

NEUROTICKÉ, STRESOM PODMIENENÉ A SOMATOFORNÉ PORUCHY (F40 - F48)

Nezahŕňa: poruchy súvisiace s poruchami správania pod F91.- (F92.8)

F40 FÓBICKO-ANXIÓZNE PORUCHY

Ide o skupinu porúch, pri ktorých sa úzkosť zjavuje len alebo prevažne v dobre definovaných situáciách, ktoré bežne nie sú nebezpečné. Charakteristické je vyhýbanie sa týmto situáciám, alebo ich prežívanie s hrôzou. Pozornosť pacienta sa zvyčajne sústreďuje na jednotlivé príznaky, ako búchanie srdca alebo pocit mdloby, ktorý často sprevádza strach zo smrti, zo straty sebaovládania alebo zo zošalenia. Predstava o vystavení sa fóbickej situácii zvyčajne vyvoláva úzkosť z očakávania. Fóbická úzkosť a depresia sa často vyskytujú spoločne. Či je potrebné diagnostikovať osobitne fóbickú úzkosť a depresívnu epizódu, alebo stačí súhrnná diagnóza, závisí od priebehu oboch porúch a od terapeutických úvah v čase vyšetrenia.

F40.0 Agorafóbia

Ide o dosť dobre definovanú skupinu fóbií zahŕňajúcu strach z opustenia domova; z obchodu, tlačienic a verejných priestorov; z cestovania vo vlakoch, autobusoch alebo lietadlách bez sprievodu. Panická porucha je častá črta prítomných aj minulých epizód. Doplňajúce črty tvoria často depresívne a obsedantné príznaky a sociálne fóbie. Pacienti sa často nápadne vyhýbajú fóbickým situáciám, daktorí agorafobici pociťujú len nepatrnú úzkosť, lebo sa dokážu vyhnúť fóbickým situáciám.

Agorafóbia bez panických porúch v anamnéze

Panická porucha s agorafóbiou

F40.1 Sociálne fóbie

Strach z posudzovania inými ľuďmi vedie k vyhýbaniu sa spoločenským situáciám. Prenikavejšie sociálne fóbie sa zvyčajne spájajú s nízkou sebadôverou a strachom z kritiky. Prejavujú sa ponosami na červenenie, traslivosť rúk, ťažobu alebo nútenie na močenie. Pacient je niekedy presvedčený, že daktorý z týchto sekundárnych prejavov jeho úzkosti je prvoradým problémom. Príznaky sa môžu stupňovať do panických náporov.

Antropofóbia

Sociálna neuróza

F40.2 Špecifické (izolované) fóbie

Ide o fóbie, ktoré sa obmedzujú na úplne osobitné situácie, ako sú blízkosť určitých zvierat, výška, hrom, let, zatvorené priestory, močenie a defekácia vo verejných záchodoch, jedenie daktorých potravín, zubné ošetrovanie alebo pohľad na krv či poranenie. Hoci vyvolávajúca situácia je nenápadná, styk s ňou môže vyvolať paniku ako pri agorafóbií alebo sociálnej fóbií.

Fóbia z výšky (akrofóbia, hypsofóbia)

Fóbia zo zvierat

Klaustrofóbia

Jednoduchá fóbia

Nezahŕňa: dysmorfofóbiu (nie rázu bludu) (F45.2)

nozofóbiu (F45.2)

F40.8 Iné fóbické úzkostné poruchy

F40.9 Nešpecifikovaná fóbická úzkostná porucha

Fóbia NS

Fóbický stav NS

F41 INÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Hlavný príznak pri týchto poruchách je prejav úzkosti, ktorý sa neobmedzuje na nijakú konkrétnu situáciu. Môžu byť prítomné aj depresívne a obsesívne príznaky, ba aj daktoré prejavy fóbickej úzkosti, ale zreteľne sú sekundárne, alebo menej významné.

