

ICD-10

ICD-10 PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDS- FORSTYRRELSER

KLINISKE
BESKRIVELSER OG
DIAGNOSTISKE
RETNINGSLINJER

"Blåboka" er ikke revidert siden den opprinnelig ble
oversatt til norsk, og enkelte av kodene i den er derfor
ikke oppdatert i henhold til det som vises i FinnKode.no

 Helsedirektoratet



WHO

Sosial- og
helsedirektoratet

Gyldendal akademisk

Tilrettelagt av KITH

Innhold

F00–F09	ORGANISKE, INKLUSIVE SYMPTOMATISKE, PSYKISKE LIDELSER	17
F10–F19	PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDSFORSTYRRELSER SOM SKYLDES BRUK AV PSYKOAKTIVE STOFFER	36
F20–F29	SCHIZOFRENI, SCHIZOTYP LIDELSE OG PARANOIDE LIDELSER	45
F30–F39	AFFEKTIVE LIDELSER (STEMNINGSLIDELSER)	61
F40–F48	NEVROTISKE, BELASTNINGSRELATERTE OG SOMATOFORME LIDELSER	76
F50–F59	ATFERDSSYNDROMER FORBUNDET MED FYSIOLOGISKE FORSTYRRELSER OG FYSISKE FAKTORER	105
F60–F69	PERSONLIGHETS- OG ATFERDSFORSTYRRELSER HOS VOKSNE	121
F70–F79	PSYKISK UTVIKLINGSHEMMING	139
F80–F89	UTVIKLINGSFORSTYRRELSER	144
F90–F98	ATFERDSFORSTYRRELSER OG FØLELSESMESSIGE FORSTYRRELSER SOM VANLIGVIS OPPSTÅR I BARNE- OG UNGDOMSALDER	162
F99	USPESIFISERT PSYKISK LIDELSE	182

Innledning

Kapittel V i ICD-10, Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, vil foreligge i flere ulike utgaver for ulike formål. Denne versjonen: *Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*, er ment for vanlig klinisk virksomhet og opplærings- og tjenesteformål. Diagnostiske kriterier for forskning er laget for bruk i forskningsøyemed ved siden av denne boken. Den kortere diagnoselisten i kapittel V(F) i selve ICD-10 passer for kodere og kontorpersonale, eventuelt også som referansepunkt for andre klassifikasjoner, men anbefales ikke for profesjonelle helsearbeidere innen psykiatri. Kortere og enklere versjoner av klassifikasjonen til bruk i primærhelsetjenesten er under forberedelse, likeledes et multiakseskjema. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer har vært utgangspunkt for utarbeidelsen av de andre versjonene, og man har lagt stor vekt på å unngå problemer med inkompatibilitet mellom dem.

Utforming

Det er viktig at brukerne studerer denne generelle innledningen og dessuten leser tilleggsinnledningene og forklaringene i begynnelsen av de individuelle kategoriene nøye. Dette er særlig viktig for F23.- (Akutte og forbigående psykoser) og for F30–F39 (Affektive lidelser [stemningslidelser]). Langvarige og notorisk vanskelige problemer knyttet til beskrivelse og klassifisering av disse lidelsene, gjør det nødvendig med en nærmere forklaring av hvordan klassifikasjonen er utarbeidet.

For hver lidelse og forstyrrelse er det gitt en beskrivelse av de viktigste kliniske trekkene og andre viktige, men mindre spesifikke, kliniske trekk. «Diagnostiske retningslinjer», som indikerer det antall og den balanse mellom symptomer som kreves for at en pålitelig diagnose kan stilles, er så gitt for de fleste tilfeller. Retningslinjene er utformet slik at det er beholdt en viss romslighet for diagnostiske beslutninger i klinisk arbeid, særlig der det må stilles foreløpige diagnoser før det kliniske bildet er helt klart eller informasjonen er fullstendig. For å unngå gjentakelser, er det utarbeidet kliniske beskrivelser og noen generelle diagnostiske retningslinjer for visse grupper lidelser, i tillegg til de som bare gjelder de enkelte lidelser.

Når spesifiserte krav i de diagnostiske retningslinjene er klart oppfylt, kan diagnosen betraktes som «sikker». Når kravene bare er delvis oppfylt, er det likevel ofte nyttig å registrere en diagnose. Det er da opp til diagnostikeren og andre brukere av de diagnostiske utsagnene hvorvidt man vil registrere den svakere graden av sikkerhet (f.eks «foreløpig» hvis man venter på ytterligere informasjon, eller «tentativ» hvis slik informasjon ikke kan forventes) som disse omstendighetene impliserer. Utsagn om symptomenes varighet er også ment mer som generelle retningslinjer enn som strenge krav. Klinikere må derfor bruke eget skjønn når de skal vurdere diagnosevalg der varigheten av visse symptomer er noe kortere eller lengre enn spesifisert.

De diagnostiske retningslinjene bør også fungere som et nyttig incitament i klinisk undervisning, hvor de vil være en påminnelse om sider ved klinisk praksis som kan finnes grundigere omtalt i de fleste lærebøker i psykiatri. De kan også passe for den typen forskningsprosjekter som ikke krever større presisjon (og dermed avgrensing) i de diagnostiske kriteriene.

Beskrivelsene og retningslinjene har ingen teoretiske implikasjoner, og er ikke ment å være omfattende redegjørelser for dagens kunnskap om lidelsene. De er ganske enkelt en samling symptomer og kommentarer som en stor gruppe rådgivere og konsulenter i flere land mener danner et passende grunnlag for å definere grenseoppgangene mellom kategorier i klassifikasjonen av psykiske lidelser.

Viktige forskjeller mellom kapittel V(F) i ICD-10 og kapittel V i ICD-9

Generelle prinsipper i ICD-10

ICD-10 er betydelig større enn ICD-9. I ICD-9 ble det brukt numeriske koder (0001-999), mens et alfanumerisk kodingssystem, basert på koder med en enkeltstående bokstav etterfulgt av to siffer på tretegnsnivå (A00-Z99), er innført i ICD-10. Dette har økt antallet tilgjengelige kategorier for klassifikasjon betraktelig. Ytterligere spesifisering kan oppnås ved underinndeling i desimaltall på firetegnsnivå.

Kapittelet om psykiske lidelser i ICD-9 hadde kun 30 tretegnskategorier (290–319), mens kapittel V(F) i ICD-10 har 100 slike kategorier. Noen av disse er foreløpig ikke tatt i bruk, slik at det kan foretas endringer i klassifikasjonen uten at hele systemet må forandres.

ICD-10 er i sin helhet ment å være en sentral («kjerne-») klassifikasjon for en gruppe av sykdoms- og helserelaterte klassifikasjoner. Noen medlemmer av klassifikasjonsfamilien er utledet ved bruk av et femte eller sjette tegn for å spesifisere flere detaljer. Andre steder er kategoriene komprimert for å oppnå brede grupper som det kan passe å bruke i primærhelsetjenesten eller i vanlig medisinsk praksis. Det gis en multiaksepresentasjon av kapittel V(F) i ICD-10 og en versjon for barnepsykiatrisk praksis og forskning. «Familien» omfatter også klassifikasjoner som dekker informasjon som ikke finnes i ICD-10, men som har viktige medisinske eller helsemessige implikasjoner, som klassifikasjon av svekkelser, dysfunksjon og handikap, klassifikasjon av medisinske prosedyrer og av årsaker til møte mellom pasienter og helsearbeidere.

Nevrose og psykose

Det tradisjonelle og tydelige skillet mellom nevroser og psykoser i ICD-9 (uten forklaringer på begrepene) blir ikke brukt i ICD-10. Begrepet «nevrotisk» er likevel beholdt for ad hoc-bruk og forekommer eksempelvis i tittelen på den store gruppen lidelser F40-F48, «Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser». Med unntak av depressive nevroser, vil de fleste lidelsene som blir vurdert som nevroser av dem som bruker dette begrepet, være å finne i denne blokken, og de øvrige i de påfølgende blokkene. I stedet for å følge denne nevrose-psykose-dikotomien, er lidelsene nå ordnet i grupper i henhold til større felles tema eller deskriptiv likhet, for å øke brukervennligheten. Cyklotymi (F34.0) er eksempelvis plassert i F30-F39, Affektive lidelser [stemningslidelser], i stedet for i F60-F69, Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne. Likedan er alle lidelser som kan knyttes til bruk av psykoaktive substanser samlet i F10-F19, uavhengig av alvorlighetsgrad.

«Psykotisk» er beholdt som beskrivende term, særlig i F23, Akutte og forbigående psykoser. Bruken av begrepet impliserer ingen antagelser om psykodynamiske mekanismer, men indikerer bare tilstedeværelse av hallusinasjoner, vrangforestillinger eller et begrenset antall alvorlige atferdsavvik, som kraftig eksaltasjon og overaktivitet, tydelig psykomotorisk retardasjon og kataton atferd.

Andre forskjeller mellom ICD-9 og ICD-10

Alle lidelser som kan knyttes til en organisk årsak er samlet i F00-F09. Det gjør denne delen av klassifikasjonen enklere å bruke enn oppsettet i ICD-9.

Den nye inndelingen av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer i F10-F19, oppfattes også som nyttigere enn det tidligere systemet. Det tredje tegnet indikerer hvilket stoff som er brukt, og det fjerde og femte det psykopatologiske syndromet, f.eks

fra akutt forgiftning og residualtilstander. Dette gjør det mulig å rapportere alle lidelser som har oppstått relatert til en substans, selv om man bare bruker tretegnskategoriene. Delen om schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser (F20-F29) er utvidet med nye kategorier som uddifferensiert schizofreni, post-schizofren depresjon og schizotyp lidelse. Klassifikasjonen av akutte kortvarige psykoser som er utbredt i de fleste utviklingsland, er betydelig utvidet, sammenlignet med ICD-9.

Klassifikasjonen av affektive lidelser [stemningslidelser] har vært særlig preget av vektleggingen av prinsippet om å gruppere sammen lidelser med et felles tema. Begreper som «nevrotisk depresjon» og «endogen depresjon» er ikke brukt, men nære ekvivalenter finnes i ulike typer og alvorlighetsgrader av depresjon som nå er spesifisert (inkludert dystymi (F34.1)).

Atferdssyndromer og psykiske lidelser knyttet til fysiologiske forstyrrelser og hormonforandringer som spiseforstyrrelser, ikke-organiske søvnforstyrrelser og seksuelle dysfunksjoner, er samlet i F50-F59. Som følge av økende behov for denne typen klassifikasjon i forbindelse med liasonpsykiatri, er de mer detaljert beskrevet her enn i ICD-9.

Blokken F60-F69 inneholder noen nye atferdsforstyrrelser hos voksne, som patologisk spillelidenskap, pyromani og kleptomani i tillegg til de mer tradisjonelle personlighetsforstyrrelsene. Forstyrrelser i forbindelse med seksuelle preferanser er klart atskilt fra kjønnsidentitetsforstyrrelser, og homoseksualitet er ikke lenger en kategori i seg selv.

Mer informasjon om endringer av reglene for koding av forstyrrelser som vanligvis oppstår i barndommen, og psykisk utviklingshemning, er å finne på sidene 13 -15.

Terminologiske problemer

Forstyrrelse

Begrepet «disorder»¹ er brukt gjennomgående i klassifikasjonen for å unngå problemet som allerede foreligger med begreper som «sykdom» («disease» and «illness»). Verken «forstyrrelse» eller «lidelse» er eksakte begreper, men blir brukt her for å antyde at det finnes et sett klinisk gjenkjennbare symptomer eller en atferd som i de fleste tilfeller er knyttet til angst og ubehag eller som har innvirkning på personlige funksjoner. Sosiale avvik eller konflikter alene, uten personlig dys-funksjon, skal ikke tas med under psykiske lidelser slik de er definert her.

Psykogen og psykosomatisk

Begrepet «psykogen» er ikke brukt i kategorititlene, på grunn av dens ulike betydninger på ulike språk og innenfor ulike psykiatriske tradisjoner. Begrepet forekommer fremdeles noen steder i teksten, og skal da oppfattes slik at diagnostikeren anser opplagte livshendelser eller vansker som viktige årsaker til lidelsen.

Begrepet «psykosomatisk» er av lignende årsaker ikke brukt, men også fordi bruken av begrepet kan oppfattes slik at psykiske faktorer ikke har noen betydning for forekomsten, utviklingsforløpet og resultatet av andre sykdommer som ikke er beskrevet slik. Lidelser som er beskrevet som psykosomatiske i andre klassifikasjoner, finnes her i F45.- (somatoforme lidelser), F50.- (spiseforstyrrelser), F52.- (seksuelle dysfunksjoner) og F54.- (psykiske og atferdsmessige faktorer knyttet til lidelser klassifisert annet sted). Det er særlig viktig å merke seg kategori F54.- (kategori 316 i ICD-9) og å bruke den for å spesifisere sammenhengen mellom somatiske lidelser, kodet annet sted i ICD-10, og følelsesmessig årsak. Et typisk eksempel er registreringen av psykogen

¹ På norsk brukes både «forstyrrelse» og «lidelse» som ekvivalenter for «disorder» på bl a det psykiatriske fagområdet og fagspråket.

astma eller eksem både ved hjelp av F54 i kapittel V(F) og passende kode for den somatiske tilstanden fra andre kapitler i ICD-10.

Organsvikt, funksjonsvikt, handikap og andre relaterte begreper

Begrepet «organsvikt», «funksjonsvikt» og «handikap» er brukt på anbefaling av systemet som er tatt i bruk av WHO². Begrepet blir i enkelte sammenhenger, der klinisk tradisjon tilsier det, brukt i en videre betydning. Se også side 7 og 8 om demens og dens relasjon til organsvikt, funksjonsvikt og handikap.

Noen spesifikke punkter for brukerne

Barn og unge

Blokken F80-F89 (utviklingsforstyrrelser) og F90-F98 (atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som oppstår i barne- og ungdomsalder), dekker bare de forstyrrelsene som er spesifikke for barn og unge. En del av forstyrrelsene som er plassert under andre kategorier kan inntreffe hos personer på nesten alle alderstrinn, og skal brukes for barn og unge når det er påkrevd. Eksempler er spiseforstyrrelser (F50.-), søvnforstyrrelser (F51.-) og kjønnsidentitetsforstyrrelser (F64.-). Noen typer fobier hos barn fører til spesielle problemer for klassifiseringen, som nevnt i beskrivelsen av F93.1 (fobisk angstlidelse i barndommen).

Å registrere mer enn én diagnose

Klinikere anbefales å følge den generelle regelen om å registrere så mange diagnoser som er nødvendig for å dekke det kliniske bildet. Når mer enn én diagnose registreres, kan det ofte være best å gi én diagnose prioritet i forhold til de andre, ved å spesifisere den som hoveddiagnose og bruke de andre som subsidiære eller tilleggsdiagnoser. Den diagnosen som er mest relevant i forhold til det formålet diagnosen er registrert for, skal prioriteres. I klinisk arbeid er dette ofte den diagnosen som var årsaken til konsultasjonen eller kontakten med helsevesenet. I mange tilfeller vil dette være lidelsen som gjør sykehusinnleggelse, inntak i poliklinikk eller dagpasientstatus nødvendig. Andre ganger, som når man tar pasientens hele sykehistorie i betraktning, kan den viktigste diagnosen gjerne være «livstidsdiagnosen», som kan være ulik den som synes mest relevant i forhold til den aktuelle konsultasjonen (f.eks. en pasient med kronisk schizofreni som kommer til behandling for akutt angst). Hvis det er tvil om hvordan man skal rangere diagnosene, eller hvis diagnostikeren er i tvil om hvilket formål informasjonen skal brukes til, er det en nyttig regel å nevne diagnosene i den numeriske orden de opptrer i klassifikasjonen.

Å registrere diagnoser fra andre kapitler i ICD-10

Det anbefales sterkt å bruke andre kapitler i ICD-10 i tillegg til kapittel V(F). Kategoriene som er mest relevante i forhold til psykisk helsevesen er oppført i tillegget i denne boken.

² WHO's internasjonale klassifikasjon av organsvikt, funksjonsvikt og handikap. Geneve, Verdens helseorganisasjon, 1980

Kommentarer til utvalgte kategorier i klassifikasjonen av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser i ICD-10

Under forberedelsen av kapittelet om psykiske lidelser i ICD-10, ble det uttrykt særlig interesse for og motstridende meninger om enkelte kategorier, før man kom fram til en rimelig grad av konsensus blant alle involverte. I det følgende gis en kort presentasjon av noen av emnene for denne diskusjonen.

Demens (F01–F03) og dens relasjon til organsvikt, funksjonsvikt og handikap

Selv om en reduksjon av intellektuelle evner er nødvendig for at diagnosen demens skal stilles, blir ingen påfølgende innvirkning på utførelsen av sosiale roller, verken innen familien eller yrkesmessig, brukt som diagnosekriterium. Dette er ett spesifikt tilfelle av et generelt prinsipp som gjelder alle definisjoner av lidelser i kapittel V (F) i ICD-10, og som blir brukt på grunn av den store variasjonen mellom ulike kulturer, religioner og nasjonaliteter i forhold til typer arbeid og sosiale roller som er tilgjengelige eller som oppfattes som passende. Så snart en diagnose er stilt med utgangspunkt i annen informasjon, kan opplysninger om hvor hemmet eller hindret personen er i sin deltakelse i arbeids- og familieliv eller fritidsaktiviteter likevel brukes som en nyttig indikator på lidelsens alvorlighetsgrad.

Her kan det også passe å komme inn på det generelle temaet om forholdet mellom symptomer, diagnostiske kriterier og systemet WHO har tatt i bruk for å beskrive organsvikt, funksjonsvikt og handikap.³ Ut fra dette systemet blir *organsvikt* (dvs «tap eller avvik ... av/i struktur eller funksjon») psykisk manifestert ved forringelse av psykiske funksjoner som hukommelse, oppmerksomhet og følelsesmessige funksjoner. Mange typer psykologisk organsvikt har alltid blitt oppfattet som psykiatriske symptomer. I noe mindre grad har noen typer *funksjonsvikt* (definert i WHO-systemet som «en begrensning av eller mangel ... på evne til å utføre en aktivitet på en måte eller i et omfang som regnes som normalt for et menneske») vanligvis blitt regnet som psykiatriske symptomer. Eksempler på funksjonsvikt på det personlige plan omfatter vanlige, og som oftest nødvendige, dagligdagse aktiviteter knyttet til personlig pleie og grunnbehov, som vasking, påkledning, spising og toalettfunksjon. Problemer med disse aktivitetene er ofte en direkte konsekvens av psykologisk organsvikt og er i liten grad, om i det hele tatt, kulturpåvirket. Det er derfor legitimt å plassere personlig funksjonsvikt blant diagnostiske retningslinjer og kriterier, og særlig ved demens.

I motsetning til dette vil et *handikap* («et individs svakere utgangspunkt ... som hindrer eller hemmer utøvelsen av en rolle som er normal ... for det individet») representere konsekvensene av organsvikt og funksjonsvikt i en vid sosial kontekst som kan være sterkt kulturpåvirket. Handikap skal derfor ikke brukes som essensielle komponenter i en diagnose.

³ WHO's internasjonale klassifikasjon av organsvikt, funksjonsvikt og handikap. Geneve, Verdens helseorganisasjon, 1980.

Påkrevd varighet av symptomer på schizofreni ([F20.-](#))

Prodromale tilstander

Før de typiske schizofrene symptomene dukker opp, kan det forekomme en periode på noen uker eller måneder, særlig hos unge mennesker, der et prodrom av ikke-spesifikke symptomer dukker opp (f eks interesseløshet, unnvikende atferd, fravær fra arbeid, irritabilitet eller overfølsomhet). Disse symptomene er ikke diagnostiske for noen spesiell lidelse, men er heller ikke typiske for en sunn tilstand hos en person. De kan ofte være like plagsomme for familien og gjør pasienten like indisponert som mer åpenbare sykdomssymptomer, som vrangforestillinger og hallusinasjoner, som blir utviklet senere. I ettertid synes slike prodromale tilstander å være en viktig del av utviklingen av lidelsen, men det foreligger lite systematisk informasjon om hvorvidt lignende prodromer er vanlige i andre psykiatriske lidelser, eller om lignende tilstander kan inntreffe og forsvinne fra tid til annen hos personer som aldri utvikler noen diagnostiserbar psykiatrisk lidelse.

Hvis et prodrom som er typisk eller spesifikt for schizofreni kunne blitt identifisert, pålitelig beskrevet og påvist som lite typisk for personer med eller uten andre psykiske lidelser, ville det kunne forsvares å inkludere et prodrom blant de valgfrie kriteriene for schizofreni. For ICD-10s vedkommende ble nåværende tilgjengelig informasjon vurdert som for utilstrekkelig til at et prodromal stadium kan inkluderes som en del av diagnosen. Et annet nært beslektet og fremdeles uløst problem, er i hvilken grad slike prodromer kan skilles fra schizoide og paranoide personlighetsforstyrrelser.

Å skille mellom akutte og forbigående psykoser ([F23.-](#)) og schizofreni ([F20.-](#))

I ICD-10 avhenger diagnosen schizofreni av at typiske vrangforestillinger, hallusinasjoner eller andre symptomer (beskrevet på sidene 45–48) er til stede og at disse er av minst én måneds varighet.

Sterke kliniske tradisjoner i mange land, basert på deskriptive, om enn ikke epidemiologiske, studier, bidrar til følgende slutning: uansett hvordan Kraepelins dementia praecox og Bleulers schizofrenier arter seg, er den eller de ikke identisk med svært akutte psykotiske lidelser som opptrer plutselig, har kort varighet på få dager eller uker, og som har godt utfall. Begreper som «bouffée délirante», «psykogen psykose», «schizofreniform psykose», «cykloid psykose» og «kortvarige reaktive psykoser» viser hvilke utbredte og ulike oppfatninger og tradisjoner som er utviklet. Det er også ulike meninger om og holdepunkter for hvorvidt forbigående, men typisk schizofrene, symptomer kan forekomme sammen med disse lidelsene, og om de vanligvis eller alltid er tilknyttet akutt psykisk belastning. (Opprinnelig ble bouffée délirante beskrevet som vanligvis ikke knyttet til en psykologisk utløsende årsak.)

Ut fra dagens mangelfulle viten både om schizofreni og mer akutte forstyrrelser, ble det vurdert som mest hensiktsmessig for ICD-10 å la symptomene på de akutte lidelsene få tid til å dukke opp, observeres og etableres før en diagnose på schizofreni stilles. De fleste kliniske rapporter og fagfolk antyder at for den store majoriteten av pasienter med disse akutte psykiske lidelsene, vil symptomene utvikle seg over få dager eller høyst 1–2 uker, og at mange pasienter blir friske i løpet av 2–3 uker, med eller uten bruk av medikamenter. Det synes derfor rimelig å sette én måned som grense mellom akutte lidelser der schizofrene symptomer har vært til stede, og diagnosen schizofreni. For pasienter med psykotiske, men ikke-schizofrene, symptomer som varer i mer enn én måned, er det ikke nødvendig å endre diagnosen før varighetskravet for paranoid psykose ([F22.0](#)) er nådd (tre måneder, som angitt nedenfor).

En lignende varighetsperiode er naturlig for akutte symptomatiske psykoser (amfetaminpsykose er det beste eksempelet). Etter tilbaketrekning av giftsubstansen vil symptomene vanligvis forsvinne i

løpet av 8–10 dager, men fordi det ofte tar 7–10 dager før symptomene blir manifeste og plagsomme (og pasienten oppsøker psykiatrisk helsetjeneste), vil samlet varighet ofte være 20 dager eller mer. Hvis det typiske symptomet vedvarer, vil det passe å angi en varighetsperiode på rundt 30 dager, eller en måned, før en lidelse kan kalles schizofren. Et krav om at typiske psykotiske symptomer skal være av én måneds varighet for at en schizofrenidiagnose skal kunne stilles, avviser antakelsen om at schizofreni må være relativt langvarig. I flere nasjonale klassifikasjoner er varigheten satt til 6 måneder, men i lys av dagens mangelfulle kunnskaper synes det ikke å være noen fordeler ved å begrense schizofrenidiagnosen slik. I to større internasjonale samarbeidsstudier av schizofreni og beslektede lidelser⁴, der den siste var epidemiologisk basert, viste en stor del av pasientene seg å ha klare og typiske schizofrene symptomer med mer enn én måneds og mindre enn 6 måneders varighet, og de viste seg også å oppnå god, om ikke nødvendigvis fullstendig bedring. I ICD-10 bør man unngå alle antakelser om at schizofreni nødvendigvis må være kronisk, og heller betrakte begrepet som en beskrivelse av et syndrom med flere mulige årsaker (der mange fremdeles er ukjente) og flere mulige utfall, som avhenger av forholdet mellom genetisk, somatisk, sosial og kulturell innvirkning.

Det har også blitt diskutert hvilken symptomvarighet som skal kreves for at diagnosen paranoid psykose ([F22.-](#)) skal kunne stilles. En varighet på tre måneder er valgt som den beste løsningen, fordi en forlengelse til 6 måneder eller mer ville gjort det nødvendig å opprette en mellomkategori mellom akutte og forbigående psykoser ([F23.-](#)) og paranoid psykose. Selve forholdet mellom lidelsene som blir diskutert, venter på ytterligere og bedre informasjon enn den som nå er tilgjengelig. En forholdsvis enkel løsning som prioriterer akutte og forbigående psykoser, synes derfor å være den beste løsning, som kanskje også vil stimulere til forskning.

Prinsippet om å beskrive og klassifisere en lidelse eller en gruppe lidelser for slik å vise valgmulighetene, i stedet for å bruke innebygde antakelser, er fulgt for akutte og forbigående psykotiske lidelser ([F23.-](#)). Disse og beslektede problemer er kort diskutert i innledningen til denne kategorien på side 54-55.

Begrepet «schizofreniform» er ikke blitt brukt for en definert lidelse i denne klassifikasjonen. Dette fordi den er benyttet i flere og ulike kliniske begreper de siste tiårene, og blir assosiert med ulike kombinasjoner av kjennetegn, som akutt debut, forholdsvis kort varighet, atypiske symptomer eller kombinasjoner av symptomer og relativt gode utfall. Det er ikke grunnlag for å foreslå én bestemt bruk av begrepet, så grunnlaget for å bruke begrepet diagnostisk ble vurdert som svakt. Dessuten reduseres behovet for en slik mellomkategori ved bruk av [F23.-](#) (akutte og forbigående psykoser) og denne kategoriens underinndeling, sammen med kravet om at psykotiske symptomer skal foreligge i minst én måned for at en schizofrenidiagnose skal kunne stilles. Til hjelp for de som bruker schizofreniform som diagnostisk term, er dette begrepet satt inn flere steder som inklusjonsterm, og da i sammenheng med de diagnosene som har mest til felles med betydningene begrepet har fått. Disse er «schizofreniform lidelse eller psykose INA» i [F20.8](#) (andre spesifiserte typer schizofreni) og «kortvarige schizofreniforme lidelser eller psykoser» i [F23.2](#) (akutt schizofrenilignende psykose).

⁴ «The international pilot study of schizophrenia», Geneve, Verdens helseorganisasjon, 1973 (Offset Publication, No. 2). Sartorius, N. et al. «Early manifestations and first contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on Determinants of Outcome of Severe Mentale Disorders.» Psychological medicine, 16: 909–928 (1986).

Enkel schizofreni ([F20.6](#))

Kategorien er beholdt fordi den fortsatt blir brukt i mange land, og fordi det er usikkerhet om dens karakter og forhold til schizoid personlighetsforstyrrelse og schizotyp lidelse. Ytterligere informasjon er nødvendig for å fjerne denne usikkerheten. De foreslåtte differensieringskriteriene belyser problemene med å definere grenseoppgangene innen hele denne gruppen av lidelser ved hjelp av anvendelige begreper.

Schizoaffective lidelser ([F25.-](#))

Det er for tiden omtrent like gode grunner til å plassere schizoaffective lidelser ([F25.-](#)) som definert i ICD-10, i [F20–F29](#) (Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser) som i [F30–F39](#) (Affektive lidelser [Stemningslidelser]). Den endelige beslutningen om å plassere dem i [F20–F29](#) var påvirket av tilbakemeldinger fra høringen av 1987-utkastet og av kommentarer fra den verdensomspennende sirkuleringen av det samme utkastet til medlemsforeninger i World Psychiatric Association. Det er åpenbart at det eksisterer en utbredt og sterk klinisk tradisjon for å beholde denne diagnosen sammen med schizofreni og paranoide lidelser. I forbindelse med denne diskusjonen er det relevant, forutsatt at et sett affektive symptomer foreligger, at tillegg av stemningsinkongruente vrangforestillinger ikke i seg selv er tilstrekkelig til at diagnosen endres til en schizoaffectiv kategori. Minst ett typisk schizofrent symptom må være til stede samtidig med de affektive symptomene i løpet av samme sykdomsepisode.

Affektive lidelser [Stemningslidelser] ([F30–F39](#))

Psykiatere vil sannsynligvis fortsette å være uenige om klassifikasjonen av stemningslidelser inntil det blir utviklet metoder for oppdeling av kliniske syndromer som i det minste delvis bygger på fysiologiske eller biokjemiske målinger, i stedet for at de som nå blir begrenset til kliniske beskrivelser av følelser og atferd. Så lenge denne begrensningen vedvarer, må det foretas et valg mellom en forholdsvis enkel klassifikasjon med bare få alvorlighetsgrader og en klassifikasjon med større detaljnivå og flere underinndelinger.

1987-utkastet av ICD-10, som ble brukt i høringsrundene, hadde fordelen av en slik enkelhet. Utkastet skilte for eksempel bare mellom milde og alvorlige depressive perioder, inneholdt ingen differensiering mellom hypomani og mani, og heller ingen anbefalinger om å presisere eventuelle nærliggende kliniske konsepter, som det «somatiske» syndromet eller affektive hallusinasjoner og vrangforestillinger. Tilbakemeldinger fra klinikere som deltok i høringsrundene og kommentarer innhentet fra mange kilder, indikerte likevel et bredt behov for muligheter til å kunne spesifisere flere grader av depresjon og andre variabler nevnt ovenfor. I tillegg viser den foreløpige analysen av høringsmaterialet at kategorien «mild depressiv episode» ved mange sentre ofte hadde forholdsvis lav interrater reliabilitet.

Det har også vist seg at ulike oppfatninger blant klinikere om hvor mange underinndelinger av depresjoner som er nødvendig, er svært påvirket av hvilke pasienttyper de møter oftest. De som arbeider i primærhelsetjenesten, i poliklinikker og lignende sammenhenger, har behov for å kunne beskrive pasienter med milde, men klinisk påviselige stadier av depresjon, mens de som primært arbeider med innlagte pasienter, oftere trenger å benytte de mer ekstreme kategoriene.

I samråd med eksperter på stemningslidelser kom man fram til de nåværende versjonene. Det er gitt mulighet til å spesifisere flere aspekter ved stemningslidelser, som til tross for at de kanskje ennå ikke er vitenskapelig anerkjente, blir oppfattet som klinisk nyttige av psykiatere over store deler av

verden. Forhåpentligvis vil innlemming av disse symptomene stimulere til videre diskusjon og forskning vedrørende deres sanne kliniske verdi.

Det gjenstår uløste problemer når det gjelder hvordan man best kan definere og gjøre diagnostisk bruk av inkongruensen mellom vrangforstillinger og stemningsleie. Det kan synes som om det både er tilstrekkelig grunnlag for og klinisk behov for at kategorier for stemningskongruente eller stemningsinkongruente vrangforestillinger skal inkluderes, i det minste som et «valgfritt tillegg».

Tilbakevendende kortvarig depressiv lidelse

Siden ICD-9 ble tatt i bruk, er det samlet nok holdepunkter for å rettferdiggjøre opprettelsen av en egen kategori for kortvarige depressive episoder. Dette er episoder som oppfyller alvorlighetskriteriene, men ikke varighetskriteriene, for depressive episoder ([F32.-](#)). Disse tilbakevendende tilstandene er av uklar nosologisk betydning, og opprettelsen av en kategori de kan registreres i, bør stimulere til innhenting av informasjon som kan gi en bedre forståelse av deres hyppighet og langsiktige forløp.

Agorafobi og panikklidelse

Det har i den senere tid blitt diskutert om det er agorafobi eller panikklidelse som skal oppfattes som primær. Fra et internasjonalt og tverrkulturelt perspektiv synes ikke antall og type holdepunkter å berettige en avvisning av den allment godkjente oppfatningen at det er den fobiske lidelsen som skal betraktes som den primære lidelsen, og at panikkanfall vanligvis indikerer alvorlighetsgrad.

Blandede kategorier av angst og depresjon

Psykiatere og andre, særlig i utviklingsland, som møter pasienter i primærhelsetjenesten, bør særlig kunne benytte seg av [F41.2](#) (Blandet angstlidelse og depressiv lidelse), [F41.3](#) (Andre blandede angstlidelser), de ulike underinndelingene i [F43.2](#) (Tilpasningsforstyrrelser) og [F44.7](#) (Blandet dissosiativ lidelse [konversjonslidelse]). Formålet med disse kategoriene er å forenkle beskrivelsen av lidelser som har en blanding av flere symptomer, hvor en enklere og mer tradisjonell psykiatrisk karakteristikk ikke passer, men som representerer meget vanlige, alvorlige plager og funksjonsforstyrrelser. De resulterer også i hyppige henvisninger til primærhelsetjeneste, medisinsk og psykiatrisk helsetjeneste. Det kan oppstå problemer med å bruke disse diagnosene på en pålitelig måte, men det er viktig å teste dem og eventuelt utbedre definisjonen av dem.

Dissosiative og somatoforme lidelser i tilknytning til hysteri

Begrepet «hysteri» blir ikke brukt i betegnelsen for noen forstyrrelse i kapittel V (F) i ICD-10, på grunn av dens mange og ulike betydninger. I stedet er begrepet «dissosiativ» valgt som en samleterm for de lidelsene som tidligere ble kalt «hysteriske», både av dissosiativ type og konversjonstype. Dette skyldes hovedsakelig at pasienter med dissosiative og konversjonsmessige varianter ofte har flere andre fellestrekk, og at de også kan fremvise begge varianter samtidig eller på ulike tidspunkter. Det synes også rimelig å anta at de samme (eller svært like) psykiske mekanismer er felles for begge symptomtypene.

Det synes å være en bred internasjonal enighet om nytteverdien av å gruppere flere alvorlige lidelser med dominerende fysisk eller somatisk ytringsform, under begrepet «somatoform». Av ovennevnte årsaker ble imidlertid ikke dette nye begrepet vurdert som en tilstrekkelig begrunnelse for å skille amnesier og fuguer fra dissosiativt tap av sanser og motorikk.

Hvis multippel personlighetsforstyrrelse ([F44.81](#)) eksisterer som noe annet enn en kulturspesifikk eller iatrogen tilstand, er det trolig best å plassere den i den dissosiative gruppen.

Nevrasteni

Til tross for at nevrasteni er utelatt fra mange klassifikasjonssystemer, er diagnosen beholdt i ICD-10, fordi den fremdeles er i regelmessig og hyppig bruk i flere land. Forskning gjennomført i ulike kontekster har vist at et betydelig antall tilfeller diagnostisert som nevrasteni også kan klassifiseres under angst eller depresjon. Likevel finnes det tilfeller der det kliniske syndromet ikke passer overens med beskrivelsen av noen annen kategori, men oppfyller alle kriterier spesifisert for syndromet nevrasteni. Forhåpentlig vil inkluderingen av nevrasteni i ICD-10 som en egen kategori fremme forskningen rundt dette syndromet.

Kulturspesifikke forstyrrelser

Behovet for en egen kategori for lidelser som «latah», «amok», «koro» og flere andre mulig kulturspesifikke lidelser har kommet sjeldnere til uttrykk de siste årene. Forsøk på å finne gode, deskriptive studier, særlig med et epidemiologisk grunnlag, som ville kunne styrke begrunnelsen for å inkludere disse lidelsene som klinisk atskillelige fra lidelser som allerede er tatt med i klassifikasjonen, har ikke lyktes. De har derfor ikke blitt klassifisert separat. Beskrivelser av disse lidelsene i tilgjengelig litteratur, antyder at de kan betraktes som lokale varianter av angst, depresjon, somatoforme lidelser eller tilpasningsforstyrrelser. Om nødvendig skal derfor den nærmeste ekvivalente koden brukes, sammen med en supplerende note om hvilken kulturspesifikk forstyrrelse som er aktuell. Det kan også være mulig å registrere fremstående elementer ved oppmerksomhetssøkende atferd eller tilegnelsen av sykerollen tilnærmet det som er beskrevet i kode [F68.1](#) (viljestyrt produksjon eller simulering av symptomer eller dysfunksjon, enten fysisk eller psykisk).

Psyriske og atferdsmessige forstyrrelser i barseltiden ([F53.-](#))

Denne kategorien er uvanlig og tilsynelatende paradoksal ved at den anbefales brukt bare i de tilfeller dette ikke kan unngås. Kategorien vitner om reelle, praktiske problemer i mange utviklingsland; problemer som nærmest umuliggjør en innsamling av detaljopplysninger om lidelser knyttet til barseltid. I tilfeller der en diagnose på varianter av stemningslidelse (eller, mer sjelden, schizofreni) på grunn av manglende informasjon ikke kan stilles, vil det imidlertid som oftest foreligge tilstrekkelig kunnskap til at diagnosen mild ([F53.0](#)) eller alvorlig ([F53.1](#)) lidelse kan stilles. Denne underinndelingen er nyttig ved beregning av arbeidsmengde og når det skal avgjøres hvilken helsetjeneste som skal ytes.

Inkludering av denne kategorien må ikke oppfattes som at en betydelig del av tilfellene av psyriske lidelser knyttet til tiden etter en fødsel, forutsatt at tilstrekkelig informasjon foreligger, ikke kan klassifiseres i andre kategorier. De fleste ekspertene på området mener at det kliniske bildet ved barselpsykoser bare ytterst sjelden (om i det hele tatt) kan skilles fra affektive lidelser eller schizofreni på en så pålitelig måte at det begrunner en egen kategori. Det fåtall psykiatere som mener at særlige psykoser etter fødsel faktisk eksisterer, kan bruke denne kategorien, men de bør være klar over dens virkelige formål.

Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne ([F60.-](#))

I alle gjeldende psykiatriske klassifikasjoner vil personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne omfatte en rekke alvorlige problemer, og løsning av disse krever opplysninger som bare kan fremskaffes ved omfattende og tidkrevende undersøkelser. Forskjellen mellom observasjoner og tolkning blir særlig problematisk når man forsøker å skrive detaljerte retningslinjer eller diagnostiske kriterier for disse forstyrrelsene. Antall kriterier som må være oppfylt før en diagnose kan anses som bekreftet, forblir et uløst problem i lys av nåværende kunnskaper. Likevel kan forsøkene som har vært gjort på å presisere retningslinjer og kriterier for denne kategorien, illustrere behovet for en ny tilnærming til beskrivelsen av personlighetsforstyrrelser.

Etter noe nøling ble en kort beskrivelse av borderline personlighetsforstyrrelse ([F60.31](#)) inkludert som underkategori til emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse ([F60.3](#)), igjen med håp om at dette vil stimulere til forskning.

Andre forstyrrelser av voksen personlighet og atferd ([F68](#))

To kategorier som er inkludert her, men som ikke var med i ICD-9, er [F68.0](#) (Forsterkning av somatiske symptomer av psykiske årsaker) og [F68.1](#) (Viljestyrt produksjon eller simulering av symptomer eller dysfunksjon, enten fysisk eller psykisk [selvpåført lidelse]). Siden disse strengt tatt er forstyrrelser av sykerollen eller sykdomsatferden, skulle det passe psykiaterne å få dem gruppert sammen med andre forstyrrelser av voksen atferd. Sammen med simulering [bevisst simulering] ([Z76.5](#)), som alltid har blitt holdt utenfor kapittel V i ICD, må forstyrrelsene fra et trekløver av diagnoser ofte vurderes sammen. Den avgjørende forskjellen mellom de to første forstyrrelsene og simulering, er at motivet bak simulering er åpenbart og vanligvis begrenset til situasjoner som involverer personlig fare, fengselsstraff eller store pengesummer.

Psykisk utviklingshemming ([F70–F79](#))

Meningen med kapittel V (F) i ICD-10 har alltid vært å behandle psykisk utviklingshemming så kortfattet og enkelt som mulig, ut fra erkjennelsen at emnet bare kan ytes rettferdighet ved behandling i et omfattende og muligens multiaksialt system. Et slikt system må utvikles separat, og det arbeides med å lage passende forslag til internasjonal bruk.

Forstyrrelser som oppstår spesifikt i barndommen

F80–F89 Utviklingsforstyrrelser

Forstyrrelser i barndommen, som barneautisme og disintegrative psykoser, ble klassifisert som psykoser i ICD-9, men er nå mer passende plassert i [F84.-](#), Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser. Selv om noe usikkerhet gjenstår med hensyn til deres nosologiske status, anses tilgjengelig informasjon som tilstrekkelig til at Retts og Aspergers syndromer inkluderes som spesifiserte forstyrrelser i denne gruppen. Overaktiv forstyrrelse kombinert med psykisk utviklingshemming og bevegelsesstereotyper ([F84.4](#)) er tatt med til tross for kategoriens blandede natur, siden mye tyder på at dette vil ha stor praktisk nytteverdi.

F90–F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomstid

Internasjonal uenighet om bredden av begrepet «hyperkinetisk forstyrrelse» har vært et problem i mange år, og ble diskutert i detalj på møtene mellom WHO-rådgivere og andre eksperter som ble holdt i regi av WHO-ADAMHAs fellesprosjekt. Hyperkinetisk forstyrrelse er gitt en videre definisjon i ICD-10 enn i ICD-9. ICD-10-definisjonen legger også større vekt på delsymptomene for det samlede hyperkinetiske syndromet. Fordi ny empirisk forskning dannet grunnlaget for definisjonen, er det gode grunner til å tro at definisjonen i ICD-10 representerer en betydelig forbedring.

Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse ([F90.1](#)) er ett av de få eksemplene på en gjenværende kombinasjonskategori i ICD-10, kapittel V (F). Bruk av denne diagnosen indikerer at kriteriene for både hyperkinetisk forstyrrelse ([F90.-](#)) og atferdsforstyrrelse ([F91.-](#)) er oppfylt. Disse få unntakene fra den generelle regelen ble vurdert som berettiget ut fra klinisk hensiktsmessighet i lys av den hyppige sameksistensen av disse forstyrrelsene, og den senere viste betydningen av det blandede syndromet. Likevel er det sannsynlig at det i ICD-10, Klassifikasjon av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Diagnostiske kriterier for forskning (DCR-10), av hensyn til forskningen vil bli anbefalt at individuelle tilfeller i disse kategoriene blir beskrevet i forhold til hyperaktivitet, følelsesmessig forstyrrelse og alvorlighetsgrad av atferdsforstyrrelse (i tillegg til kombinasjonskategorien som blir brukt som overordnet diagnose).

Opposisjonell atferdsforstyrrelse ([F91.3](#)) var ikke med i ICD-9, men er tatt med i ICD-10 på grunnlag av dens potensiale for å forutsi senere atferdsproblemer. Det anbefales imidlertid at den bare brukes på små barn.

Kategorien 313 i ICD-9 (følelsesmessige forstyrrelser, spesifikke for barn og unge) er delt i to separate kategorier i ICD-10; følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen ([F93.-](#)) og forstyrrelse av sosial funksjon med debut i barne- og ungdomstid ([F94.-](#)). Årsaken er det fortsatte behovet for en differensiering mellom barn og voksne når det gjelder ulike former for sykelig angst og beslektede følelser. En indikator på at det er behov for slik differensiering, er det faktum at følelsesmessige forstyrrelser i barndommen ofte ikke blir etterfulgt av betydelige og lignende forstyrrelser i voksen alder, eller at nevrotiske forstyrrelser ofte først oppstår i voksen alder. Det viktigste definisjonskriteriet i ICD-10 er hvordan den manifesterte følelsen passer overens med barnets utviklingsstadium, og at funksjonsforstyrrelsen vedvarer uvanlig lenge. Med andre ord er disse barndomsforstyrrelsene betydelig forsterkede følelsesmessige tilstander og reaksjoner som i mild form anses som normale for den aktuelle alderen. Hvis innholdet i den følelsesmessige tilstanden er uvanlig, eller hvis den opptrer på et uvanlig alderstrinn, bør man bruke vanlige kategorier hentet fra et annet sted i klassifikasjonen.

Til tross for navnet, strider ikke den nye kategorien [F94.-](#) (forstyrrelse i sosial fungering med debut i barne- og ungdomsalder) mot den generelle regelen i ICD-10 om ikke å blande inn sosiale roller som et diagnostisk kriterium. Avvikene i sosial funksjon som omhandles i [F94.-](#) er av begrenset omfang og forekommer bare innenfor foreldre-barn-forhold og nær familie. Disse forholdene har altså ikke de samme konnotasjonene og viser ikke de kulturelle variasjonene som forhold som er oppstått i tilknytning til yrkesliv eller familieforsørgelse, som er ekskludert som diagnosekriterier.

En del kategorier som vil bli hyppig brukt av barnepsykiatere, som spiseforstyrrelser ([F50.-](#)), ikke-organiske søvnforstyrrelser ([F51.-](#)) og kjønnsidentitetsforstyrrelser ([F64.-](#)), er plassert i klassifikasjonens generelle deler, på grunn av deres hyppige debut og forekomst hos både barn og voksne. De kliniske trekkene som er spesifikke for barndom, var likevel ment å berettigg tilleggskategoriene for spiseforstyrrelse i barndommen ([F98.2](#)) og pica i spedbarns- og barnealder ([F98.3](#)). Brukerne av blokkene [F80–F89](#) og [F90–F98](#) må også merke seg innholdet i

nevrologikapittelet i ICD-10 (kapittel VI (G)). Dette kapittelet inneholder syndromer med overveiende somatiske manifestasjoner og klar «organisk» etiologi, der særlig Kleine-Levin-syndromet (G47.8) er interessant for barnepsykiatere.

Uspesifisert psykisk lidelse ([F99](#))

Det er praktiske årsaker til at en kategori for registrering av «uspesifisert psykisk lidelse» er påkrevd i ICD-10, men underinndelingen av det samlede klassifikasjonsrommet som var tilgjengelig for kapittel V (F) i ti blokker, som hver dekker sitt spesifikke område, resulterte i problemer i forhold til dette kravet. Det ble bestemt at den minst problematiske løsningen ville være å bruke den siste kategorien i klassifikasjonens numeriske orden, dvs [F99](#).

Utelatelse av kategorier foreslått i tidligere utkast av ICD-10

Prosessen med konsultering og gjennomgang av litteraturen forut for utkastene av kapittel V (F) i ICD-10 har resultert i mange endringsforslag. Avgjørelser om hvorvidt forslag skulle aksepteres eller forkastes, var påvirket av flere faktorer. Disse faktorene omfatter resultatene av utprøvinger av klassifikasjonen i feltet, rådgivning med ledere for WHO-samarbeidssentra, resultater av samarbeid med private organisasjoner, råd fra eksperter i WHO's rådgivningspanel, resultater av oversettelser av klassifikasjonen og de begrensninger som blir satt av reglene som gjelder den samlede strukturen i ICD-10.

Det har som oftest vært enkelt å avvise forslag som var idiosynkratiske og udokumenterte, og å akseptere velbegrunnede forslag. Noen forslag som isolert sett var fornuftige, har ikke kunnet aksepteres, fordi selv mindre endringer i én del av klassifikasjonen ville fått konsekvenser for andre deler av den. Enkelte andre forslag var klart fordelaktige, men krevde mer forskning for at de skulle kunne vurderes brukt internasjonalt. Noen av disse forslagene som var tatt med i tidlige versjoner av den generelle klassifikasjonen, ble fjernet fra den endelige versjonen, som for eksempel «aksentuasjon av personlighetstrekk» og «hasardiøs bruk av psykoaktive substanser». Forhåpentligvis vil det fortsatt bli drevet forskning på statusen for og nytten av disse og andre nye kategorier.

Kliniske beskrivelser

og

diagnostiske retningslinjer

F00–F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser

- [F00](#) Demens ved Alzheimers sykdom
- [F01](#) Vaskulær demens
- [F02](#) Demens ved andre sykdommer klassifisert annet sted
- [F03](#) Annen og uspesifisert demens
- [F04](#) Organisk amnestisk syndrom (spesifikk hukommelseslidelse) ikke utløst av alkohol eller psykoaktive stoffer
- [F05](#) Delirium som ikke er utløst av alkohol eller andre psykoaktive stoffer
- [F06](#) Andre psykiske lidelser som skyldes skade eller dysfunksjon i hjernen eller fysisk sykdom
- [F07](#) Personlighetsforstyrrelser og atferdsforstyrrelser som skyldes sykdom, skade og dysfunksjon i hjernen
- [F09](#) Uspesifisert organisk eller symptomatisk psykisk lidelse

Innledning

Denne blokken inneholder en rekke lidelser som er gruppert sammen på grunnlag av en felles, påviselig etiologi, som f.eks. hjernesykdom, hjerneskade eller andre skader som fører til dysfunksjon i hjernen. Dysfunksjonen kan være *primær*, som ved sykdommer og skader som berører hjernen direkte eller som disponerer for det. Den kan også være *sekundær*, som systemiske sykdommer og forstyrrelser som angriper hjernen som en av flere organer eller systemer i kroppen. Selv om alkohol- eller substansutløste hjerneskader logisk hører hjemme i denne gruppen, er de klassifisert under [F10–F19](#), på grunn av de praktiske fordelene ved å samle alle lidelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer i én gruppe.

Selv om de psykopatologiske manifestasjonene av tilstandene som er inkludert her, utgjør et bredt spektrum, kan de viktigste kjennetegnene ved lidelsene inndeles i to hovedgrupper. På den ene siden finner vi syndromer der de viktigste og mest fremtredende trekkene enten er forstyrrelser av kognitive funksjoner som hukommelse, intellekt og læring, eller forstyrrelser av perseptuelle og sensoriske evner, som bevissthets- og konsentrasjonsforstyrrelser. På den andre siden finner vi syndromer som har sine mest iøyenfallende manifestasjoner på områdene persepsjon (hallusinasjoner), tanke (vrangforestillinger) eller stemningsleie og følelser (depresjon, hevet stemningsleie, angst) eller i det generelle personlighets- og atferdsmønsteret, mens den kognitive eller sansemessige dysfunksjonen er minimal eller vanskelig å konstatere. Den siste gruppen lidelser har en mer usikker plassering i denne blokken enn de foregående, fordi den inneholder mange lidelser som symptomatisk ligner tilstander klassifisert under andre blokker ([F20–F29](#), [F30–F39](#), [F40–F48](#), [F60–F69](#)), og som man vet inntreffer uten større patologiske endringer eller dysfunksjon i hjernen. Den økende mengde holdepunkter for at en rekke hjernesykdommer og systemiske sykdommer er årsaksmessig tilknyttet slike syndromer, begrunner at de innlemmes her i en klinisk orientert klassifikasjon.

De fleste forstyrrelsene i denne blokken kan, i det minste teoretisk, debutere på alle alderstrinn, med et mulig unntak av tidlig barndom. I praksis oppstår de fleste i voksen alder eller i alderdommen. Mens noen av disse lidelsene later til å være irreversible og progressive, er andre forbigående eller responderer på tilgjengelig behandling.

Bruken av benevnelsen «organisk» impliserer ikke at tilstander andre steder i denne klassifikasjonen er «uorganiske», i den betydning at de ikke har cerebrale substrat. I denne konteksten betyr «organisk» at syndromet som er klassifisert slik, kan knyttes til en uavhengig diagnostiserbar hjernelidelse, systemisk lidelse eller forstyrrelse. Benevnelsen «symptomatisk» blir brukt for de organiske psykiske lidelsene der cerebrale innslag er sekundære i forhold til en systemisk lidelse eller forstyrrelse annet sted enn i hjernen.

Det følger av det foregående at registreringen av de fleste lidelsene i denne blokken krever to koder: én for det psykopatologiske syndromet og en for den underliggende lidelsen. Den etiologiske koden skal velges fra et passende kapittel i ICD-10.

Demens

I det følgende gis en generell beskrivelse av demens for å indikere minimumskravet for at diagnosen demens av enhver type skal kunne stilles. Den etterfølges av kriterier som gjelder diagnosen av mer spesifikke typer.

Demens er et syndrom som skyldes sykdom i hjernen, vanligvis av kronisk og progressiv natur, med forstyrrelse av flere høyere kortikale funksjoner som hukommelse, tenkevne, orienteringsevne, forståelse, regneferdighet, læreevne, språk og dømmekraft. Bevissthetsnivået er ikke redusert. Svekkelser av kognitive funksjoner blir vanligvis ledsaget av, men kan også etterfølge, svekkelser av følelsesmessig kontroll, sosial atferd og motivasjon. Dette syndromet inntreffer ved Alzheimers sykdom, cerebrovaskulære sykdommer og andre tilstander som primært eller sekundært påvirker hjernen.

Når det vurderes hvorvidt et tilfelle dreier seg om demens, må det utvises spesiell aktsomhet for å unngå falske positive diagnoser. Motivasjonsfaktorer eller følelsesmessige faktorer, særlig depresjon, i tillegg til motorisk treghet og generell fysisk svakhet, kan i større grad enn tap av intellektuelle evner ligge bak dysfunksjonen.

Demens fører til en betydelig svekkelse av intellektuelle funksjoner, og påvirker vanligvis evnen til å utføre dagliglivets aktiviteter, som vasking, påkledning, personlig hygiene og toalettvaner. Hvordan denne svekkelsen vil arte seg, avhenger i stor grad av pasientens sosiale og kulturelle omgivelser. Endrede rolleprestasjoner, som nedsatt evne til å beholde eller finne en jobb, skal ikke brukes som kriterium for demens. Årsaken er store kulturelle forskjeller i hva som regnes som akseptabelt, og fordi det i en gitt kultur kan skje hyppige endringer når det gjelder arbeidsmuligheter.

Underinndelinger

Hvis depressive symptomer er til stede uten at kriteriet for depressive episoder ([F32.0](#)–[F32.3](#)) er oppfylt, kan de registreres ved bruk av et femte tegn. Eventuelle hallusinasjoner og vrangforestillinger kan behandles på samme måte.

- .x0 Uten tilleggssymptomer
- .x1 Andre symptomer, hovedsakelig vrangforestillinger
- .x2 Andre symptomer, hovedsakelig hallusinasjoner
- .x3 Andre symptomer, hovedsakelig depressive
- .x4 Andre blandede symptomer

Diagnostiske retningslinjer

Det primære diagnosekravet er en sikker reduksjon av både hukommelse og tenkevne som svekker utførelsen av dagliglivets aktiviteter, som beskrevet ovenfor. En svekket hukommelse vil vanligvis

påvirke registrering, lagring og gjenfinning av ny informasjon, men tidligere lært og kjent materiale kan også gå tapt, særlig i de senere stadiene. Demens er mer enn dysmnesi, da demens også medfører redusert evne til tenkning og resonnering, samt redusert strøm av ideer. Evnen til å bearbeide mottatt informasjon er svekket ved at personen opplever det som stadig mer vanskelig å forholde seg til mer enn et stimulus av gangen, som å samtale med flere personer på en gang og å veksle mellom flere temaer. Hvis demens er eneste diagnose, kreves holdepunkter for at pasienten har et høyt bevissthetsnivå. Den doble diagnosen delirium i forbindelse med demens, forekommer ofte ([F05.1](#)). Symptomene og svekkelsene som er nevnt ovenfor, må ha vært tydelige i minst 6 måneder før en klinisk pålitelig demensdiagnose kan stilles.

Differensialdiagnoser

Vurder: en depressiv lidelse ([F30–F39](#)), som har mange fellestrekk med tidlig demens. Disse omfatter særlig hukommelsessvikt, langsommere tenkeevne og manglende spontanitet, delirium ([F05](#)), mild eller moderat psykisk utviklingshemning ([F70–F71](#)), tilstander med nedsatt kognitiv funksjonsevne i tilknytning til sterkt svekkede sosiale omgivelser og begrenset utdanning, og iatrogene psykiske lidelser som skyldes medisiner ([F06.-](#)).

Demens kan *etterfølge* enhver organisk psykisk lidelse som er klassifisert i denne blokken, eller *sameksistere* med noen av dem, særlig delirium (se [F05.1](#)).

F00 Demens ved Alzheimers sykdom

Alzheimers sykdom er en primær degenerativ hjernesykdom med ukjent etiologi og med karakteristiske nevropatologiske og nevrokjemiske kjennetegn. Den kommer vanligvis snikende og utvikler seg sakte og jevnt over noen år. Denne perioden kan være så kort som to eller tre år, men i noen tilfeller betraktelig lenger. Sykdommen kan opptre midt i voksen alder eller tidligere (Alzheimers sykdom med tidlig debut), men forekomsten er høyere i senere livsstadier (Alzheimers sykdom med sen debut). I tilfeller med debut før 65–70-årsalder, foreligger det med stor sannsynlighet lignende demens i familieanamnesen, et raskere sykdomsforløp og fremtredende symptomer på skader i temporal- og parietallappene, inkludert dysfasi og dyspraksi. I tilfeller med senere debut er sykdomsforløpet ofte langsommere og preget av en generell svekkelse av høyere hjernefunksjoner. Pasienter med Downs syndrom er i høyrisikozonen for å utvikle Alzheimers sykdom.

Nevropatologisk foreligger karakteristiske endringer i hjernen, med markert nedgang i antall nevroner, særlig i hippocampus, substantia innominata, locus ceruleus og temporoparietal og frontal cortex. Det foreligger nevrofibrillære sammenfiltringer laget av parrede og kveilede filamenter, nevrittisk (argentofilt) belegg, som hovedsakelig består av amyloid og utvikles raskt (selv om belegg uten amyloid også kan forekomme) og granulovakulære legemer. Det er også funnet nevrokjemiske forandringer, inkludert en betydelig reduksjon av enzymet acetylkolinesterase, av acetylkolin alene og andre nevrotransmittorer og nevromodulatorer.

Som opprinnelig beskrevet, ledsages de kliniske symptomene av de ovennevnte endringer i hjernen. Nå synes det imidlertid som om de to ikke alltid utvikler seg parallelt; én kan utvilsomt foreligge mens det bare er minimale tegn på den andre. De kliniske tegnene ved Alzheimers sykdom er likevel av en slik art at det ofte kan stilles en presumptiv diagnose utelukkende på klinisk grunnlag.

Demens ved Alzheimers sykdom er i dag irreversibel.

Diagnostiske retningslinjer

Følgende symptomer er nødvendig for en sikker klinisk diagnose:

- (a) tilstedeværelse av demens som beskrevet ovenfor,
- (b) snikende debut med langsom forverring. Selv om debuten vanligvis er vanskelig å tidfeste, kan svekkelsene noen ganger komme brått. Progresjonen kan være tydelig platåpreget,
- (c) fravær av kliniske tegn, eller funn fra spesialundersøkelser, som kan tyde på at den psykiske tilstanden kan skyldes andre systemiske sykdommer eller hjernesykdommer som kan forårsake demens (f eks hypotyreose, hyperkalsemi, B12-vitaminmangel, niacinmangel, nevrosyfilis, normaltrykkshydrocephalus og subduralt hematoma),
- (d) fravær av brå, apoplektisk debut eller av nevrologiske tegn på fokal skade, som hemiparese, sansetap, synsfeltutfall og dårlig koordinasjon som oppstår tidlig i sykdomsforløpet (selv om disse fenomenene kan inntreffe som tillegg til de andre svekkelsene senere).

I en viss andel av tilfellene kan det foreligge symptomer på både Alzheimers sykdom og vaskulær demens. I slike tilfeller bør det lages doble diagnoser (og koder). Når vaskulær demens inntreffer før Alzheimers sykdom, kan det være umulig å diagnostisere den siste på et klinisk grunnlag.

Inklusive

- primær degenerativ demens av Alzheimers type

Differensialdiagnoser

Vurder: depressiv lidelse ([F30–F39](#)), delirium ([F05](#)), organisk amnestisk syndrom ([F04](#)), annen primær demens, som ved Picks, Creutzfeldt-Jakobs eller Huntingtons sykdom ([F02.-](#)), sekundær demens som er forbundet med flere somatiske lidelser, forgiftninger osv ([F02.8](#)), mild, moderat eller alvorlig psykisk utviklingshemning ([F70–F72](#)).

Demens ved Alzheimers sykdom kan sameksistere med vaskulær demens ([F00.2](#)), som når cerebrovaskulære episoder (multi-infarktfenomener) kommer i tillegg til et klinisk bilde og sykehistorie som peker i retning av Alzheimers sykdom. Slike episoder kan resultere i plutselig forverring av demensens manifestasjoner. Obduksjonsfunn har vist at tilstandene kan sameksistere i hele 10–15 % av alle demenstilfeller.

F00.0 Demens ved Alzheimers sykdom med tidlig debut

Demens ved Alzheimers sykdom som begynner før fylte 65 år. Relativt rask forverring, med markerte multiple forstyrrelser av høyere kortikale funksjoner. Afasi, agrafi, aleksi og apraksi inntreffer i de fleste tilfeller relativt tidlig i sykdomsforløpet.

Diagnostiske retningslinjer

Som for demens, som beskrevet ovenfor, med debut før 65-årsalderen og vanligvis med rask symptomutvikling. Forekomst av Alzheimers sykdom,

Downs syndrom eller lymfom i familien, styrker diagnosen.

Inklusive

- Alzheimers sykdom, type 2
- presenil demens, Alzheimers type

F00.1 Demens ved Alzheimers sykdom med sen debut

Demens ved Alzheimers sykdom, der den klinisk observerbare debut finner sted etter fylte 65 år og vanligvis sist i 70-årene eller senere, med langsom progresjon og vanligvis med hukommelsessvikt

som viktigste kjennetegn.

Diagnostiske retningslinjer

Som for demens beskrevet ovenfor, med særlig vekt på tilstedeværelse eller fravær av kjennetegn som skiller den fra typen med tidlig debut ([F00.0](#)).

Inklusive

- Alzheimers sykdom, type 1
- senil demens, Alzheimers type

F00.2 Demens ved Alzheimers sykdom, atypisk eller blandet type

Demenser som ikke passer til beskrivelsene og retningslinjene til verken [F00.0](#) eller [F00.1](#) skal klassifiseres her. Blandet Alzheimers og vaskulære demenser er også tatt med her.

F00.9 Uspesifisert demens ved Alzheimers sykdom

F01 Vaskulær demens

Vaskulær (tidligere arteriosklerotisk) demens, som inkluderer multiinfarkt demens, skiller seg fra demens ved Alzheimers sykdom ved dens særegne debut, kliniske trekk og videre utviklingsforløp. Som oftest foreligger det en forhistorie med forbigående iskemiske anfall med kortvarig svekkelse av bevisstheten, flyktige lammelser eller synstap. Demensen kan også etterfølge en rekke akutte hjerneslag, eller, noe sjeldnere, et enkeltstående større slag. Det kan resultere i en noe svekket hukommelse og tenkeevne. Debuten, som vanligvis finner sted sent i livet, kan være brå og etterfølge en spesifikk iskemisk episode, eller den kan ha en mer gradvis utvikling. Demens er vanligvis resultatet av infarkt i hjernen som skyldes vaskulære sykdommer, inkludert hypertensiv vaskulær sykdom. Infarktene er vanligvis små, men med kumulativ effekt.

Diagnostiske retningslinjer

Diagnosen forutsetter at demens som beskrevet ovenfor er til stede. Svekkelsen av kognitive funksjoner er vanligvis ujevn, slik at hukommelsestap, intellektuell svekkelse og fokale nevrologiske tegn kan foreligge. Innsikt og vurderingsevne kan være relativt intakt. Brå debut eller trinnvis svekkelse, sammen med fokale nevrologiske tegn og symptomer, øker sannsynligheten for diagnosen. I noen tilfeller kan diagnosen kun bekreftes ved hjelp av cerebral CT, eller eventuelt ved nevropatologisk undersøkelse.

Andre vanlige kjennetegn er hypertensjon, bilyder over karotidene, følelsesmessig labilitet med forbigående depressivt stemningsleie, gråt eller eksplosiv latter og forbigående episoder av redusert bevissthetsnivå eller delirium som ofte er fremkalt av senere infarkt. Det antas at personligheten er forholdsvis uforandret, men personlighetsendringer kan være tydelige i noen tilfeller hvor det foreligger apati, hemningsløshet eller betoning av tidligere trekk, som egosentrisitet, paranoide holdninger eller irritabilitet.

Inklusive

- arteriosklerotisk demens

Differensialdiagnoser

Vurder: delirium ([F05.-](#)), annen demens, særlig ved Alzheimers sykdom ([F00.-](#)), affektiv lidelse[stemningslidelse] ([F30–F39](#)), mild eller moderat psykisk utviklingshemning ([F70–F71](#)), subdural blødning (traumatisk (S06.5), ikke-traumatisk (I62.0)).

Vaskulær demens kan sameksistere med demens ved Alzheimers sykdom (som skal kodes [F00.2](#)), som når det foreligger holdepunkter for en vaskulær episode i tillegg til et klinisk bilde, og en klinisk historie som indikerer Alzheimer.

F01.0 Vaskulær demens med akutt debut

Utvikles vanligvis raskt etter gjentatte slag, enten på grunn av cerebrovaskulær trombose, emboli eller blødning. I sjeldne tilfeller kan et enkeltstående større infarkt være årsaken.

F01.1 Multiinfarktdemens

Har en mer gradvis debut enn den akutte formen for demens, og etterfølger en rekke mindre iskemiske episoder som forårsaker en serie infarkter i hjerneparenkymet.

Inklusive

- hovedsakelig kortikal demens

F01.2 Subkortikal vaskulær demens

Denne form for demens forekommer gjerne hos pasienter med en forhistorie med hypertensjon. Iskemisk ødeleggelse i den dype hvite substansen i hjernens hemisfærer kan fremvises ved cerebral CT. Hjernebarken er vanligvis intakt, noe som står i kontrast til det kliniske bildet som kan ha store likhetstrekk med demens ved Alzheimers sykdom. (I tilfeller der det kan fremvises svinn av hvit substans, kan benevnelsen «Binswangers encefalopati» brukes.)

F01.3 Blandet kortikal og subkortikal vaskulær demens

På grunnlag av kliniske kjennetegn, undersøkelsesresultater (inkludert obduksjon) eller begge disse, kan det mistenkes at blandede kortikale og subkortikale komponenter av den vaskulære demensen foreligger.

F01.8 Annen spesifisert vaskulær demens

F01.9 Uspesifisert vaskulær demens

F02 Demens ved andre sykdommer klassifisert annet sted

Tilfeller av demens som skyldes, eller antas å skyldes, andre årsaker enn Alzheimers sykdom eller karsykdom i hjernen. Demensen kan debutere på alle alderstrinn, men sjelden i høy alder.

Diagnostiske retningslinjer

Tilstedeværelse av demens som beskrevet ovenfor eller av karakteristiske kjennetegn ved ett av de spesifiserte syndromene, som presentert i de følgende kategorier.

