

ICD-10

הסיווג והאבחון הפסיכיאטרי
לפי ארגון הבריאות העולמי

בעריכת:
איגוד הפסיכיאטריה בישראל
ומשרד הבריאות



הוצאת דיונון
אוניברסיטת תל-אביב

6989
349.54

תוכן ענינים

- 11 דבר מנכ"ל משרד הבריאות
- 12 פתח דבר
- 13 הקדמה למהדורה העברית
- 17 מבוא כללי
- 17 מבנה הספר
- הבדלים עיקריים בין הפרק החמישי (F) של ICD-10
- 18 ובין הפרק החמישי של ICD-9
- 20 בעיות של מינוח
- 21 הערות נוספות למשתמשים בסיווג

הערות על קטיגוריות נבחרות בסיווג של הפרעות נפשיות

- 23 והתנהגותיות ב- ICD-10
- 23 שטיין (F03-F01) (dementia) והקשר שלו לפגימה, לנכות ולמוגבלות
- 24 משכם של סימפטומים הנדרשים לאבחנת סכיזופרניה (F20-)
- 26 סכיזופרניה פשוטה (F-20.6)
- 26 הפרעות סכיזואפקטיביות (F25-)
- 27 הפרעות במצב הרוח [mood (affective) disorders] (F39-F30)
- 28 הפרעה דיכאונית חוזרת קצרה
- 28 אגורפוביה והפרעת אימה (panic disorder)
- 28 קטיגוריות מעורבות של חרדה ודיכאון
- 28 הפרעות סומטופורמיות ודיסוציאטיביות הקשורות להיסטריה
- 29 ניאוראסתניה
- 29 הפרעות תלויות תרבות
- 29 הפרעות התנהגותיות ונפשיות הקשורות למשכב הלילה (F53-)
- 30 הפרעות של האישיות הבוגרת (F60-)
- 30 הפרעות אחרות של האישיות ושל ההתנהגות הבוגרת (F68-)
- 31 פיגור שכלי (F79-F70)
- 31 הפרעות שתחילתן ייחודית לגיל הילדות

Published by the World Health Organization in 1992 under the title
The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders:
Clinical descriptions and diagnostic guidelines
© World Health Organization 1992

The Director-General of the World Health Organization has granted
translation rights for an edition in Hebrew to Israel Psychiatric
Association, which is solely responsible for the translation

עיצוב עטיפה: מאיר בילט
סדר צילום: א. אורן כע"מ

הדפסה חוזרת 1996
הדפסה חוזרת II 1997
הדפסה חוזרת III 2000

מסת"ב ISBN 965-306-118-6

©

כל הזכויות למהדורה העברית שמורות
לאיגוד הפסיכיאטריה בישראל 2000
המרכז הרפואי לבריאות הנפש ע"ש אברבנאל
ת.ד. 1115, בת-ים 59110

יצא לאור לראשונה בעברית בשנת 1995
ע"י הוצאת דיונון — אוניברסיטת תל אביב

אין להעתיק או להפיץ ספר זה או קטעים ממנו
בשום צורה, דרך או אמצעי אלקטרוני, מכני
לרבות צילום והקלטה, הקלדה וכיו"ב
ללא אישור בכתב מהמוציא לאור
ומבעל הזכויות

93	.....	Flx.7	הפרעה שרידית (residual) ו/או שתחילתה מאוחרת
95	.....	Flx.8	הפרעות נפשיות או התנהגותיות אחרות
95	.....	Flx.9	הפרעה נפשית או התנהגותיות, לא מסווגת
97	.....	F29-F20	סכיזופרניה והפרעות סכיזוטיפליות ודלוזיונליות
97	.....		סקירה
99	.....		מבוא
99	.....	F20	סכיזופרניה
108	.....	F21	הפרעה סכיזוטיפלית
109	.....	F22	הפרעות דלוזיונליות מתמידות
111	.....	F23	הפרעות פסיכוטיות חריפות וחולפות
116	.....	F24	הפרעה דלוזיונלית מושרית (induced)
117	.....	F25	הפרעות סכיזואפקטיביות
120	.....	F28	הפרעות פסיכוטיות לא אורגניות אחרות
120	.....	F29	פסיכוזה לא אורגנית, לא מסווגת
121	.....	F39-F30	הפרעות במצב הרוח (אפקטיביות)
121	.....		סקירה
123	.....		מבוא
124	.....	F30	אפיזודה מגית
127	.....	F31	הפרעה אפקטיבית דו קוטבית
131	.....	F32	אפיזודה דיכאונית
136	.....	F33	הפרעה דיכאונית חוזרת
140	.....	F34	הפרעות מתמידות במצב הרוח (אפקטיביות)
142	.....	F38	הפרעות אחרות במצב הרוח (אפקטיביות)
143	.....	F39	הפרעה במצב הרוח (אפקטיבית), לא מסווגת
145	.....	F48-F40	הפרעות ניאורוטיות, תליות דחק וסומטופורמיות
145	.....		סקירה
148	.....		מבוא
148	.....	F40	הפרעות של חרדה בעתית
152	.....	F41	הפרעות חרדה אחרות
156	.....	F42	הפרעה טורדנית-כפייתית (obsessive-compulsive)

32	.....	(F99-)	הפרעה נפשית לא מסווגת
33	.....	ICD-10	השמות קטגוריות שהוצעו בטיטות ההתחלתיות של
35	.....		רשימת אבחנות בעברית ובאנגלית
55	.....	F09-F00	הפרעות נפשיות אורגניות, ובכלל זה סימפטומטיות
55	.....		סקירה
58	.....		מבוא
59	.....		שטיון (dementia)
60	.....	F00	שטיון במחלת אלצהיימר
63	.....	F01	שטיון וסקולרי
65	.....	F02	שטיון במחלות אחרות, המסווגות במקומות אחרים
69	.....	F03	שטיון לא מסווג
	.....	F04	תסמונת שכחה אורגנית שאינה תוצאה של שימוש באלכוהול או בחומרים פסיכואקטיביים אחרים
70	.....	F05	דליריום שאינו תוצאה של שימוש באלכוהול או בחומרים פסיכואקטיביים אחרים
71	.....	F06	הפרעות נפשיות אחרות עקב נזק מוחי וליקוי תפקודי, וכתוצאה ממחלה גופנית
73	.....	F07	הפרעות באישיות ובהתנהגות עקב מחלה, נזק או ליקוי תפקודי של המוח
78	.....	F09	הפרעה נפשית אורגנית או סימפטומטית, לא מסווגת
81	.....	F19-F10	הפרעות נפשיות והתנהגותיות כתוצאה משימוש בחומרים פסיכואקטיביים
83	.....		סקירה
85	.....		מבוא
86	.....	Flx.0	הרעלה חריפה
87	.....	Flx.1	שימוש מזיק
88	.....	Flx.2	תסמונת של תלות
89	.....	Flx.3	מצב גמילה
90	.....	Flx.4	מצב גמילה עם דליריום
91	.....	Flx.5	הפרעה פסיכוטית
92	.....	Flx.6	תסמונת של שכחה (אמנזיה)

237	F79-F70	פיגור שכלי
237		סקירה
238		מבוא
239	F70	פיגור שכלי קל
240	F71	פיגור שכלי בינוני
241	F72	פיגור שכלי קשה
242	F73	פיגור שכלי עמוק
242	F78	פיגור שכלי אחר
243	F79	פיגור שכלי, לא מסווג

245	F89-F80	הפרעות בהתפתחות הנפשית
245		סקירה
247		מבוא
248	F80	הפרעות התפתחותיות ייחודיות של דיבור ושל שפה
254	F81	הפרעות התפתחותיות ייחודיות במיומנויות של למידה
262	F82	הפרעה התפתחותית ייחודית בתפקוד המוטורי
263	F83	הפרעות התפתחותיות ייחודיות מעורבות
263	F84	הפרעות התפתחותיות רחבות היקף (pervasive)
270	F88	הפרעות אחרות בהתפתחות נפשית
270	F89	הפרעה בהתפתחות נפשית, לא מסווגת

	F98-F90	הפרעות התנהגותיות ורגשיות שתחילתן, בדרך כלל,
271		בילדות או בגיל ההתבגרות
271	F99	הפרעות נפשיות בלתי ספציפיות
271		סקירה
273	F90	הפרעות היפרקינטיות
276	F91	הפרעות התנהגות (Conduct)
281	F92	הפרעות מעורבות של התנהגות ושל רגשות
282	F93	הפרעות רגשיות שתחילתן ייחודית לגיל ילדות
	F94	הפרעות בתפקוד החברתי שתחילתן ייחודית לילדות
286		ולגיל ההתבגרות
291	F95	הפרעות טיק (Tic disorders)

159	F43	תגובה לדחק חמור והפרעות הסתגלות
164	F44	הפרעות דיסוציאטיביות (קונברסיביות)
173	F45	הפרעות סומטופורמיות
181	F48	הפרעות ניאורוטיות אחרות

F59-F50 תסמונות התנהגותיות הקשורות להפרעות פיזיולוגיות

185		ולגורמים גופניים
185		סקירה
187	F50	הפרעות אכילה
192	F51	הפרעות שינה לא אורגניות
	F52	ליקוי (dysfunction) בתפקוד המיני, שאינו תוצאה של
201		הפרעה אורגנית או של מחלה
	F53	הפרעות נפשיות או התנהגותיות הקשורות למשכב הלידה,
204		שאינן מסווגות במקום אחר
	F54	גורמים פסיכולוגיים והתנהגותיים הקשורים להפרעות
205		או למחלות המסווגות במקום אחר
206	F55	שימוש לרעת בחומרים שאינם ממכרים
	F59	תסמונות התנהגותיות הקשורות להפרעות פיזיולוגיות
207		ולגורמים גופניים, לא מסווגות

F69-F60 הפרעות של האישיות וההתנהגות הבוגרת

209		סקירה
209		מבוא
212	F60	הפרעות אישיות ייחודיות
213	F61	הפרעות אישיות מעורבות ואחרות
219	F62	שינויי אישיות מתמידים שאינם נובעים מנוק או
220		ממחלה מוחיים
223	F63	הפרעות של הרגלים ושל דחפים
226	F64	הפרעות בזוהות המינית
229	F65	הפרעות בהעדפה המינית
	F66	הפרעות נפשיות והתנהגותיות הקשורות להתפתחות
232		ולאוריינטציה מינית
233	F68	הפרעות אחרות של האישיות ושל ההתנהגות הבוגרת
235	F69	הפרעה לא מסווגת של האישיות וההתנהגות הבוגרת

דבר מנכ"ל משרד הבריאות

מערכת בריאות הנפש נמצאת בתהליך שילוב במערך חבריאות הכוללני.

ההכרה במקומה של רפואת הנפש בעשיית הטיפוליות, הינה תהליך כלל עולמי המבוסס על ראיה רחבה בירפסיכו-חברתית, רבי-מימדית של תפיסת הבריאות בעידן החדש.

הסיווג החדש של הפרעות נפשיות מאפשר לקליטאי בריאות הנפש ולקליטאים ברפואה הראשונית, לעבוד יחדיו ובמיקוד לקוח.

הגירסה הקלינית הנוכחית כוללת תיאורים קליניים והנחיות אבחנות אשר מובילים לאבחנה ואבחנה מבדלת ברורים. כאשר אלה משתלבים בעשיית הרפואות הכוללנית. שיטת קידוד זו מאפשרת ראיה רחבה וטיפול מותאם ברצף שרונות הבריאות.

הסיווג הנוכחי משקף ומקבע את מקומם של שרונות ברה"י ברפואה העברית.

בעידן השילוב הבין תחומי ברפואה, משרד הבריאות מגיש לקליטאים כלי אשר יסייע להם לגשר בין הרפואה הראשונית לרפואה השניונית והשלישונית, ואשר יקדם את רפואת בריאות הנפש לרמת נגישות וזמינות, לה נזקק הציבור המטופל במערכת הבריאות.

בברכה

ד"ר מ. אורן
מנכ"ל

F98	הפרעות התנהגותיות ורגשיות אחרות, שתחילתן בדרך כלל בילדות או בגיל ההתגברות
293	.....
F99	הפרעה נפשית, שאינה מסווגת במקום אחר
298	.....
299	מילון מונחים עברי-אנגלי
305	מילון מונחים אנגלי-עברי
311	רשימת אבחנות מפרקים אחרים של ICD-10

פתח-דבר

איגוד הפסיכיאטריה בישראל שמת על השתתפותנו ביוזמה לתרגם את הסיווג הפסיכיאטרי האירופאי לעברית. סיווג זה הוא ביטוי לשפה משותפת שהחליטו עליה אנשי המקצוע, המתארת תסמינים ומחלות דומים, וביטוי לתפיסת המקצוע היום. זוהי שפה תיאורית של תופעות נצפות ומובעות. קיבוצן למחלות מסוימות הוא פרי שילוב של הידע הקליני, המחקרי וההתפתחותי של מחלות אלו שהצטבר עד היום.

אפשר לראות מפירות התסמינים, שסיווג זה מבטא את התפיסה הרפואית הביר-פסיכורברתנית. כל אחד משלושה ממדים אלה בא לידי ביטוי ברוב המחלות. כל אחד מערכים אלו תורם תרומה שונה, בהתאם למחלה. בכך מזדהה מקצוע הפסיכיאטריה עם שאר המקצועות ברפואה, ואף אפשר לומר שזוהי אחת התרומות החשובות שתרם מקצוענו למקצועות הרפואה האחרים. סיווג זה הוא עדיני לכמות הידע שהצטבר עד היום, וימשיך ויתעדכן, כמובן, בעתיד, בהתאם.

גרסה זו של הסיווג הפסיכיאטרי האירופאי עומדת לרשותו של הקלינאי ככלי-שרת להבנת המקום של המחלה שסובל ממנה החולה בקבוצת הפסיכופתולוגיה. היא אמורה לעזור לו להבין את קרקע הצמיחה המשותפת לקבוצת מחלות אלו, וכתוצאה מכך לגבש עמדה טיפולית, בהתאם לתפיסתו.

תרגום זה מופיע בתקופה שחוקרים רבים במקצוענו משתלבים יותר ויותר בקבוצות מחקר באירופה בנושאים מקצועיים רבים, ובתחום הפסיכיאטריה ההשתלבות היא מלאה ובמקום מכובד. תרגום זה, אינו אלא נדבך נוסף בהשתלבות זו במטרה ליצור שפת סיווג אחידה כרקע משותף למחקר.

תרגומו לעברית של הסיווג מחמיא גם לשפתנו, עצם המאמץ שהשקיע הצוות המקצועי בהבאת גרסה זו הוא נדבך נוסף לקראת הבעה בעברית של התסמינים והמחלות ותמיכה של שפת החשיבה בשפת ההבעה.

אנו מקווים שספר זה יהיה סנונית ראשונה לסדרת פרסומים רחבה ועשירה יותר של פרקים בפסיכיאטריה בעברית.

פרופ' ש' טיאנו

יו"ר איגוד הפסיכיאטריה בישראל

הקדמה למהדורה העברית

לראשונה מוגשת כאן לקורא, איש בריאות הנפש במקצועות השונים, מהדורה עברית לפרק הפסיכיאטרי של הקלסיפיקציה הבינלאומית של הפרעות נפשיות והתנהגותיות, ICD-10.

ההחלטה לתרגם לעברית את הגרסה הקלינית של מהדורה זו נבעה מכמה סיבות:

1. לראשונה כולל הפרק הפסיכיאטרי של ICD לא רק רשימת מחלות/הפרעות, תיאורים מזעריים שלהן והנחיות להכללה/אי הכללה, אלא גם תיאורים קליניים מפורטים למדי והנחיות אבחנתיות.

2. לראשונה כולל הפרק הפסיכיאטרי של ICD "משפחה" של גרסאות, שהעיקריות שבהן הן:

א. גרסה קלינית, הכוללת תיאורים קליניים והנחיות אבחנתיות ("הספר הכחול").

ב. גרסה מחקרית, הכוללת קריטריונים אבחנתיים (ICD-10-DCR), "הספר הירוק".

ג. גרסה המיועדת למטפלים ראשוניים (ICD-10-PHC, בדפוס).

גרסאות אלו מותאמות לאוכלוסיות משתמשות שונות ומגוונות (קלינאים ואנשי מחקר במקצועות בריאות הנפש השונים, רופאים ומטפלים אחרים ברפואה ראשונית). הגרסה הבסיסית חמשת את כולן היא הגרסה הקלינית המובאת כאן.

3. במרוצת השנים נוכחנו לדעת, שעם אוכלוסיית המשתמשים בקלסיפיקציה הפסיכיאטרית בישראל נמנים רבים שאין האנגלית (או שפות אחרות שהפרק הפסיכיאטרי של ICD-10 תורגם אליהן) שגורה בפה, וראינו מקום לתרגם לעברית ספר שימושי וחשוב זה.

בתרגום העברי נעשה מאמץ גדול לשמור הן על הדיוק בתרגום המושגים והטקסט כולו והן על שפה רהוטה וקולחת. לא קל להשיג שילוב זה ויעידו על כך ספרים מקצועיים רבים שהצליחו רק באחת משתי המשימות הללו.

אחת הבעיות הקשות בתרגום ספר, הכולל מושגים מקצועיים רבים לעברית, היא המחסור במונחים עבריים רבים המתרגמים במדויק מונחים מקצועיים "בינלאומיים". השארנו מונחים אלה כמו שהם בשימוש בפרקטיקה היום-יומית ("פסיכוזזה", "ניאורוזה", "ניאוראסטיניה"), לאחרים יש אמנם מונחים עבריים, אך הם לא נקלטו היטב בשפת אנשי המקצוע, ולא רצינו שספר זה ישמש כלי להכנסתם לשימוש ולהכביד בכך על הקורא ("סינדרום", "סימפטום", "אפיוזדה",

"אפקטיבי" ועוד). במקרים שחשנו שהמונחים העבריים נקלטו היטב, השתמשנו בהם ("אימה", "הזיה", "שטיון", "הפרעה טורדנית-כפייתית" ועוד).

התלבטנו מאוד בשימוש במושגים "מחלה" (disease) לעומת "הפרעה" (disorder). המושג disease (dis-ease) מדגיש את אי הנוחות, את הסבל, את הסימפטום הסוביקטיבי, ואילו המושג disorder (dis-order) את ההפרעה בסדר, בפונקציה, את הסימן (sign), את האובייקטיבי והניתן למדידה. אין אנו זוגלים בגישה כי על הספקטרום של סטיה מהנורמה ה"הפרעה" היא ביטוי של פתולוגיה קלה יותר ואילו ה"מחלה" היא ביטוי של פתולוגיה קשה יותר.

עם זאת, "הפרעה" נחשבת כמושג פחות סטיגמטי, והיא קנתה לה מקום במילון הפסיכיאטרי עד כדי כך שהיא מקובלת כמחליפה את המושג "מחלה". השתמשנו על כן במושג "הפרעה" באופן נרחב, כמושג קרוב וכמעט נרדף ל"מחלה" ובהתאם להגדרת המושג במבוא הכללי לספר זה (ע' 20).

לנוחות הקורא יש בספר גם מילון מונחים הן אנגלי-עברי והן עברי-אנגלי.

תרגמו את הספר כמה אנשי מקצוע וקבוצות, שלקחו חלק בתרגום של פרק אחד או שניים מפרקי הספר. ערכו את הספר העורך המקצועי הראשי, ועורך מקצועי. מצאנו כי רק שילוב מוצלח בין איש מקצוע בתחום העריכה ובין איש מקצוע בתחום בריאות הנפש הביא לתרגום מוצלח, והשקענו את מרב המאמצים להשיג זאת.

מדיניותו של ארגון הבריאות העולמי, האחראי על פיתוח מערכת הקלסיפיקציה הבינלאומית ועל עדכונה, הייתה עד כה להוציא לאור מהדורה חדשה כל 10 שנים בקירוב. נראה, כי מורכבות המערכות הנשענות על ומערכת הקלסיפיקטורית (מערכות מידע, מערכות תמחור ועוד), ההולכת ומתעצמת תאריך את תוחלת החיים של המהדורות, ונראה שמהדורה זו תשרת אותנו יותר מעשור.

חשוב אפוא שנכיר היטב את כל משפחת הגרסאות ואת כל מערכות העזר שלהן (לוחות תהמרה בין ICD-8 — ICD-9 — ICD-10 ובין ICD-10 ל-DSM-IV, ראיונות מובנים כמו SCAN, CIDI, IPDE, מערכות אבחנה רב-ציריות למבוגרים ולילדים וכו'), וזאת כדי שנביא את המשתמש לניצול מרבי של המערכת שבסיסה הנו ספר זה.

הרבה גופים ויחידים תרמו למהדורה העברית, ותודתי נתונה להם. במיוחד יבוא על הברכה ארגון הבריאות הבינלאומי, אשר ניאות להעביר את זכויותיו בספר למו"ל העברי; איגוד הפסיכיאטריה בישראל, אשר לקח על עצמו את תפקיד המו"ל בישראל; משרד הבריאות, שמימן את העריכה של המהדורה העברית והתחייב לארגן ולממן את ההטמעה של הפרק הפסיכיאטרי של ICD-10 במערכת הפסיכיאטרית בארץ.

בתרגום השתתפו חברינו הבאים (לפי סדר הפרקים): ד"ר דליה גלבוע וד"ר מוטי מרק (מבוא כללי והקדמה), פרופ' חנן מוניץ (F0 ועורך מישנה), ד"ר משה אברמוביץ

(F1), פרופ' אבנר אליצור (F2), פרופ' יגאל גינת (F3 ומילון מונחים), פרופ' יוסף זהר וצוותו: ד"ר אירנה דולברג, ד"ר סט קינדלר וד"ר יהודה ששון (F4), ד"ר דוד גרינברג וד"ר קוני גרופ (F5), ד"ר אליעזר ויצטום (F6), פרופ' אבי וייצמן וד"ר טל וייצמן (F7, F8), ד"ר עליזה בלום וד"ר אורית פומרנץ (F9).

את העריכה העברית ואת מילון המונחים הפיקו "תרגומי איכות".

תודה נוספת ומיוחדת למזכירתי, אילנה מהריאן, אשר שבה והדפיסה, בסבלנות אין קץ, את כל התיקונים ואת תיקוני התיקונים הן בשלבי הכנת מהדורה זו והן בעריכה הסופית שלה.

פרופ' יגאל גינת

עורך מקצועי ראשי, ויו"ר צוות ההטמעה

מבוא כללי

כרך זה, הכולל את הפרק החמישי של ICD-10, עוסק בהפרעות נפשיות והתנהגותיות, והוא כולל כמה גרסות המשמשות למטרות שונות. גרסה זו, הכוללת "תיאורים קליניים והנחיות לאבחנה", נועדה לשימוש קליני והוראתי ולצורך מתן שירות. גרסה נוספת הכוללת "קריטריונים אבחנתיים למחקר" ("הספר הירוק") הוכנה לצרכי מחקר ומותאמת לשימוש יחד עם ספר זה. רשימת המונחים (glossary) המקוצרת המופיעה בפרק החמישי (F) של ICD-10, מתאימה לצרכי מנהלה וקידוד ומשמשת גם נקודת התייחסות להתאמה עם סיווגים אחרים. היא אינה מומלצת לשימושם של מטפלים מומחים. גרסה קצרה ופשוטה יותר, לשימושם של העובדים ברפואה הראשונית (ICD-10-PHC), נמצאת כעת בשלבי הכנה, כמו גם הצעה לאבחון רב-צירי. הגרסה שלפנינו שימשה בסיס לפיתוח הגרסות הנוספות. הושקעה בה עבודה יסודית וקפדנית כדי למנוע אי-התאמה בין הגרסות השונות.

מבנה הספר

מומלץ ללמוד היטב את המבוא הכללי וכן לקרוא בעיון את המבואות הנוספים ואת ההסברים שבתחילת כמה מהקטגוריות. הדבר חשוב בעיקר ביחס לקטגוריה F23-F30 (הפרעות פסיכוטיות חריפות וחולפות) וכן ביחס לקובץ ההפרעות F39-F40 (הפרעות במצב הרוח). תשומת לב מיוחדת הוקדשה להסברת דרכי הסיווג, בשל הקשיים הכרוכים בתיאור ובסיווג של הפרעות אלה.

לכל הפרעה הובא תיאור של האפיונים הקליניים העיקריים, וכן של אפיונים נלווים, שהם חשובים אך פחות ייחודיים. ברוב המקרים מצורפות "הנחיות לאבחנה", המציינות את מספר הסימפטומים ואת האיוון ביניהם, כנדרש לצורך קביעת אבחנה ודאית. ההנחיות נרשמו באופן המאפשר מידה מסוימת של גמישות בתהליך קבלת ההחלטות האבחוניות. בעיקר אמור הדבר לגבי מצבים שבהם תיתכן אבחנה זמנית, בטרם תוברר התמונה הקלינית או לפני שיושג המידע השלם. כדי להימנע מחזרות הובאו לגבי קבוצות מסוימות של הפרעות ותיאורים קליניים והנחיות כלליות, נוסף על אלה המתייחסים להפרעות האינדיווידואליות.

כאשר התמלאו בבירור הדרישות המופיעות בהנחיות לאבחנה, היא תיחשב "ליוודאית". גם כשהדרישות התמלאו רק בחלקן רצוי לרשום אבחנה, וזאת למטרות רבות. במצב זה נתונה ההחלטה כיצד לרשום את האבחנה לשיקול המאבחן או המשתמשים האחרים. אפשר לציין דרגות נמוכות יותר של ודאות לכמו אבחנה "ארעית" (provisional) כשעדיין אמור להגיע מידע נוסף, או "אפשרית"

(tentative) כשאין סבירות שיושג מידע נוסף, המתחייבות מנסיבות אלה. הקביעות לגבי משך הסימפטומים משמשות הנחיות כלליות ואינן בגדר דרישות נוקשות; על הקלינאים להפעיל את שיקול דעתם בבחירה הולמת של האבחנות, כאשר משכו של סימפטום מסוים קצר או ארוך במקצת מכפי שנרשם בסיווג.

ההנחיות לאבחנה אמורות לשמש גם גירוי להוראה הקלינית, שכן הן מאזכרות היבטים של הניסיון הקליני המעשי, שאפשר למצוא באופן מפורט יותר במרבית ספרי הלימוד הפסיכיאטריים. ההנחיות עשויות להתאים גם לסוגי מחקר שונים, שבהם אין דרישה לדיוק מרבי (ולפיכך גם להגבלה) של השימוש בקריטריונים האבחנתיים.

התיאורים וההנחיות האלה אינם בעלי משמעויות תיאורטיות ואינם מתיימרים להציג קביעות מקיפות ביחס לידע הנוכחי על אודות ההפרעות. הם מבוססים על מערך של סימפטומים והתייחסויות, שיועצים ומומחים במדינות שונות רואים בבסיס הגיוני להגדרת הגבולות של הקטיגוריות בסיווג של הפרעות נפשיות.

הבדלים עיקריים בין הפרק החמישי (F) של ICD-10 ובין הפרק החמישי של ICD-9

עקרונות כלליים של ICD-10

ICD-10 רחב יותר מ-ICD-9, שבו נעשה שימוש בקודים מספריים (001-999). ב-ICD-10 אומצה שיטת קידוד אלפאנומרית, המבוססת על אות צעמדות לה שתי ספרות (A00-Z99) ויחד הן מהוות שלושה סימנים. שיטה זו הגדילה מאוד את מספר הקטיגוריות בסיווג. קיימת אפשרות לפירוט נוסף באמצעות ספרה נוספת, ברמה של ארבעה סימנים.

הפרק החדן בהפרעות נפשיות ב-ICD-9 מכיל רק 30 קטיגוריות בנות שלושה סימנים (290-319), ואילו הפרק החמישי (F) של ICD-10 מחזיק 100 קטיגוריות כאלה (F00-F99). בינתיים נותר חלק מהן ללא שימוש, דבר שיאפשר שינויים בסיווג הקיים בלא שידרש עיצוב מחודש של השיטה כולה.

ICD-10 כחטיבה שלמה תוכנן לשמש הסיווג המרכזי של משפחת-סיווגים של מצבי חולי ובריאות. אחדים מהחברים במשפחת הסיווגים נגזרים מסיווג חמישי ואפילו שיש, המשמשים לפירוט נוסף. במקרים אחרים רוכזו הקטיגוריות להצגת קבוצות רחבות, המתאימות לשימוש גם בשירותי הרפואה הראשונית והכללית. בהכנה נמצא אבחון רבי-צירי של הפרק החמישי של ICD-10, וגרסה נפרדת לפסיכיאטריה המחקרית והמעשית של הילד. "המשפחה" כוללת גם סיווגים המכסים מידע שאינו מופיע ב-ICD אך נושא השלכות רפואיות חשובות, כמו למשל הסיווג של פגומות (impairments), נכויות (disabilities) ומוגבלויות (handicaps), הסיווג של נהלים רפואיים והסיווג של הסיבות למפגש בין חולים ובין מטפלים.

ניאורוזה ופסיכוזא

ב-ICD-10 לא השתמשנו בחלוקה המסורתית בין פסיכוזא לניאורוזה כמו ב-ICD-9 (למרות ששם היא נותרה במכוון ללא ניסיון להגדיר את המושגים האלה). יחד עם זאת, נשמר המונח "ניאורוטי" לשימוש מזדמן, לדוגמה: בכותרת של קבוצת ההפרעות F40-F48, "הפרעות ניאורוטיות, תליונות-דחק וסומטופורמיות". חוץ מניאורוזה דיכאונית, נמצאות רוב ההפרעות הנחשבות לניאורוזות בקובץ זה, והשאר – בקבוצים אחרים. במקום ללכת בעקבות החלוקה ניאורוטי-פסיכוזא, מקובצות עכשיו ההפרעות בהתאם לנושאים המשותפים להן ולדמיון התיאורי שביניהן, באופן המקל מאוד על המשתמשים. למשל, ציקלותימיה (F34.0) מוקמה בקובץ F30-F39 (הפרעות במצב הרוח) ולא ב-F60-F69 (הפרעות של האישיות וההתנהגות הבוגרת). בדומה לכך, קובצו יחדיו כל ההפרעות הקשורות לשימוש בחומרים פסיכואקטיביים ב-F10-F19, בלי להתחשב בחומרותן.

"פסיכוזא" נשמר כמונח תיאורי נוח, בעיקר במסגרת F23, הפרעות פסיכוטיות חריפות וחולפות. השימוש בו אינו מבוסס על הנחות בנוגע למנגנונים פסיכודינמיים, אלא מצביע על נוכחותן של הזיות, מחשבות שוא או חריגות בהתנהגות, כמו התרגשות יתר ופעילות יתר, עיכוב פסיכומוטורי בולט והתנהגות קטטונית.

הבדלים אחרים בין ICD-9 ובין ICD-10

כל ההפרעות שאפשר ליחס להן גורם אורגני מקובצות יחד בקובץ F00-F09, והדבר מקל על השימוש בחלק זה של הסיווג, לעומת החלוקה ב-ICD-9.

גם הארגון החדש של הפרעות נפשיות והתנהגויות כתוצאה משימוש בחומרים פסיכואקטיביים בקובץ F10-F19, נמצא יעיל יותר מהשיטה הקודמת. הסימן השלישי מציינ את החומר שבשימוש, והסימנים הרביעי והחמישי – את התסמונת הפסיכופתולוגית, קרי מהרעלה חריפה ועד מצבים שרידיים (Residual) ארגון זה מאפשר לדוות על כל ההפרעות הקשורות לשימוש בחומרים, אפילו כשמשמשים רק בקטיגוריות של שלושה סימנים.

הקובץ הכולל סכיזופרניה, מצבים סכיזופיליים והפרעות דליוזנליות (F20-F29), הורחב באמצעות הכללת קטיגוריות חדשות, כמו: סכיזופרניה לא מובחנת, דיכאון שלאחר סכיזופרניה והפרעה סכיזופילית. הסיווג של פסיכוזות חריפות וקצרות, הנצפות לעיתים קרובות במרבית הארצות המתפתחות, הורחב מאוד בהשוואה לזה המופיע ב-ICD-9.

סיווג ההפרעות במצב הרוח (אפקטיביות) הושפע באופן ניכר מהעיקרון של קיבוץ הפרעות בעלות מכנה משותף. לא נעשה שימוש במונחים כמו "דיכאון ניאורוטי" או "דיכאון אנדוגני", אולם אפשר למצוא להם מקבילות בסוגי הדיכאון ובדרגות החומרה שלו, המפורטים בקובץ (ובכלל זה, דיסתימיה (F34.1)).

התסמונות ההתנהגותיות וההפרעות הנפשיות הקשורות לתפקוד פיזיולוגי לקוי ולשינויים הורמונליים, כמו הפרעות אכילה, הפרעות שינה לא אורגניות וליקויים בתפקוד המיני, קובצו יחד ב-F50-F59. הן מתוארות בפירוט נרחב יותר לעומת ICD-9, בגלל הצורך הגדל והולך בסיווג כזה בפסיכיאטריה הייעוצית.

הקובץ F60-F69 מכיל כמה הפרעות חדשות של התנהגות אצל מבוגרים, כמו: הימור פתולוגי, הצתה פתולוגית וגניבה פתולוגית, נוסף על הפרעות האישיות המקובלות. הפרעות בהעדפה המינית הופרדו בבירור מהפרעות בזהות המינית, ואין עוד קטיגוריה של הומוסקסואליות כשלעצמה.

הערות נוספות הנוגעות להבדלים בין אמצעי הקידוד של הפרעות ייחודיות לילדות ולפיגור שכלי, אפשר למצוא בעמודים 31-33.

בעיות של מינוח

הפרעה (disorder)

לאורך כל הסיווג השתמשנו במונח "הפרעה" (disorder), כדי להימנע מבעיות קשות יותר שבשימוש במונחים כמו "מחלה" (disease) או "חולי" (illness). המונח "הפרעה" אינו מדויק, אך הוא משמש כאן כדי לסמן את קיומו של מערך סימפטומים או של התנהגות, המוכרים באופן קליני וקשורים, במרבית המקרים, למצוקה ולהפרעה בתפקודים האישיים. אין לכלול בהפרעה נפשית, כפי שהוגדרה כאן, סטייה חברתית או קונפליקט בלבד, שאינם מלווים בליקוי בתפקוד האיש.

פסיכוגני ופסיכוסומטי

בשמות הקטיגוריות לא נעשה שימוש במונח "פסיכוגני", לאור משמעויותיו הנבדלות בשפות השונות ובמסורות הפסיכיאטריות השונות. מפעם לפעם הוא מופיע בטקסט, ואז הוא בא לציין שהמאבחן מחשיב קשיים או אירועים בולטים כבעלי תפקיד חשוב בהיווצרות ההפרעה.

מסיבות דומות לא נעשה שימוש גם במונח "פסיכוסומטי". כמו כן, השימוש במונח עלול להתפרש כאילו הגורמים הפסיכולוגיים אינם משחקים תפקיד בהופעה, במהלך ובתוצאה של מחלות אחרות, שלא תוארו כבעלות מרכיב כזה. הפרעות, שהוגדרו כפסיכוסומטיות בסיווגים אחרים, נמצאות כאן בקטיגוריות F45- (הפרעות סומטופורמיות), F50- (הפרעות אכילה), F52- (ליקוי בתפקוד המיני) ו-F54- (גורמים פסיכולוגיים והתנהגותיים הקשורים להפרעות או למחלות חמסוגות במקום אחר). בעיקר חשוב לציין את הקטיגוריה F54- (תמקבילה

* הערות על קטיגוריות נבחרות בסיווג של הפרעות נפשיות והתנהגותיות ב-ICD-10.

לקטיגוריה 316 ב-ICD-9), שנועדה לפרט את הקשר להפרעות גופניות, שקודדו במקום אחר ב-ICD-10 עם גורם רגשי. דוגמא נפוצה לכך: קיזוז אסתמה או אקזמה עם רקע נפשי באמצעות F54 מהפרק התמישי, בתוספת הקוד המתאים למצב הגופני מפרקים אחרים ב-ICD-10.

פגימה, נכות, מוגבלות ומונחים קשורים

מונחים אלה משמשים בהתאם לשיטה שקבע ארגון הבריאות העולמי*. מפעם לפעם הם משמשים במובן רחב יותר, כשהמסורת הקלינית מצדיקה זאת. עיין גם בעמודים 23-24, המתארים לשיטות ולקשריו עם פגימה, נכות ומוגבלות.

הערות נוספות למשתמשים בסיווג

ילדים ומתבגרים

קבצים F80-F89 (הפרעות בהתפתחות הנפשית) ו-F90-F98 (הפרעות התנהגותיות ורגשיות שתחילתן בדרך כלל בילדות או בגיל ההתבגרות) מכילים רק את ההפרעות הייחודיות לילדות ולהתבגרות. יש הפרעות שסווגו בקטיגוריות אחרות והן עלולות לחול בכל גיל. לפי הצורך, יש להשתמש בהן גם לילדים ולמתבגרים. דוגמאות בולטות הן: הפרעות אכילה (F50-), הפרעות שינה (F51-) והפרעות בזהות המינית (F64-). סוגים אחדים של בעת (פוביה) מופיעים אצל ילדים והם מציבים קשיים מיוחדים בסיווגם, כפי שצוין במבוא ל-F93.1 (הפרעה של חרדה בעתית (פובית) בילדות).

רישום של יותר מאבחנה אחת

מומלץ לקלינאים לחקפיד על הכלל של רישום אבחנות רבות ככל הנדרש למיזוי התמונה הקלינית. כשרשמים כמה אבחנות, מוטב להקנות עדיפות לאחת מהן ולסווגה כאבחנה העיקרית, ואת האחרות לכנות משניות או נלוות. בדרך כלל, יש להקנות עדיפות לאבחנה המתאימה ביותר למטרות האבחון; על-פירוב אמור הדבר לגבי ההפרעה שהובילה לייעוץ או לפניית לשירותי הבריאות. במקרים רבים תהיה זו ההפרעה המחייבת אשפוז סגור, טיפול מרפאתי או אשפוז יום. ייתכן גם שהאבחנה החשובה ביותר תהיה זו השלטת לאורך זמן, ולא זו שהובילה לייעוץ המיידי (למשל, כשמדובר בחולה בסכיזופרניה כרונית, המגיע לטיפול בגלל סימפטומים של חרדה חריפה). במקרה של ספק ביחס לרישום כמה אבחנות, או כשהמאבחן תוהה מהי המטרה של איסוף המידע, מומלץ לרשום את האבחנות לפי הסדר המספרי שניתן להן בסיווג זה.

* סיווג בינלאומי של פגמים נכויות ומוגבלויות גיבה, ארגון הבריאות העולמי 1980.

רישום אבחנות מפרקים אחרים של ICD-10

מומלץ מאוד להשתמש בפרקים אחרים של ICD-10, נוסף על הפרק החמישי. הקטיגוריות המתאימות ביותר לשירותי בריאות הנפש כלולות בנספח לספר זה.

הערות על קטיגוריות נבחרות בסיווג של הפרעות נפשיות והתנהגותיות ב-ICD-10

במחלק ההכנה של הפרק הון בהפרעות נפשיות, עוררו קטיגוריות אחדות עניין רב ופולמוס בקרב העוסקים במלאכה, עד שהושגה ביניהם מידה סבירה של הסכמה ותמימות דעים. להלן יוצגו הערות קצרות הנוגעות לנושאים שעוררו מחלוקת.

שטיון (dementia) (F03-F01) וחקשר שלו לפגימה, לנכות ולמוגבלות

אף שירידה בכשרים הקוגניטיביים היא חיונית לאבחנת שטיון, לא שימשה שום הפרעה בתפקוד החברתי, בתוך המשפחה או בחקשר לתעסוקה, כהנחיה אבחנתית או כקריטריון. זו דוגמא אחת ליישום העיקרון הכללי, המתייחס להגדרות של כל ההפרעות בפרק החמישי של ICD-10; עיקרון זה אומץ בשל חשונות הרבה שבין תרבויות, דתות ולאומים, בכל הקשר לעבודה ולתפקידים החברתיים הנדרשים, או הנחשבים להולמים. יחד עם זאת, אחרי שנקבעה אבחנה תוך כדי שימוש במידע אחר, מידת העיכוב או הפגיעה החלה בעבודתו של האדם, בחייו המשפחתיים או בפעילותו בשעות הפנאי, עשויה לשמש סמן יעיל בקביעת חומרתה של ההפרעה.

זה השלב המתאים לעסוק בנושא הכללי של הקשרים בין סימפטומים, קריטריונים אבחנתיים והשיטה שאימצ ארגון הבריאות העולמי לתיאור פגימה, נכות ומוגבלות. לפי מונחי השיטה הזו, פגימה (impairment) חנה "אובדן או חריגה... של מבנה או תפקוד", ומתבטאת באופן נפשי בהפרעה בתפקודים הנפשיים, כמו זיכרון, קשב ורגש. סוגים רבים של פגמות נפשיות הוכרו תמיד כסימפטומים פסיכיאטריים. במידה פחותה נחשבו, בהתאם למקובל, גם סוגים אחדים של נכות (disability) כסימפטומים פסיכיאטריים (תגדרת נכות לפי שיטה זו: "הגבלה או חוסר... יכולת לבצע פעילות באורח, או בטוח, הנחשב לתקין לבן אנושי"). דוגמאות לנכות ברמה האישית כוללות פעולות יום-יומיות רגילות, ובדרך כלל חיוניות, הקשורות לטיפול אישי, כמו: רחצה, התלבשות, אכילה ושליטה על הפרשה. הפרעה בפעולות אלה היא לרוב תוצאה ישירה של פגימה נפשית, והיא מושפעת במידה מועטה, אם בכלל, מהתרבות של הפרט. לכן הכללתן של נכויות אישיות בהנחיות לאבחנה ובקריטריונים, בעיקר של שטיון, היא לגיטימית.

לעומת זאת, מוגבלות (handicap) המוגדרת כ"נזק של הפרט... המונע או מגביל את ביצוע התפקיד, שהפרט מורגל בו בדרך כלל" מייצגת את השפעותיהן של פגמות

ושל נכויות בהקשר חברתי רחב, העלול להיות מושפע מאוד מהתפיסה התרבותית. לכן מוגבלויות אינן יכולות לשמש מרכיבים חיוניים לאבחנה.

משכם של סימפטומים הנדרשים לאבחנת סכיזופרניה (F20.)

מצבים מטרימים (פרודרומליים)

לפני הופעתם של סימפטומים סכיזופרניים טיפוסיים יש לפעמים תקופה של שבועות או חודשים – בעיקר אצל אנשים צעירים – שבמהלכה מופיעים סימפטומים לא ייחודיים (כמו: אובדן עניין, הימנעות מתבונה או מעבודה, רגזנות ורגישות יתר). סימפטומים אלה אינם אבחנתיים להפרעה כלשהי, אך לבטח אינם טיפוסיים למצב התקין. לעתים קרובות הם מטרידים את המשפחה ופוגמים בכושרו של הפרט, ממש כמו הסימפטומים החולניים המובהקים, כמו הזיות ומחשבות שווא, המתפתחים בשלב מאוחר יותר. במבט לאחור נתפסים סימנים מטרימים אלה כחלק חשוב בהתפתחות ההפרעה. עם זאת – יש מידע שיטתי מועט באשר למידת שכיחותם של סימנים כאלה בהפרעות נפשיות אחרות, ובנוגע לשאלה האם מצבים דומים מופיעים ונעלמים, מפעם לפעם, גם אצל אנשים שלעולם אינם מפתחים הפרעה נפשית מאובחנת.

אפשר יהיה לזהות סימן מטריס טיפוסי וייחודי לסכיזופרניה, שאפשר לתארו באמינות ולהוכיח שהוא אינו שכיח אצל אנשים עם הפרעות נפשיות אחרות, או אצל אנשים שאין להם הפרעות בכלל, אז יהיה זה מוצדק להכלילו בין הקריטריונים האפשריים לסכיזופרניה. בשלב זה הוסכם שלאור מטרותיו של ICD-10, אין די מידע בנושא זה כדי להצדיק הכללתו של מצב מטריס כזה כגורם תורם לאבחנה. בעיה נוספת שטרם נפתרה נוגעת לאפשרות ההבחנה בין סימני אזהרה כאלה ובין הפרעות אישיות סכיזואידית ופרנואידית.

הפרדה של הפרעות פסיכוטיות חריפות וחולפות (F23.) מסכיזופרניה (F20.)

אבחנה של סכיזופרניה ב-ICD-10 תלויה בנוכחותם של מחשבות שווא והזיות, או סימפטומים טיפוסיים אחרים (כמתואר בעמ' 99-102), לפרק זמן של חודש לפחות.

מסורות קליניות חזקות בארצות אחרות, המתבססות על מחקרים שהם תיאוריים יותר מאשר אפידמיולוגיים, תורמות למסקנה שבלא תלות בהגדרתה של דמנציה פרקוקס לפי קראפלץ ושל הסכיזופרניות של בלוייר, הן אינן זהות לפסיכוזות חריפות מאוד בעלות התחלה פתאומית, מהלך קצר של שבועות או אף של ימים והחלמה טהה. מונחים כמו "התקפת שיגעון" (*bouffée délirante*), "פסיכוזה פסיכוגנית", "פסיכוזה סכיזופרנית", "פסיכוזה ציקלואידית" ו"פסיכוזה תגובתית קצרה", מצביעים על המגוון הרחב אך השונה של דעות ושל מסורות,

שהתפתחו עם הזמן. הדעות והראיות אינן זהות גם ביחס לשאלה האם ייתכנו סימפטומים חולפים אך אופייניים בהפרעות אלה, והאם הן קשורות תמיד, או בדרך כלל, לדחק נפשי חריף (למשל, "התקפת שיגעון" תוארה בתחילה כלא קשורה לגורם נפשי קודם ברור).

בהתחשב בכך שהידע הנוכחי על סכיזופרניה ועל הפרעות חריפות יותר לוקה בחסר, הוחלט שהאפשרות הטובה ביותר ל-ICD-10 תהיה לאפשר פרק זמן מינימלי שבתוכו יכולים הסימפטומים של ההפרעות החריפות להופיע, להיות מאובחנות ולהיעלם, לפני שתיקבע אבחנה של סכיזופרניה. מרבית המחקרים הקליניים ובני הסמך הפסיכיאטריים גורסים, שאצל רוב החולים בפסיכוזות חריפות מופיעים הסימפטומים הפסיכוטיים בתוך ימים אחדים או שבוע-שבועיים, וכן שחולים רבים מחלימים, עם או בלי טיפול תרופתי, כעבור שבועיים-שלושה. לפיכך נראה שחודש הוא פרק זמן הולם לקביעת נקודת המעבר בין ההפרעות החריפות, המתאפיינות בסימפטומים סכיזופרניים, ובין סכיזופרניה עצמה. כשמוזכר בחולים הסובלים מסימפטומים פסיכוטיים, אך לא סכיזופרניים, אין צורך לשנות את האבחנה עד שתתמלא דרישת הזמן של הפרעה דלזיונלית (F22.0) (שלושה חודשים, כפי שצוין בהמשך).

גם בפסיכוזות סימפטומטיות חריפות (שהדוגמא הטובה ביותר להן היא פסיכוזה שמאמפטמין), מדובר על פרק זמן דומה. הפסקת נטילתו של הגורם הכימי מביאה לרוב להיעלמות הסימפטומים בתוך 8-10 ימים. אך מאחר שלפעמים חולפים 7-10 ימים עד שהם באים לידי ביטוי ומטרידים (ועד שהחולה מגיע לטיפול), משכם הכללי יכול להיות 20 יום או יותר. לכן, חודש ימים נראה כפרק הזמן ההולם למשכה הכולל של ההפרעה, לפני שהיא תכונה סכיזופרניה, בתנאי שהסימפטומים הטיפוסיים לה מתמידים. אימוץ תקופה של חודש להתמשכות הסימפטומים הפסיכוטיים הטיפוסיים כקריטריון הכרחי לאבחנת סכיזופרניה דוחה את התנחה שהיא צריכה להיות ממושכת באופן יחסי. יש סיווגים לאומיים שאימצו את פרק הזמן של שישה חודשים, אך במצב אי הידע הנוכחי נראה שאין שום יתרונות בהגבלת האבחנה של סכיזופרניה בדרך זו. בשני מחקרים בינלאומיים, שבדקו סכיזופרניה והפרעות קרובות, נמצא אחוז ניכר של חולים שהדגו סימפטומים סכיזופרניים טיפוסיים במשך יותר מחודש אך פחות משישה חודשים, ואף החלימו כמעט לחלוטין. לפיכך נראה שלמטרות ICD-10 מוטב להימנע מהנחות בדבר כרוניות כתופעה הכרחית לאבחנה של סכיזופרניה. רצוי להתייחס למונח כתיאור של תסמונת בעלת מגוון רחב של סיבות (שרובן עדיין לא ידועות) ושל תוצאות, התלויות באיזון של ההשפעות הגנטיות, הגופניות, החברתיות והתרבותיות.

ויכות ניכר נסב על משך הזמן ההולם ביותר של הסימפטומים, שיוגדר כחיוני לאבחנה של הפרעה דלזיונלית מתמדת (F22.). לבסוף נבחר פרק זמן של שלושה חודשים, משום שלחיות זמן ההכרעה עד שישה חודשים או יותר מחייבת הכללת קטיגוריה מתווכת בין הפרעות פסיכוטיות חריפות וחולפות (F23.) ובין הפרעה

לקטיגוריה של הפרעה סכיזואפקטיבית. צריך להוסיף לפחות סימפטום סכיזופרני טיפוסי אחד יחד עם הסימפטומים האפקטיביים במהלך אותה אפיזודה של ההפרעה.

הפרעות במצב הרוח [mood (affective) disorders] (F39-F30)

נראה שפסיכיאטרים ימשיכו לחלוק זה על זה בנוגע לסיווג הפרעות אלה, עד שיפותחו שיטות לחלוקת התסמונות הקליניות שיאפשרו הסתמכות, לפחות חלקית, על מדידות פיזיולוגיות וביוכימיות, ולא רק על תיאורים קליניים של רגשות ושל התנהגות. כל עוד קיימת ההגבלה הזו, ייתכנו שתי אפשרויות: סיווג פשוט יחסית לפי כמה דרגות חומרה בלבד, או פירוט נרחב הכולל יותר תת-חלוקות.

טיוטת ICD-10 מ-1987, ששימשה לניסויי שדה, הצטיינה בפשטות וכללה לדוגמא אפיזודות דיכאוניות קלות וחמורות בלבד, ללא הפרדה בין היפומניה ובין מניה, וללא המלצות לפירוט נוכחותם או העדרם של סימנים קליניים מוכרים, כמו תסמונת "סומטית" או מחשבות שווא והזיות בעלות אופי אפקטיבי. בהיזון חוזר ממחקרי השדה וממקורות אחרים, עלתה הדרישה לפירוט כמה דרגות חומרה של דיכאון, ולציון האפיונים האחרים שצוינו לעיל. נוסף על כך, מניתוח מקדים של הנתונים שנאספו בשדה עלה, שבמקומות רבים הקטיגוריה של "אפיזודה דיכאונית קלה" זכתה, לעתים קרובות, למהימנות נמוכה יחסית.

ברור, שהשקפותיהם של הקלינאים באשר למספר הדרוש של החלוקות של דיכאון מושפעות מאוד מסוג החולים שהם פוגשים בתדירות גבוהה. למשל, מי שעובדים במסגרת הרפואה הראשונית, במסגרת אמבולטורית או ייעוצית, זקוקים לקטיגוריות המגדירות חולים הסובלים ממצבי דיכאון קלים אך בולטים, ואילו מי שמטפלים בחולים במחלקות סגורות, נדרשים לשימוש בקטיגוריות חמורות יותר.

הגרסאות הנוכחיות נובעות, נוסף לאמור לעיל, מהתייעצויות עם מומחים בתחום ההפרעות האפקטיביות. נכללו כאן אפשרויות לפירוט של היבטים אחדים של ההפרעות האפקטיביות, שלמרות היותם רחוקים עדיין מביסוס מדעי הם נחשבים ליעילים מבחינה קלינית בקרב פסיכיאטרים ברחבי העולם. תקוותנו שהכללתם כאן תעזור דיון ומחקר נוסף באשר לערכם הקליני.

בעיות לא פתורות נותרו לגבי ההגדרה והשימוש האבחוני של אי ההתאמה (incongruence) שבין מחשבות שווא למצב הרוח. נראה שיש די ראיות ודרישה קלינית להכללת מצבים שבהם קיימות מחשבות שווא ותואמות או לא תואמות למצב הרוח, לפחות כ"אפשרות אבחנתית נוספת".

דלזיונלית מתמדת. כל נושא הקשרים שבין ההפרעות האלה ממתין למידע נוסף ומבוסס מזה הקיים כיום; פתרון פשוט יחסית, המקנה עדיפות למצבים חריפים וחולפים, נראה כאפשרות המוצלחת ביותר, וייתכן שהוא גם יעודד מחקר נוסף.

העיקרון של תיאור וסיווג הפרעה או קבוצת הפרעות באופן המציג את האפשרויות ולא משתמש בהנחות קבועות מראש שימש בהפרעות פסיכוטיות חריפות וחולפות (F23-); אלה והיבטים נוספים יידונו בקצרה במבוא לקטיגוריה זו (עמ' 111-113).

המונח "דמוי סכיזופרניה" ("schizophreniform") לא שימש להפרעה מוגדרת בסיווג זה. הדבר נובע מהשימוש בו בהגדרות קליניות שונות במהלך העשורים האחרונים ומהיותו קשור לתערובות שונות של מאפיינים, כמו: התחלה חריפה, משך קצר באופן יחסי, סימפטומים לא טיפוסיים או מעורבים ותוצאה טובה למדי. מאחר שאין הוכחה חותכת ליעילות השימוש במונח, נחשבה הכללתו כמונח אבחוני לחסרת בסיס מוצק. יתרה מזו, הצורך בקטיגוריית ביניים כזו מתברר מהשימוש ב-F23 (הפרעות פסיכוטיות חריפות וחולפות) ובתת-החלוקות שלה, בתוספת הדרישה של חודש להתמשכות הסימפטומים הפסיכטיים, לצורך אבחנת סכיזופרניה. כעזר לאלה שאינם רוצים לוותר על השימוש במונח "דמוי סכיזופרניה" כמונח אבחוני, הוא נזכר באותן הפרעות שבהן יש חפיפה מרבית עם משמעותיותו המקובלת. אלה הן: "התקף או פסיכוזה בצורת סכיזופרניה, שאינם מסווגים במקום אחר" במסגרת F20.8 (סכיזופרניה אחרת), "הפרעה או פסיכוזה קצרה דמוית סכיזופרניה" במסגרת F23.2 (הפרעה פסיכוטית חריפה דמוית סכיזופרניה).

סכיזופרניה פשוטה (F20.6)

קטיגוריה זו נשמרה משום שבכמה ארצות ממשיכים להשתמש בה, וכן בגלל אי תוודאות באשר לטבעה ולקשריה עם הפרעות אישיות סכיזואידיות והפרעה סכיזוטיפלית. הקריטריונים המוצעים להבחנתה שופכים אור על הבעיות המעשיות הכרוכות בהגדרת הגבולות של כל קבוצת ההפרעות הזו.

הפרעות סכיזואפקטיביות (F25-)

כיום יש איזון בין הראיות המחייבות הכללת הפרעות סכיזואפקטיביות בקובץ F29-F20 (סכיזופרניה והפרעות סכיזוטיפליות ודלזיונליות), ובין אלה הגורסות שיש להכלילן במסגרת F39-F30 (הפרעות במצב הרוח). ההחלטה הסופית להכלילן במסגרת F29-F20 נבעה מההיזון החוזר שהתקבל ממחקרי השדה של טיוטת 1987, ומהערותיהם של חברי הארגון הפסיכיאטרי העולמי בארצות שונות. מסורות קליניות מוצקות ונרחבות מחייבות את שמירתן בין הפרעות דלזיונליות וסכיזופרניה. למטרות הדיון הזה, יש להדגיש שבמערך נתון של סימפטומים אפקטיביים אין די בתוספת של מחשבות שווא לא תואמות כדי לשנות את האבחנה

הפרעה דיכאונית חוזרת קצרה

מאז הוצאתו לאור של ICD-9 נצטברו די ראיות המצדיקות הגדרת קטיגוריה מיוחדת לאפיונות הקצרות של דיכאון, העומדות בקריטריונים של התמרה, אך לא באלה של משך ההפרעה הדיכאונית (F32.-). משמעותם של מצבים אלה מבחינת סיווג המחלות אינה ברורה, והכללת הקטיגוריה הזו מיועדת לעודד איסוף מידע שיוביל להבנה טובה יותר של תדירותם ושל מהלכם בטווח הארוך.

אגורפוביה והפרעת אימה (panic disorder)

לאחרונה יש ויכוח רציני לגבי השאלה איזו מבין שתי ההפרעות צריכה להיחשב ראשונית. מנקודת המבט הבינלאומית החוצה תרבויות, נראה שכמות הראיות וטיבן אינם מצדיקים דחייה של הדעה המקובלת, האומרת שההפרעה הבעתית (פובית) הנה ההפרעה העיקרית, כשהתקפי האימה מציינים את חומרתה.

קטיגוריות מעורבות של חרדה ודיכאון

פסיכיאטרים ואנשי מקצוע המטפלים בחולים במסגרת הרפואה הראשונית, בעיקר בארצות מתפתחות, לבטח ימצאו שימוש בקטיגוריות F41.2 (הפרעה חרדתית ודיכאונית מעורבת), F41.3 (הפרעה חרדה מעורבת אחרות), בתת-החלוקות השונות של F43.2 (הפרעת הסתגלות) ו-F44.7 (הפרעה דיסוציאטיבית [קונברסיבית] מעורבת). מטרתן של קטיגוריות אלה היא להקל על תיאור ההפרעות המתבטאות בתערובת של סימפטומים, שתוויות פסיכיאטרית פשוטה ומסורתית יותר לא תתאים להם, אך יחד עם זאת, הם מייצגים מצבים חמורים ונפוצים של מצוקה ושל הפועה בתפקוד. הם מובילים להפניות תכופות לרופא הכללי ולשירותים הרפואיים והפסיכיאטריים. ייתכנו קשיים בשימוש בקטיגוריות אלה, אבל חשוב מאוד לבחון אותן, ואם יש צורך בכך – לשפר את הגדרתן.

הפרעות סומטופורמיות ודיסוציאטיביות הקשורות להיסטריה

בכך החמישי (F) של ICD-10 לא נעשה שימוש במונח "היסטריה" בשום כותרת של ההפרעות השונות, בשל משמעותיותו השונות והמעורפות. במקומו משמש המונח "דיסוציאטיבי" לקיבוץ כל ההפרעות, גם הדיסוציאטיביות וגם הקונברסיביות, שבעבר כונו היסטריה. הדבר נובע בעיקר מהעובדה שלחולים דיסוציאטיביים ולחולים קונברסיביים יש לעתים קרובות מאפיינים משותפים אחרים, ותכופות הם מציגים את שני סוגי ההפרעה באותה עת או בזמנים שונים. סביר להניח שבשני סוגי הסימפטומים שכיחים אותם מנגנונים נפשיים (או מנגנונים דומים מאוד).

היעילות של קיבוץ כמה הפרעות שאופן הצגתן הוא בעיקרו גופני או סומטי במסגרת המונח "סומטופורמיות", זכתה להסכמה בינלאומית נרחבת. בכל אופן, בשל הסיבות שכבר צוינו, המושג החדש הזה לא נחשב לסיבה מספקת להפרדת אמנויות ופוגות מאובדן תחושתיות ומוטורי דיסוציאטיבי.

אם אכן קיימת הפרעה של ריבוי אישיות, (F44.81), הנבדלת ממצב תלוי-תרבות או יאטרוגני, נראה שיהיה זה הפתרון הטוב ביותר למקמה בקבוצת ההפרעות הדיסוציאטיביות.

ניאוראסתניה

אף שניאוראסתניה הושמטה משיטות סיווג אחדות, היא נשמרת כקטיגוריה ב-ICD-10 משום שבכמה ארצות עדיין משתמשים בה באופן קבוע. מחקרים במערכים שונים הוכיחו שחלק ניכר מהמקרים שאובחנו כניאוראסתניה, אפשר לסווג גם במסגרת דיכאון או חרדה. יחד עם זאת, יש מקרים שבהם התסמונת הקלינית אינה מתאימה לתיאור של קטיגוריה אחרת, אך עומדת בקריטריונים שנקבעו לתסמונת של ניאוראסתניה. תקוותנו היא שהכללתה של ניאוראסתניה כקטיגוריה נפרדת תעודד מחקר נוסף.

הפרעות תלויות-תרבות

בשנים האחרונות נתקלנו פחות בצורך בקטיגוריה נפרדת להפרעות, כמו: לטה, קורו, אמוק ומגוון של הפרעות אחרות תלויות-תרבות. נכשלו הניסיונות המבוססים על מחקרים תיאוריים אמינים ועל בסיס אפידמיולוגי, לבסס את מעמדן של אלה כהפרעות המובחנות מבחינה קלינית מקטיגוריות אחרות בסיווג זה, ולפיכך הן לא סווגו בנפרד. אפשר להחשיב הפרעות אלה כווריאציות מקומיות של חרדה, דיכאון, הפרעה סומטופורמית והפרעת הסתגלות. לפיכך יש להשתמש בקוד המקביל הקרוב ביותר, בתוספת הערה לציון איזו הפרעה תלויות-תרבות מעורבת במצב. ייתכנו גם מרכיבים של התנהגות המיועדת להשגת תשומת-לב ואימוץ של תפקיד החולה, בדומה למתואר במסגרת F68.1 (יצירה מכוונת או בידוי של סימפטומים או נכיות), ואפשר לתעד גם אותם.

הפרעות התנהגותיות ונפשיות הקשורות למשכב הלידה (F53.-)

זו קטיגוריה יוצאת דופן ושנויה במחלוקת, בשל ההמלצה להשתמש בה רק כשהדבר בלתי נמנע. עצם הכללתה כאן היא הכרה בבעיות המעשיות המאפיינות ארצות מתפתחות רבות, ההופכות לבלתי אפשרי את איסוף הפרטים הדרושים לאבחון מקרים רבים של הפרעות הקשורות למשכב הלידה. למרות העדר מידע

פיגור שכלי (F70-F79)

המדיניות של הפרק החמישי (F) של ICD-10 גרסה תמיד שיש לעסוק בפיגור שכלי בקצרה ובפשטות ככל האפשר, תוך כדי הדגשה שאפשר להעריך נאמנה את הסוגיה הזו רק באמצעות שיטה מקיפה, אולי אף רב-צירית. יש לפתח שיטה כזו בנפרד, והצעות הולמות לשימוש כלל עולמי נמצאות כעת בשלבי הכנה.

הפרעות שתחילתן ייחודית לגיל הילדות

הפרעות בהתפתחות הנפשית (F80-F89)

הפרעות של תקופת הילדות, כמו אוטיזם בילדות ופסיכוזה דיסאינטגרטיבית שסווגו ב-ICD-9 כפסיכוזות, זכו כאן לסיווג הולם יותר במסגרת -F84. הפרעות התפתחותיות רחבות היקף. על אף שיותר ספק כלשהו לגבי מעמדן הנוזלוגי, הוחלט שיש די מידע המצדיק הכללה של תסמונות רט (Reit) ואספרגר (Asperger), כהפרעות מסווגות במסגרת קבוצה זו. הפרעה של פעילות יתר הקשורה לפיגור שכלי ולתנועות סטראוטיפיות (F84.4) הוכללה כאן למרות טבעה המעורב, משום שיש ראיות לתועלתה המעשית.

הפרעות התנהגותיות ורגשיות שתחילתן, בדרך כלל, בילדות או בגיל ההתבגרות (F90-F98)

ההבדלים בהשקפות הכלל עולמיות לגבי היקף המושג של הפרעה היפרקינטית הם בגדר בעיה ידועה זה שנים רבות. הם נדונו בהרחבה במהלך המפגשים בין יועצי ארגון הבריאות העולמי ובין מומחים אחרים, בתסות הפרייקט המשותף של WHO-ADAMHA. ההגדרה של הפרעה היפרקינטית ב-ICD-10 רחבה יותר מזו שניתנה ב-ICD-9. ההגדרה בסיווג זה שונה גם בהדגשה היחסית של הסימפטומים המרכיבים את התסמונת ההיפרקינטית הכוללת. מאחר שנעשה שימוש בתוצאות מחקרים שנערכו לאחרונה, יש להניח שהגדרת התסמונת ב-ICD-10 היא שיפור משמעותי להגדרה הקודמת.

הפרעת התנהגות היפרקינטית (F90.1) היא אחת מהדוגמאות היחידות לקטיגוריה משולבת, שנותרו ב-ICD-10. השימוש באבחנה זו מצביע על מילוי הקריטריונים של הפרעה היפרקינטית (F90) ושל הפרעת התנהגות (F91). יוצאים מן הכלל מועטים אלה נחשבו למוצדקים מבחינת הנוחות הקלינית, לאור העובדה שלעיתים תכופות חלות ההפרעות האלה בה בעת, ובשל החשיבות של התסמונות המעורבת בשלבים מאוחרים יותר. מכל מקום, הגרסה של ICD-10, הכוללת קריטריונים אבחנתיים למחקר (ICD-10-DCR), לבטח תמליץ לתאר מקרים אינדיבידואליים בקטיגוריות אלה, במקום של פעילות יתר, הפרעת רגשית וחומרה של הפרעת התנהגות (נוסף על הקטיגוריה המשולבת המשמשת אבחנה כוללת).

שיאפשר אבחנה של סוג מסוים של הפרעה אפקטיבית (או לעתים נדירות יותר, של סכיזופרניה), יש בדרך כלל די ידע לקביעת אבחנה של הפרעה קלה (F53.0), או חמורה (F53.1). תתחלוקה זו שימושית להערכות ולקבלת החלטות הנוגעות למתן השירותים הנדרשים.

אין בהכללת הקטיגוריה הזו כדי לטעון שכאשר יש בידינו מידע הולם, אי אפשר לסווג את מרבית המקרים של הפרעה נפשית אחרי הלידה בקטיגוריות אחרות. מומחים רבים בתחום זה מחזיקים בדעה, שרק בנדיר אפשר להבחין במהימנות פסיכוזה שלאחר הלידה מהפרעה אפקטיבית או מסכיזופרניה, ולכן אין הצדקה לקטיגוריה מיוחדת. כל פסיכיאטר המחזיק בדעת המיעוט הגורסת שאכן יש פסיכוזות מיוחדות אחרי הלידה, יכול להשתמש בקטיגוריה זו, אך עליו להיות מודע לתכליתה האמיתית.

הפרעות של האישיות הבוגרת (-F60)

בכל הסיווגים הפסיכיאטריים הנפוצים כוללות הפרעות של האישיות הבוגרת מגוון של בעיות חמורות, שפתרון מחייב מידע שאפשר להשיגו רק באמצעות חקירות מאומצות וממושכות. ההבדל בין תצפיות ובין פירושהן נהפך למסובך, בעיקר כשמנסים לסנן הנחיות לאבחנה או קריטריונים להפרעות האלה; גם מספר הקריטריונים הדרושים לאישור האבחנה נשאר כבעיה לא פתורה. מכל מקום, הניסיונות לפרט הנחיות וקריטריונים להפרעה זו עשויים להעיד שדרושה גישה חדשה לתיאור הפרעות האישיות.

אחרי היסוסים קלים נכלל, בסופו של דבר, תיאור קצר של הפרעת אישיות גבולית (F60.31), כתת-קטיגוריה של הפרעת אישיות לא יציבה מבחינה רגשית (F60.3), מתוך תקווה שהדבר יעודד מחקרים נוספים.

הפרעות אחרות של האישיות ושל ההתנהגות

הבוגרת (-F68)

בסיווג זה נכללו שתי קטיגוריות שלא הופיעו ב-ICD-9: האחת היא F68.0 – הופעת סימפטומים גופניים מסיבות נפשיות, והאחרת F68.1 – יצירה מכוונת או בידוי של סימפטומים או נכויות, גופניים או נפשיים (factitious disorder).

מאחר שאלה הפרעות של תפקיד החולה או של "ההתנהגות מחלתית", עדיף לקבץ יחד עם הפרעות אחרות של ההתנהגות הבוגרת. אלה, יחד עם התחלות (Z76.5), (malingering), שתמיד נותרה מחוץ לתחומי הפרק החמישי של ה-ICD, יוצרות שלישית אבחנות שלרוב יש להתייחס אליהן יחד. ההבדל המכריע בין שתי ההפרעות הראשונות ובין התחלות הוא שהמניע להתחלות הוא ברור ועל-פירוב מוגבל למצבים הקשורים לסכנה אישית, לגור דין פלילי או לסכומי כסף גדולים.

מהם מכסה תחום ייחודי, הציבה בעיה במימוש דרישה זו. לכן הוחלט שהפתרון המקובל ביותר יהיה להשתמש לצורך זה בקטיגוריה האחרונה לפי הסדר המספרי של סיווג זה, כלומר ב-F99.

השמטת קטיגוריות שהוצעו בטיטות ההתחלתיות של ICD-10

תהליך ההתייעצויות וסקירת הספרות, שקדמו להכנת הפרק החמישי של ICD-10, הובילו לאין-ספור הצעות לשינוי. גורמים אחדים השפיעו על ההחלטות האם לקבל או לדחות הצעות אלה. הם כללו תוצאות של מחקרי שדה, התייעצות עם ראשי הסניפים של ארגון הבריאות העולמי, דעות של חברים בצוותי הייעוץ של הארגון, תגובות על תרגומי הסיווג ומגבלות של הכללים המנחים את ICD-10 כולו.

היה זה אך טבעי לדחות הצעות אידיאליסטיות, שאין להן תמיכה מדעית, ולאמץ את ההצעות שנהנו מתמיכה מבוססת. היו גם הצעות שלמרות היותן הגיוניות כשלעצמן, נדחו בשל העובדה ששינויים, ולו קלים, בחלק אחד של הסיווג משפיעים גם על חלקים אחרים. הועלו גם הצעות בעלות ערך שיוכשרו לשימוש כלל עולמי רק אחרי מחקר נוסף. כמה הצעות כאלה נכללו בגרסאות המוקדמות והושמטו מהגרסה הסופית, ובכלל זה "הדגשה של קווי אישיות" ו"שימוש מסוכם בחומרים פסיכואקטיביים". תקוותנו שיימשך המחקר בדבר מעמדן ושימושיהן של קטיגוריות חדשניות אלה ואחרות.

הפרעה מרדנית ומתנגדת (F91.3) נכללה ב-ICD-10, בגלל ראיות בדבר אפשרות הניבוי שלה לבעיות התנהגות עתידיות. יחד עם זאת, מומלץ להשתמש בה בעיקר ביחס לילדים צעירים.

קטיגוריה 313 של ICD-9 (הפרעות ברגש ייחודיות לילדות ולהתבגרות) פותחה לכדי שתי קטיגוריות נפרדות ב-ICD-10, כלומר: הפרעות רגשיות שתחילתן ייחודית לילדות (-F93) והפרעות בתפקוד החברתי שתחילתן ייחודית לילדות ולגיל ההתבגרות (-F94). זאת בשל הצורך להבחין בין ילדים ובין מתבגרים, בכל הנוגע לצורות השונות של חרדה קשה ורגשות קרובים. הצורך הזה עולה מהשכיחות הגבוהה של מצבים שבהם אין לראות הפרעה דומה בבגרות בעקבות הפרעות רגשיות בילדות, ומהשכיחות של הפרעות ניאורוטיות בבגרות. קריטריון ההגדרה העיקרי ששימש ב-ICD-10 הוא התאמת השלב ההתפתחותי של הילד לרגש המוצג, בתוספת דרגה חריגה של התמדה בהפרעה התפקודית. במילים אחרות, הפרעות ילדות אלה הן הפרעות משמעותיות של תגובות ומצבים רגשיים, הנחשבים לתקינים בגיל הנתון, כשהם מופיעים בצורה קלה בלבד. יש להשתמש בקטיגוריות אחרות של הסיווג כשתוכנו של המצב הרגשי הוא חריג, או כשהוא חל בגיל יוצא דופן.

למרות שמה, הקטיגוריה החדשה -F94 אינה יוצאת נגד הכלל המנחה ב-ICD-10, שלא להשתמש בהפרעה של התפקידים החברתיים כקריטריון אבחנתי. החריגות בתפקוד החברתי לפי -F94 מוגבלות במספרן ונכללות ביחסי הורה-ילד ובמשפחה הקרובה. קשרים אלה אינם נושאים אותן משמעותיות או אותן וריאציות תרבותיות כמו קשרי עבודה או אלה הקשורים לפרנסת המשפחה, שנפטלו לשימוש כקריטריונים אבחנתיים.

קטיגוריות אחדות שהפסיכיאטרים המטפלים בילדים משתמשים בהן בתכיפות, כמו הפרעות אכילה (-F50), הפרעות שינה לא אורגניות (-F51) והפרעות בזהות המינית (-F64), נמצאות בסעיפים הכלליים של הסיווג, בשל תחילתן ושכיחותן הגבוהה הן אצל ילדים והן אצל מבוגרים. יחד עם זאת, אפיונים קליניים ייחודיים לילדות הצדיקו את הכללת הקטיגוריות הנוספות של הפרעות הזנה בינקות ובילדות (F98.2) ופיקה (pica) של הינקות והילדות (F98.3).

על המשתמשים בקבצים F89-F90 ו-F98-F90 להיות מודעים לתוכן של הפרק הניאורולוגי של ICD-10 [פרק שישי (G)]. זה מכיל תסמונות שביטוייהן גופניים בעיקרם וסיבתן "אורגנית" בבירור, ובהן תסמונת קליין-ליון (G47.8) שפסיכיאטרים המטפלים בילדים ימצאו בה עניין מיוחד.

הפרעה נפשית לא מסווגת (-F99)

יש סיבות מעשיות להכללתה של קטיגוריה מיוחדת לתיעוד "הפרעה נפשית לא מסווגת" ב-ICD-10. אבל תת-החלוקה של הסיווג כולו לעשרה קבצים, שכל אחד

רשימת אבחנות בעברית ובאנגלית

F00—F09 Organic, including symptomatic, mental disorders

F09—F00 הפרעות נפשיות אורגניות, ובכלל זה סימפטומטיות

- F00 Dementia in Alzheimer's disease**
 F00.0 Dementia in Alzheimer's disease with early onset
 F00.1 Dementia in Alzheimer's disease with late onset
 F00.2 Dementia in Alzheimer's disease, atypical or mixed type
 F00.9 Dementia in Alzheimer's disease, unspecified

- F00 שטיון במחלת אלצהיימר**
 F00.0 שטיון במחלת אלצהיימר, המתחיל בגיל מוקדם
 F00.1 שטיון במחלת אלצהיימר, המתחיל בגיל מאוחר
 F00.2 שטיון במחלת אלצהיימר, לא טיפוסי או מעורב
 F00.9 שטיון במחלת אלצהיימר, לא מסווג

F01 Vascular dementia

- F01.0 Vascular dementia of acute onset
 F01.1 Multi-infarct dementia
 F01.2 Subcortical vascular dementia
 F01.3 Mixed cortical and subcortical vascular dementia
 F01.8 Other vascular dementia
 F01.9 Vascular dementia, unspecified

- F01 שטיון וסקולרי**
 F01.0 שטיון וסקולרי עם התחלה חריפה
 F01.1 שטיון רב-אוטמי
 F01.2 שטיון וסקולרי תת-קליפתי
 F01.3 שטיון וסקולרי קליפתי ותת-קליפתי מעורב
 F01.8 שטיון וסקולרי אחר
 F01.9 שטיון וסקולרי, לא מסווג

F02 Dementia in other diseases classified elsewhere

- F02.0 Dementia in Pick's disease
 F02.1 Dementia in Creutzfeldt-Jakob disease
 F02.2 Dementia in Huntington's disease
 F02.3 Dementia in Parkinson's disease
 F02.4 Dementia in human immunodeficiency virus (HIV) disease
 F02.8 Dementia in other specified diseases classified elsewhere

- F02 שטיון במחלות אחרות המסווגות במקומות אחרים**
 F02.0 שטיון במחלת פיק
 F02.1 שטיון במחלת יעקב-קרויצפלד
 F02.2 שטיון במחלת הנטינגטון
 F02.3 שטיון במחלת פרקינסון
 F02.4 שטיון במחלת איידס (HIV)
 F02.8 שטיון במחלות ייחודיות אחרות, המסווגות במקומות אחרים

F03 Unspecified dementia

A fifth character may be added to specify dementia in F00-F03, as follows:

F03 שטיון לא מסווג

אפשר להשתמש בסימן חמישי, כדי לסווג שטיון בקטגוריות F03-F00, כדלקמן:

F06.9 Unspecified mental disorder due to brain damage and dysfunction and to physical disease	F06.9 הפרעה נפשית לא מסווגת, עקב נזק או ליקוי תפקודי מוחי וכתוצאה ממחלה גופנית
F07 Personality and behavioural disorders due to brain disease, damage and dysfunction	F07 הפרעות באישיות ובהתנהגות עקב מחלה, נזק או ליקוי תפקודי של המוח
F07.0 Organic personality disorder	F07.0 הפרעת אישיות אורגנית
F07.1 Postencephalitic syndrome (אנצפליטיס)	F07.1 תסמונת שלאחר דלקת המוח
F07.2 Postconcussional syndrome	F07.2 תסמונת שלאחר זעזוע מוח
F07.8 Other organic personality and behavioural disorders due to brain disease, damage and dysfunction	F07.8 הפרעות אורגניות אחרות באישיות ובהתנהגות עקב מחלה, נזק או ליקוי תפקודי של המוח
F07.9 Unspecified organic personality and behavioural disorder due to brain disease, damage and dysfunction	F07.9 הפרעה אורגנית לא מסווגת באישיות ובהתנהגות עקב מחלה, נזק או ליקוי תפקודי של המוח
F09 Unspecified organic or symptomatic mental disorder	F09 הפרעה נפשית אורגנית או סימפטומטית לא מסווגת
F10—F19 Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use	F10—F19 הפרעות נפשיות והתנהגותיות כתוצאה משימוש בחומרים פסיכואקטיביים
F10.- Mental and behavioural disorders due to use of alcohol	F10.- הפרעות נפשיות והתנהגותיות כתוצאה משימוש באלכוהול
F11.- Mental and behavioural disorders due to use of opioids	F11.- הפרעות נפשיות והתנהגותיות כתוצאה משימוש באופיאטים
F12.- Mental and behavioural disorders due to use of cannabinoids	F12.- הפרעות נפשיות והתנהגותיות כתוצאה משימוש בקנאבינואידים
F13.- Mental and behavioural disorders due to use of sedatives or hypnotics	F13.- הפרעות נפשיות והתנהגותיות כתוצאה משימוש בסמי הרגעה ובסמי שינה
F14.- Mental and behavioural disorders due to use of cocaine	F14.- הפרעות נפשיות והתנהגותיות כתוצאה משימוש בקוקאין

x0 Without additional symptoms	x0. ללא סימפטומים נוספים
x1 Other symptoms, predominantly delusional	x1. עם סימפטומים אחרים, בעיקר דלוזיונליים
x2 Other symptoms, predominantly hallucinatory	x2. עם סימפטומים אחרים, בעיקר הויתיים
x3 Other symptoms, predominantly depressive	x3. עם סימפטומים אחרים, בעיקר דיכאוניים
x4 Other mixed symptoms	x4. עם סימפטומים מעורבים אחרים
F04 Organic amnesic syndrome, not induced by alcohol and other psychoactive substances	F04 תסמונת שכחה אורגנית, שאינה תוצאה של שימוש באלכוהול או בחומרים פסיכואקטיביים אחרים
F05 Delirium, not induced by alcohol and other psychoactive substances	F05 דליריום, שאינו תוצאה של שימוש באלכוהול או בחומרים פסיכואקטיביים אחרים
F05.0 Delirium, not superimposed on dementia, so described	F05.0 דליריום, ללא שטיון
F05.1 Delirium, superimposed on dementia	F05.1 דליריום, שהיתוסף לשטיון
F05.8 Other delirium	F05.8 דליריום אחר
F05.9 Delirium, unspecified	F05.9 דליריום, לא מסווג
F06 Other mental disorders due to brain damage and dysfunction and to physical disease	F06 הפרעות נפשיות אחרות עקב נזק מוחי וליקוי תפקודי וכתוצאה ממחלה גופנית
F06.0 Organic hallucinosis	F06.0 הלוצינוזיס אורגני
F06.1 Organic catatonic disorder	F06.1 הפרעה קטטונית אורגנית
F06.2 Organic delusional [schizophrenia-like] disorder	F06.2 הפרעה דלוזיונלית (רמית סכיזופרנית) אורגנית
F06.3 Organic mood [affective] disorders	F06.3 הפרעות במצב הרוח על רקע אורגני
.30 Organic manic disorder	.30 הפרעה מנית אורגנית
.31 Organic bipolar disorder	.31 הפרעה זריקוטבית אורגנית
.32 Organic depressive disorder	.32 הפרעה דיכאונית אורגנית
.33 Organic mixed affective disorder	.33 הפרעה אפקטיבית מעורבת אורגנית
F06.4 Organic anxiety disorder	F06.4 הפרעת חרדה אורגנית
F06.5 Organic dissociative disorder	F06.5 הפרעה דיסוציאטיבית אורגנית
F06.6 Organic emotionally labile [asthenic] disorder	F06.6 הפרעה של אי יציבות רגשית (אסתנית) אורגנית
F06.7 Mild cognitive disorder	F06.7 הפרעה קוגניטיבית מתונה
F06.8 Other specified mental disorders due to brain damage and dysfunction and to physical disease	F06.8 הפרעות נפשיות מסווגות אחרות, עקב נזק או ליקוי תפקודי מוחי וכתוצאה ממחלה גופנית

23. Currently abstinent, but receiving treatment with aversive or blocking drugs	23. כעת נמנע משימוש, אך מטופל בחומרים חוסמים או אברסיביים	Flx.3
24. Currently using the substance [active dependence]	24. כעת משתמש בחומר (תלות פעילה)	Flx.4
25. Continuous use	25. שימוש רצוף	Flx.5
26. Episodic use [dipsomania]	26. שימוש לסירוגין (דיפסומניה)	Flx.6
Flx.3 Withdrawal state	Flx.3 מצב גמילה	Flx.3
30. Uncomplicated	30. ללא סיבוכים	Flx.4
31. Convulsions	31. עם פרכוסים	Flx.5
Flx.4 Withdrawal state with delirium	Flx.4 מצב גמילה עם דליריום	Flx.6
40. Without convulsions	40. ללא פרכוסים	Flx.7
41. With convulsions	41. עם פרכוסים	Flx.8
Flx.5 Psychotic disorder	Flx.5 הפרעה פסיכוטית	Flx.9
50. Schizophrenia-like	50. דמוית סכיזופרניה	Flx.10
51. Predominantly delusional	51. דלזיוזלית בעיקרה	Flx.11
52. Predominantly hallucinatory	52. הוויזית בעיקרה	Flx.12
53. Predominantly polymorphic	53. פולימורפית בעיקרה	Flx.13
54. Predominantly depressive symptoms	54. בעיקר סימפטומים זיכאניים	Flx.14
55. Predominantly manic symptoms	55. בעיקר סימפטומים מניים	Flx.15
56. Mixed	56. מעורבת	Flx.16
Flx.6 Amnesic syndrome	Flx.6 תסמונת של שכחה (אמנויה)	Flx.17
Flx.7 Residual and late-onset psychotic disorder	Flx.7 הפרעה פסיכוטית שרידית (residual) ואו שתחילתה מאוחרת	Flx.18
70. Flashbacks	70. הבזקי זיכרון (פלאשבק)	Flx.19
71. Personality or behaviour disorder	71. הפרעת אישיות או הפרעת התנהגות	Flx.20
72. Residual affective disorder	72. הפרעה אפקטיבית שרידית	Flx.21
73. Dementia	73. שטיון	Flx.22
74. Other persisting cognitive impairment	74. פגיעה קוגניטיבית מתמשכת אחרת	Flx.23
75. Late-onset psychotic disorder	75. הפרעה פסיכוטית שתחילתה מאוחרת	Flx.24
Flx.8 Other mental and behavioural disorders	Flx.8 הפרעות נפשיות או התנהגותיות אחרות	Flx.25

F15.- Mental and behavioural disorders due to use of other stimulants, including caffeine	F15.- הפרעות נפשיות והתנהגותיות כתוצאה משימוש בחומרים מעוררים (כולל קפאין)	F15.-
F16.- Mental and behavioural disorders due to use of hallucinogens	F16.- הפרעות נפשיות והתנהגותיות כתוצאה משימוש בהלוצינוגנים	F16.-
F17.- Mental and behavioural disorders due to use of tobacco	F17.- הפרעות נפשיות והתנהגותיות כתוצאה משימוש בטבק	F17.-
F18.- Mental and behavioural disorders due to use of volatile solvents	F18.- הפרעות נפשיות והתנהגותיות כתוצאה משימוש בממיסים גדיפים	F18.-
F19.- Mental and behavioural disorders due to multiple drug use and use of other psychoactive substances	F19.- הפרעות נפשיות והתנהגותיות כתוצאה משימוש בסמים רבים ובחומרים פסיכואקטיביים אחרים	F19.-
Four and five character categories may be used to specify the clinical conditions, as follows:		
Flx.0 Acute intoxication	Flx.0 הרעלה חריפה	Flx.0
00. Uncomplicated	00. ללא סיבוכים	Flx.1
01. With trauma or other bodily injury	01. עם טראומה או פגיעה גופנית אחרת	Flx.2
02. With other medical complications	02. עם סיבוכים רפואיים אחרים	Flx.3
03. With delirium	03. עם דליריום	Flx.4
04. With perceptual distortions	04. עם עיוותים בתפיסה	Flx.5
05. With coma	05. עם תרדמת	Flx.6
06. With convulsions	06. עם פרכוסים	Flx.7
07. Pathological intoxication	07. הרעלה פתולוגית	Flx.8
Flx.1 Harmful use	Flx.1 שימוש מזיק	Flx.9
Flx.2 Dependence syndrome	Flx.2 תסמונת של תלות	Flx.10
20. Currently abstinent	20. כעת נמנע משימוש	Flx.11
21. Currently abstinent, but in a protected environment	21. כעת נמנע משימוש, אך נמצא בסביבה מוגנת	Flx.12
22. Currently on a clinically supervised maintenance or replacement regime [controlled dependence]	22. כעת בביקורת מרפאתי או נוטל תחליפיסם (התמכרות מבוקרת)	Flx.13

- F23.3 Other acute predominantly delusional psychotic disorders
F23.8 Other acute and transient psychotic disorders
F23.9 Acute and transient psychotic disorders unspecified

A fifth character may be used to identify the presence or absence of associated acute stress:

- .x0 Without associated acute stress
.x1 With associated acute stress

F24 Induced delusional disorder

F25 schizoaffective disorders

- F25.0 Schizoaffective disorder, manic type
F25.1 schizoaffective disorder, depressive type
F25.2 Schizoaffective disorder, mixed type
F25.8 Other schizoaffective disorders
F25.9 Schizoaffective disorder, unspecified

F28 Other nonorganic psychotic disorders

F29 Unspecified nonorganic psychosis

F30—F39 Mood [affective] disorders

F30 Manic episode

- F30.0 Hypomania
F30.1 Mania without psychotic symptoms
F30.2 Mania with psychotic symptoms
F30.8 Other manic episodes
F30.9 Manic episode, unspecified

F31 Bipolar affective disorder

- F31.0 Bipolar affective disorder, current episode hypomanic
F31.1 Bipolar affective disorder, current episode manic without psychotic symptoms

F23.3 הפרעות חריפות אחרות, בעיקרן פסיכוטיות דלזיונליות

F23.8 הפרעות פסיכוטיות חריפות וחולפות אחרות

F23.9 הפרעות פסיכוטיות חריפות וחולפות, לא מסווגות

אפשר להשתמש בסימן חמישי כדי לזהות את נוכחותו או את העדרו של מצב דחק חריף נלווה:

- .x0 לא מצב דחק חריף נלווה
.x1 עם מצב דחק חריף נלווה

F24 הפרעה דלזיונלית מושרית (induced)

F25 הפרעות סכיואפקטיביות

- F25.0 הפרעה סכיואפקטיבית, טיפוס מני
F25.1 הפרעה סכיואפקטיבית, טיפוס דיכאוני
F25.2 הפרעה סכיואפקטיבית, טיפוס מעורב
F25.8 הפרעות סכיואפקטיביות אחרות
F25.9 הפרעה סכיואפקטיבית, לא מסווגת

F28 הפרעות פסיכוטיות לא אורגניות אחרות

F29 פסיכוזה לא אורגנית, לא מסווגת

F30—F39 הפרעות במצב הרוח (אפקטיביות)

F30 אפיזודה מנית

- F30.0 היפומניה
F30.1 מניה ללא סימפטומים פסיכטיים
F30.2 מניה עם סימפטומים פסיכטיים
F30.8 אפיזודות מנית אחרות
F30.9 אפיזודה מנית, לא מסווגת

F31 הפרעה אפקטיבית דו-קוטבית

- F31.0 הפרעה אפקטיבית דו-קוטבית, אפיזודה נוכחית היפומנית
F31.1 הפרעה אפקטיבית דו-קוטבית, אפיזודה נוכחית מנית ללא סימפטומים פסיכטיים

F1x.9 Unspecified mental and behavioural disorder

F1x.9 הפרעה נפשית או התנהגותית, לא מסווגת

F20—F29 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders

F20 Schizophrenia

- F20.0 Paranoid schizophrenia
F20.1 Hebephrenic schizophrenia
F20.2 Catatonic schizophrenia
F20.3 Undifferentiated schizophrenia
F20.4 Post-schizophrenic depression
F20.5 Residual schizophrenia
F20.6 Simple schizophrenia
F20.8 Other schizophrenia
F20.9 Schizophrenia, unspecified

A fifth character may be used to classify course:

- .x0 Continuous
.x1 Episodic with progressive deficit
.x2 Episodic with stable deficit
.x3 Episodic remittent
.x4 Incomplete remission
.x5 Complete remission
.x8 Other
.x9 Period of observation less than one year

F21 Schizotypal disorder

F22 Persistent delusional disorders

- F22.0 Delusional disorder
F22.8 Other persistent delusional disorders
F22.9 Persistent delusional disorder, unspecified

F23 Acute and transient psychotic disorders

- F23.0 Acute polymorphic psychotic disorder without symptoms of schizophrenia
F23.1 Acute polymorphic psychotic disorder with symptoms of schizophrenia
F23.2 Acute schizophrenia-like psychotic disorder

F20—F29 סכיוזופרניה והפרעות סכיוזטיפליות ודלזיונליות

F20 סכיוזופרניה

- F20.0 סכיוזופרניה פרנואידית
F20.1 סכיוזופרניה הכפרנית
F20.2 סכיוזופרניה קטטונית
F20.3 סכיוזופרניה לא מובחנת
F20.4 דיכאון שלאחר סכיוזופרניה
F20.5 סכיוזופרניה שרידית
F20.6 סכיוזופרניה פשוטה
F20.8 סכיוזופרניה אחרת
F20.9 סכיוזופרניה לא מסווגת

אפשר לסווג את המהלך בעזרת סימן חמישי:

- .x0 רציף
.x1 אפיזודי עם ליקוי מתקדם
.x2 אפיזודי עם ליקוי יציב
.x3 אפיזודי עם מצבי החלמה
.x4 החלמה תלקית
.x5 החלמה מלאה
.x8 אחר
.x9 תקופת הסתכלות, פחות משנה

F21 הפרעה סכיוזטיפלית

F22 הפרעות דלזיונליות מתמידות

- F22.0 הפרעה דלזיונלית
F22.8 הפרעות דלזיונליות מתמידות אחרות
F22.9 הפרעה דלזיונלית מתמדת, לא מסווגת

F23 הפרעות פסיכוטיות חריפות וחולפות

- F23.0 הפרעה פסיכוטית רב-צורתית (polymorphic) חריפה, ללא סימפטומים של סכיוזופרניה
F23.1 הפרעה פסיכוטית רב-צורתית חריפה, עם סימפטומים של סכיוזופרניה
F23.2 הפרעה פסיכוטית חריפה, דמוית סכיוזופרניה

11. With somatic symptoms
F33.2 Recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic symptoms
F33.3 Recurrent depressive disorder, current episode severe with psychotic symptoms
F33.4 Recurrent depressive disorder, currently in remission
F33.8 Other recurrent depressive disorders
F33.9 Recurrent depressive disorder, unspecified
- F34 Persistent mood [affective] disorders**
- F34.0 Cyclothymia
F34.1 Dysthymia
F34.8 Other persistent mood [affective] disorders
F34.9 Persistent mood [affective] disorder, unspecified
- F38 Other mood [affective] disorders**
- F38.0 other single mood [affective] disorders
.00 Mixed affective episode
F38.1 Other recurrent mood [affective] disorders
.10 Recurrent brief depressive disorder
F38.8 Other specified mood [affective] disorders
- F39 Unspecified mood [affective] disorder**
- F40—F48 Neurotic, stress-related and somatoform disorders**
- F40 Phobic anxiety disorders**
- F40.0 Agoraphobia
.00 Without panic disorder
.01 With panic disorder
11. עם סימפטומים גופניים
F33.2 הפרעה דיכאונית חוזרת, אפיוזדה נוכחית חמורה ללא סימפטומים פסיכטיים
F33.3 הפרעה דיכאונית חוזרת, אפיוזדה נוכחית חמורה עם סימפטומים פסיכטיים
F33.4 הפרעה דיכאונית חוזרת, עכשיו בהפוגה
F33.8 הפרעות דיכאוניות חוזרות אחרות
F33.9 הפרעה דיכאונית חוזרת, לא מסווגת
- F34 הפרעות מתמידות במצב הרוח (אפקטיביות)**
- F34.0 ציקלותימיה
F34.1 דיסתימיה
F34.8 הפרעות מתמידות אחרות במצב הרוח (אפקטיביות)
F34.9 הפרעה מתמידת במצב הרוח (אפקטיבית), לא מסווגת
- F38 הפרעות אחרות במצב הרוח (אפקטיביות)**
- F38.0 הפרעות יחידות אחרות במצב הרוח (אפקטיביות)
.00 אפיוזדה אפקטיבית מעורבת
F38.1 הפרעות חוזרות אחרות במצב הרוח (אפקטיביות)
.10 הפרעה דיכאונית קצרה חוזרת
F38.8 הפרעות מסווגות אחרות במצב הרוח (אפקטיביות)
- F39 הפרעה לא מסווגת במצב הרוח (אפקטיבית)**
- F40—F48 הפרעות ניאורוטיות, תלויות-דחק וסומטופורמיות**
- F40 הפרעות של חרדה בעתית (פובית)**
- F40.0 אגורופוביה
.00 ללא הפרעת אימה
.01 עם הפרעת אימה

- F31.2 Bipolar affective disorder, current episode manic with psychotic symptoms
F31.3 Bipolar affective disorder, current episode mild or moderate depression
.30 Without somatic symptoms
.31 with somatic symptoms
F31.4 Bipolar affective disorder, current episode severe depression without psychotic symptoms
F31.5 Bipolar affective disorder, current episode severe depression with psychotic symptoms
F31.6 Bipolar affective disorder, current episode mixed
F31.7 Bipolar affective disorder, currently in remission
F31.8 Other bipolar affective disorders
F31.9 Bipolar affective disorder, unspecified
- F32 Depressive episode**
- F32.0 Mild depressive episode
.00 Without somatic symptoms
.01 With somatic symptoms
F32.1 Moderate depressive episode
.10 Without somatic symptoms
.11 With somatic symptoms
F32.2 Severe depressive episode without psychotic symptoms
F32.3 Severe depressive episode with psychotic symptoms
F32.8 Other depressive episodes
F32.9 Depressive episode, unspecified
- F33 Recurrent depressive disorder**
- F33.0 Recurrent depressive disorder, current episode mild
.00 Without somatic symptoms
.01 With somatic symptoms
F33.1 Recurrent depressive disorder, current episode moderate
.10 Without somatic symptoms
- F31.2 הפרעה אפקטיבית דו־קוטבית, אפיוזדה נוכחית מניית עם סימפטומים פסיכטיים
F31.3 הפרעה אפקטיבית דו־קוטבית, אפיוזדה נוכחית דיכאון מתון עד בינוני
.30 ללא סימפטומים גופניים
.31 עם סימפטומים גופניים
F31.4 הפרעה אפקטיבית דו־קוטבית, אפיוזדה נוכחית דיכאון חמור ללא סימפטומים פסיכטיים
F31.5 הפרעה אפקטיבית דו־קוטבית, אפיוזדה נוכחית דיכאון חמור עם סימפטומים פסיכטיים
F31.6 הפרעה אפקטיבית דו־קוטבית, אפיוזדה נוכחית מעורבת
F31.7 המרעה אפקטיבית דו־קוטבית, עכשיו בהפוגה (רמיסיה)
F31.8 הפרעות אפקטיביות דו־קוטביות אחרות
F31.9 הפרעה אפקטיבית דו־קוטבית, לא מסווגת
- F32 אפיוזדה דיכאונית**
- F32.0 אפיוזדה דיכאונית מתונה (mild)
.00 ללא סימפטומים גופניים
.01 עם סימפטומים גופניים
F32.1 אפיוזדה דיכאונית בינונית (moderate)
.10 ללא סימפטומים גופניים
.11 עם סימפטומים גופניים
F32.2 אפיוזדה דיכאונית חמורה (severe), ללא סימפטומים פסיכטיים
F32.3 אפיוזדה דיכאונית חמורה, עם סימפטומים פסיכטיים
F32.8 אפיוזדות דיכאוניות אחרות
F32.9 אפיוזדה דיכאונית, לא מסווגת
- F33 הפרעה דיכאונית חוזרת**
- F33.0 הפרעה דיכאונית חוזרת, אפיוזדה נוכחית מתונה
.00 ללא סימפטומים גופניים
.01 עם סימפטומים גופניים
F33.1 הפרעה דיכאונית חוזרת, אפיוזדה נוכחית בינונית
.10 ללא סימפטומים גופניים