F41.0 Panická porucha (epizodická záchvatová úzkosť)

Pre poruchu sú príznačné recidivujúce nápor veľkej úzkosti (paniky), ktoré sa neobmedzujú na nijakú osobitnú situáciu alebo okolnosti, a preto sú nepredvídateľné. Ako pri iných úzkostných poruchách hlavné príznaky sú náhly začiatok palpácií, bolesť na hrudníku, pocity dusenia, ošial a pocit neskutočnosti (depersonalizácia alebo derealizácia). Častý je aj sekundárny strach zo smrti, zo straty sebaovládania alebo zo zošalenia. Panická porucha sa nemá uvádzať ako hlavná diagnóza, ak v čase vzniku záchvatu má pacient depresívnu poruchu, lebo vtedy sú panické ataky pravdepodobne sekundárne pri depresii.

Panický

• záchvat

• stav

Nezahŕňa: panickú poruchu s agorafóbiou (F40.0)

F41.1 Porucha s generalizovanou úzkosťou

Základná črta tejto poruchy je difúzna a pretrvávajúca úzkosť, ktorá nie je obmedzená na

určité okolnosti prostredia, ani v nich významne neprevláda (tj. je voľne prelietavá). Prevládajúce príznaky sú variabilné, ale zahŕňajú pocit nervozity po celý čas, trasľavosť, svalové napätie, potenie, zmätenosť, palpitácie, ošial' a nadbrušnú nepohodu. Chorí sa často zverujú so strachmi a trápením, že oni sami alebo ich najbližší ochorejú, alebo sa im stane nešťastie.

Úzkostná:

- neuróza
- reakcia
- stav

Nezahŕňa: neurasténiu (F48.0)

F41.2 Zmiešaná úzkostná a depresívna porucha

Táto kategória by sa mala použiť, keď sú prítomné príznaky úzkosti a depresie, ale žiaden zreteľne neprevažuje, ani nedosahuje taký stupeň, že by pri oddelenom posudzovaní oprávňoval na diagnózu antixiozity alebo depresie. Ak sú prítomné príznaky úzkosti aj depresie a sú dostatočne ťažké na oprávnenosť jednotlivých diagnóz, je potrebné použiť obe diagnózy a nie túto kategóriu.

Úzkostná depresia (mierna alebo pretrvávajúca)

F41.3 Iné zmiešané úzkostné poruchy

Príznaky úzkosti zmiešané s príznakmi iných porúch pod F42 - F48

F41.8 Iné špecifikované úzkostné poruchy

Úzkostná hystéria

F41.9 Nešpecifikovaná úzkostná porucha

Úzkosť NS

F42 OBSESÍVNO-KOMPULZÍVNA PORUCHA

Hlavná črta tejto poruchy sú vracajúce sa obsesívne myšlienky alebo kompulzívne činy. Obsesívne myšlienky sú idey, obrazy a impulzy, ktoré vstupujú znova a znova do mysle pacienta v stereotypnej podobe. Takmer vždy sú znepokojivé a pacient sa im často neúspešne snaží odolávať. Rozpoznáva ich ako vlastné myšlienky, aj keď sú nedobrovoľné a často odpudzujúce. Kompulzívne činy alebo rituály sa prejavujú ako stereotypné správanie, ktoré sa znova a znova opakuje. Nie sú to príjemné zážitky, ani nevyúsťujú do vykonania osožnej činnosti. Ich funkcia je zabrániť dajakej objektívnej nepravdepodobnej udalosti, ktorá by poškodila pacienta, alebo ktorú by sám zapríčinil, a bojí sa, že by sa za iných okolností stala. Pacient zvyčajne uznáva, že jeho konanie je nezmyselné a neúčinné a opakovane sa mu pokúša brániť. Takmer vždy pociťuje úzkosť. Pri odpore voči impulzívnemu konaniu sa úzkosť zhoršuje.