F02.0 Demens ved Picks sykdom

Progressiv demens som begynner midt i livet (vanligvis i 50–60-årsalder), kjennetegnet av langsomt

tiltagende personlighetsforandringer og svekkede sosiale evner, fulgt av svekkelse av intellekt, hukommelse og språkfunksjoner, med forekomst av apati, eufori og (i enkelte tilfeller) ekstrapyramidale fenomener. Det nevropatologiske bildet inneholder selektiv atrofi av frontal- og temporallappene, men uten forekomster av nevrittisk belegg og nevrofibrillære sammenfiltninger utover det som blir observert ved normal aldring. Tilfeller med tidlig debut synes å ha et mer ondartet utviklingsforløp. De sosiale og atferdsmessige manifestasjonene inntreffer ofte før hukommelsessvikten.

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kjennetegn kreves for en sikker klinisk diagnose:

- (a) progressiv demens,
- (b) dominerende frontallapp-kjennetegn med eufori, følelsesmessig sløvhhet, grovere sosial atferd, hemningsløshet og enten apati eller rastløshet,
- (c) atferdstrekk som vanligvis inntreffer før hukommelsessviktn.

Symptomer fra frontallappene er mer markerte enn fra temporal- og parietallappene, til forskjell fra Alzheimers sykdom.

Differensialdiagnoser

Vurder: demens ved Alzheimers sykdom ([F00](#)), vaskulær demens ([F01](#)), demens som skyldes andre lidelser som nevrosyfilis ([F02.8](#)), normaltrykkshydrocefalus (karakterisert ved ekstrem psykomotorisk langsomhet, gangforstyrrelser og inkontinens) (G91.2), andre nevrologiske eller metabolske lidelser.

F02.1 Demens ved Creutzfeldt-Jakobs sykdom

Progressiv demens med omfattende nevrologiske utfall som skyldes spesifikke nevropatologiske endringer (subakutt spongiform encefalopati) som antas å skyldes et overførbart agens. Debuterer vanligvis midtveis eller sent i livet, vanligvis i 50-årene, men kan inntreffe når som helst i voksen alder. Forløpet er subakutt og fører til døden innen 1–2 år.

Diagnostiske retningslinjer

Creutzfeldt-Jakobs sykdom skal mistenkes i alle tilfeller av demens som utvikler seg ganske raskt, i løpet av måneder til 1–2 år, og som ledsages eller etterfølges av flere nevrologiske utfall. I noen tilfeller, som ved den såkalte amyotrofiske formen, kan nevrologiske utfall inntreffe før demensen.

Det inntreffer vanligvis tiltagende spastiske lammelser i lemmer, ledsaget av ekstrapyramidale tegn som skjelving, stivhet og koreoatetiske bevegelser. Andre varianter kan inkludere ataksi, synssvekkelse eller muskelfibrillering og atrofi av typen øvre motonevralsykdom. Gruppen, som består av

- raskt tiltagende, sterk demens,
- pyramidal og ekstrapyramidal sykdom med myoklonus og
- karakteristisk (trifasisk) EEG, anses som sterke indikasjoner på denne sykdommen.

Differensialdiagnoser

Vurder: Alzheimers sykdom ([F00.-](#)) eller Picks sykdom ([F02.0](#)), Parkinsons sykdom ([F02.3](#)), postencefalittisk parkinsonisme (G21.3).

Et raskt utviklingsforløp og tidlig påvirket motorikk peker i retning av Creutzfeldt-Jakobs sykdom.

F02.2 Demens ved Huntingtons sykdom

Demens som inntreffer som del av en omfattende ødeleggelse av hjernen.

Huntingtons sykdom blir overført ved et enkeltstående autosomalt dominant gen. Symptomene inntreffer vanligvis i 30- eller 40-årene og like ofte blant begge kjønn. I noen tilfeller kan de første symptomene være depresjon, angst eller åpenbar paranoid lidelse, ledsaget av personlighetsforandringer. Utviklingen går langsomt og fører vanligvis til døden innen 10 til 15 år.

Diagnostiske retningslinjer

Kombinasjonen av choreiforme bevegelser, demens og Huntingtons sykdom i familien peker meget sterkt i retning av diagnosen, selv om sporadiske tilfeller utvilsomt kan forekomme.

Ufrivillige choreiforme bevegelser, vanligvis i ansikt, hender, skuldre eller synlige ved gange, er tidlige tegn. Vanligvis oppstår de før demensen, og bare i sjeldne tilfeller uteblir de til demensen er langt fremskredet. Andre motoriske fenomener kan dominere når debuten inntreffer ved uvanlig lav alder (f eks muskelstivhet) eller høy alder (f eks intensjonstremor).

Demensen kjennetegnes av dominerende innslag av frontallappsfunksjoner i det tidlige stadiet. Hukommelsen er forblir relativt intakt til senere i forløpet.

Inklusive

- demens ved Huntingtons chorea

Differensialdiagnoser

Vurder: andre tilstander med choreiforme bevegelser ([F00.-](#)), Alzheimers, Picks ([F02.0](#)) eller Creutzfeldt-Jakobs sykdom, ([F02.1](#)).

F02.3 Demens ved Parkinsons sykdom

Demens som utvikles under forløpet av etablert Parkinsons sykdom (særlig mer alvorlige former). Ingen særlige kliniske kjennetegn er så langt påvist. Demensen kan skille seg fra demens ved Alzheimers sykdom eller vaskulær demens, men det finnes holdepunkter for at de to demensene kan opptre i sammenheng med Parkinsons sykdom. Dette berettiger at alle tilfeller av Parkinsons sykdom med demens blir registrert for forskningsformål.

Diagnostiske retningslinjer

Demens som utvikles hos personer med langt utviklet, vanligvis alvorlig, Parkinsons sykdom.

Inklusive

- demens ved paralysis agitans
- demens ved parkinsonisme

Differensialdiagnoser

Vurder: annen sekundær demens ([F02.8](#)), multiinfarkt demens ([F01.1](#)) knyttet til hypertensiv eller diabetisk vaskulær sykdom, hjernesvulst (C70–C72), normaltrykkshydrocefalus (G91.2).

F02.4 Demens ved aids (hiv-infeksjon)[hiv-sykdom]

Lidelse som kjennetegnes av kognitiv svikt som oppfyller de kliniske diagnostiske kriteriene for demens, i fravær av samtidig sykdom eller annen tilstand enn hiv som kunne forklare funnene.

Hiv-demens kommer ofte til uttrykk gjennom klager over glemskhet, sløvhet, dårlig konsentrasjon og problemer med problemløsning og lesing. Apati, redusert spontanitet og sosial tilbaketrukkethet er vanlig, og hos et ikke ubetydelig mindretall av rammede personer kan sykdommen ytre seg atypisk som stemningslidelse, psykotisk lidelse eller anfall. Somatiske undersøkelser avdekker ofte skjelving, svekkede raske gjentakelsesbevegelser, ubalanse, ataksi, hypertoni, generalisert hyperrefleksi, tegn på frontal svikt og svekkede og rykkende øyebevegelser.

Barn utvikler også hiv-tilknyttede forstyrrelser i utviklingen av sentralnervesystemet, kjennetegnet ved forsinket utvikling, hypertoni, mikrocefali og forkalkning av basalgangliene. Den nevrologiske involveringen inntreffer som oftest uten farlige infeksjoner og neoplasmer, i motsetning til hos voksne.

Hiv-demens utvikles vanligvis, men ikke alltid, raskt over uker eller måneder, til alvorlig global demens, mutisme og død.

Inklusive

- aids-demenskompleks
- hiv-encefalopati eller subakutt encefalopati

F02.8 Demens ved andre spesifiserte sykdommer klassifisert annet sted

Demens kan inntreffe som en manifestasjon på, eller konsekvens av, en rekke ulike hjernesykdommer og andre somatiske sykdommer. Ved spesifisering av etiologi skal ICD-10-koden for den underliggende tilstanden legges til.

Guams parkinsonisme-demens-kompleks skal også kodes her (om nødvendig identifisert med et femte tegn). Dette er en raskt fremadskridende demens som blir etterfulgt av ekstrapyramidal dysfunksjon og noen ganger også amyotrof lateralsklerose. Sykdommen ble første gang beskrevet på øya Guam, der den forekommer hyppig blant de innfødte og rammer dobbelt så mange menn som kvinner. Det er nå kjent at sykdommen også forekommer i Papua Ny-Guinea og Japan.

Inklusive

- demens ved:
- karbonmonoksidforgiftning (T58)
- cerebral lipidose (E75.-)
- epilepsi (G40.-)
- hepatolentikular degenerasjon (Wilson's sykdom) (E83.0)
- hyperkalsemi (E83.5)
- hypotyreose, ervervet (E00.-, E02)
- intoksikasjoner (T36–T65)
- multippel sklerose (G35)
- nevrosyfilis (A52.1)
- niacinmangel [pellagra] (E52)
- polyarteritis nodosa (M30.0)
- lupus erythematosus disseminatus (M32.-)
- trypanosomiasis (afrikansk B56.-, amerikansk B57.-)
- vitamin B12-mangel (E53.8)

F03 Annen og uspesifisert demens

Kategorien skal brukes når de generelle kriteriene for demensdiagnosen er oppfylt, men når det er umulig å identifisere en av de spesifikke typene ([F00.0-F02.8](#)).

Inklusive

- presenil eller senil demens INA
- presenil eller senil psykotisk lidelse INA
- primær degenerativ demens INA

F04 Organisk amnestisk syndrom, (spesifikk hukommelselidelse) ikke utløst av alkohol eller psykoaktive stoffer

Syndrom med betydelig svekkelse av korttids- og langtidshukommelse. Mens evnen til umiddelbar erindring er intakt, er evnen til å lære nye ting vesentlig redusert, noe som fører til anterograd amnesi og desorientert tidsoppfatning. Retrograd amnesi i varierende grad er også til stede, men kan minke i omfang over tid hvis den underliggende skaden eller patologiske prosessen ser ut til å leges. Konfabulering kan være et fremtredende trekk, men er ikke alltid til stede. Persepsjon og andre kognitive funksjoner, herunder intellekt, er vanligvis intakt og gjør at hukommelsesforstyrrelsene virker særlig påfallende. Prognosen avhenger av utviklingsforløpet for den underliggende lidelsen (som ofte påvirker hypothalamus eller hippocampus-regionen). I prinsippet er det mulig med en nesten fullstendig helbredelse.

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) hukommelsessvikt, i form av defekt korttidshukommelse (redusert evne til å lære nye ting), anterograd og retrograd amnesi, og redusert evne til å erindre tidlige erfaringer i omvendt rekkefølge,
- (b) forhistorie med eller objektive tegn på skade eller sykdom i hjernen (særlig med bilateral involvering av diencefalon og mediale del av temporallappen),
- (c) ingen svekkelse i den umiddelbare erindring (f eks testet med sifferspennvidde), ingen konsentrasjons- og bevissthetsforstyrrelser og ingen generell intellektuell svekkelse.

Konfabulering, manglende innsikt og følelsesmessige endringer (apati, mangel på initiativ) er tilleggsindikatorer for diagnosen, men er ikke nødvendige i alle tilfeller.

Inklusive

- Korsakoffs syndrom eller psykotisk lidelse, ikke-alkoholisk

Differensialdiagnoser

Lidelsen skal skilles fra andre organiske syndromer der hukommelsestap er fremtredende (f eks demens eller delirium), fra dissosiativ amnesi ([F44.0](#)), fra hukommelsessvikt ved depressive lidelser ([F30-F39](#)) og fra simulering i form av klager over hukommelsestap (Z76.5). Alkohol- eller stoffutløst Korsakoffs syndrom skal ikke kodes her, men på egnet sted (F1x.6).

F05 Delirium som ikke er utløst av alkohol eller andre psykoaktive stoffer

Etiologisk ikke-spesifikt syndrom som kjennetegnes ved samtidige forstyrrelser i bevissthet og konsentrasjon, i persepsjon, tenkeevne, hukommelse, psykomotorikk, følelser og søvn-våkenhetsrytme. Det kan inntreffe på alle alderstrinn, men er vanligst etter fylte 60 år. Den deliriøse tilstanden er forbigående og av varierende intensitet, og de fleste blir helbredet i løpet av 4 uker eller mindre. Delirium som varer opptil 6 måneder, med svingninger, er likevel ikke uvanlig, og særlig ikke når den inntreffer i forbindelse med kronisk leversykdom, karsinom (kreft) eller subakutt bakteriell endokarditt. Skillet som noen ganger er satt mellom subakutt og akutt delirium er av liten klinisk betydning. Tilstanden skal betraktes som et «sekke-syndrom» av ulik varighet og med en alvorlighetsgrad som varierer fra mild til meget alvorlig. Deliriøse tilstander kan komme i tillegg til, eller utvikle seg til demens.

Denne kategorien skal *ikke* brukes for deliriøse tilstander som kan knyttes til bruk av psykoaktive stoffer som er spesifisert i [F10–F19](#). Deliriøse tilstander som kan knyttes til foreskrevet legemiddel (som akutte forvirringstilstander hos eldre pasienter som skyldes antidepressiva) skal kodes her. I slike tilfeller skal også det aktuelle medikamentet registreres med en tilleggskode T fra kapittel XIX i ICD-10.

Diagnostiske retningslinjer

For at en sikker diagnose skal kunne stilles, bør milde eller alvorlige symptomer være til stede på hvert av de følgende områdene:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">(a) svekkelse av bevissthet og konsentrasjonsevne (en gradvis skala som går fra uklarhet til koma, redusert evne til å rette, fokusere, opprettholde og skifte oppmerksomheten),(b) generell forstyrrelse av den kognitive evnen (perseptuelle forstyrrelser, illusjoner og vanligvis visuelle hallusinasjoner, nedsatt evne til abstrakt tenkning og forståelse, med eller uten forbigående forvirringstilstander, men vanligvis i noen grad usammenhengende, nedsatt umiddelbar erindring og korttidshukommelse, men med relativt intakt langtidshukommelse, desorientert vedrørende tid, og i mer alvorlige tilfeller også vedrørende steder og personer),(c) psykomotoriske forstyrrelser (hypo- eller hyperaktivitet og uforutsigbare vekslinger fra det ene til den andre, økt reaksjonstid, økt eller redusert talestrøm; lettskremthet),(d) forstyrrelser i søvn-våkenhetsrytmen (insomnia, eller i alvorlige tilfeller, total søvnmangel eller snudd søvn-våkenhetsrytme, døsighet på dagtid, forverring av symptomene om natten, forstyrrende drømmer og mareritt som kan fortsette som hallusinasjoner etter oppvåkning),(e) følelsesmessige forstyrrelser som depresjon, angst eller frykt, irritabilitet, eufori, apati eller undrende perpleksitet. |
|---|

Debuten er vanligvis rask, forløpet varierer fra dag til dag og tilstanden varer i mindre enn 6 måneder. Det kliniske bildet ovenfor er så karakteristisk at diagnosen delirium kan stilles med noenlunde sikkerhet selv om den underliggende årsaken ikke er fullstendig klarlagt. I tillegg til en bakgrunn med en underliggende hjernesykdom eller legemlig sykdom, kan beviser på cerebral dysfunksjon (f.eks. et elektroencefalogram med lavfrekvent bakgrunnsaktiviteter) være nødvendig hvis det råder tvil om diagnosen.

Inklusive

- akutt hjernesyndrom
- akutt forvirringstilstand (ikke-alkoholisk)
- akutt smittsom (infeksiøs) psykotisk lidelse

- akutt organisk reaksjon
- akutt psyko-organisk syndrom

Differensialdiagnoser

Delirium skal skilles fra andre organiske syndromer, særlig demens ([F00–F03](#)), fra akutte og forbigående psykotiske lidelser ([F23.-](#)) og akutte tilstander i schizofreni ([F20.-](#)) eller affektive lidelser [stemningslidelser] ([F30–F39](#)), der forvirringstrekk kan forekomme. Delirium som er fremkalt av alkohol eller andre psykoaktive stoffer, skal kodes i et passende avsnitt (F1x.4).

F05.0 Delirium som ikke forekommer i forbindelse med demens

Bør brukes om delirium som ikke oppstår i forbindelse med allerede eksisterende demens.

F05.1 Delirium i forbindelse med demens

Bør brukes om tilstander som oppfyller kriteriene ovenfor, men som utvikles under forløpet av demens ([F00–F03](#)).

F05.8 Annet spesifisert delirium

Inklusive

- delirium av blandet opprinnelse
- subakutt forvirringstilstand eller delirium

F05.9 Uspesifisert delirium

F06 Andre psykiske lidelser som skyldes skade eller dysfunksjon i hjernen eller fysisk sykdom

Kategorien omfatter uensartede tilstander som årsaksmessig er knyttet til hjernedysfunksjon som skyldes primære hjernesykdommer, systemiske lidelser som påvirker hjernen sekundært, endokrine forstyrrelser som Cushings syndrom eller andre somatiske sykdommer, visse eksogene toksiske substanser (men utelukker alkohol og stoffer klassifisert under [F10–F19](#)) eller hormoner.

Tilstandene deler kliniske egenskaper som ikke i seg selv tillater presumptive diagnoser om en organisk psykisk lidelse som demens eller delirium. De kliniske manifestasjonene ligner, eller er identiske med, manifestasjoner for lidelser som ikke blir oppfattet som «organiske» i den spesifikke betydningen som er avgrenset til denne delen av klassifikasjonen. De er tatt med her på grunnlag av hypotesen om at de er mer direkte forårsaket av sykdom eller dysfunksjon i hjernen enn av tilfeldige tilknytninger til slike sykdommer eller dysfunksjoner, eller av psykiske reaksjoner på deres symptomer, som schizofrenilignende lidelser i forbindelse med langvarig epilepsi.

Følgende kan støtte avgjørelsen om å klassifisere et klinisk syndrom:

- (a) tegn på sykdom, skade eller dysfunksjon i hjernen, eller på systemiske somatiske lidelser som man vet kan knyttes til et av de oppførte syndromene,
- (b) tidsforhold (uker eller få måneder) mellom utviklingen av den underliggende sykdommen og utbruddet av det psykiske syndromet,
- (c) helbredelse av den psykiske lidelsen etter fjerning eller forbedring av den underliggende antatte årsaken,
- (d) ingen tegn som tyder på en alternativ årsak til det psykiske syndromet (som forekomster i familien eller utløsende belastninger).

Tilstedeværelse av (a) og (b) rettferdiggjør en foreløpig diagnose. Hvis alle fire særtrekk er til stede, styrkes sikkerheten ved den diagnostiske klassifiseringen betydelig.

Nedenfor finnes noen av tilstandene som er kjent for å øke den relative risikoen for syndromene som er klassifisert her; epilepsi, limibisk encefalitt, Huntingtons sykdom, hodeskade, hjerneneoplasme, ekstrakranielt neoplasme med svake effekter på sentralnervesystemet (særlig karsinom i pankreas), vaskulære sykdommer, skader eller misdannelser i hjernen, lupus erythematosus disseminatus og andre kollagene sykdommer, endokrine sykdommer (særlig hypo- og hypertyreose, Cushings syndrom), metabolske lidelser (f eks hypoglykemi, porfyri, hypoksi), tropiske infeksjons- og parasittsykdommer (f eks trypanosomiasis), forgiftninger med ikke-psykotrope stoffer (propranolol, levodopa, metyldopa, steroider, antihypertensiva, antimalariamidler).

Eksklusive

- psykiske lidelser i forbindelse med delirium ([F05.-](#))
- psykiske lidelser i forbindelse med demens som klassifisert i [F00–F03](#)

F06.0 Organisk hallusinose

Forstyrrelse med vedvarende eller tilbakevendende hallusinasjoner, vanligvis visuelle eller auditive, som opptrer ved klar bevissthet og med eller uten personens sykdomserkjennelse. Hallusinasjonene kan videreutvikles til vrangforestillinger, men innsikten kan være bevart.

Diagnostiske retningslinjer

I tillegg til de generelle kriteriene i innledningen til F06 ovenfor, må det foreligge tegn på vedvarende eller tilbakevendende hallusinasjoner i alle modaliteter, ingen uklarhet i bevisstheten, ingen signifikant intellektuell svekkelse, ingen dominerende affektforstyrrelser og ingen dominerende vrangforestillinger.

Inklusive

- «Dermatozoenwahn»
- organisk hallusinatorisk tilstand (ikke-alkoholisk)

Eksklusive

- alkoholisk hallusinose ([F10.52](#))
- schizofreni ([F20.-](#))

F06.1 Organisk kataton lidelse

Lidelse med nedsatt (stupor) eller økt psykomotorisk aktivitet (eksitasjon) i tilknytning til katatone symptomer. De psykomotoriske forstyrrelsene kan veksle mellom stupor og eksitasjon. Det er ikke kjent hvorvidt alle katatone forstyrrelser som er beskrevet ved schizofreni, inntreffer ved slike organiske tilstander, og det er heller ikke endelig bestemt om en organisk kataton tilstand kan inntreffe ved klar bevissthet eller om tilstanden alltid er en manifestasjon av delirium, med påfølgende delvis eller total amnesi. Av denne grunn må diagnosen stilles med varsomhet, og tilstanden avgrenses nøye fra delirium. Encefalitt og karbonmonoksidforgiftning antas å være oftere forbundet med dette syndromet enn andre organiske årsaker.

Diagnostiske retningslinjer

De vanlige kriteriene for å anta organisk etiologi, nevnt i innledningen for [F06](#), må oppfylles. I tillegg må ett av følgende kriterier være oppfylt:

- (a) stupor (nedsatt eller total mangel på spontan bevegelse, delvis eller total mutisme, negativisme og stiv holdning),
- (b) hevet stemningsleie (betydelig hypermotilitet med eller uten angrepstendenser),
- (c) begge deler (veksler raskt og uforutsigbart mellom hypo- og hyperaktivitet).

Andre katatone fenomener som øker diagnosens sikkerhet er stereotypier, bløt fleksibilitet og impulsive handlinger.

Eksklusive

- kataton schizofreni ([F20.2](#))
- dissosiativ stupor ([F44.2](#))
- stupor INA (R40.1)

F06.2 Organisk paranoid lidelse [schizofrenilignende lidelse]

Lidelse der vedvarende eller tilbakevendende vrangforestillinger dominerer det kliniske bildet. Vrangforestillingene kan være ledsaget av hallusinasjoner, men er ikke begrenset til deres innhold. Trekk som tyder på schizofreni, som bisarre vrangforestillinger, hallusinasjoner eller tankeforstyrrelser, kan også forekomme.

Diagnostiske retningslinjer

De vanlige kriteriene for å anta en organisk etiologi, omhandlet i innledningen til [F06](#), må være oppfylt. I tillegg må det foreligge vrangforestillinger (om forfølgelse, kroppslige forandringer, sjalusi, sykdom, egen eller annens død). Hallusinasjoner, tankeforstyrrelser eller isolerte katatone fenomener kan forekomme. Bevissthet og hukommelse er ikke påvirket. Diagnosen skal ikke stilles hvis det ikke foreligger spesifikke tegn på organisk årsak, eller hvis de begrenser seg til funn som forstørrede hjerneventrikler (synlig på cerebral CT) eller «svake» nevrologiske tegn.

Inklusive

- paranoide og paranoid-hallusinatoriske organiske tilstander
- schizofrenilignende psykotisk lidelser i epilepsi

Eksklusive

- akutte og forbigående psykoser ([F23.-](#))
- substansfremkalte psykotiske lidelser (F1x.5)
- vedvarende paranoid psykoser ([F22.-](#))
- schizofreni ([F20.-](#))

F06.3 Organiske affektive lidelser [stemningslidelser]

Lidelser karakterisert ved endringer i stemningsleie eller affekt, vanligvis ledsaget av endring i generelt aktivitetsnivå. Det eneste kriteriet for å innlemme disse lidelsene i denne delen, er at de er direkte forårsaket av hjernesykdom eller annen somatisk lidelse, hvis tilstedeværelse enten må være uavhengig påvist (f eks ved hjelp av egnede fysiske undersøkelser og laboratorieundersøkelser) eller antatt på grunnlag av tilstrekkelig bakgrunnsinformasjon. Stemningslidelsen må følge den antatt organiske faktoren og ikke vurderes som representant for en følelsesmessig respons på pasientens viten om å ha, eller å ha symptomer på, en samtidig hjernelidelse. Postinfeksiøs depresjon (f eks etter influensa) er et vanlig eksempel og skal kodes her. Vedvarende mild eufori som ikke er

ensbetydende med hypomani (som noen ganger forekommer ved behandling med steroider eller antidepressiva) skal ikke kodes her, men under [F06.8](#).

Diagnostiske retningslinjer

I tillegg til de generelle kriteriene for å anta at en organisk etiologi foreligger, som nevnt i innledningen til [F06](#), må tilstanden oppfylle kravene for en diagnose på en av lidelsene oppført under [F30–F33](#).

Eksklusive

- affektive lidelser [stemningslidelser], ikke-organiske eller uspesifiserte ([F30–F39](#))
- affektive lidelser i høyre hjernehalvdel ([F07.8](#))

Underinndelinger

F06.30 Organisk manisk lidelse

F06.31 Organisk bipolar lidelse

F06.32 Organisk depressiv lidelse

F06.33 Organisk blandet affektiv lidelse

F06.4 Organisk angstlidelse

Lidelse karakterisert ved de viktige beskrivende trekkene på generalisert angstlidelse ([F41.1](#)), panikklidelse ([F41.0](#)) eller en kombinasjon av begge, men som oppstår som resultat av en organisk lidelse som kan forårsake cerebral dysfunksjon (f eks temporallappsepilepsi, tyreotoksikose eller feokromocytom).

Eksklusive

- angstlidelser, ikke-organiske eller uspesifiserte ([F41.-](#))

F06.5 Organisk dissosiativ lidelse

Lidelse som både oppfyller kravene for en av lidelsene i [F44.-](#) (dissosiative lidelser [konversjonslidelser]) og det generelle kriteriet for organisk etiologi, som beskrevet i innledningen til denne delen.

Eksklusive

- dissosiative lidelser [konversjonslidelser], ikke-organiske eller uspesifiserte ([F44.-](#))

F06.6 Organisk emosjonell labilitet [asteni]

Lidelse kjennetegnet av markert og vedvarende følelsesmessig inkontinens eller labilitet, tretthet eller en rekke ubehagelige fysiske fornemmelser (f eks svimmelhet) og smerter som anses for å være forårsaket av en organisk lidelse. Lidelsen antas å inntreffe oftere i forbindelse med cerebrovaskulære lidelser enn av andre årsaker.

Eksklusive

- somatoforme lidelser, ikke-organiske eller uspesifiserte ([F45.-](#))

F06.7 Mild organisk kognitiv lidelse

Lidelsen kan komme før, samtidig med, eller etter mange forskjellige infeksjonslidelser og somatiske lidelser, både cerebrale og systemiske (herunder hiv-infeksjon). Direkte nevrologiske tegn på cerebral påvirkning foreligger ikke nødvendigvis, men vanskeligheter ved og forstyrrelser av vanlige aktiviteter kan likevel forekomme. Grenselinjene for kategorien er ikke endelig fastsatt. Når lidelsen forekommer i forbindelse med en somatisk lidelse som pasienten helbreides for, varer en mild organisk kognitiv lidelse bare noen få uker lenger. Diagnosen skal ikke stilles hvis tilstanden åpenbart skyldes en psykisk lidelse eller en atferdslidelse som er klassifisert i en av de andre blokkene i denne boken.

Diagnostiske retningslinjer

Det viktigste kjennetegnet er reduserte kognitive prestasjoner. Dette kan omfatte hukommelsessvikt og lære- eller konsentrasjonsvansker. Objektive tester viser vanligvis avvik. Symptomene er slik at diagnosen demens ([F00–F03](#)), organisk amnestisk syndrom ([F04](#)) eller delirium ([F05.](#)) ikke kan stilles.

Differensialdiagnoser

Lidelsen skiller seg fra postencefalittisk syndrom ([F07.1](#)) og postkommosjonelt syndrom ([F07.2](#)) ved annen etiologi, færre og som regel lettere symptomer og kortere varighet.

F06.8 Andre spesifiserte organiske psykiske lidelser

Eksempler er avvikende stemningstilstander som inntreffer under behandling med steroider eller antidepressiva.

Inklusive

- epileptisk psykotisk lidelse INA

F06.9 Uspesifisert organisk psykisk lidelse

F07 Personlighetsforstyrrelser og atferdsforstyrrelser som skyldes sykdom, skade og dysfunksjon i hjernen

Skiftende personlighet og atferd kan skyldes en gjenværende eller ledsagende forstyrrelse etter sykdom, skade eller dysfunksjon i hjernen. I noen tilfeller kan de ulike manifestasjonene av slike gjenværende eller etterfølgende personlighets- og atferdssyndromer antyde typen og lokaliseringen av det intracerebrale problemet, men påliteligheten ved denne typen diagnostisering bør ikke overvurderes. Den underliggende etiologien bør kartlegges ved uavhengige midler og om mulig registreres.

F07.0 Organisk personlighetsforstyrrelse

Forstyrrelse karakterisert ved betydelig forandring av det premorbide vanemønsteret med hensyn til uttrykk for følelser, behov og impulser, blir særlig påvirket. Kognitive funksjoner kan være mangelfulle eller fraværende når det gjelder planlegging og forventninger på det personlige og sosiale plan, som i det såkalte frontallappssyndromet. Man vet nå at dette syndromet ikke bare forekommer ved frontallappskader, men også ved skader i andre og omkringliggende deler av hjernen.

Diagnostiske retningslinjer

I tillegg til en konstatert bakgrunn med, eller andre holdepunkter for, sykdom, skade eller dysfunksjon, kreves to eller flere av følgende symptomer for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) konsekvent nedsatt evne til utholdenhet ved målrettede aktiviteter, særlig langvarige aktiviteter med langsiktig gevinst,
- (b) endret følelsesmessig atferd, karakterisert ved følelsesmessig labilitet, overfladisk og umotivert munterhet (eufori, upassende lystighet), og rask overgang til irritabilitet eller kortvarige raseriutbrudd og aggresjon; i noen tilfeller kan apati være et mer fremstående trekk,
- (c) uttrykk for behov og impulser uten vurdering av konsekvenser eller sosiale konvensjoner (pasienten kan engasjere seg i dyssosiale handlinger som stjeling, upassende seksuelle fremstøt, grådig spising eller utvise mangelfull personlig hygiene),
- (d) kognitive forstyrrelser, i form av mistenksomhet eller paranoide forestillingsdannelser og overdreven interesse for et enkelt og vanligvis abstrakt tema (f eks religion, «riktig» og «galt»),
- (e) markert endring av språkproduksjonen, med kjennetegn som omstendelighet, overdreven detaljrikdom, treghet og hypergrafi,
- (f) endret seksualatferd (hyposeksualitet eller endrede seksuelle preferanser).

Inklusive

- frontallappssyndrom
- limbisk epileptisk personlighetssyndrom
- lobotomisyndrom
- organisk pseudopsykopatisk personlighet
- postleukotomisyndrom

Eksklusive

- vedvarende personlighetsendringer etter katastrofeopplevelser ([F62.0](#))
- vedvarende personlighetsendringer etter psykiske lidelser ([F62.1](#))
- postkommosjonelt syndrom ([F07.2](#))
- postencefalittisk syndrom ([F07.1](#))
- spesifikk personlighetsforstyrrelse ([F60.-](#))

F07.1 Postencefalittisk syndrom

Syndromet omfatter en gjenværende atferdsendring etter gjennomgått virusencefalitt eller bakteriell encefalitt. Symptomene er ikke-spesifikke og varierer fra person til person, fra en infeksjonskilde til en annen, og med personens alder når infeksjonen inntreffer. Denne lidelsen er reversibel, til forskjell fra organisk personlighetsforstyrrelse.

Diagnostiske retningslinjer

Manifestasjonene kan omfatte vanlig illebefinnende, apati eller irritabilitet, noe nedsatte kognitive funksjoner (lærevansker), endret søvn- og spisevaner og endringer i seksualitet og sosial dømmekraft. Det kan foreligge forskjellige residuale nevrologiske dysfunksjoner som lammelser, døvhhet, afasi, konstruksjonsapraksi og akalkuli.

Eksklusive

- organisk personlighetsforstyrrelse ([F07.0](#))

F07.2 Posttraumatisk hjernesyndrom

Syndrom som inntreffer etter hodeskader (vanligvis så alvorlige at de fører til bevisstløshet) og som omfatter flere uensartede symptomer som hodepine, svimmelhet (vanligvis foreligger ikke symptomer på gyratorisk vertigo), tretthet, irritabilitet, vansker med konsentrasjon og utførelse av mentale oppgaver, hukommelsessvikt, søvnløshet og senket toleransegrense for stress, følelsesmessig belastning eller alkohol. I tillegg kan det oppstå depresjoner eller angst som følge av tapt selvfølelse og frykt for permanent hjerneskade. Slike følelser forsterker de opprinnelige symptomene, og resulterer i en ond sirkel. Noen pasienter blir hypokondriske, søker etter en diagnose og påfølgende helbredelse, og kan innta en permanent sykerolle. Disse symptomenes etiologi er ikke alltid åpenbar, og både organiske og psykiske faktorer er foreslått som årsaksfaktorer. Tilstandens nosologiske status er derfor noe usikker. Det er liten tvil om at syndromet er vanlig og at det volder bekymring for pasienten.

Diagnostiske retningslinjer

Minst tre av trekkene ovenfor må være til stede før det blir stilt en endelig diagnose. Nøye undersøkelser med laboratorieteknikker (elektroencefalografi, provoserte potensialer, cerebral CT eller MR, okulonystagmografi) kan gi objektive holdepunkter for symptomene, men resultatene er ofte negative. Lidelsene har ikke nødvendigvis sammenheng med ønske om økonomisk kompensasjon.

Inklusive

- postkontusjonelt syndrom (encefalopati)
- posttraumatisk hjernesyndrom, ikke-psykotisk

F07.8 Andre spesifiserte organiske personlighets- og atferdsforstyrrelser

Sykdom, skade og dysfunksjon i hjernen kan resultere i et spekter av kognitive, følelsesmessige, personlighets- og atferdsmessige forstyrrelser, som ikke alle kan klassifiseres i de foregående kategoriene. Siden de tentative syndromenes nosologiske status er usikker på dette området, bør imidlertid syndromene kodes som «andre». Et femte tegn kan brukes for å identifisere presumptivt individuelle kjennetegn som:

Organisk affektiv lidelse i høyre hjernehalvdel (endringer i evnen til å uttrykke eller forstå følelser hos personer med lidelser i høyre hjernehalvdel). Selv om pasienten på overflaten kan virke deprimert, er depresjoner uvanlig, da det er følelsesuttrykket som er begrenset.

Her kodes også:

- (a) alle andre spesifiserte, men antatte, syndromer for endringer i personlighet eller atferd som skyldes sykdom, skade eller andre dysfunksjoner i hjernen enn de som er oppført i [F07.0–F07.2](#), og
- (b) tilfeller med mild grad av kognitiv svikt som ennå ikke har nådd samme omfang som demens i progressive psykiske lidelser, som Alzheimers sykdom, Parkinsons sykdom osv. Diagnosen skal endres når kriteriene for demens er oppfylt.

Eksklusive

- delirium ([F05.-](#))

F07.9 Uspesifisert organisk personlighets- og atferdsforstyrrelse

Inklusive

- organisk psykosyndrom

F09 Uspesifisert organisk eller symptomatisk psykisk lidelse

Kategorien skal bare brukes for registrering av psykiske lidelser av kjent organisk etiologi.

Inklusive

- organisk psykose INA
- symptomatisk psykose INA

Eksklusive

- psykose INA ([F29](#))

F10–F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer

F10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol

F11 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av opiater

F12 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av cannabinoider

F13 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av sedativa og hypnotika

F14 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av kokain

F15 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av andre stimulanter, inklusive kaffein

F16 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av hallusinogener

F17 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av tobakk

F18 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av flyktige løsemidler

F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av multiple stoffer eller andre psykoaktive stoffer

[F1x.0](#) Akutt intoksikasjon

[F1x.1](#) Skadelig bruk

[F1x.2](#) Avhengighetssyndrom

[F1x.3](#) Abstinensstilstand

[F1x.4](#) Abstinensstilstand med delirium

[F1x.5](#) Psykotisk lidelse

[F1x.6](#) Amnestisk syndrom

[F1x.7](#) Residual tilstand eller sent innsettende psykotisk lidelse

[F1x.8](#) Andre spesifiserte psykiske lidelser eller atferdsforstyrrelser

[F1x.9](#) Uspesifisert psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelse

Innledning

Denne delen inneholder ulike lidelser som varierer i alvorlighetsgrad (fra ukomplisert forgiftning og skadelig bruk, til fulminante psykotiske forstyrrelser og demens), men som alle kan knyttes til bruk eller misbruk av en eller flere psykoaktive stoffer som kan være medisinsk foreskrevet eller ikke.

Det aktuelle stoffet indikeres ved annet og tredje tegn (dvs de to første tallene etter bokstaven F), og fjerde og femte tegn indikerer klinisk tilstand. For å spare plass, er alle de psykoaktive stoffene ført opp først, etterfulgt av firetegnskodene. Disse brukes etter behov for hvert spesifisert stoff. Merk at ikke alle firetegnskoder kan brukes for alle stoffer.

Diagnostiske retningslinjer

Identifisering av det benyttede psykoaktive stoffet kan skje på grunnlag av egenrapportering, analyser av prøver fra blod og andre kroppsvæsker, ved kartlegging av stoffer pasienten er i besittelse av, kliniske tegn og symptomer eller komparentopplysninger. Pasientens stoffbruk bør bekreftes fra flere kilder.

Objektive analyser gir de sikreste holdepunkter for nåværende eller nylig bruk, men slike data har begrenset informasjonsverdi med hensyn til tidligere bruk og omfanget av nåværende bruk.

Mange misbrukere inntar flere psykoaktive stoffer, men diagnosen bør stilles og klassifiseres i henhold til den viktigste enkeltsubstansen eller substansklassen som blir brukt. Dette kan vanligvis gjøres med hensyn til den spesifikke substansen, eller substanstypen, som forårsaker den aktuelle forstyrrelsen. I tvilstilfeller skal en kode substansen eller substanstypen som oftest blir misbrukt, særlig i tilfeller med kontinuerlig eller daglig bruk.

Kode [F19.-](#), Lidelser som skyldes bruk av flere stoffer eller andre psykoaktive substanser, skal bare brukes i tilfeller med et kaotisk og vilkårlig inntak av psykoaktive stoffer, eller der bidraget fra ulike substanser er uløselig sammenblandet.

Misbruk av andre substanser enn psykoaktive stoffer, som laksativer eller smertestillende midler, skal kodes ved bruk av [F55.-](#), misbruk av ikke-avhengighetsskapende stoffer, med et fjerde tegn som spesifiserer det aktuelle stoffet.

Tilfeller av psykiske lidelser (særlig delirium i alderdommen) som skyldes bruk av psykoaktive stoffer, men uten at noen av lidelsene i denne delen foreligger (f eks skadelig bruk eller avhengighetssyndrom), skal kodes i [F00–F09](#). Tilfeller der deliriumstilstander er fremkalt i tillegg til en av lidelsene omtalt her, skal kodes F1x.3 eller F1x.4.

Graden av alkoholpåvirkning kan beskrives ved hjelp av en tilleggskode fra kapittel XX i ICD-10; Y90.- (tegn på alkoholpåvirkning fastsettes på grunnlag av alkoholinnhold i blodet) eller Y91.- (tegn på alkoholpåvirkning fastsettes på grunnlag av beruselsesgrad).

F1x.0 Akutt intoksikasjon

Forbigående tilstand etter inntak av alkohol eller andre psykoaktive stoffer, som fører til forstyrrelser i bevissthetsnivå, kognisjon, persepsjon, følelser eller atferd, eller andre psykofysiologiske funksjoner og reaksjoner.

Dette bør være hoveddiagnose bare i tilfeller der beruselsen inntreffer uten at mer vedvarende

alkohol- eller stoffrelaterte problemer samtidig er til stede. I tilfeller med slike problemer skal diagnoser som skadelig bruk (F1x.1), avhengighetssyndrom (F1x.2) eller psykotisk lidelse (F1x.5) få forrang.

Diagnostiske retningslinjer

Akutt rus er vanligvis nært knyttet til inntatt dose (se ICD-10, kapittel XX). Unntak fra dette kan forekomme hos personer med visse underliggende organiske tilstander (f eks nyre- eller leversvikt), som gjør at små doser av et stoff kan føre til en uforholdsmessig alvorlig rus. Tap av hemninger som følge av sosial kontekst skal også vurderes (f eks hemningsløshet i selskaper eller karneval). Akutt rus er et forbigående fenomen. Rusens intensitet avtar med tiden, og virkningene forsvinner når stoffet ikke lenger brukes. Restitusjon er derfor fullstendig, med unntak av tilfeller der det har oppstått vevskader eller andre komplikasjoner.

Symptomene på rus reflekterer ikke alltid stoffets primære virkninger. Sentralt dempende substanser kan for eksempel fremkalle agitasjon eller hyperaktivitet, og sentralstimulerende substanser kan fremkalle en sosialt tilbaketrukket og introvert atferd. Virkningen av stoffer som cannabis og hallusinogener er særlig uforutsigbar. Videre kan mange psykoaktive stoffer gi ulike virkninger på ulike dosenivå. Alkohol kan for eksempel ha en tilsynelatende stimulerende effekt på atferd ved lave doser, fremkalle agitasjon og aggresjon ved økende doser, og gi en klart beroligende effekt ved svært høye doser.

Inklusive

- akutt beruselse (alkoholrus) ved alkoholisme
- «bad trips» som skyldes bruk av hallusinogener
- beruselse (alkoholrus) INA

Differensialdiagnoser

Vurder akutt hodeskade og hypoglykemi. Vurder også muligheter for intoksikasjon som følge av bruk av flere stoffer.

Underinndelinger

Følgende femtegnskoder kan indikere eventuelle komplikasjoner ved den akutte intoksikasjonen:

F1x.00 Ukomplisert

F1x.01 Med traume eller annen kroppslig skade

F1x.02 Med andre medisinske komplikasjoner

Komplikasjoner som hematemese, aspirasjon av oppkast.

F1x.03 Med delirium

F1x.04 Med persepsjonsforstyrrelser

F1x.05 Med koma

F1x.06 Med kramper

F1x.07 Patologisk rus

Gjelder bare alkohol. Plutselig aggresjonsutbrudd og ofte voldelig atferd som ikke er vanlig når personen er edru, inntreffer meget raskt etter inntak av alkoholmengder som ikke ville ført til beruselse hos folk flest.

F1x.1 Skadelig bruk

Psykoaktive substanser brukes på en slik måte at det gir helseskade. Skaden kan være somatisk (f eks hepatitt som følge av egenadministrerte injeksjoner av psykoaktive stoffer) eller psykisk (f eks episoder med depressive lidelser etter betydelig alkoholkonsum).

Diagnostiske retningslinjer

Diagnosen krever at den aktuelle skaden er påført brukerens psykiske eller somatiske helse.

Skadelige bruksmønstre blir ofte kritisert av andre, og er forbundet med uheldige sosiale konsekvenser av ulik art. At et bruksmønster eller en spesifikk substans blir mislikt av en annen person eller av den rådende kultur, eller kan ha fått negative sosiale konsekvenser som arrestasjon eller ekteskapsproblemer, er ikke i seg selv tegn på skadelig bruk.

Akutt intoksikasjon (se F1x.0) eller «bakrus» er ikke i seg selv tilstrekkelig tegn på helseskade til at den kan kodes som skadelig bruk.

Skadelig bruk skal ikke diagnostiseres hvis avhengighetssyndrom (F1x.2), psykotisk lidelse (F1x.5) eller annen spesifikk form for stoff- eller alkoholrelatert lidelse er til stede.

F1x.2 Avhengighetssyndrom

Spektrum av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener der bruken av en substans eller substansklasse får en mye høyere prioritet for en gitt person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi. Et typisk beskrivende kjennetegn ved avhengighetssyndromet er behovet (ofte sterkt eller uimotståelig) for psykoaktive stoffer som kan være medisinsk foreskrevet eller ikke. Det kan synes som om gjenopptak av substansbruken etter en avholdsperiode fører til raskere utvikling av andre symptomer ved syndromet enn tilfellet er for ikke-avhengige personer.

Diagnostiske retningslinjer

En endelig avhengighetsdiagnose skal vanligvis bare stilles hvis tre eller flere av følgende kriterier har inntruffet samtidig i løpet av det foregående året:

- (a) sterk lyst eller følelse av tvang til å innta substansen,
- (b) problemer med å kontrollere substansinntaket, med hensyn til innledning, avslutning og mengde,
- (c) fysiologisk abstinensstilstand (se F1x.3 og F1x.4) når substansbruken har opphørt eller er redusert, som viser seg ved det karakteristiske abstinenssyndromet for stoffet, eller bruk av samme (eller et nær beslektet) stoff, for å lindre eller unngå abstinenssymptomer,
- (d) toleranseutvikling, slik at økte substansdoser er nødvendig for å oppnå den samme effekten som lavere doser tidligere ga. Klare eksempler på dette finner vi hos alkohol- eller opiatavhengige personer som daglig kan innta doser som er store nok til å slå ut eller ta livet av brukere uten toleranseutvikling,
- (e) økende likegyldighet overfor andre gleder eller interesser, som følge av bruk av ett eller flere psykoaktive stoffer. Mer og mer tid brukes på å skaffe eller innta stoffer eller til å komme seg etter bruken,

(f) substansbruken opprettholdes til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser, som leverskader etter betydelig alkoholkonsum, depressive perioder rett etter perioder med høyt inntak av psykoaktive stoffer, eller substansrelatert reduksjon av kognitivt funksjonsnivå. Det må fastslås om brukeren var, eller kunne forventes å være, klar over skadens natur og omfang.

Stadig mindre variasjon i personlig mønster for inntak av psykoaktive stoffer har også vært angitt som et karakteristisk trekk ved avhengighet (f eks tendens til å innta alkohol på tilsvarende måte til hverdags som i helger, uten hensyn til sosiale konvensjoner for passende drikkevaner).

Et av to viktig kjennetegn ved avhengighetssyndromet må foreligge; enten inntak av psykoaktive stoffer eller sterk trang til å innta en spesifikk substans. Den subjektive bevissthet om trangten til å innta psykoaktive substanser kommer tydeligst frem ved forsøk på å stoppe eller kontrollere bruken. Dette diagnostiske kravet utelukker blant annet kirurgiske pasienter som får opiater for å lindre smerter, og som kan vise tegn til opioid abstinensstilstand når medikamentene ikke lenger gis, men som ikke har noe ønske om å fortsette å ta medikamenter.

Avhengighetssyndromet kan forekomme for et spesifikt stoff (f eks tobakk eller diazepam), for en substansklasse (som opioide substanser), eller for en lang rekke ulike substanser (som for personer som tvangspreget inntar ethvert tilgjengelig stoff, og som viser ubehag, agitasjon og/eller fysiske tegn på abstinensstilstand når inntaket avsluttes).

Inklusive

- kronisk alkoholisme
- dipsomani
- stoffavhengighet

Underinndelinger

Diagnosen avhengighetssyndrom kan spesifiseres med følgende femtegnskoder:

F1x.20 For tiden abstinent

F1x.21 For tiden abstinent, men i beskyttede omgivelser

F1x.22 For tiden på vedlikeholdsbehandling (kontrollert avhengighet)

F1x.23 For tiden abstinent, men mottar behandling med aversivt eller blokkerende stoff

F1x.24 For tiden bruker (aktiv avhengighet)

F1x.25 Vedvarende bruk

F1x.26 Episodisk bruk (dipsomani)

F1x.3 Abstinensstilstand

En gruppe symptomer med varierende sammensetning og alvorlighetsgrad som oppstår ved redusert inntak eller etter avsluttet inntak av et stoff som har blitt inntatt gjentatte ganger, vanligvis over en lengre tidsperiode og i høye doser. Debut og forløp er tidsavgrenset, relatert til substanstype og til den dosen som ble brukt umiddelbart før avsluttet inntak. Abstinensstilstanden kan kompliseres av kramper.

Diagnostiske retningslinjer

Abstinensstilstand er et av kriteriene på avhengighetssyndrom (se F1x.2), og denne diagnosen bør også vurderes.

Abstinensstilstand skal kodes som hoveddiagnose hvis den er grunnen til at pasienten søker lege og den alene er nok til å kreve en medisinsk vurdering.

Somatiske symptomer varierer etter hvilket stoff som blir brukt. Psykiske symptomer som angst, depresjon og søvnforstyrrelser er også vanlige symptomer ved abstinens. Vanligvis vil pasienten gi uttrykk for at abstinenssymptomene lindres ved videre bruk av substansen.

Abstinenssymptomer kan også fremkalles av betingede/lærte stimuli, uten at det har forekommet substansbruk i tiden rett før abstinenssymptomet oppstod. I slike tilfeller skal diagnosen abstinensstilstand bare stilles hvis en er sikker på at symptomene er alvorlige.

Differensialdiagnoser

Mange symptomer som forekommer i abstinensstilstand etter substansbruk kan også være forårsaket av andre psykiske tilstander, som angsttilstander og depressive lidelser. Enkel «bakrus» eller tremor som skyldes andre tilstander må ikke blandes sammen med symptomer på en abstinensstilstand.

Underinndelinger

Diagnosen abstinensstilstand kan ytterligere spesifiseres ved følgende femtegnskoder:

F1x.30 Ukomplisert

F1x.31 Med kramper

F1x.4 Abstinensstilstand med delirium

Tilstand der abstinensstilstanden (se F1x.3) er komplisert med delirium (se kriterier for [F05.-](#)).

Alkoholfremkalt *delirium tremens* skal kodes her. *Delirium tremens* er en kortvarig, men tidvis livstruende, toksisk konfusjonstilstand som ledsages av somatiske forstyrrelser. Den er vanligvis en konsekvens av redusert eller avsluttet inntak av alkohol hos alvorlig avhengige langtidsbrukere. Tilfeller der forstyrrelsen inntreffer i forløpet av en drikkeperiode, skal kodes her.

Typiske prodromer består av søvnløshet, tremor og redsel. Debuten kan også innledes av abstinenskramper. Den klassiske symptomtriaden består av redusert bevissthetsnivå og forvirring, livlige hallusinasjoner og illusjoner, som kan angå alle sansene, samt markert tremor. Vrangforestillinger, agitasjon, insomnia eller reversert søvnrytme, og autonom hyperaktivitet er vanligvis også til stede.

Eksklusive

- delirium, ikke utløst av alkohol eller andre psykoaktive stoffer ([F05.-](#))

Underinndelinger

Diagnosen kan spesifiseres med følgende femtegnskoder:

F1x.40 Uten kramper

F1x.41 Med kramper

F1x.5 Psykotisk lidelse

En gruppe av psykotiske symptomer som opptrer under eller straks etter bruk av psykoaktive substanser og kjennetegnes av livlige hallusinasjoner (typisk hørsel, men ofte mer enn en sansemodalitet), feiltolkninger, vrangforestillinger og/eller selvhenføringsforestillinger (ofte av paranoid natur), psykomotoriske forstyrrelser (eksitasjon eller stupor) og en avvikende affekt som

kan spenne fra intens frykt til ekstase. Sensoriet er vanligvis klart, men det kan være noe bevissthetssvekkelse, uten alvorlig forvirring. Lidelsen forsvinner, i det minste delvis innen 1 måned, og fullstendig innen 6 måneder.

Diagnostiske retningslinjer

En psykotisk forstyrrelse som inntreffer under eller umiddelbart etter substansbruk (vanligvis innen 48 timer) skal kodes her, forutsatt at den ikke er en del av en abstinensstilstand med delirium (se F1x.4) eller en sent debuterende psykose. Sistnevnte forstyrrelse (med debut mer enn to uker etter bruk av substansen) kan forekomme, og skal kodes som F1x.75.

Psykotisk forstyrrelse som er forårsaket av psykoaktive stoffer kan vise seg ved en rekke forskjellige symptomer. Symptommønsteret bestemmes av det aktuelle psykoaktive stoffet og brukerens personlighet. For brukere av sentralstimulerende midler som kokain og amfetamin, er denne forstyrrelsen vanligvis nært knyttet til høye doser og/eller lang tids bruk.

Når substanser med primær hallusinogen effekt er blitt bruk (LSD, meskalin, høye doser cannabis), bør ikke denne diagnosen bare basere seg på forekomsten av hallusinasjoner eller persepsjonsforvrengninger. I slike tilfeller bør også muligheten for diagnosen akutt intoksikasjon (F1x.0) vurderes.

Det må legges stor vekt på å unngå feildiagnostisering av en mer alvorlig tilstand (f eks schizofreni) når det dreier seg om en tilstand som psykotisk forstyrrelse fremkalt av et psykoaktivt stoff. Mange slike tilstander er kortvarige under forutsetning av at det ikke inntas mer av stoffet (som ved amfetamin- og kokainpsykose). Feildiagnoser kan i slike tilfeller ha plagsomme og kostbare følger for pasient og helsevesen.

Inklusive

- alkoholisk hallusinose
- alkoholisk sjalusi
- alkoholisk paranoia
- alkoholisk psykotisk lidelse INA

Differensialdiagnoser

Vurder muligheten for at en annen psykisk forstyrrelse blir forsterket eller utløst av bruk av psykoaktive stoffer (som schizofreni ([F20.-](#)), affektive lidelser [stemningslidelser] ([F30–F39](#)), paranoid eller schizoid personlighetsforstyrrelse ([F60.0–F60.1](#))). I slike tilfeller er diagnosen psykotisk forstyrrelse utløst av psykoaktiv substans ikke riktig.

Underinndelinger

Diagnosen psykotisk tilstand kan spesifiseres med følgende femtegnskoder:

- F1x.50 Schizofreni-lignende
- F1x.51 I hovedsak vrangforestillinger
- F1x.52 I hovedsak hallusinasjoner
- F1x.53 I hovedsak polymorf
- F1x.54 I hovedsak depressivt psykotiske symptomer
- F1x.55 I hovedsak maniske psykotiske symptomer
- F1x.56 Blandet

F1x.6 Amnestisk syndrom

Et syndrom forbundet med kronisk og fremtredende svekkelse av korttidshukommelsen. Langtidshukommelsen er av og til svekket, mens umiddelbar hukommelse er bevart. Det foreligger vanligvis forstyrrelser av tidssans og oppfattelse av tidligere hendelsesrekkefølge, og likeledes ved innlæring av nytt materiale. Konfabulering kan være markert, men er ikke alltid til stede. Andre kognitive funksjoner er vanligvis relativt godt bevarte, og amnestiske skader står ikke i forhold til andre lidelser.

Diagnostiske retningslinjer

Amnestisk syndrom fremkalt av alkohol eller andre psykoaktive substanser som er kodet her, må oppfylle de generelle kriteriene for organisk amnestisk syndrom (se [F04](#)). De primære kravene for denne diagnosen er:

- (a) hukommelsessvikt som viser seg ved svekket korttidshukommelse (innlæring av nytt materiale) forstyrrelser i tidssans (pasienten «stokker» en kronologisk rekkefølge, slår sammen gjentatte hendelser til én, osv),
- (b) ingen svekkelse i umiddelbar hukommelse, ingen reduksjon av bevissthetsnivået og ingen generell kognitiv svekkelse,
- (c) sykehistorie eller objektive holdepunkter for kronisk inntak (og særlig høye doser) av alkohol eller andre psykoaktive stoffer.

Personlighetsforandringer, ofte med tydelig apati og manglende initiativ, og tendens til likegyldighet i forhold til seg selv, kan også være til stede uten at de skal betraktes som nødvendige forutsetninger for diagnosen.

Selv om konfabulering er fremtredende, bør dette symptomet ikke betraktes som en nødvendig forutsetning for diagnosen.

Inklusive

- Korsakoffs psykose eller syndrom, fremkalt av alkohol eller annet psykoaktivt stoff

Differensialdiagnoser

Vurder: organisk amnestisk syndrom (ikke-alkoholisk) (se [F04](#)), andre organiske syndromer som innebærer markert hukommelsessvikt (f eks demens eller delirium) ([F00–F03](#), [F05.-](#)), depressiv lidelse ([F31–F33](#)).

F1x.7 Residual tilstand eller sent innsettende psykotisk lidelse

En forstyrrelse der endringer i kognisjon, følelsesliv, personlighet eller atferd fremkalt av alkohol eller annet psykoaktivt stoff varer utover den tid en med rimelighet kan forvente en direkte påvirkning relatert til en slik substans.

Diagnostiske retningslinjer

Lidelsens debut må relateres direkte til bruk av alkohol eller annet psykoaktivt stoff. Tilfeller der debuten inntreffer etter en brukerperiode, skal bare kodes her dersom det er klare og sterke holdepunkter for å knytte tilstanden til ettervirkninger av den psykoaktive substansen. Forstyrrelsen bør representere en endring fra, eller markert forsterkning av, tidligere og normalt funksjonsnivå.

Lidelsen bør vedvare utover enhver tidsperiode der en kan forvente direkte effekter av den psykoaktive substansen (se F1x.0, akutt intoksikasjon). Demens fremkalt av alkohol eller annet

psykoaktivt stoff er ikke alltid irreversibel; etter en utvidet periode med totalavhold kan intellektuelle funksjoner og hukommelse bedres.

Lidelsen bør omhyggelig skilles fra abstinensrelaterte tilstander (se F1x.3 og F1x.4). Under visse omstendigheter og for spesielle stoffer kan abstinensfenomener være til stede inntil flere uker etter at inntak av stoffet er avsluttet.

Tilstander som er fremkalt av et psykoaktivt stoff, som vedvarer etter at bruken er avsluttet og som oppfyller kriteriene for diagnosen psykotisk forstyrrelse, skal ikke kodes her (bruk F1x.5, psykotisk lidelse). Pasienter som har kronisk slutttilstand ved Korsakoffs syndrom skal kodes under F1x.6.

Differensialdiagnose

Vurder: underliggende psykisk lidelse skjult av substansbruk som blomstrer opp når virkningene av det psykoaktive stoffet forsvinner (f eks fobisk angst, depressive lidelser, schizofreni eller schizotyp lidelse). Ved «flashback», vurder akutt og forbigående psykotisk forstyrrelse ([F23.-](#)). Vurder også organisk skade og mild eller moderat psykisk utviklingshemning ([F70–F71](#)), som kan finnes parallelt med feil bruk av psykoaktive stoffer.

Underinndelinger

Diagnosen kan spesifiseres med følgende femtegnskoder:

F1x.70 Flashbacks

Kan skilles fra psykotisk lidelse delvis ved at tilstanden er en episodisk natur, ofte av en meget kort varighet (sekunder eller minutter) og ved at de er – ofte nøyaktige – kopier av tidligere substansrelaterte opplevelser.

F1x.71 Personlighets- eller atferdsforstyrrelse

Oppfyller kriteriene for organisk personlighetsforstyrrelse ([F07.0](#)).

F1x.72 Residual affektiv lidelse

Oppfyller kriteriene for organisk affektive lidelser [stemningslidelser] ([F06.3](#)).

F1x.73 Demens

Oppfyller de generelle kriteriene for demens som omtalt i innledningen for [F00–F09](#).

F1x.74 Annen vedvarende kognitiv forstyrrelse

Restkategori for lidelser med vedvarende kognitiv svekkelse som ikke oppfyller kriteriene for amnestisk syndrom fremkalt av psykoaktiv substans (F1x.6) eller demens (F1x.73).

F1x.75 Sent innsettende psykotisk lidelse

F1x.8 Andre spesifiserte psykiske lidelser eller atferdsforstyrrelser

Her kan kodes alle andre forstyrrelser der bruk av et stoff kan identifiseres som direkte medvirkende til tilstanden, men som ikke oppfyller kriteriene for noen annen av de ovenfor nevnte forstyrrelsene.

F1x.9 Uspesifisert psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelse

F20–F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser

- [F20](#) Schizofreni
- [F21](#) Schizotyp lidelse
- [F22](#) Paranoide psykoser (vedvarende vrangforestillingslidelser)
- [F23](#) Akutte og forbigående psykoser
- [F24](#) Indusert psykose
- [F25](#) Schizoaffective lidelser
- [F28](#) Andre ikke-organiske psykoser
- [F29](#) Uspesifisert ikke-organisk psykose

Innledning

Schizofreni er den mest utbredte og viktigste lidelsen i denne gruppen. Schizotype lidelser besitter mange av de karakteristiske egenskapene ved schizofrene lidelser og er trolig genetisk forbundet med dem. Likevel er ikke hallusinasjonene, vrangforestillingene og de omfattende atferdsforstyrrelsene ved schizofreni til stede, og derfor blir ikke alltid lege oppsøkt for denne lidelsen. De fleste paranoide lidelser er trolig ikke relatert til schizofreni, selv om det kan være problematisk å skille dem klinisk, særlig i tidlige stadier. De utgjør en heterogen og lite forstått samling lidelser som kan deles inn i to grupper: en med varige paranoide forestillinger og en større gruppe med akutte og forbigående psykose. Den siste gruppen synes å være særlig vanlig i utviklingsland. Undergrupperingene som er tatt med her, må betraktes som foreløpige. Schizoaffective lidelser er beholdt her til tross for at syndromet er kontroversielt.

F20 Schizofreni

Generelt kjennetegnes schizofrene lidelser ved fundamentale og karakteristiske endringer i tenkning og persepsjon, og av inadekvat eller avflatet affekt. Klar bevissthet og intellektuell kapasitet er vanligvis opprettholdt, selv om en viss kognitiv svikt kan utvikles over tid. Lidelsen rammer de mest grunnleggende funksjonene som gir normale personer en opplevelse av individualitet, egenart og mening. De mest intime tanker, følelser og handlinger oppleves ofte som kjente for, eller delt av, andre. Forklarende vrangforestillinger kan utvikle seg slik at pasientene mener at naturlige eller overnaturlige krefter påvirker deres tanker og handlinger på måter som kan virke bisarre. Personen kan oppfatte seg selv som midtpunkt for alt som skjer. Hallusinasjoner, særlig auditive, er vanlige og kan påvirke personens atferd eller tanker. Persepsjonen er ofte forstyrret på andre måter; farger eller lyder kan virke overdrevent sterke eller kvalitativt endrede. Irrelevante trekk ved ordinære ting kan oppfattes som viktigere enn hele objektet eller situasjonen. Rådløshet er også vanlig på et tidlig stadium og fører ofte til en tro på at hverdagslige situasjoner har en spesiell, og vanligvis truende, betydning som kun er tiltenkt personen selv. I den karakteristiske schizofrene forstyrrede tenkning, blir perifere og irrelevante trekk, som vanligvis undertrykkes, fremhevet og brukt i stedet for trekk som er relevante i situasjonen. Slik blir tenkningen vag, ufullstendig og uklar, og uttrykt i tale kan den bli uforståelig. Tankerekken er preget av avbrudd og innskytelser, og det synes som om tankene blir holdt tilbake av utenforliggende krefter. Stemningsleiet er typisk overfladisk, ustadig eller upassende. Ambivalens og forstyrrelse av viljeslivet kan gi seg utslag i inert (treghet), negativisme eller stupor. Katatoni kan forekomme. Debuten kan være akutt, med alvorlig forstyrret atferd, eller snikende, med gradvis utvikling av merkelige ideer og rar oppførsel. Lidelsens

utviklingsforløp er variabel og er på ingen måte uunngåelig kronisk eller progredierende (utviklingsforløpet spesifiseres ved femtegnskategorier). En viss andel av tilfellene, som varierer mellom kulturer og folkeslag, oppnår fullstendig eller delvis restitusjon. Det er ingen kjønnsforskjeller når det gjelder insidens, men debuten synes å inntreffe senere hos kvinner.

Selv om ingen egentlige patognomoniske symptomer kan identifiseres, er det av praktiske grunner nyttig å dele symptomene ovenfor inn i grupper som er særlig viktige for diagnosen og som ofte forekommer samtidig:

- (a) tankeekko, tankepåføring eller tanketyveri, og tankekringkasting,
- (b) vrangforestillinger når det gjelder persepsjon og kontroll, influens eller passivitetsbevissthet med klar referanse til bevegelser av kropp eller kroppsdeler eller spesifikke tanker, handlinger eller følelser,
- (c) hallusinatoriske stemmer som løpende kommenterer eller diskuterer pasienten i tredje person, eller andre typer hallusinatoriske stemmer som kommer fra ulike deler av kroppen,
- (d) vedvarende vrangforestillinger av andre typer som er kulturelt upassende og fullstendig umulige, som religiøs eller politisk identitet, eller overmenneskelige krefter og egenskaper (f.eks. å kunne styre været eller kommunisere med vesener fra en fremmed verden),
- (e) vedvarende hallusinasjoner av alle modaliteter, som enten er ledsaget av vage eller halvformulerte vrangforestillinger uten et klart affektivt innhold, vedvarende overvurderte ideer, eller som inntreffer daglig og vedvarer i uker eller måneder,
- (f) tankeavbrudd eller -innskytelser som gir usammenhengende eller irrelevant tale, eller neologismer,
- (g) kataton atferd, som eksitasjon, posering, voksaktig fleksibilitet, negativisme, mutisme og stupor,
- (h) «negative» symptomer som markert apati, avbrutt tale og avflatete eller usammenhengende følelsesmessige responser som vanligvis resulterer i sosial isolasjon og nedsatte sosiale evner, men som ikke skyldes depresjon eller behandling med nevroleptika,
- (i) en betydelig og vedvarende kvalitetsendring av enkelte sider ved personlig atferd, tilkjennegett som interesseløshet, formålsløshet, liten aktivitet, selvopptatthet og sosial tilbaketrekning.

Diagnostiske retningslinjer

Det vanlige kravet for en schizofrenidiagnose er at minst ett meget klart symptom (vanligvis to eller flere hvis symptomene er mindre tydelige) som tilhører en av gruppene (a) til (d) ovenfor, eller symptomer fra minst to av gruppene (e) til (h), må ha vært tydelig til stede i en vesentlig del av tiden *i en periode på én måned eller mer*. Tilstander som oppfyller slike symptomatiske krav, men som varer mindre enn én måned (behandlet eller ikke) bør i det første tilfellet diagnostiseres som akutt schizofrenilignende psykotisk lidelse ([F23.2](#)) og omklassifiseres som schizofreni hvis symptomene vedvarer i lengre perioder. Symptom (i) i oppstillingen ovenfor gjelder bare diagnoser på enkel schizofreni ([F20.6](#)) med minst ett års varighet.

I ettertid kan det vise seg at en prodromal fase med symptomer og atferd som for eksempel manglende interesse for arbeid, sosiale aktiviteter og personlig utseende og hygiene, i kombinasjon med generell angst, lett depresjon og sinnsforvirring, oppsto noen uker eller måneder før de psykotiske symptomer. På grunn av vanskene med å tidfeste debuten, gjelder varighetskriteriet på én måned bare de spesifikke symptomene i oppstillingen ovenfor, og ikke prodromer i en ikke-psykotisk fase.

Diagnosen schizofreni bør ikke stilles hvis omfattende depressive eller maniske symptomer er til stede, med mindre det er sikkert at schizofrene symptomer inntraff før den affektive lidelsen. Hvis både schizofrene og affektive symptomer utvikles sammen og er jevnt balansert, skal diagnosen schizoaffektiv lidelse ([F25.-](#)) stilles, selv om de schizofrene symptomene i seg selv er forenlig med en schizofrenidiagnose. Schizofreni må ikke diagnostiseres ved åpenbar hjernesykdom, under påvirkning av stoff eller ved abstinenslignende tilstander. Lignende lidelser som utvikles under epilepsi eller

annen hjernesykdom, skal klassifiseres under [F06.2](#), og lidelser som er fremkalt av psykoaktive stoffer, under F1x.5.

