



PSYÜHIKA- JA KÄITUMISHÄIRED



Tartu Ülikool

RAHVUSVAHELINE HAIGUSTE KLASSIFIKATSIOON

5. PEATÜKK

RHK-10

PSÜÜHIKA- JA KÄITUMISHÄIRED

KLIINILISED KIRJELDUSED JA DIAGNOSTILISED JUHISED

Tartu 1993

Originaali pealkiri: *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, 1992.*

Tõlkinud: Anu Aluoja, Erik Allikmets, Jüri Liivamägi, Märt Saarma,
Veiko Vasar

Vastutav toimetaja Veiko Vasar

ISBN 9985-56-005-1 (eesti keel)

ISBN 92-4-154422-8 (inglise keel)

© World Health Organization, 1992

© Tõlge eesti keelde, Tartu Ülikooli psühhiaatria kateeder, 1993

Sisukord

Eestikeelse väljaande eessõna	5
Eessõna	7
Sissejuhatus	12
Märkused RHK-10 psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsiooni mõne kategooria kohta	17
Kategooriate nimekiri	29
Kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised	44
- Orgaanilised - k.a. sümptomaatilised - psüühika- häired F00-F09	44
- Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired F10-F19	70
- Skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired F20-F29	82
- Meeleoluhäired F30-F39	107
- Neurootilised, stressiga seotud ja somato- formsed häired F40-F49	128
- Füsioloogiliste funktsioonide häirete ja füüsiliste e. somaati- liste teguritega seotud käitumissündroomid F50-F59 ..	168
- Täiskasvanu isiksus- ja käitumishäired F60-F69	189
- Vaimne alaareng F70-F79	212
- Psühholoogilise arengu häired e. psüühilise arengu spetsiifilised häired F80-F89	219
- Tavaliselt lapseas alanud käitumis- ja tundeelu- häired F90-F98	249
Indeks	281

Eestikeelse väljaande eessõna

Käesolev väljaanne on RHK-10 V peatüki eestikeelne tõlge, mis on tehtud TÜ Psühhiaatrikliniku initsiatiivil. Nähes ette raskusi üleminekul psüühikahäirete diagnostikale vastavuses RHK-10-ga, mis sisaldab nii psüühikahäirete klassifikatsiooni kui ka diagnoosimissüsteemi, pidasime esmatähtsaks eestikeelse tõlke võimalikult kiiret avaldamist.

RHK-10 psüühikahäirete käsitus on olemuselt lähedane Ameerika Psühhiaatria Assotsiatsiooni poolt välja töötatud *DSM-III-R*-le (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 1987*) ning erineb oluliselt meil seni veel kasutusel olevast RHK-9 versioonist. RHK-10 eeliseks võrreldes RHK-9-ga on diagnostiliste ja tegevusjuhiste esitamine, mis võimaldab diagnoosida täpsemalt. Oluliselt rohkem on diagnostilisi kateegooriaid ning nende süstematiseerimine, vähemalt praktilise kasutamise seisukohalt, on tunduvalt õnnestunud. Siiski ei ole diagnostilised juhised nii täpselt määratud kui diagnostilised kriteeriumid ja algoritmid *DSM-III-R*-s. Käesoleva väljaande puuduseks on veel see, et siin ei ole esitatud mitmeteljelise süsteemi kirjeldust ja diagnostilisi algoritme psüühikahäirete diagnoosimisel. Need on alles ettevalmistamisel ja avaldatakse eraldi nagu ka diagnostilised kriteeriumid teaduslikuks uurimistööks.

Psüühikahäirete süsteemaatika ja diagnostika põhiprintsiibid on esitatud sissejuhatuses. Vältimaks üleliigseid kordusi peatume vaid ühel olulisel RHK-10 iseärasusel: see on loobumine RHK-9-le iseloomulikust järjekindlast nosoloogilisest printsiibist psüühikahäirete kirjeldamisel ja süstematiseerimisel. RHK-10-s on selleks, et vältida mõisteid *haigus* või *tõbi*, kasutusele võetud mõiste *häire* (*disorder*). Meile harjumuspärasel käsitusel võib häiret määratleda haiguse ja sündroomi vahepealse kateegooriana, kusjuures igal konkreetsel juhul võib suhe nendesse olla erinev. Samas osutus mõiste *disorder* tõlke ettevalmistamisel üheks olulisemaks vaidlusobjektiks, kuna oli raske leida sisuliselt sobivat eestikeelset vastet. Uudne on see, et teatud haigusjuhtudel võib diagnoos koosneda mitmest diagnostilisest kateegooriast (nt. raske depressiivne episood, sotsiaalfobia, sõltuvus).

Psüühikahäirete diagnostika ja klassifikatsioon on olnud ja jääb ka edaspidi teaduslike diskussioonide objektiks. Loomulikult võib vaielda ühe või teise käsitusviisi otstarbekuse ja põhjendatuse üle. Kuid selleks, et midagi väita, on vaja seda teaduslikult põhjendada.

Jääb loota, et edasise töö käigus suudetakse ületada RHK-10-s esinevad puudused psüühikahäirete süstematiseerimisel ja diagnoosimisel ning see leiab tunduvalt laialdasemat kasutamist kui RHK-9. Kui silmas pidada teaduslikke eesmärke, on RHK-10 V peatükk sellisel kujul, nagu ta on esitatud käesolevas väljaandes, siiski DSM-III-R-st märgatavalt nõrgem.

Veiko Vasar

Eessõna

1960. aastate alguses alustati MTO vaimse tervise programmi raames intensiivset tööd parandamaks psüühikahäirete diagnoosimist ja klassifitseerimist. Sel ajal korraldas MTO rea koosolekuid saamaks ülevaadet olemasolevatest teadmistest, kaasates sellesse programmi mitme eriala esindajaid ja psühhiaatriakoolkondi kõigist maailma osadest. Algutati ja juhiti uurimistööd klassifikatsiooni kriteeriumide ja diagnooside usaldusvärsuse alal ning loodi videointervjuude hindamise menetlusi ja teisi kasulikke uurimismeetodeid. Ulatuslike arutelude tulemusena tehti klassifikatsiooni parandamiseks hulk ettepanekuid, mida kasutati RHK 8. redaktsiooni ettevalmistamisel. Töötati välja glossaarium RHK iga psüühikahäire kategooria iseloomustamiseks. Programmi üheks tulemuseks oli samuti isikute ja keskuste võrgu loomine psühhiaatrilise klassifikatsiooni edasiseks parandamiseks.

1970. aastatel kasvas huvi ülemaailmselt kasutatava klassifikatsiooni vastu. Rahvusvaheliste kontaktide laienemine, rahvusvahelised koostööprogrammid ja uute ravimeetodite kasutuselevõtmine soodustasid seda protsessi. Rahvuslike psühhiaatriaorganisatsioonide ettevõtmised stimuleerisid spetsiifiliste diagnostiliste kriteeriumide loomist, et parandada diagnostilist usaldusvärsust. Eriliselt tõusis esile Ameerika Psühhiaatria Assotsiatsioon oma "Diagnostilise ja statistilise käsiraamatu" kolmanda versiooni kehtestamisega, viies sellesse klassifikatsioonisüsteemi operatsioonalsed kriteeriumid.

1978 aastal lülitus MTO USA-s korraldatavasse pikaajalisse koostööprogrammi *Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration (ADAMHA)*, et arendada psüühikahäirete, alkoholi ja psühhoo-

aktiivsete ainete kasutamisega seotud probleemide klassifitseerimist (3). Organiseeriti seeria töökoosolekuid eri psühhiaatriatraditsioonidest ja kultuuridest pärit ekspertidega, anti ülevaade teadmiste seisust ning planeeriti edasisi uurimistöid. 1982. a. korraldati Taanis Kopenhaagenis suur rahvusvaheline klassifikatsiooni- ja diagnoosialane konverents. Seal vaadati üle tehtud soovitused ning koostati uurimistööde plaan ja juhised edasiseks tegevuseks (4). Kopenhaageni konverentsi soovituste kohaselt tehti ulatuslikke teaduslikke uurimistöid. Ühel nendest, mis haaras 17 riigi uurimiskeskusi, oli eesmärgiks arendada rahvusvaheline diagnostiline intervjuusüsteem (*Composite International Diagnostic Interview*), mis oleks sobiv vahend psüühikahäirete epidemioloogilisteks uuringuteks eri maade erinevates populatsioonirühmades (5). Teine suurem projekt keskendus kliinitsistidele sobiva hindamisvahendi arendamisele (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*) (6). Samuti alustati uurimisvahendi loomisega isiksushäirete uurimiseks mitmel maal (*the International Personality Disorder Examination*).

Peale eelneva valmistati või on valmimas mitu leksikoni mõistete täpseks defineerimiseks (8). Töö nende projektide kallal ja RHK-10 psüühikahäirete defineerimisel on olnud vastastikku rikastav. Diagnostiliste kriteeriumide viimine psüühikahäirete uurimisvahendite diagnostilistesse algoritmidesse oli kasulik eemaldamaks neist vastuolulisusi, kahemõttelisust ja vastastikuseid kattumisi. RHK-10 läbitöötamine aitas omalt poolt parandada diagnostilisi uurimisvahendeid. Lõpptulemuseks oli RHK-10 kriteeriumide selge süsteem ja diagnostilised uurimisvahendid, mis võimaldavad saada vajalikku informatsiooni häirete klassifitseerimiseks vastavalt RHK-10 V (F) peatükis esitatud kriteeriumidele.

Kopenhaageni konverents soovitas ka, et töödes, mis kirjeldavad RHK-10 aluseid, oleksid esindatud erisuguste psühhiaatriliste traditsioonide

vaated. Selle tulemuseks oli mitu olulist publikatsiooni tänapäeva psühhiaatrilise klassifikatsiooni alustest (10).

Töö "Kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised" ettevalmistamine ja avaldamine on mitme inimese pikaajalise jõupingutuse tulemus. Töö käigus koostati mitu eelversiooni, millest igale eelnes laiaulatuslik konsulteerimine rahvuslike ja rahvusvaheliste psühhiaatriaühingute ekspertide ja üksikuurijatega. 1987. a. versioon oli nende uuringute aluseks, mis viidi läbi umbes 40 riigis ja mis oli kõigi aegade suuremaid uurimisprojekte psühhiaatrilise diagnostika parandamiseks (11, 12). Selle töö resultate on kasutatud diagnostiliste juhiste lõplikul määramisel.

Käesolev käsiraamat on esimene RHK-10 V peatükki käsitlevate väljaannete seeriast. Ülejäänud käsitlused sisaldavad diagnostilisi kriteeriume teadustöötajatele, lihtsustatud versiooni üldmeditsiinis kasutamiseks, mitmeteljelist süsteemi ja võrdlevaid materjale RHK-10-s, RHK-9-s ja RHK-8-s esitatud mõistete kohta.

Selle väljaande kasutamise juhised on esitatud sissejuhatuses, millele järgnevad märkused klassifikatsiooni kasutamisel kõige sagedamini esile kerkivate probleemide kohta. Kõik peamised psühhiaatria koolkonnad on esindatud, mis annab sellele tööle unikaalse rahvusvahelise iseloomu. Klassifikatsiooni ja diagnostiliste juhiste kasutamist on katsetatud paljudes keeltes; loodetakse, et tõlkimisel tehtud pingutused on aidanud parandada tekstide selgust, lihtsust ja loogilist struktuuri nii inglise kui ka teistes keeltes.

Klassifikatsioon on maailma käsitlemise viis mingil ajahetkel. Ei ole kahtlust, et teaduslik progress ja arenev kogemus teeb vajalikuks revideerida ja muuta diagnostilisi juhiseid. Ma loodan, et sellised vajalikud parandused toimuvad samalaadse hoolika ja loominguise

rahvusvahelise koostöö raames, nii nagu see toimus selle teksti ettevalmistamisel.

Norman Sartorius,

*Maailma Tervishoiuorganisatsiooni
Vaimse Tervise Osakonna direktor*

Kirjandus

1. Kramer, M. et ai. The ICD-9 classification of mental disorders: a review of its developments and contents. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 59: 241-262 (1979).
2. Sartorius, N. Classification: an international perspective. *Psychiatric annals*, 6: 22-35 (1976).
3. Jablensky, A. et al. Diagnosis and classification of mental disorders and alcohol- and drug-related problems: a research agenda for the 1980s. *Psychological medicine*, 13: 907-921 (1983).
4. Mental disorders, alcohol- and drug-related problems: international perspectives on their diagnosis and classification. Amsterdam, Excerpta Medica, 1985 (International Congress Series, No. 669).
5. Robins, L. et al. The composite international diagnostic interview. *Archives of general psychiatry*, 45: 1069-1077 (1989).
6. Wing, J.K. et al. SCAN: schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Archives of general psychiatry*, 47: 589-593 (1990).
7. Loranger, A.W. et al. The WHO/ADAMHA international pilot study of personality disorders: background and purpose. *Journal of personality disorders*, 5(3): 296-306 (1991).
8. Lexicon of psychiatric and mental health terms. Vol. 1. Geneva, World Health Organization, 1989.

9. International Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. Vol. 1: Tabular list. Vol. 2: Instruction Manual. Vol. 3: Index. Geneva, World Health Organization, 1992.
10. Sartorius, N. et al. (ed.) Sources and traditions in classification in psychiatry. Toronto, Hogrefe and Huber, 1990.
11. Sartorius, N. et al. (ed.) Psychiatric classification in an international perspective. *British journal of psychiatry*, 152 (Suppl. 1) (1988).
12. Sartorius, N. et al. Progress towards achieving a common language in psychiatry: results from the field trials of the clinical guidelines accompanying the WHO Classification of Mental and Behavioural Disorders in ICD-10. *Archives of general psychiatry* (in press).

Sissejuhatus

RHK-10 viies peatükk "Psüühika- ja käitumishäired" on kättesaadaval mitmes versioonis, sõltuvalt esitatud eesmärkidest. Käesolev versioon, mis kannab pealkirja "*Kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised*", on mõeldud kliiniliseks, õppeotstarbeliseks ja teenistuslikuks kasutamiseks. "*Diagnostilised kriteeriumid teaduslikuks uuringuks*" on välja töötatud teaduslikel eesmärkidel ja mõeldud kasutamiseks koos selle raamatuga. Palju lühem glossarium, mis on esitatud koos RHK-10 V peatükiga, on sobiv kodeerijatele ja kantseleitöötajatele ning teiste klassifikatsioonidega kokkusobivuse võrdlemisel; seda ei ole soovitatud kasutada psüühikahäiretega tegelevatel professionaalidel. Lühem ja lihtsam versioon mitmeteljelise süsteemina on ettevalmistamisel üldmeditsiinis kasutamiseks. "*Kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised*" on olnud mitmesuguste versioonide lähtepunktiks ja suurt tähelepanu on osutatud võimalike vastuolude tekke vältimisele nende vahel.

Esitusviis

On oluline, et klassifikatsiooni kasutajad õpiksid tundma siin esitatud üldinstruktsiooni ning loeksid hoolikalt ka sissejuhatus ja seletusi, mis on toodud iga sektsiooni ees. See on eriti oluline sektsiooni F23 (*Ägedad psühhootilised episoodid*) ja bloki F30-F39 (*Meeleoluhäired*) korral. Nende häirete kirjeldamisel ja süstematiseerimisel on pikema aja vältel olnud olulisi probleeme, mistõttu on ka seletatud, kuidas on jõutud nende häirete klassifitseerimiseni.

Iga häire kohta on esitatud *peamiste kliiniliste iseärasuste kirjeldus* ning tähtsamate, kuid vähem spetsiifiliste *kaasuvate iseärasuste kirjeldus*. *Diagnostilistes juhistes* on esitatud sümptomid ja nende vahekord, mis on tavaliselt vajalikud *usaldatavaks diagnoosiks*. Samas on need juhised sõnastatud siiski selliselt, et säilib paindlikkus diagnostiliste otsuste tegemisel. See sobib väga mitmesuguste ja sageli kiiret otsust nõudvate kliiniliste situatsioonide korral, kus on vaja teha *esialgne diagnoos*, kuigi kliiniline pilt ei ole täiesti selge või informatsioon on veel ebatäielik. Vältimaks kordamist on mõningatel juhtudel kliinilised kirjeldused ja mõned üldisemad juhised esitatud peale iga häire korral esitatu ka häirete gruppide ees.

Kui diagnostilistes juhistes antud tingimused on täielikult täidetud, võib diagnoosi pidada *usaldatavaks (confident)*. Kui tingimused on täidetud

vaid osaliselt, on vahel siiski kasulik fikseerida diagnoos n.ö. praktilistel eesmärkidel. See jääb diagnoosija ja teiste kasutajate otsustada, kas registreerida väiksema usaldatavusega diagnostiline otsus (*esialgne - provisional*, kui on tulemas veel lisainformatsiooni, või *oletatav e. tõenäoline - tentative*, kui ei ole võimalik rohkem informatsiooni saada), kui diagnostilistes juhistes esitatud tingimused ei ole täielikult täidetud. Samuti on märkused sümptomite kestuse kohta mõeldud üldiste juhistena ja mitte rangete nõudmistena. Klinitsistid peaksid ise otsustama diagnoosi valiku otstarbekuse juhul, kui sümptom on diagnoosiks vajalikust mõnevõrra kestvam või vastupidi, lühem.

Diagnostilisi juhiseid võiks edukalt kasutada kliinilises väljaõppes, kuna need on lühikokkuvõtted olulisemast kliiniliseks tööks vajalikust informatsioonist, mida täielikul kujul võib leida psühhiaatria käsiraamatutest. Juhised võivad olla kasulikud ka mõne teadusliku projekti korral, kus ei peeta vajalikuks suurema täpsusega (ja seega ka suuremate nõudmistega ja piirangutega) *teaduslike diagnostiliste kriteeriumide*¹ kasutamist.

Kirjeldused ja juhised ei sisalda teoreetilisi seletusi ega käesoleval ajal nende häirete olemuse kohta teadaolevaid seisukohti. Need on lihtsalt sümptomite ja kommentaaride kirje, millega on nõustunud suur arv nõuandjaid ja konsultante paljudest maadest ja mida võib pidada psüühikahäirete klassifitseerimisel kasutatavate kategooriate defineerimise põhjendatud aluseks.

RHK-10 V peatüki ja RHK-9 V peatüki põhilised erinevused

RHK-10 üldprintsüübid

RHK-10 on tunduvalt mahukam kui RHK-9. RHK-9-s kasutati numbrilisi koode (001-999), samal ajal kui RHK-10-s on kasutusel tähestikulise ja numbrilise kodeerimise kombinatsioon: ühele tähele järgneb kaks numbrilist koodi (A00-Z99). See võimaldab oluliselt suurendada klassifikatsioonis kasutatavate kategooriate arvu. Seisundi või häire tüüpi täpsustatakse detsimaalsel tasemel neljanda koodinumbriga.

RHK-9 psüühikahäireid sisaldavas peatükis oli ainult 30 kolmesümbolilist kategooriat (290-319); RHK-10 V (F) peatükis on 100 sellist kategooriat. Osa nendest on jäänud praegu kasutamata, et hiljem

¹ *Diagnostic Criteria for Research.*

oleks võimalik teha klassifikatsiooni täiendusi, ilma kogu süsteemi ümber tegemata.

RHK-10 tervikuna on kavandatud keskseks klassifikatsiooniks teiste haigusi ja tervist käsitlevate süsteemide hulgas. Mõnel juhul on kasutatud 5. ja vahel ka 6. koodinumbrit häire detailsemaks kirjeldamiseks. Teistel juhtudel on kategooriad esitatud koondvormis laiemate gruppidena, et neid oleks lihtsam kasutada, näiteks üldmeditsiinipraktikas. On olemas RHK-10 V peatüki mitmeteljeline esitus ja versioonid lastepsühhiaatrias ja teadustöös kasutamiseks. Samasse gruppi kuuluvad ka klassifikatsioonid, mis sisaldavad meditsiini ja tervishoiu seisukohalt olulist, kuid RHK-s puuduvat informatsiooni, nagu kahjustuste, puute, vaegurluse ja meditsiiniliste protseduuride klassifikatsioonid.

Neuroos ja psühhoos

Tüüpiline neurooside ja psühhooside eristus, mis oli esitatud RHK-9-s (kuigi neid mõisteid ei ole püütud seal täpsemalt defineerida), ei leia RHK-10-s kasutust. Siiski on terminit *neurootiline* kohati kasutatud, näiteks F40-F48, s.o. suure häirete grupi (bloki) pealkirjas: "*Neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired*". Kui välja arvata *depressioonineuroos*, siis on enamik *neuroosidena* käsitletavaid häireid leidnud oma koha selles häirete grupis. Selle asemel, et järgida dihhotoomiat *neurootiline-psühhootiline*, on häired esitatud gruppidena vastavalt nende üldistele tunnustele ja deskriptiivsele sarnasusele, mis teeb sellise süsteemi kasutamise käepärasemaks. Näiteks *tsüklotüümia* (F34.0) on esitatud seksioonis F30-F39 (meeleoluhäired), mitte aga F60-F69 (täiskasvanu isiksus- ja käitumishäired), ning kõik häired, mis on seotud psühhoaktiivsete ainete kasutamisega, on paigutatud gruppi F10-F19, sõltumata nende raskusastmest.

Mõiste *psühhootiline* on kasutusel kirjeldava sõnana peamiselt seksioonis F23 (ägedad psühhootilised episoodid). Selle mõiste kasutamine ei tähenda oletusi nende häirete *psühhodünaamiliste mehhanismide* kohta, vaid lihtsalt osutust sellele, et esinevad hallutsinatsioonid, luulumõtted või piiratud hulk selgelt anormaalseid käitumisviise. Viimasteks on väljendunud ärrituvus, hüperaktiivsus, märkimisväärne psühhomotoorne pidurdus ja katatõnne käitumine.

Muud RHK-10 ja RHK-9 erinevused

Kõik orgaanilistel põhjustel tekkivad häired on ühendatud blokki F00-F09, mis teeb klassifikatsiooni selle osa kasutamise tunduvalt lihtsamaks kui RHK-9-s.

Psühhoaktiivsetest ainetest põhjustatud psüühika- ja käitumishäirete uus käsitlus on samuti leitud olevat parem kui varasem süsteem. Kolmas koodinumber tähistab kasutatavat ainet, neljas ja viies psühhopatoloogilist sündroomi; see võimaldab esitada kõik ainete kasutamisega seotud häired isegi kolmemärgilise koodi kasutamisel.

Blokki, mis sisaldab skisofreeniat, skisotüüpseid ja luululisi häireid (F20-F29), on laiendatud selliste uute kategooriatega nagu diferentseerimata skisofreenia, skisofreenia järeldepressioon ja skisotüüpne häire. RHK-9-ga võrreldes on klassifikatsioonis tunduvalt suurem arengumaades suhteliselt sageli ette tulevate lühiajaliste ägedate psühhooside osa.

Meeleoluhäirete klassifitseerimisel on lähtutud nende ühistest tunnustest. Selliseid mõisteid nagu *neurootiline depressioon* ja *endogeenne depressioon* ei ole kasutatud, kuid nendele lähedasi ekvivalente võib leida siin esitatud depressiooni uute tüüpide ja raskusastmete jaotusest (sh. düstüümia - F34.1).

Käitumuslikud sündroomid ja psüühikahäired koos füsioloogilise düsfunktsiooni ja hormonaalsete muutustega, nagu söomishäired, mitteorgaanilised unehäired ja seksuaaldüsfunktsioonid, on esitatud ühes blokis F50-F59 ja saanud palju täpsema kirjelduse kui RHK-9-s, vastates niiviisi paremini konsultatsioonipsühhiaatria (*liaison psychiatry*) vajadustele.

Blokk F60-F69 sisaldab koos traditsiooniliste isiksushäiretega terve rea täiskasvanu käitumishäireid, nagu patoloogiline hasartmängimine, varastamine ja püromania. Seksuaalsuunitluse häired on selgelt eristatud sooidentsuse häiretest ja homoseksualism on kategooriate nimistust välja jäetud.

Terminoloogilisi probleeme

Häire

Mõiste *häire* läbib kogu klassifikatsiooni, selleks et vältida probleeme, mis tekivad selliste mõistete nagu *haigus* ja *tõbi* kasutamisel. On ilmne, et *häire* ei ole kõige täpsem termin, kuid seda kasutatakse selleks, et viidata kliiniliselt äratuntavate sümptomite kogumile või käitumisele, millega enamasti kaasneb distress ja mis häirivad isiku funktsioone. Sotsiaalne deviatsioon või konflikt iseenesest, ilma isiksuse düsfunktsioonita ei ole piisav selleks, et neid käsitleda siin defineeritud psüühikahäirena.

Psühhogeenne ja psühhosomaatiline

Mõistet *psühhogeenne* ei kasutata kategooriate pealkirjades selle erineva tähenduse tõttu eri keeltes ja psühhiaatrilistes koolkondades. Siiski on seda mõistet tekstis kohati kasutatud ning see peaks viitama sellele, et diagnoosija peab häire tekkes oluliseks elusündmuse (psühhotraumad) või raskusi.

Terminid *psühhosomaatiline* ei kasutata samadel põhjustel, samuti välistamaks arusaama, nagu ei oleks psühhosomaatilistel faktoritel tähtsust teiste, muud nimetust kandvate häirete tekkes, kulus või lõppes. Teistes klassifikatsioonides psühhosomaatiliseks kirjeldatud häireid võib siin leida F45.- (somatoformsed häired), F50.- (söömishäired), F52.- (seksuaaldüsfunksioon) ja F54.- (psühhogeenne faktor mujal klassifitseeritud haigusjuhtudel) all. On oluline tähele panna kategooriat F54.- (kategooriana 316 RHK-9-s) ning seda meeles pidada mujal RHK-10-s kodeeritud somaatiliste häirete seose täpsustamisel emotsionaalsete põhjustega. Tavalisema näitena võiks arvesse tulla psühhogeenne astma või ekseem, kasutades koodi F54 ja kehalisele häirele vastavat koodi teistest RHK-10 peatükkidest.

Kahjustus (*impairment*), võimetus (*disability*), puue (*handicap*) ja seostatud mõisted

Mõisted *kahjustus (impairment)*, *võimetus (disability)* ja *puue (handicap)* on kasutusel vastavalt soovitudele, mis on adapteerinud kasutamiseks MTO². Neid termineid on lähtuvalt kliinilistest traditsioonidest vahetevahel kasutatud laiemas tähenduses.³ Vt. samuti lehekülgedelt 18 -19 nende mõistete ja dementsuse seost.

Mõningatest kasutajatele spetsiifilistest probleemidest

Lapsed ja täiskasvanud

Blokid F80-F89 (psüühilise arengu spetsiifilised häired) ja F90-F98 (lapse ja nooruki käitumis- ja tundeeluhäired) katavad ainult neid häireid, mis on spetsiifilised lapse- või noorukieale. Seejuures võib enamik teistes blokkides esitatud häiretest ilmnedu suvalises eas ja neid

² *International classification of impairments, disabilities and handicaps. Geneva, World Health Organization, 1980.*

³ Eestis keeles on mõnel spetsiifilisel juhul *disability* vasteks ka invaliidsuse vaegurlus.

kategooriaid tuleks kasutada ka lastel ja noorukitel, kui see on vajalik. Näiteks söömishäired (F50.-), unehäired (F51.-) ja sooidentsuse häired (F64.-). Mõne spetsiifiliselt lapseeas esineva foobia puhul ilmnevaid klassifitseerimise probleeme käsitletakse F93.1 all (lapse foobiad).

Rohkem kui ühe diagnoosi kasutamine

On soovitatav, et diagnoosimisel peetaks kinni järgnevast üldreeglist: *registreerida nii palju diagnoose, kui on vajalik kogu kliinilise pildi katmiseks*. Kui kasutatakse mitut diagnoosi, on tavaliselt kasulik eelistada neist üht, märkida see *põhidiagnoosina* ning teised *lisadiagnoosidena*. Eelistatakse seda diagnoosi, mis on kõige rohkem seotud põhjusega, miks diagnoosi üldse tehakse. Kliinilises töös on selleks tavaliselt häire, mis on konsultatsioonile pöördumise põhjuseks. Enamusel juhtudest on selleks häire, mille tõttu patsient on suunatud ambulatoorsele, poolstatsionaarsele või statsionaarsele uuringule ja ravile. Teistel juhtudel, kui vaatluse all on patsiendi kogu elukäik, siis võib kõige olulisem diagnoos, nn. *life-time diagnoos*, erineda sellest, mis leitakse vahetul konsultatsioonil (näiteks kroonilise skisofreeniaga patsient tuleb vastuvõtule ägedate ärevussümpptomitega). Kui on kahtlusi, millises järjekorras diagnoose tuleks esitada, või diagnoosijal ei ole selge, milleks seda informatsiooni hiljem kasutatakse, on kõige lihtsam reegel: registreerida diagnoosid selles numbrilises järjekorras, nagu nad on klassifikatsioonis.

Teistes RHK-10 peatükkides esitatud diagnooside registreerimine

Peale 5. peatüki soovitatakse kindlasti kasutada RHK-10 teisi peatükke.

Märkused RHK-10 psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsiooni mõne kategooria kohta

RHK-10 psüühikahäirete peatüki ettevalmistamisel tekitasid mõned kategooriad elavat huvi ja vaidlusi, enne kui saavutati kõigi osaliste üksmeel. Nende probleemide kohta esitatakse alljärgnevalt lühiarvamused.

Dementsus (F01-F03) ning selle suhted kahjustuse (*impairment*), võimetuse (*disability*) ja puudega (*handicap*)

Kuigi dementsuse diagnoosimiseks on oluline kognitiivsete võimete tagasilangus, ei ole perekondlike või tööalaste rollide täitmise raskust kasutatud diagnostilise tunnuse ega kriteeriumina. See on näide üldprintsibist, mida on kasutatud kõikide RHK-10 V peatüki häirete defineerimisel, kuna kultuuride, religioonide ja rahvuste nõuded töö- ja sotsiaalsete rollide täitmisele võivad väga erineda. Sellele vaatamata, kui diagnoos on pandud muu informatsiooni alusel, võimaldavad andmed takistustest ja raskustest tööl, perekonnas või sotsiaalses tegevuses hinnata täpsemalt häire raskust.

Siin on kohane viidata sümptomite, diagnostiliste kriteeriumide ja MTO poolt vastu võetud kahjustuse, võimetuse ja puude kirjeldamise süsteemi vahekorrale. Selle süsteemi kohaselt avaldub *kahjustus (impairment)* (s.t. "struktuuri või funktsiooni ... kadumine või ebanormaalsus") psühholoogiliselt selliste vaimsete funktsioonide nagu mälu ning tähelepanu ja emotsionaalsete funktsioonide häirumises. Psühholoogilise kahjustuse paljud tüübid on tuntud psühhiaatriliste sümptomitena. Väiksemal määral on tavaks *võimetuse (disability)* mõningaid vorme (defineeritud MTO poolt kui "teatud võimete nõrgenemine või puudumine ... sooritada tegevust inimese jaoks normaalseks peetaval viisil või ulatuses) hinnata samuti kui psühhiaatrilisi sümptomeid. Näited võimetusest isiksuse tasemel hõlmavad tavalisi ja üldiselt vajalikke igapäevaseid tegevusi, mis on seotud isikliku hügieeni ja elu säilitamisega, nagu pesemine, riietumine, söömine jne. Nende tegevuste häired on psühholoogilise kahjustuse otseseks tagajärjeks ning sõltuvad kultuurist väga vähe, kui üldse. Taoline võimetus võib seega õigustatult kuuluda diagnostiliste juhistete ja kriteeriumide hulka, eriti dementsuse korral.

Seevastu *puue (handicap)* ("ebasoodus seisund inimese jaoks ..., mis takistab või piirab tema jaoks normaalse rolli täitmist") on kahjustuse või võimetuse tagajärg laiemas sotsiaalses mõttes, mida kultuur oluliselt mõjustab. Seetõttu ei tohiks puuet kasutada diagnoosi olulise komponendina.

Skisofreenia (F20.-) diagnoosimiseks vajalike sümptomite kestus

Prodromaalseisundid

Enne tüüpiliste skisofreenia sümptomite ilmnemist esineb vahel, peamiselt noortel inimestel, nädalaid või kuid kestev mittespetsiifiliste

sümptomitega (huvide alanemine, kaasinimeste vältimine, töölt eemale jäämine, ärrituvus ja hüpersensitiivsus) periood. Need sümptomid pole spetsiifilised ühegi kindla häire jaoks, kuid nad ei ole omased ka psüühiliselt tervele inimesele. Nad häirivad perekonda ja takistavad haige tegutsemist samal määral kui selgemad haigusnähud (hallutsinatsioonid ja luulumõtted), mis kujunevad hiljem. Retrospektiivselt hinnatuna on sellistel prodromaalseisunditel oluline osa haiguse arengus. On aga vähe süstemaatilist informatsiooni, kas sarnased prodroomid on omased ka teistele psüühikahäiretele või ehk ilmnevad samalaadsed seisundid aeg-ajalt ka inimestel, kellel kunagi ei kujune välja psühhiaatriliselt diagnoositavat psüühikahäiret.

Kui õnnestub leida prodroomile tüüpilisi ja skisofreeniale spetsiifilisi tunnuseid, mis ei ole tavalised teiste psüühikahäirete ega tervete inimeste puhul, tundub olevat õigustatud nende tunnuste lülitamine skisofreenia tunnuste hulka. RHK-10 kohaselt ei võimalda puudulik informatsioon prodroomi rakendamist lisafaktorina diagnoosi püstitamisel. Samuti on praeguseni täpsustamata probleem, kuivõrd saab selliseid prodromaalseisundeid eristada skisoidsest ja paranoilisest isiksushäirest.

Ägeda ja mööduva psühhootilise episoodi (F23.-) eristamine skisofreeniast (F20.-)

RHK-10-s sõltub skisofreenia diagnoos tüüpiliste luulumõtete, hallutsinatsioonide või teiste sümptomite (vt. F20) olemasolust ja need peavad olema kestnud minimaalselt 1 kuu.

Mõne maa rangelt kliinilised traditsioonid, mille aluseks on kirjeldavad, mitte epidemioloogilised uuringud (sõltumata Kraepelini *dementia praecox*'i või Bleuleri skisofreenia olemusest), toetavad järeldust, et skisofreenia ei ole samastatav väga ägedate psühhosidega, millel on äge algus, lühiajaline kestus ja soodus lõpe. Terminid *bouffée délirante*, *psühhogeenne psühhos*, *skisofreniformne psühhos*, *tsükloidne psühhos* ja *lühiajaline reaktiivne psühhos* kajastavad väljakujunenud ja laialtlevinud, kuid lahnevaid vaateid ja käsitlusviise. Samuti varieeruvad arvamused ja seisukohad, kuivõrd mööduvad, kuid tüüpilised skisofreensed sümptomid võivad nende häirete puhul avalduda ja kas nende kujunemine on tavaliselt või alati seotud ägeda psüühilise stressiga (*bouffée délirante*'i kirjeldati esialgu häirena, millel polnud seost ilmse psühhotraumeeriva sündmusega).

Arvestades praeguste teadmiste puudulikkust nii skisofreenia kui nende ägedamate psühhoside kohta, otsustati, et parim valik RHK-10 jaoks on võimaldada küllaldast ajavahemikku ägedate häirete ilmnemiseks,

tundmaõppimiseks ja kujunemiseks, enne kui panna skisofreenia diagnoos. Enamikus kliinilistes uurimustes näidatakse, et suuremal osal selliste ägedate psühhoosidega haigetest kujunevad psühhootilised sümptomid välja mõne päeva või maksimaalselt 1-2 nädalaga ning et paljud haiged paranevad raviga või ilma selleta 2-3 nädala vältel. Järelikult tundub sobivana määrata skisofreenia ja ägedate häirete piiriks üks kuu, kui viimaste kliinilises pildis on skisofreeniale tüüpilisi sümptomeid. Psühhootiliste, kuid mitteskisofreensete sümptomite korral, kui nad kestavad üle 1 kuu, pole vaja diagnoosi enne muuta, kuni kestus vastab luululise häire (F22.0) nõuetele (3 kuud, vastavalt allpool esitatavale arutelule).

Sama kestuse määr õigustab ennast, kui on tegemist ägedate sümptomaatiliste psühhoosidega (parimaks näiteks on amfetamiinpsühhoos). Toksilise teguri ärajätmisele järgneb tavaliselt sümptomite kadumine 8-10 päeva vältel, kuid kuna sümptomite manifesteerumiseks ja häirivaks muutumiseks kulub 7-10 päeva (samuti kulub patsiendil aega psühhiaatri poole pöördumiseks abi saamiseks), on kogu kestus 20 päeva või rohkem. Järelikult tundub umbes 30 päeva või 1 kuu olevat sobiv ajavahemik, enne mille möödumist ei saa häiret nimetada skisofreeniaks, kuigi tüüpilised sümptomid püsivad. Kasutades tüüpiliste psühhootiliste sümptomite kuuajalist püsimist skisofreenia diagnoosimise vajaliku kriteeriumina, heidetakse kõrvale eeldus, et skisofreenia peab olema suhteliselt pikaajalise kuluga. 6-kuulist kestust on rakendatud rohkem kui ühes rahvusvahelises klassifikatsioonis, kuid teadmiste puudumise tõttu käesoleval ajal pole sel moel skisofreenia diagnoosi piiramisest kasu. Kahes ulatuslikus rahvusvahelises uurimuses skisofreenia ja sarnaste häirete kohta (teine neist epidemioloogilisel alusel) leiti märgatav osa haigeid, kellel kestsid selged ja tüüpilised skisofreenised sümptomid üle 1 kuu, kuid vähem kui 6 kuud, ja kes paranesid oma häiretest hästi, kui mitte täielikult. Seetõttu tundub olevat õigem mitte rõhutada RHK-10-s skisofreenia kroonilisuse vajadust ja kasutada seda terminit kui sündroomi kirjeldavat koos põhjuste (millest paljud on seni tundmata) ja lõpptulemuste mitmekesisusega, mis sõltub geneetiliste, füüsiliste, sotsiaalsete ja kultuuriliste mõjude vahekorrast.

Toimus ka oluline diskussioon püsiva luululise häire (F22.-) diagnoosimiseks vajaliku sümptomite kestuse üle. Lõpuks valiti 3 kuud kui sobivaim, sest jaotus 6 kuu või pikema ajavahemiku alusel oleks nõudnud uut vahekatteooriat ägeda psühhootilise episoodi (F23.-) ning püsiva luululise häire vahel. Kõigi nende vaidlusaluste häirete suhe ootab lahendamiseks praegusest paremat ja täielikumat informatsiooni; suhteliselt lihtne lahendus, mis annab eelistuse ägedatele ja

mööduvatele seisunditele, tundub olevat parim ja tõenäoselt selline, mis stimuleerib edasisi uuringuid selles valdkonnas.

Kirjeldamise ja klassifitseerimise printsiipi, mis annaks valikuvõimalusi ega esitaks rangeid ettekirjutusi, on kasutatud ägeda psühhootilise episoodi jaoks (F23.-); neid ja nendega seotud küsimusi on lühidalt käsitletud vastava kategooria sissejuhatuses (lk. 96-97).

Terminid *skisofreniformne* pole selles klassifikatsioonis kasutatud kindla häire jaoks, sest viimaste aastakümnete vältel on seda terminit kasutatud mitmes kliinilises kontseptsioonis ja seostatud erisuguste iseloomulike tunnustega, nagu äge algus, suhteliselt lühiajaline kulgu, atüüpilised või segasümptomid ja suhteliselt soodus lõpplahendus. Kuna selle termini eelistatud kasutamise kohta ei ole piisavalt tõendeid, siis peeti tema lülitamist diagnostiliste terminite hulka ebaõigeks. Pealegi ei sobi selle mõiste kasutamine kokku F23.-s (ägedad ja mööduvad psühhootilised episoodid) ja selle alajaotustes esitatud diagnostiliste kategooriate ning kriteeriumidega. Juhiseks neile, kes kasutavad sõna *skisofreniformne* diagnostilise terminina: kaasneva terminina häirete suhtes on see paigutatud mitmesse kohta: "TTta skisofreniformne atakk või psühhooos" F20.8 all (muu skisofreenia) ja "lühiajaline skisofreniformne häire või psühhooos" F23.2 all (äge skisofreeniataoline psühhootiline häire).

Lihtne skisofreenia (F20.6)

See kategooria on säilitatud seetõttu, et mõnel maal seda kasutatakse ja selle olemus ning seosed skisoidse isiksushäire ja skisotüüpse häirega on veel ebaselged, mistõttu lõplik lahendamine nõuab täiendavat informatsiooni. Diferentseerimiseks esitatud kriteeriumid valgustavad ühtlasi praktilistes terminites loetletud häirete rühmade vastastikuseid piirjooni.

Skisoafektiivsed häired (F25.-)

Praeguste andmete alusel võiksid skisoafektiivsed häired (F25.-), nagu nad on defineeritud RHK-10-s, enam-vähem võrdsest kuuluda kas blokki F20-F29 (skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired) või blokki F30-F39 (meeleoluhäired). Lõplik otsus lülitada see F20-F29 alla tulenes 1987.a. projekti praktilise rakendamise tulemustest ja Ülemaailmse Psühhiaatrite Assotsiatsiooni seltside küsitlemisest. On selge, et on laialtlevinud ja tugevaid kliinilisi traditsioone, kus pooldatakse nende häirete püsivust skisofreenia ja luululiste häirete hulgas. On oluline, et kui raskuspunkt pannakse afektiivsetele sümptomitele, ei ole ainult meelevõimust tingitud luululiste lisandumine piisav diagnoosi viimiseks

skisoafektiivsesse kategooriasse. Häire sama episoodi vältel peab afektiivsete sümptomitega kaasnema vähemalt üks tüüpiline skisofreenne sümptom.

Meeleoluhäired (F30-F39)

Tundub, et psühhiaatrite eriarvamused meeleoluhäirete klassifikatsiooni suhtes püsivad nii kaua, kuni kliiniliste sündroomide jaotamise meetodid on sedavõrd arenenud, et vähemalt osaliselt võimaldada seda füsioloogiliste või biokeemiliste uuringute alusel, selle asemel et piirduda nagu praegu emotsioonide ja käitumise kirjeldusega. Sinnamaani on põhiliseks võimaluseks valida suhteliselt lihtsa, vähese raskusastmega klassifikatsiooni ning detailirohkema liigendatud klassifikatsiooni vahel.

RHK-10 1987.a. projekt oli suhteliselt lihtne: sisaldas ainult kergeid ja raskeid depressiooniepisoode, ei eristanud hüpomaniat maniast, ei täpsustanud lähedasi kliinilisi kontseptsioone või nende puudumist, nagu somaatiline sündroom või afektiivsed hallutsinatsioonid ja luulumõtted. Paljude kliinitsistide arvamused, kes võtsid osa projekti kontrollimisest praktikas, ja teiste spetsialistide hinnangud näitasid, et on vaja täpsustada depressiooni raskusastmeid ja teisi kliinilisi avaldusi. Projekti esialgne kontrollimine praktikas näitas, et paljudes keskustes oli kategoorial *kerge depressioon* sageli üsna väike diferentseeriv usaldatavus.

Samuti ilmnnes, et kliinitsistide vaated depressiooni alajaotustele sõltuvad suuresti haigete kontingendist, kellega nad kokku puutuvad. Poli-kliinikutes töötavad ja esmaabi andvad arstid vajavad kergete, kuid kliiniliselt selgete depressioonivormide kirjeldusi, seevastu haiglas töötavad arstid on rohkem huvitatud raskematest kategooriatest.

Käesolev versioon on saadud põhjalikumate konsultatsioonide tulemusena afektiivsete häirete ekspertidega. Soovitatud valikut afektiivsete häirete aspektide täpsustamiseks on psühhiaatrid maailma eri paigus hinnanud kliiniliselt kasulikuna. Loodetakse, et nende täpsustuste arvestamine stimuleerib edasist diskussiooni ja uuringuid nende tegeliku kliinilise väärtuse selgitamiseks.

Lahendamata jääb, kuidas paremini määrata ja diagnostilistes kategooriates kasutada luulumõtete ühtivust meeleoluga. Sellised kategooriad (meeleoluga ühtivad ja meeleoluga mitteühtivad luulumõtted) tunduvad olevat nii põhjendatud kui ka kliiniliselt vajalikud, vähemalt lisavalikuna.

Korduv lühiajaline depressioon

RHK-9 rakendamine andis piisavalt tõendeid, et on vaja eri kategooriat lühiajaliste depressiooniepisoodide jaoks, millel on depressiooni (F32.-) diagnoosimiseks vajalik raskuste, kuid puudub selleks vajalik kestus. Neil rekurrentsetel seisunditel ei ole veel kindlat nosoloogilist tähendust ja nende jaoks vastava kategooria loomine peaks soodustama edasise informatsiooni kogumist, et täpsustada nende sagedust ja kulgu pikema aja vältel.

Agorafoobia ja paanikahäire

Viimasel ajal on tõsiselt vaieldud selle üle, kas pidada primaarseks agorafoobiat või paanikahäiret. Eri maades ja kultuurides tehtud töödes ei ole leitud olulisi tõendeid selle endiselt üldlevinud seisukoha vastu, et agorafoobiat võib pidada primaarseks ning paanikahooge tavaliselt foobia raskuse näitajaks.

Ärevuse ja depressiooni segakategooriad

Psühhiaatrid ja teised spetsialistid, kes konsulteerivad patsiente üldvastuvõtul, eriti arengumaades, võiksid saada erilist kasu kategooriatest F41.2 (depressiooniga ärevus), F41.3 (muud segatüüpi ärevushäired), ja mitmest F43.2 (kohanemishäire) ja F44.7 (segatüüpi dissotsiatiivsed häired) alaliigist. Nende kategooriate eesmärk on lihtsustada selliste seisundite määramist, kus häired avalduvad mitmekesiste sümptomitega ning mille jaoks lihtsamat traditsioonilist psühhiaatrilist diagnoosi on raske leida. Sellele vaatamata on need kliinilises praktikas sagedased ning inimese sotsiaalset aktiivsust oluliselt häirivad seisundid. Sageli on need seisundid nii somaatilise meditsiini kui psühhiaatriateenistuse poole pöördumise põhjuseks. Nende kategooriate usaldusväärne kasutamine võib raskusi valmistada, kuid on oluline neid praktikas proovida ja vajaduse korral täpsustada.

Dissotsiatiivsed ja somatoformsed häired seoses hüsteeriaga

Mõistet hüsteeria ei ole kasutatud ühegi häire tähistamiseks, kuna sel on väga palju tähendusi. Selle asemel on eelistatud sõna dissotsiatiivne, mis ühendab varem dissotsiatiivset ja konversiivset tüüpi hüsteeriliste häiretena tuntud seisundid. Põhjuseks on asjaolu, et sageli võivad ühel isikul olla häire mõlemad variandid, olgu siis korraga või eri ajal, ning nende häiretega patsiendid on tihti mitme muu omaduse poolest

sarnased. On ka alust eeldada, et mõlema tüübi aluseks on tavaliselt samad (või väga lähedased) psühholoogilised mehhanismid.

Valdavalt kehaliste e. somaatiliste sümptomitena avalduvate häirete käsitus ühtses somatoformsete häirete grupis on leidnud laialdase rahvusvahelise tunnustuse. Eelnevalt esitatud põhjustel ei ole aga seda uut käsitlust siiski kasutatud amneesia ja fuuga eristamiseks dissotsiatiivsetest sensorsetest ja motoorsetest häiretest.

Kui isiksuse mitmesus (F44.81) avaldub teisiti kui kultuurispetsiifiline või iatrogeenne seisund, on seda parem käsitleda dissotsiatiivsete häirete grupis.

Neurasteenia

Kuigi neurasteenia on mõnest klassifikatsioonist eemaldatud, on ta säilinud RHK-10-s, kuna see kategooria leiab sagedast kasutamist mitmel maal. Mitmes paigas tehtud uurimused näitavad, et oluline osa neurasteeniana diagnoositud seisunditest võiks olla vaadeldud depressioonina või ärevusseisundina. Siiski on situatsioone, kus seisundi kirjeldus ei sobi kokku ühegi teise häire kriteeriumidega, kuid vastab neurasteenia kriteeriumidele. Loodetakse, et neurasteenia käsitlemine iseseisva kategooriana stimuleerib selle seisundi edasist uurimist.

Kultuurispetsiifilised häired

Viimastel aastatel on harvemini räägitud omaette diagnostilise kategooria vajadusest, mis sisaldaks kultuurispetsiifilisi häireid, nagu latah, amok, koro ja teised. Ebaõnnestunud on katsed leida tõsiseid, kirjeldavaid, eelistatavalt epidemioloogilise suunaga uurimusi, mis kinnitaksid, et need häired on teistest, klassifikatsioonis juba esindatud häiretest kliiniliselt erinevad. Seepärast ei ole neid eraldi klassifitseeritud. Olemasolevad kirjeldused tekitavad mõtte, et neid võib pidada ärevuse, depressiooni, somatoformsete või kohanemishäirete kohalikeks variantideks. Seepärast peaks vajadusel kasutama lähemat sobivat koodi lisamärkusega, millise kultuurispetsiifilise häirega on tegemist. Võimalik, et oma osa on tähelepanuotsival käitumisel või haige rolli võtmisel, mida kirjeldab F68.1 (kehaliste või psüühiliste sümptomite tahtlik tekitamine) ja millele võib samuti viidata.

Sünnitusjärgse perioodiga seotud psüühika- ja käitumishäired (F53.-)

See kategooria on ebatavaline ja ilmselt paradoksaalne, kuna sisaldab soovitus kasutada ainult vältimatutel juhtudel. Selle tarvitamist õigustavad arengumaade probleemid, mis teevad paljudel juhtudel detailse teabe kogumise sünnitusjärgsete haiguste kohta peaaegu võimatuks. Isegi kui informatsioonipuudus ei võimalda mõne meeleoluhäire (või harvemini skisofreenia) diagnoosi, on enamasti piisavalt teavet selleks, et eristada kerget (F53.0) või rasket (F53.1) häiret. Selline jaotus on kasulik töökoormuse hindamiseks või meditsiiniliste teenuste vajaduse üle otsustamiseks.

Selle kategooria olemasolust ei tohiks järeldada, nagu poleks ka piisava informatsiooni olemasolul võimalik enamikku sünnitusjärgseid psüühilisi haigusi teiste kategooriate alla liigitada. Enamik selle ala spetsialiste arvab, et sünnitusjärgse psüühooosi kliiniline pilt erineb sedavõrd harva (kui üldse) muudest meeleoluhäiretest või skisofreeniast, et spetsiifiline kategooria pole õigustatud. Vähemuses olevad psühhiaatrid, kes arvavad, et iseseisev sünnitusjärgne psüühooos on tõesti olemas, võivad seda kategooriat kasutada, pidades aga meeles selle loomise tegelikku eesmärki.

Täiskasvanu isiksushäired (F60.-)

Täiskasvanu isiksushäirete osa tekitab kõigi nüüdisaja psühhiaatriliste klassifikatsioonide jaoks tõsiseid probleeme, mille lahendamine nõuab ulatuslikke ja ajamahukaid uuringuid. Detailsete diagnostikajuhiste või -kriteeriumide kehtestamisel on eriti problemaatiline vaatluste eristamine tõlgendustest, ja diagnoosi kinnitamiseks vajalik tunnuste arv on praeguste teadmiste juures lahendamata probleem. Vähemalt näitavad senitehtud juhiste ja kriteeriumide täpsustamise katsed seda, et isiksushäirete kirjeldamisel on vajalik uus lähenemisviis.

Pärast esialgset kõhklust lülitati klassifikatsiooni ebastabiilse isiksuse (F60.3) alaliigina piirialane isiksus (F63.31), lootes ergutada uuringuid.

Täiskasvanu muud isiksus- ja käitumishäired (F68)

RHK-9 ei sisaldanud kahte selle alajaotuse kategooriat, nimelt F68.0 (somaatiliste sümptomite psühhogeenne võimendumine) ja F68.1 (somaatiliste või psüühiliste sümptomite tahtlik tekitamine). Kuna rangelt võttes on tegemist rolli- või haiguskäitumise häiretega, peaks nende ühendamine teiste täiskasvanuea käitumishäiretega olema

psühhiaatritele käepärane. Koos simuleerimisega (Z76.5), mis on alati olnud väljaspool RHK V peatükki, moodustavad need häired diagnooside kolmiku, mida tuleb tihti koos arvestada. Kahe esimese erinevus simuleerimisest seisneb selles, et viimase motivatsioon on tavaliselt ilmne ja seotud enamasti olukordadega, mis puudutavad hädaohtu, kriminaalvastutust või suuri rahasummasid.

Vaimne alaareng (F70-F79)

RHK-10 V (F) peatüki taotluseks on olnud käsitleda vaimset alaarengut nii lõhidalt ja lihtsalt kui võimalik, teades, et seda probleemi saab piisavalt hõlmata vaid mitmekülgse, võimalik et mitmeteljelise süsteemi abil. Selline süsteem tuleks eraldi luua ning töö rahvusvaheliseks kasutamiseks sobivate ideede leidmiseks on käimas.

Lapseeas algavad häired

F80-F89 Psüühilise arengu spetsiifilised häired

RHK-9-s psühhoside hulka liigitatud häired, nagu lapseea autism ja lapseea desintegratiivne häire, on nüüd leidnud sobivama koha pervasiivsete arenguhäirete (F84.-) hulgas. Leitakse, et on piisavalt informatsiooni, mis õigustab Retti ja Aspergeri sündroomi lõlitamist omaette häiretena sellesse gruppi, kuigi nende nosoloogiline staatus on veel vaieldav. Hüperaktiivsus motoorsete stereotüüpiate ja vaimse alaarenguga (F84.4) on vaatamata oma segaloomusele samuti siia paigutatud, sest praktika on näidanud selle kasulikkust.

F90-F98 Tavaliselt lapseeas alanud käitumis- ja tundeeluhäired

Rahvusvahelised eriarvamused hüperkineetilise häire mõiste mahu suhtes on ammutuntud probleem, mida MTO nõunikud ja muud eksperdid arutasid üksikasjalikult *WHO-ADAMHA* ühisprojekti raames peetud koosolekul. RHK-10-s on hüperkineetilise häire määratlus laiem, kui oli RHK-9-s. RHK-10-s on hüperkineetilise sündroomi kuuluvatele sümptomitele antud ka erisugune osatähtsus. Kuna määratluse aluseks olid uuemad empiirilised uurimused, on alust uskuda, et RHK-10 definitsioon on oluline edusamm.

Hüperkineetiline käitumishäire (F90.1) on üks väheseid juhtumeid, kus kasutatakse kombineeritud diagnoosi. Sellesse kategooriasse kuuluvad häired vastavad nii hüperkineetilise häire (F90.-) kui käitumishäire (F91.-) kriteeriumidele. Sellist üldreeglist kõrvalekaldumist õigustab kliiniline otstarbekus, arvestades nende häirete sagedast koosinemist ja gasündroomi tähendust häire hilisema kulu suhtes. Samas on

tõenäoline, et RHK-10 "Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon: diagnostilised kriteeriumid teadustöö jaoks" (*The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research - DCR-10*) soovib uurimistööks kirjeldada patsientidel eraldi hüperaktiivsust, tundeuhäiret ja käitumishäire raskust (lisaks ülddiagnoosina kasutatavale kombineeritud kategooriale).

RHK-9 ei sisaldanud kategooriat *tõrges-trotslik käitumine* (F91.3), küll aga kuulub see RHK-10-sse, kuna on andmeid selle väärtuse kohta hilisemate käitumisprobleemide ennustamisel. Samas, manitsedes ettevaatusele, soovitatakse seda kategooriat kasutada peamiselt nooremate laste puhul.

RHK-9 313. kategooriast (lapse- ja noorukiea spetsiifilised emotsionaalsed häired) on RHK-10-s loodud kaks omaette kategooriat, nimelt lapsele iseloomulikud tundeuhäired (F93.-) ja lapse või nooruki suhtlemishäired (F94.-). Põhjuseks on vajadus eristada lapsi täiskasvanutest mitmesugust tüüpi haigusliku ärevuse ning sellega seotud emotsioonide osas. Vajadust näitab selgelt tõsiasi, et lapsea tundeuhäiretele ei järgne sageli samasugust olulist häiret täiskasvanueas ning samas saab neurootiline häire tihti alguse alles täiskasvanuna. RHK-10-s kasutatav võtmekriteerium on emotsiooni vastavus lapse arenguastmele, lisaks ebatavaline püsivus ja funktsioneerimise häirimine. Teisisõnu need lapsea häired on eakohaste normaalsete emotsionaalsete reaktsioonide ja seisundite silmatorkavad liialdused. Kui emotsionaalse seisundi sisu on ebatavaline või avaldub tavatus vanuses, tuleks kasutada teisi diagnostilisi kategooriaid.

Vaatamata nimele ei ole uus kategooria F94.- (lapse või nooruki suhtlemishäired) vastuolus RHK-10 põhieegliga - mitte kasutada sotsiaalsete rollidega seotud raskusi diagnostilise kriteeriumina. Suhtlemishäireid, mida sisaldab F94.-, on piiratud hulk ja nad on seotud lapse-vanema suhetega ning vahetult perekonnaga. Suhted, mis tekivad töö- või sisetulekute hankimise käigus, on teistsuguse tähendusega ega kuulu diagnostiliste kriteeriumide hulka. Klassifikatsiooni üldosadesse on paigutatud mitu lastepsühhiaatrite poolt sageli kasutatavat kategooriat, nagu söömishäired (F50.-), mitteorgaanilised unehäired (F51.-) ja sooidentsuse häired (F64.-), sest need algavad ühtviisi sageli nii täiskasvanu- kui lapseas. Siiski leiti, et lapseeale spetsiifilised kliinilised jooned õigustavad söömishäire imiku- või lapseas (F98.2) ja *pica* imiku- või lapseas (F98.3) kasutamist.

F80-F89 ja F90-F98 kasutajatel on vaja tunda ka RHK-10 neuroloogia peatükki [VI (G) peatükk]. See hõlmab valdavalt kehaliste ilmingute ja

selge orgaanilise etioloogiaga sündroome, millest Kleine-Levini sündroom (G47.8) pakub lastepsühhiaatritele erilist huvi.

Täpsustamata psüühikahäire (F99)

Täpsustamata psüühikahäire kategooria on RHK-10-s vajalik praktilistel kaalutlustel, kuid kuna kogu V (F) peatüki klassifikatsiooniruum on jagatud 10-ks spetsiifilisi valdkondi hõlmavaks osaks, oli sellele kategooriale raske kohta leida. Lõpuks otsustati, et kõige vähem häiriv on viimase klassifikatsiooninumbri, s.t. F99 kasutamine.

RHK-10 esialgsete variantide jaoks soovitatud kategooriad, millest hiljem on loobutud

RHK-10 V (F) peatüki koostamise ajal peetud aruteludel ja kirjanduse läbitöötamisel tehti palju muudatuste ettepanekuid. Nende vastuvõtmisel või tagasilükkamisel arvestati mitmeid tegureid, nagu proovikatsete tulemusi, nõupidamisi MTO koostöökeskuste juhtidega, koostöö tulemusi valitsusväliste organisatsioonidega, MTO ekspertide nõuandeid, klassifikatsiooni tõlkimise kogemusi ja RHK kui terviku struktuurist ning ülesehitusreeglitest tulenevaid piiranguid.

Tavaliselt oli lihtne tagasi lükata ettepanekuid, mis olid idiosünkraatilised ja mida kogemus ei kinnitanud, ning vastu võtta neid, millel oli piisav põhjendus. Mõni ettepanek, mis oli eraldi võttes küll arukas, tuli tagasi lükata, sest ta oleks tinginud muutusi ka klassifikatsiooni teistes osades. Mõned ettepanekud olid ilmselt head, kuid enne rahvusvahelist kasutuselevõtmist vajaksid nad täiendavat uurimist. Mitu sellist ettepanekut, mida algvariant sisaldas, jäeti lõppvariandist välja, sealhulgas "isiksuse aktsentuatsioon" ja "psühhoaktiivsete ainete ohtlik kasutamine". Loodetavasti jätkub nii nende kui teiste uuendusena pakutud kategooriate staatuse ja kasulikkuse uurimine.

Diagnostiliste kategooriate nimekiri

F00-F09

Orgaanilised - k.a. sümptomaatilised - psüühikahäired

F00* Dementsus Alzheimeri tõvest

F00.0 Varajase algusega dementsus Alzheimeri tõvest

F00.1 Hilise algusega dementsus Alzheimeri tõvest

F00.2 Atüüpiline või segatüüpi dementsus Alzheimeri tõvest

F00.9 Täpsustamata dementsus Alzheimeri tõvest

F01* Vaskulaarne dementsus

F01.0 Ägeda algusega vaskulaarne dementsus

F01.1 Multiinfarktne (valdavalt kortikaalne) vaskulaarne dementsus

F01.2 Subkortikaalne vaskulaarne dementsus

F01.3 Segatüüpi (kortikaalne ja subkortikaalne) vaskulaarne dementsus

F01.8 Muu täpsustatud vaskulaarne dementsus

F01.9 Täpsustamata vaskulaarne dementsus

F02* Dementsus MK muudest haigustest

F02.0 Dementsus Picki tõvest

F02.1 Dementsus Creutzfeldti-Jakobi tõvest

F02.2 Dementsus Huntingtoni tõvest

F02.3 Dementsus Parkinsoni tõvest

F02.4 Dementsus HIV infektsioonist

F02.8 Dementsus teistest MK haigustest

F03* Täpsustamata dementsus

F04 Orgaaniline amnestiline sündroom, v.a. alkoholist või psühhoaktiivsetest ainetest põhjustatud

* täpsusta 5. koodinumbriga dementsusele kaasuvate sümptomite esinemine:

.x0 kaasuvate sümptomiteta

.x1 kaasuvad luululised sümptomid

.x2 kaasuvad hallutsinatoorsed sümptomid

.x3 kaasuvad depressiivsed sümptomid

.x4 muud ja segatüüpi kaasuvad sümptomid

F05 Deliirium, v.a. alkoholist või psüühooaktiivsetest ainetest põhjustatud

- F05.0 Dementsuseta deliirium
- F05.1 Dementsusega deliirium
- F05.8 Muu täpsustatud deliirium
- F05.9 Täpsustamata deliirium

F06 Muud psüühikahäired ajukahjustusest, -düsfunksioonist või somaatilisest haigusest

- F06.0 Orgaaniline hallutsinoos
- F06.1 Orgaaniline katatoonia
- F06.2 Orgaaniline luululine psüühoo
- F06.3 Orgaanilised meeleoluhäired
 - .30 orgaaniline mania
 - .31 orgaaniline bipolaarne häire
 - .32 orgaaniline depressioon
 - .33 orgaaniline segatüüpi meeleoluhäire
- F06.4 Orgaaniline ärevus
- F06.5 Orgaaniline dissotsiatiivne häire
- F06.6 Orgaaniline asteenia
- F06.7 Kerge orgaaniline tunnetushäire
- F06.8 Muud täpsustatud orgaanilised psüühikahäired
- F06.9 Täpsustamata orgaaniline psüühikahäire

F07 Isiksus- ja käitumishäired ajuhaigusest, -kahjustusest või -düsfunksioonist

- F07.0 Orgaaniline isiksushäire
- F07.1 Entsefaliidijärgne sündroom
- F07.2 Traumajärgse ajukahjustuse sündroom
- F07.8 Muud isiksus- ja käitumishäired
- F07.9 Täpsustamata isiksus- ja käitumishäire

F09 Täpsustamata orgaaniline - k.a. sümptomaatiline - psüühikahäire

F10-F19

Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired

- F10.- Alkoholi tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired
- F11.- Opioidide tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired
- F12.- Kannabinoidide tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired
- F13.- Rahustite või uinutite tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired
- F14.- Kokaiini tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired
- F15.- Muude stimulaatorite (k.a. kofeiin) tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired
- F16.- Hallutsinogeenide tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired
- F17.- Tubaka tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired
- F18.- Lenduvate lahustite tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired
- F19.- Mitmete või muude psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired

Kliinilise seisundi täpsustamiseks tuleb kasutada 4. ja 5. koodinumbrit:

F1x.0 Äge intoksikatsioon

- .00 tüsistusteta
- .01 trauma või muu kehavigastusega
- .02 muu meditsiinilise tüsistusega
- .03 deliiriumiga
- .04 tajumishäiretega
- .05 koomaga
- .06 krampidega
- .07 patoloogiline intoksikatsioon

F1x.1 Kuritarvitamine

F1x.2 Sõltuvus

- .20 käesolevalt kaine
- .21 käesolevalt kaine, kontrollitud keskkonnas

Diagnostiliste kategooriate nimekiri

- .22 käesolevalt meditsiinilisel järelvalvel või asendusravil
- .23 käesolevalt kaine, ravi aversiivse või blokeeriva vahendiga
- .24 käesolevalt tarvitab ainet
- .25 aine pidev tarvitamine
- .26 aine episoodiline tarvitamine

F1x.3 Võõrutusseisund

- .30 tüsistusteta
- .31 krampidega

F1x.4 Võõrutusseisund deliiriumiga

- .40 krampideta
- .41 krampidega

F1x.5 Psühhootiline häire

- .50 skisofreeniataoline
- .51 valdavalt luululine
- .52 valdavalt hallutsinatoorne
- .53 polümorfne
- .54 valdavalt depressiivne
- .55 valdavalt maniakaalne
- .56 segatüüpi

F1x.6 Amnestiline sündroom

F1x.7 Residuaalne või hiline psüühikahäire

- .70 mälupetted
- .71 isiksus- või käitumishäire
- .72 residuaalne afektiivne häire
- .73 dementsus
- .74 muu püsiv tunnetuskahjustus
- .75 hilise tekkega psühhooos

F1x.8 Muud psüühika- või käitumishäired

F1x.9 Täpsustamata psüühika- või käitumishäire

F20-F29

Skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired

F20 Skisofreenia

- F20.0 Paranoidne skisofreenia
- F20.1 Hebefreenne skisofreenia
- F20.2 Katatoonne skisofreenia
- F20.3 Diferentseerimata skisofreenia
- F20.4 Skisofreenia järeldepressioon
- F20.5 Residuaalne skisofreenia
- F20.6 Lihtne skisofreenia
- F20.8 Muu skisofreenia
- F20.9 Täpsustamata skisofreenia

Kulu iseloomustamiseks võib kasutada 5. koodinumbrit:

- F20.x0 Püsikululine
- F20.x1 Episoodiline süveneva defektiga
- F20.x2 Episoodiline stabiilse defektiga
- F20.x3 Episoodiline remiteeruv
- F20.x4 Osaline remissioon
- F20.x5 Täielik remissioon
- F20.x8 Muud
- F20.x9 Jälgimisperiood vähem kui 1 aasta

F21 Skisotüüpne häire

F22 Püsivad luululised häired

- F22.0 Luululine (paranoidne) häire
- F22.8 Muud püsivad luululised häired
- F22.9 Täpsustamata püsiv luululine häire

F23 Äge ja mööduv psühhootiline episood

- F23.0 Äge polümorfne psühhootiline häire skisofreenia sümptomiteta
 - .00 ägeda stressita
 - .01 ägeda stressiga
- F23.1 Äge polümorfne psühhootiline häire skisofreenia sümptomitega
- F23.2 Äge skisofreeniataoline psühhootiline häire
- F23.3 Muu äge domineerivalt luululine psühhootiline häire
- F23.8 Muud ägedad psühhootilised episoodid
- F23.9 Täpsustamata äge psühhootiline episood

Seos ägeda stressiga märgitakse 5. koodinumbril abil:

.x0 ägeda stressita

.x1 ägeda stressiga

F24 Indutseeritud luululine häire (*folie à deux*)

F25 Skisoafektiivsed häired

F25.0 Maniakaalne skisoafektiivne häire

F25.1 Depressiivne skisoafektiivne häire

F25.2 Segatüüpi skisoafektiivne häire

F25.8 Muud skisoafektiivsed häired

F25.9 Täpsustamata skisoafektiivne häire

F28 Muud mitteorgaanilised psühhoosid

F29 Täpsustamata mitteorgaaniline psühhoos

F30-F39

Meeleoluhäired

F30 Maniakaalne episood e. mania

F30.0 Hüpomania

F30.1 Mania psühhootiliste sümptomiteta

F30.2 Mania psühhootiliste sümptomitega

F30.8 Muud maniakaalsed episoodid

F30.9 Täpsustamata maniakaalne episood

F31 Bipolaarne meeleluhäre

F31.0 Bipolaarne meeleluhäre, hüpomania

F31.1 Bipolaarne meeleluhäre, psühhootiliste sümptomiteta mania

F31.2 Bipolaarne meeleluhäre, psühhootiliste sümptomitega mania

F31.3 Bipolaarne meeleluhäre, mõõdukas või kerge depressioon

.30 somaatiliste sümptomiteta

.31 somaatiliste sümptomitega

F31.4 Bipolaarne meeleluhäre, psühhootiliste sümptomiteta raske depressioon

F31.5 Bipolaarne meeleluhäre, psühhootiliste sümptomitega raske depressioon

F31.6 Bipolaarne meeleluhäre, segatüüpi episood

F31.7 Bipolaarne meeleluhäre, remissionis

F31.8 Muud täpsustatud bipolaarsed meeleluhäired

F31.9 Täpsustamata bipolaarne meeleluhäre

F32 Depressiivne episood e. depressioon

F32.0 Kerge depressioon

.00 somaatiliste sümptomiteta

.01 somaatiliste sümptomitega

F32.1 Mõõdukas depressioon

.10 somaatiliste sümptomiteta

.11 somaatiliste sümptomitega

F32.2 Raske depressioon psühhootiliste sümptomiteta

F32.3 Raske depressioon psühhootiliste sümptomitega

F32.8 Muud depressiivsed episoodid

F32.9 Täpsustamata depressiivne episood

F33 Korduv depressiivne häire e. korduv depressioon

F33.0 Kerge korduv depressioon

.00 somaatiliste sümptomiteta

.01 somaatiliste sümptomitega

F33.1 Mõõdukas korduv depressioon

.10 somaatiliste sümptomiteta

.11 somaatiliste sümptomitega

F33.2 Raske korduv depressioon psühhootiliste sümptomiteta

F33.3 Raske korduv depressioon psühhootiliste sümptomitega

.30 meeleoluga ühtuvad psühhootilised sümptomid

.31 meeleoluga mitteühtuvad psühhootilised sümptomid

F33.4 Korduv depressioon remissioonis

F33.8 Muud täpsustatud korduvad depressioonid

F33.9 Täpsustamata korduv depressioon

F34 Püsivad meeleoluhäired

F34.0 Tsüklotüümia

F34.1 Düstüümia

F34.8 Muud täpsustatud püsivad meeleoluhäired

F34.9 Täpsustamata püsiv meeleoluhäire

F38 Muud meeleoluhäired

F38.0 Muu üksik meeleoluhäire

.00 Segatüüpi afektiivne episood

F38.1 Muu korduv meeleoluhäire

.10 Korduv lühike depressiivne häire

F38.8 Muud täpsustatud meeleoluhäired

F39 Täpsustamata meeleoluhäire

F40-F49

Neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired

F40 Foobsed ärevushäired e. foobiad

F40.0 Agorafoobia

.00 paanikahoogudeta agorafobia

.01 paanikahoogudega agorafobia

F40.1 Sotsiaalfoobia

F40.2 Lihtfoobiad

F40.8 Muud täpsustatud foobiad

F40.9 Täpsustamata foobia

F41 Muud ärevushäired

F41.0 Paanikahäire

F41.1 Generaliseerunud ärevushäire

F41.2 Depressiooniga ärevus (segatüüpi)

F41.3 Muud segatüüpi ärevushäired

F41.8 Muud täpsustatud ärevushäired

F41.9 Täpsustamata ärevushäire

F42 Obsessiiv-kompulsiivne häire e. sundseisund

F42.0 Valdavalt obsessiivsete häiretega

F42.1 Valdavalt kompulsiivsete häiretega

F42.2 Segatüüpi obsessiiv-kompulsiivne häire

F42.8 Muud obsessiiv-kompulsiivsed häired

F42.9 Täpsustamata obsessiiv-kompulsiivne häire

F43 Rasked stressreaktsioonid ja kohanemishäired

F43.0 Äge stressreaktsioon

F43.1 Posttraumaatiline stresshäire

F43.2 Kohanemishäire

.20 lühiajaline depressiivne reaktsioon

.21 pikaajaline depressiivne reaktsioon

.22 segatüüpi ärev-depressiivne reaktsioon

.23 muude emotsionaalsete häiretega reaktsioon

.24 valdavalt käitumishäiretega reaktsioon

.25 segatüüpi reaktsioon

.28 muude sümptomitega kohanemishäire

F43.8 Muud rasked stressreaktsioonid

F43.9 Täpsustamata raske stressreaktsioon

F44 Dissotsiatiivsed häired

- F44.0 Dissotsiatiivne amneesia
- F44.1 Dissotsiatiivne fuuga
- F44.2 Dissotsiatiivne stuupor
- F44.3 Dissotsiatiivne transs
- F44.4 Dissotsiatiivsed motoorsed häired
- F44.5 Dissotsiatiivsed krambid
- F44.6 Dissotsiatiivne hüpesteesia ja anesteesia
- F44.7 Segatüpi dissotsiatiivsed häired
- F44.8 Muud dissotsiatiivsed häired
 - .80 Ganseri sündroom
 - .81 Isiksuse mitmesus
 - .82 Lapse või nooruki mööduv dissotsiatiivne häire
 - .88 Muud täpsustatud dissotsiatiivsed häired
- F44.9 Täpsustamata dissotsiatiivne häire

F45 Somatoformsed häired

- F45.0 Ärevuse somatisatsioon
- F45.1 Diferentseerumata somatoformne häire
- F45.2 Hüpopondria
- F45.3 Somatoformne vegetatiivne düsfunktsioon
 - .30 kardiovaskulaarne düsfunktsioon
 - .31 mao-sooletrakti ülaosa düsfunktsioon
 - .32 mao-sooletrakti alaosa düsfunktsioon
 - .33 respiratoorne düsfunktsioon
 - .34 urogenitaalne düsfunktsioon
 - .38 muu organi või organsüsteemi düsfunktsioon
- F45.4 Püsiv somatoformne valu
- F45.8 Muud täpsustatud somatoformsed häired
- F45.9 Täpsustamata somatoformne häire

F48 Muud neurootilised häired

- F48.0 Neurasteenia
- F48.1 Depersonalisatsioon-derealisatsioon
- F48.8 Muud täpsustatud neurootilised häired
- F48.9 Täpsustamata neurootiline häire

F50-F59

Füsioloogiliste funktsioonide häirete ja füüsiliste e. somaatiliste teguritega seotud käitumissündroomid

F50 Söömishäired

- F50.0 *Anorexia nervosa*
- F50.1 Atüüpiline *anorexia nervosa*
- F50.2 *Bulimia nervosa*
- F50.3 Atüüpiline *bulimia nervosa*
- F50.4 Liigsöömine koos muu psüühikahäirega
- F50.5 Oksendamine koos muu psüühikahäirega
- F50.8 Muud täpsustatud söömishäired
- F50.9 Täpsustamata söömishäire

F51 Mitteorgaanilised unehäired

- F51.0 Mitteorgaaniline insomnia
- F51.1 Mitteorgaaniline hüpersomnia
- F51.2 Mitteorgaaniline une-ärkveloleku rütmihäire
- F51.3 Somnambulism
- F51.4 *Pavor nocturnus* e. unepaanika
- F51.5 Uneärevus
- F51.8 Muud täpsustatud mitteorgaanilised unehäired
- F51.9 Täpsustamata mitteorgaaniline unehäire

F52 Mitteorgaanilised seksuaaldüsfunksioonid

- F52.0 Alanenud libiido
- F52.1 Rahulduseta või vastumeelne suguühe
 - .10 Vastumeelne suguühe
 - .11 Rahulduseta suguühe
- F52.2 Genitaalne vaegreaktsioon
- F52.3 Düsorgasmia
- F52.4 Enneaegne ejakulatsioon
- F52.5 Vaginism
- F52.6 Düspareunia
- F52.7 Kõrgenenud libiido
- F52.8 Muud täpsustatud mitteorgaanilised seksuaaldüsfunksioonid
- F52.9 Täpsustamata mitteorgaaniline seksuaaldüsfunksioon

F53 Sünnitusjärgse perioodiga seotud mujal klassifitseerimata psüühika- ja käitumishäired

- F53.0 Sünnitusjärgse perioodiga seotud MKta kerged psüühika- ja käitumishäired
- F53.1 Sünnitusjärgse perioodiga seotud MKta rasked psüühika- ja käitumishäired

F53.8 Sünnitusjärgse perioodiga seotud MKta muud psüühika- ja käitumishäired

F53.9 Sünnitusjärgse perioodiga seotud täpsustamata psüühikahäire

F54 Mujal klassifitseeritud haigusseisundite või haigustega seotud psüühilised ja käitumistegurid

F55 Sõltuvust mittepõhjustavate ainete kuritarvitamine

F55.0 Antidepressandid

F55.1 Lahtistid

F55.2 Analgeetikumid

F55.3 Antatsiidid

F55.4 Vitamiinid

F55.5 Steroidid või hormoonid

F55.6 Ravimtaimed või rahvameditsiini vahendid

F55.8 Muud sõltuvust mittepõhjustavad ained

F55.9 Täpsustamata sõltuvust mittepõhjustav aine

F59 Füsioloogiliste funktsioonide häirete ja somaatiliste teguritega seotud täpsustamata käitumissündroomid

F60-F69

Täiskasvanu isiksus- ja käitumishäired

F60 Spetsiifilised isiksushäired

F60.0 Paranoiline isiksus

F60.1 Skisoidne isiksus

F60.2 Düssotsiaalne isiksus

F60.3 Ebastabiilne isiksus

.30 impulsiivset tüüpi ebastabiilne isiksus

.31 piirialast tüüpi (*borderline type*) ebastabiilne isiksus

F60.4 Histriooniline isiksus

F60.5 Anankastne isiksus

F60.6 Vältivisiksus

F60.7 Sõltuvisiksus

F60.8 Muud spetsiifilised isiksushäired

F60.9 Täpsustamata isiksushäire

F61 Segatüüpi ja muud isiksushäired

F61.0 Segatüüpi isiksushäired

F61.1 Isiksusemuutused, mis ei mahu F60 või F62 alla

F62 Ajukahjustuse ja -haigusega mitteseostatavad püsivad isiksusemuutused

- F62.0 Isiksusemuutus katastroofilisest elamusest
- F62.1 Isiksusemuutus psüühilisest haigusest
- F62.8 Muud täpsustatud isiksusemuutused
- F62.9 Täpsustamata püsiv isiksusemuutus

F63 Harjumus- ja impulsihäired

- F63.0 Patoloogiline hasartmängimine
- F63.1 Püromania
- F63.2 Kleptomania
- F63.3 Trihhotillomania
- F63.8 Muud täpsustatud impulsihäired
- F63.9 Täpsustamata impulsihäire

F64 Sooidentsuse häired

- F64.0 Transseksualism
- F64.1 Kaksikrolli transvestism
- F64.2 Lapseea sooidentsuse häire
- F64.8 Muud täpsustatud sooidentsuse häired
- F64.9 Täpsustamata sooidentsuse häire

F65 Seksuaalsuunitluse häired

- F65.0 Fetišism
- F65.1 Fetišistlik transvestism
- F65.2 Ekshibitsionism
- F65.3 Vuajerism
- F65.4 Pedofiilia
- F65.5 Sadomasohhism
- F65.6 Seksuaalsuunitluse mitmesed häired
- F65.8 Seksuaalsuunitluse muud täpsustatud häired
- F65.9 Seksuaalsuunitluse täpsustamata häire

F66 Seksuaalse arengu ja sättumusega seotud psüühika- ja käitumishäired

- F66.0 Seksuaalsättumuse ebakindlus
 - F66.1 Egodüstooniline seksuaalsättumus
 - F66.2 Seksuaalsuhete häired
 - F66.8 Seksuaalse arengu muud täpsustatud häired
 - F66.9 Seksuaalse arengu täpsustamata häire
- viienda sümboliga näidata seos:**
- .x0 heteroseksuaalsus
 - .x1 homoseksuaalsus
 - .x2 biseksuaalsus
 - .x8 muu, sealhulgas puberteedieelne

F68 Täiskasvanu muud isiksus- ja käitumishäired

F68.0 Somaatiliste sümptomite psühhogeenne võimendumine

F68.1 Somaatiliste või psüühiliste sümptomite tahtlik tekitamine

F68.8 Täiskasvanu muud täpsustatud isiksus- ja käitumishäired

F69 Täiskasvanu täpsustamata isiksus- ja käitumishäire

F70-F79

Vaimne alaareng

F70 Kerge vaimne alaareng

F71 Mõõdukas vaimne alaareng

F72 Raske vaimne alaareng

F73 Sügav vaimne alaareng

F78 Muu täpsustatud vaimne alaareng

F79 Täpsustamata vaimne alaareng

4. koodinumbriga tähistatakse kaasuv käitumishäire:

F7x.0 Ei esine või esineb kerge käitumishäire

F7x.1 Oluline käitumishäire

F7x.8 Muu käitumishäire

F7x.9 Käitumishäire märkimata

F80-F89

Psühholoogilise arengu häired e.

psüühilise arengu spetsiifilised häired

F80 Kõne ja keele spetsiifilised arenguhäired

F80.0 Spetsiifiline artikulatsioonihäire

F80.1 Ekspressiivne kõnehäire

F80.2 Retseptiivne kõnehäire

F80.3 Afaasia koos epilepsiaga (Landau-Kleffneri sündroom)

F80.8 Kõne ja keele muud täpsustatud arenguhäired

F80.9 Kõne ja keele täpsustamata arenguhäire

F81 Õpivilumuste spetsiifilised häired

F81.0 Spetsiifiline lugemishäire

F81.1 Spetsiifiline õigekirjahäire

F81.2 Spetsiifiline arvutamisvilumuste häire

F81.3 Spetsiifilised segatüüpi häired

F81.8 Muud täpsustatud õpivilumuste häired

F81.9 Täpsustamata õpivilumuste häire

F82 Motoorika spetsiifiline arenguhäire

F83 Segatüüpi spetsiifilised arenguhäired

F84 Pervasiivsed arenguhäired

F84.0 Lapse autism

F84.1 Atüüpiline autism

F84.2 Retti sündroom

F84.3 Lapse muu desintegratiivne häire

F84.4 Hüperaktiivsus mootorsete stereotüüpiate ja vaimse
alaarenguga

F84.5 Aspergeri sündroom

F84.8 Muud täpsustatud pervasiivsed arenguhäired

F84.9 Täpsustamata pervasiivne arenguhäire

F88 Psühholoogilise arengu muud häired

F89 Psühholoogilise arengu täpsustamata häire

F90-F98

Tavaliselt lapseas alanud käitumis- ja tundeeluhäired

F90 Hüperkineetilised häired

F90.0 Aktiivsus- ja tähelepanuhäire

F90.1 Hüperkineetiline käitumishäire

F90.8 Muud täpsustatud hüperkineetilised häired

F90.9 Täpsustamata hüperkineetiline häire

F91 Käitumishäired

F91.0 Perekonnas avalduvad käitumishäired

F91.1 Sotsialiseerumata käitumishäire

F91.2 Sotsialiseerunud käitumishäire

F91.3 Tõrges-trotslik käitumine

F91.8 Muud täpsustatud käitumishäired

F91.9 Täpsustamata käitumishäire

F92 Segatüüpi käitumis- ja tundeeluhäired

F92.0 Käitumishäire depressiooniga

F92.8 Muud täpsustatud segatüüpi käitumis- ja tundeeluhäired

F92.9 Täpsustamata segatüüpi käitumis- ja tundeeluhäire

F93 Lapsele iseloomulikud tundeeluhäired

F93.0 Lahutamiskartus lapsel

- F93.1 Lapse foobiad
- F93.2 Lapse sotsiaalfoobiad
- F93.3 Lapse rivaalsushäire
- F93.8 Muud täpsustatud tundeeluhäired
- F93.9 Täpsustamata tundeeluhäire

F94 Lapse või nooruki suhtlemishäired

- F94.0 Valikuline mutism
- F94.1 Reaktiivne kiindumishäire
- F94.2 Valikuta kiindumine
- F94.8 Lapse või nooruki muud suhtlemishäired
- F94.9 Lapse või nooruki täpsustamata suhtlemishäire

F95 Tikid

- F95.0 Lühiajalised tikid
- F95.1 Kroonilised motoorsed või vokaalsed tikid
- F95.2 Gilles de la Tourette'i sündroom
- F95.8 Muud täpsustatud tikid
- F95.9 Täpsustamata tikid

F98 Lapse või nooruki muud käitumis- ja tundeeluhäired

- F98.0 Mitteorgaaniline enurees
- F98.1 Mitteorgaaniline enkoprees
- F98.2 Söömishäire imiku- või lapseas
- F98.3 *Pica* imiku- või lapseas
- F98.4 Liigutuste stereotüüpiad
- F98.5 Kogelemine
- F98.6 Ebarütmiline kõne
- F98.8 Muud täpsustatud käitumis- ja tundeeluhäired
- F98.9 Täpsustamata käitumis- ja tundeeluhäire

F99 Täpsustamata psüühikahäire

DIAGNOSTILISED JUHISED JA KLIINILISED KIRJELDUSED

F00-F09

Orgaanilised - k.a. sümptomaatilised - psüühikahäired

Orgaaniliste psüühikahäirete ühiseks aluseks on peaaajuhaigus, -kahjustus või muu -häire, mille tagajärjeks on tserebraalne düsfunktsioon. Düsfunktsioon võib olla *primaarne*, kui haigus, kahjustus või häire tabab peaju otseselt või eelistavalt; *sekundaarne*, nagu see on süsteemsete haiguste või kahjustuste puhul, mis tabavad peaju kui üht paljudest keha organitest või süsteemidest. Alkoholi ja ravimite kasutamisest põhjustatud peajuhäired on klassifitseeritud F10-F19 all, kuhu on koondatud kõik *psüühhoaktiivsete ainete* kasutamisest tekkinud häired.