Zahŕňa: anankastickú neurózu
obsesívno-kompulzívnu neurózu

Nezahŕňa: obsesívno-kompulzívnu poruchu osobnosti (F60.5)

F42.0 Prevažne obsesívne myšlienky alebo ruminácie

Ide o myšlienky, predstavy alebo impulzy k činom, takmer vždy nepríjemné pre pacienta. Myšlienky môžu nadobúdať podobu nerozhodného, nekonečného zvažovania možností spojeného s neschopnosťou robiť obyčajné, ale nevyhnutné rozhodnutia v každodennom živote. Vzťah medzi obsesívnymi rumináciami a depresiou je osobitne blízky a diagnóze obsesívno-kompulzívnej poruchy by sa mala dať prednosť len vtedy, ak ruminácie vznikajú alebo pretrvávajú bez depresívnej epizódy.

42.1 Prevažne kompulzívne konanie [obsedantné rituály]

Väčšina kompulzívneho konania súvisí s čistením (najmä umývaním rúk), opakovanými kontrolami na zabezpečenie, že nevznikla možná nebezpečná situácia, alebo s prepiatou poriadkumilovnosťou a čistotnosťou. V pozadí tohto správania je strach, zvyčajne z nebezpečenstva hroziaceho pacientovi, alebo z nebezpečenstva, ktoré sám zapríčinil, a rituál je neúčinný alebo symbolický pokus odvrátiť toto nebezpečenstvo.

F42.2 Zmiešané obsesívne myšlienky a konanie

F42.8 Iné obsesívno-kompulzívne poruchy

F42.9 Nešpecifikované obsesívno-kompulzívne poruchy

F43 REAKCIA NA ŤAŽKÝ STRES A ADAPTAČNÉ PORUCHY

Táto kategória sa od ostatných odlišuje v tom, že zahŕňa poruchy identifikovateľné nielen na základe symptomatológie a priebehu, ale aj na základe jedného alebo druhého z dvoch príčinných vplyvov : výnimočne stresujúcej životnej udalosti vyvolávajúcej akútnu stresovú reakciu alebo významnej životnej zmeny vedúcej k pretrvávajúcim nepriaznivým podmienkam, ktoré vyúsťujú do adaptačnej poruchy. Hoci menej závažný psychosociálny stres (životné udalosti) môže vyvolať začiatok, alebo prispieť k nástupu širokej škály porúch

zatriedených inde v tejto kapitole, jeho etiologický význam nie je vždy jasný, a v každom prípade závisí od individuálnej, často idiosynkratickej zraniteľnosti, t. j. nie je nevyhnutný, ani postačujúci na vysvetlenie výskytu a formy poruchy. V protiklade k tomu vznik porúch tejto skupiny sa pokladá vždy za priamy následok ťažkého akútneho stresu alebo pokračujúcej traumy. Stresová udalosť alebo pokračujúce nepriaznivé okolnosti sú primárnym a prevažujúcim príčinným faktorom a choroba by bez neho nevznikla. Poruchy v tomto odseku sa teda môžu pokladať za maladaptívne odpovede na ťažký alebo pokračujúci stres, lebo interferujú s úspešným mechanizmom prispôsobenia, a vedú teda k poškodeniu sociálneho fungovania.

F43.0 Akútna stresová reakcia

Ide o prechodnú poruchu, ktorá vzniká u jednotlivca bez inej zjavnej psychickej poruchy ako odpoveď na výnimočný fyzický a psychický stres a ktorá zvyčajne odznie v priebehu hodín alebo dní. Individuálna raniteľnosť a odolnosť hrajú úlohu pri vzniku a vážnosti akútnej stresovej reakcie. Príznaky sú typicky zmiešané a premenlivé a zahŕňajú začiatkové štádium omráčenia so zúžením vedomia a pozornosti, neschopnosťou vnímať stimuly a dezorientáciou. Za týmto štádiom môže nasledovať ďalší únik od okolitej situácie (až do disociatívneho stuporu F44.2) alebo agitácia a hyperaktivita (úniková reakcia alebo fúga). Zvyčajne bývajú prítomné autonómne príznaky panickej úzkosti (tachykardia, potenie, sčervenanie). Príznaky sa zvyčajne zjavujú v priebehu minút od stresujúceho stimulu alebo udalosti a strácajú sa počas dvoch alebo troch dní (často už po niekoľkých hodinách). Na epizóde môže byť čiastočná alebo úplná amnézia (F44.0). Ak príznaky pretrvávajú, je potrebné zvážiť zmenu diagnózy a liečby.