Underinndelinger

Utviklingsforløpet kan klassifiseres med følgende femtegnskoder:

F20.x0	Kronisk
F20.x1	Episodisk med progredierende defekt
F20.x2	Episodisk med stabil defekt
F20.x3	Episodisk med remisjon
F20.x4	Ufullstendig remisjon
F20.x5	Fullstendig remisjon
F20.x8	Annet forløp
F20.x9	Ukjent forløp, for kort observasjonstid

F20.0 Paranoid schizofreni

Dette er den vanligste typen schizofreni i store deler av verden. Det kliniske bildet domineres av relativt stabile, ofte paranoide, vrangforestillinger, som vanligvis ledsages av hallusinasjoner, særlig for hørsel, og perseptuelle forstyrrelser. Det er ikke fremtredende forstyrrelser i følelses- og viljesliv og av talen eller katatone symptomer.

Eksempler på de vanligste paranoide symptomene er:

- (a) vrangforestillinger om forfølgelse eller selvhenføring, om å være av edel herkomst, ha et spesielt kall, om kroppslige endringer eller sjalusi,
- (b) hallusinatoriske stemmer som truer pasienten eller gir ordre, eller auditive ikke-verbale hallusinasjoner som plystring, nynning eller latter,
- (c) hallusinasjoner om lukt eller smak, eller om seksuelle eller andre kroppslige opplevelser.

Visuelle hallusinasjoner kan forekomme, men er sjelden dominerende.

Tankeforstyrrelser kan være tydelige i akutte tilfeller, men de forhindrer likevel ikke en klar beskrivelse av typiske vrangforestillinger eller hallusinasjoner. Følelseslivet er vanligvis mindre avflatet enn i andre varianter av schizofreni, men en mindre grad av inkongruens er vanlig, og det samme er irritabilitet, bråsinne, engstelse og mistenksomhet. «Negative» symptomer som sløvet affekt og svekket vilje er ofte til stede, men dominerer ikke det kliniske bildet.

Utviklingsforløpet av paranoid schizofreni kan være episodisk med delvis eller fullstendig remisjon, eller kronisk. I kroniske tilfeller vedvarer de velutviklede symptomene i flere år, og det er vanskelig å skille sykdomsepisodene fra hverandre. Debuten inntreffer ofte senere enn ved de hebefrene og katatone formene.

Diagnostiske retningslinjer

De generelle kriteriene for en schizofrenidiagnose (se innledningen for F20 ovenfor) må være oppfylt. I tillegg må hallusinasjoner og/eller vrangforestillinger være fremtredende, og forstyrrelser i affekt, vilje og tale, og katatone symptomer, må være relativt ubetydelige. Hallusinasjonene er vanligvis av typen beskrevet i (b) og (c) ovenfor. Vrangforestillinger kan være av nesten alle typer, men vrangforestillinger om kontroll, påvirkning eller passivitet samt ulike former for forfølgelsesideer er de mest karakteristiske.

Inklusive

- parafren schizofreni

Differensialdiagnoser

Det er viktig å ekskludere psykotiske lidelser som skyldes epilepsi og stoffbruk, og å huske at forfølgelsesideer kan ha liten diagnostisk betydning hos mennesker fra visse land eller kulturer.

Eksklusive

- paranoid involusjonsslidelse ([F22.8](#))
- paranoia ([F22.0](#))

F20.1 Hebefren schizofreni

Er en form for schizofreni der stemningsforandringer er fremtredende, vrangforestillinger og hallusinasjoner er foranderlige og fragmenterte, atferden er uansvarlig og uforutsigbar og manierthet er vanlig. Affektene er grunne og upassende, og ledsages ofte av fnising eller selvtilfredse smil, eller av overlegen oppførsel, grimaser, manierthet, pek, hypokondriske plager og gjentakelse av setninger. Tankegangen er uorganisert og talen er usammenhengende. Det er tendens til forbli alene, og atferden synes å være uten mål og mening. Denne formen for schizofreni starter vanligvis i alderen mellom 15 og 25 år, og har en dårlig prognose på grunn av den raske utviklingen av «negative» symptomer, særlig avflating av følelseslivet og viljeløshet.

I tillegg er vanligvis forstyrrelser i følelses- og viljesliv, og tankeforstyrrelser fremtredende. Hallusinasjoner og vrangforestillinger kan forekomme, men er sjelden fremtredende. Handlekraft og besluttsomhet er borte og målsettinger oppgitt, slik at pasientens atferd blir på en karakteristisk måte formåls- og meningsløs. En overfladisk og affektert interesse for religion, filosofi og andre abstrakte emner kan forsterke lytterens problemer med å følge tankerekken.

Diagnostiske retningslinjer

De generelle kriteriene for en schizofrenidiagnose (se innledningen til F20 ovenfor) må være oppfylt. Hebefreni skal vanligvis bare diagnostiseres for første gang i pubertetsalderen eller hos unge voksne. Den premorbide personligheten er ofte, men ikke nødvendigvis, sky og tilbaketrukket. For at en sikker hebefrenidiagnose skal kunne stilles, er det ofte nødvendig med kontinuerlig observasjon i en periode på to eller tre måneder, for å få visshet om at de karakteristiske atferdstrekkene beskrevet ovenfor er til stede.

Inklusive

- disorganisert schizofreni
- hebefreni

F20.2 Kataton schizofreni

Fremtredende psykomotoriske forstyrrelser er essensielle og dominerende trekk og kan veksle mellom ytterpunkter som hyperkinesi og stupor, eller automatisk underdanighet og negativisme. Anstrengte holdninger og positurer kan opprettholdes over lang tid. Episoder med voldelig eksitasjon kan være et fremtredende kjennetegn ved tilstanden.

Av ukjente årsaker forekommer kataton schizofreni nå sjelden i industrialiserte land, selv om tilstanden fortsatt er vanlig i andre land. De katatone fenomenene kan være kombinert med en drømmelignende (oneiroid) tilstand med livaktige, maleriske hallusinasjoner.

Diagnostiske retningslinjer

De generelle kriteriene for en schizofrenidiagnose (se innledningen til F20 ovenfor) må være oppfylt. Kortvarige og isolerte katatone symptomer kan forekomme i sammenheng med alle andre undertyper av schizofreni, men for at diagnosen kataton schizofreni skal kunne stilles, må en eller flere av følgende atferdstyper dominere det kliniske bildet:

- (a) stupor (markert nedsatt reaksjonsevne i forhold til miljøet og i spontane bevegelser og spontan aktivitet) eller mutisme,
- (b) eksitasjon (tilsynelatende formålsløs motorisk aktivitet, upåvirket av eksterne stimuli),
- (c) posering (å frivillig innta og opprettholde upassende eller bisarre stillinger),
- (d) negativisme (tilsynelatende umotivert motstand mot alle ordrer eller forsøk på å bevege, eller bevegelse i motsatt retning),
- (e) rigiditet (opprettholdt motstand mot å bli beveget),
- (f) voksaktig fleksibilitet (lemmer og kropp holdes i påtvungne stillinger), og
- (g) andre symptomer som ordreautomatisme (automatisk utføring av ordrer) og gjentakelse av ord og setninger.

Hos pasienter med atferdsmessige tegn på katatone forstyrrelser, som ikke snakker, må kanskje en tentativ schizofrenidiagnose stilles, til tilstrekkelige tegn på andre symptomer er innhentet. Det er også viktig å være klar over at katatone symptomer ikke er diagnostiske for schizofreni. Katatone symptomer kan også bli fremkalt av hjernesykdommer, metabolske forstyrrelser eller alkohol- og substansinntak, og kan også inntreffe ved stemningslidelser.

Inklusive

- kataton stupor
- schizofren katalepsi
- schizofren katatoni
- schizofren flexibilitas cerea

F20.3 Udifferensiert schizofreni

Tilstander som oppfyller de generelle diagnostiske kriteriene for schizofreni (se innledningen til F20 ovenfor), men som ikke passer med noen av undergrupperingene ovenfor ([F20.0–F20.2](#)), eller oppfyller mer enn én av dem uten at et spesifikt utvalg av diagnostiske kjennetegn dominerer. Kategorien skal bare brukes for psykotiske tilstander (dvs at residual schizofreni, [F20.5](#), og post-schizofrene depresjoner, [F20.4](#), ekskluderes) og etter at tilstanden er forsøkt klassifisert i en av de tre foregående kategoriene.

Diagnostiske retningslinjer

Kategorien er reservert for lidelser som:

- (a) oppfyller de generelle kriteriene for schizofreni,
- (b) har utilstrekkelig mange symptomer til å kunne oppfylle kriteriene for bare en av undergruppene [F20.1](#), [F20.2](#), [F20.4](#) eller [F20.5](#), eller som har så mange symptomer at mer enn en av undergruppene paranoid ([F20.0](#)), hebefren ([F20.1](#)) eller kataton ([F20.4](#)) er oppfylt.

Inklusive

- atypisk schizofreni

F20.4 Post-schizofren depresjon

En depressiv episode som kan vare lenge, og som oppstår etter en schizofren lidelse. Noen symptomer på schizofreni må fremdeles være til stede, men ikke lenger dominere det kliniske bildet. De vedvarende schizofrene symptomene kan være «positive» eller «negative», selv om det siste er vanligst. Det er usikkert og uvesentlig for diagnosen i hvilken grad de depressive symptomene har blitt avdekket når tidligere psykotiske symptomer er bedret (og ikke representerer noen ny utvikling), eller om de utgjør et aspekt ved schizofreni mer enn en psykisk reaksjon på lidelsen. De er sjelden tilstrekkelig alvorlige eller omfattende til å oppfylle kriteriene for en alvorlig depressiv episode ([F32.2](#) og [F32.3](#)), og det er ofte vanskelig å bestemme hvilke av pasientens symptomer som skyldes depresjon, og hvilke som skyldes nevroleptika behandling eller den svekkede vilje og følelsesmessige avflating som er en del av selve schizofrenien. Denne depressive lidelsen ledsages av økt selvmordsrisiko.

Diagnostiske retningslinjer

Diagnosen skal bare stilles hvis:

- (a) pasienten har hatt en schizofren lidelse som oppfyller de generelle kriteriene for schizofreni (se innledningen til F20 ovenfor) i løpet av de siste 12 månedene,
- (b) noen schizofrene symptomer fremdeles er til stede, og
- (c) de depressive symptomene er fremtredende og plagsomme, og oppfyller minst kriteriene for en depressiv episode ([F32.-](#)) og har vært til stede i minst to uker.

Hvis pasienten ikke lenger har schizofrene symptomer, skal en depressiv episode diagnostiseres ([F32.-](#)). Hvis schizofrene symptomer fremdeles er velutviklede og fremtredende, skal diagnosen fortsatt være i henhold til en schizofreni-undergruppe ([F20.0](#), [F20.1](#), [F20.2](#) eller [F20.3](#)).

F20.5 Residual schizofreni

Kronisk stadium i utviklingen av en schizofren lidelse med klar progresjon fra et tidlig stadium (som innbefatter en eller flere episoder med psykotiske symptomer som oppfyller de generelle kriteriene for schizofreni som beskrevet ovenfor) til et senere stadium, kjennetegnet av langvarige, men ikke nødvendigvis irreversible, «negative» symptomer.

Diagnostiske retningslinjer

Følgende er nødvendig for at en sikker diagnose skal stilles:

- (a) fremtredende «negative» schizofrene symptomer, som psykomotorisk retardasjon, lav aktivitet, følelsesavflatning, passivitet og mangel på initiativ, ord- eller innholdsfattig språk, dårlig ikke-verbal kommunikasjon gjennom ansiktsuttrykk, øyekontakt, stemmemodulering og positurer, likegyldighet overfor egenomsorg og reduserte sosiale ferdigheter,
- (b) tidligere tegn på minst én klar psykotisk episode som oppfyller de diagnostiske kriteriene for schizofreni,
- (c) en periode på *minst ett år*, der intensitet og frekvens av velutviklede symptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner har vært minimale eller vesentlig redusert, og det «negative» schizofrene syndromet har vært til stede,

(d) fravær av demens eller annen organisk sykdom eller forstyrrelse i hjernen, og fravær av kronisk depresjon eller institusjonalisering som kan forklare de negative svekkelsene.

Dersom ikke tilstrekkelig informasjon om pasientens bakgrunn er tilgjengelig, og det derfor er usikkert om schizofreni-kriteriene har vært oppfylt tidligere, kan det bli nødvendig å stille en foreløpig diagnose på residual schizofreni.

Inklusive

- kronisk udifferensiert schizofreni
- «Restzustand» (schizofren)
- schizofren residualtilstand

F20.6 Enkel schizofreni

Lite utbredt lidelse med en snikende, men progressiv utvikling av merkelig atferd, manglende evne til å møte samfunnets krav og generelt reduserte ferdigheter. Vrangforestillinger og hallusinasjoner er ikke fremtredende, og lidelsen er mindre åpenbar psykotisk enn de hebefrene, paranoide og katatone undergruppene av schizofreni. De karakteristiske «negative» kjennetegnene ved residual schizofreni (f eks følelsesavflatning og tap av viljestyrke) utvikles uten forutgående tydelige psykotiske symptomer. Økt sosial svekkelse kan resultere i at personen begynner å vandre rundt og bli selvpptatt, uvirksom og formålsløs.

Diagnostiske retningslinjer

Enkel schizofreni er en vanskelig diagnose å stille med sikkerhet, fordi den avhenger av en langsom utvikling av de karakteristiske «negative» symptomene ved residual schizofreni (se [F20.5](#)) uten noen bakgrunn med hallusinasjoner, vrangforestillinger eller andre manifestasjoner på en tidligere psykotisk episode, og med betydelige forandringer i personlighetsatferd som blir uttrykt ved markert interessedetap, uvirksomhet og sosial tilbaketrekning over en periode på minst ett år.

Inklusive

- schizofrenia simplex

F20.8 Andre spesifiserte typer schizofreni

Inklusive

- cenestopatisk schizofreni
- schizofreniform lidelse INA

Eksklusive

- akutt schizofrenilignende lidelse ([F23.2](#))
- cyklisk schizofreni ([F25.2](#))
- latent schizofreni ([F23.2](#))

F20.9 Uspesifisert schizofreni

F21 Schizotyp lidelse

Lidelse karakterisert ved eksentrisk atferd og anomalier i tanke- og følelsesliv som ligner kjennetegnene på schizofreni, men uten at klare og karakteristiske schizofrene anomalier har

inntruffet på noe tidspunkt. Det foreligger ingen dominerende eller typisk forstyrrelse, men alle disse kan være til stede:

- (a) upassende eller hemmet affekt (personen virker kald og fjern),
- (b) rar, eksentrisk eller påfallende atferd,
- (c) dårlig kontakt med andre og tilbøyelighet til sosial tilbaketrekning,
- (d) underlige oppfatninger eller magisk tenkemåte som påvirker atferd og er i uoverensstemmelse med subkulturelle normer,
- (e) mistenksomhet eller paranoide oppfatninger,
- (f) tvangsmessig grubling uten indre motstand, ofte med dysmorfofobisk, seksuelt eller aggressivt innhold,
- (g) uvanlige perseptuelle opplevelser med somatosensoriske (kroppslige) eller andre illusjoner, depersonalisasjon- og derealisasjonssyndrom,
- (h) vag, omstendelig, metaforisk, overdetaljert eller stereotyp tenkning, uttrykt ved underlig tale eller på andre måter, men uten betydelig inkohrens,
- (i) leilighetsvis og forbigående nær-psykotiske episoder med intense illusjoner, auditive eller andre hallusinasjoner og ideer på grensen av vrangforestillinger, som vanligvis inntreffer uten noen provokasjon.

Lidelsen er kronisk, med varierende intensitet. I noen tilfeller utvikler den seg til tydelig schizofreni. Det foreligger ingen klar debut og utviklingsforløpet er vanligvis som ved personlighetsforstyrrelser. Lidelsen er mer utbredt hos personer som er i slekt med schizofrene personer og antas å være en del av det genetiske spektrum for schizofrene lidelser.

Diagnostiske retningslinjer

Kategorien anbefales ikke for vanlig bruk, da den ikke er klart avgrenset fra enkel schizofreni eller schizoide eller paranoide personlighetsforstyrrelser. Hvis begrepet blir brukt, må tre eller fire av de typiske trekkene som er nevnt ovenfor, ha vært kontinuerlig eller episodisk til stede *i minst to år*. Personen må aldri ha oppfylt kriteriene for schizofreni. En bakgrunn med schizofreni hos meget nære slektninger styrker diagnosen, men er ingen betingelse.

Inklusive

- borderline schizofreni
- latent schizofreni
- latent schizofren reaksjon
- prepsykotisk schizofreni
- prodromal schizofreni
- psevdonevrotisk schizofreni
- psevdopsykopatisk schizofreni
- schizotyp personlighetsforstyrrelse

Eksklusive

- Aspergers syndrom ([F84.5](#))
- schizoid personlighetsforstyrrelse ([F60.1](#))

F22 Paranoide psykoser (vedvarende vrangforestillings- lidelser)

Lidelser der langvarige vrangforestillinger utgjør de eneste, eller de mest fremtredende, kliniske kjennetegnene, og som ikke kan klassifiseres som organisk lidelse, schizofreni eller som stemningslidelse. De er trolig heterogene og har uklare slektsbånd til schizofreni. Betydningen av genetiske faktorer, personlighetstrekk og livsforhold når det gjelder hvordan lidelsen oppstår, er

usikker og trolig varierende.

F22.0 Paranoid psykose (vrangforestillingslidelse)

Gruppe lidelser som kjennetegnes ved utviklingen av enten en enkeltstående vrangforestilling eller flere beslektede vrangforestillinger, som vanligvis er vedvarende og noen ganger livsvarige. Vrangforestillingene varierer i innhold. Ofte forekommer forfølgelsesideer, eller forestillingene kan være av hypokondrisk eller grandios natur. De kan også handle om uoverensstemmelser eller sjalusi, eller uttrykke en overbevisning om at ens egen kropp er misformet, eller at andre synes at vedkommende lukter vondt eller tror at han/hun er homoseksuell. Annen psykopatologi er vanligvis fraværende, men depressive symptomer kan tidvis være til stede, og lukte- og sansehallusinasjoner kan i noen tilfeller utvikles. Klar og vedvarende hørselshallusinose (stemmer), schizofrene symptomer som vrangforestillinger om kontroll eller tydelig følelsesavflatning, eller klare beviser for hjernesykdom, er imidlertid uforenlige med denne diagnosen. Tidvis eller forbigående hørselshallusinasjoner, særlig hos eldre pasienter, utelukker ikke denne diagnosen, forutsatt at de ikke er typisk schizofrene og bare utgjør en liten del av det samlede kliniske bildet. Debuten kommer vanligvis i voksen alder, men kan opptre i tidlig voksen alder, særlig i tilfeller hvor det foreligger oppfatning om å ha en misformet kropp. Innholdet i vrangforestillingene og debuttidspunktet kan ofte relateres til personens livssituasjon, f.eks. forfølgelsesideer hos personer som tilhører minoritetsgrupper. Bortsett fra handlinger og holdninger som er direkte relatert til vrangforestillingene eller vrangforestillingssystemet, er affekt, tale og atferd normal.

Diagnostiske retningslinjer

Vrangforestillinger er det mest påfallende eller det eneste kliniske kjennetegnet. De må foreligge i minimum tre måneder og være tydelig personlige, ikke subkulturelle. Depressive symptomer eller en fullt utviklet depressiv episode ([F32.-](#)) kan være tidvis til stede, forutsatt at vrangforestillingene vedvarer når de depressive symptomene ikke er til stede. Det må ikke være tegn til hjernesykdom; ingen eller kun leilighetsvis hørselshallusinasjoner, og ingen sykehistorie med schizofrene symptomer (vrangforestillinger om kontroll, tankekringkasting osv).

Inklusive

- paranoia
- paranoid psykose
- paranoid tilstand
- parafreni (sen)
- «sensitiver Beziehungswahn»

Eksklusive

- paranoid personlighetsforstyrrelse ([F60.0](#))
- psykogen paranoid psykotisk lidelse ([F23.3](#))
- paranoid reaksjon ([F23.3](#))
- paranoid schizofreni ([F20.0](#))

F22.8 Andre spesifiserte paranoide psykoser

Residualkategori for vedvarende vrangforestillingslidelser som ikke oppfyller kriteriene for paranoide psykoser ([F22.0](#)). Lidelser der vrangforestillinger ledsages av vedvarende hallusinatoriske stemmer eller av schizofrene symptomer som ikke er tilstrekkelige til å oppfylle kriteriene for schizofreni ([F20.-](#)), skal kodes her. Vrangforestillingslidelser som har vart i mindre enn tre måneder, skal kodes, i det minste foreløpig, under [F23.-](#).

Inklusive

- dysmorfofobi, psykotisk
- paranoid involusjonslidelse
- kverulantparanoia

F22.9 Uspesifisert paranoid psykose

F23 Akutte og forbigående psykoser

Systematisk klinisk informasjon som kunne gi sikre retningslinjer i klassifiseringen av akutte psykotiske lidelser er ennå ikke tilgjengelig. Den begrensede informasjon og klinisk tradisjon gjør at det i dag ikke er mulig å etablere begreper som klart kan defineres og skilles fra hverandre. I mangel av et utprøvd og testet multiaksesystem, er det etablert en metode som blir brukt her for å unngå diagnostisk forvirring. Metoden går ut på å lage en diagnostisk sekvens som viser prioriteringen av utvalgte hovedtrekk ved lidelsen. Prioritetsrekkefølgen er:

- (a) akutt debut (innen to uker) som det definerende kjennetegn for hele gruppen,
- (b) forekomst av typiske syndromer,
- (c) forekomst av akutt påkjenning.

Klassifikasjonen er likevel laget slik at de som ikke er enige i denne prioriteringen, kan identifisere akutte psykotiske lidelser med hvert av de spesifiserte kjennetegnene.

Det anbefales en nærmere debutspesifisering for alle lidelsene i denne gruppen. *Akutt debut* defineres som en endring fra en tilstand uten psykotiske trekk til en klart avvikende psykotisk tilstand, i løpet av en periode på to uker eller mindre. Det ser ut til at en akutt debut har en viss sammenheng med et godt utfall, og det kan være at jo mer akutt tilstanden er, jo bedre blir utfallet. Det anbefales derfor at *brå debut* (innen 48 timer eller mindre) blir spesifisert når dette er relevant.

De utvalgte typiske syndromene er først og fremst den raskt vekslende og variable tilstanden, her kalt «polymorf», som i mange land har blitt gitt en fremtredende plass når det gjelder akutte psykotiske tilstander, og dernest eventuelle typiske schizofrene symptomer.

Samtidig akutt påkjenning kan eventuelt spesifiseres med et femte tegn, ut fra den tradisjonelle tilknytning til akutt psykotisk lidelse. Den begrensede informasjon som er tilgjengelig, indikerer likevel at en vesentlig del av akutte psykotiske lidelser oppstår uten samtidige påkjenninger. Det er derfor mulig å kode for tilstedeværelse eller fravær av påkjenning. Samtidig akutt påkjenning vil her si at de første psykotiske symptomene inntreffer i løpet av to uker, med en eller flere hendelser som ville oppfattes som belastende av de fleste i lignende omstendigheter og innenfor samme kultur. Typiske hendelser kan være dødsfall, uventet tap av partner eller jobb, ekteskap, eller psykiske traumer ved krigshandlinger, terrorisme og tortur. Langvarige vansker eller problemer skal ikke inkluderes som belastningskilde i denne sammenhengen.

Fullstendig restitusjon oppnås vanligvis innen to til tre måneder og ofte innen få uker eller dager. Bare et fåtall pasienter med disse lidelsene utvikler vedvarende og invalidiserende tilstander. Dessverre har man i dag ikke tilstrekkelige kunnskaper til at man på et tidligere tidspunkt kan forutsi hvilke pasienter som ikke kan helbredes raskt.

Disse kliniske beskrivelsene og diagnostiske retningslinjene er skrevet med tanke på at de vil bli benyttet av klinikere som kan ha behov for å stille en diagnose når de må undersøke og behandle pasienter i løpet av få dager eller uker når lidelsen oppstår, uten å vite hvor lenge lidelsen vil vare. Det gis noen påminnelser om tidsbegrensninger og overganger fra én lidelse til en annen, for at de som diagnostiserer ikke skal glemme behovet for å oppdatere diagnosene.

Nomenklaturet for disse akutte lidelsene er like usikkert som deres nosologiske status, men enkle og

kjente begreper er forsøkt brukt. «Psykose» brukes som overordnet betegnelse for alle lidelsene i gruppen («psykotisk» er definert i den generelle innledningen) med kvalifiserende tilleggsbegreper som angir det viktigste definerende kjennetegn for hver type, som det fremgår av sekvensen ovenfor.

Diagnostiske retningslinjer

Ingen av lidelsene i gruppen oppfyller kriteriene for maniske ([F30.-](#)) eller depressive ([F32.-](#)) episoder, selv om følelsesmessige endringer og individuelle affektive symptomer til tider kan være fremtredende.

Lidelsene kjennetegnes også av mangel på organiske årsaker, som hjernerystelse, delirium eller demens. Perpleksitet, fordyppelse i egne tanker og manglende tilstedeværelse i forhold til en pågående samtale forekommer ofte, men hvis dette er så markert eller langvarig at det kan tyde på organisk delirium eller demens, bør diagnostiseringen utsettes til undersøkelser eller observasjon har klarlagt dette. Likedan skal ikke lidelser i [F23.-](#) diagnostiseres i tilfeller med åpenbar stoff- eller alkoholforgiftning. En nylig mindre økning i inntak av eksempelvis alkohol eller marihuana, uten tegn til alvorlig forgiftning eller desorientering, må imidlertid ikke utelukke en diagnostisering av en av disse akutte psykotiske lidelsene.

Det er viktig å merke seg at 48-timers- og 2-ukerskriteriene ikke er satt som tidspunkt for maksimal alvorlighetsgrad og forstyrrelse, men som tidspunkt for når de psykotiske symptomene er blitt tydelige og virker forstyrrende inn på dagligliv og arbeid. Den maksimale forstyrrelsen kan inntreffe senere i begge tilfeller; symptomene og lidelsene må bare være tydelige på de nevnte tidspunktene på en slik måte at pasienten vanligvis vil ha fått hjelp eller søkt lege. Prodromale perioder med angst, depresjoner, sosial tilbaketrekning eller mildt avvikende atferd, kvalifiserer ikke for inklusjon i disse tidsperiodene.

Underinndelinger

Et femte tegn kan indikere om den akutte psykosen er forbundet med akutt påkjenning eller ikke:

F23.x0 Uten akutt påkjenning

F23.x1 Med akutt påkjenning

F23.0 Akutt polymorf psykose (non-schizofreniform)

Akutt psykotisk lidelse der hallusinasjoner, vrangforestillinger og perseptuelle forstyrrelser er tydelige, men klart svingende fra dag til dag eller fra time til time. Emosjonell turbulens med intens forbigående følelse av lykke eller ekstase eller angst og irritasjon er også ofte til stede. Dette polymorfe og ustabile, varierende kliniske bildet er karakteristisk, og selv om individuelle affektive eller psykotiske symptomer noen ganger kan være til stede, er ikke kriteriene for manisk episode ([F30.-](#)), depressiv episode ([F32.-](#)) eller schizofreni ([F20.-](#)) oppfylt. Lidelsen har ofte en brå debut (i løpet av 48 timer) og rask bedring av symptomer. I en stor del av tilfellene foreligger ikke noen åpenbar utløsende faktor.

Hvis symptomene vedvarer i mer enn tre måneder, må diagnosen endres. (Paranoide psykoser ([F22.-](#)) eller andre ikke-organiske psykoser ([F28](#)) passer ofte best).

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

(a) debuten må være akutt (fra en ikke-psykotisk tilstand til en klart psykotisk tilstand i løpet av to uker eller mindre),

- | |
|---|
| (b) det må være flere typer hallusinasjoner eller vrangforestillinger som varierer i type og intensitet fra dag til dag, eller i løpet av samme dag,
(c) det må være en tilsvarende skiftende følelsesmessig tilstand, og
(d) til tross for mangfoldige symptomer, må ingen av disse være av en slik art at de oppfyller kriteriene for schizofreni (F20.-) eller for manisk eller depressiv episode (F30.- eller F32.-). |
|---|

Inklusive

- «bouffée délirante» uten symptomer på schizofreni eller uspesifisert
- cykloid psykose uten symptomer på schizofreni eller uspesifisert

F23.1 Akutt polymorf schizofreniform psykose

Akutt psykotisk lidelse som oppfyller de deskriptive kriteriene for akutt polymorf psykose ([F23.0](#)), men typisk schizofrene symptomer er også til stede.

Diagnostiske retningslinjer

For en sikker diagnose må kriteriene (a), (b) og (c) spesifisert for akutt polymorf psykose ([F23.0](#)) være oppfylt. I tillegg må symptomer som oppfyller kriteriene for schizofreni ([F20.-](#)) ha vært til stede det meste av tiden etter at et klart psykotisk klinisk bilde er etablert.

Hvis de schizofrene symptomene vedvarer i mer enn én måned, skal diagnosen endres til schizofreni ([F20.-](#)).

Inklusive

- «bouffée délirante» med symptomer på schizofreni
- cykloid psykose med symptomer på schizofreni

F23.2 Akutt schizofrenilignende psykose

Akutt psykotisk lidelse der de psykotiske symptomene er relativt stabile og oppfyller kriteriene for schizofreni ([F20.-](#)), men har vedvart i mindre enn én måned. En viss grad av følelsesmessig variabilitet eller ustabilitet kan være til stede, men ikke i den utstrekning som er beskrevet for akutt polymorf psykose ([F23.0](#)).

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- | |
|--|
| (a) de psykotiske symptomene må ha akutt debut (to uker eller mindre fra en ikke-psykotisk til en tydelig psykotisk tilstand),
(b) symptomer som oppfyller kriteriene for schizofreni (F20.-) må ha vært til stede det meste av tiden etter etableringen av et klart psykotisk klinisk bilde,
(c) kriteriene for akutt polymorf psykose er ikke oppfylt. |
|--|

Hvis de schizofrene symptomene vedvarer i mer enn én måned, skal diagnosen endres til schizofreni ([F20.-](#)).

Inklusive

- akutt (udifferensiert) schizofreni
- kortvarig schizofreniform lidelse

- kortvarig schizofreniform psykose
- oneirofreni schizofren reaksjon

Eksklusive

- organisk paranoid lidelse ([F06.2](#))
- schizofreniform psykose INA ([F20.8](#))

F23.3 Akutt paranoid psykose

Akutte psykoser der relativt stabile vrangforestillinger eller hallusinasjoner dominerer det kliniske bildet, men ikke oppfyller kriteriene for schizofreni ([F20.-](#)). Forfølgelsesideer eller selvhenføring er vanlig, og hallusinasjonene er vanligvis auditive (stemmer som snakker direkte til pasienten).

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) de psykotiske symptomene må ha akutt debut (fra en ikke-psykotisk til en klart psykotisk tilstand på to uker eller mindre),
- (b) vrangforestillinger eller hallusinasjoner må ha vært til stede det meste av tiden etter at en klart psykotisk tilstand ble fastsatt, og
- (c) hverken kriteriene for schizofreni ([F20.-](#)) eller akutt polymorf psykose ([F23.0](#)) er oppfylt.

Dersom vrangforestillingene vedvarer i mer enn tre måneder, skal diagnosen endres til paranoid psykose ([F22.-](#)). Dersom det bare er hallusinasjonene som varer i mer enn tre måneder, skal diagnosen endres til annen ikke-organisk psykose ([F28](#)).

Inklusive

- paranoid reaksjon
- psykogen paranoid psykose

F23.8 Akutt forbigående psykose, annen type

Akutte psykoser som ikke kan klassifiseres i andre kategorier i F23 (som akutte psykoser der vrangforestillinger eller hallusinasjoner definitivt forekommer, men er kortvarige) skal kodes her. Tilstander med udifferensiert eksitasjon skal også kodes her hvis mer detaljert informasjon om pasientens psykiske tilstand ikke er tilgjengelig, forutsatt at det ikke er tegn til organisk årsak.

F23.9 Akutt forbigående psykose, uspesifisert

Inklusive

- (kortvarig) reaktiv psykose INA

F24 Indusert psykose (vrangforestillingslidelse)

Sjelden vrangforestillingslidelse som deles av to eller flere personer med nær følelsesmessig tilknytning til hverandre. Bare den ene har en genuin psykose, men vrangforestillingene er indusert i de(n) andre og opphører vanligvis når personene adskilles. Psykosen hos den dominante personen er vanligvis schizofren, men ikke nødvendigvis eller ikke uten unntak. Både de originale vrangforestillingene i den dominante personen og de induserte vrangforestillingene er vanligvis kroniske, og enten av forfølgelsesmessig eller grandios art. Overføring av vrangforestillinger skjer

bare unntaksvis. Nesten uten unntak har personene som blir rammet et uvanlig nært forhold til hverandre, og er språklig, kulturelt eller geografisk isolert fra andre mennesker. Personen med induserte vrangforestillinger er vanligvis avhengig av, eller underordnet, personen med den genuine psykosen.

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) to eller flere personer deler samme vrangforestilling eller vrangforestillingssystem og bekrefter hverandres oppfatninger,
- (b) de har en uvanlig sterk tilknytning til hverandre, av typen beskrevet ovenfor,
- (c) det foreligger tidsmessige eller annet kontekstuelle holdepunkter for at vrangforestillingen ble induisert i det/de passive medlemmet/medlemmene av paret eller gruppen ved kontakt med det aktive medlemmet.

Induserte hallusinasjoner er uvanlige, men svekker ikke diagnosen. Hvis det er grunn til å tro at to mennesker som lever sammen har uavhengige psykoser, skal de ikke kodes her, selv om noen av vrangforestillingene er felles.

Inklusive

- folie à deux (dobbeltpsykose)
- induisert paranoid eller psykotisk lidelse
- symbiotisk psykose

Eksklusive

- folie simultanée

F25 Schizoaffective lidelser (schizoaffective psykoser)

Episodiske lidelser med fremtredende symptomer på både stemningslidelse og schizofreni innen samme sykdomsepisode og helst samtidig, men i hvert fall innen få dager etter hverandre. Deres slektskap med typiske affektive lidelser [affektive lidelser] ([F30–F39](#)) og schizofrene lidelser ([F20–F24](#)) er usikkert. De er gitt en egen kategori fordi de er for utbredt til å bli ignorert. Andre tilstander der symptomer på stemningslidelser kommer i tillegg til preeksisterende schizofreni, sameksisterer eller veksler med andre vedvarende vrangforestillingslidelser, skal klassifiseres under den korrekte kategori i [F20–F29](#). Stemningsinkongruente vrangforestillinger eller hallusinasjoner i affektive lidelser ([F30.2](#), [F31.2](#), [F31.5](#), [F32.3](#) eller [F33.3](#)) gir ikke i seg selv grunnlag for diagnosen schizoaffectiv lidelse.

Pasienter som lider av tilbakevendende schizoaffective episoder, særlig de med symptomer av manisk og ikke depressiv type, blir vanligvis helt helbredet og utvikler bare unntaksvis en defektilstand.

Diagnostiske retningslinjer

Diagnosen schizoaffectiv lidelse skal bare stilles når *både* schizofrene og affektive symptomer er sikre og fremtredende *samtidig*, eller de inntreffer få dager etter hverandre i samme sykdomsepisode, og når sykdomsepisoden på grunn av dette ikke oppfyller kriteriene for schizofreni eller depressiv eller manisk episode. Benevnelsen skal ikke brukes på pasienter som har schizofrene og affektive symptomer hver for seg, i ulike sykdomsepisoder. Det er for eksempel

vanlig at en schizofren pasient har depressive symptomer i etterkant av en psykotisk episode (se post-schizofren depresjon ([F20.4](#))). Noen pasienter har tilbakevendende schizoaffective episoder, som kan være av manisk eller depressiv type, eller en blanding av de to. Andre har en eller to schizoaffective episoder mellom typiske episoder av mani eller depresjon. I det første tilfellet er schizoaffective lidelse en riktig diagnose. I det siste tilfellet svekker ikke den enkeltstående schizoaffective episoden diagnosen bipolar affektiv lidelse eller tilbakevendende depressiv lidelse, så lenge det kliniske bildet ellers er typisk.

F25.0 Schizoaffective lidelse, manisk type

Lidelse der både schizofrene og maniske symptomer er fremtredende i samme sykdomsepisode. Stemningsavviket uttrykkes vanligvis ved oppstemthet som ledsages av økt selvfølelse og grandiose ideer. Noen ganger er eksitasjon eller irritabilitet tydeligere og ledsaget av aggressiv atferd og forfølgelsesideer. I begge tilfeller foreligger økt energi, hyperaktivitet, svekket konsentrasjon og tap av normale sosiale hemninger. Selvhenføring, grandiositet eller forfølgelsesideer kan være til stede, men andre og mer typiske schizofrene symptomer er nødvendige for å etablere diagnosen. Noen personer kan for eksempel insistere på at tankene deres blir kringkastet eller forstyrret, at fremmede makter forsøker å styre dem, eller de kan rapportere at de hører stemmer av ulike typer eller uttrykke bisarre vrangforestillinger som ikke bare er grandiose eller av forfølgelsesmessig art. Omhyggelig utspørring er ofte nødvendig for å fastsette om en person virkelig opplever disse morbide fenomenene, og ikke bare spøker eller snakker i metaforer. Schizoaffective lidelser av manisk type er vanligvis blomstrende psykotiske lidelser med akutt debut, og selv om atferden ofte blir svært forstyrret, er pasienten som regel helt helbredet innen få uker.

Diagnostiske retningslinjer

Det må foreligge en fremtredende oppstemthet, eller mindre åpenbar oppstemthet i kombinasjon med økt irritabilitet eller hevet stemningsleie. Innenfor samme episode må minst én og helst to typiske schizofrene symptomer (som spesifisert for schizofreni ([F20.-](#)), diagnostiske retningslinjer (a)–(d)) være klart til stede.

Kategorien skal brukes både for enkle schizoaffective episoder av manisk type og for tilbakevendende lidelser der de fleste episodene er schizoaffective av manisk type.

Inklusive

- schizoaffective psykotisk lidelse, manisk type
- schizofreniform psykotisk lidelse, manisk type

F25.1 Schizoaffective lidelse, depressiv type

Lidelse der både schizofrene og depressive symptomer er fremtredende i samme sykdomsepisode. Senket stemningsleie ledsages vanligvis av flere karakteristiske depressive symptomer eller atferdsavvik som retardasjon, søvnløshet, energi-, appetitt- eller vekttap, interesseløshet, svekket konsentrasjon, skyldfølelse, motløshet og selvmordstanker. Samtidig, eller i løpet av samme episode, er andre, mer typiske schizofrene symptomer til stede. Noen pasienter insisterer for eksempel på at tankene deres blir kringkastet eller forstyrret, eller at fremmede makter forsøker å kontrollere dem. De kan være overbevist om at noen spionerer på dem eller konspirerer mot dem, og at dette ikke kan begrunnes ut fra deres egen atferd. De hører stemmer som ikke bare er foraktende eller fordømmende, men som snakker om at de skal drepes eller diskuterer hvordan dette skal gjøres. Schizoaffective episoder av depressiv type er vanligvis mindre blomstrende og alarmerende enn schizoaffective episoder av manisk type, men de har tendens til å vare lenger og prognosen er noe dårligere. Selv om de fleste pasienter oppnår full restitusjon, kan noen utvikle en schizofren defekt.

Diagnostiske retningslinjer

Depresjonen må være fremtredende og ledsaget av minst to karakteristiske depressive symptomer, eller tilknyttet avvikende atferd som oppført under depressiv episode ([F32.-](#)). I løpet av samme episode bør minst ett og helst to typisk schizofrene symptomer (som spesifisert for schizofreni ([F20.](#)) og de diagnostiske retningslinjene (a)–(d) foreligge.

Kategorien skal brukes både for enkeltstående schizoaffektive episoder av depressiv type og tilbakevendende lidelser der de fleste episodene er schizoaffektive og av depressiv type.

Inklusive

- schizoaffektiv psykotisk lidelse, depressiv type
- schizofreniform psykotisk lidelse, depressiv type

F25.2 Schizoaffektiv lidelse, blandet manisk-depressiv type

Lidelser der schizofrene symptomer ([F20.-](#)) opptrer samtidig med symptomer på en blandet bipolar affektiv lidelse ([F31.6](#)) skal kodes her.

Inklusive

- cyklisk schizofreni
- blandet schizofreni og affektiv psykotisk lidelse

F25.8 Andre spesifiserte schizoaffektive lidelser

F25.9 Uspesifisert schizoaffektiv lidelse

Inklusive

- schizoaffektiv psykotisk lidelse INA

F28 Andre ikke-organiske psykoser

Psykoser som ikke oppfyller kriteriene for schizofreni ([F20.-](#)) eller for psykotiske typer av stemningslidelser [affektive lidelser] ([F30–F39](#)), og psykotiske lidelser som ikke oppfyller de symptomatiske kriteriene for paranoid psykose ([F22.-](#)), skal kodes her.

Inklusive

- kronisk hallusinatorisk psykotisk lidelse INA

F29 Uspesifisert ikke-organisk psykose

Denne kategorien skal også brukes for psykotiske lidelser med ukjent etiologi.

Inklusive

- psykotisk lidelse INA

Eksklusive

- psykisk lidelse INA ([F99](#))
- organisk eller symptomatisk psykotisk lidelse INA ([F09](#))

F30–F39 Affektive lidelser (stemningslidelser)

- [F30](#) Manisk episode
- [F31](#) Bipolar affektiv lidelse
- [F32](#) Depressiv episode
- [F33](#) Tilbakevendende depressiv lidelse
- [F34](#) Vedvarende affektive lidelser
- [F38](#) Andre affektive lidelser
- [F39](#) Uspesifisert affektiv lidelse

Innledning

Forholdet mellom etiologi, symptomer, underliggende biokjemiske prosesser, respons på behandling og utfall av affektive lidelser[stemningslidelser] er ennå ikke tilstrekkelig kjent til at de kan klassifiseres på en måte som kan allment godkjennes. Det er like fullt nødvendig å etablere en klassifikasjon, og det som presenteres her, er resultatet av omfattende rådføringer.

I disse lidelsene er den grunnleggende forstyrrelsen endringer i stemningsleie eller affekter, vanligvis i retning av depresjon (med eller uten tilknyttet angst) eller hevet stemningsleie. Endringer i stemningsleie ledsages vanligvis av endringer i det generelle aktivitetsnivået, og de fleste andre symptomer er enten sekundære til slike endringer, eller forståelige i sammenheng med dem. De fleste av disse lidelsene har tendens til å være tilbakevendende, og utbruddene av enkeltepisoder skjer ofte i sammenheng med belastende hendelser eller situasjoner. Denne delen omhandler affektive lidelser[stemningslidelser] i alle aldersgrupper, og de som oppstår i barne- og ungdomsalder skal derfor kodes her.

Hovedkriteriene for klassifisering av affektive lidelser[stemningslidelser] er valgt av praktiske årsaker, ved at de muliggjør en enkel identifikasjon av vanlige kliniske lidelser. Det skilles mellom enkeltstående episoder og bipolare og andre tilbakevendende lidelser, fordi en stor del av pasientene bare har én sykdomsepisode. Alvorlighetsgraden er dessuten satt i forgrunnen av hensyn til valg av behandling og tildeling av andre tjenester. Symptomene som her blir omtalt som «somatiske», kunne også blitt kalt «melankolske», «vitale», «biologiske» eller «endogene», og det kan uansett stilles spørsmål ved syndromets vitenskapelige status. Det faktum at det er tatt med her, vil forhåpentligvis resultere i en grundig vurdering av nytteverdien av en separat klassifisering. Klassifikasjonen er ordnet slik at det somatiske syndromet kan registreres av de som ønsker det, og eventuelt ignoreres uten at annen informasjon går tapt.

Det å skille mellom ulike alvorlighetsgrader er fortsatt et problem. De tre gradene mild, moderat og alvorlig er spesifisert, fordi mange klinikere ønsker at de skal være tilgjengelige.

Begrepet «mani» og «alvorlig depresjon» er brukt i denne klassifikasjonen for å angi ytterpunktene på det affektive spekteret. «Hypomani» er brukt for å angi en mellomtilstand uten vrangforestillinger, hallusinasjoner eller totalt opphør av normale aktiviteter, som ofte (men ikke utelukkende) observeres når pasienter rammes av mani, eller helbreides for den.

F30 Manisk episode

Tre alvorlighetsgrader er spesifisert her. De har alle de samme underliggende kjennetegnene hevet

stemningsleie og økt fysisk og psykisk aktivitet, både med hensyn til mengde og hastighet. Alle undergrupperingene i kategorien skal bare brukes ved enkeltstående maniske episoder. I tilfelle tidligere eller etterfølgende affektive episoder (depressive, maniske eller hypomane), skal lidelsen kodes under bipolar affektiv lidelse [stemningslidelse] ([F31.-](#)).

Inklusive

- bipolar lidelse, enkeltstående manisk episode

F30.0 Hypomani

Hypomani er en svakere grad av mani ([F30.1](#)), der avvik i stemningsleie og atferd er for vedvarende og markert til at den kan inkluderes under syklotymi ([F34.0](#)), men den ledsages ikke av hallusinasjoner eller vrangforestillinger. Det skjer en lett heving av stemningsleiet (som vedvarer i flere dager), økt energi og aktivitet, og vanligvis sterk opplevelse av velvære og fysisk og psykisk effektivitet. Økt sosial omgjengelighet, pratsomhet, overdreven fortrolighet, økt seksuell energi og mindre søvnbehov er ofte til stede, men ikke i en slik utstrekning at det fører til sosial avvisning eller til alvorlig forstyrrelse av arbeid. Irritabilitet, innbilskhet og ubehøvlet opptreden kan forekomme i stedet for den mer utbredte euforiske omgjengeligheten.

Ved svekkelser i konsentrasjon og oppmerksomhet reduseres også evnen til å komme i gang med arbeid, eller til avslapping og ro, men dette hindrer ikke nødvendigvis interessen for nye aktiviteter eller lett overforbruk av penger.

Diagnostiske retningslinjer

Flere av ovennevnte kjennetegn, som stemmer overens med hevet eller endret stemningsleie og aktivitetsøkning, må vedvare i minst flere dager, i høyere grad og av lenger varighet enn ved syklotymi ([F34.0](#)). Betydelige forstyrrelser av arbeid eller sosial aktivitet stemmer med hypomanidiagnosen, men hvis slike forstyrrelser er alvorlige eller totale, skal diagnosen mani ([F30.1](#) eller [F30.2](#)) stilles.

Differensialdiagnoser

Hypomani dekker spekteret av affektive lidelser [stemningslidelser] og aktivitetsnivå mellom syklotymi ([F34.0](#)) og mani ([F30.1](#) og [F30.2](#)). Aktivitetsøkning og rastløshet (og ofte vekttap) må holdes adskilt fra symptomene på hypertyreoidisme og anorexia nervosa. Tidlige stadier av «agitert depresjon», særlig hos sent middelaldrende, kan ha en ytre likhet med hypomani av irritabel type. Personer med alvorlige tvangsforestillinger kan arbeide utover natten for å fullføre sine huslige vaskeritualer, men deres form for affekt vil vanligvis være den motsatte av den typen som blir beskrevet her.

Når en kort hypomaniperiode kommer i forkant eller i etterkant av mani ([F30.1](#) og [F30.2](#)), er det vanligvis ikke nødvendig å spesifisere hypomanien separat.

F30.1 Mani uten psykotiske symptomer

Stemningsleiet er hevet på en måte som gjør at det ikke harmonerer med personens omstendigheter, og kan variere fra bekymringsløs jovialitet til nesten ukontrollerbar oppstemthet. Hevet stemningsleie ledsages av økt energi, som fører til hyperaktivitet, taletrang og redusert søvnbehov. Normale sosiale hemninger er tapt, oppmerksomheten kan ikke fastholdes og pasienten distraheres lett. Selvfølelsen er ofte overdreven, og grandiose eller overoptimistiske tanker får fritt utløp.

Persepsjonsforstyrrelser kan forekomme. Farger kan for eksempel oppleves som spesielt sterke (og vanligvis vakre), personen kan være svært opptatt av små detaljer i overflater. Subjektiv

hyperakusis kan også foreligge. Individet kan gå i gang med ekstravagante og ugjennomførlige planer, ha et hemningsløst pengeforbruk, eller bli aggressiv, kjærlig eller spøkefull i upassende situasjoner. I noen maniske episoder er pasienten mer irritert og mistenksom enn eksaltert. Debuten er vanligvis mellom 15- og 30-årsalderen, men den kan også komme så tidlig som i sen barndom eller så sent som i 80-årsalder.

Diagnostiske retningslinjer

Episoden må minst vare i én uke og være alvorlig nok til at ordinært arbeid og sosiale aktiviteter forstyrres helt eller delvis. Endringen i stemningsleiet bør ledsages av økt energi og flere av symptomene omtalt ovenfor (spesielt taletrang, redusert søvnbehov, grandiositet og overoptimisme).

F30.2 Mani med psykotiske symptomer

Det kliniske bildet er det samme som ved mer alvorlige former for mani, som beskrevet i [F30.1](#). Overdreven selvfølelse og grandiositet kan utvikles til vrangforestillinger, og irritabilitet og mistenksomhet til forfølgelsesideer. I alvorlige tilfeller kan grandiose eller religiøse vrangforestillinger om egen identitet eller rolle være fremtredende, og tankeflukt og taletrang kan gjøre personen uforståelig for andre. Krevende og vedvarende fysisk aktivitet og eksitasjon kan resultere i aggresjon eller vold, og en likegyldig holdning til mat og drikke og personlig hygiene kan gi en farlig grad av dehydrering og selvforsømmelse. Ved behov kan vrangforestillinger eller hallusinasjoner spesifiseres som kongruente eller inkongruente med stemningsleiet. «Inkongruent» skal brukes om affektivt nøytrale vrangforestillinger og hallusinasjoner, f.eks. selvhenføring uten beskyldende eller anklagende innhold, eller stemmer som snakker til personen om hendelser uten noen spesiell emosjonell betydning.

Differensialdiagnoser

Ett av de vanligste problemene er å skille denne lidelsen fra schizofreni, særlig hvis utviklingsstadiene i hypomani ikke er blitt observert og personen bare vurderes når sykdommen er på et høydepunkt, når vrangforestillinger, uforståelig tale og voldelig eksaltasjon kan skjule den grunnleggende affektforstyrrelsen. Personer med mani som responderer på nevroleptisk medisinering, kan gi et lignende diagnostiseringsproblem når de igjen har nådd normalnivå for fysisk og psykisk aktivitet, men fremdeles har vrangforestillinger eller hallusinasjoner. Tilfeldige hallusinasjoner eller vrangforestillinger som er spesifisert for schizofreni ([F20.-](#)) kan også klassifiseres som stemningsinkongruente, men hvis disse symptomene er fremtredende og vedvarende, vil trolig diagnosen schizoaffectiv lidelse ([F25.-](#)) passe bedre (se også side 59).

Inklusive

- manisk stupor

F30.8 Andre spesifiserte maniske episoder

F30.9 Uspesifisert manisk episode

Inklusive

- mani INA

F31 Bipolar affektiv lidelse

Lidelsen er karakterisert ved gjentatte (minst to) episoder der personens stemningsleie og aktivitetsnivå er betydelig forstyrret. Lidelsen består ved noen anledninger av hevet stemningsleie og økt energi og aktivitet (mani eller hypomani), og ved andre anledninger, av senket stemningsleie og redusert energi og aktivitet (depresjon). Fullstendig remisjon oppnås vanligvis mellom episoder, og fordelingen mellom menn og kvinner er jevnere enn i andre stemningslidelser. Da personene som bare lider av gjentatte episoder med mani, er relativt fåtallige, og ligner (mht familiebakgrunn, premorbid personlighet, debutalder og langtidsprognose) dem som også har tidvise depressive episoder, skal også disse klassifiseres som bipolare.

Maniske episoder har vanligvis brå debut og varer i fra to uker til fire-fem måneder (gjennomsnittlig varighet er rundt fire måneder). Depresjoner varer ofte lenger (gjennomsnittlig varighet rundt seks måneder), men sjelden i mer enn ett år, med unntak av hos eldre. Episoder av begge typer kommer ofte i etterkant av belastende livshendelser eller andre psykiske traumer, men denne typen belastning er ikke nødvendig for at diagnosen skal stilles. Den første episoden kan inntreffe helt fra barndom til alderdom. Hyppigheten av episodene og mønsteret for remisjon og tilbakefall er meget variabel, selv om remisjonene ofte blir kortere med tiden, og depresjonene blir vanligere og mer langvarige hos middelaldrende og eldre.

Selv om det opprinnelige begrepet «manisk-depressiv psykose» også inkluderte pasienter som bare led av depresjoner, blir begrepet «manisk-depressiv lidelse eller forstyrrelse» nå hovedsakelig brukt som synonym for bipolar lidelse.

Inklusive

- manisk-depressiv sykdom, psykotisk lidelse eller reaksjon

Eksklusive

- bipolar lidelse, enkeltstående manisk episode ([F30.-](#))
- cyklotymi ([F34.0](#))

F31.0 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode hypoman

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) den aktuelle episoden må oppfylle kriteriene for hypomani ([F30.0](#)), og
- (b) det må foreligge minst én tidligere affektiv episode (hypoman, manisk, depressiv eller blandet).

F31.1 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode manisk uten psykotiske symptomer

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) den aktuelle episoden må oppfylle kriteriene for mani uten psykotiske symptomer ([F30.1](#)), og
- (b) det må foreligge minst én tidligere affektiv episode (hypoman, manisk, depressiv eller blandet).

F31.2 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode manisk med psykotiske symptomer

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) den aktuelle episoden må oppfylle kriteriene for mani med psykotiske symptomer ([F30.2](#)), og
- (b) det må foreligge minst én tidligere affektiv episode (hypoman, manisk, depressiv eller blandet).

Ved behov kan vrangforestillinger eller hallusinasjoner spesifiseres som stemningskongruente eller stemningsinkongruente (se [F30.2](#)).

F31.3 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode mild eller moderat depresjon

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) den aktuelle episoden må oppfylle kriteriene for en depressiv episode av enten mild ([F32.0](#)) eller moderat ([F32.1](#)) alvorlighetsgrad, og
- (b) det må foreligge minst én tidligere affektiv episode (hypoman, manisk, depressiv eller blandet).

Underinndelinger

Et femte tegn kan spesifisere et eventuelt somatisk syndrom i depresjonsepisoden:

F31.30 Uten somatisk syndrom

F31.31 Med somatisk syndrom

F31.4 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode alvorlig depresjon uten psykotiske symptomer

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) den aktuelle episoden må oppfylle kriteriene for en alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer ([F32.2](#)), og
- (b) det må foreligge minst én tidligere affektiv episode (hypoman, manisk, depressiv eller blandet).

F31.5 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode alvorlig depresjon med psykotiske symptomer

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) den aktuelle episoden må oppfylle kriteriene for en alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer ([F32.3](#)), og
- (b) det må foreligge minst én tidligere affektiv episode (hypoman, manisk, depressiv eller blandet).

Vrangforestillinger eller hallusinasjoner kan spesifiseres som stemningskongruente eller stemningsinkongruente (se [F30.2](#)).

F31.6 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode blandet

Pasienten har hatt minst én manisk, hypoman eller blandet affektiv episode tidligere, og utviser ofte enten en blanding av eller en rask veksling mellom maniske, hypomane og depressive symptomer.

Diagnostiske retningslinjer

Selv om den vanligste typen bipolar lidelse består av vekslende maniske og depressive episoder som er atskilt av perioder med normalt stemningsleie, er det ikke uvanlig at depressivt stemningsleie blir ledsaget av overaktivitet og taletrang som vedvarer i dager eller uker, eller at manisk stemningsleie og grandiositet blir ledsaget av agitasjon og tap av energi og libido. Depressive symptomer og symptomer på hypomani eller mani kan også veksle fra dag til dag, eller fra time til time. Diagnosen blandet bipolar affektiv lidelse skal bare stilles hvis begge symptomgruppene er fremtredende i det meste av sykdomsepisoden, og hvis den aktuelle episoden har vart i minst to uker.

Eksklusive

- enkeltstående blandet affektiv episode ([F38.0](#))

F31.7 Bipolar affektiv lidelse, i remisjon

Personen har hatt minst én manisk, hypoman eller blandet affektiv episode og i tillegg minst én annen affektiv episode av hypoman, manisk, depressiv eller blandet type. Personen lider ikke nå av noen signifikant forstyrrelse i stemningsleie, og har heller ikke gjort det på flere måneder, men kan likevel få behandling for å redusere risikoen for fremtidige episoder.

F31.8 Andre spesifiserte bipolare affektive lidelser

Inklusive

- bipolar II-lidelse
- tilbakevendende maniske episoder INA

F31.9 Uspesifisert bipolar affektiv lidelse

F32 Depressiv episode

Ved typiske depressive episoder av de tre typene beskrevet nedenfor (mild ([F32.0](#)), moderat ([F32.1](#)) og alvorlig ([F32.2](#) og [F32.3](#))), lider personen vanligvis av depressivt stemningsleie, interesse- og gledesløshet og energitap som fører til tretthet og redusert aktivitet. Uttalt tretthet selv etter lette anstrengelser er vanlig. Andre vanlige symptomer er:

- (a) redusert konsentrasjon og oppmerksomhet,
- (b) redusert selvfølelse og selvtillit,
- (c) skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse (også ved milde episoder),

- (d) triste og pessimistiske tanker om fremtiden,
- (e) planer om, eller utføring av, selvskade eller selvmord,
- (f) søvnforstyrrelser,
- (g) redusert appetitt.

Det senkede stemningsleiet forandrer seg lite fra dag til dag, varierer ikke med omstendighetene, men kan vise en karakteristisk fast daglig variasjon. Som ved maniske episoder, viser det kliniske bildet tydelige individuelle variasjoner, og atypiske sykdomsbilder er særlig vanlige i ungdomstiden. I noen tilfeller kan angst, bekymringer og motorisk agitasjon være mer fremtredende enn depresjon, og endringer i stemningsleiet kan også skjules av andre trekk, som irritabilitet, stort alkoholkonsum, teatralisk atferd og forverring av tidligere symptomer på fobier eller tvangstanker, eller hypokondriske tanker. Ved depressive episoder av alle tre alvorlighetsgrader kreves vanligvis en varighet på to uker for at diagnosen skal kunne stilles. Kortere varighet kan likevel aksepteres hvis symptomene er svært alvorlige og har brå debut.

Noen av symptomene som er nevnt ovenfor, kan være markerte og utvikle karakteristiske egenskaper med en spesiell klinisk betydning. De vanligste eksemplene på slike «somatiske» symptomer er interesse- eller gledesløshet overfor aktiviteter som vanligvis oppleves som positive; manglende følelsesmessig reaksjon på omgivelser og hendelser som vanligvis oppleves som hyggelige; oppvåkning minst to timer tidligere enn vanlig; sterkest depresjon om morgenen; objektive tegn på sikker psykomotorisk retardasjon eller agitasjon (bemerket eller rapportert fra andre mennesker), markert tap av appetitt og vekt (ofte definert som 5 % eller mer av kroppsvekten i foregående måned) og markert tap av libido. Vanligvis blir ikke dette somatiske syndromet vurdert som tilstedeværende uten at rundt fire av disse symptomene klart er til stede.

Kategoriene for milde ([F32.0](#)), moderate ([F32.1](#)) og alvorlige ([F32.2](#)) depressive episoder som er mer detaljert beskrevet nedenfor, skal bare brukes for en enkeltstående (første) depressiv episode. Ytterligere depressive episoder skal klassifiseres under en av undergrupperingene av tilbakevendende depressiv lidelse ([F33.-](#)).

Alvorlighetsgradene er spesifisert til å dekke et vidt spekter av kliniske tilstander som inntreffer i ulike typer psykiatrisk praksis. I primærhelsetjenesten og vanlige medisinske situasjoner finnes det mange personer med milde depressive episoder. Psykiatriske sykehusavdelinger er hovedsakelig i befatning med pasienter som lider av mer alvorlige grader av lidelsene.

Forekomst av selvpåført skade i tilknytning til affektive lidelser [stemningslidelser], vanligvis i form av selvpåført forgiftning ved hjelp av forskrevet medisin, skal registreres ved hjelp av en tilleggskode fra kapittel XX i ICD-10 (X60-X84). Kodene differensierer ikke mellom selvmordsforsøk og «parasuicid», siden begge er inkludert i den vanlige kategorien med selvskade.

Differensieringen mellom milde, moderate og alvorlige depressive episoder er foretatt ut fra en komplisert klinisk vurdering av antall, type og alvorlighetsgrad av symptomene som er til stede. Omfanget av ordinære sosiale og arbeidsmessige aktiviteter kan ofte være en nyttig indikator ved vurdering av episodens antatte alvorlighetsgrad. Individuelle, sosiale og kulturelle påvirkninger som kan forstyrre forholdet mellom symptomenes alvorlighetsgrad og sosial prestasjonsevne, er imidlertid så utbredte og sterke at det er uklokt å innlemme sosial prestasjonsevne som et viktig kriterium for alvorlighetsgrad.

Demens ([F00–F03](#)) eller psykisk utviklingshemming ([F70–F79](#)) ekskluderer ikke diagnosen depressiv episode som kan behandles, men kommunikasjonsproblemer gjør at det ofte blir nødvendig å stole mer enn vanlig på diagnosen ut fra objektivt observerte somatiske symptomer, som psykomotorisk retardasjon, appetittmangel og vekttap, og søvnforstyrrelser.

Inklusive

- enkeltstående episoder av depressiv reaksjon

- alvorlig depresjon (uten psykotiske symptomer)
- psykogen depresjon eller reaktiv depresjon ([F32.0](#), [F32.1](#) eller [F32.2](#))

F32.0 Mild depressiv episode

Diagnostiske retningslinjer

Nedsatt stemningsleie, interesse- og gledesløshet og økt tretthet betraktes vanligvis som de vanligste symptomene på depresjon, og minst to av disse, pluss minst to av de andre symptomene som er beskrevet på side 66 (for [F32.-](#)) må vanligvis være til stede for at en sikker diagnose skal kunne stilles. Ingen av symptomene må være sterke. Episodens varighet er på minst to uker.

Personer med mild depressiv episode er vanligvis bekymret over symptomene og har problemer med å fortsette med ordinært arbeid og sosiale aktiviteter, men slutter trolig ikke helt å fungere.

Underinndelinger

Et femte tegn kan spesifisere et eventuelt somatisk syndrom:

F32.00 Uten somatisk syndrom

Kriteriene for mild depressiv episode er oppfylt, og få eller ingen av de somatiske symptomene er til stede.

F32.01 Med somatisk syndrom

Kriteriene for mild depressiv episode er oppfylt, og fire eller flere av de somatiske symptomene er også til stede. (Hvis bare to eller tre somatiske symptomer er til stede, men er uvanlig alvorlige, er bruk av denne kategorien berettiget.)

F32.1 Moderat depressiv episode

Diagnostiske retningslinjer

Minst to av de tre mest typiske symptomene oppført for mild depressiv episode ([F32.0](#)) må være til stede, i tillegg til minst tre (og helst fire) av de andre symptomene. Flere symptomer kan være til stede i betydelig grad, men dette er ikke påkrevet dersom det generelt foreligger et utpreget bredt symptomsspekter. Episodens varighet er på minst to uker.

En person med moderat depressiv episode vil vanligvis ha betydelige problemer med å fortsette sine aktiviteter sosialt, på arbeidsplassen eller hjemme.

Underinndelinger

Et femte tegn kan spesifisere et eventuelt somatisk syndrom:

F32.10 Uten somatisk syndrom

Kriteriene for moderat depressiv episode er oppfylt, og få eller ingen somatiske symptomer er til stede.

F32.11 Med somatisk syndrom

Kriteriene for moderat depressiv episode er oppfylt, og fire eller flere av de somatiske symptomene er til stede. (Hvis bare to eller tre somatiske symptomer er til stede, men er uvanlig alvorlige, kan bruk av denne kategorien være berettiget.)

F32.2 Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer

I alvorlige depressive episoder viser den rammede personen betydelig bekymring eller agitasjon, med mindre retardasjon er et tydelig kjennetegn. Tapt selvfølelse, følelse av unyttighet eller skyldfølelse er ofte fremtredende, og det er en klar fare for selvmord i spesielt alvorlige tilfeller. Det antas at det somatiske syndromet nesten alltid er til stede i alvorlige depressive episoder.

Diagnostiske retningslinjer

Alle de tre typiske symptomene som er nevnt for milde og moderate depressive episoder ([F32.0](#), [F32.1](#)) må være til stede, i tillegg til minst fire andre symptomer. Noen av disse fire må være svært fremtredende. Hvis imidlertid viktige symptomer som agitasjon eller retardasjon er markerte, kan pasienten være uvillig, eller ute av stand, til å beskrive mange av symptomene i detalj. En generell gradering av alvorlige episoder kan fremdeles være berettiget i slike tilfeller. Den depressive episoden må vanligvis vare i minst to uker, men hvis symptomene er spesielt alvorlige og har meget rask debut, kan det være hensiktsmessig å stille denne diagnosen før det har gått to uker.

Under en alvorlig depressiv episode er det svært sjelden at pasienten er i stand til å fortsette sine aktiviteter sosialt, på arbeidsplassen eller hjemme, eventuelt bare i meget begrenset grad.

Kategorien skal bare brukes for enkeltstående episoder med alvorlig depresjon uten psykotiske symptomer. Ved ytterligere episoder bør underkategorien for tilbakevendende depressive lidelser ([F33.-](#)) brukes.

Inklusive

- enkeltstående episoder med agitert depresjon
- melankoli eller vital depresjon uten psykotiske symptomer

F32.3 Alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer

Diagnostiske retningslinjer

Alvorlig depressiv episode som oppfyller kriteriene for [F32.2](#) ovenfor, og der vrangforestillinger, hallusinasjoner eller depressiv stupor er til stede. Vrangforestillingene omfatter vanligvis ideer om synd, fattigdom eller forestående katastrofer som pasienten selv tar ansvar for. Auditiv eller olfaktoriske hallusinasjoner består vanligvis av ærekrenkende eller beskyldende stemmer, eller f eks råtnende kjøtt. Alvorlig psykomotorisk retardasjon kan videreutvikles til stupor. Ved behov kan vrangforestillinger eller hallusinasjoner spesifiseres som stemningskongruente eller stemningsinkongruente (se [F30.2](#)).

Differensialdiagnoser

Depressiv stupor må skilles fra kataton schizofreni ([F20.2](#)), dissociativ stupor ([F44.2](#)) og organiske former for stupor. Kategorien skal bare brukes for enkeltstående episoder av alvorlig depresjon med psykotiske symptomer. Ved ytterlige episoder bør en underkategori for tilbakevendende depressiv lidelse ([F33.-](#)) brukes.

