობისაკენ გარემო პირობების ცვლილების მიუხედავად, მაგ: დიფუზური, არასელექტიური ფოკუსირებული მიჯაჭვულობანი, მიმწვებლობა მეგობრულ ურთიერთობებში, დამახასიათებელი განურჩევლობა თანაგოლებთან ურთიერთობისას და ა.შ. ემოციური და ქცევითი დარღვევების თანხვედრა შეიძლება იყოს პირობადებული გარემო სიგუაციით.

უაფექტო ფსიქოპათია,

დაწესებულების სინდრომი

არ იგულისხმება: ასპერგერის სინდრომი (F84.5),

ჰოსპიტალიზმი ბავშვებში (F43.2),

ჰიპეკინეტიკური აშლილობები (F90.-),

ბავშვთა ასაკის მიჯაჭვულობათა რეაქტიული აშლილობა (F94.1).

**F94.8 ბავშვთა ასაკის სოციალური ფუნქციონირების სხვა აშლილობანი.**

**F94.9 ბავშვთა ასაკის სოციალური ფუნქციონირების დაუზუსტებელი აშლილობა.**

**F95**

**ტიკები.**

ტიკი არის უნებლიე, სწრაფი, განმეორებადი, არარითმული მოგორული მოძრაობა (ჩვეულებრივ, ჩათრეულია კუნთების განსაზღვრული ჯგუფი) ან ხმის გამოცემა. ტიკი იწყება მოულოდნელად და უმიზნოდ. ტიკი განუკურნებელია, შეიძლება შეჩერდეს რაღაც პერიოდის განმავლობაში, მაგრამ სტრესის შედეგად ისევ გამწვავდეს. ძილის დროს ტიკი შეჩერებულია. ჩვეულებრივ, მისი მარტივი ფორმაა თვალების ხამხამი, კისრის უნებლიე მოძრაობა, მხრების ჩენვა, სახის მანჭვა. მარტივ ტიკს წარმოადგენს ყელის ჩაწმენდა, ჩახველება, ფრუტუნა, სტვენა, შიშინი. რთული ტიკებია: მუჯლუგუნა, შეხტომა ან ხტუნვა. კომპლექსური ვოკალური ტიკებია: განსაკუთრებული სიგყვების განმეორება, სოციალურად მიუღებელი (ხშირად უხამსი) სიგყვების (კოპროლალია) და საკუთარი ბგერების (სიგყვების) განმეორებები (პალილალია).

**F95.0 გრანზიგორული (გარდამავალი) ტიკები.**

ტიკის დამახასიათებელი სიმპტომების არსებობის ხანგრძლივობა 12 თვეს არ აღემატება. უპირატესად ვლინდება თვალის ხამხამით, სახის მანჭვით ან თავის უნებლიე მოძრაობებით.

**F95.1 ქრონიკული მოგორული ან ვოკალური ტიკები.**

ძირითადი ნიშნებია მოგორული ან ვოკალური ტიკები (არა ორივე ერთად), რომელიც შეიძლება იყოს ან ერთეული ან მრავლობითი (უპირატესად, უფრო მრავლობითი). გრძელდება ერთ წელზე უფრო მეტი ხნის განმავლობაში.



- F95.2 ვოკალური და მრავლობითი მოგორული გიკების კომბინაცია.  
გიკების ისეთი ფორმა, რომლის დროსაც ადგილი აქვს მრავლობით მოგორულ გიკებს და ერთ (ან მეტი) ვოკალურ გიკს. ამასთან ეს გიკები შესაძლებელია არაერთდროულად აღმოცენდეს. აშლილობა ჩვეულებრივ, მწვავედ მოზარდთა ასაკში და შეიძლება გაგრძელდეს მოზრდილებშიც. ვოკალური გიკები უპირატესად მრავლობითია და სხვადასხვაგვარი: ფეთქებადი, განმეორებადი ვოკალიზაციით, ყელის ჩაწმენდით, "ღრუჭუნით", ჩახველებებით და ზოგჯერ გვხვდება უხამსი სიგყვებისა და ფრაზების განმეორებების სახით. ზოგჯერ სახეზეა თანხლები ექოპრაქსიული ქესტიკულაცია, რომელიც შესაძლებელია უხამსიც იყოს (კოპროპრაქსია).
- F95.8 სხვა გიკები.
- F95.9 დაუმუსტებელი გიკები.  
გიკი, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაუმუსტებული

**F98 სხვა ქცევითი და ემოციური აშლილობანი განვითარებული ბავშვებსა და მოზარდებში.**  
აშლილობათა ჰეტეროგენული ჯგუფი, რომელთა საერთო დამახასიათებელი ნიშანია დებიუტი ბავშვთა ასაკში, ხოლო ყველა სხვა ნიშნით ერთმანეთისგან განსხვავებულია. ზოგიერთი მათგანი კარგად გამოკვეთილი სინდრომია, ხოლო ზოგი მხოლოდ სიმპტომთა კომპლექსს წარმოადგენს, გარკვეული დამოუკიდებელი ნოზოლოგიური კუთვნილების გარეშე. ეს უკანასკნელი ამ კოდში ხვდება თავის სისშირისა და ფსიქოსოციალურ პრობლემებთან თანხვედრის გამო, აგრეთვე იმიტომაც, რომ მათი სხვა სინდრომებთან გაერთიანება არ შეიძლება.  
არ იგულისხმება: სუნთქვის შეკავება (R06.8)  
ბავშვებში სქესის იდენტიფიკაციის აშლილობა (F64.2)  
ქლაინ-ლევინის სინდრომი (G47.8)  
ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა (F42.-)  
ემოციური მიზნებით გამოწვეული ძილის აშლილობა (F51.1).