Akútna

- krízová reakcia
- reakcia na stres

Bojová vyčerpanosť

Krízový stav

Psychický šok

F43.1 Posttraumatická stresová porucha

Ide o oneskorenú alebo pretiahnutú odpoveď na stresujúcu udalosť alebo situáciu (krátku alebo dlhotrvajúcu), mimoriadne ohrozujúcu alebo katastrofickú, ktorá zapríčiňuje prenikavé utrpenie skoro každému človeku. Predisponujúce faktory, ako sú osobnostné črty (napr. kompulzívna alebo astenická prípadne neurotická porucha v anamnéze), môžu znižovať prah pre vznik syndrómu, alebo zhoršovať jeho priebeh, ale nie sú ani nevyhnutné, ani nestačia na vyvolanie poruchy. Typické črty zahŕňajú epizódy opakovaného prežívania traumy v dotieravých spomienkach (spätne záblesky), snoch alebo nočných morách, na pretrvávajúcom pozadí pocitu "umŕtvenia" a emočného otupenia, stránenia iných ľudí, nereagovania na okolie, anhedonie a vyhýbania sa činnostiam a situáciám pripomínajúcim traumou. Poruchu zvyčajne sprevádza nadmerná autonómna vzrušivosť s hypervigilanciou, zvýšená poplachová reakcia a nespavosť. Úzkosť a depresia bývajú zvyčajne spojené so spomenutými subjektívnymi a objektívnymi príznakmi a nie sú zriedkavé ani samovražedné myšlienky. Porucha vzniká po traume s časovým odstupom niekoľkých týždňov až mesiacov. Priebeh je kolísavý, ale vo väčšine prípadov možno očakávať vyliečenie. V malej časti prípadov môže mať porucha zdĺhavý priebeh počas mnohých rokov s prechodom do trvalých zmien osobnosti (F62.0).

Traumatická neuróza

F43.2 Adaptačné poruchy

Ide o stavy subjektívneho utrpenia a emočnej poruchy, ktoré bránia v sociálnom účinkovaní a výkonnosti. Vznikajú v čase adaptácie na závažné zmeny v živote alebo na stresovú situáciu. Stresor poškodil pacientove sociálne spojenia (ovdovenie, rozvod), širší systém sociálnych istôt a hodnôt (sťahovanie, emigrácia), alebo znamenal vážny vývojový medzník alebo krízu (nastúpenie do školy, rodičovská rola, nedosiahnutie sledovaného osobného cieľa, penzionovanie). Individuálna náklonnosť alebo raniteľnosť síce hrá dôležitú úlohu pri riziku vzniku a stvárnení prejavov adaptačných porúch, jednako sa predpokladá, že porucha by nevznikla bez stresora. Prejavy sú rozličné vrátane skľúčenej nálady, úzkosti, strápenosti (alebo zmesi týchto príznakov), pocitu neschopnosti zvládnuť situáciu, plánovať do budúcnosti, alebo pokračovať v súčasných pomeroch; býva aj určité zhoršenie vo vykonávaní bežných denných úloh. Poruchy správania môžu byť sprievodným javom najmä v puberte. Prevládajúcim príznakom môže byť krátka alebo pretiahnutá depresívna reakcia alebo porucha iných emócií a správania.