Inklusive

- enkeltstående episoder av alvorlig depresjon med psykotiske symptomer, psykotisk depresjon, psykogen depressiv psykotisk lidelse, reaktiv depressiv psykotisk lidelse

F32.8 Andre spesifiserte depressive episoder

Kategorien er opprettet for episoder som ikke passer overens med beskrivelsene av depressive episoder i [F32.0–F32.3](#), men der det generelle diagnostiske inntrykket indikerer at de er depressive av natur. Eksempelene omfatter vekslende blandinger av depressive symptomer (særlig somatiske) med ikke-diagnostiserbare symptomer som anspenhet, ergrelse, bekymring og blandinger av somatisk depressive symptomer med vedvarende smerter eller tretthet uten organiske årsaker (som kan sees i somatiske sykehusavdelinger).

Inklusive

- atypisk depresjon
- enkeltstående episoder med «maskert» depresjon INA

F32.9 Uspesifisert depressiv episode

Inklusive

- depresjon INA
- depressiv lidelse INA

F33 Tilbakevendende depressiv lidelse

Lidelse karakterisert ved gjentatte episoder med depresjon som beskrevet for depressiv episode (mild ([F32.0](#)), moderat ([F32.1](#)) eller alvorlig ([F32.2](#) og [F32.3](#))), uten tidligere uavhengige episoder med hevet stemningsleie og overaktivitet som oppfyller kriteriene for mani ([F30.1](#) og [F30.2](#)). Kategorien bør imidlertid fortsatt brukes hvis det er tegn til kortvarige episoder med mild heving av stemningsleiet og overaktivitet som oppfyller kriteriene for hypomani ([F30.0](#)) umiddelbart etter en depressiv episode (noen ganger tilsynelatende fremskyndet av behandling av en depresjon). Både alder ved debut, alvorlighetsgrad og depresjonsepisodenes frekvens varierer mye. Vanligvis inntreffer første episode senere enn ved bipolar lidelse, med femtiårene som gjennomsnittlig debutalder. Individuelle episoder varer også mellom tre og tolv måneder (gjennomsnittlig varighet rundt seks måneder) men tilbakefall er sjeldnere. Det oppnås vanligvis fullstendig restitusjon mellom episodene, men et mindretall pasienter kan utvikle en vedvarende depresjon, særlig ved høy alder (der denne kategorien fremdeles skal brukes). Individuelle episoder av alle alvorlighetsgrader fremskyndes ofte av belastende livshendelser. I mange kulturer er både individuelle episoder og vedvarende depresjoner dobbelt så utbredt hos kvinner som hos menn.

Risikoen for at en pasient med tilbakevendende depressiv lidelse skal få en manisk episode, forsvinner aldri helt, uansett hvor mange depressive episoder vedkommende har opplevd. Hvis en manisk episode inntreffer, skal diagnosen endres til bipolar stemningslidelse.

Tilbakevendende depressiv episode skal underinndeles, som nedenfor, ved først å spesifisere den nåværende episodetypen, og deretter typen som dominerer i alle episodene, hvis slik informasjon er tilgjengelig.

Inklusive

- tilbakevendende episoder av depressiv reaksjon, psykogen depresjon, reaktiv depresjon, sesongbetinget depressiv lidelse ([F33.0](#) eller [F33.1](#))
- tilbakevendende episoder av endogen depresjon, alvorlig depresjon, manisk depressiv psykose (deprimert type), psykogen eller reaktiv depressiv psykose, psykotisk depresjon, vital depresjon ([F33.2](#) eller [F33.3](#))

Eksklusive

- tilbakevendende kortvarige depressive episoder ([F38.1](#))

F33.0 Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode mild

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) kriteriene for tilbakevendende depressiv lidelse ([F33.-](#)) må være oppfylt, og den aktuelle episoden bør oppfylle kriteriene for depressiv episode med mild alvorlighetsgrad ([F32.0](#)), og
- (b) minst to episoder bør ha vedvart i minst to uker og bør ha vært atskilt av flere måneder uten betydelige stemningsforstyrrelser.

Diagnosen skal ellers være annen tilbakevendende affektive lidelser [stemningslidelser] ([F38.1](#)).

Underinndelinger

Et femte tegn kan spesifisere et eventuelt somatisk syndrom i den aktuelle episoden:

F33.00 Uten somatisk syndrom

(se [F32.00](#))

F33.01 Med somatisk syndrom

(se [F32.01](#))

Ved behov kan en spesifisere den hyppigst forekommende typen av tidligere episoder (mild, moderat, alvorlig, usikker) nærmere.

F33.1 Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode moderat

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) kriteriene for tilbakevendende depressiv lidelse ([F33.-](#)) bør være oppfylt, og den aktuelle episoden bør oppfylle kriteriene for moderat depressiv episode ([F32.1](#)), og
- (b) minst to episoder bør ha vedvart i minst to uker og bør ha vært atskilt av flere måneder uten betydelige stemningsforstyrrelser.

Diagnosen bør ellers være annen tilbakevendende affektiv lidelse ([F38.1](#)).

Underinndelinger

Et femte tegn kan spesifisere et eventuelt somatisk syndrom i den aktuelle episoden:

F33.10 Uten somatisk syndrom

(se [F32.10](#))

F33.11 Med somatisk syndrom

(se [F32.11](#))

Ved behov kan en spesifisere den hyppigst forekommende typen av tidligere episoder (mild, moderat, alvorlig, usikker) nærmere.

F33.2 Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode alvorlig uten psykotiske symptomer

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) kriteriene for tilbakevendende depressiv lidelse ([F32.-](#)) bør være oppfylt, og den aktuelle episoden bør oppfylle kriteriene for alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer ([F32.2](#)), og
- (b) minst to episoder bør ha vedvart i minimum to uker og bør ha vært atskilt med flere måneder uten betydelig stemningsforstyrrelse

Diagnosen bør ellers være annen tilbakevendende affektiv lidelse ([F38.1](#)).

Ved behov kan en spesifisere den hyppigst forekommende typen av tidligere episoder (mild, moderat, alvorlig, usikker) nærmere.

F33.3 Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode alvorlig med psykotiske symptomer

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) kriteriene for tilbakevendende depressiv lidelse ([F33.-](#)) bør være oppfylt, og den aktuelle episoden bør oppfylle kriteriene for alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer ([F32.3](#)), og
- (b) minst to episoder bør ha vedvart i minimum to uker og bør ha vært atskilt med flere måneder uten betydelig stemningsforstyrrelse.

Diagnosen skal ellers være annen tilbakevendende affektiv lidelse ([F38.1](#)).

Vrangforestillinger eller hallusinasjoner kan ved behov spesifiseres som stemningskongruente eller stemningsinkongruente (se [F30.2](#)).

Ved behov kan en spesifisere den hyppigst forekommende typen av tidligere episoder (mild, moderat, alvorlig, usikker) nærmere.

F33.4 Tilbakevendende depressiv lidelse, i remisjon

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) kriteriene for tilbakevendende depressiv lidelse ([F33.-](#)) bør være oppfylt tidligere, men den gjeldende tilstanden bør ikke oppfylle kriteriene for depressiv episode av noen alvorlighetsgrad eller for noen annen lidelse i [F30–F39](#), og
- (b) minst to episoder må ha vedvart i minimum to uker og bør ha vært atskilt med flere måneder uten betydelig stemningsforstyrrelse.

Diagnosen skal ellers være annen tilbakevendende affektiv lidelse ([F38.1](#)).

Kategorien kan fremdeles brukes hvis pasienten får behandling i den hensikt å redusere risikoen for flere episoder.

F33.8 Andre spesifiserte tilbakevendende depressive lidelser

F33.9 Uspesifisert tilbakevendende depressiv lidelse

Inklusive

- unipolar depresjon INA

F34 Vedvarende affektive lidelser

Vedvarende og vanligvis svingende stemningsforandringer der enkeltepisodene sjelden eller aldri er tilstrekkelig alvorlige til å kunne beskrives som hypomane eller milde depressive episoder. Fordi episodene varer i mange år, og noen ganger i det meste av personens voksne liv, fører de til betydelige plager og dysfunksjon. I noen tilfeller kan imidlertid tilbakevendende eller enkeltstående episoder av maniske lidelser, eller mild eller alvorlig depressiv lidelse, komme i tillegg til en vedvarende stemningslidelse. De vedvarende affektive lidelsene er klassifisert her i stedet for under personlighetsforstyrrelsene. Årsaken til dette er at familiestudier har påvist en genetisk forbindelse mellom dem og andre affektive lidelser, og fordi de kan ha nytte av samme behandlingsform som affektive lidelser. Både tidlig og sent debuterende typer cyklotymi og dystymi er beskrevet, og skal spesifiseres hvis dette er påkrevd.

F34.0 Cyklotymi

Vedvarende ustabilitet i stemningsleiet som innbefatter en rekke perioder med milde depresjoner og mild oppstemthet. Ustabiliteten blir vanligvis utviklet tidlig i voksenlivet og har ofte et kronisk forløp, selv om stemningsleiet kan være normalt og stabilt i flere måneder av gangen. Svingningene i stemningsleiet blir av personen vanligvis oppfattet som uavhengig av livshendelser. Diagnosen er vanskelig å stille uten en lengre observasjonsperiode eller uvanlig god kjennskap til pasientens tidligere atferd. Fordi svingningene i stemningsleiet er relativt milde og periodene med hevet stemningsleie kan oppleves som lystbetonte, hender det ofte at personer med cyklotymi ikke kommer under medisinsk behandling. I noen tilfeller kan dette skyldes at endringen i stemningsleiet, selv om den faktisk foreligger, er mindre fremtredende enn sykliske endringer i aktivitet, selvsikkerhet, sosial evne eller drifter. Debutalder kan spesifiseres som tidlig (sent i tenårene eller i tjueårene) eller sen.

Diagnostiske retningslinjer

Det viktigste kjennetegnet er en vedvarende ustabilitet i stemningsleiet som resulterer i mange episoder med mild depresjon og mild heving av stemningsleiet, men der ingen er tilstrekkelig alvorlig eller langvarig til å oppfylle kriteriene for bipolar stemningslidelse ([F31.-](#)) eller tilbakevendende depressiv lidelse ([F33.-](#)). Dette gjør at individuelle episoder med svingninger i stemningsleiet ikke oppfyller kriteriene for noen av kategoriene som er beskrevet under manisk episode ([F30.-](#)) eller depressiv episode ([F32.-](#)).

Inklusive

- affektiv personlighetsforstyrrelse
- cykloid personlighet
- cyklotym personlighet

Differensialdiagnoser

Lidelsen er vanlig hos slektninger av pasienter med bipolar stemningslidelse ([F31.-](#)), og personer

med cyklotymi kan selv utvikle bipolar stemningslidelse. Lidelsen kan vare gjennom hele voksenlivet, opphøre periodisk eller permanent, eller utvikle seg til mer alvorlige svingninger i stemningsleiet som oppfyller kriteriene for bipolar affektiv ([F31.-](#)) eller tilbakevendende depressiv lidelse ([F33.-](#)).

F34.1 Dystymi

Kronisk depresjon som ikke oppfyller kriteriene for tilbakevendende depressiv lidelse av mild eller moderat alvorlighetsgrad ([F33.0](#) eller [F33.1](#)), verken i alvorlighetsgrad eller når det gjelder enkeltepisodes varighet, selv om kriteriene for mild depressiv episode kan ha vært oppfylt tidligere, og særlig ved sykdommens debut. Balansen mellom individuelle faser av mild depresjon og mellomliggende perioder med tilnærmet normale tilstander varierer sterkt. Personer med denne lidelsen har vanligvis perioder på dager eller uker da de beskriver seg selv som friske, men det meste av tiden (ofte i måneder av gangen) føler de seg trette og deprimerte; alt oppleves som slitsomt og lite lystbetont. De er i dårlig humør og beklager seg, sover dårlig og føler seg utilstrekkelige, men allikevel er de vanligvis i stand til å mestre grunnleggende krav i hverdagslivet. Dystymi har således mye til felles med depressiv nevrose og nevrotisk depresjon. Debutalder kan spesifiseres som tidlig (sent i tenårene eller i tjueårene) eller sen.

Diagnostiske retningslinjer

Det mest fremtredende kjennetegnet er et meget langvarig deprimert stemningsleie som aldri, eller svært sjelden, er alvorlig nok til å oppfylle kriteriene for tilbakevendende depressiv lidelse av mild eller moderat alvorlighetsgrad ([F33.0](#) eller [F33.1](#)). Lidelsen debutterer vanligvis tidlig i voksenlivet og varer i minst flere år, men noen ganger resten av livet. Når debuten kommer senere, er lidelsen ofte en følge av en atskilt depressiv episode ([F32.-](#)) og oppstår i tilknytning til dødsfall i familien eller annen åpenbar belastning.

Inklusive

- depressiv nevrose
- depressiv personlighetsforstyrrelse
- nevrotisk depresjon (med mer enn to års varighet)
- vedvarende angstdepresjon

Eksklusive

- angstdepresjon (mild eller forbigående) ([F41.2](#))
- tapsreaksjon (ved dødsfall i familien) som varer mindre enn to år ([F43.21](#)), langvarig depressiv reaksjon)
- residual schizofreni ([F20.5](#))

F34.8 Andre spesifiserte vedvarende affektive lidelser

Restkategori for vedvarende affektive lidelser som ikke er alvorlige eller langvarige nok til å oppfylle kriteriene for cyklotymi ([F34.0](#)) eller dystymi ([F34.1](#)), men som like fullt har klinisk betydning. Noen depresjonstyper som tidligere ble kalt «nevrotiske» er inkludert her, forutsatt at de ikke oppfyller kriteriene for enten cyklotymi ([F34.0](#)), dystymi ([F34.1](#)) eller depressiv episode av mild ([F32.0](#)) eller moderat ([F32.1](#)) alvorlighetsgrad.

F34.9 Uspesifisert vedvarende affektiv lidelse

F38 Andre affektive lidelser

F38.0 Andre enkeltstående affektive lidelser

F38.00 Blandet affektiv episode

Affektiv episode som vedvarer i minst to uker, kjennetegnet av enten en blanding eller av rask veksling (vanligvis innen få timer) mellom hypomane, maniske og depressive symptomer.

F38.1 Andre tilbakevendende affektive lidelser

Differensialdiagnoser

I motsetning til pasienter med dystymi ([F34.1](#)), er ikke disse pasientene deprimerte det meste av tiden. Hvis de depressive episodene bare inntreffer i sammenheng med menstruasjonssyklusen, skal [F38.8](#) brukes sammen med en annen kode for underliggende årsak (N94.8, andre spesifiserte tilstander i forbindelse med kvinnelige genitale organer og menstruasjonssyklus).

F38.10 Tilbakevendende kortvarig depressiv episode

Tilbakevendende kortvarig depressiv episode som har inntruffet omtrent én gang i måneden det siste året. Alle de individuelle depressive episodene varer kortere enn to uker (vanligvis 2–3 dager, med fullstendig restitusjon), men oppfyller de symptomatiske kriteriene for mild, moderat eller alvorlig depressiv episode ([F32.0](#), [F32.1](#), [F32.2](#)).

F38.8 Andre spesifiserte affektive lidelser

Residualkategori for stemningslidelser som ikke oppfyller kriteriene for kategoriene [F30–F38.1](#) ovenfor.

F39 Uspesifisert affektiv lidelse

Kategorien skal bare brukes hvis ingen andre kategorier passer.

Inklusive

- affektiv psykose INA

Eksklusive

- psykisk lidelse INA ([F99](#))

F40–F48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser

- [F40](#) Fobiske angstlidelser
- [F41](#) Andre angstlidelser
- [F42](#) Obsessiv-kompulsiv lidelse (tvangslidelse)
- [F43](#) Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning
- [F44](#) Dissosiative lidelser (konversjonslidelser)
- [F45](#) Somatoforme lidelser
- [F48](#) Andre nevrotiske lidelser

Innledning

Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser er plassert i en stor samlegruppe siden de historisk sett har vært forbundet med nevrosebegrepet og siden en vesentlig (men likevel usikker) del av disse lidelsene har vært tilknyttet en psykologisk årsak. Som omtalt i den generelle innledningen til denne klassifikasjonen, er ikke nevrosebegrepet beholdt som et overordnet organiseringsprinsipp, men man har etterstrebet en enkel identifikasjon av lidelser som noen fremdeles ønsker å betrakte som nevrotiske, slik de forstår begrepet (se omtale av nevrose i den generelle innledningen, s. 3).

Det er vanlig med blandede symptomer (forekomst av både depresjon og angst er mest utbredt), særlig i de mindre alvorlige variantene av disse lidelsene som ofte ses i primærhelsetjenesten. Selv om det bør fastslås hvilket syndrom som dominerer, finnes en kategori for disse tilfellene av blandede depresjoner og angst, der det ville være kunstig å fremtvinge en slik slutning ([F41.2](#)).

F40 Fobiske angstlidelser

I denne gruppen lidelser blir angst bare, eller hovedsakelig, fremkalt av visse veldefinerte situasjoner eller objekter (utenfor individet) som ikke er virkelig farlige. Som et resultat blir disse situasjonene eller objektene gjerne unngått eller motstrebende tolerert. Fobisk angst kan ikke skjernes fra andre typer angst, hverken subjektivt, fysiologisk eller atferdsmessig, og kan variere i alvorlighetsgrad fra mildt ubehag til skrekkefølelse. Individet kan fokusere sin bekymring på individuelle symptomer som hjertebank eller besvimelsesfølelser, og bekymringen er ofte forbundet med dødsangst, frykt for å miste kontroll eller for å bli «gal». Angsten reduseres ikke av vissheten om at andre mennesker ikke betrakter den gjeldende situasjonen som farlig eller truende. Bare tanken på å gå inn i den fobiske situasjonen fremkaller vanligvis forventningsangst.

Innføring av kriteriet om at det fobiske objektet eller situasjonen skal være eksternt i forhold til subjektet, medfører at mange former for frykt som er relatert til sykdom (nosofobi) og vansiring (dysmorfobi), nå er klassifisert under [F45.2](#) (hypokondrisk lidelse). Hvis imidlertid frykten for sykdom hovedsakelig eller ved gjentatte anledninger oppstår som resultat av potensiell eksponering for infeksjon eller smitte, eller bare er en redsel for medisinske prosedyrer (injeksjoner, operasjoner osv) eller medisinske institusjoner (tannlegekontorer, sykehus osv), vil en kategori fra [F40](#).- være passende (vanligvis [F40.2](#), spesifikk fobi).

Fobisk angst forekommer ofte sammen med depresjon. Allerede eksisterende fobisk angst blir nesten alltid verre under en depressiv episode. Noen depressive episoder ledsages av kortvarig fobisk angst, og nedsatt stemningsleie ledsager ofte fobier, og da særlig agorafobi. Hvorvidt det er

nødvendig med én eller to diagnoser (fobisk angst og depressiv episode), eller bare én, avhenger av i hvilken grad én lidelse utviklet seg tydelig før den andre, og hvorvidt én er klart dominerende ved diagnostiseringen. Hvis kriteriene for depressiv lidelse var oppfylt før de fobiske symptomene inntraff første gang, skal den første gis diagnostisk forrang (se omtale i innledningen).

De fleste fobiske lidelser, med unntak av sosiale fobier, er mer utbredt hos kvinner enn hos menn.

I denne klassifikasjonen blir et panikkanfall ([F41.0](#)) som inntreffer i en etablert fobisk situasjon betraktet som et uttrykk for fobiens alvorlighetsgrad, noe som bør gis diagnostisk forrang.

Panikkklidelse som hoveddiagnose bør bare diagnostiseres i fravær av fobiene oppført i [F40.-](#).

F40.0 Agorafobi

Benevnelsen «agorafobi» blir her brukt i en videre betydning enn den opprinnelige, som fortsatt blir benyttet i enkelte land. Begrepet omfatter her ikke bare frykt for åpne plasser, men også for beslektede former for frykt, som frykt for folkemengder og problemet med å finne en rask rømningsvei til et trygt sted (vanligvis hjem). Begrepet omfatter derfor innbyrdes beslektede og ofte overlappende grupper av fobier som inkluderer frykt for å forlate hjemmet: frykt for å gå i butikker, frykt for mengder og offentlige steder, eller for å reise alene med tog, buss eller fly. Selv om angstens alvorlighetsgrad og omfanget av unngåelsesatferden varierer, er dette den mest invalidiserende av de fobiske lidelsene, og noen personer blir fullstendig fastbundne til hjemmet: mange blir skrekkslagne ved tanken på sammenbrudd og det å bli etterlatt alene og hjelpeløs på offentlig sted. Mangel på tilgjengelig utvei er et av de mest sentrale trekkene ved mange av de agorafobiske situasjonene. De fleste som lider av disse fobiene er kvinner, og debuten kommer vanligvis tidlig i voksen alder. Depressive og tvangsmessige symptomer og sosiale fobier kan også være til stede uten å dominere det kliniske bildet. Uten effektiv behandling blir agorafobi ofte en kronisk lidelse, vanligvis med svingende forløp.

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kriterier må oppfylles for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) de psykiske eller autonome symptomene må primært være manifestasjoner på angst og ikke sekundære i forhold til andre symptomer, som vrangforestillinger eller tvangstanker,
- (b) angsten må være avgrenset til (eller hovedsakelig inntreffe i) minst to av følgende situasjoner: folkemengder, offentlige steder, det å reise hjemmefra, det å reise alene, og
- (c) unngåelse av den fobiske situasjonen må være, eller må ha vært, et fremtredende trekk.

Differensialdiagnoser

Merk at noen individer som lider av agorafobi sjelden opplever angst, fordi de konsekvent klarer å unngå sine fobiske situasjoner. Tilstedeværelse av andre symptomer som depresjon, depersonalisasjon, tvangsmessige symptomer og sosiale fobier utelukker ikke diagnosen, forutsatt at symptomene ikke dominerer det kliniske bildet. Hvis pasienten var svært deprimert da de fobiske symptomene inntraff, kan depressiv episode være en mer passende hoveddiagnose. Dette er mer vanlig ved symptomdebut i sen alder.

Inklusive

- panikkklidelse med agorafobi

Underinndelinger

Eventuell panikkklidelse ([F41.0](#)) i den agorafobiske situasjonen kan i de fleste tilfeller registreres ved

et femte tegn:

F40.00 Uten panikklidelse

F40.01 Med panikklidelse

F40.1 Sosiale fobier

Sosiale fobier begynner ofte i ungdomsalderen og er sentrert rundt en frykt for å bli gransket kritisk av andre mennesker i forholdsvis små grupper (i motsetning til folkemengder), og fører ofte til at sosiale situasjoner unngås. Til forskjell fra de fleste andre fobier, er sosiale fobier like utbredt hos begge kjønn. De kan være avgrensede (dvs begrenset til det å spise eller snakke offentlig eller å møte mennesker av motsatt kjønn) eller diffuse, og innbefatte så og si alle sosiale situasjoner utenfor familien. Frykt for å kaste opp offentlig kan være vesentlig. Direkte øyekontakt kan være spesielt vanskelig i noen kulturer. Pasienten har ofte lav selvfølelse, og de er redde for kritikk. Vanlige symptomer er rødming, skjelvende hender, kvalme eller sterk trang til vannlating. Noen ganger kan individet være overbevist om at en av disse sekundære angstmanifestasjonene er det primære problemet, og symptomene kan videreutvikles til panikkanfall. Unngåelsesatferden er ofte uttalt, og kan i ekstreme tilfeller resultere i nesten fullstendig sosial isolasjon.

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) psykiske, atferdsmessige eller autonome symptomer må primært være manifestasjoner av angst, og ikke sekundære i forhold til andre symptomer som vrangforestillinger eller tvangstanker,
- (b) angsten må være avgrenset til, eller hovedsakelig forekomme i, spesielle sosiale situasjoner, og
- (c) den fobiske situasjonen unngås når det er mulig.

Inklusive

- antropofobi
- sosial nevrose

Differensialdiagnoser

Agorafobi og depressive lidelser er ofte fremtredende, og kan begge bidra til at personer blir fullstendig bundet til hjemmet. Hvis det er problematisk å skille mellom sosial fobi og agorafobi, skal agorafobien få forrang. En depressiv diagnose må ikke stilles uten at et fullt depressivt syndrom klart kan identifiseres.

F40.2 Spesifikke (isolerte) fobier

Fobier som er begrenset til svært spesifikke situasjoner, som nærvær av spesielle dyr, høyder, torden, mørke, flyreiser, lukkede rom, vannlating eller bruk av offentlige toaletter, inntak av visse typer mat, tannlegebesøk, eller synet av blod eller skade, og frykt for å bli utsatt for spesifikke sykdommer. Selv om den utløsende situasjonen er avgrenset, kan kontakt med den fremkalle panikk som ved agorafobi eller sosial fobi. Spesifikke fobier oppstår vanligvis i barndom eller tidlig voksen alder og kan vedvare i tiår hvis det ikke gis behandling. Graden av handikapp avhenger av hvor lett det er for personen å unngå den fobiske situasjonen. Frykten for den fobiske situasjonen later ikke til å variere, i motsetning til ved agorafobi. Strålingssyke, veneriske sykdommer og i den senere tid AIDS, er vanlige objekter for disse fobiene.

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) de psykiske eller autonome symptomene må være primære manifestasjoner på angst, og ikke sekundære i forhold til andre symptomer som vrangforestillinger eller tvangstanker,
- (b) angsten må være begrenset til nærvær av det særskilte fobiske objektet eller den fobiske situasjonen, og
- (c) den fobiske situasjonen blir om mulig unngått.

Inklusive

- høydeskrekk (akrofobi)
- dyrefobier
- klaustrofobi
- eksamensfobi
- enkel fobi

Differensialdiagnoser

Det foreligger vanligvis ikke andre psykiske symptomer, i motsetning til ved agorafobi og sosiale fobier. Blod- eller skadefobi skiller seg fra de andre ved at de fører til bradykardi og noen ganger synkope, i stedet for tachykardi. Frykt for spesifikke sykdommer som kreft, hjertelidelser eller veneriske infeksjoner skal klassifiseres under hypokondrisk lidelse ([F45.2](#)), hvis frykten ikke har sammenheng med spesifikke situasjoner hvor sykdommen kan erverves. Hvis overbevisningen om at det er fare for sykdom når et nivå av vrangforestillinger, skal diagnosen være paranoid psykose ([F22.-](#)). Individuer som er overbevist om at en spesifikk kroppsdel (ofte i ansiktet) er abnorm eller misdannet, men hvor dette ikke er objektivt observert av andre (noen ganger kalt dysmorfofobi), skal klassifiseres under hypokondrisk lidelse ([F45.2](#)) eller paranoid psykose ([F22.0](#)), avhengig av overbevisningenes styrke og varighet.

F40.8 Andre spesifiserte fobiske angstlidelser

F40.9 Uspesifisert fobisk angstlidelse

Inklusive

- fobi INA
- fobiske tilstander INA

F41 Andre angstlidelser

Lidelser hvor angst er hovedsymptomet, og hvor angsten ikke er avgrenset til noen særskilt situasjon. Depressive symptomer, tvangssymptomer og tendens til fobisk angst kan være til stede, forutsatt at de er klart sekundære eller mindre alvorlige.

F41.0 Panikklidelse [episodisk paroksysmal angst]

Hovedtrekket er tilbakevendende anfall av alvorlig angst (panikk) som ikke er begrenset til noen særskilt situasjon eller spesielle omstendigheter, og som derfor er uforutsigbar. Som ved andre angstlidelser varierer de dominerende symptomene fra person til person, men plutselig innsettende hjertebank, brystmerter, kvalningsfølelser, svimmelhet og uvirkelighetsfølelse (depersonalisasjon eller derealisasjon) er vanlige. Det foreligger også, nesten uten unntak, en

sekundær frykt for å dø, for å miste kontrollen eller bli «gal». Hvert enkelt anfall varer vanligvis bare i noen minutter, og både anfallenes hyppighet og forløp varierer. En person med panikkanfall opplever ofte rask økning av frykt og autonome symptomer, som medfører at man trekker seg fort ut av situasjonen man befinner seg i. Hvis dette inntreffer i en spesifikk situasjon, som i en buss eller en folkemengde, kan pasienten senere unngå den situasjonen. På samme måte forårsaker hyppige og uforutsigbare panikkanfall frykt for å være alene eller for offentlige plasser. Et panikkanfall blir ofte fulgt av en vedvarende frykt for flere anfall.

Diagnostiske retningslinjer

I denne klassifikasjonen blir et panikkanfall som inntreffer i en etablert fobisk situasjon, vurdert som et uttrykk for fobiens alvorlighetsgrad, som skal gis diagnostisk forrang. Panikklidelse skal bare være hoveddiagnose i fravær av fobiene i [F40](#).-.

For at en sikker diagnose skal kunne stilles må flere alvorlige angstanfall med autonom symptomer ha inntruffet i løpet av en periode på rundt én måned:

- (a) under omstendigheter hvor det ikke foreligger objektiv fare,
- (b) uten at anfallene begrenses til kjente eller forutsigbare situasjoner, og
- (c) med relativ frihet fra angstsymptomer mellom anfallene (selv om forventningsangst er vanlig).

Inklusive

- panikkanfall
- panikktilstand

Differensialdiagnoser

Panikklidelse må skilles fra panikkanfall som inntreffer som del av etablerte fobiske lidelser, som tidligere omtalt. Panikkanfall kan være sekundære til depressive lidelser, særlig hos menn, og hvis kriteriene for en depressiv lidelse samtidig er oppfylt, bør ikke hoveddiagnosen være panikklidelse.

F41.1 Generalisert angstlidelse

Generell og vedvarende angst som ikke er begrenset til eller fremherskende i bestemte situasjoner (dvs at den er «frittflytende»). Som ved andre angstlidelser varierer de sentrale symptomene sterkt, men omfatter vanligvis plager som vedvarende nervøsitet, skjelving, muskelspenninger, svette, ørhet, hjertebank, svimmelhet og ubehag i magen. Frykt for at pasienten eller en slektning snart vil bli syk eller bli utsatt for en ulykke, i tillegg til andre bekymringer er vanlig. Lidelsen er vanligst hos kvinner, og ofte knyttet til kroniske belastninger. Forløpet varierer, men har tendens til å være skiftende og kronisk.

Diagnostiske retningslinjer

Individet må ha primære symptomer på angst nesten hver dag i minst flere uker i strekk, og vanligvis i flere måneder. Symptomene bør vanligvis ha innslag av:

- (a) engstelse (bekymringer om fremtidige ulykker, irritabilitet, konsentrasjonsvansker osv),
- (b) motorisk spenning (rastløs nervøsitet, spenningshodepine, skjelving, manglende evne til å slappe av), og

(c) autonom overaktivitet (ørhet, svette, rask puls eller hurtig respirasjon, epigastrisk ubehag, svimmelhet, tørr munn osv).

Hos barn kan hyppig behov for beroligelse og tilbakevendende somatiske plager være fremtredende.

Kortvarig forekomst (noen dager i strekk) av andre symptomer, særlig depresjon, ekskluderer ikke generalisert angstlidelse som hoveddiagnose, men personen må ikke oppfylle alle kriteriene for depressiv episode ([F32.-](#)), fobisk angstlidelse ([F40.-](#)), panikklidelse ([F41.0](#)) eller obsessiv-kompulsiv lidelse ([F42.-](#)).

Inklusive

- angstnevrose
- angstreaksjon
- angsttilstand

Eksklusive

- nevrasteni ([F48.0](#))

F41.2 Blandet angstlidelse og depressiv lidelse

Denne blandingskategorien skal brukes når symptomer på både angst og depresjon er til stede, uten at noen av dem alene er tilstrekkelig alvorlige til å rettferdiggjøre en diagnose. Hvis alvorlig angst foreligger, sammen med en svakere grad av depresjon, skal en av de andre kategoriene for angstlidelser eller fobiske lidelser brukes. Når både depressive syndromer og angstsyndromer foreligger og er alvorlige nok til å rettferdiggjøre individuelle diagnoser, skal begge lidelsene registreres og denne kategorien ikke brukes. Hvis det av praktiske registreringshensyn bare kan stilles én diagnose, skal depresjon ha forrang. Noen autonome symptomer (skjelving, hjertebank, tørr munn, urolig mage osv) må være til stede, om enn bare midlertidig. Hvis bare redsel eller overdreven bekymring er til stede, uten autonome symptomer, bør ikke denne kategorien brukes. Hvis symptomer som oppfyller kriteriene for denne lidelsen inntreffer i sammenheng med betydelige endringer i livssituasjon eller svært belastende livshendelser, skal kategori [F43.2](#), tilpasningsforstyrrelser, brukes.

Individer med denne blandingen av forholdsvis milde symptomer blir ofte behandlet i primærhelsetjenesten, men det finnes mange som aldri vil komme under medisinsk eller psykiatrisk behandling.

Inklusive

- angstdepresjon (mild eller ikke vedvarende)

Eksklusive

- vedvarende angstdepresjon (dystymi) ([F34.1](#))

F41.3 Andre blandede angstlidelser

Kategorien skal brukes for lidelser som oppfyller kriteriene for generalisert angstlidelse ([F41.1](#)) og som også har fremtredende (men ofte kortvarige) trekk fra andre lidelser i [F40–F48](#), selv om alle kriteriene for disse tilleggslidelsene ikke er oppfylt. De vanligste eksemplene er obsessiv-kompulsiv lidelse ([F42.-](#)), dissosiative lidelser ([F44.-](#)), somatiseringslidelse ([F45.0](#)), uddifferensiert somatoform lidelse ([F45.1](#)) og hypokondrisk lidelse ([F45.2](#)). Hvis symptomer som oppfyller kriteriene for denne lidelsen inntreffer i nær sammenheng med betydelige livsforandringer eller betydelige livshendelser, skal kategori [F43.2](#), tilpasningsforstyrrelser, brukes.

F41.8 Andre spesifiserte angstlidelser

Inklusive

- angsthysteri

F41.9 Uspesifisert angstlidelse

Inklusive

- angst INA

F42 Obsessiv-kompulsiv lidelse (tvangslidelse)

Hovedtrekket ved denne lidelsen er tilbakevendende tvangstanker eller tvangshandlinger. Tvangstanker er ideer, forestillinger eller impulser som gjentatte ganger dukker opp i pasientens bevissthet i en stereotyp form. De er nesten uten unntak foruroligende (fordi de er voldelige eller obøkne, eller oppfattes som meningsløse) og personen prøver ofte, uten hell, å motstå dem. De erkjennes imidlertid som vedkommendes egne tanker, selv om de er ufrivillige og ofte frastøtende. Tvangshandlinger eller tvangsritualer er stereotyp atferd som blir gjentatt gang på gang. De er ikke i seg selv behagelige eller nyttige. Hensikten er ofte å hindre en objektivt sett usannsynlig hendelse som innebærer skade på, eller er forårsaket av, vedkommende selv. Vanligvis erkjennes denne atferden som meningsløs eller nytteløs, og personen gjør gjentatte forsøk på å motstå den. I meget langvarige tilfeller kan motstandskraften være minimal. Autonome angstsymptomer er ofte til stede, men ubehagelige følelser av indre eller psykiske spenninger uten åpenbar autonom årsak er også vanlig. Det er en nær sammenheng mellom obsessive symptomer, særlig tvangstanker, og depresjon. Personer med obsessiv-kompulsiv lidelse har ofte depressive symptomer, og personer som lider av tilbakevendende depressiv lidelse ([F33.-](#)) kan utvikle tvangstanker i løpet av sine depresjonsepisoder. I begge tilfeller blir økt eller redusert alvorlighetsgrad av de depressive symptomene ledsaget av parallelle endringer i alvorlighetsgraden av de obsessive symptomene.

Obsessiv-kompulsiv lidelse er like utbredt hos menn som hos kvinner, og det er ofte fremtredende tvangspregede trekk i den underliggende personligheten. Debuten inntreffer vanligvis hos barn eller unge voksne. Forløpet varierer og blir ofte kronisk ved fravær av uttalte depressive symptomer.

Diagnostiske retningslinjer

For at en sikker diagnose skal kunne stilles, må enten tvangstanker eller tvangshandlinger, eller begge deler, være til stede de fleste dagene i minst to etterfølgende uker og føre til bekymring eller ha innvirkning på aktiviteter. Tvangstankene bør ha følgende kjennetegn:

- (a) de må erkjennes som personens egne tanker eller impulser,
- (b) minst én tanke eller handling kan ikke motstås, selv om det også kan være andre tanker eller handlinger som personen motstår,
- (c) tanken på å utføre handlingen må ikke være behagelig i seg selv (lettelse av spenning eller angst vurderes ikke som behagelig),
- (d) tankene, forestillingene eller impulsene må være ubehagelig repeterende.

Inklusive

- anankastisk nevrose
- obsessiv nevrose

- obsessiv-kompulsiv nevrose

Differensialdiagnoser

Differensiering mellom obsessiv-kompulsiv lidelse og depressiv lidelse kan være vanskelig, fordi de to symptomtypene ofte inntreffer samtidig. I en akutt sykdomsepisode skal de først oppståtte symptomene få forrang. Når begge symptomtyper er til stede uten at en av dem dominerer, bør depresjonen som regel vurderes som primær. Ved kroniske lidelser skal de symptomer som hyppigst vedvarer i fravær av de andre, prioriteres.

Tilfeldige panikkanfall eller milde fobiske symptomer svekker ikke diagnosen. Likevel skal obsessive symptomer som utvikles i forbindelse med schizofreni, Tourettes syndrom eller organiske psykiske lidelser betraktes som del av disse tilstandene.

Selv om tvangstanker og tvangshandlinger ofte forekommer samtidig, er det hensiktsmessig å spesifisere hvilke symptomer som er mest fremtredende, siden pasienter kan respondere på ulike behandlingstyper.

F42.0 Hovedsakelig tvangstanker eller tvangsgrubling

Disse kan ytre seg i form av ideer, mentale bilder eller handlingsimpulser. De varierer mye i innhold, men er nesten alltid plagsomme for personen. En kvinne kan for eksempel plages av en frykt for ikke å kunne motstå en impuls til å drepe barnet sitt. Eller hun kan plages av en frastøtende eller blasfemisk og fremmed, tilbakevendende idé. Noen ganger utgjør tankene en endeløs og kvasifilosofisk vurdering av ulike alternativer uten noe klart resultat. Slik ubesluttosom overveielse av alternativer er en viktig del i mange andre tvangsgrublinger, og blir ofte forbundet med en sviktende evne til å treffe trivielle, men nødvendige valg i det daglige liv.

Forholdet mellom tvangsgrublinger og depresjon er særlig nært. Diagnosen obsessiv-kompulsiv lidelse skal bare foretrekkes hvis tvangsgrublinger oppstår eller vedvarer uten at det foreligger noen depressiv lidelse.

F42.1 Hovedsakelig tvangshandlinger [tvangsritualer]

De fleste tvangshandlinger gjelder rengjøring (særlig håndvasking), gjentatt kontroll for å forsikre seg om at en potensielt farlig situasjon ikke har fått mulighet til å utvikle seg, eller overdreven orden og ryddighet. Bak den ytre atferden ligger en frykt, vanligvis for fare, enten for individet eller forårsaket av individet, og ritualer er et virkningsløst eller symbolsk forsøk på å avverge slik fare. Tvangsritualer kan oppta flere timer daglig og blir noen ganger forbundet med betydelig ubesluttosomhet og senhet. Generelt er lidelsen like utbredt hos begge kjønn, men håndvaskritualer er vanligst hos kvinner, og treghet uten gjentakelser vanligst hos menn.

Tvangsritualer er i mindre grad enn tvangstanker forbundet med depresjon, og kan lettere behandles med atferdsterapi.

F42.2 Blandede tvangstanker og tvangshandlinger [tvangsritualer]

De fleste obsessiv-kompulsive personer har elementer av både tvangstanker og tvangshandlinger. Denne underkategorien skal brukes hvis begge er like fremtredende; noe som ofte er tilfelle. Det kan være hensiktsmessig å bare spesifisere den ene, hvis den er tydelig dominerende, siden tanker og handlinger kan respondere på ulike behandlingstyper.

F42.8 Andre spesifiserte obsessiv-kompulsive lidelser

F42.9 Uspesifisert obsessiv-kompulsiv lidelse

F43 Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning

Kategorien skiller seg fra de andre ved at den omfatter lidelser som kan identifiseres, ikke bare på grunnlag av symptomer og forløp, men også ved tilstedeværelsen av en av to årsaksfaktorer. En usedvanlig belastende livshendelse kan fremkalle en akutt belastningsreaksjon, mens en vesentlig forandring i tilværelsen som fører med seg vedvarende ubehagelige forhold som kan føre til en tilpasningsforstyrrelse. Selv om mindre alvorlige psykososiale belastninger («livshendelser») kan utløse eller bidra til utviklingen av en rekke lidelser som er klassifisert annet sted i dette kapittelet, er den årsaksmessige betydningen av belastningen ikke alltid klar. Betydningen vil i hvert tilfelle avhenge av individuell sårbarhet. Livshendelsene er verken nødvendige eller tilstrekkelige til å forklare forekomsten av lidelsen og dens ytringsform. Lidelser som er samlet her, antas alltid å oppstå som direkte konsekvens av akutt alvorlig belastning eller vedvarende traumer. Den belastende hendelsen eller de vedvarende, ubehagelige omstendighetene er de primære og altoverskyggende årsaksfaktorene, og lidelsene ville ikke ha oppstått uten slik påvirkning. Reaksjoner på alvorlige belastninger og tilpasningsforstyrrelser i alle aldersgrupper, også barn og unge, er tatt med i denne kategorien.

Selv om hvert individuelt symptom som både den akutte belastningsreaksjonen og tilpasningsforstyrrelsen består av, også kan inntreffe i andre lidelser, er det visse egenskaper ved symptomene uttrykk som berettiger at tilstandene tas med som en klinisk enhet. Den tredje tilstanden i dette avsnittet, posttraumatisk belastningslidelse, har relativt spesifikke og karakteristiske kliniske trekk.

Lidelser kan således betraktes som uhensiktsmessige reaksjoner på alvorlig eller vedvarende belastning, ved at de forstyrrer funksjonelle mestringsmekanismer og gir et lavere sosialt funksjonsnivå.

Selvpåført skade, vanligvis forgiftning med foreskrevne medisiner, som er nært forbundet i tid med utbruddet av enten en belastningsreaksjon eller en tilpasningsforstyrrelse, skal registreres ved hjelp av en tilleggskode X fra ICD-10, kapittel XX. Disse kodene gir ikke rom for differensiering mellom selvmordsforsøk og «paraselvmord», som begge er inkludert i den generelle kategorien for selvpåført skade.

F43.0 Akutt belastningslidelse

Forbigående lidelse av betydelig alvorlighetsgrad som utvikles hos et individ som ikke har noen andre påviselige psykiske lidelser, som reaksjon på uvanlig legemlig og psykisk belastning, og som vanligvis avtar innen timer eller dager. Belastningen kan bestå av en sterkt traumatisk opplevelse som innebærer en alvorlig trussel mot personens sikkerhet og fysiske integritet, eller mot hans nærmeste (f eks naturkatastrofer, ulykker, kamp, overfall, voldtekt), eller en uvanlig brå og truende endring i individets sosiale posisjon og sosiale nettverk, som store tap eller brann i hjemmet. Risikoen for lidelsen øker hvis også fysisk utmattelse eller organiske faktorer (f eks hos eldre mennesker) er til stede.

Individuell sårbarhet og mestringssevne har betydning for forekomsten og alvorlighetsgraden av akutte belastningsreaksjoner. Det faktum at ikke alle personer som er utsatt for eksepsjonell belastning, utvikler lidelsen, viser dette. Symptomene varierer sterkt, men omfatter vanligvis en startfase med forvirring, med noe innsnevring av bevisstheten og av oppmerksomheten, samt manglende evne til å forstå stimuli og desorientering. Tilstanden kan bli etterfulgt av enten videre

tilbaketrekning fra den aktuelle situasjonen (så langt som til dissosiativ stupor, se [F44.2](#)), eller av agitasjon og hyperaktivitet (fluktreaksjon eller fugue). Autonome tegn på panikkangst (takykardi, svetting, rødming) er vanligvis til stede. Symptomene foreligger vanligvis i løpet av minutter etter den belastende påvirkningen eller hendelsen, og forsvinner innen to til tre dager (ofte i løpet av timer). Delvis eller total amnesi (se [F44.0](#)) for episoden kan være til stede.

Diagnostiske retningslinjer

Det må være en umiddelbar og klar tidsmessig forbindelse mellom en eksepsjonell belastning og symptomutbrudd. Symptomutbruddene kommer vanligvis i løpet av få minutter, hvis ikke umiddelbart. Videre må symptomene:

- (a) vise et blandet og vanligvis skiftende bilde. I tillegg til startfasen med forvirring, kan også depresjon, angst, sinne, desperasjon, hyperaktivitet og tilbaketrekning forekomme, men ingen symptomtype dominerer over lengre tid,
- (b) forsvinne raskt (innen få timer) i tilfeller der tilbaketrekning fra de belastende omgivelsene er mulig. I tilfeller der belastningen vedvarer eller ikke kan reverseres, begynner symptomene vanligvis å avta etter 24–48 timer og er vanligvis minimale etter rundt tre dager.

Diagnosen skal ikke brukes til å dekke over plutselige symptommessige forverringer hos personer som allerede har symptomer som oppfyller kriteriene for en annen psykisk lidelse, med unntak av de som omfattes av [F60](#).- (personlighetsforstyrrelser). Individets eventuelle tidligere psykiske lidelser svekker ikke bruken av denne diagnosen.

Inklusive

- akutt krisereaksjon
- kamptretthet
- krisetilstand
- psykisk sjokk

F43.1 Posttraumatisk stresslidelse

Oppstår som forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende hendelse eller situasjon (av enten kort eller lang varighet) av usedvanlig truende eller katastrofal art, som sannsynligvis vil fremkalle sterkt ubehag hos de fleste (dvs naturkatastrofer eller menneskeskapte katastrofer, krigshandlinger, alvorlige ulykker, møte med andre personers voldelige død, selv å bli utsatt for tortur, terrorisme, voldtekt eller andre kriminelle handlinger).

Predisponerende faktorer, som personlighetstrekk (f eks kompulsive eller asteniske) eller tidligere nevroser, kan senke terskelen for utvikling av syndromet eller forverre forløpet, men er verken nødvendige eller tilstrekkelige til å forklare forekomsten av lidelsen.

Typiske symptomer omfatter episoder hvor man gjenopplever traumet i påtrengende minner («flashbacks»), drømmer eller mareritt, samtidig med at individet har en fornemmelse av «nummenhet» og følelsesmessig avflatning, distansering fra andre mennesker, nedsatt reaksjoner på omgivelsene, anhedoni og unngåelse av aktiviteter og situasjoner som minner om traumet. Det er vanlig at man frykter og unngår det som minner om det opprinnelige traume. I noen få tilfeller kan det være dramatiske, akutte utbrudd av frykt, panikk eller aggresjon, utløst av stimuli som utløser en brå tilbakekomst og gjenopplevelse av traumet eller av den opprinnelige reaksjonen på det.

Det foreligger vanligvis autonom hyperaktivitet og vaksomhet, lettskremthet og søvnløshet. Angst og depresjon blir ofte forbundet med ovennevnte symptomer og tegn, og ikke sjelden oppstår det også selvmordstanker. Omfattende bruk av alkohol eller stoff kan være en kompliserende faktor.

Symptomdebut etterfølger traumet med en latensperiode som kan vare i fra noen få uker til flere måneder (men sjelden mer enn seks måneder). Forløpet er svingende, men det kan i de fleste tilfeller forventes bedring. Hos noen få pasienter kan tilstanden ha et kronisk forløp over flere år, med eventuell overgang til en varig personlighetsforandring (se [F62.0](#)).

Diagnostiske retningslinjer

Lidelsen skal vanligvis ikke diagnostiseres hvis det ikke er beviser for at den oppstod innen 6 måneder etter en uvanlig alvorlig traumatisk hendelse. En «sannsynlig» diagnose kan fremdeles være mulig hvis perioden mellom hendelsen og debuten oversteg 6 måneder, forutsatt at de kliniske manifestasjonene er typiske og at ingen alternativ forklaring på lidelsen (f eks angstepisode, obsessiv-kompulsiv eller depressiv episode) er plausibel. I tillegg til beviser på traume, må det være en gjentatt og påtrengende erindring eller gjenopplevelse av hendelsen i individets hukommelse, dagdrømmer eller drømmer. Påfallende emosjonell distanse, følelseskulde og unngåelse av stimuli som kan føre til en gjenopplevelse av traumet, forekommer ofte, men er ikke nødvendige for at diagnosen skal kunne stilles. Autonome forstyrrelser, affektive lidelser og avvikende atferd bidrar til diagnosen, men er ikke de viktigste faktorene.

Den sene kroniske følgetilstanden etter store belastninger, dvs som fortsatt er til stede tiår etter den belastende livshendelsen, skal klassifiseres under [F62.0](#).

Inklusive

- traumatisk nevrose

F43.2 Tilpasningsforstyrrelser

Tilstander med subjektive plager og følelsesmessige forstyrrelser, som vanligvis påvirker individets sosiale funksjonsnivå og yteevne, og som oppstår i tilpasningsperioden etter betydelige livsendringer eller en belastende livshendelse (inkludert tilstedeværelse, eller mulig tilstedeværelse, av en alvorlig somatisk sykdom). Belastningen kan ha påvirket integriteten av individets sosiale nettverk (gjennom tap eller adskillelsesopplevelser) eller det bredere systemet av sosiale støtte- og verdifunksjoner (emigrasjon eller flyktningsstatus). Belastningen kan berøre selve individet, men også individets gruppe eller samfunn.

Individuell predisposisjon eller sårbarhet spiller en større rolle for risikoen for forekomst og utvikling av symptomene ved tilpasningsforstyrrelser enn tilfellet er for andre tilstander i [F43.-](#), men man antar likevel at tilstanden ikke ville ha oppstått uten den belastende situasjonen. Symptomene varierer og omfatter nedtrykthet, angst eller bekymring (eller en blanding av disse), følelse av makteløshet overfor situasjonen og manglende evne til å planlegge fremover eller å fortsette i nåværende situasjon, samt større eller mindre problemer med å utføre daglige rutiner. Individet kan oppfatte seg selv som tilbøyelig til dramatisk atferd eller voldelige utbrudd, men disse forekommer sjelden. Likevel kan atferdsforstyrrelser (f eks aggressiv eller usosial atferd) forekomme, særlig hos ungdom. Ingen av symptomene er i seg selv tilstrekkelig alvorlige eller fremtredende til å rettferdiggjøre en mer spesifikk diagnose. Hos barn er regressive fenomener som tilbakegang til sengevæting, barnespråk eller tommelsuging en vanlig del av symptommmønsteret. Hvis disse trekkene dominerer, skal F43.23 brukes.

Debuten inntreffer vanligvis innen én måned etter den belastende hendelsen eller livsendringen, og symptomene varer sjelden lenger enn 6 måneder, med unntak av tilfeller med langvarig depressiv reaksjon ([F43.21](#)). Hvis symptomene vedvarer utover denne perioden, skal diagnosen endres i henhold til det eksisterende kliniske bildet. Stress som eventuelt fortsetter, kan kodes ved hjelp av en av Z-kodene i kapittel XXI i ICD-10.

Individets kontakt med medisinsk og psykiatrisk ekspertise som følge av tapsreaksjoner som

vurderes som normale i individets kultur, og som ikke sjelden varer i mer enn 6 måneder, skal registreres med en kode fra kapittel XXI i ICD-10, som Z63.4 (familiemedlem som forsvinner eller dør), eventuelt også Z71.9 (uspesifisert rådgivning) eller Z73.3 (belastning som ikke er klassifisert annet sted). Sorgreaksjoner av alle varigheter, vurdert som unormale på grunn av deres form eller innhold, skal kodes som [F43.22](#), [F43.23](#), F43.24 eller [F43.25](#), og de som fremdeles er intense og varer i mer enn 6 måneder, som F43.21 (langvarig depressiv reaksjon).

Diagnostiske retningslinjer

Diagnostiseringen avhenger av en nøye evaluering av forholdet mellom:

- (a) symptomenes form, innhold og alvorlighetsgrad
- (b) bakgrunn og personlighet, og
- (c) belastende hendelse, situasjon eller livskrise.

Tilstedeværelsen av den tredje faktoren må være klar, og det må være klare eller sannsynlige holdepunkter for at lidelsen ikke ville ha oppstått uten denne. Hvis belastningen er relativt ubetydelig, eller det ikke kan påvises en tidsmessig forbindelse (mindre enn tre måneder), skal lidelsen klassifiseres et annet sted, i samsvar med dens foreliggende trekk.

Inklusive

- kultursjokk
- sorgreaksjon
- hospitalisering av barn

Eksklusive

- separasjonsangst hos barn ([F93.0](#))
-

Underinndelinger

Hvis kriteriene for tilpasningsforstyrrelser er oppfylt, kan klinisk form eller dominerende trekk spesifiseres med et femte tegn.

F43.20 Kortvarig depressiv reaksjon

Forbigående, mild depressiv tilstand som ikke varer mer enn én måned.

F43.21 Vedvarende depressiv reaksjon

Mild depressiv tilstand som inntreffer som følge av langvarig utsettelse for en belastende situasjon, men som ikke varer mer enn to år.

F43.22 Blandet angstreaksjon og depressiv reaksjon

Symptomer på både angst og depresjon er til stede, men på nivåer som ikke overstiger de som er spesifisert for blandet angstreaksjon og depressiv lidelse ([F41.2](#)) eller annen blandet angstlidelse ([F41.3](#)).

F43.23 Med dominerende forstyrrelse av andre følelser

Symptomene er vanligvis knyttet til mange typer følelser, som angst, depresjon, bekymring, spenning og sinne. Symptomer på angst og depresjon kan oppfylle kriteriene for blandet angstlidelse og depressiv lidelse ([F41.2](#)) eller annen blandet angstlidelse ([F41.3](#)), men er ikke så dominerende at andre mer spesifikke depressive lidelser eller

angstlidelser kan diagnostiseres. Denne kategorien skal også brukes for reaksjoner hos barn der regressiv atferd som sengevæting eller tommelsuging også er til stede.

F43.24 Med dominerende atferdsforstyrrelse

Den mest betydelige forstyrrelsen er atferdsforstyrrelser, som når en ungdoms sorgreaksjon fører til aggressiv eller dyssosial atferd.

F43.25 Med blandet forstyrrelse av følelser og atferd

Både følelsesmessige symptomer og atferdsforstyrrelse er fremtredende kjennetegn.

F43.28 Med andre spesifiserte dominerende symptomer

F43.8 Andre spesifiserte reaksjoner på alvorlig belastning

F43.9 Uspesifisert reaksjon på alvorlig belastning

F44 Dissosiative lidelser [konversjonslidelser]

Det som er felles for dissosiative lidelser (eller konversjonslidelser) er delvis eller fullstendig tap av den normale integrasjon mellom erindringer om fortiden, identitetsbevissthet og umiddelbare sansefølelser, og tap av kontroll over kroppsbevegelser. Det foreligger vanligvis en betydelig grad av bevisst kontroll over minner og følelser som kan gi øyeblikkelig oppmerksomhet og bevegelsene som skal gjøres. For dissosiative lidelser antas det at denne evnen til bevisst og selektiv kontroll er svekket i en grad som kan variere fra dag til dag eller time til time. Det er vanligvis meget vanskelig å vurdere i hvilken grad noe av funksjonstapet kan være under frivillig kontroll.

Lidelsene har tidligere vært klassifisert som ulike typer av «konversjonshysteri», mens det nå synes hensiktsmessig å unngå begrepet «hysteri» så langt som mulig, ut fra dens mange og varierte betydninger. Dissosiative lidelser som beskrevet her antas å være av «psykogen» opprinnelse, de er nært forbundet i tid med traumatiske hendelser, uløselige og uutholdelige problemer eller forstyrrede mellommenneskelige forhold. Det er derfor ofte mulig å tolke og anta noe om personens måter å håndtere uutholdelige belastninger på, men begreper hentet fra en særskilt teori, som «ubevist motivasjon» og «sekundærgevinst» er ikke tatt med i retningslinjene eller kriteriene for diagnosen.

Begrepet «konversjon» blir ofte brukt for noen av disse lidelsene, og innebærer at den ubehagelige affekt som fremkalles av problemer og konflikter personen ikke kan løse selv, blir omdannet til symptomer.

Debut og opphør av dissosiative tilstander rapporteres ofte å skje plutselig, men blir sjelden observert, bortsett fra ved arrangert interaksjon eller under prosedyrer som hypnose eller avreagering. Endring i eller opphør av en dissosiativ tilstand kan begrenses til varigheten av slike prosedyrer. Alle typer dissosiative tilstander synes å avta etter få uker eller måneder, særlig hvis utbruddet var forbundet med en traumatisk livshendelse. Mer kroniske tilstander, særlig lammelser og følelsesløshet kan utvikles (noen ganger saktere) hvis de er forbundet med uløselige problemer eller mellommenneskelige vanskeligheter. Dissosiative tilstander som har vart i mer enn 1–2 år før de har kommet til psykiatrisk behandling, er ofte resistent mot terapi.

Individer med dissosiative lidelser har ofte en klar tilbøyelighet til å benekte tilstedeværelsen av problemer eller vanskeligheter som kan være åpenbare for andre. Problemer de selv erkjenner, blir ofte knyttet til de dissosiative symptomene.

Depersonalisasjon og derealisasjon er inkludert her, siden det vanligvis bare er begrensede aspekter ved den personlig identitet som påvirkes i disse syndromene, og det ikke foreligger noe tap av

funksjonsevner når det gjelder sansning, minner eller bevegelser.

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) kliniske trekk som spesifisert for de individuelle lidelsene i [F44.-](#),
- (b) ingen tegn til somatisk lidelse som kan forklare symptomene,
- (c) holdepunkter for psykisk årsak, i form av klar tidsmessig forbindelse til belastende hendelser og problemer, eller forstyrrede mellommenneskelige forhold (til tross for at individet benekter dette).

Overbevisende holdepunkter for en psykisk årsak kan være vanskelig å finne, til tross for at dette kan være høyst sannsynlig. Ved tilstedeværelse av kjente lidelser i det sentrale eller perifere nervesystemet, må diagnosen dissosiativ lidelse stilles med stor varsomhet. I mangel av holdepunkter for psykisk årsak, må diagnosen være foreløpig, og det skal fortsatt gjøres undersøkelser av både fysiske og psykiske aspekter.

Inklusive

- konversjonshysteri
- konversjonsreaksjon
- hysteri
- hysterisk psykose

Eksklusive

- simulant (bevisst simulering) (Z76.5)

F44.0 Dissosiativ amnesi

Viktigste kjennetegn er hukommelsestap, vanligvis for viktige hendelser av nyere dato, som ikke skyldes organisk psykisk lidelse, og som er for omfattende til å kunne forklares som vanlig glemsomhet eller tretthet. Amnesien er vanligvis konsentrert om traumatiske hendelser, som ulykker eller uventede tap ved dødsfall, og er vanligvis delvis og selektiv. Amnesiens omfang og art varierer ofte fra dag til dag og mellom undersøkere, men har en vedvarende kjerne som ikke kan erindres i våken tilstand. Total og generalisert amnesi er sjelden. Den inntreffer vanligvis som del av en fugue ([F44.1](#)) og skal i slike tilfeller også klassifiseres som det.

De affektive tilstandene som følger amnesi varierer sterkt, men alvorlig depresjon er sjelden. Forvirring, bekymring og varierende grad av oppmerksomhetssøkende atferd kan være tydelig, men rolig aksept kan også forekomme. Unge voksne blir oftest påvirket, og de mest ekstreme tilfellene rammer vanligvis menn som deltar i krigshandlinger. Ikke-organiske dissosiative tilstander forekommer sjelden i alderdommen. Formålsløs vandring i lokale omgivelser kan inntreffe, vanligvis ledsaget av svekket egenomsorg og varer sjelden mer enn en dag eller to.

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) amnesi, delvis eller komplett, for nylige hendelser av traumatisk eller belastende art (disse aspektene kan bare dukke opp når andre informanter er tilgjengelige),
- (b) fravær av organiske hjernelidelser, forgiftning eller usedvanlig tretthet.

Differensialdiagnoser

I organiske psykiske lidelser er det vanligvis andre tegn på forstyrrelser i nervesystemet, samt klare og vedvarende tegn på redusert bevissthetsnivå, desorientering og skiftende tilstedeværelse. Tap av korttidshukommelse er mer typisk ved organiske tilstander, uavhengig av mulige traumatiske hendelser eller problemer. «Black-outs» som skyldes misbruk av alkohol eller substanser, har nær sammenheng med hvor lang tid misbruket har pågått, og den tapte informasjonen kan aldri gjenvinnes. Tap av korttidshukommelse som man ser ved Korsakoffs syndrom, der umiddelbar erindring er bevart mens erindring etter bare 2–3 minutter er tapt, er ikke observert ved dissosiativ amnesi.

Amnesi som følge av hjernerystelse eller alvorlige hodeskader er vanligvis retrograd, men kan i alvorlige tilfeller også kan være anterograd. Dissosiativ amnesi er vanligvis hovedsakelig retrograd. Bare dissosiativ amnesi kan påvirkes gjennom hypnose eller avreagering. Postiktal amnesi i epilepsi og andre tilstander av stupor eller mutisme som tilfeldigvis blir observert ved schizofrene eller depressive lidelser, kan vanligvis differensieres ved hjelp av andre kjennetegn ved den underliggende sykdommen.

Den mest problematiske differensieringen er fra bevisst simulering av amnesi (simulant), og gjentatt og detaljert vurdering av premorbid personlighet og motivasjon kan derfor være nødvendig. Bevisst simulering av amnesi er vanligvis forbundet med åpenbare pengeproblemer, dødsfare i krigstid, eller mulig fengselsdom eller dødsdom.

Eksklusive

- amnestisk lidelse utløst alkohol- eller annet psykoaktivt stoff ([F10–F19](#)) med vanlig fjerdetegn .6)
- amnesi INA (R41.1)
- anterograd amnesi (R41.1)
- ikke-alkoholisk organisk amnestisk syndrom ([F04](#))
- postiktalt amnesi i epilepsi (G40.-)
- retrograd amnesi (R41.2)

F44.1 Dissosiativ «fugue»

Dissosiativ fugue omfatter alle trekk ved dissosiativ amnesi, og i tillegg en tilsynelatende målrettet vandring ut fra hjem eller arbeidssted mens egenomsorg opprettholdes. I noen tilfeller antar personen en ny identitet, vanligvis bare for noen få dager, men noen ganger også for lange tidsperioder og i en overraskende gjennomført grad. Organisert reising kan finne sted til kjente steder som har emosjonell betydning. Selv om det foreligger amnesi i perioden med fugue, kan individets atferd i denne tiden synes fullstendig normal for utenforstående.

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">(a) kriteriene for dissosiativ amnesi (F44.0),(b) målrettet reising utover vanlig hverdagsnivå (differensieringen mellom reising og vandring må gjøres av personer som kjenner området), og(c) opprettholdelse av grunnleggende egenomsorg (spising, vasking osv) og enkel sosial interaksjon med fremmede (som å kjøpe billetter eller bensin, spørre etter riktig vei, bestille måltider). |
|--|

Differensialdiagnoser

Kan vanligvis klart skilles fra postiktal fugue, som særlig observeres etter temporallappepilepsi. Differensieringen er enkel på grunn av epilepsien, fravær av belastende hendelser eller problemer, og epileptikerens mindre målrettede og mer fragmenterte aktiviteter og reising.

På samme måte som for dissosiativ amnesi, kan det være svært vanskelig å skille mellom dissosiativ fugue og bevisst simulering av fugue.

F44.2 Dissosiativ stupor

Individets atferd oppfyller kriteriene for stupor, men observasjoner og undersøkelser gir ingen holdepunkter for legemlig årsak. Videre, som i andre dissosiative lidelser, er det sikre holdepunkter for psykogen årsak i form av enten nylige belastende hendelser eller fremstående mellommenneskelige eller sosiale problemer.

Stupor er diagnostisert på grunnlag av kraftig reduksjon eller fravær av viljebestemte bevegelser og normal respons på eksterne stimuli som lys, støy og berøring. Individet ligger eller sitter nærmest ubevegelig i lange perioder. Tale og spontane, målrettede bevegelser forsvinner helt eller nesten helt. Selv om det kan foreligge en viss grad av bevissthetsforstyrrelse, viser muskeltonus, holdning, pusting og noen ganger øyeåpning og koordinerte øyebvegelser at individet åpenbart verken sover eller er bevisstløst.

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) stupor, som beskrevet ovenfor,
- (b) fravær av en somatisk eller annen psykisk lidelse som kan forklare stuporen,
- (c) beviser for nylig belastende hendelse eller aktuelle problemer.

Differensialdiagnoser

Dissosiativ stupor må differensieres fra kataton stupor og depressiv eller manisk stupor. Stupor ved kataton schizofreni inntreffer ofte etter symptomer eller atferd som kan minne om schizofreni. Depressiv og manisk stupor utvikles forholdsvis sakte, slik at opplysninger fra en annen informant bør være avgjørende. Både depressiv og manisk stupor blir stadig sjeldnere i mange land, fordi tidlig behandling av affektive lidelser blir stadig mer utbredt.

F44.3 Transe og besettelsestilstander

Tilstander med midlertidig tap av både personlig identitetsopplevelse og full bevissthet om omgivelsene. I noen tilfeller oppfører individet seg som om en annen personlighet, en ånd, guddommelighet eller kraft har tatt overhånd. Oppmerksomhet og oppfatningsevne kan være begrenset til eller konsentrert om bare ett eller to aspekter ved de umiddelbare omgivelsene, og personen har ofte et begrenset, men gjentatt sett av bevegelser, stillinger og ytringer. Bare transetilstander som er ufrivillige eller uønskede, og som bryter inn i ordinære aktiviteter ved å inntreffe utenfor (eller være en forlengelse av) religiøse eller andre kulturelt aksepterte situasjoner, skal tas med her.

Transetilstander som inntreffer i sykdomsforløpet for schizofrene eller akutte psykoser med hallusinasjoner eller vrangforestillinger, eller sammensatt personlighet, skal ikke tas med her. Kategorien skal heller ikke brukes hvis transetilstanden vurderes å være nært forbundet med somatiske lidelser (som temporallappepilepsi eller hodeskade) eller forgiftning som skyldes bruk av

psykoaktive substanser.

F44.4 – F44.7 Dissosiative motoriske forstyrrelser og sanseutfall

Felles for disse lidelsene er tap eller forstyrrelse av motorikk eller sansning (vanligvis kutane). Individet synes derfor å ha en somatisk lidelse, selv om ingen funn kan forklare symptomene. Symptomene viser seg ofte å representere individets eget begrep om somatisk lidelse, som kan avvike fra fysiologiske eller anatomiske prinsipper. I tillegg kan vurderinger av individets psykiske tilstand og sosiale situasjon tyde på at individets uførhet som følger av funksjonstapet, hjelper personen til å flykte fra en ubehagelig konflikt, eller til å indirekte uttrykke avhengighet eller bitterhet. Selv om problemer eller konflikter kan være tydelige for andre, benekter pasienten ofte deres eksistens, og eventuelle plager tilknyttes symptomene eller den resulterende uførhet.

Graden av uførhet som følger av disse symptomtypene kan variere fra tilfelle til tilfelle, avhengig av hvor mange og hvilke andre mennesker som er til stede, og av pasientens følelsesmessige tilstand. Med andre ord kan en varierende grad av oppmerksomhetssøkende atferd foreligge, i tillegg til en sentral og stabil kjerne som består av tapt bevegelighet eller sansning som ikke er under frivillig kontroll.

