

Zaburzenia depresyjne

Dezorganizujące zaburzenie regulacji nastroju

296.99 (F34.8)

- A. Ciężkie nawracające wybuchy gniewu, okazywanego werbalnie (agresja słowna) lub poprzez zachowanie (agresja słowna skierowana przeciwko innej osobie lub własności), których intensywność lub czas trwania są wyraźnie nieadekwatne w stosunku do sytuacji lub provokacji.
- B. Wybuchy gniewu są niespójne z poziomem rozwoju danej osoby.
- C. Wybuchy gniewu występują, średnio, co najmniej trzy razy w tygodniu.
- D. Nastrój pomiędzy wybuchami gniewu jest przeważnie przewlekłe drażliwy przez większą część dnia, niemal każdego dnia, co jest możliwe do zaobserwowania przez inne osoby (np. rodziców, nauczycieli, rówieśników).
- E. Kryteria A-D utrzymują się przez co najmniej 12 miesięcy. W tym czasie nie występowały okresy bezobjawowe, trwające 3 miesiące lub dłużej.
- F. Kryteria A oraz D są spełnione w przynajmniej dwóch spośród trzech sytuacji (tzn. w domu, w szkole, wśród rówieśników), a ich nasilenie jest ciężkie w przynajmniej jednej z tych sytuacji.
- G. Rozpoznanie nie powinno być po raz pierwszy ustalone przed 6 rokiem życia i po 18 roku życia.
- H. Na podstawie danych z wywiadów lub z obserwacji początek objawów z Kryteriów A-E przypada przed 10 rokiem życia.
- I. Dotychczas nigdy nie wystąpił okres, trwający dłużej niż jeden dzień, w trakcie którego spełnione były wszystkie kryteria objawowe, z wyjątkiem kryterium czasowego dla rozpoznania epizodu manii lub hipomanii.

Uwaga: Właściwe z punktu widzenia rozwojowego podwyższenie nastroju, takie jakie pojawia się w reakcji na pozytywne wydarzenie lub w oczekiwaniu na nie, nie powinno być postrzegane jako objaw manii lub hipomanii.
- J. Opisane zachowania nie występują wyłącznie w trakcie epizodu Większego zaburzenia depresyjnego, a ich występowanie nie może być

lepiej wyjaśnione innym zaburzeniem psychicznym (np. Zaburzeniem należącym do spektrum autyzmu, Zaburzeniem stresowym pourazowym, Separacyjnym zaburzeniem lękowym, Uporczywym zaburzeniem depresyjnym [dystymią]).

Uwaga: Rozpoznanie to nie może współwystępować z Zaburzeniem opozycyjno-buntowniczym, Okresowym zaburzeniem eksplozywnym lub Zaburzeniem (afektywnym) dwubiegunowym. Może jednak współwystępować z innymi zaburzeniami, w tym z Większym zaburzeniem depresyjnym, Zaburzeniem z deficytem uwagi i nadaktywnością, Zaburzeniami zachowania i Zaburzeniami używania substancji. W przypadku osób, u których spełnione są kryteria zarówno Dezorganizującego zaburzenia regulacji nastroju, jak i Zaburzenia opozycyjno-buntowniczego, ustalać należy rozpoznanie Dezorganizującego zaburzenia regulacji nastroju. W przypadku rozpoznania epizodu maniakalnego lub hipomaniakalnego w wywiadzie nie należy stosować rozpoznania Dezorganizującego zaburzenia regulacji nastroju.

- K. Objawy nie są wywołane fizjologicznym działaniem substancji ani innym stanem ogólnomedycznym lub stanem neurologicznym.
-

Większe zaburzenie depresyjne

- A. Pięć (lub więcej) spośród wymienionych objawów występuje w ciągu tego samego 2-tygodniowego okresu, powodując zmianę w stosunku do dotychczasowego poziomu funkcjonowania. Co najmniej jednym z objawów jest (1) obniżony nastrój lub (2) utrata zainteresowań i zdolności odczuwania przyjemności.

Uwaga: Nie obejmuje objawów, które są wyraźnie spowodowane stanem ogólnomedycznym.

1. Obniżony nastrój utrzymujący się przez większą część dnia, prawie każdego dnia, ujawniany albo w postaci subiektywnych skarg (np. poczucie smutku, pustki lub braku nadziei), albo za pośrednictwem obserwacji czynionych przez inne osoby (np. płaczliwość). **Uwaga:** U dzieci i osób dorastających nastrój może być drażliwy.
2. Znaczne zmniejszenie zainteresowań i zdolności do odczuwania przyjemności w stosunku do wszystkich lub prawie wszystkich aktywności, utrzymujące się przez większą część dnia, niemal każdego dnia (ujawniane albo w postaci subiektywnych

- skarg, albo za pośrednictwem obserwacji czynionych przez inne osoby).
3. Znaczący spadek masy ciała, bez rozmyślnego ograniczenia przyjmowanych pokarmów lub zwiększenie masy ciała (np. zmiana przekraczająca 5 proc. masy ciała w ciągu miesiąca) albo zmniejszenie lub zwiększenie apetytu, utrzymujące się prawie każdego dnia (**Uwaga:** U dzieci należy brać także pod uwagę niepowodzenie w osiągnięciu oczekiwanej masy ciała).
 4. Bezsenna lub nadmierna senność niemal każdego dnia.
 5. Pobudzenie lub spowolnienie psychoruchowe niemal każdego dnia (obserwowane przez inne osoby, nie jedynie subiektywne poczucie pobudzenia lub bycia spowolnionym).
 6. Zmęczenie lub poczucie braku energii niemal każdego dnia.
 7. Poczucie braku własnej wartości lub nieadekwatne, nadmierne poczucie winy (może być urojeniowe), występujące niemal każdego dnia (nie zaledwie wyrzuty sumienia lub poczucie winy z powodu bycia chorym).
 8. Zmniejszona zdolność myślenia lub koncentracji albo brak zdecydowania, utrzymujące się niemal każdego dnia (ujawniane albo w postaci subiektywnych skarg, albo za pośrednictwem obserwacji czynionych przez inne osoby).
 9. Nawracające myśli o śmierci (nie tylko lęk przed śmiercią), nawracające myśli samobójcze bez określonego planu działania, próby samobójcze lub określony plan popełnienia samobójstwa.
- B. Występowanie objawów powoduje klinicznie istotne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innym ważnym obszarze.
- C. Objawy nie są wywołane fizjologicznym działaniem substancji ani innym stanem ogólnomedycznym.

Uwaga: Kryteria A-C stanowią o rozpoznaniu Większego zaburzenia depresyjnego.