Kultúrny šok

Smútenie (smútková reakcia)

Hospitalizmus u detí

Nezahŕňa: úzkostný strach z odlúčenia u detí (F93.0)

F43.8 Iné reakcie na ťažký stres

F43.9 Nešpecifikované reakcie na ťažký stres

F44 **DISOCIATÍVNE [KONVERZNÉ] PORUCHY**

Spoločné črty disociatívnych a konverzných porúch sú čiastočná alebo úplná strata normálnej integrácie medzi spomienkami na minulosť, pocitom identity, bezprostrednými pocitmi a ovládaním pohybov tela. Všetky typy disociatívnych porúch sa upravujú v priebehu niekoľkých týždňov alebo mesiacov, najmä ak ich vznik súvisel s traumatickou životnou udalosťou. Chronickejšie poruchy, najmä ochrnutia a anestézie vznikajú v súvislosti s neriešiteľnými problémami alebo medziľudskými konfliktmi. Tieto poruchy sa predtým označovali ako rozličné typy konverznej hystérie. Predpokladá sa ich psychogénny pôvod, časová súvislosť s traumatickými udalosťami, neriešiteľnými a neznesiteľnými problémami alebo narušenými vzťahmi. Príznaky často zodpovedajú pacientovej predstave o príznakoch somatickej choroby. Vyšetrenia neukážu prítomnosť dajakej somatickej choroby vrátane nervovej. Navyše jestvuje dôkaz, že strata funkcie je vyjadrením citových konfliktov alebo potrieb. Príznaky vznikajú v úzkej súvislosti s psychickým stresom a často sa zjavujú odrazu. Do tejto skupiny patria len poruchy vôľovo ovládaných somatických funkcií a straty citlivosti. Poruchy zahŕňajúce bolesť a iné komplexné somatické pocity sprostredkované autonómnym nervovým systémom sa zaraďujú medzi psychomatické poruchy (F45.0). Vždy treba myslieť na možnosť neskoršieho nástupu vážnych somatických alebo psychických porúch.

Zahŕňa: konverznú
• hystériu
• reakciu
hystériu
hysterickú psychózu

Nezahŕňa: simuláciu (vedomú simuláciu) (Z76.5)

F44.0 Disociatívna amnézia

Hlavný príznak poruchy je strata pamäti, zvyčajne na dôležité čerstvé udalosti, ktorú nezapríčiňuje organická psychická porucha. Strata pamäti je príliš výrazná, než aby sa dala vysvetliť ako obyčajná zabudlivosť alebo vyčerpanosť. Amnézia sa zvyčajne sústreďuje na traumatické udalosti, ako sú nehody a nečakané umretia, a býva parciálna a selektívna. Úplná a generalizovaná amnézia je zriedkavá, zvyčajne je súčasťou fúgy (F44.1). Ak je tak, je potrebné ju podľa toho zaradiť. Diagnóza sa nemá používať pri organickej mozgovej poruche, otrave alebo nadmernom vyčerpaní.

Nezahŕňa: amnestickú poruchu vyvolanú alkoholom alebo inými psychoaktívnymi látkami (F10 -

F19 so spoločnou štvrtou číslicou .6)

amnéziu
• NS (R41.3)
• anterográdnú (R41.1)
• retrográdnú (R41.2)
nealkoholický organický amnestický syndróm (F04)
postiktálnu amnéziu pri epilepsii (G40.-)

F44.1 Disociatívna fúga

Fúga má všetky črty disociatívnej amnézie plus účelové cestovanie mimo každodenného rozsahu. Hoci je na periódu fúgy amnézia, nezávislému pozorovateľovi sa správanie pacienta počas nej javí úplne normálne.

Nezahŕňa: postiktálnu fúgu pri epilepsii (G40.-)

F44.2 Disociatívny stupor

Disociatívny stupor sa diagnostikuje na základe hlbokého útlmu alebo úplného chýbania vôľových pohybov a normálnych odpovedí na vonkajšie popudy, ako svetlo, hluk a dotyk, pričom vyšetrenie neodkryje žiadnu organickú príčinu. Navyše je pozitívnym dôkazom pre psychogénnu príčinu vo forme čerstvých stresových udalostí alebo problémov.

