



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS
Institutet för hälsa och välfärd

Luokitukset, termistöt
ja tilasto-ohjeet 1/2012

Klassifikaationer, terminologier
och statistikanvisningar 1/2012

Psykiatrian luokituskäsikirja

Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan
liittyvät diagnoosit

Psykiatrisk klassifikation av sjukdomar

Psykiatrirelaterade diagnoser i den finländska
sjukdomsklassifikationen ICD-10

PSYKIATRIAN LUOKITUSKÄSIKIRJA

Suomalaisen tautiluokitus
ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit

PSYKIATRISK KLASSIFIKATION AV SJUKDOMAR

Psykiatrirelaterade diagnoser
i den finländska sjukdomsklassifikationen ICD-10

toinen painos
andra upplagan

*Suomalainen toinen uudistettu painos
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin liittyvät diagnoosit
Maailman terveysjärjestön (WHO) luokituksesta ICD-10*

*Andra reviderade upplagan av den finländska versionen
Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar enligt
Världshälsoorganisationens (WHO) klassifikation ICD-10*



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS
Institutet för hälsa och välfärd

**Asiantuntijatyöryhmä (vuoden 2012 painos):
Expertarbetsgrupp (2012 års upplaga)**

Kimmo Kuoppasalmi, puheenjohtaja, ordförande
Jorma Komulainen, sihteeri, sekreterare
Erkki Isometsä
Olli Kampman
Jyrki Korkeila
Klaus Lehtinen
Timo Tuori
Minna Valkonen-Korhonen
Jukka Mäkelä
Kristian Wahlbeck

**Psykiatrian luokitusryhmä (vuoden 1997 painos):
Arbetsgruppen för psykiatrisk klassificering (1997 års
upplaga)**

Ville Lehtinen, puheenjohtaja, ordförande
Matti Virtanen, sihteeri, sekreterare
Matti Isohanni
Reeta Kalliokoski
Kimmo Kuoppasalmi
Klaus Lehtinen
Timo Mikkonen
Jorma Piha
Timo Tuori

**Käännös- ja muokkaustyöstä vastannut työryhmä
(vuoden 1997 painos):**

**Arbetsgruppen som ansvarade för översättnings- och
bearbetningsarbetet (1997 års upplaga):**

Klaus Lehtinen
Olli Kampman
Elina Koivisto
Päivi Kiviniemi
Päivi Kaukonen

**Toisen painoksen valmistelutyöstä ovat vastanneet
Andra upplagan har beretts av**

Jorma Komulainen
Jari Lehtonen
Matti Mäkelä
Ulf-Göran Ahlfors (ruotsinnoksen oikeellisuus –
översättningens riktighet)

Psykiatrian luokituskäsi kirja - Suomalaisen Tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit

Psykiatrisk klassifikation av sjukdomar – Psykiatrilaterade diagnoser i den finländska sjukdomsklassifikationen ICD-10

Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 1(2012)

Klassifikationer, terminologier och statistikanvisningar 1/2012

Copyright©World Health Organization

Suomalainen teos: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012

Finländsk version: Institutet för hälsa och välfärd, 2012

Suomalaisen teoksen kielet – Språken i den finländska versionen:

Käännös suomeksi: Walter Nienstedt, Rasmus Paetau ja Semantix Lingua Nordica Oy

Svensk översättning: Socialstyrelsen i Sverige, Institutet för hälsa och välfärd och Semantix Lingua Nordica Oy

Layout: Mediaviisi Oy

Kannen suunnittelu – Pärm: Petteri Kivekäs, Edita publishing

ISBN 978-952-245-548-2 (painettu – tryckt)

ISBN 978-952-245-549-9 (pdf)

ISSN 2242-4768 (painettu – tryckt)

ISSN 2242-4776 (pdf)

URN:ISBN:978-952-245-549-9

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-549-9>

Juvenes Print Oy – Tampereen yliopistopaino – Tammerfors universitetstryckeri

Tampere – Tammerfors 2012

Esipuhe

Psykiatrian luokituskäsikirjan ensimmäinen painos ilmestyi vuonna 1997. Ensimmäisen painoksen sisältämät psykiatrisia diagnooseja määrittävät ja niitä selittävät tekstiosuudet julkaistiin Psykiatrisen luokituskäsikirjan lisäksi vuonna 1999 ilmestyneessä suomalaisessa ICD-10 tautiluokituksessa. Kun Maailman terveysjärjestö WHO jatkoi omistamansa ICD-10:n kehittämistyötä, tuli tarpeelliseksi päivittää myös suomalainen ICD-10 tautiluokitus. Päivitetty tautiluokitus julkaistiin sähköisessä muodossa loppuvuonna 2009 ja otettiin käyttöön vuoden 2010 alussa.

Valmisteltaessa suomalaisen ICD-10 tautiluokituksen päivitystä nähtiin tarpeelliseksi tarkistaa ja päivittää myös siihen läheisesti liittyvä Psykiatrian luokituskäsikirja. Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes (nyttemmin Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL) asetti tätä varten asiantuntijatyöryhmän, joka valmisteli käsikirjan päivityksen vuoden 2008 kuluessa. Työryhmän puheenjohtajana toimi Kimmo Kuoppasalmi (KTL) ja sihteerinä Jorma Komulainen (Stakes). Työryhmän jäseninä työskentelivät Erkki Isometsä (HUS), Olli Kampman (TaY), Jyrki Korkeila (TY), Klaus Lehtinen (TaYS), Timo Tuori (Stakes), Minna Valkonen-Korhonen (KuY), Jukka Mäkelä (Stakes) sekä Kristian Wahlbeck (Stakes). Jorma Komulainen vastasi julkaisun käytännön valmistelutehtävistä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa.

Nyt julkaistava Psykiatrian luokituskäsikirjan tarkistettu toinen painos vastaa rakenteeltaan ensimmäistä painosta. Luokituskäsikirjaan ja samalla luokitukseen on lisätty yksi uusi psykiatrian alueen tautiluokka: F41.08 ”Lieväasteinen tai muu määritelty paniikkihäiriö (vähemmän kuin neljä kohtausta kuukauden aikana)”. Lisäksi työryhmä on selvittänyt ja paikoin täsmentänyt diagnostisia kriteereitä ja käytettyjä ilmaisuja sekä tarkistanut luokitustermien ja niitä selittävien tekstien kieliasua. Toiseen painokseen on myös lisätty luokituksen tekstiosien ruotsinnokset.

Psykiatrisen luokituskäsikirja sisältyy THL:n koodistopalvelimelta jaettavaan ICD-10 tautiluokitukseen. Koska päivitystarpeita luokitukseen jatkossakin tulee ajoon ilmaantumaan, on luokituksen käyttäjän syytä huomata, että voimassa oleva virallinen versio on kulloinkin koodistopalvelimelta jaettava sähköinen ICD-10 tautiluokitus.

*Päivi Hämäläinen
Osaston johtaja
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*

Förord

Den första upplagan av handboken i psykiatrisk klassifikation publicerades 1997. De textavsnitt med diagnosdefinitioner och förklaringar till de psykiatriska diagnoser som ingick i den första upplagan har publicerats både i handboken för psykiatrisk klassifikation och i den finländska sjukdomsklassifikationen ICD-10 som utkom 1999. Världshälsoorganisationen WHO, som har äganderätten till den internationella sjukdomsklassifikationen, har fortsatt arbetet med att utveckla klassifikationen, och därför har det också varit nödvändigt att uppdatera den finländska ICD-10-klassifikationen. Den uppdaterade versionen publicerades i elektronisk form i slutet av år 2009 och togs i bruk i början av år 2010.

I samband med uppdateringen av den finländska sjukdomsklassifikationen ICD-10 fann man det nödvändigt att revidera och uppdatera även handboken i psykiatrisk klassifikation, som är nära kopplad till klassifikationen. För detta ändamål tillsatte Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården Stakes (numera Institutet för hälsa och välfärd, THL) en expertarbetsgrupp som färdigställde uppdateringen av handboken under år 2008. Arbetsgruppens ordförande var Kimmo Kuoppasalmi (Folkhälsoinstitutet) och dess sekreterare var Jorma Komulainen (Stakes). Medlemmar i arbetsgruppen var Erkki Isometsä (HNS), Olli Kampman (TaU), Jyrki Korkeila (ÅU), Klaus Lehtinen (TaUS), Timo Tuori (Stakes), Minna Valkonen-Korhonen (KuU), Jukka Mäkelä (Stakes) och Kristian Wahlbeck (Stakes). Jorma Komulainen ansvarade för den praktiska beredningen av publikationen vid Institutet för hälsa och välfärd.

Den reviderade andra upplagan av handboken i psykiatrisk klassifikation motsvarar till sin uppbyggnad den första upplagan. Handboken och samtidigt även klassifikationen har utökats med en ny sjukdomskategori inom det psykiatriska området: F41.08 "Lindrigt paniksyndrom eller annat specificerat paniksyndrom (mindre än fyra attacker per månad)". Arbetsgruppen har också förtydligat och på vissa ställen preciserat diagnoskriterier och uttryck samt sett över klassificeringstermernas och termförklaringarnas språkdräkt. Den andra upplagan innehåller också svenska översättningar av klassificeringens textavsnitt.

Handboken i psykiatrisk klassifikation ingår i sjukdomsklassifikationen ICD-10 som är tillgänglig på THL:s kodserver. Klassifikationen kommer troligen att behöva uppdateras även framöver. Användaren bör därför vara uppmärksam på att den aktuella gällande officiella versionen av sjukdomsklassifikationen ICD-10 är den elektroniska version som finns tillgänglig på THL:s kodserver.

*Päivi Hämäläinen
Avdelningsdirektör
Institutet för hälsa och välfärd*

Sisällys

Innehåll

3 Esipuhe

4 Förord

6 Diagnostiset kriteerit

7 Diagnostiska kriterier

10 Toiseen painokseen tehdyt muutokset

Ändringar som gjorts i andra upplagan

LUKU 1

11 Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt

Psykliska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar

12 *Elimelliset aivo-oireyhtymät*
Organiska psykiska störningar

13 *Dementia*
Demens

39 *Muut elimelliset aivo-oireyhtymät*
Andra organiska psykiska störningar

39 *Elimellinen amnestinen oireyhtymä, joka ei ole alkoholin eikä muiden psyykeen vaikuttavien aineiden aiheuttama*
Organiska amnesisyndrom ej framkallade av alkohol eller andra psykoaktiva substanser

40 *Sekavuustila (delirium) ilman alkoholia tai muita psyykeen vaikuttavia aineita*
Akut eller subakut konfusion utan alkohol eller suboaktiva substanser

43 *Muut aivovaurion, aivojen toimintahäiriön ja ruumiillisen sairauden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät*
Andra psykiska störningar orsakade av hjärnskada, cerebral dysfunktion eller kroppslig sjukdom

52 *Aivosairauden, aivovaurion ja aivojen toimintahäiriön aiheuttamat persoonallisuus- ja käytöshäiriöt*
Personlighets- och beteendestörningar orsakade av hjärnsjukdom, hjärnskada eller cerebral dysfunktion

58 *Määrittämätön elimellinen tai oireenmukainen (muun elimistön sairauden seurauksena esiintyvä) mielenterveyden häiriö*
Ospecificerad organisk eller symtomatisk psykisk störning

58 *Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt*
Psykliska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser

69 *Alkoholin käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt*
Psykliska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol

75 *Opioidien käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt*
Psykliska störningar och beteendestörningar orsakade av opiater

79 *Kannabinoidien käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt*
Psykliska störningar och beteendestörningar orsakade av cannabis

82 *Rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt*
Psykliska störningar och beteendestörningar orsakade av sedativa och hypnotika

85 *Kokaiinin käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt*
Psykliska störningar och beteendestörningar orsakade av kokain

90 *Muiden piristeiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt*
Psykliska störningar och beteendestörningar orsakade av andra stimulantia

92 *Hallusinogeenien käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt*
Psykliska störningar och beteendestörningar orsakade av hallucinogener

96 *Tupakan käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt*
Psykliska störningar och beteendestörningar orsakade av tobak

97 *Liutotinaineiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt*
Psykliska störningar och beteendestörningar orsakade av flyktiga lösningsmedel

101 *Useiden lääkeaineiden ja muiden psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt*
Psykliska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser

105 *Skitsofrenia, skitsoyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt*
Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom

106 *Skitsofrenia*
Schizofreni

118 *Skitsoyyppinen häiriö (psykoosipiirteinen persoonallisuus)*
Schizotyp störning

- 120 Pitkääkaiset harhaluuloisuushäiriöt
Kroniska vanföreställningssyndrom
- 122 Akuutit ja ohimenevät psykoottiset häiriöt
Akuta och övergående psykotiska syndrom
- 129 Indusoitonut harhaluuloisuus (jaettu harhaluuloisuus)
Inducerat vanföreställningssyndrom
- 130 Skitsoaffektiiviset häiriöt
Schizoaffektiva syndrom
- 135 Muu ei-elimellinen psykoottinen häiriö
Annan icke organisk psykotisk störning
- 135 Määrittämätön ei-elimellinen psykoottinen häiriö
Ospecificerad icke organisk psykos
- 136 Mielialahäiriöt [affektiiviset häiriöt]
Förstämningssyndrom
- 137 Mania
Manisk episod
- 142 Kaksisuuntainen mielialahäiriö
Bipolär sjukdom
- 146 Masennustila
Depressiv episod
- 152 Toistuva masennus
Recidiverande depressioner
- 155 Pitkääkaiset mielialahäiriöt
Kroniska förstämningssyndrom
- 159 Muut mielialahäiriöt
Andra förstämningssyndrom
- 160 Määrittämätön mielialahäiriö
Ospecificerat förstämningssyndrom
- 160 Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt
Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom
- 161 Pelko-oireiset (foobiset) ahdistuneisuushäiriöt
Fobiska syndrom
- 168 Muut ahdistuneisuushäiriöt
Andra ångestsyndrom
- 174 Pakko-oireinen häiriö
Tvångssyndrom
- 177 Reaktiot vaikeaan stressiin ja sopeutumishäiriöt
Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress
- 184 Dissosiaatiohäiriöt (konversiohäiriöt)
Dissociativa syndrom
- 193 Elimellisoireiset (somatoformiset) häiriöt
Somatoforma syndrom
- 204 Muut neuroottiset häiriöt
Andra neurotiska syndrom
- 208 Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät
Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer
- 208 Syömishäiriöt
Ätstörningar
- 214 Ei-elimelliset unihäiriöt
Icke organiska sömnstörningar
- 223 Ei-elimelliset seksuaaliset toimintahäiriöt
Sexuell dysfunktion, ej orsakad av organisk störning eller sjukdom
- 230 Muualla luokitattomat lapsivuodeajan mielenperveys- ja käytöshäiriöt
Psykiska störningar och beteendestörningar sammanhängande med barnsängstiden, vilka ej klassificeras annorstädes
- 231 Muualla luokitettuun häiriöön tai sairauteen liittyvä psyykinen tekijä tai käytöstekijä
Psykisk faktor eller beteendefaktor med betydelse för störning eller sjukdom som klassificeras annorstädes
- 232 Riippuvuutta aiheuttamattomien aineiden väärinkäyttö
Missbruk av substanser som ej är beroendeframkallande
- 232 Riippuvuutta aiheuttamattomien aineiden väärinkäyttö
Missbruk av substanser som ej är beroendeframkallande
- 233 Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät määrittämättömät käyttöoireyhtymät
Ospecificerade beteendesyndrom förenade med fysiologiska störningar och fysiska faktorer
- 233 Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt
Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna
- 234 Persoonallisuushäiriöt ja persoonallisuuden muutokset
Personlighetsstörningar och -förändringar
- 251 Muut aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt
Andra personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna
- 264 Älyllinen kehitysvammaisuus
Psykisk utvecklingsstörning
- 267 Lievä älyllinen kehitysvammaisuus
Lindrig psykisk utvecklingsstörning
- 268 Keskivaikea älyllinen kehitysvammaisuus
Medelsvår psykisk utvecklingsstörning
- 269 Vaikea älyllinen kehitysvammaisuus
Svår psykisk utvecklingsstörning

- 270 Syvä älyllinen kehitysvammaisuus
Grav psykisk utvecklingsstörning
- 270 Muu älyllinen kehitysvammaisuus
Annan psykisk utvecklingsstörning
- 271 Määrittämätön älyllinen kehitysvammaisuus
Ospecificerad psykisk utvecklingsstörning
- 271 Psykkisen kehityksen häiriöt
Störningar i psykologisk utveckling
- 272 Puheen ja kielen kehityshäiriöt
Specifika störningar i tal- och språkutvecklingen
- 279 Oppimiskyvyn häiriöt
Specifika utvecklingsstörningar av inlärningsfärdigheter
- 287 Motoriikan kehityshäiriö
Specifik motorisk utvecklingsstörning
- 288 Monimuotoiset kehityshäiriöt
Blandade specifika utvecklingsstörningar
- 289 Laaja-alaiset kehityshäiriöt
Genomgripande utvecklingsstörningar
- 299 Muu psyykinen kehityshäiriö
Annan specificerad störning av psykologisk utveckling
- 299 Määrittämätön psyykinen kehityshäiriö
Störning av psykologisk utveckling, ospecificerad
- 299 Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt
Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid
- 300 Hyperkineettiset häiriöt
Hyperaktivitetsstörningar
- 305 Käytöshäiriöt
Beteendestörningar av utagerande slag
- 312 Samanaikaiset käytös- ja tunnehäiriöt
Blandade störningar av beteende och känsloliv
- 314 Lapsuudessa alkavat tunne-elämän häiriöt
Emotionella störningar med debut särskilt under barndomen
- 320 Lapsuudessa tai nuoruusiässä alkavat sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöt
Störningar av social funktion med debut särskilt under barndom och ungdomstid
- 325 Nykimishäiriöt
Tics
- 328 Muut tavallisesti lapsuudessa tai nuoruusiässä alkavat toiminto- ja tunnehäiriöt
Andra beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid

- 335 Määrittämätön mielen terveyden häiriö
Ospecificerad psykisk störning
- 335 Tarkemmin määrittämätön mielen terveyden häiriö
Psykisk störning ej specificerad på annat sätt

LUKU 2

336 Tekijöitä jotka vaikuttavat terveydentilaan ja yhteydenottoihin terveyspalvelujen tuottajiin Z00-ZZB

- 337 Sosioekonomisiin ja psykososiaalisiin olosuhteisiin liittyvät terveysvaarat
Potentiella hälsorisker avseende socioekonomiska och psykosociala förhållanden
- 337 Koulutukseen sekä luku- ja kirjoitustaitoon liittyvät ongelmat
Problem i samband med utbildning, läs- och skrivkunnighet
- 338 Työllisyyteen ja työttömyyteen liittyvät ongelmat
Problem i samband med anställning och arbetslöshet
- 339 Työperäinen altistuminen vaaratekijöille
Yrkemässig exposition för riskfaktorer
- 339 Fyysiseen ympäristöön liittyvät ongelmat
Problem som har samband med fysisk miljö
- 340 Asumiseen ja taloudellisiin seikkoihin liittyvät ongelmat
Problem som har samband med bostadsförhållanden och ekonomiska omständigheter
- 342 Sosiaaliseen ympäristöön liittyvät ongelmat
Problem som har samband med social miljö
- 343 Lapsuuden kielteisiin elämäkokemuksiin liittyvät ongelmat
Problem som har samband med negativa händelser under barndomen
- 344 Muut kasvatukseen liittyvät ongelmat
Andra problem som har samband med uppfostran
- 346 Muut primaarisen tukiryhmän ongelmat, perheolot mukaan lukien
Andra problem som har samband med den primära stödgruppen, inkluderande familjeförhållanden
- 347 Eräisiin psykososiaalisiin olosuhteisiin liittyvät ongelmat
Problem som har samband med vissa psykosociala förhållanden
- 348 Muihin psykososiaalisiin olosuhteisiin liittyvät ongelmat
Problem som har samband med andra psykosociala förhållanden

Diagnostiset kriteerit

Diagnostiset kriteerit on merkitty kirjaimin ja/tai numeroin, jotka määrittelevät niiden kattavuuden ja tärkeyden. Yleiset kriteerit, jotka ovat edellytyksenä kaikissa tiettyyn ryhmään kuuluvissa diagnooseissa (kuten erilaisten dementiaiden tai skitsofrenioiden yleiset kriteerit), on merkitty isoilla G-kirjaimella ja numerolla. Yksittäisen diagnoosin kohdalla on pakolliset kriteerit merkitty isoilla kirjaimilla (esim. A, B, C). Numeroita (1,2,3, jne.) tai pieniä kirjaimia (a,b,c, jne.) käytetään ilmaisemaan kriteereitä tai alakriteereitä, joista vain osa on edellytyksenä diagnoosin asettamiselle. Kirjassa ei ole käytetty ja/tai merkintää. Jos diagnoosi edellyttää jompaa kumpaa kriteeriä, asetetaan diagnoosi myös silloin, kun molemmat toteutuvat samanaikaisesti.

Martti Virtanen
Kehittämispäällikkö
Sosiaali- ja terveydenhuollon luokituskeskus
Stakes

Klaus Lehtinen
Apulaisopettaja
TAYS

Diagnostiska kriterier

De diagnostiska kriterierna anges med bokstäver och/eller siffror som anger deras täckning och relevans. De allmänna kriterier som förutsätts för ställande av alla diagnoser inom en viss grupp (de allmänna kriterierna för bland annat olika former av demens och schizofreni) anges med stort G och en siffra (siffror). I fråga om enskilda diagnoser anges de obligatoriska kriterierna med versaler (till exempel A, B eller C). Siffror (1, 2, 3 osv.) och gemener (a, b, c osv.) används för sådana kriterier eller subkriterier av vilka endast en del förutsätts för att en diagnos ska kunna ställas. I handboken används inte uttrycket och/eller. Om en diagnos förutsätter det ena av två kriterier, ställs diagnosen även i det fallet att bägge kriterierna uppfylls.

Martti Virtanen

Utvecklingschef

Social- och hälsovårdens klassifikationscenter

Stakes

Klaus Lehtinen

Biträdande lärare

TaUS

Toiseen painokseen tehdyt muutokset

Ändringar som gjorts i andra upplagan

Uudet koodit

Nya koder

Koodi /kod	Nimi	Namn
<i>F41.08</i>	<i>Lieväasteinen tai muu määritelty paniikkihäiriö (vähemmän kuin neljä kohtausta kuukauden aikana)</i>	<i>Lindrigt paniksyndrom eller annat specificerat paniksyndrom (mindre än fyra attacker per månad)</i>

Käytöstä poistuvat koodit

Koder som slopas

Poistettava koodi	Korvaava koodi	Kod som slopas	Ersättande kod
F64.1	Ei tarvita	F64.1	<i>behövs inte</i>
F65.0	Ei tarvita	F65.0	<i>behövs inte</i>
F65.1	Ei tarvita	F65.1	<i>behövs inte</i>
F65.5	Ei tarvita	F65.5	<i>behövs inte</i>
F65.6	Ei tarvita	F65.6	<i>behövs inte</i>

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt

Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar F00-F99

Mukaan lukien

Psykkisen kehityksen häiriöt

Inkluderar

Störningar i psykisk utveckling

Tämä luku sisältää seuraavat ryhmät:

Detta kapitel innefattar följande grupper:

- F00-F09** **Elimelliset aivo-oireyhtymät**
Organiska psykiska störningar
- F04-F09** **Muut elimelliset aivo-oireyhtymät**
Andra organiska psykiska störningar
- F10-F19** **Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt**
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser
- F20-F29** **Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt**
Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom
- F30-F39** **Mielialahäiriöt [affektiiviset häiriöt]**
Förstämningssyndrom
- F40-F48** **Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt**
Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom
- F50-F59** **Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät**
Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer
- F60-F69** **Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt**
Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna
- F70-F79** **Älyllinen kehitysvammaisuus**
Psykisk utvecklingsstörning
- F80-F89** **Psykkisen kehityksen häiriöt**
Störningar i psykologisk utveckling
- F90-F98** **Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt**
Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid
- F99-F99** **Määrittämätön mielenterveyden häiriö**
Ospecificerad psykisk störning

F00-F09

Elimelliset aivo-oireyhtymät *Organiska psykiska störningar*

Huom.

Tähän ryhmään on luokiteltu mielenterveyden häiriöt, joiden syyksi voidaan osoittaa aivosairaus, aivovamma tai muu aivojen toimintahäiriöön johtava tekijä. Primaarisella toimintahäiriöllä tarkoitetaan yksinomaan aivoihin kohdistuvaa sairautta tai vammaa, sekundäärisellä toimintahäiriöllä tarkoitetaan jonkin koko elimistöön liittyvän häiriön vaikutusta aivoihin. Alkoholin ja päihteiden aiheuttamat aivotointojen häiriöt on kuitenkin luokiteltu erilliseen ryhmään F10-F19.

Ryhmään kuuluvat häiriöt on jaettu kahteen osaan: 1) oireyhtymiin, joita hallitsevat joko älyllisten toimintojen muutokset (muistin, älykkyyden ja oppimisen alue) tai tietoisuuden muutokset (tajunnantaso ja tarkkaavaisuus) ja 2) oireyhtymiin, joita hallitsevat havainnoinnin (aistiharhat eli hallusinaatiot), ajatussisällön (harhaluulot eli delusiot) tai mielialan ja tunteiden (masentuneisuus, mania, ahdistuneisuus) muutokset tai persoonallisuuden ja käytöksen kokonaisvaltaiset muutokset, jolloin älyllisten toimintojen tai aistitoimintojen häiriö on vähäinen tai vaikea todeta. Viimeksi mainitun ryhmän (2) kuuluminen tähän luokkaan ei ole niin vakiintunut kuin ensiksi mainitun ryhmän. Viimeksi mainittu ryhmä (2) sisältää useita häiriöitä, jotka ovat oirekuvaltaan samanlaisia kuin muihin diagnostisiin ryhmiin luokitellut tilat (F20-F29, F30-F39, F40-F49, F60-F69) ilman merkittävää aivojen patologista muutosta tai toimintahäiriötä. Kuitenkin on lisääntyvästi näyttöä siitä, että monilla aivo- ja yleissairauksilla on syy-yhteyttä tällaisiin häiriöihin. Tällöin on perusteltua ottaa ne mukaan tähän ryhmään, koska tämä luokitus on kliinisesti suuntautunut.

Suurin osa tähän ryhmään kuuluvista häiriöistä saattaa alkaa ainakin teoriassa missä iässä tahansa paitsi varhaislapsuudessa. Käytännössä useimmat häiriöt alkavat aikuisiässä tai vanhuudessa. Osa häiriöistä on nähtävästi palautumattomia ja eteneviä, kun taas toiset ovat ohimeneviä tai reagoivat tällä hetkellä käytettävissä oleviin hoitoihin.

Termin "elimellinen" käyttö tässä ei tarkoita, että muut ICD-10:ssä kuvatut häiriöt olisivat "ei-elimellisiä" siinä mielessä, että niistä puuttuisi aivoperäinen tekijä. Tässä yhteydessä termi "elimellinen" tarkoittaa ainoastaan sitä, että näin luokiteltuun oireyhtymään voidaan katsoa syyksi erikseen diagnosoitavissa oleva aivosairaus tai yleissairaus. Termiä "oireenmukainen" on käytetty niissä orgaanisissa mielenterveyden häiriöissä, joissa aivotoinnin häiriö on yleissairauden oire tai seuraus.

Edellä sanotusta seuraa, että useimmiten on tarpeen käyttää kahta koodia: yhtä kuvaamaan psykopatologista oireyhtymää ja toista kuvaamaan taustalla olevaa häiriötä. Etiologinen diagnoosi tulee valita ICD-10-luokituksen asiaankuuluvasta luvusta.

Anm.

Detta avsnitt omfattar en grupp organiska syndrom med psykiska symtom som alla har en påvisbar etiologi såsom hjärnsjukdom, hjärntrauma eller annan skada som leder till cerebral dysfunktion. Med primär dysfunktion avses sjukdom eller skada som enbart påverkar hjärnan, med sekundär dysfunktion avses ett tillstånd där hjärnan angrips av någon störning som påverkar hela organismen. Cerebrala dysfunktioner som orsakas av alkohol och droger har likväl klassificerats i en separat grupp F10-F19.

De störningar som ingår i gruppen har indelats i två avdelningar: 1) syndrom som domineras antingen av förändringar i kognitiva funktioner (minne, intelligens och inlärning) eller förändringar i medvetande (medvetandenivå och uppmärksamhet) och 2) syndrom som domineras av förändringar i perceptionen (hallucinationer), tankeinhållet (vanföreställningar eller delusioner) eller sinnesstämning och känslor (depression, mani, ångest) eller övergripande personlighets- och beteendeförändringar, varvid störningen av intellektuella funktioner eller sinnesfunktioner är minimal eller svår att konstatera. Den sistnämnda gruppen (2) har inte varit lika etablerad inom denna grupp som den förstnämnda. Den sistnämnda gruppen (2) innehåller ett flertal störningar som till sin symtombild liknar sådana som de tillstånd som klassificerats i andra diagnostiska grupper (F20-F29, F30-F39, F40-F49, F60-F69) utan märkbar patologisk förändring eller cerebral dysfunktion. Likväl framkommer allt fler indikationer på att många hjärnsjukdomar och allmänna sjukdomar har ett etiologiskt samband med sådana störningar. Då är det motiverat att hänföra dem till denna grupp, eftersom denna klassificering är kliniskt inriktad.

Största delen av störningarna i denna grupp kan åtminstone teoretiskt sett uppträda i vilken ålder som helst med undantag för den tidigaste barndomen. I praktiken debuterar de flesta störningar i vuxen ålder eller i ålderdomen. En del av störningarna är synbarligen irreversibla och progredierande, medan andra åter är övergående eller reagerar på behandlingar som för närvarande finns att tillgå.

Termen "organisk" används inte här för att ange att andra störningar som beskrivs i ICD-10 skulle vara "icke organiska" i den meningen att de skulle sakna en hjärnrelaterad faktor. I detta sammanhang betyder termen "organisk" endast att som orsak till ett på detta sätt klassificerat syndrom kan betraktas en hjärnsjukdom eller en allmän sjukdom

som kan diagnostreras separat. Termen "symtomatisk" har använts vid de störningar av den mentala hälsan där cerebral dysfunktion är ett symptom på en allmän sjukdom eller en konsekvens av en sådan.

Av det ovan anförda följer att det för det mesta är nödvändigt att använda två koder: en som beskriver ett psykopatologiskt syndrom och en annan som beskriver en bakomliggande störning. Etiologisk diagnos bör väljas från det relevanta kapitlet i ICD-10 klassifikationen.

F00-F03

Dementia Demens

Huom.

Tässä esitetään dementian yleiskuvaus ja eri dementiatyyppien minimikriteerit sekä eräiden spesifisten dementioiden diagnostiset kriteerit.

Dementia on oireyhtymä, joka aiheutuu aivojen kuorikerroksen useita kehittyneitä toimintoja häiritsevistä yleensä pitkäaikaisesta tai etenevästä aivosairaudesta. Häiriintyneisiin toimintoihin kuuluvat muisti, ajattelu, orientaatio, käsitelykyky, laskemiskyky, oppiminen, kielelliset kyvyt ja arvostelukyky. Tajunta ei ole hämätynyt. Älyllisten toimintojen heikkenemiseen liittyy ja toisinaan niitä edeltää tunne-elämän hallinnan, sosiaalisen käyttäytymisen tai motivaation heikkeneminen. Tämä oireyhtymä ilmenee Alzheimerin taudissa, aivojen verenkiertosairauksissa ja muissa primaarisesti ja sekundaarisesti aivoihin kohdistuvissa häiriöissä.

Dementiaa arvioidessa tulee kiinnittää erityistä huomiota väärien positiivisten diagnoosien välttämiseen. Motivaatioon ja tunne-elämään liittyvät tekijät kuten masennus, motorinen hidastuminen ja yleinen fyysisen suorituskyvyn heikkous saattavat olla syynä toimintatason alenemiseen sen sijaan, että kyseessä olisi älyllisen kapasiteetin lasku.

Dementia aiheuttaa älyllisten toimintojen huomattavaa alenemista. Henkilökohtaiset arkielämän toiminnot kuten peseytyminen, pukeutuminen, syöminen, hygienian hoito sekä virtsaamis- ja ulostamistoiminnot saattavat häiriintyä. Tason laskun ilmenemismuoto riippuu paljon potilaan sosiaalisesta ympäristöstä ja kulttuurista. Ammattiroolin muutoksia, kuten vaikeutta säilyttää työpaikka tai työnsaantiongelmia, ei pidä käyttää dementian kriteereinä, koska työhön liittyvät vaikeudet saattavat johtua ulkoisista syistä.

Diagnoosin pääkriteeri on jokapäiväiseen elämään liittyvien henkilökohtaisten toimintojen häiriintyminen, koska muisti ja ajattelu ovat heikentyneet. Muistin häiriintyminen ilmenee tyyppillisesti uuden tiedon muistiinpainamisen, varastoinnin ja muistiinpalaamisen vaikeutena, mutta aiemmin opittu ja tuttu aines voidaan myös menettää, etenkin sairauden myöhäisvaiheissa. Dementia on enemmän kuin muistihäiriö. Siinä ajattelu- ja päättelykyky on häiriintynyt ja ajatuksenkulku hidastunut. Tulevan tiedon käsittely on vaikeutunut ja sen seurauksena henkilöllä on lisääntyvästi vaikeuksia kiinnittää huomiota useampaan kuin yhteen ärsykkeeseen samanaikaisesti, kuten esimerkiksi ottaa osaa keskusteluun usean henkilön kanssa tai pysyä keskustelussa mukana, kun aihe vaihtelee. Jos dementia on ainoa diagnoosi, tulee tajunnantason olla selkeä. Kaksoisdiagnoosi "Dementiaan liittyvä sekavuustila eli delirium" (F05.1) on kuitenkin tavallinen. Kun oireita on ollut vähintään kuusi kuukautta, dementiadiagnoosi voidaan asettaa luotettavasti.

Diagnostiset kriteerit:

G1. Esiintyy kaikki seuraavat:

(1) Muistin heikkeneminen, joka on selvintä uuden informaation oppimisessa, vaikkakin vaikeissa tapauksissa myös aiemmin opitun informaation mieleenpalauttaminen saattaa olla häiriintynyt. Heikkeneminen koskee sekä sanallista että ei-sanallista aineistoa. Heikkeneminen täytyy varmistaa objektiivisesti hankkimalla luotettavaa tietoa eri tahoilta ja täydentäen sitä, mikäli mahdollista, neuropsykologisia testejä tai kognitiivisiä toimintoja mittavia arviointiasteikkoja käyttäen.

Heikkenemisen aste arvioidaan seuraavasti:

Lievä: Muistin heikkeneminen on riittävän vaikea haittaamaan jokapäiväisiä toimintoja, muttei kuitenkaan niin vaikea, että itsenäinen elämä olisi mahdotonta. Pääasiassa uuden materiaalin oppiminen on häiriintynyt. Henkilön on esimerkiksi vaikea havaista, säilyttää muistissa ja palauttaa mieleen jokapäiväiseen elämään liittyviä asioita kuten tavaroiden säilytyspaikkoja, sosiaalisia sitoumuksia tai perheenjäsenten hiljan esilletuomia asioita.

Keskivaikea: Muistin menetys on niin vaikea, että se vaikeuttaa vakavasti itsenäistä elämää. Vain hyvin opittu tai erittäin tuttu aines säilyvät. Uusi informaatio säilyy vain ajoittain ja hyvin lyhytaikaisesti. Henkilö ei pysty muistamaan, missä hän on, mitä hän on viime aikoina tehnyt tai minkä nimisiä tutut ihmiset ovat.

Vaikea: Muistin menetys on niin vaikea, että sille on tyyppistä täydellinen kyvyttömyys muistaa uutta informaatiota. Vain katkelmia aiemmin opitusta informaatiosta säilyy. Henkilö ei tunnista edes läheisiä sukulaisiaan.

(2) Muiden älyllisten toimintojen heikkeneminen, jolle on luonteenomaista arvostelu- ja ajattelukyvyyn, kuten suunnittelu- ja järjestelykyvyyn ja yleisen informaation käsittelykyvyyn, heikkeneminen. Näyttöä tästä pitäisi saada potilaan tilan tuntevilta henkilöiltä täydentäen sitä, mikäli mahdollista, neuropsykologisilla testeillä tai kognitiota mittavilla arviointitesteillä. Toimintatason heikkeneminen verrattuna aiempaan toimintatasoon tulee osoittaa.

Heikkenemisen aste arvioidaan seuraavasti:

Lievä: Älyllisten kykyjen lasku aiheuttaa heikkenemistä jokapäiväisestä elämästä selviämässä, mutta ei siinä määrin, että se tekisi henkilön riippuvaiseksi muista. Henkilö ei pysty selviytymään monimutkaisista päivittäisistä tehtävistä tai vapaa-aikaan liittyvistä toiminnoista.

Keskivaikea: Älyllisten toimintojen heikkeneminen tekee henkilöstä kyvyttömän selviytymään arkielämästä ilman muiden apua mukaanlukien kaupassakäynti ja raha- asioiden hoitaminen. Kotona henkilö selviytyy vain yksinkertaisista askareista. Toiminnot ovat rajoittuneet ja huonosti säilyneet.

Vaikea: Heikkenemiselle on luonteenomaista älyllisen ajattelun täydellinen tai lähes täydellinen puuttuminen.

Dementian yleinen vaikeusaste ilmaistaan parhaiten joko muistin tai älyllisten toimintojen tason laskuna, riippuen siitä, kumpi on vaikeampi. (esim. lievä lasku muistitoiminnoissa ja keskivaikea lasku älyllisissä kyvyissä viittaa keskivaikeaan dementiaan.)

G2. Tietoisuus ympäristöstä säilyy riittävän pitkän ajan, jotta voidaan yksiselitteisesti osoittaa kriteerin G1 mukaisten oireiden olemassaolo. Kun tilaan liittyy tajunnantason hämartyminen, kuten sekavuustilassa (delirium, F05, kriteeri G1), dementian diagnosointia tulee lykätä.

G3. Tunne-elämän kontrollin tai motivaation heikkenemisen tai sosiaalisen käyttäytymisen muutoksen osoituksena todetaan ainakin yksi seuraavista:

- (1) tunne-elämän ailahtelevuus
- (2) ärtyisyys
- (3) apatia
- (4) sosiaalisen käyttäytymisen karkeutuminen

G4. Jotta voidaan tehdä varma diagnoosi, kriteerin G1 mukaisia oireita on täytynyt esiintyä vähintään kuuden kuukauden ajan. Jos selvästi osoitettavasta alusta on kulunut tätä lyhyempi aika, diagnoosi voi olla vain alustava.

Erotusdiagnoosi:

Erotusdiagnoosissa on otettava huomioon:

Masentuneisuus (F30-F39), jossa saattaa esiintyä useita varhaisen dementian piirteitä, erityisesti muistin häiriötä, hidastunutta ajattelua ja aloitteellisuuden puutetta

Sekavuustila eli delirium (F05)

Lievä tai keskivaikea älyllinen kehitysvammaisuus (F70-F71)

Erittäin köyhästä sosiaalisesta ympäristöstä ja rajoittuneesta koulutuksesta aiheutuva alentunut älyllinen toimintakyky

Lääkityksen aiheuttamat hankitut mielenterveyden häiriöt (F06)

Dementia saattaa olla seurausta mistä tahansa tähän ryhmään kuuluvasta elimellistä mielenterveyden häiriöstä tai se saattaa esiintyä joidenkin tämän ryhmän häiriöiden, erityisesti sekavuustilan eli deliriumin kanssa samanaikaisesti.

Huom!

Diagnoosia tukee näyttö aivojen kuorikerroksen muiden toimintojen häiriöstä. Näitä ovat afasia (aivotuiminnan häiriöstä johtuva kielellinen häiriö), agnosia (kykenemättömyys tunnistaa esineitä normaalista tuntoaistista huolimatta) ja apraksia (kykenemättömyys suoriutua motorisista toiminnoista, normaalista ymmärtämisestä ja motorikasta huolimatta).

Arvioitaessa itsenäisen elämän mahdollisuutta ja riippuvuutta muista ihmisistä tulee ottaa huomioon kulttuuriin liittyvät odotukset ja elinympäristö.

Dementian vähimmäiskestoksi on tässä määritelty kuusi kuukautta. Tällöin dementia ei sekoitu ilmenemismuodoiltaan sitä muistuttavien tautitilojen kanssa. Niitä ovat: vamma aiheuttama kovankalvonalainen verenvuoto (S06.5), normaalipaineinen hydrokefalus (G91.2) ja laaja tai paikallinen aivovamma (S06.2 ja S06.3).

Viidettä merkkiä tulee käyttää osoittamaan lisäoireiden esiintymistä luokissa F00-F03 (F00 Alzheimerin tautiin liittyvä dementia, F01 verisuoniperäinen dementia, F02 muualla luokiteltuihin sairauksiin liittyvä dementia, F03 tarkemmin määrittelemätön dementia) seuraavasti:

.x0 ilman lisäoireita

.x1 liittyy muita oireita, pääasiassa harhaluuloisuutta

.x2 liittyy muita oireita, pääasiassa aistiharhaisuutta

.x3 liittyy muita oireita, pääasiassa masennusoireita

.x4 liittyy muita sekamuotoisia oireita

Kuudetta merkkiä voidaan käyttää paikallisissa sovelluksissa tai tutkimustarkoituksissa osoittamaan demencian vaikeusastetta:

.xx0 lievä

.xx1 keskivaikea

.xx2 vaikea

Kuten edellä mainittiin, demencian yleinen vaikeusaste riippuu joko muistihäiriön tai älyllisen häiriön asteesta, kumpi tahansa on vaikeampi.

Dementia ja kehitysvammainen

Kehitysvammaisena dementoituminen aiheuttaa ennestään huonon suorituskyvyn selvän lisäheikkenemisen sekä älyllisten toimintojen että päivittäisten toimintojen osalta. Tässä yhteydessä on tärkeää välttää vääriä positiivisia diagnooseja. Esimerkiksi masennus, sekaannus (delirium) tai tilanteet, joissa lihastoiminnot hidastuvat, voivat aiheuttaa samankaltaisia tilanteita. Tärkeää on myös erottaa kehitysvaiheen aikana syntynyt älyllisten toimintojen häiriö dementiasta. Tämän vuoksi on tärkeää perustaa dementia-diagnosi mitattuun tai muuten selvästi dokumentoituun tason laskuun.

Anm.

Här presenteras en allmän översikt av demens och minimikriterierna för olika typer av demens samt diagnostiska kriterier för en del specifika former av demens.

Demens är ett syndrom som orsakas av en i regel kronisk eller progredierande hjärnsjukdom som rubbar ett flertal högre kortikala funktioner. Till de störda funktionerna hör minne, tankeverksamhet, orientering, förståelse, räkneförmåga, inlärningskapacitet, språk och omdöme. Medvetandet är inte grumlat. Försämringen av kognitiva funktioner åtföljs ofta, och är ibland föregångaren av försämring av emotionell kontroll, socialt beteende eller motivation. Detta syndrom förekommer vid Alzheimers sjukdom, vid cerebrovaskulär sjukdom och vid andra tillstånd som primärt eller sekundärt påverkar hjärnan.

Vid bedömning av demens bör särskild uppmärksamhet fästas vid undvikande av oriktiga positiva diagnoser. Faktorer som hänför sig till motivationen och känslolivet som till exempel depression, långsammare motorik och svag allmän prestationsförmåga kan utgöra orsaken till en nedsatt funktionsnivå i stället för att det skulle vara fråga om nedsatt kapacitet.

Demens medför en avsevärd försämring av kognitiva funktioner. Störningar kan förekomma i personliga vardagliga sysslor som till exempel att tvätta sig, klä på sig, äta, sköta sin hygien, liksom även urinerings- och tarmtömning. Det uttryck den sjunkande nivån tar sig är starkt beroende av patientens sociala miljö och kultur. Förändringar i yrkesrollen såsom svårigheter att behålla arbetsplatsen eller att få jobb bör inte användas som demenskriterium, eftersom arbetsrelaterade problem kan ha externa orsaker.

Huvudkriteriet för diagnosen är en störning av de personliga funktionerna på grund av att minnet och tänkandet har försvagats. Typiska yttringar av minnesstörning utgörs av svårigheter att uppta ny minneskunskap, bevara och återkalla saker i minnet, men även tidigare inlärt och bekant stoff kan gå förlorat, i synnerhet i slutskedet av sjukdomen. Demens är mycket mer än en minnesstörning. Här handlar det om störningar av tanke- och slutledningsförmågan samt om en långsammare tankeverksamhet. Behandlingen av inkommande information har försvårats och till följd av detta har personen allt större svårigheter att fästa uppmärksamheten på flera än ett incitament på samma gång, som till exempel att delta i ett samtal med flera personer eller hållas med i konversationen då samtalsämnet växlar. Om demens är den enda diagnosen, bör medvetandenivån vara klar. Dubbel diagnosen "Delirium med underliggande demenssjukdom" (F05.1) är likväl vanlig. Då symtom har förekommit i minst sex månader kan en tillförlitlig demensdiagnos ställas.

Diagnostiska kriterier:

G1. Samtliga följande: Nedsättningen gäller såväl verbalt som icke verbalt material. Nedsättningen måste konstateras objektivt genom att tillförlitlig information hämtas från olika håll och i mån av möjlighet kompletteras med neuropsykologiska test eller genom användning av bedömningsskalor för mätning av kognitiva funktioner.

Graden av nedsättning bedöms på följande sätt:

Lindrig: Nedsättningen av minnet är tillräckligt stark för att försvåra de dagliga sysslorna, men likväl inte så svårt att det är omöjligt att leva ett självständigt liv. I huvudsak har inläringen av nytt material försvårats. Personen har till exempel svårt att observera, hålla i minnet och återkalla i minnet saker som hör till det dagliga livet såsom förvarings-

platser för saker, sociala åtaganden eller teman som nyligen förts på tal av familjemedlemmar.

Medelsvår: Minnesförlusten är så grav att den allvarligt försvårar ett självständigt liv. Endast ett väl inlärt eller synnerligen bekant material bevaras.<0> Ny information bevaras endast tillfälligt och för mycket kort tid. Personen kan inte minnas var han eller hon befinner sig, vad hon eller han har gjort under den senaste tiden eller vad bekanta personer heter.

Svår: Minnesförlusten är så grav att det är typiskt att den medför fullständig oförmåga att hålla ny information i minnet. Endast brottstycken av tidigare inhämtad information bevaras. Personen känner inte ens igen sina närmaste släktingar.

(2) Nedsättning av övriga intellektuella funktioner som karakteriseras av nedsatt omdömes- och tankeförmåga såsom bristande planerings- och organisationsförmåga samt förmåga att behandla allmän information. Information om detta bör hämtas hos personer som känner till patientens tillstånd och i mån av möjlighet kompletteras med neuropsykologiska test eller genom användning av bedömningsskalor för mätning av kognitiva funktioner. En nedsättning av funktionsnivån i jämförelse med tidigare tillstånd bör påvisas.

Graden av nedsättning bedöms på följande sätt:

Lindrig: Nedsättningen av den intellektuella kapaciteten gör det svårare att klara sig i det dagliga livet, men inte i så hög grad att det gör personen beroende av andra. Personen kan inte klara komplicerade dagliga uppgifter eller sysslor som hänför sig till fritiden.

Nedsättningen av de intellektuella funktionerna gör personen oförmögen att utan hjälp av andra klara av det dagliga livet inklusive uppköp och penningärenden. Hemma klarar personen endast av enkla sysslor. Funktionerna är begränsade och dåligt bevarade.

Svår: Karakteristiskt för nedsättningen är ett totalt eller närmast totalt bortfall av kognitiva funktioner.

Den allmänna svårighetsgraden av demens anges på bästa sätt som en nedsättning av antingen minnet eller de kognitiva funktionerna, beroende på vilkendera som är allvarligare. (t.ex. en lindrig nedsättning av minnesfunktionerna och en medelsvår nedsättning av den intellektuella kapaciteten tyder på en medelsvår demens.)

G2. Medvetenheten om omgivningen bevaras tillräckligt länge för att förekomsten av symtom enligt G1 entydigt ska kunna påvisas. När tillståndet åtföljs av att medvetandenivån grumlans som i ett förvirringstillstånd (delirium, F05, kriterium G1), bör diagnostiseringen av demens uppskjutas.

G3. Som ett tecken på försvagad kontroll av känslolivet eller nedsatt motivation eller förändrat socialt beteende konstateras åtminstone ett av följande symtom:

(1) nyckfullt känsloliv

(2) irritation

apati

(4) förgrovat socialt beteende

G4. För att säker diagnos ska kunna ställas bör symtom enligt kriterium G1 ha förekommit i minst sex månader. Om en kortare tid har förflutit sedan en debut som tydligt kan konstateras, kan diagnosen endast vara preliminär.

Differentialdiagnos:

I en differentialdiagnos bör följande beaktas:

Depression (F30-39) med förekomst av ett flertal symtom på tidig demens, i synnerhet minnesstörningar, långsam tankeverksamhet och bristande initiativförmåga. /Förvirringstillstånd (F05)

Lindrig eller medelsvår psykisk utvecklingsstörning (F70-F71). Nedsatt intellektuell kognitiv funktionsförmåga orsakad av synnerligen fattig social miljö och begränsad utbildning

Förvärvade störningar av den mentala hälsan (F06) orsakade av läkemedelsbehandling

Demensen kan vara en följd av vilket som helst av de organiska syndrom som hör till denna grupp eller kan förekomma samtidigt som andra störningar inom gruppen, i synnerhet tillsammans med ett förvirringstillstånd eller delirium. Sådana störningar är afasi (språklig störning som orsakas av störning i hjärnverksamheten), agnosi (oförmåga att identifiera föremål trots normalt känselsinne) eller apraksi (oförmåga att utföra motoriska handlingar trots normal förståelse och motorik).

Vid bedömning av förutsättningarna för ett självständigt liv och beroende av andra människor bör uppmärksamhet fästas vid kulturella förväntningar och livsmiljö.

Demensen bör enligt denna definition ha varat i minst sex månader. Då förväxlas demens inte med sjukdomstillstånd som till sina uttrycksformer påminner om demens. Sådana är: Traumatisk subdural blödning (S06.5), hydrokefalus vid normalt intrakraniellt tryck (G91.2) och diffus eller fokal hjärnskada (S06.2 ja S06.3).

Tecknet i femte position bör användas för att ange förekomst av tilläggsymtom i subgrupperna F00-F03 (F00 demens vid Alzheimers sjukdom, F01 vaskulär demens, F02 demens i anknytning till andra klassificerade sjukdomar, F03 icke specificerad demens) på följande sätt:

.x0 utan tilläggsymtom

.x1 med tilläggsymtom, huvudsakligen vanföreställningar

.x2 med tilläggsymtom, huvudsakligen sinnesvillor

.x3 med andra symtom, huvudsakligen depressionssymtom

.x4 med andra symtom på blandformer

Det sjätte tecknet kan användas i lokala tillämpningar eller för forskningsändamål för att beskriva demenstillståndets svårighetsgrad.:

.xx0 lindrig

.xx1 medelsvår

.xx2 svår

Enligt det ovan nämnda beror den allmänna svårighetsgraden av demens på graden av minnesstörningen eller graden av den intellektuella störningen utifrån den som är svårast.

Demens och utvecklingsstörning

Demens som drabbar en utvecklingsstörd person orsakar en tydlig extra nedsättning av en redan tidigare svag prestationsförmåga såväl för de kognitiva funktionernas som de dagliga sysslornas del. I detta sammanhang är det viktigt att undvika fel positiva diagnoser. Till exempel depression, förvirring (delirium) eller situationer där muskelfunktionerna blir långsamma kan orsaka liknande tillstånd. Det är även viktigt att skilja mellan en störning som uppstått under ett utvecklingsskede och demens. Därför är det viktigt att grunda en demensdiagnos på en uppmätt eller på annat sätt tydligt dokumenterad nedsättning av nivån.

F00*

ALZHEIMERIN TAUTIIN LIITTYVÄ DEMENTIA

Demens vid Alzheimers sjukdom

Huom.

Alzheimerin tauti on primaarinen aivoja rappeuttava sairaus, jonka syitä ei tunneta ja jossa on tyypillisiä neuropatologisia ja neurokemiallisia piirteitä. Aivojen tyypillisiä muutoksia ovat neuronien määrän huomattava väheneminen erityisesti hippocampuksessa, substantia innominatassa, locus coeruleuksessa ja ohimo-, päälaen- ja otsalohkon kuorikerroksessa. Lisäksi on todettavissa neurofibrillaarisia kimppejä, jotka ovat muodostuneet kahdesta kierteisestä säikeestä ja neuriittisia (argentofiliisia) taudin edetessä kehittyviä plakkeja, jotka koostuvat suurelta osin amyloidista sekä granulovakuolaarisia kappaleita. Tyypillisiä neurokemiallisia muutoksia ovat asetyylikoliinin, koliini-asetyyylitransferaasientsyymin sekä muiden hermovälittäjäaineiden ja neuromodulaattorien huomattava väheneminen.

Alzheimerin taudin aiheuttama dementia on nykytiedon valossa palautumaton.

Taudinkuva:

Alzheimerin taudin alku on yleensä hiipivä ja tauti kehittyy hitaasti, mutta etenevästi vuosien aikana. Tämä aika voi olla vain kahdesta kolmeen vuoteen, mutta saattaa toisinaan olla huomattavasti pidempi. Häiriö voi alkaa keski-ikässä tai jopa sitä varhaisemmin (Alzheimerin tautiin liittyvä varhain alkava dementia), mutta ilmaantuvuus on yleisintä myöhäisessä iässä (Alzheimerin tautiin liittyvä myöhään alkava dementia). Tapauksissa, jotka alkavat ennen 65-70 vuoden ikää, samanlaisen demensian esiintyminen suvussa on todennäköistä. Taudin kulku on myöhemmin alkavaa nopeampi ja ohimo- ja päälakilohkon vaurioiden piirteet ovat vallitsevia puheen ja motoriikan häiriöt (dysfasiat ja dyspraksiat) mukaan lukien. Myöhään alkavissa tapauksissa taudinkulku on edellä mainittua hitaampaa ja tyypillistä on aivojen kuorikerroksen korkeimpien toimintojen yleinen häiriintyminen. Downin oireyhtymää sairastavilla potilailla on suuri riski sairastua Alzheimerin tautiin.

Kliiniset piirteet liittyvät yllämainittuihin aivomuutoksiin. Nykyään kuitenkin näyttää siltä, että ne eivät aina kehity rinnakkain: toinen voi olla havaittavissa kiistatta, vaikka toisesta olisi vain vähäistä näyttöä. Alzheimerin taudin kliiniset osatekijät ovat kuitenkin sellaisia, että on usein mahdollista tehdä todennäköinen diagnoosi yksinomaan kliinisin perustein.

Diagnostiset kriteerit:

G1. Täyttää yleiset demensian kriteerit (F00-F03, G1-G4)

G2. Hiipivä alku ja tilan hidas huononeminen. Koska alkamishetkeä on usein vaikea osoittaa, voi lähipiiri havaita häiriöiden esiintymisen yhtäkkiä. Taudin etenemisessä saattaa esiintyä selkeä tasaantumisvaihe.

G3. Ei ole osoitettavissa muuta mahdollista demensian syytä aiemman anamneesin, kliinisen tutkimuksen tai erityistutkimusten löydösten perusteella (esim. aivoverenkiertosairautta, kovakalvonalaista verenvuotoa, HIV:iä, Parkinsonin tautia, Huntingtonin tautia, normaalipaineista hydrokefalusta, neurosyfilistä tai yleissairautta kuten kilpirauhasen vajaatoimintaa, B12-vitamiinin, foolihapon tai niasiinin puutetta, hyperkalsemiaa tai alkoholin tai muiden päihteiden väärinkäyttöä).

Sairaus ei ala äkillisesti halvauksirein eikä siinä ilmene paikallisen vaurion aiheuttamia neurologisia oireita kuten toispuolihalvausta, tuntuu puuttoksia, näkökenttäpuuttoksia tai koordinaatiohäiriöitä sairauden alussa (vaikka nämä ilmiöt voivat liittyä sairauteen myöhemmin).

Seuraavat piirteet tukevat diagnoosia, mutta eivät ole välttämättömiä:

- 1) Aivojen kuorikerroksen toimintojen häiriintyminen, jota osoittaa afasia (aivotoiminnan häiriöstä johtuva kielellinen häiriö), agnosia (kykenemättömyys tunnistaa esineitä normaalista tuntoaistista huolimatta) tai apraksia (kykenemättömyys suoriutua motorisista toiminnoista, normaalista ymmärtämisestä ja motoriikasta huolimatta).
- 2) Motivaation ja tarmon lasku, joka johtaa apatiaan ja aloitekyvyn puutteeseen.
- 3) Ärtäisyys ja sosiaalisen käyttäytymisen estottomuus.
- 4) Näyttö aivojen surkastumisesta erityistutkimuksissa, erityisesti, jos muutosten voidaan osoittaa lisääntyvän ajan myötä.

Vaikeissa muodoissa saattaa esiintyä Parkinsonin tautia muistuttavia ekstrapyramidaalisia muutoksia, logocloniaa (sanan jonkin osan tarpeeton toistaminen) ja epileptisiä kohtauksia.

Diagnoosin varmistaa ruumiinavauksessa todettava neurofibrillaarisäikeiden ja neuroittisten plakkin ikätasoa suurempi esiintyvyys.

Erotusdiagnoosi:

Erotusdiagnostisesti ongelmallisia tiloja ovat:

Masentuneisuus (F30-F39)

Sekavuustila (delirium, F05)

Elimellinen amnestinen oireyhtymä (F04)

Muut primaariset demensiat, kuten Pickin, Creutzfeld-Jakobin tai Huntingtonin -tauti (F02)

Erilaisiin fyysisiin sairauksiin, myrkytystiloihin ym. liittyvät sekundääriset demensiat (F02.8)

Lievä, keskivaikea tai vaikea älyllinen kehitysvammaisuus (F70-F72)

Alzheimerin tautiin liittyvä demensia voi esiintyä yhtäaikaan verisuoniperäisen demensian kanssa (F00.2), jolloin aivo-verisuoniperäiset häiriöt (moni-infarkti -ilmiö) liittyvät Alzheimerin tautiin viittaavaan kliiniseen kuvaan ja historiaan. Tällaiset sairausjaksot voivat johtaa nopeasti demensioireiden pahenemiseen.

Osalla potilaista saattaa esiintyä sekä Alzheimerin tautiin liittyvän että verisuoniperäisen demensian piirteitä. Tällaisissa tapauksissa tulee tehdä kaksoisdiagnoosi. Verisuoniperäisen demensian esiintyessä ennen Alzheimerin tautia, saattaa olla mahdotonta kliiniseltä pohjalta diagnosoida jälkimmäistä.

Ruumiinavauslöydösten perusteella molempia demensiatyyppejä saattaa esiintyä samanaikaisesti jopa 10-15 %:ssa kaikista demensiatapauksista.

Huom!

Mahdollisten alatyypin erottelu

Koska taudissa on mahdollisesti erotettavissa alatyyppejä, suositellaan seuraavien ominaispiirteiden varmentamista jatkoluokittelun pohjaksi: ikä sairauden alkaessa, etenemisnopeus, kliinisten piirteiden kokonaiskuva, erityisesti ohimolohkon, päälaenlohkon ja otsalohkon oireiden suhteellinen osuus tai puuttuminen, mitkä tahansa neuropatologiset tai neurokemialliset poikkeavuudet ja niiden laatu.

Nykyisin Alzheimerin tauti jaetaan alaluokkiin kahdella tavalla:

1) Iän perusteella - varhain alkavan ja myöhään alkavan tyyppin rajana pidetään noin 65 vuoden ikää.

2) Taudinkuvan perusteella (katso F00.0 ja F00.1)

Varhain ja myöhään alkavan tyyppin välillä ei ole tarkkaa rajaa. Taudinkvaltaan varhain alkavan tyyppinen sairaus voi puhjeta myöhäisellä iällä, samoin kuin myöhään alkavan tyyppinen sairaus voi toisinaan alkaa ennen 65 vuoden ikää. Jatkossa esitettävä jako luokkien F00.0 ja F00.1 välillä on vielä kiistanalainen.

Alzheimerin taudille tyypillisiä histopatologisia muutoksia esiintyy tavallista useammin Downin syndrooman yhteydessä. Nämä muutokset lisääntyvät iän myötä. Eteneminen on toisinaan selvästi nopeampaa kuin muilla potilasryhmillä.

Anm.

Alzheimers sjukdom är en primär degenerativ cerebral sjukdom av okänd etiologi med karaktäristiska neuropatologiska och neurokemiska kännetecken. Typiska förändringar i hjärnan är en avsevärd reduktion av antalet neuroner i synnerhet i hippocampus, substantia innominata, locus coeruleus och i tinnings-, hjäss- och pannlobens hjärnbark. Konstateras kan dessutom neurofibrillära tangles samt i och med att sjukdomen framskrider neuritiska (argentofila) plack till stor del bestående av amyloid och granulovakuoler. Till de typiska neurokemiska förändringarna hör en avsevärd minskning av acetylkolin, kolinacetyltransferas enzym samt övriga neurotransmitters och neuromodulatorer. Demens vid Alzheimers sjukdom är i ljuset av nuvarande kunskap irreversibel.

Sjukdomsbild:

Alzheimers sjukdom kännetecknas i början vanligen av en smygande, långsam utveckling, men framskrider under årens lopp. Denna period kan vara endast från två till tre år, men kan i vissa fall ta betydligt längre tid i anspråk. Störningen kan debutera i medelåldern eller till och med tidigare (demens med tidig debut vid Alzheimers sjukdom), men förekomsten av sjukdomen är allmännast vid högre ålder (demens med sen debut vid Alzheimers sjukdom). I fall med debut före 65-70 års ålder är förekomst av liknande demens i släkten sannolik. Sjukdomens förlopp är snabbare än vid sjukdom med sen debut och skadorna drabbar huvudsakligen tinnings- och hjässloben inklusive störningar av tal och motorik (dysfasier och dyspraxier). I sjukdomsfall med sen debut är sjukdomens förlopp långsammare än i det tidigare fallet och en typisk företeelse är en generell störning av högre kortikala funktioner. Patienter som lider av Downs syndrom löper stor risk att insjukna i Alzheimers sjukdom.

De kliniska dragen hänger samman med ovan nämnda förändringar i hjärnan. Nuförtiden förefaller det likväl som om de inte alltid utvecklas parallellt: den ena kan obestridligt gå att konstatera, trots ringa förekomst av den andra. Delfaktorerna i Alzheimers sjukdom är likväl av sådan art att det ofta är omöjligt att fastställa en sannolik diagnos enbart på kliniska grunder.

Diagnostiska kriterier:

G1. Uppfyller allmänna kriterier för demens (F00-F03, G1-G4)

G2. Smygande början och långsam försämring. Eftersom det ofta är svårt att ange en tidpunkt för sjukdomens utbrott kan de närstående plötsligt observera förekomsten av störningar. I sjukdomens progression kan en tydlig stabiliseringsfas förekomma. /G3. Det är inte möjligt att påvisa någon annan eventuell orsak till demens utifrån fynd från tidigare sjukdomshistoria, klinisk undersökning eller specialundersökning (t.ex. cerebrovaskulär sjukdom, blödning under hårda hjärnhinnan, haemorrhagia subduralis, HIV, Parkinsons sjukdom, Huntingtons sjukdom, hydrokefalus vid normalt intrakraniellt tryck, neurosyfilis eller allmän sjukdom som sköldkörtelinsufficiens/hypotyreos brist på B12-vitamin, folsyra eller niacin, hyperkalcemi eller alkohol- eller annat drogmissbruk).

Sjukdomen bryter inte ut i ett akut tillstånd och företer inga neurologiska symtom orsakade av en lokal skada som till exempel unilateral förlamning, känselnedsättning eller koordinationsstörningar i början av sjukdomen (även om dessa fenomen kan relateras till sjukdomen vid en senare tidpunkt).

Följande kännetecken stöder diagnosen, men är inte nödvändiga:

- 1) Störning av hjärnbarkens funktioner, vilket påvisas av afasi (språklig störning som orsakas av cerebral dysfunktion), agnosi (oförmåga att identifiera föremål trots normalt känselinne) eller apraksi (oförmåga att utföra motoriska handlingar trots normal förståelse och motorik).
- 2) Nedsatt motivation och energi som leder till apati och brist på initiativförmåga.
- 3) Irritation och hämningslöst socialt beteende.
- 4) Cerebral atrofi som konstaterats i specialundersökningar, i synnerhet om det kan påvisas att förändringarna blir större med tiden.

I svåra former kan det förekomma extrapyramidala förändringar som påminner om Parkinsons sjukdom, logocloni (onödig upprepning av delar av ord) och epileptiska anfall.

Diagnosen bekräftas av en för åldersnivån rikligare förekomst än vanligt av neurofibrillära tangles och neuritiska plack som fastställs i obduktionen.

Differentialdiagnos:

Problematiska tillstånd ur differentialdiagnostisk synvinkel:

Förstämningssyndrom (F30-F39)

Förrvirringstillstånd (delirium, F05)

Organiskt amnesisyndrom (F04)

Andra primära demenssyndrom som till exempel Picks, Creutzfeld-Jakobs eller Huntingtons sjukdom (F02)

*Sekundära demenssyndrom (F02.8) relaterade till olika fysiska sjukdomar, förgiftningstillstånd mm
Lindrig, medelsvår eller svår psykisk utvecklingsstörning (F70-F72)*

Demens vid Alzheimers sjukdom kan förekomma på samma gång som vaskulär demens (F00.2) då vaskulära störningar (multipel infarkt) förekommer i kombination med en klinisk bild och historia som tyder på Alzheimers sjukdom. Sådana sjukdomsperioder kan snabbt leda till förvärrade demenssymtom.

Hos en del patienter kan det förekomma drag av såväl Alzheimers sjukdom som vaskulär demens. I dessa fall bör en dubbeldiagnos ställas. Då vaskulär demens uppträder före Alzheimers sjukdom kan det vara omöjligt att kliniskt diagnostisera den senare.

Obduktionsfynd visar att båda typerna av demens kan förekomma samtidigt hos upp till 10-15 % i samtliga fall av demens.

Obs!

Åtskiljning av eventuella undergrupper}

Eftersom det är möjligt att urskilja undergrupper av sjukdomen, rekommenderas det att följande särdrag konstateras som grund för fortsatt klassificering: ålder vid sjukdomens debut, helhetsbilden av de kliniska kännetecknen, i synnerhet den relativa andelen eller avsaknaden av symtom i tinningloben, hjässloben och pannloben, vilka neuropatologiska eller neurokemiska anomalier som helst och arten av dem.

Nuförtiden indelas Alzheimers sjukdom i undergrupper på två sätt: /1) utifrån ålder typ med tidig och typ med sen debut mellan vilka gränsen anses gå vid ca 65 års ålder.

2) utifrån sjukdomsbild (se F00.0 ja F00.1)

Mellan typ med tidig och typ med sen debut finns det ingen exakt gräns. En sjukdom med sjukdomsbild av en typ med tidig debut kan bryta ut vid högre ålder på samma sätt som en sjukdom av en typ med sen debut kan bryta ut före 65 års ålder. Den indelning som i det följande presenteras i klasserna F00 och F00.1 är fortfarande kontroversiell/

Histopatologiska förändringar som är typiska för Alzheimers sjukdom förekommer oftare i samband med Downs syndrom. Förändringar av detta slag blir vanligare i och med tilltagande ålder. Progressionen är ibland klart snabbare än hos andra patientgrupper.

F00.0* Alzheimerin tautiin liittyvä varhain alkava dementia

Demens vid Alzheimers sjukdom med tidig debut

Mukaan lukien

Alzheimerin tauti, tyyppi 2

Preseniili dementia, Alzheimerin tyyppi

Preseniilialkuinen, Alzheimerin tyyppinen primaarinen degeneratiivinen dementia

Inkluderar

Alzheimers sjukdom, typ 2

Presenil demens av Alzheimer typ

Primär degenerativ demens av Alzheimer typ, presenil debut

Huom.

Taudinkuva:

Kuten diagnosiryhmän (F00-F03) johdannossa on kuvattu. Luonteenomaista on sairauden alku ennen 65 vuoden ikää ja yleensä nopea oireiden kehittyminen. Taudissa ilmenee monenlaisia huomattavia aivojen kuorikerroksen korkeampien toimintojen häiriöitä. Afasia, agrafia, aleksia ja apraksia tulevat esiin useissa tapauksissa suhteellisen varhaisessa vaiheessa.

Alzheimerin taudin esiintyminen suvussa ei ole välttämätöntä diagnoosin asettamiseksi, mutta lisää sen todennäköisyyttä samoin kuin Downin oireyhtymän ja lymfooman esiintyminen suvussa.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää Alzheimerin tautiin liittyvän demention diagnostiset kriteerit (F00 G1-G3).

B. Ikä sairauden alkaessa on alle 65 vuotta.

C. Lisäksi ainakin yksi seuraavista:

(1) Sairaus on alkanut ja edennyt suhteellisen nopeasti,

(2) Muistihäiriön lisäksi tulee esiintyä afasia (amnestinen tai sensorinen), agrafia (kyvyttömyys kirjoittaa), aleksia

(kyvyttömyys lukea), akalkulia (kyvyttömyys laskea) tai apraxia. Nämä viittaavat ohimolohkon, päälaenlohkon ja/tai otsalohkon häiriöön.

Anm.

Sjukdombild:

I enlighet med beskrivningen i inledningen till diagnosgruppen (F00-F03). Kännetecknande är att sjukdomen bryter ut före 65 års ålder och att symtomen i regel utvecklas snabbt. I sjukdomen framträder ett flertal olika slags störningar av högre kortikala funktioner. Afasi, agrafi, alexi och apraxi framkommer i många fall på ett relativt tidigt stadium.

Alzheimers sjukdom behöver nödvändigtvis inte förekomma i släkten för att en diagnos ska kunna ställas, men förstärker sannolikheten för den liksom förekomst i släkten av Downs syndrom och lymfom.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de diagnostiska kriterierna för demens vid Alzheimers sjukdom (F00 G1-G3).

B. Åldern vid sjukdomens utbrott är under 65 år.

C. Dessutom åtminstone ett av följande: (1) Sjukdomen har brutit ut och framskridit relativt snabbt:

(2) Förutom minnesstörningar bör afasi uppträda (amnestisk eller sensorisk), agrafi (oförmåga att skriva), alexi (oförmåga att läsa), akalkuli (oförmåga att räkna) eller apraxi. Dessa symtom tyder på störning i tinning-, hjäss- och/eller pannloben.

F00.01* **Alzheimers tautiin liittyvä varhain alkava dementia muita liitännäisöireita, pääasiassa harhaluuloisuutta**

Primär degenerativ demens av Alzheimer typ, presenil debut andra tilläggssymtom, huvudsakligen paranoidism

F00.02* **Alzheimers tautiin liittyvä varhain alkava dementia muita liitännäisöireita, pääasiassa aistiharhaisuutta**

Primär degenerativ demens av Alzheimer typ, presenil debut andra tilläggssymtom, huvudsakligen illusioner

F00.03* **Alzheimers tautiin liittyvä varhain alkava dementia muita liitännäisöireita, pääasiassa masennusöireita**

Primär degenerativ demens av Alzheimer typ, presenil debut andra tilläggssymtom, huvudsakligen depression

F00.04* **Alzheimers tautiin liittyvä varhain alkava dementia muita sekamuotoisia liitännäisöireita**

Primär degenerativ demens av Alzheimer typ, presenil debut andra tilläggssymtom av blandad typ

F00.09* **Alzheimers tautiin liittyvä varhain alkava dementia ei tietoa liitännäisöireita**

Primär degenerativ demens av Alzheimer typ, presenil debut information om tilläggssymtom saknas

F00.00* **Alzheimers tautiin liittyvä varhain alkava dementia ilman lisäöireita**

Primär degenerativ demens av Alzheimer typ, presenil debut utan tilläggssymtom

Huom.

Tämän ryhmän etiologiseksi koodiksi valitaan G30.0 Varhain alkava Alzheimers tauti

Anm.

Till etiologisk kod för denna grupp väljs G30.0 Alzheimers sjukdom med tidig debut

F00.00*G30.0 Alzheimers tautiin liittyvä varhain alkava dementia ilman lisäöireita

Primär degenerativ demens av Alzheimer typ, presenil debut utan tilläggssymtom

Huom.

Liitännäisöireiden jaottelu, katso muut alaryhmän F00.0* koodit

Anm.

*Indelning av tilläggssymtom, se övriga koder i undergrupp F00.0**

F00.1* **Alzheimers tautiin liittyvä myöhään alkava dementia**

Demens vid Alzheimers sjukdom med sen debut

Mukaan lukien

Alzheimers tauti, tyyppi 1

Seniili dementia, Alzheimers tyyppi

Seniilialkuinen, Alzheimers tyyppinen primaarinen degeneratiivinen dementia

Inkluderar

Alzheimers sjukdom, typ 1
Presenil demens av Alzheimer typ
Primär degenerativ demens av Alzheimer typ, senil debut

Huom.

Alzheimerin tautiin liittyvä dementia, joka on kliinisesti havaittavissa 65 ikävuoden jälkeen, yleensä vasta lähellä 80 vuoden ikää ja sen jälkeen. Taudin eteneminen on hidasta ja muistin häiriintyminen on pääasiallinen piirre.

Taudinkuva:

Kuten johdannossa kuvatussa dementiassa. Huomiota tulee kiinnittää piirteisiin, jotka erottavat tämän dementiatyypin varhain alkavasta alatyypistä (F00.0).

Diagnostiset kriteerit:

- A. Täyttää Alzheimerin tautiin liittyvän demention kriteerit (F00, G1-G3)
B. Ikä on taudin alkaessa vähintään 65 vuotta
C. Lisäksi vähintään yksi seuraavista:
(1) On osoitettavissa taudin erittäin hidas alkua ja eteneminen (etenemisnopeus voidaan arvioida vasta jälkikäteen taudin kestänyt vähintään kolme vuotta)
(2) Dementiaan liittyvä muistihäiriö (F00-F03, G1.1) on merkittävämpi kuin älyllisten toimintojen häiriö (F00-F03, G1.2)

Anm.

Demens vid Alzheimers sjukdom som kan konstateras kliniskt efter 65 års ålder, i regel först närmare 80 års ålder och därefter. Sjukdomen framskrider långsamt och minnesstörningen är det huvudsakliga kännetecknet.

Sjukdomsbild:

Som vid demens som beskrivs i inledningen. Uppmärksamhet bör fästas vid drag som skiljer denna typ av demens från en undertyp av demens med tidig debut (F00.0).

Diagnostiska kriterier:

- A. Uppfyller de diagnostiska kriterierna för demens vid Alzheimers sjukdom (F00 G1-G3)
B. Åldern vid sjukdomens utbrott är minst 65 år
C. Dessutom åtminstone ett av följande:
(1) Det kan påvisas att sjukdomen börjat och framskridit synnerligen långsamt (progressionshastigheten kan bedömas först i efterhand efter minst tre års sjukdomstid)
(2) Minnesstörning med anknytning till demensen (F00-F03, G1.1) är mer framträdande än störningen av de kognitiva funktionerna (F00-F03, G1.2)

F00.11* Alzheimerin tautiin liittyvä myöhään alkava dementia **muita liitännäisöireita, pääasiassa harhaluuloisuutta**
Primär degenerativ demens av Alzheimer typ, senil debut andra tilläggssymtom, huvudsakligen paranoidism

F00.12* Alzheimerin tautiin liittyvä myöhään alkava dementia **muita liitännäisöireita, pääasiassa aistiharhaisuutta**
Primär degenerativ demens av Alzheimer typ, senil debut andra tilläggssymtom, huvudsakligen hallusinationer

F00.13* Alzheimerin tautiin liittyvä myöhään alkava dementia **muita liitännäisöireita, pääasiassa masennusöireita**
Primär degenerativ demens av Alzheimer typ, senil debut andra tilläggssymtom, huvudsakligen depression

F00.14* Alzheimerin tautiin liittyvä myöhään alkava dementia **muita sekamuotoisia liitännäisöireita**
Primär degenerativ demens av Alzheimer typ, senil debut andra tilläggssymtom av blandad typ

F00.19* Alzheimerin tautiin liittyvä myöhään alkava dementia **ei tietoa liitännäisöireista**
Demens vid Alzheimers sjukdom med sen debut utan information om tilläggssymtom

F00.10* Alzheimerin tautiin liittyvä myöhään alkava dementia **ilman lisäöireita**
Primär degenerativ demens av Alzheimer typ, senil debut utan tilläggssymtom

F00.10*G30.1 Alzheimerin tautiin liittyvä myöhään alkava dementia **ilman lisäöireita**
Primär degenerativ demens av Alzheimer typ, senil debut utan tilläggssymtom

Huom.

Liitännäisoireiden jaottelu, katso muut alaryhmän F00.1* koodit

Anm.

*Indelning av tilläggsymtom, se övriga koder i undergrupp F00.1**

F00.2* Alzheimerin tautiin liittyvä epätyypillinen tai sekatyypinen dementia

Demens vid Alzheimers sjukdom, atypisk eller blandad typ

Mukaan lukien

Epätyypillinen dementia, Alzheimerin tyyppi

Inkluderar

Atypisk demens av Alzheimer typ

Huom.

Alzheimerin tautiin liittyvä dementia, joka ei täytä tyyppien F00.0 ja F00.1 kriteereitä tulee luokitella tämän ryhmän koodeilla. Samoin sekamuotoiset Alzheimerin tautiin liittyvän ja verisuoniperäisen demensian muodot sisältyvät tähän.

Huom!

Tämän ryhmän diagnooseja käytetään demensioissa, joissa on merkittäviä epätyypillisiä piirteitä tai jotka täyttävät sekä varhain alkavan että myöhään alkavan tyyppien kriteerit

Anm.

Demens vid Alzheimers sjukdom som inte uppfyller kriterierna för typerna F00.0 och F00.1 bör klassificeras med koder från denna grupp. Här ingår likaså blandformer av Alzheimers sjukdom och vaskulär demens. /

Obs!

Diagnoser från denna grupp används för olika slag av demens som uppvisar påtagliga atypiska drag eller uppfyller kriterierna för såväl typen med tidig som med sen debut.

F00.21* Alzheimerin tautiin liittyvä epätyypillinen tai sekatyypinen dementia muita liitännäisoireita, pääasiassa harhaluuloisuutta

Demens vid Alzheimers sjukdom, atypisk eller blandad typ andra tilläggsymtom, huvudsakligen paranoidism

F00.22* Alzheimerin tautiin liittyvä epätyypillinen tai sekatyypinen dementia muita liitännäisoireita, pääasiassa aistiharhaisuutta

Demens vid Alzheimers sjukdom, atypisk eller blandad typ andra tilläggsymtom, huvudsakligen hallusinationer

F00.23* Alzheimerin tautiin liittyvä epätyypillinen tai sekatyypinen dementia muita liitännäisoireita, pääasiassa masennusoireita

Demens vid Alzheimers sjukdom, atypisk eller blandad typ andra tilläggsymtom, huvudsakligen depression

F00.24* Alzheimerin tautiin liittyvä epätyypillinen tai sekatyypinen dementia muita sekamuotoisia liitännäisoireita

Demens vid Alzheimers sjukdom, atypisk eller blandad typ andra tilläggsymtom av blandad typ

F00.29* Alzheimerin tautiin liittyvä epätyypillinen tai sekatyypinen dementia ei tietoa liitännäisoireista

Demens vid Alzheimers sjukdom, atypisk eller blandad typ utan information om tilläggsymtom

F00.20* Alzheimerin tautiin liittyvä epätyypillinen tai sekatyypinen dementia ilman lisäoireita

Demens vid Alzheimers sjukdom, atypisk eller blandad typ utan tilläggsymtom

F00.20*G30.8 Alzheimerin tautiin liittyvä epätyypillinen tai sekatyypinen dementia ilman lisäoireita

Demens vid Alzheimers sjukdom, atypisk eller blandad typ utan tilläggsymtom

Huom.

Liitännäisoireiden jaottelu, katso muut alaryhmän F00.2* koodit

Anm.

*Indelning av tilläggsymtom, se övriga koder i undergrupp F00.2**

F00.9* Määrittämätön Alzheimerin tautiin liittyvä dementia

Demens vid Alzheimers sjukdom, ospecificerad

F01 VERISUONIPERÄINEN DEMENTIA

Vaskulär demens

Mukaan lukien

Arterioskleroottinen dementia

Valtimonkovetusdementia

Inkluderar

Arteriosklerotisk demens

Huom.

Verisuoniperäinen (aiemmin arterioskleroottinen) dementia, joka sisältää moni- infarktidentian, erotetaan Alzheimerin tautiin liittyvästä dementiasta sen alkamishistorian, kliinisen kuvan ja myöhemmän taudinkulun perusteella. Tyypillisesti aikaisemmassa historiassa on ohimeneviä aivojen hapenpuutteesta aiheutuvia kohtauksia, joihin liittyy lyhyitä tajunnan häiriöitä, ohimeneviä halvauksia, tai näön menetyksiä. Dementia saattaa olla myös peräkkäisten äkillisten aivoverenkiertohäiriöiden seuraus tai harvemmin yksittäisen suuren halvauksen seuraus. Näiden jälkeen ilmenee muistin ja ajattelun häiriöitä. Häiriö alkaa yleensä vanhuusiässä ja se voi olla yhden iskeemisen kohtauksen nopeasti ilmaantuva seuraus. Dementia voi alkaa myös asteittain.

Taudinkuva:

Diagnoosi edellyttää johdanto-osassa kuvattua dementiaoireistoa. Älyllisten toimintojen häiriintyminen on useinkin epätasaista siten, että voi esiintyä muistin menetystä, älyllisen toiminnan häiriöitä ja paikallisia neurologisia oireita. Oivalluskyky ja arvostelukyky saattavat säilyä kohtuullisen hyvin. Äkillinen alku tai portaittainen taudin eteneminen samoin kuin paikallisten neurologisten oireiden tai löydösten esiintyminen lisäävät diagnoosin todennäköisyyttä. Joissakin tapauksissa diagnoosi voidaan varmistaa tietokonekerroskuvauksella tai lopullisesti neuropatologisella tutkimuksella.

Sairauteen liittyviä piirteitä ja löydöksiä ovat: verenpainetauti, kaulavaltimoiden suhahdukset, tunne-elämän ailahtelut, joihin liittyy ohimenevää masentuneisuutta, itkuisuutta tai naurunpyrskähdyksiä sekä ohimenevät kohtaukset, joissa todetaan tajunnantaso alentuneeksi tai ohimenevät sekavuustilakohtaukset, jotka usein aiheutuvat uusista aivoinfarkteista. Persoonallisuus säilyy yleensä kohtalaisen hyvin, mutta osassa tapauksista on todettavissa persoonallisuuden muuttuminen apaattiseksi tai estottomaksi tai aikaisemmat piirteet kuten itsekeskeisyys, paranoiset asenteet tai ärtyneisyys korostuvat.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää demensian yleiset kriteerit (F00-F03, G1-G4)

B. Korkeampien älyllisten toimintojen puutokset ovat epätasaisesti jakaantuneet, osa toiminnoista on häiriintynyt, osa suhteellisen hyvin säilynyt. Täten muisti saattaa olla melko selvästi häiriintynyt, kun taas ajattelu, päättelykyky ja informaation käsittely saattavat olla vain lievästi heikentyneitä.

C. On olemassa näyttöä paikallisesta aivovauriosta, josta osoituksena ainakin yksi seuraavista:

(1) toispuoleinen raajojen jäykistyminen ja heikkous

(2) toispuoleisesti korostuneet jänneheijasteet

(3) positiivinen Babinskin koe

(4) pseudobulbaarinen halvaus

D. Sairaushistoria, kliininen tutkimus tai erityistutkimusten löydökset viittaavat aivoverenkierron sairauteen, jonka voidaan kohtuudella arvioida olevan syy-yhteydessä dementiaan (aiemmin esiintynyt aivohalvaus tai viitteitä aivoinfarktista)

Erotusdiagnosi:

Verisuoniperäinen dementia voi esiintyä samanaikaisesti Alzheimerin tautiin liittyvän demensian kanssa (koodataan F00.2) esimerkiksi kun Alzheimerin tautiin viittaavaan historiaan ja kliiniseen kuvaan liittyy verisuoniperäisen demensian oireisto.

Huom!

Kriteerejä F01.0-F01.9 voidaan käyttää erottelemaan verisuoniperäisen demensian alatyyppejä, mutta tätä jaottelua ei ole yleisesti hyväksytty.

Anm.

Vaskulär demens (tidigare arteriosklerotisk), som inbegriper multiinfarkt demens, skiljer från demens vid Alzheimers sjukdom utifrån dess genes, kliniska bild och senare sjukdomsbild. Typiskt för den tidigare historien är övergående anfall som orsakas av syrebrist i hjärnan och som åtföljs av korta störningar i medvetandet, tillfälliga förlamningar, eller synstörningar. Demens kan även vara en följd av successiva akuta cirkulationsstörningar eller mer sällan en följd av ett enda stort slaganfall. Efter sådana uppträder störningar av minnet och andra kognitiva funktioner. Störningen inträder i regel i ålderdomen och kan vara en plötslig följd av en enda ischemisk attack. Demens kan även bryta ut gradvis.

Sjukdomsbild:

Diagnosen förutsätter ett sådant demenssyndrom som beskrivs i inledningsdelen. Störningen av de kognitiva funktionerna är ofta ojämn på så sätt att det kan förekomma minnesförlust, störningar av de kognitiva funktionerna och lokala neurologiska symtom. Fattningsförmågan och omdömesförmågan kan bevaras relativt väl. En akut debut eller en gradvis progredierande sjukdom liksom även lokala neurologiska symtom eller fynd förstärker sannolikheten för diagnosen. I en del fall kan diagnosen bekräftas med datortomografi eller slutgiltigt genom en neuropatologisk undersökning.

Kännetecken och fynd som hänför sig till sjukdomen: Hypertoni, susningar i halsartärerna, lynneskast åtföljda av övergående depression, gråtmildhet eller skratskov samt tillfälliga anfall under vilka en nedsatt medvetandenivå eller tillfälliga förvirringstillstånd, ofta orsakade av nya hjärninfarkter, kan konstateras. Personligheten bevaras i regel relativt väl, men i en del fall kan det konstateras att personligheten förändras och blir apatisk eller ohämmad eller så att tidigare drag såsom egocentricitet, paranoia attityder eller retlighjet framhävs.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna för demens (F00-F03, G1-G4)

B. Bristerna i högre kortikala funktioner är ojämnt fördelade, en del funktioner är störda, andra relativt väl bevarade. Så kan alltså tydliga minnesstörningar förekomma, medan åter tankeverksamhet, slutledningsförmåga och informationsbehandling kan vara endast lindrigt nedsatta.

C. Det finns tecken på en lokal hjärnskada, som påvisas av åtminstone ett av följande symtom:

(1) ensidig förlamning och svaghet i extremiteterna

(2) unilateralt ökade senreflexer

(3) positivt Babinskis tecken

(4) pseudobulbär pares

D. Anamnesen, en klinisk undersökning eller en specialundersökning eller fynd från specialundersökningar tyder på en vaskulär sjukdom som rimligen kan antas ha ett etiologiskt samband med demenstillståndet (tidigare hjärninfarkt eller tecken på hjärninfarkt)

Differentialdiagnos:

Vaskulär demens kan förekomma tillsammans med demens vid Alzheimers sjukdom (kodar F00.2) till exempel då anamnesen och den kliniska sjukdomsbilden som tyder på Alzheimers sjukdom åtföljs av ett vaskulärt demenssyndrom.

Obs!

Kriterierna F01.0-F01.9 kan användas för att avskilja undertyper av vaskulär demens, men denna indelning är inte allmänt accepterad.

F01.0 Akutistiskt alkava verisuoniperäinen dementia

Vaskulär demens med akut debut

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää verisuoniperäisen dementian (F01) yleiset kriteerit.

B. Dementia kehitty nopeasti (yleensä kuukaudessa, kuitenkin alle kolmessa kuukaudessa) aivohalvausten tai (harvoin) yhden suuren infarktin jälkeen.

Kehitty yleensä nopeasti aivoverisuonten tukoksen, veritulppien tai verenvuodon jälkeen. Harvinaisissa tapauksissa aiheuttajana voi olla yksi ainoa laaja infarkti.

Dementia

Demens

Anm.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna för vaskulär demens (F01).

B. Demens med snabb progression (i regel en månad, likväl under tre månader) efter hjärninfarkter eller (sällan) efter en stor infarkt.

Utvecklas vanligen snabbt efter cerebral trombos, blodproppar eller blödning. I sällsynta fall kan dessa orsakas av en enda stor infarkt.

F01.1 Moni-infarkt dementia

Multiinfarktdemens

Mukaan lukien

Pääasiallisesti kortikaalinen dementia

Inkluderar

Huvudsakligen kortikal demens

Huom.

Sairaus alkaa vähitellen toisin kuin taudin akuutti muoto ja on seurausta useista ohimenevistä paikallisen hapenpuutteen jaksoista, jotka aiheuttavat infarkteja aivokudokseen ajan mittaan enenevässä määrin. Kysymyksessä ovat useat eri aivokudoksen alueiden infarktit. Hapenpuutteen aiheuttamien sairausvaiheiden välillä kliininen tila saattaa kohentua.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää verisuoniperäisen demensian (F01) yleiset kriteerit.

B. Dementia alkaa asteittain kolmesta kuuteen kuukauden aikana ja on seurausta useista lievistä hapenpuutteen jaksoista.

Anm.

Sjukdomen utbryter småningom olikt den akuta sjukdomsformen och som en följd av ett flertal tillfälliga perioder av lokal syrebrist i hjärnvävnaden som orsakar infarkter i hjärnvävnaden i allt större antal. Det är fråga om flera infarkter i olika områden av hjärnvävnaden. Mellan de sjukdomsskeden som orsakas av syrebrist kan det kliniska tillståndet tidvis förbättras.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna för vaskulär demens (F01).

A. Demensen debuterar gradvis under en tid av tre till sex månader och utgör en följd av flera lindriga perioder av syrebrist.

F01.10 Moni-infarkt dementia ilman lisäoireita

Multiinfarktdemens utan tilläggssymtom

F01.11 Moni-infarkt dementia muita liitännäisöireita, pääasiassa harhaluuloisuutta

Multiinfarktdemens andra tilläggssymtom, huvudsakligen paranoidism

F01.12 Moni-infarkt dementia muita liitännäisöireita, pääasiassa aistiharhaisuutta

Multiinfarktdemens andra tilläggssymtom, huvudsakligen hallusinationer

F01.13 Moni-infarkt dementia muita liitännäisöireita, pääasiassa masennusoireita

Multiinfarktdemens andra tilläggssymtom, huvudsakligen depression

F01.14 Moni-infarkt dementia muita sekamuotoisia liitännäisöireita

Multiinfarktdemens andra tilläggssymtom av blandad typ

F01.19 Moni-infarkt dementia ei tietoa liitännäisöireista

Multiinfarktdemens utan information om tilläggssymtom

F01.2 Subkortikaalinen verisuoniperäinen dementia

Subkortikal vaskulär demens

Mukaan lukien

Aivokuorenalainen verisuoniperäinen dementia
Aivokuorenalaisista verisuonivammoista aiheutunut dementia

Inkluderar

Vaskulär demens betingad av subkortikala men

Huom.

Taustalla saattaa olla verenpainetauti ja hapenpuutteen aiheuttama syvällä aivopuoliskojen valkeassa aineessa sijaitsevien alueiden tuhoutuminen. Häiriötä voidaan epäillä kliinisin perustein ja se voidaan osoittaa tietokonekerroskuvauksella. Aivojen kuorikerros on tavallisesti säilynyt vaurioitta, mikä on ristiriidassa kliinisen kuvan kanssa, joka saattaa muistuttaa läheisesti Alzheimerin tautiin liittyvää dementiaa. Mikäli laaja valkean aineen demyelinisaatio voidaan osoittaa, voidaan käyttää termiä "Binswangerin enkefalopatia".

Diagnostiset kriteerit:

- A. Täyttää verisuoniperäisen dementian (F01) yleiset kriteerit.
- B. Anamneesissa on verenpainetauti.
- C. Kliininen tutkimus tai erityistutkimukset viittaavat verisuonisairauteen, joka sijaitsee syvällä aivopuoliskojen valkoisessa aineessa. Aivojen kuorikerros on vahingoittumaton.

Anm.

Sjukdomen kan föregås av hypertoni och atrofi av områden i den vita substansen djupt mellan hemisfärerna orsakad av syrebrist. Störningen kan misstänkas på kliniska grunder och bekräftas med hjälp av datortomografi. Hjärnbarken är vanligtvis utan skador, vilket strider mot den kliniska bilden som kan vara mycket lik demens vid Alzheimers sjukdom. Ifall en omfattande demyelinisering i den vita substansen kan konstateras, kan termen "Binswangers encefalopati" användas.

Diagnostiska kriterier:

- A. Uppfyller de allmänna kriterierna för vaskulär demens (F01).
- A. Anamnesen innefattar hypertoni.
- C. Klinisk undersökning eller specialundersökningar tyder på en vaskulär sjukdom djupt i den vita substansen mellan hemisfärerna. Hjärnbarken har inga skador.

- F01.20 Subkortikaalinen verisuoniperäinen dementia ilman lisäoireita**
Subkortikal vaskulär demens utan tilläggsymtom
- F01.21 Subkortikaalinen verisuoniperäinen dementia muita liitännäisoireita, pääasiassa harhaluuloisuutta**
Subkortikal vaskulär demens utan tilläggsymtom, huvudsakligen paranoidism
- F01.22 Subkortikaalinen verisuoniperäinen dementia muita liitännäisoireita, pääasiassa aistiharhaisuutta**
Subkortikal vaskulär demens med tilläggsymtom, huvudsakligen hallusinationer
- F01.23 Subkortikaalinen verisuoniperäinen dementia muita liitännäisoireita, pääasiassa masennusoireita**
Subkortikal vaskulär demens andra tilläggsymtom, huvudsakligen depression
- F01.24 Subkortikaalinen verisuoniperäinen dementia muita sekamuotoisia liitännäisoireita**
Subkortikal vaskulär demens andra tilläggsymtom av blandad typ
- F01.29 Subkortikaalinen verisuoniperäinen dementia ei tietoa liitännäisoireista**
Subkortikal vaskulär demens utan information om tilläggsymtom
- F01.3 Sekamuotoinen (kortikaalinen ja subkortikaalinen) verisuoniperäinen dementia**
Blandad kortikal och subkortikal vaskulär demens

Huom.

Kliinisten piirteiden, tutkimustulosten (ruumiinavaus mukaanluettuna) tai molempien perusteella voidaan epäillä, että dementian aiheuttajana on osittain kortikaalisia ja osittain subkortikaalisia osatekijöitä.

Anm.

Utifrån kliniska kännetecken, forskningsresultat (inklusive obduktion) eller vardera kan demensen tänkas vara orsakad av delvis kortikala och delvis subkortikala delaktorer.

- F01.30** **Sekamuotoinen (kortikaalinen ja subkortikaalinen) verisuoniperäinen dementia ilman lisäoireita**
Blandad kortikal och subkortikal vaskulär demens utan tilläggssymtom
- F01.31** **Sekamuotoinen (kortikaalinen ja subkortikaalinen) verisuoniperäinen dementia muita liitännäisoreita, pääasiassa harhaluuloisuutta**
Blandad kortikal och subkortikal vaskulär demens andra tilläggssymtom, huvudsakligen paranoidism
- F01.32** **Sekamuotoinen (kortikaalinen ja subkortikaalinen) verisuoniperäinen dementia muita liitännäisoreita, pääasiassa aistiharhaisuutta**
Blandad kortikal och subkortikal vaskulär demens andra tilläggssymtom, huvudsakligen hallusinationer
- F01.33** **Sekamuotoinen (kortikaalinen ja subkortikaalinen) verisuoniperäinen dementia muita liitännäisoreita, pääasiassa masennusoireita**
Blandad kortikal och subkortikal vaskulär demens andra tilläggssymtom, huvudsakligen depression
- F01.34** **Sekamuotoinen (kortikaalinen ja subkortikaalinen) verisuoniperäinen dementia muita sekamuotoisia liitännäisoreita**
Blandad kortikal och subkortikal vaskulär demens andra tilläggssymtom av blandad typ
- F01.39** **Sekamuotoinen (kortikaalinen ja subkortikaalinen) verisuoniperäinen dementia ei tietoa liitännäisoreista**
Blandad kortikal och subkortikal vaskulär demens utan information om tilläggssymtom
- F01.8** **Muu verisuoniperäinen dementia**
Annan specificerad vaskulär demens
- F01.80** **Muu verisuoniperäinen dementia ilman lisäoireita**
Annan specificerad vaskulär demens utan tilläggssymtom
- F01.81** **Muu verisuoniperäinen dementia muita liitännäisoreita, pääasiassa harhaluuloisuutta**
Annan specificerad vaskulär demens andra tilläggssymtom, huvudsakligen paranoidism
- F01.82** **Muu verisuoniperäinen dementia muita liitännäisoreita, pääasiassa aistiharhaisuutta**
Annan specificerad vaskulär demens andra tilläggssymtom, huvudsakligen hallusinationer
- F01.83** **Muu verisuoniperäinen dementia muita liitännäisoreita, pääasiassa masennusoireita**
Annan specificerad vaskulär demens andra tilläggssymtom, huvudsakligen depression
- F01.84** **Muu verisuoniperäinen dementia sekamuotoisia liitännäisoreita**
Annan specificerad vaskulär demens andra tilläggssymtom av blandad typ
- F01.89** **Muu verisuoniperäinen dementia ei tietoa liitännäisoreista**
Annan specificerad vaskulär demens utan information om tilläggssymtom
- F01.9** **Määrittämätön verisuoniperäinen dementia**
Vaskulär demens, ospecificerad
- F02*** **MUUALLA LUOKITETTUIHIN MUIHIN SAIRAUKSIIN LIITTYVÄ DEMENTIA**
Demens vid andra sjukdomar som klassificeras annorstädes

Huom.

Dementiatapaukset, jotka (oletettavasti) johtuvat muista syistä kuin Alzheimerin taudista tai aivoverisuonisairaudesta. Ne voivat alkaa missä iässä tahansa vaikkakin vain harvoin vanhuudessa.

Taudinkuva:

Johdanto-osassa kuvattu dementiaoireisto, johon liittyy jonkin alla esitettävän oireyhtymän kriteerien täytyminen.

Anm.

Demensstillstånd som antas har andra orsaker än Alzheimers sjukdom eller cerebrovaskulär sjukdom. Debut kan förekomma i vilken ålder som helst trots att den sällan inträffar i ålderdomen.

Sjukdomsbild:

Demenssyndrom som beskrivs i inledningsdelen och åtföljs av att något av kriterierna för nedan framförda syndrom uppfylls.

F02.0* Pickin tautiin liittyvä dementia

Demens vid Picks sjukdom

Huom.

Etenevä dementia, joka alkaa keski-ikässä, tavallisesti 50-60 ikävuoden välillä. Pickin tautiin liittyvälle dementialle ovat ominaisia hitaasti etenevät luonteenmuutokset ja sosiaalisen suoriutumisen huononeminen. Niitä seuraavat älyllisen toiminnan, muistin ja kielellisten toimintojen häiriöt sekä apatia, poikkeava hyvinolon tunne (euforia) ja joskus extrapyramidaalisia oireita. Neuropatologisesti todetaan, että surkastuminen rajoittuu otsa- ja ohimolohkoihin eikä neurittisia plakkeja tai neurofibrillikimppuja esiinny enempää kuin normaaliin ikääntymiseen liittyy. Varhain alkavissa tapauksissa on pahanlaatuisempi taudinkulku kuin myöhään alkaneissa. Sosiaalinen toimintakyky huononee ja käytös muuttuu usein ennen selvää muistihäiriötä. Toisin kuin Alzheimerin taudissa otsalohko-oireet ovat huomattavammat kuin ohimo- ja päälaklohkon.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Täyttää dementian yleiset kriteerit (F00-F03, G1-G4)
- B. Alku on hidaskäyttö ja tapahtuu jatkuva tasonlaskua
- C. Vähintään kaksi seuraavista, ne osoittavat otsalohkon häiriön olevan vallitseva:
 - (1) tunne-elämän latistuminen
 - (2) sosiaalisen käyttäytymisen karkeutuminen
 - (3) estottomuus
 - (4) apatia tai levottomuus
 - (5) afasia
- D. Varhaisvaiheessa muisti ja päälaenlohkon toiminnot säilyvät suhteellisen hyvin

Erotusdiagnosi:

Muut neurologiset tai aineenvaihdunnalliset häiriöt.

Normaalipaineinen hydrokefalus (jolle on luonteenomaista äärimmäinen psykomotorinen hidastuminen ja kävelyvaikeudet sekä sulkihaluisten toimintahäiriöt) (G91.2)

Alzheimerin tautiin liittyvä dementia (F00)

Verisuoniperäinen dementia (F01)

Muihin sairauksiin kuten neurosyfilikseen liittyvä dementia (F02.8)

Anm.

Progressiv demens med debut i medelåldern, vanligtvis mellan 50 och 60 års ålder. Kännetecknande för Picks sjukdom är långsamt progredierande karaktärsförändringar och försämrade sociala färdigheter. Därpå följer störningar i de kognitiva funktionerna, minnet och de språkliga funktionerna samt apati, en exceptionell känsla av välbehag (eufori) och ibland extrapyramidala symtom. Neuropatologiskt kan konstateras att atrofieringen inskränker sig till pann- och tinningloberna och att förekomsten av neuritiska plack eller neurofibrillära tangles inte är större än den som hör till normalt åldrande. Fall med tidig debut uppvisar en mer malign patogenes än fall med sen debut. Den sociala aktiviteten försämras och beteendeförändringar inträder ofta före en tydlig minnesstörning. Till åtskillnad från Alzheimers sjukdom är symtomen i pannloben märkbare än symtomen i tinning- och hjässloben

Diagnostiska kriterier:

- A. Uppfyller de allmänna kriterierna för demens (F00-F03, G1-G4)
- B. Långsam debut och kontinuerlig nivå-sänkning
- C. Minst två av följande, visar att störningen i pannloben är dominerande:
 - (1) avtrubbat känsloliv
 - (2) för grovt socialt beteende
 - (3) hämninglöshet
 - (4) apati eller labilitet
 - (5) afasi
- D. I ett tidigt stadium är minnet och hjässlobens funktioner relativt väl bevarade

Dementia

Demens

Differentialdiagnos:

Andra neurologiska eller metabola störningar.

Hydrokefalus med normalt intrakraniellt tryck (som kännetecknas av en extrem psykomotorisk långsamhet och gångsvårigheter samt funktionsstörningar i slutarmuskulerna) (G91.2)

Demens vid Alzheimers sjukdom (F00)

Vaskulär demens (F01)

Demens vid andra sjukdomar som till exempel neurosyfilis (F02.8)

F02.00* Pickin tautiin liittyvä dementia ilman lisäoireita

Demens vid Picks sjukdom utan tilläggssymtom

Huom.

Tämän ryhmän etiologiseksi koodiksi valitaan G31.0 - Paikallinen aivosurkastuma eli Pickin tauti

Anm.

Till etiologisk kod för denna grupp väljs G31.0 lokal hjärnatrofi eller Picks sjukdom

F02.01* Pickin tautiin liittyvä dementia muita liitännäisoreita, pääasiassa harhaluuloisuutta

Demens vid Picks sjukdom andra tilläggssymtom, huvudsakligen paranoidism

F02.02* Pickin tautiin liittyvä dementia muita liitännäisoreita, pääasiassa aistiharhaisuutta

Demens vid Picks sjukdom andra tilläggssymtom, huvudsakligen hallusinationer

F02.03* Pickin tautiin liittyvä dementia muita liitännäisoreita, pääasiassa masennusoireita

Demens vid Picks sjukdom andra tilläggssymtom, huvudsakligen depression

F02.04* Pickin tautiin liittyvä dementia sekatyypin liitännäisoreita

Demens vid Picks sjukdom andra tilläggssymtom av blandad typ

F02.09*G31.0 Pickin tautiin liittyvä dementia ei tietoa liitännäisoreista

Demens vid Picks sjukdom utan information om tilläggssymtom

Huom.

Liitännäisoreiden jaottelu, katso muut alaryhmän F02.0* koodit

Anm.

*Indelning av tilläggssymtom, se övriga koder i undergrupp F02.0**

F02.09* Pickin tautiin liittyvä dementia ei tietoa liitännäisoreista

Demens vid Picks sjukdom utan information om tilläggssymtom

F02.1* Creutzfeldt-Jakobin tautiin liittyvä dementia

Demens vid Jakob-Creutzfeldts sjukdom

Huom.

Etenevä dementia, johon liittyy laajoja neurologisia oireita. Ne johtuvat tyypillisistä neuropatologisista muutoksista (subakuutti spongiforminen enkefalopatia). Niiden aiheuttajaksi on epäilty taudinaiheuttajaa (prioni), joka voi siirtyä yksilöstä toiseen. Alku on yleensä keski- tai vanhuusiässä, tyypillisesti viidennellä vuosikymmenellä, mutta voi olla milloin tahansa aikuisiässä. Kulkua on subakuutti ja tauti johtaa kuolemaan 1-2 vuodessa.

Taudinkuva:

Creutzfeldt-Jakobin tautia tulisi aina epäillä, kun demensin kulku on kohtalaisen nopea, muutamasta kuukaudesta pariin vuoteen ja tilaan liittyy tai taudin kehittyessä ilmenee moninaisia neurologisia oireita.

Yleensä ilmenee etenevä raajojen jäykkähalvaus ja siihen liittyy extrapyramidaalioireita kuten vapinaa, jäykkyyttä ja laajoja tahattomia liikkeitä. Toisissa muodoissa voi esiintyä ataksiaa, näköhäiriöitä tai ylempään liikehermon vaurion tyyppisiä lihasvärinöitä ja lihasten surkastumista. Seuraava kolmoisore viittaa vahvasti Creutzfeldt-Jakobin tautiin:

1. nopeasti etenevä, vaikeaksi kehittyvä dementia
2. sekä pyramidaalinen että extrapyramidaalinen oireisto, jossa on mukana myoklonus
3. tyypillinen kolmivaiheinen aivosähkökäyrä

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää dementian yleiset kriteerit (F00-F03, G1-G4).

B. Dementian eteneminen on hyvin nopeaa ja koskee käytännöllisesti katsoen kaikkia korkeampia aivo toimintoja.

C. Dementian toteamisvaiheessa tai sen jälkeen ilmenee joitakin seuraavia neurologisia oireita tai löydöksiä:

- (1) pyramidaalisia oireita
- (2) ekstrapyramidaalisia oireita
- (3) pikkuaivojen häiriön oireita
- (4) afasia
- (5) näköhäiriöitä

Erotusdiagnosi:

Alzheimerin tauti (F00) tai Pickin tauti (F02.0)

Parkinsonin tauti (F02.3)

Aivotulehduksen jälkeinen parkinsonismi (G21.3).

Creutzfeldt-Jakobin tautia tulisi epäillä, kun dementian kulku on nopea ja motorisia häiriöitä ilmenee varhaisvaiheessa.

Huom!

Liikkumattomuus ja puhumattomuus on tyypillinen lopputila. Häiriöstä tunnetaan amyotrooppinen muoto, jossa neurologiset oireet edeltävät dementiaa. Tyypillinen aivosähkökäyrä (ajoittaisia piikkejä liittyen hitaaseen ja matalajännitteeseen taustaan), mikäli se ilmenee yhdessä yllämainittujen kliinisten oireiden kanssa, lisää diagnoosin todennäköisyyttä. Diagnoosi voidaan kuitenkin varmistaa vain neuropatologisella tutkimuksella, jossa todetaan hermosolujen vähenemistä, astrozytoosia ja spongiformisia muutoksia. Koska tautiin liittyy tarttumiskriisi, vaaditaan tämän tutkimuksen suorittamiseksi erityisiä suojautumistoimia.

Anm.

Progressiv demens med omfattande neurologiska symtom. Dessa beror på typiska neuropatologiska förändringar (subakut spongiform encefalopati). De anses vara orsakade av ett virus (prion). Sjukdomsdebut inträffar vanligtvis i medelåldern eller ålderdomen, vanligtvis i 40-50 års ålder, men kan ske när som helst i vuxen ålder. Förloppet är subakut och sjukdomen leder till döden inom 1-2 år.

Sjukdombild:

Creutzfeldt-Jakobs sjukdom bör alltid misstänkas då förloppet av demens är tämligen snabbt, från några månader till ett par år och åtföljs av sjukdomens progression eller uppvisar många olika slags neurologiska symtom.

I allmänhet framträder en progredierande spastisk paraplegi åtföljd av extrapyramidala symtom såsom darrningar, stelhet och stora ofrivilliga rörelser. I en del varianter kan det förekomma ataxi, hallucinationer eller muskelvibrationer typiska för skada i övre rörelsenerven och muskelatrofi. Följande trippelsymtom är ett tydligt tecken på Creutzfeldt-Jakobs sjukdom/

1. snabbt progredierande demens som förvärras
2. samt pyramidalt och extrapyramidalt syndrom som åtföljs av myoklonus
3. typiskt encefalogram i tre faser

Uppfyller de allmänna kriterierna för demens (F00-F03, G1-G4).

B. Mycket snabbt progredierande demens som i praktiken drabbar alla högre kortikala funktioner.

C. Då demens konstateras eller därefter, uppträder en del av följande neurologiska symtom eller fynd:

- (1) pyramidala symtom
- (2) extrapyramidala symtom
- (3) symtom på störningar i lillhjärnan
- (4) afasi
- (5) synstörningar

Postencefalitisk parkinsonism (G21.3).

Creutzfeldt-Jakobs sjukdom bör misstänkas då förloppet av demens är relativt snabbt och motoriska störningar uppträder i det tidiga skedet.

Dementia

Demens

Obs!

Orörlighet och mutism kännetecknar sjukdomens sista stadium. En variant av störningen är känd som en amyotropisk form vars neurologiska symtom föregår demens. Ett typiskt elektroencefalogram (med periodiska toppar s.k. burst), ifall det förekommer i samband med ovan nämnda kliniska symtom, förstärker sannolikheten för diagnosen. Diagnosen kan likväl säkerställas endast med en neuropatologisk undersökning, i vilken kan fastställas en minskning av nervceller, astrocytos och spongiforma förändringar. Eftersom risk för smitta är förknippad med sjukdomen, krävs särskilda skyddsåtgärder för genomförande av denna undersökning.

F02.10* Creutzfeldt-Jakobin tautiin liittyvä dementia ilman lisäoireita

Demens vid Jakob-Creutzfeldts sjukdom utan tilläggssymtom

Huom.

Tämän ryhmän etiologiseksi koodiksi valitaan A81.0 - Creutzfeldt-Jakobin tauti

Anm.

Till etiologisk kod för denna grupp väljs A81.0 - Creutzfeldt-Jakobs sjukdom

F02.11* Creutzfeldt-Jakobin tautiin liittyvä dementia muita liitännäisöireita, pääasiassa harhaluuloisuutta

Demens vid Jakob-Creutzfeldts sjukdom andra tilläggssymtom, huvudsakligen paranoidism

F02.12* Creutzfeldt-Jakobin tautiin liittyvä dementia muita liitännäisöireita, pääasiassa aistiharhaisuutta

Demens vid Jakob-Creutzfeldts sjukdom andra tilläggssymtom, huvudsakligen hallusinationer

F02.13* Creutzfeldt-Jakobin tautiin liittyvä dementia muita liitännäisöireita, pääasiassa masennusöireita

Demens vid Jakob-Creutzfeldts sjukdom andra tilläggssymtom, huvudsakligen depression

F02.14* Creutzfeldt-Jakobin tautiin liittyvä dementia muita sekamuotoisia liitännäisöireita

Demens vid Jakob-Creutzfeldts sjukdom andra tilläggssymtom av blandad typ

F02.19*A81.0 Creutzfeldt-Jakobin tautiin liittyvä dementia ei tietoa liitännäisöireista

Demens vid Jakob-Creutzfeldts sjukdom utan information om tilläggssymtom

Huom.

Liitännäisöireiden jaottelu, katso muut alaryhmän F02.1* koodit

Anm.

Indelning av tilläggssymtom, se övriga koder i undergrupp F02.1*

F02.19* Creutzfeldt-Jakobin tautiin liittyvä dementia ei tietoa liitännäisöireista

Demens vid Jakob-Creutzfeldts sjukdom utan information om tilläggssymtom

F02.2* Huntingtonin tautiin liittyvä dementia

Demens vid Huntingtons sjukdom

Huom.

Dementia liittyy osana laajaan aivojen rappeutumiseen. Huntingtonin tauti periytyy yksittäisen autosomaalisen vallitsevan geenin välityksellä. Oireet puhkeavat tyypillisesti kolmannella tai neljännellä vuosikymmenellä, ja miehet ja naiset sairastuvat yhtä usein. Osassa tapauksista ensimmäiset oireet voivat olla masentuneisuus, ahdistuneisuus tai avoin harhaluuloisuushäiriö, johon liittyy persoonallisuuden muutos. Eteneminen on yleensä hidasta ja tauti johtaa tavallisesti kuolemaan 10-15 vuoden kuluessa.

Taudinkuva:

Koreoottisten liikehäiriöiden, demensin ja Huntingtonin taudin sukulisuuden yhdistelmä viittaa voimakkaasti diagnoosiin, vaikka todennäköisesti satunnaisiakin tapauksia ilmenee.

Tahattomat koreoottiset liikkeet ovat varhaisia oireita ja niitä on tyypillisesti kasvoissa, käsissä ja olkapäissä tai niitä ilmenee kävellessä. Ne edeltävät yleensä demensiaa ja vain harvoin dementia on pitkälle kehittynyt ennen kuin niitä ilmaantuu. Muut liikehäiriöt voivat olla hallitsevia sairauden alkaessa epätavallisen nuorena (esim. striataalinen jäykkyys) tai vanhana (esim. intentiontremor eli liikkeen alkamisvaiheen vapina).

Tälle dementialle on luonteenomaista, että varhaisvaiheessa kliinistä kuvaa hallitsee otsalohkon toiminnan häiriintyminen muistin säilyessä suhteellisen hyvin myöhäisvaiheeseen asti.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Täyttää dementian yleiset kriteerit (F00-F03, G1-G4).
- B. Aivojen syvien osien toiminnot häiriintyvät ensin ja niiden häiriö hallitsee dementian kuvaa koko sairauden ajan: se ilmenee ajattelun tai liikkeiden hitautena ja persoonallisuuden muutoksina, joihin liittyy apatiaa tai masennusta.
- C. Ilmenee tahdottomia koreoottisia liikkeitä, tyypillisesti kasvoissa, käsissä tai hartioissa tai kävellessä. Potilas voi yrittää peitellä niitä muuttamalla ne tahdonalaisiksi liikkeiksi.
- D. Ensimmäisen asteen sukulaisella on ilmennyt Huntingtonin tauti tai sukuanamneesissa on viitteitä häiriöstä.
- E. Epänormaalien liikkeiden syynä ei ole muu häiriö.

Erotusdiagnosi:

Diagnoosia tehdessäsi ota huomioon: Muut koreoottiset liikehäiriöt, Alzheimerin, Pickin tai Creutzfeldt-Jakobin tauti (F00, F02.0, F02.1).

Huom!

Tahattomien koreoottisten liikkeiden lisäksi saattaa kehittyä jäykkyyttä, joka voi olla joko ekstrapyramidaalista tai pyramidaalista.

Anm.

Denna demens är ett delstillstånd i en omfattande cerebral degeneration. Huntingtons sjukdom nedärvs genom en autosomal dominant gen. Typiskt är att symtomen bryter ut i åldern 30-50 år och att män och kvinnor drabbas lika ofta. I en del av fallen kan symtomen bestå av depression, ångest eller öppen paranoid störning åtföljd av personlighetsförändring. Sjukdomen progredierar i regel långsamt och leder till döden inom 10-15 år/

&Sjukdomsbild:

En kombination av rörelsestörningar (korea), demens och Huntingtons sjukdom med släktanamnes tyder tydligt på diagnosen trots att även slumpmässiga fall förekommer.

Ofrivilliga koreatiska rörelser är tidiga symtom med typisk förekomst i ansiktet, händerna och axlarna eller sättet att gå. Dessa föregår i regel demenstillståndet och endast sällan är demensen långt utvecklad innan symtomen uppträder. Andra rörelsestörningar kan vara dominerande vid sjukdomens utbrott ovanligt tidigt (t.ex. striatal stelhet) eller sent (t.ex. intentionstremor el. darrningar i början av en rörelse).

Kännetecknande för denna variant av demens är att den kliniska bilden i början domineras av störning i pannloben medan minnet bevaras relativt väl ända till det sena stadiet. Uppfyller de allmänna kriterierna för demens (F00-F03, G1-G4).

B. Störningar inträffar först i de djupare delarna av hjärnan och denna störning dominerar bilden av demensen under sjukdomens hela förlopp: Den yttrar sig i form av långsamma rörelser och personlighetsförändringar förknippade med apati och depression.

C. Ofrivilliga koreatiska rörelser med typisk förekomst i ansiktet, händerna och axlarna eller sättet att gå. Patienten kan försöka dölja dem genom att göra dem till avsiktliga rörelser.

D. En släkting av första graden har drabbats av Huntingtons sjukdom eller släktanamnesen innehåller hänvisningar till störningen.

E Ingen annan orsak till de onormala rörelserna föreligger.