Uwaga: Odpowiedzią na znaczącą utratę (np. żałoba, ruina finansowa, straty z powodu katastrofy naturalnej, poważna choroba lub niesprawność) może być intensywne poczucie smutku, występowanie ruminacji dotyczących straty, bezsenność, zmniejszenie apetytu i masy ciała, opisane w Kryterium A, co może przypominać objawy epizodu depresyjnego. Choć objawy te mogą być zrozumiałe lub uznane za adekwatne w stosunku do poniesionej straty, poza uwzględnieniem odpowiedzi na tę stratę, należy rozważyć wystąpienie epizodu Większego zaburzenia depresyjnego. Podjęcie tej decyzji diagnostycznej niewątpliwie wymaga dokonania

oceny klinicznej na podstawie wywiadu chorobowego oraz z uwzględnieniem norm kulturowych, określających sposób wyrażania cierpienia w kontekście utraty¹.

D. Występowanie epizodów Większego zaburzenia depresyjnego nie może być lepiej wyjaśnione obecnością Zaburzenia schizoaфекtywnego, Schizofrenii, Zaburzenia schizofrenoformicznego, Zaburzenia urojeniowego lub innych określonych bądź nieokreślonych zaburzeń psychiatrycznych.

E. Nigdy nie wystąpił epizod maniakalny lub hipomaniakalny.

Uwaga: Warunek ten nie jest brany pod uwagę, jeśli wszystkie spośród epizodów podobnych do maniakalnych lub hipomaniakalnych były wywołane fizjologicznym działaniem substancji albo innym stanem ogólnomedycznym.

Kody i zasady zapisywania

Wybór właściwego kodu diagnostycznego w przypadku Większego zaburzenia depresyjnego podejmowany jest na podstawie informacji, czy obecny epizod jest pierwszym, czy nawrotem, a także na podstawie aktualnego uszczegółowienia ciężkości, obecności objawów psychiatrycznych oraz statusu dotyczącego remisji. Przeprowadzenie aktualnego uszczegółowienia ciężkości oraz stwierdzenie występowania objawów psychiatrycznych mogą być wskazane wyłącznie w przypadku, gdy obecny epizod spełnia wszystkie kryteria epizodu Większego zaburzenia depresyjnego. Uszczegółowienia dotyczące remisji mogą być użyte wyłącznie w przy-

¹ Dokonując rozróżnienia między żałobą a epizodem depresji przydatne bywa postrzeganie żałoby jako stanu, w którym dominującymi uczuciami są poczucie pustki i straty, natomiast w przypadku epizodu depresyjnego utrzymuje się obniżony nastrój oraz niezdolność do oczekiwan na radosne lub przyjemne wydarzenia. Intensywność dysforii w przebiegu żałoby zwykle słabnie w ciągu dni lub tygodni i przebiega falowo, tzw. przypływ żalu. Fale te zwykle wiążą się z myślami lub wspomnieniami o osobie, która odeszła. Obniżenie nastroju w przebiegu epizodu depresyjnego jest bardziej trwałe i niezależne z żadną określoną myślą lub zajęciem. Ból po utracie może się wiązać z pozytywnymi uczuciami i wesołością, co nie jest charakterystyczne dla poczucia dominującego nieszczęścia i cierpienia, występujących w przebiegu epizodu depresyjnego. Na treść myśli w okresie żałoby składają się głównie rozważania i wspomnienia dotyczące osoby, która odeszła, a nie autokrytyczne lub pesymistyczne ruminacje, obserwowane w trakcie epizodów depresji. W żałobie poczucie własnej wartości jest zwykle zachowane na dotychczasowym poziomie, natomiast w przebiegu epizodu depresyjnego powszechne jest poczucie niskiej wartości i odraza wobec samego siebie. Jeśli w przebiegu żałoby pojawia się myśl pomniejszająca wartość danej osoby, to zwykle dotyczy ona dostrzeżonych zaniedbań wobec osoby, która odeszła (np. zbyt rzadkich odwiedzin, niemiłowania osobie, która odeszła, jak bardzo on/ona jest kochana). Jeśli osoba dotknięta żałobą myśli o śmierci lub umieraniu, to myśli te skupiają się wokół tematu odchodzenia i możliwości „dołączenia” do zmarłej osoby. W przypadku epizodu depresyjnego dana osoba koncentruje myśli wokół konieczności zakończenia życia z powodu poczucia niskiej wartości, niechęci do życia lub nieradzenia sobie z cierpieniem w okresie depresji.

padku, gdy obecny epizod nie spełnia wszystkich kryteriów epizodu Większego zaburzenia depresyjnego. Dostępne są następujące kody:

Uszczegółowienie ciężkości/przebiegu	Pojedynczy epizod	Epizod nawracający*
Łagodne (s. 109)	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Umiarkowane (s. 109)	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Ciężkie (s. 109)	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
Z objawami psychiatrycznymi ** (s. 106)	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
W częściowej remisji (s. 109)	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
W pełnej remisji (s. 109)	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
Nieokreślony	296.20 (F32.9)	296.30 (F33.9)

* Za nawrót epizodu uważa się wystąpienie kolejnego epizodu po co najmniej 2-miesięcznej przerwie, podczas której objawy nie spełniają kryteriów epizodu Większego zaburzenia depresyjnego. Definicje poszczególnych uszczegółowień można znaleźć na wskazanych stronach.

** Jeśli występują objawy psychiatryczne, należy stosować uszczegółowienie „z objawami psychiatrycznymi” niezależnie od ciężkości epizodu.

Zapisując nazwę ustalonego rozpoznania, kolejne pojęcia należy umieszczać w następującej kolejności: Większe zaburzenie depresyjne, pojedynczy epizod lub nawrót, uszczegółowienia dotyczące ciężkości/objawów psychiatrycznych/remisji, a następnie tyle kolejnych uszczegółowień nieposiadających kodu, ile wymaga tego opis występującego obecnie lub ostatnio epizodu.

Należy określić, czy:

Z niepokojem (s. 103)

Z objawami mieszanymi (s. 104)

Z objawami melancholicznymi (s. 104)

Z objawami atypowymi (s. 105)

Z objawami psychiatrycznymi zgodnymi z nastrojem (s. 106)

Z objawami psychiatrycznymi niezgodnymi z nastrojem (s. 106)

Z katatonią (należy stosować dodatkowy kod 293.89 [F06.1]) (s. 106)

Z początkiem w okresie okołoporodowym (s. 107)

Z przebiegiem sezonowym (s. 108)

Uporczywe zaburzenie depresyjne (dystymia)

300.4 (F34.1)

Zaburzenie to stanowi połączenie, zdefiniowanych w DSM-IV, Większego zaburzenia depresyjnego, nawracającego oraz Zaburzenia dystymicznego.

- A. Obniżony nastrój utrzymujący się przez co najmniej 2 lata, przez większą część dnia, prawie każdego dnia, ujawniany albo w postaci subiektywnych skarg, albo za pośrednictwem obserwacji czynionych przez inne osoby.

Uwaga: U dzieci i osób dorastających nastrój może być drażliwy.

