

## Załącznik 1. Zastosowanie podejścia poznawczo- behawioralnego w leczeniu zaburzeń psychicznych określonych w klasyfikacji ICD-10.

Podejście poznawczo- behawioralne (ang. Cognitive- behaviour therapy, CBT) wywodzi się od czterech teorii uczenia się: warunkowania klasycznego (uczenie skojarzeniowe), warunkowania instrumentalnego (wpływ środowiska na kształtowanie zachowań), uczenia się przez obserwację (naśladowanie) oraz uczenia się kognitywistycznego (wpływ procesów myślowych na uczucia i zachowania).<sup>1</sup> Zostały one połączone w zintegrowane podejście mające postać rozmowy skupionej na temat tego, jak pacjent postrzega samego siebie, świat i innych oraz w jaki sposób zachowanie wpływa na myśli i uczucia. Terapia CBT ma na celu zmianę sposobu myślenia („poznawczość”) i zachowania („behawioryzm”), co przyczynia się do poprawy samopoczucia pacjenta. W odróżnieniu od innych rodzajów psychoterapii, CBT zajmuje się problemami i trudnościami w czasie terażniejszym. Nie skupia się na przyczynach problemów, ani na uprzednio pojawiających się objawach, lecz poszukuje sposobów poprawienia stanu świadomości pacjenta w chwili obecnej.<sup>2</sup>

Sesje terapeutyczne mogą mieć charakter indywidualny bądź grupowy. Istnieje również możliwość korzystania z podręczników samopomocy lub programów komputerowych. Dwa takie programy zostały ostatnio zatwierdzone do użytku w ramach państwowej służby zdrowia w Anglii i Walii. Program *Fear Fighter* przeznaczony jest dla ludzi cierpiących na fobie i ataki paniki. Program *Beating the Blues* skierowany jest do osób z depresją (łagodną lub o średnim natężeniu).<sup>2</sup>

Problemy mogące pojawić się w trakcie stosowania terapii poznawczo- behawioralnej polegają na trudności z koncentracją pacjenta będącego w stanie przygnębienia, co może utrudnić zrozumienie celu i zasad terapii. Może to wywołać dodatkowe przytłaczające emocje lub zniechęcenie. Dlatego ważne jest dostosowanie tempa terapii do postępów pacjenta. Ponadto wielu pacjentom opowiadanie o uczuciach depresji, lęku, wstydu lub złości może przychodzić z trudem.<sup>2</sup>

W ramach wstępnego przeglądu literatury odnaleziono dowody odnoszące się do zastosowania tej terapii w leczeniu takich problemów jak:

- Schizofrenia
- Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (natręctwa nerwicowe)
- Osobowość pograniczna (borderline)
- Choroba afektywna dwubiegunowa
- Zaburzenia nerwicowe
- Depresja
- Zespół stresu pourazowego
- Zaburzenia odżywiania
- Zaburzenia psychiczne organiczne (otępienie)
- Zachowania agresywne u osób upośledzonych umysłowo
- Myśli i tendencje samobójcze

Podejście poznawczo- behawioralne w leczeniu **schizofrenii** ma na celu pomoc pacjentowi w utworzeniu takich powiązań pomiędzy uczuciami a sposobem myślenia, aby zmniejszyć poczucie niepokoju. Pacjent jest zachęcany do oceny własnego postrzegania w kontekście racjonalnego wytłumaczenia obecnych objawów (urojeń). Pozytywny efekt na stan pacjenta ma poprawa strategii radzenia sobie ze stresem oraz rozwiązywania problemów.<sup>3</sup>

Trzy odnalezione w trakcie wstępnego wyszukiwania dowody wtórne<sup>3,4,5</sup> potwierdzają, iż terapia poznawczo- behawioralna może być uwzględniona u pacjentów ze schizofrenią. Jej zastosowanie należy rozważyć w terapii objawów psychozy, szczególnie u pacjentów opornych na dotychczasowe leczenie farmakologiczne, bądź psychologiczne. Istnieją dowody, iż objawy psychotyczne oporne na leczenie konwencjonalne mogą być znacząco zredukowane u większej części pacjentów. Jednakże redukcja tych objawów nie wydaje się przekładać na lepsze funkcjonowanie społeczne pacjentów. Terapia ta może zostać zastosowana zarówno u pacjentów w stabilnej, jak i ostrej, fazie choroby. Leczenie przy pomocy CBT jest dobrze tolerowane przez pacjentów. Najskuteczniejsze jest połączenie CBT z leczeniem farmakologicznym. Ciężko jest określić dokładnie, którzy pacjenci najbardziej skorzystają z zastosowania tej metody, a także, ze względu na różnorodność odnalezionych wyników, trudne jest ustalenie jednoznacznej przewagi CBT nad innymi sposobami leczenia. Zwrócono także uwagę na fakt, iż do zastosowania CBT potrzebny jest wykwalifikowany personel. Trudno przewidzieć jak będzie przedstawiała się efektywność tej metody przeprowadzanej przez mniej doświadczony personel.