Differentialdiagnos:

Då du ställer diagnos ska du beakta: Andra koreatiska rörelsestörningar, Alzheimers, Picks eller Creutzfeldt-Jakobs sjukdom (F00, F02.0, F02.1).

Obs!

Förutom koreatiska rörelser kan stelhet uppträda av antingen extrapyramidal eller pyramidal typ.

F02.20* Huntingtonin tautiin liittyvä dementia ilman lisäoireita

Demens vid Huntingtons sjukdom utan tilläggssymtom

Huom.

Tämän ryhmän etiologiseksi koodiksi valitaan G10 - Huntingtonin tauti

Anm.

Till etiologisk kod för denna grupp väljs G10 - Huntingtons sjukdom

Dementia

Demens

- F02.21*** **Huntingtonin tautiin liittyvä dementia muita liitännäisoireita, pääasiassa harhaluuloisuutta**
Demens vid Huntingtons sjukdom tilläggsymtom, huvudsakligen paranoidism
- F02.22*** **Huntingtonin tautiin liittyvä dementia muita liitännäisoireita, pääasiassa aistiharhaisuutta**
Demens vid Huntingtons sjukdom andra tilläggsymtom, huvudsakligen hallucinationer
- F02.23*** **Huntingtonin tautiin liittyvä dementia muita liitännäisoireita, pääasiassa masennusoireita**
Demens vid Huntingtons sjukdom andra tilläggsymtom, huvudsakligen depression
- F02.24*** **Huntingtonin tautiin liittyvä dementia muita sekamuotoisia liitännäisoireita**
Demens vid Huntingtons sjukdom andra tilläggsymtom av blandad typ
- F02.29*G10** **Huntingtonin tautiin liittyvä dementia ei tietoa liitännäisoireista**
Demens vid Huntingtons sjukdom utan information om tilläggsymtom

Huom.

Taudinkuva ja liitännäisoireiden jaottelu, katso muut alaryhmän F02.2* koodit

Anm.

*Sjukdomsbilden och indelningen i tilläggsymtom, se övriga koder i undergrupp F02.2**

- F02.29*** **Huntingtonin tautiin liittyvä dementia ei tietoa liitännäisoireista**
Demens vid Huntingtons sjukdom utan information om tilläggsymtom

- F02.3*** **Parkinsonin tautiin liittyvä dementia**
Demens vid Parkinsons sjukdom

Huom.

Dementian kehittyminen liittyen todettuun Parkinsonin tautiin (erityisesti sen vaikeisiin muotoihin). Mitään erityisiä erottelevia kliinisiä piirteitä ei ole vielä osoitettu. Dementia saattaa olla erilainen kuin Alzheimerin tautiin liittyvä tai verisuoniperäinen dementia, toisaalta on näyttöä myös siitä, että kyse olisi jomman kumman edellä mainitun esiintymisestä samanaikaisesti Parkinsonin taudin kanssa. Tämän vuoksi Parkinsonin tautiin liittyvä dementia määritellään tutkimustarkoituksiin kunnes asia on selvitetty.

Kyseessä on vaikeaoireista, pitkälle edennyttä Parkinsonin tautia sairastavalle henkilölle kehittyvä dementia.

Diagnostiset kriteerit:

- Täyttää dementian yleiset kriteerit (F00-F03 G1-G4).
- Parkinsonin tauti on diagnosoitu.
- Mikään älyllisen toiminnan häiriö ei liity Parkinsonin taudin hoitoon käytettyyn lääkitykseen.
- Taustatietojen, kliinisen tutkimuksen tai erityistutkimusten perusteella ei ole näyttöä muista dementian syistä mukaan lukien muut aivosairaudet, aivovammat tai aivojen toimintahäiriöt (ts aivoverenkierron häiriöt, HIV, Huntingtonin tauti tai normaalipaineinen hydrokefalus), yleissairaudet (esim. kilpirauhasen vajaatoiminta, B12-vitamiinin tai foolihapon puutos, hyperkalsemia), tai alkoholin tai päihteiden väärinkäyttö.

Erotusdiagnoosi:

- Muut muihin sairauksiin liittyvät dementiat (F02.8)
Moni-infarkti dementia (F01.1), johon liittyy verenpainetautiin tai sokeritautiin liittyvä verisuonisairaus
Aivokasvain (C70-C72)
Normaalipaineinen hydrokefalus (G91.2).

Huom!

Jos myös Alzheimerin tautiin liittyvän myöhään alkavan dementian kriteerit täyttyvät (F00.1), tulee käyttää luokkaa F00.1 yhdessä luokan G20:n kanssa (Parkinsonin tauti).

Anm.

Utveckling av demenstillstånd i anslutning till konstaterad Parkinsons sjukdom (i synnerhet dess svåra varianter). Inga särskilda kliniska tecken som skiljer dessa demenstillstånd åt har ännu kunnat påvisas. Demenstillståndet kan vara av annan art än demens vid Alzheimers sjukdom eller vaskulär demens, å andra sidan finns det även belägg för att det kan vara fråga om att någondera av de ovan nämnda uppträder tillsammans med Parkinsons sjukdom. Av denna

orsak fastställs demens vid Parkinsons sjukdom i undersökningssyfte tills saken är utredd.

Det är fråga om en demens med svåra symtom som utvecklas hos en person som lider av långt framskriden Parkinsons sjukdom.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna för demens (F00-F03 G1-G4).

B. Parkinsons sjukdom har diagnostiserats.

C. Ingen störning av kognitiva funktioner hänför sig till den medicinska behandlingen av Parkinsons sjukdom.

D. I bakgrundsinformation, klinisk undersökning eller specialundersökning har inte framkommit tecken på andra orsaker till demens med beaktande av andra hjärnsjukdomar, hjärnskador eller funktionella störningar i hjärnan (m.a.o. cerebrovaskulära störningar, HIV, Huntingtons sjukdom eller hydrokefalus vid normalt intrakraniellt tryck), allmänna sjukdomar (t.ex. sköldkörtelinsufficiens, brist på B12-vitamin eller folsyra, hyperkalcemi) eller alkohol- eller drogmissbruk.

Differentialdiagnos:

Andra demenstillstånd i anknytning till andra sjukdomar (F02.8)

Demens vid multipelinfarkt (F01.1) tillsammans med vaskulär sjukdom i anknytning till hypertoni eller diabetes

Hjärntumör (C70-C72)

Hydrokefalus vid normalt intrakraniellt tryck (G91.2).

Obs!

Om även kriterierna för demens med sen debut vid Alzheimers sjukdom uppfylls (F00.1), bör klass F00.1 användas tillsammans med grupp G20 (Parkinsons sjukdom).

F02.30* Parkinsonin tautiin liittyvä dementia ilman lisäoireita

Demens vid Parkinsons sjukdom utan tilläggssymtom

Huom.

Tämän ryhmän etiologiseksi koodiksi valitaan G20 - Parkinsonin tauti

Anm.

Till etiologisk kod för denna grupp väljs G20 - Parkinsons sjukdom

F02.31* Parkinsonin tautiin liittyvä dementia muita liitännäisöireita, pääasiassa harhaluuloisuutta

Demens vid Parkinsons sjukdom andra tilläggssymtom, huvudsakligen paranoidism

F02.32* Parkinsonin tautiin liittyvä dementia muita liitännäisöireita, pääasiassa aistiharhaisuutta

Demens vid Parkinsons sjukdom andra tilläggssymtom, huvudsakligen hallusinationer

F02.33* Parkinsonin tautiin liittyvä dementia muita liitännäisöireita, pääasiassa masennusöireita

Demens vid Parkinsons sjukdom andra tilläggssymtom, huvudsakligen depression

F02.34* Parkinsonin tautiin liittyvä dementia muita sekamuotoisia liitännäisöireita

Demens vid Parkinsons sjukdom, andra tilläggssymtom av blandad typ

F02.39*G20 Parkinsonin tautiin liittyvä dementia ei tietoa liitännäisöireista

Demens vid Parkinsons sjukdom utan information om tilläggssymtom

Huom.

Liitännäisöireiden jaottelu, katso muut alaryhmän F02.3* koodit

Anm.

Indelning av tilläggssymtom, se övriga koder i undergrupp F02.3*

F02.39* Parkinsonin tautiin liittyvä dementia ei tietoa liitännäisöireista

Demens vid Parkinsons sjukdom utan information om tilläggssymtom

F02.4* HIV-tautiin liittyvä dementia

Demens vid sjukdom orsakad av humant immunbristvirus [HIV]

Huom.

Häiriö, jolle on tyypillistä demention kliiniset diagnostiset kriteerit täyttävä älyllisen toiminnan heikkeneminen ilman muuta löydöksiä selittävää sairautta tai tilaa kuin HIV- tartunta.

HIV-tautiin liittyvässä dementiassa tyypillisinä oireina on unohteleminen, hitaus, huono keskittymiskyky sekä ongelmanratkaisukyyn heikkeneminen ja lukemisen vaikeus. Apatia, aloitekyvyn heikkeneminen ja sosiaalinen eristäytyminen ovat tavallisia. Tartunnan saaneista alle puolella sairaus ilmenee epätyypillisesti mielialahäiriönä, psykoosina tai kouristuskohdauksina. Kliinisessä tutkimuksessa todetaan usein vapinaa, nopeiden liikesarjojen häiriöitä, tasapainohäiriöitä, ataksiaa, verenpaineen nousua, heijasteiden vilkastumista, positiivinen frontal release -oire ja silmänliikkeiden häiriöitä.

Myös lapsilla hermoston kehitys häiriintyy HIV:iin liittyen ja sille on tyypillistä kehityksen hidastuminen, verenpaineen kohoaminen, pienipäisyys ja basaaliganlioiden kalkkeutuminen. Useimmiten neurologisia häiriöitä ilmenee ilman opportunistisia tulehduksia ja kasvaimia päinvastoin kuin aikuisilla.

HIV-tautiin liittyvä dementia etenee yleensä nopeasti viikkojen tai kuukausien kuluessa vaikeaksi yleiseksi dementiaksi, mutismiksi ja kuolemaan, muttei kuitenkaan poikkeuksetta.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää demention yleiset kriteerit (F00-F03, G1-G4).

B. HIV-tartunta on diagnosoitu.

C. Taustatietojen, kliinisen tutkimuksen tai erityistutkimusten perusteella ei ole näyttöä muista demention syistä mukaan lukien muut aivosairaudet, aivovammat tai aivojen toimintahäiriöt (ts aivoverenkierron häiriöt, Parkinsonin tauti, Huntingtonin tauti tai normaalipaineinen hydrokefalus), yleissairaudet (esim. kilpirauhasen vajaatoiminta, B12-vitamiinin tai foolihapon puutos, hyperkalsemia), tai alkoholin tai päihteiden väärinkäyttö.

Anm.

Störning för vilken ett typiskt symptom är försvagad kognitiv funktion som uppfyller de kliniska diagnostiska kriterierna utan andra fynd än HIV-smitta som förklarar sjukdomen.

Typiska symptom för demens i samband med HIV är glömska, långsamhet, dålig koncentrationsförmåga, försvagad problemlösningsförmåga och lässvårigheter. Apati, försvagad initiativförmåga och social isolering är allmänt förekommande. Hos färre än hälften av dem som blivit smittade uppträder sjukdomen i form av atypiska symptom som förstämningssyndrom, psykos eller krampanfall. I en klinisk undersökning konstateras ofta dartringar, störningar i snabba rörelseserier, balansstörningar, ataxi, hypertoni, livligare reflexer, positivt frontalt release-syndrom och störningar i ögonens rörelser.

Även hos barn förekommer störningar i nervsystemet i samband med HIV och typiska sådana är långsam utveckling, hypertoni, litet huvud och förkalkningar i basala ganglierna. Ofta uppträder hos dem neurologiska störningar utan opportunistiska infektioner och tumörer i motsats till vad som är brukligt hos vuxna.

Demens i samband med HIV leder i regel snabbt inom förloppet av veckor eller månader till svår allmän demens, mutism och död, men likväl inte utan undantag.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna för demens (F00-F03, G1-G4).

B. HIV-smitta har diagnostiserats.

C. I bakgrundsinformation, klinisk undersökning eller specialundersökning har inte framkommit tecken på andra orsaker till demens med beaktande av andra hjärmsjukdomar, hjärnskador eller cerebral dysfunktion (m.a.o. cerebrovaskulära störningar, Parkinsons sjukdom, Huntingtons sjukdom eller normalt intrakraniellt tryck), allmänna sjukdomar (t.ex. sköldkörtelinsufficiens, brist på B12-vitamin eller folsyra, hyperkalcemi) eller alkohol- eller drogmissbruk.

F02.40* HIV-tautiin liittyvä dementia ilman lisäoireita

Demens vid sjukdom orsakad av humant immunbristvirus [HIV] utan tilläggssymptom

Huom.

Tämän ryhmän etiologiseksi koodiksi valitaan B22.0 - HIV-tauti ja siihen liittyvä aivosairaus

Anm.

Till etiologisk kod för denna grupp väljs B22.0 HIV med hjärnsjukdom

F02.41* HIV-tautiin liittyvä dementia muita liitännäisoireita, pääasiassa harhaluuloisuutta

Demens vid sjukdom orsakad av humant immunbristvirus [HIV] andra tilläggssymptom, huvudsakligen paranoidism

- F02.42*** **HIV-tautiin liittyvä dementia muita liitännäisoireita, pääasiassa aistiharhaisuutta**
Demens vid sjukdom orsakad av humant immunbristvirus [HIV] andra tilläggssymtom, huvudsakligen hallusinationer
- F02.43*** **HIV-tautiin liittyvä dementia muita liitännäisoireita, pääasiassa masennusoireita**
Demens vid sjukdom orsakad av humant immunbristvirus [HIV] andra tilläggssymtom, huvudsakligen depression
- F02.44*** **HIV-tautiin liittyvä dementia muita sekamuotoisia liitännäisoireita**
Demens vid sjukdom orsakad av humant immunbristvirus [HIV] andra tilläggssymtom av blandad typ
- F02.49*B22.0** **HIV-tautiin liittyvä dementia ei tietoa liitännäisoreista**
Demens vid sjukdom orsakad av humant immunbristvirus [HIV] utan information om tilläggssymtom
- Huom.**
Liitännäisoreiden jaottelu, katso muut alaryhmän F02.4* koodit
- Anm.**
*Indelning av tilläggssymtom, se övriga koder i undergrupp F02.4**
- F02.49*** **HIV-tautiin liittyvä dementia ei tietoa liitännäisoreista**
Demens vid sjukdom orsakad av humant immunbristvirus [HIV] utan information om tilläggssymtom
- F02.8*** **Dementia muualla luokitetun taudin yhteydessä**
Demens vid annan specificerad sjukdom som klassificeras annorstädes
- F02.80*** **Dementia muualla luokitetun taudin yhteydessä ilman lisäoireita**
Demens vid annan specificerad sjukdom som klassificeras annorstädes utan tilläggssymtom
- F02.81*** **Dementia muualla luokitetun taudin yhteydessä pääasiassa harhaluuloisuutta**
Demens vid annan specificerad sjukdom som klassificeras annorstädes andra tilläggssymtom, huvudsakligen paranoidism
- F02.82*** **Dementia muualla luokitetun taudin yhteydessä muita liitännäisoreita, pääasiassa aistiharhaisuutta**
Demens vid annan specificerad sjukdom som klassificeras annorstädes andra tilläggssymtom, huvudsakligen hallusinationer
- F02.83*** **Dementia muualla luokitetun taudin yhteydessä muita liitännäisoreita, pääasiassa masennusoireita**
Demens vid annan specificerad sjukdom som klassificeras annorstädes andra tilläggssymtom, huvudsakligen depression
- F02.84*** **Dementia muualla luokitetun taudin yhteydessä muita sekamuotoisia liitännäisoreita**
Demens vid annan specificerad sjukdom som klassificeras annorstädes andra tilläggssymtom av blandad typ
- F02.89*** **Dementia muualla luokitetun taudin yhteydessä ei tietoa liitännäisoreista**
Demens vid annan specificerad sjukdom som klassificeras annorstädes utan information of tilläggssymtom
- F02.89*A52.1** **Hermostokuppaan liittyvä dementia**
Dementia paralytica
- F02.89*A69.2** **Lymen tautiin (borrelioosiin) liittyvä dementia**
Demens vid borrelios
- F02.89*B56.9** **Trypanosomiaasiin liittyvä dementia**
Demens vid afrikansk trypanosomiasis
- F02.89*B57.2** **Amerikkalaiseen trypanosomiaasiin liittyvä dementia**
Demens vid amerikansk trypanosomiasis
- F02.89*E01.8** **Jodinpuutteen aiheuttamaan kilpirauhasen vajaatoimintaan liittyvä dementia**
Demens vid jodbristhypotyreos
- F02.89*E03.9** **Hankinnaiseen kilpirauhasen vajaatoimintaan liittyvä dementia**
Demens vid hypotyreos, förvärd

Dementia

Demens

F02.89*E52 Niasiinipuutteeseen (pellagraan) liittyvä dementia

Demens vid niacinbrist [pellagra]

F02.89*E53.8 B12-vitamiinipuutteeseen liittyvä dementia

Demens vid vitamin B12-brist

F02.89*E75.6 Aivolipidoosiin liittyvä dementia

Demens vid cerebral lipidos

F02.89*E83.0 Hepatolentikulaariseen degeneraatioon liittyvä dementia

Demens vid hepatolentikulär degeneration

F02.89*E83.50 Hyperkalsemiaan liittyvä dementia

Demens vid hyperkalcemi

F02.89*G35 Pesäkekovettumatautiin liittyvä dementia

Demens vid multipel skleros

F02.89*G40.9 Epilepsiaan liittyvä dementia

Demens vid epilepsi

F02.89*M30.0 Valtimoiden kyhmytulehdukseen liittyvä dementia

Demens vid polyarteritis nodosa

F02.89*M32.8 SLE-tautiin liittyvä dementia

Demens vid systemisk lupus erythematosus

F02.89*T58 Häkämyrkytykseen liittyvä dementia

Demens vid kolmonoxid intoxication

F02.89*T65.9 Määrittämättömään myrkytystilaan liittyvä dementia

Demens vid ospecificerad intoxication

F03

MÄÄRITTÄMÄTÖN DEMENTIA

Ospecificerad demens

Mukaan lukien

Tarkemmin määrittämätön primaarinen degeneratiivinen dementia

Tarkemmin määrittämätön preseniili dementia

Tarkemmin määrittämätön preseniili psykoosi

Masennusoireinen seniili dementia

Paranoidinen seniili dementia

Tarkemmin määrittämätön seniili deme

Inkluderar

Presenil demens UNS

Presenil psykos UNS

Primär degenerativ demens UNS

Senil demens UNS

Senil demens med depressiv eller paranoid reaktion

Senil psykos UNS

Huom.

Tätä luokkaa tulisi käyttää, kun dementia diagnoosin yleiset kriteerit täytyvät, mutta ei ole mahdollista yksilöidä mitään määriteltyä tyyppiä (F00.0-F02.9)

Anm.

Denna klass bör användas, då de allmänna kriterierna för en demensdiagnos uppfylls, men det inte är möjligt att specificera någon viss typ (F00.0-F02.9)

F04-F09

Muut elimelliset aivo-oireyhtymät

Andra organiska psykiska störningar

F04

Elimellinen amnestinen oireyhtymä, joka ei ole alkoholin eikä muiden psyykeen vaikuttavien aineiden aiheuttama

Organiska amnesisyndrom ej framkallade av alkohol eller andra psykoaktiva substanser

Mukaan lukien

Alkoholista aiheutumaton Korsakovin psykoosi tai oireyhtymä

Inkluderar

Korsakovs psykos eller syndrom, ej alkoholutlöst

Huom.

Oireyhtymä, jossa lähi- ja kaukomaisti häiriintyvät selvimmin, kun taas välitön muisti säilyy. Ennuste riippuu taustalla olevan vaurion kulusta (vaurio on tyypillisesti hypotalaamis-dienkefaalisen järjestelmän tai hippokampuksen alueella), lähes täydellinen toipuminen on periaatteessa mahdollista.

Taudinkuva:

Satuilu, oiretiedostuksen puuttuminen ja tunne-elämän muutokset (apatia, aloitekyvyn puute) ovat diagnoosiin viittaavia tekijöitä, vaikkei niitä todeta kaikilla potilailla. Havaintokyky ja muut älylliset toiminnot, älykyys mukaan lukien, ovat tavallisesti entisellään, mitä taustaa vasten muistihäiriöt ovat erityisen huomiota herättäviä. Kyky oppia uutta on kuitenkin huomattavasti heikentynyt ja se johtaa anterograadiseen muistamattomuuteen ja aikaan orientoitumisen heikkenemiseen. Eriasteista retrograadista muistamattomuutta ilmenee myös, mutta se voi vähentyä ajan myötä, jos taustalla olevalla vauriolla tai sairaudella on taipumus parantua.

Diagnostiset kriteerit:

A. Muistihäiriö, joka ilmenee seuraavilla tavoilla:

- (1) lähimuistin häiriö (kyvyttömyys oppia uusia asioita) siinä laajuudessa, että se haittaa jokapäiväistä elämää
- (2) muistiinpalauttamiskyvyn heikkeneminen

B. Ei esiinny:

- (1) välittömän muistin häiriötä (ilmenee esimerkiksi digit span -testissä)
- (2) tajunnantason hämärtymistä tai tarkkaavaisuuden häiriötä (F05 G1)
- (3) yleistä älyllisen tason laskua (dementiaa)

C. On olemassa objektiivista näyttöä (kliinisisä ja neurologisissa tutkimuksissa, laboratoriokeissa) ja/tai tietoa aivovauriosta tai aivosairaudesta (erityisesti koskien molemminpuoleisesti dienkefaalisia ja ohimolohkon sisäpinnan rakenteita, ei kuitenkaan alkoholin aiheuttamaa aivojen surkastumista), joiden voidaan arvioida olevan kriteerissä A kuvattujen kliinisten ilmenemismuotojen aiheuttajana.

Erotusdiagnosi:

Tämä häiriö tulee erottaa muista elimellisistä oireyhtymistä, joissa muistihäiriöt ovat vallitsevia. Niitä ovat esim. dementia tai sekavuustila (delirium), dissosiatiiivinen muistinmenetyt (F44.0), masentuneisuuteen liittyvä muistitoimintojen häiriö (F30-F39) ja tarkoituksellinen sairaaksi tekeytyminen muistihäiriötä valittamalla (Z76.5). Alkoholin tai päihitteiden aiheuttamaa Korsakovin oireyhtymää ei pidä luokitella tähän, vaan omaan, asianmukaiseen ryhmäänsä (F1x.6)

Anm.

Syndrom med markant störning av korttids- och långtidsminne men där omedelbar hågkomst är intakt. Prognosen är beroende av skadans utveckling (skadan är typisk för hypotalamus-diencefalon området eller hippocampus), ett närarpå fullständigt tillfrisknande är i princip möjligt.

Elimellinen amnestinen oireyhtymä, joka ei ole alkoholin eikä muiden psyykeen vaikuttavien aineiden aiheuttama *Organiska amnesisyndrom ej framkallade av alkohol eller andra psykoaktiva substanser*

Sjukdomsbild:

Konfabulation, bristande sjukdoms-medvetande samt förändringar i känslolivet (apati, avsaknad av initiativförmåga) är faktorer som tyder på diagnosen även om dessa inte konstateras hos alla patienter. Perceptionen och andra kognitiva funktioner inklusive intelligensen är i regel oförändrade, mot vilken bakgrund minnesstörningarna framträder som ytterst anmärkningsvärda. Förmågan att inhämta ny kunskap är likvärdig avsevärt nedsatt och leder till anterograd amnesi och det föreligger desorientering till tid. Olika nivåer av retrograd amnesi förekommer ilkaså, men kan träda tillbaka med tiden, om den bakomliggande sjukdomen eller skadan tenderar att förbättras.

Diagnostiska kriterier:

A. Minnesstörning som yttrar sig på följande sätt:

- (1) störning av närminnet (oförmåga att lära sig ny information) i sådan omfattning att det stör det dagliga livet
- (2) nedsatt förmåga att återkalla information i minnet

B. Förekommer ej:

- (1) störning av omedelbar hågkomst (framkommer till exempel i digit span-test)
- (2) grumlad medvetandenivå eller uppmärksamhetsstörning (F05 G1)
- (3) nedsatt allmän kognitiv nivå (demens)

C. Förekomst av objektiva tecken på (i kliniska och neurologiska undersökningar, laboratorieprov) och /eller hjärnsjukdom i synnerhet i fråga om bilaterala strukturer i mellanjärnan och insidan av tinningloben, likvärdig ej hjärmatrofi orsakad av alkohol), vilka kan antas vara orsaken till de kliniska symtom som beskrivits i kriterium A.

Differentialdiagnos:

Denna störning bör skiljas från andra organiska syndrom där minnesstörningarna är dominerande. Sådana är till exempel demens eller förvirringstillstånd (delirium), dissociativ amnesi (F44.0) störning av minnesfunktionerna vid nedstämdhet (F30-F39) och avsiktlig simulering med hänvisning till minnesstörningar (Z76.5). Korsakovs syndrom orsakat av alkohol eller narkotika bör inte klassificeras här, utan i sin egen relevanta grupp (F1x.6).

F05

Sekavuustila (delirium) ilman alkoholia tai muita psyykeen vaikuttavia aineita *Akut eller subakut konfusion utan alkohol eller subaktiva substanser*

Mukaan lukien

Puoliakuutti tai akuutti aivo-oireyhtymä
Elimellinen reaktio
Infektioosi psykoosi [akuutti/puoliakuutti]

Inkluderar

Akut eller subakut psykoorganiskt syndrom
Akut eller subakut organisk reaktion

Huom.

Tarkemmin erittelemättömistä syistä johtuva elimellinen oireyhtymä, jolle ovat ominaisia samanaikaiset tietoisuuden ja tarkkaavuuden, havaitsemisen, ajattelun, muistin, psykomotorisen käyttäytymisen, tunne-elämän ja uni-valvetrymin häiriöt. Häiriö voi alkaa missä iässä tahansa, mutta yleisimmin yli 60-vuotiailla. Sekavuustila on ohimenevä ja voimakkuudeltaan vaihteleva. Useimmat tapaukset paranevat neljässä viikossa tai sitä lyhyemmässä ajassa. Ei kuitenkaan ole harvinaista, että sekavuustila kestää voimakkuudeltaan vaihdellen kuusikin kuukautta, etenkin kun aiheuttajana on krooninen maksasairaus, syöpäkasvain tai subakuutti bakteerista johtuva sydänlihastulehdus.

Aikaisemmin tehty erottelu akuutin ja akuuttia hitaammin ilmaantuvan sekavuustilan välillä on kliiniseltä merkitykseltään vähäinen. Tila tulisi nähdä yhtenäisenä oireyhtymänä, joka on kestoaltaan vaihteleva ja voi vaihdella vakavuudeltaan lievästä hyvin vaikeaan. Sekavuustila voi liittyä aikaisempaan dementiaan tai saattaa kehittyä dementiaiksi.

Tätä diagnoosia ei tule käyttää ryhmissä F10-F19 eriteltyihin psykoaktiivisten aineiden käyttöön liittyvissä sekavuustiloissa. Sekavuustilat, jotka aiheutuvat potilaan hoitoon määrätyn lääkkeen käytöstä (kuten masennuslääkkeistä aiheutuvat äkilliset sekavuustilat vanhuksilla) diagnosoidaan tähän ryhmään. Tällaisissa tapauksissa kyseessä oleva lääkitys merkitään käyttäen T-lisäkködiä ICD-10:n luvusta XIX.

Taudinkuva:

Alku on yleensä nopea, oireet vaihtelevat vuorokaudenajan mukaan, ja tilan kokonaiskesto on alle kuusi kuukautta. Kliininen kuva on niin tyypillinen, että melko luotettava diagnoosi voidaan tehdä, vaikka taustalla olevaa syytä ei olisi selvästi todettu. Jos diagnoosi on epävarma, saattaa olla tarpeen osoittaa taustalla oleva aivojen toimintahäiriöstä (esim. aivosairaus tai muu fyysinen sairaus, aivofilmin poikkeavuus, useimmiten todetaan taustatoiminnan hidastamista).

Tilanteeseen liittyy tajunnantason ja tarkkaavuuden häiriöitä (kriteeri G1). Samoin esiintyy yleisiä tiedollisten toimintojen häiriöitä (kriteeri G2). Muistihäiriöiden ja desorientaation lisäksi voi esiintyä havaintojen vääristymiä, aistihairahduksia ja useimmiten näköaistiin liittyviä aistiharhoja sekä abstraktin ajattelun ja käsityskyvyn häiriöt, joihin saattaa liittyä harhaluuloja. Tunne-elämän häiriöihin kuuluu masentuneisuutta, ahdistuneisuutta tai pelkoa, ärtyisyyttä, poikkeavaa hyvän olon tunnetta sekä apatiaa tai hämmennystä. Tyypillisessä tapauksessa kaikkiin ryhmiin kuuluvia häiriöitä samoin kuin psykomotorisia häiriöitä (kriteeri G3) ja uni-valve -rytmin häiriöitä (kriteeri G4) esiintyy vähintään lievänä.

Diagnostiset kriteerit:

G1. Tajunnantason hämmäntymisvaiheita, eli tietoisuus ympäristöstä on hämartyntynyt, ja siihen liittyy vaikeus keskittää huomiokykyä, ylläpitää sitä sekä vaihtaa huomion kohdetta.

G2. Älyllisten toimintojen häiriö, joka ilmenee seuraavilla tavoilla:

(1) välittömän mieleenpalauttamisen ja lähimuistin häiriö, joihin liittyy suhteellisen häiriintymätön pitkäaikainen muisti
(2) desorientaatio ajan, paikan ja henkilön suhteen

G3. Ainakin yksi seuraavista psykomotorisista häiriöistä:

- (1) nopeat odottamattomat muutokset hypoaktiivisuudesta yliaktiivisuuteen
- (2) reaktioajan pidentyminen
- (3) puheen määrän lisääntyminen tai vähentyminen
- (4) hätkähtelemisen lisääntyminen

G4. Unen tai uni-valve -rytmin häiriöitä ilmentyen ainakin yhtenä seuraavista:

- (1) unettomuus, joka vaikeissa tapauksissa johtaa täydelliseen unettomuuteen ja johon voi liittyä päiväaikaista väsymystä tai uni-valve -rytmin kääntyminen
- (2) oireiden vaikeutuminen yöaikaan
- (3) häiritseviä unia tai painajaisia, jotka voivat jatkua aistiharhoina tai aistihairahduksina heräämisen jälkeen.

G5. Oireet alkavat nopeasti ja niissä on vuorokausirytmien mukaista vaihtelua.

G6. On olemassa objektiivista näyttöä esitetöiden, kliinisen ja neurologisen tutkimuksen tai laboratoriokokeiden nojalla taustalla olevasta aivosairaudesta tai yleissairaudesta (joka ei ole psykoaktiivisten aineiden aiheuttama), jonka voidaan olettaa aiheuttaneen kriteereissä G1-G4 mainitut kliiniset oireet.

Erotusdiagnosi:

Sekavuustila tulee erottaa muista elimellisistä oireyhtymistä, erityisesti dementiaasta (F00-F03), äkillisistä ja väliaikaisista psykoottisista häiriöistä (F23) ja skitsofreniaan liittyvistä äkillisistä tiloista (F20) tai mieliala häiriöistä (F30-F39), joissa saattaa esiintyä sekavuusoireita. Alkoholin ja muiden psykoaktiivisten aineiden aiheuttamat sekavuustilat tulee koodata asianmukaiseen kappaleeseen (F1x.4).

Huom!

Tunne-elämän häiriöt kuten masentuneisuus, ahdistus tai pelko, ärtyisyys, haltioituneisuus, apatia tai hämmennyisyys, havaintokyvyn häiriöt (aistiharhat tai aistihairahdukset, usein näköaistiin liittyvät) ja ohimenevät harhaluulot ovat tyypillisiä, mutta eivät ole tämän diagnoosin erityispiirteitä.

Neljättä merkkiä voidaan käyttää osoittamaan liittyykö sekavuustilaan dementia vai ei.

Ann.

Organiskt syndrom som orsakas av icke specificerade faktorer och karakteriseras av samtidiga störningar av medvetande och uppmärksamhet, perception, tänkande, minne, psykomotoriskt beteende, känsloliv och rytmen i sömn- och vakenhetstillstånd. Debut kan förekomma i vilken ålder som helst, men för det mesta hos personer äldre än 60 år. Konfusionen är övergående och av varierande styrka. I de flesta fall tillfrisknar patienten på fyra veckor eller kortare tid. Det är likväl inte sällsynt att konfusionen varar i styrka i upp till sex månader, i synnerhet om den orsakats av kronisk leversjukdom, cancercumör eller subakut bakteriell hjärtmuskelinflammation.

En tidigare åtskillnad mellan ett akut och ett mera långsamt debuterande konfusionstillstånd har en obetydlig klinisk relevans. Tillståndet bör betraktas som ett sammanhängande syndrom av varierande varaktighet och styrka och som varierar

Sekavuustila (delirium) ilman alkoholia tai muita psyykeen vaikuttavia aineita

Akut eller subakut konfusion utan alkohol eller suboaktiva substanser

mellan lindrigt och mycket allvarligt. Konfusionen kan hänga samman med tidigare demens eller utvecklas till demens.

Denna diagnos bör inte användas för konfusionstillstånd som hänför sig till användning av psykoaktiva ämnen som specificerats i grupperna F10-F19. Konfusionstillstånd som orsakats av användning av läkemedel som ordinerats för behandling av patienten (som till exempel akuta konfusionstillstånd hos äldre orsakade av antidepressiva) diagnostiseras enligt denna grupp. I dylika fall anges läkemedelsbehandlingen i fråga med en T-tilläggskod från kapitel XIX i ICD-10.

Sjukdomsbild:

Debuten är i regel snabb, symtomen varierar enligt dygnets tider, och tillståndet varar i sin helhet under sex månader. Den kliniska bilden är så typisk att en relativt tillförlitlig diagnos kan ställas även om den bakomliggande orsaken inte klart har konstaterats. Om diagnosen är osäker, kan det vara nödvändigt att påvisa en bakomliggande sjukdom orsakad av cerebral dysfunktion (t.ex. hjärnsjukdom eller annan fysisk sjukdom, avvikelse i hjärnfilmen, för det mesta konstateras en fördröjning av de bakom liggande funktionerna).

Situationen åtföljs av störningar i medvetandenivån och uppmärksamheten (kriterium G1). Likaså förekommer generella störningar av kognitiva funktioner (kriterium G2). Förutom minnesstörningar och desorientering kan perceptiva förvrängningar förekomma, liksom även sinnesillusioner och för det mesta synhallucinationer samt störningar av abstrakt tänkande och uppfattningsförmåga som kan åtföljas av vanföreställningar. Till de emotionella störningarna hör nedstämdhet, ångest eller rädsla, retlighet, en exceptionell känsla av välbehag samt apati eller förvirring. I ett typiskt fall förekommer störningar från samtliga grupper liksom även psykomotoriska störningar (kriterium G3) samt störningar i rytmen mellan sömn och vaket tillstånd (kriterium G4) åtminstone i lindrig form.

Diagnostiska kriterier:

G1. Tidvis grumligt medvetande, medvetandet om omgivningen har blivit oklart och åtföljs av svårigheter att koncentrera iakttagelseförmågan, bevara den och skifta föremål för uppmärksamhet.

G2. Störning av kognitiva funktioner som yttrar sig på följande sätt:

(1) störning av omedelbar reproduktionsförmåga och närminne som åtföljs av ett relativt opåverkat långtidsminne

(2) desorientering i fråga om tid, plats och person

G3. Åtminstone ett av följande psykomotoriska symtom:

(1) snabba oväntade svängningar från hypoaktivitet till hyperaktivitet

(2) förlängd reaktionstid

(3) ökad eller minskad pratsamhet

(4) ökad tendens att spritta till

G4. Störningar av sömnen eller rytmen mellan sömn och vaket tillstånd i form av åtminstone ett av följande symtom:

(1) sömnstörningar som i svåra fall leder till fullständig insomni och kan åtföljas av trötthet under dagtid eller omvänd dygnsrytm

(2) försvårade symtom nattetid

(3) störande drömmar eller mardrömmar som kan övergå i hallucinationer eller sinnesillusioner efter uppvaknandet.

G5. Symtomen ger sig snabbt tillkänna och varierar enligt dygnsrytmen.

G6. Med stöd av förhandsinformation, kliniska och neurologiska undersökningar, eller laboratorieprov föreligger objektiva tecken på en hjärnsjukdom eller en allmän sjukdom (icke betingad av psykoaktiva substanser) som kan förmodas vara orsaken till de kliniska symtom som nämns i kriterierna G1-G4.

Differentialdiagnos:

Konfusion bör skiljas från andra organiska syndrom, särskilt från demens (F00-F03), akuta och tillfälliga psykotiska störningar (F23) och akuta tillstånd vid schizofreni (F20) eller förstämningssyndrom (F30-39) där konfusionssymtom kan uppträda. Förvirringstillstånd orsakade av alkohol och andra psykoaktiva bör kodas i sin egen undergrupp (F1x.4).

Obs!

Emotionella störningar såsom nedstämdhet, ångest eller rädsla, retlighet, hänförelse, apati eller förvirring, perceptionsstörningar (hallucinationer eller sinnesillusioner, ofta med anknytning till synsinnen) och övergående vanföreställningar är typiska, men hör inte till särdragen i denna diagnos.

Det fjärde tecknet kan användas till att utvisa om förvirringstillståndet åtföljs av demens eller inte.

F05.0

DEMENTIAAN LIITYMÄTÖN SEKAVUUSTILA (DELIRIUM)

Delirium utan underliggande demenssjukdom

Muut aivovaurion, aivojen toimintahäiriön ja ruumiillisen sairauden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät
Andra psykiska störningar orsakade av hjärnskada, cerebral dysfunktion eller kroppslig sjukdom

Huom.

Tätä koodia tulee käyttää sekavuustilasta, joka ei liity jo olemassa olevaan dementiaan.

Anm.

Denna kod ska användas för att beteckna ett förvirringstillstånd som inte har samband med redan närvarande demens.

F05.1

DEMENTIAAN LIITTYVÄ SEKAVUUSTILA (DELIRIUM)

Delirium med underliggande demenssjukdom

Huom.

Tätä koodia tulee käyttää tiloissa, jotka täyttävät edellä luetellut tunnusmerkit, ja joiden kehitys liittyy demencian kulkuun (F00-F03).

Anm.

Denna kod bör användas för tillstånd som uppfyller ovan uppräknade kännetecken och vars utveckling anknyter sig till demensförloppet (F00-F03).

F05.8

MUU SEKAVUUSTILA (DELIRIUM)

Annat specificerat delirium

Mukaan lukien

Sekasyntyinen sekavuustila (delirium)

Inkluderar

Delirium orsakat av flera faktorer

F05.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN SEKAVUUSTILA (DELIRIUM)

Ospecificerat delirium

F06

Muut aivovaurion, aivojen toimintahäiriön ja ruumiillisen sairauden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät

Andra psykiska störningar orsakade av hjärnskada, cerebral dysfunktion eller kroppslig sjukdom

Huom.

Tämä ryhmä sisältää monenlaisia tiloja, joiden syyt liittyvät aivojen toimintahäiriöön. Tällaisen häiriön syynä voivat olla primaarinen aivosairaus, toissijaisesti aivoihin vaikuttava yleissairaus, sisäerityshäiriöt, kuten Cushingin oireyhtymä tai muut ruumiilliset sairaudet ja eräät ulkoa saadut myrkylliset aineet (lukuun ottamatta kuitenkin alkoholia tai muita päihteitä, jotka ovat luokiteltu ryhmiin F10-F19) tai hormonit. Näiden tilojen kliiniset piirteet eivät yleensä sinänsä oikeuta tekemään elimellisen mielenterveyshäiriön diagnoosia, esim. demencian tai sekavuustilan (delirium) diagnoosia. Kliiniset ilmentymät muistuttavat pikemminkin niitä häiriöitä, joita ei pidetä "elimellisinä" luokituksen tätä ryhmää tarkoittavassa erityismerkityksessä. Niiden sisällyttäminen tähän ryhmään perustuu siihen oletukseen, että ne johtuvat suoraan aivosairaudesta tai toimintahäiriöstä todennäköisemmin kuin, että kyse olisi joko sattumanvaraisesta samanaikaisuudesta tällaisen sairauden tai toimintahäiriön kanssa tai psykologisesta reaktiosta niiden oireisiin, kuten esimerkiksi pitkäaikaiseen epilepsiaan liittyvässä skitsofrenia-tyyppisessä häiriössä.

Taudinkuva:

Diagnoosia tukevat seuraavat seikat:

- Osoitus aivojen sairaudesta, vauriosta tai toimintahäiriöstä tai ruumiillisesta yleissairaudesta, jonka tiedetään liittyvän johonkin yllä luetelluista oireyhtymistä
- Ajallinen yhteys (viikkoja tai muutamia kuukausia) taustalla olevan sairauden kehittymisen ja mielenterveysoireiston välillä
- Taustalla olevan oletetun aiheuttajan poistumista tai paranemista seuraava mielenterveyshäiriön paraneminen

Muut aivovaurion, aivojen toimintahäiriön ja ruumiillisen sairauden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät Andra psykiska störningar orsakade av hjärnskada, cerebral dysfunktion eller kroppslig sjukdom

(d) Ei ole näyttöä oletettavasta vaihtoehtoisesta syystä mielenterveysoireyhtymälle (esim. voimakas sukurasitus tai edeltävä stressi)

Ehdot (a) ja (b) oikeuttavat mahdolliseen diagnoosiin ja jos kaikki neljä toteutuvat, diagnoosin varmuus kasvaa merkittävästi.

Muun muassa seuraavat sairaudet lisäävät riskiä sairastua tähän luokkaan kuuluviin oireyhtymiin:

epilepsia

limbinen aivotulehdus

Huntingtonin tauti

päävamma

aivokasvain

kasvain, joilla on etäisvaikutuksia keskushermostoon (erityisesti haimasyöpä)

aivojen verenkiertosairaus, vammat tai epämuodostumat

lupus erythematosus tai muu sidekudossairaus

sisäerityssairaus (erityisesti kilpirauhasen vajaa- tai liikatoiminta, Cushingin tauti)

aineenvaihdunnan häiriö (esim. hypoglykemia, porfyria, hapenpuute)

trooppinen tulehdus- tai loistauti (esim. trypanosomiasis)

psykeen vaikuttamattomien lääkkeiden myrkyvaikutus (propranololi, levodopa, metyyliidopa, steroidit, verenpainelääkkeet, malarialääkkeet)

Diagnostiset kriteerit:

G1. Potilaalla on aiemmin kliinisen tai neurologisen tutkimuksen tai laboratoriotestien perusteella todettu aivosairaus, aivovamma tai aivojen toimintahäiriö.

G2. Oletettavissa oleva yhteys taustalla olevan sairauden, aivovamman tai toimintahäiriön kehittymisen (tai voimistumisen) ja mielenterveyden häiriön välillä. Mielenterveyden häiriön oireet voivat alkaa välittömästi perussairauden kehittymisen tai voimistumisen jälkeen tai niiden välillä voi olla viivettä.

G3. Mielenterveyden häiriö paranee tai tilanne kohenee huomattavasti taustalla olevan oletetun syyn poistuttua tai perussairauden paranemisen myötä.

G4. Ei ole riittävää näyttöä vaihtoehtoisesta mielenterveyden häiriön syystä, esim. voimakasta sukurasitusta kliinisesti samanlaiseen tai vastaavaan häiriöön.

Jos kriteerit G1, G2 ja G4 täyttyvät, voidaan asettaa alustava diagnoosi, jos lisäksi on näyttöä paranemisesta (G3), diagnoosia voidaan pitää varmana

Anm.

Denna grupp innehåller många olika slags tillstånd vilkas orsaker härrör från störda hjärnfunktioner. Orsaken till en sådan dysfunktion kan vara en primär hjärnsjukdom, en allmän sjukdom som sekundärt påverkar hjärnan, en inresekretorisk dysfunktion som Cushings syndrom eller andra kroppsliga sjukdomar och vissa externa toxiska substanser (likväl med undantag för alkohol eller andra berusningsmedel som klassificerats i grupperna F10-F19) eller hormoner. De kliniska kännetecknen för dessa tillstånd berättigar i regel inte till en diagnos för en organisk störning av den mentala hälsan, t.ex. demens eller förvirringstillstånd (delirium). De kliniska fynden påminner snarare om sådana störningar som inte betraktas som "organiska" i specifik mening för att beteckna denna grupp. Att de har hänförs till denna grupp baserar sig på antagandet att det med större sannolikhet är fråga om en direkt följd av en hjärnsjukdom eller en dysfunktion än en slumpmässig simultanitet med en sådan sjukdom eller psykologisk reaktion på symtom av sådana som till exempel en störning av schizofren typ vid kronisk epilepsi.

Sjukdomsbild:

Diagnosen får stöd av följande omständigheter:

(a) Ett tecken på hjärnsjukdom, skada eller dysfunktion eller kroppslig allmän sjukdom som bevisligen sammanhänger med något av de ovan uppräknade syndromen

(b) Tidsmässigt samband (några veckor eller månader) mellan förloppet av den bakomliggande sjukdomen och det mentala syndromet

(c) Tillfrisknande från mental störning efter bortfall av förmodad orsak eller remission

(d) Det finns inget tecken på en alternativ antaglig orsak till en psykisk sjukdom (t.ex. Stark ärftlig belastning eller föregående stress)

Muut aivovaurion, aivojen toimintahäiriön ja ruumiillisen sairauden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät
Andra psykiska störningar orsakade av hjärnskada, cerebral dysfunktion eller kroppslig sjukdom

Villkor (a) och (b) ger belägg för eventuell diagnos och om alla fyra symtom föreligger, ökar sannolikheten för diagnosen avsevärt.

Risken att drabbas av syndrom som hör till denna grupp ökar bland annat på grund av följande sjukdomar:

epilepsi

limbisk encefalit

Huntingtons sjukdom

huvudskada

hjärntumör

tumör med perifera verkningar på centrala nervsystemet (i synnerhet cancer i bukspottskörteln)

cerebrovaskulär sjukdom, skador eller anomalier

lupus erythematosus eller annan bindvävsjukdom

inresekretorisk sjukdom (i synnerhet hypo- eller hypertyreos, Cushings sjukdom)

metabolisk rubbning (t.ex hypoglykemi, porfyri, syrebrist)

tropisk infektions- eller parasitsjukdom (t.ex. trypanosomiasis)

toxisk effekt från läkemedel som inte påverkar psyket (propranolol, levodopa, metyldopa, steroider, blodtrycksmediciner, malariamediciner)

Diagnostiska kriterier:

G1. Patienten lider av en tidigare genom klinisk eller neurologisk undersökning eller laboratorieprov konstaterad hjärnsjukdom, hjärnskada eller cerebral dysfunktion.

G2. Ett samband kan antas förekomma mellan ett förlopp (eller förvärrat tillstånd) av en bakom liggande sjukdom, hjärnskada eller cerebral dysfunktion och det mentala syndromet. Symtom på psykiska störningar kan uppträda omedelbart efter att den primära sjukdomen brutit ut eller förvärrats, eller efter en fördröjning.

G3. Den psykiska störningen går över eller situationen lindras betydligt efter att den förmodade orsaken försvunnit eller den primära sjukdomen gått över.

G4. Det finns inte tillräckliga tecken på en alternativ orsak till den psykiska störningen, t.ex. stark ärftlig disposition för en kliniskt liknande eller motsvarande störning. /

Om kriterierna G1, G2 och G4 uppfylls kan preliminär diagnos ställas, och om det dessutom finns tecken på remission (G3), kan diagnosen anses säker.

F06.0

ELIMELLINEN AISTIHARHAISUUS

Organisk hallucinos

Mukaan lukien

Elimellinen (muu kuin alkoholin aiheuttama) aistiharhaisuustila

Dermatozoenwahn

Orgaaninen hallusinoosi

Inkluderar

Organiskt hallucinatoriskt tillstånd (ej alkoholulöst)

Huom.

Taudinkuva:

Häiriöön liittyy jatkuvia tai toistuvia aistiharhoja, yleensä näkö- tai kuuloharhoja. Harhaelämyksiä kokiessaan henkilön tajunta on selkeä. Hän saattaa pitää elämyksiään totena tai tunnistaa ne harhoiksi. Henkilö saattaa selittää aistiharhojaan harhaluuloisesti, mutta usein oivalluskyky säilyy. Henkilöllä ei ole merkittävää älyllisen tason laskua eivätkä mielialahäiriöt harhaluulot tai ole hallitsevia.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää F06:n yleiset kriteerit

B. Kliinistä kuvaa hallitsevat jatkuvat tai toistuvat aistiharhat (yleensä näkö- tai kuuloharhat).

C. Aistiharhoja ilmenee tajunnantason ollessa selkeä.

Muut aivovaurion, aivojen toimintahäiriön ja ruumiillisen sairauden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät
Andra psykiska störningar orsakade av hjärnskada, cerebral dysfunktion eller kroppslig sjukdom

Anm.

Sjukdomsbild:

Störningen åtföljs av fortsatta eller upprepade hallucinationer, vanligtvis visuella eller auditiva. Då sinnesillusionerna upplevs är personen vid klart medvetande. Personen kan uppfatta sina upplevelser som verkliga eller identifiera dem som hallucinationer. Personen kan förklara sina hallucinationer som tvångsföreställningar, men ofta kvarstår uppfattningsförmågan. Personen uppvisar ingen nämnvärd nedsättning av den kognitiva nivån och varken mentala störningar eller hallucinationer av framträdande slag. Uppfyller de allmänna kriterierna för F06

B. Den kliniska bilden domineras av fortsatta eller upprepade hallucinationer (vanligtvis visuella eller auditiva).

C. Hallucinationer uppträder då personen är vid klart medvetande.

F06.1

ELIMELLINEN KATATONINEN HÄIRIÖ

Organisk katatoni

Mukaan lukien

Orgaaninen katatoninen oireyhtymä

Inkluderar

Organiskt katatont syndrom

Huom.

Häiriö, jossa psykomotorinen toiminta on vaimentunut (stupor, sulkutila) tai korostunut (kiihtymys), johon liittyy katonisia oireita. Psykomotorisen häiriön ääripäät voivat vuorotella. Ei ole tiedossa, ilmenevätkö tällaisissa elimellisissä tiloissa kaikki skitsofreniassa kuvatut katatonisen häiriön lajit. Aivotulehduksen ja häikämyrkytyksen on arveltu liittyvän tähän oireyhtymään useammin kuin muiden elimellisten syiden.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää F06:n yleiset kriteerit

B. Jompikumpi seuraavista:

(1) sulkutila eli tahdonalaisten liikkeiden ja puheen väheneminen, normaali valolle, äänelle ja kosketukselle reagoiminen vähenee tai lakkaa kokonaan, mutta lihasjännitys, asento ja hengitys pysyvät ennallaan (ja usein silmänliikkeiden koordinaatio heikkenee)

(2) negatiivismi (raajojen tai vartalon passiivisten liikkeiden vastustaminen tai jäykkiin asentoihin jääminen)

C. Katatoninen kiihtymys (luonteeltaan voimakasta kaoottista ylliliikkuvuutta, johon voi liittyä väkivaltaista hyökkäävyyttä).

D. Nopeata ja ennalta arvaamaton vaihtelu sulkutilan ja kiihtymyksen välillä.

Huom!

Muita katatonisia ilmiöitä, jotka lisäävät diagnoosin luotettavuutta, ovat stereotypiat (samanlaisina toistuvat liikesarjat), vahamainen taivuteltavuus ja impulsiiviset teot. Sekavuustilaa poissuljettaessa vaaditaan huolellisuutta: nykyään ei kuitenkaan tiedetä ilmeneekö elimellinen katatoninen häiriö aina selkeässä tietoisuuden tilassa, vai onko kyseessä epätyypillinen sekavuustilan ilmentymä, jossa kriteerit A, B ja D ovat vain lievästi täyttyneet, kun taas kriteeri C on hallitseva.

Anm.

Störning med dämpad psykomotorisk funktion (stupor) eller markerad excitation åtföljd av katatona symtom. Ytterligheterna i den psykomotoriska störningen kan alternera. Det är okänt om dylika organiska tillstånd uppvisar alla arter av kataton störning som beskrivs inom ramen för schizofreni. Encefalit och kolosförgiftning har antagits sammanhänga med detta syndrom oftare än andra organiska orsaker.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna för F06

B. Två av följande:

(1) stupor eller nedsättning av voluntära rörelser och tal, normal reaktion för ljus, ljud och beröring avtar eller bortfaller helt och hållet, men muskeltonus, ställning och andning är oförändrade (och ofta försvagas ögonrörelsernas koordination)

(2) negativism (att motverka kroppens passiva rörelser eller inta olika stela positioner)

C. Kataton excitation (karakteriseras av stark kaotisk överdriven rörlighet som kan åtföljas av våldsam aggressivitet).

D. Snabb och oförutsägbar alternation mellan stupor och excitation.

Muut aivovaurion, aivojen toimintahäiriön ja ruumiillisen sairauden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät
Andra psykiska störningar orsakade av hjärnskada, cerebral dysfunktion eller kroppslig sjukdom

Obs!

Andra katatona fenomen som ökar diagnosens tillförlitlighet är stereotypier (rörelseserier som upprepas enligt samma mönster), lätthet att övertala, fallenhet för impulsiva handlingar. Då det gäller att utesluta ett konfusionstillstånd krävs det noggrannhet: I detta nu är det likväldigt okänt om en organisk kataton störning alltid uppträder vid ett tillstånd av klart medvetande, eller om det är fråga om en atypisk manifestation av ett konfusionstillstånd där kriterierna A, B och D uppfylls endast i lägre grad, medan kriterium C däremot är dominerande.

F06.2

ELIMELLINEN [SKITSOFREENISTYYPPIKEN] HARHALUULOISUUSHÄIRIÖ

Organiskt vanföreställningssyndrom

Mukaan lukien

Paranoidinen tai paranoidis-aistiharhainen elimellinen tila

Epilepsiaan liittyvä skitsofreenistyyppinen psykoosi

Skitsofreniforminen häiriö, elimellinen

Inkluderar

Paranoida och paranoid-hallucinatoriska organiska tillstånd

Schizofreniliknande psykos vid epilepsi

Huom.

Taudinkuva:

Häiriö, jossa kliinistä kuvaa hallitsevat jatkuvat tai toistuvat harhaluulot (vainoharhoja, mustasukkaisuusharhoja, ruumiin muuttumista tai omaa tai toisen kuolemaa koskevia harhoja). Harhaluuloihin voi liittyä aistiharhoja, mutta ne eivät rajoitu harhaluulojen sisältöön. Myös skitsofreniaan viittaavia piirteitä, kuten omituisia (bisarreja) harhaluuloja, aistiharhoja, ajatushäiriöitä tai erillisiä katatonisia ilmiöitä voi esiintyä saattaa esiintyä. Tajunnantaso ja muisti eivät ole häiriintyneitä

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää F06:n yleiset kriteerit

B. Kliinistä kuvaa hallitsevat harhaluulot (vainoamisharhaluulot, ruumiin muuttumista koskevat harhaluulot, sairauteen ja kuolemaan liittyvät harhaluulot, mustasukkaisuusharhaluulot), jotka saattavat muodostua eriasteisiksi järjestelmiksi.

C. Tajunnantaso on selkeä ja muisti vahingoittumaton

Huom!

Muita piirteitä, jotka täydentävät kliinistä kuvaa, mutta joita ei esiinny aina, ovat aistiharhat (miltä tahansa aistin alueelta), skitsofrenialle ominaiset ajatushäiriöt, irralliset katatoniset ilmiöt kuten stereotypiat, negativismi tai impulsiiviset teot.

Kliininen kuva voi täyttää skitsofrenian (F20.0-F20.3), pitkäaikaisen harhaluuloisuuden (F22) tai äkillisen ja ohimenevän psykoottisen häiriön (F23) diagnostiset kriteerit. Jos tila kuitenkin täyttää myös oletetun elimellisen sairauden yleiset kriteerit, jotka on esitetty F06 johdannossa, se tulee luokitella tähän. Tätä diagnoosia ei pidä tehdä, jos edellytetty näyttö elimellisestä syystä on epätyypillinen tälle ryhmälle tai rajoittuu sellaisiin löydöksiin kuin laajentuneet aivokammiot (tietokonekerroskuvauksessa todettu) tai "pehmeisiin" neurologisiin löydöksiin.

Anm.

Sjukdomsbild:

Störning där den kliniska bilden domineras av fortsatta eller upprepade vanföreställningar (förföljelsetidéer, svartsjudeidéer, vanföreställningar om egen eller andras död). Vanföreställningarna kan åtföljas av hallucinationer, men de begränsar sig inte till innehållet i vanföreställningarna. Även drag som tyder på schizofreni, som till exempel egen- domliga (bisarra) vanföreställningar, tankestörningar eller separata katatona fenomen kan förekomma. Medvetandenivån och minnet har inte drabbats av störningar

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna för F06

B. Den kliniska bilden domineras av vanföreställningar (förföljelsetidéer, vanföreställningar om förändringar i kroppen, vanföreställningar om sjukdom eller död, svartsjudeidéer), som kan bilda mönster på olika nivåer.

C. Medvetandenivån är klar och minnet orörändrat

Muut aivovaurion, aivojen toimintahäiriön ja ruumiillisen sairauden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät

Andra psykiska störningar orsakade av hjärnskada, cerebral dysfunktion eller kroppslig sjukdom

Obs!

Andra drag som kompletterar den kliniska bilden, men inte alltid uppträder, är hallucinationer (på vilket område som helst), tankestörningar typiska för schizofreni, separata katatona fenomen såsom stereotypier, negativism eller impulsiva handlingar.

Den kliniska bilden kan uppfylla de diagnostiska kriterierna för schizofreni (F20.0-F20.3), kroniska vanföreställningsyndrom (F22) eller akuta och övergående psykotiska syndrom. Om tillståndet likväl uppfyller även de allmänna kriterierna för en organisk sjukdom som framförs i inledningen till F06, bör det klassificeras här. Denna diagnos bör inte ställas, om det bevis som förutsätts för en organisk orsak är atypiskt för denna grupp eller inskränker sig till sådana fynd som utvidgade hjärnventriklar (konstaterat i datortomografisk undersökning) eller "mjuka" neurologiska fynd.

F06.3

ELIMELLISET MIELIALAHÄIRIÖT

Organiskt förstämningssyndrom

Huom.

Häiriölle on luuteenomaista mielialan tai tunnetilan muutos yleensä yhdessä toiminnan kokonaistason muutoksen kanssa. Ainoana kriteerinä näiden häiriöiden sisällyttämiseksi tähän ryhmään on niiden oletettu suora johtuminen aivojen häiriöstä tai muusta elimellisestä häiriöstä, joiden olemassaolo täytyy joko olla osoitettu itsenäisesti (esim. asiaankuuluvilla kliinisillä tutkimuksilla tai laboratoriotutkimuksilla) tai oletetaan riittävien esitietojen perusteella.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää F06:n yleiset kriteerit

B. Täyttää jonkin mielialahäiriön (F30-F32) diagnostiset kriteerit

Mielialahäiriön tulee olla seurausta oletetusta elimellisestä tekijästä eikä voida olettaa, että se edustaa tunneperäistä vastetta potilaan tietoisuudelle samanaikaisen aivosairauden tai sen oireiden olemassaolosta.

Tulehdustaudin jälkeinen masentuneisuus (esim influenssaa seuraava) on yleisesti esiintyvä esimerkki ja tulee koodata tähän. Pysyvää lievää yli-iloisuutta, joka ei yllä hypomaniaan asti (jota joskus todetaan esim. liittyen steroidihoitoon tai masennuslääkkeiden käyttöön) ei tule koodata tähän vaan se koodataan kohtaan F06.8.

Anm.

Störningen karakteriseras av att sinnesstämningen eller känslotillståndet i regel förändras då en förändring sker på helhetsnivå. Det enda kriteriet för att dessa störningar ska införas i denna grupp är att de antas vara en direkt följd av en cerebral rubbning eller någon annan organisk störning, vars förekomst måste ha konstaterats separat (t.ex. i relevanta kliniska undersökningar eller laboratorieprov) eller antagande på grund av tillräcklig förhandsinformation.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna för F06

B. Uppfyller de diagnostiska kriterierna för något förstämningssyndrom (F30-F32)

Förstämningssyndromet bör vara en följd av en förmodad organisk faktor och det ska inte antas representera en respons på patientens medvetenhet om en samtidigt förekommande hjärnsjukdom eller symtom på en sådan.

Depression efter en infektionssjukdom (t.ex. efter influensa) är ett allmänt förekommande exempel och bör kodas här. Bestående lindrig eufori som inte utvecklas till hypomani (som ibland kan konstateras t.ex. i samband med steroidbehandling eller användning av antidepressiva) bör inte kodas här, utan i undergrupp F06.8.

F06.30

Elimellinen maaninen häiriö

Organiskt maniskt syndrom

F06.31

Elimellinen kaksisuuntainen mielialahäiriö

Organiskt bipolara syndrom

F06.32

Elimellinen masennus

Organiskt depression

F06.33

Elimellinen sekamuotoinen mielialahäiriö

Organiskt depression

F06.39

Määrittelemätön elimellinen mielialahäiriö

Organiskt förstämningssyndrom UNS

F06.4

ELIMELLINEN AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖ

Organiskt ångestsyndrom

Huom.

Häiriötä luonnehtivat yleistyneen ahdistuneisuushäiriön (F41.1), paniikkihäiriön (F41.0) tai niiden yhdistelmien kliiniset piirteet, mutta se on sellaisen elimellisen häiriön seurausta, joka voi aiheuttaa aivojen toimintahäiriötä (esim. ohimo-lohkoepilepsia, kilpirauhasen liikatoiminta tai feokromosytooma).

Diagnostiset kriteerit:

- A. Täyttää F06:n yleiset kriteerit
- B. Täyttää joko paniikkihäiriön (F41.0) tai yleistyneen ahdistuneisuushäiriön (F41.1) diagnostiset kriteerit

Anm.

Störningen karakteriseras av tecken på generaliserat ångestsyndrom (F41.1) panikksyndrom (F41.0) eller en kombination av kliniska symtom på dessa syndrom, men utgör en konsekvens av en sådan organisk störning som kan orsaka en funktionsstörning i hjärnan (t.ex. temporallobsepilepsi, hypertyreos eller feokromosytom).

Diagnostiska kriterier:

- A. Uppfyller de allmänna kriterierna för F06
- B. Uppfyller de diagnostiska kriterierna antingen för panikksyndrom (F41.0) eller för generaliserat ångestsyndrom (F41.1)

F06.5

ELIMELLINEN DISSOSIAATIOHÄIRIÖ

Organiska dissociativa syndrom

Huom.

Häiriö, joka täyttää jonkin ryhmään F44 kuuluvan häiriön diagnostiset kriteerit (dissosiativinen häiriö, konversiohäiriö) ja jossa täytyvät lisäksi yleiset elimellisen sairauden kriteerit, kuten ryhmän F06 johdannossa on kuvattu.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Täyttää F06:n yleiset kriteerit
- B. Täyttää jonkin häiriön diagnostiset kriteerit luokista F44.0-F44.8

Anm.

Syndrom som uppfyller något av de kriterier som ingår i grupp F44 (dissociativt syndrom, konversionssyndrom) och där dessutom allmänna kriterier för organisk sjukdom uppfylls, enligt beskrivningen i inledningen till grupp F06.

Diagnostiska kriterier:

- A. Uppfyller de allmänna kriterierna för F06
- B. Uppfyller de diagnostiska kriterierna för något syndrom i undergrupperna F44.0-F44.8

F06.6

ELIMELLINEN TUNNE-ELÄMÄN EPÄVAKAISUUSHÄIRIÖ (ASTEENINEN HÄIRIÖ)

Organisk emotionell labilitet [asteni]

Huom.

Häiriö, jolle on tyypillistä huomattava ja pitkäaikainen tunne-elämän levottomuus tai epävakaus, väsyvyys sekä erilaiset epämiellyttävät ruumiilliset tuntemukset (esim. huimaus) ja kivut, joiden voidaan katsoa aiheutuvan olemassa olevasta elimellisestä häiriöstä. Tämän häiriön katsotaan liittyvän aivoverenkierron sairauksiin tai verenpainetautiin useammin kuin muihin syihin.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Täyttää F06:n yleiset kriteerit
- B. Kliinistä kuvaa hallitsee tunne-elämän epävakaisuus (kontrolloimattomat, epävakaut ja vaihtelevat tunteiden ilmaisu).
- C. Esiintyy erilaisia ruumiillisia tuntemuksia, kuten huimausta, kipuja tai särkyjä.

Huom!

Uupumusta ja haluttomuutta (astenia) ilmenee usein, mutta ne eivät ole diagnoosin asettamisen kannalta välttämättömiä piirteitä.

Muut aivovaurion, aivojen toimintahäiriön ja ruumiillisen sairauden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät
Andra psykiska störningar orsakade av hjärnskada, cerebral dysfunktion eller kroppslig sjukdom

Anm.

Syndrom som karakteriseras av en märkbar och långvarig emotionell labilitet eller instabilitet, personen har lätt för att bli trött och känna olika slags obehagliga fysiska besvär (t.ex. svindel) och smärta som kan betraktas som orsakade av ett förekommande organiskt symtom. Detta syndrom anses oftare ha ett samband med vasculära sjukdomar eller hypertoni än andra orsaker.

Diagnostiska kriterier:

- A. Uppfyller de allmänna kriterierna för F06
- B. Den kliniska bilden domineras av emotionell labilitet (okontrollerade, instabila och varierande känsloyttringar).
- C. Det förekommer olika slags fysiska besvär, t.ex. svindel, smärta eller värk.

Obs!

Utmattning och olust (asteni) uppträder ofta, men de är inte nödvändiga kännetecken för att diagnos ska kunna ställas.

F06.7

LIEVÄ ÄYLLISTEN TOIMINTOJEN HÄIRIÖ

Lindrig kognitiv störning

Huom.

Tämä häiriö voi edeltää hyvin monenlaisia aivojen tai koko elimistön infektioiden oireita ja muita ruumiillisia häiriöitä (sisältäen HIV-infektion). Se voi myös ilmetä niiden kanssa samanaikaisesti tai niiden jälkeen. Suoraa neurologista osoitusta aivojen vauriosta ei välttämättä ole, mutta sairaus saattaa kuitenkin aiheuttaa oireita ja häiritä tavallisia toimintoja. Tämän luokan rajat ovat vielä epäselvät. Liittyessään paranevaan ruumiilliseen sairauteen lievä älyllisten toimintojen häiriö ei kestä paranemisen jälkeen muutamaa viikkoa pidempään. Tätä diagnoosia ei tule käyttää, jos häiriö on selkeästi luokiteltavissa johonkin tämän kirjan muihin ryhmiin kuuluviin mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriöihin.

Taudinkuva:

Pääasiallinen tunnusmerkki on älyllisten toimintojen heikkeneminen. Tähän saattaa sisältyä muistin huononeminen, oppimisvaikeuksia tai keskittymiskyvyn heikentyminen. Objektivisissa testeissä todetaan yleensä epänormaaleja löydöksiä. Oireiden perusteella ei voida diagnosoida dementiaa (F00-F03), elimellistä amnestista oireyhtymää (F04) tai sekavuustilaa (delirium, F05).

Diagnostiset kriteerit:

Tämän häiriön asemaa tutkitaan. Tämänhetkisiä tutkimuskriteerejä tulee pitää alustavina. Häiriön luokituksella pyritään saamaan lisänäyttöä, joka osoittaisi lievän älyllisten toimintojen häiriön olevan erotettavissa sellaisista häiriöistä kuin dementia (F00-F03), elimellinen amnestinen oireyhtymä (F04), sekavuustila (F05) ja useista ryhmän F07 häiriöistä.

A. Täyttää F06:n yleiset kriteerit

B. Älylliset toiminnot ovat häiriintyneet suurimman osan aikaa vähintään kahden viikon ajan henkilön itsensä tai luotettavan tiedonantajan kertoman mukaan. Vaikeuksia on esimerkiksi seuraavista:

- (1) muisti (erityisesti mieleenpalauttaminen) tai uuden oppiminen
- (2) tarkkaavaisuus tai keskittymiskyky
- (3) ajattelu (esim. ongelmanratkaisun hidastuminen tai hajamielisyys)
- (4) kielelliset toiminnot (esim. kielen ymmärtäminen, sanojen löytäminen)
- (5) visumotoriset toiminnot

C. Kvantitatiivisissa älyllisen toiminnan mittareissa (esim. neuropsykologiset testit tai mental status examination) todetaan epänormaaliutta tai tasonlaskua.

D. Mikään kriteerissä B (1-5) luetelluista vaikeuksista ei ole sellainen, että voitaisiin asettaa dementia (F00-F03), elimellisen amnestisen oireyhtymän (F04), sekavuustilan (F05), aivotulehduksen jälkeisen oireyhtymän (F07.1), aivotärähdyksen jälkeisen oireyhtymän (F07.2) tai psykeen vaikuttavien aineiden aiheuttaman muun pysyvän älyllisen toiminnan häiriön (F1x.74) diagnoosia.

Erutusdiagnosi:

Tämä häiriö voidaan erottaa aivotulehduksen jälkeisestä oireyhtymästä (F07.1) ja aivotärähdyksen jälkeisestä oireyhtymästä (F07.2) sen erilaisten syiden, vähäisempien ja lievempien oireiden ja yleensä lyhyemmän keston perusteella.

Muut aivovaurion, aivojen toimintahäiriön ja ruumiillisen sairauden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät *Andra psykiska störningar orsakade av hjärnskada, cerebral dysfunktion eller kroppslig sjukdom*

Huom!

Jos kysymyksessä on keskushermoston toimintahäiriö ryhmän F06 yleisten kriteerien A-kohtaan mukaisesti, oletetaan yleensä, että se on lievän älyllisten toimintojen häiriön aiheuttaja. Jos kysymyksessä on ruumiillinen yleissairaus, ei yleensä ole oikeutettua olettaa, että näiden välillä olisi suora syy-yhteys. Näissä tapauksissa saattaa olla kuitenkin hyödyllistä merkitä ruumiillisen yleissairauden olemassaolo "lisäsairautena" osoittamatta välttämättä Tämä tapahtuu kirjaamalla asianmukainen ICD-10 -koodi lisädiagnoosiksi.

Anm.

Detta syndrom kan föregå många slags symtom på infektioner i hjärnan och hela organismen (inklusive HIV-infektion). Det kan också uppträda samtidigt med dessa symtom eller efter dem. Ett direkt neurologiskt tecken på en hjärnskada föreligger inte, men sjukdomen kan likväl orsaka symtom och störa vanliga funktioner. Gränserna för denna grupp är ännu oklara. Om den lindriga kognitiva störningen förekommer tillsammans med en kroppslig sjukdom varar den inte längre än någon vecka efter tillfrisknandet. Denna diagnos bör inte användas, om störningen klart kan klassificeras som ett av de mentala syndrom eller en av de beteendestörningar som ingår i de övriga grupperna i denna bok.

Sjukdomsbild:

Det huvudsakliga symtomet är nedsatta kognitiva funktioner. Här kan även ingå försämrat minne, inlärningssvårigheter eller försvagad koncentrationsförmåga. I objektiva test konstateras i regel onormala fynd. Utifrån symtomen kan inte diagnostiseras demens (F00-F03), organiska amnesisyndrom (F04) eller förvirringstillstånd (delirium, F05).

Diagnostiska kriterier:

Undersökningar pågår om klassificering av denna störning. De nuvarande undersökningskriterierna bör betraktas som preliminära. Genom klassificering av syndromet eftersträvas ytterligare belegg för att en lindrig kognitiv störning kan skiljas från sådana syndrom som demens (F00-F03), organiska amnesisyndrom (F04), konfusion (F05) och ett flertal av störningarna i grupp F07.

.A. Uppfyller de allmänna kriterierna för F06

B. Störningar pågår i de kognitiva funktionerna största delen av tiden under förloppet av två veckor enligt uppgift av personen själv eller en pålitlig informator. Svårigheter uppträder till exempel i någon av följande funktioner:

(1) minnet (i synnerhet att återkalla saker i minnet) eller inlärning av nytt stoff

(2) uppmärksamheten eller koncentrationsförmågan

(3) tänkandet (t.ex. långsammare problemlösning eller tankspriddhet)

(4) språkliga funktioner (t.ex. att förstå språket, finna ord)

(5) visumotoriska funktioner

C. Mätningar av kvantitativ kognitiv verksamhet (t.ex. neuropsykologiska test eller mental status examination) påvisar anomalier eller nedsatt nivå

D. Ingen av de i kriterium B uppräknade svårigheterna är av sådant slag att en diagnos kunde ställas om demens (F00-F03), organiskt amnesisyndrom (F04), konfusion (F05), postencefalitiskt syndrom (F07.1), postkommotionellt syndrom (F07.2) eller annan bestående kognitiv störning som orsakats av psykofarmaka (F1x.74).

Differentialdiagnos:

Denna störning kan skiljas från postencefalitiskt syndrom (F07.1) postkommotionellt syndrom (F07.2) utifrån dess olika orsaker, mindre och lindrigare symtom och i regel kortare varaktighet.

Obs!

Om det är fråga om en dysfunktion i centrala nervsystemet i enlighet med punkt A i de allmänna kriterierna i grupp F06, antas den i allmänhet orsaka en lindrig kognitiv störning. Om det är fråga om en kroppslig sjukdom, är det i allmänhet inte berättigat att anta att det finns ett direkt etiologiskt samband. I dessa fall kan det likväl löna sig att beteckna förekomst av en kroppslig sjukdom som "tilläggsjukdom" utan att nödvändigtvis påvisa det. Detta görs så att relevant ICD-10-kod antecknas som tilläggsdiagnos.

F06.8

MUO AIVOVAURION, AIVOJEN TOIMINTAHÄIRIÖN JA RUUMIILLISEN SAIRAUDEN AIHEUTTAMAT AIVO-OIREYHTYMÄ

Annan specificerad psykisk syndrom eller störning orsakade av hjärnskada, cerebral dysfunktion eller kroppslig sjukdom

Mukaan lukien

Tarkemmin määrittämätön epileptinen psykoosi

Muut aivovaurion, aivojen toimintahäiriön ja ruumiillisen sairauden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät
Andra psykiska störningar orsakade av hjärnskada, cerebral dysfunktion eller kroppslig sjukdom

Inkluderar

Psykos UNS utlöst av epileptiskt anfall

Huom.

Esimerkkejä ovat lievät tai ohimenevät mielialahäiriöt, joita ilmenee steroidi- tai masennuslääkehoidon aikana, ja jotka eivät täytä elimellisen mielialahäiriön (F06.3) kriteerejä.

Anm.

Exempel utgörs av lindriga eller övergående förstämningssyndrom som uppträder under behandling med steroider eller antidepressiva och som inte uppfyller kriterierna för organiskt förstämningssyndrom (F06.3).

F06.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN AIVOVAURION, AIVOJEN TOIMINTAHÄIRIÖN TAI RUUMIILLISEN SAIRAUDEN AIHEUTTAMA AIVO-OIREYHTYMÄ

Psykisk störning, ospecificerad, orsakad av hjärnskada, cerebral dysfunktion eller kroppslig sjukdom

Mukaan lukien

Tarkemmin määrittämätön elimellinen aivo-oireyhtymä

Tarkemmin määrittämätön elimellinen mielenterveyden häiriö

Inkluderar

Organiskt hjärnsyndrom UNS

Organisk psykisk störning UNS

F07

Aivosairauden, aivovaurion ja aivojen toimintahäiriön aiheuttamat persoonallisuus- ja käytöshäiriöt

Personlighets- och beteendestörningar orsakade av hjärnsjukdom, hjärnskada eller cerebral dysfunktion

Huom.

Personallisuuden ja käyttäytymisen muutos voi liittyä aivosairauteen, vaurioon tai aivojen toimintahäiriöön tai olla sellaisen jäännöstila. Joissakin tapauksissa tällaisten jäännöstilana tai yhtäaikaisena esiintyvien persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutokset saattavat viitata aivopatologian laatuun ja/tai sijaintiin, mutta tällaisen diagnostisen päätelmän luotettavuutta ei pidä yliarvioida. Täten taustalla oleva syy tulee aina määrittää itsenäisesti ja kirjata, jos se saadaan selville.

Diagnostiset kriteerit:

G1. Esitietojen ja/tai kliinisen tutkimuksen, neurologisen tutkimuksen tai laboratoriotestien perusteella on näyttöä aivosairaudesta, aivovammasta tai aivojen toimintahäiriöstä.

G2. Tajunnantaso ei ole hämartyntynyt eikä muisti merkittävästi heikentynyt.

G3. Ei ole näyttöä muista persoonallisuushäiriön tai käyttäytymisen häiriön syistä, joiden perusteella häiriön voisi sijoittaa luokkiin F60-F69.

Anm.

Personlighets- och beteendeförändring kan ha samband med hjärnsjukdom, hjärnskada eller cerebral dysfunktion eller utgöra sviter efter en sådan. I en del fall kan personlighets- och beteendeförändringar som uppträder som sviter efter sådana eller tillsammans med dem ge antydningar till typ och/eller lokalisering av hjärnpatologi, men tillförlitligheten i en sådan diagnostisk slutledning bör inte överskattas. Sålunda bör en bakomliggande orsak alltid definieras separat och antecknas, om den kan bestämmas.

Diagnostiska kriterier:

G1. Utifrån förhandsinformation och/eller kliniska, neurologiska undersökningar eller laboratorieprov förekommer tecken på hjärnsjukdom, hjärnskada eller cerebral dysfunktion.

G2. Medvetandenivån är inte grumlig och inte heller minnet nämnvärt nedsatt.

G3. Inga tecken på andra orsaker till personlighets- och beteendestörning som skulle möjliggöra en klassificering i grupperna F60-F69.

F07.0

ELIMELLINEN PERSOONALLISUUSHÄIRIÖ

Organisk personlighetsstörning

Mukaan lukien

Elimellinen näennäisesti kehitysvammainen persoonallisuus
Otsalohko-oireyhtymä
Limbiseen epilepsiaan liittyvä persoonallisuushäiriö
Lobotomiaoireyhtymä
Leukotomian jälkeinen oireyhtymä
Elimellinen näennäisesti psykopaattinen persoonallisuus

Inkluderar

Organisk pseudopsykopatisk personlighet
Organisk pseudoretarderad personlighet
Frontallobssyndrom
Limbisk epileptisk personlighetsstörning
Lobotomisyndrom
Leukotomisyndrom

Huom.

Häiriölle on luonteenomaista merkittävä muutos suhteessa sairautta edeltäviin käyttäytymistapoihin. Tunteiden sekä tarpeiden ja yllykkeiden ilmaiseminen on erityisesti häiriintynyt. Älylliset toiminnot voivat olla pääosin tai jopa täysin puutteelliset tavoitteellisen toiminnan ja todennäköisten henkilökohtaisten ja sosiaalisten seurausten ennakkoinnin alueilla, kuten niin sanotussa otsalohko- oireyhtymässä. Nykyään kuitenkin tiedetään, että tätä oireyhtymää ei esiinny ainoastaan otsalohkon vaurioiden yhteydessä, vaan myös aivojen muiden alueiden paikallisissa vaurioissa.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää F07:n yleiset kriteerit

B. Ainakin kolme seuraavista piirteistä (1-6) on ollut vähintään kuuden kuukauden ajan:

- (1) pysyvästi alentunut kyky ylläpitää tavoitteellisia toimintoja, etenkin sellaisia, mitkä ovat pitkäkestoisia ja jotka eivät tuota välitöntä tyydytystä
- (2) vähintään yksi seuraavista tunne-elämän muutoksista
 - (a) tunne-elämän epävakaas (tunteiden ilmaisu on kontrolloimatonta, epävakaata ja vaihtelevaa)
 - (b) hilpeys ja tyhjä, olosuhteisiin sopimaton vitseikkyyys
 - (c) ärsyyntyneisyys ja/tai vihan ja aggression purkaukset
 - (d) apatia
- (3) estoton tarpeiden ja impulssien ilmaiseminen seurauksia tai sosiaalisia sovinnaisia tapoja harkitsematta (henkilö saattaa tehdä epäsosiaalisia tekoja kuten varastaa, sopimattomasti lähennellä seksuaalisesti tai syödä ahmien tai olla välinpitämätön henkilökohtaisesta hygieniasta)
- (4) älyllisten toimintojen häiriöitä, jotka ovat tyypillisesti:
 - (a) epäluuloisuutta tai paranoidista ajattelua
 - (b) liiallista keskittymistä yhteen aiheeseen kuten uskontoon tai jäykkää toisten ihmisten käyttäytymisen luokittelua "oikeaksi" ja "vääräksi"
- (5) huomattavat muutokset kielen tuottamisen nopeudessa ja sujuvuudessa, missä on mukana sellaisia piirteitä kuin seikkaperäisyys, liiallinen perinpohjaisuus, tahmeus ja liiallinen kuvailevuus
- (6) muuntunut seksuaalinen käyttäytyminen (seksuaalisuuden vaimeneminen tai seksuaalisen suuntautumisen muuttuminen).

Huom!

Mahdollisiin alatyyppeihin liittyvien piirteiden määrittelyä

Vaihtoehto 1. Kriteereissä 1 ja 2 d kuvattujen oireiden ensisijaisuuden on ajateltu määrittelevän vale-kehitysvam-

maisena tai apaattisena tyyppiin. Kriteerien 1, 2 c ja 3 hallitsevuutta on harkittu valepsykopaattiseksi tyyppiä. Kriteerien 4, 5 ja 6 yhdistelmää on pidetty luonteenomaisena limbiseen epilepsiaan liittyvälle persoonallisuudenmuutokselle. Toistaiseksi näitten tyyppien luokittelu on vasta luonnosasteella.

Vaihtoehto 2. Mikäli halutaan, voidaan määrittellä seuraavat tyytit: epävakaa tyyppi, estoton tyyppi, aggressiivinen tyyppi, apaattinen tyyppi, paranoidinen tyyppi, sekamuotoinen tyyppi ja muu määriteltä tyyppi.

Anm.

Störningen karakteriseras av en märkbar förändring i jämförelse med beteendemönstret före sjukdomen. Särskilt försvagad manifestation av känslor, behov och impulsivt beteende. De kognitiva funktionerna kan till största delen eller till och med helt och hållet vara nedsatta inom områden för målinriktad verksamhet och förutsägelse av sannolika personliga och sociala konsekvenser på samma sätt som vid det s.k. pannlobssyndromet. Numera vet man likväl att detta syndrom inte uppträder enbart i samband med skador i pannloben, utan också vid lokala skador i andra delar av hjärnan. Uppfyller de allmänna kriterierna för F07

B. Åtminstone tre av följande kännetecken (1-6) har förekommit i minst sex månader:

(1) varaktigt nedsatt förmåga att upprätthålla målinriktade funktioner, särskilt sådana som är av lång varaktighet och inte medför omedelbar tillfredsställelse

(2) minst en av följande emotionella förändringar

(a) emotionell labilitet (känsloutlösningar är okontrollerade, labila och varierande)

(b) uppsluppenhet och tomma vitsar, olämpliga för situationen

(c) retlighet och/eller ilska och aggressiva utbrott

(d) apati

(3) hämningslösa uttryck för behov och impulser utan övervägande av konsekvenser eller sociala konventioner (personen kan utföra asociala handlingar som till exempel stöld, otillbörliga sexuella närmanden eller sluka i sig maten eller försumma sin personliga hygien)

(4) kognitiva störningar som karakteriseras av:

(a) misstänksamhet eller paranoidiskt tänkande

(b) alltför stark fixering vid ett tema som till exempel religion eller osmidig klassificering av andra människors beteende som "rätt" eller "fel"

(5) pregnant förändringar i språkrätm och flyt tillsammans med sådana drag som detaljrikedom, överdriven omständighet, stelhet och utmålade beskrivningar. /

(6) förändrat sexuellt beteende (avtagande sexualitet eller förändring av sexuell läggning).

Obs!

Definiering av drag som hänför sig till eventuella undertyper

Alternativ 1. Primär förekomst av de symtom som beskrivs i kriterium 1 och 2 d har ansetts definiera en skenbart utvecklingsstörd eller apatisk typ. En dominans av kriterierna 1, 2 c och 3 har ansetts definiera en skenbart psykopatisk typ. En kombination av kriterierna 4,5 och 6 har betraktats som karakteristisk för en personlighetsförändring som har samband med limbisk epilepsi. Tills vidare är klassificeringen av dessa typer på utkastnivå.

Alternativ 2. Om så önskas kan följande typer definieras: Instabil typ, hämningslös typ, aggressiv typ, apatisk typ, paranoid typ, typ av blandform och typ av annan definition.

F07.1

AIVOTULEHDUKSEN JÄLKEINEN OIREYHTYMÄ

Postencefalitiskt syndrom

Huom.

Oireyhtymä sisältää joko viruksista tai bakteereista johtuvan aivotulehduksen paranemista seuraavan jännöstitilana esiintyvän käyttäytymisen muutoksen. Oireet ovat epäspesifisiä ja vaihtelevat eri yksilöiden välillä, tulehduksen aiheuttaneesta tekijästä riippuen ja riippuen selvimmin henkilön iästä tulehduksen aikana. Pääasiallinen ero tämän häiriön ja elimellisen persoonallisuushäiriön välillä on se, että tämä on usein palautuva.

Taudinkuvaan voi kuulua yleistä huonovointisuutta, apatiaa tai ärtyisyyttä, jonkin verran tasonlaskua älyllisissä toiminnissa (oppimisvaikeuksia), uni- ja syömistottumusten muutoksia, seksuaalisuuden muutoksia ja sosiaalisen arvostelukykyyn laskua. Jännöstitilana voi olla myös erilaisia neurologisia toimintahäiriöitä kuten halvauksia, kuuroutta, puhekyvyttömyyttä, apraksiaa (kykenemättömyyttä suoritua motorisista toiminnoista) ja akalkuliaa (kykenemättömyyttä suoritua matemaattisista tehtävistä)

Diagnostiset kriteerit:

- A. Täyttää F07:n yleiset kriteerit
- B. Todetaan ainakin yksi seuraavista jäännöstilaisista neurologisista toimintahäiriöistä:
- (1) halvaus
 - (2) kuurous
 - (3) afasia (aivotuiminnan häiriöstä johtuva kielellinen häiriö)
 - (4) apraksia (kykenemättömyys suoriutua motorisista toiminnoista normaalista ymmärtämisestä ja motoriikasta huolimatta)
 - (5) akalkulia (kykenemättömyys suoriutua matemaattisista tehtävistä)
- C. Oireyhtymä on palautuva ja sen kesto ylittää harvoin 24 kuukautta

Huom!

Jäännöstilaoireet ja persoonallisuuden muutos, jotka ovat seurausta joko viruksen tai bakteerin aiheuttamasta aivotulehduksesta, eivät ole vain tälle häiriölle tyypillisiä eivätkä ole riittävä peruste kliiniselle diagnoosille. Tyypillisiä jäännöstilaoireita ovat esimerkiksi:

- Yleinen huonovointisuus, apatia tai ärtyneisyys
Älyllisten toimintojen heikkeneminen (oppimisvaikeudet)
Uni-valve -rytmin häiriöt tai seksuaalisen käyttäytymisen muutokset

Anm.

Syndromet innehåller en ospecifik och varierande beteendeförändring i efterförloppet av endera viral eller bakteriell encefalit. Symtomen är ospecifika och varierar mellan olika individer, beroende på vilken faktor som orsakat infektionen och allra tydligast på personens ålder under infektionstillståndet. Den huvudsakliga skillnaden mellan denna störning och en organisk personlighetsstörning är att det postencefalitiska syndromet är reversibelt.

Sjukdomsbilden kan innehålla allmänt illamående apati eller retlighet, en viss nedsättning av de kognitiva funktionerna (inlärningssvårigheter), förändringar i sömnavanor och ätande, sexuella förändringar och nedsatt social omdömesförmåga. Ett resttillstånd kan även bestå av olika slags neurologiska funktionsstörningar såsom förlamning, dövhet, förlust av talförmågan, apraxi (brister i de motoriska funktionerna) och akalkuli (oförmåga att utföra räkneuppgifter).

Diagnostiska kriterier:

- A. Uppfyller de allmänna kriterierna för F07
- B. Konstaterande av åtminstone en av följande neurologiska funktionsstörningar i samband med resttillstånd:
- (1) stroke
 - (2) dövhet
 - (3) afasi (språklig störning orsakad av cerebral dysfunktion)
 - (4) apraxi (brister i de motoriska funktionerna trots normal förståelse och motorik)
 - (5) akalkuli (oförmåga att utföra matematiska uppgifter)
- C. Syndromet är reversibelt och dess varaktighet överskrider sällan 24 månader

Obs!

Resttillståndssymtom och personlighetsförändring som är sviter av encefalit med viral eller bakteriell etiologi är inte typiska enbart för denna störning och utgör inte en tillräcklig grund för en klinisk diagnos. Typiska resttillståndssymtom är till exempel:

- Allmänt illamående, apati eller retlighet
Nedsatta kognitiva funktioner (inlärningssvårigheter)
Störningar i dygnsrytmen eller förändringar i det sexuella beteendet.*

F07.2

AVORUHJEEN JÄLKEINEN OIREYHTYMÄ

Postkontusionellt syndrom

Mukaan lukien

Aivotärähdyksen jälkeinen oireyhtymä

Aivosairauden, aivovaurion ja aivojen toimintahäiriön aiheuttamat persoonallisuus- ja käytöshäiriöt

Personlighets- och beteendestörningar orsakade av hjärnsjukdom, hjärnskada eller cerebral dysfunktion

Aivoruhjeen jälkeinen aivosairaus

Vamman jälkeinen aivo-oireyhtymä ilman psykoottisia oireita

Inkluderar

Postkommotionellt syndrom (encefalopati)

Posttraumatiskt hjärnsyndrom, icke psykotiskt

Huom.

Tämän oireyhtymän asema itsenäisenä nimettynä häiriönä on epävarma ja ryhmän F07 kriteeriä A ei aina pystytä varmentamaan. Tutkimusta tekevät voivat kuitenkin käyttää alla mainittuja suositteluja kriteerejä. Tila on kuitenkin yleinen ja potilaalle haitallinen. Huolellinen laboratoriotutkimus (aivosähkökäyrä, aivorungon herätepotentiaalitutkimus, aivojen kuvantaminen, oculonystagmografia) saattaa tuottaa objektiivista näyttöä oireiden toteen näyttämiseksi, mutta tulokset ovat usein negatiivisia. Vahingonkorvausten saaminen ei välttämättä ole oireiden valittamisen motiivi.

Taudinkuva:

Oireyhtymä ilmenee yleensä pään alueen vamman seurauksena (joka on tavallisesti vaikeusasteeltaan tajuttomuuteen johtava) ja sisältää joukon erillisiä oireita, kuten päänsärkyä, pyörrytystä (yleensä todellisen huimauksen piirteet puuttuvat), uupumusta, ärtyvyyttä, keskittymiskyvyttömyyttä, henkisen suorituskyvyn laskua, muistin heikentymistä, unettomuutta sekä stressin, mielenliikutusten tai alkoholin sietokyvyn huonontumista. Näihin oireisiin saattaa liittyä masentuneisuuden tai ahdistuksen tunteita, jotka johtuvat jonkinasteisesta itsetunnon menetyksestä ja pysyvän aivovaurion pelosta. Tällaiset tunteet voimistavat alkuperäisiä oireita ja seurauksena on noidankehä. Jotkut potilaat tulevat hypokondrisiksi, omistautuen diagnoosin ja hoidon etsimiseen ja saattavat omaksua pysyvän sairaaan roolin. Näiden oireiden syyt eivät aina ole selviä ja sekä elimellisiä että psykologisia tekijöitä on arveltu niiden aiheuttajiksi.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää F07:n yleiset kriteerit

B. Enintään neljä viikkoa aiemmin tapahtunut päävamma, joka on johtanut tajuttomuuteen (objektiivinen näyttö aivovammasta sähkökäyrällä, aivojen kuvantamisella tai oculonystagmografialla tutkittuna saattaa puuttua.)

C. Vähintään kolme seuraavista:

(1) Epämiellyttäviä tuntemuksia ja kipuja kuten päänsärkyä, pyörrytystä (usein todellisen huimauksen piirteet puuttuvat), yleistä huonovointisuutta ja normaalia voimakkaampaa väsymystä tai kyvyttömyyttä sietää kovia ääniä

(2) Tunne-elämän muutoksia, kuten ärtyisyyttä, tunne-elämän ailahtelevuutta (kummatkin ilmaantuvat tai voimistuvat helposti tunne-elämää kiihdyttävän tilanteen tai stressin vuoksi) tai jonkinasteista masentuneisuutta ja/tai ahdistusta

(3) Henkilö valittaa keskittymisvaikeuksia, vaikeuksia suoriutua henkisistä tehtävistä ja muistiongelmia (ilman selvää objektiivista näyttöä huomattavasta häiriöstä psykologisten testien valossa)

(4) Unettomuus

(5) Alkoholin sietokyvyn heikentyminen

(6) Huolestuneisuus yllä mainituista oireista ja pelko pysyvästä aivovauriosta, joka saattaa johtaa hypokondriaan, yliarvoisiin ajatuksiin ja sairaan roolin omaksumiseen.

Anm.

Det är osäkert huruvida detta syndrom ska betecknas som självständigt och kriterium A i grupp F07 kan inte alltid verifieras. För forskning kan likväl nedan nämnda rekommenderade kriterier användas. Tillståndet är dock allmänt och skadligt för patienten. En omsorgsfull laboratorieundersökning (elektroencefalogram, BAEP, MSI eller magnetoencefalografi, oculonystagmografi) kan ge objektiva belägg för symtomen, men resultaten är ofta negativa. Det är inte nödvändigtvis utsikterna till skadeersättning som får patienten att beklaga sig över symtomen.

Sjukdomsbild:

Syndromet uppträder ofta som följd av en skallskada (ofta av en svårighetsgrad som lett till medvetslöshet) och som innehåller ett flertal olika symtom såsom huvudvärk, yrsel (i regel saknas tecken på verklig svindel), utmattningsirritation, nedsatt intellektuell prestationsförmåga, nedsatt minnesfunktion, sömnlöshet och lägre stresstålighet, lätttrödhetsirritation och lägre alkoholtålighet. Dessa symtom kan åtföljas av känslor av nedstämdhet och ångest som orsakas av en viss grad av nedsatt självkänsla och fruktan för en kronisk hjärnskada. Sådana känslor förstärker de ursprungliga symtomen och leder till en ond cirkel. En del patienter blir hypokondriska, ägnar sig helt och hållet åt att leta efter diagnos och vård och kan uppgå i rollen som kroniker. Orsakerna till dessa symtom är inte alltid klara och såväl organiska som psykologiska faktorer har förmodats orsaka symtomen.

Aivosairauden, aivovaurion ja aivojen toimintahäiriön aiheuttamat persoonallisuus- ja käytöshäiriöt
Personlighets- och beteendestörningar orsakade av hjärnsjukdom, hjärnskada eller cerebral dysfunktion

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna för F07

B. Högst fyra veckor tidigare inträffat skaltrauma som orsakat medvetlöshet (objektivt konstaterande av hjärnskada med EEG, MEG eller oculonystagmografi har möjligtvis inte gjorts)

C. Minst tre av följande symtom:

(1) Obehagliga förnimmelser och smärtor såsom huvudvärk, yrsel (i regel saknas tecken på verklig svindel), allmänt illamående och större trötthet än normalt, eller oförmåga att tåla kraftigt ljud

(2) Emotionella förändringar som t.ex. irritabilitet, emotionella svängningar (vardera uppträder eller tilltar lätt på grund av emotionellt upphetsande situationer eller stress) eller något slags nedstämdhet eller ångest

(3) Personen klagar över koncentrationssvårigheter, svårigheter att klara av intellektuella uppgifter samt minnesproblem (utan objektivt belägg för märkbar störning i ljuset av psykologiska test)

(4) Sömlöshet

(5) Nedsatt alkoholtållighet

(6) Oro över ovan nämnda symtom och fruktan för bestående hjärnskada som kan leda till hypokondri, övervärderade tankar och påtagande av rollen av sig själv som sjuk.

F07.8

MUU AIVOSAIRAUDEN, AIVOVAURION JA AIVOJEN TOIMINTAHÄIRIÖN AIHEUTTAMAT ELIMELLISET PERSONALLISUUS- JA KÄYTÖSHÄIRIÖ

Annan specificerad organisk personlighets- och beteendestörning orsakad av hjärnsjukdom, hjärnskada eller cerebral dysfunktion

Mukaan lukien

Oikean aivopuoliskon häiriön aiheuttama elimellinen mielialahäiriö

Inkluderar

Organiskt affektivt syndrom utgående från höger hemisfär

Huom.

Aivosairaus, aivovaurio tai aivojen toimintahäiriö voivat aiheuttaa erilaisia älyllisten toimintojen, tunne-elämän, persoonallisuuden tai käyttäytymisen häiriöitä, jotka eivät kaikki ole luokiteltavissa edellä mainittuihin ryhmiin. Koska tämän alueen oireyhtymien nosologinen asema on epävarma, niille ei ole laadittu omia diagnoosiluokkia.

Tähän koodataan esimerkiksi oikean aivopuoliskon häiriön aiheuttama elimellinen mielialahäiriö, jossa kyky ilmaista tai ymmärtää tunteita on muuttunut henkilöllä, jolla on oikean aivopuoliskon häiriö. Vaikka potilas voi pinnallisesti vaikuttaa masentuneelta, ei masennusta yleensä esiinny, vaan tunteiden ilmaiseminen on rajoittunutta.

Lisäksi tähän koodataan:

(a) Mikä tahansa muu kuin ryhmiin F07.0-F07.2 luokiteltu aivojen sairaudesta, vauriosta tai toimintahäiriöstä johtuva oletettu persoonallisuuden tai käyttäytymisen muutos.

(b) Tilat, joissa ilmenee lieväasteista älyllisten toimintojen häiriintymistä, joka ei vielä riitä etenevän mielenterveyshäiriön diagnoosiin kuten Alzheimerin tautiin tai Parkinsonin tautiin liittyvän dementiaan. Diagnoosi tulee muuttua, jos demencian kriteerit täyttyvät.

Anm.

Hjärnsjukdom, hjärnskada eller cerebral dysfunktion kan orsaka olika slags störningar av kognitiva funktioner, känslolivet, personligheten eller beteendet av vilka alla inte kan klassificeras i ovan nämnda grupper. Eftersom nosologin för syndrom inom detta område är osäker, har ingen egen diagnosklassifikation uppgjorts för dem.

Här kodas till exempel organiskt förstämningssyndrom utgående från höger hemisfär, där förmåga att uttrycka och förstå känslor har förändrats hos en person med störning i höger hemisfär. Även om personen tydligt sett förefaller deprimerad är det i regel inte fråga om depression, utan om en begränsad förmåga att uttrycka känslor.

Ytterligare kodas här:

(a) Vilken som helst annan än en i undergrupperna F07.0-F07.2 klassificerad förändring av personligheten eller beteendet som förmodas vara betingad av hjärnsjukdom, hjärnskada eller cerebral dysfunktion.

(b) Tillstånd som uppvisar en lindrig grad av störning i de kognitiva funktionerna som ännu räcker till för diagnos av progredierande psykisk störning eller demens vid Alzheimers eller Parkinsons sjukdom. Diagnosen bör ändras om kriterierna för demens uppfylls.

F07.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN AIVOSAIRAUDEN, AIVOVAURION TAI AIVOJEN TOIMINTAHÄIRIÖN AIHEUTTAMA ELIMELLINEN PERSOONALLISUUS- TAI KÄYTÖSHÄIRIÖ

Organisk personlighets- och beteendestörning, ospecificerad, orsakad av hjärnsjukdom, hjärnskada eller cerebral dysfunktion

Mukaan lukien

Elimellinen aivo-oireyhtymä

Inkluderar

Organiskt psykosyndrom

F09

Määrittämätön elimellinen tai oireenmukainen (muun elimistön sairauden seurauksena esiintyvä) mielenterveyden häiriö

Ospecificerad organisk eller symtomatisk psykisk störning

Mukaan lukien

Tarkemmin määrittämätön elimellinen psykoosi

Tarkemmin määrittämätön symptomaattinen psykoosi

Inkluderar

Organisk psykos UNS

Symtomatisk psykos UNS

F10-F19

Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt

Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser

Huom.

Tämä ryhmä sisältää laajan joukon häiriöitä, joiden vakavuus ja klininen muoto vaihtelevat komplisoitumattomasta päihtymystilasta ja haitallisesta käytöstä selkeään psykoottiseen häiriöön ja dementiaan. Kaikille on tunnusomaista yhden tai useamman psykoaktiivisen aineen käyttö. Aine saattaa olla myös lääkkeeksi määrättyä.

Kyseessä oleva aine osoitetaan toisella ja kolmannella merkillä (kaksi ensimmäistä numeroa F:n jälkeen) ja neljäs ja viides merkki tarkentavat kliinisiä tiloja. Tässä esitetään kaikille aineille yhteiset piirteet ja kriteerit. Kullekin aineelle ominaiset tekijät on esitetty ainekohtaisesti. Kaikki tässä esitetyt nelimerkkiset ja viisimerkkiset koodit eivät kuitenkaan ole käyttökelpoisia kaikille aineille. WHO:n julkaisemat kuusimerkkiset koodit eivät ole virallisia Suomessa, niitä voi käyttää vain paikallisissa rekistereissä ja esim. tutkimustyössä.

Psykoaktiivinen aine voidaan tunnistaa esitietojen perusteella, tutkimalla verta, virtsaa ja elimistön muita nesteitä tai muiden näyttöjen perusteella (aineen hallussapito, tyypilliset kliiniset oireet ja löydökset tai muilta henkilöiltä saadut tiedot). Aina on aiheellista etsiä vahvistusta useasta eri lähteestä aineiden käytön osoittamiseksi.

Objektiiviset tutkimukset osoittavat luotettavimmin aineiden käytön, erityisesti äskettäin tapahtuneen käytön. Sen sijaan objektiivisesti on vaikea osoittaa aiempaa käyttöä tai tämänhetkisen käytön määrää.

Monet päihteiden käyttäjät käyttävät useita psykykeen vaikuttavia aineita. Diagnoosi asetetaan, jos mahdollista, eniten käytetyn yksittäisen aineen tai aineryhmän mukaan. Se voidaan yleensä tehdä sen aineen tai aineryhmän mukaan, mikä on eniten vaikuttanut havaitun häiriön syntyyn. Epävarmoissa tapauksissa koodataan yleisimmin käytetty aine tai aineryhmä, erityisesti silloin kun on kyse jatkuvasta tai päivittäisestä käytöstä.

Koodia F19 (useiden aineiden käytöstä aiheutuvat häiriöt) tulee käyttää vain silloin, kun psykoaktiivisia aineita käytetään kaoottisesti ja umpimähkäisesti tai kun eri aineiden osuutta häiriöön ei pysty erottelemaan.

Muiden kuin psykoaktiivisten aineiden, esimerkiksi ulostuslääkkeiden tai aspiriinin, väärinkäyttö tulee koodata ryhmään F55 (riippuvuutta aiheuttamattomien aineiden väärinkäyttö), jolloin neljäs merkki osoittaa kyseessä olevaa ainetta.

Jos mielenterveyden häiriöt, erityisesti sekavuustila (delirium) vanhuksilla, esiintyvät sattumalta psykoaktiivisten aineiden yhteydessä ilman mitään muuta tämän ryhmän häiriöitä (esim. haitallinen käyttö tai riippuvuusoireyhtymä), ne tulee koodata ryhmiin F00-F09. Jos sekavuustila (delirium) liittyy tämän ryhmän häiriöön, se tulee koodata F1x.3 tai F1x.4.

Jos mukana on alkoholin käyttöä, sen taso voidaan koodata täydentävillä koodeilla ryhmistä Y90 (veren alkoholipitoisuuden määrittämisellä todettu alkoholin käyttö) tai Y91 (päähtymystilan voimakkuuden perusteella todettu alkoholin käyttö).

NELJÄNNELLÄ MERKILLÄ ILMAISTUT YHTEISET ALARYHMÄT JA NIIDEN KRITEERIT

(x korvataan koodatessa kyseistä ainetta merkitsevällä numerolla)

AKUUTTI PÄIHTYMYSTILA (F1x.0)

Alkoholin tai muun psykoaktiivisen aineen käyttöä seuraava ohimenevä tila, joka johtaa tajunnan tason, älyllisten toimintojen, havainnoinnin, tunnetilan tai käyttäytymisen tai muiden psykofyysisten toimintojen ja vasteiden häiriöihin.

Tämän tulee olla päädiagnoosi vain silloin, kun päähtymystila todetaan ilman samanaikaisia jatkuvia alkoholiin tai päihteisiin liittyviä ongelmia. Jos tällaisia ongelmia on, tulee etusia antaa diagnooseille haitallinen käyttö (F1x.1), riippuvuusoireyhtymä (F1x.2) tai psykoottinen häiriö (Fx.5)

Akuutti päähtymystila riippuu yleensä käytetystä annoksesta. Poikkeuksia tästä voi olla henkilöillä, joilla on elimellisiä sairauksia (esim. munuaisten tai maksan vajaatoiminta). Heillä pienetkin annokset voivat tuottaa suhteettoman voimakkaan päihdyttävän vaikutuksen. Sosiaaliin tilanteisiin liittyvä estottomuus tulee myös ottaa huomioon (esim. estoton käytös juhlissa tai karnevaaleissa). Akuutti päähtymystila on ohimenevä ilmiö. Päähtymyksen voimakkuus vähenee ajan myötä ja vaikutus loppuu kokonaan, jos aineen käyttö loppuu. Toipuminen on täydellistä, ellei ole syntynyt kudosvaurioita tai muita komplikaatioita.

Päähtymystilan oireet eivät välttämättä aina heijasta aineen alkuperäisiä vaikutuksia. Esimerkiksi lamaavat aineet voivat aiheuttaa kiihottumista ja yliaktiivisuuden oireita ja piristeet voivat johtaa sosiaaliseen vetäytymiseen ja sisäänpäin kääntymiseen. Kannabinoideiden ja hallusinogeenien vaikutukset saattavat olla erityisen arvaamattomia. Lisäksi monet psykoaktiiviset aineet voivat tuottaa erityyppisiä vaikutuksia eri annoksilla. Esimerkiksi alkoholi saattaa selvästi pirittää matalilla annoksilla, kiihottaa ja johtaa aggressiivisuuteen keskusaurilla annoksilla ja väsyttää suurilla annoksilla.

Diagnostiset kriteerit:

A. Osoitus psykoaktiivisen aineen (tai aineiden) äskettäin tapahtuneesta käytöstä päähtymykseen riittävällä annoksella.

B. Osoitus kyseessä olevan aineen (tai aineiden) tunnetuista päähtymyksen oireista tai merkeistä, jotka on määritelty kyseisen aineen kohdalla. Niiden on oltava riittävän voimakkaita aiheuttamaan kliinisesti merkittäviä häiriöitä tajunnantasossa, älyllisissä toiminnoissa, aistihavainnoissa, mielialassa tai käytöksessä.

C. Oireet eivät ole seurausta somaattisesta sairaudesta, joka ei liity aineen käyttöön, eivätkä ne johdu muusta mielen-terveyden tai käytöksen häiriöstä.

Akuutti päähtymystila todetaan usein henkilöillä, joilla on lisäksi tätä pitkäaikaisempia alkoholiin tai päihteisiin liittyviä ongelmia. Haitallisen käytön (F1x.1), riippuvuusoireyhtymän (F1x.2) tai psykeen vaikuttavien aineiden käytöstä aiheutuvan psykoottisen häiriön ilmetessä (F1x.5), ne tulee myös merkitä.

HAITALLINEN KÄYTTÖ (F1x.1)

Terveydelle haitallinen psykoaktiivisen aineen käyttötapa. Haitta voi olla ruumiillinen (esim. aineen suonensisäisestä annostelusta seuraava maksatulehdus) tai mielenterveydellinen (esim. runsaasta alkoholinkäytöstä johtuvat masennusjaksot).

Diagnoosin asettamiseksi vaaditaan, että käyttäjälle on aiheutunut todellinen mielen-terveyden tai ruumiillisen terveyden vaurio.

Lähipiiri arvostele usein haitallisia käyttötapoja ja niihin liittyy monesti erilaisia haitallisia sosiaalisia seuraamuksia. Se, että kyseessä olevan aineen käyttötapa ei ole muiden ihmisten hyväksymää tai kulttuuriin sopivaa tai että se on johtanut negatiivisiin sosiaalisiin seuraamuksiin kuten pidätyksiin tai aviollisiin ristiriitoihin, ei sinänsä ole haitallista käyttöä.

Äkillinen päähtymystila (katso F1x.0) tai krapula eivät sinänsä ole tässä tarkoitettuja haitalliseen käyttöön liittyviä terveydentilan vaurioita.

Diagnostiset kriteerit:

A. Selvä näyttö siitä, että aineen käyttö on aiheuttanut (tai oleellisesti myötävaikuttanut) ruumiilliseen tai psyykkiseen haittaan mukaan lukien heikentyneen arvostelukyvyn tai häiriintyneen käyttäytymisen, joka voi johtaa kyvyttömyyteen ihmissuhteissa tai aiheuttaa haitallisia seuraamuksia niissä.

B. Haitan luonne tulee olla selvästi todettavissa (ja määriteltävissä)

C. Aineen käyttöä on kestänyt vähintään kuukauden ajan tai sitä on tapahtunut toistuvasti 12 kuukauden aikana

D. Häiriö ei täytä minkään muun samaan päihteeseen liittyvän samaan aikaan esiintyvän mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriön kriteerejä (poikkeuksena äkillinen päihtymystila F1x.0)

Haitallista käyttöä ei pidä diagnosoida, jos todetaan riippuvuusoireyhtymä (F1x.2), psykoottinen häiriö (F1x.5) tai muu määritelty päihteisiin tai alkoholiin liittyvä häiriö.

RIIPPUVUUSOIREYHTYMÄ (F1x.2)

Yhden tai useamman aineen käyttö tulee henkilölle huomattavasti tärkeämmäksi kuin aiemmin tärkeät käyttäytymisen muodot. Oireet ilmenevät käyttäytymisen tasolla sekä älyllisissä ja fysiologisissa toiminnoissa. Riippuvuusoireyhtymää kuvaava keskeinen piirre on vastustamaton tai ainakin voimakas halu käyttää alkoholia, tupakkaa tai psykoaktiivista ainetta, joka saattaa olla määrätty sairauden hoidoksi. On jonkin verran näyttöä siitä, että aineen käytön uudelleen aloittaminen vieroitusvaiheen jälkeen johtaa siihen, että riippuvuusongelmallisella oireyhtymän muut oireet palaavat nopeammin kuin henkilöllä, joilla riippuvuutta ei ole.

Päihteen käytön pakonomaisuus on usein havaittavissa henkilön yrittäessä lopettaa tai kontrolloida aineen käyttöä. Tämä diagnostinen kriteeri sulkee pois esimerkiksi kirurgiset potilaat, joille on määrätty opioideja sisältäviä lääkkeitä kivun lievittämiseksi ja joilla saattaa esiintyä merkkejä opioidien vieroitusoireista, kun lääkkeitä ei anneta, mutta joilla ei ole halua jatkaa lääkkeiden käyttöä (katso T40.2-T40.3 + Y45).

Riippuvuusoireyhtymä voi liittyä tiettyyn aineeseen (esim. tupakkaan, alkoholiin tai diatsepaamiin), aineryhmään (esim. opioideihin) tai joukkoon useita erilaisia aineita. Tästä esimerkkinä ovat henkilöt, jotka tuntevat pakonomaista tarvetta käyttää mitä tahansa saatavilla olevaa päihdettä ja joilla todetaan ahdistusta, kiihtymystä ja/tai ruumiillisia oireita vieroitusvaiheessa.

Diagnostiset kriteerit:

A. Vähintään kolme seuraavista on todettu yhtäaikaisesti vähintään kuukauden ajan tai, mikäli yhtämittaiset ajanjaksovat ovat kuukautta lyhyempiä, toistuvasti viimeksi kuluneen vuoden aikana:

(1). Voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää ainetta.

(2). Kyky kontrolloida aineen käytön aloittamista ja lopettamista tai käytettävän annoksen määrää on heikentynyt. Tällöin ainetta käytetään usein suurempia määriä, tai pidemmän ajan kuin oli tarkoitus, tai todetaan jatkuva halu aineen käyttöön, tai yritykset vähentää tai kontrolloida aineen käyttöä epäonnistuvat.

(3). Fysiologinen vieroitusoireisto (katso F1x.3 ja F1x.4), kun aineen käyttö loppuu tai vähenee, mistä on osoituksena aineelle tyypilliset vieroitusoireet tai saman tai läheisesti sukua olevan aineen käyttö vieroitusoireiden vähentämiseksi tai välttämiseksi.

(4). Osoitus sietokyvyn kasvusta: tarvitaan esimerkiksi selvästi aikaisempaa suurempia annoksia päihtymystilan tai toivotun vaikutuksen saavuttamiseksi, tai aineen käyttöä seuraa selvästi aiempaa heikompi vaikutus, kun käytetään ainetta jatkuvasti samalla annoksella. Esimerkiksi alkoholi- tai opiaattiriippuvaiset henkilöt voivat käyttää niin suuria päiväannoksia, että ne voisivat lamaanuttaa tai tappaa sietokyvyttään normaalin henkilön.

(5). Keskittyminen aineen käyttöön, mikä ilmenee muiden tärkeiden mielihyvän lähteiden tai kiinnostuksen kohteiden laiminlyöntinä tai siten, että aikaa kuluu runsaasti aineen hankkimiseen, käyttämiseen tai sen vaikutuksista toipumiseen.

(6). Aineen jatkuva käyttö huolimatta sen selvästi haitallisista seurauksista (katso F1x.1), mistä osoituksena on käytön jatkuminen, vaikka henkilö on tietoinen haitan luonteesta ja suuruudesta. Hän on esimerkiksi tietoinen siitä, että liika alkoholinkäyttö aiheuttaa maksavaurioita, runsasta aineidenkäyttöä seuraa masennustila tai, että päihteisiin liittyvä älyllisten toimintojen heikkeneminen. On syytä varmistaa, että käyttäjällä todella on tietoa haitan luonteesta ja laajuudesta.

Psykoaktiivisten aineiden käyttötapojen kapeutumista pidetään myös tyypillisenä piirteenä. (Esim. henkilö juo alkoholia samalla tavalla arkipäivisin ja viikonloppuisin välittämättä sosiaalisista säännöistä, jotka yleensä säätelevät juomiskäyttäytymistä).

Viidennen merkin avulla kuvataan tarkemmin riippuvuuden vaihetta ja luonnetta (F1x.20-F1x.26). Mikäli tähän jakoon ei voida tai haluta ottaa kantaa tulee käyttää desimaalia 9.

VIEROITUSOIREET (F1x.3)

Vakavuudeltaan ja koostumukseltaan vaihteleva oireyhtymä, jota ilmenee lääkkeen tai päihteen toistuvan, pitkäaikaisen ja/tai suurimääräisen käytön lopettamisen tai vähentämisen jälkeen. Vieroitusoireyhtymän kesto ja laatu riippuvat siitä, millaista ainetta ja kuinka paljon henkilö on käyttänyt välittömästi ennen käytön lopettamista tai vähentämistä. Vieroitusoireisiin saattaa liittyä kouristuksia.

Vieroitusoireet ovat yksi riippuvuusoireyhtymään viittaavista merkeistä (F1x.2) ja tämän diagnoosin asettamista tulee myös harkita.

Vieroitusoireet tulee merkitä päädiagnoosiksi, jos ne ovat hoitoon lähettämisen syy ja riittävän vakavia vaatiakseen sinänsä kliinistä huomiota.

Ruumiilliset oireet vaihtelevat käytetystä aineesta riippuen. Psykkiset häiriöt (esim. ahdistuneisuus, masentuneisuus ja unihäiriöt) ovat myös tavallisia vieroitusoireita. Tyypillisesti vieroitusoireet helpottuvat, jos henkilö jatkaa aineiden käyttöä.

On huomattava, että ehdollistunut tai pittu ylylke voi aiheuttaa vieroitusoireita myös ilman välittömästi edeltävää aineiden käyttöä. Tällaisissa tapauksissa vieroitusoireiden diagnoosi tulisi asettaa vain, jos oireiden vaikeusaste antaa siihen aihetta.

Diagnostiset kriteerit:

A. Selvä näyttö toistuvan, pitkäaikaisen ja/tai suuriannoksen käytön äskettäisestä lopettamisesta tai vähentämisestä.

B. Kyseisen aineen tai kyseisten aineiden vieroitusoireet tunnetaan ja potilaan oireisto vastaa niitä (määritelty kyseisen aineen kohdalla).

C. Oireet eivät ole paremmin selitettävissä väärinkäyttöön liittymättömän fyysisen, psyykkisen tai käyttäytymisen häiriön pohjalta.

Viidennen merkin avulla ilmaistaan kouristusten esiintyminen (F1x.30-F1x.39)

Esimerkiksi alkoholin aiheuttama juoppohulluus (delirium tremens) tulee koodata F10.4.