Nezahŕňa: organickú katatónnu poruchu (F06.1)

stupor
• NS (R40.1)
• katatónny (F20.2)
• depresívny (F31 - F33)
• manický (F30.2)

F44.3 Poruchy typu tranzu a posadnutia

Poruchy s prechodnou stratou pocitu osobnej identity a plného uvedomovania okolia. Zahŕňa len stavy tranzu, ktoré sú nedobrovoľné a nechcené, okrem náboženských alebo kultúrne akceptovaných situácií.

Nezahŕňa: stavy spojené s (so)

• akútnymi a prechodnými psychotickými poruchami (F23.-)
• organickými poruchami osobnosti (F07.0)
• syndrómom po otrase mozgu (F07.2)

- intoxikáciou psychoaktívnymi látkami (F10 - F19 so spoločnou štvrtou číslicou .0)
- schizofréniou (F20.-)

F44.4 Disociatívne motorické poruchy

Najčastejšie typy porúch sa prejavujú stratou schopnosti pohybovať celými končatinami alebo ich časťami. Môžu veľmi pripomínať akúkoľvek ataxiu, apraxiu, akinézu, afóniu, dysartriu, dyskinéziu, krče alebo ochrnutie.

Psychogénna

- afónia
- dysfónia

F44.5 Disociatívne krče (konvulzie)

Disociatívne krče môžu veľmi pripomínať epileptické záchvaty charakterom pohybov, ale zriedkavo sú pri nich prítomné pohryzenie jazyka, podliatiny zavinené pádom a neudržanie moču. Strata vedomia nenastáva, alebo ju nahrádza stupor alebo tranz.

F44.6 Disociatívna anestézia a strata senzória

Anestetické oblasti kože majú často hranice, ktoré viac zodpovedajú pacientovým predstavám o telových funkciách ako medicínskym poznatkom. Môže byť aj diferencovaná strata medzi senzorickými modalitami, ktorá nemôže byť dôsledkom neurologickej poruchy. Senzorickú stratu môžu sprevádzať žaloby na parestézie. Pri disociatívnych poruchách je zriedka strata zraku a sluchu.

Psychogénna hluchota

F44.7 Zmiešané disociatívne [konverzné] poruchy

Kombinácia porúch špecifikovaných pod F44.0 - F44.6

F44.8 Iné disociatívne [konverzné] poruchy

Ganserov syndróm

Dvojitá osobnosť

Psychogénna(e)

- zmätenosť
- stavy temnosvitu

F44.9 Nešpecifikované disociatívne [konverzné] poruchy

F45 SOMATOFORNÉ PORUCHY

Hlavnou črtou je opakované udávanie somatických príznakov vedno s neprestajným dožadovaním sa lekárskeho vyšetrenia napriek opakovaným negatívnym nálezom a uisteniam lekárov, že príznaky nemajú somatický podklad. Ak sú prítomné nejaké somatické odchýlky, nevysvetľujú povahu a rozsah príznakov alebo ťažkosti a sústredenie pozornosti pacienta.

Nezahŕňa: disociatívne poruchy (F44.-)

trhanie vlasov (F98.4)

detské rozprávanie (r vyslovovať ako l) (F80.0)

šušľanie (F80.8)

obhrýzanie nechtov (F98.8)

psychické faktory alebo faktory správania združené s poruchami alebo

chorobami zatriedenými inde (F54)

sexuálna dysfunkcia nezapríčená organickou poruchou alebo chorobou (F52.-)

cmúľanie palca (F98.8)

tikové poruchy (u detí a dospelých) (F95.-)

Touretov syndróm (F95.2)

trichotilomániu (F63.3)