Kuigi selle peatüki psüühopatoloogiliste nähtude spekter on lai, moodustavad nende häirete põhilised avaldused kaks peamist rühma. Esiteks sündroomid, mille puhul on juhtivateks ja püsivalt esinevateks nähtudeks kas tunnetusprotsessi funktsioonide häired¹ (mälu, intellekt ja omandamisvõime) või sensooriumi häired² (teadvus- ja tähelepanuhäired). Teiseks on sündroomid, mille puhul on juhtivateks tajumis- (hallutsinatsioonid), mõtlemise sisulised (luulumõtted), meeoleu- ja emotsioonide (depressioon, mania, ärevus) või isiksus- ja käitumishäired. Seejuures on mälu, intellekt, omandamisvõime¹ ja teadvuse häired² minimaalsed või raskesti kindlaks tehtavad. Teise rühma häired on sarnased nendega, mis on klassifitseeritud peatükkides F20-F29, F30-F39, F40-F49, F60-F69 ja mille kohta on teada, et nad esinevad ilma tunduva peajupatoloogia või düsfunktsioonita. Ometi on järjest rohkem andmeid selle kohta, et need sündroomid on seotud põhjuslikult mitme peaju- ja süsteemse haigusega, mis põhjendab kliiniliselt nende lülitamise orgaaniliste psüühikahäirete rühma.

¹ cognitive functions

² disturbances of sensorium

Enamus selles peatükis esitatud häiretest võib alata igasuguses vanuses, välja arvatud varane lapseiga. Enamusele neist häiretest on omane algus täiskasvanu- või vanemas eas. Osa neist on tänapäeva teadmiste järgi taandumatud ja järjest süvenevad, teised häired on mööduvad ja alluvad ravile.

Termin *orgaaniline* ei tähenda, et klassifikatsiooni teistes peatükkides esitatud häired oleksid mitteorgaanilised ning nende aluseks ei oleks peaaju struktuuride muutused. Käesolevas kontekstis tähendab termin *orgaaniline* autonoomselt diagnoositavat peaaju- või süsteemset haigust või -kahjustust. Termin *süмптоomaatiline* viitab sellistele orgaanilistele psüühikahäiretele, mille puhul peaaju haaratus on sekundaarne, põhihaiguseks on süsteemne ekstratserebraalne haigus või kahjustus.

Eelnevast järeldub, et enamikul juhtudel on selle peatüki häirete diagnoosimisel vaja kasutada kaht koodi: üht psühhopatoloogilise sündroomi, teist etioloogia jaoks. Etioloogiline kood tuleb valida RHK-10 klassifikatsiooni vastavast peatükist.

D e m e n t s u s

Dementsuse sündroomi üldine kirjeldus esitatakse siin, et määratleda minimaalsed nõuded dementsuse diagnoosi jaoks. Edasi järgnevad kriteeriumid, mis täpsustavad dementsuse erinevaid vorme .

Dementsus on tavaliselt kroonilise või progresseeruva kuluga sündroom, mis on tingitud peaaju haigusest. Dementsuse puhul on häiritud mitu kõrgemat kortikaalset funktsiooni, sealhulgas mälu, mõtlemine, orientatsioon, arusaamine, taiplikkus, arvestamine asjaoludega, õppimisvõime, sõnavara ja otsustusvõime. Teadvus ei ole hägunenud. Tunnetusprotsessi häiretega harilikult kaasneb ja vahel ka eelneb emotsionaalne pidurdamatus, sotsiaalse käitumise või motivatsiooni halvenemine. See sündroom esineb Alzheimeri tõve, tserebrovaskulaarse haiguse ja teiste kahjustuste puhul, mis primaarselt või sekundaarselt tabavad peaaju.

Dementsuse diagnoosimisel tuleb vältida ekslikult positiivset diagnostikat, kuna tegevuse häirituse põhjuseks võib olla mitte intellektuaalse võimekuse alanemine, vaid nt. motoorne pidurdus, üldine kehaline nõrkus ja eriti depressioon.

Dementsus põhjustab intellektuaalsete funktsioonide häireid ja tavaliselt on häiritud ka igapäevased toimingud - pesemine, riietumine, söömine, isiklik hügieen, tualeti kasutamine jne. Millisel kujul need kõrvalekalded avalduvad, sõltub suurel määral sotsiaalsest ja kultuurilisest keskkonnast, milles inimene on elanud. Sotsiaalse rolli muutusi, nagu võime säilitada või leida tööd, ei tohiks kasutada dementsuse kriteeriumina, kuna eri kultuurides on ses suhtes suured erinevused, samuti etendavad oma osa ka välised asjaolud, põhjustades muutusi nt. tööhõives.

Kui ilmnevad depressiooni sümptomid, kuid puuduvad depressiooni diagnoosi kriteeriumid (F32.0-F32.3), saab nende olemasolu registreerida viienda koodinumbri abil; sama kehtib ka hallutsinatsioonide ja luulumõtete kohta:

- .x0 Ilma lisanduvate sümptomiteta
- .x1 Teised sümptomid, peamiselt luulumõtted
- .x2 Teised sümptomid, peamiselt hallutsinatsioonid
- .x3 Teised sümptomid, peamiselt depressiivsed
- .x4 Teised segasümptomid

Diagnostilised juhised

Põhiliseks tingimuseks on mälu- ja mõtlemishäired sellisel tasemel, et need häirivad inimese igapäevaelu. Mälu alaneb tüüpiliselt uue informatsiooni omandamisel, säilitamisel ja reproduktsioonil. Ka varem omandatud ja tuttav materjal võib kaduma minna, eriti hilisstaadiumis. Dementsus on rohkem kui düsmneesia: esimese puhul on tegemist ka mõtlemis- ja arutlushäiretega, mõtete kulgemine halveneb. Alanenud on informatsiooni töötlemise tase, inimesel on üha suuremaid raskusi pöörata samaaegselt tähelepanu rohkem kui ühele objektile (nt. võtta osa vestlusest mitme isikuga korraga), raskusi on ka tähelepanu ümberlülitamisega ühelt objektilt teisele. Kui tegemist on dementsusega ainudiagnoosina, on nõutav teadvuse hägunemise puudumine. Siiski, sagedane on kaksikdiagnoos: dementsusega deliirium (F05.1). Et kindlalt püstitada dementsuse diagnoosi, peavad eespool esitatud sümptomid ja häired olema kestnud vähemalt kuus kuud.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tulevad arvesse: depressioon (F30-F39), mille puhul võivad avalduda varase dementsuse mitu ilmingut: mälu halvenemine, mõtlemise aeglustumine ja spontaanse aktiivsuse alanemine; deliirium (F05); kerge või mõõdukas vaimne alaareng (F70-F71); sotsiaalsest isolatsioonist ja vähesest haridusest tingitud subnormaalse tunnetusliku funktsioneerimise seisundid; ravimeist tingitud (iatrogeenne) psüühikahäire (F06.-).

Dementsus võib *järgneda* igale teisele selles peatükis esitatud orgaanilisele psüühikahäirele või *kaasneda* mõnega neist, eriti deliiriumiga (vt. F05.1).

F00 Dementsus Alzheimeri tõvest

Alzheimeri tõbi on tundmatu etioloogiaga primaarselt tserebraalne degeneratiivne haigus, spetsiifiliste neuroloogiliste ja neurokeemiliste muutustega. Algus on tavaliselt hiiliv ja aeglaselt progresseeruv. Haigus võib kesta tavaliselt kaks või kolm aastat, vahel ka tunduvalt kauem. Algus võib olla keskmises täiskasvanueas või isegi varem (preseniilse algusega Alzheimeri tõbi). Kui dementsus algab 65.-70. eluaastal, on perekonnaanamneesis samalaadse dementsuse esinemise tendents, kulg on ägedam, avalduvad oimu- ja kiirusagara kahjustuse tunnused, sealhulgas düsfaasia ja düspraksia. Hilisema alguse korral on kulg aeglasem ja on iseloomulik kõrgemate kortikaalsete funktsioonide üldisem kahjustus. Downi sündroomiga haigetel on suur Alzheimeri tõve oht.

Peaajus on iseloomulikud muutused: närvirakkude arv väheneb tunduvalt, eriti hipokampuses, *substantia innominata*'s, *locus coeruleus*'es, ajukoore oimu-, kiiru- ja otsmikupiirkonnas; neurofibrillaarsed moodustised, mis on tekkinud paarilistest spiraalniitidest; neuuriitilised (argentofiilsed) naastud, mis koosnevad suures osas amüloididest ja ilmutavad oma arengus kindlat progressi (tuntud on ka ilma amüloidita naastud); granulovakuolaarkehäd. On leitud ka neurokeemilisi muutusi. Need seisnevad koliinatsetüültransferaasi, atsetüülkoliini ja teiste neurotransmitterite ning neuromodulaatorite hulga tunduvas vähenemises.

Ülaltoodud peaajumuutustega kaasnevad esitatud kliinilised ilmingud. Siiski on praeguseks selge, et need kaks protsessi ei kulge mitte alati paralleelselt: üks võib olla märgatavam, teine

avalduda minimaalselt. Ometi on Alzheimeri tõve kliinilised tunnused sellised, et esialgset diagnoosi on võimalik püstitada ainult nende alusel.

Praeguseni on Alzheimeri tõvest tingitud dementsus pöördumatu.

Diagnostilised juhised

Kindla diagnoosi püstitamiseks peavad olema alljärgnevad tunnused:

- (a) Dementsus, nagu on kirjeldatud sissejuhatuses.
- (b) Progresseeruva kuluga hiiliv algus. Kui algust on sageli ajaliselt raske täpsustada, siis lähedaste poolt defekti märkamine võib toimuda järsku.
- (c) Kliiniliste nähtude või eriuuringute tulemuste puudumine, mis näitaksid, et psüühiline seisund on tingitud teistest dementsust põhjustavatest süsteemsetest või peajuhaigustest (nt. hüpotüroidism, hüperkalkeemia, vitamiin B₁₂ puudulikkus, niatsiinipuudulikkus, neurosüüfilis, hüdrotseefalus liikvori normaalse rõhuga või subduraalne hematoom).
- (d) Puudub äge apoplektiline algus ning haiguse algjärgus ei ilmne fokaalse kahjustuse neuroloogilisi nähte, nagu hemiparees, tundlikkuse kadumine, nägemisvälja defektid ja koordinatsioonihäired (need häired võivad ilmned hiljem).

Osad juhtudel võivad korruga avalduda Alzheimeri tõve ja vaskulaarse dementsuse nähud. Sellisel juhul tuleb kasutada mõlemat diagnoosi (ja koodi). Kui vaskulaarne dementsus eelneb Alzheimeri tõvele, pole võimalik viimast kliinilisel alusel diagnoosida.

Sisaldab: Alzheimeri tüüpi primaarne degeneratiivne dementsus.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tulevad arvesse: *dèpressioon* (F30-F39); *deliirium* (F05); *orgaaniline amnestiline sündroom* (F04); teised primaarsed dementsused, nagu *Picki*, *Creutzfeldti-Jakobi* või *Huntingtoni tõbi* (F02.-); *sekundaarne dementsus* seoses mitmesuguste somaatiliste haigustega, mürgitusseisunditega jt. (F02.8); kerge, mõõdukas või raske *vaimne alaareng* (F70-F72).

Dementsus Alzheimeri tõvest võib esineda koos *vaskulaarse dementsusega* (tuleb kodeerida kui F00.2), kui tserebro-

vaskulaarsed episoodid (multiinfarktsed nähud) on Alzheimeri tõvele iseloomuliku kliinilise pildi ja anamneesi pealisehituseks. Sellised episoodid võivad põhjustada dementsuse järsku süvenemist. Vastavalt surmajärgsetele uuringutele võivad mõlemad vormid üheaegselt esineda 10-15 %-l kõigist dementsuse juhtudest.

F00.0 Varajase algusega dementsus Alzheimeri tõvest

Dementsus Alzheimeri tõvest, mis algab enne 65. eluaastat ja viib seisundi suhteliselt kiire halvenemiseni koos kõrgemate kortikaalsete funktsioonide mitmesuguste häiretega. Selle dementsuse enamikul juhtudel ilmnevad afaasia, agraafia, aleksia ja apraksia haiguse suhteliselt varases staadiumis.

Diagnostilised juhised

Dementsus vastavalt kirjeldusele sissejuhatuses, algus enne 65. eluaastat ja harilikult sümptomite kiire süvenemine. Alzheimeri tõve puhul on perekonnaanamnees diagnoosi kinnitav, kuid mitte tingimata vajalik tegur, nagu Downi sündroomi või lümfoomide korral.

Sisaldab: Alzheimeri tõbi, tüüp 2;
preseniilne dementsus, Alzheimeri tüüpi.

F00.1 Hilise algusega dementsus Alzheimeri tõvest

Dementsus Alzheimeri tõvest, kui kliiniliselt täheldatavad nähud ilmnevad pärast 65. eluaastat või hiljem ning süvenevad aeglaselt. Põhitunnuseks on harilikult mälu halvenemine.

Diagnostilised juhised

Samad, mis on esitatud dementsuse kohta sissejuhatavas osas; tähelepanu tuleb pöörata kliiniliste nähtude esinemisele või puudumisele, mis võimaldab teda diferentseerida varase algusega tüübist (F00.0).

Sisaldab: Alzheimeri tõbi, tüüp 1;
seniilne dementsus, Alzheimeri tüüpi.

F00.2 Atüüpiline või segatüüpi dementsus Alzheimeri tõvest

Siia kuuluvad dementsused, mis ei vasta ei F00.0 ega F00.1

kirjeldusele, samuti lülitatakse siia Alzheimeri ja vaskulaarse dementsuse segajuhtumid.

F00.9 Täpsustamata dementsus Alzheimeri tõvest

F01 Vaskulaarne dementsus

Vaskulaarne (varem arteriosklerootiline) dementsus, kuhu kuulub multiinfarktne dementsus, erineb Alzheimeri tõve puhusest dementsusest oma alguse, kliiniliste nähtude ja kulu poolest. Tüüpiliselt esineb siin mööduvaid isheemilisi seisundeid koos lühiajalise teadvuse hägunemise, kiiresti mööduvate pareeside või nägemishäiretega. Dementsus võib järgneda kas korduvatele ägedatele või harvemini ühekordsele ulatuslikumale insultile. Seejärel ilmneb mälu ja mõtlemisvõime tagasihoidlik alanemine. Algus võib olla järsk, pärast kindlat isheemilist episoodi; või süveneb dementsus järkjärgult. Tavaliselt on dementsus ajuinfarkti tagajärjeks, mis on tingitud vaskulaarsest haigusest, sealhulgas hüpertoonilisest tserebrovaskulaarsest haigusest. Infarktid on harilikult väikese ulatusega, kuid efektilt kumuleeruvad. Algus on tavaliselt vanemas elueas.

Diagnostilised juhised

Diagnoos eeldab dementsuse olemasolu, nagu on esitatud sissejuhatuses. Tunnetusprotsesside häirumine on üldiselt ebaühtlane, nii et võivad esineda mäluhäired, intellektuaalse taseme alanemine ja neuroloogilised koldesümptomid. Taiplikkus ja otsustusvõime võivad olla suhteliselt säilinud. Järsk algus või seisundi astmeline halvenemine, samuti neuroloogiliste koldenähtude ja -sümptomite olemasolu suurendavad diagnoosi tõenäosust ja mõningatel juhtudel on aksiaalne kompuutertomograafia või neuroloogiline uurimine ainult selle kinnituseks.

Kaasnevad nähud: hüpertoonia, kahin unearteris, emotsionaalne labiilsus koos lühiajalise depressiooniga, nutmine või naerupuhangud ning teadvuse hägunemine või deliiriumi mööduvad episoodid, sageli esile kutsutud korduvate infarktide poolt. Isiksus püsib suhteliselt säilinuna, kuid mõnikord võivad esineda isiksuse muutused koos apaatia või pidurdamatusega või varasemate iseloomujoonte teravnemisega, sellistega nagu egotsentrism, paranoiline suhtumine või ärritatavus.

Sisaldab: arteriosklerootiline dementsus.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tulevad arvesse: deliirium (F05.-); teised dementsused, eeskätt Alzheimeri tõvest (F00.-); meeleoluhäired (F30-F39); kerge või mõõdukas vaimne alaareng (F70-F71); subduraalne hematoom (traumaatiline (S06.5), mittetraumaatiline (I62.0)). Vaskulaarne dementsus võib esineda koos dementsusega Alzheimeri tõvest (tuleb kodeerida F00.2), kui vaskulaarne episood lisandub kliinilisele pildile ja anamneesile, mis viitavad Alzheimeri tõvele.

F01.0 Ägeda algusega vaskulaarne dementsus

Kujuneb kiiresti pärast korduvaid ajurabandusi, kas pärast tserebrovaskulaarseid tromboose, embooliaid või hemorraagiaid. Erandjuhtumil võib põhjuseks olla ka üksik massiivne hemorraagia.

F01.1 Multiinfarktne (valdavalt kortikaalne) vaskulaarne dementsus

Alguselt rohkem astmeline, järgnedes korduvatele väiksematele isheemilistele episoodidele, mis põhjustavad ajukoos kahjustuskolde kujunemise.

Sisaldab: valdavalt kortikaalne dementsus.

F01.2 Subkortikaalne vaskulaarne dementsus

Anamneesis võivad olla hüpertoonia ja ajupoolkerade sügavuses valgeolluses isheemilised destruktioonikolded, nende olemasolu võib oletada kliinilise leiu alusel ja täpsustada aksiaalse kompuutertomograafiaga. Ajukoor on tavaliselt kahjustamata ja see vastandub kliinilise pildiga, mis võib olla väga sarnane Alzheimeri tõve dementsusega. (Kui valgeolluse difuusne demüelinisatsioon leiab kinnitust, võib kasutada Binswangeri entsefalopaatia diagnoosi.)

F01.3 Segatüüpi (kortikaalne ja subkortikaalne) vaskulaarne dementsus

Vaskulaarse dementsuse nii kortikaalseid kui subkortikaalseid komponente võib oletada kliiniliste nähtude, uuringute tulemuste (kaasa arvatud autopsia) või mõlemate alusel.

F01.8 Muu täpsustatud vaskulaarne dementsus

F01.9 Täpsustamata vaskulaarne dementsus

F02 Dementsus mujal klassifitseeritud muudest haigustest

Juhtumid, kus dementsus on tingitud või oletatavalt tingitud teistest põhjustest kui Alzheimeri töbi või tserebrovaskulaarne haigestumine. Alata võib igal elumomendil, harva vanas eas.

Diagnostilised juhised

Dementsuse olemasolu, nagu on esitatud sissejuhatuses; Ohe allpool toodud spetsiifilise sündroomi iseloomulikud avaldused.

F02.0 Dementsus Picki tõvest

Progresseeruv dementsus, mis algub tavaliselt 50.-60. eluaasta vahel, iseloomulikud on isiksuse aeglaselt süvenevad muutused ja sotsiaalne degradatsioon, intellekti, mälu ja mõttekäigu häired koos apaatia, eufooria ja vahel ka ekstrapüramidaalnähtudega. Neuroloogiliseks leiuks on valikuline otsmiku- ja oimusagara atrofia ilma neuriitiliste naastude ja neurofibrillaarsete sõlmedeta sellises ulatuses, mis on omane normaalsele vananemisele. Varane algus seostub halvaloomulisema kuluga. Sotsiaalsed ja käitumishäired eelnevad sageli ilmsele mälu halvenemisele.

Diagnostilised juhised

Kindla diagnoosi püstitamiseks on vajalikud järgmised tunnused:

- (a) progresseeruv dementsus;
- (b) otsmikusagara nähtude domineerimine koos eufooria, emotsionaalse tuimenemise ja sotsiaalse käitumise robustseks muutumisega, pidurdamatusega ja kas apaatia või rahutusega;
- (c) üldiselt eelnevad sellised käitumishäired ilmsele mälu nõrgenemisele.

Otsmikusagara kahjustusele omased tunnused on rohkem väljendunud kui oimu- ja kiirusagara omad, vastupidiselt Alzheimeri tõvele.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tulevad arvesse: dementsus Alzheimeri tõvest (F00); vaskulaarne dementsus (F01); sekundaarne dementsus teistest häiretest, nagu neurosüfilis (F02.8); vesipea normaalarõhuga (iseloomulikud on tunduv

psühhomotoorne aeglustumine, kõnnaku ja sfinkterite häired) (G91.2); teised neurooloogilised ja metaboolsed häired.

F02.1 Dementsus Creutzfeldti-Jakobi tõvest

Progresseeruv dementsus koos ulatusliku neurooloogilise sümptomaatikaga, mille aluseks on spetsiifilised muutused ajukoes (alaäge spongiformne entsefalopaatia). Algus on tavaliselt keskeas või hilisemas eas, tüüpiliselt viiendas elukümnes, kuid võib esineda igasuguses täiskasvanueas. Kulg on alaäge, viib surmale ühe kuni kahe aasta vältel.

Diagnostilised juhised

Creutzfeldti-Jakobi tõbe võib kahtlustada kõigil dementsuse juhtudel, mis süvenevad üsna kiiresti (mõnest kuust ühe või kahe aastani) ja millega kaasnevad või millele järgnevad mitmesugused neurooloogilised sümptomid. Mõnikord, nt. amüotroopse vormi puhul, võivad neurooloogilised nähud eelneada dementsuse kujunemisele.

Tavaliselt on tegemist jäsemete progresseeruva spastilise halvatusena, millega kaasnevad ekstrapüramidaalnähud treemori, rigiidsuse ja koreaatiliste liigutustega. Teistel juhtudel võivad esineda ataksia, nägemishäired, lihaste fibrillatsioon ja ülemiste motoneuronite tüüpi atroofia. Sellele diagnoosile viitab vägagi selgelt alljärgnev triaad:

- kiirelt progresseeruv, laastav dementsus;
- püramidaalne ja ekstrapüramidaalne haigestumine müokloonusega;
- iseloomulik (trifaasiline) elektroentsefalogramm.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tulevad arvesse: Alzheimeri (F00.-) või Picki tõbi (F02.0); Parkinsoni tõbi (F02.3); entsefaliidijärgne parkinsonism (G21.3).

Creutzfeldti-Jakobi tõvele viitavad kiire kulg ja motoorika varased kahjustused.

F02.2 Dementsus Huntingtoni tõvest

Dementsus on tingitud peaju ulatuslikust degeneratsioonist. Haigus kandub edasi üheainsa autosoomdominantse geeni vahendusel. Tavaliselt ilmnevad sümptomid kolmandal või neljandal elukümnel, sooline jagunemine on oletatavalt

võrdne. Enamikul juhtudel võivad varasteks sümptomiteks olla depressioon, ärevus või selgelt avalduv paranoiline häire, millega kaasnevad isiksuse muutused. Progresseerub aeglaselt, surm saabub tavaliselt 10 kuni 15 aasta vältel.

Diagnostilised juhised

Kombinatsioon koreaatilisest liikumishäirest, dementsusest ja Huntingtoni tõvest perekonnaanamneesis on diagnoosi püstitamisel suure tähtsusega, kuigi vaieldamatult tuleb ette ka sporaadilisi juhtumeid.

Vastutahtelised koreaatilised liigutused, tüüpiliselt näos, kätes ja õlgades või kõnnakus, on haiguse varased ilmingud. Harilikult eelnevad nad dementsusele ja ainult harva ei ole neid enne dementsuse väljakujunemist. Teised motoorsed nähud võivad domineerida, kui algus on ebaharilikult noores (nt. striaalne rigiidsus) või vanas eas (nt. pingetreemor).

Dementsusele on iseloomulikud otsmikusagara talitluse häired varases staadiumis, mäluhäired lisanduvad hiljem.

Sisaldab: dementsus Huntingtoni korea puhul.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tulevad arvesse: teised juhud koreaatiliste liigutustega; Alzheimeri, Picki või Creutzfeldti-Jakobi tõbi (F00.-; F02.0; F02.1).

F02.3 Dementsus Parkinsoni tõvest

Dementsus, mis areneb välja kindlalt diagnoositud Parkinsoni tõve käigus (eriti tema raskete vormide puhul). Siiski praeguseni pole esitatud spetsiifilisi kliinilisi avaldusi. Dementsus, mis areneb Parkinsoni tõve käigus, võib erineda Alzheimeri tõvest või vaskulaarsest dementsusest; võimalikud on aga ka juhtumid, kus üks viimastest esineb koos Parkinsoni tõvega. Seepärast on teadusliku uurimise huvides õigustatud dementsusega Parkinsoni tõve omaette käsitlemine, kuni probleem pole lõplikult lahendatud.

Diagnostilised juhised

Dementsus, mis areneb haigel selgesti väljendunud, tavaliselt raske Parkinsoni tõve baasil.

Sisaldab: dementsus agiteeritud paralüüsi puhul;
dementsus parkinsonismi puhul.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb arvestada: teised sekundaarsed dementsused (F02.8); multiinfarktne dementsus (F01.1) koos hüpertoonilise või diabeetilise vaskulaarse haigusega; peaaegu kasvaja (C70 - C72); vesipea normaalse liikvorirõhuga (G91.2).

F02.4 Dementsus HIV infektsioonist

Häire, millele on iseloomulik dementsuse kliinilistele diagnostilistele kriteeriumidele vastav intellektuaalsete funktsioonide häirumine, puudub kõrvalhaigus või -kahjustus, v.a. HIV infektsioon, millega seletub kliiniline seisund.

HIV dementsuse puhul on tüüpiline unustamine, aeglus, vähene keskendumisvõime ning raskus arutamisel ja lugemisel. Üldised on apaatia, alanenud spontaanne aktiivsus ja sotsiaalne isoleeritus, ainult vähesel osal haigetest võib atüüpilisena esineda afektiivseid häireid, psühhoosi või krampe. Somaatilisel uurimisel ilmnevad treemor, kiirete liigutuste korduva sooritamise halvenemine, tasakaaluhäired, ataksia, lihastoonuse tõus, üldine hüperrefleksia, positiivsed otsmikusagara vabanemise tunnused ning silma sakaadiliste ja jälgimisliigutuste häirumine.

Lastel kujuneb HIV puhune närvisüsteemi arengu häire, millega kaasnevad arengu pidurdumine, lihastoonuse tõus, mikrotsefaalia ja basaalganglionide kaltsifikatsioon. Erinevalt täiskasvanutest on lastel neuroloogilised häired sagedamini ilma infektsioonide ja kasvajateta.

HIV dementsus üldiselt, kuid mitte tingimata, progresseerub kiiresti (nädalate või kuude vältel) raske globaalse dementsuse, mutismi ja surmani.

Sisaldab: AIDS-i dementsuskompleks;
HIV entsefalopaatia või alaäge entsefaliit.

F02.8 Dementsus teistest mujal klassifitseeritud haigustest

Guami parkinsonismi dementsuskompleks tuleb samuti siin kodeerida (kasutades vajadusel viiendat numbrit). See on kiiresti süvenev dementsus, millele järgneb ekstrapüramidaalne düsfunktsioon ja mõnikord amüotroofiline lateraalne skleroos. Seda haigust kirjeldati esmakordselt Guami saarel, kus teda on kohalikel elanikel sageli, meestel kaks korda sagedamini kui

naistel, haigust on täheldatud ka Paapua Uus-Guineal ja Jaapanis.

- Sisaldab:* dementsus:
- CO mürgistusest (T58);
 - tserebraalsest lipidoosist (E75.-);
 - epilepsia (G40.-);
 - hepatolikulaarsest degeneratsioonist (M.Wilsoni tõbi) (E83.0);
 - hüperkaltseemiast (E83.5);
 - kilpnäärmehaigustest (E00.-, E02);
 - intoksikatsioonidest (T36-T65);
 - *sclerosis multiplex*ist (G35);
 - neurosüfilisest (A52.1);
 - niatsiini vaegusest (pellagra) (E52);
 - *polyarteritis nodosa*'st (M30.0);
 - süsteemsest *lupus erythematosus*'est (M32.-);
 - trüpanosomiaasist (Aafrika B56.-, Ameerika B57.-);
 - vitamiin B₁₂ vaegusest (E53.8).

F03 Täpsustamata dementsus

Seda jaotust võib kasutada, kui on olemas üldised dementsuse diagnoosimise kriteeriumid, kuid pole võimalik täpsustada spetsiifilist tüüpi (F00.0 - F.02.9).

- Sisaldab:* TTta preseniilne või seniilne dementsus;
TTta preseniilne või seniilne psüühoo; TTta primaarne degeneratiivne dementsus.

F04 Orgaaniline amnestiline sündroom, v.a. alkoholist või psüühohaaktiivsetest ainetest põhjustatud

Sündroom, mille puhul domineerivad lähi- ja kaugmälu häired, seejuures on säilinud kajamälu. Uue materjali omandamise võime on tunduvalt vähenenud, see avaldub anterograadses amneesias ja desorientatsioonis ajas. Samuti on mitmesuguse intensiivsusega retrograadne amneesia, kuid selle tugevus võib aja jooksul teda põhjustanud ajukahjustuse või patoloogilise protsessi paranemisel väheneda. Konfabulatsioone võib olla, kuid need pole diagnoosiks tingimata vajalikud. Tajumine ja teised tunnetusfunktsioonid, sealhulgas intellekt, on intaktsed ja sellel taustal tõrkavad mäluhäired eriti teravalt silma. Prognoos

sõltub aluseks oleva kahjustuse kulust (tüüpiliselt on tabatud hüpotalamodientsefaalsüsteem või hipokampuse piirkond); põhimõtteliselt on võimalik peaaegu täielik paranemine.

Diagnostilised juhised

Täpse diagnoosi tegemiseks on vaja kindlaks teha järgmised sümptomid:

- (a) mälu alanemine, eeskätt lähimälu (uue materjali omandamine on halvenenud), antero- ja retrograadne amneesia ning varasemate teadmiste reprodutseerimise halvenemine (ajaliselt pöördvõrdeliselt nende omandamisega);
- (b) anamneesis on objektiivsed andmed peaaegu kahjustuse või haiguse kohta (eriti kui see haarab bilateraalselt dientsefaalseid või mediaalseid temporaalseid struktuure);
- (c) ei ole kajamäludefekti (nt. ühekohaliste arvude kordamise test), tähelepanu- ja teadvushäireid, intellekti globaalset halvenemist.

Konfabulatsioonid, taiplikkuse puudumine ja emotsionaalsed häired (apaatia, initsiatiivitus) on diagnoosi panemisel täiendavad, kuigi mitte absoluutselt vajalikud tunnused.

Sisaldab: Korsakovi sündroom või psühhoos (mittealkohoolne).

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb seda häiret eristada teistest orgaanilistest sündroomidest, mille puhul mäluhäired on juhtivad (nt. dementsus või deliirium), dissotsiatiivsest amneesias (F44.0), mälufunktsiooni nõrgenemisest depressiivsete häirete puhul (F30-F39) ja mälukaotuse simuleerimisest (Z76.5). Korsakovi sündroomi, mida on põhjustanud alkohol või psühhoaktiivsed ained, ei kodeerita siin, vaid vastavas alajaotuses (F1x.6).

F05 Deliirium, v.a. alkoholist või psühhoaktiivsetest ainetest põhjustatud

Etioloogiliselt mittespetsiifiline sündroom, millele on iseloomulikud teadvus- ja tähelepanu-, tajumis-, mõtlemis-, mälu-, psühhomotoorika-, emotsioonide ja une-ärkveloleku tsükli samaaegsed häired. See võib ilmneda igas vanuses, sagedamini

pärast 60. eluaastat. Delirioosne seisund on mööduv ja lainetava intensiivsusega; enamik haigeid paraneb nelja nädala või lühema aja jooksul. Siiski pole haruldased lainetava kuluga deliiriumid, mis kestavad ligi 6 kuud, eriti kui need on tekkinud kroonilise maksahaiguse, vähi või alaägeda bakteriaalse endokardiidi puhul. Ägeda ja alaägeda deliiriumi eristamisel, mida vahel tehakse, on väike kliiniline tähtsus. Deliiriumi võib vaadelda kui omalaadset mitmesuguse kestuse ja raskusastmega sündroomi alates kergest kuni väga raskeni. Delirioosne seisund võib esineda dementsuse foonil või viia selleni.

Seda rubriiki ei saa kasutada delirioossete seisundite suhtes, mis on põhjustatud psüühooaktiivsete ainete kasutamisest, need on esitatud peatükis F10-F19. Siin tuleb kodeerida delirioossed seisundid, mis on põhjustatud ordineeritud ravimitest (sellised nagu antidepressantide kasutamisest tekkinud eakate haigete ägedad segasusseisundid). Sellistel juhtudel võib ravimitest tingitud häirete registreerimiseks kasutada ka lisakoodi RHK-10 peatükis XIX, sektsioonis T.

Diagnostilised juhised

Kindlaks diagnoosiks peavad sümptomid, olgu kerged või rasked, esinema *igas* järgnevas valdkonnas:

- (a) teadvus- ja tähelepanuhäired (haiguse käigus obnubilatsioonist kuni koomani; on vähenenud tähelepanu suunamis-, fokuseerimis-, fikseerimis- ja ümberlülitusvõime);
- (b) tunnetusprotsesside globaalne häire (tajumise moondumine, illusioonid ja hallutsinatsioonid - valdavalt visuaalsed; abstraktse mõtlemise ja taiplikkuse halvenemine, kas koos ajutiselt esinevate luulumõtetega või ilma nendeta, kuid tüüpiliselt koos teatud inkohereentsusega; kaja- ja lähimälu halvenemine koos suhteliselt säilinud kaugmäluga; desorientatsioon ajas ja raskematel juhtudel ka kohas ja isikutes);
- (c) psühhomotoorsed häired (hüpo- ja hüperaktiivsus ja etteaimamatud üleminekud ühest teise; reaktsiooniaja pikenemine; kõne aeglustumine või kiirenemine; ehmumisreaktsioonide elavnemine);
- (d) une-ärkvelolekutsükli häired (nehäired ja rasketel juhtudel täielik unetus või une-ärkvelolekutsükli moondumine; päevane unisus; sümptomite ägenemine öösel; häirivad

unenäod või košmaarid öösel, mis võivad jätkuda hallutsinatsioonidena pärast ärkamist);

- (e) emotsionaalsed häired, nt. depressioon, ärevus või hirm, ärritatus, eufooria, apaatia või nõutus.

Algus on tavaliselt äge, kulg päeva jooksul lainetav ja kogu häire kestus alla kuue kuu. Esitatud kliiniline pilt on sedavõrd iseloomulik, et deliiriumi diagnoosi saab panna isegi siis, kui vallandav põhjus pole päris selge. Peale peaaegu- või somaatilise haiguse anamneesis peaks diagnoosis kahtlemise korral otsima ka tserebraalse düsfunktsiooni (nt. ebanormaalne elektroentsefalogramm, mis tavaliselt, kuid mitte tingimata, avaldub põhiaktiivsuse aeglustumises) tunnuseid.

Sisaldab: äge peaaigusündroom;
äge segasusseisund (mittealkohoolne);
äge infektsioosne psühhoos;
äge orgaaniline reaktsioon;
äge psühhoorganiline sündroom.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb deliiriumi eristada teistest orgaanilistest sündroomidest, eriti dementsusest (F00-F03); ägedatest psühhootilistest episoodidest (F23.-); skisofreenia ägedatest seisunditest (F20.-) või meeleluuhäiretest (F30-F39), millega kaasnevad segasusilmingud. Deliirium, mida on põhjustanud alkohol või teised psühhoaktiivsed ained, tuleb kodeerida vastavas peatükis (F1x.4).

F05.0 Dementsuseta deliirium

Seda koodi tuleb kasutada deliiriumi puhul, mis ei ole tekkinud eelneva dementsuse foonil.

F05.1 Dementsusega deliirium

Seda koodi tuleb kasutada juhtudel, kui esinevad eelpooltoodud kriteeriumid, kuid deliirium on kujunenud dementsuse käigus (F00-F03).

F05.8 Muu täpsustatud deliirium

Sisaldab: mitme põhjusega deliirium;
alaäge segasusseisund või deliirium.

F05.9 Täpsustamata deliirium

F06 Muud psüühikahäired ajukahjustusest, -düs-funktsioonist või somaatilisest haigusest

See kategooria sisaldab mitmesuguseid seisundeid, mis viivad peaju funktsiooni häirele, põhjuseks on kas primaarne peajuhaigus või süsteemne haigus, mis tabab peaju sekundaarselt, endokriinhäired, nagu Cushingi sündroom, teised somaatilised haigused, eksogeensed mürgised ained (välja arvatud alkohol ja ravimid, mida klassifitseeritakse F10-F19 all) või hormoonid. Neile juhtumeile on ühine, et kliinilised avaldused ei võimalda iseenesest püstitada esialgse diagnoosina aju orgaanilist kahjustust, sellist nagu dementsus või deliirium. Nende kliinilised ilmingud pigem meenutavad neid häireid või on nendega identsed, mida ei peeta orgaaniliseks selle spetsiifilises, eespool esitatud tähenduses. Nende käsitlemine siin on seotud hüpoteesiga, et nad on põhjustatud otseselt peaju haigusest või talitluse häirest, mitte aga juhuslikust seosest sellise haiguse või düsfunktsiooniga või psühholoogilise reaktsiooniga tema sümptomitele, nagu skisofreeniasarnased häired kauakestnud epilepsia puhul.

Otsus klassifitseerida kliinilist sündroomi põhineb alljärgneval:

- (a) peajuhaiguse, -kahjustuse või -talitluse häire või süsteemse somaatilise haiguse olemasolu, mida teatakse olevat seotud ühega esitatavatest sündroomidest;
 - (b) ajaline seos (nädalad või mõni kuu) põhihaiguse ja psüühikahäire sündroomi alguse vahel;
 - (c) psüühikahäire paranemine järgneb põhjustava haiguse taandumisele või paranemisele;
 - (d) andmete puudumine psüühikahäire muude võimalike põhjuste kohta (nagu märkimisväärne pärilik koormatus perekonnaanamneesis või eelnev stress).
- (a) ja (b) tingimuse olemasolu võimaldab esialgse diagnoosi püstitamist, kõigi nelja tingimuse korral tõuseb diagnoosi põhjendatus märgatavalt.

Alljärgnevalt esitatakse tingimused, mille puhul suureneb siin klassifitseeritud sündroomide tekkimiseks risk: epilepsia; limbiline entsefaliit; Huntingtoni tõbi; peatrauma; peaajukasvaja; ekstrakraniaalne kasvaja kaudsete kesknärvisüsteemi nähtudega (eriti kõhunäärmevähk); vaskulaarne tserebraalne haigus, kahjustus või vääramisrõhk; *lupus erythematosus* või teised kollageenhaigused; endokriinne haigestumine (eriti hüpo- või hüpertüreoidism, Cushingi tõbi); ainevahetushäired (hüpo-glükeemia, porfüüria, hüpoksia); troopilised infektsioonid ja parasitaarsed haigused (nt. trüpanosomiaas); mittepsühhootroopsete ainete toksiline toime (propranolool, l-DOPA, metüüldopa, steroidpreparaadid, hüpertooniavastased vahendid, malaariavastased vahendid).

Ei sisalda: psüühikahäired deliiriumiga (F05.-);
dementsus, klassifitseeritud F00-F03 all.

F06.0 Orgaaniline hallutsinooos

See on häire püsivate või korduvate hallutsinatsioonidega, tavaliselt visuaalsete või akustilistega, mis esinevad selge teadvuse foonil ja mida haige ise ei pea haiguseks. Hallutsinatsioonide luululine töötlus on võimalik, sageli on taiplikkus säilinud.

Diagnostilised juhised

Peale F06 sissejuhatuses esitatud üldiste kriteeriumide peavad avalduma ükskõik millise modaalsusega püsivad või korduvad hallutsinatsioonid; teadvus ei ole hägunenud; ei ole märgatavaid intellektihälbeid; ei domineeri meeoleuluhäired; ei domineeri luulumõtted.

Sisaldab: nahanugiliste luul (*Dermatozoenwahn*);
orgaaniline hallutsinatoorne seisund
(mittealkohoolne).

Ei sisalda: alkoholhallutsinooos (F10.52);
skisofreenia (F20.-).

F06.1 Orgaaniline katatoonia

Alanenud (stuupor) või tõusnud (rahusus) psühhomotoorne aktiivsus koos katatoonsete sümptomitega. Psühhomotoorsete häirete äärmised variandid võivad vahelduda. Ei ole teada, kas katatoonsete häirete kogu skaala, mida on kirjeldatud skisofreenia puhul, võib esineda niisuguste orgaaniliste

seisundite korral. Samuti ei ole lõplikult kindel, kas orgaaniline katatoonne seisund avaldub selge teadvuse foonil või on alati deliiriumi avalduseks koos järgneva osalise või täieliku amneesiaga. See nõuab diagnoosi panekul ettevaatust ja nende seisundite hoolikat eristamist deliiriumist. Entsefaliit ja vingugaasimürgitus on selle sündroomiga oletatavalt sagedamini seotud kui teised orgaanilised põhjused.

Diagnostilised juhised

Peavad olema sissejuhatuses (F06) esitatud eeldatava orgaanilise etioloogia üldised kriteeriumid. Peale nende peavad esinema kas:

- (a) stuupor (spontaanse aktiivsuse vähenemine või täielik puudumine koos osalise või täieliku mutismi, negativismi ja rigiidsete poosidega);
- (b) rahutus (tunduv hüperaktiivsus koos või ilma agressiivsustendentsita);
- (c) mõlemad (ootamatud järsud üleminekud hüpoaktiivsusest hüperaktiivsusele).

Teised diagnoosi põhjendatust tõstvad katatoonsed nähud: stereotüüpiad, vahajas paindlikkus ja impulsiivsed teod.

Ei sisalda: katatoonne skisofreenia (F20.2);
dissotsiatiivne stuupor (F44.2);
TTta stuupor (R40.1).

F06.2 Orgaaniline luululine psüühhoos

Häire, mille puhul kliinilises pildis domineerivad pidevad või korduvad luulumõtted. Nendega võivad kaasneda hallutsinatsioonid, mis ei ole piiratud luulumõtete sisuga. Skisofreeniale omaseid nähte, nagu kummalise sisuga luulumõtted, hallutsinatsioonid ja mõttekäigu vormilised häired, võib samuti ette tulla.

Diagnostilised juhised

Peavad esinema sissejuhatuses esitatud üldised kriteeriumid orgaanilise etioloogia kohta. Peale nende peavad avalduma luulumõtted (persekutoorsed, keha muutustest, kiivusmõtted, mõtted haige enda või kellegi teise haigusest või surmast). Teadvus ja mälu pole häiritud. Seda diagnoosi ei saa panna, kui eeldatav orgaaniline põhjus on mittespetsiifiline või piirdub sellise

leiuga nagu laienenud ajuvatsakesed (nähtavad aksiaalses kompuutertomograafias) või nõrgad neuroloogilised nähud.

Sisaldab: paranoilised ja paranoilis-hallutsinatoorsed orgaanilised seisundid; skisofreeniaaoline psüühhoos epilepsia puhul.

Ei sisalda: äge psüühootiline episood (F23.-); psüühootilised häired psüühhoaktiivsete ainete kasutamisest (F1x.5); püsiv luululine häire (F22.-); skisofreenia (F20.-).

F06.3 Orgaanilised meeleoluhäired

Häired, mis puhul ilmnevad meeleolu või afektide muutused, tavaliselt kaasnevad ka üldise aktiivsuse muutused. Ainukeseks nende orgaaniliste häirete peatükis käsitlemise kriteeriumiks on nende otsene seos tserebraalsete või teiste somaatiliste häiretega, mille olemasolu võib olla kas iseseisvalt fikseeritud (nt. vastavate somaatiliste ja laboratoorsete uuringute abil) või oletatud adekvaatsete anamnestiliste andmete põhjal. Meeleoluhäire peab järgnema orgaanilisele faktorile ja seda ei tohi hinnata kui emotsionaalset reaktsiooni teadmisele, et inimesel on peaaukahjustus, või selle sümptomitele. Infektsioonijärgne depressioon (nt. gripijärgne) on üldine näide ja see kodeeritakse siin. Püsiv kerge eufooria, mis ei ulatu hüpomaniani (mida vahel võib täheldada, nt. seoses antidepressantide või steroidraviga), ei tule kodeerida siin, vaid F06.8 all.

Diagnostilised juhised

Peale üldiste orgaanilise etioloogia diagnoosimise kriteeriumide, mis on esitatud F06 sissejuhatuses eespool, peab seisund vastama mõne F30-F33 all esitatud häire kriteeriumidele.

Ei sisalda: mitteorgaanilised või täpsustamata meeleoluhäired (F30-F39); parema poolkera afektiivne häire (F07.8).

Kliinilise häire täpsustamiseks saab kasutada alljärgnevat viiendat koodinumbrit:

F06.30 Orgaaniline mania

F06.31 Orgaaniline bipolaarne häire

F06.32 Orgaaniline depressioon

F06.33 Orgaaniline segatüüpi meeleoluhäire

F06.4 Orgaaniline ärevus

Häire, mis puhul ilmnevad *generaliseerunud ärevushäire* (F41.1), *paanikahäire* (F41.0) või mõlema kombinatsiooni tunnused, mis on tekkinud peaaegu talitluse häiret põhjustanud orgaanilise kahjustuse tagajärjena (nt. *temporaalepilepsia*, *türeetoksikoos* või *feokromatotsütoom*).

Ei sisalda: mitteorgaanilised või täpsustamata ärevusseisundid (F41.-).

F06.5 Orgaaniline dissotsiatiivne häire

Häire, mille puhul on täidetud F44.- häiretest ühe, nimelt dissotsiatiivse häire vajalikud tingimused koos orgaanilise etioloogia üldiste kriteeriumidega (nagu on kirjeldatud F0 sissejuhatuses).

Ei sisalda: mitteorgaanilised või täpsustamata dissotsiatiivsed häired (F44.-).

F06.6 Orgaaniline asteenia

Häire, millele on iseloomulik tunduv ja püsiv emotsionaalne inkontinents või labiilsus, väsitatavus või mitmesugused ebameeldivad somaatilised aistingud (nt. peapööritus) ja valud, mis on põhjustatud orgaanilisest häirest. Seda häiret peetakse sagedamini tserebrovaskulaarhaiguse või hüpertooniaga seotuks kui teiste puhul ilmnevaks.

Ei sisalda: mitteorgaanilised või täpsustamata somatoformsed häired (F45.-).

F06.7 Kerge orgaaniline tunnetushäire (e. kognitiivne häire)

See häire võib eelneka, kaasneka või järgneka väga paljudele infektsioonidele ja somaatilistele haigustele, nii tserebraalsetele kui süsteemsetele (kaasa arvatud HIV). Otseka neuroloogilised avaldused peaaegu hõivatusest ei pea tingimata esinema, kuid raskusi ja takistusi tavapärase tegevuse puhul võib ette tulla. Kui

häire on seotud somaatilise haigusega, millest haige paraneb, ei kesta kerge tunnetushäire kauem kui mõned nädalad pärast seda. Seda diagnoosi saab panna ainult seoses täpselt fikseeritud somaatilise häirega ega saa rakendada, kui avalduvad vaimsed või käitumishäired, mis on klassifitseeritud käesoleva klassifikatsiooni teistes peatükkides.

Diagnostilised juhised

Põhilised häired seisnevad mälu halvenemises ja unustamises, omandamise raskustes ja võime vähenemises koondada tähelepanu ülesannetele pikemalt kui ainult lühikeseks ajavahemikuks. Uue materjali omandamine on subjektiivselt raskendatud. Objektiivselt on testide sooritamine tavaliselt häiritud. Ükski nimetatud sümptomitest pole nii raskekujuline, et saaks püstitada dementsuse (F00-F03), orgaanilise amnestilise sündroomi (F04) või deliiriumi (F05.-) diagnoosi.

Diferentsiaaldiagnoos. Seda tuleb eristada entsefaliidijärgsest sündroomist (F07.1) ja traumajärgse ajukahjustuse sündroomist (F07.2) teistsuguse etioloogia, üldiselt tagasihoidlikumate sümptomite ja lühema kestuse alusel.

F06.8 Muud täpsustatud orgaanilised psüühikahäired

Näiteks ebanormaalsed meeleoluseisundid, mis tekivad steroid- või antidepressantravi käigus.

Sisaldab: TTta epileptiline psühhoos.

F06.9 Täpsustamata orgaaniline psüühikahäire

F07 Isiksus- ja käitumishäired ajuhaigusest, -kahjustusest või -düsfunktsioonist

Isiksuse ja käitumise muutus võib olla peajuhaiguse, -kahjustuse või düsfunktsiooni residuaalseks või kaasnevaks nähuks. Mõnikord võib niisuguse residuaalse või kaasuva isiksus- ja käitumissündroomi avaldumine viidata ajukahjustuse tüübile ja/või lokaliseerimisele, kuid selliste diagnostiliste järelduste usaldusväärsust ei tohi üle hinnata. Seepärast tuleb alati otsida spetsiifiliste uurimismeetodite abil etioloogiat, ja kui see on teada, ka ära märkida.

F07.0 Orgaaniline isiksushäire

Sellele häirele on iseloomulik premorbiidse harjumuspärase käitumise tunduv muutus. Kõige sügavamalt hõlmab muutus emotsioonide, vajaduste ja impulsside avaldumist. Tunnetusprotsess võib olla häiritud kas ainult või põhiliselt tegevusplaanide koostamise ja tegevuse isiklike ning ühiskondlike tagajärgede ettenägemise vallas, nagu võib täheldada frontaalsagarasündroomi puhul. Siiski on praeguseks teada, et see sündroom ei avaldu mitte ainult frontaalsagara, vaid ka peaaju teiste piirkondade kahjustuse korral.

Diagnostilised juhised

Lisaks tuvastatud anamneesile või teistele andmetele, mis kinnitavad peaajuhaigust, -kahjustust või -düsfunktsiooni, nõuab kindel diagnoos kahe või rohkema alltoodud tunnuse olemasolu:

- (a) püsivalt on vähenenud eesmärgipärase tegevuse säilitamise võime, eriti kui see tegevus toimub pikemat aega ega paku kohest rahuldust;
- (b) häiritud emotsionaalne käitumine: emotsionaalne labiilsus, pinnapealne ja aluseta lõbusus (euforia, ebakohane naljatlemine) koos kergesti vallanduva üleminekuga ärritavusele või lühiajalistele viha- ja agressiooni-puhangutele; mõnel juhul võib peamiseks avalduseks olla apaatia;
- (c) vajaduste ja impulsside väljendamisel ei arvestata tagajärgi ega sotsiaalseid tavasid (isik võib sooritada asotsiaalseid tegusid, nagu varastamine, ebasobivad seksuaalsuhted, pidurdamatult ablas söömine, isikliku hügieeni nõuete eiramine);
- (d) tunnetushäired kas kahtlustavate või paranoiliste mõtete näol ja/või ülemäärane hõivatus üksikust, tavaliselt abstraktselt teemast (nt. religioon, tõde ja vale);
- (e) kõne kiiruse ja kulu märgatav muutumine, ilmnevad sellised nähud nagu üksikasjalikkus, ülemäärane järelduste tegemine, viskoossus ja hüpergraafia;
- (f) muutunud seksuaalne käitumine (hüposeksuaalsus või seksuaalse objekti valiku vääramine).

Sisaldab: frontaalsagara sündroom;
limbilise epilepsia isiksuse sündroom;

lobotoomia sündroom;
orgaaniline pseudopsühhopaatiline isiksus;
orgaaniline pseudopidurdatud isiksus;
leukotoomijärgne seisund.

Ei sisalda: isiksuse muutus katastroofilisest elamusest (F62.0);
isiksuse muutus psüühilisest haigusest (F62.1);
traumajärgse ajukahjustuse sündroom (F07.2);
entsefaliidijärgne sündroom (F07.1);
spetsiifilised isiksushäired (F60.-) .

F07.1 Entsefaliidijärgne sündroom

Sisaldab residuaalset käitumise muutust, mis ilmneb pärast viiruslikust või bakteriaalsest entsefaliidist paranemist. Sümptomid ei ole spetsiifilised, on indiviiditi erinevad, sõltuvalt nakkuse põhjustajast ja eriti märgatavalt isiku vanusest nakatumise ajal. See sündroom taandub sageli, mis on ka põhiline erinevus orgaanilisest isiksushäirest.

Diagnostilised juhised

Kliinilised avaldused võivad sisaldada üldist halba enesetunnet, apaatiat või ärritavust, tunnetusprotsesside mõningast häirumist (omandamisraskus), une ja isu muutusi, seksuaalsuse muutumist ja sotsiaalse otsustusvõime vähenemist. Võib ilmned ka mitmesuguseid neuroloogilisi residuaalnähte, nagu halvatust, kurtust, afaasiat, konstruktiivset apraksiat, akalkuuliat.

Ei sisalda: orgaaniline isiksushäire (F07.0)

F07.2 Traumajärgse ajukahjustuse sündroom

See sündroom tekib pärast peatraumat (harilikult küllalt raske, et põhjustada teadvuse kaotust) ja sisaldab mitmesuguseid sümptomeid, nagu peavalud, peapööritus (tavaliselt puuduvad tõelise peapöörituse nähud), väsitavus, ärritavus, kontsentratsioonivõime ja vaimsete ülesannete sooritamise raskused, mälu nõrgenemine, unehäired, alanenud tolerants stressi, emotsionaalsete ärrituste või alkoholi suhtes. Nende sümptomitega võivad kaasned depressioon või hirm enesehinnangu mõningase languse tõttu ja püsiva ajukahjustuse kartus. Sellised tunded süvendavad algseid sümptomeid ja

põhjustavad suletud ringi fenomeni. Mõned haiged muutuvad hüpohondriliseks, suunates tähelepanu diagnoosile ja ravile ning kohanedes haige rolliga. Nende sümptomite põhjused pole alati selged, nende kujunemises etendavad osa nii orgaanilised kui psüüholoogilised tegurid. Nende juhtude nosoloogiline seisund on samuti mõneti ebaselge. Kahtlemata on see sündroom aga laialt levinud ja haigele piinav.

Diagnostilised juhised

Kindla diagnoosi panekuks peab avalduma vähemalt kolm eespool loetletud nähtu. Hoolikas uurimine laboratooriumi- aparatuuriga (elektroentsefalograafia, ajutüve provotseeritud potentsiaalid, röntgenülesvõte, okulonüstagmograafia) võib anda olemasolevatele sümptomitele objektiivse aluse, kuid sageli on nende uuringute tulemused negatiivsed. Kaebused pole ilmingimata seotud kompensatsioonimotiividega.

Sisaldab: kontusioonijärgne sündroom (entsefalopaatia); traumajärgne mittepsüühootiline ajusündroom.

F07.8 Muud isiksus- ja käitumishäired

Peaajuhaigus, -kahjustus või düsfunktsioon võib põhjustada mitmesuguseid tunnetusprotsesside, tundeelu-, isiksus- ja käitumishäireid ja mitte kõik need pole esitatud eelnevates jaotustes. Kuna siin katseliselt esitatavate sündroomide nosoloogiline kuuluvus on ebaselge, tuleb neid kodeerida kui "teised". Viimat numbrit võib kasutada, et vajadusel määratleda oletatavaid üksikkategooriaid, nagu järgmised.

Parema poolkera orgaaniline afektiivne häire (parema poolkera häirega isikute muutunud võime väljendada või mõista tundeid). Kuigi patsient võib pealiskaudsel vaatlusel näida depressiivsena, depressiooni tavaliselt ei ole, vaid see on emotsionaalse tuimenemise väljenduseks.

Samuti kodeeritakse siin:

- (a) kõik teised täpsustatud, kuid eeldatavalt isiksuse või käitumise muutuste sündroomid, mis on tingitud peaajuhaigusest, -kahjustusest või -talitluse häirest ja mida pole esitatud F07.0-F07.2 all;
- (b) tunnetusprotsesside nõrga halvenemise juhud, mida ei saa liigitada dementsuse alla progresseeruvate psüühikahäirete korral, selliste nagu Alzheimeri tõbi, Parkinsoni tõbi jt.

Diagnoosi tuleb muuta, kui esinevad dementsuse kriteeriumid.

Ei sisalda: deliirium (F05.-).

F07.9 Täpsustamata isiksus- ja käitumishäire

Sisaldab: orgaaniline psühhosündroom.

F09 Täpsustamata orgaaniline - k.a. sümptomaatiline - psüühikahäire

Sisaldab: TTta orgaaniline psühhoos;
TTta sümptomaatiline psühhoos.

Ei sisalda: TTta psühhoos (F29).

F10-F19

PSÜHHOAKTIIVSETE AINETE TARVITAMISEST TINGITUD PSÜÜHIKA- JA KÄITUMISHÄIRED

Sissejuhatus

Käesolevas peatükis käsitletakse mitmesuguse raskusastmega laia häirete gruppi (tüsistusteta intoksikatsioonist ja aine kuritarvitamisest kuni selgete psühhootiliste häirete ja dementsuseni), mis on seostatavad ühe või mitme psühhoaktiivse aine tarvitamisega. Nendeks aineteks võivad olla ka arsti ordineeritud ravimid.

Koodi teine ja kolmas sümbol (s.o. kaks esimest numbrit F järel) tähistavad tarvitatavat ainet, neljas ja viies kliinilist seisundit. Ruumi kokkuhoiu mõttes järgneb psühhoaktiivset ainet tähistavale kombinatsioonile neljas koodinumber, mida tuleb kasutada spetsiifiliselt igale ainele. Siinjuures tuleb silmas pidada seda, et kõik neljanda koodinumbriga tähistatud seisundid ei sobi kõigile ainetele.

F10.- Alkoholi tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired

F11.- Opioidide tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired

F12.- Kannabinoidide tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired

F13.- Rahustite või uinutite tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired

F14.- Kokaiini tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired

F15.- Muude stimulaatorite (k.a. kofeiin) tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired

F16.- Hallutsinogeenide tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired

F17.- Tubaka tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired

F18.- Lenduvate lahustite tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired

F19.- Mitmete või muude psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired

Diagnostilised juhised

Tarvitatava aine kindlaksmääramine võib põhineda anamneesil, keha vedelike ja eritiste (uriin, veri jne.) objektiivsel analüüsil, muudel tõenditel (aine leidmine patsiendilt, kliiniline sümptomaatika, kolmandatelt isikutelt saadud informatsioon). Alati on soovitatav hankida aine tarvitamise kohta tõendeid rohkem kui ühest allikast.

Veenvaimat tõestusmaterjali aine jätkuva või hiljutise tarvitamise kohta saab objektiivsetest analüüsides, kuigi ka nende võimalused on piiratud, eriti mis puudutab tarvitamise kestust ja iseloomu.

Paljud tarvitajad kasutavad sageli mitut tüüpi aineid. Vaatamata sellele tuleb diagnoosimisel lähtuda, kui see on vähegi võimalik, olulisimast või ühest tarvitatavast ainest (ainete rühmast). Tavaliselt viidatakse ainele või aine tüübile hetkel avalduva häire alusel. Kõhkluse korral võib aine või ainete rühma liigitada ainete hulka, mida enim kuritarvitatakse, eriti siis, kui kõne all on pidev või igapäevane tarvitamine.

Ainult juhtudel, kui ainet tarvitatakse täiesti kaootiliselt või kui on segatud erisugused ained, peaks kasutama koodi F19.- (häired mitmete või muude psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest).

Teiste, s.t. mittepsühhoaktiivsete ainete (lahtistid, aspiriin jne.) väärtarvitamist tuleks tähistada koodiga F55.-: sõltuvust mittepõhjustavate ainete kuritarvitamine, kusjuures neljanda ühikuga tuleks ära näidata tarvitatava aine rühm.

Kui psüühikahäired (eeskätt deliirium vanuritel) on põhjustatud psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest, kuid ilma käesolevas peatükis mainitud häireteta (nt. kuritarvitamine või sõltuvussündroom), tuleks kasutada koodi F00-F09. Kui deliirium tekib pärast käesolevas peatükis mainitud häiret, tuleks kasutada koodi F1x.3 või F1x.4.

Alkoholi osatähtsuse märkimiseks võib kasutada täiendavat koodi RHK-10 XX peatükist Y90.- (vere alkoholisisalduse alusel tõestatud alkoholi tarvitamine) või Y91.- (intoksikatsiooni alusel tõestatud alkoholi tarvitamine).

F1x.0 Äge intoksikatsioon

Mööduv seisund, mis järgneb alkoholi või muu aine manustamisele ja avaldub häiritud või muutunud somaatilistes, psühholoogilistes või käitumuslikes funktsioonides ja reaktsioonides.

See diagnoos on põhidiagnoos juhul, kui intoksikatsioon tekib ilma eelneva alkoholi või muu aine pideva tarvitamiseta. Vastasel juhul tuleb eelistada diagnoose kuritarvitamine (F1x.1), sõltuvus (F1x.2) või psühhootiline häire (F1x.5).

Diagnostilised juhised

Äge intoksikatsioon on tavaliselt seotud annuse suurusega (vt. RHK-10 peatükk XX). Erandiks võivad olla teatud orgaanilise seisundiga (nt. neeru- või maksapuudulikkus) isikud, kellel isegi väike aine kogus võib põhjustada düsproportsionaalselt raskekujulise intoksikatsiooni. Samuti tuleb arvestada sotsiaalsest kontekstist tingitud düsinhibitsiooni (nt. käitumuslik düsinhibitsioon pidudel, karnevalidel jne.). Äge intoksikatsioon on mööduv nähtus. Intoksikatsiooni intensiivsus väheneb aja jooksul ning nähud kaovad mõne aja pärast, kui aine manustamist ei jätkata. Seetõttu on taastumine täielik (v.a. kudede kahjustuse või muude komplikatsioonide korral). Intoksikatsiooni sümptomid ei peegelda alati aine primaarset toimet, näiteks depressandid võivad põhjustada agiteeritust ja hüperaktiivsust ning stimulandid sotsiaalset eemaldumist ja introvertset käitumist. Kannabinoidide ja hallutsinogeenide toime on sageli ettearvamatu.

Mitme aine puhul avaldub toime erisuguste annuste korral eri moodi. Näiteks alkohol põhjustab madalate annuste korral peamiselt käitumist stimuleerivat toimet, kuid annuse tõustes võib ilmnedagi agiteeritus ja agressiivsus ning eriti kõrgete annuste korral ilmneb tugev sedatiivne toime.

Sisaldab: äge joove alkoholismi korral ;
"halb retk" hallutsinogeenide tarvitamise korral
("bad trip");
täpsustamata joove.

Diferentsiaaldiagnoos. Tuleb mõelda peatraumale ja hüpooglükeemiale. Samuti tuleb silmas pidada mitme aine tarvitamisest tingitud intoksikatsiooni.

Järgnevate viiendate koodinumbrite abil võib osutada ägeda intoksikatsiooniga kaasnevatele võimalikele tüsistustele.

F1x.00 Tüsistusteta

Sümptomite raskusaste sõltub annusest, eeskätt suurte annuste korral.

F1x.01 Trauma või muu kehavigastusega

F1x.02 Muu meditsiinilise tüsistusega

Nt. veriokse, oksemasside sattumine hingamisteedesse jne.

F1x.03 Deliiriumiga

F1x.04 Tajumishäiretega

F1x.05 Koomaga

F1x.06 Krampidega

F1x.07 Patoloogiline intoksikatsioon

Kasutatakse ainult seoses alkoholiga. S.o. agressiivne ja sageli vägivaldse iseloomuga käitumine, mis ei ole isikule kaine peaga omane ja mis vallandub kiiresti pärast alkoholi manustamist kogustes, mis enamikul inimestel ei põhjusta intoksikatsiooni.

F1x.1 Kuritarvitamine

Tarvitamise viis, mis kahjustab tervist. Kahjustus võib olla somaatiline (nt. hepatiit, mis on tingitud ainete enesele manustamisest süstetena) või psüühiline (nt. suurest joomisest tingitud episoodilised depressiivsed häired).

Diagnostilised juhised

Diagnoosi püstitamiseks on obligatoorne tarvitaja poolt enesele tekitatud somaatiline või psüühiline kahjustus. Aine kuritarvitamist kritiseerivad sageli teised inimesed ning seda seostatakse sageli mitmesuguste väärastunud ühiskondlike tõekspidamistega. Fakt, et konkreetse aine tarvitamise viis on teiste inimeste või kultuuri poolt taunitav või on toonud endaga kaasa ühiskondlikult negatiivseid tagajärgi, nagu arest või abielulahutus, ei ole kuritarvitamise tõestuseks.

Äge intoksikatsioon (vt. F1x.0) või abstinents ei tähenda iseenesest veel sellist tervisekahjustust, et selle alusel diagnoosida kuritarvitamist.

Kuritarvitamist ei saa diagnoosida, kui esineb sõltuvus (F1x.2), psühhootiline häire (F1x.5) või mõni muu alkoholi või mõne teise aine tarvitamisest põhjustatud häire.

F1x.2 Sõltuvus

Somaatiliste, käitumuslike ja kognitiivsete avalduste kompleks, mille korral aine või ainete tarvitamine saavutab haige käitumises prioriteedi käitumisavalduste suhtes, mis on kunagi olnud suurema väärtusega. Sõltuvussündroomi olulisim iseloomujoon on **tung** (sageli tugev, vastupandamatu) psühhoaktiivset ainet (mis võib, aga ei pruugi olla arsti poolt ordineeritud), alkoholi või tubakat tarvitada. Võib juhtuda, et tagasipöördumisel aine tarvitamise juurde pärast kainusperioodi kujunevad sõltuvussündroomi nähud kiiremini kui mittesõltuvatel isikutel.

Diagnostilised juhised

Sõltuvust võib kindlalt diagnoosida juhul, kui mingil ajahetkel eelneva aasta jooksul on esinenud kolm või enam järgmist sümptomit:

- (a) tugev tung või sundmõte tarvitada ainet;
- (b) võimetus kontrollida aine tarvitamisel käitumist, tarvitamise kestust ja aine hulka;
- (c) aine tarvitamise lõpetamisel või vähendamisel tekkinud võõrutusseisund (vt. F1x.3 ja F1x.4), mille tõestuseks on ainele iseloomulik võõrutussündroom; või aine tarvitamine, et leevendada või ära hoida võõrutussümptomaatikat;
- (d) tolerantsuse teke, mis väljendub selles, et aine esialgse toime saavutamiseks tuleb tarvitatava aine annust tõsta. Ilmekas on näide alkohol- ja opiaatsõltuvatest isikutest, kes tarvitavad selliseid ööpäevaannuseid, mis on piisavad mittetolerantsete tarvitajate invaliidistamiseks või surmamiseks;
- (e) vaba aja veetmise teiste võimaluste ja huvide progresseeruv taandumine aine tarvitamise ees, suurenenud on ajahulk, mis kulub aine hankimisele, tarvitamisele ja toimest toibumisele;

- (f) aine tarvitamise jätkamine vaatamata ilmsetele kahjustavatele tagajärgedele, nagu maksakahjustus massiivse joomise tagajärjel, intensiivsele aine tarvitamise perioodile järgnevad depressiivsed episoodid, kognitiivsete funktsioonide häirumine. Tavaliselt ei ole kerge selgitada, millisel määral on isik teadlik kahjustuse iseloomust või ulatusest.

Iseloomulik on ka aine tarvitamise mooduste kitsenemine (nt. tendents tarvitada ainet ühtmoodi nädalalõppudel ja äripäevadel, vaatamata väljakujunenud sotsiaalsetele alkoholi tarvitamisega seotud tõekspidamistele).

Sõltuvussündroomi tähtsaimaks omaduseks on psühhoaktiivse aine tarvitamine või tung ainet tarvitada. Aine tarvitamisvajaduse subjektiivne teadvustamine ilmneb eelkõige seoses püüdlustega lõpetada või kontrollida aine tarvitamist. See diagnostiline tähelepanek välistab näiteks kirurgilised haiged, kellele on valu vaigistamiseks ordineeritud opiaate ning kellel võivad avalduda opiaatide võõrutusnähud, kuid kellel sellele vaatamata ei teki tungi aine tarvitamist jätkata.

Sõltuvussündroom võib esineda mingi kindla aine suhtes (nt. tubakas või diasepaam), mingi ainete rühma suhtes (nt. opiaadid), või mitmesuguste ainete suhtes (nt. isikud, kellel esineb tung regulaarselt tarvitada mistahes saadaolevaid aineid ja kellel ilmnevad distress, agiteeritus ja/või sõltuvuse kehalised avaldused kainusperioodil).

Sisaldab: krooniline alkoholism;
dipsomaania;
ravimsõltuvus;
toksikomaania;
narkomaania.

Sõltuvusseisundi diagnoosi võib täpsustada järgmiste viiendate koodinumbritega:

F1x.20 Käesolevalt kaine

F1x.21 Käesolevalt kaine, kontrollitud keskkonnas
(nt. haiglas, ravikeskkonnas, vanglas jne.)

F1x.22 Käesolevalt meditsiinilisel järelevalvel või asendusravil (kontrollitav sõltuvus)

(nt. metadoon, nikotiinnärimiskumm või *nicotine patch*)

F1x.23 Käesolevalt kaine, ravi aversiivse või blokeeriva vahendiga

(nt. naltreksoon või disulfiraam)

F1x.24 Käesolevalt tarvitab ainet

F1x.25 Aine pidev tarvitamine

F1x.26 Aine episoodiline tarvitamine

F1x.3 Võõrutusseisund

Võõrutusseisund on mitmesuguse raskusastmega sümptomite kogum, mis tekib aine absoluutsel või suhtelisel ärajätmisel juhul, kui ainet on tarvitatud regulaarselt ja tavaliselt kaua ja/või suurtes annustes. Võõrutusseisundi kujunemine ja kulg on ajaliselt piiratud ja sõltub vahetult enne abstinentsi tarvitatud aine tüübist ja kogusest. Võõrutusseisund võib olla tüsistunud krampidega.

Diagnostilised juhised

Võõrutusseisund on üks sõltuvuse indikaatoreid (vt. F1x.2), mida tuleb sõltuvussündroomi korral arvestada.

Võõrutusseisund tuleb panna peadiagnoosiks juhul, kui see on arsti poole pöördumise põhjuseks ja raskuse tõttu nõuab iseenesest meditsiinilist tähelepanu.

Somaatilised sümptomid sõltuvad kasutatavast aineist. Psüühilised häired (nt. ärevus, depressioon ja unehäired) on võõrutusseisundi tavalised nähud. Tüüpiline on, et patsiendi sõnul leevendab aine edasine tarvitamine võõrutusnähte. Tuleb silmas pidada, et võõrutusseisund võib olla indutseeritud ka tingitud reflekside poolt ilma vahetu eelneva aine tarvitamiseta. Sellistel juhtudel võib diagnoosi püstitada sõltuvusseisundi raskuse alusel.

Diferentsiaaldiagnoos. Paljud võõrutusseisundile omased sümptomid avalduvad ka muude psüühikahäirete korral, nt. ärevus- ja depressiivsed seisundid. Muudest põhjustest tingitud lihtsat pohmelust või treemorit ei tuleks võõrutusnähtudega segamini ajada.

Võõrutusseisundi diagnoosi võib edasi täpsustada, kasutades viendat koodinumbrit:

F1x.30 Tüsistusteta

F1x.31 Krampidega

F1x.4 Võõrutusseisund deliiriumiga

See on seisund, mil võõrutusnähud (vt. F1x.3) on tüsistunud deliiriumiga (kriteeriumid vt. F05.-).

Siin kodeeritakse alkoholist põhjustatud *delirium tremens*: lühiajaline, kuid mõnikord eluohtlik toksiline segasusseisund koos somaatiliste häiretega. See on tavaliselt alkoholi absoluutse või suhtelise ärajääma tagajärg inimestel, kellel on kujunenud raske sõltuvus pikaajalise tarvitamise foonil. *Delirium tremens* algab pärast alkoholi kasutamise katkemist. Mõnedel juhtudel kujuneb *delirium tremens* ka alkoholi intensiivse tarvitamise ajal ning ka sel juhul tuleb kodeerida siia.

Tüüpilisteks prodromaalsümptomiteks on insomnia, treemor ja hirm. Enne puhkemist võivad ilmneda võõrutusseisundile iseloomulikud krambid. Klassikaline sümptomite triaad on teadvuse hägunemine ja segasus, elavad hallutsinatsioonid ja illusioonid, mis võivad pärineda kõikidest meelegeorganitest, ning silmatorkav treemor. Sageli esinevad ka luulumõtted, agiteeritus, insomnia, une-ärkveloleku rütmihäired ja vegetatiivse närvisüsteemi hüperaktiivsus.

Ei sisalda: deliirium (v.a. alkoholist või ravimitest) (F05.-)

Deliiriumiga võõrutusseisundi diagnoosi võib täpsustada viienda koodinumbriaga:

F1x.40 Krampideta

F1x.41 Krampidega

F1x.5 Psühhootiline häire

Häire, mis tekib tavaliselt aine tarvitamise ajal või vahetult selle järel ning millele on iseloomulikud elavad hallutsinatsioonid (tüüpiliselt kuulmishallutsinatsioonid, kuid sageli enamas kui ühes meelegeorganis), identifitseerimishäired, luulumõtted (sageli paranoilised), psühhomotoorsed häired (rahusus või stuupor), patoloogiline afekt, mis võib ulatuda intensiivsest hirmust ekstaasini. Teadvus on üldiselt selge, kuid kohati võib olla kergelt

hägunenud ja sellega ei kaasne rasket segasusseisundit. Tavaliselt taanduvad sümptomid osaliselt ühe kuu ja täielikult kuue kuu jooksul.

Diagnostilised juhised

Psühhootiline häire, mis tekib aine tarvitamise ajal või vahetult pärast seda (48 tunni jooksul), kuid mis ei ole deliiriumiga tuisistunud võõrutusseisundi manifesteerumine (vt. F1x.4) või nn. hilise tekkega psühhootiline häire (algus üle 2 nädala pärast aine tarvitamist, F1x.75).

Ainete põhjustatud psühhootilised häired võivad olla väga kirju sümptomaatikaga. Variatsioone mõjustab tarvitatav aine ja tarvitaja isiksus. Psühhostimulaatorite (nagu kokaiin ja amfetamiin) tarvitamisest tingitud psühhootilised häired on tihedalt seotud suurte annustega ja/või pikaajalise tarvitamisega.

Psühhootilise häire diagnoosi ei tuleks püstitada peaaesjalikult tajumishäiretele ja hallutsinatsioonidele tuginedes, juhul kui tarvitatavad ained on hallutsinogeensed (nt. lüsergiid (LSD), meskaliin, kannabis suurtes annustes). Sellistel juhtudel ja ka segasusseisundite korral tuleks arvestada ka ägeda intoksikatsiooni võimalust (F1x.0).

Eriti tähelepanelik peaks olema, et mitte diagnoosida raskemat psüühikahäiret (nt. skisofreenia), kui tegemist on aimest tingitud psühhoosiga. Paljud aimest tingitud psühhootilised seisundid on lühiajalised juhul, kui aine tarvitamine lõpetatakse (nt. amfetamiini- ja kokaiinipsühhooside korral). Sellistel juhtudel võib vale diagnoos olla murettekitav ja kulukas nii patsiendile kui ka meditsiinisüsteemile.

Sisaldab: alkohoolne hallutsinosis;
alkohoolne armukadedus;
alkoholparanoid;
TTta alkoholpsühhoos.

Diferentsiaaldiagnoos. Tuleb arvestada muu psüühikahäire võimalikkust, mis aine toimel süveneb või ägeneb (nt. skisofreenia (F20.-), meeoluhäire (F30-F39), paranoiline või skisoidne isiksus (F60.0, F60.1) jne.). Sellistel juhtudel on aimest tingitud psühhootilise seisundi diagnoos kohatu.

Psühhootilise seisundi diagnoosi võib täpsustada viienda koodinumbriga:

F1x.50 Skisofreeniataoline

F1x.51 Valdavalt luulumõtetega

F1x.52 Valdavalt hallutsinatsioonidega

F1x.53 Polümorfne

F1x.54 Valdavalt depressiivne

F1x.55 Valdavalt maniakaalne

F1x.56 Segatüüpi

F1x.6 Amnestiline sündroom

Amnestilise sündroomi korral on juhtiv krooniline lühimälu häire, samuti võib olla häiritud kaugmälu, kusjuures kajamälu on säilinud. Tavaliselt on häiritud ajataju ja sündmuste õige järjekorra meenutamine, samuti võime omandada uut materjali. Võib, aga ei pruugi esineda konfabulatsioone. Teised kognitiivsed funktsioonid on suhteliselt hästi säilinud ning amnestilised häired on teiste häiretega võrreldes tunduvalt rohkem väljendunud.

Diagnostilised juhised

Alkoholist ja muudest ainetest põhjustatud amnestiline sündroom peab vastama orgaanilise amnestilise sündroomi (vt. F04) üldistele kriteeriumidele. Diagnoosi esmasteks nõueteks on:

- (a) valdavalt lühimälu häiretes avalduvad mäluhäired (uue materjali omandamine), ajataju häired (muutused sündmuste ajalises järjestuses, korduvate nähtuste vaatlemine ühena jne.);
- (b) fiksatsioonihäirete puudumine, üldiste tunnetusprotsessi ja teadvusseisundi häirete puudumine;
- (c) alkoholi või ainete tarvitamine (eeskätt suurtes annustes) on tõestatud anamnestiliste või objektiivsete andmetega.

Võib ette tulla ka isiksusemuutusi, sageli huvide kadumine ja initsiatiivitus, ka enese hooletusse jätmine, kuid need ei ole diagnoosiks obligatoorsed.

Võib täheldada ka konfabulatsioone, kuid need ei ole diagnoosi puhul obligatoorsed.