Sekavuustilaa ennakoiviin oireisiin kuuluu tyypillisesti unettomuus, vapina ja pelokkuus. Aluksi voi esiintyä myös vieroittumiseen liittyviä kouristuksia. Klassinen oireisto sisältää tajunnan hämärtymisen ja sekavuuden, elävän tunteiset aistiharhat ja aistihairahdukset minkä tahansa aistin alueelta sekä huomattavan vapinan. Yleensä ilmenee myös harhaluuloja, kiihtymystä, unettomuutta tai uni-valve -rytmin häiriö ja autonomisen hermoston yliaktiivisuutta.

VIEROITUSOIREET JA SEKAVUUSTILA (F1x.4)

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää vieroitusoireiden (F1x.3) yleiset diagnostiset kriteerit

B. Täyttää sekavuustilan (F05) diagnostiset kriteerit

Viidennen merkin avulla ilmaistaan kouristusten liittyminen tilanteeseen (F1x.40-F1x.49)

PSYKOOTTINEN HÄIRIÖ (F1x.5)

Joukko psykoottisia ilmiöitä, joita ilmenee psykoaktiivisen aineen käytön aikana tai välittömästi sen jälkeen. Nille ovat luonteenomaisia elävän tunteiset aistiharhat (tyypillisesti kuuloharhat, mutta usein myös muut aistiharhat), tunnistamisvirheet, harhaluulot (usein luonteeltaan vainoavia), psykomotoriset häiriöt (kiihtymys tai sulkuutila) ja poikkeava tunnetila, joka voi vaihdella voimakkaasta pelosta hurmukseen. Tajunta on tavallisesti selkeä, mutta lieväasteista tajunnan hämärtymistä voi ilmetä, ei kuitenkaan vakavaa sekavuutta. Häiriö paranee tavallisesti kuukaudessa ainakin osaksi ja kuudessa kuukaudessa täysin.

Päihteen käyttämisen aikana tai välittömästi, viimeistään kahden viikon kuluessa sen jälkeen esiintyvä psykoottinen häiriö kuuluu tähän ryhmään. Edellytyksenä on, ettei kyse ole päihteen vieroitusoireista, joihin liittyy sekavuustila (katso F1x.4) tai myöhään alkavasta psykoottisesta häiriöstä. Myöhään alkava psykoottinen häiriö alkaa yli kaksi viikkoa aineen käyttämisen jälkeen ja se on myös mahdollinen, mutta se tulee merkitä luokkaan F1x.75.

Psykoaktiivisen aineen laukaisemassa psykoottisessa häiriössä oireet saattavat vaihdella. Oireiden laatuun vaikuttavat käytetty aine ja käyttäjän persoonallisuus. Kokaiinin, amfetamiinin ja muiden kiihdyttävien päihteiden laukaisema psykoottinen häiriö liittyy yleensä suuriin annoksiin ja/tai pitkäaikaiseen käyttöön.

Psykoottisen häiriön diagnoosia ei tule asettaa ainoastaan aistihavaintoväaristymien tai aistiharhojen perusteella, jos käytetyllä aineella on ensisijaisesti aistiharhoja synnyttävä vaikutus (esim. lysergidi eli LSD, meskaliini, cannabis suurina annoksina). Tällaisissa tapauksissa, samoin kuin sekavuustiloissa, on harkittava äkillisen päihtymystilan (F1x.0) diagnoosia.

Kun on tarkoituksenmukaista käyttää diagnoosia psykoaktiivisen aineen laukaisema psykoottinen häiriö, tulee erityisesti välttää diagnosoimasta virheellisesti tätä vakavampaa tilaa esim. skitsofreniaa. Monet psykoaktiivisten aineiden laukaisemat psykoottiset häiriöt ovat lyhytkestoisia (kuten amfetamiini- ja kokaiinipsykoosit) edellyttäen, että päihteen käyttö on loppunut. Tällaisissa tapauksissa virheellinen diagnoosi rasittaa sekä potilasta että terveydenhuoltojärjestelmää ja aiheuttaa myös kustannuksia.

Kyseessä saattaa olla muu mielenterveyden häiriö, joka puhkeaa tai korostuu psykoaktiivisen aineen käytön vaikutuksesta, esim. skitsofrenia (F20.x), mielialahäiriö (F30-F39), epäluuloinen tai eristäytyvä persoonallisuus (F60.0,F60.1). Tällöin psykoaktiivisen aineen laukaisema psykoottinen häiriö ei ole tarkoituksenmukainen diagnoosi.

Tutkimustarkoituksia varten suositellaan, että määriteltäisiin häiriön muuttuminen ei-psykoottisesta selkeästi

psykoottiseksi joko välittömäksi (abrupt, alku 48 tunnin kuluessa) tai äkilliseksi (acute, alkaa hitaammin kuin 48 tunnin kuluessa, mutta alle kahdessa viikossa).

Diagnostiset kriteerit:

A. Psykoottiset oireet alkavat aineen käytön aikana tai kahden viikon kuluessa sen lopettamisesta.

B. Psykoottiset oireet kestävät yli 48 tuntia.

C. Häiriön kesto on korkeintaan kuusi kuukautta.

D. Viisimerkkisten koodien tarkoittamien tilojen on täytettävä lisäksi koodinmukaisesti seuraavat ehdot:

F1x.50 Skitsofreniatyyppinen häiriö

(1). Häiriön tulee täyttää diagnoosin F21 kriteerit

F1x.51 Pääasiassa harhaluuloisuutena ilmenevä häiriö

(1). Häiriön tulee täyttää diagnoosin F22.0 kriteerit kohtia B (kesto yli 3 kk) ja F (psykoaktiivisten aineiden käyttö) lukuun ottamatta.

F1x.52 Pääasiassa aistiharhaisuutena ilmenevä häiriö

(1). Häiriön tulee täyttää diagnosiryhmä F20 kriteerien kohdat A.1.c tai A.2.a.

F1x.53 Monimuotoinen häiriö

(1). Häiriön tulee täyttää diagnosiryhmä F23 kriteerit soveltuvin osin.

F1x.54 Pääasiassa masennuksen oirein ilmenevä häiriö

(1). Häiriön tulee täyttää diagnosiryhmän F32 kriteerit soveltuvin osin, vähintään diagnoosin F32.0 kriteerit

F1x.55 Pääasiassa maanisin oirein ilmenevä häiriö

(1). Häiriön tulee täyttää diagnoosien F30.0 tai F30.1 kriteerit lukuun ottamatta kohtia D (psykoaktiivisten aineiden käyttö)

AMNESTINEN OIREYHTYMÄ (F1x.6)

Oireyhtymä, johon liittyy lähimuistin merkittävä, pitkäaikainen heikkeneminen. Etämuisti on myös joskus häiriintynyt, kun taas välitön muistiinpalauttaminen on tavallisesti ennallaan. Ajan ja tapahtumajärjestyksen käsittäminen sekä uuden oppiminen ovat yleensä häiriintyneitä. Satuilu voi olla runsasta, mutta sitä ei aina ilmene. Muut älylliset toiminnot ovat tavallisesti melko hyvin säilyneitä, ja muistipuutokset ovat suhteettoman laaja-alaisia muiden toimintojen häiriöihin verrattuina.

Alkoholin tai muiden psyykeen vaikuttavien aineiden aiheuttaman amnestisen oireyhtymän tulee täyttää elimellisen amnestisen oireyhtymän yleiset diagnostiset kriteerit (katso F04). Ensisijaisesti vaaditaan:

(a) muistihäiriö, joka havaitaan lähimuistin, uuden oppimisen ja ajantajun häiriönä (aikajärjestyksen sekoittuminen, toistuvien tapahtumien yhdistäminen yhdeksi, jne.)

(b) välitön muistiinpalauttaminen, tajunnantaso tai yleinen älyllinen toiminta ei ole häiriintynyt

(c) anamnestinen tai objektiivisesti todettu pitkäaikainen, erityisesti suuriannoksinen päihteiden käyttö.

Persoonallisuuden muutoksia, joihin liittyy usein apatia ja aloitekyvyn väheneminen ja taipumus itsensä laiminlyömiseen saattaa myös ilmetä, mutta nämä piirteet eivät ole välttämättömiä diagnoosin asettamiseksi. Satuilu, joka saattaa olla runsasta, ei ole välttämätön diagnoosin edellytys.

Diagnostiset kriteerit:

A. Muistin häiriintyminen ilmenee molempina seuraavista:

(1) Lähimuistin puutos, joka ilmenee uuden aineksen oppimisen vaikeutena ja joka haittaa jokapäiväistä elämää,

(2) Kyky palauttaa mieleen aikaisempia kokemuksia on heikentynyt,

B. Ei ilmene mitään seuraavista (tai ne eivät ole erityisen merkittäviä),

(1) välittömän muistiinpalauttamisen häiriö (esim. digit span -testillä tutkittuna),

(2) tajunnantason hämärtyminen ja huomiokyvyn häiriö, kuten on määritelty diagnoosissa F05, kriteerissä A:

(3) yleinen älyllinen heikkeneminen (dementia).

C. Kriteerin A kliinisten oireiden syyksi ei voida tutkimusten tai esitietojen perusteella osoittaa muuta syytä kuin aineiden käyttö.

Elimellinen amnestinen oireyhtymä (ei alkoholiperäinen) (katso F04), muut elimelliset oireyhtymät, joihin liittyy huomattava muistin heikkeneminen, esim. dementia tai sekavuustila (delirium) (F00-F03,F05.x), masennustila (F31-F33).

JÄÄNNÖSTILANA ESIINTYVÄ TAI VIIVÄSTYNYT PSYKOOTTINEN HÄIRIÖ (F1x.7)

Häiriö, jossa alkoholin tai psykoaktiivisen aineen aiheuttamat muutokset älyllisten toimintojen, tunnetilojen, persoonallisuuden tai käyttäytymisen alueella kestävät kauemmin kuin aineen suora psyykevaikutus kestäisi.

Häiriön aikana on todettavissa selvä muutos, joko aiemman normaalin toiminnan häiriintyminen tai edeltäneen häiriön huomattava kärjistyminen. Häiriö liittyy suoraan alkoholin tai psykoaktiivisen aineen käyttöön. Tapaukset, joissa tila alkaa aineen käytön lopettamisen jälkeen, luokitellaan tähän vain, jos on selvä osoitus siitä, että kyseessä on psykoaktiivisen aineen käytön jäännöstila.

Alkoholin tai psykoaktiivisen aineen aiheuttama dementia ei ole aina palautumaton, pitkäkestoisen täydellisen raittiuden jälkeen älylliset toiminnot ja muisti voivat parantua.

Tämä häiriö tulee tarkkaan erottaa vieroitukseen liittyvistä tiloista (katso F1x.3 ja F1x.4). Tietyissä tiloissa ja tietyillä aineilla vieroitusoireita saattaa esiintyä useita päiviä tai viikkoja aineen käytön lopettamisen jälkeen.

Psykoaktiivisten aineiden laukaisemia tiloja, jotka jatkuvat käytön lopettamisen jälkeen ja täyttävät psykoottisen häiriön diagnostiset kriteerit, ei tule merkitä tähän, vaan ryhmään F1x.5, psykoottinen häiriö. Kroonisen Korsakovin oireyhtymän lopputila tulee merkitä ryhmään F1x.6.

Ottaen huomioon tämän luokan suuren vaihtelun, tulee tällaisten jälkitilojen oireet, niiden voimakkuus ja kesto selkeästi kirjata. Tutkimustarkoituksiin tulee määritellä kaikki kuvailevat yksityiskohtat.

Aiemmin todettu mielenterveyden häiriö, joka on peittyneet aineiden käyttöön ja joka ilmaantuu uudelleen, kun psykoaktiivisen aineen vaikutukset lakkaavat, esim. pelko- oireinen ahdistus, masennus, skitsofrenia tai psykoosi- oireinen häiriö. Takautumien (flashbacks) kyseessä ollen harkittava äkillistä ja ohimenevää psykoottista häiriötä (F23). Harkittava myös elimellistä vammaa tai kohtalaista älyllistä jälkeensä jääneisyyttä (F70-F71), jotka saattavat esiintyä samanaikaisesti psykoaktiivisen aineen käytön kanssa.

Diagnostiset kriteerit:

A. Kaikkien tässä tarkoitettujen häiriötilojen on täytettävä erillisten oireyhtymien kriteerit ja liityttävä selvästi päihteen käyttöön. Jos häiriö alkaa psykoaktiivisen aineen käytön jälkeen, yhteys on voitava selvästi osoittaa.

B. Häiriö kestää pitempään kuin psykoaktiivisen aineen suorien vaikutusten tiedetään kestävän (katso äkillinen päihtymystila F1x.0).

C. Viisimerkkisten koodien tarkoittamien tilojen on täytettävä lisäksi koodinmukaisesti seuraavat ehdot:
F1x.70 Takaumia (flashbacks)

Takaumat (flashbacks) voidaan erottaa psykoottisesta häiriöstä osittain niiden jaksottaisen usein hyvin lyhytkestoisen (sekunneista muutamaan minuuttiin) luonteen ja niihin yhdistyvien alkoholin tai psykoaktiivisen aineen aiempien käyttökokemusten kertautumisen (joskus täsmälleen samanlaisina) perusteella.

F1x.71 Persoonallisuuden tai käytöksen häiriö

Täyttää elimellisen persoonallisuushäiriön (F07.0) diagnostiset kriteerit.

F1x.72 Jälkioireinen mielialahäiriö

Täyttää elimellisen mielialahäiriön (F06.3) diagnostiset kriteerit

F1x.73 Dementia

Täyttää kappaleen F00-F09 johdannossa kuvatut dementian diagnostiset kriteerit

F1x.74 Muu pysyvä älyllisten toimintojen heikkeneminen

Häiriöryhmä, johon liittyy älyllisten toimintojen heikkeneminen, mutta psykoaktiivisten aineiden aiheuttaman amnestisen oireyhtymän (F1x.6) tai dementian (F1x.73) diagnostiset kriteerit eivät täyty.

Täyttää lievän älyllisten toimintojen häiriön (F06.7) kriteerit lukuun ottamatta kriteeriä D, joka poissulkee psykoaktiivisten aineiden käytön.

F1x.75 Myöhään alkava psykoottinen häiriö

Täyttää psykoottisen häiriön F1x.5 yleiset kriteerit häiriön alkua koskevaa kriteeriä lukuun ottamatta, joka on tässä tapauksessa yli kaksi viikkoa, mutta ei yli kuutta viikkoa aineen käytön lopettamisen jälkeen.

F1x.79 Määrittämätön psykoottinen häiriö

Tilanne, jota ei voida tai haluta ryhmitellä yllä esitetyn jaon mukaisesti

MUU MÄÄRITETTY PSYKKINEN HÄIRIÖ (F1x.8)

Tähän koodataan mikä tahansa muu häiriö, missä psykoaktiivisen aineen käyttö voidaan tunnistaa suoraan tilan syntymiseen myötävaikuttavaksi tekijäksi, mutta joka ei täytä minkään yllämainitun häiriön diagnostisia kriteerejä.

MÄÄRITTÄMÄTÖN HÄIRIÖ (F1x.9)

Tämän koodiryhmän käyttö ilmaisee, ettei tilannetta kyetä tai haluta luokitella edellisten ryhmien mukaisesti.

Anm.

Denna grupp omfattar en stor mängd störrningar med varierande svårighetsgrad och varierande klinisk bild från okomplicerat intokikationstillstånd och skadligt bruk av psykoaktiva substanser till uttalad psykos och demens. Karakteristiskt för samtliga störrningar är bruk av en eller flera psykoaktiva substanser. Substansen kan även vara ordinerad som läkemedel.

Den aktuella psykoaktiva substansen identifieras av i andra och i tredje positionen (de två första siffrorna efter F) och det kliniska tillståndet anges av en siffra i fjärde och femte positionen. Här presenteras kännetecken och kriterier som är gemensamma för samtliga substanser. För var och en substans karakteristiska faktorer presenteras substansvis. Alla de koder som är avsedda för användning i fjärde och femte positionen kan likväl inte kombineras med alla substanser. WHO:Sexsiffriga koder är inte officiella i Finland och kan användas endast i lokala register och t.ex. i forskningsarbete.

Den psykoaktiva substansen kan identifieras på basis av anamnesen, analys av blod, urin och andra kroppsvätskor eller utifrån andra bevis (innehav av substansen, typiska kliniska symtom och fynd eller utifrån uppgifter från andra personer). Det är alltid skäl att inhämta bekräftelse från en eller flera källor för att påvisa bruk av olika substanser.

Objektiva analyser utgör det tillförlitligaste beviset för bruk av substanser, särskilt användning som nyligen inträffat. Däremot är det svårt att påvisa tidigare bruk eller aktuell kvantitativ användning.

Många missbrukare använder flera psykoaktiva substanser. Diagnos ställs, om möjligt, enligt den mest använda substansen eller substansgruppen. Den kan i regel ställas enligt den substans eller substansgrupp som haft störst effekt på uppkomsten av den konstaterade störrningen. I osäkra fall kodas den substans eller substansgrupp som oftast använts, i synnerhet då det gäller fortsatt eller dagligt bruk.

Kod F19 (beteendestörrningar orsakade av flera droger i kombination) bör användas endast då psykoaktiva används kaotiskt och slumpmässigt eller då olika substansers delaktighet i störrningen inte kan urskiljas

Missbruk av andra substanser än psykoaktiva, till exempel laxeringsmedel eller aspirin, bör kodas enligt grupp 55 (missbruk av icke beroendeframkallande substanser), varvid den fjärde positionen anger substansen i fråga.

Om mentala störrningar, i synnerhet förvirringstillstånd (delirium) hos åldringar, slumpartat uppträder tillsammans med psykoaktiva utan några andra störrningar från denna grupp (t.ex. skadlig användning eller beroendesyndrom), bör de kodas enligt F00-F09. Om ett förvirringstillstånd (delirium) förekommer i samband med en störrning från denna grupp, bör den kodas F1x.3 eller F1x.4.

Om alkoholbruk förekommer i sammanhanget, kan dess grad anges med kompletterande koder från grupp Y90 (genom bestämning av alkoholkoncentration konstaterat alkoholbruk) eller Y91 (utifrån graden av intokikation konstaterat alkoholbruk).

GEMENSAMMA UNDERGRUPPER OCH KRITERIER FÖR DEM ANGES MED SIFFRAN I FJÄRDE POSITIONEN. //(x ersätts vid kodningen med den siffra som anger substansen i fråga)

AKUT INTOXIKATIONSTILLSTÅND (F1x.0)

Ett övergående tillstånd som följer på användning av alkohol eller andra psykoaktiva ämnen och leder till en störrning av medvetandegrad, kognitiva funktioner, perception, emotionellt tillstånd, beteende eller annan psykofysisk funktion och respons.

Detta bör vara huvuddiagnos endast då intokikationstillståndet konstateras utan samtidiga fortsatta alkohol- eller drogrelaterade problem. Om sådana problem förekommer, bör företräde ges diagnoserna skadlig användning (F1x.1), beroendesyndrom (F1x.2) eller psykotisk störrning (Fx.5)

Det akuta intokikationstillståndet beror i regel på den dos som intagits. Undantag kan utgöras av personer som lider av organiska sjukdomar (t.ex. njur- eller leverinsufficiens). Hos dem kan även små doser framkalla en oproportionerligt stark berusande effekt. Hämningslöshet i samband med sociala situationer bör likaså beaktas (t.ex. hämningslöst beteende på fester och karnevaler). Ett akut intokikationstillstånd är en övergående företeelse. Med tiden avtar intokikationen i styrka och effekten upphör helt och hållet, om intaget av ämnet upphör. Tillfrisknandet är fullständigt, om vävnadsskador eller andra komplikationer inte har tillstött.

Symtomen på intokikationstillståndet reflekterar nödvändigtvis inte alltid substansens ursprungliga konsekvenser. Till exempel kan bedövande substanser orsaka excitation och tecken på överaktivitet, medan stimulantia kan leda till social tillbakadragenhet och inåtvändhet. Effekterna av cannabinoider och hallucinogener kan vara ytterst oförutsägbara. Dessutom kan många psykoaktiva ämnen framkalla olika typer av effekter vid olika stora doser. Till exempel kan alkohol vara klart uppgående vid små doser, leda till excitation och aggressivitet vid medelstora samt till trötthet vid stora doser.

Läkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt

Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser

Diagnostiska kriterier:

A. Tecken på nyligen inträffat intag av psykoaktiva i en dos som förslår för berusning.

B. Bevis på kända symtom eller tecken på intoxikation av ifrågavarande substans eller substanser som har definierats för substansen. De bör vara tillräckligt kraftiga för att orsaka kliniskt signifikanta störningar i medvetandegraden, de kognitiva funktionerna, perceptionen, sinnesstämningen eller beteendet.

C. Symtomen är inte sviter av en somatisk sjukdom som inte har samband med användning av substansen, och de härrör inte heller från någon annan psykisk störning eller beteendestörning.

Akut intoxikation konstateras ofta hos en person som dessutom har alkohol- eller drogrelaterade problem av längre varaktighet. Vid skadligt bruk (F1x.1), beroendesyndrom (F1x.2) eller psykotisk störning orsakad av bruk av psykoaktiva ämnen (F1x.5), bör de också antecknas.

SKADLIGT BRUK (F1x.1)

Hälsovådligt bruk av skadlig psykoaktiv substans. Skadan kan vara fysisk (t.ex. hepatit till följd av intravenöst intag av substansen) eller psykisk (t.ex. depressiva perioder på grund av rikligt alkoholbruk).

En diagnos kräver att missbrukaren har drabbats av en faktisk psykisk eller fysisk skada.

Den närmaste bekantskapskretsen kritiserar ofta missbruket som ofta åtföljs av olika skadliga sociala konsekvenser. Det faktum att bruket av ifrågavarande ämne inte accepteras av andra människor eller är förenligt med kulturen, eller att det har lett till negativa sociala konsekvenser såsom anhållanden eller äktenskapliga konflikter, utgör inte i sig skadligt bruk.

Akut intoxikation (se F1x.0) eller baksmälla detoxikation är inte som sådana skador i hälsotillståndet med anknytning till skadligt bruk som avses i detta sammanhang

Diagnostiska kriterier:

A. Ett tydligt tecken på att användningen av ämnet har orsakat (eller väsentligt bidragit till) fysisk eller psykisk skada som inkluderar nedsatt omdömesförmåga eller störande beteende som kan leda till oförmåga att hantera människo- relationer eller negativa konsekvenser i relationerna.

/B. Skadans natur bör klart gå att konstatera (och definiera)

C. Bruket av substansen har pågått minst en månad eller i flera repriser under 12 månaders tid

D. Störningen uppfyller inte kriterier för någon annan psykisk störning eller beteendestörning som har samband med samma drog och uppträder samtidigt (med undantag för akut intoxikation F1x.0)

Skadligt bruk bör inte diagnostiseras, om beroendesyndrom (F1x.2), psykotisk störning (F1x.5) eller annan definierad alkohol- eller drogbeängad störning med anknytning till droger eller alkohol konstateras.

BEROENDESYNDROM (F1x.2)

Bruket av ett eller flera ämnen blir märkbart viktigare för personen än de beteendemönster som tidigare varit viktiga. Symtomen uppträder i form av beteende samt i kognitiva och fysiologiska funktioner. Ett centralt tecken på beroendesyndrom är en oemotståndlig eller åtminstone stark lust att använda alkohol, tobak eller psykoaktiva som kan ha ordinerats som behandling av sjukdom. Det finns i någon mån bevis på att ett återfall efter en avgiftning leder till att en person med beroendeproblem fortare återfår syndromets övriga symtom än en person som inte har ett beroende.

Ett tvångsmässigt bruk av drogen kan ofta konstateras då personen försöker avsluta eller kontrollera användningen av ämnet. Detta diagnostiska kriterium utesluter till exempel kirurgiska patienter som har ordinerats läkemedel som innehåller opioider för att lindra smärtan och som kan uppvisa tecken på abstinenssymtom för opioider då läkemedlet inte ges, men som inte har någon lust att fortsätta att använda läkemedlen (se T40.2-T40.3 + Y45).

Beroendesyndromet kan hänföra sig till ett visst ämne (t.ex. tobak, alkohol eller diazepam) en substansgrupp (t.ex. opioider) eller ett flertal olika substanser. Ett exempel på detta är personer, som känner ett tvångsmässigt behov att använda vilken som helst till buds stående drog och hos vilka man kan konstatera ångest, upphetsning och/eller fysiska symtom vid avvänjning.

Diagnostiska kriterier:

A. Minst tre av följande har konstaterats i minst en månads tid eller ifall de kontinuerliga perioderna har varit kortare än en månad, i flera repriser under det senaste förflutna året:

(1). En stark lust eller ett tvångsmässigt behov att använda ämnet.

(2). Kontrollförmågan över påbörjande och avslutande av användningen eller doseringen av drogen har avtagit. Då intas större doser av substansen eller under längre perioder än avsett, eller konstateras fortsatt lust att bruka substansen, eller misslyckade försök att minska eller kontrollera intaget.

(3). Fysiologiskt abstinenssyndrom (se F1x.3 ja F1x.4), då intaget av substansen minskar eller upphör, vilket känneteck-

Läkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt

Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser

nas av substanstypiska abstinenssymtom eller av bruk av samma eller närbesläktad substans i syfte att lindra eller undvika abstinenssymtomen.

(4). Tecken på ökad tolerans: Till exempel ett behov av betydligt större doser än tidigare för att åstadkomma berusning eller önskad effekt, eller en märkbart svagare effekt av intaget än tidigare, då drogen kontinuerligt intas med tidigare dosering. Till exempel kan personer beroende av alkohol eller opiater inta så stora dagliga doser att de skulle kunna slå ut eller döda en person med normal tolerans.

(5). Fixering vid bruk av substansen, vilket framträder så att andra viktiga källor till välbehag eller föremål för intresse försummas, eller så att mycken tid åtgår till att anskaffa, inta eller bli återställd från verkningarna av substansen.

(6). Fortsatt användning av drogen trots dess klart skadliga följder (se F1x.1), vilket framgå av att bruket fortgår trots att personen är medveten om skadeverkningarnas natur och grad. Personen är till exempel medveten om att en alltför stor alkoholkonsumtion orsakar leverskador, riklig konsumtion leder till depression eller att narkotika åtföljs av nedsatta kognitiva funktioner. Det är skäl att se till att missbrukaren faktiskt är medveten om skadeverkningarnas natur och omfattning.

Enklare former för bruk av psykoaktiva ämnen betraktas också som ett typiskt kännetecken. (T.ex. konsumerar en person alkoholdrycker på samma sätt både vardag och helg oberoende av den sociala konventionen som i regel styr dryckeskulturen.

Med det femte tecknet ges en närmare beskrivning av beroendets stadium och natur (F1x.20-F1x.26). Om man inte kan eller vill ta ställning till denna klassificering bör decimal 9 användas.

ABSTINENSSTYMTOM (F1x.3)

Till grad och sammansättning varierande syndrom som uppträder efter avslutande eller minskning av upprepat, långvarig och/eller riklig användning av läkemedel eller berusningsmedel. Abstinenssymtomens duration och typ är beroende av hurdan substans och mängd personen har använt omedelbart före avslutandet eller minskningen av intaget. Abstinenssymtomen kan åtföljas av kramper.

Abstinenssymtomen är ett av de tecken som tyder på beroendesyndrom (F1x.2) och denna diagnos bör också övervägas.

Abstinenssymtomen bör anges som huvuddiagnos, om de utgör orsaken till remittering till vård och är tillräckligt kraftiga för att som sådana fordra klinisk uppmärksamhet.

Psykiska störningar (t.ex. ångest, nedstämdhet och sömnstörningar) är också vanliga abstinenssymtom. Typiskt är att abstinenssymtomen avtar, om personen fortsätter att använda substanserna.

Det är skäl att notera att en betingad eller inlärd impuls kan orsaka abstinenssymtom utan omedelbart föregående bruk av substanserna. I sådana fall borde diagnosen abstinenssymtom ställas endast om symptomens svårighetsgrad ger anledning till detta.

Diagnostiska kriterier:

A. Tydliga tecken på avslutat eller minskat upprepat, långvarigt och/eller rikligt bruk.

B. Abstinenssymtomen för ifrågavarande substans eller substanser är kända och patientens symtom motsvarar dessa (definierade för ifrågavarande substans).

C. Symtomen kan inte förklaras bättre utifrån en fysisk eller psykisk störning eller en beteendestörning som inte hänför sig till missbruket.

Med det femte tecknet anges förekomsten av kramper (F1x.30-F1x.39)

Exempelvis bör delirium (delirium tremens) koda F10.4.

Typiska symtom som förebådar förvirringstillståndet är sömnlöshet, tremor och rädsla. Till en början kan även abstinensrelaterade kramper förekomma. De klassiska symtomen innehåller grumling av medvetandet och konfusion, hallucinationer som verkar levande och villfarelser på vilket sinnesområde som helst samt märkbar tremor. I regel uppträder även vanföreställningar, excitation, sömnlöshet eller störningar i dygnsrytmen och överaktivitet i det autonoma nervsystemet.

ABSTINENSSTYMTOM OCH FÖRVIRRINGSTILLSTÅND (F1x.4)

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F1x.3) för abstinenssymtom

B. Uppfyller de diagnostiska kriterierna (F05) för konfusion

Med det femte tecknet anges förekomsten av kramper (F1x.40-F1x.49)

PSYKOTISK STÖRNING (F1x.5)

Ett flertal psykotiska fenomen som uppträder under bruk av en psykoaktiv substans eller omedelbart därefter. Dessa

Läkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt

Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser

fenomen karakteriseras av hallucinationer som känns reella (typiska auditiva hallucinationer men ofta även andra hallucinationer), felidentifiering, vanföreställningar (ofta av förföljelseart), psykomotoriska störningar (exaltation eller stupor) och emotionella svängningar från stark rädsla till trans. Medvetandet är i regel klart, men en lindrig grad av grumling kan förekomma, likväl inte grav konfusion. Störningen går i regel över en månad åtminstone delvis och inom sex månader helt och hållet.

Under drogskonsumtionen eller omedelbart, senast inom två veckor därefter uppträdande psykotisk störning ingår i denna grupp. En förutsättning är att det inte är fråga om abstinenssymtom av narkotika som åtföljs av konfusion (se F1x.4) eller psykotisk störning med senare debut. Psykotisk störning med sen debut inträder två veckor efter bruket av substansen och är också möjlig, men bör klassificeras i klass F1x.75.

Vid en psykotisk störning som utlösts av psykoaktiva substanser kan symtomen variera. Symtomens art påverkas av den substans som använts och av missbrukarens personlighet. En psykotisk störning som utlösts av kokain, amfetamin och andra stimulerande psykoaktiva substanser har i regel ett samband med stora doser och/eller långvarigt bruk.

Diagnosen psykotisk störning bör inte ställas enbart utifrån perceptionsförvrängningar eller hallucinationer, om den primära effekten av den substans som brukas är att framkalla hallucinationer (t.ex. lysergicid, dvs. LSD, meskalin, cannabis i stora doser). I sådana fall, liksom vid förvirringstillstånd, bör diagnosen akut intoxication (F1x.0) övervägas.

Då det är ändamålsenligt att använda diagnosen psykotisk störning som utlösts av psykoaktiva substanser, bör i synnerhet feldiagnos av ett allvarligare tillstånd undvikas, t.ex. schizofreni. Många psykotiska störningar som utlösts av psykoaktiva substanser är kortvariga (som till exempel amfetamin- och kokainpsykosor) förutsatt att bruket av substansen upphört. I sådana fall utgör en felaktig diagnos en belastning för både patienten och vårdsystemet och orsakar även kostnader.

Det kan vara fråga om en annan psykisk störning, som utbryter eller framhävs av effekterna av bruk av psykoaktiva substanser, som till exempel schizofreni (F20.x), förstämningssyndrom (F30-F39), paranoid eller schizoid personlighet (F60.0, F60.1). Då är det inte ändamålsenligt att använda diagnosen psykotisk störning som utlösts av psykoaktiva substanser.

För forskningsändamål rekommenderas att en förändring av störningen från icke psykotisk till uttalat psykotisk definieras antingen som abrupt, debut inom 48 timmar) eller akut (acute, senare debut än inom 48 timmar, men tidigare än inom två veckor).

Diagnostiska kriterier:

- A. De psykotiska symtomen inträder under pågående bruk av substansen eller inom två veckor efter avslutat bruk.
- B. De psykotiska symtomen varar över 48 timmar.
- C. Störningen varar i högst sex månader.
- D. De tillstånd som avses med koderna bestående av fem tecken bör uppfylla följande villkor:

F1x.50 Störning av schizofreniform

(1) Störningen bör uppfylla kriterierna för diagnos F21

F1x.51 Störning som huvudsakligen uppträder som vanföreställningssyndrom

(1) Störningen bör uppfylla kriterierna för diagnos F22.0, med undantag för punkterna B (duration över 3 mån.) och F (bruk av psykoaktiva substanser).

F1x.52 Störning som huvudsakligen uppträder som hallucinos

(1) Störningen bör uppfylla kriterierna i punkt A för diagnosgrupp F20.1.c eller A.2.a.

F1x.53 Multipel störning

(1) Störningen bör uppfylla kriterierna för diagnosgrupp F23 i tillämpliga delar.

F1x.54 En störning som huvudsakligen tar sig uttryck i depressionssymtom

(1) Störningen bör uppfylla kriterierna för F32 i tillämpliga delar, minst kriterierna för diagnos F32.0

F1x.55 En störning som huvudsakligen tar sig uttryck i maniska symtom

(1) Störningen bör uppfylla kriterierna för diagnoserna F30.0 tai F30.1 med undantag för punkterna D (bruk av psykoaktiva substanser)

AMNESTISKT SYNDROM (F1x.6)

Syndrom som åtföljs av en märkbar långvarig nedsättning av närminnet. Långtidsminnet är ibland påverkat, medan den omedelbara hägkomsten är oförändrad. Tidsuppfattningen och kronologin samt inlämningen av nytt material är i regel drabbade av störningar. Riklig konfabulation kan förekomma, men framträder inte alltid. Andra kognitiva funktioner är vanligtvis relativt intakta och minnesbortfallen är oproportionerligt omfattande jämfört med övriga funktionsstörningar.

Läkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt

Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser

Amnesisyndrom framkallat av alkohol eller andra psykoaktiva substanser bör uppfylla de allmänna diagnostiska kriterierna för amnesisyndrom (se F04). I första hand krävs:

(a) minnesstörning som konstateras som störning av närminne, nyinläring och tidsuppfattning (störningar av tidsförlopp, sammankoppling av upprepade händelser osv.)

(b) omedelbar hågkomst. Medvetandegrad eller allmän intellektuell kapacitet är intakt

(c) amnestiskt eller objektivt konstaterat bruk av droger, i synnerhet i stora doser.

Personlighetsförändringar som ofta åtföljs av apati och nedsatt initiativförmåga och en tendens att försumma sig själv kan också uppträda, men dessa kännetecken är inte nödvändiga för diagnos. Konfabulation som kan vara riklig är inte en nödvändig förutsättning för diagnos.

Diagnostiska kriterier:

A. Minnesstörningen yttrar sig bägge på följande sätt:

(1) Bortfall av närminnet som yttrar sig som oförmåga att inhämta ny information och som stör det dagliga livet,

(2) nedsatt förmåga att återkalla tidigare erfarenheter i minnet

B. Inget av följande symtom förekommer (eller är inte särskilt märkbara),

störning av omedelbar hågkomst (t.ex. undersökt med digit span test),

(2) medvetandegrulning och perceptionsstörning enligt definition i diagnos F05, kriterium A:

(3) nedsatt allmän intellektuell kapacitet (demens).

C. Som orsak till kliniska symtom enligt kriterium A kan inte på basis av undersökningar eller anamnes påvisas annan orsak än bruk av droger.

Organiskt amnestiskt isyndrom (ej alkoholutlöst) (se F04), andra organiska syndrom åtföljda av en märkbar nedsättning av minnet, t.ex. demens eller konfusion (delirium) (F00-F03,F05.x), depressiv episod (F31-F33).

STÖRNING SOM UPPTÄDER SOM RESTTILLSTÅND ELLER FÖRDRÖJD PSYKOTISK STÖRNING (F1x.7)

Störning där förändringar av kognitiva funktioner, emotionella tillstånd, personlighet eller beteende utlösta av alkohol eller psykoaktiva har längre duration än substansens direkta psykiska effekt.

Under pågående störning kan en tydlig förändring konstateras, antingen störningar av tidigare normal aktivitet eller en märkbar tillspetsning av den föregående störningen. Störningen har ett direkt samband med bruk av alkohol eller psykoaktiva substanser. De fall där tillståndet inträder efter avslutat bruk av substansen, klassificeras här endast om det finns ett tydligt bevis på att det är fråga om ett resttillstånd efter bruk av en psykoaktiv substans.

Demens orsakad av alkohol eller psykoaktiva substanser är inte alltid irreversibel och efter en lång period av fullständig nykterhet kan de kognitiva funktionerna och minnet återställas.

Denna störning bör noggrant skiljas från tillstånd som hänför sig till avvänjning (se F1x.3 och F1x.4). I vissa tillstånd och i fråga om vissa substanser kan abstinenssymtom uppträda flera dagar eller veckor efter avslutat bruk av substansen.

Tillstånd som utlösts av psykoaktiva substanser och som fortgår efter avslutat bruk och uppfyller de diagnostiska kriterierna för psykotisk störning ska inte antecknas här, utan i grupperna F1x.5, psykotisk störning. Korsakovs syndrom i slutlig kronisk form bör hänföras till grupp F1x.6.

Med beaktande av den stora variationen inom denna klass bör symtomen av sådana sviter, deras grad och duration tydligt antecknas. För forskningsändamål bör alla beskrivande detaljer definieras.

En tidigare konstaterad psykisk störning som har dolts under missbruk och som uppträder på nytt efter att effekterna av den psykoaktiva substansen har avklingat, t.ex. fobisk ångest, depression, schizofreni eller psykosartad störning. Då det är fråga om 'flashbacks' bör en akut och övergående psykotisk störning (F23) övervägas. Övervägas bör likaså en organisk skada eller lindrig utvecklingsstörning (F70-F71) som kan uppträda i samband med bruk av en psykoaktiv substans.

Diagnostiska kriterier:

A. Samtliga störningstillstånd som här avses bör uppfylla kriterierna för separata syndrom och tydligt hänföra sig till narkotikabruk. Om störningen debuterar efter bruk av psykoaktiv substans, kan ett samband tydligt påvisas.

B. Störningen har längre duration än substansens kända direkta effekter (se akut intoxication F1x.0).

C. De tillstånd som avses med koderna bestående av fem tecken bör uppfylla följande villkor:

F1x.70 flashbacks

Flashbacks kan skiljas från psykotisk störning delvis på grund av att de är periodiskt återkommande, ofta mycket kortvariga (från några sekunder några minuter) och på grund av att de åtföljs av en upprepning av tidigare upplevel-

ser under påverkan av alkohol eller psykoaktiva substanser.

F1x.71 Personlighets- eller beteendestörning

Uppfyller de diagnostiska kriterierna för organisk personlighetsstörning (F07.0)

F1x.72 Affektivt restillstånd/Uppfyller de diagnostiska kriterierna för organisk / personlighetsstörning (F06.3). /

F1x.73 Demens

Uppfyller de diagnostiska kriterier för demens som har beskrivits i inledningen till kapitlet F00-F09

F1x.74 Annan bestående nedsättning av de kognitiva funktionerna

En grupp störningar som åtföljs av nedsättning av de kognitiva funktionerna, men för vilka de diagnostiska kriterierna för amnestiskt syndrom betingat av psykoaktiva substanser (F1x.6) eller demens (F1x.73) inte uppfylls.

Uppfyller kriterierna för lindrig kognitiv störning (F06.7) med undantag för kriterium D, som utesluter bruk av psykoaktiva substanser.

F1x.75 Sent begynnande psykos

Uppfyller de allmänna kriterierna för psykotisk störning F1x.5 med undantag för kriteriet för debuten av störningen, vilket i detta fall överstiger två veckor men inte sex veckor efter avslutat bruk av substansen.

F1x.79 Icke specificerad psykotisk störning

Ett tillstånd som man inte kan eller önskar klassificera enligt ovan anförd indelning

ANNAN DEFINIERAD PSYKISK STÖRNING (F1x.8)

Här kodas vilken som helst annan störning där bruk av en psykoaktiv substans kan definieras som en direkt bidragande orsak till tillståndet, men som inte uppfyller de diagnostiska kriterierna för någon av de ovan nämnda störningarna.

ICKE DEFINIERAD STÖRNING (F1x.9)

Denna klassificering anger att man inte kan eller vill klassificera tillståndet enligt ovan nämnda grupper.

F10

Alkoholin käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt

Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol

Huom.

Alkoholin määrä voidaan ilmaista lisäkoodilla ryhmästä Y90, mikäli pituus on mitattu, ryhmästä Y91, mikäli humalatilante on kliinisesti arvioitu.

Diagnostiset kriteerit:

Kaikkia alakohtia koskevat yleiset diagnostiset kriteerit, katso F10-F19

Anm.

Alkoholmängden kan anges med en tilläggskod från grupp Y90 om alkoholkoncentrationen har uppmätts, ur grupp 91 om graden av berusning har beräknats kliniskt.

Diagnostiska kriterier:

Allmänna diagnostiska kriterier för alla undergrupper, se F10-F19

F10.0

ALKOHOLIN KÄYTÖN AIHEUTTAMA AKUUTTI PÄIHTYMYSTILA

Akut intoxication orsakad av alkohol

Exkluderar

Akut intoxication orsakad av etylalkohol (T51.0)

Alkoholin käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Täyttää äkillisen päihtymystilan (F1x.0) yleiset kriteerit (katso F10-F19)
- B. Käytöksen häiriintymisen osoituksena vähintään yksi seuraavista:
 - (1) estottomuus
 - (2) väittelynhalu
 - (3) aggressiivisuus
 - (4) mielialan vaihtelu
 - (5) huomiokyvyn heikkeneminen
 - (6) arvostelukyvyn heikkeneminen
 - (7) henkilökohtaisten toimintojen häiriintyminen
- C. Ainakin yksi seuraavista:
 - (1) kävelyn epävakaus
 - (2) seisomisen vaikeus
 - (3) puheen epäselvyys
 - (4) nystagmus
 - (5) tajunnantason alentuminen (esim. sulkuhila, kooma)
 - (6) kasvojen punoitus
 - (7) silmien sidekalvon ärsytys

Huom!

Vaikea-asteiseen äkilliseen alkoholipäihtymykseen voi liittyä matala verenpaine, alilämpö ja nielemisrefleksin heikentyminen.

Veren alkoholipitoisuus voidaan haluttaessa ilmaista käyttämällä ICD-10:n koodeja Y90.0-Y90.8. Ryhmän Y91 koodia voidaan käyttää ilmaisemaan myrkytystilan kliinistä vaikeusastetta, jos veren alkoholipitoisuutta ei saada määritetyksi.

Anm.

Diagnostiska kriterier:

- A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F1x.0) för akut intoxication (se F10-F19)
- B. Bevis på beteendestörning utgörs av minst ett av följande symtom:
 - (1) /hämninglöshet
 - (2) påstridighet
 - (3) aggressivitet
 - (4) lynneskast
 - (5) nedsatt iakttagelseförmåga
 - (6) försvagat omdöme
 - (7) störningar i de personliga funktionerna
- C. Åtminstone ett av följande:
 - (1) ostadig gång
 - (2) svårigheter att stå
 - (3) oklart tal
 - (4) nystagmus
 - (5) nedsatt grad av medvetande (t.ex. stupor, koma)
 - (6) rodnad i ansiktet
 - (7) irriterad bindhinna

Obs!

En kraftig akut alkoholintoxikation kan åtföljas av lågt blodtryck, hypotermi och försvagad sväljreflex.

Alkoholkoncentrationen i blodet kan, om så önskas, uttryckas med koderna Y90.0-Y90.8 från ICD-10. Koden för grupp Y91 kan användas för att uttrycka den kliniska graden av intoxikationstillståndet, om blodets alkoholkoncentration inte kan bestämmas.

F10.00 Alkoholin käytön aiheuttama akuutti päihtymystila komplisoitumaton

Alkohol betingad akut berusning okomplicerad

F10.01 Alkoholin käytön aiheuttama akuutti päihtymystila vammautuminen tai muu ruumiillinen vaurio

Alkohol betingad akut berusning med bestående eller annan somatisk skada

F10.02 Alkoholin käytön aiheuttama akuutti päihtymystila muita akuutteja kliinisiä komplikaatioita

Alkohol betingad akut berusning med andra akuta kliniska komplikationer

F10.03 Alkoholin käytön aiheuttama akuutti päihtymystila sekavuustila (delirium)

Alkohol betingad akut berusning med delirium

F10.04 Alkoholin käytön aiheuttama akuutti päihtymystila aistihavaintojen vääristymiä

Alkohol betingad akut berusning med hallusinationer

F10.05 Alkoholin käytön aiheuttama akuutti päihtymystila kooma

Alkohol betingad akut berusning med koma

F10.06 Alkoholin käytön aiheuttama akuutti päihtymystila kouristuksia

Alkohol betingad akut berusning med kramper

F10.07 Patologinen alkoholipäihtymys

Patologisk alkoholberusning

Huom.

Tämä on epätavallinen häiriö. Veren alkoholipitoisuus tässä häiriössä on matalampi kuin pitoisuus, joka useimmilla ihmisillä aiheuttaa päihtymystilan. Se on alle 0.4 o/oo.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Täyttää äkillisen päihtymystilan (F1x.0) yleiset kriteerit (katso F10-F19), kuitenkin sillä poikkeuksella, että patologinen päihtymystila on seurausta pienistä alkoholimääristä, jotka eivät päihdytä useimpia ihmisiä.
- B. Käytös on sanallisesti aggressiivista tai fyysisesti väkivaltaista eikä sellainen käytös ole tyypillistä henkilölle hänen ollessaan selvä.
- C. Päihtymystila alkaa hyvin nopeasti alkoholin käytön jälkeen, usein muutamassa minuutissa.
- D. Ei ole näyttöä elimellisestä aivojen häiriöstä tai muista mielenterveyden häiriöistä.

Huom!

Tämän häiriötilan asema on epäselvä. Sen kriteerejä on pidettävä alustavina.

Anm.

Detta är en ovanlig störning. Alkoholkoncentrationen i blodet är lägre än en alkoholkoncentration som hos de flesta människor orsakar berusningstillstånd. Den är lägre än 0.4 o/oo.

Diagnostiska kriterier:

- A. Uppfyller de allmänna kriterierna för akut intoxikation (F1x.0) (se F10-F19), dock med det undantaget att ett patologiskt berusningstillstånd är en följd av små alkoholmängder av vilka de flesta människor inte blir berusade. Beteendet är verbalt aggressivt eller fysiskt våldsamt och ett sådant beteende är inte typiskt för personen i nyktert tillstånd.
- C. Berusningstillståndet följer mycket snabbt på intag av alkohol, ofta efter några minuter.
- D. Det finns inga tecken på organisk cerebral dysfunktion eller annan psykisk störning.

Obs!

Klassificeringen av detta störningstillstånd är oklar. Kriterierna för tillståndet bör betraktas som preliminära.

F10.09 Tarkemmin määrittämätön alkoholipäihtymys

Alkoholberusning UNS

F10.1

ALKOHOLIN HAITALLINEN KÄYTTÖ

Skadlig bruk orsakad av alkohol

F10.2

ALKOHOLIN KÄYTÖN AIHEUTTAMA ELIMELLINEN AIVO-OIREYHTYMÄ TAI KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ RIIPPUVUUSOIREYHTYMÄ

Psykisk störning och beteendestörning orsakad av alkohol beroendeförhållande

Inkluderar

Långvarig alkoholism

F10.20 Alkoholiriippuvuus tällä hetkellä vieroittunut

Beroendeförhållande orsakad av alkohol för närvarande oberoende

F10.21 Alkoholiriippuvuus tällä hetkellä ei käytä, mutta oleskelee rajoittavassa ympäristössä

Beroendeförhållande orsakad av alkohol för närvarande oberoende, men vistas i begränsande miljö

F10.22 Alkoholiriippuvuus tällä hetkellä kliinisesti valvotulla ylläpito- tai korvauslääkityksellä (kontrolloitu riippuvuus)

Beroendeförhållande orsakad av alkohol för närvarande på kliniskt kontrollerad uppehållsmedicinering

F10.23 Alkoholiriippuvuus tällä hetkellä vieroittunut, mutta saa aversio- tai estolääkityshoitoa

Beroendeförhållande orsakad av alkohol för närvarande oberoende men använder aversionsväckande eller hämmande medicinering

F10.24 Alkoholiriippuvuus tällä hetkellä käyttää ainetta (aktiivinen riippuvuus)

Beroendeförhållande orsakad av alkohol i aktiv fas

F10.25 Alkoholiriippuvuus jatkuva käyttö

Beroendeförhållande orsakad av alkohol kontinuerlig användning

F10.26 Alkoholiriippuvuus jaksottainen käyttö (tuurijuoppous)

Beroendeförhållande orsakad av alkohol periodig alkoholism

F10.29 Tarkemmin määrittämätön alkoholin aiheuttama riippuvuusoireyhtymä

Beroendeförhållande orsakad av alkohol UNS

F10.3

ALKOHOLIN KÄYTÖN AIHEUTTAMAT VIEROITUSOIREET

Abstinenssymptom orsakad av alkohol

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää vieroitusoireiden (F1x.3) yleiset kriteerit (katso F10-F19)

B. Vähintään kolme seuraavista oireista:

(1) kielen, silmäluomien tai käsien vapina ojennustilassa

(2) hikoilu

(3) pahoinvointi, röyhtäily tai oksentelu

(4) sydämentykytys tai korkea verenpaine

(5) psykomotorinen kiihtymys

(6) päänsärky

(7) unettomuus

(8) huonovointisuus tai heikkous

(9) ohimeneviä näkö-, tunto- tai kuuloharhoja tai aistihairahduksia

(10) grand mal -tyyppisiä kouristuksia

Huom!

Jos vieroitusoireisiin liittyy sekavuustila, diagnoosin tulee olla ryhmästä F10.4

Anm.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F1x.3) för abstinenssymtom (se F10-F19)

B. Minst tre av följande symtom:

(1) tremor, darrningar i tungan, ögonlocken eller händerna då de hålls utsträckta

(2) transpiration

(3) illamående, rapningar eller uppkastning

(4) takykardi eller hypertoni

(5) psykomotorisk excitation

(6) huvudvärk

(7) sömnlöshet.(8) illamående eller svaghet.(9) övergående visuella, taktila- eller auditiva hallucinationer eller

(10) kramper av typen grand mal

Obs!

Om abstinenssymtomen åtföljs av förvirringstillstånd bör diagnosen göras enligt grupp F10.4

F10.30 Alkoholin käytön aiheuttamat vieroitusoireet komplisoitumattomat

Abstinenssymptom orsakad av alkohol okompliserad

F10.31 Alkoholin käytön aiheuttamat vieroitusoireet kouristuksia

Abstinenssymptom orsakad av alkohol med krampanfall

F10.39 Alkoholin käytön aiheuttamat vieroitusoireet määrittämättömät

Abstinenssymptom orsakad av alkohol UNS

F10.4 ALKOHOLIN KÄYTÖN AIHEUTTAMAT VIEROITUSOIREET JA SEKAVUUSTILA (DELIRIUM)

Abstinenssymptom med delirium orsakad av alkohol

Huom.

Juoppohulluus (delirium tremens) on lyhytkestoinen, mutta toisinaan hengenvaarallinen myrkytys-sekavuustila, johon liittyy ruumiillisia häiriöitä. Se on tavallisesti seurausta täydellisestä tai osittaisesta alkoholista vieroittautumista henkilöllä, joka on käyttänyt alkoholia pitkään ja on siitä voimakkaasti riippuvainen. Häiriö alkaa yleensä alkoholin käytön lopettamisen jälkeen. Joissakin tapauksissa häiriö ilmaantuu raskaan juomisjakson aikana, jolloin tulee käyttää tämän ryhmän koodeja.

Anm.

Delirium (delirium tremens) är ett kortvarigt, men ibland livsfarligt tillstånd av intoxikation och konfusion som åtföljs av fysiska störningar. Tillståndet är vanligen en följd av en total eller partiell alkoholavvänjning hos en person som länge använt och är starkt beroende av alkohol. Störningen framträder i regel efter avslutat alkoholbruk. I en del fall framträder störningen under en period av rikligt drickande, varvid koder ur denna grupp bör användas.

F10.40 Alkoholin käytön aiheuttamat vieroitusoireet ja sekavuustila ilman kouristuksia

Abstinenssymptom och delirium orsakad av alkohol utan krampanfall

F10.41 Alkoholin käytön aiheuttamat vieroitusoireet ja sekavuustila kouristuksia

Abstinenssymptom och delirium orsakad av alkohol med krampanfall

F10.49 Alkoholin käytön aiheuttamat vieroitusoireet ja sekavuustila ei tietoa kouristuksista

Abstinenssymptom och delirium orsakad av alkohol utan information om krampanfall

F10.5 ALKOHOLIN KÄYTÖN AIHEUTTAMA PSYKOOTTINEN HÄIRIÖ

Psykotisk störning orsakad av alkohol

F10.50 Alkoholin käytön aiheuttama psykoottinen häiriö skitsofrenia-tyyppinen

Alkohol betingad psykos skitsofrenisk

F10.51 Alkoholin käytön aiheuttama psykoottinen häiriö pääasiassa harhaluuloisuutena ilmenevä

Psykotisk alkoholparanoia

Alkoholin käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol

- F10.52** **Alkoholin käytön aiheuttama psykoottinen häiriö** pääasiassa aistiharhaisuutena ilmenevä
Psykotisk alkoholhallucination
- F10.53** **Alkoholin käytön aiheuttama psykoottinen häiriö monimuotoinen**
Alkohol betingad psykos, multiform
- F10.54** **Alkoholin käytön aiheuttama psykoottinen häiriö** pääasiassa masennuksen oirein ilmenevä
Psykotisk alkoholdepression
- F10.55** **Alkoholin käytön aiheuttama psykoottinen häiriö** pääasiassa maanisin oirein ilmenevä
Psykotisk mani, alkoholutlöst
- F10.56** **Alkoholin käytön aiheuttama psykoottinen häiriö sekamuotoinen**
Alkoholpsykos, blandad typ
- F10.59** **Alkoholin käytön aiheuttama psykoottinen häiriö** määrittämätön reaktiotyyppi
Alkoholpsykos, blandad typ

F10.6 **ALKOHOLIN KÄYTÖN AIHEUTTAMA AMNESTINEN OIREYHTYMÄ**
Amnestisk syndrom orsakad av alkohol

Inkluderar

Korsakovs psykos eller syndrom orsakat av alkohol

- F10.7** **ALKOHOLIN KÄYTÖN AIHEUTTAMA JÄÄNNÖSTILANA ESIINTYVÄ TAI VIIVÄSTYNYT PSYKOOTTINEN HÄIRIÖ**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av alkohol
- F10.70** **Alkoholin käytön aiheuttamana jäännöstila takaumia (flashbacks)**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av alkohol flashbacks
- F10.71** **Alkoholin käytön aiheuttamana jäännöstila persoonallisuuden tai käytöksen häiriö**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av alkohol störning av personalitet eller beteende
- F10.72** **Alkoholin käytön aiheuttama jäännöstila jälkioireinen mielialahäiriö**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av alkohol bipolär tillstånd
- F10.73** **Alkoholin käytön aiheuttamana jäännöstila dementia**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av alkohol demens
- F10.74** **Alkoholin käytön aiheuttamat jäännöstila muu pysyvä älyllisten toimintojen heikkeneminen**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av alkohol annars permanent nedsatt intelligens
- F10.75** **Alkoholin käytön aiheuttama jäännöstila myöhään alkava psykoottinen häiriö**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av alkohol psykotisk störning
- F10.79** **Alkoholin käytön aiheuttamana jäännöstila määrittämätön psykoottinen häiriö**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av alkohol UNS

F10.8 **ALKOHOLIN KÄYTÖN AIHEUTTAMA MUU ELIMELLINEN AIVO-OIREYHTYMÄ TAI KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ**
Annan specifizierad psykisk störning och beteendestörning orsakad av alkohol

F10.9 **ALKOHOLIN KÄYTÖN AIHEUTTAMA MÄÄRITTÄMÄTÖN ELIMELLINEN AIVO-OIREYHTYMÄ TAI KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ**
Psykisk störning och beteendestörning orsakad av alkohol UNS

F11

Opioidien käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt

Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opiater

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

Kaikkia alakohtia koskevat yleiset diagnostiset kriteerit, katso F10-F19

Anm.

Diagnostiska kriterier:

Allmänna diagnostiska kriterier för samtliga undergrupper, se F10-F19

F11.0

OPIOIDIEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA AKUUTTI PÄIHITYMYSTILA

Akut intoxication orsakad av opiater

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää äkillisen päihitymystilan (F1x.0) yleiset kriteerit (katso F10-F19)

B. Käytöksen häiriintymisen osoituksena vähintään yksi seuraavista:

- (1) apatia ja väsymys
- (2) estottomuus
- (3) psykomotorinen hidastuneisuus
- (4) huomiokyvyn heikkeneminen
- (5) arvostelukyvyn heikkeneminen
- (6) henkilökohtaisen toiminnan häiriintyminen.

C. Ainakin yksi seuraavista oireista:

- (1) uneliaisuus
- (2) puheen epäselvyys
- (3) pupillien supistuminen (poikkeuksena on vaikeaan yliannostukseen liittyvä hapenpuute, jolloin pupillit ovat laajentuneet)
- (4) tajunnan tason lasku (esim. sulkutila, kooma)

Huom!

Vaikeaan äkilliseen opioidipäihitykseen saattaa liittyä hengityksen lamaantuminen, hapenpuute, matala verenpaine ja alilämpöisyys.

Anm.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F1x.0) för akut intoxication (se F10-F19)

B. Bevis på beteendestörning utgörs av minst ett av följande symtom:

- (1) apati och trötthet
- (2) hämningslöshet
- (3) psykomotorisk långsamhet
- (4) nedsatt iakttagelseförmåga
- (5) försvagat omdöme
- (6) störningar i de personliga funktionerna

C. Åtminstone ett av följande symtom:

- (1) sömnhighet

(2) oklart tal

(3) Sammandragning av pupillerna (med undantag för syrebrist orsakad av stor överdosering, varvid pupillerna är vidgade)

(4) nedsatt medvetandegrad (t.ex. stupor, koma)

Obs!

Svår akut opiatintoxikation kan åtföljas av förlamad andningsfunktion, syrebrist, hypotoni och hypertermi.

- F11.00 Opioidien käytön aiheuttama akuutti päihtymystila komplisoitumaton**
Berusning orsakad av opiater okompliserad
- F11.01 Opioidien käytön aiheuttama akuutti päihtymystila vammautuminen tai muu ruumiillinen vaurio**
Berusning orsakad av opiater med bestående eller annan somatisk skada
- F11.02 Opioidien käytön aiheuttama akuutti päihtymystila muita akuutteja kliinisiä komplikaatioita**
Berusning orsakad av opiater med andra kliniska komplikationer
- F11.03 Opioidien käytön aiheuttama akuutti päihtymystila sekavuustila (delirium)**
Berusning orsaka av opiater med delirium
- F11.04 Opioidien käytön aiheuttama akuutti päihtymystila aistihavaintojen vääristymiä**
Berusning orsaka av opiater med hallusinationer
- F11.05 Opioidien käytön aiheuttama elimellinen aivo-oireyhtymä tai käyttäytymisen häiriö akuutti kooma**
Berusning orsaka av opiater med koma
- F11.06 Opioidien käytön aiheuttama akuutti päihtymystila kouristuksia**
Berusning orsaka av opiater med kramper
- F11.09 Opioidien käytön aiheuttama akuutti päihtymystila ei tietoa liitännäisoireista**
Berusning orsaka av opiater UNS
- F11.1 OPIOIDIEN HAITALLINEN KÄYTTÖ**
Skadlig bruk orsakad av opiater
- F11.2 OPIOIDIEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA RIIPPUVUUSOIREYHTYMÄ**
Beroendeförhållande orsakad av opiater
- F11.20 Opioidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä vieroittunut**
Beroendeförhållande orsakad av opiater för närvarande oberoende
- F11.21 Opioidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä ei käytä, mutta oleskelee rajoitavassa ympäristössä**
Beroendeförhållande orsakad av opiater för närvarande oberoende men vistas i kontrollerande miljö
- F11.22 Opioidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä kliinisesti valvotulla ylläpito- tai korvauslääkityksellä (kontrolloitu riippuvuus)**
Beroendeförhållande orsakad av opiater för närvarande oberoende men använder substituerande uppehållsmedicinering
- F11.23 Opioidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä vieroittunut, mutta saa aversio- tai estolääkityshoitoa**
Beroendeförhållande orsakad av opiater för närvarande oberoende men använder aversion väckande medicinering
- F11.24 Opioidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä käyttää ainetta (aktiivinen riippuvuus)**
Beroendeförhållande orsakad av opiater aktiv beroende
- F11.25 Opioidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä jatkuva käyttö**
Beroendeförhållande orsakad av opiater kontinuerlig användande
- F11.26 Opioidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä jaksottainen käyttö**
Beroendeförhållande orsakad av opiater periodisk narkomani
-

F11.29 Opioidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä ei tietoa riippuvuusoireyhtymän laadusta
Beroendeförhållande orsakad av opiater UNS

F11.3 OPIOIDIEN KÄYTÖN AIHEUTTAMAT VIEROITUSOIREET
Abstinenssymptom orsakad av opiater

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää vieroitusoireiden (F1x.3) yleiset kriteerit (katso F10-F19). Huomaa, että opioidien vieroitusoireet voidaan saada aikaan antamalla opioidien vastaavaikuttajaa lyhyen ajan kuluttua opioidien käytöstä.

B. Vähintään kolme seuraavista:

- (1) opioidipäihteiden himo
- (2) nenäeritteet tai aivastelu
- (3) kyynelvuoto
- (4) lihassäryt tai kouristukset
- (5) suoliston kouristukset
- (6) pahoinvointi tai oksentelu
- (7) ripuli
- (8) pupillien laajentuminen
- (9) ihokarvat nousevat pystyyn tai toistuvia vilunväristyksiä
- (10) sydämentykytys tai korkea verenpaine
- (11) haukottelu
- (12) nukkuminen on levotonta

Anm.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F1x.3) för abstinenssymtom (se F10-F19). Observera att abstinenssymtom för opiater kan framkallas med hjälp av en opiatantagonist en kort tid efter bruk av opiater. Minst ett av de tre följande symtomen:

- (1) begär efter opiater
- (2) nässekret eller nysningar
- (3) rinnande ögon
- (4) muskelvärk eller kramper
- (5) kramper i tarmarna
- (6) illamående eller kräkning
- (7) diarré
- (8) utvidgade pupiller
- (9) håren på huden reser sig eller upprepade rysningar förekommer
- (10) takykardi eller hypertoni
- (11) gäspning
- (12) orolig sömn

F11.30 Opioidien käytön aiheuttamat vieroitusoireet komplisoitumattomat
Abstinenssymptom orsakade av opiater okompliserad

F11.31 Opioidien käytön aiheuttamat vieroitusoireet kouristuksia
Abstinenssymptom orsakade av opiater med kramper

F11.39 Opioidien käytön aiheuttamat vieroitusoireet ei tietoa kouristuksista
Abstinenssymptom orsakade av opiater utan information om kramper

F11.4 OPIOIDIEN KÄYTÖN AIHEUTTAMAT VIEROITUSOIREET JA SEKAVUUSTILA (DELIRIUM)

Abstinenssymptom med delirium orsakad av opiater

F11.40 Opioidien käytön aiheuttamat vieroitusoireet ja sekavuustila ilman kouristuksia

Abstinenssymptom med delirium orsakade av opiater utan kramper

F11.41 Opioidien käytön aiheuttamat vieroitusoireet ja sekavuustila kouristuksia

Abstinenssymptom med delirium orsakade av opiater med kramper

F11.49 Opioidien käytön aiheuttamat vieroitusoireet ja sekavuustila ei tietoa liitännäisoireista

Abstinenssymptom med delirium orsakade av opiater UNS

F11.5 OPIOIDIEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA PSYKOOTTINEN HÄIRIÖ

Psykotisk störning orsakade av opiater

F11.50 Opioidien käytön aiheuttama psykoottinen häiriö skitsofrenia-tyyppinen

Psykotisk störning orsakad av opiater skitsofrenisk

F11.51 Opioidien käytön aiheuttama psykoottinen häiriö pääasiassa harhaluuloisuutena ilmenevä

Psykotisk störning orsakad av opiater paranoidisk

F11.52 Opioidien käytön aiheuttama psykoottinen häiriö pääasiassa aistiharhaisuutena ilmenevä

Psykotisk störning orsakad av opiater med hallusinationer

F11.53 Opioidien käytön aiheuttama psykoottinen häiriö monimuotoinen

Psykotisk störning orsakad av opiater polymorfisk

F11.54 Opioidien käytön aiheuttama psykoottinen häiriö pääasiassa masennuksen oirein ilmenevä

Psykotisk störning orsakad av opiater huvudsakligen depressiv

F11.55 Opioidien käytön aiheuttama psykoottinen häiriö pääasiassa maanisin oirein ilmenevä

Psykotisk störning orsakad av opiater huvudsakligen manisk

F11.56 Opioidien käytön aiheuttama psykoottinen häiriö sekamuotoinen

Psykotisk störning orsakad av opiater av blandad typ

F11.59 Opioidien käytön aiheuttama psykoottinen häiriö määrittämätön reaktiotyyppi

Psykotisk störning orsakad av opiater UNS

F11.6 OPIOIDIEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA AMNESTINEN OIREYHTYMÄ

Amnestisk syndrom orsakad av opiater

F11.7 OPIOIDIEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA JÄÄNNÖSTILANA ESIINTYVÄ TAI VIVÄSTYNYT PSYKOOTTINEN HÄIRIÖ

Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av opiater

F11.70 Opioidien käytön aiheuttama jäännöstila takauomia (flashbacks)

Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av opiater flashbacks

F11.71 Opioidien käytön aiheuttama jäännöstila persoonallisuuden tai käytöksen häiriö

Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av opiater störning av personalitat eller beteende

F11.72 Opioidien käytön aiheuttama jäännöstila jälkioireinen mielialahäiriö

Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av opiater bipolar störning

F11.73 Opioidien käytön aiheuttama jäännöstila dementia

Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av opiater demens

F11.74 Opioidien käytön aiheuttama jäännöstila muu pysyva allyllisten toimintojen heikkeneminen

Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av opiater annars permanent nedsatt intelligens

F11.75 Opioidien käytön aiheuttama jäännöstila myöhaan alkava psykoottinen häiriö

Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av opiater psykotisk störning

F11.79 Opioidien käytön aiheuttama jännöstila myöhään alkava määrittämätön häiriö

Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av opiater UNS

F11.8

OPIOIDIEN KÄYTÖN MUU AIHEUTTAMA ELIMELLINEN AIVO-OIREYHTYMÄ TAI KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ

Annan specificierad störning orsakad av opiater

F11.9

OPIOIDIEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA MÄÄRITTÄMÄTÖN ELIMELLINEN AIVO-OIREYHTYMÄ TAI KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ

Psykisk störning och beteendestörning orsakad av opiater UNS

F12

Kannabinoidien käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt

Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av cannabis

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

Kaikkia alakohtia koskevat yleiset diagnostiset kriteerit, katso F10-F19

Anm.

Diagnostiska kriterier:

Allmänna diagnostiska kriterier för samtliga undergrupper, se F10-F19

F12.0

KANNABINOIDIEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA AKUUTTI PÄIHTYMYSTILA

Akut intoxication orsakad av cannabis

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää äkillisen päihtymystilan (F1x.0) yleiset kriteerit (katso F10-F19)

B. Käytöshäiriöt tai aistihavaintojen häiriöt, joiden osoituksena vähintään yksi seuraavista:

(1) poikkeava hyvän olon tunne tai estottomuus

(2) ahdistuneisuus tai kiihtyneisyys

(3) epäluuloisuus tai paranoidinen ajattelu

(4) ajankulun hidastuminen (aika tuntuu kuluvan erittäin hitaasti ja/tai henkilö kokee ajatusten rientävän nopeasti)

(5) arvostelukyvyn heikkeneminen

(6) huomiokyvyn heikkeneminen

(7) reaktioajan pidentyminen

(8) kuulo-, näkö- tai tuntoaistin alueen aistihairahdukset

(9) aistiharhat (orientaatio säilyy)

(10) depersonalisaatio (tunne itsen epätodellisuudesta)

(11) derealisaatio (tunne ympäristön epätodellisuudesta)

(12) henkilökohtaisen toiminnan häiriintyminen

C. Ainakin yksi seuraavista oireista:

(1) ruokahalun lisääntyminen

(2) suun kuivuminen

(3) silmien sidekalvon ärsytys

(4) sydämentykytyks

Kannabinoidien käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt *Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av cannabis*

Anm.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F1x.0) för akut intoxikation (se F10-F19)

B. Beteendestörningar eller perceptionsstörningar som kännetecknas av minst ett av följande symtom:

(1) en exceptionell känsla av välbehag eller hämningslöshet

(2) ångest eller excitation

(3) misstänksamhet heller paranoida tankar

(4) långsammare tidsförlopp (tiden förefaller att förflyta synnerligen långsamt och/eller personen upplever tankeflykt

(5) nedsatt omdömesförmåga

(6) nedsatt iakttagelseförmåga

(7) förlängd reaktionstid

(8) auditiva, visuella och taktila sinnesillusioner

(9) hallucinationer (orienteringen bibehålls)

(10) depersonalisation (känsla av osäkerhet om sin identitet)

(11) derealisation (känsla av omgivningen som överklig)

(12) Störningar i de personliga funktionerna

C. Åtminstone ett av följande symtom:

(1) större aptit

(2) torr mun

(3) irriterad bindhinna

(4) takykardi

F12.00 Kannabinoidien käytön aiheuttama akuutti päihtymystila komplisoitumaton

Berusning orsakad av cannabis okompliserad

F12.01 Kannabinoidien käytön aiheuttama akuutti päihtymystila vammautuminen tai muu ruumiillinen vaurio

Berusning orsakad av cannabis med bestående eller anna somatisk skada

F12.02 Kannabinoidien käytön aiheuttama akuutti päihtymystila muita kliinisiä komplikaatioita

Berusning orsakad av cannabis med andra kliniska komplikationer

F12.03 Kannabinoidien käytön aiheuttama akuutti päihtymystila sekavuustila (delirium)

Berusning orsakad av cannabis med delirium

F12.04 Kannabinoidien käytön aiheuttama akuutti päihtymystila aistihavaintojen vääristymiä

Berusning orsakad av cannabis med hallusinationer

F12.05 Kannabinoidien käytön aiheuttama akuutti päihtymystila kooma

Berusning orsakad av cannabis med koma

F12.06 Kannabinoidien käytön aiheuttama akuutti päihtymystila kouristuksia

Berusning orsakad av cannabis med kramper

F12.09 Kannabinoidien käytön aiheuttama akuutti päihtymystila ei tietoa liitännäisoireista

Berusning orsakad av cannabis UNS

F12.1

KANNABINOIDIEN HAITALLINEN KÄYTTÖ

Skadlig bruk av cannabis

F12.2

KANNABINOIDIEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA ELIMELLINEN AIVO-OIREYHTYMÄ TAI KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ RIIPPUVUUSOIREYHTYMÄ

Psykisk störning och beteendestörning orsakad cannabis beroendeförhållande

F12.20 Kannabinoidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä vieroittunut

Beroendeförhållande orsakad av cannabis för närvarande oberoende

- F12.21** **Kannabinoidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä ei käytä, mutta oleskelee rajoitettavassa ympäristössä**
Beroendeförhållande orsakad av cannabis för närvarande oberoende men vistas i kontrollerande miljö
- F12.22** **Kannabinoidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä kliinisesti valvotulla ylläpito- tai korvauslääkityksellä (kontrolloitu riippuvuus)**
Beroendeförhållande orsakad av cannabis använder kliniskt kontrollerad substituerande uppehållsmedicinering
- F12.23** **Kannabinoidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä vieroittunut, mutta saa aversio- tai estolääkityshoitoa**
Beroendeförhållande orsakad av cannabis för närvarande oberoende men använder aversionsväckande medicinering
- F12.24** **Kannabinoidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä käyttää ainetta (aktiivinen riippuvuus)**
Beroendeförhållande orsakad av cannabis aktiv beroende
- F12.25** **Kannabinoidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä jatkuva käyttö**
Beroendeförhållande orsakad av cannabis kontinuerlig användning
- F12.26** **Kannabinoidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä jaksottainen käyttö**
Beroendeförhållande orsakad av cannabis periodisk narkomani
- F12.29** **Kannabinoidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tarkemmin määrittelemätön**
Beroendeförhållande orsakad av cannabis UNS

F12.3

KANNABINOIDIEN KÄYTÖN AIHEUTTAMAT VIEROITUSOIREET

Abstinenssymptom orsakad av cannabis

Huom.

Tämä on heikosti määritelty oireyhtymä, johon ei tällä hetkellä voida esittää varmoja diagnostisia kriteerejä. Se ilmenee pitkän ja suuriannoksen kannabiksen käytön lopettamisen jälkeen. Sen kesto vaihtelee muutamasta tunnista seitsemään päivään. Oireisiin kuuluu ahdistuneisuus, ärtyisyys, käsien vapina ojennuksessa, hikoilu ja lihassäryt.

Anm.

Detta är ett svagt definierat syndrom för vilket säkra diagnostiska kriterier inte för närvarande kan anges. Det uppträder efter att ett långvarigt bruk med stora doser av cannabis har avslutats. Syndromets duration varierar från några timmar till sju dagar. Till symtomen hör ångest, retlighet, skakningar i händerna då de är utsträckta, transpiration och muskelvärk.

F12.4

KANNABINOIDIEN KÄYTÖN AIHEUTTAMAT VIEROITUSOIREET JA SEKAUUSTILA (DELIRIUM)

Abstinenssymptom med delirium orsakad av cannabis

F12.5

KANNABINOIDIEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA PSYKOOTTINEN HÄIRIÖ

Psykotisk störning orsakad av cannabis

F12.6

KANNABINOIDIEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA AMNESTINEN OIREYHTYMÄ

Amnestisk syndrom orsakad av cannabis

F12.7

KANNABINOIDIEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA JÄÄNNÖSTILANA ESIINTYVÄ TAI VIVÄSTYNYT PSYKOOTTINEN HÄIRIÖ

Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av cannabis

F12.8

KANNABINOIDIEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA MUU ELIMELLINEN AIVO-OIREYHTYMÄ TAI KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ

Annan specificierad psykisk störning och beteendestörning orsakad av cannabis

F12.9

KANNABINOIDIEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA MÄÄRITTÄMÄTÖN ELIMELLINEN AIVO-OIREYHTYMÄ TAI KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ

Psykisk störning och beteendestörning orsakad av cannabis UNS

F13

Rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt

Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av sedativa och hypnotika

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

Kaikkia alakohtia koskevat yleiset diagnostiset kriteerit, katso F10-F19

Anm.

Diagnostiska kriterier:

Allmänna diagnostiska kriterier för samtliga undergrupper, se F10-F19

F13.0

RAUHOITTAVIEN LÄÄKKEIDEN JA UNILÄÄKKEIDEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA AKUUTTI PÄIHTYMYSTILA

Akut intoxication orsakad av sedativa och hypnotika

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää äkillisen päihtymystilan (F1x.0) yleiset kriteerit (katso F10-F19)

B. Käytöksen häiriintymisen osoituksena vähintään yksi seuraavista:

(1) poikkeava hyvän olon tunne tai estottomuus

(2) apatia ja väsymys

(3) sanallinen tai fyysinen aggressiivisuus

(4) mielialan ailahtelu

(5) huomiokyvyn heikkeneminen

(6) anterograadinen muistamattomuus

(7) psykomotorisen toiminnan heikkeneminen

(8) henkilökohtaisen toiminnan häiriintyminen

C. Vähintään yksi seuraavista oireista:

(1) kävelyn epävakaus

(2) seisomisen vaikeus

(3) puheen epäselvyys

(4) nystagmus

(5) tajunnantason lasku (esim. sulkutila tai kooma)

(6) erytematoottisia ihovaurioita tai rakkuloita

Huom!

Vaikeaan rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden aiheuttamaan äkilliseen päihtymykseen saattaa liittyä matala verenpaine, alilämpöisyys ja nieluheijasteen heikkeneminen.

Anm.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F1x.0) för akut intoxication (se F10-F19)

B. Bevis på beteendestörning utgörs av minst ett av följande symtom:

(1)/exceptionell känsla av välbehag eller hämningslöshet

(2) apati och trötthet

(3) verbal eller fysisk aggressivitet

(4) lynneskast

(5) nedsatt iakttagelseförmåga

- (6) anterograd amnesi
- (7) nedsatta psykomotoriska funktioner
- (8) störningar i de personliga funktionerna
- C. Minst ett av följande symtom:
 - (1) ostadig gång
 - (2) svårt att stå
 - (3) oklart tal
 - (4) nystagmus
 - (5) nedsatt medvetandegrad (t.ex. stupor eller koma)
 - (6) erytematotiska hudskador eller blåsor

Obs!

En svår akut intoxikation betingad av sedativa och hypnotika kan åtföljas av hypotension, hypotermi och försvagad sväljreflex.

- F13.00** **Rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käytön aiheuttama akuutti päihtymystila komplisoitumaton**
Berusningstillstånd orsakad av sedativa och hypnotika okompliserad
- F13.01** **Rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käytön aiheuttama akuutti päihtymystila vammautuminen tai muu ruumiillinen vaurio**
Berusningstillstånd orsakad av sedativa och hypnotika med bestående eller annan somatisk skada
- F13.02** **Rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käytön aiheuttama akuutti päihtymystila muita klinisiä komplikaatioita**
Berusningstillstånd orsakad av sedativa och hypnotika med andra kliniska komplikationer
- F13.03** **Rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käytön aiheuttama akuutti päihtymystila sekavuustila (delirium)**
Berusningstillstånd orsakad av sedativa och hypnotika med delirium
- F13.04** **Rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käytön aiheuttama akuutti päihtymystila aistihavaintojen vääristymiä**
Berusningstillstånd orsakad av sedativa och hypnotika med hallucinationer
- F13.05** **Rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käytön aiheuttama akuutti päihtymystila kooma**
Berusningstillstånd orsakad av sedativa och hypnotika med koma
- F13.06** **Rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käytön aiheuttama akuutti päihtymystila kouristuksia**
Berusningstillstånd orsakad av sedativa och hypnotika med krampfer
- F13.09** **Rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käytön aiheuttama akuutti päihtymystila ei tietoa liitännäisoireista**
Berusningstillstånd orsakad av sedativa och hypnotika UNS

F13.1

RAUHOITAVIEN LÄÄKKEIDEN JA UNILÄÄKKEIDEN HAITALLINEN KÄYTTÖ

Skadlig bruk av sedativa och hypnotika

F13.2

RAUHOITAVIEN LÄÄKKEIDEN JA UNILÄÄKKEIDEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA RIIPPUVUUSOIREYHTYMÄ

Beroendeförhållande orsakad av sedativa och hypnotika

Inkluderar

Narkomani

- F13.20** **Rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä vieroittunut**
Beroendeförhållande orsakad av sedativa och hypnotika för närvarande oberoende
- F13.21** **Rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä ei käytä, mutta oleskelee rajoittavassa ympäristössä**
Beroendeförhållande orsakad av sedativa och hypnotika för närvarande oberoende men vistas i kontrollerande miljö

- F13.22 Rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä kliinisesti valvotulla ylläpito- tai korvauslääkityksellä (kontrolloitu riippuvuus)**
Beroendeförhållande orsakad av sedativa och hypnotika för närvarande oberoende men använder substituerande uppehållsmedicinering
- F13.23 Rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä vieroittunut, mutta saa aversio- tai estolääkityshoitoa**
Beroendeförhållande orsakad av sedativa och hypnotika för närvarande oberoende men använder aversionsväckande medicinering
- F13.24 Rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä käyttää ainetta (aktiivinen riippuvuus)**
Beroendeförhållande orsakad av sedativa och hypnotika aktiv beroende
- F13.25 Rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä jatkuva käyttö**
Beroendeförhållande orsakad av sedativa och hypnotika kontinuerlig användning
- F13.26 Rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä jaksottainen käyttö**
Beroendeförhållande orsakad av sedativa och hypnotika periodisk beroende
- F13.29 Rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä ei tietoa käytön luonteesta**
Beroendeförhållande orsakad av sedativa och hypnotika UNS

F13.3

RAUHOITAVIEN LÄÄKKEIDEN JA UNILÄÄKKEIDEN KÄYTÖN AIHEUTTAMAT VIEROITUSOIREET

Abstinenssymptom orsakad sedativa och hypnotika

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Täyttää vieroitusoireiden (F1x.3) yleiset kriteerit (katso F10-F19)
- B. Vähintään kolme seuraavista oireista:
- (1) kielen, silmäluomien tai käsien vapina ojennuksessa
 - (2) pahoinvointi tai oksentelu
 - (3) sydämentykytys
 - (4) asentoon liittyvä verenpaineen lasku
 - (5) psykomotorinen kiihtymys
 - (6) päänsärky
 - (7) unettomuus
 - (8) huonovointisuus tai heikkous
 - (9) ohimeneviä näkö-, tunto- tai kuuloharhoja tai aistihairahduksia
 - (10) paranoidista ajattelua
 - (11) yleistyneitä (grand mal) kouristuskohtauksia

Huom!

Mikäli vieroitusoireisiin liittyy sekavuustila (delirium), diagnoosina tulee olla rauhoittavien lääkkeiden tai unilääkkeiden vieroitusoireet, joihin liittyy sekavuustila (delirium, F13.4).

Anm.

Diagnostiska kriterier:

- A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F1x.3) för abstinenssymtom (se F10-F19)
- B. Minst tre av följande symtom:
- (1) darringar i tungan, ögonlocken eller händerna då de hålls utsträckta
 - (2) illamående eller kräkningar
 - (3) takykardi. / (4) hypotoni orsakad av kroppsställningen (ortostatisk hypotoni)

(5) psykomotorisk excitation

(6) huvudvärk

(7) sömnlöshet

(8) illamående eller svaghet

(9) övergående visuella, taktila eller auditiva hallucinationer eller sinnesillusioner

(10) paranoidea föreställningar

(11) generella kramper av typen grand mal

Obs!

Om abstinenssymptomen åtföljs av konfusion (delirium) bör diagnosen vara abstinenssymtom betingade av sedativa eller hypnotika åtföljt av konfusion (delirium, F13.4).

F13.4

RAUHOITTAVIEN LÄÄKKEIDEN JA UNILÄÄKKEIDEN KÄYTÖN AIHEUTTAMAT VIEROITUSOIREET JA SEKAVUUSTILA (DELIRIUM)

Abstinenssymptom med delirium orsakad av sedativa och hypnotika

F13.5

RAUHOITTAVIEN LÄÄKKEIDEN JA UNILÄÄKKEIDEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA PSYKOOTTINEN HÄIRIÖ

Psykotisk störning orsakad av sedativa och hypnotika

F13.6

RAUHOITTAVIEN LÄÄKKEIDEN JA UNILÄÄKKEIDEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA AMNESTINEN OIREYHTYMÄ

Amnestisk syndrom orsakad av sedativa och hypnotika

F13.7

RAUHOITTAVIEN LÄÄKKEIDEN JA UNILÄÄKKEIDEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA JÄÄNNÖSTILANA ESIINTYVÄ TAI VIIVÄSTYNYT PSYKOOTTINEN HÄIRIÖ

Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av sedativa och hypnotika

F13.8

RAUHOITTAVIEN LÄÄKKEIDEN JA UNILÄÄKKEIDEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA MUU ELIMELLINEN AIVO-OIREYHTYMÄ TAI KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ

Annan specificierad psykisk störning och beteendestörning orsakad av sedativa och hypnotika

F13.9

RAUHOITTAVIEN LÄÄKKEIDEN JA UNILÄÄKKEIDEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA MÄÄRITTÄMÄTÖN ELIMELLINEN AIVO-OIREYHTYMÄ TAI KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ

Psykisk störning och beteendestörning orsakad av sedativa och hypnotika UNS

F14

Kokaiinin käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt

Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av kokain

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

Kaikkia alakohtia koskevat yleiset diagnostiset kriteerit, katso F10-F19

Ann.

Diagnostiska kriterier:

Allmänna diagnostiska kriterier för samtliga undergrupper, se F10-F19

F14.0

KOKAIININ KÄYTÖN AIHEUTTAMA AKUUTTI PÄIHTYMYSTILA

Akut intoxication orsakad av kokain

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää äkillisen päihtymystilan (F1x.0) yleiset kriteerit (katso F10-F19)

B. Käytöshäiriöt tai aistihavaintojen häiriöt, joista osoituksena vähintään yksi seuraavista:

Kokaiinin käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av kokain

- (1) poikkeava hyvän olon tunne tai tunne energian lisääntymisestä
- (2) ylivilpityneisyys
- (3) suuruusajatuksat tai niiden mukainen toiminta
- (4) sanallinen tai fyysinen aggressiivisuus
- (5) väittelynhalu
- (6) mielialan ailahtelut
- (7) toistuvat stereotyyppiset käyttäytymismallit
- (8) kuulo-, näkö- tai tuntoaistin alueen aistihairahdukset
- (9) aistiharhat, orientaatio yleensä säilyy
- (10) paranoidinen ajattelu
- (11) henkilökohtaisen toiminnan häiriintyminen

C. Ainakin kaksi seuraavista oireista:

- (1) sydämentykytys (joskus hidasyöntisyys)
- (2) sydämen rytmihäiriöt
- (3) korkea verenpaine (joskus matala verenpaine)
- (4) hikoilu tai kylmänväreet
- (5) pahoinvointi tai oksentelu
- (6) painonlasku
- (7) pupillien laajentuminen
- (8) psykomotorinen kiihtyneisyys, (joskus hidastuneisuus)
- (9) lihasheikkous
- (10) rintakipu
- (11) kouristukset

Huom!

Henkilökohtaisen toiminnan häiriintyminen on selvimmän nähtävissä kokaiinin käyttäjien sosiaalisissa suhteissa vaihdellen äärimmäisestä seuranhakuisuudesta sosiaaliseen eristäytymiseen.

Anm.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F1x.0) för akut intoxikation (se F10-F19)

B. Beteendestörning eller perceptionsstörningar som karakteriseras av minst ett av följande symtom:

- (1) en exceptionell känsla av välbehag eller tilltagande energi
- (2) forcerat tillstånd
- (3) storhetstankar eller handlingar i enlighet med sådana
- (4) verbal eller fysisk aggressivitet
- (5) påstridighet
- (6) lynneskast
- (7) upprepade stereotyp beteendemönster
- (8) auditiva, visuella eller taktila sinnesillusioner
- (9) hallucinationer, orienteringen bibehålls i regel
- (10) paranoida vanföreställningar
- (11) störningar i de personliga funktionerna

C. Åtminstone två av följande symtom

- (1) takykardi (ibland bradykardi)
- (2) rytmstörningar i hjärtat
- (3) hypertoni (ibland hypotoni)
- (4) transpiration eller kalla kärlar

- (5) illamående eller kräkning
- (6) viktminskning
- (7) utvidgade pupiller
- (8) psykomotorisk upphetsning, (ibland långsamhet)
- (9) muskelsvaghet
- (10) bröstsmärta
- (11) kramper

Obs!

Störningar i de personliga funktionerna kommer tydligast till uttryck i kokainmissbrukares sociala relationer i form av växlingar mellan ett extremt umgängesbehov och en social isolering.

- F14.00 Kokaiinin käytön aiheuttama akuutti päihtymystila komplisoitumaton**
Berusningstillstånd orsakad av kokain okompliserad
- F14.01 Kokaiinin käytön aiheuttama akuutti päihtymystila vammautuminen tai muu ruumiillinen vaurio**
Berusningstillstånd orsakad av kokain med bestående eller annan somatisk skada
- F14.02 Kokaiinin käytön aiheuttama akuutti päihtymystila muita kliinisiä komplikaatioita**
Berusningstillstånd orsakad av kokain med andra kliniska komplikationer
- F14.03 Kokaiinin käytön aiheuttama akuutti päihtymystila sekavuustila (delirium)**
Berusningstillstånd orsakad av kokain med delirium
- F14.04 Kokaiinin käytön aiheuttama akuutti päihtymystila aistihavaintojen vääristymiä**
Berusningstillstånd orsakad av kokain med hallusinationer
- F14.05 Kokaiinin käytön aiheuttama akuutti päihtymystila kooma**
Berusningstillstånd orsakad av kokain med koma
- F14.06 Kokaiinin käytön aiheuttama akuutti päihtymystila kouristuksia**
Berusningstillstånd orsakad av kokain med kramper
- F14.09 Kokaiinin käytön aiheuttama akuutti päihtymystila ei tietoa liitännäisoireista**
Berusningstillstånd orsakad av kokain UNS

F14.1

KOKAIININ HAITALLINEN KÄYTTÖ

Skadlig bruk av kokain

F14.2

KOKAIININ KÄYTÖN AIHEUTTAMA RIIPPUVUUSOIREYHTYMÄ

Beroendeförhållande orsakad av kokain

Inkluderar

Narkomani

- F14.20 Kokaiinin käytön aiheuttamat riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä vieroittunut**
Beroendeförhållande orsakad av kokain för närvarande oberoende
- F14.21 Kokaiinin käytön aiheuttamat riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä ei käytä, mutta oleskelee rajoittavassa ympäristössä**
Beroendeförhållande orsakad av kokain för närvarande oberoende men vistas i kontrollerande miljö
- F14.22 Kokaiinin käytön aiheuttamat riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä kliinisesti valvotulla ylläpito- tai korvauslääkityksellä (kontrolloitu riippuvuus)**
Beroendeförhållande orsakad av kokain för närvarande oberoende men använder kliniskt kontrollerad substituerande uppehållsmedicinering
- F14.23 Kokaiinin käytön aiheuttamat riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä vieroittunut, mutta saa aversio- tai estolääkityshoitoa**
Beroendeförhållande orsakad av kokain för närvarande oberoende men använder aversionsväckande medicinering

Kokaiinin käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av kokain

F14.24 Kokaiinin käytön aiheuttamat riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä käyttää ainetta (aktiivinen riippuvuus)
Beroendeförhållande orsakad av kokain aktiv beroende

F14.25 Kokaiinin käytön aiheuttamat riippuvuusoireyhtymä jatkuva käyttö
Beroendeförhållande orsakad av kokain kontinuerlig användning

F14.26 Kokaiinin käytön aiheuttamat riippuvuusoireyhtymä jaksottainen käyttö
Beroendeförhållande orsakad av kokain periodisk användning

F14.29 Kokaiinin käytön aiheuttamat riippuvuusoireyhtymä ei tietoa käytön luonteesta
Beroendeförhållande orsakad av kokain UNS

F14.3 KOKAIININ KÄYTÖN AIHEUTTAMAT VIEROITUSOIREET
Psykisk störning och beteendestörning orsakad av kokain abstinenssymptom

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Täyttää vieroitusoireiden (F1x.3) yleiset kriteerit (katso F10-F19)
- B. Masentunut mieliala, esimerkiksi surullisuus tai kyvyttömyys tuntea mielihyvää.
- C. Vähintään kaksi seuraavista oireista:
 - (1) horrostila tai uupumus
 - (2) psykomotorinen hidastuneisuus tai kiihtyneisyys
 - (3) kokaiinin himo
 - (4) ruokahalun lisääntyminen
 - (5) unettomuus tai liikaunisuus
 - (6) eriskummalliset tai epämiellyttävät unet

Anm.

Diagnostiska kriterier:

- A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F1x.3) för abstinenssymtom (se F10-F19)
- B. Deprimerat sinnestillstånd, till exempel sorgsenhet eller oförmåga att känna välbehag.
- C. Minst två av följande symtom/(1) dvala eller utmattning
 - (2) psykomotorisk tröghet eller excitation
 - (3) kokainbegär
 - (4) större aptit
 - (5) sömnlöshet eller överdriven sömnhet
 - (6) mystiska eller obehagliga drömmar.

F14.30 Kokaiinin käytön aiheuttamat vieroitusoireet komplisoitumaton
Abstinenssymptom orsakad av kokain okompliserad

F14.31 Kokaiinin käytön aiheuttamat vieroitusoireet kouristuksia
Abstinenssymptom orsakad av kokain med kramper

F14.39 Kokaiinin käytön aiheuttamat vieroitusoireet ei tarkempaa tietoa kouristuksista
Abstinenssymptom orsakad av kokain utan närmare information om kramper

F14.4 KOKAIININ KÄYTÖN AIHEUTTAMAT VIEROITUSOIREET JA SEKAVUUSTILA (DELIRIUM)
Abstinenssymptom med delirium orsakad av kokain

F14.40 Kokaiinin käytön aiheuttamat vieroitusoireet ja sekavuustila ei kouristuksia
Abstinenssymptom med delirium orsakad av kokain utan kramper

F14.41 Kokaiinin käytön aiheuttamat vieroitusoireet ja sekavuustila kouristuksia
Abstinenssymptom med delirium orsakad av kokain med kramper

- F14.49** Kokaiinin käytön aiheuttamat vieroitusoireet ja sekavuustila ei tietoa kouristuksista
Abstinenssymptom med delirium orsakad av kokain UNS
- F14.5** **KOKAIININ KÄYTÖN AIHEUTTAMA PSYKOOTTINEN HÄIRIÖ**
Psykotisk störning orsakad av kokain
- F14.50** Kokaiinin käytön aiheuttama psykoottinen häiriö skitsofrenia-tyyppinen
Psykotisk störning orsakad av kokain skitsofrenisk
- F14.51** Kokaiinin käytön aiheuttama psykoottinen häiriö pääasiassa harhaluuloisuutena ilmenevä
Psykotisk störning orsakad av kokain paranoidisk
- F14.52** Kokaiinin käytön aiheuttama psykoottinen häiriö pääasiassa aistiharhaisuutena ilmenevä
Psykotisk störning orsakad av kokain med hallusinationer
- F14.53** Kokaiinin käytön aiheuttama psykoottinen häiriö monimuotoinen
Psykotisk störning orsakad av kokain polymorf
- F14.54** Kokaiinin käytön aiheuttama psykoottinen häiriö pääasiassa masennuksen oirein ilmenevä
Psykotisk störning orsakad av kokain depressiv
- F14.55** Kokaiinin käytön aiheuttama psykoottinen häiriö pääasiassa maanisin oirein ilmenevä
Psykotisk störning orsakad av kokain manisk
- F14.56** Kokaiinin käytön aiheuttama psykoottinen häiriö sekamuotoinen
Psykotisk störning orsakad av kokain av blandad typ
- F14.59** Kokaiinin käytön aiheuttama psykoottinen häiriö määrittämätön reaktiotyyppi
Psykotisk störning orsakad av kokain UNS
- F14.6** **KOKAIININ KÄYTÖN AIHEUTTAMA AMNESTINEN OIREYHTYMÄ**
Amnestisk syndrom orsakad av kokain
- F14.7** **KOKAIININ KÄYTÖN AIHEUTTAMA JÄÄNNÖSTILANA ESIINTYVÄ TAI VIIVÄSTYNYT PSYKOOTTINEN HÄIRIÖ**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av kokain
- F14.70** Kokaiinin käytön aiheuttama jännöstila takauomia (flashbacks)
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av kokain flashbacks
- F14.71** Kokaiinin käytön aiheuttama jännöstila persoonallisuuden tai käytöksen häiriö
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av kokain personalitets- och beteendestörning
- F14.72** Kokaiinin käytön aiheuttama jännöstila jälkioireinen mielialahäiriö
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av kokain bipolär störning
- F14.73** Kokaiinin käytön aiheuttama jännöstila dementia
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av kokain demens
- F14.74** Kokaiinin käytön aiheuttama jännöstila muu pysyvä älyllisten toimintojen heikkeneminen
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av kokain annars permanent nedsatt intelligens
- F14.75** Kokaiinin käytön aiheuttama jännöstila myöhään alkava psykoottinen häiriö
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av kokain psykotisk störning
- F14.79** Kokaiinin käytön aiheuttama jännöstila määrittämättömän psykoottinen häiriö
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av kokain UNS
- F14.8** **KOKAIININ KÄYTÖN AIHEUTTAMA MUU ELIMELLINEN AIVO-OIREYHTYMÄ TAI KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ**
Annan specificierad psykisk störning och beteendestörning orsakad av kokain
- F14.9** **KOKAIININ KÄYTÖN AIHEUTTAMA MÄÄRITTÄMÄTÖN ELIMELLINEN AIVO-OIREYHTYMÄ TAI KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ**
Psykisk störning och beteendestörning orsakad av kokain UNS

F15

Muiden piristeiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt

Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av andra stimulantia

Mukaan lukien

Kofeiinin käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt

Inkluderar

Psykisk störning och beteendestörning orsakad av koffein

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

Kaikkia alakohtia koskevat yleiset diagnostiset kriteerit, katso F10-F19

Anm.

Diagnostiska kriterier:

Allmänna diagnostiska kriterier för samtliga undergrupper, se F10-F19

F15.0

MUUN PIRISTEEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA AKUUTTI PÄIHTYMYSTILA

Akut intoxication orsakad av annan stimulantia

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Täyttää äkillisen päihtymystilan (F1x.0) yleiset kriteerit (katso F10-F19)
- B. Käytöshäiriöt tai aistihavaintojen häiriöt, joista osoituksena ainakin yksi seuraavista:
 - (1) poikkeava hyvän olon tunne tai tunne energian lisääntymisestä
 - (2) ylivalppaus
 - (3) suuruusajatuksukset tai niiden mukainen toiminta
 - (4) sanallinen tai fyysinen aggressiivisuus
 - (5) väittelynhaluisuus
 - (6) mielialan ailahtelut
 - (7) toistuvat stereotyyppiset käyttäytymismallit
 - (8) kuulo-, näkö- tai tuntoaistin alueen aistihairahdukset
 - (9) aistiharhat, orientaatio yleensä säilyy
 - (10) paranoidinen ajattelu
 - (11) henkilökohtaisen toiminnan häiriintyminen
- C. Ainakin kaksi seuraavista oireista:
 - (1) sydämentykytys (joskus harvalyöntisyys)
 - (2) sydämen rytmihäiriöt
 - (3) korkea verenpaine (joskus matala verenpaine)
 - (4) hikoilu tai kylmänväreet
 - (5) pahoinvointi tai oksentelu
 - (6) painonlasku
 - (7) pupillien laajentuminen
 - (8) psykomotorinen kiihtyneisyys (joskus hidastuneisuus)
 - (9) lihasheikkous
 - (10) rintakipu
 - (11) kouristukset

Huom!

Henkilökohtaisen toiminnan häiriintyminen on selvimmän nähtävissä piristeen käyttäjien sosiaalisissa suhteissa, vaihdellen äärimmäisestä seuranhakuisuudesta sosiaaliseen eristäytymiseen.

Anm.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F1x.0) för akut intoxication (se F10-F19)

B. Beteendestörning eller perceptionsstörningar som karakteriseras av minst ett av följande symtom:

(1) exceptionell känsla av välbefinnande eller tilltagande energi

(2) forcerat tillstånd

(3) storhetstankar eller handlingar i enlighet med sådana

(4) verbal eller fysisk aggressivitet

(5) påstridighet

(6) lynneskast

(7) upprepade stereotypa beteendemönster

(8) auditiva, visuella eller taktila sinnesillusioner

(9) hallucinationer, orienteringen bibehålls i regel

(10) paranoida vanföreställningar

(11) störningar i de personliga funktionerna

C. Åtminstone två av följande symtom:

(1) takykardi (ibland bradykardi)

(2) rytmstörningar i hjärtat

(3) hypertoni (ibland hypotoni)

(4) transpiration eller kalla kårar

(5) illamående eller kräkning

(6) viktnedgång

(7) vidgade pupiller

(8) psykomotorisk excitation, (ibland tröghet)

(9) muskelsvaghet

(10) bröstsmärta

(11) kramper

Obs!

Störningar i de personliga funktionerna kommer tydligast till uttryck i kokainmissbrukares sociala relationer i form av växlingar mellan ett extremt umgängesbehov och en social isolering.

F15.1

MUUN PIRISTEEN HAITALLINEN KÄYTTÖ

Skadlig bruk av annan stimulantia

F15.2

MUUN PIRISTEEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA RIIPPUVUUSOIREYHTYMÄ

Beroendeförhållande orsakad av annan stimulantia

F15.3

MUUN PIRISTEEN KÄYTÖN AIHEUTTAMAT VIEROITUSOIREET

Abstinenssymptom orsakad av annan stimulantia

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää vieroitusoireiden (F1x.3) yleiset kriteerit (katso F10-F19)

B. Masentunut mieliala, esimerkiksi surullisuus tai kyvyttömyys tuntea mielihyvää.

C. Vähintään kaksi seuraavista oireista:

(1) horrostila tai uupumus

Muiden piristeiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av andra stimulantia

- (2) psykomotorinen hidastuneisuus tai kiihtyneisyys
- (3) piristeiden himo
- (4) ruokahalun lisääntyminen
- (5) unettomuus tai liikaunisuus
- (6) eriskummalliset tai epämiellyttävät unet

Anm.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F1x.3) för abstinenssymtom (se F10-F19)

B. Deprimerat sinnestillstånd, till exempel sorgsenhet eller oförmåga att känna välbehag.

C. Minst två av följande symtom

- (1) dvala eller utmattning
- (2) psykomotorisk långsamhet eller excitation
- (3) kokainbegär
- (4) ökad aptit
- (5) sömnlöshet eller överdriven sömnighet
- (6) mystiska eller obehagliga drömmar.

F15.4

MUUN PIRISTEEN KÄYTÖN AIHEUTTAMAT VIEROITUSOIREET JA SEKAVUUSTILA (DELIRIUM)

Abstinenssymptom med delirium orsakad av annan stimulantia

F15.5

MUUN PIRISTEEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA PSYKOOTTINEN HÄIRIÖ

Psykotisk störning orsakad av annan stimulantia

F15.6

MUUN PIRISTEEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA AMNESTINEN OIREYHTYMÄ

Amnestisk syndrom orsakad av annan stimulantia

F15.7

MUUN PIRISTEEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA JÄÄNNÖSTILANA ESIINTYVÄ TAI VIIVÄSTYNYT PSYKOOTTINEN HÄIRIÖ

Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av annan stimulantia

F15.8

MUUN PIRISTEEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA MUU ELIMELLINEN AIVO-OIREYHTYMÄ TAI KÄYTTÄYTIMISEN HÄIRIÖ

Annan specificierad psykisk störning och beteendestörning orsakad av annan stimulantia

F15.9

MUUN PIRISTEEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA MÄÄRITTÄMÄTÖN ELIMELLINEN AIVO-OIREYHTYMÄ TAI KÄYTTÄYTIMISEN HÄIRIÖ

Psykisk störning och beteendestörning orsakad av annan stimulantia UNS

F16

Hallusinogeenien käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt

Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av hallucinogener

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

Kaikkia alakohtia koskevat yleiset diagnostiset kriteerit, katso F10-F19

Tunnistettavaa hallusinogeenien vieroitusoireistoa ei esiinny, joten koodiryhmät F16.3 ja F16.4 on poistettu

Anm.

Diagnostiska kriterier:

Allmänna diagnostiska kriterier för samtliga undergrupper, se F10-F19

Det finns inget definierbart abstinenssymtom för hallucinogener, vaför kodgrupperna F16.3 och F16.4 har avlägsnats

F16.0

HALLUSINOGENIEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA AKUUTTI PÄIHTYMYSTILA

Akut intoxication orsakad av hallucinogener

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää äkillisen päihtymystilan (F1x.0) yleiset kriteerit (katso F10-F19)

B. Käytöshäiriöt tai aistihavaintojen häiriöt, joista osoituksena vähintään yksi seuraavista:

- (1) ahdistuneisuus ja pelokkuus
- (2) kuulo-, näkö- tai tuntoaistin alueen aistihairahdukset tai aistiharhat, joita ilmenee normaalissa valve- ja vireystilassa
- (3) depersonalisaatio (tunne itsen epätodellisuudesta)
- (4) derealisaatio (tunne ympäristön epätodellisuudesta)
- (5) paranoidinen ajattelu
- (6) kohdistamisajatukset
- (7) mielialan ailahtelu
- (8) yliaktiivisuus
- (9) impulsiiviset teot
- (10) huomiokyvyn heikkeneminen
- (11) henkilökohtaisen toiminnan häiriintyminen

C. Ainakin kaksi seuraavista oireista:

- (1) sydämentykytys
- (2) palpitaatio (sydämen lyöntien tuntuminen rintakehässä)
- (3) hikoilu tai kylmänväreet
- (4) vapina,
- (5) näön hämärtyminen
- (6) pupillien laajentuminen
- (7) koordinaation häiriintyminen

Anm.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F1x.0) för akut intoxication (se F10-F19)

B. Beteendestörningar eller perceptionsstörningar, som kännetecknas av åtminstone ett av följande symtom:

- (1) ångest och rädsla
- (2) auditiva, visuella eller taktila sinnesillusioner eller hallucinationer som uppträder i normalt vaket och alert tillstånd
- (3) depersonalisation (känsla av osäkerhet om sin identitet)
- (4) derealisation (känsla av att omgivningen är överklig)
- (5) paranoida föreställningar
- (6) hänsyftningsidéer
- (7) lynneskast
- (8) hyperaktivitet
- (9) impulsiva handlingar
- (10) nedsatt iakttagelseförmåga
- (11) störningar i de personliga funktionerna

C. Åtminstone två av följande symtom:

- (1) takykardi
- (2) palpitation (förnimmelse av hjärtats slag i bröstorgen)
- (3) transpiration eller kalla kårar
- (4) tremor,

(5) grumlad syn

(6) vidgade pupiller

(7) koordinationsstörningar

- F16.00 Hallusinogeenien käytön aiheuttama akuutti päihtymystila komplisoitumaton**
Berusningstillstånd orsakad av hallucinogener okompliserad
- F16.01 Hallusinogeenien käytön aiheuttama akuutti päihtymystila vammautuminen tai muu ruumiillinen vaurio**
Berusningstillstånd orsakad av hallucinogener med bestående eller annan somatisk skada
- F16.02 Hallusinogeenien käytön aiheuttama akuutti päihtymystila muita klinisiä komplikaatioita**
Berusningstillstånd orsakad av hallucinogener med andra kliniska komplikationer
- F16.03 Hallusinogeenien käytön aiheuttama akuutti päihtymystila sekavuustila (delirium)**
Berusningstillstånd orsakad av hallucinogener med delirium
- F16.04 Hallusinogeenien käytön aiheuttama akuutti päihtymystila aistihavaintojen vääristymiä**
Berusningstillstånd orsakad av hallucinogener med hallucinationer
- F16.05 Hallusinogeenien käytön aiheuttama akuutti päihtymystila kooma**
Berusningstillstånd orsakad av hallucinogener med koma
- F16.06 Hallusinogeenien käytön aiheuttama akuutti päihtymystila kouristuksia**
Berusningstillstånd orsakad av hallucinogener med kramper
- F16.09 Hallusinogeenien käytön aiheuttama akuutti päihtymystila ei tietoa liitännäisoireista**
Berusningstillstånd orsakad av hallucinogener UNS
- F16.1 HALLUSINOGEENIEN HAITALLINEN KÄYTTÖ**
Skadlig bruk av hallucinogener
- F16.2 HALLUSINOGEENIEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA ELIMELLINEN AIVO-OIREYHTYMÄ TAI KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ RIIPPUVUUSOIREYHTYMÄ**
Psykisk störning och beteendestörning orsakad av hallucinogener beroendeförhållande
- F16.20 Hallusinogeenien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä vieroittunut**
Beroendeförhållande orsakad av hallucinogener för närvarande oberoende
- F16.21 Hallusinogeenien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä ei käytä, mutta oleskelee rajoittavassa ympäristössä**
Beroendeförhållande orsakad av hallucinogener för närvarande oberoende men vistas i kontrollerande miljö
- F16.22 Hallusinogeenien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä kliinisesti valvotulla ylläpito- tai korvauslääkityksellä (kontrolloitu riippuvuus)**
Beroendeförhållande orsakad av hallucinogener för närvarande oberoende men använder substituerande uppehållsmedicinering
- F16.23 Hallusinogeenien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä vieroittunut, mutta saa aversio- tai estolääkityshoitoa**
Beroendeförhållande orsakad av hallucinogener för närvarande oberoende men använder aversiväckande medicinering
- F16.24 Hallusinogeenien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä käyttää ainetta (aktiivinen riippuvuus)**
Beroendeförhållande orsakad av hallucinogener aktiv beroende
- F16.25 Hallusinogeenien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä jatkuva käyttö**
Beroendeförhållande orsakad av hallucinogener kontinuerlig användande
- F16.26 Hallusinogeenien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä jaksottainen käyttö**
Beroendeförhållande orsakad av hallucinogener periodisk beroende
- F16.29 Hallusinogeenien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä ei tietoa käytön luonteesta**
Beroendeförhållande orsakad av hallucinogener UNS
-

- F16.5** **HALLUSINOGEENIEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA PSYKOOTTINEN HÄIRIÖ**
Psykotisk störning orsakad av hallucinogener
- F16.50** **Hallusinogeenien käytön aiheuttama psykoottinen häiriö skitsofrenia-tyyppinen**
Psykotisk störning orsakad av hallucinogener skitsofrenisk
- F16.51** **Hallusinogeenien käytön aiheuttama psykoottinen häiriö pääasiassa harhaluuloisuutena ilmenevä**
Psykotisk störning orsakad av hallucinogener huvudsakligen paranoidism
- F16.52** **Hallusinogeenien käytön aiheuttama psykoottinen häiriö pääasiassa aistiharhaisuutena ilmenevä**
Psykotisk störning orsakad av hallucinogener huvudsakligen hallusinationer
- F16.53** **Hallusinogeenien käytön aiheuttama psykoottinen häiriö monimuotoinen**
Psykotisk störning orsakad av hallucinogener polymorfisk
- F16.54** **Hallusinogeenien käytön aiheuttama psykoottinen häiriö pääasiassa masennuksen oirein ilmenevä**
Psykotisk störning orsakad av hallucinogener huvudsakligen depressiv
- F16.55** **Hallusinogeenien käytön aiheuttama psykoottinen häiriö pääasiassa maanisin oirein ilmenevä**
Psykotisk störning orsakad av hallucinogener huvudsakligen manisk
- F16.56** **Hallusinogeenien käytön aiheuttama psykoottinen häiriö sekamuotoinen**
Psykotisk störning orsakad av hallucinogener av blandad typ
- F16.59** **Hallusinogeenien käytön aiheuttama psykoottinen häiriö määrittämätön reaktiotyyppi**
Psykotisk störning orsakad av hallucinogener UNS'
- F16.6** **HALLUSINOGEENIEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA AMNESTINEN OIREYHTYMÄ**
Amnestisk syndrom orsakad av hallucinogener
- F16.7** **HALLUSINOGEENIEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA JÄÄNNÖSTILANA ESIINTYVÄ TAI VIVÄSTYNYT PSYKOOTTINEN HÄIRIÖ**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av hallucinogener
- F16.70** **Hallusinogeenien käytön aiheuttama jäännöstila takauomia (flashbacks)**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av hallucinogener flashbacks
- F16.71** **Hallusinogeenien käytön aiheuttama jäännöstila persoonallisuuden tai käytöksen häiriö**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av hallucinogener personalitetsstörning eller beteendestörning
- F16.72** **Hallusinogeenien käytön aiheuttama jäännöstila jälkioireinen mielialahäiriö**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av hallucinogener bipolär störning
- F16.73** **Hallusinogeenien käytön aiheuttama jäännöstila dementia**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av hallucinogener demens
- F16.74** **Hallusinogeenien käytön aiheuttama jäännöstila muu pysyvä älyllisten toimintojen heikkeneminen**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av hallucinogener annars permanent nedsatt intelligens
- F16.75** **Hallusinogeenien käytön aiheuttama jäännöstila myöhään alkava psykoottinen häiriö**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av hallucinogener psykotiks störning
- F16.79** **Hallusinogeenien käytön aiheuttama jäännöstila määrittämätön psykoottinen häiriö**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av hallucinogener UNS
- F16.8** **HALLUSINOGEENIEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA MUU ELIMELLINEN AIVO-OIREYHTYMÄ TAI KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ**
Annan specificierad psykisk störning och beteendestörning orsakad av hallucinogener
- F16.9** **HALLUSINOGEENIEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA MÄÄRITTÄMÄTÖN ELIMELLINEN AIVO-OIREYHTYMÄ TAI KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ**
Psykisk störning och beteendestörning orsakad av hallucinogener UNS

F17

Tupakan käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt *Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av tobak*

Huom.

Tupakan käyttö soveltuu ryhmän F10-F19 diagnooseista heikoimmin tähän ryhmään. Näillä diagnooseilla tarkoitetaan ainoastaan tilanteita, joissa tupakointi koetaan psyykkiseksi ongelmaksi. Tupakointia ei sinänsä ole syytä pitää psykiatrisena sairautena tai oireena. Tämän vuoksi suuri osa mahdollisista alakoodeista on jätetty pois ja jäljelle jääneidenkin osalta kriteerejä on tulkittava varovaisesti.

Diagnostiset kriteerit:

Kaikkia alakohtia koskevat yleiset diagnostiset kriteerit, katso F10-F19

Anm.

Tobaksbruk lämpar sig sämst av diagnoserna i gruppen F10-F19 för denna grupp. Med dessa diagnoser avses endast situationer där tobaksbruk upplevs som ett psykiskt problem. Det är inte skäl att betrakta tobaksrökning i sig som en psykiatrisk sjukdom eller ett symptom på en sådan. Därför har en stor del eventuella underkoder utelämnats och även i fråga om de återstående bör kriterierna tolkas försiktigt.

Diagnostiska kriterier:

Allmänna diagnostiska kriterier för samtliga undergrupper, se F10-F19

F17.1

**TUPAKAN KÄYTÖN AIHEUTTAMA ELIMELLINEN AIVO-OIREYHTYMÄ TAI KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ
HAITALLINEN KÄYTTÖ**

Skadlig bruk av tobak

F17.2

TUPAKAN KÄYTÖN AIHEUTTAMA RIIPPUVUUSOIREYHTYMÄ

Psykisk störning och beteendestörning orsakad av tobak beroendeförhållande

F17.20

Tupakan käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä vieroittunut

Beroendeförhållande orsakad av tobak beroendeförhållande för närvarande oberoende

F17.22

Tällä hetkellä kliinisesti valvotulla ylläpito- tai korvauslääkityksellä (kontrolloitu riippuvuus)

Beroendeförhållande orsakad av tobak för närvarande använder kontrollerad substitutions behandling

Huom.

Käyttää esim. nikotiinipurukumia tai nikotiinilaastaria

Anm.

Använder t.ex. nikotintuggummi eller nikotinplåster

F17.29

Tupakan käytön aiheuttama tarkemmin määrittämätön riippuvuusoireyhtymä

Beroendeförhållande orsakad av tobak UNS

F17.3

TUPAKAN KÄYTÖN AIHEUTTAMAT VIEROITUSOIREET

Abstinenssymptom orsakad av tobak

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää vieroitusoireiden (F1x.3) yleiset kriteerit (katso F10-F19)

B. Vähintään kaksi seuraavista oireista:

(1) tupakan (tai muiden nikotiinia sisältävien tuotteiden) himo

(2) huonovointisuus tai heikkous

(3) ahdistuneisuus

(4) mielialan mataluus

(5) ärtyneisyys tai levottomuus

- (6) unettomuus
- (7) lisääntynyt ruokahalu
- (8) lisääntynyt yskä
- (9) suun haavaumat
- (10) keskittymisvaikeudet

Anm.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F1x.3) för abstinenssymtom (se F10-F19)

B. Minst två av följande symtom:

- (1) begär efter tobak (eller andra produkter som innehåller nikotin)
- (2) illamående eller svaghet
- (3) ångest
- (4) nedstämdhet
- (5) irritation eller oro
- (6) sömnlöshet
- (7) ökad aptit
- (8) förvärrad hosta
- (9) sår i munnen
- (10) koncentrationssvårigheter

F17.8

TUPAKAN KÄYTÖN AIHEUTTAMA MUU ELIMELLINEN AIVO-OIREYHTYMÄ TAI KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ

Annan specificierade psykisk störning och beteendestörning orsakad av tobak

F17.9

TUPAKAN KÄYTÖN AIHEUTTAMA MÄÄRITTÄMÄTÖN ELIMELLINEN AIVO-OIREYHTYMÄ TAI KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ

Psykisk störning och beteendestörning orsakad av tobak UNS

F18

Liutinaineiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt

Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flyktiga lösningsmedel

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

Kaikkia alakohtia koskevat yleiset diagnostiset kriteerit, katso F10-F19

Anm.

Diagnostiska kriterier:

Allmänna diagnostiska kriterier för samtliga undergrupper, se F10-F19

F18.0

LIUTINAINAIDEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA AKUUTTI PÄIHTYMYSTILA

Akut intoxication orsakad av flyktiga lösningsmedel

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Täyttää äkillisen päihtymystilan (F1x.0) yleiset kriteerit (katso F10-F19)
- B. Käytöksen häiriintymisen osoituksena vähintään yksi seuraavista:
 - (1) apatia tai horros

Liutainaineiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flyktiga lösningsmedel

- (2) väittelynhalu
 - (3) sanallinen tai fyysinen aggressiivisuus
 - (4) mielialan ailahtelu
 - (5) arvostelukyvyn heikkeneminen
 - (6) huomiokyvyn ja muistin heikkeneminen
 - (7) psykomotorinen hidastuminen
 - (8) henkilökohtaisen toiminnan häiriintyminen
- C. Vähintään yksi seuraavista oireista:
- (1) kävelyn epävakaas
 - (2) seisomisen vaikeus
 - (3) puheen epäselvyys
 - (4) nystagmus
 - (5) tajunnantason lasku (esim. sulku tila tai kooma)
 - (6) lihasheikkous
 - (7) näön hämärtyminen tai kaksoiskuvat

Huom!