F98.0 არაორგანული ენურეზი.  
აშლილობას ახასიათებს შარდის უნებლიე გამოყოფა დღისა და/ან ღამის განმავლობაში. იგი არ შეეფერება ბავშვის გონებრივ ასაკს და არ არის გამოწვეული საშარდე ბუშტის ფუნქციის კონკრეტული უნარის დაკარგვით რაიმე ნევროლოგიური აშლილობის შედეგად, ეპილეფსიური შეტევით, ან საშარდე გრაქტის სხვა სტრუქტურული პათოლოგიით. ენურეზი ბავშვს შესაძლებელია დაბადებიდან დაჰყვეს და /ან დაიწყოს საშარდე ბუშტის კონკრეტული ჩვევის ჩამოყალიბების შემდეგ. ენურეზი შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს ემოციურ და ქცევით აშლილობასთან.  
პირველადი ან მეორადი ენურეზი, არაორგანული წარმოშობისა.  
ფუნქციონალური ენურეზი,  
ფსიქოგენური ენურეზი,  
არაორგანული წარმოშობის შარდის შეუკავებლობა,  
არ იგულისხმება: ენურეზი, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაუმუსტებული (R32).

F98.1 არაორგანული ენკოპრეზი.  
ჩვეულებრივ ნორმალური კონსისტენციის ფეკალური მასის განმეორებადი ნებითი თუ უნებლიე პასაკი, იმ ადგილებში, რომელიც მოცემულ სოციოკულტურულ გარემოში არ არის ამ მიზნისთვის გამოყოფილი. ეს მდგომარეობა შეიძლება წარმოადგენდეს ჩვილი ბავშვის ნორმალური შეუკავებლობის პათოლოგიურ გაგრძელებას ან დეფეკაციის შეკავების ჩვევის დაკარგვას, განვითარებულს უკვე ჩამოყალიბებული ნაწლავების კონკრეტული ჩვევის პირობებში ან შეუფერებელ ადგილებში ფეკალური მასის წინასწარგანზრახულ გამოყოფას, მიუხედავად ნაწლავების ნორმალური ფიზიოლოგიური კონკრეტისა. ენკოპრეზი შეიძლება შეგვხვდეს როგორც მონოსიმპტომური აშლილობა ან ისეთი აშლილობის ფარგლებში, როგორცაა ემოციური აშლილობა (F93.-) ან ქცევის აშლილობა (F91.-).  
ფუნქციური ენკოპრეზი  
ფეკალური მასის შეუკავებლობა, არაორგანული წარმოშობისა  
ფსიქოგენური ენკოპრეზი  
თუ საჭიროა, გამოიყენეთ დამატებითი კოდი, რათა დაუმუსტდეს ნებისმიერი თანაარსებული შეკრულობა  
არ იგულისხმება: ენკოპრეზი, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაუმუსტებული (R15).

F98.2 ჩვილთა და ბავშვთა კვების აშლილობა.  
საკვების მიღების პროცესთან დაკავშირებულ აშლილობას სხვადასხვაგვარი გამოვლინება აქვს

და ამასთან, სპეციფიურია ჩვილთა და ადრეული ბავშვების ასაკისათვის. ამ აშლილობისას ჩვეულებრივ ვხვდებით საკვების მიღების აკრძალვას და ჟინიანობას საკმაო რაოდენობის მაღალი ხარისხის საკვების არსებობისა და ადექვატური მზრუნველობის პირობებში, თანაც გამოხატული ორგანული დაავადების არარსებობის ფონზე. შესაძლებელია გამოხატული იყოს განმეორებადი რეგურგაცია, პირღებინების ან კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის აშლილობათა არსებობის გარეშე ("ცოხნა"). "ცოხნა" ჩვილ ბავშვებში,

არ იგულისხმება: ნევროზული ანორექსია და კვებასთან დაკავშირებული სხვა აშლილობები (F50.-) კვების სიძნელებები და მოუგვარებლობა (R63.3), ახალშობილთან დაკავშირებული კვების პრობლემები (F92.-), პიკა ჩვილებსა და ბავშვებში (F98.3).