- F43.8 Other reactions to severe stress
F43.9 Reaction to severe stress,
unspecified

F44 Dissociative [conversion] disorders

- F44.0 Dissociative amnesia
F44.1 Dissociative fugue
F44.2 Dissociative stupor
F44.3 Trance and possession disorders
F44.4 Dissociative motor disorders
F44.5 Dissociative convulsions
F44.6 Dissociative anaesthesia and
sensory loss
F44.7 Mixed dissociative [conversion]
disorders
F44.8 Other dissociative [conversion]
disorders
.80 Ganser's syndrome
.81 Multiple personality disorder
.82 Transient dissociate
[conversion] disorders
occurring in childhood and
adolescence
.88 Other specified dissociative
[conversion] disorders

- F44.9 Dissociative [conversion] disorder,
unspecified

F45 Somatoform disorders

- F45.0 Somatization disorder
F45.1 Undifferentiated somatoform
disorder
F45.2 Hypochondriacal disorder
F45.3 Somatoform autonomic
dysfunction
.30 Heart and cardiovascular
system
.31 Upper gastrointestinal tract
.32 Lower gastrointestinal tract
.33 Respiratory system
.34 Genitourinary system
.38 Other organ or system
F45.4 Persistent somatoform pain
disorder

- F43.8 תגובות אחרות לדחק חמור
F43.9 תגובה לדחק חמור, לא מסווגת

F44 הפרעות דיסוציאטיביות (קונברסיביות)

- F44.0 שכחה דיסוציאטיבית
F44.1 פוגה דיסוציאטיבית
F44.2 קיפאון (סטופור) דיסוציאטיבי
F44.3 הפרעות דיבוק וטרנס
F44.4 הפרעות דיסוציאטיביות
מוטוריות
F44.5 פרכוסים דיסוציאטיביים
F44.6 העדר תחושה (anaesthesia)
ואובדן תחושת דיסוציאטיביים
F44.7 הפרעות דיסוציאטיביות
(קונברסיביות) מעורבות
F44.8 הפרעות דיסוציאטיביות
(קונברסיביות) אחרות
.80 תסמונת גנסר
.81 הפרעה של ריבוי אישיות
.82 הפרעות דיסוציאטיביות
(קונברסיביות) חולפות
החלות בילדות ובתקופת
ההתבגרות
.88 הפרעות דיסוציאטיביות
(קונברסיביות) מסווגות
אחרות

- F44.9 הפרעה דיסוציאטיבית
(קונברסיביות), לא מסווגת

F45 הפרעות סומטופורמיות

- F45.0 הפרעת סומטיזציה
F45.1 הפרעה סומטופורמית לא-
מובחנת
F45.2 הפרעה היפוכונדרית
F45.3 ליקוי תפקודי אוטונומי
סומטופורמי
.30 הלב ומערכת כלי הדם
.31 מערכת העיכול העליונה
.32 מערכת העיכול התחתונה
.33 מערכת הנשימה
.34 מערכת גניטוראורוגנית
.38 איבר אחר או מערכת אחרת
F45.4 הפרעת כאב סומטופורמית
מתמדת

- F40.1 Social phobias
F40.2 Specific (isolated) phobias
F40.8 Other phobic anxiety disorders
F40.9 Phobic anxiety disorder,
unspecified

F41 Other anxiety disorders

- F41.0 Panic disorder [episodic
paroxysmal anxiety]
F41.1 Generalized anxiety disorder
F41.2 mixed anxiety and depressive
disorder
F41.3 Other mixed anxiety disorders
F41.8 Other specified anxiety disorders
F41.9 Anxiety disorder, unspecified

F42 Obsessive-compulsive disorder

- F42.0 Predominantly obsessional
thoughts or ruminations
F42.1 Predominantly compulsive acts
[obsessional rituals]
F42.2 Mixed obsessional thoughts and
acts
F42.8 Other obsessive-compulsive
disorders
F42.9 Obsessive-compulsive disorder,
unspecified

F43 Reaction to severe stress, and adjustment disorders

- F43.0 Acute stress reaction
F43.1 Post-traumatic stress disorder
F43.2 Adjustment disorders
.20 Brief depressive reaction
.21 Prolonged depressive reaction
.22 Mixed anxiety and depressive
reaction
.23 With predominant
disturbance of other emotions
.24 with predominant
disturbance of conduct
.25 With mixed disturbance of
emotions and conduct
.28 With other specified
predominant symptoms

- F40.1 בעתים חברתיים

- F40.2 בעתים ייחודיים (בתחום אחד)

- F40.8 הפרעות אחרות של חרדה בעתית

- F40.9 הפרעה של חרדה בעתית, לא
מסווגת

F41 הפרעות חרדה אחרות

- F41.0 הפרעת אימה (panic) (חרדה
התקפית אפיוזית)
F41.1 הפרעת חרדה כללית
(Generalized)
F41.2 הפרעה חרדתית ודיכאונית
מעורבת
F41.3 הפרעות חרדה מעורבות אחרות
F41.8 הפרעות חרדה מסווגות אחרות
F41.9 הפרעת חרדה, לא מסווגת

F42 הפרעה טורדנית-כפייתית (obsessive-compulsive)

- F42.0 בעיקר מחשבות או הרהורים
טורדניים
F42.1 בעיקר מעשים כפייתיים (טקסים
טורדניים)
F42.2 מצב מעורב של מעשים ומחשבות
טורדניים
F42.8 הפרעות טורדניות-כפייתיות
אחרות
F42.9 הפרעה טורדנית-כפייתית, לא
מסווגת

F43 תגובה לדחק חמור והפרעות הסתגלות

- F43.0 תגובה לדחק חריף
F43.1 הפרעת דחק פוסט-טראומטית
F43.2 הפרעות הסתגלות
.20 תגובה דיכאונית קצרה
.21 תגובה דיכאונית ממושכת
.22 תגובה דיכאונית וחרדתית
מעורבת
.23 עם הפרעה בולטת ברגשות
אחרים
.24 עם הפרעת התנהגות שלט
.25 עם הפרעה מעורבת של
רגשות והתנהגות
.28 עם סימפטומים שולטים
מסווגים אחרים

F52 Sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease

- F52.0 Lack or loss of sexual desire
F52.1 Sexual aversion and lack of sexual enjoyment
10 Sexual aversion
11 Lack of sexual enjoyment
F52.2 Failure of genital response
F52.3 Orgasmic dysfunction
F52.4 Premature ejaculation
F52.5 Nonorganic vaginismus
F52.6 Nonorganic dyspareunia
F52.7 Excessive sexual drive
F52.8 other sexual dysfunction, not caused by organic disorders or disease
F52.9 Unspecified sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease

F53 Mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified

- F53.0 Mild mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified
F53.1 Severe mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified
F53.8 Other mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified
F53.9 Puerperal mental disorder, unspecified

F54 Psychological and behavioural factors associated with disorders or diseases classified elsewhere

- F55 Abuse of non-dependence-producing substances**
F55.0 Antidepressants

F52 ליקוי (dysfunction) בתפקוד המיני, שאינו תוצאה של הפרעה אורגנית או של מחלה

- F52.0 העדר או אובדן התשוקה המינית
F52.1 סלידה מינית והעדר האהה מינית
10. סלידה מינית
11. העדר האהה מינית

- F52.2 כשל בתגובה גניטלית
F52.3 ליקוי בתפקוד אורגזמי
F52.4 שפיכה מוקדמת
F52.5 עווית הנרתיק, לא אורגנית
F52.6 ביאה מכאיבה לא אורגנית
F52.7 דחף מיני מופרז
F52.8 ליקוי אחר בתפקוד המיני, שאינו תוצאה של הפרעה אורגנית או של מחלה
F52.9 ליקוי בתפקוד המיני, שאינו תוצאה של הפרעה אורגנית או של מחלה, לא מסווג

F53 הפרעות נפשיות או התנהגותיות הקשורות למשכב הלידה, שאינן מסווגות במקום אחר

- F53.0 הפרעות נפשיות והתנהגותיות מתונות הקשורות למשכב הלידה, שאינן מסווגות במקום אחר

- F53.1 הפרעות נפשיות והתנהגותיות חמורות הקשורות ללידה, שאינן מסווגות במקום אחר

- F53.8 הפרעות נפשיות או התנהגותיות אחרות הקשורות למשכב הלידה, שאינן מסווגות במקום אחר
F53.9 הפרעה נפשית שלאחר הלידה, לא מסווגת

F54 גורמים פסיכולוגיים והתנהגותיים הקשורים להפרעות או למחלות המסווגות במקום אחר

- F55 שימוש לרעה בחומרים שאינם ממכרים**
F55.0 נוגדי דיכאון

- F45.8 Other somatoform disorders
F45.9 Somatoform disorder, unspecified

F48 Other neurotic disorders

- F48.0 Neurasthenia
F48.1 Depersonalization-derealization syndrome
F48.3 Other specified neurotic disorders
F48.9 Neurotic disorder, unspecified

F50—F59 Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors

F50 Eating disorders

- F50.0 Anorexia nervosa
F50.1 Atypical anorexia nervosa
F50.2 Bulimia nervosa
F50.3 Atypical bulimia nervosa
F50.4 Overeating associated with other psychological disturbances
F50.5 Vomiting associated with other psychological disturbances
F50.8 Other eating disorders
F50.9 Eating disorder, unspecified

F51 Nonorganic sleep disorders

- F51.0 Nonorganic insomnia
F51.1 Nonorganic hypersomnia
F51.2 Nonorganic disorder of the sleep-wake schedule
F51.3 Sleepwalking [somnambulism]
F51.4 Sleep terrors [night terrors]
F51.5 Nightmares
F51.8 Other nonorganic sleep disorders
F51.9 Nonorganic sleep disorder, unspecified

- F45.8 הפרעות סומטופורמיות אחרות
F45.9 הפרעה סומטופורמית, לא מסווגת

F48 הפרעות ניאורוטיות אחרות

- F48.0 ניאוראסתיניה
F48.1 תסמונת דפרסונליזציה-דריאליזציה
F48.8 הפרעות ניאורוטיות מסווגות אחרות
F48.9 הפרעה ניאורוטית, לא מסווגת

F50—F59 תסמונות התנהגותיות הקשורות להפרעות פיזיולוגיות ולגורמים גופניים

F50 הפרעות אכילה

- F50.0 אנורקסיה נרבוזה (anorexia nervosa)
F50.1 אנורקסיה נרבוזה לא טיפוסית
F50.2 בולימיה נרבוזה
F50.3 בולימיה נרבוזה לא טיפוסית
F50.4 אכילה יתר הקשורה להפרעות פסיכולוגיות אחרות
F50.5 הקאה הקשורה להפרעות פסיכולוגיות אחרות
F50.8 הפרעות אכילה אחרות
F50.9 הפרעת אכילה, לא מסווגת

F51 הפרעות שינה לא אורגניות

- F51.0 חוסר שינה (insomnia) לא אורגני
F51.1 שנת יתר (hypersomnia) לא אורגנית
F51.2 הפרעה לא אורגנית במחזוריות שינה
F51.3 סהרורית (סומנמבוליסם)
F51.4 ביעותי שינה
F51.5 סיוטי לילה
F51.8 הפרעות שינה לא אורגניות אחרות
F51.9 הפרעת שינה לא אורגנית, לא מסווגת

- F62.9 Enduring personality Change, unspecified
שינוי אישיות מתמיד, לא מסווג
- F63 Habit and impulse disorders**
הפרעות של הרגלים ושל דחפים
- F63.0 Pathological gambling
הימור פתולוגי F63.0
- F63.1 Pathological fire-setting [pyromania]
הצתה פתולוגית (פירומניה) F63.1
- F63.2 Pathological stealing [kleptomania]
גניבה פתולוגית (קלפטומניה) F63.2
- F63.3 Trichotillomania
מריטת שערות (טריכוטילומניה) F63.3
- F63.8 Other habit and impulse disorders
הפרעות אחרות של הרגלים ושל דחפים F63.8
- F63.9 Habit and impulse disorder, unspecified
הפרעת הרגל או דחף, לא מסווגת F63.9
- F64 Gender identity disorders**
הפרעות בזהות המינית
- F64.0 Transsexualism
טרנססקסואליזם F64.0
- F64.1 Dual-role transvestism
טרנסווסטיזם עם תפקיד כפול F64.1
- F64.2 Gender identity disorder of childhood
הפרעת בזהות המינית בתקופת הילדות F64.2
- F64.8 Other gender identity disorders
הפרעות אחרות בזהות המינית F64.8
- F64.9 Gender identity disorder, unspecified
הפרעת בזהות המינית, לא מסווגת F64.9
- F65 Disorders of sexual preference**
הפרעות בהעדפה המינית
- F65.0 Fetishism
פטיזם F65.0
- F65.1 Fetishistic transvestism
טרנסווסטיזם פטישיסטי F65.1
- F65.2 Exhibitionism
אקסהיביציוניזם (התערטלות במובל) F65.2
- F65.3 Voyeurism
וויריזם (מציענות) F65.3
- F65.4 Paedophilia
פדופיליה (משיכה מינית לילדים) F65.4
- F65.5 Sadomasochism
סדומוזכיום F65.5
- F65.6 Multiple disorders of sexual preference
הפרעות מרובות של העדפה מינית F65.6
- F65.8 Other disorders of sexual preference
הפרעות אחרות של העדפה מינית F65.8
- F65.9 Disorder of sexual preference, unspecified
הפרעת של העדפה מינית, לא מסווגת F65.9
- F66 psychological and behavioural disorders associated with sexual development and orientation**
הפרעות נפשיות והתנהגותיות הקשורות להתפתחות ולאוריינטציה מינית
- F66.0 Sexual maturation disorder
הפרעה בבשלות המינית F66.0
- F66.1 Egodystonic sexual orientation
אוריינטציה מינית אגודיסטונית F66.1
- F66.2 Sexual relationship disorder
הפרעה בקשרים מיניים F66.2
- F66.8 Other psychosexual development disorders
הפרעות אחרות בהתפתחות פסיכוסקסואלית F66.8
- F66.9 Psychosexual development disorder, unspecified
הפרעה בהתפתחות פסיכוסקסואלית, לא מסווגת F66.9

- F55.1 Laxatives
משלשלים F55.1
- F55.2 Analgesics
משככי כאב F55.2
- F55.3 Antacids
נוגדי חומצה F55.3
- F55.4 Vitamins
ויטמינים F55.4
- F55.5 Steroids or hormones
סטרואידים או הורמונים F55.5
- F55.6 Specific herbal or folk remedies
תרופות עשביות או עממיות F55.6
- F55.8 Other substances that do not produce dependence
חומרים אחרים שאינם ממכרים F55.8
- F55.9 Unspecified
לא מסווג F55.9
- F59 Unspecified behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors**
תסמונות התנהגותיות הקשורות להפרעות פיזיולוגיות ולגורמים גופניים, לא מסווגות
- F60—F69 Disorders of adult personality and behaviour**
ההתנהגות הבוגרת של האישיות
- F60 Specific personality disorders**
הפרעות אישיות ייחודיות
- F60.0 Paranoid personality disorder
הפרעת אישיות פרנואידית F60.0
- F60.1 Schizoid personality disorder
הפרעת אישיות סכיואידית F60.1
- F60.2 Dissocial personality disorder
הפרעת אישיות דיסוציאלית F60.2
- F60.3 Emotionally unstable personality disorder
הפרעת אישיות לא יציבה מבחינה רגשית F60.3
- .30 Impulsive type
סוג אימפולסיבי .30
- .31 Borderline type
סוג גבולי .31
- F60.4 Histrionic personality disorder
הפרעת אישיות היסטריאית F60.4
- F60.5 Anankastic personality disorder
הפרעת אישיות אננקסטית F60.5
- F60.6 Anxious [avoidant] personality disorder
הפרעת אישיות חרדתית (הימנעותית) F60.6
- F60.7 Dependent personality disorder
הפרעת אישיות תלותית F60.7
- F60.8 Other specific personality disorders
הפרעות אישיות ייחודיות אחרות F60.8
- F60.9 Personality disorder, unspecified
הפרעת אישיות, לא מסווגת F60.9
- F61 Mixed and other personality disorders**
הפרעות אישיות מעורבות ואחרות
- F61.0 Mixed personality disorders
הפרעות אישיות מעורבות F61.0
- F61.1 Troublesome personality changes
שינויי אישיות בעייתיים F61.1
- F62 Enduring personality changes, not attributable to brain damage and disease**
שינויי אישיות מתמידים שאינם נובעים מנזק או ממחלה מוחיים
- F62.0 Enduring personality change after catastrophic experience
שינוי אישיות מתמיד אחרי חוויה קטסטרופלית F62.0
- F62.1 Enduring personality change after psychiatric illness
שינוי אישיות מתמיד אחרי מחלה נפשית F62.1
- F62.8 Other enduring personality changes
שינויי אישיות מתמידים אחרים F62.8

F80 Specific developmental disorders of speech and language	הפרעות התפתחותיות ייחודיות של דיבור ושל שפה	F80
F80.0 Specific speech articulation disorder	הפרעה ייחודית בהגייה (ארטיקולציה)	F80.0
F80.1 Expressive language disorder	הפרעה בהבעת השפה (אקספרסיביות)	F80.1
F80.2 Receptive language disorder	הפרעה בקליטת השפה (רצפטיביות)	F80.2
F80.3 Acquired aphasia with epilepsy [Landau-Kleffner syndrome]	אפזיה נרכשת עם כפיין (תסמונת עייש לדאוקלפנר)	F80.3
F80.8 Other developmental disorders of speech and language	הפרעות התפתחותיות אחרות של דיבור ושל שפה	F80.8
F80.9 Developmental disorder of speech and language, unspecified	הפרעה התפתחותית של דיבור ושל שפה, לא מסווגת	F80.9
F81 Specific developmental disorders of scholastic skills	הפרעות התפתחותיות ייחודיות במיומנויות של למידה	F81
F81.0 Specific reading disorder	הפרעת קריאה ייחודית	F81.0
F81.1 Specific spelling disorder	הפרעת איות ייחודית	F81.1
F81.2 Specific disorder of arithmetical skills	הפרעה ייחודית במיומנות חשבונית (ארייתמטית)	F81.2
F81.3 Mixed disorder of scholastic skills	הפרעה מעורבת במיומנויות של למידה	F81.3
F81.8 Other developmental disorders of scholastic skills	הפרעות התפתחותיות אחרות במיומנויות של למידה	F81.8
F81.9 Developmental disorder of scholastic skills, unspecified	הפרעה התפתחותית במיומנויות של למידה, לא מסווגת	F81.9
F82 Specific developmental disorder of motor function	הפרעה התפתחותית ייחודית בתפקוד המוטורי	F82
F83 Mixed specific developmental disorders	הפרעות התפתחותיות ייחודיות מעורבות	F83
F84 Pervasive developmental disorders	הפרעות התפתחותיות רחבות היקף (Pervasive)	F84
F84.0 Childhood autism	אוטיזם של הילדות	F84.0
F84.1 Atypical autism	אוטיזם לא טיפוסי	F84.1
F84.2 Rett's syndrome	תסמונת עייש רט (Rett)	F84.2
F84.3 Other childhood disintegrative disorder	הפרעה דיסאינטגרטיבית אחרת בילדות	F84.3
F84.4 Overactive disorder associated with mental retardation and stereotyped movements	הפרעה של פעילות יתר, הקשורה לפיגור שכלי ולחטנות סטראוטיפיות	F84.4
F84.5 Asperger's syndrome	תסמונת עייש אספרגר (Asperger)	F84.5
F84.8 Other pervasive developmental disorders	הפרעות התפתחותיות רחבות היקף אחרות	F84.8

A fifth character may be used to indicate association with:

- .x0 Heterosexuality
- .x1 Homosexuality
- .x2 Bisexuality
- .x8 Other, including prepubertal

F68 Other disorders of adult personality and behaviour

- F68.0 Elaboration of physical symptoms for psychological reasons
- F68.1 Intentional production or feigning of symptoms or disabilities, either physical or psychological [factitious disorder]
- F68.8 Other specified disorders of adult personality and behaviour

F69 Unspecified disorder of adult personality and behaviour

F70—F79 Mental retardation

- F70 Mild mental retardation
- F71 Moderate mental retardation
- F72 Severe mental retardation
- F73 Profound mental retardation
- F78 Other mental retardation
- F79 Unspecified mental retardation

A fourth character may be used to specify the extent of associated behavioural impairment:

- F7x.0 No, or minimal, impairment of behaviour
- F7x.1 Significant impairment of behaviour requiring attention or treatment
- F7x.8 Other impairments of behaviour
- F7x.9 Without mention of impairment of behaviour

F80—F89 Disorders of psychological development

אפשר להשתמש בסימן חמישי לציון הקשר עם:

- .x0 הטרוסקסואליות
- .x1 הומוסקסואליות
- .x2 בייסקסואליות
- .x8 אחרת, בכלל זה בגיל שלפני הבגרות המינית

F68 הפרעות אחרות של האישיות ושל ההתנהגות הבוגרת

- F68.0 הופעת סימפטומים גופניים מסיבות נפשיות
- F68.1 יצירה מכוונת או בידוי של סימפטומים או נכויות, גופניים או נפשיים (הפרעה של זיוף, factitious disorder)
- F68.8 הפרעות מסווגות אחרות של האישיות וההתנהגות הבוגרת

F69 הפרעה של האישיות וההתנהגות הבוגרת, לא מסווגת

F70—F79 פיגור שכלי

- F70 פיגור שכלי קל
- F71 פיגור שכלי בינוני
- F72 פיגור שכלי קשה
- F73 פיגור שכלי עמוק
- F78 פיגור שכלי אחר
- F79 פיגור שכלי לא מסווג

אפשר להשתמש בסימן רביעי, כדי לסווג את מידת הפגיעה בהתנהגותיות הנלווית.

- F7x.0 אין פגיעה בהתנהגות או שהפגיעה מזערית
- F7x.1 פגיעה משמעותית בהתנהגות, הנחייבת תשומת לב או טיפול
- F7x.8 פגיעות אחרות בהתנהגות
- F7x.9 ללא אזכור של פגיעה בהתנהגות

F80—F89 הפרעות בהתפתחות הנפשית

F93.9 Childhood emotional disorder, unspecified	F93.9 הפרעה רגשית בילדות, לא מסווגת
F94 Disorders of social functioning with onset specific to childhood and adolescence	F94 הפרעות בתפקוד החברתי שתחילתן ייחודית לילדות ולגיל ההתבגרות
F94.0 Elective mutism	F94.0 אילמות מבחירה (מוטיזם אלקטיבי)
F94.1 Reactive attachment disorder of childhood	F94.1 הפרעת התקשרות תגובתית בילדות
F94.2 Disinhibited attachment disorder of childhood	F94.2 הפרעת התקשרות חסרת עכבות בילדות
F94.8 Other childhood disorders of social functioning	F94.8 הפרעות אחרות בתפקוד החברתי בילדות
F94.9 Childhood disorders of social functioning, unspecified	F94.9 הפרעה בתפקוד החברתי בילדות, לא מסווגת
F95 Tic disorders	F95 הפרעות טיק
F95.0 Transient tic disorder	F95.0 הפרעת טיק חולפת
F95.1 Chronic motor or vocal tic disorder	F95.1 הפרעת טיק כרונית, קולית או מוטורית
F95.2 Combined vocal and multiple motor tic disorder [de la Tourette's syndrome]	F95.2 הפרעת טיק משולבת קולית ומוטורית מרובת (תסמונת טורט)
F95.8 Other tic disorders	F95.8 הפרעות טיק אחרות
F95.9 Tic disorder, unspecified	F95.9 הפרעת טיק, לא מסווגת
F98 Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence	F98 הפרעות התנהגותיות ורגשיות אחרות, שתחילתן בדרך כלל בילדות או בגיל ההתבגרות
F98.0 Nonorganic enuresis	F98.0 הרטבה תפקודית (לא אורגנית)
F98.1 Nonorganic encopresis	F98.1 אנקופרוזיס תפקודי (לא אורגני)
F98.2 Feeding disorder of infancy and childhood	F98.2 הפרעת הזנה בינקות ובילדות
F98.3 Pica of infancy and childhood	F98.3 פיקה של הינקות והילדות
F98.4 Stereotyped movement disorders	F98.4 הפרעות תנועה סטראוטיפיות
F98.5 Stuttering [stammering]	F98.5 גמגום
F98.6 Chuttering	F98.6 דיבור לא מסודר
F98.8 Other specified behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence	F98.8 הפרעות התנהגותיות ורגשיות מסווגות אחרות, שתחילתן בדרך כלל בילדות ובגיל ההתבגרות
F98.9 Unspecified behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence	F98.9 הפרעות התנהגותיות ורגשיות לא מסווגות, שתחילתן בדרך כלל בילדות ובגיל ההתבגרות

F84.9 Pervasive developmental disorder, unspecified	F84.9 הפרעה התפתחותית רחבת היקף, לא מסווגת
F88 Other disorders of psychological development	F88 הפרעות אחרות בהתפתחות נפשית
F89 Unspecified disorder of psychological development	F89 הפרעה לא מסווגת בהתפתחות נפשית
F90—F98 Behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence	F90 — F98 הפרעות התנהגותיות ורגשיות שתחילתן, בדרך כלל, בילדות או בגיל ההתבגרות
F90 Hyperkinetic disorders	F90 הפרעות היפרקינטיות
F90.0 Disturbance of activity and attention	F90.0 הפרעה בפעילות ובקשב
F90.1 Hyperkinetic conduct disorder	F90.1 הפרעת התנהגות היפרקינטית
F90.8 Other hyperkinetic disorders	F90.8 הפרעות היפרקינטיות אחרות
F90.9 Hyperkinetic disorder, unspecified	F90.9 הפרעה היפרקינטית, לא מסווגת
F91 Conduct disorders	F91 הפרעות התנהגות (Conduct)
F91.0 Conduct disorder confined to the family context	F91.0 הפרעת התנהגות המוגבלת להקשר המשפחתי
F91.1 Unsocialized conduct disorder	F91.1 הפרעת התנהגות לא חברתית
F91.2 Socialized conduct disorder	F91.2 הפרעת התנהגות חברתית
F91.3 Oppositional defiant disorder	F91.3 הפרעה מרדנית ומתנגדת
F91.8 Other conduct disorders	F91.8 הפרעות התנהגות אחרות
F91.9 Conduct disorder, unspecified	F91.9 הפרעת התנהגות, לא מסווגת
F92 Mixed disorders of conduct and emotions	F92 הפרעות מעורבות של התנהגות ושל רגשות
F92.0 Depressive conduct disorder	F92.0 הפרעת התנהגות דיכאונית
F92.8 Other mixed disorders of conduct and emotions	F92.8 הפרעות מעורבות אחרות של התנהגות ושל רגשות
F92.9 Mixed disorder of conduct and emotions, unspecified	F92.9 הפרעה מעורבת של התנהגות ושל רגשות, לא מסווגת
F93 Emotional disorders with onset specific to childhood	F93 הפרעות רגשיות שתחילתן ייחודית לגיל הילדות
F93.0 Separation anxiety disorder of childhood	F93.0 הפרעה של חרדת נטישה בילדות
F93.1 Phobic anxiety disorder of childhood	F93.1 הפרעה של חרדה בעתית (פוביה) בילדות
F93.2 Social anxiety disorder of childhood	F93.2 הפרעה של חרדה חברתית בילדות
F93.3 Sibling rivalry disorder	F93.3 הפרעת יריבות בין אחים
F93.8 Other childhood emotional disorders	F93.8 הפרעות רגשיות אחרות בילדות

F99 הפרעה נפשית לא מסווגת

F99 Unspecified mental disorder

F99 הפרעה נפשית, שאינה מסווגת
במקום אחרF99 Mental disorder, not otherwise
specifiedF00 — F09 הפרעות נפשיות אורגניות,
ובכלל זה סימפטומטיות

סקירה

F00 שטיון במחלת אלצהיימר

- F00.0 שטיון במחלת אלצהיימר, המתחיל בגיל מוקדם
F00.1 שטיון במחלת אלצהיימר, המתחיל בגיל מאוחר
F00.2 שטיון במחלת אלצהיימר, לא טיפוסי או מעורב
F00.9 שטיון במחלת אלצהיימר, לא מסווג

F01 שטיון וסקולרי

- F01.0 שטיון וסקולרי עם התחלה חריפה
F01.1 שטיון רב-אוטמי
F01.2 שטיון וסקולרי תת-קליפתי
F01.3 שטיון וסקולרי קליפתי ותת-קליפתי מעורב
F01.8 שטיון וסקולרי אחר
F01.9 שטיון וסקולרי, לא מסווג

F02 שטיון במחלות אחרות המסווגות במקומות אחרים

- F02.0 שטיון במחלת פיק
F02.1 שטיון במחלת יעקב-קרויצפלד
F02.2 שטיון במחלת הנטינגטון
F02.3 שטיון במחלת פרקינסון
F02.4 שטיון במחלת איידס (HIV)
F02.8 שטיון במחלות ייחודיות אחרות, המסווגות במקומות אחרים

F03 שטיון לא מסווג

אפשר להשתמש בסימן חמישי, כדי לסווג שטיון בקטגוריות F03-F00, כדלקמן:

- X0. ללא סימפטומים נוספים
- X1. עם סימפטומים אחרים, בעיקר דלוזיונליים
- X2. עם סימפטומים אחרים, בעיקר הזייתיים
- X3. עם סימפטומים אחרים, בעיקר דיכאוניים
- X4. עם סימפטומים מעורבים אחרים

F04 תסמונת שכחה אורגנית, שאינה תוצאה של שימוש באלכוהול או בחומרים פסיכואקטיביים אחרים

F05 דליריום, שאינו תוצאה של שימוש באלכוהול או בחומרים פסיכואקטיביים אחרים

- F05.0 דליריום, ללא שטיון
- F05.1 דליריום, שהתווסף לשטיון
- F05.8 דליריום אחר
- F05.9 דליריום לא מסווג

F06 הפרעות נפשיות אחרות עקב נזק מוחי וליקוי תפקודי, וכתוצאה ממחלה גופנית

- F06.0 הלוצינוזיס אורגני
- F06.1 הפרעה קטטונית אורגנית
- F06.2 הפרעה דלוזיונלית (דמוית סכיזופרניה) אורגנית
- F06.3 הפרעות במצב הרוח (אפקטיביות) על רקע אורגני
 - 30. הפרעה מנית אורגנית
 - 31. הפרעה דרקוטבית אורגנית
 - 32. הפרעה דיכאונית אורגנית
 - 33. הפרעה אפקטיבית מעורבת אורגנית
- F06.4 הפרעת חרדה אורגנית
- F06.5 הפרעה דיסוציאטיבית אורגנית
- F06.6 הפרעה של אי-יציבות רגשית (אסתניה) אורגנית
- F06.7 הפרעה קוגניטיבית מתונה
- F06.8 הפרעות נפשיות מסווגות אחרות, עקב נזק או ליקוי תפקודי מוחי, וכתוצאה ממחלה גופנית
- F06.9 הפרעה נפשית לא מסווגת, עקב נזק או ליקוי תפקודי מוחי, וכתוצאה ממחלה גופנית

F07 הפרעות באישיות ובהתנהגות, עקב מחלה, נזק או ליקוי תפקודי של המוח

- F07.0 הפרעת אישיות אורגנית
- F07.1 תסמונת שלאחר דלקת המוח (אנצפליטיס)
- F07.2 תסמונת שלאחר זעזוע מוח
- F07.8 הפרעות אורגניות אחרות באישיות ובהתנהגות, עקב מחלה, נזק או ליקוי תפקודי של המוח
- F07.9 הפרעה אורגנית לא מסווגת באישיות ובהתנהגות, עקב מחלה, נזק או ליקוי תפקודי של המוח

F09 הפרעה נפשית אורגנית או סימפטומטית לא מסווגת

מבוא

קובץ זה מכיל מגוון הפרעות נפשיות שקובצו יחד על בסיס אטיולוגיה משותפת ברורה של מחלה, חבלה או פגיעה מוחית אחרת, המובילה לליקוי בתפקוד המוח. הליקוי התפקודי יכול להיות ראשוני, כמו למשל במחלות, בחבלות או בפגיעות המשפיעות במישרין על המוח; או משני, כמו במחלות סיסטמיות ובהפרעות הפוגעות במוח רק כאחד מבין האיברים או המערכות של הגוף. אף שמבחינה הגיונית ההפרעות המוחיות הנובעות משימוש באלכוהול או בסמים שייכות לפרק זה, הן סווגו בקטיגוריה F19-F10 בשל היתרונות המעשיים הנובעים להכללת כל ההפרעות הנובעות משימוש בחומרים פסיכואקטיביים באותו קובץ.

אף-על-פי שמגוון הביטויים הפסיכופתולוגיים של המצבים הכלולים כאן הוא רחב, יוצרים האפיונים העיקריים של ההפרעות שני מקבצים שונים. מצד אחד, יש תסמונות שהאפיונים הקבועים והבולטים שלהן הם הפרעות בתפקודים קוגניטיביים, כמו: זיכרון, אינטלקט ולמידה, או פגיעות בתחושתיות, כמו הפרעות של המודע ושל הקשב. מצד אחר, יש תסמונות שהביטויים הבולטים ביותר שלהן חלים בתחומים של: תפיסה (הזיות), תוכן המחשבות (מחשבות שווא), או מצב הרוח והרגשות (דיכאון, התרוממות רוח וחרדה), או הדפוס הכוללני של האישיות וההתנהגות, ואילו הליקוי הקוגניטיבי או התחושתני הוא מזערי או שקשה להעריכו. מעמדה של קבוצת ההפרעות האחרונה בקובץ זה פחות איתן משל הקבוצה הראשונה משום שהיא מכילה הפרעות רבות הדומות באופן סימפטומטי למצבים המסווגים בקבצים אחרים (F29-F30; F39-F40; F49-F60; F69-F60). ואשר מופיעים גם ללא שינוי מוחי פתולוגי או ליקוי תפקודי ניכר. מכל מקום, הממצאים המצטברים, המעידים שמחלות מוחיות וסיסטמיות רבות קשורות לפעמים להופעתן של תסמונות כאלה, מקנים הצדקה מספקת להכללתן בפרק זה של סיווג שהוא בעל אוריינטציה קלינית.

רוב ההפרעות בקובץ זה יכולות, לפחות באופן תיאורטי, לחול בכל גיל, אולי חוץ מאשר בילדות המוקדמת. באופן מעשי נוטות רובן להופיע בגיל מבוגר או בתקופת הזיקנה. בעוד שהפרעות אחדות הן ללאורח לא-הפיכות ומתקדמות, אחרות הן חולפות או מגיבות לטיפולם הקיימים בימינו.

השימוש במונח "אורגני" אין פירושו שמצבים אחרים בסיווג זה הם "לא אורגניים" במובן זה שאין בהם שום הפרעה במוח עצמו. בהקשר הנוכחי, המונח "אורגני" משמעו שאפשר לייחס את התסמונות המסווגות למחלה או להפרעה מוחית או סיסטמית בת אבחנה. המונח "סימפטומטי" משמש לאותן הפרעות נפשיות אורגניות, שבהן המעורבות המוחית היא משנית למחלה או להפרעה סיסטמית חוץ-מוחית.

מן האמור לעיל משתמע שברוב המקרים, רישום של אבחנה כלשהי, הנמנית עם ההפרעות בקובץ זה, יחייב שימוש בשני קודים: אחד לתסמונת הפסיכופתולוגית

והשני להפרעה הבסיסית. יש לבחור את הקוד האטיולוגי מונח הפרק המתאים של ICD-10.

שטיון (dementia)

להלן מובא תיאור כללי של שטיון, הכולל את הדרישות המניימליות לאבחנת שטיון מכל סוג, ולאחריו יובאו ההנחיות המובילות לאבחנה של סוגים ייחודיים יותר.

שטיון הוא תסמונת הנובעת ממחלה של המוח, בדרך כלל כרונית או מתקדמת במהותה, שתלות בה הפרעות של תפקודים מוחיים עליונים מרובים, ובכלל זה: זיכרון, חשיבה, התמצאות, הבנה, יכולת חישוב, יכולת למידה, שפה ושיפוט. ההכרה נשארת צלולה. הפגיעות בתפקוד הקוגניטיבי מלוות לרוב בהידרדרות בשליטה הרגשית, בהתנהגות החברתית או במוטיבציה, ולפרקים אלה אף קודמות בהופעתן לפגיעות בתפקוד הקוגניטיבי. תסמונת זו חלה במחלות אלצהיימר, במחלות כלי הדם של המוח ובמצבים אחרים, המשפיעים על המוח בצורה ראשונית או משנית.

יש לנקוט זהירות רבה בהערכת נוכחותו או העדרו של שטיון, כדי להימנע מזיהוי חיובי-מוטעה: גורמים מוטיבציוניים ורגשיים, בעיקר דיכאון, בתוספת אטיות מוטורית וחולשה גופנית כללית, ולא דווקא אובדן היכולת האינטלקטואלית, עלולים לגרום לכשל תפקודי.

שטיון מביא לירידה ניכרת בתפקוד האינטלקטואלי ולרוב גם להפרעה מסוימת בפעולות יסודיות, כמו: רחצה, התלבשות, אכילה, היגיינה אישית וטיפול בהפרשות. ביטויי הירידה תלויים במידה רבה במערכת החברתית והתרבותית של החולה. אין להשתמש בשינויים בתפקוד, כמו ירידה ביכולת למצוא עבודה או לשמור עליה, כקנה מידה לאבחנה של שטיון, בשל החבדלים הניכרים בין תרבויות ובגלל שינויים חיצוניים בזמניות של עבודה בתרבות מסוימת.

אם יש סימפטומים דיכאוניים אך ההנחיות האבחנתיות לאפיונה דיכאונית (F32.0 – F32.3) לא נתמלאו, אפשר לתעד אותם באמצעות סימן חמישי. באותו אופן אפשר לתעד את נוכחותן של מחשבות שווא או הזיות.

- | | |
|-----|---------------------------------------|
| X0. | ללא סימפטומים נוספים |
| X1. | עם סימפטומים אחרים, בעיקר דלוזיונליים |
| X2. | עם סימפטומים אחרים, בעיקר הזייתיים |
| X3. | עם סימפטומים אחרים, בעיקר דיכאוניים |
| X4. | עם סימפטומים מעורבים אחרים |

הנחיות לאבחנה

הדרישה העיקרית לאבחנה היא עדות לירידה בזיכרון ובחשיבה, שדי בה כדי לפגום בפעילות היומ-יומית, כפי שתואר לעיל. באופן טיפוסי משפיעה הפגיעה בזיכרון על

בצבעי כסף) המכילים בעיקר עמילואיד ומתפתחים בהדרגה (אף שמופיעים גם פלאקים ללא עמילואיד); וכן גופיפים גראנולוואקולאריים (granulovacuolar). נמצאו גם שינויים ניאורוכימיים, כולל ירידה ניכרת באנזים כולינ-אצטילטרנספראז, באצטילכולין עצמו ובמעבירים עצביים (neurotransmitters) ובחומרים מווסתים (neuromodulators) אחרים.

כפי שנאמר, מלווים האפיונים הקליניים בשינויים מוחיים. יחד עם זאת, נראה ששתי התופעות אינן מתפתחות תמיד בהקבלה: תיתכן נוכחות ברורה של אחת מהן, עם עדות מינימלית לקיום האחרת. יחד עם זאת, האפיונים הקליניים של מחלת אלצהיימר מאפשרים, לעתים קרובות, לקבוע אבחנה משוערת על בסיס קליני בלבד.

בזמן כתיבת הפרק, שטיון במחלת אלצהיימר אינו הפיך.

הנחיות לאבחנה

האפיונים הבאים חיוניים לקביעת אבחנה ודאית:

- נוכחות שטיון כפי שתואר לעיל.
- התחלה סמויה והידרדרות אטית. אף שבדרך כלל קשה להצביע במדויק על מועד תחילת המחלה, יכולים הסובבים להיווכח בסימניה באופן פתאומי. ייתכן שלב שהמחלה אינה מתקדמת.
- העדר ראיות קליניות או ממצאי בדיקות, המעידים שהמצב הנפשי נובע ממחלה מוחית או סיסטמית אחרת, המסוגלת לגרום שטיון (למשל תת פעילות של בלוטת התריס, יתר סידן בדם, חסר בוויטמין B12, חסר ניאצין, ענבת מוחית, הידרוצפלוס עם לחץ נורמלי או דימום סובדורלי).
- העדר התחלה פתאומית כמו בשבץ מוחי, או סימנים ניאורולוגיים של נזק מוקדי כמו: המיפריזיס, אובדן תחושת, ליקויים בשדה הראייה והפרעה בקואורדינציה המופיעה בשלב מוקדם של המחלה (אף שתופעות אלה יכולות להתיתוסף מאוחר יותר).

בחלק מסוים מהמקרים ייתכנו אפיונים הן של מחלת אלצהיימר והן של שטיון וסקולרי. במקרים כאלה יש לקבוע אבחנה כפולה (וקידוד כפול). כששטיון וסקולרי קודם למחלת אלצהיימר, ייתכן קושי באבחנת המחלה על בסיס קליני.

כולל: שטיון ניווני ראשוני מסוג אלצהיימר

אבחנה מבדלת: יש לשקול: הפרעה דיכאונית (F39-F70); דליריום (F05); תסמונת אמנית אורגנית (F04); שטיונות ראשוניים אחרים כמו במחלות פיק, יעקב-קרויצפלד או הנטינגטון (F02); שטיונות משניים הקשורים למגוון של מחלות גופניות, מצבי הרעלה וכיו (F02.8); פיגור שכלי קל, בינוני או עמוק (F72-F70).

הרישום, האחסון והשליפה של מידע חדש, אך ייתכן גם אובדן של חומר מוכר שנלמד בעבר, בעיקר בשלבים המאוחרים של ההפרעה. שטיון הוא יותר מאשר הפרעה בתפקודים הנפשיים (dysmniesia): הוא כולל פגיעה גם בחשיבה ובהסקת מסקנות הגיוניות וכן ירידה בורם המחשבות. תהליך העיבוד של מידע שוטף נפגע, באופן שהאדם מתקשה להתייחס ליותר מגירוי אחד באותו זמן; כך למשל הוא מתקשה לנהל שיחה עם כמה אנשים בבת אחת ולהעביר את מוקד הקשב מנושא לנושא. אם שטיון הוא האבחנה היחידה, נדרשת עדות להכרה צלולה. יחד עם זאת, שכיחה גם אבחנה בריזמנית של דליריום שהיתוסף לשטיון (F05.1). לצורך קביעת אבחנה ברורה של שטיון צריכים הסימפטומים וההפרעות הנ"ל להופיע במשך שישה חודשים לפחות.

אבחנה מבדלת: יש לשקול: הפרעה דיכאונית (F39-F70) העשויה להציג רבים מהאפיונים של שטיון בשלב מוקדם, בעיקר פגיעות בזיכרון, חשיבה אטית וחוסר ספונטניות; דליריום (F05); פיגור שכלי קל או בינוני (F71-F70); מצבים של תפקוד קוגניטיבי תת-נורמלי בגלל סביבה חברתית דלה מאוד והשכלה מוגבלת; הפרעות נפשיות יאטרוגניות הנובעות מתרופות (F06).

שטיון עלול להופיע אחרי כל הפרעה נפשית אורגנית המסוגלת בקובץ זה, או שהוא חל בה בעת עם אחדות מהן, בעיקר עם דליריום (ראה F05.1).

שטיון במחלת אלצהיימר

F00

מחלת אלצהיימר היא מחלה מוחית ניוונית, שסיבותיה אינן ידועות. יש לה אפיונים ניאורופתולוגיים וניאורוכימיים טיפוסיים. ראשיתה בדרך כלל סמויה, והיא מתפתחת באטיות אך בהתמדה במשך שנים. תקופת ההתפתחות יכולה להיות של שנתיים-שלוש, אך לעתים היא ארוכה יותר. תחילת ההפרעה יכולה לחול בגיל העמידה או אפילו קודם לכן (מחלת אלצהיימר פרה-סנילית), אך היא רעויות גבוהה יותר בגיל המבוגר (מחלת אלצהיימר סנילית). כשהמחלה מתחילה לפני גיל 65-70, יש סבירות של היסטוריה משפחתית, מהלך מהיר יותר וסימנים בולטים של נזק באונות הצדעיות (טמפורליות) והקדקדיות (פריאטליות), כולל דיספזיה ודיספרקסיה. במקרים של התחלה מאוחרת יותר, נוטה המהלך להיות אטי יותר ולהתאפיין בפגיעה כוללת יותר של תפקודים מוחיים עליונים. חולים הסובלים מתסמונת דאון נמצאים בסיכון גבוה יותר לפתח מחלת אלצהיימר.

יש שינויים אופייניים במוח: ירידה ניכרת במספר הניורונים, בעיקר בהיפוקמפוס, בטובסטנציה אינומינטה, בלוקוס צרוליאוס ובקליפת המוח הקדמית והצדעית-קדקדית; הופעת פקעות של סיבים עצביים (neurofibrillary tangles) העשויות מצמדנים של נימים לוליניים (pairs of helical filaments); פלאקים עצביים (הנצבעים

שטיון במחלת אלצהיימר עשוי לחול יחד עם שטיון וסקולרי (או יש לקודדו F00.2), כמו כאשר אפיזודות צרברוסקולריות (תופעות רב-אוטמיות) מיתוספות לתמונה הקלינית ולהיסטוריה, המתאימות למחלת אלצהיימר. אפיזודות כאלה יכולות להוביל להחרפה פתאומית של ביטויי השטיון. בהתאם לממצאים של ניתוחים לאחר המוות, עשויות שתי הצורות לחול בה בעת בכ-10%-15% מכל מקרי השטיון.

F00.0 שטיון במחלת אלצהיימר, המתחיל בגיל מוקדם

זהו שטיון במחלת אלצהיימר, המתחיל לפני גיל 65. יש הידרדרות מהירה באופן יחסי, עם הפרעות מרובות בולטות בתפקודים המוחיים העליונים. ברוב המקרים מופיעות אפזיה, אגרפיה, אלקסיה ואפרקסיה בשלב מוקדם יחסית של מהלך השטיון.

הנחיות לאבחנה

כמו אלה שגרשמו לגבי שטיון, והופעת המחלה לפני גיל 65, עם התפתחות מהירה בדרך כלל של הסימפטומים. גורם תורש אך לא הכרחי לאבחנה הוא היסטוריה משפחתית של מחלת אלצהיימר, כמו גם תסמונת דאון או לימפומה.

כולל: מחלת אלצהיימר, סוג 2
שטיון פרה-סנילי מסוג אלצהיימר

F00.1 שטיון במחלת אלצהיימר, המתחיל בגיל מאוחר

שטיון במחלת אלצהיימר שתחילתו נצפית באופן קליני אחרי גיל 65, ובדרך כלל בשנות ה-70 המאוחרות או אחריהן. ההתקדמות אטית, ובדרך כלל הפגימה בזיכרון משמשת אפיון עיקרי.

הנחיות לאבחנה

כמו אלה שתוארו לגבי שטיון. יש לשים לב לנוכחותם או להעדרם של אפיונים המבדילים את ההפרעה הזו מתת-טיפוס של התחלה מוקדמת (F00.0).

כולל: מחלת אלצהיימר, סוג 1
שטיון סנילי מסוג אלצהיימר

F00.2 שטיון במחלת אלצהיימר, מסוג לא טיפוסי או מעורב

כאן יש לסווג שטיונות שאינם מתאימים לתיאורים ולהנחיות של F00.0 או F00.1. גם שטיון של מחלת אלצהיימר מעורב בשטיון וסקולרי, יכלול כאן.

F00.9 שטיון במחלת אלצהיימר, לא מסווג

F01 שטיון וסקולרי

שטיון וסקולרי (לשעבר ארטריוסקלרוטי) הכולל שטיון רב-אוטמי, נבדל משטיון במחלת אלצהיימר בתחילת המחלה, באפיוניה הקליניים ובמהלכה. באופן טיפוסי יש היסטוריה של התקפים איסכמיים חולפים עם פגימה קצרה בהכרה, שיתוקים חולפים או אובדן ראייה. השטיון עשוי לחול אחרי סדרה של אירועים מוחיים, או לעתים רחוקות יותר אחרי שבץ (stroke) נרחב יחיד. אז נגלות פגימות בזיכרון ובחשיבה. ההתחלה, שעל-פירוב חלה בגיל מאוחר יותר, יכולה להיות פתאומית בעקבות אפיזודה איסכמית מסוימת, או שתיתכן התפתחות הדרגתית יותר. בדרך כלל, השטיון הוא תוצאה של אוטם במוח, הנובע ממחלות של כלי הדם, כולל מחלה של כלי דם מוחיים בגלל יתר לחץ דם. לרוב, האוטמים הם קטנים אך השפעתם מצטברת.

הנחיות לאבחנה

האבחנה מניחה נוכחות של שטיון, כמתואר לעיל. בדרך כלל הפגימה בתפקוד הקוגניטיבי אינה אחידה. לפיכך ייתכנו אובדן זיכרון, פגימה אינטלקטואלית וסימנים מוקדמים ניאורולוגיים. תיתכן השתמרות טובה יחסית של התובנה והשיפוט. התחלה פתאומית או הידרדרות הדרגתית, כמו גם נוכחותם של סימנים וסימפטומים ניאורולוגיים מוקדמים, מגבירות את ודאות האבחנה. במקרים מסוימים אישור האבחנה יתאפשר רק באמצעות טומוגרפיה ממוחשבת, או אחרי בדיקה ניאורופתולוגית.

אפיונים נלווים הם: יתר לחץ דם, חסימה בעורק הראש (carotid a.), איציבות רגשית עם מצב רוח דיכאוני חולף, בכי וצחוק מתפרץ, אפיזודות חולפות של ערפל ההכרה ודליריום שלרוב נגרמות מאוטם נוסף. האישיות נשארת שמורה יחסית, אך שינויים באישיות יכולים לבלוט בחלק מהמקרים, עם אדישות, העדר עקבות או הדגשה של תכונות אישיותיות קודמות, כמו: אנוכיות, רוגזות או גישה פרנואידית.

F01.8 שטיון וסקולרי אחר

F01.9 שטיון וסקולרי, לא מסווג

F02 שטיון במחלות אחרות, המסווגות במקומות אחרים

מקרים של שטיון הנובעים, או משוערים כנובעים, מסיבות השונות ממחלת אלצהיימר או ממחלה של כלי הדם המוחיים. תחילת ההפרעה יכולה לחול בכל שלב בחיים, אף שרק בנדיר היא מופיעה בזיקנה.

הנחיות לאבחנה

נוכחות של שטיון כמו זה שתואר לעיל; נוכחות של אפיונים טיפוסיים לאחת מהתסמונות המסווגות, כפי שיוצגו בקטיגוריות הבאות.

F02.0 שטיון במחלת פיק (Pick)

שטיון מתקדם המתחיל בגיל העמידה (בדרך כלל בין 50 ל-60) ומתאפיין בשינויים אטיים ומתקדמים באופי ובהידרדרות תברתית. אלה מלווים בפגימה באינטלקט, בזיכרון ובתפקודי השפה, עם אדישות, אופוריה ולפעמים עם תופעות אקסטרזה פירמידליות. התמונה הניאורופתולוגית היא של התנוונות ברירנית (טלקטיבית) של האונות המצחיות והצדעיות, אך ללא שכיחות גבוהה יותר של פלאקים עצביים ופקעות של סיבי עצבים מזו הנראית בהזדקנות תקינה. מקרים של התחלה מוקדמת נוטים לגלות מהלך קשה ומהיר יותר. לעתים קרובות, קודמים הביטויים החברתיים וההתנהגותיים לפגימה בזיכרון.

הנחיות לאבחנה

האפיונים הבאים דרושים לאבחנה ודאית:

- שטיון מתקדם;
- פגימה בולטת בתפקודי האונה המצחית, עם אופוריה, קהות רגשית, ירידה בהתנהגות החברתית, העדר עכבות ואדישות או אישקט;
- ביטויים התנהגותיים שלרוב קודמים לפגימה בזיכרון.

כולל: שטיון ארטריוסקלרוטי

אבחנה מובדלת: יש לשקול: דליריום (F05); שטיון אחר, בעיקר במחלת אלצהיימר (F00); הפרעות במצב הרוח (F30-F39); פיגור שכלי קל או בינוני (F70-F71); דימום סובדורלי, טראומטי (S06.5) ולא טראומטי (I62.0).

שטיון וסקולרי עשוי לחול יחד עם שטיון במחלת אלצהיימר (או יש לקודדו ב-F00.2), כמו במצב של אפיזודה וסקולרית, המיתוספת לתמונה הקלינית ולהיסטוריה המתאימות למחלת אלצהיימר.

F01.0 שטיון וסקולרי עם התחלה חריפה

בדרך כלל מתפתח במהירות אחרי סדרת שבצים, כתוצאה מחסימת כלי דם מוחיים קריש או תסחיף, או דימום מוחי. במקרים נדירים, אוטם יחיד וגדול עלול להיות הסיבה להפרעה.

F01.1 שטיון רב אוטמי

זהו שטיון שהופעתו הדרגתית יותר משל הצורה החריפה, והוא חל אחרי כמה אפיזודות איסכמיות קלות, הגורמות להשפעה מצטברת של אוטמים ברקמת המוח.

כולל: שטיון קליפתי בעיקרו

F01.2 שטיון וסקולרי תת-קליפתי

ייתכנו היסטוריה של יתר לחץ דם ומוקדים של הרס איסכמי בחומר הלבן העמוק של ההמיספרות המוחיות. אפשר לחשוד בקיומם על בסיס קליני, או להדגים באמצעות טומוגרפיה ממוחשבת. קליפת המוח בדרך כלל שמורה ומצב זה מנוגד לתמונה הקלינית, העשויה להיות דומה מאוד לזו של שטיון במחלת אלצהיימר (במצבים שאפשר להדגים דמילינציה מפורזת של החומר הלבן, אפשר להשתמש במונח "אנצפלופתיה על שם בינסווגרי").

F01.3 שטיון וסקולרי קליפתי ותת-קליפתי מעורב

אפשר לחשוד במרכיבים מעורבים קליפתיים ותת-קליפתיים של שטיון וסקולרי, לאור אפיונים קליניים או תוצאות של בדיקות (כולל נתיחה שלאחר המוות), או לפי שניהם.

בניגוד למחלת אלצהיימר, בולטים כאן אפיוני פגיעה בתפקוד האונות המצחיות, יותר מאלה של האונות הצדעיות והקדקודיות.

אבחנה מבדלת: יש לשקול: שטיון במחלת אלצהיימר (F00); שטיון וסקולרי (F01); שטיון משני להפרעות אחרות, כמו עגבת של מערכת העצבים (F02.8); הידרוצפלוס עם לחץ תוקן (מאופיין בהאטה פסיכומטורית קיצונית והפרעות בהליכה ובשליטה על הסוגרים) (G91.2); הפרעות ניאורולוגיות ומטבוליות אחרות.

F02.1 שטיון במחלת יעקב-קרויצפלד

שטיון מתקדם עם סימנים ניאורולוגיים נרחבים, הנובעים משינויים ניאורופתולוגיים ייחודיים (אנצפלופתיה דמוית ספוג תת-חריפה). משערים שהם נוצרים על-ידי גורם הניתן להעברה. תחילת המחלה בדרך כלל בגיל העמידה, בעיקר בעשור החמישי לחיים, אך היא יכולה להתחיל לכל אורך גיל הבגרות. המהלך הוא תת-חריף ומוביל למוות בתוך שנה-שנתיים.

הנחיות לאבחנה

יש לחשוד במחלת יעקב-קרויצפלד בכל המקרים של שטיון המתקדם מהר באופן יחסי, במשך חודשים עד שנה-שנתיים, ומלווה בסימפטומים ניאורולוגיים מרובים. במקרים מסוימים, כמו בצורה הנקראת אמיוטרופית, הסימנים הניאורולוגיים עשויים להופיע לפני תחילת השטיון.

בדרך כלל יש שיתוק ספסטי של הגפיים, מלווה בסימנים אקסטר-פירמידליים של רעד, נוקשות ותנועות כוריאואתטואידיות. במקרים אחרים יכולים להופיע אטקסיה, הפרעות בראייה, או רעד עדין (fibrillation) של השרירים וניוון שרירי הנובע מפגיעה בניורונים המוטוריים העליונים (Upper motor neuron). שלישית הסימנים הכוללת:

- שטיון קשה המתפתח במהירות,
- מחלה פירמידלית ואקסטר-פירמידלית עם מיוקלונוס,
- אלקטוראנצפלוגרם אופייני (טריפאזי),
- נחשבת לתומכת מאוד באבחנה של המחלה.

אבחנה מבדלת: יש לשקול: מחלת אלצהיימר (F00) או מחלת פיק (F02.0); מחלת פרקינסון (F02.3); פרקינסוניזם לאחר דלקת המוח (G21.3).

המהלך המהיר והמעורבות המוטורית המוקדמת צריכים להצביע על מחלת יעקב-קרויצפלד.

F02.2 שטיון במחלת הנטינגטון

שטיון זה מופיע כחלק מניוון נרחב של המוח. מחלת הנטינגטון מועברת על ידי גן אוטוסומלי דומיננטי. באופן טיפוסי מופיעים הסימפטומים בעשור השלישי או הרביעי, והשכיחות בקרב המינים כנראה שווה. בחלק מהמקרים, הסימפטומים המוקדמים ביותר הם דיכאון, תרדה או הפרעה פרנאידית ברורה, המלווים בשינויים באישיות. התפתחות המחלה אטית והיא מובילה למוות, בדרך כלל בתוך 10 עד 15 שנים.

הנחיות לאבחנה

הצירוף של תנועות כוריאופורמיות, שטיון והיסטוריה משפחתית של מחלת הנטינגטון תומך מאוד באבחנה, אף שייתכנו מקרים ללא היסטוריה משפחתית. הביטויים הראשונים הם תנועות כוריאופורמיות לא רצוניות, בדרך כלל של הפנים, הידיים והכתפיים. התנועות בדרך כלל קודמות לשטיון, ורק בגדיר מופיעות כאשר השטיון בשלב מתקדם מאוד. תופעות מוטוריות אחרות יכולות לבלוט כשהמחלה מתחילה בגיל צעיר במיוחד (למשל נוקשות מטיפוס סטריאטל), או בגיל מבוגר במיוחד (רעד בזמן תנועה רצונית).

השטיון מתאפיין במעורבות בולטת של תפקודי האונה המצחית בשלב מוקדם, עם שימור יחסי של הזיכרון עד שלב מאוחר של המחלה.

כולל: שטיון במחלת הנטינגטון

אבחנה מבדלת: יש לשקול: מצבים אחרים של תנועות כוריאיות; מחלות עייש אלצהיימר, פיק ויעקב-קרויצפלד (F00, F02.0, F02.1).

F02.3 שטיון במחלת פרקינסון

שטיון המתפתח במהלכה של מחלת פרקינסון מאובחנת (בעיקר בצורתה הקשות). לא התגלו עדיין אפיונים קליניים ייחודיים. השטיון יכול להיות שונה מזה של מחלת אלצהיימר או משטיון וסקולרי; יש גם ראיות לכך ששטיון זה יכול להיות ביטוי להתרחשות בו זמנית של אחד מהמצבים האלה עם מחלת פרקינסון. הדבר מצדיק זיהוי מקרים של מחלת פרקינסון עם שטיון, עד שהנושא יפתר בהתבסס על מחקר.

הנחיות לאבחנה

שטיון המתפתח אצל אדם הסובל ממחלת פרקינסון מתקדמת ובדרך כלל חמורה.

כולל: שטיון ב-Paralysis agitans
שטיון בפרקינסוניזם

אבחנה מבדלת: יש לשקול: שטיונות משניים אחרים (F02.8). שטיון רב-אומי (F01.1) הקשור למחלה וסקולרית על רקע יתר-לחץ-דם או סוכרת. גידול מוחי (C72-C70); הידרוצפלוס עם לחץ תקין (G91.2).

F02.4 שטיון במחלת איידס (Human Immunodeficiency Virus — HIV)

הפרעה המאופיינת בחסרים קוגניטיביים, העומדים בקריטריונים הקליניים-אבחנתיים של שטיון, בהעדר מחלה או מצב כלשהו, חוץ מזיהום HIV, היכול להסביר את הממצאים.

באופן טיפוסי החולים בשטיון של איידס מתלוננים על שכחה, אטיות, קשיי ריכוז, קשיים בפתרון בעיות וקשיים בקריאה. אדישות, ירידה בספונטניות ונסיגה חברתית נפוצות מאוד. במיעוט ניכר של החולים ייתכנו תופעות לא טיפוסיות, כמו הפרעה אפקטיבית, פסיכוזה או התקפים כפיוניים (אפילפטיים). לעתים קרובות, נמצאים בבדיקה הגופנית רעד, פגימה בתנועות מהירות וחזרות, אי שיווי משקל, אטקסיה, טונוס מוגבר, רפלקסים מוגברים, סימני שחרור מעיכוב של האונות המצחיות ופגימה במעקב ובתנועות סקדיות של העיניים.

ילדים מפתחים גם הפרעה עצבית-התפתחותית הקשורה לוירוס HIV, המאופיינת בעיכוב התפתחותי, טונוס מוגבר, מיקרוצפליה והסתידות הגרעינים הבסיסיים. לעתים קרובות מאוד מופיעה המעורבות הניאורולוגית בלא זיהומים מזדמנים וגידולים נלווים, שלא כמו אצל מבוגרים.

שטיון על רקע HIV בדרך כלל מתקדם במהירות (במשך שבועות או חודשים) לשטיון קשה, לאובדן יכולת הדיבור ולמוות.

כולל: קומפלקס שטיון-איידס
אנצפולפתיה של HIV או דלקת המוח (אנצפליטיס) תת-חריפה

F02.8 שטיון במחלות ייחודיות אחרות, המסווגות במקומות אחרים

שטיון יכול להופיע כביטוי או כתוצאה של מגוון מצבים מוחיים או גופניים. כדי לסווג את האטיולוגיה, יש להוסיף קוד מפרק אחר של ICD-10, המתאים למצב הבסיסי.

כאן יש לקודד גם את שטיון-פרקינסוניזם מורכב של גואם (שאפשר לזהותו לפי סימן חמישי כנדרש). זהו שטיון המתקדם במהירות, שאחרי חל ליקוי אקסטרזה-פירמידלי, ובמקרים אחדים גם Amyotrophic lateral sclerosis. המחלה תוארה

לראשונה באי גואם, שם היא חלה בשכיחות גבוהה בקרב אוכלוסיית הילידים, ופוגעת בזכרים פי שניים יותר מאשר בנקבות. כיום ידוע שהמחלה מופיעה גם בפפואה, בגינאה החדשה ובין.

כולל: שטיון ב:

הרעלה של חד תחמוצת הפחמן (T58)
מחלות מוחיות של אגירת שומנים (E75.-)
כפיון (G40.-)
עגבת של מערכת העצבים המרכזית (A52.1)
מחלת וילסון (E83.0)
יתר סידן בדם (E83.5)
תת-פעילות נרכשת של בלוטת התריס (E02, E00.-)
הרעלות (T65-T36)
טרשת נפוצה (G35.-)
עגבת של מערכת העצבים (A52.1)
חוסר ניאצין (פלאגרה) (E52)
פוליאורטיטיס נודודה (M30.0)
זאבת ארגמנית נפוצה (M32.-)
טריפנוסומיאזיס (אפריקנית B56.-, אמריקנית B57.-)
חסר ויטמין B12 (E53.8)

F03 שטיון לא מסווג

יש להשתמש בקטגוריה זו כשמתמלאים הקריטריונים הכלליים של שטיון, אך אי אפשר לזהות אחד מהסוגים הייחודיים שלו (F02.9–F00.0).

כולל: שטיון פרה-סנילי או סנילי, שאינו מסווג במקום אחר
פסיכוזה פרה-סנילית או סנילית, שאינה מסווגת במקום אחר
שטיון ניווני ראשוני, שאינו מסווג במקום אחר

דליריום שאינו תוצאה של שימוש באלכוהול או בחומרים פסיכואקטיביים אחרים

F05

תסמונת לא ייחודית מבחינה אטיולוגית, המאופיינת בהפרעות בהכרה, בקשב, בתפיסה, בחשיבה, בזיכרון, בהתנהגות פסיכומטורית, ברגש ובמחזור השינה ערות. הפרעות אלה חלות בעת ובעונה אחת. דליריום יכול להופיע בכל גיל, אך באופן השכיח ביותר אחרי גיל 60. המצב של דליריום הוא זמני וחומרתו משתנה לסירוגין; רוב החולים מחלימים בתוך 4 שבועות או פחות. יחד עם זאת, דליריום הנמשך עם תנודות, עד 6 חודשים, אינו נדיר, בעיקר כשהוא מופיע במהלך מחלת כבד כרונית, קרצינומה או דלקת חניידקית תת-חריפה של קרום הלב הפנימי. ההבדלה בין דליריום חריף ובין דליריום תת-חריף היא בעלת משמעות קלינית מועטה. יש לראות מצב זה כתסמונת אחת שמשכה משתנה וחומרתה נעה בין קלה למחמרה מאוד. מצב של דליריום יכול להיתוסף אל או להתפתח לשטיון.

אין להשתמש בקטיגוריה זו לדליריום הקשור לשימוש בסמים פסיכואקטיביים, כמסווג בקטיגוריות F10-F19. יש לקודד כאן מצבי דליריום הנגרמים משימוש בתרופות (למשל מצבי בלבול אצל חולים קשישים המטופלים בתרופות נוגדות דיכאון). במקרים כאלה יש לתעד את התרופה האמורה באמצעות תוספת של קוד T מפרק 19 של ICD-10.

הנחיות לאבחנה

לאבחנה ודאית צריכים להופיע סימפטומים קלים או חמורים, בכל אחד מהתחומים הבאים:

- א. פגיעה בהכרה ובקשב (הנעה על הרצף שבין ערפול לתרדמת; ירידה ביכולת להפנות קשב, למקדו ולשמור עליו);
- ב. הפרעה קוגניטיבית כוללת (עיוותים תפיסתיים, אשליות והזיות — בעיקר בתחום הראייה; פגיעה בחשיבה המופשטת ובחבנה, עם או בלי מחשבות שווא חולפות, אך באופן טיפוסי עם זרחה מסוימת של אובדן הקשר ההגיוני; פגיעה בזיכרון לטווח הקצר ובשליפה מיידי, אך ללא פגיעה בזיכרון לטווח הארוך; אי התמצאות בזמן ובמקרים חמורים יותר, גם במקום וביחס לאנשים);
- ג. הפרעות פסיכומטוריות (פעילותיתר או תת-פעילות עם מעברים לא צפויים בין זו לזו; עלייה בזמן הנדרש לתגובה; הגברה או האטה של שטף הדיבור; תגובתיות יתר לגירוי פתאומי);
- ד. הפרעות במחזור השינה-ערות (אינסומניה, או במקרים קשים אובדן שינה מוחלט או היפוך של מחזור השינה-ערות. ישנוניות בשעות היום; החרפה של

תסמונת שכחה אורגנית שאינה תוצאה של שימוש באלכוהול או בחומרים פסיכואקטיביים אחרים

F04

זו תסמונת המאופיינת בפגיעה בולטת בזיכרון לטווח הקצר והארוך. בעוד ש יכולת השליפה המיידית מהזיכרון נשמרת. היכולת ללמוד חומר חדש פוחתת באופן ניכר, והדבר מוביל לשכחה אנטרוגרדית ולחוסר התמצאות בזמן. גם שכחה רטרוגרדית מופיעה בעוצמות שונות, אך היא יכולה להתמעט אם הסיבה הבסיסית או התהליך הפתולוגי נוטים להשתפר. קונפבלציה יכולה להיות אפיון בולט, אך לא תמיד היא קיימת. בדרך כלל התפיסה ותפקודים קוגניטיביים אחרים, כולל האינטלקט, אינם נפגעים, ועל הרקע הזה בולטת במיוחד ההפרעה בזיכרון. סיכויי ההחלמה תלויים במהלך הפגיעה הבסיסית (שבאופן טיפוסי פוגעת במערכת ההיפותלמית-דיאנצלית או באזור ההיפוקמפוס); באופן עקרוני, תיתכן החלמה כמעט מוחלטת.

הנחיות לאבחנה

לשם אבחנה ודאית, יש לבסס:

- א. נוכחות של פגיעה בזיכרון, המתבטאת בפגם בזיכרון לטווח הקצר (פגיעה בלמידת חומר חדש); שכחה אנטרוגרדית ורטרוגרדית, וירידה ביכולת לזכור אירועים מהעבר בסדר הפוך להתרחשותם;
 - ב. היסטוריה או עדות אובייקטיבית לנזק או למחלה של המוח (בעיקר עם מעורבות דירצדית של אזורים דיאנצלליים ואזורים מדיאליים של האונה הצדעית);
 - ג. העדר או חסר של היזכרות מיידי או פגם בה (למשל: כפי שזה נבדק באמצעות זכירת ספרות), העדר הפרעות בקשב ובהכרה והעדר פגיעה אינטלקטואלית כוללת.
- קונפבלציה, חוסר תובנה ושינויים רגשיים (אדישות, חוסר יוזמה), הם סמנים נוספים התומכים באבחנה, אף שאינם חיוניים בכל מקרה.
- כולל:** תסמונת או פסיכוזה על שם קורסקוב, לא אלכוהולית
- אבחנה מובדלת:** יש להבחין הפרעה זו מתסמונות אורגניות אחרות, שבהן בולטת הפגיעה בזיכרון (למשל, שטיון או דליריום), שכחה דיסוציאטיבית (F44.0), תפקודי זיכרון פגומים בהפרעות דיכאוניות (F30-F39), ומהתחלות הכוללת תלונה של אובדן הזיכרון (Z76.5). אין לקודד כאן תסמונת קורסקוב הנובעת מאלכוהול או מסמים, אלא בסעיף המתאים לה (F1X.6).

הסימפטומים בשעות הלילה; חלומות מפחידים או סיוטי לילה, העלולים להימשך כהזיות לאחר היקיצה);

ה. הפרעות רגשיות, כמו: דיכאון, חרדה או פחד, רגזנות, אופוריה או תחושת בלבול ומבוכה.

בדרך כלל תחילת המצב מהירה, והמהלך משתנה במשך היום. המצב כולו נמשך פחות מ-6 חודשים. התמונה הקלינית שתוארה היא כל כך אופיינית, שאפשר לאבחן דליריום בוודאות כמעט מוחלטת, גם כשאין ביסוס לסיבה המשוערת. אם האבחנה מוטלת בספק, תיחדש ראייה לליקוי תפקודי מוחי (למשל אלקטרואנצלוגרם-הריג שבדרך כלל, אם כי לא תמיד, מראה האטה של פעילות הרקע).

כולל:

תסמונת מוחית חריפה
מצב בלבול (לא אלכוהולי) חריף
פסיכוזה זיהומית חריפה
תגובה אורגנית חריפה
תסמונת פסיכו-אורגנית חריפה

אבחנה מבדלת:

יש להבדיל בין דליריום לתסמונות אורגניות אחרות, בעיקר שטיון (F03-F00), הפרעות פסיכוטיות חריפות וחולפות (F23-), מצבים חריפים של סכיזופרניה (F20-) או הפרעות אפקטיביות (F39-F30), שיתכנו בהן אפיונים של בלבול. דליריום שגורם משימוש באלכוהול או בחומרים פסיכואקטיביים אחרים, יסווג בסעיף המתאים (F1X.4).

F05.0 דליריום, ללא שטיון

יש להשתמש בקוד זה לדליריום שלא היתוסף לשטיון קיים.

F05.1 דליריום שהיתוסף לשטיון

יש להשתמש בקוד זה למצבים העומדים בקריטריונים שתוארו, אך מתפתחים במהלכו של שטיון (F03-F00).

F05.8 דליריום אחר

כולל:

דליריום שמקורו מעורב
דליריום או מצב בלבול תת-חריף

F05.9 דליריום לא מסווג

F06 הפרעות נפשיות אחרות עקב נזק מוחי וליקוי תפקודי, וכתוצאה ממחלה גופנית

קטיגוריה זו כוללת מצבים מגוונים הקשורים באורח סיבתי לליקוי תפקודי של המוח הנגרם ממחלה מוחית ראשונית, למחלה סיסטמית הפוגעת במוח באופן משני, להפרעות אנדוקריניות כמו תסמונת קושינג או מחלות גופניות אחרות, לחומרים רעילים מסוימים (לא כולל אלכוהול וסמים המסווגים במסגרת F10-F19) או לחורמונים. למצבים אלה יש אפיונים קליניים משותפים, שכשלעצמם אינם מאפשרים אבחנה משוערת של הפרעה נפשית אורגנית, כמו שטיון או דליריום. אדרבא, הביטויים הקליניים דומים או זהים לאלה של הפרעות שאינן נחשבות ל"אורגניות", במובן הייחודי המוגבל לקובץ זה של הסיווג. הכללתם כאן מבוססת על ההנחה שהם נובעים במישרין ממחלה מוחית או מליקוי תפקודי מוחי, ולא מהקשר מקרי למחלה כזו או לליקוי כזה, או לתגובה פסיכולוגית לסימפטומים של המחלה, כמו בהפרעות דמויות-סכיזופרניה הקשורות לכפיון ממושך.

ההחלטה לסווג תסמונת קלינית בקטיגוריה זו נתמכת על ידי הממצאים הבאים:

א. ראייה למחלה מוחית, לנוק או לליקוי תפקודי מוחי, הקשורים לאחת מהתסמונות שברשימה;

ב. קשר בזמן (של שבועות או חודשים אחדים) בין התפתחות המחלה הבסיסית ובין תחילת התסמונת הנפשית;

ג. החלמה מההפרעה הנפשית בעקבות הסרת הסיבה למחלה או שיפור בה;

ד. תערוריות שיצביעו על סיבה חליפית לתסמונת הנפשית (כמו למשל היסטוריה משפחתית או דחק קודם).

התנאים אי-רבי מצדיקים אבחנה זמנית; ודאות האבחנה גוברת באופן משמעותי, אם כל הארבעה קיימים.

ידוע שהמצבים הבאים מגבירים את הסיכון היחסי לתסמונות המסווגות כאן: כפיון, דלקת מוח באזור הלימבי, מחלת הנטינגטון, חבלת ראש, גידולים במוח, גידולים מחוץ למוח עם השפעות על מערכת העצבים המרכזית (בעיקר: סרטן של הלבלב), מחלות, פגיעות או עיוותים שמלידה בכלי הדם המוחיים, זאבת ארגמנית ומחלות קולגן אחרות, מחלות אנדוקריניות (בעיקר יתר-פעילות ותת-פעילות של בלוטת התריס, מחלת קושינג); מחלות מטבוליות (למשל היפוגליקמיה, פורפיריה,

היפוקסיה), מחלות של טפילים ומחלות מידבקות טרופיות (למשל טריפנוסומיאזיס); השפעות רעילות של תרופות לא פסיכיאטריות (פרופרנולול, לברדופה, מתילדופה, סטרואידים, חומרים נוגדי יתר-לחץ-דם ותרופות נגד מלריה).

לא כולל: הפרעות נפשיות הקשורות לדליריום (F05)
הפרעות נפשיות הקשורות לשטיון כמסווג ב-F03-F00

F06.0 הלוצינוזיס אורגני

הפרעה של הזיות מתמידות או חוזרות, בדרך כלל של ראייה או של שמיעה, החלות בהכרח צלולה. ייתכן שהחולה יזהה אותן ככאלה וייתכן שלא. ייתכן עיבוד דלזיונלי של ההזיות, אך התובנה, לרוב, נשמרת.

הנחיות לאבחנה

נוסף על הקריטריונים הכלליים המופיעים במבוא ל-F06 דרושה ראייה להזיות מתמידות או חוזרות בכל אחת מהאופניות, ללא ערפול ההכרה, ללא הידרדרות אינטלקטואלית בולטת, ללא הפרעה בולטת במצב הרוח וללא השתלטות של מחשבות שווא.

כולל: Dermatozoenwahn (תחושה של בעלי חיים הזוחלים מתחת לעור)
מצב הלוצינטורי אורגני (לא אלכוהולי)

לא כולל: הלוצינוזיס אלכוהולי (F10.52)
סכיזופרניה (F20.-)

F06.1 הפרעה קטטונית אורגנית

הפרעה המתבטאת בפעילות פסיכומטורית מופחתת (קיפאון) או מוגברת (התרגשות), הקשורה לסימפטומים קטטוניים. תיתכן תחלופה בין שתי התופעות הקיצוניות של ההפרעה. לא ידוע האם כל טווח ההפרעות הקטטוניות המתוארות בסכיזופרניה חל גם במצבים אורגניים כאלה. כמו כן, טרם הוחלט בבירור האם מצב קטטוני אורגני יכול להתרחש בהכרח צלולה, או שהוא תמיד ביטוי של דליריום שבעקבותיו חלה שכחה חלקית או מלאה. לכן יש להיזהר באבחנה ולהפריד בין מצב זה ובין דליריום. מניחים שדלקת המוח והרעלה של חז תחמוצת הפחמן קשורות לתסמונת זו, יותר מאשר גורמים אורגניים אחרים.

הנחיות לאבחנה

הקריטריונים הכלליים המניחים קיום סיבות אורגניות ומופיעים במבוא ל-F06 צריכים להתממש. נוסף עליהם דרושה נוכחות של אחד מהתנאים הבאים:

א. קיפאון (הפחתה או העדר מוחלט של תנועות ספונטניות עם אילמות חלקית או מלאה, נטיבזים ותנוחות נוקשות);

ב. התרגשות (תנועות יתר קיצוניות עם או בלי נטייה לתוקפנות);

ג. שניהם (תוך כדי מעברים מהירים ולא צפויים מתת-פעילות לפעילות יתר).

סטראוטיפיות, גמישות שעווה (waxy flexibility) או מעשים אימפולסיביים, הם תופעות קטטוניות אחרות המגבירות את ודאות האבחנה.

לא כולל: סכיזופרניה קטטונית (F20.2)

קיפאון דיסוציאטיבי (F44.2)

קיפאון שאינו מסווג במקום אחר (R40.1)

F06.2 הפרעה דלזיונלית (דמוית-סכיזופרניה) אורגנית

בהפרעה זו שולטות בתמונה הקלינית מחשבות שווא מתמידות או חוזרות. מחשבות השווא מלוות לעתים בהזיות, אך הן אינן מוגבלות לתוכן של האחרונות. ייתכנו גם אפיונים חרמזים על סכיזופרניה, כמו: מחשבות שווא מוזרות, הזיות או הפרעה בחשיבה.

הנחיות לאבחנה

הקריטריונים הכלליים להנחת סיבות אורגניות המופיעים במבוא ל-F06 צריכים להתממש. נוסף עליהם צריכות להופיע מחשבות שווא (של רדיפה, שינוי גופני, קטא, מחלה או מוות של החולה או של אדם קרוב). ייתכנו הזיות, הפרעות בחשיבה או תופעות קטטוניות יחידות. אסור שההכרה והזיכרון ייפגעו. אין לקבוע אבחנה זו אם הראייה המשוערת לקיום גורם אורגני אינה ייחודית או שהיא מוגבלת לממצאים כמו: הרחבת חדרי המוח (הנצפית בטומוגרפיה ממוחשבת) או סימנים ניאורולוגיים "רכים".

כולל: מצבים אורגניים פרנואידיים ופרנואידיים-הלוצינטוריים
פסיכוזה דמוית-סכיזופרניה בכפיון

לא כולל: הפרעות פסיכוטיות חריפות וחולפות (F23.-)

הפרעות פסיכוטיות כתוצאה מסמים (F1X.5)

הפרעה דלזיונית מתמדת (F22.-)

סכיזופרניה (F20.-)

F06.3 הפרעות במצב הרוח (אפקטיביות) על רקע אורגני

הפרעות המאופיינות בשינוי במצב הרוח או ברגש, ומלוות בדרך כלל בשינוי ברמת הפעילות הכללית. הקריטריון היחיד להכללת הפרעות אלה בקובץ זה נובע מהתנחה שהגורם הישיר להן הוא הפרעה מוחית או גופנית אחרת, שנוכחותה מודגמת באופן עצמאי (כלומר: באמצעות בדיקות גופניות ומעבדתיות מתאימות), או על סמך מידע הולם לגבי עברו של החולה. ההפרעה האפקטיבית צריכה להיות תוצאה של הגורם האורגני, ואסור שתהווה רק תגובה רגשית של החולה לידיעה שהוא סובל מהפרעה מוחית או מהסימפטומים שלה.

דיכאון אחרי מחלה זיהומית (למשל, אחרי שפעת) הוא דוגמה שכיחה, ויש לסווגה כאן. אין לקודד כאן אופוריה קלה מתמדת שאינה מגיעה לידי היפומניה (הנצפית לפעמים, בחקשר לטיפול בסטרוואידים או בתרופות נוגדות דיכאון), אלא במסגרת F06.8.

הנחיות לאבחנה

נוסף על הקריטריונים הכלליים הדרושים לאבחנת אטיולוגיה אורגנית, הרשומים במבוא ל-F06, חייב המצב למלא את הדרישות האבחנתיות של אחת מההפרעות במסגרת F30-F33.

לא כולל: הפרעות במצב הרוח (אפקטיביות) לא אורגניות או לא מסווגות (F30-F39) הפרעה אפקטיבית של ההמיספרה הימנית (F07.8)

אפשר להשתמש בקודים הבאים, שלהם חמישה סימנים, כדי לסווג את ההפרעה הקלינית:

F06.30 הפרעה מנית אורגנית

F06.31 הפרעה דו-קוטבית אורגנית

F06.32 הפרעה דיכאונית אורגנית

F06.33 הפרעה אפקטיבית מעורבת אורגנית

F06.4 הפרעת חרדה אורגנית

הפרעה המאופיינת באותם אפיונים החיוניים להפרעת חרדה כוללת (F41.1), להפרעת אימה (F41.0) או לשילוב של שניהן, אך היא נגרמת כתוצאה מהפרעה אורגנית המסוגלת לחולל ליקוי תפקודי מוחי (כמו: כפיין של האונה הצדעית, פעילות יתר של בלוטת התריס או פאוורמוציטומה).

לא כולל: הפרעות חרדה, לא אורגניות או לא מסווגות (F41-)

F06.5 הפרעה דיסוציאטיבית אורגנית

הפרעה העומדת בדרישות האבחנתיות לאחת מההפרעות ב-F44 (הפרעה דיסוציאטיבית), ונוסף על כך היא ממלאת את הקריטריונים הכלליים לאטיולוגיה אורגנית (כמתואר במבוא לקובץ זה).

לא כולל: הפרעות דיסוציאטיביות, לא אורגניות או לא מסווגות (F44-)

F06.6 הפרעה של אי-יציבות רגשית (אסתניה) אורגנית

הפרעה המאופיינת באי-שליטה או באי-יציבות רגשית מתמדת וניכרת, בהתעייפות, או במגוון של תחושות גופניות לא נעימות (כמו סחרחורת) וכאבים, המופיעים כתוצאה מהפרעה אורגנית. מעריכים שהפרעה זו חלה בחקשר למחלה של כלי הדם במוח או ליתר-לחץ-דם, יותר מאשר לגורמים אחרים.

לא כולל: הפרעות סומטופורמיות, לא אורגניות או לא מסווגות (F45-)

F06.7 הפרעה קוגניטיבית מתונה

הפרעה זו עשויה לחול לפני, בבת אחת עם או אחרי מגוון רב של מחלות זיהומיות והפרעות גופניות, הן מוחיות והן סיסטמיות (כולל מחלת איידס). עדות ניאורולוגית ישירה למעורבות מוחית אינה בהכרח קיימת, אך יחד עם זאת, ייתכנו מצוקה והפרעה בפעילות הרגילה. יש עדיין צורך לבסס את גבולות הקטיגוריה הזו. כשהפרעה קוגניטיבית מתונה קשורה להפרעה גופנית שהחולה התאושש ממנה, היא אינה נמשכת יותר משבועות אחדים נוספים. אין לקבוע אבחנה זו כשאפשר לייחס את המצב להפרעה נפשית או התנהגותית אחרת מבין אלה המסווגות בשאר הקבצים בספר זה.

הנחיות לאבחנה

המאפיין העיקרי הוא ירידה בתפקוד הקוגניטיבי. ייתכנו פגיעה בזיכרון וקשיי למידה וריכוז. מבחנים אובייקטיביים מצביעים על-פירוב על חריגות. הסימפטומים הם כאלה שאינם מתאימים לאבחנה של שטיון (F03-F00), תסמונת אמנוית אורגנית (F04-) או דליריום (F05-).

אבחנה מובדלת: אפשר להבחין הפרעה זו מתסמונת לאחר זלקת מוח (אנצפליטיס) (F07.1) ומתסמונת שלאחר זעזוע מוח (F07.2), בעזרת האטיולוגיה השונה שלה, הטווח המוגבל של סימפטומים מתונים יותר ומשכה, הקצר יותר בדרך כלל.

F06.8 הפרעות נפשיות מסווגות אחרות עקב נזק או ליקוי תפקודי מוחי וכתוצאה ממחלה גופנית

מצבי רוח חריגים המתרחשים במשך טיפול בסטרוואידים או בתרופות נוגדות דיכאון הם הדוגמאות להפרעה זו.

כולל: פסיכוזה כפיונית שאינה מסווגת במקום אחר

F06.9 הפרעה נפשית לא מסווגת עקב נזק או ליקוי תפקודי מוחי וכתוצאה ממחלה גופנית

F07 הפרעות באישיות ובהתנהגות עקב מחלה, נזק או ליקוי תפקודי של המוח

שינוי של האישיות וההתנהגות יכול להופיע כשריד או כתופעת לוואי של מחלה, נזק או ליקוי תפקודי של המוח. במקרים מסוימים הבדלים בביטוייהן של תסמונות אישיותיות או התנהגותיות כאלה יכולים לרמוז על המקור ו/או על מיקום הבעיה התוך מוחית, אבל אין ליחס משקל יתר למהימנותו של הקשר אבחנתי כזה. לפיכך, יש לחפש תמיד את האטיולוגיה המשוערת בעזרת אמצעים בלתי תלויים, ואם היא ידועה – לתעד אותה.

F07.0 הפרעת אישיות אורגנית

הפרעה זו מאופיינת בשינוי משמעותי מדפוסי ההתנהגות שקדמו למחלה. בעיקר נפגע ביטוי הרגשות, הצרכים והדחפים. התפקודים הקוגניטיביים עלולים להיפגם בעיקר, או רק, בתחומים של תכנון וצפייה של התוצאות החברתיות והאישיות, כמו בהפרעת המכוונה תסמונת האונה המצחית. יחד עם זאת, ידוע שתסמונת זו חלה לא רק כשיש פגיעה באונות המצחיות, אלא גם באזורים מוגדרים אחרים של המוח.

הנחיות לאבחנה

נוסף על היסטוריה מתאימה או ראיה אחרת למחלה, לנזק או לליקוי תפקודי של המוח מחייבת האבחנה נוכחות של שניים או יותר מהמאפיינים הבאים:

א. ירידה קבועה ביכולת להתמיד בפעולות תכליתיות, בעיקר בכאלה הדורשות זמן רב ודחייה של סיפוק;

ב. שינוי בהתנהגות הרגשית, המאופיין באי-ציבות רגשית, בעליזות שטחית ולא מוצדקת (אופוריה, בדחנות שאינה חולמת) ונטייה לשינוי חד, לרוגזנות או התפרצויות קצרות של כעס ותוקפנות; במקרים מסוימים, תיתכן אדישות כאפיון בולט;

ג. מתן ביטוי לצרכים או לדחפים, ללא התחשבות בתוצאות או בנורמה החברתית (החולה עלול לעסוק בהתנהגות לא-חברתית כמו גניבה, התנהגות מינית לא הולמת, אכילה מוגזמת, או שהוא עלול להזניח את ההגיגה האישית);

ד. הפרעות קוגניטיביות בצורה של חשיבה חשדנית או פרנואידיזם ו/או עיסוק יתר בנושא יחיד, בדרך כלל מופשט (למשל: דת, צדק ואי-צדק);

ה. שינוי ניכר בקצב ובשטף של השפה, המאופיין באורכנות, בהכללת יתר, בדבקות מחשבתית ובהיפרגרפיה;

ו. שינוי בהתנהגות המינית (מיניות מופחתת או שינוי בהעדפה המינית).

כולל:

תסמונת האונה המצחית

תסמונת אישיותית של כפיון לימבי

תסמונת לאחר לובוטומיה

אישיות פסאודו-פסיכופתית על רקע אורגני

אישיות פסאודו-מפגרת על רקע אורגני

תסמונת לאחר לויקוטומיה

לא כולל: שינוי אישיות מתמשך אחרי חוויה קטסטרופלית (F62.0)

שינוי אישיות מתמשך אחרי מחלה נפשית (F62.1)

תסמונת אחרי זעזוע מוח (F07.2)

תסמונת שלאחר דלקת המוח (F07.1)

הפרעת אישיות ייחודית (F60.-)

F07.1 תסמונת שלאחר דלקת המוח

התסמונת כוללת שינוי התנהגותי הנשאר אחרי הבראה מדלקת מוח נגיפית או חיידקית. הסימפטומים אינם ייחודיים והם שונים מאדס, לאדם, מגורם זיהומי אחד לאחר, ונמצאים בהתאמה לגיל החולה בזמן הזיהום. ההבדל העיקרי בין הפרעה זו ובין הפרעות אישיות אורגניות הוא שהפרעה זו חנה, לעתים קרובות, הפיכה.

הנחיות לאבחנה

ביטויי ההפרעה עשויים לכלול: הרגשה כללית לא טובה, אדישות או רוגזנות, ירידה מסוימת של התפקוד הקוגניטיבי (קשיי למידה), שינוי בדפוסי השינה והאכילה

ושינויים במיניות ובשיפוט החברתי. ייתכן מגוון של ליקויים ניאורולוגיים, כמו: שיתוק, חירשות, אפזיה, אפרקסיה מבנית ואקלקוליה.

לא כולל: הפרעת אישיות אורגנית (F07.0)

F07.2 תסמונת שלאחר זעזוע מוח

התסמונת חלה אחרי חבלה בראש (בדרך כלל די תמורה עד כדי אובדן הכרה), וכוללת כמה סימפטומים נפרדים, כמו: כאב ראש, סחרחורת (בדרך כלל ללא המאפיינים של ורטיגו אמיתי), עייפות, רגזנות, קשיים בריכוז ובביצוע מטלות מנטליות, פגיעה בזיכרון, חוסר שינה, ירידה בסבילות למצבים שונים כגון דחק, התעוררות רגשית או אלכוהול. לסימפטומים אלה יכולות להתלוות תחושות של דיכאון או חרדה, הנובעות מירידה בהערכה העצמית ומפחד מפני נזק מוחי קבוע. רגשות כאלה מחריפים את הסימפטומים המקוריים ויוצרים מעגל קסמים. חולים אחדים הופכים להיפוכונדרים ומתחילים לחפש אבחנה וריפוי, והם עלולים לאמץ בקביעות את תפקיד החולה. לא תמיד ברורה האטיולוגיה של הסימפטומים האלה, והועלו השערות ביחס לגורמים נפשיים ואורגניים. לפיכך המעמד הנוולוגי של מצב זה אינו ודאי לחלוטין. מכל מקום, אין ספק שהתסמונת שכיחה ושהיא גורמת מצוקה לחולה.

הנחיות לאבחנה

לצורך אבחנה ודאית נדרשת נוכחותם של שלושה אפיונים לפחות, מאלה שתוארו לעיל. הערכה זהירה, תוך כדי שימוש בטכניקות מעבדתיות (אלקטרואנצפלוגרפיה, evoked potentials של גזע המוח, הדמיה מוחית, oculonystagmography, עשויה לספק ראיה אובייקטיבית שתבסס את ההסבר האורגני לסימפטומים, אך לרוב התוצאות שליליות. התלונות אינן קשורות בהכרח למניעים של פיצוי.

כולל: תסמונת אחרי חבלה (אנצפלופתיה)
תסמונת מוחית אחרי טראומה, לא פסיכוטית

F07.8 הפרעות אורגניות אחרות באישיות ובהתנהגות עקב מחלה, נזק או ליקוי תפקודי של המוח

מחלה, נזק או ליקוי תפקודי של המוח עלולים ליצור מגוון של הפרעות קוגניטיביות, רגשיות, אישיותיות והתנהגותיות, שלא את כולן אפשר לסווג במסגרת הכתורות הקודמות. בכל אופן, מאחר שהמצב הנוולוגי של התסמונות האפשריות בתחום זה אינו ודאי, יש לקודדן כ"אחרות". אם יש צורך בכך, אפשר להוסיף סימן חמישי כדי לזהות מצבים אינדיווידואליים משוערים כמו אלה:

הפרעה אפקטיבית אורגנית של ההמיספרה הימנית (שינויים ביכולת לבטא או

להבין רגשות אצל אנשים הסובלים מהפרעה בהמיספרה הימנית). אף שבאופן שטחי עלול החולה להיראות מדוכא, בדרך כלל אין דיכאון; למעשה, זה צמצום בהבעת הרגשות.

יש לקודד כאן גם:

א. כל תסמונת אחרת, ייחודית אך משוערת, של שינוי באישיות או בהתנהגות עקב מחלה, נזק או ליקוי תפקודי של המוח, שאינה מאלה הרשומות במסגרת F07.2-F07.0;

ב. מצבים של פגיעה קוגניטיבית בדרגה מתונה שטרם הגיעה לשטיון, במחלות מוחיות מתקדמות, כמו מחלת אלצהיימר, מחלת פרקינסון וכו'. כשמתמלאים הקריטריונים של שטיון, יש לשנות את האבחנה.

לא כולל: דליריום (F05)

F07.9 הפרעה אורגנית לא מסווגת באישיות ובהתנהגות עקב מחלה, נזק או ליקוי תפקודי של המוח

כולל: תסמונת פסיכוראורגנית

F09 הפרעה נפשית אורגנית או סימפטומטית, לא מסווגת

כולל: פסיכוזה אורגנית שאינה מסווגת במקום אחר
פסיכוזה סימפטומטית שאינה מסווגת במקום אחר

לא כולל: פסיכוזה שאינה מסווגת במקום אחר (F29.-)

F10 — F19 הפרעות נפשיות והתנהגותיות כתוצאה משימוש בחומרים פסיכואקטיביים

סקירה

- F10 — הפרעות נפשיות והתנהגותיות כתוצאה משימוש באלכוהול
- F11 — הפרעות נפשיות והתנהגותיות כתוצאה משימוש באופיאטים
- F12 — הפרעות נפשיות והתנהגותיות כתוצאה משימוש בקנאבינואידים
- F13 — הפרעות נפשיות והתנהגותיות כתוצאה משימוש בסמי הרגעה ובסמי שינה
- F14 — הפרעות נפשיות והתנהגותיות כתוצאה משימוש בקוקאין
- F15 — הפרעות נפשיות והתנהגותיות כתוצאה משימוש בחומרים מעוררים (כולל קפאין)
- F16 — הפרעות נפשיות והתנהגותיות כתוצאה משימוש בהלוצינוגנים
- F17 — הפרעות נפשיות והתנהגותיות כתוצאה משימוש בטבק
- F18 — הפרעות נפשיות והתנהגותיות כתוצאה משימוש בממיסים נדיפים
- F19 — הפרעות נפשיות והתנהגותיות כתוצאה משימוש בסמים רבים ובחומרים פסיכואקטיביים אחרים

אפשר להשתמש בסימן רביעי ובסימן חמישי כדי לסווג את המצב הקליני, כדלקמן:

Flx.0	הרעלה חריפה
.00	ללא סיבוכים
.01	עם טראומה או פגיעה גופנית אחרת
.02	עם סיבוכים רפואיים אחרים
.03	עם דליריום
.04	עם עיוותים בתפיסה
.05	עם תרדמת
.06	עם פרכוסים
.07	הרעלה פתולוגית
Flx.1	שימוש מזיק
Flx.2	תסמונת של תלות
.20	כעת נמנע משימוש
.21	כעת נמנע משימוש, אך נמצא בסביבה מוגנת

22. כעת בפיקוח מרפאתי או נוטל תחליפי-סם (התמכרות מבוקרת)
23. כעת נמנע משימוש, אך מטופל בחומרים חוסמים או אברסיביים
24. כעת משתמש בחומר (תלות פעילה)
25. שימוש רצוף
26. שימוש לסירוגין (דיפסומניה)
- Flx.3 מצב גמילה
30. ללא סיבוכים
31. עם פרכוסים
- Flx.4 מצב גמילה עם דליריום
40. ללא פרכוסים
41. עם פרכוסים
- Flx.5 הפרעה פסיכוטית
50. דמוית סכיזופרניה
51. דלזיונלית בעיקרה
52. הזייתית בעיקרה
53. פולימורפית בעיקרה
54. בעיקר סימפטומים דיכאוניים
55. בעיקר סימפטומים מניים
56. מעורבת
- Flx.6 תסמונת של שכחה (אמנזיה)
- Flx.7 הפרעה פסיכוטית שרידית (residual) ו/או שתחילת, מאוחרת
70. הבזקי זיכרון (פלאשבק)
71. הפרעת אישיות או הפרעת התנהגות
72. הפרעה אפקטיבית שרידית
73. שטיון
74. פגימה קוגניטיבית מתמדת אחרת
75. הפרעה פסיכוטית שתחילתה מאוחרת
- Flx.8 הפרעות נפשיות או התנהגותיות אחרות
- Flx.9 הפרעה נפשית או התנהגותית, לא מסווגת

מבוא

קובץ זה מכיל מגוון רחב של הפרעות, הנבדלות זו מזו בדרגת חומרתן (החל בהרעה ללא סיבוכים ושימוש מזיק וכלה בהפרעות פסיכוטיות ברורות ובשטיון), אך כאשר את כולן אפשר לייחס לשימוש בחומרים (פסיכואקטיביים) (שניתן או שלא ניתן להם מרשם רפואי).