F45.0 Somatizované poruchy

Hlavné črty sú mnohopočetné, recidivujúce a často sa meniace somatické príznaky trvajúce najmenej dva roky. Väčšina pacientov má za sebou dlhú a komplikovanú históriu kontaktov so všeobecnými lekármi aj špecialistami, počas ktorých sa vykonalo veľa negatívnych vyšetrení, prípadne aj neplodných exploračných operácií. Príznaky sa môžu vzťahovať na ktorúkoľvek časť alebo systém tela. Priebeh poruchy je chronický a menlivý, často sa spája s narušením správania v sociálnych interpersonálnych alebo rodinných vzťahoch. Kratšie trvajúce (menej ako dva roky) a menej výrazné príznaky treba zaradiť pod nediferencovanú somatizovanú poruchu (F45.1)

Polymorfna psychosomatická porucha

Nezahŕňa: simuláciu [vedomú simuláciu] (Z76.5)

F45.1 Nediferencovaná somatiformná porucha

Použitie tejto kategórie sa odporúča, ak je veľa somatiformných príznakov, sú variabilné a perzistujúce, ale úplne nenapĺňajú typický klinický obraz somatizovanej poruchy.

Nediferencovaná psychosomatická porucha

F45.2 Hypochondrická porucha

Základnou črtou je pretrvávajúce zaujatie možnosťou, že osoba trpí jednou alebo viacerými vážnymi a progredujúcimi somatickými chorobami, ktoré sa prejavujú pretrvávajúcimi somatickými ťažkosťami alebo zapodievaním sa vlastným fyzickým výzorom. Normálne a zvyčajné pocity a nenápadný výzor osoba často pokladá za abnormálne a zapričiňujúce utrpenie, pričom sa pozornosť zvyčajne zameriava len na jeden alebo dva orgány alebo sústavy tela. Časté sú výrazná depresia a úzkosť, ktoré oprávňujú na zohľadnenie diagnózy.

Porucha telesnej dysmorfie

Dysmorfofóbia (nie bludová)

Hypochondrická neuróza

Hypochondria

Nosofóbia

Nezahŕňa: bludovú dysmorfofóbiu (F22.8)

fixované bludy o funkciách alebo tvaroch tela (F22.-)

45.3 Somatoformná autonómna dysfunkcia

Pacient udáva príznaky tak, ako keby ich vyvolávala somatická choroba sústavy alebo orgánu, ktorý má z väčšej časti alebo úplne autonómnu inerváciu a ovládanie, napr. kardiovaskulárnu, gastrointestinálnu, respiračnú a urogenitálnu sústavu. Príznaky sú zvyčajne dvojaké, pričom žiaden nepoukazuje na skutočné poškodenie príslušného orgánu alebo sústavy. Prvú skupinu tvoria ťažkosti súvisiace s objektívnymi príznakmi autonómneho vzrušenia, ako sú palpitácie, potenie, sčervenanie, trasľavosť a výraz strachu a utrpenia z možnosti organickej choroby. Druhú skupinu tvoria nešpecifikované a menlivé ťažkosti, ako sú prelietavé bolesti, pocity pálenia, ťarchy, stiahnutia a pocity nafúknutia alebo rozpätia, ktoré pacient pociťuje v určitom orgáne alebo sústave.

Srdcová neuróza

Da Costov syndróm

Žalúdočková neuróza

Neurocirkulačná asténia

Psychogénne formy

- aerofágie
- kašľa
- hnačky
- dyspepsie
- dyzúrie
- nadúvania
- čkania
- hyperventilácie
- častého močenia
- syndróm dráždivého čreva
- polorospazmu

Nezahŕňa: psychické faktory a faktory správania spojené so somatickými chorobami zatriedenými inde (F54)

F45.4 Perzistujúca somatoformná bolesťová porucha

Prevládajúci príznak je trvalá, ťažká a mučivá bolesť, ktorá sa nedá úplne vysvetliť fyziologickými procesmi alebo organickou chorobou a ktorá sa zjavuje v súvislosti s emočným konfliktom alebo psychosociálnymi problémami, ktoré stačia na úsudok, že sú hlavným príčinným faktorom. Porucha napokon prináša zvýšenú pozornosť a podporu, či už osobnú alebo lekársku. Nezaraďuje sa sem bolesť psychogénneho pôvodu pri depresívnych poruchách alebo schizofrénii.