**Zaburzenie obsesyjno- kompulsyjne** (ang. Obsessive compulsive disorder, OCD) rozwija się w następstwie natrętnych myśli, które odbierane są przez pacjenta jako zagrożenie i często związane są z podwyższonym poczuciem osobistej odpowiedzialności. Osoby z OCD starają się unikać obsesji wystrzegając się sytuacji lub obiektów, które mogą je wywołać. W chwili pojawienia się obsesji, angażują się w zachowania kompulsyjne, co prowadzi do chwilowej ulgi od niepokoju. Terapia poznawczo- behawioralna w leczeniu OCD polega na narażeniu pacjenta na wcześniej unikane sytuacje, jednocześnie zachęcając go to blokowania kompulsyjnych zachowań.<sup>6</sup>

CBT jest jedynym rodzajem psychoterapii o udokumentowanej skuteczności w OCD. Wybór CBT, leczenia farmakologicznego, bądź połączenia tych dwóch terapii zależy od nasilenia objawów, współwystępowania innych chorób, dostępności terapii poznawczo- behawioralnej, poprzedniego leczenia pacjenta, obecnie przyjmowanych leków oraz preferencji pacjenta. CBT powinno być zaproponowane pacjentom z OCD na początku leczenia, jeśli wykazują oni lekkie upośledzenie funkcjonowania. W takim przypadku CBT stanowi terapię pierwszego rzutu, przed zastosowaniem leczenia farmakologicznego. U pacjentów ze średnim stopniem upośledzenia funkcjonowania należy rozważyć wybór pomiędzy leczeniem farmakologicznym a CBT, gdyż wydaje się, iż te dwa sposoby leczenia są równie skuteczne. U pacjentów z silnym upośledzeniem funkcjonowania należy zastosować połączenie leczenia farmakologicznego i CBT. U dzieci i młodzieży CBT jest terapią z wyboru i powinna być dostosowana do wieku oraz uwzględniać w procesie również rodziców czy opiekunów. CBT u dzieci i młodzieży jest przynajmniej tak samo skuteczne jak samo leczenie farmakologiczne, natomiast w połączeniu z farmakoterapią jest bardziej skuteczne w porównaniu do samej farmakoterapii. U dorosłych pacjentów nie zauważono różnic pomiędzy psychoterapią a leczeniem konwencjonalnym wobec objawów depresji oraz niepokoju. Zauważono natomiast przewagę psychoterapii nad leczeniem konwencjonalnym w kontekście jakości życia pacjentów z OCD. Personel przeprowadzający CBT powinien zostać odpowiednio przeszkolony i podlegać superwizji.<sup>6,7,8,9</sup>

**Osobowość pograniczna** (ang. borderline personality disorder, BPD) została rozpoznana jako zaburzenie będące na pograniczu psychozy oraz nerwicy. Wyróżnia się trzy podstawowe komponenty kliniczne tego zaburzenia: niestabilne poczucie własnej osobowości połączone z trudnościami w stosunkach interpersonalnych, dużą impulsywność oraz zaburzenia nastroju. Psychoterapia w leczeniu osobowości pogranicznej cechuje się dużym ustrukturyzowaniem,

konsekwencją, a także obejmuje rozwiązywanie problemów w relacjach międzyludzkich, rozpoczynając od utworzenia pozytywnego związku między pacjentem a terapeutą.<sup>10,11</sup>

Zastosowanie CBT w leczeniu pacjentów z osobowością pograniczną jest wciąż terapią eksperymentalną i wymaga potwierdzenia jej skuteczności w tym zaburzeniu. Kilka obecnie dostępnych badań potwierdza, iż CBT może skutkować zmniejszeniem niepokoju, depresji, częstości występowania samookaleczenia oraz hospitalizacji, a także redukcją nadmiernego zużycia leków. Niestety dostępne dowody są obarczone wysokim stopniem niepewności.<sup>10,11</sup>

**Choroba afektywna dwubiegunowa** (ang. Bipolar affective disorder, BD) jest to zaburzenie charakteryzujące się naprzemiennym występowaniem epizodów obniżonego nastroju (depresji) oraz podwyższonego nastroju (manii/hipomanii). Zastosowanie psychoterapii w chorobie afektywnej dwubiegunowej bazuje na dostępnych dowodach jej skuteczności w leczeniu depresji, jako zaburzenia jednobiegunowego.<sup>12,13</sup>

Rekomendacje dotyczące stosowania CBT w chorobie afektywnej dwubiegunowej odnalezione zostały w dwóch opracowaniach wtórnych. W jednym z nich uznano, iż CBT jest bardziej skuteczna w porównaniu do standardowego leczenia psychologicznego oraz braku leczenia w profilaktyce nawrotów choroby, a także iż poprawia funkcjonowanie społeczne pacjentów z BD. Wytyczne NICE rekomendują natomiast stosowanie CBT jedynie u kobiet w ciąży, u których objawiła się depresja, w preferencji do leków przeciwdepresyjnych.<sup>12,13</sup>

**Zaburzenia nerwicowe oraz depresja** są to zaburzenia dotykające dużej części populacji. Zaburzenia nerwicowe polegają na intensywnym odczuwaniu lęku oraz zdenerwowania w połączeniu z poczuciem zagrożenia. Natomiast depresja odznacza się poczuciem beznadziei, bezsensu oraz obniżonym nastojem przez dłuższy okres. CBT w leczeniu tych zaburzeń polega na skupieniu na uczuciach, myślach oraz zachowaniu pacjenta.<sup>14</sup>