Sisaldab: alkoholist ja muudest psühhoaktiivsetest ainetest põhjustatud Korsakovi psühhoos või sündroom.

Diferentsiaaldiagnoosis tuleb arvestada orgaanilist amnestilist sündroomi (mittealkohoolne) (vt. F04) ja teisi orgaanilisi sündroome, millega kaasnevad märkimisväärsed mäluhäired (nt. dementsus või deliirium) (F00-F03; F05.-); depressiivsed häired (F31-F33).

F1x.7 Residuaalne või hiline psüühikahäire

Häire, mille korral alkoholist või muudest psühhoaktiivsetest ainetest tingitud kognitiivsed, afektiivsed, isiksuse või käitumise muutused esinevad pärast perioodi, mille vältel saaks eeldada otsest psühhoaktiivse aine toimet.

Diagnostilised juhised

Sümptomaatika teke on seotud otseselt alkoholi või psühhoaktiivse aine tarvitamisega. Juhud, mil hiline teke ilmneb pärast aine tarvitamise episoodi, võib kodeerida siia tingimusel, kui seisundit saab käsitleda tõepäraselt aine tarvitamisest tingitud residuaalefektina. Häire peaks näitama normaalse või eelneva seisundi märgatavat halvenemist.

Häire võib avalduda pärast mitmesuguse pikkusega perioodi, mille vältel saaks eeldada otsest psühhoaktiivse aine toimet (vt. F1x.0, äge intoksikatsioon). Alkoholist või psühhoaktiivsetest ainetest põhjustatud dementsus ei ole alati pöördumatu; pärast pikemat täieliku kainuse perioodi võivad intellektuaalsed funktsioonid ja mälu paraneda.

Häiret tuleb hoolikalt eristada võõrutusseisunditest (vt. F1x.3 ja F1x.4). Tuleb silmas pidada, et mõningatel tingimustel ja mõningate ainete korral võivad võõrutusnähud püsida mitme päeva või mitme nädala vältel pärast aine tarvitamise lõpetamist.

Psühhoaktiivse aine tarvitamisest põhjustatud seisundit, mis püsib pärast aine tarvitamist ja mis vastab psühhoatilise häire diagnoosi kriteeriumidele, ei tuleks siia kodeerida (kasuta F1x.5, psühhootiline häire). Patsiendid, kellel on Korsakovi sündroomi lõppseisund, tuleks kodeerida F1x.6 alla.

Diferentsiaaldiagnoos. Arvestada tuleb: eelnevat psüühikahäiret, mis oli maskeeritud aine tarvitamisega ja mis taasilmnes psühhoaktiivse aine toime kadumisel (nt. foobiline ärevus, depressiivne häire, skisofreenia või skisotüüpne häire). Mälupetete (*Flashbacks*) korral tuleb arvestada ägeda või

mööduva psühhoatilise häire võimalusega (F23.-). Arvestada tuleb ka orgaanilist vigastust ja kerge või keskmise raskusastmega vaimset alaarengut, mis võib esineda koos psühhoaktiivse aine väär tarvitamisega.

Diagnoosi võib täpsustada järgneva viienda koodinumbriga:

F1x.70 Mälupetted (*Flashbacks*)

Neid võib eristada psühhoatilistest häiretest osaliselt nende episoodilise iseloomu, sageli väga lühikese kestuse (sekundid või minutid) ja nende sarnasuse (vahel täpse) poolest eelnevate ainest tingitud kogemustega.

F1x.71 Isiksus- või käitumishäire

Vastab orgaanilise isiksushäire kriteeriumidele (F07.0).

F1x.72 Residuaalne afektiivne häire

Vastab orgaanilise meeleoluhäire kriteeriumidele (F06.3).

F1x.73 Dementsus

Vastab dementsuse üldistele kriteeriumidele, mis on esitatud peatüki F00-F09 sissejuhatuses.

F1x.74 Muu püsiv tunnetuskahjustus

Residuaalne kategooria püsivate kognitiivsete häiretega seisundite jaoks, mis ei vasta psühhoaktiivsetest ainetest tingitud amnestilise sündroomi (F1x.6) või dementsuse (F1x.73) kriteeriumidele.

F1x.75 Hilise tekkega psühhoos

F1x.8 Muud psüühika- või käitumishäired

Siiä võib kodeerida kõik muud häired, mille puhul ainete kasutamine on seisundi otseseks põhjuseks, kuid mis ei vasta ühegi ülaltoodud häire kriteeriumidele.

F1x.9 Täpsustamata psüühika- või käitumishäire

F20 - F29

SKISOFREENIA, SKISOTÜÜPSED JA LUULULISED HÄIRED

Sissejuhatus

Skisofreenia on selle grupi sagedasim ja tähtsaim liige. Skisotüüpsel häirel on palju skisofreeniale iseloomulikke jooni ja ta on tõenäoselt geneetiliselt seotud viimasega, kuid tema puhul ei ole hallutsinatsioone, luulumõtteid ega skisofreeniale omaseid ulatuslikke käitumishäireid, mistõttu ta jääb sageli meditsiini poolt tähele panemata. Enamus luululistest häiretest pole arvatavasti seotud skisofreeniaga, kuigi nad on kliiniliselt raskesti eritletavad, eriti algetapis. Luululised häired on heterogeenne ja raskesti määratletavate häirete rühm, mida võib jaotada kulu alusel: 1) püsivate luululiste seisundite rühma ja 2) ägedate ja mööduvate psühhoosiliste seisundite arvukamasse rühma. Viimane on eriti sagedane arengumaades. Siin esitatud alajaotustesse tuleb suhtuda kui esialgsetesse. Skisoafektiivsed häired on lülitatud sellesse peatükki vaatamata nende vaieldavale iseloomule.

F20 Skisofreenia

Skisofreensetele häiretele on iseloomulikud mõtlemise ja tajumise sügavad häired ning tuimenenud või inadekvaatsed emotsioonid. Teadvuse selgus ja intellektuaalsed võimed on tavaliselt säilinud, kuigi teatav kognitiivne defitsiit võib aja jooksul kujuneda. Häiritud on kõige põhilisemad funktsioonid, mis annavad normaalsele inimesele tema individuaalsuse, ainukordsuse ja suveräänsuse (identiteedi) tunnetuse. Intiimsemadki mõtted, tunded ja teod tunduvad olevat teistele teada või nende osalusega, võib kujuneda seletusluul, et isiku mõtteid ja tegusid mõjustavad loomulikud või üleloomulikud jõud, sageli väga veidral viisil. Haiged võivad end pidada kõige toimuva keskpunktiks. Hallutsinatsioonid, eriti akustilised, on sagedased ning võivad kommenteerida isiku käitumist või mõtteid. Tajumine on sageli mitmeti häiritud: värvused või helid võivad tunduda teravana või kvaliteedilt muutununa, tavaliste sündmuste või

esemete ebaolulised tunnused võivad omandada suurema tähenduse kui kogu objekt või olukord. Varakult tekib nõutus ja viib sageli arusaamisele, et igapäevased olukorrad omavad eranditult isikule suunatud erilist, sageli pahaendelist tähendust. Skisofreeniale omase mõttekäigu häire puhul tõstetakse esiplaanile tervikliku olukorra kõrvalised ja teisejärgulised tunnused, mis on normaalse sihipärase vaimse tegevuse käigus pidurdatud, ja neid kasutatakse situatsiooni aspektist põhiliste ja oluliste tunnuste asemel. Nii muutub mõtlemine ebamääraseks, veidraks ja segaseks ning tema sõnaline väljendus tihti arusaamatuks. Tõkestused ja seosetus on mõttekäigus sagedased ja võib tunduda, et mõtted võetakse ära mingi välise mõju poolt. Meeleolu on iseloomulikult lame, kõikuv või ebaadekvaatne. Tahteelu häired võivad avalduda ambivalentsi, inerttsuse, negativismi või stuuporina. Võib esineda katatoonia. Algus võib olla äge sügavalt häiritud käitumisega või aeglane, veidrate ideede ja käitumishäirete järkjärgulise kujunemisega. Kulg avaldub samuti paljude variantidega ja pole sugugi paratamatult krooniline või selle muutus halvenemise suunas (kulgu iseloomustab viies koodinumber). Teatud arvul juhtudest, mis on erinevates kultuurides ja populatsioonides erinevad, on tulemuseks täielik või peaaegu täielik tervenemine. Mõlemad sugupooled on haigusest ligikaudu võrdselt haaratud, naistel on haiguse hilisema alguse tendents.

Kuigi spetsiifilisi sümptomeid ei ole võimalik sedastada, on otstarbekas jaotada ülalesitatud sümptomid rühmadesse, millel on eriline tähendus diagnoosi püstitamisel ja mis tihti esinevad koos, sellised nagu:

- (a) mõtete kajamine, sisendamine, äravõtmine või levimine;
- (b) luulumõtted kontrollist, mõjustusest või hõivatusest, mis selgesti hõlmavad keha või jäsemete liigutusi, teatud mõtteid, tegevusi või aistinguid; luululine tajumine,
- (c) kuulmishallutsinatsioonid, mis kommenteerivad pidevalt haige käitumist või vaidlevad omavahel tema üle, või mõnest kehaosast tulevate hallutsinatoorsete häälte muud vormid;

- (d) muud püsivad luulumõtted, mis on antud kultuurile ebakohased ja täiesti ebareaalsed, sellised nagu religioosse või poliitilise identiteedi või üliinimliku jõu ja võimete kohta (nt. on võimaline kontrollima ilmastikku või olema ühenduses teiste maailmade esindajatega);
- (e) igasuguse modaalsusega püsivad hallutsinatsioonid, millega kaasnevad kas kiiresti mööduvad või osaliselt väljakujunenud kindla afektiivse sisuta luulumõtted või püsivad ülekaalukad mõtted, või kui nad esinevad iga päev nädalate või kuude vältel;
- (f) tõkestused või seosetus mõttekäigus, mis avaldub ataktilises ja seosetus kõnes või neologismides;
- (g) katatoonne käitumine, nagu rahutus, tardumine teatud asendisse või vahajas paindlikkus, negativism, mutism ja stuupor;
- (h) negatiivsed sümptomid nagu selgelt väljendunud apaatia, kõnevaegus, emotsionaalsete reaktsioonide lamenumine või inadekvaatus, millest sugeneb tavaliselt sotsiaalne isoleerimine ja sotsiaalse aktiivsuse alanemine. Peab olema selge, et need nähud pole tingitud depressioonist või neuroleptikumide kasutamisest.
- (i) käitumise mõningate aspektide kvaliteedi olulised ja püsivad muutused, mis manifesteeruvad huvide kadumise, sihituse, tegevusetuse, enesesse sulgumise ja sotsiaalse isoleerumisenä.

Diagnostilised juhised

Skisofreenia diagnoosimiseks kehtib tavaliselt nõue, et kuuajalise või pikema perioodi vältel peab enamiku aja jooksul esinema vähemalt üks väga selgelt väljendunud sümptom (nõrgemalt väljendunult kaks või rohkem) ükskõik millisest ülaltoodud rühmast (a)-st (d)-ni või sümptomid vähemalt kahest rühmast (e)-st (h)-ni. Kui taolised sümptomid on esinenud lühema aja vältel kui üks kuu (sõltumata sellest, kas on ravitud või mitte), tuleb esialgu diagnoosida ägedat skisofreeniasarnast psühhootilist häiret (F23.2) ja

klassifitseerida skisofreeniana, kui need sümptomid püsivad pikema aja vältel.

Retrospektiivselt hinnates võib olla selge, et psühhoatiliste sümptomite avaldumisele võib eelneeda nädalate ja isegi kuude pikkune prodromaalperiood selliste sümptomitega, nagu huvi kadumine töö, sotsiaalse aktiivsuse, oma välimuse ja hügieeni vastu koos üldise ärevuse ning kerge depressiooni ja autisuga. Kuna haiguse algust on ajaliselt raske määrata, kehtib kuuajalise kestuse kriteerium ainult ülalnimetatud spetsiifiliste sümptomite kohta, aga mitte prodromaalperioodi mittepsühhoatiliste avalduste kohta.

Skisofreenia diagnoosi ei saa püstitada tunduvate depressiivsete või maniakaalsete sümptomite avaldumisel, kui pole selge, et afektiivsetele häiretele eelnesid skisofreensed sümptomid. Kui skisofreensed ja afektiivsed sümptomid arenevad koos ja on omavahel tasakaalus, tuleb diagnoosida skisoafektiivset häiret (F25.-), isegi kui skisofreensed sümptomid annavad alust diagnoosida skisofreeniat. Samuti ei tule skisofreeniat diagnoosida ilmse orgaanilise ajukahjustuse korral või uimastite intoksikatsiooni või võõrutusündroomi puhul. Epilepsia või teiste ajuhaiguste korral arenevad samalaadsed häired kodeeritakse F06.2 alla ja farmakonidest tingitud häired F1x.5 alla.

Kulutüübid

Skisofreenia kulgu saab klassifitseerida, kasutades järgnevaid koode:

- F20.x0 Püsikululine
- F20.x1 Episoodiline süveneva defektiga
- F20.x2 Episoodiline stabiilse defektiga
- F20.x3 Episoodiline remiteeruv
- F20.x4 Osaline remissioon
- F20.x5 Täielik remissioon
- F20.x8 Muud
- F20.x9 Jälgimisperiood vähem kui 1 aasta

F20.0 Paranoidne skisofreenia

Paranoidne skisofreenia on enamikus maades kõige sagedasem skisofreenia vorm. Kliinilises pildis on juhtival kohal suhteliselt püsivad, sageli paranoilised luulumõtted; tavaliselt kaasnevad hallutsinatsioonid, eriti auditoorsed, ja muud tajumishäired. Tunde- ja tahteelu- ning kõnehäired, samuti katatoonsed sümptomid ei ole esiletungivad.

Sagedaimate paranoiliste sümptomite näiteid:

- (a) jälitamise, suhtumise, kõrge päritolu, missiooni, kehamuutuse või kiivuse luulumõtted;
- (b) kuulmishallutsinatsioonid, mis ähvardavad või annavad käsklusi, või mitteverbaalsed kuulmishallutsinatsioonid, sellised nagu vileid, suminad või naer;
- (c) lõhna- või maitsehallutsinatsioonid, seksuaalsed või muud kehalised meelepetted. Nägemishallutsinatsioonid võivad esineda, kuid on harva juhtivad.

Mõtlemise vormilised häired võivad ägedas seisundis olla, kuid see ei takista tüüpiliste luulumõtete või hallutsinatsioonide selget kirjeldamist. Emotsioonid on tavaliselt vähem tuimenenud kui skisofreenia teiste vormide puhul, kuid mõõdukas inadekvaatus on tavaline, samuti sellised häired nagu kõrgeenenud ärritatus, äkilised vihapuhangud, kartlikkus ja umbusklikkus. Negatiivsed sümptomid nagu tuimenemine ja tahteaktiivsuse alanemine ilmnevad sageli, kuid ei domineeri kliinilises pildis.

Paranoiise skisofreenia kulg võib olla episoodiline osaliste või täielike remissioonidega, või krooniline. Viimase variandi puhul püsib väljendunud sümptomaatika aastaid ja kindlaid episoode on raske eristada. Algus on tavaliselt hilisem kui hebefreense ja katatoonse vormi puhul.

Diagnostilised juhised

Skisofreenia diagnoosi üldised kriteeriumid (vt. F20 eespool) peavad olema täidetud. Lisaks peavad esiplaanil olema hallutsinatsioonid ja/või luulumõtted, seejuures emotsionaalsed, tahteelu- ja kõnehäired ning katatoonsed nähud suhteliselt tagasi-

hoidlikud. Tavaliselt on hallutsinatsioonid eespool kirjeldatud (b) ja (c) loomuga. Luulumõtted võivad olla väga mitmesugused, kõige iseloomulikumad on kontrolli-, mõjustus- või hõivatusluul, samuti mitmesugused jälitusluulu mõtted.

Sisaldab: parafreenne skisofreenia.

Diferentsiaaldiagnoos. Oluline on epileptiliste ja uimastite poolt esilekutsutud psühhooside välistamine. Teatud maades ja kultuurides võib jälitusluul olla vähese diagnostilise tähtsusega.

Ei sisalda: involutsiooniparanoid (F22.8);
paranoia (F22.0).

F20.1 Hebefreenne skisofreenia

Skisofreenia vorm, milles on juhtivateks emotsionaalsed häired, luulumõtted ja hallutsinatsioonid on ebapüsivad ja fragmenteerunud; käitumine on inadekvaatne ja ettearvamatu ning tavaliselt maneerlik. Meeleolu on lame ja inadekvaatne, sageli kaasnevad itsitamine või enesega rahulolev omaette naeratus või kõrk hoiak, grimassid, maneerlikkus, veiderdamine, hüpohondrilised kaebused ja stereotüüpsed fraasid. Mõttekäik on desorganiseeritud, kõne laialivalgus ja seosetu. Ilmneb isoleerumistendents ja käitumine näib olevat eesmärgita ja tundmusteta. See skisofreenia vorm algab tavaliselt 15. ja 25. eluaasta vahel ja on tavaliselt halva prognoosiga, kuna negatiivsed sümptomid, eriti emotsioonide tuimenemine ja tahteaktiivsuse alanemine arenevad kiiresti välja.

Tavaliselt domineerivad emotsioonide, tahteelu ja mõttekäigu häired. Hallutsinatsioonid ja luulumõtted võivad avalduda, kuid ei ole tavaliselt juhtivad. Sihipärasus ja otsustavus on kadunud ning eesmärgid minetatud. mistõttu haige käitumine muutub iseloomulikult eesmärgituks ja otstarbetuks. Pinnapealne ja maneerne tegelemine religiooni, filosoofia või teiste abstraktsete teemadega võib süvendada kuulaja raskusi haige mõttekäigu jälgimisel.

Diagnostilised juhised

Skisofreenia diagnoosi üldised kriteeriumid (vt. F20 eespool) peavad olema täidetud. Tavaliselt võib hebefreeniat esmakordselt diagnoosida nooruki- või varases täiskasvanueas. Premorbiidne isiksus on sageli, kuigi mitte ilmtingimata, pelglik ja isoleeruv. Hebefreenia kindla diagnoosi püstitamiseks on tavaliselt vaja haiget kaks-kolm kuud pidevalt jälgida, et olla kindel eespoolkirjeldatud käitumise iseärasuste on püsivuses.

Sisaldab: desorganiseeritud skisofreenia;
hebefreenia.

F20.2 Katatoonne skisofreenia

Põhilisteks ja valdavateks ilminguteks on väljendunud psühhomotoorsed häired, mis võivad vahelduda selliste äärmuste vahel nagu rahutus ja stuupor või käsu automatism ja negativism. Sundasendid ja -poosid võivad püsida pikka aega. Selle seisundi silmatorkavaks tunnuseks ägeda motoorse rahutuse episoodid.

Katatoonset skisofreeniat tuleb tänapäeval arenenud tööstusmaades ebaselgetel põhjustel harva ette, kuigi mujal on ta tavaline. Katatoonsed nähud võivad kombineeruda ulmataolise (oneiroidse) seisundiga koos elavate stseeniliste hallutsinatsioonidega.

Diagnostilised juhised

Skisofreenia diagnoosi üldised kriteeriumid (vt. F20 eespool) peavad olema täidetud. Üksikuid ja mööduvaid katatooneid sümptomeid võib esineda skisofreenia iga vormi puhul, kuid katatoonse skisofreenia diagnoosimiseks peab kliinilises pildis domineerima vähemalt üks järgnevatest käitumisvormidest:

- (a) stuupor (tunduvalt alanenud reaktsioon välisärritajatele ning spontaansete liigutuste ja aktiivsuse vähenemine) või mutism;
- (b) rahutus (nähtavalt sihitu motoorne aktiivsus, mis pole mõjustatav välisärritajate poolt);
- (c) poseerimine (ebasobivate või veidrate pooside võtmine ja neis püsimine);

- (d) negativism (motiveerimata vastupanu kõigile korraldustele või katsetele haiget liigutada või korraldustele vastupidised liigutused);
- (e) rigiidsus (jäigas asendis püsimine vaatamata katsetele haiget liigutada);
- (f) vahajane paindlikkus (jäsemete ja keha püsimine teise isiku antud asendis);
- (g) muud sümptomid, nagu käsuautomatism (automaatne allumine korraldustele) ning sõnade ja fraaside perseveratsioon.

Kontakti puudumisel haigetega, kelle käitumises ilmnevad katatoonsed nähud, võib skisofreenia diagnoosi püstitada esialgsena, kuni on välja selgitatud muude sümptomite olemasolu. Oluline on ka silmas pidada, et katatoonsed sümptomid pole omased ainult skisofreeniale. Katatoonne näht või katatoonsed nähud võivad olla põhjustatud aju haigusest või ainevahetuse häiretest või alkoholi ja uimastite kasutamisest, samuti võivad esineda ka meeleolahäirete korral.

Sisaldab: katatoonne stuupor;
skisofreenne katalepsia;
skisofreenne katatoonia;
skisofreenne vahajas paindlikkus.

F20.3 Diferentseerimata skisofreenia

Esinevad küll skisofreenia üldised diagnostilised kriteeriumid (vt. F20 eespool), kuid need ei vasta ühelegi eespool esitatud vormile (F20.0-F20.2), või esinevad rohkem kui ühe vormi tunnused, ilma et selgelt domineeriks ühe vormi tunnuste kompleks. Seda diagnoosi tuleb kasutada ainult psühhootiliste seisundite korral ja pärast seda, kui on tehtud katse määratleda üht eespool esitatud kolmest vormist (residuaalne skisofreenia, F20.5, ja skisofreenia järeldepressioon, F20.4, ei kuulu siia).

Diagnostilised juhised

Seda kategooriat saab kasutada, kui:

- (a) esinevad skisofreenia diagnostilised tunnused;

- (b) häired ei vasta paranoilise, hebefreense või katatoonse vormi kriteeriumidele;
- (c) ei vasta residuaalse skisofreenia või skisofreenia järeldepressiooni kriteeriumidele.

Sisaldab: atüüpiline skisofreenia.

F20.4 Skisofreenia järeldepressioon

Depressiivne episood, mis võib kesta pikemat aega, olles tekkinud skisofreense haigestumise järelperioodis. Mõningad skisofreenia sümptomid võivad püsida, kuid ei domineeri kliinilises pildis. Need säilinud skisofreenia sümptomid võivad olla positiivsed või negatiivsed, viimased on sagedasemad. Diagnoosi aspektist pole oluline, mil määral ilmnesid depressiivsed sümptomid varasemate psühhootiliste nähtude möödumisel või on nad hiljem kujunenud, või mil määral on nad rohkem omased skisofreeniale kui psühholoogiliseks reaktsiooniks haigusele. Nad on harva nii rasked või ulatuslikud, et vastata raske depressiivse episoodi (F32.2 ja F32.3) kriteeriumidele ning sageli on raske hinnata, millised patsiendi sümptomid on tingitud depressioonist ja millised on põhjustatud neuroleptikumide kasutamisest või skisofreeniale omasest tahtealu alanemisest ning tundealu tuimemisest. Selle depressiivse häirega kaasneb kõrgenenud suitsiidioht.

Diagnostilised juhised

Diagnoos tuleb püstitada ainult siis, kui:

- (a) haigel on olnud viimase 12 kuu vältel üldistele kriteeriumidele (vt. F20 eespool) vastav skisofreenne haigestumine;
- (b) osa skisofreenia sümptomeid püsib veel praegugi;
- (c) depressiivsed sümptomid on juhtivad ning häirivad, vastates depressiivse episoodi kriteeriumidele (F32.-), ja on kestnud vähemalt 2 nädalat.

Kui haigel ei esine skisofreenia sümptomeid, tuleb diagnoosida depressiivset episoodi (F32.-). Kui skisofreensed sümptomid on ikka veel intensiivsed ja juhtival kohal, jääb püsima skisofreenia diagnoos koos vastava vormiga (F20 0, F20.1, F20.2 või F20.3).

F20.5 Residuaalne skisofreenia

Skisofreenia arengu krooniline staadium, on toimunud ilmne üleminek eelnevalt staadiumilt (mis hõlmab üht või mitut episoodi psühhootiliste nähtudega, mis vastasid eespool esitatud skisofreenia üldistele diagnostilistele kriteeriumidele) hilisemale staadiumile, mida iseloomustavad pikaajalised, kuigi mitte tingimata taandumatud negatiivsed sümptomid ja häired.

Diagnostilised juhised

Diagnoosi püstitamiseks peavad olema täidetud järgmised nõuded:

- (a) esiplaanil on skisofreenia negatiivsed sümptomid, s.t. psühhomotoorne aeglustumine; aktiivsuse alanemine; emotsionaalne lamenumine; passiivsus ja initsiatiivi puudumine; nii kõne sisu kui ka sõnavara vaesumine; puudulik mitte-verbaalne suhtlemine miimika, näoilme, silmakontakti, hääletooni ja pooside abil; puudulik välimuse eest hoolitsemine ja vähenenud sotsiaalne aktiivsus;
- (b) anamneesis on vähemalt üks selgekujuline, skisofreenia diagnostilistele kriteeriumidele vastav psühhootiline episood;
- (c) vähemalt aastapikkune periood, mille vältel ägedate sümptomite nagu luulumõtete ja hallutsinatsioonide intensiivsus ja esinemissagedus on olnud minimaalne või oluliselt nõrgenenud ja on ilmnenud skisofreenia negatiivne sündroom;
- (d) puudub dementsus või aju muu orgaaniline haigus või häire; puuduvad krooniline depressioon ja hospitalism, mis piisavalt seletaks negatiivsete häirete olemasolu.

Kui pole võimalik saada adekvaatset informatsiooni haige anamneesi kohta ja on võimatu tõestada, et skisofreenia tunnused on tõepoolest varem avaldunud, võib osutada vajalikuks diagnoosida residuaalne skisofreenia esialgsena.

Sisaldab: krooniline diferentseerimata skisofreenia;
jääkseisund;
skisofreenne residuaalseisund.

F20.6 Lihtne skisofreenia

Harva ette tulev häire, mille puhul ilmneb käitumisveidruste, ühiskonnaeluga kohastumise võime ning tegutsemise tulemuslikkuse vähenemise aeglane progresseerumine. Luulumõtted ja hallutsinatsioonid ei ole silmnähtavad ning see seisund pole nii selgelt psühhootiline kui hebefreense, paranoidse ja katatoonse vormi korral. Ilmnevad residuaalskisofreeniale iseloomulikud negatiivsed tunnused (nt. emotsionaalne tuimenemine, tahteaktiivsuse alanemine), ilma et oleks eelnenud mingeid selgeid psühhootilisi sümptomeid. Süvenevast sotsiaalsest isoleerimisest võib tuleneda hulkumine ning isik võib muutuda enesesesulgunuks, tegevusetuks ja eesmärgituks.

Diagnostilised juhised

Lihtsat skisofreeniat on raske kindlalt diagnoosida, kuna see tugineb residuaalsele skisofreeniale (vt. F20.5 eespool) iseloomulike negatiivsete sümptomite aeglase pideva süvenemise sedastamisele, ilma et anamneesis oleks hallutsinatsioone, luulumõtteid või muid varasema psühhootilise episoodi tunnuseid. Ilmnevad olulised käitumise muutused, nagu huvide kadumine, tegevusetus ja endassetõmbumine.

Sisaldab: *schizophrenia simplex.*

F20.8 Muu skisofreenia

Sisaldab: senestopaatiline skisofreenia;
TTta skisofreniformne häire.

Ei sisalda: äge skisofreeniataoline häire (F23.2);
tsükliline skisofreenia (F25.2);
latentne skisofreenia (F23.2).

F20.9 Täpsustamata skisofreenia

F21 Skisotüüpne häire

Seisund, mispuhul ilmneb veider käitumine ning mõtlemise ja tundeelu häired. Viimased sarnanevad skisofreeniale omaste häiretega, kuid kindlaid ja tüüpilisi skisofreenseid häireid pole

esinenud ühelgi etapil. Juhtivat või tüüpilist sümptomit ei ole, kuid võib esineda iga allpool loetletud häire:

- (a) kohatud või vähesed emotsioonid (inimene näib külm ja ära-olev);
- (b) veider, ebaharilik või pentsik käitumine ja välimus;
- (c) vähene kontakt teiste inimestega ja sotsiaalse eraldumise tendents;
- (d) veidrad veendumused või maagiline mõtlemine, mis mõjutavad käitumist ega vasta antud subkultuuri normidele;
- (e) kahtlustamine või paranoilised mõtted;
- (f) sundmõtted ilma sisemise vastupanuta, sageli düsmorfofoobilised, seksuaalse või agressiivse sisuga;
- (g) ebatavalised tajuelamused, sealhulgas somatosensoorsed või muud illusioonid ja depersonalisatsiooni- või derealisatsiooni-alamused;
- (h) ebamäärane, kaudne, metafoorne, keerukas või stereotüüpne mõtlemine, mis ilmneb veidras kõnes või mõnel muul moel; seosetus ei ole väga suur;
- (i) juhuslikud mööduvad poolpsühhootilised episoodid intensiivsete illusioonide, akustiliste või teiste hallutsinatsioonide ja luulutaoliste mõtetega, mis tekivad tavaliselt ilma välise põhjuseta.

See seisund omab kroonilisist kulgu ja on muutliku intensiivsusega. Harva võib see seisund areneda kindlalt diagnoositavaks skisofreeniaks. Pole kindlat algusaega ning areng ja kulg on tavaliselt sarnased isiksushäire omadega. Sagedamini tuleb ette inimestel, kel on skisofreeniahaige sugulane. Arvatakse, et skisotüüpne seisund on osa skisofreenia geneetilisest spektrist.

Diagnostilised juhised

Seda diagnoosi ei soovitata üldiseks kasutamiseks, kuna ta ei ole selgesti piiritletud ühelt poolt lihtsast skisofreeniast ja teiselt poolt skisoidsest või paranoilisest isiksushäirest. Kui seda diagnoosi kasutada, peab kolm või neli eespooltoodud tüüpilist tunnust olema esinenud vähemalt kaks aastat kas pidevalt või

episoodiliselt. Skisofreenia kriteeriumidele vastavaid sümptomeid ei tohi isikul kunagi esinenud olla. Skisofreenia mõnel esimese ringi sugulasel toetab diagnoosi, kuid ei ole selle vältimatu eeltingimus.

Sisaldab: piirialane skisofreenia (*borderline schizofreenia*);
latentne skisofreenia;
latentne skisofreenne reaktsioon;
prepsühhootiline skisofreenia;
prodromaalskisofreenia;
pseudoneurotiline skisofreenia;
pseudopsühhopaatiline skisofreenia;
skisotüüpne isiksushäire.

Ei sisalda: Aspergeri sündroom (F84.5);
skisoidne isiksus (F60.1).

F22 Püsivad luululised häired

Siaa rühma kuuluvad mitmesugused seisundid, mille puhul pikemat aega kestnud luulumõtted on ainukeseks või peamiseks arvestatavaks kliiniliseks tunnuseks ja mida ei saa klassifitseerida kui orgaanilist, skisofreenset või afektiivset seisundit. Oletatavasti on need seisundid heterogeensed, kuid seos skisofreeniaga on ebaselge. Geneetiliste faktorite, isiksuse iseärasuste ja elutingimuste suhteline tähtsus nende kujunemises on ebakindel ja ilmselt varieeruv.

F22.0 Luululine (paranoidne) häire

Rühm seisundeid, mispuhul kujuneb üksik luulumõte või omavahel seotud luulumõtete kompleks, mis tavaliselt on püsiv, vahel kogu eluaja. Luulumõtete sisu on väga mitmekesine. Sageli ilmnevad jälitus-, hüpohondrilised või suurusluulu mõtted, võib esineda ka protsessimis- või kiivusluul või veendumus, et haige keha on moondunud, et ta teiste inimeste arvates haiseb või on homoseksuaalne. Muid psühhopatoloogilisi häireid üldjuhul ei ole, kuid periooditi võivad esineda depressiivsed sümptomid ning mõnel juhul taktiilsed ja haistmishallutsinatsioonid. Selged püsivad kuulmishallutsinatsioonid (häälled), skisofreenia sümptomid nagu mõjustusluul ja emotsionaalsete reaktsioonide

märgatav tuimenemine, samuti ajuhaiguse kindel olemasolu välistavad selle diagnoosi. Siiski juhuslikud või mööduvad kuulmishallutsinatsioonid (eriti vanemas eas haigetel) ei välista seda diagnoosi tingimusel, kui need häired ei ole tüüpiliselt skisofreensed ja moodustavad vaid väikese osa kliinilisest pildist. Algus on tavaliselt keskeas, kuid vahel, eriti juhtudel, kui haige on veendunud oma keha moondukus, võib haigus alata varases täiskasvanueas. Luulumõtete sisu ja esilekerkimise aeg võivad sageli seostuda inimese elusituatsiooniga, nt. jälitusluul vähemusgrupi liikmeil. Peale otseselt luulu või luulusüsteemiga seotud tegude ja suhtumiste on emotsioonid, kõne ja käitumine muus osas normaalsed.

Diagnostilised juhised

Luulumõtted on peamiseks või ainukeseks arvestatavaks kliiniliseks tunnuseks. Nad peavad esinema vähemalt 3 kuud ja olema seotud selgelt isikuga, mitte kultuurimiljööga. Depressiivsed sümptomid või isegi täielik depressiivne episood (F32.-) võivad esineda ajutiselt, kuid luulumõtted peavad püsima ka siis, kui meeleolu häireid ei esine. Ei tohi olla silmnähtavaid ajuhaiguse tunnuseid, kuulmishallutsinatioone (v.a. juhuslikud esinevad) ega anamneesis skisofreeniale iseloomulikke sümptomeid (mõjustusluul, mõtete levik jt.).

Sisaldab: paranoia;
paranoidne psühhoos;
paranoiline seisund;
hilisparafreenia;
sensitiivne suhtumislul.

Ei sisalda: paranoiline isiksus (F60.0);
psühhogeenne paranoiline psühhoos (F23.3);
paranoidne skisofreenia (F20.0).

F22.8 Muud püsivad luululised häired

See on varukategooria nende püsivate luululiste häirete jaoks, mis ei vasta luululiste häirete kriteeriumidele (F22.0). Siia liigitatakse seisundid, mille puhul luuluga kaasnevad püsivad hallutsinatoorsed häälled või skisofreensed sümptomid, mis aga

skisofreenia diagnoosimiseks (F20.-) on liiga nõrgalt väljendunud. Alla 3 kuud kestnud luululised seisundid tuleb vähemalt esialgselt kodeerida F23.- all.

Sisaldab: luululine düsmorfofoobia;
involutsiooniparanoid;
paranoia querulans.

F22.9 Täpsustamata püsiv luululine häire

F23 Äge psühhootiline episood

Süsteematilist kliinilist informatsiooni, mis annaks ägedate psühhootiliste seisundite klassifikatsioonile kindla aluse, veel ei ole. Kasutatav kliiniline kogemus ja piiratud andmed ei võimalda esitada selge määratluse ja eristamise alust. Täpsustatud ja kontrollitud mitmeteljelise süsteemi puudumisel kasutatakse siinkohal diagnostilist järgnevust, mis kajastub häire kliiniliste avalduste olulisuse pingereas. Siin kasutatud tunnuste järjestus on järgmine:

- (a) äge algus (kahe nädala vältel) on oluline kogu rühma jaoks;
- (b) tüüpilised sündroomid;
- (c) seos ägeda stressiga;

Sellele vaatamata on klassifikatsioon kujundatud selliselt, et need, kes pole esitatud pingereaga nõus, võivad diagnoosida ägedaid psühhootilisi häireid iga üksiku esitatud tunnuse alusel.

Kõigi selle rühma seisundite jaoks on soovitatav kasutusele võtta veel üks alguse lisajaotus. Ägedat algust on määratletud kui üleminekut psühhosivabast seisundist selgesti ebanormaalsesse psühhootilisse seisundisse kahe nädala või lühema aja vältel. On tõendeid, et ägeda algusega kaasneb soodne lõpptulemus ja on võimalik, et mida ägedam on algus, seda parem on lõpe. Seetõttu on soovitatav, kui vähegi võimalik, täpsustada üliäge algus (48 tunni või lühema aja vältel).

Tüüpilisteks sündroomideks on esiteks kiiresti muutuv ja mitmesuguste sümptomitega seisund, mida nimetatakse polümorfseks ja mida mitmel maal peetakse ägeda

psühhootilise seisundi puhul esmatähtsaks; ja teiseks tüüpiliste skisofreensete sümptomite olemasolu.

Kaasnevat ägedat stressi võib soovi korral märkida viienda koodinumbriga, sest traditsiooniliselt seostatakse seda ägeda psühhooosiga. On aga mõningaid andmeid, mis näitavad, et oluline osa ägedatest psühhootilistest seisunditest vallandub ilma kaasneva stressita, seetõttu on soovitatud stressi olemasolu või puudumine märkida. Seos ägeda stressiga tähendab, et esimesed psühhootilised sümptomid ilmnesid kahe nädala vältel pärast üht või mitut sündmust, mida võib hinnata enamiku inimeste suhtes enamvähem ühtmoodi, kui stressi põhjustavat selles keskkonnas, kuhu isik kuulub. Tüüpiliseks sündmuseks on raske kaotus (nt. lähedase inimese surm), kaaslase või töökoha ootamatu kaotamine, abiellumine või psühholoogiline trauma võitluse, terrori või piinamise tagajärjel. Siinses kontekstis ei ole stressi allikaks pikaajalised raskused või probleemid.

Tervistumine saabub tavaliselt 2 kuni 3 kuu vältel, sageli mõne nädala või isegi päeva jooksul, ainult väikesel osal selliste häiretega haigetest areneb välja püsiv haigusseisund. Kahjuks ei võimalda teadmiste nüüdistase varakult sedastada neid väheseid haigeid, kellel ei esine kiiret paranemist.

Siin esitatud kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised on kirjutatud eeldusel, et neid kasutavad klinitsistid, kes peavad diagnoosima olukorras, kus haige seisundit hinnata ja ravida on olnud võimalik vaid mõni päev või nädal häirete algusest, teadmata, kui kaua tekkinud häired veel püsivad. Täpse diagnoosi määramiseks esitatakse juhised ajaliste piirangute kohta ühest diagnoosist teise ülemineku tarvis.

Nende ägedate häirete nimestik on sama ebakindel kui nende nosoloogiline kuuluvuski. Käesolevas väljaandes on püütud kasutada lihtsaid ja üldtunnustatud termineid. Psühhootiline häire on käepärase terminina kasutatav kogu selle rühma suhtes (mõiste *psühhootiline* on defineeritud üldinstruktsioonis) koos täiendava täpsustava terminiga, mille abil saab eristada igale vormile iseloomulikke kliinilisi avaldusi vastavalt eespool esitatud jaotusele.

Diagnostilised juhised

Ükski selle rühma seisunditest ei vasta ei maniakaalse (F30.-) ega depressiivse episoodi (F32.-) kriteeriumidele, kuigi emotsionaalsed muutused ja individuaalsed emotsionaalsed sümptomid võivad aeg-ajalt olla juhtivad.

Samuti on neile häiretele iseloomulik orgaanilise põhjuse, nagu kontusiooni, deliiriumi või dementsuse puudumine. Sageli avalduvad nõutus, endassesulgumine ja tähelepanu alanemine vahetus vestluses; kui need on aga nii intensiivsed või püsivad, et viitavad orgaanilisele deliiriumile või dementsusele, tuleb diagnoosi määramine edasi lükata, kuni uuringud või haige jälgimine toovad selguse. Samuti ei saa F23.- diagnoosida uimastite või alkoholi ilmse intoksikatsiooni korral. Siiski, näiteks alkoholi või marihuaana (hašiši) annuse vähene tõus ilma raske intoksikatsiooni või desorientatsiooni nähtudeta ei välista ägeda psühhoatilise seisundi diagnoosi.

On oluline, et nii 48 tunni kui 2 nädala kriteeriumid ei kajasta häirete maksimaalse intensiivsuse kujunemise aega, vaid ajavahemikku, mille vältel psühhoatilised nähud muutuvad ilmseks ja häirivad vähemalt mõnest küljest inimese igapäevaelu ja tööd. Häirete maksimaalne intensiivsus võib avalduda hiljem, hinnatava ajavahemiku vältel peavad sümptomid ja häired üksnes avalduma selgesti, tavaliselt niivõrd, et see viib inimese kontakti arstiabi mingi vormiga. Sellesse ajakriteeriumi ei lülitata prodromaalset hirmu, depressiooni või sotsiaalse eraldumise varaseid avaldusi või väheväljendunud ebanormaalset käitumist.

Viiendat tunnust võib kasutada, et märkida, kas äge psühhoatiline häire on või ei ole seotud ägeda stressiga:

F23.x0 ägeda stressita

F23.x1 ägeda stressiga

F23.0 Äge polümorfne psühhoatiline häire skisofreenia sümptomiteta

Äge psühhoatiline seisund, mille puhul hallutsinatsioonid, luulumõtted ja tunnetusprotsessi häired on selgesti väljendunud,

kuid väga vahelduvad ja muutuvad päevade, isegi tundide lõikes. Sageli võib täheldada ka vahelduva iseloomuga intensiivseid emotsioone õnnetundest ja ekstaasist hirmu ning pingeni. Selline polümorfne ja ebastabiilne kliiniline pilt on iseloomulik ja kuigi haigel võivad ajuti ilmned a emotsionaalsed või psühhoatilised sümptomid, ei ole täidetud maniakaalse episoodi (F30.-), depressiivse episoodi (F32.-) või skisofreenia (F20.-) kriteeriumid. Peamiselt on sellele seisundile iseloomulik üliäge algus (48 tunni vältel) ja sümptomite kiire kadumine; suuremal osal juhtudest puudub eelnev ilmne stress.

Kui sümptomid püsivad üle 3 kuu, tuleb diagnoosi muuta: püsiv paranoiline seisund (F22.-) või muu mitteorgaaniline psühhoatiline seisund (F28.-) on ilmselt kõige sobivamad.

Diagnostilised juhised

Kindla diagnoosi püstitamiseks:

- (a) algus peab olema äge (2 nädalat või vähem mitte-psühhoatilisest seisundist selge psühhoatilise seisundini);
- (b) peab olema mitut tüüpi hallutsinatsioone ja luulumõtteid, mis muutuvad nii tugevuselt kui avaldusvormidelt päevast päeva või sama päeva jooksul;
- (c) peab olema samal viisil vahelduv emotsionaalne seisund ja
- (d) vaatamata sümptomite vahelduslikkusele ei või ükski neist olla nii püsiv, et see vastaks skisofreenia (F20.-) ja maniakaalse või depressiivse episoodi (F30.- või F32.-) kriteeriumidele.

Sisaldab: *bouffée délirante* skisofreenia sümptomiteta või täpsustamata;
tsükloidne psühhoos skisofreenia sümptomiteta või täpsustamata.

F23.1 Äge polümorfne psühhoatiline häire skisofreenia sümptomitega

Äge psühhoatiline seisund, mille puhul peale eespool kirjeldatud ägeda polümorfse psühhoatilise häire (F23.0) tunnuste avalduvad püsivad tüüpilised skisofreensed sümptomid (F20).

Diagnostilised juhised

Kindla diagnoosi püstitamiseks peavad olema ägedale polümorfsele psühhootilisele seisundile (F23.0) iseloomulikud kriteeriumid (a), (b) ja (c) ja skisofreenia diagnoosile vastavad sümptomid (F20.-) peavad esinema enamuse ajast, mil kliiniline pilt on avaldunud.

Kui skisofreenia sümptomid püsivad üle kuu aja, tuleb diagnoos muuta skisofreeniaks (F20.-).

Sisaldab: *bouffée délirante* skisofreenia sümptomitega;
tsükloidne psühhos skisofreenia sümptomitega.

F23.2 Äge skisofreeniataoline psühhootiline häire

Äge psühhootiline seisund, mille puhul psühhootilised sümptomid on suhteliselt püsivad ja vastavad skisofreenia kriteeriumidele (F20.-), kuid on kestnud alla 1 kuu. Võib ilmned a mõningane emotsionaalne muutlikkus ja ebastabiilsus, kuid mitte sellisel määral kui ägeda polümorfse psühhootilise seisundi puhul (F23.0).

Diagnostilised juhised

Kindla diagnoosi püstitamiseks:

- (a) psühhootiliste sümptomite algus peab olema äge (2 nädalat või vähem mittepsühhootilisest seisundist selge psühhootilise seisundini);
- (b) skisofreenia kriteeriumidele (F20.-) vastavad sümptomid peavad esinema suurema osa ajast, mil selge psühhootiline kliiniline pilt on välja kujunenud;
- (c) ägeda polümorfse psühhootilise häire kriteeriumid pole täidetud.

Kui skisofreeniased sümptomid kestavad rohkem kui kuu aega, tuleb diagnoos muuta skisofreeniaks (F20.-).

Sisaldab: äge (diferentseerimata) skisofreenia;
lühiajaline skisofreeniataoline seisund (*brief schizophreniform disorder*);
lühiajaline skisofreeniataoline psühhos (*brief*

schizophreniform psychosis);
oneirofreenia;
skisofreenne reaktsioon.

Ei sisalda: orgaaniline luululine psühhoos (F06.2);
TTta skisofreniformne häire (F20.8).

F23.3 Muu äge domineerivalt luululine psühhootiline häire

Ägedad psühhootilised seisundid, mille põhilisteks kliinilisteks avaldusteks on suhteliselt püsivad luulumõtted või hallutsinatsioonid, mis aga ei vasta skisofreenia kriteeriumidele (F20.-). Valdavalt esinevad jälitus- või suhtumisluuu mõtted ja hallutsinatsioonid on tavaliselt auditoorsed (häälled pöörduvad otseselt haige poole).

Diagnostilised juhised

Kindla diagnoosi püstitamiseks:

- (a) psühhootiliste sümptomite algus peab olema äge (2 nädalat või vähem mittepsühhootilisest seisundist selgelt psühhootiliseni);
- (b) luulumõtted või hallutsinatsioonid peavad esinema suurema osa ajast alates psühhootilise seisundi väljakujunemisest;
- (c) ei skisofreenia (F20.-) ega ägeda polümorfse psühhootilise häire (F23.0) diagnostilised kriteeriumid ei ole täidetud.

Kui luulumõtted püsivad üle 3 kuu, tuleb kasutada püsiva paranoilise häire (F22.-) diagnoosi. Kui ainult hallutsinatsioonid püsivad üle 3 kuu, tuleb kasutada diagnoosi: muud mitteorgaanilised psühhoosid (F28).

Sisaldab: paranoiline reaktsioon;
psühhogeenne paranoiline psühhoos.

F23.8 Muud ägedad psühhootilised episoodid

Siia lülitatakse kõik muud ägedad psühhootilised seisundid, mida ei saa klassifitseerida teiste seisunditena rubriigis F23 (nagu ägedad psühhootilised seisundid, mille puhul luulumõtted või hallutsinatsioonid on lühiajalised). Diferentseerimata rahutusseisundid kuuluvad samuti siia, kui täpsem informatsioon

haige vaimse seisundi kohta puudub, eeldusel, et pole tõestatud orgaanilist põhjust.

F23.9. Täpsustamata äge psühhoiline episood

Sisaldab: TTta (lühiajaline) reaktiivne psühhoos.

F24 Indutseeritud luul (*folie à deux*)

Harva ette tulev paranoiline seisund, milles osalevad tihedas emotsionaalses seoses kaks või mõnikord rohkem isikut. Ainult üks neist kannatab tõeliselt psühhoilise häire all; luulumõtted kanduvad üle teisele isikule (isikutele) ja tavaliselt kaovad, kui isikud eraldatakse. Domineeriva isiku psühhoiline haigus on harilikult skisofreenia, kuid mitte alati. Nii domineeriva isiku algsed kui ka indutseeritud luulumõtted on tavaliselt kroonilised ja oma loomult kas paranoilised või suurusmõtted. Luululised veendumused kantakse sel viisil üle üksnes ebatavalistes olukordades. Enamasti on sellest hõivatud inimesed tihedates sidemetes ja on teistest inimestest keeleliselt, kultuuriliselt või geograafiliselt eraldatud. Isik, kellel on indutseeritud luulumõtted, on tavaliselt alluv või sõltub inimesest, kellel on tõeline psühhoos.

Diagnostilised juhised

Indutseeritud paranoilise seisundi diagnoosi tuleb ainult siis kasutada, kui:

- (a) kahel või rohkemal isikul on sama luul või luulusüsteem ja nad toetavad teineteist oma veendumustes;
- (b) nad on omavahel eespool kirjeldatud tihedates sidemetes;
- (c) on olemas ajaline või muu tõend, et luul indutseeriti grupi või paari passiivse(te) liikme(te) kontakti käigus aktiivse liikmega.

Indutseeritud hallutsinatsioonid on haruldased, kuid ei välista diagnoosi. Kui aga on põhjust uskuda, et kahel koos elaval inimesel on iseseisvad psühhoilised seisundid, ei kuulu kumbki diagnoosilt siia isegi siis, kui mõned nende luulumõtted on sisult ühesugused.

Sisaldab: folie à deux;
indutseeritud paranoiline või psühhootiline häire;
sümbiootiline psühhoos.

Ei sisalda: folie simultanée.

F25 Skisoafektiivsed häired

Need on episoodilised seisundid, kus nii afektiivsed kui ka skisofreensed sümptomid on juhtivad haiguse sama episoodi vältel eelistatavalt üheaegselt ning kestavad vähemalt mõne päeva. Nende seos tüüpiliste meeleoluhäirete (F30-F39) ja skisofreensete häiretega (F20-F24) ei ole kindel. Nad on esitatud eri kategooriana, sest nad on liialt sagedased, et neid ignoreerida. Teiste seisundite jaoks, mil afektiivsed sümptomid on juba olemasoleva skisofreense haigestumise osaks või pealisehituseks või kui nad esinevad koos või vahelduvad püsivate paranoiliste seisundite muude vormidega, tuleb kasutada sobivat kategooriat jaotusest F20-F29. Emotsioonidega mitteühtivad luulumõtted või hallutsinatsioonid, mis esinevad afektiivsete häirete korral (F30.2, F31.5, F32.3 või F33.3), ei anna iseenesest veel alust diagnoosida skisoafektiivset häiret.

Haiged, kes kannatavad rekurrentsete skisoafektiivsete episoodide all, eriti need, kelle sümptomid on rohkem maniakaalsed kui depressiivsed, paranevad tavaliselt täielikult ja neil kujuneb üksnes harva defektseisund.

Diagnostilised juhised

Skisoafektiivse häire diagnoos on ainult siis kasutatav, kui nii skisofreensed kui ka emotsionaalsed sümptomid on mõlemad selgelt väljendunud ja esinevad üheaegselt või vaheldudes omavahel mõne päeva vältel sama haigusepisoodi kestel ning kui haigusepisoodi ei saa diagnoosida ei skisofreeniana, ei depressiivse ega maniakaalse episoodina. Seda diagnoosi ei saa kasutada haigetel, kellel skisofreenia sümptomid ja afektiivsed sümptomid ilmnevad ainult haiguse erinevates episoodides. Näiteks skisofreeniahaigetele on omane depressiivsete sümptomite ilmumine pärast psühhootilist episoodi (vt. skisofreenne järeldepressioon, F20.4). Osal

haigetest esinevad korduvad skisoafektiivsed episoodid, mis võivad olla kas maniakaalsed, depressiivsed või segatüüpi. Teistel on üks või kaks skisoafektiivset episoodi, mis paigutuvad tüüpiliste maniakaalsete või depressiivsete episoodide vahele. Esimesel juhul on skisoafektiivse seisundi diagnoos õigustatud. Teisel juhul ei muuda juhuslik skisoafektiivne episood kehtetuks bipolaarse afektiivse haiguse või rekurrentse depressiivse seisundi diagnoosi, kui kliiniline pilt on muus osas tüüpiline.

F25.0 Maniakaalne skisoafektiivne häire

Seisund, mille puhul nii skisofreenised kui maniakaalsed sümptomid on selgelt väljendunud ühe ja sama haiguseepisoodi ajal. Meeleolu ebanormaalsus avaldub tema kõrgenemises, millega kaasnevad kõrgenenud enesehinnang ja suurusmõtted, vahel võib aga esiplaanil olla kõrgenenud erutus või ärritatavus ning sellega kaasnevad agressiivne käitumine ja jälitusmõtted. Mõlemal juhul esineb energiatõus, kõrgenenud aktiivsus, kontsentratsioonivõime alanemine ja normaalsete sotsiaalsete pidurite kadumine. Suhtumis-, suurus- või jälitusluul võivad esineda, kuid skisoafektiivse seisundi diagnoosimiseks on vajalikud ka muud, skisofreeniale tüüpilisemad sümptomid. Haige võib näiteks kinnitada, et tema mõtted levivad või neid segatakse või et võõrad jõud püüavad teda mõjutada või et ta kuuleb mitmesuguseid hääli või avaldab veidraid luulumõtteid, mis ei ole üksnes suurus- ega jälitusmõtted. Hoolika küsitlusega tuleb kindlaks teha, et isikul on tõesti sellised elamused ja et ta ei naljata ega räägi ülekantud piltlikus tähenduses. Maniakaalset tüüpi skisoafektiivne häire on tavaliselt kirka kliinilise pildiga ägeda algusega psühhoos; kuigi käitumine on sageli tugevasti häiritud, saabub tavaliselt täielik paranemine mõne nädala jooksul.

Diagnostilised juhised

Tingimata peab olema kas tunduvalt kõrgenenud meeleolu või kombinatsioon vähem kõrgenenud meeleolust koos ärritatavuse või erutusega. Sama episoodi raamides peab avalduma selgelt vähemalt üks, eelistatavalt kaks tüüpilist skisofreenia tunnust [täpsustatud skisofreenia (F20.-) diagnostilistes juhistes (a)-(d)].

Seda diagnoosi tuleb kasutada nii üksiku maniakaalset tüüpi skisoafektiivse episoodi puhul kui ka rekurrentsete häirete korral, kus enamik episoodidest on maniakaalset tüüpi skisoafektiivsed.

Sisaldab: skisoafektiivne psühhoos, maniakaalne tüüp;
skisofreniformne psühhoos, maniakaalne tüüp.

F25.1 Depressiivne skisoafektiivne häire

Seisund, mille puhul haiguse sama episoodi käigus avalduvad juhtivatena nii skisofreeniale kui ka depressioonile iseloomulikud sümptomid. Tavaliselt kaasneb depressiivse meeleoluga mitu iseloomulikku sümptomit või käitumishäiret, nagu pidurdatus, unehäired, energia, isu ja kehakaalu langus, normaalsete huvide vähenemine, kontsentratsioonivõime alanemine, süütunne, lootusetusetunne, suitsiidimõtted. Samal ajal või sama episoodi vältel esineb ka skisofreeniale tüüpilisi sümptomeid: näiteks võib isik avaldada, et ta mõtted levivad või neid segatakse või võõrad jõud püüavad teda juhtida. Ta võib olla veendunud, et teda jälgitakse või tema vastu organiseeritakse salasepitsusi, ilma et seda oleks põhjustanud tema käitumine, või ta kuuleb häält, mis pole üksnes laimavad või hukkamõistvad, vaid räägivad tema tapmisest või arutavad omavahel tema käitumist. Depressiivset tüüpi skisoafektiivsed episoodid on tavaliselt vähem ägedad ja teisi vähem häirivad kui skisoafektiivsete seisundite maniakaalne vorm, kuid nad kalduvad kestma kauem ja prognoos ei ole nii hea. Kuigi enamik haigetest paraneb täielikult, kujuneb mõnel siiski välja skisofreenne defekt.

Diagnostilised juhised

Juhtival kohal peab olema depressioon koos vähemalt kahe iseloomuliku depressiivse sümptomiga või kaasneva käitumishäirega, mis on iseloomulikud depressiivsele episoodile (F32.-); sama episoodi raames peab ilmne selgelt vähemalt üks, soovitatavalt kaks tüüpilist skisofreenia sümptomit [nagu märgitud skisofreenia (F20.-) diagnostilistes juhistes (a)-(d)].

Seda diagnoosi tuleb kasutada nii üksiku depressiivse skisoafektiivse episoodi puhul kui ka korduvate seisundite puhul, kui enamus episoodidest on depressiivset tüüpi skisoafektiivsed.

Sisaldab: skisoafektiivne psühhoos, depressiivne tüüp;
skisofreniformne psühhoos, depressiivne tüüp.

F25.2 Segatüüpi skisoafektiivne häire

Sia kuuluvad seisundid, mille puhul skisofreenia sümptomid (F20.-) on läbi põimunud bipolaarsele afektiivsele häirele (F31.6) iseloomulike sümptomitega.

Sisaldab: tsükliline skisofreenia;
skisofreenne ja afektiivne segapsühhoos.

F25.8 Muud skisoafektiivsed häired

F25.9 Täpsustamata skisoafektiivne häire

Sisaldab: TTta skisoafektiivne psühhoos.

F28 Muud mitteorgaanilised psühhoosid

Psühhootilised seisundid, mis ei vasta skisofreenia (F20.-) ega psühhootilist tüüpi afektiivsete häirete (F30-F39) kriteeriumidele; psühhootilised häired, mis ei vasta püsivate luululiste häirete (F22.-) kriteeriumidele.

Sisaldab: TTta krooniline hallutsinatoorne psühhoos.

F29 Täpsustamata mitteorgaaniline psühhoos

Sisaldab: TTta psühhoos.

Ei sisalda: TTta psüühikahäire (F99);
TTta orgaaniline või sümptomaatiline psühhoos (F09).

F30-F39 MEELEOLUHÄIRED

Suhteid meeleoluhäirete etioloogia, sümptomite, aluseks olevate biokeemiliste protsesside, ravile reageerimise ja tulemuste vahel pole veel küllaldaselt selgitatud, et neid üldtunnustatud alusel klassifitseerida. Sellele vaatamata peab proovima klassifitseerida ja siin esitatu on koostatud lootusega, et olles laialdaste konsultatsioonide tulemuseks, on ta vähemalt vastuvõetav.

Nende häirete puhul on põhiliseks meeleolu või afekti muutus, tavaliselt depressiooni (kaasneva ärevusega või ilma) või meeleolu tõusu suunas. Meeleolu muutusega kaasneb tavaliselt aktiivsuse üldise taseme muutus ja enamasti teistest sümptomitest on kas sekundaarsed või nende seos meeleolu ja aktiivsuse muutusega on kergesti mõistetav. Enamasti neist häiretest korduvad, kusjuures üksikepisoodide algus on sageli seotud stressi tekitavate sündmuste või olukordadega. Siin käsitletakse kõigi vanuserühmade meeleoluhäireid; seetõttu kuuluvad siia nii lapse- kui noorukieas algavad meeleoluhäired.

Põhikriteeriumid, mille alusel meeleoluhäireid jaotatakse, on valitud praktilistest põhjustest lähtudes, et võimaldada kergesti identifitseerida kõiki tavalisi kliinilisi häireid; üksikud episoodid eristatakse bipolaarsetest ja teistest mitmeepisoodilistest häiretest, sest suurel osal patsientidest avaldub elu vältel ainult üks haiguse episood, raskusaste on esile tõstetud seetõttu, et see omab tähtsust ravi ja abi korraldamise aspektist. Üldtunnustatud on, et sümptomid, mida siin on nimetatud somaatilisteks, võivad sama edukalt saada nimetuse melanhoolne, vitaalne, bioloogiline või endogenomorfne ja et mõneti küsitav on selle sündroomi teaduslik seisund. Sellest hoolimata on see sündroom laialdase rahvusvahelise kliinilise huvi tõttu sisse võetud. Võib loota, et tulemuseks on laialdane kriitiline arutelu tema otstarbekusest. Klassifikatsioon on koostatud selliselt, et somaatilist sündroomi võivad registreerida need, kes seda soovivad, kuid teda võib ka ignoreerida, ilma et selle all kannataks muu informatsioon.

Raskusastmete eristamine jääb probleemiks; siin eristatakse kolme astet - kerget, mõõdukat ja rasket, sest paljud arstid soovivad, et see oleks võimalik.

Termineid *mania* ja *raske depressioon* on siinses klassifikatsioonis kasutatud meeleoluhäirete vastaspooluste tähistamiseks; *hüpomania* määratleb vahepealset seisundit ilma luulumõtete, hallutsinatsioonide või normaalse aktiivsuse täieliku lagunemiseta, see ilmneb sageli (kuid mitte ainult), kui haigetel kujuneb maniakaalne seisund või nad paranevad sellest.

F30 Maniakaalne episood e. mania

Siin eristatakse kolme raskusastet, mille ühisteks tunnusteks on meeleolu kõrgenemine ning füüsilise ja vaimse aktiivsuse mahu ja kiiruse tõus. Seda kategooriat saab kasutada ainult ühekordse maniakaalse episoodi kohta. Varasemad või hilisemad meeleoluhäire episoodid, nii depressiivsed, maniakaalsed või hüpomaniakaalsed, kodeeritakse kui bipolaarne meeleoluhäire (F31.-).

Sisaldab: bipolaarne häire, üksik maniakaalne episood.

F30.0 Hüpomania

Hüpomania on mania (F30.1) nõrgem aste, mille puhul meeleolu ja käitumise häired on liialt püsivad ja väljendunud, et olla liigitatud tsüklotüümia alla (F34.0), kuid nendega ei kaasne hallutsinatsioone või luulumõtteid. Püsiv kerge meeleolu kõrgenemine (vähemalt mitu päeva järjest), energia ja aktiivsuse tõus, tavaliselt ilmne heaolu ning vaimse ja füüsilise töövõime kõrgenemise tunne. Kõrgenenud seltskondlikkus, jutukus, familiaarsus, seksuaalse energia tõus ja unevajaduse vähenemine on sageli olemas, kuid mitte sellisel määral, et see põhjustaks raskeid häireid töös või sotsiaalsetes suhetes. Ärritatus, upsakus ja mühaklik käitumine võivad esineda suuremal määral kui tavalise eufoorilise seltskondlikkuse korral.

Kontsentratsioon ja tähelepanu võivad nõrgeneda, samuti püsiva töötamise või lõõgastumise võime, kuid see ei pruugi ära hoida huvi tekkimist täiesti uute riskantsete ettevõtmiste või tegevusalade vastu, ka võib esineda kergemeelset raha kulutamist.

Diagnostilised juhised

Ülaltoodud tunnustest paljud kaasnevad kõrgenenud või muutunud meeleolu ja tõusnud aktiivsusega, kusjuures nad peavad esinema vähemalt mitu päeva järjest, olema suurema intensiivsuse ja kestusega, kui on kirjeldatud tsüklotüümia puhul (F34.0). Tunduvad häired töös või sotsiaalses aktiivsuses sobivad hüpomania diagnoosiga, kuid kui need häired on rasked või kompleksed, tuleb diagnoosida maniat (F30.1 või F30.2).

Diferentsiaaldiagnoos. Hüpomania raamidesse kuuluvad meeleolu ja aktiivsuse taseme häired, mis mahuvad tsüklotüümia (F34.0) ja mania (F30.1 ja F30.2) vahele. Kõrgenenud aktiivsust ja püsimatust (sageli ka kaalukaotust) tuleb eristada samadest sümptomitest hüpertüroidismi ja *anorexia nervosa* puhul; eriti hilisemas keskeas võivad agiteeritud depressiooni varased seisundid pindmiselt hinnates sarnaneda hüpomania ärrituvale variandile. Raskete sündtegedega haiged võivad osa ööst olla aktiivsed, sooritades koduseid koristusrituaale, kuid nende emotsionaalne foon on tavaliselt vastupidine eespool kirjeldatule. Kui hüpomania lühike periood esineb mania (F30.1 ja F30.2) sissejuhatusena või selle järelperioodis, pole tavaliselt vajadust seda eraldi välja tuua.

F30.1 Mania psühhoosiliste sümptomiteta

Meeleolu on kõrgenenud sõltumata isiku olukorrast ja võib varieeruda muretust heatujulisusest kontrollimatu erutuseni (rahatuseni). Meeleolu tõusuga kaasneb energiatulv, mis avaldub kõrgenenud aktiivsuses, kõnetulvas ja vähenenud unevajaduses. Normaalsed sotsiaalsed pidurid on kadunud, tähelepanu on raske kontsentreerida ja ilmneb selgelt väljendunud hajumine. Enesehinnang on tõusnud ja põhjendamatu optimistlikud suurusmõtted avalduvad spontaanselt.

Võivad esineda tajuhäired, nagu värvuste vastuvõtmine eriti erksana, pinna või tekstuuridetailide üliterav tajumine ja subjektiivne hüperakuusia. Inimene võib tegelda ekstravagantsete ja ebapraktiliste probleemidega, raisata mõtlematu raha, olla armunud või naljatleda ebakohaselt. Mõne

maniakaalse episoodi käigus on meeleolu pigem ärritatud ja kahtlustav kui kõrgenenud. Esimene haigushoog vallandub tavaliselt 15. ja 30. eluaasta vahel, kuid võib ilmnedagi vanuses hilisest lapseeas kui 7. või 8. elukümnendini.

Diagnostilised juhised

Episood peab kestma vähemalt nädala, peab olema küllalt raske, et enam-vähem täielikult katkestada igapäevast tööd ja sotsiaalset aktiivsust. Meeleolu muutustega peavad kaasnema energia tõus ja mitu sümptomit, mis on esitatud eespool (eriti suurenenud vajadus kõnelda, vähenenud unevajadus, suurusmõtted ja ülemäärane optimism).

F30.2 Mania psühhoetiliste sümptomitega

Kliiniliselt pildilt on see F30.1-st raskem vorm. Kõrgenenud enesehinnang ja suurusmõtted võivad areneda luulumõteteks ning ärritatavus ja kahtlustamine võivad kujuneda jälitusluuluks. Rasketel juhtudel võivad domineerida suurus- või religioossed luulumõtted, mõtete kiirenemine ja kõnevajadus võivad olla sellised, et väljendid ja kõne muutuvad arusaamatuks. Raske ja püsiva füüsilise aktiivsuse ja erutuse tulemuseks võib olla agressioon või vägivald, söömise, joomise ja isikliku hügieeni nõuete eiramine kuni ohtlike seisunditeni dehüdratsioonist ja enesehooidamatusest. Vajaduse korral võib eristada, kas luulumõtted või hallutsinatsioonid ühtivad või ei ühti meeleoluga. Mitteühtivad on olemuselt emotsionaalselt neutraalsed luulumõtted ja hallutsinatsioonid; näiteks vihjelised luulumõtted ilma süüdistava sisuta või hääled, mis jutustavad haigele sündmustest, millel puudub eriline emotsionaalne tähendus.

Diferentsiaaldiagnostiliselt on üks üldisemaid probleeme eristamine skisofreeniast, eriti juhtudel, kui kujunemine üle hüpomani puudub ja haiget nähakse haiguse kõrgpunktis, kui laialdased luulumõtted, arusaamatu kõne ja äge rahutus võivad varjutada aluseks olevat meeleolumuutust. Maniaga haiged, keda ravitakse neuroleptikumidega, võivad valmistada diagnostilisi raskusi siis, kui nende füüsiline ja vaimne aktiivsus on taandunud normaalsele tasemele, püsima on jäänud luulumõtted või hallutsinatsioonid. Mõnikord võib esineda

meeleoluga mitteühtivaid ja skisofreeniale (F20.-) iseloomulikke luulumõtteid ning hallutsinatsioone. Kui need sümptomid on aga juhtivad ja püsivad, on õigem kasutada diagnoosi skisoafektiivne häire (F25.-).

Sisaldab: maniakaalne stuupor.

F30.8 Muud maniakaalsed episoodid

F30.9 Täpsustamata maniakaalne episood

Sisaldab: TTta mania.

F31 Bipolaarne meeleoluhäire

Häire, millele on iseloomulikud korduvad (vähemalt kaks) häiritud meeleolu ja aktiivsuse episoodid, mille käigus mõnel juhul ilmneb meeleolu kõrgenemine ning energia ja aktiivsuse tõus (mania või hüpomania), teistel juhtudel meeleolu alanemine ning energia ja aktiivsuse alanemine (depressioon). Paranemine on episoodide vaheperioodil tavaliselt täielik ja esinemissagedus eri sugupoolel on ühtlasem kui teiste meeleoluhäirete puhul. Kuna patsiente, kellel esinevad ainult korduvad maniakaalsed episoodid, on vähe ja nad sarnanevad (perekonnaanamneesilt, premorbiidselt isiksuselt, alguse ealt ja pikaajaliselt prognoosilt) patsientidega, kellel on ka vähemalt juhuslikke depressiivseid episoode, siis selliseid patsiente saab diagnoosida bipolaarsetena (F31.8).

Maniakaalsed episoodid algavad tavaliselt järsku ja kestavad kahest nädalast nelja-viie kuuni (keskmiselt umbes neli kuud). Depressioonide kestus on harilikult pikem (keskmiselt kuus kuud), kuid harva rohkem kui aasta, välja arvatud vanemas eas. Mõlemad episoodid järgnevad tihti stressiga seotud elusündmustele või teistele psüühilistele traumadele, kuid stressi olemasolu või puudumine pole diagnoosi püstitamisel määrav. Esimene episood võib esineda igasuguses vanuses lapseeast kuni raugaeani. Episoodide sagedus ning remissioonide ja uute episoodide esinemise muustrid on mitmesugused, kuid eriti pärast keskiga muutuvad remissioonid lühemaks ning depressioonid sagedamaks ja ajaliselt pikemaks.

Kuigi diagnoos *maniakaal-depressiivne psühhoos* hõlmas algset ka patsiente, kellel oli ainult depressioon, kasutatakse praegu terminit maniakaal-depressiivne häire või psühhoos peamiselt bipolaarse häire sünonüümina.

Sisaldab: maniakaal-depressiivne haigus, psühhoos või reaktsioon.

Ei sisalda: bipolaarne häire, üksik maniakaalne episood (F30.-); tsüklotüümia (F34.0).

F31.0 Bipolaarne meeleoluhäire, hüpomania

Diagnostilised juhised

Kindlaks diagnoosiks on vajalik:

- (a) käesolev episood vastab hüpomania (F30.0) kriteeriumidele;
- (b) anamneesis on vähemalt üks meeleoluhäire episood (hüpomaniakaalne, maniakaalne, depressiivne või segatüüpi).

F31.1 Bipolaarne meeleoluhäire, psühhootiliste sümptomiteta mania

Diagnostilised juhised

Kindlaks diagnoosiks on vajalik:

- (a) käesolev episood vastab psühhootiliste sümptomiteta mania kriteeriumidele (F30.1) ja
- (b) anamneesis on vähemalt üks meeleoluhäire episood (hüpomaniakaalne, maniakaalne, depressiivne või segatüüpi).

F31.2 Bipolaarne meeleoluhäire, psühhootiliste sümptomitega mania

Diagnostilised juhised

Kindlaks diagnoosiks on vajalik:

- (a) käesolev episood vastab psühhootiliste sümptomitega mania tunnustele (F30.2) ja

- (b) anamneesis on vähemalt üks meeleoluhäire episood (hüpomaniakaalne, maniakaalne, depressiivne või segatüüpi).

Kui on vajalik, võib luulumõtete ja hallutsinatsioonide suhtes täpsustada, kas nad on või pole seotud meeleoluga (vt. märkus ja näited F30.2 juures).

F31.3 Bipolaarne meeleoluhäire, mõõdukas või kerge depressioon
Diagnostilised juhised

Kindlaks diagnoosiks on vajalik:

- (a) käesolev episood vastab depressiooni kriteeriumidele kas kerge (F32.0) või mõõduka (F32.1) raskusastmega;
- (b) anamneesis on vähemalt üks kindlalt tõestatud hüpomaniakaalne, maniakaalne või segatüüpi afektiivne episood.

Järgmist alajaotust võib kasutada, et märkida somaatiliste sümptomite olemasolu või puudumist käesoleva depressiivse episoodi käigus.

F31.30 Bipolaarne meeleoluhäire, mõõdukas või kerge depressioon somaatiliste sümptomiteta

F31.31 Bipolaarne meeleoluhäire, mõõdukas või kerge depressioon somaatiliste sümptomitega

F31.4 Bipolaarne meeleoluhäire, psühhootiliste sümptomiteta
raske depressioon
Diagnostilised juhised

Kindlaks diagnoosiks on vajalik:

- (a) tunnustelt vastab käesolev episood raskele depressioonile psühhootiliste sümptomiteta (F32.2);
- (b) anamneesis peab olema vähemalt üks kindlalt tõestatud hüpomaniakaalne, maniakaalne või segatüüpi afektiivne episood.

F31.5 Bipolaarne meeleoluhäire, psühhootiliste sümptomitega raske depressioon

Diagnostilised juhised

Kindlaks diagnoosiks on vajalik:

- (a) tunnustelt vastab käesolev episood raskele depressioonile psühhootiliste sümptomitega (F32.3);
- (b) anamneesis on vähemalt üks kindlalt tõestatud hüpomaniakaalne, maniakaalne või segatüüpi afektiivne episood.

Kui on vajalik, võib luulumõtete ja hallutsinatsioonide suhtes täpsustada, kas nad meeleoluga ühtivad või mitte (vt. märkus ja näiteid F30.2 juures).

F31.6 Bipolaarne meeleoluhäire, segatüüpi seisund

Anamneesis on vähemalt üks kindlalt diagnoositud maniakaalne, hüpomaniakaalne või segatüüpi afektiivne episood ja käesolevalt esineb maniakaalsete, hüpomaniakaalsete ja depressiivsete sümptomite segu või kiire vaheldumine.

Diagnostilised juhised

Kuigi bipolaarsete häirete tüüpilisemad vormid seisnevad maniakaalsete ja depressiivsete episoodide vaheldumises vahepealse normaalse meeleoluga, pole tavatu ka depressiivse meeleoluga kaasnev aktiivsuse tõus ja suurenenud rääkimistung või maniakaalne meeleolu ja suurusmõtted, millega kaasnevad rahutus ning energia ja libiido kadumine. Depressiooni ja hüpomania või mania sümptomid võivad järsult vahelduda, kas päevast päeva või isegi tundide vältel. Segatüüpi bipolaarse häire diagnoosi saab ainult siis panna, kui mõlema pooluse sümptomid on käesoleva haigusepisoodi vältel enamuse ajast silmatorkavad ja kui episood on kestnud vähemalt kaks nädalat.

Ei sisalda: üksik segatüüpi afektiivne episood (F38.0).

F31.7 Bipolaarne meeleoluhäire, remissioonis

Anamneesis on vähemalt üks kindlalt fikseeritud maniakaalne, hüpomaniakaalne või segatüüpi episood ja lisaks vähemalt üks

hüpomaniakaalne, maniakaalne, depressiivne või segatüüpi afektiivne episood, kuid praegu ei kannata haige märgatava meeleoluhäire all. Sellele vaatamata võib inimene saada ravi, et vähendada edasiste episoodide tekkimise ohtu.

F31.8 Muud täpsustatud bipolaarsed meeleoluhäired

Sisaldab: bipolaarne II häire;
korduvad maniakaalsed episoodid.

F31.9 Täpsustamata bipolaarne meeleoluhäire

F32 Depressiivne episood e. depressioon

Kõigi tüüpiliste episoodide kolme allpool kirjeldatud variandi [kerge (F32.0), mõõdukas (F32.1) ja raske (F32.2 ja F32.3)] puhul kannatab inimene tavaliselt alanenud meeleolu, huvide ja elurõõmu kadumise ja energia vähenemise all, mis toob kaasa kõrgenenud väsitatavuse ja vähenenud aktiivsuse. Üldiselt on suurenenud väsimustunne ka pärast kerget pingutust. Teised üldnähtud:

- (a) tähelepanu ja kontsentratsioonivõime alanemine;
- (b) alanenud enesehinnang ja eneseusaldus;
- (c) süü- ja väärtusetustunne (ka kerge vormi puhul);
- (d) trööstitu ja pessimistlik suhtumine tulevikku;
- (e) enesekahjustuse või suitsiidimõtted või -teod;
- (f) häiritud uni;
- (g) isu alanemine.

Päevast päeva muutub alanenud meeleolu vähe ega vasta sageli tegelikule olukorrale, kuid iseloomulikud ööpäevased kõikumised võivad esineda. Nagu maniä puhul, on ka siin kliinilistes avaldustes selged individuaalsed erinevused, seejuures on atüüpilised vormid eriti omased noorukitele. Mõnel juhul on hirm, hingepiin ja motoorne rahutus rohkem väljendunud kui depressioon ja meeleolu muutust võivad maskeerida lisanduvad nähtud, nagu ärritatavus, alkoholi kasutamise sööstud, teatraalne

käitumine, varem esinenud foobia- või obsessiivsete nähtude ägenemine või hüpohondriiline hõivatus. Depressiooni diagnoosiks on sõltumata raskusastmest nõutav tavaliselt vähemalt kahepäevane kestus, lühem ajavahemik tuleb arvesse üliägeda alguse ja eriti raske sümptomaatika puhul.

Mõned neist sümptomitest võivad olla eriti ilmekad ja omandada iseloomulikke tunnuseid, millele omistatakse erilist kliinilist tähendust. Tüüpilisemaid näiteid neist somaatilistest sümptomitest (vt. antud peatüki sissejuhatust, lk. 109): huvi ja rahuldustunde kadumine tegevusest, mis normaalselt oli meeldiv; emotsionaalse reaktsiooni puudumine normaalselt meeldivatele olukordadele ja sündmustele; ärkamine hommikul kaks või rohkem tundi enne tavalist aega; depressioon hommikul sügavam; selgelt väljendunud psühhomotoorse pidurduse või rahutuse objektiivne avaldumine (teiste inimeste poolt täheldatud või kirjeldatud); ilmne isu alanemine; kehakaalu langus (sageli määratud kui kaalukaotus 5 % või rohkem viimase kuu vältel); selgesti väljendunud libiido langus. Seda somaatilist sündroomi ei saa arvestada, kui pole kindlalt olemas nelja eespool esitatud sümptomit.

Depressiooni kategooriad *kerge* (F32.0), *mõõdukas* (F32.1) ja *raske* (F32.2 ja F32.3), mille täpsem kirjeldus esitatakse allpool, on kasutatavad ainult üksiku (esimese) depressiivse episoodi puhul. Järgnevaid depressiivseid episoodide tuleb liigitada korduva depressiooni (F33.-) sobivasse alajaotusse.

Raskusastmed on selliselt määratletud, et nad hõlmaksid kliinilisi seisundeid kogu ulatuses, millega puututakse kokku psühhiaatrilises praktikas. Kerge depressiooniga patsiendid satuvad tavaliselt polikliiniku- ja üldarsti juurde, kuna psühhiaatrilised ravisutused tegelevad raskemate vormidega patsientidega.

Enesekahjustusaktid, enamasti enese mürgitamine väljakirjutatud ravimitega meeleoluhäirete tõttu, registreeritakse lisakoodi alusel, mis asub RHK-10 XX peatükis, X60-X84 osas. Need koodid ei tee vahet suitsiidikatsel ja parasuitsiidi vahel, sest mõlemad on lülitatud enesekahjustuste üldkategooriasse.

Siin esitatud kerge, keskmise ja raske astme eristamine põhineb keerukal kliinilisel hinnangul, mis arvestab olemasolevate sümptomite hulka, iseloomu ja raskust. Tavalise tööalase ja sotsiaalse aktiivsuse tase annab üldise suuna episoodi raskusastme hindamisel, kuid individuaalsed, sotsiaalsed ja kultuuri mõjud on sedavõrd tavalised ja tugevalt toimivad, et ei võimalda sümptomite raskusastet ja sotsiaalset toimetulekut üksüheselt seostada, mistõttu viimast pole otstarbekas lülitada raskusastme vajalike tunnuste hulka.

Dementsuse (F00-F03) või vaimse alaarengu (F70-F79) olemasolu ei välista depressiooni diagnoosi, kuid kontakti raskused tõstatavad vajaduse rakendada diagnoosi püstitamisel tavalisest rohkem objektiivselt täheldatavaid somaatilisi sümptomeid, nagu psühhomotoorne pidurdatus, isu ja kehakaalu vähenemine ja unehäired.

Sisaldab: depressiivse reaktsiooni, psühhootiliste sümptomiteta raske depressiooni, psühhogeense depressiooni või reaktiivse depressiooni (F32.0, F32.1, F32.2) üksikud episoodid.

F32.0 Kerge depressioon

Diagnostilised juhised

Depressiivset meeleolu, huvi ja rahuldustunde kadumist ning suurenenud väsitatavust on tavaliselt vaadeldud kui depressiooni kõige tüüpilisemaid sümptomeid. Kindla diagnoosi panemiseks peab avalduma vähemalt kaks neist kolmest, lisaks vähemalt kaks teistest sümptomitest, mis on esitatud leheküljel 117 (vt. F32.-). Ükski neist sümptomitest ei tohiks olla tugevasti väljendunud ja kogu episoodi minimaalseks kestuseks peab olema kaks nädalat.

Kerge depressiooniga isikut häirivad harilikult mitmesugused sümptomid ja tal on teatavaid raskusi igapäevases töös ja sotsiaalses suhtlemises, kuid ta ei lõpeta tegevust täielikult.

Viiendat koodinumbrit saab kasutada somaatilise sündroomi olemasolu fikseerimiseks:

F32.00 Kerge depressioon, somaatiliste sümptomiteta

Kriteeriumid depressiooni ja kerge raskusastme suhtes on olemas, kusjuures somaatilisi sümptomeid on vähe või nad puuduvad üldse.

F32.01 Kerge depressioon, somaatiliste sümptomitega

Kriteeriumid depressiooni ja kerge raskusastme suhtes on olemas, lisaks esineb neli või rohkem somaatilist sümptomit (kui esineb ka ainult kaks või kolm, kuid nad on väga rasked, tuleb kõne alla selle alajaotuse kasutamine).