החומר הפסיכואקטיבי שבשימוש מקודד בסימנים השני והשלישי (שתי הספרות הראשונות שאחרי האות "F"), והסימנים הרביעי והחמישי מפרטים את המצבים הקליניים. כדי לחסוך במקום, נרשמו תחילה כל החומרים הפסיכואקטיביים ואחריהם הקודים בארבעה סימנים; אפשר להשתמש בקידוד המלא לפי הצורך לכל אחד מהחומרים המפורטים, אך יש לציין שלא כל הקודים בעלי ארבעה סימנים מתאימים לכל החומרים.

הנחיות לאבחנה

אפשר לזהות את החומר הפסיכואקטיבי הנמצא בשימוש לפי דיווח עצמי, בדיקה של דגימות שתן, דם וכו', או לפי ראיות נוספות (נוכחות של סם בבעלותו של המטופל, סימנים וסימפטומים קליניים או דיווחים מגורם שלישי). מומלץ להסתמך ותמיד על יותר ממקור מידע אחד בנוגע לשימוש בחומר פסיכואקטיבי.

בדיקה אובייקטיבית (של דם ושתן) מספקת את ההוכחה הטובה ביותר לשימוש בסם בהווה או בזמן האחרון. אף שלבדיקות האלה יש מגבלות ביחס לכמות החומר שבשימוש, ובנוגע לשימוש בעבר.

משתמשים רבים צורכים יותר מסוג אחד של חומר פסיכואקטיבי, אך באבחון ההפרעה יש להתחשב בחומר או בקבוצת החומרים החשובה ביותר הנמצאת בשימוש. בדרך כלל תיקבע האבחנה לפי אותו סם שיצר את ההפרעה הקיימת. במקרה של ספק, יש לקודד את האבחנה לפי סוג הסם הנמצא בשימוש התכוף ביותר; בעיקר כשמדובר בשימוש רצוף או יום-יומי.

רק כשדפוסי השימוש בסמים אינם סדירים ואינם מובחנים, או כשתרומת הסמים השונים היא מעורבת ואין להפרידה, יש להשתמש בקוד F19- (הפרעות כתוצאה משימוש בסמים רבים).

שימוש לרעה בחומרים אחרים שאינם פסיכואקטיביים, כמו משלשלים או אספירין, יש לקודד ב-F55 (שימוש לרעה בחומרים שאינם ממכרים), בתוספת הסימן הרביעי המפרט את סוג החומר שבשימוש.

כאשר ההפרעה הנפשית (בעיקר דליריום בגיל המבוגר) היא תוצאה של שימוש בחומרים פסיכואקטיביים, ללא נוכחות של אחת מההפרעות המקודדות בקובץ זה (כלומר, ללא שימוש מזיק וללא תסמונת של תלות), יש להשתמש בקודים F09-F00.

כאשר מצב של דליריום מיתוסף להפרעה המקודדת בקובץ זה, יש לקודדו באמצעות Flx.3 או Flx.4.

אפשר לציין את רמת השימוש באלכוהול באמצעות הקוד המשלים מפרק 20 של ICD-10: Y90- (ראיה לשימוש באלכוהול לפי רמת האלכוהול בדם) או באמצעות Y91- (ראיה לשימוש באלכוהול לפי דרגת ההרעלה).

Flx.0 הרעלה חריפה

זהו מצב חולי בעקבות צריכת אלכוהול או חומר פסיכואקטיבי אחר, המביאה להפרעות ברמת המודע, בקוגניציה, בתפיסה, באפקט או בהתנהגות, או בתגובות ובתפקודים פסיכופיזיולוגיים אחרים.

הרעלה חריפה צריכה להיקבע כאבחנה העיקרית רק כשהיא חלה בלא שבעיות הנובעות משימוש ממושך באלכוהול או בסם אחר, נלוות אליה באופן קבוע. כשיש בעיות כאלה, עדיף לקבוע אבחנות של שימוש מזיק (Flx.1), תסמונת של תלות (Flx.2) או הפרעה פסיכוטית (Flx.5).

הנחיות לאבחנה

הרעלה חריפה קשורה, בדרך כלל, לרמות החומרים (ראה פרק 10 של ICD-10). ייתכנו מקרים יוצאים מן הכלל בקרב אנשים עם מצבים אורגניים מסוימים (כגון אי-ספיקת כבד או כליות), שאצלם גם מנה קטנה של חומר פסיכואקטיבי עלולה לחולל הרעלה חמורה באופן לא פרופורציונלי. יש להתחשב גם בהסרת העכבות בחקשר חברתי (למשל, הסרת עכבות התנהגותיות במסיבות או בקרניבלים).

הרעלה חריפה היא תופעה חולפת. עוצמתה פוחתת עם הזמן ותוצאותיה נעלמות בהעדר שימוש נוסף בחומר. לפיכך ההחלמה ממנה היא מלאה, חוץ מאשר במקרים שגורם נזק רקמתי או סיבוכי אחר.

לא תמיד ישקפו הסימפטומים של ההרעלה את הפעילות העיקרית של החומר. למשל, סמים מדכאים יכולים ליצור סימפטומים של התרגשות או של פעילות יתר, וסמים מעוררים יכולים להוביל להתכנסות ולהתנהגות מופנמת. השפעות של חומרים כמו קנביס והלוצינגנים, עלולות להיות בלתי צפויות במיוחד. נוסף על כך, מיוננים שונים של אותם חומרים פסיכואקטיביים, עלולים להשפיע באופנים שונים. לדוגמה, אלכוהול במינונים נמוכים גורם עוררות; במינונים יותר גבוהים הוא מעורר התרגשות ותוקפנות, ובמינונים גבוהים מאוד – מרגיע ומשקט.

כולל:

השתכרות חריפה באלכוהוליס
"טריפ" גרוע (כתוצאה מסם הלוצינגני)
השתכרות שאינה מסווגת במקום אחר

אבחנה מבדלת: יש לשקול חבלת ראש חריפה והיפוגליקמיה, כמו גם אפשרויות של הרעלה כתוצאה משימוש בתערובת של סמים.

הקודים הבאים, בעלי חמישה סימנים, יכולים לציין האם ההרעלה החריפה קשורה לסיבוכים כלשהם:

Flx.00 — ללא סיבוכים

סימפטומים בדרגות חומרה שונות, בדרך כלל תלויים במינון, בעיקר ברמות מינון גבוהות.

Flx.01 — עם טראומה או עם פגיעה גופנית אחרת

Flx.02 — עם סיבוכים רפואיים אחרים

כמו הקאה דמית ושאיפה של קיא

Flx.03 — עם דליריום

Flx.04 — עם עיוותים בתפיסה

Flx.05 — עם תרדמת

Flx.06 — עם פרסוסים

Flx.07 — הרעלה פתולוגית

מתייחסת רק לאלכוהול. זוהי הופעה פתאומית של תוקפנות ותכופות גם של התנהגות אלימה, שאינן אופייניות לפרט כשהוא פית. הדבר מתרחש זמן קצר אחרי שתיית כמויות של אלכוהול, שאינן גורמות הרעלה אצל רוב האנשים.

Flx.1 שימוש מזיק

זהו דפוס של שימוש בחומר פסיכואקטיבי, הגורם נזק לבריאות. הנזק עלול להיות גופני (כמו צהבת כתוצאה מהזרקת עצמית של סמים) או נפשי (אירועים של הפרעה דיכאונית משנית לצריכה כבדה של אלכוהול).

הנחיות לאבחנה

התנאי לאבחנה זאת הוא נזק ממשי לבריאותו הגופנית או הנפשית של המשתמש.

דפוס שימוש מזיקים בחומרים פסיכואקטיביים מביאים לביקורת של הסובבים וקשורים לרוב לתוצאות חברתיות שליליות מסוגים שונים. העובדה שדפוס השימוש בחומר מסוים אינו מקובל על אדם אחר או על התרבות הסובבת, או שהוא הוביל לתוצאות חברתיות שליליות כמו מעצר או סכסוך בין בני זוג, אינה כשלעצמה ראיה לשימוש מזיק.

הרעלה חריפה (ראה Flx.0) או תופעת "הבוקר שאחרי" (hangover) כשלעצמם, אינם בגדר ראיה מספקת לנזק הבריאותי, הדרוש לקידוד כשימוש מזיק.

אין לאבחן שימוש מזיק בנוכחותן של: תסמונת של תלות (Flx.2), הפרעה פסיכוטית (Flx.5) או הפרעה ספציפית אחרת הקשורה לאלכוהול או לסמים.

F1x.2 תסמונת של תלות

מקבץ של תופעות פיזיולוגיות, התנהגויות וקוגניטיביות, שבהן מקנה הפרט עדיפות גבוהה לשימוש בחומר פסיכואקטיבי או בקבוצת חומרים פסיכואקטיביים, לעומת התנהגויות אחרות, שבעבר נודע להן ערך גבוה יותר. המאפיין המרכזי של תסמונת תלות הוא התשוקה העזה (לעתים קרובות עזה ביותר ועד לדרגה שאינה נשלטת) ליטול סמים פסיכואקטיביים (שניתן או שלא ניתן להם מרשם רפואי), אלכוהול או טבק. ייתכן שהחזרה לשימוש בחומר, אחרי תקופת הימנעות, תוביל להופעה חוזרת מהירה יותר של מאפייני התסמונת, לעומת אנשים שאינם מכורים.

הנחיות לאבחנה

יש לקבוע אבחנה ודאית של תלות אך ורק כאשר הודגמו או נחו שלושה או יותר מהתנאים הבאים בזמן כלשהו במהלך השנה שחלפה:

- תשוקה עזה או דחף כפייתי ליטול את החומר;
- קשיים בשליטה על התנהגות של נטילת החומר, במונחים של תחילת השימוש, הפסקתו והכמות הנצרכת;
- מצב של גמילה פיזיולוגית (ראה F1x.3 ר-F1x.4) כשהשימוש בחומר נפסק או הופחת, כפי שמתבטא בתסמונת הגמילה האופיינית לאותו חומר פסיכואקטיבי, או שהשימוש באותו חומר (או בחומר דומה) מקל על הסימפטומים של הגמילה או מונע אותם;
- עדות להתפתחות של התרגלות (Tolerance), באופן המחייב הגדלת המינון של החומרים הפסיכואקטיביים, כדי להשיג תוצאות שבתחילה הושגו בעזרת מינונים נמוכים יותר. (דוגמאות לכך אפשר למצוא אצל בעלי תלות באלכוהול או באופיאטים, הנוטלים מנה יומית שדי בה כדי להביא לחוסר תפקוד או לגרום מוות אצל משתמשים שלא פיתחו התרגלות);

ה. הזנחה מתקדמת של הנאות ושל תחומי עניין אחרים בגלל השימוש בחומר הפסיכואקטיבי, ועלייה בזמן שהאדם מקדיש להשגת החומר או לצריכתו, או בזמן הנדרש להתאוששות מהשפעותיו;

ו. התמדה בשימוש למרות שיש עדות ברורה לנזקים שהוא גורם, כמו: נזק לכבד בגלל שתייה מופרזת, תקופות של דיכאון בעקבות שימוש "כבד" בחומר, או פגיעה בתפקוד הקוגניטיבי, הקשורה לסמים. יש לזרז את השתמשות אכן היה מודע לאופי הנזק ולהיקפו, או שאפשר היה לצפות לכך שיחיה מודע להם.

גם צמצום הרפטרואר האישי של דפוסי השימוש בחומרים מתואר כאפיון של תלות (למשל, הנטייה לשתות משקאות אלכוהוליים באותו אופן בימי חול ובסוף השבוע, בלי להוחדש במגבלות החברתיות הקובעות מהי התנהגות חשתייה ההולמת).

מאפיין חיוני באבחון תסמונת של תלות הוא צריכה בפועל של חומר פסיכואקטיבי או תשוקה עזה לצורך חומר מיוחד; אפשר להיווכח במודעות להכרח לצורך סמים בעיקר במהלך ניסיונות להפסיק את השימוש או להגביל אותו. הדרישה האבחונית הזו אינה חלה על מקרים כמו חולים אחרי ניתוח המקבלים אופיאטים לשיכוך כאב. אלה עלולים להראות סימני גמילה מאופיאטים אחרי הפסקת השימוש, אך הם אינם מדווחים על תשוקה עזה להמשיך את צריכת הסמים.

תסמונת של תלות יכולה להתייחס לחומר מסוים (טבק או זיאופס), לקבוצה של חומרים (כמו אופיאטים) או למגוון של חומרים שונים (כמו אצל אנשים החשים צורך קבוע ליטול כל סם שידם משגת וכן מראים מצוקה, אישקט ואו סימני גמילה גופניים בזמן הפסקת השימוש).

כולל: אלכוהוליסם כרוני
דיפטומניה
התמכרות לסמים

אפשר להוסיף ולפרט את אבחנת התסמונת של תלות בעזרת הקודים הבאים, שלהם המישה סימנים:

- F1x.20 — כעת נמנע משימוש
F1x.21 — כעת נמנע משימוש, אך נמצא בסביבה מוגנת (כמו בית חולים, קהילה טיפולית, בית סוהר וכו')
F1x.22 — כעת בפיקוח מרפאתי או נוטל תחליפי סם (תלות מבוקרת) (למשל, שימוש במתדון או בניקוטין בצורה של מדבקת עור או של גומי לעיסה)
F1x.23 — כעת נמנע משימוש, אך מטופל בחומרים חוסמים או אברסיביים (כמו נלטרקסון או דיסולפירם)
F1x.24 — כעת משתמש בחומר (תלות פעילה)
F1x.25 — שימוש רצוף
F1x.26 — שימוש לסירוגין (דיפטומניה)

F1x.3 מצב גמילה

זו קבוצת סימפטומים שונים בחומרתם ובמקבציהם, המופיעים בזמן גמילה מוחלטת או חלקית מחומר כלשהו, הנעשות אחרי שימוש חוזר ובדרך כלל ממושך ואו במינון גבוה באותו חומר. תחילתו ומהלכו של מצב הגמילה מוגבלים בזמן וקשורים לסוג החומר ולמנה שנצרכה ממש לפני הפסקת השימוש. פרכוסים עלולים לסבך את מצב הגמילה.

הנחיות לאבחנה

מצב של גמילה הוא אחד מהמדדים של תסמונת של תלות (ראה F1x.2) ולכן יש לשקול גם אבחנה זו.

יש לקודד את מצב הגמילה כאבחנה העיקרית, אם הוא הסיבה להפניה ואם הוא חמור במידה המחייבת טיפול רפואי.

הסימפטומים הגופניים משתנים בהתאם לחומר שבשימוש. אפיונים שכיחים נוספים של מצבי גמילה הם הפרעות פסיכולוגיות (כמו חרדה, דיכאון והפרעות שינה). באופן טיפוסי, מדוות התולה על הקלה בסימפטומים של הגמילה, אחרי תידוש השימוש בחומר.

יש לזכור שגרייה מותנית/נלמדת יכולה להוביל להופעת הסימפטומים של גמילה, גם בהעדר שימוש קודם מיידי בחומר. במקרים אלה יש לאבחן מצב גמילה רק כשיש לכך הצדקה מבחינת החומרה.

אבחנה מובדלת: סימפטומים רבים המופיעים במצבי גמילה, עלולים להיות תוצאה של מצבים פסיכיאטריים אחרים, כמו למשל מצבי חרדה והפרעות דיכאוניות. אין לבלבל "הנראוברים" פשוט או רעד בשל מצבים אחרים, עם הסימפטומים של מצב גמילה.

אפשר להוסיף ולפרט את האבחנה של מצב גמילה בעזרת הקודים הבאים, שלהם חמישה סימנים:

F1x.30 — ללא סיבוכים

F1x.31 — עם פרכוסים

F1x.4 מצב גמילה עם דליריום

במקרה זה מצב הגמילה (ראה F1x.3) נעשה מסובך יותר עקב הופעת דליריום (ראה קריטריונים ב-F05).

בסעיף זה יש לקודד **דליריום טרמנס** (Delirium Tremens) הנובע משימוש באלכוהול. דליריום טרמנס הוא מצב טוקסי-בלבולי שמשכו קצר אך תכופות הוא מסכן את החיים, ונלוות לו הפרעות גופניות. בדרך כלל הוא תוצאה של גמילה מוחלטת או חלקית מאלכוהול, אצל מכורים בעלי עבר ארוך של תלות בו. הוא מתחיל, על-פי רוב, אחרי הפסקת השתייה. במקרים מסוימים ההפרעה מופיעה בזמן אירוע של שתייה מרובה, ואז יש לקודדה כאן.

סימפטומים מקדימים של דליריום טרמנס כוללים חוסר שינה, רעד ופחד. ייתכן שפרכוסי גמילה יקדמו להופעת סימפטומים אלה. המשולש הקלאסי של סימפטומים כולל: ערפול הכרה ובלבול, הזיות ואשליות מלאות חיים

המתבטאות בכל אחד מהחושים, ורעד בולט. בדרך כלל מופיעים גם מחשבות שוא, אירשקט, חוסר שינה או היפוך של מחזור השינה ופעילות יתר אוטונומית.

לא כולל: דליריום שאינו תוצאה של שימוש בסמים (ובאלכוהול (F05-))

אפשר להוסיף ולפרט את האבחנה של מצב גמילה עם דליריום, בעזרת השימוש בקודים הבאים, שלהם חמישה סימנים:

F1x.40 — ללא פרכוסים

F1x.41 — עם פרכוסים

F1x.5 הפרעה פסיכוטית

זהו מקבץ של תופעות פסיכוטיות, המתרחשות תוך כדי או מייד אחרי השימוש בחומר פסיכואקטיבי. הן מאופיינות בהזיות בהירות (בדרך כלל של שמיעה, אך לפעמים של חושים נוספים), בזיהוי שגוי, במחשבות שוא ואו מחשבות-יחס (לעתים קרובות בעלות אופי פרנואיד), בהפרעות פסיכומטוריות (קיפאון או לחלופין התרגשות) וכן באפקט חריג, הנע על הטווח שבין פחד עצום ובין השתלחנות (אקסטזה). מצב ההכרה תקין בדרך כלל, אך תיתכן דרגה מסוימת של ערפול הכרה, אם כי לא של בלבול חמור. הפרעה זו חולפת, לפחות באופן חלקי, בתוך חודש, ובאופן מלא — בתוך שישה חודשים.

הנחיות לאבחנה

יש לכלול בקטגוריה זו את ההפרעות הפסיכוטיות, המופיעות תוך כדי השימוש בסם או מייד לאחריו (בדרך כלל בתוך 48 שעות), בתנאי שלא מדובר במצב גמילה עם דליריום (ראה F1x.4) או בתופעה מאוחרת של גמילה. עלולות להופיע הפרעות פסיכוטיות מאוחרות (המופיעות שבועיים לפחות אחרי השימוש בסם), אך אז יש לקודדן לפי F1x.75.

הפרעות פסיכוטיות כתוצאה משימוש בסמים פסיכואקטיביים יכולות להתבטא במגוון רחב של סימפטומים, המושפעים מסוג החומר שבשימוש ומאישיות המשתמש. בכל האמור לגבי סמים מעוררים כמו קוקאין ואמפטמינים, ההפרעות הפסיכוטיות קשורות, בדרך כלל, למינונים גבוהים ואו לשימוש ממושך בחומר.

אין לאבחן הפרעה פסיכוטית רק על בסיס עיוותים בתפיסה או חזיונות הזייתיות, כשמדובר בחומרים שהשפעתם היא הלוצינוגנית בעיקרה (למשל: LSD, מסקלין וכן קנאביס במינונים גבוהים). במקרים כאלה וכן במצבי בלבול, יש לשקול אבחנה של הרעלה חריפה (F1x.0).

יש להיזהר מאוד ולהימנע מאבחון שגוי של מצב חמור יותר (כמו סכיזופרניה), כאשר אבחנה של פסיכוזה כתוצאה משימוש בחומרים פסיכואקטיביים מתאימה יותר. חלק גדול מהמצבים הפסיכויים כתוצאה משימוש בחומרים פסיכואקטיביים הם בעלי משכיות קצרים, בתנאי שאין צריכה נוספת של החומר (כמו במקרים של פסיכוזה כתוצאה מאמפטמינים או מקוקאין). לאבחנה מוטעית של מקרים כאלה נודעות השלכות קשות וחמורות למטופל ולשירותי הבריאות.

כולל:

הלוצינזיס אלכוהולי

קטאה אלכוהולית

פרנויה אלכוהולית

פסיכוזה אלכוהולית שאינה מסוגלת במקום אחר

אבחנה מבדלת: יש לשקול אפשרות שהשימוש בחומרים פסיכואקטיביים עורר הפרעה נפשית אחרת, או החרף אותה [למשל, סכיזופרניה (F20-); הפרעה במצב הרוח (F30-F39); הפרעת אישיות סכיזואידית או פרנואידית (F60.0, F60.1)]. במקרים כאלה ייתכן שאבחנה של מצב פסיכוי כתוצאה משימוש בחומרים פסיכואקטיביים אינה מתאימה.

אפשר להוסיף ולפרט את האבחנה של הפרעה פסיכוי בעזרת הקודים הבאים, שלהם חמישה סימנים:

Fix.50 — דמויות סכיזופרניה

Fix.51 — דלזיונולית בעיקרה

Fix.52 — הזייתית בעיקרה

(כוללת הלוצינזיס אלכוהולי)

Fix.53 — פולימורפית בעיקרה

Fix.54 — בעיקר סימפטומים דיכאוניים

Fix.55 — בעיקר סימפטומים מניים

Fix.56 — מעורבת

Fix.6 תסמונת של שכחה (אמנזיה)

זוהי תסמונת הקשורה לפגיעה כרונית בולטת בזיכרון לטווח הקצר; לפעמים חל נזק גם בזיכרון לטווח הארוך, אך יכולת ההיזכרות המיידית אינה נפגמת. בדרך כלל ניכרות הפרעות בתחושת הזמן ובסידור העוקב של אירועים, וכן בלמידת חומר חדש. תיתכן קונפולציה ניכרת, אך זו אינה הכרחית. תפקודים קוגניטיביים אחרים לרוב נשמרים והליקויים בזיכרון חמורים יותר בהשוואה לשאר תהפרעות.

הנחיות לאבחנה

תסמונת של שכחה כתוצאה משימוש באלכוהול או בסמים פסיכואקטיביים חייבת לעמוד בקריטריונים הכלליים שנקבעו לתסמונת אמנזית אורגנית (ראה F04). הדרישות העיקריות לקביעת אבחנה זאת הן:

א. פגיעה בזיכרון, הבאה לידי ביטוי בנזק לזיכרון לטווח הקצר (למידת חומר חדש); הפרעות בתחושת הזמן (ארגון-מחדש של הסדר הכרונולוגי ומיזוג של אירועים חוזרים לכדי אירוע אחד);

ב. העדר ליקויים בהיזכרות המיידית, במודע ובתפקוד הקוגניטיבי הכולל;

ג. עבר ידוע או ראיות אובייקטיביות לגבי שימוש כרוני (בעיקר במינון גבוה) באלכוהול או בסמים.

לפעמים חלים שינויים באישיות, המלווים באישיות ובאובדן זהירות, וכן נטייה לתזונה עצמית, אך אלה אינם נחשבים לחיוניים בקביעת האבחנה.

אף שתיתכן קונפולציה בדרגה ניכרת, אין לראותה כתנאי חיוני לאבחנה.

כולל:

פסיכוזה או תסמונת על שם קורסקוב, כתוצאה משימוש באלכוהול או בחומר פסיכואקטיבי אחר

אבחנה מבדלת: יש לשקול: תסמונת אמנזית אורגנית (לא אלכוהולית) (ראה F04); תסמונות אורגניות אחרות המלוות פגיעה ניכרת בזיכרון (שטיון או דליריום) (ראה F05; F03-F00); ותסמונת דיכאונית (F33-F31).

Fix.7 הפרעה שרידית (residual) ו/או שתחילתה מאוחרת

זוהי הפרעה שבה השינויים בקוגניציה, באפקט, באישיות ובתנהגות, כתוצאה מהשימוש באלכוהול או בחומר פסיכואקטיבי אחר, ממשיכים להתקיים גם אחרי התקופה שבמהלכה אפשר לצפות להשפעה ישירה של החומר.

הנחיות לאבחנה

תחילת ההפרעה צריכה להיות קשורה במישורן לשימוש באלכוהול או בחומר פסיכואקטיבי. מקרים שבהם מתחילה ההפרעה אחרי האירועים של השימוש בחומר, יקודדו כאן רק כאשר יש הוכחות ברורות וחזקות, המאפשרות לייחס את המצב להשפעה השרידית של החומר. ההפרעה צריכה לייצג הגזמה בולטת או שינוי בתפקוד הקודם והרגיל של המטופל.

ההפרעה חייבת להימשך מעבר לאותו פרק זמן, שבמהלכו אפשר לצפות להשפעות ישירות של החומר הפסיכואקטיבי (ראה F1x.0, הרעלה חריפה). שטיון כתוצאה מאלכוהול או מחומר פסיכואקטיבי הוא לפעמים הפיך. דהיינו, אחרי תקופה ממושכת של הימנעות מהחומר, ייתכן שיפור בתפקודים האינטלקטואליים ובזיכרון.

יש להיזהר ולבחון בין הפרעה שרידית זו ובין מצבים תלויי גמילה (ראה F1x.3, F1x.4). יש לזכור שבתנאים מסוימים ובחומרים מסוימים, תופעות גמילה עלולות להימשך ימים רבים ואף שבועות לאחר הפסקת השימוש בחומר.

אין לקודד כאן מצבים שהם תוצאה של השימוש בחומר פסיכואקטיבי, הנמשכים אחרי הפסקת השימוש ועומדים בקריטריונים שנקבעו לאבחנה של הפרעה פסיכוטית (אלא להשתמש בקטיגוריה F1x.5, הפרעה פסיכוטית). מטופלים במצב כרוני קבוע של התסמונת על שם קורסקוב יש לקודד לפי F1x.6.

אבחנה מובדלת: יש לשקול: הפרעה נפשית קודמת, שהשימוש בסם הסוה, ואשר צצה מחדש אחרי שהשפעותיו התפוגגו (למשל חרדה בעתית, הפרעה דיכאונית, סכיזופרניה או הפרעה סכיזופרנית). במקרה של הבזקי זיכרון ("פלאשבקי"), יש לשקול אפשרות של הפרעה פסיכוטית חריפה וחולפת (F23-). כמו כן ייתכנו, בד בבד עם השימוש המזיק בחומרים פסיכואקטיביים, גם פגיעה אורגנית ופיגור שכלי קל או בינוני (F70-F71).

אפשר להוסיף תתי-חלוקות לכוותרת האבחונית הזו באמצעות שימוש בקודים הבאים, שלהם חמישה סימנים:
F1x.70 – הבזקי זיכרון (פלאשבק)
אפשר להתבונן מההפרעות הפסיכוטיות באמצעות אופיים האפיזודי, משכם הקצר (שניות או דקות) והיותם תזרות (לפעמים מדויקות) על חוויות קודמות הקשורות לסם.

F1x.71 – הפרעת אישיות או הפרעת התנהגות
אלה חייבות לעמוד בקריטריונים שנקבעו להפרעת אישיות אורגנית (F07.0).
F1x.72 – הפרעה אפקטיבית שרידית
חייבת לעמוד בקריטריונים שנקבעו להפרעות במצב הרוח (אפקטיביות) אורגניות (F06.3).

F1x.73 – שטיון
חייב לעמוד בקריטריונים שנקבעו לשטיון, כפי שהם מופיעים במבוא ל-F09-F00.
F1x.74 – פגיעה קוגניטיבית מתמדת אחרת
זוהי קטיגוריה שרידית המתאימה להפרעות עם פגיעה קוגניטיבית, שאינן עומדות בקריטריונים שנקבעו לתסמונת אמנית (F1x.6) או לשטיון (F1x.73) כתוצאה משימוש בחומרים פסיכואקטיביים.
F1x.75 – הפרעה פסיכוטית שתחילתה מאוחרת

F1x.8 הפרעות נפשיות או התנהגויות אחרות

יש לקודד כאן את כל שאר ההפרעות, שבהן אפשר לזהות את תרומתו הישירה של החומר למצב, אך הן אינן עומדות בקריטריונים שנקבעו לאחון מההפרעות שצוינו לעיל.

F1x.9 הפרעה נפשית או התנהגותית, לא מסווגת

F20 — F29 סכיזופרניה והפרעות סכיזוטיפליות ודלזיונליות

סקירה

F20 סכיזופרניה

F20.0	סכיזופרניה פרואידית
F20.1	סכיזופרניה הבפרנית
F20.2	סכיזופרניה קטטונית
F20.3	סכיזופרניה לא מובחנת
F20.4	זיכאון שלאחר סכיזופרניה
F20.5	סכיזופרניה שרידית
F20.6	סכיזופרניה פשוטה
F20.8	סכיזופרניה אחרת
F20.9	סכיזופרניה לא מסווגת

אפשר לסווג את המהלך בעזרת סימן חמישי:

F20.x0	רציף
F20.x1	אפיזודי עם ליקוי מתקדם
F20.x2	אפיזודי עם ליקוי יציב
F20.x3	אפיזודי עם מצבי החלמה
F20.x4	החלמה חלקית
F20.x5	החלמה מלאה
F20.x8	אחר
F20.x9	תקופת הסתכלות, פחות משנה

F21 הפרעה סכיזוטיפלית

F22 הפרעות דלזיונליות מתמידות

F22.0	הפרעה דלזיונלית
F22.8	הפרעות דלזיונליות מתמידות אחרות
F22.9	הפרעה דלזיונלית מתמדת, לא מסווגת

F23 הפרעות פסיכוטיות חריפות וחולפות

F23.0	הפרעה פסיכוטית רב-צורנית (polymorphic) חריפה, ללא סימפטומים של סכיזופרניה
-------	---

F23.1 הפרעה פסיכוטית רב-צורתית חריפה, עם סימפטומים של סכיזופרניה

F23.2 הפרעה פסיכוטית חריפה, דמוית סכיזופרניה

F23.3 הפרעות חריפות אחרות, בעיקרן פסיכוטיות דלזיונליות

F23.8 הפרעות פסיכוטיות חריפות וחולפות אחרות

F23.9 הפרעה פסיכוטית חריפה וחולפת, לא מסווגת

אפשר להשתמש בסימן חמישי כדי לזהות את נוכחותו או את העדרו של מצב דחק חריף נלווה:

F23.x0 ללא מצב דחק נלווה

F23.x1 עם מצב דחק נלווה

F24 הפרעה דלזיונלית מושרית (induced)

F25 הפרעות סכיזואפקטיביות

F25.0 הפרעה סכיזואפקטיבית, טיפוס מני

F25.1 הפרעה סכיזואפקטיבית, טיפוס דיכאוני

F25.2 הפרעה סכיזואפקטיבית, טיפוס מעורב

F25.8 הפרעות סכיזואפקטיביות אחרות

F25.9 הפרעה סכיזואפקטיבית, לא מסווגת

F28 הפרעות פסיכוטיות לא אורגניות אחרות

F29 פסיכוזה לא אורגנית, לא מסווגת

מבוא

סכיזופרניה היא אחת מההפרעות השכיחות והחשובות ביותר בקבוצה זו. הפרעה סכיזופרנית כוללת אפיונים רבים של הפרעות סכיזופרניות והיא, קרוב לוודאי, קשורה אליהן מבחינה גנטית. עם זאת, הזיות (הלוצינציות), מחשבות שווא (דלזיות) והפרעות התנהגותיות קשות המאפיינות את הסכיזופרניה, נעדרות מהפרעה זו ולכן, על-פירוב, היא אינה מגיעה לידי טיפול. כפי הנראה, רוב ההפרעות הדלזיונליות אינן קשורות לסכיזופרניה, אף שבעיקר בשלבים המוקדמים שלהן קשה, מבחינה קלינית, להבחין ביניהן ובין סכיזופרניה. הן מהוות אוסף של הפרעות מגוונות שאינן די מובנות. נהוג לחלקן בהתאם למשך הזמן הטיפוסי להן, לקבוצה של הפרעות דלזיונליות ממושכות ולקבוצה רחבה יותר של הפרעות פסיכוטיות חריפות וחולפות. האחרונות שכיחות בעיקר בארצות מתפתחות. יש להתייחס לתת-החלוקה הרשומה להלן כאל זמנית בלבד. הפרעות סכיזואפקטיביות הושארו בפרק זה, למרות טבען השנוי במחלוקת.

סכיזופרניה

F20

באופן כללי מתאפיינות ההפרעות הסכיזופרניות בעיוותים קשים וטיפוסיים בחשיבה ובתפיסה וכן ברגש קהה ולא תואם. צלילות המודע והיכולת השכלית נשמרות בדרך כלל, אם כי במשך הזמן עלולים להתפתח ליקויים קוגניטיביים מסוימים. בהפרעה מעורבים התפקודים הבסיסיים ביותר המקנים לאדם הנורמלי תחושה של עצמיות, של ייחודיות ושל ייעוד עצמי. לעתים קרובות חש הפרט שמחשבותיו, הרגשותיו ופעולותיו האינטימיות ביותר ידועות לאחרים או שהם שותפים להן. יכולות להתפתח מחשבות שווא של פירוש, כאילו כוחות טבעיים או על-טבעיים משפיעים על מחשבותיו ועל מעשיו של הפרט, בדרכים שלעיתים קרובות הן מוזרות.

הפרט יכול לתפוס את עצמו/ה כציר שסביבו מתרחש הכל. הזיות, בעיקר שמיעתיות, הן שכיחות ויכולות להביע ביקורת על התנהגותו או על מחשבותיו.

תכופות מופרעת התפיסה גם בדרכים אחרות: צבעים או קולות יכולים להיתפס כמלאי חיים או בעלי איכות שונה. כמו כן, תכונות שוליות של חפצים רגילים יכולות להיחשב כמשמעותיות יותר מאשר החפץ או המצב עצמו. בתחילת התהליך שכיח בלבול, המוביל, לעתים קרובות, לאמונה שמצבים יום-יומיים הם בעלי משמעות מיוחדת, לרוב מאיימת, המכוונת במיוחד כלפי האדם. בהפרעות החשיבה הטיפוסיות לסכיזופרניה היבטים שוליים וחסרי שייכות, שבפעילות חשיבה תקינה נדחקים לקרן זוית, מקבלים תפקיד ראשי במקום אלה השייכים ומותאמים לנסיבות. כך הופכת החשיבה מעורפלת, לא שלמה ולא ברורה, ובגטויה המילולי,

לעתים קרובות, סתום. מעצורים ברצף החשיבה ופלישות אליה שכיחים, והמחשבות יכולות להיתפס כנשאבות על ידי גורם חיצוני.

הרגש מתאפיין בשטחיות, בגחמנות (קפריזיות) ובאי התאמה. הרגשות נוגדות (אמביוולנציה). והפרעות ברצייה יכולות להתבטא באי פעילות (אינרציה), בשלילתנות (נגטיביזם), או בקיפאון (סטופור). כמו כן, יכולה להופיע קטטניה. תחילת המחלה יכולה להיות חריפה ומלווה בהפרעות קשות בהתנהגות, או אטית וסמויה עם התפתחות הדרגתית של מחשבות ומעשים מוזרים. מהלך המחלה הוא רבוגי ביותר ולא תמיד כרוני או מידרדר (המהלך מוגדר בעזרת סימן חמישי). בחלק מהמקרים, והדבר שונה בתרבויות ובאוכלוסיות שונות, המהלך יכול להוביל להחלמה מלאה או כמעט מלאה.

השכיחות אצל שני המינים כמעט שווה, אבל בקרב נשים נוטה המחלה להתחיל בגיל מאוחר יותר.

אף-על-פי שאי אפשר לזהות סימפטומים בלעדיים (פתוגנומיים), הרי שלמטרות מעשיות כדאי לחלק את הסימפטומים שהוזכרו ושתכופות מופיעים יחד לקבוצות בעלות חשיבות מיוחדת לצרכי אבחנה, כמו למשל:

- א. מחשבות מהדהדות, החדרת מחשבות או טילוקן ושידור מחשבות;
- ב. מחשבות שווא של שליטה, של השפעה או של פסיכיות, המתייחסות בבירור לתנועות הגוף או הגפיים, או למחשבות מסוימות, לפעולות או לתחושות; תפיסה דלוזיונלית;
- ג. הזיות של קולות המעירים על התנהגות החולה או דנים בינם לבין עצמם על אודות החולה, או סוגים אחרים של קולות הזויים, שמקורם בחלק כלשהו בגוף;
- ד. מחשבות שווא מתמידות מסוגים אחרים, שאינן תואמות מבחינת התרבות ולחלוטין אינן אפשריות, כמו קבלת זחות של אישיות דתית או פוליטית או ייחוס של כוחות וכישורים על אנושיים (כמו: יכולת לשלוט במזג האוויר או יכולת לתקשר עם כוחות זרים מעולם אחר);
- ה. הזיות מתמידות בכל האופנויות (modalities): כאלה המלוות מחשבות שווא חולפות או בעלות מבנה לא מוגדר וללא תוכן רגשי, או מחשבות מתמידות ובעלות ערך-יתר, או כאלה המופיעות בכל יום במשך שבועות או חודשים;
- ו. מעצורים או פלישות לרצף החשיבה, המובילים לדיבור סתום שלא מן העניין או להמצאות מלים;
- ז. התנהגות קטטנית כמו: ריגון, תנוחה קפואה, גמישות דמוית שעווה, שלילתנות, אילמות (mutism) וקיפאון;

ח) סימפטומים "שליליים", כמו: אדישות ניכרת, מיעוט בדיבור, תגובות רגשיות שטחיות או לא תואמות, המובילים לנסיגה חברתית ולצמצום הפעילות החברתית. יש לוודא שאלה אינם תוצאה של דיכאון או של טיפול ניאורולפטי;

ט. שינוי משמעותי וקבוע באיכות הכללת של היבטים מסוימים של ההתנהגות, המתבטא באובדן עניין, בחוסר מטרות, בבטלה, בהתכנסות עצמית ובנסיגה חברתית.

הנחיות לאבחנה

הדרישה המקובלת לאבחון סכיוזופרניה היא נוכחותו של סימפטום אחד ברור מאוד (או שני סימפטומים לפחות, אם הם אינם חד משמעיים), השייך לכל אחת מהקבוצות הרשומות בסעיפים אי עד די לעיל; או סימפטומים משתי קבוצות לפחות, מבין המופיעות בסעיפים ה' עד ח'. סימפטומים אלה חייבים לבלוט לעין במשך רוב הזמן, בתקופה של חודש ימים או יותר. במקרה שסימפטומים אלה היו קיימים במשך זמן הקצר מחדש (אם טופלו אם לא), יש לאבחן בתחילה כהפרעה פסיכיתית חריפה דמוית סכיוזופרניה (F23.2). אם הסימפטומים נמשכים יותר מחדש, יש לשנות את האבחנה לסכיוזופרניה.

במבט לאחור ייתכן שיתברר לנו כי קדם לתחילת הסימפטומים הפסיכויים, בשבועות או אפילו בחודשים, שלב של סימפטומים והתנהגות כמו אובדן עניין בעבודה, בפעילות חברתית, בהופעה אישית ובהיגיינה, יחד עם חרדה כללית, דרגה מתונה של דיכאון ושקיעה בהרהורים. בשל הקושי בקביעת מועד ההתחלה נקבע תקריטריון של חודש ימים, והוא מתייחס רק לסימפטומים המסוימים שנמנו לעיל ולא לשלב לא-פסיכוי מטררים.

אין לקבוע אבחנה של סכיוזופרניה בנוכחות סימפטומים דיכאוניים או מניים ניכרים, אלא אם ברור שהסימפטומים הסכיוזופרניים קדמו להפרעות האפקטיביות. אם הסימפטומים הסכיוזופרניים והאפקטיביים התפתחו יחד ויש ביניהם איזון, יש לקבוע אבחנה של הפרעה סכיוזופרנית (F25.-), גם כאשר הסימפטומים הסכיוזופרניים כשלעצמם מצדיקים אבחנה של סכיוזופרניה. אין לקבוע אבחנה של סכיוזופרניה בנוכחות מחלת מוח ברורה, או במצב של הרעלת סמים או גמילה מהם. הפרעות דומות לסכיוזופרניה, המתפתחות בנוכחות כפיון (אפילפסיה) או מחלת מוח אחרת, יש לקודד בקטגוריה F06.2 והפרעות הנובעות משימוש בסמים — בקטגוריה F1x.5.

דפוס המהלך:

אפשר לסווג את מהלך ההפרעות הסכיוזופרניות בעזרת הקודים הבאים, שלהם חמישה סימנים:

הפרעות ברגש, ברצייה ובדיבור, וכן סימפטומים קטטוניים, צריכים לבלוט פחות באופן יחסי. ההזיות יהיו, בדרך כלל, מהסוג שתואר בסעיפים ב' או ג' לעיל. ייתכנו מחשבות שווא כמעט מכל סוג, אך האופייניות ביותר הן מחשבות שווא של שליטה, של השפעה או של פסיכיות ומחשבות רדיפה מסוגים שונים.

כולל: סכיוזופרניה פראפרנית

אבחנה מבדלת: חשוב לשלול פסיכוזות כתוצאה מכפיין או משימוש בסמים. יש לזכור שמשקלם האבחוני של מחשבות שווא של רדיפה יכול להיות נמוך בקרב אנשים מארצות או מתרבויות מסוימות.

לא כולל: מצב פרנואידי בגיל הבלות (F22.8)
פרנויה (F22.0)

F20.1 סכיוזופרניה הבפרנית

זו צורה של סכיוזופרניה המתאפיינת על ידי שינויים אפקטיביים, מחשבות שווא והזיות שהן חולפות ומקוטעות, ההתנהגות היא לא אחראית ולא צפויה מראש, וגיוונים מוגזמים הם שכיחים. הרגש שטחי ולא תואם ולעתים קרובות מלווה צחקק או חיוך של שביעות רצון עצמית, ואף התנהגות מרוממת, העוויות, גיוונים, מעשי קונדס, תלונות היפוכונדריות וביטויים מילוליים חוזרים ונשנים. החשיבה אינה מאורגנת והדיבור סתום ולא הגיוני. יש נטייה להתבודדות והתנהגות נראית ריקה ממטרה ומרגש. צורה זו של סכיוזופרניה מתחילה בדרך כלל בין הגילים 15 ל-25. הפרגנוזה שלה נוטה להיות גרועה, בשל ההתפתחות המהירה של סימפטומים שליליים, בעיקר רגש שטוח ואובדן הרצייה.

נוסף על כך, בולטות הפרעות ברגש וברצייה והפרעת חשיבה. הזיות ומחשבות שווא יכולות להופיע, אך בדרך כלל הן אינן בולטות. הרצייה, יכולת ההתמדה והחתיירה להגשמת הכוונות נעלמות, וכתוצאה מכך הופכת התנהגות החולה לחסרת כיוון ותכלית. עיסוק יתר שטחי ומנייריסטי בדת, בפילוסופיה ובנושאים מופשטים אחרים מוסיף ומקשה על המאזין לעקוב אחר רצף המחשבה.

הנחיות לאבחנה

יש למלא את הקריטריונים הכלליים הנדרשים לאבחנה של סכיוזופרניה (ראה במבוא ל-F20 לעיל). יש לאבחן הבפרניה לראשונה רק בגיל ההתבגרות או בתקופת הבגרות המוקדמת. האישיות הטרום-חולנית מתאפיינת, אם כי לא בהכרח, בביישנות ובנטייה להתבודדות. לצורך אבחנה ודאית של הבפרניה דרושה תקופת הסתכלות רצופה של 2-3 חודשים, כדי להבטיח שההתנהגויות האופייניות הנ"ל אמנם נמשכות.

F20.x0 רציף

F20.x1 אפיוזי עם ליקוי מתקדם

F20.x2 אפיוזי עם ליקוי יציב

F20.x3 אפיוזי עם מצבי החלמה

F20.x4 החלמה חלקית

F20.x5 החלמה מלאה

F20.x8 אחר

F20.x9 תקופת הסתכלות, פחות משנה

F20.0 סכיוזופרניה פרנואידית

סוג זה של סכיוזופרניה הוא השכיח ביותר ברוב חלקי העולם. מחשבות שווא קבועות יחסית ותכופות פרנואידיות שולטות בתמונה הקלינית. לעתים קרובות הן מלוות בהזיות, בעיקר של שמיעה, ובהפרעות בתפיסה. הפרעות ברגש, ברצייה, בדיבור וסימפטומים קטטוניים אינם בולטים.

דוגמאות לסימפטומים הפרנואידים השכיחים ביותר הן:

- מחשבות שווא של רדיפה, יחס, מעמד מרומם, שליחות מיוחדת, שינוי גופני או קנאה;
- הזיות שמיעה של קולות המאיימים על החולה או מצווים עליו; הזיות שמיעה ללא ביטוי מילולי, כמו: שריקות, צחוק או המהום;
- הזיות של רית, של טעם, של תחושות גוף מיניות או אחרות; ייתכנו גם הזיות ראייה, אך רק בנדיר הן השולטות.

תיתכן הפרעת חשיבה ברורה בשלבים החריפים, אך היא אינה מונעת תיאור בהיר של מחשבות שווא או של הזיות טיפוסיות. על-פירוב, הרגש פחות קתה מאשר בצורות אחרות של סכיוזופרניה, אך דרגת קלה של חוסר התאמה היא שכיחה כמו גם הפרעות ברגש, כגון: רגזנות, כעס פתאומי, פחד וחשדנות.

סימפטומים שליליים כמו רגש שטוח ורצייה פגומה מופיעים לעתים קרובות, אך אין הם שולטים בתמונה הקלינית.

המהלך של סכיוזופרניה פרנואידית יכול להיות אפיוזי עם החלמה חלקית או מלאה, או כרוני. במקרים כרוניים יכולים הסימפטומים הסוערים להתמיד במשך שנים וקשה להבחין באפיוזות נפרדות. ההתחלה נוטה להיות בגיל מאוחר יותר מאשר בצורות ההבפרנית והקטטונית.

הנחיות לאבחנה

יש למלא את הקריטריונים הכלליים, הנדרשים לאבחנה של סכיוזופרניה (ראה במבוא ל-F20 לעיל). נוסף על כך, מחשבות שווא ואז הזיות צריכות לבלוט, ואילו

כולל: סכיזופרניה לא מאורגנת
הבפרניה

F20.2 סכיזופרניה קטטונית

הפרעות פסיכומטוריות בולטות הן מאפיינים מרכזיים וחיוניים לאבחנה זו. הן יכולות לנוע בין מצבים קיצוניים כמו תנועות יתר וקיפאון, או ציות אוטומטי ושליטנות. תנוחות ועמדות קפואות יכולות להתמיד לאורך זמן. אפיזודות של התרגשות אלימה יכולות להיות מרכיב מרכזי של המצב.

מסיבות שאינן מובנות דיין, הסכיזופרניה הקטטונית נדירה בימינו בארצות מתועשות, אך נותרה שכיחה במקומות אחרים. תופעות קטטוניות אלה יכולות להשתלב במצב דמורחלום עם מערכת של הזיות מלאות חיים.

הנחיות לאבחנה

יש למלא אחר הקריטריונים הכלליים הנדרשים לאבחנה של סכיזופרניה (ראה מבוא ל-F20 לעיל). סימפטומים קטטוניים מבודדים וחולפים יכולים להופיע בכל אחד מתת-הצורות האחרות של סכיזופרניה. כדי לאבחן סכיזופרניה קטטונית, צריכה אחת (או יותר) מההתנהגויות הבאות לשלוט בתמונה הקלינית:

- קיפאון (ירידה בולטת בתגובתיות לסביבה, בתנועות הספונטניות ובפעילות) או אילמות;
- התרגשות עזה (פעילות מוטורית הנראית חסרת מטרה, שאינה מושפעת מגרייה חיצונית);
- תנוחה קפואה (posturing) (סיגול מרצון של תנוחות לא מתאימות ומוזרות והתמדה בהן);
- שלילתנות (התנגדות חסרת מגיע ברור לכל הנחיה או ניסיון להזיז את האדם, או תנועה בכיוון הנגדי);
- נוקשות (שמירה על תנוחה נוקשה נגד כל ניסיון להזיז את האדם);
- גמישות דמוית שעווה (שמירת הגפיים והגוף בתנוחות הנכפות מבחוץ);
- סימפטומים אחרים כמו ציות אוטומטי (היענות אוטומטית לכל הוראה) וחזרה כפייתית על מילים וביטויים.

בקרב חולים שאינם מתקשרים ומפגינים התנהגויות של הפרעה קטטונית, האבחנה של סכיזופרניה צריכה להיות זמנית, עד שתושג העדות המתאימה בדבר נוכחותם של סימפטומים אחרים. חיוני להדגיש שסימפטומים קטטוניים אינם בלעדיים לסכיזופרניה. גם מחלת מוח, הפרעה בחילוף החומרים, אלכוהול או סמים יכולים

לעורר סימפטום קטטוני אחד או יותר, והם עלולים להופיע גם בהפרעות במצב הרוח.

כולל: קיפאון קטטוני
קטלפסיה סכיזופרנית
קטטוניה סכיזופרנית
גמישות שעווה סכיזופרנית

F20.3 סכיזופרניה לא מובחנת (undifferentiated)

מצבים העומדים בקריטריונים הכלליים של סכיזופרניה (ראה מבוא ל-F20 לעיל), אך אינם מתאימים לאף אחד מתת-הסוגים שצוינו לעיל (F20.2-F20.0), או מצבים אפיוניים של יותר מאחד מהם, ללא עליונות ברורה של קבוצת מאפיינים מיוחדת. כותרת זו תשמש אך ורק במצבים פסיכויים (לכן אין לכלול בה סכיזופרניה שרידית, F20.5, או דיכאון אחרי סכיזופרניה, F20.4), לאחר שנעשה ניסיון לסווג את המצב לאחת משלוש הקטגוריות הקודמות.

הנחיות לאבחנה

יש להשתמש בקטיגוריה זו להפרעות אשר:

- עומדות בקריטריונים של סכיזופרניה;
- אינן עומדות בקריטריונים של תת-הסוגים של סכיזופרניה פרואידית, הבפרנית או קטטונית;
- אינן עומדות בקריטריונים של סכיזופרניה שרידית או של דיכאון אחרי סכיזופרניה.

כולל: סכיזופרניה לא טיפוסית (atypical)

F20.4 דיכאון אחרי סכיזופרניה

אפיזודה דיכאונית, לעתים ממושכת, המופיעה בסופו של גל סכיזופרני. אחדים מהסימפטומים הסכיזופרניים עדיין נוכחים, אך אין הם שולטים עוד בתמונה הקלינית. סימפטומים סכיזופרניים אלה יכולים להיות חיוניים או שליליים, אם כי האחרונים שכיחים יותר. אין ודאות ואין זה חיוני לאבחנה, האם הסימפטומים הדיכאוניים נחשפו אחרי היעלמות הסימפטומים הפסיכויים (ולא התפתחו מחדש), או שהם חלק מהותי של הסכיזופרניה ולא רק תגובה פסיכולוגית כלפיה. רק לעתים נדירות הסימפטומים הדיכאוניים הם חמורים או נרחבים כנדרש לאבחנה של אפיזודה דיכאונית חמורה (F32.2-F32.3). לעתים קרובות קשה להחליט

ד. העדר שטיון או מחלה או הפרעה מוחית אורגנית אחרת, העדר דיכאון כרוני או הסתגלות לאשפוז, שדי בהם כדי להסביר את הליקויים הללו.

בהעדר מידע מספק על עברו של החולה, שיאפשר לקבוע בבטחה שבשלב כלשהו בעבר התמלאו הקריטריונים של סכיזופרניה, ייתכן שיהיה צורך לקבוע סכיזופרניה שרידית כאבחנה זמנית.

כולל: סכיזופרניה כרונית לא מובחנת

"Restzustand"

מצב סכיזופרני שרידי

F20.6 סכיזופרניה פשוטה

זוהי הפרעה לא שכיחה, המתאפיינת בהתפתחות הדרגתית ואטית של מוזרויות, אי יכולת לעמוד בדרישות החברתיות וירידה בתפקוד הכולל. אין מחשבות שווא והזיות ברורות וההפרעה היא פחות פסיכוטית בעליל, לעומת תת-הסוגים האחרים של הסכיזופרניה: ההפרנית, הפרנואידית והקטטונית. האפיונים השליליים של סכיזופרניה שרידית (רגש שטוח וירידה ברצייה) מתפתחים ללא סימפטומים פסיכוטיים חיוביים קודמים. עם התגברות הדלדול החברתי יכולה להופיע שוטטות, ואז הופך הפרט שקוע בעצמו, חסר מטרה ובטל.

הנחיות לאבחנה

קשה מאוד לאבחן סכיזופרניה פשוטה בביטחון, משום שיש לבסס התפתחות הדרגתית של הסימפטומים השליליים המאפיינים סכיזופרניה שרידית (ראה F20.5 לעיל), ללא עבר של הזיות, של מחשבות שווא או של אפיזודה פסיכוטית קודמת. כמו כן יש לוודא שחלו שינויים משמעותיים בהתנהגות האישית, המתבטאים באובדן עניין ניכר, בבטלה ובנסיגה חברתית.

כולל: סכיזופרניה סימפלקס

F20.8 סכיזופרניה אחרת

כולל: Cenesthopathic schizophrenia

הפרעה דמוית סכיזופרניה, שאינה מסווגת במקום אחר

לא כולל: הפרעה חריפה דמוית סכיזופרניה (F23.2)

סכיזופרניה מחזורית (F25.2)

סכיזופרניה סמויה (F23.2)

אילו מהסימפטומים של החולה נובעים מדיכאון ואילו הם תוצאה של הטיפול בתרופות ניאורולפטיות, או שמקורם ברצייה פגומה ורגש שטוח של הסכיזופרניה עצמה. הפרעה דיכאונית או קשורה בסכנה מוגברת להתאבדות.

הנחיות לאבחנה

אפשר לקבוע אבחנה זו רק כאשר:

א. המטופל חלה במחלה סכיזופרנית העומדת בקריטריונים הכלליים של סכיזופרניה (ראה מבוא לפרק F20- לעיל), במהלך 12 החודשים האחרונים;

ב. סימפטומים סכיזופרניים אחדים עדיין נוכחים; וכן —

ג. הסימפטומים הדיכאוניים הם בולטים, גורמים למצוקה, עומדים, לכל הפחות, בקריטריונים של אפיזודה דיכאונית (F32-) ונמשכים לפחות שבועיים.

אם החולה אינו סובל עוד מסימפטומים סכיזופרניים כלשהם, יש לקבוע אבחנה של אפיזודה דיכאונית (F32-). כשהסימפטומים הסכיזופרניים עדיין פעילים ובולטים, תיקבע האבחנה לפי תת הסוג הסכיזופרני המתאים (F20.0, F20.1, F20.2, F20.3).

F20.5 סכיזופרניה שרידית (residual)

שלב כרוני בהתפתחות ההפרעה הסכיזופרנית, שבו חלה התקדמות ברורה משלב מוקדם (הכולל אפיזודה אחת או יותר עם סימפטומים פסיכוטיים, העומדים בקריטריונים הכלליים של סכיזופרניה) לשלב מאוחר, ממושך, אם כי לא בהכרח בלתי הפיך, ששולטים בו סימפטומים שליליים.

הנחיות לאבחנה

לצורך אבחנה ודאית, יש לעמוד בדרישות הבאות:

א. סימפטומים שליליים בולטים של סכיזופרניה, כמו: אטיות פסיכומוטורית, פעילות מופחתת, רגש שטוח, חוסר פעילות והעדר יוזמה, דלות בתוכן ובכמות הדיבור, ירידה בתקשורת הלא מילולית באמצעות הבעות הפנים, קשר עין, גיוון הקול והתנוחה. הזנחה עצמית וירידה בתפקוד החברתי;

ב. עדות לגבי אפיזודה פסיכוטית אחת (לפחות) ברורה, העומדת בקריטריונים האבחנתיים של סכיזופרניה;

ג. תקופה של שנה לפחות שבמהלכה העוצמה והשכיחות של סימפטומים חיוביים, כמו מחשבות שווא והזיות, היו מינימליות או מופחתות באופן ניכר, והתסמונת הסכיזופרנית השלילית באה לידי ביטוי ברור;

משתמשים באבחנה זו, יש לוודא נוכחותם של שלושה או ארבעה מהאפיונים הטיפוסיים שנמנו לעיל, ברציפות או לסירוגין, במשך שנתיים לפחות. כמו כן יש לוודא שהפרט מעולם לא עמד בקריטריונים שנקבעו לסכיזופרניה עצמה. עבר של סכיזופרניה אצל קרוב מדגה ראשונה מקנה יתר תוקף לאבחנה, אבל אין זה תנאי הכרחי.

כולל: סכיזופרניה גבולית (borderline)
 סכיזופרניה סמויה (לטנטית)
 תגובה סכיזופרנית סמויה
 סכיזופרניה קדם-פסיכוטית
 סכיזופרניה מטרימה (פרודרומלית)
 סכיזופרניה דמוית-ניאורוזה (pseudoneurotic)
 סכיזופרניה פסאודו פסיכופתית
 הפרעת אישיות סכיוזטיפלית

לא כולל: תסמונת אספרגר (F84.5)
 הפרעת אישיות סכיוזאידית (F60.1)

הפרעות דלזיונליות מתמידות

F22

קבוצה זו כוללת מגוון של הפרעות, שהאפיון הקליני היחיד או חבולט ביותר שלהן, הוא מחשבות שווא ממושכות שאי אפשר לסווגן כאורגניות, כסכיזופרניות או כאפקטיביות. נראה שהפרעות אלה הטרוגניות מאוד, ויש ביניהן ובין סכיזופרניה קשר שאינו ברור. החשיבות היחסית של גורמים גנטיים, של מאפייני האישיות ושל נסיבות החיים המובילים ליצירתן אינה ברורה, וכנראה אינה אחידה.

הפרעה דלזיונלית

F22.0

קבוצת הפרעות זו מתאפיינת בהתפתחות מחשבת שווא אחת או מערך של מחשבות שווא, הקשורות זו לזו ובדרך כלל מתמידות, לעתים במשך כל החיים. מחשבות שווא אלה מגוונות מאוד בתכנים שלהן ונסבות, בדרך כלל, על רדיפה, על היפוכונדריה או על גדלות. יחד עם זאת, הן יכולות לעסוק בתחום המשפטי או בקטאה, או שכן מבטאות את ההכרה הפנימית של הפרט בכך שגופו מעוות, או שאחרים סבורים שהוא מדיף ריח רע או שהוא הומוסקסואל. באופן טיפוסי אין פסיכופתולוגיה אחרת, אך סימפטומים דיכאוניים יכולים להופיע לסירוגין, והזיות ריח ומוע יכולות להתפתח במקרים אחדים. הזיות שמיעה ברורות וקבועות (קולות), סימפטומים סכיזופרניים כמו מחשבות שווא של שלטון, רגש שטוח ניכר

F20.9 סכיזופרניה, לא מסווגת

F21 הפרעה סכיוזטיפלית

הפרעה המתאפיינת בהתנהגות מוזרה ובסטייות בחשיבה וברגש הדומות לאלה הנראות בסכיזופרניה, אף שבשום שלב לא נצפו סטיות סכיזופרניות ברורות. אין הפרעה אחת טיפוסית או שלטת וכל אחת מההפרעות הבאות יכולה להופיע:

- א. רגש מצומצם או לא תואם (האדם נראה קר ומנוכר);
- ב. התנהגות או הופעה חיצונית משונה, מוזרה או תמהונית;
- ג. קשר דל עם הסובבים ונטייה לנסיגה חברתית;
- ד. אמונות מוזרות או חשיבה מאגית, המשפיעות על ההתנהגות ואינן מתיישבות עם הנורמות התרבותיות;
- ה. חשדנות או מחשבות פרנואידיות;
- ו. הרהורים כפייתיים ללא התנגדות פנימית. לרוב אלה הרהורים בעלי הקשרים מיניים, תוקפניים או דיסמורפוביים;
- ז. חוויות תפיסתיות מוזרות הכוללות אשליות גופניות או אחרות, דפרסונליזציה או דריאליזציה;
- ח. חשיבה מעורפלת, עוקפנית, מטפורית, מפורטת מדי או סטראוטיפית, המתבטאת בדיבור מוזר או באופנים אחרים, אך ללא פגיעה ניכרת בחשיבה ההגיונית;
- ט. לעתים מופיעות אפיזודות חולפות דמויות-פסיכוזה, מלוות אשליות רבות עוצמה, הזיות שמיעה או אחרות ורעיונות דמויי מחשבות שווא, המתרחשים לרוב ללא גירוי חיצוני.

הפרעה זו מתנהלת במהלך כרוני עם תנודות בעוצמה. לעתים היא מתפתחת לסכיזופרניה גלויה, ללא התחלה ברורה. ההתפתחות והמהלך דומים, על-פירוב, לאלה של הפרעת אישיות. הפרעה זו שכיחה יותר בקרב בני משפחה של חולים סכיזופרניים. לכן מניחים שהיא חלק מה"ספקטרום" הגנטי של הסכיזופרניה.

הנחיות לאבחנה

אבחנה זו אינה מומלצת לשימוש רחב, מאחר שהיא אינה מתוחמת בבירור מסכיזופרניה פשוטה או מהפרעות אישיות סכיוזאידיות ופרנואידיות. אם

F22.9 הפרעה דלזיונלית מתמדת, לא מסווגת

F23 הפרעות פסיכוטיות חריפות וחולפות

אין עדיין בנמצא מידע קליני שיטתי שיספק הנחיות מוגדרות לסיווג ההפרעות הפסיכוטיות החריפות. הנתונים המוגבלים והמסורת הקלינית (המשמשים במקום ההנחיות) אינם מפתחים מושגים שאפשר להגדירם בבירור ולהפרידם זה מזה. בהעדר מערכת רב צירית שנוסתה ונבדקה, נועדה השיטה המוצעת כאן למנוע בלבול על ידי בניית רצף אבחוני, המשקף את סדר העדיפויות שנקבע לאפיוני המפתח של ההפרעה. זהו סדר העדיפויות המוצע:

א. התחלה חריפה (תוך שבועיים), כאפיון המגדיר את הקבוצה כולה;

ב. נוכחות של תסמונות טיפוסיות;

ג. נוכחות של מצב דחק חריף הקשור להפרעה.

יחד עם זאת, מאורן הסיווג באופן המאפשר גם למתנגדים לו לזהות הפרעות פסיכוטיות חריפות, בהתאם לכל אחד מהאפיונים המפורטים. מומלץ להשתמש בתת חלוקה נוספת לפי תחילת ההפרעה, אם היא ישימה, לגבי כל ההפרעות בקבוצה זו.

התחלה חריפה מוגדרת כשינוי ממצב שאין בו אפיונים פסיכויטיים למצב פסיכויטי ברור, במהלך תקופה של שבועיים או פחות. יש עדויות מסוימות לקשר בין התחלה חריפה ובין תוצאה סופית טובה, וייתכן שכלל שהתחלה פתאומית יותר, כך התוצאה הסופית טובה יותר. לכן מומלץ להגדיר "התחלה פתאומית" (בתוך 48 שעות או פחות), כשהגדרה זו מתאימה.

התסמונות הטיפוסיות שנבחרו, הן: האחת — מצב רבגוני המשתנה במהירות ומכונה כאן "רב צורני" (polymorphic). תסמונת זו נחשבת בכמה ארצות לבעלת חשיבות רבה במצבים פסיכויטיים חריפים. השנייה — מתאפיינת בנוכחותם של סימפטומים סכיזופרניים טיפוסיים.

מצב דחק חריף הקשור להפרעה — שאפשר להוסיף ולפרט באמצעות סימן חמישי, לאור הקשר המסורתי שלו לפסיכוזות חריפות. העדויות המוגבלות הקיימות מציינות שחלק ניכר מההפרעות הפסיכוטיות החריפות צצות ללא מצב דחק. לפיכך, מוצע אמצעי זה לצורך תיעוד נוכחותו או העדרו של מצב דחק. מצב דחק הקשור להפרעה — פירושו שהסימפטומים הפסיכויטיים הקאשונים מופיעים בתוך שבועיים מהתרחשותו של אירוע אחד או יותר, המעורר מצב דחק אצל רוב

ועדות ברורה למחלת מוח — כל אלה נוגדים אבחנה זו. אף-על-פי-כן, הזיות שמיעה מקריות או חולפות, בעיקר בקרב חולים קשישים, אינן שוללות אבחנה זו בתנאי שאין הן טיפוסיות לסכיזופרניה ושהן תופסות רק חלק קטן במכלול התמונה הקלינית. תחילת ההפרעה שכיתה בגיל העמידה אך לעתים, בעיקר כשמדובר באמונה שהגוף מעוות, היא מתחילה בתקופת הבגרות המוקדמת. התוכן של מחשבת השווא והתמונן של הופעתה קשורים לעתים קרובות לנסיבות חייו של הפרט, למשל: מחשבות שווא של רדיפה בקרב מיעוטים. חוץ מהפעולות ומהעמדות הקשורות במישרין למחשבות השווא, נותרים הרגש, הדיבור וההתנהגות בגבולות הנורמה.

הנחיות לאבחנה

האפיון הקליני היחיד או הבולט ביותר הוא מחשבות שווא. אלה חייבות להיות נוכחות לפחות שלושה חודשים והן אישיות בבירור ואינן אופייניות לתת התרבות של הפרט. אפשר שיופיעו לסירוגין סימפטומים דיכאוניים או אפילו אפיודה דיכאונית במלוא התפתחותה (F32-), בתנאי שמחשבות השווא מתמידות גם כשאין בהן הפרעות במצב הרוח. יש לשלול קיומה של מחלת מוח, לוודא שאין הזיות שמיעה (או שהן מופיעות רק לפעמים) ושאינן עבר של סימפטומים סכיזופרניים (מחשבות שווא של שליטה, שידור מחשבות וכו').

כולל: פרנויה

פסיכוזה פרנואידית

פראפרניה (מאוחרת)

sensitiver beziehungsweise

לא כולל: הפרעת אישיות פרנואידית (F60.0)

פסיכוזה פרנואידית פסיכוגנית (F23.3)

תגובה פרנואידית (F23.3)

סכיזופרניה פרנואידית (F20.0)

F22.8 הפרעות דלזיונליות מתמידות אחרות

זוהי קטגוריה שרידית של הפרעות דלזיונליות מתמידות, שאינן עומדות בקריטריונים של הפרעה דלזיונלית (F22.0). יש לקודד כאן הפרעות שבהן מתלוות למחשבות חשוא גם הזיות שמיעה או סימפטומים סכיזופרניים שאינם עומדים בקריטריונים של סכיזופרניה (F20-). הפרעות דלזיונליות, הנמשכות פחות משלושה חודשים, יש לקודד, לפחות זמנית, תחת קטגוריה F23-.

כולל: דיסמורפוביה דלזיונלית

מצב פרנואיד בגיל הבלות

פרנויה לוחמנית (querulans)

עזרה מגורם רפואי. תקופות מטרימות של חרדה, דיכאון, נסיגה חברתית או התנהגויות חריגות במקצת לא יכללו בפרקי הזמן האמורים.

אפשר להשתמש בסימן תמישי כדי לציין, האם ההפרעה הפסיכוטית החריפה קשורה למצב דחק חריף, אם לא.

F23.x0 ללא מצב דחק נלווה

F23.x1 עם מצב דחק נלווה

F23.0 הפרעה פסיכוטית רב-צורנית חריפה, ללא סימפטומים של סכיזופרניה

הפרעה פסיכוטית חריפה המתאפיינת בהזיות, במחשבות שווא ובחפרעות ברורות בתפיסה, המשתנות באופן בולט מיום ליום או אפילו משעה לשעה. סערה רגשית מלווה תחושות חזקות וחולפות של אושר והתעלות או של חרדה ורגיזות, שכיחה בהפרעה זו. תמונה קלינית לא יציבה, רב-צורנית ומשתנה זו היא אופיינית. ואם כי לפעמים יופיעו סימפטומים רגשיים או פסיכטיים אחדים, הקריטריונים של אפיזודה מנית (F30-), של אפיזודה דיכאונית (F32-) או של סכיזופרניה (F20-) — אינם מתמלאים. הפרעה זו מתאפיינת על ידי התחלה פתאומית (לעתים בתוך 48 שעות), והסימפטומים שלה נעלמים במהרה. בחלק ניכר מהמקרים אין מצב דחק קודם באופן ברור. אם הסימפטומים מתמידים במשך יותר משלושה חודשים, יש לשנות את האבחנה. [הפרעה דלוזיונלית מתמידה (F22-) או הפרעות פסיכוטיות אחרות לא אורגניות (F28-), נראות כהולמות ביותר].

הנחיות לאבחנה

לצורך אבחנה ודאית:

- ההתחלה חייבת להיות חריפה (מעבר ממצב לא פסיכטי למצב פסיכטי ברור במהלך שבועיים או פחות);
- חייבים להיות כמה סוגים של הזיות ומחשבות שווא, המשתנות גם באופיין וגם בעוצמתן מיום ליום או במשך אותו יום;
- בדומה לכך, גם המצב הרגשי משתנה; וכן
- למרות הרבגוניות של הסימפטומים, אף לא אחד מהם אינו נוכח בעקביות המספקת את הקריטריונים שנקבעו לסכיזופרניה (F20-), לאפיזודה מנית (F30-) או לאפיזודה דיכאונית (F32-).

כולל: bouffée délirante ללא סימפטומים של סכיזופרניה, או לא מסווג פסיכוזא מחזורית ללא סימפטומים של סכיזופרניה, או לא מסווג

האנשים בנסיבות דומות ובאותה תרבות. אירועים טיפוסיים כאלה הם: אבל, אובדן לא צפוי של חבר או של מקום עבודה, נישואין, תגובת קרב, מעשה טרור ועיניים. אין לכלול בהקשר זה בעיות או קשיים ארוכי טווח כמקור למצב דחק.

החלמה מלאה מושגת לרוב בתוך חודשיים עד שלושה חודשים, ולפעמים במשך שבועות או אפילו ימים אחדים. רק חלק קטן מהחולים בהפרעות אלה מפתחים מצבים מתמידים וגורמי נכות. לצערנו, הידע הנוכחי אינו מאפשר לנבא האם חולה מסוים שייך לאותו חלק קטן של החולים שלא יחלימו במהירות.

התיאורים הקליניים וההנחיות לאבחנה נרשמו כאן, בהנחה שהם יישמשו את הקלינאים הנדרשים לאבחן, להעריך ולטפל בחולים בתוך ימים או שבועות אחדים ממועד תחילת ההפרעה, בלא שיוכלו לדעת כמה זמן היא תימשך. לפיכך, נכללו כאן כמה אזכורים לגבי גבולות הזמן והמעבר מהפרעה אחת לאחרת, באופן שיסיב את תשומת לבם של המתעדים את האבחנה באשר לצורך בעדכונה.

הנומנקלטורה של הפרעות חריפות אלה אינה ודאית, וכמוה גם הנוזולוגיה שלהן, אך נעשה כאן ניסיון להשתמש במונחים פשוטים ומקובלים. השימוש במונח "הפרעה פסיכוטית" לכל ההפרעות בקבוצה זו נעשה מטעמי נוחות (פסיכוזא) הוגדרה במבוא הכללי בעמוד 3. כמו כן, נעשה שימוש במונח נוסף המצביע על האפיון העיקרי בכל סוג הפרעה, כפי שזה מופיע ברצף שצוין לעיל.

הנחיות לאבחנה

שום הפרעה בקבוצה זו אינה עומדת בקריטריונים של אפיזודה מנית (F30-) או דיכאונית (F32-), אם כי מעת לעת עלולים להופיע באופן בולט שינויים ברגש וסימפטומים אפקטיביים אחדים.

מאפיין נוסף הוא העדר סיבה אורגנית, כמו: זעזוע מוח, דליריום ושטיון. לעתים קרובות יש בלבול, פיזור נפש ואי הקשבה לשיחה המתנהלת. אם אפיונים אלה בולטים או מתמידים ומרמזים בכך על דליריום או על שטיון שמקורם אורגני, יש לדחות את האבחנה עד שברור או הסתכלות יבהירו את העניין.

בדומה לכך, אין לאבחן הפרעות מקטיגוריה F23- בנסיבות מצב ברור של הרעלת סמים או אלקוהול. יחד עם זאת, עלייה קלה, בעת האחרונה, בצריכת האלקוהול או מריחואנה, ללא הרעלה חמורה או אי-התמצאות, אינה שוללת אבחנה של אחת מההפרעות הפסיכוטיות החריפות האלה.

ראוי להדגיש שהקריטריונים של 48 שעות ושל שבועיים לא הוצעו כציון הזמן של שיא החומרה וההפרעה, אלא כזמנים שבהם הפכו הסימפטומים הפסיכטיים לברורים ולפוגעים בהיבט אחד לפחות של התפקוד היומיומי והתפקוד בעבודה. שיא ההפרעה יכול לחול מאוחר יותר בשני המקרים; הסימפטומים וההפרעה צריכים להופיע בבירור בזמנים שצוינו, במובן זה שהם יובילו את החולה לבקש

אם הסימפטומים הסכיזופרניים נמשכים יותר מחודש, יש לשנות את האבחנה לסכיזופרניה (F20-).

כולל: סכיזופרניה חריפה (לא מובחנת)
הפרעה דמוית סכיזופרניה קצרת מועד
פסיכוזה דמוית סכיזופרניה קצרת מועד
oncirophrenia
תגובה סכיזופרנית

לא כולל: הפרעה דלזיונלית אורגנית (דמוית סכיזופרניה) (F06.2)
הפרעה דמוית סכיזופרניה, שאינה מסווגת במקום אחר (F20.8)

F23.3 הפרעות חריפות אחרות, בעיקרן פסיכוטיות דלזיוניות

אלה הפרעות פסיכוטיות חריפות, שהזיות ומחשבות שווא יציבות יחסית הן האפיונים הקליניים העיקריים שלהן, אך הן אינן עומדות בקריטריונים של סכיזופרניה (F20-). מחשבות שווא של רדיפה או של יחס שכיחות בהפרעה זו וההזיות הן בדרך כלל של שמיעה (קולות המדברים באופן ישיר אל החולה).

הנחיות לאבחנה

לצורך אבחנה ודאית:

- תחילת הסימפטומים הפסיכויטיים חייבת להיות חריפה (שבועיים או פחות ממצב לא פסיכויטי למצב פסיכויטי ברור);
- הזיות ומחשבות שווא חייבות להימצא במשך רוב הזמן, מאז אובחן המצב הפסיכויטי הברור; וכן
- הקריטריונים של סכיזופרניה (F20-) והקריטריונים של הפרעה פסיכויטית רב-צורנית חריפה (F23.0) אינם מתמלאים.

אם מחשבות שווא מתמידות במשך יותר משלושה חודשים, יש לשנות את האבחנה להפרעה דלזיונלית מתמדת (F22-). אם רק ההזיות נמשכות יותר משלושה חודשים, יש לשנות את האבחנה להפרעה פסיכויטית לא אורגנית אחרת (F28-).

כולל: תגובה פרנואידית
פסיכוזה פרנואידית פסיכוגנית

F23.1 הפרעה פסיכויטית רב-צורנית חריפה עם סימפטומים של סכיזופרניה

זוהי הפרעה העומדת בקריטריונים של הפרעה פסיכויטית רב-צורנית חריפה (F23.0), אבל מלווה בעקביות בסימפטומים סכיזופרניים טיפוסיים.

הנחיות לאבחנה

לצורך אבחנה ודאית חייבים להתמלא קריטריונים א, ב, ג, המגדירים הפרעה פסיכויטית רב-צורנית חריפה (F23.0). נוסף על כך, חייבים להימצא סימפטומים העומדים בקריטריונים של סכיזופרניה (F20-), במשך רוב הזמן שחלף מאז אובחנה התמונה הקלינית הפסיכויטית הברורה.

אם הסימפטומים הפסיכויטיים מתמידים יותר מחודש, יש לשנות את האבחנה לסכיזופרניה (F20-).

כולל: bouffée délirante עם סימפטומים של סכיזופרניה
פסיכוזה מתזורית עם סימפטומים של סכיזופרניה

F23.2 הפרעה פסיכויטית חריפה, דמוית סכיזופרניה

זוהי הפרעה שהסימפטומים הפסיכויטיים שלה יציבים יחסית ועומדים בקריטריונים של סכיזופרניה (F20-), אך נמשכים פחות מחודש ימים. דרגה מסוימת של אי יציבות רגשית יכולה להתקיים, אך לא במידה המתוארת בהפרעה פסיכויטית רב-צורנית חריפה (F23.0).

הנחיות לאבחנה

לצורך אבחנה ודאית:

- תחילת הסימפטומים הפסיכויטיים חייבת להיות חריפה (שבועיים או פחות ממצב לא פסיכויטי למצב פסיכויטי ברור);
- הסימפטומים העומדים בקריטריונים של סכיזופרניה (F20-) חייבים להיות נוכחים במשך רוב הזמן מאז אובחנה התמונה הקלינית הפסיכויטית הברורה;
- הקריטריונים שנקבעו להפרעה פסיכויטית רב-צורנית חריפה אינם מתממשים.

להאמין ששני אנשים החיים יחד יכולים לסבול הפרעות פסיכוטיות לא תלויות, אין לקודד כאן אף לא אחד מהם, אפילו כשהם חולקים ביניהם מחשבות שווא אחדות.

כולל: שיגעון בשניים (folie à deux)
הפרעה פסיכוטית או פרנואידית מושרית
פסיכוזה סימביוטית

לא כולל: שיגעון המתרחש בעת ובעונה אחת (folie simultanée)

F25 הפרעות סכיזואפקטיביות

הפרעות אפיזודיות, שסימפטומים אפקטיביים וסכיזופרניים בולטים בהן בעת ובעונה אחת, או לפחות במהלך ימים ספורים זה מזה. הקשר בין הפרעות אלה ובין ההפרעות האפקטיביות הטיפוסיות (F30-F39) ובין ההפרעות הסכיזופרניות (F20-F24) אינו ברור. הוקצתה להן קטיגוריה נפרדת משום שהן שכיתות מכדי שנוכל להתעלם מהן. מצבים אחרים שבהם הסימפטומים האפקטיביים מופיעים על גבי מחלה סכיזופרנית קודמת או שהם חלק ממנה, או שהם קיימים בד בבד או לסירוגין עם הפרעות דלזיונליות מתמידות מסוגים תחת הקטיגוריה המתאימה בקבוצה F20-F29. הזיות ומחשבות שווא שאינן תואמות למצב הרוח בהפרעות אפקטיביות (F30.2, F31.2, F31.5, F32.3 או F33.3) אינן מצדיקות כשלעצמן אבחנה של הפרעה סכיזואפקטיבית.

חולים הסובלים מאפיזודות סכיזואפקטיביות חוזרות, בעיקר כאלה מחסוג המני, מצליחים בדרך כלל להחלים לחלוטין ורק לעתים נדירות מפתחים מצב של ליקוי.

הנחיות לאבחנה

אפשר לקבוע אבחנה של הפרעה סכיזואפקטיבית רק כשימפטומים סכיזופרניים ברורים וסימפטומים אפקטיביים ברורים בולטים יחד בה בעת או בטווח של ימים אחדים אלה מאלה. הכוונה, כמובן, לאותה אפיזודה של מחלה וכאשר, כתוצאה מכך, האפיזודה אינה עומדת בקריטריונים של סכיזופרניה או באלה של אפיזודה מנית או דיכאונית. המונח אינו חל על חולים המדגימים סימפטומים סכיזופרניים וסימפטומים אפקטיביים במהלך אפיזודות שונות של המחלה. לדוגמה, שכח שחולים סכיזופרניים מפתחים סימפטומים דיכאוניים בסופה של אפיזודה פסיכוטית (ראה: דיכאון אחרי סכיזופרניה, F20.4). יש שחולים מפתחים אפיזודות סכיזואפקטיביות חוזרות מסוג דיכאוני, מני או מעורב. אצל אחרים מופיעה אפיזודה סכיזואפקטיבית אחת או שתיים, הפזורות בין אפיזודות מנית או דיכאוניות טיפוסיות. במקרה הקודם, האבחנה של הפרעה סכיזואפקטיבית היא

F23.8 הפרעות פסיכוטיות חריפות וחולפות אחרות

יש לקודד כאן כל הפרעה פסיכוטית חריפה אחרת, שאי אפשר לסווג בקטיגוריה של F23- (כמו מצבים פסיכטיים חריפים שבהם מופיעות מחשבות שווא והזיות, אך הן נמשכות פרקי זמן קצרים יחסית). מצבים של התרגשות עזה לא מובחנת יש לקודד כאן, אם אין בידינו עוד מידע מפורט על אודות מצבו הנפשי של החולה. כל זה בתנאי שאין עדות למקור אורגני.

F23.9 הפרעה פסיכוטית חריפה וחולפת, לא מסווגת

כולל: פסיכוזה תגובתית (קצרה), לא מסווגת

F24 הפרעה דלזיונלית מושרית (induced)

זו הפרעה דלזיונלית נדירה המשותפת לשני אנשים או יותר, החולקים קשר רגשי קרוב. רק אחד מהם סובל מהפרעה פסיכוטית אמיתית, ומחשבות השווא אצל האחר(ים) הן "מושרות" ובדרך כלל נעלמות כשהאנשים מופרדים זה מזה. המחלה הפסיכוטית באדם השולט היא על-פירוב סכיזופרניה, אך לא בהכרח ולא תמיד. הן מחשבות השווא באדם השולט והן אלה המושרות על רעהו הן בדרך כלל כרוניות ובעלות אופי של גדלות או של רדיפה. אמונות דלזיונליות מועברות בדרך זו רק בנסיבות נדירות. כמעט תמיד מערכת היחסים קרובה מאוד והאנשים מבודדים מהסביבה מבחינת השפה, התרבות והתנאים הגיאוגרפיים. הפרט החווה מחשבות שווא מושרות הוא בדרך כלל תלתי או נכנע לאדם הסובל מפסיכוזה אמיתית.

הנחיות לאבחנה

יש לקבוע אבחנה של הפרעה דלזיונלית מושרית רק כאשר:

- שני אנשים או יותר חולקים ביניהם אותה מחשבת שווא או מערכת דלזיונלית והם תומכים זה בזה באמונתם;
 - יש בין האנשים האלה מערכת יחסים קרובה במיוחד, כפי שתואר לעיל;
 - יש עדות זמנית או הקשרית לכך שמחשבת השווא הושרתה על השותף(ים) הפסיכיקלי(ים) מבין הצמד או מתוך הקבוצה בשל המגע עם השותף הפעיל.
- הזיות מושרות הן נדירות, אך אינן שוללות את האבחנה. למרות זאת, אם יש סיבה

דיכאוניים אופייניים או בחריגות התנהגותיות, כמו: האטה, נדודי שינה, אובדן אנרגיה, ירידה בתיאבון ובמשקל, ירידה בהתעניינות הרגילה, פגיעה בריכוז, רגשות אשם, ותחושות של חוסר תקווה ומחשבות אובדניות. בה בעת, או במהלך אותה אפיזודה, מופיעים סימפטומים אחרים, שהם סכיוזופרניים טיפוסיים. למשל, חולים עומדים על כך שמחשבותיהם משודרות או מופרעות מבחוץ, או שכוחות זרים מנסים להשתלט עליהם. הם משוכנעים שמרגלים אחריהם או שקשרו נגדם קשר, שאינו מוצדק בהתאם להתנהגותם. החולים שומעים קולות שאינם רק מביישים ומשפילים בגסות, אלא אף דנים בינם לבין עצמם על הריגת החולה. בדרך כלל, אפיזודות סכיוזואפקטיביות מטיפוס דיכאוני הן פחות סוערות ומסוכנות בהשוואה לאפיזודות סכיוזואפקטיביות מטיפוס מני. אבל, הן נוטות להימשך זמן רב יותר והפרוגנוזה שלהן פחות טובה. אף שרוב החולים מחלימים כליל, חלק מהם מפתחים במשך הזמן ליקוי סכיוזופרני.

הנחיות לאבחנה

חייב להיות דיכאון בולט המלווה בשני סימפטומים דיכאוניים טיפוסיים או בהפרעות התנהגותיות הקשורות לדיכאון, כמו אלה שצוינו באפיזודה דיכאונית (F32-). במהלך אותה אפיזודה יימצא לפחות סימפטום סכיוזופרני טיפוסי אחד ועדיף שניים (כמוגדר בהנחיות לאבחנה אידי לסיכיוזופרניה (F20-)).

יש להשתמש בקטיגוריה זו לאפיזודה סכיוזואפקטיבית יחידה מטיפוס דיכאוני, וכן להפרעה חוזרת שבה מרבית האפיזודות הן סכיוזואפקטיביות מטיפוס דיכאוני.

כולל: פסיכוזה סכיוזואפקטיבית, טיפוס דיכאוני
פסיכוזה דמוית סכיוזופרניה, טיפוס דיכאוני

F25.2 הפרעה סכיוזואפקטיבית, טיפוס מעורב

הפרעות, שבהן מתקיימים באותה עת סימפטומים של סכיוזופרניה (F20-) עם אלה של הפרעה אפקטיבית דו־קוטבית מעורבת (F31.6), יש לקודד כאן.

כולל: סכיוזופרניה מחזורית
פסיכוזה מעורבת, אפקטיבית וסכיוזופרנית

F25.8 הפרעות סכיוזואפקטיביות אחרות

F25.9 הפרעה סכיוזואפקטיבית, לא מסווגת

כולל: פסיכוזה סכיוזואפקטיבית, שאינה מסווגת במקום אחר

המתאימה. במקרה האחרון, אפיזודה סכיוזואפקטיבית המתרחשת מדי פעם אינה פוסלת אבחנה של הפרעה אפקטיבית דו־קוטבית או של הפרעה דיכאונית חוזרת. זאת בתנאי שתמונה הקלינית היא טיפוסית מכל שאר הבחינות.

F25.0 הפרעה סכיוזואפקטיבית, טיפוס מני

בהפרעה זו בולטים הסימפטומים הסכיוזופרניים והמניים גם יחד באותה אפיזודה של המחלה. החריגה במצב הרוח לובשת צורה של התרוממות רוח, המלווה בעלייה בהערכה העצמית ובמחשבות גדלות. לפעמים בולטות יותר התרגשות יתר ורגיזות, המלוות בהתנהגות תוקפנית ובמחשבות רדיפה. בשני המקרים יש אנרגיה מוגברת, פעילות מוגזמת, הפרעה בריכוז ואובדן העכבות החברתיות הרגילות. מחשבות שואו של יחס, של גדלות או של רדיפה יכולות להופיע, אך נדרשים סימפטומים סכיוזופרניים טיפוסיים נוספים כדי לבסס את האבחנה. למשל, האנשים יכולים להתעקש שמחשבותיהם משודרות או מופרעות מבחוץ, או שכוחות זרים מנסים לשלוט בהם. לפעמים הם מדווחים על קולות מסוגים שונים, או מבטאים מחשבות שואו מוזרות שאינן רק של גדלות או של רדיפה. תכופות יש צורך בתשואל מפורט, כדי לאמת שהפרט אמנם חווה את התופעות החולניות האלה, ולא רק מתלוצץ או מדבר במטפורות.

הפרעות סכיוזואפקטיביות מטיפוס מני הן בדרך כלל פסיכוזות סוערות עם התחלה חריפה. על־פירוב ההתנהגות מופרעת מאוד, אך בדרך כלל החולה מחלים לחלוטין בתוך שבועות אחדים.

הנחיות לאבחנה

חייבת להתרחש התרוממות ניכרת במצב הרוח, או עלייה בולטת בו, המשולבת בהתרגשות יתר וברגיזות. רצוי ששני סימפטומים סכיוזופרניים טיפוסיים (כפי שהוגדרו לסכיוזופרניה בהנחיות אידי) יהיו נוכחים במהלך אותה אפיזודה.

יש להשתמש בקטיגוריה זו גם כאשר מדובר באפיזודה סכיוזואפקטיבית יחידה מהסוג המני, וגם להפרעה חוזרת שבה רוב האפיזודות הן סכיוזואפקטיביות מטיפוס מני.

כולל: פסיכוזה סכיוזואפקטיבית, טיפוס מני
פסיכוזה דמוית סכיוזופרניה, טיפוס מני

F25.1 הפרעה סכיוזואפקטיבית, טיפוס דיכאוני

בהפרעה זו בולטים סימפטומים סכיוזופרניים וסימפטומים דיכאוניים גם יחד באותה אפיזודה של המחלה. הרגש הדיכאוני מלווה, בדרך כלל, בכמה סימפטומים

F30 — F39 הפרעות במצב הרוח (אפקטיביות)

סקירה

F30 אפיזודה מנית

- F30.0 חיפומניה
F30.1 מניה ללא סימפטומים פסיכטיים
F30.2 מניה עם סימפטומים פסיכטיים
F30.8 אפיזודות מניות אחרות
F30.9 אפיזודה מנית, לא מסווגת

F31 הפרעה אפקטיבית דו-קוטבית

- F31.0 הפרעה אפקטיבית דו-קוטבית, אפיזודה נוכחית חיפומנית
F31.1 הפרעה אפקטיבית דו-קוטבית, אפיזודה נוכחית מנית ללא סימפטומים פסיכטיים
F31.2 הפרעה אפקטיבית דו-קוטבית, אפיזודה נוכחית מנית עם סימפטומים פסיכטיים
F31.3 הפרעה אפקטיבית דו-קוטבית, אפיזודה נוכחית דיכאון מתון עד בינוני
30. ללא סימפטומים גופניים
31. עם סימפטומים גופניים
F31.4 הפרעה אפקטיבית דו-קוטבית, אפיזודה נוכחית דיכאון חמור ללא סימפטומים פסיכטיים
F31.5 הפרעה אפקטיבית דו-קוטבית, אפיזודה נוכחית דיכאון חמור עם סימפטומים פסיכטיים
F31.6 הפרעה אפקטיבית דו-קוטבית, אפיזודה נוכחית מעורבת
F31.7 הפרעה אפקטיבית דו-קוטבית, עכשיו בהפוגה (רמיסיה)
F31.8 הפרעות אפקטיביות דו-קוטביות אחרות
F31.9 הפרעה אפקטיבית דו-קוטבית, לא מסווגת

F32 אפיזודה דיכאונית

- F32.0 אפיזודה דיכאונית מתונה (mild)
00. ללא סימפטומים גופניים
01. עם סימפטומים גופניים
F32.1 אפיזודה דיכאונית בינונית (moderate)
10. ללא סימפטומים גופניים

F28 הפרעות פסיכוטיות לא אורגניות אחרות

בקטיגוריה זו מסווגות הפרעות פסיכוטיות, שאינן עומדות בקריטריונים של סכיזופרניה (F20-), או סוגים פסיכטיים של הפרעות אפקטיביות (F30-F39) והפרעות פסיכוטיות, שאינן מתאימים לקריטריונים הסימפטומטיים של הפרעה דלוזיונלית מתמדת (F22-).

כולל: פסיכוזה הזייתית כרונית, שאינה מסווגת במקום אחר

F29 פסיכוזה לא אורגנית, לא מסווגת

כולל: פסיכוזה שאינה מסווגת במקום אחר

לא כולל: הפרעות מנטליות שאינן מסווגות במקום אחר (F99-)
פסיכוזה אורגנית או סימפטומטית, שאינה מסווגת במקום אחר (F09-)

מבוא

היתכים ההדדיים שבין האטיולוגיה, הסימפטומים, התהליכים הביוכימיים שבבסיס ההפרעות, התגובה לטיפול והתוצאה הסופית של ההפרעות במצב הרוח (אפקטיביות) עדיין אינם מובנים דיים כדי לאפשר סיווג של ההפרעות שיוכה להסכמה כללית. למרות זאת, יש לנסות ליצור סיווג הולם. אנו מקווים שהסיווג המוצג כאן יהיה, לכל הפחות, מקובל על המשתמשים, מאחר שהוא מבוסס על הסכמה רחבה.

ההפרעה הבסיסית בקובץ זה היא שינוי במצב הרוח (שינוי אפקטיבי), בדרך כלל בכיוון של דיכאון (עם או בלי חרדה נלווית) או בכיוון של מצב רוח מרומם (מניה).

שינוי אפקטיבי זה מלווה, בדרך כלל, בשינוי ברמת הפעילות הכוללת. רוב הסימפטומים האחרים הם משניים ואפשר להבנים בהקשר לשינויים אלה. מרבית ההפרעות הנכללות בקובץ זה נוטות לחזור ולהישנות ותחילתן של אפיזודות אינדיווידואליות קשורה, לעתים קרובות, לאירועים או למצבים גורמי דחק.

קובץ אבחנות זה עוסק בהפרעות במצב הרוח בכל קבוצות הגיל; לפיכך מקודדות כאן גם הפרעות שתחילתן בילדות או בתקופת ההתבגרות.

הקריטריונים העיקריים, שלפיהם סווגו ההפרעות האפקטיביות, נבחרו מסיבות מעשיות משום שהם מאפשרים לזהות בקלות את ההפרעות הקליניות השכיחות.

אפיזודות יחידות הובדלו מהפרעה דו־קוטבית ומהפרעות המתבטאות באפיזודות רבות, מכיוון שבאחוז ניכר מהחולים מופיעה רק אפיזודה יחידה של מחלה. חשיבות רבה נודעת לדרגת החומרה, בשל השלכותיה על הטיפול ועל סוג השירות הדרוש. לסימפטומים המכונים "גופניים" (somatic) אפשר לקרוא גם "מלנכוליים", "חיוניים" ("וויטליים"), "ביולוגיים" או "אנדוגנומורפיים". יצוין גם שמעמדה המדעי של תסמונת זו מוטל בספק. יש לקוות שהכללתה כאן תקנה הערכה ביקורתית לחשיבות שבזיהויה בנפרד. הסיווג נערך כך שהשתמש בו יכול לציין את נוכחות התסמונת הגופנית או להתעלם ממנה, בלי להפסיד שום מידע אחר.

ההבחנה בין דרגות החומרה של ההפרעה נותרה בעייתית. שלוש הדרגות: המתונה, הבינונית והחמורה, נבחרו משום שכן נמצאות בשימוש קליני נרחב.

המושגים "מניה" ו"דיכאון חמור" נמצאים בשימוש בסיווג זה כדי לסמל את קצות הקשת של ההפרעות במצב הרוח. "היפומניה" מסמלת דרגת ביניים ללא מחשבות שווא, הזיות או שיבוש מוחלט של הפעילות הנורמלית. לעתים קרובות (אם כי לא תמיד) מצב היפומני הנו שלב ביניים בהתפתחותה של מניה או בהחלמה ממנה.

11. עם סימפטומים גופניים

F32.2 אפיזודה דיכאונית חמורה (severe), ללא סימפטומים פסיכויים

F32.3 אפיזודה דיכאונית חמורה, עם סימפטומים פסיכויים

F32.8 אפיזודות דיכאוניות אחרות

F32.9 אפיזודה דיכאונית לא מסווגת

F33 הפרעה דיכאונית חוזרת

F33.0 הפרעה דיכאונית חוזרת, אפיזודה נוכחית מתונה

00. ללא סימפטומים גופניים

01. עם סימפטומים גופניים

F33.1 הפרעה דיכאונית חוזרת, אפיזודה נוכחית בינונית

10. ללא סימפטומים גופניים

11. עם סימפטומים גופניים

F33.2 הפרעה דיכאונית חוזרת, אפיזודה נוכחית חמורה ללא

סימפטומים פסיכויים

F33.3 הפרעה דיכאונית חוזרת, אפיזודה נוכחית חמורה עם סימפטומים

פסיכויים

F33.4 הפרעה דיכאונית חוזרת, עכשיו בהפוגה

F33.8 הפרעות דיכאוניות חוזרות אחרות

F33.9 הפרעה דיכאונית חוזרת, לא מסווגת

F34 הפרעות מתמידות במצב הרוח (אפקטיביות)

F34.0 ציקלותימיה

F34.1 דיסתימיה

F34.8 הפרעות מתמידות אחרות במצב הרוח (אפקטיביות)

F34.9 הפרעה מתמידת במצב הרוח (אפקטיבית), לא מסווגת

F38 הפרעות אחרות במצב הרוח (אפקטיביות)

F38.0 הפרעות יחידות אחרות במצב הרוח (אפקטיביות)

00. אפיזודה אפקטיבית מעורבת

F38.1 הפרעות חוזרות אחרות במצב הרוח (אפקטיביות)

10. הפרעה דיכאונית קצרה חוזרת

F38.8 הפרעות מסווגות אחרות במצב הרוח (אפקטיביות)

F39 הפרעה לא מסווגת במצב הרוח (אפקטיבית)

באנורקסיה נרבוזה, ויש להבחין ביניהם. ל"דיכאון רוגש" ("agitated depression"), בעיקר לקראת סוף גיל העמידה, יש דמיון שטחי להיפומניה בעלת גוון רגוזני, חולים, הסובלים מסימפטומים כפייתיים קשים, יכולים להיות פעילים במשך חלק משעות הלילה, אז הם משלימים את עבודות הניקיון הטקסיות שלהם, אבל מצב רוחם בדרך כלל אינו מרומם.