- B. Obecność, w trakcie depresji, dwóch (lub więcej) spośród wymienionych:
1. Zmniejszony apetyt lub objadanie się.
 2. Bezsenna lub nadmierna senność.
 3. Brak energii lub zmęczenie.
 4. Niska samoocena.
 5. Osłabienie koncentracji lub trudności w podejmowaniu decyzji.
 6. Poczucie braku nadziei.
- C. W ciągu 2 lat (jednego roku w przypadku dzieci i osób dorastających) trwania zakłócenia nie występowały okresy bezobjawowe (Kryteria A i B), dłuższe niż 2 miesiące.
- D. Kryteria dla Większego epizodu depresyjnego mogą być stale obecne w okresie 2 lat.
- E. Nigdy nie obserwowano epizodu maniakalnego lub hipomaniakalnego. Kryteria dla Zaburzenia cyklotymicznego nigdy nie były spełnione.
- F. Zakłócenia nie można lepiej wyjaśnić występowaniem Zaburzenia schizofrenicznego, Schizofrenii, Zaburzenia urojeniowego lub innego określonego lub nieokreślonego zaburzenia należącego do spektrum schizofrenii i innego zaburzenia psychiatrycznego.
- G. Objawy nie są wywołane fizjologicznym działaniem substancji (np. nadużyciem narkotyków, leków, innym leczeniem) ani innym stanem ogólnomedycznym (np. niedoczynnością tarczycy).
- H. Objawy powodują znaczące klinicznie cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania w sferze społecznej, zawodowej i innych ważnych obszarach.

Uwaga: Ponieważ kryteria dla epizodu Większego zaburzenia depresyjnego obejmują cztery objawy, których nie ma na liście objawów Uporczywego zaburzenia depresyjnego (dystymii), jedynie w przypadku nielicznych

osób występować będą, trwające co najmniej 2 lata, objawy depresyjne, które nie będą spełniały kryteriów Uporczywego zaburzenia nastroju. Jeśli w trakcie obecnego epizodu chorobowego zostaną spełnione kryteria dla epizodu Większego zaburzenia depresyjnego, należy stosować rozpoznanie Większego zaburzenia depresyjnego. W przeciwnym wypadku powinno się rozpoznać Inne określone zaburzenie depresyjne lub nieokreślone zaburzenie depresyjne.

Należy określić, czy:

Z niepokojem (s. 103)

Z objawami mieszanymi (s. 104)

Z objawami melancholicznymi (s. 104)

Z objawami atypowymi (s. 105)

Z objawami psychotycznymi zgodnymi z nastrojem (s. 106)

Z objawami psychotycznymi niezgodnymi z nastrojem (s. 106)

Z początkiem w okresie okołoporodowym (s. 107)

Należy określić, czy:

W częściowej remisji (s. 109)

W pełnej remisji (s. 109)

Należy określić, czy:

O wczesnym początku: Początek przed 21 rokiem życia.

O późnym początku: Początek w 21 roku życia lub później.

Należy określić, czy (dotyczy dwóch ostatnich lat trwania Uporczywego zaburzenia depresyjnego):

Z czystym zespołem dystymicznym: W ciągu 2 lat nie zostały spełnione kryteria dla epizodu Większego zaburzenia depresyjnego.

Z przewlekłym epizodem Większego zaburzenia depresyjnego: W ciągu 2 lat spełnione zostały kryteria dla epizodu Większego zaburzenia depresyjnego.

Z okresowo występującymi epizodami Większego zaburzenia depresyjnego, z trwającym epizodem: Obecnie spełnione są kryteria dla epizodu Większego zaburzenia depresyjnego, ale w ciągu poprzedzającego 2-letniego okresu występowały co najmniej 8-tygodniowe okresy, w trakcie których nasilenie objawów nie przekraczało progu dla epizodu Większego zaburzenia depresyjnego.

Z okresowo występującymi epizodami Większego zaburzenia depresyjnego, bez trwającego epizodu: Obecnie kryteria dla epizodu Większego zaburzenia depresyjnego nie są spełnione, ale w ciągu poprzedzającego 2-letniego okresu wystąpił co najmniej jeden epizod Większego zaburzenia depresyjnego.

Należy uwzględnić aktualne *uszczegółowienie* ciężkości:

Łagodne (s. 109)

Umiarkowane (s. 109)

Ciężkie (s. 109)

Przedmenstruacyjne zaburzenie dysforyczne

625.4 (N94.3)

- A. W czasie większości spośród cykli menstruacyjnych musi być obecnych co najmniej pięć objawów w tygodniu przed rozpoczęciem krwawienia miesięcznego, z początkiem poprawy w ciągu kilku dni po rozpoczęciu krwawienia i znacznym zmniejszeniem lub zanikiem objawów w ciągu tygodnia po zakończeniu krwawienia.
- B. Jeden (lub więcej) spośród wymienionych objawów musi być obecny:
1. Wyraźna chwiejność nastroju (np. wahania nastroju, nagle poczucie smutku lub płaczliwość bądź zwiększenie wrażliwości na odrzucenie przez innych).
 2. Wyraźna drażliwość lub złość albo zwiększenie liczby konfliktów.
 3. Wyraźnie obniżony nastrój, poczucie braku nadziei lub myśli o swojej małej wartości.
 4. Wyraźny niepokój, napięcie i/lub poczucie zdenerwowania lub bycia na granicy wytrzymałości.
- C. Jeden (lub więcej) spośród wymienionych objawów musi być obecny, by wypełnić listę *pięciu* objawów, w zestawieniu z objawami w Kryterium B:
1. Zmniejszone zainteresowanie codziennymi czynnościami (np. pracą, szkołą, przyjaciółmi, hobby).
 2. Subiektywne poczucie gorszej koncentracji.
 3. Ospalność, łatwe męczenie się lub wyraźny brak energii.
 4. Wyraźna zmiana apetytu: objadanie się lub zwiększone zapotrzebowanie na określone produkty.
 5. Nadmierna senność lub bezsenność.
 6. Poczucie przytłoczenia lub bycia na granicy wytrzymałości.
 7. Objawy fizyczne, takie jak tkliwość lub obrzęk sutków, bóle stawowe bądź mięśniowe, poczucie „wzdęcia” lub zwiększenie masy ciała.

Uwaga: Objawy z Kryteriów A-C muszą występować w czasie większości cykli menstruacyjnych w poprzedzającym roku.