F32.1 Mõõdukas depressioon

Diagnostilised juhised

Peab avalduma vähemalt kaks või kolm kergele raskusastmele (F32.0) tüüpilist sümptomit, lisaks vähemalt kolm (eelistatavalt neli) teistest sümptomitest. Osa sümptomeid peaks olema tugevalt väljendunud, kuid kui avaldub hulgaliselt mitmesuguseid sümptomeid, pole see vajalik. Kogu episoodi minimaalseks kestuseks peab olema kaks nädalat.

Mõõduka depressiooniga isikul on harilikult märgatavaid raskusi sotsiaalses, tööalases ja koduses tegevuses.

Viiendat koodinumbrit saab kasutada somaatiliste sümptomite olemasolu fikseerimiseks:

F32.10 Mõõdukas depressioon somaatiliste sümptomiteta

Kriteeriumid depressiooni ja mõõduka raskusastme suhtes on täidetud, kusjuures somaatilisi sümptomeid on vähe või need puuduvad üldse.

F32.11 Mõõdukas depressioon somaatiliste sümptomitega

Depressiooni ja mõõduka raskusastme kriteeriumid on täidetud, lisaks on neli või rohkem somaatilist sümptomit (kui esineb ka ainult kaks või kolm, kuid nad on väga rasked, tuleb kõne alla selle alajaotuse kasutamine).

F32.2 Raske depressioon psühhootiliste sümptomiteta

Raske depressiooni puhul on inimesel tavaliselt märgatav kurbus või ärevus, välja arvatud ilmse pidurduse korral. Enesehinnangu alanemine või üleariusus- ja süütunne on sageli juhtivad ning eriti rasketel juhtudel on reaalne suitsiidiot. Arvatakse, et raske depressiooni korral esineb peaaegu alati somaatiline sündroom.

Diagnostilised juhised

Kõik kolm kerge ja mõõduka raskusastme (F32.0, F32.1) puhul märgitud tüüpilist sümptomit peavad esinema, lisaks vähemalt neli ülejäänud sümptomit, osa neist intensiivselt väljendununa. Kui aga olulistest sümptomitest on rahutus või pidurdus tunduvalt väljendunud, ei pruugi patsient soovida ega suuta mitut sümptomit detailselt kirjeldada. Raske episoodi diagnoos hõlmab ka neid juhtumeid. Depressioon peab kestma vähemalt 2 nädalat, kuid kui sümptomid on eriti rasked ja algus väga äge, tuleb õigeks pidada diagnoosimist enne 2 nädala möödumist.

Raske depressiooni puhul on väga ebatõenäoline, et isik on suuteline jätkama sotsiaalset, tööalast ja kodust tegevust, välja arvatud väga osaliselt või piiratud ulatuses.

Seda diagnoosi tuleb kasutada ainult psühhootiliste sümptomiteta raske depressiooni üksikute episoodide jaoks; järgmiste episoodide puhul tuleb rakendada diagnoosi *korduv depressioon* (F33.-).

Sisaldab: agiteeritud depressiooni üksikud episoodid; melanhoolia või psühhootiliste sümptomiteta vitaalne depressioon.

F32.3 Raske depressioon psühhootiliste sümptomitega**Diagnostilised juhised**

Raske depressiivne episood, mille kohta kehtivad ülalesitatud kriteeriumid jaotuses F32.2 ja mille käigus esinevad luulumõtted, hallutsinatsioonid või depressiivne stuupor. Luulumõtted on seotud ränga süü, vaesuse või ähvardava õnnetusega, mille eest patsient võib end vastutavaks pidada. Kuulmis- või haistmishallutsinatsioonid esinevad laimu või süüdistuste kujul

või riknenud liha või väljaheite haisu näol. Raske psühhomotoorne pidurdus võib süveneda stuuporiks. Vajadusel võib eristada, kas luulumõtted või hallutsinatsioonid ühtivad meeleoluga või mitte (vt. F30.2).

Diferentsiaaldiagnoos. Depressiivne stuupor vajab diferentseerimist katatoonest skisofreeniast (F20.2), dissotsiatiivsest stuuporist (F44.2) ja stuupori orgaanilistest vormidest. Seda kategooriat võib kasutada ainult psühhootiliste sümptomitega raske depressiooni üksikepisoodi jaoks; korduvate episoodide puhul tuleb kasutada alajaotust *korduv depressioon* (F33.-).

Sisaldab: psühhootiliste sümptomitega suure depressiooni, psühhootilise depressiooni, psühhogeense depressiivse psühhoosi, reaktiivse depressiivse psühhoosi üksikud episoodid.

F32.8 Muud depressiivsed episoodid

Siaa kuuluvad episoodid, mis ei sobi jaotustes F32.0-F32.3 esitatud depressioonide kirjeldustega, kuid mille tervikpilt on iseloomulik depressioonile; näiteks depressiivsete sümptomite (eriti somaatiliste) vaheldumine selliste väljaspool diagnoosi raame paiknevate sümptomitega nagu pinged, mure, vaev; või somaatiliste depressiivsete sümptomite segunemine püsiva valu või väsimusega, ilma et see oleks seotud orgaaniliste põhjustega (nagu vahel võib näha üldhaiglates).

Sisaldab: atüüpiline depressioon;
TTta maskeeritud depressiooni üksikud episoodid.

F32.9 Täpsustamata depressiivne episood

Sisaldab: TTta depressioon;
TTta depressiivne häire.

F33 Korduv depressiivne häire e. korduv depressioon

Häire, millele on iseloomulikud korduvad depressiooniepisoodid, mida täpsustatakse kerge (F32.0), mõõduka (F32.1) või raske

astmega (F32.2 ja F32.3), ilma et anamneesis oleks iseseisvaid episoode meeleolu tõusu ja hüperaktiivsusega, mis vastaksid mania (F30.1 ja F30.2) nõuetele. Siiski, seda diagnoosi on võimalik kasutada juhtudel, kui on lühiajalisi kergelt väljendunud episoode meeleolu tõusu ja hüperaktiivsusega, mis vastavad hüpomania kriteeriumidele (F30.0), avaldades vahetult pärast depressiivset episoodi (vahel ilmselt põhjustatud depressiooni ravist). Depressiooniepisoodide ilmnemise iga, raskus, kestus ja sagedus on väga erinevad. Üldiselt ilmneb esimene episood hiljem kui bipolaarse häire korral, põhiliselt viiendas aastakümnes. Üksikute episoodide kestus on samuti kolme ja kaheteistkümne kuu vahel (keskmiselt kuus kuud), kuid korduvad harvemini. Kuigi hoogude vaheajal saavutatakse tavaliselt täielik paranemine, on üksikuid haigeid, peamiselt vanemas eas, kellel võib kujuneda püsiv depressioon (seni kasutatakse ka nende suhtes seda diagnoosi). Mitmesuguse raskusastmega ükikutele episoodidele eelnevad sageli stressoorsed elusündmused ja paljudes kultuurides on esinemise sagedus naistel kaks korda kõrgem kui meestel.

Risk, et korduva depressiivse häirega patsient võib saada maniakaalse episoodi, ei kao kunagi täielikult, hoolimata sellest, kui palju depressiivseid episoodide haigel on olnud. Kui see juhtub, tuleb diagnoos muuta bipolaarseks meeleoluhäireks.

Korduvat depressiooni võib jaotada, nagu allpool esitatud, täpsustades esmalt käesoleva episoodi tüüpi ja edasi (kui vajalik informatsioon on kättesaadav) tüüpi, mis on iseloomulik kõigile episoodidele.

Sisaldab: depressiivse reaktsiooni,
 psühhogeense depressiooni,
 reaktiivse depressiooni korduvad episoodid;
 sesoonne depressiivne häire (F33.0 või F33.1);
 endogeense depressiooni,
 raske depressiooni,
 maniakaal-depressiivse psühhoosi (depressiivne
 tüüp),
 psühhogeense või reaktiivse depressiivse
 psühhoosi,

psühhootilise depressiooni, vitaalse depressiooni korduvad episoodid (F33.2 või F33.3).

Ei sisalda: korduv lühiajaline depressiivne häire (F38.1).

F33.0 Kerge korduv depressioon

Diagnostilised juhised

Kindlaks diagnoosiks on vajalik:

- (a) korduva depressiooni (F33.-) kriteeriumid on täidetud ja käesolev episood vastab kerge depressiooni (F32.0) nõuetele;
- (b) vähemalt kaks episoodi peavad kestma vähemalt 2 nädalat ja nende vahel peab olema mitu kuud, ilma et sel ajal esineks märgatavaid meeleolu muutusi.

Vastasel korral tuleb kasutada diagnoosi *muu korduv meeleoluhäire* (F38.1).

Viiendat koodinumbrit võib kasutada, et määrata somaatiliste sümptomite olemasolu käesolevas episoodis:

F33.00 Kerge korduv depressioon somaatiliste sümptomiteta (vt. F32.00)

F33.01 Kerge korduv depressioon somaatiliste sümptomitega (vt. F32.01)

Kui on vajalik, võib täpsustada eelnevate episoodide tüüpi (kerge, mõõdukas, raske, ebamäärane).

F33.1 Mõõdukas korduv depressioon

Diagnostilised juhised

Kindlaks diagnoosiks on vajalik:

- (a) korduva depressiooni (F33.-) kriteeriumid on olemas ja käesolev episood vastab mõõduka depressiooni (F32.1) nõuetele;

- (b) vähemalt kaks episoodi peavad olema kestnud vähemalt kaks nädalat, nende vahel peab olema mõni kuu ilma oluliste meeleoluhäireteta.

Vastasel korral tuleb kasutada diagnoosi *muu korduv meeleoluhäire* (F38.1).

Järgnevat jaotust saab kasutada, et määrata somaatiliste sümptomite esinemist käesolevas episoodis:

F33.10 Mõõdukas korduv depressioon somaatiliste sümptomiteta (vt. F32.10)

F33.11 Mõõdukas korduv depressioon somaatiliste sümptomitega (vt. F32.11)

Soovi korral võib määrata eelnevate episoodide juhtiva tüübi (kerge, mõõdukas, raske, ebamäärane).

F33.2 Raske korduv depressioon psühhootiliste sümptomiteta

Diagnostilised juhised

Kindlaks diagnoosiks on vajalik:

- (a) korduva depressiooni (F33.-) kriteeriumid on olemas ja käesolev episood vastab psühhootiliste sümptomiteta raske depressiooni (F32.2) nõuetele;

- (b) vähemalt kaks episoodi peavad olema kestnud vähemalt kaks nädalat, nende vahe peab olema minimaalselt mõned kuud ilma märgatavate meeleoluhäireteta.

Teistel juhtudel tuleb kasutada diagnoosi *muu korduv meeleoluhäire* (F38.1).

Kui on vajalik, määrata varasemate episoodide põhitüüp (kerge, mõõdukas, raske, ebamäärane).

F33.3 Raske korduv depressioon psühhootiliste sümptomitega

Diagnostilised juhised

Kindlaks diagnoosiks on vajalik:

(a) korduva depressiooni (F33.-) kriteeriumid on olemas ja käesolev episood vastab psühhootiliste sümptomitega raske depressiooni (F32.3) nõuetele;

(b) vähemalt kahe episoodi kestuseks peab olema vähemalt kaks nädalat, nende vahe peab olema mitu kuud ilma märgatavate meeleoluhäireteta.

Vastasel korral tuleb kasutada diagnoosi *muu korduv meeleoluhäire* (F38.1).

Kui on vajalik, täpsustatakse luulumõtete ja hallutsinatsioonide ühtimine või mitteühtimine meeleolu muutustega (vt. F30.2).

Kui on vajalik, määrata varasemate episoodide põhitüüp (kerge, mõõdukas, raske, ebamäärane).

F33.4 Korduv depressioon remissioonis

Diagnostilised juhised

Kindlaks diagnoosiks on vajalik:

(a) korduva depressiooni (F33.-) kriteeriumid on anamneesis olemas, kuid käesolev seisund ei vasta depressiooni ühelegi raskusastmele või jaotuse F30-F39 ühegi teise häire kriteeriumidele;

(b) vähemalt kaks episoodi peab olema kestnud vähemalt kaks nädalat mitmekuuliste vaheaegadega ilma märgatavate meeleoluhäireteta.

Teistel juhtudel tuleb kasutada diagnoosi *muu korduv meeleoluhäire* (F38.1).

Seda diagnoosi saab panna, kui patsient saab ravi uute episoodide tekkimise riski vähendamiseks.

F33.8 Muud täpsustatud korduvad depressioonid

F33.9 Täpsustamata korduv depressioon

Sisaldab: TTta monopolaarne depressioon.

F34 Püsivad meeleoluhäired

Need on püsivad ja vahelduva intensiivsusega meeleoluhäired, mille käigus on üksikud episoodid harva nii rasked, et neid võib hinnata kui hüpomaniakaalseid või kergeid depressiooni-episoode. Kuna nad kestavad pidevalt aastaid, vahel suurema osa inimese elust, toovad nad kaasa tunduva subjektiivse vaeva ja võimetuse. Siiski võib mõningatel juhtudel püsiva meeleoluhäire foonil esineda korduvaid või üksikuid episoode kas maniakaalse või kerge või raskema depressioonipildiga. Püsivad meeleoluhäired on klassifitseeritud siin, mitte isiksushäirete rubriigis, kuna perekondade uurimine on näidanud, et nad on seotud geneetiliselt meeleoluhäiretega ja et nad paranevad samasuguse raviga kui meeleoluhäired. Nii varaseid kui hiliseid algusvariante on tsüklotüümia ja düstüümia puhul kirjeldatud ja vajadusel tuleb neid iseloomustada.

F34.0 Tsüklotüümia

Püsiv meeleolu kõikumine, mis hõlmab suurt arvu kergeid depressiooni või kergeid meeleolu tõusu perioode. Selline ebastabiilsus algab tavaliselt varases täiskasvanueas ja omandab kroonilise kulu, kuigi vahepeal võib kuude vältel olla meeleolu püsivalt normaalne, ilma kõikumisteta. Meeleolu kõikumised pole inimese enda hinnangu põhjal seotud elusündmustega. Diagnoosida on raske, kui puudub võimalus haiget pikema perioodi vältel jälgida või väga täpne ülevaade patsiendi varasemast käitumisest. Kuna meeleolu kõikumised on suhteliselt tagasihoidlikud ja meeleolu tõusu perioodid on haigele meeldivad, ei satu nad enamasti meditsiini tähelepanu alla. Mõnikord on see tingitud asjaolust, et meeleolu muutusi varjutavad aktiivsuse, eneseusalduse, sotsiaalsete kontaktide ja söögiisu muutused. Kui vajalik, tuleb täpsustada, kas algus on varane (noorukieas või kahekümnendates eluaastates) või hiline.

Diagnostilised juhised

Oluliseks tunnuseks on püsiv meeleolu muutus, hõivates arvukaid kergeid depressiooni- ja kergeid meeleolu tõusu perioode, millest ükski pole küllalt raske või kestev, et vastata bipolaarse meeleoluhäire (F31.-) või korduvate depressioonide

(F33.-) kirjeldusele ja diagnostilistele juhistele. See tähendab, et meeleolu kõikumiste üksikud episoodid ei vasta neile kriteeriumidele, mis on esile toodud mania (F30.-) või depressiooni (F32.-) puhul.

Sisaldab: afektiivne isiksushäire;
tsükloidne isiksus;
tsüklotüümne isiksus.

Diferentsiaaldiagnoos. See häire on tavaline bipolaarse meeleoluhäirega (F31.-) patsientide sugulaste hulgas ja mõnel inimesel kujuneb tsüklotüümiast tõeline bipolaarne meeleoluhäire. See võib püsida kogu täiskasvanuea vältel, lakata ajutiselt või lõplikult, meeleolu kõikumised võivad aga ka süveneda, vastates bipolaarse meeleoluhäire (F31.-) või korduva depressiooni (F33.-) kirjeldusele ja diagnostilistele juhistele.

F34.1 Düstüümia

Krooniline meeleolu alanemine, mis ei vasta kerge või mõõduka korduva depressiooni (F33.0 või F33.1) kirjeldusele ega diagnostilistele juhistele ei üksikute episoodide raskusastme ega kestuse poolest (kuigi kerge depressiooni kirjeldusele ja diagnostilistele juhistele vastavad muutused võivad olla varem esinenud, eriti häire alguses). Kerge depressiooni üksikute faaside ja vahepealsete suhteliselt normaalsete seisundite vahekorid võib olla väga erinev. Inimesel on harilikult päevi või nädalaid kestvaid perioode, millal nad tunnevad end hästi, kuid enamuse ajast (sageli pidevalt, kuudepikkuselt) tunnevad nad ennast väsinuna ja deprimeerituna, iga tegevus nõuab pingutust ja ükski asi ei paku rõõmu ega rahuldust. Nad on tusased ja kaeblikud, magavad halvasti ja tunnevad ennast halvasti, kuid tavaliselt tulevad toime igapäevase elu nõudmistega. Düstüümial on seetõttu palju ühist depressioonineuroosi ja neurootilise depressiooni mõistega. Kui on vajalik, võib täpsustada, kas on tegemist varase (noorukieas või kahekümnendates eluaastates) või hilise algusega.

Diagnostilised juhised

Vajalikuks tunnuseks on pikaajaline meeleolu alanemine, mis ei ole või on äärmiselt harva küllalt intensiivne, et vastata kerge või mõõduka korduva depressiooni (F33.0 või F33.1) kirjeldusele ja diagnostilistele juhistele. Tavaliselt algab varases täiskasvanueas ja kestab vähemalt mitu aastat, vahel määramatult. Kui algus on hiljem, tekib see sageli pärast üksikut depressiooniepisoodi (F32.-) ja seostub raske kaotuse või mõne muu ilmse stressiga.

Sisaldab: depressioonineuroos;
depressiivne isiksus;
neurootiline depressioon (kestus üle kahe aasta);
püsiv ärevusdepressioon.

Ei sisalda: depressiooniga ärevus (kerge või ebapüsiv) (F41.2);
kaotusreaktsioon, mis kestab alla kahe aasta (F43.21, pikaajaline depressiivne reaktsioon);
residuaalne skisofreenia (F20.5).

F34.8 Muud täpsustatud püsivad meeleoluhäired

Püsivate meeleoluhäirete residuaalkategooria. Meeleoluhäired pole küllalt sügavad ja kestvad, et vastata tsüklotüümia (F34.0) või düstüümia (F34.1) kriteeriumidele, kuid neil on sellele vaatamata kliiniline tähtsus. Mõni depressioonitüüp, mida esialgu nimetatakse neurootiliseks, kuulub siia, kui on kindlaks tehtud, et selle tunnused ei vasta tsüklotüümia (F34.0), düstüümia (F34.1) või depressiooni kergele (F32.0) või mõõdukale (F32.1) raskusastmele.

F34.9 Täpsustamata püsiv meeleoluhäire

F38 Muud meeleoluhäired

F38.0 Muu üksik meeleoluhäire

F38.00 Segatüüpi afektiivne episood

Kasutatakse afektiivse episoodi puhul, mille kestus on vähemalt kaks nädalat, millele on iseloomulik hüpomaniakaalsete,

maniakaalsete ja depressiivsete sümptomite üheaegne esinemine või järsk vaheldumine (tavaliselt mõne tunni jooksul).

F38.1 Muu korduv meeleoluhäire

F38.10 Korduv lühike depressiivne häire

Korduvad lühikesed depressiooniepisoodid, mis on esinenud üks kord kuus viimase aasta vältel. Üksikud depressiooniepisoodid kestavad kõik alla kahe nädala (tüüpiliselt kaks-kolm päeva, lõpevad täieliku paranemisega), kuid avalduvad kerge, mõõduka või raske depressiooni (F32.0, F32.1, F32.2) sümptomaatiliste tunnustena.

Diferentsiaaldiagnoos. Erinevalt düstüümiast (F34.1) pole isik enamuse ajast deprimeeritud. Kui depressiooniepisoodid ilmnevad ainult seoses menstruaaltsükliga, kasutada F38.8 ja aluseks olevat teist koodi (N94.8, muud spetsiifilised seisundid, seotud naiste suguelundite ja menstruaaltsükliga).

F38.8 Muud täpsustatud meeleoluhäired

See on meeleoluhäirete residuaalkategooria, millel puuduvad kategooriate F30-F38.1 ülalpool esitatud tunnused.

F39 Täpsustamata meeleoluhäire

Kasutatakse viimase võimalusena, kui ükski teine alavorm ei sobi.

Sisaldab: Tta afektiivne psühhoos.

Ei sisalda: Tta psüühikahäire (F99).

F40-F48

NEUROOTILISED, STRESSIGA SEOTUD JA SOMATOFORMSED HÄIRED

Sissejuhatus

Neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired on esitatud ühes grupis, sest nad on ajalooliselt seotud neuroosi mõistega ning suur (kuigi täpselt piiritlemata) osa neist on psühhogeense päritoluga. Nagu juba üldinstruktsioonis märgitud, ei ole neuroosi kontseptsioon säilitanud klassifikatsioonis tähtsust peamise struktureeriva printsiibina, siiski on hoolitsetud ka selle eest, et need seisundid oleksid kergesti äratuntavad neile, kes veel soovivad kasutada mõistet *neurootiline* selle sõna algses tähenduses (lk. 3).

Pere- või polikliiniku arsti vastuvõtule pöördujate hulgas on sagedased nende häirete kergemad ja segavormid (eriti depressiooni ja ärevuse koosinemine). Kuigi tuleks püüda otsustada, millised sümptomid domineerivad, on esitatud ka segakategooriad selliste depressiooni ja ärevuse segaseisundite kohta, kus ainult ärevuse või depressiooni diagnoosimine ei iseloomusta seisundit täielikult (F41.2).

F40 Foobsed ärevushäired e. foobiad

See on häirete grupp, kus ärevus on põhjustatud ainult või peaaesjalikult kindlate selgelt määratavate (subjekti suhtes väliste) situatsioonide või objektide poolt, mis tegelikult ei ole ohtlikud. Seetõttu välditakse tavaliselt selliseid situatioone või objekte või ollakse sunnitud taluma ülemäärast hirmu. Foobne ärevus pole subjektiivselt, füsioloogiliselt ega käitumuslikult eristatav teistest ärevuse tüüpidest. Selle tugevus võib varieeruda ebamugavustundest kuni paanilise hirmuni. Isiku tähelepanu ja mure võib keskenduda mõnele üksikule sümptomile, nagu südamekloppimine või nõrkustunne, millele lisandub surmahirm, hirm kaotada enesekontrolli või minna hulluks. Ärevust ei vähenda ka teadmine, et teised inimesed ei pea seda situatsiooni ohtlikuks ega hirmutavaks. Ainuüksi mõte foobsesse situatsiooni sattumisest põhjustab tavaliselt ärevuse tõusu (ootusärevuse).

Lähtudes kriteeriumist, et foobne objekt peab olema subjekti suhtes väline, klassifitseeritakse paljud haigusega (nosofobia)

või välimuse muutusega (düsmorfofoobia) seotud hirmud F45.2 all (hüpohondria). Kui aga haigushirm tekib eelkõige võimalikust nakatumis- või saastumisohust, või on lihtsalt hirm meditsiiniliste protseduuride (süstimid, operatsioonid jne.) või meditsiiniasutuste (haigla, stomatoloogia polikliinik jne.) ees, tuleks sobivaimaks pidada kategooriat F40 (tavaliselt F40.2, lihtfoobia).

Foobia esineb sageli koos depressiooniga. Juba olemasolev foobne ärevus muutub alati tugevamaks interkurrentse depressiooniepisoodi ajal. Depressiooniepisoodi ajal võib ajutiselt esineda foobset ärevust ja teiselt poolt kaasub depressiivne meelolu sageli mõnede foobiatele, eriti agorafoobiale. Kas märkida kaks diagnoosi, foobia ja depressioon, või ainult üks, sõltub sellest, kas üks neist on tekkinud selgelt varem kui teine või on diagnoosimise ajal kindlalt domineeriv. Juhul, kui seisund vastab depressiooni kriteeriumidele enne, kui ilmnesid foobia sümptomid, eelistatakse depressiooni diagnoosi. Enamus foobiatest, v.a. sotsiaalfoobia esineb sagedamini naistel.

Selles klassifikatsioonis käsitletakse foobses situatsioonis tekkinud paanikahoogu (F41.0) foobia raskuse avaldusena ning seepärast tuleks foobia diagnoosi eelistada. Paanikahäiret saab diagnoosida ainult F40-s esitatud foobiate puudumisel.

F40.0 Agorafobia

Siin on mõistele agorafobia antud algsest käsitlusest tunduvalt laiem tähendus. Praegusel ajal sisaldab see nii avatud ruumi kartust kui ka sellega seotud asjaolusid, nagu kartust viibida rahvamassis või olukorras, kust on raske kiiresti ja takistusteta ohutusse kohta (tavaliselt koju) põgeneda. Seetõttu hõlmab mõiste *agorafobia* antud klassifikatsioonis ka avatud ruumi kartusega otseselt mitte seoses olevaid situatsioone ning võib sageli kattuda kodust väljumisega seotud foobiatega: poodimine, rahvahulgad ja avalikud kohad või üksinda liikumine, rongi, bussi või lennukiga sõitmine. Kuigi ärevuse raskusaste ja vältivkäitumise ulatus võivad varieeruda, on see üks kõige rohkem inimese tegevust takistavaid foobiaid ning mõned patsiendid võivad muutuda täielikult kodusõltuvaks. Paljusid patsiente hirmutab mõte, et nad võiksid minestada või muul viisil teiste inimeste ees abitusse olukorda sattuda. Kohese lahkumise võimaluse puudumine on agorafobsete situatsioonide üks kesksemaid tunnusjooni. Enamus

agorafobiapatsientidest on naised ning häire algab varases täiskasvanueas. Võib esineda ka depressiivseid ja obsessiivseid sümptomeid ning sotsiaalfoobiat, kuid need ei domineeri kliinilises pildis. Efektive ravi puudumisel muutub agorafobia sageli krooniliseks, lainetava kuluga häireks.

Diagnostilised juhised

Kindla diagnoosi korral peavad olema täidetud järgmised tingimused:

- (a) psüühilised ja vegetatiivsed sümptomid peavad olema ärevuse primaarsed avaldused, mitte sekundaarsed teiste sümptomite, nagu luulu- või obsessiivsed mõtted;
- (b) ärevus peab esinema (või valdavalt esinema) vähemalt kahes järgnevas situatsioonis: rahvahulgad, avalik koht, kodust väljumine või üksinda liikumine;
- (c) foobse situatsiooni vältimine on või on olnud häire oluline sümptom.

Diferentsiaaldiagnoos. Osal agorafobiapatsientidest võib ärevus olla vähe väljendunud, kuna neil õnnestub edukalt vältida neile spetsiifilisi foobseid situatsioone. Sellised sümptomid nagu depressioon, depersonalisatsioon, obsessiivsed sümptomid ja sotsiaalfoobia ei välista diagnoosi juhul, kui need ei domineeri kliinilises pildis. Siiski juhtumil, kui foobiasümptomitele eelnes märgatav depressioon, tuleks depressioonepisoodi käsitleda peamise diagnoosina; see on tavaline alguse korral hilisemas eas.

Paanikahäire (F41.0) esinemine või puudumine agorafobia korral märgitakse viienda koodinumbriga:

F40.00 Agorafobia paanikahäireta

F40.01 Agorafobia paanikahäirega

Sisaldab: paanikahäire agorafobiaga

F40.1 Sotsiaalfoobia

Algab sageli noorukieas ning on seotud hirmuga sattuda väikeses grupis (vastandina rahvahulgale) teiste tähelepanu keskpunkti. Tagajärjeks on tavaliselt sotsiaalsete situatsioonide vältimine. Erinevalt paljudest teistest foobiatest esineb sotsiaalfoobia võrdsetel nii meestel kui naistel. See võib olla piiritletud (s.t. esineb ainult söömisel avalikus kohas, avalikul esinemisel või suhetes vastassoost inimestega) või difuusne, peaaegu kõiki perekonnaväliseid sotsiaalseid situatsioone hõlmav kartus. Tähtsaks võib osutada ka kartus oksendada avalikus kohas. Mõnes kultuuris võib otsene pilkkontakt olla inimesele erilisel stressi tekitav. Sotsiaalfoobiad on tavaliselt seotud madala enesehinnanguga ja kriitikakartusega. Kaebustes võivad esiplaanil olla ärevuse somaatilised sümptomid: punastamine, käteväärin, iiveldus või sagedane tungiv urineerimisvajadus, mida patsient võib teadvustada primaarsete probleemidena. Ärevuse sümptomid võivad areneda paanikahooks. Vältimine on sageli väljendunud ning võib äärmuslikul kujul viia täieliku sotsiaalse isoleerumiseni.

Diagnostilised juhised

Kindla diagnoosi korral peavad olema täidetud järgmised tingimused:

- (a) psüühilised ja vegetatiivsed sümptomid peavad olema ärevuse primaarsed avaldused, mitte sekundaarsed teistele sümptomitele, nagu luul või obsessiivsed mõtted;
- (b) ärevus peab olema piiritletud või esinema valdavalt kindlates sotsiaalsetes situatsioonides;
- (c) foobseid situatsioone välditakse niipalju kui võimalik.

Sisaldab: antropofobia;
sotsiaalneuroos.

Diferentsiaaldiagnoos. Sageli lisandub agorafobia ja depressioon, mis aitavad kaasa täieliku kodusõltuvuse tekkimisele. Kui on väga raske eristada, antakse eelistus agorafobiale; tavalised on ka depressioonisümptomid, kuid depressiooni saab diagnoosida vaid siis, kui on tegemist täieliku depressioonisündroomiga.

F40.2 Lihtfoobia¹

See on foobia, mis piirdub väga spetsiifiliste situatsioonidega, nagu teatavad loomad, kõrgus, piksemürin, pimedus, lendamine, suletud ruum, urineerimine avalikus käimlas, teatavate toitude söömine, hambaarst, vigastuse või vere nägemine. Kuigi siin on tegemist väga diskreetsete situatsioonidega, võivad nad vallandada paanikahoo, nagu agorafobia või sotsiaalfobia korral. Spetsiifilised e. lihtfoobiad ilmnevad lapse- või varajases täiskasvanueas ning ravita jäädes võivad kesta aastakümneid. Tekkinud puude raskus on olnud sellest, kui võrd inimesel õnnestub oma tegevust kahjustamata foobseid situatsioone vältida. Erinevalt agorafobiast ei ole foobiasituatsiooni kartusel lainetavat kulgu. Kiiritustõbi ja veneerilised haigused ning viimasel ajal ka AIDS on sagedasemad haigusfoobiaste teemad.

Diagnostilised juhised:

Kindla diagnoosi korral peavad olema täidetud järgmised tingimused:

- (a) psüühilised ja vegetatiivsed sümptomid peavad olema ärevuse primaarsed ilmingud ja mitte sekundaarsed teistele sümptomitele, nagu luul või obsessiivsed mõtted;
- (b) ärevus peab olema piiritletud kindla objekti või situatsiooniga;
- (c) foobset situatsiooni välditakse niipalju kui võimalik.

Sisaldab: akrofoobia;
loomafobia e. loomakartus;
klaustrofoobia e. suletushirm;
eksamifobia e. eksamikartus;
spetsiifiline foobia;
isoleeritud foobia.

Diferentsiaaldiagnoos. Lihtfoobia korral, erinevalt agorafobiast ja sotsiaalfobiast, ei leita sageli teistele psüühikahäiretele iseloomulikke sümptomeid. Verevigastusfoobia erineb

¹ RHK-10-s kasutatakse mõistet *specific phobia*. DSM-III-R-s on see määratletud kui lihtfoobia (*simple phobia*).

teistest sellega, et siin võib tahhükardiast sagedamini esineda bradükardiast ja vahel ka minestamist. Kindlate haiguste, nagu vähktõve, südamehaiguse või veneerilise infektsiooni kartust tuleks diagnoosida kui hüpohondriat (F45.2), välja arvatud juhul, kus hirmu objektiks on situatsioonid, milles haigus võidakse saada. Kui veendumus haiguse esinemisest on luululine, kasutatakse luululise häire (F22.0) diagnoosi. Patsiendid, kes on veendunud, et neil on mingi kehaosa anormaalne või moonutatud, mida objektiivselt ei ole võimalik kinnitada (vahel kutsutakse seda düsmorfofoobiaks), võiks klassifitseerida hüpohondria (F45.2) või luululise häire (F22.0) all, sõltuvalt neil esineva veendumuse tugevusest ja püsivusest.

F40.8 Muud foobiad

F40.9 Täpsustamata foobia

Sisaldab: Tta foobia;
Tta foobne seisund.

F41 Muud ärevushäired

Häired, kus ärevuse ilmingud on peamisteks sümptomiteks, kuid mis ei ole seotud ühegi kindla välise situatsiooni või objektiga. Võivad esineda depressiivsed ja obsessiivsed sümptomid ja vahel ka mõned foobiaste elemendid, kuid need on selgelt sekundaarsed või vähem väljendunud.

F41.0 Paanikahäire

Põhiliseks iseärasuseks on korduvad rasked ärevushood e. paanikahood, mis ei ole seotud mingi kindla situatsiooni või muude välistingimustega ning seetõttu on subjektile ootamatud ja prognoosimatud. Nii nagu teistegi ärevusseisundite korral võivad domineerivad sümptomid varieeruda, tavalised on ootamatu algusega südameklõppimine, valu rindkeres, lämbumistunne, nõrkus- ja ebareaalsustunne (depersonalisatsioon või derealisatsioon). Peaaegu alati esineb surmahirm, hirm kaotada kontroll enese üle või hulluks minna. Hood kestavad tavaliselt minuteid, vahel ka kauem; nii hoogude sagedus kui ka häire kulg varieeruvad. Paanikahoo ajal tugevnevad hirm ja vegetatiivsed sümptomid sedavõrd, et

patsient katkestab käimasoleva tegevuse ja lahkub situatsioonist sageli kiirustades või põgenedes, sõltumata sellest, kus ta parasjagu viibib (näiteks kinos, koosolekul, järjekorras jne.). Kui see ilmneb mingis spetsiifilises situatsioonis, nagu rahvahulk, võib patsient hiljem hakata seda situatsiooni vältima². Sagedased ja ettearvamata paanikahood põhjustavad hirmu üksinda jäämise või avalikesse kohtadesse mineku ees. Paanikahoogudele lisandub sageli püsiv hirm paanikahoogude kordumise ees.

Diagnostilised juhised

Kui paanikahoog ilmneb kindlas foobses situatsioonis, käsitletakse seda antud klassifikatsioonis kui foobia raskuse näitajat ning seetõttu tuleks eelistada foobia diagnoosi. Paanikahäiret saab diagnoosida põhidiagnoosina üksnes F40-s toodud foobiatega puudumisel.

Kindlaks diagnoosiks peab ühe kuu vältel esinema mõni tugev paanikahoog:

- (a) mis tekib situatsioonis, kus ei ole reaalselt ohtu;
- (b) hoog ei tohi olla piiritletud mingi kindla või ettearvatava situatsiooniga (foobse situatsiooniga);
- (c) hoogudevaheline periood peab olema suhteliselt vaba ärevuse sümptomitest, siiski on ootusärevus (õigemini hirm uue paanikahoo ees) üsna tavaline.

Sisaldab: paanikahoog;
paanikaseisund.

Diferentsiaaldiagnoosis tuleb paanikahäiret eristada foobiatega, nagu juba eespool öeldud. Paanikahood võivad olla sekundaarsed depressiivsele häirele, eriti meestel. Kui seisund

² S.t. agorafobia lisandub tavaliselt paanikahäirele ja omandab küllaltki kiiresti difuusse iseloomu. Agorafobia ilmnemisel diagnoositakse *agorafobiat paanikahäirega*. Seega tundub reaalsest praktikast lähtudes õigustatum olevat DSM-III-R-i määratlus *paanikahäire agorafobiaga*, kus paanikahäirele antakse esmane tähendus. Kliinilises praktikas ongi kõige sagedasemaks seisundiks *agorafobia paanikahäirega*. *Agorafobia* ja eriti *paanikahäire* isoleeritud kujul esinevad märgatavalt harvemini (Toim.).

vastab depressiivse häire kriteeriumidele, ei saa paanikahäiret käsitleda põhidiagnoosina.

F41.1 Generaliseerunud ärevus

Peamiseks jooneks on üldistunud ja püsiv ärevus, mis ei ole seotud mingite kindlate keskkonnatingimustega või ei ole see tendents tugevalt väljendunud (s.t. see on vabalt lainetav ärevus).

Sarnaselt teiste ärevusseisunditega võivad kliinilises pildis domineerivad sümptomid varieeruda. Sagedasemateks kaebusteks on püsiv närvilisus, värisemine, lihaspinge, higistamine, peapööritus, südamekloppimine, nõrkustunne ning epigastrialse düskomforti tunne. Kartus, et inimene ise või tema sugulased võiksid haigestuda või juhtub mingi õnnetus, on sageli väljendunud koos teiste murede ja halbade eelaimustega. See häire on sagedasem naistel ja tavaliselt seotud kroonilise keskkonnastressiga. Kulg on varieeruv, kuid sagedane on lainetava ja kroonilise kulu tendents.

Diagnostilised juhised

Patsiendil peavad esinema ärevuse primaarsed sümptomid enamusel päevadest vähemalt mõni nädal järjest mitme kuu jooksul. Need sümptomid peaksid sisaldama tavaliselt järgnevaid elemente:

- (a) ootusärevus (mured võimaliku ebaedu pärast tulevikus, nagu nõeltel oleku tunne, keskendumisraskused jne.);
- (b) lihaspinge (närviline nihelemine, pingepeavalu, värisemine, võimetus lõõgastuda);
- (c) vegetatiivne hüperaktiivsus (peapööritus, higistamine, tahhükardia või tahhüpnöe, epigastrialne düskomfort, nõrkus, suukuivus jne.)

Lastel võib esiplaanil olla sage rahustamisvajadus ja korduvad somaatilised kaebused.

Muude sümptomite, eriti depressiooni ajutine (mõne päeva vältel) esinemine ei välista generaliseerunud ärevust põhidiagnoosina, kui patsient ei vasta täielikult depressiooni (F32), foobia (F40), paanikahäire (F41.0) või sundseisundi (F42) kriteeriumidele.

Sisaldab: ärevusneuroos;
ärevusreaktsioon;
ärevusseisund.

Ei sisalda: neurasteenia (F48.0).

F41.2 Depressiooniga ärevus (segatüüpi)

Seda kategooriat tuleks kasutada, kui esinevad nii ärevus- kui ka depressioonisümptomid ning mõlemad häired on esindatud määral, mis ei anna piisavat alust selleks, et diagnoosida ärevusseisundit või meeleoluhäiret eraldi võetuna. Kui esineb tugevalt väljendunud ärevus koos vähem väljendunud depressiooniga, tuleks kasutada mõnda muud ärevusseisundite või foobiate jaoks ettenähtud kategooriat. Kui esineb nii ärevus- kui ka depressioonisündroom ja need on piisavalt väljendunud, et neid eraldi diagnoosida, siis märgitakse mõlemad diagnoosid ja käsitletavat kategooriat ei kasutata. Kui häirete registreerimisel kasutatakse ainult ühte kategooriat, tuleks eelistada depressiooni diagnoosi. Peavad esinema ärevuse vegetatiivsed sümptomid (nagu treemor, südameklõppimine, suukuivus jne.); käsitletavat kategooriat ei kasutata, kui esineb ainult ülemäärne muretsemine ilma vegetatiivsete sümptomiteta. Kui sümptomid, mis on vastavuses siin esitatud kriteeriumidega, ilmnevad seoses olulise muutusega elus või stressorse elusündmusega, siis kasutatakse kategooriat F43.2 (kohanemishäired).

Vähe väljendunud segasümptomaatikaga patsiendid on pere- või polikliiniku arsti vastuvõtul sagedased, kuid veel rohkem on neid populatsioonis tervikuna, sest nad ei pruugi kunagi sattuda arsti ega psühhiaatri juurde.

Sisaldab: ärev depressioon (nõrk või ebapüsiv).

Ei sisalda: püsiv ärev depressioon (düstüümia, F34.1).

F41.3 Muud segatüüpi ärevushäired

Seda kategooriat tuleks kasutada häirete korral, mis vastavad generaliseerunud ärevuse (F41.1) kriteeriumidele ja omavad veel mõne teise F4-s esitatud häire prominentseid jooni (kuigi sageli lühiajaliselt), kuid ei vasta täielikult kõigile lisahäire kriteeriumidele. Sagedasemad näited oleksid sundseisundid (F42), dissotsiatiivsed häired (F44), ärevuse somatisatsioon (F45), diferentseerumata somatoformne häire (F45.1) ja

hüpochondria (F45.2). Kui sümptomid, mis vastavad antud häirete kriteeriumidele, ilmnevad tihedas seoses olulise muutusega elus või stressoorse elusündmusega, võiks kasutada kategooriat F43.2 (kohanemishäired).

F41.8 Muud täpsustatud ärevushäired

Sisaldab: ärevhüsteeria (*anxiety hysteria*).

F41.9 Täpsustamata ärevushäire

Sisaldab: TTta ärevus.

F42 Obsessiiv-kompulsiivne häire e. sundseisund

Oluliseks iseärasuseks on korduvad obsessiivsed e. sundmõtted või kompulsiivsed e. sundteod (lühiduse mõttes kasutatakse edaspidi sümptomitele viitamisel termini *obsessiiv-kompulsiivne* asemel mõistet *obsessiivne* või *sund-*). Obsessiivsed e. sundnähud on ideed, kujutlused või impulsid, mis stereotüüpsel viisil tungivad pidevalt subjekti teadvusse. Need häirivad inimest peaaegu alati (kuna sisaldavad vägivalda, on nilbed või lihtsalt seetõttu, et nad on mõttetud ja rumalad) ning isik püüab sageli, kuigi edutult, neid maha suruda. Samas kogetakse neid kui oma mõtteid, ehkki need on tahtmatud ja sageli vastumeelsed. Kompulsiivne tegu või rituaal on pidevalt korduv stereotüüpne käitumine. Need ei ole loomupäraselt nauditavad ega ka eesmärgilt kasulikud tegevused. Patsient peab neid tavaliselt kaitseabinõuks mõne tegelikult ebatõenäolise sündmuse vastu, mis võiks olla talle ohtlik või tema enda poolt esile kutsutud. Tavaliselt, kuigi mitte alati, kogetakse sellist käitumist kui mõttetut või tulutut ning tehakse korduvaid püüdlusi seda maha suruda; väga kaua kestnud juhtudel on vastupanu tavaliselt minimaalne. Sageli esinevad ärevuse vegetatiivsed sümptomid, kuid sama tavaline on ka ebameeldiv pingetunne (seesmine e. psüühiline) ilma märgatava vegetatiivse hüperaktiivsusega. Obsessiivsete sümptomite, eriti obsessiivsete mõtete ja depressiooni vahel on tihe seos. Obsessiiv-kompulsiivse häirega patsientidel esineb sageli ka depressioonisümptomeid ning korduva depressiooniga (F33) patsientidel võib ilmnedä obsessiivseid mõtteid depressiooniepisoode ajal. Mõlemal juhul muutuvad depressioonisümptomite tugevnemise või nõrgenemise korral tavaliselt paralleelselt ka obsessiivsed

sümptomid.

Sundseisundid esinevad võrdselt nii meestel kui naistel ning sageli võib leida märgatavaid anankastseid isiksusejooni. Häire algab tavaliselt noorukieas või varases täiskasvanueas. Kulg on varieeruv ja depressioonisümptomite puudumise korral enamasti krooniline.

Diagnostilised juhised

Kindla diagnoosi korral peavad obsessiivsed sümptomid või kompulsiiivsed teod või mõlemad korraga esinema enamusel päevadest vähemalt kahe järjestikuse nädala vältel ning nad peavad olema distressi allikaks või häirima isiku tegevust. Obsessiivsetel sümptomitel peavad olema järgmised omadused:

- (a) inimene peab neid kogema kui oma mõtteid või impulsse;
- (b) peab olema vähemalt üks mõte või tegu, mida püütakse edutult ikka veel ohjeldada ka siis, kui teiste mõtete suhtes vastupanu juba puudub;
- (c) mõte või sooritatav tegu ei tohi valmistada rahulolu (lihtsalt pingest või ärevusest vabanemist ei saa selles mõttes vaadelda kui mõnu või rahuldust pakkuvat tegevust);
- (d) mõtted, kujutlused või impulsid peavad ebameeldivalt korduma.

Sisaldab: anankastne neuroos;
obsessiivne neuroos;
obsessiiv-kompulsiiivne neuroos.

Diferentsiaaldiagnoos. Sundseisundite ja depressiivsete häirete eristamine võib vahel olla väga komplitseeritud, kuna need häired esinevad sageli koos. Häire ägeda episoodi korral tuleb pidada tähtsamaks neid sümptomeid, mis ilmuvad esimesena; juhul, kui esinevad mõlema häire sümptomid ning ükski neist ei domineeri, on tavaliselt otstarbekam vaadelda depressiooni primaarsenä. Krooniliste häirete korral peetakse prioriteedi määramisel oluliseks seda häiret, mille sümptomid on püsivamad ja sagedasemad teise samaaegsel puudumisel.

Juhuslikud paanikahood või nõrgad foobiasümptomid ei välista sundseisundi diagnoosi. Obsessiivseid sümptomeid, mis esinevad skisofreenia, Tourette'i sündroomi või orgaanilise psüühikahäire korral, tuleb käsitleda nende seisundite osana.

Kuigi obsessiivsed mõtted ja kompulsiivsed teod esinevad tavaliselt koos, on siiski kasulik püüda määrata, kumb neist domineerib, kuna need häired võivad reageerida erinevale ravile.

F42.0 Valdavalt obsessiivsete häiretega

Obsessiivsed häired võivad siin avalduda ideedena, kujutlustena või impulssidena mingiks tegevuseks. Nende sisu võib olla väga varieeruv, kuid häirib isikut peaaegu alati. Näiteks naist võib piinata hirm, et ta ei suuda maha suruda impulssi tappa oma armastatud laps, või esinevad korduvad siivutud, jumalat teotavad või ego-võõrad kujutlused. Vahel on need mõtted lihtsalt kasutud, sisaldades tähtsusetute alternatiivide lõput kvaasi-filosoofilist kaalutlemist. Selline alternatiivide kõhkluslik kaalutlemine on mitme ruminatsiooni tähtis element ja sageli viib selleni, et ei suudeta vastu võtta triviaalseid, kuid igapäevaelus vajalikke otsuseid.

Seos obsessiivsete ruminatsioonide ja depressiooni vahel on eriti tihe; sundseisundit saab diagnoosida üksnes juhul, kui ruminatsioonid tekivad või püsivad ka depressiooni puudumisel.

F42.1 Valdavalt sundtegedega

Enamus kompulsiivsetest e. sundtegedest on seotud puhastamisega (eriti käte pesemisega), korduva kontrollimisega, kas potentsiaalselt ohtlik situatsioon on ära hoitud, või ülemäärase korralikkuse ja puhtusega. Sellise käitumise aluseks on hirm, tavaliselt mingi ohu ees, mis on suunatud patsiendile või on patsiendi enda põhjustatud, ning rituaalne tegu on kasutu või sümboolne püüdlus seda ohu vältida. Kompulsiivsed rituaalsed teod võivad hõivata iga päev tunde ning vahel on nad seotud märgatava otsusekindlusetuse ja tegutsemise aeglusega. Üldiselt on neid häireid meestel ja naistel ühesuguse sagedusega, kuid kätepesemise rituaal on tüüpilisem naistele ja aeglus ilma kordamisteta meestele.

Kompulsiivsed rituaalsed aktid on depressiooniga nõrgemini seotud kui obsessiivsed mõtted ja on kergemini mõjustatavad käitumisteraapiaga.

F42.2 Segatüüpi obsessiiv-kompulsiivne häire

Enamusel obsessiiv-kompulsiivsetest patsientidest on nii obsessiivsed mõtted kui ka kompulsiivne käitumine. Seda

kategooriat tuleks kasutada, kui mõlemad alakategooriad on ühtviisi väljendunud, nagu see ongi paljudel juhtudel. Siiski on kasulik püüda määrata neist üks juhul, kui see on kliinilises pildis selgelt domineeriv, kuna obsessiivsed mõtted ja kompulsiivsed teod võivad reageerida ravile eri moodi.

F42.8 Muud obsessiiv-kompulsiivsed häired

F42.9 Täpsustamata obsessiiv-kompulsiivne häire

F43 Rasked stressreaktsioonid ja kohanemishäired

See kategooria erineb teistest eelkõige selle poolest, et sisaldab häireid, mida ei määrata üksnes sümptomaatika ja kulu, vaid ka põhjuste alusel, milleks võivad olla: (a) ebatavalise tugevusega stressoorne elusündmus, mis põhjustab ägeda stressreaktsiooni või (b) oluline muutus elus, mis toob endaga kaasa püsivad ebameeldivad tingimused ning resulteerub kohanemishäirena. Kuigi vähem väljendunud psühhosotsiaalne stressor (elusündmus) võib vallandada või soodustada väga paljude selles peatükis mujal esitatud häirete teket, ei ole nende sündmuste põhjuslik tähendus alati selge ja igal üksikjuhul võib leida, et reaktsioon sõltub rohkem individuaalsest, sageli idiosünkraatilisest haavatavusest, s.t. need sündmused ei ole küllalt piisavad häire ja selle erinevate avaldumisvormide seletamiseks. Vastandina neile on siin esitatud häired alati ägeda raske stressi või püsiva psühhotrauma otseseks tagajärjeks. Stressoorne sündmus või kestav ebameeldiv olukord on siin primaarsed ja peamised kausaalsed faktorid ning häire ei tohiks tekkida ilma nende mõjuta. Kõikides eagruppides, kaasa arvatud lapsed ja noorukid, ilmnevad reaktsioonid raskele stressile ja kohanemishäired on esitatud selles seksioonis.

Kuigi kõik ägeda stressreaktsiooni ja kohanemishäire üksiksümptomid võivad avalduda ka teiste psüühikahäirete korral, on nende koosilmnemisel spetsiifilised iseärasused, mis õigustavad nende seisundite käsitlemist omaette kliiniliste kategooriatena. Selle seksiooni kolmandal seisundil, posttraumaatilisel stresshäirel, on suhteliselt spetsiifilised ja iseloomulikud kliinilised tunnused.

Seega saab selles seksioonis esitatud häireid vaadelda kui väärkohanemisreaktsioone tugevale või kestvale stressile, mis

kahjustavad isiku kohanemismehhanisme ja põhjustavad seeläbi probleeme sotsiaalses tegevuses.

Enesekahjustused, kõige sagedamini enesemürgistused ordineeritud ravimitega, mis on tihedalt seotud kas stressreaktsiooni või kohanemishäire algusega, tuleks märkida lisakoodiga x RHK-10 XX peatükis. Need koodid ei võimalda teha vahet tahtliku suitsiidi ja parasuitsiidi vahel, mõlemad on lülitatud enesevigastuse üldkategoriasse.

F43.0 Äge stressreaktsioon

See on olulise raskusastmega mööduv häire, mis areneb isikul ilma ühegi muu eelneva märgatava psüühikahäireta vastusena erakordselt tugevale füüsilisele ja/või psüühilisele stressile ja mis tavaliselt vaibub tundide või päevade vältel. Stressor võib olla rabavalt tugev psühhotraumeeriv kogemus, olles suureks ohuks isiku või tema lähedaste inimeste elule või kehalisele tervisele (näiteks looduskatastroofid, õnnetused, sõda, kriminaalne kallaletung, vägistamine) või ebatavaliselt järsk ja hirmutav sotsiaalse positsiooni ja/või indiviidi suhetesüsteemi muutus (näiteks lähedase inimese kaotus, tulekahju kodus jne.). Selle häire tekke riski suurendab füüsiline kurnatus või orgaanilised faktorid (nt. vanemaelistel).

Individaalsel haavatavusel ja võitlusvõimel on ägeda stressreaktsiooni tekkes ja raskuses samuti oluline tähtsus, mida tõendab fakt, et mitte kõigil isikutel ei ilmne erakordselt tugeva stressi toimet psüühikahäireid. Sümptomid võivad varieeruda suures ulatuses, kuid tüüpiline on algstaadium, millele on iseloomulik nõutus, teadvuse mõningane kitsenemine, tähelepanu ahenemine, võimetus ära tunda stiimuleid ja desorientatsioon. Sellele võib järgneda isoleerumine ümbritsevast situatsioonist (kuni dissotsiatiivse stuuporini, vt. F44.2) või rahutus ja hüperaktiivsus (põgenemine või fuuga). Tavaliselt esinevad ka paanilise hirmu vegetatiivsed sümptomid (südamepekslemine, higistamine, kuumahood). Sümptomid ilmuvad tavaliselt mõne minuti jooksul vastusena stressoorsele stiimulile või sündmusele ning kaovad kahe-kolme päeva jooksul (sageli mõne tunniga). Võib olla osaline või täielik amneesia (vt. F44.0) traumeeriva episoodi suhtes.

Diagnostilised juhised

Peab olema vahetu ja selge ajaline seos erakordse stressori ja

sümptomite alguse vahel, mis tavaliselt ei ületa minuteid. Sümptomitele on veel iseloomulik:

- (a) muutlikkus ja komplitseeritus; peale algstaadiumis ilmneva nõutuse võib esineda depressiooni, ärevust, viha, lootusetust, hüperaktiivsust ning isoleerumist keskkonnast, kuid ükski neist sümptomitest ei domineeri kestva häire käigus;
- (b) häire vaibub järsult (sagedamini mõne tunni vältel), kui stressori kõrvaldamine on võimalik. Kui stress on kestav või oma olemuse tõttu kõrvaldamatu, hakkavad sümptomid tavaliselt nõrgenema 24-48 tunni möödudes ja on minimaalsed ligikaudu kolme päeva pärast.

Seda diagnoosi ei tuleks panna mõne teise juba varem esinenud psüühikahäire ootamatu ägenemise korral, v.a. need, mis on esitatud isiksushäiretena (F60). Siiski ei välista varasemas anamneesis esinenud psüühikahäire ägeda stressreaktsiooni diagnoosi.

Sisaldab: äge kriisireaktsioon;
lahinguväsimus;
kriisiseisund;
psüühiline šokk.

F43.1 Posttraumaatiline stresshäire

Posttraumaatiline stresshäire tekib kui hilinenud ja/või protraheeritud reaktsioon erakordselt hirmutavale või katastroofilisele stressoorsele sündmusele või situatsioonile (nii lühiajalisele kui ka kestavale), mis põhjustab märgatava distressi peaaegu kõigil inimestel (näiteks loodusõnnetus või muu katastroof, sõda, raske õnnetus, surma pealtnägmine, piinamise ohvriks olemine, terrorism, vägistamine või muu kriminaalne tegevus). Soodusfaktoriteks on teatud isiksusejooned (näiteks kompulsivsus, astenia) või varasem neurootiline häire, mis võivad alandada selle sündroomi tekkeläve või raskendada kulgu, kuid need ei ole obligatoorselt vajalikud ega piisavad, seletamaks täielikult posttraumaatilise stresshäire teket.

Tüüpilisteks sümptomiteks on trauma korduva läbielamise episoodid pealetükkivates kujutlustes ja unenägudes, mis

ilmnevad püsiva emotsionaalse tuimuse foonil, eraldumine teistest inimestest, anhedoonia ning traumat meenutava tegevuse ja situatsioonide vältimine. Tavaliselt on hirm traumat meenutavate objektide, tegevuste suhtes ning nende vältimine. Harva võib ette tulla ägedaid dramaatilisi hirmu-, paanika- ja agressioonipuhanguid ja/või trauma ajal esinenud käitumise kordumist, mis võivad vallanduda traumat meenutava stiimuli toimetel.

Tavaliselt esineb vegetatiivne hüpermobilisatsioon koos ülivirguse, tugeva ehmumisreaktsiooni ja insomniaga. Sageli liituvad eelnevate sümptomitega ärevus ja depressioon ning ka suitsiidimõtted ei ole harvad. Ravimite või alkoholi ülemäärane kasutamine võib olukorda komplitseerida.

Psühhotraumajärgne latentsiperiood³ võib varieeruda mõnest nädalast kuni mõne kuuni (kuid väga harva ületab 6 kuud). Kulg on lainetav, kuid paranemine on enamusel juhtudest ootuspärane. Väikesel osal patsientidest võib häire võtta kroonilise kulu, kesta aastaid ja lõppeda püsiva isiksusemuutusega (vt. F62.0).

Diagnostilised juhised

Häiret ei tuleks diagnoosida, kui see ei ilmne 6 kuu vältel pärast erakordse raskusega traumeerivat sündmust. Siiski on võimalik tõenäoline diagnoos, kui ajavahe traumeeriva sündmuse ja häire alguse vahel on pikem kui 6 kuud, kuid ilmnevad kliinilised nähud on tüüpilised ja teised alternatiivsed diagnoosid ei ole võimalikud (näiteks ärevusseisund, sundseisund või depressioon). Peale psühhotraumale viitavate tõendite peavad esinema korduvad, pealetükkivad meenutused või sündmuse korduv esilekerkimine mälus, selle ilmumine kujutlustes või unenägudes. Sagedane on veel silmatorkav emotsionaalne eraldatus, emotsionaalne tuimenemine ja traumat meenutavate stiimulite vältimine, kuid need ei ole häire diagnoosimiseks kõige olulisemad. Vegetatiivsed, meeleolu- ja käitumishäired toetavad samuti diagnoosi, kuid ei oma esmast tähtsust.

³ Aeg traumeeriva sündmuse ja häirele iseloomuliku sümptomaatika ilmnemise vahel.

Laastava stressi hilised kroonilised tagajärjed, s.t. need, mis manifesteeruvad aastakümneid pärast stressoorset sündmust, tuleks kodeerida F62.0 all.

Sisaldab: traumaatiline neuroos.

F43.2 Kohanemishäire

Emotsionaalsete häiretega kulgev subjektiivne distressiseisund, mis tavaliselt kahjustab isiku sotsiaalset tegevust ja suutlikkust ning tekib inimese elus olulise muutusega kohanemise perioodil või stressoorse elusündmuse tagajärjel (sh. raske kehalise haiguse esinemine või selle võimalikkus). Stressor võib tabada isiku sotsiaalseid suhteid (lähedase inimese kaotus, lahusolek) või sotsiaalsete tugede või väärtuste süsteemi (migratsioon, põgenikustaatus). Stressor võib mõjutada kas ainult indiviidi või ka tema lähigrupi või mõnda suuremat ühiskonnagrupi.

Individuaalsel predispositsioonil ja haavatavusel on kohanemishäirete tekkes ja manifestatsioonide kujunemises võrreldes teiste selle grupi häiretega (F43.-) suurem tähtsus. Siiski ei tähenda see veel, et kohanemishäired võiksid tekkida ilma stressita. Kliinilised manifestatsioonid on varieeruvad ja sisaldavad depressiivset meeleolu, ärevust, ülemäära suretsemist (või nende segu), tunnet, et ei suudeta enam toime tulla, teha plaane või jätkata võitlust praeguses situatsioonis, ning teatud määral põhjustavad häireid inimese igapäevases rutiinses tegevuses. Isik võib märgata endas kalduvusi äärmuslikule käitumisele või vägivaldpuhangutele, kuid need ilmnevad harva. Siiski võivad käitumishäired (näiteks agressiivsus või düssotsiaalne käitumine) esineda kaasuvatena, eriti noorukitel. Seejuures ei ole ükski sümptom piisavalt raske või esiletungiv mõne spetsiifilisema diagnoosi kinnitamiseks. Lastel võivad ilmneda regressiivse käitumise ilmingud, nagu voodimärgamine, imikukõne või pöidlaimemine ning need võivad olla küllaltki sagedased kohanemishäirete sümptomaatikas. Juhul, kui need nähud kliinilises pildis domineerivad, võiks kasutada koodi F43.23.

Algus on tavaliselt ühe kuu jooksul pärast stressoorse sündmuse või olulise elumuutuse toimumist ning sümptomid ei kesta üle 6 kuu, välja arvatud pikaajaline depressiivne reaktsioon (F43.21). Kui sümptomid püsivad üle 6 kuu, tuleks diagnoosi korrigeerida vastavalt esinevatele häiretele ning iga püsiv stress-situatsioon tuleb kodeerida ühe RHK-10 XXI peatükis esitatud Z-koodiga.

Kontakte meditsiini- või psühhiaatriaabiga normaalse, kultuuriliselt vastuvõetava kaotusreaktsiooni tõttu, mis ei kesta üle 6 kuu, ei tuleks kodeerida V peatükis (F) vaid XXI peatükis (Z-koodid), nagu Z63.4 (abikaasa või partneri surm), Z71.9 (nõustamine) või Z73.3 (mujal klassifitseerimata stress). Igasuguse kestusega kurbusreaktsioonid, mida ei peeta nende avaldumisviisi või sisu poolest normaalseks, tuleks kodeerida siin (F43.22, F43.23, F43.24 või F43.25), samuti need reaktsioonid, mis väljendunud kujul kestavad rohkem kui 6 kuud, F43.21-na (pikaajaline depressiivne reaktsioon).

Diagnostilised juhised

Diagnoos eeldab seoste hoolikat tundmaõppimist järgnevate punktide (a), (b) ja (c) vahel:

(a) sümptomite avaldumisvorm, sisu ja raskusaste;

(b) varasem anamnees ja isiksus;

(c) stressoorne sündmus, situatsioon või elukriis.

Viimase esinemist peaks olema võimalik selgelt kindlaks teha ning peab olema kindel, kuigi võib-olla presumptiivne tõend selle kohta, et häire ei oleks saanud tekkida ilma stressoorse sündmuseta. Kui stressor on suhteliselt nõrk või ajalist seost (peab olema alla 3 kuu) ei ole, tuleks häiret kodeerida mujal, vastavalt selle iseärasustele.

Sisaldab: kultuurišokk;
kurbusreaktsioon;
laste hospitalism.

Ei sisalda: lahutamiskartus lapsel (F93.0).

Kui seisund vastab kohanemishäirete kriteeriumidele, siis selle kliiniline vorm või domineerivad kliinilised iseärasused määratakse 5. koodinumbriga:

F43.20 Lühiajaline depressiivne reaktsioon

Möödub nõrk depressiivne seisund kestusega mitte üle 1 kuu.

F43.21 Pikaajaline depressiivne reaktsioon

Väheväljendunud depressiivne seisund, mis ilmneb reaktsioonina kestvale stressoorsele situatsioonile, kuid ei kesta kauem kui 2 aastat.

F43.22 Segatüüpi ärev-depressiivne reaktsioon

Esinevad nii ärevus- kui ka depressioonisüptomid, kuid tasemel, mis ei ole piisav depressiooniga ärevuse (F41.2) või muu segatüüpi ärevusseisundi (F41.3) diagnoosimiseks.

F43.23 Muude emotsionaalsete häiretega reaktsioon

Süptomite hulgas on esindatud mitmesugused emotsionaalsed häired, nagu ärevus, depressioon, murelikkus, pingeline ja viha. Ärevus- ja depressioonisüptomid võivad vastata segatüüpi depressiooniga ärevuse (F41.2) või muu segatüüpi ärevusseisundi (F41.3) kriteeriumidele, kuid need ei ole sedavõrd domineerivad, et oleks võimalik diagnoosida mõnda teist spetsiifilisemat depressiivset või ärevushäiret. Seda kategooriat võib samuti kasutada lastel, kellel ilmnevad ka regressiivse käitumise nähud, nagu voodimärgamine või põidlaimemine.

F43.24 Valdavalt käitumishäiretega reaktsioon

Peamiselt on häiritud käitumine, näiteks kurbusreaktsioon noorukil, mis avaldub agressiivse ja düssotsiaalse käitumisena.

F43.25 Segatüüpi reaktsioon

Domineerivad nii emotsionaalsed kui ka käitumishäired.

F43.28 Muude süptomitega kohanemishäire

F43.8 Muud rasked stressreaktsioonid

F43.9 Täpsustamata raske stressreaktsioon

F44 Dissotsiatiivsed häired

Dissotsiatiivsete (või konversiooni-) häirete ühiseks jooneks on osaline või täielik normaalse integratsiooni hävimine mälu (*memories of past*), identisustunde (*awareness of identity*) ja vahetute aistingute (*sensations*) ning liigutuste kontrolli vahel. Tavaliselt suudetakse suures osas teadlikult kontrollida mälestusi ja aistinguid, millele keskenduda tähelepanu, ning liigutusi, mida tuleks sooritada. Arvatakse, et dissotsiatiivsete häirete korral on see teadliku ja valikulise kontrolli võime häiritud ning selle ulatus võib varieeruda päevast päeva ja tunnistundi. Tavaliselt on väga raske hinnata seda määra, millises ulatuses teatud funktsioonide kaotus võiks olla tahtliku kontrolli all.

Kuigi neid häireid klassifitseeriti varem mitmesugust tüüpi konversiivse hüsteeria, tundub praegusel ajal kasulikum hoiduda mõistest hüsteeria, niipalju kui see on võimalik, kuna sel on palju tähendusi. Siin kirjeldatud dissotsiatiivseid häireid käsitletakse psühhogeensete häiretena, mis on tihedas ajalises seoses psühhotraumeeriva sündmusega, lahendamata ja talumatute probleemidega või häiritud suhetega. Vahendeid, mida patsient kasutab talumatu stressiga toimetulekuks, võib küll mitmeti tõlgendada, kuid mingi kindla teooriaga seotud mõisted, nagu mitteteadvuslik motivatsioon või sekundaarne kasu, ei ole lülitatud diagnostilistesse juhistesse või kriteeriumidesse.

Mõistet konversioon kasutatakse üsna laialt mõne siin esitatud häire korral, mis tähendab, et lahendamata probleemidest ja konfliktidest põhjustatud ebameeldiv afekt transformeeritakse sümptomiks.

Sageli kirjeldatakse dissotsiatiivse seisundi ootamatut algust ja lõppu, mida aga on harva otseselt nähtud väljaspool selliseid protseduure nagu hüпноos või abreaktsioon. Dissotsiatiivse seisundi muutus või selle kadumine võib piirduda üksnes nende protseduuridega. Kõik dissotsiatiivsed seisundid kalduvad korduma mõne nädala või kuu järel, eriti kui nende algus oli seotud mingi traumeeriva elusündmusega. Kroonilisemad seisundid, eriti paralüüsid ja anesteesia, võivad areneda (vahel küllaltki aeglaselt) seoses mingi lahendamatu probleemi või interpersonaalsete raskustega. Dissotsiatiivsed seisundid, mis on tekkinud enam kui 1-2 aastat enne psühhiaatri juurde pöördumist, on sageli teraapiaresistentsed.

Sageli eitavad dissotsiatiivsete häiretega inimesed probleeme ja raskusi, mille olemasolu võib kõrvaltvaatajale ilmselge olla. Ise võtavad nad omaks neid probleeme, mida on võimalik pidada dissotsiatiivsete sümptomite tagajärjeks.

Sellesse gruppi pole arvatud depersonalisatsiooni ega derealisatsiooni, sest need häired puudutavad vaid mõnda identsuse aspekti ning sellega ei kaasne aistingute, mälu ega liigutuste sooritamise häireid.

✓ **Diagnostilised juhised**

Kindla diagnoosi korral peaksid esinema:

(a) selles sektsioonis määratletud häire kliinilised iseärasused;

- (b) kehalise haiguse tunnuste puudumine, millega võiks sümptomit seletada;
- (c) tõendid, mis kinnitavad häire psühhogeenset päritolu: on selge ajaline seos stressorse sündmuse ja lahendamatu probleemide või häiritud inimsuhete vahel (isegi kui patsient seda eitab).

Sageli võib olla raske leida veenvaid tõendeid, mis kinnitaksid psühhogeenset päritolu isegi juhul, kui selleks on tugev kahtlus. Kesk- ja perifeerse NS tuntud haiguste esinemisel tuleb diagnoosi suhtuda äärmiselt ettevaatlikult. Kui puuduvad tõendid psühholoogiliste põhjuste kohta, jääb diagnoos provisoorseks ning tuleks jätkata somaatiliste ja psühholoogiliste aspektide uurimist.

Sisaldab: konversioonihüsteeria;
konversioonireaktsioonihüsteeria;
hüsteeriline psühhoos.

Ei sisalda: teesklus [teadlik simulatsioon] (Z76.5).

F44.0 Dissotsiatiivne amneesia

Peamine iseärasus on mäluhäire, tavaliselt viimase aja tähtsamate sündmuste osas, mis ei ole tingitud orgaanilisest ajukahjustusest ja on selleks liiga tugevalt väljendunud, et seda saaks seletada tavalise unustamise või väsimusega. Amneesia on tavaliselt seotud psühhotraumeerivate sündmustega, nagu õnnetus või ootamatu raske kaotus, ning tavaliselt on see osaline ja selektiivne. Amneesia ulatus ja sügavus võivad varieeruda suurtes piirides päevast päeva ja ka sõltuvalt sellest, kes seda uurib, kuid selles on tuum, mida ei ole võimalik meenutada ärkvelolekus. Täielik ja üldistunud amneesia esineb harva ja sellisena kuulub see enamasti juba dissotsiatiivse fuuga (F44.1) alla, mida tuleks ka nii diagnoosida.

Amneesiale võivad kaasuda mitmesugused emotsionaalsed seisundid, kuid rasket depressiooni esineb harva. Võivad ilmnedä nõutus, distress ja varieeruva astmega tähelepanuotsiv käitumine, kuid vahel ka rahulik leppimine oma olukorraga. Häire algab sagedamini nooremas täiskasvanueas ning tavaliselt esinevad kõige äärmuslikumad juhud meestel lahingustressi korral. Mitteorgaanilised dissotsiatiivsed seisundid vanemaealistel on harvad. Võivad ka esineda eesmärgipäratud

lühikesed rännakud, mille ajal tavaliselt jäetakse end hooletusse ja mis enamasti ei kesta üle paari päeva.

Diagnostilised juhised

Kindla diagnoosi eeldused:

- (a) partsiaalne või täielik amneesia äsjaste psühho-traumeerivate või stressoorsete sündmuste suhtes (psühhotraumeeriv aspekt võib ilmuda ainult siis, kui saab teavet ka teistelt inimestelt);
- (b) orgaanilise ajukahjustuse, intoksikatsiooni või ülemäärase väsimuse puudumine.

Diferentsiaaldiagnoos. Orgaaniliste psüühikahäirete korral on tavaliselt ka muid närvisüsteemi kahjustusele viitavaid tunnuseid, lisaks ilmsed ja püsivad teadvuse hägunemise tunnused, desorientatsioon ja lainetav teadvuses seisund. Orgaanilistele häiretele on rohkem iseloomulik kõige viimasema aja sündmuste mälust kadumine, sõltumata võimalikest psühho-traumeerivatest sündmustest ja probleemidest. Alkoholi või ravimite kuritarvitamisest tingitud mälu lüngad on tihedas ajalisel seoses nende ainete kasutamisega ning kadunud informatsiooni ei ole võimalik kunagi taastada. Dissotsiatiivse amneesia korral ei esine amnestilisele seisundile (Korsakovi sündroom) tüüpilist lühiajalist mäluhäiret, kus vahetu mälu on häireteta, kuid juba kahe või kolme minuti pärast mälujälg kaob.

Peaju kontusiooni või raske peavigastuse korral esinev amneesia on tavaliselt retrograadne, kuigi raskematel juhtudel võib esineda ka anterograadset amneesiast; dissotsiatiivne amneesia on tavaliselt domineerivalt retrograadne. Ainult dissotsiatiivset amneesiast võib modifitseerida hüpnoosi või abreaktsiooniga. Epilepsia korral esinevat amneesiast, skisofreenia või depressioonide korral esinevat stuuporit või mutismi on võimalik dissotsiatiivsest amneesiast eristada muude nendele haigustele iseloomulike sümptomite alusel.

Kõige raskem on dissotsiatiivset amneesiast eristada teadlikust amneesia simuleerimisest, selleks on vaja täpselt uurida premorbiidse isiksuse ja motivatsiooni iseärasusi. Teadlik amneesia simulatsioon on tavaliselt seotud ilmsete rahaliste probleemidega, surmahirmuga sõja ajal, surmanuhtlust või vanglakaristust määrava kohtuotsusega.

Ei sisalda: alkoholi või teiste psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud amnestiline häire (F10-F19 ja koodi neljas sümbol .6);
TTta amneesia (R41.3);
anterograadne amneesia (R41.1);
alkoholist mittepõhjustatud amnestiline sündroom;
postiktaalne amneesia epilepsia korral (G40.-);
retrograadne amneesia (R41.2).

F44.1 Dissotsiatiivne fuuga

Fuuga korral esinevad kõik dissotsiatiivsele amneesiale iseloomulikud tunnused, millele lisandub mingi näiliselt sihipärane matk kodust või töökohast eemale, kusjuures säilib enese eest hoolitsemine. Mõnel juhul võib see olla seotud uue, üllatavalt täiusliku identseuse omandamisega, tavaliselt mõneks päevaks, vahel ka kauemaks. Sooritatud matk võib olla seotud varem tuntud ja emotsionaalselt tähtsa paigaga. Kuigi kogu fuuga perioodi kohta esineb amneesia, võib isiku käitumine asjasse pühendamatu näida täiesti normaalsena.

Diagnostilised juhised

Kindla diagnoosi korral peaksid esinema:

- (a) dissotsiatiivse amneesia tunnused (F44.0);
- (b) näiliselt sihipärane reisimine väljapoole igapäevast liikumisala (reisimist ja hulkumist peaksid eristama kohalike olude tundjad);
- (c) enesehoolduse (nagu söömine, pesemine jne.) ja võõraste inimestega lihtsa sotsiaalse suhtlemise (pileti või autokütuse ostmine, tee küsimine, toidu ostmine jne.) säilimine.

Diferentsiaaldiagnoos. Temporalse epilepsia eristamine fuugast ei valmista tavaliselt raskusi. Selge epilepsia anamnees, stressoorsete sündmuste või probleemide puudumine ja vähem sihipärane ning fragmentaarne loomuga tegevus ja liikumine on omased epilepsiahaigetele.

Nii nagu dissotsiatiivse amneesia korral, võib fuuga eristamine teadlikust simulatsioonist osutada väga raskeks.

F44.2 Dissotsiatiivne stuupor

Patsiendi käitumine vastab stuupori kriteeriumidele, kuid uurimisel ei ilmne ühtegi somaatilisele põhjusele viitavat tõendit. Sarnaselt teistele dissotsiatiivsetele häiretele on alust pidada häiret psühhogeenseks, mida tõendab seos stressoorse elusündmusega või silmatorkava interpersonaalse või sotsiaalse probleemiga.

Stuupori diagnoosi aluseks on tahteliste liigutuste vähenemine või kadumine, reaktsiooni nõrgenemine või kadumine välistele stiimulitele, nagu valgus, müra või puudutus. Patsient lamab või istub liikumatuna pikema aja vältel. Kõne, spontaansed ja sihipärased liigutused puuduvad täielikult või peaaegu täielikult. Kuigi võivad esineda mõningad teadvusseisundi häired, on lihastoonus, asend, hingamine ning vahel avatud silmad ja koordineeritud silmaliigutused sellised, mis lubavad täiesti kindlalt väita, et patsient ei maga ega ole ka teadvusetu.

Diagnostilised juhised

Kindla diagnoosi korral peaksid esinema:

- (a) stuupor;
- (b) somaatilise või muu psüühikahäire puudumine, mis võiks seletada stuupori esinemist;
- (c) hiljutise stressoorse sündmuse või aktuaalsete probleemide olemasolu.

Diferentsiaaldiagnoos. Dissotsiatiivset stuuporit tuleks eristada katatoonsest, depressiivsest või maniakaalsest stuuporist. Katatoonse skisofreenia korral avalduvad tavaliselt ka muud skisofreeniale iseloomulikud sümptomid. Depressiivne ja maniakaalne stuupor arenevad suhteliselt aeglasemalt ja siin tuleks otsustamisel kasutada teistelt saadud andmeid. Nii depressiivne kui ka maniakaalne stuupor on praegusel ajal paljudes maades üha harvemaks muutunud seoses meelelohäirete varajase ravi levikuga.

F44.3 Dissotsiatiivne transs

Häired, kus subjekt kaotab ajutiselt isikliku identsuse ning ei teadvusta täielikult ümbritsevat reaalsust; mõnel juhul võib isik tegutseda nii, nagu oleks tema üle võimust saanud teine isiksus, vaim, jumalus või jõud. Tähelepanu või teadvus võivad olla

ahenenud või koondunud ainult ühele või kahele vahetu keskkonna aspektile, sageli esineb vähese muutlikkusega liigutuste, pooside ja häälotsuste stereotüüpne kordamine. Siin võib käsitleda ainult selliseid transihäireid, mis segavad tavalist tegevust, esinedes väljaspool religioosseid või muid kultuuris aktsepteeritud situatsioone (või nende jätkuna).

Transihäireid, mis ilmnevad skisofreenia või ägedate psühhooside või isiksuse mitmesuse korral, ei käsitleta siin, samuti juhte, kus transihäire on tihedalt seotud mõne kehalise haiguse (nagu temporaalepilepsia või peaaajuvigastus) või psühhoaktiivsete ainete intoksikatsiooniga.

F44.4-F44.7 Dissotsiatiivsed motoorsed ja sensoorsed häired

Nende häirete korral on keskseks liigutuste häire või kadumine või tundlikkuse (tavaliselt nahatundlikkuse) vähenemine või puudumine. Patsient esitab seda kui kehalist häiret, kuigi ei leita midagi, mis võiks seda põhjendada. Sümptomid paistavad sageli väljendavat patsiendi arusaamu kehalisest häirest ja võivad olla mittevastavuses füsioloogiliste või anatoomiliste printsiipidega. Lisaks viitab patsiendi psüühilise seisundi uurimine ja tema sotsiaalne situatsioon sellele, et funktsioonide kadumisest tulenev puue võiks aidata patsiendil põgeneda temale ebameeldivast konfliktist või kaudselt väljendada sõltuvust või pahameelt. Kuigi probleemid või konfliktid on teistele inimestele ilmsed, eitab patsient nende olemasolu ja seletab distressi esinevate sümptomite või resulteeruva puudega.

Sümptomitest tulenev talitlusvõime häiritus võib varieeruda situatsioonist situatsiooni, sõltudes juuresolevate inimeste arvust ja sellest, kes nad on, ning patsiendi emotsionaalsest seisundist. Teiste sõnadega, lisaks kesksetele ja mittevarieeruvatele mootorsetele või sensoorsetele häiretele, mis ei ole tahtliku kontrolli all, võib lisanduda mitmesuguse ulatusega tähelepanuotsiv käitumine.

Mõnel patsiendil tekivad sümptomid tihedas seoses psühholoogilise stressiga, kuid teistel ei pruugi see olla nähtav. Võib esineda raske talitlusvõime häire rõhutatult rahulik aktsepteerimine (*belle indifférence*), kuid see ei ole universaalne tunnus, kuna seda võib leida ka ilmselt ja rasket kehalist haigust põdeval ja sellega hästi kohanenud isikul.

Tavaliselt on juba varem täheldatud hälbeid patsiendi isiksuses ja lähisuhetes, tema lähedased sugulased või sõbrad võivad pödeda kehalist haigust, mille sümptomid on sarnased patsiendi omadega. Selle häire väheväljendunud ja mõõduvaid variante võib sageli kohata noorukitel, eriti tütarlastel, kuid kroonilised vormid on iseloomulikud nooremale täiskasvanueale. Mõni üksik inimene võib stressile korduvalt reageerida samalaadsete häiretega, mis seetõttu võivad manifesteeruda ka kesk- ja vanemas eas.

Häired, mis sisaldavad ainult aistingute kadumist, on lülitatud siia; häireid, mis sisaldavad veel muid aistinguid, nagu valu, ja teisi kompleksaistinguid, mis on vahendatud vegetatiivse NS poolt, käsitletakse somatoformsete häirete all (F45.-).

Diagnostilised juhised

Diagnoosi peab suhtuma äärmiselt ettevaatlikult, kui tegemist on närvisüsteemi füüsilise häirega või eelnevalt hästi kohanenud, normaalse perekonnaelu ja suhetega indiviidiga.

Kindlaks diagnoosiks on vajalik:

- (a) ei tohi olla ühegi kehalise häire (haiguse) tunnuseid ja
- (b) on vaja piisavalt tunda patsiendi psühholoogilist ja sotsiaalset situatsiooni ja tema isiklike suhteid, selleks et häire põhjuste üle kindlalt otsustada.

Diagnoos peaks jääma esialgseks või ajutiseks, kui on mingi kahtlus võimaliku kehalise häire suhtes või kui ei ole võimalik aru saada, miks häire tekkis. Ebaselgetel juhtudel tuleb meeles pidada raske kehalise või psüühilise häire võimalikkust.

Diferentsiaaldiagnoos. Varases staadiumis olevaid progresseeruvaid neuroloogilisi häireid, eriti *sclerosis multiplex'i* või süsteemset luupuserütematoosi on kerge segi ajada mootorsete ja tundlikkushäiretega kulgevate dissotsiativsete häiretega. Patsiendid, kes reageerivad *sclerosis multiplex'i*e distressi ja tähelepanuotsiva käitumisega, valmistavad erilisi raskusi ning on vajalik suhteliselt pikk jälgimisaeg, et jõuda diagnoosis selgusele.

Hulgi esinevaid ja haigusena tõlgitsetavaid somaatilisi kaebusi tuleks klassifitseerida mujal kas somatoformsete häirete (F45.-) või neurasteenia all (F48.0).

Üksikud dissotsiativsed sümptomid võivad ilmneda mõne raskema psüühikahäire korral, nagu skisofreenia või raske

depressioon, kuid tavaliselt on viimased äratuntavad ning neid tuleks nii diagnoosimisel kui kodeerimisel eelistada dissotsiativsete häirete ees.

Motoorse või tundlikkushäire teadliku simuleerimise eristamine dissotsiativsest häirest on sageli väga raske; otsus tugineb üksikasjalikul jälgimisel, samuti patsiendi isiksuse analüüsil, häire tekkel esinenud keskkonnatingimuste tundmaõppimisel ning samuti paranemise ja püsiva invaliidsuse tagajärgede võrdlemisel.