כאשר תקופה קצרה של היפומניה מקדימה אפיזודה מנית או מופיעה לקראת סופה (F30.1 ו-F30.2), אין הצדקה לקבוע אבחנה נפרדת של היפומניה.

F30.1 מניה ללא סימפטומים פסיכוטיים

מצב רוחו של הפרט הוא מרומם ללא קשר לנסיבות החיים, והוא יכול לנוע בין חדווה נטולת דאגות להתרגשות בלתי נשלטת. התרוממות הרוח מלווה במרץ רב הגורם פעילות יתר, לחץ דיבור וירידה בצורך בשינה. הפרט מאבד את העכבות החברתיות התקינות, מתקשה בשמירת הקשב ותשומת לבו מוסחת בקלות יתרה. ההערכה העצמית נעשית מופרזת ומחשבות גדלות ואופטימיות יתרה מקבלות ביטוי חופשי.

יכולות לחול הפרעות בתפיסה החושית; כך למשל צבעים ייראו מלאי חיים ויפים יותר משהם במציאות. ייתכנו גם עיסוקי יתר בפרטים עדינים של שטח הפנים או המרקם ותחושה סובייקטיבית של חדות חושים (hyperacusis). הפרט חלוקה במניה יכול לפתח תוכניות מוגזמות ולא מציאותיות, לבזבז כסף בלי הבחנה, או להיעשות תוקפני, מאוהב או משעשע בצורה שאינה מתאימה לנסיבות. לעתים מצב הרוח אינו מרומם, אלא רגוזני והשדני. האפיזודה הראשונה של מניה מתרחשת לרוב בין הגילים 15 ל-30, אבל היא יכולה להופיע החל בתקופת הילדות המאוחרת ועד לעשור השביעי או השמיני לחיים.

הנחיות לאבחנה

על האפיזודה המנית להימשך לפחות שבוע ולהיות חמורה בניידה המשבשת את היכולת לעבוד ואת הפעילות החברתית, בצורה פחות או יותר נולאה. לשינוי במצב הרוח צריכים להתלוות עודף מרץ וחלק מהתופעות שתוארו לעיל (בעיקר: לחץ דיבור, ירידה בצורך בשינה, מחשבות גדלות ואופטימיות מופרז).

F30.2 מניה עם סימפטומים פסיכוטיים

התמונה הקלינית היא של צורה חמורה יותר של מניה לעומת זו המתוארת בקטיגוריה F30.1. הערכה עצמית מופרזת ומחשבות גדלות יכולות להתפתח

F30 אפיזודה מנית

הוגדרו כאן שלוש דרגות חומרה שהמאפיינים המשותפים להן הם מצב הרוח המרומם והגידול בכמות ובמהירות של הפעילות הגופנית והנפשית. שימוש בכל תת החלוקות של קטיגוריה זו יוגבל רק למקרה של אפיזודה מנית אחת. אם היו לפנייה או אחריה אפיזודות אפקטיביות נוספות (דיכאוניות, היפומניות או מניות), יש לקודד אותה כהפרעה אפקטיבית דו-קוטבית (F31).

מולה: הפרעה דו-קוטבית, אפיזודה מנית אחת

F30.0 היפומניה

היפומניה היא דרגה מתונה יותר של מניה (F30.1). ההפרעה במצב הרוח ובהתנהגות היא ניכרת ומתמידה מכדי להיכלל באבחנה של ציקלותימיה (F34.0), אך היא אינה מלווה בהזיות או במחשבות שווא. יש עלייה מתונה ומתמדת במצב הרוח (לפחות לכמה ימים ללא הפוגה), מרץ רב ופעילות מוגברת, ובדרך כלל גם תחושות בולטות של הרגשה טובה וחיוניות גופנית ונפשית. כמו כן גוברת הנטייה לקשר חברתי, לדברנות ולהתנהגות ידידותית; האנרגיה המינית גדלה וחלה ירידה בצורך לישון, אבל כל אלה אינן משבשות את היכולת לעבוד ואינן מובילות לדחייה חברתית. ההתנהגות החברתית מצטיינת בחביבות מרוממת, אך זו יכולה להתחלף בקלות ברוגזנות, ביהירות ובגסות רוח.

לעתים נפגעים הריכוז והקשב ואז היכולת לעבוד בצורה מאורגנת, או היכולת להירגע ולנצל היטב את שעות הפנאי פוחות. תיתכן התעניינות בפעולות או בתחומים חדשים, או בזבזנות בדרגה מתונה.

הנחיות לאבחנה

אפשר לקבוע את האבחנה בנוכחות אחדים מהמאפיינים שנוכרו לעיל (התואמים את מצב הרוח המרומם ואת הפעילות המוגברת), במשך כמה ימים ללא הפוגה, בעוצמה העולה על זו המתאימה לציקלותימיה (F34.0). לעתים יכולה ההיפומניה לגרום הפרעה ניכרת ביכולת העבודה או בפעילות החברתית, אבל אם ההפרעה חמורה או מלאה, יש להשתמש באבחנה של מניה (F30.1 או F30.2).

אבחנה מבדלת: היפומניה מכסה את טווח ההפרעות במצב הרוח ואת רמת הפעילות שבין ציקלותימיה (F34.0) ובין מניה (F30.1 ו-F30.2). הפעילות המוגברת וחוסר המנוחה (ולעתים גם הירידה במשקל) המאפיינים היפומניה דומים מאוד לסימפטומים המופיעים בפעילות יתר של בלוטת התריס (היפרתירואידיזם) או

הפרעה אפקטיבית דו-קוטבית

F31

הפרעה זו מתאפיינת באפידורות חוזרות (לפחות שתיים) שבמהלכן מופיעים, באופן ניכר, מצב הרוח ורמת הפעילות של החולה. ההפרעה מתבטאת לעתים במצב רוח מרומם ובפעילות יתר (מניה או היפומניה) ולעיתים בירידה במצב הרוח, במרץ ובפעילות (דיכאון). באופן טיפוסי יש החלמה מלאה בין האפידורות. מאפיין נוסף הוא שיעור ההיארעות בקרב המינים, הקרוב יותר לשוויון לעומת הפרעות אחרות במצב הרוח. מכיוון שהחולים הסובלים מאפידורות מניות בלבד הם נדירים יחסית ודומים (בהיסטוריה המשפחתית, באישיות הטרום-מחלתית, בגיל ההתחלה ובפרוגנוזה ארוכת הטווח) לחולים הסובלים גם מאפידורות של דיכאון, יסווגו גם הראשונים כדו-קוטביים (F31.8).

אפידורה מנית מתחילה בדרך כלל בצורה פתאומית ונמשכת בין שבועיים ל-4-5 חודשים (החציון של משך המחלה עומד על 4 חודשים בערך). אפידורות דיכאוניות נוטות להימשך יותר (החציון של משך המחלה עומד על 6 חודשים בערך), אם כי רק לעתים נדירות הן נמשכות יותר משנה (חוץ מקשישים, שלגביהם דיכאון הנמשך יותר משנה אינו נדיר). אפידורות משני הסוגים מופיעות לעתים קרובות אחרי נסיבות גורמות דחק או אחרי טראומה נפשית, אך נוכחותן של אלה אינה חיונית לקביעת האבחנה. האפידורות הראשונה יכולה להופיע בכל גיל, החל בילדות וכלה בויקנה. תדירות האפידורות, אופי ההפוגות והופעת אפידורות חוזרות הם בעלי שונות גבוהה, אף שההפוגות נוטות להתקצר ברבות הזמן, והדיכאוניות שכיחים וארוכים יותר אחרי גיל העמידה.

אף שהמושג המקורי "פסיכוזה מנית-דפרסיבית" כלל גם חולים שסבלו רק מאפידורות דיכאוניות, הרי בימינו משמש המושג "פסיכוזה או הפרעה מנית דפרסיבית" בעיקר כשם נרדף להפרעה דו-קוטבית.

כולל: מחלה, פסיכוזה או תגובה מנית דפרסיבית

אינו כולל: הפרעה דו-קוטבית, אפידורות מנית יחידה (F30.-)
ציקלותימיה (F34.0)

F31.0 הפרעה אפקטיבית דו-קוטבית, אפידורה נוכחית היפומנית

הנחיות לאבחנה

לאבחנה ודאית:

א. האפידורה הנוכחית חייבת לעמוד בקריטריונים של היפומניה (F30.0) וכן

למחשבות שווא, והרגזנות והחשדנות — למחשבות שווא של רדיפה. במקרים חמורים יכולות להופיע מחשבות שווא של גדלות ביחס לזהות או לתפקיד דתי חשובים. מעוף המחשבות ולחץ הדיבור יכולים להגיע לדרגה שאינה מאפשרת לסובבים להבין את כוונת הדובר. הפעילות הגופנית הנמרצת וההתרגשות חסרת הלאות יכולות להפוך מצד אחד לתוקפנות ולאלימות, ומצד אחר להזנחה של פעולות כמו: אכילה, שתייה ושמירה על ההיגיינה האישית, עד לדרגה מסוכנת של התייבשות והזנחה עצמית. לפי הצורך, אפשר לסווג מחשבות שווא והזיות כ"תואמות" או כ"לא תואמות" למצב הרוח. הזיות או מחשבות שווא "לא תואמות" יכולות להיות נייטרליות. לדוגמה, מחשבות שווא של יחס ללא תחושת אשם או הקשר מאשים, או קולות המספרים לחולה על מאורעות חסרי משמעות רגשית מיוחדת.

אבחנה מבדלת: אחת הבעיות השכיחות ביותר היא ההבדלה בין הפרעה זו ובין סכיזופרניה, בעיקר כשלא בלטה התפתחות הזרזתית זרץ היפומניה והחולה נבדק רק בהיותו בשיא מחלתו, כאשר הוא מבטא מחשבות שווא נרחבות, דיבור לא מובן והתרגשות תוקפנית, המסווים את ההפרעה הבסיסית ברגש. חולים מניים המגיבים לתרופות ניאורולפטיות יכולים לעורר בעיה דומה באבחון, כשקצב הפעילות הגופנית והנפשית חוזר לרמה תקינה, אבל מחשבות השווא וההזיות טרם נעלמו. הזיות או מחשבות שווא מקריות, כמו אלה שסווגו בסכיזופרניה (F20.-), אפשר לסווג גם כלא-תואמות למצב הרוח. אם הסימפטומים האלה בולטים ומתמידים, האבחנה המתאימה יותר היא של הפרעה סכיזואפקטיבית (F25.-), (ראה גם עמ' 14).

כולל: קיפאון מני

F30.8 אפידורות מניות אחרות

F30.9 אפידורה מנית, לא מסווגת

כולל: מניה שלא סווגה במקום אחר

א. האפיזודה הנוכחית חייבת לעמוד בקריטריונים שנקבעו לאפיזודה דיכאונית מתונה (F32.0) או בינונית (F32.1), וכן

ב. בעבר הייתה לפחות אפיזודה אחת היפומנית, מנית או מעורבת.

אפשר לחשתמש בסימן חמישי כדי להדגיש נוכחות או העדר סימפטומים גופניים באפיזודה הדיכאונית הנוכחית:

F31.30 ללא סימפטומים גופניים

F31.31 עם סימפטומים גופניים

F31.4 הפרעה אפקטיבית דו־קוטבית, אפיזודה נוכחית דיכאון חמור, ללא סימפטומים פסיכויים

הנחיות לאבחנה

לאבחנה ודאית:

א. האפיזודה הנוכחית חייבת לעמוד בקריטריונים שנקבעו לאפיזודה דיכאונית חמורה ללא סימפטומים פסיכויים (F32.2) וכן

ב. בעבר הייתה לפחות אפיזודה אחת היפומנית, מנית או מעורבת.

F31.5 הפרעה אפקטיבית דו־קוטבית, אפיזודה נוכחית דיכאון חמור עם סימפטומים פסיכויים

הנחיות לאבחנה

לאבחנה ודאית:

א. האפיזודה הנוכחית חייבת לעמוד בקריטריונים שנקבעו לאפיזודה דיכאונית חמורה עם סימפטומים פסיכויים (F32.3) וכן

ב. בעבר הייתה לפחות אפיזודה אחת היפומנית, מנית או מעורבת.

אפשר לסווג את מחשבות השווא או את ההזיות כתואמות או כלא תואמות למצב הרוח (ראה F30.2).

ב. בעבר הייתה לפחות אפיזודה אחת נוספת של הפרעה אפקטיבית (היפומנית, מנית, דיכאונית או מעורבת).

F31.1 הפרעה אפקטיבית דו־קוטבית, אפיזודה נוכחית מנית ללא סימפטומים פסיכויים

הנחיות לאבחנה

לאבחנה ודאית:

א. האפיזודה הנוכחית חייבת לעמוד בקריטריונים שנקבעו למניה ללא סימפטומים פסיכויים (F30.1) וכן

ב. בעבר הייתה לפחות אפיזודה אחת נוספת של הפרעה אפקטיבית (היפומנית, מנית, דיכאונית או מעורבת).

F31.2 הפרעה אפקטיבית דו־קוטבית, אפיזודה נוכחית מנית עם סימפטומים פסיכויים

הנחיות לאבחנה

לאבחנה ודאית:

א. האפיזודה הנוכחית חייבת לעמוד בקריטריונים שנקבעו למניה עם סימפטומים פסיכויים (F30.2) וכן

ב. בעבר הייתה לפחות אפיזודה אחת נוספת של הפרעה אפקטיבית (היפומנית, מנית, דיכאונית או מעורבת).

במידת הצורך, אפשר לציין אם מחשבות השווא או ההזיות תואמות או אינן תואמות למצב הרוח (ראה F30.2).

F31.3 הפרעה אפקטיבית דו־קוטבית, אפיזודה נוכחית דיכאון מתון עד בינוני

הנחיות לאבחנה

לאבחנה ודאית:

F31.9 הפרעה אפקטיבית דו־קוטבית, לא מסווגת

F32 אפיזודה דיכאונית

באפיזודה דיכאונית טיפוסית, בכל שלוש הדרגות שיתוארו להלן (מתונה, F32.0; בינונית F32.1; חמורה F32.2 ו-F32.3) סובל הפרט ממצב רוח ירוד (דיכאון), מאובדן ההתעניינות וההנאה ומאנרגיה מופחתת, המובילים להתעייפות מהירה ולירידה בפעילות. כמו כן שכיחה עייפות קשה לאחר מאמץ קל בלבד. סימפטומים נפוצים אחרים:

- א. ירידה בריכוז ובקשב;
- ב. ירידה בהערכה העצמית ובביטחון העצמי;
- ג. מחשבות אשם ופחיתות־ערך (אפילו כשהאפיזודה מתונה);
- ד. השקפות עגומות ופסימיות על העתיד;
- ה. מחשבות או מעשים הפוגעים באדם עצמו, עד כדי התאבדות;
- ו. שינה מופרעת;
- ז. תיאבון ירוד.

מצב הרוח הירוד משתנה אך מעט מיום ליום. לעתים הוא אינו משתנה בהתאמה לנסיבות, ולעתים הוא מראה שינוי אופייני במהלך היום. כמו באפיזודות חמורות, התמונה הקלינית שונה מאדם לאדם. תמונות לא טיפוסיות נפוצות בעיקר בגיל ההתבגרות. במקרים אחדים החרדה, המצוקה הנפשית ואי השקט המוטורי עשויים לבלוט יותר מהדיכאון עצמו, והשינוי במצב הרוח מוסווה על ידי מאפיינים אחרים, כמו: רוגזנות, שתייה מוגזמת של אלכוהול, התנהגות היסטרינית והחרפה של סימפטומים בעתיים (פוביים) וכפייתיים קודמים, או על ידי עיסוק היפוכונדרי. לשם קביעת אבחנה של דיכאון בכל שלוש דרגות החומרה שלו, על הסימפטומים להתמיד במשך שבועיים לפחות. אם הסימפטומים חמורים במיוחד ומתפתחים במהירות, אפשר לקבוע את האבחנה לאחר פרק זמן קצר יותר.

חלק מהסימפטומים שתוארו לעיל יכולים לבלוט ואף לפתח תכונות אופייניות, שאפשר ליחס להן משמעות קלינית מיוחדת. הדוגמאות הטיפוסיות ביותר לסימפטומים "סומטיים" אלה הן: אובדן העניין בפעילות שבדרך כלל מהנות ואובדן ההנאה מהן, העדר תגובה רגשית לסביבה ולאירועים שעל־פירוב מוגדרים כנעימים, התעוררות (בבוקר) כשעתיים או יותר לפני הזמן הרגיל, דיכאון יותר

F31.6 הפרעה אפקטיבית דו־קוטבית, אפיזודה נוכחית מעורבת

החולה סבל מאפיזודה אחת לפחות, מנית, היפומנית או מעורבת, והאפיזודה הנוכחית מתאפיינת בשילוב של סימפטומים מניים או היפומניים ודיכאוניים, או שהם מתחלפים זה בזה במהירות.

הנחיות לאבחנה

אף שהצורה השכיחה ביותר של הפרעה דו־קוטבית מורכבת מאפיזודות מניים ודיכאוניות לסירוגין, עם תקופות של מצב רוח תקין ביניהן, אין זה נדיר שמצב רוח דיכאוני מלווה, במשך ימים או שבועות ברציפות, בפעילות יתר ובלחץ דיבור, או שמצב רוח מני עם מחשבות גדלות מלווה באי שקט ובאובדן של האנרגיה ושל התשוקה המינית. סימפטומים דיכאוניים וסימפטומים של היפומניה או מניה יכולים להתחלף במהירות, מיום ליום או אפילו משעה לשעה. אפשר להשתמש באבחנה של הפרעה דו־קוטבית מעורבת רק אם שתי קבוצות הסימפטומים בולטות במשך רוב זמן האפיזודה הנוכחית של המחלה, ואם האפיזודה כולה נמשכת יותר משבועיים.

לא כולל: אפיזודה יחידה מעורבת של הפרעה אפקטיבית (F38.0)

F31.7 הפרעה אפקטיבית דו־קוטבית, עכשיו בהפוגה

אפשר להשתמש באבחנה זו אם החולה עבר אפיזודה מנית, היפומנית או מעורבת בעבר ונוסף על כך לפחות אפיזודה אחת אחרת של הפרעה אפקטיבית היפומנית, מנית, דיכאונית או מעורבת (שתי אפיזודות זהות או שונות של הפרעה אפקטיבית ובלבד ששתיהן אינן דיכאוניות), אבל אינו סובל כרגע ובמשך חודשים אחדים משום הפרעה אפקטיבית משמעותית. החולה יכול לקבל טיפול תרופתי המפחית את הסיכון לאפיזודות חוזרות (העובדה, שהחולה מקבל תרופות שיפחיתו את הסיכון של הישנות המחלה, אינה מונעת את השימוש בקטגוריה אבחנתית זו).

F31.8 הפרעות אפקטיביות דו־קוטביות אחרות

כולל: הפרעה דו־קוטבית II
אפיזודות מניות חוזרות

F32.0 אפיזודה דיכאונית מתונה

הנחיות לאבחנה

מצב רוח ירוד (דיכאוני), אובדן ההתעניינות וההנאה והתעייפות מוגברת נחשבים לסימפטומים האופייניים ביותר של דיכאון. שניים מביניהם בצירוף שני סימפטומים מאלה שתוארו במבוא (לגבי F32.0), ישמשו לקביעת אבחנה ודאית. אף אחד מהם אינו צריך להימצא בדרגת חומרה גבוהה. האפיזודה צריכה להימשך לכל הפחות כשבועיים.

אדם, הסובל מהפרעה דיכאונית מתונה, חש מצוקה כתוצאה מהסימפטומים שתוארו ומתקשה להמשיך בעבודתו ובתפקודו החברתי הרגיל, אבל, קרוב לוודאי, שהוא לא יפסיק לגמרי את תפקודו.

אפשר להשתמש בסימן חמישי כדי לסמן את נוכחותה של תסמונת גופנית נלווית:

F32.00 ללא סימפטומים גופניים
מתמלאים הקריטריונים שנקבעו לאפיזודה דיכאונית מתונה, ללא סימפטומים גופניים או עם סימפטומים מעטים.

F32.01 עם סימפטומים גופניים
מתמלאים הקריטריונים שנקבעו לאפיזודה דיכאונית מתונה, וכן ארבעה סימפטומים גופניים לפחות. (גם כאשר מופיעים רק שניים או שלושה סימפטומים בדרגה חמורה, מוצדק להשתמש בקטיגוריה זו).

F32.1 אפיזודה דיכאונית בינונית

הנחיות לאבחנה

החולה סובל לפחות משני סימפטומים מבין השלושה שצוינו באפיזודה דיכאונית מתונה (F32.0), וכן משלושה, ועדיף מארבעה, מבין הסימפטומים האחרים. קרוב לוודאי שחלק מהסימפטומים יופיעו בדרגה ניכרת, אבל אין זה חיוני אם יש טווח רחב במיוחד של סימפטומים. האפיזודה צריכה להימשך שבועיים לכל הפחות.

אדם הסובל מאפיזודה דיכאונית בינונית, יתקשה מאוד להמשיך בעבודתו, בתפקודו החברתי ובפעילותו במסגרת חבית.

אפשר להשתמש בסימן חמישי כדי לסמן את מציאותם או את העדרם של סימפטומים גופניים:

F32.10 ללא סימפטומים גופניים

חמור בבוקר, עדות אובייקטיבית (מדיווחים של אנשים אחרים) להאטה פסיכומטורית ברורה או אי שקט בולט, אובדן ניכר של התיאבון, ירידה במשקל (ירידה של לפחות חמישה אחוזים ממשקל הגוף בחודש האחרון) ואובדן ניכר של התשוקה המינית. אין לאבחן את התסמונת הסומטית ככזו, אלא אם מופיעים בבירור לפחות ארבעה מהסימפטומים שזכרו כאן.

הקטיגוריות הבאות, המתארות מצבים דיכאוניים בדרגות החומרה מתונה (F32.0), בינונית (F32.1) וחמורה (F32.2 ו-F32.3), נועדו לשימוש רק במקרה של אפיזודה דיכאונית יחידה (ראשונה). אפיזודות דיכאוניות חוזרות יסווגו באחת מתת-החלוקות של הפרעה דיכאונית חוזרת (F33.-).

דרגות החומרה המוגדרות להלן מכסות טווח רחב של מצבים קליניים, שאפשר להיתקל בהם בסוגים שונים של שירותים. אנשים, הסובלים מאפיזודות דיכאוניות מתונות, מטופלים בדרך כלל במסגרת הרפואה הראשונית ובמסגרות רפואיות כלליות. מחלקות אשפוז פסיכיאטריות מטפלות בעיקר בחולים הסובלים מדיכאון בדרגות החמורות.

ניסיונות לפגיעה עצמית, המתרחשים על רקע ההפרעות האפקטיביות (השכיח שביניהם הוא הרעלה עצמית באמצעות תרופות שרשם הרופא), יצוינו באמצעות קוד אבחנותי נוסף (X84-X60) מפרק 20 של ICD-10. קודים אלה אינם מבחינים בין ניסיון אובדני ובין "parasuicide", מכיוון ששניהם נכללים בקטיגוריה הכללית של גרימת נזק לעצמו.

הבחנה בין דרגות החומרה של אפיזודות דיכאוניות — "מתונה", "בינונית" ו"חמורה" — מבוססת על שיפוט קליני מורכב, העוסק במספר הסימפטומים, באופיים ובדרגת החומרה שלהם. מידת התפקוד בתחום החברתי ובתחום התעסוקתי משמשת לעתים קרובות קו מנחה בקביעת דרגת החומרה. אבל מאחר שהשפעות אישיות, חברתיות ותרבותיות, הפוגעות בקשר שבין חומרת הסימפטומים ובין רמת התפקוד החברתי, הן שכיחות וחזקות, לא רצוי לכלול את התפקוד החברתי בין הקריטריונים החיוניים לקביעת דרגת החומרה.

נוכחות בו זמנית של שטיון (F00-F03) או של פיגור שכלי (F70-F79) אינה שוללת את קיומה של אפיזודה דיכאונית הראויה לטיפול. אבל הקשיים בתקשורת מחייבים הסתמכות על סימפטומים גופניים שאפשר לצפות בהם באופן אובייקטיבי, כמו: האטה פסיכומטורית, ירידה בתיאבון ובמשקל והפרעות בשינה.

מולל: אפיזודות אחדות של תגובה דיכאונית, דיכאון מגיורי (ללא סימפטומים פסיכויטיים), דיכאון פסיכוגני או תגובתי (F32.0, F32.1 או F32.2).

מתמלאים הקריטריונים שנקבעו לאפיזודה דיכאונית בינונית, ואם יש סימפטומים גופניים, הם מעטים.

F32.11 עם סימפטומים גופניים

מתמלאים הקריטריונים שנקבעו לאפיזודה דיכאונית בינונית, וכן ארבעה סימפטומים גופניים לפחות (אפשר להשתמש בקטיגוריה זו גם אם יש שניים או שלושה סימפטומים גופניים ובלבד שהם חמורים באופן יוצא מן הכלל).

F32.2 אפיזודה דיכאונית חמורה, ללא סימפטומים פסיכויטיים

האדם, הסובל מאפיזודה דיכאונית חמורה, מראה בדרך כלל סימני מצוקה או אי שקט בולטים, אלא אם יש עיכוב פסיכומטורי ניכר. בדרך כלל, יש תחושה של ירידה בהערכה העצמית והרגשת חוסר ערך ואשמה בעוצמה ניכרת, וקיימת סכנה מוחשית להתאבדות. ההנחה היא שבאפיזודות דיכאוניות חמורות כמעט תמיד תופיע תסמונת גופנית.

הנחיות לאבחנה

נוכחים כל שלושת הסימפטומים הטיפוסיים שצוינו באפיזודה דיכאונית מתונה או בינונית, וכן לפחות ארבעה סימפטומים אחרים, חלקם בדרגת חומרה גבוהה. יש לזכור שבמצב של עיכוב פסיכומטורי או אי שקט פסיכומטורי בולט, החולה אינו יכול או אינו מעוניין לתאר את הסימפטומים בפירוט. גם במקרה כזה מוצדק לקבוע הערכה כוללת של דרגת חומרה גבוהה. בדרך כלל צריכה האפיזודה להימשך שבועיים לפחות, אבל אם הסימפטומים חמורים במיוחד או שהם מתפתחים במהירות, מוצדק לאבחן את החולה כסובל מהפרעה זו גם בטרם יעברו שבועיים.

האדם, הסובל מאפיזודה דיכאונית חמורה, אינו יכול להמשיך בתפקודו החברתי, בעבודה, או בפעילות בבית, אלא במידה מוגבלת מאוד.

יש להשתמש בקטיגוריה זו רק לציון אפיזודה יחידה של דיכאון חמור, ללא סימפטומים פסיכויטיים. באפיזודות חוזרות יש להשתמש באחת מתת-החלוקות של הפרעה דיכאונית חוזרת (F33.-).

כולל: אפיזודות יחידות של דיכאון רגש

מלנכוליה או דיכאון חיוני (וויטל) ללא סימפטומים פסיכויטיים

F32.3 אפיזודה דיכאונית חמורה, עם סימפטומים פסיכויטיים

הנחיות לאבחנה

אפיזודה דיכאונית חמורה העומדת בקריטריונים שצוינו בקטיגוריה F32.2 והכוללת גם מחשבות שוא, הזיות, או קיפאון דכאוני. מחשבות השוא נסבות בדרך כלל על נושאים כמו: חטא, מחסור או אסון המתרגש לבוא, שהחולה חש עצמו אחראי להם. הזיות השמיעה הן של קולות מזלזלים או מאשימים. אם מופיעות הזיות של ריח, הן כוללות ריחות של סרחון וריקבון. העיכוב הפסיכומטורי יכול להתפתח לקיפאון. אם יש צורך בכך, אפשר לסווג את מחשבות השוא ואת ההזיות כתואמות או כלא תואמות למצב הרוח (ראה F30.2).

אבחנה מבדלת: יש להבחין בין קיפאון דיכאוני ובין סכיזופרניה קטטונית (F20.2), בינו ובין קיפאון דיסוציאטיבי (F44.2) וצורות של קיפאון על רקע אורגני. יש להשתמש באבחנה זו רק לאפיזודות יחידות של דיכאון חמור עם סימפטומים פסיכויטיים; לאפיזודות נוספות יש להשתמש בתת-חלוקה של הפרעה דיכאונית חוזרת (F33.-).

כולל: אפיזודות יחידות של דיכאון מגזרי עם סימפטומים פסיכויטיים, דיכאון פסיכויטי, פסיכוזת דיכאונית פסיכוגנית, פסיכוזת דיכאונית תגובתית

F32.8 אפיזודות דיכאוניות אחרות

בקבוצה זו נכללות אפיזודות שאינן תואמות לתאורי האפיזודות הדיכאוניות בקטיגוריות F32.0-F32.3, אבל תרשם האבחנה הכללית מצביע על היותן דיכאוניות במהותן. לדוגמא: תערובות לא יציבות של סימפטומים דיכאוניים (בדרך כלל גופניים) עם סימפטומים לא-ספציפיים, כמו: מתח, דאגה ותחושת מצוקה, ותערובות של סימפטומים דיכאוניים גופניים, מלווים בכאב או בעייפות מתמידים, שאינם נובעים מסיבה גופנית (כמו שרואים לעתים בבתי החולים הכלליים).

כולל: דיכאון לא טיפוסי (atypical)

אפיזודות יחידות של דיכאון "מוסווה" ("masked" depression), שלא סווגו במקום אחר

דפרסיבית (מסוג דיכאון), פסיכוזה דיכאונית פסיכוגנית או תגובתית, דיכאון פסיכוטי, דיכאון חיוני (ויטלי) (F33.2 או F33.3)

לא כולל: אפיזודות דיכאוניות חוזרות קצרות (F38.1)

F33.0 הפרעה דיכאונית חוזרת, אפיזודה נוכחית מתונה

הנחיות לאבחנה

לאבחנה ודאית:

א. הקריטריונים שנקבעו להפרעה דיכאונית חוזרת (F33.-) צריכים להתממש, והאפיזודה הנוכחית צריכה לעמוד בקריטריונים של אפיזודה דיכאונית בדרגת חומרה מתונה (F32.0); וכן

ב. התרחשו לפחות שתי אפיזודות שכל אחת מהן נמשכה שבועיים לפחות, ושביניהן היה רווח של חודשים אחדים ללא הפרעות ניכרות במצב הרוח.

אם לא כן הדבר, תיקבע אבחנה של הפרעה חוזרת אחרת במצב הרוח (F38.1).

אפשר להשתמש בסימן תמישי כדי לסמן את נוכחותם של סימפטומים גופניים באפיזודה הנוכחית:

F33.00 ללא סימפטומים גופניים (ראה F32.00)

F33.01 עם סימפטומים גופניים (ראה F32.01)

לפי הצורך, אפשר לסווג גם את דרגת החומרה של אפיזודות קודמות (מתונה, בינונית, חמורה או לא ברורה).

F33.1 הפרעה דיכאונית חוזרת, אפיזודה נוכחית בינונית

הנחיות לאבחנה

לאבחנה ודאית:

א. הקריטריונים שנקבעו להפרעה דיכאונית חוזרת (F33.-) צריכים להתממש, והאפיזודה הנוכחית צריכה לעמוד בקריטריונים שנקבעו לאפיזודה דיכאונית בדרגת חומרה בינונית (F32.1); וכן

F32.9 אפיזודה דיכאונית, לא מסווגת

כולל: דיכאון שלא סווג במקום אחר
הפרעה דיכאונית שלא סווגה במקום אחר

F33 הפרעה דיכאונית חוזרת

הפרעה זו מתאפיינת באפיזודות חוזרות של דיכאון כמו אלה שתוארו בקטיגוריה של אפיזודה דיכאונית מתונה (F32.0), בינונית (F32.1) או חמורה (F32.2 או F32.3), ללא עבר של אפיזודות נפרדות של מצב רוח מרומם ופעילותית, העומדות בקריטריונים של מניה (F30.1 ו-F30.2). יחד עם זאת, עדיין רצוי להשתמש בקטיגוריה זו אם יש עדות לאפיזודות קצרות של התרוממות מתונה במצב הרוח ולפעילותית, העומדות בקריטריונים שנקבעו להיפומניה (F30.0), מייד לאחר אפיזודה דיכאונית (לעתים קרובות, תופעות אלה נובעות בירור מהטיפול הניתן נגד דיכאון). גיל ההתחלה, דרגת החומרה, משך האפיזודות הדיכאוניות ותדירותן שונים מאוד מאדם לאדם. באופן כללי האפיזודה הראשונה מתחילה בגיל מאוחר יותר מזה המאפיין הפרעה דו-קוטבית, כאשר גיל ההתחלה הממוצע הוא בעשור החמישי לחיים. אפיזודות אלה נמשכות בין שלושה חודשים לשנה (כאשר החציון עומד על שישה חודשים בערך), והן מתרחקות והולכות זו מזו. (בניגוד לתכיפות האפיזודות בהפרעה אפקטיבית דו-קוטבית). בדרך כלל ההחלמה בין האפיזודות היא מלאה, אך יש מספר קטן של תולים העלולים לפתח דיכאון מתמיד, בעיקר בגיל הזיקנה (וגם לגביהם יש להשתמש בקטיגוריה זו). אפיזודות אינדיווידואליות בכל דרגת חומרה מופיעות לרוב אחרי נסיבות מעוררות דחק. השכיחות, בתרבויות רבות, הן של אפיזודות יחידות והן של דיכאון מתמיד, גבוהה פי שניים בקרב נשים לעומת גברים.

הסיכון, שחולה הסובל מאפיזודות דיכאוניות חוזרות יפתח מצב מני, אינו נעלם לחלוטין, ללא תלות במספר האפיזודות הדיכאוניות שהוא או היא עברו. אם אכן חלה אפיזודה מנית, יש לשנות את האבחנה להפרעה אפקטיבית דו-קוטבית.

אפשר להוסיף תלויות משנה להפרעה דיכאונית חוזרת, באמצעות סיווג האפיזודה הנוכחית, ואחרי כן (אם יש די מידע) בציון הטיפוס השולט בכל האפיזודות.

כולל: אפיזודות חוזרות של תגובה דיכאונית, דיכאון פסיכוגני, דיכאון תגובתי, הפרעה דיכאונית עונתית (F33.0 או F33.1).
אפיזודות חוזרות של דיכאון אנדוגני, דיכאון מגורי, פסיכוזה מנית

ב. התרחשו לפחות שתי אפיזודות שכל אחת מהן נמשכה לפחות שבועיים, ושביניהן היה רווח של חודשים אחדים ללא הפרעות ניכרות במצב הרוח.

אם לא כן הדבר, תיקבע אבחנה של הפרעה חוזרת אחרת במצב הרוח (F38.1). אפשר להשתמש בסימן חמישי כדי לסווג את נוכחותם של סימפטומים גופניים באפיזודה הנוכחית:

F33.10 ללא סימפטומים גופניים (ראה F32.10)

F33.11 עם סימפטומים גופניים (ראה F32.11)

לפי הצורך, אפשר לסווג גם את דרגת החומרה של האפיזודות הקודמות (מתונה, בינונית, חמורה או לא ברורה).

F33.2 הפרעה דיכאונית חוזרת, אפיזודה נוכחית חמורה ללא סימפטומים פסיכויטיים

הנחיות לאבחנה

לאבחנה ודאית:

א. הקריטריונים של הפרעה דיכאונית חוזרת (F33.-) צריכים להתממש, והאפיזודה הנוכחית צריכה לעמוד בקריטריונים שנקבעו לאפיזודה דיכאונית חמורה ללא סימפטומים פסיכויטיים (F32.2); וכן

ב. התרחשו לפחות שתי אפיזודות שכל אחת מהן נמשכה לפחות שבועיים, ושביניהן היה רווח של חודשים אחדים ללא הפרעות ניכרות במצב הרוח.

אם לא כן הדבר, תיקבע אבחנה של הפרעה חוזרת אחרת במצב הרוח (F38.1).

לפי הצורך, אפשר לסווג את דרגת החומרה של האפיזודות הקודמות (מתונה, בינונית, חמורה או לא ברורה).

F33.3 הפרעה דיכאונית חוזרת, אפיזודה נוכחית חמורה עם סימפטומים פסיכויטיים

הנחיות לאבחנה

לאבחנה ודאית:

א. הקריטריונים שנקבעו להפרעה דיכאונית חוזרת (F33.-) צריכים להתממש,

והאפיזודה הנוכחית צריכה לעמוד בקריטריונים של אפיזודה דיכאונית חמורה עם סימנים פסיכויטיים (F32.3); וכן

ב. התרחשו לפחות שתי אפיזודות שכל אחת מהן נמשכה לפחות שבועיים, ושביניהן היה רווח של חודשים אחדים ללא הפרעות ניכרות במצב הרוח.

אם לא כן הדבר, תיקבע אבחנה של הפרעה חוזרת אחרת במצב הרוח (F38.1).

לפי הצורך, אפשר לסווג מחשבות שווא או הזיות כתואמות או כלא תואמות למצב הרוח (ראה F30.2).

לפי הצורך, אפשר לסווג את דרגת החומרה של האפיזודות הקודמות (מתונה, בינונית, חמורה או לא ברורה).

F33.4 הפרעה דיכאונית חוזרת, עכשיו בהפוגה

הנחיות לאבחנה

לאבחנה ודאית:

א. הקריטריונים שנקבעו להפרעה דיכאונית חוזרת (F33.-) היו צריכים להתממש בעבר, אבל המצב הנוכחי אינו עומד בקריטריונים של אפיזודה דיכאונית בדרגה כלשהי או של כל הפרעה אחרת בקטיגוריות F39-F30; וכן

ב. התרחשו לפחות שתי אפיזודות שכל אחת מהן נמשכה לפחות שבועיים, ושביניהן היה רווח של חודשים אחדים ללא הפרעות ניכרות במצב הרוח.

אם לא כן הדבר, תיקבע אבחנה של הפרעה חוזרת אחרת במצב הרוח (F38.1).

אפשר להשתמש בקטיגוריה זו גם אם החולה מקבל תרופות שמטרתן להפחית את הסיכון לאפיזודות חוזרות.

F33.8 הפרעות דיכאוניות חוזרות אחרות

F33.9 הפרעה דיכאונית חוזרת, לא מסווגת

כולל: דיכאון חד-קוטבי, שלא סווג במקום אחר

F34 הפרעות מתמידות במצב הרוח (אפקטיביות)

F34

אלה הפרעות מתמידות ולרוב לא יציבות, שבמהלכן רק לעתים נדירות, אם בכלל, אפיזודות אינדיבידואליות הן חמורות דיין כדי שיתוארו כאפיזודה דיכאונית מתונה או היפומנית. מאחר שהפרעות אלה נמשכות שנים בכל פעם, ולעתים במשך רוב שנותיו הבוגרות של האדם, הן גורמות מצוקה טובייקטיבית גדולה ונכות. במקרים אחדים עלולות אפיזודות חוזרות או יחידות של הפרעה מנית או הפרעה דיכאונית מתונה עד חמורה להופיע על רקע של הפרעה אפקטיבית מתמדת. הפרעות אפקטיביות מתמידות מסווגות כאן ולא בפרק העוסק בהפרעות אישיות, בשל העדות העולה ממחקרים משפחתיים, לפיה יש להן זיקה גנטית להפרעות במצב הרוח, ומכיוון שלעתים אפשר לחקל עליהן בעזרת אותם טיפולים המסייעים בהפרעות במצב הרוח. מוכרות לנו צורות של ציקלותימיה ושל דיסתימיה המתחילות בגיל צעיר, וגם כאלה המתחילות בגיל מאוחר.

F34.0 ציקלותימיה

F34.0

אי יציבות מתמדת במצב הרוח, הכוללת מספר רב של תקופות דיכאון או התרוממות הרוח בדרגה מתונה. אי יציבות זו מתפתחת לרוב בתחילת הבגרות ומתקדמת במהלך כרוני, אם כי תיתכנה תקופות של חודשים שבמהלכם מצב הרוח הוא תקין ויציב. בדרך כלל האדם אינו מוצא קשר בין התנודות במצב הרוח ובין אירועי החיים. קשה מאוד לבסס אבחנה זו ללא תצפית ארוכת טווח, או כאשר האדם הסובל אינו מסוגל לתאר את עברו בדיוק רב. מאחר שהתנודות במצב הרוח הן בדרך כלל מתונות ולעתים יש עלייה נעימה במצב הרוח, מקרים רבים של ציקלותימיה אינם מגיעים לידי טיפול. במקרים אחדים נובעת ההימנעות מטיפול מהעובדה שהתנודות במצב הרוח פחות בולטות מהתנודות בפעילות, בביטחון עצמי, בחברותיות או בתיאבון. במידת הצורך, אפשר לסווג את גיל תחילת ההפרעה כמקדם (בשנות העשרה המאוחרות או בשנות העשרים) או כמאוחר.

הנחיות לאבחנה

האפיון החיוני לאבחנה הוא אי היציבות המתמדת במצב הרוח, הכוללת תקופות רבות של דיכאון או של עלייה מתונה במצב הרוח, שאף אחת מהן אינה חמורה או ארוכה דייה כדי למלא אחר הקריטריונים שנקבעו להפרעה אפקטיבית דוֹקוטבית (F31) או להפרעה דיכאונית חוזרת (F33). מכאן נובע שאף אחת מהאפיזודות היחידות של תנודות במצב הרוח אינה עומדת בקריטריונים של הקטיגוריות המתוארות באפיזודה מנית (F30) או באפיזודה דיכאונית (F32).

כולל:

הפרעת אישיות אפקטיבית
אישיות ציקלואידית
אישיות ציקלותימית

אבחנה מבדלת: הפרעה זו שכיחה אצל קרוביהם של חולים הסובלים מהפרעה אפקטיבית דוֹקוטבית (F31). אחדים מהסובלים מציקלותימיה מפתחים, עם הזמן, הפרעה אפקטיבית דוֹקוטבית. ההפרעה יכולה להתמיד במשך רוב שנות הבגרות, להיעלם באופן זמני או קבוע, או להתפתח לתנודות חזקות יותר במצב הרוח, עד שהמצב יעמוד בקריטריונים של הפרעה אפקטיבית דוֹקוטבית (F31) או של הפרעה דיכאונית חוזרת (F33).

F34.1 דיסתימיה

זהו מצב של דיכאון ממושך שאינו עומד בקריטריונים של הפרעה דיכאונית חוזרת מתונה או בינונית (F33.0 או F33.1), לא מבחינת דרגת החומרה ולא מבחינת משך האפיזודות האינדיבידואליות. יחד עם זאת, ייתכן שבעבר, בעיקר בראשית ההפרעה, נתמלאו הקריטריונים של הפרעה דיכאונית מתונה. האזיון בין המצבים הזמניים של דיכאון מתון ובין תקופות הביניים של מצב רוח תקין שונה מאוד מאדם לאדם. הסובלים מהפרעה זו נהנים מימים, או משבועות, שבמהלכם הם מתארים את עצמם כבריאים. אבל רוב הזמן (לעתים במשך חודשים בכל פעם) הם מרגישים עייפים ומדוכאים: כל פעולה שהם מבצעים כרוכה במאמץ רב והם אינם נהנים משום דבר. הם מודאגים ומתלוננים, שנתם גרועה והם חשים לא במקום. יחד עם זאת, הם מצליחים להתמודד עם דרישות התפקוד היומיומי. לפיכך יש לדיסתימיה מן המשותף עם המושגים של ניאורוזה דיכאונית ודיכאון ניאורוטי. במידת הצורך, אפשר לסווג את גיל תחילת ההפרעה כמקדם (בגיל העשרה או בשנות העשרים) או כמאוחר.

הנחיות לאבחנה

האפיון החיוני לקביעת האבחנה הוא דיכאון ממושך ביותר, שרק בנדיר, או שלעולם אין הוא חמור דיין כדי שיעמוד בקריטריונים של הפרעה דיכאונית חוזרת מתונה או בינונית (F33.0 או F33.1). בדרך כלל מתחילה ההפרעה בגיל הבגרות המוקדמת והיא נמשכת לפחות שנים אחדות, ולעתים במשך כל החיים. כשההפרעה מתחילה בגיל מאוחר יחסית, היא לעתים תוצאה מאוחרת של אפיזודה דיכאונית (F32). קשורה לאבל או לגורם דחק ברור אחר.

F38.1 הפרעות חוזרות אחרות במצב הרוח (אפקטיביות)

F38.10 הפרעה דיכאונית קצרה חוזרת
אפיזודות דיכאוניות קצרות חוזרות, החלות בתדירות של אחת לחודש בערך במשך השנה האחרונה. כל אחת מהאפיזודות הדיכאוניות נמשכת פחות משבועיים (משך אופייני של יומיים-שלושה, עם החלמה מלאה), אבל הן עומדות בקריטריונים שנקבעו לאפיזודה דיכאונית מתונה, בינונית או חמורה (F32.0, F32.1, F32.2).

אבחנה מבדלת: בניגוד לדיסתימיה (F34.1), החולים האלה אינם מדוכאים במשך רוב הזמן. אם האפיזודות הדיכאוניות מופיעות רק בהקשר למחזור החודשי, יש להשתמש בקוד F38.8 יחד עם קוד נוסף, המציין את הגורם הסיבתי (N94.8) — מצבים מוגדרים אחרים, הקשורים למערכת המין הנשית ולמחזור החודשי).

F38.8 הפרעות אחרות במצב הרוח (אפקטיביות), מסווגות

זוהי קטיגוריה שרידית של הפרעות אפקטיביות שאינן עומדות בקריטריונים של הקטיגוריות F30-F38.1, הנזכרות לעיל.

F39 הפרעה במצב הרוח (אפקטיבית), לא מסווגת

יש להשתמש בקטיגוריה זו רק כמוצא אחרון, כששום מונח אחר אינו מתאים.

כולל: פסיכוזה אפקטיבית שלא סווגה במקום אחר

לא כולל: הפרעה נפשית שלא סווגה במקום אחר (F99.-)

כולל:

ניאורוזה דיכאונית

הפרעת אישיות דיכאונית

דיכאון ניאורוטי (הנמשך יותר משנתיים)

דיכאון תרדתי מתמיד

לא כולל:

דיכאון תרדתי (מתון או לא מתמיד) (F41.2)

תגובת אבל הנמשכת פחות משנתיים (F43.21), תגובה דיכאונית

ממושכת

סכיזופרניה שרידית (רזידואלית) (F20.5)

F34.8 הפרעות מתמידות אחרות במצב הרוח (אפקטיביות)

זוהי קטיגוריה שרידית המשמשת לסיווג של הפרעות אפקטיביות מתמידות, שאינן חמורות או ממושכות דיין כדי שיעמדו בקריטריונים שנקבעו לציקלותימיה (F34.0) או לדיסתימיה (F34.1), אבל יש להן בכל זאת משמעות קלינית.

סוגי דיכאון אחדים, שכונו בעבר "ניאורוטיים", ייכללו כאן בתנאי שאין הם עומדים בקריטריונים של ציקלותימיה (F34.0), של דיסתימיה (F34.1) או של אפיזודה דיכאונית מתונה (F32.0) או בינונית (F32.1).

F34.9 הפרעה מתמדת במצב הרוח (אפקטיבית), לא מסווגת

F38 הפרעות אחרות במצב הרוח (אפקטיביות)

F38.0 הפרעות יחידות אחרות במצב הרוח (אפקטיביות)

F38.00 אפיזודה אפקטיבית מעורבת
אפיזודה אפקטיבית הנמשכת לפחות שבועיים ומאופיינת בתערובת או בתנודות תכופות (בדרך כלל במהלך מספר שעות) של סימפטומים היפומניים, מניים ודיכאוניים.

F48 — F40 הפרעות ניאורוטיות, תליות-דחק וסומטופורמיות

סקירה

F40 הפרעות של חרדה בעתית (פובית)

- F40.0 אגורפוביה
- .00 ללא הפרעת אימה
- .01 עם הפרעת אימה
- F40.1 בעתים חברתיים
- F40.2 בעתים ייחודיים (בתחום אחד)
- F40.8 הפרעות אחרות של חרדה בעתית
- F40.9 הפרעה של חרדה בעתית, לא מסווגת

F41 הפרעות חרדה אחרות

- F41.0 הפרעת אימה (panic) (חרדה התקפית אפיוודית)
- F41.1 הפרעת חרדה כוללנית (generalized)
- F41.2 הפרעה חרדתית ודיכאונית מעורבת
- F41.3 הפרעות חרדה מעורבות אחרות
- F41.8 הפרעות חרדה מסווגות אחרות
- F41.9 הפרעת חרדה, לא מסווגת

F42 הפרעה טורדנית-כפייתית (obsessive-compulsive)

- F42.0 בעיקר מחשבות או הרהורים טורדניים
- F42.1 בעיקר מעשים כפייתיים (טקסים טורדניים)
- F42.2 מצב מעורב של מעשים ומחשבות טורדניים
- F42.8 הפרעות טורדניות-כפייתיות אחרות
- F42.9 הפרעה טורדנית-כפייתית, לא מסווגת

F43 תגובה לדחק חמור והפרעות הסתגלות

- F43.0 תגובה לדחק חריף
- F43.1 הפרעת דחק פוסט-טראומטית
- F43.2 הפרעות הסתגלות

- F45.4 הפרעת כאב סומטופורמית מתמדת
 F45.8 הפרעות סומטופורמיות אחרות
 F45.9 הפרעה סומטופורמית, לא מסווגת
- F48 הפרעות ניאורוטיות אחרות**
- F48.0 ניאוראסתניה
 F48.1 תסמונת דפרסונליזציה-דריאליזציה
 F48.8 הפרעות ניאורוטיות מסווגות אחרות
 F48.9 הפרעה ניאורוטית, לא מסווגת

20. תגובה דיכאונית קצרה
 21. תגובה דיכאונית ממושכת
 22. תגובה חרדתית ודיכאונית מעורבת
 23. עם הפרעה בולטת ברגשות אחרים
 24. עם הפרעת התנהגות שלטת
 25. עם הפרעה מעורבת של רגשות והתנהגות
 28. עם סימפטומים שולטים מסווגים אחרים
- F43.8 תגובות אחרות לדחק חמור
 F43.9 תגובה לדחק חמור, לא מסווגת

F44 הפרעות דיסוציאטיביות (קונברסיביות)

- F44.0 שכחה דיסוציאטיבית
 F44.1 פוגה דיסוציאטיבית
 F44.2 קיפאון (סטופור) דיסוציאטיבי
 F44.3 הפרעות דיבוק וטרנס
 F44.4 הפרעות דיסוציאטיביות מוטוריות
 F44.5 פרכוסים דיסוציאטיביים
 F44.6 העדר תחושה (anaesthesia) ואובדן תחושת דיסוציאטיביים
 F44.7 הפרעות דיסוציאטיביות (קונברסיביות) מעורבות
 F44.8 הפרעות דיסוציאטיביות (קונברסיביות) אחרות
80. תסמונת גנסר
 81. הפרעה של ריבוי אישויות
 82. הפרעות דיסוציאטיביות (קונברסיביות) חולפות החלות בילדות ובתקופת ההתבגרות
 88. הפרעות דיסוציאטיביות (קונברסיביות) מסווגות אחרות
- F44.9 הפרעה דיסוציאטיבית (קונברסיבית), לא מסווגת

F45 הפרעות סומטופורמיות

- F45.0 הפרעת סומטיזציה
 F45.1 הפרעה סומטופורמית לא-מובחנת
 F45.2 הפרעה היפוכונדרית
 F45.3 ליקוי תפקודי אוטונומי סומטופורמי
30. הלב ומערכת כלי הדם
 31. מערכת העיכול העליונה
 32. מערכת העיכול התחתונה
 33. מערכת הנשימה
 34. מערכת גניטוריאורנרית
 38. איבר אחר או מערכת אחרת

מהאפיזודות הדיכאוניות מלוות חרדה בעתית זמנית, ומצב רוח דיכאוני תכופות מלווה בעתים אחדים, בעיקר אגורפוביה. ההחלטה אם יש צורך לסמן את שתי האבחנות, חרדה בעתית ואפיזודה דיכאונית, או רק אחת מהן, נקבעת בהתאם להופעה ברורה של האחת לפני השנייה, ובהתאם למרכזיותה של אחת מהן בעת קביעת האבחנה. אם הקריטריונים של הפרעה דיכאונית התמלאו לפני שהסימפטומים הבעתיים הופיעו לראשונה, יש לתת קדימות אבחנתית להפרעה הדיכאונית (ראה הערה במבוא, עמ' 21).

רוב ההפרעות הבעתיות, חוץ מבעת חברתי, שכיחות יותר בקרב נשים מאשר בקרב גברים.

בסיווג זה, התקף אימה (F41.0) המתרחש במצב בעתי מובהק נחשב כביטוי לחומרת הבעת. יש לתת לבעת קדימות אבחנתית. הפרעת אימה כשלעצמה יש לאבחן רק בהעדר בעתים כלשהם מאלה המופיעים ב-F40.0.

F40.0 אגורפוביה

המונח "אגורפוביה" משמש כאן במשמעות רחבה יותר מזו שיוחסה לו כשהוצג לראשונה ומהשימוש שעדיין נעשה בו בארצות מסוימות. כאן הוא כולל פחדים לא רק ממקומות פתוחים, אלא גם מהיבטים הקשורים אליהם, כמו נוכחות של קהל רב וקושי לחימלט מייד ובקלות למקום בטוח (בדרך כלל, הביתה). לפיכך מתייחס המונח למקבץ בעתים קשורים זה לזה ולעתים חופפים, הכוללים פחד מעויבת הבית, פחד מכניסה לחנויות, לתוך קהל ולמקומות ציבוריים, או מנסיעה לבד ברכבות, באוטובוסים או במטוסים. אף שחומרת החרדה ומידת ההתנהגות ההימנעותית משתנות, זוהי ההפרעה המגבילה ביותר מבין ההפרעות הבעתיות, וחלק מהסובלים ממנה הופכים מרותקים לבית; רבים מבעתים מהמחשבה שיתמוטטו וייוותרו חסרי אונים בציבור. העדר מוצא זמין מיידי הוא אחד האפיונים הבסיסיים של רבים מהמצבים האגורפוביים האלה. רוב הסובלים הם נשים וההפרעה מתחילה, בדרך כלל, בשלב מוקדם בחיים הבוגרים. ייתכנו גם סימפטומים דיכאוניים וטורדניים ובעתים חברתיים, אך הם אינם שולטים בתמונה הקלינית. בהעדר טיפול עיל הופכת אגורפוביה, לעתים קרובות, לכרונית עם תנודות בעוצמתה.

הנחיות לאבחנה

לשם קביעת אבחנה ודאית צריכים להתמלא כל הקריטריונים הבאים:

א. הסימפטומים הפסיכולוגיים או האוטונומיים הם בעיקרם ביטוי לחרדה ואינם משניים לסימפטומים אחרים, כמו מחשבות שווא או מחשבות טורדניות;

מבוא

הפרעות ניאורוטיות, תלויות-דחק וסומטופורמיות הוכללו כולן בקבוצה אחת גדולה, בגלל הקשר ההיסטורי שלהן למושג ניאורוזה, והקשר של חלק ניכר מהן (אם כי הוא אינו ודאי) לגורם פסיכולוגי. כפי שצוין במבוא הכללי, המושג ניאורוזה לא נשמר כעיקרון ארגוני ראשי, אך נעשה מאמץ לאפשר זיהוי קל של ההפרעות, שחלק מהמשתמשים עדיין מעדיפים. להגדיר כניאורוטיות באופן שבו הם משתמשים במונח (ראה הערה על ניאורוזה במבוא הכללי עמ' 19).

תערובות של סימפטומים קִנן שכיחות (דיכאון וחרדה באותה עת הם השכיחים ביותר), בעיקר במצבים הפחות חמורים של הפרעות אלה, שתכופות מטופלות במסגרת הרפואה הראשונית. אם כי יש לעשות מאמץ ולהחליט איזוהי התסמונת השלטת, נקבעה קטיגוריה מיוחדת לאותם מקרים של דיכאון וחרדה מעורבים, שבהם יהיה זה מלאכותי להעדיף אחד מהם (F41.2).

F40 הפרעות של חרדה בעתית

בקבוצת הפרעות זו החרדה פורצת רק, או בעיקר, במצבים או בנסיגות הפצים מסוימים מוגדרים היטב (חיצוניים לאדם), שאינם מסוכנים באותה עת. כתוצאה מכך, האדם נמנע באופן עקבי ממצבים או מחפצים אלה, או סובל אותם בפחד. אי אפשר להבחין באופן סובייקטיבי, גופני והתנהגותי בין חרדה בעתית ובין סוגים אחרים של חרדה. עוצמת החרדה הבעתית יכולה לנוע בין אי נוחות קלה ובין אימה. הדאגה יכולה להתמקד בסימפטומים אינדיווידואליים, כמו דפיקות לב או תחושת עילפון, ותכופות היא קשורה בפחדים משניים ממות, מאובדן שליטה או מהשתגעו. לא חלה הקלה בחרדה עקב הידיעה שאנשים אחרים אינם מהשיבים את המצב הנתון כמאיים או כמסוכן. בדרך כלל די בהרחור על כניסה למצב בעתי, כדי לחולל חרדת ציפיה.

אימוץ הקריטריון, שלפיו החפץ או המצב המעוררים בעת הם חיצוניים לאדם, מרמז שמרבית הפחדים הקשורים לנוכחות מחלה (נוזופוביה) ולעניות גופני (דיסמורפוביה), מסווגים כאן ב-F45.2 (הפרעה היפוכונדריה). בכל אופן, אם הפחד ממחלה עולה שוב ושוב ובעיקר עקב חשיפה אפשרית ליהום, או שזה פחד מפעולות רפואיות (זריקות, ניתוחים וכו') או ממוסדות רפואיים (מרפאת רופא השיניים, בתי חולים וכו'), תתאים קטיגוריה מ-F40 (בדרך כלל F40.2 — בעתים ייחודיים).

לעתים קרובות מופיעה חרדה בעתית יחד עם דיכאון. חרדה בעתית קיימת מתמירה כמעט תמיד אם מתפתחת על הרקע שלה אפיזודה דיכאונית. חלק

ב. החרדה צריכה להיות מוגבלת (או לחול בעיקר), לכל הפחות, לשניים מהמצבים הבאים: קהל רב, מקומות ציבוריים, נסיעה הרחק מהבית ונסיעה לבד;

ג. הימנעות מהמצב הבעתי חייבת להיות, או הייתה, אפיון בולט.

אבחנה מובדלת: יש לזכור שחלק מהסובלים מאגורפוביה חשים חרדה קלה בלבד, משום שהם יכולים להימנע בקביעות ממצבים גורמי בעת. נוכחותם של סימפטומים אחרים, כמו: דיכאון, דפרסונליזציה, סימפטומים טורדניים ובעתים חברתיים, אינה שוללת את תקפות האבחנה, בתנאי שאלה אינם שולטים בתמונה הקלינית. אם החולה כבר היה מדוכא בצורה משמעותית כשהופיעו לראשונה הסימפטומים הבעתיים, אפיזודה דיכאונית יכולה להיות אבחנה הולמת יותר; מצב זה שכיח יותר במקרים שההפרעה מופיעה בגיל מאוחר.

במרבית המקרים אפשר לתעד נוכחות או העדר הפרעת אימה (F41.0) במצב האגורפובי באמצעות סימן חמישי:

F40.00 ללא הפרעת אימה

F40.01 עם הפרעת אימה

כולל:

הפרעת אימה עם אגורפוביה

F40.1 בעתים חברתיים

לעתים קרובות מתחילים הבעתים החברתיים בגיל ההתבגרות ומתרכזים סביב הפחד, שאנשים בקבוצות קטנות יחסית (בניגוד להמון) יבחנו את האדם; הדבר מוביל להימנעות מהימצאות בחברה. בניגוד לרוב הבעתים האחרים, הבעתים החברתיים שכיחים באותה מידה בקרב נשים ובקרב גברים. הם יכולים להופיע במצבים מסוימים בלבד (כמו אכילה בציבור, דיבור בציבור או מפגשים עם המין השני), או להתרחב ולכלול כמעט את כל המצבים החברתיים שמחוץ למעגל המשפחה. פחד מהקאה בציבור עשוי להיות חשוב. קשרעין ישיר יכול להיות מלחץ, בעיקר בתרבויות מסוימות. בעתים חברתיים בדרך כלל קשורים להערכה עצמית נמוכה ולפחד מביקורת. הם יכולים להתבטא בתלונה על הסמקה, רעד בידים, בחילה או דחיפות בהטלת השתן, והאדם משוכנע, לפעמים, שאחד מביטויים משניים אלה של חרדה הוא הבעיה העיקרית; הסימפטומים יכולים להתפתח להתקפי אימה. ההימנעות היא לעתים נכרת ובמקרים קיצוניים היא עלולה להסתתרים בבידוד חברתי כמעט מלא.

הנחיות לאבחנה

לשם קביעת אבחנה ודאית צריכים להתמלא כל הקריטריונים הבאים:

א. הסימפטומים הפסיכולוגיים, ההתנהגותיים או האוטונומיים חייבים להיות בעיקרם ביטוי לחרדה ולא משניים לסימפטומים אחרים, כמו מחשבות שווא או מחשבות טורדניות;

ב. החרדה חייבת להיות מוגבלת ל/או בולטת במצבים חברתיים מיוחדים;

ג. הימנעות ממצבים בעתים צריכה להיות אפיון בולט.

כולל:

אגורפוביה
ניאורוזה חברתית

אבחנה מובדלת: לעתים קרובות בולטות אגורפוביה והפרעה דיכאונית, ושתיכן יכולות לתרום להפיכת הסובלים מהן ל"כבולים לבית". אם ההבחנה בין בעת חברתי ובין אגורפוביה היא קשה מאוד, יש לתת קדימות לאגורפוביה; אין לקבוע אבחנה של דיכאון, אלא אם אפשר לזהות בבירור תסמונת דיכאונית מלאה.

F40.2 בעתים ייחודיים (בתחום אחד)

אלה בעתים המוגבלים למצבים מאוד ייחודיים, כמו: קרבה לחיות מסוימות, לגבהים, לרעמים, לחושך, לטיסה, למקומות סגורים, למתן שתן או צואה בשירותים ציבוריים, לאכילת מאכלים מיוחדים, לרופא שיניים, למראה של פצע או דם, לחשיפה למחלות ייחודיות. אף שתגורם מעורר הבעת הוא ייחודי, המגע אתו יכול לעורר אימה, כמו באגורפוביה או בבעתים חברתיים. בעתים ייחודיים מתחילים על-פירוב בילדות או בתקופת ההתבגרות המוקדמת ויכולים להימשך עשרות שנים אם אין מטפלים בהם. תומרת המוגבלות הנובעת מהם תלויה במידה שבה הסובל מהן מסוגל להימנע מהמצב הבעתי. בניגוד לאגורפוביה, הפחד מהמצב הבעתי נוטה להישאר קבוע. מחלת קרינה, מחלות מין ולאחרונה גם איידס הם נושאים שכיחים בבעתי מחלות.

הנחיות לאבחנה

לשם קביעת אבחנה ודאית צריכים להתמלא כל הקריטריונים הבאים:

א. הסימפטומים הפסיכולוגיים והאוטונומיים חייבים להיות בעיקרם ביטוי לחרדה ולא משניים לסימפטומים אחרים, כמו מחשבות שווא או מחשבות טורדניות;

ב. החרדה חייבת להיות מוגבלת לנוכחות החפץ או המצב הבעתי;

F41.0 הפרעת אימה (panic) (חרדה התקפית אפיזודית)

האפיונים החיוניים הם התקפים חוזרים ונשנים של חרדה חמורה (אימה), שאינם מוגבלים למצב מסוים או למערך של נסיבות, ולכן אי אפשר לחזות אותם מראש. כמו בהפרעות חרדה אחרות הסימפטומים העיקריים משתנים מאדם לאדם, אבל השכיחים ביותר הם: הופעה פתאומית של דפיקות לב, כאבים בחזה, תחושת חנק, סחרחורת ותחושה של אי-מצוינות (דפרסונליזציה או דריאלוזציה). כמעט ללא יוצא מהכלל יש גם פחד משני ממוות, מאובדן שליטה או מהשתגעו. התקפים אינדיווידואליים נמשכים, בדרך כלל, דקות אחדות בלבד, אך לפעמים יותר; תדירותם ומהלך התפרעה משתנים למדי. בזמן התקף אימה חווה האדם תחושה חולתת וגוברת של פחד ושל סימפטומים אוטונומיים, המובילה ליציאה, בדרך כלל חפוזה, מהמקום בו הוא נמצא. אם זה מתרחש במצב מסוים, באוטובוס או בתוך קהל, החולה עלול להימנע בעתיד מאותו מצב. בדומה לכך, התקפי אימה תדירים ולא צפויים יוצרים פחד מלהיות לבד, או מכניסה למקומות ציבוריים. לרוב נלווה להתקף אימה פחד מתמיד מפני התקף נוסף.

הנחיות לאבחנה

בסיווג זה, התקף אימה המתרחש במצב בעתי ברור נחשב לביטוי של חומרת הבעת, שיש לתת לה קדימות אבחונית. רק בהעדר בעתים, הכלולים בקטיגוריה של F40.9, יש לקבוע אבחנה של הפרעת אימה.

לשם קביעת אבחנה ודאית צריכים להתרחש כמה התקפים חמורים של חרדה עם סימנים אוטונומיים במהלך חודש אחד:

- א. בנסיבות שאינן כרוכות בסכנה אובייקטיבית;
- ב. ללא הגבלה למצבים ידועים או צפויים מראש;
- ג. בהעדר יחסי של סימפטומים של חרדה בין התקפים (למרות שכיחותה של חרדה מטרימה).

כולל: התקף אימה
מצב אימה

אבחנה מבדלת: יש להבחין בין הפרעת אימה ובין התקפי אימה המתרחשים כחלק מהפרעות בעתיות קיימות, כפי שכבר צוין. התקפי אימה יכולים להיות משניים להפרעות דיכאוניות, בעיקר בקרב גברים, ואם הקריטריונים להפרעה דיכאונית מתמלאים בו בזמן, אין לקבוע הפרעת אימה כאבחנה הראשית.

ג. יש הימנעות מהמצב הבעתי, ככל שזה אפשרי.

כולל: אקורפוביה
בעתים מחיות
קלאוסטרופוביה
בעת בחינות
בעת פשוט

אבחנה מבדלת: בניגוד לאקורפוביה ולבעתים חברתיים, במקרה זה אין, בדרך כלל, שום סימפטומים פסיכיאטריים אחרים. בעתים מפציעות מדממות שונים מאחרים, משום שהם מובילים לבראדיקרדיה ולעתים לעילפון (יותר מאשר לטכיקרדיה). פתדים ממחלות מסוימות, כמו סרטן, מחלת לב או מחלות מין, יש לסווג בהפרעה היפוכונדרית (F45.2), אלא אם הם קשורים למצבים מסוימים שבהם אפשר להידבק במחלה. אם האמונה בקיום המחלה מגיעה לעוצמה דלזיונלית, יש לקבוע אבחנה של הפרעה דלזיונלית (F22.0). אנשים, המשוכנעים שיש להם עיוות או שוני מהנורמה בחלק מסוים של הגוף (לרוב בפנים) שאחרים אינם רואים (לפעמים משתמשים במונח דיסמורפוביה), יסווגו בהפרעה היפוכונדרית (F45.2) או בהפרעה דלזיונלית (F22.0), בהתאם לעוצמה ול"עיקשות" של השכנוע הפנימי.

F40.8 הפרעות אחרות של חרדה בעתית

F40.9 הפרעה של חרדה בעתית, לא מסווגת

כולל: בעת שאינו מסווג במקום אחר
מצבים בעתים, שאינם מסווגים במקום אחר

F41 הפרעות חרדה אחרות

ביטויי חרדה הם הסימפטומים העיקריים בהפרעות אלה והם אינם מוגבלים למצב סביבתי כלשהו. סימפטומים דיכאוניים וטורדניים, ואפילו מרכיבים מסוימים של חרדה בעתית, יכולים להתקיים בו זמנית, בתנאי שהם משניים או פחות חמורים בבירור.

F41.1 הפרעת חרדה כוללת

האפיון העיקרי הוא חרדה כוללת וקבועה, שאינה מוגבלת או קשורה, בדרך כלל, בנסיבות סביבתיות כלשהן (כלומר, היא "free floating"). כמו בשאר הפרעות החרדה, הסימפטומים העיקריים משתנים מאוד מאדם לאדם, אולם תלונות על תחושה מתמשכת של עצבנות, רעד, מתח שרירי, הזעה, הרגשת ריקנות בראש, דפיקות לב, סחרחורת ואי נוחות ברום הבטן הן שכיחות. תכופות מבטא האדם חששות שמא הוא או מישהו קרוב לו יחלה בקרוב או יהיה מעורב בתאונה, יחד עם מגוון של דאגות ותחושות מקדימות אחרות. הפרעה זו שכיחה יותר בקרב נשים ותכופות קשורה למתח סביבתי כרוני. המהלך משתנה ונוטה להראות תנודות וכוונויות.

הנחיות לאבחנה

לסובל צריכים להיות סימפטומים ראשוניים של חרדה ברוב הימים במשך כמה שבועות לפחות בכל פעם, ובדרך כלל במשך חודשים אחדים. בסימפטומים אלה מעורבים, בדרך כלל, מרכיבים של:

א. חשש (חששות מאסונות עתידיים, תחושה של "על סף התפרצות", קושי בריכוז וכיו"ב);

ב. מתח מוטורי (אי שקט, תזוזה ממקום למקום, כאבי ראש ממתח, רעד, אי יכולת להירגע);

ג. יתר פעילות אוטונומית (הרגשת ריקנות בראש, הזעה, טכיקרדיה או טכיפניאה, אי נוחות ברום הבטן, סחרחורת, יובש בפה וכיו"ב). אצל ילדים יכולים לבלוט צורך תדיר בהרגעה וגם תלונות גופניות חוזרות ונשנות.

סימפטומים חולפים אחרים (במשך ימים ספורים בכל פעם), בעיקר דיכאון, אינם שוללים הפרעת חרדה כוללת כאבחנה העיקרית, אך אסור שהסובל יענה על כל הקריטריונים של אפיזודה דיכאונית (F32.-), של הפרעת חרדה בעתית (F40.-), של הפרעת אימה (F41.0) או של הפרעה טורדנית-כפייתית (F42.-).

כולל: ניאורוזת חרדה

תגובת חרדה

מצב חרדתי

לא כולל: ניאוראסטיניה (F48.0)

F41.2 הפרעה חרדתית ודיכאונית מעורבת

יש להשתמש בקטיגוריה מעורבת זו כשיש סימפטומים של חרדה ושל דיכאון, אבל כל מערך סימפטומים בנפרד אינו חמור דיו כדי שיצדיק אבחנה עצמאית. לאבחון מצב של חרדה חמורה עם דיכאון בדרגה נמוכה יותר יש להשתמש באחת מהקטיגוריות האחרות של הפרעות חרדתיות או בעתיות. בנוכחות של תסמונת דיכאונית וגם חרדתית, שחומרת כל אחת מהן מצדיקה אבחנה עצמאית, יש לתעד את שתיהן ולא להשתמש בקטיגוריה זו; אם אפשר לקבוע רק אבחנה אחת, עקב סיבות מעשיות של תיעוד, יש להעדיף דיכאון. כמה סימפטומים אוטונומיים (רעד, דפיקות לב, יובש בפה, בטן מקרקרת וכיו"ב) צריכים להופיע, אפילו לסירוגין; אם מופיעים רק חשש או דאגת-יתר ללא סימפטומים אוטונומיים, אין להשתמש בקטיגוריה זו. אם סימפטומים המתאימים לאבחנה זו חלים בהקשר הדוק לאירועי חיים גורמי דחק או לשינויים משמעותיים בחיים, יש להשתמש בקטיגוריה F43.2 של הפרעות הסתגלות.

לעתים קרובות נתקלים במסגרת הרפואה הראשונית באנשים עם תערובת של סימפטומים קלים יחסית של חרדה ודיכאון, אבל יש מקרים רבים באוכלוסייה שלעולם אינם מגיעים לטיפול רפואי או פסיכיאטרי.

כולל: דיכאון חרדתי (מתון או לא מתמיד)

לא כולל: דיכאון חרדתי מתמיד (דיסתימיה) (F34.1)

F41.3 הפרעות חרדה מעורבות אחרות

יש להשתמש בקטיגוריה זו לאותן הפרעות העונות על הקריטריונים של הפרעת חרדה כוללת (F41.1), ושיש להן גם אפיונים בולטים (אף שתכופות הם קצרי מועד) של הפרעות אחרות ב-F40-F49, אף שאין הן ממלאות את כל הקריטריונים שנקבעו להפרעות נוספות אלה. הדוגמאות השכיחות ביותר הן: הפרעה טורדנית-כפייתית (F42.-), הפרעות דיסוציאטיביות (F44.-), הפרעת סומטיזציה (F45.0), הפרעה סומטופורמית לאימוביליזציה (F45.1) והפרעה היפוכונדרית (F45.2). אם סימפטומים המתאימים לאבחנה זו חלים בהקשר הדוק עם שינויים משמעותיים בחיים או עם אירועי חיים גורמי דחק, יש להשתמש בקטיגוריה F43.2 של הפרעות הסתגלות.

F41.8 הפרעות חרדה מסווגות אחרות

כולל: היסטריה חרדתית

F41.9 הפרעת חרדה, לא מסווגת

כולל: חרדה שאינה מסווגת במקום אחר

F42 הפרעה טורדנית-כפייתית (obsessive-compulsive)

האפיון החיוני של הפרעה זו הוא מחשבות טורדניות חוזרות ונשנות או מעשים כפייתיים. (לצורך קיצור, נשתמש להבא במלה "טורדני" במקום "טורדני-כפייתי", כאשר מדובר בסימפטומים). מחשבות טורדניות הן רעיונות, דימויים או דחפים החוזרים לתודעתו של הפרט שוב ושוב בצורה סטראוטיפית. הן כמעט תמיד מציקות (משום שהן אלימות או גסות, או פשוט מפני שהן נתפסות כלא הגיוניות), והסובל מהן מנסה תכופות להתנגד להן, ללא הצלחה. הפרט מזהה אותן כמחשבות שלו, אף שהן אינן רצויות ולרוב אף דוחות. מעשים או טקסים כפייתיים הם התנהגויות סטראוטיפיות החוזרות ונשנות. הם אינם מהנים מטבעם ואף אינם מביאים לביצוע משימות מועילות במהותן. תכופות תופס אותם הפרט כמונעים אירוע שאין זה סביר מבחינה אובייקטיבית שיקרה, ויש בו נזק לאדם עצמו. בדרך כלל, אם כי לא תמיד, האדם מזהה התנהגות זו כחסרת טעם או כלא יעילה ומנסה להתנגד לה; במקרים ממושכים מאוד ההתנגדות עשויה להיות מזערית. תכופות מופיעים סימפטומים אוטונומיים של חרדה, אך שכיחות גם תחושות מציקות של מתח פנימי או נפשי, ללא סימפטומים אוטונומיים. יש קשר הדוק בין סימפטומים טורדניים, בעיקר מחשבות טורדניות, ובין דיכאון. לאנשים עם הפרעה טורדנית-כפייתית יש תכופות סימפטומים דיכאוניים, וחולים הסובלים מהפרעה דיכאונית חוזרת (F33), עלולים לפתח מחשבות טורדניות בזמן האפיוזות הדיכאוניות. עלייה או ירידה בחומרת הסימפטומים הדיכאוניים מלווה לרוב בשינויים מקבילים בחומרת הסימפטומים הטורדניים.

הפרעה טורדנית-כפייתית שכיחה באותה מידה בקרב נשים ובקרב גברים, ולעתים תכופות יש מרכיבים אנקסטטיים בולטים במבנה האישיות. ההפרעה מופיעה בדרך כלל בילדות או בגרות המוקדמת. המהלך משתנה ונוטה להיות כרוני בהעדר סימפטומים דיכאוניים משמעותיים.

הנחיות לאבחנה

לשם אבחנה ודאית צריכים להופיע סימפטומים טורדניים או מעשים כפייתיים או שניהם יחד ברוב הימים במשך שבועיים רצופים לפחות. עליהם להיות מקור

למצוקה או להפרעה בפעילות הפרט. הסימפטומים הטורדניים צריכים להיות בעלי המאפיינים הבאים:

- יש לזהותם כמחשבות או דחפים של האדם עצמו;
- צריכה להיות מחשבה אחת לפחות, או טקט אחד, שהאדם עדיין מתנגד לה בחוסר הצלחה, אף שיכולות להיות גם אחרות שהוא אינו מתנגד להן עוד;
- המחשבה על מימוש המעשה אינה מהנה כשלעצמה (הקלה פשוטה של מתח או של חרדה אינה נחשבת להנאה במובן זה);
- המחשבות, הדימויים או הדחפים צריכים לזישנות באופן לא נעים.

כולל:

ניאורוזה אנקסטית
ניאורוזה טורדנית
ניאורוזה טורדנית-כפייתית

אבחנה מבדלת:

עלול להתערער קושי בהבחנה בין הפרעה טורדנית-כפייתית ובין הפרעה דיכאונית, משום שלעיתים קרובות הסימפטומים של שתי ההפרעות הללו מופיעים יחד. באפיוזה חריפה של ההפרעה יש לתת קדימות לסימפטומים שהתפתחו קודם; כאשר שני הסוגים נוכחים ואין אחד בולט יותר, מוטב בדרך כלל להחשיב את הדיכאון כראשוני. בהפרעות מעורבות כרוניות יש להעדיף מבחינה אבחנית את הסימפטומים המתמשכים ביותר. התקפי אימה מקריים או סימפטומים בעיתיים קלים אינם שוללים את האבחנה. יחד עם זאת, סימפטומים טורדניים, המופיעים בנוכחות סכיזופרניה, תסמונת טורט, או הפרעה מנטלית אורגנית, ייחשבו לחלק ממצבים אלה. אף שמחשבות טורדניות ומעשים כפייתיים חלים על-פירוב בו בזמן, יהיה זה יעיל יותר אם אפשר לאבחן מערך סימפטומים אחד כשולט באנשים מסוימים, מכיוון שהם עשויים להגיב לטיפולים שונים.

F42.0 בעיקר מחשבות או הרהורים טורדניים

אלה יכולים לבוא לידי ביטוי בצורת רעיונות, דימויים נפשיים או דחפים לפעול. הם משתנים בתכנים שלהם, אולם כמעט תמיד גורמים למצוקה. לדוגמה, אישה עלולה להתענות מהחשש שבסופו של דבר, היא לא תוכל להתנגד לדחף להרוג את הילד שהיא אוהבת, או מהאופי הגס או המגדף והזר-לאנן של דימוי חוזר ונשנה. לעתים אלה רק רעיונות חסרי תועלת, הכוללים מחשבות פילוסופיות-למחצה על אודות אפשרויות לא-מעשיות. שיקול הססני בין אפשרויות הוא מרכיב חשוב

בהרהורים טורדניים רבים אחרים, ותכופות קשור בחוסר יכולת להתחיל החלטות פשוטות אך הכרחיות בחיי היומיום.

הקשר בין הרהורים טורדניים ובין דיכאון הוא הדוק במיוחד: יש להעדיף אבחנה של הפרעה טורדנית-כפייתית, רק אם ההרהורים מופיעים או נמשכים בהעדר הפרעה דיכאונית.

F42.1 בעיקר מעשים כפייתיים (טקסים טורדניים)

מרבית המעשים הכפייתיים קשורים לניקיון (בעיקר רחצת ידיים), לבדיקה חוזרת כדי לוודא שלא יתפתח מצב כלשהו שיש בו סכנה, או לסדר ולארגון. בבסיס התנהגות זהו עומד פחד, בדרך כלל מפני סכנה הצפויה לאדם או שתגרום באמצעותו, והטקס הוא ניסיון לא יעיל או סמלי למנוע את הסכנה הזו. מעשים טקסיים כפייתיים יכולים להעסיק את האדם שעות רבות מדי יום, ולעתים קשורים בהססנות בולטת ובאטיות. באופן כללי דומה מצב זה בשכיחותו בקרב שני המינים, אולם רחצת ידיים נפוצה יותר בין נשים, ואטיות, ללא פעולות חוזרות, נפוצה יותר בקרב גברים.

מעשים טקסיים כפייתיים קשורים פחות לדיכאון מאשר מחשבות טורדניות ומגיבים יותר לטיפולים התנהגותיים.

F42.2 מצב מעורב של מחשבות ומעשים טורדניים

לרוב האנשים הסובלים מהפרעה טורדנית-כפייתית יש מרכיבים של חשיבה טורדנית ושל התנהגות כפייתית גם יחד. יש להשתמש בתת-קטגוריה זו אם שניהם בולטים באותה מידה, כפי שתכופות קורה. אבל יהיה זה יעיל לסווג רק מרכיב אחד אם הוא שולט בבידור, משום שמחשבות ומעשים עשויים להגיב לטיפולים שונים.

F42.8 הפרעות טורדניות-כפייתיות אחרות

F42.9 הפרעה טורדנית-כפייתית, לא מסווגת

F43

תגובה לדחק חמור והפרעות הסתגלות

קטיגוריה זו נבדלת מאחרות בכך שהיא כוללת הפרעות שאפשר לאבחן לא רק על בסיס הסימפטומים והמהלך, אלא גם על בסיס אחד משני גורמים משפיעים – איורע חיים קיצוני מאוד היוצר תגובת דחק חריפה, או שינוי משמעותי בחיים המוביל לנסיבות לא נעימות ומתמשכות המסתיימות בהפרעת הסתגלות. דחק פסיכוסוציאלי ("איורע חיים") חמור פחות עלול לזרז או לתרום להופעת מגוון רחב של הפרעות, המסווג בחלקים אחרים של ספר זה, אבל החשיבות האטיולוגית של דחק כזה אינה ברורה תמיד, ובכל מקרה נמצא שהוא תלוי בפגיעות האישיות. במילים אחרות, מצב הדחק כשלעצמו אינו הכרחי ואין בו די כדי להסביר את הופעת ההפרעה ואת צורתה. לעומת זאת, ההערכה היא שההפרעות בקטיגוריה זו נובעות תמיד כתוצאה ישירה מהדחק החמור החריף, או מהטראומה המתמשכת. האיורע המעיק, או הנסיבות הלא-נעימות המתמשכות, הם הגורם הסיבתי הראשוני והמכריע, וההפרעה לא הייתה נוצרת ללא השפעתם. בקטיגוריה זו כלולות כל התגובות לדחק קשה והפרעות ההסתגלות, בכל קבוצות הגיל, ובכלל זה אצל ילדים ומתבגרים. אף שכל אחד מהסימפטומים שמהם מורכבות התגובה לדחק חמור והפרעת ההסתגלות עשוי להופיע גם בהפרעות אחרות, יש כמה אפיונים מיוחדים בדרך ביטויים של הסימפטומים, המצדיקים הכללת מצבים אלה כחטיבה קלינית אחת. למצב השלישי בחלק זה – הפרעת דחק פוסט-טראומטית – יש אפיונים קליניים שבאופן יחסי הם ייחודיים ואופייניים.

לפיכך, אפשר לראות הפרעות אלה כתגובות לא הסתגלותיות לדחק חמור או מתמשך, המפריעות למנגנוני התמודדות מוצלחים ומובילות לבעיות בתפקוד החברתי.

מעשים של נזק עצמי, שהנפוץ בהם הוא הרעלה עצמית באמצעות תרופות שניתנו במרשם, הקשורים מבחינת הזמן להופעת תגובת דחק או להפרעת הסתגלות, יש לציין גם באמצעות קוד X מפרק 20 של ICD-10. קודים אלה אינם מאפשרים הבחנה בין ניסיון התאבדות ובין ניסיון "דמוי-אובדני", מכיוון ששניהם נכללים בקטיגוריה הכללית של נזק עצמי.

F43.0 תגובה לדחק חריף

הפרעה חולפת בדרגת חומרה ניכרת, המתפתחת באדם שאינו מראה הפרעה נפשית אחרת. היא מתפתחת כתגובה לדחק גופני וא/או נפשי חריף, ופגה בדרך כלל בתוך שעות או ימים. גורם הדחק יכול להיות חוויה טראומטית מהממת, הקשורה באיום חמור על ביטחונו או על שלמותו הגופנית של האדם או של הקרובים לו (דהיינו אסון טבע, תאונה, קרב, תקיפה, אונס), או שינוי פתאומי ומאיים מאוד במעמד

החברתי ו/או בקשרים התברתיים של האדם, כמו אבל על אנשים קרובים או שריפה בבית. הסיכון שהפרעה זו תפתח גובר במצב של תשישות גופנית, או בנוכחות גורמים אורגניים (לדוגמא, אצל זקנים).

הפגיעות ויכולת ההתמודדות של הפרט ממלאות תפקיד בחופעה ובחומרה של התגובות לדחק חריף, כפי שמעידה העובדה שלא כל האנשים הנחשפים לדחק חריף יפתחו את ההפרעה. הסימפטומים מגוונים מאוד, אבל באופן טיפוסי הם כוללים שלב ראשוני של "הלם", עם צמצום כלשהו של תחום התודעה והגבלת הקשב, עם אייכולת לקלוט ולהבין גירויים ועם אי-התמצאות. בעקבות מצב זה יכולה לחול נסיגה נוספת מהסביבה (עד לדרגה של קיפאון דיסוציאטיבי — ראה F44.2), או התרגשות (אגיטציה) ופעילות יתר (תגובת מנוסה או פוגה). סימנים אוטונומיים של חרדת אימה (טכיקרדיה, הזעה, סומק) שכיחים מאוד. בדרך כלל מופיעים הסימפטומים בתוך דקות מהחשיפה לגירוי או לאירוע גורם הדחק ונעלמים בתוך יומיים-שלושה (תכופות בתוך שעות). תיתכן שכחה תלקית או מלאה של האפיזודה (ראה F44.0).

הנחיות לאבחנה

חייב להיות קשר מידי וברור של זמן בין השפעת גורם הדחק החריף ובין התחלת הסימפטומים; לרוב, אלה מופיעים לראשונה בתוך דקות ספורות, אם לא מייד. נוסף על כך, הסימפטומים:

א. מראים בדרך כלל תמונה מעורבת ומשתנה; נוסף על השלב הראשון של "הלם", אפשר להבחין בדיכאון, בחרדה, בכעס, בייאוש, בפעילות יתר ובנסיגה, אך אף אחד מסוגי הסימפטומים אינו שולט לאורך זמן;

ב. נעלמים במהירות (לכל היותר בתוך שעות אחדות) באותם מקרים שאפשר להוציא את האדם מהסביבה גורמת הדחק; במקרים שבהם הדחק נמשך או שמטבעו הוא אינו הפיך, הסימפטומים מתחילים בדרך כלל להיעלם אחרי 48-72 שעות, ואחרי שלושה ימים הם על-פירוב מזעריים.

אין להשתמש באבחנה זו למקרים של החמרה פתאומית בסימפטומים אצל אנשים שכבר מציגים סימפטומים הממלאים אחר הקריטריונים של הפרעה פסיכיאטרית אחרת, חוץ מאלה המופיעות ב-F60 (הפרעות אישיות). יחד עם זאת, עבר של הפרעה פסיכיאטרית קודמת אינו שולל את תקפות השימוש באבחנה זו.

מולל: תגובה למשבר חריף

עייפות קרב

מצב משבר

הלם נפשי

F43.1 הפרעת דחק פוסט-טראומטית

זו תגובה מאוחרת ו/או ממושכת לאירוע או למצב גורם דחק (קצר-מועד או ממושך), שטבעו מאיים או קטסטרופלי באופן חריף, והוא עלול לגרום מצוקה ניכרת כמעט לכל אדם (כלומר: אסון טבע או אסון שנגרם על ידי אדם, מלחמה, תאונה קשה, נוכחות במוות אלים של אחרים, או היות האדם קורבן של עינויים, טרור, אונס או פשע אחר).

מרכיבים הגורמים נטייה לרגישות כמו קווי אישיות (למשל כפייתית, אסתטית), או עבר קודם של מחלה ניאורוטית, יכולים להוריד את הסף להתפתחות התסמונת או להחריף את מהלכה, אבל הם אינם הכרחיים ואין בהם די כדי להסביר את הופעתה.

סימפטומים טיפוסיים כוללים אפיזודות שבהן האדם חי מחדש את הטראומה בזיכרונות חודרניים ("פלאשבקים") או בחלומות, המתרחשים על רקע מתמשך של תחושת "מאובנות" וקהות רגשית, ניתוק מאנשים אחרים, חוסר תגובתיות לסביבה, אובדן יכולת ההנאה והימנעות מפעילות וממצבים המזכירים את הטראומה. באופן שכיח יש פחד והימנעות מרמזים המזכירים לסובל את הטראומה המקורית. לעתים נדירות יכולות להופיע התפרצויות דרמטיות וחרפות של פחד, אימה או תוקפנות, בעקבות גירויים המעוררים היזכרות פתאומית או פעילות שהיא חזרה על הטראומה או על התגובה המקורית לה.

בדרך כלל יש מצב של עוררות יתר של מערכת העצבים האוטונומית עם תידוד חושים, תגובת בהלה מוגברת והפרעה בשינה, תכופות מלווה בסימפטומים ובסימנים של חרדה ודיכאון. מתשבות אובדניות אינן נדירות. שימוש מוגזם בסמים ובאלכוהול עלול להיות גורם מסבך.

הפרעת דחק פוסט טראומטית מופיעה לאחר תקופת חביון הנעה בין שבועות ספורים עד חודשים (אך רק בנדיר לאחר יותר משישה חודשים). המהלך משתנה אך אפשר לצפות להחלמה במרבית המקרים. אצל חלק קטן מהחולים עלול המצב להפוך לכרוני ולהימשך לאורך שנים, עם מעבר לשיווי אישיותי מתמיד (ראה F62.0).

הנחיות לאבחנה

בכלל אין לקבוע אבחנה של הפרעה זו, אלא אם יש עדות לכך שהיא הופיעה בתוך שישה חודשים מאירוע טראומטי שחומרתו יוצאת דופן. אפשר לקבוע אבחנה "אפשרית" גם אחרי יותר משישה חודשים, בתנאי שהביטויים הקליניים הם טיפוסיים ושל אבחנה אחרת של ההפרעה (כמו הפרעת חרדה או הפרעה טורדנית כפייתית או אפיזודה דיכאונית) אינה סבירה. נוסף על העדות לקיום טראומה צריכה להיות היזכרות חודרנית נשנית או הופעה חוזרת של האירוע בזיכרונות,

זה, אלא בקוד מפרק 21 של ICD-10, כמו Z63.4 (היעלמות או מוות של חבר משפחה) בצירוף Z71.9 (ייעוץ) או Z73.3 (דחק שאינו מסווג במקום אחר). תגובות אבל במשך זמן כלשהו, הנחשבות לחריגות בשל צורתן או תוכן, יש לקודד כ-F43.22, F43.23, F43.24 או F43.25, ואת אלה החמורות יותר והנמשכות יותר משישה חודשים — כ-F43.21 (תגובה דיכאונית ממושכת).

הנחיות לאבחנה

האבחנה תלויה בהערכת מדקדקת של הקשר בין:

א. הצורה, התוכן והחומרה של הסימפטומים;

ב. עבר ואישיות קודמים;

ג. אירוע דחק, מצב או משבר בחיים.

יש לקבוע בבירור את נוכחותו של הגורם השלישי ודרושה עדות חזקה, אם כי אולי משוערת, שההפרעה לא הייתה מופיעה בלעדיו. אם גורם הדחק הוא מזערי באופן יחסי, או שאי אפשר להוכיח בבירור קשר של זמן (פחות משלושה חודשים), יש לסווג את ההפרעה במקום אחר בהתאם לאפיוניה.

כולל: הלם תרבותי

תגובות אבל

תגובה של ילדים לאשפוז בבית החולים

לא כולל: הפרעה של חרדת נטישה בילדות (F93.0)

אם מתמלאים הקריטריונים שנקבעו להפרעת הסתגלות, אפשר לסווג את הצורה הקלינית או את האפיונים השולטים באמצעות סימן חמישי:

F43.20 תגובה דיכאונית קצרה

מצב דיכאוני מתון וחולף, שמשכו אינו עולה על חודש.

F43.21 תגובה דיכאונית ממושכת

מצב דיכאוני מתון המתרחש כתגובה לחשיפה ממושכת למצב דחק, אך משכו אינו עולה על שנתיים.

F43.22 תגובה חרדתית ודיכאונית מעורבת

בולטים גם סימפטומים דיכאניים וגם חרדתיים, אך ברמות שאינן גבוהות מאלה המוגדרות בהפרעה חרדתית ודיכאונית מעורבת (F41.2), או בהפרעות חרדה מעורבות אחרות (F41.3).

F43.23 עם הפרעה בולטת ברגשות אחרים

על-פירוב הסימפטומים כוללים רגשות רבים, כמו: חרדה, דיכאון, דאגה, מתח וכעס. סימפטומים של חרדה ודיכאון עשויים למלא את הקריטריונים של הפרעה

בחלומות בהקיץ או בחלומות. לרוב מופיעים ניתוק רגשי בולט, קהות חושים והימנעות מגירויים העלולים לעורר הזכרות בטרומה, אך אלה אינם חיוניים לאבחנה. הפרעות אוטונומיות, הפרעות במצב הרוח וחריגות התנהגותיות, כולן תורמות לאבחנה אך אינן בעלות חשיבות מכרעת.

התוצאה הכרונית המאוחרת של דחק קיצוני, כלומר זו הבאה לביטוי עשרות שנים אחרי החוויה מעוררת הדחק, תסווג בקטיגוריה F62.0.

כולל: ניאורוז טראומטית

F43.2 הפרעות הסתגלות

אלה מצבים של מצוקה סובייקטיבית והפרעה רגשית, שבדרך כלל מפריעות לתפקוד החברתי ומופיעות בתקופת ההסתגלות לשינוי משמעותי בחיים, או כתוצאה מאירוע גורם דחק (כולל נוכחות או אפשרות של מחלה גופנית קשה). ייתכן שגורם הדחק השפיע על שלמות המערכת החברתית של האדם (דרך אבל או ניסיונות של פרידה), או על המערכת הרחבה יותר של ערכים ושל תמיכה חברתית (הגירה או מעמד של פליט). גורם הדחק יכול להיות קשור רק לפרט או גם לכל הקבוצה או הקהילה שלו.

נטייה מוקדמת או פגיעות אישית ממלאה תפקיד חשוב יותר בהופעת הפרעות הסתגלות ובאופני הביטוי שלהן, לעומת מצבים אחרים הכלולים ב-F43. יחד עם זאת, הנחת היסוד היא שהמצב לא היה מתפתח כלל ללא גורם הדחק. הביטויים הקליניים הם מגוונים וכוללים: מצב רוח דיכאוני, חרדה, דאגה (או תערובת של כל אלה), תחושה של חוסר יכולת להתמודד, לתכנן מראש או להמשיך במצב הקיים, ודרגה כלשהי של חוסר יכולת לתפקד בשגרת היומיום. האדם עלול לחוש נטייה להתנהגות דרמטית או להתפרצות אלימה, אך אלה מתרחשות לעתים נדירות. הפרעות בהתנהגות (למשל, התנהגות תוקפנית או לא חברתית) יכולות להיות אפיון נלווה, בעיקר אצל מתבגרים. שום סימפטום אינו די חמור או בולט כשלעצמו כדי שיצדיק אבחנה ייחודית יותר. בקרב ילדים תופעות רגסיביות, כמו חזרה להרטה במיטה, דיבור תינוקי או מציצת אצבע, הן לעתים קרובות חלק מדפוס התגובה. אם אפיונים אלה הם השולטים, יש להשתמש ב-F43.23.

ההפרעה מתחילה בדרך כלל בתוך חודש מהתרחשות אירוע הדחק או השינוי בחיים, ומשך הסימפטומים על-פירוב אינו עולה על שישה חודשים, חוץ מאשר במקרים של תגובה דיכאונית ממושכת (F43.21). אם הסימפטומים נמשכים מעבר לתקופה זו, יש לשנות את האבחנה בהתאם לתמונה הקלינית. את הדחק המתמשך עצמו אפשר לקודד באמצעות אחד מהקודים Z הכלולים בפרק 21 של ICD-10.

מגעים עם שירותים רפואיים ופסיכיאטריים בשל תגובות אבל תקינות, המתאימות לתרבות ושמשכן אינו עולה על שישה חודשים, אין לתעד באמצעות קודים מפרק

חרדתית ודיכאון מעורבת (F41.2) או של הפרעות חרדה מעורבות אחרות (F41.3), אך הם אינם בולטים עד כדי כך שיאובחנו כהפרעות חרדה או דיכאון ייחודיות יותר. יש להשתמש בקטיגוריה זו גם לתגובות של ילדים, שבהן מופיעה התנהגות גרסיבית, כמו מציעת אצבע או הרטבה במיטה.