- D. Objawy są związane ze znaczącym klinicznie cierpieniem lub wpływają na pracę, naukę, zwykłe czynności społeczne lub związki z innymi osobami (np. unikanie czynności społecznych, zmniejszona wydajność w pracy, szkole lub domu).
 - E. Zakłócenie nie jest tylko zwiększeniem nasilenia innego zaburzenia, takiego jak Większe zaburzenie depresyjne, Zaburzenia panicznego, Uporczywego zaburzenia depresyjnego (dystymii) lub zaburzenia osobowości (choć może ono współwystępować z każdym z wymienionych zaburzeń).
 - F. Kryterium A powinno zostać potwierdzone oceną prospektywną, w okresie co najmniej dwóch kolejnych objawowych cykli menstruacyjnych (**Uwaga:** Rozpoznanie może zostać ustalone jeszcze przed potwierdzeniem).
 - G. Objawy nie są wywołane fizjologicznym działaniem substancji (np. nadużyciem narkotyków, leków, innym leczeniem) ani innym stanem ogólnomedycznym (np. tyreotoksykozą).
-

Zasady zapisywania

Jeśli występowanie objawów nie zostało potwierdzone za pomocą codziennej oceny prospektywnej, prowadzonej w okresie co najmniej dwóch objawowych cykli menstruacyjnych, należy, obok nazwy zaburzenia, odnotować „do dalszej obserwacji” (tzn. Przedmenstruacyjne zaburzenie dysforyczne, do dalszej obserwacji)

Zaburzenie depresyjne wywołane substancją/lekiem

- A. Wyraźne i utrwalone zakłócenie nastroju, które dominuje w obrazie klinicznym i charakteryzuje się obniżonym nastrojem, z wyraźnie osłabionym zainteresowaniem lub zdolnością odczuwania przyjemności w zakresie wszystkich bądź niemal wszystkich czynności.
- B. Wywiad, badanie fizykalne lub wyniki badań laboratoryjnych dowodzą albo (1), albo (2):
 - 1. Objawy wymienione w Kryterium A powstały podczas lub wkrótce po Zatruciu substancją lub jej odstawieniu.
 - 2. Wymieniona substancja/lek ma potencjał wywoływania objawów przedstawionych w Kryterium A.
- C. Zakłócenia nie można lepiej wyjaśnić występowaniem Zaburzenia depresyjnego niewywołanego substancją/lekiem. Dowodem, że obecność objawów można wyjaśnić lepiej występowaniem Zaburzenia depresyjnego niewywołanego substancją/lekiem, bywają następujące przestanki:

Objawy wyprzedzają początek używania substancji/leku; objawy trwają przez znaczny okres (np. około miesiąca) po ustąpieniu objawów ostrego odstawienia lub poważnego zatrucia; istnieją inne przesłanki sugerujące niezależne, niewywołane substancją zaburzenie depresyjne (np. wywiad wskazujący na nawracające epizody nieuwarunkowane substancją).

- D. Zakłócenie nie występuje wyłącznie w przebiegu majaczenia.
- E. Zakłócenie powoduje istotne klinicznie cierpienie lub upośledzenie w sferze społecznego, zawodowego lub innego ważnego funkcjonowania.

Uwaga: Rozpoznanie należy ustalać zamiast rozpoznania Zatrucia substancją lub Odstawienia substancji tylko wtedy, gdy objawy wymienione w kryterium A dominują w obrazie klinicznym w stosunku do objawów zwykle związanych z zespołem zatrucia lub odstawienia oraz gdy są one wystarczająco poważne, by wzbudzać wyraźne zainteresowanie lekarza.

Uwaga dotycząca kodowania: W tabeli poniżej przedstawiono kody dla zaburzeń depresyjnych wywołanych substancją/lekiem, pochodzące z ICD-9-CM i ICD-10-CM. Warto zwrócić uwagę, że użycie konkretnego kodu ICD-10-CM zależy od tego, czy współistnieje zaburzenie używania substancji z tej samej klasy. Jeśli z zaburzeniem depresyjnym wywołanym substancją/lekiem współwystępuje zaburzenie używania substancji o łagodnym nasileniu, w pozycji czwartej kodu stosuje się cyfrę „1”, a przed rozpoznaniem zaburzenia depresyjnego wywołanego substancją należy odnotować „łagodne zaburzenie używania [substancji]” (np. „łagodne zaburzenie używania kokainy z zaburzeniem depresyjnym wywołanym kokainą”). Jeśli z zaburzeniem depresyjnym wywołanym substancją/lekiem współwystępuje zaburzenie używania substancji o umiarkowanym lub ciężkim nasileniu, w pozycji czwartej kodu stosuje się cyfrę „2”, a przed rozpoznaniem zaburzenia depresyjnego wywołanego substancją należy odnotować „umiarkowane zaburzenie używania [substancji]” lub „ciężkie zaburzenie używania substancji”, w zależności od nasilenia współwystępującego zaburzenia używania substancji. Jeśli nie współwystępuje zaburzenie używania substancji (np. jednorazowe ciężkie nadużycie substancji), w pozycji czwartej kodu stosuje się cyfrę „9”, a jako rozpoznanie należy odnotować jedynie zaburzenie depresyjne wywołane substancją.

	ICD-9-CM	ICD-10-CM		
		Z zaburzeniem używania, łagodnym	Z zaburzeniem używa- nia, umiarkowanym lub ciężkim	Bez zaburzenia używania
Alkohol	291.89	F10.14	F10.24	F10.94
Fencyklidyna	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Inne substancje halucy- nogenne	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Substancja wziewna	292.84	F18.14	F18.24	F18.94
Opioidy	292.84	F11.14	F11.24	F11.94
Leki uspokajające, nasen- ne lub przeciwłękowe	292.84	F13.14	F13.24	F13.94
Amfetamina (lub inny stymulant)	292.84	F15.14	F15.24	F15.94
Kokaina	292.84	F14.14	F14.24	F14.94
Inna (lub nieznaną) substancja	292.84	F19.14	F19.24	F19.94

Należy *określić*, czy (rozpoznanie związane z klasą substancji zostały zamieszczone w Tabeli 1 w rozdziale „Zaburzenia związane z substancją i uzależnienia”):

Z początkiem podczas zatrucia: Jeśli spełnione są kryteria zatrucia substancją, a objawy pojawiają się w trakcie zatrucia.

Z początkiem podczas odstawienia: Jeśli spełnione są kryteria dla odstawienia substancji, a objawy pojawiają się w trakcie lub tuż po odstawieniu.

Zasady zapisywania

ICD-9-CM. Nazwa Zaburzenia depresyjnego wywołanego substancją powinna rozpoczynać się określeniem substancji (np. kokaina, deksametazon), która jest podejrzewana o wywoływanie objawów depresji. Kod diagnostyczny należy wybrać z tabeli zawierającej zestawy kryteriów diagnostycznych na podstawie klasy substancji/leku. W przypadku substancji, których nie można zaliczyć do żadnej z wymienionych klas (np. deksametazon), należy stosować kod dla „innej substancji”. W przypadku gdy substancja została oceniona jako czynnik etiologiczny, ale jej przynależność do jakiegokolwiek klasy jest nieznaną, należy stosować kod dla „nieznanej substancji”.