F44.4 Dissotsiativsed motoorsed häired

Kõige sagedasemaks motoorse dissotsiativse häire avalduseks on võimetus liigutada jäset või selle osa või jäsemeid. Paralüüs võib olla täielik või osaline, aeglaste liigutuste ja nõrkusega. Võivad ilmuda mitmesugusel kujul ja ulatuses koordinatsioonihäired (ataksia), eriti jalgades, mille tagajärjeks on veider kõnnak või võimetus ilma abita seista (astaasia-abaasia). Võib esineda ühe või mitme jäseme või kogu keha rõhutatud värisemine või vappumine. Häired võivad olla väga sarnased (orgaanilise) ataksia, apraksia, akineesia, afoonia, düsatria, düskineesia või paralüüsi puhustele.

Sisaldab: psühhogeenne afoonia;
psühhogeenne düsfoonia.

F44.5 Dissotsiativsed krambid

Liigutuste poolest võivad dissotsiativsed krambid (pseudokrambid) olla väga sarnased epileptiliste krampidega, kuid keelde hammustamist, kukkumisest tingitud vigastusi ja uriinipidamatust tuleb väga harva ette ning teadvuse kaotus puudub või selle asemel ilmneb stuupor või transiseisund.

F44.6 Dissotsiativne hüpsteesia ja anesteesia

Naha anesteetiliste alade piirid on sageli sellised, et on kohe selge, et need väljendavad pigem patsiendi ideid kehalistest funktsioonidest kui meditsiinilisi arusaamu. Tundlikkuse kaotusele kaasuvad sageli kaebused paresteesia üle. Nägemise kaotus dissotsiativsete häirete korral on väga harva täielik ning rohkem esineb nägemisteravuse alanemist, nägemise üldist ähmasust või nägemisvälja ahenemist. Vaatamata kaebustele

F40-F48 Neurootilised, stressiga seotud ja somatoforsed häired

nägemise kaotuse üle, on patsiendi liikuvus ja motoorne talitus üllatavalt head.

Dissotsiatiivne kurtus või anosmia esinevad palju harvemini kui tundlikkus- või nägemishäired.

Sisaldab: psühhogeenne kurtus.

F44.7 Segatüüpi dissotsiatiivsed häired

Siin kodeeritakse eespool kirjeldatud dissotsiatiivsete häirete (F44.0-F44.6) segavorme.

F44.8 Muud dissotsiatiivsed häired

F44.80 Ganseri sündroom

Ganseri kirjeldatud komplekshäire, millele on iseloomulikud umbkaudsed vastused ja millele kaasub tavaliselt mitmesuguseid teisi dissotsiatiivseid sümptomeid, sageli kujul, mis viitab psühhogeensele etioloogiale.

F44.81 Isiksuse mitmesus

See on väga harva ette tulev häire ning on vaieldav, millises ulatuses see on iatrogeenne või kultuurile iseloomulik. Oluline tunnus on kahe või enama selgelt väljendunud isiksuse ilmne olemasolu ühes indiviidis, kusjuures korraka esineb vaid üks neist. Iga isiksus on täielik, omades individuaalset mälu, käitumist ja eelistusi, mis võivad olla märkimisväärses vastuolus premorbiidse isiksusega.

Kahe isiksuse koosinemisel domineerib tavaliselt neist üks, kuid kummalgi pole juurdepääsu teise isiksuse mälule ning nad ei ole tavaliselt ka teineteise olemasolust teadlikud. Esimene üleminek ühelt isiksuselt teisele on tavaliselt ootamatu ja tihedalt seotud psühhotraumeeriva sündmusega. Hilisemad muutused on sageli seotud dramaatiliste või stressoorsete sündmustega või ilmnevad teraapia ajal relaksatsiooni, hüpnooti või abreaktsiooni tulemusena.

F44.82 Lapse või noorukiea mööduv dissotsiatiivne häire

F44.88 Muud täpsustatud dissotsiatiivsed häired

Sisaldab: psühhogeenne segasus;
twilight state (hämärolek).

F44.9 Täpsustamata dissotsiatiivne häire

V V F45 Somatoformsed häired

Somatoformsetele häiretele on iseloomulikud püsivad somaatilised sümptomid, mille puhul, vaatamata kordvale uurimisele, ei leita orgaanilist alust ning patsiendid pöörduvad jätkuvalt oma kaebustega arstlikule uuringule. Kui kehalised häired esinevadki, ei seleta need piisavalt sümptomite iseloomu ega ulatust, kaasuvat distressi ega patsiendi ülemääraast hoiivatust. Isegi juhul, kui sümptomite algus ja püsimine on seotud mõne ebameeldiva elusündmuse, raskuste või konfliktidega, avaldavad patsiendid tavaliselt vastupanu püüdlustele seletada neid häireid psühholoogiliste põhjustega, seda ka ilmsete depressiooni- ja ärevussümptomite esinemisel. Selle häire mõistmine nii psühholoogilisel kui ka somaatilisel tasandil võib valmistada pettumuse nii patsiendile kui ka arstile.

Nende häirete korral võib tavaliselt näha tähelepanuotsivat (histrioonilist) käitumist, eriti patsientidel, kes on solvunud sellest, et neil ei õnnestunud veenda arsti oma haiguse kehalises olemuses ja edasiste uuringute vajalikkuses.

Diferentsiaaldiagnoos. Eristamine hüpohondriaalulust eeldab patsiendi põhjalikku tundmaõppimist. Kuigi veendumus on küllaltki püsiv ja põhjendamatu, on see siiski teataval määral vähemalt lühiajaliselt mõjustatav vastuargumentide, rahustamise ja veel mõne uuringu tegemisega. Pealegi võib ebameeldivate ja hirmutavate kehaliste aistingute väärseletamine kehalise haigusena olla mõnes kultuurisituatsioonis täielikult aktsepteeritav.

Ei sisalda: dissotsiatiivne häire (F44.-);
juuste kitkumine (F98.4);
lalisemine (F80.0);
pudikeelsus (*lisp*) (F80.8);
küünte närimine (F98.8);
MK haigusseisundite või haigustega seotud psüühilised ja käitumistegurid (F54);
mitteorgaaniline seksuaaldüsfunksioon (F52.-);
pöidlaimemine (F98.8);
tikid (F95.-);
Tourette'i sündroom (F95.2);
trihhotillomaania (F63.3).

F45.0 Ärevuse somatisatsioon (*Somatization disorder*)

Esinevad väga mitmekesised, korduvad ja sageli muutuvad kehalised sümptomid, mis on tavaliselt juba esinenud mitme aasta vältel, enne kui patsient suunatakse psühhiaatri vastuvõtule. Enamusel patsientidest on anamneesis väga komplitseeritud, nad on pöördunud erinevate arstide poole, neile on tehtud palju negatiivse tulemusega uuringuid või kasutuid operatsioone. Sümptomid võivad olla seotud suvalise organi või organsüsteemiga, kõige tavalisemad on gastrointestinaalsed nähud (valu, rõhitised, oksendamine, iiveldus jne.) ja ebanormaalsed nahaaistingud (sügelus, kõrvetustunne, kihelus, tuimus, ülilitundlikkus jne.), samuti seksuaal- ja menstruaalhäired.

Sageli esineb ka märgatav depressioon ja ärevus, mis võib vajada spetsiifilist ravi.

Häire kulgeb krooniliselt ja lainetavalt ning on sageli seotud püsiva sotsiaalse, interpersonaalse ja perekondliku käitumise kahjustumisega. Häire on tüüpilisem naistele ja sageli algab varases täiskasvanueas.

Sagedaste ravikuuride tõttu võib lisanduda ravimite (tavaliselt sedatiivsete ja analgeetiliste) kuritarvitamine või neist sõltuvus.

Diagnostilised juhised

Kindel diagnoos eeldab kõigi järgnevate tunnuste olemasolu:

- (a) vähemalt 2 aastat kestnud, hulgi esinevad väga mitmekesised kehalised sümptomid, millele ei ole leitud somaatilist seletust;
- (b) arstide arvamus, et patsiendil ilmnevaid sümptomeid ei ole võimalik seletada ühegi kehalise häire või haigusega, püsiv mitteaktsepteerimine;
- (c) esineb kahjustus sotsiaalses ja perekondlikus tegevuses, mille põhjuseks on sümptomite iseloom ning neist tulenev käitumine.

Sisaldab: multiple complaint syndrome;

multiple psychosomatic disorder.

Diferentsiaaldiagnoos. Oluline on eristamine järgmistest häiretest.

Kehalised haigused. Kestva somatisatsiooni korral võib patsiendil nii nagu igal teisel samas eas inimesel sellest häirest sõltumatult areneda iseseisvaid kehalisi häireid (haigusi). Kaebuste iseloomu või stabiilsuse muutumise korral, mis võiks viidata kehalisele haigusele, tuleb patsienti täiendavalt uurida, vajadusel suunata konsultatsioonile.

Depressioon ja ärevusseisund. Somatisatsioonile kaasub tavaliselt mõningane ärevus ja depressioon, mida ei tule eraldi määrata ka juhul, kui need on piisavalt väljendunud ja püsivad, et neid võiks diagnoosida eraldi. Siiski võivad pärast 40. eluaastat ilmnevad ja hulgaliselt esinevad kehalised sümptomid olla primaarse depressiooni varased ilmingud.

Hüpohondria. Ärevuse somatisatsiooni korral on põhirõhk asetatud kehalistele sümptomitele enestele ja nende mõjudele, samal ajal kui hüpohondria korral ei ole peatähelepanu niivõrd sümptomitel, kui neid põhjustanud oletataval progresseeruv ja raskel haigusprotsessil ja selle kahjulikel tagajärgedel. Hüpohondria korral soovib patsient uuringuid, et välja selgitada temal esineva haiguse olemus. Somatisatsioonihäire korral on patsient rohkem huvitatud ravist, mis eemaldaks ebameeldivad sümptomid. Somatisatsiooni korral on iseloomulik ravimite ülemäärane kasutamine ja arsti soovitude eiramine, kuid hüpohondriline patsient pigem kardab ravimeid ja nende kõrvaltoimeid ning otsib kinnitust erinevate arstide käest.

Luululised häired (nagu skisofreenia somaatilise luuluga ja depressioon hüpohondrilise luuluga). Luululistele häiretele on iseloomulik väärveendumuse ebareaalne ja veider iseloom, samuti on kehaliste sümptomite hulk väiksem ning need on tunduvalt püsivamad.

Lühikese kulu (vähem kui 2 aastat) ja vähem väljendunud sümptomite korral on soovitatavam kasutada diferentseerumata somatoformse häire (F45.1) diagnoosi.

F45.1 Diferentseerumata somatoformne häire

On hulgaliselt mitmesuguseid ja püsivaid kehalisi kaebusi, kuid seisund ei vasta siiski täielikult ärevuse somatisatsiooni kriteeriumidele. Näiteks ei esitata kaebusi nii jõulisel ja draamatilisel viisil, neid võib olla vähem ning sotsiaalseid ja perekondlikke probleeme ei pruugi üldse kaasneda. Tõendid psühhogeenia kohta ei ole absoluutse tähendusega, kuid

somaatiline alus peab kindlasti puuduma, et seda häiret diagnoosida.

Kui siiski on mingi võimalus, et kehaline häire on olemas, või on psühhiaatriline uurimine diagnoosimise ajaks veel pooleli, võib kasutada ka teisi diagnoose RHK-10 vastavatest peatükkidest.

Sisaldab: diferentseerumata psühhosomaatiline häire.

Diferentsiaaldiagnoos on analoogne ärevuse somatisatsiooni (F45.0) puhusega.

F45.2 Hüpohondria

Kõige olulisem iseärasus on püsiv hõivatus ideest, et esineb mingi raske ja progresseeruv kehaline haigus. Patsiendid esitavad püsivalt kehalisi kaebusi või on ülemäära mures välimuse mõne (kujuteldava) puude pärast. Normaalseid ja tavalisi aistinguid või välimust tõlgendatakse kui ebanormaalseid ja häirivaid. Tavaliselt on tähelepanu suunatud ühele või kahele organile või organsüsteemile. Patsient võib nimetada kardetatavat kehalist haigust või keha defekti, kuid veendumuse sügavus ja häire liik võib see erinevatel kokkupuudetel patsiendiga varieeruda. Tavaliselt võib patsient pidada võimalikuks ka mingi teise kehalise haiguse või mitme haiguse esinemist lisaks kõige suuremat muret tekitavale kehalisele haigusele.

Sageli kaasuvad märgatav depressioon ja ärevus ning võivad anda alust lisadiagnoosile. Häire ilmneb harva esimest korda pärast 50. eluaastat ning nii sümptomite kulg kui ka invaliidsus (*disability*) on enamasti kroonilise ja lainetava iseloomuga. Hüpohondriline veendumus ei tohi olla luululine. Hirm ühe või mitme haiguse esinemise ees (nosofobia) tuleks samuti klassifitseerida siin.

Sündroom avaldub võrdselt meestel ja naistel ning ei esine mingeid spetsiifilisi perekonnafaktoreid (vastandina ärevuse somatisatsioonile).

Paljud patsiendid, eriti need, kellel on häire mõõdukamad vormid, jäävad somaatilise meditsiini sfääri. Suunamist psühhiaatri vastuvõtule pannakse tavaliselt pahaks, välja arvatud siis, kui seda õnnestub teha häire algusjärgus raviarsti ja psühhiaatri taktitundelises koostöös. Sotsiaalse suutlikkuse kahjustus võib varieeruda: mõni patsient võib perekonnas domineerida või sellega manipuleerida ning väike osa patsientidest võib funktsioneerida täiesti normaalselt.

Diagnostilised juhised

Kindla diagnoosi korral peaks avalduma kõik järgnevalt esitatud:

- (a) vaatamata sellele, et korduvad uuringud ei kinnita somaatilist alust, püsib veendumus ühe või mitme raske kehalise haiguse esinemises, mis tugineb mingi(te) sümptomi(te) väärale interpretatsioonile, või esineb püsiv mure oletatava kehalise defekti pärast;
- (b) püsiv vastupanu erinevate arstide arvamusele ja veenmisele, et isikul ei ole ühtegi kehalist häiret või haigust.

Sisaldab: keha düsmorfiline häire;
düsmorfofoobia (mitteluululine);
hüpohondrianeuroos;
hüpohondriline häire;
nosofobia.

Diferentsiaaldiagnoos. Oluline on eristamine järgnevatest häiretest.

Ärevuse somatisatsioon. Põhirõhk on häirel enesel ja selle tagajärgedel ning mitte niivõrd üksiksümptomitel, nagu somatisatsiooni korral. Hüpohondriale on iseloomulikum püsiv keskendumine ühele või vahel ka kahele võimalikule kehalisele haigusele, erinevalt somatisatsioonist, kus enamasti nimetatakse mitut võimalikku haigust ning need ka muutuvad aja jooksul. Hüpohondria korral ei ole sugupoolte vahel häire levikus märgatavat erinevust ega perekondliku faktori kaasatust.

Depressiivsed häired. Kui depressiooni sümptomid domineerivad ja eelnevad hüpohondriliste mõtete tekkele, siis võib depressiivne häire olla primaarne.

Luululised häired. Hüpohondria korral esinevad veendumused ei ole nii püsivad kui skisofreenia- ja depressioonipuhused somaatilised luulumõtted.

Paanikahäire ja ärevusseisundid. Paanikahäire korral esinevaid kehalisi sümptomeid võidakse interpreteerida kui raske kehalise haiguse tunnuseid, kuid nende sümptomite selgitamine rahustab tavaliselt patsiente sedavõrd, et mingit väärveendumust kehalise haiguse esinemisest ei teki.

F45.3 Somatoformne vegetatiivne düsfunktsioon

Patsient esitab endal esinevaid sümptomeid, nagu oleksid need põhjustatud mõne vegetatiivse innervatsiooni või kontrolli all oleva organi või organsüsteemi (nt. kardiovaskulaarse, gastrointestinaalse või respiratoorse) orgaanilisest häirest. (Siia on lülitatud ka mõned urogenitaalsüsteemi häired). Kõige tavalisemad ja tüüpilisemad näited ongi kardiovaskulaar- (kardiaalne neuroos), respiratoor- (psühhogeenne hüperventilatsioon ja luksumine) ja gastrointestinaalsüsteemi poolt (maoneuroos, neurootiline diarröa). Tavaliselt tuleb ette kahte tüüpi sümptomeid, sõltuvalt sellest, kas need väljendavad organi või organsüsteemi häiret. Esimest tüüpi sümptomid, millele diagnoos tavaliselt tugineb, väljendavad vegetatiivset mobilisatsiooni (*autonomic arousal*), nagu südamekloppimine, higistamine, punastamine, treemor jne. Teist tüüpi on sellised idiosünkraatilised, subjektiivsed ja mittespetsiifilised sümptomid, nagu lühiajalised valuaistingud, põletustunne, raskustunne, pingulolek, tunne, nagu oldaks tursunud või puhitunud. Neid vaevusi omistatakse teatud organile või organsüsteemile. Seega on selgelt väljendunud vegetatiivne mobilisatsioon ja lisaks mittespetsiifilised subjektiivsed vaevused, mida seostatakse püsivalt mingi organi või organsüsteemiga.

Mitmel selle häirega patsiendil esinevad ka psühholoogilise stressi tunnused, raskused või probleemid, mis tunduvad olevat antud häirega seotud, kuid seda ei ole alati kõigil patsientidel, kes vaatamata sellele täielikult vastavad häirele esitatud kriteeriumidele.

Mõne häire korral võib esineda kehaliste funktsioonide minimaalset häiritust, nagu luksumist, puhitusi ja hüperventilatsiooni, kuid need iseenesest ei põhjusta organi või organsüsteemi funktsiooni olulisi häireid.

Diagnostilised juhised

Kindla diagnoosi korral peavad esinema kõik järgmised tunnused:

- (a) püsivad ja häirivad vegetatiivse mobilisatsiooni tunnused, nagu südamekloppimine, higistamine, treemor, kuuma-külmahood;
- (b) subjektiivsed lisasümptomid, mis seostuvad mingi organi või organsüsteemiga:

- (c) mure ja distress seoses organi või organsüsteemi võimaliku raske häirega (sageli täpselt määratlemata), mis ei reageeri korduvatele seletustele ja patsiendi rahustamisele arsti poolt;
- (d) ei esine organi või organsüsteemi olulisi kahjustusi morfoloogilisel või funktsionaalsel tasemel.

Diferentsiaaldiagnoos. Generaliseerunud ärevuse korral domineerivad vegetatiivse mobilisatsiooni psühholoogilised komponendid, nagu hirm ja ärevus, ning puudub püsiv tähelepanu keskendamine kehalistele sümptomitele. Ärevuse somatisatsiooni korral võib samuti esineda vegetatiivne mobilisatsioon, kuid see ei domineeri või ei ole nii püsiv kui muud aistingud ja tunded ning sümptomeid ei seostata ühe organi või organsüsteemiga.

Ei sisalda: MK haigusseisundite või haigustega seotud psüühilised ja käitumistegurid (F54).

Viiendat koodinumbrit võib kasutada, määramiseks organit või organsüsteemi, millega patsient seostab endal esinevaid sümptomeid:

F45.30 Kardiovaskulaarne düsfunktsioon

Sisaldab: südameneuroos;
Da Costa sündroom;
neurotsirkulaarne asteenia.

F45.31 Mao-sooletrakti ülaosa düsfunktsioon

Sisaldab: maoneuroos;
psühhogeenne aerofaagia;
luksumine;
düspepsia ja pülorospasm.

F45.32 Mao-sooletrakti alaosa düsfunktsioon

Sisaldab: psühhogeenne kõhupuhitus;
ärritatud soole
sündroom ja diarröa.

F45.33 Respiratoorne düsfunktsioon

Sisaldab: psühhogeenne kõha;
hüperventilatsioon.

F45.34 Urogenitaalne düsfunktsioon

Sisaldab: psühhogeenne sage urineerimine ja düsuuria.

F45.38 Muu organi või organsüsteemi düsfunktsioon

F45.4 Püsiv somatoformne valu

Domineerib püsiv, raske ja distressi põhjustav valu, mida ei ole täielikult võimalik seletada füsioloogilisel alusel või somaatilise häirega ja mis ilmneb emotsionaalse konflikti tõttu või psühhosotsiaalsetel põhjustel. Viimased peavad olema piisavalt väljendunud, et neid oleks võimalik käsitleda etioloogilise faktorina. Tulemusena suureneb oluliselt nii inimlik kui meditsiiniline toetus ja tähelepanu.

Siia ei lülitata arvatavalt psühhogeense olemusega valu, mis esineb depressiooni või skisofreenia korral. Valu, mis on põhjustatud tuntud või eeldatava psühhofüsioloogilise mehhanismi poolt, nagu lihaspingevalu või migreen, kuid mida peetakse psühhogeenseks, tuleks kodeerida F54 all ning lisaks tuleks veel märkida lisakood mõnest teisest ICD-10 osast (näiteks migreen, G43.-).

Sisaldab: psühhalgia;
psühhogeenne selja- või peavalu;
somatoformne valuhäire.

Diferentsiaaldiagnoos. Kõige tavalisem diferentsiaaldiagnostiline probleem on eristamine histriooniliselt võimendatud orgaanilisest valust. Orgaanilise valuga haiged, kellel ei ole valu põhjus veel täpselt diagnoositud, võivad olla hirmunud või düsfoorilised ning seetõttu samuti käituda tähelepanu otsivalt. Ärevuse somatisatsioonile on iseloomulikud väga mitmesugused valukaebused, kuid need ei ole nii püsivad ega domineeri teiste kaebuste hulgas.

Ei sisalda: TTta seljavalu (M54.9);
TTta valu (äge/krooniline) (R52);
pingepeavalu (G44.2).

F45.8 Muud täpsustatud somatoformsed häired

Nende häirete korral esitatud sümptomid ei ole vahendatud vegetatiivse närvisüsteemi poolt ning on piiritletud kindla kehaosa või organsüsteemiga. Siin ei ole sümptomid nii polümorfseid ja muutlikud kui ärevuse somatisatsiooni (F45.0)

või diferentseerumata somatoformse häire (F45.1) korral. Koed ei ole siin kahjustatud.

Selles rubriigis käsitletakse kõiki muid somaatiliste häiretega mitteseotud kehatajuhäireid (*disorder of sensation*), mis on tihedas ajalises seoses stressoorsete sündmuste või probleemidega või suurendavad patsiendile osutatavat tähelepanu. Lämpumistunne, tunne, nagu miski liiguks nahal, ja paresteesiad on kõige tavalisemad näited. Siia lülitatakse veel sellised häired nagu

- (a) *globus hystericus* (düsfaagiat põhjustav tükitunne kõris);
- (b) psühhogeenne tortikollis ja muud spastilised häired (v.a. Tourette'i sündroom);
- (c) psühhogeenne pruritus (v.a. spetsiifilised nahakahjustused nagu *alopecia*, dermatiit, ekseem või psühhogeense päritoluga urtikaaria (F54));
- (d) psühhogeenne düsmenorröa (v.a. düspareuunia (F52.6) ja frigiidsus (F52.0)).

F45.9 Täpsustamata somatoformne häire

Sisaldab: Tta psühhofüsioloogiline või psühhosomaatiline häire.

F48 Muud neurootilised häired

V V F48.0 Neurasteenia

Selle häire käsitlemisel ilmnevad kultuuriti märkimisväärsed variatsioonid. Esineb kaks omavahel kattuvat tüüpi. Esimese alatüübi korral on peamiseks iseärasuseks kõrgenenud väsitatavus pärast vaimset pingutust, mille tõttu sageli väheneb professionaalse või muu igapäevase tegevuse produktiivsus. Vaimset väsimust kirjeldatakse tüüpiliselt kui tähelepanu hajutavate mõtete ja mälestuste pealetungi, keskendumisvõime alanemist või üldiselt ebaproduktiivset mõtlemist. Teise alatüübi korral on rõhk tühisest pingutusest tekkival kehalisel või füüsilisel väsimusel ja kurnatusel, millele kaasuvad lihasvalud ja võimetus lõõgastuda. Mõlema alatüübi korral on rohkesti mitmesuguseid ebameeldivaid kehalisi aistinguid, nagu peapööritus, pingepeavalu ja üldise ebastabiilsuse tunne.

Tavaline on mure nõrgeneva vaimse ja füüsilise tervise pärast, ärrituvus, anhedoonia ja mitmesuguse väljendusega depressioon ja ärevus. Sageli esinevad unehäired, eriti raskused uinumisel, sagedane ärkamine öösel. Võib esineda ka väljendunud hüpersomnia.

Diagnostilised juhised

Kindlaks diagnoosiks on vajalikud:

- (a) kas püsivad ja distresseerivad kaebused kõrgenenud väsitatavuse üle pärast vaimset pinget või püsivad ja distresseerivad kaebused väsimise ja kurnatuse üle pärast minimaalset kehalist pingutust;
- (b) vähemalt kaks sümptomit järgnevatest:
 - peapööritus,
 - pingepeavalud,
 - unehäired,
 - võimetus lõõgastuda,
 - ärrituvus,
 - düspepsia;
- (c) vegetatiivsed või depressiivsed sümptomid ei ole piisavalt püsivad ja rasked, vastamaks mõnele spetsiifilisemale häirele selles klassifikatsioonis.

Sisaldab: väsimussündroom.

Diferentsiaaldiagnoos. Paljudes maades ei kasutata neurasteeniat diagnostilise kategooriana. Sageli vastavad minevikus neurasteeniana diagnoositud häired tänapäevastele depressiooni või ärevushäire kriteeriumidele. Siiski esinevad juhud, mis vastavad rohkem neurasteenia kirjeldusele kui mõnele muule neurootilisele sündroomile, ning mõnes kultuuris võib selliseid seisundeid sagedamini ette tulla kui teistes. Kui kasutatakse neurasteenia diagnoosi, tuleks kõigepealt välistada depressiooni või ärevushäire võimalus. Selle sündroomi tunnusjooneks on patsiendi keskendumine väsimisele ja nõrkustundele ning mure alanenud vaimse ja füüsilise produktivsuse üle (vastandina somatoformsetele häiretele, kus kliinilises pildis domineerivad kehalised kaebused ja oletatava kehalise haigusega tegelemine). Kui neurasteeniasündroom tekib pärast kehalist haigust (viirusinfektsioon, viirushepatiit või

infektsioosne mononukleosis), tuleks ka viimane diagnoosis märkida.

Ei sisalda: TTta asteenia (R53);
läbipõlemine (*burn-out*) (Z73.0);
malaise and fatigue (R53);
viirusinfektsioonijärgne asteenia-
sündroom (G93.3);
psühhasteenia (F48.8).

F48.1 Depersonalisatsioon-derealisatsioon

Häire, mille all kannatav isik kaebab, et tema psüühiline tegevus, keha ja/või ümbrus on muutunud nii, et see tundub ebareaalsena või automaatsena. Indiviid võib tajuda, et ta ei mõtle enam oma mõtteid, kujutlusi või mälestusi; et ta liigutused ja käitumine ei ole tema omad; et ta keha tundub elutu ja võõras; ümbrus näib värvitu ja elu kunstlik, nagu etendataks seda laval. Mõnel juhul tundub neile, et nad näevad end kõrvalt või oleksid justkui surnud. Emotsioonide kadumine on nendest mitmekesisest fenomenidest kõige sagedasem.

Patsientide arv, kellel see häire esineb puhtal või isoleeritud kujul, on väike. Tavalisem on, et depersonalisatsiooni-derealisatsioonisümptomid ilmnevad depressiooni, foobia või sundseisundi korral. Selle sündroomi elemente võib leida ka vaimselt tervetel isikutel väsimuse, sensoorse deprivatsiooni, hallutsinogeenide intoksikatsiooni korral või hüpnagoogsete-hüpnopompiinsete fenomenidena. Depersonalisatsiooni-derealisatsioonifenomen on sarnane sellele, mida kogetakse äärmuslikult eluohtlikus situatsioonis.

Diagnostilised juhised

Kindla diagnoosi korral peavad esinema kas (a) ja/või (b) koos (c) ja (d)-ga:

- (a) depersonalisatsioonisümptomid, s.t. tajutakse, et tunded ja/või kogemused oleksid kui eraldatud, eemal olevad, pole omad, on kadunud jne.;
- (b) derealisatsioonisümptomid, s.t. objektid, inimesed ja/või ümbrus tundub olevat ebareaalne, eemalolev, kunstlik, värvitu, elutu jne.;

- (c) neid häireid kogetakse kui subjektiivset ja spontaanset muutust, mitte kui väliste jõudude või teiste inimeste mõju tulemust;
- (d) selge teadvus ja epilepsia või toksilise segasusseisundi puudumine.

Diferentsiaaldiagnoos. Häiret tuleb eristada teistest häiretest, kus tajutakse isiksuse muutumist, nagu skisofreenia, dissotsiatiivsed häired (puudub muutuse teadvustamine) ja mõnel juhul varajane dementsus. Derealisatsiooni-depersonalisatsioonifenomene võib esineda sekundaarsetena ka temporaalepilepsia korral.

Kui derealisatsiooni-depersonalisatsioonisündroom ilmneb osana diagnoositavast depressiivsest, foobsest, sund- või skisofreensest häirest, tuleks põhidiagnoosina eelistada viimaseid.

F48.8 Muud täpsustatud neurootilised häired

See kategooria sisaldab ebaselge etioloogiaga ja nosoloogilise staatusega käitumise, uskumuste ja emotsioonide segahäireid, mis on mõnes kultuuris eriti sagedased, näiteks Dhat'i sündroom, koro ja latah. Nende sündroomide tugev seos lokaalselt aktsepteeritud kultuuriliste uskumustega viitab, et neid on õigem käsitleda mitteluululistena.

Sisaldab: Briquet' sündroom;
Dhat'i sündroom;
koro-sündroom;
latah;
professionaalne neuroos, sh. kirjutuskramp;
psühhasteenia;
psühhasteenne neuroos;
psühhogeenne stuupor.

F48.9 Täpsustamata neurootiline häire

Sisaldab: TTta neuroos.

F50-F59

Füsioloogiliste funktsioonide häirete ja füüsiliste e. somaatiliste teguritega seotud käitumissündroomid

F50 Söömishäired

Söömishäirete grupis kirjeldatakse kahte tähtsat ja selgelt eristatavat sündroomi: *anorexia nervosa* ja *bulimia nervosa*. Märkimist väärivad ka vähem spetsiifilised buliimsed häired, nagu liigsöömine, kui see on seotud psüühiliste häiretega. Samuti on toodud lühike viide psüühiliste häiretega seotud oksendamise kohta.

Ei sisalda: *anorexia* või TTta isukaotus (R63.0);
söötmisraskused ja halvasti korraldatud toitmine (R63.3);
söömishäire imiku- või lapseas (F98.2);
pica imiku- või lapseas (F98.3).

F50.0 *Anorexia nervosa*

*Anorexia nervosa*le on iseloomulik patsiendi poolt esilekutsutud ja/või soodustatud tahtlik kehakaalu alandamine. See häire esineb kõige sagedamini noorukieas tütarlastel ja noortel naistel ning väga harva noorukieas poistel ja nooremas eas meestel nagu ka lastel enne puberteeti ja vanemaealistel naistel. *Anorexia nervosa* on iseseisev sündroom, sest:

- (a) sündroomi kliinilised tunnused on kergesti äratuntavad, seepärast on diagnoos kõrge usaldatavusastmega ning enamiku klinitsistide poolt ühtmoodi diagnoositav;
- (b) katamnesticilised uuringud on näidanud, et enamusel patsientidest, kes ei parane, avalduvad ühed ja samad peamised sümptomid ka häire kroonilise kulu korral.

Kuigi *anorexia nervosa* tekkepõhjustes on palju ebaselget, leidub hulgaliselt tõendeid, et see võiks olla paljude sotsiaalkultuuriliste ja bioloogiliste faktorite interaktsiooni tulemus. Oma osa on ka vähem spetsiifilistel psühholoogilistel mehhanismidel ja isiksuse haavatavusel. See häire avaldub mitmesuguse raskusastmega alatoitumises ning sellele sekundaarselt lisanduvates endokriinsetes ja metaboolsetes muutustes ning somaatilistes häiretes. Pole päris selge, kas iseloomulikud endokriinhäired on täielikult alatoitumise ja selleni viinud käitumise (nt. piiratud dieet, ülemäärane keheline koormus ja oma keha väärtajumine, esilekutsutud oksendamine ja kõhulahtisus ning sellest tulenev

elektrolüütide düsbalanss) tagajärjeks või on tegemist mingite veel tundmatute faktoritega.

Diagnostilised juhised

Kindlaks diagnoosiks on vajalikud kõik järgmised asjaolud.

- (a) Kehakaalu hoitakse vähemalt 15 % allpool oodatavat (kas kaalukaotuse tulemusena või ei ole seda kunagi saavutatudki), *Quetelet'* kehamassiindeks on 17,5 või väiksem¹. Puberteedieelses eas patsiendid ei võta kasvuperioodi jooksul oodataval määral kaalus juurde.
- (b) Kehakaalu kaotus on esile kutsutud "paksuks tegevate toitude" vältimisega ning on seotud ühe või rohkemaga järgnevast: tahtlikult esilekutsutud oksendamine; tahtlikult esilekutsutud kõhulahtisus; ülemäärane kehaline aktiivsus; söögiisu vähendavate preparaatide ja/või lahtistite kasutamine.
- (c) Spetsiifilise psühhopatoloogilise avaldusena esineb oma keha väärtaju, mille tõttu ülekaaluka mõttena püsib tuseduskartus ja patsient seab oma kehakaalule väga ranged piirid.
- (d) Väljendunud endokriinhäired haaravad hüpotalamuse-hüpofüüsi-sugunäärmete telge, mis naistel avaldub amenorröana ning meestel seksuaalse huvi ja potentsi kadumisena. (Olulise erandi moodustavad anorektilised naised püsiva vaginaalse verejooksuga, kes saavad hormonaalset asendusteraapiat, kõige sagedamini kontratseptiivseid vahendeid). Samuti võib esineda kasvuhormooni ja kortisooli taseme tõusu, türeoidhormooni perifeerse metabolismi ja insuliini sekretsiooni muutusi.
- (e) Kui algus on prepubertaaleas, siis organismi pubertaalsed muutused hilinevad või isegi peetuvad (kasvu seiskumine, tütarlastel ei arene rinnanäärmed, primaarne amenorröa; poistel seiskub testiste areng).

Diferentsiaaldiagnoos. Kaasuda võivad depressiivsed ja obsessiivsed sümptomid ning isiksushäirete tunnused, mis võivad põhjustada raskusi seisundi määramisel ja/või nõuavad mitme diagnostilise koodi kasutamist. Noortel patsientidel peab välja lülitama somaatilised põhjused, mis võivad esile kutsuda

¹ *Quetelet'* kehamassiindeks = kehakaal (kg) / [pikkus (m)]²

kehakaalu kaotuse, nagu kroonilised kurnavad haigused, ajutuumorid ja seedetraktihaigused, nagu Crohni tõbi või malabsorptsioonisündroom.

Ei sisalda: isukaotus (R63.0);
psühhoenne isukaotus (F50.8).

F50.1 *Atüüpiline anorexia nervosa*

Seda diagnoosi tuleks kasutada nendel patsientidel, kellel puudub üks või mitu *anorexia nervosa* (F50.0) olulisemat tunnust, nagu amenorröa, oluline kehakaalu kaotus, kuid muus osas esineb neil häirele küllaltki iseloomulik kliiniline pilt. Selliseid patsiente võib kohata üldtüüpi haiglates ja ambulatoorsel vastuvõtul. Seda koodi tuleks pidada sobivaks ka patsientidele, kellel on kõik olulised sümptomid, kuid need on nõrgalt väljendunud. Seda kategooriat ei saa kasutada *anorexia nervosa*'t meenutava söömishäire korral, mille põhjuseks on tuntud kehaline haigus.

F50.2 *Bulimia nervosa*

Bulimia nervosa on sündroom, millele on iseloomulikud korduvad liigsöömissööstud ja ülemäärane kehakaalu kontroll, mille tulemusena patsient võtab kasutusele äärmuslikke meetmeid toidu paksuks tegeva mõju vähendamiseks. Seda mõistet tuleks kasutada häire nende vormide puhul, mis on seotud *anorexia nervosa*'ga ühise psühhopaatoloogia alusel. Isikute ealine ja sooline jagunemine on sarnane *anorexia nervosa* puhusega, kuid algus on mõnevõrra hilisem. Häiret võib vaadelda kui kestva *anorexia nervosa* tagajärge (võimalik on ka vastupidine järjekord). Eelnevalt anorektiline haige võib näiliselt paraneda, kuna kehakaal suureneb ja on võimalik menstruatsioonide taastumine, kuid varsti tulevad ilmsiks ülesöömine ja oksendamine. Korduv oksendamine võib põhjustada elektrolüütide tasakaalu häireid ja kehalisi tüsistusi (tetaania, epileptilised krampid, südame arütmia, lihasnõrkus) ja hiljem väga olulise kehakaalukaotuse.

Diagnostilised juhised

Kindlaks diagnoosiks on vajalik kõik järgnev.

- (a) Mõtted keerlevad kogu aeg söömise ümber ja esineb vastupandamatu söömishimu; tekivad liigsöömishood, kus lühikese aja vältel süüakse ära suur kogus toitu.

- (b) Patsient püüab toidu paksuks tegevale toimele vastu tegutseda ühel või enamal järgneval viisil: tahtlikult esilekutsutud oksendamise; lahtistite kuritarvitamine, vahelduvad nälgimisperioodid; söögiisu pärssivate ravimite, türeoidpreparaatide ja diureetikumide kasutamine. Kui *bulimia* tekib diabeedihaigetel, võivad nad loobuda insuliini kasutamisest.
- (c) Psühhopaatoloogia hõlmab haiguslikku tüsenemiskartust ning patsient seab endale väga ranged kehakaalu piirangud, mis on selgelt väiksemad premorbiidsest kehakaalust, mida võiks arsti arvates pidada optimaalseks või tervislikuks. Sageli, kuid mitte alati on varem olnud *anorexia nervosa* episood; kahe häire ajaline intervall võib ulatuda mõnest kuust mitme aastani. Sellisel varasemal episoodil võib olla kas täielik kliiniline pilt või on see väljendunud nõrgalt: mõõduka kehakaalu languse ja/või mõõduva amenorröaga.

Sisaldab: TTta *bulimia*;
hyperorexia nervosa.

Diferentsiaaldiagnoos. *Bulimia nervosa*'t tuleb eristada:

- (a) seedetrakti ülaosa häiretest, mis põhjustavad korduvat oksendamist (iseloomulik psühhopaatoloogia puudub);
- (b) isiksushäiretest (söömishäirele võib kaasuda alkoholsõltuvus ja pisiõigusrikkumised, nagu poest varastamine);
- (c) depressioon (*bulimia*-haigel on sageli depressiivseid sümptomeid).

F50.3 Atüüpiline *bulimia nervosa*

Kategooriat tuleks kasutada nende patsientide puhul, kellel puudub üks või rohkem *bulimia nervosa* (50.2) eespool esitatud põhitunnustest, kuid kel muus osas on küllaltki tüüpiline kliiniline pilt. Kõige rohkem kasutatakse seda normaalse või isegi kõrgeenenud kehakaaluga inimestel, kellel on tüüpilisi liigsöömisperioode koos järgneva oksendamise või lahtistite kasutamisega. Osaline sündroom koos depressiivsete sümptomitega pole samuti haruldane. Kui depressiooni-sümptomid vastavad mõnele depressiivsele häirele, tuleks kasutada mõlemat diagnoosi.

Sisaldab: *bulimia* normaalse kehakaaluga.

F50.4 Liigsöömine koos muu psüühikahäirega

Siin tuleks kodeerida stressreaktsioonina tekkivat liigsöömist, mis viib ülekaalulisusele. Valulise kaotuse, õnnetuste, kirurgiliste operatsioonide ja emotsionaalselt raskete sündmuste järel võib tekkida reaktiivne tüsenemine, eriti indiviididel, kes kalduvad kehakaalu tõusule.

Psühholoogiliste probleemide põhjuseks olevat ülekaalulisust ei tuleks siin kodeerida. Ülekaalulisus võib teha indiviidi tundlikuks oma välimuse suhtes ning viia eneseusalduse kadumisele isiklikes suhetes; oma keha suurust võidakse üle hinnata. Ülekaalulisuse tõttu tekkivaid psüühilisi häireid tuleks kodeerida selliste kategooriate all, nagu F38.- (muud meeleoluhäired), F41.2 (depressiooniga ärevus) või F48.9 (täpsustamata neurootiline häire) ning ülekaalulisuse täpsustamiseks veel lisakood E66.-st.

Neuroleptikumide, antidepressantide või teiste ravimite pikaajalisest kasutamisest tingitud ülekaalulisust ei tuleks kodeerida siin, vaid E66.1 all (ravimitest põhjustatud ülekaalulisus) pluss lisakood RHK-10 XX-st peatükist (Välised põhjused) ravimi täpsustamiseks.

Ülekaalulisus võib olla dieedi pidamise motivatsiooniks, mille tagajärjeks võivad omakorda olla mõõdukamad emotsionaalsed häired (ärevus, rahutus, väsimus ja ärrituvus) või harvemini raske depressioon (dieedidepressioon). Tuleks kasutada vastavaid diagnoose F30-F39 või F40-F49, selleks et hõlmata ülalloeletud sümptomeid, ning lisakoodidena F50.8 (muud söömishäired), näitamaks dieedi pidamist, ja E66.-, määrates sellega ülekaalulisuse tüüpi.

Sisaldab: psühhogeenne liigsöömine.

Ei sisalda: ülekaalulisus (E66.-);
TTta polüfaagia (R63.2).

F50.5 Oksendamine koos muu psüühikahäirega

Tahtlikult esilekutsutud oksendamine võib peale *bulimia nervosa* esineda veel dissotsiativsete häirete (F44.-) ja hüpohondria (F45.2) korral ühena mitmest kehalisest sümptomist ning raseduse ajal, kus emotsionaalsed faktorid võivad soodustada iivelduse ja oksendamise kordumist.

Sisaldab: psühhogeenne *hyperemesis gravidarum*;
psühhogeenne oksendamine.

Ei sisalda: TTta iiveldus ja oksendamine (R11).

F50.8 Muud täpsustatud söömishäired

Sisaldab: täiskasvanu mitteorgaaniline *pica*;
psühhogeenne isukaotus.

F50.9 Täpsustamata söömishäire

F51 Mitteorgaanilised unehäired

Mitteorgaaniliste unehäirete gruppi kuuluvad:

- (a) düssomniad: peamiselt psühhogeensed häired, mille korral on emotsionaalsete põhjuste tõttu häiritud une kestus, kvaliteet ja aeg. Siia kuuluvad insomniad, hüpersomnia ja une-ärkveloleku rütmihäire;
- (b) parasomniad: une ajal ilmnevad anormaalsete episoodilised nähtused, mis lapseas on tavaliselt seotud arengu ealiste iseärasustega, kuid täiskasvanul on enamasti psühhogeense etioloogiaga häired. Siia kuuluvad uneskäimine (somniaambulism), unepaanika ja uneärevus.

Käesolev seksioon sisaldab ainult neid unehäireid, kus emotsionaalseid põhjusi peetakse primaarseks. Orgaanilise geneesiga unehäired, nagu Kleine-Levini sündroom (G47.8), on kodeeritud VI peatükis (G47.-). Mittepsühhogeenne hüpersomnia (G47.4) ja ebasobiv uneaeg (G47.2) on samuti esitatud VI peatükis, nagu ka unepnoe (G47.3) ja episoodiline motoorne häire, mis sisaldab ka öist müokloonust (G25.3). Lõpuks, enurees (F98.0) on esitatud lapse või nooruki muude käitumise- ja tundealuhäirete hulgas. Kui primaarse öise enureesi (R33.8) põhjuseks võib pidada põie arengupeatusest tingitud kontrollipuuet une ajal, siis kodeeritakse see XVIII peatükis koos muude urogenitaalsüsteemi häiretega.

Paljudel juhtudel võib häiritud uni olla mõne muu psüühika- või somaatilise häire sümptomiks. Isegi kui spetsiifiline unehäire ilmneb kliiniliselt iseseisval kujul, võivad selle tekkimist soodustada arvukad psüühilised ja/või somaatilised faktorid. Kas konkreetse haige unehäire on iseseisev seisund või lihtsalt mõne muu häire (klassifitseeritud mujal RHK-10 V-s või mõnes teises peatükis) sümptom, võiks määrata kliiniliste avalduste ja kulu ning ravi kaalutluste ja prioriteetide alusel antud momendil. Igal juhul, kui unehäire on haigel üheks domineerivaks kaebuseks,

peaks seda diagnoosima eraldi. Üldiselt tuleks diagnoosimisel eelistada spetsiifilise unehäire eraldi toomist teiste oluliste diagnooside loetelus, selleks et antud haigusjuhu psühhopatoloogiat ja/või patofüsioloogiat adekvaatsemalt kirjeldada.

Ei sisalda: orgaanilised unehäired (G47.-).

F51.0 Mitteorgaaniline insomnia

Insomnia on seisund, millele on iseloomulik ebarahuldava kvantiteedi ja/või kvaliteediga uni märkimisväärse perioodi vältel. Insomnia diagnoosimisel ei saa alati lähtuda une tegeliku kõrvalekalde astmest, kuna mõnel indiviidil (nn. lühimagaajatel) on une kestus tavalisest märkimisväärselt lühem, aga nad ei pea end unetuks. Teiselt poolt on isikuid, kelle uneparameetrid on objektiivselt normi piires, kuid kes kaebavad halva une üle.

Insomniahaigel on domineerivateks kaebusteks uinumiskasused, katkendlik uni (une säilitamiskasused) ja liigvarajane ärkamine hommikul. Tavaliselt esitavad patsiendid rohkem kui ühe nendest kaebustest. Insomnia ilmneb tüüpiliselt tugeva püsiva stressi perioodil ning tundub olevat sagedasem naistel, vanemaealistel, psühholoogiliselt nõrgestatud ning sotsiaalmajanduslikult ebasoodsates tingimustes elavatel isikutel. Kui insomniat kogetakse korduvalt, võib see põhjustada hirmu unetuse ja selle tagajärgede ees. Moodustub suletud ring, mis võib läbi põimuda patsiendi muude probleemidega.

Uneaja saabumisel tunnevad insomniaga isikud pinget ja ärevust, on mures või masendunud ning peas pöörlevad mitmesugused mõtted. Nad on sageli hõivatud halva unega seotud häirivatest mõtetest, isiklikest probleemidest, oma tervisest ja vahel isegi surmakartusest. Sageli püüavad nad vältida neil esineva ülemäärase pingega, kasutades selleks ravimeid või alkoholi. Hommikul tunnevad nad end nii füüsiliselt kui ka psühhiliselt väsinuna, päevasele ajale on iseloomulik alanenud meeoleu, üleliigne muretsemine, pingetunne, ärrituvus ja ülemäärane tegelemine oma probleemidega.

Laste kohta öeldakse sageli, et neil on uinumiskasus, kuid tegelikult pole probleem niivõrd unes kui unerežiimi järgimises, mistõttu seda ei saa kodeerida selles sektsioonis, vaid peatükis XXI (Z62.0, ebaadekvaatne vanematepoolne juhendamine ja kontroll).

Diagnostilised juhised

Kindlaks diagnoosiks on vajalikud järgmised tingimused:

- (a) kaebused unehäirete üle, mis väljenduvad kas uinumisraskustes, katkendlikus unes või une halvast kvaliteedis;
- (b) unehäired ilmnevad vähemalt kolm korda nädalas vähemalt 1 kuu jooksul;
- (c) isik on unepuudusest häiritud ning ülemääraselt mures unetuse päevaste ja öiste tagajärgede pärast;
- (d) une ebarahuldav kvantiteet ja/või kvaliteet kas põhjustab märgatava distressi või häirib isiku sotsiaalset ja professionaalset tegevust.

Igal juhtumil, kui une halb kvantiteet ja/või kvaliteet on patsiendi ainsaks kaebuseks, tuleb kasutada käesolevat koodi. Muude psüühikahäirete sümptomite olemasolu korral, nagu meeleolu alanemine, ärevus, obsessioonid jms., peavad unehäired olema kaebustes primaarsed või nende krooniline iseloom ja raskus sunnivad patsienti neid pidama primaarseks. Muud kaasuvad häired võiksid olla kodeeritud juhul, kui nad on piisavalt väljendunud ja püsivad õigustamiseks nende ravi. Tuleb märkida, et enamasti kroonilistest insomniahaigetest on tavaliselt häiritud esinevaist unehäiretest ning eitavad muid olemasolevaid emotsionaalseid probleeme. Seega on vajalik hoolikas kliiniline uurimine, selleks et välja lülitada muud arvesse tulevad häired.

Insomnia on tavaline sümptom muude psüühikahäirete korral, nagu meeleoluhäired, neurootilised, orgaanilised, psühhoaktiivsete ainete kasutamisest tingitud häired, skisofreenia ja söömishäired, või esineb teiste spetsiifiliste unehäirete, nagu uneärevuse korral. Samuti võib insomnia kaasneda mõne kehalise haigusega, olles valu, düskomforti või teatud ravimite kasutamise tagajärg. Juhul, kui insomnia on vaid üks paljudest psüühika- või kehalise häire korral esinevatest sümptomitest, s.t. ei domineeri kliinilises pildis, diagnoositakse ainult selle aluseks olevat psüühika- või kehalist häiret. Üldjuhul ei diagnoosita insomniat eraldi ka teiste unehäirete korral, nagu uneärevus, une-ärkveloleku rütmihäire, uneapnoe või öine müokloonus, kuna need häired vähendavad alati une kvantiteeti ja kvaliteeti. Siiski juhul, kui insomnia on peamine kaebus ja seda on võimalik käsitleda omaette seisundina, võib arvesse tulla ka insomnia kodeerimine lisadiagnoosina.

Antud diagnoosi (koodi) ei kasutata mööduva insomnia korral. Juhuslikud unehäired on igapäevaelu tavaline osa. Seega ei peaks mõned psühhosotsiaalsest stressorist tingitud unetud ööd leidma diagnoosimist siin, vaid mujal, kui neile kaasuvad muud kliiniliselt olulised ilmingud ja neid saab pidada ägeda stressreaktsiooni (43.0) või kohanemishäire (F43.2) lahutamatuks osaks.

F51.1 Mitteorgaaniline hüpersomnia

Hüpersomniat defineeritakse kui ülemäärase päevase unisusega ja unehoogudega (ei tule arvesse ebapiisava une korral) või pikenenud virgumisperioodiga seisundit. Kui ei õnnestu leida orgaanilist häiret kinnitavaid kindlaid tõendeid, siis on see seisund tavaliselt seotud psüühikahäirega. Sageli võib selleks olla bipolaarse meeleoluhäire depressioonifaas (F31.3, F31.4 või F31.5), korduv depressioon (F33.-) või depressiooniepisood (F32.-). Siiski ei vasta seisund vahel ühegi muu psüühikahäire kriteeriumile, kuigi mõned psühhopatoloogia tunnused on sageli olemas. Mõned patsiendid seostavad ise oma kalduvust sobimatul ajal magama jääda ebameeldivate päevaste elamustega. Teised eitavad seda isegi siis, kui arst sellistele elamustele osutab. Mõnel juhul ei ole emotsionaalsete või psühholoogiliste faktorite leidmine kerge ning orgaanilise faktori puudumine lubab oletada, et hüpersomnia võiks olla psühhogeenset päritolu.

Diagnostilised juhised

Kindlaks diagnoosiks on vajalikud järgmised tingimused:

- (a) patsiendil on ülemäärane päevane unisus või unehood, mis ei ole tingitud ebapiisavast öisest unest, või tunduvalt pikenenud virgumisperiood (*sleep drunkenness*);
- (b) unehäire esineb iga päev vähemalt 1 kuu või lühema kestusega perioodidena ja põhjustab kas märgatavat distressi või sotsiaalse või professionaalse tegevuse häireid;
- (c) narkolepsia (katapleksia, uneparalüüs, hüpnagoogsed hallutsinatsioonid) või uneapnoe (öised hingamispeetused, tüüpiline intermiteeruv norskamine) sümptomite puudumine;
- (d) igasuguse muu neurooloogilise või meditsiinilise seisundi puudumine, mille sümptomiks somnolentsus võiks olla.

Kui hüpersomnia on mõne psüühikahäire, nagu meeleoluhäire, ainsaks sümptomiks, tuleks diagnoosida põhihäiret. Siiski juhul,

kui psühhogeenne insomniat on domineeriv kaebus, tuleks seda diagnoosida kõrvalt muude psüühikahäiretega. Kui seisund ei vasta mõne muu psüühikahäire kriteeriumidele, jääb hüpersomnia ainsaks diagnoosiks.

Diferentsiaaldiagnoos. Oluline on hüpersomnia eristamine narkolepsiast. Narkolepsia (G47.4) korral esineb üks või mitu häire äratundmist abistavat sümptomit, nagu katapleksia, uneparalüüs ja hüpnagoogsed hallutsinatsioonid, unehood ei allu tahtele ja on kosutavamad; öine uni on fragmentaarne ja lühenenud. Hüpersomnia korral on vastupidi päevaseid unehooge vähem, need on pikema kestusega ja patsient suudab neid tavaliselt vältida; öine uni on tavaliselt pikenenud ning ärkamisel on täielikult virgeks saamisega suuri raskusi.

On tähtis eristada mitteorgaanilist insomniat uneapnoest ning muust orgaanilisest hüpersomniast. Enamusel uneapnoehaigetel on peale ülemäärase päevase unisuse öiseid hingamispeetusi, tüüpiline intermiteeruv norskamine, ülekaalulisus, hüpertoonia, impotents, kognitiivne kahjustus, rahutu magamine, ülemäärane motoorne aktiivsus ja profuusne higistamine, hommikused peavalud ja koordineerimishäired. Kui on tõsine uneapnoe kahtlus, tuleks uurida und laboratoorses tingimustes (polüsomnograafia).

Mitteorgaanilist hüpersomniat on võimalik eristada kindlate orgaaniliste faktorite (entsefaliit, meningiit, ajutrauma või muu neuroloogiline haigus, ainevahetushäired, toksilised seisundid, endokriinsüsteemi häired, kiiritusjärgne sündroom) põhjustatud hüpersomniast vastava faktori identifitseerimisega kliiniliste avalduste ja sobivate laboratoorsete uuringute abil.

F51.2 Mitteorgaaniline une-ärkveloleku rütmihäire

Une-ärkveloleku rütmihäiret defineeritakse kui sünkroonsuse puudumist individuaalse une-ärkvelolekutsükli ja kesk-konnatingimustest sõltuvalt soovitud une-ärkvelolekutsükli vahel, mille tagajärjeks on hüpersomnia või insomniat. See häire võib olla psühhogeenne või oletatavasti ka orgaaniline, sõltuvalt psühhogeensete ja orgaaniliste faktorite suhtelisest osatähtsusest. Desorganiseeritud unega ja muutliku une- ning ärkamisajaga isikutel võib sageli täheldada märkimisväärseid psüühikahäireid, nagu isiksushäired ja meeleoluhäired. Isikutel, kes reisivad sageli ühest ajavööndist teise või on sageli öövahetuses tööl, on ööpäevarütmi düsregulatsioon bioloogilist laadi, kuigi mõju võib avaldada ka tugev emotsionaalne

komponent, kuna enamusel juhtudest on need isikud distressis. Lõpuks, mõnel isikul on soovitud une-ärkvelolekurütmis faasinihe, mille põhjuseks võib olla kas tsirkadiaanostillaatori (bioloogilise kella) sisemine väärtalitus või bioloogilist kella juhtivate ajasignaali ebanormaalne töötlemine (viimane võib tegelikult olla seoses emotsionaalse ja/või kognitiivse häirega).

Antud kood on mõeldud nende une-ärkvelolekutsüklihäirete jaoks, kus psühholoogilistel teguritel on põhiline osa. Juhud, kus oletatakse orgaanilist alust, võiksid olla klassifitseeritud G47.2 all, s.t. kui mittepsühhoogeensed une-ärkvelolekutsüklihäired. Igal üksikjuhul sõltub see kliinilisest otsusest, kas psühhoogeenset faktorit pidada primaarseks või mitte ja vastavalt sellele, kas koodi G47.2 kasutada või mitte.

Diagnostilised juhised

Kindlaks diagnoosiks on vajalikud järgmised tingimused:

- (a) individuaalne une-ärkvelolekurütm pole antud ühiskonna jaoks normaalse ning tavalise rütmiga sünkroonne;
- (b) seetõttu kannatab isik öösel insomniat ja päeval hüpersomniat all ja seda peaaegu iga päev vähemalt üks kuu või korduvalt lühemate perioodide vältel;
- (c) ebarahuldava kvaliteediga, kvantiteediga ja ajalisel ebasobiv uni põhjustab märgatavat distressi või sotsiaalse või professionaalse tegevuse häireid.

Kui puuduvad muud määratavad psühhiaatrilised või somaatilised põhjused, tuleks kasutada ainult seda koodi. Kui see häire domineerib kliinilises pildis, siis ei välista diagnoosi ka sellised sümptomid nagu ärevus, depressioon, hüperomania vms. Kui muud psühhiaatrilised sümptomid on piisavalt väljendunud ja püsivad, tuleb spetsiifilist psüühikahäiret diagnoosida eraldi.

Sisaldab: tsirkaadsete, une- või nuktohemeraalsete rütmide psühhoogeenne inversioon (*psychogenic inversion of circadian, nyctohemeral or sleep rhythm*).

F51.3 Somnambulism

Somnambulism e. uneskäimine on muutunud teadvusseisund, kus une ja ärkveloleku fenomenid on segunenud. Uneskäimise episoodis, tavaliselt une esimeses kolmandikus, tõuseb indiviid voodist ning kõnnib ringi, kusjuures teadvus on sügavalt hägunenud, reaktiivsus ja motoorsed oskused madalad. Uneskäijad võivad lahkuda magamistoast ja vahel isegi väljuda

kodust. Seetõttu on märkimisväärne risk saada selle episoodi ajal mõni raske vigastus. Sagedamini pöörduvad nad iseseisvalt või kellegi abiga vaikselt tagasi voodisse. Ärkamisel ei mäletata tavaliselt midagi ei vahetult pärast episoodi ega ka järgmisel hommikul. Uneskäimine ja unepaanika (F51.4) on väga lähedaselt seotud seisundid. Mõlemaid peetakse aktivatsiooni (*arousal*) häireteks, mis ilmnevad une kõige sügavimates staadiumides (3. ja 4. unestaadium). Mõlemat häiret võib leida haigete sugulastel, samuti patsiendi varasemas anamneesis. Mõlemad seisundid on iseloomulikud lapseeale, mis viitab arengufaktori osale nende häirete etioloogias. Pealegi on teada, et temperatuuri tõusuga kulgevad haigused võivad provotseerida häire ilmnenemist. Kui need häired jätkuvad või ilmnevad esmakordselt täiskasvanueas, kaasub nendele märgatav psühhopatoloogia. Need seisundid võivad ilmnedes esmakordselt ka vanemas eas või dementsuse varasemates staadiumides. Lähtudes somnambulismi ja unepaanika kliiniliste avalduste ja patogeneesi sarnasusest ning diferentsiaaldiagnostilistest raskustest, kus probleemiks on, milline häire domineerib, on viimasel ajal neid seisundeid peetud ühe ja sama nosoloogilise üksuse osaks. Siiski, järgides traditsioone ja arvestades ka nende häirete kliiniliste manifestatsioonide intensiivsuse mõningat erinevust, on selles klassifikatsioonis need häired kodeeritud eraldi.

Diagnostilised juhised

Kindlaks diagnoosiks on vajalikud järgmised tingimused:

- (a) peamiseks sümptomiks on üks või rohkem voodist tõusmist öö jooksul ja ringikõndimine, tavaliselt une esimese kolmandiku jooksul;
- (b) episoodi ajal on isiku nägu ilmetu, ta ei reageeri teiste püüdlustele sündmuste käiku mõjutada või temaga suhelda ning on väga raskesti äratav;
- (c) ärkamisel (kas vahetult pärast episoodi või hommikul) on isikul episoodi suhtes amneesia;
- (d) pärast ärkamist ei ilmne juba mõne minuti pärast psüühika- või käitumishäireid, kuigi lühiajaliselt võib esineda segasus ja desorienteeritus;
- (e) orgaanilise psüühikahäire, nagu dementsus, kehaline haigus või epilepsia, tunnuste puudumine.

Diferentsiaaldiagnoos. Somnambulismi tuleks eristada psühhomotoorsetest epileptilistest krampidest. Psühhomotoorne epilepsia avaldub väga harva öösel. Epileptilise hoo ajal ei reageeri patsient üldse välistele stiimulitele ning tavaliselt esinevad stereotüüpsed liigutused, nagu neelamine ja käte hõõrumine. Diagnoosi kinnitavad epilepsiale iseloomulikud EEG muutused. Epilepsia diagnoos ei välista siiski somnambulismi kaasuva häirena.

Teine häire, mida tuleks uneskäimisest eristada, on dissotsiatiivne fuuga (F44.1). Dissotsiatiivsete häirete korral kestab episood tunduvalt kauem, isik on tunduvalt enam ärkvel ja on võimeline sooritama keerukamaid ning sihipärasemaid tegevusi. Need häired on lastel haruldased ja esinevad tüüpiliselt ärkvelolekus.

F51.4 Unepaanika e. *pavor nocturnus*

Unepaanika korral on iseloomulikeks tunnusteks intensiivsed paanilised hirmuhood koos tugeva häälitsemise, rahutuse ja vegetatiivse reaktsiooniga. Tavaliselt tõuseb isik une esimese kolmandiku ajal tugevasti hirmununa istukile või püsti, mõnikord tormab ukse juurde, nagu tahaks põgeneda, kuigi ruumist lahkub harva. Teiste püüdlused mõjustada seda paanikaepisoodi võivad viia veelgi tugevama hirmu tekkele ja desorienteerituse süvenemisele. Ärkamisel ei mäletata episoodi kohta tavaliselt midagi. Unepaanikaepisoodi vältel on suur enesevigastuse risk.

Nagu eespool (somniaambulism, F51.3) mainitud, on uneskäimine ja *pavor nocturnus* omavahel tihedalt seotud. Mõlema häire tekkes ja kulus osalevad geneetilised, arengu-, orgaanilised ja psühholoogilised faktorid. Arvestades mitut sarnasust, peetakse neid häireid viimasel ajal ühe ja sama nosoloogilise üksuse osadeks.

Diagnostilised juhised

Kindlaks diagnoosiks on vajalikud järgnevad tingimused:

- (a) üks või mitu episoodi öö jooksul, kus inimene "ärkab" unest paanilise karjumise, rahutuse ja vegetatiivse mobilisatsiooniga (tahhükardia, kiire hingamine, laienenud pupillid, higistamine);
- (b) nende ootamatute ärkamiste ajal, mis kestavad 1-10 minutit ja esinevad tavaliselt une esimeses kolmandikus, puudub adekvaatne kontakt keskkonnaga;

- (c) isik ei reageeri teiste püüdlustele mõjutada seda hoogu ning peaaegu alati viivad need desorientatsiooni ja perseveratiivsete liigutuste tekkimisele, mis kestavad mõne minuti;
- (d) kui episoodist üldse midagi mäletatakse, siis väga piiratult ja fragmentaarselt;
- (e) kehaliste häirete, nagu tuumor või epilepsia, puudumine.

Diferentsiaaldiagnoos. *Pavor nocturnus*'t tuleb eristada unenäevusest. Viimast iseloomustavad ebameeldivad unenäod, vokalisatsioon ja motoorne aktiivsus on vähene või puudub üldse. Need võivad esineda erinevalt *pavor nocturnus*'est igal ajal kogu une vältel, isik on kergesti äratav ning säilib väga täpne ja selge mälestus unes kogetust.

Epilepsia eristamisel tuleks arvesse võtta, et epileptilised hood avalduvad väga harva ainult öösel ning EEG muutused võivad samuti kinnitada epilepsia diagnoosi.

F51.5 Uneärevus

Uneärevuse korral esinevad ärevust ja hirmu põhjustavad unenäod, mida hiljem väga detailselt mäletatakse. Need unenäod on väga elavad ja sisaldavad tavaliselt ohtu isiku elule, julgeolekule või eneseväärikusele. Küllaltki sageli kordub üks ja sama või sarnase hirmutava sisuga teema. Tüüpilise episoodi ajal esineb teatud vegetatiivne mobilisatsioon, kuid ilma vokalisatsiooni ja motoorse aktiivsusega. Ärkamisel virgub isik kiiresti ja on orienteeritud, on suuteline täiel määral suhtlema teistega ning on tavaliselt võimeline detailselt kirjeldama kogetut nii vahetult kui ka hommikul ärkates.

Lastel ei ole see häire seotud kindlalt psühhopatoloogiaga, kuna lapseeas esinevad hirmutavad unenäod võivad olla seotud emotsionaalse arengu mõne faasiga. Täiskasvanuil, vastupidi, seostub see väljendunud psühhopatoloogiaga, tavaliselt isiksushäiretega. Peale selle saab mõningate ravimite, nagu reserpiin, tioridasiin, tritsüklilised antidepressandid ja bensodiasepiinid, kasutamist seostada hirmutavate unenägude tekkega. Mõne ravimi kasutamise järsk lõpetamine võib põhjustada hirmutava sisuga unenägusid. Näiteks mittebensodiasepiinsed uinutid, mis pärsvivad REM-und (une staadium, mis on seotud unenägudega), võivad intensiivistada unenägude, sh. hirmutavate esinemist.

Diagnostilised juhised

Kindlaks diagnoosiks on vajalikud järgmised tingimused:

- (a) unest ärkamine intensiivse hirmutava unenäo tõttu, ärkamisel mäletatakse unenägusid täpselt ning need on tavaliselt seotud ohuga isiku elule, julgeolekule või eneseväärikusele; isik võib ärgata suvalisel ajal öö jooksul, kuigi tüüpilisem on uneteine pool;
- (b) hirmutavast unest ärkamisel virgub isik kiiresti ning on täielikult orienteeritud ja ärkvel;
- (c) hirmutavad unenäod ja ülesärkamistest tulenev une häirumine põhjustavad märgatava distressi.

Sisaldab: dream anxiety disorder.

Diferentsiaaldiagnoos. On oluline eristada uneärevust *pavor nocturnus*'est. Viimane esineb tüüpiliselt une esimeses kolmandikus intensiivse ärevuse, paanilise karjumise, väljendunud motoorse aktiivsuse ja vegetatiivse mobilisatsiooniga. Samuti ei mäletata episoodi ajal kogetud unenägusid kohesel ärkamisel ega ka hommikul.

F51.8 Muud täpsustatud mitteorgaanilised unehäired

F51.9 Täpsustamata mitteorgaaniline unehäire

Sisaldab: TTta emotsionaalne unehäire.

F52 Mitteorgaanilised seksuaaldüsfunktsioonid

Seksuaalne düsfunktsioon tähendab, et inimene ei suuda osaleda seksuaalsuhetes nii, nagu ta sooviks. Võimalik on huvi, naudingut või eduka seksuaalsuhte jaoks vajalike füsioloogiliste reaktsioonide puudumine või orgasmi kontrollimise või kogemise vaegus.

Seksuaalsed reaktsioonid on psühhosomaatilised protsessid ning ka düsfunktsiooni tekkimises osalevad tavaliselt nii psüühilised kui somaatilised tegurid. Mõnikord on võimalik leida üheselt somaatilist või psüühilist etioloogiat, kuid tavaliselt on nende faktorite osatähtsust raske kindlalt määrata, eriti selliste probleemide nagu erektsiooni nõrkus või düspareuunia puhul. Sel juhul peaks kategoriseerimisel viitama segatüüpi või ebakindlale etioloogiale.

Mõnda tüüpi seksuaalne düsfunktsioon (nt. alanenud libiido) esineb nii meestel kui naistel. Naised kalduvad siiski rohkem esitama kaebusi seksuaalkogemuse subjektiivse kvaliteedi (nt. rahulduse või huvi puudumine) kui mõne spetsiifilise seksuaalfunktsiooni häire üle. Kuigi kaebused düsorgasmia üle ei ole naistel harvad, tunduvad ühe spetsiifilise seksuaalhäire korral olevat häiritud ka teised funktsioonid. Näiteks juhul, kui naine ei ole suuteline kogema orgasmi, leiab ta end olevat võimetu nautima ka teisi seksuaalse aktiivsuse aspekte ning kaotab seetõttu palju oma seksuaalsusest. Vastupidi naistele, kui meestel esineb mõne funktsiooni, nagu erektsioon või ejakulatsioon, spetsiifiline häire, ei pruugi seksuaalne soov olla vähenenud. Seetõttu on sageli vaja näha kaebuste tegelikku sisu, et leida kõige sobivamat diagnoosi.

Ei sisalda: Dhat'i sündroom (F48.8);
koro (F48.8).

F52.0 Alanenud libiido

Alanenud libiido on siin peamine probleem, ta ei kaasu sekundaarselt mõnele teisele seksuaalsele raskusele, nagu erektsiooni puudulikkus või düspareunia. Seksuaalsoovi puudumine ei välista seksuaalse erutuse või rahulduse võimalikkust, kuid teeb seksuaalse aktiivsuse algatamise vähetoenäoliseks.

Sisaldab: frigiidsus;
hüpoaktiivne seksuaalse soovi häire (*hypoactive sexual desire disorder*).

F52.1 Rahulduseta või vastumeelne suguühe

F52.10 Vastumeelne suguühe

Seksuaalsuhted partneriga on tervikuna seotud tugevate negatiivsete tunnetega ning põhjustavad piisavalt tugevat ärevust ja hirmu seksuaalse aktiivsuse vältimiseks.

F52.11 Rahulduseta suguühe

Esineb normaalne seksuaalreaktsioon koos orgasmiga, kuid puudub sellele vastav rahuldustunne. See kaebus on tavalisem naiste kui meeste puhul.

Sisaldab: (seksuaalne) anhedoonia.

F52.2 Genitaalne vaegreaktsioon

Meestel on peamiseks probleemiks erektsiooni düsfunktsioon, s.t. raskused rahuldust valmistavaks vahekorraks vajaliku erektsiooni saamise või säilitamisega. Kui erektsioon esineb teatud situatsioonides, nagu masturbatsioon, uni või teine partner, siis on häire tõenäoliselt psühhogeenne. Teistel juhtudel eeldab erektsiooni mitteorgaanilise düsfunktsiooni korrektne diagnoosimine uuringuid (nt. öise erektsiooni hindamine) või positiivset reaktsiooni psühhoteraapiale.

Naistel on peamiseks probleemiks tupekuivus. Sellel võivad olla psühhogeensed või lokaalsed orgaanilised (nt. infektsioon) põhjused või östrogeenide defitsiit (nt. menopausiperiood). Kaebused primaarse tupekuivuse üle on naistel harvad, välja arvatud menopausaalse östrogeenide defitsiidi sümptomina.

Sisaldab: seksuaalse erutuse häire (naisel);
erektsioonihäire (mehel);
psühhogeenne impotentsus.

F52.3 Düsorgasmia

Orgasmi ei esine või see tekib märgatava hilinemisega. See võib olla situatiivne (s.t. ilmneb ainult mõnes olukorras) ja seega tõenäoliselt psühhogeense etioloogiaga, või püsivamatel juhtudel, kus kehalisi ja konstitutsionaalseid põhjusi on raske välja lülitada, kuid on positiivne reaktsioon psühhoteraapiale. Düsorgasmia on tavalisem naiste kui meeste puhul.

Sisaldab: pidurdatud orgasm (mehel, naisel);
psühhogeenne anorgasmia.

F52.4 Enneaegne ejakulatsioon

Võimetus vajalikul määral kontrollida ejakulatsiooni seksuaalse vahekorra ajal nii, et mõlemad partnerid saaksid rahulduse. Raskematel juhtudel võib ejakulatsioon tekkida enne tuppe sisenemist või isegi enne erektsiooni. Enneaegne ejakulatsioon ei ole tavaliselt orgaaniline, kuid võib olla psühhogeenseks reaktsiooniks mõnele orgaanilisele kahjustusele, nagu erektsioonihäire või valu. Enneaegne ejakulatsioon võib tekkida ka siis, kui erektsiooni tekkeks on vajalik kestvam stimulatsioon ning ajaline intervall rahuldava erektsiooni ja ejakulatsiooni vahel

F50-F59 Füsioloogiliste funktsioonide häirete ja füüsiliste e. somaatiliste teguritega seotud käitumissündroomid

lüheneb; sellistel juhtudel on primaarseks probleemiks hilinenud erektsioon.

F52.5 Vaginism

See seisneb tuppe ümbritsevate lihaste spasmis, mis põhjustab tupe topistuse. Peenise viimine tuppe on kas võimatu või valulik. Vaginism võib olla sekundaarseks reaktsiooniks mõnele lokaalse põhjusega valule ning sellistel juhtudel antud koodi ei kasutata.

Sisaldab: psühhogeenne vaginism.

F52.6 Düspareuunia

Düspareuunia (valu seksuaalvahekorra ajal) võib esineda nii meestel kui naistel. Sageli on valul lokaalsed patoloogilised põhjused ning vastavalt neile tuleb ka seisundit kodeerida. Siiski ei ole alati võimalik leida ilmseid lokaalseid põhjusi. Põhjuseks võivad olla emotsionaalsed faktorid. Seda kategooriat on võimalik panna diagnoosiks ainult siis, kui puuduvad teised primaarsed seksuaaldüsfunktsioonid (nt. vaginism või tupekuivus).

Sisaldab: psühhogeenne düspareuunia.

F52.7 Kõrgenenud libiido

Nii mehed kui naised võivad kaevata häirivalt ülemäärase seksuaalvajaduse üle, seda tavaliselt hilises nooruki- või varajases täiskasvanueas. Kui ülemäärane seksuaaltung kaasub sekundaarsena meeoluhäirele (F30-F39) või ilmneb dementsuse (F00-F03) varajases etapis, tuleks diagnoosida primaarset häiret.

Sisaldab: nümfomaania;
satüriaas.

F52.8 Muud täpsustatud mitteorgaanilised seksuaaldüsfunktsioonid

F52.9 Täpsustamata mitteorgaaniline seksuaaldüsfunktsioon

F53 Sünnitusjärgse perioodiga seotud mujal klassifitseerimata psüühika- ja käitumishäired

Neid diagnoose saab panna ainult selliste psüühikahäirete korral, mis tekivad sünnitusjärgsel perioodil (6 nädala jooksul pärast

F50-F59 Füsioloogiliste funktsioonide häirete ja f00siliste e. somaatiliste teguritega seotud käitumissündroomid

sünnitamist) ning ei vasta ühegi teise selles käsiraamatus mujal esitatud häire kriteeriumidele, kuna informatsioon seisundi kohta ei ole täielik või ilmnevad kliinilised tunnused, mis välistavad mõne teise mujal esitatud spetsiifilise diagnoosi. Tavaliselt peaks siiski olema võimalik määrata sünnitusjärgse perioodiga seotud psüühikahäireid kahe koodiga: esimene kood on RHK-10 viiendast (F) peatükist, millega määratakse spetsiifiline psüühikahäire (tavaliselt on selleks mõni meeleoluhäire [F30-F39]), ja teiseks koodiks on O99.3 (psüühika- ja närvisüsteemihagustega tüsistunud sünnitusjärgne periood).

F53.0 Sünnitusjärgse perioodiga seotud mujal klassifitseerimata kerged psüühika- ja käitumishäired

Sisaldab: TTta postnataalne depressioon;
TTta sünnitusjärgne (*post partum*) depressioon.

F53.1 Sünnitusjärgse perioodiga seotud mujal klassifitseerimata rasked psüühika- ja käitumishäired

Sisaldab: TTta sünnitusjärgne psüühoo.

F53.8 Sünnitusjärgse perioodiga seotud mujal klassifitseerimata muud psüühika- ja käitumishäired

F53.9 Sünnitusjärgse perioodiga seotud täpsustamata psüühikahäire

F54 Mujal klassifitseeritud haigusseisundite või haigustega seotud psüühilised ja käitumistegurid

Seda kategooriat kasutatakse selleks, et märkida psüühiliste või käitumuslike faktorite esinemist ning nende arvatavat olulist osa mõnede kehaliste häirete (haiguste) etioloogias, mida klassifitseeritakse teistes RHK-10 peatükkides. Psüühikahäired on tavaliselt nõrgalt väljendunud ja sageli kestvad (mure, emotsionaalne konflikt, ootusärevus) ega vasta ühelegi teisele selles raamatus mujal kirjeldatud kategooriale. Lisakoodi kasutatakse selleks, et määrata esinev kehaline häire. (Väga harva, kus ilmselt psüühikahäiret peetakse kehalise häire põhjuseks, tuleks samuti kasutada lisakoodi, et registreerida kehaline häire.)

Selle kategooria kasutamise näiteid:

F50-F59 Füsioloogiliste funktsioonide häirete ja füüsiliste e. somaatiliste teguritega seotud käitumissündroomid

astma (F54 pluss J45.-); dermatiit ja ekseem (F54 pluss L23-L25); maohaavand (F54 pluss K25.-); haavandiline koliit (F54 pluss K58.-) urtikaaria (F54 pluss L50.-).

Sisaldab: kehalist seisundit mõjustavad psühholoogilised faktorid.

Ei sisalda: pingepeavalu (G44.2).

F55 Sõltuvust mittepõhjustavate ainete kuritarvitamine

Siin võib olla tegemist mitmesuguste ravimitega, ravimilaadsete ja rahvameditsiinivahenditega. Siiski on võimalik eristada kolme kõige olulisemat gruppi: psühhotroopsed preparaadid, mis ei tekita sõltuvust, nagu antidepressandid; lahtistid ja analgeetikumid, nagu aspiriin ja paratsetamool, mida kasutatakse ilma arsti ettekirjutuseta. Kuigi arst on neid ravimeid kunagi soovitanud või ordineerinud, jätkub nende kasutamine vajaduseta ja sageli ülemäärastes annustes, mida võib soodustada nende ravimite hõlpus (ilma retseptita) kättesaadavus.

Nende ravimite püsiv ja mittevajalik kasutamine on tavaliselt seotud ülemääraste kulutustega, viib sageli tegelikult mittevajalike meditsiiniliste kontaktideni nende ainete kahjuliku toime tõttu. Nende ainete kasutamise keelamine või mahalaitmine on sageli tulutu, lahtistite või analgeetikumide kasutamise korral ei loe ka hoiatused, et need ained võivad põhjustada (või süvendada) raskeid kehalisi kahjustusi, nagu neerupuudulikkus või elektrolüütide tasakaaluhäire. Kuigi tavaliselt on ilmne, et patsiendil on tugev motivatsioon neid aineid tarvitada, ei teki sõltuvust (F1x.2) ega abstinentsisümptomeid (F1x.3), nagu on iseloomulik F10-F19 täpsustatud psühhoaktiivsete ainete korral.

Neljandat sümbolit võib kasutada aine tüübi määramisel.

F55.0 Antidepressandid

Tritsüklilised ja tetratsüklilised antidepressandid, monoamino-oksüdaasi inhibiitorid.

F55.1 Lahtistid

F55.2 Analgeetikumid

F50-F59 Füsioloogiliste funktsioonide häirete ja füüsiliste e. somaatiliste teguritega seotud käitumissündroomid

Aspiriin, paratsetamool, fenatsetiin; ained, mis ei leia täpsustamist F10-F19 psühhoaktiivsetena.

F55.3 Antatsiidid

F55.4 Vitamiinid

F55.5 Steroidid või hormoonid

F55.6 Ravimtaimed või rahvameditsiinivahendid

F55.8 Muud sõltuvust mittepõhjustavad ained

F55.9 Täpsustamata sõltuvust mittepõhjustav aine

Ei sisalda: psühhoaktiivsete (sõltuvust põhjustavate) ainete kuritarvitamine (F10-F19).

F59 Füsioloogiliste funktsioonide häirete ja somaatiliste teguritega seotud täpsustamata käitumissündroomid

Sisaldab: TTta psühhogeenne füsioloogiline düsfunktsioon.

F60-F69

Täiskasvanu isiksus- ja käitumishäired

Sissejuhatus

Siia kuuluvad kliinilise tähendusega seisundid ja käitumusmuustrid, mis on püsivad ning väljendavad inimese iseloomulikke elustiili ja enese ning teistega suhtlemise viisi. Mõned neist on sünnipäraste tegurite ja sotsiaalse kogemuse koosmõju tagajärjeks ning ilmnevad indiviidi arengus varakult, teised omandatakse hiljem elu jooksul.

F60-F62 Spetsiifilised isiksushäired, segatüüpi ja muud isiksushäired ning püsivad isiksusemuutused

Nende häirete hulka kuuluvad sügavad ja püsivad käitumusmuustrid, mille väljendused on mitmesugustes isiklikes ja sotsiaalsetes olukordades ühetaoliselt jäigad. Tegemist on äärmuslike või oluliste kõrvalekalletega kultuuri keskmise inimese tajumise, mõtlemise, tunnete ja eriti suhete laadist. Muustrid on tavaliselt püsivad ja hõlmavad hulganisti mitmesuguseid käitumise ning psühholoogilise toimimise valdkondi. Nad tekitavad tihti mõnesugust hingevalu või häirivad sotsiaalset tegutsemist, kuigi see alati ei pruugi nii olla.

Isiksushäired erinevad isiksusemuutustest tekkimise aja ja viisi poolest. Isiksushäired on arenguseisundid, mis ilmnevad lapse- või noorukieas ja püsivad täiskasvanuna. Nad ei ole mõne muu psüühilise ega ajuhaiguse tagajärjeks, kuigi võivad teiste häiretega koos esineda või neile eelneeda. Isiksusemuutus on aga vastupidiselt eelnevale omandatud tavaliselt täiskasvanueas pikaajalise distressi, ülima keskkonnavae guse, raske psüühikahäire või ajuhaiguse või -kahjustuse (vt. F07) tagajärjel.