CBT w leczeniu zaburzeń nerwicowych ma udowodnione najdłuższe utrzymywanie się efektu terapeutycznego i powinno być dostępne dla pacjentów. Istnieje jednak potrzeba dalszego rozwoju tej terapii w celu uzyskania długoterminowych zmian stanu pacjenta. W Anglii funkcjonuje obecnie w ramach państwowej służby zdrowia komputerowa wersja terapii poznawczo-behawioralnej. Polega ona na przestrzeganiu przez pacjenta instrukcji terapii w wersji komputerowej. Leczenie nadzorowane jest przez terapeutę drogą elektroniczną bądź telefoniczną. Prowadzone badania na temat skuteczności programu Fear Fighter wykazały przewagę komputerowej wersji CBT w leczeniu zaburzeń nerwicowych nad brakiem leczenia oraz telefonicznymi grupami wsparcia. Nie wykazano natomiast różnic w porównaniu z CBT prowadzoną przez psychoterapeutę.<sup>14,15,16</sup>

U pacjentów z lekką depresją rekomenduje się program samopomocy oparty na zasadach CBT. Dla pacjentów zarówno z lekką, jak i umiarkowaną depresją rekomenduje się zastosowanie klasycznej CBT. Dla pacjentów z silnym nasileniem objawów lub depresją oporną na leczenie rekomenduje się połączenie leków przeciwdepresyjnych i indywidualnej CBT, gdyż terapie te w połączeniu są bardziej skuteczne niż każda z osobna. CBT powinna zostać uwzględniona u pacjentów z nawrotem depresji, pomimo stosowania leków przeciwdepresyjnych oraz u pacjentów preferujących leczenie psychologiczne. U dzieci i młodzieży z umiarkowaną bądź silną depresją psychoterapia (w tym CBT) traktowana jest jako terapia pierwszego rzutu, oczywiście z zastrzeżeniem, iż powinna być ona prowadzona przez personel przygotowany do pracy z dziećmi. Dostępny w Anglii program komputerowy Betting the Blues, oparty na zasadach CBT, wykazał większą skuteczność w leczeniu depresji

w porównaniu do braku leczenia, standardowej terapii oraz telefonicznych bądź internetowych grup dyskusyjnych. Nie wykazano natomiast różnic pomiędzy komputerową a klasyczną wersją CBT.<sup>14,17,18,19</sup>

**Zespół stresu pourazowego** (ang. Post-traumatic stress disorder, PTSD) rozwija się w następstwie stresującego wydarzenia bądź sytuacji o szczególnie zagrażającym lub katastroficznym charakterze u ok. 25-30% osób. Najczęstszymi objawami PTSD są: powtórne przeżywanie niektórych aspektów traumatycznego wydarzenia, unikanie przypominania o traumie, a także emocjonalne znieczulenie.<sup>20</sup>

Wszystkim pacjentom powinna zostać zaoferowana psychoterapia (w tym CBT) w ciągu pierwszego miesiąca po urazie. Dotyczy to także dzieci i młodzieży z silnymi objawami PTSD oraz molestowanych seksualnie, z zastrzeżeniem dostosowania terapii do wieku dziecka i okoliczności traumy.<sup>20</sup>

Najczęstszymi **zaburzeniami odżywiania** są: anoreksja, bulimia oraz bulimia atypowa. Bulimia jest pierwszym wyodrębnionym zaburzeniem odżywiania, polegającym na niekontrolowanym objadaniu się u osób o normalnej wadze ciała lub u osób z nadwagą. Osoba taka angażuje się następnie w zachowania mające na celu obniżenie wagi ciała takie jak: powodowanie wymiotów oraz stosowanie środków diuretycznych w bulimii typowej lub restrykcyjna dieta oraz intensywne ćwiczenia fizyczne w bulimii atypowej. Anoreksja natomiast jest zaburzeniem polegającym na niemożności utrzymania normalnej wagi ciała, ze względu na obsesyjne niezadowolenie z wymiarów własnego ciała. Leczenie psychologiczne zaburzeń odżywiania obejmuje CBT.<sup>21,22,23</sup>

CBT jest psychoterapią z wyboru u pacjentów z bulimią. Może przyczynić się do zmniejszenia ilości dni, w których pacjent się objada, bądź ilości epizodów objadania się, zarówno w krótkim jak i długim okresie. U pacjentów z anoreksją CBT może zmniejszać ryzyko nawrotów choroby u osób dorosłych, u których unormowano masę ciała. Terapia ta wymaga jednak regularnego monitoringu pacjenta. W bulimii atypowej CBT zmniejsza częstość występowania napadów objadania się, jednak nie powoduje zmniejszenia wagi. Dowody potwierdzające skuteczność tej metody w leczeniu zaburzeń odżywiania są jednak obarczone dużą niepewnością ze względu na niską jakość dostępnych badań.<sup>21,22,23</sup>

**Otępienie** jest to ogólne określenie obejmujące utratę funkcji intelektualnych, w tym pamięci, znaczny spadek możliwości wykonywania czynności codziennych oraz często zmiany w zachowaniu. Obejmuje takie zaburzenia jak: otępienie w chorobie Alzheimera, otępienie naczyniowe, otępienie w chorobie Creutzfeldta-Jakoba, otępienie w chorobie Parkinsona, otępienie czołowo- skroniowe oraz otępienie mieszane.<sup>24</sup>

Terapia behawioralna może być zastosowana u pacjentów z otępieniem w celu zmniejszenia objawów depresji u tych osób. Natomiast komponent poznawczy, mimo iż nie powoduje ogólnej poprawy funkcjonowania pamięci, pozwala na poprawę niektórych jej elementów.<sup>24</sup>

Terapia poznawczo- behawioralna jest także stosowana w radzeniu sobie z agresywnymi zachowaniami u osób upośledzonych umysłowo, a także u dzieci i młodzieży molestowanej seksualnie oraz u mężczyzn stosujących przemoc w rodzinie. Ponadto rozważono poniżej jej zastosowanie w leczeniu myśli i tendencji samobójczych.