Wraz z nazwą zaburzenia należy zastosować uszczegółowienie dotyczące początku (np. początek w trakcie zatrucia, początek w trakcie odstawienia). W przeciwieństwie do procedur kodowania zamieszczonych w ICD-10-CM, w których łączy się w obrębie jednego kodu zarówno zaburzenie wywołane substancją, jak

i zaburzenie używania substancji, w klasyfikacji ICD-9-CM istnieją odrębne kody dotyczące zaburzenia używania substancji. Przykładowo, w przypadku objawów depresji, które pojawiły się u mężczyzny poważnie nadużywającego kokainy, w trakcie zatrucia kokainą stosuje się kod 292.84 Zaburzenie depresyjne wywołane kokainą, z początkiem w trakcie zatrucia. Dodatkowo odnotowuje się rozpoznanie 304.20 Ciężkie zaburzenie używania kokainy. Jeśli za powstanie objawów psychotycznych odpowiada więcej niż jedna substancja, każda z nich powinna zostać wymieniona osobno (np. 292.84 Zaburzenie depresyjne wywołane metylfenidatem z początkiem w trakcie zatrucia; 292.84 Zaburzenie depresyjne wywołane deksametazonem, z początkiem w trakcie zatrucia).

ICD-10-CM. Nazwa Zaburzenia depresyjnego wywołanego substancją powinna rozpoczynać się określeniem substancji (np. kokaina, deksametazon), która jest podejrzewana o wywoływanie objawów depresji. Kod diagnostyczny należy wybrać z tabeli zawierającej zestawy kryteriów diagnostycznych na podstawie klasy substancji/leku, z uwzględnieniem ewentualnie występującego zaburzenia używania substancji. W przypadku substancji, których nie można zaliczyć do żadnej z wymienionych klas (np. deksametazon), należy stosować kod dla „innej substancji” bez współwystępującego zaburzenia używania substancji. W przypadku gdy substancja została oceniona jako czynnik etiologiczny, ale jej przynależność do jakiegokolwiek klasy jest nieznana, należy stosować kod dla „nieznanej substancji” bez współwystępującego zaburzenia używania substancji.

Kodując nazwę zaburzenia, współwystępujące zaburzenie używania substancji (o ile występuje) należy umieścić jako pierwsze na liście, a następnie dopisać, stosując spójnik „z”, nazwę Zaburzenia depresyjnego wywołanego substancją oraz uszczegółowienie dotyczące początku (np. początek w trakcie zatrucia, początek w trakcie odstawienia). Przykładowo, w przypadku objawów depresyjnych, które pojawiły się u mężczyzny poważnie nadużywającego kokainy, w trakcie zatrucia kokainą stosuje się kod F14.24 Ciężkie zaburzenie używania kokainy, z zaburzeniem depresyjnym wywołanym kokainą, z początkiem w trakcie zatrucia. Nie stosuje się osobnego rozpoznania dotyczącego ciężkiego zaburzenia używania kokainy. Jeśli Zaburzenie depresyjne wywołane substancją występuje bez zaburzenia używania substancji (np. po jednorazowym poważnym nadużyciu substancji), nie odnotowuje się istnienia takiego zaburzenia (np. F16.94 Zaburzenie depresyjne wywołane fencyklidyną, z początkiem w trakcie zatrucia). Jeśli za powstanie objawów depresyjnych odpowiada więcej niż jedna substancja, każda z nich powinna zostać wymieniona osobno (np. F15.24 Ciężkie zaburzenie używania metylfenidatu, z zaburzeniem depresyjnym wywołanym metylfenidatem, z początkiem w trakcie zatrucia; F19.94 Zaburzenie depresyjne wywołane deksametazonem, z początkiem w trakcie zatrucia).

Zaburzenie depresyjne spowodowane stanem ogólnomedycznym

- A. Wyraźne i utrwalone okresy obniżonego nastroju oraz znaczne zmniejszenie zainteresowań i zdolności do odczuwania przyjemności w stosunku do wszystkich lub prawie wszystkich aktywności, które dominują w obrazie klinicznym.
- B. Istnieją dowody pochodzące z wywiadów, badania fizykalnego lub badań laboratoryjnych, świadczące że zakłócenie jest bezpośrednią patofizjologiczną konsekwencją wystąpienia innego stanu ogólnomedycznego.
- C. Zakłócenia nie można wyjaśnić występowaniem innego zaburzenia psychicznego (np. Zaburzenia adaptacyjnego, z obniżonym nastrojem, w którym czynnik stresogeny jest istotnym czynnikiem).
- D. Zakłócenie nie występuje wyłącznie w przebiegu majaczenia.
- E. Zakłócenie powoduje istotne klinicznie cierpienie lub upośledzenie w sferze funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innym ważnym obszarze.

Uwagi dotyczące kodowania: W ICD-9-CM kodem dla Zaburzenia depresyjnego spowodowanego stanem ogólnomedycznym jest 293.83 i jest on stosowany niezależnie od uszczegółowienia. Kodowanie w klasyfikacji ICD-10-CM zależy od zastosowanego uszczegółowienia (zob. poniżej).

Należy określić, czy:

(F06.31) Z objawami depresyjnymi: Kryteria dla epizodu Większego zaburzenia depresyjnego nie są spełnione.

(F06.32) Z epizodami podobnymi do epizodów Większego zaburzenia depresyjnego: Spełnione są kryteria (z wyjątkiem Kryterium C) dla epizodu Większego zaburzenia depresyjnego.

(F06.34) Z objawami mieszanymi: Obecne są dodatkowo objawy maniakalne lub hipomaniakalne, jednak nie dominują w obrazie klinicznym.

Uwagi dotycząca kodowania: W nazwie zaburzenia psychicznego należy uwzględnić nazwę innego stanu ogólnomedycznego (np. 293.83 [F06.31] Zaburzenie depresyjne spowodowane niedoczynnością tarczycy, z objawami depresyjnymi). Kod dla innego stanu ogólnomedycznego powinien być umieszczony osobno tuż przed kodem dotyczącym zaburzenia psychicznego spowodowanego innym stanem ogólnomedycznym (np. 244.9 [E03.9] Niedoczynność tarczycy; 293.83 [F06.31] Zaburzenie depresyjne spowodowane niedoczynnością tarczycy, z objawami depresyjnymi).

Inne określone zaburzenie depresyjne

311 (F32.8)

Kategorię tę stosuje się w przypadkach, w których objawy, charakterystyczne dla zaburzenia depresyjnego, wywołujące klinicznie istotne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innym istotnym obszarze, nie spełniają pełnych kryteriów żadnego spośród rozpoznań w klasie diagnostycznej Zaburzenia depresyjnego. Kategoria Inne określone zaburzenie depresyjne jest stosowana w sytuacjach, w których lekarz pragnie podkreślić, że dany przypadek nie spełnia kryteriów rozpoznania Zaburzenia depresyjnego. By to osiągnąć, stosuje się zapis „Inne określone zaburzenie depresyjne”, a następnie konkretny powód użycia tej kategorii (np. „krótkotrwały epizod depresyjny”).