Hos noen pasienter utvikles symptomene vanligvis i nær sammenheng med psykiske belastninger, mens det hos andre ikke finnes noen slik forbindelse. Rolig aksept («belle indifférence») av alvorlig svekkelse kan være påfallende, men er ikke universell, da en slik aksept også forekommer hos veltilpassede personer som blir utsatt for åpenbare og alvorlige somatiske lidelser.

Det observeres vanligvis premorbide avvik ved personlige forhold og personlighet, og nær familie og venner kan ha hatt somatiske sykdommer med symptomer som ligner pasientens. Milde og forbigående varianter av disse lidelsene blir ofte sett i ungdomsalderen, og særlig hos jenter, mens de kroniske variantene oftest blir sett hos unge voksne. Et fåtall individer utvikler et mønster med gjentatte reaksjoner på belastningen som følger disse lidelsene, og kan fremdeles vise manifestasjoner av dette som middelaldrende og eldre.

Lidelser som bare medfører *tap* av sansning er tatt med her. Lidelser som innebærer flere typer sansning, som smerte og andre komplekse følelser via det autonome nervesystemet, er tatt med under somatoforme lidelser ([F45.-](#)).

Diagnostiske retningslinjer

Diagnosen må stilles med stor varsomhet når det foreligger somatiske lidelser i nervesystemet, og når individet tidligere har vært veltilpasset, med normale familieforhold og sosiale relasjoner.

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">(a) det må ikke foreligge somatiske lidelser, og(b) det må innhentes nok kunnskap om pasientens psykiske og sosiale situasjon og personlige forhold til at en overbevisende formulering om bakgrunnen for lidelsens nærvær skal kunne utformes. |
|--|

Diagnosen må forbli sannsynlig eller foreløpig hvis det er tvil om innslaget av faktiske eller mulige somatiske lidelser, eller hvis det er umulig å oppnå en forståelse av hvorfor lidelsen har oppstått. I tvilsomme eller uklare tilfeller må man være klar over muligheten for senere utvikling av alvorlige somatiske eller psykiatriske lidelser.

Differensialdiagnoser

De tidlige stadiene av progressive nevrologiske lidelser, særlig multipel sklerose og systemisk

lupus erythematosus, kan forveksles med dissosiative motoriske og sansemessige forstyrrelser. En pasient som reagerer på tidlig multippel sklerose med bekymring og oppmerksomhetssøkende atferd, representerer et spesielt vanskelig problem. Det kan da være nødvendig med forholdsvis lange perioder med vurdering og observasjon før de diagnostiske antakelsene er klare.

Multiple og vage somatiske lidelser skal klassifiseres under somatiseringslidelse ([F45.-](#)) eller nevrasteni ([F48.-](#)).

Isolerte dissosiative symptomer kan forekomme ved større psykiske lidelser som schizofreni eller alvorlig depresjon, men disse lidelsene er vanligvis tydelige, og skal av diagnostiske og kodingsmessige hensyn ha forrang foran dissosiative symptomer.

Bevisst simulering av motoriske forstyrrelser og sanseutfall kan ofte være svært vanskelig å skille fra dissosiasjon. Valget vil avhenge av detaljert observasjon og kunnskaper om individets personlighet, omstendighetene rundt lidelsens debut, og konsekvensene av helbredelse i motsetning til fortsatt svekkelse.

F44.4 Dissosiative motoriske forstyrrelser

Ved de vanligste formene for dissosiative motoriske forstyrrelser taper individet evnen til å bevege hele, eller deler av, en eller flere ekstremiteter. Lammelsen kan være delvis, med svake eller langsomme bevegelser, eller fullstendig. Ulike former for og varierende grad av dårlig koordinasjon (ataksi) kan være tydelige, særlig i bena, og resulterer i at individet får en merkelig gange eller mister evnen til å stå oppreist ved egen hjelp (astasiabasi). Det kan også være unormalt kraftig skjelving eller risting i en eller flere ekstremiteter eller i hele kroppen. Forstyrrelsen kan vise likhet med nesten alle typer ataksi, apraksi, akinesi, afoni, dysartri, dyskinesi eller lammelse.

Inklusive

- psykogen afoni
- psykogen dysfoni

F44.5 Dissosiative krampetilstander

Dissosiative kramper (psevdoanfall) kan ligne epileptiske anfall med hensyn til bevegelser, men tungebiting, alvorlige blåmerker etter fall og urininkontinens forekommer sjelden. Det foreligger heller ikke bevisstløshet, men man kan se stupor- eller transetilstander.

F44.6 Dissosiativ følelsesløshet og sanseutfall

Følelsesløse områder i huden er ofte avgrenset på en måte som viser at de har nærmere sammenheng med pasientens forestillinger om legemlige funksjoner enn med faktisk anatomisk kunnskap. Følelsesløsheten kan også variere for de ulike sansene, på en måte som ikke kan skyldes nevrologisk skade. Sanseutfallet kan være ledsaget av klager over parestesier.

Fullstendig tap av synet forekommer sjelden ved dissosiative lidelser, og visuelle forstyrrelser består oftere av tap av skarpsyn, generell synstilsløring eller «tunnelsyn». Til tross for klager over synstap er pasientens generelle mobilitet og motorikk ofte overraskende god.

Dissosiativ døvhet og tap av luktesans forekommer vesentlig sjeldnere enn sanse- eller synstap.

Inklusive

- psykogen døvhet

F44.7 Blandet dissosiativ lidelse [konversjonslidelse]

Kombinasjoner av tilstander spesifisert i [F44.0](#) - [F44.6](#) skal kodes her.

F44.8 Andre spesifiserte dissosiative lidelser [konversjonslidelser]

Inklusive

- psykogen konfusjon
- «twilight state» (skumringstilstand)

Underinndelinger

F44.80 Gansers syndrom

Den komplekse lidelsen, beskrevet av Ganser, som kjennetegnes av «omtrentlige svar», vanligvis ledsaget av flere andre dissosiative symptomer, og som ofte oppstår under forhold som tyder på psykogen etiologi, skal kodes her.

F44.81 Multippel personlighet (personlighetsspaltning)

Denne lidelsen er sjelden, og det strides om i hvilken grad den er iatrogen eller kulturspesifikk. Det vesentligste kjennetegnet er tydelig sameksistens av to eller flere separate personligheter i samme individ, men bare én er tilstede om gangen. Hver personlighet er fullstendig, og har sin egen hukommelse, atferd og preferanser, og kan stå i tydelig kontrast til den ene premorbide personligheten.

I den vanlige formen med to personligheter er den ene personligheten vanligvis dominant, men ingen av dem har tilgang til den andres hukommelse, og de er begge nesten alltid uvitende om hverandres eksistens. Endringen fra en personlighet til en annen skjer første gang vanligvis brått og i forbindelse med traumatiske hendelser. Etterfølgende endringer er ofte begrenset til dramatiske eller belastende hendelser, eller inntreffer under behandlingssesjoner som inneholder avslapning, hypnose eller avreagering.

F44.82 Forbigående dissosiative lidelser [konversjonslidelser] i barne- og ungdomstid

F44.88 Andre spesifiserte dissosiative lidelser [konversjonslidelser]

F44.9 Uspesifisert dissosiativ lidelse [konversjonslidelse]

F45 Somatoforme lidelser

Hovedkjennetegnet er gjentatt presentasjon av somatiske symptomer ledsaget av stadige anmodninger om medisinske utredninger, til tross for gjentatte negative funn og forsikringer fra leger om at symptomene ikke har somatisk grunnlag. Hvis somatiske lidelser er til stede, forklarer de verken symptomenes art og omfang eller pasientens engstelser. Selv når symptomene debut og fortsettelse har nær sammenheng med ubehagelige livshendelser, vanskeligheter eller konflikter, motsetter pasienten seg vanligvis alle forsøk på å diskutere muligheten for psykiske årsaker. Dette kan også være tilfelle ved klare symptomer på depresjoner og angst. Fysiske eller psykiske forklaringer på symptomene er ofte vanskelige å finne, noe som er skuffende og frustrerende for både pasient og lege.

Ved disse lidelsene foreligger det ofte en viss grad av oppmerksomhetssøkende (histrionisk) atferd, særlig hos pasienter som er bitre over mislykkede forsøk på å overbevise leger om at sykdommen er vesentlig somatisk, og at videre undersøkelser er nødvendige.

Differensialdiagnoser

For å skille mellom somatoforme lidelser og hypokondriske vrangforestillinger, kreves vanligvis et

nært forhold til pasienten. Selv om det foreligger etablerte oppfatninger som kan synes å savne faglig grunnlag, er overbevisningen vanligvis på kort sikt åpen for argumentering, forsikringer og gjennomføring av flere undersøkelser. Dessuten kan forekomsten av ubehagelige og skremmende fysiske sansefølelser betraktes som en kulturelt akseptabel forklaring på at det har utviklet seg en sterk overbevisning om at sykdommen er somatisk.

Eksklusive

- dissosiative lidelser ([F44.-](#))
- hårplukking ([F98.4](#))
- lalling ([F80.0](#))
- lesping ([F80.8](#))
- neglebiting ([F98.8](#))
- psykiske eller atferdsmessige forstyrrelser forbundet med forstyrrelser eller lidelser klassifisert annet sted ([F54](#))
- seksuell dysfunksjon som ikke skyldes somatiske lidelser ([F52.-](#))
- tommelsuging ([F98.8](#))
- «tics» (hos barn og unge) ([F95.-](#))
- Tourettes syndrom ([F95.2](#))
- trikotillomani ([F63.3](#))

F45.0 Somatiseringslidelse

Hovedkennetegnene er flere tilbakevendende, somatiske symptomer som forandrer seg hyppig og som vanligvis har vært til stede i flere år før pasienten blir henvist til psykiater. De fleste pasienter har en lang og komplisert historie med kontakt med primærhelsetjeneste og spesialister, der mange negative undersøkelser eller resultatløse operasjoner har vært utført. Symptomene kan forekomme i alle deler av kroppen eller i et hvilket som helst organsystem, men gastrointestinale sansefølelser (smerte, oppstøt, oppgulp, oppkast, kvalme osv) og unormale hudfølelser (kløe, brenning, kribling, nummenhet, sårhet osv) og utslett er blant de vanligste. Seksuelle og menstruelle plager er også vanlige.

Markert depresjon og angst forekommer ofte og kan berettige særlig behandling.

Forløpet av lidelsen er kronisk og svingende, og er ofte forbundet med langvarige forstyrrelser av sosial, mellommenneskelig og familiemessig funksjon. Lidelsen er langt vanligere hos kvinner enn hos menn, og inntreffer vanligvis tidlig i voksenlivet.

Avhengighet eller misbruk av medikamenter (vanligvis sedativer og analgetika) er ofte et resultat av utstrakt medisinerings.

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) minst to år med sammensatte og varierende somatiske symptomer det ikke finnes tilstrekkelige fysiske forklaringer på,
- (b) vedvarende protest mot å godta råd eller forsikringer fra flere leger om at det ikke eksisterer noen fysisk forklaring på symptomene,
- (c) en viss svekkelse av sosial og familiemessig funksjon som skyldes symptomenes natur og den atferd de medfører.

Inklusive

- Briquets sykdom multippel psykosomatisk lidelse

Differensialdiagnoser

I diagnostiseringen er følgende differensiering viktig:

Fysiske lidelser. Individer med langvarige somatiseringslidelser har samme mulighet for å utvikle uavhengige somatiske lidelser som andre på deres egen alder, og videre undersøkelser og konsultasjoner bør vurderes hvis det skjer endringer i omfang eller stabilitet av de fysiske plagene som kan antyde en mulighet for somatisk lidelse.

Affektive (depressive lidelser) og angstlidelser. Varierende grad av depresjon og angst følger ofte med somatiseringslidelser, men må ikke spesifiseres separat hvis de ikke er markerte og varige nok til å rettferdiggjøre en diagnose i seg selv. Utbrudd av multiple somatiske symptomer etter fylte 40 år kan være et tidlig tegn på en depressiv lidelse.

Hypokondrisk lidelse. Ved somatiseringslidelser ligger vekten på selve symptomene og deres separate effekt, mens oppmerksomheten ved hypokondriske lidelser i større grad er rettet mot en underliggende progressiv og alvorlig lidelsesprosess og dennes ødeleggende konsekvenser. Ved hypokondriske lidelser har pasienten en tilbøyelighet til å be om undersøkelser for å kartlegge eller bekrefte den underliggende sykdommen, mens individer med somatiseringslidelse ønsker å få behandling for å fjerne symptomene. Ved somatiseringslidelser foreligger vanligvis omfattende bruk av medikamenter i kombinasjon med avhold i lange perioder, mens pasienter med hypokondrisk lidelse frykter medikamenter og bivirkningene av disse, og søker beroligelse ved hyppige besøk hos ulike leger.

Vrangforestillingslidelser (som schizofreni med somatiske vrangforestillinger og depressive lidelser med hypokondre vrangforestillinger). Bizarre oppfatninger og færre somatiske symptomer av mer varig art er mest typisk for disse.

Kortvarige (dvs mindre enn to år) og mindre påfallende symptom mønstre skal klassifiseres som udifferensiert somatoform lidelse ([F45.1](#)).

F45.1 Udifferensiert somatoform lidelse

Denne kategorien skal vurderes brukt når de somatoforme plagene er mangfoldige, vekslende og vedvarende, mens det fullstendige og typiske kliniske bildet av somatiseringslidelse ikke foreligger. For eksempel kan de sterke og dramatiske plagene utebli, plagene kan være fåtallige, eller det foreligger ingen svekkelse av sosial og familiemessig funksjon. Det kan være grunn til å anta at en psykisk årsak finnes, men det må ikke være noe somatisk grunnlag for symptomene som den psykiatriske diagnosen er basert på.

Hvis det er en klar mulighet for at underliggende somatisk lidelse fremdeles eksisterer, eller hvis den psykiatriske vurderingen ikke er fullført ved tidspunktet for diagnostisk koding, skal det brukes andre kategorier fra relevante kapitler i ICD-10.

Inklusive

- udifferensiert psykosomatisk lidelse

Differensialdiagnoser

Som for hele somatiseringslidelsesyndromet ([F45.0](#)).

F45.2 Hypokondrisk lidelse

Det vesentligste kjennetegnet er en vedvarende opptatthet av muligheten for å ha en eller flere alvorlige og fremadskridende somatiske lidelser. Pasienten gir uttrykk for vedvarende somatiske plager eller vedvarende opptatthet av deres legemlige utslag. Normale eller trivielle fornemmelser og tegn blir ofte tolket som unormale eller foruroligende, og oppmerksomheten konsentreres vanligvis rundt bare ett eller to organer eller organsystemer i kroppen. Selv om pasienten navngir den fryktede somatiske lidelsen eller misdannelsen, vil overbevisningen om lidelsens tilstedeværelse variere. Vektleggingen på en lidelse fremfor en annen varierer også mellom legebesøkene, og pasienten vil vanligvis vurdere muligheten for at andre somatiske lidelser foreligger i tillegg til den dominerende lidelsen.

Tydelig depresjon og angst er ofte til stede og kan berettige tilleggsdiagnoser. Lidelsene debuterer sjelden etter fylte 50 år, og har vanligvis en kronisk og svingende utvikling av symptomer og funksjonstap. Det må ikke foreligge permanente vrangforestillinger om kroppsfunksjoner eller -fasong. Frykt for å ha en eller flere lidelser (nosofobi) skal klassifiseres her.

Syndromet forekommer hos både menn og kvinner, og har, i motsetning til somatiseringslidelser, ingen særskilte familiemessige kjennetegn.

Mange individer, særlig de med mildere former av lidelsen, forblir innen primærhelsetjenesten eller ikke-psykiatrisk medisinsk spesialiserte. Psykiatrisk henvisning blir ofte avvist, hvis dette ikke gjøres tidlig i lidelsens utvikling og med godt samarbeid mellom lege og psykiater. Graden av uførhet er meget skiftende; noen individer dominerer eller manipulerer familiemessige og sosiale nettverk som et resultat av symptomene, mens et mindretall fungerer nesten normalt.

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) vedvarende tro på at minst én alvorlig somatisk lidelse ligger bak de(t) foreliggende symptom(ene), til tross for at gjentatte undersøkelser ikke har påvist noen tilstrekkelig fysisk forklaring, eller vedvarende opptatthet av en påstått deformitet eller misdannelse,
- (b) vedvarende motstand mot å akseptere råd og forsikringer fra flere leger om at ingen somatisk lidelse eller abnormitet ligger bak symptomene.

Inklusive

- kroppsdysmorfisk lidelse
- dysmorfofobi (uten vrangforestillinger)
- hypokondrisk nevrose
- hypokondri
- nosofobi

Differensialdiagnoser

Hypokondrisk lidelse skal skilles fra følgende lidelser:

Somatiseringslidelse. Større vektlegging på tilstedeværelsen av selve lidelsen og dens fremtidige konsekvenser enn på de individuelle symptomene, som ved somatiseringslidelse. Ved hypokondrisk lidelse er pasienten ofte opptatt av én eller to mulige fysiske lidelser som blir navngitt konsekvent, i stedet for de mer tallrike og hyppig skiftende mulighetene ved somatiseringslidelse. Hypokondriske lidelser forekommer like hyppig hos begge kjønn, og det finnes ingen spesielle familiemessige tilknytninger.

Depressive lidelser. Hvis depressive symptomer er særlig fremtredende og oppstår forut for

utviklingen av hypokondriske oppfatninger, kan den depressive lidelsen være primær.

Vrangforestillingslidelse. Overbevisningene ved hypokondrisk lidelse er ikke like permanente som ved depressive og schizofrene lidelser som ledsages av somatiske vrangforestillinger. Lidelser der individet er overbevist om at det har en ubehagelig fremtoning eller er fysisk misdannet, bør klassifiseres under paranoid psykose([F22.-](#)).

Angstlidelser og panikklidelser. De somatiske symptomene på angst blir noen

ganger tolket som tegn på alvorlig somatisk sykdom, men ved disse lidelsene lar pasientene seg vanligvis berolige av fysiologiske forklaringer, og det utvikles ikke overbevisninger om at somatisk sykdom foreligger.

F45.3 Somatoform autonom dysfunksjon

Symptomene presenteres av pasienten som om de skyldes en somatisk lidelse i et system eller organ som helt eller delvis er under autonom innervasjon og kontroll, dvs sirkulasjonssystemet, fordøyelsessystemet og åndedrettssystemet. (Noen aspekter ved det urogenitale systemet er også tatt med her). De vanligste og mest slående eksemplene gjelder sirkulasjonssystemet («hjertenvrose»), åndedrettssystemet (psykogen hyperventilasjon og hikke) og fordøyelsessystemet («gastrisk nevrose» og «nervøs diaré»). Symptomene er vanligvis av to typer, og ingen av dem indikerer en somatisk lidelse i det aktuelle organet eller systemet. Den første typen, som denne diagnosen i stor grad avhenger av, kjennetegnes av plager basert på objektive tegn på økt autonom aktivitet, som hjertebank, svetting, rødming og skjelving. Den andre typen kjennetegnes av mer idiosynkratiske, subjektive og ikke-spesifikke symptomer, som fornemmelse av flyktig verking og smerte, av brenning, tunghet eller stramming, og en følelse av å være oppblåst eller oppsvulmet. Disse plagene tilskriver pasienten et spesifikt organ eller system (som også kan gjelde for de autonome symptomene). Det er kombinasjonen av tydelig autonom aktivitet, andre ikke-spesifikke subjektive plager og vedvarende henvisning til et spesifikt organ eller system som årsak til lidelsen, som gir det karakteristiske kliniske bildet.

Hos mange pasienter med denne lidelsen vil det også være tegn til psykisk belastning eller aktuelle vansker og problemer som synes å være tilknyttet lidelsen. Dette er imidlertid ikke tilfelle for en vesentlig del av pasientgruppen, som likevel klart oppfyller kriteriene for tilstanden.

Ved noen av disse lidelsene kan mindre forstyrrelser av fysiologisk funksjon også være til stede, som hikke, flatulens og hyperventilasjon. Disse forstyrrer imidlertid ikke det relevante organets eller systemets grunnleggende fysiologiske funksjon.

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) symptomer på økt autonom aktivitet, som vedvarende og plagsom hjertebank, svetting, skjelving og rødming,
- (b) subjektive tilleggssymptomer som tilskrives et spesifikt organ eller system,
- (c) opptatthet av og bekymring rundt muligheten for å ha en alvorlig (men ofte uspesifisert) lidelse i det aktuelle organet eller systemet, som ikke påvirkes av gjentatte forklaringer og forsikringer fra leger,
- (d) ingen tegn til vesentlig forstyrrelse av det aktuelle systemets eller organets struktur eller funksjon.

Differensialdiagnoser

Differensiering mellom denne lidelsen og generalisert angstlidelse er basert på dominansen av de psykiske komponentene ved autonom aktivitet, som frykt og engstelige forutanelser ved generalisert angstlidelse, og mangelen på en konsekvent fysisk fokusering når det gjelder de andre symptomene. Ved somatiseringslidelser kan autonome symptomer forekomme, men de er verken dominerende eller vedvarende sammenlignet med de mange andre fornemmelsene og følelsene, og symptomene er ikke så gjennomført tillagt et spesifikt organ eller system.

Eksklusive

- psykiske og atferdsmessige faktorer knyttet til lidelser klassifisert annet sted ([F54](#))

Underinndelinger

Et femte tegn kan klassifisere de individuelle lidelsene i gruppen, og indikerer hvilket organ eller system individet tror er opphav til symptomene:

F45.30 Hjerte- og sirkulasjonssystem

Inklusive

- hjertenevrose
- Da Costas syndrom
- nevrosirkulatorisk asteni

F45.31 Øvre tarmkanal

Inklusive

- gastrisk nevrose
- psykogen aerofagi
- psykogen hikke
- psykogen dyspepsi
- psykogen pylorospasme

F45.32 Nedre tarmkanal

Inklusive

- psykogen flatulens
- irritabelt bowelsyndrom
- diarétisk gassyndrom

F45.33 Åndedrettssystem

Inklusive

- psykogene former for hoste og hyperventilering

F45.34 Urogenitalt system

Inklusive

- psykogen pollakisuri
- dysuri

F45.38 Annet organ eller system

F45.4 Vedvarende somatoform smertelidelse

Den dominerende plagen er en vedvarende, alvorlig og plagsom smerte, som ikke kan forklares fullstendig med en fysiologisk prosess eller en somatisk lidelse. Smerten inntreffer i sammenheng med følelsesmessige konflikter eller psykososiale problemer som er så omfattende at de kan defineres som de viktigste årsaksfaktorene. Resultatet er vanligvis en markert økning i støtte og oppmerksomhet, enten personlig eller medisinsk. Smerte som antas å være av psykogen

opprinnelse, og som inntreffer under utviklingen av depressive lidelser eller schizofreni, skal ikke tas med her. Smerte som skyldes kjente eller tilstøtte psykofysiologiske mekanismer, som muskeltensjonssmerte eller -migræne, men som fremdeles antas å ha en psykogen årsak, skal kodes her ved hjelp av F54 (psykiske eller atferdsmessige faktorer knyttet til lidelser klassifisert annet sted) og med tilleggskode fra et annet sted i ICD-10 (f.eks. migræne, G43.-).

Inklusive

- psykalgi
- psykogen ryggsmerte eller hodepine
- somatoform smertelidelse

Differensialdiagnoser

Det vanligste problemet er å skille denne lidelsen fra en hysteriform beskrivelse av organisk forårsaket smerte. Individuer som opplever organisk smerte, men som ennå ikke har fått en sikker fysisk diagnose, kan lett bli redde eller sinte, med oppmerksomhetssøkende atferd som resultat. En rekke typer verk og smerte er vanlige i somatiseringslidelser, men er ikke like vedvarende eller så dominerende i forhold til de andre plagene.

Eksklusive

- ryggsmerte INA (M54.9)
- smerte INA (akutt/kronisk) (R52.-)
- tensjonshodepine (G44.2)

F45.8 Andre spesifiserte somatoforme lidelser

Ved disse lidelsene blir ikke plagene formidlet gjennom det autonome nervesystemet, og er begrenset til spesifikke systemer eller deler av kroppen. Dette står i motsetning til de sammensatte og ofte skiftende plagene i forbindelse med årsaken til symptomer og bekymring man ser ved somatiseringslidelse ([F45.0](#)) og udifferensiert somatoform lidelse ([F45.1](#)). Vevskader er ikke tatt med.

Alle andre sansningslidelser som ikke skyldes somatiske lidelser, som er nært forbundet i tid med belastende hendelser eller problemer eller som resulterer i betydelig økt oppmerksomhet for pasienten, enten personlig eller medisinsk, bør også klassifiseres her. Følelsen av oppblåsthet, bevegelser på huden, og parestesi (kribling og nummenhet) er vanlige eksempler. Følgende lidelser skal også tas med her:

- (a) «globus hystericus» (følelse av å ha en klump i halsen som forårsaker dysfagi) og andre typer dysfagi,
- (b) psykogen torticollis og andre lidelser med spasmodiske bevegelser (med unntak av Tourettes syndrom ([F95.2](#))),
- (c) psykogen kløe (ekskluderer spesifikke hudskader som alopeci, dermatitt, eksem eller urticaria av psykogen årsak ([F54](#))),
- (d) psykogen dysmenoré (ekskluderer dyspareuni ([F52.6](#)) og frigiditet ([F52.0](#))),
- (e) skjære tenner

F45.9 Uspesifisert somatoform lidelse

Inklusive

- uspesifisert psykofysiologisk eller psykosomatisk lidelse

F48 Andre nevrotiske lidelser

F48.0 Nevrasteni

Denne lidelsen har betydelige kulturelle variasjoner, og det finnes to hovedtyper som overlapper hverandre. Hovedkjennetegnet ved den ene typen er klager over økt tretthet etter psykiske anstrengelser, ofte forbundet med noe nedgang i yrkesmessig ytelse eller nedsatt evne til å klare daglige gjøremål. Den psykiske tretthetstilstanden beskrives vanligvis som en ubehagelig inntrengning av distraherende tanker eller minner, konsentrasjonsvansker og generelt ineffektiv tenkning. Ved den andre hovedtypen er hovedkjennetegnet følelsen av legemlig eller fysisk svakhet og utmattelse etter bare minimale anstrengelser, ledsaget av muskelspenninger eller –smerter og vanskeligheter med å slappe av. For begge typer er det vanlig med en rekke andre ubehagelige legemlige følelser, som svimmelhet, tensjonshodepine og følelse av generell ustabilitet. Bekymring over nedsatt psykisk og kroppslig velvære, irritabilitet, anhedoni og forskjellige lettere grader av depresjon og angst, er vanlig. Søvn er ofte forstyrret i dens initiale og mellomste fase, men hypersomni kan også forekomme.

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) enten vedvarende og bekymrede klager over økt tretthet etter psykiske anstrengelser, eller vedvarende og bekymrede klager over kroppslig svakhet og utmattelse etter minimale anstrengelser,
- (b) minst to av følgende:
 - muskelspenninger og -smerter
 - svimmelhet
 - tensjonshodepine
 - søvnforstyrrelser
 - vanskeligheter med å slappe av
 - irritabilitet
 - dyspepsi
- (c) autonome eller depressive symptomer er ikke tilstrekkelig vedvarende og alvorlige til å oppfylle kriteriene for noen av de mer spesifikke lidelsene i denne klassifikasjonen.

Inklusive

- tretthetssyndrom

Differensialdiagnoser

I mange land blir nevrasteni vanligvis ikke brukt som diagnostisk kategori. Mange av tilfellene som tidligere ble diagnostisert slik, ville kunne oppfylle de gjeldende kriteriene for depresjonslidelse eller angstlidelse. Enkelte tilfeller passer imidlertid bedre overens med beskrivelsen av nevrasteni enn noe annet nevrotisk syndrom, og slike tilfeller synes å være hyppigere i noen kulturer enn i andre. Hvis den diagnostiske kategorien for nevrasteni brukes, bør man først forsøke å utelukke at en depressiv lidelse eller angstlidelse foreligger. Syndromets viktigste kjennetegn er pasientens vektlegging på tretthet, svakhet og bekymringer om nedsatt psykisk og legemlig effektivitet (i motsetning til de somatoforme lidelsene, der kroppslige plager og opptatthet av legemlig sykdom

dominerer bildet). Hvis det nevrassteniske syndromet utvikler seg i etterkant av en fysisk sykdom (særlig influensa, virushepatitt eller infeksiøs mononukleose), skal diagnosen for denne sykdommen også registreres.

Eksklusive

- asteni INA (R53)
- utbrenthet (Z73.0)
- uvelhet og tretthet (R53)
- tretthetssyndrom etter virusinfeksjon (G93.3)
- psykasteni ([F48.8](#))

F48.1 Depersonalisasjon- og derealisasjonssyndrom

Lidelse hvor det klages over at de mentale aktiviteter, kropp og omgivelser er kvalitativt endret, og føles uvirkelige, fjerne eller automatiske. Individene kan føle at de ikke lenger tenker selvstendig eller har egne forestillinger eller egen hukommelse, at bevegelser og atferd ikke er deres egne, at kroppen virker livløs, atskilt eller fjern, og at deres omgivelser synes å mangle farger og liv og er kunstige eller oppleves som på en scene hvor alle spiller kunstige roller. I noen tilfeller kan de føle at de ser seg selv utenfra eller på avstand, eller som om de var døde. Klager over følelsesløshet er den hyppigste av disse ulike fenomenene.

Bare et lite antall individer opplever denne lidelsen i ren eller isolert form. Ofte inntreffer depersonalisasjon og derealisasjon i sammenheng med depressive lidelser, fobiske lidelser og obsessiv-kompulsive lidelser. Deler av syndromet kan også inntreffe hos psykisk friske personer som lider av tretthet, sansetap eller hallusinogen forgiftning, eller som et hypnogogisk/hypnopompisk fenomen. Depersonalisasjons- og derealisasjonsfenomenene ligner de såkalte «nær døden-opplevelsene», som forbindes med opplevelse av ekstrem livsfare.

Diagnostiske retningslinjer

For at en sikker diagnose skal kunne stilles, må enten (a) eller (b) eller begge disse, samt (c) og (d) være til stede:

- (a) depersonalisasjonssymptomer, dvs at individet føler at dets følelser og opplevelser er atskilte, fjerne, ikke deres egne, borte, osv,
- (b) derealisasjonssymptomer, dvs at objekter, mennesker og omgivelser er uvirkelige, fjerne, kunstige, fargeløse, livløse, osv,
- (c) aksept av at dette er en subjektiv og spontan forandring, ikke fremkalt av utenforstående krefter eller andre mennesker (dvs innsikt),
- (d) klart sanseapparat og ingen toksisk forvirringstilstand eller epilepsi.

Differensialdiagnoser

Lidelsen må skilles fra andre lidelser der «personlighetsendring» oppleves eller presenteres, som schizofreni (vrangforestillinger om transformering eller passivitet og opplevelse av kontroll), dissosiative lidelser (der det mangler bevissthet om forandring) og noen tilfeller med tidlig demens. Den preiktale aura ved temporallappsepilepsi og noen postiktale tilstander kan ha depersonalisasjons- og derealisasjonssyndromer som sekundære fenomener. Hvis depersonalisasjons- og derealisasjonssyndromet inntreffer som del av en diagnostiserbar depressiv, fobisk, obsessiv-kompulsiv eller schizofren lidelse, skal sistnevnte lidelser gis forrang som hoveddiagnose.

F48.8 Andre spesifiserte nevrotiske lidelser

Kategorien omfatter blandede forstyrrelser av atferd, forståelse og emosjoner med usikker opprinnelse og nosologisk status, som inntreffer med særlig hyppighet i visse kulturer. Eksempler er Dhats syndrom (ubegrunnet bekymring om skadeeffekter ved sædavgang), koro (angst og frykt for at penis skal trekkes inn i abdomen og forårsake død), og latah (etterlignende og automatisk responsatferd). Syndromenes sterke tilknytning til lokalt aksepterte kulturelle oppfatninger og atferdsmønstre, indikerer at de trolig ikke skal oppfattes som vrangforestillinger.

Inklusive

- Dhats syndrom
- koro
- lata
- yrkesnevrose, inkludert skrivekrampe
- psykasteni
- psykastenisk nevrose
- psykogen synkope

F48.9 Uspesifisert nevrotisk lidelse

Inklusive

- nevrose INA

F50–F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer

- [F50](#) Spiseforstyrrelser
- [F51](#) Ikke-organiske søvnforstyrrelser
- [F52](#) Seksuell dysfunksjon som ikke skyldes somatiske lidelser
- [F53](#) Psykiske og atferdsmessige forstyrrelser i barseltiden, ikke klassifisert annet sted
- [F54](#) Psykiske og atferdsmessige forstyrrelser forbundet med forstyrrelser eller lidelser klassifisert annet sted
- [F55](#) Misbruk av ikke-avhengighetsskapende stoffer
- [F59](#) Uspesifiserte atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer

F50 Spiseforstyrrelser

To viktige og avgrensede syndromer blir beskrevet her; anorexia nervosa og bulimia nervosa. Også mindre spesifikke bulimiske forstyrrelser fortjener plass, som overspising når dette er forbundet med psykiske forstyrrelser. Et kort avsnitt om oppkast forbundet med psykiske forstyrrelser er inkludert.

Eksklusive

- anorexia eller appetittløshet INA (R63.0)
- ernæringsvansker og omsorgssvikt (R63.3)
- spisevansker i spedbarnsalder og barndom ([F98.2](#))
- pica i barndom ([F98.3](#))

F50.0 Anorexia nervosa

Lidelse karakterisert ved bevisst vekttap som fremkalles og vedlikeholdes av pasienten. Lidelsen forekommer hyppigst hos tenåringsjenter og unge kvinner, men tenåringsgutter og unge menn kan også rammes, likeledes prepubertetsbarn og kvinner frem til menopausen. Anorexia nervosa utgjør et selvstendig syndrom på følgende måte:

- (a) syndromets kliniske kjennetegn er lett gjenkjennelige, slik at diagnosen er pålitelig med bred enighet mellom klinikere,
- (b) oppfølgingsstudier har vist at blant pasienter som ikke helbreides, er det et betydelig antall som fortsetter å vise de samme hovedtrekkene ved anorexia nervosa i en kronisk form.

Selv om de grunnleggende årsakene til anorexia nervosa er vanskelige å fastsette, finnes stadig flere holdepunkter for at interaktive sosiokulturelle og biologiske faktorer er med på å forårsake lidelsen, på samme måte som mindre spesifikke psykiske mekanismer og en sårbar personlighet. Lidelsen er forbundet med underernæring av varierende alvorlighetsgrad, med sekundære endokrine og metabolske forandringer og forstyrrelser av kroppsfunksjoner. Det gjenstår noe tvil om hvorvidt den karakteristiske endokrine sykdommen bare skyldes underernæringen og den direkte virkningen av ulike atferdstyper som har forårsaket den (f eks innskrenket valg av matsorter, overdreven trening og forandringer i kroppsbygning, selvframkalte brekninger og bruk av avføringsmidler med påfølgende forstyrrelser i elektrolyttbalansen), eller hvorvidt andre faktorer også er involvert.

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) Kroppsvekten holdes minst 15 % under forventet vekt (enten ved vekttap eller ved manglende vektøkning), eller Quetelets kroppsmasseindeks⁵ er 17,5 eller mindre. Prepubertale pasienter kan vise manglende evne til å nå forventet vektøkning i vekstperioden.
- (b) Vekttapet er selvfremkalt ved at «fetende mat» unngås. Ett eller flere av følgende kan også være til stede: selvfremkalte brekninger og bruk av avføringsmidler, overdreven trening og bruk av appetittdependerende midler og diuretika.
- (c) Forstyrret kroppssoppfatning i form av en spesifikk psykopatologi, der frykten for å bli overvektig vedvarer i form av en påtrengende, overdrevet idé, og individet pålegger seg selv en lav vektgrense.
- (d) Omfattende endokrin sykdom som omfatter aksene hypotalamus-hypofyse-gonadene, er tilstede hos kvinner som amenorré og hos menn ved tap av seksuell interesse og potens. (Et klart unntak er vedvarende vaginale blødninger hos anorektiske kvinner som får hormonerstatningsterapi, vanligvis i form av befruktningshindrende piller). Det kan også være økte mengder av veksthormoner og kortisol, forandringer i den perifere metabolismen av tyreoidhormonet, og unormal insulinsekresjon.
- (e) Hvis utbruddet er prepubertalt, blir den pubertale utviklingen forsinket (vekststans, som hos jenter vises ved at brystene ikke blir utviklet og ved at det foreligger primær amenorré, og hos gutter ved at genitalene ikke utvikles normalt). Ved helbredelse blir puberteten ofte fullført normalt, men den første menstruasjonen inntreffer sent.

Differensialdiagnoser

Det kan foreligge tilknyttede depressive eller obsessive symptomer, eller kjennetegn ved en personlighetslidelse, som kan gjøre differensieringen vanskelig og gjøre det nødvendig med bruk av mer enn én diagnostisk kode. Differensialdiagnostiske somatiske årsaker til vekttap hos unge pasienter omfatter kroniske svekkelseslidelser, hjernesvulster og innvollssykdommer som Crohns sykdom eller et malabsorpsjonssyndrom.

Eksklusive

- appetittløshet (R63.0)
- psykogen appetittløshet ([F50.8](#))

F50.1 Atypisk anorexia nervosa

Kategorien skal brukes for individer som mangler ett eller flere av de mest sentrale kjennetegnene ved anorexia nervosa ([F50.0](#)), som amenorré eller betydelig vekttap, men som på annen måte har et ganske typisk klinisk bilde. Disse individene møter man vanligvis i psykiatrisk tilsynsarbeid på somatiske sykehus eller i primærhelsetjenesten. Individer som har alle nøkkelsymptomene, men bare i mild grad, kan også best beskrives med denne benevnelsen. Kategorien skal ikke brukes for spiseforstyrrelser som ligner anorexia nervosa, men som skyldes kjent somatisk lidelse.

F50.2 Bulimia nervosa

Syndrom karakterisert ved gjentatte anfall med overspising og overdreven opptatthet av kontroll

⁵ Quetelets kroppsmasseindeks, = vekt (kg) : [høyde (m)]², skal brukes fra 16 år og oppover.

over kroppsvekten, noe som fører til at individet tar i bruk ekstreme virkemidler for å dempe den «fetende» virkningen av inntatt mat. Benevnelsen skal avgrenses til den formen ved lidelsen som er forbundet med anorexia nervosa ved at de har felles psykopatologi. Fordelingen på alder og kjønn ligner fordelingen for anorexia nervosa, men debutalderen synes å være noe senere. Lidelsen kan betraktes som en følgetilstand ved vedvarende anorexia nervosa (selv om også motsatt rekkefølge kan forekomme). En tidligere anorektiker kan synes å bli bedre som følge av vektøkning og mulig tilbakekomst av menstruasjon, men det blir så etablert et skadelig mønster med overspising og oppkast. Gjentatte brekninger gir lette forstyrrelser i elektrolyttbalansen, legemlige komplikasjoner (tetani, epileptiske anfall, hjerteforstyrrelser, muskelsvakhet) og ytterligere alvorlig vekttap.

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) vedvarende opptatthet av spising og uimotståelig trang til mat, pasienten henfaller til episoder med overspising der store matmengder blir konsumert på kort tid,
- (b) pasienten forsøker å oppveie den «fetende» virkningen av mat på en eller flere av følgende måter: selvframkalte brekninger, misbruk av avføringsmidler, vekslende sulteperioder, bruk av appetittdeppe midler, tyreoidpreparater eller diuretika. Når bulimi rammer diabetiske pasienter, kan de forsømme insulinbehandlingen,
- (c) psykopatologien består av en sykkelig frykt for overvekt, og pasienten setter en klart definert vektgrense som er langt under den premorbide vekten som etter legens oppfatning representerer en optimal eller sunn vekt. Det foreligger ofte, men ikke alltid, en sykehistorie med en tidligere episode av anorexia nervosa. Episoden kan ha forekommet måneder eller år tidligere. Den tidligere episoden kan ha manifestert seg gjennom et fullt utviklet sykdomsbilde, eller kan ha vært av en lettere, skjult form med moderat vekttap og en forbigående fase med amenorré.

Inklusive

- bulimi INA
- hyperorexia nervosa

Differensialdiagnoser

Det må skilles mellom bulimia nervosa og:

- (a) øvre gastrointestinale lidelser som fører til gjentatte brekninger (den karakteristiske psykopatologien mangler),
- (b) et mer generelt avvik i personligheten (spiseforstyrrelsen kan sameksistere med alkoholisme og mindre lovovertridelser som butikktveri),
- (c) depressive lidelser (bulimiske pasienter har ofte depressive symptomer).

F50.3 Atypisk bulimia nervosa

Benevnelsen skal brukes på personer som mangler en eller flere av de nevnte nøkkelegenskapene ved bulimia nervosa ([F50.2](#)), men som på annen måte viser et ganske typisk klinisk bilde. Vanligvis gjelder dette mennesker med normal vekt eller en viss overvekt, men med typiske perioder med overspising etterfulgt av oppkast eller avføring. Delvise syndromer i kombinasjon med depressive symptomer er heller ikke uvanlig, men hvis de depressive symptomene berettiger en separat diagnose på en depressiv lidelse, skal det stilles to separate diagnoser.

Inklusive

- normalvektbulimi

F50.4 Overspising forbundet med andre psykiske lidelser

Overspising som har ført til sterk overvekt som følge av belastende hendelser, skal kodes her. Dødsfall, ulykker, kirurgiske inngrep og følelsesmessig belastende hendelser kan ledsages av «reaktiv fedme», særlig hos individer som er predisponert for vektøkning.

Fedme som følge av psykiske forstyrrelser skal ikke kodes her. Fedme kan få individet til å bli særlig følsomt når det gjelder sitt eget utseende, og føre til manglende selvtillit i mellommenneskelige forhold, ved at den subjektive vurdering av kroppsstørrelsen overdrives. Fedme som følge av psykiske forstyrrelser kan f.eks. kodes i kategori [F38.-](#) (andre affektive lidelser [stemningslidelser]), [F41.2](#) (blandet angstlidelse og depressiv lidelse) eller [F48.9](#) (uspesifisert nevrotisk lidelse), pluss en kode fra E66.- for å indikere typen fedme.

Fedme som uønsket følge av langvarig behandling med nevroleptiske antidepressiva eller andre medikamenter skal ikke kodes her, men under E66.1 (medikamentutløst fedme), med en tilleggskode fra kapittel XX (Ytre årsaker) i ICD-10, for å identifisere substansen.

Fedme kan være en motivasjon for slanking, som videre kan gi lettere, affektive symptomer (angst, rastløshet, svakhet og irritabilitet), eller mer sjelden, alvorlige depressive symptomer («slankedepresjon»). Den passende koden fra [F30-F39](#) eller [F40-F48](#) skal brukes for å dekke symptomer som de ovennevnte, i tillegg til koden [F50.8](#) (annen spiseforstyrrelse) som skal indikere slanking, og en kode fra E66.- som skal indikere type fedme.

Inklusive

- psykogen overspising

Eksklusive

- fedme (E66.-)
- polyfagi INA (R63.2)

F50.5 Oppkast forbundet med andre psykiske lidelser

Foruten selvfrankt oppkast ved bulimia nervosa, kan gjentatt oppkast forekomme hos pasienter med dissosiative lidelser ([F44.-](#)), hypokondriske lidelser ([F45.2](#)) der oppkast kan være ett av flere fysiske symptomer, og ved graviditet når følelsesmessige faktorer kan medvirke til tilbakevendende kvalme og oppkast.

Inklusive

- psykogen hyperemesis gravidarum
- psykogen oppkast

Eksklusive

- kvalme og oppkast INA (R11)

F50.8 Andre spesifiserte spiseforstyrrelser

Inklusive

- pica av ikke-organisk opphav hos voksne
- psykogen appetittløshet

F50.9 Uspesifisert spiseforstyrrelse

F51 Ikke-organiske søvnforstyrrelser

Denne gruppen forstyrrelser inkluderer:

- (a) dyssomni: hovedsakelig psykogene tilstander der den dominerende forstyrrelsen gjelder mengden, kvaliteten av eller tidspunktet for søvn. Forstyrrelsen har følelsesmessige årsaker, dvs insomni, hypersomni og forstyrrelser i søvn-våkenhetsmønsteret, og
- (b) parasomni: avvikende episodiske hendelser som inntreffer under søvn. Hos barn er disse hovedsakelig relatert til barnets utvikling, mens de hos voksne som oftest er psykogene, dvs søvnjengeri, natteskrekk [søvnterror] og mareritt.

Denne delen innbefatter bare søvnforstyrrelser der følelsesmessige årsaker antas å være primære. Søvnforstyrrelser av organisk opphav, som Kleine-Levins syndrom (G47.8), er kodet i kapittel VI (G47.-) i ICD-10. Ikke-psykogene forstyrrelser, inkludert narkolepsi og katapleksi (G47.4) og forstyrrelser i søvn-våkenhetsmønsteret (G47.2), er også oppført i kapittel VI, på samme måte som søvnapné (G47.3) og episodiske bevegelsesforstyrrelser som omfatter nattlig myoklonus (G25.3). Til slutt er enurese ([F98.0](#)) oppført sammen med andre følelsesmessige forstyrrelser og atferdsforstyrrelser med debut i barne- og ungdomstiden, mens primær nattlig enurese (R33.8), som antas å skyldes en modningsforsinkelse i blærekontroll under søvn, er oppført i kapittel XVIII i ICD-10, blant symptomene som involverer urinveissystemet.

I mange tilfeller er søvnforstyrrelser ett av symptomene på annen psykisk eller somatisk lidelse. Selv når en spesifikk søvnforstyrrelse synes å være klinisk uavhengig, kan flere tilknyttede psykiske og legemlige faktorer bidra til at den oppstår. Hvorvidt en søvnforstyrrelse hos et gitt individ er en uavhengig tilstand eller bare ett av symptomene på en annen lidelse (klassifisert annet sted i kapittel V eller i andre kapitler i ICD-10), skal avgjøres på grunnlag av dens kliniske uttrykk og utvikling, og ved terapeutiske vurderinger og prioriteringer på tidspunktet for konsultasjonen. Hvis søvnforstyrrelsen er blant de dominerende plagene, skal uansett en søvnforstyrrelse diagnostiseres. Diagnosen på den spesifikke søvnforstyrrelsen bør imidlertid oppføres med så mange andre relevante diagnoser som kreves for at psykopatologien og patofysiologien som er involvert i et gitt tilfelle, skal kunne beskrives så nøyaktig som mulig.

Eksklusive

- søvnforstyrrelser (organiske) (G47.-)

F51.0 Ikke-organisk insomni

Tilstand med utilfredsstillende kvantitet og/eller kvalitet på søvnen, som vedvarer i en lengre periode. Det faktiske avvik fra hva som vanligvis betraktes som normal søvmengde skal ikke være den viktigste vurderingen ved diagnostisering av insomni, fordi noen personer («kortsovere») får minimalt med søvn uten å oppfatte seg selv som søvnløse. Enkelte personer lider på den annen side sterkt under sin dårlige søvnkvalitet, mens søvmengden både subjektivt og objektivt blir vurdert som normal.

Den mest dominerende plagen blant søvnløse er vansker med å falle i søvn, fulgt av vansker med å forbli sovende og tidlig oppvåkning. Vanligvis opplyser pasientene at de lider av en kombinasjon av disse plagene. Som regel blir insomni utviklet i perioder med økt livsbelastning og synes å være mest utbredt hos kvinner, eldre, psykisk syke og sosioøkonomisk dårlig stilte personer. Når insomni oppleves gjentatte ganger, kan personen føle en økende frykt for ikke å få sove og bli svært opptatt av konsekvensene. Dette skaper en ond sirkel som bidrar til å forlenge personens problemer.

Personer med insomni forteller at de føler seg anspente, engstelige, bekymrede eller deprimerte ved

sengetid, og videre at de føler at tankene raser avsted. De grubler ofte over problemet med å få nok søvn, personlige problemer, helsetilstand og død. De forsøker ofte å mestre denne spenningen ved bruk av medikamenter eller alkohol. Om morgenen føler de seg ofte fysisk og psykisk trette, og om dagen er de som regel deprimerte, bekymrede, anspente, irritable og opptatte av sine egne problemer.

Barn sies ofte å ha søvnvansker når problemet i realiteten er vansker med å styre leggetidsrutinene (heller enn søvnvansker *per se*). Vansker med styring av leggetidsrutiner skal ikke kodes her, men i kapittel XXI i ICD-10 (Z62.0), utilstrekkelig tilsyn og kontroll fra foreldre).

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) plagen består enten av problemer med å falle i søvn eller å forbli sovende, eller av dårlig søvnkvalitet,
- (b) søvnforstyrrelsen har inntruffet minst tre ganger i uken i minst én måned,
- (c) personen er opptatt av søvnløsheten og overdrevet bekymret over konsekvensene den gir både om natten og i løpet av dagen,
- (d) utilfredsstillende søvnkvantitet og -kvalitet skaper enten sterk bekymring eller forstyrrer ordinære aktiviteter i dagliglivet.

Hvis utilfredsstillende søvnkvantitet og -kvalitet er pasientens eneste plage, skal lidelsen kodes her. Andre psykiatriske symptomer som depresjon, angst eller tvangstanker svekker ikke diagnosen insomni, forutsatt at insomni er den primære plagen, eller at dens kroniske karakter og alvorlighetsgrad gjør at pasienten oppfatter den som den primære plagen. Andre sameksisterende lidelser skal kodes her hvis de er tilstrekkelig markerte og vedvarende i seg selv til å berettige behandling. Merk at de mest kronisk søvnløse vanligvis er svært opptatte av sin søvnforstyrrelse og benekter at følelsesmessige problemer eksisterer. Nøyaktige kliniske undersøkelser kreves derfor for å eliminere en psykisk årsak til plagen.

Insomni er et vanlig symptom på andre psykiske lidelser, som affektive lidelser [stemningslidelser], nevrotiske og organiske lidelser, spiseforstyrrelser, misbruk av psykoaktive substanser, schizofreni og andre søvnforstyrrelser som for eksempel mareritt. Insomni kan også settes i sammenheng med somatiske lidelser som medfører smerte og ubehag, eller med inntak av visse medikamenter. Hvis insomni bare inntreffer som ett av mange symptomer på en psykisk lidelse eller en somatisk tilstand, dvs ikke dominerer det kliniske bildet, må diagnosen begrenses til å gjelde den aktuelle bakenforliggende psykiske eller somatiske lidelsen. Videre skal en diagnose på andre søvnforstyrrelser, som mareritt, forstyrrelser i søvn-våkenhetsrytmen, søvnapné og nattlig myoklonus bare stilles når disse forstyrrelsene reduserer søvnens kvantitet eller kvalitet. For alle eksemplene ovenfor gjelder likevel at hvis insomni er en av hovedplagene og blir oppfattet som en lidelse i seg selv, skal denne koden legges til etter koden for hoveddiagnosen.

Denne koden gjelder ikke såkalt «forbigående insomni». Forbigående søvnforstyrrelser er en normal del av dagliglivet. Noen få søvnløse netter som resultat av en psykososial stressor skal derfor ikke kodes her, men vurderes som del av en akutt belastningsreaksjon ([F43.0](#)) eller en tilpasningsforstyrrelse ([F43.2](#)) hvis det også foreligger andre trekk av klinisk betydning.

F51.1 Ikke-organisk hypersomni

Hypersomni er definert som en tilstand preget av enten overdreven søvnighet på dagtid og søvnanfall (som ikke kan forklares med for lite søvn), eller langvarig overgangsfase til fullt våken tilstand etter oppvåkning. Når det ikke foreligger sikre tegn på en organisk etiologi, blir tilstanden

vanligvis forbundet med psykiske lidelser. Tilstanden antas ofte å være et symptom på bipolar affektiv lidelse [stemningslidelse], for tiden deprimert ([F31.3](#), [F31.4](#) eller [F31.5](#)), tilbakevendende depressiv lidelse ([F33.-](#)) eller depressiv episode ([F32.-](#)). Noen ganger kan likevel ikke kriteriene for diagnosen på annen psykisk lidelse oppfylles, selv om det ofte kan være tegn som tyder på at plagen har et psykopatologisk grunnlag.

Noen pasienter ser selv forbindelsen mellom tendensen til å falle i søvn på upassende tidspunkter, og visse ubehagelige opplevelser på dagtid. Andre benekter at en slik forbindelse finnes, selv når en erfaren lege peker ut disse opplevelsene. I andre tilfeller kan ingen følelsesmessige eller andre psykiske faktorer identifiseres, men den antatte mangelen på organiske faktorer tyder på at hypersomnien trolig har en psykogen årsak.

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) overdreven søvnighet eller søvnanfall på dagtid som ikke skyldes utilstrekkelig søvnmengde, og/eller langvarig overgangsfase til fullt våken tilstand etter oppvåkning (søvntrukkenhet),
- (b) søvnforstyrrelse som inntreffer daglig i mer enn én måned eller i gjentatte perioder av kortere varighet, og som enten forårsaker sterk bekymring eller forstyrrer ordinære aktiviteter i dagliglivet,
- (c) fravær av tilleggssymptomer på narkolepsi (katapleksi, søvnlammelse, hypnagoge hallusinasjoner) eller av kliniske indikasjoner på søvnapné (nattlig pustestans, typiske og uregelmessige snorkelyder osv),
- (d) fravær av nevrologisk eller medisinsk tilstand som kan forårsake somnolens på dagtid.

Hvis hypersomni bare inntreffer som ett av symptomene på en psykisk lidelse, f.eks. affektiv lidelse [stemningslidelse], skal den underliggende lidelsen diagnostiseres. Diagnosen psykogen hypersomni skal likevel legges til, hvis hypersomni er den dominerende plagen hos pasienter med andre psykiske lidelser. Hvis ingen annen diagnose kan stilles, skal koden brukes alene.

Differensialdiagnoser

Det er viktig å skille mellom hypersomni og narkolepsi. Ved narkolepsi (G47.4) er ett eller flere tilleggssymptomer som for eksempel katapleksi, søvnlammelse og hypnagoge hallusinasjoner vanligvis til stede, søvnanfallene er uimotståelige og mer oppfriskende, og nattesøvnen er fragmentert og redusert. Søvnanfallene på dagtid er vanligvis færre per dag ved hypersomni, selv om hvert anfall varer lengre. Pasienten kan ofte forhindre anfallene. Nattesøvnen blir vanligvis forlenget, og pasienten har betydelige vansker med å oppnå fullt våken tilstand etter oppvåkning (søvntrukkenhet).

Det er viktig å skille ikke-organisk hypersomni fra hypersomni som er relatert til søvnapné og andre organiske hypersomnier. I tillegg til symptomet med unormal tretthet på dagtid, har de fleste pasienter med søvnapné en historie med pustestans om natten, typiske og uregelmessige snorkelyder, fedme, hypertensjon, impotens, kognitiv svekkelse, nattlig hypermotilitet og sterk svetting, hodepine om morgenen og koordinasjonsproblemer. Ved sterk mistanke om søvnapné, skal det vurderes å få diagnosen og kvantifiseringen av de apnéiske hendelsene bekreftet ved hjelp av undersøkelser i søvnlaboratorium.

Hypersomni som skyldes en definerbar organisk årsak (encefalitt, meningitt, hjernerystelse og annen hjerneskade eller svulst i hjernen, degenerative og andre nevrologiske lidelser, metabolske lidelser, forgiftningstilstander, endokrine avvik, poststrålingssyndrom) kan skilles fra ikke-organisk

hypersomni ved nærværet av den forstyrrende organiske faktoren, som vist ved pasientens kliniske tilstand og resultatene av egnede laboratorieundersøkelser.

F51.2 Ikke-organisk forstyrrelse av søvn-våkenhetsrytmen

Forstyrrelse som defineres som manglende synkronisering mellom individets søvn-våkenhetsrytme og rytmen omgivelsene finner ønskelig og som gir plager som insomni eller hypersomni.

Forstyrrelsen kan enten være psykogen eller av antatt organisk opphav, avhengig av aktuelle psykiske eller organiske faktorer. Personer med uorganisert og varierende søvn- og våkenhetstider har som oftest betydelige psykiske forstyrrelser, vanligvis i forbindelse med ulike psykiatriske tilstander som personlighetsforstyrrelser og affektive lidelser [stemningslidelser]. Hos personer som ofte forandrer arbeidsskift eller som reiser på tvers av tidssoner, er den circadiane dysreguleringen hovedsakelig biologisk, selv om også en sterk følelsesmessig komponent kan være av betydning, siden mange er plaget av dette. Noen personer har en fasefremskyvning av den ønskede søvn-våkenhetsrytme, som enten kan skyldes indre dysfunksjon i den circadiane oscillatoren (biologisk klokke) eller avvikende bearbeiding av de tidssignalene som driver den biologiske klokken (det siste kan relateres til følelsesmessige og kognitive forstyrrelser).

Koden er reservert for forstyrrelser i søvn-våkenhetsrytmen der psykiske faktorer spiller den viktigste rollen, mens tilfeller med antatt organisk opphav skal klassifiseres under G47.2, dvs som ikke-psykogene forstyrrelser i søvn-våkenhetsrytmen. Hvorvidt psykiske faktorer er av primær betydning, og om det er denne koden eller G47.2 som skal brukes, må vurderes klinisk i hvert enkelt tilfelle.

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">(a) personens søvn-våkenhetsrytme er ikke synkront med den rytmen som er normal for et spesielt samfunn og som deles av de fleste individer i de samme kulturelle omgivelsene,(b) insomni i den normale søvnperioden og hypersomni i våkenhets-perioden oppleves nesten hver dag i minst én måned, eller gjentatte ganger i kortere tidsperioder,(c) den utilfredsstillende kvantiteten, kvaliteten og tidssettingen for søvn forårsaker betydelig bekymring eller forstyrrer ordinære aktiviteter i dagliglivet. |
|---|

Hvis det ikke er noen identifiserbar psykisk eller fysisk årsak til forstyrrelsen, skal koden brukes alene. Psykiatriske symptomer som angst, depresjon eller hypomani svekker ikke diagnosen på en ikke-organisk forstyrrelse av søvn-våkenhetsrytmen, forutsatt at forstyrrelsen dominerer pasientens kliniske bilde. Når andre psykiatriske symptomer er tilstrekkelig markerte og vedvarende, skal den eller de spesifikke psykiske lidelsen(e) diagnostiseres separat.

Inklusive

- psykogen omsnuing av circadian-, nyctohemeral- eller søvnrytme.

F51.3 Søvnjengeri [somnambulisme]

Søvnjengeri eller somnambulisme er en tilstand med endret bevissthet der fenomener knyttet til søvn og våken tilstand foreligger samtidig. Under en søvnjengerepisode står individet opp fra sengen, vanligvis i den første tredelen av nattesøvnen, går omkring, men viser et lavt oppmerksomhetsnivå, dårlig reaksjonsevne og reduserte motoriske ferdigheter. En søvnjenger vil noen ganger forlate soverommet og i noen tilfeller gå ut av huset og er da utsatt for betydelig risiko for skade. Som oftest vil personen gå rolig tilbake til sengen, enten ved egen hjelp eller ledet varsomt av en annen person. Etter oppvåkning fra søvnjengerepisoden, eller neste morgen, kan

individet vanligvis ikke huske hendelsen.

Søvngjengeri og natteskrekk [søvnterror] er meget nært forbundet med hverandre. Begge blir betraktet som vekningsforstyrrelser, og da særlig vekking fra de dypeste søvnstadiene (stadiene 3 og 4). Mange individer har en familiebakgrunn for en av disse tilstandene og har personlig opplevd begge. Begge tilstandene er vesentlig mer utbredt hos barn, noe som viser at utviklingsmessige faktorer har betydning for etiologen. I tillegg sammenfaller utbruddet av lidelsene i noen tilfeller med en febersykdom. Når de vedvarer utover barndommen eller først blir observert i voksen alder, synes begge tilstander å være forbundet med betydelig psykisk forstyrrelse. Tilstandene kan også inntreffe for første gang i alderdommen eller i de første stadiene av demens. Basert på de kliniske og patogenetiske likhetene mellom søvngjengeri og natteskrekk, og det faktum at differensialdiagnosen for lidelsene vanligvis er et spørsmål om hvilken forstyrrelse som dominerer, har begge nylig blitt vurdert til å være del av samme nosologiske kontinuum. I samsvar med tradisjonell praksis, og for å få frem ulikheter i de kliniske manifestasjonenes intensitet, har de imidlertid fått forskjellige koder i denne klassifikasjonen.

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) det dominerende symptomet er en eller flere episoder hvor personen har stått opp av sengen og gått rundt omkring, vanligvis i løpet av den første tredelen av nattesøvnen,
- (b) under episoden har individet et tomt, stirrende blikk, reagerer relativt dårlig på andres forsøk på å påvirke hendelsen eller å kommunisere med vedkommende, og er svært vanskelig å vekke opp,
- (c) etter oppvåkning (etter en episode eller neste morgen) kan ikke individet huske noe fra episoden,
- (d) under noen minutters oppvåkning fra episoden, foreligger ingen svekkelse av psykisk aktivitet eller atferd, selv om det innledningsvis kan være en kort periode hvor personen føler seg forvirret og desorientert,
- (e) det foreligger ingen holdepunkter for en organisk psykisk lidelse som demens eller en somatisk lidelse som epilepsi.

Differensialdiagnoser

Søvngjengeri må skilles fra psykomotoriske epileptiske anfall. Bare i svært sjeldne tilfeller forekommer psykomotorisk epilepsi bare om natten. Under det epileptiske anfallet er individet fullstendig passiv i forhold til ytre stimuli, og gjentatte bevegelser som å svelge eller å gni hendene sammen, er vanlig. Epileptiske utslag i EEG bekrefter diagnosen, selv om en anfallslidelse ikke utelukker at det samtidig foreligger søvngjengeri.

Dissosiativ fugue (se [F44.1](#)) må også skilles fra søvngjengeri. Ved dissosiative lidelser har episodene vesentlig lenger varighet, og pasientene er mer våkne og i stand til en kompleks og hensiktsmessig atferd. Disse lidelsene er også sjeldne hos barn, og begynner vanligvis i løpet av timene med søvnløshet.

F51.4 Natteskrekk [søvnterror]

Nattlige episoder med ekstrem skrekk og panikk forbundet med intense skrik, motorisk uro og meget kraftige autonome reaksjoner. Individet setter seg opp eller står opp med et redselsskrik, vanligvis i løpet av første tredel av nattesøvnen, og kan styrte mot døren i forsøk på å slippe unna. Vedkommende går imidlertid sjelden ut av rommet. Andres forsøk på å påvirke hendelsen kan

resultere i sterkere frykt, siden personen ikke bare viser lite reaksjon på slike forsøk, men også kan bli desorientert i noen minutter. Etter oppvåkning har individet vanligvis ingen erindringer om hendelsen. På grunn av disse kliniske kjennetegnene står individene i fare for å pådra seg skader under episodene med natteskrekk.

Natteskrekk og søvngjengeri ([F51.3](#)) er nært forbundet. Både genetiske, utviklingsmessige, organiske og psykiske faktorer spiller en rolle i deres utvikling, og de har like kliniske og patofysiologiske kjennetegn. På grunnlag av deres mange likheter, har tilstandene nylig blitt vurdert som deler av samme nosologiske kontinuum.

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) det dominerende symptomet er at én eller flere episoder med oppvåkning begynner med et panikkartet skrik, og kjennetegnes ved intens angst, motorisk uro og autonom hyperaktivitet, som tachykardi, rask pust, utvidede pupiller og svette,
- (b) de gjentatte episodene varer vanligvis i 1–10 minutter og inntreffer som regel i løpet av første tredel av nattesøvnen,
- (c) det er relativt liten reaksjon på andres forsøk på å påvirke hendelsen, og slike forsøk blir nesten alltid ledsaget av minst flere minutter hvor personen føler seg desorientert og gjentar bestemte bevegelser,
- (d) erindringene om hendelsen, om slike finnes, er minimale (vanligvis begrenset til ett eller to fragmenterte mentale bilder),
- (e) det foreligger ingen holdepunkter for en somatisk lidelse som hjernesvulst eller epilepsi.

Differensialdiagnoser

Natteskrekk må skilles fra mareritt. Det siste er de vanlige «vonde drømmene» med begrenset vokalisering og bevegelse av kroppen. I motsetning til natteskrekk inntreffer mareritt når som helst om natten. Videre er individet lett å vekke og husker hendelsen på en meget detaljert og levende måte.

Når man skal skille mellom natteskrekk og epileptiske anfall, må man huske på at det er meget sjelden at anfall bare forekommer om natten. Et avvikende klinisk EEG vil imidlertid støtte diagnosen epilepsi.

F51.5 Mareritt

Mareritt er drømmer fylt av angst eller frykt som personen har meget detaljerte erindringer om. Drømmeopplevelsene er svært levende og omfatter vanligvis trusler mot personens liv, sikkerhet eller selvfølelse. Ofte gjentas det samme eller et lignende skremmende tema i marerittene. Under et typisk anfall foreligger autonome reaksjoner, men ingen merkbare lyder eller motorisk uro. Etter oppvåkning blir individet raskt klartenkt og orientert. Vedkommende kan fullt ut kommunisere med andre og vanligvis også gi en detaljert beskrivelse av opplevelsen, både umiddelbart og neste morgen.

Hos barn finnes ingen fast tilknyttet psykisk forstyrrelse, siden marerittene vanligvis har sammenheng med en spesifikk fase i barnets følelsesmessige utvikling. I motsetning til dette, har voksne med mareritt ofte betydelige psykiske forstyrrelser, vanligvis personlighetsforstyrrelser. Bruk av visse psykotrope substanser som reserpin, tioridazin, trisykliske antidepressiva og benzodiazepiner har også vist seg å bidra til forekomsten av mareritt. Videre kan brå seponering av

substanser som ikke-benzodiazepine hypnotika, som undertrykker REM-søvnen (søvnstadiet som er forbundet med drømming), resultere i økt drømming og mareritt gjennom den reaktive REM-økningen etter seponering.

Diagnostiske retningslinjer

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- (a) oppvåkning fra nattesøvn eller en blund med detaljerte og levende minner om intenst skremmende drømmer, som vanligvis omfatter trusler mot personens liv, sikkerhet eller selvfølelse. Oppvåkningen kan skje når som helst under søvnperioden, men vanligvis i løpet av den siste halvdelen,
- (b) etter oppvåkning fra de skremmende drømmene blir personen raskt klartenkt og orientert,
- (c) drømmeopplevelsen i seg selv, og søvnforstyrrelsen den forårsaker, gjør personen svært anspent.

Inklusive

- drømmeangst

Differensialdiagnoser

Det er viktig å skille mareritt fra søvnterror. Ved søvnterror inntreffer episodene i løpet av søvnperiodens første tredel og er preget av intens angst, panikkartede skrik, meget kraftig motorisk uro og ekstreme autonome utbrudd. Ved søvnterror finnes ingen detaljerte erindringer om drømmen, verken umiddelbart etter episoden eller ved oppvåkning morgenen etter.

F51.8 Andre ikke-organiske søvnforstyrrelser

F51.9 Uspesifisert ikke-organisk søvnforstyrrelse

Inklusive

- følelsesmessig søvnforstyrrelse INA

F52 Seksuell dysfunksjon som ikke skyldes somatiske lidelser

Seksuell dysfunksjon omfatter det som hindrer et individ i å delta i seksuell aktivitet på den måten vedkommende selv ønsker. Det kan være mangel på interesse eller glede, svikt i fysiologiske reaksjoner som er nødvendige for et effektivt seksuelt samvær (f eks ereksjon) eller manglende evne til å kontrollere eller få orgasme.