Muidenkin sisäänhengitettävien pähteiden aiheuttama äkillinen päihtymystila tulee kirjata tähän. Vakavaan äkilliseen liutainainepäihtymykseen saattaa liittyä matala verenpaine, alilämpöisyys ja nieluheijasteen heikkeneminen.

Anm.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F1x.0) för akut intoxication (se F10-F19)

B. Bevis på beteendestörning utgörs av minst ett av följande symtom:

- (1) apati eller stupor
- (2) påstridighet
- (3) verbal eller fysisk aggressivitet
- (4) lynneskast
- (5) nedsatt omdömesförmåga
- (6) nedsatt iakttagelseförmåga och minne
- (7) nedsatta psykomotoriska funktioner
- (8) störningar i de personliga funktionerna

C. Minst ett av följande symtom:

- (1) ostadig gång
- (2) svårt att stå
- (3) oklart tal
- (4) nystagmus
- (5) nedsatt medvetandegrad (t.ex. stupor eller koma)
- (6) muskelsvagheter
- (7) grumlad syn eller dubbelseende

Obs!

Akut intoxication betingad av andra inhalationsdroger bör också antecknas här.

En svår akut intoxication betingad av flyktiga lösningsmedel kan åtföljas av hypotension, hypotermi och försvagad sväljreflex.

F18.00

Liutainaineiden käytön aiheuttama akuutti päihtymystila komplisoitumaton

Berusingstillstånd orsakad av flyktiga lösningsmedel okompliserad

F18.01 **Liutinaineiden käytön aiheuttama akuutti päihtymystila vammautuminen tai muu ruumiillinen vaurio**
Berusningstillstånd orsakad av flyktiga lösningsmedel med bestående eller annan somatisk skada

F18.02 **Liutinaineiden käytön aiheuttama akuutti päihtymystila muita kliinisiä komplikaatioita**
Berusningstillstånd orsakad av flyktiga lösningsmedel med andra kliniska komplikationer

F18.03 **Liutinaineiden käytön aiheuttama akuutti päihtymystila sekavuustila (delirium)**
Berusningstillstånd orsakad av flyktiga lösningsmedel med delirium

F18.04 **Liutinaineiden käytön aiheuttama akuutti päihtymystila aistihavaintojen vääristymiä**
Berusningstillstånd orsakad av flyktiga lösningsmedel med hallucinationer

F18.05 **Liutinaineiden käytön aiheuttama akuutti päihtymystila kooma**
Berusningstillstånd orsakad av flyktiga lösningsmedel med koma

F18.06 **Liutinaineiden käytön aiheuttama akuutti päihtymystila kouristuksia**
Berusningstillstånd orsakad av flyktiga lösningsmedel med kramper

F18.09 **Liutinaineiden käytön aiheuttama akuutti päihtymystila ei tietoa liitännäisoireista**
Berusningstillstånd orsakad av flyktiga lösningsmedel UNS

F18.1

LIUTINAINAIDEN HAITALLINEN KÄYTTÖ

Skadlig bruk av flyktiga lösningsmedel

F18.2

LIUTINAINAIDEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA RIIPPUVUUSOIREYHTYMÄ

Beroendeförhållande orsakade av flyktiga lösningsmedel

Inkluderar

Narkomani

F18.20 **Liutinaineiden käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä vieroittunut**
Beroendeförhållande orsakad av flyktiga lösningsmedel för närvarande oberoende

F18.21 **Liutinaineiden käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä ei käytä, mutta oleskelee rajoittavassa ympäristössä**
Beroendeförhållande orsakad av flyktiga lösningsmedel för närvarande oberoende men vistas i kontrollerande miljö

F18.22 **Liutinaineiden käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä kliinisesti valvotulla ylläpito- tai korvauslääkityksellä (kontrolloitu riippuvuus)**
Beroendeförhållande orsakad av flyktiga lösningsmedel för närvarande oberoende men använder substituerande uppehållsmedicinering

F18.23 **Liutinaineiden käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä vieroittunut, mutta saa aversio- tai estolääkityshoitoa**
Beroendeförhållande orsakad av flyktiga lösningsmedel för närvarande oberoende men använder aversion väckande medicinering

F18.24 **Liutinaineiden käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä käyttää ainetta (aktiivinen riippuvuus)**
Beroendeförhållande orsakad av flyktiga lösningsmedel aktiv beroende

F18.25 **Liutinaineiden käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä jatkuva käyttö**
Beroendeförhållande orsakad av flyktiga lösningsmedel kontinuerlig användade

F18.26 **Liutinaineiden käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä jaksottainen käyttö**
Beroendeförhållande orsakad av flyktiga lösningsmedel periodisk beroende

F18.29 **Liutinaineiden käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä ei tietoa käytön luonteesta**
Beroendeförhållande orsakad av flyktiga lösningsmedel UNS

F18.3

LIUTINAINAIDEN KÄYTÖN AIHEUTTAMAT VIEROITUSOIREET

Abstinesssymptom orsakade av flyktiga lösningsmedel

Huom.

Huom!

Tutkimuskriteerien muotoilemiseksi liutinaineiden aiheuttamat vieroitusoireet tunnetaan vajavaisesti.

Anm.

Obs!

För utformning av undersökningskriterier är abstinenssymtom orsakade av lösningsmedel inte tillräckligt väl kända.

- F18.30 Liutinaineiden käytön aiheuttamat vieroitusoireet komplisoitumaton**
Abstinenssymptom orsakade av flyktiga lösningsmedel okompliserad
- F18.31 Liutinaineiden käytön aiheuttamat vieroitusoireet kouristuksia**
Abstinenssymptom orsakade av flyktiga lösningsmedel med kramper
- F18.39 Liutinaineiden käytön aiheuttamat vieroitusoireet ei tarkempaa tietoa vieroitusoireiden luonteesta**
Abstinenssymptom orsakade av flyktiga lösningsmedel UNS
- F18.4 LIUTINAINEIDEN KÄYTÖN AIHEUTTAMAT VIEROITUSOIREET JA SEKAVUUSTILA (DELIRIUM)**
Abstinenssymptom med delirium orsakade av flyktiga lösningsmedel
- F18.40 Liutinaineiden käytön aiheuttamat vieroitusoireet ja sekavuustila ei kouristuksia**
Abstinenssymptom med delirium orsakade av flyktiga lösningsmedel utan kramper
- F18.41 Liutinaineiden käytön aiheuttamat vieroitusoireet ja sekavuustila kouristuksia**
Abstinenssymptom med delirium orsakade av flyktiga lösningsmedel med kramper
- F18.49 Liutinaineiden käytön aiheuttamat vieroitusoireet ja sekavuustila ei tietoa kouristuksista**
Abstinenssymptom med delirium orsakade av flyktiga lösningsmedel UNS
- F18.5 LIUTINAINEIDEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA PSYKOOTTINEN HÄIRIÖ**
Psykotisk störning orsakade av flyktiga lösningsmedel
- F18.50 Liutinaineiden käytön aiheuttama psykoottinen häiriö skitsofrenia-tyyppinen**
Psykotisk störning orsakad av flyktiga lösningsmedel skitsofrenisk
- F18.51 Liutinaineiden käytön aiheuttama psykoottinen häiriö pääasiassa harhaluuloisuutena ilmenevä**
Psykotisk störning orsakad av flyktiga lösningsmedel paranoidisk
- F18.52 Liutinaineiden käytön aiheuttama psykoottinen häiriö pääasiassa aistiharhaisuutena ilmenevä**
Psykotisk störning orsakad av flyktiga lösningsmedel med hallucinationer
- F18.53 Liutinaineiden käytön aiheuttama psykoottinen häiriö monimuotoinen**
Psykotisk störning orsakad av flyktiga lösningsmedel polymorfisk
- F18.54 Liutinaineiden käytön aiheuttama psykoottinen häiriö pääasiassa masennuksen oirein ilmenevä**
Psykotisk störning orsakad av flyktiga lösningsmedel
- F18.55 Liutinaineiden käytön aiheuttama psykoottinen häiriö pääasiassa maanisin oirein ilmenevä**
Psykotisk störning orsakad av flyktiga lösningsmedel huvudsakligen manisk
- F18.56 Liutinaineiden käytön aiheuttama psykoottinen häiriö sekamuotoinen**
Psykotisk störning orsakad av flyktiga lösningsmedel av blandad typ
- F18.59 Liutinaineiden käytön aiheuttama psykoottinen häiriö määrittämätön reaktiotyyppi**
Psykotisk störning orsakad av flyktiga lösningsmedel UNS
- F18.6 LIUTINAINEIDEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA AMNESTINEN OIREYHTYMÄ**
Amnestisk syndrom orsakade av flyktiga lösningsmedel

Useiden lääkeaineiden ja muiden psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt

Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser

- F18.7** **LIUOTINAINAIDEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA JÄÄNNÖSTILANA ESIINTYVÄ TAI VIIVÄSTYNYT PSYKOOTTINEN HÄIRIÖ**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av flyktiga lösningsmedel
- F18.70** **Liutinaineiden käytön aiheuttama jäännöstila takauimia (flashbacks)**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakade av flyktiga lösningsmedel flashbacks
- F18.71** **Liutinaineiden käytön aiheuttama jäännöstila persoonallisuuden tai käytöksen häiriö**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakade av flyktiga lösningsmedel störning av personlighet eller beteende
- F18.72** **Liutinaineiden käytön aiheuttama jäännöstila jälkioireinen mielialahäiriö**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakade av flyktiga lösningsmedel bipolär störning
- F18.73** **Liutinaineiden käytön aiheuttama jäännöstila dementia**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakade av flyktiga lösningsmedel demens
- F18.74** **Liutinaineiden käytön aiheuttama jäännöstila muu pysyvä älyllisten toimintojen heikkeneminen**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakade av flyktiga lösningsmedel
- F18.75** **Liutinaineiden käytön aiheuttama jäännöstila myöhään alkava psykoottinen häiriö**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakade av flyktiga lösningsmedel annars permanent nedsatt intelligens
- F18.79** **Liutinaineiden käytön aiheuttama jäännöstila myöhään alkava määrittämätön häiriö**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakade av flyktiga lösningsmedel UNS
- F18.8** **LIUOTINAINAIDEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA MUU ELIMELLINEN AIVO-OIREYHTYMÄ TAI KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ**
Annan specificierad psykisk störning eller beteendestörning orsakad av flyktiga lösningsmedel
- F18.9** **LIUOTINAINAIDEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA MÄÄRITTÄMÄTÖN ELIMELLINEN AIVO-OIREYHTYMÄ TAI KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ**
Psykisk störning och beteendestörning orsakad av flyktiga lösningsmedel UNS

F19

Useiden lääkeaineiden ja muiden psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt

Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser

Mukaan lukien

Lääkeaineiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt

Inkluderar

Organiska hjärnsyndrom och beteenderubbningar orsakade av läkemedel

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

Kaikkia alakohtia koskevat yleiset diagnostiset kriteerit, katso F10-F19

Huom!

Tätä ryhmää pitäisi käyttää, kun häiriön tiedetään liittyvän joidenkin muiden kuin edellä mainittujen psykoaktiivisten aineiden äskettäiseen käyttöön (esim. fensykliidiini) tai kahden tai useamman psykoaktiivisen aineen käyttöön, kun on mahdotonta arvioida, minkä aineen osuus on tärkein. Sitä pitäisi käyttää myös, kun jonkin tai peräti kaikkien aineiden tunnistaminen jää epävarmaksi tai ei onnistu, koska useat sekakäyttäjät eivät itsekään aina tiedä tarkkaan, mitä aineita käyttävät.

Useiden lääkeaineiden ja muiden psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt

Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser

Anm.

Diagnostiska kriterier:

Allmänna diagnostiska kriterier för samtliga undergrupper, se F10-F19

Obs!

Denna grupp borde användas då det är känt att störningen har ett samband med omedelbart föregående bruk av andra psykoaktiva substanser än de ovan nämnda (t.ex. fencyklidin) eller två eller flera psykoaktiva substanser, då det är omöjligt att bedöma vilken substans som utgör den primära orsaken. Den borde även användas då identifieringen av någon eller t.o.m. samtliga substanser är osäker eller misslyckas, eftersom de flesta blandmissbrukare inte ens själva vet vilka substanser de använder.

F19.0 USEIDEN LÄÄKEAINEIDEN TAI MUIDEN PSYKKISIIN TOIMINTOIHIIN VAIKUTTAVIEN AINEIDEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA AKUUTTI PÄIH-TYMYSTILÄ

Akut intoxication orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser

F19.00 Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan aineen käytön aiheuttama akuutti päih-tymystilä komplisoitumaton

Berusningstillstånd orsakad av flera droger i kombination eller av annan psykoaktiva substanser okompliserad

F19.01 Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan aineen käytön aiheuttama akuutti päih-tymystilä vammautuminen tai muu ruumiillinen vaurio

Berusningstillstånd orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser med bestående eller annan somatisk skada

F19.02 Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan aineen käytön aiheuttama akuutti päih-tymystilä muita kliinisiä komplikaatioita

Berusningstillstånd orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser med andra kliniska komplikationer

F19.03 Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan aineen käytön aiheuttama akuutti päih-tymystilä sekavuustilä (delirium)

Berusningstillstånd orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser med delirium

F19.04 Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan aineen käytön aiheuttama akuutti päih-tymystilä aistihavaintojen väristymiä

Berusningstillstånd orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser med hallusinationer

F19.05 Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan aineen käytön aiheuttama akuutti päih-tymystilä kooma

Berusningstillstånd orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser med koma

F19.06 Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan aineen käytön aiheuttama akuutti päih-tymystilä kouristuksia

Berusningstillstånd orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser med krampor

F19.09 Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan aineen käytön aiheuttama akuutti päih-tymystilä ei tietoa liitännäisoireista

Berusningstillstånd orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser UNS

F19.1 USEIDEN LÄÄKEAINEIDEN TAI MUUN PSYKKISIIN TOIMINTOIHIIN VAIKUTTAVAN AINEEN HAITALLINEN KÄYTTÖ

Skadlig bruk av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser

F19.2 USEIDEN LÄÄKEAINEIDEN TAI MUUN PSYKKISIIN TOIMINTOIHIIN VAIKUTTAVAN AINEEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA RIIPPUVUUSOIREYHTYMÄ

Beroendeförhållande orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser

Inkluderar

Narkomani

Useiden lääkeaineiden ja muiden psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt

Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser

- F19.20** Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan aineen käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä vieroittunut
Beroendeförhållande orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser för närvarande oberoende
- F19.21** Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan aineen aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä ei käytä, mutta oleskelee rajoittavassa ympäristössä
Beroendeförhållande orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser för närvarande oberoende men vistas i kontrollerande miljö
- F19.22** Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan aineen aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä kliinisesti valvotulla ylläpito- tai korvauslääkityksellä (kontrolloitu riippuvuus)
Beroendeförhållande orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser för närvarande oberoende men använder substituerande uppehållsmedicinering
- F19.23** Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan aineen aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä vieroittunut, mutta saa aversio- tai estolääkityshoitoa
Beroendeförhållande orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser för närvarande oberoende men använder aversion väckande medicinering
- F19.24** Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan aineen aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä käyttää ainetta (aktiivinen riippuvuus)
Beroendeförhållande orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser aktiv beroende
- F19.25** Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan aineen aiheuttama riippuvuusoireyhtymä jatkuva käyttö
Beroendeförhållande orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser kontinuerlig användade
- F19.26** Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan aineen aiheuttama riippuvuusoireyhtymä jaksottainen käyttö
Beroendeförhållande orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser periodisk beroende
- F19.29** Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan aineen aiheuttama riippuvuusoireyhtymä ei tietoa käytön luonteesta
Beroendeförhållande orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser UNS
- F19.3** **USEIDEN LÄÄKEAINEIDEN TAI MUUN PSYKKISIIN TOIMINTOIHIN VAIKUTTAVAN AINEEN AIHEUTTAMAT VIEROITUSOIREET**
Abstinenssymptom av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser
- F19.30** Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan aineen aiheuttamat vieroitusoireet komplisoitumaton
Abstinenssymptom orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser okompliserad
- F19.31** Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan aineen aiheuttamat vieroitusoireet kouristuksia
Abstinenssymptom orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser med kramper
- F19.39** Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan aineen aiheuttamat vieroitusoireet ei tarkempaa tietoa vierotusoireiden luonteesta
Abstinenssymptom orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser UNS
- F19.4** **USEIDEN LÄÄKEAINEIDEN TAI MUUN PSYKKISIIN TOIMINTOIHIN VAIKUTTAVAN AINEEN AIHEUTTAMAT VIEROITUSOIREET JA SEKAVUUSTILA**
Abstinenssymptom med delirium orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser
- F19.40** Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan aineen aiheuttamat vieroitusoireet ja sekavuustila ei kouristuksia
Abstinenssymptom med delirium orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser utan kramper

Useiden lääkeaineiden ja muiden psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt

Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser

- F19.41** Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan aineen aiheuttamat vieroitusoireet ja sekavuustila kouristuksia
Abstinenssymptom med delirium orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser med kramper
- F19.49** Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan aineen aiheuttamat vieroitusoireet ja sekavuustila ei tietoa kouristuksista
Abstinenssymptom med delirium orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser UNS
- F19.5** **USEIDEN LÄÄKEAINEIDEN TAI MUUN PSYKKISIIN TOIMINTOIHN VAIKUTTAVAN AINEEN AIHEUTTAMA PSYKOOTTINEN HÄIRIÖ**
Psykotisk störning orsakad av flera droger i kombination eller av andra psykoaktiva substanser
- F19.50** Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan aineen aiheuttama psykoottinen häiriö skitsofrenia-tyyppinen
Psykotisk störning orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser skitsofrenisk
- F19.51** Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan aineen aiheuttama psykoottinen häiriö pääasiassa harhaluuloisuutena ilmenevä
Psykotisk störning orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser paranoidisk
- F19.52** Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan aineen aiheuttama psykoottinen häiriö pääasiassa aistiharhaisuutena ilmenevä
Psykotisk störning orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser
- F19.53** Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan aineen aiheuttama psykoottinen häiriö monimuotoinen
Psykotisk störning orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser polymorfisk
- F19.54** Useiden lääkeaineiden ja psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käytön aiheuttama psykoottinen häiriö pääasiassa masennuksen oirein ilmenevä
Psykotisk störning orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser huvudsakligen depressiv
- F19.55** Useiden lääkeaineiden ja psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käytön aiheuttama psykoottinen häiriö pääasiassa maanisin oirein ilmenevä
Psykotisk störning orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser huvudsakligen manisk
- F19.56** Useiden lääkeaineiden ja psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käytön aiheuttama psykoottinen häiriö sekamuotoinen
Psykotisk störning orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser av blandad typ
- F19.59** Useiden lääkeaineiden ja psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käytön aiheuttama psykoottinen häiriö määrittämätön reaktiotyyppi
Psykotisk störning orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser UNS
- F19.6** **USEIDEN LÄÄKEAINEIDEN TAI MUIDEN PSYKKISIIN TOIMINTOIHN VAIKUTTAVIEN AINEIDEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA ELIMELLINEN AIVO-OIREYHTYMÄ TAI KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ AMNESTINEN OIREYHTYMÄ**
Psykisk störning och beteendestörning orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser amnestisk syndrom
- F19.7** **USEIDEN LÄÄKEAINEIDEN TAI MUIDEN PSYKKISIIN TOIMINTOIHN VAIKUTTAVIEN AINEIDEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA ELIMELLINEN AIVO-OIREYHTYMÄ TAI KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ JÄÄNNÖSTILANA ESIINTYVÄ TAI VIVÄSTYNYT PSYKOOSI**
Psykisk störning och beteendestörning orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser residual eller sent uppkommande psykos
- F19.70** Useiden lääkeaineiden ja psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käytön aiheuttama jäännöstila takauomia (flashbacks)
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser flashbacks

- F19.71** **Useiden lääkeaineiden ja psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käytön aiheuttama jäännöstila persoonallisuuden tai käytöksen häiriö**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser störning av personaltät eller beteende
- F19.72** **Useiden lääkeaineiden ja psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käytön aiheuttama jäännöstila jälki-oireinen mielialahäiriö**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser bipolär störning
- F19.73** **Useiden lääkeaineiden ja psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käytön aiheuttama jäännöstila dementia**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser demens
- F19.74** **Useiden lääkeaineiden ja psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käytön aiheuttama jäännöstila muu pysyvä älyllisten toimintojen heikkeneminen**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser
- F19.75** **Useiden lääkeaineiden ja psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käytön aiheuttama jäännöstila myöhään alkava psykoottinen häiriö**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser psykotisk störning
- F19.79** **Useiden lääkeaineiden ja psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käytön aiheuttama jäännöstila määrittämätön psykoottinen häiriö**
Residual eller sent uppkommande psykos orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser UNS

F19.8 **USEIDEN LÄÄKEAINEIDEN TAI MUIDEN PSYKKISIIN TOIMINTOIHIIN VAIKUTTAVIEN AINEIDEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA ELIMELLINEN AIVO-OIREYHTYMÄ TAI KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ MUU HÄIRIÖ**

Psykisk störning och beteendestörning orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser andra specificierade störningar

F19.9 **USEIDEN LÄÄKEAINEIDEN TAI MUIDEN PSYKKISIIN TOIMINTOIHIIN VAIKUTTAVIEN AINEIDEN KÄYTÖN AIHEUTTAMA ELIMELLINEN AIVO-OIREYHTYMÄ TAI KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ MÄÄRITTÄMÄTÖN ELIMELLINEN AIVO-OIREYHTYMÄ JA KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ**

Psykisk störning och beteendestörning orsakad av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser UNS

F20-F29

Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt *Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom*

Huom.

Skitsofrenia on yleisin ja tärkein tämän ryhmän häiriö.

Skitsotyyppisessä häiriössä ilmenee monia skitsofreniahäiriöiden piirteitä, mutta ei aistiharhoja, harhaluuloja ja voimakkaita käyttäytymisen häiriöitä. Sen on ajateltu geneettisesti kuuluvan skitsofreenisten häiriöiden ryhmään. Lievempien oireidensa vuoksi se saattaa myös jäädä havaitsematta.

Harhaluuloisuushäiriötä voi erityisesti alkuvaiheissaan olla vaikeaa erottaa skitsofreniasta, johon niillä ei kuitenkaan mahdollisesti ole yhteyttä. Harhaluuloisuushäiriöt muodostavat monimuotoisen ja huonosti ymmärretyn ryhmän.

Harhaluuloisuushäiriöiden ryhmä voidaan jakaa keston perusteella pitkäaikaisiin ja äkillisiin, jotka ovat ohimeneviin. Jaottelua pidetään alustavana. Jälkimmäinen suurempi ryhmä näyttää olevan erityisen yleinen kehityksessa.

Skitsoaffectiivisten häiriöiden ristiriitaisesta luonteesta huolimatta ne on säilytetty skitsofreenisten häiriöiden kanssa samassa ryhmässä.

Skitsofrenia ja kehitysvammaisuus

Skitsofrenian tai sen sukuisen tilan diagnoosia on vaikea asettaa, mikäli potilas ei kykene muotoilemaan ajatuksiaan tai kommunikoidaan ympäristönsä kanssa. Diagnostikassa on pakko tyytyä epäspesifisiin ja epämääräisiin ryhmiin. Tilannetta arvioitaessa on otettava huomioon muutokset potilaan tilassa pitemmän ajan kuluessa. Varhaisimpia oireita saattaa olla toimintakyvyn huononeminen ja epätavallisten ja järjettömän tuntuisten tilannetta huonontavien käyttäytymismuotojen ilmaantuminen. Erityisen tavallisia kehitysvammaisten skitsofrenian oireita ovat ääniharhat. Harhojen sisällön tai luonteen selvittäminen voi olla vaikeaa. Mikäli potilaan kummallinen käytös jatkuu ympäristön muutoksista huolimatta, on syytä epäillä, että potilaalla saattaa olla harhoja tai harhaluuloja. Ennen diagnoosin asettamista on syytä varmistaa, etteivät oireet aiheudu jostain muusta syystä. Erityisesti tulee välttää autismin sukuisten tilojen sekoittamista varhain alkavaan skitsofreniaan.

Anm.

Schizofreni är den allmännaste och viktigaste störningen i denna grupp.

Den schizotypa störningen uppvisar många drag som är karakteristiska för schizofrena störningar, men inte hallucinationer, vanföreställningar och kraftiga beteendestörningar. Den har betraktats som genetiskt tillhörande gruppen schizofrena störningar. På grund av sina symtom av lindrigare art kan den även passera oförmärkt.

Vanföreställningssyndrom kan i synnerhet i sin debut vara svåra att skilja från schizofreni som de likväl eventuellt inte har något samband med. Vanföreställningssyndrom utgör en polymorf och svårförstådd grupp. Gruppen vanföreställningssyndrom kan utifrån duration indelas i kroniska och akuta som är övergående. Indelningen betraktas som preliminär. Den senare större gruppen förefaller att vara synnerligen allmän i utvecklingsländerna. Trots de schizoaferktiva störningarnas natur har de hållits kvar i samma grupp som de schizofrena störningarna.

Schizofreni och utvecklingsstörning

Schizofreni eller ett därmed besläktat tillstånd är svårt att diagnostisera, om patienten inte kan formulera sina tankar eller kommunicera med sin omgivning. I diagnostiken måste man nöja sig med ospecificerade och obestämda grupper. Då situationen bedöms bör förändringarna i patientens tillstånd beaktas under förloppet av en längre tid. Bland de tidigaste symtomen kan noteras nedsatt kapacitet och ovanliga beteendeformer som förefaller huvudlösa och försämrar situationen. Särskilt vanliga symtom på schizofreni hos utvecklingsstörda är auditiva hallucinationer. Det kan vara svårt att reda ut deras innehåll eller karaktär. Om patientens konstiga beteende fortsätter trots förändringar i omgivningen är det skäl att misstänka att patienten upplever hallucinationer eller vanföreställningar. Innan diagnos ställs är det skäl att kontrollera att symtomen inte har en annan orsak. I synnerhet bör man undvika att förväxla tillstånd besläktade med autism med schizofreni med tidig debut.

F20

Skitsofrenia *Schizofreni*

Mukaan lukien

Jakomielisyys

Jakomielitauti

Inkluderar

Schizofreni

Huom.

Skitsofreenisille häiriöille ovat tyypillisiä syvät ajattelun ja havaintokyvyn vääristymät sekä tunnetilojen asiaankuulumattomuus tai latistuminen. Tajunnan selkeys ja älylliset kyvyt tavallisesti säilyvät, tosin vauksia tiedon käsittelystä saattaa ajan kuluessa kehittyä. Häiriö vaikuttaa syvästi henkilön kokemukseen itsestään, yksilöllisyydestään ja itsenäisyydestään. Henkilö tuntee usein, että muut tietävät tai jakavat hänen intiimeimmät ajatuksensa, tunteensa ja toimintonsa. Hänelle saattaa kehittyä tilannetta selittäviä harhaluuloja, usein erikummallisella (bisarilla) tavalla vaikuttavien luonnollisten tai yliluonnollisten voimien olemassaolosta ja vaikutuksista hänen ajatuksiinsa ja toimintoihinsa. Henkilö voi ajatella ja kokea olevansa kaikkien tapahtumien keskipiste. Aistiharhat, erityisesti kuuloharhat, ovat tavallisia ja ne voivat kommentoida henkilön käytöstä tai ajatuksia. Aistihavainnot ovat yleensä vääristyneet myös muilla tavoin: värit tai äänet saattavat tuntua epätavallisen voimakkailta tai muuten muuttuneilta ja merkityksettömät tavallisiin asioihin liittyvät seikat tuntua erityisen tärkeiltä.

Hämmentyneisyys on skitsofreenisen häiriön alusta saakka tavallista. Se liittyy usein uskomukseen, että jokapäiväiset

tapahtumat sisältävät erityisiä, usein pahaenteisiä, juuri potilaalle tarkoitettuja merkityksiä. Tyypillisessä skitsofreenisessä ajattelun häiriössä kokonaisuuden kannalta merkitykselliset seikat, jotka tavallisesti torjutaan, hallitsevat mieltä tilanteen kannalta merkityksellisten ja asianmukaisten seikkojen sijasta. Näin potilaan ajattelusta tulee epämääräistä, outoa ja epäselvää ja hänen puheestaan joskus muille käsittämätöntä. Potilaan ajatuksenkulussa on yleisesti taukoja, ylimääräisiä seikkoja voi tunkeutua ajatusten väliin ja hän voi kokea, että jokin ulkopuolinen tekijä ottaa ajatuksia pois mielestä. Tunteet saattavat puuttua, ne voivat ailahdella tai olla tilanteeseen sopimattomia. Ailah-televuus voi ilmetä vitkasteluna, outona kielteisyytenä tai täydellisenä pysähtymisenä. Katatoniana voi myös esiintyä.

Häiriö voi alkaa äkillisesti voimakkaain oirein tai vaihdeksi lisääntyvinä outoina ajatuskulkuna ja käytöksen muuttumisenä. Häiriön kulku vaihtelee eikä se suinkaan välttämättä ole krooninen ja rappeuttava (viidettä merkkiä käytetään sairauden kulun määrittelyssä). Osa potilaista paranee täysin tai lähes täysin. Sosiaaliset tekijät ja kulttuuri voivat vaikuttaa ennusteeseen. Häiriötä esiintyy suunnilleen yhtä paljon naisilla ja miehillä, mutta naiset sairastuvat keskimäärin myöhemmin ja heidän ennusteensa on hiukan parempi.

Skitsofreniadiagnosia ei pitäisi tehdä, jos henkilöllä on runsaasti masennuksen tai manian oireita, jollei ole selvää, että skitsofreeniset oireet ovat esiintyneet ennen mielialahäiriötä. Skitsofreniaa ei pitäisi diagnosoida myöskään ilmeisen aivosairauden eikä myrkytys- tai vieroitusoireiden aikana. Jos tällaiset häiriöt kehittyvät epilepsian tai muun aivosairauden yhteydessä, ne pitäisi luokitella F06.2:een. Jos häiriöt johtuvat psykoaktiivisista aineista, ne luokitellaan ryhmään F10-F19/5.

Paranoidisen (F20.0), hebefreenisen (F20.1), katatonisen (F20.2) ja erilaistumattoman (F20.3) skitsofrenian yleiset diagnostiset kriteerit:

G1. Vähintään yksi oireyhtymistä tai oireista, jotka on alla lueteltu kohdissa 1.a-d tai vähintään kaksi oireista, jotka on alla lueteltu kohdissa 2.a-d, ilmenee suurimman osan aikaa (tai jonkin aikaa useimpien päivien aikana) vähintään yhden kuukauden kestäneen psykoottisen sairausjakson aikana.

(1) Esiintyy vähintään yksi seuraavista:

(a) Ajatusten kaikuminen, ajatusten siirto tai riisto tai ajatusten lähettäminen

(b) Kontrollioimiseen, vaikuttamiseen tai ohjatuksi tulemiseen liittyvät harhaluulot, jotka potilas selvästi liittyy vartalon tai raajojen liikkeisiin tai erityisiin ajatuksiin, toimintoihin tai tuntemuksiin, harhaluuloiset havainnot.

(c) Kuuloharhat, joissa äänet kommentoivat potilaan käyttäytymistä tai keskustelevat potilaasta keskenään tai toisen-tyyppisiä ääniä, jotka kuuluvat jostakin ruumiinosasta.

(d) Muut itsepintaiset harhaluulot, jotka ovat kulttuuriin sopimattomia ja täysin mahdottomia (esim. kyky kontrolloida säätä, tai olla yhteydessä toisesta maailmasta olevien muukalaisten kanssa).

(2) tai vähintään kaksi seuraavista:

(a) Pitkäkestoiset minkä tahansa aistin aistiharhat, jotka esiintyvät päivittäin vähintään yhden kuukauden ajan ja joihin liittyy harhaluuloja (jotka voivat olla joko ohimeneviä tai osittaisia) ilman selvää mielialaan liittyvää sisältöä tai joihin liittyy itsepintaisia yliarvostettuja ajatuksia.

(b) Neologismit (potilaan keksimät omat sanat) katkot tai irralliset väliintulevat tavallisen ajatuksen kulun katkaisevat ajatukset. Seurauksena on puheen hajanaisuus tai merkityksen menetys.

(c) Katatoninen käytös, kuten kiihtymys, pysähtyminen outoihin asentoihin tai vahmainen taipuisuus, negativismi, mutismi (puhumattomuus) ja täydellinen pysähtyneisyys.

(d) "Negatiiviset" oireet, kuten huomattava apaattisuus, puheen vähäisyys ja tunteiden latistuminen tai epäsuhtaisuus. On varmistettava, etteivät oireet johdu masentuneisuudesta tai neuroleptilääkityksestä.

G2. Lisäksi tilan on täytettävä seuraavat ehdot:

(1) Mikäli potilas täyttää maanisen jakson (F30) tai masennustilan (F32) kriteerit, on kohtien G1(1) ja G1(2) kriteerien täytyttävä ennen mielialahäiriön kehittymistä.

(2) Häiriötä ei voida pitää elimellisenä aivosairautena (kuten F00-F09) eikä alkoholin tai päihteiden käyttöön liittyvänä päihtymistilana (F1x.0), riippuvuutena (F1x.2) tai vieroitusoireina (F1x.3 ja F1x.4).

Huom!

Poikkeavia kokemuksia ja käyttäytymistä diagnostisesti arvioitaessa, on tärkeää muistaa kulttuurin tai erityisen alakulttuurin tai mahdollisen heikkolahjaisuuden vaikutus ja välttää väärän positiivisen arvion tekemistä.

Skitsofrenian kulku on vaihteleva. Mikäli on tarpeen (esimerkiksi tutkimustyössä) määritellä tarkemmin diagnoosin yhteydessä sairauden kulkua, se tehdään käyttämällä viidettä merkkiä. Kulkua ei yleensä luokitella ellei häiriötä ole seurattu vähintään vuoden ajan. Mikäli kulkua ei tunneta tai sitä haluta määritellä, tulee käyttää merkkiin 9 päätyviä viisimerkkisiä koodeja.

Anm.

Schizofrena syndrom karakteriseras av djupa förvrängningar i tänkande och perception samt av inadekvata eller flacka affekter. Medvetandet är i regel klart och den intellektuella kapaciteten oförändrad trots att brister i behandling av information kan utvecklas med tiden. Störningen har en djup inverkan på personens självuppfattning, individualitet och självständighet. Personen har ofta en känsla av att andra människor känner till hans eller hennes innersta tankar, känslor och funktioner. Patienten kan utveckla hallucinationer som förklarar situationen och ofta gäller förekomst av övernaturliga krafter med egendomlig (bisarr) inverkan på han eller hennes tankar och funktioner. Personen kan tänka och uppleva sig själv som medelpunkten för alla händelser. Hallucinationer, i synnerhet av auditivt slag, är vanliga och kan kommentera personens beteende eller tankar. Perceptiva förvrängningar tar sig även andra uttryck: färger eller ljud kan kännas ovanligt starka eller på annat sätt förändrade och betydelselösa omständigheter som hänför sig till banala saker kan kännas särskilt viktiga.

Ett tillstånd av förvirring är vanligt från och med debuten av en schizofren störning. Det åtföljs ofta av en föreställning om att alldagliga händelser innehåller en speciella, ofta illavarslande just för patienten avsedd innebörd. Vid en typisk schizofren tankestörning dominerar tankarna av omständigheter som med avseende på helheten saknar relevans och som vanligtvis trängs undan, i stället för omständigheter som är betydelsefulla och relevanta. På så sätt blir patientens tänkande diffust, egendomligt och oklart och talet ibland obegripligt för andra människor. I tänkandet förekommer allmänt taget pauser, överflödiga omständigheter kan tränga sig in i tankegången och patienterna kan uppleva att någon utomstående aktör berövar dem deras tankar. Känslorna kan saknas, de kan vara ombytliga eller irrelevanta för situationen. Nyckfullheten kan ta sig uttryck i sölande, konstig negativ attityd eller fullständigt avstannande. Även katatoni kan förekomma.

Störningsdebuten kan vara akut med kraftiga symtom eller smygande med tilltagande bisarra tankegångar och beteendeförändringar. Störningens förlopp är varierande och störningen behöver ingalunda vara kronisk och degenerativ (det femte tecknet / t. i femte position / används i definitionen av sjukdomens förlopp). En del patienter blir helt eller nästan helt återställda. Sociala faktorer och kulturen kan påverka prognosen. Störningen förekommer i ungefär lika stor utsträckning bland kvinnor och män, men kvinnor insjuknar i genomsnitt senare och deras prognos är en aning positivare.

Diagnosen schizofreni bör inte ställas, om personen uppvisar rikliga depressiva och maniska symtom, om det inte är klart att de schizofrena symtomen har föregått förstämningssyndromet. Schizofreni borde inte heller diagnostiseras under förloppet av en uppenbar hjärnsjukdom eller intoxikations- eller abstinenssymtom. Om sådana störningar utvecklas i samband med epilepsi eller annan hjärnsjukdom, borde de klassificeras enligt F06.2. Om störningarna är betingade av psykoaktiva substanser, klassificeras de i grupp F10-F19/5.

Allmänna diagnostiska kriterier för paranoid (F20.0), hebreten (F20.1), kataton (F20.2) och odifferentierad (F20.3) schizofreni:

G1. Minst ett av de syndrom eller symtom, som uppräknas nedan i punkterna 1.a-d eller minst två symtom, som uppräknas nedan i punkterna 2.a-d, uppträder under största delen av tiden, eller en viss tid under förloppet av ett flertal dagar) under en minst en månad lång psykotisk sjukdomsperiod.

(1) Förekomst av minst ett av följande symtom:

(a) tankeeko, tankepåättning eller tankedetraktion, tankeutbredning

(b) Vanföreställningar om kontroll, påverknings eller styrning som patienten tydligt sammankopplar med kroppens eller extremiteternas rörelser eller speciella tankar, funktioner eller förmågor, förvrängd perception. / (c) Auditiva hallucinationer med röster som kommenterar patientens beteende eller diskuterar patienten eller ljud av annat slag som härrör från någon kroppsdel.

(d) Andra ihållande vanföreställningar som är oförenliga med kulturen och fullständigt omöjliga (t.ex. förmåga att kontrollera vädret eller stå i kontakt med främmande varelser från en annan värld).

(2) eller minst två av följande:

(a) Långvariga dagligen förekommande hallucinationer av vilket slag som helst under en månads tid i samband med vanföreställningar (som kan vara antingen övergående eller partiella) utan tydligt affektivt innehåll eller åtföljas av ihållande övervärderingar.

(b) Neologismer (ord som bildats av patienten själv), bortfall eller lösryckta tankar som avbryter den vanliga tankeprocessen. Detta leder till fragmentariskt eller innehållslöst tal.

(c) Katatont beteende som till exempel excitation, intagande av olika kroppsställningar eller viljelös följsamhet, negativism, mutism och fullständig orörlighet.

(d) "Negativa" symtom såsom påtaglig apati, tystlåtenhet och flacka eller oproportionerliga affekter. Det bör säkerställas att symtomen inte är betingade av nedstämdhet eller neuroleptisk behandling.

G2. Dessutom bör tillståndet uppfylla följande villkor:

(1) Om patienten uppfyller kriterierna för manisk episod (F30) eller depressiv episod, bör kriterierna i punkterna G1(1)

ja G1(2) uppfyllas före det affektiva syndromet utvecklas.

(2) Syndromet kan inte betecknas som en organisk hjärnsjukdom (som F00-F09) eller som ett intoxikationstillstånd betingat av alkohol eller droger (F1x.0), ett beroende (F1x.2) eller abstinenssymtom (F1x.3 ja F1x.4).

Obs!

Vid diagnostisk bedömning av avvikande upplevelser och beteende är det viktigt att komma ihåg den roll kulturen eller en särskild subkultur eller eventuellt en klen begåvning spelar och att undvika att göra en felaktig positiv bedömning.

Schizofreni är en sjukdom med ett varierande förlopp. Om det (till exempel inom forskningen) finns ett behov av att i samband med diagnosen närmare definiera sjukdomens förlopp, görs det i den femte positionen. Förloppet klassificeras i regel inte om inte störningen följts under minst ett års tid. Om förloppet inte är känt eller man inte önskar definiera det, bör man använda koder med fem tecken som slutar med siffran 9.

F20.0

PARANOIDINEN SKITSOFRENIA

Paranoid schizofreni

Mukaan lukien

Parafreeninen skitsofrenia

Inkluderar

Parafren schizofreni

Huom.

Tämä on yleisin skitsofrenian muoto useimmissa osissa maailmaa. Kliinistä kuvaa hallitsevat suhteellisen vakaat, sisällöltään usein vainoavat harhaluulot, joihin tavallisesti liittyy varsinkin kuuloaistimuksina ilmeneviä aistiharhoja sekä havaintohäiriöitä. Tunne-, tahto- ja puhehäiriöt sekä katatoniset oireet eivät ole hallitsevia.

Esimerkkejä tavallisimmista paranoidisista oireista ovat:

(a) Vainoamisharhaluulo, kohdistamisharhat, korkeata syntyperää koskevat harhaluulot, erityistä tehtävää koskevat harhaluulot, kehon muuttumista koskevat harhaluulot ja mustasukkaisuusharhaluulot.

(b) Harhaäännet, jotka uhkailevat potilasta tai antavat käskyjä tai kuuloharhat, jotka eivät ole muodoltaan sanallisia kuten viheltelyä, hyräilyä tai naurua.

(c) Haju- tai makuaistiin liittyviä aistiharhoja tai aistiharhoja seksuaalisista tai muista ruumiillisista tuntemuksista. Näköharhoja saattaa esiintyä, mutta ne ovat harvoin hallitsevia.

Selviä ajattelun häiriötä saattaa olla äkillisten psykoottisten tilojen yhteydessä, mutta silloinkaan ne eivät estä potilasta kuvailemasta selkeästi tyypillisiä harhaluuloja tai aistiharhoja. Tunneilmaisut ovat yleensä lievemmin latistuneita kuin muissa skitsofrenian muodoissa. Lieviä tunteiden tilanteisiin sopimattomuus on tavallista, samoin kuin mielialahäiriöt kuten ärtyneisyys, äkillinen vihastuminen, pelokkuus ja epäluuloisuus. "Negatiivisia" oireita, kuten tunteiden latteutta ja tahdon häiriöitä ilmenee usein, mutta ne eivät hallitse kliinistä kuvaa.

Paranoidisen skitsofrenian oireet voivat olla pysyviä tai jaksottaisia, jolloin potilas välillä toipuu osittain tai täydellisesti. Pitkäaikaisissa tapauksissa avoimet psykoottiset oireet jatkuvat vuosien ajan ja sairaudessa on vaikea erottaa erillisiä jaksoja.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää skitsofrenian (F20.0-F20.3) yleiset kriteerit.

B. Kliinistä kuvaa hallitsevat harhaluulot tai aistiharhat (kuten vainoamista, kohdistamista, korkeata syntyperää, erityistä tehtävää, ruumiillista muutosta tai mustasukkaisuutta koskevat harhaluulot, uhkaavat tai käskevät kuuloharhat, haju- tai makuharhat, seksuaaliset tai muut ruumiilliset harhatuntemukset).

C. Tunteiden latteus tai asiaankuulumattomuus, katatoniset oireet tai puheen hajanaisuus eivät hallitse kliinistä kuvaa, vaikka niitä voi lieväästeisina esiintyä.

Erotusdiagnosi:

On tärkeää poissulkea epileptiset ja päihteen laukaisemat psykoosit ja muistaa, että vainoamiseen liittyvät harhaluulot voivat olla diagnostiselta merkitykseltään vähäisiä tietyistä maista tai kulttuureista tulevilla henkilöillä.

Anm.

Detta är den allmänaste formen av schizofreni i de flesta delar av världen. Den kliniska bilden domineras av relativt stabila vanföreställningar ofta med innehåll av förföljelse vanligtvis åtföljda av auditiva hallucinationer och perceptionsstörningar. Affektstörningar, viljestörningar, språkstörningar och katatona symtom saknas eller är inte dominerande.

Exempel på de vanligaste paranoida symtomen är:

(a) Förföljelseparanoia, projicering, vanföreställningar om hög härstamning, speciell uppgift, förändringar i kroppen och svartsjukeparanoia.

(b) Rösthallucinationer som hotar eller befäller patienten eller ickeverbala hörselhallucinationer såsom vislande, gnolande eller skratt.

(c) hallucinationer som hänför sig till lukt- och smaksinnet eller hallucinationer som hänför sig till sexuella eller andra kroppsliga förnimmelser. Visuella hallucinationer kan förekomma, men är sällan dominerande.

Tydliga tankestörningar kan uppträda i samband med akuta psykotiska tillstånd, men inte heller då hindrar de patienten att ge tydliga beskrivningar av typiska vanföreställningar eller hallucinationer. De affektiva uttrycken är i allmänhet mindre flacka än i andra former av schizofreni. Det är vanligt att känslorna är något inadekvata i sammanhanget, likaså de affektiva störningarna som till exempel irritation, plötslig ilska, rädsla och misstänksamhet. "Negativa" symtom som till exempel flacka affekter och viljestörningar uppträder ofta, men dominerar inte den kliniska bilden.

Den paranoida schizofrenis symtom kan vara kontinuerliga eller periodiska, varvid patienten periodvis blir delvis eller helt återställd. I långvariga fall uppträder uttalade psykotiska symtom under flera års tid och det är svårt att skilja olika sjukdomsepisoder från varandra.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F20.0-F20.3) för schizofreni.

B. Den kliniska bilden domineras av vanföreställningar eller hallucinationer (såsom förföljelse, projicering, ädel börd, vanföreställningar om förändringar i kroppen eller svartsjukeparanoia, hotande eller befällande hörselhallucinationer, hallucinationer som hänför sig till lukt- och smaksinnet eller hallucinationer som hänför sig till sexuella eller andra kroppsliga förnimmelser).

C. Flacka eller inadekvata affekter, katatona symtom eller osammanhängande tal dominerar inte den kliniska bilden, trots att sådana kan uppträda i lindrig grad.

Differentialdiagnos:

Det är viktigt att utesluta epileptiska och drogutlösta psykosor och att komma ihåg att förföljelserelaterade hallucinationer kan ha mindre diagnostisk relevans hos personer som kommer från vissa länder eller kulturer.

F20.00	Paranoidinen skitsofrenia jatkuva Paranoid schizofreni kontinuerlig
F20.01	Paranoidinen skitsofrenia jaksottainen ja vähitellen vaikeutuva Paranoid schizofreni periodisk med gradvis försämring
F20.02	Paranoidinen skitsofrenia jaksottainen mutta vakaa Paranoid schizofreni stabil periodisk
F20.03	Paranoidinen skitsofrenia jaksottainen ja vähitellen lievittyvä Paranoid schizofreni periodisk med gradvis förbättring
F20.04	Paranoidinen skitsofrenia osittainen toipuminen Paranoid schizofreni med delvis upprepning
F20.05	Paranoidinen skitsofrenia täydellinen toipuminen Paranoid schizofreni med fullständig upprepning
F20.08	Paranoidinen skitsofrenia muu Paranoid schizofreni annan bestämd
F20.09	Paranoidinen skitsofrenia taudinkulku epäselvä, seuranta-aika liian lyhyt Paranoid schizofreni UNS
F20.1	HEBEFREENINEN SKITSOFRENI Hebefren schizofreni

Mukaan lukien

Hebefrenia

Inkluderar

Hebfreni

Huom.

Skitsofrenian muoto, jossa sairastuneen henkilön tunne-elämän muutokset ovat huomattavia, harhaluulot ja harha-aistimukset häilyviä ja epäyhtenäisiä, käytös vastuutonta ja odottamatonta sekä kaavamainen käyttäytyminen yleistä. Potilaan tunnemaailma on tyhjä ja usein vähäisetkin tunneilmaisut ovat asiaankuulumattomia. Usein sairauteen liittyy naureskelua ja itseensä tyytyväistä ja sisäänpäin kääntynyttä hymyilyä tai ylevää esiintymistä, irvistelyä, kaavamaisia toimintoja, ilveilyjä, luuloteltujen ruumiillisten oireiden valittamista ja lauseenparsien toistamista. Potilaan ajattelu on hajanaista ja puhe harhailevaa ja sekavaa. Hän pyrkii vetäytymään omiin oloihinsa ja hänen käyttöksensä näyttää olevan vailla tarkoitusta ja tunnetta. Tavallisesti tämä skitsofrenian muoto alkaa 15-25 vuoden iässä. Hebefreenisen skitsofrenian ennuste on usein huono nopeasti kehittyvien "negatiivisten" oireiden, erityisesti tunteiden latistumisen ja tahdonpuutteen vuoksi.

Tunne-elämän, tahdon häiriöt ja ajatushäiriöt ovat yleensä huomattavia. Potilaalla saattaa esiintyä aistiharhoja ja harhaluuloja, mutta ne eivät yleensä ole oirekuvaa hallitsevia. Sairastuneelta puuttuvat tarmo ja päättäväisyys. Hän on luopunut tavoitteistaan ja tyypillisesti hänen käyttöksensä on päämäärätöntä ja tarkoituksetonta. Potilaan pinnallinen ja kaavamainen keskittyminen uskoon, filosofiaan ja muihin abstrakteihin aiheisiin lisää usein kuuntelijan vaikeuksia seurata hänen ajatuksenkulkuaan.

Taudinkuva:

Hebefreeninen skitsofrenia -diagnoosi tehdään yleensä vain nuoruusikäisistä tai nuorista aikuisista. Sairastumista edeltävä persoonallisuus on usein, muttei välttämättä verraten ujo ja yksinäisyyteen vetäytyvä. Hebefreenisen skitsofrenian diagnosointiin tarvitaan yleensä vähintään kahden-kolmen kuukauden seuranta, jotta voidaan varmistua edellä kuvattujen sairauden piirteiden säilymisestä.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää skitsofrenian (F20.0-F20.3) yleiset kriteerit.

B. Esiintyy ainakin yksi seuraavista:

(1) selvä ja jatkuva tunteiden latistuminen tai pinnallisuus.

(2) selvä ja jatkuva tunteiden epäsuhtaisuus tai asiaankuulumattomuus.

C. Esiintyy ainakin yksi seuraavista:

(1) käytös on hajanaista ja irrallista eikä päämäärään pyrkivää.

(2) selvä ajatushäiriö, joka ilmenee irrallisena, hyppelhtävänä tai hajanaisena puheena.

D. Aistiharhat ja harhaluulot eivät ole hallitsevia, vaikka niitä voi lievasteisena esiintyä.

Anm.

En form av schizofreni där de affektiva förändringarna hos den insjuknade är stora, vanföreställningarna och perceptionsstörningarna är ombytliga och osammanhängande, beteendet oansvarigt och oförutsägbart samt stereotypiskt beteende allmänt. Patientens emotionella värld är innehållslös och ofta är till och med små känslouttryck inadekvata. Till sjukdomsbilden hör ofta småskrattande och självbelåtet introvert småleende eller högstämt uppförande, manerism, gyckel, beklagande över inbillade sjukdomar och upprepning av ordstäv. Patientens tankar är osammanhängande och talet irrande och oredigt. Personen försöker dra sig in i sin egen värld och beteendet förefaller att sakna mening och känsla. I regel debuterar denna form av schizofreni i en ålder av 15- 25 år. Prognosen för hebefren schizofreni är oftast dålig på grund av de negativa symtomens snabba utveckling, i synnerhet avflackade affekter och viljestörning.

Det emotionella tillståndet, viljestörningarna och tankestörningarna är i regel betydande. Patienten kan uppleva hallucinationer och vanföreställningar, vilka likväl inte dominerar symtombilden. Den insjuknade saknar energi och beslutsamhet. Patienten har gett upp sina mål och typiskt är att beteendet saknar mål och mening. Patientens ytliga och schematiska fokusering på religion, filosofi och andra abstrakta teman gör det ofta ännu svårare att följa hans eller hennes tankegång.

Sukdomsbild:

Diagnosen hebefren schizofreni ställs i regel endast på ungdomar eller unga vuxna. Personligheten är före insjuknandet ofta, men inte nödvändigtvis, relativt blyg och tillbakadragen. För diagnostisering av hebefren schizofreni behövs i allmänhet två-tre månaders observation för att säkerställa att ovannämnda symtom på sjukdomen kvarstår.

Diagnostiska kriterier:

- A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F20.0-F20.3) för schizofreni.
B. Förekomst av åtminstone ett av följande symtom:
(1) tydliga och fortsatta flacka affekter eller ytlighet.
(2) tydliga och fortsatta oproportionerliga och inadekvata affekter.
C. Förekomst av åtminstone ett av följande symtom:
(1) beteendet är desorganiserat och inkoherent och inte målinriktat.
(2) tydlig tankestörning som kommer till uttryck i lösryckt, osammanhängande eller diffust tal.
D. Hallucinationer och vanföreställningar är inte dominerande, även om sådana kan uppträda i lindrig form.

- F20.10 Hebefreeninen skitsofrenia jatkuva**
Hebefren schizofreni kontinuerlig
- F20.11 Hebefreeninen skitsofrenia jaksottainen, mihin liittyy etenevä toimintavajaus**
Hebefren schizofreni periodisk med gradvis försämring
- F20.12 Hebefreeninen skitsofrenia jaksottainen, mihin liittyy vakaa toimintavajaus**
Hebefren schizofreni stabil periodisk
- F20.13 Hebefreeninen skitsofrenia jaksottainen, välillä toipuminen**
Hebefren schizofreni periodisk med gradvis förbättring
- F20.14 Hebefreeninen skitsofrenia epätäydellinen toipuminen**
Hebefren schizofreni med delvis upprekning
- F20.15 Hebefreeninen skitsofrenia täydellinen toipuminen**
Hebefren schizofreni med fullständig upprekning
- F20.18 Hebefreeninen skitsofrenia muu**
Hebefren schizofreni annan bestämd
- F20.19 Hebefreeninen skitsofrenia taudinkulku epävarma, seuranta-aika liian lyhyt**
Hebefren schizofreni UNS

F20.2 KATATONINEN SKITSOFRENIA

Kataton schizofreni

Mukaan lukien

- Katatoninen sulkutila (stupor)
Skitsofreeninen jännitysjäykkyytila (katalepsia)
Skitsofreeninen lihasjäykkyytila (katatonia)
Skitsofreeninen vahamainen taipuisuus

Inkluderar

- Kataton stupor*
Schizofren flexibilitas cerea
Schizofren katalepsi
Schizofren katatoni

Huom.

Katatoniselle skitsofrenialle ovat tyypillisiä huomattavat psykomotoriset häiriöt, jotka voivat vaihdella äärimmäisyydestä toiseen, kuten liikavilkkaudesta sulkutilaan (stupor) tai automaattisesta tottelmisesta kaiken vastustamiseen. Potilas voi jäykästi ylläpitää jotain asentoa pitkiä aikoja. Hänellä voi myös olla toistuvia äärimmäisen voimakkaan kiihtymyksen jaksoja.

Katatoninen skitsofrenia on jostain syystä nykyään harvinainen teollistuneissa maissa, vaikka se on säilynyt yleisenä muualla. Katatoniset ilmiöt voivat liittyä unenomaiseen tilaan, jossa potilaan harhamaailma on hyvin elävä.

Taudinkuva:

Ohimeneviä ja irrallisia katatonisia oireita saattaa esiintyä kaikkien muidenkin skitsofrenian tyyppien yhteydessä. Katatonisesti oireilevalle puhumattomalle potilaalle ei pidä asettaa skitsofrenia diagnoosia ennen kuin on saatu varma tieto muiden oireiden esiintymisestä. Katatoniset oireet eivät ole diagnostisia skitsofrenialle. Katatonisia oireita saattaa aiheuttaa myös aivosairaus, aineenvaihdunnallinen häiriö, alkoholi ja lääkkeet tai päihteet ja niitä voi esiintyä myös mielialahäiriöissä.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää lopulta skitsofrenian (F20.0-F20.3) yleiset kriteerit, vaikka aluksi tämän toteaminen ei ehkä ole mahdollista, jos potilas ei pysty kommunikoimaan.

B. Yksi tai useampia seuraavista katatonisista käyttäytymismuodoista on ollut hallitseva vähintään kahden viikon ajan:

(1) sulkutila (katatoninen stupor, huomattava lasku reagoinnissa ympäristöön ja oma- aloitteisessa liikkumisessa ja aktiivisuudessa) tai puhumattomuus.

(2) kiihtymys (ilmeisen tarkoitukseton kiihtynyt motorinen toiminta, mihin ulkoiset ärsykkeet eivät ole vaikuttaneet).

(3) asento-oireet (vapaaehtoinen asettautuminen asiaankuulumattomiin tai outoihin asentoihin ja niiden ylläpitäminen).

(4) negativismi (ilmeisen tarkoitukseton kaikkien ohjeiden tai liikkumisyritysten vastustaminen tai liikkuminen vastakkaiseen suuntaan).

(5) jäykkyys (jäykän asennon ylläpitäminen vastoin liikkumisyrityksiä).

(6) vahamainen taipuisuus (raajojen ja kehon pitäminen ulkopuolisen asettamissa asennoissa).

(7) käskyjen ja ohjeiden automaattinen, konemainen seuraaminen.

Ann.

Kataton schizofreni karakteriseras av allvarliga psykomotoriska störningar som kan variera från den ena ytterligheten till den andra, till exempel från hyperkinesi till stupor eller automatisk lydnad till negativism. Patienten kan ihärdigt hålla fast vid en viss kroppsställning under längre perioder. Personen kan även uppvisa upprepade perioder av synnerligen stark excitation.

Kataton schizofreni är av någon anledning numera sällsynt i industrialiserade länder, trots att sjukdomen fortsättningsvis förekommer på annat håll. Katatona fenomen kan förekomma i samband med ett drömligt tillstånd där patientens illusoriska värld ter sig mycket levande.

Sjukdomsbild:

Övergående och lösryckta katatona fenomen kan även förekomma i samband med andra typer av schizofreni. En tystlåten patient med katatona symtom bör inte diagnostiseras som schizofren innan man har fått säker information om förekomst av andra symtom. Katatona symtom är inte diagnostiska för schizofreni. Katatona symtom kan även betingas av hjärnsjukdom, metabolisk rubbning, alkohol och läkemedel eller droger och kan även uppträda vid förstämningssyndrom.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller slutligen de allmänna kriterierna för schizofreni, trots att detta till en början inte kan konstateras, om patienten inte förmår kommunicera.

B. En eller flera av följande katatona beteendeformer har varit dominerande i minst två veckors tid:

(1) spärning (kataton stupor, en märkbar nedsättning i reaktioner på omgivningen, spontana rörelser och aktiviteter) eller stumhet.

(2) excitation (en uppenbart meningslös exalterad motorik som inte påverkats av externa stimuli).

(3) katalepsi (inadekvata eller bisarra poser som spontant intas och bibehålls).

(4) negativism (uppenbart meningslöst motstånd mot alla anvisningar eller påverkningsförsök eller rörelser i motsatt riktning).

(5) stelhet.

(6) flexibilitas cerea (extremiteterna och bålen förblir i en pose vald av en annan person).

(7) automatisk, mekanisk åtydnad av befallningar och anvisningar.

F20.20

Katatoninen skitsofrenia jatkuva

Kataton schizofreni kontinuerlig

F20.21

Katatoninen skitsofrenia jaksottainen, mihin liittyy etenevä toimintavajaus

Kataton schizofreni periodisk med gradvis försämring

F20.22 Katatoninen skitsofrenia jaksottainen, mihin liittyy vakaa toimintavajaus
Kataton schizofreni stabil periodisk

F20.23 Katatoninen skitsofrenia jaksottainen, välillä toipuminen
Kataton schizofreni periodisk med gradvis förbättring

F20.24 Katatoninen skitsofrenia epätäydellinen toipuminen
Kataton schizofreni med delvis upprepping

F20.25 Katatoninen skitsofrenia täydellinen toipuminen
Kataton schizofreni med fullständig upprepping

F20.28 Katatoninen skitsofrenia muu
Kataton schizofreni annan bestämd

F20.29 Katatoninen skitsofrenia taudinkulku epävarma, seuranta-aika liian lyhyt
Kataton schizofreni UNS

F20.3 ERILAISTUMATON SKITSOFRENIA
Odifferentierad schizofreni

Mukaan lukien

Epätyypillinen skitsofrenia

Inkluderar

Atypisk schizofreni

Huom.

Tämä nimike sisältää psykoottisia tiloja, jotka täyttävät skitsofrenian yleiset diagnostiset kriteerit (katso F20 johdanto edellä), mutta eivät sovi mihinkään edellä kuvatuista alatyypeistä (F20.0-F20.2). Häiriössä voi myös esiintyä useamman kuin yhden alatyypin piirteitä minkään korostumatta. Tätä nimikettä tulee käyttää vain psykoottisissa tiloissa (jäännösskitsofrenia, F20.5 ja skitsofrenian jälkeinen masennus F20.4 eivät kuulu tähän) ja vain, jos oireet eivät sovi mihinkään kolmesta aikaisemmasta skitsofrenian muodosta.

Diagnostiset kriteerit:

Tähän luokkaan kuuluu häiriö, joka:

A. Täyttää yleiset skitsofrenian (F20.0-F20.3) diagnostiset kriteerit.

B. Vähintään yksi seuraavista pätee:

(1) ei riittävästi oireita, jotta jonkin alatyypin F20.0, F20.1, F20.2, F20.4 tai F20.5 diagnostiset kriteerit täytyisivät.

(2) todetaan niin useita oireita, että useamman kuin yhden alatyypin paranoidinen (F20.0), hebefreeninen (F20.1) tai katatoninen (F20.2) kriteerit täyttyvät.

Anm.

Denna beteckning används om psykotiska tillstånd som uppfyller de allmänna diagnostiska kriterierna för schizofreni (se F20 inledning ovan), men inte kan inordnas i någon av de ovan beskrivna subgrupperna (F20.0-F20.2). Störningen kan även innehålla drag från flera än en subgrupp utan att domineras av någon av dem. Denna beteckning bör användas endast för psykotiska tillstånd (schizofrent resttillstånd, F20.5 och postschizofren depression F20.4 hör inte hit) och endast om symtomen inte kan inordnas i någon av de tre tidigare formerna av schizofreni.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna diagnostiska kriterierna (F20.0-F20.3) för schizofreni.

B. Minst ett av följande gäller:

(1) otillräckliga symtom för att uppfylla kriterierna för någon av subgrupperna F20.1, F20.2, F20.4 eller F20.5.

(2) tillräckligt många symtom konstateras för att kriterierna för flera än en subgrupp, paranoid (F20.0), hebefren ((F20.1) eller kataton (F20.2) uppfylls.

F20.30 Erilaistumaton skitsofrenia jatkuva
Odifferentierad schizofreni kontinuerlig

- F20.31** **Erilaistumaton skitsofrenia jaksottainen, mihin liittyy etenevä toimintavajaus**
Odifferentierad schizofreni periodisk med gradvis försämring
- F20.32** **Erilaistumaton skitsofrenia jaksottainen, mihin liittyy vakaa toimintavajaus**
Odifferentierad schizofreni stabil periodisk
- F20.33** **Erilaistumaton skitsofrenia jaksottainen, välillä toipuminen**
Odifferentierad schizofreni periodisk med gradvis förbättring
- F20.34** **Erilaistumaton skitsofrenia epätäydellinen toipuminen**
Odifferentierad schizofreni med delvis upprepning
- F20.35** **Erilaistumaton skitsofrenia täydellinen toipuminen**
Odifferentierad schizofreni med fullständig upprepning
- F20.38** **Erilaistumaton skitsofrenia muu**
Odifferentierad schizofreni annan bestämd
- F20.39** **Erilaistumaton skitsofrenia taudinkulku epävarma, seuranta-aika liian lyhyt**
Odifferentierad schizofreni UNS

F20.4

SKITSOFRENIAN JÄLKEINEN MASENNUS

Postschizofren depression

Mukaan lukien

Postskitsofreeninen masennus

Inkluderar

Postschizofren depression

Huom.

Tällä nimikkeellä luokitellaan skitsofreenistä sairautta seuraava masennusjakso, joka voi olla pitkäkin. Joitakin skitsofreenisiä oireita pitää yhä olla jäljellä, mutta ne eivät enää hallitse kliinistä kuvaa. Nämä edelleen jatkuvat oireet voivat olla "positiivisia" tai "negatiivisia", vaikka jälkimmäiset ovat tavallisempia. Diagnoosin kannalta on epäolennaista, ajatellaanko depressiivisten oireiden tulleen taustalta esiin psykoottisten oireiden hävittyä, kehittyneen vasta psykoosin jälkivaiheessa vai ajatellaanko niiden olevan osa skitsofrenian sairausprosessia. Tässä tarkoitettut oireet ovat harvoin riittävän vakavia tai laaja-alaisia täyttääkseen vakavan masennusjakson diagnostiset kriteerit (F32.2 ja F32.3). On usein vaikea erottaa, mitkä potilaan oireet ovat masennuksen aiheuttamia ja mitkä johtuvat neuroleptilääkityksestä tai skitsofreniaan itseensä liittyvistä tahdon häiriöistä ja tunne-elämän latistumisesta. Itsemurhariskin on todettu kasvavan tämän tässä tarkoitettun masennusjakson yhteydessä.

Jos potilaalla ei enää ole lainkaan skitsofreniaoireita, pitäisi käyttää masennustiladiagnoosia (F32). Jos skitsofreniaoireet ovat yhä runsaita ja huomiota herättäviä, diagnoosina pitäisi säilyttää soveltuva skitsofrenian alatyypin (F20.0, F20.1, F20.2 tai F20.3).

Diagnostiset kriteerit:

- A. Skitsofrenian (F20.0-F20.3) yleiset kriteerit ovat täytyneet viimeisen 12 kuukauden sisällä, mutta eivät täyty tutkimushetkellä.
- B. Potilaalla on edelleen jokin skitsofrenian F20.0-F20.3 kriteereissä G1(2) a, b, c tai d kuvatuista tiloista.
- C. Masennuksen oireiden tulee olla riittävän pitkäkestoisia, vakavia ja laajoja täyttääkseen vähintään lievän masennustilan (F32.0) diagnostiset kriteerit.

Anm.

Med denna beteckning klassificeras en depressiv episod som kan vara långvarig och som uppstår i efterloppet av en schizofren sjukdom. Några schizofrena symtom måste fortfarande vara närvarande men de dominerar inte längre den kliniska bilden. Dessa fortfarande florida symtom kan vara "positiva" eller "negativa", även om de senare är vanligare. För diagnosen är det oväsentligt om man utgår från att de depressiva symtomen har varit bakomliggande och kommit fram efter att de psykotiska symtomen avklingat, från att de har utvecklats först i efterloppet av psykosens, eller att de utgör en del av förloppet av sjukdomen schizofreni. De symtom som här avses är sällan tillräckligt allvarliga eller omfattande för att uppfylla de diagnostiska kriterierna (F32.2 och F32.3) för en svår depressiv episod. Det är ofta svårt att avgöra vilka symtom hos patienten som är betingade av depression och vilka som beror på neuroleptisk

medicinering eller på viljestörningar och flacka affekter som har ett samband med själva sjukdomen schizofreni. En växande suicidrisk har konstaterats i samband med den här avsedda depressiva episoden.

Om patienten inte längre har några schizofrenisymtom alls, borde diagnosen (F32), depressiv episod, användas. Om schizofrenisymtomen fortfarande är rikliga och uppseendeväckande, borde man hålla fast vid diagnosen för en lämplig schizofren subgrupp (F20.0, F20.1, F20.2 eller F20.3).

Diagnostiska kriterier:

A. De allmänna kriterierna för schizofreni (F20.0-F20.3) har uppfyllts under de senaste 12 månaderna, men uppfylls inte vid tidpunkten för undersökningen.

B. Patienten uppvisar fortfarande något av de i kriterierna G1(2) a,b,c eller d beskrivna symtomen på schizofreni F20.0-F20.3.

C. De depressiva symtomen bör vara tillräckligt långvariga, svåra och omfattande för att de ska kunna uppfylla de diagnostiska kriterierna för minst en lindrig depressiv episod (F32.0).

F20.5

JÄÄNNÖSSKITSOFRENIA (RESIDUAALINEN SKITSOFRENIA)

Schizofrent resttillstånd

Mukaan lukien

Pitkäaikainen erilaistumaton skitsofrenia

Skitsofreeninen jäännöstila

Inkluderar

Kronisk odifferentierad schizofreni

Restzustand (schizofren)

Huom.

Tätä diagnostista nimikettä käytetään skitsofreniasta, joka on selvästi edennyt varhaisvaiheesta myöhäisvaiheeseen. Varhaisvaiheeseen on kuulunut yksi tai useampia psykoottisten oireiden jaksoa, jolloin edellä kuvatut yleiset skitsofrenian diagnostiset kriteerit ovat täytyneet. Myöhäisvaihetta hallitsevat pitkäaikaiset, joskaan eivät välttämättä palautumattomat "negatiiviset" oireet. Tällaisia ovat esim. psykomotorinen hidastuminen, toimettomuus, tunteiden latistuminen, välinpitämättömyys ja aloitekyvyn puute, puheen määrän tai sisällön niukkuus ja nonverbaalisen ilmaisuuden köyhyys sekä heikentynyt kyky huolehtia itsestä ja selvittää sosiaalisesti.

Diagnostiset kriteerit:

A. Skitsofrenian (F20.0-F20.3) yleiset kriteerit ovat jossakin vaiheessa täytyneet, mutta eivät täyty tutkimushetkellä.

B. Vähintään neljä seuraavista "negatiivisista" oireista on esiintynyt edeltäneen 12 kuukauden ajan:

- (1) psykomotorinen hidastuneisuus tai aktiivisuuden alentuminen.
- (2) selvä tunteiden latistuminen.
- (3) passiivisuus ja aloitteellisuuden puute.
- (4) puheen niukkuus tai sisällön köyhyys.
- (5) niukka nonverbaalinen, ilmeillä, katsekontaktilla, äänen säätelyllä tai asennolla tapahtuva vuorovaikutus.
- (6) heikko sosiaalinen selviäminen tai itsestä huolehtiminen.

Erotusdiagnoosi:

Potilaalla ei ole dementiaa tai muuta elimellistä aivosairautta tai häiriötä eikä pitkäkestoista masennusta tai laitostumista, joka riittäisi selittämään negatiiviset oireet.

Anm.

Denna diagnostiska beteckning används om schizofreni som tydligt utvecklats från tidigt stadium till ett senare stadium. I det tidiga stadiet har ingått en eller flera perioder med psykotiska symtom under vilka de allmänna diagnostiska kriterierna för schizofreni har uppfyllts. Det senare stadiet domineras av långvariga, likväl inte nödvändigtvis irreversibla "negativa" symtom. Sådana är t.ex. psykomotorisk retardation, underaktivitet, flacka affekter, passivitet och brist på initiativ, ordfattigdom eller innehållslöst tal, bristfällig icke-verbal kommunikation samt sviktande förmåga att ta hand om sig själv och komma till rätta i sociala sammanhang.

Diagnostiska kriterier:

(A). De allmänna kriterierna för schizofreni (F20.0-F20.3) har under något stadium uppfyllts men uppfylls inte vid tidpunkten för undersökningen.

B. Minst fyra av följande "negativa" symtom har förekommit i 12 månaders tid före undersökningen:

- (1) psykomotorisk retardation eller minskad aktivitet,
- (2) tydliga flacka affekter.
- (3) passivitet och brist på initiativ..(4) ordfattigdom eller innehållslöst tal.
- (5) bristfällig icke-verbal kommunikation med nedsatt ansiktsmimik, ögonkontakt, röstmodulation och gester.
- (6) sviktande förmåga att ta hand om sig själv och komma till rätta i sociala sammanhang.

Differentialdiagnos:

Patienten lider inte av demens, annan organisk hjärnsjukdom eller störning eller långvarig depression eller passivering genom anstaltsvård som skulle förklara de negativa symtomen.

F20.6

ERITYISOSATEKIJÄTÖN SKITSOFRENIA

Schizofreni, simplexform

Huom.

Tämä on harvinainen häiriö, jossa potilaan käytös muuttuu huomaamatta mutta etenevästi omituiseksi. Hänen kyynsä selviytyä yhteiskunnan vaatimuksista heikkenee ja suorituskky laskee. Sairastuneella ei esiinny selviä harhaluuloja tai aistiharhoja, eikä hän ole niin selvästi psykoottinen, että muiden skitsofrenian alatyypien diagnostiset kriteerit täyttyisivät. Tässä häiriössä jäännösskitsofrenian luonteenomaiset "negatiiviset" piirteet (esim. tunneköyhyys ja tahdonpuute) kehittyvät ilman edeltäviä avoimia psykoottisia oireita. Lisääntyvästä sosiaalisesta köyhtymisestä ja kyvyttömyydestä saattaa seurata irtolaisuutta ja potilaasta saattaa tulla sisäänpäin kääntynyt, toimeton ja päämäärätön.

Diagnostiset kriteerit:

A. Kaikkien seuraavien kolmen kohdan hidias, mutta etenevä kehitys vähintään vuoden aikana:

- (1) merkittävä ja pysyvä jonkin käyttäytymisen alueen muutos, joka ilmenee tarmon ja kiinnostuksen menettämisenä, päämäärättömyytenä, toimetomuutena, omaan itseen käpertymisenä ja sosiaalisena vetäytymisenä;
- (2) "negatiivisten" oireiden, kuten merkittävän apatian, puheen vähyyden, aliaktiivisuuden, tunteiden latistumisen, passiivisuuden ja aloitteellisuuden puutteen ja huonon nonverbaalisen vuorovaikutuksen (kasvojen ilmehdintä, katsekontakti, äänen säätely ja asento) asteittainen ilmaantumisen ja voimistuminen.
- (3) merkittävä heikkeneminen sosiaalisessa, opillisessa tai ammatillisessa suoriutumisessa.

B. Missään vaiheessa ei esiinny F20.0-F20.3 kriteeri G1 mainittuja oireita eikä aistiharhoja tai hyvin muodostuneita harhaluuloja. Sairaus ei siis missään vaiheessa ole täyttänyt skitsofrenian tai minkään muun psykoottisen häiriön kriteerejä.

C. Ei ole näyttöä dementiaasta tai muusta F00-F09:ssä luetelluista elimellisestä mielenterveyden häiriöstä.

Erityisosatekijätön skitsofrenia -diagnoosia on vaikea tehdä luotettavasti. Jäännösskitsofrenialle tyypillisten "negatiivisten" piirteiden (katso F20.5 edellä) hidias kehittyminen on osoitettava ilman edeltävää psykoottista jaksoa. Lisäksi täytyy osoittaa, että tilaan liittyy merkittäviä henkilökohtaisen käyttäytymisen muutoksia, jotka ilmenevät huomattavana kiinnostuksen laskuna, toimettomuutena ja sosiaalisena vetäytymisenä vähintään vuoden kestäneen jakson aikana.

Anm.

Ett tillstånd med smygande men fortskridande utveckling av bisarra beteendestörningar. Det leder till oförmåga att möta krav från samhället och till nedsatt funktionsförmåga. Den insjuknade har inte tydliga vanföreställningar eller hallucinationer och är inte så tydligt psykotisk att de diagnostiska kriterierna för andra undergrupper skulle uppfyllas. Vid denna störning utvecklas de karakteristiska "negativa" kännetecknen (t.ex. flacka affekter och viljestörning) utan föregående psykotiska symtomen. Tilltagande sociala bristfälligheter och försämrade sociala förmågor kan leda till lösdriveri och patienten kan bli introvert och inaktiv person som saknar målsättning.

Diagnostiska kriterier:

A. En långsam men fortskridande utveckling av alla tre följande punkter under minst ett års tid:

- (1) en märkbar och bestående förändring av något beteendeeområde som framträder som nedsatt energi och intresse, avsaknad av mål, passivitet, inåtvändhet och social tillbakadragenhet.
- (2) "negativa" symtom debuterar och tilltar gradvis i styrka, till exempel märkbar apati, tystlåtenhet, inaktivitet, flacka affekter, passivitet och bristfällig initiativförmåga och dålig icke-verbal interaktion (nedsatt ansiktsmimik, ögonkontakt, röstmodulation och gester).
- (3) märkbar nedsättning av social, inlärnings- eller yrkesmässig förmåga.

Skitsotyyppinen häiriö (psykoosipiirteinen persoonallisuus)

Schizotyp störning

B. Inget stadium av sjukdomen uppvisar sådana symtom, hallucinationer eller tydligt utvecklade vanföreställningar som nämns i F20.0-F20.3 kriterium G1. Inget stadium av sjukdomen har uppfyllt kriterierna för schizofreni eller någon annan psykos.

C. Det finns inga symtom på demens eller någon annan organisk störning som uppräknas i F00-F09.

Det är svårt att ställa en tillförlitlig diagnos på schizofreni, simplexform. En långsam utveckling av de typiska "negativa" symtomen på schizofrent resttillstånd (se ovan F20.5) utan föregående psykotisk episod bör konstateras. Dessutom bör konstateras att tillståndet åtföljs av märkbara förändringar i det personliga beteendet som kommer till uttryck i en väsentlig minskning av intresse samt av inaktivitet och social tillbakadragenhet under en period av minst ett år.

F20.8

MUU SKITSOFRENIA

Annan specificerad schizofreni

Mukaan lukien

Senestopaattinen skitsofrenia

Tarkemmin määrittämätön skitsofreenistyyppinen häiriö

Tarkemmin määrittämätön skitsofreenistyyppinen psykoosi

Inkluderar

Cenestopatisk schizofreni

Schizofreniform psykos UNS

Schizofreniform störning UNS

F20.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN SKITSOFRENIA

Schizofreni, ospecificerad

F21

Skitsotyyppinen häiriö (psykoosipiirteinen persoonallisuus)

Schizotyp störning

Mukaan lukien

Piilevä skitsofreeninen reaktio

Piilevä skitsofrenia

Prepsykoottinen skitsofrenia

Ennakkovaiheinen skitsofrenia

Pseudoneuroottinen skitsofrenia

Skitsotyyppinen persoonallisuushäiriö

Rajatilaskitsofrenia

Inkluderar

Dold schizofren reaktion, dold schizofreni, pseudoneurotisk schizofreni, schizotyp personlighetsstörning, schizofrent gränstillstånd

Huom.

Häiriölle ovat ominaisia eriskummallinen käytös sekä ajattelun ja tunteiden poikkeavuudet, jotka muistuttavat skitsofreniassa tavattuja. Toisinaan se kehittyi selväksi skitsofreniaksi. Häiriö on pitkäaikainen ja sen oireiden voimakkuus vaihtelee. Häiriöllä ei ole selvää alkua, ja sen kehitys ja kulku ovat yleensä persoonallisuushäiriön kaltaisia. Sitä tavataan keskimääräistä useammin skitsofreniapotilaiden sukulaisilla ja sen uskotaan kuuluvan skitsofrenian geneettiseen "kirjoon". Mikäli ensimmäisen asteen sukulaisella todetaan skitsofreniaa, tämä tukee diagnoosia mutta ei ole kuitenkaan sen edellytys.

Tätä diagnostista nimikettä ei suositella yleiseen käyttöön, koska sen rajat skitsofrenia simplexin ja eristäytyvään tai epäluuloiseen persoonallisuuteen eivät ole selvät.

Diagnostiset kriteerit:

A. On esiintynyt joko jatkuvasti tai toistuvasti vähintään kahden vuoden ajan ainakin neljä seuraavista:

- (1) tunteiden asiaankuulumattomuus tai rajoittuneisuus, henkilö vaikuttaa kylmältä ja välinpitämättömältä.
 - (2) outo, omituinen tai erikoinen käytös tai olemus.
 - (3) huonot suhteet muihin ihmisiin ja taipumus sosiaaliseen vetäytymiseen.
 - (4) outoja uskomuksia tai maagista ajattelua, jotka vaikuttavat käyttäytymiseen ja jotka eivät ole alakulttuurin normien mukaisia.
 - (5) epäluuloisuutta tai paranoidisia ajatuksia.
 - (6) pakonomaisia mieltä hallitsevia ajatuskuluja vailla sisäistä hallintaa, sisällöltään usein liittyen ruumiin pelottavaan muuttumiseen, seksuaalisuuteen tai aggressiivisuuteen.
 - (7) epätavallisia havaintokokemuksia mukaan lukien ruumiillisiin tuntemuksiin tai muihin aisteihin liittyviä harha- aistimuksia, depersonalisaatiota (tunne itsen epätodellisuudesta) tai derealisaatiota (tunne ympäristön epätodellisuudesta).
 - (8) epämääräistä, kehämäistä, vertauskuvallista, liian yksityiskohtaista tai stereotyyppistä ajattelua, joka tulee esiin outoina puheina tai muulla tavoin, kuitenkin ilman merkittävää hajanaisuutta.
 - (9) ohimeneviä näennäisesti psykoottisia jaksoja, joihin liittyy voimakkaita harha- aistimuksia, kuulo- tai muita aistiharjoja sekä harhaluulon kaltaisia ajatuksia, jotka yleensä esiintyvät ilman ulkoisia yllätyksiä.
- B. Minkään ryhmän F20 (skitsofrenia) häiriön kriteerit eivät ole milloinkaan täytyneet.

Anm.

Störningen karakteriseras av excentriskt beteende samt egendomligheter i tankegång och affekter som påminner om motsvarigheter som påträffas i samband med schizofreni. Ibland utvecklas den till tydlig schizofreni. Störningen är långvarig och symtomens styrka varierar. Störningen har ingen tydlig debut och dess utveckling och förlopp påminner i allmänhet om en personlighetsstörning. Den påträffas oftare än genomsnittligt hos släktingar till schizofrenipatienter och uppfattas ha ett genetiskt samband med schizofreni. Om en släkting i första led konstateras lida av schizofreni, stöder detta diagnosen men utgör ändå inte en förutsättning för den.

Denna diagnostiska beteckning rekommenderas inte för allmänt bruk, eftersom dess gränsdragning till schizofreni simplexform och tillbakadragen eller misstänksam personlighet inte är tydlig.

Diagnostiska kriterier:

A. Antingen fortlöpande eller upprepad förekomst under minst två års tid av åtminstone fyra av följande symtom:

- (1) inadekvata eller begränsade affekter, personen förefaller kall och likgiltig.
 - (2) bisarrt, egendomligt eller säregt beteende eller väsen.
 - (3) dåliga relationer till andra människor och tendenser till social tillbakadragenhet.
 - (4) bisarra föreställningar eller magiskt tänkande som påverkar beteendet och som inte överensstämmer med subkulturella normer.
 - (5) misstänksamhet eller paranoidea idéer.
 - (6) tvångsmässiga dominerande tankegångar utan inre kontroll i vilka innehållet ofta är relaterat till skrämmande fysiska förändringar, sexualitet eller aggressivitet.
 - (7) ovanliga perceptiva upplevelser inklusive taktila förnimmelser eller perceptionsstörningar som hänför sig till andra sinnen, depersonalisation (känsla av osäkerhet om sin identitet) eller derealisation (känsla av att omgivningen är överklig).
 - (8) diffusa, kretsande, symboliska, alltför detaljerade eller stereotypa tankegångar som kommer till uttryck i egendomligt tal eller på annat sätt, likväl utan att vara nämnvärt osammanhängande.
 - (9) övergående skenbara psykotiska episoder som åtföljs av intensiva illusioner, hörselhallucinationer och vanföreställningslika idéer som vanligtvis uppstår utan någon yttre provokation.
- B. Kriterierna för någon störning i grupp F20 (schizofreni) har aldrig uppfyllts

F22

Pitkäaikaiset harhaluuloisuushäiriöt *Kroniska vanföreställningssyndrom*

Huom.

Ryhmä sisältää erilaisia häiriöitä, joissa pitkäaikaiset harhaluulot muodostavat ainoan tai merkittävimmän kliinisen tunnusmerkin ja joita ei voida luokitella elimelliseksi eikä skitsofreeniseksi häiriöiksi eikä mielialahäiriöiksi. Ilmeisesti ryhmän häiriöiden etiologia vaihtelee ja niiden yhteys skitsofreniaan on epävarmaa. Perinnöllisten tekijöiden, persoonallisuuden piirteiden ja elämäntilanteiden merkitystä näiden häiriöiden synnyssä ei tunneta.

Anm.

Gruppen omfattar diverse tillstånd där långvariga vanföreställningar, vilka inte kan klassificeras som organiska, schizofrena eller affektiva, utgör det enda eller mest framträdande kliniska draget. Uppenbarligen är störningarna i denna grupp av varierande etiologi och deras samband med schizofreni osäkert. Årtilighet, personlighetsdrag och livssituation tillmäts ingen betydelse för uppkomsten av dessa problem.

F22.0

HARHALUULOISUUSHÄIRIÖ

Vanföreställningssyndrom

Mukaan lukien

Paranoidinen psykoosi
Paranoidinen tila
[Myöhäisiän] parafrenia

Inkluderar

Parafreni (sen)
Paranoia
Paranoid psykos
Paranoiskt tillstånd

Huom.

Ryhmä häiriöitä, joille on ominaista joko yhden ainoan harhaluulon tai toisiinsa liittyvien, tavallisesti jatkuvien ja joskus elinikäisten harhaluulojen kehittyminen. Harhaluulon tai harhaluulojen sisältö on hyvin vaihteleva. Usein ne ovat vainoavia, luultuun ruumiilliseen sairauteen liittyviä tai suuruusharhoja. Ne voivat koskea myös oikeudellisia asioita tai mustasukkaisuutta tai voivat ilmentyä vakuuttuneisuutena siitä, että henkilön keho on epämuodostunut tai, että muut ajattelevat henkilön haisevan tai olevan homoseksuaali. Muuta psykopatologiaa ei yleensä esiinny, ajoittaiset masennusoireet ovat mahdollisia ja haju- tai tuntoharhoja voi joissakin tapauksissa kehittyä.

Diagnostiset kriteerit:

A. Esiintyy harhaluulo tai joukko toisiinsa liittyviä harhaluuloja, jotka ovat muita kuin tyypillisesti skitsofreeniseksi F20.0-20.3:n yleisissä kriteereissä G1.1, G1.b tai G1.d määritellyt (harhaluulot siis eivät ole täysin mahdottomia tai kulttuuriin sopimattomia). Tyypillisesti ne ovat vainoamis-, suuruus-, mustasukkaisuus- ja seksuaalisuusharhaluuloja tai luultuun ruumiilliseen sairauteen liittyviä harhaluuloja.

B. Kriteerin A mukainen harhaluulo (harhaluulot) on esiintynyt vähintään kolmen kuukauden ajan.

C. Skitsofrenian (F20.0-20.3) yleiset kriteerit eivät täyty.

D. Ei esiinny pitkäkestoisia aistiharhoja minkään aistin alueelta (saattaa kuitenkin esiintyä ohimeneviä tai ajoittaisia kuuloharhoja, jotka eivät ole kolmannessa persoonassa tai kommentoi jatkuvasti henkilöä).

E. Masennusoireita (tai jopa masennustila, F32) voi ajoittain esiintyä, edellyttäen, että harhaluuloja ilmenee myös silloin, kun mielialahäiriötä ei esiinny.

F. Ei ole näyttöä F00-F09:ssä luetellusta ensisijaisesta tai toissijaisesta elimellisestä mielenterveyshäiriöstä tai psykoaktiivisten aineiden käytöstä aiheutuvasta psykoottisesta häiriöstä (F1x.5).

Tätä diagnoosia ei voi asettaa, jos potilaalla on selviä ja jatkuvia kuuloharhoja. Sama koskee skitsofreenisiä oireita, kuten vaikutuselämyksiä ja huomattavaa tunteiden köyhtymistä, sekä selviä todisteita aivosairaudesta. Satunnaiset tai hetkelliset kuuloharhat eivät kuitenkaan sulje pois tätä diagnoosia, jos ne eivät ole tyypillisesti skitsofreenisiä ja

muodostavat vain pienen osan kliinisestä kokonaiskuvasta ja etenkin, jos ne esiintyvät vanhahkoilla potilailla. Sairaus alkaa yleensä keski-ikässä, mutta joskus, erityisesti kun on kyse uskumuksesta kehon epämuodostuneisuudesta, varhaisessa aikuisiässä. Harhaluulojen sisältö ja niiden puhkeaminen ovat usein yhteydessä henkilön elämäntilanteeseen, esim. vainoamisharhat vähemmistöjen jäsenillä. Suoraan harhaluulojärjestelmiin liittyviä toimia ja asenteita lukuun ottamatta, potilaan tunteet, puhe ja käyttäytyminen ovat normaaleja.

Huom!

Haluttaessa voidaan määritellä seuraavat tyypit: vainoharhainen, oikeuttahakeva, itseenkohdistava, suuruusharhainen, luulotautinen (ruumiillinen), mustasukkainen, erotomaaninen.

Anm.

En grupp störningar karakteriserade av utveckling av en eller flera besläktade vanföreställningar som oftast är kvarstående och ibland livslånga. Innehållet i vanföreställningen eller vanföreställningarna är mycket varierande. Ofta är de förföljelseteorier, relaterade till en inbillad fysisk sjukdom eller megalomani. De kan även gälla juridiska ärenden eller svartsjuka eller komma till uttryck i övertygelse om att personens kropp är missbildad eller att andra människor tycker att personen luktar illa eller är homosexuell. Annan psykopatologi förekommer i allmänhet inte, periodiska depressiva symtom är möjliga och olfaktoriska eller taktila hallucinationer kan i vissa fall utvecklas.

Diagnostiska kriterier:

A. Förekomst av vanföreställning eller ett antal sammanhängande vanföreställningar av annan art än de som definierats som typiskt schizofrena i de allmänna kriterierna G1.1, G1.b eller G1.d i grupp F20.0-20.3 (vanföreställningar är alltså inte helt omöjliga eller oförenliga med kulturen). Typiska är förföljelseteorier, megalomani, vanföreställningar relaterade till svartsjuka och sexualitet eller en inbillad fysisk sjukdom.

B. En vanföreställning (eller vanföreställningar) enligt kriterium A har uppträtt i minst tre månaders tid.

C. Uppfyller inte de allmänna kriterierna (F20.0-20.3) för schizofreni.

D. Inga långvariga hallucinationer förekommer inom något sinnesområde (likväl kan övergående eller periodiska hörselhallucinationer uppträda, dock inte i tredje person eller med ständiga kommentarer om personen).

E. Depressiva symtom (eller till och med deprssiv episod, F32) kan tidvis förekomma, förutsatt att vanföreställningar uppträder även då inga affektiva störningar förekommer.

F. Inga tecken på primära eller sekundära organiska psykiska störningar eller psykotiska störningar betingade av bruk av psykoaktiva substanser (F1x.5).

Denna diagnos kan inte ställas, om patienten lider av tydliga och kontinuerliga hörselhallucinationer. Detsamma gäller schizofrena symtom såsom perceptiva sensationer och märkbar affektavflackning samt tydliga bevis på hjärnsjukdom. Sporadiska eller tillfälliga hörselhallucinationer utesluter likväl inte denna diagnos, om de inte är typiskt schizofrena eller utgör bara en liten del av den kliniska helhetsbilden och i synnerhet om de förekommer hos äldre patienter. Sjukdomen debuterar i regel i medelåldern, men ibland, då det är fråga om en föreställning om fysisk missbildning, i tidig vuxenålder. Vanföreställningarnas innehåll och debut står ofta i samband med personens livssituation, t.ex. förföljelsetemani hos personer som tillhör minoriteter. Med undantag för handlingar och attityder direkt relaterade till vanföreställningarna är patientens känslor, tal och beteende normala.

Obs!

Om man önskar, kan man definiera följande typer: paranoid, rättsfixerad, sensitiv, megaloman, dysmorfofobisk/hypokondrisk (fysiskt), svartsjuk, erotoman.

F22.8

MUU PITKÄAIKAINEN HARHALUULOISUUSHÄIRIÖ

Annat specificerat kroniskt vanföreställningssyndrom

Mukaan lukien

Harhaluuloinen epämuotoisuuskammo (harhainen ruumiinkuvan hahmottamishäiriö)

Vaihdetuosiin ja vanhenemisikään liittyvät paranoidiset tilat

Kverulanttinen harhaluuloisuus

Inkluderar

Illuusiodysmorfofobia

Dysmorfofobi av vanföreställningskaraktär

Involutionsparanoida tillstånd

Kverulansparanoida

Huom.

Tämä on jäännösluokka pitkäaikaisille harhaluuloisuushäiriöille, jotka eivät täytä harhaluuloisuushäiriön (F22.0) diagnostisia kriteerejä. Häiriöt, joissa harhaluuloihin liittyy jatkuvia ääniharhoja tai skitsofreenisiä oireita, jotka eivät riitä skitsofreniadiagnosiin (F20.-) diagnosoidaan tähän. Harhaluuloisuushäiriöt, jotka ovat kestäneet alle kolme kuukautta kirjataan ainakin väliaikaisesti johonkin ryhmän F23 luokista.

Anm.

Detta är en restgrupp för kroniska vanföreställningssyndrom som inte uppfyller de diagnostiska kriterierna för vanföreställningssyndrom (F22.0). Störningar vilka åtföljs av kontinuerliga hörselhallucinationer eller schizofrena symptom som inte räcker till för schizofreniadiagnos (F20.-), diagnostiseras här: Vanföreställningssyndrom vars duration understigit tre månader hänförs åtminstone temporärt till någon av klasserna i grupp F23.

F22.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN PITKÄAIKAINEN HARHALUULOISUUSHÄIRIÖ

Kroniskt vanföreställningssyndrom, ospecificerat

F23

Akuutit ja ohimenevät psykoottiset häiriöt
Akuta och övergående psykotiska syndrom

Huom.

Toistaiseksi ei ole käytettävissä riittävää tutkimustietoa, jonka pohjalta voitaisiin rakentaa luotettavaa ohjeistoa akuuttien psykoottisten häiriöiden luokittelemiseksi. Käytettävissä olevan rajoitetun tiedon ja kliinisen kokemuksen pohjalta ei myöskään ole voitu luoda diagnostisia ryhmiä, jotka olisivat riittävän tarkasti rajatut ja erotettavissa toisistaan. Testatun moniakselijärjestelmän puuttuessa käytetään diagnostisen sekavuuden välttämiseksi järjestelmää, joka perustuu avainpiirteille annetulle tärkeysjärjestykselle:

- (a) akuutti alku (kahden viikon sisällä) määrittävänä piirteenä koko ryhmälle.
- (b) tyypillisten oireiden esiintyminen.
- (c) häiriöön liittyvän äkillisen rasitustekijän esiintyminen.

Luokittelu on kuitenkin laadittu siten, että häiriö, joka ei ole tämän tärkeysjärjestyksen mukainen, voidaan silti määrittää akuuteiksi psykoottiseksi häiriöksi, johon liittyy jokin näistä erityisistä piirteistä.

Akuutti alku tarkoittaa muutosta tilasta, jossa ei esiinny psykoottisia piirteitä, selvästi epänormaaliin psykoottiseen tilaan kahdessa viikossa tai vielä lyhyemmässä ajassa. On olemassa jonkin verran näyttöä siitä, että akuutti alku verrattuna hitaaseen on yhteydessä hyvään ennusteeseen ja saattaa olla, että mitä nopeammin muutos tapahtuu sitä parempi on ennuste. Siksi suositellaan, että 48 tunnin sisällä tapahtuneesta muutoksesta käytettäisiin nimitystä välitön alku. (Suomalainen terminologia ei ole vakiintunut, englanninkielessä käsitteet ovat acute ja abrupt.) Vaikkei tämän eron luokittelu olekaan mahdollista, tulee jaottelu tehdä ja kirjata kaikkien tämän ryhmän häiriöiden yhteydessä aina kun mahdollista.

Akuuttien psyykkisesti kuormittavien tekijöiden (stressi) on perinteisesti ajateltu liittyvän akuuttiin psykoosiin. Käytettävissä oleva rajoitettu tieto viittaa kuitenkin siihen, että merkittävä osa akuuteista psykoottisista häiriöistä kehittyi ilman erityistä kuormittavaa tapahtumaa. Siksi on ehdotettu sen esiintymisen tai puuttumisen kirjaamista. Tilaan liittyvä akuutti psyykkisesti kuormittava tekijä on määritelty yhdeksi tai useammaksi tapahtumaksi, jonka voidaan katsoa aiheuttavan rasitusta useimmille samoissa oloissa ja kulttuurissa sairastuneen kanssa eläville henkilöille. Ensimmäisten psykoottisten oireiden pitää ilmaantua noin kahden viikon sisällä tapahtumista. Tyypillisiä tällaisia tapahtumia ovat kuolema, odottamaton elämänkumppanin tai työn menetys, avioituminen tai taistelujen, terrorismin ja kidutuksen aiheuttama psykologinen vamma. Pitkäaikaisia vaikeuksia tai ongelmia ei tässä yhteydessä katsota kuormittaviksi tekijöiksi. Akuutin rasitustekijän mukana olo ilmaistaan koodin viidennellä merkkillä.

Täydellinen toipuminen akuutista psykoosista tapahtuu yleensä kahden kolmen kuukauden kuluessa ja usein jo muutaman viikon tai jopa päivien sisällä. Vain pienelle osalle sairastuneista kehittyi pitkäaikainen ja krooninen sairaus. Valitettavasti pientä huonoennusteista potilasryhmää ei vielä osata tunnistaa sairauden alkuvaiheessa.

Tässä esitetyt kliiniset kuvaukset ja diagnostiset ohjeet on kirjoitettu olettaen, että kliinikot voivat joutua tekemään diagnoosin hoidettuaan potilaita muutamia päiviä tai viikkoja häiriön alkamisesta. Heillä ei siis voi diagnoosia tehdessään olla tietoa, miten kauan häiriö tulee jatkumaan. Siksi kriteereissä on ohjeita aikarajoista ja diagnoosin tarkistamisesta.

Akuuttien häiriöiden nimikkeistö on yhtä epävarma kuin niiden tautiopillinen asemakin. Tässä nimikkeistössä on pyrit-

ty käyttämään yksinkertaisia ja tuttuja käsitteitä. "Psykoottinen häiriö" perusnimeen on liitetty tarkentava määrittely kuvaamaan häiriölle tyypillistä pääpiirrettä.

Ensimmäiseksi tyypilliseksi oireyhtymäksi on valittu nopeasti muuttuva ja vaihteleva tila, jota tässä kuvataan sanalla "monimuotoinen". Sitä pidetään useissa maissa merkittävämpänä akuuteista psykoottisista tiloista. Toisena esitetään tila, jossa esiintyy tyypillisiä skitsofreenisia oireita.

Taudinkuva:

Mikään ryhmän häiriöistä ei täytä maanisen tilan (F30) tai masennustilan (F32) diagnostisia kriteereitä, vaikka tunnetilojen muutokset ja yksittäiset mielialaoireet saattavat olla ajoittain huomattavia.

Elimelliset syyt kuten aivovamma, sekavuustila (delirium) tai dementia pitää sulkea pois. Häiriöihin liittyy usein hämmennyneisyyttä, vaipumista omiin ajatuksiin ja vaikeutta keskustella. Mikäli nämä oireet ovat niin merkittäviä tai pitkäaikaisia, että ne viittaavat elimellisistä syistä aiheutuneeseen sekavuustilaan (delirium) tai dementiaan, lykätään diagnosiin asettamista, kunnes tutkimukset tai seuranta ovat varmistaneet tilanteen. Ryhmän F23 diagnoosia ei pidä asettaa selvän lääke- päihde- tai alkoholi myrkytyksen aikana. Tämän ryhmän diagnoosi voidaan kuitenkin asettaa lievästä esimerkiksi alkoholin tai marihuanan kulutuksen lisääntymisestä huolimatta. Edellytyksenä on ettei päihteiden käyttöön liity voimakasta myrkytystä tai tajunnan hämärtymistä.

Häiriön muuttumisella psykoottiseksi joko 48 tunnin tai kahden viikon sisällä tarkoitetaan aikaa, joka kuluu muutokseen tilasta, jossa potilaalla ilmaantuu ensimmäisiä psykoottisia oireita, tilaan, jossa psykoottiset oireet ovat tulleet selviksi. Oireitten pitää tällöin häiritä merkittävästi arkielämää jollakin elämän alueella. Yleensä potilas hakee tässä vaiheessa joko hoitoa tai muuta apua. Potilaan tila voi tulla myöhemmin vaikeutua. Mahdollisia esioireita, ahdistuneisuutta, masennusta, sosiaalista vetäytymistä tai lievästi epänormaalia käyttäytymistä ei lasketa osaksi em. aikajaksoja.

Diagnostiset kriteerit:

G1. Äkillisesti alkaneet harhaluulot, aistiharhat, puheen käsittämättömyys tai hajanaisuus joko yhdessä tai erikseen. Aikaväli jonkin psykoottisen oireen ilmaantumisen ja täysin kehittyneen psykoottisen häiriön välillä ei saa ylittää kahta viikkoa.

G2. Jos ilmenee ohimeneviä hämmennyksen, väärintunnistamisen tai tarkkaavaisuuden ja keskittymiskyvyn heikkene-
misen vaiheita, ne eivät täytä elimellisistä syistä aiheutuvan tajunnantason laskun kriteereitä (F05, kriteeri G1).

G3. Maanisen jakson (F30), masennustilan (F32) tai toistuvan masennustilan (F33) oirekriteerit eivät täyty.

G4. Ei ole riittävästi näyttöä sellaisesta viimeaikaisesta psykeen vaikuttavien aineiden käytöstä, joka täyttäisi päihtymystilan (F1x.0), riippuvuusoireyhtymän (F1x.2) tai vieroitusoireiden (F1x.3 ja F1x.4) kriteerit. Jatkuva kohtalainen tai pääosin ennallaan pysynyt alkoholin tai päihteiden käyttö sellaisilla annoksilla tai frekvenssillä, johon henkilö on tottunut, ei välttämättä sulje pois F23:n käyttöä. Päätös tehdään kliinisen harkinnan ja tutkimusprojektin vaatimusten perusteella.

G5. Ei esiinny elimellistä mielenterveyden häiriötä (F00-F09) tai vakavaa keskushermostoon vaikuttavaa aineenvaihdunnan häiriötä (ei tarkoita synnytystä).

Huom!

Tutkimustarkoituksiin suositellaan, että muutos ei-psykoottisesta selvästi psykoottiseksi tilaksi tarkennetaan joko välittömäksi (alku 48 tunnin sisällä) tai akuutiksi (alku hitaammin kuin 48 tunnissa, mutta alle kahdessa viikossa).

Viidettä merkkiä käytetään osoittamaan äkillisen psykkisesti kuormittavan tekijän mahdollinen mukanaolo.

Anm.

Tills vidare finns inte tillräckliga forskningsresultat att tillgå som skulle göra det möjligt att utarbeta tillförlitliga anvisningar för klassificering av psykotiska störningar. Utifrån den begränsade kunskap och kliniska erfarenhet som står till förfogande har det inte heller varit möjligt att bilda diagnostiska grupper som skulle vara tillräckligt avgränsade och gå att särskilja. I brist på ett testat fleraxelsystem används för undvikande av diagnostisk oklarhet ett system som grundar sig på en prioritering av nyckelkännetecknen.

(a) akut debut (inom förloppet av två veckor) karakteriserande kännetecknen för hela gruppen.

(b) förekomst av typiska symtom.

(c) akut belastningsfaktor som har samband med störningen.

Klassificeringen är likväl uppgjord så, att en störning som inte följer denna prioritetsordning ändå kan definieras som akut psykotisk störning som åtföljs av något av dessa speciella kännetecken.

Akut debut betyder en förändring från ett tillstånd där det inte förekommer psykotiska drag, till ett onormalt psykotiskt tillstånd under förloppet av två veckor eller ännu kortare tid.. Det finns en del bevis på att en akut debut i jämförelse med en långsam debut har ett samband med god prognos och det är möjligt att prognosen är desto bättre ju fortare

förändringen inträffar. Därför rekommenderas det att man om en förändring som inträffat inom 48 timmar använder beteckningen abrupt debut. (På finska är terminologin inte etablerad, på engelska anges begreppen som acute och abrupt.) Även om det inte är möjligt att klassificera denna differens bör indelningen göras och antecknas i samband med störningar inom denna grupp varje gång det är möjligt.

Akuta psykiska belastningsfaktorer (stress) har traditionellt ansetts åtfölja akut psykos. Den begränsade kunskap som finns att tillgå tyder likväl på att akut psykos till stor del utvecklas utan särskild belastande faktor. Därför föreslås det att förekomst eller avsaknad av en sådan faktor ska antecknas. Som akut belastande faktor som hänför sig till tillståndet har definierats en eller flera händelser som kan anses medföra en belastning för de flesta personer som lever i samma förhållanden och kultur som den insjuknade. De första psykotiska symtomen bör framträda inom ca två veckor efter dessa händelser. Typiska sådana händelser är död, en oväntad förlust av livskamrat eller arbete, giftermål eller skada som orsakats av strider, terrorism och tortyr. Långvariga svårigheter eller problem betraktas inte i detta sammanhang som belastande faktorer. Förekomst av akut belastningsfaktor anges med tecknet i femte positionen.

Fullständig remission från akut psykos inträffar i regel inom förloppet av två till tre månader och ofta redan inom några veckor eller t.o.m. några dagar. Endast en liten del av de insjuknade utvecklar en långvarig och kronisk sjukdom. Tyvärr är det inte ännu möjligt att i begynnelsestadiet av sjukdomen definiera den lilla patientgrupp som har en dålig prognos.

De kliniska beskrivningar och diagnostiska anvisningar som här framförts har skrivits utgående från att kliniker kan vara tvungna att ställa diagnos efter att ha vårdat patienter i några dagar eller veckor efter störningens debut. De kan således inte vid diagnostiseringen vara medvetna om hur länge störningen kommer att fortgå. Därför ingår anvisningar om tidsgränser och översyn av diagnosen i kriterierna.

De akuta störningarnas beteckningar är lika osäkra som deras patologiska ställning. I dessa beteckningar har man strävat efter att använda lättfattliga och bekanta begrepp. Till grundbeteckningen "psykotisk störning" har fogats en preciserande definition som beskriver ett för störningen typiskt primärt symtom.

Som första typiska syndrom har utvalts ett snabbt föränderligt och varierande tillstånd som här beskrivs med ordet "polymorf". Det betraktas i många länder som det viktigaste av de akuta psykotiska tillstånden. Det andra tillstånd som framförs uppvisar typiska schizofrena symtom.

Sjukdomsbild:

Ingen av störningarna i gruppen uppfyller de diagnostiska kriterierna för manisk episod (F30) eller depressiv episod (F32) trots att betydande affektiva förändringar och enskilda förstämningssymtom tidvis kan förekomma.

Organiska orsaker såsom hjärnskada, konfusion (delirium) eller demens bör uteslutas. Störningarna åtföljs ofta av förvirring, försjunkande i egna tankar och svårigheter att delta i samtal. Om dessa symtom är så betydande eller långvariga att de tyder på förvirring (delirium) eller demens, uppskjuts diagnostiseringen tills undersökningen eller uppföljningen har klarlagt situationen. Diagnos från grupp F23 bör inte ställas vid tydlig läkemedels-, drog- eller alkoholintoxikation. Diagnos från denna grupp kan likväl ställas oavsett en lindrig ökning av bruk av alkohol eller marijuana. En förutsättning är att drogintaget inte åtföljs av kraftig intoxikation eller medvetandegrumling.

Med förändring till psykotisk störning inom antingen 48 timmar eller två veckor avses den tid som förflyter från det tillstånd då patienten uppvisar de första psykotiska symtomen till det tillstånd då de psykotiska symtomen har blivit tydliga. Symtomen bör då märkbart störa det dagliga livet på något av livets områden. I regel söker patienten i detta stadium antingen vård eller annan hjälp. Patientens tillstånd kan de facto senare förvärras. Eventuella inledande symtom, ångest, depression, social tillbakadragenhet eller lindrigt onormalt beteende anses inte tillhöra ovan nämnda perioder.

Diagnostiska kriterier:

G1. Akut debut av vanföreställningar, hallucinationer, obegripligt eller osammanhängande tal antingen tillsammans eller separat. Tidsförloppet mellan uppkomsten av ett psykotiskt symtom och en helt utvecklad psykotisk störning får inte överstiga två veckor.

G2. Om det förekommer övergående perioder av förbrylelse, identifieringsfel eller försvagad uppmärksamhet och koncentration, uppfyller de inte kriterierna för organiskt betingad nedsatt medvetandegrad (F05, kriterium G1).

G3. Symtomen för manisk episod (F30), depressiv episod (F32) eller recidiverande depression (F33) uppfylls inte.

G4. Det finns inte tillräckliga bevis för sådant nyligen inträffat bruk av psykoaktiva substanser som uppfyller kriterierna för intoxikation (F1x.0), beroendesyndrom (F1x.2) eller abstinenssymtom (F1x.3 och F1x.4). Kontinuerligt måttligt eller till största delen oförändrat bruk av alkohol eller droger med sådana doser och sådan frekvens som personen är van vid utesluter nödvändigtvis inte användning av F23. Beslutet fattas utifrån kliniskt övervägande och de krav forskningsprojektet ställer.

G5. Ingen förekomst av organisk psykisk störning (F00-F09) eller allvarligare störning i metabolismen som påverkar det

centrala nervsystemet (avser inte förlossning).

Obs!

För forskningsändamål rekommenderas att en förändring från icke-psykotiskt till uttalat psykotiskt tillstånd specificeras som antingen ett omedelbart (debut inom 48 timmar) eller akut (långsammare än 48 timmar, men snabbare än inom förloppet av två veckor).

Tecknet i femte positionen används för att beteckna en eventuell förekomst av en psykisk belastningsfaktor.

F23.0

AKUUTTI MONIMUOTOINEN PSYKOOTTINEN HÄIRIÖ ILMAN SKITSOFRENOIREITA

Akut polymorf psykos utan egentlig schizofren sjukdomsbild

Huom.

Äkillinen psykoottinen häiriö, jossa aistiharhat, harhaluulot ja havaintohäiriöt ovat ilmeisiä, mutta huomattavan vaihtelevia ja muuttuvat päivittäin tai jopa tunteittain. Myös tunne-elämä on usein myrskyisiä: ilmenee voimakkaita onnen tai haltioitumisen tunteita tai ahdistusta ja ärtyisyyttä. Monimuotoinen ja epävakaa, muuttuva kliininen kuva on luonteenomainen häiriölle. Vaikka erillisiä mieliala- tai psykoosioireita saattaa ajoittain esiintyä, maanisen jakson (F30), masennustilan (F32) tai skitsofrenian (F20) diagnostiset kriteerit eivät täyty. Tässä häiriössä välitön alku (48 tunnin sisällä) ja nopea oireiden häviäminen on erityisen todennäköisestä. Suuressa osassa tapauksista ei ole selvää edeltävää psyykkisesti kuormittavaa tekijää. Jos oireet kestävät yli kolme kuukautta, tulee diagnoosia muuttaa. (Pitkäaikainen harhaluuloisuushäiriö (F22) tai muu psykoottinen häiriö (F28) ovat todennäköisesti kaikkein sopivimpia).

Diagnostiset kriteerit

- A. Täyttää äkillisten ja väliaikaisten psykoottisten häiriöiden (F23) yleiset kriteerit.
- B. Oireet vaihtuvat nopeasti laadultaan ja voimakkuudeltaan päivästä toiseen tai saman päivän aikana.
- C. Kaiken tyyppisiä aistiharhoja tai harhaluuloja ilmenee vähintään useita tunteja milloin tahansa häiriön alkamisen jälkeen.
- D. Samanaikaisesti ilmenee oireita vähintään kahdesta seuraavasta luokasta:
 - (1) tunteiden kuohuminen, jolloin tyyppisiä ovat voimakkaat onnellisuuden tai hurmoksen tunteet tai ylivoimainen ahdistuneisuus tai huomattava ärtyneisyys.
 - (2) hämmennys tai henkilöiden tai paikkojen väärintunnistaminen.
 - (3) huomattavissa määrin lisääntynyt tai vähentynyt liikkuminen.
- E. Mikäli ilmenee skitsofrenian (F20.0-F20.3) kriteereissä G.1 ja G.2 lueteltuja oireita, ne ovat esillä vain lyhyen ajan alun jälkeen, eli F23.1 kriteeri B ei täyty.
- F. Häiriön kokonaiskesto ei ylitä kolmea kuukautta.

Anm.

Akut psykotisk störning med uppenbara hallucinationer, vanföreställningar och perceptionsstörningar, likväl märkbart varierande från dag till dag eller t.o.m. från timme till timme. Ofta förekommer även starka affekter: Starka känslor av lycka eller begeistring eller ångest och retlighet. En polymorf och instabil, växlande klinisk bild är karakteristisk för störningen. Även om separata förstärknings- eller psykossymtom tidvis kan förekomma, uppfylls inte de diagnostiska kriterierna för manisk episod (F30), depressiv episod (F32) eller schizofreni (F20). Vid denna störning är det synnerligen sannolikt att debuten är omedelbar (inom 48 timmar) och att att symtomen snabbt avklingar. Största delen av fallen saknar en uttalad föregående psykisk belastningsfaktor. Om symtomen vara över tre månader, bör diagnosen ändras. (Kroniska vanföreställningssyndrom (F22) eller annan psykotisk störning (F28) hör med all sannolikhet till de bäst lämpade).

Diagnostiska kriterier:

- A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F23) för akut och övergående psykotiska syndrom.
- B. Symtomen växlar snabbt i art och styrka från dag till dag eller under samma dag.
- C. Hallucinationer eller vanföreställningar av alla slag uppträder i minst flera timmars tid när som helst efter störningens debut.
- D. Samtidigt uppträder symtom från minst två av följande klasser:
 - (1) känslösvall varvid typiska affekter är starka lyckokänslor eller extatiska känslor eller övermäktigt ångest eller märkbar retlighet
 - (2) förbryllelse eller fel identifiering av personer eller platser.
 - (3) märkbar hyper- eller hypokinesi.
- E. Om symtom på schizofreni (F20.0-F20.3) som uppräknas i kriterierna G.1 och G.2 förekommer, uppträder de endast under en kort period efter debuten, dvs. att kriterium B i F23.1 inte uppfylls.

Akuutit ja ohimenevät psykoottiset häiriöt

Akuta och övergående psykotiska syndrom

F. Störningens totala duration överstiger inte tre månader.

F23.00 **Akuutti monimuotoinen psykoottinen häiriö ilman skitsofreniaoireita tilaan ei liity akuuttia rasitetekijää**
Akut polymorf psykos utan egentlig schizofren sjukdomsbild utan akut belastningsfaktor

F23.01 **Akuutti monimuotoinen psykoottinen häiriö ilman skitsofreniaoireita tilaan liittyy akuutti rasitetekijä**
Akut polymorf psykos utan egentlig schizofren sjukdomsbild med akut belastningsfaktor

F23.09 **Akuutti monimuotoinen psykoottinen häiriö ilman skitsofreniaoireita ei tietoa rasitetekijöistä**
Akut polymorf psykos utan egentlig schizofren sjukdomsbild UNS

F23.1 **AKUUTTI MONIMUOTOINEN SKITSOFRENIAREINEN PSYKOOTTINEN HÄIRIÖ**
Akut polymorf psykos med schizofren sjukdomsbild

Huom.

Äkillinen psykoottinen häiriö, joka täyttää äkillisen monimuotoisen psykoottisen häiriön (F23.0) kriteerit, mutta jossa ilmenee jatkuvasti myös tyypillisiä skitsofrenian oireita.

Jos skitsofreniaoireet jatkuvat yli kuukauden ajan, diagnoosi pitäisi vaihtaa skitsofreniaan (F20).

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää äkillisen monimuotoisen psykoottisen häiriön (F23.0) kriteerit A, B, C ja D.

B. Joitakin skitsofrenian (F20.0-F20.3) oireita ilmenee suurimman osan aikaa häiriön alettua, vaikka täysien kriteerien ei tarvitse täytyä. Vähintään yksi kriteereissä G1 (1)(a):sta G1(2)(c):hen kuvatuista oireista.

C. Kriteereissä B kuvatut skitsofrenian oireet eivät kestä yli kuukautta.

Anm.

Akut psykotisk störning som uppfyller kriterierna för akut polymorf psykos (F23.0), men som fortsättningsvis uppvisar typiska schizofrena symtom.

Om de schizofrena symtomen fortsätter i över en månads tid, bör diagnosen ändras till schizofreni v(F20).

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller kriterierna för akut polymorf psykos (F23.0) A, B, C och D.

B. En del symtom på schizofreni (F20.0-F20.3) uppträder under största delen av tiden efter störningens debut även om hela kriterier inte behöver uppfyllas. Minst ett av de symtom som beskrivs i kriterierna G1 (1)(a) ? G1(2)(c).