Istnieją pewne dowody na skuteczność CBT w długoterminowym leczeniu agresji u osób z upośledzeniem umysłowym. Ze względu na fakt, iż CBT jest często stosowana jako terapia pierwszego rzutu, konieczne jest dalsze potwierdzenie jej skuteczności. Dyskusyjnym jest stwierdzenie, iż CBT jest leczeniem preferowanym w stosunku do leków przeciwpsychotycznych, które wiążą się z występowaniem licznych działań niepożądanych.<sup>25</sup>

Nie odnaleziono dowodów, iż CBT może być uznawana za leczenie z wyboru u dzieci i młodzieży molestowanej seksualnie. Jednakże wyniki dostępnego przeglądu nie są jednoznaczne. Istnieje konieczność przeprowadzenia dalszych badań w celu ustalenia rzeczywistej skuteczności CBT w tej grupie osób.<sup>1</sup>

CBT jest jedną z najczęściej wykorzystywanych metod leczenia mężczyzn stosujących przemoc w rodzinie wobec kobiet. Jednak wyniki odnalezionych badań nie są wystarczające, aby wyciągnąć z nich jednoznaczne wnioski na temat skuteczności tej metody w redukcji męskiej przemocy.<sup>26</sup>

Terapia poznawczo-behawioralna jest także stosowana w leczeniu myśli i tendencji samobójczych. Odnalezione dowody wskazują na pewną skuteczność tej terapii w redukcji tendencji samobójczych, włącznie ze zmniejszeniem częstości samookaleczeń oraz myśli samobójczych, jednak nie wykazano statystycznie istotnych różnic w odniesieniu do popełnianych samobójstw. Wspomniane dowody posiadają jednak niską jakość, a zatem wnioski te są obarczone dużą niepewnością.<sup>27</sup>

## Piśmiennictwo:

1. Macdonald G, Higgins JPT, Ramchandani P. Cognitive- behavioural interventions for children who have been sexually abused. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4, Art. No.: CD001930, DOI: 10.1002/14651858.CD001930.pub2.
2. Internetowy portal The Royal College of Psychiatrists, [www.rcpsych.ac.uk](http://www.rcpsych.ac.uk)
3. Jones C, Cormac I, Silveira da Mota Neto JI, Campbell C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4, Art. No.: CD000524. DOI: 10.1002/14651858.CD000524.pub.2.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical guideline 82. Schizophrenia, Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. March 2009.
5. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN Publication Number 30, Psychosocial Interventions in the Management of Schizophrenia, A National Clinical Guideline, October 1998.
6. Gava I, Barbui C, Aguglia E, Carlino D, Churchill R, De Vanna M, McGuire H. Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD005333. DOI: 10.1002/14651858.CD005333.pub.2.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical guideline 31. Obsessive- compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. November 2005.
8. O'Kearney RT, Anstey K, von Sanden C. Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD004856. DOI: 10.1002/14651858.CD004856.pub.2.
9. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive- compulsive disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2007.
10. Binks C, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD005652. DOI: 10.1002/14651858.CD005652.
11. Brazier J, Tumor I, Holmes M, Ferriter M, Parry G, Dent-Brown K, *et al.* Psychological therapies including dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: a systematic review and preliminary economic evaluation. *Health Technol Assess* 2006;10(35).
12. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN Publication Number 82, Bipolar affective disorder, A National Clinical Guideline, May 2005.
13. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical guideline 38. Bipolar disorder, The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. July 2006.
14. The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. Computer-Based Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety Disorders or Depression, SBU alert report No: 2007-03. June 2006.
15. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical guideline 22. Anxiety (amended), Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalized anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. April 2007.

16. Durham RC, Chambers JA, Power KG, Sharp DM, Macdonald RR, Major KA, *et al.* Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland. *Health Technol Assess* 2005;9(42).
17. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical guideline 23. Depression (amended), Management of depression in primary and secondary care. April 2007.
18. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical guideline 28. Depression in children and young people, Identification and management in primary, community and secondary care. September 2005.
19. National Institute for Health and Clinical Excellence. Technology Appraisal 51. Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety. February 2006, Reviewed: September 2008.
20. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical guideline 26. Post-traumatic stress disorder (PTSD). The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. March 2005.
21. Berkman ND, Bulik CM, Brownley KA, Lohr KN, Sedway JA, Rooks A, Gartlehner G. Management of Eating Disorders. Evidence Report/Technology Assessment No. 135. (Prepared by the RTI International-University of North Carolina Evidence-Based Practice Center under Contract No. 290-02-0016.) AHRQ Publication No. 06-E010. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. April 2006.
22. Hay PPJ, Bacaltchuk J, Stefano S. Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3. Art. No.: CD000562. DOI: 10.1002/14651858.CD000562.pub2.
23. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical guideline 9. Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. January 2004.
24. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN Publication Number 86. Management of patients with dementia. A National Clinical Guideline. February 2006.
25. Hassiotis AA, Hall I. Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly-directed aggressive behaviour in people with learning disabilities. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3. Art. No.: CD003406. DOI: 10.1002/14651858.CD003406.pub3.
26. Smedslund G, Dalsbø TK, Steiro A, Winsvold A, Clench-Aas J. Cognitive behavioural therapy for men who physically abuse their female partner. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD006048. DOI: 10.1002/14651858.CD006048.pub2.
27. Mujoomdar M, Cimon K, Nkansah E. *Dialectical Behaviour Therapy in Adolescents for Suicide Prevention: Systematic Review of Clinical-Effectiveness*. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2009.