Seksuell respons er en psykosomatisk prosess, og både psykiske og somatiske prosesser er vanligvis involvert i de seksuelle dysfunksjonene. Det kan være mulig å identifisere en klar psykogen eller organisk etiologi, men som oftest, særlig ved problemer som ereksjonssvikt eller dyspareuni, er det vanskelig å vurdere de psykiske og organiske faktorenes relative betydning. I slike tilfeller skal tilstanden kategoriseres som enten av blandet eller usikker etiologi.

Noen typer dysfunksjoner (f eks mangel på seksuell interesse) forekommer både hos menn og kvinner. Likevel synes kvinner oftere å rapportere plager i forhold til den seksuelle opplevelsens subjektive kvalitet (f eks mangel på glede eller interesse), enn svikt i en spesifikk respons. Klager over orgastiske dysfunksjoner er ikke uvanlige, men når først ett aspekt ved en kvinnes seksuelle respons er påvirket, blir ofte andre aspekter også svekket. Hvis en kvinne er ute av stand til å

oppleve orgasme, kan hun ofte føle seg ute av stand til å glede seg over andre sider ved det seksuelle samvær, og mister derfor mye av sin seksuelle appetitt. Menn opplyser ofte at de, til tross for at de plages med svikt i spesifikke responser som ereksjon eller ejakulasjon, fortsatt har seksuell appetitt. Det er derfor nødvendig å se utover den åpenbare plagen når en passende diagnosekategori skal finnes.

Eksklusive

- Dhat syndrom ([F48.8](#))
- koro ([F48.8](#))

F52.0 Mangel på eller tap av seksuell lyst

Tap av seksuell lyst er det primære problemet, og er ikke sekundært i forhold til andre seksuelle problemer som ereksjonssvikt eller dyspareuni. Mangel på seksuell lyst utelukker ikke seksuell glede eller tenning, men gjør at personen sjeldnere tar initiativ til seksuell aktivitet.

Inklusive

- frigiditet
- hemmet seksuell lystfølelse

F52.1 Seksuell aversjon og mangel på seksuell glede

Inklusive

- anhedoni (seksuell)

Underinndelinger

F52.10 Seksuell aversjon

Forestillingen om seksuelt samvær med en partner blir forbundet med sterke negative følelser og skaper tilstrekkelig frykt eller angst til at seksuell aktivitet blir unngått.

F52.11 Mangel på seksuell glede

Normal forekomst av seksuelle responser og opplevelse av orgasme, men den seksuelle gleden mangler. Dette er mye vanligere hos kvinner enn menn.

F52.2 Sviktende genital respons

Hovedproblemet hos menn er ereksjonssvikt, dvs vansker med å få og opprettholde tilstrekkelig ereksjon til at et tilfredsstillende samleie kan gjennomføres. Hvis ereksjonen er normal i visse situasjoner, dvs under masturbering eller søvn, eller med annen partner, er årsaken mest sannsynlig psykogen. Ellers kan riktig diagnose på ikke-organisk erektil dysfunksjon være avhengig av at man utfører spesielle undersøkelser (f eks måling av penil svulming om natten) eller av responsen på psykisk behandling.

Hovedproblemet hos kvinner er tørrhet eller nedsatt fuktighet i skjeden. Årsaken kan være psykogen eller patologisk (f eks infeksjon) eller østrogenmangel (f eks postmenopausal). Det er uvanlig at kvinners hovedplage er vaginal tørrhet, med mindre dette er symptom på postmenopausal østrogenmangel.

Inklusive

- hemmet seksuell opphisselse hos kvinner

- erektil forstyrrelse hos menn
- psykogen impotens

F52.3 Orgastisk dysfunksjon

Orgasme blir enten ikke oppnådd eller er vesentlig forsinket. Dette kan være situasjonsbetinget (dvs forekomme bare i visse situasjoner), der etiologien antas å være psykogen eller permanent, når fysiske eller konstitusjonelle faktorer ikke lett kan utelukkes, unntatt ved positiv respons på psykisk behandling. Orgastisk dysfunksjon forekommer oftere hos kvinner enn menn.

Inklusive

- hemmet orgasme (mannlig) (kvinnelig)
- psykogen anorgasmi

F52.4 Prematur ejakulasjon

Manglende evne til å kontrollere ejakulasjonen tilstrekkelig til at begge parter har glede av det seksuelle samværet. I alvorlige tilfeller kan ejakulasjonen inntreffe før innføring i vagina eller helt uten ereksjon. Prematur ejakulasjon er lite sannsynlig av organisk opphav, men kan inntreffe som en psykisk reaksjon på organisk svekkelse, som ereksjonssvikt eller -smerte. Ejakulasjon kan også synes prematur hvis ereksjonen krever langvarig stimulering, som korter ned tidsintervallet mellom tilfredsstillende ereksjon og ejakulasjon. Hovedproblemet er i slike tilfeller forsinket ereksjon.

F52.5 Ikke-organisk vaginisme

Kramper i bekkenbunnsmuskulaturen som omgir skjeden, slik at åpningen lukkes. Penetrasjon blir enten umulig eller smertefullt. Vaginisme kan være en sekundær reaksjon på lokale smerteårsaker, og i slike tilfeller skal ikke denne kategorien brukes.

Inklusive

- psykogen vaginisme

F52.6 Ikke-organisk dyspareuni

Dyspareuni (smerter under samleie) forekommer både hos kvinner og menn. Den kan ofte tilskrives en lokal patologisk tilstand, og skal da klassifiseres på egnet måte. I noen tilfeller kan imidlertid ingen klar årsak påvises, og følelsesmessige faktorer kan ha stor betydning. Kategorien skal bare brukes hvis det ikke foreligger noen mer primære seksuelle dysfunksjoner (f eks vaginisme eller vaginal tørrhet).

Inklusive

- psykogen dyspareuni

F52.7 Forsterket seksualdrift

Både menn og kvinner kan tidvis klage over forsterket seksualdrift som et problem i seg selv, vanligvis i løpet av de siste tenårene eller tidlig voksen alder. Når den forsterkede seksualdriften er sekundær i forhold til en affektiv lidelse [stemningslidelse] ([F30–F39](#)), eller inntreffer i løpet av tidlige stadier av demens ([F00–F03](#)), skal den underliggende lidelsen kodes.

Inklusive

- nymfomani
- satyriasis

F52.8 Andre spesifiserte seksuelle dysfunksjoner som ikke skyldes organisk lidelse

F52.9 Uspesifisert seksuell dysfunksjon som ikke skyldes somatisk lidelse

F53 Psykiske og atferdsmessige forstyrrelser i barseltiden, ikke klassifisert annet sted

Denne gruppen omfatter bare psykiske forstyrrelser som debuterer innen seks uker etter fødsel, og som ikke oppfyller kriteriene for lidelser som er klassifisert annet sted i denne boken, enten fordi det foreligger for lite informasjon, eller fordi det anses å foreligge spesielle kliniske tilleggsforhold som gjør klassifisering annet sted urimelig. Det vil vanligvis være mulig å klassifisere psykiske lidelser i barseltiden med to tilleggs-koder. Den første koden er fra annet sted i kapittel V (F) og indikerer den spesifikke typen psykisk lidelse (vanligvis affektiv lidelse [stemningslidelse] ([F30–F39](#))), og den andre er O99.3 (psykiske forstyrrelser og sykdommer i nervesystemet som kompliserer barseltiden) i ICD-10.

F53.0 Lette psykiske og atferdsmessige forstyrrelser i barseltiden, ikke klassifisert annet sted

Inklusive

- postnatal depresjon INA
- postpartum depresjon INA

F53.1 Alvorlige psykiske og atferdsmessige forstyrrelser i barseltiden, ikke klassifisert annet sted

Inklusive

- puerperalpsykose INA

F53.8 Andre psykiske og atferdsmessige forstyrrelser i barseltiden, ikke klassifisert annet sted

F53.9 Uspesifisert psykisk forstyrrelse i barseltiden

F54 Psykiske og atferdsmessige forstyrrelser forbundet med forstyrrelser eller lidelser klassifisert annet sted

Denne kategorien skal brukes for å kode psykologiske eller atferdsmessige faktorer som kan ha spilt en viktig rolle i utviklingen av somatiske lidelser som kan klassifiseret i andre kapitler i ICD-10. Psykiske forstyrrelser som følger av disse, er gjerne milde, men langvarige (som bekymringer, følelsesmessige konflikter eller angst) og gir ikke i seg selv grunnlag for noen av diagnosene i dette kapitlet. En tilleggs-kode skal brukes for å identifisere den somatiske lidelsen. (I sjeldne tilfeller, der en åpenbar psykisk lidelse kan tenkes å ha forårsaket en somatisk lidelse, skal nok en tilleggs-kode brukes for å registrere den psykiske lidelsen.)

Eksempler på bruk av denne kategorien er: astma ([F54](#) og J45.-), dermatitt og eksem ([F54](#) og L23–L25), gastrisk ulcus ([F54](#) og K25.-), mucøs kolitt ([F54](#) og K58.-), ulcerøs kolitt ([F54](#) og K51.-) og urticaria ([F54](#) og L50.-).

Inklusive

- psykiske faktorer som påvirker legemlige tilstander

Eksklusive

- tensjonshodepine (G44.2)

F55 Misbruk av ikke-avhengighetsskapende stoffer

Et bredt utvalg medikamenter, merkebeskyttede stoffer og folkemedisin inngår her, men de særlig viktige gruppene er psykotrope legemidler som ikke er avhengighetsskapende, som antidepressiva, avføringsmidler og analgetika som kan kjøpes uten resept (f eks acetylsalicylsyre og paracetamol). Selv om medisinene i første omgang kan ha blitt medisinsk foreskrevet eller anbefalt, utvikles langvarig, unødvendig og ofte overdreven dosering, ikke minst som resultat av den lette tilgangen til substansene.

Vedvarende og ubegrunnet bruk av slike stoffer fører ofte til unødvendige kostnader og kontakt med helsepersonell, og kan være preget av stoffenes fysiske skadelige virkning. Forsøk på å fraråde eller forby bruk av et stoff blir ofte møtt med motstand. Når det gjelder laksativa og analgetika, kan dette skje til tross for advarsler om, eventuelt også utvikling av, fysiske problemer som nedsatt nyrefunksjon eller elektrolyttforstyrrelser. Selv om det vanligvis er klart at pasienten er sterkt motivert for å ta stoffet, foreligger det ingen avhengighet (F1x.2) eller abstinenssymptomer (F1x.3), som ved de psykoaktive stoffene som er spesifisert i [F10–F19](#).

Et fjerde tegn kan indikere aktuell stofftype.

F55.0 Antidepressiva

(som tricykliske og tetracykliske antidepressiva og monaminoxidase-hemmere)

F55.1 Laksativa

F55.2 Analgetika

(som acetylsalicylsyre, paracetamol, fenacetin, ikke spesifisert som psykoaktiv i [F10–F19](#))

F55.3 Antacida

F55.4 Vitaminer

F55.5 Steroider eller hormoner

F55.6 Spesifiserte urter eller folkemedisin

F55.8 Andre ikke-avhengighetsskapende stoffer (som diuretika)

F55.9 Uspesifisert

Eksklusive

- misbruk av (avhengighetsskapende) psykoaktive stoffer ([F10–F19](#))

F59 Uspesifiserte atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer

Inklusive

- psykogen fysiologisk dysfunksjon INA

F60–F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne

- [F60](#) Spesifikke personlighetsforstyrrelser
- [F61](#) Blandede og andre personlighetsforstyrrelser
- [F62](#) Vedvarende personlighetsforandringer som ikke skyldes skade eller sykdom i hjernen
- [F63](#) Vane- og impulsforstyrrelser
- [F64](#) Kjønnssidentitetsforstyrrelser
- [F65](#) Forstyrrelser i seksuelle objektvalg
- [F66](#) Psykiske og atferdsmessige forstyrrelser forbundet med seksuell utvikling og legning
- [F68](#) Andre forstyrrelser av voksen personlighet og atferd
- [F69](#) Uspesifisert forstyrrelse av voksen personlighet og atferd

Innledning

Denne kategorien omfatter en rekke tilstander og atferdsmønstre av klinisk betydning som har tendens til å være vedvarende og synes å uttrykke individets typiske livsstil og måte å forholde seg til seg selv og andre på. Noen av disse tilstandene og atferdsmønstrene viser seg tidlig i individets utvikling som følge av både konstitusjonelle faktorer og sosiale erfaringer, mens andre erverves senere i livet.

Spesifikke personlighetsforstyrrelser, blandede og andre personlighetsforstyrrelser og vedvarende personlighetsforandringer ([F60](#), [F61](#), [F62](#)) omfatter dypt innarbeidede og vedvarende atferdsmønstre som kommer til uttrykk gjennom rigide reaksjoner på et bredt spekter av personlige og sosiale situasjoner. De representerer enten ekstreme eller betydelige avvik fra måten et gjennomsnittsindivid i en gitt kultur opplever, tenker, føler og særlig forholder seg til andre individer på. Slike atferdsmønstre har tendens til å være stabile og omfatter mange former for atferd og psykisk fungering. De er ofte, men ikke alltid, forbundet med varierende grader av subjektive plager og problemer i forbindelse med sosial fungering og sosiale ferdigheter.

Diagnostiske retningslinjer

Personlighetsforstyrrelser skiller seg fra personlighetsforandringer både når det gjelder tidspunkt og utviklingsmåte. De er utviklingstilstander som starter i barne- og ungdomsalder og som vedvarer inn i voksen alder. De er ikke sekundære i forhold til andre psykiske lidelser eller hjernelidelser, selv om de kan inntreffe før og eksistere samtidig med andre lidelser. Til sammenligning blir personlighetsforandringer vanligvis ervervet i voksen alder, i etterkant av alvorlig eller langvarig belastning, ekstrem deprivasjon fra omgivelsene, alvorlig psykisk lidelse, hjernelidelse eller hjerneskade (se [F07](#).-).

Hver av forstyrrelsene i denne gruppen kan klassifiseres i henhold til deres dominerende atferdsuttrykk. Likevel er klassifikasjonen på dette området for tiden begrenset til beskrivelser av en rekke typer og undertyper som ikke er gjensidig ekskluderende, og hvor noen av kjennetegnene overlapper hverandre.

Personlighetsforstyrrelser blir ut fra dette inndelt etter grupper med kjennetegn som samsvarer med de vanligste eller mest iøynefallende atferdsuttrykkene. Typene som er beskrevet, er bredt akseptert som hovedformer for personlighetsavvik. Ved diagnostisering av personlighetsforstyrrelser må

legen vurdere alle aspekter ved pasientens personlige fungering, selv om den diagnostiske formuleringen, for å være enkel og effektiv, bare angir dimensjoner eller trekk som oppfyller den foreslåtte alvorlighetsgraden.

Vurderingen må baseres på så mange informasjonskilder som mulig. Selv om en personlighet noen ganger kan evalueres i løpet av ett enkelt intervju med pasienten, er det ofte nødvendig med flere intervjuer og innhenting av komparentopplysninger.

Cyklotymi og schizotyp lidelse var tidligere klassifisert sammen med personlighetsforstyrrelser, men er nå oppført annet sted (cyklotymi i [F30–F39](#) og schizotyp lidelse i [F20–F29](#)), siden de synes å ha mange felles trekk med de andre lidelsene i disse blokkene (f eks fenomenologi, familiebakgrunn).

Inndelingen av personlighetsforandring er basert på årsaken eller forløper til slik forandring, dvs katastrofeopplevelser, langvarig belastning eller påkjenninger og psykiske lidelser (med unntak av residual schizofreni, som er klassifisert under [F20.5](#)).

Det er viktig å skille personlighetsforstyrrelser fra lidelsene i andre deler av denne boken. Hvis en personlighetsforstyrrelse kommer forut for eller i etterkant av en tidsavgrenset eller kronisk psykiatrisk lidelse, skal begge diagnostiseres. Bruk av multiaksialt format i tillegg til hovedklassifikasjonen av psykiske lidelser og psykososiale faktorer vil lette registreringen av slike tilstander og forstyrrelser.

Kulturelle og regionale variasjoner når det gjelder manifestasjoner av personlighetsforstyrrelsene er viktige, men det foreligger fremdeles lite spesifikk kunnskap på dette området.

Personlighetsforstyrrelser som synes å bli hyppig observert i visse deler av verden, men som ikke svarer til noen av de spesifiserte undertypene nedenfor, kan klassifiseres som «andre» personlighetsforstyrrelser, og identifiseres med femtegnskoder som en tilpasning av denne klassifikasjonen for det spesifikke landet eller regionen. Lokale variasjoner i manifestasjonen av en personlighetsforstyrrelse kan også gjenspeiles i formuleringen av de diagnostiske retningslinjene for slike forstyrrelser.

F60 Spesifikke personlighetsforstyrrelser

En spesifikk personlighetsforstyrrelse er en alvorlig forstyrrelse av individets karaktermessige konstitusjon og atferdsmønstre, som vanligvis omfatter flere områder av personligheten, og nesten alltid forbundet med betydelige personlige og sosiale problemer. Personlighetsforstyrrelser viser seg i sen barndom eller i ungdomsalderen, og fortsetter å manifestere seg frem til voksen alder. Diagnosen personlighetsforstyrrelse vil derfor sjelden være riktig før fra 16–17-årsalderen. Generelle diagnostiske retningslinjer som gjelder alle personlighetsforstyrrelser, gjengis nedenfor, og hver undertype har tilleggsbeskrivelser.

Diagnostiske retningslinjer

Lidelser som ikke direkte kan tilskrives større hjerneskade, hjernelidelse eller annen psykiatrisk lidelse, og som oppfyller følgende kriterier:

- (a) tydelig disharmoniske holdninger og atferd som vanligvis omfatter flere funksjonsområder så som følelser, oppmerksomhet, impulskontroll, måter å oppfatte og tenke på og måter å forholde seg til andre på,
- (b) det avvikende atferdsmønsteret er vedvarende og langvarig og begrenses ikke til episoder med psykisk lidelse,

- (c) det avvikende atferdsmønsteret er omfattende og klart maladaptivt i forhold til et bredt spekter av personlige og sosiale situasjoner,
- (d) manifestasjonene nevnt ovenfor debuterer alltid i løpet av barne- eller ungdomstid og fortsetter inn i voksen alder,
- (e) forstyrrelsen fører til betydelig personlig lidelse, men det kan ofte først bli tydelig sent i forløpet,
- (f) forstyrrelsen er vanligvis, men ikke alltid, forbundet med betydelige problemer i forhold til yrkesmessige og sosiale funksjoner.

Det kan være nødvendig å utvikle kulturspesifikke sett av kriterier med hensyn til sosiale normer, regler og forpliktelser. Ved diagnostisering av de fleste undertypene oppført nedenfor, er det vanligvis nødvendig at klare holdepunkter for *minst tre av* trekkene eller atferdstypene gitt i den kliniske beskrivelsen, er til stede.

F60.0 Paranoid personlighetsforstyrrelse

Personlighetsforstyrrelse karakterisert ved:

- (a) uvanlig stor følsomhet overfor nederlag og avvisning,
- (b) tendens til å bære nag, dvs nekte å tilgi fornærmelser, urett eller forbigåelse,
- (c) mistenksomhet og vedvarende tendens til å forvrengte opplevelser ved å feiltolke andre personers nøytrale eller vennlige handlinger som noe fiendtlig eller hånlig,
- (d) kamppreget og vedholdende oppfatning av personlige rettigheter som ikke er i samsvar med den aktuelle situasjonen,
- (e) tilbakevendende og ubegrunnede mistanker om partner's seksuelle troskap,
- (f) tendens til å overdrive egen betydning som kommer til uttrykk i en vedvarende, selvhenførende holdning,
- (g) opptatthet av ubekreftede, «konspiratoriske» forklaringer på hendelser som både angår pasienten direkte og verden generelt.

Inklusive

- ekspansivt paranoid, fanatisk, kverulatorisk og sensitiv paranoid personlighet(sforstyrrelse)

Eksklusive

- paranoid psykose ([F22.-](#))
- schizofreni ([F20.-](#))

F60.1 Schizoid personlighetsforstyrrelse

Personlighetsforstyrrelse som oppfyller følgende kjennetegn:

- (a) få eller ingen aktiviteter gir glede,
- (b) følelsesmessig kulde, distanse eller avflatet affekt,
- (c) begrenset evne til å uttrykke varme, ømme følelser eller sinne overfor andre,
- (d) åpenbar likegyldighet overfor ros eller kritikk,
- (e) liten interesse for seksuelle opplevelser med annen person (alder tatt i betraktning),
- (f) foretrekker nesten alltid enslige aktiviteter,
- (g) overdreven opptatthet av fantasi og introspeksjon,
- (h) mangel på nære venner eller fortrolige forhold (eventuelt bare en/ett) og heller ikke noe ønske om slike forhold,
- (i) åpenbar ufølsomhet overfor gjeldende sosiale normer og konvensjoner

Eksklusive

- Aspergers syndrom ([F84.5](#))
- paranoid psykose ([F22.0](#))
- schizoid lidelse i barndommen ([F84.5](#))
- schizofreni ([F20.-](#))
- schizotyp lidelse ([F21](#))

F60.2 Dyssosial personlighetsforstyrrelse

Personlighetsforstyrrelse som vanligvis blir lagt merke til på grunn av alvorlig uoverensstemmelse mellom individets atferd og gjeldende sosiale normer, og kjennetegnet av:

- (a) kald likegyldighet for andres følelser,
- (b) markert og vedvarende ansvarsløs holdning og ignorering av sosiale normer, regler og forpliktelser,
- (c) manglende evne til å opprettholde varige forhold, men uten vansker med å etablere slike,
- (d) meget lav toleranse for frustrasjon, lav terskel for aggressive utbrudd, inklusive voldsbruk,
- (e) manglende evne til å oppleve skyldfølelse eller til å lære av erfaringer, særlig straff,
- (f) markert tendens til å gi andre skylden, eller til å rasjonalisere den atferden som har bragt pasienten i konflikt med samfunnet.

Vedvarende irritabilitet kan også være en ledsagende egenskap. Atferdsforstyrrelse i barndom og ungdom, som imidlertid ikke alltid er til stede, kan støtte diagnosen.

Inklusive

- amoralsk, antisosial, asosial, psykopatisk og sosiopatisk personlighetsforstyrrelse

Eksklusive

- atferdsforstyrrelser ([F91.-](#))
- emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse ([F60.3](#))

F60.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

Personlighetsforstyrrelse kjennetegnet ved en klar tendens til å handle impulsivt uten å tenke på konsekvensene. Stemningsleiet er uforutsigbart og svingende. Evnen til å planlegge fremover kan være minimal, og utbrudd med intenst sinne kan ofte føre til vold eller «atferdsekspløsjoner». Disse kan lett utløses dersom impulsive handlinger blir kritisert eller motarbeidet av andre.

Inklusive

- eksplosiv personlighetsforstyrrelse
- aggressiv personlighetsforstyrrelse
- borderline personlighetsforstyrrelse

Eksklusive

- dyssosial personlighetsforstyrrelse ([F60.2](#))

Underinndelinger

Det er spesifisert to typer av denne personlighetsforstyrrelsen, og begge deler det generelle kjennetegnet impulsivitet og manglende selvkontroll.

F60.30 Impulsiv type

Dominerende kjennetegn er følelsesmessig ustabilitet og manglende impulskontroll.

Voldelige utbrudd eller truende atferd er vanlig, særlig ved kritikk fra andre.

F60.31 Borderline-type

Flere av kjennetegnene på følelsesmessig ustabilitet er til stede, i tillegg til at individets eget selv bilde, mål og indre verdier (også seksuelle preferanser) ofte er uklare og forstyrrede. Det foreligger vanligvis også kronisk tomhetsfølelse. En tilbøyelighet til å bli involvert i intense og ustabile forhold kan føre til gjentatte følelsesmessige kriser, og kan være forbundet med desperate bestrebelser for ikke å bli forlatt, og med en serie av selvmordstrusler eller episoder med selvpåført skade (selv om disse også kan inntreffe uten klare utløsende faktorer).

F60.4 Dramatiserende personlighetsforstyrrelse

Personlighetsforstyrrelse kjennetegnet av:

- (a) dramatisering, teatraliske fakter, overdrevne følelsesuttrykk,
- (b) suggestibilitet, lett påvirkelig av andre eller av omstendighetene,
- (c) overflatisk og labilt følelsesliv,
- (d) kontinuerlig søking etter spenning og aktiviteter der pasienten er i sentrum for oppmerksomheten,
- (e) upassende forførende framtoning eller atferd,
- (f) overdreven fokusering på fysisk attraktivitet.

Andre ledsagende egenskaper kan være egosentrisitet, selvtilfredshet, kontinuerlig behov for anerkjennelse, følelser som lett blir såret og vedvarende manipulerende atferd for tilfredsstillelse av egne behov.

Inklusive

- hysterisk og psykoinfantil personlighetsforstyrrelse

F60.5 Tvangspreget personlighetsforstyrrelse

Personlighetsforstyrrelse kjennetegnet av:

- (a) følelser av overdreven tvil og forsiktighet,
- (b) opptatthet av detaljer, regler, lister, orden, organisering eller planer,
- (c) perfektjonisme som hemmer fullføring av oppgaver,
- (d) overdreven samvittighetsfølelse, strenghet og ubegrunnet opptatthet av produktivitet til fortrenghet for glede og mellommenneskelige forhold,
- (e) overdreven pedanteri og overholdelse av sosiale konvensjoner,
- (f) rigiditet og stahet,
- (g) urimelig insistering på at andre skal underordne seg hans eller hennes egen måte å utføre aktiviteter på, eller urimelig motvillighet mot å la andre utføre aktiviteter,
- (h) insisterende og uønskede tanker eller impulser som har påtrengende karakter.

Inklusive

- kompulsiv og obsessiv personlighetsforstyrrelse
- obsessiv-kompulsiv personlighetsforstyrrelse

Eksklusive

- obsessiv-kompulsiv lidelse ([F42.-](#))

F60.6 Engstelig [unnnvikende] personlighetsforstyrrelse

Personlighetsforstyrrelse kjennetegnet av:

- (a) vedvarende og gjennomgripende følelser av anspenning og frykt,
 - (b) oppfatning om at en er sosialt klønete, lite personlig tiltrekkende eller underlegen andre,
 - (c) overdreven opptatthet av å kunne bli kritisert eller avvist i sosiale situasjoner,
 - (d) uvillighet til å involvere seg med andre hvis en ikke er sikker på å bli likt,
 - (e) innskrenket livsstil som følge av behov for fysisk sikkerhet,
 - (f) unngåelse av sosiale eller yrkesmessige aktiviteter som innebærer betydelig mellommenneskelig kontakt, på grunn av frykt for kritikk, misbilligelse eller avvisning.
- Andre ledsagende egenskaper kan være overfølsomhet overfor avvisning og kritikk.

F60.7 Avhengig personlighetsforstyrrelse

Personlighetsforstyrrelse kjennetegnet av:

- (a) oppmuntring eller tillatelse til at andre skal ta de fleste viktige beslutninger i ens liv,
- (b) underordning av egne behov i forhold til behovene til de man er avhengig av, og urimelig ettergivenhet overfor deres ønsker,
- (c) manglende vilje til å stille selv berettigede krav til de man er avhengig av,
- (d) følelse av å være utilpass eller hjelpeløs når man er alene, på grunn av overdreven frykt for manglende evne til å ta vare på seg selv,
- (e) opptatthet av frykt for å bli forlatt av en person man har et nært forhold til, og for å bli overlatt til å ta vare på seg selv,
- (f) begrenset evne til å ta dagligdagse beslutninger uten en overdreven mengde råd og bekreftelser fra andre.

Ledsagende egenskaper kan være å oppfatte seg selv som hjelpeløs, inkompetent og lite utholdende.

Inklusive

- astenisk, inadekvat, passiv og selvnedvurderende personlighetsforstyrrelse

F60.8 Andre spesifikke personlighetsforstyrrelser

En personlighetsforstyrrelse som ikke passer noen av de spesifikke diagnosene [F60.0–F60.7](#).

Inklusive

- eksentrisk, «holdningsløs», umoden, narsissistisk, passiv-aggressiv og psykonevrotisk personlighetsforstyrrelse

F60.9 Uspesifisert personlighetsforstyrrelse

Inklusive

- karakternevrose INA
- patologisk personlighet INA

F61 Blandede og andre personlighetsforstyrrelser

Kategorien er tiltenkt personlighetsforstyrrelser og avvik som ofte er plagsomme, men som ikke viser de spesifikke symptommønstrene som kjennetegner forstyrrelsene beskrevet i [F60](#).-. Derfor kan de også ofte være vanskeligere å diagnostisere. To typer blir spesifisert her ved et fjerde tegn, og alle andre typer bør kodes som [F60.8](#).

F61.0 Blandede personlighetsforstyrrelser

Med trekk fra flere av forstyrrelsene i [F60](#).-, men uten et dominerende sett symptomer som ville gitt

grunnlag for en mer spesifikk diagnose.

F61.1 Plagsomme personlighetsforandringer

Kan ikke klassifiseres under [F60.-](#) eller [F62.-](#), og må betraktes som sekundære til en hoveddiagnose av sameksisterende affektiv lidelse eller angstlidelse.

Eksklusive

- aksentuerte personlighetstrekk (Z73.1)

F62 Vedvarende personlighetsforandringer som ikke skyldes skade eller sykdom i hjernen

Kategorien omfatter forstyrrelser i voksen personlighet og atferd som utvikles etter katastrofale eller voldssomme, langvarige belastninger eller etter en alvorlig psykisk lidelse, hos individer uten tidligere personlighetsforstyrrelse. Disse diagnosene skal bare stilles hvis det foreligger holdepunkter for en klar og vedvarende forandring i personens persepsjon, forhold til eller tenkning om omgivelsene og seg selv. Personlighetsforandringen må være vesentlig og forbundet med lite fleksibel og maladaptiv atferd som ikke var til stede før den patogene opplevelsen. Forandringen skal ikke være en manifestasjon av annen psykisk lidelse eller et restsymptom på noen forutgående psykisk lidelse. Slik vedvarende personlighetsforandring ses som oftest etter særdeles traumatiske opplevelser, men kan også utvikle seg i etterkant av en alvorlig, tilbakevendende eller langvarig psykisk lidelse. Det kan være vanskelig å skille mellom ervervet personlighetsforandring og avdekking eller akutt forverring av en eksisterende personlighetsforstyrrelse i etterkant av belastning, anstrengelser eller psykotiske opplevelser. Vedvarende personlighetsforandring skal bare diagnostiseres når endringen utgjør en permanent og annerledes væremåte som etiologisk kan spores tilbake til en dyptgående, eksistensielt ekstrem opplevelse. Diagnosen bør ikke stilles hvis personlighetsforstyrrelsen er sekundær i forhold til skade eller sykdom i hjernen (kategori [F07.0](#) bør da brukes i stedet).

Eksklusive

- personlighetsforstyrrelser og atferdsforstyrrelser som skyldes sykdom, skade eller dysfunksjon i hjernen ([F07.-](#))

F62.0 Vedvarende personlighetsforandring etter katastrofale livshendelser

Vedvarende personlighetsforandringer kan inntreffe etter katastrofale livshendelser. Hendelsen må være så ekstrem at det ikke er nødvendig å vurdere personlige sårbarhet for å forklare den dyptgående virkningen på personligheten. Eksempler er opplevelser i konsentrasjonsleire, tortur, katastrofer, langvarig utsettelse for livstruende omstendigheter (som gisselsituasjoner, langvarig fangenskap med overhengende fare for å bli drept). Posttraumatisk stresslidelse ([F43.1](#)) kan gå forut for denne typen personlighetsforandring, som da kan ses som et kronisk, irreversibelt sekvele etter stresslidelsen. I andre tilfeller kan vedvarende personlighetsforandringer som passer med beskrivelsen nedenfor, utvikle seg uten en forbigående fase av en manifest posttraumatisk stresslidelse. Likevel skal en langvarig forandring av personligheten etter kortvarig livstruende opplevelse som en bilulykke, tas med i denne kategorien, fordi nyere forskning viser at en slik utvikling avhenger av en forutgående psykisk sårbarhet.

Diagnostiske retningslinjer

Personlighetsforandringen må være vedvarende og vise seg som uflexible og maladaptive trekk som leder til svekkelse av mellommenneskelig, sosial og yrkesmessig fungering. Vanligvis må

personlighetsforandringen bekreftes av en nøkkelkomparent. For at diagnosen skal kunne stilles, er det viktig å vise hvilke trekk som ikke er sett tidligere, som:

- (a) en fiendtlig eller mistroisk holdning til verden,
- (b) sosial tilbaketrekning,
- (c) følelse av tomhet eller håpløshet,
- (d) kronisk følelse av «å være på tuppå», som om man var konstant truet,
- (e) fremmedfølelse.

Personlighetsforandringen må ha vært til stede i minst to år og skal ikke kunne tilskrives en tidligere personlighetsforstyrrelse eller andre psykiske lidelser enn posttraumatisk stresslidelse ([F43.1](#)). Skade eller sykdom i hjernen som kan forårsake et lignende klinisk bilde, må utelukkes.

Inklusive

- personlighetsforandringer etter opplevelser i konsentrasjonsleir, katastrofer, langvarig fangenskap med overhengende fare for å bli drept, langvarig utsettelse for livstruende omstendigheter som å være offer for terrorisme eller tortur.

Eksklusive

- posttraumatisk stresslidelse ([F43.1](#))

F62.1 Vedvarende personlighetsforandring etter psykisk lidelse

Personlighetsforandring som kan tilskrives den traumatiske opplevelsen det er å lide av en alvorlig psykisk lidelse. Forandringen kan ikke forklares ved en tidligere personlighetsforstyrrelse, og må skilles fra residual schizofreni og andre tilstander med ufullstendig helbredelse fra en forutgående psykisk lidelse.

Diagnostiske retningslinjer

Personlighetsforandringen må være vedvarende og vise seg som et ufleksibelt og maladaptivt mønster i opplevelse og funksjon som fører til langvarige problemer i mellommenneskelig, sosial eller yrkesmessig fungering og subjektive plager. Det må ikke være tegn til en tidligere personlighetsforstyrrelse som kan forklare personlighetsforandringen, og diagnosen skal ikke være basert på gjenværende symptomer fra den forutgående psykiske lidelsen. Personlighetsforandringen utvikles etter klinisk helbredelse fra en psykisk lidelse som må ha blitt opplevd som ekstremt følelsesmessig belastende og ødeleggende for pasientens selvilde. Andres holdninger eller reaksjoner overfor pasienten etter lidelsen er viktige for å bestemme og eventuelt bekrefte vedkommendes opplevelse av stress. Denne typen personlighetsforandring kan ikke forstås fullt ut uten at den subjektive følelsesopplevelsen og den forutgående personligheten, dens tilpasning og spesifikke svake punkter, tas i betraktning.

Diagnostiske kjennetegn ved denne typen personlighetsforandring må innbefatte kliniske kjennetegn som:

- (a) overdreven avhengighet av, og en krevende holdning overfor andre,
- (b) overbevisning om å være forandret eller stigmatisert av den forutgående lidelsen som medfører manglende evne til å danne og holde på nære og tillitsfulle personlige forhold, og til sosial isolasjon,
- (c) passivitet, færre interesser og redusert deltakelse i fritidsaktiviteter,

- (d) vedvarende klager over å føle seg syk, som kan være forbundet med hypokondriske påstander og sykdomsatferd,
- (e) dysforisk eller labilt stemningsleie som ikke skyldes en nåværende eller forutgående psykisk lidelse med gjenværende stemningssymptomer,
- (f) betydelig svekkelse av sosial og yrkesmessig fungering sammenlignet med premorbid situasjon.

Ovennevnte manifestasjoner må ha vært til stede over en periode på to eller flere år. Forandringen kan ikke tilskrives større skader eller sykdommer i hjernen. En tidligere schizofrenidiagnose utelukker ikke diagnosen.

F62.8 Andre spesifiserte vedvarende personlighetsforandringer

Inklusive

- vedvarende personlighetsforandringer etter opplevelser som ikke er nevnt i [F62.0](#) og [F62.1](#), som kronisk smerte-personlighetssyndrom og vedvarende personlighetsforandring etter tap som skyldes dødsfall.

F62.9 Uspesifisert vedvarende personlighetsforandring

F63 Vane- og impulsforstyrrelser

Kategorien omfatter visse atferdsforstyrrelser som ikke kan klassifiseres under andre grupper. De kjennetegnes av gjentatte handlinger uten klar rasjonell motivering og som vanligvis skader både pasientens og andres interesser. Pasienten opplyser at atferden er forbundet med handlingsimpulser som ikke kan kontrolleres. Årsakene til disse lidelsene er ikke kjente. Forstyrrelsene er samlet i én kategori på grunnlag av deskriptive fellestrekk, og ikke fordi de har andre viktige trekk til felles. Ut fra konvensjon er vanemessig overdreven bruk av alkohol eller substanser ([F10–F19](#)) og impuls- og vanemessige lidelser, innbefattet seksuell atferd ([F65.-](#)) eller spiseatferd ([F52.-](#)), utelatt.

F63.0 Patologisk spillelidenskap

Forstyrrelsen består av hyppige, gjentatte spilleepisoder som dominerer pasientens liv på en måte som skader sosiale, yrkesmessige, materielle og familiære forhold.

Individer med denne lidenskapen kan risikere jobbene sine, opparbeide seg stor gjeld, lyve eller bli lovbrytere for å få fatt i mer penger, eller unndra seg å betale gjeld. De beskriver et intenst spillebehov som er vanskelig å kontrollere, i kombinasjon med opptatthet av forestillinger og bilder om spillingen, og omstendighetene rundt denne. Spillelidenskap blir ofte mer dominerende når livet oppleves som belastende.

Lidelsen blir også kalt kompulsiv spillelidenskap. Denne benevnelsen passer imidlertid dårligere, siden atferden ikke er kompulsiv i teknisk betydning, og heller ikke er forbundet med obsessiv-kompulsiv nevrose.

Diagnostiske retningslinjer

Den vesentligste egenskapen er hyppige, gjentatte spilleepisoder som fortsetter og ofte øker, til tross for negative sosiale konsekvenser som dårlig økonomi, dårligere familieforhold og store personlige problemer.

Inklusive

- kompulsiv spillelidenskap

Differensialdiagnoser

Patologisk spillelidenskap bør skilles fra:

- (a) hasardspill og vedding (Z72.6) (hyppig hasardspill for å oppleve spenning eller som forsøk på å tjene penger. Individuer i denne kategorien legger ofte bånd på sine vaner når de blir konfrontert med store tap eller andre negative hendelser),
- (b) overdrevent hasardspill utført av maniske pasienter ([F30.-](#)),
- (c) hasardspill utført av sosiopatiske personligheter ([F60.2](#)) (der det foreligger en mer omfattende og vedvarende forstyrrelse av sosial atferd, vist ved handlinger som er aggressive eller på annen måte viser tydelig manglende omtanke for andre individers velvære og følelser).

F63.1 Pyromani

Lidelsen kjennetegnes ved gjentatte ildpåsettelser eller forsøk på dette, av eiendom eller andre objekter, uten noe klart motiv, og ved en vedvarende opptatthet av emner knyttet til ild og brann. Det kan også foreligge en unormalt stor interesse for brannbiler og annet brannslukningsutstyr, for annet som har med brann å gjøre, og for å få brannvesenet til å rykke ut.

Diagnostiske retningslinjer

De viktigste kjennetegnene er:

- (a) gjentatte ildpåsettelser uten noe klart motiv, som økonomisk vinning, hevnlyst eller politisk ekstremisme,
- (b) intens interesse for å se på branner, og
- (c) beskrivelse av økende spenningsfølelse før handlingen og intens opphisselse umiddelbart etterpå.

Differensialdiagnoser

Pyromani bør skilles fra:

- (a) veloverveid ildpåsettelse uten manifest psykisk lidelse (i disse tilfellene er det et åpenbart motiv) (Z03.2, observasjon for mistenkt psykisk lidelse),
- (b) ildpåsettelse av ung person med usosialisert atferdsforstyrrelse ([F91.1](#)), der det også foreligger annen asosial atferd som stjeling, aggresjon eller skulking,
- (c) ildpåsettelse av voksen med dyssosial personlighetsforstyrrelse ([F60.2](#)), der det er holdepunkter for annen vedvarende forstyrrelse i sosial atferd som aggresjon eller andre holdepunkter for manglende omtanke for andre individers velvære og følelser,
- (d) ildpåsettelse ved schizofreni ([F20.-](#)), der brannene vanligvis blir påsatt som en reaksjon på vrangforestillinger eller befaling av hallusinatoriske stemmer,
- (e) ildpåsettelse ved organiske psykiske lidelser ([F00–F09](#)), når ildpåsettelser skjer tilfeldig som et resultat av forvirring, dårlig hukommelse eller manglende aktsomhet for konsekvensene av handlingen, eller en kombinasjon av disse faktorene.

Demens eller akutte organiske tilstander kan også føre til uaktsom ildpåsettelse. Akutt alkoholrus, kronisk alkoholisme eller annen stoffforgiftning ([F10–F19](#)) er andre årsaker.

F63.2 Kleptomani

Lidelse kjennetegnet ved gjentatt svikt i å motstå impulser til å stjele ting som ikke er til eget bruk

eller gir økonomisk vinning. Tingene blir i stedet kastet, gitt bort eller samlet opp.

Diagnostiske retningslinjer

Det foreligger ofte en økende spenningsfølelse før, og en følelse av tilfredshet under og like etter handlingen. Selv om det vanligvis blir gjort forsøk på å skjule tyveriet, blir ikke alle muligheter til dette benyttet. Tyveriet er en isolert handling som utføres av personen alene uten hjelpere. Individet kan uttrykke angst, fortvilelse og skyld mellom episodene med butikkstjeling (eller andre forutsetninger), men dette hindrer ikke gjentakelse. Tilfeller som passer til denne beskrivelsen alene, og ikke er sekundære til en av lidelsene som er listet opp nedenfor, er uvanlige.

Differensialdiagnoser

Kleptomani bør skilles fra:

- (a) hyppig butikktyveri uten en manifest psykisk lidelse, når handlingene er nøye planlagt og det er et åpenbart motiv om personlig vinning (Z03.2, observasjon for mistanke om psykisk lidelse),
- (b) organisk psykisk lidelse ([F00–F09](#)) når det er gjentatt svikt i betaling av varer som et resultat av dårlig hukommelse og andre typer intellektuell svekkelse,
- (c) depressiv lidelse med stjeling ([F30–F33](#)). Noen depressive personer stjeler og kan gjøre det gjentatte ganger så lenge den depressive lidelsen varer.

F63.3 Trikotillomani

Lidelse karakterisert ved merkbart hårtap som følge av manglende motstand mot impulsen til å nappe ut hår. Nappingen er vanligvis forbundet med økende spenning før, og lettelse eller tilfredshet etter nappingen. Diagnosen skal ikke stilles hvis det på forhånd foreligger en hudlidelse, eller hvis hårnappingen er en følge av vrangforestillinger eller hallusinasjoner.

Eksklusive

- stereotyp bevegelsesforstyrrelse med plukking av hår ([F98.4](#))

F63.8 Andre spesifiserte vane- og impulsforstyrrelser

Kategorien skal brukes for andre typer vedvarende gjentatt mistilpasset atferd som ikke er sekundær i forhold til et identifiserbart psykiatrisk syndrom, der det virker som om pasienten gjentatte ganger ikke greier å kontrollere atferdsimpulsene. Det oppleves en prodromalfase med spenning, og følelse av utladning ved tidspunktet for atferden.

Inklusive

- intermitterende eksplosiv lidelse

F63.9 Uspesifiserte vane- og impulsforstyrrelser

F64 Kjønnssidentitetsforstyrrelser

F64.0 Transseksualisme

Ønske om å leve og bli akseptert som tilhørende det motsatte kjønn, vanligvis ledsaget av en følelse av avsky for, og det upassende ved, ens eget anatomiske kjønn. Det foreligger også ønske om kirurgisk eller hormonell behandling for at kroppen skal samsvare så mye som mulig med det foretrukne kjønn.

Diagnostiske retningslinjer

For at denne diagnosen skal stilles, må den transseksuelle identiteten ha vedvart i minst to år, ikke være et symptom på annen psykisk lidelse, som schizofreni, eller avvik forbundet med interseksualitet, eller avvik i gener eller kjønnskromosomer.

F64.1 Transvestittisme

Klær som er ment for det motsatte kjønn, bæres i deler av individets tilværelse, for å nyte den midlertidige opplevelsen av tilhørighet til det motsatte kjønn, men uten ønske om et mer permanent kjønnskifte eller kirurgisk korreksjon. Klesdrakten medfører ingen seksuell opphisselse, og dette skiller forstyrrelsen fra fetisjistisk transvestittisme ([F65.1](#)).

Inklusive

- kjønnsidentitetslidelse i barne- og ungdomstid, ikke-transseksuell type

Eksklusive

- fetisjistisk transvestittisme ([F65.1](#))

F64.2 Kjønnssidentitetsforstyrrelse i barndommen

Forstyrrelse som først viser seg i tidlig barndom (alltid i god tid før puberteten), og kjennetegnes av et vedvarende og intenst ubehag ved eget kjønn i kombinasjon med et ønske om (eller insistering på) å tilhøre det motsatte kjønn. Det foreligger en vedvarende preferanse for det motsatte kjønns klær og/eller aktiviteter, og/eller avsky for ens eget kjønn. Lidelsene antas å være relativt uvanlige og må ikke blandes sammen med den mye hyppigere manglende konformitet med stereotyp kjønnsrolleatferd. Diagnosen krever en dyptgående forstyrrelse av den normale kjønnsidentiteten, og bare «gutteaktig» atferd hos jenter og «jenteaktig» atferd hos gutter er ikke nok. Diagnosen kan ikke stilles når personen har nådd pubertetsalder.

På grunn av at kjønnssidentitetsforstyrrelser i barndommen har mange likhetstrekk med andre identitetsforstyrrelser i denne gruppen, er forstyrrelsen klassifisert i [F64.-](#), og ikke i [F90–F98](#).

Diagnostiske retningslinjer

Det sentrale diagnostiske kjennetegnet er barnets gjennomgripende og vedvarende ønske om å være (eller insisteringer på at det er) av det motsatte kjønn, i kombinasjon med intens benekting av atferd, egenskaper og påkledning som er vanlig for ens eget kjønn. Vanligvis viser dette seg først i årene før skolestart. For at diagnosen skal kunne stilles, må forstyrrelsen være åpenbar før pubertetsalderen. Hos begge kjønn kan det forekomme avvisning av anatomiske strukturer ved deres eget kjønn, men dette er en uvanlig og trolig sjelden manifestasjon. Barn med kjønnssidentitetsforstyrrelser benekter som regel at de er plaget av det, selv om de kan bekymre seg over konflikter med forventninger fra familie og kamerater, og ertingen og avvisningen de kan oppleve.

Man vet mer om disse forstyrrelsene hos gutter enn hos jenter. Vanligvis er gutter helt fra før skolealder opptatt av leker og andre aktiviteter som stereotypt blir forbundet med jenter, og de kan ofte ha preferanse for å iføre seg jente- eller kvinneklær. Slik påkledning forårsaker ikke seksuelle opplevelser (i motsetning til fetisjistisk transvestittisme hos voksne ([F65.1](#))). De kan ha et svært sterkt behov for å delta i jenters leker og fritidsbeskjeftigelser. Jentedukker er ofte favorittleketøyet, og de foretrekker som regel jenter som lekekamerater. Sosial avvisning har tendens til å oppstå i løpet av de første skoleårene, og er ofte på sitt høyeste midtveis i barndommen, med ydmykende erting fra andre gutter. Markert feminin atferd kan avta i tidlig ungdomsalder, men

oppfølgingsstudier viser at mellom en og to tredeler av gutter med kjønnsidentitetsforstyrrelse i barndommen viser en homoseksuell orientering i og etter ungdomstiden. Det er imidlertid meget få som viser transseksualitet i voksen alder (selv om de fleste voksne med transseksualitet opplyser at de hadde kjønnsidentitetsproblemer som barn).

Kliniske materialer viser at kjønnsidentitetsforstyrrelser er mindre utbredt hos jenter enn hos gutter, men det er ikke kjent hvorvidt denne kjønnsfordelingen gjelder generelt i befolkningen. Hos jenter, som hos gutter, er det vanligvis tidlig preferanse for atferd som stereotyp blir forbundet med det motsatte kjønn. Vanligvis har jenter med disse forstyrrelsene guttevenner, og viser stor interesse for sport og voldsomme leker. De mangler interesse for dukker og kvinnelige roller i lek, som «mor og far» eller «leke familie». Jenter med kjønnsidentitetsforstyrrelser synes ikke å oppleve samme grad av sosial utestenging som gutter, selv om også de kan lide under erting i sen barne- eller ungdomsalder. De fleste oppgir sin overdrevne insistering på mannlige aktiviteter og bekledning når de kommer i ungdomsalderen, men noen beholder sin mannlige identifikasjon og viser etter hvert en homoseksuell orientering.

I sjeldne tilfeller kan en kjønnsidentitetsforstyrrelse være forbundet med vedvarende avvisning av anatomien ved sitt eget kjønn. Hos jenter kan dette uttrykkes ved gjentatte påstander om at de har penis eller kommer til å få, at de nekter å urinere i sittende stilling eller sier at de ikke vil få bryster eller menstruasjon. Hos gutter kan det uttrykkes ved gjentatte påstander om at de vil vokse opp fysisk til å bli en kvinne, at penis og scrotum er frastøtende eller vil forsvinne, og/eller at det ville være bedre ikke å ha penis eller testikler.

Eksklusive

- jeg-fremmed seksuell orientering ([F66.1](#))
- seksuell utviklingsforstyrrelse ([F66.0](#))

F64.8 Andre spesifiserte kjønnsidentitetsforstyrrelser

F64.9 Uspesifisert kjønnsidentitetsforstyrrelse

Inklusive

- Kjønnnsforstyrrelse INA

F65 Forstyrrelser av seksuelle objektvalg (parafilier)

Inklusive

- parafilier

Eksklusive

- psykiske og atferdsmessige forstyrrelser forbundet med seksuell orientering ([F66.-](#))

F65.0 Fetisjisme

Ikke-levende objekter blir brukt som stimulans for å oppnå seksuell opphisselse og tilfredsstillelse. Mange fetisjer er knyttet til menneskekroppen, som klær eller fottøy. Andre vanlige eksempler kjennetegnes av en spesiell tekstur, som gummi, plastikk eller lær. Fetisjene varierer i betydning for personen, og i noen tilfeller øker de bare den seksuelle opphisselsen som oppnås på vanlige måter (for eksempel ved at partneren blir oppfordret til å bruke en spesiell påkledning).

Diagnostiske retningslinjer

Fetisjisme skal bare diagnostiseres hvis fetisjen er den viktigste kilden til seksuell stimulering, eller er essensiell for at tilfredsstillende seksuell respons oppnås.

Fetisjistiske fantasier er vanlige, men er ikke ensbetydende med en forstyrrelse hvis de ikke resulterer i ritualer som er så tvingende og uakseptable at de hindrer samleie og skaper bekymring for individet.

Fetisjisme forekommer nesten utelukkende hos menn.

F65.1 Fetisjistisk transvestittisme

Iføring av klær til det motsatte kjønn, hovedsakelig for å oppnå seksuell opphisselse.

Diagnostiske retningslinjer

Fetisjistisk transvestittisme skiller seg fra enkel fetisjisme ved at individet ifører seg fetisjistiske klær for å gi inntrykk av å være av motsatt kjønn. Vanligvis iføres mer enn ett klesplagg, ofte et helt antrekk, og i tillegg blir det ofte brukt parykk og sminke. Fetisjistisk transvestittisme skiller seg fra transseksuell transvestittisme ved sin klare forbindelse med seksuell opphisselse og et sterkt ønske om å fjerne klærne når orgasme er oppnådd og den seksuelle opphisselsen minker. En bakgrunn med fetisjistisk transvestittisme oppgis ofte å være en tidligere fase hos transseksuelle, og representerer trolig i slike tilfeller et trinn i utviklingen av transseksualisme.

Inklusive

- transvestittistisk fetisjisme

F65.2 Blotting

En gjentatt eller vedvarende tendens til å blotte kjønnsorganene for fremmede (vanligvis av motsatt kjønn), eller for folk på offentlig sted, uten verken å invitere til eller ønske om nærmere kontakt. Vanligvis, men ikke alltid, foreligger seksuell opphisselse på tidspunktet for blottingen, som vanligvis blir ledsaget av onani. Tendensen kan komme til uttrykk bare i perioder med følelsesmessig belastning eller kriser, med lange perioder innimellom uten slik atferd.

Diagnostiske retningslinjer

Blotting begrenses nesten utelukkende til heteroseksuelle menn som blottes seg for kvinner i ungdom eller voksen alder, vanligvis på trygg avstand på et offentlig sted. For noen er blotting den eneste måten å få seksuelt utløp på, mens hos andre fortsetter blottingen sammen med et aktivt seksualliv i langvarige forhold. Behovet for blotting kan imidlertid bli mer påtrengende i perioder med konflikter i parforholdet. De fleste blottere oppfatter sine behov som jeg-fremmede og vanskelige å styre. Hvis ofrene virker sjokkert, skremt eller imponert, økes ofte opphisselsen for blotteren.

F65.3 Kikking

Tilbakevendende eller vedvarende tendens til å kikke på folk som er i en seksuell eller intim situasjon, som for eksempel under avkledding. Dette fører vanligvis til seksuell opphisselse og onani, som utføres uten at de observerte individene er klar over det.

F65.4 Pedofili

Seksuell preferanse for barn, vanligvis i førpubertet eller tidlig pubertetsalder. Noen pedofile

tiltrekkes bare av jenter, andre bare av gutter, mens andre tiltrekkes av begge kjønn.

Pedofili er sjelden hos kvinner. Kontakt mellom voksne og seksuelt modne ungdommer er ikke sosialt akseptert, særlig hvis deltakerne er av samme kjønn, men dette er ikke nødvendigvis forbundet med pedofili. En isolert hendelse, og særlig hvis gjerningsmannen selv er en ungdom, utgjør ikke den vedvarende eller dominerende tendensen som kreves for diagnosen. Regnet som pedofile blir likevel menn som foretrekker voksne seksualpartnere, men som vender seg mot barn som substitutt, i en tilstand av kronisk frustrasjon over ikke å finne passende partnere. Menn som seksuelt misbruker sine egne barn i førpubertet, kan i noen tilfeller også gjøre tilnærmelser til andre barn, og i begge disse tilfellene tyder deres atferd på pedofili.

F65.5 Sadomasochisme

Preferanse for seksuell aktivitet som kan omfatte binding eller påføring av smerte eller ydmykelse. Hvis individet foretrekker å bli utsatt for slik behandling, kalles det masochisme. Hvis individet i stedet foretrekker å gi slik behandling, kalles det sadisme. Ofte blir et individ seksuelt opphisset av både sadistiske og masochistiske aktiviteter.

Milde grader av sadomasochistisk stimulering brukes ofte for å tilføre noe til en ellers normal seksuell aktivitet. Kategorien skal bare brukes hvis sadomasochistisk aktivitet er den viktigste stimuleringskilden eller er nødvendig for å oppnå seksuell tilfredsstillelse.

Seksuell sadisme er noen ganger vanskelig å skille fra grusomhet i seksuelle situasjoner, eller sinne uten forbindelse med erotikk. Når vold er nødvendig for erotisk opphisselse, kan diagnosen stilles med sikkerhet.

Inklusive

- masochisme
- sadisme

F65.6 Multiple forstyrrelser i seksuelle objektvalg

I noen tilfeller foreligger det mer enn én forstyrrelse av seksuelle objektvalg hos samme person uten at noen av dem får forrang. Den vanligste kombinasjonen er fetisjisme, transvestittisme og sadomasochisme.

F65.8 Andre spesifiserte forstyrrelser i seksuelle objektvalg

Det kan forekomme en rekke andre mønstre for seksuelle objektvalg og aktiviteter, og alle er relativt uvanlige. Dette kan være aktiviteter som obskøne telefonoppringninger, å gni seg mot mennesker på offentlige steder for å oppnå seksuell stimulering, seksuelle aktiviteter med dyr, strangulering eller anoksi for å forsterke den seksuelle opphisselsen og preferanse for partnere med anatomiske abnormiteter, som amputerte lemmer.

Erotisk praksis er mangfoldig, og mange er for sjeldne eller særegne til at de kan få sin separate benevnelse. Svelging av urin, påsmøring av ekskrementer eller gjennomhulling av forhud eller brystvorter kan være deler av atferdsrepertoaret i sadomasochisme. Onaniritualer av ulike typer er vanlige, men mer ekstreme praksiser, som innføring av objekter i rektum eller i urinrøret, eller selvstrangulering er ensbetydende med avvik når de erstatter ordinære seksuelle kontakter. Nekrofil skal kodes her.

Inklusive

- frotteurisme
- nekrofil

F65.9 Uspesifisert forstyrrelse av seksuelt objektvalg

Inklusive

- seksuelt avvik INA

F66 Psykiske og atferdsmessige forstyrrelser forbundet med seksuell utvikling og legning

Note: Seksuell legning skal ikke i seg selv vurderes som en lidelse

Underinndelinger

Følgende femtegnskoder kan brukes til å indikere variasjoner i seksuell utvikling eller legning som kan oppleves som problematisk for individet:

F66.x0 Heteroseksuell

F66.x1 Homoseksuell

F66.x2 Biseksuell

Skal bare brukes når det foreligger klare tegn på seksuell tiltrekning til begge kjønn.

F66.x8 Annen, inkludert prepubertal

F66.0 Seksuell utviklingsforstyrrelse

Personen lider under usikkerheten rundt sin egen kjønnsidentitet eller seksuelle legning, noe som fører til angst eller depresjon. Vanligvis forekommer dette hos ungdommer som ikke er sikre på om de har homoseksuell, heteroseksuell eller biseksuell legning, og hos individer som etter en periode med tilsynelatende stabil seksuell orientering (ofte i langvarige forhold), opplever at deres seksuelle legning forandrer seg.

F66.1 Jeg-fremmed seksuell legning

Det foreligger ingen usikkerhet med hensyn til kjønnsidentitet eller seksuell legning, men individet ønsker den var annerledes på grunn av tilknyttede psykiske eller atferdsmessige forstyrrelser, og kan søke behandling for å forandre dette.

F66.2 Forstyrrelse av seksuelle forhold

Avvikende kjønnsidentitet eller seksuell legning gjør det vanskelig å danne eller opprettholde et forhold til en seksualpartner.

F66.8 Andre spesifiserte psykoseksuelle forstyrrelser

F66.9 Uspesifisert psykoseksuell utviklingsforstyrrelse

F68 Andre forstyrrelser av voksen personlighet og atferd

F68.0 Forsterkning av somatiske symptomer av psykiske årsaker

Somatiske symptomer som har sammenheng med, og som opprinnelig skyldtes en bekreftet legemlig lidelse, blir overdrevet eller forlenget som følge av pasientens psykiske tilstand. Det blir utviklet et oppmerksomhetssøkende (dramatiserende) syndrom, som kan inneholde flere og ofte

uspesifikke plager uten fysisk årsak. Pasienten plages ofte av smerten eller dysfunksjonen, og er ofte opptatt av sine bekymringer for muligheten av langvarig eller økende dysfunksjon eller smerte. Misnøye med resultatet av behandling eller undersøkelse, eller skuffelse over omfanget av personlig oppmerksomhet som er mottatt på avdelinger eller klinikker, kan også være en motiverende faktor. Noen tilfeller synes å være tydelig motivert av muligheten for økonomisk kompensasjon i etterkant av ulykker eller skader, men syndromet blir ikke nødvendigvis løst raskt, selv etter vellykkede rettssaker.

Inklusive

- rentenevrose

F68.1 Viljestyrt produksjon eller simulering av symptomer eller dysfunksjon, enten fysisk eller psykisk [selvpåført lidelse]

I fravær av en bekreftet somatisk eller psykisk lidelse, simulerer individet symptomer gjentatt og vedvarende. For somatiske symptomer kan dette gå så langt som til påføring av selvskade i form av kutt eller avskrapninger i huden for å fremkalle blødning, eller selvinjeksjon av giftige substanser. Smerteimitasjonen og insistering på at blødning foreligger, kan være så overbevisende og vedvarende at gjentatte undersøkelser og operasjoner blir utført på flere sykehus eller klinikker, til tross for gjentatte negative funn.

Motivasjonen for atferden er nesten alltid ukjent og trolig indre styrt, og tilstanden kan best tolkes som en forstyrrelse av sykdomsatferd og pasientrolle. Individer med dette atferdsmønsteret viser vanligvis tegn på flere andre markerte avvik i personlighet og i sitt forhold til andre.

Simulering, definert som bevisst produksjon eller etterligning av somatiske eller psykiske symptomer eller dysfunksjoner som er motivert av ytre belastning eller impulser, skal kodes som Z76.5 i ICD-10, og ikke med kodene i denne boken. De vanligste ytre motivene for simulering omfatter unngåelse av kriminelle søksmål, oppnåelse av ulovlige substanser, unngåelse av verneplikt eller farlige militære oppdrag, og forsøk på å oppnå syketrygd eller bedre leveforhold, som bolig. Simulering er forholdsvis vanlig i rettslige og militære sammenhenger, og heller uvanlig i det sivile liv.

Inklusive

- «hospitalhopper-syndrom»
- Münchhausens syndrom
- omstreifende pasient

Eksklusive

- barnemishandlingssyndrom INA (T74.1)
- selvpåført dermatitt (L98.1)
- simulering (person simulerer sykdom) (Z76.5)
- mishandlingssyndromer (T74.8)

F68.8 Andre spesifiserte forstyrrelser av voksen personlighet og atferd

Kategorien skal bare brukes for koding av spesifiserte forstyrrelser av voksen personlighet og atferd som ikke kan klassifiseres under noen av de foregående lidelsene.

Inklusive

- karakternevrose INA

- forstyrrelse av forhold til andre INA

F69 **Uspesifisert forstyrrelse av voksen personlighet og atferd**

Kategorien skal bare brukes som en siste utvei hvis det antas å foreligge en forstyrrelse av voksen personlighet og atferd, men der det mangler tilstrekkelig informasjon til diagnostisering og plassering i en spesifikk kategori.

F70–F79 Psykisk utviklingshemming

- [F70](#) Lett psykisk utviklingshemming
- [F71](#) Moderat psykisk utviklingshemming
- [F72](#) Alvorlig psykisk utviklingshemming
- [F73](#) Dyp psykisk utviklingshemming
- [F78](#) Annen psykisk utviklingshemming
- [F79](#) Uspesifisert psykisk utviklingshemming

Innledning

Psykisk utviklingshemming er en tilstand med stagnert eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som særlig kjennetegnes av svekkede ferdigheter som viser seg i løpet av utviklingsperioden. Dette er ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, som kognitive, språklige, motoriske og sosiale ferdigheter. Utviklingshemming kan forekomme med eller uten andre psykiske eller somatiske lidelser. Mennesker med psykisk utviklingshemming kan rammes av hele spekteret av psykiske lidelser, og forekomsten av andre psykiske lidelser er minst tre til fire ganger større i denne gruppen enn i befolkningen ellers. I tillegg har mennesker med psykisk utviklingshemming større risiko for å bli utnyttet, mishandlet eller seksuelt misbrukt. Tilpasningsatferden er alltid svekket, men i et beskyttet sosialt miljø med tilgjengelige støttepersoner er ikke svekkelsen alltid åpenbar hos mennesker med lett psykisk utviklingshemming.

Underinndelinger

Et fjerde tegn kan spesifisere graden av atferdsproblemer, hvis disse ikke skyldes en tilknyttet lidelse:

- F7x.0 Ingen eller minimale atferdsproblemer
- F7x.1 Betydelige atferdsproblemer som krever oppmerksomhet eller behandling
- F7x.8 Andre spesifiserte atferdsproblemer
- F7x.9 Uten beskrivelse av atferdsproblemer

Hvis årsaken til psykisk utviklingshemming er kjent, skal det brukes en tilleggskode fra ICD-10 (f.eks. F72 (alvorlig psykisk utviklingshemming) og E00.- (medfødt jodmangelsyndrom)).

Eventuell psykisk utviklingshemming ekskluderer ikke tilleggsdiagnoser som er kodet annet sted i denne boken. Likevel kan kommunikasjonsproblemer gjøre det nødvendig ved diagnosestilling å stole mer enn vanlig på objektive observerbare symptomer. Disse kan for eksempel, i tilfeller med depressiv episode, omfatte psykomotorisk hemming, appetitt- og vekttap og søvnforstyrrelser.

Diagnostiske retningslinjer

Intelligens er ingen enhetlig karakteristikk, men vurderes på grunnlag av et stort antall forskjellige, mer eller mindre spesifikke ferdigheter. Selv om alle disse ferdighetene vanligvis vil utvikles til et tilnærmet likt nivå hos en person, kan det forekomme store forskjeller, særlig hos mennesker med psykisk utviklingshemming. De kan være alvorlig svekket på ett spesielt område (f.eks. språk), eller

utvise større ferdigheter innen et spesielt område (f eks i enkle visuospasiale oppgaver), sett i forhold til deres alvorlige psykiske utviklingshemming. Dette skaper problemer når det skal avgjøres hvilken diagnostisk kategori utviklingshemmingen skal klassifiseres i. Vurderingen av det intellektuelle nivået må baseres på all tilgjengelig informasjon, innbefattet kliniske funn, tilpasningsatferd (vurdert i forhold til personens kulturelle bakgrunn) og psykometriske prøveresultater.

For at en sikker diagnose skal kunne stilles, bør det foreligge svekkelser i intellektuelle funksjoner som reduserer evnen til å tilpasse seg hverdagens krav fra det vanlige sosiale miljøet. Tilknyttede psykiske eller somatiske lidelser har stor innvirkning på det kliniske bildet og personers faktiske anvendelse sine ferdigheter. Valget av diagnostisk kategori må derfor baseres på helhetlige ferdighetsmålinger og ikke på ett enkeltstående område med spesifikke svekkelser eller ferdigheter. De oppførte IQ-nivåene er kun veiledende og må ikke anvendes uten skjønn, tatt i betraktning problemene med tverrkulturell gyldighet. Kategoriene nedenfor er vilkårlige inndelinger av et sammensatt kontinuum, og kan ikke defineres med absolutte grenser. IQ-nivået skal fastsettes ut fra standardiserte, intelligenstagetester som er foretatt individuelt. Testen må være tilpasset definerte lokale kulturelle normer. Testen som blir valgt ut, må stemme overens med individets funksjonsnivå og andre spesifikke handlingshemmende tilstander, som uttrykte taleproblemer, hørselssvekkelser og fysiske svekkelser. En skala over sosial modning og tilpasning, også den lokalt standardisert, skal om mulig settes opp, ved å intervju foreldre eller omsorgspersoner som kjenner personens ferdighetsnivå i dagliglivet. Uten bruk av standardiserte prosedyrer må diagnosen bare ses som en foreløpig antakelse.