**F98.3 საკვებად გამოუსადეგარი ნივთიერების მიღება (პიკა) ჩვილებსა და ბავშვებში.** საკვებად გამოუსადეგარი ნივთიერებების (მიწა, საღებავი) გამუდმებული მიღება. შეიძლება გამოვლინდეს როგორც ერთ-ერთი სიმპტომი რომელიმე ფსიქიკური აშლილობისა (მაგალითად, აუტიზმი) ან გვხვდება, როგორც შედარებით იზოლირებული პათოლოგიური ქცევა. ეს უკანასკნელი ამ კოდშია კლასიფიცირებული. პიკას ფენომენი უპირატესად დამახასიათებელია გონებრივად ჩამორჩენილი ბავშვებისათვის და თუ გონებრივი ჩამორჩენილობაც არსებობს, ძირითადი დიაგნოზის დასმისათვის უნდა შეირჩეს F70-F79 კოდი.

**F98.4 სტერეოტიპული მოძრაობები.**

უნებლიე, განმეორებადი, სტერეოტიპული, არაფუნქციონალური (ხშირად რითმული) მოძრაობები, რომელიც არც ერთ ფსიქიატრიულ და ნევროლოგიურ მდგომარეობას არ უკავშირდება. როცა ასეთი მოძრაობები იწყება და რომელიმე აშლილობის ერთ-ერთ სიმპტომს წარმოადგენს, უნდა დავაფიქსიროთ წამყვანი აშლილობა. მოძრაობები, რომლებიც არ იწვევს თვითღამიანებას მოიცავს: სხეულის რხევას, თავის ქნევას, თმის ქაჩვას, თმის ხელზე ხვევას, თითების ტაკუნს, ხელის აქნევას. სტერეოტიპული თვითღამიანების ქცევებია: თავის განმეორებადი მირტყმა, სახეში ხელის ცემა, თვალში თითის ტაკება, ხელებზე ან სხეულის სხვა ნაწილებზე კბენა. სტერეოტიპული მოძრაობების აშლილობანი უპირატესად გონებრივ ჩამორჩენილობასთან კომბინაციაში ვლინდება და საჭიროა ორივე დიაგნოზის კოდირება. თუ სუსტი მხედველობის მქონე ბავშვი თვალში თითის იკრავს, უნდა იქნეს კოდირებული ორივე: როგორც თვალში თითის კვრის სტერეოტიპი, ასევე მისი მხედველობის მდგომარეობა შესაფერისი სომატური დარღვევის კოდით. ასეთ შემთხვევაში ისმება ორივე დიაგნოზი.

სტერეოტიპული ჩევეა (R25.-),

არ იგულისხმება: პათოლოგიური უნებლიე მოძრაობები (R25.-),

ორგანული წარმოშობის მოძრაობის აშლილობა (G20-G25),

ფრჩხილების კენჭება (F98.8),

ხელით ცხვირის წვალება (F98.8).

სტერეოტიპიები, როგორც რომელიმე ფსიქიატრიული

მდგომარეობის (F00-F95) ნაწილი

ცერა თითის წოვა (F98.8),

ტიკები (F95.-),

ტრიქოტილომანია (F63.3).

**F98.5 ენაბლუობა.**

სიგყვის, ბგერებისა ან მარცვლების ხშირი განმეორებები ან გაგრძელებები, ყოყმანი ან პაუზები, რაც რითმულ და თავისუფალ მეტყველებას უშლის ხელს. ის შეიძლება იყოს კლასიფიცირებული როგორც აშლილობა მხოლოდ მაშინ, თუ მნიშვნელოვნად აფერხებს თავისუფალ მეტყველებას არ იგულისხმება: ტიკის აშლილობები (F95.-)

სულმოუთქმელი მეტყველება (F98.6)

**F98.6 სულმოუთქმელი მეტყველება.**

მეტყველების უეცარი აჩქარება დინების ტემპის აშლით, რაც არ არის გამოწვეული განმეორებებითა და ყოყმანით და მეტყველების გაგებას აძნელებს. მეტყველება არამყარია და დიზრითმული, უეცარი წყვეტილობით, რაც ფრაზების ჩამოყალიბების დარღვევას იწვევს.

არ იგულისხმება: ენაბლუობა (F98.5),

ტიკური აშლილობები (F95.-).

**F98.8 სხვა სპეციფიური ქცევები და ემოციური აშლილობები, რომელიც იწყება ბავშვებში და მოზარდებში.**

ყურადღების დეფიციტის აშლილობა ჰიპერაქტიურობის გარეშე.

გაღჭარბებული მასტურბაცია,  
ფრჩხილების კენჭა,  
ცხვირის ხელით წვალება,  
ცერა თითის წოვა.

F98.9 დაუმუსტებელი ქცევები და ემოციური აშლილობები, რომელიც ჩვეულებრივ იწყება ბავშვებში და მოზარდებში.

### არასპეციფიკური ფსიქიკური აშლილობა (F99).

**F99** ფსიქიკური აშლილობა, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული

ფსიქიკური დაავადება, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული  
არ იგულისხმება: ფსიქო-ორგანული აშლილობა, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული (F06.9).