Kõiki neid seisundeid saab liigitada juhtivate käitumuslike ilmingute järgi. Siiski suudab selle valdkonna klassifikatsioon pakkuda vaid üksteist mitteväljendavate ja mõnes osas kattuvate tüüpide ning alatüüpide kirjeldusi.

Isiksushäirete alatüüpe eristatakse nende sagedasematele ja silmatorkavamatele käitumisväljendustele vastavate omaduste kogumite järgi. Nii kirjeldatud alatüübid on üldtunnustatud kui põhilised isiksuse kõrvalekallete vormid. Diagnoosides isiksushäiret tuleks arvestada kõiki toimimise valdkondi, kuigi lihtsuse ja tõhususe huvides toetutakse

diagnostilises formuleeringus ainult neile joontele või dimensioonidele, mis on piisavalt raskelt väljendunud.

Diagnoosi aluseks peaks olema võimalikult palju informatsiooniallikaid. Kuigi mõnikord on võimalik isiksuse seisundit hinnata üheainsa intervjuuga, läheb tavaliselt tarvis rohkem kui ühte kohtumist ning arenguloolisi lisaandmeid patsiendile lähedastelt inimestelt.

Kahte seisundit, tsüklotüümiat ja skisotüüpset häiret, mis varem olid isiksushäirete hulgas, peetakse nüüd mujale kuuluvaks (tsüklotüümia F30-F39 ja skisotüüpne häire F20-F29), sest neil näib olevat fenomenoloogias, perekonnaanamneesis ja kulus ühisjooni pigem teiste häiretega.

Isiksusemuutuste alajaotust eristatakse muutuste põhjuse või eelnenud sündmuste, nt. katastroofilise kogemuse, pikaajalise stressi või pinge ja psüühilise haiguse (v.a. residuaalne skisofreenia, mida klassifitseerib F20.5) alusel.

Oluline on eristada isiksuse seisundeid (isiksushäired ja isiksusemuutused) selle peatüki teistesse alajaotustesse kuuluvatest häiretest. Kui isiksuse seisund eelneb või järgneb lühiaegsele või kroonilisele psüühikahäirele, tuleb diagnoosida mõlemaid. Psüühikahäirete ja psühhosotsiaalsete faktorite põhiklassifikatsiooniga kaasaskäiv mitmeteljeline mudel hõlbustab selliste seisundite ja häirete liigitamist.

Isiksushäirete väljendumise kultuurilised ja regionaalsed erinevused on tähtsad, kuid selles valdkonnas on spetsiifilised teadmised veel vähesed. Isiksushäireid, mis mõnes maailma piirkonnas näivad olevat sagedad, kuid ei mahu ühegi siin kirjeldatud alaliigi alla, võib klassifitseerida kui muud isiksuse seisundid ja omistada neile viienda koodinumbri, mis on ära toodud vastavale piirkonnale kohandatud klassifikatsiooni variandis. Samuti võib isiksushäirete väljenduste kohalikke variatsioone kajastada diagnostiliste juhiste sõnastus.

F60 Spetsiifilised isiksushäired

Spetsiifiline isiksushäire on iseloomu ja käitumise raske häire, mis hõlmab tavaliselt isiksuse mitut valdkonda ja on seotud oluliste isiklike ja sotsiaalsete raskustega. Tavaliselt ilmneb isiksushäire hilises lapse- või noorukieas ja ulatub täiskasvanuikka. Seega pole isiksushäire diagnoos kohane enne 16-17 eluaastat. Allpool on esitatud üldised diagnostilised juhised, mis kehtivad kõigi isiksushäirete kohta; iga alatüübi jaoks on lisakirjeldused.

Diagnostilised juhised

Seisundid, mille otseseks põhjuseks pole ajukahjustus ega -haigus ega mõni muu psüühiline häire ja mis vastavad järgmistele kriteeriumidele:

- (a) märkimisväärselt disharmoonilised hoiakud ja käitumine, mis tavaliselt hõlmab mitut valdkonda, nt. emotsioone, erutuvust, impulsikontrolli, mõtlemis- ja tajumisviisi ning teistega suhtlemise stiili;
- (b) ebanormaalne käitumismuster on püsiv ja pikaajaline ega piirdu ainult vaimuhaiguse episoodidega;
- (c) ebanormaalne käitumismuster on kõikehõlmav ja paljudes isiklikes ning sotsiaalsetes situatsioonides selgelt väärkohanenud;
- (d) ülaltoodud nähud ilmuvad alati lapse- või noorukieas ja püsivad täiskasvanuna;
- (e) häire tekitab olulisi isiklike kannatusi, mis võivad iimsiks tulla alles hilisemas arengujärgus;
- (f) häire on tavaliselt, kuigi mitte alati, seotud tööalase ja sotsiaalse soorituse taseme olulise langusega.

Sotsiaalseid norme, reegleid ja kohustusi arvestades võib olla vajalik spetsiifiliste kriteeriumide loomine eri kultuuride jaoks. Enamiku alatüüpide diagnoosimiseks on vajalik, et vähemalt kolm kirjelduses antud joont või käitumisviisi oleksid selgelt olemas.

F60.0 Paranoiline isiksus

Isiksushäire, mille tunnuseks on

- (a) ülim tundlikkus tõrjumise ja ebaedu suhtes;
- (b) solvangu ja haavamise mitteandestamine, kalduvus kaua viha pidada;
- (c) umbusklikkus ja kõikehõlmav kalduvus kogemust moonutada, tõlgendades teiste neutraalseid või sõbralikke tegusid kui vaenulikke või põlglikke;
- (d) oma õiguse visa ja sõjakas tagaajamine, mis ei sobi kokku tegeiiku olukorraga;
- (e) sagedased ja alusetud kahtlused abikaasa või seksuaalpartneri truuduse suhtes;

- (f) kalduvus pidada end liialt tähtsaks, mis väljendub püsivas enesekeskses hoiakus;
- (g) enda ümber ja laias maailmas sündivat seletab ülekaalukalt ja alusetult kui kellegi vandenõu tulemust.

Sisaldab: ekspansiivne paranoid;
fanaatiline, kverulantne ja paranoidne sensitiivne isiksus.

Ei sisalda: luululine häire (F22.-);
skisofreenia (F20.-).

F60.1 Skisoidne isiksus

Isiksushäire, mis vastab järgmistele kriteeriumidele:

- (a) kui üldse rõõmu tuntakse, siis väga vähestest tegevustest;
- (b) emotsionaalne külmus, jahedus või tuim emotsionaalsus;
- (c) võimetus väljendada teiste suhtes nii sooje, õrnu tundeid kui ka viha;
- (d) ükskõiksus nii kiituse kui kriitika suhtes;
- (e) vähene huvi saada seksuaalseid elamusi teise inimese seltsis (arvestades vanust);
- (f) üksildaste tegevuste ülekaalukas eelistamine;
- (g) liigne enesesesüüvimine ja fantaseerimine;
- (h) pole lähedasi sõpru või usaldussuhteid (või on ainult üks) ega soovi selliste suhete loomiseks;
- (i) märkimisväärne tundetus üldtuntud sotsiaalsete normide ja tavade suhtes.

Ei sisalda: Aspergeri sündroom (F84.5);
luululine häire (F22.0);
lapseea skisoidne häire (F84.5);
skisofreenia (F20.-);
skisotüüpne häire (F21).

V F60.2 Düssotsiaalne isiksus

Isiksushäire, mis torkab tavaliselt silma ränkade vastuolude tõttu inimese käitumise ja valitsevate sotsiaalsete normide vahel ja millele on iseloomulik:

- (a) kalk hoolimatus teiste tunnete suhtes;
- (b) tugev ja püsiv vastutustundetu hoiak ning sotsiaalsete normide, reeglite ja kohustuste eiramine;
- (c) võimetus püsisuheteks, kuigi suhete loomisel pole raskusi;
- (d) väga madal frustratsioonitaluvus, madal agressiooni ja vägivalla vallandumise lävi;
- (e) võimetus tunda süüd ja õppida kogemusest, eriti karistusest;
- (f) märkimisväärne kalduvus teisi süüdistada ja ühiskonnaga konflikti tekitanud käitumist õigustada.

Kaasnev joon võib olla püsiv ärrituvus. Diagnoosi võib kinnitada lapse- ja noorukieas esinenud käitumishäire, mida ei pruugi küll alati esinenud olla.

Sisaldab: sotsiopaatiline, amoraalne, asotsiaalne, antisotsiaalne, psühhopaatiline isiksus.

Ei sisalda: käitumishäired (F91.-); ebastabiilne isiksus (F60.3).

V F60.3 Ebastabiilne isiksus

Isiksushäire, mida iseloomustab tugev kalduvus impulsiivselt, tagajärgi arvestamata tegutseda, ja kõikuv meeleolu. Ettemõtlemise võime on minimaalne ja tugevad vihapursked viivad sageli vägivallani või käitumisplahvatusteni, mis tekivad eriti kergesti siis, kui keegi kritiseerib või takistab impulsiivseid tegusid. Eristatakse kahte alavarianti, mille ühiseks tunnuseks on impulsiivsus ja enesekontrolli puudulikkus.

F60.30 Impulsiivset tüüpi ebastabiilne isiksus.

Juhtivaks on emotsionaalne ebastabiilsus ja vähene impulsiivne kontroll. Tavalised on vägivallapuhangud ja ähvardav käitumine, eriti vastuseks kriitikale.

Sisaldab: eksplosiivne ja agressiivne isiksus.

Ei sisalda: düssotsiaalne isiksus (F60.2).

F60.31 Piirialast tüüpi (*borderline type*) ebastabiilne isiksus.

Esineb mitu emotsionaalse ebastabiilsuse tunnust, lisaks on häiritud või ebaselge inimese mina-pilt, eesmärgid ja eelistused (sealhulgas seksuaalsed). Kalduvus sattuda intensiivsetesse ja ebastabiilsetesse suhetesse võib korduvalt tekitada emotsionaalseid kriise, tuua kaasa äärmuslikke katseid vältida hülgamist ning olla seotud suitsiidiähvarduste või enesevigastamistega (kuigi viimased võivad esineda ka ilma nähtava ajendita).

Sisaldab: *borderline personality (disorder)*.

F60.4 Histriooniline isiksus

Isiksushäire, mille tunnuseks on

- (a) enesedramatiseerimine, teatraalsus, emotsioonide liialdatud väljendamine;
- (b) sisendatavus, kerge mõjutatavus teiste inimeste või asjaolude poolt;
- (c) õõnes ja labiilne emotsionaalsus;
- (d) egotsentrilisus, enesehellitamine, ja hoolimatus teiste vastu;
- (e) püsiv iha erutavate sündmuste, tunnustuse ja tegevuste järele, kus oleks võimalik olla tähelepanu keskpunktis;
- (f) sobimatult võrgutatav välimus või käitumine;
- (g) liigne mure kehalise veetluse pärast.

Kaasneda võib egotsentrilisus, enesehellitamine, pidev tunnustuseihalus, kerge haavumine ja püsiv manipuleeriv käitumine oma tahtmise saamiseks.

Sisaldab: psühhoinfantiilne isiksus;
hüsteeriline isiksus.

F60.5 Anankastne isiksus

Isiksushäire, mille tunnuseks on:

- (a) liigsed kõhklused ja ettevaatlikkus.
- (b) detailide, reeglite, nimekirjade, plaanide, korra ja korraldamise ületähtsustamine;
- (c) täiuslikkusiha, mis ei lase töid lõpetada;
- (d) ülim kohusetundlikkus, hoolikus ja töö liigne tähtsustamine kuni rõõmudest ja inimsuhetest loobumiseni;

- (e) liigne pedantsus ja konventsionaalsus;
- (f) jäikus ja kangekaelsus;
- (g) mõttetu nõudmine, et teised tegutseksid täpselt samal viisil kui tema, või vastumeelsus üldse midagi teiste teha jätta;
- (h) painavate ja soovimatute mõtete või impulsside pealetung.

Sisaldab: kompulsiivne ja obsessiivne isiksus;
obsessiiv-kompulsiivne isiksus.

Ei sisalda: sundseisundid (F42.-).

F60.6 Vältivisiksus

Isiksushäire, mille tunnuseks on

- (a) püsiv ja kõikehõlmav pingeline ja kartlikkus;
- (b) veendumus oma sotsiaalses saamatuses, isikliku veetluse puudumises ja alaväärsuses;
- (c) liigne mure saada seltskonnas kriitika või tõrjumise osaliseks;
- (d) vastumeelsus luua suhteid, kui teiste sümpaatia ei ole kindel;
- (e) piiratud elustiil turvalisuse vajaduse tõttu;
- (f) tihedat suhtlemist nõudva töö ja tegevuse vältimine hirmust kriitika, halvaksapanu või tõrjumise ees.

Kaasneda võib ülitundlikkus tõrjumise ja kriitika suhtes.

F60.7 Sõltuvisiksus

Sellele isiksushäirele on iseloomulik:

- (a) teisi õhutatatakse tegema või lubatakse teha enda eest enamikku eluliselt olulisi otsuseid;
- (b) oma huvide allutamine nende inimeste huvidele, kellest ollakse sõltuv, liigne järeleandlikkus;
- (c) vastumeelsus esitada isegi põhjendatud nõudmisi inimestele, kellest sõltutakse;
- (d) üksi olles abitus- ja ebamugavustunne liialdatud hirmu tõttu, et ei suudeta enese eest hoolt kanda;
- (e) hirm, et lähedane inimene hülgab ja on vaja ise enese eest hoolitseda;
- (f) vähene võime teha igapäevaotsuseid ilma teiste tugeva toetuse ja nõuanneteta.

Kaasneda võib enese tajumine abitu, ebakompetentse ja jõuetuna.

Sisaldab: asteeniline, saamatu (*inadequate*), passiivne ja ennastnurjav (*self-defeating*) isiksus.

F60.8 Muud spetsiifilised isiksushäired

Isiksushäire, mis ei sobi ühtegi spetsiifilisse rubriiki (F60.0-F60.7)

Sisaldab: *eccentric*, "*haltlose*" type, ebaküps, nartsissistlik, passiivne-agressiivne ja psühhoneurootiline isiksus.

F60.9 Täpsustamata isiksushäire

Sisaldab: TTta karakterneuroos;
TTta patoloogiline isiksus.

F61 Segatüüpi ja muud isiksushäired

See alajaotus hõlmab isiksushäireid ja kõrvalekaldeid, mis on tihti tülikad, kuid neil puudub F60-s esitatud häiretele iseloomulik sümptomite muster. Seepärast on neid sageli raskem diagnoosida kui F60 häireid. Siin eristatakse kahte alatüüpi, mida tähistatakse neljanda numbriga, kõiki muid tüüpe peaks kodeerima kui F61.8.

F61.0¹ Segatüüpi isiksushäired

Neil on mitme F60.- häire iseloomulikke jooni, millest ükski pole nii valdav, et saaks kasutada spetsiifilisemat diagnoosi.

F61.1¹ Isiksusemuutused, mis ei mahu F60 või F62 alla

Neid ei määratle F60.- või F62.- ja neid peetakse samaaegse meeoleu- või ärevushäire suhtes sekundaarseks.

Ei sisalda: aktsentueeritud isiksusejooned, rõhutatud isiksustunnused (Z73.1).

¹ RHK-10 V (F) peatükk ei sisalda seda neljanumbrilist koodi.

F62 Ajukahjustuse ja -haigusega mitteseostatavad püsivad isiksusemuutused

Katastroofilise või pikaajalise ülepiirilise stressi või raske psüühilise haiguse järel tekkinud täiskasvanuea isiksus- ja käitumishäired inimesel, kellel varem isiksushäiret pole olnud. Seda diagnoosi võiks kasutada ainult siis, kui on sedastatavad tajumise, suhtlemise ning maailmasse ja enesesse suhtumise viiside kindlad ja püsivad muutused. Isiksusemuutus peaks olema märgatav ning sellega kaasnema jäik ja mitteadaptiivne käitumine, mida enne patogeenset kogemust ei olnud. Muutus ei tohiks olla mõne muu psüühilise haiguse ilming ega jääksümptom. Sellist püsivat isiksusemuutust võib kõige sagedamini ette tulla pärast vapustavat psühhotraumeerivat kogemust, samuti raske, korduva või pikaajalise psüühilise haiguse tagajärjena. Omandatud isiksusemuutuse eristamine olemasoleva isiksushäire stressi- või psühhoatilise episoodi järgesest avaldumisest või teravnemisest võib osutada väga raskeks. Püsivat isiksusemuutust võiks diagnoosida ainult siis, kui on tegemist kestva ja selle inimese jaoks eripärase olemisviisiga, mida saab etioloogiliselt seostada sügava eksistentsiaalselt äärmusliku kogemusega. Diagnoosi ei tohiks panna, kui isiksushäire on ajukahjustuse või -haiguse tagajärjeks (siis oleks F07.0 kategooria kohasem).

Ei sisalda: isiksushäire ajuhaigusest, -kahjustusest või -düsfunktsioonist (F07.-).

F62.0 Isiksusemuutus katastroofilisest elamusest

Püsiv isiksusemuutus võib olla katastroofilise kogemuse tagajärjeks. Stressor peab olema nii äärmuslik, et sõltumata individuaalsest haavatavusest on mõju isiksusele sügav. Näiteks: koonduslaägrikogemused, piinamine, loodusõnnetused, pikaajaline eluohustav olukord, nagu terrorismiohvitel (pantvangis olemine, vangistus surmaohuga). Seda tüüpi isiksusemuutusele võib eelneda posttraumaatiline stresshäire (F43.1). Sellisel puhul on isiksusemuutus posttraumaatilise stresshäire krooniline pöördumatu jätk. Mõnikord võib eeltoodud kriteeriumidele vastav isiksusemuutus aga kujuneda ka ilma posttraumaatilise stresshäire vaheastmeta. Sellesse kategooriasse ei tohiks liigitada lühiaegsele eluohutlikule olukorrale (nt. autoõnnetusele) järgnevat püsivat isiksusemuutust, sest

viimase aja uurimuste kohaselt on siis aluseks eelnev psühholoogiline haavatavus.

Diagnostilised juhised

Isiksusemuutus peaks olema püsiv ja ilmnema jäikade ning mitteadaptiivsete joontena, mille tulemuseks on interpersonaalse, sotsiaalse ja tööalase tegutsemise häirumine. Tavaliselt peaks isiksusemuutust tõendama veel mõni lähedane inimene. Diagnoosimiseks on vaja kindlaks teha mõne enne puudunud tunnuse olemasolu. Näiteks:

- (a) vaenulik ja umbusklik suhtumine maailma;
- (b) endassetõmbumine;
- (c) tühjus- ja lootusetustunne;
- (d) tunne, et närvid on pidevalt katkemiseni pingul, justkui varitseks pidev hädaoht;
- (e) võõrdumine.

Isiksusemuutus peab olema kestnud vähemalt kaks aastat ega tohi olla seotud varasema isiksushäire või psüühilise haigusega (v.a. posttraumaatiline stresshäire). Välistatud peab olema ajuhaigus või -kahjustus, mis võib tekitada samasuguseid kliinilisi nähte.

Sisaldab: isiksusemuutused koonduslaagri, loodusõnnetuse, elu ohustava pantvangistuse või pikaajalise eluohtliku olukorra (näiteks terrorismi või piinamise) tagajärjel.

Ei sisalda: posttraumaatiline stresshäire (F43.1).

F62.1 Isiksusemuutus psüühilisest haigusest

Isiksusemuutus, mille põhjuseks on raske psüühilise haiguse põdemisega seotud traumeeriv kogemus. Muutust ei saa seletada isiksushäirega ja seda tuleks eristada ka residuaalsest skisofreeniast ning muudest eelnenud psüühilise haiguse puuduliku paranemise juhtudest.

Diagnostilised juhised

Isiksusemuutus peaks olema püsiv ja ilmnema kogemise ja tegutsemise jäikade ning väärkohanenud käitumismustritena, mille tagajärjeks on pikaajalised interpersonaalsed, sotsiaalsed

ja tööalased raskused ning subjektiivne piin. Isiksusemuutust ei saa seletada eelneva isiksushäire või põetud psüühilise haiguse jääksümptomitega. Isiksusemuutus tekib pärast paranemist psüühilisest haigusest, mida elati läbi kui ülimat emotsionaalset stressi ning mina-pildi hävingut. Haigusjärgses perioodis on määravad ja tugevdavad kogetud stressi suurust oluliselt teiste inimeste hoiakud ja reaktsioonid. Seda tüüpi isiksusemuutust pole võimalik täielikult mõista, arvestamata subjektiivset emotsionaalset elamust ning eelnevat isiksust, selle kohanemist ja spetsiifilist haavatavust.

Selle diagnoosi jaoks peavad isiksusemuutusi tõendama järgmised kliinilised tunnused:

- (a) ülisõltuvus ja nõudev hoiak teiste suhtes;
- (b) veendumus, et haiguse tõttu ollakse muutunud või häbimärgistatud, mis toob kaasa suutmatuse luua ja säilitada lähedasi usaldusväärseid suhteid ning sotsiaalse isolatsiooni;
- (c) passiivsus, huvide langus ja varasemate ajaveetmisviiside vähenemine;
- (d) visad haiguskaebused, mis võivad olla seotud hüpohondriiliste nõudmiste ja haiguskäitumisega;
- (e) pahur või kõikuv meeleolu, mille põhjuseks ei ole käesolev psüühiline häire ega kunagise häire afektiivsed jääksümptomid;
- (f) oluline sotsiaalse ja tööalase funktsioneerimise halvenemine haiguseelse ajaga võrreldes.

Kirjeldatud ilmingud peavad olema kestnud kaks või rohkem aastat. Muutuste põhjuseks ei tohi olla ajuhaigus või -kahjustus. Varasem skisofreenia diagnoos ei välista antud diagnoosi.

F62.8 Muud täpsustatud isiksusemuutused

Sisaldab: püsivad isiksushäired F62.0-s ja F62.1-s mainimata kogemuste järel, näiteks kroonilise valuga seotud isiksusemuutus ja leinajärgsed isiksusemuutused.

F62.9 Täpsustamata püsiv isiksusemuutus

F63 Harjumus- ja impulsihäired

See kategooria sisaldab käitumishäireid, mida mujal ei klassifitseerita. Iseloomulikud on korduvad teod, millel pole selget ratsionaalset motiveeringut ja mis tavaliselt kahjustavad inimese enese ja teiste huve. Inimese enda sõnade järgi on käitumise põhjuseks kontrollimatud impulsid. Nende häirete põhjused on ebaselged ning need on ühendatud üldise kirjeldava sarnasuse tõttu, mitte sellepärast, et oleks teada muid olulisi ühisjooni. Tavakohaselt on alkoholi ja ravimite liigtarvitamine (F10-F19) ning seksuaal- (F65.-) ja söömiskäitumisega (F52.-) seotud impulsi- ja harjumusehäired sellest alajaotusest välja jäetud.

F63.0 Patoloogiline hasartmängimine

Sagedased, korduvad hasartmänguepisoodid, mis valitsevad inimese elu ja kahjustavad sotsiaalseid, tööalaseid, materiaalseid ja perekondlikke väärtusi ning kohustusi.

Sellised inimesed riskivad töökohaga, võtavad suuri võlgu ja raha saamiseks valetavad, rikuvad seadust või väldivad võlgade maksmist. Hasartmängimise tung on nii suur, et seda on raske kontrollida, peas keerlevad mõtted ja kujutlused mängimisest ja sellega seotud asjaoludest. Kiusatus ja sellega seotud mõtted tugevnevad stressiaegadel.

Seda häiret on nimetatud ka kompulsiivseks hasartmängimiseks, kuid see mõiste pole nii sobiv, sest tehnilises mõttes pole see käitumine kompulsiivne ega ole häiregi seotud sundneuroosiga.

Diagnostilised juhised

Põhiliseks tunnuseks on pidevalt korduv hasartmängimine, mis jätkub ja tihti suureneb, vaatamata halbadele sotsiaalsetele tagajärgedele, nagu vaesumine, peresuhete häirimine ja isikliku elu kokkuvarisemine.

Sisaldab: kompulsiivne hasartmängimine.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleks patoloogilist hasartmängimist eristada:

- (a) hasartmängimisest ja kihlvedude sõlmimisest (Z72.6) (sel puhul mängitakse lusti pärast või selleks, et raha teha. Suurte kaotuste või muude ebameeldivate tagajärgede korral suudetakse piiri pidada);

- (b) maniakaalsetel patsientidel esinevast liigsest hasartmängimisest (F30.-);
- (c) düssotsiaalse isiksuse (F60.2) hasartmängimisest (siis on sotsiaalse käitumise häired laiemad ja avalduvad agressiivsetes või muul moel teiste heaolu ja tundeid märkimisväärselt riivavates tegudes).

F63.1 Püromania

Käitumine, millele on iseloomulik teiste omandi või muude objektide korduv süütamine või süütamiskatsed. Teod on ilma nähtava motiivita ja mõtetes valdavad tule ja põlemisega seotud teemad. Sellised inimesed võivad olla ebanormaalselt huvitatud tuletõrjemasinatest ja muust tõrjearustusest ning võivad muul moel olla seotud tulega või tuletõrje väljakutsumisega.

Diagnostilised juhised

Põhitunnused:

- (a) korduvad süütamised ilma nähtava motiivita, nagu näiteks rahaline kasu, kättemaks või poliitiline terrorism;
- (b) kirm jälgida tule põlemist;
- (c) subjektiivne pingetõus enne süütamist ja tugev erutus vahetult pärast tegu.

Diferentsiaaldiagnostiliselt peaks patoloogilist süütamist eristama:

- (a) sihilikust süütamisest, mille toimepanijal pole väljendunud psüühilisi häireid (on ilmne motiiv) (Z03.2 Jälgimine psüühilise häire kahtluse tõttu);
- (b) käitumishäiretega noore inimese toimepandud süütamisest (F91.1) (kaasnevad muud häiritud käitumise ilmingud, nt. varastamine, agressioon, popitegemine);
- (c) düssotsiaalse isiksushäirega täiskasvanu (F60.2) toimepandud süütamisest (ilmnevad teised püsivad sotsiaalse käitumise häired, nagu agressioon või muud teiste inimeste huvide ja tunnete eiramise märgid);
- (d) süütamisest skisofreenia puhul (F20.-), kui süütamise põhjuseks on tavaliselt luulumõtted või hallutsinatoorsed käsud;

(e) süütamisest orgaaniliste psüühikahäirete (F00-F09) puhul. Sel puhul süüdatakse tavaliselt juhuslikult, segasusseisundi, halva mälu, teo tagajärgede mittemõistmise või kõigi nende põhjuste tõttu.

Tahtmatu süütamiseni võib viia ka dementsus või äge orgaaniline häire. Põhjuseks võib olla ka äge joove, alkoholism või muu intoksikatsioon (F10-F19).

F63.2 Kleptomaania

Selle seisundi puhul ei suuda inimene korduvalt vastu panna kiusatusele varastada esemeid, mida pole vaja ei isiklikuks kasutamiseks ega tulu saamiseks. Selle asemel varastatud asjad kingitakse, peidetakse või visatakse lihtsalt ära.

Diagnostilised juhised

Tavaliselt kirjeldatakse enne tegu pingetõusu ja teo ajal ning vahetult pärast seda rahuldustunnet. Kuigi enamasti tehakse mingeid varjamiskatseid, ei kasutata sugugi kõiki võimalusi. Vargus pannakse toime üksinda, ilma kaasosalisteta. Varastamiste vahel võib inimene väljendada ärevust, ükskõiksust ja süütunnet, kuid see ei takista tegu kordamast. Juhtumid, mis vastavad sellele kirjeldusele ega ole allpool loetletud häirete kaasnähud, on haruldased.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleks patoloogilist varastamist eristada:

- (a) korduvast poest varastamisest, mille toimepanijal pole väljendunud psüühikahäiret. Seejuures kavandatakse tegu hoolikamalt ja eesmärgiks on isikliku kasu saamine (Z03.2 Jälgimine psüühilise häire kahtluse tõttu);
- (b) orgaanilisest psüühikahäirest (F00-F09), kui korduvalt ei maksta kauba eest halva mälu või muud tüüpi intellektuaalse tagasilanguse tõttu;
- (c) depressiooniga seotud varastamisest (F30-F33). Mõned depressiivsed patsiendid varastavad korduvalt, niikaua kuni depressiivne häire püsib.

F63.3 Trihhotillomaania

Sellele häirele on iseloomulik märgatav juustekaotus, sest ei suudeta vastu seista impulsile juuksekarvu välja kitkuda. Karvade kitkumisele eelneb tavaliselt pingetõus ja järgneb kergendus ning rahulolutunne. Diagnoosi ei tuleks panna, kui on

tegemist nahapõletikuga või kui juuste kitkumine on reaktsiooniks luulule või hallutsinatsioonidele.

Ei sisalda: liigustusstereotüüpiad juuste kitkumisega (F98.4).

F63.8 Muud täpsustatud impulsihäired

Seda kategooriat kasutatakse teiste pidevalt korratavate väärkohanenud käitumisviiside jaoks, mille puhul inimene ei suuda vastu panna kiusatusele midagi teha ning esineb pingetõusuga eelperiood ja vabanemistunne teo ajal.

Sisaldab: *intermittent explosive (behaviour) disorder.*

F63.9 Täpsustamata impulsihäire

F64 Sooidentsuse häired

F64.0 Transseksualism

Soov elada ja olla hinnatud kui vastassugupoole esindaja; harilikult kaasneb ebamugavuse ja mittevastavuse tunne seoses oma anatoomilise sooga ning soov saada kirurgilist ja hormoonravi, et muuta oma keha võimalikult vastavaks eelistatava sugupoole omale.

Diagnostilised juhised

Diagnoosi püstitamiseks peab transseksuaalne identsus esinema püsivalt vähemalt kahe aasta vältel, ei tohi esineda mingi teise psüühikahäire (nt. skisofreenia) sümptomeid ega olla seotud sugudevahelise, geneetilise või sugukromosoomide ebanormaalsusega.

F64.1 Kaksikrolli transvestism

Vastassoo riietusesemete kandmine mingi eluperioodi vältel, selleks et saada rahuldust vastassugupoole rolli ajutisest täitmisest, ilma püsiva soomuutmise või kirurgilise korrigeerimise soovita. Vastassoo riietuse kandmisel ei teki seksuaalset erutust, see eristab teda fetišistlikust transvestismist (F65.1).

Sisaldab: nooruki- või täiskasvanuea sooidentsuse häire, mittetransseksuaalne tüüp.

Ei sisalda: fetišistlik transvestism (F65.1).

F64.2 Lapseea sooidentsuse häire

Häired, mis ilmnevad esmaselt varases lapseas (ja alati enne puberteediiga), millele on iseloomulik püsiv ja intensiivne piin olemasoleva soo pärast, koos sooviga (või nõudega) olla vastassugupoolest. Esineb püsiv hõivatus vastassoo riietusest ja/või käitumisest ja/või iseenda soo eitamine. Neid häireid peetakse suhteliselt harvadeks, neid ei tohi segi ajada palju sagedamini täheldatava protestiga stereotüüpse soolise käitumise vastu. Lapseea sooidentsuse häire diagnoos eeldab mehelikkuse või naiselikkuse normaalse tunde sügavat häiret; ainult tütarlapse poisilik või poisi tütarlapselik käitumine ei ole piisav. Diagnoosi ei saa püstitada, kui inimene on jõudnud puberteediikka.

Diagnostilised juhised

Vajalikuks diagnostiliseks tunnuseks on vääristunud ja püsiv soov olla (või toonitamine/rõhutamine, et ta on) vastassugupoole esindaja koos olemasolevale soole vastava käitumise, tunnuste ja riietuse rõhutatud ignoreerimisega. Tüüpiliselt avaldub see esmaselt eelkooliaastatel, diagnoosi püstitamiseks on vajalik esinemine enne puberteediiga. Oma tegeliku soo anatoomiliste tunnuste põlastamine võib esineda mõlema soo puhul; üldiselt peetakse seda harvaks nähtuseks. Iseloomulik on, et lapsed, kellel esineb sooidentsuse häire, eitavad, et see segab neid, kuigi neid võivad häirida konfliktid perekonna või omaealistega ning narrimine ja/või ignoreerimine, mis võib kaasneda.

Rohkem on teada neist häiretest poistel. Alates koolieelsetest aastatest on need poisid haaratud tavaliselt mängudest ja tegevusest, mida stereotüüpselt seotakse naissooga, sageli eelistatakse tüdrukute ja naiste riietust. Seejuures ei põhjusta selline vastassoo riietuse kandmine seksuaalset erutust (erinevalt täiskasvanute fetišistlikust transvestismist - F65.1). Võib ilmnedä tugevalt väljendunud soov võtta osa tüdrukute mängudest ja meelelahutustest, naissoost nukud on tihti nende lemmikmänguasjad ja tüdrukud eelistatud mängukaaslased. Sotsiaalne põlastamine kaldub süvenema kooliea esimestel aastatel ja omandab maksimaalse väljendatuse lapseea keskel koos häbistava narrimisega teiste poiste poolt. Väljendunud naiselik käitumine võib nõrgeneda varases täiskasvanueas, kuid hilisemad uuringud näitavad, et üks kuni kaks kolmandikku sooidentsuse häirega poistest ilmutavad täiskasvanueas ja hiljemgi homoseksuaalseid kalduvusi. Väga vähestele on siiski

täiskasvanuna omane transeksualism (kuigi enamik transeksualismiga täiskasvanuid avaldavad, et neil oli lapseas probleeme soolise identsusega).

Sooidentsuse häireid esineb kliiniliste tähelepanekute alusel tütarlastel harvemini kui poistel, kuigi pole teada, kas selline sooline suhe kehtib ka üldises populatsioonis. Tüdrukutel nagu poistelgi avalduvad tavaliselt varased vastassoole iseloomuliku käitumise ilmingud. Selliste häiretega tüdrukud eelistavad tüüpiliselt poiste seltskonda ja ilmutavad suurt huvi spordi ning jõuliste ja kaelamurdvate mängude vastu, neil puudub huvi nukkude vastu ja nad ei soovi naise rolli niisugustes mängudes nagu "isa ja ema" või "kodu". Sooidentsuse häirega tüdrukute suhtes ei avaldu nii teravalt väljendunud sotsiaalset ignoreerimist kui poistel, kuigi ka nemad võivad hilisemas lapseas või täiskasvanuna kannatada narmimise all. Enamik loobub täiskasvanuna meheliku tegevuse rõhutamisest ja riietusest, kuid mõned neist säilitavad mehelikud käitumisjooned ja võivad ilmutada homoseksuaalset orientatsiooni.

Sooidentsuse häirega võib vahel kaasneda omandatud kehaliste sootunnuste põlastamine. Tütarlastel võib see avalduda korduvates väidetes, et neil on olemas või kasvab peenis; keeldumises urineerimisest istuvas asendis või väidetes, et neile ei meeldi, et neil arenevad rinnad või tekib menstruatsioon. Poistel võib see avalduda korduvates väidetes, et nad arenevad füüsiliselt naisteks, et peenis ja testised tekitavad neis vastikust ja/või et oleks parem, kui neil ei oleks peenist ja munandeid.

Ei sisalda: egodüstooniline seksuaalsättumus (F66.1);
seksuaalsättumuse ebakindlus (F66.0).

F64.8 Muud täpsustatud sooidentsuse häired

F64.9 Täpsustamata sooidentsuse häire

Sisaldab: Ttta seksuaalse rolli häire .

F65 Seksuaalsuunitluse häired

Sisaldab: *paraphylia*s.

Ei sisalda: probleemid seoses seksuaalse sättemusega (F66 -).

F65.0 Fetišism

Seksuaalse erutuse ja seksuaalse rahulduse saavutamisel on stiimuliks mingi elutu objekt. Paljud ihaldusobjektid e. fetišid on kehakatted, nagu riietusesemed või jalanõud. Teised sagedased objektid on mõningad erilised materjalid, nagu kumm, plastmass või nahk. Fetišismiobjektidel võib olla erisugune tähtsus. Mõnel juhul on nende ülesandeks ainult normaalsel meetodil saavutatud seksuaalse erutuse tõstmine (nt. mõni partneri riietuse).

Diagnostilised juhised

Fetišismi saab diagnoosida ainult siis, kui fetiš on peamiseks seksuaalse stimulatsiooni allikaks või on vajalik rahuldava seksuaalse reaktsiooni saavutamiseks.

Fetišistlikke fantaasiaid esineb laialdaselt, kuid neid ei saa pidada haiguslikuks, kui nad ei vii rituaalideni, mis on sedavõrd sundivad ja vastuvõetamatud, et segavad seksuaalvahekorda ja põhjustavad inimesel distressi.

Fetišism esineb peaaegu eranditult meestel.

F65.1 Fetišistlik transvestism

Vastassoo riiete kandmine, et saavutada seksuaalset erutust.

Diagnostilised juhised

Seda häiret tuleb eristada lihtsast fetišismist, mille puhul fetišistlikke riietusesemeid ei kanta lihtsalt niisama, vaid selleks, et sarnaneda väliselt vastassoo esindajaga. Harilikult kantakse rohkem kui üht eset ja täiendatakse komplekti paruka ja kosmeetikavahendite abil. Fetišistlikku transvestismi saab transseksuaalsest transvestismist eristada oma ilmse seose poolest seksuaalse erutuse tekkimisega ja tugevalt väljendunud sooviga vabaneda nendest riietusesemetest, kui orgasm tekib ja seksuaalne erutus taandub. Fetišistlikku transvestismi hinnatakse üldiselt kui transseksualismi varast faasi ja neil juhtudel on ta selle arengu etapp.

Sisaldab: transvestiline fetišism.

F65.2 Ekshibitsionism

Korduv või püsiv tendents demonstreerida oma suguelundeid võõrastele inimestele (tavaliselt vastassugupoolele) või avalikes

kohtades, ilma kavatsuseta ahvatleda või saada lähemat kontakti. Tavaliselt, kuid mitte tingimata esineb demonstreerimise ajal seksuaalne erutus ja selle toiminguga kaasneb harilikult masturbatsioon. Selline tendents võib ilmneda avaliku käitumisvormina ainult emotsionaalse stressi või kriisi seisundis, vaheldudes pikkade perioodidega ilma taolise käitumiseta.

Diagnostilised juhised

Tegelikult hõlmab ekshibitsionism heteroseksuaalseid mehi, kes demonstreerivad oma suguelundeid naistele (täiskasvanuile või noorukitele), tavaliselt ohutust kaugusest avalikus kohas. Mõne jaoks on ekshibitsionism ainukeseks seksuaalse lahenduse vormiks, teised jätkavad paralleelselt sellega aktiivset seksuaalset abielu, ekshibitsionismi tung ilmneb teravalt abielutülide perioodil. Enamik ekshibitsioneerijaid peab oma tungi kontrollile raskesti alluvaks ja oma isiksusele võõraks. Kui pealtnägija on ehmunud, hirmunud või vapustatud, tõstab see sageli ekshibitsioneerija erutust.

F65.3 Vuajerism

Korduv või püsiv tendents jälgida inimesi seksuaalse või intiimses käitumises juures, nagu lahtiriietumine. Tavaliselt viib see seksuaalsele erutusele ja masturbatsioonile, mida tehakse nii, et vaadeldav isik pole sellest teadlik.

F65.4 Pedofiilia

Laste seksuaalne eelistamine, objektid on tavaliselt puberteedieelses või varases puberteedieas. Osa pedofiile on huvitatud ainult tüdrukutest, teised ainult poistest ja osa on huvitatud mõlema soo esindajatest.

Pedofiiliat täheldatakse harva naistel. Kontaktid täiskasvanute ja seksuaalselt küpsete noorukite vahel on sotsiaalselt hukka mõistetud, eriti kui osalised on samast sugupoolest, kuid nad ei pea ilmingimata seostuma pedofiiliaga. Üksikujuhtumit, eriti kui algataja on alaealine, ei saa hinnata kui diagnoosi kinnitavat püsivat ja domineerivat tendentsi. Pedofiilide hulka kuulub ka inimesi, kes eelistavad täiskasvanud seksuaalpartnereid, kuid kontaktide ebaõnnestumise tõttu pöörduvad harjumuspäraselt laste kui asendajate poole. Mehed, kes seksuaalselt kiusavad oma eelpuberteedieas lapsi, lähenevad võimalusel samal kombel ka teistele lastele, igal juhul on nende käitumine hinnatav pedofiiliana.

F65.5 Sadomasohhism

Kalduvus seksuaalsele aktiivsusele, mis hõlmab valu, häbitamise ja alandamise tekitamist. Kui isik eelistab olla sellise käitumise vastuvõtja rollis, nimetatakse seda masohhismiks; kui tekitaja, siis sadismiks. Sageli saavutab inimene seksuaalse erutuse nii sadistlikust kui masohhistlikust aktiivsusest.

Sadomasohhistliku stimulatsiooni kerged vormid on üldiselt kasutusel igati normaalse seksuaalse erutuse tõstmiseks. See diagnoos on ainult siis kasutatav, kui sadomasohhistlik aktiivsus on peamiseks erutuse allikaks või seksuaalse rahulduse saamiseks vajalik.

Seksuaalset sadismi on vahel raske eristada jõhkrukest seksuaalolukorras või vihast, mis pole seotud erootikaga. Kui vägivald on vajalik erootilise erutuse saavutamiseks, on diagnoos kindel.

F65.6 Seksuaalsuunitluse mitmesed häired

Vahel võib ühel inimesel esineda enam kui üks seksuaalsuunitluse häire, kusjuures ükski neist ei domineeri. Sagedasem kombinatsioon on fetišism, transvestism ja sadomasohhism.

F65.8 Seksuaalsuunitluse muud täpsustatud häired

Võib esineda mitmesuguseid teisi seksuaalsuunitluse ja -aktiivsuse vorme, igaüks neist suhteliselt harva täheldatav. Siia kuuluvad sellised käitumisviisid nagu rõvedate telefonikõnede pidamine, hõõrumine inimeste vastu täiskiilutud rahvarohketes kohtades seksuaalseks stimulatsiooniks (nt. froterism), seksuaalaktid loomadega, kägistamine või anoksia seksuaalse erutuse tõstmiseks ja partnerite eelistamine, kellel on mingisugune eriline anatoomiline ebanormaalsus, näiteks amputeeritud jäse.

Erootiline praktika on liiga mitmekesine ja osa kõrvalekaldeid sedavõrd erandlikud, et igal erandjuhtumil termineid rakendada. Uriini maitsmine, väljaheite nuusutamine või eesnaha või rinnanibude läbitorkamine võivad olla sadomasohhistliku käitumise osaks. Masturbatsiooni mitmesugused variandid on sageli esinevaks nähtuseks, kuid ekstreemsed võtted, nagu esemete toppimine pärasusse või mehe kunitisse või enesekägistamine, kui need asendavad normaalset seksuaalset vahekorda, tuleb arvata ebanormaalsuseks. Siia kuulub ka nekrofiilia.

Sisaldab: froterism;
nekrofilia.

F65.9 Seksuaalsuunitluse täpsustamata häire

Sisaldab: Ttta seksuaalhälve.

F66 Seksuaalse arengu ja sättumusega seotud psüühika- ja käitumishäired

Seksuaalsättumust iseenesest ei tohiks häireks pidada.

Järgnevat viiendat numbrit koodis võib kasutada koos allpool toodud kategooriatega, et täpsustada seksuaalse arengu ja orientatsiooni variante, mis võivad individuaalselt probleeme tekitada:

F66.x0 heteroseksuaalsus

F66.x1 homoseksuaalsus

F66.x2 biseksuaalsus (kasutatav ainult juhtudel, kui on selge, et seksuaalne külgetõmbejõud on suunatud mõlema soo esindajatele)

F66.x8 teised, sealhulgas puberteedieelsed

F66.0 Seksuaalsättumuse ebakindlus

Patsient kannatab ebakindluse all oma soolise kuuluvuse või seksuaalse orientatsiooni suhtes, see põhjustab ärevust või depressiooni. Sagedamini esineb see täiskasvanuil, kes pole kindlad, kas nad on orientatsioonilt homoseksuaalsed, heteroseksuaalsed või biseksuaalsed, või isikutel, kes pärast näiliselt püsiva seksuaalsättumuse perioodi, sageli pikemaajalise suhte käigus, leiavad, et nende seksuaalne orientatsioon on muutumas.

F66.1 Egodüstooniline seksuaalsättumus

Kahtluse all ei ole sooidentsus ega seksuaalsuunitlus, kuid inimene soovib, et see oleks teisiti, kuna sellega seostuvad psühholoogilised ja käitumishäired, ning ta püüab saada ravi selle muutmiseks. Seksuaalne orientatsioon iseenesest pole häirena hinnatav.

F66.2 Seksuaalsuhte häire

Sooidentsuse või seksuaalsuunitluse anormalsus tekitab seksuaalpartneriga suhete loomisel või säilitamisel raskusi.

F66.8 Seksuaalse arengu muud täpsustatud häired

F66.9 Seksuaalse arengu täpsustamata häire

F68 Täiskasvanu muud isiksus- ja käitumishäired

F68.0 Somaatiliste sümptomite psühhogeenne võimendumine

Patsient liialdab või pikendab algselt kindlast kehalisest häirest, haigusest või võimetusest tekkinud sümptomeid oma psüühilise seisundi tõttu. Kujuneb tähelepanuotsiv (histriooniline) käitumissündroom, mis võib sisaldada muid kaebusi (tavaliselt mittespetsiifilisi), millel ei ole kehalist päritolu. Valu ja puuded rõhuvad tavaliselt patsienti ning tihti valdab teda mure (mis võib ka põhjendatud olla), et valu ja töövõimetus võivad olla pikaajalised või veelgi süveneda. Motiveerivaks teguriks võib olla rahulolematuse ravi või uuringutega või pettumine tähelepanus, mis on osakonnas ja haiglas talle osaks saanud. Mõnikord näib selgeks motivatsiooniks olevat õnnetus- või vigastusjärgne võimalik rahaline kompensatsioon, aga sündroom ei pruugi kiiresti mööduda ka pärast edukat kohtuprotsessi.

Sisaldab: kompensatsioonineuroos.

F68.1 Somaatiliste või psüühiliste sümptomite tahtlik tekitamine

Kehalise või psüühilise haiguse puudumisel teeseldakse korduvalt ja püsivalt haigussümptomeid. Kehaliste sümptomite tekitamiseks võidakse end isegi vigastada, et tekitada verejooksu, või süstida endale toksilisi aineid. Valutunde imiteerimine ja verejooksu olemasolu väitmine võib olla nii veenev ja visa, et mitmes haiglas ja kliinikus võetakse korduvalt ette uuringuid ja operatsioone, kuigi leiud on alati olnud negatiivsed.

Sellise käitumise põhjused on enamasti ähmased ja oletatavasti sisemised ning seisundit võib tõlgendada haiguskäitumise ja haige rolli häirena. Sellise käitumismustriga inimesel on tavaliselt ka teisi märkimisväärseid isiksuse ning suhete hälbeid.

Simuleerimist defineeritakse kui välisest stressist või motiividest tulenevat kehaliste või psüühiliste sümptomite ja puute tekitamist või teesklemist ja seda tuleks tähistada Z76.5, mitte mõne selles raamatus esineva koodiga. Simuleerimise tavaliseks väliseks motiiviks on kriminaalvastutuse vältimine, ravimite saamine, sõjaväekohustuse vältimine ja haigusraha või mõne muu kasu (nt. paremate elamistingimuste) saamine. Simuleerimist kohtab sageli õigus- ja sõjaväepraktikas ning suhteliselt harva igapäevaelus.

Sisaldab: *hospital hopper syndrome*;
Münchhauseni sündroom;
rändav patsient (*peregrinating patient*).

Ei sisalda: *battered baby or child syndrome NOS* (T74.1);
võltsdermatiit (L98.1);
simuleerimine (haiguse teesklemine) (Z76.5);
Münchhausen by proxy (child abuse) (T74.8).

F68.8 Täiskasvanu muud täpsustatud isiksus- ja käitumishäired

Seda kategooriat tuleks kasutada kõigi spetsiifiliste isiksus- ja käitumishäirete tähistamiseks, mida ei ole võimalik liigitada ühtegi eespool kirjeldatud rühma.

Sisaldab: Tta iseloomuhäire;
Tta suhtehäire.

F69 Täiskasvanu täpsustamata isiksus- ja käitumishäire

Seda koodi tohiks kasutada ainult äärmise vajaduse korral, kui võib oletada täiskasvanuea isiksus- või käitumishäiret, kuid puudub lähem informatsioon, mis võimaldaks diagnoosida või kasutada mõnda spetsiifilist kategooriat.

F70-F79 Vaimne alaareng

Sissejuhatus

Vaimne alaareng on psüühika arengu pidurdus, millele on iseloomulik esmajoonel arenguperioodi vältel avaldunud oskuste (*skills*) kahjustus (*impairment*) koos intellekti madala tasemega, viimane avaldub tunnetuses, kõnes, mootorikas ja sotsiaalsetes võimetes. Vaimse alaarenguga võib kaasneda ka mõni muu vaimne või füüsiline puue. Mitmesuguseid muid vaimseid hälbmeid täheldatakse neil isikutel 3-4 korda sagedamini kui üldpopulatsioonis. Vaimse alaarenguga isikul on suurem risk saada ekspluateeritud ja/või füüsiliselt/seksuaalselt kuritarvitatud. Neil on nõrgenenud sotsiaalse adaptatsiooni võime. Kerge vaimse mahajäämusega isikul ei pruugi see soodsas toetavas sotsiaalses miljöös olla silmatorkav.

Seisundi hindamisel märkida neljanda tunnusega kaasnevate käitumishälvete iseloom.

F7x.0 Ei esine või esineb kerge käitumishäire

F7x.1 Oluline käitumishäire

F7x.8 Muu käitumishäire

F7x.9 Käitumishäire märkimata

Kui vaimse alaarengu põhjus on teada, võib kasutada veel ka muid RHK-10 koode. Näiteks F72 (raske vaimne alaareng) + E00- (kaasa-sündinud joodivaegussündroom).

Vaimse alaarengu olemasolu ei välista muid diagnoose. Seejuures tuleb toetuda rohkem kommunikatsiooniraskuste hindamisele kui sellistele sümptomitele nagu depressiooniepisoodid, psühhomotoorse arengu mahajäämus, isutus, kaalu langus, unehäired.

Diagnostilised juhised

Intellektil omaette ei ole mingit kindlat tunnust, vaid ta on hinnatav suure arvu erisuguste spetsiifiliste võimete kaudu. Kuigi kõigi nende võimete üldine arengutendents on saavutada kindel tase, on individuaalsed erinevused suured, eriti vaimses arengus

mahajäänud isikuil. Sellistel inimestel võib ilmnedas raske vaimse alaarengu taustal suuri puudeid ühes valdkonnas (näiteks kõnes) ja/või suhteliselt häid võimeid mõnes teises funktsioonis (nt. ruumitajus). See põhjustab probleeme vaimse alaarenguga isikute diagnostiliste kategooriate määramisel. Intellekti taseme hindamine peab baseeruma mitmekülgasel tõepärasel informatsioonil, hõlmates kliinilise uurimise andmeid, adaptiivse käitumise taset (arvesse võttes kultuuritausta) ja psühhomeetriliste testuuringute tulemusi.

Kindla diagnoosi püstitamiseks peab intellekti tase olema alaarenenud, mille tagajärjeks on vähenenud võime kohaneda igapäevaste sotsiaalsete nõudmistega. Tuleb aga silmas pidada, et kaasnevatel vaimsetel või kehalistel häiretel on kliinilisele pildile ja olemasolevate võimete kasutamisele suur mõju. Valitud diagnostiline kategooria peaks seetõttu põhinema võimete globaalsel hindamisel, mitte mõne üksiku psüühikavaldkonna või oskuse spetsiifilisel kahjustusel. Esitatud IQ tasemed on ette nähtud kui orienteerivad ja neid ei tule kasutada jäigalt eri kultuurisituatsioonidest tulenenud probleemide hindamisel. Vaimse alaarengu kategooriad kujutavad endast antud puudega isikute tinglikku jaotust ega ole defineeritavad absoluutse täpsusega. IQ tuleb määrata, lähtudes standardiseeritud ja individuaalselt kätte antud intellektitestidest, milles on arvestatud kohalikke kultuurinorme, isiku taset ning puude eripära, nagu ekspressiivse kõne probleemid, kuulmiskahjustus, kehalised puuded. Sotsiaalse küpsuse ja adaptatsioonitaseme hindamise skaalad (kohalikul standardiseeritud) tuleb täita vanemate või hooldajate või uuritava perekondliku situatsiooni või uuritava igapäevase eluga kursis olevate isikute küsitlemise teel. Ilma standardiseeritud uuringute kasutamisetä tuleb diagnoosi käsitleda kui vaid provisorset.

F70 Kerge vaimne alaareng

Kerge vaimse alaarenguga inimesed omandavad keele mõningase viivitusega, kuid enamik on võimelised kasutama kõnet igapäevaelus, vestluses ning osalema kliinilises intervjuus. Enamus neist on saavutanud täieliku sõltumatuse enese-

teenindamisel (söömine, pesemine, riietumine, puhtuse pidamine), samuti praktilised võimed ja koduse tegevuse oskused. Nende oskuste kujunemise tempo on tunduvalt aeglasem normist. Põhilised raskused ilmnevad tavaliselt koolis lugemise ja kirjutamisega. Kerge vaimse alaarenguga isikute abistamisel õppimises võib täheldada võimete tunduvat arengut ja puudulikkuse kompenseerumist. Enamus neist on potentsiaalselt võimelised praktiliseks tööks, nagu poolkvalifitseeritud või kvalifikatsioonita käsitsitöö. Osa kerge vaimse alaarenguga isikuid ei ole teoreetilisi teadmisi nõudvates sotsiaalkultuurilistes suhetes suutelised oma probleeme lahendama. Kuna neil on ka märgatav emotsionaalne ja sotsiaalne ebaküpsus, võivad nad mitte toime tulla nõudmistega, mida esitab abielu, laste kasvatamine, võivad avalduda raskused kultuuritraditsioonide järgimisel.

Üldkokkuvõttes on kergest vaimsest alaarengust tulenevad käitumuslikud, emotsionaalsed ja sotsiaalsed raskused, samuti vajadus ravi ja toetuse järele lähedasemad neile probleemidele, mis esinevad ka normaalse intellektiga isikuil, kui mõõduka või raske vaimse alaarengu korral esinevatele probleemidele. Orgaaniline etioloogia on sedastatav suurel hulgal, kuid mitte enamusel isikuist.

Diagnostilised juhised

Kui uuringus on kasutatud nõuetekohaselt standardiseeritud IQ teste, siis tulemused vahemikus 50-69 on iseloomulikud kergele vaimsele alaarengule. Keeleliste väljendite kasutamise ja neist arusaamise hilisem areng, samuti ekspressiivse kõnega seotud probleemid takistavad iseseisvuse arengut ja võivad püsida ka täiskasvanueas. Orgaaniline etioloogia on sedastatav vaid vähemal osal isikuist. Kaasnevaid häireid, nagu autism, muud arenguhäired, epilepsia, käitumishäired või kehaline võimetus, võib leida erisugusel määral. Kui selliseid häireid esineb, tuleb nad kodeerida sõltumatult põhikoodist.

Sisaldab: vaimselt nõrgalt arenenud (*feeble-mindedness*);
kerge vaimne alaareng (*mild mental retardation*);

kerge oligofreenia;
nõrgamõistuslikkus (*moron*).

F71 Mõõdukas vaimne alaareng

Sellesse kategooriasse kuuluvate isikute mõistuse areng ja kõne kasutamine formeeruvad aeglaselt ning nende saavutused neis valdkondades on piiratud. Ka nende eneseteenindusoskused ja motoorsed võimed on arengus maha jäänud ning mõned vajavad hooldajat kogu elu vältel. Koolitöö edukus on piiratud, kuid osa neist isikutest on võimelised omandama lugemise, kirjutamise ja arvutamise jaoks vajalikud põhioskused. Haridusprogrammid võivad neile anda võimalusi nende piiratud võimekuse arendamiseks ja põhiliste oskuste omandamiseks; sellised programmid sobivad õppijatele, kes on aeglased ja madala saavutuslaega. Täiskasvanuna on mõõduka vaimse alaarenguga inimesed tavaliselt võimelised tegema lihtsat praktilist tööd, kui ülesanne on üksikasjades hoolikalt selgitatud ja kindlustatud hea juhendamine. Täielikult iseseisev elu täiskasvanueas on harva saavutatav. Üldiselt on sellised inimesed liikuvad ja kehaliselt aktiivsed ning enamasti on neil näha mõningast sotsiaalset arengut, mis ilmneb kontaktide loomises, kaasinimestega suhtlemises ja lihtsa sotsiaalse tegevuse võimes.

Diagnostilised juhised

IQ hinne on tavaliselt 35 kuni 49. Kogu sellele grupile on iseloomulik võimete profiili erinevus, kusjuures mõned indiviidid saavutavad visuaal-ruumilistes võimetes kõrgema taseme kui verbaalsetes ülesannetes; teised on selles oluliselt saamatamad, kuid neile meeldib sotsiaalne suhtlemine ja lihtne vestlus. Verbaalse arengu tase varieerub: mõned neist võivad osa võtta lihtsast vestlusest, teised on võimelised teatavaks tegema vaid oma põhilisi vajadusi. Mõned ei õpi kunagi kasutama kõnet, kuid võivad aru saada lihtsatest instruksioonidest ja võivad õppida kasutama žeste, kompenseerimaks mõnel määral oma kõne puudulikkust. Orgaaniline etioloogia on kindlakstehtav suuremal osal mõõduka vaimse alaarenguga isikuil. Lapseea autism või muud pervasiivsed arenguhäired on olemas väikesel osal isikuist ning neil on suur mõju kliinilisele pildile ja ravi juhtimise viisile.

Epilepsia, neuroloogiline ja kehaline võimetus on samuti tavaline, kuigi enamik mõõduka vaimse alaarenguga inimestest on võimelised kõndima ilma abistamiseta. Samal ajal on võimalikud ka muud psüühilised hälbep, kuid piiratud verbaalse arengu tase teeb nende diagnoosimise raskeks ja sõltuvaks individiga lähedastes suhetes olevatelt isikutelt saadavast informatsioonist. Kaasnevad häired tuleb kodeerida eraldi.

Sisaldab: imbetsilsus;
mõõdukas vaimne alanormaalsus;
mõõdukas oligofreenia.

F72 Raske vaimne alaareng

See kategooria on oma kliinilise pildi avalduste, mälu madalama taseme, orgaanilise etioloogia olemasolu ja lisanduvate häirete poolest üldjoontes sarnane mõõduka vaimse alaarenguga. Rubriigis F71 kirjeldatud madalamad saavutusastemed on selles grupis samuti kõige tavalisemad. Enamusel neist isikuist avaldub kliiniliselt olulisi motoorika häireid või muid kaasnevaid puudeid, mis viitavad kesknärvisüsteemi olulisele kahjustusele või arengu häirele.

Diagnostilised juhised

IQ hinne on tavaliselt vahemikus 20-34.

Sisaldab: raske vaimne alanormaalsus (*severe mental subnormality*);
raske oligofreenia

F73 Sügav vaimne alaareng

Nende isikute IQ on alla 20, mis praktikas tähendab, et neil on oluliselt piiratud võime aru saada või täita nõudmisi ja korraldusi. Enamus neist isikuist ei suuda liikuda või on tugevasti piiratud liikumisega, võimetud kontrollima oma põie ja pärasoole tegevust ja võimelised ainult väga algelistes vormides mitteverbaalseks suhtlemiseks. Nad valdavad vähesel määral või üldsegi mitte võimet hoolitseda oma põhivajaduste eest ning vajavad pidevat abi ja hooltust.

Diagnostilised juhised

IQ hinne alla 20. Kõne kasutamine ja arusaamine on nii piiratud, et parimal juhul piirdub see arusaamisega põhilistest korraldustest ja nõudmistest. Enamik põhilistest ja lihtsatest visuaal-ruumilistest eristustest ja võrdlustest on õpitavad ning selline isik on hooldaja abiga ja juhendamisel võimeline vähesel määral osa võtma kodustest ja praktilistest ülesannetest. Enamikul juhtudel on sedastatav orgaaniline etioloogia. Raske neuroloogiline või muu kehaline võimetus liikumise mõjustamisega on üldine, nagu epilepsia, nägemis- ja kuulmispuuded. Pervasiivsed arenguhäired nende raskemates vormides, eriti atüüpiline autism, on suhteliselt sagedased, eriti nende puhul, kes on liikuvad.

Sisaldab: idiotia;
sügav vaimne alanormaalsus;
sügav oligofreenia.

F78 Muu täpsustatud vaimne alaareng

Seda kategooriat kasutatakse vaid siis, kui isikute intellektuaalse taseme mahajäämuse hindamine on kaasneva sensoorse või kehalise puudulikkuse tõttu, nagu pimedus, kurtus, tummus ja rasked käitumishäired või kehaline invaliidsus, raske või võimatu.

F79 Täpsustamata vaimne alaareng

Vaimne alaareng on ilmne, kuid puuduliku informatsiooni tõttu ei ole võimalik patsienti määrata ühte või teise kategooriasse.

Sisaldab: TTa vaimne puudulikkus;
TTa vaimne alanormaalsus;
TTa oligofreenia.

F80-F89 Psüüholoogilise arengu häired e. psüühilise arengu spetsiifilised häired

Nendele häiretele on iseloomulik:

- (a) algus imiku- või lapseeas;
- (b) ajufunktsioonide arengu kahjustuse või pidurdumise tihe seos kesknärvisüsteemi bioloogilise küpsemisega;
- (c) pidev kulg ilma remissioonide ja ägenemisteta.

Enamikul juhtudel on mõjustatud ka kõne-, nägemis-ruumiline võime ja/või motoorne koordineerimine. On iseloomulik, et lapse kasvades häire nõrgeneb või kompenseerub (võimalik on kergete jääknähtude säilimine täiskasvanueaski). Tavaliselt avaldub vaimse arengu pidurdumine või kahjustus varases lapseeas ilma eelneva normaalse arengu perioodita. Enamik neist seisunditest esineb tunduvalt sagedamini poistel kui tüdrukul.

Arenguhäiretele on iseloomulik analoogiliste häirete olemasolu suguseltsis, mis tõendab geneetiliste faktorite olulist osa paljude (kuid mitte kõigi) haigusjuhtude etioloogias. Peaaegu funktsioonide arengut võivad kahjustada väliskeskonna faktorid, kuid enamasti pole see mõju nende haigete korral määrava tähtsusega. Vaatamata selles peatükis esitatud häirete üldiselt selgetele kliinilistele piirjoontele, on enamikul juhtudel nende etioloogia ebaselge, mis raskendab nende jaotamist alatüüpideks. Sellesse peatükki on võetud veel kaks erandlikku seisunditüüpi, mis ei kajastu ülddefinitsioonis.

1. Häired, millele on eelnenud mitmesuguse pikkusega normaalse arengu periood, kuid seisundi kliiniline pilt ja kulg on paljus sarnane spetsiifiliste arenguhäirete grupi omaga (näiteks lapseeas desintegratiivsed häired, Landau-Kleffneri sündroom, mõned autismi juhud). Nende etioloogia on senini ebaselge.
2. Häired, mida defineeritakse eelkõige kui funktsioonide küpsemise tempo deviatsiooni, mitte aga kui nende arengu pidurdumist (eriti autismi korral). Autism on käesolevasse peatükki paigutatud seetõttu, et sellega kaasnevad nähud on

sarnased psüühiliste hälvete puhustega ning ajufunktsioonide arengu pidurdumise ulatus muutub vähe. Pealegi ilmneb autismiga lastel haigussümptomite kattumine teiste arenguhäirete gruppide omadega nii individuaalsete iseärasuste kujunemisel kui ka perekondliku esinemise poolest.

✓ F80 Kõne ja keele spetsiifilised arenguhäired

Neile häiretele on iseloomulikud juba varasest lapseest ilmnevad keelesüsteemi omandamise raskused või pidurdunud areng. Seejuures ei tulene sellised häired otseselt neuroloogilistest või kõnemehanismi anomaalsustest, sensorsetest defektidest, vaimsest alaarengust või välisfaktorite ebasoodsast toimest. Laps võib ühtedes tuttavates situatsioonides olla parema kommunikatiivsusega või kõnest paremini aru saada kui teistes, kuid keeleliste väljenduste puudulikkus avaldub igas olukorras.

Diferentsiaaldiagnoos. Esimeseks diagnostiliseks raskuseks analoogselt teiste arenguhäiretega on nende seisundite eristamine normaalse arengu variatsioonidest. Normaalsete laste puhul varieerub laias ulatuses nii rääkima hakkamise algus kui ka kõne omandamise tempo. Sellistel normi variatsioonidel ei ole olulist kliinilist tähtsust, kuna enamus hilja rääkima hakkajatest arenevad edaspidi täiesti normaalselt. Keelearengu pidurdumise puhul lisanduvad sageli kirjutamis-, lugemis- ja häälduspuue, suhtlemisraskused eakaaslastega, tundeelu- ja käitumishäired. Seepärast on oluline spetsiifiliste kõne- ja keelearengu häirete varane ja täpne diagnoosimine. Senini pole selget piiri nende seisundite eristamiseks normaalsete arenguvariatsioonide äärmusjuhtudest, kuid kliiniliselt olulise häire diagnoosimisel on abiks neli üldist kriteeriumi: 1) häire sügavus; 2) häire avaldumise dünaamika; 3) häire struktuur; 4) kaasnevate probleemide olemasolu.

Üldreeglina võib keelearengu pidurdumist, mis langeb välja vastava vanuse normi kahekordse standardhälbe piiridest, pidada normist kõrvalekaldumiseks. Enamikul juhtudel avaldub ka täiendavaid probleeme. Vanematel lastel ei ole raskusastmel olulist diagnostilist tähendust, kuna neil on loomulik paranemis-

tendents. Neil juhtudel on häire dünaamika selgitamine kasulik indikaator. Kui uuringul osutub lapse funktsiooni nõrgenemise tase väheseks, kuid eelnevad andmed lubavad arvata keelelise arengu rasket pidurdumist, on väga tõenäoline, et käesolev seisund on pigem varasema häire jääknäht kui normaalse arengu üks variant. Tähelepanu tuleb pöörata kõne ja keelelise väljendusoskuse avaldumisele: kui need on anomaalsed (hälbinud ja mitteomased varasematele arengufaasidele) või kui lapse kõne ja keelelised väljendused sisaldavad kvalitatiivselt anomaalseid iseärasusi, siis on tõenäoliselt tegemist kliiniliselt olulise häirega. Kui kõne või keeleliste oskuste nõrgema arenguga kaasneb spetsiifiliste õpivilumuste puudulikkus (spetsiifilised kirjutamis-, lugemis- ja hääldamispuuded), suhtlemisraskused ja/või tundeelu- või käitumishäired, on ebaõige pidada neid normi variatsiooniks.

Teiseks diagnostiliseks raskuseks on nende seisundite eristamine vaimsest alaarengust või üldisest arengu pidurdumisest. Kuna intellekti mõiste hõlmab ka verbaalseid võimeid, on tõenäoline, et olulisel määral normist madalama IQ-ga lastel on ka keeleoskuse keskmine arengutase normist mõnevõrra madalam. Spetsiifilise arenguhäire diagnoos tähendab, et vastav funktsioon on olulisel määral nõrgem, võrreldes teiste tunnetusfunktsioonide tasemega. Järelikult, kui keelelise arengu häire on vaid üks osa komplitseeritud püsivast vaimsest alaarengust või arengu üldisest pidurdumisest, siis on vajalik vaimse alaarengu (F70-F79), mitte F80.- kodeerimine. Vaimsele alaarengule on iseloomulik intellektuaalse tegevuse ebaühtlane tase, eriti verbaalsete vilumuste puudulikkus, mis on raskem kui mahaäämus mitteverbaalses tegevuses. Kui neil lastel on lahknevus kõne ja muu vaimse tegevuse vahel sellise ulatusega, et on märgatav igapäevaelus, siis kõne ja keelelise arengu spetsiifiline häire tuleb kodeerida *täiendavalt* vaimse alaarengu rubriigis (F70-F79).

Kolmandaks diagnostiliseks raskuseks on nende seisundite eristamine kõnehäiretest, mis kaasuvad raskele kurtusele, mõnedele neuroloogilistele või muudele peaju struktuuride anomaaliatele. Raske kurtus varases lapseas viib alati keelelise

arengu olulisele pidurdumisele ja moondumisele. Siiski on enamikule rasketele keele retseptiivsetele arenguhäiretele üsna tavaline, et sellega kaasneb osaline kuulmisfunktsiooni puue (esmajoones kõrgemate toonide sagedusspektris). Lähtuma peaks sellest, et kui kuulmiskaotus on piisav seletamiseks kõne pidurdumist, *ei kuulu* häire rubriiki F80-F89, kui aga osaline kuulmiskaotus on ainult komplitseeriv faktor, siis häire *kuulub* antud rubriiki. Kiiret ja kindlat eristust on siiski sageli raske teha. Sama printsiip kehtib ka suhtumises peaaegu neuroloogilistesse kahjustustesse ja struktuuralesse defektidesse. Sellesse rubriiki ei kuulu ka kõvasuulae lõhest või tserebraalparalüüsist põhjustatud düsartriast tulenevad artikulatsioonihäired. Kerged neuroloogilised hälbep, millel ilmselt ei ole otsest seost kõne- ja keelearengu pidurdumisega, ei ole takistuseks selle rubriigi (F80-F89) kasutamisel.

F80.0 Spetsiifiline artikulatsioonihäire

Spetsiifilise artikulatsioonihäire puhul on lapsel kõnehäälkute kasutamise oskus väiksem eea normpiirist, kuigi tema keelelised oskused ei ole häiritud.

Diagnostilised juhised

Kõnehäälkute omandamise eal ja arengu dünaamilal on tunduval individuaalsed variatsioonid.

Normaalne areng. Kõne normaalse arengu korral on veal kõnehäälkute moodustamisel kuni nelja aasta vanuseni tavalised, kuid laps on kergesti võimeline end ümbritsevalle inimestele arusaadavaks tegema. 6.-7. eluaastaks on enamik kõnehäälkute omandatud. Kuigi mõningate häälkukombinatsioonide hääldamisel võib jääda raskusi, ei põhjusta need mingeid suhtlemisprobleeme. 11.-12. eluaastaks peaksid kõik kõnehäälkud olema omandatud.

Kõnearengu häired. Kõnearengu häired avalduval lapseas kõnehäälkute omandamise pidurdumisena ja/või artikulatsioonipuuetena, mis raskendaval ümbritsejal nende laste kõnest arusaamist. Kõnes avaldub häälkute ärajätmine, moonutamine, asendamine või häälkute ringipaigutamine hääldamisel (näiteks

laps võib hääldada foneeme mõnes sõnas korrektselt, teises sõnas mitte).

Kõne spetsiifilist artikulatsioonihäiret diagnoositakse vaid siis, kui puude raskus ületab ealise normi variatsioonide piirid; mitte-verbaalne intellekt on seejuures normi piirides. Ka ekspressiivsed ja retseptiivsed kõnevilumused on normi piirides. Artikulatsiooni- puuded ei ole seotud otseselt sensoorsete, struktuuriliste või neuroloogiliste kahjustustega. Hääldamisvead avalduvad neil lastel kõnelemisel selgesti.

Sisaldab: arenguline artikulatsioonihäire;
arenguline foneemitaju häire (*developmental phonological disorder*);
düslaalia;
funktsionaalne artikulatsioonihäire;
"r" hääldamine "l"-na (*lalling*).

Ei sisalda: artikulatsioonihäire;
TTta afaasiast (R47.0);
düsarriast (R48.2) (*apraxia*);
artikulatsioonipuudega kaasnevast ekspressiivse ja retseptiivse kõne arengu häirest (F80.1 ja F80.2);
suulaelõhest või muude suuõõne struktuuride anomaalsusest (Q354-Q38);
kuulmise kaotusest (H91.9);
vaimsest alaarengust (F70-F79).

F80.1 Ekspressiivne kõnehäire

See on kõne spetsiifiline arenguhäire, mil lapse ekspressiivne väljendusoskus on märkimisväärselt madalam ealisest normtasemest, kuid kõnest arusaamine on seejuures normi piirides. Artikulatsioonihäire võib avalduda või mitte.

Diagnostilised juhised

Lapse normaalse keelilise arengu variatsioonid on ulatuslikud. Kui aga kaheaastane laps ei ütle lihtsaid sõnu või kolmeaastane laps veel ei ütle lühikesi fraase, on see selgeks kõnearengu pidurdumise märgiks. Hiljem ilmnevad sõnavara piiratud areng,

väikese arvu kinnistunud üldmõistete liigne kasutamine, raskused kohaste sõnade ja sünonüümide valikul, võimetus rääkida pikemate lausetega, lausete ebaküps struktuur, süntaktikavead (lauselõppude ärajätmine ja selliste grammatikaüksuste nagu eessõnad, asesõnad, artiklid ning tegu- ja nimisõnad ühildumise vead). Võib esineda reeglite ebaõiget kasutamist, kõne voolavuse puudulikkust ja sündmuste järjestamise raskusi jutustades.

Sageli kaasneb kõnekeele arengu kahjustusega sõnade häälamispuudeid või kõnearengu pidurdumist.

Diagnoosi saab panna vaid siis, kui ekspressiivse kõne arengu pidurdumine ületab ealise normi. Nende laste kõnetaju võime on ealise normi piires. Mitteverbaalsete märkide (nagu naeratus ja žestid) kasutamine ja sisekõne kui kujutlusvõime peegeldus või mõtlemismängud peaksid olema suhteliselt hästi arenenud. Ka mitteverbaalne kommunikatsioonivõime peaks olema suhteliselt kahjustamata. Laps püüab vaatamata kõne kahjustusele suhelda ja kaldub kõnepuuet kompenseerima näitliku tegevuse, žestide, miimika või mittekõneliste häälitsustega. Siiski on ka veel kooliealistel lastel raskusi eakaaslastega suhtlemisel, emotsioonide häireid, käitumise labiilsust ja/või üliaktiivsust tähelepanematusega. Harvem kaasneb kuulmisnõrkus (enamasti selektiivne), millega ei ole põhjendatav keelearengu pidurdumise raskusaste. Inadekvaatne kaasatõmbamine vestlusse või ümbritsejate vähesus võivad omada suurt või kaasaaitavat rolli ekspressiivse kõne puudulikus arengus. Sellisel juhul tuleb ümbruskonnast lähtuv põhjuslik faktor märkida sobiva Z-koodi abil RHK-10 XXI peatükist. Kõnekeele kahjustus peab neil juhtudel olema ilmne juba väikelapseeest, ilma pikema normaalse kõne perioodita. Siiski ei ole sugugi harv, kui esimeste *väheste* lihtsate sõnade normaalsele kasutamisele järgneb kõnearengu ilmne pidurdumine.

Sisaldab: motoorne alaalia (*developmental dysphasia or aphasia, expressive type*).

Ei sisalda: afaasia koos epilepsiaga (Landau-Kleffneri sündroom) (F80.3);

sensoorne alaalia (*developmental aphasia or dysphasia, receptive type*) (F80.2);
TTta düsfaasia ja afaasia (R47.0);
valikuline mutism (F94.0);
vaimne alaareng (F70-F79);
pervasiivsed arenguhäired (F84.-).

F80.2 Retseptiivne kõnehäire

Sellesse rubriiki kuuluvad kõne arengu spetsiifilised häired, mil lapsel arusaamine keelelistest konstruktsioonidest on puudulikum tema eale vastavast tasemest. Peaaegu kõigil neil juhtudel on ekspressiivne kõne puudulik. Häiritud võib olla ka hääldamine.

Diagnostilised juhised

Retseptiivse kõne arengu mahajäämuse olulised tunnused: esimeseks sünnipäevaks ei reageeri laps tuttavatele nimedele (kui pole mitteverbaalseid märke); 1,5 aasta vanuselt ei suuda nimetada üldtuntud ümbritsevaid objekte; 2 aasta vanuselt ei saa aru temale esitatavatest rutiinsetest nõudmistest. Hilisemad raskused avalduvad võimetuses aru saada grammatikastruktuuridest (eitus, küsimus, võrdlus jt.), puudulikus arusaamises kõne nüanssidest (hääletoon, žestid).

Diagnoosi saab panna vaid siis, kui kõne mõtestatud tajumine on madalam eale vastavast normist ja *puuduvad* pervasiivse arenguhäire kriteeriumid. Enamasti kõigil neil juhtudel on ekspressiivse kõne areng samuti tunduvalt pärsitud, üldlevinud on häälikute hääldusvead. Spetsiifiliste kõnearengu häirete kõikide variantide korral kaasnevad ka sotsiaalsed, emotsionaalsed ja käitumishäired. Need häired ei avaldu spetsiifilises vormis, kuid üliaktiivsus, tähelepanematus, sotsiaalne kohanematus ja isolatsioon, samuti kartlikkus, sensitiivsus või liigne häbelikkus on suhteliselt sagedased. Retseptiivse kõne kahjustuse raskemate vormidega lapsed võivad mõnevõrra pidurduda oma sotsiaalses arengus, imiteerida teiste kõnet seda mõistmata ning võib avalduda mõningane huvide piiratus. Siiski erinevad need lapsed autistlikest lastest sotsiaalse suhtlemise,

normaalse imitatsioonimängu, komfordi saavutamiseks vane-
mate abi kasutamise, normilähedase žestide kasutamise ja vaid
kerge mitteverbaalse kommunikatiivse puudulikkuse poolest.
Mõningane kuulmistaseme langus kõrgemate toonide osas ei ole
neil lastel haruldane, kuid selle määr ei ole kõnearengu
kahjustuse seletamiseks piisav.

Sisaldab: sünnipärane kõnekuulmispuue (*congenital auditory
imperception*);
sensoorne alaalia (*developmental aphasia or
dysphasia, receptive type*);
Wernicke arenguafaasia;
kurtus (*word deafness*).

Ei sisalda: sekundaarne afaasia (Landau-Kleffneri sündroom,
F80.4);
autism (F84.0, 1.);
TTta düsfaasia ja afaasia (R47.0);
valikuline mutism (F94.0);
kuulmispuuetega laste kõnehilistus (H90-H91);
vaimne alaareng (F70-F79).

F80.3 Afaasia koos epilepsiaga (Landau-Kleffneri sündroom)

Afaasia koos epilepsiaga on häire, mille korral eelnenud
kõneareng on olnud normaalne, kuid haigusega seoses kaovad
nii retseptiivsed kui ka ekspressiivsed kõneoskused; üldine
intellekti tase säilib. Häire algul ilmneb EEG-s paroksüsmaalseid
avaldusi (peaaegu alati temporaalsagaras, tavaliselt mõlemal
pool, sageli koos laialdase düsrütmia) ja enamikul juhtudel
avalduvad need koos epileptiliste hoogudega. Tüüpiline on
haiguse algus 3. ja 7. eluaasta vahel, kuid võib avalduda ka
varasemas või hilisemas lapseas. Veerandil juhtudest kaob
kõneoskus järk-järgult mitme kuu jooksul, kuid sagedamini
toimub see järsku mõne päeva või nädala kestel. Ajaline seos
epileptiliste hoogude alguse ja kõneoskuse kaoga on üsna
varieeruv, kusjuures ükskõik kumb võib eelneeda teisele mõne
kuu kuni kahe aasta jooksul. On väga iseloomulik, et retseptiivne
kõnekahjustus on sügav ning kõnetaju nõrgenemine on sageli

haiguse avaldumise esimeseks tunnuseks. Osa lastest muutub sõnatuks, teised piirduvad ebamääraste hääletsustega, kolmandatel avaldub kõne voolavuse defitsiit koos hääldusraskustega. Vähestel juhtudel on kahjustatud hääle kvaliteet ja kadunud normaalne modulatsioon. Mõnikord ilmneb häire algaasis kõnefunktsioonide ebastabiilsust. Esimestel kuudel pärast kõneoskuse häirumist on üsna tavalised käitumis- ja tundeeluhäired, mis võivad hiljem mõningase suhtlemisoskuse omandamisel taanduda.

Sündroomi tekkepõhjused on ebaselged, kuid kliiniliste avalduste põhjal võib oletada entsefaliitilist protsessi. Haigusnähtude kulg on varieeruv. Umbes kahel kolmandikul lastest jääb püsima retseptiivse kõne suurem või väiksem puue ning umbes üks kolmandik paraneb täiesti.

Ei sisalda: afaasia ajutraumast, -kasvajast või mõnest muust haigusest ;
autism (F84.0, F84.1);
lapse muu desintegratiivne häire (F84.3).

F80.8 Kõne ja keele muud täpsustatud arenguhäired

Sisaldab: pudikeelsus (*lisping*).

F80.9 Kõne ja keele täpsustamata arenguhäire

Seda kategooriat peaks vältima nii palju kui võimalik ja kasutada ainult nende täpsustamata häirete puhul, mil kõne ja keele arengu oluline kahjustus ei ole seletatav vaimse alaarenguga, neuroloogiliste, sensorsete või kehaliste kahjustustega, mis otseselt mõjutavad kõne või keele arengut.

Sisaldab: TTa kõnearengu häire.

F81 Õpivilumuste spetsiifilised häired

Õpivilumuste spetsiifiliste arenguhäirete mõiste on otseselt võrreldav kõne ja keele spetsiifiliste arenguhäirete mõistega (F80.-) ning põhiolemuselt on nende definitsioon ja hindamine sarnased. Õpivilumuste omandamine kahjustub lapse arengu

varasel perioodil. Kahjustus ei tulene ainuüksi õppimisvõimaluste puudumisest ega kaasnevast koljutraumast või ajuhaigusest, vaid nende häirete korral arvatakse tegemist olevat kognitiivsete protsesside anomaalsusega mõnest bioloogilisest düsfunktsioonist. Selliseid nagu ka enamikku muid arenguhäireid on tunduvalt sagedamini poistel.