F43.24 עם הפרעת התנהגות שולטת
ההפרעה העיקרית היא בהתנהגות, למשל: תגובות אבל בגיל ההתבגרות, המובילה להתנהגות תוקפנית או לא חברתית.

F43.25 עם הפרעה מעורבת של רגשות והתנהגות
גם הסימפטומים הרגשיים וגם ההפרעה בהתנהגות הם אפיונים בולטים.

F43.28 עם סימפטומים שולטים מסווגים אחרים

F43.8 תגובות אחרות לדחק חמור

F43.9 תגובה לדחק חמור, לא מסווגת

F44 הפרעות דיסוציאטיביות (קונברסיביות)

המכנה המשותף להפרעות דיסוציאטיביות (או קונברסיביות) הוא אובדן חלקי או מוחלט של השילוב התקין בין זיכרונות העבר, המודעות לזהות ולתחושות מיידיות והשליטה על תנועות הגוף. באופן תקין יש מידה משמעותית של שליטה מודעת על הזיכרונות ועל התחושות הנבחרות. לתשומת לב מיידית, וכן על התנועות שיש לבצע. בהפרעות הדיסוציאטיביות היכולת להפעיל שליטה מודעת ובררנית נפגמת, בדרגה העלולה להשתנות מיום ואפילו משעה לשעה. בדרך כלל קשה מאוד להעריך באיזה מידה נתון אובדן התפקודים לשליטה רצונית.

בעבר סווגו הפרעות אלה כסוגים שונים של "היסטריה קונברסיבית", אך כעת נראה שעדיף להימנע ככל האפשר מהמונח "היסטריה", לאור המשמעויות הרבות והמגוונות שלו. משערים שלהפרעות הדיסוציאטיביות המתוארות כאן יש מקור "פסיכוגני", בהיותן קשורות בזמן לאירועים טראומטיים, לבעיות לא פתורות ולא נסבלות או ליחסים מופרעים. לפיכך, אפשר לעתים קרובות, לתת פירושים ולהניח הנחות לגבי דרכי ההתמודדות של הפרט עם דחק לא נסבל. יחד עם זאת, מושגים הנובעים מתיאוריה אחת מסוימת, כמו "מניע לא מודע" ו"רווח משני", אינם נכללים בהנחיות או בקריטריונים לאבחנה.

המונח "קונברסייה" נמצא בשימוש רחב בחלק מהפרעות אלה ומרמז שחרגש הלא-נעים, הנוצר מבעיות ומקונפליקטים שהפרט אינו מסוגל לפתור, הופך בדרך כלשהי לסימפטומים.

בדרך כלל מתוארים ההתחלה והסיום של מצבים דיסוציאטיביים כפתאומיים, אך רק לעתים נדירות אפשר לצפות בהם במהלך אינטראקציה או פעולה טיפולית מכוונת, כמו היפנוזה או אבריפקציה. שינוי במצב דיסוציאטיבי או היעלמותו יכולים להיות מוגבלים למשך הזמן של פרוצדורות כאלה. כל סוגי המצבים הדיסוציאטיביים נוטים לחלוף בתוך שבועות או חודשים ספורים, בעיקר אם הופעתם חזיתה בעקבות אירוע טראומטי. מצבים כרוניים יותר, בעיקר שיתוקים או העדר תחושה, יכולים להתפתח (לפעמים לאט יותר) אם הם קשורים לבעיות לא פתורות או לקשיים בין-אישיים. מצבים דיסוציאטיביים, הנמשכים יותר משנה שנתיים לפני הגיעם לטיפול פסיכיאטרי, הם לעתים קרובות עמידים לטיפול.

אנשים הסובלים מהפרעות דיסוציאטיביות מכחישים תכופות, באורח חד משמעי, בעיות או קשיים הנראים בבירור לאחרים. כשהחולה מזהה בעיה כלשהי, הוא עשוי לייחס אותה לסימפטומים הדיסוציאטיביים.

דפרסונליזציה ודריאליזציה אינן נכללות כאן, משום שבתסמונות אלה מושפעים רק היבטים מסוימים של הזהות האישית, ואין אובדן תפקודי נלווה במונחים של תחושות, של זיכרונות או של תנועות.

הנחיות לאבחנה

לשם אבחנה ודאית צריכים להתקיים התנאים הבאים:

- האפיונים הקליניים המפורטים בעבור הפרעה מוגדרת הנכללת ב-F44;
- העדר עדות להפרעה גופנית שתוכל להסביר את הסימפטומים;
- קיום עדות לגורם פסיכולוגי, בצורה של קשר ישיר בזמן עם אירועים גורמי דחק ועם בעיות או עם מערכות יחסים מופרעות (אפילו אם הפרט מכחיש אותם).

ייתכן קושי בזיהוי עדות משכנעת לגורם פסיכולוגי, אפילו כשחושדים בקיומו. בנוכחותן של הפרעות במערכת העצבים המרכזית או הפרפרית, יש לקבוע אבחנה של מצבים דיסוציאטיביים בהירות רבה. בהעדר עדות לגורם פסיכולוגי תישאר האבחנה זמנית, ויש להמשיך ולברר את ההיבטים הגופניים והפסיכולוגיים גם יחד.

מולל: היסטריה קונברסיבית
תגובה קונברסיבית
היסטריה
פסיכוזה היסטורית

לא מולל: התחלות (התחזות מודעת) (Z76.5)

F44.0 שכחה דיסוציאטיבית

האפיון העיקרי הוא אובדן זיכרון החל, בדרך כלל, על אירועים קרובים וחשובים. הוא אינו נובע מנוק אורגני והוא נרחב מכדי שיוסבר בשכחה רגילה או בעייפות. השכחה חלה בדרך כלל על אירועים טראומטיים, כמו תאונות או שכול לא צפוי, ועל-פירוב היא סלקטיבית וחלקית. דרגת השכחה והיקפה משתנות מיום ליום ובין בודקים שונים, אבל יש נושא מרכזי, משותף ומתמיד, שאי אפשר להיזכר בו במצב של ערות. שכחה כללית ומוחלטת היא נדירה ובדרך כלל היא חלק מפוגה (F44.1), ואם כך, יש לסווגה ככזו.

המצבים האפקטיביים הנלווים לשכחה משתנים מאוד, אך דיכאון חמור הוא נדיר. אפשר לראות מבוכה, מצוקה ודרגות שונות של התנהגות המכוונת להשיג תשומת לב, אך לעתים בולטת קבלה של המצב בשוויון נפש. המצב שכח ביותר אצל מבוגרים צעירים, כשהמקרים הקיצוניים ביותר מתרחשים אצל גברים הנחשפים לקרב. מצבים דיסוציאטיביים, שאינם אורגניים, נדירים בקרב קשישים. תיתכן שוטטות חסרת-מטרה, שבדרך כלל מלווה בהזנחה עצמית, ורק בנדיר נמשכת יותר מיום או יומיים.

הנחיות לאבחנה

אבחנה ודאית מחייבת:

- שכחה חלקית או מוחלטת של אירועים קרובים, שהם טראומטיים או גורמי דחק מטבעם (היבטים אלה עשויים להתברר רק כשיש מקורות מידע נוספים);
- העדר הפרעות מוחיות אורגניות, הרעלה או עייפות מופרזת.

אבחנה מבדלת: בהפרעות אורגניות נפשיות יש בדרך כלל סימנים נוספים של הפרעה במערכת העצבים, כמו ערפול תחכרה, אי-התמצאות ותנודות במודע. אובדן זיכרון לטווח קצר טיפוסי יותר למצבים אורגניים, ללא קשר לאירוע טראומטי או לבעיות כלשהן. ערפול תחכרה (blackout), חנוכה משימוש באלכוהול או בסמים, מופיע קרוב מאוד לזמן השימוש, והזיכרון שאבד לא ישוב לעולם. אובדן הזיכרון לטווח הקצר, המופיע במצב האמנזי (נתסמונת קורסקוב), שבו ההיזכרות המיידית היא תקינה אך אובדת אחרי שתיים-שלוש דקות, לא נמצא בשכחה דיסוציאטיבית. שכחה בעקבות חבלת ראש או זעזוע מוח היא בדרך כלל רטרודית, למרות שבמקרים חמורים היא עשויה להיות גם אנטרודית; שכחה דיסוציאטיבית היא בעיקרה רטרודית. משתנה רק שכחה דיסוציאטיבית אפשר לשנות בעזרת היפנוזה או אבריאקציה. אפשר להבחין בין שכחה שלאחר התקף כפיוני

ובין מצבים אחרים של קיפאון או אלם, המופיעים לפעמים במחלות דיכאוניות או סכיזופרניות, בעזרת מאפיינים אחרים של המחלה.

הקשה ביותר היא ההבדלה מהתחזות מודעת של שכחה (התחלות), וייתכן שתידרש הערכה חוזרת ומפורטת של האישיות הסרוס-חולנית ושל מניעה. התחזות מודעת של שכחה קשורה, בדרך כלל, לבעיות ברורות הסובבות סביב כסף, סכנת מוות במלחמה, עונש מאסר או עונש מוות צפוי.

לא כולל:

הפרעת שכחה הנובעת משימוש באלכוהול או בחומרים פסיכואקטיביים אחרים (F10-F19 עם מאפיין רביעי משותף 6).
שכחה שאינה מסווגת במקום אחר (R41.3)
שכחה אנטרודית (R41.1)
תסמונת שכחה אורגנית לא-אלכוהולית (F04.-)
שכחה לאחר התקף כפיוני (G40.-)
שכחה רטרודית (R41.2)

F44.1 פוגה דיסוציאטיבית

פוגה דיסוציאטיבית כוללת את כל האפיונים של שכחה דיסוציאטיבית בתוספת נסיעה הנראית תכליתית, חרחק מהבית או ממקום העבודה, שבמהלכה זואג האדם לצרכיו. במקרים מסוימים מאמץ לו האדם זהות חדשה, בדרך כלל רק לכמה ימים, אך לפרקים לתקופות ארוכות ובדרגה מפתיעה של שלמות. ייתכן מסע מאורגן למקומות המוכרים מהעבר, שהם בעלי משמעות רגשית. אף שקיימת שכחה לגבי תקופת הפוגה, התנהגותו של הפרט בזמן הפוגה עשויה להיראות תקינה לחלוטין בעיני צופים שאינם מכירים אותו.

הנחיות לאבחנה

לשם אבחנה ודאית צריכים להתקיים התנאים הבאים:

- האפיונים של שכחה דיסוציאטיבית (F44.0)
- מסע תכליתי מעבר לטווח היום-יומי הרגיל (ההבחנה בין מסע ובין שוטטות תיקבע על ידי אנשים המכירים את האזור);
- טיפול של הפרט בצרכיו הבסיסיים (אכילה, רחצה וכו') וקיום מגע חברתי רגיל עם זרים (כמו בקניית כרטיסים או דלק, שאלות לצורך הכוונה או הזמנת אוכל).

F44.3 הפרעות דיבוק וטרנס

הפרעות שבהן חל אובדן זמני הן של תחושות הזוהרות העצמית והן של מודעות מלאה לסביבה; במקרים מסוימים האדם מתנהג כאילו השתלטה עליו אישיות אחרת, רוח, אלוהות, או "כוח". הקשב והמודעות עלולים להיות מוגבלים או להתרכז בהיבט אחד או שניים של חסביבה המיידית, ותכופות יש רק מערך מוגבל וחוזר של תנועות, של תנוחות ושל הבעות. יש לכלול כאן רק הפרעות טרנס שאינן רצוניות או רצויות, והחודרות לפעילות היום-יומית בכך שהן מתרחשות מחוץ (או נמשכות מעבר) למצבים מקובלים מבחינה דתית או תרבותית אחרת.

אין לכלול כאן הפרעות טרנס המתרחשות במהלך סכיזופרניה או בפסיכוזה חריפה עם תזיות או עם מחשבות-שווא, ואף לא בריבוי אישיות. כמו כן אין להשתמש בקטיגוריה זו אם הפרעת הטרנס קשורה להפרעה גופנית (כמו כפיין שמקורו באונה הצדעית או חבלת ראש), או להרעלה מחומרים פסיכואקטיביים.

F44.4 - F44.7 הפרעות דיסוציאטיביות של תנועה ושל תחושה

בהפרעות אלה יש אובדן תנועות או פגימה בהן, או אובדן תחושות (בדרך כלל עוריות). הפונה לטיפול מציג הפרעה גופנית, אם כי אי אפשר לאתר הפרעה כזו שתסביר את הסימפטומים. תכופות נראים הסימפטומים כמייצגים את תפיסתו של החולה את ההפרעה הגופנית, העשויה להיות שונה מעקרונות אנטומיים או פיזיולוגיים. נוסף על כך, הערכה של מצבו הנפשי ושל מצבו החברתי של החולה לרוב מרמזות שהנכות, הנובעת מאובדן התפקודים, עוזרת לו להימנע מקונפליקט לא נעים, או לבטא תלות או תרעומת בדרך עקיפה. אף שהבעיות והקונפליקטים יכולים להיות ברורים לאחרים, החולה שולל את נוכחותם ומשייך את כל מצוקתו לסימפטומים או לנכות הנובעת מהם.

דרגת הנכות הנובעת מכל סוגי הסימפטומים משתנה ומושפעת ממספר האנשים הנכחים ומסוגם ומהמצב הרגשי של החולה. במילים אחרות, יש עדות למידה משתנה של התנהגות המכוונת להשיג תשומת לב, נוסף על גרעין מרכזי ולא משתנה של אובדן תנועה שאינו נתון לשליטה רצונית.

אצל חלק מהחולים מתפתחים הסימפטומים בדרך כלל בקשר הדוק לדחק פסיכולוגי, אך אצל אחרים אי אפשר לגלות קשר כזה. קבלה בשלוות נפש ("belle indifférence") של נכות קשה עשויה לבלוט, אך לא תמיד. תמונה זו מופיעה גם אצל אנשים בעלי הסתגלות טובה, כשהם מתמודדים עם מחלה גופנית ברורה וקשה.

תכופות נמצא חריגות טרום-חולניות של היחסים הבין-אישיים ושל האישיות, וייתכן שהחולה מציג סימפטומים הדומים לאלה שקרובים וחברים סבלו מהם.

אבחנה מובדלת: ההבחנה מפונה שלאחר התקף כפייוני, הנצפית בעיקר אחרי כפיין שמקורו באונה הצדעית (temporal lobe epilepsy), היא בדרך כלל ברורה בשל ההיסטוריה של כפיין והעדר אירועים או בעיות גורמי דחק, ובגלל הפעולות והמסע הפחות תכליתיים והיותו מקוטעים של החולה הכפייוני.

בדומה לשכחה דיסוציאטיבית, כך גם בפונה דיסוציאטיבית, קשה מאוד להבדיל בינה ובין התחזות מודעת.

F44.2 קיפאון (סטופור) דיסוציאטיבי

התנהגותו של האדם ממלאה את כל הקריטריונים של קיפאון, אך הקירה ובדיקה אינן חושפות שום עדות לגורם גופני. נוסף על כך, כמו בהפרעות דיסוציאטיביות אחרות, גם בקיפאון יש עדות ברורה לסיבה פסיכוגנית, בצורה של אירוע קרוב גורם דחק או של בעיות בין-אישיות או חברתיות בולטות.

אבחנת קיפאון נעשית על בסיס הקטנה ניכרת או העדר של תנועות רצוניות ותגובה תקינה לגירויים חיצוניים, כמו: אור, רעש ומגע. האדם שוכב או יושב חסר תנועה במשך פרקי זמן ארוכים. דיבור ותנועות ספונטניות ותכליתיות נעדרים לחלוטין או כמעט לחלוטין. אף שתיתכן דרגה כלשהי של הפרעה בהכרה, הרי שטונום השרירים, התנוחה, הנשימה ולעתים פקחת העיניים או תנועות עיניים מתואמת מעידים בבירור שהאדם אינו ישן ואינו מחוסר הכרה.

הנחיות לאבחנה

לשם אבחנה ודאית צריכים להתקיים התנאים הבאים:

א. קיפאון, כמתואר לעיל;

ב. העדר הפרעה גופנית או פסיכיאטרית אחרת המסבירה את הקיפאון;

ג. עדות לאירוע קרוב או לבעיות נוכחיות מעוררי דחק.

אבחנה מובדלת: יש להבדיל קיפאון דיסוציאטיבי מקיפאון קטטוני ומקיפאון דיכאוני או מני. לעתים קרובות קודמים לקיפאון של סכיזופרניה קטטונית סימפטומים או התנהגות, המרמזים על סכיזופרניה. קיפאון דיכאוני או מני בדרך כלל מתפתח לאט יחסית, לפיכך היסטוריה המתקבלת ממקור מידע אחר תהיה מכרעת. קיפאון דיכאוני וקיפאון מני נעשים נדירים בארצות רבות, ככל שהטיפול המוקדם במחלות אפקטיביות נפוץ והולך.

דיסוציאציה; ההחלטה תישען על תצפית מדוקדקת ועל הבנת אישיות המטופל, הנסיבות הקשורות להופעת ההפרעה והתוצאות של החלמה לעומת נכות ממושכת.

F44.4 הפרעות דיסוציאטיביות מוטוריות

הסוגים הנפוצים ביותר של הפרעה דיסוציאטיבית מוטורית הם אובדן יכולת התנועה של חלק מהגפה או הגפיים, של גפה שלמה או של כמה גפיים. השיתוק יכול להיות שלם או חלקי, עם תנועות אטיות או חלשות. ייתכנו צורות שונות ודרגות משתנות של הפרעה בקואורדינציה (אטקסיה), בעיקר ברגליים, המובילות לצורת תליכה מוזרה או לחוסר יכולת לעמוד ללא עזרה (אסטאזיה-אבאזיה). ייתכנו גם רעד עדין או גס של גפה אחת או יותר, או של כל הגוף. ייתכן דמיון רב כמעט לכל סוג של אטקסיה, אפרקסיה, אקיניה, אפניה, דיסארתריה, דיסקיניה או שיתוק.

כולל: אפניה פסיכוגנית
דיספניה פסיכוגנית

F44.5 פרכוסים דיסוציאטיביים

פרכוסים דיסוציאטיביים (התקפים-מדומים) יכולים לחקות התקפים כפיוניים באופן מדויק, בכל הנוגע לתנועות. נשיכת לשון, חבלות רציניות כתוצאה מנפילה ואובדן שליטה על מתן השתן נדירים בפרכוסים דיסוציאטיביים, ואין אובדן ההכרה. במקומו יש מצב של קיפאון או של טרנס.

F44.6 העדר תחושה (anaesthesia) ואובדן תחושת דיסוציאטיביים

גבולות האזורים נעדי תחושה בעור קשורים יותר למושגים של המטופל על אודות תפקודי הגוף מאשר לאזורי התחושה הפיזיולוגיים. ייתכן גם אובדן של אופניות וחושיות מסוימות ולא אחרות, שאינן יכול להיגרם מפגיעה ניאורולוגית. לאובדן חושי ייתכן שיתללו תלונות של פראסטאזיה.

רק בגדר חל אובדן ראייה מוחלט בהפרעות הדיסוציאטיביות, ופגיעות בראייה הן לרוב אובדן חדות, טשטוש כללי או "יראייה מנהרה". למרות תלונות על אובדן ראייה, התנועות הכלליות והתפקוד המוטורי של המטופל נשמרים היטב, באופן מפתיע.

חירשות דיסוציאטיבית ואובדן חוש חרית פחות שכיחים מאובדן תחושת העור או מאובדן ראייה.

כתוצאה ממחלות גופניות. סוגים קלים וחולפים של הפרעות אלה נראים תכופות בתקופת ההתבגרות, בעיקר אצל נערות, אך הסוגים הכרוניים שכיחים בקרב מבוגרים צעירים. יש אנשים שמופיע אצלם דפוס חוזר ונשנה של תגובה ללחץ באמצעות הפרעות דיסוציאטיביות, והם עלולים לבטא אותן גם בגיל העמידה ובזיקנה.

הפרעות הכוללות רק אובדן תחושת המגע וכללות כאן; אלה הכוללות תחושות נוספות, כמו כאב ותחושות מורכבות אחרות המועברות דרך מערכת העצבים האוטונומית, נכללות בהפרעות הסומטופורמיות (F45.-).

הנחיות לאבחנה

יש להיזהר מאוד בקביעת האבחנה כשיש הפרעות אורגניות של מערכת העצבים, או כשמדובר באדם שקודם לכן היה מאוזן וניהל חיי משפחה נורמליים וקשרים חברתיים תקינים.

לשם אבחנה ודאית דרושים התנאים הבאים:

א. העדר כל עדות להפרעה גופנית;

ב. מידע מספק על הרקע הפסיכולוגי והחברתי ועל היחסים האישיים של החולה, המאפשר ניסוח משכנע של הסיבות הנפשיות להופעת ההפרעה.

האבחנה תישאר בגדר אפשרית או זמנית, כשיש ספק כלשהו לגבי התרומה של הפרעות גופניות אפשריות או ממשיות, או כשאי אפשר להבין מדוע התפתחה ההפרעה. במקרים תמוהים או כאלה שאינם חד-משמעיים, יש להיות ערים לאפשרות שתופיע הפרעה גופנית או פסיכיאטרית אחרת, במועד מאוחר יותר.

אבחנה מבדלת: השלבים המוקדמים של הפרעות ניאורולוגיות מתקדמות, בעיקר טרשת נפוצה וזאבת ארגמנית רב-מערכתית, עלולים לתת תמונה קלינית דומה לזו הנגרמת מהפרעות דיסוציאטיביות של תנועה ותחושה. חולים המגיבים לשלב מוקדם של טרשת נפוצה במצוקה ובהתנהגות התובעת תשומת לב, מציבים בעיות קשות במיוחד; ייתכן שיידרשו תקופות ארוכות יחסית של הערכה ושל תצפית, בטרם יובהרו האפשרויות האבחנתיות.

תלונות גופניות מרובות וכאלה שאינן מוגדרות היטב יסווגו במקום אחר במסגרת הפרעות סומטופורמיות (F45.-) או ניאוראסתניה (F48.0).

בהפרעות נפשיות קשות כמו סכיזופרניה או דיכאון קשה ייתכנו סימפטומים דיסוציאטיביים מבודדים, אבל על-פירוב הפרעות אלה הן ברורות, ויש לתת להן עדיפות על פני הסימפטומים הדיסוציאטיביים לצורכי אבחנה וקידוד.

תכופות קשה להבחין בין התחזות מודעת של אובדן תנועה ותחושה ובין

F45 הפרעות סומטופורמיות

F45

האפיון העיקרי של הפרעות אלה הוא תלונה חוזרת ונשנית על סימפטומים גופניים, יחד עם בקשות מתמידות לביצוע בדיקות רפואיות, למרות ממצאים שליליים חוזרים, ועל אף שהרופאים שבים ומאשרים שאין לסימפטומים שום מקור גופני. אם יש הפרעות גופניות כלשהן, הן אינן מסבירות את מוחות הסימפטומים ואת עוצמתם, ואף לא את המצוקה ואת עיסוק היתר של המטופל בהן. אפילו כאשר תחילת הסימפטומים והימשכותם קשורים קשר הדוק לאירועי חיים לא נעימים או לקשיים ולקונפליקטים, המטופל מתנגד בדרך כלל לכל ניסיון לדון באפשרות של גורם פסיכולוגי, וזאת אפילו במקרים ברורים של סימפטומים חרדתיים או דיכאוניים. היכולת להשיג הבנה, גופנית או נפשית, של הסיבות לסימפטומים היא לרוב מאכזבת ומתסכלת, הן את הרופא והן את המטופל.

על-פירוב יש בהפרעות אלה התנהגות המכוונת להשיג תשומת-לב (היסטריונית), בעיקר אצל מטופלים החשים כעס וטינה בשל כישלונם לשכנע את הרופא בקיום בסיס גופני למחלתם ובצורך להמשיך בבדיקות ובבירורים.

אבחנה מבדלת: ההבחנה מדלזיות היפוכונדריות תלויה, בדרך כלל, בהיכרות מעמיקה עם המטופל. אף שהאמונה בקיום מחלה גופנית נמשכת זמן רב והחולה מחזיק בה על אף שהיא מנוגדת להגיון, הוא נוטה, במידה מסוימת ולטווח הקצר, לספקות ועל כן — לדיון, להרגעה ולנחונות לבדיקה נוספת של המצב. נוסף על כך, נוכחותן של תחושות גופניות מפחידות או לא נעימות יכולה להיות הסבר, המקובל מבחינה תרבותית, להתפתחות ולהתמדה של האמונה בקיומה של מחלה גופנית.

לא כולל:

הפרעות דיסוציאטיביות (F44.-)

תלישת שיער (F98.4)

מלמול (lalling) (F80.0)

עילגות לשון (lisp) (F80.8)

כסיסת ציפורניים (F98.8)

גורמים פסיכולוגיים או התנהגותיים הקשורים להפרעות או למחלות המשוגות במקום אחר (F54.-)

ליקוי בתפקוד חמיני שאינו נובע ממחלה או מהפרעה אורגנית (F52.-)

מציצת אצבע (F98.8)

הפרעות טיק (בילדות ובגיל ההתבגרות) (F95.-)

תסמונת טורט (F95.2)

טריכוטילומניה (F63.3)

כולל: חירשות פסיכוגנית

F44.7 הפרעות דיסוציאטיביות (קונברסיביות) מעורבות

תערובות של התפרעות שצוינו לעיל (F44.6-F44.0), יש לקודד כאן.

F44.8 הפרעות דיסוציאטיביות (קונברסיביות) אחרות

F44.80 תסמונת גנסר

יש לקודד כאן את התסמונת המורכבת שתיאר גנסר. זו מתאפיינת ב"תשובות קרובות" ומלווה לרוב בסימפטומים דיסוציאטיביים נוספים ובנסיבות התומכות באטיולוגיה פסיכוגנית.

F44.81 הפרעה של ריבוי אישיות

זו הפרעה נדירה ויש מחלוקת באשר למידת היותה יאטרוגנית או תלוית-תרבות. האפיון החיוני הוא קיומן הברור של שתי אישיות נפרדות, או יותר, באותו אדם, כשרק אחת מהן באה לידי ביטוי בזמן נתון. כל אישיות היא שלמה ויש לה זיכרונות, התנהגות והעדפות משלה; אלה יכולים להיות מנוגדים מאוד לאישיות הטרנס-חולנית היחידה.

בצורה הנפוצה, שבה יש שתי אישיות, על-פירוב אחת מהן דומיננטית, אך לשתייה אין גישה לזיכרונות זו של זו וכמעט תמיד הן אינן מודעות זו לקיומה של זו. מעבר מאישיות אחת לשנייה בפעם הראשונה הוא פתאומי ולרוב קשור לאירועים טראומטיים. השינויים שאחרי כן קשורים תכופות לאירועים גורמי דחק או דרמטיים, או מתרחשים בזמן הפגישות הטיפוליות, הכוללות הרפיה, היפנוזה או אבריאקציה.

F44.82 הפרעות דיסוציאטיביות (קונברסיביות) חולפות החלות בילדות ובתקופת ההתבגרות

F44.88 הפרעות דיסוציאטיביות (קונברסיביות) מסוגות אחרות

כולל: כלבול פסיכוגני מצב דמדומים

F44.9 הפרעה דיסוציאטיבית (קונברסיבית), לא מסווגת

F45.0 הפרעת סומטיזציה

האפיונים העיקריים הם סימפטומים גופניים מרובים, חוזרים ונשנים בתדירות גבוהה, שבדרך כלל נמשכים שנים אחדות בטרם הופנה המטופל לפסיכיאטר. לרוב המטופלים יש היסטוריה ארוכה ומורכבת של מגעים עם שירותי הרפואה הראשוניים ועם מומחים, שבמהלכם הועלו ממצאים שליליים רבים ולעתים בוצעו ניתוחים שלא הניבו את התוצאות הרצויות. הסימפטומים יכולים להופיע בכל איבר או מערכת בגוף, אך תלונות הנוגעות למערכת העיכול (כאב, גיהוקים, עלייה של נוזלים מהקיבה, הקאה, בחילה וכיו"ו) ותחושות חריגות בעור (גרד, שריפה, דגדוג, קהות תחושה, כאב וכיו"ו) הופעת כתמים הם השכיחים ביותר. גם תלונות מיניות וכאלה העוסקות בווסת שכיחות מאוד.

לעתים קרובות יש גם דיכאון וחרדה בדרגה ניכרת, העשויים להצדיק טיפול ייחודי.

מהלך ההפרעה הוא כרוני ובעל תנודות, ולרוב קשור להפרעה ממושכת בהתנהגות המשפחתית, החברתית והבינאישית. ההפרעה שכיחה הרבה יותר אצל נשים מאשר אצל גברים, ומתחילה לרוב בבגרות המוקדמת.

תלות בתרופות או שימוש מופרז בהן (בדרך כלל בסמי הרגעה ונוגדי כאבים), נובעים על-פירוב מטיפולים תרופתיים תכופים.

הנחיות לאבחנה

אבחנה ודאית מחייבת את קיומם של כל התנאים הבאים:

- סימפטומים גופניים מרובים ומשתנים, במשך שנתיים לפחות, שלא נמצא להם שום הסבר גופני הולם;
- סירוב מתמיד לקבל את עצות הרופאים או את אישורם לכך שאין שום הסבר גופני לסימפטומים;
- דרגה מסוימת של פגיעה בתפקוד המשפחתי והחברתי, שאפשר לייחסה למחלות הסימפטומים ולהתנהגות הנובעת מהם.

כולל:

תסמונת של תלונות מרובות
הפרעה פסיכוסומטית מרובה

אבחנה מבדלת:

בעת קביעת האבחנה, יש להבדיל הפרעה זו מההפרעות הבאות:
הפרעות גופניות. חולים הסובלים מהפרעת סומטיזציה ממושכת עלולים לפתח הפרעות גופניות אמיתיות, בדיוק כמו כל אדם אחר בגילם. יש לשקול התייעצויות ובידורים נוספים, אם חל שינוי בהדגשה או ביציבות של התלונות הגופניות, שיש ביכולתו לרמז על מחלה גופנית אפשרית.

הפרעות אפקטיביות (דיכאוניות) וחרדתיות. דרגות שונות של דיכאון וחרדה נלוות לעתים קרובות להפרעות סומטיזציה, אך אין צורך לציין אותן בנפרד, אלא אם הן די בולטות ומתמידות כדי שיצדיקו אבחנה בזכות עצמן. תחילתם של סימפטומים סומטיים מרובים אחרי גיל 40 יכולה להיות ביטוי מוקדם של הפרעה דיכאונית ראשונית.

הפרעה היפוכונדרית. בהפרעות הסומטיזציה מושם הדגש על הסימפטומים עצמם ועל השפעותיהם המעטות. לעומת זאת, בהפרעה היפוכונדרית מכוונת תשומת הלב לתהליך של מחלה חמורה ומתקדמת ולתוצאותיה המגבילות. בהפרעה היפוכונדרית נוטה המטופל לבקש בידורים כדי לקבוע או לאשר את מחלת המחלה המשתמעת, ואילו מטופל הסובל מהפרעת סומטיזציה מבקש טיפול שישלק את הסימפטומים. בהפרעת סומטיזציה יש, בדרך כלל, שימוש מוגזם בתרופות ואי-היענות להוראות הרופא במשך תקופות ארוכות. לעומת זאת, חולים הסובלים מהפרעה היפוכונדרית חוששים מתרופות ומתופעות הלוואי שלהן, ומחפשים הרגעה בביקורים תכופים אצל רופאים שונים.

הפרעות דלזיונליות. (כמו טכיופרניה עם דלזיות סומטיות והפרעות דיכאוניות עם דלזיות היפוכונדריות). אופיין המוזר של האמונות יחד עם מיעוט של סימפטומים גופניים בעלי אופי יציב יותר הם הטיפוסיים ביותר להפרעות הדלזיונליות.

דפוסי התנהגות קצרי-טווח (פחות משנתיים) עם סימפטומים פחות בולטים מוטב לסווג כהפרעה סומטופורמית לא-מובחנת (F45.1).

F45.1 הפרעה סומטופורמית לא-מובחנת

יש לשקול שימוש בקטיגוריה זו, כשהתלונות הגופניות הן מרובות, משתנות ומתמידות, אבל לא באה לידי התמונה הקלינית המלאה והטיפוסית של הפרעת סומטיזציה. לדוגמה, ייתכן שנעדר האופי הדומיננטי ורבי-העוצמה של התלונה, או שהתלונות מועטות באופן יחסי, או שאין בכלל הפרעה בתפקוד החברתי או המשפחתי. ייתכן שיש בסיס לשער קיומו של גורם פסיכולוגי וייתכן שלא, אבל אסור שיהיה בסיס גופני לסימפטומים שעליהם נשענת האבחנה הפסיכיאטרית.

אם יש עדיין אפשרות ולו קלושה להפרעה גופנית, או כשההערכה הפסיכיאטרית אינה שלמה בזמן הקידוד, יש להשתמש בקטיגוריות אחרות מהפרקים המתאימים של ICD-10.

ב. סירוב מתמיד לקבל עצות ואישור מרגיע מרופאים רבים, שאין שום מחלה גופנית או סטייה מהנורמה, היכולות להסביר את הסימפטומים.

כולל:

הפרעה גופנית דיסמורפית
דיסמורפוביה (לא-דלזיונליות)
ניאורוזה היפוכונדרית
היפוכונדריאזיס
נוזופוביה

אבחנה מבדלת:

חיוני להבחין הפרעה זו מההפרעות הבאות:
הפרעת סומטיזציה. בהפרעה זו הדגש מושם על ההפרעה עצמה ועל השלכותיה בעתיד, יותר מאשר על הסימפטומים, כמו בהפרעת סומטיזציה. בהפרעה היפוכונדרית סביר גם שיהיה עיסוק יתר רק בהפרעה גופנית אפשרית אחת, או שתיים, ששמה יועלה שוב ושוב, ולא במחלות ובתלונות הרבות והמשתנות לרוב של הפרעת הסומטיזציה. בהפרעה היפוכונדרית אין הבדל ניכר בין המינים בשיעור ההפרעה, ואין הקשרים משפחתיים מיוחדים.

הפרעות דיכאוניות. אם סימפטומים דיכאוניים בולטים במיוחד והופעתם קודמת להתפתחות המחשבות ההיפוכונדריות, ייתכן שההפרעה הדיכאונית היא הראשונית.

הפרעות דלזיונליות. האמונות בהפרעה היפוכונדרית אינן בעלות אותה קביעות המאפיינת הפרעות דיכאוניות וסכיזופרניות המלוות בדלזיות סומטיות. הפרעה, שבה משוכנעת המטופלת שהופעתה דוחה או שיש עיוות גופני, תסווג במסגרת הפרעה דלזיונלית (F22-).

הפרעות חרדה ואימה. הסימפטומים הסומטיים של חרדה מפורשים לפעמים כסימנים של מחלה גופנית חמורה, אבל בהפרעות אלה די, בדרך כלל, בהסברים גופניים כדי להרגיע את המטופלים, ולא מתפתח שוכנע פנימי ביחס לנוכחותה של מחלה גופנית.

F45.3 ליקוי תפקודי אוטונומי סומטופורמי

המטופל מציג את הסימפטומים כנובעים מהפרעה גופנית במערכת או באיבר הנמצאים תחת בקרה ועצבוב אוטונומי, כמו: המערכת הקרדיווסקולרית, מערכת הנשימה או מערכת העיכול. (כמו כן כלולים כאן היבטים אחדים של המערכת הגניטוראירנית). הדוגמאות השכיחות והבולטות ביותר נוגעות למערכת

כולל:

הפרעה פסיכוסומטית לא-מובחנת

אבחנה מבדלת: כמו זו שפורטה בעבור התסמונת המלאה של הפרעת סומטיזציה (F45.0).

F45.2 הפרעה היפוכונדרית

האפיון החיוני הוא עיסוק יתר מתמיד באפשרות שקיימת מחלה גופנית רצינית ומתקדמת, או כמה מחלות כאלה. החולים מבטאים תלונות סומטיות קבועות או עיסוק יתר מתמיד בהופעתם הגופנית. תכופות מפרש החולה תחושות ותופעות תקינות או יום-יומיות, כחריגות ומציקות, ותשומת הלב ממוקדת לרוב רק באיבר אחד או במערכת אחת או שתיים של הגוף. ייתכן שהחולה ינקוב את שם ההפרעה הגופנית או העיוות המפחידים אותו, אך דרגת השכנוע לגבי נוכחותה והדגש על הפרעה אחת ולא על אחרת משתנים בין פגישותיו עם הרופאים; בדרך כלל ישקול החולה את האפשרות שיהיו עוד הפרעות גופניות אחרות או נוספות, חוץ מזו שהוא מייחס לה חשיבות מרכזית.

דיכאון וחרדה בדרגה ניכרת שכיחים, ולעתים קרובות ייתכן שהם מצדיקים אבחנה פסיכיאטרית נוספת. רק באופן נדיר מופיעות ההפרעות הראשונה אחרי גיל 50, והמהלך של הסימפטומים ושל הנכות, הוא כרוני ומצטיין בעליות וירידות. אסור שיהיו דלזיות קבועות בנוגע לצורת הגוף או לתפקודו. יש לסווג כאן פחדים מנוכחותה של מחלה אחת או יותר (נוזופוביה).

התסמונת מופיעה גם אצל נשים וגם אצל גברים ואין בה מאפיינים משפחתיים מיוחדים (בניגוד להפרעת סומטיזציה).

חולים רבים, בעיקר אלה הסובלים מצורות קלות יותר של ההפרעה, נשארים בתחום הטיפול של הרפואה הראשונית או של המומחים שאינם פסיכיאטרים. הפניה להתייעצות פסיכיאטרית מעוררת לרוב התנגדות, אלא אם היא מתבצעת בשלב מוקדם של התפתחות ההפרעה ותוך כדי שיתוף פעולה עדין בין הרופא ובין הפסיכיאטר. דרגת הנכות הנלווית משתנה מאוד; יש המשתלטים על משפחתם או מפעילים אותה ואת הרשת החברתית שסביבם בשירות הסימפטומים שלהם, ויש, לעומתם, מיעוט המתפקד באופן כמעט תקין.

הנחיות לאבחנה

לצורך אבחנה ודאית נדרשים שני התנאים הבאים:

א. אמונה קבועה בנוכחותה של מחלה רצינית אחת לפחות, שהיא הבסיס לסימפטום או לסימפטומים המוצגים, אף שביירוים ובדיקות לא העלו הסבר גופני משכנע, או עיסוק יתר קבוע בעיוות גופני או בפגיעה בצורת הגוף;

סימפטומים אוטונומיים, אך הם אינם בולטים ואינם מתמידים בהשוואה לתחושות ולהרגשות הרבות האחרות, והסימפטומים אינם מיוחסים בהתמדה לאיבר אחד או למערכת מסוימת.

לא כולל: גורמים פסיכולוגיים או התנהגותיים הקשורים להפרעות או למחלות המסווגות במקום אחר (F54-)

אפשר להשתמש בסימן חמישי כדי לסווג את ההפרעות הייחודיות בקבוצה זו, תמציעות על האיבר או על המערכת שהמטופל רואה כמקור לסימפטומים:

F45.30 הלב ומערכת כלי הדם

כולל: ניאורוז קרדיאלית

תסמונת דה'קוסטה

אסתניה ניאורוצירקולטורית

F45.31 מערכת העיכול העליונה

כולל: ניאורוז גסטרי

אירופגיה פסיכוגנית, שיהוק, דיספסיה ופילורוספוז

F45.32 מערכת העיכול התחתונה

כולל: גזים ממקור פסיכוגני, תסמונת המעי העצבני ותסמונת שלשול-גזים

F45.33 מערכת הנשימה

כולל: צורות פסיכוגניות של שיעול והיפרוונטילציה

F45.34 מערכת גניטוראורית

כולל: עלייה פסיכוגנית בתדירות מתן שתן ודיסאוריה

F45.38 איבר אחר או מערכת אחרת

F45.4 הפרעת כאב סומטופורמית מתמדת

התלונה העיקרית היא על אודות כאב מטריד, מתמיד וחמור, שאי אפשר להסביר באופן מלא בתהליך פיזיולוגי או בהפרעה גופנית. הכאב מופיע בחקשך לקונפליקט רגשי או לבעיות פסיכוסוציאליות, שדי בהם כדי להסיק שהם הגורמים המשפיעים העיקריים. על-פירוב התוצאה היא עלייה ניכרת בתשומת הלב ובתמיכה, הן הרפואית והן האישית, שהסובל מקבל.

אין לכלול כאן כאב שכנראה נובע ממקור פסיכוגני ומופיע במהלך הפרעה דיכאונית או סכיזופרניה. כאב הנובע ממנגנונים פסיכופיזיולוגיים ידועים או משוערים, כמו

הקרדיוסקולרית (ניאורוז קרדיאלית), למערכת הנשימה (היפרוונטילציה פסיכוגנית ושיחוקים) ולמערכת העיכול (ניאורוז של הקיבה ו"ששלשול עצבני").

על-פירוב יש סימפטומים משני סוגים, שאף אחד מהם אינו מצביע בהכרח על הפרעה גופנית במערכת או באיבר המערב. הסוג הראשון, שבעיקר עליו נשענת אבחנה זו, מתאפיין בתלונות המבוססות על סימנים אובייקטיביים של עוררות אוטונומית, כמו: דפיקות לב, הזעה, סומק ורעד. הסוג השני מתאפיין בסימפטומים מיוחדים, סובייקטיביים ולא ייחודיים, כמו: תחושות של כאבים ומכאובים חולפים, צריבה, כבדות, לחץ ותחושת נפיחות; את כל אלה מייחס המטופל למערכת ייחודית או לאיבר ייחודי (כפי שהסימפטומים האוטונומיים אכן יכולים להיות). התמונה הקלינית האופיינית כוללת שילוב של מעורבות אוטונומית ברורה, עם תלונות סובייקטיביות לא ייחודיות נוספות ועם הייחוס המתמיד לאיבר מסוים או למערכת מסוימת כמקור להפרעה.

אצל מטופלים רבים יש עדות גם למצוקה פסיכולוגית או לקשיים ולבעיות, הנראים כקשורים להפרעה; מצב זה חסר בחלק ניכר מהמטופלים, שלמרות זאת ממלאים בבירור את הקריטריונים שנקבעו לאבחנה זו.

בחלק מהפרעות אלה תיתכן גם פגיעה קלה בתפקוד הפיזיולוגי, כמו: שיחוקים, גזים והיפרוונטילציה, אולם אלה כשלעצמם אינם מפריעים לתפקוד הפיזיולוגי תחומי של האיבר המסוים או של המערכת המסוימת.

הנחיות לאבחנה

לצורך אבחנה ודאית דרושים כל התנאים הבאים:

- סימפטומים קבועים ומטרידים של התערורות אוטונומיות, כמו: דפיקות לב, הזעה, רעד וסומק;
- סימפטומים סובייקטיביים נוספים המיוחסים לאיבר מסוים או למערכת מסוימת;
- עיסוק יתר ומצוקה בשל החשש מהפרעה רצינית (אך על-פירוב לא ייחודית) באיבר מסוים או במערכת מסוימת, שאי אפשר להרגיעם בהסברים חוזרים של הרופאים;
- אין עדות להפרעה משמעותית במבנה או בתפקוד של האיבר המסוים או של המערכת המסוימת.

אבחנה מבדלת: ההבחנה בין הפרעת חרדה כללנית ובין ליקוי תפקודי אוטונומי סומטופורמי מבוססת על עליונותם של המרכיבים הפסיכולוגיים של התערורות אוטונומיות, כמו פחד ותחושה מוקדמת רעה כשמדובר בהפרעת חרדה כללנית, והעדר מוקד גופני עקבי לסימפטומים האחרים. בהפרעות סומטופורמיות ייתכנו

ד. דיסמורפיה פסיכוגנית (לא כולל דיספראזיה (F52.6) ופריגניות (F52.0);

ה. חריקת שיניים.

F45.9 הפרעה סומטופורמית לא מסווגת

כולל: הפרעה פסיכוסומטית או פסיכופיזיולוגית לא מסווגת

F48 הפרעות ניאורוטיות אחרות

F48.0 ניאוראסתניה

הפרעה זו מופיעה ביונים תרבותיים רבים; יש שני סוגים עיקריים, עם חפיפה ניכרת ביניהם. בסוג האחד האפיון העיקרי הוא תלונה על עייפות יתר לאחר מאמץ נפשי, הקשורה תכופות לירידה מסוימת בתפקוד התעסוקתי או בהתמודדות יעילה עם מטלות היום-יום. באופן טיפוסי מתוארת העייפות הנפשית כחודירה לא נעימה של אסוציאציות וזיכרונות, כקושי להתרכז וכחשיבה לא יעילה באופן כללי. בסוג השני מושג הדגש על תחושות של חולשה גופנית ותשישות לאחר מאמץ גופני מזערי, מלווה בתחושה של כאבי שרירים ובחוסר יכולת להירגע. בשני הסוגים שכיח מגוון של תלונות גופניות לא נעימות אחרות, כמו: סחרחורת, כאבי ראש ממתח ותחושה כללית של חוסר יציבות. כמו כן נפוצים: דאגה בגלל ירידה בתחושת הנוחות הנפשית והגופנית, רוגזנות, אי יכולת ליהנות ודרגות קלות ומשתנות של דיכאון ושל חרדה. השינה מופרעת תכופות בשלב הראשון והאמצעי של שנת הלילה, אך עלולה להופיע גם שנת יתר בולטת.

הנחיות לאבחנה

אבחנה ודאית מחייבת נוכחות של כל התנאים הבאים:

א. תלונות מתמידות ומטרידות על עייפות יתר אחרי מאמץ נפשי, או תלונות מתמידות ומטרידות על חולשה גופנית ועל תשישות לאחר מאמץ גופני מזערי;

ב. לפחות שניים מהתלונות הבאות:

- כאבי שרירים
- סחרחורת
- כאבי ראש ממתח

כאב של מתח שרירי או מיגרנה, גם אם מניתים שיש לו מקור פסיכוגני, יש לקודד ב-F54 (גורמים פסיכולוגיים או התנהגותיים הקשורים להפרעות או למחלות המסווגות במקום אחר) יחד עם קוד נוסף ממקום אחר ב-ICD-10 (למשל, מיגרנה (G43).

כולל:

פסיכאלגיה

כאב ראש או כאב גב פסיכוגני
הפרעת כאב סומטופורמית

אבחנה מובדלת: הבעיה השכיחה ביותר היא ההבחנה בין הפרעה זו ובין ביטוי היסטריוני של כאב ממקור אורגני. מטופלים עם כאב אורגני, שטרם נקבעה להם אבחנה גופנית ודאית, עלולים להפוך מפורחים או פגועים, וכתוצאה מכך לפתח התנהגות התובעת תשומת לב. הכאבים והמכאובים הנפוצים בהפרעות סומטיזציה מראים מגוון רחב, אך הם אינם מתמידים או בולטים לעומת התלונות האחרות.

לא כולל:

כאב גב שאינו מסווג במקום אחר (M54.9)

כאב שאינו מסווג במקום אחר (חריף או כרוני) (R52.-)

כאב ראש ממתח (G44.2)

F45.8 הפרעות סומטופורמיות אחרות

בהפרעות אלה התלונות המוצגות אינן קשורות במערכת העצבים האוטונומית, והן מוגבלות למערכות או לחלקים מסוימים בגוף. זאת בניגוד לתלונות הרבות והמשתנות בנוגע למקור הסימפטומים והמצוקה, המאפיינות הפרעת סומטיזציה (F45.0) והפרעה סומטופורמית לא-מובחנת (F45.1). בהפרעה זו אין נזק לרקמה.

יש לסווג כאן גם הפרעות אחרות בתחושה, שאינן נובעות מהפרעות גופניות, והקשורות מבחינת התזמון לאירועים גורמי דחק או לבעיות, או הכרוכות בעלייה ניכרת בתשומת הלב האישית או הרפואית המוקדשת למטופל. תחושות של נפיחות, תנועות על העור ופראסטאזיה (דגדוג ראו תעדר תחושה) הן דוגמאות נפוצות. יש לכלול כאן גם את ההפרעות הבאות:

א. "גלובוס היסטריקוס" (תחושה של גוש בגרון הגורם קושי בבליעה) וצורות אחרות של דיספגיה;

ב. טורטיקוליס פסיכוגני והפרעות אחרות של תנועות עוויתיות (לא כולל תסמונת טורט);

ג. גרד פסיכוגני (לא כולל נגעים עוריים ספציפיים כמו: אלופציה, דרמטיטיס, אקזמה, או אורטיקריה ממקור פסיכוגני (F54.-);

- הפרעות שינה
- חוסר יכולת להירגע
- רוגזנות
- דיספסיה;

ג. כל הסימפטומים האוטונומיים או הדיכאוניים הקיימים אינם מתמידים או חמורים דיים כדי שימלאו את הקריטריונים שנקבעו להפרעה כלשהי מבין ההפרעות הייחודיות יותר בסיווג זה.

כולל: תסמונת של עייפות

אבחנה מבדלת: בארצות רבות ניאוראסתניה אינה משמשת כלל כקטיגוריה אבחנתית. מקרים רבים שאובחנו כך בעבר, היו עונים לקריטריונים הנוכחיים של הפרעה דיכאונית או של הפרעת חרדה. מכל מקום, יש מקרים המתאימים לתיאור של ניאוראסתניה יותר מאשר לזה של כל הפרעה ניאורוטית אחרת, ונראה שמקרים אלה שכיחים יותר בתרבויות מסוימות מאשר באחרות. אם משתמשים בקטיגוריה האבחנתית של ניאוראסתניה, יש לנסות ולשלול מחלה דיכאונית או הפרעת חרדה. סימן ההיכר של תסמונת זו הוא הדגש שמייחד המטופל לעייפות, לחולשה ולדאגה בגין הירידה ביעילות הגופנית והנפשית (בניגוד להפרעות הסומטופורמיות, שבהן שולטות בתמונה התלונות הגופניות והעיסוק במחלה גופנית). אם מתפתחת ניאוראסתניה אחרי מחלה גופנית (בעיקר אינפלואנצה, הפטיטיס וירלית או מונונוקלאוזיס זיהומי), יש לציין באבחנה גם את המחלה.

לא כולל: אסתניה שאינה מסוגלת במקום אחר (R53)
שחיקה (burn out) (Z73.0)
תשישות ועייפות (R53)
תסמונת של תשישות פוסט-טירלית (G93.3)
פטיכאסתניה (F48.8)

F48.1 תסמונת דפרסונליזציה-דריאליזציה

הפרעה שבה מתלונן החולה על שפעילותו הנפשית, גופו, ואו סביבתו משתנים במהותם, באופן שהם נראים לא מציאותיים, מרוחקים או אוטומטיים. אנשים עלולים לחוש שהם אינם מבצעים עוד בעצמם את תהליך החשיבה, הדמיון או הזכירה; או שבאופן כלשהו תנועותיהם והתנהגותם אינן שלהם; או שגופם נראה חסר חיים, מרוחק או חריג בצורה כלשהי; שסביבתם חסרה חיים וצבע ונראית

מלאכותית או דומה לבמה שעליה האנשים משחקים תפקיד. במקרים מסוימים הם עלולים לחוש כאילו הם צופים בעצמם ממרחק, או כאילו הם מתים. התלונה על אובדן רגשות היא השכיחה ביותר מבין התופעות הממונות האלה.

מספר הסובלים מהפרעה זו בצורתה המבודדת הטהורה הוא קטן. באופן שכיח יותר חלה תופעת הדפרסונליזציה-דריאליזציה כחלק ממחלה דיכאונית, מהפרעה בעתית או מהפרעה טורדנית-כפייתית. מרכיבים של התסמונות עלולים להופיע גם אצל אנשים בריאים מבחינה נפשית, בזמן של עייפות קיצונית, חסך חושי, הרעלה מחומרים הלוצינוגניים, או כתופעה היפנוגוגית/היפנופומפית. תופעת הדפרסונליזציה-דריאליזציה זהה למה שמכונה "חוויות של כמעט מוות", הקשורות לרגעים של סכנת חיים קיצונית.

הנחיות לאבחנה

לצורך אבחנה ודאית דרושים התנאים א' או ב' או שניהם, בתוספת ג' וד':

- א. סימפטומים של דפרסונליזציה, כלומר האדם חש שתחושותיו וחוויותיו מרוחקות, מנותקות, לא שייכות לו, אבדו לו וכדו';
- ב. סימפטומים של דריאליזציה, כלומר חפצים, אנשים ואו הסביבה נראים לא מציאותיים, מרוחקים, מלאכותיים, חסרי צבע, חסרי חיים וכדו';
- ג. האדם מבין שהחוויה הזו היא ספונטנית וסובייקטיבית, שלא נכפתה על ידי כוחות חיצוניים או על ידי אנשים אחרים (כלומר, תובנה);
- ד. מודע צלול והעדר של מצב בלבול טוקסי או של כפיון.

אבחנה מבדלת: יש להבחין בין הפרעה זו ובין הפרעות אחרות הכוללות חוויה או ביטוי של "שינוי באישיות", כמו סכיזופרניה (דלוזיות של שינוי צורה או פסיכיות וחוויות של שליטה), הפרעות דיסוציאטיביות (כשאין מודעות לשינוי) ומקרים מסוימים של שטיון מוקדם. תחושה של טרום התקף כפיוני (aura) שמקורו באונה הצדעית ומצבים מסוימים שלאחר התקף כפיוני עשויים לכלול תסמונת דפרסונליזציה-דריאליזציה כתופעה משנית.

אם תסמונת של דפרסונליזציה-דריאליזציה חלה כחלק מהפרעה דיכאונית, בעתית, טורדנית-כפייתית או סכיזופרנית, יש לתת לאלה עדיפות כאבחנה העיקרית.

F48.8 הפרעות ניאורוטיות מסווגות אחרות

קטיגוריה זו כוללת הפרעות מעורבות של התנהגות, אמונות ורגשות, שהאטיולוגיה שלהן ומעמדם הנוזולוגי אינם ברורים, והחלות בתדירות מיוחדת בתרבויות מסוימות; הדוגמאות כוללות תסמונת דט (Dhat) (דאגה מופרזת בנוגע להשפעות

המחלישות של פליטת זרע, קורו (Koro) (חרדה ופחד שאיבר המין ייסוג לתוך הבטן ויגרום מוות), ולטה (Latala) (התנהגות של חיקוי ותגובה אוטומטית). ההקשר החזק של תסמונות אלה לאמונות תרבותיות מקומיות מקובלות ולדפוסי התנהגות משמעי שאין להתייחס להפרעות אלה כאל דלזיונליות.

כולל: הפרעת בריקט

תסמונת דט

קורו

לטה

ניאורוזה תעסוקתית, ובכלל זה עווית הסופר

פסיכאסתניה

ניאורוזה פסיכאסתנית

סינקופה פסיכוגנית

F48.9 הפרעה ניאורוטית, לא מסווגת

כולל: ניאורוזה שאינה מסווגת במקום אחר

F50 — F59 תסמונות התנהגותיות הקשורות להפרעות פיזיולוגיות ולגורמים גופניים

סקירה

F50 הפרעות אכילה

- F50.0 אנורקסיה נרבוזה (anorexia nervosa)
- F50.1 אנורקסיה נרבוזה לא טיפוסית
- F50.2 בולימיה נרבוזה
- F50.3 בולימיה נרבוזה לא טיפוסית
- F50.4 אכילת יתר הקשורה להפרעות פסיכולוגיות אחרות
- F50.5 חקאה הקשורה להפרעות פסיכולוגיות אחרות
- F50.8 הפרעות אכילה אחרות
- F50.9 הפרעת אכילה לא מסווגת

F51 הפרעות שינה לא אורגניות

- F51.0 חוסר שינה (insomnia) לא אורגני
- F51.1 שנת יתר (hypersomnia) לא אורגנית
- F51.2 הפרעה לא אורגנית במחזוריות שינה-ערות
- F51.3 סהרוריות (somnambulism)
- F51.4 ביעוטי שינה (sleep or night terrors)
- F51.5 סיוטי לילה (nightmares)
- F51.8 הפרעות שינה לא אורגניות אחרות
- F51.9 הפרעת שינה לא אורגנית, לא מסווגת

F52 ליקוי (dysfunction) בתפקוד המיני, שאינו תוצאה של הפרעה אורגנית או של מחלה

- F52.0 העדר או אובדן התשוקה המינית
- F52.1 סלידה מינית והעדר הנאה מינית
- .10 סלידה מינית
- .11 העדר הנאה מינית
- F52.2 כשל בתגובת גניטלית
- F52.3 ליקוי בתפקוד אורגזמי
- F52.4 שפיכה מוקדמת (premature ejaculation)
- F52.5 עווית הנרתיק (vaginismus), לא אורגנית

F50 הפרעות אכילה

בתחום הכתרת זהו מתוארות שתי תסמונות חשובות ומוגדרות היטב: אנורקסיה נרבוזה ובולימיה נרבוזה. גם הפרעות בולימיות פחות ספציפיות מצדיקות התייחסות וכמוהן אכילת יתר, הקשורה להפרעות פסיכולוגיות. כלולה כאן גם הקאה הקשורה להפרעות פסיכולוגיות.

לא כולל: אנורקסיה או אובדן תיאבון, שאינם מסווגים במקום אחר (R63.0)
קשיים בהזנה או הזנה לא נכונה (R63.3)
הפרעות אכילה בינקות ובילדות (F98.2)
פיקה (pica) בילדים (F98.3)

F50.0 אנורקסיה נרבוזה

המאפיין הבולט של אנורקסיה נרבוזה הוא ירידה מכוונת במשקל, שהחולה יוזם / או דואג להמשיכה. ההפרעה נפוצה בעיקר בקרב נערות מתבגרות ונשים צעירות, אך עלולה לפגוע, אם כי לעתים רחוקות, גם בנערים מתבגרים ובגברים צעירים. גם ילדים הקרבים לבשלות מינית ונשים מבוגרות יותר עד לגיל הפסקת הווסת עלולים ללקות בהפרעה. אנורקסיה נרבוזה היא תסמונת עצמאית במובנים הבאים:

א. אפשר לזהות בנקל את האפיונים הקליניים של התסמונת, כך שהאבחנה הנקבעת היא מהימנה מאוד וזוכה לחסכמה נרחבת בין הקלינאים;

ב. מחקרי מעקב מראים שחלק ניכר מהחולות שאינן מבראות, ממשיכות להזגים את אותם האפיונים העיקריים של אנורקסיה נרבוזה בצורה כרונית.

אף שהסיבות הבסיסיות לאנורקסיה נרבוזה עדיין אינן ידועות, מתחזקת העמדה הגורסת שיחסי גומלין בין גורמים חברתיים-תרבותיים ובין גורמים ביולוגיים תורמים להיווצרות ההפרעה, ואליהם מצטרפים מנגנונים נפשיים פחות ספציפיים ורמת הפגיעות של האישיות. ההפרעה קשורה לתת תזונה בדרגות חומרה שונות עם שינויים אנדוקריניים ומטבוליים משניים והפרעות בתפקודים גופניים הנובעים מהן. יש עדיין ספק האם ההפרעה האנדוקרינית האופיינית נובעת במלואה מתת תזונה ומהשפעה ישירה של התנהגויות שונות שחוללו אותה (כמו: הגבלות בבחירת סוגי המזון, מאמץ גופני מופרז ושינויים בהרכב הגוף, הקאה ושלשול רצוניים והפרעות באלקטרוליטים כתוצאה מכך), או שמא מעורבים בה גם גורמים נוספים לא ידועים.

F52.6 ביאה מכאיבה (dyspareunia) לא אורגנית

F52.7 דחף מיני מופרז

F52.8 ליקוי אחר בתפקוד המיני, שאינו תוצאה של הפרעה אורגנית או של מחלה

F52.9 ליקוי בתפקוד המיני, שאינו תוצאה של הפרעה אורגנית או של מחלה, לא מסווגת

F53 הפרעות נפשיות או התנהגותיות הקשורות למשכב הלידה, שאינן מסווגות במקום אחר

F53.0 הפרעות נפשיות והתנהגותיות מתונות הקשורות ללידה, שאינן מסווגות במקום אחר

F53.1 הפרעות נפשיות והתנהגותיות חמורות הקשורות ללידה, שאינן מסווגות במקום אחר

F53.8 הפרעות נפשיות או התנהגותיות אחרות הקשורות ללידה, שאינן מסווגות במקום אחר

F53.9 הפרעה נפשית שלאחר הלידה, לא מסווגת

F54 גורמים פסיכולוגיים והתנהגותיים הקשורים להפרעות או למחלות המסווגות במקום אחר**F55 שימוש לרעה בחומרים שאינם ממכרים**

F55.0 נוגדי דיכאון

F55.1 משלשלים

F55.2 משככי כאב

F55.3 נוגדי חומצה

F55.4 ויטמינים

F55.5 סטרואידים או הורמונים

F55.6 תרופות עשביות או עממיות

F55.8 חומרים אחרים שאינם ממכרים

F55.9 לא מסווג

F59 תסמונות התנהגותיות הקשורות להפרעות פזיולוגיות ולגורמים גופניים, לא מסווגות

הנחיות לאבחנה

לצורך אבחנה ודאית דרושים כל התנאים הבאים:

- א. משקל הגוף הוא באופן עקבי לפחות 15% מתחת למשקל הרצוי (כפי שהיה או כפי שלא היה מעולם), או שהאינדקס של מסת הגוף לפי קטלה* (Quetelet) עומד על 17.5 או פחות. חולות, שטרים הגיעו לבגרות מינית, עלולות להיכשל בהשגת המשקל הצפוי במהלך תקופת הגדילה.
- ב. הירידה במשקל היא רצונית והושגה בדרך של הימנעות מאכילת "מזון משמין" וכן בעזרת מרכיב אחד או יותר מהבאים: הקאה רצונית, שלשול רצוני, מאמץ גופני מוגזם, שימוש בתרופות מדכאות תיאבון ואו בתרופות משתנות.
- ג. יש עיוות של תדמית הגוף בצורה של פסיכופתולוגיה ייחודית, שבה הפחד המתמיד מהשמנה הוא רעיון חודרני ובעל ערך מופרז, והחולה קובעת לעצמה סף משקל נמוך.
- ד. הפרעה אנדוקרינית נרחבת הכוללת את הציר היפותלמוס — יתרת-המוח — בלוטות-החמין, מתבטאת באלוסי אצל נשים ובאובדן העניין והאון המיני אצל גברים. (יוצא דופן בולט הוא דימום וגינלי ממושך אצל נשים אנוקסיות המקבלות טיפול הורמונלי תחליפי, בדרך כלל באמצעות גלולות למניעת הריון). ייתכנו גם רמות גבוהות של הורמון הגדילה ושל קורטיזול, שינויים בחילוף החומרים ההיקפי של הורמון בלוטת התריס וכן חריגות בהפרשת אינסולין.
- ה. אם המחלה מתחילה לפני הבגרות המינית, מהלך הבגרות המינית מתעכב או אפילו נעצר (הגדילה נעצרת); אצל נערות השדיים אינם מתפתחים ויש אלוסי ראשוני; אצל נערים איבר המין נשאר ילדותי. אחרי החבראה, הבגרות המינית נשלמת על-פירוב בצורה נורמלית, אבל הווסת הראשונה מתאחרת.

אבחנה מבדלת: ייתכנו סימפטומים דיכאוניים או כפייתיים נלווים, כמו גם קווים של הפרעת אישיות, המכבידים על תאבחון ואו מצריכים שימוש ביותר מקוד אבחנתי אחד. יש להבחין בין אנוקסיה נרבוזה ובין סיבות גופניות לאובדן משקל בחולות צעירות, הכוללות מחלות הגורמות נכות כרונית, גידולים במוח, הפרעות במערכת העיכול כמו מחלת קרון ותסמונות של תת ספיגה מהמעיי.

לא כולל:

אובדן תיאבון (R63.0)
אובדן פסיכוגני של התיאבון (F50.8)

* מסת הגוף לפי קטלה שווה למשקל (בקי"ג) מחולק לריבוע הגובה (במטרים).

F50.1 אנוקסיה נרבוזה לא טיפוסית

אבחנה זו מתאימה לנשים חסרות אחד מאפיוני המפתח של אנוקסיה נרבוזה (F50.0), כמו אלוסי או אובדן משקל משמעותי, אבל חוץ מזה מציגים תמונה קלינית אופיינית למדי. בדרך כלל פוגשים אנשים כאלה בשירותי הייעוץ הפסיכיאטרי של בתי החולים הכלליים או במסגרת הרפואה הראשונית. אפשר לסווג במונח זה גם חולים המציגים את כל אפיוני המפתח, אך בדרגה מתונה. אין להשתמש במונח זה במקרים של הפרעות אכילה הדומות לאנוקסיה נרבוזה, אך נובעות ממחלה גופנית ידועה.

F50.2 בולימיה נרבוזה

זוהי תסמונת המתאפיינת בהתקפים חוזרים של אכילת-יתר ובעיסוקיתר בכל הנוגע לשליטה במשקל הגוף. אלה מובילים את החולה לנקוט אמצעים קיצוניים, שיקטינו את ההשפעות "המשמיות" של המזון. יש להגביל את השימוש במונח לצורת ההפרעה הקשורה לאנוקסיה נרבוזה, על רקע של פסיכופתולוגיה זהה. חגיל והחלוקה לפי מין דומים לאלה המאפיינים אנוקסיה נרבוזה, אך הגיל בעת הופעת ההפרעה נוטה להיות מבוגר יותר. אפשר לראות הפרעה זו כהמשך לאנוקסיה נרבוזה מתמדת ואף שיתכן גם סדר הפוך. חולה שסבלה מאנוקסיה נרבוזה תיראה בתחילה כמשתפרת מבחינת תוספת המשקל ואולי אף חזרת הווסת, אבל אז יתבסס דפוס חולני של אכילת-יתר והקאה. הקאה חוזרת עלולה לגרום הפרעות במאזן האלקטרוליטים בגוף, סיבוכים גופניים (קשיחות שרירים, התקפים כפיזיים, הפרעה בקצב הלב, חולשת שרירים) ואובדן משקל חמור.

הנחיות לאבחנה

לצורך אבחנה ודאית דרושים כל התנאים הבאים:

- א. התעסקות מתמדת באכילה ותשוקה לא נשלטת למזון; החולה נכנעת לה והדבר מוביל לאפיזודות של אכילת-יתר, שבמהלכן הוא צורך כמויות ענק של מזון בפרקי זמן קצרים.
- ב. החולה מנסה להתנגד להשפעות "המשמיות" של המזון באחת מהדרכים הבאות: הקאה יזומה, שימוש במשלשלים, הרעבה לסינון, שימוש בתרופות כמו מדכאות תיאבון, חורמוני תירואיד או משתנים. כשחלה בולימיה אצל חולי סוכרת, הן עלולות להזניח את הטיפול באינסולין.
- ג. הפסיכופתולוגיה כוללת חשש חולני מהשמנה והחולה קובעת לעצמה סף משקל מוגדר היטב, תנמוך בחרבה מהמשקל הטרנס חולני שהרופא קבע כי הוא המשקל האופטימלי או הבריא. לעתים קרובות, אם כי לא תמיד, ההפרעה

מופיעה לאחר אפיזודה קודמת של אנורקסיה נרבוזה, כשההפוגה בין שתי ההפרעות נעה בין כמה חודשים לכמה שנים. ייתכן שהאפיזודה הקודמת של אנורקסיה נרבוזה קיבלה ביטוי גלוי, אך אפשר שהופיעה צורה נסתרת של אובדן משקל מתון ו/או שלב חולף של אלוסת.

כולל: בולימיה שאינה מסווגת במקום אחר
היפראורקסיה נרבוזה

אבחנה מבדלת: יש להבחין בולימיה נרבוזה מההפרעות הבאות:

- הפרעות במערכת העיכול, העליונה, הגורמות הקאה חוזרת (בהעדר הפסיכופתולוגיה האופיינית);
- הפרעת אישיות נרחבת יותר (ייתכן שהפרעת האכילה חלה בד בבד עם תלות באלכוהול ועם עבירות קלות כמו גניבה מתנויות);
- הפרעה דיכאונית (חולים בולימיים סובלים לעתים קרובות גם מסימפטומים דיכאוניים).

F50.3 בולימיה נרבוזה לא טיפוסית

יש להשתמש במונח זה לגבי חולות החסרות אפיון מרכזי אחד או יותר של בולימיה נרבוזה (F50.2), אבל חוץ מזה מציגים תמונה קלינית טיפוסית למדי. על-פירוב מתייחס המונח לנשים שמשקל גופן תקין או מוגזם, החוות תקופות טיפוסיות של אכילת-יתר שאחריהן יש הקאה או שלשול יזומים. תסמונות חלקיות יחד עם סימפטומים דיכאוניים אינן נדירות, אבל אם הסימפטומים הדיכאוניים מצדיקים אבחנה נפרדת של הפרעה דיכאונית, יש לקבוע שתי אבחנות נפרדות.

כולל: בולימיה במשקל תקין

F50.4 אכילת יתר הקשורה להפרעות פסיכולוגיות אחרות

הגדרה זו חלה על אכילת-יתר שהובילה להשמנה, כתגובה לאירועים מעוררי דחק נפשי. "השמנה תגובתית" יכולה להתרחש בהקשר של אבל, תאוות, ניתוחים ואירועים מעוררי דחק רגשי, בעיקר אצל אנשים הנוטים להשמנה.

אין לקודד בהגדרה זו השמנה שהיא הסיבה להפרעה נפשית. השמנה עלולה לעורר באדם רגישות ביתס להופעתה ולגרום חוסר ביטחון בקשרים אישיים; ההערכה העצמית של ממדי הגוף עלולה להיות מוגזמת. השמנה כסיבה להפרעה פסיכולוגית יש לקודד בקטיגוריה כמו — F38. (הפרעות אחרות במצב רוח) F41.2 (הפרעה

חרדתית דיכאונית מעורבת) או F48.9 (הפרעה ניאורוטית לא מסווגת), יחד עם קוד מ-F50.8 E66 של ICD-10, כדי לציין את סוג ההשמנה.

אין לכלול בהגדרה זו השמנה כתוצאה לא רצויה של טיפול ממושך בתרופות ניאורולפטיות, נוגדות דיכאון או אחרות, אלא להשתמש ב-E66.1 (השמנה כתוצאה מתרופות) בתוספת קוד מפרק 20 (סיבות חיצוניות) של ICD-10, כדי לסמן את התרופה.

השמנה יכולה לשמש מניע לדיאטה המסתיימת בסימפטומים אפקטיביים קלים (חרדה, אי שקט, חולשה ורגזנות) או, לעתים נדירות, בסימפטומים דיכאוניים חמורים ("דיכאון מדיאטה"). כדי לחקיק את כל הסימפטומים הנזכרים, יש להשתמש בקוד המתאים מ-F39-F50 או F49-F50, יחד עם F50.8 (הפרעות אכילה אחרות) לציין הדיאטה ועם קוד מ-E66, לציין סוג ההשמנה.

כולל: אכילת-יתר פסיכוגנית

לא כולל: השמנה (E66.-)

פוליפגיה שאינה מסווגת במקום אחר (R63.2)

F50.5 הקאה הקשורה להפרעות פסיכולוגיות אחרות

חוץ מהקאה יוזמה של בולימיה נרבוזה, יכולה הקאה חוזרת לחופיע בהפרעות דיסוציאטיביות (F44.-), בהפרעות היפוכונדריות (F45.2) כאשר ההקאה היא רק אחת מכמה סימפטומים גופניים, ובהיריון, כשגורמים רגשיים עשויים לתרום להופעה חוזרת ונשנית של בחילה והקאה.

כולל: הקאה פסיכוגנית בחיריון (psychogenic hyperemesis gravidarum)
הקאה פסיכוגנית

לא כולל: בחילה והקאה שאינן מסווגות במקום אחר (R11.-)

F50.8 הפרעות אכילה אחרות

כולל: פיקה (pica) מסיבות לא אורגניות אצל מבוגרים
אובדן תיאבון פסיכוגני

F50.9 הפרעת אכילה לא מסווגת

F51 הפרעות שינה לא אורגניות

קבוצה זו של הפרעות כוללת:

א. דיסומניות: מצבים פסיכוגניים בעיקרם, שההפרעה השלטת בהם נוגעת לכמות, לאיכות או לעיתוי של השינה, כתוצאה מסיבות רגשיות, כלומר: אינסומניה (חוסר שינה) היפרסומניה (עודף שינה) והפרעות במחזוריות של שינה-ערות;

ב. פראסומניות: אירועים חריגים חוזרים המתרחשים בזמן שינה; בתקופת הילדות הם קשורים בעיקר להתפתחות, ובתקופת הבגרות הם בעיקר פסיכוגניים, כמו לדוגמא: סחרוריות, ביעותי שינה וסינטי לילה.

סעיף זה כולל רק הפרעות בשינה שסיבות רגשיות נחשבות לגורמים ראשוניים להן. הפרעות שינה הנובעות ממקור אורגני, כמו תסמונת קליין-ליון (G47.8), מקודדות בפרק 6 (G47.-) של ICD-10. הפרעות לא פסיכוגניות הכוללות נרקולפסיה וקטאפלקסיה (G47.4) והפרעות במחזוריות של שינה-ערות (G47.2), כלולות גם הן בפרק 6, כמו גם תסמונות דום נשימה בשינה (G47.3) והפרעות בתנועה הכוללות מינקלונוס לילי (G25.3). לבסוף, הרטבה (F98.0) מסווגת עם הפרעות נפשיות או התנהגותיות אחרות, שתחילתן ייחודית לילדות ולהתבגרות, בעוד שהרטבה לילית ראשונית (R33.8), הנחשבת לתוצאה של עיכוב בהתפתחות השליטה בסוגרים של שלפוחית השתן בזמן שינה, מופיעה בפרק 18 של ICD-10 בין הסימפטומים הקשורים למערכת השתן.

במקרים רבים הפרעה בשינה היא אחד מהסימפטומים של הפרעה אחרת, נפשית או גופנית. אפילו כאשר הפרעת השינה ייחודית נראית כעצמאית מבחינה קלינית, עלולים גורמים נלווים, פסיכיאטריים או גופניים, לתרום להיווצרותה. האם הפרעת שינה אצל אדם מסוים היא בגדר מצב עצמאי או שהיא אחד מהאפיונים של הפרעה אחרת (המסווגים במקום אחר בפרק 5 או בפרקים אחרים של ICD-10), יש לקבוע על בסיס התמונה הקלינית והמהלך, יחד עם ההעדפות והשיקולים הטיפוליים בזמן הבדיקה. בכל מקרה, יש לקבוע אבחנה של הפרעת שינה, כאשר היא נכללת בין התלונות הבולטות של החולה. ככלל, רצוי לרשום את האבחנה של הפרעת השינה הייחודית לצד כל האבחנות המשמעותיות האחרות ובכך להשלים את התיאור הטאות של הפסיכופתולוגיה ו/או הפתופיזיולוגיה המעורבות במקרה הנתון.

לא כולל: הפרעות שינה (אורגניות) (G47.-)

F51.0 חוסר שינה (insomnia) לא אורגני

חוסר שינה הוא מצב ממושך מאוד המתאפיין בכמות ו/או באיכות לא מספקת של שינה. מידת הסטייה ממה שבדרך כלל נחשב לכמות תקינה של שינה, אינה צריכה לשמש כשיקול העיקרי באבחנה של חוסר שינה. זאת משום שיש אנשים ששנתם קצרה מאוד ("קצרני שינה") ולמרות זאת, הם אינם מחשיבים את עצמם כסובלים מחוסר שינה. לעומתם, יש הסובלים מאוד משינה באיכות גרועה, אף שכמות השינה שלהם נמצאת בגבולות הנורמה לפי שיפוט סובייקטיבי ו/או אובייקטיבי.

התלונה השכיחה ביותר של הסובלים מחוסר שינה היא הקושי להירדם, שבעקבותיו באים קושי להתמיד בשינה ויקיצה מוקדמת. בדרך כלל מדווחים החולים על צירוף של תלונות אלה. באופן טיפוסי, חוסר שינה מתפתח בתקופה של דחק גבוה, והוא נפוץ יותר בקרב נשים, זקנים ואנשים הסובלים מהפרעה פסיכולוגית או מבעיה סוציאקונומית. כשהחוסר חוסר שינה חוזר ונשנה, עלול להתעורר פחד מהמצב ועיסוק יתר בתוצאותיו. כך נוצר מעגל קסמים הנוטה לקבע את הבעיה.

הסובלים מחוסר שינה מתארים את עצמם כמתוחים, חרדים, מודאגים, או מדוכאים לקראת ההירדמות, ואף חשים כאילו המחשבות שלהם רצות. תכופות הם מתהירים על שנתם, על בעיות אישיות, על בעיות בריאות או אפילו על המוות. לעיתים קרובות הם מנסים להתמודד עם המתח באמצעות תרופות או אלכוהול. על-פירוב, הם מדווחים על עייפות גופנית או נפשית בבוקר, ובמשך היום הם חשים, בדרך כלל, מדוכאים, מודאגים, מתוחים, רגזנים ועסוקים בעצמם.

אצל ילדים המתקשים לישון, לעתים קרובות נוגעת הבעיה לארגון סדרי ההשכבה. אין לקודד בעיות כאלה בפרק זה, אלא בפרק 21 של ICD-10 (Z62.0) השגחה ושליטה לקויות של ההורים).

הנחיות לאבחנה

לשם אבחנה ודאית דרושים האפיונים הקליניים הבאים:

- תלונה על קושי להירדם או להתמיד בשינה, או על איכות ירודה של השינה;
- הפרעת השינה חלה לפחות שלוש פעמים בשבוע במשך חודש אחד לפחות;
- יש עיסוק יתר בחוסר השינה ודאגה מופרזת ביחס להשלכות של המצב לגבי הלילה ובמשך היום;
- הכמות או האיכות חלא מספקת של השינה גורמת דחק ניכר, או פוגעות בתפקוד החברתי והמקצועי.

בכל פעם שהחולה מתלונן רק על כמות ו/או איכות לא מספקת של השינה, יש

לקודד את ההפרעה בקטיגוריה זו. נוכחותם של סימפטומים פסיכיאטריים אחרים, כמו: דיכאון, חרדה או מחשבות אובססיביות, אינה פוסלת את האבחנה של חוסר שינה, בתנאי שחוסר השינה הוא התלונה העיקרית או כאשר משך או חומרת חוסר השינה נתפסים בעיני החולה כהפרעה העיקרית. הפרעות נוספות יש לקודד כאן, אם הן ניכרות וממושכות דיין ומצדיקות טיפול בזכות עצמן. יש לציין שרוב הסובלים מחוסר שינה עסוקים, בדרך כלל, בהפרעת השינה ושוללים את קיומן של בעיות נפשיות כלשהן. לכן יש צורך בהערכה זהירה, לפני ששוללים בסיס פסיכולוגי לתלונה.

חוסר שינה הוא סימפטום שכיח הנלווה להפרעות נפשיות אחרות, כמו: הפרעות אפקטיביות, ניאורוטיזם, אורגניות, הפרעות באכילה, שימוש בחומרים וסכיזופרניה, וגם בבעיות שינה אחרות, כמו סיוטי לילה. חוסר שינה יכול להתקשר עם הפרעות גופניות המתאפיינות בכאב ובאי נוחות או עם צריכת תרופות מסוימות. כאשר חוסר שינה מופיע כאחד מסימפטומים רבים של הפרעה נפשית או גופנית, כלומר הוא אינו הסימפטום השולט בתמונה הקלינית, יש להסתפק באבחנה של ההפרעה הנפשית או הגופנית הבסיסית. נוסף על כך, אבחנה של הפרעת שינה אחרת, כמו: סיוטי לילה, הפרעות במחזוריות של שינה-ערות, דום נשימה בשינה ומיקולנוס לילי, תיקבע אך ורק כשהפרעות אלה מובילות להפחתה בכמות השינה או באיכותה. יחד עם זאת, בכל המקרים שנוכרו, אם חוסר שינה הוא אחת מהתלונות העיקריות והוא נתפס כמצב העומד בפני עצמו, יש להוסיף את הקוד הזה לאבחנה העיקרית.

הקוד הנוכחי אינו מתאים למח שמכונה "חוסר שינה חולף". הפרעות חולפות בשינה הן חלק תקין של חיי היומיום. לפיכך, לילות אחדים ללא שינה כתוצאה מדחק פסיכוסוציאלי, לא יקודדו בקטיגוריה זו, אלא ייחשבו לחלק מתגובת דחק חריפה (F43.0) או מהפרעת הסתגלות (F43.2), אם נלווים אליהם אפיונים קליניים משמעותיים נוספים.

F51.1 שנת יתר (hypersomnia) לא אורגנית

שנת יתר מוגדרת כמצב של ישנוניות מופרזת במשך היום והתקפי שינה (שאי אפשר לנמקם בכמות שינה לא מספקת), או כתקופת מעבר ממושכת עד למצב של עירנות מלאה אחרי היקיצה. כשאי אפשר למצוא עדות ברורה לאטיולוגיה אורגנית, מתקשר מצב זה, בדרך כלל, להפרעות נפשיות. לעתים קרובות זהו סימפטום של הפרעה אפקטיבית דו-קוטבית (אפיזודה נוכחית דיכאון) (F31.3, F31.4 או F31.5), של הפרעה דיכאונית חוזרת (F33.-) או של אפיזודה דיכאונית (F32.-). אף-על-פי-כן, קורה שהסובל מההפרעה אינו עומד בקריטריונים של הפרעה נפשית אחרת, אף שיש עדות לבסיס פסיכופתולוגי של התלונה.

חולים אחדים ימצאו בעצמם את הקשר בין נטייתם להירדם בזמנים לא מתאימים,

ובין חוויות לא נעימות מסוימות שעברו עליהם במשך היום. אחרים יכחישו קשר כזה, אפילו כשקלינאי מנסה יזחה אותו. במקרים אחרים אי אפשר לזהות בנקל גורמים רגשיים או פסיכולוגיים נוספים, אבל העזר לאורה של גורמים אורגניים מרמז ששנת היתר נובעת, קרוב לוודאי, ממקור פסיכוגני.

הנחיות לאבחנה

האפיונים הקליניים הבאים חיוניים לאבחנה ודאית:

- שנת יתר בשעות היום או התקפי שינה, שאין אפשרות לנמקם בכמות שינה לא מספקת, ו/או תקופת מעבר ממושכת עד למצב של עירנות מלאה אחרי היקיצה (שכרות שינה);
- הפרעת שינה מופיעה יום-יום במשך יותר מחודש, או במשך תקופות קצרות יותר אך חוזרות. תהפרעה גורמת מצוקה ניכרת או פוגעת בתפקוד החברתי או המקצועי;
- העדר סימפטומים נוספים הדרושים לאבחנה של נרקולפסיה (קטאפלסיה, שיתוק בשינה, הזיות היפנוגוגיות), והעדר עדות קלינית לדום נשימה בשינה (הפסקת נשימה לילית, קולות נחירה אופייניים לסירוגין וכו');;
- העדר כל מצב ניאורולוגי או רפואי, שישנוניות במהלך היום יכולה להיות סימפטום שלו.

אם שנת יתר מופיעה כאחד מהסימפטומים של הפרעה נפשית, כמו בהפרעה אפקטיבית, תיקבע האבחנה של ההפרעה הבסיסית. יש להוסיף את האבחנה של שנת יתר פסיכוגנית, כאשר שנת יתר היא התלונה הבולטת, גם אם החולים סובלים מהפרעות נפשיות אחרות. כשאי אפשר לקבוע אבחנה נוספת, יש להשתמש בקוד הפרעת השינה בלבד.

אבחנה מبدלת: חשוב להבחין בין שנת יתר ובין נרקולפסיה. בנרקולפסיה (G47.4) יימצא לפחות סימפטום נוסף אחד, כמו: קטאפלסיה, שיתוק בשינה או הזיות היפנוגוגיות; כמו כן, אי אפשר להתנגד להתקפי השינה והם אכן מרעננים ושנת הלילה היא חלקית ומקוצרת. בניגוד לכך, התקפי שינה יומיים בהפרעה של שנת יתר, הם בדרך כלל מועטים אך משכם ארוך יותר; המטופל מסוגל להתנגד להם; שנת הלילה לרוב ממושכת ויש קושי ניכר במעבר לעירנות מלאה אחרי היקיצה (שכרות שינה).

חשוב להבדיל בין שנת יתר לא אורגנית ובין שנת יתר הקשורה לדום נשימה בשינה ולשנת יתר אורגנית אחרת. נוסף על הסימפטום של ישנוניות מופרזת במהלך היום, רוב החולים בדום נשימה בשינה, סובלים מהפסקות נשימה ליליות, מקולות נחירה טיפוסיים, מהשמנת יתר, מיתר לחץ דם, מאין אוונות, מהפרעות קוגניטיביות,

מתנעיות יתר בלילה, מהזעת יתר, מכאבי ראש בבוקר ומחוסר קואורדינציה. כאשר יש חשד ניכר לדום נשימה בשינה, יש לנסות לאשר את האבחנה באמצעות מדידה כמותית של אירועי דום הנשימה בעזרת רישומים במעבדת שינה.

אפשר להבדיל שנת יתר הנובעת מסיבה אורגנית מוגדרת (אנצפליטיס, דלקת קרום המוח, זעזוע מוח או נזק מוחי אחר, גידולים במוח, פגמים וסקולריים מוחיים, מחלות ניווניות וניאורולוגיות אחרות, הפרעות מטבוליות, מצבי הרעלה, הפרעות אנדוקריניות, תסמונת לאחר קרינה), משנת יתר לא אורגנית, לפי נוכחותו של גורם אורגני אטיולוגי העולה מהתמונה הקלינית, ולפי התוצאות של בדיקות מעבדה מתאימות.

F51.2 הפרעה לא-אורגנית במחזוריות שינה-ערות

הפרעה זו מוגדרת כחוסר תיאום בזמן בין מחזוריות שינה-ערות של האדם ובין זה הרצוי לסביבה, והדבר מוביל לתלונה על חוסר שינה או על שנת יתר. ההפרעה יכולה להיות פסיכוגנית או שהיא נובעת ממקור אורגני משוער, בהתאם לתרומתם היחסית של גורמים אורגניים או פסיכולוגיים. אנשים הסובלים מלחוצים לא מאורגן ומשתנה של שינה ויקיצה, מראים לעתים קרובות הפרעה פסיכולוגית ניכרת, הקשורה לרוב למצבים פסיכיאטריים שונים, כמו הפרעות באישיות והפרעות אפקטיביות. יש אנשים המחליפים תכופות את זמני העבודה שלהם או עוברים בין אזורי זמן שונים, ואצלם ההפרעה ברגולציה הצירקדית (circadian dysregulation) היא ביסודה ביולוגית. זאת אף שגם מרכיב רגשי משפיע על אנשים כאלה, שרובם נתונים במצוקה. לבסוף, יש אנשים שחל אצלם שלב של "הקדמת פזה" ביחס למחזוריות הרצויה של שינה-ערות, אולי כתוצאה מתפקוד לקוי של השעון הביולוגי, או בשל עיבוד חריג של אותות הזמן המניעים את השעון הביולוגי (האחרון יכול להיות קשור להפרעה רגשית ואו קוגניטיבית).

הקוד הנוכחי שמור לאותן הפרעות במחזוריות שינה-ערות, שבהן הגורמים הפסיכולוגיים ממלאים את התפקיד העיקרי, ואילו המקרים הנראים כבעלי מקור אורגני שייכים לקטיגוריה G47.2, כלומר להפרעות לא-פסיכוגניות במחזוריות שינה-ערות. יש לשפוט בכל מקרה לגופו, האם הגורמים הפסיכולוגיים הם בעלי חשיבות ראשונה במעלה, ולפי זה להשתמש בקוד דלעיל או ב-G47.2.

הנחיות לאבחנה

האפיונים הקליניים תבאים תיוניים לאבחנה ודאית:

- מחזוריות השינה של האדם אינה מתואמת עם לוח-הזמנים שינה-ערות המקובל בחברה שלו, ומאפיינת את רוב האנשים באותה סביבה תרבותית;
- מצבים של חוסר שינה בזמן השינה העיקרית ושל שנת יתר בתקופת העירנות,

מתרחשים כמעט מדי יום במשך חודש לפחות, או חוזרים על עצמם במהלך תקופות קצרות יותר;

ג. כמות השינה, איכותה והעיתוי שלה, שאיננו מספקים, גורמים מצוקה או מפריעים לתפקוד החברתי או התעסוקתי.

כל אימת שאין להפרעה סיבה פסיכיאטרית או גופנית בתיאור, יש להשתמש בקוד הנוכחי בלבד. אף-על-פי-כן, נוכחותם של סימפטומים פסיכיאטריים, כמו: חרדה, דיכאון או היפומניה, אינה מבטלת את האבחנה של הפרעה לא-אורגנית במחזוריות שינה-ערות, בתנאי שזו ההפרעה הבולטת בתמונה הקלינית. כאשר סימפטומים פסיכיאטריים אחרים הם בולטים ועקביים דיים, יש לאבחן את ההפרעה הנפשית בנפרד.

כולל: היפוך פסיכוגני של הקצב הצירקדי, של קצב יום-לילה או של קצב השינה

F51.3 סהרוריות (somnambulism)

סהרוריות היא מצב של שינוי בהכרה, שבו משתלבות יחד תופעות של שינה ושל עירנות. במהלך אפיזודה של סהרוריות האדם קם ממיטתו, בדרך כלל בשליש הראשון של השינה הלילית, מתהלך סביב ונמצא ברמה נמוכה של עירנות, תגובתיות וכישורים מוטוריים. הסהרורי עלול לצאת מתוך השינה ולפעמים אף מהבית ולכן הוא חשוף לסיכונים ניכרים של פגיעה במהלך האפיזודה. על-פי-כך חוזר הסהרורי בשקט למיטתו, בכוחות עצמו או בעזרת אדם אחר. בדרך כלל אין הוא זוכר את האירוע, אם הוא מתעורר במהלכו ואם בבוקר המחרת.

סהרוריות וביעותי שינה (F51.4) קשורים זה לזה. שניהם נחשבים להפרעות ביקיצה, בעיקר ביקיצה מתוך השלבים העמוקים של השינה (שלבים 3 ו-4). אצל רבים מהסובלים אפשר למצוא בהיסטוריה המשפחתית אחד משני המצבים האלה, ובהיסטוריה האישית — את שניהם. יתרה מזו, שני המצבים שכיחים יותר בתקופת הילדות, דבר המצביע על תפקידם של גורמים התפתחותיים בהיווצרות ההפרעה. בחלק מהמקרים תלה תחילתם של מצבים אלה בד בבד עם מחלת חום. כשמצבים אלה נמשכים אחרי תקופת הילדות או מופיעים לראשונה בבגרות, הם נוטים להיקשר להפרעה פסיכולוגית משמעותית. אפשר גם שמצבים אלה יופיעו לראשונה בגיל הזיקנה או בשלבים המוקדמים של שטיין. על סמך הדמיון הקליני והפתוגנטי שבין סהרוריות ובין ביעותי שינה, ומאחר שהאבחנה המבדלת בין שתי ההפרעות נקבעת לרוב לפי החמורה שביניהן, נוטים לאחזרנה להחשיב אותן כחלק מאותו רצף נוזולוגי. בכל זאת ניתנו כאן קודים נפרדים לשתי ההפרעות, גם מטעמי המסורת הקלינית וגם כדי להדגיש את ההבדלים בעוצמת התופעות הקליניות.

התמצאות זמנית. בעת ההתעוררות לא נותר שום זיכרון של האפיזודה. בשל אפיונים קליניים אלה, נמצא הסובל מביעותי שינו בסכנת היפגעות חמורה.

ביעותי שינה וסחרוריות (F51.3) קשורים זה לזה: גורמים גנטיים, התפתחותיים, אורגניים ופסיכולוגיים ממלאים תפקיד בהתפתחות הפרעות אלה, ולשתיהן יש אפיונים קליניים ופתופיזיולוגיים דומים. על סמך קווי הדמיון שביניהם, נוטים לאחרונה להחשיב את שני המצבים כחלק מאותו רצף נוזולוגי.

הנחיות לאבחנה

לצורך אבחנה ודאית דרושים האפיונים הקליניים הבאים:

- הסימפטום הבולט הוא אפיזודה אחת או יותר של התעוררות מהשינה תוך כדי צווחת אימה. האפיזודה מתאפיינת בחרדה קיצונית, בפעילות גופנית ובהיפראקטיביות אוטונומית, כמו: נשימה מהירה, אישונים מורחבים והזעה;
- אפיזודות חוזרות אלה נמשכות, על-פירוב, בין דקה ל-10 דקות ומתרחשות במהלך השליש הראשון של שנת הלילה;
- החולה בדרך כלל אינו מגיב לניסיונות להשפיע עליו להירגע, ונשאר במשך דקות אחדות במצב של אי-התמצאות ושל תנועות חוזרות;
- זכירת האפיזודה, אם היא קיימת, היא מינימלית (ומוגבלת לדימויים מקוטעים);
- אין עדות להפרעה גופנית, כמו גידול מוחי או כפיון.

אבחנה מובדלת: יש להבחין בין ביעותי שינה ובין סיוטים שהם "החלומות הרעים" השכיחים, שבהם יכולים להופיע ביטוי קולי ותנועותיות גופנית מוגבלים. לעומת ביעותי שינה, הסיוטים מתרחשים בכל זמן במשך שנת הלילה ואפשר להעיר את הישן בקלות יחסית. הוא גם יזכור את האירוע בפרוטרוט ובבהירות.

כדי להבחין בין ביעותי שינה ובין התקפי כפיון, על הרופא לזכור שלעתים נדירות יופיעו התקפים כפיוניים רק בלילה. תרשים א.א.ג. קליני חריג תומך באבחנה של כפיון.

F51.5 סיוטי לילה (nightmares)

סיוטי לילה הם חוויות בחלום, טעונות חרדה או פחד, שהאדם זוכר בפירוט רב. חוויות החלום הן בחירות מאוד ובדרך כלל כוללות נושאים של איום על הקיום, על הביטחון או על ההערכה העצמית. לעתים קרובות, אותם נושאים-סיוט מפחידים או כאלה הדומים להם, שבים וחוזרים. במהלך אפיזודה טיפוסית חלה פריקה

הנחיות לאבחנה

לצורך אבחנה ודאית דרושים האפיונים הקליניים הבאים:

- הסימפטום השליט הוא אפיזודה אחת או יותר של קימה מהמיטה, בדרך כלל בשליש הראשון של השינה הלילית, ושוטטות;
- במהלך האפיזודה נראה האדם חסר הבעה, מבטו בוהה והוא אינו מגיב למאמצי הסובבים אותו להשפיע על האירוע או לתקשר אתו. אפשר להעירו רק בקושי רב;
- כשהאדם מתעורר (מתוך האפיזודה עצמה או בבוקר המחרת), הוא אינו זוכר כלל את האפיזודה;
- דקות אחדות לאחר ההתעוררות מהאפיזודה אין פגיעה בתפקוד הנפשי או בהתנהגות, אף שבתחילה יכולה להיות תקופה קצרה של בלבול ואי-התמצאות;
- אין עדות להפרעה נפשית אורגנית כמו שטיון, או להפרעה גופנית כמו כפיון (אפילפסיה).

אבחנה מובדלת: יש להבחין בין סחרוריות ובין התקפים של כפיון פסיכומטורי. רק לעתים נדירות חל כפיון פסיכומטורי בשעות הלילה. בזמן ההתקף הכפיוני החולה אינו מגיב בכלל לגריית סביבתית, ותנועות מתמידות, כמו בליעה ושפשוף ידיים, שכיחות מאוד. נוכחות של תרשים א.א.ג. כפיוני מאשרת את האבחנה, אף שהפרעה התקפית אינה שוללת קיום בו זמני של סחרוריות.

נוסף על כך יש להבחין בין סחרוריות ובין פוגה דיסוציאטיבית (ראה F44.1). בהפרעות דיסוציאטיביות האפיזודות ארוכות יותר והחולים ערניים יותר ומסוגלים לבצע התנהגויות מסובכות ותכליתיות. יתר על כן, פוגות דיסוציאטיביות נדירות בקרב ילדים ומופיעות בעיקר בשעות העירות.

F51.4 ביעותי שינה (sleep or night terrors)

ביעותי שינה או ביעותי לילה הם אפיזודות ליליות של בעתה קיצונית ואימה, המלוות בביטוי קולי עז, פעילות גופנית ורמות גבוהות של פריקה אוטונומית. האדם מתיישב או קם בצווחת אימה, בדרך כלל בשליש הראשון של שנת הלילה, וממהר אל הדלת כאילו בניסיון לברוח אף שרק לעתים רחוקות הוא יוצא מהחדר. מאמצי הסובבים אותו להשפיע על האירוע עלולים להוסיף ולהגביר את האימה, לא רק משום שהחולה אינו מגיב לסביבה, אלא מאחר שהוא עלול ללקות באי-

אוטונומית מסוימת, אך אין ביטוי קולי או תנועתיות גופנית בולטים. מייד עם התעוררות, הפרט חש ערני ומתמצא בסביבתו. הוא יכול לתקשר עם הסובבים ובדרך כלל נותן תיאור מפורט של חוויות החלום, הן מייד בזמן היקיצה והן בבוקר שלמחרת.