## **Załącznik 2. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania określone w Klasyfikacji ICD-10**

### **(F00-F99) Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania**

(F00-F09) Zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi

- F00 Ołpienie w chorobie Alzheimera (G30.-+)
  - F00.0 Ołpienie w chorobie Alzheimera z wczesnym początkiem (G30.0+)
  - F00.1 Ołpienie w chorobie Alzheimera z późnym początkiem (G30.1+)
  - F00.2 Ołpienie atypowe lub mieszane w chorobie Alzheimera (G30.8+)
  - F00.9 Ołpienie w chorobie Alzheimera, nieokreślone (G30.9+)
- F01 Ołpienie naczyniowe
  - F01.0 Ołpienie naczyniowe z ostrym początkiem
  - F01.1 Ołpienie wielozawałowe
  - F01.2 Ołpienie naczyniowe podkorowe
  - F01.3 Ołpienie naczyniowe mieszane korowe i podkorowe
  - F01.8 Inne rodzaje ołpienia naczyniowego
  - F01.9 Ołpienie naczyniowe, nie określone
- F02 Ołpienie w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
  - F02.0 Ołpienie w chorobie Picka (G31.0+)
  - F02.1 Ołpienie w chorobie Creutzfeldta-Jakoba (A81.0+)
  - F02.2 Ołpienie w chorobie Huntingtona (G10+)
  - F02.3 Ołpienie w chorobie Parkinsona (G20+)
  - F02.4 Ołpienie w chorobie nabytego upośledzenia odporności [HIV] (B22.0+)
  - F02.8 Ołpienie w innych chorobach, sklasyfikowanych gdzie indziej
- F03 Ołpienie bliżej nieokreślone
- F04 Organiczny zespół amnestyczny nie wywołany alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi
- F05 Majaczenie nie wywołane alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi
  - F05.0 Majaczenie bez ołpienia
  - F05.1 Majaczenie nałożone na ołpienie
  - F05.8 Inne typy majaczenia
  - F05.9 Majaczenie, nie określone
- F06 Inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną
  - F06.0 Halucynoza organiczna
  - F06.1 Organiczne zaburzenia katatoniczne
  - F06.2 Organiczne zaburzenia urojeniowe [podobne do schizofrenii]
  - F06.3 Organiczne zaburzenia nastroju [afektywne]
  - F06.4 Organiczne zaburzenia lękowe
  - F06.5 Organiczne zaburzenia dysocjacyjne
  - F06.6 Organiczna chwiejność afektywna [asteniczna]
  - F06.7 Łagodne zaburzenia procesów poznawczych
  - F06.8 Inne określone zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem i dysfunkcją mózgu lub chorobą somatyczną
  - F06.9 Nieokreślone zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem i dysfunkcją mózgu lub chorobą somatyczną
- F07 Zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu
  - F07.0 Organiczne zaburzenie osobowości

- F07.1 Zespół po zapaleniu mózgu
- F07.2 Zespół po wstrząśnieniu mózgu
- F07.8 Inne organiczne zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu
- F07.9 Nieokreślone organiczne zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu
- F09 Nieokreślone zaburzenia psychiczne organiczne lub objawowe

(F10-F19) Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem środków [substancji] psychoaktywnych

- F10.- Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu
- F11.- Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opiatów
- F12.- Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kanabinoli
- F13.- Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane przyjmowaniem substancji nasennych i uspakajających
- F14.- Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kokainy
- F15.- Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem innych niż kokaina środków pobudzających w tym kofeiny
- F16.- Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem halucynogenów
- F17.- Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu
- F18.- Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane odurzaniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi

(F20-F29) Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii [schizotypowe] i urojeniowe

F20 Schizofrenia

- F20.0 Schizofrenia paranoidalna
- F20.1 Schizofrenia hebefreniczna
- F20.2 Schizofrenia katatoniczna
- F20.3 Schizofrenia niezróżnicowana
- F20.4 Depresja poschizofreniczna
- F20.5 Schizofrenia rezydualna
- F20.6 Schizofrenia prosta
- F20.8 Schizofrenia innego rodzaju
- F20.9 Schizofrenia, nie określona

F21 Zaburzenie typu schizofrenii (schizotypowe)

F22 Uporczywe zaburzenia urojeniowe

- F22.0 Zaburzenie urojeniowe
- F22.8 Inne uporczywe zaburzenia urojeniowe
- F22.9 Uporczywe zaburzenie urojeniowe, nieokreślone

F23 Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne

- F23.0 Ostre wielopostaciowe zaburzenie psychotyczne bez objawów schizofrenii
- F23.1 Ostre wielopostaciowe zaburzenie psychotyczne z objawami schizofrenii
- F23.2 Ostre zaburzenie psychotyczne podobne do schizofrenii
- F23.3 Inne ostre zaburzenie psychotyczne z przewagą urojeń
- F23.8 Inne ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne
- F23.9 Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne, nie określone