Psychalgia

Psychogénna

- bolesť chrbta

- bolesť hlavy

Somatoformná bolesťová porucha

Nezahŕňa: bolesť chrbta NS (M54.9)

bolesť

- NS (R52.9)
 - akútnu (R52.0)
 - chronickú (R52.2)
 - nevládnuteľnú (R52.1)
- tenznú bolesť hlavy (G44.2)

F45.8 Iné somatoformné poruchy

Akékoľvek iné poruchy pocitov, funkcií a správania nezavinené organickou chorobou, ktoré nesprostredkuje autonómny nervový systém, sú ohraničené na určité sústavy alebo časti tela a časovo úzko súvisia so stresovými udalosťami alebo problémami.

Psychogénna(y)

- dysmenorea
 - dysfágia vrátane globus hystericus
 - pruritus
 - torticollis
- Škrípanie zubami

F45.9 Nešpecifikované somatoformné poruchy

Psychosomatická porucha NS

F48 **INÉ NEUROTICKÉ PORUCHY**

F48.0 Neurasténia

V prejavoch neurasténie sa vyskytujú dosť veľké rozdiely podľa kultúr. Známe sú dva hlavné typy, ktoré sa sčasti prekrývajú. Pri prvom type je hlavnou črtou sťažnosť na zvýšenú unaviteľnosť po psychickej námahe často spojenú s poklesom pracovnej výkonnosti a horším zvládnutím denných úloh. Psychická unaviteľnosť sa typicky opisuje ako nepríjemné dotieranie rozptýľujúcich asociácií alebo spomienok, ťažkosti pri sústredení a celkovo nevykonné myslenie. Pri druhom type je dôraz na pocity telesnej slabosti a vyčerpania po minimálnej námahe sprevádzané pocitom svalových bolestí a neschopnosťou uvoľnenia. Pri oboch typoch je častá pestrá škála ďalších nepríjemných telesných pocitov, ako je ošial, tenzné bolesti hlavy a pocity celkovej nestálosti. Časté sú aj obavy zo zhoršujúceho sa duševného a telesného zdravia, podráždenosť, anhedonia a rozličné drobné prejavy depresie a úzkosti. Často je narušený spánok v začiatkových a stredných fázach, ale môže sa

vyskytnúť aj výrazná hypersomnia.

Syndróm ukonanosti

Podľa potreby použite doplnkový kód na označenie predchádzajúcej telesnej choroby

Nezahŕňa: asténiu NS (R53)

vyhasnutie (Z73.0)

malátnosť a únavu (R53)

únavový syndróm po viróze (G93.3)

psychasténiu (F48.8)

F48.1 Syndróm depersonalizácie - derealizácie

Ide o zriedkavú poruchu, pri ktorej sa pacient spontánne žaluje, že jeho vlastná psychická činnosť, telo a okolie sa kvalitatívne zmenšili, akoby boli neskutočné, vzdialené alebo zautomatizované. Najčastejšie medzi pestrými fenoménmi sú ponosy na stratu citov a pocit odcudzenia alebo odlúčenosti od vlastného myslenia, tela alebo okolitého reálneho sveta. Napriek dramatickosti zážitku osoba si je vedomá nereálnosti týchto zmien. Senzórium je normálne a schopnosť vyjadriť city je neporušená. Príznaky depersonalizácie-derealizácie sa vyskytujú ako súčasť rozpoznateľnej schizofrénnej, depresívnej, fóbickej alebo obsesívno-kompulzívnej poruchy. V takom prípade sa má uviesť diagnóza hlavnej choroby.

F48.8 Iné špecifikované neurotické poruchy

Briquetova choroba

Dhatov syndróm

Profesionálna neuróza vrátane pisárskeho krčča

Psychasténia

Psychastenická neuróza

Psychogénna synkopa

F48.9 Nešpecifikovaná neurotická porucha

Neuróza NS