אצל ילדים אין ממצאים עקביים ביחס להפרעה פסיכולוגית נלווית, משום שסימנים בתקופת הילדות קשורים, לרוב, לשלב מסוים בהתפתחות הרגשית. לעומת זאת נמצא שמבוגרים החווים סימנים, סובלים לעתים קרובות גם מהפרעות פסיכולוגיות משמעותיות, על-פירוב בצורה של הפרעת אישיות. נמצא גם ששימוש בתרופות כמו: רורפין, תיורידזין, נוגדי דיכאון טריציקליים ובנוודיאזפינים, תורם להיווצרות הסימנים. יתרה מזו, הפסקה פתאומית של תרופות היפנוטיות לא בנוודיאזפיניות, המדכאות שנת REM (אותו שלב בשינה הקשור לחלומות), עלולה להגביר את החלומות ואת הסימנים עקב עלייה תגובתית בשיעור שנת ה-REM.

הנחיות לאבחנה

לשם אבחנה ודאית דרושים האפיונים הקליניים הבאים:

א. התעוררות משינה לילית או מתנומה, מלווה זכירה מפורטת ובהירה של חלומות מפחידים מאוד, שבבסיסם עומד, בדרך כלל, איום על הקיום, על הביטחון או על ההערכה העצמית. ההתעוררות יכולה לחול בכל עת במהלך השינה, אך בדרך כלל בחצי השני שלה;

ב. מייד אחרי ההתעוררות מחלומות מפחידים, הפרט חש ערני ומתמצא בסביבתו;

ג. חוויות החלום עצמה והפרעת השינה הנובעת ממנה גורמות מצוקה ניכרת.

כולל:

הפרעה של חרדה בחלום (dream anxiety disorder)

אבחנה מבדלת: יש להבחין בין סימני לילה ובין ביעותי שינה. אפיזודות של ביעותי שינה מתרחשות במהלך חשליש הראשון של השינה ומאופיינות בחרדה עצומה, בצווחות אימה, בתנועות גופניות ניכרות ובפריקה אוטונומית קיצונית. נוסף על כך, בביעותי שינה אין זכירה מפורטת של החלום, לא מייד אחרי האפיזודה ולא בעת היקיצה בבוקר.

F51.8 הפרעות שינה לא אורגניות אחרות

F51.9 הפרעת שינה לא אורגנית, לא מסווגת

כולל: הפרעת שינה רגשית (אמוציונלית), שאינה מסווגת במקום אחר

F52 ליקוי (dysfunction) בתפקוד המיני, שאינו תוצאה של הפרעה אורגנית או של מחלה

המושג ליקוי בתפקוד המיני מקיף מגוון רחב של ליקויים בפעילות המינית של הפרט, כמו: חוסר עניין, חוסר הנאה, כשל בתגובות הגופניות הנדרשות לקיום יחסי מין (למשל זקפה), או אי יכולת לחוות אורגזמה או לשלוט בה.

התגובה המינית היא תהליך פסיכוסומטי, ועל-פירוב הגורמים להפרעה המינית הם גם פסיכולוגיים וגם סומטיים. לעתים אפשר לזהות אטיולוגיה פסיכוגנית או אורגנית מובהקת, אך בדרך כלל קשה להעריך את החשיבות היחסית של הגורמים הפסיכולוגיים ו/או האורגניים, בעיקר כשמדובר בהפרעה בזקפה או בביאה מכאיבה. במקרים כאלה תתאים אבחנה של אטיולוגיה מעורבת או לא ודאית.

סוגים אחדים של ליקוי תפקודי (כמו העדר תשוקה מינית) מופיעים הן בקרב גברים והן בקרב נשים. האחרונות נוטות להתלונן בעיקר על האיכות הסובייקטיבית של החוויה המינית (העדר הנאה או עניין) ולא על כשל בתגובה מסוימת. תלונה על ליקוי בתפקוד אורגזמי אינה נדירה, אך כאשר היבט אחד בתגובה המינית של האישה פגוע, עלולים לחול שיבושים גם בהיבטים אחרים. למשל, כשאשה אינה מסוגלת לחוות אורגזמה, היא עלולה שלא ליהנות מכל הקשור במשחקי אהבה, וכתוצאה מכך, תאבד את הרצון שלה למין. לעומת זאת, גברים מתלוננים על כשל בתגובה מסוימת, כמו זקפה או שפיכה, אך מדווחים על תיאבון מיני נמשך. לכן יש לערוך בדיקה כוללת ולא להסתפק בתלונה המדווחת, כדי לקבוע מהי הקטיגוריה האבחנתית החולמת.

לא כולל: תסמונת דט (F48.8)

קורו (F48.8)

F52.0 העדר או אובדן התשוקה המינית

הבעיה העיקרית היא אובדן התשוקה המינית, והיא אינה משנית לקשיים מיניים אחרים, כמו כשל בזקפה או ביאה מכאיבה. העדר התשוקה המינית אינו שולל הנאה או עוררות מינית, אך מקטין את היוזמה לעסוק בפעילות מינית.

כולל:קריירות מינית (פריגידיות)
הפרעה של תת-פעילות בתשוקה המינית**F52.1 סלידה מינית והעדר הנאה מינית****F52.10 סלידה מינית**

האפשרות לקיום מערכת-יחסים מינית עם שותף קשורה לרגשות שליליים חזקים ומעוררת פחד או תרדה, עד כדי הימנעות מפעילות מינית.

F52.11 העדר הנאה מינית

התגובות המיניות הן תקינות ויש חוויה של אורגזמה, אך נעדרת ההנאה ההולמת. תלונה זו שכיחה יותר בקרב נשים מאשר בקרב גברים.

כולל: אנהדוניה (מינית)**F52.2 כשל בתגובה גניטלית**

אצל גברים הבעיה העיקרית היא הפרעה בזקפה, כלומר קושי לפתח זקפה או לשמור עליה לצורך מגע מיני מספק. אם יש זקפה במצבים מסוימים, כמו בזמן אוננות, שינה או במגע עם שותף(ה) אחר(ת), ייתכן שהגורם הוא פסיכוגני. אם אין זקפה גם במצבים אלה, תלויה האבחנה הנכונה של הפרעה לא-אורגנית בזקפה בבדיקות מיוחדות (כמו מדידה של תפיחות האיבר בלילה) או בתגובה לטיפול פסיכולוגי.

אצל נשים הבעיה העיקרית היא יובש הנרתיק או העדר סיכה (lubrication). הגורם יכול להיות פסיכוגני או פתולוגי (כמו זיהום) או חוסר באסטרופן (כמו אחרי הפסקת הווסת). על-פירוב נשים אינן מתלוננות על יובש הנרתיק, אלא כאחז הסימפטומים של חוסר באסטרופן אחרי הפסקת הווסת.

כולל:הפרעה בעוררות מינית נקבית
הפרעת זקפה זכרית
איך-אוניות (אימפוטנציה) פסיכוגנית**F52.3 ליקוי בתפקוד אורגזמי**

אין אורגזמה בכלל או שיש עיכוב משמעותי. זה יכול להיות ליקוי תפקודי הקשור למצבים מסוימים ואז ייתכן שהאטיולוגיה היא פסיכוגנית; לעומת זאת, באי תפקוד קבוע קשה לשלול גורמים גופניים או של מבנה הגוף, אלא לאור תגובה

חיונית לטיפול פסיכולוגי. ליקוי בתפקוד אורגזמי שכיח יותר בקרב נשים מאשר בקרב גברים.

כולל: אורגזמה מעוכבת (זכרית) (נקבית)
העדר אורגזמה פסיכוגני**F52.4 שפיכה מוקדמת (premature ejaculation)**

אי יכולת לשלוט בעיתוי השפיכה כדי ששני בני הזוג יצליחו ליהנות מהמגע המיני. במקרים חמורים מתרחשת השפיכה לפני החדירה לנרתיק או לפני שיש זקפה. אין זה סביר ששפיכה מוקדמת תהיה בעלת מקור אורגני, אך היא יכולה להיות תגובה פסיכולוגית לנזק אורגני, כלומר: כשל או כאב בזקפה. שפיכה יכולה להיראות כמוקדמת אם נדרש גירוי ממושך לצורך זקפה, וזה מקצר את הזמן שבין השגת זקפה מספקת ובין שפיכה; במקרה כזה הבעיה העיקרית היא בעיכוב הזקפה.

F52.5 עווית הנרתיק (vaginismus), לא אורגנית

עווית השרירים המקיפים את הנרתיק, הגורמת היצרות או חסימה של פתח הנרתיק. חדירת תפין אינה אפשרית או שהיא מכאיבה. עווית הנרתיק יכולה להיות תגובה משנית לכאב מקומי, ובמקרה כזה אין להשתמש בקטיגוריה זו.

כולל: עווית הנרתיק, פסיכוגנית**F52.6 ביאה מכאיבה (dyspareunia), לא אורגנית**

ביאה מכאיבה (כאב במהלך המגע המיני) מתרחשת גם אצל נשים וגם אצל גברים. לעתים קרובות אפשר לייחס את הכאב למצב פתולוגי מקומי, ואז יש לסווג בהתאם. לעתים אין סיבה מקומית הניתנת לזיהוי וייתכנו גורמים רגשיים. יש להשתמש בסיווג זה רק בהעדר ליקוי תפקודי מיני ראשוני יותר (כמו: עווית הנרתיק או יובש הנרתיק).

כולל: ביאה מכאיבה פסיכוגנית**F52.7 דחף מיני מופרז**

יש שגברים וגם נשים מתלוננים על דחף מיני מופרז כבעיה בפני עצמה, בעיקר בשנות ההתבגרות המאוחרות או בשנות תבגרות המוקדמות. כאשר הדחף המיני

המופרז הוא משני להפרעה אפקטיבית (F39-F30), או כשהוא חל בשלבים המוקדמים של שטיון (F03-F00), יש לקודד לפי ההפרעה הבסיסית.

כולל: נימפומניה
סאטיריאזיס

F52.8 ליקוי אחר בתפקוד המיני, שאינו תוצאה של הפרעה אורגנית או של מחלה

F52.9 ליקוי בתפקוד המיני, שאינו תוצאה של הפרעה אורגנית או של מחלה, לא מסווג

F53 הפרעות נפשיות או התנהגותיות הקשורות למשכב הלידה, שאינן מסווגות במקום אחר

יש להשתמש בסיווג זה רק להפרעות נפשיות הקשורות ללידה (ומתחילות בתוך שישה שבועות אחרי הלידה), שאינן עומדות בקריטריונים שנקבעו להפרעות אחרות בספר זה, או עקב העדר מידע מספק או עקב נוכחות אפיונים קליניים נוספים שאינם מתאימים לסיווג אחר. בדרך כלל אפשר לסווג הפרעות נפשיות הקשורות ללידה, לפי שני קודים אחרים: הראשון הוא אחד הקודים האחרים בפרק 5, המתארים להפרעה נפשית מסוימת (בעיקר אפקטיבית F39-F30) והשני הוא 099.3 (מחלות נפשיות ומחלות של מערכת העצבים, המופיעות כסיבוכן של משכב הלידה).

F53.0 הפרעות נפשיות והתנהגותיות מתונות הקשורות ללידה, שאינן מסווגות במקום אחר

כולל: דיכאון שלאחר הלידה (postnatal), שאינו מסווג במקום אחר
דיכאון שלאחר הלידה (postpartum), שאינו מסווג במקום אחר

F53.1 הפרעות נפשיות והתנהגותיות חמורות הקשורות ללידה, שאינן מסווגות במקום אחר

כולל: פסיכוזה שלאחר הלידה, שאינה מסווגת במקום אחר

F53.8 הפרעות נפשיות או התנהגותיות אחרות הקשורות ללידה, שאינן מסווגות במקום אחר

F53.9 הפרעה נפשית שלאחר הלידה, לא מסווגת

F54 גורמים פסיכולוגיים והתנהגותיים הקשורים להפרעות או למחלות המסווגות במקום אחר

יש להשתמש בקטיגוריה זו לצורך ציון נוכחותן של השפעות פסיכולוגיות או התנהגותיות, שהן בעלות חשיבות מרכזית באטיולוגיה של הפרעות גופניות, המסווגות בפרקים אחרים של ICD-10. הפרעות נפשיות אלה הן לרוב קלות וממושכות (כמו דאגה, קונפליקט רגשי, חששות), וכשלעצמן אינן מצדיקות שימוש בקטיגוריות אחרות הכלולות בספר זה. יש להשתמש בקוד נוסף לצורך זיהוי ההפרעה הגופנית. (במקרים נדירים כשהפרעה פסיכיאטרית גורמת, כנראה, להפרעה גופנית, יש להשתמש בקוד שני נוסף לתיעוד ההפרעה הפסיכיאטרית).

דוגמאות לשימוש בקטיגוריה זו: אסתמה (F54.- יחד עם J45.-) דרמטיטיס ואקזמה (F54.- יחד עם L25-L23) כיב קיבה (F54.- יחד עם K25.-) mucous colitis (F54.- יחד עם K58.-) ulcerative colitis (F54.- יחד עם K51.-) ואורטיקריה (F54.- יחד עם L50.-).

כולל: גורמים פסיכולוגיים המשפיעים על מצבים גופניים

לא כולל: כאב ראש ממתח (G44.2)

F55 שימוש לרעה בחומרים שאינם ממכרים

כולל מגוון רחב של תרופות, תרופות פטנטיות ותרופות עממיות. שלוש הקבוצות החשובות במיוחד הן של תרופות פסיכותרופיות שאינן ממכרות, (כמו: נוגדי דיכאון), משלשלים ומשככי כאב, שאפשר לקנות ללא מרשם רפואי (אספירין ואקמול). אמנם ייתכן שבתחילה רשם רופא את התרופה, אך ברבות הזמן נמשך השימוש בה ללא צורך ולעתים במינונים מופרזים, מכיוון שאפשר להשיג את החומר ללא מרשם רפואי.

שימוש ממושך ולא מוצדק בחומרים אלה, קשור לרוב בהוצאה כספית מיותרת וכולל מגעים מיותרים עם רופאים או עם אנשי מקצוע אחרים. לעתים גורמים חומרים אלה גם נזקים גופניים. מאמצי השכנוע או הניסיונות לאסור על המשתמש להמשיך בקבלתם, נתקלים על-פירוב בהתנגדות; הדבר נכון גם ביחס למשלשלים ולמשככי כאב, למרות עדויות על (ואף התפתחות של) בעיות גופניות, כמו: ליקוי בתפקוד כלייתי או הפרעות באלקרוליטים. למרות השאיפה הברורה של המטופל להשתמש בחומר, אין התפתחות של התמכרות (F1x.2) או של תופעות גמילה (F1x.3) כמו בחומרים פסיכואקטיביים, המוגדרים ב-F19-F10.

אפשר להשתמש בסימן רביעי כדי לסמן את סוג החומר.

F55.0 נוגדי דיכאון

(כמו נוגדי דיכאון טריציקליים, טטראציקליים או מעכבי MAO)

F55.1 משלשלים**F55.2 משככי כאב**

(כמו אספירין, פרצטמול, פנאצטין, שאינם מסווגים כפסיכואקטיביים ב-F19-F10)

F55.3 נוגדי חומצה**F55.4 ויטמינים****F55.5 סטרואידים או הורמונים****F55.6 תרופות עשביות או עממיות****F55.8 חומרים אחרים שאינם ממכרים (כמו משתנים)****F55.9 לא מסווג**

לא כולל: שימוש בחומרים פסיכואקטיביים (ממכרים) (F19-F10)

F59 תסמונות התנהגותיות הקשורות להפרעות פיזיולוגיות ולגורמים גופניים, לא מסווגות

כולל: הפרעה פיזיולוגית פסיכוגנית, שאינה מסווגת במקום אחר

F60 — F69 הפרעות של האישיות וההתנהגות הבוגרת

סקירה

F60 הפרעות אישיות ייחודיות

- F60.0 הפרעת אישיות פרנואידית
- F60.1 הפרעת אישיות סכיזואידית
- F60.2 הפרעת אישיות דיסוציאלית
- F60.3 הפרעת אישיות לא יציבה מבחינה רגשית
 - 30. סוג אימפולסיבי
 - 31. סוג גבולי
- F60.4 הפרעת אישיות היסטריזנטית
- F60.5 הפרעת אישיות אנקאסטית
- F60.6 הפרעת אישיות חרדתית (הימנעותית)
- F60.7 הפרעת אישיות תלותית
- F60.8 הפרעות אישיות ייחודיות אחרות
- F60.9 הפרעת אישיות לא מסווגת

F61 הפרעות אישיות מעורבות ואחרות

- *F61.0 הפרעות אישיות מעורבות
- *F61.1 שינויי אישיות בעיתיים

F62 שינויי אישיות מתמידים שאינם נובעים מנזק או ממחלה מוחיים

- F62.0 שינוי אישיות מתמיד אחרי חוויה קטסטרופלית
- F62.1 שינוי אישיות מתמיד אחרי מחלה נפשית
- F62.8 שינויי אישיות מתמידים אחרים
- F62.9 שינוי אישיות מתמיד, לא מסווג

F63 הפרעות של הרגלים ושל דחפים

- F63.0 הימור פתולוגי
- F63.1 הצתה פתולוגית (פירומניה)

* הפרעות אלה אינן נכללות בפרק החמישי של ICD-10.

F63.2 גניבה פתולוגית (קלפטומניה)

F63.3 מריטת שערות (טריכוטילומניה)

F63.8 הפרעות אחרות של הרגלים ושל דחפים

F63.9 הפרעת הרגל או דחף, לא מסווגת

F64 הפרעות בזהות המינית

F64.0 טרנס-סקסואליזם

F64.1 טרנסווסטיזם עם תפקיד כפול

F64.2 הפרעה בזהות המינית בתקופת הילדות

F64.8 הפרעות אחרות בזהות המינית

F64.9 הפרעה בזהות המינית, לא מסווגת

F65 הפרעות בהעדפה המינית

F65.0 פטישיזם

F65.1 טרנסווסטיזם פטישיסטי

F65.2 אקסהיביציוניזם (התערטלות בפומבי)

F65.3 וויריזם (מציצנות)

F65.4 פדופיליה (משיכה מינית לילדים)

F65.5 סדומזוכיזם

F65.6 הפרעות מרובות של העדפה מינית

F65.8 הפרעות אחרות של העדפה מינית

F65.9 הפרעה של העדפה מינית, לא מסווגת

F66 הפרעות נפשיות והתנהגותיות הקשורות להתנהגות ולאוריינטציה מינית

F66.0 הפרעה בבשלות המינית

F66.1 אוריינטציה מינית אגרדיסטונית

F66.2 הפרעה בקשויים מיניים

F66.8 הפרעות אחרות בהתפתחות פסיכוסקסואלית

F66.9 הפרעה בהתפתחות פסיכוסקסואלית, לא מסווגת

אפשר להשתמש בסימן חמישי לציון הקשר עם:

.x0 הטרנסקסואליות

.x1 הומוסקסואליות

.x2 בייסקסואליות

.x8 אחרת, בכלל זה בגיל שלפני הבגרות המינית

F68 הפרעות אחרות של האישיות ושל ההתנהגות הבוגרת

F68.0 הופעת סימפטומים גופניים מסיבות נפשיות

F68.1 יצירה מכוונת או בידוי של סימפטומים או נכויות, גופניים או

(נפשיים) (הפרעה של זיוף, factitious disorder)

F68.8 הפרעות מסווגות אחרות של האישיות וההתנהגות הבוגרת

F69 הפרעה של האישיות וההתנהגות הבוגרת, לא מסווגת

מבוא

קובץ זה כולל מגוון של מצבים ודפוסי התנהגות בעלי חשיבות קלינית, הנוטים להתמיד ונותנים ביטוי לסגנון החיים האופייני לפרט ולקשר שלו עם עצמו ועם אחרים. חלק מהמצבים ומדפוסי ההתנהגות מופיעים מוקדם במהלך ההתפתחות, כתוצאה משילוב של גורמים מולדים והתנסויות חברתיות, ואחרים נרכשים מאוחר יותר במהלך החיים.

F62-F60 הפרעות אישיות ייחודיות, הפרעות אישיות מעורבות ואחרות ושינויי אישיות מתמידים

מצבים אלה כוללים דפוסי התנהגות מתמידים ומושרשים היטב, הבאים לידי ביטוי כתגובות לא גמישות בטווח רחב של מצבים אישיים וחברתיים. הם גייצנים סטיות קיצוניות או משמעותיות מהאופן שבו הפרט הממוצע בתרבות נהנה קולט, חושב, מרגיש ובעיקר מתייחס לאחרים. דפוסי התנהגות כאלה נוטים להיות יציבים ולחקיקי תחומים מרובים של התנהגות ושל תפקוד נפשי. לעתים קרובות, אך לא תמיד, הם קשורים לדרגות שונות של מצוקה אישית ושל בעיות בתפקוד החברתי.

הפרעות אישיות נבדלות משינויי אישיות בתזמון שלהן ובצורת הופעתן: אלה מצבים התפתחותיים המופיעים בילדות או בתקופת ההתבגרות ונמשכים אל תוך שנות הבגרות. הן אינן משניות להפרעה נפשית אחרת או למחלה מוחית, אף שהן יכולות להקדים הפרעות אחרות, או לחול בד בבד איתן. לעומתן, שינויי אישיות נרכש בדרך כלל במשך החיים הבוגרים, עקב מצב דחק קשה או ממושך, חסך סביבתי קיצוני, הפרעה נפשית קשה, נזק מוחי או מחלה מוחית (ראה -F07).

אפשר לסווג כל אחד מהמצבים בקבוצה זו, בהתאם לביטויי ההתנהגות הבולטים שלו. הסיווג הנוכחי בתחום זה מוגבל לתיאור סדרה של סוגים ותת סוגים, שאינם ייחודיים ואף חופפים בכמה ממאפייניהם.

לפיכך, נחלקות הפרעות אישיות לפי מקבצי תכונות התואמות את ביטויי ההתנהגות הבולטים או השכיחים ביותר. מקובל לראות את תת הסוגים המתוארים כך כצורות העיקריות של סטייה אישיותית. בקביעת אבחנה של הפרעת אישיות יצטרך הקלינאי להתחשב בכל ההיבטים של התפקוד האישי, אף-על-פי שלצורך סיווג אבחנותי פשוט ויעיל יש להתייחס רק לאותם ממדים או תכונות שעברו את סף החומרה שנקבע להם.

ההערכה צריכה להתבסס על מספר רב ככל האפשר של מקורות מידע. אף כי אפשר לפעמים להעריך מצב אישיותי על סמך ראיון אחד עם החולה, חייבים לעתים קרובות לערוך כמה ראיונות ולאסוף נתונים ממקורות מידע שונים לגבי עברו של החולה.

ציקלותימיה והפרעות סכיזופליות סווגו בעבר במסגרת הפרעות אישיות, אולם כיום הן כלולות בסיווגים אחרים (ציקלותימיה ב-F39-F30 והפרעות סכיזופליות ב-F29-F20), מאחר שיש להן הרבה היבטים משותפים עם ההפרעות באותם קבצים (מבחינת תופעות קליניות, היסטוריה משפחתית וכדו').

תת-החלוקה של שינויי אישיות מבוססת על הסיבה או על הגאורעות שקדמו לשינוי זה, כמו חוויה קטסטרופלית, מתח ממושך ומחלה נפשית (להוציא סכיזופרניה שרידית המסווגת ב-F20.5).

חשוב להפריד מצבי אישיות מהפרעות הנכללות בקטגוריות אחרות בספר זה. אם המצב האישיותי קדם או חל אחרי הפרעה נפשית מוגבלת בזמן או כרונית, יש לאבחן את שניהם. שימוש בתבנית הרב צירית המלווה את הסיווג המרכזי של מחלונן נגש, הכולל גם סיווג של גורמים פסיכוסוציאליים, יקל על התיעוד של מצבים והפרעות כאלה.

שינויים אזוריים או תרבותיים בביטוי מצבים אישיותיים הם חשובים, אבל הידע בתחום זה עדיין מצומצם. מצבי אישיות שתכופות מוכרים היטב בחלק מסוים של העולם, אך אינם תואמים לתת סוג ייחודי ברשימת האבחנות, אפשר לסווג כהפרעות אישיות "אחרות". כמו כן, אפשר לציין באמצעות קוד של חמישה סימנים, המותאם למדינה המסוימת או לאזור המסוים. שינויים מקומיים בביטויים של הפרעת אישיות יכולים להשתקף גם בניסוח של מערך ההנחיות לאבחנה שנקבע למצבים כאלה.

F60 הפרעות אישיות ייחודיות

F60

אלה הפרעות חמורות במבנה האופי ובנטיית ההתנהגותיות של הפרט, שלרוב מערבות שטחי אישיות אחדים, וכמעט תמיד קשורות בפגיעה ניכרת בתפקוד האישי והחברתי. הפרעת אישיות נוטה להופיע בילדות המאוחרת או בתקופת ההתבגרות וממשיכה להתקיים בתקופת הבגרות. לכן אין זה סביר לקבוע אבחנה של הפרעת אישיות לפני גיל 16 או 17. הנחיות כלליות לאבחון כל הפרעות האישיות יוצגו להלן; תיאורים נוספים יינתנו בכל תת סוג בנפרד.

הנחיות לאבחנה

מצבים שאינם מיוחסים באופן ישיר לנזק מוחי או למחלה מוחית קשה, או להפרעה נפשית אחרת, העומדים בקריטריונים הבאים:

א. עמדות והתנהגות לא תואמות באופן ניכר, שבדרך כלל חלות על תחומי תפקוד

- אחדים, כמו: חיי הרגש, תגובה לגירויים מבחוץ, שליטה על דחפים, דרכי תפיסה וחשיבה וסגנון התקשרות לאחרים;
- ב. דפוס ההתנהגות החרגי הוא מתמיד, ארוך-טווח ואינו מוגבל רק לאפיונות של מחלת נפש;
- ג. דפוס ההתנהגות החרגי הוא רחב-חיקף ובבירור אינו מסתגל, וזאת בטווח רחב של מצבים אישיים וחברתיים;
- ד. ביטויי ההפרעה שתוארו לעיל מופיעים תמיד במהלך הילדות או בתקופת ההתבגרות וממשיכים לתוך תקופת הבגרות;
- ה. ההפרעה גורמת מצוקה אישית ניכרת, אם כי מצב זה עלול להתברר רק בשלב מאוחר של מהלך ההפרעה;
- ו. על-פירוב, אם כי לא בקביעות, קשורה ההפרעה לבעיות ניכרות בתחומי התעסוקה והתפקוד החברתי.
- ייתכן שייווצר הכרח לפתח מערכי קריטריונים ייחודיים לתרבויות שונות, בהתחשב בנורמות החברתיות, בכללים ובמחויבויות שלהם. לצורך אבחונים של מרבית תת-הסוגים המפורטים להלן נדרשת בדרך כלל עדות ברורה לנוכחותן של שלוש תכונות או התנהגויות לפחות מאלה המפורטות בתיאור הקליני.

F60.0 הפרעת אישיות פרנואידית

- זו הפרעת אישיות שמאפייניה הם:
- א. רגישות יתר לכשלונות ולדחייה;
- ב. נטייה לשמור טינה בקביעות, כלומר סירוב לסלוח על פגיעה בכבוד, על עלבונות ועל פגיעות;
- ג. חשדנות ונטייה נרחבת לעוות חוויות, באמצעות פירוש מוטעה של מעשים נייטרליים או ידידותיים של אחרים ותפיסתם כעוינים או כמבזים;
- ד. תחושה עיקשת ולוחמנית ביחס לזכויות הפרט עצמו, שאינה עולה בקנה אחד עם הנסיבות;
- ה. חשדות חוזרים ונשנים, ללא הצדקה, ביחס לנאמנות המינית של בן הזוג או של השותף;
- ו. נטייה לחשיבות-עצמית מופרזת, המתבטאת בגישה של ייחוס מתמיד של אירועים בסביבה לעצמו;

- ז. עיסוק-יתר בפירושים "קוננטיניים" לא מבוטסים, המתאייססים לאירועים הנוגעים ישירות לחולה ולעולם בכלל;
- כולל: (הפרעה של) אישיות פרנואידית אקספנסיבית, קטאית, מתמרמרת ורגישה
- לא כולל: הפרעת דלזיונלית (F22.-)
סכיזופרניה (F20.-)

F60.1 הפרעת אישיות סכיזואידית

- זו הפרעת אישיות שמאפייניה הם:
- א. מעט מאוד פעילות, אם בכלל, גורמות הנאה;
- ב. קור רגשי, ניתוק ורגשיות שטוחה;
- ג. יכולת מוגבלת לבטא חמימות ורגשות רוך או כעס כלפי אחרים;
- ד. אדישות גלויה לעין הן לגבי שבחים והן ביחס לביקורת;
- ה. עניין מועט בחוויות מיניות עם אדם אחר (יש להתחשב בגיל החולה);
- ו. העדפה, כמעט קבועה, של פעילות הנעשית ביחידות;
- ז. עיסוק מופרז בדמיונות ובהסתכלות פנימית;
- ח. העדר חברים קרובים או יחסי אמן (או שיש רק קשר אחד) והעדר רצון בקשרים כאלה;
- ט. חוסר רגישות ניכר כלפי נורמות חברתיות שכיחות ומקובלות.
- לא כולל: תסמונת אספרגר (F84.5)
הפרעה דלזיונלית (F22.0)
הפרעה סכיזואידית של הילדות (F84.5)
סכיזופרניה (F20.-)
הפרעה סכיזופרנית (F21.-)

F60.2 הפרעת אישיות דיסוציאלית

- זו הפרעת אישיות שבדרך כלל מתבטאת באי התאמה בולטת בין ההתנהגות ובין הנורמות החברתיות המקובלות. מאפייניה הם:
- א. אטימות מוחלטת כלפי רגשותיהם של אחרים;

ב. גישה כוללת ומתמדת של חוסר אחריות ושל אי התייחסות לנורמות, לכללים ולחובות חברתיות;

ג. חוסר יכולת לקיים קשרים ממושכים, אם כי אין שום קושי לכוון אותם;

ד. סובלנות נמוכה מאוד לתסכול וסף נמוך למורקן תוקפנות, בכלל זה אלימות;

ה. אי יכולת לחוות אשמה ולהפיק תועלת מהניסיון, ובעיקר מעונש;

ו. נטייה בולטת להאשים אחרים או לחצוץ ביסוס הגיוני לכאורה להתנהגות שהובילה את החולה למאבק עם החברה.

יכולה להיות גם נטייה לרוגזנות מתמדת, כאפיון נלווה. הפרעת התנהגות (conduct) בילדות ובתקופת ההתבגרות, אף שאינן חייבות להיות נוכחות, מוסיפות תמיכה לאבחנה זו.

כולל: (הפרעה של) אישיות לא מוסרית, אנטי-סוציאלית, א-סוציאלית, פסיכופתית וסוציופתית

לא כולל: הפרעות התנהגות (conduct) (F91.-) הפרעת אישיות לא יציבה מבחינה רגשית (F60.3)

F60.3 הפרעת אישיות לא יציבה מבחינה רגשית

הפרעת אישיות שבה יש נטייה בולטת לפעול בצורה אימפולסיבית ללא התחשבות בתוצאות האפשריות, יחד עם אי יציבות רגשית ועם יכולת מועטה לתכנן מראש. התפרצויות זעם עצומות יכולות להוביל לאלימות או ל"פיצוצים התנהגותיים"; כשאחרים מבקרים או מסכלים מעשים אימפולסיביים של החולה, הם מחישים בנקל פיצוצים כאלה. להלן יוגדרו שתי צורות של הפרעת אישיות זו, החולקות אותם מאפיינים של אימפולסיביות והעדר שליטה עצמית.

F60.30 סוג אימפולסיבי

המאפיינים העיקריים הם: אי-יציבות רגשית והעדר שליטה על דחפים. התפרצויות אלימות והתנהגות מאיימת שכוחות מאוד, בעיקר כתגובה לביקורת של אחרים.

כולל: (הפרעה של) אישיות "מתפוצצת" ותוקפנית

לא כולל: הפרעת אישיות דיסוציאלית (F60.2)

F60.31 סוג גבולי

יש כמה מהמאפיינים של אי-יציבות רגשית; נוסף להם, הדימוי העצמי של החולה, מטרותיו והעדפותיו הפנימיות (כולל המיניות), לעתים קרובות אינם ברורים או מופרעים. על-פירוב, יש הרגשה כרונית של ריקנות. הנטייה להיות מעורב בקשרים עזים ולא יציבים עלולה להוביל למשברים רגשיים חוזרים ולהביא למאמצים

עצומים להימנע מגטישה, לרבות באמצעות איומים אובדניים ומעשים של פגיעה עצמית (אף שכל זה יכול להתרחש ללא שום גורם חיצוני מאץ הגלוי לעין).

כולל: (הפרעת) אישיות גבולית

F60.4 הפרעת אישיות היסטריונית

זו הפרעת אישיות שמאפייניה הם:

א. דרמטיזציה, תיאטרליות והבעת רגשות מוגזמת;

ב. סוגסטיביליות ונטייה להיות מושפע בקלות מאחרים או מהנסיבות;

ג. חיי רגש שטחיים ונתונים לתנודות;

ד. חיפוש מתמשך אחר ריגושים, הערכה מצד אחרים ופעילות שבה החולה יהיה במרכז העניינים;

ה. התנהגות מפתה שאינה הולמת;

ו. התעסקות יתרה בהופעה הגופנית.

אפיונים נלווים יכולים לכלול: אגוצנטריות, התעסקות עצמית מרובה, כמיהה מתמשכת להערכה, פגיעות רגשית גבוהה והתנהגות מניפולטיבית מתמדת לסיפוק הצרכים האישיים.

כולל: (הפרעת) אישיות היסטרית ופסיכואינפנטיליות

F60.5 הפרעת אישיות אנקסטית

זו הפרעת אישיות שמאפייניה הם:

א. תחושות של ספק כבד והחירות מופרזת;

ב. עיסוק יתר בפרטים, בחוקים, ברשימות, בסדר, בארגון או בלוחות זמנים;

ג. חתירה לשלמות (פרפקציוניזם) המפריעה בביצוע משימות;

ד. מסירות מופרזת, דקדקנות ועיסוק יתר בפרודוקטיביות, עד כדי הימנעות מהנאה ומקשרים בין אישיים;

ה. קפדנות מופרזת ודבקות במוסכמות חברתיות;

ו. נוקשות ועיקשות;

ה. עיסוק מתמיד בחשש שמא הקרובים אליו ינטשו אותו וחוא יצטרך לדאוג לעצמו;

ו. יכולת מוגבלת להחליט החלטות יום-יומיות ללא מידה מוגזמת של עצות וחיוזקים מאחרים.

אפיונים נוספים יכולים לכלול את תפיסת האדם את עצמו כחסר ישע, לא יעיל ונעדר כושר עמידה.

כולל: (הפרעה של) אישיות אסתנית, לא תואמת, פסיבית ותבוטתנית

F60.8 הפרעות אישיות ייחודיות אחרות

הפרעת אישיות שאינה מתאימה לכל הכותרות הייחודיות F60.7-F60.0.

כולל: (הפרעה של) אישיות מוזרה, "חסרת מעצורים", לא בשלה, נרקסיסטית, פסיבית-אגרסיבית ופסיכונאורוטית

F60.9 הפרעת אישיות, לא מסווגת

כולל: ניאורוזת אופי שאינה מסווגת במקום אחר
אישיות פתולוגית שאינה מסווגת במקום אחר

F61 הפרעות אישיות מעורבות ואחרות

קטיגוריה זו נועדה להפרעות אישיות ולחריגות שלעיתים קרובות מופיעות, אבל אינן מראות את דפוסי הסימפטומים הייחודיים המאפיינים את ההפרעות שתוארו ב-F60. כתוצאה מכך, לעיתים קרובות קשה לאבחן. שני סוגים מוגדרים כאן באמצעות הסימן הרביעי, וכל סוג אחר יקודד כ-F60.8.

F61.0 הפרעות אישיות מעורבות

כוללות אפיונים של כמה מההפרעות המתוארות ב-F60, אך ללא מערך בולט של סימפטומים שיאפשר אבחנה ייחודית יותר.

ז. התעקשות לא הגיונית של המטופל שאחרים ייכנעו לרצונו ויעשו הכל בדיוק בדרכו, או סירוב לא הגיוני להתיר לאחרים לעשות דברים מסוימים;

ח. חדירה של מחשבות ודחפים מתמידים ולא רצויים.

כולל: (הפרעה של) אישיות כפייתית וטורדנית
הפרעת אישיות כפייתית-טורדנית

לא כולל: הפרעה טורדנית-כפייתית (F42.-)

F60.6 הפרעת אישיות חרדתית (הימנעותית)

הפרעת אישיות שמאפייניה הם:

- תחושות כוללניות ומתמידות של חשש ושל מתח;
 - אמונת האדם שהוא אינו מתאים מבחינה חברתית, שאישיותו אינה מושכת או שהוא נחות לעומת אחרים;
 - עיסוק מוגזם באפשרות להיחשף לביקורת או לדחייה בנסיבות חברתיות;
 - אי רצון להתחבר עם אנשים, אלא אם האדם בטוח שיחבבו אותו;
 - הגבלות בסגנון החיים בשל הצורך בביטחון גופני;
 - הימנעות מפעילות חברתית או תעסוקתית הכרוכה בקשר בין-אישי משמעותי, בגלל חשש מביקורת, מגינוי או מדחייה.
- אפיונים נלווים יכולים לכלול רגישות יתר לדחייה או לביקורת.

F60.7 הפרעת אישיות תלותית

זו הפרעת אישיות שמאפייניה הם:

- עידוד הסובבים להחליט בשביל האדם את רוב ההחלטות החשובות בחייו;
- הכפפת הצרכים לצרכי האנשים שבהם הוא תלוי והיענות מופרזת למשאלותיהם;
- חוסר נכונות להציב אפילו את הדרישות ההגיוניות ביותר לאנשים שבהם הוא תלוי;
- הרגשה של חוסר ישע ואי נוחות כאשר האדם הסובל נמצא לבדו, בשל חשש מוגזם שמא הוא לא יוכל לדאוג לעצמו;

*F61.1 שינויי אישיות בעיתיים

אי אפשר לסווגם ב-F60 או ב-F62, והם נתפסים כמשניים לאבחנה עיקרית של הפרעת חרדה או הפרעה אפקטיבית.

לא כולל: הדגשה של תכונות אישיות (Z73.1)

F62

שינויי אישיות מתמידים שאינם נובעים מנזק או ממחלה מוחיים

קבוצה זו כוללת הפרעות של ההתנהגות והאישיות חבוגרת, המתפתחות אחרי חוויה קטסטרופלית או מתת ממושך, או אחרי מחלה נפשית קשה, אצל אנשים שלא סבלו מהפרעת אישיות קודם לכן. אבחנות אלה ייקבעו רק כשיש עדות לשינויים מוגדרים ומתמידים בדפוס התפיסה, ההתייחסות והחשיבה של האדם, ביחס לסביבה ולעצמו. השינוי באישיות צריך להיות בולט ומלווה בהתנהגות לא גמישה ולא מותאמת, שלא נראתה לפני שאירעה החוויה הפתוגנית. השינוי אינו צריך להיות ביטוי להפרעה נפשית או לסימפטום שרידי של הפרעה נפשית קודמת. שינויי אישיות מתמיד כזה נראה, לעתים קרובות, אחרי חוויה טראומטית חרסנית, אך עלול גם להתפתח כשריד של הפרעה נפשית חמורה, חוזרת או ממושכת. ייתכן קושי באבחנה בין שינויי אישיות נרכשים ובין חשיפה או חורפה של הפרעת אישיות קיימת, בעקבות לחץ, מתח או חוויה פסיכוטית. יש לאבחן שינויי אישיות מותמיד רק כשהוא מייצג דרך קיום שונה וקבועה, שאפשר למצוא את הסיבות לה בחוויה קיומית עמוקה וקיצונית שהפרט חווה בעבר. אין לקבוע אבחנה זו כשהפרעת האישיות היא נשנית לנזק או למחלה מוחיים (במקרה כזה יש להשתמש בקטיגוריה F07.0).

לא כולל: הפרעות התנהגות ואישיות הנובעות מנזק, ממחלה או מתפקוד לקוי של המוח (F07.-)

F62.0

שינויי אישיות מתמיד אחרי חוויה קטסטרופלית

שינויי אישיות מותמיד יגרם לחיל אחרי חוויה של דחק קטסטרופלי. מצב הדחק צריך להיות קיצוני עד כדי כך שיש צורך להתחשב בפגיעות קודמות של האישיות,

* קוד זה שלו ארבעה סימני זיהוי כגון: ICD-10 של (F) של ICD-10.

כדי להסביר את השפעתו העמוקה עליה. הדוגמאות הוללות חוויות של מחנות ריכוז, עינויים, אסונות וחשיפה ממושכת לנסיבות של זיכרון חיים (כמו חוויה של בני ערובה ושל שהייה ממושכת בשבי, שבהם מוות הוצא בגדר אפשרות ממשית). הפרעת דחק פוסט-טראומטית (F43.1) יכולה להקדים סיג זה של שינויי אישיות, שייראה אז כתוצאה כרונית ולא-הפיכה של הפרעת דחק. במקרים אחרים יכול להתפתח שינוי אישיות מתמיד המתייחס לתיאור שלהלן, ללא שלב ביניים גלוי של הפרעת דחק פוסט-טראומטית. מכל מקום, אין לכלול בקטיגוריה זו שינויי אישיות ארוך-טווח עקב חשיפה קצרת-מועד לנאורע שיש בו סכנת-חיים, כמו תאונות דרכים. זאת מאחר שמתקד עדכני מראה שהתפתחות כזו תלויה בפגיעות נפשית קודמת.

הנחיות לאבחנה

השינוי באישיות צריך להיות מתמיד ולחכתבטא בקווים לא גמישים ולא מותאמים, הפוגמים בתפקוד הבין אישי, החברתי והתעסוקתי. בדרך כלל יש לקבל אישור לשינוי באישיות מאדם קרוב ומרכזי בחיי החולה. כדי לקבוע אבחנה זו, יש לבסס את נוכחותם של התאפיינים הבאים שלא נצפו קודם לכן, כמו:

- גישה עוינת וחשדנית כלפי העולם;
- נסיגה חברתית;
- תחושות של ריקנות וחוסר ישע;
- הרגשה כרונית של "הליכה על פי התהום", כאילו קיים אינט קבוע;
- ניכור.

השינוי באישיות צריך להיות נוכח במשך שנתיים לפחות וצריך להיות כזה שאי אפשר לייחסו להפרעת אישיות או להפרעה נפשית קודמת, חוץ מהפרעת דחק פוסט-טראומטית (F43.1). יש לשלול קיומם של נזק מוחי או מחלה מוחית, העלולים להתבטא בצורה דומה מבחינה קלינית.

כולל: שינוי באישיות לאחר שהות במחנה ריכוז, אסונות, שבי ממושך עם סכנה מתמדת של הוצאה להורג, חשיפה ממושכת למצבים מסכנת-חיים כמו חיות האדם קורבן של טרוריות או של עינויים

לא כולל: הפרעת דחק פוסט-טראומטית (F43.1)

F62.1 שינוי אישיות מתמיד אחרי מחלה נפשית

שינוי אישיות הנובע מחוויה טראומטית של סבל ממחלה נפשית חמורה. אי אפשר להסביר את השינוי בהפרעת אישיות קודמת, ויש להבחין בינו وبين סכיזופרניה שרידית ומצבים אחרים של החלמה לא שלמה ממחלת נפש קודמת.

הנחיות לאבחנה

השינוי באישיות צריך להיות מתמיד ולהתבטא כדפוס לא גמיש ולא מסתגל של חוויה ותפקוד, המוביל לבעיות בתפקוד בין-אישי, חברתי ותעסוקתי ולמצוקה אישית. יש לוודא שלא הייתה הפרעת אישיות קודמת המסבירה את השינוי באישיות, ואין לבסס את האבחנה על סימפטום שרידי של הפרעה נפשית קודמת.

השינוי באישיות מתפתח אחרי החלמה מהפרעה נפשית, אשר נחוותה רגשית כדחק קיצוני המערער את הדימוי העצמי של החולה. גישותיהם או תגובותיהם של אחרים כלפי החולה לאחר המחלה חשובות לקביעה ולחזיון של תפיסת החולה את עצמו. אי אפשר להבין במלואו סוג זה של שינוי אישיות, בלי להתחשב בחוויה הרגשית הסובייקטיבית, באישיות הקודמת, ביכולת ההסתגלות ובנקודות תורפה ייחודיות.

עדות אבחנתית לסוג כזה של שינוי אישיות צריכה לכלול את האפיונים הקליניים הבאים:

- א. תלות מופרזת באחרים וגישה תובענית כלפיהם;
 - ב. שכנוע פנימי של האדם ביחס לשינוי שחל בו או לאות הקלון שהוטבע בו בשל המחלה שעבר, המוביל לבידוד חברתי ולא-יכולת ליצור ולקיים יחסי אמון אישיים קרובים;
 - ג. פסיביות, צמצום תחומי ההתעניינות והפחתת המעורבות בפעילות פנאי;
 - ד. תלונות מתמידות על היות האדם חולה, העשויות להיקשר לתלונות היפוכונדריות ולהתנהגות של חולי;
 - ה. מצב רוח דיספורי או לא יציב, שאינו תוצאה של הפרעה נפשית קיימת או של הפרעה נפשית קודמת עם סימפטומים אפקטיביים שרידיים;
 - ו. פגימה משמעותית בתפקוד החברתי והתעסוקתי בהשוואה למצב שקדם למחלה.
- הביטויים שתוארו הייבים להתקיים במשך שנתיים לפחות. אי אפשר לייחס את השינוי לזקק מוחי או למחלה מוחית. אבחנה קודמת של סכיזופרניה אינה מונעת אבחנה זו.

F62.8 שינוי אישיות מתמידים אחרים

כולל: שינוי אישיות מתמידים אחרים אחרי חוויות שלא נזכרו ב-F62.0 או ב-F62.1, כמו תסמונת אישיות של כאב כרוני ושינוי אישיות מתמיד אחרי אבל.

F62.9 שינוי אישיות מתמיד, לא מסווג

F63 הפרעות של הרגלים ושל דחפים

קטיגוריה זו כוללת הפרעות התנהגות מסוימות שאינן מסווגות במדורים אחרים. הן מתאפיינות במעשים חוזרים ונשנים ללא מניע הגיוני ברור, שבדרך כלל פוגעים באינטרסים של החולה ושל אנשים אחרים. האדם מדווח שהתנהגותו קשורה לדחפים שאינם נשלטים לביצוע הפעילות. הגורמים למצבים אלה אינם מובנים; הפרעות אלה מקובצות יחד בשל הדמיון הכללי בתיאורן, ולא משום שיש להן אפיונים משותפים משמעותיים אחרים. מוסכם שהרגלי שימוש מופרזים באלכוהול או בסמים (F19-F10) והפרעות של דחפים והרגלים הקשורים להתנהגות מינית (F65-) או לאכילה (F52-), לא ייכללו בקטיגוריה זו.

F63.0 הימור פתולוגי

ההפרעה מורכבת מאפיזודות תכופות וחוזרות של הימורים, השולטות בחיי הפרט עד כדי פגיעה בערכים ובמחויבויות החברתיים, התעסוקתיים, החומריים והמשפחתיים שלו.

הסובלים מהפרעה זו עלולים לסכן את מקור פרנסתם, להסתבך בחובות כבדים, לשקר ולהפר את החוק, כדי להשיג כסף או להתחמק מתשלום חובות. הם מתארים דחף עצום ולא ניתן לכיבוש, לחמר, יחד עם עיסוק-יתר במחשבות ובדימויים הסובבים סביב מעשה ההימור והנסיבות הכרוכות בו. העיסוק והדחפים האלה גוברים לפרקים במצבי דחק.

ההפרעה מכונה גם "הימור כפייתי", אבל מונח זה פחות מתאים, משום שהתנהגות זו אינה כפייתית מבחינה טכנית, כשם שההפרעה אינה קשורה לניאורוזה טורדנית-כפייתית.

הנחיות לאבחנה

האפיון החיוני לאבחנה זו הוא הימור חוזר בקביעות, המתמשך ולעתים אף גובר, למרות התוצאות החברתיות השליליות הנודעות לו, כמו: התרוששות, פגיעה בקשרים המשפחתיים והפרעה בחיים האישיים.

כולל: הימור כפייתי

אבחנה מובדלת: יש להבדיל בין הימור פתולוגי ובין:

- הימור והתערבות (Z72.6) (הימורים תכופים לצורך הריגוש או בניסיון להרוויח כסף; אנשים המשתייכים לקטיגוריה זו מסוגלים לבלום את ההרגל שלהם כשהם צריכים להתמודד עם הפסדים כבדים או עם תוצאות שליליות אחרות);
- הימורים מופרזים אצל חולים מנייים (F30.-);
- הימור של בעלי אישיות סוציופתית (F60.2) (אישיות הסובלת מהפרעה מתמדת רחבה יותר של התנהגות חברתית, המתבטאת במעשים תוקפניים או באופנים אחרים המפגינים חוסר אכפתיות לשלומם ולרגשותיהם של אנשים אחרים).

F63.1 הצתה פתולוגית (פירומניה)

ההפרעה מתאפיינת בניסיונות או במעשי הצתה רבים של רכוש או של חפצים אחרים, ללא מניע ברור; ובעיסוק מתמיד בכל הקשור לאש ולשריפות. ייתכן גם עניין חריג במכבי אש, בציוד ללחימה בשריפות, בהקשרים אחרים של שריפות וכן בתזעקת השירות לכיבוי האש.

הנחיות לאבחנה

האפיונים החיוניים הם:

- הצתות חוזרות ונשנות ללא מניע ברור כמו: רוח כספי, נקמה או קיצוניות פוליטית;
- עניין עצום בצפייה באש בוערת;
- דיווח על מתח גובר לפני פעולת ההצתה ועל התרגשות עצומה מייד אחרי שהפעולה בוצעה.

אבחנה מובדלת: יש להבחין הצתה פתולוגית מהמקרים הבאים:

- הצתה מכוונת ללא הפרעה פסיכיאטרית גלויה (במקרים

כאלה יש מניע ברור) (Z03.2, הסתכלות בשל חשד להפרעה נפשית);

- הצתה על ידי אדם צעיר הסובל מהפרעת התנהגות (F91.1), שבה יש עדויות להתנהגויות מופרעות כמו: גניבה, תוקפנות או היעדרות מבית הספר;
- הצתה על ידי אדם מבוגר בעל הפרעת אישיות סוציופתית (F60.2), שבה יש עדויות להפרעה מתמדת אחרת בהתנהגות חברתית כמו: תוקפנות או סימנים אחרים המעידים על חוסר אכפתיות לענייניהם ולרגשותיהם של אנשים אחרים;
- הצתה במסגרת סכיזופרניה (F20.-), כשהצתות הן בגדר תגובה טיפוסית למחשבות שווא או לציווי של קולות נהזים;
- הצתה במסגרת הפרעות נפשיות אורגניות (F09-F00), כשהצתות הן מקריות כתוצאה מבלבול, מהפרעה בזיכרון, מהעדר עירנות לתוצאות המעשה או מצירוף של כל אלה.

שטיין או מצבים אורגניים חריפים יכולים להוביל להצתה בגלל רשלנות; סיבות נוספות הן שכרות חריפה, אלכוהוליזם כרוני או הרעלה מסמים אחרים (F19-F10).

F63.2 גניבה פתולוגית (קלפטומניה)

ההפרעה מתאפיינת בכישלונות חוזרים להתנגד לדחפים של גניבת חפצים שאינם דרושים לשימוש אישי או למטרת רווח כלכלי. החולה יכול להיפטר מהם, למסרם או לאגור אותם, במקום להשתמש בהם.

הנחיות לאבחנה

לפני ביצוע המעשה גוברת תחושת המתח, ובמהלך הגניבה ומייד לאחריה יש תחושת סיפוק. אף שבדרך כלל מנסה החולה להסתיר את הגניבה, הוא אינו מנצל את כל ההזדמנויות לכך. הגניבה היא פעולה שהאדם מבצע לבדו ללא שותפים. הפרט יכול לבטא חרדה, עוגמת נפש ואשמה בין אפיזודות של גניבה מחנויות (או ממקומות אחרים), אבל אין בכך כדי למנוע את השנות המעשה. מקרים, המתאימים לתיאור זה בלבד ואינם משניים לאחת מההפרעות המפורטות להלן, הם נדירים.

אבחנה מובדלת: יש להבחין בין גניבה פתולוגית ובין המקרים הבאים:

- גניבה חוזרת מחנויות, ללא הפרעה פסיכיאטרית גלויה, כשמעשי הגניבה מתוכננים בקפידה ויש מניע בולט של רווח אישי (Z03.2, הסתכלות בשל חשד להפרעה נפשית);
- הפרעה נפשית אורגנית (F09-F00), כשהחולה שוכח שוב ושוב

לשלם תמורת קניותיו, כתוצאה מהפרעה בזיכרון ומסוגים אחרים של הידרדרות שכלית;
ג. הפרעה דיכאונית עם גניבה (F33-F30); לפעמים, אנשים מדוכאים גונבים ועלולים להמשיך בכך כל זמן שההפרעה הדיכאונית נמשכת.

F63.3 מריטת שערות (טריכוטילומניה)

הפרעה המתאפיינת באובדן שיער בולט, כתוצאה מהכישלון לשלוט בדחף למרוט שערות. לפני מריטת השערות בדרך כלל גובר המתח, ואחרי המעשה באה תחושת הקלה או סיפוק. אין לקבוע אבחנה זו במצב של דלקת עור, או כשמריטת השערות היא תגובה למחשבת-שווא או להזיה.

לא כולל: הפרעות תנועה סטראוטיפיות עם מריטת שיער (F98.4)

F63.8 הפרעות אחרות של הרגלים ושל דחפים

יש להשתמש בקטגוריה זו לסוגים אחרים של התנהגויות חוזרות לא מתאימות, שאינן משניות לתסמונת נפשית מוכרת, ושחל בהן כישלון מתמיד בניסיון לשלוט בדחפים למימוש אותה התנהגות. יש תקופה מקדימה של מתח לפני ביצוע הפעולה, ותחושת שחרור אחרי מימושה.

כולל: הפרעת (התנהגות) "מתפוצצת" לסירוגין

F63.9 הפרעת הרגל או דחף, לא מסווגת

F64 הפרעות בזהות המינית

F64.0 טרנס-סקסואליזם

רצון עז להיות ולהתקבל כבן המין השני, המלווה, בדרך כלל, בתחושה של אי נוחות או של אי התאמה עם המין האנטומי של עצמו, ושאיפה לעבור טיפול הורמונלי וכירורגי כדי להתאים את הגוף ככל האפשר למין המועדף.

הנחיות לאבחנה

כדי לקבוע אבחנה זו יש לוודא שהזהות הטרנס-סקסואלית קיימת שנתיים לפחות, ושאינן היא סימפטום של הפרעה נפשית אחרת כמו סכיזופרניה, ואף לא קשורה בחריגות בן-מיניות, גנטית או של כרומוזומי המין.

F64.1 טרנסווסטיזם עם תפקיד כפול

לבישת בגדים של בני המין השני בתקופות מסוימות בחיי הפרט, כדי ליהנות מהתחושה הזמנית של השתייכות למין השני, אך ללא שאיפה לשינוי מין קבוע או לתיקון כירורגי. לבישת הבגדים אינה מלווה בהתעוררות מינית ובכך נבדלת מהפרעה מטרנסווסטיזם פטישיסטי (F65.1).

כולל: הפרעה בזהות המינית של תקופת ההתבגרות ושל הבגרות, מסוג לא טרנס-סקסואלי

לא כולל: טרנסווסטיזם פטישיסטי (F65.1)

F64.2 הפרעה בזהות המינית בתקופת הילדות

הפרעות שבדרך כלל מתגלות במהלך הילדות המוקדמת (ותמיד לפני הבגרות המינית) ומתאפיינות במצוקה עזה מתמדת ביחס למין של עצמו, יחד עם שאיפה להיות בן המין השני (או התעקשות שהוא/היא שייכים למין האחר). יש עיסוק מתמיד בלבוש ובפעילות של בני המין השני והתכחשות של החולה למינו. הפרעות אלה אינן שכיחות יחסית ואין לבלבלן עם המצב השכיח יותר של התנהגות שאינה מקובלת כמתאימה לתפקיד המיני. אבחנת ההפרעה דורשת עדות להפרעה עמוקה בתחושה התקינה של זכריות או נקביות; אין די בחיקוי התנהגות הנערים אצל בנות, ובנטיית נשיות אצל בנים. אי אפשר לקבוע אבחנה זו לאחר הגיע הילדה לבגרות מינית.

מאחר שהפרעה בזהות המינית בתקופת הילדות חולקת אפיונים משותפים עם הפרעות זהות אחרות המתוארות בחלק זה, היא סווגה ב-F64 ולא ב-F98-F90.

הנחיות לאבחנה

האפיון האבחוני העיקרי הוא שאיפתו המתמדת של הילד להשתיך (או התעקשות שהיא או הוא שייכים) למין השני, יחד עם דחייה עזה של ההתנהגות, התכונות וראו הלבוש המתאימים למינו. באופן טיפוסי מתבטאת ההפרעה לראשונה בשנים שלפני בית-הספר; כדי לקבוע אבחנה זו, צריכה ההפרעה להופיע, כאמור, לפני הבגרות המינית. אצל שני המינים תיתכן התכחשות למבנה האנטומי של בני מינם, אבל זה

לא כולל: אוריינטציה מינית אגודיסטונית (F66.1)
הפרעה בבשלות מינית (F66.0)

F64.8 הפרעות אחרות בזהות המינית

F64.9 הפרעה בזהות המינית, לא מסווגת

כולל: הפרעה בתפקיד המיני, שאינה מסווגת במקום אחר

F65 הפרעות בהעדפה המינית

כולל: פראפיליות

לא כולל: בעיות הקשורות לאוריינטציה מינית (F66.-)

F65.0 פטישיזם

תלות בחפצים דוממים כגירוי לעוררות מינית ולסיפוק מיני. רבים מהחפצים האלה הם מעין שלוחות של גוף האדם, כמו אבזרי לבוש והנעלה. דוגמאות שכיחות אחרות מתאפיינות במרקם מיוחד כמו: גומי, פלסטיק או עור. החפצים האלה שונים במידת תשיבותם לפרט: במקרים אחדים, הם משמשים רק להגברת העוררות המינית המושגת בדרכים רגילות (למשל, כשבת חזוג לובשת בגד מסוים).

הנחיות לאבחנה

אבחנה של פטישיזם תיקבע רק כשהחפצים הפטישיסטיים הם המקור החשוב ביותר לעוררות מינית, או כשהם חיוניים להשגת סיפוק מיני.

פנטסיות פטישיסטיות הן שכיחות, אבל אין די בהן לאבחנה של הפרעה זו, אלא אם הן מובילות לטקסים כפייתיים ולא מקובלים, המחבלים במגע המיני וגורמים לפרט מצוקה.

פטישיזם מוגבל, כמעט באורח בלעדי, לגברים.

ביטוי לא שכיח ואפילו נדיר, של הפרעה זו. באורח אופייני, מכחישים ילדים עם הפרעה בזהות המינית את העובדה שהם מוטרדים מבעיה זו, אף שהם עלולים לחוש מצוקה בשל העימות עם ציפיות המשפחה והחברים כלפיהם, ובגלל חשיפתם לדחייה ולהקנטות.

ידוע לנו יותר על ההפרעה בקרב ילדים מאשר בין ילדות. באופן טיפוסי, מהשנים שלפני גיל בית-הספר וחלפה, עסוקים הבנים במשחקים ובפעילות שבאופן סטראוטיפי קשורים לבנות, ותינתן גם העדפה של בגדי ילדות או נשים. בכל אופן, לבישת בגדים של המין השני אינה גורמת התעוררות מינית (שלא כמו טרנסוסטיזם פטישיסטי אצל בוגרים F65.1). אצל ילדים כאלה תיתכן שאיפה עזה להשתתף במשחקים ובבילויים של ילדות; בובות הן בדרך כלל הצעצועים החביבים עליהם, והם מעדיפים בקביעות שחבריהם למשחק יהיו ילדות. נידוי חברתי שלהם מופיע בדרך כלל בשנים המוקדמות של בית-הספר, ומגיע לשיאו באמצע תקופת הילדות, אז הוא מלווה הקנטות משפילות מצד בנים אחרים. תיתכן הפחתה בהתנהגות נשית מודגשת במהלך תקופת ההתבגרות המוקדמת, אך מחקרי מעקב הראו שבין שליש לשני שליש מהילדים שסבלו מהפרעה זו בזהות המינית הפגינו נטיות הומוסקסואליות במהלך ההתבגרות ולאחריה. בכל אופן, רק מעטים מפגינים טרנס-סקסואליזם בבגרותם (אף שרוב הבוגרים הטרנס-סקסואליים מדווחים על בעיות בזהות המינית במהלך ילדותם).

במדגמים קליניים נמצא שהפרעות בזהות המינית שכיחות פחות בקרב ילדות לעומת ילדים, אך לא ידוע אם נשמר אותו יחס בין המינים גם באוכלוסייה הכללית.

אצל בנות, כמו אצל בנים, יש בדרך כלל ביטוי מוקדם של עיסוק-יתר בהתנהגויות סטראוטיפיות הקשורות לבני המין השני. באופן טיפוסי ילדות עם הפרעות כאלה מעדיפות חברת ילדים ומגלות עניין מיוחד בספרות ובמשחקי כוח נוקשים. הן אינן מתעניינות בבובות או בתפקידים הנשיים במשחקים כמו "אבא ואמא", או במשחק הדמיה של "בית". הנטייה לנידוי חברתי פחות בולטת לעומת המצב אצל בנים, אך גם ילדות עלולות לסבול מהקנטות בתקופת הילדות המאוחרת או במהלך ההתבגרות. רוב הנערות זונחות את ההתעקשות המוגזמת להתנהג כבנים ולהתלבש כמוהם, אך יש בהן השומרות על זהות גברית ובבגרותן מגלות נטיות הומוסקסואליות.

לעיתים נדירות הפרעה בזהות המינית קשורה לדחייה עקבית של המבנה האנטומי של המין המולד. אצל נערות מתבטאת התופעה בהכרזות חוזרות שיש להן או שהן יגדלו פין, בדחייה של השתנה בשיבה, או בהצהרה שאין הן רוצות שהחזה שלהן יגדל או שתהיה להן וסת. אצל נערים מתבטא הדבר בהכרזות חוזרות שהם יגדלו להיות נשים, ושהפין והאשכים מעוררים סלידה ושהם ייעלמו, ואו שייטב להם ללא פין ואשכים.

F65.1 טרנסווסטיזם פטישיסטי

לבישת בגדים של המין השני, בעיקר כדי להשיג עוררות מינית.

הנחיות לאבחנה

הפרעה זו נבדלת מפטישיזם במובן זה שהביגוד משמש לא רק לעוררות מינית, אלא כדי ליצור את ההופעה החזותית של בן המין השני. בדרך כלל נעשה שימוש ביותר ממלבוש אחד, לפעמים במערכת שלמה הכוללת גם פיה ואיפור מתאימים.

טרנסווסטיזם פטישיסטי שונה מטרנסווסטיזם טרנס-סקסואלי בהקשרו הברור לעוררות המינית, ובשאיפה העזה לפשוט את הבגדים מייד אחרי הארגומה וירידת העוררות המינית. בדרך כלל מדווחים הטרנס-סקסואלים על עבר של טרנסווסטיזם פטישיסטי, שכנראה מייצג במקרים אלה שלב בהתפתחות הטרנס-סקסואליזם.

כולל: פטישיזם טרנסווסטי

F65.2 אקסהיביציוניזם (התערטלות בפומבי)

נטייה חוזרת או מתמדת לחשוף את איברי המין לפני זרים (בדרך כלל בני המין השני) או לפני אנשים במקומות ציבוריים, ללא כוונה או רצון ליצור מגע קרוב. בדרך כלל, אם כי לא תמיד, מלווה החשיפה בעוררות מינית ולעתים קרובות גם באוננות. נטייה זו יכולה להופיע רק בזמני דחק רגשי או במשברים, שיש ביניהם תקופות ארוכות ללא התנהגות גלויה כזו.

הנחיות לאבחנה

אקסהיביציוניזם מוגבל כמעט לחלוטין לגברים הטרנססקסואליים, החושפים עצמם לפני נשים בוגרות או מתבגרות, בדרך כלל ממרחק בטוח במקום ציבורי. לאחדים האקסהיביציוניזם הוא הביטוי המיני היחיד, ואילו אחרים ממשיכים בהרגל זה בד בבד עם תיי מין פעילים במסגרת יחסים ארוכיים, אף שהדחף להחשיפה נעשה דוחק יותר בעתות משבר ביחסים אלה. רוב האקסהיביציוניסטים מוצאים שהדחפים שלהם אינם בני שליטה ומנוגדים לאגו. אם העד למעשה החשיפה נראה מזועזע, מפורד או מתרשם, העוררות המינית של האקסהיביציוניסט לרוב גוברת.

F65.3 ויריזם (מציצנות)

נטייה חוזרת או מתמדת לצפות באנשים העוסקים בפעילות מינית או אינטימית כמו התפשטות. הדבר מוביל, בדרך כלל, לעוררות מינית ולאוננות, בלא שהאנשים הנצפים יהיו ערים לכך.

F65.4 פדופיליה (משיכה מינית לילדים)

העדפה מינית כלפי ילדים, בדרך כלל בגיל שלפני ההתבגרות המינית או בתחילתה. פדופילים אחדים נמשכים רק לילדות, אחרים רק לילדים וחלקם מגלים עניין בשני המינים.

רק בנדיר אפשר לזהות פדופיליה אצל נשים. מגעים בין בוגרים ובין מתבגרים בשלים מבחינה מינית אינם מקובלים מבחינה חברתית, בעיקר כשהמשתתפים הם מאותו מין, אך אלה אינם בהכרח קשורים לפדופיליה. אירוע יחיד, בעיקר כשהיזום הוא בעצמו מתבגר, אינו מספיק לביסוס נוכחות של נטייה מתמדת או שלטת, כנדרש לקביעת האבחנה. בקטיגוריה של פדופילים נכללים גם אנשים המעדיפים שותפים מיניים בוגרים, אך בשל היותם מתוסכלים באופן ממושך מחוסר המגעים הרצויים להם, הם פונים בקביעות לילדים כאל תחליף. אנשים המתעללים מינית בילדיהם (שטרם הגיעו לבגרות מינית), נוטים לעתים להתקרב גם לילדים אחרים, אך בכל אחד משני המקרים מצביעה התנהגותם על פדופיליה.

F65.5 סדומזוכיזם

העדפה של פעילות מינית חכרוכה בקשירה, בגרימת כאב או השפלה. אם הפרט מעדיף להיות זה המקבל גירויים כאלה התופעה מכונה מזוכיזם; אם הוא הגורם אותם — סדיזם. לעתים קרובות משיג הפרט עוררות מינית הן מפעילות סדיסטית והן מפעילות מזוכיסטית.

דרגות קלות של גרייה סדומזוכיסטית משמשות ברגיל להגברת פעילות מינית תקינה. יש להשתמש בקטיגוריה זו רק אם הפעילות הסדומזוכיסטית היא המקור החשוב ביותר של גרייה, או שהיא חיונית לסיפוק מיני.

לפעמים קשה להבחין בין סדיזם מיני ואכזריות במצבים מיניים ובין זעם שאינו קשור לאירוטיקה. במצבים שהאלימות חיונית לעוררות אירוטית, אפשר לבסס את האבחנה בבירור.

כולל: מזוכיזם
סדיזם

F65.6 הפרעות מרובות של העדפה מינית

לפעמים חלות באותו אדם כמה הפרעות של העדפה מינית ואין לאף אחת קדימות לעומת האחרות. הצירוף השכיח ביותר הוא פטישיזם, טרנסווסטיזם וסדומזוכיזם.

F65.8 הפרעות אחרות של העדפה מינית

ייתכן מגוון של דפוסים אחרים של העדפה ופעילות מינית, שכל אחד מהם אינו שכיח באופן יחסי. בכלל זה פעולות כמו: שיחות טלפון גסות, התחככות באנשים במקומות ציבוריים הומי אדם כדי להשיג גירוי מיני (פרוטוריוזם), פעילות מינית עם בעלי חיים, שימוש בחנק או באנוקסיה להגברת העוררות המינית והעדפת שותפים בעלי מום אנטומי מיוחד, כמו למשל גפה קטועה.

ההתנהגויות האירוטיות שונות מדי ורבות מהן מזירות מדי או מיותרות (אידיוסינקרטיות), מכדי שיצדיקו הקצאת מינות נפרד לכל אחת מהן. בליעת שתן, מריחת צואה, זקירת העורלה או הפטמות, הן רק חלק מפרטואר ההתנהגויות בסדומזוכיזם. טקסי אוננות מסוגים שונים שכיחים, אבל ההרגלים הקיצוניים יותר, כמו החדרת חפצים לפי הטבעת או לפתח השופכה או תניקה עצמית חלקית, מצטברים לחריגות כשהם תופסים את מקומם של מגעים מיניים רגילים. גם נקרופיליה יש לקודד בקטגוריה זו.

כולל: פרוטוריוזם
נקרופיליה

F65.9 הפרעה של העדפה מינית, לא מסווגת

כולל: סטייה מינית שאינה מסווגת במקום אחר

F66 הפרעות נפשיות והתנהגויות הקשורות להתפתחות ולאוריינטציה מינית

הערה: העדפה מינית בלבד אינה נחשבת להפרעה.

הקודים הבאים, בני חמישה סימנים, יכולים לשמש לציון וריאציות של ההתפתחות או ההעדפה, העשויות להיות בעייתיות לאדם:

F66.x0 הטרוסקסואליות

F66.x1 הומוסקסואליות

F66.x2 בייסקסואליות

יש להשתמש בסעיף זה רק כשיש עדות ברורה למשיכה מינית כלפי שני המינים.

F66.x8 אחרת, בכלל זה בגיל שלפני הבגרות המינית

F66.0 הפרעה בבשלות המינית

הפרט סובל מאי ודאות לגבי זהותו/ה או נטייתו/ה המינית, וזה מעורר חרדה או דיכאון. לעתים שכיחות ביותר חלה ההפרעה במתבגרים שאינם בטוחים אם הם הומוסקסואלים, הטרוסקסואלים או בייסקסואלים, או אצל כאלה שאחרי תקופה ארוכה של אוריינטציה מינית יציבה, לרוב ביחסים ארוכייטווח, מגלים שנטייתם המינית משתנה.

F66.1 אוריינטציה מינית אגודיסטונית

הזהות או ההעדפה המינית אינן מוטלות בספק, אך הפרט רוצה שהן יהיו שונות, בשל הפרעות נפשיות והתנהגויות נלוות, והוא מבקש טיפול כדי לשנות את המצב.

F66.2 הפרעה בקשרים מיניים

החריגה בזהות או בהעדפה המינית אחראית לקשיים ביצירת קשרים עם השותף המיני ובשמירתם.

F66.8 הפרעות אחרות בהתפתחות פסיכוסקסואלית

F66.9 הפרעת התפתחות פסיכוסקסואלית, לא מסווגת

F68 הפרעות אחרות של האישיות ושל ההתנהגות הבוגרת

כולל: תסמונת "קפצן" בתי החולים
תסמונת מינכהאוזן
החולה הנודד

לא כולל: תסמונת התינוק או הילד המוכה שאינה מסווגת במקום אחר (T74.1)
דרמטיזיס מוזיק (L98.1)
התחלות (אדם המזייף מחלה) (Z76.5)
תסמונת מינכהאוזן באמצעות דמות קרובה (by proxy), (ניצול ילדים) (T74.8)

F68.8 הפרעות מסווגות אחרות של האישיות וההתנהגות הבוגרת

קטיגוריה זו משמשת לקידוד כל הפרעה ייחודית אחרת של האישיות וההתנהגות הבוגרת, שאי אפשר לסווגה במסגרת אחת מהכותרות הקודמות.

כולל: הפרעת אופי שאינה מסווגת במקום אחר
הפרעה במערכת היחסים, שאינה מסווגת במקום אחר

F69 הפרעה לא מסווגת של האישיות וההתנהגות הבוגרת

בקוד זה יש לחשתמש רק כמפלט אחרון, כשאפשר להניח שקיימת הפרעה של האישיות או ההתנהגות הבוגרת, אבל חסר מידע שיאפשר קביעת אבחנה של קטיגוריה ייחודית.

F68.0 הופעת סימפטומים גופניים מסיבות פסיכולוגיות

סימפטומים גופניים, שהם תוצאה של הפרעה, מחלה או ליקוי גופניים, נעשים מוגזמים או מתמשכים בגלל מצבו הנפשי של החולה. מתפתחת תסמונת ההתנהגותית של חיפוש אחר תשומת לב (היסטריונית), העלולה לכלול תלונות נוספות (בדרך כלל לא ייחודיות) שאינן גופניות במקורן. לרוב חש החולה מצוקה בגלל הכאב או הנכות, ולעתים קרובות הוא טרוד בדאגות שאפשר להצדיקן, ביחס לאפשרות שהכאב או הנכות יחמירו וימשכו זמן רב. אי שביעות רצון מתוצאות הטיפולים או הבדיקות, או אכזבה מתשומת הלב האישית שהוא זוכה לה במחלקה או במרפאה, יכולות גם כן לחוות גורם מניע. מקרים אחדים מונעים בבירור על ידי אפשרות של פיצוי כספי לאחר תאונות או פגיעות, אבל התסמונת אינה נעלמת בהכרח, אפילו אחרי סיומו של תהליך משפטי מוצלח.

כולל: ניאורוזת פיצויים

F68.1 יצירה מכוונת או בידוי של סימפטומים או נכויות, גופניים או נפשיים (הפרעה של זיוף, factitious disorder)

בהעדר הפרעה גופנית או נפשית או נכות כלשהי, הפרט בודה סימפטומים באופן עקבי וחוזר. אם אלה סימפטומים גופניים, הם יכולים להרחיק לכת עד כדי פגיעה עצמית בצורה של התכים או גירוד עד לדימום, או הזרקה עצמית של חומרים רעילים. תחיקוי של הכאב וההתעקשות על קיומו של דימום עלולים להיות משכנעים ועקביים עד כדי כך שבדיקות רבות וניתוחים חוזרים יתבצעו בתי החולים ובמרפאות, אף שתמיד מתקבלים ממצאים שליליים.

המניע להתנהגות זו נותר כמעט תמיד נסתר, ומשערים שהוא פנימי. יש להתייחס למצב זה כאל הפרעת התנהגות של חולי וכאל הפרעה בתפקוד החולה. אנשים המדגימים דפוסי התנהגות כאלה מראים, בדרך כלל, סימנים רבים נוספים לחריגות בולטות אחרות באישיות ובמערכות היחסים.

התחלות (finalingering), המוגדרת כיצירה מכוונת או כזיוף של סימפטומים או של ליקויים גופניים ונפשיים המונעים מלחצים או מתמריצים חיצוניים, תקודד ב-276.5 של ICD-10 ולא באחת מהקטיגוריות בפרק זה. המניעים החיצוניים השכיחים להתחלות כוללים: התחמקות מתביעה פלילית, השגת סמים לא חוקיים, הימנעות מגיוס לצבא או משירות צבאי מסוכן וניסיונות להשיג הטבות בשל מחלה או שיפור בתנאי המחיה כמו מגורים. התחלות נפוצה יחסית בסביבה צבאית או משפטית ושכיחה פחות בתיים האזרחיים הרגילים.

F70 — F79 פיגור שכלי

סקירה

F70 פיגור שכלי קל (mild)

F71 פיגור שכלי בינוני (moderate)

F72 פיגור שכלי קשה (severe)

F73 פיגור שכלי עמוק (profound)

F78 פיגור שכלי אחר

F79 פיגור שכלי לא מסווג

אפשר להשתמש בסימן רביעי כדי לסווג את מידת הפגימה
ההתנהגותית הנלווית.

F7x.0 אין פגימה בהתנהגות או שהפגימה מזערית

F7x.1 פגימה משמעותית בהתנהגות, המחייבת תשומת לב או
טיפול

F7x.8 פגימות אחרות בהתנהגות

F7x.9 ללא אזכור של פגימה בהתנהגות

מבוא

פיגור שכלי הוא מצב של עצירה בהתפתחות השכלית או של התפתחות לא מושלמת. פיגור שכלי מתאפיין בעיקר בנוק למיומנויות, הבאות לידי ביטוי בתקופת ההתפתחות ותורמות לרמה הכללית של האינטליגנציה. כלומר, מיומנויות בתחום הקוגניטיבי, בשפה, ביכולת המוטורית ובהתנהגות החברתית. פיגור יכול להופיע עם או בלי הפרעה נפשית או גופנית אחרת. עם זאת, מפגרים יכולים לסבול מכל טווח ההפרעות הנפשיות, ושכיחותן של אלה גבוהה לפחות פי שלושה או ארבעה באוכלוסייה זו, לעומת האוכלוסייה הכללית. נוסף על כך חשופים המפגרים לניצול גופני ומיני, ברמת סיכון גבוהה. ההתנהגות ההסתגלותית תמיד פגומה, אך בסביבה חברתית מגינה, המספקת תמיכה, פגימה כזו אינה בולטת תמיד אצל הסובלים מפיגור שכלי קל.

אפשר להשתמש בסימן רביעי כדי לסווג את מידת הפגימה ההתנהגותית, אם זו אינה נובעת מהפרעה נלווית:

F7x.0 אין פגימה בהתנהגות, או שהפגימה מזערית

F7x.1 פגימה משמעותית בהתנהגות, המחייבת תשומת לב או טיפול

F7x.8 פגימות אחרות בהתנהגות

F7x.9 ללא אזכור של פגימה בהתנהגות

אם הסיבה לפיגור השכלי ידועה, יש להשתמש בקוד נוסף של ICD-10 (לדוגמא: F72.2 פיגור שכלי קשה יחד עם E00.2 (תסמונת של חסר יוד מלידה)).

נוכחותו של פיגור שכלי אינה שוללת אבחנות נוספות מבין אלה המקודדות בספר זה. קשיים בתקשורת עלולים לחייב את המאבחן להסתמך, יותר מהרגיל, על סימפטומים הניתנים לצפייה באופן אובייקטיבי, כמו: האטה פסיכומוטורית, אובדן תיאבון, ירידה במשקל והפרעות בשינה (במקרה של אפיוזדה דיכאונית).

הנחיות לאבחנה

אינטליגנציה אינה מאפיין אחד אלא נקבעת על סמך מגוון רחב של מיומנויות ייחודיות שונות. אף שכל המיומנויות נוטות להתפתח לרמה דומה אצל אותו אדם, יכולים להיות הבדלים גדולים ביניהן, בעיקר אצל אנשים הסובלים מפיגור שכלי. אנשים כאלה יכולים להפגין פגימות חמורות בתחום אחד (לדוגמא, בשפה), או מיומנות גבוהה יחסית בתחום אחר (למשל: במשימות פשוטות הקשורות לראייה מרחבית), למרות הרקע של פיגור שכלי קשה. אי התאמה כזו מעמידה קשיים בקביעת הקטיגוריה האבחנתית המתאימה למפגר. יש לבסס את הערכת הרמה האינטלקטואלית על מכלול המידע הקיים, ובכלל זה ממצאים קליניים, התנהגות הסתגלותית (המוערכת בהקשר של הרקע התרבותי של האדם) ומבחנים פסיכומטריים.

לצורך אבחנה ודאית נדרשת רמה נמוכה של תפקוד אינטלקטואלי, המובילה לצמצום היכולת של הפרט להתגלגל לדרישות היום-יומיות שמציבה הסביבה החברתית הנורמלית. הפרעות נפשיות או גופניות נלוות משפיעות מאוד על התמונה הקלינית ועל השימוש במיומנויות השונות. הקטיגוריה האבחנתית הנבחרת צריכה אפוא להתבסס על הערכה כוללת של היכולת, ולא להצטמצם לתחום יחיד של פגימה מסוימת או של רמת מיומנות בתחום אחד. הרמות של מנת המשכל (IQ) יכולות לשמש ככלי עזר באבחנה ואין ליישמן בנוקשות, לאור בעיות של תקפות בין תרבותית. הקטיגוריות שלהלן הן חלוקות שרירותיות של רצף מורכב ואי אפשר להגדירן בדיוק מוחלט. מנת המשכל נקבעת על פי מבחני אינטליגנציה סטנדרטיים, המועברים באופן פרטני. למבחנים אלה נקבעו תקנים תרבותיים מקומיים, ועליהם להתאים לרמת התפקוד של הנבחן ולמצבי מוגבלות ייחודיים נוספים, לדוגמא: בעיות הבעה בשפה, פגימות בשמיעה ובעיות גופניות. מומלץ להשלים את האבחנה באמצעות סולמות הערכה של בשלות חברתית והסתגלות, שהותאמו לאמות המידה המקומיות, לפי ראיונות עם הורה או עם מטפל המכירים את הנבדק ואת תפקודו בחיי היום-יום. ללא השימוש בשיטות סטנדרטיות, יש להתייחס לאבחנה כאל הערכה זמנית בלבד.

פיגור שכלי קל

F70

אנשים הסובלים מפיגור שכלי קל רוכשים את השפה באיחור, אך רובם מצליחים להשתמש בה לצרכי היום-יום, לניהול שיחה ולצורך ראיון רפואי. רובם מגיעים לעצמאות מלאה במילוי הצרכים הקיומיים (אכילה, רחצה, לבוש ושליטה על חסוּגרים) ובמיומנויות הדרושות לניהול אורח חיים מעשי ומשק בית. יחד עם זאת, קצב ההתפתחות אטי יותר מהרגיל. בדרך כלל בולטים הקשיים העיקריים בתחום הלימודים, ורוב המפגרים מותקשים בקריאה ובכתיבה. אנשים הסובלים מפיגור שכלי קל יכולים להיעזר בתוכניות לימוד שמטרתן לפתח מיומנויות המפצות על מגבלותיהם. רוב אלה המוגדרים בטווח הגבוה של פיגור שכלי קל, מסוגלים לבצע עבודה מעשית שאינה מציבה דרישות אקדמיות, כמו עבודת ידיים לא מקצועית או מקצועית למחצה. דרגה מסוימת של פיגור שכלי קל כשלעצמה איננה בעיה, בהקשר חברתי-תרבותי שאינו מעמיד דרישות מקצועיות גבוהות. המוגבלות של הפרט תבלוט לעין אם הפיגור הקל מלווה גם באי-בשלות חברתית ורגשית, לדוגמא: חוסר יכולת להתמודד עם הדרישות של חיי נישואין ושל גידול ילדים, או קושי בהסתגלות למסורות התרבותיות ולציפיות החברתיות.

באופן כללי, הקשיים ההתנהגותיים, הרגשיים והחברתיים של הסובלים מפיגור קל, והצורך בטיפול ובתמיכה הנובע מהם, דומים יותר לקשיים של אנשים בעלי אינטליגנציה נורמלית, מאשר לאלה המאפיינים מפגרים בדרגת פיגור בינונית או

מאשר בכל הקשור לשפה, ואחרים סובלים מסרבול מוטורי ניכר, אך מסוגלים לנהל קשרים חברתיים ושיחה ברמה יום-יומית. הדרגה של התפתחות השפה משתנה: יש המסוגלים לנהל שיחה, לעומת אחרים המסוגלים רק להביע את צרכיהם הבסיסיים. אחדים לא ילמדו לעולם כיצד להשתמש בשפה, אף שיוכלו אולי להבין הוראות פשוטות ואף ילמדו להשתמש בשפת סימנים, המפצה אותם במשהו על מוגבלות הדיבור. אצל מרבית הסובלים מפיגור בינוני אפשר לזהות אטיולוגיה אורגנית. אוטיות של הילדות או הפרעות התפתחות נרחבות אחרות מופיעים בקרב מיעוט ניכר של הסובלים מהפרעה זו, ונודעת להם השפעה גדולה על התמונה הקלינית ועל סוג הטיפול הנדרש. גם כפיין ונכיות ניאורולוגיות וגופניות שכיחים בקבוצה זו, אף שרוב המפגרים בדרגה זו מסוגלים ללכת ללא עזרה. לעתים אפשר לזהות מצבים פסיכיאטריים אחרים, אך הרמה המוגבלת של התפתחות השפה עלולה להקשות על האבחנה. במקרים כאלה יש להסתמך על עדויות של אנשים המכירים את המפגר. כל אחת מההפרעות הנלוות צריכה לקבל קידוד נפרד.

כולל: אימבציליות

תת-תקינות שכלית בינונית moderate mental subnormality
אוליגופרניה בינונית

פיגור שכלי קשה

F72

קטיגוריה זו דומה מאוד לזו של פיגור שכלי בינוני מברונת התמונה הקלינית, האטיולוגיה האורגנית והמצבים הנלווים. רמות ההישגים הנמוכות ביותר, שצוינו בקטיגוריה F71, הן המאפיינות ביותר את הקבוצה הזו. רוב המפגרים בקטיגוריה זו סובלים מפגימה מוטורית בולטת ומפגימות נוספות, המעידות על נזק קליני משמעותי במערכת העצבים המרכזית או על התפתחות לקויה שלה.

הנחיות לאבחנה

מנת המשכל נעה בתחום שבין 20 ל-34.

כולל: תת-תקינות שכלית קשה severe mental subnormality
אוליגופרניה קשה

קשה. אפשר לזהות בחלק הולך וגדל, אם כי לא אצל רוב הסובלים ממצב זה, אטיולוגיה אורגנית.

הנחיות לאבחנה

כאשר משתמשים במבחנים תקינים לבדיקת מנת המשכל, פיגור קל נמצא בטווח שבין 50 ל-69. תבנת השפה והשימוש בה נוטים להתאחר ובעיות דיבור הפוגעות בהתפתחות של הכושר לעצמאות עלולות להתמיד גם בתקופת הבגרות. רק בחלק קטן מהמקרים אפשר לזהות אטיולוגיה אורגנית. מצבים נלווים כמו: אוטיות, הפרעות התפתחותיות אחרות, כפיין, הפרעות התנהגות או נכות גופנית, נמצאים באוכלוסייה זו בשיעורים שונים. אם מופיעות הפרעות כאלה, יש לקודד אותן בנפרד.

כולל: רפיון שכלי feeble-mindedness

תת-תקינות שכלית קלה mild mental subnormality
אוליגופרניה קלה
מורון

פיגור שכלי בינוני

F71

אנשים המוגדרים כבעלי פיגור שכלי בינוני, סובלים מהתפתחות אטית של הבנת השפה והשימוש בה, והישגיהם בתחום זה מוגבלים. גם ההישגים במיומנויות המוטוריות ובתחום הטיפול העצמי מוגבלים, ויש הזקוקים להשגחה במשך כל ימי חייהם. ההתקדמות בלימודים מוגבלת, אך יש המצליחים לרכוש מיומנויות בסיסיות של קריאה, של כתיבה ושל חשבון. תוכניות חינוכיות עשויות לאפשר להם לפתח את יכולתם המוגבלת ולהקנות להם מיומנויות בסיסיות. תוכניות כאלה מותאמות לאנשים שקצב הלימוד שלהם אטי ותקרת ההישגים שלהם נמוכה. כמבוגרים יכולים אנשים הסובלים מפיגור שכלי בינוני לבצע עבודות פשוטות, אם המשימות מובנות להם ואם הם נתונים לפיקוח של אדם מיומן. רק בנדר מצליחים אנשים בוגרים הלוקים בפיגור בינוני לקיים אורח חיים עצמאי לחלוטין. בכל אופן, הלוקים בפיגור בינוני הם, בדרך כלל, נידים ופעילים מבחינה גופנית. רובם מתפתחים מבחינה חברתית ומצליחים ליצור קשרים, לתקשר עם אחרים ולעסוק בפעילות חברתית פשוטה.

הנחיות לאבחנה

מנת המשכל נעה בתחום שבין 35 ל-49. פערים בפרופיל הכשרים שכיחים מאוד בקבוצה זו. אחדים משיגים רמות גבוהות יותר של מיומנות בראייה המרחבית

F73

פיגור שכלי עמוק

מנת המשכל בקטיגוריה זו נמוכה מ-20 והמשמעות המעשית היא, שהלוקים בדרגת פיגור זו מוגבלים מאוד ביכולתם לחבין או להיענות לפניות ולחוראות. רובם אינם מסוגלים לנוע בכוחות עצמם או מוגבלים מאוד בתנועותיהם; הם אינם שולטים על תסוגרים ומסוגלים לתקשר לכל היותר באופן לא־מילולי בסיסי. הם כמעט אינם מסוגלים לדאוג לצרכיהם הבסיסיים וזקוקים לעזרה ולהשגחה מתמדת.

הנחיות לאבחנה

מנת המשכל נמוכה מ-20. הבנת השפה והשימוש בה מוגבלים, לכל היותר, להבנת פניות וחוראות פשוטות. לעתים מצליחים הלוקים בפיגור עמוק לרכוש מיומנויות בסיסיות ופשוטות, למשל בתחומים של מיון וחתאמה, ומסוגלים, בהדרכה ובהשגחה הולמת, ליטול חלק קטן בעבודות הבית ובמשימות פשוטות. ברוב המקרים אפשר לזהות אטיולוגיה אורגנית. נכויות גופניות או ניאורולוגיות קשות המגבילות את הניידות שכיחות מאוד, כמו גם כפיון ופגימות בשמיעה ובראייה. רווחות מאוד גם הפרעות התפתחות רחבות היקף בצורתן הקשה, בעיקר אוטיזם לא טיפוסי, בקרב הניידים שביניהם.

כולל: אידיוטיות idiocy

תת־תקינות שכלית עמוקה profound mental subnormality
אוליגופרניה עמוקה

F78

פיגור שכלי אחר

יש להשתמש בקטיגוריה זו רק כאשר מתקשים מאוד להעריך את רמת הפיגור השכלי באמצעים המקובלים, עקב פגימות תחושתיות או גופניות כליות, כמו: עיוורון, חירשות־אילמות, הפרעות התנהגות קשות או נכות גופנית קשה.

F79

פיגור שכלי, לא מסווג

יש עדות לפיגור שכלי, אך אין די מידע כדי לקבוע לאיזו קטיגוריה יש לשייך את המפגר.

כולל:

לקות שכלית שאינה מסווגת במקום אחר
תת־תקינות שכלית (mental subnormality) שאינה מסווגת במקום אחר
אוליגופרניה שאינה מסווגת במקום אחר

F80 — F89 הפרעות בהתפתחות הנפשית

סקירה

F80 הפרעות התפתחותיות ייחודיות של דיבור ושל שפה

- F80.0 הפרעה ייחודית בהגייה (ארטיקולציה)
- F80.1 הפרעה בהבעת השפה (אקספרסיבית)
- F80.2 הפרעה בקליטת השפה (רצפטיבית)
- F80.3 אפזיה נרכשת עם כפיון (תסמונת עייש לנדאו-קלפנר)
- F80.8 הפרעות התפתחותיות אחרות של דיבור ושל שפה
- F80.9 הפרעה התפתחותית של דיבור ושל שפה, לא מסווגת

F81 הפרעות התפתחותיות ייחודיות במיומנויות של למידה

- F81.0 הפרעת קריאה ייחודית
- F81.1 הפרעת איות ייחודית
- F81.2 הפרעה ייחודית במיומנות חשבונית (אריטמטית)
- F81.3 הפרעה מעורבת במיומנויות של למידה
- F81.8 הפרעות התפתחותיות אחרות במיומנויות של למידה
- F81.9 הפרעה התפתחותית במיומנויות של למידה, לא מסווגת

F82 הפרעה התפתחותית ייחודית בתפקוד המוטורי

F83 הפרעות התפתחותיות ייחודיות מעורבות

F84 הפרעות התפתחותיות רחבות היקף (pervasive)

- F84.0 אוטיזם של הילדות
- F84.1 אוטיזם לא טיפוסי
- F84.2 תסמונת עייש רט (Reti)
- F84.3 הפרעה דיסאינטגרטיבית אחרת בילדות
- F84.4 הפרעה של פעילות יתר, הקשורה לפגור שכלי ולתנועות סטראוטיפיות
- F84.5 תסמונת עייש אספרגר (Asperger)
- F84.8 הפרעות התפתחותיות רחבות היקף אחרות
- F84.9 הפרעה התפתחותית רחבת היקף, לא מסווגת

F88 הפרעות אחרות בהתפתחות נפשית

F89 הפרעה לא מסווגת בהתפתחות נפשית

מ ב ו א

להפרעות הכלולות בקטיגוריות F89-F80 יש כמה אפיונים משותפים:

- א. ההפרעה מתחילה תמיד בתקופת הינקות או בילדות;
- ב. פגימה או עיכוב בהתפתחות התפקודים הקשורים באופן הדוק להבשלה הביולוגית של מערכת העצבים המרכזית;
- ג. מהלך יציב שאין בו הטבות והחמרות הנוטות לאפיין הפרעות נפשיות רבות אחרות.

במרבית המקרים התפקודים הלקויים כוללים שפה, ראייה מרחבית ו/או קואורדינציה מוטורית. באופן טיפוסי, פוחתות הפגימות בהדרגה ככל שהילד גדל (אף שחסרים קלים עלולים להישאר גם בגרות). השתלשלות האירועים היא בדרך כלל כזו, שהעיכוב או הפגימה בהתפתחות כבר היו קיימות בשלב שאפשר לאתרן במהימנות, וללא תקופה קודמת של התפתחות תקינה. רוב המצבים האלה נפוצים פי כמה וכמה יותר בקרב בני משפחה מאשר בקרב בנות.

היסטוריה משפחתית של הפרעות דומות או קרובות היא מאפיין שכיח בהפרעות התפתחותיות. אפשר להניח שגורמים גנטיים משחקים תפקיד חשוב באטיולוגיה של מקרים רבים (אם כי לא בכולם). גורמים סביבתיים משפיעים לעתים קרובות על התפקודים ההתפתחותיים הפגועים, אך ברוב המקרים הם אינם בעלי חשיבות מכרעת. חרף הסכמה כללית רחבה למדי לגבי הגדרת ההפרעות בקובץ זה, האטיולוגיה ברוב המקרים אינה ידועה, ויש מידה מסוימת של אי ודאות לגבי הגבולות ותת-החלוקה של הפרעות התפתחותיות. יתרה מזו, יש בקובץ זה שני סוגי מצבים שאינם מתאימים לתפיסה הרעיונית הרחבה שלו. הראשון — הפרעות שללא כל ספק כללו שלב קודם של התפתחות תקינה, כמו הפרעה דיסאינטגרטיבית בילדות, התסמונת עייש לנדאו-קלפנר, ומקרים אחדים של אוטיזם. מצבים אלה נכללים כאן מכיוון שלמרות ההבדל בתחילת הופעתם, האפיונים והמהלך שלהם דומים מאוד לאלה של קבוצת ההפרעות ההתפתחותיות. נוסף על כך, לא ידוע לנו אם הם שונים או דומים מבחינה אטיולוגית. השני — הפרעות המוגדרות בעיקר במונחים של סטייה (deviance) ולא של עיכוב בתפקודים התפתחותיים; הכוונה בעיקר לאוטיזם. הפרעות אוטיסטיות נכללות בפרק זה מכיוון שלמרות הגדרתן במונחים של סטייה, כמעט תמיד הן כוללות עיכוב התפתחותי בדרגה מסוימת. נוסף על כך, יש תפיסה ביניהן ובין הפרעות התפתחותיות אחרות, מבחינת האפיונים הקליניים והפיזור המשפחתי.

F80

הפרעות התפתחותיות ייחודיות של דיבור ושל שפה

אלה הפרעות שבחן הדפוסים התקינים של רכישת השפה פגועים כבר בשלבי התפתחות מוקדמים. המצבים האלה אינם תלויים במישרין בפגמים במנגנונים ניאורולוגיים או במנגנון הדיבור, בפגיעות תחושתיות, בפיגור שכלי או בגורמים סביבתיים. ייתכן שהילד ייטיב לתקשר או להבין במצבים המוכרים לו יותר מאשר במצבים אחרים, אך בכל מקרה, היכולת להשתמש בשפה פגומה.

אבחנה מבדלת:

כמו בהפרעות התפתחותיות אחרות, הקושי הראשון באבחנה נוגע להבחנה בין תהפרעה ובין תורוציות התקינות של ההתפתחות. ילדים נורמליים נבדלים זה מזה בגיל שבו הם רוכשים לראשונה את השימוש בשפה ובקצב של ביסוס מיומנויות השפה שרכשו. הבדלים כאלה הם חסרי משמעות קלינית כלשהי, או שמשמעותם הקלינית מזערית, משום שרוב ה"אטיים בדיבור" מתפתחים, בסופו של דבר, באופן תקין לחלוטין. בניגוד מוחלט לאלה, ילדים בעלי הפרעות התפתחותיות בדיבור ובשפה סובלים מבעיות נלוות רבות, אף שרובם רוכשים לבסוף רמה תקינה של מיומנויות השפה. לעתים קרובות יוצר העיכוב ברכישת השפה גם קשיים בקריאה ובאיות, חריגות ביחסים בין אישיים והפרעות התנהגותיות ורגשיות. לכן חשוב לאבחן מוקדם ובמדויק הפרעות ייחודיות בדיבור ובשפה. אין הפרדה מוחלטת של בעיות אלה מקצות התחום הנורמלי, אך אפשר להיעזר בארבעה קריטריונים עיקריים לאבחון של הפרעות בעלות משמעות קלינית: דרגת החומרה, מהלך, דפוס (pattern) ובעיות נלוות.