F24 Indukowane zaburzenie urojeniowe

F25 Zaburzenia schizoafektywne

- F25.0 Zaburzenie schizoafektywne, typ maniakalny
- F25.1 Zaburzenie schizoafektywne, typ depresyjny
- F25.2 Zaburzenie schizoafektywne, typ mieszany
- F25.8 Inne zaburzenia schizoafektywne
- F25.9 Zaburzenia schizoafektywne, nieokreślone
- F28 Inne nieorganiczne zaburzenia psychotyczne
- F29 Nieokreślona psychoza nieorganiczna

(F30-F39) Zaburzenia nastroju [afektywne]

- F30 Epizod maniakalny
  - F30.0 Hipomania
  - F30.1 Mania bez objawów psychotycznych
  - F30.2 Mania z objawami psychotycznymi
  - F30.8 Inne epizody maniakalne
  - F30.9 Epizod maniakalny nieokreślony
- F31 Zaburzenia afektywne dwubiegunowe
  - F31.0 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe, obecnie - epizod hipomanii
  - F31.1 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe, obecnie - epizod maniakalny bez objawów psychotycznych
  - F31.2 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe, obecnie - epizod maniakalny z objawami psychotycznymi
  - F31.3 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe, obecnie - epizod depresji o łagodnym lub umiarkowanym nasileniu
  - F31.4 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe, obecnie - epizod ciężkiej depresji bez objawów psychotycznych
  - F31.5 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe, obecnie - epizod ciężkiej depresji z objawami psychotycznymi
  - F31.6 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe, obecnie - epizod mieszany
  - F31.7 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe, obecnie - remisja
  - F31.8 Inne zaburzenia afektywne dwubiegunowe
  - F31.9 Zaburzenia afektywne dwubiegunowe, nie określone
- F32 Epizod depresyjny
  - F32.0 Epizod depresji łagodny
  - F32.1 Epizod depresji umiarkowany
  - F32.2 Epizod depresji ciężki, bez objawów psychotycznych
  - F32.3 Epizod ciężkiej depresji z objawami psychotycznymi
  - F32.8 Inne epizody depresyjne
  - F32.9 Epizod depresyjny, nieokreślony
- F33 Zaburzenia depresyjne nawracające
  - F33.0 Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie - epizod depresyjny łagodny
  - F33.1 Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie - epizod depresyjny umiarkowany
  - F33.2 Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie - epizod depresji ciężkiej bez objawów psychotycznych
  - F33.3 Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie - ciężka depresja z objawami psychotycznymi
  - F33.4 Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie - stan remisji
  - F33.8 Inne nawracające zaburzenia depresyjne
  - F33.9 Nawracające zaburzenia depresyjne, nieokreślone
- F34 Uporczywe zaburzenia nastroju (afektywne)

- F34.0 Cyklotymia
  - F34.1 Dystymia
  - F34.8 Inne uporczywe zaburzenia nastroju (afektywne)
  - F34.9 Uporczywe zaburzenia nastroju (afektywne), nie określone
  - F38 Inne zaburzenia nastroju (afektywne)
    - F38.0 Inne występujące pojedynczo zaburzenia nastroju (afektywne)
    - F38.1 Inne nawracające zaburzenia nastroju (afektywne)
    - F38.8 Inne określone zaburzenia nastroju (afektywne)
  - F39 Zaburzenia nastroju (afektywne), nie określone
- (F40-F48) Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną
- F40 Zaburzenia lękowe w postaci fobii
    - F40.0 Agorafobia
    - F40.1 Fobie społeczne
    - F40.2 Specyficzne (izolowane) postacie fobii
    - F40.8 Inne zaburzenia lękowe w postaci fobii
    - F40.9 Fobie BNO
  - F41 Inne zaburzenia lękowe
    - F41.0 Zaburzenie lękowe z napadami lęku (lęk paniczny)
    - F41.1 Zaburzenie lękowe uogólnione
    - F41.2 Zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane
    - F41.3 Inne mieszane zaburzenia lękowe
    - F41.8 Inne określone zaburzenia lękowe
    - F41.9 Zaburzenia lękowe, nie określone
  - F42 Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (nerwica natręctw)
    - F42.0 Zaburzenie z przewagą myśli czy ruminacji natrętnych
    - F42.1 Zaburzenie z przewagą czynności natrętnych (rytuały)
    - F42.2 Myśli i czynności natrętne, mieszane
    - F42.8 Inne natręctwa
    - F42.9 Natręctwa BNO
  - F43 Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne
    - F43.0 Ostra reakcja na stres
    - F43.1 Zaburzenie stresowe pourazowe
    - F43.2 Zaburzenia adaptacyjne
    - F43.8 Inne reakcje na ciężki stres
    - F43.9 Reakcja na ciężki stres, nie określona
  - F44 Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)
    - F44.0 Amnezja dysocjacyjna
    - F44.1 Fuga dysocjacyjna
    - F44.2 Osłupienie dysocjacyjne (stupor dysocjacyjny)
    - F44.3 Trans i opętanie
    - F44.4 Dysocjacyjne zaburzenia ruchu
    - F44.5 Drgawki dysocjacyjne
    - F44.6 Dysocjacyjne znieczulenia i utrata czucia zmysłowego
    - F44.7 Mieszane zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)
    - F44.8 Inne zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)
    - F44.9 Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne), nie określone
  - F45 Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (somatoform disorders)
    - F45.0 Zaburzenie somatyzacyjne [z somatyzacją]
    - F45.1 Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną, niezróżnicowane