C. De symtom på schizofreni som beskrivs i kriterium B varar inte längre än en månad.

F23.10 **Akuutti monimuotoinen skitsofreniaoireinen psykoottinen häiriö tilaan ei liity akuutti rasitetekijää**
Akut polymorf psykos med schizofren sjukdomsbild utan akut belastningsfaktor

F23.11 **Akuutti monimuotoinen skitsofreniaoireinen psykoottinen häiriö tilaan liittyy akuutti rasitetekijä**
Akut polymorf psykos med schizofren sjukdomsbild med akut belastningsfaktor

F23.19 **Akuutti monimuotoinen skitsofreniaoireinen psykoottinen häiriö ei tietoa rasitetekijöistä**
Akut polymorf psykos med schizofren sjukdomsbild UNS

F23.2 **AKUUTTI SKITSOFRENIISTYYPINEN PSYKOOTTINEN HÄIRIÖ**
Akut schizofreniliknande psykos

Mukaan lukien

Akuutti erityispiirteetön skitsofrenia

Lyhytkestoinen skitsofrenistyyppinen häiriö

Lyhytkestoinen skitsofrenistyyppinen psykoosi

Oneirofrenia

Skitsofreeninen reaktio

Inkluderar

Akut (odifferentierad) schizofreni

Kortvarig schizofreniform psykos

Kortvarig schizofreniform störning
Oneirofreni
Schizofren reaktion

Huom.

Akuutti psykoottinen häiriö, jossa psykoottiset oireet ovat suhteellisen vakaita ja täyttävät skitsofrenian (F20) diagnostiset kriteerit, mutta ovat kestäneet vähemmän kuin kuukauden. Jonkin asteista tunteiden vaihtelua ja epävakaisuutta saattaa esiintyä, mutta ei siinä määrin kuin akuutissa monimuotoisen psykoottisessa häiriössä (F23.0).

Diagnostiset kriteerit:

- A. Täyttää akuuttien ja ohimenevien psykoottisten häiriöiden (F23) yleiset kriteerit.
- B. Täyttää skitsofrenian (F20.0-F20.3) kriteerit lukuun ottamatta häiriön kestoa koskevaa kriteeriä.
- C. Ei täytä akuutin monimuotoisen psykoottisen häiriön (F23.0) kriteerejä B, C ja D.
- D. Häiriön kokonaiskesto ei saa ylittää kuukautta.

Jos skitsofreniaoireet säilyvät yli kuukauden ajan, kyseessä on skitsofrenia (F20).

Anm.

Akut psykos med relativt stabila psykotiska symtom som uppfyller de diagnostiska kriterierna för schizofreni (F20), men har varat kortare tid än en månad. Känslösvängningar och affektiv instabilitet kan förekomma i någon mån, men inte i så hög grad som vid polymorf psykos (F23.0).

Diagnostiska kriterier:

- A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F23) för övergående psykotiska syndrom.
 - B. Uppfyller kriterierna för schizofreni (F20.0-F20.3) med undantag för kriteriet om störningens duration.
 - C. Uppfyller inte kriterierna för akut polymorf psykos (F23.0) B, C och D.
 - D. Störningens totala duration får inte överskrida en månad.
- Om de schizofrena symtomen kvarstår längre än en månad, är det fråga om schizofreni (F20).*

F23.20 **Akuutti skitsofrenistyyppinen psykoottinen häiriö tilaan ei liity akuuttia rasitetekijää**

Akut schizofreniilknande psykos utan akut belastningsfaktor

F23.21 **Akuutti skitsofrenistyyppinen psykoottinen häiriö tilaan liittyy akuutti rasitetekijä**

Akut schizofreniilknande psykos med akut belastningsfaktor

F23.29 **Akuutti skitsofrenistyyppinen psykoottinen häiriö ei tietoa rasitetekijöistä**

Akut schizofreniilknande psykos UNS

F23.3

MUUT AKUUTIT PÄÄASIALISESTI HARHALUULO-OIREISET PSYKOOTTISET HÄIRIÖT

Andra akuta vanföreställningssyndrom

Mukaan lukien

Paranoidinen reaktio
Psykkisperäinen paranoidinen psykoosi

Inkluderar

Paranoid reaktion
Psykogen paranoid psykos

Huom.

Ryhmään kuuluvat äkilliset psykoottiset häiriöt, joissa tärkeimpiä kliinisiä piirteitä ovat suhteellisen vakaat harhaluulot tai harha-aistimukset, mutta jotka eivät täytä skitsofrenian (F20) diagnostisia kriteerejä. Vainoamisharhaluulot ja kohdistamisharhaluulot ovat tavallisia ja harha-aistimukset ovat yleensä kuuloharhoja (äänet puhuvat suoraan potilaalle).

Diagnostiset kriteerit:

- A. Täyttää äkillisten ja väliaikaisten psykoottisten häiriöiden (F23) yleiset kriteerit.
- B. Esiintyy suhteellisen vakaita harhaluuloja ja/tai aistiharhoja, mutta skitsofrenian oirekriteerit eivät täyty (F20.0-F20.3).

Akuutit ja ohimenevät psykoottiset häiriöt

Akuta och övergående psykotiska syndrom

C. Ei täytä äkillisen monimuotoisen psykoottisen häiriön (F23.0) kriteerejä.

D. Häiriön kokonaiskesto ei ylitä kolmea kuukautta.

Jos harhaluulot säilyvät yli kolme kuukautta, kyseessä on pitkäaikainen harhaluuloisuushäiriö (F22). Jos ainoastaan aistiharhat säilyvät yli kolme kuukautta, kyseessä on muu ei-elimellinen psykoottinen häiriö (F28).

Anm.

Akuta psykotiska störningar med relativt stabila vanföreställningar eller hallucinationer som främsta kliniska drag utan att dessa symtom motiverar diagnosen schizofreni (F20.-). Förföljelseteorier och projektion är vanliga och vanföreställningarna är i regel hörselhallucinationer (rösterna talar direkt till patienten).

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F23) för övergående psykotiska syndrom.

B. Förekomst av relativt stabila vanföreställningar och/eller hallucinationer, men symtomkriterierna för schizofreni uppfylls inte (F20.0-F20.3).

C. Uppfyller inte kriterierna för akut polymorf psykos (F23.0).

D. Störningens totala duration överskrider inte tre månader.

Om vanföreställningarna kvarstår längre än tre månader, är det fråga om ett långvarigt vanföreställningssyndrom (F22). Om endast hallucinationerna kvarstår längre än tre månader, är det fråga om någon annan icke-organisk psykotisk störning (F28).

F23.8

MUU AKUUTTI TAI OHIMENEVÄ PSYKOOTTINEN HÄIRIÖ

Andra specificerade akuta eller övergående psykos

Huom.

Ryhmään kuuluvat kaikki ne akuutit psykoottiset häiriöt, joita ei voi diagnosoida luokkiin F23.0-F23.3. (kuten akuutit psykoottiset tilat, joissa varmoja harhaluuloja tai aistiharhoja ilmenee mutta vain pienen osan ajasta) tulee merkitä tähän. Myös erilaistumattomat kiihtymystilat tulee merkitä tähän, jos yksityiskohtaisempaa tietoa potilaan mielenterveyden tilasta ei ole saatavissa, edellyttäen, ettei ole osoitusta elimellisestä syystä.

Anm.

I gruppen ingår alla de akuta psykotiska störningar som inte kan diagnostiseras i undergrupperna F23.0-F23.3. (såsom akuta psykotiska tillstånd där tydliga vanföreställningar eller hallucinationer uppträder, men endast under del av tiden) bör antecknas här. Även ospecificerade excitationstillstånd bör antecknas här, om mer detaljerad information om patientens psykiska tillstånd inte finns att tillgå, förutsatt att det inte finns något som tyder på organiska orsaker.

F23.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN AKUUTTI TAI OHIMENEVÄ PSYKOOTTINEN HÄIRIÖ

Akut och övergående psykos, ospecificerad

Mukaan lukien

Reaktiivinen psykoosi

Tarkemmin määrittämätön lyhyt reaktiivinen psykoosi

Inkluderar

Kortvarig reaktiv psykos UNS

Reaktiv psykos

F23.90

Määrittämätön akuutti ja ohimenevä psykoottinen häiriö tilaan ei liity akuuttia rasitetekijää

Akut och övergående psykos, ospecificerad utan akut belastningsfaktor

F23.91

Määrittämätön akuutti ja ohimenevä psykoottinen häiriö tilaan liittyy akuutti rasitetekijä

Akut och övergående psykos, ospecificerad utan akut belastningsfaktor

F23.99

Määrittämätön akuutti ja ohimenevä psykoottinen häiriö ei tietoa rasitetekijöistä

Akut och övergående psykos, ospecificerad UNS

F24

Indusoitunut harhaluuloisuus (jaettu harhaluuloisuus) *Inducerat vanföreställningssyndrom*

Mukaan lukien

Indusoitunut paranoidinen häiriö
Indusoitunut psykoottinen häiriö

Inkluderar

Folie à deux
Inducerad paranoid störning

Huom.

Harvinainen harhaluuloisuusuhäiriö, joka on kahden tai toisinaan useamman läheisesti sidoksissa olevan henkilön jakama. Vain yksi henkilöistä kärsii aidosta psykoottisesta häiriöstä, mutta harhaluulot leviävät toiseen tai toisiin ja tavallisesti katoavat, kun henkilöt ovat erillään. Hallitsevan henkilön psykoottinen häiriö on usein, mutta ei välttämättä, skitsofrenia. Sekä alkuperäiset hallitsevan henkilön että levinneet harhaluulot ovat yleensä pitkäaikaisia ja luonteeltaan vainoamis- tai suuruusharjoja. Harhaluuloiset uskomukset siirtyvät tällä tavoin vain epätavallisissa olosuhteissa. Lähes aina kyseessä olevat henkilöt ovat epätavallisen läheisissä suhteissa ja eristettyinä muista kielellisesti, kulttuurillisesti tai maantieteellisesti. Henkilö, johon harhaluulot siirtyvät, on yleensä alkuperäistä psykoosia sairastavasta henkilöstä riippuvainen tai muuten alisteisessa suhteessa tähän.

Diagnostiset kriteerit:

- Potilaalle kehittyä harhaluulo tai harhaluulojärjestelmä, joka on aiemmin ilmennyt muulla henkilöllä, jolla on luokkiin F20-F23 luokiteltu häiriö.
- Kyseessä olevilla henkilöillä on epätavallisen läheinen suhde toisiinsa, ja he ovat suhteellisen eristäytyneitä muista ihmisistä
- Potilaalla ei ole ollut kyseessä olevaa uskomusta ennen kontaktia mainittuun henkilöön, eikä hän ole aiemmin kärsinyt muusta luokkiin F20-F23 luokitellusta häiriöstä.

Huom!

Aistiharjojen indusoituminen on epätavallista, mutta se ei ole este tämän diagnoosin asettamiselle.

Jos on syytä uskoa, että kahdella yhdessä asuvalla henkilöllä on riippumaton psykoottinen häiriö, ei kumpaakaan tule luokitella tällä koodilla, vaikka osa harhaluuloista olisikin jaettu.

Anm.

En sällsynt paranoid störning som delas av två eller flera personer med nära anknytning till varandra. Endast en av personerna lider av en genuin psykotisk störning, men vanföreställningarna sprider sig till en annan eller andra och träder tillbaka då personerna befinner sig på skilda håll. Den dominerande personens psykotiska störning är ofta, men inte nödvändigtvis schizofreni. Både den dominerande personens och de utbredda vanföreställningarna är i regel långvariga och karakteriserar av paranoia eller megalomani. Vanföreställningarnas innehåll sprids endast under ovanliga omständigheter på detta sätt. Personerna i fråga har nästan alltid en ovanligt nära relation och är språkligt, kulturellt eller geografiskt isolerade från andra människor. Den person till vilken vanföreställningarna övergår är i regel beroende av en person som lider av den ursprungliga psykosens eller står i ett underställt förhållande till patienten.

Diagnostiska kriterier:

- Patienten utvecklar en vanföreställning eller paranoida föreställningar som tidigare har uppträtt hos en annan person med en störning som klassificerats i undergrupperna F20-F23.
- Personerna i fråga står varandra exceptionellt nära och är relativt isolerade från andra människor
- Patienten har inte haft en sådan vanföreställning innan kontakten etablerades med ovan nämnda person, och har inte tidigare lidit av någon annan i grupperna F20-F23 klassificerad störning.

Obs!

Inducering av hallucinationer är sällsynt, men utgör inte ett hinder för denna diagnos.

Om det föreligger skäl att tro att två personer som bor tillsammans lider av en oberoende psykotisk störning, bör ingendera klassificeras med denna kod, även om en del av vanföreställningarna är delade.

F25

Skitsoaffektiiviset häiriöt *Schizoaffectiva syndrom*

Huom.

Nämä ovat jaksoittaisia häiriöitä, joissa on merkittäviä mieliala- ja skitsofreniaoireita saman sairausjakson aikana. Oireiden tulisi mielellään esiintyä samanaikaisesti tai ainakin muutaman päivän sisällä toisistaan. Ei tiedetä, onko tämän ryhmän häiriöillä yhteyttä tyypillisiin mielialahäiriöihin (F30-F39) ja skitsofreenisiin häiriöihin (F20-F24). Niillä on oma erillinen luokkansa, koska ne ovat liian yleisiä huomiotta jätettäviksi.

Tilat, joissa mielialaoireita ilmenee jo olemassa olevan skitsofreenisen sairauden seurauksena tai lisänä taikka yhtäaikaan tai vuorotellen muunlaisten pitkäaikaisten harhaluuloisuushäiriöiden kanssa, luokitetaan asianmukaiseen luokkaan F20-F29.

Mielialaan sopimattomat harhaluulot tai aistiharhat mielialahäiriössä (F30.2, F31.2, F31.5, F32.3 tai F33.3) eivät itsessään oikeuta skitsoaffektiivisen häiriön diagnoosin tekemistä.

Toistuvista skitsoaffektiivisen häiriön jaksoista kärsivät potilaat, etenkin ne, joiden oireet ovat maanista mieluummin kuin masennustyyppistä, yleensä toipuvat täysin ja heille kehittyy vain harvoin toimintavajausta.

Skitsoaffektiivisen häiriön diagnoosi tulee tehdä vain, kun ilmenee huomattavia sekä varmoja skitsofreenisiä oireita että varmoja mielialahäiriön oireita yhtäaikaisesti tai muutaman päivän sisällä toisistaan saman sairausjakson aikana ja, kun tämän seurauksena sairausjakso ei täytä skitsofrenian eikä masennustilan tai maanisen jakson diagnostisia kriteerejä. Termiä ei käytetä potilailla, joilla ilmenee skitsofreenisiä oireita ja masennusoireita vain sairauden eri jaksoissa. On tavallista esimerkiksi, että skitsofreenisillä potilailla ilmenee masennusoireita psykoottisen jakson jälleennöstitilana (katso skitsofrenian jälkeinen masennus (F20.4)). Joillakin potilailla on toistuvia skitsoaffektiivisiä jaksoja, jotka voivat olla maanista tai masennus tyyppiä tai sekamuotoista. Joillakin on yksi tai kaksi skitsoaffektiivistä jaksoa sijoittuen tyypillisten mania- tai masennusjaksojen väliin. Ensimmäisessä tapauksessa skitsoaffektiivinen psykoosi on sopiva diagnoosi. Jälkimmäisessä tapauksessa ajoittaisten skitsoaffektiivisten jaksojen esiintyminen ei kumoa kaksisuuntaisen mielialahäiriön tai toistuvien masennusjaksojen diagnoosia, jos kliininen kuva on muissa suhteissa tyypillinen.

Diagnostiset kriteerit:

G1. Täyttää jonkin mielialahäiriön (F30, F31, F32), voimakkuudeltaan keskivaikean tai vaikean, kriteerit, kuten on määritelty kussakin luokassa.

G2. Esiintyy selviä oireita vähintään yhdestä alla luetelluista ryhmistä suurimman osan aikaa vähintään kahden viikon aikana. (Nämä ryhmät ovat lähes samat kuin skitsofreniassa, katso F20.0-F20.3):

(1) ajatusten kaikkuminen, ajatusten siirto tai riisto ja ajatusten lähettäminen (F20.0-F20.3, kriteeri G1.1.a).

(2) hallintaan, kontrollointiin, vaikuttamiseen tai ohjatuksi tulemiseen liittyvät harhaluulot, jotka potilas selvästi liittää vartalon tai raajojen liikkeisiin tai erityisiin ajatuksiin, toimiin tai tunteuksiin (F20.0-F20.3, kriteeri G1.1.b).

(3) kuuloharhat, joissa äänet kommentoivat potilaan käyttäytymistä tai keskustelevat potilaasta keskenään tai muun tyyppisiä kuuloharhoja, joissa äänet tulevat jostakin ruumiinosasta (F20.0-F20.3, kriteeri G1.1.c).

(4) muut itsepintaiset harhaluulot, jotka ovat kulttuuriin sopimattomia ja täysin mahdollittomia, ja jotka eivät ole pelkäämistään suuruuskuvitelmia tai vainoharhoja (F20.0-F20.3, kriteeri G1.1.d), esim.: on vierailut toisissa maailmoissa, pystyy kontrolloimaan pilviä hengittämällä sisään ja ulos, pystyy vuorovaikutukseen kasvien ja eläinten kanssa puhumatta näille.

(5) voimakkaan asiaankuulumaton tai hajanainen puhe tai neologismien (uudissanonien) yleinen käyttö (F20.0-F20.3, selvimmät piirteet kriteeristä G1.2.b).

(6) ajoittaisesti, mutta usein ilmenevää jonkin tyyppistä katatoonista käytöstä, kuten asento-oireita, vahamaista taipuisuutta tai negativismia (F20.0-F20.3, kriteeri G1.2.c).

G3. Kriteerit G1 ja G2 täyttyvät saman sairausjakson aikana ja ne esiintyvät ainakin osan sairausjaksosta yhtäaikaaisesti. Sekä kriteerien G1 että G2 mukaisten oireiden tulee olla selviä kliinisessä kuvassa.

G4. Häiriön ei voida katsoa kuuluvan elimellisiin mielenterveydenhäiriöihin (kuten F00-F09) tai psykoaktiivisten aineiden käyttöön liittyvään päihtymystilaan, riippuvuus oireyhtymään, tai vieroitusoireisiin (F10-F19).

Huom!

Huomaa. Tämä diagnoosin asettaminen pohjaa arvioidun skitsofreenisten ja mielialaoireiden määrän, vaikeuden ja keston tasapainoon.

Anm.

Dessa är periodiska störningar med betydande förstärknings- och schizofrenisymtom under samma sjukdomsepisod. Symtomen borde helst infalla samtidigt eller åtminstone med några dagars mellanrum. Det är inte känt om det finns ett samband mellan störningar i denna grupp och typiska förstärkningsyndrom (F30-F39) och schizofrena störningar (F20-F24). De bildar en egen undergrupp eftersom de är alltför vanliga för att förbigås.

Tillstånd där förstärkningsyndrom uppträder som sviter av eller åtföljs av en redan existerande schizofreniliknande sjukdom eller alternerar med andra kroniska vanföreställningsyndrom klassificeras enligt behörig undergrupp F20-F29.

Vanföreställningar eller hallucinationer vid förstärkningsyndrom, icke överensstämmande med sinnesstämningen (F30.2, F31.2, F31.5, F32.2, F31.2, F31.5, F32.3) berättigar inte i sig till diagnosen schizoaffectiv störning.

Patienter som lider av schizoaffectiv störning i upprepade episoder, i synnerhet personer hos vilka symtomen snarare är maniska än depressiva, blir i regel fullständigt återställda och utvecklar endast sällan funktionsnedsättning.

Diagnosen schizoaffectiv störning bör ställas endast då både märkbara och tydliga symtom på schizofreni uppträder samtidigt eller med några dagars mellanrum under samma sjukdomsepisod och då sjukdomsepisoden till följd av detta inte uppfyller de diagnostiska kriterierna för schizofreni och inte heller för depressiv eller manisk episod. Termen används inte för patienter hos vilka schizofrena eller depressiva symtom uppträder endast under olika episoder av sjukdomen. Exempelvis är det vanligt att schizofrenipatienter uppvisar depressiva symtom som sviter av en psykotisk episod (se postschizofren depression (F20.4)). En del patienter utvecklar upprepade schizoaffectiva episoder som kan vara av manisk eller depressiv typ eller blandad typ. Hos en del personer uppträder en eller två schizoaffectiva perioder som infaller mellan typiska maniska eller depressiva episoder. I det första fallet är schizoaffectiv psykos rätt diagnos. I det senare fallet upphäver tidvis förekommande schizoaffectiva episoder inte diagnosen manodepressiv psykos eller diagnosen recidiverande depressiv episod, om den kliniska bilden i övriga avseenden är typisk.

Diagnostiska kriterier:

G1. Uppfyller kriterierna för någon typ av medelsvåra eller svåra förstärkningsyndrom (F30, F31, F32) enligt definition i var och en grupp.

G2. Det förekommer tydliga symtom på åtminstone en av grupperna nedan under en del av tiden i minst två veckor. (Dessa grupper är närapå desamma som vid schizofreni, se F20.0-F20.3):

(1) tankeoko, tankepå sättning eller tankeextraktion och tankeutbredning. (F20.0-F20.3, kriterium G1.1.a).

(2) Vanföreställningar om kontroll, påverknings eller styrning som patienten tydligt sammankopplar med kroppens eller extremiteternas rörelser eller speciella tankar, handlingar eller förmågelser (F20.0-F20.3, kriterium G1.1.b).

(3) Auditiva hallucinationer med röster som kommenterar patientens beteende eller diskuterar patienten eller hörselhallucination av annat slag som härrör från någon kroppsdel (F20.0-F20.3, kriterium G1.1.c).

(4) andra ihållande vanföreställningar som är oförenliga med kulturen och fullständigt omöjliga och som inte enbart är storhetsidéer eller paranoida föreställningar (F20.0-F20.3, kriterium G1.1.d), t.ex.: Har besökt andra världar, kan kontrollera molnen genom in- och utandning, har förmåga till interaktion med växter och djur utan att tala till dem.

(5) starkt osakligt eller osammanhängande tal eller allmänt bruk av neologismer (nybildningar) (F20.0-F20.3, de tydligaste kännetecknen i kriterium G1.2.b).

(6) periodvis men ofta förekommande kataton beteende av någon typ såsom kroppsställning och poser, automatisk lydnad eller negativism (F20.0-F20.3, kriterium G1.2.c).

G3. Kriterierna G1 och G2 uppfylls under samma sjukdomsperiod och de uppträder samtidigt åtminstone under en del av sjukdomsepisoden. I den kliniska bilden bör ingå tydliga symtom från kriterierna i både G1 och G2.

G4. Störningen kan inte anses höra till organiska psykiska störningar (enligt F00-F09) eller intoxicationstillstånd betingade av psykoaktiva substanser, beroendesyndrom eller abstinenssymtom (F10-F19).

Obs!

Denna diagnostisering bottnar i antal, svårighetsgrad och duration av symtom på schizofreni och förstärkningsyndrom.

F25.0

SKITSOAFFEKTIVINEN HÄIRIÖ, MAANINEN MUOTO

Schizoaffectivt syndrom, manisk typ

Mukaan lukien

Skitsoaffektiivinen psykoosi, maaninen muoto
Skitsofreenistyyppinen psykoosi, maaninen muoto

Inkluderar

Schizoaffektiv psykos, manisk typ
Schizofreniform psykos, manisk typ

Huom.

Tässä häiriössä sekä skitsofreeniset että maaniset oireet ovat molemmat huomattavia saman sairausjakson aikana. Mieliälän epänormaalius ilmenee tavallisesti haltioitumisena, mihin liittyy kohonnut itsetunto ja suuruus ajatukset. Joskus kiihtymys ja ärsyyntyneisyys ovat voimakkaammin esillä ja niihin liittyy aggressiivista käyttäytymistä ja vainoamisajatuk- sia. Molemmissa tapauksissa todetaan lisääntynyttä energisyyttä ja yliaktiivisuutta, keskittymiskyvyn heikentymistä ja normaaliin sosiaalisten estojen häviämistä. Kohdistamis-, suuruus- tai vainoamisharhaluuloja saattaa esiintyä, mutta myös muita skitsofrenialle tyypillisempiä oireita vaaditaan diagnoosin asettamiseksi. Henkilö voi esimerkiksi väittää, että hänen ajatuksiaan lähetetään tai häiritään tai että vieraat voimat yrittävät hallita häntä tai hän voi kertoa kuulevansa monen tyyppisiä ääniä tai ilmaista omituisia harhaluuloja, jotka eivät ole pelkästään suuruus- tai vainoamisharhaluuloja. Usein vaaditaan huolellista haastattelua osoittamaan, että henkilö todella kokee nämä sairaalloiset ilmiöt eikä ainoas- taan vitsaile tai puhu vertauskuvallisesti. Tämän ryhmän psykoosit ovat yleensä rajuja ja äkillisesti alkavia. Vaikka käytös on usein voimakkaasti häiriintynyttä, täydellinen toipuminen tapahtuu yleensä muutamassa viikossa.

Diagnoosin asettaminen edellyttää huomattavaa mieliälän kohoamista tai vähemmän selvää mieliälän kohoamista yhdistettynä lisääntyneeseen ärtyisyyteen tai kiihtyneisyyteen. Samassa jaksossa pitää esiintyä selkeästi ainakin yksi ja mieluummin kaksi tyypillisen skitsofrenian oiretta (kuten on määritelty skitsofrenian (F20) diagnostisissa ohjeissa (a)-(d))

Tätä luokkaa pitäisi käyttää sekä yhden skitsoaffektiivisen maanisen muodon jakson kohdalla että toistuvassa häiriös- sä, missä suurin osa jaksoista on skitsoaffektiivisia, maanista muotoa.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Täyttää skitsoaffektiivisen häiriön (F25) yleiset kriteerit.
- B. Täyttää maanisen häiriön (F30.1 tai F31.1) kriteerit

Anm.

Vid denna störning uppträder både schizofrena och maniska symtom i hög grad. Den onormala sinnesstämningen yttrar sig vanligen i begeistring åtföljd av höjd självkänsla och storhetsidéer. Ibland domineras sjukdomsbilden av excitation och irriterabilitet åtföljda av aggressivt beteende och paranoida föreställningar. I båda fallen konstateras ökad energi och hyperaktivitet, nedsatt koncentrationsförmåga och bortfall av normala sociala hämningar. Projektioner, storhetsidéer eller paranoida föreställningar kan förekomma, men även andra för schizofreni typiska symtom fordras för att möjliggöra diagnos. En person kan till exempel göra gällande, att hans tankar utbredds eller störs eller att främmande makter försöker bestämma över honom eller henne, eller uppge sig höra många slags röster eller omtala bisarra vanföreställningar som inte enbart är storhetsidéer eller paranoida föreställningar. Ofta krävs ingående intervjuer för att påvisa att en person faktiskt upplever dessa sjukliga fenomen och inte endast skämtar eller uttrycker sig symboliskt. Psykosor av detta slag är i regel häftiga med akut debut. Trots att beteendet ofta uppvisar svåra störningar inträffar fullständig remission i regel inom några veckor.

Diagnosen förutsätter en märkbar förbättring av sinnesstämningen eller en mindre tydlig förbättring av sinnesstäm- ningen åtföljd av större irriterabilitet eller excitation. Under samma period bör tydligt uppträda åtminstone en eller helst två för schizofreni typiska symtom (enligt definitionen (F20) i de diagnostiska anvisningarna (a)-(d))

Denna grupp borde användas både vid en episod av schizoaffektiv manisk form och vid en återkommande störning med perioder som till största delen är av schizoaffektiv manisk form.

Diagnostiska kriterier:

- A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F25) för schizoaffektiv störning.
- B. Uppfyller kriterierna (F30.1 eller F31.1) för manisk störning.

F25.00 Skitsoaffektiivinen häiriö, maaninen muoto vain samanaikaisia mieliala- ja skitsofreniaoireita

Schizoaffektivt syndrom, manisk typ med ändast samtidiga bipolära och skitsofreniska symptom

F25.01 Skitsoaffektiivinen häiriö, maaninen muoto yhtäaikaisia mieliala- ja skitsofreniaoireita, skitsofreniaoireet jatkuvat pidempään kuin mielialaoireet

Schizoaffektivt syndrom, manisk typ med längre varande skitsofreniska än bipolära symptom

F25.1

SKITSOAFFEKTIIVINEN HÄIRIÖ, MASENNUSOIREINEN MUOTO

Schizoaffectivt syndrom, depressiv typ

Mukaan lukien

Skitsoaffektiivinen psykoosi, masennusoireinen muoto

Skitsofreenistyyppinen psykoosi, masennusoireinen muoto

Inkluderar

Schizoaffectiv psykos, depressiv typ

Schizofreniform psykos, depressiv typ

Huom.

Tässä häiriössä skitsofrenia- ja masennusoireet ovat molemmat huomattavia saman sairausjakson aikana. Mielialan masentuneisuuteen liittyy yleensä useita luonteenomaisia masennusoireita tai käyttäytymisen poikkeavuuksia kuten hidastumista, unettomuutta, energian vähenemistä, ruokahalun tai painon laskua, normaalin mielenkiinnon laskua, keskittymiskyvyn häiriöitä, syyllisyyttä, toivottomuuden tunteita ja itsemurha-ajatuksia. Samanaikaisesti tai samassa sairausjaksossa ilmenee muita selvemmin skitsofreenisia oireita: potilaat voivat esimerkiksi väittää, että heidän ajatuksiaan lähetetään tai häiritään tai että vieraat voimat yrittävät hallita heitä. He voivat olla vakuuttuneita, että heitä vakoillaan tai heitä vastaan juonitaan (ilman todellisuuspohjaa). Potilaat saattavat kuulla ääniä, jotka eivät ole ainoastaan halventavia tai tuomitsevia, vaan ne puhuvat myös potilaan tappamisesta tai keskustelevat hänen käyttäytymisestäään keskenään. Skitsoaffektiivisen häiriön masennusoireinen muoto on yleensä laimeampi ja vähemmän hälyttävä kuin skitsoaffektiivisen häiriön maaninen muoto, mutta se on usein pidempikestoinen ja sen ennuste ei ole yhtä hyvä. Vaikka suurin osa potilaista toipuu täysin, joillekin kehittyi jopa skitsofreenisiä toiminnanvauksia.

Diagnoosin edellytyksenä on huomattava masennus, mihin liittyy vähintään kaksi luonteenomaista masennusoiretta tai masennukseen liittyvää käyttäytymisen poikkeavuutta, kuten on lueteltu masennustilan kriteereissä (F32). Samassa sairausjaksossa tulee selvästi esiintyä ainakin yksi, mielellään kaksi tyypillistä skitsofreenistä oiretta (kuten on määritelty skitsofreniaan (F20) yhteydessä).

Tähän luokkaan pitäisi sijoittaa sekä yksittäinen häiriöjakso että toistuva häiriö, jossa enemmistö jaksosta on skitsoaffektiivisia, masennusoireista muotoa.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää skitsoaffektiivisen häiriön (F25) yleiset kriteerit.

B. Täyttää vähintään keskivaikean masennustilan (F31.3, F31.4, F32.1 tai F32.2) kriteerit

Anm.

Vid denna störning uppträder både schizofrena och maniska symtom i hög grad under samma sjukdomsperiod. Depressiv sinnesstämning åtföljs i regel av ett flertal karakteristiska depressiva symtom eller exceptionellt beteende som långsamhet, sömnlöshet, nedsatt energi, försämrad aptit eller viktnedgång, svagare normalt intresse, störningar i koncentrationsförmågan, skuld känslor, hopplöshet och suicidtankar. Samtidigt eller under samma sjukdomsperiod uppträder schizofrena symtom tydligare än andra: Patienterna kan till exempel göra gällande, att deras tankar utbreder eller störs eller att främmande makter försöker bestämma över dem. De kan vara övertygade om att någon spionerar på dem eller intrigerar mot dem (utan verklighetsgrund) Patienterna kan höra röster som inte endast är nedsättande eller fördömande, utan även talar om att döda patienterna eller sinsemellan diskuterar deras beteende. Schizoaffectivt syndrom av depressiv typ är i regel lindrigare och mindre alarmerande än schizoaffectivt syndrom av manisk typ, men är ofta av längre duration och har inte en lika god prognos. Trots att största delen av patienterna blir fullständigt återställda, utvecklar en del av dem rentav schizofrena funktionsnedsättningar.

En förutsättning för diagnos är en betydande depression åtföljd av minst två karakteristiska depressiva symtom eller beteenderelaterade avvikelser enligt förteckningen över kriterierna för depressiv episod (F32). Under samma sjukdomsperiod bör tydligt uppträda åtminstone ett, helst två typiska schizofrena symtom (i samband med definitionen (F20) av schizofreni).

Till denna grupp borde hänföras både en enstaka störningsepisod och en återkommande störning vars perioder till största delen karakteriseras av schizoaffectiva depressiva symtom.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F25) för schizoaffectiv störning.

B. Uppfyller minst kriterierna för medelsvår depressiv episod (F31.3, F31.4, F32.1 tai F32.2)

F25.10

Skitsoaffektiivinen häiriö, masennusoireinen muoto vain samanaikaisia mieliala- ja skitsofreniaoireita

Schizoaffectivt syndrom, depressiv typ med endast samtidiga bipolära och skitsofrensiska symptom

Skitsoaffektiiviset häiriöt *Schizoaffektiva syndrom*

F25.11 **Skitsoaffektiivinen häiriö, masennusoireinen muoto yhtäaikaista mieliala- ja skitsofreniaoireita, skitsofreniaoireet jatkuvat pidempään kuin mielialaoireet**

Schizoaffektivt syndrom, depressiv typ med längre varande skitsofreniska än bipolära symptom

F25.2 **SEKAMUOTOINEN SKITSOAFFEKTIIVINEN HÄIRIÖ**

Schizoaffektivt syndrom, blandad typ

Mukaan lukien

Syklinen skitsofrenia

Skitsofreenisen ja affektiivisen psykoosin välimuoto

Inkluderar

Cyklisk schizofreni

Blandad schizofren och affektiv psykos

Huom.

Häiriöt, joissa skitsofrenian (F20) oireita ilmenee yhtäaikaan sekamuotoisen kaksisuuntaisen mielialahäiriön (F31.6) oireiden kanssa tulee kirjata tähän.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää skitsoaffektiivisen häiriön (F25) yleiset kriteerit.

B. Täyttää sekamuotoisen kaksisuuntaisen mielialahäiriön (F31.6) kriteerit.

Anm.

Störningar där symptom på schizofreni (F20) uppträder tillsammans med symptom på bipolär sjukdom, blandad episod (F31.6) bör antecknas här.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F25) för schizoaffektiv störning.

B. Uppfyller kriterierna för bipolär sjukdom, blandad episod (F31.6).

F25.20 **Sekamuotoinen skitsoaffektiivinen häiriö vain samanaikaisia mieliala- ja skitsofreniaoireita**

Schizoaffektivt syndrom, blandad typ med endast samtidiga bipolära och skitsofreniska symptom

F25.21 **Sekamuotoinen skitsoaffektiivinen häiriö yhtäaikaista mieliala- ja skitsofreniaoireita, skitsofreniaoireet jatkuvat pidempään kuin mielialaoireet**

Schizoaffektivt syndrom, blandad typ med längre varande skitsofreniska än bipolära symptom

F25.8 **MUUT MÄÄRITETYT SKITSOAFFEKTIIVISET HÄIRIÖT**

Annat specificerat schizoaffektivt syndrom

F25.80 **Muu skitsoaffektiivinen häiriö vain samanaikaisia mieliala- ja skitsofreniaoireita**

Annat specificerat schizoaffektivt syndrom med endast samtidiga bipolära och skitsofreniska symptom

F25.81 **Muu skitsoaffektiivinen häiriö yhtäaikaista mieliala- ja skitsofreniaoireita, skitsofreniaoireet jatkuvat pidempään kuin mielialaoireet**

Annat specificerat schizoaffektivt syndrom med längre varande skitsofreniska än bipolära symptom

F25.9 **MÄÄRITTÄMÄTÖN SKITSOAFFEKTIIVINEN HÄIRIÖ**

Schizoaffektivt syndrom, ospecificerat

Mukaan lukien

Tarkemmin määrittämätön skitsoaffektiivinen psykoosi

Inkluderar

Schizoaffektiv psykos UNS

F28

Muu ei-elimellinen psykoottinen häiriö *Annan icke organisk psykotisk störning*

Mukaan lukien

Pitkäaikainen aistiharhainen psykoosi

Inkluderar

Långvarig hallucinatorisk psykos

Huom.

Psykoottiset häiriöt, jotka eivät täytä skitsofrenian (F20.0-F20.3), mielialahäiriöiden psykoottisten muotojen (F30-F39) tai pitkäaikaisten harhaluuloisuushäiriöiden (F22) diagnostisia kriteerejä tulee kirjata tähän (esimerkiksi pitkäkestoinen aistiharhaisuus häiriö). Oireiden yhdistelmät, joita aikaisemmat luokat F20-F25 eivät kata, kuten muunlaiset kuin F20.0-F20.3 kriteerissä A.1.b tai d luetellut tyyppilliset skitsofreniset harhaluulot (täysin mahdollottomat tai kulttuurillisesti epäsovikat), mihin liittyy katatonia, tulee myös sisällyttää tähän ryhmään.

Anm.

Psykotiska störningar som inte uppfyller de diagnostiska kriterierna för (F20.0-F20.3), psykotiska former (F30-F39) av förstämningssyndrom eller kroniska vanföreställningssyndrom (F22) bör antecknas här (till exempel kronisk hallucinatorisk störning). Kombinationer av symtom som inte ingår i de tidigare grupperna F20-F25, till exempel andra än i kriterierna F20.0-F20.3 A1.b. eller d. uppräknade typiska schizofrena vanföreställningar (fullständigt absurda eller kulturellt inadekvata) åtföljda av katatoni bör även hänföras till denna grupp.

F29

Määrittämätön ei-elimellinen psykoottinen häiriö *Ospecificerad icke organisk psykos*

Mukaan lukien

Tarkemmin määrittämätön [ei-elimellinen] psykoosi

Ei -elimellinen psykoosi, tarkemmin määrittämätön

Inkluderar

Icke-organisk psykos UNS

Huom.

Tätä luokkaa tulee käyttää myös psykooseissa, joiden syytekijöitä ei tunneta

Anm.

Denna undergrupp bör användas även vid psykoser vars orsaksfaktorer inte är kända.

F30-F39**Mielialahäiriöt [affektiiviset häiriöt]**

Förstämningssyndrom

Huom.

Mielialahäiriöiden etiologian, oireiden, taustalla olevien biokemiallisten prosessien, hoitovasteen ja ennusteen välistä suhdetta ei vielä ymmärretä riittävästi, jotta voitaisiin laatia yleisesti hyväksytytä täysin yhtenäinen luokittelu. Luokittelun pitää kuitenkin pyrkiä. Tässä esitetty luokitus perustuu laajaan asiantuntemukseen, joten sen toivotaan olevan hyväksyttävissä.

Mielialahäiriöissä on keskeistä mielialan muutos joko masennuksen tai mielialan kohoamisen suuntaan. Masennukseen voi liittyä ahdistuneisuus. Mielialan muutokseen liittyy tavallisesti yleisen toimintatason muutos useimpien muiden oireiden ollessa toissijaisia tai helposti ymmärrettävissä tässä yhteydessä. Useimmilla mielialahäiriöillä on taipumus uusiutua. Yksittäiset sairausvaiheet liittyvät tavallisesti kuormittaviin tapahtumiin tai elämäntilanteisiin. Ryhmään kuuluvat kaikkien ikäryhmien mielialahäiriöt eli myös lapsuus- ja nuoruusiänhäiriöt.

Luokittelun pääkriteerit on valittu käytännöllisin perustein, jolloin yleiset kliiniset häiriöt on helppo tunnistaa. Yksittäiset sairausjaksot on erotettu kaksisuuntaisista ja muista useita jaksoja sisältävistä häiriöistä, koska suurella osalla potilaista on vain yksi sairausjakso. Hoidon valinnan ja porrastuksen vuoksi häiriön vaikeusaste määritellään. Somaattisiksi kutsuttuja oireita voidaan kutsua myös melankolisiksi, vitaaaliksiksi, biologisiksi tai endogenomorfisiksi. On myös huomattava, että tämän oireyhtymän tieteellinen asema on joka tapauksessa jonkin verran kyseenalainen. Somaattisen oireyhtymän esiintyminen tai puuttuminen voidaan haluttaessa luokitella erikseen. Sen luokittelematta jättäminen ei vaikuta muihin tietoihin.

Vaikeusasteiden erottelu on ongelmallista. Tässä yksittäiset sairausjaksot jaetaan niiden vaikeusasteen mukaan lieviin, keskivaikeisiin ja vaikeisiin, koska usein se on toivottavaa.

Termit mania ja vakava masennus kuvaavat mielialaspektrin ääripäitä. Termiä hypomania käytetään kuvaamaan sellaista maniaan sairastuvilla tai siitä toipuvilla esiintyvää välimuotoista tilaa, jossa ei esiinny harhaluuloja, harha-aistimuksia tai tavanomaisen toimintakyvyn täydellistä romahtamista.

Anm.

Förhållandet mellan etiologi, symtom, bakomliggande biokemiska processer, behandlingsrespons och prognos är ännu inte tillräckligt väl känt för att göra det möjligt att upprätta en allmänt accepterad helt enhetlig klassificering. En klassificering bör man likväl sträva efter. Den klassificering som här har framförts grundar sig på diger sakkunskap, varför förhoppningen är att den bör kunna accepteras.

Det centrala elementet i ett förstämningssyndrom är en förändring i riktning mot antingen depression eller förhöjd sinnesstämning. Depression kan åtföljas av ångesttillstånd. En förändring av sinnesstämningen åtföljs vanligen av en förändring av den allmänna aktivitetsnivån medan många andra symtom är sekundära eller lätta att förstå i detta sammanhang. De flesta förstämningssyndrom har återkommande karaktär. Enstaka sjukdomsperioder har i regel ett samband med belastande episoder eller livssituationer. I gruppen ingår förstämningssyndrom hos alla åldersgrupper, dvs. även störningar i barndomen och ungdomen.

Huvudkriterierna för klassificeringen har utvalts på praktiska grunder, vilket gör det lätt att indentifiera allmänna kliniska störningar. Enstaka sjukdomsepisoder har avskilts från bipolära och andra störningar i vilka flera episoder ingår, eftersom en stor del av patienterna genomgår endast en sjukdomsepisod. För val och gradering av vård definieras störningens svårighetsgrad. Symtom som har kallats somatiska kan även kallas melankoliska, vitala, biologiska eller endogenomorfa. Det bör noteras att den vetenskapliga beteckningen av detta syndrom i alla fall är något tivelaktig. Förekomst eller avsaknad av somatiskt syndrom kan vid behov klassificeras separat. Att den lämnas oklassificerad påverkar inte andra uppgifter.

Det är problematiskt att särskilja svårighetsgraderna. Här indelas de enstaka sjukdomsepisoderna utifrån sin svårighetsgrad i lindriga, medelsvåra och svåra, eftersom det ofta är önskvärt.

Termerna mani och svår depression beskriver ytterligheterna i stämningsspektret. Termen hypomani används för att beskriva ett sådant tillfälligt tillstånd hos personer som insjuknar i eller tillfrisknar från en manisk episod, i vilket det inte förekommer vanföreställningar, hallucinationer eller total kollaps av den sedvanliga handlingsförmågan.

F30

Mania

Manisk episod

Mukaan lukien

Maaninen episodi, yksittäinen

Inkluderar

Enstaka manisk episod

Huom.

Häiriöt jaetaan vaikeusasteen mukaan hypomaniaan, maniaan ilman psykoottisia oireita ja maniaan. Jokaiseen niistä liittyy kohonnut mieliala sekä fyysisen ja psyykkisen toiminnan nopeutuminen ja lisääntyminen. Kaikkia tämän ryhmän diagnooseja käytetään vain yhden vaiheen määrittämiseen. Hypomaaniset ja maaniset vaiheet henkilöillä, joilla on ollut yksi tai useampia mielialahäiriövaiheita (masennus, hypomania, mania tai sekamuoto), kuuluvat kaksisuuntaisiin mielialahäiriöihin (F31).

Anm.

Störningarna indelas utifrån svårighetsgrad i hypomani, mani utan psykotiska symtom och mani. Var och en av dessa åtföljs av förhöjd stämning samt intensivare och större fysisk och psykisk aktivitet. Alla diagnoser från denna grupp används för definiering av en enda episod. Hypomaniska och maniska episoder hos patienter som har haft en eller flera episoder av förstämningssyndrom (depressiva, hypomana, maniska eller blandtillstånd ska kodas som bipolär sjukdom (F31).

F30.0

HYPOMANIA

Hypomani

Huom.

Hypomania on maniaa (F30.1) lievempi häiriötila, jossa poikkeava mieliala ja käyttäytyminen ovat pysyvämpiä ja merkittävämpiä kuin mielialan aaltoiluhäiriössä (F34.0), mutta häiriöön ei liity harha-aistimuksia eikä harhaluuloja. Mieliala on koholla useita päiviä yhtäjaksoisesti. Toimeliaisuus ja voimavarat ovat lisääntyneet. Henkilö kokee itsensä hyvinvoivaksi ja suorituskykyiseksi sekä fyysisesti että psyykkisesti. Sosiaalisuuden, puheliaisuuden, tuttavallisuuden ja seksuaalisen halukkuuden lisääntyminen sekä unen tarpeen väheneminen ovat usein havaittavissa, mutta ne eivät vakavasti häiritse työntekoa eivätkä johda sosiaaliin vaikeuksiin. Hilpeä seurallisuus on tavallista, mutta käytös voi olla myös ärtyisää, omahyväistä ja karkeaa.

Keskittymis- ja huomiokyvyn heikkeneminen saattaa vaikeuttaa rentoutumista, vapaa-ajan harrastuksia tai työntekoa, mutta silti voi esiintyä kiinnostusta uusiin hankkeisiin ja toimintoihin tai rahojen tuhlailua. Mikäli mielialan muutos aiheuttaa vakavaa työkyvyn tai sosiaalisen toimintakyvyn häiriintymistä, käytetään manian (F30.1 tai F30.2) diagnoosia.

Diagnostiset kriteerit:

A. Mieliala on koholla tai ärtyisä asianomaiselle poikkeuksellisella tavalla vähintään neljän päivän ajan.

B. Esiintyy vähintään kolme seuraavista oireista siten, että ne aiheuttavat ainakin jonkinasteista toimintakyvyn häiriintymistä:

(1) toimeliaisuuden lisääntyminen tai fyysinen rauhattomuus

(2) puheliaisuuden lisääntyminen

(3) hajanaisuus tai keskittymisvaikeudet

(4) unen tarpeen väheneminen

(5) seksuaalinen halukkuuden lisääntyminen

(6) lievä rahojen tuhlailu tai muu vastuuton käytös

(7) seurallisuuden tai tuttavallisuuden lisääntyminen

C. Häiriö ei täytä manian (F 30.1, F30.2), kaksisuuntaisen mielialahäiriön (F31), masennusjakson (F32), mielialan aaltoiluhäiriön (F 34.0) tai anorexia nervosan (F 50.0) kriteereitä.

D. Tavallisimmat poissulkudiagnoosit: Häiriö ei liity psykoaktiivisten aineiden käyttöön (F10-19) tai elimelliseen aivo-oireyhtymään (F00-09).

Erotusdiagnosi:

Hypomania on vaikeusasteeltaan mielialan aaltoiluhäiriön (F34.0) ja manian (F30.1, F30.2) välissä. Hypertyreosi- ja anoreksiapotilailla saattaa esiintyä toimeliaisuuden lisääntymistä, rauhattomuutta ja painon laskua. Myös myöhäis-keski-ikäen masennusjaksoissa voi esiintyä hypomaniaa muistuttavaa ärtyisyyttä. Vaikea-asteiset pakkotoiminnot saattavat johtaa esimerkiksi siihen, että henkilö siivooa yöaikaan. Tällöin henkilön mieliala ei kuitenkaan ole koholla. Jos henkilöllä on lyhyt hypomaaninen jakso ennen maniajaksoa (F30.1 tai F30.2) tai sen jälkeen, ei ole tarpeellista luokitella sitä erikseen hypomaaniseksi jaksoksi.

Anm.

Hypomani är ett störningstillstånd av lindrigare slag än mani (F30.1) och åtföljs av en exceptionell sinnesstämning och ett beteende av mer beständig och påtaglig art än vid cyklotymi (F34.0), men saknar hallucinationer och vanföreställningar. En förhöjd stämning består flera dagar i följd. Aktiviteten och kraftresurserna har tilltagit. Personen har en känsla av välbefinnande och av fysisk och mental effektivitet. Ökad utåtriktning, pratgladhet, överdriven förtrolighet, ökad sexualdrift och nedsatt sömnbehov föreligger ofta men inte till den grad att det allvarligt påverkar arbetsförmågan eller är socialt komprometterande. Den mera vanligt förekommande euforiska fryntligheten kan ibland ersättas av irritabilitet, fåfånga och tölptäktigt beteende.

Försämrade koncentrationsförmåga och uppmärksamhet kan göra det svårt att koppla av, ägna sig åt fritidssysselsättningar eller arbete, men personen kan ändå vara intresserad av nya projekt och olika slags verksamhet eller av att spendera pengar. Om det förändrade stämningläget orsakar en allvarigare försämring av arbetskapaciteten och den sociala förmågan, används diagnosen mani (F30.1 tai F30.2).

Diagnostiska kriterier:

A. Personen uppvisar exceptionellt beteende i form av förhöjt stämningläge eller irritabilitet i åtminstone fyra dagars tid.

B. Minst tre av följande symtom uppträder på ett sådant sätt att de åtminstone till en viss grad påverkar handlingsförmågan:

(1) förhöjd aktivitet eller fysisk rastlöshet

(2) ökad pratgladhet

(3) distraktion eller koncentrationssvårigheter

(4) nedsatt sömnbehov/(5) ökad sexualdrift

(6) lindrigt penningslöseri eller annat ansvarslöst beteende

C. Störningen uppfyller inte kriterierna för mani (F30.1, F30.2), bipolär sjukdom (F31), depressiv episod (F32), cyklotymi (F34.0) eller anorexia nervosa (F50.0).

D. De vanligaste uteslutningsdiagnoserna: Störningen har inget samband med bruk av psykoaktiva substanser(F10-19) eller organiska psykiska störningar (F00-09).

Differentialdiagnos:

Hypomani ligger till sin svårighetsgrad mellan cyklotymi (F34.0) och mani (F30.1, F30.2). Hos hypertyreos- och anorexi-patienter kan ökad aktivitet, rastlöshet och viktnedgång förekomma. Även under en depressiv episod under den senare medelåldern kan irritabilitet som påminner om hypomani uppträda. Svårartade tvångshandlingar kan till exempel leda till att personen städar nattetid. Då är personens sinnesstämning likväl inte förhöjd. Om personen har haft en kort hypoman episod före den maniska episoden (F30.1 eller F30.2) eller därefter, är det inte nödvändigt att klassificera den separat som en hypoman episod.

F30.1

MANIA ILMAN PSYKOOTTISIA OIREITA

Mani utan psykotiska symtom

Huom.

Potilaan mieliala on kohonnut olosuhteisiin nähden epäasianmukaisesti ja voi vaihdella huolettomasta hilpeydestä lähes hallitsemattomaan kiihtymykseen. Mielialan kohoamiseen liittyy tarmokkuuden lisääntyminen, joka johtaa liialliseen toimeliaisuuteen, puheliaisuuteen ja unen tarpeen vähenemiseen. Henkilö ei pysty ylläpitämään tarkkaavaisuuttaan, ja hän on usein huomattavan keskittymiskyvytön. Itsetunto on koholla: henkilö tuo esiin suuruusajatuksia ja ylioptimistisia ideoita.

Havaintohäiriöitä, kuten värien kirkastumista, yksityiskohtien korostumista tai kuuloaistin terävöitymistä, saattaa esiintyä. Grandioosit ja toteuttamiskelvottomat suunnitelmat, huoleton rahojen tuhlailu tai tilanteisiin täysin sopimattomat aggressiivisuuspuuskat, rakkaudenosoitukset tai leikinlasku ovat tavallisia ilmiöitä. Joskus maniaan liittyy ärtyisä ja epäluuloinen mieliala. Tavallisimmin ensimmäinen maaninen jakso ilmenee 15 ja 30 ikävuoden välillä, mutta se voi

ilmetä milloin tahansa lapsuusiän lopulta vanhuusiikään saakka.

Oireiden tulee kestää yhtäjaksoisesti vähintään viikon ajan niin vaikea-asteisina, että ne aiheuttavat lähes täydellisen työkyvyn ja sosiaalisen toimintakyvyn menetyksen. Mielialan muutokseen liittyy toiminnallisuuden lisääntyminen ja lisäksi useita alla mainituista oireista (erityisesti puhetulva, unen tarpeen väheneminen, grandiositeetti ja ylioptimismi).

Diagnostiset kriteerit:

A. Mieliala on enimmäkseen koholla, poikkeuksellisen avoin (ekspansiivinen) tai ärtynyt, ja selvästi tavanomaisesta poikkeava asianomaiselle. Mielialan muutos on huomattava ja se on kestänyt vähintään viikon ajan. (Tätä lyhyempi aika riittää, mikäli muutos on niin huomattava, että tarvitaan hoitoa sairaalassa.)

B. Vähintään kolme (tai neljä, mikäli mieliala on ainoastaan ärtynyt) seuraavista oireista siten, että ne aiheuttavat vakavan päivittäisen toimintakyvyn häiriintymisen:

- (1) toimeliaisuuden lisääntyminen tai fyysinen rauhattomuus
- (2) puheliaisuuden lisääntyminen (puhetulva)
- (3) ajatuksenriento tai tunne siitä, että ajatustoiminta on kiihtynyt
- (4) tavanomaisten sosiaalisten käytöstopojen häviäminen siten, että esiintyy olosuhteisiin nähden epäasiallista käyttäytymistä
- (5) unen tarpeen väheneminen
- (6) itsetunnon kohoaminen tai kuvitelmat omista kyvyistä tai suuruudesta (grandiositeetti)
- (7) keskittymiskyvyttömyys tai jatkuvat muutokset toiminnassa tai suunnitelmissa
- (8) uhkarohkea tai vastuuton käyttäytyminen, jonka riskejä henkilö ei tunnista (esimerkiksi tuhlailua ilonpito, hurjat seikkailut tai vastuuton ajotapa)
- (9) lisääntynyt seksuaalinen halukkuus tai seksuaalinen holtittomuus.

C. Ei esiinny aistiharhoja tai harhaluuloja (havaintohäiriöitä, kuten kuulon terävöitymistä tai värien näkemistä kirkaampina saattaa esiintyä).

D. Tavallisimmat poissulkudiagnoosit: Häiriö ei liity psykoaktiivisten aineiden käyttöön (F10-19) tai elimelliseen aivo-oireyhtymään (F00-09).

Anm.

Patientens stämningssläge är förhöjt på ett för omständigheterna inadekvat sätt och kan variera från bekymmerslös eufori till till närapå obehärskad excitation. Det förhöjda stämningssläget åtföljs av ökad energi som leder till hyperaktivitet, pratsamhet och nedsatt sömnbehov. Personen kan inte kontrollera sin uppmärksamhet och är ofta märkbart okoncentrerad. Självkänslan är stark: Personen framför grandiosa tankar och överoptimistiska idéer.

Perceptionsstörningar i form av klarare färger, accentuerade detaljer eller skärpt hörselsinne kan förekomma. Grandiosa och orealistiska planer, ansvarslost penningslöseri eller fullständigt inadekvata aggressiva utbrott, kärleksbetygelse eller skämt är vanliga företeelser. Ibland åtföljs mani av en retlig och misstänksam sinnesstämning. Vanligast är att den första maniska episoden uppträder mellan 15 och 30 års ålder, men den kan infalla när som helst mellan slutet av barndomen och ålderdomen.

Symtomen bör vara i en följd i minst en vecka i så hög grad att de medför en närapå total förlust av arbetsförmåga och social förmåga. Det förändrade stämningssläget åtföljs av ökad aktivitet och dessutom av ett flertal av de symtom som omnämns nedan (i synnerhet pratsamhet, nedsatt sömnbehov, grandiositet och överoptimism).

Diagnostiska kriterier:

A. Stämningssläget är mestadels förhöjt, exceptionellt öppet (expansivt) eller retligt och skiljer sig markant från personens vanliga beteende. Förändringen i stämningssläget är märkbar och har varat i minst en vecka. (Även en kortare tid räcker till, om förändringen är så stor att sjukhusvård är av nöden.)

B. Minst tre (eller fyra, ifall stämningssläget endast är retligt) av följande symtom i sådan grad att de allvarligt stör den dagliga funktionsförmågan:

- (1) förhöjd aktivitet eller fysisk rastlöshet
- (2) ökad pratglädhet (ordflöde)
- (3) tankeflykt eller känsla av att tankeverksamheten är uppskruvad
- (4) bortfall av social konvensans så att beteendet blir inadekvat med hänsyn till omständigheterna
- (5) nedsatt sömnbehov
- (6) förhöjd självkänsla eller föreställningar om den egna förmågan eller storheten (grandiositet)

(7) Nedsatt koncentrationsförmåga eller ständiga ändringar i verksamhet eller planer.

(8) dumdrigt eller oansvarigt beteende, vars risker personen inte lägger märke till (slösaktiga nöjen, vilda äventyr eller ansvarlös körstil)

(9) ökad sexualdrift eller sexuell hämningslöshet

C. Ingen förekomst av hallucinationer eller vanföreställningar (perceptionsstörningar såsom skärpt hörsel eller ett starkare intryck av färger kan förekomma).

D. De vanligaste uteslutningsdiagnoserna: Störningen har inget samband med bruk av psykoaktiva substanser (F10-19) eller organisk hjärnsjukdom (F00-09).

F30.2

MANIA JA PSYKOOTTISIA OIREITA

Mani med psykotiska symtom

Mukaan lukien

Maaninen sulkutila (stupor)

Maaninen horros

Inkluderar

Manisk stupor

Huom.

Kliininen tila vastaa vaikea-asteista F30.1:ssä kuvattua maniajaksoa, mutta lisäksi ilmenee harhaluuloja tai harha-aistimuksia. Kohonnut itsetunto ja suuruuskuvitelmat voivat johtaa harhaluuluihin tai ärtymys ja epäluuloisuus vainoajatuksiin. Toisaalta kiihtymys ja liiallinen liikunnallinen toimeliaisuus voivat aiheuttaa paitsi aggressiivisuutta ja väkivaltaisuutta, myös jopa hengenvaaraan johtavan ravitsemuksen tai hygienian laiminlyömisin. Vakavissa tapauksissa grandioosit tai uskonnollisävyiset rooli- tai identiteettiharhaluulot (esimerkiksi henkilö kuvittelee olevansa Jeesus), ajatuksenriento tai puhetulva voivat olla niin vaikea-asteisia, että henkilön puhetta on mahdoton käsittää tai häneen ei saada yhteyttä tavanomaisella keskustelulla. Harhaluulot tai harha-aistimukset voidaan luokitella mielialan mukaisiksi tai mielialan vastaisiksi. Mielialan vastaisiksi luetaan tunnesisällöltään neutraalit harhaluulot ja harha-aistimukset, esimerkiksi sellaiset harhaluulot, joilla ei ole syyllisyys- tai syyttävää sisältöä, tai sellaiset puhetta muistuttavat kuuloharhat, joiden sisällöllä ei ole henkilölle erityistä tunnemerkitystä.

Diagnostiset kriteerit:

A. Sairausvaihe täyttää diagnoosin "Mania ilman psykoottisia oireita" (F30.1) kriteerit lukuun ottamatta kohtaa C (ei harhaluuloja tai harha-aistimuksia).

B. Ei täytä samanaikaisesti skitsofrenian (F20.0-F20.3) tai skitsoaffektiivisen häiriön maanisen muodon (F25.0) kriteerejä.

C. Esiintyy sellaisia harhaluuloja tai aistiharhoja, jotka eivät ole skitsofrenialle tyypillisiä (skitsofrenian kriteerit A.1.b, c ja d (F20.0-F20.3)) eli: (1) muita kuin täysin mahdolltomia tai kulttuuriin sopimattomia harhaluuloja tai (2) kuuloharhoja, jotka eivät ole kolmannessa persoonassa tai kommentoivia. Tavallisimpia ovat sisällöltään grandioosit, kohdistavat, eroottisävyiset tai vainoavat ajatukset.

D. Tavallisimmat poissulkudiagnoosit: Häiriö ei liity psykoaktiivisten aineiden käyttöön (F10-19) tai elimelliseen aivo-oireyhtymään (F00-09).

Erotusdiagnosi:

Mikäli psykoosia edeltävä hypomania on jäänyt havaitsematta voi mielialahäiriö peittyä harhaluulojen, sisällöltään käsittämättömän puheen tai aggressiivisen kiihtymyksen alle, jolloin tila muistuttaa skitsofreniaa. Samoin sellainen mania, johon neurolepteillä on vaikutusta, voi muistuttaa skitsofreniaa siinä vaiheessa, kun kiihtyneisyys on jäänyt jo pois, mutta esiintyy harhaluuloja tai aistiharhoja. Skitsofreniassa (F20) esiintyviä mielialan vastaisia harhaluuloja tai aistiharhoja saattaa esiintyä myös maniassa. Jos nämä ovat pitkäaikaisia ja oirekuvaa hallitsevia, kyseessä on todennäköisesti skitsoaffektiivinen häiriö (F25).

Anm.

Det kliniska tillståndet motsvarar en svår manisk episod som beskrivs i F30.1, men dessutom uppträder vanföreställningar eller hallucinationer. Förhöjd självkänsla och grandiosa idéer kan leda till vanföreställningar, retlighet och misstänksamhet till paranoida föreställningar. Å andra sidan kan excitation och överdriven motionsiver förutom aggressivitet och våldsamhet även leda till att behov av näring eller hygien försummas. I allvarliga fall kan de grandiosa föreställningarna eller religiösa roll- och identitetsföreställningarna (personen kan exempelvis tro sig vara Jesus), tankeliflykten eller ordflödet vara av så hög grad att det är omöjligt att begripa personens tal eller få kontakt med

honom eller henne i ett vanligt samtal. Vanföreställningarna eller hallucinationerna kan klassificeras som överensstämmande med stämningläget eller som motsatta. Som icke överensstämmande med stämningläget betraktas vanföreställningar som är neutrala till sitt innehåll och som inte är förknippade med känslor av skuld och anklagelser eller sådana hallucinationer som påminner om tal utan särskild affektiv betydelse för personen.

Diagnostiska kriterier:

- A. Sjukdomsepisoden uppfyller kriterierna för diagnosen Mani utan psykotiska symtom (F30.1) med undantag för punkt C (inga vanföreställningar eller hallucinationer).
- B. Uppfyller inte samtidigt kriterierna för schizofreni (F20.0-F20.3) eller kriterierna för schizoaffektiva syndrom, manisk form (F25.0).
- C. Förekomst av sådana vanföreställningar som inte är typiska för schizofreni (kriterier för schizofreni A.1.b, c och d (F20.0-F20.3)) eller: (1) andra än fullständigt omöjliga eller för kulturen inadekvata vanföreställningar eller (2) hörselhallucinationer, inte i tredje person eller kommenterande. Allmännast förekommande är tankar med grandios innehåll, projicerande föreställningar med erotisk eller paranoid anstrykning.
- D. De vanligaste uteslutningsdiagnoserna: Störningen har inget samband med bruk av psykoaktiva substanser (F10-19) eller organisk hjärnsjukdom (F00-09).

Differentialdiagnos:

Om en hypomani som föregått psykosen har passerat oupptäckt, kan ett förstämningssyndrom ligga bakom hallucinationer, obegripligt tal eller aggressiv excitation, vilket gör att tillståndet påminner om schizofreni. På samma sätt kan en sådan mani som inte påverkas av neuroleptika påminna om schizofreni i det stadium då excitationen har bortfallit, men det fortfarande förekommer vanföreställningar eller hallucinationer. Vanföreställningar eller hallucinationer som inte överensstämmer med stämningläget kan förekomma även vid mani. Om dessa är långvariga och symtomen dominerande, är det troligtvis fråga om ett schizoaffektiva syndrom (F25).

F30.20 Mania ja mielialan mukaisia psykoottisia oireita

Mani med stämningkongruenta psykotiska symtom

Mukaan lukien

Esimerkiksi grandioosit harhaluulot tai kuuloharhat, jotka kertovat henkilölle, että hänellä on yli-inhimillisiä voimia

Inkluderar

T.ex. Grandiosa vanföreställningar och hörselhallucinationer som talar om att personen har övermänskliga krafter

F30.21 Mania ja mielialan vastaisia psykoottisia oireita

Mani med stämninginkongruenta psykotiska symtom

Mukaan lukien

Mania ja mielialasta riippumattomia psykoottisia oireita

Esimerkiksi sisällöltään neutraalit puhetta muistuttavat kuuloharhat tai kohdistamis- tai vainoamisharhaluulot

Inkluderar

Mani och av stämningläget oberoende psykotiska symtom

T.ex. innehållsnässigt neutrala hörselhallucinationer eller hänsyftnings- eller förföljelseudéer

F30.8

MUU MANIA

Annan specificerad manisk episod

F30.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN MANIA

Manisk episod, ospecificerad

F31**Kaksisuuntainen mielialahäiriö**

Bipolär sjukdom

Inkluderar*Manodepressiv psykos**Manodepressiv reaktion**Manodepressiv sjukdom.***Huom.**

Häiriössä esiintyy kaksi tai useampia jaksoja, joiden aikana mieliala ja toimeliaisuuden taso ovat merkittävästi häiriintyneet. Toisinaan mieliala on kohonnut ja tarmo ja toimeliaisuus lisääntyneet (hypomania ja mania), toisinaan mieliala on laskenut ja tarmo ja toimeliaisuus vähentyneet (masennus). Toipuminen masennus- ja maniajaksojen välillä on yleensä täydellinen. Häiriön esiintyvyys miehillä ja naisilla on lähempänä toisiaan kuin muissa mielialahäiriöissä. Pelkät toistuvat hypomania- tai maniajaksoit kuuluvat kaksisuuntaisiin mielialahäiriöihin, koska tällaiset potilaat ovat harvinaisia ja heidän häiriönsä muistuttaa monessa suhteessa kaksisuuntaista häiriötä (premorbidinä persoonallisuus, perhetausta, oireiden alkamisikä ja pitkäaikaisennuste).

Maaninen vaihe alkaa yleensä äkillisesti ja kestää kahdesta viikosta viiteen kuukauteen, keskimäärin noin neljä kuukautta. Masennusvaiheet kestävät keskimäärin noin kuusi kuukautta, mutta vanhuksia lukuun ottamatta harvoin yli vuoden. Sekä mania-että masennusvaihetta edeltää yleensä jokin psyykinen rasitustekijä, mutta se ei ole välttämätöntä diagnoosin asettamiseksi. Ensimmäinen sairausvaihe voi ajoittua lapsuudesta vanhusikään. Sairausjaksojen tiheys ja oireettomien ja sairausjaksojen välinen ajallinen suhde on hyvin vaihteleva. Ajan kuluessa oireettomat vaiheet yleensä lyhenevät. Masennusjaksoit yleistyvät ja pitenevät keski-ikäen jälkeen.

Anm.

Ett tillstånd karakteriserat av två eller flera episoder då en märkbar förändring i patientens stämningssläge och aktivitetsnivå inträder. Ibland består förändringen i förhöjd stämning med ökad energi och aktivitet (hypomani eller mani), ibland depressiv förstämning med nedsatt energi och aktivitetsnivå (depression) Remissionen mellan de depressiva och de maniska episoderna är i regel fullständig. Sjukdomens förekomst hos män och kvinnor uppvisar flera likheter än vid andra affektiva syndrom. Uteslutande återkommande hypomaniska eller maniska episoder hör till bipolära sjukdomar, eftersom sådana patienter och deras störningar i många avseenden påminner om bipolär störning (premorbid personlighet, familjebakgrund, ålder vid debut och långtidsprognos).

Den maniska episoden har i regel akut debut och varar från två veckor till fem månader, i genomsnitt omkring fyra veckor. De depressiva episoderna varar i genomsnitt sex månader, men med undantag för åldringar sällan längre än ett år. Sekä mania-että masennusvaihetta edeltää yleensä jokin psyykinen rasitustekijä, mutta se ei ole välttämätöntä diagnoosin asettamiseksi. Den första sjukdomsepisoden kan infalla mellan barnaåren och ålderdomen och sjukdomsepisodernas frekvens och intervall mellan symptomfria perioder och sjukdomsepisoder varierar i hög grad. Med tiden förkortas de symptomfria perioderna i regel. De depressiva episoderna infaller oftare och blir längre efter medelåldern.

F31.0**KAKSISUUNTAISEN MIELIALAHÄIRIÖN LIEVÄ MAANINEN (HYPOMANINEN) JAKSO**

Bipolär sjukdom, hypoman episod

Mukaan lukien

Lievä maaninen (hypomaaninen) jakso

Inkluderar*Lindrig manisk episod***Huom.**

Diagnostiset kriteerit:

A. Sairausvaihe täyttää hypomanian kriteerit (F30.0)

B. Aiemmin on ollut ainakin yksi mielialahäiriöjakso, joka täyttää hypomanian tai manian (F30), masennusjakson (F32) tai sekamuotoisen mielialahäiriön (F38.0) kriteerit.

Anm.

Diagnostiska kriterier:

A. Sjukdomsepisoden uppfyller kriterierna för hypomani (F30.0)

B. Patienten har haft minst en tidigare affektiv episod som uppfyller kriterierna för (hypomani, mani (F30), depression (F32) eller blandtillstånd (F38.0).

F31.1

KAKSISUUNTAISEN MIELIALAHÄIRIÖN MAANINEN JAKSO ILMAN PSYKOOTTISIA OIREITA

Bipolär sjukdom, manisk episod utan psykotiska symtom

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

A. Sairausvaihe täyttää diagnoosin "Mania ilman psykoottisia oireita" (F30.1) kriteerit.

B. Aiemmin on ollut ainakin yksi mielialahäiriöjakso, joka täyttää hypomanian tai manian (F30), masennusjakson (F32) tai sekamuotoisen mielialahäiriön (F38.0) kriteerit.

Anm.

Diagnostiska kriterier:

A. Sjukdomsepisoden uppfyller kriterierna för diagnosen "Mani utan psykotiska symtom (F30.1).

B. Patienten har haft minst en tidigare affektiv episod som uppfyller kriterierna för hypomani, mani (F30), depression (F32) eller blandtillstånd (F38.0).

F31.2

KAKSISUUNTAISEN MIELIALAHÄIRIÖN PSYKOOTTINEN MAANINEN JAKSO

Bipolär sjukdom, manisk episod med psykotiska symtom

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

A. Sairausvaihe täyttää diagnoosin "Mania psykoottisin oirein" (F30.2) kriteerit.

B. Aiemmin on ollut ainakin yksi mielialahäiriöjakso, joka täyttää hypomanian tai manian (F30), masennusjakson (F32) tai sekamuotoisen mielialahäiriön (F38.0) kriteerit.

Anm.

Diagnostiska kriterier:

A. Sjukdomsepisoden uppfyller kriterierna för diagnosen Mani med psykotiska symtom (F30.1).

B. Patienten har haft minst en tidigare affektiv episod som uppfyller kriterierna för hypomani, mani (F30), depression (F32) eller blandtillstånd (F38.0).

F31.20

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykoottinen maaninen jakso mielialan mukaisia psykoottisia oireita

Bipolär sjukdom, manisk episod med stämningskongruenta psykotiska symtom

Huom.

Esimerkiksi grandioosit harhaluulot tai kuuloharhat, jotka kertovat henkilölle, että hänellä on yli-inhimillisiä voimia

Anm.

Till exempel grandiosa vanföreställningar eller hörselhallucinationer som talar om för personen att han eller hon har övermänskliga krafter.

F31.21

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykoottinen maaninen jakso mielialan vastaisia psykoottisia oireita

Bipolär sjukdom, manisk episod med stämningsinkongruenta psykotiska symtom

Huom.

Esimerkiksi sisällöltään neutraalit puhetta muistuttavat kuuloharhat tai kohdistamis- tai vainoamisharhaluulot

Anm.

Till exempel neutrala hörselhallucinationer som påminner om tal eller projicering eller paranoida vanföreställningar.

F31.3

KAKSISUUNTAISEN MIELIALAHÄIRIÖN LIEVÄ TAI KOHTALAINEN MASENNUSJAKSO

Bipolär sjukdom, lindrig eller medelsvår depressiv episod

Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Bipolär sjukdom

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Sairausvaihe täyttää lievän (F32.0) tai keskivaikkeen (F32.1) masennusjakson kriteerit.
- B. Aiemmin on ollut ainakin yksi mielialahäiriöjakso, joka täyttää hypomanian tai manian (F30) tai sekamuotoisen mielialahäiriön (F38.0) kriteerit.

Huom!

Viidennellä merkillä ilmaistaan onko potilaalla todettu somaattinen oireyhtymä (kriteerit, katso F32)

Anm.

Diagnostiska kriterier:

- A. Sjukdomsepisoden uppfyller kriterierna för lindrig (F32.0) eller medelsvår (F32.1) depressiv episod.
- B. Patienten har tidigare haft minst en väldokumenterad episod av hypomani, mani (F30) eller affektivt blandtillstånd (F38.0).

Obs!

Tecknet i femte positionen anger om ett somatiskt syndrom har konstaterats hos patienten (kriterier, se F32)

F31.30 Kaksisuuntainen mielialahäiriö, masennusjakso ilman somaattista oireyhtymää

Bipolär sjukdom depressiv episod utan somatisk syndrom

F31.31 Kaksisuuntainen mielialahäiriö, masennusjakso ja somaattinen oireyhtymä

Bipolär sjukdom depressiv episod med somatisk syndrom

F31.4

KAKSISUUNTAISEN MIELIALAHÄIRIÖN VAIKEA MASENNUSJAKSO ILMAN PSYKOOTTISIA OIREITA

Bipolär sjukdom, svår depressiv episod utan psykotiska symtom

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Sairausvaihe täyttää vaikea-asteisen masennusjakson (F32.2) kriteerit.
- B. Aiemmin on ollut ainakin yksi mielialahäiriöjakso, joka täyttää hypomanian tai manian (F30) tai sekamuotoisen mielialahäiriön (F38.0) kriteerit.

Anm.

Diagnostiska kriterier:

- A. Sjukdomsepisoden uppfyller kriterierna för svår depressiv episod (F32.2).
- B. Patienten har haft minst en tidigare affektiv episod som uppfyller kriterierna för hypomani, mani (F30), eller affektivt blandtillstånd (F38.0).

F31.5

KAKSISUUNTAISEN MIELIALAHÄIRIÖN VAIKEA PSYKOOTTINEN MASENNUSJAKSO

Bipolär sjukdom, svår depressiv episod med psykotiska symtom

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Sairausvaihe täyttää vaikea-asteisen, psykoottisen masennusjakson (F32.3) kriteerit.
- B. Aiemmin on ollut ainakin yksi mielialahäiriöjakso, joka täyttää hypomanian tai manian (F30) tai sekamuotoisen mielialahäiriön (F38.0) kriteerit.

Anm.

Diagnostiska kriterier:

- A. Sjukdomsepisoden uppfyller kriterierna för svår psykotisk depressiv episod med psykotiska symtom (F32.3).
- B. Patienten har haft minst en tidigare affektiv episod som uppfyller kriterierna för hypomani, mani (F30), eller blandtillstånd (F38.0).

F31.6

KAKSISUUNTAISEN MIELIALAHÄIRIÖN SEKAMUOTOINEN JAKSO

Bipolär sjukdom, blandad episod

Huom.

Tavallisesti kaksisuuntainen mielialahäiriö esiintyy erillisinä mania- ja masennusvaiheina, joiden välillä mieliala on normaali. Joskus masennukseen voi liittyä päiviä tai viikkoja kestävä liiallinen toimeliaisuus tai puhetulva. Maniaan ja grandiooseihin ajatuksiin saattaa liittyä levottomuus (agitaatio) ja tunne voimavarojen vähenemisestä. Masennusoireet ja hypomaaniset oireet voivat vuorotella myös päivästä toiseen ja jopa tunnista toiseen. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön sekamuotoinen jakso asetetaan diagnoosiksi vain, jos kummankin tyyppiset oireet hallitsevat ajankohtaista sairausvaihetta, ja häiriö kestää vähintään kahden viikon ajan.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Sairausvaiheeseen liittyy joko hypomaanisten, maanisten ja masennusoireiden yhtäaikainen esiintyminen tai niiden nopea, jopa tuntien kuluessa tapahtuva vaihtelu.
- B. Sekä maanisia että masennusoireita on esiintynyt suurimman osan aikaa vähintään kahden viikon ajan.
- C. Aiemmin on ollut ainakin yksi mielialahäiriöjakso, joka täyttää hypomanian tai manian (F30), masennusjakson (F32) tai sekamuotoisen mielialahäiriön (F38.0) kriteerit.

Anm.

Vanligtvis uppträder bipolär sjukdom i form av separata maniska och depressiva episoder mellan vilka ett normalt stämningssläge råder. Ibland kan depressionen åtföljas av flera dagar eller veckor av hyperaktivitet eller ordflöde. Mani och grandiosa tankar kan åtföljas av rastlöshet (agitation) och en känsla av sinande kraftresurser. Maniska och hypomaniska symtom kan även alternera från dag till dag och till och med från timme till timme. Diagnosen bipolär sjukdom, blandad episod, ställs endast om sjukdomsepisoden domineras av symtom av båda typerna och störningen varar i minst två veckor.

Diagnostiska kriterier:

- A. Till sjukdomsstadiet hänför sig antingen en samtidig förekomst av hypomaniska, maniska och depressiva symtom eller en växling som inträffar till och med inom förloppet av några timmar.
- B. Både maniska och depressiva symtom har förekommit största delen av tiden i minst två veckors tid.
- C. Patienten har haft minst en tidigare affektiv episod som uppfyller kriterierna för hypomani, mani (F30), depression (F32) eller blandtillstånd (F38.0).

F31.7

KAKSISUUNTAISEN MIELIALAHÄIRIÖN ELPYMÄVAIHE (REMISSIO)

Bipolär sjukdom utan aktuella symtom

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Tämänhetkinen tila ei täytä minkään mielialahäiriön (F30-F39) kriteerejä ja se on kestänyt usean kuukauden ajan (mahdollisesti ennaltaehkäisevän hoidon ansiosta).
- B. Aiemmin on ollut ainakin yksi dokumentoitu hypomaaninen tai maaninen jakso (F30) ja lisäksi ainakin yksi mielialahäiriöjakso, joka täyttää hypomanian tai manian (F30), masennusjakson (F32) tai sekamuotoisen mielialahäiriön (F38.0) kriteerit.

Anm.

Diagnostiska kriterier:

- A. Detta tillstånd uppfyller inte kriterierna för något affektivt syndrom (F30-F39) och har varat i flera månader (eventuellt tack vare preventiv behandling).
- B. Patienten har haft minst en tidigare affektiv episod som uppfyller kriterierna för hypomani, mani (F30) och dessutom en affektiv episod som uppfyller kriterierna för hypomani eller mani (F30) depression (F32) eller blandtillstånd (F38.0).

F31.8

MUU KAKSISUUNTAISEN MIELIALAHÄIRIÖ

Annan specificerad bipolär sjukdom

Mukaan lukien

Kaksisuuntainen mielialahäiriö, tyyppi II
Uusiutuvat maaniset jaksot

Inkluderar

Bipolär, Typ 2 störning

Recidiverande maniska episoder

F31.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN KAKSISUUNTAINEN MIELIALAHÄIRIÖ

Bipolär sjukdom, ospecificerad

F32

Masennustila

Depressiv episod

Mukaan lukien

Masennusjakso

Reaktiivisen masennuksen yksittäinen jakso

Inkluderar

Psykogen depression

Episod av reaktiv depression

Huom.

Typillisessä lievässä (F32.0), keskivaikeassa (F32.1) tai vaikea-asteisessa (F32.2 ja F32.3) masennustilassa henkilö kärsii mielialan laskusta sekä tarmon ja toimeliaisuuden puutteesta. Kyky nauttia asioista ja tuntee niihin mielenkiintoa on heikentynyt. Pienikin ponnistus johtaa uupumukseen.

Muita tavallisia oireita ovat:

- a. keskittymis- ja huomiokyvyn heikkeneminen
- b. itsetunnon ja itseluottamuksen heikkeneminen
- c. syllisyyden ja arvottomuuden kokemukset
- d. synkät ja pessimistiset ajatukset tulevaisuuden suhteen
- e. itsetuhoiset, suisidaaliset ajatukset tai teot
- f. unihäiriöt
- g. ruokahalun heikkeneminen

Mieliala ei päivittäin juuri vaihtele eikä yleensä riipu olosuhteista. Joskus ahdistuneisuus, tuskaisuus ja fyysinen levottomuus voivat olla hallitsevampia oireita kuin masennus. Mielialan muutos saattaa peittyä myös ärtyneisyyden, alkoholin liikakäytön, huomionhakuisen käyttäytymisen, lisääntyneiden foobisten oireiden, pakko-oireiden tai hypokondristen oireiden alle. Yleensä diagnoosi edellyttää, että oireita on esiintynyt vähintään kahden viikon ajan, mutta lyhyempikin aika riittää, jos oireet ovat poikkeuksellisen voimakkaita tai niiden alku on hyvin äkillinen.

Lievän (F32.0), keskivaikean (F32.1) ja vaikea-asteisen (F32.2 ja F32.3) masennusjakson diagnoosia käytetään vain ensimmäisestä masennusjaksosta. Muut masennusjaksot kuuluvat toistuvan masennusjakson alaryhmiin (F33).

Lievän, keskivaikean ja vaikea-asteisen masennusjakson erottaminen toisistaan perustuu oireiden lukumäärään, laatuun ja vaikeusasteeseen. Henkilön työkyky ja sosiaalinen toimintakyky ovat suuntaa antavia masennuksen vaikeusastetta arvioitaessa, mutta ne eivät sellaisenaan ole vaikeusasteen diagnostisia kriteerejä.

Diagnostiset kriteerit:

G1. Masennusjakso on kestänyt vähintään kahden viikon ajan.

G2. Henkilöllä ei ole aiemmin ollut hypomaanista tai maanista jaksoa (F30)

G3. Tavallisimmat poissulkudiagnoosit: Oireisto ei johdu pähteiden käytöstä (F10-F19) tai elimellisestä mielenterveyden häiriöstä (F00-F09).

Lievän ja keskivaikean masennuksen (F31.3, F32.0, F32.1, F33.0 ja F33.1) yhteydessä ilmaistaan viidennellä merkillä ns. somaattisen oireyhtymän olemassaolo. Somaattisen oireyhtymän diagnoosi edellyttää, että potilaalla todetaan neljä seuraavista oireista:

- 1) mielenkiinnon ja mielihyvän tunteen menettäminen
- 2) herääminen aamuisin monta tuntia tavanomaista aiemmin

- 3) masennuksen paheneminen aamuisin
- 4) huomattava psykomotorinen hidastuminen
- 5) kiihtymys
- 6) ruokahaluttomuus
- 7) painon lasku
- 8) libidon heikkeneminen

Anm.

Vid en typisk lindrig (F32.0), medelsvår (F32.1) eller svår (F32.2 ja F32.3) depression ses nedsatt stämningsläge samt minskad energi och bristande aktivitet. Förmågan att glädja sig och känna intresse är försvagad. Även en liten ansträngning leder till utmattning.

Andra vanliga symtom är:

- a. försvagad koncentrations- och observationsförmåga
- b. Nedsatt självkänsla och bristande självtillit
- c. skuld känslor eller värdelöshetsidéer är ofta närvarande
- d. dystra och pessimistiska tankar om framtiden
- e. självdestruktiva, suicidala tankar eller handlingar
- f. sömnstörningar
- g. nedsatt aptit

Stämningsläget varierar inte nämnvärt från dag till dag eller som svar på händelser i omgivningen. Ibland kan ångest, beklämndhet och fysisk rastlöshet vara mer framträdande än depressionen. Det förändrade stämningsläget kan även dölja sig bakom symtom som retlighet, överdrivet alkoholbruk, effektsökeri, förstärkta fobiska, paranoidea eller hypokondriska symtom. I allmänhet förutsätter diagnosen att symtomen har varat minst två veckor, men även en kortare tid räcker till, om symtomen är exceptionellt starka eller deras debut är akut.

Diagnosen lindrig (F32.0), medelsvår (F32.1) och svår (F32.2 ja F32.3) depressiv episod används endast om den första depressiva episoden. Andra depressiva episoder hör till undergrupperna för återkommande depressiv episod (F33).

En lindrig, medelsvår och en depressiv episod åtskiljs från varandra utifrån antalet symtom, deras art och svårighetsgrad. Personens arbetsförmåga och sociala förmåga är normativa vid uppskattning av depressionens svårighetsgrad men utgör inte i sig diagnostiska kriterier för svårighetsgraden.

Diagnostiska kriterier:

G1. Den depressiva episoden har varat minst två veckor.

G2. Personen har inte tidigare haft en hypomanisk eller manisk episod (F30)

G3. De vanligaste uteslutningsdiagnoserna: symtomen är inte betingade av bruk av droger (F10-F19) eller organisk psykisk störning (F00-F09).

I samband med lindrig eller medelsvår depression (F31.3, F32.0, F32.1, F33.0 och F33.1) anges med tecknet i femte positionen förekomst av ett s.k. somatiskt syndrom. Diagnosen somatiskt syndrom förutsätter att fyra av följande symtom konstateras hos patienten:

- 1) bortfall av intresse och känsla av välbefinnande
- 2) patienten vaknar på morgonen många timmar tidigare än vanligt
- 3) depressionen är svårare på morgonen. /4) märkbart nedsatta psykomotoriska funktioner
- 5) excitation
- 6) nedsatt aptit
- 7) viktneigung
- 8) nedsatt libido.

F32.0

LIEVÄ MASENNUSTILA

Lindrig depressiv episod

Huom.

Masentunut mieliala, kiinnostuksen puute ja lisääntynyt väsymys ovat tavallisimpia masennusjakson oireita. Näistä tulee todeta vähintään kaksi ja niiden lisäksi vähintään kaksi muuta alla kohdassa C mainittua oiretta. Mikään oireistä ei ole kuitenkaan vaikea-asteinen. Lievä masennustila aiheuttaa jonkin verran häiritseviä oireita ja tavanomaisen

Masennustila

Depressiv episod

toimintakyvyn heikkenemistä, mutta ei johda täydelliseen lamaanutumiseen. Jakson kokonaiskesto on vähintään kaksi viikkoa.

Diagnostiset kriteerit:

A. Häiriö täyttää masennusjakson diagnostiset kriteerit (F32).

B. Todetaan vähintään kaksi seuraavista oireista:

(1) Suurimman osan päivää ja useimpina jakson päivinä esiintyvä masentunut mieliala, joka on henkilölle poikkeuksellinen. Tämä mieliala ei ole ulkoisista tekijöistä riippuvainen ja se on kestänyt vähintään kahden viikon ajan.

(2) Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen sellaisia asioita kohtaan, joista henkilö on tavallisesti ollut kiinnostunut tai jotka ovat tuottaneet hänelle mielihyvää.

(3) Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys.

C. Jokin tai jotkut seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä vähintään neljä:

(1) itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen

(2) perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset

(3) toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen

(4) subjektiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä päättämättömytenä tai asioiden jahkailuna

(5) psysomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu

(6) unihäiriöt

(7) ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos

Huom!

Viidennellä merkillä ilmaistaan onko potilaalla todettu somaattinen oireyhtymä (kriteerit, katso F32)

Anm.

Sänkt stämningläge, minskat intresse och tilldagande trötthet hör till de vanligaste symtomen på en depressiv episod. Av dessa bör minst två konstateras och dessutom minst två av följande i punkt C nämnda symtom. Inget av symtomen betecknas emellertid med svårighetsgrad. Lindrig depressiv episod orsakar i någon mån störande symtom och nedgång i den normala aktivitetsnivån, men leder inte till fullständig lamslagning. Episoden varar sammanlagt minst två veckor.

Diagnosatiska kriterier:

A. Störningen uppfyller de diagnostiska kriterierna för depressiv episod (F32).

B. Minst två av följande symtom konstateras:

(1) Under största delen av dagen förekommer under flera dagar av perioden ett nedsatt stämningläge som är ett exceptionellt tillstånd för personen. Detta stämningläge beror inte på yttre omständigheter och har varat minst två veckor.

(2) Bortfall av intresse och känsla av välbefog för sådant som personen tidigare varit intresserad av och som ingett känslor av välbefog.

(3) Kraftlöshet eller exceptionell trötthet.

C. Något eller några av följande symtom så att symtomen sammanlagt uppgår till minst fyra:

(1) nedsatt självföret eller självkänsla

(2) grundlösa eller oskäliga självföretbrärelser

(3) återkommande suicidtankar eller självdestruktivt beteende

(4) subjektiv eller konstaterad koncentrationsstörning som kan uppträda som obeslutsamhet

(5) psysomotorisk förändring (agitation eller hämning), som kan vara subjektiv eller konstaterad

(6) sömnstörningar

(7) förhöjd eller nedsatt aptit med viktörändring som följd

Obs!

Med tecknet i femte positionen anges, om ett somatiskt syndrom har konstaterats hos patienten (kriterier, se F32).

F32.00

Lievä masennustila ilman somaattista oireyhtymää

Lindrig depressiv episod utan somatisk syndrom

F32.01 **Lievä masennustila ja somaattinen oireyhtymä**
Lindrig depressiv episod med somatisk syndrom

F32.1 **KESKIVAIKEA MASENNUSTILA**
Medelsvår depressiv episod

Huom.

Keskivaikea masennustila sisältää vähintään kaksi masennusjakson keskeistä oiretta ja lisäksi liittännäisoireita niin, että oireita on yhteensä vähintään kuusi. Keskivaikea masennustila heikentää merkittävästi sekä suoriutumista työssä, osallistumista harrastuksiin että yksityiselämän hallintaa. Monet oireista voivat olla vaikea-asteisia, mutta nämä ei ole diagnoosin kannalta välttämätöntä, jos oireiden kirjo on riittävän laaja. Häiriö kestää vähintään kahden viikon ajan.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Häiriö täyttää masennusjakson diagnostiset kriteerit (F32).
- B. Esiintyy vähintään kaksi kohdassa F 32.0, kriteerissä B mainituista oireista.
- C. Kohdassa F32.0, kriteerissä C mainituista oireista esiintyy niin monta, että oireita on yhteensä vähintään kuusi.

Huom!

Viidennellä merkillä ilmaistaan onko potilaalla todettu somaattinen oireyhtymä (kriteerit, katso F32)

Anm.

En medelsvår depressiv episod innehåller minst två av den depressiva episodens centrala symtom och dessutom tilläggssymtom som sammanlagt ger minst sex symtom. En medelsvår depressiv episod nedsätter märkbart såväl arbetskapaciteten som deltagandet i fritidsaktiviteter och kontrollen över privatlivet. Många av symtomen kan vara svårartade, men detta är inte nödvändigt för diagnosen, om symtomens variation är tillräckligt stor. Störningen varar minst två veckor.

Diagnostiska kriterier:

- A. Störningen uppfyller de diagnostiska kriterierna för depressiv episod (F32).
- B. Förekomst av minst två av de symtom som nämns i kriterium B i F32.0.
- C. Av de symtom som nämns i kriterium C i F32.0 förekommer så många att antalet symtom uppgår till minst sex.

Obs!

Med tecknet i femte position anges, om ett somatiskt syndrom har konstaterats hos patienten (kriterier, se F32).

F32.10 **Keskivaikea masennustila ilman somaattista oireyhtymää**
Medelsvår depressiv episod utan somatisk syndrom

F32.11 **Keskivaikea masennustila ja somaattinen oireyhtymä**
Medelsvår depressiv episod med somatisk syndrom

F32.2 **VAIKEA-ASTEINEN MASENNUSTILA ILMAN PSYKOOTTISIA OIREITA**
Svår depressiv episod utan psykotiska symtom

Mukaan lukien

Agitoituneen masennuksen yksittäinen jakso ilman psykoottisia oireita
Vaikean masennuksen yksittäinen jakso ilman psykoottisia oireita
Vitaalisen masennuksen yksittäinen jakso ilman psykoottisia oireita

Inkluderar

Agiterad depression utan psykotiska symtom
Egentlig depression utan psykotiska symtom
Vital depression utan psykotiska symtom

Huom.

Vaikea-asteisessa masennustilassa esiintyy kaikki kolme keskeistä masennusjakson oiretta ja niiden lisäksi neljä muuta oiretta, joista osa on vakavia. Mikäli ilmenee merkittävää psykomotorista kiihtyneisyyttä tai hidastuneisuutta, voi potilaan olla vaikea kuvata oireita yksityiskohtaisesti. Tällaisissa tapauksissa masennusjakso voidaan arvioida vaikea-asteiseksi. Vaikea-asteinen masennustila aiheuttaa huomattavaa tuskaisuutta, levottomuutta tai psykomoto-

Masennustila

Depressiv episod

rista hidastuneisuutta. Itsetunnon romahtaminen sekä tarpeettomuuden ja syyllisyyden tunteet ovat tavallisia. Erityisen vakavissa tapauksissa itsemurhariski on ilmeinen. Lähes aina esiintyy aiemmin luettelossa mainittuja somaattisia oireita. Henkilö on kykenemätön tekemään tavanomaista työtään, osallistumaan harrastuksiin tai hallitsemaan yksityiselämäänsä. Häiriö kestää vähintään kahden viikon ajan, mutta diagnoosi voidaan tehdä aiemminkin, mikäli oireet ovat erityisen äkillisiä tai vaikea-asteisia.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Häiriö täyttää masennusjakson diagnostiset kriteerit (F32).
- B. Kohdassa F32.0, kriteerissä B mainituista oireista kaikki esiintyvät samanaikaisesti.
- C. Kohdassa F32.0, kriteerissä C mainituista oireista esiintyy niin monta, että oireita on yhteensä vähintään kahdeksan.
- D. Ei todeta aistiharhoja, harhaluuloja tai stuportilaa.

Toim. huom. Kohdassa C WHO:n teokset ovat ristiriidassa. Diagnostiset kriteerit edellyttävät kahdeksaa oiretta ja kliiniset ohjeet seitsemää.

Anm.

Vid ett svårartat depressionstillstånd förekommer alla tre centrala symtom för depressiv episod och dessutom fyra ytterligare symtom av vilka en del är allvarliga. Vid förekomst av märkbar psykomotorisk agitation eller hämning kan det vara svårt att beskriva patientens symtom i detalj. I sådana fall kan en depressiv episod bedömas som svårartad. Ett svårartat depressionstillstånd orsakar stark ångest, rastlöshet eller psykomotorisk hämning. Självförtroendet kollapsar och ringhets- och skulkänslor är vanliga. I synnerligen svåra fall är självmordsrisken uppenbar. Nästan alltid uppträder sådana somatiska symtom som tidigare uppräknats. Personen är oförmögen att utföra sitt vanliga arbete, delta i fritidsverksamhet eller kontrollera sitt privatliv. Störningen varar minst två veckor, men diagnos kan ställas redan tidigare, om symtomen är särskilt akuta eller svårartade.

Diagnostiska kriterier:

- A. Störningen uppfyller de diagnostiska kriterierna för depressiv episod (F32).
- B. Av de symtom som nämns i kriterium B i F32.0 uppträder samtliga samtidigt.
- C. Av de symtom som nämns i kriterium C i F32.0 uppträder så många att antalet symtom uppgår till minst åtta.
- D. Ingen förekomst av hallucinationer, vanföreställningar eller stupor konstateras.

Red.anm. Beträffande punkt C är WHO:s verk motstridiga. De diagnostiska kriterierna förutsätter åtta symtom och de kliniska anvisningarna sju.

F32.3

VAIKEA-ASTEINEN, PSYKOOTTINEN MASENNUSTILA

Svår depressiv episod med psykotiska symtom

Mukaan lukien

- Yksittäiset psykoottisen masennuksen jaksot
- Yksittäiset vaikean, psykoottisen masennuksen jaksot
- Yksittäiset psykogeenisen depressiivisen psykoosin jaksot
- Yksittäiset reaktiivisen depressiivisen psykoosin jaksot

Inkluderar

- Enstaka perioder med depressiv psykogen psykos*
- Enstaka perioder med depressiv reaktiv psykos*
- Enstaka perioder med egentlig depression med psykotiska symtom*
- Enstaka perioder med psykotisk depression*

Huom.

Psykoottisen masennustilan oireisto vastaa vaikea-asteisen masennustilan (F32.2) oireita, mutta lisäksi ilmenee aistiharhoja, harhaluuloja, psykomotorista hidastumista tai stuportila. Potilas voi olla vakuuttunut siitä, että hän on tehnyt rikoksen tai syntiä, tai että hän on täysin varaton. Hän voi myös uskoa sellaisen katastrofin tai tuhon olevan tulossa, josta hän on itse mielestään vastuussa. Kuuloharhat ovat usein sävyttään halventavia. Potilas voi kertoa tuntevansa mädäntyneen lihan tai jätteiden hajun.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Häiriö täyttää masennusjakson diagnostiset kriteerit (F32).
- B. Häiriö täyttää diagnoosin "Vaikea-asteinen masennusjakso ilman psykoottisia oireita" (F32.2) kriteerit lukuunottamatta kohtaa D (aistiharhat, harhaluulot tai stuportila).
- C. Häiriö ei täytä skitsofrenian (F20.0-F20.3) tai skitsoaffektiivisen häiriön depressiivisen muodon (F25.1) kriteerejä.
- D. Esiintyy jompikumpi seuraavista:
 - (1) harhaluuloja tai aistiharhoja jotka eivät ole skitsofrenialle tyypillisiä (skitsofrenian kriteerit G1(1)b, c ja d (F20.0-F20.3)) eli muita kuin täysin mahdottomia tai kulttuuriin sopimattomia harhaluuloja tai kuuloharhoja, jotka eivät ole kolmannessa persoonassa tai kommentoivia. Tavallisimpia ovat sellaiset harhaluulot tai kuuloharhat, joiden sisältö on masentunut, nihilistinen, syyttävä, vainoava, vihjaileva tai hypokondrinen
 - (2) depressiivinen stuportila.

Erotusdiagnoosi:

Masennukseen liittyvä stuportila eroaa katatoniseen skitsofreniaan ja elimellisiin mielenterveyden häiriöihin liittyvästä stuporista. Tätä diagnoosia käytetään vain yksittäisistä vaikea-asteisista psykoottisia oireita sisältävistä masennusjaksoista. Myöhemmistä sairausjaksoista tulee käyttää toistuvan masennuksen (F33) alatyyppiä.

Ann.

Depression med psykotiska symtom motsvarar symtomen för depressiv episod (F32.2), men dessutom uppträder hallucinationer, vanföreställningar, psykomotorisk hämning eller stupor. Patienten kan vara övertygad om att han eller hon har begått brott eller synd, eller är fullständigt medellös. Personen kan även tro att en sådan katastrof eller förödelse nalkas, som han eller hon bär ansvaret för. Hörselhallucinationerna är ofta förnedrande. Patienten kan säga sig känna lukten av ruttet kött eller avfall.

Diagnostiska kriterier:

- A. Störningen uppfyller de diagnostiska kriterierna för depressiv episod (F32).
- B. Störningen uppfyller kriterierna för svår depressiv episod utan psykotiska symtom (F32.2) med undantag för punkt D (hallucinationer, vanföreställningar eller stupor).
- C. Uppfyller inte kriterierna för schizofreni (F20.0-F20.3) eller schizoaffektivt syndrom, depressiv typ (F25.1).
- D. Förekomst av någotdera av följande symtom:
 - (1) vanföreställningar eller hallucinationer som inte är typiska för schizofreni (kriterierna för schizofreni G1(1)b, c och d (F20.0-F20.3)), dvs. andra än fullständigt omöjliga eller för kulturen inadekvata vanföreställningar eller hörselhallucinationer, inte i tredje person eller kommenterande. Till de vanligaste hör vanföreställningar eller hörselhallucinationer med depressivt, nihilistiskt, förebrående innehåll samt paranoida, insinuerande eller hypokondriska föreställningar
 - (2) depressiv stupor.

Differentialdiagnos:

Stupor som uppträder i samband med depression skiljer sig från stupor i samband med kataton schizofreni och organiska psykiska störningar. Denna diagnos används endast om enstaka svårartade depressiva episoder med psykotiska symtom. Om senare sjukdomsepisoder bör användas en undergrupp av reciderande depression (F33).

F32.8

MUU MASENNUSTILA

Annan specificerad depressiv episod

Mukaan lukien

- "Epätyypillinen masennus
- Yksittäiset tarkemmin määrittämättömän "naamioituneen" masennuksen jaksot
- "Naamioituneen" masennuksen jaksot"

Inkluderar

- Atypisk depression
- Enstaka ospecificerad episod av maskerad depression

F32.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN MASENNUSTILA

Depressiv episod, ospecificerad

Masennustila

Depressiv episod

Mukaan lukien

- Tarkemmin määrittämätön masennus
- Tarkemmin määrittämätön depressiivinen häiriö

Inkluderar

- Depression UNS*
- Depressiv störning UNS*

F33

Toistuva masennus

Recidiverande depressioner

Mukaan lukien

- Vuodenajoista riippuva masennus
- Endogeeninen masennus
- Kaamosmasennus
- Maanikodepressiivinen psykoosi/reaktio/sairaus
- Maanis-depressiivinen psykoosi/reaktio/sairaus
- Melankolia

Inkluderar

- Årstidsrelaterad depression*
- Endogen depression*
- Recidiverande episoder med:*
- Reaktiv depression*
- Melankoli*

Huom.

Häiriölle ovat ominaisia toistuvat masennustilat (F32.0-F32.3), joihin ei liity sellaisia kohonneen mielialan ja lisääntyneen tarmokkuuden vaiheita, jotka täyttäisivät maanisen jakson (F30.1-F30.2) kriteerit. Tätä diagnoosia tulee käyttää, mikäli masennusjaksoa seuraa hypomaaninen vaihe (F30.0) esimerkiksi masennusjakson hoitoon liittyen. Toistuvan masennuksen ensimmäinen jakso esiintyy yleensä 40 ikävuoden jälkeen ja yksittäiset jaksot kestävät 3-12 kuukautta, keskimäärin kuusi kuukautta. Yleensä potilaat toipuvat oireettomiksi masennusjaksojen välillä, mutta joillekin heistä kehittyä pitkittänyt masennustila. Tämä koskee erityisesti vanhuksia. Oireiden alkamista edeltävät usein kuormittavat elämäntapahtumat. Häiriö on noin kaksi kertaa niin yleinen naisilla kuin miehillä. Henkilöillä, joilla esiintyy toistuvia masennusjaksoja esiintyy myös mania vaiheita tavallista useammin. Mikäli henkilöllä on esiintynyt mania vaihe käytetään kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosia (F31).

Diagnostiset kriteerit:

G1. Aiemmin on esiintynyt vähintään kaksi viikkoa kestänyt masennusjakso (F32.0- F32.3) ja nykyistä masennusvaihetta edeltää vähintään kaksi kuukautta kestänyt jakso, jolloin ei ole esiintynyt mielialahäiriön oireita.

G2. Ei ole esiintynyt hypomaanista tai maanista vaihetta (F30)

G3. Tavallisimmat poissulkudiagnoosit: Häiriö ei johdu päihteiden käytöstä (F10-F19) tai elimellisestä mielenterveyden häiriöstä (F00-F09).

Aiemmat sairausvaiheet suositellaan luokiteltavaksi niiden vaikeusasteen mukaan (lievä, keskivaikea, vaikea-asteinen, tarkemmin määrittämätön).

Anm.

Störningen kännetecknas av sådana återkommande depressiva episoder (F32.0-F32.3) som inte åtföljs av perioder av förhöjt stämningsläge och höjd energinivå i enlighet med kriterierna för manisk episod (F30.1-F30.2). Denna diagnos bör användas, om den depressiva episoden åtföljs av en hypoman episod (F30.0) till exempel ibland utlöst av antidepressiv mediciner. Den första episoden i en återkommande depression uppträder i allmänhet efter fyllda 40 år och de enskilda episoderna varar mellan 3 och 12 månader, i genomsnitt sex månader. I regel återställs patienterna så att

de är fria från symtom mellan episoderna, men en del av dem kan utveckla ett långvarigt depressionstillstånd. Detta gäller särskilt åldringar. Symtomdebuten föregås ofta av belastande livshändelser. Störningen är dubbelt så vanlig hos kvinnor som hos män. Hos en person som har återkommande depressiva episoder uppträder även maniska episoder oftare än vanligt. Om en manisk episod inträffar, bör diagnosen ändras till bipolär sjukdom (F31).

Diagnostiska kriterier:

G1. Tidigare har en minst två veckor lång depressiv episod (F32.0- F32.3) förekommit och den aktuella depressiva episoden föregås av en period som varat minst två månader och under vilken inga symtom på affektiv störning har förekommit.

G2. Ingen förekomst av hypoman eller manisk episod (F30)

G3. De vanligaste uteslutningsdiagnoserna: Störningen är inte betingad av droger (F10-F-19) eller organisk psykisk störning (F00-F09).

Rekommenderas att tidigare sjukdomsepisoder klassificeras enligt svårighetsgrad (lindrig, medelsvår, svår, icke specificerad).

F33.0

TOISTUVAN MASENNUKSEN LIEVÄ MASENNUSJAKSO

Recidiverande depression, lindrig episod

Exkluderar

Yttre orsak kan anges med kod ur kapitel XX

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

A. Häiriö täyttää toistuvan masennusjakson kriteerit (F33).

B. Häiriö täyttää lieväästeisen masennusjakson kriteerit (F32.0).

Huom!

Viidennellä merkillä ilmaistaan onko potilaalla todettu somaattinen oireyhtymä (kriteerit, katso F32)

Anm.

Diagnostiska kriterier:

A. Störningen uppfyller de diagnostiska kriterierna för recidiverande depressiv episod (F33).

B. Störningen uppfyller kriterierna för lindrig depressiv episod (F32.0).

Obs! Med tecknet i femte positionen anges om ett somatiskt syndrom har konstaterats hos patienten (kriterier, se F32).

F33.00

Toistuvan masennuksen lievä masennusjakso ei somaattista oireyhtymää

Recidiverande depression, lindrig episod utan somatisk syndrom

F33.01

Toistuvan masennuksen lievä masennusjakso somaattinen oireyhtymä

Recidiverande depression, lindrig episod med somatisk syndrom

F33.1

TOISTUVAN MASENNUKSEN KESKIVAIKEA MASENNUSJAKSO

Recidiverande depression, medelsvår episod

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

A. Häiriö täyttää toistuvan masennusjakson kriteerit (F33).

B. Häiriö täyttää keskivaikean masennusjakson kriteerit (F32.1).

Anm.

Diagnostiska kriterier:

A. Störningen uppfyller de diagnostiska kriterierna för recidiverande depressiv episod (F33).

B. Störningen uppfyller de diagnostiska kriterierna för medelsvår depressiv episod (F32.1).

F33.10 Toistuvan masennuksen keskivaikea masennusjakso ei somaattista oireyhtymää
Recidiverande depression, medelsvår episod utan somatisk syndrom

F33.11 Toistuvan masennuksen keskivaikea masennusjakso somaattinen oireyhtymä
Recidiverande depression, medelsvår episod med somatisk syndrom

F33.2 TOISTUVAN MASENNUKSEN VAIKEA MASENNUSJAKSO ILMAN PSYKOOTTISIA OIREITA
Recidiverande depression, svår episod utan psykotiska symtom

Mukaan lukien

Endogeeninen masennus ilman psykoottisia oireita
Vaikea toistuva masennus ilman psykoottisia oireita
Maanis-depressiivisen psykoosin masennusmuoto ilman psykoottisia oireita
Toistuva vitaalinen masennus ilman psykoottisia oireita

Inkluderar

Bipolär sjukdom, depressiv episod, utan psykotiska symtom
Egentlig recidiverande depression utan psykotiska symtom
Endogen depression utan psykotiska symtom
Vital depression, recidiverande utan psykotiska symtom

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

A. Häiriö täyttää toistuvan masennusjakson kriteerit (F33).
B. Häiriö täyttää vaikea-asteisen masennusjakson kriteerit (F32.2).

Anm.

Diagnostiska kriterier:

A. Störningen uppfyller de diagnostiska kriterierna för recidiverande depressiv episod (F33).
B. Störningen uppfyller kriterierna för svår depressiv episod (F32.2).

F33.3 TOISTUVAN MASENNUKSEN VAIKEA, PSYKOOTTINEN MASENNUSJAKSO
Recidiverande depression, svår episod med psykotiska symtom

Mukaan lukien

Endogeeninen psykoottinen masennus
Maanis-depressiivisen psykoosin psykoottinen depressiomuoto
Toistuvat vakavan, psykoottisen masennuksen jaksot
Toistuvat vaikeat psykogeenisen depressiivisen psykoosin jaksot
Toistuvat vaikeat psykoottisen masennukse

Inkluderar

Bipolär sjukdom, depressiv episod, med psykotiska symtom
Depressiv psykogen psykos med psykotiska symtom
Depressiv reaktiv psykos
Egentlig depression med psykotiska symtom
Endogen depression med psykotiska symtom
Psykotisk depression

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

A. Häiriö täyttää toistuvan masennusjakson kriteerit (F33).
B. Häiriö täyttää vaikea-asteisen, psykoottisen masennusjakson kriteerit (F32.3).

Anm.

Diagnostiska kriterier:

A. Störningen uppfyller de diagnostiska kriterierna för recidiverande depressiv episod (F33).

B. Störningen uppfyller kriterierna för svår depressiv episod med psykotiska symtom (F32.3).

F33.30 Toistuvan masennuksen vaikea, psykoottinen masennusjakso mielialan mukaisia psykoottisia oireita
Recidiverande depression, svår episod utan somatisk syndrom

F33.31 Toistuvan masennuksen vaikea, psykoottinen masennusjakso mielialan vastaisia psykoottisia oireita
Recidiverande depression, svår episod med somatisk syndrom

F33.4 TOISTUVAN MASENNUKSEN ELPYMÄVAIHE (REMISSIO)
Recidiverande depression utan aktuella symtom

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

A. Henkilöllä on ollut vaihe, joka on täyttänyt toistuvan masennusjakson kriteerit (F33).

B. Nykytila ei täytä masennusjakson (F32) tai muun mielialahäiriön (F30-F39) kriteerejä.

Huom!

Tätä diagnoosia voidaan käyttää potilaan oireettoman vaiheen aikana.

Anm.

Diagnostiska kriterier:

A. Personen har genomgått en episod som uppfyller kriterierna för recidiverande depression (F33).

B. Det aktuella tillståndet uppfyller inte kriterierna för depressiv episod (F32) eller annat affektivt syndrom (F30-F39).

Obs! Denna diagnos kan användas under patientens symptomfria period.

F33.8 MUU TOISTUVA MASENNUS
Annan specificerad recidiverand depression

F33.9 MÄÄRITTÄMÄTÖN TOISTUVA MASENNUS
Recidiverande depression, ospecificerad

Mukaan lukien

Tarkemmin määrittämätön yksisuuntainen (monopolaarinen) masennus

Inkluderar

Långvarig depression UNS

F34

Pitkäaikaiset mielialahäiriöt Kroniska förstämningssyndrom

Huom.

Nämä ovat pitkäaikaisia ja oirekuvaltaan tavallisesti vaihtelevia mielialahäiriöitä, joiden yksittäiset sairausjaksot ovat hypomaniaa tai lievää masennusjaksoa lievempiä. Koska sairausvaiheet kestävät vuosia tai jopa suurimman osan henkilön aikuisiästä, ne aiheuttavat huomattavaa kärsimystä ja vajaakykyisyyttä.

Joissakin tapauksissa pitkäaikaisen mielialahäiriön lisäksi henkilölle voi ilmaantua toistuvia tai yksittäisiä mania- tai masennusjaksoja. Pitkäaikaiset mielialahäiriöt liittyvät perhetutkimusten perusteella geneettisesti mielialahäiriöiden ryhmään. Lisäksi niiden hoito muistuttaa mielialahäiriöiden hoitoa. Näistä syistä ne luokitellaan mielialahäiriöihin eikä persoonallisuushäiriöihin. Sekä mielialan aaltoiluhäiriö (syklotymia) että pitkäaikainen masentuneisuus (dystymia) voivat olla varhain (20 ikävuoteen mennessä) tai myöhemmin ilmeneviä.

Anm.

Dessa är långvariga och till sin symtombild i regel varierande affektiva syndrom med enskilda sjukdomsepisoder som är lindrigare än hypomani eller lindrig depressiv episod. Eftersom sjukdomsepisoderna ofta varar i många år eller till och med under största delen av personens vuxenålder, orsakar de stort lidande och invaliditet.

I vissa fall kan personen förutom av kroniskt förstämningssyndrom även drabbas av återkommande eller enstaka maniska eller depressiva episoder. Kroniska förstämningssyndrom tillhör enligt familjeforskningen genetiskt till gruppen förstämningssyndrom. Dessutom påminner behandlingen av dem om vården av förstämningssyndrom. Av dessa skäl klassificeras de som affektiva syndrom och inte som personlighetsstörningar. Både cyklotymi och kronisk depression (dystymi) kan förekomma med tidig (senast vid 20 års ålder) eller sen debut.

F34.0

MIELIALAN AALTOILUHÄIRIÖ (SYKLOTYMIA)

Cyklotymi

Mukaan lukien

Affektiivinen persoonallisuus
Syklodinen persoonallisuus
Syklotyyminen persoonallisuus

Inkluderar

*Affektiv personlighetsstörning
Cyklod personlighet
Cyklotym personlighet*

Huom.

Häiriöön liittyy jatkuva mielialan epävakaisuus, johon sisältyy toistuvia lieviä masentuneisuuden ja mielialan kohoamisen jaksoja. Mielialan epävakaisuus alkaa yleensä varhaisessa aikuisiässä ja on pitkäaikainen. Mieliala voi kuitenkin olla vakaa ja normaali useita kuukausia kerrallaan. Henkilö kokee yleensä mielialan muutokset ulkoisista tekijöistä riippumattomina. Häiriön diagnosointi edellyttää joko tarkkoja tietoja henkilön aiemmasta käyttäytymisestä tai pitkäaikaista seuranta. Mielialan aaltoiluhäiriö johtaa harvoin hoitoon hakeutumiseen. Joissakin tapauksissa, toimintatasa, itseluottamus, seurallisuus tai ruokahalu vaihtelevat huomattavasti enemmän kuin mieliala.

Diagnostiset kriteerit:

A. Mieliala on ollut vähintään kahden vuoden ajan epävakainen ja tähän on liittynyt useita masennuksen ja hypomanian jaksoja peräkkäin tai mieliala on ollut välillä normaali.

B. Mikään yksittäisistä sairausjaksoista ei täytä oireiston tai keston perusteella maanisen jakson tai keskivaikean tai vaikea-asteisen masennusjakson kriteerejä. Mania- tai masennusjakso voi kuitenkin esiintyä ennen mielialan epävakaisuuden jaksoa tai sen jälkeen.

C. Ainakin jossakin masennusvaiheessa esiintyy vähintään kolme seuraavista oireista:

- (1) toimeliaisuuden tai voimavarojen väheneminen
- (2) unettomuus
- (3) itseluottamuksen puute tai riittämättömyden tunne
- (4) keskittymisvaikeudet
- (5) sosiaalinen välttely
- (6) kyky nauttia seksistä tai muista mielihyvää tuottavista toiminnoista on vähentynyt tai kiinnostus niitä kohtaan puuttuu
- (7) vähäpuheisuus tavanomaiseen verrattuna
- (8) pessimismi suhteessa tulevaisuuteen tai menneisyyden murehtiminen

D. Ainakin jossakin mielialan kohoamisen vaiheessa on esiintynyt vähintään kolme seuraavista oireista:

- (1) toimeliaisuuden tai voimavarojen lisääntyminen
- (2) unen tarpeen väheneminen
- (3) itsetunnon kohoaminen
- (4) poikkeuksellisen luova tai terävä ajattelukyky
- (5) poikkeuksellinen seurallisuus
- (6) poikkeuksellinen puheliaisuus tai henkevyys (sanallinen iskeyvyys)

- (7) kiinnostuksen lisääntyminen seksiä ja muita mielihyvää tuottavia toimintoja kohtaan
- (8) ylioptimismi tai aiempien aikaansaannosten liioittelu

Erotusdiagnosi:

Tätä häiriötä esiintyy usein kaksisuuntaista mielialahäiriötä (F31) sairastavien potilaiden sukulaisilla. Joillekin potilaille kehittyy lopulta kaksisuuntainen mielialahäiriö tai toistuva masentuneisuus (F33). Mielialan aaltoiluhäiriö saattaa kestää koko aikuisiän tai välillä voi esiintyä oireettomia jaksoja.

Huom!

Tarvittaessa häiriö voidaan määrittellä alkamisiän perusteella varhain (ennen 20 vuoden ikää) tai myöhemmällä iällä (30-50 vuoden iässä mielialahäiriöjakson jälkeen) alkaneeksi.

Anm.

Störningen åtföljs av ett varaktigt instabilt stämningsläge med åtskilliga episoder av lindrig depression och hypomani. Det instabila stämningsläget debuterar i regel hos unga vuxna och är kroniskt. Stämningsläget kan likväl vara stabilt och normalt flera månader i följd. Personen upplever i regel förändringarna i stämningsläget som oberoende av yttre faktorer. Diagnostiseringen av störningen förutsätter antingen ingående information om personens tidigare beteende eller långvarig uppföljning. Cyklotymi leder sällan till att personen uppsöker vård. I vissa fall förekommer betydligt större variationer i aktivitetsnivå, självtillit, sällskaplighet eller aptit än i stämningsläget.