ככלל, עיכוב בשפה, העולה על 2 סטיות תקן, נחשב להפרעה. לרוב המקרים בדרגות חומרה כאלה נלוות בעיות נוספות. במונחים סטטיסטיים, דרגת החומרה אצל ילדים בוגרים נושאת ערך אבחנתי קטן יותר, משום שיש נטייה טבעית לשיפור הדרגתי. במצב כזה, המחלף משמש מדד יעיל. אם רמת הפגיעה הנוכחית מוגדרת כקלה, אך יש היסטוריה של ליקויים תמורים קודמים, סביר להניח שהתפקוד הנוכחי הוא תולדה של הפרעה משמעותית, ולא רק וריאציה תקינה. יש לשים לב לדפוס הדיבור והשפה. אם דפוס זה אינו תקין (כלומר, חורג ולא רק מטיפוס המתאים לשלב התפתחותי מוקדם), או אם הדיבור והשפה של הילד כוללים אפיונים חריגים באיכותם, סביר להניח שיש הפרעה בעלת משמעות קלינית. יתרה מזו, כשהעיכוב בהיבט מסוים של התפתחות השפה והדיבור מלווה בליקויים

בלמידה (כמו פיגור בקריאה או באיות), ביחסים בין אישיים חריגים ו/או בהפרעה רגשית או התנהגותית, אין זה סביר שהעיכוב הוא בגדר וריאציה תקינה.

הקושי השני באבחנה מתייחס להבחנה בין ההפרעה ובין פיגור שכלי או עיכוב התפתחותי כולל. מאחר שאינטליגנציה כוללת גם מיומנויות מילוליות, סביר שילד בעל מנת משכל נמוכה מהממוצע יראה רמות התפתחות נמוכה מהממוצע גם בתחום השפה. אבחנה של הפרעה התפתחותית ייחודית מרמזת שהעיכוב הייחודי אינו עולה בקנה אחד עם הרמה הכללית של התפקוד הקוגניטיבי. לפיכך, כאשר עיכוב בשפה הוא חלק מפיגור שכלי מקיף או מעיכוב התפתחותי כולל, יש להשתמש בקטיגוריות של פיגור שכלי (F79-F70) ולא בקודים מ-F80 מכל מקום, שכיח מאוד שפיגור שכלי מתבטא בדפוס לא אחיד של ביצועים אינטלקטואליים ובעיקר תיתכן פגיעה בשפה, שעלולה להיות תמורה יותר מהפיגור במיומנויות לא מילוליות. כאשר אי תתאמה זו בולטת בתפקוד היום-יומי, יש לקבוע אבחנה של הפרעה התפתחותית ייחודית בדיבור ובשפה, נוסף על אבחנה של פיגור שכלי (F79-F70).

הקושי השלישי מתייחס להבחנה בין הפרעה זו ובין הפרעה משנית של חירשות תמורה, או לחריגה ניאורולוגית או מבנית. חירשות תמורה בתקופת הילדות המוקדמת תוביל, כמעט תמיד, לעיכוב ניכר ולעיוות בהתפתחות השפה. מצבים כאלה אינם כלולים כאן, משום שהם תוצאה ישירה של הליקוי בשמיעה. מכל מקום, אין זה נדיר שהפרעות התפתחותיות תמורות בקליטת השפה ילוו בליקויים סלקטיביים חלקיים בשמיעה (בעיקר בתדרים הגבוהים). ההנחה היא לא לכלול הפרעות אלה בקבוצת F89-F80, אם החומרה של אובדן השמיעה מסבירה היטב את העיכוב בשפה; אך כן לכלול אותן כשאובדן חלקי של השמיעה הוא גורם נוסף ולא הסיבה הישירה להפרעה. בכל אופן, אי אפשר לבצע הבדלה מהירה ומהימנה במקרים אלה. עיקרון דומה תופס גם לגבי הפרעות ניאורולוגיות ופגמים מבניים. לפיכך אין לכלול כאן חריגה בהגייה הנובעת באופן ישיר מחך שסוע, או דיסארטריה הנובעת משיתוק מוחי. לעומת זאת, נוכחותן של חריגות ניאורולוגיות קלות, שלא גרמו במישרין לעיכוב בשפה ובדיבור, אינה סיבה מספקת לאי הכללתן.

F80.0 הפרעה ייחודית בהגייה (ארטיקולציה)

בהפרעה זו השימוש בקולות הדיבור הוא ברמה נמוכה מזו המתאימה לגיל השכלי של הילד, ויש רמה תקינה של מיומנויות השפה.

הנחיות לאבחנה

הגיל שבו נרכשים קולות הדיבור והסדר הכרונולוגי של התפתחותם מראים שונות אינדיווידואלית משמעותית.

התפתחות תקינה: בגיל 4 שכיחות טעויות בהפקת קולות הדיבור אך אפשר להבחין את הילד בקלות. עד גיל 6-7 הילד רוכש את מרבית קולות הדיבור. אף שלפעמים

נותרים קשיים בצירופי קולות מסוימים, הם אינם יוצרים בעיות בתקשורת. עד גיל 12-11 נרכשים כמעט כל קולות הדיבור.

התפתחות לא תקינה: כשרכישת קולות הדיבור של הילד מתעכבת ו/או סוטה ובכך יוצרת: שיבושים בהגייה באופן שהסובבים את הילד מתקשים להבין; השמטות, עיוותים או החלפות של קולות הדיבור; וחוסר עקביות בהשמעת קולות נוספים (הילד יכול לבטא נכונה עיצורים במילים מסוימות אך לא באחרות).

יש לקבוע אבחנה זו רק כשדרגת התמורה של התפרעה בהגייה נמצאת מחוץ לגבולות השונות הנורמלית, בהתאם לגיל השכלי של הילד; האינטליגנציה, כפי שהיא משתקפת במדדים לא מילוליים, נמצאת בטווח התקין; התריגות בהגייה אינן נובעות במישרין מהפרעה חושית, מבנית או ניאורולוגית; וההגייה המוטעית חריגה בבירור, בהקשר של שפת הדיבור הנחוגה בסביבתו הטבעית של הילד.

כולל: הפרעת הגייה התפתחותית

הפרעה פונולוגית (הגייתית) התפתחותית

dyslalia

הפרעת הגייה תפקודית

lallng (הגיית למד במקום ריש)

לא כולל: הפרעות הגייה כתוצאה מ:

אפזיה שאינה מסווגת במקום אחר (R47.0)

אפרקסיה (R48.2)

פגמות בהגייה הקשורות להפרעה התפתחותית בהבעה או בקליטת השפה (F80.2-F80.1).

חך שסוע או חריגות אחרות במבנה הפה ובחלקים הקשורים לדיבור (Q38-Q35)

אובדן שמיעה (H91-H90)

פיגור שכלי (F79-F70)

F80.1 הפרעה בהבעת השפה (אקספרסיבית)

בהפרעה התפתחותית זו יכולת ההבעה בשפת הדיבור נמוכה באופן ניכר מהרמה החולמת את גילו השכלי של הילד. אך הבנת השפה היא בגבולות הנורמה. ייתכנו גם חריגות בהגייה.

הנחיות לאבחנה

אף שבהתפתחות התקינה של השפה יש שונות אינדיווידואלית ניכרת, הרי שאי הופעת מילים יחידות (או היגויים הקרובים למילים) אצל ילד בן שנתיים, וקושי להפיק משפטים בני שתיים-שלוש מילים בגיל שלוש, צריכים לשמש סימנים של

עיצוב בהתפתחות. קשיים בשלב מאוחר יותר כוללים: התפתחות של אוצר מילים מוגבל; שימוש מוגזם בפרסטרואר מצומצם של מילים כלליות, קשיים בבחירת מילים מתאימות ותחליפים להן; אופן ביטוי מקוצר; מבנה משפטים ילדותי; טעויות בתחביר, בעיקר השמטות של סופי מילים ותחילותיהן; שימוש לקוי או אי יכולת להשתמש נכון במילות יחס, בכינויי שם ובהטיית שמות עצם ופעלים. כמו כן יכולים להופיע: הכללות יתר שגויות של חוקי דיבור, פגיעה בשטח הדיבור וקשיים בשמירה על הרצף בתיאור מאורעות מהעבר.

תכופות מלווים הליקויים בשפת הדיבור גם בעיכוב או בחריגות בהפקת צלילי מילים. יש להשתמש באבחנה זו רק כשהעיכוב בהתפתחות הבעת השפה חורג מגבולות הטווח התקין בהתאם לגילו השכלי של הילד, אבל המיומנויות של קליטת השפה נמצאות בתחום הנורמה (אם כי לעיתים גם קליטת השפה נמצאת מתחת לממוצע). השימוש בסימנים לא מילוליים (כמו חיוכים והבעות פנים) ובשפה "פנימית" המשתקפת במשחקים דמיוניים, צריך להיות תקין יחסית, וכך גם היכולת לתקשר ללא מילים. הילד ינסה לתקשר למרות הליקוי בשפה ולפצות על הקושי בדיבור בעזרת הדגמות, מחוות, תנועות או הפקת קולות במקום מילים. בכל אופן, אצל ילדים בגיל בית-הספר ייתכנו גם קשיים ביצירת קשרים חברתיים, בעיות רגשיות, ניתוק התנהגותי ו/או פעילות יתר ופגיעה בקשב. בחלק קטן מהמקרים ייתכן אובדן שמיעה חלקי (לרוב סלקטיבי), אך לא בחומרה כזו הגורמת עיכוב בהתפתחות השפה. מעורבות לא מתאימה במהלך השיחה או עזובה סביבתית כללית עלולים לתרום להתפתחות לקויה של הבעת השפה. במקרה כזה יש לציין את הגורם הסביבתי בקוד Z מתאים מפרק 21 של ICD-10. הליקוי בשפה צריך להתחיל בינקות וללא שלב ממושך של שימוש תקין בשפה. אף-על-פי-כן, עבר של שימוש ראשוני נכון במילים יחידות, המלווה נסיגה או כישלון בהתפתחות, אינו נדיר.

כולל: דיספזיה או אפזיה התפתחותית, מסוג אקספרסיבי

אינו כולל: אפזיה נרכשת עם כפיין (תסמונת עייש לנדא-קלפנר) (F80.3)

אפזיה או דיספזיה התפתחותית, מסוג רצפטיבי (F80.2)

דיספזיה ואפזיה שאינן מסווגות במקום אחר (R47.0)

אילמות מבחירה (מוטיזם אלקטיבי) (F94.0)

פיגור שכלי (F79-F70)

הפרעות התפתחותיות רחבות היקף (F84.-)

F80.2 הפרעה בקליטת השפה (רצפטיבית)

בהפרעה ייחודית זו הבנת השפה מוגדרת מתחת לרמה המתאימה לגילו השכלי של הילד. כמעט בכל המקרים יש הפרעות ניכרות בהבעת השפה ויש שכחות גבוהה של חריגות בהפקת צלילי-מילים.

הנחיות לאבחנה

סימני עיכוב התפתחותי יכולים להיות: כישלון בתגובה לשמות מוכרים (בהעדר רמזים לא מילוליים) בסוף שנת החיים הראשונה, אי יכולת לזהות לפחות כמה עצמים מוכרים בגיל 18 חודשים, או אי יכולת למלא אתר הוראות פשוטות ושגרתיות בגיל שנתיים. קשיים מאוחרים יותר כוללים אי יכולת להבין מבנים תחביריים (מילות שלילה, שאלות, השוואות וכו') וחוסר הבנה של חיבטים מרומזים של השפה (טון הדיבור, מחוות וכו').

האבחנה תיקבע רק כשחומרת העיכוב בהבנת השפה חורגת מהטווח התקין ההולם את גילו השכלי של הילד, וכשהוא אינו ממלא את הקריטריונים של הפרעה התפתחותית רחבת היקף. כמעט בכל המקרים יש עיכוב חמור בהבנה והריגות בהפקת צלילי-מילים. הפרעה זו קשורה באופן הדוק להפרעה התנהגותית-רגשית חברתית, יותר משאר הווריאציות של הפרעות התפתחותיות ייחודיות בדיבור ובשפה. להפרעות הרגשיות-חברתיות אין אופי ייחודי, אולם תכופות הן מתבטאות בהיפראקטיביות, הפרעה בקשב, אי התאמה חברתית ובידוד חברתי, חרדה וביישנות מופרזת. ילדים הסובלים מדרגות חמורות של ליקוי בהבנת השפה, יאחרו גם בהתפתחות החברתית. לעתים הם ינסו לחקות שפה שאינם מבינים, והם עלולים גם להראות דפוסי עניין מוגבלים. הם שונים מילדים אוטיסטים, כי הם מפגינים הדדיות חברתית תקינה, משחקי-דמיון תקינים, שימוש כמעט תקין במחוות, ליקויים קלים בלבד בתקשורת לא מילולית ויכולת להיעזר באופן תקין בתמיכת ההורים. תיתכן דרגה מסוימת של אובדן שמיעה בתדרים הגבוהים, אך אין די בדרגת החירשות כדי להסביר את הליקוי בשפה.

כולל:

פגם מולד בתפיסה השמיעתית
אפזיה או דיספזיה התפתחותית, מסוג רצפטיבי
אפזיה התפתחותית ע"ש ורניקה (Wernicke)
חירשות למילים (word deafness)

אינו כולל: אפזיה נרכשת עם כפיון (תסמונת ע"ש לנדאור-קלפנר) (F80.3)

אוטיזם (F84.0, F84.1)

דיספזיה ואפזיה שאינן מסווגות במקום אחר (R47.0) או מסוג

אקספרסיבי (F80.1)

אילמות מבחירה (מוטיזם אלקטיבי) (F94.0)

עיכוב בשפה כתוצאה מחירשות (H91-H90)

פיגור שכלי (F79-F70)

F80.3 אפזיה נרכשת עם כפיון (תסמונת ע"ש לנדאור-קלפנר)

בהפרעה זו מאבד הילד את מיומנויות ההבנה וההבעה של השפה, אחרי שלב קודם של התקדמות תקינה בהתפתחות השפה, אך שומר על רמת האינטליגנציה הכללית שלו. תחילת ההפרעה מלווה בהתפרצויות חשמליות חריגות ב-EEG (שמקורן כמעט תמיד באונות הצדעיות, בדרך כלל דרצדיות; לרוב ההפרעה החשמלית נרחבת יותר). ברוב המקרים יש גם התקפים כפיוניים (אפילפטיים). בדרך כלל ההפרעה מתחילה בין גיל 3 לגיל 7, אך ייתכן שתופיע בשלב מוקדם יותר או מאוחר יותר. בכרבע מהמקרים אובדן השפה מתפתח בהדרגה במשך כמה חודשים, אך תכופות אובדן השפה הוא פתאומי ומיומנויות השפה אובדות במהלך ימים או שבועות. למרות הקשר בזמן בין אובדן השפה ובין תחילת ההתקפים הכפיוניים, יש פער בין שני האירועים ואחד מקדים את האחר בחודשים אחדים עד שנתיים. אפיון בולט מאוד הוא ליקוי קשה בקליטת השפה, כשקשיים בהבנת הנשמע מופיעים, בדרך כלל, כביטוי הראשון של המצב. יש ילדים המפסיקים לדבר, אחרים מוגבלים להשמעת קולות עילנים ואחדים לוקים מעט בשטף הדיבור ושונים בהגייה. במקרים אחדים נפגמת איכות הקול ואובדות ההטיות הקוליות התקינות. לעתים, בשלבים המוקדמים של ההפרעה, יש תנודות בתפקודי השפה. בחודשים הראשונים אחרי תחילת אובדן השפה שכיחות הפרעות רגשיות והתנהגותיות. אך הן נוטות להשתפר כאשר הילד רוכש אמצעי תקשורת כלשהם.

האטיולוגיה של התסמונת אינה ידועה, אך האפיונים הקליניים מרמזים על אפשרות של תהליך דלקתי של רקמת המוח. מהלך התסמונת אינו קבוע. כשני שלישים מהילדים נותרים עם ליקוי חמור למדי בקליטת השפה, וכשליש מבריאם לחלוטין.

אינו כולל: אפזיה נרכשת כתוצאה מטראומה מוחית, מגידול מוחי או מתהליך של

מתלה ידועה אחרת

אוטיזם (F84.0, F84.1)

הפרעה דיסאינטגרטיבית אחרת של תולדות (F84.3)

F80.8 הפרעות התפתחותיות אחרות של דיבור ושל שפה

כולל: עילנות לשון (lispings)

F80.9

הפרעה התפתחותית של דיבור ושל שפה, לא מסווגת

יש להימנע ככל האפשר משימוש בקטגוריה זו ולהשתמש בה רק להפרעות לא מסווגות עם ליקוי משמעותי בהתפתחות הדיבור או השפה, שאינו תוצאה של פיגור שכלי או של פגיעות עצביות, חושיות או גופניות, המשפיעות במישרין על דיבור ושפה.

כולל: הפרעת שפה שאינה מסווגת במקום אחר

F81

הפרעות התפתחותיות ייחודיות במיומנויות של למידה

המושג של הפרעות התפתחותיות ייחודיות במיומנויות של למידה דומה לזה של ההפרעות ההתפתחותיות של דיבור ושל שפה (ראה — F80). יש בעיות דומות של יישום, הגדרה ומדידה. בהפרעות אלה נפגמים הדפוסים התקינים של רכישת מיומנויות כבר בשלבים המוקדמים של ההתפתחות. הן אינן נובעות מהעדר הזדמנות ללמוד ואינן תוצאה של חבלה מוחית נרכשת או של מחלה. הן נובעות כנראה מחריגות בעיבוד נתונים קוגניטיבי ונגזרות ברובן מפגם ביולוגי כלשהו. כמו רוב ההפרעות ההתפתחותיות, גם מצבים אלה שכיחים יותר בקרב בנים מאשר בקרב בנות.

חמישה סוגי קשיים מתעוררים באבחון הפרעות אלה:

האחד — יש להבחין בין ההפרעות ובין וריאציות תקינות של הישגים בלימודים. השיקולים דומים לאלה הנקטים בהפרעות בשפה. לכן מוצעים כאן אותם קריטריונים להערכת החריגה (עם ההתאמות הדרושות להערכת הישגים לימודיים ולא להערכת שפה).

השני — יש להתחשב במהלך ההתפתחות, בגלל שתי סיבות חשובות:

א. חומרה: המשמעות של פיגור של שנה בקריאה בגיל 7 שונה מזו של אותו פיגור בגיל 14.

ב. שינוי בדפוסים: עיכוב בהתפתחות השפה בגיל הגן על-פירוב ישתפר וייעלם ככל שהדבר אמור לגבי השפה המדוברת, אך אחריו יופיע פיגור ייחודי בקריאה, שיצטמצם במהלך שנות ההתבגרות. הבעיה העיקרית הנוגעת גם בבגרות המוקדמת היא הפרעת איות חמורה. המצב דומה בכל השלבים אך

הדפוס משתנה עם הגיל. הקריטריונים האבחנתיים צריכים להתחשב בשינוי התפתחותי זה.

השלישי — יש קושי נוסף, המתבטא בכך שמיומנויות למידה אינן רק תוצר של בשלות ביולוגית, אלא שיש ללמוד ולרכוש אותן. רמת המיומנויות של הילד תלויה בהכרח בנסיבות המשפחתיות, בבית-הספר ובאפיונים המיוחדים שלו. לרוע המזל, אין דרך ישירה וחד משמעית המאפשרת להבחין בין בעיית למידה הנובעת מחסך סביבתי ובין זו הנובעת מהפרעה אינדיווידואלית. יש די סיבות להניח שההבדלה נכונה ותקפה מבחינה קלינית, אך קשה לקבוע את האבחנה במקרים אינדיווידואליים.

הרביעי — אין דרך נוחה להבחין, במקרה האינדיווידואלי, בין בעיה קוגניטיבית המתבטאת בקשיי קריאה ובין בעיות הנובעות ממיומנות קריאה דלה או נלווית אליה. זאת אף שממצאי המחקרים תומכים בהשערה שיש כאן חריגות מתהליך העיבוד הקוגניטיבי התקין. הפרעות קריאה עלולות לנבוע מהפרעות קוגניטיביות מסוגים שונים, ועובדה זו מוסיפה לקושי שבקביעת האבחנה.

החמישי — קשור לאי ודאות מתמשכת באשר לדרך הטובה ביותר לקביעת תת-חלוקה של ההפרעות ההתפתחותיות הייחודיות של מיומנויות למידה.

ילדים לומדים לקרוא, לכתוב, לאיית ולחשב, כשהם נחשפים לפעילות זו בבית ובבית-הספר. יש הבדלים גדולים בין מדינות שונות בגיל שבו מתחיל החינוך הפורמלי, בתוכניות הלימודים ולפיכך גם במיומנויות הנדרשות מתלמידים בגילים שונים. הפער בציפיות בולט בעיקר בשנות בית-הספר היסודי (עד גיל 11), והוא מקשה מאוד בתכנון הגדרות ותפקודיות של הפרעה במיומנויות למידה שיהיו תקפות בכל המדינות.

אף-על-פירך, בכל מערכות החינוך ברור שכל קבוצת גיל בבית-הספר כוללת מגוון רחב של הישגים לימודיים, ושיש ילדים שהישגיהם בתחומים מסוימים נמוכים יותר ביחס לרמה הכללית של תפקודם האינטלקטואלי.

הפרעות התפתחותיות ייחודיות במיומנויות למידה (ההיביל או: SDDSS) כוללות קבוצות של הפרעות, המתבטאות בליקויים משמעותיים ייחודיים ברכישת מיומנויות לימודיות. ליקויי למידה אלה אינם תוצאה ישירה של הפרעות אחרות (כמו: פיגור שכלי, חסרים ניאורולוגיים, קשיי ראייה או שמיעה שלא טופלו או בעיות רגשיות), אף שהם עלולים להופיע יחד עם מצבים אלה. תכופות חלות ההיביל בשילוב עם תסמונות קליניות אחרות (כמו הפרעת קשב והפרעה התנהגותית), או עם הפרעות התפתחותיות אחרות (כמו הפרעה התפתחותית ייחודית בתפקוד מוטורי או הפרעה התפתחותית ייחודית בדיבור ובשפה).

האטיולוגיה של הפרעות אלה אינה ידועה, אך יש השערה בדבר תפקידם המכריע של גורמים ביולוגיים הפועלים יחד עם גורמים לא ביולוגיים (כמו האפשרות ללמוד

ואיכות ההוראה) ומביאים להופעת ביטויי ההפרעה. אף שהפרעות אלה קשורות לבשלות הביולוגית, אין להסיק מכך שילדים הסובלים מהפרעות כאלה נמצאים בקצה התחתון של הרצף ההתפתחותי התקין, וכי במשך הזמן הם "שיגו" את הרמה הרצויה. במקרים רבים ייוותרו שרידים של ההפרעות גם בתקופת ההתבגרות ובבגרות. יחד עם זאת, לצרכי אבחנה יש לוודא שהפרעות אלה באו לידי ביטוי, באופן כלשהו, במהלך השנים הראשונות בבית-הספר. ילדים עלולים לפגור בהישגיהם הלימודיים בשלבים מאוחרים יותר של הלימודים (כתוצאה מחוסר עניין, רמת הוראה נמוכה, בעיות רגשיות, שינוי או העלאה ברמת המשימות הנדרשות וכו'), אך בעיות כאלה אינן נכללות במושג ההיביל.

הנחיות לאבחנה

יש כמה דרישות בסיסיות לאבחנה של ההיביל.

הראשונה: דרגת הליקוי במיומנויות הייחודיות צריכה להיות משמעותית מבחינה קלינית ואפשר לקבוע אותה, בהתאם לחומרה, במונחים לימודיים (למשל: הדרגה הצפויה בפרק מ-3% מילדי בית-הספר); או בהתאם לסמנים התפתחותיים קודמים (כלומר, לקשיי הלמידה קדמו עיכובים התפתחותיים או סטיות — לרוב בדיבור ובשפה — לפני בית-הספר); או לפי בעיות נלוות אחרות (הפרעה בקשב, פעילות יתר, קשיים רגשיים או בעיות בהתנהגות); או לפי דפוס ההופעה (כמו נוכחותן של הריגות שאינן חלק מההתפתחות התקינה); ובהתאם לתגובה (כלומר, הקשיים בלמידה אינם חולפים גם בעקבות עזרה מוגברת בבית ובבית-הספר).

השנייה — הליקוי חייב להיות ייחודי, במובן זה שאי אפשר להסבירו אך ורק כחלק מפיגור שכלי או מליקויים קלים יותר באינטליגנציה. מאחר שמנת משכל והישגים בבית-הספר אינם מקבילים במדויק, תיעשה ההבחנה בין ההיביל ובין פיגור רק על בסיס מבחני הישגים ותקנים ומבחנים לקביעת מנת המשכל, המתאימים לתרבות ולמערכת החינוך של הנבדק. תוצאות המבחנים יעובדו במשולב עם טבלות סטטיסטיות, המספקות נתונים על הרמה הממוצעת הצפויה של תלמידים, בכל רמת משכל נתונה ובכל גיל נתון. זוהי דרישה חיונית בשל חשיבותם של הנתונים הסטטיסטיים. אבחנות המבוססות על הפחתת הגיל ההישגי מהגיל השכלי תהיינה, בהכרח, מטעות. בדרך כלל, דרישות אלה אינן מתמלאות בשימוש הקליני היום-יומי. בהתאם לכך, ההנחיה לאבחנה מדגישה שרמת ההישגים של הילד צריכה להיות נמוכה בהרבה מהרמה הצפויה אצל ילד בגיל שכלי זהה.

השלישית — הליקוי צריך להיות התפתחותי, במובן זה שהוא נוכח במשך שנות בית-הספר הראשונות, ולא נרכש בשלבים מאוחרים יותר במהלך הלימודים. ההיסטוריה של התקדמות הילד בלימודים צריכה לספק הוכחה לתנאי זה.

הרביעית — אסור שיימצאו גורמים חיצוניים המספקים סיבה מספקת לקשיים בלימודים. כפי שצוין לעיל, אבחנה של ההיביל צריכה להתבסס על עדות קלינית משמעותית להפרעה בהישגים הלימודיים, הקשורה לגורמים מהותיים בהתפתחות

הילד. מכל מקום, ילדים זקוקים להזדמנויות מתאימות כדי ללמוד ביעילות. לפיכך, כאשר ברור שההישגים הנמוכים בלימודים נובעים במישרין מהיעדרות ממושכת מבית-הספר ללא הוראה בבית, או מחסך חינוכי משמעותי, אין לקבוע נוכחות ההיביל. היעדרויות תכופות מבית-הספר או קטיעת רצף הלימודים בגלל החלפת בית-הספר, אין די בהן כדי ליצור פיגור בהישגים הלימודיים, בדרגה הדרושה לאבחנה ההיביל. יחד עם זאת, הפרעות ברצף הלימודים יכולות לסבך או להחמיר את הבעיה. במקרה זה יש לקודד את גורמי בית-הספר באמצעות קוד Z מפרק 21 של ICD-10.

החמישית — ההיביל אינן נובעות במישרין מליקויי ראייה או שמיעה שלא טופלו כראוי.

אבחנה מבדלת: מבחינה קלינית חשוב מאוד לחבחן בין ההיביל המופיעה בתעדד הפרעה ניאורולוגית מאובחנת ובין ההיביל משנית לפגיעה ניאורולוגית כמו שיתוק מוחי. באופן מעשי, לעתים קרובות קשה לחבחן בין שני המצבים (בשל המשמעות הלא ברורה של הסימנים הניאורולוגיים ה"רכים"), וממצאי המחקרים אינם מצביעים על אבחנה חדו וברורה בדפוס או במהלך של ההיביל, בנוכחות או בתעדד ליקוי ניאורולוגי גלוי. לפיכך, אף שאלה אינם חלק מחקריטריונים לאבחנה, יש לקודד בנפרד כל הפרעה נלווית בקוד מתאים מהפרק הניאורולוגי של ICD-10.

F81.0 הפרעת קריאה ייחודית

האפיון העיקרי של הפרעה זו הוא ליקוי ייחודי ומשמעותי בהתפתחות מיומנויות הקריאה, שאי אפשר לנמקו אך ורק בגיל שכלי, בבעיות של חדות ראייה או בחסך לימודי. כל התפקודים הבאים עלולים להיפגע: הבנת הנקרא, זיהוי המילים הנקראות, יכולת הקריאה הרחוקה וביצוע משימות הדורשות יכולת קריאה. קשיים באיות קשורים בדרך כלל להפרעת קריאה ייחודית, ותכופות הם נמשכים גם בתקופת ההתבגרות, אפילו אחרי שהושגה התקדמות בקריאה. לרוב הילדים הסובלים מהפרעת קריאה יש עבר של הפרעות בהתפתחות הדיבור וחשפה, והערכה מקפת של תפקודי השפה חושפת קשיים קלים גם בתחומים אלה. בעיות נלוות של היעדרות מבית-הספר וקשיים בהסתגלות החברתית בולטות בעיקר בשנים האחרונות של בית-הספר היסודי ובשנות בית-הספר התיכון. הפרעת קריאה ייחודית ידועה בכל השפות, אך לא ברור אם תדירותה מושפעת מאופי השפה ומסוג הכתב.

הנחיות לאבחנה

רמת הקריאה של הילד צריכה להיות נמוכה באופן משמעותי מזו הצפויה בהתאם לגיל, לאינטליגנציה הכללית ולהתאמה לבית-הספר. הדרך הטובה ביותר להעריך את הקריאה היא באמצעות מבחנים תקינים הניתנים לילד באופן אינדיבידואלי ובדקים את רהיטות הקריאה ואת הבנת הנקרא. אופייה המדויק של ההפרעה תלוי ברמת הקריאה הרצויה, בשפה ובכתב. בשלבים ראשונים של לימוד אותיות האלף-בית ייתכנו קשיים בזיהוי אותיות ובקריאתן, במתן שמות נכונים לאותיות, בהטעמה של המילים ובסיווג או בניתוח של צלילים (אף שחזות השמיעה תקינה). מאוחר יותר ייתכנו טעויות בקריאה, כמו:

- א. השמטות, החלפות, עיוותים או הוספות של מילים או של חלקי מילים;
- ב. קצב קריאה אטי;
- ג. התחלה משובשת, היסוס רב או "איבוד מקום הקריאה" בגוף הכתוב וניסוח לא מדויק;
- ד. היפוך הסדר של מילים במשפטים או של אותיות במילים.

ייתכנו גם ליקויים בהבנת הנקרא, כמו:

- ה. חוסר יכולת להיזכר בתוכן הנקרא;
 - ו. חוסר יכולת להסיק מסקנות מהחומר הנקרא;
 - ז. מתן תשובות הנשענות על ידע כללי במקום על המידע הכלול בסיפור הנקרא.
- בתקופת הילדות המאוחרת ובבגרות קשיי איות ניכרים יותר מליקויים בקריאה. לעתים קרובות הקשיים באיות כוללים טעויות פונטיות, ונראה שבעיות בקריאה ובאיות נובעות בחלקן מפגיעה ביכולת הניתוח הפונולוגי. יש בידינו רק מידע מועט בנוגע לאופי ולשכיחות של שגיאות באיות אצל ילדים הלומדים לקרוא שפות לא פונטיות, או ביחס לסוגי הטעויות בשפות הנכתבות בצורה לא אלפאביתית.

לעתים קרובות הפרעות התפתחותיות בדיבור ובשפה קודמות להפרעות התפתחותיות ייחודיות של קריאה. במקרים אחרים ילדים יכולים להתקדם בשפה בהתאם לגיל, אך הם מתקשים בעיבוד התונים הקוליים כמו בסיווג קולות ובהטעמה ומראים הבחנה פגומה בין צלילי הדיבור, הפרעה בזיכרון שמיעתי ואסוציאציות שמיעתיות. במקרים אחדים ייתכנו בעיות בעיבוד נתונים חזותיים (כמו הבחנה בין אותיות). אולם, יש לזכור שתופעות אלה שכיחות בקרב ילדים שרק החלו ללמוד לקרוא, וקרוב לוודאי שהן אינן מעידות על הפרעה בקריאה. קשיים בקשב שכיחים ומופיעים לרוב יחד עם פעילות יתר ועם אימפולסיביות. הדפוס המדויק של קשיי התפתחות בתקופה שלפני בית-הספר וכן חומרת ההפרעה שונים מאוד מילד, לילד, אבל בדרך כלל, אלה קשיים נפוצים.

בעיות רגשיות או התנהגותיות נלוות שכיחות אף הן בתקופה שלפני בית-הספר. בעיות רגשיות שכיחות יותר בשנות בית-הספר המוקדמות. לעומתן, הפרעות בהתנהגות ותסמונות של היפראקטיביות שכיחות בשנות הילדות המאוחרות יותר ובתקופת ההתבגרות. ההערכה העצמית נמוכה ובעיות של הסתגלות בבית-הספר ובחברה נפוצות מאוד.

כולל: קריאה מהסוף להתחלה
דיסלקציה התפתחותית
פיגור ייחודי בקריאה
קשיים באיות הקשורים להפרעה בקריאה

אינו כולל: אלקסיה ודיסלקציה נרכשות (R48.0)
קשיים נרכשים בקריאה, משניים להפרעה רגשית (F93.-)
הפרעה באיות שאינה קשורה לקשיי קריאה (F81.1)

F81.1 הפרעת איות ייחודית

האפיון העיקרי של ההפרעה הוא ליקוי ייחודי ומשמעותי בהתפתחות מיומנות האיות, בהעדר עבר של הפרעת קריאה ייחודית. אי אפשר להסביר את הליקוי אך ורק בגיל שכלי נמוך, בבעיה בהדוות חראייה או בחסך לימודי. בהפרעה זו נפגמות היכולת לאיית בעל-פה וגם היכולת לכתוב נכון את המילים. ילדים הלוקים רק בכתיבה אינם נכללים בקטגוריה זו, אך לעתים הקשיים באיות קשורים גם לבעיות בכתיבה. שלא כמו בדפוס השכיח של הפרעת קריאה ייחודית, הטעויות באיות נוטות להיות מדויקות מבחינה פונטית.

הנחיות לאבחנה

יכולת האיות של הילד צריכה להיות נמוכה באופן משמעותי מהרמה הרצויה בהתאם לגילו, לאינטליגנציה הכללית ולהתאמה לבית-הספר. יש למדוד אותה באמצעות מבחן איות תקיני המוגש לילד באופן אינדיבידואלי. מיומנות הקריאה של הילד (ביחס לרמת הדיוק ולרמת ההבנה) צריכה להיות בגבולות הנורמה וללא היסטוריה של קשיים משמעותיים בקריאה. הקשיים באיות אינם תוצאה של רמת הוראת לקויה, או של ליקוי בראייה, בשמיעה או בתפקוד ניאורולוגי, ואף אינם נרכשים כתוצאה מהפרעה ניאורולוגית, פסיכיאטרית או אחרת.

אף שידוע כי הפרעת איות "טהורה" נבדלת מהפרעות קריאה עם קשיים באיות, יש בידינו מידע מועט באשר לתופעות קודמות, למחלך, למתאם שלה עם הפרעות אחרות או לתוצאות של הפרעות איות ייחודיות.

כולל: פיגור ייחודי באיות (ללא הפרעת קריאה)

כולל: אקלקוליה התפתחותית (developmental acalculia)
הפרעה התפתחותית חשבונית
תסמונת התפתחותית ע"ש גרסטמן

אינו כולל: הפרעה חשבונית (acalculia) נרכשת (R48.8)
קשיים חשבוניים הנלווים להפרעת קריאה או איות (F81.1)
קשיים חשבוניים הנובעים בעיקר מרמת הוראה לקויה (Z55.8)

F81.3 הפרעה מעורבת במיומנויות של למידה

זוהי קטיגוריה שרדית שאינה מוגדרת היטב (אבל חיונית), הכוללת הפרעות שבהן נפגמות באופן ניכר מיומנויות החישוב והקריאה או האיות. גם מצב זה אינו תוצאה של פיגור שכלי או של רמת הוראה נמוכה. יש להשתמש באבחנה זו להפרעות העומדות בקריטריונים שנקבעו ל-F81.2 ול-F81.0 או F81.1.

אינו כולל: הפרעה ייחודית במיומנות חשבונית (F81.2)
הפרעת קריאה ייחודית (F81.0)
הפרעת איות ייחודית (F81.1)

F81.8 הפרעות התפתחותיות אחרות במיומנויות של למידה

כולל: הפרעה התפתחותית בהבעה בכתב

F81.9 הפרעה התפתחותית במיומנויות של למידה, לא מסווגת

יש להימנע ככל האפשר מהשימוש בקטיגוריה זו, חוץ מאשר בהפרעות לא מסווגות הכוללות קושי משמעותי בלמידה, שאי אפשר להסבירו אך ורק בעזרת פיגור שכלי, בעיות בחדות הראייה או רמת הוראה לקויה.

כולל: קושי ברכישת ידע, שאינו מסווג במקום אחר
קושי בלמידה, שאינו מסווג במקום אחר
הפרעת למידה, שאינה מסווגת במקום אחר

אינו כולל: הפרעת איות נרכשת (R48.8)
קשיי איות נלווים להפרעת קריאה (F81.0)
קשיי איות הנובעים בעיקר מרמת הוראה נמוכה (Z55.8)

F81.2 הפרעת ייחודית במיומנות חשבונית (אריתמטית)

הפרעה זו מתאפיינת בליקוי במיומנות החשבונית, שאין להסבירו אך ורק על רקע של פיגור שכלי כללי או של רמת לימודים נמוכה מאוד. הליקוי מתייחס בעיקר לשליטה בארבע פעולות החשבון הבסיסיות: חיבור, חיסור, כפל וחילוק (ולא לכישורים חשבוניים מופשטים יותר מתחומי האלגברה, הטריגונומטריה, הגיאומטריה או המתמטיקה המתקדמת).

הנחיות לאבחנה

המיומנות החשבונית של הילד צריכה להיות נמוכה באופן משמעותי מהרמה הצפויה לגילו, לאינטליגנציה הכללית ולרמה של בית-הספר. המיומנות תימדד באמצעות מבחן חשבון תקני, הניתן לנבדק באופן אישי. מיומנויות הקריאה והאיות של הילד צריכות להיות בגבולות הנורמה בהתאם לגילו השכלי, ועדיף שיימדדו באמצעות מבחנים תקינים פרטניים. הקשיים במיומנות החשבונית אינם נובעים מהוראה לקויה ואינם תוצאה ישירה של ליקויים בראייה או בשמיעה. כמו כן, הם אינם נובעים מתפקוד ניאורולוגי לקוי ואינם נרכשים כתוצאה מהפרעה ניאורולוגית, פסיכיאטרית או אחרת.

הפרעות ביכולת החשבונית נחקרו פחות מהפרעות בקריאה, ואין הרבה מידע על תופעות מקדימות, על המהלך, על המתאמים או על התוצאה. יחד עם זאת, נראה שילדים הלוקים בהפרעות אלה, נמצאים בגבולות הנורמה בתפקוד המילולי והשמיעתי-תפיסתי, אך סובלים מפגמים בראייה המרחבית ובתפיסה החזותית. מצב זה מנוגד למתרחש אצל ילדים עם הפרעות קריאה. יש ילדים הסובלים מבעיות נוספות בתחום חברתי-רגשי-התנהגותי, אך מעט מאוד ידוע לנו על האפיונים ועל התדירות של בעיות אלה. נראה שקשיים בקשרים חברתיים שכיחים במיוחד.

הקשיים במיומנות החשבונית שונים, אך הם יכולים לכלול: כישלון בהבנת המושגים שעליהם נשענות פעולות חשבוניות מסוימות, אי יכולת להבין מונחים או סימנים מתמטיים, קושי בזיהוי סמלים מספריים, קושי בביצוע פעולות חשבוניות פשוטות, קושי בזיהוי הנתונים המספריים הקשורים לפתרונה של בעיה חשבונית מסוימת, קושי בסידור המספרים או במיקום הנקודה העשרונית או הסימנים הדרושים במהלך החישוב, וכן ארגון מרחבי לקוי של חישובים מספריים ואי יכולת ללמוד את לוח הכפל בצורה המניחה את הדעת.

F82

הפרעה התפתחותית ייחודית בתפקוד המוטורי

האפיון העיקרי של הפרעה זו הוא פיגור ניכר בהתפתחות הקואורדינציה המוטורית, שלא על בסיס של פיגור שכלי כללי או של הפרעה ניאורולוגית ייחודית, תורשתית או נרכשת (חוץ מהפרעה הבאה לידי ביטוי בחריגה בקואורדינציה). תכופות קשורה התנועתיות המגושמת לליקוי בביצוע משימות קוגניטיביות בתחום הראייה המרחבית.

הנחיות לאבחנה

התפקוד הקואורדינטיבי של הילד בפעולות מוטוריות עדינות וגסות חייב להיות נמוך באופן משמעותי מהרמה הצפויה בגילו וברמת האינטליגנציה הכללית שלו. רמה זו נמדדת באמצעות מבחן תקני של קואורדינציה מוטורית גסה ועדינה, המועבר לנבדק באופן אישי. הקשיים בתפקוד הקואורדינטיבי צריכים להופיע כבר בשלב התפתחותי מוקדם (כלומר, הם אינם כוללים ליקוי נרכש), והם אינם תוצאה ישירה של פגמים בראייה ובשמיעה או של הפרעה ניאורולוגית שאפשר לאבחנה.

היקף ההפרעה בקואורדינציה מוטורית, עדינה או גסה, משתנה מילד לילד, וגם הדפוס האישי של הקשיים המוטוריים משתנה עם הגיל. ההתפתחות המוטורית בגיל הרך אטית מהרגיל וייתכנו גם קשיים בדיבור (בעיקר בהגייה). הילד הצעיר עלול ללכת בצורה מגושמת וכן ילמד לרוץ, לקפוץ על רגל אחת ולעלות ולרדת במדרגות, לאט יותר מבני גילו. ייתכנו קשיים בקשירת שרירים, ביכולת לכפתר ולפרוק כפתורים וביכולת לזרוק ולתפוס כדור. הילד עלול להיות מגושם בתנועות עדינות ואו גסות, עם נטייה להפיל חפצים, למעוך, להיתקל במכשולים ולכתוב באופן המקשה על הקריאה. מיומנות הציור בדרך כלל ירודה, וילדים עם הפרעה כזו יתקשו בהרכבת תמונות מהלקים (פאזלים), בשימוש בצעצועים שיש להרכיבם, בבניית מודלים, במשחקי כדור וכן בציור ובקריאת מפות.

ברוב המקרים בדיקה קלינית מדוקדקת מגלה חוסר-בשלות התפתחותי בולט של מערכת העצבים, המתבטא למשל בתנועות כוריאופורמיות של הגפיים, בתנועות ראי ובליקויים מוטוריים אחרים, כמו גם בליקויים בקואורדינציה מוטורית עדינה וגסה (המתוארים בדרך כלל כסימנים ניאורולוגיים "ירכים", מכיוון שהם נחשבים לתופעה תקינה בילדים צעירים ואין אפשרות למקמם אנטומית). ההחזרים הגדיים עלולים להיות מוגברים או מוחלשים בצורה זו צדדית וסימטרית.

אצל חלק מהילדים מופיעים קשיים בלמידה, לפעמים בדרגת חומרה גבוהה. במקרים אחדים יש הפרעות חברתיות-רגשיות-התנהגותיות, אך אפיוני הפרעות אלה או תדירותן אינם ידועים דיים.

בהפרעות אלה אין למצוא סימני הפרעה ניאורולוגית (כמו שיתוק מוחי או ניוון

שרירי). יחד עם זאת, במקרים אחדים יש היסטוריה של סיבוכים בזמן הלידה, כמו משקל נמוך מאוד או לידה מוקדמת מאוד.

תסמונת הילד המגושם אובחנה בעבר כ"ליקוי מזערי בתפקוד מוחי", אך מונח זה אינו מומלץ לשימוש בשל משמעויותיו השונות והסותרות.

כולל: תסמונת הילד המגושם
הפרעה התפתחותית קואורדינטיבית
דיספרקסיה התפתחותית

לא כולל: חריגות ביציבה ובתנועה (R26-)
חוסר קואורדינציה (R27-) משני לפיגור שכלי (F79-F70) או להפרעות
ניאורולוגיות ייחודיות (G99-G00)

F83

הפרעות התפתחותיות ייחודיות מעורבות

זו קטיגוריה שריזית הכוללת הפרעות שאינן מוגדרות היטב ואינן מומשגות כראוי (אך חיוניות). בקטיגוריה זו יש תערובת של הפרעות התפתחותיות ייחודיות בדיבור ובשפה, במיומנויות של למידה ואי בתפקוד מוטורי, שאף אחת מהן אינה די שולטת כדי שתשמש כאבחנה העיקרית. שכית שכל אחת מההפרעות האלה קשורה לדרגה מסוימת של ליקוי בתפקודים קוגניטיביים, ויש להשתמש בקטיגוריה מעורבת זו כאשר יש חפיפה גדולה בין הליקויים. לפיכך, יש להשתמש בקטיגוריה זו כשהתפקודים הלקויים עומדים בקריטריונים של שתיים או יותר מההפרעות בסעיפים F80-, F81- ו-F82-.

F84

הפרעות התפתחותיות רחבות היקף (pervasive)

קבוצה זו של הפרעות מתאפיינת בחריגות איכותיות בקשרים החברתיים והדדיים ובדפוסי התקשורת. נוסף על כך קיים רפרטואר דל, מוגבל וחוזר על עצמו של תחומי עניין ופעילות. חריגות איכותיות אלה הן בגדר אפיון נרחב של תפקוד הפרט בכל המצבים, למרות השונות בדרגות החומרה. ברוב המקרים ההתפתחות חריגה כבר בתקופת הינקות, ולמעט יוצאים מן הכלל מעטים, מצבים אלה באים לידי ביטוי במשך 5 השנים הראשונות לחיים. לעתים קרובות, אם כי לא תמיד, יש דרגה מסוימת של ליקויים קוגניטיביים כלליים, אך ההפרעה מוגדרת כבעיה התנהגותית,

החורגת ביחס לגיל השכלי (בין שהנבדק מפגר בין שלא). אין הסכמה מוחלטת ביחס לתת-החלוקה של קבוצת ההפרעות ההתפתחותיות רחבות היקף.

במקרים אחדים ההפרעות נלוות או נובעות ממצבים רפואיים, כמו: פרכוסים בגיל הינקות, אדמת מולדת, טוברוס סקלרוזיס, ליפידוזיס מוחי ואנומליה של כרומוזום X שביר. יש לאבחן את ההפרעה על בסיס האפיונים ההתנהגותיים, ללא תלות בנזכרות או בהעדר מצבים רפואיים נלווים. יחד עם זאת, יש לקודד בנפרד כל אחד מהמצבים הרפואיים הנלווים. אם מופיע גם פיגור שכלי, יש לקודדו בנפרד בקוד בקבוצת F79-F70, מכיוון שהוא אינו אפיון כללי של הפרעות התפתחותיות רחבות היקף.

F84.0 אוטיזם של הילדות

זו הפרעה התפתחותית רחבת היקף, המוגדרת על ידי התפתחות חריגה ואו פגומה, המתגלה לפני גיל 3. הפרעה זו מאופיינת בתפקוד חריג בכל שלושת התחומים: קשרים חברתיים, תקשורת והתנהגות מוגבלת וסטריאוטיפית. ההפרעה שכיחה בקרב בנים פי 3-4 לעומת בנות.

הנחיות לאבחנה

בדרך כלל לא קדמה להפרעה תקופה של התפתחות נורמלית, ואפילו הייתה תקופה כזו, הרי החריגות הופיעו לפני גיל 3. תמיד יש ליקויים בקשרים חברתיים הדדיים. אלה מותבטאים בהבנה לקויה של מסרים חברתיים-רגשיים, המתבטאת בהעדר תגובה לרגשות של אנשים ואו בהעדר התאמה בין ההתנהגות ובין הנסיבות החברתיות. כמו כן ייתכן שימוש דל בסימנים חברתיים ואיזון ירוד של ההתנהגות החברתית, הרגשית והתקשורתית. במיוחד בולט העדר הדדיות חברתית-רגשית. כמו כן, פנימות איכותיות בתקשורת מופיעות תמיד. הן מתבטאות בהעדר שימוש במיומנויות כלשהן של השפה; בליקויים במשחקים חברתיים של הדמיה ושל חיקוי; בתיאום לקוי ובהעדר הדדיות בחילופי דברים תוך כדי שיחה; בגמישות דלה בהבעה מילולית ובהעדר יחסי של יצירתיות ודמיון; בהעדר תגובה רגשית לגישה היכרות מילוליים ולא מילוליים מצד אחרים; בשימוש פגום במגוון מקצבי הדיבור או ההדגשים בתיאום התקשורת; וכמו כן בהעדר מחוות גופניות, המדגישות את המשמעות של התקשורת המדוברת או מסייעות לה.

אוטיזם מתאפיין גם בזפוס התנהגות, פעילות ותחומי עניין מוגבלים וסטריאוטיפיים. אלה נוטים להביא להתנהגות נוקשה החוזרת על עצמה במגוון רחב של תפקודי היוס-יום ובכלל זה גם פעילות חדשה וגם הרגלים מוכרים, ובזפוס משחק קבועים. בעיקר בילדות המוקדמת, וניתן משיכה מיוחדת לחפצים לא רגילים, שאינם רכים. הילדים יכולים להתעקש על ביצוע פעולות שגרתיות מסוימות, בצורה טקסית שאינה תפקודית. ייתכן עיסוק יתר חוזר ושנה

בתחומים, כמו: תאריכים, מסלולים או מערכת שעות. לעתים קרובות יש תנועות סטריאוטיפיות ועניין מיוחד במרכיבים הלא תפקודיים של חפצים (כמו הריח או המגע שלהם). תיתכן גם התנגדות לשינויים בשגרת היוס-יום ובארגון החפצים המרכיבים את הסביבה האישית (כמו תזוזת קישוטים או רהיטים בבית).

נוסף על אפיונים אבחנתיים ייחודיים אלה, תכופות מוצאים אצל ילדים אוטיסטים מגוון בעיות לא ייחודיות, כמו: פחדים/פוביות, הפרעות בשינה ובאכילה, התפרצויות זעם ותוקפנות. פגיעה עצמית (כמו נשיכת פרקי הידיים) די נפוצה, בעיקר כשיש גם פיגור שכלי ניכר. רוב הילדים האוטיסטים נעדרים ספונטניות, יוזמה ויצירתיות בארגון זמנם הפנוי, ומתקשים בתפקודים המחייבים קבלת החלטות (גם כשהמשימות עצמן מתאימות ליכולתם). הביטוי הייחודי של הפגמים המאפיינים אוטיזם משתנה כאשר הילד גדל, אך הפגמים נותרים גם לאחר ההתבגרות עם דפוס דומה של בעיות בחברות (סוציאליזציה), בתקשורת ובתחומי העניין. כדי לקבוע אבחנה זו צריכות החריגות ההתפתחותיות להופיע לפני גיל 3, אך אפשר לאבחן את ההתסמונת בכל קבוצות הגיל.

אף שאפשר למצוא אצל אוטיסטים רמות שונות של מנת משכל (IQ), יש פיגור שכלי משמעותי בכשלושה רבעים מהמקרים.

כולל:

הפרעה אוטיסטית
אוטיזם של הינקות
פסיכוזת של הינקות
תסמונת עייש קנר

אבחנה מובדלת:

חוץ מצורות אחרות של הפרעות התפתחותיות רחבות היקף, חשוב לשקול אפשרות של: הפרעה התפתחותית ייחודית בקליטת השפה (F80.2) עם בעיות חברתיות-רגשיות משניות; הפרעת התקשורת תגובתית (F94.1) או הפרעת התקשורת חסרת עכבות (F94.2); פיגור שכלי (F79-F70) עם הפרעות רגשיות/התנהגותיות נלוות; סכיזופרניה (F20-) עם התחלה מוקדמת ותסמונת עייש רט (F84.2).

אינו כולל:

(פסיכופתיה אוטיסטית, F84.5)

F84.1 אוטיזם לא טיפוסי

הפרעה התפתחותית רחבת היקף הנבדלת מאוטיזם מבחינת הגיל בתחילת המחלה, או בכך שאינה ממלאת אחר כל שלוש קבוצות הקריטריונים האבחנתיים. ההתפתחות הקלוקה מתגלה לראשונה אחרי גיל 3 ואו אין די חריגות בולטות בתחום אחד או שניים משלושת התחומים של הפסיכופתולוגיה הדרושים לאבחנה של אוטיזם (כלומר: קשרים חברתיים הדדיים, תקשורת והתנהגות מוגבלת

וסטראוטיפיות). זאת אף שיש חריגות אופייניות בתחום(ים) האחר(ים). אוטיזם לא טיפוסי מופיע תכופות בקרב הלוקים בפיגור עמוק, שרמת התפקוד הנמוכה מאוד שלהם אינה מאפשרת ביטוי של התנהגויות חריגות ייחודיות, כנדרש לאבחנה של אוטיזם. גם אצל הסובלים מהפרעה התפתחותית ייחודית חמורה בקליטת השפה אפשר לאבחן אוטיזם לא טיפוסי. לפיכך, אוטיזם לא טיפוסי הוא מצב הנבדל באורח משמעותי מאוטיזם.

כולל: פסיכוזה לא טיפוסי בילדות
פיגור שכלי עם קווים אוטיסטיים

F84.2 תסמונת עייש רט (Rett)

מצב שהסיבות לו אינן ידועות ושדווח עד כה אצל בנות בלבד. הוא נבדל מהפרעות התפתחותיות אחרות בתחילתו, במהלכו ובדפוס הסימפטומים שלו. אופיינית לתסמונת זו התפתחות מוקדמת תקינה או כמעט תקינה, שאחריה חל אובדן חלקי או מלא של מיומנויות נרכשות בידיים ובדיבור, יחד עם האטה בקצב גדילת הראש. התסמונת מתחילה, בדרך כלל, בין גיל 7 חודשים לגיל שנתיים. האפיונים העיקריים הם: תנועות סטראוטיפיות של ניעור ידיים, נשימת יתר ואובדן היכולת לתנועות ידיים מכוונות לתכלית. ההתפתחות החברתית והתפתחות דפוסי המשחק נעצרות בשנה השנייה או השלישית לחיים, אך ההתעניינות החברתית נשמרת. במהלך הילדות מתפתחות לפעמים אטקסיה של פלג הגוף העליון ואפרקסיה, הנלוות לסקוליוזיס או לקיפוסקוליוזיס, וגם תנועות כוריאואטטואידיות. כתוצאה מכך חלה נכות נפשית קבועה בדרגה חמורה. התקפים כפיזיים מתפתחים, לעתים קרובות, בתקופת הילדות המוקדמת או בשנות הילדות האמצעיות.

הנחיות לאבחנה

ברוב המקרים נע גיל ההתחלה בין 7 ל-24 חודשים. האפיון הטיפוסי ביותר של התסמונת הוא אובדן היכולת לתנועה מכוונת של הידיים ואובדן המיומנויות הנרכשות של מוטוריקה עדינה. אלה מלווים באובדן מלא או חלקי של התפתחות השפה, בתנועות סטראוטיפיות מפותלות של ניעור ידיים או "רחצת ידיים", כשהזרועות מכופפות לפני החזה או הסנטר, וכן בהרטבה חוזרת ונשנית של הידיים בעזרת רוק, באובדן היכולת ללעוס היטב את המזון ובהתקפים תכופים של נשימת יתר. כמעט תמיד אין הלוקים בתסמונת מצליחים לרכוש שליטה על הסוגרים; לעתים קרובות הם מזילים ריר ומשרבבים החוצה את הלשון ונמנעים מכל מעורבות חברתית. באופן טיפוסי שומרים הילדים על מין "חיך חברתי", כשהם מביטים לעבר אנשים או "דרכים", אך אינם יוצרים קשר חברתי במהלך הילדות המוקדמת (אף שלעתים קרובות מתפתחת מעורבות חברתית בשלבים מאוחרים יותר). היציבה וצורת ההליכה נוטות להיות בעלות בסיס רחב, השרירים רפויים, תנועות פלג הגוף העליון אינן מתואמות היטב, ועל-פי-רוב מתפתח סקוליוזיס או

קיפוסקוליוזיס. ניוון שדרתי עם נכות תנועתית קשה מתפתח במהלך ההתבגרות או בבגרות בכמחצית מהמקרים. מאוחר יותר מופיעה נוקשות שרירים, הבולטת יותר בגפיים התחתונות מאשר בעליונות. ברוב המקרים מופיעים התקפים כפיזיים לא מלאים, לפני גיל 8. בניגוד למתרחש באוטיזם, גניעה עצמית מכוונת או עיסוק-יתר סטראוטיפי מורכב הם נדירים.

אבחנה מבדלת: התסמונת עייש רט מובחנת בראש ובראשונה על בסיס אובדן תנועות ידיים מכוונות, האטה בקצב גדילת הראש, אטקסיה, תנועות סטראוטיפיות של "רחצת ידיים" ואובדן היכולת ללעוס מזון כראוי. מהלך ההפרעה, דהיינו הידרדרות מוטורית מתקדמת, מאשר את האבחנה.

F84.3 הפרעה דיסאינטגרטיבית אחרת בילדות

הפרעה התפתחותית רחבת היקף (שונה מהתסמונת עייש רט), המוגדרת על ידי תקופת התפתחות תקינה לפני תחילת ההפרעה, ואובדן ברור של מיומנויות נרכשות במספר תחומי התפתחות במהלך חודשים אחדים, יחד עם חריגות אופייניות בתפקודים חברתיים, תקשורתיים והתנהגותיים. על-פירוב יש תקופה מקדימה של מחלה לא ברורה והילד נעשה לא שקט, רגוני וחרד ומפגין פעילות יתר. מייד אחר כך חל דלדול ואובדן יכולת הדיבור והשימוש בשפה, המלווים בנסיגה התנהגותית. במקרים אחדים אובדן המיומנויות האלה מתקדם בהתמדה (בדרך כלל כשההפרעה קשורה למצב ניאורולוגי מתקדם ידוע), אך תכופות הירידה, המתקדמת במשך מספר חודשים, מלווה בתקופה יציבה שאחריה חל שיפור מוגבל. התחזית (prognosis) בדרך כלל גרועה מאוד ורוב החולים נותרים עם פיגור שכלי קשה. אין ודאות מוחלטת באשר למידת השוני בין מצב זה ובין אוטיזם. בחלק מהמקרים אפשר להוכיח שההפרעה נובעת מאנצפלופתיה נלווית, אך יש לקבוע את האבחנה על בסיס האפיונים ההתנהגותיים. כל מצב ניאורולוגי נלווה יקודד בנפרד.

הנחיות לאבחנה

האבחנה מבוססת על התפתחות תקינה עד גיל שנתיים לפחות, שאחריה חל אובדן מתקדם של המיומנויות הנרכשות. לזה נלווית חריגה איכותית בתפקוד החברתי. בדרך כלל מוצאים נסיגה בולטת או אובדן של השפה, נסיגה ברמת המשחק, במיומנויות החברתיות ובהתנהגות תסתגלותית. לעתים קרובות מתפתח אובדן שליטה על הסוגרים, לפעמים עם ירידה בשליטה המוטורית. באופן טיפוסי אלה מלווים באובדן העניין בסביבה, בתנועות סטראוטיפיות חוזרות ונשנות, וכן בליקויים בקשרים חברתיים ובתקשורת, הדומים לאוטיזם. במובנים מסוימים דומה התסמונת לשטיון אצל מבוגרים, אך היא נבדלת ממנו בשלושה תחומים עיקריים: בדרך כלל אין עדות למחלה או לנזק אורגני למוח ואף שלרוב קיים סוג

מסוים של תוסר תפקוד מוחי אורגני; אחרי אובדן המיומנויות יכול לחול שיפור כלשהו; והליקוי בחברות ובתקשורת מראה סטייה, המאפיינת אוטיות יותר מאשר ירידה אינטלקטואלית. בגלל סיבות אלה נכללת התסמונת בפרק זה ולא בקטיגוריה F09-F00.

כולל: שטיון ינקותי
פסיכוזה דיסאינטגרטיבית
תסמונת הלר
פסיכוזה סימביוטית

לא כולל: אפזיה נרכשת עם כפיון (F80.3)
אילמות מבחירה (מוטיות אלקטיבי) (F94.0)
תסמונת רט (F84.2)
סכיזופרניה (F20.-)

F84.4 הפרעה של פעילות יתר הקשורה לפיגור שכלי ולתנועות סטראוטיפיות

זו הפרעה שאינה מוגדרת היטב, שתקפותה בסיווג המחלות אינה ברורה. קטיגוריה זו נכללת כאן בגלל העדות על ילדים חלוקים בפיגור שכלי קשה (מנת המשכל שלהם נמוכה מ-50) ומגלים בעיות קשות של פעילות יתר ותוסר קשב ושכילות גבוהה של התנהגויות סטראוטיפיות. נראה שמצבם של ילדים אלה אינו משתפר כתוצאה מתרופות מעוררות (שלא כמו ילדים שמנת המשכל שלהם נמצאת בתחום הנורמה), והם עלולים להציג תגובה דיספורית קשה כלפיהן (לעתים עם האטה פסיכומוטורית). בגיל ההתבגרות נוטה פעילות היתר להתחלף בתת-פעילות (דפוס שאינו אופייני לילדים הפרקינטיים בעלי אינטליגנציה תקינה). על-פירוב מלווה התסמונת במגוון של עיכובים התפתחותיים כלליים או ייחודיים.

לא ידוע עד כמה הדפוס ההתנהגותי הוא תוצר של מנת משכל נמוכה או של נזק מוחי אורגני. לא ברור גם האם ההפרעות בילדים חלוקים בפיגור שכלי קל עם תסמונת הפרקינטי, שייכות לקבוצה זו או שיש לסווגן בקטיגוריה F90.-; לעת עתה הן נכללות ב-F90.-.

הנחיות לאבחנה

האבחנה תלויה בשילוב של פעילות יתר חמורה ולא תואמת, עם תנועות סטראוטיפיות ועם פיגור שכלי קשה. כל השלושה צריכים להיות נוכחים. אם מתקיימים הקריטריונים שנקבעו ל-F84.0, F84.1 או F84.2, יש להשתמש באבחנות אלה ולא ב-F84.4.

F84.5 תסמונת עייש אספרגר (Asperger)

הפרעה שתקפותה בסיווג המחלות אינה ודאית. היא מתאפיינת באותן חריגות איכותיות בקשרים חברתיים הדדיים הטיפוסיות לאוטיות, יחד עם דפרטואר מוגבל, סטראוטיפי וחוזר של תחומי עניין ושל פעילות. ההפרעה נבדלת מאוטיות בעיקר בכך שאין עיכוב כללי או פיגור בשפה או בהתפתחות הקוגניטיבית. רוב הסובלים מהתסמונת הם בעלי אינטליגנציה תקינה, אך בדרך כלל הם מפגינים סרבול ניכר. המצב הזה אופייני בעיקר אצל בנים (ביחס של בת אחת לכל שמונה בנים). סביר מאוד שחלק מהמקרים מייצגים וריאציות קלות של אוטיות, אך לא ברור אם זה נכון בכל המקרים. חריגות נוטות להתמיד בתקופת ההתבגרות ובבגרות, ונראה שהן מייצגות אפיונים אינדיבידואליים שאינם מושפעים מנסיבות סביבתיות. אפיונות פסיכותרפיות ייתכנו לעתים בתקופת הבגרות המוקדמת.

הנחיות לאבחנה

האבחנה מבוססת על שילוב של חסר עיכוב משמעותי מבחינה קלינית, בשפה או בהתפתחות הקוגניטיבית, עם (בדומה לאוטיות) חסרים איכותיים בקשרים חברתיים הדדיים ועם דפרטואר מוגבל, חוזר וסטראוטיפי של תחומי עניין ופעילות. ייתכנו בעיות בתקשורת הדומות לאלה הקשורות לאוטיות, אך פיגור בולט בשפה ישלול אבחנה זו.

כולל: פסיכופתיה אוטיסטית
הפרעה סכיזואידית של הילדות

אינו כולל: הפרעת אישיות אנקסטית F60.5
הפרעות התקשורת בילדות (F94.1, F94.2)
הפרעה טורדנית-כפייתית (F42.-)
הפרעה סכיזופרנית (F21.-)
סכיזופרניה פשוטה (F20.6)

F84.8 הפרעות התפתחותיות רחבות היקף אחרות

F84.9 הפרעה התפתחותית רחבת היקף, לא מסווגת

בקטיגוריה שרידית זו יש להשתמש להפרעות המתאימות לתיאור הכללי של הפרעות התפתחותיות רחבות היקף, אך אין בהן די מידע הולם, או שממצאים מנוגדים אינם מאפשרים עמידה בקריטריונים שנקבעו לקטיגוריות אחרות של F84.-.

F98 — F90 הפרעות התנהגותיות ורגשיות שתחילתן, בדרך כלל, בילדות או בגיל ההתבגרות

F99 — הפרעה נפשית לא מסווגת

סקירה

F90 הפרעות היפרקינטיות

- F90.0 הפרעה בפעילות ובקשב
- F90.1 הפרעות התנהגות היפרקינטיות
- F90.8 הפרעות היפרקינטיות אחרות
- F90.9 הפרעה היפרקינטית, לא מסווגת

F91 הפרעות התנהגות (Conduct)

- F91.0 הפרעת התנהגות המוגבלת להקשר המשפחתי
- F91.1 הפרעת התנהגות לא חברתית
- F91.2 הפרעת התנהגות חברתית
- F91.3 הפרעה מרדנית ומתנגדת
- F91.8 הפרעות התנהגות אחרות
- F91.9 הפרעת התנהגות, לא מסווגת

F92 הפרעות מעורבות של התנהגות ושל רגשות

- F92.0 הפרעת התנהגות דיכאונית
- F92.8 הפרעות מעורבות אחרות של התנהגות ושל רגשות
- F92.9 הפרעה מעורבת של התנהגות ושל רגשות, לא מסווגת

F93 הפרעות רגשיות שתחילתן ייחודית לגיל הילדות

- F93.0 הפרעה של חרדת נטישה בילדות
- F93.1 הפרעה של חרדה בעתית (פוביה) בילדות
- F93.2 הפרעה של חרדה חברתית בילדות
- F93.3 הפרעת יריבות בין אחים
- F93.8 הפרעות רגשיות אחרות בילדות
- F93.9 הפרעה רגשית בילדות, לא מסווגת

F88 הפרעות אחרות בהתפתחות נפשית

F88

כולל: אגנוזיה התפתחותית

F89 הפרעה בהתפתחות נפשית, לא מסווגת

F89

כולל: הפרעה התפתחותית שאינה מסווגת במקום אחר

F94 הפרעות בתפקוד החברתי שתחילתן ייחודית לילדות ולגיל ההתבגרות

- F94.0 אילמות מבחירה (מוטיזם אלקטיבי)
- F94.1 הפרעת התקשרות תגובתית בילדות
- F94.2 הפרעת התקשרות חסרת עכבות בילדות
- F94.8 הפרעות אחרות בתפקוד החברתי בילדות
- F94.9 הפרעה בתפקוד החברתי בילדות, לא מסווגת

F95 הפרעות טיק

- F95.0 הפרעת טיק חולפת
- F95.1 הפרעת טיק כרונית, קולית או מוטורית
- F95.2 הפרעת טיק משולבת קולית ומוטורית מרובה (תסמונת טורט)
- F95.8 הפרעות טיק אחרות
- F95.9 הפרעת טיק, לא מסווגת

F98 הפרעות התנהגותיות ורגשיות אחרות, שתחילתן בדרך כלל בילדות או בגיל ההתבגרות

- F98.0 הרטבה תפקודית (לא אורגנית)
- F98.1 אנקופרזיס תפקודי (לא אורגני)
- F98.2 הפרעת הזנה בינקות ובילדות
- F98.3 פיקה של הינקות והילדות
- F98.4 הפרעות תנועה סטראוטיפית
- F98.5 גמגום
- F98.6 דיבור לא מסודר (cluttering)
- F98.8 הפרעות התנהגותיות ורגשיות מסווגות אחרות, שתחילתן בדרך כלל בילדות ובגיל ההתבגרות
- F98.9 הפרעות התנהגותיות ורגשיות לא מסווגות, שתחילתן בדרך כלל בילדות ובגיל ההתבגרות

F99 הפרעה נפשית, שאינה מסווגת במקום אחר

F90 הפרעות היפרקינטיות

קבוצת הפרעות זו מתאפיינת בהתחלה מוקדמת ובשילוב של פעילות יתר לא מווסתת עם הפרעה בקשב והעדר התמדה בביצוע משימות. מאפיינים אלה באים לידי ביטוי במצבים שונים ומתמידים לאורך זמן.

כיום נוטים לחשוב שחריגות מולדות ממלאות תפקיד מכריע בחיווצרות ההפרעות האלה, אבל עדיין חסר ידע לגבי אטיולוגיה ייחודית. בשנים האחרונות רווח השימוש במונח האבחוני "הפרעת קשב" (attention deficit disorder) לצורך תיאור התסמונת. במסגרת זו לא השתמשנו במונח זה, מאחר שהוא מרמז על תהליכים פסיכולוגיים שמחותם אינה ידועה, וכן משום שהוא מאפשר הכללת האבחנה על ילדים מלאי תרדות, "חולמניים" או עסוקים במחשבות, שבעיותיהם שונות משל אלה הסובלים מהפרעת קשב. יחד עם זאת ברור שמהיבט ההתנהגותי, בעיות בקשב הן האפיון המרכזי של התסמונות ההיפרקינטיות.

הפרעות היפרקינטיות מופיעות תמיד בשלב התפתחותי מוקדם, ובדרך כלל ב-5 חשנים הראשונות לחיים. המאפיינים העיקריים הם: העדר התמדה בפעולות הדורשות מעורבות קוגניטיבית ונטייה לעבור מפעילות לפעילות בלי להשלים אף אחת, יחד עם פעילות יתר לא מאורגנת ולא מווסתת. בעיות אלה נמשכות לרוב עד הבגרות, אך רבים מהסובלים מראים שיפור הדרגתי בקשב ובפעילות.

כמה חריגות עלולות להתלוות להפרעות אלה. ילדים היפרקינטיים הם על-פירוב פזיזים, אימפולסיביים, נוטים לתאונות ונקלעים לבעיות משמעת בגלל חוסר תשומת לב לכללים (ולא כתוצאה מהתנגדות מכוונת להם). הקשר עם מבוגרים מתאפיין בהתנהגות חסרת מעצורים ובהעדר זהירות ואיפוק. הם לרוב מבודדים ולא מקובלים בקרב בני גילם. פגיעות קוגניטיביות הן שכיחות מאוד וכך גם עיכובים ייחודיים בהתפתחות המוטורית ובהתפתחות השפה.

סיבוכים משניים כוללים התנהגות לא חברתית והערכה עצמית נמוכה. בחתום לכך יש חפיפה ניכרת בין התסמונת ההיפרקינטית ובין דפוסים אחרים של התנהגות מופרעת, כמו "הפרעת התנהגות לא חברתית". עם זאת, על פי הידע העכשווי, עדיף להפריד קבוצת הפרעות שהיפרקינטיות היא הבעיה העיקרית בה.

הפרעות היפרקינטיות שכיחות יותר בקרב בנים מאשר בקרב בנות. להפרעות אלה כלולים, בשכיחות גבוהה, קשיי קריאה (וקשיי למידה אחרים)

הנחיות לאבחנה

האפיונים העיקריים הם: ליקוי בקשב ופעילות יתר. שניהם נחוצים לאבחנה וחייבים להופיע ביותר ממצב אחד, לדוגמה: בבית, בבית-הספר, במרפאה וכו'.

ליקוי בקשב מתבטא בוגיחת המטלות בטרם עת, בלא שהושלמו. הילדים עוברים מפעילות לפעילות ונראה שהם מאבדים עניין במשימה אחת, מאחר שדעתם מוסחת למשימה אחרת (וזאת אף שבדיקות מעבדה אינן מראות, בדרך כלל, דרגה חריגה של הסחת תשומת הלב בקליטה החושית). יש לאבחן ליקויים בקשב ובהתמדה רק כשהם מופרזים ביחס לגיל הילד ולמנת המשכל שלו.

פעילות היתר מתבטאת באי-שקט ניכר, בעיקר במצבים הדורשים שלוה יחסית. הילד קופץ ומתרוץ ממקום למקום, אינו מסוגל לשבת בכיסא, מרבה בדיבור ומרעיש, מתופף בידיו ומנענע את רגליו. המדד להערכת ההתנהגות צריך להתייחס לפעילות, שהיא מופרזת בהקשר הנסיבתי, ובהשוואה לילדים באותו גיל ובעלי מנת משכל דומה. אפיון התנהגותי זה בולט בעיקר במצבים מאורגנים ומובנים, הדורשים דרגה גבוהה של שליטה עצמית.

האפיונים הנלווים הבאים אינם חיוניים לאבחנה, אך עוזרים לבססה: העדר עכבות בקשרים חברתיים, פזיזות במצבים מסוכנים ושבירת כללים חברתיים (כמו התערבות בפעילות של אחרים, מתן תשובות בטרם עת וקושי לחכות בתור).

הפרעות למידה ומגושמות מוטורית חלות בתדירות גבוהה מהצפוי ויש לציין בנפרד (בקטיגוריה F80-F89). מכל מקום, אין להכלילן כחלק מהאבחנה של הפרעה היפרקינטית.

סימפטומים של הפרעת התנהגות אינם בגדר קריטריונים שוללים או מחייבים לגבי האבחנה העיקרית, אך נוכחותם או העדרם הם בסיס לתת-החלוקה של ההפרעה (ראה בהמשך).

הבעיות ההתנהגותיות המאפיינות מתחילות בגיל צעיר (לפני גיל 6) ומשכן ארוך. קשה לאבחן היפראקטיביות לפני הכניסה לבית-הספר, בגלל הטווח הרחב של התנהגות תקינה: רק דרגות קיצוניות יכולות להוביל לאבחנה אצל ילדים צעירים יותר.

אפשר לאבחן את התסמונת ההיפרקינטית גם בגיל מבוגר. הבסיס לאבחנה זהה אך יש לשפוט את הסימפטומים של קשב ופעילות בהתאם לנורמות ההתפתחות המתאימות. כאשר התסמונת ההיפרקינטית נעלמת עם הגיל ומתחלפת בבעיה אחרת, כמו הפרעת אישיות דיסוציאלית או שימוש בסמים, תתייחס האבחנה למצב הנוכחי ולא למצב הקודם.

אבחנה מבדלת: הפרעות מעורבות שכיחות מאוד, ויש לתת קדימות אבחנתית להפרעות התפתחות רחבות היקף. הקושי העיקרי באבחנה נעוץ בהבדלה מהפרעת התנהגות (conduct). כאשר התמלאו כל הקריטריונים של תסמונת היפרקינטית, יש להעדיפה. מכל מקום, בהפרעות התנהגות אפשר למצוא, בשכיחות גבוהה, דרגות קלות של היפראקטיביות ושל ליקויי קשב. כאשר מוצאים

אפיונים של היפראקטיביות ושל הפרעת התנהגות, אך הראשונים מקיפים וחמורים, יש לקבוע אבחנה של "הפרעת התנהגות היפרקינטית" (F90.1).

בעיה אבחנתית נוספת נובעת מהעובדה שפעילות יתר וליקויי קשב מסוג שונה, עלולים להופיע כסימפטומים של הפרעות חרדה או דיכאון. לפיכך אי-שקט המאפיין הפרעה של דיכאון רגש (agitated) אינו צריך להוביל לאבחנה של תסמונת היפרקינטית. הדבר נכון גם לגבי אי-שקט המאפיין חרדה עמוקה. כאשר מתמלאים הקריטריונים של הפרעות חרדה (F40.-, F41.-, F43.- או F93.-), יש להעדיףם על הפרעה היפרקינטית, אלא אם יש עדות לסימפטומים היפרקינטיים נוספים תוך מאי שקט הקשור לחרדה. בדומה לכך, אם התמלאו הקריטריונים של הפרעה במצב חרוד (F30-F39), אין לאבחן הפרעה היפרקינטית רק בשל חלקי בריכוז ואי-השקט הפסיכומטורי. יש לקבוע אבחנה כפולה רק כאשר הסימפטומים אינם רק חלק מהפרעות במצב החרוד, אלא מראים בבירור את קיומה הנפרד של הפרעה היפרקינטית. התחלה חריפה של התנהגות היפראקטיבית אצל ילד בגיל בית-הספר היא, קרוב לוודאי, ביטוי של הפרעת תגובתית (פסיכוגנית או אורגנית), של מצב מני, של סכיזופרניה או של מחלה נייאורולוגית.

לא כולל: הפרעות חרדה (F41.- או F93.0)

הפרעות (אפסטיביות) במצב רוח (F30-F39)

הפרעות התפתחותיות רחבות היקף (F84.-)

סכיזופרניה (F20.-)

F90.0 הפרעה בפעילות ובקשב

אין ודאות באשר לתת החלוקה המתאימה ביותר של ההפרעות ההיפרקינטיות. מכל מקום, מחקרי מעקב מראים שהתוצאות אצל מתבגרים ומבוגרים מושפעות מאוד מהשאלה האם יש גם תוקפנות, עבריינות או התנהגות לא-חברתית. לפיכך תת-החלוקה העיקרית נעשית בהתאם לנוכחותם או להעדרם של האפיונים האלה. יש להשתמש בקוד F90.0 כאשר מתמלאים כל הקריטריונים שנקבעו להפרעה היפרקינטית (F90.-), וכשלא מתמלאים האפיונים של הפרעת התנהגות (F91.-).

כולל: הפרעת ליקוי בקשב או תסמונת הכוללת היפראקטיביות והפרעת היפראקטיביות של ליקוי בקשב

לא כולל: הפרעה היפרקינטית הקשורה להפרעת התנהגות (F90.1)

הנחיות לאבחנה

באבחון הפרעות התנהגות יש להתחשב ברמת ההתפתחות של הילד. לדוגמא, התפרצויות זעם אצל ילד בן 3 הן תקינות, ואין לבסס את האבחנה עליהן בלבד. בדומה לכך, ילד בן 7 אינו מסוגל בדרך כלל לפגוע באחרים (באמצעות פשע אליס), ולכן אין זה קריטריון אבחוני חיוני בקבוצת הגיל הזו.

לחלן יפורטו דוגמאות להתנהגויות שעליהן מבוססת האבחנה: מעורבות מוגזמת בקטטות או במעשי בריונות, התאכזרות לבעלי חיים או לאנשים, הרס של רכוש, הצתות, גניבות, שקרים תכופים, השתמטות מבית-הספר ובריחה מהבית, התקפי זעם תכופים וקשים, התנהגות מרדנית פרובוקטיבית ואי-ציות חמור ומתמיד. כל אחת מהדוגמאות האלה מספיקה לאבחנה, אם היא די בולטת. אין די בפעולות אנטי חברתיות אחדות כדי לקבוע את האבחנה.

קריטריונים שוללים כוללים מצבים לא רגילים אך חמורים, כמו: סכיזופרניה, מניה, הפרעה התפתחותית רחבת היקף, הפרעה היפרקינטית ודיכאון.

מומלץ שלא להשתמש באבחנה זו אם ההתנהגות אינה נמשכת 6 חודשים או יותר.

אבחנה מובדלת: יש חפיפה בין הפרעת התנהגות ובין מצבים אחרים. קיומן באותה עת של הפרעות רגשיות בגיל הילדות (F93-) יוביל לאבחנה של הפרעה מעורבת של התנהגות ושל רגשות (F92-). אם המקרה עומד גם בקריטריונים של הפרעה היפרקינטית (F90-), יש להשתמש באבחנה זו. מכל מקום, רמות מתונות של פעילות יתר ושל ליקויים בקשב שכיחות מאוד בקרב ילדים הסובלים מהפרעת התנהגות, כמו גם הערכה עצמית נמוכה ואי יציבות רגשית. שום תופעה מאלה אינה שוללת את האבחנה של הפרעת התנהגות.

לא כולל: הפרעת התנהגות הקשורה להפרעות רגשיות (F92-) או הפרעות היפרקינטיות (F90-).
הפרעות (אפקטיביות) במצב הרוח (F39-F30)
הפרעות התפתחותיות רחבות היקף (F84-)
סכיזופרניה (F20-)

F91.0 הפרעת התנהגות המוגבלת לחקשור המשפחתי

קטיגוריה זו מכילה הפרעות של התנהגות לא חברתית או תוקפנית (ולא רק התנהגות מתגדת, מרדנית והרסנית) המוגבלת, לחלוטין או כמעט לחלוטין, לסביבה הביתית ולקשרים החזדיים עם בני המשפחה הקרובים. אבחון הפרעה זו ייעשה אך ורק אם יתמלאו כל הקריטריונים שנקבעו ל-F91.0. הפרעה, ואפילו

F90.1 הפרעת התנהגות היפרקינטית

יש להשתמש בקוד זה כאשר מתמלאים בעת ובעונה אחת כל הקריטריונים של הפרעות היפרקינטיות (F90-) וכל הקריטריונים של הפרעות התנהגות (F91-).

F90.8 הפרעות היפרקינטיות אחרות

F90.9 הפרעה היפרקינטית, לא מסווגת

זוהי קטיגוריה שרידית שהשימוש בה אינו מומלץ, אלא רק כשאי אפשר להבחין בין F90.0 ובין F90.1, אבל כאשר מתמלאים כל הקריטריונים של F90-.

כולל: תגובה או תסמונת היפרקינטית של הילדות או של גיל ההתבגרות, שאינה מסווגת במקום אחר

F91 הפרעות התנהגות (Conduct)

הפרעות התנהגות מתאפיינות בדפוס חוזר וקבוע של התנהגות דיסוציאלית, תוקפנית ומרדנית. התנהגות זו, בצורתה הקיצונית, מתבטאת בהפרות חמורות של הציפיות החברתיות התואמות לגיל ולפיכך, הן חמורות יותר ממרד נעורים רגיל או ממשובות ילדות שכיחות. אין די בפעולות אנטי חברתיות או עברייניות אחדות, כדי לקבוע אבחנה זו המבוססת על דפוס התנהגות ממושך.

אפיונים של הפרעת התנהגות יכולים לשמש כסימפטומים של מצבים פסיכיאטריים אחרים, ובמקרים כאלה יש להשתמש בקוד המתאים.

במקרים מסוימים יכולות הפרעות התנהגות להתפתח להפרעת אישיות דיסוציאלית (F60.2). הפרעת התנהגות קשורה לעתים קרובות לסביבה פסיכולוגית שלילית, בכלל זה קשרים משפחתיים לא מספקים וכישלון בבית-הספר, והיא נפוצה יותר בקרב בנים. יש תקפות ברורה להבחנה בינה ובין הפרעות רגשיות; לעומת זאת, ההבחנה בינה ובין הפרעה היפרקינטית פחות ברורה, ולעתים קרובות יש חפיפה ביניהן.

חמורה, ביחסי תורה-ילד אינה מספיקה כשלעצמה לקביעת האבחנה. תיתכן גיבית כסף או רכוש מהבית או מבן משפחה מסוים אחד או יותר. לפעמים מתלווה לכך התנהגות הרסנית מכוונת, שלעיתים קרובות היא ממוקדת בבן משפחה מסוים, כמו: שבירת צעצועים או קישוטים, קריעת בגדים, השחתת רהיטים והריסת תפלים בעלי ערך. אלימות פיזית כלפי בן משפחה (לא כלפי זרים) והצגת מכוונות בתוך הבית יכולות גם הן לשמש בסיס לאבחנה זו.

הנחיות לאבחנה

לקביעת האבחנה דרושים העדר הפרעת התנהגות משמעותית מחוץ למערכת המשפחתית, וכן שהיחסים החברתיים של הילד מחוץ למשפחה יהיו בתחום התקין.

ברוב המקרים הפרעות התנהגות המופנות באופן ייחודי כלפי המשפחה הן תוצאה של פגיעה קשה ביחסים בין הילד ובין אחד מבני משפחתו או כמה מהם. לדוגמה, הצטרפות הורה חורג למסגרת המשפחה. תקפות האבחנה עדיין אינה ודאית, אך ייתכן שהפרעות אלה, הקשורות באופן הדוק למצבים מסוימים, הן בעלות פרוגנוזה טובה יותר מזו של הפרעות התנהגות רחבות היקף.

F91.1 הפרעת התנהגות לא חברתית

סוג זה של הפרעת התנהגות מתאפיין בשילוב של התנהגות אלימה ולא חברתית מתמדת (העונה על כל הקריטריונים של F91 ולא מכילה רק התנהגות מרדנית ומתנגדת), עם חריגה מתמשכת במערכות היחסים עם ילדים אחרים.

הנחיות לאבחנה

המפתח לאבחנה נכונה בין הפרעות התנהגות לא חברתיות לאלה ה"חברתיות" הוא העדר השתלכות טובה בתוך קבוצת החברים בני אותו גיל. למרכיב זה נודעת עדיפות על כל ההבדלים האחרים. הפרעה בקשרים החברתיים מתבטאת בעיקר בבידוד חברתי ואו ברחיקה מצד ילדים אחרים ובהעדר חברים קרובים או מערכות יחסים הדדיות ואמפתיות עם בני אותו גיל. קשרים עם מבוגרים מתאפיינים בחילוקי דעות, בעוינות ובטינה. יחד עם זאת, ייתכנו קשרים טובים עם מבוגרים (אם כי בדרך כלל הם חסרי קרבה ואמון), ואלה אינם שוללים את האבחנה. תכופות, אך לא תמיד, נלווית למצב גם הפרעה רגשית (אם היא בדרגה העונה לקריטריונים של הפרעה מעורבת, יש להשתמש בקוד - F92).

באופן טיפוסי (אך לא בהכרח) מופיעה הפרת חוק יחידה. התנהגויות טיפוסיות כוללות: הצקות, מריבות תכופות ואצל ילדים בוגרים יותר גם סחיטה ותקיפה אלימה; רמות מופרזות של אי-ציות, גסות רוח, אי שיתוף פעולה והתנגדות לסמכות; התפרצויות זעם חמורות וכעס לא נשלט; הרס של רכוש, הצגת והתאכזרות כלפי חיות וכלפי ילדים. לעיתים, גם ילדים שהם מבודדים חברתית

נעשים מעורבים בעבריינות קבוצתית. טבעה של העבירה פחות חשוב לצורך האבחנה, מאשר איכות הקשרים האישיים.

ההפרעה בדרך כלל באה לידי ביטוי במצבים שונים, אך היא כנראה בולטת ביותר בבית-הספר; ייחודיות למצבים שאינם בסביבת הבית מתיישבת עם האבחנה.

כולל: הפרעת התנהגות מסוג תוקפני מבודד
הפרעה תוקפנית לא חברתית

F91.2 הפרעת התנהגות חברתית

קטיגוריה זו חלה על הפרעות של התנהגות לא חברתית ותוקפנית מתמדת (העונה לכל הקריטריונים של F91 ואינה מכילה רק התנהגות מרדנית ומתנגדת), המופיעה אצל ילדים שבדרך כלל משולבים היטב בקבוצה של בני גילם.

הנחיות לאבחנה

האפיין העיקרי, המבדיל מהפרעת התנהגות לא חברתית, הוא קיום מערכות יחסים חולמות וממושכות עם בני אותו גיל. לעיתים קרובות, אך לא תמיד, מורכבת הקבוצה מערים המעורבים בפעילות עבריינית או לא חברתית (במקרה כזה, התנהגותו החברתית של הילד תזכה לאישור של חבריו ותותאם לתת-תרבות שאלה הוא משתייך). מכל מקום, זו אינה דרישה חיונית לקביעת האבחנה. ייתכן שהילד ייטול חלק בחבורה שאינה עבריינית והתנהגותו הלא חברתית תתבטא בהקשר אחר. אם יש בהתנהגות הלא חברתית מרכיב של הצקה, ייתכנו קשרים מופרעים עם הקורבנות או עם ילדים אחרים. אלה אינם שוללים את תוקפה של האבחנה, בתנאי שיש לילד קבוצת חברים שהוא נאמן לה ושומר על קשרים ממושכים אִתָּה. הקשרים עם מבוגרים בעמדות סמכותיות נוטים להיות גרועים, אך ייתכנו יחסים טובים עם מבוגרים אחרים. הפרעות רגשיות הן על-פירוב מזעריות. ייתכן שהפרעת ההתנהגות תכלול את המערך המשפחתי, אך אם היא מוגבלת להקשר המשפחתי, אין להשתמש באבחנה זו. תכופות ניכרת ההפרעה בעיקר מחוץ להקשר המשפחתי וקשורה באופן ייחודי לבית-הספר (או למערך חוץ משפחתי אחר), דבר המתיישב עם האבחנה.

כולל: הפרעת התנהגות מהסוג הקבוצתי
עבריינות קבוצתית
הפרות חוק בהקשר של השתייכות לכנופיה
גניבות קבוצתיות
תשתמטות מבית-הספר

לא כולל: פעילות במסגרת כנופיה בהעדר הפרעה פסיכיאטרית גלויה (203.2)

F91.3 הפרעה מרדנית (defiant) ומתנגדת

סוג זה של הפרעת התנהגות נראה, בדרך כלל, בקרב ילדים שגילם נמוך מ-10. ההפרעה מוגדרת בנוכחות של התנהגות מרדנית, לא ממושמת ומתגרה, ובהעדר מעשים תוקפניים ולא חברתיים המפרים את החוק או את זכויותיהם של אחרים. אבחנת ההפרעה דורשת מימוש כל הקריטריונים של F91, ואפילו התנהגות פרועה או זדונית חמורה אינה, כשלעצמה, מספקת לצרכי אבחנה. מומחים רבים גורסים שדפוסי התנהגות מרדניים ומתנגדים מייצגים סוג מתון יותר של הפרעת התנהגות, ולא סוג שונה מבחינה איכותית. אין די עדות מחקרית לגבי השאלה האם ההבחנה היא איכותית או כמותית. יחד עם זאת, הממצאים מרמזים שאם אכן יש דפוסי התנהגות מובחנים, הרי שהם נכונים בעיקר או רק בקרב ילדים צעירים. יש להיזהר אפוא, כאשר משתמשים בקטיגוריה זו, בעיקר בקרב ילדים בוגרים יותר. הפרעות התנהגות משמעותיות מבחינה קלינית בקרב ילדים בוגרים מלוות לרוב בהתנהגות תוקפנית ולא חברתית (החורגת ממרדנות ומאי-ציות), אף שבגיל צעיר קדמו להן, לעתים קרובות, הפרעות של מרדנות והתנגדות. הקטיגוריה נועדה לשקף את השימוש האבחוני הנפוץ ולהקל על סיווג ההפרעות החלות בילדים צעירים.

הנחיות לאבחנה

האפיון העיקרי של הפרעה זו הוא דפוס קבוע של התנהגות שלילנית, עוינת, מרדנית, מתגרה והרסנית. דפוס זה חורג בבירור מהתנהגות תקינה ההולמת את גיל הילד ואת ההקשר החברתי-תרבותי. ההתנהגות אינה כוללת פגיעות חמורות בזכויות הסובבים, בהשוואה להתנהגות תוקפנית ולא חברתית המפורטת בקטיגוריות F91.0 ו-F91.2.

ילדים הסובלים מהפרעה זו נוטים להתנגד לדרישות ולחוקים שמציבים המבוגרים ולהרגיז בכוונה. לרוב הם נוטים לכעס ולעוינות ומתרגזים בנקל על אנשים שהם תולים בהם את האשמה לקשייהם ולשגיאותיהם. בדרך כלל סף התסכול שלהם נמוך והם ממהירים לאבד את השליטה העצמית. באופן טיפוסי הם מתמרדים ומתגרים, ובכך יוזמים עימותים. על-פירוב הם מפגינים רמות גבוהות של גסות רוח, אי שיתוף פעולה והתנגדות לסמכות.

תכופות בולטת התנהגות זו בתוך מערכות היחסים עם מבוגרים או עם בני אותו גיל שהילד מכיר היטב, והיא אינה ניכרת במהלך הבדיקה הקלינית.

ההבדל העיקרי מסוגים אחרים של הפרעות התנהגות הוא העדר התנהגות של הפרת החוק וזכויות הזולת, כמו: גניבה, חתאכזרות, תצקה, תקיפה והרס. נוכחות ברורה של אחת מהתנהגויות האלה תשלול את האבחנה. יחד עם זאת, התנהגות מרדנית ומתנגדת, כמו זו שתוארה לעיל, מופיעה לפעמים גם בסוגים אחרים של הפרעות התנהגות. אם התנהגות הילד מתאימה למצבים הכלולים ב-F91.0-F91.2, יש לתת לקודים אלה עדיפות על פני הפרעה מרדנית ומתנגדת.

לא כולל: הפרעות התנהגות הכוללות התנהגות תוקפנית ולא חברתית גלויה (F91.0-F91.2)

F91.8 הפרעות התנהגות אחרות

F91.9 הפרעת התנהגות, לא מסווגת

קטיגוריה שרידית זו אינה מומלצת ויש להשתמש בה רק כשההפרעות עומדות בקריטריונים שנקבעו ל-F91, אך אינן ממלאות את הקריטריונים של שום תת-טיפוס מסווג.

כולל: הפרעה התנהגותית (behavioural) בילדות, שאינה מסווגת במקום אחר
הפרעת התנהגות (conduct) בילדות, שאינה מסווגת במקום אחר

F92 הפרעות מעורבות של התנהגות ושל רגשות

קבוצת הפרעות זו מתאפיינת בשילוב של התנהגות תוקפנית, לא חברתית או מרדנית, עם סימפטומים גלויים ובוולטים של דיכאון, של חרדה או של הפרעות רגשיות אחרות.

הנחיות לאבחנה

חומרת ההפרעות עונה לקריטריונים של הפרעות התנהגות של הילדות (-F91) ושל הפרעות רגשיות של הילדות (-F93); של הפרעה ניאורוטית (F40-F49) או של הפרעה במצב הרוח (F30-F39) של הבוגר.

אין די במחקרים שבוצעו כדי להבטיח שאכן יש להפריד קטיגוריה זו מהפרעות התנהגות של הילדות. היא נכללת כאן בשל הפוטנציאל האטיולוגי שלה ובגלל חשיבותה הטיפולית, וכן משום תרומתה האפשרית למהימנות הסיווג.

F92.0 הפרעת התנהגות דיכאונית

קטיגוריה זו דורשת שילוב של הפרעת התנהגות בילדות (-F91) עם דיכאון ניכר ומתמיד, המתבטא בתחושת אומללות, באובדן עניין והנאה בפעילות השגרתית, בהאשמה עצמית ובייאוש. ייתכנו גם הפרעות בשינה ובתיאבון.

כולל: הפרעת התנהגות (F91-) הקשורה להפרעה דיכאונית (F30-F39)

F92.8 הפרעות מעורבות אחרות של התנהגות ושל רגשות

קטיגוריה זו דורשת שילוב של הפרעת התנהגות בילדות (F91-) עם סימפטומים רגשיים בולטים ומתמידים, כמו: חרדה, פחדים, מחשבות טורדניות או מעשים כפייתיים, דפרסונליזציה או דריאליזציה, פוביות או היפוכונדריה. כעס ועוינות אופייניים יותר להפרעת התנהגות מאשר להפרעה רגשית; אין בהם כדי לשלול או לאשר את האבחנה.

כולל: הפרעת התנהגות (F91-), הקשורה להפרעה רגשית (F93-) או להפרעה ניאורוטית (F40-F48)

F92.9 הפרעה מעורבת של התנהגות ושל רגשות לא מסווגת

F93 הפרעות רגשיות שתחילתן ייחודית לגיל ילדות

בפסיכיאטריה של הילד נהוג להבחין בין הפרעות רגשיות המיוחדות לילדות ולתקופת ההתבגרות ובין הפרעות ניאורוטיות של הבגרות. יש ארבעה צידוקים להבחנה זו:

1. ממצאי המחקרים מעידים בעקביות, שרוב הילדים הסובלים מהפרעות רגשיות מתפתחים למבוגרים נורמליים; רק במיעוט קטן אפשר למצוא הפרעות ניאורוטיות בבגרות. יתרה מזו, אצל רוב המבוגרים הסובלים מהפרעות ניאורוטיות לא ניכרו שום סימנים פסיכופתולוגיים משמעותיים בתקופת הילדות. לפיכך, אין המשכיות ברורה בהפרעות הרגשיות החלות בשתי תקופות גיל אלה.
2. נראה שהפרעות רגשיות של הילדות הן הקצנה של מגמות התפתחותיות תקינות, ולא תופעות שהן כשלעצמן חריגות מבחינה איכותית.
3. מקובלת ההנחה התיאורטית שהמנגנונים הנפשיים המעורבים בהפרעות רגשיות אצל ילדים שונים, כנראה, מאלה המעורבים בניאורוזות של הבגרות.

4. קשה יותר לתחם בבירור הפרעות רגשיות של הילדות לכדי חטיבות ייחודיות מקובלות, כמו הפרעות בעתיות (פוביות) או הפרעות טורדניות (אובססיביות).

הנקודה השלישית שצוינה חסרה תוקף אמפירי. נתונים אפידמיולוגיים מרמזים, שאם הנקודה הרביעית נכונה, הרי שזו רק שאלה של דרגה ביכולת החבחנה (כשהפרעות רגשיות לא מובחנות, נפוצות גם בילדות וגם בבגרות). בהתאם לכך, האפיון השני (כלומר התאמה התפתחותית) משמש כמפתח אבחוני בהגדרת ההבדל בין הפרעות רגשיות שתחילתן בילדות (F93-), ובין הפרעות ניאורוטיות (F40-F49). גם תקפותה של הבחנה זו אינה ודאית, אך יש עדות אמפירית המרמזת על פרוגנוזה טובה יותר בהפרעות רגשיות (בילדות) המתאימות מבחינה התפתחותית.