Poniżej przedstawiono przykłady przypadków, które mogą zostać opisane jako „inne określone”:

1. **Krótkotrwała nawracająca depresja:** Współwystępowanie obniżonego nastroju i co najmniej 4 spośród objawów depresyjnych w okresie 2–13 dni, co najmniej raz w miesiącu (niezwiązane z cyklem menstruacyjnym) przez co najmniej 12 kolejnych miesięcy u osoby, u której nigdy nie zostały spełnione kryteria żadnego innego Zaburzenia depresyjnego lub Zaburzenia (afektywnego) dwubiegunowego i u której nie zostały spełnione kryteria dla aktualnego lub nawracającego Zaburzenia psychiatrycznego.
 2. **Krótkotrwały epizod depresyjny (4–13 dni):** Trwające co najmniej 4 dni, ale mniej niż 14 dni, obniżenie nastroju oraz występowanie co najmniej 4 objawów, spośród objawów epizodu Większego zaburzenia depresyjnego, związanych ze znaczącym klinicznie cierpieniem lub upośledzeniem funkcjonowania, u osoby, u której nigdy nie zostały spełnione kryteria dla żadnego innego Zaburzenia depresyjnego lub Zaburzenia (afektywnego) dwubiegunowego i dla aktualnego lub nawracającego Zaburzenia psychiatrycznego i u której nie występuje Krótka nawracająca depresja.
 3. **Epizod depresyjny z niepełnymi objawami:** Trwające co najmniej 2 tygodnie obniżenie nastroju oraz występowanie co najmniej 8 objawów, spośród objawów epizodu Większego zaburzenia depresyjnego, związanych ze znaczącym klinicznie cierpieniem lub upośledzeniem funkcjonowania u osoby, u której nigdy nie zostały spełnione kryteria dla żadnego innego Zaburzenia depresyjnego lub Zaburzenia (afektywnego) dwubiegunowego i dla aktualnego lub nawracającego Zaburzenia psychiatrycznego i u której nie występują objawy spełniające kryterium dla mieszanych zaburzeń lękowo-depresyjnych.
-

Nieokreślone zaburzenie depresyjne

311 (F32.9)

Kategorię tę stosuje się w przypadkach, w których dominują objawy charakterystyczne dla zaburzenia depresyjnego, a które wywołują klinicznie istotne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innym istotnym obszarze, jednak nie spełniają pełnych kryteriów rozpoznania żadnego z zaburzeń z klasy diagnostycznej Zaburzenia depresyjnego. Kategoria Nieokreślone zaburzenie depresyjne jest stosowana w sytuacjach, w których lekarz *celowo* nie określa powodu, dla którego nie są spełnione kryteria rozpoznania Zaburzenia depresyjnego oraz w sytuacjach, w których nie ma możliwości uzyskania dokładniejszych informacji, by móc ustalić bardziej określone rozpoznanie (np. w warunkach oddziału ratunkowego).

Uszczegółowienia dotyczące zaburzenia depresyjnego

Należy określić, czy:

Z niepokojem: Obecność co najmniej dwóch spośród wymienionych objawów przez większość dni epizodu Większego zaburzenia depresyjnego lub Uporczywego zaburzenia nastroju (dystymii):

1. Poczucie spięcia lub napięcia.
2. Poczucie niezwyklej nerwowości.
3. Trudności z koncentracją z powodu zmartwienia.
4. Lęk przed czymś strasznym, co może się przydarzyć.
5. Poczucie możliwości utraty kontroli nad sobą.

Należy uwzględnić aktualne *uszczegółowienie* ciężkości:

Łagodne: dwa objawy.

Umiarkowane: trzy objawy.

Umiarkowanie ciężkie: cztery lub pięć objawów.

Ciężkie: Cztery lub pięć objawów z pobudzeniem ruchowym.

Uwaga: Niepokój bywa dominującą cechą zarówno Zaburzenia (afektywnego) dwubiegunowego, jak i Większego zaburzenia depresyjnego, co można obserwować w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunkach specjalistycznej opieki psychiatrycznej. Wysoki poziom niepokoju jest związany z wyższym ryzykiem samobójstwa, dłuższym czasem trwania choroby oraz wyższym ryzykiem oporności na leczenie. Z tego powodu uwzględnienie obecności i określenie ciężkości występującego niepokoju jest przydatne w zakresie planowania i monitorowania terapii.

Z objawami mieszanymi:

- A. Co najmniej trzy spośród poniższych objawów epizodu maniakalnego lub hipomaniakalnego utrzymują się przez większość dni epizodu Większego zaburzenia depresyjnego:
1. Podwyższony, ekspansywny nastrój.
 2. Przesadna samoocena lub postawa wielkościowa.
 3. Rozmowność większa niż zwykle lub przymus mówienia.
 4. Gonitwa myśli lub subiektywne odczucie, że myśli się ścigają.
 5. Zwiększenie aktywności skierowanej na cel (społecznej, w pracy lub w szkole, albo seksualnej).
 6. Nadmierne zainteresowanie aktywnościami o dużym potencjale wywołania szkodliwych konsekwencji (np. odnajdywanie przyjemności w niepohamowanych zakupach, nierozważnych kontaktach seksualnych, nierozsądnych inwestycjach).
 7. Zmniejszona potrzeba snu.
- B. Objawy mieszane mogą być zaobserwowane przez inne osoby i stanowią o zmianie w dotychczasowym zachowaniu danej osoby.
- C. W przypadku osoby, u której objawy spełniają kryteria manii lub hipomanii, za rozpoznanie powinno zostać przyjęte Zaburzenie (afektywne) dwubiegunowe typu I lub typu II.
- D. Objawy nie są wywołane fizjologicznym działaniem substancji (np. nadużyciem narkotyków, leków, innym leczeniem).

Uwaga: Objawy mieszane występujące w przebiegu epizodu Większego zaburzenia depresyjnego uznaje się za znaczący czynnik ryzyka wystąpienia Zaburzenia (afektywnego) dwubiegunowego typu I lub typu II. Z tego powodu uwzględnienie obecności tego uszczegółowienia jest przydatne w zakresie planowania i monitorowania terapii.

Z objawami melancholicznymi:

- A. Jedno z poniższych jest obecne w trakcie najcięższego okresu obecnego epizodu:
1. Utrata zdolności odczuwania przyjemności ze wszystkich lub niemal wszystkich czynności.
 2. Brak zdolności do odpowiadania na bodziec, uznawany dotychczas za przyjemny (bez poczucia poprawy, nawet przejściowo, gdy wydarza się coś dobrego).
- B. Trzy (lub więcej) spośród poniższych:
1. Obniżenie nastroju, charakteryzujące się głębokim zniechęce-

- niem, rozpaczą i/lub przygnębieniem lub poprzez poczucie pustki wewnętrznej (ang. pusty nastrój jako odrębna jakość).
2. Przebieg depresji regularnie gorszy w godzinach porannych.
 3. Wczesne wybudzenia (tnz. co najmniej dwie godziny wcześniej niż zwykle).
 4. Wyraźne pobudzenie lub spowolnienie psychoruchowe.
 5. Jadłowstręt lub znaczna utrata masy ciała.
 6. Nieadekwatne, nadmierne poczucie winy.