Diagnostiska kriterier:

A. Stämningsläget har i minst två års tid varit instabilt och åtföljts av ett flertal successiva depressiva och hypomana episoder eller tillfälliga perioder med normalt stämningsläge.

B. Ingen av de enskilda sjukdomsepisoderna uppfyller i fråga om symtom eller duration kriterierna för en manisk episod eller en medelsvår eller svår depressiv episod. En manisk eller en depressiv episod kan likväl förekomma före en period med instabilt stämningsläge eller efter en sådan.

C. Åtminstone under någon depressiv episod uppträder minst tre av följande symtom:

- (1) minskning av aktivitet eller kraftresurser*
- (2) sömnlöshet*
- (3) bristande självtillit eller en känsla av otillräcklighet*
- (4) koncentrationssvårigheter*
- (5) social tillbakadragenhet*
- (6) förmågan att njuta av sexuell umgänge eller andra lustbetonade handlingar är nedsatt eller saknas totalt*
- (7) tystlåtenhet jämfört med normalt tillstånd*
- (8) pessimistisk inställning till framtiden eller grämlse över det förflutna*

D. Åtminstone i någon episod med förhöjt stämningsläge har minst tre av följande symtom uppträtt:

- (1) förhöjd aktivitet och ökade kraftresurser*
- (2) minskat sömnbehov*
- (3) förhöjd självkänsla*
- (4) exceptionellt kreativ eller skärpt tankeförmåga*
- (5) exceptionell sällskaplighet (6) exceptionell pratsamhet eller spiritualitet (verbal slagfärdighet)*
- (7) ökat intresse för sex och andra handlingar som väcker känslor av välbehag*
- (8) överoptimism eller överdrifter om tidigare prestationer*

Differentialdiagnos:

Denna störning förekommer ofta hos släktingar till patienter som lider av bipolär sjukdom (F31). En del patienter utvecklar till slut bipolär sjukdom eller recidiverande depression (F33). Cyklotymi är en sjukdom som kan vara hela vuxenlivet ut eller då och då avlösas av symtomfria perioder.

Obs!

Vid behov kan en störning definieras utifrån tidpunkten för debuten som tidig (före 20 års ålder) eller sen (i 30-50 års ålder efter en episod av förstämningssyndrom).

F34.1

PITKÄÄIKAINEN MASENNUS

Dystymi

Mukaan lukien

Depressiivinen neuroosi
Depressiivinen persoonallisuus
Neuroottinen depressio
Pitkäaikainen ahdistus- ja masennustila
Dystymia

Inkluderar

Depressiv neuros
Depressiv personlighetsstörning
Neurotisk depression
Varaktigt tillstånd med ångest och depression

Huom.

Pitkäaikainen, ainakin useita vuosia kestävä alakuloisuus, joka ei ole riittävän vaikea tai jonka yksittäiset jaksot eivät ole riittävän pitkäkestoisia, jotta voitaisiin asettaa vaikean, keskivaikean tai lievän toistuvan masennusjakson diagnoosi (F33). Häiriötä saattaa edeltää ainakin lieväästeinen masennusjakso. Oireettomien jaksojen ja lievien masennusjaksojen keskinäinen suhde vaihtelee. Oireettomat jaksot voivat kestää päiviä tai viikkoja ja masennusjaksoit usein kuukausia. Yleensä päivittäinen toimintakyky säilyy melko hyvänä oireista huolimatta. Hallitsevia oireita ovat väsymys, masentuneisuus, voimattomuus ja kiinnostuksen puute. Henkilö miettii ja valittaa oireitaan, nukkuu huonosti ja kokee itsensä vaillinaiseksi, mutta kykenee kuitenkin sopeutumaan arkipäivän vaatimuksiin.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Vähintään kahden vuoden ajan on esiintynyt toistuvia lievän masennuksen jaksoja, joiden väliset oireettomat vaiheet ovat kestäneet enintään muutamia viikkoja, eikä missään vaiheessa ole esiintynyt hypomaniaa.
- B. Masennusjaksoista suurin osa tai kaikki ovat oireistoltaan niin lieviä tai lyhytkestoisia, että ne eivät täytä lieväästeisen masennusjakson (F33.0) kriteerejä.
- C. Ainakin jossakin masennusvaiheessa esiintyy vähintään kolme seuraavista oireista:
- (1) toimeliaisuuden tai voimavarojen väheneminen
 - (2) unettomuus
 - (3) itseluottamuksen puute tai riittämättömyden tunne
 - (4) keskittymisvaikeudet
 - (5) toistuva itkuherkkyys
 - (6) kyky nauttia seksistä tai muista mielihyvää tuottavista toiminnoista on vähentynyt tai kiinnostus niitä kohtaan puuttuu
 - (7) toivottomuuden tunne
 - (8) arkipäivän velvollisuuksista selviytyminen tuntuu vaikealta
 - (9) pessimismi suhteessa tulevaisuuteen tai menneisyyden murehtiminen
 - (10) sosiaalinen välttely
 - (11) vähäpuheisuus tavanomaiseen verrattuna

Huom!

Tarvittaessa häiriö voidaan määrittellä alkamisiin perusteella varhain (ennen 20 vuoden ikää) tai myöhemmällä iällä (30-50 vuoden iässä mielialahäiriöjakson jälkeen) alkaneeksi.

Anm.

Kronisk nedstämdhet som varar åtminstone ett flertal år. Tillståndet är inte tillräckligt svårt och de individuella episoderna inte tillräckligt långa för att motivera diagnosen svår, medelsvår eller recidiverande depression (F33). Störningen kan föregås av åtminstone en lindrigare depressiv episod. Förhållandet mellan de symptomfria perioderna och de lindriga depressiva episoderna varierar. De symptomfria perioderna kan pågå i dagar eller veckor och de depressiva episoderna ofta i månader. I regel bevaras den dagliga handlingsförmågan relativt väl oberoende av symtomen. Dominerande symtom är trötthet, nedstämdhet, kraftlöshet och bristande intresse. Personen funderar och beklagar sig över sina symtom, sover dåligt och känner sig ofullkomlig, men förmår likväl anpassa sig till de dagliga kraven.

Diagnostiska kriterier:

A. I minst två års tid har patienten haft återkommande lindriga depressiva episoder, mellan vilka de symtomfria perioderna har varat högst några veckor åt gången. Hypomani har inte förekommit under någon period.

B. De depressiva episoderna har till största delen eller uteslutande åtföljts av så lindriga symtom att de inte uppfyller kriterierna för lindrig depressiv episod (F33.0).

C. Åtminstone under någon depressiv episod uppträder minst tre av följande symtom:

(1) minskning av aktivitet eller kraftresurser

(2) sömnlöshet

(3) bristande självförtroende eller en känsla av otillräcklighet

(4) koncentrationssvårigheter

(5) återkommande gråtmildhet

(6) förmågan att njuta av sexuellt umgänge eller andra lustbetonade handlingar är nedsatt eller saknas totalt

(7) en känsla av hopplöshet

(8) det känns svårt att klara av de dagliga skyldigheterna

(9) pessimistisk inställning till framtiden eller grämelse över det förflutna

(10) social tillbakadragenhet

(11) tystlåtenhet jämfört med normalt tillstånd

Obs!

Vid behov kan störningen identifieras utifrån tidpunkten för debuten: tidig (före 20 års ålder) eller sen (30-50 års ålder efter en episod av förstämningssyndrom).

F34.8

MUU PITKÄAIKAINEN MIELIALAHÄIRIÖ

Annat specificerat kroniskt förstämningssyndrom

F34.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN PITKÄAIKAINEN MIELIALAHÄIRIÖ

Kroniskt förstämningssyndrom, ospecificerat

F38

Muut mielialahäiriöt

Andra förstämningssyndrom

Huom.

Mielialahäiriöt joita ei voida luokitella F30-F34:ään, koska ne eivät ole kyllin vaikeita tai pitkäkestoisia.

Anm.

Förstämmningssyndrom som inte kan klassificeras i grupperna F30-F34 eftersom de varken är tillräckligt svåra eller långvariga.

F38.0

MUUT YKSITTÄISET MIELIALAHÄIRIÖT

Andra enstaka förstämningssyndrom

F38.00

Sekamuotoinen mielialahäiriöjakso

Förstämmningssyndrom av blandad typ

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

A. Sairausvaiheeseen liittyy joko hypomaanisten, maanisten ja masennusoireiden yhtäaikainen esiintyminen tai niiden nopea, jopa muutaman tunnin kuluessa tapahtuva vaihtelu.

B. Sekä mania- että masennusoireita on esiintynyt suurimman osan aikaa vähintään kahden viikon ajan.

C. Aiemmin ei ole esiintynyt minkään tyyppistä mielialahäiriöjaksoa (masennusjakso, sekamuotoinen tai hypomaaninen jakso).

Muut mielialahäiriöt

Andra förstämningssyndrom

Anm.

Diagnostiska kriterier:

A. Till sjukdomepisoden hänför sig antingen en samtidig förekomst av hypomaniska, maniska och depressiva symtom eller en växling som inträffar till och med inom förloppet av några timmar.

B. Både maniska och depressiva symtom har förekommit största delen av tiden i minst två veckors tid.

C. Ingen typ av affektivt syndrom har förekommit tidigare (depressiv period, blandad episod eller hypomanisk period).

F38.09

MUU YKSITTÄINEN MIELIALAHÄIRIÖ

Annan förstämningssyndrom

F38.10

TOISTUVA LYHYT MASENNUSJAKSO

Upprepande kort depression

F38.19

MUU TOISTUVA MIELIALAHÄIRIÖ

Annan recidiverande förstämningssyndrom

F38.8

MUU MIELIALAHÄIRIÖ

Annan specificerad förstämningssyndrom

Huom.

Diagnoosia käytetään sellaisista mielialahäiriöistä, johon diagnoosien F30-F38.1 kriteerit eivät sovi.

Anm.

Diagnosen används om sådana affektiva syndrom på vilka kriterierna för diagnoserna F30-F38.1 inte passar.

F39

Määrittämätön mielialahäiriö

Ospecificerat förstämningssyndrom

Mukaan lukien

Tarkemmin määrittämätön affektiivinen psykoosi

Inkluderar

Affektiv psykos UNS

Huom.

Diagnoosia käytetään vain silloin, kun mitään muuta mielialahäiriön diagnoosia ei voi käyttää.

Anm.

Diagnosen används endast då ingen annan diagnos för affektivt syndrom kan användas.

F40-F48

Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt

Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom

Inkluderar

När förenade med beteendestörning (F92.8)

Huom.

Tämän ryhmän häiriöt on koottu yhdeksi kokonaisuudeksi, koska ne ovat perinteisesti kuuluneet neurooseihin, ja toisaalta koska niihin liittyy merkittävässä määrin psykologisia syytekijöitä. Kuten yleisessä johdanto-osassa todettiin, neuroosi käsitteenä ei ole jaotteluperuste, vaan pyrkimyksenä on helpottaa sellaisten häiriöiden tunnistamista, joita voidaan kutsua neuroottisiksi aiemmin mainitun neuroosi-psykoosi -jaottelun perusteella.

Anm.

Störningarna i denna grupp har sammanförts till en enda helhet, eftersom de traditionellt har hört till gruppen neuroser och å andra sidan i stor utsträckning åtföljs av psykologiska orsaksfaktorer. I enlighet med den allmänna inledningsdelens konstaterande utgör neuros som begrepp inte en klassificeringsgrund, utan en strävan att underlätta identifiering av sådana störningar som kan kallas neurotiska på basis av den tidigare nämnda neuros-psykosklassificeringen.

F40

Pelko-oireiset (foobiset) ahdistuneisuushäiriöt
Fobiska syndrom

Huom.

Tämän ryhmän häiriöille on ominaista tiettyjen, sinänsä vaarattomien tilanteiden tai muiden ulkoisten tekijöiden aiheuttama ahdistuneisuus. Ahdistuneisuuden takia henkilö joko välttää näitä ulkoisia tekijöitä tai tilanteita tai kokee voimakasta pelkoa ollessaan tekemisissä niiden kanssa. Pelon aiheuttama ahdistuneisuus muistuttaa muita ahdistuneisuuden tyyppejä kokemuksellisesti, fysiologisesti ja käyttäytymisen tasolla ja se voi intensiteetiltään vaihdella lievästä epä mukavuuden tunteesta kauhuun. Huomio saattaa kohdistua yksittäisiin oireisiin, kuten sydämentykytykseen tai huimaukseen, mistä seuraa usein kuoleman pelkoa sekä hallinnan menettämisen ja hulluksi tulemisen pelkoa. Tieto siitä, että muut ihmiset eivät pitäisi vastaavaa tilannetta vaarallisenä tai uhkaavana, ei vähennä henkilön kokemaa ahdistusta. Ajatus pelkoa herättävään tilanteeseen joutumisesta synnyttää yleensä ennakoivaa ahdistusta. Pelko-oireinen ahdistus ja masennus esiintyvät usein yhdessä. Pelko-oireisessa häiriössä pelon kohde on ulkoinen, joten tästä syystä tartunnan saamisen tai toimenpiteen, kuten injektion pelko luokitellaan määrättyihin (yksittäisiin) pelkoihin (F40.2) ja sairauden tai fyysisen epämuotoisuuden pelot hypokondriisiin häiriöihin (F45.2).

Pelko-oireet ja masennus esiintyvät usein yhtäaikaaisesti. Näissä tapauksissa diagnoosi valitaan pisimpään jatkuneen oireiston perusteella edellyttäen, että tämä oire on vallitseva diagnoosia asetettaessa.

Pelko-oireet ovat sosiaalisten tilanteiden pelkoa lukuunottamatta yleisempiä naisilla kuin miehillä.

Paniikkikohtauksen (F41.0) alkaminen pelkoa aiheuttavassa tilanteessa ilmentää pelko-oireen vaikeutta ja siten häiriö luokitellaan pelko-oireiseksi häiriöksi. Paniikkihäiriötä tulisi käyttää diagnoosina vain silloin, kun häiriö ei täytä minkään pelko-oireisen häiriön kriteerejä.

Kehitysvammaisen pelkotilat

Kehitysvammaisen pelkotilat jäävät helposti huomaamatta. Siitä huolimatta ne voivat turhaan rajoittaa potilaan elämää. Tärkeää on pyrkiä erottamaan pelkotilat käyttäytymisestä, joka johtuu mahdollisuuksien tai kokemuksen vähäisyydestä tai sosiaalisten taitojen puutteesta. Pelokkuus voi myös johtua muusta ongelmasta kuten autismista. Autistinen potilas reagoi tyypillisesti pelokkaasti päivittäisen ympäristön ja rutiinin muutoksiin. Pelokkuus voi myös johtaa aggressiiviseen käytökseen, jonka avulla potilas yrittää muuttaa ympäristöä tai paeta sitä.

Anm.

Karakteristiskt för störningar i denna grupp är den ångest som orsakas av i sig ofarliga situationer eller andra yttre faktorer. Som en följd av ångesten undviker patienten dessa situationer eller uthärdar dem med fasa. Den fobiska ångesten kan fokuseras på andra individuella symtom fysiologiskt och på beteendenivå. Den kan till sin intensitet variera mellan lindrigt obehag och fasa. Uppmärksamheten kan riktas mot enstaka symtom såsom hjärtklappning eller svindel vilket ofta leder till dödsfruktan eller till rädsla för att tappa kontrollen och förlora förståndet. Kännedommen om att andra människor inte skulle uppfatta motsvarande situation som farlig eller hotfull minskar inte den ångest personen känner. Blotta tanken på den fobiska situationen kan framkalla förväntningsångest. Fobisk ångest och depression uppträder ofta samtidigt. Vid en fobisk störning orsakas rädslan av yttre faktorer, vilket gör att rädsla för smitta eller behandling som till exempel injektioner klassificeras som specificerade (enstaka) fobier (F40.2).

Fobiska symtom och depression uppträder ofta samtidigt. I dessa fall väljs diagnosen utifrån de symtom som varat längst förutsatt att detta symtom uppträder vid tidpunkten för diagnosen.

Fobiska symtom är med undantag för rädsla för sociala situationer allmänna hos kvinnor än hos män.

En panikattack (F41.0) i en situation som utlöser fobi uttrycker det fobiska symtomets svårighetsgrad och leder till att störningen klassificeras som fobiskt syndrom. Diagnosen paniksyndrom borde ställas endast då störningen inte uppfyller något av kriterierna för fobiskt syndrom.

Fobier hos utvecklingsstörda

Fobier hos utvecklingsstörda undgår lätt att bli upptäckta. Likväl kan de införa onödiga begränsningar i patientens liv. Det är viktigt att försöka åtskilja fobierna från beteende som betingas av brist på möjligheter och erfarenheter eller sociala talanger. Rädslan kan även orsakas av andra problem som till exempel autism. Det är typiskt för en autistisk patient att reagera med rädsla för förändringar i den dagliga omgivningen och rutinerna. Rädslorna kan även framkalla aggressivt beteende med hjälp av vilket patienten försöker ändra på omgivningen eller undkomma den.

F40.0

JULKISTEN PAIKKOJEN PELKO

Agorafobi

Mukaan lukien

Torikauhu

Agorafobia

Inkluderar

Torgskräck

Huom.

Termiä agorafobia käytetään tässä yhteydessä laajemmassa merkityksessä kuin termiä alunperin on käytetty ja missä laajuudessa sitä käytetään edelleen joissakin maissa. Häiriö sisältää paitsi pelon aukeita paikkoja kohtaan, myös väkijoukossa liikkumista tai muuta sellaista tilannetta kohtaan, mistä nopea poispääsy on vaikeaa. Vaikka ahdistuneisuus ja välttämiskäyttäytyminen vaihtelevat vaikeusasteeltaan, tämä häiriö on pelko-oireisista häiriöistä eniten toimintakykyä rajoittava. Jotkut potilaat eivät voi liikkua lainkaan kotinsa ulkopuolella. Monilla ilmenee kauhun tunteita liittyen julkisella paikalla pyörtymisen ja yksin jäämisen pelkoon. Useimmat potilaat ovat naisia ja oireet alkavat yleensä varhain aikuisiällä. Häiriöön voi liittyä myös masennus- ja pakko-oireita, mutta nämä eivät yleensä hallitse oirekuva. Häiriön oireisto on usein pitkäaikainen tehokkaan hoidon puuttuessa. Yleensä oireet kuitenkin vaihtelevat vaikeusasteeltaan yksittäisillä henkilöillä.

Diagnostiset kriteerit:

A. Henkilö pelkää tai välttää vähintään kahta luettelossa mainittua tilannetta tai paikkaa:

- (1) väkijoukot
- (2) julkiset paikat
- (3) yksin matkustaminen
- (4) kotoa lähteminen

B. Pelkoa aiheuttavassa tilanteessa on ilmennyt vähintään kaksi ahdistusoiretta yhtäaikaisesti ainakin kerran ja toisen oireen täytyy olla jokin kohtien 1-4 oireista:

Autonomiset oireet

- (1) sydämentykytys tai sydämen hakkaamisen tunne tai kohonnut pulssi
- (2) hikoilu
- (3) vapina
- (4) suun kuivuminen, joka ei johdu nestehukasta tai lääkityksestä

Rinnan ja vatsan alueen oireet

- (5) hengitysvaikeudet
- (6) tukehtumisen tunne
- (7) rintakipu tai epämiellyttävä tunne rinnassa
- (8) pahoinvointi tai vatsakipu (esim. vatsanväänneet)

Psyykkiset oireet

- (9) pyörriyttävä, huimaava, sekava tai epävakainen olotila
- (10) tunne siitä, että ympäristö on epätodellinen (derealisaatio) tai että itse on kuin jossain kaukaisuudessa tai "poissa tästä maailmasta" (depersonalisaatio)
- (11) itsehallinnan menettämisen, sekoamisen tai tajunnan menettämisen pelko
- (12) kuolemanpelko

Yleisoireet

(13) kuumat aallot tai vilunväristykset

(14) ihon puutuminen tai pistely

C. Ahdistuneisuus- tai välttämisoireet aiheuttavat huomattavaa tuskaisuutta ja henkilö tunnistaa, että oireet ovat tilanteisiin nähden kohtuuttomia tai epätarkoituksenmukaisia.

D. Oireet rajoittuvat kokonaan tai pääasiassa pelkoa aiheuttaviin tilanteisiin tai niiden ajattelemiseen.

E. Tavallisimmat poissulkudiagnoosit: Pelko tai välttämiskäyttäytyminen ei johdu harhaluuloista, aistiharhoista, elimellisestä mielenterveyden häiriöstä (F00-F09), skitsofreniaryhmän häiriöstä (F20-F29), mielialahäiriöstä (F30-F39) tai pakko-oireisesta häiriöstä (F42) eikä se liity kulttuurin mukaisiin uskomuksiin.

Huom!

Joissakin tapauksissa ahdistusoiretta ei ole, koska henkilö välttää ahdistusta aiheuttavia tilanteita. Masentuneisuus, pakko-oireet, sosiaalisten tilanteiden pelko tai depersonalisaatio-oireet eivät poissulje tätä diagnoosia. Mikäli masennus on selkeästi ensisijainen oire, käytetään masennusdiagnoosia.

Anm.

Termen agorafobi används i detta sammanhang i en vidare bemärkelse än den bemärkelse och den omfattning i vilken den ursprungligen använts och fortfarande används i vissa länder. Störningen innefattar förutom torgskräck även fruktan för folksamlingar eller andra situationer som det är svårt att snabbt dra sig ur. Även om ångest och undvikande beteende varierar i svårighetsgrad är det denna störning som bland de fobiska syndromen har den mest hämmande effekten på handlingsförmågan. En del patienter kan inte alls röra sig utanför sitt hem. Många drabbas av skräckfyllda känslor som åtföljs av fruktan för att svimma på allmänna platser och att bli lämnade ensamma. Största delen av patienterna är kvinnor och symtomen debuterar i regel i tidig vuxen ålder. Störningen kan även åtföljas av depressions- eller tvångssymtom, men dessa dominerar vanligtvis inte symtombilden. Symtomen är ofta långvariga vid avsaknad av effektiv vård. I allmänhet varierar symtomen likväldigt till sin svårighetsgrad hos olika personer.

Diagnostiska kriterier:

A. Personen fruktar eller undviker minst två av de i förteckningen nämnda situationerna eller platserna:

(1) folksamlingar

(2) allmänna platser

(3) resor på egen hand

(4) att lämna hemmet

B. I en situation som orsakar rädsla har minst två ångestsymtom uppträtt samtidigt åtminstone en gång, varvid ett av dem måste vara något av symtomen i punkterna 1-4:

Autonoma symtom

(1) takykardi eller förnimmelse av hjärtklappning eller förhöjd puls

(2) transpiration

(3) tremor

(4) torr mun som inte betingas av vätskebrist eller medicinering

Symtom i bröst- och bukområdet

(5) andnöd

(6) kvävningsskänsla

(7) smärtor eller känsla av obehag i bröstet

(8) illamående eller magsmärtor (t.ex. magknip)

Psykiska symtom

(9) yrsel, svindel, förvirrat eller instabilt tillstånd

(10) en känsla av att omgivningen är överklig (derealisation) eller att personen själv befinner sig någonstans i fjärran eller långt från denna värld (depersonalisation)

(11) fruktan för att förlora självkontrollen, bli förvirrad eller förlora medvetandet

(12) dödsfruktan

Allmänna symtom

(13) heta vågor eller kalla rysningar

(14) domning eller stickningar i huden

Pelko-oireiset (foobiset) ahdistuneisuushäiriöt

Fobiska syndrom

C. Ängest- eller flyktsymtom orsakar svårt lidande och personen identifierar symtomen som överdrivna eller inadekvata.

D. Symtomen inskränker sig helt och hållet eller huvudsakligen till situationer som orsakar rädsla eller till tankar på sådana.

E. De vanligaste uteslutningsdiagnoserna: Frukten eller undvikande beteende betingas inte av vanföreställningar, hallucinationer, organisk psykisk störning (F00-F09), störning från gruppen schizofreni (F20-F29), förstämningssyndrom (F30-F39) eller tvångssyndrom (F42) och hänför sig inte till kulturrelaterade föreställningar.

Obs!

I en del fall förekommer inga ångestsymtom, eftersom personen undviker situationer som framkallar ångest. Förstämning, tvångssymtom, rädsla för sociala situationer eller depersonalisationssymtom utesluter inte denna diagnos. Om depression klart och tydligt är det primära symtomet, används depressionsdiagnos.

F40.00 **Julkisten paikkojen pelko ilman samanaikaista paniikkihäiriötä**

Agorafobi utan samtidig panikstörning

F40.01 **Julkisten paikkojen pelko samanaikainen paniikkihäiriö**

Agorafobi med samtidig panikstörning

F40.1

SOSIAALISTEN TILANTEIDEN PELKO

Social fobi

Mukaan lukien

Kahvikuppineuroosi

Ihmispelko

Sosiaalinen neuroosi

Inkluderar

Antropofobi

Social neuros

Huom.

Häiriölle on keskeistä toisten ihmisten huomion kohteena olemisen pelko pienissä ryhmissä (eikä esimerkiksi väkijoukossa), mikä johtaa sosiaalisten tilanteiden välttämiseen. Oireet alkavat useimmiten nuoruusiässä. Häiriö on miehillä ja naisilla yhtä yleinen. Oirekuva vaihtelee rajattuihin tilanteisiin, kuten ruokailuun, esiintymiseen tai vastakkaisen sukupuolen kohtaamiseen liittyvistä peloista laaja-alaiseen kaikkia sosiaalisia tilanteita käsittäviin pelkoihin. Keskeinen oire saattaa olla oksentamisen pelko tai joissakin kulttuureissa vaikeus luoda katsekontaktia. Sosiaaliin pelkoihin liittyy tavallisesti itsetunnon laskua ja arvostelun pelkoa. Henkilö voi valittaa punastumista, käsien vapinaa, pahoinvointia tai virtsaamispakkoa, ja hän saattaa joskus olla vakuuttunut siitä, että jokin näistä ahdistuksen seurauksista on ensisijainen ongelma. Oireet voivat kehittyä paniikkikohtauksiksi. Pyrkimys välttää epämiellyttäväksi koettuja tilanteita on usein huomattava ja se voi ääritapauksissa johtaa lähes täydelliseen sosiaaliseen eristäytymiseen.

Diagnostiset kriteerit:

A. Jompikumpi seuraavista:

(1) Huomattava pelko huomion kohteeksi joutumisesta tai pelko siitä, että oma käyttäytyminen johtaisi nöyryytykseen tai nolostumiseen.

(2) Huomattava pyrkimys välttää tilanteita, missä voisi joutua huomion kohteeksi tai sellaisia tilanteita, missä esiintyy pelko siitä, että oma käyttäytyminen johtaisi nöyryytykseen tai nolostumiseen.

Pelot ilmenevät julkisissa ruokailu- tai esiintymistilanteissa, ennestään tuttuja henkilöitä kohdattaessa tai osallistuttaessa rajattuihin ryhmätilanteisiin kuten juhliin, kokouksiin tai opetustapahtumiin.

B. Ainakin kaksi kohdan F40.0 kriteerissä B mainittua ahdistusoiretta on ilmennyt pelkoa aiheuttavassa tilanteessa ja lisäksi todetaan jokin seuraavista oireista:

(1) punastuminen tai vapina

(2) oksentamisen pelko

(3) virtsaamisen tai ulostamisen pelko tai tihentynyt tarve

C. Ahdistuneisuus- tai välttämisoireet aiheuttavat huomattavaa tuskaisuutta.

D. Henkilö tunnistaa, että oireet ovat tilanteisiin nähden kohtuuttomia tai epätarkoituksenmukaisia.

E. Oireet rajoittuvat kokonaan tai pääasiassa pelkoa aiheuttaviin tilanteisiin tai niiden ajattelemiseen.

F. Tavallisimmat poissulkudiagnoosit: Pelko tai välttämiskäyttäytyminen ei johdu harhaluuloista, aistiharhoista, elimellisestä mielenterveyden häiriöstä (F00-F09), skitsofreniaryhmän häiriöstä (F20-F29), mielialahäiriöstä (F30-F39) tai pakko-oireisesta häiriöstä (F42) eikä se liity kulttuurin mukaisiin uskomuksiin.

Erotusdiagnosi:

Sosiaalisten tilanteiden pelkoon liittyy usein voimakasta julkisten paikkojen pelkoa ja masennusta, jotka molemmat voivat lisätä henkilön taipumusta eristäytyä kotiin. Mikäli sosiaalisten tilanteiden pelkoa ja julkisten paikkojen pelkoa (F40.0) on vaikea erottaa toisistaan, tulee käyttää jälkimmäistä diagnoosia. Masennusjakson diagnoosia tulee käyttää vain, mikäli häiriö täyttää masennusjakson kriteerit.

Anm.

Störningen karakteriseras av rädsla för att bli kritiskt granskad av andra människor i mindre grupper (och t.ex. inte i en folksamling), vilket leder till undvikande av sociala situationer. Symtomen debuterar ofta i ungdomsåren. Störningen är lika allmän hos män som hos kvinnor. Symtombilden varierar från fobier som hänför sig till avgränsade situationer som till exempel en måltidssituation, ett uppträdande eller ett möte med det motsatta könet till fobier som omfattar alla sociala situationer. Det centrala symtomet kan vara rädsla för att spy eller i vissa kulturer svårigheten att få ögonkontakt. Sociala fobier är vanligtvis associerade med låg självuppfattning och rädsla för kritik. Personen kan klaga över rodnad, skakande händer, illamående eller urinrängningar och kan ibland vara övertygad om att någon av dessa följer av fobi utgör det primära problemet. Symtomen kan övergå i panikattacker. Stråvan att undvika situationer som upplevts som obehagliga är ofta stor och kan i extrema fall leda till en närapå total social isolering.

Diagnostiska kriterier:

A. Någondera av de följande:

(1) Märkbar rädsla för att bli föremål för uppmärksamhet eller rädsla för att det egna beteendet ska få förödmjukande eller genanta följder.

(2) Märkbar stråvan att undvika situationer där personen blir föremål för uppmärksamhet eller där risken finns att det egna beteendet ska få förödmjukande eller genanta följder.

Fobierna uppträder i offentliga måltidssituationer eller framträdanden, vid möten med personer som är bekanta eller i begränsade situationer av umgänge i grupper såsom vid fester, möten eller undervisningsevenemang.

B. Åtminstone två av de i kriterium B i undergrupp F40.0 nämnda ångestsymtomen har uppträtt i en situation som ger upphov till rädsla som dessutom åtföljs av något av följande symtom:

(1) rodnad eller tremor

(2) rädsla för att spy

(3) urinerings- eller tarmtömningsfobi eller rädsla för oftare förekommande behov. /C. Ångest- eller flyktsymtom orsakar starkt själsligt lidande.

D. Personen identifierar symtomen som överdrivna eller inadekvata.

E. Symtomen inskränker sig helt och hållet eller huvudsakligen till situationer som orsakar rädsla eller till tankar på sådana.

F. De vanligaste uteslutningsdiagnoserna: Frukthan eller undvikande beteende betingas inte av vanföreställningar, hallucinationer, organisk psykisk störning (F00-F09), störning från gruppen schizofreni (F20-F29), förstämningssyndrom (F30-F39) eller tvångssyndrom (F42) och hänför sig inte till kulturrelaterade föreställningar.

Differentialdiagnos:

Social fobi åtföljs ofta av stark frukthan för allmänna platser och depression som tillsammans förstärker personens benägenhet att isolera sig hemma. Om det är svårt att skilja mellan social fobi och agorafobi (F40.0), bör den sistnämnda diagnosen användas. Diagnosen depressiv episod bör användas endast om störningen uppfyller kriterierna för depressiv episod.

F40.2

MÄÄRITETYT (YKSITTÄISET) PELOT

Specifika (avgränsade) fobier

Mukaan lukien

Korkean paikan kammo

Akrofobia

Eläinkammo

Pelko-oireiset (foobiset) ahdistuneisuushäiriöt

Fobiska syndrom

Ahtaan paikan pelko
Klaustrofobia
Yksittäinen pelko

Inkluderar

Akrofobi
Djurfobi
Enkel fobi
Klaustrofobi

Huom.

Pelkoja, jotka rajoittuvat erittäin tarkasti määritettäviin tilanteisiin tai kohteisiin. Niitä ovat tiettyjen eläinten tai hyönteisten lähellä oleminen, korkeat paikat, ukkonen, pimeä, lentäminen, suljetut paikat, virtsaaminen tai ulostaminen yleisessä WC:ssä, tiettyjen ruokien syöminen, hammaslääkärissä käyminen, veren tai vamman näkeminen tai altistuminen tietyille sairauksille. Vaikka laukaiseva tilanne on tarkoin rajattu, sen kohtaaminen voi aiheuttaa samanlaisen paniikin kuin julkisten paikkojen pelko tai sosiaalisten tilanteiden pelko. Tällaiset pelot alkavat yleensä lapsuudessa tai varhain aikuisiällä ja ilman hoitoa saattavat kestää vuosikymmeniä. Oireen aiheuttama rajoitus riippuu siitä, kuinka helposti pelkoa aiheuttava tilanne on vältettävissä. Tiettyyn tilanteeseen kohdistuva pelko ei yleensä vaihtelee vaikeusasteeltaan toisin kuin julkisten paikkojen pelko. Tavallisia sairauspelkoja ovat AIDS:n, sukupuolitaudin tai säteily sairauden pelko.

Diagnostiset kriteerit:

A. Jompikumpi seuraavista:

Huomattava tilanne- tai kohdesidonnainen pelko, joka ei liity julkisten paikkojen (F40.0) tai sosiaalisten tilanteiden (F40.1) pelkoon.

Huomattava tilanne- tai kohdesidonnainen välttämiskäyttäytyminen, joka ei liity julkisten paikkojen (F40.0) tai sosiaalisten tilanteiden (F40.1) pelkoon.

B. Jossakin vaiheessa on ollut kohdan F40.0 kriteeriin B sisältyviä ahdistusoireita pelottavaan tilanteeseen tai kohteeseen liittyen.

C. Ahdistus- tai välttämisoireet aiheuttavat huomattavaa tuskaisuutta ja henkilö tunnistaa, että oireet ovat tilanteisiin nähden kohtuuttomia tai epätarkoituksenmukaisia.

D. Oireet rajoittuvat pelkoa aiheuttaviin tilanteisiin tai niiden ajattelemiseen.

Määritetyt pelot voidaan jaotella seuraavasti:

- eläinpelot (hyönteiset, koirat)
- luonnonvoimiin liittyvät pelot (myrsky, vesi)
- veren, pistosten ja vammojen pelot
- tilannekohtaiset pelot (hissit, tunnelit)
- muun tyyppiset pelot

Erotusdiagnoosi:

Tällä diagnoosilla tarkoitettuun häiriöön ei liity muita oireita kuin ahdistuneisuus tai välttämiskäyttäytyminen toisin kuin julkisten paikkojen pelkoon tai sosiaalisten tilanteiden pelkoon.

Veren tai vamman pelko voi muista pelko-oireisista häiriöistä poiketen aiheuttaa bradykardiaa tai pyörtymisen (eikä yleensä takykardiaa).

Tiettyjen sairauksien, kuten syövän, sydänsairauden tai sukupuolitaudin pelko luokitellaan hypokondriseksi häiriöksi (F45.2) ellei pelko liity sellaiseen tilanteeseen, missä sairauden voisi saada.

Mikäli kyseessä on harhanomainen käsitys sairauden olemassaolosta, luokitellaan häiriö harhaluuloisuushäiriöksi (F22.0).

Ruumiillisen epämuotoisuuden pelko luokitellaan hypokondriseksi häiriöksi (F45.2) tai harhaluuloisuushäiriöksi (F22.0) riippuen oireen kestosta ja itsepintaisuudesta.

Huom!

Psykkisten tai autonomisten oireiden täytyy liittyä ahdistuneisuuteen eikä esimerkiksi pakkoajatuksiin tai harhaluuloihin. Henkilö pyrkii välttämään pelkoa aiheuttavia tilanteita aina, kun se mahdollista.

Anm.

Fobier begränsade till helt specifika situationer eller platser. Sådana är ångest för speciella djur, höjder, åskväder, mörker, flygning, stängda rum, besök på offentliga toaletter, intag av viss föda, tandläkarbesök, åsyn av blod eller kroppsskada eller risk att drabbas av vissa sjukdomar. Även om den utlösande situationen är avgränsad eller speciell kan kontakt med situationen utlösa panikångest på samma sätt som vid agorafobi och social fobi. Sådana fobier debuterar ofta under barndomen eller i tidig vuxen ålder och kan utan vård vara i årtionden. De begränsande konsekvenser symtomen medför beror på hur lätt det går att undvika en situation som orsakar fruktan. En fobi avgränsad till en viss situation varierar i regel inte till sin svårighetsgrad till åtskillnad från agorafobi. Vanliga sjukdomsfobier är fruktan för AIDS, köns- eller strålningssjukdomar.

Diagnostiska kriterier:

A. Någondera av följande:

Märkbar situations- eller platsspecifik fobi som inte hänför sig till agorafobi (F40.0) eller social fobi (F40.1).

Märkbar situations- eller platsspecifikt undvikande beteende som inte hänför sig till agorafobi (F40.0) eller social fobi (F40.1).

B. Under någon period har ångestsymtom som ingår i kriterium B i F40.0 förekommit i samband med en skrämmande situation eller plats.

C. Ångest- eller flyktsymtom orsakar svårt lidande och personen identifierar symtomen som överdrivna eller inadekvata.

D. Symtomen inskränker sig till situationer som orsakar fruktan och till tankar på dessa.

Definierade fobier kan indelas på följande sätt:

- djurfobier (insekter, hundar)

- fobier som hänför sig till naturkrafter (storm, vatten)

- blod, injektioner och kroppsskador

- situationsspecifika fobier (hissar, tunnlar)

- fobier av annan typ

-Till en störning som avses med denna diagnos hänför sig inga andra symtom än ångest eller undvikande beteende till åtskillnad från rädsla för offentliga platser eller sociala situationer.

Rädsla för blod eller skada kan till åtskillnad från andra fobier orsaka bradykardi eller svimning (men vanligtvis inte takykardi).

Rädsla för vissa sjukdomar som till exempel cancer, hjärtsjukdom eller könssjukdom klassificeras som hypokondri (F45.2), om rädslan inte hänför sig till en situation där det är möjligt att ådra sig sjukdomen.

Om det är fråga om en inbillad uppfattning om sjukdomens förekomst, klassificeras rädslan som vanföreställningssyndrom (F22).

Rädsla för fysisk missbildning klassificeras som hypokondri (45.2) eller vanföreställningssyndrom (F22.0) beroende på hur långvarigt och ihållande symtomet är.

Obs!

Psykiska eller autonoma symtom måste hänga samman med ångest och inte med till exempel tvångstankar eller vanföreställningar. Personen försöker undvika situationer som framkallar rädsla alltid då det är möjligt.

F40.8

MUU PELKO-OIREINEN (FOOBINEN) AHDISTUNEISUSHÄIRIÖ

Annan specificerad fobi

F40.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN PELKO-OIREINEN (FOOBINEN) AHDISTUNEISUSHÄIRIÖ

Fobi, ospecificerad

Mukaan lukien

Tarkemmin määrittämätön pelko

Tarkemmin määrittämätön pelkotila

Inkluderar

Fobi UNS

Fobiska tillstånd UNS

F41

Muut ahdistuneisuushäiriöt

Andra ångestsyndrom

Huom.

Ahdistus on pääoire. Se ei rajoitu mihinkään erityiseen ulkoiseen tilanteeseen. Masennus- ja pakko-oireitakin voi ilmetä, jopa pelko-oireisen ahdistuksen piirteitä, mutta ne ovat selvästi toissijaisia tai lievähköjä.

Anm.

Ångest är huvudsymtomet. Det avgränsas inte till någon yttre situation. Depressiva och obsessiva symtom samt ibland även vissa drag av fobisk ångest kan vara närvarande, förutsatt att de uppträder sekundärt eller är mindre uttalade.

F41.0

PANIIKKIHÄIRIÖ (KOHTAUKSITTAINEN AHDISTUS)

Paniksyndrom [episodisk paroxysmal ångest]

Mukaan lukien

Paniikkikohtaus

Paniikkitila

Inkluderar

Panikattack

Paniktillstånd

Huom.

Olenainen piirre ovat toistuvat vaikeat ahdistuskohtaukset (pakokauhu), jotka eivät rajoitu mihinkään erityistilanteeseen tai tiettyihin olosuhteisiin ja jotka ovat siksi ennustamattomia. Kuten muissakin ahdistuneisuushäiriöissä hallitsevat oireet vaihtelevat, mutta yleisiä ovat yhtäkkiä alkava sydämentykytys, rintakipu, tukehtumisen tunne, huimaus ja epätodellisuuden tunne (depersonalisaatio tai derealisaatio). Toissijaisena ilmenee myös lähes aina kuolemanpelkoa tai hallinnan menettämisen ja hulluksi tulemisen pelkoa. Kohtaus kestää yleensä muutamia minutteja, mutta joskus pitempäänkin. Oireiston kesto ja esiintyvyys vaihtelee. Kohtaukseen liittyy nopeasti lisääntyvä pelko ja pahenevat autonomiset oireet, jotka johtavat pakenemiseen tilanteesta, jossa kohtaus alkoi. Tätä tilannetta kohtaan saattaa kehittyä pelko tai välttämiskäyttäytyminen (esimerkiksi matkustaminen tai väkijoukossa oleminen). Ahdistusoireet ovat suhteellisen vähäisiä kohtausten välillä. Toistuvat paniikkikohtaukset voivat aiheuttaa yksin olemisen tai julkisten paikkojen pelkoa. Usein kohtauksen seurauksena on jatkuva uuden kohtauksen pelko. Diagnoosi edellyttää useiden vakavien autonomisia oireita sisältävien ahdistuskohtauksien ilmenemistä noin kuukauden aikana.

Diagnostiset kriteerit:

A. Henkilöllä esiintyy toistuvia paniikkikohtauksia ennalta arvaamattomissa ja vaihtelevissa tilanteissa, jotka eivät ole erityisen rasittavia tai vaarallisia.

B. Paniikkikohtaukseen liittyvät kaikki seuraavat piirteet:

(1) kohtaus on intensiivisen pelottava tai epämiellyttävä erillinen kokemus

(2) kohtaus alkaa äkillisesti

(3) kohtauksen voimakkuus saavuttaa huippunsa muutaman minuutin kuluessa ja kohtaus kestää vähintään muutamia minuutteja

(4) kohtaukseen liittyy vähintään neljä seuraavista oireista, joista yhden täytyy olla jokin oireista a-d:

Autonomisen kiihotustilan oireet

(a) sydämentykytys tai tunne, että sydän hikkaa tai kohonnut pulssi

(b) hikoilu

(c) vapina

(d) suun kuivuminen, joka ei johdu nestehukasta tai lääkityksestä

Rinnan ja vatsan alueen oireet

(e) hengitysvaikeudet

(f) tukehtumisen tunne

(g) rintakipu tai epämiellyttävä tunne rinnassa

(h) pahoinvointi tai vatsakipu (esim. vatsanväänneet)

Psyykkiset oireet

(i) pyörryttävä, huimaava, sekava tai epävakainen olotila

(j) tunne siitä, että ympäristö on epätodellinen (derealisaatio) tai että itse on kuin jossain kaukaisuudessa tai ”poissa tästä maailmasta” (depersonalisaatio)

(k) pelko itsehallinnan menettämisestä, sekoamisesta tai pyörtymisestä

(l) kuolemanpelko

Yleisoireet

m) kuumat aallot tai vilunväristykset

n) ihon puutuminen tai pistely

C. Tavallisimmat poissulkudiagnoosit. Paniikkikohtaukset eivät johdu elimellisestä sairaudesta, harhaluuloista, aisti-harhoista, elimellisestä mielenterveyden häiriöstä (F00-F09), skitsofreniaryhmän häiriöstä (F20-F29), mielialahäiriöstä (F30-F39) tai somatisaatiohäiriöstä (F45).

Paniikkikohtaus (F41.0) pelkoa aiheuttavassa tilanteessa kuvaa pelko-oireen vaikeutta ja siten häiriö luokitellaan pelko-oireiseksi häiriöksi. Paniikkihäiriötä tulisi käyttää diagnoosina vain silloin, kun häiriö ei täytä minkään pelko-oireisen häiriön kriteerejä (F40).

Paniikkikohtaukset voivat olla masennusjakson johdannaisoireita erityisesti miehillä. Tällöin tulisi käyttää masennusjakson diagnoosia, mikäli häiriö täyttää masennusjakson kriteerit.

Huom!

Koska oireiden laatu ja vaikeusaste vaihtelee niin paljon eri yksilöiden välillä, häiriö voidaan luokitella keskivaikeaksi tai vaikea-asteiseksi paniikkihäiriöksi viidennen merkin avulla.

Anm.

Ett väsentligt fenomen är återkommande attacker av svår panikångest, som är oförutsägbara då de inte är begränsade till särskilda situationer eller omständigheter. Liksom vid andra ångestsyndrom är de dominerande symtomen varierande, men plötsligt insättande hjärklappning, bröstsmärtor, kvävningssänsor, yrsel och överklighetskänslor (depersonalisation eller derealisation) är vanliga. Sekundärt uppträder ofta rädsla för att dö, att förlora kontrollen eller att bli sinnessjuk. Anfallen varar i regel några minuter men ibland även längre stunder. Symtomens duration och uppträdande varierar. Ett anfall åtföljs av en snabbt tilltagande rädsla och förvärrade autonoma symtom som leder till flykt från den situation i vilken anfallet började. För denna situation (exempelvis resor eller vistelse i folksamling) kan en fobi eller ett undvikande beteende utvecklas. Ångestsymtomen är relativt lindriga mellan anfallen. Återkommande panikattacker kan utveckla rädsla för att vara ensam eller för allmänna platser. Ofta leder en attack till en fortsatt rädsla för en ny attack. Diagnosen förutsätter ett flertal allvarliga ångestattacker med autonoma symtom under ca en månads tid.

Diagnostiska kriterier:

A. Personen drabbas av återkommande panikattacker i oförutsägbara och varierande situationer som inte är särskilt påfrestande eller farliga.

B. Till en panikattack hänför sig alla följande kännetecken:

(1) attacken är en intensivt skrämmande eller obehaglig separat upplevelse

(2) attacken är akut

(3) styrkan i attacken kulminerar inom några minuter och attacken varar minst några minuter

(4) attacken åtföljs av minst fyra av följande symtom varav ett måste vara ett av symtomen a-d:

Symtom på autonom excitation

(a) hjärklappning eller en förnimmelse av hjärtats slag eller förhöjd puls

(b) svettning

(c) tremor

(d) muntorrhet som inte betingas av vätskebrist eller medicinering

Symtom i bröst- och bukområdet

(e) andnöd

(f) kvävningssänsla

Muut ahdistuneisuushäiriöt

Andra ångestsyndrom

(g) smärtor eller känsla av obehag i bröstet

(h) illamående eller magsmärter (t.ex. magknip)

Psykiska symtom

(i) en känsla av svindel och virrighet eller instabilitet.

(j) en känsla av att omgivningen är överklig (derealisation) eller att patienten själv befinner sig någonstans i fjärran eller bortom denna värld (depersonalisation)

(k) rädsla för att förlora självkontrollen, konfusion eller svimning

(l) dödsskräck

Allmänna symtom

(m) heta vågor eller kalla kårar

domning eller stickningar i huden

C.. De vanligaste uteslutningsdiagnoserna. Panikattackerna är inte betingade av organisk sjukdom, vanföreställningar, hallucinationer, organiska psykiska störningar (F00-F09), förstämningssyndrom (F30-F39) eller somatoforma syndrom (F45).

Diagnosen panikstörning borde användas endast då störningen inte uppfyller kriterierna för en enda fobisk störning (F40).

Panikattacker kan vara symtom som härrör från en depressiv episod i synnerhet hos män. Då borde diagnosen depressiv episod användas förutsatt att störningen uppfyller kriterierna för depressiv episod..

Obs!

Eftersom symtomens kvalitet och svårighetsgrad uppvisar så stora variationer mellan olika individer, kan störningen klassificeras som medelsvår eller svår panikstörning med tecknet i femte positionen.

F41.00 Keskivaikea paniikkihäiriö, vähintään neljä kohtausta kuukauden aikana

Måttlig paniksyndrom

Huom.

Vähintään neljä kohtausta kuukauden aikana.

Anm.

Minst fyra attacker per månad.

F41.01 Vaikea-asteinen paniikkihäiriö, vähintään neljä kohtausta viikossa kuukauden aikana

Svårt paniksyndrom

Huom.

Vähintään neljä kohtausta viikossa kuukauden aikana.

Anm.

Minst fyra attacker i veckan per månad.

F41.08 Lieväasteinen tai muu määritelty paniikkihäiriö (vähemmän kuin neljä kohtausta kuukauden aikana)

Lindrig eller annan specificerad paniksyndrom (mindre än fyra attacker per månad)

F41.09 Määrittämätön paniikkihäiriö

Paniksyndrom UNS

F41.1

YLEISTYNYT AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖ (YLEISTYNYT TUSKAISUUS)

Generaliserat ångestsyndrom

Mukaan lukien

Ahdistusneuroosi

Ahdistusreaktio

Ahdistustila

Vapaasti ajelehtiva ahdistus

Inkluderar

Ångestneuros
Ångestreaktion
Ångesttillstånd

Huom.

Ahdistus on yleistynyttä ja pitkäaikaista, mutta se ei rajoitu mihinkään erityisiin ympäristön olosuhteisiin eikä edes pääasiallisesti liity sellaisiin (ts. se on ”vapaasti ajelehtivaa”). Kuten muissakin ahdistuneisuushäiriöissä, hallitsevat oireet ovat vaihtelevia, mutta niihin kuuluu yleensä jatkuvaa hermostuneisuutta, vapinaa, lihasjännitystä, hikoilua, heikotusta, sydämentykytystä, huimausta ja ylävatsavaivoja. Myös lisääntynyt asioiden murehtiminen ja huolestuneisuus ovat tavallisia oireita. Henkilö ilmaisee usein pelkoja, että hän itse tai hänen omaisensa pian sairastuisivat tai joutuisivat onnettomuuteen. Häiriö on tavallisempi naisilla kuin miehillä ja siihen liittyy usein pitkäaikaisia ulkoisia rasitustekijöitä. Oirekuva on pitkäaikainen ja muuttuva ja oireiston kulku vaihtelee.

Diagnostiset kriteerit:

A. Vähintään kuuden kuukauden ajan on esiintynyt korostunutta jännittyneisyyttä, huolestuneisuutta ja pelokkuutta suhteessa arkipäivän tapahtumiin ja ongelmiin.

B. Esiintyy vähintään neljä seuraavista oireista, joista yhden täytyy olla jokin oireista 1- 4:

Autonomisen kiihotustilan oireet

- (1) sydämentykytys tai tunne, että sydän hakkaa, tai kohonnut pulssi
- (2) hikoilu
- (3) vapina
- (4) suun kuivuminen, joka ei johdu nestehukasta tai lääkityksestä

Rinnan ja vatsan alueen oireet

- (5) hengitysvaikeudet
- (6) tukehtumisen tunne
- (7) rintakipu tai epämiellyttävä tunne rinnassa
- (8) pahoinvointi tai vatsakipu (esim. vatsanväänneet)

Psyykkiset oireet

- (9) pyöräyttävä, huimaava, sekava tai horjuva olotila
- (10) tunne siitä, että ympäristö on epätodellinen (derealisaatio) tai että itse on kuin jossain kaukaisuudessa tai ”poissa tästä maailmasta” (depersonalisaatio)
- (11) pelko itsehallinnan menettämisestä, sekoamisesta tai tajunnan menettämisestä
- (12) kuolemanpelko

Yleisoireet

- (13) kuumat aallot tai vilunväristykset
- (14) ihon puutuminen tai pistely

Jännitysoireet

- (15) lihasjännitys, -säryt tai -kivut
- (16) levottomuus ja kykenemättömyys rentoutua
- (17) hermostuneisuuden tunne
- (18) nielemisvaikeudet tai palan tunne kurkussa

Muut oireet

- (19) korostuneet reaktiot yllättävissä tilanteissa tai herkkyyks pelästyä
- (20) keskittymisvaikeudet tai mielen tyhjäksi pyyhkiytyminen ahdistuksen tai huolestuneisuuden takia
- (21) jatkuva ärtyneisyys
- (22) huolestuneisuuden aiheuttama nukahtamisvaikeus

C. Häiriö ei täytyä masennusjakson (F32), paniikkihäiriön (F41.0), pelko-oireisen häiriön (F40), pakko-oireisen häiriön (F42) tai hypokondrisen häiriön (F45.2) kriteerejä.

D. Tavallisimmat poissulkudiagnoosit: Ahdistuneisuus ei aiheudu elimellisestä sairaudesta, kuten hypertyreosista

Muut ahdistuneisuushäiriöt

Andra ångestsyndrom

(E05), elimellisestä mielenterveyden häiriöstä (F00-F09), päihteiden käytöstä (F10-F19), esimerkiksi amfetamiinin käytöstä tai bentsodiatsepiinien vieroitusoireista.

Huom!

Ohimenevät masennusoireet tai muuntyyppiset oireet eivät poissulje tätä diagnoosia. Lapsilla pääasialliset oireet voivat olla somaattisia tai ilmetä tarpeena kuulla asioita vakuuteltavan toistuvasti.

Anm.

Ångesten är generaliserad och ihållande, men inte begränsad till eller ens mest markerad i vissa situationer eller omständigheter (dvs är fritt flytande). De mest framträdande symtomen varierar liksom vid andra ångestsyndrom, men omfattar ihållande nervositet, tremor, muskulär spänning, svettningar, svimningskänsla, hjärtklappning, yrsel och oro i magen. Även tilltagande grubbleri och ängslan är vanliga symtom. Personen uttrycker ofta rädsla för att själv eller en anhörig snart ska bli sjuk eller råka ut för en olycka. Störningen är allmännare hos kvinnor än hos män och åtföljs ofta av långvariga yttre stressfaktorer. Symtombilden är långvarig och omväxlande och symtomens förlopp varierande.

Diagnostiska kriterier:

A. Personen har i minst en månads tid upplevt markanta spänningar, ängslan och rädsla inför dagliga händelser och problem.

B. Förekomst av minst fyra av följande symtom, av vilka ett måste vara något av symtomen 1-4:

Symtom på autonom excitation

(1) hjärtklappning eller en förnimmelse av hjärtats slag eller förhöjd puls

(2) svettning

(3) tremor

(4) muntorrhet (xerostomi) som inte betingas av vätskebrist eller medicinering

Symtom i bröst- och bukområdet

(5) andnöd

(6) kvävningkänsla

(7) smärta eller känsla av obehag i bröstet

(8) illamående eller magsmärta (t.ex. magknip).

Psykiska symtom

(9) yrsel, svindel, förvirrat eller instabilt tillstånd

(10) en känsla av att omgivningen är överklig (derealisation) eller att personen själv befinner sig någonstans i fjärran eller långt från denna värld (depersonalisation)

(11) rädsla för att förlora självkontrollen, att förlora förståndet eller svimma

(12) dödsfruktan

Allmänna symtom

(13) heta vågor eller kalla rysningar

(14) domning eller stickningar i huden

Spänningssymtom

(15) muskulär spänning, värk och smärta

(16) rastlöshet och oförmåga att slappna av

(17) nervositet

(18) sväljningssvårigheter eller klump i halsen

Övriga symtom

(19) överdrivna reaktioner i överraskande situationer eller lättskrämdhet

(20) koncentrationssvårigheter eller blackout betingad av ångest eller ängslan

(21) kontinuerlig irriterbarhet

(22) svårt att somna på grund av ängslan och oro.

C. Störningen uppfyller inte kriterierna för depressiv episod (F32), paniksyndrom (F41.0), fobiska syndrom (F40), tvångs- syndrom (F42) eller hypokondri (45.2).

D. De vanligaste uteslutningsdiagnoserna: Ångesten betingas inte av en organisk sjukdom som till exempel hyperty-

reos (E05), organisk psykisk störning (F00-F09), bruk av psykoaktiva substanser (F10-F19), till exempel amfetamin eller av abstinenssymtom efter bensodiazepiner.

Obs!

Övergående depressiva symtom eller symtom av annan typ utesluter inte denna diagnos. Hos barn kan de huvudsakliga symtomen vara somatiska eller uppträda som ett behov av att upprepa gånger få höra samma försäkran.

F41.2

SEKAMUOTOINEN AHDISTUS- JA MASENNUSTILA

Blandade ångest- och depressionstillstånd

Mukaan lukien

Lievä väliaikainen ahdistus- ja masennustila

Inkluderar

Tillstånd med ångest och depression, lindrigt tillfälligt

Huom.

Tätä diagnoosia käytetään silloin, kun sekä ahdistus- että masennusoireita esiintyy, mutta kummatkaan eivät ole selkeästi hallitsevia eikä kumpikaan oireityyppi ilmene niin laaja-alaisena, että se riittäisi erilliseen ahdistus- tai masennusdiagnoosiin.

Yleensä esiintyy vaihtelevasti joitakin autonomisia oireita. Mikäli esiintyy vain huolestuneisuutta tai asioiden murehtimista, mutta ei autonomisia oireita, tätä diagnoosia ei tule käyttää. Henkilöt, joilla esiintyy lieviä häiriön oireita ovat usein perusterveydenhuollon asiakkaita tai he eivät hae lääketieteellistä apua.

Kun esiintyy sekä ahdistus- että masennusoireita niin paljon, että häiriö täyttää masennusjakson ja jonkin ahdistuneisuushäiriön kriteerit voidaan käyttää molempia diagnooseja. Mikäli tällaisissa tapauksissa halutaan käyttää vain yhtä diagnoosia, tulee sellaiseksi valita masennusjakso.

Ahdistushäiriöihin tai pelko-oireisiin häiriöihin saattaa liittyä lieviä tai ohimeneviä masennusoireita, mutta ahdistuneisuus on pääasiallinen oire.

Mikäli oireisto liittyy selvästi merkittäviin elämänmuutoksiin tai rasittaviin tapahtumiin, tulee käyttää sopeutumishäiriön diagnoosia (F43.2).

Anm.

Denna diagnos används vid förekomst av både ångest och depression men då ingetdera är klart dominerande. Var för sig är symtomen inte heller tillräckligt uttalade för att motivera diagnos för separat ångestsyndrom eller depression.

I regel uppträder en del autonoma symtom med variation. Vid förekomst av enbart ångslan eller grubblerier utan autonoma symtom bör denna diagnos inte användas. Personer hos vilka lindriga störningssymtom förekommer är ofta klienter hos primärvården eller uppsöker inte medicinsk vård.

Då både tvångssymtom och depressiva symtom uppträder i sådan utsträckning att störningen uppfyller kriterierna för depressiv episod samt något tvångssyndrom kan vardera diagnosen användas. Om man i sådana fall vill använda endast en diagnos, bör man välja depressiv episod.

Ångestsyndrom eller fobiska syndrom kan åtföljas av lindriga eller övergående depressiva symtom, men ångest utgör det mest framträdande symtomet.

Om symtombilden tydligt hänför sig till livsförändringar och påfrestande händelser, bör diagnosen anpassningsstörning (43.2) användas.

F41.3

MUU SEKAMUOTOINEN AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖ

Annat blandat ångeststillstånd

Huom.

Häiriö täyttää yleistyneen ahdistuneisuushäiriön (F41.1) kriteerit. Lisäksi on todettavissa merkittäviä tilapäisiä oireita muista ryhmän (F40-F49) häiriöistä, mutta ne eivät täytä minkään yksittäisen häiriön kriteerejä. Pakko-oireisen (F42), dissosiativisen (F44) häiriön ja somatisaatiohäiriöiden (F45) piirteet ovat tavallisimpia.

Erotusdiagnoosi:

Mikäli oireisto liittyy selvästi merkittäviin elämänmuutoksiin tai rasittaviin tapahtumiin, tulee käyttää sopeutumishäiriön diagnoosia (F43.2).

Muut ahdistuneisuushäiriöt

Andra ångestsyndrom

Anm.

Störningen uppfyller kriterierna för generaliserat ångestsyndrom (F41.1). Dessutom kan märkbara tillfälliga symtom av andra störningar i gruppen (F40-F49) konstateras, men de uppfyller inte kriterierna för någon enskild störning. Bland de vanligaste återfinns symtom från tvångstankar med tvångstankar (F42), dissociativa syndrom (F44) och somatiforma syndrom.

Differentialdiagnos:

Om symtombilden tydligt hänför sig till betydande förändringar i livet eller påfrestande händelser, bör diagnosen anpassningsstörning (F43.2) användas.

F41.8

MUU AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖ

Annat specificerat ångesttillstånd

Mukaan lukien

Ahdistushysteria

Inkluderar

Ångesthysteri

F41.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖ

Ångesttillstånd, ospecificerat

Mukaan lukien

Tarkemmin määrittämätön ahdistus

Inkluderar

Ångest UNS

F42

Pakko-oireinen häiriö

Tvångssyndrom

Mukaan lukien

Anankastinen neuroosi

Obsessiivis-kompulsiivinen neuroosi

Inkluderar

Anankastisk neuros

Obsessiv-kompulsiv neuros eller störning

Huom.

Olellainen piirre on toistuvat pakkoajatukset tai pakkotoiminnot. Pakkoajatukset ovat ajatuksia, mielikuvia tai yllykkeitä, jotka kaavamaisina palaavat toistuvasti henkilön mieleen. Ne ovat melkein poikkeuksetta ahdistavia. Henkilö yrittää usein vastustaa niitä, mutta epäonnistuu. Hän kuitenkin tunnistaa pakkoajatukset omiksi ajatuksikseen, vaikka ne tuntuvat mielettömiltä, vastentahtoislta tai vastenmielisiltä.

Pakkotoiminnot ja -teot ovat kaavamaisia käyttäytymistapoja, joita henkilö toistaa yhä uudelleen. Ne eivät tuota mielihyvää eivätkä johda luonnostaan hyödyllisten tehtävien täyttämiseen. Pakkotoimintojen avulla henkilö pyrkii estämään pelkäämänsä vahingollisen teon tai tapahtuman, joka sinänsä on epätodennäköinen. Tavallisesti hän tunnistaa toimintansa hyödyttömyyden ja pyrkii vastustamaan sitä. Toimintojen vastustus jää pois oireiston pitkittyessä. Joko pelkkä jännittyneisyys tai autonomiset ahdistuneisuusoireet ovat tavallisia oireita. Pakko-oireilla (erityisesti pakkoajatuksilla) ja depressiolla on läheinen yhteys. Masennuksen lievittyessä tai voimistuessa tapahtuu yleensä vastaava muutos samanaikaisissa pakko-oireissa. Pakko-oireinen häiriö on yhtä tavallinen miehillä ja naisilla. Usein häiriön taustalla on korostuneita pakkomielleisiä piirteitä henkilön persoonallisuudessa (vrt. F60.5). Oireet alkavat yleensä lapsuudessa tai nuoruusiässä. Oireiden esiintyminen vaihtelee. Todennäköisesti oireet jatkuvat pitkään, mikäli niihin ei liity masennusta. Häiriön ilmeneminen pääasiassa pakkotoimintoina tai pakkoajatuksina nimetään erikseen, koska sillä on merkitystä hoitomenetelmää valittaessa.

Diagnostiset kriteerit:

G1. Joko pakkoajatuksia tai pakkotoimintoja tai molempia on esiintynyt useimpina päivinä vähintään kahden viikon ajan.

G2. Pakkoajatuksiin ja pakkotoimintoihin liittyvät kaikki seuraavat piirteet:

(1) Henkilö tunnistaa, että ne ovat lähtöisin hänen ajatuksistaan eivätkä johdu ulkopuolisista vaikutteista tai henkilöistä.

(2) Ne ovat toistuvia ja epämiellyttäviä. Lisäksi ainakin jokin pakkoajatus tai pakkotoiminto koetaan liioiteltuna tai epätarkoituksenmukaisena.

(3) Henkilö yrittää vastustaa niitä (vastustus vähenee häiriön pitkittyessä). Henkilö on epäonnistunut tässä vastustuksessaan ainakin yhden ajatuksen tai toiminnon suhteen.

(4) Ne eivät tuota mielihyvää, vaikka ne saattavat tilapäisesti vähentää ahdistusta.

G3. Pakkoajatuksiset tai -toiminnot aiheuttavat ahdistuneisuutta tai häiritsevät henkilön sosiaalista tai henkilökohtaista toimintaa tavallisesti viemällä aikaa.

G4. Tavallisimmat poissulkudiagnoosit: Pakkoajatuksiset tai -toiminnot eivät johdu Touretten oireyhtymästä (F95.2), elimellisestä mielenterveyden häiriöstä (F00-F09), skitsofreniaryhmän häiriöstä (F20-F29) tai mielialahäiriöstä (F30-39).

Erotusdiagnosi:

Henkilöillä, joilla ilmenee toistuvia masennusjaksoja (F33), saattaa olla myös pakko-oireita masennusjaksojen aikana. Häiriö luokitellaan ensin alkaneen oireen mukaan. Mikäli kumpiakin oireita todetaan, eikä kumpikaan ole hallitseva oire, käytetään masennusjakson diagnoosia. Pitkäaikaisissa häiriöissä käytetään sitä diagnoosia, minkä oireet ovat pysyvämpiä.

Pakko-oireiseen häiriöön saattaa liittyä ajoittaisia paniikkikohtauksia tai lieviä pelko-oireita.

Anm.

Ett väsentligt kännetecken utgörs av återkommande tvångstankar eller tvångshandlingar. Tvångstankar är tankar, föreställningar eller impulser som schematiskt återkommer hos personen. De är nästan utan undantag ångestframkallande. Personen försöker ofta motverka dem, men misslyckas. Personen identifierar likväl tvångstankarna som sina egna tankar, trots att de känns absurda, motvilliga eller motbjudande.

Tvångsritualer och tvångshandlingar är schematiska beteendemönster som upprepas om och om igen. De framkallar inga lustbetonade känslor och leder inte automatiskt till fyllande av nyttiga funktioner. Med hjälp av tvångshandlingar försöker personen förhindra en fruktad skadlig handling eller händelse som i sig är osannolik. Vanligtvis kommer patienten underfund med det onyttiga i sitt beteende och försöker motverka det. Motverkan av handlingarna bortfaller i och med att symtomen blir långvarigare. I regel framstår antingen vanlig spänning eller ångestsymtom som vanliga symtom. Tvångssyndrom (i synnerhet tvångstankar) och depression har ett nära samband. Då depressionen lindras eller försvåras inträffar i regel samma förändring i samtidiga tvångssymtom. Tvångssyndrom är lika vanliga hos män som hos kvinnor. Ofta finns det bakomliggande markanta tvångsbetonade drag i patientens personlighet (jfr F60.5). Symtomen debuterar vanligtvis under barndomen eller ungdomsåren. Symtomen uppträder på olika sätt. De är med all sannolikhet långvariga, om de inte åtföljs av depression. Störningen betecknas separat då den huvudsakligen uppträder i form av tvångsritualer eller tvångstankar, eftersom detta har betydelse vid val av behandlingsmetod.

Diagnostiska kriterier:

G1. Antingen tvångstankar eller tvångsritualer eller förekomst av vardera i flera dagars tid under minst två veckor.

G2. Till tvångstankar eller tvångsritualer hänför sig alla följande kännetecken:

(1) Personen identifierar dem som ett resultat av sina egna tankar och inte av yttre påverkan eller andra personer.

(2) De är återkommande och obehagliga. Dessutom upplevs åtminstone någon tvångstanke eller tvångshandling som oändamålsenlig.

(3) Personer försöker motverka dem (motverkan försvagas då symtomen blir långvarigare). Personen har misslyckats i sin motverkan åtminstone i fråga om en tanke eller handling.

(4) De framkallar inte välbehag trots att de tillfälligt kan lindra ångesten.

G3. Tvångstankarna eller tvångsritualerna framkallar ångest eller stör personens sociala eller personliga handlingsmönster, vanligtvis på grund av att de är tidsödande.

G4. De vanligaste uteslutningsdiagnoserna: Tvångstankarna eller tvångsritualerna är inte betingade av Tourettes syndrom (F95.2), organisk psykisk störning (F00-F09) eller en störning ur gruppen schizofreni (F20-F29) eller förstämningssyndrom (F30-39).

Pakko-oireinen häiriö

Tvångssyndrom

Differentialdiagnos:

Hos en person som drabbas av återkommande depressiva episoder (F33) kan även uppträda tvångssymtom under de depressiva episoderna. Störningen klassificeras enligt det symtom som först debuterar. Om båda symtomen konstateras och ingetdera av dem dominerar, används diagnosen depressiv episod. Vid långvariga störningar används den diagnos vars symtom är varaktigare.

Tvångssyndrom kan åtföljas av periodiska panikattacker eller lindriga fobiska symtom.

F42.0

PAKKOAJATUSPAINOTTEINEN PAKKO-OIREINEN HÄIRIÖ

Tvångssyndrom, tvångstankar

Huom.

Oireet ovat ajatuksia, mielikuvia tai toimintayllykkeitä, jotka ovat lähes aina ahdistavia. Henkilö saattaa esimerkiksi pelätä, että hän ei kykenisi vastustamaan oman lapsen tappamiseen johtavaa yllykettä tai häntä saattavat piinata tois-tuvat, itselle vieraat rivot ajatukset. Joskus pakkoajatukset ovat ainoastaan päättämätöntä, loputonta vaihtoehtojen pohdintaa, joka liittyy kyvyttömyyteen tehdä välttämättömiä jokapäiväistä elämää koskevia päätöksiä. Pakko-oireisen pohdiskelun ja masennuksen välinen suhde on erittäin läheinen, ja pakko-oireisen häiriön diagnoosi asetetaan etusi-jalle vain, jos nämä pohdiskelut alkavat tai esiintyvät muulloin kuin masennusjakson aikana.

Anm.

Symtomen är tankar, föreställningar eller handlingsimpulser som nästan alltid är ångestframkallande. Personen kan till exempel vara rädd för att inte kunna motstå en impuls som leder till dråp av eget barn eller plågas av återkommande för sig själv främmande obscena tankar. Ibland utgör tvångstankarna endast ett evinnerligt grubbleri, ändlösa funderingar över alternativ, vilket åtföljs av oförmåga att fatta nödvändiga beslut som gäller det dagliga livet. Grubbl-erier relaterade till tvångssyndrom och depression står synnerligen nära varandra och diagnosen tvångssyndrom prioriteras endast ifall dessa grubbl-erier tar sin början eller uppträder vid andra tidpunkter än en depressiv episod.

F42.1

PAKKOTOIMINTOPAINOTTEINEN PAKKO-OIREINEN HÄIRIÖ

Tvångssyndrom, tvångshandlingar [tvångsritualer]

Huom.

Suurin osa pakkotoiminnoista liittyy joko puhtauteen (erityisesti käsien pesuun), järjestykseen ja siisteyteen tai ilmenee toistuvana tarkistamisena, jonka päämääränä on varmistaa, ettei mitään vaarallista pääse tapahtumaan. Näkyvän käyttäytymisen takana on tavallisesti pelko joko henkilöä uhkaavasta tai hänen aiheuttamastaan vaarasta, ja pakkorituuali on tehoton tai vertauskuvallinen yritys torjua vaara. Pakkotoiminnot saattavat kestää tuntikausia päivässä ja niihin liittyy usein selvä päättämättömyys ja hitaus. Niitä esiintyy yhtä paljon miehillä kuin naisilla, mutta käsienpesupakkoa esiintyy naisilla miehiä enemmän. Hitautta, johon ei liity toimintojen toistoa, esiintyy miehillä naisia enemmän. Käyttäytymisterapialla voidaan vaikuttaa pakkotoimintoihin paremmin kuin pakkoajatuksiin. Niiden yhteydessä esiintyy vähemmän masennusta kuin pakkoajatusten yhteydessä.

Anm.

Tvångshandlingarna hänför sig mestadels antingen till hygien (i synnerhet handtvätt), ordning och snygghet eller uppträder i form av återkommande kontroller som syftar till att ingenting farligt ska kunna inträffa. Bakom det synliga beteendet ligger vanligtvis rädsla för en fara som hotar personen eller som orsakats av honom eller henne, och tvångsritualen är ett ineffektivt eller symboliskt försök att avvärja faran. Tvångshandlingarna kan ta flera timmar dagligen i anspråk och ofta åtföljas av tydlig obeslutsamhet och långsamhet. Sådana förekommer i lika stor utsträckning hos både män och kvinnor, men tvångsmässig handtvätt oftare hos kvinnor än hos män. Långsamhet som inte har samband med upprepning av handlingar förekommer oftare hos män än hos kvinnor. Med beteendeterapi kan tvångshandlingar påverkas bättre än tvångstankar. Tvångshandlingar åtföljs av depression av lindrigare grad än tvångstankar.

F42.2

PAKKOAJATUKSINA JA PAKKOTOIMINTOINA ILMENEVÄ PAKKO-OIREINEN HÄIRIÖ

Tvångstankar med tvångshandlingar

Huom.

Useimmiten pakko-oireiseen häiriöön liittyy sekä pakkoajatuksia että pakkotoimintoja. Tätä diagnoosia tulee käyttää, mikäli molemmat ovat yhtä hallitsevia oireita. Mikäli jompikumpi oire on selvästi hallitseva, käytetään sen diagnoosia, koska sillä on merkitystä hoitomenetelmää valittaessa.

Anm.

Oftast hänför sig både tvångsföreställningar och tvångshandlingar till en tvångsneuros. Denna diagnos bör användas ifall vardera typen av symtom är lika dominerande. Om någondera typen är klart dominerande, används diagnosen för den typen eftersom detta har betydelse vid valet av behandlingsmetod.

F42.8

MUU PAKKO-OIREINEN HÄIRIÖ

Annat specificerat tvångssyndrom

F42.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN PAKKO-OIREINEN HÄIRIÖ

Tvångssyndrom, ospecificerat

F43

Reaktiot vaikeaan stressiin ja sopeutumishäiriöt
Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress

Huom.

Tämä luokka eroaa muista siinä, että siihen kuuluvia häiriötä luonnehti oireiden ja niiden kehityskulun lisäksi yksi kahdesta syytekijästä: 1) erityisen traumaattinen tapahtuma, joka aiheuttaa äkillisen stressireaktion tai 2) merkittävä elämäntilanteen muutos, johon liittyy pysyvä elinolojen heikentyminen, ja josta seuraa sopeutumishäiriö. Vähäisempi psykososiaalinen kuormitus tai vähemmän vakavan tyyppinen stressi saattavat kylläkin olla syynä tai myötävaikuttaa useisiin tiloihin, jotka kuvataan tämän luvun muissa kappaleissa, mutta niiden etiologinen merkitys ei aina ole selvä, ja yksittäisessä tapauksessa todetaan vain yksilöllinen alttius. Tähän luokkaan (F43) kuuluminen edellyttää, että häiriö on suoraan seurausta äkillisestä, vakavasta traumasta tai pitkäkestoisesta kuormituksesta. Traumaattinen tapahtuma tai pitkäkestoinen kuormitus on ensisijainen ja hallitseva syytekijä, jota ilman häiriötä ei olisi ilmennyt. Tämän luokan häiriötä voidaan pitää haitallisena sopeutumisreaktiona vakavalle tai pitkäaikaiselle kuormitukselle, kun reaktio häiritsee tarkoituksenmukaisia sopeutumiskeinoja tai heikentää toimintakykyä.

Anm.

Denna grupp skiljer sig från andra då den inkluderar störningar som karakteriseras inte bara av symtom och förlopp utan även inbegriper en av två orsaksfaktorer: 1) en exceptionellt traumatisk livshändelse som ger upphov till en akut stressreaktion, eller 2) en betydande förändring av livssituationen som medför en bestående försämring av livsvillkoren, vilket resulterar i en anpassningsstörning. Mindre uttalad psykosocial belastning eller stress av mindre allvarlig typ kan visserligen framkalla eller bidra till utvecklingen av många av de tillstånd som beskrivs i andra avsnitt i detta kapitel, men deras etiologiska betydelse är inte alltid klar och i det enskilda fallet finns ofta en individuell sårbarhet. För denna kategori (F43) gäller emellertid att störningen skall vara en direkt konsekvens av akut, allvarligt trauma eller långvarig belastning. De traumatiska händelserna eller den långvariga belastningen är den primära och dominerande orsaksfaktorn och utan någon av dessa skulle störningen inte ha uppstått. Störningarna i denna kategori kan betraktas som maladaptiva reaktioner på allvarlig eller kontinuerlig belastning då reaktionen interfererar med ändamålsenliga anpassningsmekanismer eller ger upphov till nedsatt funktionsförmåga.

F43.0

AKUUTTI STRESSIREAKTIO

Akut stressreaktion

Mukaan lukien

Akuutti kriisireaktio
Akuutti reaktio stressiin
Taisteluväsymys
(Henkinen) kriisitila
Psyykkinen sokki

Inkluderar

Akut reaktion på stress
Kristillstånd
Psykisk chock
Stridsutmattning (combat fatigue)

Huom.

Ohimenevä, mutta oireiltaan vaikea-asteinen häiriö, joka kehittyy oireettomalle henkilölle reaktiona poikkeukselliseen fyysiseen tai psyykkiseen stressiin ja joka tavallisesti häviää muutaman tunnin tai päivän kuluessa. Oireet laukaiseva tapahtuma on:

- 1) joko sellainen tapahtuma, johon liittyy oman tai läheisen henkilön vakava turvallisuuden tai fyysisen koskemattomuuden menetys tai menettämisen uhka (esim. luonnonkatastrofi, onnettomuus tai rikoksen uhriksi joutuminen)
- 2) tai äkillinen uhkaavaksi koettu muutos läheisissä ihmissuhteissa tai sosiaalisessa asemassa (esim. monta kuolemantapausta lähipiirissä tai kotona sattunut tulipalo).

Oireiden ilmeneminen ja vaikeusaste riippuu henkilön haavoittuvuudesta ja sopeutumiskyvystä. Oireiden kehittyminen on todennäköisempää vanhuksilla tai henkilöllä, jolla on jokin elimellinen sairaus tai joka on muusta syystä fyysisesti uupunut.

Oireokuva on monimuotoinen ja vaihteleva. Aluksi olo voi olla huumaantunut, tietoisuus ja huomiokyky voi olla kaventunut, kyky vastaanottaa ulkoisia ärsykeitä voi olla heikentynyt ja henkilö saattaa olla desorientoitunut. Myöhemmin voi ilmetä vetäytyneisyyttä, jopa dissosiativinen sulkutila (F44.2) tai kiihtyneisyyttä ja yliaktiivisuutta (pakoreaktio tai päämäärätöntä harhailua). Paniikkiahdistuksen autonomisen kiihotustilan oireet (sydämen tiheälyöntisyys, hikoilu, punastuminen) ovat tavallisia.

Oireet alkavat yleensä minuuttien kuluessa traumaattisesta tapahtumasta ja kestävät 2-3 päivää. Usein tila kestää vain muutamia tunteja. Tapahtumaan saattaa liittyä osittainen tai täydellinen muistinmenetys (F44.0).

Diagnostiset kriteerit:

A. Henkilö on altistunut merkittäväälle fyysiselle tai henkiselle rasitukselle.

B. Oireet ovat alkaneet tunnin kuluessa altistumisesta.

C. Häiriö jaetaan vaikeusasteeltaan kolmeen ryhmään (F43.00, F43.01 ja F43.02) seuraavien kriteerien mukaan:

(1) Häiriö täyttää yleistyneen ahdistuneisuushäiriön (F41.1) kriteerit B, C, ja D.

(2) Ilmenee seuraavia oireita:

- (a) vetäytyminen tavanomaisista sosiaalisista tilanteista
- (b) huomiokyvyn kaventuminen
- (c) ilmeinen desorientaatio
- (d) suuttumus tai sanalliset vihamieliset ilmaukset
- (e) epätoivo tai toivottomuus
- (f) sopimaton tai tarkoitukseton yliaktiivisuus
- (g) liiallinen ja hallitsematon suru (suhteessa kulttuuriin)

D. Mikäli rasitustekijä on ohimenevä tai sitä voidaan lievittää, oireet vaimenevat enintään 8 tunnin kuluessa. Mikäli rasitustekijä esiintyy jatkuvana, oireet vaimenevat enintään 48 tunnin kuluessa.

E. Poissulkudiagnoosit: Diagnoosia stressireaktio ei voi käyttää muun psyykkisen häiriötilan yhteydessä yleistä ahdistuneisuushäiriötä (F41.1) tai persoonallisuushäiriötä (F60) lukuun ottamatta. Diagnoosia ei voi käyttää 3 kuukauden kuluessa jonkin psyykkisen häiriötilan esiintymisen jälkeen.

Anm.

En övergående men allvarlig störning som utvecklas som reaktion på exceptionell fysisk eller psykisk stress hos en individ som inte uppvisar några tecken på annan psykisk sjukdom. Tillståndet går över på någon timme eller några få dagar. Symtomen kan utlösas av:

1) antingen en sådan händelse som åtföljs av en svår förlust eller hot om förlust av trygghet eller fysisk integritet för egen eller en närstående persons del (t.ex. att drabbas av naturkatastrof, olycka eller falla offer för brott)

2) eller en akut förändring som upplevts som hotande i nära människorelationer eller social ställning (t.ex. många dödsfall i den närmaste kretsen eller eldsvåda i hemmet).

Symtomens förekomst och svårighetsgrad beror på personens sårbarhet och anpassningsförmåga. Det föreligger större sannolikhet för att symtomen utvecklas hos äldre personer eller personer som lider av någon organisk sjukdom eller av annan orsak är fysiskt utmattade.

Symtombilden är mångfacetterad och varierande. Till en början kan patienten känna sig bedövd, förmågan att motta externa impulser kan vara försvagad och personen kan vara desorienterad. Detta stadium kan endera följas av ytterligare flykt undan omgivningen, stigande till dissociativ stupor (F44.2) eller av agitation och överaktivitet (flyktreaktion eller fuguettillstånd). Autonoma tecken på panikångest (hjärtklappning, ökad svettning, rodnad) är ofta närvarande.

Symtomen utvecklas vanligtvis inom några minuter efter den traumatiska händelsen och avklingar inom 2-3 dagar. Ofta varar tillståndet endast några timmar. Episoden kan åtföljas av partiell eller total amnesi (F44.0).

Diagnostiska kriterier:

A. Personen har utsatts för en betydande fysisk eller psykisk påfrestning.

B. Symtomen har debuterat inom en timme efter händelsen.

C. Störningen indelas utifrån sin svårighetsgrad i tre grupper (F43.00, F43.01 och F43.02) enligt följande kriterier:

(1) Störningen uppfyller kriterierna B, C och D för generaliserat ångestsyndrom (F41.1).

(2) Förekomst av följande symtom:

(a) undvikande av konventionella sociala situationer

(b) inskränkt observationsförmåga

(c) uppenbar desorientering

(d) förargelse eller verbala argsinta uttryck

(e) förtvivlan eller hopplöshet

(f) opassande eller oändamålsenlig hyperaktivitet

(g) överdriven eller obehärskad sorg (i förhållande till kulturen)

D. Om stressfaktorn är övergående eller går att lindra, avklingar symtomen senast inom förloppet av 8 timmar. Om stressfaktorn fortsätter att uppträda, avtar symtomen senast inom förloppet av 48 timmar.

E. Uteslutningsdiagnoser: Diagnosen stressreaktion kan inte användas i samband med något annat psykiskt störningstillstånd med undantag för generaliserat ångestsyndrom (F41.1) eller personlighetsstörning (F60). Diagnosen kan inte användas innan 3 månader har förflutit efter att någon psykisk störning har avklingat.

F43.00 Akuutti stressireaktio lieväästeinen häiriö

Akut stressreaktion lindrig

Huom.

Täyttää vain äkillisen stressireaktion kriteerin C.1

Anm.

Uppfyller endast kriteriet C.1 för akut stressreaktion.

F43.01 Akuutti stressireaktio keskivaikea häiriö

Akut stressreaktion medelsvår

Huom.

Täyttää äkillisen stressireaktion kriteerin C.1 ja esiintyy vähintään kaksi kriteerin C.2 oireista

Anm.

Kriteriet C.1 för akut stressreaktion uppfylls och minst två av symtomen för kriterium C.2 förekommer.

F43.02 Akuutti stressireaktio vaikea-asteinen häiriö

Akut stressreaktion svår

Huom.

Täyttää äkillisen stressireaktion kriteerin C.1 ja esiintyy vähintään neljä kriteerin C.2 oireista tai esiintyy dissociatiivinen sulkutila (ks. F44.2).

Anm.

Kriteriet C.1 för akut stressreaktion uppfylls och minst fyra av symtomen för kriterium C.2 förekommer eller dissociativ stupor (se. F44.2).

F43.1

TRAUMAPERÄINEN STRESSIHÄIRIÖ

Posttraumatiskt stressyndrom

Mukaan lukien

Traumaattinen neuroosi

Inkluderar

Traumatisk neuros

Huom.

Häiriö kehittyy viivästyneenä tai pitkittyneenä vasteena rasittavaan (lyhyt- tai pitkäkestoiseen), poikkeuksellisen uhkaavaan tai tuhoisaan tapahtumaan tai tilanteeseen, joka todennäköisesti aiheuttaisi voimakasta ahdistuneisuutta melkein kenessä tahansa. Esimerkkejä tällaisista tapahtumista ovat ihmisen aiheuttamat tuhot tai luonnonkatastrofit, sotatila, vakava onnettomuus, väkivaltaisen kuoleman näkeminen, kidutuksen, terrorismin, raiskauksen tai muun rikoksen uhriksi joutuminen.

Altistavat tekijät, kuten persoonallisuuden piirteet (esim. pakko-oireiset tai asteeniset) tai aiempi neuroottinen sairaus, voivat madaltaa kynnystä häiriön kehittymiseen tai pahentaa sen luonnetta, mutta ne eivät ole välttämättömiä eivätkä riittäviä selittämään sen ilmaantumista.

Häiriö ilmenee traumaan liittyvinä painajaisunina ja takautumina, tunteiden ja huomiokyvyn latistumisena, mielenkiinnon menettämisenä, eristäytyneisyytenä, traumasta muistuttavien tilanteiden ja toimintojen välttelemisenä, autonomisena ylivireytenä ja säpsähtämisreaktiona. Joissakin tapauksissa saattaa esiintyä traumasta muistuttavissa tilanteissa äkillisiä pelkoja, paniikkioireita tai aggressiivisuutta. Näihin oireisiin ja piirteisiin yhdistyy yleensä ahdistusta ja masennusta eivätkä itsemurha-ajatuksiaan ole harvinaisia. Lisääntynyt päihteiden käyttö voi komplisoida tilannetta. Häiriön kulku on aaltoileva, mutta useimmat toipuvat siitä. Joissakin tapauksissa tila pitkittyy ja kehittyy pysyvä persoonallisuuden muutos (F62.0). Tätä häiriötä ei yleensä pidä diagnosoida, mikäli ei ole näyttöä siitä, että oireet ovat alkaneet kuuden kuukauden sisällä poikkeuksellisen vaikeasta traumasta.

Diagnostiset kriteerit:

A. Henkilöä on kohdannut poikkeuksellisen uhkaava tai katastrofaalinen (lyhyt- tai pitkäaikainen) tapahtuma, joka todennäköisesti aiheuttaisi voimakasta ahdistuneisuutta kenelle tahansa.

B. Tapahtumaan liittyen ilmenee jokin seuraavista:

- (1) jatkuvia muistikuvia
- (2) hetkellisiä voimakkaita takautumia
- (3) painajaisunia
- (4) ahdistuneisuutta olosuhteissa, jotka muistuttavat koetusta tapahtumasta

C. henkilö pyrkii välttämään joutumista olosuhteisiin, jotka muistuttavat koetusta tapahtumasta, eikä tällaista välttämistä ollut ennen traumaattista tapahtumaa.

D. Vähintään toinen seuraavista:

- (1) Kykenemättömyys muistaa osittain tai kokonaan joitakin keskeisiä asioita traumaattisesta tapahtumasta tai
- (2) jatkuvat psyykkisen herkistymisen ja ylivireyden oireet, vähintään kaksi seuraavista:
 - (a) unihäiriö
 - (b) ärtymys tai vihanpuuskat
 - (c) keskittymisvaikeudet
 - (d) lisääntynyt valppaus tai varuillaan oleminen
 - (e) liiallinen säpsähtely

E. Häiriö täyttää kriteerit B, C ja D kuuden kuukauden sisällä traumaattisesta tapahtumasta tai sellaisen ajanjakson päättymisestä. (Joissakin yhteyksissä myös pitemmän ajan kuluttua ilmenneet oireet voidaan katsoa kuuluvaksi tähän häiriöön, mutta tällöin täytyy selvästi täsmentää, että näin on menetelty.)

Erotusdiagnosi:

Vuosikymmenien kuluttua tuhoisien kokemusten jälkeen ilmenevät jälkitilat luokitellaan diagnoosilla F62.0.

Anm.

Ett tillstånd som uppstår som fördröjd eller långvarig reaktion på en traumatisk händelse eller situation (av kortare eller längre varaktighet) av exceptionellt hotande eller katastrofalt slag, som kan väntas medföra kraftig påverkan på praktiskt taget alla människor. Exempel på sådana händelser är förstörelse som orsakas av människan eller naturkatastrofer, krigstillstånd, en allvarlig olycka, bevittnande av våldsamt död, att utsättas för tortyr, falla offer för terrorism, våldtäkt eller annat brott.

Predisponerande faktorer som personlighetsdrag (tvångsmässiga eller asteniska) eller anamnestic neurotisk stör-

ning kan sänka tröskeln för risken att utveckla syndromet eller förvärra förloppet men de är varken nödvändiga eller tillräckliga för att förklara uppkomsten.

Störningen inkluderar episoder av återupplevande av traumat i form av påträngande minnen ("flashbacks"), drömmar eller mardrömmar som uppträder mot en bakgrund av känslomässig avflackning, tillbakadragande från andra människor och undvikande av aktiviteter och situationer som påminner om traumat, autonom irritabilitet, ökad vaksamhet och förhöjd alarmberedskap. I vissa fall kan akuta fobier, paniksymtom eller aggressivitet uppträda i situationer som påminner om traumat. Ängest och depression är ofta förenade med tidigare nämnda symtom och tecken och självmordstankar är inte ovanliga. Ökat bruk av droger kan komplicera situationen. Störningens förlopp går i vågor, men de flesta blir återställda. I en del fall blir tillståndet ihållande och utvecklar en varaktig personlighetsförändring (F62.0) Denna störning bör i regel inte diagnostiseras, om det inte kan dokumenteras att symtomen har debuterat inom sex månader efter ett exceptionellt svårt trauma.

Diagnostiska kriterier:

A. Personen har råkat ut för en exceptionellt hotande eller katastrofal (kort- eller långvarig) händelse som med sannolikhet skulle framkalla stark ångest hos alla människor.

B. I anslutning till händelsen uppträder något av följande symtom:

- (1) oavbrutna minnesbilder
- (2) sporadiska starka återblickar
- (3) mardrömmar
- (4) ångestkänslor i situationer som påminner om upplevelsen

C. Personer undviker situationer som påminner om upplevelsen och sådant undvikande beteende har inte förekommit före den traumatiska upplevelsen. Minst ett av följande symtom:

- (1) Oförmåga att delvis eller helt i minnet återkalla vissa centrala delar av den traumatiska upplevelsen eller
- (2) Störningen uppfyller kriterierna B,C och D inom förloppet av sex månader efter den traumatiska händelsen eller utgången av en sådan period. (I vissa sammanhang kan även symtom som uppträder efter en längre tid anses höra till denna störning, men då måste detta noggrant preciseras.)

Differentialdiagnos:

Posttraumatiska tillstånd som uppträder årtionden efter tidpunkten för katastrofala händelser klassificeras med diagnosen F62.0.

F43.2

SOPEUTUMISHÄIRIÖT

Anpassningsstörning

Mukaan lukien

Kulttuurisokki
Surureaktio
Lapsen laitostuminen

Inkluderar

Kulturshock
Sorgreaktion
Institutionalisering av barn

Huom.

Nämä ovat tunne-elämän häiriö- ja ahdistustiloja, jotka tavallisesti häiritsevät sosiaalista toimintakykyä ja syntyvät merkittävän elämänmuutoksen tai rasittavan elämäntapahtuman jälkeisen sopeutumisvaiheen aikana (mukaan lukien vakavan fyysisen sairauden ilmeneminen tai mahdollisuus). Rasitustekijä on saattanut vaikuttaa yksilön sosiaalisen verkoston yhtenäisyyteen (menetykset, erokokemukset) tai laajempaan sosiaaliseen tuki- ja arvojärjestelmään (siirtolaisuus, pakolaisuus). Rasitustekijä voi olla sellainen, että se koskettaa joko ainoastaan yksilöä tai kokonaista ihmisryhmää tai yhteisöä.

Yksilöllinen alttius ja haavoittuvuus vaikuttaa sopeutumishäiriöiden ilmenemiseen ja oireisiin enemmän kuin muissa ryhmän F43 häiriöissä. Kuitenkin oletetaan, että häiriötä ei olisi syntynyt ilman ajankohtaista rasitustekijää. Sopeutumishäiriö voi ilmetä yksinomaan masentuneena mielialana, ahdistuksena ja huolestuneisuutena tai näiden oireiden yhdistelmänä. Henkilö saattaa tuntea, että vallitsevassa tilanteessa on mahdotonta selviytyä, tehdä suunnitelmia tai yleensä kestää sitä.

Reaktiot vaikeaan stressiin ja sopeutumishäiriöt

Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress

Lisäksi voi esiintyä vaikeutta suoriutua päivittäisistä toimista. Sopeutumishäiriöön saattaa liittyä dramaattista käytöstä tai väkivaltapurkauksia mutta vain harvoin. Varsinkin nuoruusikäisillä saattaa kuitenkin esiintyä aggressiivista ja asosiaalista käytöstä. Mikään oireista ei ole niin vakava tai hallitseva, että diagnoosi voitaisiin asettaa sen mukaan. Lapsilla saattaa usein esiintyä regressiivisiä ilmiöitä kuten sekundaarista yökastelua, ikään nähden lapsellista puhetta tai peukalon imemistä. Mikäli nämä oireet ovat hallitsevia, tulisi käyttää diagnoosia F43.23. Sopeutumishäiriön oireiden jatkuessa yli 6 kuukauden ajan, paitsi pitkittyneessä masennusreaktiossa (F43.21), diagnoosi tulee vaihtaa oireiden mukaiseen diagnoosiin. Rasitustekijä tulee ilmaista käyttäen vastaavaa Z-koodia (useimmiten Z56-Z65, Z73 tai Z80-Z84).

Diagnostiset kriteerit:

A. Oireet ovat alkaneet kuukauden kuluessa sellaisen tunnistettavan psykososiaalisen rasitustekijän jälkeen, joka ei ole poikkeuksellinen tai katastrofaalinen.

B. Henkilöllä esiintyy oireita tai käytöshäiriön piirteitä, jotka sopivat mihin tahansa mielialahäiriöön (F30-F39) (paitsi harhaluuloja tai harha-aistimuksia), neuroottisiin, stressiin liittyviin ja somatoformisiin häiriöihin (F40-F48) tai käytöshäiriöihin (F91), mutta ne eivät täytä minkään yksittäisen häiriön kriteerejä. Oireiden laatu ja vaikeusaste vaihtelevat.

C. Lukuun ottamatta pitkittyntä masennusreaktiota (F43.21), sopeutumishäiriön oireet kestävät enintään 6 kuukautta sen jälkeen kun rasittava elämäntapahtuma tai sen seuraukset ovat väistyneet. Alustava diagnoosi voidaan kuitenkin tehdä jo ennen kuuden kuukauden määräajan umpeutumista.

Erotusdiagnoosi:

Alle 6 kuukautta kestäneet, potilaan kulttuurissa tavanomaisen surureaktion takia tapahtuneet vastaanottokäynnit luokitellaan käyttämällä ainoastaan Z-koodeja (esim. Z63.4 Perheenjäsenen katoaminen tai kuolema, Z71.9 Neuvonta, Z73.3 Muu määritelty stressi). Tavanomaisesta poikkeavat, alle 6 kuukautta kestäneet surureaktiot luokitellaan diagnoosien F43.22-F43.25 avulla ja yli 6 kuukautta kestäneet voimakkaat surureaktiot diagnoosin F 43.21 (pitkittynyt masennusreaktio) avulla.

Huom!

Potilaan työkyvyttömyys rasittavan elämäntapahtuman jälkeisen sopeutumisvaiheen aikana johtuu tilanteen aiheuttamasta sairaudesta. Siten sairasloman tarvetta ei voi perustella tilannetta kuvaavalla Z-koodilla vaan vaaditaan ensisijaisesti tilanteen aiheuttamaa häiriötä kuvaava koodi esim. tästä ryhmästä. Esimerkiksi Z73.0 Työuupumus (burn out) ei riitä sellaisenaan sairausloman perusteeksi.

Tämän ryhmän diagnoosikoodien viides merkki määrätty hallitsevan oireen mukaan.

Anm.

Tillstånd med subjektivt obehag och emotionella störningar som vanligtvis leder till nedsatt social funktionsförmåga. Tillståndet uppstår under en period av nyanpassning till förändrade livsomständigheter (inklusive ett utbrott av eller en eventuell risk för en allvarlig fysisk sjukdom). Belastningen kan ha skadat individens sociala nätverk (smärtsamt förlust, separation) eller ett större system av socialt stöd och sociala värderingar (emigration, flyktingstatus). Belastningsfaktorn kan vara sådan att den berör antingen endast en individ eller en hel grupp människor eller ett samhälle.

Individuell predisponering och sårbarhet spelar en viktigare roll i risken för utveckling av en anpassningsstörning än för andra störningar i grupp F43. Likväl antas det att tillståndet inte skulle ha utvecklats utan den aktuella belastningen. En anpassningsstörning kan uppträda enbart i form av sänkt grundsinnesstämning, ångest eller oro eller en blandning av båda. Personen kan uppleva en känsla av att inte kunna klara sig i den aktuella situationen, planera framåt eller över huvud taget stå ut. Därtill kan nedsatt förmåga att utföra dagliga göromål förekomma. Tillståndet kan åtföljas av dramatiskt beteende eller våldsamma utbrott, men endast i sällsynta fall. I synnerhet hos ungdomar kan likväl aggressivt och asocialt beteende förekomma. Inget av symtomen är så allvarligt eller dominerande att det kunde berättiga till diagnos. Hos barn kan ofta uppträda regressiva fenomen såsom sekundärt sängvätande, barnsligt sätt att tala med hänsyn till åldern eller tumsugning. Om dessa symtom är dominerande, borde diagnosen F43.23 användas. Då symtomen på anpassningsstörning fortgår längre än 6 månader, med undantag för anpassningsstörning med förlängd depression (F43.21), bör diagnosen bytas ut mot en diagnos som överensstämmer med symtomen. Belastningsfaktorn bör anges med hjälp av motsvarande Z-kod (för det mesta Z56-Z65, Z73 eller Z80-Z84).

Diagnostiska kriterier:

A. Symtomen har debuterat inom förloppet av en månad efter en sådan identifierbar psykosocial stress som inte är exceptionell eller katastrofal.

B. Personen uppvisar symtom eller tecken på beteendestörning som passar in på vilket förstärkningsyndrom som helst (F30-F39) (med undantag för vanföreställningar eller hallucinationer), på neurotiska, stressrelaterade och somatoforma störningar (F40-F48) eller beteendestörningar v(F91), men inte uppfyller kriterierna för någon enskild störning. Symtomens art och svårighetsgrad varierar.

C. Med undantag för Anpassningsstörning med förlängd depression (F43.21), är durationen för symtom på Anpassningsstörning högst 6 månader efter att den stressande livshändelsen eller dess följder har avklingat. En preliminär diagnos kan likväl ställas redan innan utgången av den sex månader långa terminen.

Differentialdiagnos:

De mottagningsbesök som gjorts under en kortare tid än 6 månader på grund av en sedvanlig sorgreaktion inom ramen för patientens kultur klassificeras så att endast Z-koder används (t.ex. Z63.4 Försvinnande eller frånfalle av familjemedlem, Z71.9 Rådgivning, Z73.3 Annan specificerad stress). Från det ordinarie avvikande sorgreaktioner med kortare duration än 6 månader klassificeras med hjälp av diagnoserna F43.22-F43.25 och starka sorgreaktioner med längre duration än 6 månader med F 43.21 (Anpassningsstörning med förlängd depression).

Obs!

Patientens arbetsförmåga under Anpassningsperioden efter en påfrestande livshändelse beror på den sjukdom som orsakats av situationen. Således kan inte behovet av sjukledighet motiveras med Z-koden som beskriver situationen, utan här krävs i första hand koden för den störning som orsakats av situationen t.ex. från denna grupp. Till exempel räcker inte Z73.0 Utbrändhet (burn out) som sådan till för att motivera sjukledighet.

Tecknet i femte positionen i diagnoskoderna från denna grupp bestäms enligt det dominerande symtomet.

F43.20 Sopeutumishäiriö lyhyt masennusreaktio

Anpassningsstörning med kortvarig depression

Huom.

Ohimenevä, alle kuukauden mittainen lievä masennusjakso.

Anm.

Övergående lindrig depressiv period kortare än en månad.

F43.21 Sopeutumishäiriö pitkittynyt masennusjakso

Anpassningsstörning med förlängd depression

Huom.

Pitkittyneen rasittavan elämäntapahtuman jälkeen esiintyvä lievä masennustila, joka ei kestä yli kahta vuotta.

Anm.

Efter en långvarig påfrestande livshändelse förekommande lindrig depression som inte varar längre än två år.

F43.22 Sopeutumishäiriö sekamuotoinen ahdistus- ja masennusreaktio

Anpassningsstörning med blandad ångest och depression

Huom.

Sekä ahdistus- että masennusoireet ovat hallitsevia, mutta ne eivät ole vaikeusasteeltaan vakavampia kuin sekamuotoisen ahdistus- ja masennustilan (F41.2) tai muun sekamuotoisen ahdistustilan (F41.3) oireet.

Anm.

Både ångest- och depressionssymtom är dominerande, men de är inte till sin svårighetsgrad allvarligare än symtomen vid blandade ångest- och depressionstillstånd (F41.2) eller symtomen vid blandat ångeststillstånd (F41.3).

F43.23 Sopeutumishäiriö muu tunne-elämän häiriö

Anpassningsstörning med annan psykisk störning

Huom.

Tässä tarkoitettut oireet ovat yleensä monimuotoisia sisältäen ahdistuneisuutta, masennusta, huolestuneisuutta, jännittyneisyyttä ja vihaiisuutta. Ahdistuneisuus ja masentuneisuus voivat täyttää sekamuotoisen ahdistus- ja masennustilan (F41.2) tai muun sekamuotoisen ahdistustilan kriteerit (mutta ei ahdistushäiriön (F40, F41) tai masennusjakson (F32) kriteerejä). Tätä diagnoosia käytetään lapsista, joilla esiintyy ahdistuksen ja masennuksen lisäksi regressiivistä käytöstä kuten vuoteenkastelua tai peukalon imemistä.

Anm.

De symtom som här avses är i regel varierande och innehåller ångest, depression, oro, spänning och ilska. Ångesten och depressionen kan uppfylla kriterierna för blandade ångest- och depressionstillstånd (F41.2) eller kriterierna för något annat blandat ångeststillstånd (men inte ångestsyndrom (F40, F41) eller depressiv episod (F32)). Denna diagnos

Reaktiot vaikeaan stressiin ja sopeutumishäiriöt *Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress*

används om barn hos vilka förutom ångest och depression förekommer regressivt beteende som till exempel sängvä-tande och tumsugande.

F43.24 Sopeutumishäiriö käytöshäiriö
Anpassningsstörning med beteendestörning

Huom.

Pääasiallinen häiriö on käytöshäiriö, esimerkiksi nuoruusikäisen surureaktioon liittyvä aggressiivinen tai asosiaalinen käyttäytyminen.

Anm.

Den huvudsakliga störningen är en beteenderubbning, till exempel ett aggressivt eller asocialt beteende i anknytning till en sorgereaktion i ungdomsåren.

F43.25 Sopeutumishäiriö sekamuotoinen tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriö
Anpassningsstörning med blandad psykisk störning och beteendestörning

Huom.

Esiintyy hallitsevina sekä tunne-elämän oireita että käytöshäiriö.

Anm.

Uppträder som både dominerande emotionella symtom och beteenderubbning.

F43.28 Sopeutumishäiriö muu hallitseva oire
Anpassningsstörning med annat dominerande symtom

F43.29 Määrittämätön sopeutumishäiriö
Anpassningsstörning UNS

F43.8

MUU REAKTIO VAIKEAAN STRESSIIN
Annan specificerad reaktion på svår stress

F43.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN REAKTIO VAIKEAAN STRESSIIN
Reaktion på svår stress, ospecificerad

F44

Dissosiaatiohäiriöt (konversiohäiriöt)

Dissociativa syndrom

Mukaan lukien

Hysterinen neuroosi
Konversiohysteria
Konversioreaktio

Inkluderar

Hysteri
Konversionshysteri
Konversionsreaktion

Huom.

Dissosiaatio- eli konversiohäiriöiden yhteinen piirre on osittainen tai täydellinen kykenemättömyys yhdistää keskenään menneisyyteen liittyviä muistikuvia, tietoista minäkokemusta, välittömiä aistimuksia ja ruumiinliikkeiden hallintaa. Normaalitilassa välittömän tarkkaavaisuuden kohteena olevat muistikuvat, tunteukset ja liikkeet ovat tahdonalaisesti hallittavissa. Dissosiaatiohäiriöissä tämän tietoisien ja valikoivan kontrollin edellytetään olevan häiriin-tynyt siten, että tila voi vaihdella päivästä toiseen ja jopa tunnista toiseen. Yleensä on vaikea arvioida, missä määrin toimintakyvyn menetyks on tahdonalaista.

Nämä häiriöt on aiemmin luokiteltu erityyppisiksi ”konversiohysterioiksi”. Niiden oletetaan olevan psyykkisperäisiä sekä ajoittuvan läheisesti traumaattisiin tapahtumiin, ratkaisemattomiin ja sietämättömiin ongelmiin tai häiriintyneisiin ihmissuhteisiin. Konversio-termiä käytetään tämän ryhmän häiriöissä kuvaamaan ratkaisemattoman ongelman tai ristiriidan aiheuttaman epämiellyttävän tunteen muuntumista oireiksi.

Dissosiaatiohäiriöt alkavat ja myös yleensä häviävät äkillisesti, joskin tätä muutosta saattaa olla vaikea havaita muuten kuin esimerkiksi hypnoosin avulla. Kaikenlaisilla dissosiaatiohäiriöillä on taipumus lievitä joidenkin viikkojen tai kuukausien kuluttua, erityisesti jos niiden alku liittyy traumaattiseen elämäntapahtumaan. Pitempiäaikaisia ja hitaasti alkavia häiriöitä, varsinkin halvauksia ja tuntuu puutoksia, saattaa kehittyä, jos häiriön alku liittyy ratkaisemattomiin ongelmiin tai ihmissuhdevaikeuksiin. Dissosiativiset tilat, jotka ovat ennen hoitoon tuloa kestäneet yli 1-2 vuotta, ovat usein hoidolle reagoimattomia.

Henkilöt, joilla on dissosiativisia oireita, pyrkivät yleensä jyrkästi kieltämään ongelmat tai vaikeudet, jotka voivat olla muille ilmeisiä. Ongelmat, jotka he tunnistavat liittyvät tavallisesti ajankohtaisiin dissosiativisiin oireisiin.

Tähän ryhmään ei sisälly depersonalisaatio- ja derealisaatio-oireet, koska niissä vaikutus henkilökohtaiseen minäkokemukseen on vähäinen, eikä niihin liity muistikuvien, tuntoaistiin tai motoriikkaan liittyviä häiriöitä.

Diagnostiset kriteerit:

G1. Ei ole näyttöä sellaisesta somaattisesta sairaudesta, joka selittäisi tämän häiriön oireet, vaikka henkilöllä olisikin muita oireita aiheuttava somaattinen sairaus.

G2. Oireiden alkamisen ja rasittavien elämäntapahtumien tai vaikeuksien välillä on osoitettavissa yhteys.

Erotusdiagnosi:

Tähän ei tule luokitella sairauden oireiden teeskentelyä harkitun motiivin saavuttamiseksi (Z76.5 Tietoinen simulaatio). Tapaukset, joissa kriteeri G2 ei täyty tulee luokitella oireen mukaisesti (R41)

Huom!

Vakuuttavaa näyttöä psykologisista syytekijöistä voi olla vaikea osoittaa, vaikka sellaista epäiltäisiinkin. Mikäli henkilöllä on keskus- tai ääreishermoston sairaus, dissosiaatiohäiriö-diagnoosin käytössä pitäisi olla erityisen varovainen. Mikäli psykologisia syytekijöitä ei ole osoitettavissa, tulisi tehdä alustava diagnoosi ja ottaa edelleen huomioon sekä somaattinen että psyykinen etiologia.

Anm.

Det gemensamma för dissociativa tillstånd eller konversionstillstånd är partiell eller total förlust av normal integration mellan minnen av det förlutna, medvetandet om identitet och omedelbara sensationer samt kontroll över den kroppsliga motoriken. Minnesbilder, förmimmelser och motorik som i normaltillstånd är föremål för direkt uppmärksamhet står under viljemässig kontroll. Vid dissociationsstörningar förutsätts denna medvetna och selektiva kontroll vara rubbad så att tillståndet kan variera från dag till dag och med från timme till timme. I regel är det svårt att uppskatta i vilken mån bortfallet av handlingsförmågan är viljestyrt.

Dessa störningar har tidigare klassificerats som olika typer av konversionshysterier. De antas vara av psykiskt ursprung och nära förknippade med traumatiska händelser, oavgjorda och outhärdliga problem eller störda människorelationer. Termen konversion används för att beteckna att ett olöst problem eller en olöst konflikt som beskrivs vid störningar inom denna grupp omvandlas till symtom.

Dissociationsstörningar uppstår och försvinner i regel lika plötsligt, även om det kan vara svårt att konstatera denna förändring på annat sätt än till exempel med hjälp av hypnos. Alla slags dissociationsstörningar har en tendens att avta efter några veckor eller månader, i synnerhet om deras debut hänförs till en traumatisk livshändelse. Långvariga störningar med långsam debut, i synnerhet förlamningar och känselbortfall kan utvecklas, om störningens debut hänförs till olösta problem eller svåra människorelationer. Dissociativa tillstånd som innan personen sökt sig till vård har varat längre än 1-2 år, svarar ofta inte på behandling.

Personer med dissociativa symtom försöker i regel skarpt avvisa problem eller svårigheter som för andra människor kan te sig uppenbara. De problem som definieras av dem hänförs sig vanligtvis till aktuella dissociativa symtom.

I denna grupp ingår inte depersonalisations- och derealisationssymtom, eftersom dessa har en obetydlig inverkan på den personliga upplevelsen och de inte åtföljs av störningar förknippade med minnesbilder, känselsinnet eller motoriken.

Diagnostiska kriterier:

G1. Det finns inga tecken på en sådan somatisk sjukdom som skulle förklara symtomen vid denna störning, trots att personen kan lida av en somatisk sjukdom som orsakar andra symtom.

G2. Ett samband kan påvisas mellan symtomens debut och påfrestande livshändelser eller svårigheter.

Dissosiaatiohäiriöt (konversiohäiriöt)

Dissociativa syndrom

Differentialdiagnos:

Här ska simulering av sjukdomssymtom för att uppnå ett uttänkt motiv inte klassificeras (Z76.5 Medveten simulering). De fall där kriterium G2 inte uppfylls bör klassificeras enligt symtom (R41). Obs!

Övertygande bevis på psykologiska orsaksfaktorer kan vara svåra att få fram, även om sådana kunde misstänkas. Om personen lider av en sjukdom i det centrala eller perifera nervsystemet, borde man iakttä stor försiktighet vid användning av diagnosen dissociationsstörning. Om psykologiska orsaksfaktorer inte kan påvisas, borde en preliminär diagnos ställas och såväl en somatisk som psykologisk etiologi beaktas.

F44.0

DISSOSIATIIVINEN MUISTINMENETYS

Dissociativ amnesi

Huom.

Keskeistä on muistinmenetyä, joka koskee lähimenneisyyteen sijoittuvia tärkeitä asioita, eikä liity elimelliseen mielenterveyden häiriöön. Se on myös laaja-alaisempi kuin tavanomainen unohtelu tai väsymykseen liittyvä muistamattomuus. Muistamattomuus koskee yleensä traumaattisia tapahtumia, kuten onnettomuuksia tai äkillisiä menetyksiä ja se on yleensä osittainen ja valikoiva. Muistamattomuuden laaja-alaisuus ja vaikeusaste vaihtelee päivittäin ja eri tutkijat voivat saada siitä erilaisen käsityksen. Kuitenkin siihen liittyy pysyvä ydin, jota ei voida palauttaa tietoisessa tilassa. Täydellinen ja yleistynyt muistinmenetyä on harvinainen ja liittyy yleensä pakkovaellukseen (F44.1). Muistamattomuuteen liittyvät tunneilat ovat vaihtelevia, mutta vakavat masennustilat ovat harvinaisia. Keinottomuutta, ahdistuneisuutta ja huomionhakuista käyttäytymistä saattaa esiintyä. Joskus henkilö on täysin levollinen, mikä vaikuttaa ristiriitaiselta. Päämäärätöntä vaeltelua lähiympäristössä saattaa ilmetä, mutta se kestää enintään pari päivää. Siihen liittyy tavallisesti itsestä huolehtimisen laiminlyönti. Oire on tavallisin nuorilla aikuisilla ja erityisesti miehillä reaktionä ajankohtaisiin rasitustekijöihin. Vanhuksilla dissosiativiset muistamattomuustilat ovat harvinaisia.

Diagnostiset kriteerit:

- Häiriö täyttää yleiset dissosiativisen häiriön kriteerit.
- Ilmenee joko täydellinen tai osittainen muistamattomuus suhteessa tapahtumiin tai ongelmiin, jotka ovat olleet tai ovat edelleen rasittavia tai traumaattisia.
- Muistamattomuus on laaja-alaisempaa ja pysyvämpää kun tavanomainen unohtaminen tai tarkoituksellinen teeskentely. Muistamattomuuden aste voi vaihdella tutkimuskerrasta toiseen.

Erotusdiagnoosi:

Päihteiden käyttöön liittyvä tajunnan sammuminen liittyy aineen käyttöhetkeen eikä muistikatkos ole palautuva.

Korsakoffin oireyhtymässä 2-3 minuutin takaisin tapahtumiin liittyvä mieleenpalauttaminen puuttuu mutta lälitön mieleenpalauttaminen tapahtuu normaalisti.

Aivotärähdykseen tai pään vakaviin vammoihin liittyvät muistikatkokset ovat retrogradisia paitsi hyvin vaikeissa vammoissa, joissa ne voivat olla myös anterogradisia. Dissosiativinen muistihäiriö on yleensä pääasiassa retrogradinen. Ainoastaan dissosiativiseen muistinmenetykseen voidaan vaikuttaa hypnoosilla tai tunnekokemuksen mieleenpalauttamisella (abreaktiolla).

Epilepsian postiktiaalinen vaihe sekä skitsofreniaan tai masennustilaan liittyvä stuportila tai mutismi voidaan erottaa dissosiativisesta muistamattomuudesta häiriöiden muiden piirteiden perusteella.

Tietoinen muistamattomuuden simulointi (teeskentely) on vaikea erottaa dissosiativisesta muistamattomuudesta. Tällöin saattaa olla tarpeen selvittää henkilön motivaatio ja tehdä yksityiskohtainen persoonallisuustutkimus (hyödyn tavoittelu, esim. taloudellisessa mielessä, rangaistuksen tai velvollisuuden välttäminen).

Anm.

Störningens mest framträdande drag är minnesförlust, vanligen rörande viktiga händelser av färskt datum. Minnesförlusten beror inte på organisk sjukdom. Den är även för omfattande för att kunna förklaras med vanlig glömska eller glömska på grund av trötthet. Amnesin är ofta fokuserad kring traumatiska händelser, såsom olyckor och oväntade dödsfall, och är vanligtvis partiell och selektiv. Amnesins omfattning och svårighetsgrad varierar från dag till dag och olika undersökande läkare kan bilda sig olika uppfattning om tillståndet. Likväl innefattar det en bestående kärna som inte kan återges i medvetet tillstånd. Total och generell amnesi är ovanlig och oftast del av ett fuguetillstånd (F44.1). Amnesin åtföljs av varierande emotioner, men svåra depressionstillstånd är sällsynta. Rådlöshet, ångest och uppmärksamhetskrävande beteende kan förekomma. Ibland är personen fullständigt lugn, vilket förefaller kontroversiellt. Kringströvande i näromgivningen utan mål kan förekomma, men det pågår högst ett par dagar. Detta åtföljs vanligen av att personen försummar sig själv. Symtomet är vanligast hos unga vuxna och särskilt bland män som reaktion på aktuella stressfaktorer. Hos äldre är dissociativ amnesi sällsynt.

Diagnostiska kriterier:

- A. Störningen uppfyller de allmänna kriterierna för dissociativ störning.
- B. Förekomst av antingen total eller partiell amnesi beträffande händelser eller problem som har varit eller fortfarande är påfrestande eller traumatiska.
- C. Minnesförlusten är mera omfattande och bestående än vanlig glömska eller medveten simulering. Graden av minnesförlust kan variera från undersökning till undersökning.

Differentialdiagnos:

Bortfall av medvetandet i samband med bruk av droger hänför sig till tidpunkten för intag av substansen och blackouten är inte återkommande.