F93.0 הפרעה של חרדת נטישה בילדות

באופן תקין מראים תינוקות וילדים קטנים דרגה מסוימת של חרדה, במצבים של פרידה או של איום בפרידה מאנשים קרובים. יש לאבחן הפרעה של חרדת נטישה (separation anxiety), רק כשהפחד מפרידה הוא מוקד החרדה וכשזו מופיעה בשנים המוקדמות. היא מובחנת מחרדת נטישה תקינה כשהיא בחומרה החורגת סטטיסטית מזו המקובלת (בכלל זה גם התמדה חריגה מעבר לתקופת הגיל הרגילה), וכשהיא קשורה לבעיות חמורות בתפקוד החברתי. נוסף על כך דורשת האבחנה שלא תהיה שום הפרעה כוללת של התפתחות האישיות או התפקוד. במקרה כזה, יש לשקול קוד מ-F40-F49. חרדת נטישה המופיעה בגיל לא מתאים (בתקופת ההתבגרות למשל) לא תקודד כאן, אלא אם היא המשך חריג לחרדת נטישה מהילדות.

הנחיות לאבחנה

האפיון האבחוני העיקרי הוא חרדה קיצונית הממוקדת סביב פרידה מאנשים קרובים לילד (על-פירוב הורים או בני משפחה אחרים). היא אינה חלק מחרדה המוכללת על מצבים רבים, והיא יכולה ללוש אחת מהצורות הבאות:

- א. דאגה טורדנית ולא מציאותית באשר לאפשרות שהקרובים העיקריים ייפגעו קשות, או פחד שמא הם יילכו לבלי שוב;
- ב. דאגה טורדנית ולא מציאותית שמא אירוע לא צפוי (כמו: שהוא, הילד, ילך לאיבוד, ייחטף, יאושפו בבית החולים או ימות) יפריד בינו ובין הקרובים לו;
- ג. סירוב מתמיד ללכת לבית-הספר בגלל הפחד מפרידה (אינו קשור למאורעות בבית-הספר);
- ד. סירוב מתמיד לשכב לישון ולהירדם ללא נוכחות של קרוב משמעותי;

ה. פחד מתמיד ולא הולם להישאר לבד בבית במשך היום, ללא נוכחות של קרוב משמעותי;

ו. סיכויי לילה חוזרים ונשנים העוסקים בפרידה;

ז. הישנות של סימפטומים גופניים (בחילה, הקאה, כאבי בטן, כאבי ראש וכו') במצבים הכרוכים בפרידה מהקרובים, כמו הליכה לבית הספר;

ח. מצוקה מוגזמת חוזרת ונשנית (המתבטאת בחרדה, בכי, התפרצויות זעם, אומללות, אדישות או נסיגה חברתית) בעת ציפייה לפרידה מקרובים, במהלכה או מייד אחריה.

במצבי חרדה רבים יש פוטנציאל של גורמי דחק אחרים המעוררים חרדה. האבחנה נשענת על תהיכה שהמרכיב הרגיל המעורר חרדה הוא אירוע של פרידה מקרוב משמעותי. מרכיב זה צץ באופן חשכי ביותר, כנראה, בחקשר של הסירוב (או: "פוביח") ללכת לבית הספר. לעתים קרובות הדבר אכן מייצג חרדת נטישה, אך לעתים אין זה כך (בעיקר בתקופת ההתבגרות). אין לקודד כאן סירוב ללכת לבית הספר המופיע לראשונה בגיל ההתבגרות, אלא אם הוא בעיקרו תוצר של חרדת נטישה שהחלה בתקופת הילדות המוקדמת. אם הקריטריונים האלה לא מומשו במלואם, תקודד התסמונת באחד הסיווגים של F93.- או ב-F40-F48.

לא כולל: הפרעות (אפקטיביות) במצב הרוח (F30-F39)

הפרעות ניאורוטיות (F40-F48)

הפרעה של חרדה בעתית בילדות (F93.1)

הפרעה של חרדה חברתית בילדות (F93.2)

F93.1 הפרעה של חרדה בעתית (פובית) בילדות

בדומה למבוגרים עשויים ילדים לפתח פחד הממוקד בטווח רחב של עצמים ומצבים. אחדים מהפחדים (פוביות) האלה, כמו אגורפוביה, אינם חלק תקין בהתפתחות החברתית-נפשית. פחדים כאלה המופיעים בילדות יש לכלול בקטגוריה F40-F48. לעומתם יש פחדים ייחודיים לשלב התפתחותי מסוים המופיעים אצל רוב הילדים, כמו למשל פחד מחיות אצל ילדים בגיל הגן.

הנחיות לאבחנה

יש להשתמש באבחנה זו רק לפחדים ייחודיים לשלב ההתפתחותי, כשאלה עומדים בקריטריונים הנוספים החלים על כל ההפרעות ב-F93, כלומר:

א. תחילת ההפרעה בשלב ההתפתחותי המתאים לגיל;

ב. דרגת החרדה חריגה מבחינה קלינית;

ג. החרדה אינה חלק מהפרעה כוללת יותר.

לא כולל: הפרעת חרדה כוללת (F41.1)

F93.2 הפרעה של חרדה חברתית בילדות

פחד מזרים הוא תופעה תקינה במחצית השנייה של שנת החיים הראשונה. גם מידה מסוימת של חרדה ואינחוח נחשבת לתקינה בשנות הילדות המוקדמות, בעיקר כשילדים נתקלים במצבים חזשים וזרים להם או מאיימים מההיבט החברתי. לפיכך, יש להשתמש בקטגוריה זו רק להפרעות המתחילות לפני גיל שש, ובתנאי שחומרתן חריגה וכן מלוות קשיים בתפקוד החברתי, וכן כשהן אינן חלק מהפרעה רגשית כוללת יותר.

הנחיות לאבחנה

ילדים הסובלים מהפרעה זו מראים פחד קבוע או חוזר ו/או הימנעות מזרים. פחד כזה עשוי להיות בעיקר כלפי מבוגרים, בעיקר כלפי בני גילם או בשני המקרים. הפחד עצמו קשור לרמה תקינה של קשר להורים או לקרובים אחרים. ההימנעות או הפחד ממפגשים חברתיים, מציגים רמה החורגת מגבולות התקין ביחס לגיל הילד, וקשורים לבעיות בתפקוד החברתי שהן משמעותיות מבחינה קלינית.

כולל: הפרעת הימנעות של הילדות או של ההתבגרות

F93.3 הפרעת יריבות בין אחים (sibling rivalry)

רוב הילדים מפגינים דרגה כלשהי של הפרעה רגשית אחרי הולדת אחות. ברוב המקרים מדובר בהפרעה קלה, אך מערך היריבות והקנאה שאחרי חלידה עלול להתמיד בצורה ניכרת.

הנחיות לאבחנה

ההפרעה מתאפיינת בשילוב של:

א. עדות לתחרות או לקנאה בין האחים;

ב. תחילת ההפרעה במהלך החודשים שאחרי הולדת האחות;

ג. הפרעה רגשית חריגה בעוצמתה או מתמשכת וקשורה לבעיות חברתיות נפשיות.

יריבות וקנאה בין אחים יכולה להתבטא בתחרות בולטת על תשומת הלב של ההורים ועל חיבתם. כדי שהתנהגות זו תיחשב לחריגה, היא צריכה להיקשר לדרגה

חריגה של רגשות שליליים. במקרים חמורים נלווים לה עוינות גלויה, פגיעה גופנית, רשעות כלפי האח הצעיר והשפלתו. במקרים הקלים יותר נראה סירוב מוחלט לחלוק דברים, התייחסות שלילית ומיעוט בקשר החברי.

ההפרעה הרגשית יכולה לבוש צורות שונות. תכופות היא כוללת נסיגה ואובדן מיומנויות שכבר נרכשו (כמו שליטה על הסוגרים) ונטייה להתנהגות תינוקית. לעתים קרובות מחקה הילד את התינוק בפעולות המחייבות טיפול של החורים, כמו הזנה. בדרך כלל חלה עלייה בהתנגדות להורים ובעימותים אתם, וגם בהתפרצויות זעם ובאי שקט, המתבטא בחרדה; באומללות או בנסיגה חברתית. ייתכנו הפרעות בשינה ודרישה גוברת לתשומת לב של ההורים, כמו בזמן החשכבה.

כולל: קטאת אחים

לא כולל: יריבות בין חברים (לא אחים) (F93.8)

F93.8 הפרעות רגשיות אחרות בילדות

כולל: הפרעת זהות
הפרעה של חרדת-יתר
יריבות בין חברים (לא אחים)

לא כולל: הפרעה בזהות המינית בתקופת הילדות (F64.2)

F93.9 הפרעה רגשית בילדות, לא מסווגת

כולל: הפרעה רגשית בילדות שאינה מסווגת במקום אחר

F94 הפרעות בתפקוד החברתי שתחילתן ייחודית לילדות ולגיל ההתבגרות

זוהי קבוצה הטרוגנית למדי של הפרעות בעלות מכנה משותף של חריגות בתפקוד החברתי, המתחילות בתקופת הילדות או ההתבגרות. אך שלא כמו הפרעות רחבות היקף, הן אינן מאופיינות בעיקרן באי-יכולת חברתית מילדות או בפגם המתפשט לכל תחומי התפקוד. הסכים או עיוותים סביבתיים קשורים מאוד להפרעה זו, ונראה שהם משחקים תפקיד סיבתי (אטיולוגי) מכריע במקרים רבים. אין הבדל בולט בשכיחות בין המינים. הפרעות אלה מוכרות היטב, אך אין ודאות לגבי הקריטריונים לאבחנה ואין הסכמה ביחס לחלוקה ההולמת לתת קבוצות.

F94.0 אילמות מבחירה (מוטיזם אלקטיבי)

מצב זה מתאפיין בסלקטיביות בולטת בדיבור, הנקבע על רקע רגשי. הילד מפגין את יכולתו בשפה במצבים מסוימים, אך אינו מצליח לדבר במצבים (מוגדרים) אחרים. בדרך כלל מופיעה ההפרעה בילדות המוקדמת בשכיחות דומה בשני המינים וקשורה לרוב לאפיונים אישיותיים בולטים, כמו: חרדה חברתית, נסיגה, רגישות או התנגדות. באופן טיפוסי הילד מדבר בחופשיות בבית או עם חברים ואינו מדבר בבית-הספר או עם זרים, אך גם דפוסים אחרים יכולים להופיע (כמו תופעה הפוכה).

הנחיות לאבחנה

האבחנה מניחה מראש:

א. רמה תקינה, או כמעט תקינה, של הבנת שפה;

ב. רמת יכולת בהבעת השפה, שדי בה לתקשורת חברתית;

ג. עדות מוחשית לכך שהפרט מסוגל לדבר ודיבורו תקין במצבים מסוימים.

למיעוט ניכר מהילדים יש היסטוריה של עיכוב בהתפתחות הדיבור או בעיות של הגייה. אפשר לקבוע את האבחנה גם בנוכחות בעיות כאלה, בתנאי שהשפה מספקת לתקשורת יעילה וקיים פער רציני בשימוש בשפה בהתאם להקשר החברתי. כלומר, הילד מדבר בחופשיות במצבים מסוימים וחוא אילם, או כמעט אילם, באחרים. כמו כן, הילד ייכשל בדיבורו במצבים חברתיים מסוימים, אך לא באחרים. לצורך האבחנה צריך הכישלון בדיבור להיות רציף לאורך זמן, ודרושות עקביות ויכולת חינוי ביחס למצבים שבהם תופיע אילמות.

במרבית המקרים אפשר למצוא הפרעות רגשיות-חברתיות, אך אלה אינן בגדר אפיונים חיוניים לאבחנה. להפרעות אלה אין דפוס עקבי, אך אפיונים חריגים בטמפרמנט (בעיקר חרדה חברתית, רגישות ונסיגה) מופיעים בתדירות גבוהה, והתנהגות מתנגדת היא שכיחה.

כולל: אילמות סלקטיבית

לא כולל: הפרעות התפתחותיות רחבות היקף (F84.-)
סכיזופרניה (F20.-)

הפרעות התפתחותיות ייחודיות של דיבור ושל שפה (F80.-)

אילמות חולפת, שהיא חלק מחרדת נטישה של ילדים צעירים (F93.0)

הראשון – ילדים חלוקים בהפרעת התקשורת תגובתית מסוגלים ליצור הדדיות חברתית ולהגיב בהתאם, לעומת ילדים הסובלים מהפרעות התפתחותיות רחבות היקף החסרים יכולת זו.

השני – אם כי בהפרעה זו דפוס התגובות החרגי הוא בתחילה אפיון כללי בהתנהגותו של הילד במצבים שונים, בניגוד להפרעות רחבות היקף, סביבת גידול תקינה תאפשר להפחית במידה רבה את התגובות האלה.

השלישי – אף שילדים חלוקים בהפרעה זו עלולים לסבול גם מעיכוב בהתפתחות השפה (מהסוג המתואר ב-F80.4), אין למצוא אצלם איכויות חריגות של תקשורת, המאפיינות אוטיזם.

הרביעי – בניגוד לאוטיזם, הפרעת תקשורת אינה קשורה לפגמים קוגניטיביים שאינם מגיבים באופן משמעותי לשינוי סביבתי.

החמישי – הפרעה זו אינה מתאפיינת בדפוס התנהגות ובתחומי עניין מוגבלים, חוזרים וסטראוטיפיים.

כמעט תמיד צעות הפרעות התקשורת תגובתיות בהקשר לטיפול לקוי מאוד בילד. זה יכול להתבטא בהתעללות נפשית או בהזנחה (ענישה חמורה, מחסור מתמשך בתגובה לניסיונות ההתקרבות של הילד או אי-כשירות של ההורה), או בהתעללות גופנית או בהזנחה (חוסר התייחסות לצרכיו הגופניים הבסיסיים של הילד, פגיעות מכוונות חוזרות ונשנות בו או ליקוי בהזנה). מאחר שאין די ידע באשר לקשר בין טיפול לקוי ובין ההפרעה, חסך סביבתי אינו בגדר דרישה אבחנתית. מכל מקום, יש להיזהר באבחנה בהעדר עדות להתעללות או להזנחה. לעומת זאת, אין לאבחן הפרעה זו באופן אוטומטי רק על בסיס התעללות או הזנחה, משום שלא כל הילדים המוזנחים לוקים בתסמונת.

לא כולל: תסמונת אספרגר (F84.5)

הפרעת התקשורת חסרת עכבות בילדות (F94.2)

תסמונות של טיפול לקוי הגורמות בעיות גופניות (T74)

שונוות תקינה בדפוס ההתקשורת חסלקטיבי

התעללות מינית או גופנית בילדות, הגורמת בעיות חברתיות-נפשיות (Z61.6-Z61.4)

F94.2 הפרעת התקשורת חסרת עכבות בילדות

דפוס מיוחד של תפקוד חברתי חריג, המופיע במשך חמש השנים הראשונות לחיים. אחרי שהוא מתקבע הוא נוטה להתמיד, למרות שינויים משמעותיים בתנאים הסביבתיים. בגיל שנתיים מתבטאת ההפרעה בהיצמדות ובהתנהגות התקשורתית לא סלקטיבית ודימוית. עד גיל ארבע מתחלפת ההיצמדות בחיפוש אחר תשומת לב

F94.1 הפרעת התקשורת תגובתית בילדות

הפרעה זו, המופיעה בקרב תינוקות וילדים צעירים, מתאפיינת בחריגות מתמידות בקשרים החברתיים של הילד. חריגות אלה קשורות להפרעה רגשית והן מופיעות כתגובה לשינויים בסביבות הסביבתיות. פחד ותגובתיות יתר, שאין אפשרות להרגיעם, הם אופייניים. התקשורת חברתית דלה עם קבוצת הגיל היא טיפוסית. תוקפנות כלפי עצמו וכלפי אחרים – רווחת מאוד. אומללות היא תחושה רגילה ובמקרים מסוימים חל כשל בגידול. קרוב לוודאי שהתסמונת היא תוצאה ישירה של הזנחה חמורה מצד ההורים, של ניצול או של טיפול לקוי ביותר. קיומו של דפוס התנהגות זה מוכר וידוע, אך אין ודאות ביחס לקריטריונים האבחנתיים המתאימים, או ביחס לגבולות התסמונת ולתקפותה. קטיגוריה זו נכללת כאן בגלל חשיבותה לבריאות הציבור, בשל הוודאות בנוגע לקיומה ומשום שדפוס התנהגות זה אינו מתאים לשום קטיגוריה אבחנתית אחרת.

הנחיות לאבחנה

האפיון העיקרי הוא דפוס חריג של הקשרים עם המטפלים, המתפתח לפני גיל חמש ומעורבים בו מאפיינים של אי הסתגלות שאינם נראים אצל ילדים נורמליים. דפוס זה מתמיד אך גם מגיב כלפי שינויים ברורים בדפוס גידול הילד.

ילדים קטנים הסובלים מהתסמונת מציגים תגובות חברתיות דו-ערכיות או סותרות, הניכרות בעיקר בזמנים של פרידה או של פגישה מחדשת. לפיכך יכול התינוק להסב את מבטו, ללטוש עיניים כשאוחזים בו, או להגיב כלפי המטפלים בתערובת של קרבה, הימנעות והתנגדות לניסיונות הרגעה. ההפרעה הרגשית יכולה להתבטא באומללות גלויה, בהעדר תגובתיות רגשית, בתגובות התכנסות כמו התגוללות על הרצפה ובתגובות תוקפניות כלפי מצוקתו או כלפי מצוקות של אחרים. במקרים מסוימים ייתכנו פחד וערנות יתר שאי אפשר להרגיעם (שלעיתים מתוארים כ"דריכות קפואה"). על-פירוב הילד מגלה עניין בקשר עם בני גילו, אך תגובות רגשיות שליליות מכשילות את המשחק החברתי. להפרעת התקשורת יכולים להתלוות כשל או ליקוי בגידול הגופני (את אלה יש לקודד בהתאם לקטיגוריה הגופנית החולמת (R62)).

באורח תקין ילדים מראים חוסר ביטחון בדפוס ההתקשורת שלהם לאחד ההורים, אך אין לבלבל התנהגות זו עם הפרעת התקשורת תגובתית, השונה מכמה היבטים מכריעים. ההפרעה מתאפיינת בסוג חריג של חוסר ביטחון, הבולט בתגובות חברתיות סותרות שאין נצפות ברגיל אצל ילדים נורמליים. התגובות החרגיות מופיעות במצבים חברתיים שונים ואינן מוגבלות למערכת קשרים הדדית עם מטפל מסוים. אין תגובה לניסיונות הרגעה וקיימת הפרעה רגשית נלווית, הלוכשת צורה של אדישות, אומללות או תחושת פחד.

חמישה אפיונים מבדילים מצב זה מהפרעות התפתחותיות רחבות היקף.

ובהתנהגות חברתית ללא שום הבחנה. בשנים הבאות יכול הילד לפתח התקשירויות סלקטיביות, אך החיפוש אחר תשומת לב נמשך וויסות הקשרים עם בני אותו גיל בדרך כלל לקוי. בכפוף לנטיבות עלולה להתלוות גם הפרעה התנהגותית או רגשית. התסמונת זוהתה בבירור בקרב ילדים שגדלו במוסדות מינקותם, אך גם במצבים אחרים שיש בהם תחלופה תכופה של מטפלים, שאינה מאפשרת לפתח התקשרויות סלקטיביות. אחדותה של התסמונת כמושג אבחנתי תלויה בהתחלה מוקדמת של התקשרויות דיפוזיות, בקשרים חברתיים ירודים ובהעדר תגובה שהיא ייחודית לסיטואציה.

הנחיות לאבחנה

האבחנה צריכה להתבסס על עדות שהילד הפגין דיפוזיות חריגה בהתקשרויות סלקטיביות במשך חמש השנים הראשונות לחייו, וכן שהתנהגות זו לוותה בהיצמדות בתקופת הינקות ובהתחברות לא מובחנת וחיפוש אחר תשומת לב בגיל מתקדם יותר. בדרך כלל מתקשה הילד ביצירת קשרי אמון וקרבה עם בני קבוצת הגיל שלו. תיתכן הפרעה התנהגותית או רגשית (התלויה באופן חלקי בנטיבות). ברוב המקרים יתברר שבשנים הראשונות חלו תחלופות מטפלים תכופה, או שינויים מרובים במיקום המשפחה (כמו בתחלופה של משפחות אומנות).

כולל: פסיכופתיה נטולת רגש
תסמונת מוסדית

לא כולל: תסמונת אספרגר (F84.5)

הוספיטליזם בילדים (F43.2)

הפרעות היפרקינטיות (F90.-)

הפרעת התקשרויות תגובתית בילדות (F94.1)

F94.8 הפרעות אחרות בתפקוד החברתי בילדות

כולל: הפרעות בתפקוד החברתי כולל התכנסות וביישנות, כתוצאה מחסרים ביכולת החברתית

F94.9 הפרעה בתפקוד החברתי בילדות, לא מסווגת

F95 הפרעות טיק (Tic disorders)

הסימפטום השולט בתסמונות אלה הוא צורה כלשהי של טיק. טיק מוגדר כתנועה מוטורית לא קצבית, לא רצונית, מהירה וחוזרת (שבדרך כלל מערכת קבוצת שרירים מוגבלת), או הפקת קול פתאומית שאינה משרתת מטרה ברורה. הטיק נחוזה כבלתי נשלט, אם כי בדרך כלל אפשר לבולמו למשך פרקי זמן משתנים. אפשר לסווג את הטיקים המוטוריים והקוליים לפשוטים ולמורכבים, אף שהגבולות ביניהם אינם מוגדרים היטב. טיקים מוטוריים שכיחים פשוטים כוללים: מצמוץ, טלטול הצוואר, משיכת כתף והעוויות של הפנים. טיקים קוליים שכיחים פשוטים כוללים: כחכוך גרון, נביחה, רחרור ושריקה. טיקים מורכבים שכיחים כוללים: הכאה עצמית, קפיצה ודילוג. טיקים קוליים מורכבים שכיחים כוללים: חזרה על מילים מסוימות ולעתים שימוש במילים לא מקובלות (גידופים — coprolalia) וחזרה על המילים או על הקולות שהואדם עצמו מפיץ (palilalia).

יש שונות עצומה בחומרת הפרעות הטיק. בקצה אחד התופעה כמעט נורמלית, כשאחד מתוך חמישה או עשרה ילדים סובל מטיקים חולפים בפרק זמן מסוים. בקצה האחר נמצאת תסמונת טורט, שהיא הפרעה נדירה וכתונית חגורת נכות ניכרת. לא ברור אם מצבים קיצוניים אלה מייצגים הפרעות שונות, או שמדובר בשני הקצוות של אותו רצף; רוב המומחים סבורים שהאפשרויות השנייה היא הסבירה יותר. תסמונות טיק הרבה יותר שכיחות בקרב בנים, והיסטוריה משפחתית נפוצה מאוד.

הנחיות לאבחנה

האפיונים, המבדילים טיקים מהפרעות מוטוריות אחרות, הם: האופי הפתאומי, המהיר, החולף ותמוגבל של התנועות, יחד עם העדר עדות להפרעה ניאורולוגית; התזרתיות; העובדה שבדרך כלל הן נעלמות בזמן השינה; והקלות שבה אפשר לעורר אותן או לרכאן באופן רצוני. העדר הקצביות מבדיל בין הטיקים ובין תנועות סטראוטיפיות חוזרות, הנצפות במקרים אחדים של אוטיזם או של פיגור שכלי. פעילות מוטורית מנייריסטית, הנצפית בהפרעות אלה, נוטה להכיל תנועות מורכבות ומגוונות יותר מאלה של הטיקים. פעילות כפייתית טורדנית דומה לעתים לטיקים מורכבים, אך היא שונה מהם בהיותה מוגדרת על פי מטרתה (כמו נגיעה בחפץ מסוים) ולא לפי קבוצת השרירים המופעלת. לעתים התבונה ביניהם מסובכת.

טיקים מופיעים לעתים קרובות כתופעה מבודדת, אך לא בכדי הם מתקשרים לקשת רחבה של הפרעות רגשיות, ובעיקר לתופעות כפייתיות והיפוכונדריות. גם עיכובים התפתחותיים ייחודיים קשורים לטיקים.

אין קו מפריד ברור בין הפרעת טיק הקשורה להפרעה רגשית ובין הפרעה רגשית

שמתלווים לה טיקים. מכל מקום, האבחנה צריכה לייצג את הסוג העיקרי של החריגה.

F95.0 הפרעת טיק חולפת

עומדת בקריטריונים של הפרעת טיק, אך אינה נמשכת יותר מ-12 חודשים. זו הצורה השכיחה ביותר של הפרעת טיק והיא נפוצה בעיקר בגילים ארבע-חמש. הטיקים בדרך כלל לובשים צורה של מצמוץ, של העוויות הפנים או של טלטול הראש. במקרים מסוימים הטיק מופיע כאירוע יחיד, ובאחרים חלות הפוגות והחמרות במשך חודשים.

F95.1 הפרעת טיק כרונית, קולית או מוטורית

עומדת בקריטריונים של הפרעת טיק ומופיעים בה טיקים מוטוריים או קוליים (אך לא שניהם). ייתכנו טיקים אחדים או מרובים (לרוב מרובים), והם נמשכים יותר משנה.

F95.2 הפרעת טיק משולבת קולית ומוטורית מרובה (תסמונת טורט)

צורה של הפרעת טיק שבה מופיעים טיקים מוטוריים מרובים וטיקים קוליים, לא בהכרח בעת ובעונה אחת. ההפרעה מתחילה, כמעט תמיד, בילדות או בתקופת ההתבגרות. בדרך כלל מקדימים הטיקים המוטוריים את הטיקים הקוליים. הסימפטומים נוטים להחריף בתקופת ההתבגרות ולפעמים נמשכים בתקופת הבגרות.

הטיקים הקוליים בדרך כלל מרובים וכוללים ביטויים קוליים מתפרצים וחוזרים, כחכות גרון, נחרות ושימוש במילים גסות (coprolalia). לעתים נלוות תנועות חיקוי (echopraxia), שגם הן יכולות להיות בעלות אופי גס (copropraxia). כמו הטיקים המוטוריים, כך גם הטיקים הקוליים ניתנים לדיכוי לתקופות קצרות, עלולים להתגבר במצבי דחק ונעלמים בזמן השינה.

F95.8 הפרעות טיק אחרות

F95.9 הפרעת טיק, לא מסווגת

זוהי קטיגוריה שרידית שאינה מומלצת, המיועדת להפרעה העומדת בקריטריונים הכלליים של הפרעת טיק, אך אפיונה אינם ממלאים את הקריטריונים של F95.0, F95.1 או F95.2.

F98 הפרעות התנהגותיות ורגשיות אחרות, שתחילתן בדרך כלל בילדות או בגיל ההתבגרות

קטיגוריה זו מכילה קבוצה הטרוגנית של הפרעות שתחילתן בילדות, אך הן נבדלות זו מזו בכל המובנים האחרים. חלקן מייצגות תסמונות מוגדרות היטב, ואחרות אינן אלא צירופי סימפטומים חסרי תקפות נוזולוגית. אלה כלולות כאן בגלל שכיחותן הגבוהה והקשרן לבעיות חברתיות-נפשיות, וכן משום שאי אפשר לכלול אותן בתסמונות אחרות.

לא כולל: התקפים של עצירת הנשימה (R06.8)
הפרעה של הזהות המינית בילדות (F64.2)
שנת יתר וזילת יתר (תסמונת קליין-ליין) (G47.8)
הפרעה כפייתית-טורדנית (-F42)
הפרעות שינה (-F51)

F98.0 הרטבה תפקודית (לא אורגנית)

הפרעה המתאפיינת בהטלת שתן לא רצונית ביום ו/או בלילה, התריגה ביחס לגיל השכלי. היא אינה תוצאה של העדר שליטה בשלפוחית השתן הנובעת מהפרעה ניאורולוגית כלשהי, ואף לא של התקפים כפיוניים או של פגם מבני במערכת השתן. ההרטבה יכולה להימשך ברציפות מאז הלידה (כלומר, המשך חריג של אי-שליטה ינקותית תקינה), או שהיא מופיעה אחרי תקופה של שליטה בפעולת השלפוחית. הרטבה לאחר תקופת שליטה (או: משנית) מופיעה בדרך כלל בין גיל חמש לגיל שבע. היא יכולה להיות סימפטום יחיד, או חלק מהפרעה התנהגותית או רגשית נרחבת יותר. במקרה זה אין ודאות ביחס למנגנונים המקשרים בין שתי ההפרעות. בעיות רגשיות יכולות להיות תוצאה משנית מהמצוקה או מהסטיגמה הנובעת מהרטבה. ההרטבה יכולה להיות חלק מהפרעה נפשית אחרת, או שהיא וההפרעה הרגשית/התנהגותית מופיעות במקביל כאשר לשתיהן יש גורמים סיבתיים

משותפים. אין דרך ישירה וחד משמעית להבחין בין שתי האפשרויות, והאבחנה צריכה להתבסס על חקביעה מי משניהן (ההרטבה או ההפרעה הרגשית/התנהגותית) היא הבעיה העיקרית.

הנחיות לאבחנה

אין גבול ברור בין הפרעת הרטבה ובין הטווח הנורמלי של רכישת השליטה בשלפוחית. בדרך כלל אין לאבחן הרטבה כהפרעה אצל ילדים מתחת לגיל חמש או מתחת לגיל שכלי של ארבע שנים. אם ההרטבה קשורה להפרעה רגשית או התנהגותית, יש להתייחס אליה כאל האבחנה הראשונית רק כשהיא חלה כמה פעמים בשבוע, וכשהסימפטומים האחרים התקיימו בזמנית איתה. לפעמים ההרטבה חלה יחד עם אנקופרוזיס, ואז יש לקבוע אבחנה של אנקופרוזיס.

לפעמים ילדים מפתחים הרטבה תפקודית חולפת, כתוצאה מדלקת כיס השתן או מהשתנה-מרובה (polyuria, כמו בסוכרת). מכל מקום, אין בכך הסבר מספק להרטבה המתמשכת אחרי ריפוי הדלקת או איזון הסוכרת. דלקת השלפוחית עצמה יכולה להיות משנית להרטבה, והיא מתפתחת כתוצאה מזיהום שעולה במערכת השתן בגלל רטיבות מתמדת (בעיקר אצל בנות).

כולל: הרטבה (ראשונית או משנית) ללא מקור גופני
הרטבה פסיכוגנית או תפקודית
אי-התאפקות בהטלת שתן, מסיבה לא אורגנית

לא כולל: הרטבה שאינה מסווגת במקום אחר (R32)

F98.1 אנקופרוזיס תפקודי (לא אורגני)

הפרשת צואה רצונית או לא רצונית החוזרת ונשנית, בדרך כלל במוצקות תקינה, במקומות שאינם מתאימים לכך לפי ההוגו בסביבה התרבותית של הילד. המצב יכול לייצג המשך רצוף וחריג של אי-שליטה ינקותית, או לבטא אובדן של יכולת ההתאפקות אחרי שכבר נרכשה השליטה בסוגר, או להיות פעולה מכוונת של הטלת צואה במקומות לא הולמים למרות שליטה פיזיולוגית תקינה. מצב זה יכול להופיע כסימפטום יחיד, או להיות חלק מהפרעה נרחבת יותר, בדרך כלל רגשית (F93-) או הפרעת התנהגות (F91-).

הנחיות לאבחנה

האפיון האבחוני המכריע הוא מיקום לא מתאים של הטלת הצואה. המצב יכול להתבטא בכמה אופנים:

הראשון — מייצג העדר חינוך נאות לניקיון או תגובה לקויה לחינוך שניתן, כאשר מעולם לא חושנה שליטה בסוגרים.

השני — משקף הפרעה שבה יש שליטה תקינה בהטלת הצואה, אך מסיבה כלשהי הילד נכשל, מתנגד או מסרב להתאים עצמו לנורמות החברתיות המקובלות, הכוללות הטלת הצואה במקום נאות.

השלישי — יכול לנבוע מעצירה פיזיולוגית, הגורמת הצטברות הצואה, עם הפרשה משנית של הצואה במקומות לא הולמים. עצירה זו יכולה לנבוע מעימותים בין ההורה לילד בחקשר לחינוך לניקיון, או מהתאפקות בגלל כאבים בזמן הטלת הצואה (למשל: כתוצאה מסדק בפי הטבעת), או מסיבות אחרות.

במקרים מסוימים נלווים לאנקופרוזיס מריחת צואה על הגוף או על הסביבה החיצונית, ולעתים רחוקות גם חיטוט ואוננות בפי הטבעת. בדרך כלל קשורה להפרעה מידה מסוימת של קשיים רגשיים או התנהגותיים. אין גבול ברור בין אנקופרוזיס חקשור להפרעה רגשית ובין הפרעה פסיכיאטרית אחרת הכוללת אנקופרוזיס כסימפטום משני. מומלץ לקודד אנקופרוזיס כשזו התופעה השלטת, וכשאין זה כך (או כשהתדירות נמוכה מפעם בחודש), תקודד ההפרעה השנייה. על פירוב, אנקופרוזיס והרטבה תפקודית אינם נלווים זה לזה, אך כשזה קורה יש לתת עדיפות לאבחנה של אנקופרוזיס. לעתים חל אנקופרוזיס אחרי מצב אורגני, כמו סדק בפי הטבעת או זיהום בדרכי העיכול. כאשר המצב האורגני מספק הסבר הולם להפרשת הצואה, הוא ישמש כאבחנה היחידה, אך כשהוא אינו גורם מספק, יקודד האנקופרוזיס (נוסף למצב הגופני).

אבחנה מובדלת: יש לשקול את האפשרויות הבאות:

- אנקופרוזיס הנובע ממחלה אורגנית כמו (Q43.1) *aganglionic megacolon* או *spina bifida* (Q05-) (יש לזכור שאנקופרוזיס יכול להתלוות או לחול אחרי סדק בפי הטבעת או זיהום בדרכי העיכול);
 - עצירות קשה עם גושי צואה חוסמים, המובילה להשתפכות של צואה נוזלית או נוזלית-למחצה (K59.0).
- במקרים אחדים אנקופרוזיס ועצירות חלים בה בעת ואז יש לקודד אנקופרוזיס (בתוספת קוד מתאים שיזהה את הסיבה לעצירות).

F98.2 הפרעת הזנה בינקות ובילדות

הפרעת הזנה, שהביטויים שלה מגוונים והיא בדרך כלל ייחודית לינקות ולילדות המוקדמת. על-פירוב כרוכים בה דחיית מזון ובררנות קיצונית בנוכחות אספקת מזון תקינה, מטפל טוב ובהעדר מחלה אורגנית. תיתכן העלאת גירה (רומניציחה) נלווית (העלאת המזון בתורה ללא בחילה או מחלה של דרכי העיכול).

הנחיות לאבחנה

בעיות קלות של אכילה נפוצות בתקופת הינקות והילדות (בררנות, תת-אכילה או יתר-אכילה לכאורה). כשלעצמן, אין הן סמנים להפרעה. יש לאבחן את ההפרעה רק כשתבעיות חורגות בבירור מהטווח התקין, או שהן בעלות אופי חריג מבחינה איכותית, או כשהילד מאבד משקל או מתקשה להעלות משקל במשך חודש לפחות.

כולל: הפרעה של העלאת גירה בינקות

אבחנה מבדלת: יש להבחין בין הפרעה זו ובין המצבים הבאים:

- א. כשהילד מקבל מזון ברצון ממבוגרים שאינם המטפלים הקבועים שלו;
- ב. מחלה אורגנית שדי בה כדי להסביר את דחיית המזון;
- ג. אנורקסיה נרבוזה או הפרעות אכילה אחרות (F50-);
- ד. הפרעה נפשית רחבה יותר;
- ה. פיקה (F98.3);
- ו. קשיי הזנה וטיפול לקוי (R63.3).

F98.3 פיקה של הינקות והילדות

אכילה מתמדת של חומרים שאינם מזון (כמו עפר, שבבי צבע וכיו.). פיקה יכולה להופיע כאחד מהסימפטומים של הפרעה נפשית נרחבת (כמו אוטיזם), או כהתנהגות פסיכופתולוגית מבודדת, ורק אז יש לחשמש בקוד זה. התופעה שכירה בילדים הלוקים בפיגור שכלי ובמצב כזה יש לקודד את הפיגור (F70-F79). בכל אופן, תיתכן פיקה גם אצל ילדים (לרוב קטנים) בעלי אינטליגנציה תקינה.

F98.4 הפרעות תנועה סטראוטיפיות

תנועות רצוניות, חוזרות, סטראוטיפיות, לא תפקודיות (לרוב קצביות), שאינן חלק מהפרעה נפשית מוכרת או ממצב ניאורולוגי מוכר. כשתנועות אלה מופיעות כסימפטומים של הפרעה אחרת, תקודד ההפרעה הכוללת בלבד (כלומר, אין להשתמש ב-F98.4). התנועות שאינן גורמות חבלות כוללות: נענוע הגוף, נענוע הראש, מריטת שיער, גלגול השיער באצבעות, משחק באצבעות ונפנוף ידיים. (אין לכלול כסיסת ציפורניים, מציצת אצבע וחיסוט באף, משום שהם אינם מעידים על פסיכופתולוגיה ואינם בעלי חשיבות שתצדיק לתת להם אבחנה פסיכיאטרית). התנהגות סטראוטיפית, הגורמת חבלות לאדם-עצמו, כוללת: חבטת הראש, סטירות בפנים, תחיבת אצבעות בעיניים ונשיכת ידיים, שפתיים וחלקי גוף אחרים. רוב התנועות הסטראוטיפיות חלות בד בבד עם פיגור שכלי, ואז יש לקודד את שתי ההפרעות.

תחיבת אצבעות בעיניים נפוצה בעיקר בקרב ילדים הלוקים בראייה. בכל אופן, ליקוי בראייה אינו בגדר הסבר מספק, וכשמופיעים תחיבת אצבעות בעיניים ועיוורון (או עיוורון חלקי), יש לקודד את שניהם. תחיבת אצבעות בעיניים תקודד לפי F98.4 ומצב הראייה יקודד בהתאם לקוד של ההפרעה הגופנית המתאימה.

לא כולל: תנועות חריגות לא רצוניות (R25-)

הפרעות תנועה בעלות מקור אורגני (G20-G26)

כסיסת ציפורניים, חיסוט באף ומציצת אצבע (F98.8)

הפרעה כפייתית-טורדנית (F42-)

סטראוטיפים שהם חלק מהפרעה נפשית נרחבת (כמו הפרעות רחבות היקף)

הפרעות טיק (F95-)

תלישת שיער (F63.3) (trichotillomania)

F98.5 גמגום

דיבור המתאפיין בחזרה או בהארכה של צלילים, של חביות או של מילים, או בהיסוסים והפסקות, הפוגמים ברצף הקצבי של הדיבור. גמגום קל שכיח למדי כתופעה חולפת בילדות המוקדמת, או כאפיון קל אך מתמיד של הדיבור בילדות המאוחרת ובבגרות. יש לסווג גמגום כהפרעה רק כשהוא פוגע קשות בשטף הדיבור. ייתכנו תנועות נלוות של הפנים או של חלקי גוף אחרים המופיעות בו זמנית עם הגמגום. יש להבחין בין גמגום ובין דיבור לא מסודר (cluttering) והפרעות טיק. במקרים מסוימים נלוות הפרעה בהתפתחות הדיבור או השפה, ואז יש לקודד בהנפרד לפי F80-.

לא כולל: cluttering (F98.6)

הפרעה ניאורולוגית הפוגעת בדיבור (פרק 6 של ICD-10)

הפרעה כפייתית-טורדנית (F42-)

הפרעות טיק (F95-)

F98.6 דיבור לא מסודר (cluttering)

דיבור בקצב מהיר עם הפסקות בשטף אך ללא חזרות או היסוסים, בחומרה המעוררת קשיים בהבנת הדיבור. הדיבור לא עקיב ולא קצבי, עם התפרצויות קופצניות מהירות המעורבות בצורות ניסוח שגויות (למשל, הפסקות מתחלפות בהתפרצויות של הדיבור, היוצרות קבוצות מילים שאינן קשורות למבנה הדקדוקי של המשפט).

לא כולל: הפרעה ניאורולוגית הפוגעת בדיבור (פרק 6 של ICD-10)
 הפרעה כפייתית טורדנית (F42.-)
 גמגום (F98.5)
 הפרעות טיק (F95.-)

F98.8 הפרעות התנהגותיות ורגשיות מסווגות אחרות, שתחילתן בדרך כלל בילדות ובגיל ההתבגרות

כולל:
הפרעת קשב ללא היפראקטיביות
אוננות (מופוזות)
כסיסת ציפורניים
היטוט באף
מצצת אצבע

F98.9 הפרעות התנהגותיות ורגשיות לא מסווגות, שתחילתן בדרך כלל בילדות ובגיל ההתבגרות

F99 הפרעה נפשית, שאינה מסווגת במקום אחר

קטיגוריה שרידית שאינה מומלצת. יש להשתמש בה רק כשאי אפשר לקבוע שום קוד אחר מ-F98-F00.

encopresis	אנקופריזיס (איבוד צואה ללא ביקורת)
catastrophe	אסון
association	אסוציאציה
asthma	אסתמה
episode	אפיזודה, אירוע
option	אפשרות
tentative	אפשרי
eczema	אקזמה (פריחה)
exhibitionism	אקסהיביציוניזם (חשיפה עצמית)
random	אקראי
artifact	ארטיפקט
articulation	ארטיקולציה
provisional	ארעי (לגבי אבזנה)
illusion	אשליה
ב	
prominent	בולט
bulimia	בולמוס אכילה, בולימיה
isolation	בידוד
manifestation	ביטוי, מצג
moderate	בינוני
intermediate	ביניים, מתווך
involution	בלות
basic	בסיסי
problem	בעיה
possession	בעלות (וגם: תחת השפעה)
phobia	בעת (מוביה)
phobic	בעתית
explicit	ברור, גלוי
ג	
borderline (personality)	גבולי (אישיות גבולית)
grandeur, grandiosity	גדלות
factor	גורם
agent	גורם
adolescence, adolescent	גיל ההתבגרות, כבגר
manifest	גלוי, להציג
diagnosis	דיאגנזה
criterion	דיאגנוסטיקום
ego	אגו, אני
egodystonic	אגודיסטוני, זר לאני
egosyntonic	אגוסנטוני, תואם אני
agoraphobia	אגורפוביה (פחד ממקומות פתוחים)
apathy	אדישות, אפתיה
anankastic	אדם בתוך קליפה
loss	אובדן
autism	אוטיזם
infarct	אוטם
lobe	אונה
character	אופי, מאפיין, סימן
modality	אופנות
orgasm, orgasmic	אורגזם, אורגזמי
organic	אורגני
circumstantial	אורכני
sibling	אהאי
maintenance	אחזקה, שמירה
etiology	אטיולוגיה
exclusion	אי-הכללה, שלילה
incongruity	אי התאמה
incapacity, incapacitate	אי יכולת
inability	אי יכולת
mutism	אילמות
aphasia	אילמות, אפוזה
panic	אימה
adoption	אימוץ
impulsive	אימפולסיבי, שנעשה תוך דחף
infantile	אינפנטילי, ילדותי, נוקתי
personality	אישיות
violence	אלימות
empathy	אמפתיה
endogenous	אנדוגני, נובע מבפנים
anorexia (nervosa)	אנורקסיה (נרבוזת)
anterograde (amnesia)	אנטרוגרדית (שכחה)
analysis	אנליזה

type	טיפוס, סוג	קשה ומכאיבה של שרירי הווגינה)	
typical	טיפוסי	confident	ודאית (לגבי אבחנה)
characteristic	טיפוסי, אופייני	vitamin	ויטמין
tic	טיק (התכווצות לא רצונית)	virus, viral	נגיף, נגיפי
trauma	טראומה, חבלה	vascular	וסקולרי, של כלי דם
traumatic	טראומטי		
premature	טרם זמנו		
trance	טרנס		
transvestism	טרנסווסטיזם	identity	זהות
		erection	זיקפה
		concussion	זעזוע מוח
		senile	זקוני, של הזיקנה
iatrogenic	יאטרוגני, שגורם בטיפול הרפואי		
ratio	יחס	social	חברתי
proportion	יחס, חלק יחסי	definite	חד משמעי, ודאי
specific, specificity	ייחודי, סגולי, סגוליות	unipolar	חד קוטבי
consultation	יעוץ	abrupt	חד, פתאומי
ability	יכולת	experience	חוויה, התנסות
dextrality	ימניות, העדפת האיבר הימני	recurrent	חוזר ומשנה
		sick, sickness	חולה, חולי
		patient	חולה, מטופל
		outpatient	חולה מרפאתי
pain	כאב	morbid	חולני
overall	כוללי	transient	חולף
sensorium	כלל התחושות	substance	חומר (כימי)
double blind	כפול סמיכות	psychoactive substance	חומר פסיכואקטיבי
epilepsy	כפיון, אפילפסיה	severity	חומרה
compulsion, compulsive	כפייה, כפייתי	insomnia	חוסר שינה
		rumination	חזרה, העלאת גירה
		replacement	חלופי
atypical	לא טיפוסי	division	חלוקה
labile, lability	לא יציב, אי יציבות	severe	חמור, קשה (ביחס למגור)
undifferentiated	לא מובחן	block	חסימה
unspecified	לא מסווגת	immune, immunity	חסין, חסינות
inappropriate	לא מתאים, לא הולם	lack	חסר
stimulate	לגרות	deficiency	חסר, לקות
differentiate	להבחין	anxiety	חרדה
distinguish	להבחין, להבדיל	acute	חריף
demonstrate	להדגים		
refer, referral	להפנות, הפניה		
interfere	להפרע		
dysfunction	ליקוי בתפקוד, ליקוי תפקודי	spectrum	טווח
predict	לנבא	toxic	טוקסי, רעיל
intermittent	לסירוגין	obsession	טורדנות
interpret	לפרש	obsessive	טורדניתי
to code	לקודד	primary care	טיפול ראשוני

hypomanic	היפומני, מני בדרגה קלה	stimulus	אירוי
hypnosis	היפנוזה	stuttering, stammering	אגמגום
hypnotic	היפנוטי, מרדים, תרופה לשינה	version	גרסה
hypersomnia	היפרסומניה, שנת יתר		
hyperphagia	היפרפגיה, אכילת יתר		
occurrence	היקרות		
inclusion	הכללה	bipolar	דירקוטבי (בipolar)
hallucinogen	הלוצינוגן, חומר כימי הגורם הזיות	impulse	דחף
		drive	דחף
recommendation	המלצה	stress	דחק
continuous	המשכי, מתמשך	depression	דיכאון
adjustment	הסתגלות	depressive	דיכאוני
preference	העדפה	dichotomy	דיכוטומיה
absence	העדר	dissociative	דיסוציאטיבי
estimate	העריך	dissocial	דיסוציאלי
assessment	הערכה	dysmorphophobia	דיסמורפוביה
estimation	הערכה	dyspareunia	דיספראוניה, מגע מיני מכאיב
remission	הפוגה	dysthymia	דיסיתמיה
interference	הפרעה	delusional	דלוזיונלית
disorder	הפרעה	delirium	דליריום
disturbance	הפרעה		(מצב של בלבול וחוסר התמצאות ללא אובדן הכרה)
dysmnnesia	הפרעה בתפקודים המנטליים	dementia	דמנציה, שטיון
accumulate	הצטבר	depersonalization	דפרסונליזציה
fire-setting	הצתה	grade	דרגה
vomiting	הקאה	derealization	דריטליזציה
vomit	הקיא		
context	הקשר		
habit	הרגל		
anaesthesia	הרדמה	flashback	הבזק זיכרון, חיזכרות
enuresis	הרטבה, אנווריס	differentiation	הבחנה
intoxication	הרעלה, שכרות (אלכוהול)	defence	הגנה
puberty	התבגרות	homosexuality	הומוסקסואליות
indication	התוויה	hormone	הורמון
onset	התחלה (של סימפטום, מתלה)	hallucination	הזיה
malinger	התחלות	recovery	החלמה
withdrawal	התכנסות, נסיגה, גמילה (מתרופה או סם)	exacerbation	החריפה
behavior	התנהגות	bias	הטיה
conduct	התנהגות	deterioration	הידרדרות
intervention	התערבות	feedback	חיוון חוזר, משוב
development	התפתחות	recall	חיזכורת
attachment	התקשרות	gambling	הימור
tolerance	התרגלות (בקשר לסמים), סובלנות	abstinence	הימנעות
		avoidant	הימנעוטי
		prevalence	הימצאות
		histrionic	היסטריוני
		hypochondria	היפוכונדריה

psychosomatic	פסיכוסומטי	sadism	סדיזם
infant	פעוט	category	סוג, קטגוריה
interaction	פעולת גומלין	somatoform, somatic,	סומטופורמי, גופני,
overactive	פעיל יתר	somatization	סומטיזציה
overactivity	פעילות יתר	somnambulism	סומנבוליסם,
convulsion(s)	פרכוטונים		הליכה מתוך שינה
paranoid	פרטואידי	florid	טוער
pathological	פתולוגי, חולני	deviance	סטייה
pathology	פתולוגיה	stereotype	סטרואיטיפ
		classification	סיווג
		nightmare	סיט לילה
		risk	סיכון
		sign	סימן

צ

temporal	צדעי (שייך לאונה הצדעית); זמני	symptom	סימפטום, תסמין
viscosity	צמיגות, דבקות (מחשבתית)	schizoid	שכיזואידי
cerebrovascular	צרבירוסקולרי, של כלי הדם במוח	schizoaffective	שכיזואפקטיבי
		schizotypal	שכיזוטיפלי
		schizophrenia	שכיזופרניה, ששעת
		aversion	סלידה
		drug	סם, תרופה
		latent	סמוי

ק

precedence	קדימות, עדיפות	intensity	עוצמה
frontal	קדמי, מצחי (אונה)	malformation	עיוות צורה
parietal	קדקודי (של האונה הקדקודית)	major	עיקרי, ראשי, גדול
cognition, cognitive	קוגניטיבי	inhibition	עכבה
code	קוד, סימן	profound	עמוק
coherence, coherent	קוהרנטיות	persistent	עקשני, מתמיד
guidelines	קווים מנחים, הנחיות		
polar (unipolar, bipolar)	קוטבי (חד, דו)		
vocal	קולי		
coma	קומה, תרדמת		
convulsive	קונברסיבי		
conversion	קונברסיה		

ע

confabulation	קונפבלציה (המצאת סיפור כדי לסתום חורים בזיכרון)	impairment	פגיעה, פגם
catatonia, catatonic	קטטוניה (קטטוניות)	defect	פגם
existence	קיום	paedophilia	פדופיליה (משיכה מינית לילדים)
coexistence	קיום יחד	fugue	פוגה (מצב של הכרה חלקית)
stupor	קיטאון	potential	פוטנציאל
extreme	קיצוני	fetishism	פטישיזם (קבלת סיפוק מיני מחפצים)
clinician	קלינאי	retardation	פיגור, עיכוב
cortex	קליפת המוח	pica	פיקה (כליעת חפצים שאינם דברי מאכל)
kleptomania	קלפטומניה	pyromania	פירומניה (דחף להצתות)
	(גניבה מתוך דחף שאינו נשלט)	interpretation	פירוש
brief	קצר	passive	פסיבי, סביל
attention	קשב	psychogenic	פסיכוגני (ממקור נפשי)
related	קשור	psychosis	פסיכוזה

לשדר (מחשבות)

broadcast

מצוקה

distress

מציצנות

voyeurism

מקדים (שלב)

prodromal

מקרה, היארעות

incidence

מרגיע, מרדים (תרופה)

sedative (medication)

מריטת שערות

trichotillomania

מרפאה

clinic

משותף, שכיח

common

משך

duration

משכב הלידה

puerperium

משכך כאבים

analgesic

משלשל

laxative

משמעותי

significant

משני

subsidiary

משפטי

forensic

משתנה

variant

מתון (לגבי פיגור שכלי: קל)

mild

מתמשך

enduring

מתפשט, חודר

pervasive

נ

volatile	נדיף	prolonged	ממושך
antidepressant	נגד דיכאון	chronic	ממושך, כרוני
antacid	נגד חומצה	solvent	ממס
presence	נוכחות	mechanism	מנגנון
current	נוכחי, עכשווי	mania	מניה, התרוממות הרוח
rigidity	נוקשות	competence	מסוגלות, כשירות
damage	נזק	mixed	מעורב
separation	נטישה	vague	מעורפל
neurasthenia	ניאוראסתיניה	stimulant	מעורר
neurosis	ניאורוז	aversive	מעורר סלידה
neurotic	ניאורוטי	follow-up	מעקב
prediction	ניבוי	system, systemic	מערכת, מערכתית
substantial	ניכר	mood	מצב רוח
abuse	ניצול	elation	מצב רוח מרומם
superimposed	נכפה		
associated	נלווה ל-, קשור ל-		
widespread	נפוץ		
mental	נפשי		
narcissism	נרציסיזם, אהבת עצמו		
narcolepsy	ניקולפסיה, הירדמות כפויה (לתוך שנת תלום)		

ס

environment

סביבה

מילון מונחים אנגלי-עברי

A		קשב	
ability	יכולת	attention	קשב
abrupt	חד, פתאומי	atypical	לא טיפוסי
absence	העדר	auditory	שמיעתי
abstinence	חימנעות	autism	אוטיזם
abuse	ניצול	aversion	סלידה
accompany	מלווה	aversive	מעורר סלידה
accumulate	הצטבר	avoidant	הימנעותי
acute	חרוף		
adjustment	הסתגלות	B	
adolescence, adolescent	גיל ההתבגרות, בוגר	basic	בסיסי
adoption	אימוץ	behavior	התנהגות
adult	מבוגר, בוגר	bias	הטיה
affect	רגש	bipolar	דירקטובי (ביפולרי)
affective	רגשי, אפקטיבי	block	חסימה
agent	גורם	blunted (affect)	שטחי (אפקט)
aggression	תוקפנות	borderline (personality)	גבולי (אישיות גבולית)
agitated (depression)	רוגש (דיכאון)	brief	קצר
agoraphobia	אגורפוביה	broadcast	לשדר (מחשבות)
	(פחד ממקומות פתוחים)	bulimia	בולמוס אכילה, בולימיה
		C	
amnesia	שכחה	catastrophe	אסון
anesthesia	הרדמה	catatonia, catatonic	קטטוניה (קטטוניות)
analgesic	משכך כאבים	category	סוג, קטגוריה
analysis	אנליזה	cerebrovascular	צרבירוסקולרי
anankastic	אדם בתוך קליפה		
anorexia (nervosa)	אטרקסיה (נרבוזה)	character	של כלי הדם במוח
antacid	נגד חומצה	characteristic	אופי, מאפיין, סימן
anterograde (amnesia)	אנטרוגרדית (שכחה)	chronic	טיפוסי, אופייני
antidepressant	נגד דיכאון	circumstantial	ממושך, כרוני
anxiety	חרדה	classification	סיווג
apathy	אדישות, אפתיה	clinic	מרפאה
aphasia	אימלות, אפזיה	clinician	קלינאי
artifact	ארטיפקט	code	קוד, סימן
articulation	ארטיקולציה	coexistence	קיום ביתד
assessment	הערכה	cognition, cognitive	קוגניטיבי
associated	נלווה ל-, קשור ל-	coherence, coherent	קוהרנטי (יות)
association	אסוציאציה	coma	קומה, תרדמת
asthma	אסתמה	common	משותף, שכיח
attachment	התקשרות		

retrieval	שליפה מהזיכרון		
auditory	שמיעתי		
premature ejaculation	שפיכה מוקדמת	primary	ראשוני
ejaculation	שפיכת זרע	multi-infarct	רב אוטמי
lisp	שפתות, פגם בהגייה	polymorphic	רב צורתי, רב גוני
residual	שרידי, שאריתי	multiaxial	רב צירי
		sensitivity	רגישות
		emotion	רגש
		affect	רגש
		affective	רגשי, אפקטיבי
		irritability	רגזנות
		irritable	רגזני
		agitated (depression)	רוגש (דיכאון)
		retrograde (amnesia)	רטרוגרדית (שכחה)
		retrospective	רטרוספקטיבי, במבט לאחור
		multiple personality	ריבוי אישיות
		excitement	רגוש
		concentration	ריכוז
		tremor	רעד
		concept	רעיון, מושג
		primary health care	רפואה ראשונית
ת		ש	
reactive	תגובתי	equivalent	שווה ערך
frequency, frequent	תדירות, תדיר	predominant	שולט
congruent, incongruent	תואם, לא תואם (לגבי מצב הרוח)	dominant	שולט, שליט
compatible, compatibility	תואם, תאימות	variability	שוונות
insight	תובנה	blunted (affect)	שטחי (אפקט)
label	תווית, תג	folie a deux	שיגעון בשניים
outcome	תוצאה	folie a deux	שינוי מחזורי במצב הרוח, ציקלותימיה
aggression	תוקפנות	rate	שיעור
comorbidity	תחלואה נלווית	service	שירות
trait (personality)	תכונה תורשתית (נטיית אישיות)	amnesia	שכחה
		olfactory	של הריח, של אונות ההרחה
		postpartum	שלאחר לידה
		negativism	שלילתנות (נטייה)
		negativistic	שלילתני
dependence	תלות		
consensus	תמימות דעים, הסכמה		
frustration	הסכול		
syndrome	תסמונת		
perception	תפיסה		
function	תפקוד		
functional	תפקודי		
role	תפקיד		
observation	תצפית, הסתכלות		
standard	תקן		
standardized	תקני		
validity	תקפות		
medication	תרופה		
neuroleptic (medication)	תרופה נאורולפטית, אנטטיפסיכוטית		
desire	תשוקה		
subdivision	תת חלוקה		

epilepsy	כמיון, אפילפסיה	H	
episode	אפיזודה, אירוע		
equivalent	שווה ערך		הרגל
erection	זיקפה		הזיה
estimate	תעריך		הלוצינאגן,
estimation	הערכה		חומר כימי הגורם הזיות
etiology	אטיולוגיה		מוגבלות
exacerbation	החריפה		היסטריוני
excessive	מוגזם, מופרז		הומוסקסואליות
excitement	ריגוש		הורמון
exclusion	אי-הכללה, שליכה		היפרפגיה, אכילה יתר
exhibitionism	אקסהיביציוניזם (חשיפה עצמית)		היפרסומניה, שנת יתר
existence	קיום		היפנוזה
experience	חויה, התנסות		היפנוטי, מרדים, תרופה לשינה
explicit	ברור, גלוי		היפוכונדריה
extreme	קיצוני		היפומניה, מני בדרגה קלה

F

factitious	מזויף	I	יאטרוגני,
factor	גורם		שגורם בטיפול הרפואי
feedback	היזון חוזר, משוב		זהות
fetishism	פטישיזם (קבלת סיפוק מיני מחפצים)		מיוחדות, זרות
fire-setting	הצתה		אשליה
flashback	הבזק זיכרון, חיזכרות		חסיך, חסינות
florid	סוער		פגימה, פגם
folie a deux	שיגעון בשניים		דחף
follow-up	מעקב		אימפולסיבי, שעשה תוך דחף
forensic	משפטי		אי יכולת
frequency, frequent	תדירות, תדיר		לא מתאים, לא הולם
frontal	קדמי, מצחי (אינה)		אי יכולת
frustration	תסכול		מקרה, היארעות
fugue	פוגה (מצב של חלחלה חלקית)		הכללה
function	תפקוד		אי התאמה
functional	תפקודי		התוויה

G

gambling	הימור	I	אינפנטילי, ילדותי, ינקותי
gender	מין		אוטם
glossary	מילון מונחים		עכבה
grade	דרגה		תובנה
grandeur, grandiosity	גדלות		חוסר שינה
guidelines	קווים מנחים, הנחיות		עוצמה

comorbidity	תחלואה נלווית	deterioration	הידרדרות
compatible, compatibility	תואם, תאימות	development	התפתחות
competence	מסוגלות, כשירות	deviance	סטייה
compulsion, compulsive	כפייה, כפייתי	dexterity	מיומנות
concentration	ריכוז	dextrality	ימניות, העדפת האיבר הימני
concept	רעיון, מושג	diagnosis	אבחנה
concussion	ועזוע מוח	diagnostician	מאבחן
conduct	התנהגות	dichotomy	דיכוטומיה
confabulation	קונפבלציה (המצאת סיפור כדי לשתום חורים בזיכרון)	differentiate	להבחין
confident	ודאית (לגבי אבחנה)	differentiation	הבחנה
congruent, incongruent	תואם, לא תואם (לגבי מצב הרוח)	disability	מגבלה
consensus	תמימות דעים, הסכמה	disease	מחלה
consultation	ייעוץ	disorder	הפרעה
context	הקשר	dissocial	דיסוציאלי
continuous	משכי, מתמשך	dissociative	דיסוציאטיבי
conversion (בעבר נקראה היסטריה)	קונברסיה	distinguish	להבחין, להבדיל
convulsive	קונברסיבי	distress	מצוקה
convulsion(s)	פרכוס(ים)	disturbance	הפרעה
cortex	קליפת המוח	division	חלוקה
course	מהלך	dominant	שולט, שליט
criterion	אבן בוחן, הנחיה, קריטריון	double blind	כפול סמיות
current	נוכחי, עכשווי	drive	דחף
cyclic	מהזורי	drug	סם, תרופה
cyclothymia	שינוי מחזורי במצב הרוח, ציקלותימיה	duration	משך
		dysfunction	ליקוי בתפקוד, ליקוי תפקודי
		dysmnnesia	הפרעה בתפקודים המנטליים
		dysmorphophobia	דיסמורפופוביה
		dyspareunia	דיספראוניה, מגע מיני מכאיב
		dysthymia	דיסתימיה

D

damage	נזק	E	אקזמה (פריחה)
defect	פגם		אגו, אני
defence	הגנה		אגודיסטוני, זר לאני
deficiency	חסר, לקות		אגוסטוני, תואם אני
definite	חד משמעי, ודאי		שפיכת זרע
delirium	דליריום (מצב של בלבול וחוסר התמצאות ללא אובדן הכרה)		מצב רוח מרומם
delusion	מחשבת שווא		רגש
delusional	דלוזיונלית		אמפתיה
dementia	דמנציה, שטיון		אנקורפוזיס
demonstrate	לחדגים		(איבוד צואה ללא ביקורת)
dependence	תלות		אנדוגני, נובע מבפנים
depersonalization	דפרסונליזציה		מתמשך
depression	דיכאון		הרטבה, אנורקסיה
depressive	דיכאוני		סביבה
derealization	דריאליזציה		מגפה
desire	רצון, רצון		

patient	חולה, מטופל	recommendation	המלצה
perception	תפיסה	recovery	החלמה
persistent	עקשני, מתמיד	recurrent	חוזר ונשנה
personality	אישיות	refer, referral	להפנות, הפניה
pervasive	מתפשט, חודר	related	קשור
phobia	בעת (פוביה)	reliability	מהימנות
phobic	כעתירת	remission	הפוגה
pica	פיקה (בלעית חפצים שאינם דברי מאכל)	replacement	חלופי
polar (unipolar, bipolar)	קוטבי (חד, דו)	residual	שריד, שאריתי
polymorphic	רב צורת, רבוני	retardation	פיגור, עיכוב
possession	בעלות (וגם : תחת השפעה)	retrieval	שליפה מהזיכרון
postpartum	שלֹאחר לידה	retrograde (amnesia)	רטרוגרדית (שכחה)
potential	פוטנציאל	retrospective	רטרוספקטיבי, במבט לאחור
precedence	קדימות, עדיפות	rigidity	נוקשות
predict	לנבא	risk	סיכון
prediction	ניבוי	role	תפקיד
predominant	שולט	rumination	חזרה, העלאת גירה
preference	העדפה		
premature	טרם זמן	S	
premature ejaculation	שפיכה מוקדמת	sadism	סדיזם
presence	נוכחות	sample	מדגם
prevalence	הימצאות	schizoaffective	סקיצואפקטיבי
primary	ראשוני	schizoid	סקיצואידי
primary care	טיפול ראשוני	schizophrenia	סקיצופרניה, שטעת
primary health care	רפואה ראשונית	schizotypal	סקיצוטיפלי
problem	בעיה	sedative (medication)	מרגיע, מרדים (תרופה)
prodromal	מקדים (שלב)	senile	זקוני, של הזיקנה
profound	עמוק	sensitivity	רגישות
prolonged	ממושך	sensorium	כלל התחושות
prominent	ברלט	separation	נטישה
proportion	יחס, חלק יחסי	service	שירות
provisional	ארעי (לגבי אבחנה)	severe	חמור, קשה (בהיחס לפיגור)
psychoactive substance	חומר פסיכו־אקטיבי	severity	חומרה
psychogenic	פסיכוגני (ממקור נפשי)	sex	מין
psychosis	פסיכוזה	sibling	אחאי
psychosomatic	פסיכוסומטי	sick, sickness	חולה, חולי
puberty	התבגרות	sign	סימן
puerperium	משלב הלידה	significant	משמעותי
pyromania	פירומניה (דחף להצתות)	social	חברתי
R		solvent	ממיס
random	אקראי	somatoform, somatic,	סומטופורמי, גופני,
rate	שיעור	somatization	סומטיזציה
ratio	יחס	somnambulism	סומנבוליסם,
reactive	תגובתי		הליכה מתוך שינה
recall	היזכרות	specific, specificity	ייחודי, סולי, סגוליות
		spectrum	טווח

intermittent	לסירוגין	morbid	חוליני
interpret	לפרש	motoric	מוטורי, תנועתי
interpretation	פירוש	multiaxial	רב-צירי
intervention	התערבות	multi-infarct	רב אוטמי
intoxication	הרעלה, שכרות (אלכוהול)	multiple personality	רביו אישויות
involution	בלות	mutism	אילמות
irritable	רוגזי		
irritability	רוגזנות	N	
isolation	בידוד	narcissism	נרציסיזם, אהבת עצמו
K		narcolepsy	נקרופסיה, הירדמות כפויה (לתוך שנת חלום)
kleptomania	קלפטומניה (גניבה מתוך דחף שאינו נשלט)	negativism	שלילנות (נגטיביזם)
L		negativistic	שלילני
label	תווית, תג	neurasthenia	ניאוראסתניה
labile, lability	לא יציב, אי יציבות	neuroleptic (medication)	תרופה ניאורופלטית, אנטיפסיכוטית
lack	חסר	neurosis	ניאורוזיס
latent	סמוי	neurotic	ניאורוטי
laxative	משלשל	nightmare	סיס לילה
lifetime	מהלך החיים	O	
lisping	שפתות, פנס בהגייה	observation	תצפית, הסתכלות
lobe	אונה	obsession	טרידות
loss	אובדן	obsessive	טרידניות
M		occurrence	היקרות
maintenance	אחזקה, שמירה	olfactory	של הריח, של אונות ההרחה
major	עיקרי, ראשי, גדול	onset	התחלה (של סימפטום, מחלה)
malformation	עיוות צורה	option	אפשרות
malingerin	התחלות	organic	אורגני
mania	מניה, התרוממות רוח	orgasm, orgasmic	אורגזם, אורגזמי
manifest	גילוי, להציג	outcome	תוצאה
manifestation	ביטוי, מצג	outpatient	חולה מרפאתי
masochism	מוזכזים	overactive	פעיל יתר
mechanism	מעגון	overactivity	פעילות יתר
medication	תרופה	overall	כוללי
melancholia	מלנכוליה, מרה שחורה, זיכאון (עם סימנים גופניים)	P	
mental	נפשי	pedophilia	פדופיליה (משיכה מינית לילדים)
mild	מתון (לגבי פיגור שכלי : קל)	pain	כאב
minority	מיעוט	panic	אימה
mixed	מעורב	paranoid	פרנואיד
modality	אופנות	parietal	קדקודי (של האונה הקדקדית)
moderate	בינוני	passive	פסיבי, סביל
mood	מצב רוח	pathological	פתולוגי, חולני
		pathology	פתולוגיה

נספח

מצבים אחרים מה-ICD-10 הקשורים לעתים קרובות עם הפרעות נפשיות והתנהגותיות

נספח זה מכיל רשימות מצבים מפרקים אחרים של ה-ICD-10 אשר נמצאים לעתים קרובות בהקשר להפרעות מפרק 5(F). הם מופיעים כאן כך שלפסיכיאטרים המאבחנים בהתאם להנחיות הקליניות המופיעות בקובץ זה, תהיה נגישות קלה למונחים וקודים של ICD הקשורים למירב האבחנות הרלוונטיות לעבודה הקלינית היומיומית. רוב המצבים המופיעים אופיינו רק על ידי 3 ספרות, אך קודים של 4 ספרות ניתנו למבחר אבחנות אשר יש בהם שמוש נרחב יותר.

Chapter I

Certain infectious and parasitic diseases (A00—B99)

- A50.— Congenital syphilis
A50.4 Late congenital neurosyphilis [juvenile neurosyphilis]
- A52.— Late syphilis
A52.1 Symptomatic neurosyphilis
Includes: tabes dorsalis
- A81.— Slow virus infections of central nervous system
A81.0 Creutzfeldt Jakob disease
A81.1 Subacute sclerosing panencephalitis
A81.2 Progressive multifocal leukoencephalopathy
- B22.— Human immunodeficiency virus (HIV) disease resulting in other specified diseases
B22.0 HIV disease resulting in encephalopathy
Includes: HIV dementia

standard	תקן	tremor	רעד
standardized	תקני	trichotillomania	מורטט שערות
stereotype	סטריוטיפ	type	טיפוס, סוג
stimulant	מעורר	typical	טיפוסי
stimulate	לגרות		
stimulus	גירוי		
stress	דחק		
stupor	קיפאון	undifferentiated	לא מובחן
stuttering, stammering	גמנום	unipolar	חד קוטבי
subdivision	תת חלוקה	unspecified	לא מסווגת
subsidiary	משני		
substance	חומר (כימי)		
substantial	ניכר		
superimposed	נכפה	vaginismus	וגיניזמוס (התכווצות קשה ומכאיבה של שרירי הווגינה)
symptom סימפטום	תסמין	vague	מעורפל
syndrome	תסמונת	validity	תקפות
system, systemic	מערכת, מערכתית	variability	שונות
		variant	משתנה
		vascular	וסקולרי, של כלי דם
T		version	גרסה
tardive	מאוחר	violence	אלימות
temporal זמני	צדעי (שייך לאונה הצדעית); זמני	virus, viral	נגיף, נגיפי
tentative	אפשרי	viscosity	צמיכות, דבקות (מחשבתי)
term	מונח	vitamin	ויטמין
terminology	מינח	vocal	קולי
tic	טיק (התכווצות לא רצונית)	volatile	נדיד
to code	לקודד	vomit	הקיא
tolerance	התרגלות (בקשר לשמים), סובלנות	vomiting	הקאה
toxic	טוקסי, רעיל	voyeurism	מציצנות
trait (personality)	תכונה תורשתית (גטיית אישיות)		
trance	טרנס		
transient	חולף		
transvestism	טרנסווסטיזם	widespread	נפוץ
trauma	טראומה, חבלה	withdrawal	זחכתסות, נסיגה, גמילה (מתרופה או סם)
traumatic	טראומטי		

- E34.— Other endocrine disorders
 - E34.3 Short stature, not elsewhere classified
- E51.— Thiamine deficiency
 - E51.2 Wernicke's encephalopathy
- E64.— sequelae of malnutrition and other nutritional deficiencies
- E66.— Obesity
- E70.— Disorders of aromatic amino-acid metabolism
 - E70.0 Classical phenylketonuria
- E71.— Disorders of branched-chain amino-acid metabolism and fatty-acid metabolism
 - E71.0 Maple-syrup-urine disease
- E74.— Other disorders of carbohydrate metabolism
- E80.— Disorders of porphyrin and bilirubin metabolism

Chapter VI

Diseases of the nervous system (G00—G99)

- G00.— Bacterial meningitis, not elsewhere classified
 - Includes:* haemophilus, pneumococcal, streptococcal, staphylococcal and other bacterial meningitis
- G02.— Meningitis in other infectious and parasitic diseases classified elsewhere
- G03.— Meningitis due to other and unspecified causes
- G04.— Encephalitis, myelitis and encephalomyelitis
- G06.— Intracranial and intraspinal abscess and granuloma
 - G06.2 Extradural and subdural abscess, unspecified
- G10.— Huntington's disease
- G11.— Hereditary ataxia
- G20.— Parkinson's disease
- G21.— Secondary parkinsonism
 - G21.0 Malignant neuroleptic syndrome
 - G21.1 Other drug-induced secondary parkinsonism
 - G21.2 Secondary parkinsonism due to other external agents
 - G21.3 Postencephalitic parkinsonism

Chapter II

Neoplasms (C00—D48)

- C70.— Malignant neoplasm of meninges
- C71.— Malignant neoplasm of brain
- C72.— Malignant neoplasm of spinal cord, cranial nerves and other parts of central nervous system
- D33.— Benign neoplasm of brain and other parts of central nervous system
- D42.— Neoplasm of uncertain and unknown behaviour of meninges
- D43.— Neoplasm of uncertain and unknown behaviour of brain and central nervous system

Chapter IV

Endocrine, nutritional and metabolic diseases (E00—E90)

- E00.— Congenital iodine-deficiency syndrome
- E01.— Iodine-deficiency-related thyroid disorders and allied conditions
- E02.— Subclinical iodine-deficiency hypothyroidism
- E03.— Other hypothyroidism
 - E03.2 Hypothyroidism due to medicaments and other exogenous substances
 - E03.5 Myxoedema coma
- E05.— Thyrotoxicosis [hyperthyroidism]
- E15.— Nondiabetic hypoglycaemic coma
- E22.— Hyperfunction of pituitary gland
 - E22.0 Acromegaly and pituitary gigantism
 - E22.1 Hyperprolactinaemia
 - Includes:* drug-induced hyperprolactinaemia
- E23.— Hypofunction and other disorders of pituitary gland
- E24.— Cushing's syndrome
- E30.— Disorders of puberty, not elsewhere classified
 - E30.0 Delayed puberty
 - E30.1 Precocious puberty

- G40.— Epilepsy**
G40.0 Localization-related (focal) (partial) idiopathic epilepsy and epileptic syndromes with seizures of localized onset
Includes: benign childhood epilepsy with centrotemporal EEG spikes or occipital EEG paroxysms
G40.1 Localization-related (focal) (partial) symptomatic epilepsy and epileptic syndromes with simple partial seizures
Includes: attacks without alteration of consciousness
G40.2 Localization-related (focal) (partial) symptomatic epilepsy and epileptic syndromes with complex partial seizures
Includes: attacks with alteration of consciousness, often with automatisms
G40.3 Generalized idiopathic epilepsy and epileptic syndromes
G40.4 Other generalized epilepsy and epileptic syndromes
Includes: salaam attacks
G40.5 Special epileptic syndromes
Includes: epileptic seizures related to alcohol, drugs and sleep deprivation
G40.6 Grand mal seizures, unspecified (with or without petit mal)
G40.7 Petit mal, unspecified, without grand mal seizures
- G41.— Status epilepticus**
- G43.— Migraine**
- G44.— Other headache syndromes**
- G45.— Transient cerebral ischaemic attacks and related syndromes**
- G47.— Sleep disorders**
G47.2 Disorders of the sleep-wake schedule
G47.3 Sleep apnoea
G47.4 Narcolepsy and cataplexy
- G70.— Myasthenia gravis and other myoneural disorders**
G70.0 Myasthenia gravis
- G91.— Hydrocephalus**
- G92.— Toxic encephalopathy**

- G24.— Dystonia**
Includes: dyskinesia
G24.0 Drug-induced dystonia
G24.3 Spasmodic torticollis
G24.8 Other dystonia
Includes: tardive dyskinesia
- G25.— Other extrapyramidal and movement disorders**
Includes: restless legs syndrome, drug-induced tremor, myoclonus, chorea, tics
- G30.— Alzheimer's disease**
G30.0 Alzheimer's disease with early onset
G30.1 Alzheimer's disease with late onset
G30.8 Other Alzheimer's disease
G30.9 Alzheimer's disease, unspecified
- G31.— Other degenerative diseases of nervous system, not elsewhere classified**
G31.0 Circumscribed brain atrophy
Includes: Pick's disease
G31.1 Senile degeneration of brain, not elsewhere classified
G31.2 Degeneration of nervous system due to alcohol
Includes: alcoholic cerebellar ataxia and degeneration, cerebral degeneration and encephalopathy; dysfunction of the autonomic nervous system due to alcohol
G31.8 Other specified degenerative diseases of the nervous system
Includes: Subacute necrotizing encephalopathy [Leigh] grey-matter degeneration [Alpers]
G31.9 Degenerative disease of nervous system, unspecified
- G32.— Other degenerative disorders of nervous system in diseases classified elsewhere**
- G35.— Multiple sclerosis**
- G37.— Other demyelinating diseases of central nervous system**
G37.0 Diffuse sclerosis
Includes: periaxial encephalitis; Schilder's disease

- I67.— Other cerebrovascular diseases
 - I67.2 Cerebral atherosclerosis
 - I67.3 Progressive vascular leukoencephalopathy
 - Includes:* Binswanger's disease
 - I67.4 Hypertensive encephalopathy
- I69.— Sequelae of cerebrovascular disease
- I95.— Hypotension
 - I95.2 Hypotension due to drugs

Chapter X

Diseases of the respiratory system (J00—J99)

- J10.— Influenza due to identified influenza virus
 - J10.8 Influenza with other manifestations, influenza virus identified
- J11.— Influenza, virus not identified
 - J11.8 Influenza with other manifestations, virus not identified
- J42.— Unspecified chronic bronchitis
- J43.— Emphysema
- J45.— Asthma

Chapter XI

Diseases of the digestive system (K00—K93)

- K25.— Gastric ulcer
- K26.— Duodenal ulcer
- K27.— Peptic ulcer, site unspecified
- K29.— Gastritis and duodenitis
 - K29.2 Alcoholic gastritis
- K30.— Dyspepsia
- K58.— Irritable bowel syndrome
- K59.— Other functional intestinal disorders
- K70.— Alcoholic liver disease

- G93.— Other disorders of brain
 - G93.1 Anoxic brain damage, not elsewhere classified
 - G93.3 Postviral fatigue syndrome
 - Includes:* benign myalgic encephomyelitis
 - G93.4 Encephalopathy, unspecified
- G97.— Postprocedural disorders of nervous system, not elsewhere classified
 - G97.0 Cerebrospinal fluid leak from spinal puncture

Chapter VII

Diseases of the eye and adnexa (H00—H59)

- H40.— Glaucoma
 - H40.6 Glaucoma secondary to drugs

Chapter VIII

Diseases of the ear and mastoid process (H60—H95)

- H93.— Other disorders of ear, not elsewhere classified
 - H93.1 Tinnitus

Chapter IX

Diseases of the circulatory system (I00—I99)

- I10.— Essential (primary) hypertension
- I60.— Subarachnoid haemorrhage
- I61.— Intracerebral haemorrhage
- I62.— other nontraumatic intracranial haemorrhage
 - I62.0 Subdural haemorrhage (acute) (nontraumatic)
 - I62.1 Nontraumatic extradural haemorrhage
- I63.— Cerebral infarction
- I64.— Stroke, not specified as haemorrhage or infarction
- I65.— Occlusion and stenosis of precerebral arteries, not resulting in cerebral infarction
- I66.— Occlusion and stenosis of cerebral arteries, not resulting in cerebral infarction

Chapter XV

Pregnancy, childbirth and the puerperium (O00—O99)

O04.— Medical abortion

O35.— Maternal care for known or suspected fetal abnormality and damage

O35.4 Maternal care for (suspected) damage to fetus from alcohol

O35.5 Maternal care for (suspected) damage to fetus by drugs

O99.— Other maternal diseases classifiable elsewhere but complicating pregnancy, childbirth and puerperium

O99.3 Mental disorders and diseases of the nervous system complicating pregnancy, childbirth and the puerperium

Includes: conditions in F00—F99 and G00—G99

Chapter XVII

Congenital malformations, deformations, and chromosomal abnormalities (Q00—Q99)

Q02.— Microcephaly

Q03.— Congenital hydrocephalus

Q04.— Other congenital malformations of brain

Q05.— Spina bifida

Q75.— Other congenital malformations of skull and face bones

Q85.— Phakomatoses, not elsewhere classified

Q85.0 Neurofibromatosis (nonmalignant)

Q85.1 Tuberous sclerosis

Q86.— Congenital malformation syndromes due to known exogenous causes, not elsewhere classified

Q86.0 Fetal alcohol syndrome (dysmorphic)

Q90.— Down's syndrome

Q90.0 Trisomy 21, meiotic nondisjunction

Q90.1 Trisomy 21, mosaicism (mitotic nondisjunction)

Q90.2 trisomy 21, translocation

Q90.9 Down's syndrome, unspecified

Q91.— Edwards' syndrome and Patau's syndrome

K71.— Toxic liver disease

Includes: drug-induced liver disease

K86.— Other diseases of pancreas

K86.0 Alcohol-induced chronic pancreatitis

Chapter XII

Diseases of the skin and subcutaneous tissue (L00—L99)

L20.— Atopic dermatitis

L98.— Other disorders of skin and subcutaneous tissue, not elsewhere classified

L98.1 Factitial dermatitis

Includes: neurotic excoriation

Chapter XIII

Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (M00—M99)

M32.— Systemic lupus erythematosus

M54.— Dorsalgia

Chapter XIV

Diseases of the genitourinary system (N00—N99)

N48.— Other disorders of penis

N48.3 Priapism

N48.4 Impotence of organic origin

N91.— Absent, scanty and rare menstruation

N94.— Pain and other conditions associated with female genital organs and menstrual cycle

N94.3 Premenstrual tension syndrome

N94.4 Primary dysmenorrhoea

N94.5 Secondary dysmenorrhoea

N94.6 Dysmenorrhoea, unspecified

N95.— Menopausal and other perimenopausal disorders

N95.1 Menopausal and female climacteric states

N95.3 States associated with artificial menopause

- R83.— Abnormal findings in cerebrospinal fluid
- R90.— Abnormal findings on diagnostic imaging of central nervous system
- R94.— Abnormal results of function studies
R94.0 Abnormal results of function studies of central nervous system
Includes: abnormal electroencephalogram [EEG]

Chapter XIX

Injury, poisoning and certain other consequences of external causes (S00—T98)

- S06.— Intracranial injury
S06.0 Concussion
S06.1 Traumatic cerebral oedema
S06.2 Diffuse brain injury
S06.3 Focal brain injury
S06.4 Epidural haemorrhage
S06.5 Traumatic subdural haemorrhage
S06.6 Traumatic subarachnoid haemorrhage
S06.7 Intracranial injury with prolonged coma

Chapter XX

External causes of morbidity and mortality (V01—Y98)

Intentional self-harm (X60—X84)

Includes: purposely self-inflicted poisoning or injury; suicide

- X60.— Intentional self-poisoning by and exposure to nonopioid analgesics, antipyretics and antirheumatics
- X61.— Intentional self-poisoning by and exposure to antiepileptic, sedative—hypnotic, antiparkinsonism and psychotropic drugs, not elsewhere classified
Includes: antidepressants, barbiturates, neuroleptics, psychostimulants
- X62.— Intentional self-poisoning by and exposure to narcotics and psychodysleptics [hallucinogens], not elsewhere classified
Includes: cannabis (derivatives), cocaine, codeine, heroin, lysergide [LSD], mescaline, methadone, morphine, opium (alkaloids)

- Q93.— Monosomies and deletions from the autosomes, not elsewhere classified
Q93.4 Deletion of short arm of chromosome 5
Includes: cri-du-chat syndrome
- Q96.— Turner's syndrome
- Q97.— Other sex chromosome abnormalities, female phenotype, not elsewhere classified
- Q98.— Other sex chromosome abnormalities, male phenotype, not elsewhere classified
Q98.0 Klinefelter's syndrome karyotype 47,XXY
Q98.1 Klinefelter's syndrome, male with more than two X chromosomes
Q98.2 Klinefelter's syndrome, male with 46,XX karyotype
Q98.4 Klinefelter's syndrome, unspecified
- Q99.— Other chromosome abnormalities, not elsewhere classified

Chapter XVIII

Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified (R00—R99)

- R55.— Syncope and collapse
- R56.— Convulsions, not elsewhere classified
R56.0 Febrile convulsions
R56.8 Other and unspecified convulsions
- R62.— Lack of expected normal physiological development
R62.0 Delayed milestone
R62.8 Other lack of expected normal physiological development
R62.9 Lack of expected normal physiological development, unspecified
- R63.— Symptoms and signs concerning food and fluid intake
R63.0 Anorexia
R63.1 Polydipsia
R63.4 Abnormal weight loss
R63.5 Abnormal weight gain
- R78.— Findings of drugs and other substances, normally not found in blood
Includes: alcohol (R78.0); opiate drug (R78.1); cocaine (R78.2); hallucinogen (R78.3); other drugs of addictive potential (R78.4); psychotropic drug (R78.5); abnormal level of lithium (R78.8)

X84.— Intentional self-harm by unspecified means

Assault (X85—Y09)

Includes: homicide; injuries inflicted by another person with intent to injure or kill, by any means

X93.— Assault by handgun discharge

X99.— Assault by sharp object

Y00.— Assault by blunt object

Y04.— Assault by bodily force

Y05.— Sexual assault by bodily force

Y06.— Neglect and abandonment

Y07.— Other maltreatment syndromes

Includes: mental cruelty; physical abuse; sexual abuse; torture

Drugs, medicaments and biological substances causing adverse effects in therapeutic use (Y40—Y59)

Y46.— Antiepileptics and antiparkinsonism drugs

Y46.7 Antiparkinsonism drugs

Y47.— Sedatives, hypnotics and antianxiety drugs

Y49.— Psychotropic drugs, not elsewhere classified

Y49.0 Tricyclic and tetracyclic antidepressants

Y49.1 Monoamine-oxidase-inhibitor antidepressants

Y49.2 Other and unspecified antidepressants

Y49.3 Phenothiazine antipsychotics and neuroleptics

Y49.4 Butyrophenone and thioxanthene neuroleptics

Y49.5 Other antipsychotics and neuroleptics

Y49.6 Psychodysleptics [hallucinogens]

Y49.7 Psychostimulants with abuse potential

Y49.8 Other psychotropic drugs, not elsewhere classified

Y49.9 Psychotropic drug, unspecified

Y50.— Central nervous system stimulants, not elsewhere classified

Y51.— Drugs primarily affecting the autonomic nervous system

X63.— Intentional self-poisoning by and exposure to other drugs acting on the autonomic nervous systems

X64.— Intentional self-poisoning by and exposure to other and unspecified drugs and biological substances

X65.— Intentional self-poisoning by and exposure to alcohol

X66.— Intentional self-poisoning by and exposure to organic solvents and halogenated hydrocarbons and their vapours

X67.— Intentional self-poisoning by and exposure to other gases and vapours

Includes: carbon monoxide; utility gas

X68.— Intentional self-poisoning by and exposure to pesticides

X69.— Intentional self-poisoning by and exposure to other and unspecified chemicals and noxious substances

Includes: corrosive aromatics, acids and caustic alkalis

X70.— Intentional self-harm by hanging, strangulation and suffocation

X71.— Intentional self-harm by drowning and submersion

X72.— Intentional self-harm by handgun discharge

X73.— Intentional self-harm by rifle, shotgun and larger firearm discharge

X74.— Intentional self-harm by other and unspecified firearm discharge

X75.— Intentional self-harm by explosive material

X76.— Intentional self-harm by fire and flames

X77.— Intentional self-harm by steam, hot vapours and hot objects

X78.— Intentional self-harm by sharp object

X79.— Intentional self-harm by blunt object

X80.— Intentional self-harm by jumping from a high place

X81.— Intentional self-harm by jumping or lying before moving object

X82.— Intentional self-harm by or crashing motor vehicle

X83.— Intentional self-harm by other specified means

Includes: crashing of aircraft, electrocution, caustic substances (except poisoning)

X84.— Intentional self-harm by unspecified means

Assault (X85—Y09)

Includes: homicide; injuries inflicted by another person with intent to injure or kill, by any means

X93.— Assault by handgun discharge

X99.— Assault by sharp object

Y00.— Assault by blunt object

Y04.— Assault by bodily force

Y05.— Sexual assault by bodily force

Y06.— Neglect and abandonment

Y07.— Other maltreatment syndromes

Includes: mental cruelty; physical abuse; sexual abuse; torture

Drugs, medicaments and biological substances causing adverse effects in therapeutic use (Y40—Y59)

Y46.— Antiepileptics and antiparkinsonism drugs

Y46.7 Antiparkinsonism drugs

Y47.— Sedatives, hypnotics and anxiolytic drugs

Y49.— Psychotropic drugs, not elsewhere classified

Y49.0 Tricyclic and tetracyclic antidepressants

Y49.1 Monoamine-oxidase-inhibitor antidepressants

Y49.2 Other and unspecified antidepressants

Y49.3 Phenothiazine antipsychotics and neuroleptics

Y49.4 Butyrophenone and thioxanthene neuroleptics

Y49.5 Other antipsychotics and neuroleptics

Y49.6 Psychodysleptics (hallucinogens)

Y49.7 Psychostimulants with abuse potential

Y49.8 Other psychotropic drugs, not elsewhere classified

Y49.9 Psychotropic drug, unspecified

Y50.— Central nervous system stimulants, not elsewhere classified

Y51.— Drugs primarily affecting the autonomic nervous system

X63.— Intentional self-poisoning by and exposure to other drugs acting on the autonomic nervous systems

X64.— Intentional self-poisoning by and exposure to other and unspecified drugs and biological substances

X65.— Intentional self-poisoning by and exposure to alcohol

X66.— Intentional self-poisoning by and exposure to organic solvents and halogenated hydrocarbons and their vapours

X67.— Intentional self-poisoning by and exposure to other gases and vapours

Includes: carbon monoxide; utility gas

X68.— Intentional self-poisoning by and exposure to pesticides

X69.— Intentional self-poisoning by and exposure to other and unspecified chemicals and noxious substances

Includes: corrosive aromatics, acids and caustic alkalis

X70.— Intentional self-harm by hanging, strangulation and suffocation

X71.— Intentional self-harm by drowning and submersion

X72.— Intentional self-harm by handgun discharge

X73.— Intentional self-harm by rifle, shotgun and larger firearm discharge

X74.— Intentional self-harm by other and unspecified firearm discharge

X75.— Intentional self-harm by explosive material

X76.— Intentional self-harm by fire and flames

X77.— Intentional self-harm by steam, hot vapours and hot objects

X78.— Intentional self-harm by sharp object

X79.— Intentional self-harm by blunt object

X80.— Intentional self-harm by jumping from a high place

X81.— Intentional self-harm by jumping or lying before moving object

X82.— Intentional self-harm by or crashing motor vehicle

X83.— Intentional self-harm by other specified means

Includes: crashing of aircraft, electrocution, caustic substances (except poisoning)

- Z59.— Problems related to housing and economic circumstances**
- Z60.— Problems related to social environment**
- Z60.0 Problems of adjustment to life-cycle transitions
 - Z60.1 Atypical parenting situation
 - Z60.2 Living alone
 - Z60.3 Acculturation difficulty
 - Z60.4 Social exclusion and rejection
 - Z60.5 Target of perceived adverse discrimination and persecution
 - Z60.8 Other specified problems related to social environment
- Z61.— Problems related to negative life events in childhood**
- Z61.0 Loss of love relationship in childhood
 - Z61.1 Removal from home in childhood
 - Z61.2 Altered pattern of family relationships in childhood
 - Z61.3 Events resulting in loss of self-esteem in childhood
 - Z61.4 Problems related to alleged sexual abuse of child by person within primary support group
 - Z61.5 Problems related to alleged sexual abuse of child by person outside primary support group
 - Z61.6 Problems related to alleged physical abuse of child
 - Z61.7 Personal frightening experience in childhood
 - Z61.8 Other negative life events in childhood
- Z62.— Other problems related to upbringing**
- Z62.0 Inadequate parental supervision and control
 - Z62.1 Parental overprotection
 - Z62.2 Institutional upbringing
 - Z62.3 Hostility towards and scapegoating of child
 - Z62.4 Emotional neglect of child
 - Z62.5 Other problems related to neglect in upbringing
 - Z62.6 Inappropriate parental pressure and other abnormal qualities of upbringing
 - Z62.8 Other specified problems related to upbringing
- Z63.— Other problems related to primary support group, including family circumstances**
- Z63.0 Problems in relationship with spouse or partner
 - Z63.1 Problems in relationship with parents and in-laws
 - Z63.2 Inadequate family support
 - Z63.3 Absence of family member

- Y57.— Other and unspecified drugs and medicaments**

Chapter XXI

Factors influencing health status and contact with health services (Z00—Z99)

- Z00.— General examination and investigation of persons without complaint and reported diagnosis**
- Z00.4 General psychiatric examination, not elsewhere classified
- Z02.— Examination and encounter for administrative purposes**
- Z02.3 Examination for recruitment to armed forces
 - Z02.4 Examination for driving licence
 - Z02.6 Examination for insurance purposes
 - Z02.7 Issue of medical certificate
- Z03.— Medical observation and evaluation for suspected diseases and conditions**
- Z03.2 Observation for suspected mental and behavioural disorders
Includes: observation for dissocial behaviour, fire-setting, gang activity, and shoplifting, without manifest psychiatric disorder
- Z04.— Examination and observation for other reasons**
- Includes:* examination for medicolegal reasons
 - Z04.6 General psychiatric examination, requested by authority
- Z50.— Care involving use of rehabilitation procedures**
- Z50.2 Alcohol rehabilitation
 - Z50.3 Drug rehabilitation
 - Z50.4 Psychotherapy, not elsewhere classified
 - Z50.7 Occupational therapy and vocational rehabilitation, not elsewhere classified
 - Z50.8 Care involving use of other specified rehabilitation procedures
Includes: tobacco abuse rehabilitation
training in activities of daily living [ADL]
- Z54.— Convalescence**
- Z54.3 Convalescence following psychotherapy
- Z55.— Problems related to education and literacy**
- Z56.— Problems related to employment and unemployment**

- Z72.6 Gambling and betting
 Z72.8 Other problems related to lifestyle
Includes: self-damaging behaviour
- Z73.— Problems related to life-management difficulty
 Z73.0 Burn-out
 Z73.1 Accentuation of personality traits
Includes: type A behaviour pattern
 Z73.2 Lack of relaxation or leisure
 Z73.3 Stress, not elsewhere classified
 Z73.4 Inadequate social skills, not elsewhere classified
 Z73.5 Social role conflict, not elsewhere classified
- Z75.— Problems related to medical facilities and other health care
 Z75.1 Person awaiting admission to adequate facility elsewhere
 Z75.2 Other waiting period for an investigation and treatment
 Z75.5 Holiday relief care
- Z76.— Persons encountering health services in other circumstances
 Z76.0 Issue of repeat prescription
 Z76.5 Malingering [conscious simulation]
Includes: persons feigning illness with obvious motivation
- Z81.— Family history of mental and behavioural disorders
 Z81.0 Family history of mental retardation
 Z81.1 Family history of alcohol abuse
 Z81.3 Family history of other psychoactive substance abuse
 Z81.8 Family history of other mental and behavioural disorders
- Z82.— Family history of certain disabilities and chronic diseases leading to disablement
 Z82.0 Family history of epilepsy and other diseases of the nervous system
- Z85.— Personal history of malignant neoplasm
- Z86.— Personal history of certain other diseases
 Z86.0 Personal history of other neoplasms
 Z86.4 Personal history of psychoactive substance abuse
 Z86.5 Personal history of other mental and behavioural disorders
 Z86.6 Personal history of diseases of the nervous system and sense organs

- Z63.4 Disappearance and death of family member
 Z63.5 Disruption of family by separation and divorce
 Z63.6 Dependent relative needing care at home
 Z63.7 Other stressful life events affecting family and household
 Z63.8 Other specified problems related to primary support group
- Z64.— Problems related to certain psychosocial circumstances
 Z64.0 Problems related to unwanted pregnancy
 Z64.2 Seeking and accepting physical, nutritional and chemical interventions known to be hazardous and harmful
 Z64.3 Seeking and accepting behavioural and psychological interventions known to be hazardous and harmful
 Z64.4 Discord with counsellors
Includes: Probation officer; social worker
- Z65.— Problems related to other psychosocial circumstances
 Z65.0 Conviction in civil and criminal proceedings without imprisonment
 Z65.1 Imprisonment and other incarceration
 Z65.2 Problems related to release from prison
 Z65.3 Problems related to other legal circumstances
Includes: arrest
 child custody or support proceedings
 Z65.4 victim of crime and terrorism (including torture)
 Z65.5 exposure to disaster, war and other hostilities
- Z70.— Counselling related to sexual attitude, behaviour and orientation
- Z71.— Persons encountering health services for other counselling and medical advice, not elsewhere classified
 Z71.4 Alcohol abuse counselling and surveillance
 Z71.5 Drug abuse counselling and surveillance
 Z71.6 Tobacco abuse counselling
- Z72.— Problems relating to lifestyle
 Z72.0 Tobacco use
 Z72.1 Alcohol use
 Z72.2 Drug use
 Z72.3 Lack of physical exercise
 Z72.4 Inappropriate diet and eating habits
 Z72.5 High-risk sexual behaviour

Z87.— Personal history of other diseases and conditions

Z87.7 Personal history of congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities

Z91.— Personal history of risk-factors, not elsewhere classified

Z91.1 Personal history of noncompliance with medical treatment and regimen

Z91.4 Personal history of psychological trauma, not elsewhere classified

Z91.5 Personal history of self-harm

Includes: parasuicide; self-poisoning; suicide attempt

פרקליטות המבחן
מסמך 100