- F45.2 Zaburzenie hipochondryczne
- F45.3 Zaburzenia wegetatywne występujące pod postacią somatyczną
- F45.4 Uporczywe bóle psychogenne
- F45.8 Inne zaburzenia występujące pod postacią somatyczną
- F45.9 Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną, nie określone
- F48 Inne zaburzenia nerwicowe

(F50-F59) Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi

F50 Zaburzenia odżywiania

- F50.0 Jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa)
- F50.1 Jadłowstręt psychiczny atypowy
- F50.2 Żarłoczność psychiczna (Bulimia nervosa)
- F50.3 Atypowa żarłoczność psychiczna
- F50.4 Przejadanie się związane z innymi czynnikami psychologicznymi
- F50.5 Wymioty związane z innymi czynnikami psychologicznymi
- F50.8 Inne zaburzenia odżywiania się
- F50.9 Zaburzenia odżywiania się, nie określone

F51 Nieorganiczne zaburzenia snu

- F51.0 Bezsenność nieorganiczna
- F51.1 Nieorganiczna hipersomnia
- F51.2 Nieorganiczne zaburzenia rytmu snu i czuwania
- F51.3 Somnambulizm (sennowłóctwo)
- F51.4 Lęki nocne
- F51.5 Koszmary senne
- F51.8 Inne organiczne zaburzenia snu
- F51.9 Nieorganiczne zaburzenia snu, nie określone

F52 Dysfunkcja seksualna nie spowodowana zaburzeniem organicznym ani chorobą somatyczną

- F52.0 Brak lub utrata potrzeb seksualnych
- F52.1 Awersja seksualna i brak przyjemności seksualnej
- F52.2 Brak reakcji genitalnej
- F52.3 Zaburzenia orgazmu
- F52.4 Wytrysk przedwczesny
- F52.5 Pochwica nieorganiczna
- F52.6 Dyspareunia nieorganiczna
- F52.7 Nadmierny popęd seksualny
- F52.8 Inne dysfunkcje seksualne bez przyczyn organicznych lub chorobowych
- F52.9 Niespecyficzna dysfunkcja seksualna, nie spowodowana przez zaburzenia organiczne ani inną chorobę

F53 Zaburzenia psychiczne związane z porodem, nie sklasyfikowane gdzie indziej

- F53.0 Łagodne zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, związane z porodem, a nie wykazane w innym miejscu
- F53.1 Ciężkie zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z porodem, a nie wykazane w innym miejscu
- F53.8 Inne zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z porodem, a nie wykazane w innym miejscu
- F53.9 Poporodowe zaburzenia psychiczne (BNO)

F54 Czynniki psychologiczne i behawioralne związane z zaburzeniami lub chorobami sklasyfikowanymi w innych rozdziałach

F55 Nadużywanie substancji nie powodujących uzależnienia  
F59 Nieokreślone zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi

(F60-F69) Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych

F60 Specyficzne zaburzenia osobowości

- F60.0 Osobowość paranoiczna
- F60.1 Osobowość schizoidalna
- F60.2 Osobowość dys socjalna
- F60.3 Osobowość chwiejna emocjonalnie
- F60.4 Osobowość histrioniczna
- F60.5 Osobowość anankastyczna
- F60.6 Osobowość lękliwa (unikająca)
- F60.7 Osobowość zależna
- F60.8 Inne określone zaburzenia osobowości
- F60.9 Zaburzenia osobowości BNO

F61 Zaburzenia osobowości mieszane i inne

F62 Trwałe zmiany osobowości nie wynikające z uszkodzenia ani z choroby mózgu

- F62.0 Trwała zmiana osobowości po katastrofach (po przeżyciu sytuacji ekstremalnej)
- F62.1 Trwała zmiana osobowości po chorobie psychicznej
- F62.8 Inne trwałe zmiany osobowości
- F62.9 Trwałe zmiany osobowości, nie określone

F63 Zaburzenia nawyków i popędów (impulsów)

- F63.0 Patologiczny hazard
- F63.1 Patologiczne podpalanie (piromania)
- F63.2 Patologiczne kradzieże (kleptomania)
- F63.3 Trichotillomania
- F63.8 Inne zaburzenia nawyków i popędów (impulsów)
- F63.9 Zaburzenia nawyków i popędów (popędów), nie określone

F64 Zaburzenia identyfikacji płciowej

- F64.0 Transseksualizm
- F64.1 Transwestytyzm o typie podwójnej roli
- F64.2 Zaburzenia identyfikacji płciowej w dzieciństwie
- F64.8 Inne zaburzenia identyfikacji płciowej
- F64.9 Zaburzenia identyfikacji płciowej, nie określone

F65 Zaburzenia preferencji seksualnych

- F65.0 Fetyszyzm
- F65.1 Transwestytyzm fetyszystyczny
- F65.2 Ekshibicjonizm
- F65.3 Oglądactwo (voyeurism)
- F65.4 Pedofilia
- F65.5 Sadomasochizm
- F65.6 Złożone zaburzenia preferencji seksualnej
- F65.8 Inne zaburzenia preferencji seksualnej
- F65.9 Zaburzenia preferencji seksualnych, nie określone