F70 Lett psykisk utviklingshemming

Mennesker med lett psykisk utviklingshemming tilegner seg et språk noe sent, men de fleste mestrer dagligtale, kan delta i samtaler og engasjere seg i et klinisk intervju. De fleste oppnår full selvstendighet når det gjelder egenomsorg (spising, vasking, påkledning, kontroll over tarm og blære) og i praktiske og huslige ferdigheter, selv om utviklingen skjer betydelig langsommere enn normalt. De største vanskene oppstår vanligvis med teoretisk skolearbeid, og mange har særlige problemer med å lese og skrive. Mennesker med lett psykisk utviklingshemming kan imidlertid få god hjelp av skoleopplegg som er spesielt utviklet for å utvikle ferdigheter og kompensere for deres handicap. De som befinner seg i de høyere nivåene av mild psykisk utviklingshemming, vil som oftest kunne være i stand til å ha jobber som krever praktiske fremfor teoretiske evner, inkludert ufaglært eller delvis faglært manuelt arbeid. I en sosiokulturell sammenheng som krever liten teoretisk kunnskap, er ikke et visst nivå av mild utviklingshemming nødvendigvis et problem i seg selv. Hvis det imidlertid også foreligger en merkbar følelsesmessig og sosial umodenhet, vil handikappet ha åpenbare konsekvenser, som manglende evne til å håndtere krav som følger med ekteskap og barneoppdragelse, eller vansker med å tilpasse seg kulturelle tradisjoner og forventninger.

Vanligvis er de atferdsmessige, følelsesmessige og sosiale problemene som oppstår for mennesker med lett psykisk utviklingshemming, og det behov for behandling og støtte disse skaper, nærmere beslektet med problemene hos individer med normal intelligens enn med de spesielle problemene hos mennesker med moderat og alvorlig psykisk utviklingshemming. En organisk etiologi blir observert hos et økende antall pasienter, men ikke hos flertallet.

Diagnostiske retningslinjer

Hvis de riktige, standardiserte IQ-testene blir brukt, er verdiene mellom 50 og 69 en indikasjon på lett utviklingshemming. Forståelse og bruk av språket synes å være forsinket i skiftende grad, og

taleproblemer som forstyrrer selvstendighetsutviklingen, kan vedvare inn i voksen alder. En organisk etiologi er identifiserbar hos bare et mindretall av individene. Tilknyttede tilstander som opptrer sammen med psykisk utviklingshemming, som autisme, andre utviklingsforstyrrelser, epilepsi, atferdsforstyrrelser eller alvorlig fysisk uførhet, blir funnet i varierende grad. Hvis slike lidelser foreligger, skal de kodes for seg.

Inklusive

- feeble-mindedness
- mild psykisk utviklingshemming

F71 Moderat psykisk utviklingshemming

Individer i denne kategorien utvikler sent språkforståelse og språkbruk, og de endelige resultatene på dette området er begrenset. Evnen til å mestre egenpleie og motoriske ferdigheter er også hemmet, og noen trenger tilsyn hele livet. Individene har begrenset fremgang i skolearbeidet, mens en del har de grunnleggende ferdighetene som trengs for å lese, skrive og telle. Spesialundervisning kan gi dem mulighet til å utvikle sitt begrensede potensiale og oppnå noen av de mest grunnleggende ferdigheter. Slik undervisning passer for dem som lærer sakte, og som har en lav maksimal oppnåelsesgrad. Som voksne kan mennesker med moderat psykisk utviklingshemming vanligvis utføre enkelt praktisk arbeid, så lenge oppgavene er nøye strukturert og utføres under faglært ledelse. Fullstendig uavhengighet i voksen alder oppnås sjelden. Individene er imidlertid stort sett fullt mobile og fysisk aktive, og de fleste viser tegn til sosial utvikling i evnen til å etablere kontakt, kommunisere og å delta i enkle sosiale aktiviteter.

Diagnostiske retningslinjer

IQ-nivået ligger vanligvis mellom 35 og 49. Det er vanlig med ulike ferdighetsnivåer. Noen kan oppnå større visuo-spatiale ferdigheter enn språklige ferdigheter, mens andre er klossete, men har likevel glede av sosialt samspill og enkle samtaler. Det språklige utviklingsnivået varierer; noen kan delta i enkle konversasjoner, mens andre bare er i stand til å uttrykke sine grunnleggende behov. Noen lærer aldri å bruke språket, selv om de kan forstå enkle instruksjoner og lærer å bruke tegnspråk for til en viss grad å kunne kompensere for språkvanskene. En organisk etiologi kan observeres hos de fleste mennesker med moderat psykisk utviklingshemming. Autismen hos barn eller andre dominerende forstyrrelser forekommer hos et betydelig mindretall, og har stor innvirkning på det kliniske bildet og hvilken behandlingstype det er behov for. Epilepsi og nevrologisk og fysisk dysfunksjon er også vanlig, selv om de fleste mennesker med psykisk utviklingshemming er i stand til å gå ved egen hjelp. Noen ganger kan andre psykiatriske tilstander identifiseres, men det begrensede språknivået kan gjøre diagnostiseringen vanskelig og avhengig av informasjon fra individer som kjenner mennesket med psykisk utviklingshemming godt. Alle slike tilknyttede lidelser skal kodes for seg.

Inklusive

- imbesilitet
- moderat mental retardasjon
- moderat oligofreni

F72 Alvorlig psykisk utviklingshemming

Kategorien er svært lik kategorien for moderat psykisk utviklingshemming når det gjelder det

kliniske bildet, organisk etiologi og tilknyttede tilstander. De lavere ferdighetsnivåene nevnt i F71 er de vanligste også i denne gruppen. De fleste individene i denne kategorien lider av betydelig motorisk svikt eller andre tilknyttede mangler, som indikerer betydelig klinisk skade på, eller mangelfull utvikling av, sentralnervesystemet.

Diagnostiske retningslinjer

IQ-nivået er vanligvis mellom 20 og 34.

Inklusive

- alvorlig mental retardasjon
- alvorlig oligofreni

F73 Dyp psykisk utviklingshemming

IQ-nivået er i denne kategorien estimert til under 20, noe som i praksis betyr at rammede individer har en svært begrenset evne til å forstå eller følge anmodninger eller instruksjoner. De fleste har ingen eller en meget begrenset mobilitet, er inkontinente og i beste fall i stand til å delta i helt elementære former for ikke-verbal kommunikasjon. De har liten eller ingen evne til å ivareta sine egne grunnleggende behov, og trenger konstant hjelp og tilsyn.

Diagnostiske retningslinjer

IQ-nivået er under 20. Språkforståelse og språkbruk er i beste fall begrenset til forståelse av grunnleggende ordrer og ytring av enkle spørsmål. De mest grunnleggende og enkle visuo-spatiale ferdighetene i sortering og organisering kan læres, og personen kan, under egnet tilsyn og veiledning mestre noe deltakelse i huslige og praktiske oppgaver. En organisk etiologi kan identifiseres i de fleste tilfeller. Alvorlig nevrologisk eller annen fysisk dysfunksjon som påvirker mobiliteten er vanlig, i likhet med epilepsi og svekkelser av syn og hørsel. Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser i sin mest alvorlige form, særlig atypisk autisme, forekommer hyppig, spesielt hos ustabile personer.

Inklusive

- idioti
- dyp mental retardasjon
- dyp oligofreni

F78 Annen psykisk utviklingshemming

Kategorien skal bare brukes når en vanlig vurdering av intellektuell utviklingshemming er spesielt vanskelig eller umulig på grunn av tilknyttede sensoriske eller fysiske svekkelser, som blindhet, døvstumhet, alvorlige atferdsforstyrrelser eller fysisk uførhet.

F79 Uspesifisert psykisk utviklingshemming

Det vises tegn til psykisk utviklingshemming, men det foreligger for lite informasjon til at pasienten kan plasseres i en av kategoriene som er nevnt ovenfor.

Inklusive

- psykisk svekkelse INA
- mental retardasjon INA
- oligofreni INA

F80–F89 Utviklingsforstyrrelser

- [F80](#) Spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk
- [F81](#) Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter, lærevansker
- [F82](#) Spesifikk utviklingsforstyrrelse i motoriske ferdigheter
- [F83](#) Blandet utviklingsforstyrrelse i spesifikke ferdigheter
- [F84](#) Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser
- [F88](#) Andre forstyrrelser av psykologisk utvikling
- [F89](#) Uspesifisert forstyrrelse av psykologisk utvikling

Innledning

Forstyrrelsene i [F80](#)–F89 har følgende fellestrekk:

- (a) debut i barndommen
- (b) svekkelse eller forsinkelse i utviklingen av funksjoner som er nært forbundet med den biologiske modningen av sentralnervesystemet, og
- (c) jevnt forløp som ikke innbefatter de remisjonene og tilbakefallene som ofte kjennetegner mange psykiske forstyrrelser

I de fleste tilfeller er språkfunksjon, visuo-spatiale ferdigheter og motorisk koordinasjon påvirket. Det er karakteristisk at forstyrrelsene avtar etter hvert som barna blir eldre (selv om mildere svekkelser ofte kan vedvare til voksen alder). Vanligvis har den forsinkede eller svekkede utviklingen pågått fra så tidlig som det lar seg gjøre å påvise den med sikkerhet, uten noen forutgående periode med normal utvikling. De fleste av disse tilstandene er flere ganger hyppigere hos gutter enn jenter.

Ved utviklingsforstyrrelser foreligger ofte en familiebakgrunn med lignende eller tilknyttede forstyrrelser, og det finnes sannsynlige holdepunkter for at genetiske faktorer spiller en viktig rolle i etiologien for mange (men ikke alle) tilfeller. Miljømessige faktorer har ofte en viss innvirkning på de påvirkede utviklingsfunksjonene, men er vanligvis ikke den betydeligste påvirkningskilden. Selv om det vanligvis er bred enighet om konseptualiseringen av forstyrrelser i denne delen, er etiologien ukjent i de fleste tilfellene, og det hersker fortsatt usikkerhet, både når det gjelder grensesetting og nøyaktig underinndeling av utviklingsforstyrrelsene. To typer tilstander er tatt med i denne delen, til tross for at de ikke helt oppfyller den begrepsmessig brede definisjonen nevnt ovenfor. Den første typen er forstyrrelser hvor det klart foreligger en tidligere fase med normal utvikling, som disintegrativ forstyrrelse i barndommen, Landau-Kleffner syndrom og noen tilfeller av autisme. Disse tilstandene er tatt med her til tross for deres ulike debut, fordi deres kjennetegn og forløp har mange likhetstrekk med gruppen med utviklingsforstyrrelser. Det er heller ikke kjent hvorvidt forstyrrelsene er etiologisk distinkte. Den andre typen er forstyrrelser som fortrinnsvis er mer forklart ved avvik enn ved forsinkelse i utviklingsmessige funksjoner, noe som særlig gjelder autisme. Autistiske forstyrrelser er tatt med her, til tross for at de defineres som avvik, fordi utviklingsmessige forsinkelser til en viss grad er konstante. Videre overlapper de med de andre utviklingsmessige forstyrrelsene, både når det gjelder trekk ved hvert enkelttilfelle og den familiemessige grupperingen.

F80 Spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk

Forstyrrelser der de normale mønstrene for språktilegnelse er forstyrret helt fra de tidligste utviklingsstadier. Tilstandene kan ikke direkte tilskrives nevrologiske avvik eller avvik i taleapparatet, sansedefekter, psykisk utviklingshemming eller miljøfaktorer. Barnet kan være bedre i stand til å kommunisere eller forstå i visse meget kjente situasjoner enn i andre, men språkferdighetene er svekket i alle situasjoner.

Differensialdiagnoser

Som ved andre utviklingsforstyrrelser er det første problemet ved diagnostiseringen å skille mellom forstyrrelser og normale utviklingsvariasjoner. Normale barn viser stor variasjon med hensyn til når de først tilegner seg talespråk og hvor hurtig språkferdighetene blir fast etablert. Slike normale variasjoner har liten eller ingen klinisk betydning, fordi de fleste som lærer sent å snakke, vil utvikle seg normalt. Til klar forskjell vil barn med spesifikke utviklingsforstyrrelser i tale og språk, selv om de til sist vil oppnå et normalt nivå når det gjelder språklige ferdigheter, ha mange tilknyttede problemer. Forsinket språkutvikling etterfølges ofte av vansker med å skrive og stave, avvik i mellommenneskelige forhold og følelsesmessige forstyrrelser og atferdsforstyrrelser. Det er derfor viktig å komme fram til en nøyaktig diagnose på spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk på et tidlig tidspunkt. Det finnes ikke klare grenser for hva som er ytterpunktene for en normal variasjon, men fire hovedkriterier er nyttige når en eventuell klinisk signifikant forstyrrelse skal vurderes: alvorlighetsgrad, utviklingsforløp, mønster og tilknyttede problemer.

Som en generell regel kan språkforsinkelser som er alvorlige nok til å falle utenfor grensene med to standardavvik, anses som avvikende. De fleste tilfeller med denne alvorlighetsgraden har også tilknyttede problemer. Den statistiske alvorlighetsgraden er imidlertid av mindre diagnostisk nytteverdi hos eldre barn, fordi det er en naturlig tendens til gradvise forbedringer. I slike situasjoner kan utviklingsforløpet være en nyttig indikator. Hvis svekkelsesnivået er mildt, men det er en bakgrunn med tidligere alvorlig svekkelse, er det sannsynlig at funksjonsnivået er en følge av en signifikant forstyrrelse og ikke bare normal variasjon. Talemønster og språkfunktering må observeres. Hvis mønsteret er unormalt (avvikende og ikke bare av en type som tilsvarer en tidligere utviklingsfase), eller hvis barnets tale eller språk har kvalitativt unormale trekk, er en klinisk signifikant forstyrrelse sannsynlig. Hvis forsinkelser i spesifikke aspekter ved utviklingen av tale eller språk ledsages av mangelfulle skoleferdigheter (som spesifikt forsinket lese- eller staveferdigheter), unormale mellommenneskelige forhold eller av følelsesmessige forstyrrelser eller atferdsforstyrrelser, er det lite sannsynlig at forsinkelsen er en normal variasjon.

Det andre problemet med diagnostiseringen gjelder det å skille mellom spesifikk utviklingsforstyrrelse av tale og språk og psykisk utviklingshemming eller global utviklingsforsinkelse. Fordi intelligens innbefatter verbale ferdigheter, er det sannsynlig at et barn med en IQ som er vesentlig under gjennomsnittet, også vil ha en språkutvikling som ligger noe under gjennomsnittet. En diagnose på spesifikk utviklingsforstyrrelse impliserer at den spesifikke forsinkelsen samsvarer dårlig med det generelle nivået for kognitiv fungering. Når en språkforsinkelse bare er del av en dypere psykisk utviklingshemming eller global utviklingsforsinkelse, bør en kode for psykisk utviklingshemming ([F70–F79](#)) brukes, og ikke en [F80](#).-kode. Vanligvis blir psykisk utviklingshemming imidlertid forbundet med ujevne intellektuelle ferdigheter, og særlig med en grad av språklig svekkelse som er mer alvorlig enn graden av reduserte ikke-verbale ferdigheter. Når denne ulikheten er så betydelig at den er åpenbar i den daglige fungering, skal en spesifikk utviklingsforstyrrelse av tale og språk kodes *i tillegg* til en kode for psykisk utviklingshemming ([F70–F79](#)).

Det tredje problemet gjelder det å skille forstyrrelsen fra utviklingsforstyrrelser som er sekundære i forhold til alvorlig døvhet eller spesifikke nevrologiske eller andre strukturelle avvik. Alvorlig døvhet i tidlig barndom fører nesten alltid til tydelig forsinkelse og forstyrrelse av språkutviklingen.

Slike tilstander skal *ikke* tas med her, fordi de er en direkte konsekvens av hørselssvekkelsen. Det er imidlertid ikke uvanlig at de mer alvorlige utviklingsforstyrrelsene i reseptivt språk ledsages av delvis selektive hørselssvekkelser (særlig hørsel av høyfrekvente lyder). Disse forstyrrelsene bør *utelates* fra [F80](#)–F89 hvis hørseltapets alvorlighetsgrad gir en god nok forklaring på språkforsinkelsen. Hvis derimot delvis hørselstap er en kompliserende faktor, men ikke en tilstrekkelig direkte årsak, bør forstyrrelsene likevel *tas med* i denne gruppen. Det er imidlertid umulig å operere med et strengt skille. Et lignende prinsipp gjelder nevrologiske avvik og strukturelle mangler. Artikulasjonsavvik som direkte skyldes åpen gane eller dysartri som skyldes cerebral parese, skal derfor ekskluderes fra denne delen. På den annen side gir ikke lette nevrologiske avvik som ikke direkte kan ha forårsaket forsinkelsen av tale eller språk, grunn til ekskludering.

F80.0 Spesifikk artikulasjonsforstyrrelse

Spesifikk utviklingsforstyrrelse der barnets bruk av talelyder ligger under nivået som forventes ut fra dets mentale alder, mens språkferdighetene forøvrig er normalt utviklet.

Diagnostiske retningslinjer

Alderen ved tilegnelse av talelyder, og rekkefølgen disse lydene utvikles i, viser betydelig individuell variasjon.

Normal utvikling. Ved 4-årsalder er feil i talelydene vanlige, men barnet kan likevel lett forstås av fremmede. Ved 6–7-årsalder er de fleste talelydene tilegnet. Selv om det fremdeles kan være problemer med noen lydkombinasjoner, skal ikke disse føre til kommunikasjonsproblemer. Ved 11–12-årsalder skal nesten alle talelyder kunne mestres.

Avvikende utvikling innebærer at barnets tilegnelse av talelyder er forsinket og/eller avvikende og gir feilartikulering i barnets tale. De resulterende problemer for andre med å forstå barnet kan skyldes utelatelser, forstyrrelser eller erstatninger for talelyder, eller inkonsekvent mestring av sammensatte lyder (barnet uttaler f eks fonemer korrekt i noen ordsammensetninger, men ikke i andre).

Diagnosen skal bare stilles hvis alvorlighetsgraden ved artikulasjonsforstyrrelsen overskrider grensene for den normale variasjon i forhold til barnets mentale alder, og hvis den ikke-verbale intelligensen og de ekspressive og reseptive språkferdigheter ligger innenfor det normale spekteret, artikulasjonsavvikene ikke har direkte sammenheng med et sensorisk, strukturelt eller nevrologisk avvik, og feiluttalelsene klart er avvikende i forhold til vanlig språkbruk innen barnets subkultur.

Inklusive

- utviklingsforstyrrelse av artikulasjon
- fonologisk utviklingsforstyrrelse
- dyslali
- funksjonell artikulasjonsforstyrrelse
- lalling

Eksklusive

- artikulasjonsforstyrrelse som skyldes afasi INA (R47.0)
- artikulasjonsforstyrrelse som skyldes apraksi (R48.2)
- artikulasjonsforstyrrelse som skyldes artikulasjonsdefekt forbundet med utviklingsforstyrrelse av ekspressivt eller impressivt språk ([F80.1](#), [F80.2](#))
- åpen gane eller andre strukturelle avvik i orale strukturer som er involvert ved tale (Q35–Q38)
- hørselstap (H90–H91)

- psykisk utviklingshemning ([F70–F79](#))

F80.1 Ekspressiv språkforstyrrelse

Spesifikk utviklingsforstyrrelse der barnets evne til å bruke ekspressivt talespråk ligger betydelig under nivået som forventes i forhold til dets mentale alder, mens språkforståelsen forøvrig ligger innenfor normale grenser. Det kan samtidig foreligge artikulasjonsavvik.

Diagnostiske retningslinjer

Selv om det forekommer betydelige individuelle variasjoner i normal språkutvikling, skal mangel på enkeltord (eller ordetterligninger) ved 2-årsalder, og manglende evne til å ytre enkle, to-ords setninger ved 3-årsalder, tas som viktige tegn på forsinkelse. Senere vansker innbefatter begrenset utvikling av ordforråd, overbruk av et lite utvalg generelle ord, problemer med å velge ut passende ord og orderstatninger, kort uttalelengde, umoden setningsstruktur, syntaksfeil, særlig av suffikser eller prefikser, misbruk av eller svikt i bruken av grammatiske enheter som preposisjoner, pronomener, artikler, verb og substantivbøyninger. Ukorrekte overgeneraliseringer av regler kan også forekomme, i likhet med manglende setningsflyt og vansker med rekkefølgen når tidligere hendelser skal gjenfortelles.

Ofte ledsages et svekket talespråk av forsinkelser eller avvik i ordlydsproduksjonen. Diagnosen skal bare stilles når forsinkelsen i utviklingen av ekspressivt språk ligger utenfor den normale variasjon i forhold til barnets mentale alder, mens de reseptive språkferdighetene ligger innenfor de normale grensene (eller er noe under gjennomsnittet). Bruken av ikke-verbal kommunikasjon (som smil og fakter) og «privat» språk som vises ved fantasifull eller innbilt lek, må være relativt intakt, og evnen til å kommunisere sosialt uten ord må være relativt intakt. Barnet vil forsøke å kommunisere til tross for sin språksvekkelse, og vil forsøke å kompensere for manglende tale ved demonstrering, fakter, miming eller ikke-språklige vokaliseringer. Problemer med venneforhold, følelsesmessige forstyrrelser, atferdsforstyrrelser, overaktivitet og uoppmerksomhet er imidlertid ikke uvanlig, særlig hos barn i skolealder. I et mindretall av tilfellene kan det også være tilknyttet et delvis, ofte selektivt, hørselstap, men det må ikke være av en slik alvorlighetsgrad at det forklarer språkforsinkelsen. Manglende deltakelse i samtaler eller en mer generell manglende stimulering fra omgivelsene kan spille en vesentlig rolle i forstyrrelsen av den ekspressive språkutviklingen. I slike tilfeller skal den miljømessige årsaksfaktoren angis med en passende Z-kode fra kapittel XXI i ICD-10. Svekkelsen i talespråket bør ha vært påvisbar fra barndommen, uten noen klar langvarig fase med normal språkbruk. Det er imidlertid ikke uvanlig med en tilsynelatende normal bruk av *noen* enkeltordene, etterfulgt av tilbakegang eller manglende fremgang.

Inklusive

- utviklingsmessig dysfasi eller afasi, ekspressiv type

Eksklusive

- ervervet afasi med epilepsi [Landau-Kleffners syndrom] ([F80.3](#))
- utviklingsmessig afasi eller dysfasi, impressiv type ([F80.2](#))
- dysfasi og afasi INA (R47.0)
- elektiv mutisme ([F94.0](#))
- psykisk utviklingshemning ([F70–F79](#))
- gjennomgripende utviklingsforstyrrelser ([F84.-](#))

F80.2 Impressiv språkforstyrrelse

Spesifikk utviklingsforstyrrelse der barnets språkforståelse ligger under det nivået som forventes ut fra dets mentale alder. I nesten alle tilfeller er det ekspressive språket samtidig betydelig forstyrret,

og det er vanligvis avvik i produksjonen av ordlyder.

Diagnostiske retningslinjer

Manglende reaksjon på kjente navn (i fravær av ikke-verbale clues-signaler) ved fylte ett år, manglende evne til å gjenkjenne minst noen få vanlige ting ved 18-månedersalder eller til å følge enkle, rutinemessige instruksjoner etter fylte to år, må tas som betydelige tegn på forsinkelse. Senere vansker innbefatter manglende evne til å forstå grammatiske strukturer (som nektelser, spørsmål og sammenligninger), og manglende forståelse for mer subtile aspekter ved språket, som stemmebruk og fakter.

Diagnosen skal bare stilles når alvorligheten ved forsinkelsen i impressivt språk ligger utenfor den vanlige variasjon, sett i forhold til barnets mentale alder og når kriteriene for alvorlig utviklingsforstyrrelse *ikke* er oppfylt. I nesten alle tilfeller er også utviklingen av et ekspressivt språk alvorlig forsinket og det er ofte avvik i produksjonen av ordlyder. Sammenlignet med alle andre spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk har denne den sterkeste grad av sammenheng med sosio-emosjonell atferdsforstyrrelse. Slike forstyrrelser har ingen spesifikk form, men både hyperaktivitet og uoppmerksomhet, sosial klossethet og isolasjon fra venner, angst, sensitivitet eller urimelig grad av skyhet er relativt hyppige. Barn med de mest alvorlige formene for impressiv språkforstyrrelse kan ha en noe forsinket sosial utvikling, gjenta språk de ikke forstår og vise noe begrensede interesse mønstre. De skiller seg imidlertid fra autistiske barn ved at de vanligvis viser normal, sosial gjensidighet, har normal, fantasifull lek og normal bruk av foreldre for trøst, nesten normal bruk av fakter og bare lette svekkelser i den ikke-verbale kommunikasjonen. En viss grad av hørselstap når det gjelder høyfrekvente lyder er ikke uvanlig, men døvhetsgraden er ikke tilstrekkelig til å forklare språksvekkelsen.

Inklusive

- medfødt språkdøvhhet
- utviklingsmessig impressiv afasi eller dysfasi
- utviklingsmessig Wernickes afasi
- orddøvhhet

Eksklusive

- ervervet afasi med epilepsi [Landau-Kleffners syndrom] ([F80.3](#))
- autisme ([F84.0](#), [F84.1](#))
- dysfasi og afasi INA (R47.0) eller ekspressiv type ([F80.1](#))
- elektiv mutisme ([F94.0](#))
- språkforsinkelse som skyldes døvhhet (H90–H91)
- psykisk utviklingshemning ([F70–F79](#))

F80.3 Ervervet afasi med epilepsi [Landau-Kleffners syndrom]

Lidelse der barnet etter å ha gjennomgått en normal språkutvikling, mister både den impressive og ekspressive språkevnen, mens den generelle intelligens bevares. Tilstandens debut ledsages av paroksysmale EEG-forstyrrelser (nesten alltid fra temporallappene, vanligvis bilateralt, men ofte med mer omfattende forstyrrelser), og i de fleste tilfeller også med epileptiske anfall. Vanligvis debuterer forstyrrelsen mellom 3- og 7-årsalder, men den kan også inntreffe tidligere eller senere i barndommen. I en firedel av tilfellene skjer språktapet gradvis over en periode på flere måneder, men som oftest skjer tapet brått, med evnetap i løpet av bare dager eller uker. Tidsforbindelsen mellom det første anfall og språktap varierer. De kan inntreffe med et mellomrom som kan variere mellom få måneder og opp til to år. Det er svært karakteristisk at svekkelsen av det impressive språket er alvorlig, og at problemer med auditiv forståelse ofte er første tegn på tilstanden. Noen

barn blir stumme, noen presterer bare uforståelige lyder, mens andre viser mildere svekkelser i ordflyt og ordproduksjon som ofte ledsages av feilartikulasjoner. I noen få tilfeller blir stemmekvaliteten påvirket, med tap av normalt tonefall. Noen ganger synes språkfunksjonene å variere i forstyrrelsens tidlige faser. Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser er vanlige i månedene etter det første språktapet, men synes å avta når barnet tilegner seg kommunikasjonsmetoder.

Tilstandens etiologi er ikke kjent, men de kliniske kjennetegnene antyder en mulig inflammatorisk encefalittisk prosess. Forstyrrelsens forløp er meget varierende; rundt to tredeler av barna ender opp med en mer eller mindre alvorlig impressiv språksvekkelse, mens rundt en tredel av dem blir fullstendig helbredet.

Eksklusive

- ervervet afasi som skyldes cerebralt traume, tumor eller annen kjent sykdomsprosess
- autisme ([F84.0](#), [F84.1](#))
- annen disintegrativ forstyrrelse hos barn ([F84.3](#))

F80.8 Andre spesifiserte utviklingsforstyrrelser av tale og språk

Inklusive

- lesping

F80.9 Uspesifisert utviklingsforstyrrelse av tale og språk

Kategorien skal unngås så langt som mulig og bare brukes for uspesifiserte forstyrrelser med betydelige svekkelser i utviklingen av tale eller språk som ikke kan forklares med psykisk utviklingshemning, eller med nevrologiske, sensoriske eller fysiske svekkelser som direkte påvirker tale eller språk.

Inklusive

- språkforstyrrelse INA

F81 Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter, lærevansker

Kategorien spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter omfatter tilstander som er direkte sammenlignbare med kategorien for spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk ([F80.-](#)) og som hovedsakelig har de samme problemene når det gjelder definering og vurdering. Dette er tilstander der normale mønstre for tilegnelse av skoleferdigheter er forstyrret fra de tidligste utviklingstrinn. De skyldes ikke bare manglende opplæringsmuligheter eller ervervet skade eller sykdom i hjernen. Forstyrrelsene antas å stamme fra avvik i kognitiv bearbeiding som hovedsakelig skyldes biologiske dysfunksjoner. Som ved de fleste andre utviklingsforstyrrelser, er tilstandene vanligst hos gutter.

Fem typer problemer oppstår ved diagnostisering.

For det første må man skille mellom disse forstyrrelsene og normale variasjoner i skoleferdigheter. Vurderingene ligner de som foretas ved språkforstyrrelser, og samme kriterier er foreslått for vurdering av avvik (med de nødvendige endringene som kreves når evaluering av skoleferdigheter i stedet for språkferdigheter skal utføres).

For det andre må utviklingsforløpet tas med i beregningen. Dette er viktig av to årsaker:

- (a) alvorlighet: Betydningen av ett års forsinkelse i leseferdighetene ved 7-årsalder er vesentlig forskjellig fra ett års forsinkelse ved 14-årsalder.
- (b) mønsterendring: Språkforsinkelser i førskolealder forsvinner vanligvis når det gjelder talespråket, men etterfølges av spesifikke forsinkelser i leseferdigheter, som igjen avtar i ungdomstiden. Det største problemet som gjenstår i tidlig voksen alder, er en alvorlig forstyrrelse av evnen til å stave. Tilstanden er den samme hele forløpet ut, men mønsteret endres ved økende alder. De diagnostiske kriteriene må ta denne utviklingsendringen i betraktning.

For det tredje må skoleferdigheter undervises i og innlæres, siden de *ikke* er et resultat av biologisk modning. Uunngåelig vil et barns ferdighetsnivå avhenge av familieforhold, skolegang og dets egne individuelle egenskaper. Det finnes dessverre ingen enkel og utvetydig måte å skille mellom manglende skoleferdigheter som skyldes mangel på tilstrekkelig oppfølging, og de som skyldes individuelle forstyrrelser. Det er gode grunner til å tro at dette er en reell distinksjon som har klinisk gyldighet, men diagnostiseringen i hvert individuelt tilfelle er vanskelig.

For det fjerde, selv om forskningsresultater styrker hypotesen om underliggende avvik i den kognitive bearbeidingen, finnes det ingen lett måte hos hvert enkelt barn å skille mellom avvik som *forårsaker* lesevaner og avvik som stammer fra, eller er forbundet med, lave leseferdigheter. Problemet består i at leseforstyrrelser kan stamme fra mer enn én type kognitive avvik.

For det femte råder det fremdeles usikkerhet om hva som kan være den beste måten å underinnde de spesifikke utviklingsforstyrrelsene i skoleferdigheter på.

Barn lærer å lese, skrive, stave og utføre matematiske utregninger når de møter disse aktivitetene hjemme og på skolen. Ulike land varierer sterkt med hensyn til hvilken alder barna er i når de begynner i grunnskolen, hva som er pensum på de ulike skolene, og følgelig også hvilke ferdigheter det blir forventet at barna har oppnådd ved ulike aldre. Variasjonene i forventningsnivå er størst opp til rundt 11-årsalder og kompliserer problemstillingen med å tenke ut praktiske definisjoner på forstyrrelser i skoleferdigheter med internasjonal gyldighet.

Det er åpenbart at det i alle utdanningssituasjoner finnes et bredt spekter av skoleferdigheter innen hver kronologiske aldersgruppe av skolebarn, og at noen barn undertrykker på spesifikke ferdighetsområder, sett i forhold til deres generelle intellektuelle nivå.

Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter innbefatter grupper av forstyrrelser som kommer til uttrykk gjennom spesifikke og betydelige svekkelser i tilegnelse av skoleferdigheter. Disse svekkelsene i læring er ikke et direkte resultat av andre forstyrrelser (som psykisk utviklingshemning, større nevrologiske defekter, ukorrigerte vansker med syn eller hørsel, eller følelsesmessige forstyrrelser), selv om de kan sameksistere med slike tilstander. Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter inntreffer ofte i forbindelse med andre kliniske syndromer (som oppmerksomhetsforstyrrelser eller atferdsforstyrrelse) eller andre utviklingsforstyrrelser (som spesifikk utviklingsforstyrrelse av motoriske ferdigheter, eller spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk).

Etiologien for spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter er ikke kjent, men det antas at biologiske faktorer i vekselvirkning med ikke-biologiske faktorer (som læremuligheter og undervisningskvalitet) er en primær årsak til manifestasjonene. Selv om forstyrrelsene er relatert til biologisk modning, er det ikke slik at barn med disse forstyrrelsene bare befinner seg ved begynnelsen av et normalt utviklingsforløp og derfor vil innhente de andre. I mange tilfeller kan spor av disse forstyrrelsene vedbli gjennom ungdomstiden og helt inn i voksen alder. Ikke desto mindre er det et nødvendig diagnostisk trekk at forstyrrelsene var manifeste i en eller annen form i tidlig skolealder. Barns skoleferdigheter kan sakke akterut på et senere stadium i utdanningen (som følge av manglende interesse, dårlige lærere, følelsesmessige forstyrrelser, økning eller endring i mønsteret med oppgavekrav, etc), men slike problemer er ikke med i denne kategorien.

Diagnostiske retningslinjer

Det stilles flere grunnleggende krav til diagnosene på alle de spesifikke utviklingsforstyrrelsene i skoleferdigheter.

For det første må det være en klinisk betydelig grad av svekkelse i den spesifiserte skoleferdigheten. Dette kan vurderes på grunnlag av alvorlighetsgrad, definert i forhold til skolekunnskaper (dvs en grad som kan forventes hos mindre enn 3 % av skolebarna) på grunnlag av utviklingsmessige forløpere (skoleproblemer etterfølger utviklingsforsinkelser eller avvik i førskolealder, vanligvis i tale eller språk), assosierte problemer (som uoppmerksomhet, hyperaktivitet, følelsesmessige forstyrrelser eller atferdsvansker), mønstre (kvalitative avvik som ikke er vanlige i normal utvikling) og respons (skoleproblemer avtar ikke raskt og greit når barnet får mer hjelp hjemme og på skolen).

For det andre må svekkelsen være spesifikk på den måten at den ikke bare blir forklart med psykisk utviklingshemning eller en lettere svekket generell intelligens. Fordi IQ og skolerresultater ikke alltid tilsvarer hverandre, kan distinksjonen bare gjøres på grunnlag av individuelle, standardiserte prestasjonstester og IQ-tester som er tilpasset den aktuelle kulturen og det aktuelle utdanningssystemet. Slike tester skal brukes sammen med statistiske tabeller som viser gjennomsnittlig forventet prestasjonsnivå for alle IQ-nivåer ved enhver kronologisk alder. Det siste kravet er nødvendig på grunn av betydningen av den statistiske regresjonseffekten: diagnoser som er basert på at prestasjonsalder trekkes fra mental alder, må nødvendigvis bli svært misvisende. I vanlig klinisk praksis er det imidlertid i de fleste tilfeller usannsynlig at disse kravene blir oppfylt. Den kliniske regelen er derfor at barnets prestasjonsnivå må ligge vesentlig lavere enn det som forventes for et barn med samme mentale alder.

For det tredje må svekkelsen være utviklingsmessig, i den betydning at den må ha vært til stede i de første skoleårene og ikke være ervervet senere i utdanningsprosessen. Barnets tidligere progresjon med skolearbeidet skal kunne gi holdepunkter for dette.

For det fjerde må det ikke foreligge eksterne faktorer som kan gi tilstrekkelig årsak til skoleproblemene. Som nevnt ovenfor, skal diagnosen utviklingsforstyrrelse av skoleferdigheter vanligvis baseres på sikre tegn på klinisk betydelige forstyrrelser av skoleprestasjoner som har sammenheng med barnets utvikling. For at effektiv læring skal skje, må barn imidlertid ha tilfredsstillende læringsmuligheter. Hvis dårlige skolerresultater direkte skyldes langvarig skolefravær uten noen form for undervisning hjemme, eller svært mangelfull undervisning, skal ikke tilstandene kodes her. Hyppig skolefravær eller avbrudd i skolegangen som skyldes skolebytte, gir vanligvis *ikke* tilstrekkelige holdepunkter for retardasjon til at diagnosen spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter kan stilles. Hvis imidlertid dårlige skoleforhold kompliserer eller øker problemet, skal skolefaktorene kodes ved hjelp av en Z-kode fra kapittel XXI i ICD-10.

For det femte må ikke de spesifikke utviklingsforstyrrelsene av skoleferdigheter *direkte* skyldes ukorrigerte syns- eller hørselssvekkelser.

Differensialdiagnoser

Det er klinisk viktig å skille mellom spesifikke utviklingsforstyrrelser som oppstår i fravær av diagnostiserbare nevrologiske tilstander og de som er sekundære i forhold til nevrologiske tilstander, som cerebral lammelse. I praksis er denne differensieringen ofte vanskelig (på grunn av den usikre betydningen av multiple «myke» nevrologiske tegn), og forskningsresultater viser ingen klar differensiering i verken mønster eller forløp av spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter etter forekomst eller mangel på eventuelle åpenbare nevrologiske dysfunksjoner. Selv om dette ikke utgjør noen del av de diagnostiske kriteriene, må eventuelle tilknyttede forstyrrelser kodes separat i en passende nevrologisk del av klassifikasjonen.

F81.0 Spesifikk leseforstyrrelse

Det viktigste kjennetegnet er en spesifikk og betydelig svekkelse i utviklingen av leseferdigheter som ikke kan forklares bare ved mental alder, synsproblemer eller mangelfull opplæring. Både leseforståelse, ordgjenkjenning, høytlesningsevne og gjennomføring av oppgaver som krever leseferdigheter, kan være påvirket. Staveproblemer har ofte sammenheng med spesifikke leseforstyrrelser og kan ofte vedvare inn i ungdomsalderen, selv etter at leseevnen er bedret. Barn med spesifikk leseforstyrrelse har ofte en bakgrunn med spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk, og grundig vurdering av språkfunksjonen avdekker ofte subtile parallelle problemer. I tillegg til teoretisk svikt, er høyt skolefravær og problemer med sosial tilpasning vanlige komplikasjoner, særlig i de siste årene på barne- og ungdomsskolen. Tilstanden er observert hos alle kjente språk, men det er usikkert om hyppigheten påvirkes av språkets natur og typografi.

Diagnostiske retningslinjer

Barnets leseevne må være betydelig dårligere enn det som forventes i forhold til alder, generell intelligens og skolenivå. Evnen kan best vurderes med en individuell, standardisert prøve på lesenøyaktighet og forståelse. Leseproblemets eksakte natur avhenger av forventet lesenivå, språk og skriveferdighet. I de tidligste stadiene i læring av et alfabetisk skriftspråk kan det oppstå vansker med å gjengi alfabetet eller riktig navn på bokstavene, gi enkle rim på ord og analysere eller kategorisere lyder (til tross for normal hørsel). Senere kan følgende feil oppstå ved høytlesning:

- (a) utelatelser, erstatninger, fordreiningar eller tillegg av ord eller deler av ord,
- (b) lav lesehastighet,
- (c) feilstart, lange pauser eller forvirring med hensyn til hvor man var i teksten, upresis formulering, og
- (d) ombytting av ordene i en setning eller av bokstavene i et ord.

Mangelfull leseforståelse kan blant komme til uttrykk ved:

- (e) manglende evne til å gjengi innholdet i en lest tekst,
- (f) manglende evne til å trekke konklusjoner eller slutninger fra lest materiale, og
- (g) bruk av generell bakgrunnskunnskap, heller enn informasjon fra en bestemt historie, ved besvaring av spørsmål om den samme, leste historien.

I senere barndom og voksen alder er stavevanskene vanligvis mye alvorligere enn lesevanskene. Det er karakteristisk at stavevanskene ofte innbefatter fonetiske feil, og det virker som om både lese- og staveproblemene delvis kan forårsakes av en svekkelse i evnen til fonologisk analyse. Det foreligger lite kunnskap om typen eller hyppigheten av stavefeil hos barn som må lese ikkefonetiske språk, og man vet lite om feiltypene i ikkealfabetiske skriftspråk.

Spesifikke leseforstyrrelser følger vanligvis en historie med utviklingsforstyrrelser av tale eller språk. I andre tilfeller kan barn oppnå språklige milepæler ved normal alder, men har vansker med å bearbeide hørselsinntrykk. Dette kommer til uttrykk gjennom problemer med å kategorisere lyder, lage ordrim og kanskje også ved manglende evne til å skille mellom talelyder, å huske hørselsinntrykk i riktig rekkefølge og hørselsmessige assosiasjoner. I noen tilfeller kan det også oppstå problemer med bearbeiding av synsinntrykk (som det å skille mellom bokstaver). Dette er imidlertid vanlig hos barn som nylig har begynt å lære å lese, og har trolig derfor ikke noen årsaksmessig sammenheng med dårlige leseferdigheter. Oppmerksomhetsproblemer, ofte forbundet med overaktivitet og impulsivitet, er også vanlig. Mønsteret av utviklingsproblemer i førskolealder varierer sterkt fra barn til barn, på samme måte som alvorlighetsgraden, men problemene er vanligvis (men ikke alltid) til stede.

Tillegg av følelsesmessige forstyrrelser og/eller atferdsforstyrrelser er også vanlige i skolealderperioden. Følelsesmessige problemer er vanligere i tidlige skoleår, mens atferdsforstyrrelser og hyperaktivitetssyndromer vanligvis forekommer i senere barne- og ungdomstid. Det er vanlig med lav selvfølelse og problemer med skoletilpasning og vennskapsforhold.

Inklusive

- speilvendt lesning
- utviklingsmessig dysleksi
- spesifikk leseretardasjon
- stavevansker forbundet med leseforstyrrelse

Eksklusive

- ervervet aleksi og dysleksi (R48.0)
- ervervede lesevansker som skyldes emosjonelle forstyrrelser ([F93.-](#))
- staveforstyrrelser uten leseforstyrrelser ([F81.1](#))

F81.1 Spesifikk staveforstyrrelse

Det viktigste kjennetegnet er en spesifikk og betydelig svikt i utviklingen av staveferdigheter, uten at selve leseferdigheten er forstyrret. Forstyrrelsen kan ikke forklares bare ved lav mental alder, synsforstyrrelser eller utilstrekkelig skolegang. Både evnen til å stave høyt og til å skrive ord riktig er påvirket. Barn som bare har problemer med å skrive, skal ikke inkluderes her, men i noen tilfeller kan stavevansker ha sammenheng med skrivevansker. I motsetning til det vanlige mønsteret ved spesifikk leseforstyrrelse, er stavefeilene hovedsakelig fonetisk riktige.

Diagnostiske retningslinjer

Barnets staveevne må være betydelig dårligere enn det som forventes i forhold til alder, generell intelligens og skolenivå, og kan best vurderes ved hjelp av en individuell, standardisert stavetest. Barnets leseevne (både med hensyn til nøyaktighet og forståelse) bør ligge innenfor det normale spekteret, og det bør ikke ha en bakgrunn med betydelige lesevansker. Stavevanskene bør ikke hovedsakelig skyldes mangelfull undervisning eller være en direkte virkning av syns-, hørsels- eller nevrologiske forstyrrelser, og bør ikke skyldes en nevrologisk, psykisk eller annen lidelse.

Selv om det er kjent at en «ren» staveforstyrrelse skiller seg fra leseforstyrrelser som er forbundet med stavevansker, vet man lite om forutsetningene for, utviklingsforløp av, korrelater eller resultater av spesifikke staveforstyrrelser.

Inklusive

- spesifikk staveretardasjon (uten leseforstyrrelse)

Eksklusive

- agrafi INA (R48.8)
- stavevansker i sammenheng med leseforstyrrelse ([F81.0](#))
- stavevansker som skyldes utilstrekkelig undervisning (Z55.8)

F81.2 Spesifikk forstyrrelse i regneferdighet

Forstyrrelsen innebærer en spesifikk svekkelse av regneferdigheten som ikke bare kan forklares ved generell psykisk utviklingshemning eller meget utilstrekkelig undervisning. Regnevanskene innbefatter manglende evne til å mestre grunnleggende regnemetoder som addisjon, subtraksjon,

multiplikasjon og divisjon (snarere enn mer abstrakte matematiske ferdigheter i algebra, trigonometri, geometri eller komplekse beregninger).

Diagnostiske retningslinjer

Barnets regneferdigheter må være vesentlig dårligere enn det som forventes i forhold til dets alder, generelle intelligens og skolenivå, og vurderes best ved hjelp av en individuell, standardisert regnetest. Lese- og staveferdighetene må ligge innenfor det normale spekteret som forventes i forhold til barnets mentale alder, fortrinnsvis som vurdert ved hjelp av individuelle, egnede standardiserte tester. Regnevanskene må ikke hovedsakelig skyldes svært utilstrekkelig undervisning eller være direkte følge av syns-, hørsels- eller nevrologiske svekkelser, og må ikke skyldes nevrologiske, psykiatriske eller andre lidelser.

Regneforstyrrelser er mindre forsket på enn leseforstyrrelser, og kunnskapen om forutsetninger, utviklingsforløp, korrelater og resultat er heller begrenset. Det kan synes som om barn med disse forstyrrelsene har normale auditivtperseptuelle og verbale ferdigheter, men svekket visuo-spatiale og visoperseptuelle ferdigheter i motsetning til mange barn med leseforstyrrelser. Noen har i tillegg sosio-emosjonelle atferdsproblemer, men man vet lite om disse problemenes kjennetegn eller hyppighet. Det har blitt antydnet at sosiale vansker kan være særlig utbredt.

Regneproblemene varierer, men kan innbefatte svikt i forståelse av begreper som ligger bak særlige regneoperasjoner, manglende forståelse for matematiske uttrykk eller tegn, problemer med å gjenkjenne numeriske symboler, utføre vanlige regneoperasjoner, forstå hvilke tall som er relevante for et konkret regnestykke, stille opp tall på en ryddig måte eller å sette inn desimaltegn eller symboler ved utregninger, dårlig spatial organisering av regneoperasjoner og manglende evne til å lære multiplikasjonstabellen.

Inklusive

- utviklingsmessig akalkuli
- utviklingsmessig regneforstyrrelse
- utviklingsmessig Gerstmanns syndrom

Eksklusive

- ervervet regneforstyrrelse (akalkuli) (R48.8)
- regnevansker forbundet med lese- eller stavevansker ([F81.1](#))
- regnevansker som skyldes utilstrekkelig undervisning (Z55.8)

F81.3 Blandet utviklingsforstyrrelse i skoleferdigheter

En dårlig definert, men nødvendig, restkategori for forstyrrelser der både regne-, lese- og staveferdigheter er vesentlig svekket, men som ikke kan forklares utelukkende med generell psykisk utviklingshemning eller utilstrekkelig undervisning. Kategorien skal brukes for forstyrrelser som oppfyller kriteriene for [F81.2](#) og enten [F81.0](#) eller [F81.1](#).

Eksklusive

- spesifikk forstyrrelse av regneferdigheter ([F81.2](#))
- spesifikk leseforstyrrelse ([F81.0](#))
- spesifikk staveforstyrrelse ([F81.1](#))

F81.8 Andre spesifiserte utviklingsforstyrrelser i skoleferdigheter

Inklusive

- utviklingsmessig ekspressiv skriveforstyrrelse

F81.9 Uspesifisert utviklingsforstyrrelse i skoleferdigheter

Kategorien skal unngås så langt som mulig, og skal bare brukes for uspesifiserte forstyrrelser hvor det foreligger svært mangelfull innlæringsevne som ikke bare kan forklares med psykisk utviklingshemning, synsproblemer eller utilstrekkelig undervisning.

Inklusive

- forstyrrelse i kunnskapstilegnelse INA
- mangelfull innlæringsevne INA
- innlæringsforstyrrelse INA

F82 Spesifikk utviklingsforstyrrelse i motoriske ferdigheter

Hovedkjennetegnet er en alvorlig svekkelse i utviklingen av motorisk koordinasjon, som ikke alene lar seg forklare med en generell intellektuell retardasjon eller spesifikk medfødt eller ervervet nevrologisk forstyrrelse (andre enn den som kan være implisitte i koordinasjonsavviket). Vanligvis blir den motoriske klossetheten forbundet med en viss grad av svekkede evner til å utføre visuo-spatielle oppgaver.

Diagnostiske retningslinjer

Barnets motoriske koordinasjon ved fin- eller mer grovmotoriske oppgaver må være vesentlig dårligere enn det som forventes i forhold til dets alder og generelle intelligensnivå. Dette kan best måles med en individuelt styrt, egnet standardisert test på fin- og grovmotorisk koordinasjon. Koordinasjonsvanskene må ha vært til stede siden tidlig i utviklingen (dvs at de ikke skal være en ervervet svekkelse), og må ikke være et direkte resultat av en syns- eller hørselsskade eller noen diagnostiserbar nevrologisk tilstand.

I hvilket omfang forstyrrelsen hovedsakelig rammer fin- eller grovmotorisk koordinasjon varierer, og det spesielle mønsteret av motorisk svikt varierer med alder. Utviklingsmessige motoriske milepæler kan være forsinket, og det kan også være tillegg av talevansker (særlig artikulasjon). Barnet kan ha en klossete gange, være sen med å lære å springe, hoppe og gå opp og ned trapper. Det oppstår også ofte problemer med å lære å knytte skolisser, kneppe knapper og å kaste og fange baller. Barnet kan være generelt klossete både når det gjelder fin- og grovmotorikk, ha tendens til å miste ting, snuble, kolliderer med ting som står i veien og tendens til å ha en utydelig håndskrift. Tegneferdigheten er ofte dårlig, og barna er ofte dårlige i puslespill, bruk av konstruksjonsleker, byggemodeller, ballspill, tegning og kartforståelse.

I de fleste tilfeller vil en nøyaktig klinisk undersøkelse vise betydelig umodenhet i nervesystemet, som choreiforme bevegelser av ustøttede lemmer, eller synkinesier og andre motoriske forstyrrelser, samt tegn på dårlig fin- og grovmotorisk koordinasjon (vanligvis beskrevet som «myke» nevrologiske tegn, på grunn av deres normale forekomst hos yngre barn og deres manglende lokaliseringsverdi). Senereflekser kan være tosidig øket eller svekket, men er ikke asymmetriske.

Skoleproblemer forekommer hos noen barn og kan i noen tilfeller være alvorlige. I noen tilfeller foreligger tilleggsproblemer av sosio-emosjonell og atferdsmessig natur, men lite er kjent om deres hyppighet eller kjennetegn.

Det foreligger ingen diagnostiserbar nevrologisk forstyrrelse, som cerebral parese eller muskulær dystrofi. I noen tilfeller er det likevel en bakgrunn med perinatale komplikasjoner, som meget lav fødselsvekt eller betydelig prematuritet.

Clumsy child-syndromet har ofte blitt diagnostisert som «minimal brain dysfunction», men denne benevnelsen frarådes brukt, fordi den har så mange og motstridende betydninger.

Inklusive

- clumsy child-syndrom
- utviklingsmessig koordinasjonsforstyrrelse
- utviklingsmessig dyspraksi

Eksklusive

- gang- og bevegelsesavvik (R26.-)
- koordinasjonsforstyrrelse (R27.-) ved enten psykisk utviklingshemning ([F70–F79](#)) eller spesifikk diagnostiserbar nevrologisk forstyrrelse (G00–G99)

F83 Blandet utviklingsforstyrrelse i spesifikke ferdigheter

Dårlig definert restkategori med en blanding av spesifikke forstyrrelser av tale og språk og av innlæring og motorikk, men der ingen er tilstrekkelig dominerende til å utgjøre hoveddiagnosen. Vanligvis blir hver av de spesifikke utviklingsforstyrrelsene forbundet med en viss generell svekkelse av kognitive funksjoner, og denne blandingskategorien skal bare brukes hvis det foreligger betydelig overlapping mellom hver av de spesifikke utviklingsforstyrrelsene. Kategorien skal derfor brukes ved forstyrrelser som oppfyller kriteriene for to eller flere av kategoriene som er beskrevet under [F80.-](#), F81 og [F82](#).

F84 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser

Denne gruppen lidelser er karakterisert ved kvalitative avvik i det mellommenneskelige sosiale samspillet og kommunikasjonsmønsteret, og ved et begrenset, stereotyp og repeterende repertoar av interesser og aktiviteter. Disse kvalitative avvikene utgjør et gjennomgripende trekk ved personens fungering i alle situasjoner, selv om de kan variere i styrke. I de fleste tilfeller er utviklingen avvikende helt fra spedbarnsalderen, og med bare få unntak blir tilstanden manifest i løpet av de fem første leveårene. Vanligvis foreligger en viss generell kognitiv svekkelse, men forstyrrelsene defineres ved avvikende *atferd* i forhold til mental alder (uavhengig av om personen er retardert eller ikke). Det er noe uenighet om underinndelingen av denne samlegruppen.

I noen tilfeller er forstyrrelsene forbundet med, og antas å skyldes, visse medisinske tilstander, der spedbarnsspasmer, medfødt rubella, tuberøs sklerose, cerebral lipidose og fragilt X-kromosomanomali er blant de vanligste. Forstyrrelsen skal diagnostiseres på grunnlag av de atferdsmessige trekkene, uavhengig av eventuelle tilknyttede medisinske tilstander. Assosierte tilstander må likevel kodes separat. Hvis det også foreligger psykisk utviklingshemning, er det viktig at også det blir kodet separat under [F70–F79](#), fordi det ikke er en universell egenskap ved de gjennomgripende utviklingsforstyrrelsene.

F84.0 Barneautisme

Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse definert ved avvikende og svekket utvikling som er tydelig før treårsalderen, og kjennetegnes ved avvikende fungering på områdene sosial interaksjon, kommunikasjon og begrenset, repetitiv atferd. Forstyrrelsen er tre til fire ganger vanligere hos gutter

enn hos jenter.

Diagnostiske retningslinjer

Vanligvis foreligger ingen forutgående periode med entydig normal utvikling, men hvis så er tilfelle, blir avvikene tydelige før treårsalderen. Det er alltid kvalitative avvik i det sosiale samspill. Disse viser seg ved en inadekvat reaksjon på sosio-emosjonelle signaler. Barnet har liten nytte av sosiale signaler og viser dårlig sosial, følelsesmessig og kommunikasjonsmessig integrasjon, og særlig mangel på sosio-emosjonell gjensidighet. Kvalitative avvik i kommunikasjonsevne er også vanlige. Disse kommer til uttrykk på følgende måter: mangel på sosial bruk av språkferdigheter; forstyrrelse av fantasilek og lek som går ut på sosial imitasjon, dårlig synkroni og manglende gjensidighet i samtaler, dårlig fleksibilitet i språkuttrykket og en relativ mangel på kreativitet og fantasi i tankeprosessen, mangel på følelsesmessig respons på andre menneskers verbale og ikke-verbale tilnærmelser, redusert bruk av variasjoner i tonefall eller trykk for å vise en kommunikativ modulering, og en lignende mangel på tilhørende kroppsspråk for å vektlegge eller gi mening til ytringen.

Tilstanden kjennetegnes også ved begrensede, repetitive og stereotype former for atferd, interesser og aktiviteter. Til sammen gir dette en tendens til rigiditet og tvangsmessig rutine når det gjelder mange sider ved den daglige fungering. Dette gjelder vanligvis både nye aktiviteter og kjente vaner og lekemønstre. Særlig i tidlig barndom kan det dannes en sterk tilknytning til uvanlige, som oftest ikke-myke, objekter. Barna kan insistere på å gjennomføre spesielle rutiner ved ikke-funksjonelle ritualer, og det kan i tillegg oppstå en stereotyp opptatthet av datoer, ruter eller rutebøker. Ofte er motoriske stereotypier, som en spesifikk interesse for objekters ikke-funksjonelle sider (som lukt eller følelse) vanlig, og det kan være motstand mot å endre rutiner eller detaljer i personlige omgivelser (som å flytte på pyntegjenstander eller møbler i hjemmet).

I tillegg til de spesifikke diagnostiske kjennetegnene, viser ofte autistiske barn et spekter av andre ikke-spesifikke problemer, som frykt, fobier, søvn- og spiseforstyrrelser, sinnsutbrudd og aggresjon. Selvskading (f.eks. biting på hendededene) er vanlig, særlig når alvorlig psykisk utviklingshemning også foreligger. De fleste autistiske personer mangler spontanitet, initiativ og kreativitet i sin organisering av fritiden, og har problemer med begrepsbruk når beslutninger skal tas i arbeidet (selv om oppgavene ligger godt innenfor deres muligheter). Det spesifikke uttrykket av svikten ved autisme endres etter hvert som barnet blir eldre, men svikten vedvarer og fortsetter i voksen alder med et stort sett lignende problemmønster når det gjelder sosialisering, kommunikasjon og interesser. Utviklingsavvik må ha vært til stede i de tre første leveårene for at diagnosen skal kunne stilles, men syndromet kan diagnostiseres i alle aldersgrupper.

Alle IQ-nivåer kan forekomme i forbindelse med autisme, men i rundt tre firedeler av tilfellene foreligger en betydelig psykisk utviklingshemning.

Inklusive

- autistisk forstyrrelse
- infantil autisme
- infantil psykose
- Kanners syndrom

Differensialdiagnoser

Bortsett fra de andre variantene av gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, er det viktig å vurdere impressiv språkforstyrrelse ([F80.2](#)) med tilknyttede sosio-emosjonelle problemer, reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen ([F94.1](#)) eller udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndommen ([F94.2](#)), psykisk utviklingshemning ([F70–F79](#)) med tilknyttede atferdsforstyrrelser og

følelsesmessige forstyrrelser, schizofreni ([F20.-](#)) med uvanlig tidlig debut og Retts syndrom ([F84.2](#)).

Eksklusive

- autistisk psykopati ([F84.5](#))

F84.1 Atypisk autisme

Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse som skiller seg fra autisme *enten* ved debutalder *eller* ved ikke å oppfylle alle tre sett med diagnostiske kriterier. Avvikende og/eller svekket utvikling blir tydelig for første gang etter fylte 3 år, og/eller det er utilstrekkelig påvisbare avvik på ett eller to av de tre områdene for psykopatologi som kreves for at en autismediagnose skal kunne stilles (dvs forstyrrelse av gjensidig sosialt samspill, kommunikasjon og begrenset, stereotyp og repetitiv atferd), til tross for typiske avvik på de andre områdene. Atypisk autisme rammer som regel sterkt retarderte individer med et meget lavt funksjonsnivå som gir små muligheter for uttrykk av den spesifikke, avvikende atferden som kreves for at diagnosen autisme skal kunne stilles. Atypisk autisme forekommer også hos individer med alvorlige, spesifikke utviklingsforstyrrelser av imponerende språk, det er derfor meningsfylt å skille denne fra autisme.

Inklusive

- atypisk barnepsykose
- psykisk utviklingshemning med autistiske trekk

F84.2 Retts syndrom

Tilstand med ukjent etiologi som hittil bare er funnet hos jenter og som er beskrevet på grunnlag av en karakteristisk debut, utviklingsforløp og symptommønster. Vanligvis blir en tilsynelatende normal eller nesten normal tidlig utvikling etterfulgt av delvis eller fullstendig tap av evnen til å bruke hendene og til tale, samtidig som det foreligger nedsatt kranievekst. Vanligvis angriper syndromet personer mellom 7- og 24-måneders-alder. Håndvridende stereotypier, hyperventilering og tap av målrettede håndbevegelser er særlig karakteristisk. Lekeutvikling og sosial utvikling stopper opp i de to eller tre første årene, mens den sosiale interesse synes bevart. Midtveis i barndommen er det en tendens til utvikling av truncus ataksi og apraksi med tillegg av skoliose eller kyfoskopiose, og noen ganger forekommer det også choreatiske bevegelser. Tilstanden ender nesten alltid i alvorlig psykisk utviklingshemning. Anfall utvikles hyppig tidlig eller midtveis i barndommen.

Diagnostiske retningslinjer

I de fleste tilfeller kommer angrepet mellom 7- og 24-månedersalderen. Det mest karakteristiske kjennetegnet er tap av målrettede håndbevegelser og finmotoriske ferdigheter. Dette etterfølges av tap av, delvis tap av eller manglende språkutvikling, av karakteristiske, håndvridende stereotypier eller bevegelser som ved håndvasking, med armene bøyd foran bryst eller hake, av stereotyp fukting av hender med spytt, problemer med tygging av mat, hyppige episoder med hyperventilering, nesten alltid av manglende evne til å kontrollere tarm og blære, ofte sterk sikling, utstikking av tunge og dessuten tap av sosialt engasjement. Vanligvis beholder barna et slags «sosialt smil», de ser på eller «gjennom» personer, men har ikke sosialt samspill med dem i tidlig barndom (selv om dette ofte kan utvikles senere). Fotstilling og gange blir ofte bred, musklene hypotoniske, kroppsbevegelsene vanligvis dårlig koordinert og skoliose eller kyfoskopiose kan utvikles. Spinalatrofi med alvorlig motorisk svikt blir utviklet i ungdomsalderen eller voksen alder i rundt halvparten av tilfellene. Senere kan stiv spastisitet komme til uttrykk, den rammer vanligvis de nedre kroppsleddene sterkere enn de øvre. Epileptiske anfall som vanligvis er av lettere type med debut før 8-årsalder,

forekommer i de fleste tilfellene. I motsetning til autisme, forekommer overlatt selvskaading og komplekse, stereotype preferanser eller rutiner sjelden.

Differensialdiagnoser

Retts syndrom differensieres først og fremst på grunnlag av manglende målrettede håndbevegelser, redusert kranievekst, ataksi, stereotype håndvaskbevegelser og proper tygging av mat.

Forstyrrelsens utviklingsforløp når det gjelder progressiv motorisk svekkelse bekrefter diagnosen.

F84.3 Annen disintegrativ forstyrrelse i barndommen

Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (annen enn Retts syndrom) som defineres med en periode med normal utvikling før debut, og med et endelig tap av tidligere ervervede ferdigheter på minst flere utviklingsområder i løpet av noen få måneder. Dette opptrer samtidig med karakteristiske avvik mht sosial, kommunikatív og atferdsmessig fungering. Ofte forekommer en prodromal periode med ubestemmelig sykdom, barnet blir ofte sta, irritabelt, engstelig og overaktivt. Dette etterfølges av svekkelse og deretter tap av tale og språk, ledsaget av atferdsmessig forfall. I noen tilfeller er ferdighetstapet jevnt progressivt (som oftest når forstyrrelsen er forbundet med en progressiv diagnostiserbar nevrologisk tilstand), men oftere etterfølges svekkelsen over en periode på noen måneder av et platå, og deretter av begrenset bedring. Prognosen er vanligvis svært dårlig, og de fleste rammes av alvorlig psykisk utviklingshemning. Det hersker usikkerhet om i hvilken grad denne tilstanden kan skilles fra autisme. I noen tilfeller kan forstyrrelsen skyldes assosiert encefalopati, men diagnosen skal stilles på grunnlag av de atferdsmessige trekkene. Eventuelt assosierte nevrologiske tilstander skal kodes separat.

Diagnostiske retningslinjer

Diagnosen er basert på en tilsynelatende normal utvikling minst opp til 2-årsalderen, etterfulgt av et definitivt tap av tidligere ferdigheter, ledsaget av kvalitativt avvikende sosial fungering. Vanligvis foreligger en sterk regresjon i eller tap av språk, regresjon i lekenivå, sosiale ferdigheter og innlæringsatferd, og ofte sviktende kontroll over tarm eller blære, noen ganger med et tap av motorisk kontroll. Vanligvis ledsages dette av en generell interesseløshet overfor omgivelsene, av stereotype og repetitive motoriske bevegelsesmønstre og av en autistisk-lignende svikt av de sosiale samspill- og kommunikasjonsferdigheter. Syndromet kan ligne noe på demens i voksen alder, men skiller seg fra dette på tre viktige områder: det er vanligvis ingen tegn til en identifiserbar organisk lidelse eller skade (selv om det antas å foreligge organiske dysfunksjoner i hjernen), ferdighetstapene kan etterfølges av en viss bedring, og svikten av ferdighetene i sosialisering og kommunikasjon har avvikende kvaliteter som er mer typiske for autisme enn intellektuell reduksjon. Syndromet er derfor inkludert her, og ikke under [F00–F09](#).

Inklusive

- dementia infantilis
- disintegrativ psykose
- Hellers syndrom
- symbiotisk psykose

Eksklusive

- ervervet afasi med epilepsi [Landau-Kleffners syndrom] ([F80.3](#))
- elektív mutisme ([F94.0](#))
- Retts syndrom ([F84.2](#))
- schizofreni ([F20.-](#))

F84.4 Forstyrrelse med overaktivitet forbundet med psykisk utviklingshemming og bevegesstereotyper

Vagt definert tilstand med usikker nosologisk validitet. Kategorien er tatt med her på grunnlag av at barn med alvorlig psykisk utviklingshemming (IQ-nivå på under 50) som har store problemer med hyperaktivitet, oppmerksomhetsforstyrrelse ofte viser stereotyp atferd. Slike barn har sjelden utbytte av stimulerende substanser (i motsetning til barn med et normalt IQ-nivå) og kan vise en alvorlig dysforisk reaksjon (noen ganger med psykomotorisk retardasjon) når de får stimulanter. I ungdomstiden tenderer overaktiviteten å bli erstattet av underaktivitet (et mønster som *ikke* er vanlig hos hyperkinetiske barn med normal intelligens). Det er også vanlig at syndromet forbindes med en rekke utviklingsforsinkelser, enten spesifikke eller mer generelle.

Det er ikke kjent hvorvidt atferdsmønsteret er et resultat av lav IQ eller organisk hjerneskade. Det er heller ikke klart om forstyrrelsene hos barn med lett psykisk utviklingshemming som fremviser et hyperkinetisk syndrom, heller bør klassifiseres her enn under [F90.-](#), men på det nåværende tidspunkt er de plassert i [F90.-](#).

Diagnostiske retningslinjer

Diagnosen er basert på kombinasjonen av alvorlig overaktivitet som er utviklingsmessig unormal, motoriske stereotyper og alvorlig psykisk utviklingshemming. Alle tre faktorer må være til stede for at diagnosen skal kunne stilles. Hvis de diagnostiske kriteriene for [F84.0](#), [F84.1](#) eller [F84.2](#) er oppfylt, skal den tilstanden diagnostiseres i stedet.

F84.5 Aspergers syndrom

Tilstand med usikker nosologisk validitet, kjennetegnet ved samme type kvalitative forstyrrelser av sosialt samspill som ved autisme, i kombinasjon med et begrenset, stereotypt og repetitivt repertoar av interesser og aktiviteter. Syndromet skiller seg fra autisme først og fremst ved at det ikke er noen generell forsinkelse, hemming av språket eller den kognitive utvikling. De fleste har normal generell intelligens, men er vanligvis utpreget klossete. Tilstanden forekommer hovedsakelig hos gutter (forholdet er åtte gutter for hver jente). Sannsynligvis representerer noen av tilfellene milde former for autisme, men det er usikkert hvorvidt dette gjelder alle. Det er en sterk tendens til at avvikene vedvarer inn i ungdomsalder og voksen alder, og det virker som om de representerer individuelle kjennetegn som ikke påvirkes i særlig grad av omgivelsene. Psykotiske episoder kan inntreffe av og til i tidlig voksen alder.