Nende seisundite diagnoosimisel on 5 liiki raskusi.

1. Neid seisundeid on vaja eristada õpiedukuse normivariantidest. Probleemid on samad nagu kõnearengu häiretelgi ja õpihäirete raskuse hindamiseks kasutatakse samu kriteeriume (koos modifikatsioonivajadusega, arvestades kõnearengut kui õpiedukuse olulist osa).
2. On vaja arvestada lapse normaalse arengu kulgu. See on tähtis kahel põhjusel.
 - (a) Häire raskus. Näiteks 1-aastane mahajäämus lugemisoskuses 7-aastaselt lapsel on teistsuguse tähtsusega kui 1-aastane mahajäämus 14-aastaselt.
 - (b) Häire dünaamika arengu käigus. On tavaline, et kõnearengu pidurdumine eelkoolieas kaob, kusjuures säilib lugemispidurdus, mis omakorda väheneb noorukieas. Varases täiskasvanueas võib jääknähuks olla raske õigekirjahäire. Seega on seisund sama, kuid sümptomid muutuvad vastavalt eale, mistõttu diagnoosimisel tuleb arvestada arengulist muutust.
3. Õpivilumused tekivad õppimisel ja õpetamisel, nad *ei ole* ainult bioloogilise küpsemise tagajärg. Lapse oskuste tase sõltub paratamatult nii perekondlikest tingimustest ja õpetamisest kui ka individuaalsetest iseärasustest. Kahjuks ei ole õpiraskuste diferentseerimisel kindlaid kriteeriume, sest puuduvad adekvaatsed pidepunktid, eristamiseks neid individuaalsest eripärasest. On põhjust eeldada, et eristamine on siiski võimalik ja kliiniliselt põhjendatud, kuid diagnoosimine on igal eril juhul keeruline.
4. Kuigi uurimistulemused toetavad hüpoteesi, et õpivilumuste arengu spetsiifiliste häirete põhjuseks on kognitiivsete protsesside hälbed, ei ole iga üksiku lapse puhul kerge eristada

lugemisraskusi *põhjustavaid* faktoreid nendest, mis tulenevad halvast lugemisoskusest. Mõnedel andmetel võivad lugemishäirete põhjuseks olla rohkem kui üht tüüpi kognitiivse tegevuse hälbet, mis raskendab diagnoosimist.

5. On ebaselge, milline oleks parim viis õpivilumuste spetsiifilisi häireid alagruppideks jaotada.

Lapsed õpivad lugema, kirjutama, häälima ja arvutama kodus või lasteasutuses. Õpetamine algab eri maades erisuguses eas, erinevad on õppeprogrammid ja järelikult erinevad ka vilumused, mida lastelt teatud vanuses oodatakse. Eri riikide laste taseme võrreldamatus on suurim algkooliaastail (umbes 11 aasta vanuseni) ning komplitseerib õpivilumuste häirete definitsiooni väljatöötamist, mis oleks kehtiv kogu populatsiooni kohta.

Kõigi haridussüsteemide korral on igas koolilaste vanusegrupis õpilaste teadmiste ja vilumuste ulatus varieeruv. Osal lastest ilmneb vähene edukus mõnedes spetsiifilistes ainetes, võrreldes nende üldise intellektuaalse tasemega.

Õpivilumuste spetsiifilised häired sisaldavad häirete gruppe, mis avalduvad õpivilumuste omandamise spetsiifilistes ja olulistes kahjustustes. Õpivilumuste arengu spetsiifilised häired ei ole teiste ebasoodsate faktorite mõju otsene tagajärg (nagu vaimne alaareng, suured neuroloogilised puuded, nägemise või kuulmise korrigeerimatu puudulikkus või tundeeluhäired), kuid võivad esineda nendega samaaegselt. Õpivilumuste spetsiifilised häired ilmnevad sageli koos teiste kliiniliste sündroomidega (tähelepanu puudulikkuse või käitumishäire sündroom) või muude arenguhäiretega (motoorsete funktsioonide või kõne ja keele arengu spetsiifilised häired).

Õpivilumuste arengu spetsiifiliste häirete etioloogia ei ole teada, kuid oletatakse bioloogiliste faktorite primaarsust, mis koos mittebioloogiliste faktoritega (nagu õppimisvõimalused ja õpetamise kvaliteet jne.) viivad häirete avaldumiseni. Kuigi need häired on seotud ka bioloogilise küpsemisega, ei ole alust oletada, et nende häiretega laste areng on lihtsalt tavalisest aeglsem ja normi saavutavad nad hiljem. Paljudel juhtudel säilivad nende häirete jääknähud nii nooruki- kui ka

täiskasvanueas. Sellele vaatamata on vajalik diagnostiline tunnus, et häired ilmneksid mingis vormis varases koolieas. Lapsed võivad hilisemas koolieas õppimises maha jääda, mis raskendab hariduse omandamist (põhjuseks huvi kaotamine õppimise vastu, halb õpetamise kvaliteet, tundeühäired, ülejõukäivad nõudmised), kuid sellised probleemid ei kuulu õpivilumuste spetsiifiliste häirete alla.

Diagnostilised juhised

Iga õpivilumuste spetsiifilise häire diagnoosimiseks on nõutavad mitu põhilist tunnust.

1. Peab esinema spetsiifilise õpivilumuse kliiniliselt oluline kahjustus, mille üle saab otsustada järgmiste asjaolude alusel: õppeprotsessis ilmnevad raskused (nt. õppeedukus on nii madal, nagu see esineb vähem kui 3%-l koolilastest); arengu varasematel etappidel esinenud hälbed (näiteks eelkoolieas täheldatud arengupuuded või -hälbed, kõige sagedamini kõnes ja keeles); lisaprobleemid (tähelepanematus, püsimatus, käitumisprobleemid, tundeühäired); normaalsele arengule kvalitatiivselt mitteomaste tunnuste olemasolu ning sellise seisundi püsivuse alusel (näiteks õpiraskused ei vähene või ei kao kiiresti, vaatamata abi tõhustamisele kodus ja/või koolis).
2. Kahjustus on spetsiifiline, s.t. ei ole seletatav ainuüksi vaimse alaarenguga või intellektilangusega. Kuna IQ tase ja õppeedukus ei ole täpses vastavuses, siis hinnangut lapse õpivilumusele saab anda vaid individuaalselt vastava kultuuri- ja haridussüsteemiga kohandatud ja standardiseeritud IQ testi põhjal. Selliseid teste tuleb kasutada koos statistiliste tabelitega, mis sisaldavad kõigi vanuseastmete jaoks igale IQ tasemele vastava oodatava keskmise saavutustaseme. Statistilise regressiooni efektide tõttu võib diagnoos, mis saadakse, lahutades vaimsest vanusest saavutusvanuse, põhjustada suuri eksimusi. Igapäevases kliinilises praktikas on siiski vähetõenäoline, et neid nõudeid enamikul juhtudel arvestatakse. Seepärast on põhiliseks juhiseks lapse

saavutustaseme oluliselt madalam väärtus, võrreldes selle vanuse jaoks ootuspärasega.

3. Kahjustus on arenguline selles tähenduses, et see peaks avalduma varases koolieas ega tohi olla tekkinud hilisema haridustee käigus. Seda peaks tõendama õpiedukuse dünaamika.
4. Õpivilumuste puudulikku arengut põhjustavad välised faktorid peaksid puuduma. Nagu on näidatud eespool, baseerub õpivilumuste arengu spetsiifilise häire diagnoos kliiniliselt õppimises oluliste raskuste olemasolul, mis assotsieerub sisemiste arengufaktoritega. Siiski tuleb arvestada, et edukaks õppimiseks peavad lapsed omama adekvaatseid õppimisvõimalusi. Seega, kui on selge, et halb õpiedukus on tingitud otseselt pikaajalisest koolist puudumisest ilma kodus õpetamiseta või ebaadekvaatsest õpetamisest, siis neid häireid selles rubriigis ei kodeerita. Ka sagedane koolist puudumine või katkestused seoses koolide vahetamisega ei ole tavaliselt küllaldane, andmaks õpivilumuste arengu pidurdumist sellisel määral, mis on vajalik diagnoosiks. Nõrk koolitus võib siiski komplitseerida või täiendada diagnostilist probleemi ja kooliskäimisega seotud tegureid tuleks kodeerida Z-ga RHK-10 XXI peatükist.
5. Õpivilumuste arengu spetsiifilised häired ei tohiks olla kuulmise ja nägemise korrigeerimatute kahjustuste otseseks tagajärjeks.

Diferentsiaaldiagnoos. Kliiniliselt on oluline eristada õpivilumuste spetsiifilist häiret mõnest kergest neuroloogilisest häirest või raskemast haigusest (tserebraalparalüüs), millel võivad olla samasugused ilmingud. Praktikaks on selline diferentseerimine sageli raske, sest ebaselge on kerge neuroloogilise sümptomaatika osatähtsus ülalnimetatud häirete geneesis ning uurimiste tulemusel pole leitud õpivilumuste spetsiifiliste häirete kulu ja iseloomu olulisi erinevusi, vaatamata sellele, kas esineb selget neuroloogilist düsfunktsiooni või mitte. Järelikult on vajalik, et olemasolevad kaasnevad häired oleksid kodeeritud eraldi sobivas neuroloogiliste häirete klassifikatsioonis.

F81.0 Spetsiifiline lugemishäire

Sellele seisundile on iseloomulik spetsiifiline ja ilmne lugemisvilumuse arengu häirumine, mis ei ole seletatav ainuüksi ealise ebaküpsusega, nägemisteravuse puudulikkusega või ebaadekvaatse õpetamisega. Loetu mõttest arusaamise võime, loetud sõnade tähenduse mõistmine, suuline lugemisoskus ja lugemispala esitus võivad olla puudulikud. Õigekirjaraskused esinevad sageli koos spetsiifiliste lugemishäiretega, mis vaatamata mõningale progressile lugemisvilumuses, püsivad ka teismelises eas. Spetsiifilise lugemisvilumuse häirega laste anamneesis on sageli andmeid kõne ja keelelise arengu häirete kohta varasemas eas ning käesoleva keelelise taseme mitmekülgne hindamine toob tihti esile ka muid häireid. Peale nõrga õpiedukuse, ebaregulaarse osavõtu koolitööst ja sotsiaalsete kohanemiskeskuste on neil lastel sageli probleeme käitumisega, eriti algkooli vanemates klassides ja keskkooliaastail. Käitumishälbeid on leitud kõigi tuntud keelte puhul, kuid tänini on ebaselge, kas selliste häirete esinemissagedus sõltub keele iseärasustest ja/või kirjapildist.

Diagnostilised juhised

Lapse lugemisvilumuse tase on tunduvalt madalam sellest, mis on oodata lapse east, intellekti tasemest ja klassist lähtudes. Siin on vajalik standardiseeritud testide alusel individuaalselt hinnata lugemist, hoolikust ja taiplikkust. Lugemishälvete täpne iseloom sõltub oodatavast lugemisvõimest, keelelistest oskustest ja kirjapildist. Siiski tuleb arvestada, et tähti kirjutama õppides võib ette tulla raskusi tähestiku meeldejätmisega, tähtede nimetuse korrektse ütlemisega, sõnade riimimisega ja/või foneemide analüüsimise või häälikute kategooriatesse jaotamisega (vaatamata normaalsele kuulmisteravusele). Edasistel arenguastmetel võib ette tulla mitmesuguseid lugemishälbeid, nagu:

- (a) tähtede vahelejätmine, asendamine, moonutamine või teiste sõnade või silpide lisamine;
- (b) aeglane lugemine;
- (c) lugemise valesti alustamine, eelnev pikk kõhklemine, lugemisjärje kaotus või lause ebakorrektsus;

(d) lausetes sõnade või sõnades häälikute ümberpaigutamine või tagurpidi lugemine.

Samuti võib esineda puudulikku arusaamist loetust, mis ilmneb

(e) võimetuses meeles pidada loetud fakte;

(f) võimetuses teha loetust järeldusi või kokkuvõtet;

(g) vastates küsimustele loetud jutu kohta lähtutakse oma üldteadmistest, mitte konkreetse jutu sisust.

Hilisemas lapseas ja täiskasvanuna on iseloomulik, et häälimisraskused on suuremad lugemispuudulikkusest. Häälikute hääldamisel ilmneb sageli foneetilisi ebatäpsusi ja vigu ning näib, et nii lugemise kui ka häälimise hälbepidamine lapsel võivad osaliselt tuleneda foneemianalüüsivõime kahjustusest. Seni on veel liiga vähe teada häälimisvigade iseloomust ja esinemissagedusest lastel, kes õpivad lugema mittefoneetilises keeles, samuti on vähe andmeid vigade tüüpidest tähestikuta üleskirjutuste puhul.

Spetsiifilistele lugemishäiretele eelnevad tavaliselt kõne ja keele arengu häired. Osal juhtudel läbib laps kõnearengu etapid normaalselt, kuid siiski võib esineda kuulmisfunktsiooni puudeid, nagu helide iseärasuste ebatäpne määramine, riimimine, kõnes häälikute eristamise ebatäpne, helide järjestuse meelepidamise, kuulmisassotsiatsioonide loomise puudulikkus. Mõnel juhul võivad lisanduda ka nägemisfunktsiooni puudulikkuse ilmingud (ebatäpsused tähtede diskrimineerimise võimes). Kõik siin ülaltoodu kehtib esmajoones äsja lugema õppimist alustanud laste kohta ja järelikult ei ole need häired otseselt seotud halva lugemisoskusega. Tähelepanu puudulikkus, mis sageli kaasneb üliaktiivsuse ja impulsiivsusega, on neil lastel laialt levinud. Arenguhäirete tunnused ja nende raskus eelkoolieas varieeruvad märgatavalt, kuid eeltoodud probleemid on sageli kaasnevalt olemas.

Kaasnevad tundeelu- ja/või käitumishäired neil lastel on laialt levinud just koolieas, seejuures avalduvad tundeeluhäired rohkem nooremas koolieas, hüperaktiivsuse sündroom ja käitumishäired enamasti kesk- ja vanemas koolieas. Sagedased

on madal enesehinnang, kohanemiskeskused koolis ning häiritud suhted eakaaslastega.

Sisaldab: tagurpidi lugemine;
arengudüsleksia;
spetsiifiline lugemisvilumuse arengu pidurdus;
lugemishäirega seostatavad õigekirjaraskused
(*spelling difficulties associated with a reading disorder*).

Ei sisalda: omandatud aleksia ja düsleksia (*acquired alexia and dyslexia*) (R48.0);
sekundaarsed lugemiskeskused seoses tundeelu häiretega (F93.-);
lugemiskeskustega mitteseostatavad
õigekirjapuuded (F81.1).

F81.1 Spetsiifiline õigekirjahäire

Selle häire põhiliseks tunnuseks on spetsiifiline ja oluline õigekirjavilumuste arengu puue, kusjuures puuduvad spetsiifilised lugemishäired ning nende häirete avaldumist ei saa seostada ealise ebaküpsusega, nägemisteravuse puudulikkusega ega mitteametliku õpetamisega. Neil juhtudel on ka sõnade korrektne häälimine ja kirjutamine häiritud. Ainuüksi halva käekirjaga lapsed ei kuulu siia rubriiki, kuigi mõnel juhul kaasnevad kirjutamisprobleemidega foneemi- ja häälikuanalüüsi raskused. Erinevalt spetsiifilistest lugemishäiretest on häälimine tavaliselt foneetiliselt korrektne.

Diagnostilised juhised

Nende häirete diagnoosimisel on lapse õigekirjaoskused oluliselt puudulikud, võrreldes eale vastava tasemega, üldise intellektiga ja kooliklassiga. Õigekirjapuudeid on soovitatav hinnata individuaalselt määratavate standardiseeritud testide alusel. Lapse lugemisvilumused (arvestades nii hoolikust kui ka taiplikust lugemisel) võivad olla seejuures normaalsed ning anamneesis ei pruugi olla viiteid eelnevatele lugemiskeskustele. Õigekirjahäired ei ole tingitud otseselt mitteametlikust

õpetamisest või seostatavad kuulmis- või nägemispuudlikkusega või neuroloogiliste häiretega. Samuti ei saa nende teket seostada mõne neuroloogilise, psüühilise või muu haigusega.

Need häired on tuntud kui puhtad õigekirjahäired, nendest eristatakse lugemishäiretega kaasnevaid õigekirjapuudeid. Senini on ebapiisavalt andmeid nende isikute eelneva elukäigu, häirete kulu, hilisema prognoosi ning korrelatsioonide kohta teiste spetsiifiliste õpivilumuste häiretega.

Sisaldab: spetsiifiline õigekirja arengu pidurdus (ilma lugemishäireta) [*specific spelling retardation (without reading disorder)*].

Ei sisalda: sekundaarne õigekirjahäire (R48.8);
lugemishäirega seostatavad õigekirjaraskused (F81.0);
õigekirjaraskused mitteadekvaatsest õpetamisest (Z55.8).

F81.2 Spetsiifiline arvutamisvilumuste häire

Häire seisneb arvutamisvilumuste arengu spetsiifilises puudes, mis ei ole seletatav ainuüksi üldise vaimse mahajäämusega või mitteadekvaatse õpetamisega. Selline puue hõlmab põhiliste arvutamisvilumuste valdamist, nagu liitmine, lahutamine, korrutamine ja jagamine. Algebra, trigonomeetria, geomeetria ja arvutusmeetoditega seotud abstraktsete matemaatiliste oskuste häired ei kuulu siia.

Diagnostilised juhised

Lapse arvutamisvilumused on oluliselt halvemad kui lapse ea, üldise intellekti ja kooliklassi alusel võiks arvata. Parim viis lapse arvutamisvilumuste hindamiseks on anda talle individuaalselt lahendamiseks standardiseeritud aritmeetilisi teste. Lapse lugemis- ja õigekirjavilumused peaksid olema eale vastavuse piirides. Raskused aritmeetikas ei ole põhjustatud mitteadekvaatsest õpetamisest või otseselt kuulmise, nägemise või

neuroloogiliste funktsioonide defektist. Samuti ei kaasne nad neuroloogiliste, psüühiliste või muude defektidega.

Arvutamishäireid on vähem uuritud kui lugemishäireid ja andmeid nende isikute eelneva eluperioodi, häire kulu, hilisema prognoosi ja häirete korrelatsioonide kohta teiste spetsiifiliste õpivilumuste puuetega on üsna vähe. Siiski on paljudel neil lastel, erinevalt lugemishäirega lastest, leitud kuulmistaju ja verbaalsete oskuste normaalne tase, kuid visuaal-ruumilise ja nägemistaju vilumused võivad olla häiritud. Osal lastest avalduvad lisaks ka probleemid emotsioonidega, sotsiaalsete suhetega ja käitumisega. Senini on vähe andmeid nende esinemissageduse ja iseärasuste kohta. Arvatakse, et sotsiaalsete suhete raskused on tavalised.

Raskused aritmeetikas avalduvad mitme variandina:

matemaatiliste operatsioonide aluseks olevate üldmõistete tähendusest arusaamise raskused;

puudulik arusaamine matemaatilistest oskussõnadest ja märkidest;

numbriliste sümbolite mitteäratundmine;

tavaliste matemaatiliste tehete sooritamise raskused;

raskused arusaamisel, millised numbrid on ülesande lahenduse otsimisel olulised;

raskused numbrite järjestamisel ja kümnenndkohtade ning sümbolitega opereerimisel arvutuste käigus;

matemaatiliste tehete ebakorrektno ruumiline paigutus;

võimetus rahuldavalt selgeks õppida korrutustabel.

Sisaldab: arenguakalkuulia (*developmental acalculia*);
arvutamislilumuse arengu häire (*developmental arithmetical disorder*);
Gerstmanni arengusündroom.

Ei sisalda: sekundaarne arvutamishäire (R48.8);
arvutamishäired koos lugemis- või õigekirjahäirega (F81.1);

arvutamiskeskused peamiselt mitteadekvaatsest õpetamisest (Z55.8).

F81.3 Spetsiifilised segatüüpi häired

Spetsiifilised segatüüpi häired on raskesti defineeritav, eba-
piisava täpsusega määratud selliste õpihäirete jääkkategooria,
mil on kahjustatud nii arvutamiskui ka lugemis- ja õigekirja-
vilumus, kuid kahjustus ei ole seletatav ainuüksi üldise vaimse
arengu mahajäämusega või mitteadekvaatse õpetamisega. Seda
rubriiki võiks kasutada selliste seisundite märkimiseks, mis
vastavad kriteeriumidele nii rubriikides F81.2 kui ka rubriigis
F81.0 või F81.1.

Ei sisalda: spetsiifiline arvutamiskeskuste häire (F81.2);
spetsiifiline lugemishäire (F81.0);
spetsiifiline õigekirjahäire (F81.1).

F81.8 Muud täpsustatud õpivilumuste häired

Sisaldab: vaegkirjutamine (*developmental expressive writing disorder*).

F81.9 Täpsustamata õpivilumuste häire

Seda rubriiki on vaja vältida niipalju kui võimalik ja kasutada vaid
selliste täpsustamata õpivilumuste häirete märkimiseks, mil
esinevad olulised õpihäired, mida ei saa seostada vaimse arengu
mahajäämusega, nägemisteravuse probleemidega või mitte-
adekvaatse õpetamisega.

Sisaldab: TTta võimetus omandada teadmisi (*knowledge acquisition disability NOS*);
TTta õppimisvõimetus;
TTta õppimishäire.

F82 Motoorika spetsiifiline arenguhäire

Spetsiifilisele motoorikahäirele on iseloomulik motoorse
koordinatsiooni raske puue, mida ei saa seostada ainuüksi
intellektuaalse puudulikkusega ega spetsiifilise, kaasasündinud

või omandatud neuroloogilise häirega. Motoorsele kohmakusele kaasneb tavaliselt ka mõningane nägemis-ruumilise tunnetuse puudulikkus.

Diagnostilised juhised

Lapse motoorne koordineatsioon, peen- ja üldmootorika avaldused on märgatavalt madalamal tasemel, kui peaks olema lapse iga ja intellekti taset arvestades. Üld- ja peenmootorika koordineatsiooni hindamiseks on sobiv kasutada standardiseeritud individuaalselt määratavaid mootorika uurimise teste. Koordineatsiooniraskused võivad ilmned juba varases eas (s.t. nad ei ole seotud omandatud motoorse puudulikkusega), neil ei ole otsest seost nägemis- või kuulmisdefektiga või mõne diagnoositava neuroloogilise haigusega.

Üld- ja peenmootorika häire avaldumise ulatus on varieeruv ning mootorikahäire tunnused sõltuvad ka east. Motoorne areng võib pidurduda ning sellega võivad kaasneda ka kõne ja keele arengu raskused (eriti puudutab see artikulatsiooni). Väikelaps võib olla ebakindla, kohmaka kõndimisviisiga, aeglasemalt õppida jooksuma, hüplema, trepist üles ja alla käima. Sellistel juhtudel kaasnevad tõenäoliselt ka raskused kingapaelte sidumisel, nõõpimisel, palli viskamisel või püüdumisel. Lapse peen- või üldmootorne kohmakus avaldub olmesituatsioonides: laps kaldub asju käest pillama, komistama, esemetega kokku põrkama, tal on halb käekiri. Joonistamisoskus on tavaliselt halb ja sellise häirega lapsed panevad halvasti kokku ka mosaiikpilte, ehitusmudeleid ja konstrueeritavaid mänguasju, neil on raskusi pildilt detailide leidmisel.

Hoolikas kliiniline uurimine näitab, et enamikul neist lastest on ebaküps närvisüsteemi areng, lõdvas jäsemes ilmneb koreaatilisi tõmbulsi, peegelliigutusi ja muid motoorseid fenomene, samuti halba peen- ja üldmootorset koordineatsiooni (üldiselt kirjeldatakse neid fenomene kui kergeid neuroloogilisi häireid, sest nende avaldumine nooremas lapseeas on normaalne ja neil pole diagnostilist väärtust). Kõõlusrefleksid lapseeas võivad olla bilateraalselt elavnenu või nõrgenenu, kuid mitte asümmeetriliselt väljendunud.

Osal lastest võivad ilmnedä märgatavad õpiraskused. Mõnel juhul avalduvad ka sotsiaal-emotsionaalsed käitumisprobleemid.

Ei esine diagnoositavat neurooloogilist haigust (nagu tserebraal-paralüüs või lihasedüstroofia). Osal juhtudel on anamneesis perinataalsed komplikatsioonid, väga väike sünnimass või enneaegne sünnitus.

Laste kohmakuse sündroomi nimetatakse sageli minimaalse ajukahjustuse düsfunktsiooniks, kuid seda määratlust ei soovitata kasutada, sest sellel on palju erisuguseid ja vastukäivaid tähendusi.

Sisaldab: lapse kohmakuse sündroom;
arenguline koordinatsioonihäire;
arenguline düspraksia.

Ei sisalda: ebanormaalne kõnd ja liikumine (*abnormalities of gait and mobility*) (R26.-);
sekundaarne koordinatsiooni puudulikkus (R27.-),
tingituna vaimsest alaarengust (F70-F79) või mõnest spetsiifilisest neurooloogilisest häirest (G00-G99).

F83 Segatüüpi spetsiifilised arenguhäired

Segatüüpi spetsiifilised arenguhäired on raskesti defineeritav, ebapiisava täpsusega määratletud häirete kategooria, mille puhul spetsiifilised keele-/kõne-, õpivilumuste ja/või mootorsete funktsioonide häired on segunenud. Mitte ükski nendest häiretest ei domineeri piisavalt, et olla omaette diagnoositav. Iga sellele spetsiifilise vilumuse arengu pidurdumisele on iseloomulik mõningane kognitiivsete funktsioonide kahjustus. Seda psüühilise arengu segahäire rubriiki on soovitatav kasutada vaid siis, kui häired suures osas kattuvad ning düsfunktsioon vastab kahele või enamale F80.-, F81.- ja F82 häirele.

F84 Pervasiivsed arenguhäired

Pervasiivsete arenguhäirete all mõistetakse vastastikuse sotsiaalse mõjutamise ja suhtlemise kvalitatiivset kahjustust, millega kaasneb huvide ning tegevusaktiivsuse piiratus,

stereotüpsus ja monotoonne korduvus. Need normist kvalitatiivselt erinevad hälbepäht on püsivateks, kõigis olukordades ilmnevateks tunnusteks, mis varieeruvad vaid avaldumise intensiivsuse poolest. Enamikul juhtudel on lapse areng anomaalne juba imikueast ja vaid mõnel manifesteerub seisund esimese viie eluaasta jooksul. Tavaliselt (mitte alati) täheldatakse neil ka üldist kognitiivsete funktsioonide kahjustust. Pervasiivseid arenguhäireid määratletakse lapse *käitumise* muutuste alusel, võrreldes nende tegevust vaimsele vanusele iseloomuliku käitumisega (vaatamata sellele, kas on mahajäämust või mitte). Pervasiivsete arenguhäirete jaotamisel alaliikideks on mõningaid laharvamusi.

Mõnikord on need häired seostatavad (arvatavasti sellest ka tingitud) mõne läbipõetud või olemasoleva haigusega (kõige sagedamini imikukrambid, üsasiseses perioodis läbipõetud punetised, tuberoosne skleroo, tserebraallipidoos või fragiil-x kromosoomianomaalia). Neid häireid tuleb diagnoosida siiski vaid käitumises avalduvate iseloomulike tunnuste alusel, vaatamata mõne muu haiguse kaasnemisele või mitte. Kõiki kaasnevaid haiguslikke seisundeid tuleb siiski eraldi täiendavalt kodeerida. Vaimne alaareng ei ole pervasiivsete arenguhäirete üldine tunnus, mistõttu selle olemasolul on vajalik ta täiendav kodeerimine (F70-F79).

✓ **F84.0 Lapse autism**

Lapse autism on pervasiivsete arenguhäirete selline liik, millele on iseloomulik psüühika hälbepäht ja/või kahjustatud areng, haigusliku seisundi manifesteerumine enne 3. eluaastat ning häirete avaldumine kolmes valdkonnas: vastastikusel sotsiaalses mõjutamises, suhtlemises ja piiratud stereotüpses käitumises. Poistel avaldub see häire 3-4 korda sagedamini kui tüdrukutel.

Diagnostilised juhised

Lapse autismi korral puudub tavaliselt normaalse arengu eelperiood, või kui see esineb, ei ületa see 3. eluaasta piiri. Haiguse manifesteerumisel avaldub alati vastastikuste sotsiaalsete mõjustuste kvalitatiivne muutus. Neil juhtudel ilmneb

teiste inimeste sotsiaalse tegevuse ja emotsioonide ebaõige hindamine: võimetus adekvaatselt reageerida ümbritsejate emotsioonidele ja/või sotsiaalse situatsiooni muutusele; sotsiaalsete signaalide puudulik kasutamine; käitumises sotsiaalse, emotsionaalse ja kommunikatiivse komponendi nõrk integreeritus. Eriti oluline tunnus on retsprooksuse kadu suhtlemisel. Analoogselt sellega on kõigile neile isikuile iseloomulik kommunikatiivsuse kvalitatiivne muutus. See avaldub võimetus olemasolevat keeleoskust suhtlemises kasutada, rolli- ja imitatsioonimängude puudulikkusena, vestluses kontakti halva sünkroniseerituse ja retsprooksuse kaona, mõtteprotsessides fantaasiate ja loovuse kaona, kõneavalduste väheses paindlikkuses, emotsionaalse vastusreaktsiooni puudumisena teiste inimeste verbaalsetele ja mitteverbaalsetele pöördumistele, kõnekommunikatsioonil emotsionaalse rõhu ja rütmivariatsioonide puuduliku avaldumisena ning saatva miimika ja žestikulatsiooni tähendusrikkuse kaona.

Lapse autismile on samuti iseloomulik käitumise, huvide ja aktiivsuse monotoonsus, korduvus ja stereotüüpsus, mis igapäevases tegevuses ja suhtlemises kaldub muutuma riiidseks ja rutiinseks. Tavaliselt avaldub selline omapärane käitumislaid nii uutes tegevustes kui ka igapäevaharjumustes ja mängus. Varases lapseas võib avalduda eriline kiindumus ebatavalistesse, tüüpilistel juhtudel just kõvadesse objektidesse. Oma tegevuses võivad lapsed demonstreerida erilist püüdu sooritada mitmesuguseid rutiinseid mittefunktsionaalseid rituaale. Need võivad avalduda stereotüüpse hõivatusena omapärasest huvist kuupäevade, kalendri, marsruutide, sõiduplaanide vastu. Sageli esineb neil motoorseid stereotüüpiid. Reeglina täheldatakse erilist huvi objektide mittefunktsionaalsete elementide vastu (nende maitsmine, nuusutamine), samuti vastuseisu rutiinse elukorralduse või vahetu keskkonna muutusele (nt. kodu kaunistuses või mööbli paigutuses).

Peale nende spetsiifiliste diagnostiliste tunnuste võib autismiga lastel sageli avalduda hulk teisi mittespetsiifilisi nähte:

kartused/foobiad, une- ja söömishäired, ärritus- ja agressiivsus-hood. Ka enesevigastamine (näiteks käsivarre hammustamine) on üsna laialt levinud, eriti neil juhtudel, kui kaasneb raske vaimne alaareng. Enamikul autismiga indiviididel avaldub oma tegevuse organiseerimisel ja vaba aja sisustamisel aspontaanus, initsiatiivitus ja loominguilisuse puudumine, raskused otsuste tegemisel (isegi siis, kui ülesanded vastavad nende võimetele). Lapse vanemaks saades autismi spetsiifilised avaldused muutuvad, kuid puuded nende isiksuse struktuuris püsivad ka täiskasvanueas, ilmnedes üldjoontes samasuguste sotsialisat-siooni- ja kommunikatsiooniprobleemidena. Lapse autismi diagnoosi püstitamiseks on nõutav, et arenguhälbed oleksid avaldunud esimesel kolmel eluaastal, kuid seda sündroomi võib diagnoosida ka kõigis teistes eagruppides.

Autismi korral võib leida kõiki IQ väärtusi, kuid oluline vaimse arengu mahajäämus leitakse 3/4 juhtudest.

Sisaldab: autistlik häire;
infantiilne autism;
infantiilne psühhoos;
Kanneri sündroom.

Diferentsiaaldiagnoos. Peale pervasiivsete arenguhäirete üle-jäänud liikide tuleb seda seisundit eristada retseptiivsest kõnehäirest (F80.2), millega kaasnevad sekundaarsed sotsiaal-sed ja emotsionaalsed probleemid; reaktiivsest kiindumishäirest (F94.1) või valikuta kiindumisest (F94.2); vaimsest alaarengust (F70-F79), millega kaasnevad tundeelu- ja käitumishäired; ebatavaliselt varase algusega skisofreeniast (F20.-); Rett'i sündroomist (F84.2).

Ei sisalda: autistlik psühhopaatia (F84.5).

F84.1 Atüüpiline autism

Atüüpiline autism on pervasiivne arenguhäire, mis erineb autismist *kas* haiguse alguse ea *või* kõigile kolmele põhilisele diagnostilisele kriteeriumile mittevastavuse poolest. Näiteks võib anomaalne seisund ja/või kahjustatud areng manifesteeruda pärast 3. eluaastat ja/või hälbed avalduvad ainult ühes *või* kahes

autismi diagnoosimiseks vajalikust kolmest psühhopaatoloogia valdkonnast (nimelt retsiprookse sotsiaalse suhtlemise ja kommunikatsiooni häire ning korduv ühetaoline stereotüüpne käitumine), kuigi teistes psüühikasfäärides võib ilmnedat tüüpilisi anomaalsusi. Selliseid atüüpilisi seisundeid täheldatakse kõige sagedamini raske vaimse alaarenguga indiviididel, kelle funktsioneerimise madal tase ei võimalda küllaldaselt avaldada autismile iseloomulikke käitumise iseärasusi. Atüüpiline autism võib olla ka raske retseptiivse kõnehäirega isikul. Seega on atüüpiline autism siiski autismist oluliselt erinev seisund.

Sisaldab: lapse atüüpiline psühhoos;
autismi tunnustega vaimne alaareng.

F84.2 Retti sündroom

Seda seisundit on kirjeldatud vaid tüdrukuil, kusjuures häire põhjus on senini ebaselge. Retti sündroomi diagnoositakse iseloomuliku alguse, kulu ja sümptomite alusel. Häire algab tavaliselt varases või keskmises lapseas. Sündroomi manifesteerumisele eelneb normaalse või normilähedase arengu periood, millele varases lapseas järgneb käeliste oskuste ja kõne osaline või täielik kadu koos pea kasvu lakkamisega (tavaliselt 7-24 kuu vanuselt). Sellele sündroomile peetakse eriti iseloomulikuks sihipäraste käeliigutuste kadumist, käte pigistuse ja väänamisstereotüüpia teket ning episooditi hüperventilatsioonihoogude avaldumist. Esimesel 2-3 aastal on pärsitud sotsiaalne ja mänguline areng, kuid sotsiaalsed huvid võivad säilida. Keskmises lapseas lisanduvad apraksia ja kehatüve ataksia, ilmneb skolios või küfoskolios ning koreoatetoidsed liigutused. Alati tekib raske vaimne puudulikkus. Varases või keskmises lapseas tekivad sageli krambid.

Diagnostilised juhised

Enamikul juhtudest avaldub sündroom 7. ja 24. elukuu vahel. Kõige iseloomulikumaks tunnuseks on sihipäraste käeliigutuste ja peenmotoorsete manipulatiivsete vilumuste kadu, millega kaasneb keelearengu täielik peetumine või kadu. Iseloomulikud on ka rinna või lõua kõrgusel labakätega tehtavad stereotüüpsed

looklevad väänamis- või pesemisliigutused, käte stereotüüpne niisutamine süljega, oskamatus õigesti toitu närida, sagedad hüperventilatsiooniepisoodid ning peaaegu alati võimetus kontrollida pärasoole ja kusepõie tegevust. Sageli täheldatakse ka keele suust väljaajamist, süljevoolu ning omandatud suhtlemisoskuse kadu. Retti sündroomi korral on varases lapseas tüüpiline, et kuigi need lapsed ei kontakteeru sotsiaalselt ümbritsetajatega, säilitavad nad teatava sotsiaalse naeratuse või vaatavad inimestest mööda või läbi (kuigi sotsiaalne suhtlemine võib sageli areneda hiljem). Seismine ja kõnd muutuvad ebakindlaks, nad hakkavad harkisjalu seisma ja kõndima, nende lihased on hüpotoonilised ning liigutused halvasti koordineeritud. Tavaliselt areneb skolioos või küfoskolioos. Umbes pooltel juhtudest tekib nooruki- või täiskasvanueas seljalihaste atroofia koos raskete mootorikäiretega. Hiljem võib areneda rigiidne spastilisus, mis on tavaliselt väljendunud alajäsemeil. Enamikul juhtudest tekivad ka epileptilised hood, tavaliselt *petit mal* tüüpi paroksüsmidega, mis algavad enamasti enne 8-aastaseks saamist. Erinevalt autismist avalduvad nii tahtlikud enesevigastused kui ka autistlikud stereotüpiseerunud kompleksid või rutiinne tegevus harva.

Diferentsiaaldiagnoos. Retti sündroomi eristamisel lähtutakse esmajoones käte tahtlike sihipäraste liigutuste kadumisest, pea kasvu peetumisest, ataksia, käte stereotüüpsete pesemisliigutuste tekkest ja närimisliigutuste häirumisest. Mootorika progresseeruv halvenemine kinnitab diagnoosi.

F84.3 Lapse muu desintegratiivne häire

Sellele pervasiivsete arenguhäirete liigile on iseloomulik eelneva normaalse arengu perioodi olemasolu, millele järgneb omandatud vilumuste ja teadmiste kadu mõne kuu jooksul, millele samaaegselt lisanduvad spetsiifilised sotsiaalsed, kommunikatsiooni- ja käitumisanomaaliad. Haiguse ebamäärasel algerioodis muutub laps sageli kärsituks, rahutuks, ärrituvaks, ärevaks ja üliaktiivseks (hüperdünaamiliseks). Sellele järgneb kõne ja keeleliste oskuste vaesumine ja seejärel kadu, millega kaasneb ka käitumise desintegratsioon. Osal haigus-

juhtudest on omandatud oskuste ja vilumuste kadumine pidevalt progresseeruv protsess (tavaliselt siis, kui selle häire põhjuseks on mõni neuroloogiline haigus). Siiski järgneb enamikul haigetel seisundi halvenemisele mõne kuu vältel stabilisatsioon ning seejärel isegi mõningane paranemine. Prognos on tavaliselt siiski väga halb. Enamusel haigetest tekib raske vaimne alaareng. Jääb ebaselgeks, millisel määral selline seisund erineb lapse autismist. Mõnel juhul õnnestub tõestada, et seisund kaasneb entsefalopaatiaga, kuid diagnoosida tuleb käitumuslike tunnuste alusel. Kui on kaasnev neuroloogiline haigus, kodeeritakse see eraldi.

Diagnostilised juhised

Diagnos baseerub ilmselt normaalse arengu perioodi olemasolul vähemalt esimese 2 eluaasta vältel, millele järgneb suhteliselt kiire varem omandatud vilumuste kadu. Sellega kaasneb kvalitatiivselt muutunud, anomaalne sotsiaalne funktsioneerimine. Neile lastele on tüüpiline psüühika sügav regressioon (keeleliste oskuste, mängulise taseme, õpivilumuste ja adaptiivse käitumise kadu sageli koos võimetusega kontrollida põie ja pärasoole tegevust). Episooditi halveneb ka motoorne kontroll. Sellises seisundis haigele on iseloomulik täielik huvipuudus ümbruse vastu, kuid avalduvad motoorsed maneersed stereotüüpsed liigutused ning kommunikatiivsuse ja sotsiaalse suhtlemise autismisarnane kahjustus. Mõnes suhtes sarnaneb sündroom täiskasvanuea dementsusega, kuid erineb sellest kolmes aspektis:

- 1) tavaliselt ei ole tõendeid mõne orgaanilise peaaajuhaiguse või -kahjustuse kohta (kuigi võib olla mitmesuguseid aju orgaanilisele kahjustusele viitavaid nähte);
- 2) vilumuste ja omandatud oskuste kaole võib järgneda paranemisjärg;
- 3) sotsialiseerumise ja suhtlemise kahjustusel on erijooni, mis on tüüpilised pigem autismile kui intellektuaalsele allakäigule. Kõigi nende põhjuste tõttu on see sündroom paigutatud sellesse rubriiki, mitte F00-F09 alla.

Sisaldab: *dementia infantilis;*
desintegratiivne psühhoos;
Helleri sündroom;
sümbiootiline psühhoos.

Ei sisalda: afaasia koos epilepsiaga (F80.3);
valikuline mutism (F94.0);
Retti sündroom (F84.2);
skisofreenia (F20.-).

F84.4 Hüperaktiivsus mootorsete stereotüüpiate ja vaimse alaarenguga

Haigusseisund on nõrgalt määratletud ja ebaselge nosoloogilise kuuluvusega. See rubriik on siia toodud seetõttu, et

- 1) raske vaimse alaarenguga lastel (IQ alla 50), kel ilmnevad suured probleemid üliaktiivsusega ja tähelepanematusesega, avaldub sageli ka käitumise ja tegevuse stereotüüpia;
- 2) nende laste ravimisel ei saada stimuleerivate preparaatide kasutamisel paranemist (erinevalt neist, kelle IQ on normi piirides), kuid võib tekkida raske düsfooriareaktsioon (mõnikord koos psühhomotoorse mahajäämusega);
- 3) puberteedieas asendub ülemäärane liikuvus enamasti passiivsusega (tunnus, mis tavaliselt *ei* ole omane normaalse intellektiga hüperkineetilistele lastele). Tavaline on ka selle häire seostumine mitmesuguste spetsiifiliste või üldise arengupidurdusega seisunditega.

Senini on jäänud ebaselgeks, millisel määral on käitumise iseärasused tingitud madalast IQ-st või peaaegu orgaanilisest kahjustusest. Samuti puudub ühtne seisukoht, kas kerge vaimse alaarengu ja hüperkineetilise sündroomiga kaasnevaid häireid oleks sobivam kodeerida antud rubriigi või F90.- all; käesolevas klassifikatsioonis kuuluvad nad F90.- alla.

Diagnostilised juhised

Diagnoosimisel lähtutakse eale mitteomasest raske hüperaktiivsuse, mootorsete stereotüüpiate ja raske vaimse alaarengu kombinatsiooni olemasolust. Kõik kolm nähtu on selle seisundi

diagnoosimiseks obligatoorsed. Kui on täidetud F84.0, F84.1 ja F84.2 kriteeriumid, tuleks eelistada neid diagnoose.

F84.5 Aspergeri sündroom

Aspergeri sündroomi nosoloogiline kuuluvus on samuti ebaselge. Seisundile on iseloomulik autismile tüüpiline sotsiaalse suhtlemise kvalitatiivne kahjustus koos huvide ja tegevuse piiratusega, stereotüüpisusega ja ühetaolisusega. Autismist erineb see sündroom eelkõige keelelise või tunnetustegevuse arengu mahajäämuse puudumise poolest. Enamusel neist indiviididest on üldine intellekt normaalne, kuid nad on kohmakad ja saamatud. Aspergeri sündroom esineb tunduvalt sagedamini poistel (8:1). Näib olevat küllalt tõenäoline, et neil juhtudel on tegemist autismi mõne vormi kerge avaldumisega, kuid jääb ebaselgeks, kas see on nii kõigil juhtudel. Sündroomile on iseloomulik püsimine ka nooruki- ja täiskasvanueas ning näib, et selle sündroomiga isikud on omapärased indiviidid, kes ei ole olulisel määral mõjutatavad ümbruskonna poolt. Harva võib neil olla psühhootilisi episoodide ka nooremas täiskasvanueas.

Diagnostilised juhised

Diagnoos baseerub mõne kliiniliselt olulise keele- või kognitiivse funktsiooni arengu pidurdumise puudumise ning sotsiaalse suhtlemise kvalitatiivse kahjustuse ja stereotüüpse käitumise, rigiidsete huvide ning aktiivsuse (analoogselt autismiga) kombinatsioonil. Sellise seisundi korral võib olla või mitte olla autismile iseloomulikke kommunikatsiooniprobleeme, kuid oluline keelearengu mahajäämus välistab selle diagnoosi.

Sisaldab: autistlik psühhopaatia;
lapse skisoidne häire.

Ei sisalda: anankastne isiksus (F60.5);
lapse kiindumishäire (F94.1, F94.2);
obsessiiv-kompulsiivne häire e.
sundseisund (F42.-);
skisotüüpne häire (F21);
lihtne skisofreenia (F20.6).

F84.8 Muud täpsustatud pervasiivsed arenguhäired

F84.9 Täpsustamata pervasiivne arenguhäire

Seda pervasiivsete arenguhäirete jääkkategooriat võib kasutada nende seisundite kodeerimiseks, mis vastavad küll pervasiivse arenguhäire üldisele kirjeldusele, kuid mille korral puudub adekvaatne informatsioon või on vasturääkivaid sümptomeid, mistõttu antud seisundi kriteeriumid ei vasta ühelegi F84 alajaotuses esitatud seisundile.

F88 Psühholoogilise arengu muud häired

Sisaldab: arenguagnoosia.

F89 Psühholoogilise arengu täpsustamata häire

Sisaldab: TTta arenguhäire.

F90-F98

Tavaliselt lapseeas alanud käitumis- ja tundeeluhäired

F90 Hüperkineetilised häired

Hüperkineetilisi häireid lapse- ja noorukieas iseloomustab algus varases lapseeas, halvasti juhitav hüperdünaamia koos väljendunud tähelepanuhäiretega ja püsimatusega ning sellise käitumisviisi sõltumatus situatsioonidest ja ajaline püsivus.

Laialt on levinud arvamus, et nende seisundite geneesis on oluline osa peaaegu orgaanilisel anormaalsusel, kuid andmed spetsiifilise etioloogia kohta käesoleval ajal puuduvad. Viimastel aastatel on aktsepteeritud ka diagnostilise nimetuse *tähelepanupuude sündroom* kasutamine. Antud haiguste klassifikatsioonis seda nimetust ei kasutata, sest nimetus vihjab etioloogias isiku psühholoogiliste protsesside häirele, mis käesoleval ajal ei ole veel küllalt selged ja sellises tähenduses hõlmatakse nimetatud terminiga ka hirmunud või väliselt apaatsed unistustesse sukeldunud lapsed, kelle probleemid on hoopis teist laadi. Siiski on selge, et hüperkineetilise sündroomiga lapse käitumise aspektist on tähelepanuhäire seisundi üheks põhitunnuseks.

Hüperkineetilised häired tekivad alati lapse varasel arenguperioodil (*tavaliselt esimese 5 eluaasta jooksul*). Nende põhilisteks tunnusteks on küllaldase püsivuse puudumine tunnetustegevuses; püüd minna ühelt tegevuselt üle teisele, ühtegi lõpetamata; desorganiseeritud ja halvasti juhitud tegevus ja hüperaktiivsuse prevaleerumine. Need probleemid püsivad tavaliselt kogu kooliaja ja isegi täiskasvanueas, kuigi paljudel individidel täheldatakse aja jooksul tähelepanu ja motoorse aktiivsuse olulist paranemist.

Hüperkineetiliste häiretega võib kaasneda ka muid häireid. Hüperkineetiline laps on sageli hoolimatu ja impulsiivne, temaga juhtub sageli õnnetusi ning pigem mõtlematuse kui sihiliku västuhaku tõttu eksib ta kergesti distsipliininõuete vastu. Suhetes täiskasvanutega on selline laps pidurdamatu, puuduliku

austusega ja vähese tagasihoidlikkusega; teiste laste hulgas on ta ebapopulaarne või tõrjutud. Reeglina esineb tal kognitiivsete protsesside kahjustusi, laste üldpopulatsioonist sagedamini täheldatakse ka motoorse ja keele arengu pidurdust.

Seisundit komplitseerivateks lisafaktoriteks võivad olla sotsiaalse suhtlemise häired ja madal enesehinnang. Hüperkineetilised häired kattuvad oluliselt teiste käitumishäirete, näiteks sotsialiseerumata käitumishäirega. Käesoleval ajal võimaldavad uurimisandmed siiski eristada grupi lapsi, kelle kliinilises pildis on põhiprobleemiks hüperkineesia.

Hüperkineetilisi häireid on sagedamini poistel kui tüdrukutel. Sageli kaasnevad lugemis- ja/või muud õpiraskused.

Diagnostilised juhised

Kõige olulisemateks tunnusteks on üliaktiivsus ja puudulik tähelepanuvõime, mis on diagnoosi panemiseks obligatoorsed ja peaksid avalduma enam kui ühes situatsioonis (näiteks kodus, klassis, haiglas).

Puudulik tähelepanuvõime avaldub läbematuses ülesannete täitmisel ja tegevuse lõpetamatuses. Laps läheb korduvalt üle ühelt tegevuselt teisele, kaotades esimese vastu huvi (kuigi laboratoorsed uuringud ei näita sensoorse või pertseptuaalse tegevuse häiret). Tähelepanematust ja püsimatust hinnates tuleb arvestada nende normaalse avaldumise intensiivsust vastavalt vanusele ja IQ-le.

Üliaktiivsuse mõiste hõlmab ülemäärast püsimatust, eriti suhtelist rahulikkust nõudvates situatsioonides. See võib, sõltuvalt situatsioonist, avalduda kas liigse ringijooksmina, hüplemisena, pingi alla ronimisena jne., kui on vaja rahulikult istuda, või ülemäärase jutukuse ja käratsemisena või pideva nihelemisena ja väänlemisena. Lapse liikuvuse ja aktiivsuse nõrgni hindamise aluseks on aktiivsuse vastavus situatsioonile, eaperioodil iseloomulikule käitumisele ja IQ-le. Selline käitumishälve ilmneb tavaliselt suurt enesekontrolli nõudvates situatsioonides.

Kaasnevad tunnused ei ole diagnoosimiseks piisavad ega hädavajalikud, kuid aitavad diagnoosi kinnitada: pidurdamatus

suhtlemises; järelemõtlematus ja hoolimatus ohtlikes situatsioonides; käitumisreeglite impulsiivne eiramine (mis ilmneb pealetükkivas või teiste isikute tegevust häirivas käitumises, läbematus vastamises enne esitatud küsimuse lõppu või võimetuses oodata). Kui neile seisundeile lisanduvad küllalt väljendunud lugemishäired ja motoorne kohmakus, kodeeritakse neid eraldi F80-F89 all, kuid need ei pruugi olla hüperkineetilise häire diagnoosi osaks.

Käitumishäire sümptomid ei välista ega kinnita põhidiagnoosi kriteeriume, kuid nende olemasolu või puudumine võimaldab põhidiagnoosi raames eristada alajaotusi.

Tüüpiline hüperkineetiline käitumisviis võib avalduda alates varajasest eest (enne 6. eluaastat) ja kesta kaua. Siiski on enne kooliiga hüperaktiivsuse sündroom raskesti diagnoositav normi variatsioonide suure hulga tõttu. Seetõttu diagnoositakse eelkoolieas vaid ekstreemseid juhte.

Ka täiskasvanueas võib hüperkineetilist häiret diagnoosida. Neil juhtudel on seisund üldjoontes sama, kuid tähelepanu ja aktiivsust tuleb hinnata vastavalt ealise arengu normidele. Kui lapsega hüperkineesia asendub hiljem düssotsiaalse isiksushäire või psühhoaktiivsete ainete kuritarvitamisega, siis tuleks kodeerida pigem antud seisundit kui eelnevalt olnut.

Diferentsiaaldiagnoos. Hüperkineetiliste seisunditega kaasnevad sageli muud häired. Kui on pervasiivne arenguhäire, tuleks eelistada seda diagnoosi. Põhilised diferentsiaaldiagnostilised probleemid tekivad kaasneva käitumishäire korral. Nõudeks on, et kui on olemas hüperkineetilise seisundi kriteeriumid koos käitumishäiretega, diagnoositakse esmajoones hüperkineetilist seisundit. Samas on käitumishäirete puhul tavaline kerge hüperkineesia ja tähelepanuhäirete olemasolu. Kui mõlemad tunnused (hüperaktiivsus/püsivus ja käitumishäire) on olemas või kui hüperaktiivsus on raske ja püsiv, võiks diagnoosida hüperkineetilist käitumishäiret (F90.1).

Edasised probleemid tulenevad faktist, et teistsugust laadi hüperaktiivsus ja tähelepanuhäired võivad olla ärevus- või depressiooniseisundi sümptomiteks. Seisundi hindamisel tuleb

silmas pidada, et püsivalt/rahutus agiteeritud depressiooni ühe komponendina ei anna alust hüperkineetilise häire diagnoosimiseks. Analoogselt sellele ei võimalda ka raske ärevusseisundiga kaasnev rahutus diagnoosida hüperkineetilist häiret. Neil juhtudel tuleb lähtuda ärevusseisundi diagnoosi kriteeriumidest (F40.-, F41.-, F43.- või F93.-) ning diagnoosida ärevusseisundit. Neil juhtudel, mil meeleoluhäired (F30-F39) on ilmsed, ei diagnoosita samuti täiendavalt hüperkineetilist seisundit, kuigi tähelepanu kontsentratsioonivõime on nõrgenenud ja avaldub psühhomotoorne agitatsioon. Mõlema haigusliku seisundi esiletoomine diagnoosis on õigustatud vaid siis, kui hüperkineetiline häire ei moodusta lihtsalt üht meeleoluhäire struktuuri komponenti, vaid ilmneb selgelt hüperkineetiliste häirete autonoomsus.

Hüperaktiivse käitumise äge algus kooliealistel lastel on suurema tõenäosusega põhjustatud mõnest reaktiivsest haigusest (psühhogeensest või orgaanilisest), maniakaalsest seisundist, skisofreeniast või mõnest neuroloogilisest haigusest (nt. reumaatiline palavik).

Ei sisalda: ärevusseisundid (F41.- või F93.0);
meeleoluhäired (F30-F39);
pervasiivsed arenguhäired (F84.-);
skisofreenia (F20.-).

F90.0 Aktiivsus- ja tähelepanuhäire

Hüperkineetiliste häirete alaliikideks jaotamisel valitseb ebakindlus. Siiski on pikaajalised uuringud näidanud, et puberteedi- või täiskasvanuikka jõudmisel sõltub tulemus palju sellest, kas häirega kaasnes agressiivne, delinkventne või sotsiaalselt ebakohane käitumine. Järelikult baseerub nende häirete jaotamine alaliikideks selliste kaasnevate sümptomite olemasolul või puudumisel. Koodi F90.0 tuleks kasutada, kui hüperkineetilise häire (F90.-) üldised kriteeriumid avalduvad, kuid käitumishäire (F91.-) omi ei ole.

Sisaldab: tähelepanu puudulikkuse sündroom
hüperaktiivsusega (*attention deficit disorder or*

syndrome with hyperactivity);
hüperaktiivsus tähelepanu puudulikkusega
(*attention deficit hyperactivity disorder*).

Ei sisalda: hüperkineetiline käitumishäire (F90.1).

F90.1 Hüperkineetiline käitumishäire

Seisundit kodeeritakse nii vaid siis, kui koos avalduvad nii hüperkineetilise (F90.-) kui ka käitumishäire (F91.-) sündroomi üldised kriteeriumid.

F90.8 Muud täpsustatud hüperkineetilised häired

F90.9 Täpsustamata hüperkineetiline häire

Selle jääkkategooria kasutamine ei ole soovitatav. Seisund kodeeritakse nii vaid siis, kui on võimatu eristada F90.0 ja F90.1, kuid F90.- üldkriteeriumid on olemas.

Sisaldab: lapse- või puberteedia TTta hüperkineetiline reaktsioon või sündroom.

F91 Käitumishäired

Käitumishäiretele on iseloomulik korduv ja püsiv antisotsiaalne, agressiivne või delinkventne käitumine. Sellise käitumisviisi äärmuslikud vormid hälbivad oluliselt eakohastest normidest, ning on tõsisemad kui lihtsalt lapselik vallatus või teismelise mässumeelsus. Üksikud antisotsiaalsed või kriminaalsed teod iseenesest ei ole veel aluseks diagnoosile, mis eeldab püsivat käitumismudelit.

Käitumishäire tunnused võivad olla ka muude psüühiliste haiguste sümptomiteks. Neil juhtudel tuleb kodeerida põhihaigus.

Mõnel juhul on käitumishäired kestvad, formeerides asotsiaalse isiksuse (F60.2). Käitumishäire on sageli seotud hüljava psühhosotsiaalse ümbrusega, kaasa arvatud ebarahuldavad perekonnasuhted ja ebaõnnestumised koolis, ning neid on sagedamini poistel. Käitumishäirete eristamine tundeeluhäiretest on igati põhjendatud, nende eristamine hüperaktiivsusest on

komplitseeritum nende seisundite sümptomite osalise kattumise tõttu.

Diagnostilised juhised

Käitumishäire olemasolu üle otsustamisel tuleb arvesse võtta lapse arengufaasi. Näiteks 3-aastase lapse pahameelepursked on talle omase normaalse käitumise üheks küljeks ega ole käsitletava diagnoosi aluseks. Analoogselt sellega ei ole ka vägivaldne teiste inimeste õiguste rikkumine (vägivallategu, kuritegu) omane enamuse 7-aastaste laste käitumisele ning seetõttu ei ole see oluliseks diagnostiliseks kriteeriumiks selles eagrupid.

Käitumise avaldused, mis annavad aluse käitumishäire diagnoosiks, on järgmised: ülemäärane kaklemine ja huligaanitsemine; julmus loomade või teiste inimeste suhtes; hävitustung teiste omandi suhtes; süütamised, korduv valetamine, varastamine, popitegemine koolist ja kodust ärajooksmine; sagedased ja ebatavalise intensiivsusega vihapursked; deviantne väljakutsuv käitumine; püsiv sõnakuulmatus.

Tugeva väljenduse korral on kõik need tunnused küllaldased diagnoosi püstitamiseks, kuid üksikud asotsiaalsed aktid seda ei ole.

Diagnoosi välistavad sellised häired nagu skisofreenia, mania, pervasiivne arenguhäire, hüperkineetiline ja depressiooniseisund.

Käitumishäire diagnoosi ei ole soovitatav püstitada, kui kirjeldatud käitumishäire ei ole kestnud vähemalt 6 kuud või kauem.

Diferentsiaaldiagnoos. Käitumishäire sümptomid kattuvad osaliselt teiste psüühikahäirete omadega. Tundeeluhäire (F93.-) kaasumise korral lapseeas käitumishäirele saab diagnoosida segatüüpi käitumis- ja tundeeluhäiret (F92.-). Kui on olemas ka hüperkineetilise häire kriteeriumid (F90.-), tuleb käitumishäire asemel diagnoosida seda. Kui aga aktiivsuse kõrgenemine ja tähelepanuhäired on kerged või situatsioonispetsiifilised, mis on käitumishäire korral üldine

samuti kui madal enesehinnang ja vähene meelerahu häiritus, ei välista nad käitumishäire diagnoosi.

Ei sisalda: segatüüpi käitumis- ja tundeeluhäired (F92.-);
hüperkineetilised häired (F90.-);
meeleluhäired (F30-F39);
pervasiivsed arenguhäired (F84.-);
skisofreenia (F20.-).

F91.0 Perekonnas avalduvad käitumishäired

Sellesse rubriiki kuuluvad käitumishäired, mis avalduvad antisotsiaalsusena ja agressiivsusena (mis ei ole üksnes trotslikkus, väljakutsuv ja tõrges käitumine) kas ainuüksi või peaaegu täielikult vaid kodus ringis ja/või vastastikustes suhetes perekonnaliikmetega või koduhoidjaga. Sellise häire diagnoosimiseks on nõutav F91 üldiste kriteeriumide olemasolu. Vanemate ja lapse vaheliste suhete rasked häired iseenesest ei anna veel alust diagnoosi panemiseks. Võib esineda kodust varastamist, mis on spetsiifiliselt fokuseerunud ühe või mitme kindla isiku rahale või varandusele. Perekonnaringiga piirduvad käitumishäired võivad avalduda kaalutletud destruktiiivses käitumises, mis on samuti suunatud mõne kindla pereliikme vastu (õdede-vendade mänguasjade lõhkumine, riiete katkikäristamine, kodusisustuse rikkumine, vaipade lõikumine, hinnaliste esemete purustamine). Vägivald pereliikmete (kuid mitte teiste isikute) suhtes ja tahtlik süütamine kodus kuuluvad samuti selle diagnoosi alla.

Diagnostilised juhised

Diagnoosi püstitamisel on nõudeks, et väljaspool perekonnaringi ei oleks lapsel olulisi käitumishäireid ning et lapse sotsiaalne suhtlemine väljaspool perekonnaringi oleks normaalsetes piirides.

Enamikul sellistest juhtudest tekivad spetsiifilised käitumishäired olulistest konfliktidest suhtlemisel ühe või mitme perekonnaliikmega. Mõnel juhul on selleks konflikt uue kasuvanemaga. Selle käitumishäire kategooria nosospetsiifilisus on ebamäärane, kuid nähtavasti nende tihedalt situatsiooniga

seotud spetsiifiliste käitumishäirete prognoos ei ole nii halb, nagu pervasiivsete arenguhäirete korral.

F91.1 Sotsialiseerumata käitumishäire

Sotsialiseerumata käitumishäirele on iseloomulik kombinatsioon pikaajalisest asotsiaalsest või agressiivsest käitumisest (vastavalt üldistele F91 kriteeriumidele, mis ei ole üksnes tõrksus, väljakutsuv või destruktiivne käitumine) ja olulisest püsivast suhtlemishäirest teiste lastega.

Diagnostilised juhised

Sotsialiseerumata käitumishäire eristamisel sotsialiseerunud käitumishäirest on võtmeks eakaaslastega efektiivse integreerumise kadu, mis on olulisim teiste tunnuste ees. Häiritud suhtlemisvõime eakaaslastega avaldub esmajoones isolatsiooni ja/või tõrjutusena või ebapopulaarsusena eakaaslaste hulgas, samuti lähedaste sõprade puudumisena, püsiva empaatiatunde ja vastastikuse suhtlemise katkemisena teiste lastega. Ka täiskasvanutega suheldes võivad nad olla vaenulikud ja pahurad, kuid võib olla ka häid suhteid. Tavaliselt lõpeb siiski suhete halvenemisel eakaaslastega ka usalduslikkus ja heasoovlikkus täiskasvanute suhtes. Diagnoosi püstitamisel ei ole see tunnus määrav. Sageli võib sellise käitumishäirega kaasned a tundeeluhäireid. Kui need mõlemad häired avalduvad küllalt intensiivselt ja ulatuslikult, vastates segatüüpi häire kriteeriumidele (F92.-), tuleb kodeerida viimast.

Üksindusega kaasneb (kuid mitte alati) teiste solvamine. Sellise käitumishäire korral avaldub tüüpiliselt huligaanitsemine, sagedane kaklemine, vanemaealistel lastel ka väljapressimine ja vägivald nooremate suhtes. Ilmne on sõnakuulmatus, jämedus, koostööst keeldumine ja allumatus autoriteetidele. Sageli avalduvad tugevad vihapuhangud, talitsematud raevuhood, esemete lõhkumine, süütamine, õelus teiste laste ja loomade vastu. Siiski võivad mõned psüühilises isolatsioonis olevad lapsed olla segatud grupiviisilistesse huligaansustesse. Seega on diagnoosi panemisel agressiivse ja teisi solvava käitumise iseärasused vähem olulised kui isiklike suhete kvaliteet eakaaslaste ja täiskasvanutega.

Tavaliselt avaldub selline käitumishäire kõikides situatsioonides, kuid võib kõige silmatorkavam olla koolis. Käitumise situatsioonispetsiifilisus, v.a. kodus, ei välista diagnoosi.

Sisaldab: üksindus-agressiivset tüüpi käitumishäire (*conduct disorder, solitary aggressive type*),
sotsialiseerumata agressiivne käitumishäire
(*unsocialized aggressive disorder*).

F91.2 Sotsialiseerunud käitumishäire

Sotsialiseerunud käitumishäire mõiste hõlmab püsivat anti-sotsiaalset või agressiivset käitumist (mis vastab F91 rubriigi üldistele kriteeriumidele ega piirdu üksnes tõrksuse, väljakutsuva või destruktiivse tegevusega) isikuil, kes on suhteliselt hästi eakaaslastega integreerunud.

Diagnostilised juhised

Seisundi piiritlemise võtmeks on adekvaatsete, kindlate ja lähedaste sõprussuhete olemasolu eakaaslastega. Sageli (kuid mitte alati) võib eakaaslaste grupp koosneda antisotsiaalse või delinkventse aktiivsusega noortest. Neil juhtudel võib eakaaslaste grupp lapse sotsiaalselt sobimatut tegevust heaks kiita ning käitumist hakkab reguleerima subkultuur, millesse laps kuulub. Viimane asjaolu ei ole siiski diagnoosi määramisel hädavajalik. Laps võib kuuluda ka mittedelinkventsesse eakaaslaste gruppi, olles asotsiaalne väljaspool seda gruppi. Kui asotsiaalne käitumine seisneb huligaanitsemises, võib see häirida suhteid oma ohvrite või teiste lastega. Ka see asjaolu ei pruugi välistada diagnoosi, kui lapsel on samas mõni eakaaslaste grupp, kellega tal on tihedad emotsionaalsed seosed ning kelle suhtes ta on lojaalne.

Võimupositsioonii olevate täiskasvanutega on suhted tavaliselt halvad, mis ei välista häid suhteid teiste isikutega. Tundeeluhäired on tavaliselt minimaalsed. Käitumishäired võivad, kuid ei pruugi riivata perekonnasuhteid. Kui nad piirduvad vaid koduga, välistab see sotsialiseerunud käitumishäire diagnoosi. Sageli avaldub käitumishäire väljaspool perekonnaringi, näiteks eriti koolis või mujal, mis sobib selle diagnoosiga

Sisaldab: grupiviisiline käitumishäire (*conduct disorder, group type*);
grupiviisiline delinkventsus (*group delinquency*);
grupiviisiline kuritegevus (*offences in the context of gang membership*);
grupiviisiline vargus;
koolist popitegemine.

Ei sisalda: psüühikahäireteta aktiivne osalemine jõugus (Z03.2).

F91.3 Tõrges-trotslik käitumine

See käitumishäire avaldub tüüpilisel kujul alla 9-10-aastastel. Käitumishäirele on iseloomulik väljendunud tõrksus, väljakutsuv sõnakuulmatu käitumisviis, kuid puuduvad muud raskemad asotsiaalsed või agressiivsed seadusvastased ning teiste inimeste õigusi rikkuvad teod. Samaaegselt peavad ilmsed olma F91 rubriigi üldised kriteeriumid. Suuremaid pahandusi tekitav või üleannetu käitumine üksikult võttes ei ole selleks diagnoosiks küllaldane. Hulk autoreid arvab, et tõrksus ja väljakutsuvus käitumises on pigem käitumishäire kergem vorm, kui sellest kvalitatiivselt erinev häire. Pole aga kindlaid andmeid, mis võimaldaksid öelda, kas erinevus on kvalitatiivne või kvantitatiivne. Uurimistulemused viitavad aga, et kui eristamine on võimalik, kehtib see vaid nooremate laste kohta. Seda käitumishäire kategooriat tuleb diagnoosida ettevaatlikult, eriti vanematel lastel. Vanematel lastel kaasneb kliinilisest aspektist olulise käitumishäirega tavaliselt asotsiaalsus või agressiivsus, mis väljub väljakutsuva, sõnakuulmatu või hoolimatu käitumise raamidest. Sageli on selline käitumine eelnenud varasema ea tõrges-trotslikule käitumisviisile. See kategooria peegeldab harjumuspärast kliinilist praktikat ja hõlbustab käitumishäirete klassifitseerimist noorematel lastel.

Diagnostilised juhised

Selle rubriigi käitumishäire olulisim tunnus on püsiv negativistlikkus, vaenulikkus, trotslikkus, tõrksus ja hoolimatus, mis ületab selgelt eale iseloomulike sotsiaal-kultuuriliste

iseärasuste piirid, kuid ei hõlma raskemaid seaduserikkumisi (nagu agressiivsus ja asotsiaalsus), mistõttu neid ei saa kodeerida rubriikide F91.0 või F91.2 all. Sellise käitumishäirega lapsed püüavad sageli sihilikult trotsida täiskasvanute nõudeid ja juhiseid, valmistada teistele inimestele meelehärmi. Tavaliselt on sellised lapsed solvuvad, vihastuvad, tigidad ja rahulolematud teistega, keda nad süüdistavad oma vigades ja raskustes. Üldiselt on neil madal frustratsioonilävi ja nad lähevad kergesti endast välja. On tüüpiline, et nende trotslikkus on provokatiivse iseloomuga, mistõttu nad on initsiaatoriks konfrontatsioonides ja tavaliselt ilmutavad liigset jämedust, koostööst keeldumist ja vastandumist autoriteetidele.

Sageli avaldub selline käitumine suhtlemises nende täiskasvanute või eakaaslastega, keda laps hästi tunneb, kuid ei pruugi avalduda kliinilise intervjuu käigus.

Võtmeks selle rubriigi käitumishäirete eristamisel muudest käitumishälvetest on seaduserikkumiste ja teiste inimeste põhiõiguste eiramise (nagu vargused, julmus, nõrgemate türanniseerimine, füüsiline vägivald ja lõhkumine) puudumine. Ükskõik millise ülaltoodud tunnuse selge olemasolu välistab selle koodi kasutamise. Tuleb aga silmas pidada, et tõrges väljakutsuv käitumine võib sageli kaasuda teiste käitumishäirete tüüpidele. Kui kliinilises pildis avalduvad käitumishäiretele rubriikides F91.0-F91.2 iseloomulikud tunnused, tuleb tõrges-trotsliku käitumise asemel diagnoosida esmajoonel neid.

Ei sisalda: avalikult ühiskonnastavastane või agressiivne käitumishäire (*conduct disorders including overtly dissocial or aggressive behaviour*) (F91.0-F91.2).

F91.8 Muud täpsustatud käitumishäired

F91.9 Täpsustamata käitumishäire

Seda käitumishäirete jääkkategooriat ei ole soovitatav kasutada. Sellist koodi kasutatakse vaid siis, kui on F91 üldised kriteeriumid, kuid nad ei ole määratavad mõne alatüübi kohaselt või ei vasta ühelegi ülaltoodud käitumishäire tüübile.

Sisaldab: lapsea TTta käitumishäire (*childhood behavioural disorder NOS*);
(*childhood conduct disorder NOS*).

F92 Segatüüpi käitumis- ja tundeeluhäired

Sellele häirete grupile on iseloomulik püsiva agressiivse asotsiaalse või trotsliku käitumise kombineerumine ilmse ja väljendunud depressiooni, ärevuse või muu tundeeluhäire sümptomitega.

Diagnostilised juhised

Seisundi diagnoosimiseks peavad olema täidetud mõlema häire kriteeriumid: käitumishäire (F91.-) ja lapsele iseloomulikud tundeeluhäired (F93.-) või täiskasvanu neurootilised häired (F40-F49) või meeeluhäired (F30-F39).

Senisedapid uuringud ei võimalda kindlalt öelda, kas sellist häirete kombinatsiooni on vaja eristada lapsea muudest käitumishäiretest. Käitumise ja emotsioonide liithäirete grupp on lülitatud sellesse rubriiki seetõttu, et ta hõlmab olulisi etioloogilisi ja terapeutilisi võimalusi ning suurendab klassifikatsiooni usaldusväärsust.

F92.0 Käitumishäire depressiooniga

Selle käitumishäire diagnoosimine nõuab käitumishäire (F91.-) ja püsiva väljendunud depressiivse meeelolu kombinatsiooni, mis avaldub ülemäärases mures, tavalise igapäevase tegevuse meeldivuse ja huvide kaos, enesesüüdistuses ja lootusetuses. Võivad esineda ka une- ja isuhäired.

Sisaldab: käitumishäire (F91.-) kombinatsioon depressiooniga (F30-F39).

F92.8 Muud täpsustatud segatüüpi käitumis- ja tundeeluhäired

Selle koodiga tähistatakse käitumishäire (F91.-) kombinatsiooni püsiva ja väljendunud tundeeluhäirega (hirm, kartlikkus, sundmõtted või sundteod, depersonalisatsioon või derealisatsioon, foobiad või hüpodondria). Viha ja pahameel on pigem

käitumishäire kui ka tundeeluhäire tunnuseks. Nad kumbki ei välista ega toeta diagnoosi.

Sisaldab: käitumishäire (F91.-) ja tundeelu- (F93.-) või neurootilise häire (F40-F48) kombinatsioon.

F92.9 Täpsustamata segatüüpi käitumis- ja tundeeluhäire

VV F93 Lapsele iseloomulikud tundeeluhäired

Lastepsühhaatrias eristatakse traditsiooniliselt lapse- ja noorukieale iseloomulikke tundeeluhäireid täiskasvanule iseloomulikest neurootilistest häiretest. Selline eristamine on õigustatud neljal põhjusel.

1. Uurimistulemused kinnitavad, et tundeeluhäiretega lapsest kasvab enamasti normaalne täiskasvanu. Vaid väikesel osal lastest ilmneb ka täiskasvanueas neurootilisi häireid. Vastupidi, paljudel juhtudel ei ole täiskasvanuea neurootiliste häirete korral täheldatud psühhopatoloogilisi ilminguid lapseas. Järelikult puudub nende kahe eeperioodi tundeeluhäirete vahel otsene seos.
2. Hulk lapse tundeeluhäireid näib olevat pigem normaalse arengu liialdus kui midagi kvalitatiivselt anomaalset.
3. Seoses viimase kaalutlusega eeldatakse teoreetiliselt sageli, et lapse tundeeluhäirete aluseks olevad psüühika-mehhanismid ei ole samad, mis täiskasvanu neuroosi korral.
4. Lapse tundeeluhäired on oma olemuselt raskesti liigitatavad täiskasvanule spetsiifiliste kategooriatena foobiate ja sundnähtudena.

Kolmas eeltoodud punktides pole leidnud empiirilist kinnitust mingi epidemioloogilised uuringud viitavad sellele, et kui neljas kehtibki, on tegemist üksnes väljendusastme erinevusega (tundeeluhäirete raske eristatavus on üsna tavaline nii lastel kui ka täiskasvanutel). Seega on teine tunnus (arenguline vastavus) võtmeks lapsele iseloomulike tundeeluhäirete (F93-) eristamisel neurootilistest häiretest (F40-F49). Pole küll teada, kuid võrd selline eristamine on õigustatud, kuid on mõningaid

empiirilisi tõendeid, et lapseeale arenguliselt vastavad tundeeluhäired on parema prognoosiga.

F93.0 Lahutamiskartus lapsel

Väikelapse- ja eelkoolieas on normaalne, et lapsel avaldub mõningal määral kartus reaalse või oodatava lahutamise ees isikuist, kellesse laps on kiindunud. Lahutamiskartust tuleb diagnoosida vaid siis, kui ärevuses on kesksel kohal kartus lahutamise ees, mis tekib varases lapseeas. Normaalsest lahutamiskartusest erineb see seisund ebatavalise intensiivsuse poolest (k.a. anomaalselt visa püsimine tavalisest vanusest kauem), millega kaasnevad olulised probleemid sotsiaalses toimimises. See diagnoos nõuab veel, et ei oleks isiksuse arengu ja tegevuse generaliseerunud hälbeid. Kui sellised hälbed esinevad, tuleb kaaluda koodi F40-F49 kasutamist. Lahutamiskartust, mis tekib arenguliselt mittevastavas eas (nt. teismelisena), ei kodeerita selles rubriigis, välja arvatud ebanormaalselt püsivad lapseeas kestnud lahutamiskartusega juhud.

Diagnostilised juhised

Diagnostiliseks sümptomiks on väljendunud kartus saada lahutatud isikutest, kellesse laps on kiindunud (tavaliselt vanemad või teised perekonnaliikmed), kusjuures lahutamiskartus ei ole mitmesuguste situatsioonide puhul esineva generaliseerunud ärevuse üheks osaks. Ärevus võib avalduda:

- (a) ebareaalse, ülekaaluka muretsemisena võimaluse pärast, et lapse kiindumisobjektiks olevat isikut võidakse halvasti kohelda, või kartus, et ta lahkub ega tule tagasi;
- (b) ebareaalse ülekaaluka muretsemisena, et mõni ebasoodne sündmus (nagu lapse kadumaminek, röövimine, tapmine või haiglasse paigutamine) võib lahutada teda oma kiindumisobjektist;
- (c) vastumeelsusena koolimineku ees või koolitõrkena lahutamiskartuse tõttu (mitte muudel põhjustel, nagu hirm koolisündmuste ees);

- (d) püsiva vastumeelsusena või magamaminekust keeldumisena, kui kiindumisobjekt ei viibi juures;
- (e) püsiva ebareaalse kartusena olla päeval kodus üksi või ilma kiindumisobjektita;
- (f) korduvate lahutamisteemaliste hirmuunenägudena;
- (g) korduvalt tekkivate kehaliste sümptomitena (iiveldus, kõhuvalu, peavalu, oksendamine jt.), mis ilmnevad situatsioonis, kus laps peab lahkuma oma kiindumisobjektist (nagu koolimineki);
- (h) korduva väljendunud distressina (mis avaldub ärevuse, karjumise, jonnikrampide, viriluse, apaatia või sotsiaalse isoleerumisena) kiindumisobjektist lahutamise etteaimamisel, lahutamise ajal või vahetult pärast seda.

Palju situatsioone, millega kaasneb lahutamine, on potentsiaalsed stressorid või ärevuse allikad. Diagnoosi aluseks on lapsel erisugustes situatsioonides tekkiv ärevus, et teda lahutatakse kiindumisobjektiks olevast isikust. Ärevus tekib tavaliselt ka üldiselt, nt. seoses koolist keeldumisega (või foobiaga). Sageli on neil juhtudel ka lahutamiskartus, kuid mõnikord (eriti puberteedieas) see puudub. Koolitõrkeid, mis esmakordselt avalduvad puberteedieas, ei kodeerita selles rubriigis, välja arvatud juhud, kui ebatavalise püsivusega lahutamiskartus on säilinud eelkooliaastaist. Kui see kriteerium puudub, tuleks sündroom kodeerida kas F93 mõne muu alajaotuse või F40-F48 all.

Ei sisalda: meeleoluhäired (F30-F39);
neurootilised häired (F40-F48);
lapse foobiad (F93.1);
lapse sotsiaalfoobiad (F93.2).

F93.1 Lapse foobiad

Lapsel nagu täiskasvanulgi võivad kujuneda hirmud mitmesuguste objektide või situatsioonide suhtes. Mõni neist kartustest või foobiatest (nt. agorafobia) ei ole tavaliselt lapse normaalsele psühhosotsiaalsele arengule iseloomulik. Kui selline kartus tekib lapseeas, tuleb seda kodeerida sobiva F40-F48

koodi all. Siiski on mõni hirm lapse teatud arengufaasile spetsiifiline ning tekib (teatud piirini) enamusel lastest, nt. loomade kartmine eelkoolieas.

Diagnostilised juhised

Seda rubriiki tuleks kasutada vaid selliste arenguastmele spetsiifiliste hirmude diagnoosimisel, mille puhul on olemas ka üldised F93 kriteeriumid:

- 1) kartus algab lapse arengule vastavas eaperioodis;
- 2) hirm avaldub kliiniliselt ebahariliku intensiivsusega;
- 3) foobia ei ole mõne muu generaliseerunud häire üheks osaks.

Ei sisalda: generaliseerunud ärevus (F41.1).

F93.2 Lapse sotsiaalfobiad

Umbuskliikkus võõraste suhtes on normaalne nähtus alates 1. eluaasta teisest poolest. Mõningane kartlikkus või hirm on normaalne fenomen varases lapseeas, kui laps kohtub midagi uut, võõrast või satub sotsiaalselt ähvardavasse situatsiooni. Seepärast kasutatakse seda rubriiki vaid sellise sotsiaalsest situatsioonist tuleneva foobia diagnoosimisel, mis tekib enne 6. eluaastat; mille puhul hirm avaldub ebatavaliselt intensiivselt, kaasnevad sotsiaalse funktsioneerimise probleemid ning hirm ei moodusta üht osa mõnest laialdasemast tundeeluhäirest.

Diagnostilised juhised

Sellise häirega lapsed kardavad ja/või väldivad kas pidevalt või periooditi võõraid inimesi. Selline kartus võib tekkida peamiselt kas kohtudes täiskasvanutega või eakaaslastega või mõlemal juhul. Vaatamata sellisele kartusele säilib normaalne valikuline kiindumus oma vanematesse ja teistesse pereliikmetesse. Hirmu intensiivsus sotsiaalsete kontaktide ees või nende vältimise määra ning kaasnevad sotsiaalse tegevuse raskused on piiriks, mis eristavad seda seisundit ealisest normist.

Sisaldab: lapse või puberteedia vältivkäitumine.

F93.3 Lapse rivaalsushäire

Väikestel lastel ilmnevad sageli pärast noorema (tavaliselt vahetult järgneva) õe või venna sündi mõningased tundeeluhäired. Enamikul juhtudest on häired siiski kerged, kuid pärast uue lapse sündi tekkinud rivaalitsemine või kiivus võib olla erakordselt püsiv.

Diagnostilised juhised

Laste rivaalitsemisele on iseloomulikud järgmised tunnused:

- (a) lastevahelise rivaalitsemise ja/või kiivuse ilmingud;
- (b) lapse käitumise muutus avaldub pärast õe või venna sündi;
- (c) ilmnevad ebatavalise ulatusega tundeeluhäired ja/või lisanduvad püsivad psühhosotsiaalsed probleemid.