F66 Zaburzenia psychologiczne i zaburzenia zachowania związane z rozwojem i orientacją seksualną

- F66.0 Zaburzenia dojrzewania seksualnego
- F66.1 Orientacja seksualna niezgodna z ego (egodystoniczna)

- F66.2 Zaburzenie związków seksualnych
- F66.8 Inne zaburzenia rozwoju psychoseksualnego
- F66.9 Zaburzenia rozwoju psychoseksualnego, nie określone
- F68 Inne zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych
  - F68.0 Kształtowanie objawów fizycznych przez przyczyny psychologiczne
  - F68.1 Zamierzone wytwarzanie lub naśladowanie objawów czy niewydolności fizycznych lub psychicznych (zaburzenie pozorowane)
  - F68.8 Inne określone zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych
- F69 Zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych, nie określone

(F70-F79) Upośledzenie umysłowe

- F70 Upośledzenie umysłowe lekkie
- F71 Upośledzenie umysłowe umiarkowane
- F72 Upośledzenie umysłowe znaczne
- F73 Upośledzenie umysłowe głębokie
- F78 Inne upośledzenie umysłowe
- F79 Upośledzenie umysłowe, nie określone

(F80-F89) Zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego)

- F80 Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka
  - F80.0 Specyficzne zaburzenia artykulacji
  - F80.1 Zaburzenie ekspresji mowy
  - F80.2 Zaburzenie rozumienia mowy
  - F80.3 Nabyta afazja z padaczką (Zespół Landau-Kleffnera)
  - F80.8 Inne zaburzenia rozwoju mowy i języka
  - F80.9 Zaburzenie rozwoju mowy i języka, nieokreślone
- F81 Specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych
  - F81.0 Specyficzne zaburzenie czytania
  - F81.1 Specyficzne zaburzenie ortografii
  - F81.2 Specyficzne zaburzenie umiejętności arytmetycznych
  - F81.3 Mieszane zaburzenie umiejętności szkolnych
  - F81.8 Inne zaburzenia rozwojowe umiejętności szkolnych
  - F81.9 Zaburzenie rozwojowe umiejętności szkolnych, nie określone
- F82 Specyficzne zaburzenie rozwoju funkcji motorycznych
- F83 Mieszane specyficzne zaburzenia rozwojowe
- F84 Całościowe zaburzenia rozwojowe
  - F84.0 Autyzm dziecięcy
  - F84.1 Autyzm atypowy
  - F84.2 Zespół Retta
  - F84.3 Inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne
  - F84.4 Zaburzenie hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi
  - F84.5 Zespół Aspergera
  - F84.8 Inne całościowe zaburzenia rozwojowe
  - F84.9 Całościowe zaburzenia rozwojowe, nie określone
- F88 Inne zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego)
- F89 Zaburzenie rozwoju psychicznego (psychologicznego), nie określone

(F90-F98) Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym

F90 Zaburzenia hiperkinetyczne (zespoły nadpobudliwości ruchowej)

F90.0 Zaburzenie aktywności i uwagi

F90.1 Hiperkinetyczne zaburzenie zachowania

F90.8 Inne zaburzenia hiperkinetyczne

F90.9 Zaburzenie hiperkinetyczne, nie określone

F91 Zaburzenia zachowania

F91.0 Zaburzenie zachowania ograniczone do środowiska rodzinnego

F91.1 Zaburzenie zachowania z nieprawidłowym procesem socjalizacji

F91.2 Zaburzenie zachowania z prawidłowym procesem socjalizacji

F91.3 Zaburzenie opozycyjno-buntownicze

F91.8 Inne zaburzenia zachowania

F91.9 Zaburzenie zachowania, nieokreślone

F92 Mieszane zaburzenia zachowania i emocji

F92.0 Depresyjne zaburzenie zachowania

F92.8 Inne mieszane zaburzenia zachowania i emocji

F92.9 Mieszane zaburzenia zachowania i emocji, nie określone

F93 Zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie

F93.0 Lęk przed separacją w dzieciństwie

F93.1 Zaburzenie lękowe w postaci fobii w dzieciństwie

F93.2 Lęk społeczny w dzieciństwie

F93.3 Zaburzenie związane z rywalizacją w rodzeństwie

F93.8 Inne zaburzenia emocjonalne okresu dzieciństwa

F93.9 Zaburzenie emocjonalne okresu dzieciństwa, nie określone

F94 Zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym

F94.0 Mutyzm wybiórczy

F94.1 Reaktywne utrudnienie nawiązywania relacji społecznych w dzieciństwie

F94.2 Nadmierna łatwość w nawiązywaniu relacji społecznych w dzieciństwie

F94.8 Inne dziecięce zaburzenia funkcjonowania społecznego.

F94.9 Dziecięce zaburzenia funkcjonowania społecznego, nie określone BNO

F95 Tiki

F95.0 Tiki przemijające

F95.1 Przewlekłe tiki ruchowe lub głosowe (wokalne)

F95.2 Zespół tików głosowych i ruchowych (zespół Gilles de la Tourette)

F95.8 Inne tiki

F95.9 Tiki, nie określone

F98 Inne zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym

(F99-F99) Zaburzenia psychiczne bliżej nieokreślone (BNO)

F99 Zaburzenie psychiczne, inaczej nie określone