Diagnostiske retningslinjer

Diagnosen baseres på kombinasjonen av at det ikke er noen klinisk signifikant generell forsinkelse i språk eller kognitiv utvikling, og at det som ved autisme foreligger en kvalitativ svikt i sosialt samspill og et begrenset, repetitivt og stereotypt mønster av atferd, interesser og aktiviteter. Det kan også være kommunikasjonsproblemer som ligner problemene forbundet med autisme, men signifikant språkforsinkelse vil utelukke diagnosen.

Inklusive

- autistisk psykopati
- schizoid forstyrrelse i barndommen

Eksklusive

- tvangspreget personlighetsforstyrrelse ([F60.5](#))
- reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen ([F94.1](#), [F94.2](#))

- obsessiv-kompulsiv lidelse ([F42.-](#))
- schizotyp lidelse ([F21](#))
- enkel schizofreni ([F20.6](#))

F84.8 Andre spesifiserte gjennomgripende utviklingsforstyrrelser

F84.9 Uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse

Restkategori for forstyrrelser som passer for den generelle beskrivelsen for gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, men der motstridende funn eller mangel på informasjon gjør at kriteriene for andre [F84](#)-koder ikke kan oppfylles.

F88 Andre forstyrrelser av psykologisk utvikling

Inklusive

- utviklingsmessig agnosi

F89 Uspesifisert forstyrrelse av psykologisk utvikling

Inklusive

- utviklingsforstyrrelse INA

F90–F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder

F90 Hyperkinetiske forstyrrelser

[F91](#) Atferdsforstyrrelser

[F92](#) Blandede atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser

[F93](#) Følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen

[F94](#) Forstyrrelser i sosial fungering med debut i barne- og ungdomsalder

[F95](#) «Tics»

[F98](#) Andre atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder

F90 Hyperkinetiske forstyrrelser

Denne gruppen lidelser kjennetegnes ved tidlig debut og en kombinasjon av overaktiv, dårlig tilpasset atferd med tydelig uoppmerksomhet og tendens til å skifte aktivitet eller til ikke å gjøre noe ferdig, og ved at disse atferdstrekkene vedvarer over tid.

Det er en utbredt oppfatning at konstitusjonelle avvik spiller en viktig rolle i utviklingen av disse lidelsene, men det mangler ennå kunnskap om lidelsenes spesifikke etiologi. I de siste årene har bruken av den diagnostiske benevnelsen «oppmerksomhetsforstyrrelse (ADD)» blitt foreslått. Benevnelsen er ikke benyttet her, fordi den impliserer kunnskap om psykiske prosesser som ennå ikke er tilgjengelig, og bringer tanken inn på en inklusjon av engstelige, åndsfraværende eller «drømmende» apatiske barn som sannsynligvis har andre problemer. Fra en atferdsmessig synsvinkel er det imidlertid klart at problemer med manglende oppmerksomhet er et viktig trekk ved hyperkinetiske syndromer.

Hyperkinetiske forstyrrelser inntreffer alltid tidlig, og vanligvis i løpet av de fem første leveår. De viktigste kjennetegnene er manglende utholdenhet i aktiviteter som krever kognitivt engasjement, og tendens til å skifte fra en aktivitet til en annen uten å gjøre noe ferdig, i kombinasjon med uorganisert, dårlig regulert og overdreven aktivitet. Disse problemene vedvarer vanligvis gjennom skoleårene og ofte inn i voksen alder, men mange rammede individer viser en gradvis forbedring både når det gjelder aktivitet og oppmerksomhet.

Flere andre avvik kan forkomme sammen med disse forstyrrelsene. Hyperkinetiske barn er ofte uforsiktlige og impulsive, utsatt for ulykker og får oftere disiplinærvansker som følge av tankeløse (mer enn bevisste) regelbrudd. I forhold til voksne viser de ofte sosialt uhemmet atferd med mangel på normal forsiktighet og tilbakeholdenhet. De er upopulære blant andre barn og kan bli isolert. Kognitive forstyrrelser er vanlige, og spesifikke motoriske og språklige utviklingsforstyrrelser forekommer uforholdsmessig ofte.

Sekundære komplikasjoner omfatter asosial atferd og lav selvfølelse. Det er i samsvar med dette en betydelig overlapping mellom hyperkinesi og andre mønstre av forstyrrende atferd som «usosialisert atferdsforstyrrelse». Ikke desto mindre er det nå holdepunkter for å skille ut en gruppe hvor hyperkinesi er hovedproblemet.

Hyperkinetiske forstyrrelser forekommer flere ganger hyppigere hos gutter enn hos jenter. Tilknyttede lesevaner (og andre skoleproblemer) forekommer ofte.

Diagnostiske retningslinjer

De viktigste trekkene er nedsatt oppmerksomhet og overaktivitet. Begge trekk er nødvendige for at diagnosen skal kunne stilles, og må være åpenbare i mer enn én situasjon (f eks hjemme, i klasserommet eller ved undersøkelse).

Nedsatt oppmerksomhet manifesteres ved at individet avbryter og forlater uferdige oppgaver. Barna skifter ofte fra en aktivitet til en annen, mister tilsynelatende interessen for en aktivitet fordi de avledes til en annen (selv om de ved særskilt testing ikke vanligvis viser en uvanlig grad av sensorisk eller perseptuell avledbarhet). Dårlig utholdenhet og oppmerksomhet skal bare diagnostiseres hvis de er svært omfattende i forhold til barnets alder og IQ-nivå.

Overaktivitet innebærer uttalt rastløshet, særlig i situasjoner som krever relativt rolig atferd. Avhengig av situasjonen kan barnet springe og hoppe rundt, reise seg fra plassen sin, snakke og bråke overdrevent mye, eller være rastløs. Aktiviteten skal være overdreven i forhold til det som forventes for situasjonen og sammenlignet med andre barn på samme alder med samme IQ-nivå. Dette atferdsmessige trekket er tydeligst i strukturerte, organiserte situasjoner som krever en høy grad av atferdsmessig selvkontroll.

Andre trekk som sees i tilknytning til forstyrrelsene er verken nødvendige eller tilstrekkelige for at diagnosen skal kunne stilles, men understøtter den. Hemningsløshet i sosiale situasjoner, uforsiktighet i situasjoner som kan være farlige og impulsiv trossing av sosiale regler (som å forstyrre eller avbryte andres aktiviteter, besvare spørsmål før de er ferdig uttalt eller vansker med å vente på tur) er karakteristisk for barn med denne forstyrrelsen.

Lærevansker og motorisk klossethet forekommer hyppig, og skal da kodes separat ([F80–F89](#)). De skal likevel ikke være del av den gjeldende diagnosen på hyperkinetisk forstyrrelse.

Symptomer på atferdsforstyrrelse er verken ekskluderende eller inkluderende kriterier for hoveddiagnosen, men deres tilstedeværelse eller fravær utgjør grunnlaget for den samlede undergrupperingen av forstyrrelsen (se nedenfor).

De karakteristiske atferdsproblemene må ha tidlig debut (før 6-årsalder) og lang varighet. Før skolealder kan det være vanskelig å gjenkjenne hyperaktivitet på grunn av stor normalvariasjon. Bare ekstreme nivåer skal derfor diagnostiseres i førskolealder.

Diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse kan også stilles i voksen alder. Årsakene er de samme, men oppmerksomhet og aktivitet må vurderes ut fra adekvate utviklingsmessige normer. Hvis hyperkinesi var til stede i barndommen, men har forsvunnet og blitt etterfulgt av en annen forstyrrelse som dyssosial personlighetsforstyrrelse eller stoffmisbruk, bør den aktuelle tilstanden kodes.

Differensialdiagnoser

Blandede forstyrrelser er vanlige, og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser skal ha forrang. Det diagnostiske hovedproblemet ligger i differensieringen fra atferdsforstyrrelse. Når kriteriene er oppfylt, har hyperkinetisk forstyrrelse prioritet foran atferdsforstyrrelse. Mildere grader av overaktivitet og uoppmerksomhet er vanlig ved atferdsforstyrrelse. Når kriterier for både hyperaktivitet og atferdsforstyrrelse er tilstede, og hyperaktiviteten er gjennomgripende og alvorlig, skal «hyper-kinetisk atferdsforstyrrelse» ([F90.1](#)) være diagnosen.

Et annet problem skyldes det faktum at overaktivitet og uoppmerksomhet, av annen type enn det som er vanlig for en hyperkinetisk forstyrrelse, kan oppstå som symptom på angstlidelser eller depressive lidelser. Rastløsheten som er vanlig ved en agitert depressiv lidelse, skal ikke resultere i diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse. Heller ikke må rastløsheten som ofte forekommer ved alvorlig angst, resultere i diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse. Hvis kriteriene for en av angstlidelsene

([F40.-](#), [F41.-](#), [F43.-](#) eller [F93.-](#)) er oppfylt, skal dette få forrang fremfor hyperkinetisk forstyrrelse, med mindre det er tegn til at det foreligger en hyperkinetisk forstyrrelse i tillegg til rastløsheten forbundet med angst. På samme måte gjelder det at hvis kriteriene for en affektiv lidelse[stemningslidelse] ([F30–F39](#)) er oppfylt, skal ikke hyperkinetisk forstyrrelse diagnostiseres i tillegg bare fordi konsentrasjonen er svekket og det foreligger psykomotorisk agitasjon. Dobbel diagnose skal bare stilles når symptomene tydelig indikerer en separat hyperkinetisk forstyrrelse.

Årsaken til en akutt debut av hyperaktiv atferd hos et barn i skolealder er med stor sannsynlighet en reaktiv tilstand (psykogen eller organisk), mani, schizofreni, eller en nevrologisk lidelse (f.eks. revmatisk feber).

Eksklusive

- angstlidelser ([F41.-](#) eller [F93.0](#))
- affektive lidelser ([F30–F39](#))
- gjennomgripende utviklingsforstyrrelser ([F84.-](#))
- schizofreni ([F20.-](#))

F90.0 Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet

Det råder fortsatt usikkerhet om hvilken undergruppering av hyperkinetiske forstyrrelser som er mest hensiktsmessig. Oppfølgingsstudier har imidlertid vist at forløpet i ungdomsalder og voksen alder påvirkes vesentlig av hvorvidt det foreligger aggresjon, lovovertridelser eller asosial atferd. Derfor er den samlede undergrupperingen basert på om disse tilknyttede trekkene er tilstede eller ikke. Koden [F90.0](#) skal brukes når de generelle kriteriene for hyperkinetisk forstyrrelse ([F90.-](#)) er oppfylt, mens kriteriene for [F91.-](#) (atferdsforstyrrelser) ikke er det.

Inklusive

- oppmerksomhetsforstyrrelse: syndrom med hyperaktivitet
- oppmerksomhetsforstyrrelse: forstyrrelse med hyperaktivitet

Eksklusive

- hyperkinetisk atferdsforstyrrelse ([F90.1](#))

F90.1 Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse

Kategorien skal brukes når de generelle kriterier for både hyperkinetiske forstyrrelser ([F90.-](#)) og atferdsforstyrrelser ([F91.-](#)) er oppfylte.

F90.8 Andre spesifiserte hyperkinetiske atferdsforstyrrelser

F90.9 Uspesifisert hyperkinetisk atferdsforstyrrelse

Denne restkategorien er ikke anbefalt og skal bare brukes ved manglende differensiering mellom [F90.0](#) og [F90.1](#), mens de generelle kriteriene for [F90.-](#) er oppfylt.

Inklusive

- hyperkinetisk reaksjon eller syndrom i barne- og ungdomsalder INA

F91 Atferdsforstyrrelser

Atferdsforstyrrelser kjennetegnes ved et gjentagende og vedvarende mønster av dyssosialt,

aggressivt eller utfordrende atferd. Når slik atferd er på sitt mest ekstreme, foreligger det klare brudd på sosiale forventninger i forhold til alderen, og er derfor mer alvorlig enn vanlige barnestreker eller ungdommelig opprørstrang. Isolerte asosiale eller kriminelle handlinger utgjør ikke i seg selv grunnlag for diagnosen, som innebærer et vedvarende atferdsmønster.

Trekkene som kjennetegner en atferdsforstyrrelse kan også være symptomatiske for andre psykiske tilstander, og den underliggende diagnosen bør i så fall kodes.

Atferdsforstyrrelser kan i noen tilfeller føre til dyssosial atferdsforstyrrelse ([F60.2](#)).

Atferdsforstyrrelse blir ofte forbundet med ugunstige psykososiale omgivelser, inkludert utilfredsstillende familieforhold og skoleproblemer, og blir oftest observert hos gutter. Skillet mellom atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelse er grundig dokumentert, mens distinksjonen fra hyperaktivitet er mindre tydelig, og en overlapping ofte vil være tilfelle.

Diagnostiske retningslinjer

Vurderinger av eventuelle atferdsforstyrrelser må ta hensyn til barnets utviklingsnivå. Raserianfall er en normal del av en treårings utvikling og utgjør ikke i seg selv tilstrekkelig grunnlag for diagnosen. På samme måte ligger ikke en krenkelse av andres grunnleggende rettigheter (som ved voldshandlinger), innenfor de fleste syvåringers kapasitetsområde, og er derfor heller ikke et nødvendig diagnostiseringskriterium for den aldersgruppen.

Eksempler på atferd som diagnosen baseres på, omfatter betydelig grad av slåssing eller tyrannisering, grusomhet overfor dyr eller andre mennesker, alvorlig ødeleggelsestrang, ildspåsettelse, stjeling, gjentatt lyving, skulking fra skole eller rømning, uvanlig hyppige eller alvorlige raserianfall, utfordrende og provoserende atferd og vedvarende alvorlig ulydighet. Tydelig tilstedeværelse av en av disse kategoriene er tilstrekkelig for diagnosen, mens isolerte dyssosiale handlinger ikke er det.

Eksklusjonskriterier inkluderer uvanlige, men alvorlige underliggende tilstander som schizofreni, mani, gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, hyperkinetisk forstyrrelse og depresjon.

Diagnosen anbefales ikke brukt med mindre atferden som er beskrevet ovenfor har vedvart i minst seks måneder.

Differensialdiagnoser

Atferdsforstyrrelse overlapper med andre tilstander. Samtidig forekomst av følelsesmessige forstyrrelser i barndommen ([F93.-](#)) skal gi en diagnose på blandet atferdsforstyrrelse og følelsesmessig forstyrrelse ([F92.-](#)). Hvis et tilfelle også oppfyller kriteriene for hyperkinetisk forstyrrelse ([F90.-](#)), skal den tilstanden diagnostiseres i stedet. Mildere eller mer situasjonsbetinget overaktivitet og uoppmerksomhet er imidlertid vanlig hos barn med atferdsforstyrrelser, slik som også lav selvfølelse og lettere følelsesmessige reaksjoner er det. Ingen av disse ekskluderer diagnosen.

Eksklusive

- atferdsforstyrrelser forbundet med emosjonelle forstyrrelser ([F92.-](#)) eller hyperkinetiske forstyrrelser ([F90.-](#))
- affektive lidelser [stemningslidelser] ([F30–F39](#))
- gjennomgripende utviklingsforstyrrelser ([F84.-](#))
- schizofreni ([F20.-](#))

F91.0 Atferdsforstyrrelser begrenset til familien

Denne kategorien inneholder atferdsforstyrrelser med usosial eller aggressiv atferd (og ikke bare

opposisjonell, trassig og ødeleggende atferd) der den avvikende atferden helt eller delvis begrenses til hjemmet og forholdet til medlemmer av kjernefamilien eller husstanden. Forstyrrelsen krever at de generelle kriteriene for F91 er oppfylt, og selv alvorlige forstyrrelser i foreldre-barn-forholdet er ikke i seg selv tilstrekkelig for diagnosen. Det kan forekomme stjeling fra hjemmet, ofte spesielt knyttet til pengene eller eiendelene til én eller to spesielle personer. Dette kan ledsages av en bevisst destruktiv atferd som også ofte konsentreres om bestemte familiemedlemmer, som ødeleggelse av leker, pyntegjenstander eller klær, skjæring i møbler eller ødeleggelse av høyt verdsatte eiendeler. Voldsbruk mot familiemedlemmer (men ikke mot andre) og bevisst ildspåsettelse begrenset til hjemmet gir også grunnlag for diagnosen.

Diagnostiske retningslinjer

Det må ikke foreligge noen betydelig atferdsforstyrrelse utenfor familiesituasjonen og barnets sosiale forhold utenfor familien må ligge innenfor det normale spekteret.

Som oftest oppstår de familiespesifikke atferdsforstyrrelsene i sammenheng med betydelig forstyrrelse av barnets forhold til ett eller flere medlemmer av kjernefamilien. Noen ganger kan forstyrrelsen oppstå i sammenheng med konflikter med en ny steforelder. Kategoriens nosologiske validitet er usikker, men det er mulig at disse meget situasjonsbetingede atferdsforstyrrelsene ikke har den samme generelt dårlige prognose som vanligvis blir forbundet med gjennomgripende atferdsforstyrrelser.

F91.1 Usosialisert atferdsforstyrrelse

Denne atferdsforstyrrelsen kjennetegnes ved en kombinasjon av vedvarende usosial eller aggressiv atferd (oppfyller de generelle kriteriene for F91 og omfatter ikke bare opposisjonell, trassig og ødeleggende atferd), der barnet har et betydelig, gjennomgripende avvikende forhold til andre barn.

Diagnostiske retningslinjer

Mangel på adekvat integrering i en venneflokk utgjør den viktigste forskjellen fra «sosialiserte» atferdsforstyrrelser, og dette kriteriet har forrang fremfor alle andre kriterier. Forstyrrede venneforhold kommer hovedsakelig til uttrykk ved isolasjon eller avvisning fra, eller manglende popularitet hos andre barn, og ved mangel på nære venner eller varige empatiske og gjensidige forhold til jevnaldrende. Forholdet til voksne synes preget av disharmoni, fiendskap og sinne. Gode forhold til voksne kan forekomme (selv om de vanligvis mangler nærhet og tillit), og utelukker i så fall *ikke* diagnosen. Ofte, men ikke alltid er det i tillegg noen følelsesmessige forstyrrelser. Der disse er tilstrekkelig alvorlige til å oppfylle kriteriene for en blandet forstyrrelse, skal koden [F92](#)-brukes.

Brudd på regler og lovbrudd utføres vanligvis (men ikke nødvendigvis) alene. Typisk atferd omfatter tyrannisering, utstrakt slåssing og, hos eldre barn, tvingende eller voldelige angrep, omfattende ulydighet, grovhet, manglende samarbeidsvilje og opprørstrang, alvorlige raserianfall og ukontrollert sinne, ødeleggelse av eiendom, ildspåsettelse og grusomhet mot dyr og andre barn. Enkelte isolerte barn deltar imidlertid i krenkende aktiviteter som medlem av en gruppe. Krenkelsens art blir derfor mindre viktig for diagnostiseringen enn kvaliteten på de personlige relasjoner.

Forstyrrelsen er vanligvis gjennomgående og uavhengig av situasjoner, men kan komme klarest til uttrykk på skolen. At forstyrrelsen er spesifikk for andre situasjoner enn de hjemlige, er i samsvar med diagnosen.

Inklusive

- atferdsforstyrrelser av aggressiv type hos barn uten gruppetilhørighet
- usosialisert aggressiv forstyrrelse

F91.2 Sosialisert atferdsforstyrrelse

Denne atferdsforstyrrelsen kjennetegnes ved vedvarende usosial eller aggressiv atferd (oppfyller de generelle kriteriene for F91 og omfatter ikke bare opposisjonell, trassig eller ødeleggende atferd) som forekommer hos individer som er generelt godt integrert i sin vennekrets.

Diagnostiske retningslinjer

Det viktigste differensierende trekket er gode, varige vennskap med andre på omtrent samme alder. Ofte, men ikke alltid, består vennekretsen av andre barn som er involvert i kriminelle eller asosiale aktiviteter (barnets sosialt uakseptable atferd møter da kanskje anerkjennelse av vennekretsen og blir regulert av den aktuelle subkulturen). Dette er likevel ikke et nødvendig krav for at diagnosen skal kunne stilles. Barnet kan ha en lovlydig vennekrets, slik at dets usosiale atferd finner sted utenfor denne sammenhengen. Hvis den usosiale atferden særlig innbefatter tyrannisering, kan det oppstå forstyrrede relasjoner til ofrene eller til andre barn. Heller ikke dette svekker diagnosen hvis barnet har en vennekrets det føler lojalitet overfor, og som innbefatter varige vennskap.

Forhold til voksne autoritetspersoner har tendens til å være dårlig, selv om barnet kan ha gode forhold til andre voksne. De følelsesmessige forstyrrelsene er vanligvis minimale.

Atferdsforstyrrelsen kan innbefatte familiesituasjonen, men er den begrenset til hjemmet, er diagnosen utelukket. Ofte er forstyrrelsen tydeligst utenfor familiesammenhengen, og i tilfeller der den er spesifikk til skolen eller andre eksterne situasjoner, er den forenlig med diagnosen.

Inklusive

- atferdsforstyrrelse, gruppetype
- gruppekriminalitet
- kriminalitet i gjengsammenheng
- tyveri sammen med andre
- skoleskulking

Eksklusive

- gjengaktivitet uten manifestert psykisk lidelse (Z03.2)

F91.3 Opposisjonell atferdsforstyrrelse

Denne atferdsforstyrrelsen blir vanligvis beskrevet hos yngre barn enn 9–10 år. Forstyrrelsen *kjennetegnes* ved markert trass, ulydighet, provoserende atferd og ved *mangel* på mer alvorlige usosiale eller aggressive handlinger som er lovstridige eller som krenker andres rettigheter. De generelle kriteriene for F91 skal være oppfylt, selv svært ondsinnet eller uskikkelig atferd er ikke i seg selv tilstrekkelig for at diagnosen kan stilles. Mange fagfolk anser opposisjonelle atferdsmønstre som en mindre alvorlig atferdsforstyrrelse, heller enn en kvalitativt forskjellig type. Det foreligger ingen forskning som viser om forskjellen er kvalitativ eller kvantitativ. Det er imidlertid holdepunkter for at dersom det er en forskjell gjelder dette bare eller hovedsaklig yngre barn. Kategorien må brukes med varsomhet, særlig for eldre barn. Klinisk signifikante atferdsforstyrrelser hos eldre barn ledsages vanligvis av usosial eller aggressiv atferd som går lengre enn truing, ulydighet og ødeleggelsestrang, selv om dette ofte etterfølger opposisjonell atferdsforstyrrelse i yngre alder. Kategorien er tatt med for å vise vanlig diagnostisk praksis, og for å forenkle klassifiseringen av forstyrrelser som inntreffer hos yngre barn.

Diagnostiske retningslinjer

Det viktigste trekket er et mønster av vedvarende negativ, fiendtlig, truende, provoserende og ødeleggende atferd, som tydelig ligger utenfor det normale atferdsspekteret for et barn på samme alder i samme sosio-kulturelle kontekst, men som ikke innbefatter mer alvorlige krenkelser av andres rettigheter som vist ved den aggressive og usosiale atferden spesifisert for kategoriene [F91.0](#) og [F91.2](#). Barn med denne forstyrrelsen har tendens til ofte og aktivt å trosse voksnes anmodninger eller regler, og bevisst å irritere andre. Vanligvis synes de å være sinte, bitre eller de blir lett irritert på andre som de gir skylden for egne feil eller problemer. De har ofte lav frustrasjonsgrense og mister lett besinnelsen. Vanligvis er deres truende atferd provoserende, slik at de starter konfrontasjoner og utviser en generell høy grad av uhøflighet, manglende samarbeidsvilje og opprør mot autoriteter.

Ofte er denne atferden mest tydelig i samvær med voksne eller venner barnet kjenner godt. Forstyrrelsen behøver ikke bli tydelig under et klinisk intervju.

Den viktigste forskjellen fra andre atferdsforstyrrelser er *mangel* på lovstridig atferd og atferd som krenker andres grunnleggende rettigheter, som simpelt tyveri, ondskap, tyrannisering, overfall og ødeleggelsestrang. En klar tilstedeværelse av noen av disse ekskluderer diagnosen. Opposisjonell atferd, som omtalt i avsnittet ovenfor, blir ofte funnet ved andre atferdsforstyrrelser. Hvis kriteriene for en annen type ([F91.0–F91.2](#)) er til stede, skal den foretrekkes fremfor opposisjonell atferdsforstyrrelse.

Eksklusive

- atferdsforstyrrelser som innbefatter åpenbar usosial eller aggressiv atferd ([F91.0–F91.2](#))

F91.8 Andre spesifiserte atferdsforstyrrelser

F91.9 Uspesifisert atferdsforstyrrelse

Dette er en restkategori som ikke anbefales, og som bare skal brukes for forstyrrelser som oppfyller de generelle kriteriene for [F91](#), men som ikke lar seg inndeles i undergruppe eller som ikke oppfyller kriteriene for noen av de spesifiserte undergruppene.

Inklusive

- atferdsforstyrrelse i barndommen INA

F92 Blandede atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser

Denne gruppen forstyrrelser kjennetegnes ved en kombinasjon av vedvarende aggressiv, dyssosial eller truende atferd med åpenbare og tydelige symptomer på depresjon, angst eller andre følelsesmessige forstyrrelser.

Diagnostiske retningslinjer

Alvorlighetsgraden må være tilstrekkelig til å oppfylle kriteriene for både atferdsforstyrrelse i barndommen ([F91.-](#)) og følelsesmessige forstyrrelser i barndommen ([F93.-](#)) eller for en voksen form for nevrotisk, belastningsrelatert eller somatoform lidelse ([F40–F48](#)) eller affektiv lidelse ([F30–F39](#)).

Det foreligger ikke tilstrekkelig forskning til at en kan si hvorvidt kategorien bør skilles fra atferdsforstyrrelser i barndommen. Kategorien er likevel tatt med her i lys av dens potensielle

etiologiske og terapeutiske betydning og bidrag til pålitelig klassifikasjon.

F92.0 Depressiv atferdsforstyrrelse

Kategorien krever en kombinasjon av atferdsforstyrrelse i barndommen ([F91.-](#)) med vedvarende og markert depresjon, uttrykt ved symptomer som betydelig ulykkelighet, tap av interesse for og glede ved vanlige aktiviteter, skyldfølelse og håpløshet. Søvnforstyrrelser eller tap av matlyst kan også forekomme.

Inklusive

- atferdsforstyrrelse ([F91.-](#)) forbundet med depressiv lidelse ([F30–F39](#))

F92.8 Andre spesifiserte blandede atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser

Kategorien forutsetter en kombinasjon av atferdsforstyrrelser i barndommen ([F91.-](#)) og vedvarende og markerte følelsesmessige symptomer som angst, frykt, tvangstanker og tvangshandlinger, depersonalisasjon eller derealisasjon, fobier eller hypokondri. Sinne og bitterhet er mer trekk ved atferdsforstyrrelser enn følelsesmessige forstyrrelser, og verken svekker eller styrker diagnosen.

Inklusive

- atferdsforstyrrelse ([F91.-](#)) forbundet med følelsesmessig forstyrrelse ([F93.-](#)) eller nevrotisk, belastningsrelatert eller somatoform lidelse ([F40–F48](#))

F92.9 Uspesifisert blandet atferdsforstyrrelse og følelsesmessig forstyrrelse

F93 Følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen

Innen barnepsykiatrien har det tradisjonelt vært et skille mellom følelsesmessige forstyrrelser som er spesifikke for barn og ungdom og nevrotiske lidelser hos voksne. Det har vært fire hovedbegrunnelser for dette.

For det første har forskningsresultater konsekvent vist at de fleste barn med følelsesmessige forstyrrelser utvikler seg til normale voksne, og at bare et mindretall har nevrotiske lidelser i voksen alder. Mange voksne nevrotiske lidelser synes likeledes å ha oppstått i voksen alder uten signifikante psykopatologiske forløpere i barndommen. Derfor foreligger betydelig diskontinuitet mellom de følelsesmessige forstyrrelsene som inntreffer i de to aldersperiodene.

For det andre synes mange følelsesmessige forstyrrelser i barndommen heller å være en uvanlig grad av normale utviklingstendenser snarere enn fenomener som er kvalitativt avvikende i seg selv.

For det tredje har det på grunnlag av den siste vurderingen ofte blitt teoretisk antatt at de mentale mekanismene som blir involvert i følelsesmessige forstyrrelser i barndommen, ikke er de samme som ved nevroser i voksen alder.

For det fjerde er følelsesmessige forstyrrelser i barndommen mindre tydelig delt inn i antatte spesifikke grupper, som fobiske lidelser eller tvangslidelser.

Det tredje av disse punktene mangler empirisk validitet, og epidemiologiske data antyder at hvis det fjerde er riktig, er det bare snakk om grader (vagt differensierte følelsesmessige forstyrrelser forekommer ofte både i barndom og voksen alder). Ut fra dette blir det andre trekket (forhold til utviklingsnivå) brukt som viktigste diagnostiske kjennetegn for å forklare forskjellen mellom følelsesmessige forstyrrelser med spesifikk debut i barndommen ([F93.-](#)) og nevrotiske lidelser ([F40–F48](#)). Gyldigheten av en slik differensiering er usikker, men det finnes empiri som antyder at følelsesmessige forstyrrelser i samsvar med normal utvikling i barndommen har en bedre prognose.

F93.0 Separasjonsangst i barndommen

Vanligvis har småbarn og førskolebarn angst for virkelig eller mulig separasjon fra personer de er knyttet til. Separasjonsangst skal bare diagnostiseres når frykt for adskillelse utgjør kjernen ved angsten og inntreffer i løpet av de første leveårene. Den skal skilles fra normal separasjonsangst når alvorlighetsgraden er uvanlig (og vedvarer utover den vanlige aldersperioden) og når den er forbundet med betydelige problemer i sosial fungering. I tillegg krever diagnosen at det ikke er noen generalisert forstyrrelse av utviklingen. Hvis en slik forstyrrelse er til stede, skal en kode fra [F40–F48](#) vurderes brukt. Separasjonsangst som inntreffer ved en utviklingsmessig unormal alder, som i ungdomsalder, skal ikke kodes her med mindre den er en unormal fortsettelse av utviklingsmessig normal separasjonsangst.

Diagnostiske retningslinjer

Det viktigste kjennetegnet er en fokusert, sterk angst for atskillelse fra personer barnet er knyttet til (vanligvis foreldre eller andre familiemedlemmer), som ikke bare er del av en generalisert angst for mange situasjoner. Engstelsen kan bestå av:

- (a) urealistisk og dominerende bekymring for at personene de er nært knyttet til, skal skades, eller frykt for at de skal reise og ikke komme tilbake,
- (b) urealistisk og dominerende bekymring for at en truende hendelse, som at barnet skal forsvinne, bli kidnappet, bli innlagt på sykehus eller drept, vil skille det fra en nær person,
- (c) vedvarende uvilje eller motstand mot å gå på skolen på grunn av separasjonsangst (i stedet for andre årsaker, som frykt for hendelser på skolen),
- (d) vedvarende uvilje eller motstand mot å sovne uten å være i nærheten av en nært tilknyttet person,
- (e) vedvarende angst for å være alene, eller uten at en nært tilknyttet person er til stede, hjemme om dagen.
- (f) gjentatte mareritt som omhandler atskillelse,
- (g) gjentatt forekomst av fysiske symptomer (kvalme, magesmerter, hodepine, brekninger osv) ved situasjoner som innebærer separasjon fra en nært tilknyttet person, som å forlate hjemmet for å gå på skolen,
- (h) omfattende, tilbakevendende bekymring (uttrykt ved angst, gråt, raseri, tristhet, apati eller sosial tilbaketrekning) ved forventning om, i løpet av eller like etter atskillelse fra en nært tilknyttet person.

Mange situasjoner som innebærer atskillelse innebærer også andre potensielle stressfaktorer eller angstkilder. Diagnosen avhenger av at det kan påvises at det elementet som forårsaker angst i de ulike situasjonene, er selve atskillelsen fra en nært tilknyttet person. Dette oppstår kanskje oftest i forbindelse med skolevegring («skolefobi»). Ofte er dette separasjonsangst, men andre ganger (særlig i ungdomsalderen) er det ikke det. Skolevegring som oppstår for første gang i ungdomsalder skal ikke kodes her, med mindre det primært er separasjonsangst og angsten ble tydelig i løpet av førskolealder. Hvis ikke disse kriteriene oppfylles, skal syndromet kodes i en av de andre kategoriene i F93 eller i [F40–F48](#).

Eksklusive

- affektive lidelser [stemningslidelser] ([F30–F39](#))
- nevrotiske, belastningsrelaterte eller somatoforme lidelser ([F40–F48](#))
- fobisk angstlidelse i barndommen ([F93.1](#))

- sosial angstlidelse i barndommen ([F93.2](#))

F93.1 Fobisk angstlidelse i barndommen

Barn kan, på samme måte som voksne, utvikle frykt som fokuseres rundt et bredt spekter av objekter eller situasjoner. Noe av denne frykten (eller fobiene), f.eks. agorafobi, er ikke en normal del av den psykososiale utvikling. Når slik frykt inntreffer i barndommen, skal den kodes under den passende kategorien i [F40–F48](#). Noen former for frykt viser en markert utviklingsmessig fasespesifisitet og opptrer (i noen grad) hos de fleste barn. Dette er for eksempel tilfelle når det gjelder frykt for dyr i førskolealder.

Diagnostiske retningslinjer

Kategorien skal bare brukes for utviklingsmessig fasespesifikk frykt når tilleggskriteriene som gjelder alle lidelsene i [F93](#), er oppfylte:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> (a) debuten inntreffer i en utviklingsmessig passende aldersperiode, (b) engstelsesgraden er klinisk unormal, og (c) engstelsen er ikke del av en mer generalisert lidelse. |
|---|

Eksklusive

- generalisert angstlidelse ([F41.1](#))

F93.2 Sosial angstlidelse i barndommen

Frykt for fremmede er et normalt fenomen i andre halvdel av det første leveåret. Likeså er en grad av sosial usikkerhet eller angst er vanlig i tidlig barndom når barn møter nye, fremmede eller sosialt truende situasjoner. Kategorien skal derfor bare brukes for lidelser som inntreffer før fylte seks år, som både er av uvanlig alvorlighetsgrad, blir ledsaget av problemer i sosial fungering og ikke er del av en mer generell følelsesmessig forstyrrelse.

Diagnostiske retningslinjer

Barn med denne lidelsen viser en vedvarende eller tilbakevendende frykt for, og unngåelse av fremmede. Slik frykt kan forekomme hovedsakelig i forhold til voksne, til jevnaldrende eller til begge. Frykten er forbundet med en normal tilknytning til foreldre eller andre kjente personer. Unngåelsen av eller frykten for sosiale situasjoner er av en grad som ligger utenfor det normale i forhold til barnets alder, og er forbundet med betydelige problemer med sosial funksjon.

Inklusive

- unngåelsesatferd i barne- og ungdomsalder

F93.3 Overdreven søskenrivalisering, patologisk

Mange, kanskje de fleste yngre barn viser en viss grad av følelsesmessig forstyrrelse etter at de har fått yngre søsken. Som oftest er forstyrrelsen mild, men rivalisering eller sjalusi i perioden kan være usedvanlig sterk etter fødselen.

Diagnostiske retningslinjer

Lidelsen kjennetegnes ved kombinasjonen av:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> (a) tegn til søskenrivalisering og/eller -sjalusi, |
|--|

- (b) debut i løpet av månedene etter at yngre (som oftest ikke så mye yngre) søsken er født,
- (c) følelsesmessig forstyrrelse som er avvikende i grad og/eller varighet og som er forbundet med psykososiale problemer.

Søskenrivalisering eller -sjalusi kan uttrykkes ved at søsken tydelig konkurrerer om oppmerksomhet og kjærlighet fra foreldrene. For at dette skal oppfattes som avvikende, må det være forbundet med en uvanlig grad av negative følelser. I alvorlige tilfeller kan det ledsages av åpenbar fiendtlighet, legemlig skade, ondsinnethet og undertrykking. I mindre alvorlige tilfeller kan det komme til uttrykk ved en sterk motstand mot å dele, mangel på positiv oppmerksomhet og vennsforhold.

Den følelsesmessige lidelsen kan ha mange ulike former, og ofte omfatter den noe tilbakegang med tap av tidligere ferdigheter (som kontroll over tarm og blære), og en tendens til babyaktig atferd. Ofte vil barnet også etterligne babyen i aktiviteter som gir oppmerksomhet fra foreldrene, som mating. Det skjer ofte en økning i konfronterende eller opposisjonell atferd mot foreldrene, raserianfall og dysfori som uttrykkes som angst, tristhet eller sosial tilbaketrekning. Søvnforstyrrelser kan også forekomme, og det utøves ofte økt press for å få oppmerksomhet fra foreldrene, for eksempel ved leggetid.

Inklusive

- søskensjalusi

Eksklusive

- kamerat-rivalisering (ikke søsken) ([F93.8](#))

F93.8 Andre spesifiserte følelsesmessige forstyrrelser i barndommen

Inklusive

- identitetsforstyrrelse
- overdreven engstelse
- kamerat-rivalisering (ikke søsken)

Eksklusive

- kjønnsidentitetsforstyrrelse i barne- og ungdomsalder ([F64.2](#))

F93.9 Uspesifisert følelsesmessig forstyrrelse i barndommen

Inklusive

- følelsesmessig lidelse i barndommen INA

F94 Forstyrrelse i sosial fungering med debut i barne- og ungdomsalder

Dette er en heterogen gruppe forstyrrelser, som kjennetegnes av avvikende sosial fungering som begynner i barnealderen, men som ikke (i motsetning til gjennomgripende utviklingsforstyrrelser) primært kjennetegnes av en tilsynelatende konstitusjonell manglende eller sviktende sosial funksjonsevne som griper inn på alle funksjonsområder. Alvorlige forstyrrelser eller mangler i omgivelsene forekommer ofte og anses ofte å spille en viktig etiologisk rolle. Det er ikke noe markert skille mellom kjønnene. At denne gruppen forstyrrelser av sosial fungering eksisterer, er allment akseptert, men det er usikkerhet rundt de diagnostiske kriteriene, og også uenighet om hvilken underinndeling og klassifikasjon som er best.

F94.0 Elektiv mutisme

Tilstanden kjennetegnes ved en markert, følelsesmessig betinget selektivitet når det gjelder tale, som at barnet viser sine språkferdigheter i noen situasjoner, men unnlater å snakke i andre (definerbare) situasjoner. Som oftest kommer tilstanden først til uttrykk i tidlig barndom, og forekommer tilnærmet like hyppig hos begge kjønn. Vanligvis blir mutismen forbundet med markerte personlighetstrekk som omfatter sosial angst, tilbaketrekning, overfølsomhet eller motstand. Vanligvis vil barnet snakke hjemme eller med nære venner, men er stumt på skolen eller overfor fremmede. Også andre mønstre (inkludert det motsatte) kan forekomme.

Diagnostiske retningslinjer

Diagnosen forutsetter:

- (a) normalt, eller nesten normalt, nivå på språkforståelsen,
- (b) språklige ferdigheter som er tilstrekkelig for sosial kommunikasjon,
- (c) påvisbare holdepunkter for at barnet kan snakke, og snakker, normalt eller nesten normalt i noen situasjoner.

Et betydelig mindretall av barn med elektiv mutisme har en bakgrunn med enten noe forsinket språkutvikling eller artikulasjonsproblemer. Diagnosen kan stilles når slike problemer foreligger, forutsatt at barnet har tilstrekkelig språk til effektiv kommunikasjon og *stor* ulikhet i språkbruken i ulike sosiale sammenhenger. Barnet snakker for eksempel flytende i noen situasjoner, men er stumt eller nesten stumt i andre. Det må også være en påvisbar svikt i bruk av språket i noen sosiale situasjoner, men ikke i andre. Diagnosen krever at sviktende bruk av språket vedvarer over tid og at det er konsistens og forutsigbarhet når det gjelder i hvilke situasjoner barnet snakker, og hvilke det ikke snakker.

Andre sosio-emosjonelle forstyrrelser er til stede i et stort flertall av tilfellene, men representerer ikke trekk som er nødvendige for at diagnosen skal kunne stilles. Slike forstyrrelser følger ikke et konsistent mønster, men avvikende temperamentstrekk (særlig sosial overfølsomhet, sosial angst og sosial tilbaketrekning) og opposisjonell atferd er vanlig.

Inklusive

- selektiv mutisme

Eksklusive

- gjennomgripende utviklingsforstyrrelser ([F84.-](#))
- schizofreni ([F20.-](#))
- spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk ([F80.-](#))
- forbigående mutisme som del av separasjonsangst hos små barn ([F93.0](#))

F94.1 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen

Forstyrrelsen inntreffer hos spedbarn og småbarn og kjennetegnes ved vedvarende avvik i barnets sosiale relasjonsmønstre. Tilstanden er forbundet med følelsesmessige forstyrrelser og er påvirkelig av endringer i omgivelsene. Fryktsomhet og overdreven vaktksomhet som ikke lar seg påvirke av trøst er typisk, dårlig sosialt samspill er vanlig, aggresjon mot seg selv og andre forekommer meget ofte, tristhet er meget utbredt og veksthemming inntreffer i noen tilfeller. Syndromet inntreffer trolig som et direkte resultat av alvorlig omsorgssvikt, misbruk eller alvorlig mishandling. Forekomsten av dette atferdsmønsteret er vel anerkjent og akseptert, men det er fortsatt usikkerhet vedrørende hvilke diagnostiske kriterier som skal gjelde, syndromets grenselinjer

og hvorvidt det utgjør en gyldig nosologisk enhet. Kategorien er likevel tatt med her på grunn av syndromets store betydning for folkehelsen, fordi det ikke er tvil om dens eksistens, og fordi atferdsmønsteret åpenbart ikke oppfyller kriteriene for andre diagnostiske kategorier.

Diagnostiske retningslinjer

Det viktigste kjennetegnet er et avvikende forhold til omsorgspersoner som utvikler seg i de fem første leveårene, og som involverer mistilpasningstrekk som vanligvis ikke blir sett hos normale barn, og som vedvarer men som likevel kan respondere på tydelige endringer i oppdragelsesmønstre.

Små barn med dette syndromet har sterke motstridende eller ambivalente sosiale reaksjoner som kan komme sterkest til uttrykk ved atskillelse og gjenforening. Spedbarn kan vende ansiktet bort, stirre iherdig en annen vei mens de blir holdt eller reagere på omsorgspersoner med en blanding av tilnærming, unngåelse og protest i forhold til omsorg. Den følelsesmessige forstyrrelsen kan være tydelig med tydelig trishet, manglende følelsesmessig respons, tilbaketrekkningsreaksjoner som å krype sammen på gulvet og aggressive reaksjoner på egen eller andres lidelse. Fryktsomhet og overdreven vaksomhet (noen ganger beskrevet som tilstivning) uten at det gis respons på omsorg kan inntreffe. I de fleste tilfeller viser barna interesse for venneforhold, men den sosiale leken hindres av negative følelsesmessige responser. Tilknytningsforstyrrelser kan også ledsages av fysisk mistrivsel og veksthemming (som skal kodes i henhold til passende somatisk kategori (R62).

Mange normale barn viser usikkerhet i sine selektive tilknytninger til den ene eller begge foreldrene, men dette må ikke blandes sammen med reaktiv tilknytningsforstyrrelse, som skiller seg ut i mange avgjørende henseender. Forstyrrelsen kjennetegnes ved en avvikende type usikkerhet som viser seg ved markert motstridende sosiale responser som vanligvis ikke sees hos normale barn. De avvikende reaksjonene gjelder for ulike sosiale situasjoner og er ikke begrenset til et dyadisk forhold til en spesifikk omsorgsperson. Det dreier seg om manglende responser på omsorg og assosierte følelsesmessige forstyrrelser i form av apati, trishet eller fryktsomhet.

Fem hovedtrekk skiller tilstanden fra gjennomgripende utviklingsforstyrrelser.

For det første har barn med reaktiv tilknytningsforstyrrelse normal evne til sosial gjensidighet og respons, noe barn med gjennomgripende utviklingsforstyrrelse ikke har.

For det andre, til tross for at avvikende sosiale responser i en reaktiv tilknytningsforstyrrelse opprinnelig er et generelt trekk ved barnets atferd i en rekke situasjoner, skjer en sterk bedring hvis barnet blir plassert i et normalt oppdragelsesmiljø med vedvarende kvalitativ god omsorg. Dette skjer ikke ved gjennomgripende utviklingsforstyrrelser.

For det tredje, selv om barn med reaktiv tilknytningsforstyrrelse kan ha svekket språkutvikling (som beskrevet under [F80.1](#)), har de ikke de avvikende kommunikasjonsproblemene som kjennetegner autisme.

For det fjerde, i motsetning til autisme, blir ikke reaktiv tilknytningsforstyrrelse forbundet med vedvarende og alvorlige kognitive mangler som ikke responderer vesentlig på endringer i omgivelsene.

For det femte er ikke vedvarende begrensede, repetitive og stereotype atferdsmønstre, interesser og aktiviteter et trekk ved reaktive tilknytningsforstyrrelser.

Reaktive tilknytningsforstyrrelser oppstår nesten alltid i forbindelse med svært utilstrekkelig omsorg. Dette kan være i form av psykisk misbruk eller forsømmelse (som grov avstraffelse, vedvarende manglende respons på barnets tilnærmelser eller omsorgssvikt), eller av fysisk misbruk eller forsømmelse (som vedvarende ignorering av barnets grunnleggende fysiske behov, gjentatt og bevisst påføring av skade eller utilstrekkelig mattilførsel). Fordi man har utilstrekkelig kunnskap om

forbindelsen mellom tilstrekkelig barneomsorg og denne forstyrrelsen, er ikke mangel eller svikt i omgivelsene et diagnostisk krav. Det må likevel utvises varsomhet ved diagnostiseringen når det mangler beviser på misbruk eller forsømmelse. På den annen side må ikke diagnosen stilles automatisk ved misbruk eller forsømmelse, da ikke alle misbrukte eller forsømte barn utvikler forstyrrelsen.

Eksklusive

- Aspergers syndrom ([F84.5](#))
- udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndommen ([F94.2](#))
- mishandlingssyndrom (T74)
- normal variasjon i mønster for selektiv tilknytning
- seksuell eller fysisk mishandling i barndommen som fører til psykososiale problemer (Z61.4–Z61.6)

F94.2 Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndommen

Spesielt mønster med avvikende sosial fungering som oppstår i løpet av de fem første leveår, og som har tendens til å vedvare til tross for at omgivelsene forandres vesentlig. Ved rundt 2-årsalder uttrykkes vanligvis forstyrrelsen ved klenging og diffus tilknytningsforstyrrelse. Rundt 4-årsalder er det fortsatt diffuse tilknytninger, men klengingen begynner å bli erstattet av oppmerksomhetssøkende og ukritisk vennlig atferd. Midtveis og sent i barndommen kan barnet ha utviklet selektive tilknytninger, men den oppmerksomhetssøkende atferden vedvarer ofte, og unyanserte kameratforhold forekommer hyppig. Avhengig av omstendighetene kan også atferdsforstyrrelser eller følelsesmessige forstyrrelser oppstå. Syndromet kan tydeligst identifiseres hos barn som er oppdratt i institusjoner fra spedbarnsalder, men forekommer også i andre situasjoner. Det antas å delvis skyldes en vedvarende svikt i muligheten til å utvikle selektive tilknytninger, som kan være en konsekvens av ekstremt hyppige utskiftninger av omsorgspersoner. Syndrombegrepet er avhengig av tidlige diffuse tilknytninger, vedvarende dårlig sosialt samspill og mangel på situasjonsspesifisitet.

Diagnostiske retningslinjer

Diagnosen må baseres på holdepunkter for at barnet viste en uvanlig høy grad av diffus tilknytning i løpet av de fem første leveårene og at dette var forbundet med generelt klengende atferd i spedbarnsalderen, og ukritisk vennlig, oppmerksomhetssøkende atferd tidlig eller midtveis i barndommen. Vanligvis har barnet problemer med å danne nære, tillitsfulle vennskapsforhold. Atferdsforstyrrelser eller følelsesmessige forstyrrelser kan være tilknyttet (delvis avhengig av barnets nåværende omstendigheter). I de fleste tilfellene har det i de første leveårene vært mange oppbrudd, utskiftninger av omsorgspersoner eller endringer i familieplasseringer (som bytte av fosterfamilie).

Inklusive

- karakteravvik (med følelseskulde) hos barn
- institusjonssyndrom

Eksklusive

- Aspergers syndrom ([F84.5](#))
- hospitaliseringssyndrom hos barn ([F43.2](#))
- hyperkinetisk forstyrrelse ([F90.-](#))
- reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen ([F94.1](#))

F94.8 Andre spesifiserte forstyrrelser av sosial fungering i barndommen

Inklusive

- forstyrrelser av sosial funksjon med tilbaketrekning og skyhet som skyldes svekkede sosiale evner

F94.9 Uspesifisert forstyrrelse av sosial fungering i barndommen

F95 «Tics»

Det dominerende trekket i disse syndromene er en form for «tics». Dette er ufrivillige, raske, gjentatte, urytmiske muskelbevegelser (som vanligvis omfatter bestemte muskelgrupper), eller plutselige og formålsløse vokale lyder. «Tics» synes å bli opplevd som ufrivillige, men kan vanligvis undertrykkes for kortere eller lengre tid. Både motoriske og vokale «tics» kan klassifiseres som enkle eller komplekse, selv om grensene ikke er klart definert. Alminnelige, enkle motoriske «tics» innbefatter blinking, kast med hodet eller skuldertrekk og skjæring av grimaser. Alminnelige, enkle vokale «tics» innbefatter kremting, hosting, snøfting og hvesing. Vanlige komplekse «tics» innbefatter å slå på seg selv, hoppe eller sprette. Komplekse vokale «tics» innbefatter gjentakelse av spesifikke ord, og noen ganger bruk av sosialt uakseptable og ofte obskøne ord (koprolali) og gjentakelse av egne lyder eller ord (palilali).

Det er meget stor variasjon i alvorlighetsgraden av «tics». Ved det ene ytterpunktet er fenomenet nesten normalt, med kanskje fra 1 av 10 til ett av fem barn viser forbigående «tics» på ett eller annet tidspunkt. Ved det andre ytterpunktet er Tourettes syndrom en uvanlig, kronisk og invalidiserende lidelse. Det er usikkert hvorvidt disse ytterpunktene representerer ulike tilstander eller motsatte ender av samme kontinuum. Mange fagfolk ser det siste som mest sannsynlig. «Tics» forekommer vesentlig hyppigere hos gutter enn jenter, og en familiebakgrunn med «tics» er vanlig.

Diagnostiske retningslinjer

Det som skiller «tics» fra andre motoriske forstyrrelser er først og fremst bevegelsenes brå, raske, forbigående og begrensede natur, i kombinasjon med mangel på tegn til underliggende nevrologisk forstyrrelse, deres repetitive mønster, deres (vanligvis) manglende tilstedeværelse under søvn, og hvor lett de viljestyrt kan reproduseres eller undertrykkes. Mangel på rytme skiller «tics» fra de stereotype gjentakende bevegelsene som kan ses ved enkelte former for autisme eller psykisk utviklingshemming. Mannerismer som ses ved de samme forstyrrelsene, inneholder som oftest flere komplekse og varierte bevegelser enn dem som vanligvis forekommer ved «tics». Tvangshandlinger kan noen ganger ligne komplekse «tics», men skiller seg fra dem ved at formen synes å være bestemt av deres formål (som å berøre objekter eller snu rundt et antall ganger), heller enn av muskelgruppene som er involvert. Differensieringen er likevel vanskelig i noen tilfeller.

«Tics» forekommer ofte som et isolert fenomen, men er ikke sjelden forbundet med et bredt spekter av følelsesmessige forstyrrelser, og kanskje særlig tvangstanker, tvangshandlinger og hypokondre fenomener. Spesifikke utviklingsforsinkelser er også forbundet med «tics».

Det er ingen klar skillelinje mellom «tics» i kombinasjon med emosjonell forstyrrelse og en emosjonell forstyrrelse med tilknyttede «tics». Diagnosen skal likevel avspeile hovedavviket.

F95.0 Forbigående «tics»

Oppfyller vanlige kriterier for «tics», men varer ikke lenger enn 12 måneder. Dette er den vanligste formen for «tics» og oppstår vanligvis rundt 4- eller 5-årsalderen. «Tics» tar vanligvis form av

blinking, skjæring av grimaser eller kast med hodet. I noen tilfeller inntreffer «tics» som en enkeltepisode, men i andre tilfeller er det remisjoner og tilbakefall over en periode på noen måneder.

F95.1 Kroniske motoriske eller vokale «tics»

Oppfyller generelle kriterier for «tics», med enten motoriske eller vokale «tics», men ikke begge. «Tics» kan være enten enkle eller multiple, dog vanligvis multiple, og varer lenger enn et år.

F95.2 Kombinerte vokale og multiple motoriske «tics», Tourettes syndrom

En tilstand der det er eller har vært multiple motoriske «tics» og ett eller flere vokale «tics», selv om de ikke inntraff samtidig. Forstyrrelsen inntreffer nesten alltid i barne- eller ungdomsalderen, og det er vanligvis en historie med motoriske «tics» før vokale «tics» opptrer. Symptomene forverres vanligvis i ungdomsårene, og lidelsen har en tendens til å vare til voksen alder.

Vokale «tics» er ofte multiple med eksplosiv, repetitiv vokalisering, kremting og grynting. Obskøne ord eller setninger kan forekomme. Noen ganger er det også tilknyttet ekkopraksi i form av motoriske fakter som også kan være av obskøn art (kopropaksi). Som ved motoriske «tics» kan vokale «tics» holdes tilbake i kortere perioder, forverres ved belastning og forsvinne under søvn.

F95.8 Andre syndromer med «tics»

F95.9 Uspesifiserte «tics»

En ikke anbefalt restkategori som bare skal brukes for tilstander som oppfyller de generelle kriteriene for «tics», men der den spesifikke underkategorien ikke er spesifisert eller trekkene ikke oppfyller kriteriene for [F95.0](#), [F95.1](#) eller [F95.2](#).

F98 Andre atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder

Dette er en heterogen gruppe forstyrrelser som debuterer i barndommen, men som ellers er meget forskjellige. Noen av forstyrrelsene representerer veldefinerte syndromer, mens andre ikke er mer enn et symptomkompleks uten nosologisk gyldighet. De sistnevnte blir likevel tatt med her fordi de er hyppige og forbundet med psykososiale problemer, og fordi de ikke naturlig hører inn under andre syndromer.

Eksklusive

- affektkramper (breath-holding spells) (R06.8)
- kjønnsidentitetsforstyrrelse i barndommen ([F64.2](#))
- hypersomnolens og megafagi (Kleine-Levin-syndrom) (G47.8)
- obsessiv-kompulsiv lidelse ([F42.-](#))
- søvnforstyrrelser ([F51.-](#))

F98.0 Ikke-organisk enurese

En tilstand som er karakterisert ved ufrivillig vannlating om dagen og/eller natten, på en måte som er unormal i forhold til personens mentale alder, og som ikke er en konsekvens av manglende blærekontroll på grunn av en nevrologisk lidelse, epilepsianfall eller strukturelle avvik i urinveiene. Enuresen kan ha vært til stede fra fødselen av (dvs en unormal forlengelse av den normale spedbarnsinkontinensen) eller ha oppstått etter en periode med blærekontroll. Den senere eller sekundære debuten begynner vanligvis ved 5- til 7-årsalder. Enuresen kan være en

monosymptomatisk tilstand eller ha sammenheng med en mer omfattende atferdsforstyrrelse eller følelsesmessig forstyrrelse. Ved atferdsforstyrrelser er det uklart hvilke mekanismer som er involvert. Følelsesmessige problemer kan oppstå som en følge av den bekymring eller stigmatisering enuresen forårsaker. Enuresen kan være del av en annen psykisk lidelse, eller enuresen og både den følelsesmessige/atferdsmessige forstyrrelsen kan oppstå parallelt pga. relaterte etiologiske faktorer. Det finnes ingen klar og utvetydig metode for å avgjøre hvilket alternativ som er riktig i hvert tilfelle, og diagnosen skal stilles på grunnlag av hvilken type forstyrrelse (dvs enurese, atferdsforstyrrelse eller følelsesmessig forstyrrelse) som er hovedproblemet.

Diagnostiske retningslinjer

Det er ingen tydelig avgrensning mellom en ikke organisk enurese og normale aldersvariasjoner for oppnådd blærekontroll. Enurese blir likevel normalt ikke diagnostisert hos barn som er yngre enn 5 år eller har en mental alder på under 4 år. Hvis enuresen er forbundet med (annen) atferdsforstyrrelse eller følelsesmessig forstyrrelse, utgjør enuresen normalt bare hoveddiagnosen hvis den ufrivillige vannlatingen inntreffer minst flere ganger i uken og de andre symptomene som uttrykkes viste tidsmessig samvariasjon med enuresen. Enuresen inntreffer noen ganger i forbindelse med enkoprese, og da skal enkoprese diagnostiseres.

Noen ganger utvikler barn forbigående enurese som et resultat av cystitt eller polyuri (som fra diabetes). Disse utgjør likevel ingen tilstrekkelig forklaring for enurese som vedvarer etter at infeksjonen er kurert eller etter at polyurien er under kontroll. Ikke sjelden kan cystitt være sekundært til enurese som har oppstått ved oppadstigende infeksjon i urinveiene som et resultat av vedvarende fuktighet (særlig hos jenter).

Inklusive

- primær eller sekundær ikke-organisk enurese
- funksjonell eller psykogen enurese
- ikke-organisk urininkontinens

Eksklusive

- enurese INA (R32)

F98.1 Ikke-organisk enkoprese

Gjentatt frivillig eller ufrivillig avføring, vanligvis med normal eller nesten normal konsistens, på steder som ikke er passende i forhold til personens sosiokulturelle omgivelser. Tilstanden kan være en unormal fortsettelse av vanlig infantil inkontinens, utvikles etter en periode med fullstendig tarmkontroll, eller innbefatte tilsiktet avføring på upassende steder i stedet for normal fysiologisk tarmkontroll. Tilstanden kan inntreffe som en monosymptomatisk forstyrrelse, eller være del av en større forstyrrelse, særlig følelsesmessig forstyrrelse ([F93.-](#)) eller atferdsforstyrrelse ([F91.-](#)).

Diagnostiske retningslinjer

Det viktigste diagnostiske trekket er avføring på upassende steder. Tilstanden kan oppstå på flere måter.

For det første kan den representere en utilstrekkelig toaletttraining eller utilstrekkelig treningsrespons, med det resultat at personen aldri har oppnådd tilstrekkelig kontroll over tarmfunksjonen.

For det andre kan den reflektere en bestemt psykisk forstyrrelse med normal fysiologisk kontroll

over avføringen, men av en eller annen grunn en uvillighet til, motstand mot eller manglende evne til å følge sosiale normer med å ha avføring på aksepterte steder.

For det tredje kan det forårsakes av fysiologisk tilbakeholdelse, hvor avføringen pakkes sammen og deretter siving/uttømming på upassende steder. Slik tilbakeholdelse kan oppstå etter kamp mellom foreldre og barn vedrørende pottetrening, eller etter tilbakeholdelse av avføring på grunn av smertefull avføring (f.eks. som følge av rifter i rektum) eller av andre årsaker.

I noen tilfeller ledsages enkopresen av smøring av avføring utover kroppen eller omgivelsene, og noe sjeldnere kan det være et resultat av anal fingring/masturbasjon. Det er vanligvis en viss grad av assosierte atferdsforstyrrelser eller følelsesmessige forstyrrelser. Det er ikke noe klart skille mellom enkoprese med assosiert atferdsforstyrrelse eller følelsesmessig forstyrrelse og andre psykiske forstyrrelser med enkoprese som tilleggssymptom. Det anbefales å kode enkoprese hvis det er det dominerende fenomenet, og den andre forstyrrelsen hvis den ikke er det, eller hvis enkopresen inntreffer sjeldnere enn en gang i måneden. Enkoprese og enurese forekommer ikke sjelden samtidig, og da bør kodingen av enkoprese ha forrang. Enkoprese kan noen ganger etterfølge en organisk tilstand som rifter i rektum eller gastrointestinale infeksjoner. Den organiske tilstanden skal være eneste kode hvis den gir en tilstrekkelig forklaring på urensligheten, men representerer den en forløper og ikke en tilstrekkelig årsak, skal enkoprese kodes i tillegg til den somatiske tilstanden.

Differensialdiagnoser

Det er viktig at følgende blir vurdert:

- (a) enkoprese som skyldes organiske lidelser som medfødt (aganglionær) megacolon (Q43.1) eller spina bifida (Q05.-) (merk at enkoprese kan ledsage eller etterfølge tilstander som anale rifter eller gastrointestinal infeksjon),
- (b) forstoppelse som innebærer opphopning av avføring som resulterer i «oversvømmelse» av flytende eller halvflytende avføring (K59.0); hvis enkoprese og forstoppelse sameksisterer, skal enkoprese kodes (med tilleggskode, hvis det passer, for å angi årsaken til forstoppelsen).

F98.2 Spiseforstyrrelse i barndommen

Spiseforstyrrelse som kommer til uttrykk på ulike måter og som vanligvis opptrer i spedbarnsalder og tidlig barnealder. Den innbefatter vanligvis spisevegring eller ekstrem kresenhet ved tilstrekkelig næringsforsyning og en akseptabel omsorgssituasjon og fravær av organisk lidelse. Ruminasjon (gjentatt oppguling og svelging av mat uten kvalme eller gastrointestinal lidelse) kan være tilknyttet.

Diagnostiske retningslinjer

Lettere vansker med å spise er meget vanlig i spedbarnsalder og barndom (i form av kresenhet, antatt underspising eller overspising). I seg selv skal ikke dette betraktes som tegn på en forstyrrelse. Forstyrrelsen skal bare diagnostiseres hvis vanskene ligger klart utenfor det normale spekteret, hvis spiseproblemet natur er kvalitativt avvikende, eller barnet ikke legger på seg eller taper vekt over en periode på minst en måned.

Inklusive

- ruminasjonstilstand i spedbarnsalder

Differensialdiagnoser

Det er viktig å skille forstyrrelsen fra:

- (a) tilstander der barnet gjerne inntar mat fra andre voksne enn de vanlige omsorgspersoner,
- (b) organiske lidelser som er tilstrekkelige til å forklare spisevegringen,
- (c) anorexia nervosa og andre spiseforstyrrelser ([F50.-](#)),
- (d) mer omfattende psykiatrisk lidelse,
- (e) pica ([F98.3](#)),
- (f) spisevansker i forbindelse med utilstrekkelig omsorg ([R63.3](#))

F98.3 Pica i spedbarns- og barnealder

Vedvarende inntak av substanser som er uegnet som næringsmiddel (jord, maling osv). Pica kan være ett av flere symptomer ved mer omfattende psykiske lidelser (som autisme), eller som en relativt isolert psykopatologisk atferd. *Bare* i det siste tilfellet skal denne koden brukes. Fenomenet forekommer hyppigst hos psykisk utviklingshemmede barn. Hvis psykisk utviklingshemming også forekommer, skal det kodes ([F70–F79](#)). Pica kan også inntreffe hos barn (vanligvis små barn) med normal intelligens.

F98.4 Stereotype bevegelsesforstyrrelser

Viljebestemte, repetitive, stereotype, formålsløse (og ofte rytmiske) bevegelser som ikke er deler av noen kjent psykiatrisk eller nevrologisk tilstand. Når slike bevegelser inntreffer som symptomer på en annen lidelse, skal bare den generelle lidelsen kodes (dvs at [F98.4](#) ikke skal brukes). Bevegelser som ikke er selvskadende omfatter rugging av kropp og hode, plukking eller snoing av hår, trekking i fingrene og vinking («hand-flapping»). (Neglebiting, tommelsuging og neseplukking skal ikke tas med her, da de ikke er gode indikatorer på psykopatologi, og ikke har tilstrekkelig betydning for folkehelsen til å berettige en klassifikasjon). Selvskadende stereotyp atferd omfatter repetitiv dunking med hodet, slag i eget ansikt, stikking av fingre i øyet, biting i hender, lepper eller andre kroppsdelar. Alle stereotype bevegelsesforstyrrelser forekommer vanligvis i tilknytning til psykisk utviklingshemming, og i slike tilfeller skal *begge* forstyrrelser kodes.

Stikking med fingre i eget øye er særlig vanlig hos barn med synssvekkelser. Synssvekkelser gir likevel ikke en tilstrekkelig forklaring, og når både stikking i øyet og blindhet (eller delvis blindhet) forekommer, skal begge kodes. Stikking med fingre i øyet skal kodes under [F98.4](#), og synsforstyrrelsen under passende kode for somatisk lidelse.

Eksklusive

- unormale, ufrivillige bevegelser ([R25.-](#))
- organiske bevegelsesforstyrrelser ([G20–G25](#))
- neglebiting ([F98.8](#))
- neseplukking ([F98.8](#))
- tommelsuging ([F98.8](#))
- stereotypier ved mer omfattende psykiske lidelser ([F00–F95](#))
- «tics» ([F95.-](#))
- trikotillomani ([F63.3](#))

F98.5 Stammer

Talen er kjennetegnet ved hyppig gjentakelse eller forlengelse av lyder, stavelser eller ord, eller av hyppig nøling eller pauser som forstyrrer den rytmiske talestrømmen. Mindre dysrytmi av denne typen er ganske vanlig som en forbigående fase i tidlig barndom eller som et mindre, men vedvarende taletrekk i senere barndom og voksenliv. Dette skal bare klassifiseres som forstyrrelse hvis alvorlighetsgraden er så omfattende at den forstyrrer talestrømmen. Det kan være assosierte bevegelser i ansiktet og andre deler av kroppen som sammenfaller i tid med gjentakelsene, nølingene eller pausene i talestrømmen. Stammer må skilles fra løpsk tale (se nedenfor) og «tics». I noen tilfeller kan en utviklingsforstyrrelse av tale eller språk være assosiert, og da skal denne

forstyrrelsen kodes separat under [F80.-](#).

Eksklusive

- løpsk tale ([F98.6](#))
- obsessiv-kompulsiv lidelse ([F42.-](#))
- «tics» ([F95.-](#))

F98.6 Løpsk tale

Hurtig avbrutt talestrøm med hurtig nedbrytning i flyten, men ingen gjentakelser eller nøling. Alvorlighetsgraden er omfattende nok til å redusere taleforståeligheten. Talen er støtvis og urytmisk med korte, hakkende løp som vanligvis forstyrrer fraseringen, f.eks. i form av vekslende pauser og utbrudd i talen og danning av ordgrupper som ikke hører til setningens grammatikalske struktur.

Eksklusive

- obsessiv-kompulsiv lidelse ([F42.-](#))
- stamming ([F98.5](#))
- «tics» ([F95.-](#))

F98.8 Andre spesifiserte atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder

Inklusive

- oppmerksomhetsforstyrrelser uten hyperaktivitet
- eksessiv masturbasjon
- neglebiting
- neseplukking
- tommelsuging

F98.9 Uspesifiserte atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder

F99 Uspesifisert psykisk lidelse

F99 Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse INA

Ikke anbefalt restkategori som bare skal brukes når ingen annen kode fra F00–F98 kan brukes.