Laste kiivus/rivaalitsemine võib avalduda silmatorkava võistluse- ja vanemate tähelepanu ja armastuse pärast. Seda saab pidada ebanormaalseks siis, kui kaasnevad ebatavaliselt tugevad negatiivsed tunded. Raskematel juhtudel võib sellega kaasneda lapse varjamatu vaenulikkus, kehalise trauma tekitamine ja/või kuritahtlikkus ning salasepitsused noorema õe/venna vastu. Harvematel juhtudel avaldub see märgatavas vastuseisus võrdset jaotamisse, lastevahelise positiivse suhtumise kadumises ja sõbraliku suhtlemise puudumises laste vahel.

Tundeeluhäired võivad avalduda mitmesuguses vormis, avaldades sageli psüühika mõne valdkonna regressina. Nii võib avalduda varem omandatud oskuste (põie ja pärasoole tegevuse kontroll) kadumine ja/või beebilik käitumine. Sagedamini soovitakse imiteerida väikelapse sellist tegevust, mis kindlustab vanemate tähelepanu (nt. soov, et teda söödetaks). Tavaliselt suurendab selline situatsioon konfrontatsiooni või opositsioonilist käitumist vanematega, jonnipurskeid ja düsfooriat. Selline seisund võib avalduda ka liigse kartlikkusena, haletsusväärsus- või enesessetõmbumisseisundina. Võivad ilmnedu unehäired, võib tekkida probleeme magamaminekuga, mis suurendab vanemate tähelepanu lapse suhtes.

Sisaldab: õdede-vendadevaheline kiivus (*sibling jealousy*).

Ei sisalda: rivaalitsemine eakaaslastega (F93.8).

F93.8 Muud täpsustatud tundeeluhäired

Sisaldab: identsushäire;
ülemäärane hirmuseisund (*overanxious disorder*),
rivaalitsemine eakaaslastega (mitte õdede-venda-
dega).

Ei sisalda: lapsee sooidentsuse häire (F64.2).

F93.9 Täpsustamata tundeeluhäired

Sisaldab: lapse TTta tundeeluhäired.

F94 Lapse või nooruki suhtlemishäired

Teataval määral on see heterogeenne häirete grupp, millele on iseloomulikud sotsiaalse funktsioneerimise hälbed, mis avalduvad lapse arengu väitel, kuid mis erinevalt pervasiivsetest arenguhäiretest ei ole tingitud primaarsest, ilmselt konstitutsionaalsest, indiviidi kõiki tegevussfääre hõlmavast sotsiaalse funktsioneerimise puudulikkusest või võimetusest. Tavalised on suured muutused või puudused ümbruskonna suhtumises ning võib arvata, et sageli on neil etioloogias oluline osa. Nende häirete tekkel ei ole leitud soolisi erinevusi. Suhtlemishäire on hästi äratuntav, kuid ebakindlus valitseb diagnostiliste kriteeriumide esitamisel, samuti lahknevad arvamused nende häirete klassifitseerimisel ja alaliikideks jaotamisel.

F94.0 Valikuline mutism

Seisundile on iseloomulik emotsionaalselt determineeritud silmatorkav valikulisus rääkimisel. Laps avaldab mõnes situatsioonis oma keelelisi oskusi, kuid teistes kõne puudub. Kõige sagedamini manifesteerub see häire varases lapseas ning esineb ühesuguse sagedusega nii poistel kui tüdrukutel. Elektiivse mutismiga kaasnevad märgatavad isiksuse iseärasused, avaldades liigse sotsiaalse kartlikkusena, enesesse

tõmbumisena, emotsionaalse tundlikkusena või jonnakusena. On tüüpiline, et laps räägib kodus või oma lähedaste sõpradega, kuid vaikib koolis või võõraste juuresolekul, ent võib olla ka vastupidi.

Diagnostilised juhised

Diagnoos eeldab:

- (a) normaalset või normilähedast kõnest arusaamist;
- (b) sotsiaalseks suhtluseks küllaldast kõnelise väljenduse oskust;
- (c) kindlate tõendite olemasolu, et laps mõnes situatsioonis võib rääkida ja räägib normaalselt või peaaegu normaalselt.

Väikelapseeas võib elektiivne mutism tekkida kõnearengu hälbe või häädamisprobleemi tõttu. Diagnoosida tuleb ilmneva kõneprobleemi põhjal tingimusel, et lapsel on küllaldaselt arenenud suhtluskõne, mis mõnes sotsiaalses situatsioonis avaldub voolavalt ja vabalt, teises situatsioonis aga laps vaikib või on väga nipsisõnaline. Diagnoos eeldab samuti, et mõnes situatsioonis on kõne puudumine pikemat aega püsiv, on tingitud tollest situatsioonist ning lähtub sellest.

Enamikul juhtudel on ka muid sotsiaalseid probleeme ja tundeeluhäireid, kuid need ei ole diagnoosi oluliseks tunnuseks. Need häired ei moodusta kindlat mustrit, kuigi anormaalse temperamendi tunnused (eriti kartlikkus ja sensitiivsus sotsiaalsete mõjutuste suhtes, enesesse sulgumus) on tavalised ning tõrkuv käitumine sageli avaldub.

Sisaldab: selektiivne mutism.

Ei sisalda: pervasiivsed arenguhäired (F84.-);
skisofreenia (F20.-);
kõne ja keele spetsiifilised arenguhäired (F80.-);
väikelaste transitoorne mutism lahutamiskartuse osana (F93.0).

F94.1 Reaktiivne kiindumishäire

Lapse reaktiivne kiindumishäire avaldub imikul ja väikelapsel püsivate sotsiaalse suhtlemise hälvetena, millega kaasneb emotsionaalne häiritus reaktsioonina ümbruskonna olukorrale.

Lapse seisundile on iseloomulik kartlikkus ja ülierutatatus, ta ei reageeri lohutusele ega rahustamisele. Tüüpiline on halb kontakteerumine eakaaslastega, puudulik lülitumine nende tegevusse. Väga sageli täheldatakse agressiooni nii enda kui ka teiste suhtes. Mõnel juhul avaldub psühhomotoorse arengu pärssumine. Seisund formeerub nähtavasti lapse hooletusse jätmise, halvasti kohtlemise või vanemate poolt peksmise otsese resultaadina. Sündroomi moodustavad käitumistunnused on kergesti äratuntavad, kuid ebakindlus valitseb diagnostiliste kriteeriumide rakendamises, sündroomi piiride määramises ja selles, kas sündroom moodustab põhjendatud nosoloogilise üksuse. Vaatamata neile probleemidele on see sündroom paigutatud antud rubriiki, sest pole kahtlust ta eksisteerimises ning käitumistunnused ei vasta teiste diagnostiliste kategooriate kriteeriumidele.

Diagnostilised juhised

Sündroomile on iseloomulikud lapse mitteadekvaatsed suhted hooldajaga, mis on formeerunud enne 5. eluaastat, ning avalduvad normaalsele lapsele mitteomaste kohanematusnähtudega. Kuigi need suhted on püsivad, on lapsed siiski vastuvõtlikud kasvatusmõjutustele.

Selle sündroomiga väikelastel ilmneb seoses vanemate lahkumisega või tagasisaabumisega tõrjuvat või ambivalentset sotsiaalset reageeringut. Nii võivad imikud ja väikelapsed nende poole pöördumisel pilgu ära pöörata, üksisilmi visalt mujale vaadata, reageerida hooldajast ärapöördumisega, kontakti vältimisega või vastuseisuga lohutamisele, kuni neid hoitakse süles või kätel. Tundeeluhäired võivad avalduda märgatava haletsusväärsusena, emotsionaalse reageerimisvõime pärssimisena, vastusreaktsioonides passiivsusena (kägarasse tõmbumisenähtusena põrandal) või agressiivsusena enda või teiste distressi puhul. Mõnel juhul tekib kartlikkus- ja ülierutusseisund (mõnikord kirjeldatakse seda kui tardunud valvsust), mis ei reageeri lohutamisele. Enamikul juhtudest huvituvad lapsed koostegevusest omaealistega, kuid sotsiaalne mäng on tõkestatud negatiivse emotsionaalse reageeringu tõttu. Kiindumishäirega lastel võib lisanduda senise hea füüsilise

arengu pärssumist, kasvu pidurdumist (mida tuleb kodeerida vastava somaatiliste haiguste kategooria R62 all).

Paljudel normaalselt arenevatel lastel võivad kiindumissuhted ühe või teise vanemaga olla ebakindlad. Tavaliselt ei põhjusta see reaktiivset kiindumishäiret. Lapse kiindumishäirele on iseloomulik ebaharilikult intensiivne ebakindlustunne, mis avaldub normaalsetele lastele tavatutes vastuolulistes sotsiaalsetes reageeringutes. Reaktsioonid laienevad ka muudele sotsiaalsetele situatsioonidele ega piirdu ainult suhetega hooldajaga. Ilmneb ükskõiksus lohutamise suhtes koos tundeeluhäiretega apaatia, haletsusvääruse või kartlikkuse kujul.

Pervasiivsetest arenguhäiretest võimaldavad seda seisundit eristada 5 tunnust.

1. Reaktiivse kiindumishäirega lapsel on säilinud normaalne retsiprooksete sotsiaalsete suhete ja reageeringute võime, mida ei ole pervasiivsete arenguhäiretega lastel.
2. Reaktiivne kiindumishäire avaldub algusest peale lapse käitumise muutusena ja vastusreaktsioonide anomaalsusena sotsiaalsetes situatsioonides. Selline reageerimisviis nõrgeneb aga suurel määral lapse paigutamisel normaalsesse kasvumiljöösse, mille eest kannab hoolt hooldaja. Sellist muutust ei täheldata pervasiivsete arenguhäirete korral.
3. Reaktiivse kiindumishäire kombineerumisel kõnearengu pidurdumisega (mida on kirjeldatud F80.4 all) ei ilmne neil lastel autismile iseloomulikku ebaharilikku suhtlemist.
4. Erinevalt autismist ei põhjusta reaktiivne kiindumishäire püsivat ja rasket tunnetuse defitsiiti, mis ei võimaldaks reageerida ümbruses toimuvatele olulistele muutustele.
5. Huvide, käitumise ja aktiivsuse püsiv piiratus, korduvus ja stereotüüpsus ei ole reaktiivse kiindumishäire tunnused.

Reaktiivne kiindumishäire on peaaegu alati põhjustatud jämedatest vigadest lapse hooldamisel, mis võib avalduda psühholoogiliselt halva kohtlemise või hooletusse jäetusest (tühistelgi asjaoludel karm pahandamine, püsiv hooldajapoolse

reageeringu puudumine lapse kontakteerumispüüdlustele, vanemate mõttetult jäme käitumine) või halva füüsilise kohtlemise ja hooldamatusena (lapse põhiliste kehaliste vajaduste pidev ignoreerimine, lapse korduv sihilik vigastamine, mitteadekvaatne toitmine). Senini on vähe andmeid lapse mitteadekvaatse hooldamise ja tekkivate psüühikahäirete seosest. Seetõttu ei ole lapse vajalikest elutarvetest ilmajätmine ja hoolduse puudumine ümbritsejate poolt diagnostilisest aspektist nõutavateks tunnusteks. Selle diagnoosi määramisel tuleb siiski olla ettevaatlik, kui ei ole halba kohtlemist ümbritsejate poolt ja/või sotsiaalset hooletusse jäetust. Diagnoosi ei tohi panna ka automaatselt, kui on olemas lapse hooletussejäetus või halb kohtlemine, sest mitte kõigil ebasoodsate sotsiaalsete faktorite mõjupiirkonnas olevatel lastel ei teki psüühikahäireid.

Ei sisalda: Aspergeri sündroom (F84.5);
valikuta kiindumine (F94.2);
tervisehäireid põhjustanud halva kohtlemise sündroomid (T74);
valikulise kiindumise normivariatsioon;
psühhosotsiaalsed probleemid lapse seksuaalse või füüsilise kuritarvitamise tagajärjel (Z61.4-Z61.6).

F94.2 Valikuta kiindumine

Seisundile on iseloomulikud väljendunud anormaalse sotsiaalse funktsioneerimise tunnused, mis tekivad esimesel viiel eluaastal, ja olles formeerunud, omavad püsimitendentsi, vaatamata ümbritseva miljöö olulistele muutustele. Alates teisest eluaastast manifesteerub seisund tavaliselt klammerdumisreaktsioonina ja difuusse kiindumiskäitumisena. Nelja-aastaselt diferentseerimata kiindumus püsib, kuid klammerdumistendentsi hakkab asendama tähelepanu otsimine ning valimatu sõbralik käitumine. Keskmises ja vanemas lapseeas võib valikuline kiindumus tekkida või mitte, kuid tähelepanuotsiv käitumine on sageli püsiv ning puudulikult reguleeritud suhted eakaaslastega sagedased. Sõltuvalt asjaoludest võib sellele lisanduda tundeelu- ja

käitumishäireid. Sündroom on enamasti selgesti määratav neil lastel, kes alates imikueast on kasvanud lasteasutustes, kuid võib tekkida ka muudes situatsioonides. Võib arvata, et selle sündroomi teke võib olla osaliselt põhjustatud valikulise kiindumuse kujunemiseks püsivalt soodsate võimaluste puudumisest (nt. hooldajate sagedase vahetumise tõttu). Antud sündroomi mõiste hõlmab difuusse kiindumuse varajast algust, pidevaid ebasoodsaid sotsiaalseid vastastoimeid ja käitumise situatsioonispetsiifilisuse kadumist.

Diagnostilised juhised

Diagnoos peab baseeruma järgmistel faktidel: a) esimese 5 eluaasta jooksul avaldub lapsel selektiivsete kiindumuste ebataoline difuussus; b) imikueas lisandub sellele üldine klammerduv käitumine, mis varases või keskmises lapseeas asendub diferentseerimata sõbralikkuse ja tähelepanuotsiva käitumisega. Tavaliselt on neil lastel raskusi usalduslike suhete loomisel eakaaslastega. Sellele võib lisanduda tundeelu- ja käitumishäireid, mis osaliselt võivad sõltuda lapse elutingimustest. Enamikul juhtudel selgub lapse arenguloost seos avalduvate hälvete ja esimestel eluaastatel hooldajate ebajärjekindluse, elukohtade sagedase vahetuse (nt. kasuvanemate korduv vahetumine) jne. vahel.

Sisaldab: emotsionaalselt tuim psühhopaatia (*affectionless psychopathy*); kasvatusasutuse sündroom.

Ei sisalda: Aspergeri sündroom (F84.5); laste hospitalism (F43.2); hüperaktiivsuse või tähelepanu puudulikkuse häire (F90.-); lapsea reaktiivne kiindumishäire (F94.1).

F94.8 Lapse või nooruki muud suhtlemishäired

Sisaldab: sotsiaalse funktsioneerimise häire kartlikkuse ja enesestõmbumisega sotsiaalsete oskuste puudusest.

F94.9 Lapse või nooruki täpsustamata suhtlemishäire

F95 Tikid

See sündroom manifesteerub enamasti mõne tiki kujul. Tik on tahtmatu, kiire, korduv, ebarütmiline motoorne liigutus (millesse tavaliselt on haaratud piiratud lihasgrupp) või vokaalne avaldus, mis algab ootamatult ja millel ei ole mingit eesmärki. Tikke tuntakse kui vastutahtelisi liigutusi, kuid tavaliselt on nad tahtlikult mõneks ajaks pärsitavad. Nii motoorsed kui ka vokaalsed tikid võib jaotada lihtsaks või kompleksseks, kuigi nende piir ei ole täpselt defineeritav. Tavaliselt avalduvad lihtsad motoorsed tikid silmapilgutustena, kaelatõmblustena, pealiigutustena, õlakehitustena, näogrimassidena. Lihtsad vokaalsed tikid esinevad kõhatamise, kurguhäälitsuste, sisistamise või ninaga nohistamise vormis. Üldised kompleksed tikid on keerukamad, hõlmates kätega oma keha vastu pekslevaid liigutusi, hüppamist ja hüplemist. Kompleksed vokaalsed tikid avalduvad silpide kordamisena, mõnikord sotsiaalselt ebatsensuursete või rõvedate sõnade impulsiivse väljaütlemisena (koprolaalia) ja/või iseenda poolt esiletoodud helide või sõnade kordamisena (palilaalia).

Tiki raskusastme variatsioone on väga palju. Mõnel juhul avaldub see fenomen normilähedase kerge hälbena. Igast 5-10 lapsest ühel on aeg-ajalt mööduv tik. Teistel juhtudel, nt. Tourette'i sündroomi korral, mis on harukordne, on tikid kroonilised ja kahjustavad töövõimet. Senini on ebaselge, kas need tikkide avaldused on eri seisundid või ühtse seisundi äärmused. Paljud autoriteedid peavad viimast arvamust tõenäolisemaks. Tikid avalduvad poistel sagedamini kui tüdrukul, samuti on ilmne tikkide esinemine perekonniti.

Diagnostilised juhised

Olulisimad tunnused, mis eristavad tikke teistest mootorikahäiretest, on järgmised: a) ootamatud, kiired, mööduvad ja ruumiliselt piiratud liigutused, mille põhjustajaks ei ole otsesed neuroloogilised häired; b) nende mootorsete

fenomenide korduvus; c) tavaliselt kaovad nad unes; d) neid võib tahtlikult korrata või pärssida.

Autismi või vaimse alaarengu korral mõnikord avalduvatest stereotüüpsetest korduvatest liigutustest eristab tikke rütmilisuse puudumine. Komplitseeritud tikiga võib sarnaneda ka omapäratsev maneerne motoorne aktiivsus, kuid neil juhtudel on liigutused komplekssemad ja mitmekesisemad kui tikkide puhul tavaline. Sundteod on mõnikord samuti sarnased komplekssetele tikkidele, erinevad neist aga liigutuse eesmärgistatuse poolest (puudutada mõnd eset või pöörelda mõni aeg). Siiski on eristamine mõnikord raske.

Tikid avalduvad sageli isoleeritud fenomenina, kuid mõnikord lisandub neile lai tundeeluhäirete spekter, enamasti obsessiivsed ja hüpohondrianähud. Tikkidega võivad kaasneda ka psüühika mõne külje spetsiifilised arengupidurdused.

Käesoleval ajal ei ole täpset eralduspiiri tikiseisunditega kaasnevate tundeeluhäirete ja koos tundeeluhäiretega kulgevate tikkide vahel. Neil juhtudel diagnoositakse intensiivsemalt avalduvat häiret.

F95.0 Lühiajalised tikid

Neil juhtudel avalduvad tikhäire üldised kriteeriumid, kuid tikkide kestus ei ületa 12 kuud. See vorm on tikkide puhul sagedasim ning avaldub enamasti 4-5-aastastel. Kõige sagedamini täheldatakse silmade pilgutamist, näo grimassitamist, peaga tõblemist. Paljudel juhtudel avalduvad tikid üksikepisoodina, teistel juhtudel esinevad remissioonid ja ägenemised mõne kuu tagant.

F95.1 Kroonilised motoorsed või vokaalsed tikid

Kliinilises pildis avalduvad tiki üldised kriteeriumid, kusjuures tikid on kas motoorsed või vokaalsed (kuid mitte mõlemad). Tikid võivad olla kas lihtsad või komplitseeritud (kuigi tavaliselt komplitseeritud) ning kestnud üle 1 aasta.

F95.2 Gilles de la Tourette'i sündroom

Tiki selle vormi korral esinevad või on esinenud mitmesugused motoorsed tikid ja üks või mitu liiki vokaalset tikki, kuigi mõlemad

ei pruugi avalduda üheaegselt. Algus on tavaliselt lapse- või noorukieas, seejuures avalduvad varem motoorsed, hiljem ka vokaalsed tikid. Sümptomid ägenevad sageli noorukieas ning püsivad tavaliselt ka täiskasvanueas.

Vokaalsed tikid on sageli hulgalised (mitmekesised): helide impulsiivne kordamine, kurgupuhastamine, ruigamine ja ühmatus, võidakse ütelda ka rõvedaid sõnu või fraase (koprolaalia). Mõnikord saadab neid žestikuleeriv ekopraksia, mis samuti võib olla rõve (kopropaksia). Nii motoorseid kui ka vokaalseid tikke võib lühiajaliselt tahtlikult pärssida, nad intensiivistuvad stressi puhul ning kaovad unes.

F95.8 Muud täpsustatud tikid

F95.9 Täpsustamata tikid

Seda tikkide jääkkategooriat on soovitatav kasutada vaid siis, kui on täidetud tikhäire üldised kriteeriumid, kuid spetsiifilise alakategooria määramine ei ole võimalik või ei ole täidetud F95.0, F95.1 või F95.2 kriteeriumid.

F98 Lapse või nooruki muud käitumis- ja tundeeluhäired

See rubriik moodustub heterogeensete häirete gruppidest, millele on ühine algus lapseeas, kuid teistes aspektides erinevad nad mitmes suhtes. Mõned neist seisundeist on hästi defineeritavad sündroomid, teised pole muud kui ilma nosoloogilise spetsiifilisusega sümptomite kogumid. Sellesse rubriiki on nad paigutatud sagedase esinemise, seoste tõttu psühholoogiliste probleemidega või võimatuse tõttu käsitleda neid muude sündroomide all.

Ei sisalda: hingamispeetushood (R06.8);
lapseea sooidentsuse häire (F64.2);
unisus ja liigsöömine (Kleine-Levini sündroom) (G47.8);
obsessiiv-kompulsiivne häire e.
sundseisund (F42.-);
unehäired (F51.-).

F98.0 Mitteorgaaniline enurees

Mitteorgaanilisele enureesile on iseloomulik tahtmatu urineerimine päevase ja/või öise une ajal, mis on anormaalne, lähtudes lapse east, ega tulene põietegevuse kontrolli kaotusest mõne neuroloogilise haiguse, epileptiliste hoogude või kuseteede struktuuriliste anomaalsuste tagajärjel. Enurees võib olla püsiv alates sünnist (imikueas normaalse kusepidamatuse liiga kaua püsimine) või tekib pärast mõnda aega kestnud kontrolli kusepõie tegevuse üle. Hilisema algusega ehk sekundaarne enurees algab tavaliselt eaperioodil 5.-7. eluaastani. Enurees võib avalduda kui monosümptoomne seisund või sellega kaasneb hulgaliselt tundeelu- ja/või käitumishäireid. Viimasel juhul jääb nende häirete süvamehhanism ebaselgeks. Tundeeluhäired võivad tekkida sekundaarselt vastuseks distressile, mis lähtub enureesist. Enurees võib olla ka mõne muu psüühilise haiguse üheks komponendiks või tekivad mõlemad (nii enurees kui ka tundeelu-/käitumishäire) üheaegselt lähedaste etioloogiliste faktorite mõjul. Igal üksikul juhul ei saa diagnostikas tõmmata selget piirjoont nende kahe alternatiivse võimaluse vahel ning seepärast tuleb diagnoosimisel lähtuda kliinilisest pildist, millised sümptomid (kas enureesi avaldumine või emotsionaal-käitumuslikud nähud) on lapse põhiprobleemiks.

Diagnostilised juhised

Käesoleval ajal puudub terav eraldusjoon enureesi kui häire ja ea normaalsete variatsioonide vahel, millal peaks saavutatama kontroll kusepõie funktsiooni üle. Enureesi ei peaks diagnoosima alla lapse 5. eluaasta piiri või alla vaimse arengu 4. aasta piiri. Kui enureesiga kaasnevad mõned muud meeleolu- või käitumishäired, võib enurees olla primaarseks diagnoosiks vaid siis, kui tahtmatut voodimärgamist unes esineb mitu korda nädalas ja kui ilmneb teiste sümptomite ajaline kattumine enureesiga. Mõnikord tekib enurees koos enkopreesiga. Sel juhul tuleb diagnoosida enkopreesi.

Vahetevahel tekib lastel mööduv enurees tsüstiidi või polüuuriast (ka diabeedist). Need juhud ei seleta piisavalt enureesi, mis kestab edasi ka pärast infektsiooni väljaravimist

või kui polüuuria üle on saavutatud kontroll. Ei ole sugugi harv, kui tsüstiit on enureesi suhtes sekundaarne, sest laps on pidevalt märg ja tingimused infektsiooni ülenevaks levikuks kusetraktis soodsad (eriti tüdrukul).

Sisaldab: mitteorgaaniline enurees (primaarne, sekundaarne); funktsionaalne või psühhogeenne enurees; mitteorgaaniline kusepidamatus.

Ei sisalda: TTta enurees (R32).

F98.1 Mitteorgaaniline enkoprees

Mitteorgaanilist enkopreesi iseloomustab korduv tahtlik või tahtmatu, tavaliselt normaalse konsistentsiga *faeces*'e eritamine, mis leiab aset indiviidile ja sotsiaal-kultuurilisele ümbruskonnale sobimatus kohas. Selline seisund võib olla normaalse imikuea fekaalipidamatuse anormaalne jätkumine, võib olla põhjustatud varem omandatud kontrolli kaost pärasoole funktsiooni üle. Laps võib hoida *faeces*'t kiuslikult, sihilikult pärasooles ja eritada seda sobimatus kohas, vaatamata kontrolli normaalsele säilimisele pärasoole tegevuse üle. Seisund võib avalduda monosümptoomsena või olla mõne muu komplitseerituma häire (eriti tundeelu- (F93.-) või käitumishäire (F91.-)) osaks.

Diagnostilised juhised

Kõige olulisem tunnus on ebakohane fekaalide eritamine. Seisund võib tekkida mitmel moel.

1. Enkoprees võib olla potiharjumuste puuduliku õpetamise või õppimise tagajärg, kusjuures sooletegevuse adekvaatset kontrolli pole omandatud.
2. Enkoprees võib peegeldada selliseid psühholoogilisi situatsioone, mille puhul normaalne füsioloogiline kontroll defekatsiooni üle on säilinud, kuid mingil põhjusel tõrksuse, vastuseisu või sotsiaalsete normidega kohanematuse tõttu avaldub defekatsioon meelevaldses kohas.
3. Enkoprees võib tuleneda fekaalide füsioloogilisest ülemäärasest kogunemisest jämesoolde ning fekaalide sekundaarsest

tulvamisest ja väljumisest sobimatus kohas. Sellise fekaalide peetumise põhjuseks võib olla vanemate ja lapse vaheline tüli potiharjumuste treeningul, *faeces*'e tagasihoidmine valuliku defekatsiooni tõttu (päarakulõhede puhul) või muudel põhjustel.

Mõnel juhul võib enkopreesiga kaasneda alakeha või lähema ümbruse määrimine *faeces*'ega, harvemini päraku uuristamine või masturbatsioon. Neil juhtudel kaasnevad tavaliselt mingil määral tundeelu- ja käitumishäired. Senini on ebaselge tundeelu- ja käitumishäiretega kaasneva enkopreezi ja mõnede teiste psüühikahäiretega kaasneva enkopreezi kui lisasümptomi vaheline piir. Kui enkoprees ei domineeri kliinilises pildis (s.t. esineb harvemini kui kord kuus), diagnoositakse muud häiret. Enkopreesiga kaasneb küllalt sageli ka enurees ning neil juhtudel tuleb kodeerida esmajoones enkopreezi. Mõnel juhul võib enkoprees olla tingitud orgaanilistest põhjustest (nt. päarakulõhed või mao-sooletrakti infektsioon), mistõttu kodeerimise aluseks tuleb võtta orgaaniline häire, kui see selgitab küllaldaselt fekaalipidamatuse põhjust. Kui aga somaatiline haigus on tõukeks, mitte põhjuseks, tuleks kodeerida ka enkopreezi.

Diferentsiaaldiagnoos. Oluline on pöörata tähelepanu järgmistele asjaoludele.

- (a) enkoprees võib olla tingitud orgaanilistest haigustest, nagu megakoolon (Q43.1) või *spina bifida* (Q05.-) (pane siiski tähele, et enkoprees võib kaasuda ka mao-sooletrakti infektsioonidele või päarakulõhedele);
- (b) kõhukinnisus fekaalipeetusega ja jämesoole ületäitumusega viib fekaalide vedeldumisele sooles (K59.0). Kõhukinnisusega võib kaasneda ka enkoprees, mida tuleks kodeerida täiendavalt, kasutades vajaduse korral lisakoodi kõhukinnisuse põhjuse näitamiseks.

F98.2 Söömishäire imiku- või lapseeas

Sellesse rubriiki kuuluvad imiku- ja varasele lapseeale iseloomulikud söömishäired, mis avalduvad toidust keedumises ja ülemäärases valivuses, vaatamata lapse adekvaatsele toitmis- se, hooldaja küllaldasele kompetentsusele lapse hooldamisel

ning mõne somaatilise haiguse puudumisele. Neil juhtudel võib esineda või mitte korduv toidu väljaoksendamine ilma iivelduseta või mao-sooletrakti häireta.

Diagnostilised juhised

Mõningad söömisprobleemid imiku- ja varases lapseeas on üldlevinud (liigne valikulisus söömisel, oletatav ala- või ületoitmine), kuid üksikuna võttes ei ole need nähud veel olulise häire tunnuseks. Häiret võib diagnoosida, kui söömisprobleem väljub selgelt normi piirest, sel on kvalitatiivselt ebanormaalseid tunnuseid või kui laps ei võta kaalus juurde või kaalukaotus on kestnud üle 1 viimase kuu.

Sisaldab: imiku ruminatsioon (*ruminatio disorder of infancy*)

Diferentsiaaldiagnoos. Söömishäiret on vaja eristada:

- (a) seisunditest, mille puhul laps teistelt täiskasvanutelt, välja arvatud oma hooldaja, võtab toitu vastu.
- (b) toidust keeldumisest, mis põhjustatud kehalistest haigustest;
- (c) *anorexia nervosa*'st ja muudest söömishäiretest (F50.-);
- (d) söömisprobleemidest väljendunud psüühilise haiguse korral;
- (e) *pica*'st (F98.3);
- (f) mitmesuguse etioloogiaga söömiskäitumise häiretest ja söömise väärast korraldusest (R63.3).

F98.3 Pica imiku- või lapseeas

Imiku- ja lapseeas on *pica*'le iseloomulik püsiv vajadus süüa mittedöödavaid aineid (mulda, savi, värvitükikesi jne.). *Pica* võib avalduda kas mõne komplitseerituma psüühikahäire ühe sümptomina (nagu autismi puhul) või suhteliselt isoleeritult psühhopatoloogilise käitumisviisina. Koodi F98.3 on vaja kasutada *ainult* viimatinimetatud seisundi märkimiseks. *Pica* on kõige tavalisem vaimse alaarenguga lastel. Neil juhtudel on vaja kodeerida ka F70-F79. Siiski võib *pica* esineda (enamasti väikelastel) ka normaalse intellekti korral.

F98.4 Liigutuste stereotüüpiad

Neid häireid iseloomustavad tahtlikud, korduvad, stereotüüpsed ja mittefunktsionaalsed (sageli rütmilised) liigutused, mis ei ole mõne komplitseerituma neuroloogilise või psüühilise häire osaks.

Kui stereotüüpsed liigutused on üheks muude haigusseisundite sümptomiks, tuleb kodeerida vaid viimaseid (s.t. koodi F98.4 mitte kasutada). Liigutustest, mis ei põhjusta enesevigastusi, esineb sagedamini keha kõigutamist, pea väärutamist, juuste kiskumist või keerutamist, omapärast sõrmedega nipsutamist ja kätega plaksutamist (küünte närimine, pöidla imemine ja nina urgitsemine ei kuulu sellesse rubriiki, sest need ei ole otsesed psühhopatoloogia ilmingud ega oma erilist tähtsust, mis õigustaks nende klassifitseerimist). Stereotüüpne ennastvigastav käitumine avaldub korduvas peaga põrmimises, näo peksmises, silmade torkimises, käte, huulte või teiste kehaosade hammustamises. Kõigi nende stereotüüpsete liigutuste korral ilmneb enamasti ka vaimne alaareng. Sellistel juhtudel tuleb reeglina kodeerida *mõlemad* seisundid.

Silmade torkimine on lastel üks nägemiskahjustuse tunnustest. Siiski ei selgita nägemispuudulikkus küllaldaselt silmade torkimist ja kui kaasneb ka täielik või osaline pimedus, tuleb kodeerida mõlemat seisundit: silmade torkimine F98.4 all ja nägemiskahjustus vastava somaatilise häire koodi all.

Ei sisalda: patoloogilised tahtmatud liigutused (R25.-);
orgaanilise geneesiga liigutushäired (G20-G26);
küünte närimine, nina urgitsemine, pöidla imemine (F98.8);
obsessiiv-kompulsiivne häire e. sund-
seisund (F42.-);
stereotüüpiad, mis on mõne komplitseerituma psüühikahäire osaks (pervasiivsed arenguhäired);
tikid (F95.-);
trihhotillomaania (F63.3).

F98.5 Kogelemine

Kogelemine avaldub sõnade või silpide sageda kordamisena või pikendamisena, kõne sagedase takerdumisena või kõne rütmilist kulgu katkestavate pausidena. Seda tüüpi kerge ning ajutine kõne düsrütmia on üsna tavaline varases lapseeas, kuid vähesed kõnetakistused võivad jääda püsima ka hilisemas lapse- ja täiskasvanueas. Häiret tuleb kodeerida vaid siis, kui kõne kulg on olulisel määral häiritud. Kogelusega võivad kaasneda mitmesugused näo ja/või muude kehaosade liigutused. Kogelust tuleb eristada häädamisvigadest (vt. allpool) ja tikhäiretest.

Mõnel juhul võib kogelus lisanduda kõnearengu häiretele, mil need tuleb kodeerida eraldi F80.- all.

Ei sisalda: ebarütmiline kõne (F98.6) (*cluttering*);
kõne ebarütmilisust põhjustavad neurooloogilised
häired (RHK-10 VI peatükk);
obsessiiv-kompulsiivne häire e. sund-
seisund (F42.-);
tikid (F95.-).

F98.6 Ebarütmiline kõne

Hääldamispuue väljendub kiirustava kõne voolavuse katkemises (kuid ei esine kordamisi ega kõnetakistust), mistõttu kõne arusaadavus võib väheneda. Selline kõne on hüplev, korrapäratu ja ebarütmiline, kiirete vahespurtidega, mil tavaliselt ilmneb lausete ebaselge üksteisest eraldamine ja hääldamine (kõne voolavust häirivad pausid ja puhanguline kõnetulv, väljaõeldud sõnagrupid ei sobi kokku lause grammatilise struktuuriga).

Ei sisalda: kõne ebarütmilisust põhjustavad neurooloogilised
häired (RHK-10 VI peatükk);
obsessiiv-kompulsiivne häire e. sund-
seisund (F42.-);
kogelemine (F98.5);
tikid (F95.-).

F98.8 Muud täpsustatud käitumis- ja tundeeluhäired

Sisaldab: hüperaktiivsusetähelepanu puudulikkuse
sündroom;
(ülemäärane) masturbatsioon;
küünte närimine;
nina urgitsemine;
pöidlaimemine.

F98.9 Täpsustamata käitumis- ja tundeeluhäire

F99 Täpsustamata psüühikahäire

Seda häirete jääkkategoriat võib kasutada, kui ei ole võimalik kasutada ühtegi F00-F98 all toodud koodi.

Indeks

Neljanda ja viienda koodinumbriga asemel on indeksis kasutatud märki #, need võib leida diagnooside loetelust. Indeks sisaldab termineid, mis pärinevad ICD-9-st, DSM-III-R-st ja muudest klassifikatsioonidest ning peaks lihtsustama õige kategooria leidmist vastavalt RKH-10-le.

Aerofaagia, psühhogeenne F45.31

Afaasia

- arenguhäirest (spetsiifiline)
 - - ekspressiivne tüüp F80.1
 - - retseptiivne tüüp F80.2
 - - Wernicke F80.2
- omandatud, koos epilepsiaga F80.3

Afoonia, psühhogeenne F44.4

Agnoosia, spetsiifiline F88

Agorafoobia F40.0#

- paanikahäirega F40.01
- paanikahäireta F40.00

AIDS-i dementsuskompleks F02.4

Akalkuulia, arenguline F81.2

Akrofoobia F40.2

Alaalia

- motoorne F80.1
- sensoorne F80.2

Alaareng, vaimne F7##

- autismi tunnustega F84.1
- kerge F70#
- MKta^{*} täpsustatud F78#
- mõõdukas F71#
- raske F72#
- sügav F73#
- täpsustamata F79

Alkohol, alkohol-

- amnestiline sündroom F10.6
- deliirium F10.4#
 - - krampidega F10.41
 - - krampideta F10.40
- depressioon F10.54

* MKta - mujal klassifitseerimata

- entsefalopaatia F10.7#
 - - Gayet-Wernicke F10.4#
- hallutsinoos (äge) F10.5#
- joove, äge F10.0#
 - - patoloogiline F10.07
- kiivusluul F10.5#
- paranoia, paranoid F10.51, F10.50
- psühhoos F10.5#
- sõltuvus F10.2#
- võõrutusseisund F10.3#
 - - deliiriumiga F10.4#
- Alkoholism
 - Korsakovi psühhoos F10.6
 - krooniline (vt. alkoholsõltuvus)
- Alzheimeri tõbi
 - dementsus F00.#
 - - atüüpiline F00.2#
 - - hilise algusega F00.1#
 - - preseniilne F00.0#
 - - segatüüpi F00.2#
 - - seniilne F00.1#
 - - varajase algusega F00.0#
 - tüüp 1 F00.1#
 - tüüp 2 F00.0#
- Amneesia, dissotsiatiivne F44.0
- Anesteesia ja hüpesteesia, dissotsiatiivne F44.6
- Anhedoonia, seksuaalne F52.11
- Anorexia nervosa* F50.0
 - atüüpiline F50.1
- Anorgasmia, psühhoogenne F52.3
- Antropofobia F40.1
- Arenguagnoosia F88
- Arenguhäire (vt. häire, arengu-)
- Arteriosklerootiline dementsus (vt. dementsus, vaskulaarne) F01.#
- Aspergeri sündroom F84.5
- Asteenia, neurotsirkulatoorne F45.30
- Aterosklerootiline dementsus (vt. dementsus, vaskulaarne) F01.#
- Autism
 - atüüpiline F84.1
 - infantiilne F84.0
 - lapsea F84.0
- Autistlik psühhopaatia F84.5

Aversioon (vastumeelsus), seksuaalne F52.10

Bad trip F16.0#

Bipolaarne

- afektiivne häire (vt. häire, bipolaarne meeleolu-) F31.#
- meeleuluhäire (vt. häire, bipolaarne meeleolu-) F31.#

Borderline personality (disorder) F60.30

Bouffée délirante

- skisofreenia sümptomitega F23.1
 - ägeda stressiga F23.11
 - ägeda stressita F23.10
- skisofreenia sümptomiteta F23.0
 - ägeda stressiga F23.01
 - ägeda stressita F23.00

Briquet' häire F48.8

Bulimia nervosa F50.2

- atüüpiline F50.3

Creutzfeldt-Jakobi tõbi (dementsusega) F02.1#

Da Costa sündroom F45.30

Deliirium F05.#

- alkoholist tingitud F10.4#
- dementsusega F05.1
- dementsuseta F05.0
- segapäritoluga F05.8
- võõrutusseisund F1x.4

Delinkventsus (juveniilne), grupiviisiline F91.2

Delirium tremens F10.4#

Dementia infantilis F84.3

Dementsus

- agiteeritud paralüüs F02.3#
- Alzheimeri tõbi F00.##
 - atüüpiline F00.2#
 - hilise algusega F00.1#
 - preseniilne F00.0#
 - segatüüpi F00.2#
 - seniilne F00.1#
 - varajase algusega F00.0#
- arteriosklerootiline F01#
- Creutzfeldt-Jakobi tõbi F02.1#
- epilepsia F02.8#

- *general paralysis of the insane* (vt.F02.8#)
- Guami parkinsonismi dementsuskompleks F02.8#
- hepatolentikulaarne degeneratsioon (Wilsoni tõbi) F02.8#
- HIV-tõbi F02.4
- Huntingtoni korea (tõbi) F02.2#
- hüperkaltseemia F02.8#
- hüpötüreoidism, omandatud F02.2#
- intoksikatsiooni- F02.8#
- kortikaalne, valdavalt F01.1#
- *lupus erythematosus*, süsteemne F02.8#
- multiinfarktne F01.1#
- neurosüüfilis F02.8#
- niatsiini vaegus [pellagra] F02.8
- *paralysis agitans* (vt. F02.3#)
- Parkinsoni tõbi F02.3#
- parkinsonism F02.3#
- Picki tõbi F02.8
- *polyarteritis nodosa* F02.0#
- primaarselt degeneratiivne F03.#
 - - Alzheimeri tüüpi F00.#
- *sclerosis multiplex* F02.8
- seniilne F03#
 - - Alzheimeri tüüpi F00.1#
- süsinikmonooksiidi- (vingugaasi-) mürgitus F02.8#
- trüpanosomiaasist F02.8#
- tserebraalsest lipidoosist F02.8#
- valdavalt kortikaalne F01.1#
- vaskulaarne F01.##
 - - kortikaalne ja subkortikaalne, segatüüpi F01.3#
 - - subkortikaalne F01.2#
 - - äge algus F01.0#
- vitamiin B₁₂ vaegus F02.8#

Depressiivne

- episood (vt. episood, depressiivne)
- häire (vt. häire, depressiivne)
 - - bipolaarne F31.-
 - - korduv F33.-
 - - lühiajaline F38.-
 - - püsiv F34.-
- reaktsioon F43.2#
 - - lühiajaline F43.20
 - - pikaajaline F43.21
 - - segatüüpi (ärevusega) F43.22

Depressioon

- agiteeritud, üksik episood F32.2
- atüüpiline F32.8
- endogeenne F33.#, (F31.#)
- maskeeritud F32.8
- monopolaarne F33.#
- neurootiline (püsiv) e. düstüümia F34.1
- psühhoogeenne F32.#
- psühhootiline
 - bipolaarne F31.5
 - episood F32.3
 - korduv F33.3
- reaktiivne F32.#
- skisofreenne järeldepressioon F20.4#
- suur (*major depression*)
 - korduv (rekurrentne) F33.-
 - üksik episood F41.2
- sünnitusjärgne F53.0
- unipolaarne F33.#
- vitaalne (episood), psühhootiliste sümptomiteta F32.2
- ärev,
 - nõrk või mittepüsiv F41.2
 - püsiv (düstüümia) F34.1

Depressioonineuroos F34.1

Derealisatsioon F48.1

Deviatsioon, seksuaalne F65.9

Dhat'i sündroom F48.8

Diarröa, psühhoogeenne F45.32

Dipsomaania F10.2#

Dissotsiatiivne häire (vt. häire, dissotsiatiivne)

Düsfaasia

- ekspressiivne F80.1
- retseptiivne F80.2

Düsfoonia, psühhoogeenne F44.4

Düsfunksioon

- orgasmi- (düsorgasmia) F52.3
- seksuaal-, mitteorgaanilisest häirest või haigusest F52.#
- somatoformne vegetatiivne F45.3
 - kardiovaskulaarse süsteemi F45.30
 - MKta täpsustatud organi F45.38
 - respiratoorse süsteemi F45.33
 - seedetrakti alaosa F45.32
 - seedetrakti ülaosa F45.31

- - urogenitaalsüsteemi F45.34
- Düsalaalia, spetsiifiline F80.0
- Düsleksia, spetsiifiline F81.0
- Düsmorfofoobia
 - luululine F22.8
 - mitteluululine F45.2
- Düsorgasmia F52.3
- Düspareuunia, mitteorgaaniline F52.6
- Düspepsia, psühhogeenne F45.31
- Düspraksia, spetsiifiline F82
- Düssomnia F51.#
- Düstüümia F34.1
- Düsuuria, psühhogeenne F45.34

- Ebarütmiline kõne F98.6
- Ejakulatsioon, enneaegne F52.4
- Ekshibitsionism F65.2
- Enkoprees, mitteorgaaniline F98.1
- Entsefaliit, alaäge, HIV F02.4#
- Entsefalopaatia
 - HIV F02.4#
 - kontusioonijärgne F07.2
- Enurees (primaarne)(sekundaarne)
 - funktsionaalne F98.0
 - mitteorgaaniline F98.0
 - psühhogeenne F98.0
- Episood
 - depressiivne F32.#
 - - kerge F32.0
 - - - somaatiliste sümptomitega F32.01
 - - - somaatiliste sümptomiteta F32.00
 - - mõõdukas F32.1
 - - - somaatiliste sümptomitega F32.11
 - - - somaatiliste sümptomiteta F32.10
 - - raske
 - - - psühhootiliste sümptomitega F32.3
 - - - psühhootiliste sümptomiteta F32.2
 - hüpomaniakaalne F30.0
 - maniakaalne F30.#
 - - psühhootiliste sümptomitega F30.2
 - - psühhootiliste sümptomiteta F30.1
 - segatüüpi afektiivne F30.00

- Faktorid, psühholoogilised ja käitumuslikud
 - kehalist seisundit mõjustavad F54
 - seoses mujal klassifitseeritud häirete või haigustega F54
- Fetišism F65.0
 - transvestiline F65.1
- Fetišistlik transvestism F65.1
- Folie à deux* F24
- Foobia F40.9
 - eksami- F40.2
 - lapse 93.1
 - liht- F40.2
 - looma- F40.2
 - sotsiaal- F40.1
 - - lapsel F93.2
 - spetsiifne (isoleeritud) e. liht-
- Foobne
 - seisund F40.#
 - ärevus (reaktsioon) (häire) F40.#
- Frigiidsus F52.0
- Frontaalsagara sündroom F07.0
- Froterism F65.8
- Fuuga, dissotsiatiivne F44.1
-
- Ganseri sündroom F44.80
- Genitaalne vaegreaktsioon F52.2
- Gerstmanni sündroom F81.2
- Gilles de la Tourette'i sündroom F95.2
-
- Halb retk (hallutsinogeenidest) F16.0#
- Hallutsinatoorne (hallutsinoos)
 - psühhoos, krooniline F28
 - seisund, orgaaniline F06.0
- Hammustamine, stereotüüpne, ennastkahjustav F98.4
- Hasartmängimine
 - kompulsivne F63.0
 - patoloogiline F63.0
- Hebefreenia F20.1#
- Helleri sündroom F84.3
- HIV
 - entsefaliit F02.4#
 - entsefalopaatia F02.4#

Hospital hopper syndrome F68.1

Hospitalism, laste F43.28

Huntingtoni korea või tõbi F02.2#

Häire

- afektiivne (vt. häire, meeleolu-)
- arengu- (e. spetsiifiline e. psühholoogilise arengu-) F89
 - afaasia
 - ekspressiivne F80.1
 - retseptiivne F80.2
 - artikulatsiooni-, spetsiifiline F80.0
 - arvutamisvilumuste F81.2
 - koordinatsiooni F82
 - kõne ja keele, MKta täpsustatud häired F80.8
 - motoorse funktsiooni F82
 - pervasiivne F84.-
 - sega-, täpsustatud F83
 - õpivilumuste F81.9
- artikulatsiooni-
 - arenguline F80.0
 - funktsionaalne F80.0
 - spetsiifiline F80.0
- arvutamisvilumuste, spetsiifiline F81.2
- autistlik F84.0
 - atüüpiline F84.1
- bipolaarne afektiivne (e. meeleolu-) F31.#
 - käesolev episood
 - hüpomaniakaalne F31.0
 - maniakaalne
 - psühhoatiliste sümptomitega F31.2
 - psühhoatiliste sümptomiteta F31.1
 - kerge või mõõdukas depressioon F31.3
 - somaatiliste sümptomitega F31.31
 - somaatiliste sümptomiteta F31.30
 - raske depressioon
 - psühhoatiliste sümptomitega F31.5
 - psühhoatiliste sümptomiteta F31.4
 - segatüüpi F31.6
 - orgaaniline F06.31
 - remissioonis (käesolevalt) F31.7
 - üksik maniakaalne episood F30.#
- Briquet' F48.8
- depressiivne F32.#, F33.#, F34.#
 - korduv (rekurrentne) F33.#
 - lühiajaline F38.10

- remissioonis F33.4
- kerge F33.0#
- somaatiliste sümptomitega F33.01
- somaatiliste sümptomiteta F33.00
- mõdukas F33.1#
- somaatiliste sümptomitega F33.11
- somaatiliste sümptomiteta F33.10
- raske F33.#
- psühhootiliste sümptomitega F33.3
- psühhootiliste sümptomiteta F33.2
- orgaaniline F06.32
- dissotsiatiivne F44.9
- - amneesia F44.0
- - anesteesia F44.6
- - fuuga F44.1
- - hüpesteesia F44.6
- - kramp F44.5
- - MKta, täpsustatud F44.88
- - Ganseri sündroom F44.80
- - isiksuse mitmesus F44.81
- - lapse või nooruki mööduv dissotsiatiivne häire F44.82
- - motoorne F44.4
- - mööduv, lapse või nooruki F44.82
- - segatüüpi F44.7
- - stuupor F44.2
- - transs F44.3
- emotsioonide e. tundeelu-, lapse F93.#
- erektsiooni- F52.2
- foneemitaju, arenguline F80.0
- foobne ärevus- F40.#
- - agorafobia F40.0#
- - lapse F93.1
- - lihtfoobia F40.2
- - sotsiaalfoobia F40.1
- - spetsiifiline foobia F40.2
- harjumuste ja impulsi- F63.#
- - kleptomaania F63.2
- - patoloogiline hasartmängimine F63.0
- - püromania F63.1
- - trihotillomaania F63.3
- hüperkineetiline F90.#
- - käitumis- F90.1
- - aktiivsus- ja tähelepanuhäire F90.1
- hüpohondriline F45.2

- identsus-, lapse F93.8
- indutseeritud paranoiline või psühhoiline F24
- intermiteeruv, eksplosiivne F63.8
- iseloomu- F68.8
- isiksus- F60.#
 - afektiivne (tsüklotüümia) F34.0
 - agressiivne F60.30
 - ajuhaigusest, -vigastusest ja -düsfunksioonist põhjustatud F07.#
 - amoraalne F60.2
 - anankastne F60.5
 - antisotsiaalne F60.2
 - asotsiaalne F60.2
 - asteeniline F60.7
 - depressiivne (düstüümia) F34.1
 - düssotsiaalne F60.2
 - ebaküps F60.8
 - ekspansiivne paranoiline F60.0
 - eksplosiivne F60.30
 - ekstsentriline F60.8
 - emotsionaalselt ebastabiilne
 - piirialast tüüpi F60.31
 - impulsiivset tüüpi F60.30
 - ennastnurjav F60.7
 - fanaatiline F60.0
 - *halltlose type* (vt. F60.8)
 - histriooniline F60.4
 - hüpotüümne F34.1
 - hüsteeriline F60.4
 - inadequate F60.7
 - kompulsivne F60.5
 - kverulantne F60.0
 - mitmene (*multiple*) F44.81
 - nartsissistlik F60.8
 - obsessiiv-kompulsivne F60.5
 - obsessiivne F60.5
 - orgaaniline F07.#
 - paranoiline F60.0
 - passiivne F60.7
 - passiivne-agressiivne F60.8
 - patoloogiline F60.9
 - piirialast tüüpi ebastabiilne F60.31
 - psühhoinfantiilne F60.4
 - psühhoneurootiline F60.8
 - psühhopaatiline F60.2

- - saamatu F60.7
- - segatüüpi F61.0
- - *self-defeating* (vt. F60.7)
- - sensitiiv-paranoidne F60.0
- - skisoidne F60.1
- - skisotüüpne F21
- - sotsiopaatiline F60.2
- - sõltuv F60.7
- - vältiv F60.6
- - ärev F60.6
- keha düsmorfiline F45.2
- kiindumis-
 - - reaktiivne F94.1
 - - valikuta F94.2
- kognitiivne, nõrk F06.7
- kohanemishäire
 - - domineerivalt käitumishäiretega F43.24
 - - domineerivalt muude emotsionaalsete häiretega F43.23
 - - lühiajaline depressiivne reaktsioon F43.20
 - - muude täpsustatud sümptomitega (domineerivate) F43.28
 - - prolongeeritud depressiivne reaktsioon F43.21
 - - segatüüpi, käitumis- ja emotsionaalsete häiretega F43.25
 - - ärev-depressiivne reaktsioon F43.22
- konversiooni- F44.#
- kõne (keele) arengu- F80.9
 - - ekspressiivne F80.1
 - - retseptiivne F80.2
- käitumis- F91.#
 - - antisotsiaalne F91.1, F91.2
 - - depressiivse häirega (F30-F39) F92.0
 - - depressiooniga F92.0
 - - emotsionaalsete häiretega (F93.-) F92.#
 - - grupiviisiline e. grupis avalduv F91.2
 - - hüperkineetiline F90
 - - lapsea F91.9
 - - neurootiliste häiretega (F40-F48) F92.#
 - - perekonnas avalduv F91.0
 - - *solitariness aggressive type* (vt. F91.1)
 - - sotsialiseerumata (mittegrupiline) F91.3
 - - - agressiivne F91.1
 - - sotsialiseerunud (grupis avalduv) F91.2
 - - tundeeluhäiretega (F93.-) F92.#
 - - tõrges-trotslik F91.3
 - - üksindus-agressiivset tüüpi F91.1

- lapse rivaalsus- F93.3
- lapseea desintegratiivne F84.3
- lugemis-, spetsiifiline F81.0
 - düsgraafiaga F81.0
- luululine F22.0
 - indutseeritud F24
 - püsikululine F22.#
- maniakaalne, orgaaniline F06.30
- meeleolu- (e. afektiivne) F30-F39
 - korduv F33.#
 - orgaaniline F06.3
 - püsiv F34.#
 - üksik episood F32.#
- motoorse funktsiooni, täpsustatud F82
- neurootiline F4#.#
- obsessiiv-kompulsiivne F42.#
- orgaaniline
 - afektiivne, segatüüpi F06.33
 - asteeniline F06.6
 - bipolaarne F06.31
 - depressiivne F06.32
 - dissotsiatiivne F06.5
 - emotsionaalse labiilsusega [asteeniline] F06.6
 - isikus- F07.0
 - katatoonne F06.1
 - luululine [skisofreeniataoline] F06.2
 - maniakaalne F06.30
 - meeleolu- [afektiivne] F06.3#
 - paranoidne F06.2
 - skisofreeniataoline F06.2
 - ärevus- F06.4
- paanika- F41.0
 - agorafobiaga F40.01
 - agorafobiata F41.0
- paranoidne, indutseeritud F24
- pervasiivne arengu- F84.#
- *possession* F44.3
- posttraumaatiline stress- F43.1
- psühhootiline
 - alkoholist F10.5#
 - hallutsinogeenidest F16.5#
 - hüpnootikumidest (uinutitest) F13.5#
 - kokaiinist F14.5#
 - lahustite inhaleerimisest F18.5#

- mitme aine tarvitamisest F19.5#
- mitteorgaaniline, täpsustamata F29
- MKta täpsustatud F28
- opioidide tarvitamisest F11.5#
- orgaaniline F09
- polümorfne, äge (vt. häire, psühhootiline, äge)
- residuaalne või hilise algusega F1x.7#
- alkoholist F10.7#
- hallutsinogeenidest F16.7#
- hüpnootikumidest (uinutitest) F13.7#
- kannabinoididest F12.7#
- kofeiinist F15.7#
- Kokaiinist F14.7#
- lahustite inhaleerimisest F18.7#
- mitme aine kasutamisest F19.7#
- opioididest F11.7#
- psühhoaktiivsetest ainetest F19.7#
- sedatiivsetest ainetest F13.7#
- stimulaatorite tarvitamisest F15.7#
- tubaka tarvitamisest F17.7#
- sedatiivsetest ainetest F13.5#
- stimulaatorite tarvitamisest F15.5#
- tubaka tarvitamisest F17.5#
- äge ja mööduv F23.#
- domineerivalt luuluga F23.3
- ägeda stressiga F23.31
- ägeda stressita F23.30
- polümorfne
- skisofreenia sümptomitega F23.1
- ägeda stressiga F23.11
- ägeda stressita F23.10
- skisofreenia sümptomiteta F23.0
- ägeda stressiga F23.01
- ägeda stressita F23.00
- skisofreeniataoline
- ägeda stressiga F23.21
- ägeda stressita F23.20
- psühhosomaatiline F54
- diferentseerumata F45.1
- psüühika- ja käitumis-
- ajuvigastusest ja -düsfunktsioonist F06.9
- MKta, täpsustatud
- epileptiline psühhos F06.8
- alkoholist F10.9

Indeks

- - hallutsinogeenidest F16.9
- - hüpnootikumidest (uinutitest) F13.9
- - kannabinoididest F12.9
- - kehalisest haigusest F06.9
- - kofeiinist F15.9
- - kokaiinist F14.9
- - lahustite inhaleerimisest F18.9
- - mitme aine kasutamisest F19.9
- - opioididest F11.9
- - orgaaniline F09
- - psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest F19.9
- - sedatiivsetest ainetest F13.9
- - stimulantide kasutamisest F15.9
- - sümptomaatiline F09
- - tubaka tarvitamisest F17.9
- - täpsustamata F99
- rekurrentne (korduv) meeleolu- (vt. häire, meeleolu-)
- seksuaalne (seksuaal-)
 - - alanenud liibido F52.0
 - - düsfunktsioon 52.#
 - - rolli F64.9
 - - suhete F66.2#
 - - suuniluse F65.#
 - - sättumuse ebakindlus F66.0
- sesoonne afektiivne F33.-
- skisoafektiivne F25.#
 - - bipolaarne tüüp F25.0
 - - depressiivne tüüp F25.1
 - - maniakaalne tüüp F25.0
 - - segatüüpi F25.2
- skisofreniformne F20.8
 - - lühiajaline F23.2
- skisoidne
 - - isiksus- F60.1
 - - lapse F84.5
- skisotüüpne isiksus F21
- somatisatsiooni- (ärevuse somatisatsioon) F45.0
- somatoformne (kehakaudne) F45.#
 - - diferentseerimata F45.1
 - - valu, püsiv F54.4
- sooidentsuse või -rolli F64.#
 - - lapse F64.2
 - - nooruki või täiskasvanu, mittetransseksuaalne tüüp F64.1
- stress-, posttraumaatiline F43.1

- suhte- F68.8
- söömis- F50.-
 - - imiku ja lapse F98.2
- tik F95.9
 - - kombineeritud vokaalne ja mitmene motoorne F95.2
 - - krooniline
 - - - motoorne F95.1
 - - - vokaalne F95.1
 - - muud täpsustatud F95.8
- transi- F44.3
- tundeelu-, lapsele iseloomulik F93.#
- tähelepanu puudulikkus-
 - - hüperaktiivsusega F90.0
 - - hüperaktiivsusetä F98.8
- une-
 - - mitteorgaaniline F51.-
 - - psühhogeenne F51.-
- valu, püsiv somatoformne F45.4
- õigekirja-, spetsiifiline F81.1
- õpivilumuste, spetsiifiline F81.#
 - - segatõpi F81.3
- õppimis- F81.9
- ärevus F41.9
 - - depressiooniga, segatõpi F41.2
 - - foobne (foobiline) F40.#
 - - - lapse F93.1
 - - generaliseerunud F41.1
 - - lahusus-, lapseä F93.0
 - - segatõpi F41.3
 - - sotsiaalne, lapseä F93.2
 - - une- F51.5
- Hämarolek F44.88
- Hüperaktiivsus tähelepanu puudulikkusega F90.0
- Hüperkineetiline häire (vt. häire, hüperkineetiline) F90.#
- Hüpersomnia, mitteorgaaniline F51.1
- Hüperventilatsioon, psühhogeenne F45.33
- Hüpesteesia, dissotsiatiivne F44.6
- Hüpohondria(neuroos) F45.2
- Hüpomania F30.0
- Hüsteeria F44.#
 - konversiooni- F44#
 - ärev F41.8
- Hyperemesis gravidarum*, psühhogeenne F50.5

Hyperorexia nervosa F50.2

Idiootia F73#

Imbetsilsus F71#

Impotentsus (seksuaalne)(psühhogeenne) F52.2

Indutseeritud luul (*folie à deux*) F24

Indutseeritud psühhoos F24

Insomnia, mitteorgaaniline F51.0

Intoksikatsioon, äge (tingitud)

- alkoholist F10.0#

- hallutsinogeenidest F16.0#

- hüpnootikumidest F13.0#

- kannabinoididest F12.0#

- lenduvatest lahustitest F18.0#

- mitmest ainetest F19.0#

- MKta psühhoaktiivsetest ainetest F19.0#

- MKta stimulaatoritest F15.0#

- opioididest F11.0#

- sedatiivsetest vahenditest F13.0#

- tubaka kasutamisest F17.0#

Involutsioonimelanhoolia F31.##, F33.##

Involutsiooniparanoid F22.8

Isiksus(e)

- depressiivne F34.1

- häire (vt. häire, isiksus-)

- muutus

-- orgaaniline (somatogeenne) F07.0

-- psühhoaktiivsetest ainetest F1x.71

--- alkoholist F10.71

-- mitteorgaaniline, pärast:

--- katastroofilist elamust F62.0

--- MKta täpsustatud F62.8

--- psühhiaatrilist haigestumist F62.1

--- rasket kaotust F62.8

- orgaaniline

-- pseudopidurdatud F07.0

-- pseudopsühhopaatileine F07.0

- tsükloidne F34.0

- tsüklotüümne F34.0

Isukaotus, psühhogeenne F50.8

Joove, äge alkohol- F10.0#

Juuste kitkumine F98.4

- Kanneri sündroom F84.0
- Katalepsia, skisofreenne 20.2#
- Katatoonia, skisofreenne 20.2
- Kehaliste sümptomite võimendumine psühholoogilistel põhjustel F68.0
- Kiindumishäire, lapsel F94.#
- Kiivus (armukadedus)
 - alkoholne kiivusluul F10.5
 - õdede-vendadevaheline F93.3
- Kirjutuskramp F48.8
- Klaustrofoobia F40.2
- Kleptomania F63.2
- Kogelemine F98.5
- Kohanemishäire F43
- Kohmaka lapse sündroom F82
- Kompulsiivsed teod F42.1
- Konversiooni-
 - häire F44.-
 - hüsteeria F44.-
 - reaktsioon F44.-
- Koro F48.8
- Kramp, dissotsiatiivne F44.5
- Kultuurišokk F43.28
- Kuritarvitamine, sõltuvust mittepõhjustavate ainete
 - analgeetikumid F55.2
 - antatsiidid F55.3
 - antidepressandid F55.0
 - - tetratsükliilised F55.0
 - - tritsükliilised F55.0
 - aspiriin F55.2
 - diureetikumid F55.8
 - fenatsetiin F55.2
 - hormoonid F55.5
 - lahtistid F55.1
 - MAO blokaatorid F55.0
 - paratsetamool F55.2
 - steroidid F55.5
 - rahvameditsiini vahendid F 55.6
 - ravimtaimed F55.6
 - vitamiinid F55.4
- Kuritarvitamine, sõltuvust põhjustavate ainete (mittesõltuvuslik)
 - alkohol F10.1
 - hallutsinogeenid F16.1

- hüpnootikumid F13.1
- kannabinoidide F12.1
- kofeiin F15.1
- kokaiin F14.1
- lenduvate lahustite F18.1
- mitmete ainete F19.1
- MKta psühhoaktiivsete ainete 19.1
- MKta stimulaatorite 15.1
- opioidide F11.1
- sedatiivide F13.1
- tubaka F17.1

Kurtus

- arenguhäirest F80.2
- psühhogeenne F44.6

Kõhulahtisus, psühhogeenne F45.32

Kõhupuhitus, psühhogeenne F45.32

Kõnehäire, arenguhäirest F80.9

Kõnekuulmispuue, sünnipärane F80.2

Käitumishäire (vt. häire, käitumis-)

- lapse, täpsustamata F91.9

Kõha, psühhogeenne F45.33

Küünthe närimine F98.8

Lahinguväsimus F43.0

Lahutamiskartus lapsel F93.0

Landau-Kleffneri sündroom F80.3

Latah F48.8

Leukotoomiajärgne sündroom F07.0

Liigsöömine, psühhogeenne F50.4

Liigunisus, mitteorgaaniline (hüpersomnia) F51.1

Liigutuste stereotüüpiad F98.4

Limiline epilepsia isiksushäirega F07.0

Lobotoomia sündroom F07.0

Lugemis-

- häire, spetsiifiline F81.0
- - koos õigekirjahäirega F81.0
- oskuste puudulikkus, spetsiifiline F81.0

Luksumine, psühhogeenne F45.31

Luul

- nahanugiliste F06.0
- sensitivne suhtumis- F22.0

Luululine häire (vt. häire, luululine-)

Mania

- üksik episood F30.#
- - psühhootiliste sümptomitega F30.2
- - psühhootiliste sümptomiteta F30.1
- korduv episood F31.#

Maniakaal-depressiivne psühhooos

- bipolaarne F31.#
- monopolaarne depressiivne F33.#

Maoneuroos F45.31

Masohhism F65.5

Masturbatsioon, ülemäärane F98.8

Melanhoolia F32.9

Meteorism, psühhogeenne F45.32

Minestamine, psühhogeenne F48.8

Mutism

- selektiivne F94.0
- valikuline F94.0

Münchhauseni sündroom F68.1

Narkomaania (vt. sündroom, sõltuvus)

Nekrofiilia F65.8

Neurasteenia F48.0

Neuroid (vt. orgaanilised psüühikahäired)

Neuroos

- anankastne F42.-
- depressiivne F34.1, (F32.0, F41.2)
- hüpohondriline F45.2
- hüsteeria- F44.#
- iseloomu- (karakter-) F60.9
- karakter- F60.9
- kardiaalne F45.30
- kompensatsiooni- F68.0
- mao- F45.31
- obsessiiv-kompulsivne F42.-
- obsessiivne F42.-
- professionaalne F48.8
- psühhasteeniline F48.8
- sotsiaal- F40.1
- traumaatiline F43.1
- ärevus- F41.##

Neurootiline areng (isiksuse) F62.1 (vt. isiksusemuutus)

Nina urgitsemine F98.8
 Nosofobia F45.2
 Nõrgamõistuslikkus F07#
 Näkku peksmine, stereotüüpne, enesevigastuslik (lapse) F98.4
 Nüktohemeraalse rütmi inversioon, psühhogeenne F51.2
 Nümfomaania F52.7

Obsessiiv-kompulsiivne

- häire F42.#
- neuroos F42.#

Oksendamise, psühhogeenne F50.5

Oligofreenia

- kerge F70
- mõõdukas F71#
- raske F72#
- sügav F73#

Oneirofreenia F23.2

Orgasm, pidurdatud (mehe) (naise) F52.3

Paanika-

- hoog F41.0
- häire F41.0
- - agorafobiaga F40.01
- seisund F41.0

Parafilia F65.#

Parafreenia (hiline) F22.0

Paralüüs, jäsme(te)

- hüsteeriline F44.4
- psühhogeenne F44.4

Paranoia F22.0

Paranoia querulans F22.8

Paranoid

- alkohol- F10.51
- kverulatoorne F22.8
- ekspansiivne F60.0
- involutsiooni- F22.8

Paranoidne

- isiksus F60.0
- psühhos F22.0
- seisund F22.0
- skisofreenia F20.0#

Parasomnia F51.3-51.4

- Parkinsoni tõbi F02.3#
- Patoloogiline
- alkoholjoove F10.07
 - hasartmängimine F63.0
 - süütamine (püromania) F63.1
 - varastamine (kleptomania) F63.2
- Peapeksmine (korduv) F98.4
- Pedofiilia F65.4
- Picki tõbi F02.0#
- Pidamatus, mitteorgaanilisel alusel
- rooja- F98.1
 - uriini- F98.0
- Piirialast tüüpi isiksus(häire) F60.31
- Pica*
- imiku või lapse F98.3
 - täiskasvanu, mitteorgaaniline F50.8
- Possession disorder* (vt. F44.3)
- Postentsefaliitne sündroom F07.1
- Postkontusioosne
- entsefalopaatia F07.2
 - sündroom F07.2
- Preseniilne dementsus F00.0#
- Psühhalgia F45.4
- Psühhasteenia F48.8
- Psühhogeenne depressiivne psühhhoos F32.3
- Psühhogeenne stuupor (vt. dissotsiatiivne stuupor F44.2)
- Psühhhoos
- alkohol- F10.5
 - desintegratiivne (lapse) F84.3
 - epileptiline F06.8
 - hallutsinatoorne, krooniline F28
 - hüsteeriline F44.8
 - indutseeritud F24
 - infantiline F84.0
 - infektsioosne, äge F05.-
 - Korsakovi F10.6 (vt. ka sündroom, amnestiline)
 - - mittealkohoolne F04.-
 - lapse, atüüpiline F84.1
 - maniakaal-depressiivne F31
 - mitteorgaaniline F29
 - paranoidne F22.0
 - preseniilne F03.#

- psühhoenne
- - depressiivne F32.3
- - paranoidne F23.3#
- reaktiivne, depressiivne F32.3
- seniilne F03.#
- skisoafektiivne (vt. häire, skisoafektiivne)
- - depressiivne tüüp F25.1
- - maniakaalne tüüp F25.0
- - segatüüpi F25.2
- skisofreeniataoline, epilepsia korral F06.2
- skisofreenne ja afektiivne, sega- F25.2
- skisofreniformne F20.8
- - depressiivne tüüp F25.1
- - lühiajaline F23.2
- - - ägeda stressiga F23.21
- - - ägeda stressita F23.20
- - maniakaalne tüüp F25.0
- sümbiootiline F24
- - lapseas F84.3
- sünnitusjärgne F53.1
- tsükloidne F23.0
- - skisofreenia sümptomitega F23.1
- - - ägeda stressiga F23.11
- - - ägeda stressita F23.10
- - skisofreenia sümptomiteta F23.0
- - - ägeda stressiga F23.01
- - - ägeda stressita F23.00
- Psühhoapatia (vt. häire, isiksus- F60.##)
- autistlik F84.5
- Psühhopatoid (vt. orgaanilised psüühikahäired)
- Psühhosündroom, orgaaniline F07.9
- Pudikeelsus F80.8
- Puudulikkus, vaimne (vt. alaareng, vaimne)
- Pöidlaimemine F98.8
- Pülorospasm, psühhoenne F45.31
- Püromaania F63.1

- Raukusnõdrameelsus (vt. Alzheimeri tõbi) F00.1#
- Reaktiivne depressiivne psühhoos F32.3
- Reaktiivne kiindumishäire F94.1
- Reaktiivne rahutus, äge (vt. äge stressreaktsioon) F43.0
- Reaktsioon
- depressiivne

- - ja ärevus, sega- F43.22
- - lühiajaline F43.20
- - peetunud (prolongeeritud) F43.20
- hüperkineetiline (lapse või nooruki) F90.9
- kohanemis- (vt. häire, kohanemis-)
- kriisi-, äge F43.0
- kurbus- F43.2#
- latentne skisofreenne F21
- maniakaal-depressiivne F31
- orgaaniline äge F05.-
- paranoidne F23.3#
- raske stress- F43.9
- skisofreenne F23.2#
- stress, äge F43.0
- ärevus- F41.1
- Retti sündroom F84.2
- Rivaalitsemine eakaaslastega F93.8
- Rivaalsushäire, lapse F93.3
- Ruminatsioon
 - imiku F98.0
 - obsessiivne F42.0
- Rändav patsient F68.1

- Sadism (seksuaalne) F65.5
- Sadomasohhism F65.5
- Satüriaas F52.7
- Schizophrenia simplex* F20.6#
- Segasusseisund (mittealkohoolne) F05.-
 - alaäge F05.8
- Seisund
 - hirmu-, ülemäärane F93.8
 - kriisi- F43.0
 - lühiajaline skisofreeniataoline F23.2
 - orgaaniline, hallutsinatoorne (mittealkohoolne) F06.0
 - paanika- F41.0
 - paranoidne F22.0
 - - involutsiooni F22.8
 - - orgaaniline F06.2
 - paranoilis-hallutsinatoorne orgaaniline F06.2
 - segasus- (*twilight*)
 - - dissotsiatiivne F44.88
 - - orgaaniline F06.5
 - - psühhogeenne F44.88

- - äge F05.-
- skisofreenne residuaal- F20.5#
- võõrutus-
 - - alkoholist F10.3
 - - - deliiriumiga F10.4#
 - - hallutsinogeenidest F16.3#
 - - - deliiriumiga F16.4#
 - - hüpnootikumidest F13.3#
 - - - deliiriumiga F13.4#
 - - kannabinoididest F12.3#
 - - kofeiinist F15.3#
 - - kokaiinist F14.3#
 - - - deliiriumiga F14.4#
 - - lenduvatest lahustitest F18.3#
 - - - deliiriumiga F18.4#
 - - mitmest aineist F19.3#
 - - - deliiriumiga F19.4#
 - - MKta psühhoaktiivsetest ainetest F19.3#
 - - - deliiriumiga F19.4#
 - - MKta stimulaatoritest F15.4#
 - - - deliiriumiga F15.4
 - - opioididest F11.3#
 - - - deliiriumiga F11.4#
 - - sedatiivsetest vahenditest F13.3#
 - - - deliiriumiga F13.4#
 - - tubakast (suitsetamine) F17.3#
- ärevus- F41.1
- Seksuaal- (ne) (-se)
 - rahulduse puudumine F52.11
 - soovi puudumine või kadumine F52.0
 - suhete häire F66.2#
 - suunitluse häire F65.#
 - sättumus, egodüstooniline F66.1#
 - vajadus, ülemäärane F52.7
 - vastumeelsus (aversioon) F52.10
- Selektiivne (valikuline) mutism F94.0
- Seljavalu, psühhogeenne F45.4
- Seniilne dementsus F00.1#
- Sensitiivne suhtumislul F22.0
- Skisofreenia F20.9#
 - atüüpiline, ebatüüpiline F20.3#
 - desorganiseeritud F20.1#
 - hebefreenne F20.1#
 - katatoonne F20.2#

- krooniline, diferentseerimata F20.5#
- latentne F21
- lihtne F20.6#
- parafreenne F20.0#
- paranoidne F20.0#
- piirialast tüüpi F21
- prepsühhootiline F21
- prodromaalne F21
- pseudoneurootiline F21
- pseudopsühhopaatiline F21
- residuaalne F20.5#
- senestopaatiline F20.8#
- tsükliline F25.2
- täpsustamata F20.3#
- äge, diferentseerimata F23.2#
- Skisofreeniataoline (-sarnane)
 - häire, orgaaniline F06.2
 - äge psühhootiline häire (vt. häire, psühhootiline)
- Skisofreenne järeldepressioon F20.4#
- Skisofreniformne häire (seisund) F20.8#
 - lühiajaline (mööduv) F23.2
- Skisoidne
 - häire, lapsea F84.5
 - isiksus(häire) F60.1
- Skisotüüpne (isiksus)häire F21
- Somaatiliste sümptomite psühhogeenne võimendumine F68.1
- Somatisatsioonihäire F45.0
- Somatoformne häire (vt. häire, somatoformne) F45.#
- Somatoformne vegetatiivne düsfunktsioon F45.3 (vt. düsfunktsioon)
- Somnambulism (uneskäimine) F51.3
- Soolise identiteedi- või rollihäire (vt. häire, sooidentsuse)
- Sotsiaalfoobia F40.1
- Sotsiaalneuroos F40.1
- Spetsiifiline
 - foobia F40.2
 - häire
 - artikulatsiooni, (kõne) F80.0
 - arvutamislumuste F81.2
 - lugemisoskuste F81.0
 - õigekirjutuse F81.1
- Stereotüüpsed liigutused, patoloogiline (enesevigastuslik) F98.4
- Stress-
 - häire, posttraumaatiline F43.1

- reaktsioon
 - MKta täpsustatud F43.8
 - täpsustamata F43.9
 - äge F43.0
- Stuupor
 - depressiivne F32.3
 - dissotsiatiivne F44.2
 - katatoonne F20.2#
 - maniakaalne F30.2
 - psühhoogenne F48.8
- Subnormaalsus (vt. alaareng, vaimne)
- Sõltuvus (vt. sündroom, sõltuvus-) F1x.2
- Söömishäire, imiku ja lapse F98.2
- Südameneuroos F45.30
- Sümptomite
 - kehaliste (somaatiliste)
 - esilekutsumine F68.1
 - võimendamine F68.0
 - psühholoogiliste ~ tekitamine F68.1
- Sündroom
 - aju-, traumajärgne mittepsühhootiline F07.2
 - alkoholabstinentsi- F10.3#
 - amnestiline, orgaaniline F04
 - amnestiline, psühhoaktiivsete ainete kasutamisest F1x.6
 - hallutsinogeenidest F16.6
 - hüpnootikumidest (uinutitest) F13.6
 - kannabinoididest F12.6
 - lenduvatest lahustitest F18.6
 - mitme aine kasutamisest F19.6
 - MKta psühhoaktiivsetest ainetest F19.6
 - opioididest F11.6
 - orgaaniline (mitte alkoholist) F04
 - sedatiivsetest ainetest F13.6
 - stimulaatoritest F15.6
 - Aspergeri F84.5
 - Briquet' F48.8
 - Da Costa F45.30
 - depersonalisatsiooni-derealisatsiooni F48.1
 - Dhat'i F48.8
 - frontaalsagara- F07.0
 - Ganseri F44.80
 - Gerstmanni arengu- F81.2
 - Helleri 84.3
 - hulgikaebustega F45.0

Indeks

- hüperkineetiline (lapse või nooruki) F90.#
 - Kanneri F84.0
 - kasvatusasutuse F94.2
 - kontusioonijärgne F07.2
 - koro- F48.8
 - Korsakovi
 - alkoholist F10.6
 - mittealkohoolne F04
 - krooniline valu, isiksushäire F62.8
 - kõhulahtisus, psühhoogenne F45.32
 - Landau-Kleffneri F80.3
 - lapse kohmakuse F82
 - leukotoomijärgne
 - limbilise epilepsia, isiksushäirega F07.0
 - lobotoomia- F07.0
 - Münchhauseni F68.1
 - peaju-, äge F05.-
 - postentsefaliitne F07.1
 - postkontusioosne F07.2
 - posttraumaatiline ajukahjustuse F07.2
 - psühhoorganiline, äge F05.-
 - Retti F84.2
 - sõltuvus
 - alkohol- F10.2#
 - hallutsinogeenidest F16.2#
 - hüpnootikumidest F13.2#
 - kannabinooididest F12.2#
 - kofeiinist F15.2#
 - kokaiinist F14.2#
 - lenduvatest lahustitest F18.2#
 - mitmetest ainetest F19.2#
 - MKta psühhoaktiivsetest ainetest 19.2#
 - MKta stimulaatoritest F15.2#
 - opioididest F11.2#
 - sedatiivsetest ainetest F13.2#
 - tubakast F17.2#
 - tähelepanu puudulikkuse
 - hüperaktiivsusega F90.0
 - hüperaktiivsuseta F98.8
 - Tourette'i F95.2
 - võõrutus- (vt. seisund, võõrutus-)
 - väsimus- F48.0
 - ärritatud soole- F45.32
- Süütamine, patoloogiline F63.1

Šokk

- kultuuri- F43.28
- psüühiline F43.0

Zoofobia F40.2

Tik (vt. häire, tik)

Toksikomaania (vt. sündroom, sõltuvus)

Tourette'i sündroom F95.2

Transihäire F44.3

Transseksualism F64.0

Transvestiline fetišism F65.1

Transvestism

- fetišistlik F65.1
- kaksikrolli F64.1

Traumajärgne ajukahjustuse sündroom, mittepsühhootiline F07.2

Trihhotillomaania F63.3

Tsirkaadrütm'i inversioon, psühhogeenne F51.2

Tsirkulaarne skisofreenia (vt. skisoafektiivne häire)

Tsüklotüümia F34.0

Tõbi, haigus

- Alzheimeri F00.-#
- Creutzfeldt-Jakobi F02.1#
- Huntingtoni F02.2#
- Parkinsoni F02.3#
- Picki F02.0#

Tähelepanu puudulikkus

- hüperaktiivsusetä F98.8
- hüperaktiivsushäire F90.0
- sündroom hüperaktiivsusega F90.0

Une-

- häire F51.#
- paanika F51.4
- rütm'i inversioon, psühhogeenne F51.2

Unepaanika(häire) F51.4 [*night terrors*]

Uneskäimine (*somnambulism*) F51.3

Unetus (vt. insomnia), mitteorgaaniline F51.0

Uneärevus(häire) F51.5 [*nightmare, dream anxiety*]

Urineerimine, sagenenud, psühhogeenne F45.34

Vaegkirjutamine F81.8

Vaginism, mitteorganiline

Vaimne mahajäämus (vt. alaareng, vaimne)

Valikuline mutism F94.0

Valu(häire), somatiformne, püsiv F45.4

Varastamine

- grupiviisiline F91.2

- patoloogiline F63.2

Vaskulaarne dementsus (vt. dementsus)

Vuajerism F65.3

Võõrutusseisund (vt. seisund, võõrutus-)

Vältivkäitumine, lapse või nooruki F93.2

Wernicke afaasia (arenguhäire) F80.2

Word deafness F80.2

Õigekirjahäire, spetsiifiline F81.1

Õppimisvõimetus F81.9

Ärevus

- depressiooniga (segahäire) F41.2

- episoodiline paroksüsmaalne F41.0

- foobne, lapse F93.#

- nüsteeria F41.8

- lahutamis-, lapsel F93.0

- neuroos F41.1

- reaktsioon F41.1

- seisund F41.1

- sotsiaalne, lapse F93.2

- une- F51.5

Ärevusdepressioon, püsiv F34.1

Ärevushäired (vt. häire, ärevus-) F41.#

Ärritatud soole sündroom F45.32

PSÜÜHIKA- JA KÄITUMISHÄIRED
Kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised
Tõlge eesti keelde
Tartu Ülikool
EE2400 Tartu, Ülikooli 18
Vastutav toimetaja V. Vasar
19,88. 19,5. T. 282. 500
TÜ trükikoda. EE2400 Tartu, Tiigi 78