Uwaga: Uszczegółowienie „z objawami melancholicznymi” stosuje się, gdy objawy te są obecne w najcięższym okresie danego epizodu. Zdolność odczuwania przyjemności jest niemal całkowicie nieobecna, a nie wyłącznie zmniejszona. Oznaką braku reaktywności nastroju są sytuacje, w których uczestnictwo w nawet najbardziej upragnionych wydarzeniach nie wpływa na poprawę nastroju. Nastroj wcale nie ulega poprawie lub ulega jej jedynie częściowo (np. do 20–40% normy, jedynie na minuty za każdym razem). „Odrębna jakość” nastroju, która jest charakterystyczna dla zaburzenia opisanego uszczegółowieniem „z objawami melancholicznymi”, jest doświadczana jako jakościowo różna od tej, występującej w czasie epizodu depresyjnego bez objawów melancholicznych. Obniżenie nastroju, które jest opisywane wyłącznie jako cięższe, trwające dłużej lub występujące bez przyczyny, nie jest traktowane jako odrębne w zakresie jakości. Zmiany w obszarze aktywności psychomotorycznej są obecne niemal zawsze i mogą być obserwowane przez inne osoby.

Objawy melancholiczne wykazują umiarkowaną tendencję do powtórnego występowania w kolejnych epizodach u tej samej osoby. Są częstsze u pacjentów hospitalizowanych, w przeciwieństwie do pacjentów leczonych ambulatoryjnie. Rzadziej występują w łagodnych epizodach Większego zaburzenia depresyjnego i z większym prawdopodobieństwem mogą wystąpić u osób z objawami psychotycznymi.

Z objawami atypowymi: Uszczegółowienie to można stosować, gdy wymienione objawy dominują w obrazie przez większość dni obecnego lub ostatniego epizodu Większego zaburzenia depresyjnego lub Uporczywego zaburzenia depresyjnego.

- A. Reaktywność nastroju (tnz. poprawa nastroju w odpowiedzi na trwające lub potencjalne przyjemne wydarzenia).
- B. Dwa (lub więcej) spośród wymienionych objawów:
 1. Znaczny wzrost masy ciała lub zwiększenie apetytu.
 2. Nadmierna senność.
 3. Ociężałość kończyn (tnz. poczucie dużego ciężaru kończyn górnych lub dolnych, poczucie kończyn „z ołowiu”, „paraliż ołowiany”).

4. Długotrwanie utrzymująca się nadwrażliwość na odrzucenie przez inne osoby (nieograniczająca się wyłącznie do epizodów zaburzeń nastroju), która powoduje znaczne upośledzenie społeczne lub zawodowe.

C. Nie są spełnione kryteria dla uszczegółowienia „z objawami melancholicznymi” lub „z katatonią” w trakcie tego samego epizodu.

Uwaga: Rozpoznanie „Depresja atypowa” ma znaczenie historyczne (tzn. atypowa w odróżnieniu od bardziej klasycznego obrazu depresji „endogennej” z pobudzeniem, którą uznawano za normę w okresie, gdy depresję rzadko rozpoznawano u pacjentów leczonych ambulatoryjnie i prawie nigdy u dzieci oraz osób dorastających) i obecnie nie oznacza występowania rzadkich lub niezwykłych obrazów klinicznych choroby, jak mogłaby sugerować nazwa.

Reaktywność nastroju jest to zdolność do rozweselenia się w odpowiedzi na pozytywne wydarzenia (np. wizytę dzieci, komplementy od innych osób). Nastrój może pozostawać eutymiczny (nieobniżony) nawet przez dłuższy czas, jeśli utrzymują się dogodne warunki zewnętrzne. Zwiększenie apetytu może być wyrażone jako zwiększenie ilości przyjmowanych posiłków lub poprzez zwiększenie masy ciała. Nadmierna senność to zarówno zwiększona potrzeba snu nocnego, jak i potrzeba robienia drzemek w ciągu dnia, jeśli sumaryczna ilość snu w ciągu doby wynosi co najmniej 10 godzin (lub co najmniej 2 godziny więcej niż w okresach remisji). Ociążałość kończyn jest definiowana jako poczucie ciężkości, nadmiernegociążenia kończyn górnych lub dolnych bądź poczucie posiadania kończyn „z ołowiu” („paraliż ołowiany”). Uczucie to zwykle utrzymuje się przez co najmniej godzinę w ciągu dnia, jednak często trwa wiele godzin. W przeciwieństwie do innych objawów atypowych, nadmierna wrażliwość na odrzucenie przez inne osoby jest cechą o wczesnym początku, utrzymującą się przez większą część dorosłego życia danej osoby. Nadwrażliwość ta występuje zarówno w trakcie epizodu depresji, jak i w okresie remisji, choć w trakcie tych pierwszych może się nasilać.

Z objawami psychotycznymi: Obecne są urojenia i/lub omamy.

Z objawami psychotycznymi zgodnymi z nastrojem: Treść wszystkich urojeń i omamów jest spójna z typowymi tematami depresyjnymi, takimi jak poczucie własnej niższości, winy, choroby, śmierci, nihilizm lub poczucie zasługiwania na karę.

Z objawami psychotycznymi niezgodnymi z nastrojem: Treść wszystkich urojeń i omamów nie jest spójna z typowymi tematami depresyjnymi, takimi jak poczucie własnej niższości, winy, choroby, śmierci, nihilizm lub poczucie zasługiwania na karę lub jest mieszanką treści zgodnych i niezgodnych z nastrojem.

Z katatonią: Uszczegółowienie to może być użyte w celu opisanie epizodu depresyjnego, jeśli w przebiegu większej części danego epizodu występują objawy katatonii. Zob. kryteria dla Katatonii związanej z innym zaburzeniem psychicznym w rozdziale „Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychotyczne”.

Z początkiem w okresie okołoporodowym: Uszczegółowienie to może być użyte w celu opisanie obecnego lub, jeśli obecnie niezbędne kryteria dla epizodu zaburzenia nastroju nie są spełnione, ostatniego epizodu Większego zaburzenia depresyjnego, jeśli początek objawów przypada na okres ciąży lub do 4 tygodni po porodzie.

Uwaga: Epizody zaburzenia nastroju mogą mieć swój początek zarówno w czasie trwania ciąży, jak i po porodzie. Choć dane szacunkowe różnią się w zależności od czasu trwania obserwacji, to ocenia się, że w czasie ciąży, a także w ciągu tygodni lub miesięcy po porodzie, epizodu Większego zaburzenia depresyjnego doświadczy 3–6% kobiet. Pięćdziesiąt procent przypadków „poporodowych” epizodów Większego zaburzenia depresyjnego w rzeczywistości rozpoczyna się jeszcze przed porodem. Z tego powodu epizody te traktuje się zbiorczo jako epizody *okołoporodowe*. Kobiety z okołoporodowymi epizodami Większego zaburzenia depresyjnego często cierpią z powodu niepokoju, a nawet napadów lęku panicznego. Wyniki badań prospektywnych pokazały, że występowanie objawów zaburzeń nastroju i niepokoju w trakcie trwania ciąży, a także tzw. *baby blues* zwiększa ryzyko wystąpienia epizodu Większego zaburzenia depresyjnego po porodzie.