Vid Korsakoffs syndrom bortfaller återkallande i minnet av händelser som inträffat för 2-3 minuter sedan, medan omedelbart återkallande fungerar normalt.

Amnesi i samband med hjärnskakning eller allvarligt skalltrauma är av retrograd art med undantag för mycket allvarliga skador då den även kan vara anterograd. En dissociativ minnesstörning är i regel till största delen retrograd. Endast dissociativ amnesi kan påverkas med hjälp av hypnos eller genom reproduktion av en emotionell upplevelse (avreaktion).

Det postiktala stadiet vid epilepsi samt stupor eller mutism i samband med schizofreni eller depressionstillstånd kan skiljas från dissociativ amnesi utifrån störningarnas övriga symtom.

Det kan vara nödvändigt att utreda personens motiv och genomföra en detaljerad personlighetsundersökning (profitsträvan t.ex. i ekonomiskt avseende, undvikande av straff eller förpliktelser).

F44.1

DISSOSIATIIVINEN PAKKOVAELLUS

Dissociativ fugue

Huom.

Dissosiativiseen pakkovaellukseen liittyvät kaikki dissosiativisen muistinmenetyksen piirteet ja sen lisäksi määrätietoinen mutta tavanomaisesta poikkeava matkustaminen. Tässä häiriössä henkilö kykenee huolehtimaan itsestään. Joskus hän saattaa omaksua uuden henkilöllisyyden muutamien päivien ajaksi. Tämä henkilöllisyyden omaksuminen voi kestää pitempäänkin ja se saattaa olla hämmästyttävän täydellinen. Matkustaminen tapahtuu tutuilla seuduilla, joihin liittyy jokin tunnimerkitys. Vaikka henkilö ei myöhemmin muista pakkovaellusta, hänen käyttäytymisensä sen aikana voi ulkopuolisista havainnoitsijoista vaikuttaa täysin normaalilta.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Häiriö täyttää yleiset dissosiativisen häiriön kriteerit.
- B. Henkilö tekee odottamattoman mutta järjestäytyneen matkan tavanomaisen sosiaalisen elämämpiirinsä ulkopuolelle. Matkan aikana hän on kykenevä hoitamaan asiansa ja huolehtimaan itsestään.
- C. Matkaan liittyy osittainen tai täydellinen muistamattomuus, joka täyttää dissosiativisen muistinmenetyksen kriteerit (F44.0).

Erotusdiagnosi:

Tietoisen simulaation erottaminen voi olla käytännössä vaikeaa kuten muistamattomuudessakin.

Anm.

Dissociativ fugue har den dissociativa amnesins samtliga kännetecken. Därutöver tillkommer ett målmedvetet resande som överskrider vad som är normalt för patienten. Vid denna störning är personen kapabel att ta hand om sig själv. Ibland kan han eller hon anta en ny identitet för några dagar. Detta tillägnande av ny identitet kan vara även en längre tid och vara förvånansvärt fullkomligt. Resandet försiggår i bekanta trakter som har något slags emotionell betydelse. Trots att personen inte senare kommer ihåg denna fugue kan hans eller hennes beteende medan den pågår förefalla fullt normalt för en utomstående observatör.

Diagnostiska kriterier:

- A. Störningen uppfyller de allmänna kriterierna för dissociativ störning.
- B. Personen gör en oväntad men organiserad resa utanför sin sedvanliga sociala livsmiljö. Under resan är personen kapabel att ta hand om sina göromål och sig själv.
- C. Resan åtföljs av partiell eller total amnesi som uppfyller kriterierna för dissociativ amnesi (F44.0).

Dissosiaatiohäiriöt (konversiohäiriöt)

Dissociativa syndrom

Differentialdiagnos:

Att urskilja medveten simulering kan i praktiken vara svårt liksom vid amnesi.

F44.2

DISSOSIATIIVINEN SULKUTILA (HORROS)

Dissociativ stupor

Huom.

Dissosiativinen sulkutila diagnosoidaan sillä perusteella, että henkilön tahdonalaiset liikkeet sekä normaali herkkyys ulkoisille ärsykkeille (kuten valolle, melulle ja kosketukselle) ovat huomattavasti vähentyneet tai kokonaan poissa, mutta tutkimukset eivät viittaa minkään elimellisen sairauden olemassaoloon. Lisäksi ajankohtaiset rasittavat tapahtumat tai ongelmat viittaavat psyykkiseen syyhyn. Henkilö istuu tai makaa täysin liikkumatta pitkiä aikoja. Puhe ja oma-aloitteinen ja päämäärähakuinen liikehdintä puuttuvat joko täysin tai lähes kokonaan.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Häiriö täyttää yleiset dissosiativisen häiriön kriteerit.
- B. Tahdonalaiset liikkeet sekä normaalit reaktiot äänelle, valolle ja kosketukselle ovat huomattavasti heikentyneet tai puuttuvat kokonaan.
- C. Lihastonus, staattinen asento, hengitys sekä usein rajalliset koordinoituiden silmien liikkeet säilyvät.

Erotusdiagnosi:

Katatonista sulkutilaa edeltää skitsofreniaan liittyviä oireita tai käyttäytymistä. Masennus- ja maniatilaan liittyvät sulkutilat ovat tehokkaan hoidon ansiosta harvinaisia. Yleensä nämä kehittyvät hitaasti.

Anm.

Dissociativ stupor diagnostiseras på basen av uttalad minskning eller total frånvaro av kroppsliga rörelser som normalt står under viljans kontroll och normala reaktioner på externa stimuli (som ljus, ljud och beröring). Undersökning och utredning ger inga bevis för någon organisk sjukdom. Därtill finns ofta tecken på aktuella psykologiska orsaksfaktorer i form av nyligen genomgången trauma eller belastning. Personen sitter eller ligger totalt orörlig långa stunder. Tal och spontan och målstyrd rörlighet bortfaller antingen helt eller nästan helt.

Diagnostiska kriterier:

- A. Störningen uppfyller de allmänna kriterierna för dissociativ störning.
- B. Märkbar nedsättning eller total frånvaro av kroppsliga rörelser som normalt står under viljans kontroll och normala reaktioner på externa stimuli som ljus, ljud och beröring.
- C. Muskeltonus, statisk kroppsställning, andning samt begränsad koordination av ögonens rörelser kvarstår ofta.

Differentialdiagnos:

Kataton stupor föregår symtom eller beteende med anknytning till schizofreni. Stupor i samband med depressionstillstånd och maniska tillstånd är sällsynta till följd av effektiv behandling. Stupor utvecklas i regel långsamt.

F44.3

HURMOS JA HALTIOTILAT

Transtillstånd och besatthet

Huom.

Henkilökohtainen identiteettitunne ja täysi tietoisuus ympäristöstä ovat väliaikaisesti hävinneet. Joissakin tapauksissa henkilön käytös muuttuu ikäänkuin sitä hallitsisi toinen persoonallisuus, henki tai ulkoinen voima. Tietoisuus ja tarkkaavaisuus keskittyvät vain yhteen tai kahteen ilmiöön ympäristössä ja tilaan liittyvät tietyt toistuvat liikkeet, asennot ja lausahdukset. Tähän ryhmään luetaan vain tahdonvastaiset arkielämästä häiritsevät transsitilat, jotka eivät liity uskontoon tai vallitsevaan kulttuuriin tai liittyvät tällaisiin tilanteisiin pitkäaikaisesti.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Häiriö täyttää yleiset dissosiativisen häiriön kriteerit.
- B. Jokin seuraavista oireista:
 - (1) Hurmostila (transsi). Tilapäinen tietoisuuden muutos, jonka merkinä kaksi seuraavista:
 - (a) henkilökohtaisen identiteettitunteen menetys
 - (b) tietoisuuden kaventuminen suhteessa ympäristöön tai sen poikkeuksellisen kapea-alainen kohdistaminen johonkin ympäristön ärsykkeeseen
 - (c) liikkeiden, asentojen ja puheen rajoittuneisuus joihinkin toistuviin liikesarjoihin, asentoihin tai lausahduksiin

(2) Tunne riivattuna olemisesta (engl. possession). Henkilö on vakuuttunut siitä, että hän on hengen, voiman, jumalolennon tai toisen henkilön vallassa.

C. Sekä kriteerit B.1 että B.2 ovat tahdonvastaisia ja häiritseviä eivätkä ne liity uskonnonharjoittamiseen tai muuhun vallitsevaan kulttuuriin kuuluvaan tilanteeseen tai ne liittyvät tällaisiin tilanteisiin pitkittyneinä.

Erotusdiagnosi:

Tila ei liity elimelliseen mielenterveyden häiriöön (F00-F09), päihteiden käyttöön (F10-F19), skitsofreniaryhmän häiriöön (F20-F29) tai sellaiseen mielialahäiriöön (F30-F39), johon liittyy harhaluuloja tai harha-aistimuksia.

Anm.

Störningar med en övergående förlust av känsla för personlig identitet och full medvetenhet om omgivningen. I vissa fall förändras personens beteende som om det kontrollerades av en annan personlighet, ett annat väsen eller en utomstående kraft. Medvetandet och uppmärksamheten koncentreras sig på endast en eller två företeelser i omgivningen och tillståndet åtföljs av serier av rörelser, kroppsställningar och yttranden. Till denna grupp hänförs endast ofrivilliga transtillstånd som stör det dagliga livet och som uppträder utanför religiöst eller kulturellt accepterade situationer eller inom ramen för sådana situationer med fördröjning.

Diagnostiska kriterier:

A. Störningen uppfyller de allmänna kriterierna för dissociativ störning.

B. Något av följande symtom:

(1) Extastiskt tillstånd (trans). Tillfällig förändring av personens medvetenhet, vilket kännetecknas av två av följande symtom:

(a) bortfall av känslan av personlig identitet

(b) begränsning av medvetenheten om omgivningen eller en exceptionellt begränsad koncentration av medvetenheten till en viss impuls från omgivningen

(c) Rörelser, kroppsställningar och tal är begränsade till serier av rörelser, kroppsställningar eller yttranden

(2) En känsla av besatthet (eng. possession). Personen är övertygad om att han eller hon kontrolleras av ett väsen, en kraft, ett gudaväsen eller en annan person.

C. Både kriterium B.1 och B.2 är ofrivilliga och störande och uppträder utanför religiös kult eller kulturellt accepterade situationer eller inom ramen för sådana situationer med fördröjning.

Differentialdiagnos:

Tillståndet hänför sig inte till en organisk psykisk störning (F00-F09), bruk av psykoaktiva substanser (F10-F19), störning inom gruppen schizofreni (F20-F29) eller ett sådant förstämningssyndrom (F30-F39) som åtföljs av vanföreställningar eller hallucinationer.

F44.4

DISSOSIATIIVINEN MOTORINEN HÄIRIÖ

Dissociativ motorisk störning

Mukaan lukien

Psyykkisperäinen äänenkato (afonia)

Psyykkisperäinen ääntöhäiriö (dysfonia)

Inkluderar

Psykogen afoni

Psykogen dysfoni

Huom.

Tavallisimissa tapauksissa henkilö ei pysty liikuttamaan raajaa tai raajoja taikka niiden osaa. Halvaus voi olla osittainen, jolloin liikkeet ovat heikot tai hitaat tai se voi olla täydellinen. Oireistoltaan ja vaikeusasteeltaan vaihteleva ataksia erityisesti alaraajoissa voi ilmetä kummallisena kävelynä tai kykenemättömyytenä pysyä pystyssä. Häiriöön voi liittyä raajojen tai koko vartalon korostunutta vapinaa. Tila voi läheisesti muistuttaa melkein mitä tahansa ataksian, apraksian, akinesian, afonian, dysartrian, dyskinesian tai halvauksen muotoa.

Diagnostiset kriteerit:

A. Häiriö täyttää yleiset dissociatiivisen häiriön kriteerit (F44).

B. Jompikumpi seuraavista:

Dissosiaatiohäiriöt (konversiohäiriöt)

Dissociativa syndrom

- (1) Osittainen tai täydellinen kykenemättömyys tahdonalaisiin liikkeisiin (puhe mukaan lukien),
- (2) oireistoltaan ja vaikeusasteeltaan vaihteleva koordinaatiohäiriö tai ataksia tai kykenemättömyys seistä ilman tukea.

Anm.

Visar sig oftast som en oförmåga att röra hela extremiteter eller delar av en extremitet. Förlamningen kan vara partiell, rörelserna svaga eller långsamma, eller total. En till sin symtombild och svårighetsgrad varierande ataksi i synnerhet i de nedre extremiteterna kan uppträda i form av ett konstigt sätt att gå eller oförmåga att hållas i stående ställning. Störningen kan åtföljas av kraftig tremor i extremiteterna eller hela kroppen. Det kan finnas likheter med nästan vilken form som helst av ataxi, apraxi, akinesi, afoni, dysartri, dyskinesi, krampanfall eller förlamning.

Diagnostiska kriterier:

A. Störningen uppfyller de allmänna kriterierna för dissociativ störning (F44).

B. Någondera av följande:

(1) Partiell eller total oförmåga att utföra viljestyrda rörelser (även tal),

(2) en till sin symtombild och svårighetsgrad varierande koordinationsstörning eller ataxi eller oförmåga att stå utan stöd.

F44.5

DISSOSIATIVISET KOURISTUKSET

Dissociativa kramper

Huom.

Dissosiativiset kouristukset voivat liikkeiltään muistuttaa hyvin läheisesti epileptisiä kohtauksia, mutta kielen pureminen, kaatumisesta johtuvat ruhjeet ja virtsan pidätyskyvyttömyys ovat harvinaisia. Tajunnan taso säilyy normaalina tai se hämärtyy sulku- tai hurmostilaksi (stupor tai transsi).

Diagnostiset kriteerit:

A. Häiriö täyttää yleiset dissociatiivisen häiriön kriteerit (F44).

B. Todetaan äkillisiä ja yllättäviä kouristuksnomaisia liikkeitä, jotka läheisesti muistuttavat mitä tahansa epileptistä kohtausta, mutta niihin ei liity tajunnan menetystä.

C. Kriteerissä B mainittuihin liikkeisiin ei liity kielen puremista, kaatumiseen liittyviä vakavia mustelmia tai ruhjeita tai virtsan pidätyskyvyttömyyttä.

Anm.

Dissociativa kramper kan i fråga om rörelserna mycket starkt påminna om epileptiska anfall, men det inträffar sällan att personen biter sig i tungan, faller omkull eller förlorar blåskontrollen. Medvetandenivån är normal eller grumlad till stupor- eller transtillstånd (stupor eller trans).

Diagnostiska kriterier:

A. Störningen uppfyller de allmänna kriterierna för dissociativ störning (F44).

B. Plötsliga och överraskande krampaktiga rörelser konstateras. De påminner starkt om vilka som helst epileptiska anfall, men åtföljs inte av förlust av medvetandet.

C. De i kriterium B nämnda rörelserna åtföljs inte av att personen biter sig i tungan, faller omkull, ådrar sig svåra blåmärken eller skrubbsår, eller förlorar blåskontrollen.

F44.6

DISSOSIATIVINEN TUNNOTTOMUUS TAI AISTIHÄIRIÖ

Dissociativ anestesi

Mukaan lukien

Dissosiativinen tunnottomuus

Psyykkisperäinen kuurous

Psyykkisperäinen sokeus

Psyykkisperäinen hajuaistin menetys

Inkluderar

Psykogen dövhet

Psykogen blindhet

Psykogen förlust av luktsinne

Huom.

Ihon tuntuuolosuhteiden rajat ovat usein sellaiset, että ne osoittavat pikemminkin henkilön käsitystä kehon toimintoista kuin lääketieteellistä tietoa. Tuntoaistin eri aistimusmuotojen kesken saattaa esiintyä sellaista erotteluvaikeutta, jonka aiheuttajana ei voi olla neurologinen vaurio. Tuntuuolosuhteiden ohella henkilö voi valittaa parestesioita.

Näön menetys on dissosiativisissa häiriöissä harvoin täydellinen. Yleensä kyse on näöntarkkuuden heikentymisestä, näkökyvyn sumenemisesta tai putkinäöstä. Huolimatta siitä, että henkilö valittaa näkönsä heikentyneen, hän kykenee yleensä liikkumaan ja käyttämään raajojaan yllättävän hyvin.

Dissosiativinen kuulo- tai hajuaistin häiriintyminen on paljon harvinaisempaa kuin tuntoaistin tai näkökyvyn heikkeneminen.

Diagnostiset kriteerit:

A. Häiriö täyttää yleiset dissosiativisen häiriön kriteerit (F44).

B. Jompikumpi seuraavista:

(1) Osittainen tai täydellinen koko kehon tai sen osan tuntoaistin häiriö (kosketus, kipu, värinä, lämpö tai kylmä)

(2) osittainen tai täydellinen näön, kuulon tai hajuaistin menetys

Häiriön tyyppi tulee rekisteröidä sairauskertomukseen, vaikkei sitä koodata.

Anm.

Gränserna för känslobortfall på hudområden är ofta sådana att de snarare uttrycker personens egen uppfattning om kroppens funktioner än medicinska fakta. Känselsinnets olika perceptionsformer kan vara så svåra att skilja från varandra att de inte går att förena med en neurologisk skada. Känsselförlusten kan åtföljas av klagomål över parestesier.

Synförlusten vid dissociativa tillstånd är sällan total. I allmänhet är det fråga om en nedsättning av synen, dimsyn eller tunnelseende. Trots att personen klagar över nedsatt syn förmår han eller hon i regel röra sig och använda sina extremiteter förvånansvärt väl.

En dissociativ störning av hörsel- eller luktsinnet är mycket mera sällsynt än en nedsättning av känsel- eller synsinnet.

Diagnostiska kriterier:

A. Störningen uppfyller de allmänna kriterierna för dissociativ störning (F44).

B. Någondera av följande:

(1) Partiell eller total störning av känselsinnet i hela kroppen eller en del av kroppen (beröring, smärta, vibrationer, värme eller köld).

(2) partiell eller total förlust av syn-, hörsel- eller luktsinnet

Störningens typ bör registreras i anamnesen trots att den inte kodas.

F44.7

SEKAMUOTOISET DISSOSIAATIOHÄIRIÖT (KONVERSIOHÄIRIÖT)

Blandade dissociativa syndrom

Huom.

Kohdissa F44.0-F44.6 määritettyjen häiriöiden yhdistelmät

Anm.

Kombinationer av de syndrom som nämns i punkterna F44.0-F44.6

F44.80

GANSERIN OIREYHTYMÄ

Gansers syndrom

Huom.

Monivivahteinen oireyhtymä, johon liittyy ylimalkaisia tai aihetta sivuavia vastauksia esitettyihin kysymyksiin (tyyliin "hyvää päivää-kirvesvartta") ja lisäksi muita erityyppisiä dissosiativisia oireita siten, että tilaa voidaan pitää psykykisperäisenä.

Anm.

Mångskiftande syndrom till vilket hör ungefärliga summariska eller ovidkommande svar på frågor (av typen "god morgon yxskaff") och dessutom andra dissociativa symtom som gör att tillståndet kan betraktas som psykiskt betingat.

F44.81

SIVUPERSOONAHÄIRIÖ

Sidopersonstörning

Dissosiaatiohäiriöt (konversiohäiriöt)

Dissociativa syndrom

Huom.

Harvinainen häiriö, jonka etiologiasta esiintyy ristiriitaisia käsityksiä. Kyseessä saattaa olla iatrogeeninen tai kulttuurisidonnainen häiriö. Piirteinä esiintyy kaksi tai useampia erillisiä persoonallisuuksia, joista vain yhden piirteet ovat havaittavissa kerrallaan. Kullakin persoonallisuudella on henkilökohtaiset muistikuvat, käyttäytymistavat ja mieltymykset, jotka voivat olla vastakkaisia henkilön häiriötä edeltäneelle persoonallisuudelle.

Tavallisin häiriön muoto on sellainen, jossa esiintyy kaksi persoonallisuutta, joista toinen on hallitseva, mutta molemmat ovat lähes tietämättömiä toistensa olemassaolosta eikä niillä ole yhteyttä toistensa muistikuviin. Muutos persoonallisuudesta toiseen tapahtuu ensimmäisellä kerralla yleensä äkillisesti jonkin traumaattisen tapahtuman yhteydessä. Myöhemmät persoonallisuuden muutokset liittyvät usein dramaattisiin tai rasittaviin elämäntapahtumiin tai sellaisiin terapeutisiin tilanteisiin, joissa käytetään joko rentoutumista, hypnoosia tai tunnekokemuksen mieleenpalauttamista (abreaktio).

Diagnostiset kriteerit:

- Henkilöllä on kaksi tai useampia erillisiä persoonallisuuksia, joista vain yksi on havaittavissa kerrallaan.
- Kullakin persoonallisuudella on henkilökohtaiset muistikuvat, käyttäytymistavat ja mieltymykset, jotka jonkin aikaa hallitsevat henkilön käyttäytymistä. Lisäksi tilanne toistuu.
- Henkilökohtaisten asioiden muistaminen tuottaa siinä määrin vaikeuksia, että se ei selity tavanomaisella unohtamisella.
- Oireet eivät johdu elimellisestä mielenterveyden häiriöstä (F00-F09) (esim. epilepsiaan liittyvästä) tai päihteiden käytöstä (F10-F19) (esim. päihtymystilasta tai vieroitusoireista).

Anm.

Sällsynt störning om vars etiologi det råder kontroversiella uppfattningar. Det kan vara fråga om en iatrogen eller kulturellrelaterad störning. Kännetecknande är att det förekommer flera olika personligheter av vilka man kan skönja drag av en åt gången. Var och en personlighet har personliga minnesbilder, beteendemönster och preferenser som kan stå i kontrast mot patientens personlighet före störningen.

Den vanligaste formen av störning är en dubbelpersonlighet varav den ena är dominerande, men båda nästan omedvetna om varandras existens och saknar kontakt med varandras minnesbilder. Förändringen från en personlighet till en annan sker första gången i regel plötsligt i samband med någon traumatisk händelse. Senare personlighetsförändringar har ofta samband med dramatiska eller påfrestande livshändelser eller sådana terapeutiska situationer där antingen avslappning, hypnos eller en genomgång av en traumatisk erfarenhet (avreaktion) används:

A. Personen har en eller flera olika personligheter av vilka man endast kan skönja drag av en åt gången.

B Var och en personlighet har sina egna minnesbilder, sitt eget beteende och sina preferenser som under en tid dominerar personens beteende. Dessutom upprepas situationen.

C. Att komma ihåg personliga omständigheter bereder så stora svårigheter att det inte kan förklaras som naturlig glömska.

D. Symtomen orsakas inte av en organisk psykisk störning av (F00-F09) (t.ex. i anknytning till epilepsi) eller missbruk (F10-F19) (t.ex. intoxicationstillstånd eller abstinenssymtom).

F44.82

TILAPÄINEN LAPSUUS- JA NUORUUSIÄN DISSOSIAATIO-[KONVERSI] OIREISTO

Tilfälliga dissociativa (konversions-) symtom i barn- och ungdomsåldern

F44.88

MUU DISSOSIAATIOHÄIRIÖ (KONVERSIOHÄIRIÖ)

Annan bestämd dissociationsstörning

Mukaan lukien

Psykkisperäinen sekavuus

Psykkisperäinen hämäreätila

Inkluderar

Psykogen konfusion

Psykogent skymningstillstånd

F44.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN DISSOSIAATIOHÄIRIÖ (KONVERSIOHÄIRIÖ)

Dissociativt syndrom, ospecificerat

F45

Elimellisoireiset (somatoformiset) häiriöt Somatoforma syndrom

Huom.

Pääpiirteinä ovat toistuva fyysinen oireilu sekä jatkuva pyrkiminen lääketieteellisiin tutkimuksiin, vaikka löydökset ovat toistuvasti normaaleja ja lääkärit vakuuttavat, etteivät oireet viittaa somaattiseen sairauteen. Jos ilmeneekin jokin fyysinen sairaus, se ei kuitenkaan selitä oireiden luonnetta ja määrää eikä henkilön ahdistusta ja keskittymistä oireisiinsa. Vaikka oireiden puhkeaminen ja pitkittyminen liittyy epämielellisiin elämäntapahtumiin, vaikeuksiin tai ristiriitoihin, potilas pyrkii vastustamaan yrityksiä keskustella psykologisten syiden mahdollisuudesta. Näin saattaa tapahtua, vaikka hänellä olisikin masennus- ja ahdistuneisuusoireita. Oireiden fyysisten ja psyykkisten syiden hahmotaminen jää usein niin pinnalliseksi, että se on turhauttavaa ja tuottaa pettymyksen sekä potilaalle että lääkärille. Häiriöihin liittyy usein huomionhakuista käyttäytymistä erityisesti sellaisilla potilailla, jotka ovat harmistuneet epäonnistuneissa yrityksissään saada lääkäreitä vakuuttuneiksi vaivojensa fyysisestä alkuperästä ja lisätutkimusten tarpeellisuudesta.

Erotusdiagnosi:

Häiriön erottaminen hypokondrisista harhaluuloista riippuu siitä, kuinka hyvin tuntee potilaan. Vaikka uskomukset ovat pitkäaikaisia ja perusteettomia, potilas kykenee kuitenkin ainakin hetkellisesti vastaanottamaan perusteluja ja vakuutteluja ja pohtimaan lisätutkimusten tarpeellisuutta. Lisäksi epämiellettävien ja pelottavien somaattisten tuntemusten tulkitseminen fyysisen sairauden kehittymisen ja olemassaolon merkiksi on kulttuurin mukainen hyväksyty selitysmalli.

Kehitysvammaisen elimellisoireiset häiriöt

Fyysisten oireiden toistuva esiintyminen ja jatkuvat toiveet tutkimusten käynnistämiseksi ja hoidon saamiseksi ovat tavallisia monilla kehitysvammaisilla. Kehitysvammaisella tähän ryhmään kuuluvien diagnoosien erottelu on usein vaikeaa. Samoin on vaikea tietää missä määrin potilas tiedostaa käyttäytymisensä syyt.

Anm.

Huvuddragen utgörs av återkommande fysiska symtom och en kontinuerlig strävan efter att genomgå medicinska undersökningar, trots att fynden upprepade gånger visar sig vara normala och läkarna försäkrar att symtomen inte tyder på en somatisk sjukdom. Även om någon fysisk sjukdom tillstöter, förklarar den varken symtomens art och antal eller personen's ångest och fokusering på sina symtom. Även om symtomens debut och fortsatta förlopp hänförs till obehagliga livshändelser, svårigheter eller kontroverser, försöker patienten motarbeta initiativ till samtal om eventuella psykologiska orsaker. Detta kan ske trots att personen lider av depressions- och ångestsymtom. Det blir ofta till en så yttlig gestaltning av symtomens fysiska och psykiska orsaker att såväl patienten som läkaren blir frustrerad och besviken.

Störningarna åtföljs ofta av uppmärksamhetskrävande beteende i synnerhet hos sådana patienter som är förargade över sina misslyckade försök att övertyga läkarna om att deras besvär är fysiskt betingade och i behov av vidare undersökningar.

Differentialdiagnos:

Att skilja störningen från hypokondriska vanföreställningar beror på hur väl läkaren känner patienten. Trots att föreställningarna är långvariga och grundlösa kan patienten likväl åtminstone tillfälligt acceptera motiveringar och betyganden och gå med på att överväga hur nödvändiga tilläggsundersökningarna är. Tilläggs kan att en tolkning av obehagliga och skrämmande somatiska förnimmelser som tecken på utvecklande och närvaro av en fysisk sjukdom är en kulturrelaterad accepterad förklaring.

Somatoforma symtom hos utvecklingsstörda

Att jämt och ständigt föra fram fysiska symtom och förhoppningar om att bli behandlad är en vanlig symtombild hos många utvecklingsstörda personer. Hos utvecklingsstörda är det ofta svårt att skilja mellan diagnoser inom denna grupp. Likaså är det svårt att veta i hur hög grad patienten är medveten om orsakerna till sitt beteende.

F45.0

SOMATISAATIOHÄIRIÖ

Somatiseringsyndrom

Mukaan lukien

Monimuotoinen psykosomaattinen häiriö

Briquetin häiriö

Inkluderar

Multipel psykosomatisk sjukdom
Briquets sjukdom

Huom.

Pääoireena ovat monenlaiset, toistuvat ja usein muuttuvat fyysiset oireet, jotka ovat jatkuneet yleensä useita vuosia, ennen kuin potilas tulee psykiatrin vastaanotolle. Useimmat potilaat ovat käyttäneet paljon ja pitkään sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palveluja ja heille on voitu tehdä paljon löydöksiltään normaaleja tutkimuksia tai hyödyttömiä leikkauksia. Oireet voivat olla peräisin mistä tahansa ruumiinosasta tai elinjärjestelmästä. Tavallisia oireita ovat ruuansulatuskanavan oireet, poikkeavat ihotuntemukset ja näppylät sekä sukupuolielimiin tai kuukautiskiertoon liittyvät oireet.

Usein todetaan hoitoa vaativaa ahdistuneisuutta ja masennusta somaattisten oireiden ohella.

Häiriön kulku on pitkäaikainen ja vaihteleva, ja siihen liittyy usein sosiaalisen toiminnan, ihmisuhteiden ja perhe-elämän vaikeuksia. Häiriö on huomattavasti yleisempi naisilla kuin miehillä. Oireet alkavat yleensä nuorella aikuisiällä. Toistuvien lääkemääräysten takia kehittyä usein riippuvuus kipulääkkeistä tai rauhoittavista lääkkeistä tai niiden liikkäyttö.

Diagnostiset kriteerit

A. Ainakin kahden vuoden ajan henkilö on valittanut monenlaisia vaihtelevia somaattisia oireita, joiden ei ole voitu osoittaa johtuvan mistään tunnetusta elimellisestä sairaudesta. (Mikään tiedossa oleva fyysinen sairaus ei selitä oireiden vaikeusastetta, määrää, vaihtelevuutta, fyysisten oireiden valittamista tai tilaan liittyvää sosiaalisen toimintakyvyn heikentymistä.) Jos esiintyy selviä autonomisen ylivireyden oireita, ne eivät ole niin pitkäaikaisia tai häiritseviä, että ne muodostaisivat pääosan oireista.

B. Oireisiin keskittyminen aiheuttaa jatkuvaa haittaa ja johtaa vähintään kolmeen lääkärisäkäyntiin tai tutkimusjaksoon perusterveydenhuollossa tai erikoislääkärin luona. Jos henkilöllä ei ole mahdollisuutta käyttää terveystaloutta taloudellisten seikkojen tai matkojen vuoksi, hän käyttää jatkuvasti jotakin itse valitsemaansa lääkettä tai haakee apua toistuvasti joltain muulta taholta (esim. kouluttamaton henkilö).

C. Lääkäreiden vakuutteluista huolimatta henkilö on jatkuvasti eri mieltä siitä, että kyseessä ei ole mikään elimellinen sairaus. (Diagnoosia voidaan käyttää, vaikka henkilö tilapäisesti, esimerkiksi muutaman viikon ajan jonkin tutkimuksen jälkeen hyväksyisi tämän vakuuttelun.)

D. Vähintään kuusi seuraavista oireista siten, että oireita esiintyy ainakin kahdesta eri ryhmästä:

Ruuansulatuskanavan oireet

1. vatsakipu
2. pahoinvointi
3. vatsan turvotus tai ilmavaivat
4. paha maku suussa tai kielen runsas katteisuus
5. oksentelu tai ruuan pulauttelu
6. tiheät ja vilkkaat suolenliikkeet tai nesteen valuminen peräaukosta

Sydämen ja verenkiertoelimistön oireet

7. hengästyneisyys, joka ei liity fyysiseen rasitukseen
8. rintakivut

Sukupuoli- ja virtsaelinten oireet

9. kivut virtsatessa tai tihentynyt tarve
10. epämiellyttävät tuntemukset sukuelimissä tai niiden ympärillä
11. epätavallinen tai voimakas emätinvuoto

Iho-oireet ja kivut

12. Ihon läikikkys tai värimuutos
13. Raajojen, nivelten tai ruumiinulokkeiden kivut
14. epämiellyttävä puutuminen tai pistely

E. Oireet eivät liity pelkästään skitsofreniaan tai muuhun psykoottiseen häiriöön (F20-29), mielialahäiriöön (F30-39) tai paniikkhäiriöön (F41.0).

Erotusdiagnosi:

Somaattiset sairaudet. Somatisaatiohäiriöpotilaiden riski sairastua elimelliseen sairauteen on yhtä suuri kuin muilla saman ikäisillä. Tutkimukset ovat tarpeellisia, jos oireiden luonne muuttuu tai vaikeutuu siten, että on syytä epäillä elimellistä sairautta.

Masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt. Somatisaatiohäiriöihin liittyy vaihtelevasti ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta. Ne luokitellaan omilla diagnooseillaan, jos häiriö täyttää niiden kriteerit. Lukuisat somaattiset oireet yli 40-vuotiaalla henkilöllä voivat olla masennusjakson varhaisoire.

Hypokondrinen häiriö. Somatisaatiohäiriössä potilas keskittyy itse oireisiin ja niiden vaikutuksiin. Hypokondrisessa häiriössä potilas kiinnittää huomionsa olettamaansa etenevään vakavaan sairausprosessiin ja sen haitallisiin seurauksiin. Somatisaatiohäiriöpotilas haluaa hoitoa oireisiinsa kun taas hypokondriapotilas haluaa tutkimuksiin tullakseen vakuuttuneeksi sairautensa laadusta. Somatisaatiohäiriöön liittyy lääkkeiden liikakäyttöä ja pitkällä aikavälillä huono hoitoon sitoutuminen. Hypokondriselle häiriölle on tyypillistä lääkkeiden välttäminen ja niiden sivuvaikutusten pelko sekä vakuuttelujen saamisen tarve eri lääkäreiltä toistuvilla käynneillä.

Harhaluuloisuushäiriöt (kuten skitsofrenia, johon liittyy somaattisia harhaluuloja tai masennusjakso, johon liittyy hypokondrisia harhaluuloja). Tällaisiin häiriöihin liittyy sisällöltään outoja uskomuksia ja harvoin pysyviä ruumiillisia oireita.

Lyhytkestoiset (alle kaksivuotta kestäneet) ja suhteellisen lieväoireiset tapaukset pitäisi luokitella erilaistumattomaksi elimellisoireiseksi häiriöksi (F45.1).

Anm.

Det främsta särdraget är många slags återkommande klagomål på kroppsliga symtom som i regel har pågått i många år innan patienten besöker en psykiater. Största delen av dessa patienter har i stor omfattning och under en längre tid använt såväl primärvårdens som specialistsjukvårdens tjänster. Det finns många negativa undersökningsresultat eller fruktlösa explorativa operationer. Symtomen kan hänföras till alla delar av kroppen eller till vilket organsystem som helst. Vanliga symtom ger sig till känna i matsmältningskanalen, exceptionella förnimmelser i huden, utslag samt i könsorganen eller menstruationen.

Ofta kan ångestillstånd och depression konstateras utöver de somatiska symtomen.

Störningens förlopp är kroniskt och fluktuerande och ofta förenat med försämrade sociala, interpersonella eller familjära relationer och beteenden. Störningen är betydligt allmänare hos kvinnor än hos män. Symtomen debuterar i regel hos unga vuxna.

På grund av upprepade ordinationer utvecklas ofta beroende eller överanvändning av smärtstillande eller sedativa läkemedel. Diagnostiska kriterier

A. I åtminstone två års tid har personen klagat över ett flertal varierande somatiska symtom som inte har kunnat härledas från någon känd organisk sjukdom. (Ingen känd kroppslig sjukdom kan förklara symtomens svårighetsgrad, antal, variation, klagan över fysiska symtom eller nedsatt social förmåga med anknytning till tillståndet.) Om tydliga symtom på autonom överspänning uppträder, är de inte så långvariga eller störande att de skulle utgöra huvuddelen av symtomen.

B. Fixeringen vid symtomen orsakar koninuerliga besvär och leder till minst tre läkarbesök eller undersökningar hos primär- eller specialistvården. Om personen inte har möjlighet att använda hälsotjänster på grund av ekonomiska omständigheter eller resor, använder han eller hon kontinuerligt något slags självmedicinering eller söker upprepade gånger hjälp på annat håll (t.ex. hos en utbildad person).

C. Vägran att acceptera läkarnas försäkran att det inte är fråga om någon organisk sjukdom. (Diagnosen kan användas även om personen tillfälligt, till exempel efter några veckors undersökningar, skulle godta denna försäkran.)

D. Minst sex av följande symtom så att symtom från åtminstone två grupper uppträder:

Symtom från matsmältningskanalen

- 1. magsmärtor*
 - 2. illamående*
 - 3. svullen buk eller luftbesvär*
 - 4. dålig smak i munnen eller riklig beläggning på tungan*
 - 5. kräkningar eller uppstötningar av mat*
 - 6. frekvent och livlig tarmaktivitet eller analinkontinens*
- Symtom från hjärtat eller cirkulationsorganen*
- 7. andfåddhet som inte har samband med fysisk ansträngning*
 - 8. smärtor i bröstet*

Elimellisoireiset (somatiformiset) häiriöt

Somatoforma syndrom

Symtom från könsorganen och urinvägar

9. smärtor vid urinering eller oftare återkommande behov

10. obehag i könsorganen och omkring dem

11. exceptionell eller stark vaginal flytning

Hudsymtom och smärtor

12. fläckar eller färgförändring på huden

13. smärtor i lemmar, leder eller extremiteter

14. obehaglig domning eller stickningar

E. Symtomen hänför sig inte uteslutande till schizofreni eller annan psykotisk störning (F20-29), förstämningssyndrom (F30-39) eller paniksyndrom (F41.0).

Differentialdiagnos:

Somatiska sjukdomar. Risken för patienter som lider av somatiseringssyndrom att insjukna i en organisk sjukdom är lika stor som hos andra personer i samma ålder. Undersökningar är nödvändiga, om symtomens art förändras eller stabiliseras så att det ger anledning att misstänka en organisk sjukdom.

Depression och ångestsyndrom Somatiseringssyndrom åtföljs av en variation av ångest och depression. Tillståndet klassificeras med individuella diagnoser, om störningen fyller kriterierna för dem. Talrika somatiska symtom hos personer äldre än 40 år kan utgöra ett tidigt symtom på en depressiv episod.

Hypokondri. Vid ett somatiseringssyndrom fokuserar patienten på själva symtomen och deras konsekvenser. Vid hypokondri fäster patienten sin uppmärksamhet vid en av honom eller henne förmodad progredierande allvarlig sjukdom och dess skadliga konsekvenser. En patient som lider av somatiseringssyndrom vill ha behandling för sina symtom medan en hypokondriker däremot vill genomgå undersökningar för att få reda på sin sjukdom. Till somatiseringssyndrom hänför sig överdriven användning av läkemedel och dåligt engagemang för vård på lång sikt. Hypokondri kännetecknas av att patienten undviker mediciner av rädsla för deras biverkningar och av ett behov av försäkran av olika läkare genom upprepade läkarbesök.

Vanföreställningssyndrom (såsom schizofreni åtföljd av somatiska vanföreställningar eller depressiv episod med hypokondriska vanföreställningar). Sådana störningar åtföljs av egendomliga föreställningar och sällan av kroppsliga symtom.

Kortvariga fall (under två års duration) och fall med relativt lindriga symtom borde klassificeras som odifferentierat somatoformt syndrom (F45.1).

F45.1

ERILAISTUMATON ELIMELLISOIREINEN (SOMATOFORMINEN) HÄIRIÖ

Odifferentierat somatoformt syndrom

Mukaan lukien

Erilaistumaton psykosomaattinen sairaus

Inkluderar

Odifferentierad psykosomatisk sjukdom

Huom.

Kun elimellisiä oireita koskevat valitukset ovat moninaisia, vaihtelevia ja sitkeitä, mutta somatisaatiohäiriön täydellistä ja tyypillistä kliinistä kuvaa ei kehity, voidaan harkita erilaistumattoman elimellisoireisen häiriön diagnoosia. Voimakas ja dramaattinen tapa valittaa oireita saattaa tällöin puuttua, henkilö valittaa oireitaan harvoin tai toimintakyky säilyy normaalina suhteessa perheeseen ja ympäristöön. Oireille, joiden perusteella psykiatrinen diagnoosi tehdään, ei saa olla elimellistä syytä, vaikka psykologistakaan syytä ei olisi mahdollista todeta. Tätä diagnoosia ei tule käyttää, mikäli on olemassa jonkin oireet selittävän, elimellisen häiriön mahdollisuus tai potilaalle ei ole tehty psykiatrista arviota.

Diagnostiset kriteerit:

A. Häiriö täyttää somatisaatiohäiriön (F45.0) kriteerit A ja C paitsi, että häiriö on kestänyt vähintään kuusi kuukautta.

B. Häiriö täyttää epätäydellisesti toisen tai molemmat somatisaatiohäiriön kriteereistä B ja D.

Erotusdiagnoosi:

Kuten somatisaatiohäiriössä (F45.0)

Anm.

När multipla, varierande och ihållande kroppsliga symtom föreligger men då den kompletta och typiska kliniska bilden vid somatoforma syndrom inte är uppfylld kan diagnosen odifferentierad somatoform störning övervägas. Ett kraftigt och dramatiskt sätt att klaga över symtomen kan då bortfalla. Personen klagar sällan över sina symtom eller handlingsförmågan förblir normal i relation till familjen och omgivningen. Symtomen utifrån vilka en psykiatrisk diagnos ställs får inte utgöras av organiska faktorer, även om det inte är möjligt att konstatera en psykologisk orsak. Denna diagnos bör inte användas, om det förekommer någon möjlighet till en organisk störning som förklaring till symtomen, eller om det inte har gjorts någon psykiatrisk bedömning av patienten. Störningen uppfyller kriterierna A och C för somatiseringssyndrom (45.0) fränsett att störningen har varat minst sex månader.

Störningen uppfyller ofullständigt det ena eller båda kriterierna B och D för somatiseringsstörning

Differentialdiagnos:

Som vid somatiseringsstörning (F45.0)

F45.2

HYPOKONDRINEN HÄIRIÖ

Hypokondri

Mukaan lukien

Dysmorfinen (epämuotoisuuteen liittyvä) ruumiinkuvahäiriö
(Harhaluuloja sisältämätön) dysmorfofobia (epämuotoisuuskammo)
Hypokondrinen neuroosi
Hypokondria
Taudinkammo
Nosofobia

Inkluderar

Dysmorfofobi
Hypochondriasis
Hypokondrisk neuros
Nosofobi

Huom.

Olellainen piirre on henkilön sitkeä pähänpintymä siitä, että hän mahdollisesti sairastaa yhtä tai useaa vakavaa ja etenevää ruumiillista sairautta. Potilaat valittavat jatkuvasti somaattisia oireita tai keskittyvät fyysiseen ulkomuotoonsa. He tulkitsevat normaalit ja tavalliset aistimukset ja ulkonäön piirteet poikkeaviksi ja huolestuttaviksi, ja heidän huomionsa kiinnittyy tavallisesti enintään kahteen elimeen tai elinjärjestelmään.

Potilaan vakuuttuneisuus sairauden tai epämuotoisuuden olemassaolosta ja huomion kiinnittäminen johonkin tiettyyn häiriöön jonkin toisen sijasta vaihtelee eri vastaanottokerroilla. Potilas pohtii tavallisesti myös jonkin toisen sairauden mahdollisuutta sen lisäksi, mikä on häntä aiemmin eniten huolestuttanut.

Potilaat kärsivät usein myös merkittävästä masennuksesta tai ahdistuksesta, mikä saattaa edellyttää lisädiagnoosia. Häiriö alkaa harvoin 50 ikävuoeden jälkeen ja oireisto on pitkäaikainen ja vaihtelevasti ilmenevä. Vakiintuneita harhaluuloja elimistön toimintoista tai ulkomuodosta ei ilmene. Yhden tai useamman sairauden pelko (nosofobia) luokitellaan tällä diagnoosilla.

Monet varsinkin lievistä häiriöstä kärsivät ovat perusterveydenhuollon tai somaattisten erikoisalojen asiakkaita. Potilaat närkästyvät usein ehdotuksesta käydä psykiatrilla ja se tulisikin esittää häiriön alkuvaiheessa hienotunteisesti somaattista tilaa hoitavan lääkärin ja psykiatrin yhteistyönä. Suurimmalla osalla potilaista toimintakyky on heikentynyt ja he saattavat hallita ja manipuloida sekä perhettään että sosiaalista verkostoaan. Pienellä osalla potilaista toimintakyky on lähes normaali.

Diagnostiset kriteerit

A. Jompikumpi seuraavista:

(1) Vähintään 6 kuukauden ajan esiintynyt jatkuva uskomus enintään kahden vakavan sairauden olemassaolosta. Henkilö on maininnut nimeltä ainakin toisen sairauksista.

(2) Jatkuva huoli ruumiin tai sen osan oletetun epämuotoisuuden takia (ruumiin epämuotoisuuskammo).

B. Uskomusten ja oireiden aiheuttama huoli saa aikaan jatkuvaa ahdistuneisuutta tai päivittäisen toimintakyvyn heikkenemistä ja johtaa lääkärisäkäynteihin ja tutkimuksiin (tai hakeutumiseen muun auttajatahon, esimerkiksi kouluttamattoman henkilön luo).

Elimellisoireiset (somatiformiset) häiriöt

Somatoforma syndrom

C. Henkilö on jatkuvasti eri mieltä lääkäreiden vakuutteluista huolimatta siitä, että kyseessä ei ole mikään elimellinen sairaus. (Diagnoosia voidaan käyttää, vaikka henkilö tilapäisesti, esimerkiksi muutaman viikon ajan jonkin tutkimuksen jälkeen hyväksyisi tämän vakuuttelun.)

D. Tavallisimmat poissulkudiagnoosit. Oireet eivät esiinny ainoastaan skitsofreniaryhmän häiriön (F20-F29) tai mieliala-häiriön (F30-F39) aikana.

Erotusdiagnosi:

Somatisaatiohäiriö. Päähuomio on häiriössä ja sen aiheuttamissa seurausilmiöissä eikä oireissa kuten somatisaatiohäiriössä. Potilas nimeää yleensä yhden tai kaksi sairautta, joista hän on toistuvasti huolissaan. Somatisaatiohäiriössä sairausvaihtoehdot ovat lukuisia ja vaihtelevia. Hypokondrinen häiriö on yhtä tavallinen miehillä kuin naisilla eikä siihen liity perheitilanteesta johtuvia merkityksiä.

Masennus. Masennus saattaa olla ensisijainen häiriö, mikäli hypokondrisia ajatuksia edeltää masentunut mieliala tai se on hallitseva oire.

Harhaluuloisuushäiriö. Masennusjaksoon ja skitsofreenisiin häiriöihin liittyvät somaattiset harhaluulot ovat vakiintuneempia kuin hypokondrisen häiriön uskomukset. Häiriö, jossa henkilö on vakuuttunut epämiellyttävästä ulkonäöstään tai epämuotoisuudesta, tulee luokitella harhaluuloisuushäiriöksi (F22.-).

Ahdistuneisuus- ja paniikkihäiriöt. Ahdistuneisuuden somaattiset oireet aiheuttavat joskus somaattisen sairauden pelkoa, mutta potilas uskoo fysiologiset perustelut eikä hänelle kehity vakiintunutta käsitystä sairauden olemassaolosta.

Kehitysvammaisen hypokondrinen häiriö

Jotkut kehitysvammaiset saattavat käyttää hypokondrista oireiden valittamista keinona saada huomiota. Jos käytös on selvästi tarkoituksellista ei psykiatrasta diagnoosia tulisi käyttää.

Anm.

Ett centralt kännetecken är personens envetna besatthet av att eventuellt lida av en eller flera allvarliga och progredierande kroppsliga sjukdomar. Patienten klagar ständigt över kroppsliga symtom eller är ständigt upptagen av sitt utseende. Kroppens normala eller vanliga signaler och utseendemässiga varianter tolkas ofta av patienten som abnorma eller skrämmande. Uppmärksamheten är vanligen fokuserad på ett eller två av kroppens organsystem / Patientens övertygelse om förekomsten av sjukdom eller deformitet och fokusering på en viss störning i stället för någon annan störning varierar vid olika läkarbesök. Patienten överväger i regel även en annan eventuell sjukdom förutom den som förut oroade honom eller henne mest.

Patienterna lider även ofta av en svår depression eller ångest, vilket kan förutsätta en tilläggsdiagnos. Störningen debiterar sällan efter fyllda 50 år och symtomen är långvariga och av varierande art. Etablerade vanföreställningar om kroppens funktioner eller utseende förekommer inte. Rädsla för en eller flera sjukdomar (nosofobi) klassificeras med denna diagnos.

Många av dem som lider av särskilt en lindrig variant av störningen är klienter hos primärvården eller den somatiska specialistvården. Patienterna blir ofta indignerade av förslaget att besöka psykiater och det borde i början på ett finkänsligt sätt framföras i samverkan mellan den läkare och den psykiater som behandlar det somatiska tillståndet. De flesta patienter lider av nedsatt handlingsförmåga och de kan kontrollera och manipulera både sin familj och sitt sociala nätverk. Hos en liten del av patienterna är handlingsförmågan så gott som normal.

Diagnostiska kriterier:

A. Någotdera av följande:

(1) En fortsatt föreställning som pågått i minst 6 månader om förekomst av högst två allvarliga sjukdomar. Personen har namngett åtminstone den ena av sjukdomarna.

(2) Ständig oro över inbillad deformitet av kroppen eller en del av den (vanföreställningar om kroppsfunktioner eller kroppsform).

B. Den oro som betingas av föreställningarna och symtomen leder till en fortsatt ångest eller nedsättning av den dagliga handlingsförmågan och till läkarbesök och undersökningar (eller till att patienten uppsöker hjälp på annat håll, till exempel hos en icke utbildad person).

C. Personen fortsätter att vara av annan åsikt oberoende av läkarnas försäkran om det inte är fråga om någon organisk sjukdom. (Diagnosen kan användas även om personen tillfälligt, till exempel efter några veckors undersökningar, skulle godta denna försäkran.)

D. De vanligaste uteslutningsdiagnoserna. Symtomen uppträder inte endast vid störningar från gruppen skitsofreni, eller affektiva störningar (F20-F29).

Differentialdiagnos:

Somatiseringsyndrom. Fokus ligger på störningen och de sviter som betingas av den, inte på symtomen som vid somatiseringsyndrom. Patienten namnger i regel en eller två sjukdomar för vilka han eller hon konstant oroar sig. Vid somatiseringsyndrom är sjukdomsalternativen talrika och varierande. Hypokondri är lika vanlig hos män som hos kvinnor och har inget samband med familjesituationen.

Depression. Depression kan utgöra den primära störningen, om de hypokondriska tankarna föregås av nedstämdhet eller om den är det dominerande symtomet. Somatiska vanföreställningar med anknytning till en depressiv episod eller schizofrena störningar är mer etablerade än förställningar vid hypokondri. En störning vid vilken personen är övertygad om sitt obehagliga utseende eller sin deformitet bör klassificeras som vanföreställningssyndrom (F22.-).

Ångest- och paniksyndrom. De somatiska ångestsymtomen orsakar ibland rädsla för en somatisk sjukdom, men patienten godtar de fysiologiska motiveringarna och utvecklar inte en stabiliserad uppfattning om förekomsten av sjukdom.

Hypokondri hos utvecklingsstörda

En del utvecklingsstörda personer kan tillgripa hypokondrisk klagan över symtom för att tilldra sig uppmärksamhet. Om beteendet är uttalat avsiktligt borde psykiatrisk diagnos inte användas.

F45.3

ELIMELLISOIREINEN (SOMATOFORMINEN) AUTONOMINEN TOIMINTAHÄIRIÖ

Somatoform autonom dysfunktion

Huom.

Henkilö oirehtii ikään kuin oireet johtuisivat sellaisen elimen tai elinjärjestelmän fyysisestä häiriöstä, joka on suureksi osaksi tai täysin autonomisen hermoston hermottama ja säätelemä. Oireet voivat siis liittyä sydämeen ja verisuoniin ("sydänneuroosi"), maha-suolikanavaan ("vatsaneuroosi" ja hermostollinen ripuli), hengitykseen (psykogeeninen hyperventilaatio tai hikka) tai virtsa- ja sukupuolielimiin. Oireet eivät viittaa kyseessä olevan elimen tai elinjärjestelmän fyysiseen häiriöön.

Tavallisesti todetaan kahden tyyppisiä oireita:

Ensinnäkin henkilö voi valittaa oireita, jotka perustuvat autonomisen ylivireyden objektiivisesti havaittaviin merkkeihin, kuten sydämentykytykseen, hikoiluun, punastumiseen sekä vapinaan, ja hän ilmaisee pelkoa ja huolta mahdollisesta ruumiillisesta häiriöstä.

Toiseksi hänellä on epämääräisiä ja muuttuvia subjektiivisia oireita, kuten paikkaa vaihtavia kipuja ja särkyjä, polttoja, painon ja kireyden tunteita sekä pöhöttyneisyyden ja paisumisen tuntemuksia, jotka hän yhdistää tiettyyn elimeen tai elinjärjestelmään (kuten mahdollisesti autonomisetkin oireet).

Oireyhtymä muodostuu siis selvistä autonomisen kiihotustilan oireista, joukosta epäspesifisiä subjektiivisia vaivoja ja potilaan jatkuvista viittauksista johonkin elimeen tai elinjärjestelmään oireiden aiheuttajana.

Monilla häiriöstä kärsivillä on havaittavissa oireiden liittyminen psyykkisiin rasitustekijöihin tai ajankohtaisiin vaikeuksiin tai ongelmiin. Osalla potilaista tällaista yhteyttä ei ole, mutta siitä huolimatta heidän häiriönsä selvästi täyttää tämän diagnoosin kriteerit.

Joskus häiriöön liittyy lieviä fyysisiä oireita kuten hikka, ilmavaivat tai hyperventilaatio, mutta elimen tai elinjärjestelmän perustoiminta on normaalia.

Diagnostiset kriteerit:

A. Esiintyy autonomisen ylivireyden oireita, jotka henkilö liittyy yhden tai useamman seuraavassa luetellun elimen tai elinjärjestelmän sairauteen:

- (1) sydän ja verenkiertoelimistö
- (2) ylempi ruuansulatuskanava (mahalaukku ja ruokatorvi)
- (3) alempi ruuansulatuskanava
- (4) hengityselimistö
- (5) virtsa- ja sukuelimet

B. Vähintään kaksi seuraavista oireista:

- (1) sydämentykytyks
- (2) hikoilu (myös kylmä hiki)
- (3) suun kuivuminen
- (4) punastelu

(5) ylävatsaoireet, vatsan kurniminen ("perhosia vatsassa")

C. Vähintään yksi seuraavista oireista:

(1) rintakipu tai sydämen seudun kipu

(2) hengenahdistus tai hyperventilaatio

(3) ylenmääräinen väsymys vähäisessä rasituksessa

(4) ilman nieleminen, hikka tai polttava tunne rinnassa tai vatsan yläosassa

(5) suoliston liikkeiden lisääntyminen

(6) tihentynyt virtsaamistarve tai kirvely virtsatessa

(7) pöhötynneisyyden tai täyteisyyden tunne

D. Elinjärjestelmissä, joista henkilö on huolestunut, ei ole merkkejä rakenteellisesta tai toiminnallisesta viasta. Lisäksi henkilön huolestuneisuus jatkuu lääkärin päinvastaisista vakuutteluista huolimatta.

E. Oireet eivät esiinny ainoastaan pelko-oireisen (F40.0-F40.3 tai paniikkihäiriön (F41.0) aikana.

Yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä (F41.1) autonominen ylivireys on pelon ja ahdistuneisuuden aiheuttamaa eikä potilas kohdenna oireistaan mihinkään elimeen tai elinjärjestelmään. Somatisaatiohäiriössä (F45.0) autonomiset oireet ovat vähäisiä ja tilapäisiä, kun taas muut oireet ovat pitkäaikaisia ja niiden kohde vaihtelee.

Huom!

Viidettä merkkiä käytetään luokittelemaan yksittäisiä tämän ryhmän häiriöitä sen mukaan, mistä elimestä tai elinjärjestelmästä henkilö katsoo oireiden olevan lähtöisin.

Anm.

Personen uppvisar symtom som tyder på att de kunde härröra från en fysisk störning i ett sådant organ eller organsystem som till stor del eller helt och hållet styrs och regleras av det autonoma nervsystemet. Symtomen kan således hänföra sig till hjärtat och blodkärnen (hjärtneuros), buken-tarmkanalen ("magneuros och nervös diarré), till andningen (psykogen hyperventilation eller hicka) eller urin- och könsorganen. Symtomen tyder inte på en fysisk störning hos ifrågavarande organ eller organsystem.

I regel kan två typer av symtom konstateras: Å ena sidan kan personen klaga över symtom som grundar sig på objektivt observerbar autonom överkänslighet såsom hjärtklappning, svettning, rodnad och tremor och han uttrycker fruktan för möjlig kroppslig störning.

Han kan också ha diffusa, växlande subjektiva symtom såsom lokalt växlande värk, bränningar, tryck, spänning, uppsvälning, som han hänför till vissa organ eller organsystem.

Syndromet består sålunda av tydliga tecken på autonomt retningsstillstånd, bland dem subjektiva besvär och upprepad hänvisning till organ eller organsystem.

Hos många patienter hänför sig lidandet till psykisk stress eller aktuella svårigheter och problem. Hos en del patienter förekommer inget sådant samband, men trots detta uppfyller deras störning tydligt kriterierna för denna diagnos.

Ibland åtföljs störningen av lindriga fysiska symtom som hicka, luftbesvär eller hyperventilation, men den primära funktionen hos organet eller systemet är normal.

Diagnostiska kriterier:

A. Förekomst av tecken på ökad autonom aktivitet som patienten kopplar ihop med sjukdom i ett organ eller system som uppräknas i det följande: (1) de kardiovaskulära organen

(2) övre matsmältningskanalen (det gastrointestina systemet)

(3) nedre matsmältningskanalen

(4) de respiratoriska organen

(5) urogenitala system

B. Minst två av följande symtom:

(1) takykardi

(2) svettning (även kallsvett);/(3) muntorrhet (xerostomi)

(4) rodnad

(5) ventrikulära symtom, kurrande mage (fjärilar i magen)

C. Minst ett av följande symtom::

(1) smärtor i bröstet eller i hjärtrakten

(3) överdriven trötthet vid lätt ansträngning

(4) sväljande av luft, hicka eller brännande känsla i bröstet eller magsäcken

(5) ökad tarmfunktion

(6) ökat urineringsbehov eller sveda vid urinering/(7) känsla av uppblåsthet .D/. De organsystem för vilka personen oroar sig uppvisar inga tecken på strukturella eller funktionella fel. Dessutom fortsätter personen att oroa sig trots läkarnas försäkran om motsatsen.

E. Symtomen uppträder inte uteslutande vid fobiska syndrom (F40.0-F40.3 eller paniksyndrom (F41.0).

Vid generaliserat ångestsyndrom (F41.1) betingas autonom överspändhet av fruktan och ångest och patienten lokaliserar inte sina symtom/symtombild/till något system eller organ. Vid somatiseringsyndrom är de autonoma symtomen fåtaliga och lindriga, medan andra symtom däremot är långvariga och föremålen för dem varierande.

Obs!

Tecknet i femte positionen används för att klassificera enstaka störningar från denna grupp beroende på vilket organ eller system personen anser ge upphov till symtomen.

F45.30 Elimellisoireinen toimintahäiriö sydän- ja verenkiertoelimistö

Somatoform autonom dysfunktion hjärtat och cirkulationen

Mukaan lukien

Sydänneuroosi

Da Costan oireyhtymä

Neurosirkulatorinen astenia

Inkluderar

Hjärtneuros

Da Costas syndrom

Neurocirkulatorisk asteni

F45.31 Elimellisoireinen toimintahäiriö ylempi ruuansulatuskanava

Somatoform autonom dysfunktion övre magsmältningsorganen

Mukaan lukien

Psykkisperäinen nikotus

Psykkisperäinen ilman nieleminen

Mahaneuroosi

Psykkisperäinen ylävatsavaiva

Psykkisperäinen mahanportin kouristus (pylorusspasm)

Psykkisperäinen aerofagia

Psykkisperäinen ilman nieleminen

Inkluderar

Psykogena former av hicka

Psykogena former av aerofagi

Magneuros

Psykogena former av dyspepsi

Psykogena former av pylorospasm

F45.32 Elimellisoireinen toimintahäiriö alempi ruuansulatuskanava

Somatoform autonom dysfunktion nedre magsmältningsorganen

Mukaan lukien

Psykkisperäinen ärtyvä suoli -oireyhtymä

Psykkisperäinen ripuli

Psykkisperäiset ilmavaivat

Elimellisoireiset (somatoformiset) häiriöt

Somatoforma syndrom

Inkluderar

Psykogena former av irriterabel tarm

Psykogena former av diarré

Psykogena former av flatulens

F45.33 Elimellisoireinen toimintahäiriö hengityselimistö

Somatoform autonom dysfunktion respiratoriska organen

Mukaan lukien

Psyykkisperäinen yskä

Psyykkisperäinen hyperventilaatio

Inkluderar

Psykogena former av hosta

Psykogena former av dyspepsi

F45.34 Elimellisoireinen toimintahäiriö virtsa- ja sukuelimet

Somatoform autonom dysfunktion genitourinära organen

Mukaan lukien

Psyykkisperäinen virtsaamisvaikeus

Psyykkisperäinen tihentynyt virtsaamistarve

Inkluderar

Psykogena former av dysuri

Psykogena former av urinträngning

F45.38 Elimellisoireinen toimintahäiriö muu elin tai elinjärjestelmä

Somatoform autonom dysfunktion annat bestämt organsystem

F45.39 Elimellisoireinen toimintahäiriö usean tai määrittämättömän elimen oire

Somatoform autonom dysfunktion flera eller obestämda organ

Huom.

Ensisijaisesti tila tulee koodata pääasiallisesti oireiden kohteena olevan elimen mukaan.

Anm.

I första hand bör tillståndet huvudsakligen kodas i enlighet med det organ som är föremål för symtomen.

F45.4

PITKÄAIKAINEN KIPUIREYHTYMÄ

Kroniskt somatoformt smärtsyndrom

Mukaan lukien

Psykalgia

Psyykkisperäinen päänsärky

Psyykkisperäinen selkäsärky

Elimellisoireinen (somatoforminen) [sitkeästi jatkuva] kiputila

Inkluderar

Psykalgi

Psykogen huvudvärk

Psykogen ryggvärk

Somatoformt smärttillstånd

Huom.

Hallitseva oire on sitkeä, vaikea ja kärsimystä tuottava kipu, jota ei täysin selitä mikään fysiologinen prosessi tai fyysinen häiriö. Kipu liittyy tunne-elämän ristiriitaan tai psykososiaalisiin ongelmiin, joiden voidaan päätellä olevan pääasiallisia syytekijöitä. Tila johtaa tavallisesti huomattavaan henkilökohtaisen tai lääketieteellisen tuen ja huomion

saamiseen. Tähän ryhmään ei pitäisi sisällyttää masennustilojen tai skitsofrenian aikana esiintyvää kipua, joka oletetaan psyykkisperäiseksi. Sellainen kipu, joka johtuu sekä psykofysiologisesta (esim. lihasjännitys tai migreeni) että psykoogeenistä tekijästä tulisi luokitella diagnoosilla F54 (muihin sairauksiin liittyvät psykologiset tai käyttäytymiseen liittyvät tekijät) ja lisäkoodilla (esimerkiksi migreeni, G43).

Diagnostiset kriteerit:

A. Esiintyy jatkuva kärsimystä tuottava kipu useimpina päivinä vähintään kuuden kuukauden ajan. Kipu voi olla missä tahansa ruumiinosassa eikä sitä selitä mikään fyysinen sairaus tai fysiologinen prosessi. Kipu on jatkuvasti henkilön päähuomion kohteena.

B. Tätä diagnoosia ei voi käyttää skitsofreniaryhmän häiriön (F20-F29), mielialahäiriön (F30-F39), somatisaatiohäiriön (F45.0), erilaistumattoman somatoformisen häiriön (F45.1) tai hypokondrisen häiriön (F45.2) yhteydessä.

Tavallisin ongelma on häiriön erottaminen elimelliseen kipuun liittyvästä huomionhakuisuudesta. Mikäli elimellinen diagnoosi ei ole varmistunut, voi henkilö olla pelokas ja närkästynyt, mikä voi johtaa huomionhakuiseseen käyttäytymiseen.

Erilaiset kivut ja säröt ovat tavallisia somatisaatiohäiriössä, mutta ne eivät ole hallitseva tai jatkuva oire.

Ann.

Patientens huvudsakliga besvär är ihållande, uttalade och störande smärtor som inte kan förklaras till fullo med fysiologiska processer eller fysisk sjukdom. Smärtan förekommer tillsammans med emotionella konflikter eller psykosociala problem som är allvarliga nog att tillåta slutsatsen att dessa huvudsakligen har förorsakat tillståndet. Resultatet för patienten blir ofta en markant ökning av stöd och uppmärksamhet, antingen personlig eller medicinsk. Till denna grupp borde inte hänföras smärta vid depressionstillstånd eller schizofreni som antas vara psykiskt betingad. Sådan smärta som orsakas av såväl psykofysiologiska (t.ex. muskelspänning eller migrän) som psykogena faktorer borde klassificeras med diagnosen F54 (psykologiska faktorer och beteendefaktorer med betydelse för störningar eller sjukdomar som klassificeras annorstädes) och tilläggskod (till exempel migrän, G43).

Diagnostiska kriterier:

A. Förekomst av fortsatt svår smärta under flera dagar i minst sex månaders tid. Smärtan kan kännas i vilken kroppsdel som helst och kan inte förklaras av någon kroppslig sjukdom eller fysiologisk process. Smärtan är ett konstant föremål för personens huvudsakliga uppmärksamhet.

B. Denna diagnos kan inte användas i samband med störningar från gruppen schizofreni(F20-F29), förstämningssyndrom (F30-F39), somatiseringssyndrom (F45.0), odifferentierat somatoformt syndrom (45.1) eller hypokondri (45.2).

Det vanligaste problemet är att åtskilja störningen från försök att väcka uppmärksamhet som har samband med organisk smärta. Om en organisk diagnos inte kunnat fastställas, kan personen vara rädd och indignerad, vilket kan leda till uppmärksamhetskrävande beteende.

Olika slags smärta och värk är vanliga vid somatiseringssyndrom, men de uppträder inte som ett dominerande eller fortgående symptom.

F45.8

MUU ELIMELLISOIREINEN (SOMATOFORMINEN) HÄIRIÖ

Annat specificerat somatoformt syndrom

Mukaan lukien

”Psykkisperäiset kuukautiskivut

Psykkisperäiset nielemisvaikeudet, kuten ”globus hystericus”

Psykkisperäinen kutina tai muu iho-oire

Psykkisperäinen kierokaula

Hampaiden kiristely (bruksismi)”

Inkluderar

Psykogen dysmenorré

Psykogen dysfagi, innefattande globus hystericus

Psykogen klåda eller annan hudsymptom

Psykogen torticollis

Bruxism

Elimellisoireiset (somatoformiset) häiriöt

Somatoforma syndrom

Huom.

Vaivat eivät liity autonomiseen järjestelmään ja ne rajoittuvat tiettyihin kehon osiin tai elinjärjestelmiin, toisin kuin somatisaatiohäiriössä (F45.0) ja erilaistumattomassa somatoformisessa häiriössä (F45.1), joissa esiintyy vaihtelevia ja monimuotoisia oireita.

Tämä diagnoosi sisältää kaikki muut ei-elimelliset häiriötilat jotka rajoittuvat tiettyihin ruumiinosiin tai elinjärjestelmiin sekä liittyvät ajallisesti yhteen rasittavien tapahtumien tai ongelmien kanssa tai johtavat henkilöön kohdistuvan henkilökohtaisen tai lääketieteellisen huomion merkittävään lisääntymiseen. Tavallisia esimerkkejä ovat ihon puutuminen ja pistely, tunne liikkeestä ihon pinnalla tai tunne turvotusten olemassaolosta.

Anm.

Besvärerna hänför sig inte till det autonoma systemet och är avgränsade till vissa kroppsdelar eller organsystem till åtskillnad från somatiseringssyndrom (F45.0) och odifferentierat somatoformt syndrom (45.1) som uppvisar varierande och mångfacetterade symtom.

Denna diagnos omfattar samtliga icke organiska störningar som begränsar sig till vissa kroppsdelar eller organsystem och kronologiskt sammanfaller med påfrestande händelser eller problem eller med en markant ökning av personlig eller medicinsk uppmärksamhet för personens del/. Vanliga exempel utgörs av domning och stickningar i huden, en känsla av att något rör sig längs huden eller en känsla av svullnad.

F45.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN ELIMELLISOIREINEN (SOMATOFORMINEN) HÄIRIÖ

Somatoformt syndrom, ospecificerat

Mukaan lukien

Tarkemmin määrittämätön psykosomaattinen häiriö

Inkluderar

Psykosomatisk sjukdom UNS

F48

Muut neuroottiset häiriöt

Andra neurotiska syndrom

F48.0

NEURASTENIA

Neurasteni

Mukaan lukien

Väsymysoireyhtymä

Inkluderar

Trötthetssyndrom

Huom.

Tämän häiriön esiintymisessä on merkittäviä kulttuurivaihteluita. On olemassa kaksi päämuotoa, joiden piirteissä on runsaasti päällekkäisyyttä. Toisessa muodossa tärkeimpänä oireena on henkisten suoritusten jälkeinen uupumus, johon usein liittyy jonkin verran ammatillisen suorituskyvyn ja päivittäisistä askareista selviytymisen heikkenemistä. Tyypillisesti henkilö kuvaa henkistä uupumusta keskittymisvaikeudeksi, keskittymistä häiritsevien miellelyhtymien tai muistojen epämiellyttäväksi tunkeutumiseksi mieleen sekä yleensä ajattelukyvyn tehostomuudeksi. Toisessa neurastenian päämuodossa korostuvat jo mitättömän ponnistuksen aiheuttamat ruumiillisen heikkouden ja uupumuksen tunteet, joihin liittyy lihassärkyjä ja -kipuja sekä rentoutumisvaikeuksia. Molemmissa häiriömuodoissa yleisiä ovat myös muunlaiset epämiellyttävät fyysiset tuntemukset, kuten huimaus, jännityspäänsärky ja yleisen epävakaisuuden tunne. Lisäksi tavallisia oireita ovat huoli henkisestä ja ruumiillisesta hyvinvoinnista, ärtyisyys, kyvyttömyys tuntea mielihyvää sekä vaihtelevanasteinen, melko lievä masennus ja ahdistus. Unen alku- ja keskivaihe ovat usein häiriintyneet, mutta selvästi liiallista unen tarvetta voi myös esiintyä. Autonomiset oireet tai masennusoireet eivät ole niin vaikea-asteisia tai pitkäaikaisia, että häiriö täyttäisi spesifisemmän häiriön kriteerit.

Diagnostiset kriteerit:

A. Esiintyy jompikumpi seuraavista:

(1) henkilö valittaa jatkuvaa kärsimystä aiheuttavaa henkisen uupumuksen tunnetta vähäisenkin ponnistuksen seurauksena (esimerkiksi sellaisista päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen, jotka eivät vaadi poikkeuksellista ponnistelua).

(2) henkilö valittaa jatkuvaa kärsimystä aiheuttavaa väsymyksen ja ruumiillisen heikkouden tunnetta vähäisen fyysisen ponnistelun seurauksena.

B. Ärtyneisyys ja ainakin yksi seuraavista oireista:

(1) lihaskivut tai lihassärky

(2) huimaus

(3) jännityspäänsärky

(4) unihäiriöt

(5) kykenemättömyys rentoutua

C. Kriteerissä A mainitut oireet 1 tai 2 eivät häviä levon, rentoutumisen tai ajanvietteen avulla.

D. Häiriö on kestänyt vähintään kuusi kuukautta.

E. Tavallisimmat poissulkudiagnoosit: Neurasteniassa ei tarkoiteta oireita, jotka esiintyvät elimellisen mielialan epävakaisuushäiriön (F06.6), aivotulehduksen jälkeisen oireyhtymän (F07.1), aivoruhjeen jälkeisen oireyhtymän (sisältää aivotärähdyksen jälkeisen oireyhtymän)(F07.2), mielialahäiriön (F30-F39) tai yleistyneen ahdistuneisuushäiriön (F41.1) yhteydessä.

HUOM

Monissa maissa neurastenia-diagnosi ei ole käytössä lainkaan. Aiemmin tällä diagnoosilla luokiteltiin tapauksia, jotka nykyään täyttäsivät masennusjakson tai ahdistuneisuushäiriön kriteerit. Joissakin kulttuureissa häiriötä, joka täyttää juuri tämän diagnoosin kriteerit esiintyy enemmän kuin toisissa. Mikäli tätä diagnoosia käytetään, tulee ensin sulkea pois masennusjakson tai ahdistuneisuushäiriön mahdollisuus. Oireyhtymälle keskeisiä ovat potilaan keskittyminen omaan heikkouteensa ja väsymykseensä sekä tunne fyysisestä ja henkisestä tehostomuudesta. (Somatisaatiohäiriössä fyysiset oireet ja huoli ruumiillisen sairauden olemassaolosta ovat pääasialliset oireet.)

Neurasteniaa edeltävä fyysinen sairaus, kuten influenssa, virushepatiitti tai mononukleosi tulee ilmoittaa lisäkoodilla.

Anm.

Denna störning uppvisar betydande kulturella variationer. Två huvudtyper förekommer och de överlappar varandra till stor del. Vid den ena formen är det dominerande symtomet klagomål på ökad utmattning efter mental ansträngning, ofta i förening med nedsatt arbetsprestation eller nedsatt förmåga att utföra dagliga göromål. Den mentala utmattningen beskrivs oftast som koncentrationssvårigheter, besvärande påverkan av distraherande tankar eller minnen samt ineffektivt tänkande i allmänhet. Vid den andra huvudtypen av neurasteni ligger tyngdpunkten på kroppslig eller fysisk svaghet och utmattning efter minimal ansträngning, vilket åtföljs av muskelsmärter, muskelspänningar och svårigheter att slappna av. Vid bägge formerna finns en mängd andra obehagliga fysiska förnimmelser såsom yrsel, spänningshuvudvärk och osäkerhetskänslor. Vanliga fenomen är likaså oro över minskat fysiskt och psykiskt välbefinnande, irritabilitet, anhedoni och olika grad av lättare nedstämdhet och ångest. vanliga fenomen. Sömnens är oftast störd i den initiala och mellersta fasen men hypersomni kan också förekomma. Autonoma symtom eller depressionssymtom som inte är så svåra eller långvariga att störningen uppfyller kriterierna för mer specificerad störning.

Diagnostiska kriterier:

A. Förekomst av någondera av följande:

(1) personen klagar över en oavbruten känsla av psykisk utmattning till följd av en minimalansträngning (till exempel att klara av sådana dagliga sysslor som inte kräver någon exceptionell ansträngning).

(2) personen klagar över en oavbruten känsla av lidande och trötthet samt kroppslig svaghet till följd av en minimal fysisk ansträngning.

B. Irritabilitet och åtminstone ett av följande symtom:

(1) muskelsmärter eller muskelvärk

(2) svindel

(3) spänningshuvudvärk

(4) sömnstörningar

(5) oförmåga att slappna av

C. Symtomen 1 och 2 som nämns i kriterium A upphör inte med hjälp av vila, avslappning eller tidsfördriv.

D. Störningen har varat minst sex månader.

E. De vanligaste uteslutningsdiagnoserna: Med neurasteni avses inte symtom som uppträder i samband med emotionell labilitet (asteni) (F0.6) postencefalitiskt syndrom (F07.1), postkontusionellt syndrom (innefattar posttraumatiskt hjärnsyndrom) (F07.2), förstämningssyndrom (F30-F39) eller generaliserat ångestsyndrom (F41.1).

OBS

I många länder förekommer inte diagnosen neurasteni överhuvudtaget. Med denna diagnos klassificerades förut fall som numera skulle uppfylla kriterierna för depressiv episod eller ångestsyndrom. I vissa kulturer är förekomsten av en störning som uppfyller kriterierna för just denna diagnos vanligare än i andra kulturer. Om denna diagnos används, bör en eventuell depressiv episod eller ett eventuellt ångestsyndrom först uteslutas. Centrala kriterier för syndromet är patientens fixering vid sin egen svaghet och trötthet samt en känsla av fysisk och psykisk ineffektivitet. (Vid somatiseringssyndrom utgörs de huvudsakliga symtomen av fysiska symtom och rädsla för närvaro av kroppslig sjukdom.)

En fysisk sjukdom som föregår neurasteni, som till exempel influensa, virushepatit eller mononukleos bör anges med tilläggskod.

F48.1

DEPERSONALISAATIO- JA DEREALISAATIO-OIREYHTYMÄ

Depersonalisations- och derealisationssyndrom

Huom.

Yksittäisenä oireyhtymänä harvinainen häiriö, jossa henkilö oma-aloitteisesti valittaa henkisen toimintansa, ruumiinsa ja ympäristönsä muuttuneen toisenlaisiksi, ikään kuin epätodelliseksi, etäiseksi tai itsetoimiviksi (automaattiseksi). Hänellä voi olla sellainen tunne, että ajatukset, mielikuvitus ja muisti eivät ole hänen omiaan tai että liikkeet ja käytäytyminen eivät ole hänen omiaan. Henkilö voi kokea kehonsa elottomana, etäisenä tai muuten epämuodostuneena. Ympäristö voi tuntua värittömältä, elottomalta tai keinotekoiselta tai näyttämön kaltaiselta. Joskus henkilö voi kokea tarkkailevansa itseään etäältä tai tuntea olevansa kuollut. Vaihtelevista oireista tavallisin on vaikutelma tunnekoekemusten häviämisestä.

Häiriö on harvoin erillinen ilmiö. Depersonalisaatio- ja derealisaatio-oireita ilmenee useimmiten masennuksen, pelko-oireisen tai pakko-oireisen häiriön yhteydessä. Psykkisesti tasapainoisilla henkilöillä häiriön piirteitä voi esiintyä väsymyksen, ärsketyhjiön tai hallusinogeenien käytön yhteydessä tai hypnagogisena/hypnopompisena ilmiönä (nukahtamisvaiheessa esiintyvät hetkelliset ruumiinkuvan häiriöt ja vääristyneet näköhavainnot). Depersonalisaatio-derealisaatioilmiö vastaa äärimmäisissä vaaran tilanteissa usein kuvattuja kokemuksia, joissa henkilö kokee käyneensä "kuoleman portilla".

Diagnostiset kriteerit:

A. Jompikumpi seuraavista:

(1) Depersonalisaatio

Henkilö valittaa tuntevansa, että on kuin poissa tästä maailmasta tai että olo on etäinen suhteessa ympäristöön. Tämä voi ilmetä siten, että henkilön tunne- tai minäkokemukset ovat outoja, itselle vieraita, epämiellyttävällä tavalla hävinneet, kuin toiselle henkilölle kuuluvia tai osa roolisuoritusta tai näytelmää.

(2) Derealisaatio

Henkilöllä on epätodellisuuden tunne, mikä voi ilmetä siten, että ympäristö vaikuttaa vääristyneeltä, vieraalta, värittömältä, lattealta, elottomalta, kolkolta, mielenkiinnottomalta tai siltä, kuin kaikki olisi näytelmää.

B. Henkilö käsittää, että muutos ei johdu mistään ulkopuolisesta henkilöstä tai voimasta.

Huom!

Oireyhtymä esiintyy useiden psykiatristen häiriöiden yhteydessä ja temporaalielepsian kohtausta edeltävä aura ja jotkut kohtausten jälkeiset tilat voivat aiheuttaa sekundaarisia depersonalisaatio- tai derealisaatio-oireita. Tällaisissa tilanteissa kuten elimellisten sekavuus- tai harhaluuloisuushäiriöiden (F05, F06), päihteiden vaikutuksen (F1x.0), skitsofreenisten häiriöiden (F20-F29), mielialahäiriöiden (F30-F39), ahdistuneisuushäiriöiden (F40, F41) yhteydessä tai merkittävän väsymyksen, hypoglykemian yhteydessä tai välittömästi ennen epileptistä kohtausta tai sen jälkeen, ei tätä diagnoosia ei tule käyttää ainoana tai pääasiallisena diagnoosina.

Anm.

En ovanlig störning, där patienten på eget initiativ påtalar kvalitetsförskjutningar i sin mentala aktivitet, kropp och omgivning, som alla har blivit överkliga, avlägsna eller automatiserade. Personen kan ha en upplevelse av att tankar, fantasi och minne inte är hans eller hennes egna. Detsamma gäller patientens rörelser och beteende. Personen kan uppleva sin egen kropp som livlös, avlägsen eller missbildad i allmänhet. Omgivningen kan kännas färglös, livlös eller konstgjord i likhet med en scen. Ibland kan personen känna det som att observera sig själv eller att vara död. Av de

varierande symtomen är det vanligaste ett intryck av bortfall av emotionella upplevelser.

Störningen är sällan ett separat fenomen. Depersonalisations- och derealisationssymtom uppträder för det mesta i samband med depressiv episod, fobiska syndrom eller tvångssyndrom. Hos psykiskt balanserade personer kan drag av störningen uppträda i samband med trötthet, avsaknad av stimuli eller bruk av hallucinogener eller i form av ett hypnagogiskt/hypnopompiskt fenomen (flyktiga förvanskade kroppsbilder och förvrängda visuella intryck). Depersonalisations- och derealisationssymtom motsvarar ofta beskrivna upplevelser i extremt farliga situationer där personen upplever sig ha varit vid "dödens port".

Diagnostiska kriterier:

A. Någondera av följande:

(1) *Depersonalisation*

Personen klagar över en känsla av att vara "borta från denna värld" eller att tillvaron känns avlägsen i relation till omgivningen. Ett tillstånd där personens känslomässiga upplevelser eller självuppfattning förefaller egendomliga, främmande och på ett obehagligt sätt förlorade, som om de tillhörde en annan person eller en rollprestation eller ett skådespel.

(2) *Derealisation*

Personen upplever en känsla av överklighet som kan framträda på så sätt att omgivningen verkar förvrängd, främmande, färglös, trivial, livlös eller som om allting ingick i ett skådespel.

B. Personen inser att förändringen inte beror på någon utomstående person eller kraft.

Obs!

Syndromet uppträder vid ett flertal psykiatriska störningar och den aura som föregår ett anfall av temporalepilepsi och vissa tillstånd efter anfallet kan orsaka sekundära depersonalisations- och derealisationssymtom. Vid sådana tillstånd, till exempel organiska konfusions- eller vanföreställningstillstånd (F05, F06), effekter av droger (F1x.0), störningar i samband med schizofreni (F20-F29), förstämningssyndrom (F30-F39), ångestsyndrom (F40, F41) eller stor trötthet, hypoglykemi, eller omedelbart innan ett epileptiskt anfall eller strax därefter bör diagnosen inte användas som enda eller huvudsaklig diagnos.

F48.8

MUU NEUROOTTINEN HÄIRIÖ

Annat specificerat neurotiskt syndrom

Mukaan lukien

Dhatin oireyhtymä

Ammattineuroosi

Kirjoituskouristus

Psykastenia

Psykasteeninen neuroosi

Psyykkisperäinen pyörtyminen

Inkluderar

Dhats syndrom

Yrkesneuros

Skrivkramp

Psykasteni

Psykastenisk neuros

Psykogen synkope

Huom.

Sisältää erilaisia kulttuurisidonnaisia tunne-elämän, käyttäytymisen ja uskomuksiin liittyviä häiriötiloja, joiden etiologia ja luokituksellinen asema on epäselvä. Koska häiriöt liittyvät vahvasti kulttuurisidonnaisiin uskomuksiin, niitä ei luokitella harhaluuloisuushäiriöihin.

Esimerkkejä:

Dhatin oireyhtymä: pelko siitä, että siemensyöksy johtaa tylsistymiseen.

Latahin oireyhtymä: matkimista ja automaattisia reaktioita sisältävä käyttäytyminen.

Koron oireyhtymä: pelko siitä, että penis vetäytyy vatsaonteloon ja tämä johtaa kuolemaan.

Muut neuroottiset häiriöt

Andra neurotiska syndrom

Anm.

Innehåller olikartade kulturellerade störningstillstånd i känslolivet, beteendet och olika föreställningar, vilkas etiologi och klassificering är oklar. Eftersom störningarna är starkt förknippade med kulturellerade föreställningar, klassificeras de inte som paranoida störningar. Dhats syndrom: rädsla för att sädesavgång leder till avtrubning.

Latahs syndrom: beteende som innehåller imitation och automatiska reaktioner.

Koros syndrom: Rädsla för att penis dras in i bukhålan och detta leder till döden.

F48.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN NEUROOTTINEN HÄIRIÖ

Neurotiskt syndrom, ospecificerat

Mukaan lukien

Tarkemmin määrittämätön neuroosi

Inkluderar

Neuros UNS

F50-F59

Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät

Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer

F50

Syömishäiriöt

Ätstörningar

Huom.

Syömishäiriöissä erotetaan kaksi erillistä ja selväpiirteistä oireyhtymää: laihuushäiriö ja ahmimishäiriö. Seuraavassa käsitellään myös epäselvemmin määriteltyjä ahmimishäiriöitä, kuten esim. psyykkisiin häiriöihin liittyvää ylensyömistä. Psyykkisiin häiriöihin liittyvää oksentelua käsitellään myös lyhyesti.

/Kehitysvammaisen syömishäiriöt

Liikasyöminen ja epätavalliset ruokailutottumukset ovat suhteellisen tavallisia kehitysvammaisilla mutta syömishäiriöt kuten laihuushäiriö ja ahmimishäiriö ovat harvinaisia. Näitä on kuitenkin kuvattu kehitysvammaisilla ja kromosomihäiriöiden yhteydessä sekä Downin että Turnerin oireyhtymissä. Kun kehitysvammaiset elävät yhteiskunnassa muiden joukossa, he altistuvat myös niille vaikutteille, jotka muutenkin aiheuttavat syömishäiriöitä. Tämän takia syömishäiriöt saattava olla lisääntymässä laitoshoidon vähenemisen myötä.

Pulauttelua, röyhtäilyä ja psyykkisperäistä oksentelua esiintyy kehitysvammaisilla usein. On tärkeää, että näihin tilanteisiin usein sekundaaristi liittyvät tilat kuten hiatusryrät tai ruokatorvitulehdus todetaan ja hoidetaan.

Anm.

Bland ätstörningarna urskiljs två separata och tydliga syndrom: anorexi och bulimi. I det följande behandlas även bulimiska störningar som är otydligare definierade, som till exempel överdrivet ätande vid psykiska störningar. Kräkningar vid psykiska störningar behandlas även kortfattat.

Ätstörningar hos utvecklingsstörda

Överdrivet ätande och ovanliga matvanor är relativt vanliga hos personer med utvecklingsstörning, men ätstörningar som till exempel anorexi och bulimi är sällsynta. Dessa har likväl beskrivits hos utvecklingsstörda och i samband med kromosomstörningar samt Downs och Turners syndrom. Då personer med utvecklingsstörning lever i samhället bland andra människor utsätts de också för sådana inflytelser som även annars orsakar ätstörningar. Av denna orsak kan ätstörningar öka i och med att anstaltsvården minskar.

Uppstötningar, rapningar och psykiskt betingade kräkningar förekommer ofta hos utvecklingsstörda. Det är viktigt att tillstånd som till exempel hiatusbräck eller inflammation i matstrupen som ofta har ett sekundärt samband med dessa situationer uppdagas och behandlas.

F50.0

LAIHUUSHÄIRIÖ

Anorexia nervosa

Mukaan lukien

Anoreksia

Huom.

Laihuushäiriön perimmäisiä syitä ei ole selvitetty. Kuitenkin on saatu lisääntyvästi todisteita siitä, että toisiinsa vaikuttavat sosiokulttuuralliset ja biologiset tekijät samoin kuin epäspesifit psyykkiset mekanismit ja persoonallisuuden haavoittuvuus ovat vaikuttamassa häiriön syntyyn. Tilaan kuuluu vaikeusasteeltaan vaihteleva aliravitsemus, joka aiheuttaa endokriinisen järjestelmän ja aineenvaihdunnan muutoksia ja ruumiillisten toimintojen häiriöitä. On epäselvää ovatko endokriiniset muutokset suoranaista seurausta aliravitsemuksesta ja siihen johtaneista toiminnoista (esim. ruokavalion rajoituksista, liiallisesta liikunnasta ja ruumiinrakenteen muutoksista, henkilön aiheuttamasta oksentelusta ja ulostamisesta ja siitä seuranneesta elektrolyyttihäiriöistä) vai onko mukana myös tuntemattomia tekijöitä.

Häiriölle on luonteenomaista henkilön aikaansaama ja/tai ylläpitämä tarkoituksellinen painonmenetys. Häiriö on yleisin nuoruusikäisillä tytöillä ja nuorilla naisilla, mutta sitä tavataan myös nuoruusikäisillä pojilla, nuorilla miehillä, murrosikää lähestyvillä lapsilla ja keski-ikäisillä naisilla ennen vaihdevuosia. Laihuushäiriö muodostaa itsenäisen oireyhtymän seuraavilla perusteilla:

(a) oireyhtymän kliiniset piirteet on helppo tunnistaa, joten taudinmääritys on luotettava ja diagnoosin reliabiliteetti on hyvä.

(b) seurantalutkimukset ovat osoittaneet, että samat laihuushäiriön pääpiirteet esiintyvät kroonisena suurella osalla potilaista, jotka eivät toivu.

Diagnostiset kriteerit:

A. Ruumiinpainon tulee olla vähintään 15% alle pituuden mukaisen keskipainon tai Queteletin painoindeksin (ns. Body Mass Index eli BMI) korkeintaan 17,5. (BMI on paino kiloina jaettuna pituuden neliöllä metreinä ja sitä käytetään 16 vuoden iästä lähtien.) Esimurrosikäisten potilaiden paino saattaa kasvuun aikana jäädä jälkeen pituuden mukaisesta keskipainosta ilman, että paino varsinaisesti laskee. Vanhemmilla potilailla tulee tapahtua painon laskua.

B. Painon lasku on henkilön itsensä aiheuttama välttämällä "lihottavia" ruokia.

Lisäksi potilas saattaa käyttää seuraavia keinoja: itse aiheutettu oksentelu, ulostuslääkkeiden käyttö, liiallinen liikunta, ruokahalua hillitsevien tai nestettä poistavien lääkkeiden käyttö.

C. Henkilö on mielestään liian lihava ja hän pelkää kovasti lihomista, mikä saa potilaan asettamaan itselleen alhaisen painotavoitteen.

Kyseessä on ruumiinkuvan vääristymä, joka muodostaa erityisen psykopatologian. Sen seurauksena lihavuuden pelko on kaiken kattava ylivoinen idea ja potilas asettaa itselleen alhaisen painotavoitteen.

D. Todetaan laaja-alainen hypothalamus-aivolisäke-sukurauhasakselin endokriininen häiriö, joka ilmenee naisilla kuukautisten puuttumisena ja miehillä seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikkenemisenä. (Poikkeuksena tästä ovat anorektisten naisten vuodot, jotka saadaan aikaan hormonaalisella korvaushoidolla, tavallisesti ehkäisytableteilla.)

Mikäli häiriö alkaa ennen murrosikää, murrosiän kehitys tyypillisesti viivästyy tai pysähtyy (kasvu pysähtyy, tytöillä rinnat eivät kehity eivätkä kuukautiset ala, pojilla sukuelimet eivät kehity). Potilaan toipuessa murrosiän kehitys jatkuu usein normaaliin loppuun saakka mutta tavallista myöhemmin (esim. kuukautiset alkavat myöhään).

Lisäksi kasvuhormonin ja kortisolin pitoisuudet saattaavat olla koholla, kilpirauhashormonin aineenvaihdunta elimistössä saattaa olla muuttunut ja insuliinieritys saattaa olla poikkeava.

E. Ahmimishäiriön (F50.2) kriteerit A ja B eivät täyty.

Erotusdiagnosi:

Häiriöön voi liittyä masennus- tai pakko-oireita samoin kuin persoonallisuushäiriön piirteitä, jotka voivat vaikeuttaa erottelua tai edellyttää lisädiagnoosien asettamista. Nuorten potilaiden painon laskun somaattiset syyt on selvitettävä ja niihin kuuluvat krooniset heikentävät sairaudet, aivokasvaimet ja suolistohäiriöt kuten Crohnin tauti tai imeytymishäiriö.

Anm.

Anorexins ursprungliga orsaker har inte klarlagts. Likväl har det framkommit ett allt större antal bevis för att interaktiva sociokulturella och biologiska faktorer liksom även ospecificerade psykiska mekanismer samt personlighetens sårbarhet medverkar till uppkomsten av störningen. Tillståndet åtföljs av undernäring av varierande svårighetsgrad

som orsakar förändringar i det endokrina systemet och metaboliska rubbningar samt störda kroppsfunktioner. Det är oklart om de endokrina förändringarna är en direkt följd av undernäring och processer som har lett till tillståndet (t.ex. begränsningar av dieten, överdriven motion och förändringar i kroppsbyggnaden, självframkallade kräkningar och avföring med åtföljande elektrolytisk obalans) eller om störningen även påverkas av obekanta faktorer.

Kännetecknande för störningen är att personen åstadkommer och/eller upprätthåller en avsiktlig viktnedgång. Störningen är vanligast hos flickor i ung ålder och hos unga kvinnor, men förekommer även hos pojkar i ung ålder, unga män, barn som närmar sig puberteten och medelålders kvinnor före menopausen. Anorexi bildar ett självständigt syndrom på följande grunder:

(a) symtomet kan lätt identifieras utifrån sina kliniska kännetecken så att en tillförlitlig diagnos kan ställas..

(b) uppföljande undersökningar har visat att samma huvudsakliga anorektiska drag uppträder som kroniska symtom hos en stor del av de patienter som inte tillfrisknar.

Diagnostiska kriterier:

A. Kroppsvikten bör ligga minst 15 procent under den genomsnittliga vikten i relation till längden eller Quetelets index (s.k. Body Mass Index eller BMI) högst 17,5. (BMI motsvarar vikt i kilogram dividerad med längden i kvadrat och används från och med 16 års ålder). Vikten kan hos patienter i växande ålder under förpuberteten ligga under den genomsnittliga vikten i relation till längden utan att det är fråga om egentlig viktnedgång. Hos äldre patienter bör viktnedgång förekomma.

B. Viktnedgången är självförrvållad genom att personen undviker sådan mat som ger viktökning.

Dessutom kan patienten använda följande metoder: självframkallade kräkningar, laxermedel, överdriven motion, aptitnedsättande eller vätskedrivande läkemedel.

C. Personen anser sig vara för fet och är mycket rädd för att fetma, vilket leder till att patienten planerar en alltför stor viktnedgång.

Det är fråga om en förvrängd kropps bild som utgör en särskild psykopatologi. Till följd av detta blir fruktan för fetma en allting överskuggande övervärderad idé och patienten planerar en alltför stor viktnedgång.

D. En omfattande endokrin rubbning av balansen hypotalamus-hypofys-könskörtlar som hos kvinnor tar sig uttryck i bortfall av menstruationen och hos män i nedsatt libido och potens. (Ett undantag utgörs av sådan menstruation hos anorektiska kvinnor som åstadkoms med hormonbehandling, i regel p-piller.)

Om störningen debuterar före puberteten, är det typiskt att utvecklingen under puberteten fördröjs eller upphör (tillväxten stannar upp, bröstet utvecklas inte hos flickorna och menstruationen tar inte sin början, pojkarnas könsorgan utvecklas inte). Vid remission fullbordas pubertetsutvecklingen normalt, men senare än vanligt (t.ex. menstruationen börjar sent).

Dessutom kan förhöjda värden på tillväxthormon och kortisol förekomma, liksom även avvikelser i sköldkörtelhormonbildningen och insulinutsöndringen.

E. Kritererna A och B för bulimia nervosa uppfylls inte.

Differentialdiagnos:

Störningen kan åtföljas av depressions- eller tvångssymtom liksom även drag av personlighetsstörning som kan göra det svårt att skilja dem från varandra eller kräva att kompletterande diagnoser ställs. De somatiska orsakerna till vikt nedgång hos unga patienter bör utredas liksom även åtföljande kroniska nedbrytande sjukdomar, hjärntumörer och tarmsjukdomar som Crohns sjukdom eller malabsorption.

F50.1

EPÄTYYPILLINEN LAIHUUSHÄIRIÖ

Atypisk anorexia nervosa

Huom.

Tätä diagnosoia tulisi käyttää sellaisilla potilailla, joiden kliininen kuva on melko tyypillinen, mutta joilta puuttuu yksi tai useampia laihuushäiriön (F50.0) avainoireista, esimerkiksi amenorrea tai voimakas lihomisen pelko. Tällaisia potilaita nähdään tavallisesti yleissairaalapsykiatristen palvelujen piirissä ja perusterveydenhuollossa. Tämä diagnoosi sopii parhaiten myös silloin, kun kaikki avainoireet esiintyvät, mutta lieväästeisina. Epätyypillisen laihuushäiriön diagnoosia ei tule tehdä, jos potilaalla tiedetään olevan edellä kuvattuja oireita aiheuttava ruumiillinen häiriö.

Diagnostiset kriteerit:

Epätyypillisestä laihuushäiriöstä tutkimusta tekeviä kehoitetaan muodostamaan itse omat kriteerinsä, jotka tulee täyttää diagnosoimiseksi.

Anm.

Denna diagnos borde användas om patienter vars kliniska bild är relativt typisk, men saknar ett eller flera av nyckelsymptomen för anorexia nervosa (F50.), exempelvis amenorré eller stark rädsla för fetma. Sådana patienter påträffas vanligtvis vid psykiatriska avdelningar inom allmän sjukvård eller inom primärvården. Denna diagnos är mest adekvat även vid förekomst av samtliga symptom i lindrig grad. Denna diagnos ska inte ställas vid närvaro av en fysisk sjukdom som medför ovan beskrivna symptom.

Diagnostiska kriterier:

Forskare som undersöker atypisk anorexi uppmanas bilda egna kriterier, vilka bör uppfyllas för att möjliggöra diagnostisering.

F50.2

AHMIMISHÄIRIÖ

Bulimia nervosa

Mukaan lukien

Tarkemmin määrittämätön ahmimishäiriö

Psykkisperäinen liikasyöminen

Inkluderar

Bulimi UNS

Psykogen bulimi

Huom.

Oireyhtymälle ovat ominaisia toistuvat ylensyömiskohtaukset sekä liiallinen keskittyminen painon tarkkailuun. Näiden vuoksi potilaat ryhtyvät äärimmäisiin toimenpiteisiin, jotta nautitun ruuan "lihottavat" vaikutukset vähenisivät. Termin käyttö tulisi rajoittaa sellaiseen häiriön muotoon, jonka psykopatologia on samanlainen kuin laihuushäiriössä. Ikä- ja sukupuolijakauma on samankaltainen kuin laihuushäiriössä, sairauden ilmaantumisikä on kuitenkin jonkin verran myöhäisempi. Häiriötä voidaan pitää pitkäaikaisen laihuushäiriön seurauksena, vaikka ahmimishäiriö voi edeltääkin laihuushäiriötä. Laihuushäiriötä sairastanut potilas saattaa vaikuttaa parantuneelta, kun paino lisääntyy ja kuukautiset palautuvat, mutta sitten todetaankin tuhoisa ylensyöminen ja oksentelu. Toistuva oksentelu johtaa elektrolyyttihäiriöihin, ruumiillisiin lisätauteihin (tetaniaan, epilepsiakohtauksiin, sydämen rytmihäiriöihin, lihasheikkouteen) ja edelleen vakavaan painon laskuun.

Diagnostiset kriteerit:

A. Potilaalla esiintyy toistuvia ylensyömisjaksoja (vähintään kahdesti viikossa ainakin kolmen kuukauden ajan), jolloin potilas nauttii suuria ruokamääriä lyhyessä ajassa.

B. Potilaan ajattelua hallitsee syöminen ja voimakas halu tai pakonomainen tarve syödä.

C. Potilas pyrkii estämään ruuan "lihottavat" vaikutukset. Tyypillisesti hän käyttää jotakin tai joitakin seuraavista tavoista: itse aikaan saatu oksentelu, ulostuslääkkeiden väärinkäyttö, ajoittainen syömättömyys, ruokahalua hillitsevien lääkkeiden, kilpirauhaslääkkeiden tai nesteenoistolääkkeiden väärinkäyttö. Ahmimishäiriöstä kärsivä diabetespotilas saattaa jättää insuliinin ottamatta.

D. Potilaalla on käsitys, että hän on liian lihava, ja lihomisen pelko, mikä johtaa usein alipainoisuuteen.

Psykopatologian muodostaa sairaaloinen lihavuuden pelko. Potilas asettaa itselleen tarkan painorajan, joka lääkärin arvioimana alittaa selvästi ennen sairastumista olleen ihanteellisen, terveen painon. Usein, muttei aina, potilas on kuukausia tai vuosiakin aikaisemmin sairastanut laihuushäiriötä. Kyseessä on saattanut olla täysin selvä oireyhtymä tai häiriön lievä muoto, jolloin painon lasku on ollut kohtuullinen ja/tai kuukautiset vain väliaikaisesti poissa.

Erotusdiagnosi:

Erotettava

(a) toistuvia oksenteluja aiheuttavista ruuansulatuskanavan yläosan häiriöistä (luonteenomainen psykopatologia puuttuu),

(b) yleisistä persoonallisuuden poikkeamista (syömishäiriö voi esiintyä alkoholiriippuvuuden ja vähäisten rikkeiden kuten myymälävarkauksien yhteydessä) ja

(c) depressiivisistä häiriöistä (ahmimishäiriöisillä on usein masennusoireita).

Anm.

Syndromet karakteriseras av återkommande hetsätningsepisoder samt överdriven upptagenhet med viktkontroll. Detta leder till ett extremt handlingsmönster hos patienterna i syfte att minska den viktökning intaget av föda medför.

Användningen av termen borde begränsas till att omfatta endast en sådan form av störningen som har samma psykopatologi som anorexia nervosa. Ålders- och könsfördelningen är densamma som vid anorexia nervosa, men åldern vid tidpunkten för sjukdomsdebuten något högre. Störningen kan betraktas som en konsekvens av kronisk anorexia nervosa, trots att bulimi även kan föregå anorexi. En patient som lidit av anorexi kan förefalla helt återställd då vikten ökar och menstruationen återkommer, men plötsligt kan en hetsätningsepisod med kräkningar konstateras. Återkommande kräkningar leder till elektrolytiska rubbningar, fysiska följsjukdomar (tetani, epileptiska anfall, rytmstörningar i hjärtat, muskelsvaghet) och vidare till allvarlig viktnedgång.

Diagnostiska kriterier:

A. Patienten har återkommande hetsätningsepisoder (minst två gånger per vecka i åtminstone tre månaders tid) med intag av stora mängder mat på kort tid.

B. Patientens tänkande domineras av ätande och en stark lust eller ett tvångsmässigt behov av att äta.

C. Patienten försöker motverka födans "viktökande" inverkan. Kännetecknande är att personen använder något eller några av följande sätt: Självframkallade kräkningar, missbruk av laxermedel, tillfälligt avbrott i ätandet, missbruk av aptitnedsättande läkemedel, sköldkörtelmediciner eller diuretika. En diabetespatient som lider av bulimi kan låta bli att ta sitt insulin.

D. Patienten är enligt sin egen uppfattning alltför fet och rädd för att ytterligare fetma, vilket ofta leder till undervikt.

Psykopatologin består av en sjuklig rädsla för fetma. Patienten ställer upp en exakt viktgräns för sig, vilken enligt läkarens uppskattning ligger klart under personens sunda idealvikt före insjuknandet. Ofta, men inte alltid har patienten tidigare i månader eller år lidit av anorexi. Det kan ha varit fråga om ett uttalat syndrom eller en lindrig variant av störningen, varvid viktnedgången har varit måttlig och/eller menstruationen endast tillfälligt bortfallit.

Differentialdiagnos:

Åtskiljas bör

(a) tillstånd i övre delen av matsmältningskanalen som orsakar återkommande kräkningar (avsaknad av karakteristisk psykopatologi).

(b) generella avvikelser från personligheten (ätstörning kan uppträda i samband med alkoholberoende och små förseelser som butiksstölder) och

(c) depressiva störningar (bulimiker har ofta depressiva symtom).

F50.3

EPÄTYYPILLINEN AHMIMISHÄIRIÖ

Atypisk bulimia nervosa

Mukaan lukien

Bulimia

Tarkemmin määrittämätön ahmimishäiriö

Psykkisperäinen liikasyöminen

Inkluderar

Bulimi UNS

Psykogent frosseri

Huom.

Tämä diagnoosi kattaa häiriöt, jotka vastaavat joitakin piirteiltään ahmimishäiriötä (F50.2), mutta joiden kliininen kokonaiskuva ei täytä tämän diagnoosin kriteerejä. Yleisimmin kyseessä on normaalipainoinen tai jopa ylipainoinen henkilö, jolla on tyypillisiä ylensyömisjaksoja, joita seuraa oksentelu tai ulostuslääkkeiden käyttö. On myös tavallista, että osa oireista esiintyy depressiivisten oireiden yhteydessä. Jos masennusoireet edellyttävät omaa diagnoosia, tulisi käyttää kahta erillistä diagnoosia.

Anm.

Denna diagnos täcker störningar som i fråga om några kännetecken motsvarar bulimi (50.2), men till sin kliniska helhetsbild inte uppfyller kriterierna för diagnosen. Oftast är det fråga om en person av normal vikt eller till och med övervikt, som har typiska perioder av överdrivet ätande åtföljda av kräkningar eller användning av laxermedel. Det är även vanligt att en del av symtomen uppträder i samband med depressiva symtom. Om de depressiva symtomen förutsätter en egen diagnos, bör två skilda diagnoser användas.

F50.4

MUUHUN PSYKKISEEN HÄIRIÖÖN LIITTYVÄ YLENSYÖMINEN

Överdrivet ätande sammanhängande med annan psykisk störning

Huom.

Tähän ryhmään sisältyy stressireaktionomainen ylensyöminen, josta aiheutuu lihavuus. "Reaktiivinen" lihavuus saattaa erityisesti lihomiseen taipuvaisilla henkilöillä seurata menetystä, onnettomuutta, leikkausta tai tunne-elämää kuormittavia tapahtumia.

Erotusdiagnosi:

Tähän ryhmään ei tulisi diagnosoida psyykkisen häiriön syynä olevaa lihavuutta. Lihavuus saattaa aiheuttaa herkkyyttä oman ulkonäön suhteen ja itseluottamuksen puutetta ihmissuhteissa, henkilökohtainen arvio ruumiin koosta saattaa olla liioiteltu.

Lihavuuden aiheuttama psyykkinen häiriö luokitellaan k.o. diagnoosin mukaisesti, esim F38 Muut mielialahäiriöt, F41.2 Sekamuotoinen masennus-ahdistushäiriö tai F48.9 Määrittämätön neuroottinen häiriö. Lihavuuden tyyppi ilmaistaan lisäkoodilla ryhmästä E66.

Pitkäaikaisen neuroleptien, antidepressanttien tai muiden lääkkeiden käytön sivuvaikutuksena ilmenevä lihavuus ilmaistaan diagnoosilla E66.1 Lääkkeiden aiheuttama lihavuus yhdessä perussairauden diagnoosin kanssa.

Lihavuus voi johtaa laihtuttamiseen, mikä puolestaan voi aiheuttaa lieviä mielialahäiriön oireita (ahdistuneisuutta, rauhattomuutta, heikkoutta ja ärtyvyyttä) tai joskus vakavia depressio-oireita ("laihdutusdepressio"). Näitä oireita kuvaamaan tulisi käyttää ryhmien F30-F39 tai F40-F49 diagnooseja, laihtuttamista kuvaamaan diagnoosia F50.8 Muu määritetty syömishäiriö ja E66-luokan diagnoosia kuvaamaan lihavuuden lajia.

Anm.

I denna grupp ingår stressartat överdrivet ätande som leder till fetma. "Reaktiv fetma kan i synnerhet hos personer med anlag för fetma följa på en förlust, en olycka, en operation eller emotionellt belastande händelser.

Differentialdiagnos:

Enligt denna grupp borde inte klassificeras fetma betingad av psykisk störning. Fetma kan orsaka känslighet i fråga om det egna utseendet och bristande självförtroende i människorelationer. Personens egen uppfattning om kroppsstorleken kan vara överdriven.

Den psykiska störning som framkallats av fetma ska klassificeras i enlighet med diagnosen i fråga, t.ex. F38 Andra förstämningssyndrom, F41.2 Blandade ångest- och depressionstillstånd eller F48.9 Neurotiskt syndrom, ospecificerat. Typen av fetma anges med tilläggskod från grupp E66.

Fetma som uppträder som biverkning vid långvarigt bruk av neuroleptika, antidepressiva eller andra läkemedel klassificeras med diagnosen E66.1, Fetma betingad av läkemedel, tillsammans med diagnosen för den bakomliggande sjukdomen.

Fetma kan leda till bantning som i sin tur kan orsaka lindriga symtom på förstämningssyndrom (ångest, oro, svaghet och irritabilitet) eller ibland svåra depressiva symtom (bantningsdepression). För att beskriva dessa symtom borde diagnoser från grupperna F30-F39 eller F40-F49, för bantning diagnosen F50.8 Annan specificerad ätstörning och en diagnos enligt grupp E66 användas för att ange typen av fetma.

F50.5

MUUHUN PSYKKISEEN HÄIRIÖÖN LIITTYVÄ OKSENTELU

Kräkningar sammanhängande med annan psykisk störning

Mukaan lukien

Psykkisperäinen oksentelu

Inkluderar

Psykogena kräkningar

Huom.

Tässä tarkoitetaan toistuvaa oksentelua, jota esiintyy dissosiaatiohäiriöissä (F44) ja hypokondrisessa häiriössä (F45.2). Tällöin oksentelu liittyy osana muuhun ruumiillisen oireistoon. Tätä koodia voidaan käyttää myös voimakkaan raskaudenaikaisen oksentelun (O21) lisädiagnoosina, jos tunnetekijät vaikuttavat merkittävästi toistuvaan raskauspahoinvointiin ja -oksenteluun.

Anm.

Här avses återkommande kräkningar som förekommer vid dissociationsstörningar (F44) och hypokondri (F45.2). Då hänför sig kräkningarna till ett annat fysiskt syndrom. Denna kod kan även användas som tilläggsdiagnos vid kraftiga kräkningar under graviditet (O21), om emotionella faktorer märkbart påverkar återkommande illamående och kräkningar under graviditeten.

F50.8

MUU SYÖMISHÄIRIÖ

Annat specificerat ätstörning

Mukaan lukien

Aikuisen pica-oireyhtymä
Psykkisperäinen ruokahaluttomuus
Pulauttelu ja ruuan takaisinvirtaus ruokatorveen

Inkluderar

Picasyndrom hos vuxna
Psykogen aptitförlust
Rumination och regurgitation

F50.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN SYÖMISHÄIRIÖ

Ätstörning, ospecificerad

F51

Ei-elimelliset unihäiriöt

Icke organiska sömnstörningar

Huom.

Tähän ryhmään sisältyvät seuraavat häiriöt:

(a) Unihäiriöt: luonteeltaan ensisijaisesti psykkisperäiset unihäiriöt, joissa nimenomaan unen määrä ja laatu sekä nukahtamisajankohta ovat tunne-elämään liittyvistä syistä muuttuneet: unettomuus, liiallinen nukkuminen ja uni-valverytmin häiriöt sekä

(b) Parasomniat: poikkeavat unen aikaiset tapahtumat. Lapsuudessa nämä liittyvät tavallisesti lapsen kehitysvaiheeseen, mutta aikuisilla ne ovat pääasiassa psykkisperäisiä: esim. unissakävely, yölliset kauhukohtaukset ja painajaisunet.

Perusteellinen unihäiriöiden luokittelu on saatavilla (American Sleep Disorder Association. International classification of sleep disorders: Diagnostic and Coding Manual. Rochester, MN, 1990). Se kuitenkin poikkeaa ICD-10:ssä käytettyä.

Diagnostiset kriteerit:

Tutkimustarkoituksessa, kun edellytetään erityisen homogeenisia unihäiriöisten ryhmiä, unihäiriöryhmien F51.3, F51.4 ja F51.5 kriteerinä voidaan pitää neljän tai useamman sairausjakson esiintymistä yhden vuoden kuluessa.

Erotusdiagnosi:

Tässä kappaleessa käsitellään ainoastaan unihäiriöitä, joiden ensisijaisena syynä pidetään psykkisiä tekijöitä. Elimellisten syiden aiheuttamat unihäiriöt, kuten Kleine-Levinin oireyhtymä (G47.8), luokitellaan omaan ryhmäänsä (G47). Samaan neurologian lukuun (VI) luokitellaan myös ei-psykkisperäiset häiriöt, kuten narkolepsia ja katapleksia (G47.4), uni-valverytmin häiriöt (G47.2), uniapnea (G47.3) ja periodiset liikehäiriöt, kuten yöllinen myoklonus (G25.3). Kastelu (F98.0) on liitetty ryhmään muut erityisesti lapsuudessa ja nuoruusiässä alkavat tunne-elämän ja käytöksen häiriöt. Primaari yökastelu (R32), jota pidetään enenaikaisen rakon kontrollin kehityksen viivästymänä, on liitetty virtsateiden oireita käsittelevään ryhmään kappaleessa XVIII.

Unihäiriö on usein jonkin muun psykkisen tai fyysisen häiriön yksi oire. Useat psykkiset ja fyysiset tekijät voivat vaikuttaa unihäiriön ilmenemiseen silloinkin, kun unihäiriö vaikuttaa itsenäisesti häiriöltä. Unihäiriön kliinisten piirteiden ja kehityksen sekä hoidollisten seikkojen perusteella ratkaistaan, onko unihäiriö yksittäisessä tapauksessa itsenäinen tila vai ainoastaan jonkin joko muualla tässä luvussa tai muissa luvuissa luokitellun häiriön yksi ominaisuus. Unihäiriö pitäisi diagnosoida aina kun se on yksi tärkeimmistä oireista ja sitä itsessään pidetään häiriötilana. Lisäksi käytetään muita asianmukaisia diagnooseja kuvaamaan kunkin tapauksen psykopatologiaa ja patofysiologiaa.

Anm.

I denna grupp ingår följande störningar:

(a) Sömnstörningar: Sömnstörningar som i första hand är psykiskt betingade, vid vilka uttryckligen sömnens kvantitet

och kvalitet samt insomningstidpunkten har förändrats på grund av emotionella faktorer: sömnlöshet, hypersomni och störningar av den sedvanliga rytmen för sömn/vakenhet samt

(b) Parasomni: exceptionella drömmupplevelser. Under barndomen hänför drömmupplevelserna sig vanligtvis till barnets utvecklingsstadium, men hos vuxna är de i regel psykiskt betingade: t.ex. somnambulism, nattliga skräckupplevelser och mardrömmar.

En ingående klassificering av sömnstörningar finns att tillgå (American Sleep Disorder Association. International classification of sleep disorders: Diagnostic and Coding Manual. Rochester, MN, 1990). Den skiljer sig likväl från den som används i ICD-10.

Diagnostiska kriterier:

I forskningssyfte kan, då särskilt homogena grupper av sömnstörningspatienter förutsätts, till kriterier för sömnstörningsgrupperna F51.3, F51.4 och F51.5 tas fyra eller flera sjukdomsepisoder under ett års förlopp.

Differentialdiagnos:

I detta avsnitt behandlas endast sömnstörningar som i första hand anses orsakade av psykiska faktorer. Sömnstörningar betingade av organiska faktorer som till exempel Kleine-Levins syndrom (G47.8) klassificeras i en egen grupp (G47). I samma kapitel, Sjukdomar i nervsystemet (VI) klassificeras likaså icke psykiskt betingade störningar såsom narkolepsi och kataplexi (G47.4), störningar i rytmen för sömn/vakenhet (G47.2), sömnapné (G47.3) och periodiska rörelsestörningar såsom nattlig myoklonus (G25.3). Sängvätning (F98.0) har medtagits i gruppen övriga emotionella störningar och beteendestörningar med debut under barndomen och ungdomsåren. Primär sängvätning (R32) som betraktas som en försenad utveckling av blåskontrollen i sömntillstånd har tagits med i kapitel XVIII som behandlar urinvägssymtom.

Sömnstörning är ofta ett symptom på någon annan psykisk eller fysisk störning. Ett flertal psykiska eller fysiska faktorer kan påverka förekomsten av en sömnstörning även då den förefaller att vara en separat störning. Utifrån de kliniska dragen och vårdaspekterna avgörs om sömnstörningen i ett enskilt fall är ett självständigt tillstånd eller endast en egenskap som ingår i någon annan störning som klassificerats i detta eller andra kapitel. En sömnstörning borde alltid diagnostiseras då den är ett av de viktigaste symptomen och i sig betraktas som ett störningstillstånd. Dessutom används andra adekvata diagnoser för att beskriva psykopatologin och patofysiologin i varje enskilt fall.

F51.0

EI-ELIMELLINEN UNETOMUUS

Icke organisk sömnlöshet

Huom.