Epizody zaburzeń nastroju o początku w okresie okołoporodowym mogą występować z obecnością lub bez objawów psychotycznych. Dzieciobójstwo jest najczęściej związane z wystąpieniem epizodów zaburzeń psychotycznych, które charakteryzują się obecnością omamów imperatywnych, zmuszających do zabicia noworodka lub urojeń o opętaniu noworodka. Objawy psychotyczne mogą wystąpić także w ciężkich poporodowych epizodach zaburzeń nastroju bez obecności tak określonych urojeń lub omamów.

Częstość występowania poporodowych epizodów zaburzeń nastroju (depresyjnych lub maniakałnych) z objawami psychotycznymi wynosi od 1 na 500 do 1 na 1000 porodów i może być większa u pierworódek. Ryzyko wystąpienia poporodowych epizodów z objawami psychotycznymi jest szczególnie zwiększone w grupie kobiet, u których wystąpiły wcześniej epizody zaburzeń nastroju, ale także u kobiet z zaburzeniami depresyjnymi lub Zaburzeniem (afektywnym) dwubiegunowym w wywiadzie (szczególnie typ I) oraz u kobiet z zaburzeniami (afektywnymi) dwubiegunowymi w wywiadzie rodzinnym.

Wystąpienie jednego poporodowego epizodu z objawami psychotycznymi zwiększa ryzyko jego nawrotu z każdym kolejnym porodem o 30–50%. Epizody poporodowe muszą być różnicowane z majaczeniem, występującym w okresie poporodowym, które odróżnia się zmiennym poziomem świadomości i uwagi. Okres poporodowy jest wyjątkowy, jeśli wziąć pod uwagę intensywność zachodzących zmian neuroendokrynnych oraz psychospołecznych, potencjalny wpływ karmienia piersią na plan leczenia, a także długotrwałe skutki wystąpienia poporodowych zaburzeń nastroju na dalsze planowanie rodziny.

Z przebiegiem sezonowym: Uszczegółowienie to stosuje się w odniesieniu do nawracającego Większego zaburzenia depresyjnego.

- A. Istnieje regularny związek czasowy między początkiem epizodów Większego zaburzenia depresyjnego w przebiegu Większego zaburzenia depresyjnego a określonym czasem w ciągu roku (np. jesienią lub zimą).

Uwaga: Wykluczyć należy przypadki, w których istnieje wyraźny wpływ psychospołecznych czynników stresowych związanych z daną porą roku (np. utrata pracy co roku w zimie).

- B. Pełne remisje (lub zmiana fazy z depresyjnej na maniacką lub hipomaniacką i odwrotnie) także występują w określonym czasie w ciągu roku (np. depresja ustępuje wiosną).
- C. W ciągu ostatnich dwóch lat wystąpiły dwa epizody Większego zaburzenia depresyjnego wykazujące czasowy związek z daną porą roku i w tym samym okresie dwóch lat epizody te nie występowały poza prezentowanym sezonowym schematem.
- D. Z perspektywy całego życia sezonowe depresje (jak opisano wyżej) znacząco przewyższają częstością depresje niebędące sezonowymi.

Uwaga: Uszczegółowienie to może być zastosowane do opisu przebiegu epizodów Większego zaburzenia depresyjnego w Większym zaburzeniu depresyjnym, nawracającym. Istotną cechą jest występowanie początku epizodu lub remisji epizodów Większego zaburzenia depresyjnego w określonym czasie w ciągu roku. W większości przypadków epizody rozpoczynają się jesienią lub zimą, a ustępują wiosną. Rzadziej występują nawracające epizody depresyjne co roku latem. Wzorzec rozpoczynania się i remisji epizodów musi utrzymywać się przez co najmniej dwa lata, a w międzyczasie nie mogą występować epizody niezwiązane z daną porą roku. Dodatkowo, w ciągu całego życia epizody depresji sezonowej muszą być znacząco częstsze niż epizody niezwiązane z porą roku.

Uszczegółowienia nie należy stosować w sytuacjach, gdy opisany wzorzec może być lepiej opisany występowaniem stresogennych czynników psychospołecznych powiązanych z daną porą roku (np. sezonowy

brak pracy lub kalendarz szkolny). Epizody Większego zaburzenia depresyjnego, występujące sezonowo, są często charakteryzowane jako stany z nadmiarem energii, nadmierną sennością, przejadaniem się, wzrostem masy ciała oraz zwiększonym zapotrzebowaniem na węglowodany. Wciąż pozostaje niejasne, czy występowanie sezonowych wzorców jest częstsze w przypadku nawracającego Większego zaburzenia depresyjnego czy zaburzeń (afektywnych) dwubiegunowych. Mimo to wydaje się, że w obrębie grupy zaburzeń (afektywnych) dwubiegunowych wzorzec sezonowy występuje częściej w przypadku Zburzenia (afektywnego) dwubiegunowego typu II niż Zaburzenia (afektywnego) dwubiegunowego typu I. U niektórych osób także występowanie epizodów maniakałnych lub hipomaniakałnych może być związane z konkretną porą roku.

Częstość sezonowego wzorca związanego z zimą wydaje się różnić w zależności od szerokości geograficznej oraz wieku i płci danej osoby. Częstość zwiększa się wraz ze wzrostem szerokości geograficznej. Dodatkowym czynnikiem predykcyjnym sezonowości jest także wiek – ryzyko wystąpienia epizodu depresji zimowej jest wyższe u osób młodych.

Należy określić, czy:

W częściowej remisji: Utrzymują się objawy ostatniego epizodu depresyjnego, jednak nie spełniają one pełnych kryteriów lub upłynął okres mniej niż dwóch miesięcy bez znaczących objawów epizodu Większego zaburzenia depresyjnego po zakończeniu tego epizodu.

W pełnej remisji: W ciągu dwóch miesięcy nie wystąpiły istotne objawy zakłócenia.

Należy uwzględnić aktualne *uszczegółowienie* ciężkości:

Uszczegółowienie ciężkości jest ustalane na podstawie liczby objawów wymienionych w kryteriach nasilenia tych objawów oraz stopnia upośledzenia funkcjonowania danej osoby.

Łagodne: Występowanie kilku objawów, o ile w ogóle, ponad niezbędne do spełnienia kryteriów diagnostycznych. Intensywność objawów jest niepokojąca, ale możliwa do opanowania, a same objawy powodują nieznaczne upośledzenie funkcjonowania społecznego i zawodowego.

Umiarkowane: Liczba objawów oraz ich intensywność, a także stopień upośledzenia funkcjonowania utrzymują się na poziomie tych opisanych jako „łagodne” i „ciężkie”.

Ciężkie: Liczba objawów znacząco przekracza niezbędną do spełnienia kryteriów diagnostycznych. Intensywność objawów jest poważnie niepokojąca i niemożliwa do opanowania, a same objawy wyrażenie pogarszają funkcjonowanie społeczne i zawodowe.