Tätä diagnoosia tulisi käyttää, jos potilaan ainoa oire on unen epätydyttävä laatu tai määrä. Unettomuusdiagnoosia voi myös käyttää, jos unettomuus on pääoire tai potilas pitää sitä perusongelmana. Tässä huomioidaan vaivan pitkäaikaisuus tai vakavuus. Potilaalla voi olla muita psyykkisiä oireita kuten masennusta, ahdistusta tai pakkoajatuksia. Vaikeusasteensa ja kestonsa vuoksi hoitoa edellyttävät tilat tulee ilmaista lisäkoodilla. Monella kroonisesta unettomuudesta kärsivällä potilaalla on unihäiriö jatkuvasti mielessä, mutta he kieltävät tunne-elämän ongelmien olemassaolon. Sen vuoksi tarvitaan huolellinen kliininen arvio, jotta muut unettomuutta aiheuttavat psykologiset häiriöt voidaan poissulkea.

Taudinkuva:

Unettomuus on pitkäkhön ajan jatkunut tila, jossa uni on määrältään ja/tai laadultaan epätydyttävää. Henkilön on vaikea nukahtaa tai pysyä unessa tai hän herää liian aikaisin. Unettomuutta ei pitäisi arvioida unen määrän poikkeamana tavanomaisesta. Toiset ihmiset tulevat toimeen ja voivat hyvin varsin lyhyellä yönellä. Vastaavasti toiset ihmiset kärsivät selvästi unen huonosta laadusta, vaikka unen määrä sekä subjektiivisesti että objektiivisestikin olisi normaalirajoissa.

Unettomuudesta kärsivien tavallisin ongelma on nukahtamisvaikeus. Seuraavaksi yleisimpiä ovat unessa pysymisen vaikeus ja liian aikainen herääminen. Tavallisesti kuitenkin kyseessä on näiden yhdistelmä. Tyypillisesti unettomuus kehittyy stressin myötä. Se on yleisintä naisilla, vanhoilla ihmisillä, psyykkisesti häiriintyneillä ja alhaiseen sosioekonoomiseen luokkaan kuuluvilla. Jatkuessaan ongelma voi johtaa lisääntyvään unettomuuden pelkoon ja sen seurausten jatkuvaan pohtimiseen. Syntyy noidankehä, jolla on taipumuksena ylläpitää potilaan ongelmaa.

Unettomuudesta kärsivät potilaat kuvaavat olonsa nukkumaan mennessä jännittyneeksi, ahdistuneeksi, huolestuneeksi tai masentuneeksi. Heidän ajatuksensa vaeltavat. He miettivät usein unensa määrää, henkilökohtaisia ongelmiaan, terveydentilaansa ja jopa kuolemaa. He voivat yrittää hallita jännitystään lääkkeillä tai alkoholilla. Aamulla he usein kertovat olevansa ruumiillisesti ja henkisesti väsyneitä. Päivän mittaan he ovat tyypillisesti masentuneita, huolestuneita, jännittyneitä, helposti ärtyviä ja pohtivat alituisesti omaa vointiaan.

Diagnostiset kriterier:

- A. Ilmenee nukahtamisvaikeus, vaikeus psyyä unessa tai nukkuminen ei virkistä
- B. Univaikeus ilmenee vähintään kolme kertaa viikossa vähintään kuukauden ajan
- C. Univaikeus aiheuttaa huolta tai vaikuttaa arkielämän toimintoihin.
- D. Häiriötä ei aiheuta elimellinen, esimerkiksi neurologinen, syy tai sisätautiongelma, psyykkisiin toimintoihin vaikuttava lääkitys tai muu lääkitys.

Erotusdiagnosi:

Unettomuus on tavallinen oire muiden psyykkisten häiriöiden yhteydessä kuten mieliala- ja syömishäiriöissä, neuroot-tisissa ja orgaanisissa häiriöissä, lääkkeiden väärinkäytön yhteydessä ja skitsofreniassa sekä muiden unihäiriöiden, esimerkiksi painajaisunien yhteydessä. Unettomuutta voi esiintyä fyysisissä häiriöissä, joihin liittyy kipua ja epämu-ka-vuuden tunnetta, samoin kuin eräiden lääkitysten yhteydessä.

Jos unettomuus esiintyy psyykkisen tai fyysisen sairauden oireiston osana, olematta kliinistä kuvaa hallitseva, diag-noosiksi tulisi asettaa vain kyseinen fyysinen tai psyykkinen perussairaus.

Unettomuuden yhteydessä tulee muun unihäiriön, kuten painajaisunien (F51.5), uni-valverytmin häiriön (G47.2/F51.2), uniapnean (G47.3) tai yöllisen myoklonuksen (G25.3), diagnoosi asettaa ainoastaan, mikäli nämä häiriöt johtavat unen määrän tai laadun huononemiseen. Toisaalta ei-elimellisen unihäiriön diagnoosi tulee kuitenkin asettaa päädiag-noosin lisäksi kaikissa yllä mainituissa tilanteissa, jos unettomuus kuuluu pääoireisiin ja potilas pitää sitä itsenäisenä tilana.

Tämä diagnoosi ei sisällä ns. tilapäistä unettomuutta. Ohimenevät häiriöt kuuluvat jokapäiväiseen elämään. Psy-kososiaaliseen stressiin liittyvä muutaman yön mittainen unettomuus ei siten kuulu tämän diagnoosin piiriin. Se voi kuitenkin liittyä osana äkilliseen stressireaktioon (F43.0) tai sopeutumishäiriöön (F43.2), jos taudinkuvaan sisältyy muita kliinisesti merkittäviä piirteitä.

Lasten uniongelmassa ei välttämättä ole kysymys unesta sinänsä, vaan vanhempien vaikeuksista hallita nukkumaan-menotapahtumaa. Nukkumaanmenovaikeudet kuuluvat luokkaan XXI (Z62.0 Vanhempien valvonnan ja ohjauksen puutteellisuus).

Anm.

Denna diagnos borde användas, om patientens enda symtom är otillfredsställande kvalitet eller kvantitet av sömn. Diagnosen insomnia kan även användas, om sömnlöshet är huvudsymtom eller patienten betraktar tillståndet som sitt grundläggande problem. Här beaktas hur långvarigt eller allvarligt tillståndet är. Patienten kan ha andra psykiska symtom än depression, ångest eller tvångstankar. Tillstånd som på grund av sin svårighetsgrad och långvarighet kräver vård bör anges med tilläggskod. Många av de patienter som lider av kronisk sömnlöshet tänker ständigt på sömnstörningen, men förnekar förekomsten av emotionella problem. Av detta skäl behövs en ingående klinisk bedömning i syfte att utesluta andra psykologiska störningar som orsakar sömnlöshet.

Sjukdomsbild:

Sömnlösheten är ett tillstånd som pågått en längre tid med sömn av otillfredsställande kvantitet och/eller kvalitet. Personen har svårt att somna eller sova, eller vaknar alltför tidigt. Sömnlöshet borde inte bedömas som en kvantitativ avvikelse från det normala. En del människor mår bra och klarar sig med synnerligen kort nattsömn. På motsvarande sätt besväras har andra människor tydligt och klart av dålig sömnkvalitet även om sömnen både subjektivt och objektivt är av normal kvantitet.

Det vanligaste problemet för personer med sömnlöshet är insomningssvårighet. Det närmast vanligaste är att man har svårt att fortsätta att sova och att man vaknar alltför tidigt. Vanligtvis är det likväldigt fråga om en kombination av dessa. Typiskt är att sömnlöshet utvecklas genom stress. Sömnlöshet är vanligast hos kvinnor, gamla människor, psykiskt störda och personer som hör till en låg socioekonomisk klass. Då tillståndet varar en längre tid kan det leda till rädsla för sömnlöshet och ett fortsatt dryftande av dess följder. En ond cirkel uppstår och har en tendens att hålla patientens problem aktuellt.

Patienter som lider av sömnlöshet beskriver sitt tillstånd som spånt och ångestfyllt, oroligt eller deprimerat då de går till sängs. Deras tankar irrar. De tänker ofta på hur mycket de sover, sina personliga problem, sitt hälsotillstånd och till och med på döden. De kan försöka kontrollera sin spändhet med läkemedel eller alkohol. På morgonen uppger de ofta sig vara fysiskt och psykiskt trötta. Typiskt för dem är att de längs med dagen är deprimerade, oroliga, spända, lätt irriterade och ofta tänker på hur de själva mår.

Diagnostiska kriterier:

- A. De har svårt att somna, att sova utan avbrott eller blir inte utvilade av att sova
- B. Sömnstörningen uppträder minst tre gånger per vecka i minst en månads tid

C. Sömnstörningen orsakar oro eller påverkar handlingsmönstret i det dagliga livet.

D. Störningen betingas inte av någon organisk, till exempel neurologisk faktor, orsak eller inremedicinsk komplikation, medicinering som påverkar psykiska funktioner eller av annan medicinering.

Differentialdiagnos:

Sömnlöshet är ett vanligt symtom i samband med andra psykiska störningar såsom förstämningssyndrom och ätstörningar, neurotiska och organiska störningar, missbruk av läkemedel och schizofreni samt andra sömnstörningar, till exempel mardrömmar. Sömnlöshet kan förekomma vid fysiska störningar åtföljda av smärta och känsla av obehag liksom även i samband med vissa läkemedelsbehandlingar.

Om sömnlöshet ingår i symtombilden för en psykisk eller fysisk sjukdom, utan att dominera den kliniska bilden, bör diagnosen omfatta endast ifrågakarande fysiska eller psykiska grundsjukdom.

I samband med sömnlöshet bör diagnosen annan sömnstörning, till exempel mardrömmar (F51.5), störning av rytmen i sömn- och vakenhetstillstånd (G47.2/F51.2), sömnnapné (G47.3) eller nattlig myoklonus (G25.3) användas endast om dessa störningar leder till nedsatt sömnkvalitet eller sömnkvälitet. Å andra sidan bör diagnos för icke-organisk sömnstörning likväl tilläggas huvuddiagnosen i alla ovan nämnda situationer, om sömnlösheten hör till huvudsymtomen och patienten betraktar den som ett separat tillstånd.

Denna diagnos innefattar inte s.k. tillfällig sömnlöshet. Övergående störningar hör till det dagliga livet. Några natters sömnlöshet som hänger samman med psykosocial stress omfattas alltså inte av denna diagnos. Den kan likväl delvis hänföra sig till en akut stressreaktion (F43.0) eller anpassningsstörning (F43.2), om sjukdomsbilden innefattar andra kliniskt relevanta drag.

Vid sömnsvårigheter hos barn är det inte nödvändigtvis fråga om sömnen som sådan, utan om föräldrarnas svårigheter att kontrollera situationen vid läggdags. Svårigheterna vid läggdags innefattas i kategorin XXI (Z62.0 bristfällig tillsyn och kontroll från föräldrarnas sida).

F51.1

EI-ELIMELLINEN LIIKAUNISUUS

Icke organisk hypersomni

Huom.

Liikaunisuus määritellään tilaksi, jossa joko esiintyy ylenmääräistä päiväaikaista uneliaisuutta ja pakonomaista nukah-telua (jota ei selitä riittämätön unen määrä) tai täyden vireystilan saavuttaminen heräämisen jälkeen on pitkittynyt. Jos liikaunisuus ei aiheudu elimellisestä syystä, se liittyy tavallisesti mielenterveyden häiriöihin. Se on usein kaksisuun-taisen mielialahäiriön masennusvaiheen (F31.3, F31.4 tai F31.5), toistuvan masennuksen (F33) tai masennustilan (F32) oire. Aina ei voida asettaa muuta mielenterveyshäiriön diagnoosia, vaikka voidaankin todeta merkkejä ongelman psyykkisistä taustatekijöistä.

Jotkut potilaat pystyvät yhdistämään epämiellyttävät päiväaikaiset kokemuksensa taipumukseensa nukahtaa epäsopivina aikoina. Toiset kieltävät tämän yhteyden olemassaolon, vaikka se olisi kliinisesti selvästi nähtävissä. Kaikissa tapauksissa psyykkisiä tekijöitä ei voida osoittaa. Elimellisten syiden puuttuminen viittaa kuitenkin vahvasti psyykkiseen alkuperään.

Diagnoosiksi tulisi asettaa perussairaus, jos liikaunisuus on vain yksi mielenterveyshäiriön, esimerkiksi mielialahäiriön oire. Jos liikaunisuus on jostakin mielenterveyshäiriöstä kärsivän potilaan pääoire, se tulisi asettaa lisädiagnoosiksi. Jos muuta diagnoosia ei voida asettaa, ei-elimellisen liikaunisuuden diagnoosia pitäisi käyttää itsenäisenä diagnoo-sina.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Liiallinen päiväaikainen uneliaisuus tai nukahtamiskohtaukset tai pitkittynyt täyden vireystilan saavuttaminen heräämisen jälkeen (unihumala), joka ei johdu liian lyhyestä unesta.
- B. Unihäiriö esiintyy lähes päivittäin vähintään kuukauden ajan tai toistuvasti sitä lyhyempiä aikoja. Se aiheuttaa joko huomattavaa kärsimystä tai haittaa päivittäisiä toimintoja.
- C. Ei esiinny katapleksiaa, unihalvausta, nukahtamisharha-aistimuksia eikä uniapnean kliinisiä merkkejä (yölliset hengityspysähdykset, tyyppilliset ajoittaiset kuorsausäänet ym.).
- D. Ei ole elimellistä syytä, esimerkiksi neurologista tai sisätauti-ongelmaa, psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan lääkkeen käyttöä tai muuta lääkitystä, joka aiheuttaisi liikaunisuuden.

Erotusdiagnosi:

Ei-elimellinen liikaunisuus on tärkeää erottaa myös uniapneaan liittyvästä liikaunisuudesta ja muista elimellisistä liikaunisuushäiriöistä. Uniapneassa useimmilla potilailla esiintyy huomattavan päiväaikaisen uneliaisuuden lisäksi yöllisiä hengityspysähdyksiä, tyyppillisiä ajoittaisia kuorsausääniä, ylipainoa, kohonnutta verenpainetta, impotenssia,

kognitiivisten toimintojen heikkenemistä, yöllistä levotonta liikehtimistä ja huomattavaa hikoilua, aamupäänsärkyä ja koordinaatiohäiriöitä. Uniapneaa epäiltäessä tulisi harkita nirekisteröintitutkimusta hengityspysähdysten määrän toteamiseksi ja diagnoosin varmistamiseksi.

Tunnetusta elimellisestä syystä (aivotulehduksesta, aivokalvontulehduksesta, aivotärähdyksestä tai muusta aivovauriosta, aivotuomoreista, aivoverisuonten vaurioista, degeneratiivisista tai muista neurologisista sairauksista, aineenvaihdunnallisista häiriöistä, myrkytystiloista, endokriinisistä häiriöistä tai sädehoidon jälkitilasta) johtuva liikaunisuus voidaan erottaa ei-elimellisestä liikaunisuudesta toteamalla tämä syy kliinisesti tai laboratoriotestein.

Anm.

Hypersomni definieras som ett tillstånd vid vilket en överdriven sömnhet under dagen och tvångsmässigt somnande (som inte kan förklaras av otillräcklig sömn) eller ett förlängt tillstånd för uppnående av vakenhet. Om hypersomni inte orsakas av organiska faktorer, har den i regel samband med en psykisk störning. Den är ofta ett symtom på bipolär sjukdom, depressiv episod (F31.3, F31.4 eller F31.5), återkommande recidiverande depression (F33) eller depressiv episod (F32). Det går inte alltid att ställa diagnosen annan psykisk störning, även om tecken på psykiska bakgrunds-faktorer till problemet kan konstateras.

En del patienter kan förknippa sina obehagliga upplevelser under dagen med sin benägenhet att somna vid opassande tidpunkter. Andra förnekar detta samband trots att det kliniskt tydligt kan konstateras. I samtliga fall kan psykiska faktorer inte påvisas. Avsaknaden av organiska orsaker tyder likväl starkt på psykiskt ursprung.

Som diagnos borde anges grundsjukdomen, om hypersomni endast utgör ett symtom på en psykisk störning, till exempel förstämningssyndrom. Om hypersomni utgör huvudsymtom hos någon patient som lider av en psykisk störning, borde hypersomni anges som tilläggsdiagnos. Om ingen annan diagnos kan ställas, borde icke-organisk hypersomni användas som separat diagnos.

Diagnostiska kriterier:

A. Överdriven sömnhet under dagen eller spontan insomning eller ett förlängt tillstånd för uppnående av vakenhet efter uppvaknandet (sömnrus), som inte orsakas av sömnunderskott.

B. Sömnstörningen uppträder nästan dagligen under en månads tid eller kortare perioder. Den orsakar betydande lidande eller förfång i de dagliga rutinerna.

C. Ingen förekomst av kataplexi, sömnparalyser, hypnagoga hallucinationer eller kliniska tecken på sömnapné (nattliga andningsstillstånd, typiska periodiska snarkningar mm.).

D. Avsaknad av organiska orsaker, till exempel neurologiska eller inremedicinska problem, användning av läkemedel som påverkar psykiska funktioner eller annan medicinsk behandling som skulle orsaka hypersomni.

Differentialdiagnos:

Det är viktigt att åtskilja icke organisk hypersomni från hypersomni som hänger samman med sömnapné och från andra organiska varianter av hypersomni. Vid sömnapné uppträder hos de flesta patienter förutom påtaglig sömnhet under dagen även nattliga andningsstillstånd, typiska sporadiska snarkningar, övervikt, hypotoni, impotens, nedsatta kognitiva funktioner, nattlig hyperkinesi och stark transpiration, morgonhuvudvärk och koordinationsstörningar. Vid misstankar om sömnapné borde en sömnregistrering övervägas i syfte att konstatera antalet andningsstillstånd och fastställa diagnosen.

Hypersomni som har en känd organisk orsak (encefalit, meningit, hjärnskakning eller annan hjärnskada, hjärntumörer, skador på hjärnans blodkärl, degenerativa eller andra neurologiska sjukdomar, metaboliska rubbningar, intoxications-tillstånd, endokrina störningar eller sviter efter strålbehandling) kan åtskiljas från icke organisk hypersomni genom att denna orsak konstateras kliniskt eller med hjälp av laboratorietest.

F51.2

EI-ELIMELLINEN UNI-VALVERYTMIN HÄIRIÖ

Icke organisk störning i dygnsrytmen

Mukaan lukien

Psykkisperäinen vuorokausirytmien kääntyminen

Psykkisperäinen yö-päivärytmien kääntyminen

Psykkisperäinen unirytmien kääntyminen

Inkluderar

Psykogent omvänd circadisk dygnsrytm

Psykogent omvänd sömnrytm

Huom.

Uni-valvorytmin häiriö määritellään unettomuuteen tai liikaanisuuteen johtavaksi yksilön ja ympäristön uni-valvorytmin eriaikaisuudeksi. Se voi olla joko psyykkistä tai fyysistä alkuperää riippuen sen syntyyn vaikuttavien tekijöiden suhteellisesta osuudesta. Henkilöillä, joiden nukahtamis- ja heräämisajat ovat kaoottisesti vaihtelevia, on erittäin usein merkittäviä psykiatrisia häiriöitä kuten persoonallisuus- ja mielialahäiriöitä. Usein työvuoroja vaihtavilla tai aikavyöhykkeiden yli matkustavilla henkilöillä vuorokausirytmien häiriö on perustaltaan biologinen, vaikka mukana saattaa olla vahva tunne-elämän tekijä. Monet tällaiset henkilöt ovat uupuneita. Joillakin henkilöillä tapahtuu uni-valvorytmin nopeutuminen. Se voi johtua sisäsyntyisestä biologisen kellon toimintahäiriöstä, tai siitä, että biologinen kello ei tahdistu tavanomaisten tekijöiden vaikutuksesta (viimeksi mainittu tilanne voi itse asiassa johtua tunne-elämän ja/tai kognitiivisten toimintojen häiriöstä).

Tähän ryhmään diagnosoidaan uni-valvorytmin häiriöt, joissa psyykkiset syyt ovat ensisijaisia. Fyysisinä pidetyistä häiriöistä tulisi käyttää diagnoosia G47.2 eli ei-psykykkisperäinen uni-valvorytmin häiriö. Tapauskohtaisesti tulisi ratkaista, ovatko psyykkiset syyt ensisijaisia eli pitäisikö käyttää tätä diagnoosia vai diagnoosia G47.2.

Tätä diagnoosia tulisi myös käyttää, jos uni-valvorytmin häiriöön ei löydetä sen paremmin psyykkistä kuin fyysistäkään syytä. Jos taudinkuvaa hallitsee uni-valvorytmin häiriö, ei-elimellisen uni-valvorytmin häiriön diagnoosi on asianmukainen, vaikka potilaalla olisi samanaikaisesti psyykkisiä oireita kuten ahdistuneisuutta, masennusta tai hypomaniaa. Jos muut psykiatriset oireet ovat riittävän selviä ja pitkäaikaisia ne tulisi ilmaista lisäkoodilla.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Uni-valvorytmi eroaa yhteisössä sopivana pidetystä.
- B. Esiintyy unettomuutta tavanomaiseen nukkumisaikaan ja liiallista nukkumista tavanomaiseen valvomisaikaan lähes päivittäin vähintään kuukauden ajan tai toistuvasti tätä lyhyempiä aikoja.
- C. Unen määrän, laadun tai ajoituksen epätydyttävyyden aiheuttaa huomattavaa kärsimystä tai vaikuttaa tavanomaisiin arkielämän toimintoihin.
- D. Syy ei ole elimellinen, esimerkiksi neurologinen syy tai sisätauti-ongelma, psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan lääkkeen käyttö tai muu lääkitys.

Anm.

Störd sömn-vakenhetsrytm, definierad som bristande överensstämmelse mellan patientens egen och omgivningens sedvanliga rytm för sömn/vakenhet. Den kan vara antingen psykiskt eller fysiskt betingad beroende på den proportionella andelen faktorer som påverkar uppkomsten av störningen. Personer som somnar och vaknar vid kaotiskt växlande tidpunkter lider ofta av svåra psykiatriska störningar såsom personlighetsstörningar och affektiva syndrom. Ofta är en störd dygnsrytm i grunden av biologisk art hos personer som har skiftesarbete eller reser över tidszoner, trots att detta kan åtföljas av en stark emotionell faktor. Många av dessa personer är utmattade. En del av dem får en snabbare sömn-vakenhetsrytm. Det kan bero på en inre funktionsstörning i den biologiska klockan, eller på att den biologiska klockan inte ställer om sig efter påverkan av sedvanliga faktorer (den sistnämnda situationen kan i själva verket komma sig av en störning i emotionella och/eller kognitiva funktioner).

Till denna grupp hänförs störd sömn-vakenhetsrytm där de psykiska orsakerna är primära. För störningar som betraktas som fysiska bör diagnosen G47.2 eller organisk dygnsrytmstörning användas. Från fall till fall bör avgöras, om de psykiska orsakerna är primära eller om denna diagnos eller diagnosen G47.2 bör användas.

Denna diagnos bör även användas om varken psykisk eller fysisk orsak till dygnsrytmstörningen kan konstateras. Om sjukdomsbilden domineras av dygnsrytmstörning, är diagnosen icke-organisk störning i dygnsrytmen adekvat även om personen samtidigt har psykiska symtom såsom ångest, depression eller hypomani. Om de övriga psykiatriska symtomen är tillräckligt tydliga och långvariga, bör de anges med tilläggskod.

Diagnostiska kriterier:

- A. Sömn-vakenhetsrytmen skiljer sig från omgivningens sedvanliga rytm för sömn/vakenhet.
- B. Sömlöshet uppträder vid den vanliga läggdagsstiden och överdrivet sovande vid den vanliga vakenhetstiden nästan dagligen i minst en månads tid eller upprepade gånger under kortare tider.
- C. Otillfredsställande sömnkvantitet, sömnkvalitet eller tidpunkt orsakar avsevärt lidande eller olägenheter för det dagliga livets handlingsmönster.
- D. Orsaken är inte organisk, till exempel neurologisk eller inremedicinsk, bruk av psykoaktiva substanser eller annan medicinering.

F51.3

UNISSAKÄVELY

Sömngång [sömnambulism]

Huom.

Kyseeessä on muuttuneen tajunnan tila, jossa esiintyy sekä unen että valvetilan piirteitä. Unissakävelyjakson aikana henkilö nousee vuoteesta tavallisesti yöunen ensimmäisen kolmanneksen kuluessa. Hän kuljeskelee sinne tänne. Hänellä voidaan todeta tajunnan tason, reaktiokyvyn ja liikuntakyvyn heikkoutta. Unissakävelijä voi lähteä makuuhuoneesta tai joskus jopa ulos talosta. Hän on tällöin vaarassa joutua onnettomuuteen unissakävelyn aikana. Tavallisesti hän kuitenkin päätyy hiljalleen takaisin vuoteeseen joko omin avuin tai jonkun toisen henkilön avun turvin. Herättyään joko unissakävelyn jälkeen tai seuraavana aamuna hän ei yleensä muista tapauksesta mitään.

Unissakävely on hyvin samansukuinen ilmiö kuin yölliset kauhukohtaukset (F51.4). Kumpaakin pidetään havahtumishäiriöinä, jotka esiintyvät syvimmissä univaiheissa (NREM S 3- 4). Kumpikin häiriö esiintyy usein potilaan suvussa. Useat potilaat ovat myös itse kokeneet molempia häiriöitä. Kumpikin häiriö esiintyy etenkin lapsilla, mikä viittaa kehityksellisiin syihin. Lisäksi joissakin tapauksissa nämä molemmat häiriöt ilmaantuvat kuumesairauden aikana. Esiintyessään lapsuusiän jälkeen tai ilmaantuessaan vasta aikuisiässä ne liittyvät usein vakavaan psyykkiseen häiriöön. Häiriöt voivat ilmaantua myös vasta vanhuudessa tai demencian alkuvaiheissa. Viime aikoina unissakävelyä ja yöllisiä kauhukohtauksia on alettu pitää saman häiriön jatkomona. Siihen viittaa niiden kliininen samankaltaisuus ja syntyvän samanlaisuus. Siihen viittaa myös se, että näiden häiriöiden erotusdiagnosi riippuu yleensä siitä kumpi häiriö on vallitseva. Unissakävelylle ja yöllisille kauhukohtauksille on kuitenkin määritelty kummallekin oma diagnosi, jotta käytäntö jatkuisi yhdenmukaisena. Näin saadaan myös kliinisten ilmenemismuotojen voimakkuuserot esiin.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Pääoireena on yksittäinen tai toistuva, tavallisesti yöunen ensimmäisen kolmanneksen aikana tapahtuva vuoteesta nouseminen ja kävely ympäriinsä, tätä kestää muutamasta minuutista puoleen tuntiin.
- B. Tapahtuman aikana potilaalla on kasvoillaan tyhjää, tuijottava ilme. Muiden on melko tuloksetonta yrittää vaikuttaa tapahtumaan tai yrittää puhua potilaan kanssa. Hänet saa hereille vain huomattavin ponnistuksin.
- C. Heräämisen jälkeen joko heti tai seuraavana aamuna potilas ei muista tapahtuneesta mitään.
- D. Herättyään unissakävelyn jälkeen potilas voi alkuun olla hetken sekava ja desorientoitunut, mutta muutaman minuutin kuluttua hänen psyykkiset toimintonsa ja käyttöksensä ovat normaaleja.
- E. Kysymyksessä ei ole elimellisistä syistä aiheutuva psyykinen sairaus, esim. dementia, tai fyysinen sairaus, esim. epilepsia.

Erotusdiagnosi:

Dissosiativinen pakkovaellus (katso F44.1) tulisi myös erottaa unissakävelystä. Dissosiativisissa häiriöissä sairausjaksot ovat unissakävelyjaksoja paljon pitempiä, potilaat ovat paljon valppaampia ja kykenevämpiä monimutkaiseen ja tarkoitukselliseen käyttäytymiseen kuin unissakävelyn yhteydessä. Nämä häiriöt ovat lapsilla harvinaisia ja alkavat tyypillisesti valveilla ollessa.

Anm.

Sömngång är ett tillstånd med förändrad medvetenhet där fenomen från både sömn och vakenhet ingår. Under en sömngångsepisod stiger individen upp ur sängen, vanligtvis under nattsömnens första tredjedel. Sömngångaren vandrar omkring med sänkt uppmärksamhetsgrad, nedsatt reaktionsförmåga och försämrade motoriska färdigheter. Sömngångaren kan lämna sovrummet och ibland till och med huset. Då riskerar personen att råka ut för en olycka under sömngången. I regel hittar sömngångaren tillbaka till sin säng på egen hand eller med någon annans hjälp. Vid uppvaknandet strax efter perioden eller morgonen därpå minns personen vanligtvis ingenting av episoden.

Sömngång är ett fenomen som är nära besläktat med nattskräck (F51.4). Många patienter har även själva upplevt båda dessa störningar. Båda uppträder framför allt hos barn, vilket tyder på utvecklingsrelaterade orsaker. Dessutom uppträder båda dessa störningar vid febersjukdom. Då de uppträder efter barndomen eller först vid vuxen ålder har de ofta samband med en allvarlig psykisk störning. Störningarna kan även uppträda först i ålderdomen eller vid debuten av demens. På sistone har man börjat betrakta somnambulism och nattskräck som ett kontinuum från samma störning. På detta tyder deras likhet i fråga om kliniska drag och uppkomst, liksom även det faktum att differentialdiagnosen för dessa störningar i regel beror på vilken av dem som är den dominerande. För somnambulism och nattskräck har likväl definierats skilda diagnoser i syfte att bevara ett enhetligt förfarande. På så sätt kan även de kliniska symtomens styrka konstateras.

Diagnostiska kriterier:

- A. Huvudsymtomet utgörs av att personen en gång eller upprepade gånger, vanligen under den första tredjedelen av nattsönnen går upp och spatserar omkring från ett par minuter till en halv timme.
- B. Under episoden har personens ansikte ett tomt, stirrande uttryck. Det leder knappast till något resultat att försöka påverka skeendet eller tala med patienten. Personen kan väckas enbart genom avsevärda ansträngningar.

C. Vid oppvaknandet strax efter episoden eller morgonen därpå minns personen ingenting av händelsen.

D. Efter oppvaknandet från sömngången kan patienten till en början vara konfys och desorienterad, men ett par minuter senare återgår de psykiska funktionerna och beteendet till det normala.

E. Det är inte fråga om en psykisk sjukdom som betingas av organiska faktorer, t.ex. demens eller kroppslig sjukdom, t.ex. epilepsi.

Differentialdiagnos:

Dissociativ fugue (se F44.1) bör även åtskiljas från somnambulism. Vid dissociativa störningar är sjukdomsepisoderna betydligt längre än sömngångsperioderna, patienterna mycket vaksammare och mera kapabla till ett komplext och ändamålsenligt beteende än vid somnambulism. Dessa störningar är sällsynta hos barn och inträder vanligtvis vid vaket tillstånd.

F51.4

YÖLLINEN KAUKUKOHTAUS

Nattskräck

Huom.

Yölliset kauhukohtaukset ovat äärimmäisen pelon ja pakokauhun kohtauksia, joihin liittyy kiihkeää, levotonta ääntelyä, liikkumista ja autonomisen hermoston kiihkeää aktivoitumista. Henkilö nousee istumaan tai seisomaan ja huutaa kahuissaan. Kauhukohtaukset esiintyvät yleensä yöunen ensimmäisen kolmanneksen aikana. Melko usein henkilö ryntää ovelle ikään kuin yrittääkseen paeta, mutta hyvin harvoin lähtee huoneesta. Muiden ihmisten yritykset vaikuttaa kauhukohtaukseen voivat johtaa pelon tunteen lisääntymiseen, koska henkilö on melko kykenemätön reagoimaan tällaisessa tilanteessa ja lisäksi hän saattaa muuttua sekavaksi ajan, paikan ja henkilöiden suhteen muutamaksi minuutiksi. Tapahtumasta jää enintään hyvin niukkoja muistoja, tavallisesti vain pari katkelmallista mielikuvaa. Yöllisen kauhukohtauksen aikana fyysisen vahingoittumisen mahdollisuus on suuri.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Esiintyy toistuvia kohtauksia, jolloin nukkuja nousee istumaan tai seisomaan ja huutaa kahuissaan, on äärimmäisen ahdistunut, liikehtii levottomasti. Autonominen hermosto on samalla yliaktiivinen: esiintyy takykardiaa, hengitys on nopea ja potilas hikoilee.
- B. Kohtaukset esiintyvät pääasiassa unen ensimmäisen kolmanneksen aikana.
- C. Kohtaus kestää 1-10 minuuttia.
- D. Esiintyy suhteellista reagoimattomuutta toisten yrityksiin vaikuttaa kauhukohtauksiin. Näitä yrityksiä seuraa lähes aina ainakin muutamia minuutteja kestävä sekavuus ja liikesarjoja.
- E. Muistikuivat tapahtumista ovat vaillinaisia, mikäli niitä on lainkaan.
- F. Syy ei ole elimellinen, esimerkiksi neurologinen syy tai sisätautiongelma, psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan lääkkeen käyttö tai muu lääkitys.

Erotusdiagnosi:

Erotettaessa kauhukohtauksia epileptisistä kohtauksista aivosähkökäyrän poikkeavuus puoltaa epilepsiadiagnoosia. Epilepsiakohtaukset eivät myöskään yleensä esiinny pelkästään öisin.

Anm.

Tillståndet visar sig som nattliga episoder med uttalad rädsla och panikångest med skrik, motorisk oro och autonom hyperaktivitet. Individen sätter sig upp eller går upp, paniskt skrikande. Attackerna uppträder vanligtvis under första tredjedelen av nattsömn. Ofta rusar individen till dörren som för att försöka fly men lämnar sällan rummet. Försök av andra personer att påverka skräckattacken kan leda till större rädsla, eftersom personen knappast är kapabel att reagera i en sådan situation och dessutom kan uppfatta tid, plats och personer med stor förvirring i några minuter. Minnesbilderna av händelsen är ofta begränsade, vanligtvis ett eller två minnesfragment. Under en nattlig skräckattack är risken för fysiska skador stor.

Diagnostiska kriterier:

- A. Återkommande attacker vid vilka personen sitter eller står upp och skriker av skräck, synnerligen ångestfylld och motoriskt orolig. Det autonoma nervsystemet är samtidigt hyperaktivt: takykardi, snabb andningsrytm och transpiration uppträder.
- B. Attackerna inträffar till största delen under den första tredjedelen av sömnen.
- C. Anfallet varar 1-10 minuter.
- D. Personen reagerar relativt svagt på andras försök att påverka panikattackerna. Dessa försök leder nästan alltid till några minuters konfusion och sekvenser av motorisk aktivitet.

Ei-elimelliset unihäiriöt

Icke organiska sömnstörningar

E. Minnesbilderna av händelserna är bristfälliga, om sådana överhuvudtaget förekommer.

F. Orsaken är inte organisk, till exempel neurologisk eller inremedicinsk, bruk av psykoaktiva substanser eller annan medicineri.

Differentialdiagnos:

Då panikattacker särskiljs från epileptiska anfall, talar ett avvikande elektroencefalogram för epilepsidiagnos. Epileptiska anfall inträffar i regel inte heller uteslutande nattetid.

F51.5

PAINAJAISUNET

Mardrömmar

Mukaan lukien

Uneen liittyvä ahdistuneisuushäiriö

Inkluderar

Ångestdrömmar

Huom.

Painajaisunet ovat yleensä normaali ilmiö. Tätä diagnoosia tulee käyttää vain potilaan hakiessa apua ongelmansa takia (vrt. kriteeri C).

Painajaisunet ovat ahdistavia tai pelottavia unikokemuksia. Unennäköjä muistaa unen sisällön erittäin yksityiskohtaisesti. Unikokemus on hyvin elävä. Sen aiheena on tavallisesti hengissä selviytymiseen, turvallisuuteen tai itsetuntoon kohdistuva uhka. Varsin usein painajaisunissa toistuvat samat tai samantapaiset aiheet.

Tyypillisesti nukkujalla esiintyy tahdosta riippumattoman hermoston yliaktiivisuutta. Hänen ääntelynsä tai liikkumisensa ei kuitenkaan ole huomiotaherättävää. Herättyään hän valpastuu nopeasti ja tulee tietoiseksi ympäristöstään. Hän pystyy täysin keskustelemaan muiden kanssa. Usein hän kykenee antamaan seikkaperäisen selonteon unestaan sekä välittömästi painajaisunen jälkeen että seuraavana aamuna.

Lasten painajaisunet liittyvät yleensä psyykkisen kehityksen vaiheisiin eikä niihin liity mitään tiettyä psyykkistä häiriötä. Sitävastoin painajaisunista kärsivillä aikuisilla on usein merkittäviä psyykkisiä häiriöitä, esimerkiksi persoonallisuushäiriö. Painajaisunien todennäköisyyttä voivat lisätä myös eräät psyyken toimintoihin vaikuttavat lääkkeet. Näitä ovat reserpiini, tioridatsiini, trisykliset masennuslääkkeet ja bentsodiatsepiinit. Myös REM-unta vähentävien lääkkeiden äkillinen lopettaminen voi johtaa unien näkemisen ja painajaisunien lisääntymiseen, koska tällöin REM-unen määrä reaktiivisesti lisääntyy (REM rebound). REM-vaiheessa nähdään suurin osa unista.

Diagnostiset kriteerit:

- Herättyään joko yö- tai päiväuniltaan painajaisuneen, henkilö muistaa elävästi unen sisällön. Sen aiheena on tavallisesti hengissä selviytymiseen, turvallisuuteen tai itsetuntoon kohdistuva uhka. Henkilö voi herätä missä unen vaiheessa tahansa, tyypillisesti kuitenkin unen toisen kolmanneksen aikana.
- Herättyään nukkuja on heti orientoitunut ja valpas.
- Uniin liittyvät kokemukset itsessään tai niiden aiheuttamat häiriöt nukkumisessa tuottavat huomattavaa kärsimystä.
- Syy ei ole elimellinen, esimerkiksi neurologinen syy tai sisätauti-ongelma, psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan lääkkeen käyttö tai muu lääkitys

Erotusdiagnosi:

Anm.

Mardrömmar är i vanliga fall en normal företeelse. Denna diagnos bör användas då patienten söker hjälp för sitt problem.(jfr kriterium C).

Mardrömmar är ångestladdade eller skrämmande drömmupplevelser med detaljerade minnen av dröminnehållet. Drömmupplevelsen är ofta mycket levande och innehåller ofta teman där överlevnad, säkerhet och självkänsla är hotade. Ofta återkommer samma eller liknande teman i mardrömmarna.

Under en typisk episod finns en viss grad av autonom hyperaktivitet. Likväl förekommer inga våldsamma rop eller motorisk oro. Efter att ha vaknat upp återfår personen snabbt sin vakenhet och medvetenhet om sin omgivning och kan helt och hållet kommunicera med andra människor. Ofta kan personen ge en detaljerad redogörelse för sin dröm både strax efter mardrömmen och morgonen därpå.

Mardrömmar hos barn hänför sig ofta till olika stadier i den psykiska utvecklingen och har inget samband med någon psykisk störning. Vuxna som besväras av mardrömmar har ofta uttalade psykiska störningar, till exempel personlighetsstörning. Sannolikheten för mardrömmar kan även höjas av en del psykoaktiva läkemedel. Sådana är reserpin,

tioridazin, tricykliska antidepressiva och bensodiazepiner. Att plötsligt avsluta en behandling med läkemedel som minskar REM-sömn kan även leda till mera drömmar och mardrömmar på grund av en reaktiv ökning av REM-sömn (REM rebound). Under REM-fasen infaller de flesta drömmarna.

Diagnostiska kriterier:

- A. Efter att ha vaknat vid en mardröm från sin natt- eller dagsömn har personen ett levande minne av drömmens innehåll. Händelserna är ofta teman där överlevnad, säkerhet och självkänsla är hotade. Personen kan vakna när som helst under drömmen, typiskt likväl under den andra tredjedelen av drömmen.
- B. Efter att ha vaknat är personen strax orienterad och vaken.
- C. Drömmupplevelsena som sådana eller de störningar de orsakar sovandet vållar stort lidande.
- D. Orsaken är inte organisk, till exempel neurologisk eller inremedicinsk, bruk av psykoaktiva substanser eller annan medicinering

Differentialdiagnos:

F51.8

MUU EI-ELIMELLINEN UNIHÄIRIÖ

Annan specificerad icke organisk sömnstörning

F51.9

MÄÄRITÄMÄTÖN EI-ELIMELLINEN UNIHÄIRIÖ

Icke organisk sömnstörning, ospecificerad

Mukaan lukien

Tarkemmin määrittämätön tunne-elämään liittyvä unihäiriö
Emotionaalinen unihäiriö

Inkluderar

Emotionell sömnstörning UNS

F52

Ei-elimelliset seksuaaliset toimintahäiriöt

Sexuell dysfunktion, ej orsakad av organisk störning eller sjukdom

Huom.

Sukupuolisten toimintahäiriöiden diagnoosi kattaa erilaiset puutteet, joita ihminen kokee kyvyssään olla sukupuolisuhteessa toivomallaan tavalla. Ne voivat olla kiinnostuksen puutetta tai nautinnon kokemisen puuttumista, tai seksuaalisen toiminnan kannalta välttämättömien fysiologisten vasteiden, esimerkiksi erektion heikkoutta. Orgasmin kokeminen tai hallinta voivat olla puutteellisia.

Sukupuolinen vaste on psykosomaattinen tapahtumasarja, ja sukupuolisen toimintahäiriön taustalla on tavallisesti sekä psykologisia että somaattisia syitä. Joskus on mahdollista määritellä, missä määrin syyt ovat psyykkisiä tai missä määrin ne ovat fyysisiä. Tavallisimmin on kuitenkin vaikeaa erotella fyysisten ja psyykkisten tekijöiden osuus, etenkin erektio-ongelmissa ja kivuliaassa yhdynnässä. Tällöin on asianmukaista määritellä etiologian olevan joko sekamuotoinen tai epävarma.

Joitakin toimintahäiriöitä tavataan sekä miehillä että naisilla, esimerkiksi seksuaalisen halun puutetta. Naiset valittavat kuitenkin useammin subjektiivisen kokemuksen puutteita, esimerkiksi nautinnon tunteen tai kiinnostuksen puutetta kuin fysiologisen vasteen puuttumista. Naiset valittavat usein orgasmihäiriöitä. Todennäköisesti ongelmia on kuitenkin muillakin alueilla, jos naisen seksuaalisen vasteen yksi osa-alue on häiriintynyt. Esimerkiksi jos nainen ei kykene kokemaan orgasmia, hän on usein kyvytön nauttimaan muistakaan rakastelun osa-alueista ja hänen seksuaalinen halukkuutensa vähenee. Miehet sitävastoin kokevat useinkin seksuaalisen halun pysyvän ennallaan, vaikka ongelmana olisikin jonkin tietyn seksuaalisen vasteen häiriö, esimerkiksi erektio- tai ejakulaatio-ongelma. Asianmukaisen diagnoosin asettamiseksi on tärkeää tarkastella ongelmaa esillä olevan oireen tasoa laajemmin.

Diagnostiset kriteerit:

- G1. Henkilö on kyvytön sukupuolisuhteeseen toivomallaan tavalla.
- G2. Häiriö ilmenee usein, mutta ei välttämättä aina.
- G3. Häiriö on esiintynyt vähintään kuuden kuukauden ajan.

Ei-elimelliset seksuaaliset toimintahäiriöt

Sexuell dysfunktion, ej orsakad av organisk störning eller sjukdom

G4. Häiriö ei johdu pelkästään muusta mielenterveys- tai käytöshäiriöstä, fyysisestä sairaudesta (esimerkiksi endokriinisestä häiriöstä) tai lääkehoidosta.

Huom!

Kunakin häiriömuodon vaikeusaste voidaan määrittää ongelman vaikeusastetta ja esiintymistiheyttä mittaavilla arviointimenetelmillä. Eri häiriömuotoja voi esiintyä yhtäaikaa.

Anm.

Diagnosen sexuella dysfunktioner omfattar en rad tillstånd där en individ är oförmögen till önskad sexuell aktivitet. Det kan vara fråga om avsaknad av intresse eller sexuell lust, eller nedsatt fysiologiskt gensvar som är nödvändigt för sexuell aktivitet, till exempel svag erektion. Förmågan att uppnå och kontrollera en orgasm kan vara bristfällig.

Det sexuella gensvaret är en psykosomatisk process och både psykologiska och somatiska faktorer är oftast orsak till sexuell dysfunktion. Ibland är det möjligt att definiera i vilken utsträckning orsakerna är psykiska och i vilken mån fysiska. För det mesta är det likväldigt svårt att skilja på vilken roll fysiska och psykiska faktorer spelar, i synnerhet vid erektil dysfunktion och smärtsamt samlag. I detta fall är det sakligt att definiera etiologin antingen som blandad eller som osäker.

En del funktionsstörningar påträffas hos både män och kvinnor, till exempel avsaknad av sexuell lust. Kvinnor klagar likväldigt oftare över brister i den subjektiva upplevelsen, till exempel avsaknad av lustkänsla eller intresse, än över brist på fysiologiskt gensvar. Kvinnor klagar ofta över orgasmstörningar. Det är likväldigt sannolikt att det förekommer problem även i andra avseenden, om ett delområde inom en kvinnas sexuella respons drabbas av en störning. Om en kvinna exempelvis inte kan få orgasm, är hon ofta oförmögen att njuta av andra delområden av älskande och hennes sexuella lust minskar. Männen upplever däremot den sexuella lusten som oförändrad trots en störning av en viss sexuell respons, till exempel erektil dysfunktion eller ejakulationsproblem. För att en adekvat diagnos ska kunna fastställas är det viktigt att studera problemet i större omfattning än på den nivå där symtomet uppträder.

Diagnostiska kriterier:

G1. Personen är oförmögen till könsumgänge på det sätt han eller hon önskar.

G2. Störningen uppträder ofta, men inte nödvändigtvis alltid. G3. Störningen har förekommit i minst sex månaders tid.

G4. Störningen betingas inte uteslutande av någon annan psykisk störning eller beteendestörning, fysisk sjukdom (till exempel endokrin störning) eller läkemedelsbehandling.

Obs!/Svårighetsgraden för varje form av störning kan definieras med bedömningsmetoder som mäter problemets svårighetsgrad och frekvens. Olika former av störningar kan uppträda samtidigt.

F52.0

SEKSUAALINEN HALUTTOMUUS

Nedsatt libido

Mukaan lukien

Frigiditeetti (sukupuolinen kylmyys)

Inkluderar

Frigiditet

Huom.

Pääongelma on sukupuolisen halukkuuden puute. Se ei ole seurausta muista sukupuolisista vaikeuksista, kuten erektion epäonnistumisesta tai yhdynnän kivuliaisuudesta. Sukupuolisesta haluttomuudesta huolimatta henkilö voi kiihottua tai tuntea seksuaalista nautintoa. Seksuaaliseen toimintaan ryhtyminen on tällöin kuitenkin tavallista harvinaisempaa.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää sukupuolisen toimintahäiriön yleiset kriteerit (F52).

B. Sukupuolinen halu on vähentynyt tai puuttuu. Tällöin asioiden seksuaalisen puolen havaitseminen vähenee, niitä ajateltaessa niihin liittyvät halun tunteet vähenevät ja seksuaaliset mielikuvat vähenevät.

C. Seksuaalinen toiminta kumppanin kanssa tai itsetyytytys ei kiinnosta. Seksuaalisen toiminnan määrä on ikä ja olosuhteet huomioon ottaen oletettua vähäisempi, tai se on vähentynyt huomattavasti aikaisemmasta tasosta.

Anm.

Huvudproblemet är nedsatt libido. Det är inte en följd av andra sexuella svårigheter såsom erektil dysfunktion eller smärta vid samlag. Trots brist på sexuell lust kan personen bli upphetsad och känna sexuell njutning. Sexuell aktivitet förekommer då likväldigt mera sällan än i vanliga fall.

Diagnostiska kriterier:

- A. Uppfyller de allmänna kriterierna för sexuell dysfunktion (F52).
- B. Avsaknad av eller nedsatt sexuell lust. Då minskar observationen av de sexuella aspekterna och då personen tänker på dem avtar de lustkänslor som hänför sig till dem och de sexuella föreställningarna blir färre.
- C. Sexuellt umgänge med partnern eller onani intresserar inte. Den sexuella aktiviteten är mindre än vad som kan förmodas med beaktande av ålder och omständigheter, eller är betydligt nedsatt i jämförelse med den tidigare nivån.

F52.10

SEKSUAALINEN VASTENMIELISYYS

Sexuell aversion

Huom.

Kumppanin kanssa tapahtuvaan sukupuoliseen kanssakäymiseen liittyy runsaasti kielteisiä tunteita. Ne synnyttävät siinä määrin pelkoa tai ahdistusta, että henkilö välttää sukupuolista toimintaa .

Diagnostiset kriteerit:

- A. Täyttää sukupuolisen toimintahäiriön (F52) yleiset kriteerit
- B. Kumppanin kanssa tapahtuvan sukupuolisen kanssakäymisen ennakointi aiheuttaa niin suurta vastenmielisyyttä, pelkoa tai ahdistusta, että henkilö välttää seksuaalista toimintaa, tai, jos seksuaalista kanssakäymistä tapahtuu, se aiheuttaa erittäin vahvoja kielteisiä tunteita ja kyvyttömyyttä tuntea nautintoa.
- C. Vastenmielisyyttä ei johdu suorituspaineesta (reaktiona aikaisemmin tapahtuneeseen epäonnistumiseen).

Anm.

Till sexuellt umgänge med partnern hänför sig rikligt med negativa känslor. De ger upphov till rädsla eller ångest i så hög grad att personen undviker sexuell aktivitet.

Diagnostiska kriterier:

- A. Uppfyller de allmänna kriterierna för sexuell funktionsstörning (F52)
- B. Tanken på sexuellt umgänge med partnern orsakar så stor motvilja, rädsla eller ångest att personen undviker sexuell aktivitet, eller, om sexuellt umgänge förekommer, ger det upphov till synnerligen starka negativa känslor och oförmåga att känna välust.
- C. Motviljan beror inte på prestationsångest (som reaktion på ett tidigare misslyckande).

F52.11

SEKSUAALISEN NAUTINNON PUUTE

Avsaknad sexuell njutning

Mukaan lukien

Kyvyttömyys tuntea sukupuolista nautintoa

Inkluderar

Sexuell anhedoni

Huom.

Sukupuoliset vasteet ovat normaaleja ja henkilö kokee orgasmin, mutta ei saa siitä mielihyvää. Naiset valittavat tätä ongelmaa paljon useammin kuin miehet.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Täyttää sukupuolisen toimintahäiriön (F52) yleiset kriteerit
- B. Sukupuolinen kiihotus saa aikaan vasteen (orgasmin ja/tai ejakulaation) sukuelinten tasolla, mutta siihen ei liity mielihyväsävyisiä aistimuksia tai miellyttävän kiihtymyksen aikaansaamia tunteita.
- C. Seksuaalisen toiminnan aikana ei esiinny pysyvää pelkoa tai ahdistusta (katso F52.10 Sukupuolinen vastenmielisyyttä).

Anm.

Den sexuella responsen är normal och personen upplever orgasm, men känner ingen välust. Kvinnor beklagar sig oftare över detta problem än män.

Diagnostiska kriterier:

- A. Uppfyller de allmänna kriterierna för sexuell funktionsstörning (F52)

B. Den sexuella upphetsningen leder till respons (orgasm och/eller ejakulation) på könsorganens nivå, men leder inte till lustbetonade förnimmelser eller känslor som väckts av behaglig upphetsning. C. Under pågående sexuell aktivitet förekommer inte rädsla eller ångest (se F52.10 Sexuell aversion).

F52.2

SEKSUAALINEN KIIHOTTUMISVAIKEUS

Uteblivet genitalt gensvar

Mukaan lukien

Naisen sukupuolinen kiihottumisvaikeus

Miehen erektiohäiriö

Psyykkisperäinen impotenssi

Naisen seksuaalinen kiihottumisvaikeus

Inkluderar

Psyko-gen impotens

Huom.

Miesten pääongelma on erektiohäiriö: vaikeus kehittää tai ylläpitää tyydyttävän yhdynnän mahdollistavaa erektiota. Syy on todennäköisesti psyykinen jos erektio kehittyy normaalisti tietyissä tilanteissa, esimerkiksi itsetyydytyksen yhteydessä, nukkuessa tai eri partnerin kanssa. Ei-elimellisen erektiohäiriön diagnoosi voi edellyttää erityisiä tutkimuksia, esimerkiksi yöllisten erektioiden mittaamista tai psykiatrisen hoidon tulosten arviointia.

Naisten pääongelma on emättimen kuivuus tai liukkauden puute. Sen syy voi olla psyykinen tai fyysinen, esimerkiksi infektio tai vaihdevuosi-ikään liittyvä estrogeenin puute.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää sukupuolisen toimintahäiriön (F52) yleiset kriteerit.

Lisäksi miehillä:

B. Erektio ei ole riittävä yritettäessä yhdyntää. Toimintahäiriö ilmenee seuraavissa muodoissa:

(1) erektio on hyvä yhdynnän alussa, mutta katoaa tai heikkenee yhdyntää yritettäessä (ennen ejakulaatiota)

(2) erektio syntyy, mutta vain silloin, kun ei olla oikeissa aloittaa yhdyntää

(3) esiintyy osittaisia, yhdynnän läpiviemiseen riittämättömiä erektioita, mutta ei täydellisiä erektioita

(4) minkäänlaista peniksen jäykistymistä ei tapahdu

Lisäksi naisilla:

B. Sukupuolista vastetta ei synny eli emätin ei kostu ja häpyhuulet eivät turpoa. Toimintahäiriö ilmenee seuraavissa muodoissa:

(1) emättimen kostumista ei tapahdu huolimatta asiaankuuluvista olosuhteista

(2) emätin kostuu aluksi, mutta kostuminen ei kestä riittävän kauan, jotta peniksen sisäänvieminen tuntuisi miellyttävältä

(3) häiriön esiintyminen riippuu tilanteesta: kostuminen tapahtuu vain joissakin tietyissä tilanteissa (esimerkiksi yhden kumppanin kanssa, mutta ei toisen, tai itsetyydytyksen yhteydessä tai vain kun ei olla oikeissa aloittaa yhdyntää)

Anm.

Huvudproblemet hos män är erektil dysfunktion: svårighet att utveckla och upprätthålla erektion som möjliggör samlag. Orsaken är sannolikt psykisk om erektion utvecklas normalt i vissa situationer, till exempel vid onani, i sömnen eller med en annan partner. Diagnosen icke organisk erektil dysfunktion kan förutsätta speciella undersökningar, till exempel mätning av nattliga erektioner eller bedömning av resultat av psykiatrisk vård.

Huvudproblemet hos kvinnor är vaginal torrhet eller minskad genital lubrikation. Orsaken till detta kan vara psykisk eller fysisk, till exempel en infektion eller brist på estrogen som har samband med menopausen.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna för sexuell dysfunktion (F52).

Dessutom hos män:

B. Otillräcklig erektion vid försök till samlag. Dysfunktion som uppträder på följande sätt:

(1) erektionen är god i början av samlaget, men upphör eller försvagas vid försök till samlag (före ejakulationen)

(2) erektion utvecklas, men endast då samlag inte avses

(3) partiella, för genomförande av samlag otillräckliga erektioner förekommer, men inte fullständiga erektioner

(4) inget slags styvnad av penis förekommer

Dessutom hos kvinnor:

(B) Genitalt gensvar, dvs. vaginal lubrikation och svullnad av blygdläpparna uteblir. Dysfunktion som uppträder på följande sätt:

(1) vaginal lubrikation uteblir trots adekvata omständigheter

(2) vaginal lubrikation uppträder till en början, men varar inte tillräckligt länge för att det ska kännas behagligt att införa penis

(3) Förekomsten av störningen beror på situationen: Lubrikation uppträder endast i vissa situationer (till exempel tillsammans med en partner, men inte med en annan, eller vid onani eller endast då inga avsikter till samlag förkommer)

F52.3

ORGASMIVAIKEUS

Orgasmstörning

Huom.

Tässä häiriössä orgasmia ei joko lainkaan saavuteta tai sen saavuttaminen kestää huomattavan kauan. Tämä voi olla tilanteeseen liittyvää, jolloin näin käy vain joissakin tilanteissa. Syy on silloin todennäköisesti psykogeeninen. Orgasmivaikeus voi olla myös riippumattomasti toistuva. Tällöin fyysisiä ja rakenteellisia tekijöitä häiriön synnyssä ei voida sulkea pois, paitsi silloin kun psykiatrisesta hoidosta on apua tilanteeseen. Orgasmivaikeus on tavallisempaa naisilla kuin miehillä.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää sukupuolisen toimintahäiriön (F52) yleiset kriteerit.

B. Esiintyy orgasmivaikeus (orgasmia ei joko lainkaan saavuteta tai sen saavuttaminen kestää huomattavan kauan)

Orgasmivaikeus voi olla:

(1) primaarinen eli orgasmia ei ole koskaan ollut missään tilanteessa

tai

(2) sekundaarinen eli aiemmin on ollut suhteellisen normaaleja orgasmeja ja orgasmivaikeus ilmenee vasta myöhemmin.

Orgasmivaikeus voi ilmetä:

(a) yleisesti eli orgasmi on puutteellinen kaikissa tilanteissa ja jokaisen partnerin kanssa

tai

(b) tilannekohtaisesti.

Naisilla tilannekohtaisessa orgasmivaikudessa orgasmi onnistuu esimerkiksi itsetyydytyksen yhteydessä tai tiettyjen kumppaneiden kanssa. Miehillä yksi seuraavista riittää tilannekohtaiseksi orgasmivaikudeksi:

i) orgasmeja esiintyy unessa, ei koskaan valveilla

ii) orgasmia ei esiinny kumppanin läsnäollessa

iii) orgasmeja esiintyy kumppanin läsnäollessa, mutta ei yhdynnässä

Anm.

Denna störning yttrar sig antingen i att orgasm inte alls uppnås eller att det dröjer anmärkningsvärt länge att uppnå orgasm. Detta kan vara betingat av situationen och då inträffar detta endast i vissa situationer. Orsaken är då med sannolikhet psykogen. En orgasmstörning kan även upprepas utan att vara beroende av något. I detta fall kan fysiska och strukturella faktorer i uppkomsten av störningen inte uteslutas, utom i det fall att psykiatrisk behandling kan råda bot på problemet. Orgasmstörning är allmänna hos kvinnor än hos män.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna för sexuell dysfunktion (F52)

B. Orgasmstörning förekommer (utebliven orgasm eller orgasm som är markant fördröjd)

Orgasmstörningen kan vara:

(1) primär eller utebliven orgasm som aldrig inträffat i någon situation eller

Ei-elimelliset seksuaaliset toimintahäiriöt

Sexuell dysfunktion, ej orsakad av organisk störning eller sjukdom

(2) sekundär, dvs. att relativt normala orgasmer tidigare förekommit och orgasmstörningen inträffat först senare.

Hos kvinnor med situationsbetingad orgasmstörning uppnås orgasm till exempel genom onani eller tillsammans med vissa partner. Hos män räcker en av följande till som situationsbetingad orgasmstörning:

- i) orgasm förekommer under sömnen, inte i vaket tillstånd
- ii) orgasm inträffar inte i närvaro av partnern
- iii) orgasm inträffar i närvaro av partnern, men inte under samlag.

F52.4

ENNENAİKAINEN SIEMENSYÖKSY

Prematur ejakulation

Inkluderar

Ejaculatio praecox

Huom.

Ennenaikainen siemensyöksy tarkoittaa kyvyttömyyttä hallita siemensyöksyä riittävästi, jotta molemmat osapuolet nauttivat yhdynnästä. Vaikeimmissa tapauksissa mies voi ejakuloida ennen siittimen emättimeen viemistä tai jopa ilman erektiota. Ennenaikaisen siemensyöksyn syy on harvoin fyysinen. Se voi kuitenkin olla psyykinen reaktio fyysiseen häiriöön, esimerkiksi erektioheikkouteen tai kipuun. Siemensyöksy voi vaikuttaa ennenaikaiselta silloinkin, jos erektion saavuttamiseksi tarvitaan pitkäkestoisia kiihottamisia. Tällöin tyydyttävän erektion kehittymisen ja ejakulaation välinen aika on lyhyt. Erektion viivästyminen on silloin ensisijainen ongelma.

Taudinkuva:

A. Täyttää sukupuolisen toimintahäiriön (F52) yleiset kriteerit.

B. Mies ei kykene viivästyttämään siemensyöksyä niin pitkään, että hän kykenisi nauttimaan yhdynnästä. Se ilmenee jollakin seuraavista tavoista:

(1) siemensyöksy tapahtuu joko ennen yhdynnän aloittamista tai hyvin pian sen jälkeen (jos aikarajaa tarvitaan: ennen yhdyntää tai 15 sekunnin kuluessa sen aloittamisesta)

(2) siemensyöksy tapahtuu, vaikka erektio ei riitä yhdynnän toteuttamiseen

C. Ongelma ei johdu pitkäaikaisesta sukupuolisesta pidättäytymisestä.

Anm.

Prematur ejakulation innebär oförmåga att kontrollera ejakulationen tillräckligt för att bägge parter ska kunna njuta av samlaget. I de svåraste fallen kan ejakulation inträffa innan mannen hinner införa penis i vaginan eller till och med utan erektion. Orsaken till prematur ejakulation är sällan fysisk. Den kan likväl vara en psykisk reaktion på en fysisk störning, till exempel nedsatt erektion eller smärta. Ejakulationen kan förefalla prematur även i det fall att långvarig upphetsning är nödvändig för att utveckla erektion. I detta fall är tiden kort mellan utvecklandet av erektion och ejakulation. Fördröjd erektion är då det primära problemet.

Sjukdomsbild:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna för sexuell dysfunktion (F52).

B. Oförmåga hos mannen att kontrollera ejakulationen tillräckligt länge för att njuta av samlaget. Detta yttrar sig på något av följande sätt:

(1) ejakulationen inträffar redan innan samlaget påbörjats eller strax därefter (om tidsgräns erfordras: Före samlaget eller 15 sekunder efter påbörjat samlag)

(2) ejakulation inträffar trots att erektionen inte förslår för samlag

C. Problemet härrör inte från lång sexuell avhållsamhet.

F52.5

TOIMINNALLINEN EMÄTINKOURISTUS

Icke organisk vaginism

Mukaan lukien

Psykykisperäinen vaginismi

Inkluderar

Psykogen vaginism

Huom.

Toiminnallinen emätinkouristus tarkoittaa emätintä ympäröivien lantionpohjan lihasten kouristusta, joka sulkee emättimen aukon. Siittimen sisäänvienti on mahdotonta tai kivuliaista. Emätinkouristus voi olla reaktio jollekin paikallista kipua aiheuttavalle tekijälle, jolloin tätä diagnoosiluokkaa ei pidä käyttää.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää sukupuolisen toimintahäiriön (F52) yleiset kriteerit

B. Lantionpohjan lihasten kouristus estää siittimen sisäänviemisen tai saa sen tuntumaan epämiellyttävältä.

Häiriö voi olla:

(1) primaarinen eli normaalia sukupuolista vastetta ei ole koskaan ollut

(2) sekundaarinen eli emätinkouristus on kehittynyt myöhemmin, aiemmin vaste on ollut normaali

Jos yhdyntää ei yritetä, sukupuolinen vaste saattaa olla normaali mutta

osalla potilaista jokainen seksuaalikontaktin yritys saa aikaan yleistynyttä pelkoa ja reaktioita, jotka pyrkivät estämään siittimen sisäänviennin (esimerkiksi reisien lähentäjälihasten kouristuksen).

Anm.

Spasm i bäckenmuskulaturen som omger vagina och tillsluter vaginas öppning. Detta omöjliggör eller försvårar införandet av penis. Slidkramp kan vara en reaktion på någon störning som orsakar lokal smärta och då ska denna diagnos inte användas.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna för sexuell funktionsstörning (F52)

B. Spasm i bäckenmuskulaturen förhindrar införandet av penis eller medför obehag.

Störningen kan vara:

(1) primär, dvs. normalt sexuell gensvar har aldrig förekommit

(2) sekundär, dvs. slidkramp har utvecklats senare, normalt gensvar har förekommit tidigare

Om inget försök till samlag äger rum, kan normalt sexuell gensvar förekomma

Hos en del av patienterna åstadkommer varje ansats till sexuell kontakt generaliserad rädsla och reaktioner som försöker förhindra införandet av penis (till exempel kramp i de muskler som drar låren samman).

F52.6

TOIMINNALLISET YHDYNTÄKIVUT

Icke organisk dyspareuni

Mukaan lukien

Psykkisperäinen dyspareunia (yhdyntä kivuliaisuus tai epätydyttävyyys)

Inkluderar

Psykogen dyspareuni

Huom.

Sekä miehet että naiset voivat kokea yhdyntä kivuliaaksi. Syynä on usein sukuelinten fyysinen häiriö, jonka perusteella häiriö silloin luokitetaan. Joskus mitään selvää häiriötä ei ole osoitettavissa, jolloin psykkiset tekijät ovat olennaisia. Tätä diagnoosiluokkaa pitäisi käyttää vain silloin kun ei esiinny mitään muuta ensisijaisempaa sukupuolista toimintahäiriötä (esim. emätinkouristusta tai emättimen kuivuutta).

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää sukupuolisen toimintahäiriön (F52) yleiset kriteerit.

Lisäksi naisilla:

B. Kipua tuntuu emättimen ulkosuulla koko yhdyntä ajan tai ainoastaan syvien työntöjen aiheuttamana.

C. Häiriö ei johdu emätinkouristuksesta tai emättimen kuivuudesta. Jos yhdyntäkivut johtuvat elimellisestä syystä, ne luokitellaan sen mukaisesti.

Lisäksi miehillä:

B. Sukupuolisen vasteen aikana ilmenee kipua. (Kivun ilmaantumisaikakohta ja sen tarkka sijainti tulisi huolellisesti selvittää.)

C. Epämiellyttävä tunne ei johdu paikallisista fyysisistä tekijöistä. Jos sellainen on, häiriö luokitellaan tämän syyn mukaisesti.

Ei-elimelliset seksuaaliset toimintahäiriöt

Sexuell dysfunktion, ej orsakad av organisk störning eller sjukdom

Anm.

Både män och kvinnor kan uppleva samlag som smärtsamt. Detta kan oftast hänföras till lokal patologi och ska då kodas under respektive patologiskt tillstånd. Ibland kan ingen tydlig patologi påvisas, varvid psykiska faktorer är väsentliga. Denna diagnosgrupp bör användas endast vid avsaknad av annan primär icke-organisk sexuell dysfunktion (t.ex. slidkramp eller vaginal torrhet).

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna för sexuell dysfunktion (F52).

Dessutom hos kvinnor:

B. Smärtan känns vid vaginas yttre öppning under hela samlaget eller endast som reaktion på djupa stötar.

C. Störningen orsakas inte av slidkramp eller vaginal torrhet. Om samlagssmärterna är organiskt betingade, ska de kodas under respektive tillstånd.

Dessutom hos män:

B. Under genitalt gensvar uppträder smärta. (Tidpunkt för smärtan och exakt smärtpunkt bör omsorgsfullt utredas.)

C. Den obehagliga känslan är inte betingad av fysiska faktorer. Om detta är fallet ska störningen kodas enligt denna orsak.

F52.7

SEKSUAALIVIETIN YLENMÄÄRÄINEN VOIMAKKUUS

Överdriven sexualdrift

Mukaan lukien

Nymfomania

Satyriaasi

Inkluderar

Nymfomani

Satyriasis

Erotomani

F52.8

MUU EI-ELIMELLINEN SEKSUAALINEN TOIMINTAHÄIRIÖ

Andra specificerade sexuella dysfunktioner, ej orsakade av organisk störning eller sjukdom

F52.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN EI-ELIMELLINEN SEKSUAALINEN TOIMINTAHÄIRIÖ

Icke specificerad sexuell dysfunktion, ej orsakad av organisk störning eller sjukdom

F53

Muulla luokittamattomat lapsivuodeajan mielenterveys- ja käytöshäiriöt

Psykiska störningar och beteendestörningar sammanhängande med barnsängstiden, vilka ej klassificeras annorstädes

Huom.

Tähän ryhmään kuuluvat vain ne lapsivuodeajan (kuuden viikon kuluessa synnytyksestä alkavat) mielenterveyshäiriöt, jotka eivät täytä muiden psykkisten häiriöiden ehtoja. Näin toimitaan silloin kun riittävää tietoa ei ole saatavilla. Tätä luokkaa käytetään myös silloin kun esiintyy kliinisiä erityispiirteitä, joiden takia häiriöt eivät sovellu muihin diagnoosiryhmiin.

Tavallisesti lapsivuodeajan psykkiset häiriöt voidaan kuitenkin luokitella käyttäen kahta muuta koodia: ensimmäinen on muu tästä luvusta valittava mielenterveyshäiriön koodi (tavallisesti mielialahäiriö, F30-F39) ja toinen on O99.3 (lapsivuodeajan psykkiset ja neurologiset sairaudet).

Diagnostiset kriteerit:

Tätä luokkaa tulisi tutkimuksessa käyttää vain poikkeustilanteissa. Lapsivuodeaikaan liittyvä mielenterveyshäiriö voidaan diagnosoida kysymyksessä olevan häiriön mukaan ja sen yhteys lapsivuodeaikaan kuvataan toisella diagnoosilla (O99.3).

Anm.

Till denna grupp hör bara psykiska störningar associerade med puerperiet (med debut inom 6 veckor efter förlossningen) som inte uppfyller kriterierna för störningar klassificerade på andra ställen i detta kapitel. Detta förfarande tillämpas då tillräcklig information inte finns att tillgå. Denna klassificering används även vid förekomst av speciella kliniska drag som omöjliggör klassifikation annorstädes.

I regel kan psykiska störningar som sammanhänger med barnsängstiden likväl klassificeras med två andra koder: den första är någon annan kod för psykisk störning från denna grupp (vanligtvis förstämningssyndrom, F30-F39) och den andra O99.3 (psykiska och neurologiska sjukdomar under barnsängstiden).

Diagnostiska kriterier:

Denna klassificering bör vid en undersökning användas endast i undantagsfall. En psykisk störning i samband med barnsängstiden kan diagnostiseras enligt ifrågavarande störning och dess samband med barnsängstiden beskrivas med en annan diagnos (O99.3).

F53.0

MUALLA LUOKITTAMATTOMAT LAPSIVUODEAJAN LIEVÄT MIELENTERVEYS- JA KÄYTÖSHÄIRIÖT

Lindriga psykiska störningar och beteendestörningar sammanhängande med barnsängstiden, vilka ej klassificeras annorstädes

Mukaan lukien

Tarkemmin määrittämätön synnytyksen jälkeinen masennus

Inkluderar

Postpartum depression UNS

F53.1

MUALLA LUOKITTAMATTOMAT LAPSIVUODEAJAN VAIKEAT MIELENTERVEYS- JA KÄYTÖSHÄIRIÖT

Svåra psykiska störningar och beteendestörningar sammanhängande med barnsängstiden, vilka ej klassificeras annorstädes

Mukaan lukien

Lapsivuodepsykoosi (puerperaalipsykoosi)

Tarkemmin määrittämätön lapsivuodepsykoosi (puerperaalipsykoosi)

Inkluderar

Puerperal psykos UNS

F53.8

MUU MUALLA LUOKITTAMATON LAPSIVUODEAJAN MIELENTERVEYS- JA KÄYTÖSHÄIRIÖ

Annan specificerad psykisk störning och beteendestörning sammanhängande med barnsängstiden, vilket ej klassificeras annorstädes

F53.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN LAPSIVUODEAJAN MIELENTERVEYSHÄIRIÖ

Psykisk störning, ospecificerad, sammanhängande med barnsängstiden

F54

Mualla luokitettuun häiriöön tai sairauteen liittyvä psyykinen tekijä tai käytöstekijä

Psykisk faktor eller beteendefaktor med betydelse för störning eller sjukdom som klassificeras annorstädes

Mukaan lukien

Ruumiilliseen häiriöön vaikuttava psyykinen tekijä

Inkluderar

Psykisk faktor som påverkar fysisk störning

Mualla luokitettuun häiriöön tai sairauteen liittyvä psyykinen tekijä tai käytöstekijä

Psykisk faktor eller beteendefaktor med betydelse för störning eller sjukdom som klassificeras annorstädes

Huom.

Tähän luokkaan koodataan psyykkiset tekijät tai käytöstekijät, joiden arvellaan vahvasti vaikuttaneen muissa luvuissa luokitettujen fyysisten häiriöiden ilmaantumiseen. Mielenterveyden häiriöt ovat tavallisesti lieviä ja usein pitkäaikaisia (esimerkiksi huoli, tunne- elämän ristiriita, pelko). Ne eivät sinänsä oikeuta tämän luvun minkään diagnoosiryhmän käyttöä. Lisäkoodilla tulisi ilmaista fyysinen häiriö. (Joissakin harvoissa tilanteissa kun ajatellaan psyykkisen häiriön aiheuttaneen fyysisen sairauden, tulisi tämä häiriö diagnosoida omalla nimikkeellään.)

Esimerkkejä tämän ryhmän käytöstä:

Astma F54 ja J45

Ihottuma F54 ja L23-L25

Mahaava F54 ja K25

Ärtynyt paksusuoli-oireyhtymä F54 ja K58

Haavainen paksusuolen tulehdus F54 ja K51

Nokkosihottuma F54 ja L50

Anm.

Denna kategori skall användas när psykiska eller beteendemässiga faktorer antas ha spelat en väsentlig roll för etiologin av en somatisk sjukdom som klassificerats i andra kapitel. De psykiska störningarna är i regel lindriga och ofta långvariga (till exempel oro, emotionell konflikt, rädsla). Dessa tillstånd berättigar inte som sådana till användning av en enda klassificering inom denna grupp. En fysisk störning bör anges med tilläggskod. (I en del sällsynta fall då en fysisk sjukdom antas vara betingad av en psykisk störning, bör denna störning diagnostiseras med sin egen beteckning.)

Exempel på användning av denna grupp:

Astma F54 och J45

Exem F54 och L23-L25

Magsår F54 ja K25

Irritabel tarm F54 ja K58

Ulcerös kolit F54 ja K51

Urtikaria F54 ja L50.

F55

Riippuvuutta aiheuttamattomien aineiden väärinkäyttö

Missbruk av substanser som ej är beroendeframkallande

F55#

Riippuvuutta aiheuttamattomien aineiden väärinkäyttö

Missbruk av substanser som ej är beroendeframkallande

Huom.

Kyseessä voi olla hyvin monenlaisten lääkkeiden ja kansanomaisten rohtojen käyttö. Erityisen tärkeitä aineryhmiä ovat: a) riippuvuutta aiheuttamattomat psyykkisiin toimintoihin vaikuttavat lääkkeet, kuten mielialalääkkeet, b) ulostuslääkkeet ja c) ilman lääkärin määräystä saatavat kipulääkkeet, kuten asetyylisalisyylihappo ja parasetamoli. Vaikka lääke olisi alunperin lääkärin määräämä tai suosittelema, käyttö saattaa pitkittyä, muuttua tarpeettomaksi tavaksi ja annokset saattavat kohota suuriksi. Tätä edistää näiden lääkkeiden saatavuus ilman lääkärin määräystä.

Jatkuvasta lääkkeiden käytöstä seuraa usein tarpeettomia yhteydenottoja terveydenhuoltohenkilöstöön. Lääkkeiden käyttö aiheuttaa kustannuksia. Siitä seuraa joskus fyysisiä haittavaikutuksia. Henkilö vastustaa usein yrityksiä kieltää häneitä aineen käyttö tai kehoituksia luopua siitä. Näin saattaa tapahtua huolimatta siitä, että häntä varoitetaan ulostus- ja kipulääkkeiden aiheuttamista fyysisistä vaurioista, kuten munuaisten toimintahäiriöistä tai elektrolyyttihäiriöistä (joita on jo saattanut kehittyäkin). Tavallisesti on selvää, että henkilöllä on voimakas halu käyttää ainetta. Riippuvuutta (F1x.2) tai vieroitusoireita (F1x.3) ei kuitenkaan kehity, kuten luokkiin F10-F19 määriteltyjen psyykeen vaikuttavien aineiden käytön seurauksena.

Huom.

Potilaan käyttämä lääkeaine ilmaistaan käyttäen valmisteen ATC-koodia (5 ensimmäistä merkkiä) oire-syy-koodiparin syykentässä. Mikäli potilas käyttää useita valmisteita koodataan kukin merkittävä lääkeaineryhmä omalla koodiparillaan aloittaen kliinisesti tärkeimmästä.

Anm.

Omfattar en stor mängd medikamenter och folkmediciner av många olika slag. Särskilt viktiga substanser är: a) icke beroendeframkallande psykotropa farmaka, t ex antidepressiva läkemedel, b) laxantia, c) icke receptbelagda analgetika såsom acetylsalicylsyra och paracetamol. Även om läkemedlet ursprungligen har ordinerats eller rekommenderats av läkare kan det leda till långvarigt bruk och en onödig vana som åtföljs av stora doser. Detta främjas av att läkemedlen är receptfria.

Följden blir ofta onödiga kontakter med läkare eller annan vårdpersonal. Medicineringen medför kostnader och leder ibland även till fysiska skador. Försök att avråda ifrån eller förbjuda bruket möts ofta med motstånd av personen trots upplysningar om eventuella fysiska skador såsom njurpåverkan eller elektrolytrubbningar (som eventuellt redan har utvecklats). Vanligtvis känner personen stark lust att använda substansen. I regel uppstår likväl varken beroende (F1x.2) eller abstinenssymtom (F1x.3) av den typ som ses vid bruk av de psykoaktiva substanser som specificeras under F10-F19.

Obs.

Den substans som brukas av patienten anges med ATC-kod för preparatet (de 5 första tecknen) i orsaksfältet i kodparret för symtom-orsak. Om patienten använder olika preparat, kodas var och en relevant läkemedelsgrupp med eget kodpar med början från det kliniskt viktigaste.

F59

Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät määrittämättömät käytösoireyhtymät

Ospecificerade beteendesyndrom förenade med fysiologiska störningar och fysiska faktorer

Mukaan lukien

Tarkemmin määrittämätön psyykkisperäinen fysiologinen toimintahäiriö

Inkluderar

Psykogen fysiologisk dysfunktion UNS

F60-F69

Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt

Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna

Huom.

Tämä ryhmä sisältää kliinisesti merkittäviä pitkäaikaisia häiriöitä ja käyttäytymismalleja, jotka kuvastavat yksilön luonteenomaista elämäntapaa sekä suhtautumistapaa itseensä ja muihin. Toiset näistä häiriöistä ilmaantuvat varhaisessa yksilönkehityksen vaiheessa rakennetekijöiden ja sosiaalisten kokemusten tuloksena. Toiset taas kehittyvät myöhemmällä iällä.

Anm.

Detta avsnitt omfattar en rad störningar och beteendemönster av klinisk signifikans som ofta blir varaktiga och som framstår som ett uttryck för patientens karakteristiska livsstil och hållning till sig själv och andra. Några av dessa störningar och beteendemönster uppstår tidigt i individens utveckling och är ett resultat av såväl konstitutionella faktorer som miljöpåverkan, medan andra utvecklas senare i livet.

F60-F62

Persoonallisuushäiriöt ja persoonallisuuden muutokset *Personlighetsstörningar och -förändringar*

Huom.

Persoonallisuushäiriöt (F60), sekamuotoiset ja muut persoonallisuushäiriöt (F61) sekä pitkäaikaiset persoonallisuuden muutokset (F62) ovat syvälle juurtuneita ja pitkäaikaisia käyttäytymismalleja. Ne ilmenevät joustamattomina käyttäytymisvasteina hyvin monenlaisissa elämäntilanteissa. Nämä käyttäytymismuodot ovat äärimmäisen tai huomattavan poikkeavia verrattuna tietyn kulttuurin keskimääräisen edustajan tapaan havaita, ajatella, tuntea ja varsinkin suhtautua muihin. Tällaiset käyttäytymismallit ovat yleensä vakiintuneita. Ne kattavat moninaisia käyttäytymisen ja psykologisen toiminnan alueita. Näihin käyttäytymismuotoihin liittyy usein, muttei aina, myös vaihtelevanasteista kärsimystä ja ongelmia sosiaalisessa suoriutumisessa.

Persoonallisuushäiriöt eroavat persoonallisuuden muutoksista ilmaantumisaikansa ja -tapansa suhteen: ne ovat kehityksellisiä tiloja, jotka alkavat lapsuudessa tai nuoruudessa ja jatkuvat aikuisiässä. Ne eivät ole muiden mielenterveyshäiriöiden tai aivosairausten seurausta, vaikka ne saattavat edeltää muita sairauksia tai esiintyä niiden kanssa yhtä aikaa. Persoonallisuuden muutos sitävastoin on tavallisesti aikuisiällä alkanut tila, joka on vakavan tai pitkittyneen stressin, äärimmäisen hankalien ympäristötekijöiden, vakavan psyykkisen sairauden, aivovamman tai aivosairausten seurausta (katso F07).

Jokainen tähän ryhmään sisältyvä häiriö voidaan luokitella siinä esiintyvän vallitsevan käyttäytymismallin perusteella. Tämän ryhmän luokitus on kuitenkin tällä hetkellä rajoittunut kuvaamaan sarjaa persoonallisuustyyppejä ja näiden alatyyppejä. Ne eivät ole täysin toisiaan poissulkevia ja niissä esiintyy päällekkäisyyttä joidenkin luonteenomaisten piirteiden kohdalla.

Persoonallisuushäiriöt on sen vuoksi jaoteltu sellaisten piirreryhmien mukaan, jotka vastaavat yleisimpiä käytösmalleja. Nämä alatyypit ovat laajasti hyväksytyjä persoonallisuuden poikkeamien päämuotoja. Persoonallisuushäiriön diagnoosia tehtäessä tulisi kliinisesti arvioida kaikkia psyykkisen toiminnan osa-alueita. Diagnostisen arvion tulisi kuitenkin viitata vain niihin ulottuvuuksiin tai piirteisiin, joiden vaikeusaste ylittää suositellun persoonallisuushäiriödiagnoosin kynnyksen.

Arvion tulisi pohjautua mahdollisimman moneen tietolähteeseen. Joskus diagnoosi potilaan persoonallisuudesta on mahdollista tehdä yhden haastattelun perusteella, mutta usein on tarpeen suorittaa useampia haastatteluja ja kerätä tietoja muistakin lähteistä.

Mielialan aaltoiluhäiriö ja skitsotyyppinen häiriö luokiteltiin aikaisemmin persoonallisuushäiriöihin. Nykyisin ne luokitellaan muualle eli mielialan aaltoiluhäiriö luokkaan F30-F39 ja skitsotyyppinen häiriö luokkaan F20-F29, koska ne muistuttavat näiden ryhmien muita häiriöitä monien ominaisuuksiensa, esimerkiksi oireiden ja perinnöllisyyden osalta.

Persoonallisuuden muutosten alaryhmän diagnoosi pohjautuu muutoksen aiheuttaneeseen syyhyn, esimerkiksi katastrofaaliseen kokemukseen, pitkittyneeseen stressiin tai rasitukseen tai psyykkiseen sairauteen (lukuunottamatta skitsofrenian jäännöstilaa, joka diagnosoidaan luokkaan F20.5).

Persoonallisuushäiriöt on tärkeää erottaa muista F-luokan häiriöistä. Jos persoonallisuuden häiriö ilmenee ennen lyhyt- tai pitkäaikaista psyykkistä sairautta tai sen jälkeen, molemmat tilat tulisi diagnosoida. Näissä tilanteissa multiaksoosialisen luokituksen käyttö ydinhäiriön lisänä olevien psykososiaalisten tekijöiden ilmaisemiseksi helpottaa tällaisten tilojen ja häiriöiden diagnosointia.

Kulttuurilliset ja alueelliset erot ovat tärkeitä persoonallisuushäiriöiden ilmenemisen kannalta, mutta toistaiseksi näistä tekijöistä on vain vähän tietoa. Vain jossain tietyssä osassa maailmaa tavattavat persoonallisuushäiriöt, joiden ilmaisu ei vastaa mitään allaolevia alatyyppejä, voidaan luokitella kohtaan muut persoonallisuushäiriöt. Lisäksi tätä tiettyyn maahan tai alueeseen viittavaa häiriötyyppiä diagnosoitaessa voidaan käyttää luokituksen viisimerkkistä sovellusta.

Persoonallisuushäiriöiden paikallisia eroja voidaan esittää myös näitä häiriöitä koskevan diagnostisen ohjeiston sanamuodoissa.

/Kehitysvammaisen persoonallisuushäiriöt

Mahdollisen persoonallisuushäiriön erottaminen kehitysvammaisuuteen liittyväst käytöshäiriöstä on vaikeaa. On tärkeää todeta ne tekijät, jotka ylläpitävät sopeutumista heikentävää käytöstä, ja käyttää tämän ryhmän diagnooseja ainoastaan kun on selvää, ettei tila ole seurausta muusta psyykkisestä tai fyysisestä häiriöstä.

Kun kehitysvammaisen oireisto muuten täyttää persoonallisuushäiriön kriteerit, on usein syytä harkita ryhmien F06 ja F07 diagnoosikoodien käyttöä.

Anm.

Specifika personlighetsstörningar (F60.-), personlighetsstörningar av blandtyp, (F61) andra personlighetsstörningar och icke organiska personlighetsstörningar (F62) är djupt genomgripande och varaktiga beteendemönster. De manifesterar sig som onyanserade reaktioner i en mängd livssituationer. De representerar extrema eller betydande avvikelser från hur genomsnittsmänniskan agerar i en viss kulturell omgivning, både tankemässigt, känslomässigt och särskilt relationsmässigt. Dessa beteendemönster är oftast stabila och omfattar många beteendefunktioner och psykologiska funktioner. De är ofta, men inte alltid, förenade med olika grader av subjektivt lidande och nedsatt social funktionsförmåga.

Personlighetsstörningar skiljer sig från personlighetsförändringar i fråga om vid vilken tidpunkt och på vilket sätt de uppträder: De är evolutiva tillstånd som debuterar under barndoms- eller ungdomsåren och fortsätter vid vuxen ålder. De är inte ett direkt resultat av andra psykiska störningar eller hjärnsjukdom, även om de kan föregå andra sjukdomar eller uppträda samtidigt med dem. En personlighetsförändring är däremot i regel ett tillstånd som debuterar vid vuxen ålder och är en följd av allvarlig eller kronisk stress, extremt svåra miljöfaktorer, en allvarlig psykisk sjukdom, hjärnskada eller hjärnsjukdom (se F07).

Varje störning som ingår i denna grupp kan klassificeras enligt det dominerande beteendemönster som förekommer där. Klassificeringen i denna grupp begränsar sig likväl för närvarande till att beskriva en serie personlighetstyper och undertyper till dessa. Dessa typer utesluter inte varandra helt och hållet och de sammanfaller med varandra i fråga om vissa karakteristika.

Personlighetsstörningarna har därför indelats enligt sådana grupper av kännetecken som motsvarar de allmännaste beteendemönstren. Dessa undertyper är allmänt vedertagna huvudformer av personlighetsavvikelser. Vid diagnosen personlighetsstörning bör de psykiska funktionernas samtliga delområden undergå en klinisk bedömning. Den diagnostiska bedömningen bör likväl hänföra sig endast till de dimensioner och drag vars svårighetsgrad överstiger den tröskel som rekommenderas för diagnosen personlighetsstörning.

Bedömningen bör grunda sig på så många informationskällor som möjligt. Ibland är det möjligt att ställa diagnos om patientens personlighet utifrån en enda intervju, men ofta är det nödvändigt att genomföra ett flertal intervjuer och samla in information även från andra källor.

Cyklotymi och schizotyp störning klassificerades tidigare som personlighetsstörningar. Numera klassificeras de annorstädes, dvs. cyklotymi i grupp F30-F39 och schizotyp störning i grupp F20-F29, eftersom de påminner om andra störningar som ingår i dessa grupper på grund av många av sina egenskaper, till exempel symtom och ärftlighet.

En diagnos från en undergrupp av personlighetsförändringar grundar sig på orsaken till förändringen, till exempel en katastrofal upplevelse, kronisk stress, belastning, påfrestning eller psykisk sjukdom (med undantag för resttillstånd av schizofreni, som klassificeras enligt F20.5).

Det är viktigt att åtskilja personlighetsstörningar från andra störningar i grupp F. Om en personlighetsstörning uppträder före eller efter en kort- eller långvarig psykisk sjukdom, bör båda tillstånden diagnostiseras. I dessa situationer underlättas diagnostiseringen av sådana tillstånd och störningar av att en multiaxial klassificering används för att ange de psykosociala faktorer som hänger samman med den centrala störningen.

Kulturella och geografiska skillnader är betydelsefulla i fråga om hur personlighetsstörningar framträder, men tills vidare finns det endast ringa kunskap om dessa faktorer. Endast sådana personlighetsstörningar som påträffas i en viss del av världen och tar sig uttryck som inte motsvarar en enda av undertyperna nedan, kan klassificeras som övriga personlighetsstörningar. Dessutom kan för en störningstyp som tyder på ett visst land eller område användas klassificeringens applikation med fem tecken.

Lokala skillnader mellan personlighetsstörningar kan anges även med de verbala formuleringarna i de diagnostiska anvisningarna för dessa störningar. Det är viktigt att konstatera de faktorer som upprätthåller ett beteende som försvårar anpassning, och använda diagnoserna i denna grupp endast då det är klart att tillståndet inte är en följd av någon annan psykisk eller fysisk störning.

Då symtomen hos en utvecklingsstörd person i övrigt uppfyller kriterierna för personlighetsstörning är det ofta skäl att överväga användning av diagnosoiderna F06 och F07.

F60

PERSOONALLISUUSHÄIRIÖT

Personlighetsstörningar

Mukaan lukien

Määritetyt persoonallisuushäiriöt

Inkluderar

Specifika personlighetsstörningar

Huom.

Tietty persoonallisuushäiriö tarkoittaa henkilön persoonallisuudessa ja käyttäytymistavoissa esiintyviä vakavia häiriöitä. Ne vaikuttavat tavallisesti useisiin persoonallisuuden alueisiin. Niihin liittyy melkein aina huomattavaa ahdistusta ja sosiaalista haittaa. Häiriöt alkavat yleensä ilmeisinä lapsuudessa tai nuoruudessa ja jatkuvat läpi aikuisiän. Sen vuoksi diagnoosin asettaminen on asianmukaista vasta 16 tai 17 vuoden iästä lähtien. Yleiset, kaikkia persoonallisuushäiriöitä koskevat diagnostiset ohjeet esitetään seuraavassa ja jokaisen häiriön kohdalla esitetään erikseen kunkin häiriön yksityiskohtainen kuvaus.

Eri kulttuureja varten voi olla tarpeen kehittää oma erityinen kriteeristö, jossa otetaan huomioon tämän kulttuurin sosiaaliset normit, säännöt ja velvoitteet.

Diagnostiset kriteerit:

G1. Yksilön luonteenomaiset ja pysyvät sisäisen kokemisen tavat ja käytös kokonaisuudessaan poikkeavat merkittävästi kulttuurin sisäisistä normeista. Poikkeama ilmenee vähintään kahdella alla luetellulla alueella:

(1) tiedollinen toiminta (eli kuinka ihminen havaitsee ja tulkitsee asioita, ihmisiä ja tapahtumia, miten hän asennoituu ihmisiin ja muodostaa mielikuvia itsestään ja muista)

(2) tunne-elämä (eli tunne-elämän kirjo, voimakkuus ja asianmukaisuus tilanteeseen nähden)

(3) impulssikontrolli ja tarpeiden tyydyttäminen

(4) ihmissuhteiden luonne ja toimintatapa muiden ihmisten kanssa

G2. Poikkeama ilmenee pysyvänä käytösmallina, joka on joustamaton, sopeutumaton tai muutoin häiriintynyt laajalti eri henkilökohtaisissa ja sosiaalisissa tilanteissa (eli se ei esiinny yksinomaan jonkin laukaisevan tekijän tai tilanteen aikaansaamana).

G3. Kohdassa G2 kuvattu käytösmalli aiheuttaa henkilökohtaista kärsimystä tai vastoinkäymisiä sosiaalisessa selviytymisessä tai molempia.

G4. On näyttöä siitä, että häiriö on pysyvä ja pitkäaikainen ja että se on alkanut myöhäislapsuudessa tai nuoruusiässä.

G5. Häiriö ei ole muun aikuispsykiatrisen häiriön ilmenemismuoto tai sen seurausta, vaikka väliaikaisia tai kroonisia luokissa F00-F59 tai F70-F79 kuvattuja tiloja voi esiintyä persoonallisuushäiriön rinnalla tai samanaikaisesti

G6. Elimellinen syy, aivosairaus, -vamma tai toimintahäiriö, tulee sulkea pois. (Jos tilanteen on aiheuttanut tunnettu elimellinen tekijä, käytetään ryhmän F07 koodeja.)

HUOM

Kriteerien G1-G6 arvioinnin tulisi pohjautua mahdollisimman moneen lähteeseen. Joskus on mahdollista saada riittävästi näyttöä yhden yksilöhaastattelun perusteella, mutta yleisesti suositellaan kuitenkin useita haastatteluja ja tiedon keräämistä myös muilta ihmisiltä ja sairaskertomuksista.

On ehdotettu tarpeenmukaista tietyn kulttuurin sosiaalisia normeja, sääntöjä ja velvoitteita kuvaavien alakriteerien muodostamista (kuten esimerkiksi vastuuttomuutta ja sosiaalisten normien väheksymistä epäsosiaalisen persoonallisuuden kyseessä ollen).

Persoonallisuushäiriön diagnoosia voidaan täsmentää alatyypillä. Jos useamman kuin yhden alatyypin kriteerit täyttyvät, niitä kaikkia voidaan käyttää.

Anm.

En viss personlighetsstörning betyder allvarliga störningar i individens personlighetsstruktur och beteendemönster. De påverkar vanligtvis ett flertal av personlighetens olika områden och är nästan alltid förbundna med subjektivt obehag och sociala svårigheter. De manifesterar sig oftast i barndomen eller tonåren och fortsätter genom vuxenåldern. Därför är det skäl att vänta till 16 eller 17 års ålder med att ställa en adekvat diagnos. Generella diagnostiska anvisningar för alla personlighetsstörningar följer nedan och för var och en störning ges skilt för sig en detaljerad beskrivning av störningen.

För olika kulturer kan det vara nödvändigt att utveckla en specifik samling av kriterier som tar hänsyn till sociala normer, regler och förpliktelser inom denna kultur.

Diagnostiska kriterier:

G1. De karakteristika som präglar individens bestående inre upplevelser och beteendemönster i dess helhet avviker markant från kulturens inre normer. Avvikelsen framträder inom minst två av nedan uppräknade områden:

(1) intellektuella funktioner (dvs. hur personen observerar och tolkar fenomen, människor och händelser, förhåller sig till människor och bildar föreställningar om sig själv och andra)

(2) det emotionella tillståndet (dvs. i dess helhet, styrka och adekvata affekter)

(3) impulskontroll och tillfredsställande av behov

(4) människorelationernas karaktär och samverkan med andra människor

G2. Avvikelsen framträder som ett permanent beteendemönster som är osmidigt, oanpassat eller annars i stor utsträckning stört i olika personliga och sociala situationer (uppträder alltså inte enbart till följd av någon utlösande faktor eller situation)..

G3. Det beteendemönster som beskrivs i punkt G2 orsakar personligt lidande och/eller nedsatt social förmåga.

G4. Det kan konstateras att störningen är bestående och kronisk och har debuterat under den sena barndomen eller under ungdomsåren.

G5. Störningen är inte en form av någon annan vuxenpsykiatrisk störning eller en följd av en sådan trots att tillfälliga eller kroniska tillstånd som beskrivs i grupperna luokissa F00-F59 eller F70-F79 kan uppträda vid sidan av en personlighetsstörning eller samtidigt

G6. Organiska orsaker, hjärnsjukdom, hjärnskada eller dysfunktion bör uteslutas. (Om situationen har betingats av en känd organisk faktor, används koder ur grupp F07.)

OBS

En bedömning enligt kriterierna G1-G6 bör grunda sig på så många källor som möjligt. Ibland är det möjligt att få tillräckliga bevis på basis av en enda individuell intervju, men i regel rekommenderas likväl ett flertal intervjuer och insamling av fakta även från andra människor och anamneser.

Det har föreslagits att erforderliga underkriterier som beskriver sociala normer, regler och förpliktelser inom en viss kultur ska utformas (som till exempel ansvarslöshet och ringaktning för sociala normer då det är fråga om en asocial personlighet).

Diagnosen personlighetsstörning kan preciseras med en undertyp. Om kriterierna för flera än en undertyp uppfylls, kan samtliga undertyper användas.

F60.0

Epäluuloinen persoonallisuus

Paranoid personlighetsstörning

Mukaan lukien

Ekspansiivinen paranoidinen (mahtaileva epäluuloinen) persoonallisuus

Sensitiivinen paranoidinen (arka epäluuloinen) persoonallisuus

Fanaattinen (kiihkmielinen) persoonallisuus

Kverulanttinen (valitteleva) persoonallisuus

Persoonallisuushäiriö , para

Inkluderar

Personlighetsstörning expansiv paranoid

Personlighetsstörning fanatisk

Personlighetsstörning kverulantisk

Personlighetsstörning paranoid

Huom.

Tälle persoonallisuushäiriölle on luonteenomaista epäluuloisuus, ylenmääräinen herkkyyks takaisuille, kyvyttömyys antaa loukkauksia anteeksi sekä taipumus kokemusten vääristymiseen tulkitsemalla toisten neutraalit tai ystävälliset teot vihamielisiksi tai halveksiviksi. Piirteisiin kuuluvat myös toistuvat perusteettomat epäilykset puolison tai sukupuolikumppanin seksuaalisesta uskollisuudesta sekä taistelunhaluinen ja itsepintainen tietoisuus omista oikeuksista. Myös liiallinen itsekokeskeisyys ja omahyväisyys ovat usein esiintyviä ominaisuuksia.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää persoonallisuushäiriön (F60) yleiset kriteerit.

B. Vähintään neljä seuraavista:

(1) ylenmääräinen herkkyyks takaisuille ja torjuvalle käytökselle

(2) taipumus kantaa kaunaa pitkään, esimerkiksi kieltäytymällä antamasta anteeksi loukkauksia

(3) epäluuloisuus ja taipumus kokemusten vääristymiseen tulkitsemalla muiden neutraalit tai ystävälliset teot vihamielisiksi tai ylimielisiksi

(4) omien oikeuksien puolustaminen taistelunhaluisesti ja sitkeästi ottamatta huomioon kulloistakin todellista tilannetta

Persoonallisuushäiriöt ja persoonallisuuden muutokset

Personlighetsstörningar och -förändringar

- (5) puolison tai seksuaalikumppanin uskollisuuden toistuva, perusteeton epäileminen
- (6) itsekeskeinen, omahyväinen elämänsenne
- (7) kuvitelmat jatkuvasta vehkeilystä sekä itseä kohtaan että maailmassa yleensä

Anm.

En personlighetsstörning som karakteriseras av misstänksamhet, extrem känslighet för misslyckanden och avvisningar, oförmåga att förlåta förolämpningar samt en tendens att misstolka neutrala eller vänliga handlingar som fiendliga eller nedvärderande. Symtomen åtföljs även av återkommande grundlösa misstankar om maken eller partners otrogenhet och ivrigt försvar av egna rättigheter. Även en överdriven egocentricitet och självgodhet är ofta förekommande ägenskaper.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F60) för personlighetsstörning.

B. Minst fyra av följande:

- (1) extrem känslighet för misslyckanden och avvisningar
- (2) tendens till långsinthet t.ex. oförmåga att förlåta förolämpningar
- (3) misstänksamhet och tendens att misstolka neutrala eller vänliga handlingar som fiendliga eller nedlåtande
- (4) ivrigt försvar av egna rättigheter och enveten ovilja att beakta respektive reella situationer
- (5) återkommande grundlösa misstankar om att maken eller partnern är otrogen
- (6) En egocentrisk och självgod livinställning
- (7) föreställningar om oavbrutna intriger mot sig själv och i världen generellt.

F60.1 Eristäytyvä (skitsoidi) persoonallisuus

Schizoid personlighetsstörning

Huom.

Persoonallisuushäiriölle on ominaista vetäytyminen pois tunnepitoisista, sosiaalisista ja muista suhteista mielikuvitukseen, yksinäisiin harrastuksiin ja itsetutkiskeluun. Kyky ilmaista tunteita ja kokea mielihyvää on rajoittunut.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää persoonallisuushäiriön (F60) yleiset kriteerit.

B. Vähintään neljä seuraavista:

- (1) vain harvat asiat tai toiminnot tuottavat mielihyvää
- (2) tunne-elämän kylmyys, etäisyys tai tunteiden latistuminen
- (3) puutteellinen kyky ilmaista joko helliä, lämpimiä tunteita tai vihaisuutta muita kohtaan
- (4) välinpitämättömyys sekä kiitoksen että arvostelun suhteen
- (5) vain vähäinen kiinnostus sukupuoliseen kanssakäymiseen muiden kanssa (ottaen huomioon iän)
- (6) jatkuva yksinäisten toimintojen asettaminen etusijalle
- (7) mielikuvitusmaailma ja itsetutkistelu hallitsevat ajattelua
- (8) korkeintaan yksi tai ei yhtään läheistä ystävää tai luottamuksellista ihmissuhdetta tai ei haluakaan läheiseen ihmissuhteeseen
- (9) tahaton kyvyttömyys ottaa mitenkään huomioon vallitsevia sosiaalisia normeja tai tapoja

Anm.

Typiskt för denna personlighetsstörning är att dra sig undan känslomässiga, sociala och andra relationer och ägna sig åt fantasi, ensamma aktiviteter och introspektion. Nedsatt förmåga att uttrycka känslor och uppleva välbehag.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F60) för personlighetsstörning.

B. Minst fyra av följande:

- (1) endast ett fåtal saker eller handlingar medför välbehag
- (2) känslökyla, avstånd och flacka affekter
- (3) bristande förmåga att uttrycka antingen ömma, varma känslor eller ilska mot andra människor

(4) ligkiltighet för såväl beröm som kritik

(5) endast ringa intresse för sexuell umgänge med andra (med beaktande av ålder)

(6) kontinuerligt prioriterande av ensamma aktiviteter

(7) tänkandet domineras av en fantasivärld och introspektion

(8) på sin höjd en enda eller ingen nära vän eller förtrolig människorelation eller inte ens lust till någon nära människorelation

(9) oavsiktlig oförmåga att på något sätt ta hänsyn till gällande sociala normer eller konventioner.

F60.2 Epäsosiaalinen persoonallisuus

Antisocial personlighetsstörning

Mukaan lukien

Asosiaalinen persoonallisuus

Antisosiaalinen persoonallisuus

Sosiopaattinen persoonallisuus

Moraaliton persoonallisuus

Amoraalinen persoonallisuus

Dissosiaalinen persoonallisuus

Psykopaattinen persoonallisuus

Inkluderar

Personlighetsstörning amoralisk

Personlighetsstörning sociopatisk

Personlighetsstörning asocial

Personlighetsstörning dissocial

Personlighetsstörning psykopatisk

Huom.

Persoonallisuushäiriölle on ominaista piittaamattomuus sosiaalisista velvollisuuksista ja paatunut välinpitämättömyys toisten tunteita kohtaan. Käyttäytymisen ja vallitsevien sosiaalisten normien välillä on karkea epäsuhta. Epämiellyttävät kokemukset kuten rangaistukset eivät helposti muuta tällaista käyttäytymistä. Turhaumien sietokyky on alhainen samoin kuin aggressiivisen ja väkivaltaisen käyttäytymisen kynnyks. Henkilöllä on taipumus moittia muita tai puolustella uskottavan tuntuisin järkeistyksin omaa käytöstään, joka johtaa hänet selkkaukseen yhteiskunnan kanssa.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää persoonallisuushäiriön (F60) yleiset kriteerit.

B.Vähintään kolme seuraavista:

(1) paatunut välinpitämättömyys toisten tunteita kohtaan

(2) jatkuva ja karkea vastuuttomuus ja välinpitämättömyys sosiaalisia normeja, sääntöjä ja velvoitteita kohtaan

(3) vaikeus ylläpitää kestäviä ihmissuhteita, vaikkakaan ei vaikeutta luoda suhteita

(4) turhaumien sietokyky on alhainen samoin kuin aggressiivisen ja väkivaltaisen käyttäytymisen kynnyks

(5) kyvyttömyys tuntea syyllisyyttä tai ottaa opiksi epämiellyttävistä kokemuksista, erityisesti rangaistuksista

(6) taipumus moittia muita tai puolustella kaunistelevin järkeistyksin omaa käytöstä, joka on johtanut selkkaukseen yhteiskunnan kanssa

Huom!

Jatkuva ärtyneisyys ja käytöshäiriö lapsuudessa ja nuoruusiässä täydentävät kliinistä kuvaa, mutta eivät ole välttämättömiä diagnoosille.

Eri kulttuureilla on niille ominaisia käytösmalleja sosiaalisten normien, sääntöjen ja velvoitteiden noudattamisen suhteen. Diagnostisia alaluokkia on ehdotettu kehitettäväksi näiden erojen kuvaamiseksi. Tämä tarkoittaa esimerkiksi vastuuttomuutta ja välinpitämättömyyttä sosiaalisia normeja kohtaan.

Persoonallisuushäiriöt ja persoonallisuuden muutokset

Personlighetsstörningar och -förändringar

Anm.

Karakteristiskt för en personlighetsstörning är en nonchalant inställning till sociala skyldigheter och förhärdad likgiltighet gentemot andra människors känslor. Mellan beteendet och gällande sociala normer råder en stark diskrepans. Obehagliga upplevelser som t.ex. straff ändrar inte lätt på sådant beteende. Låg toleranströskel för frustrationer liksom även för aggressivt och våldsamt beteende. Personen har en benägenhet att klandra andra eller med resone-mang som förefaller trovärdiga rättfärdiga sitt eget beteende som leder till konfrontation med samhället.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F60) för personlighetsstörning.

B. Minst tre av följande:

(1) förhärdad likgiltighet gentemot andra människors känslor

(2) fortsatt grov ansvarslöshet och nonchalant inställning till sociala normer, regler och skyldigheter

(3) svårt att upprätthålla varaktiga människorelationer, även om det inte är svårt att etablera relationer

(4) låg toleranströskel för frustrationer liksom även för aggressivt och våldsamt beteende

(5) oförmåga att känna skuld eller ta lärdom av obehagliga upplevelser, särskilt av straff

(6) en benägenhet att klandra andra eller med förskönande resonemang rättfärdiga sitt eget beteende som har lett till konfrontation med samhället.

Obs!

Oavbruten irritabilitet och beteendestörning under barndomen och ungdomsåren kompletterar den kliniska bilden, men behövs inte nödvändigtvis för diagnosen.

Hos olika kulturer gäller olika karakteristiska beteendemönster för iakttagande av sociala normer, regler och skyldigheter. Förslag har väckts om att utveckla diagnostiska undergrupper för att beskriva dessa skillnader. Detta avser till exempel ansvarslöshet och likgiltighet gentemot sociala normer.

F60.3 Tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus

Emotionellt instabil personlighetsstörning

Mukaan lukien

Hyökkäävä (aggressiivinen) persoonallisuus

Rajatilapersonallisuus

Räjähdyksaltis persoonallisuus

Eksplosiivinen persoonallisuus

Emotionaalisesti epävakaa persoonallisuus

Inkluderar

Aggressiv personlighetsstörning

Borderline personlighetsstörning

Personlighetsstörning explosiv

Huom.

Persoonallisuushäiriöille on ominaista taipumus toimia hetken mielijohteesta ja harkitsematta seurauksia. Mieliala on ennustamaton ja oikukas. Kyky suunnitella asioita etukäteen voi olla varsin vähäinen. Henkilö on altis tunteenpurkauksille ja usein kyvytön hallitsemaan purkauksellisesta käytöstään. Hän on taipuvainen riitaisuuteen ja yhteentörmäyksiin toisten kanssa, varsinkin jos hänen hetken mielijohteita noudattavaa käytöstään estetään tai hillitään. Häiriö jaetaan impulsiiviseen tyyppiin ja rajatilatyyppiin.

Anm.

Typiskt för personlighetsstörningen är benägenhet att handla enligt stundens ingivelse utan att tänka på konsekvenserna. Humöret är oberäkneligt och föränderligt. Förmågan att planera saker på förhand kan vara ytterst svag. Personen har lätt till affektutbrott och en oförmåga att kontrollera sina våldsamma utbrott. Det finns en tendens till grälsjukt och konfliktsökande beteende, speciellt då impulsiva handlingar hindras eller bromsas. Störningen indelas i den impulsiva typen och borderlinetypen.

F60.30 Impulsiivinen häiriötyyppi

Impulsiv personlighetsstörning

Huom.

Impulsiivista häiriötyyppejä luonnehtivat etenkin tunne-elämän epävakaus ja yllykkeitten hallinnan puute. Väkivaltaiset purkaukset ja uhkaava käytös ovat tavallisia, etenkin reaktiona muiden kritiikkiin.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää persoonaallisuushäiriön (F60) yleiset kriteerit.

B. Kohta (2) ja sen lisäksi vähintään kaksi seuraavista:

- (1) taipumus toimia hetken mielijohteesta ja seurauksia harkitsematta
- (2) taipumus käyttäytyä riitaisesti ja joutua ristiriitatilanteisiin muiden ihmisten kanssa etenkin, jos impulsiivista käytöstä pyritään estämään tai sitä arvostellaan
- (3) alttius vihan ja väkivallan purkauksille ja kyvyttömyys hallita niitä
- (4) kyvyttömyys ylläpitää mitään toimintaa, joka ei tuota välitöntä palkkiota
- (5) epävakaa ja oikukas mieliala

Anm.

Den impulsiva störningstypen kännetecknas framför allt av ett labilt känsloliv och brist på kontroll av impulser. Våldsam utbrott och hotfullt beteende förekommer ofta, i synnerhet som reaktion på kritik från andra personer.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna för personlighetsstörning (F60).

B. Punkt (2) och dessutom minst två av följande symtom:

- (1) tendens till handling enligt stundens ingivelse utan att överväga konsekvenserna
- (2) Det finns en tendens till grälsjukt och konfliktsökande beteende med andra människor, speciellt då impulsiva handlingar kritiserar eller hindras
- (3) benägenhet för utbrott av ilska och våldsamhet och en oförmåga att behärska sig
- (4) oförmåga att upprätthålla någon verksamhet som inte medför omedelbar belöning
- (5) labil och nyckfull sinnesstämning.

F60.31

Rajatilatyyppi

Gränstillstånd personlighet

Huom.

Rajatilatyyppillä esiintyvät useat tunne-elämän epävakaisuuden piirteet. Sille ovat ominaisia häiriöt minäkuvassa, päämäärien asettamisessa ja sisäisissä pyrkimyksissä (seksuaaliset pyrkimykset mukaan luettuina) sekä jatkuva tyhjyyden tunne. Kiihkeitä ja epävakaita ihmissuhteet saattavat aiheuttaa toistuvasti tunne-elämän kriisejä. Ne voivat olla yhteydessä liialliseen pyrkimykseen välttää hyljätynsi tulemista. Nämä kriisit voivat johtaa toistuvasti itsemurhauhkauksiin tai -yrityksiin tai muuhun itsetuhoisuuteen (vaikkakin tätä saattaa tapahtua myös ilman selviä ulkoisia aiheuttajia).

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää persoonaallisuushäiriön (F60) yleiset kriteerit.

B. Diagnoosin F60.30 osiosta B. esiintyy vähintään kolme ja lisäksi ainakin kaksi seuraavista:

- (1) minäkuvan, sisäisten pyrkimysten ja seksuaalisen suuntautuneisuuden epävarmuus ja häiriintyneisyys
- (2) taipumus intensiivisiin ja epävakaisiin ihmissuhteisiin ja niiden myötä tunne-elämän kriiseihin
- (3) liiallinen hyljätynsi tulemisen välttäminen
- (4) toistuvaa itsensä vahingoittamista tai sillä uhkailua
- (5) jatkuva tyhjyyden tunne

Anm.

Borderlinetypen karakteriseras av ett flertal labila drag i sitt känsloliv. Betecknande är störningar i självuppfattningen, målmedvetenhet samt interna ambitioner (inklusive sexuella ambitioner) och en kronisk känsla av inre tomhet. Passionerade och instabila människorelationer kan orsaka upprepade kriser i känslolivet. De kan ha samband med en överdriven strävan att undvika att bli övergiven. Dessa kriser kan leda till upprepade hot om självmord och självmordsförsök eller annat självdestruktivt beteende (trots att detta kan förekomma även utan tydliga yttre orsaker).

Diagnostiset kriteerit:

- A. Uppfyller de allmänna kriterierna för personlighetsstörning (F60).
B. Av punkt B. i diagnos F60.30 minst tre och dessutom åtminstone två av följande symtom:
(1) osäkerhet och störningar i fråga om självuppfattning, inre ambitioner och sexuell läggning
(2) tendens till passionerade och instabila människorelationer och i och med dessa till kriser i känsloliv
(3) överdriven strävan att undvika att bli övergiven
(4) upprepade självdestruktiva handlingar eller hot om sådana
(5) kronisk känsla av inre tomhet.

F60.4 Huomionhakuinen persoonallisuus

Histrionisk personlighetsstörning

Mukaan lukien

Hysterinen persoonallisuus
Psykoinfantilinen persoonallisuus

Inkluderar

Hysterisk personlighetsstörning
Psykoinfantil personlighetsstörning

Huom.

Persoonallisuushäiriölle ovat ominaisia pinnallinen ja epävakaa tunne-elämä, suuri eleinen ja teennäinen esiintyminen, liioitteleva tunteiden ilmaiseminen, alttius vaikutteille, itsekeskeisyys, omien halujen tyydyttäminen ja toisten ihmisten laiminlyönti, loukkaantumisherkkyys sekä jatkuva huomion, arvonannon ja jännityksen etsintä.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Täyttää persoonallisuushäiriön (F60) yleiset kriteerit.
B. Neljä seuraavista:
(1) suuri eleinen, teatraalinen esiintyminen tai liioitteleva tunteiden ilmaiseminen
(2) alttius vaikutteille (yksilö on herkästi muiden johdateltavissa tai antaa olosuhteiden vaikuttaa päätöksiinsä)
(3) pinnallinen ja epävakaa tunne-elämä
(4) jatkuva sellaisen toiminnan ja jännityksen etsintä, missä henkilö on huomion keskipisteenä
(5) epäasianmukainen viettelevyys joko ulkonäön tai käytöksen tasolla
(6) liiallinen huoli omasta ulkoisesta viehätysvoimasta

Huom!

Itsekeskeisyys, nautinnonhaluisuus, jatkuva arvostuksen odottaminen, toisten ihmisten tarpeiden laiminlyöminen, herkkä loukkaantuminen sekä jatkuva manipulatiivinen käytös täydentävät kliinistä kuvaa, mutta eivät ole diagnoosin asettamisen kannalta välttämättömiä.

Anm.

En personlighetsstörning som karakteriseras av överdrivna och labila affekter, en tendens att dramatisera, teatraliskt uppträdande och överdrivna känslouttryck. Individerna är lättpåverkade, egocentriska, njutningslystna, uppvisar bristande omtanke om andra, är lättsårade, och söker ständigt beröm, spänning och uppmärksamhet.

Diagnostiska kriteerit:

- A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F60) för personlighetsstörning.
B. Minst fyra av följande:
(1) en tendens att dramatisera, teatraliskt uppträdande och överdrivna känslouttryck
(2) lättpåverkad (individ är lättledd eller låter sina beslut påverkas av omständigheterna)
(3) ytliga och labila affekter
(4) oavbrutet sökande efter sådana aktiviteter och spänning där personen är medelpunkten för uppmärksamheten
(5) inadekvat förföriskhet antingen genom sitt utseende eller sitt beteende
(6) överdriven omsorg om sin egen yttre attraktivitet

Obs!

Egocentricitet, njutningslystnad, ständiga förväntningar på uppskattning, personen försummar andra människors behov, är lätt sårad och betar sig manipulativt. Detta kompletterar den kliniska bilden men är inte nödvändigt för klassificering av diagnos.

F60.5 Vaativa persoonallisuus

Anankastisk personlighetsstörning

Mukaan lukien

Kompulsiivinen persoonallisuus
Obsessiivinen persoonallisuus
Obsessiivis-kompulsiivinen persoonallisuus

Inkluderar

*Kompulsiv personlighet
Obsessiv personlighet
Obsessiv-kompulsiv personlighet*

Huom.

Persoonallisuushäiriölle ovat ominaisia epäily, täydellisyysden tavoittelu, liiallinen tunnollisuus, pikkutarkkuus, huolellisuus, itsepäisyys, varovaisuus ja joustamattomuus. Henkilöllä saattaa olla itsepintaisia epämieluisia ajatuksia tai yllykkeitä, jotka ovat lievempiä kuin pakko- oireisessa häiriössä.

Huomautus: tähän häiriöön viitataan usein nimellä obsessiivis-kompulsiivinen persoonallisuushäiriö.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää persoonallisuushäiriön (F60) yleiset kriteerit.

B. Vähintään neljä seuraavista:

- (1) jatkuva huoli ja epäily
- (2) ajattelua hallitsevat asioiden yksityiskohdat, säännöt, listat, järjestys, organisaatio tai aikataulu
- (3) täydellisyysden tavoittelu, joka haittaa tehtävien loppuunviemistä
- (4) ylenmääräinen tunnontarkkuus
- (5) mielihyvä ja ihmissuhteiden laiminlyöminen työn ja aikaansaamisen kustannuksella
- (6) pikkutarkkuus ja sovinnaisuus
- (7) joustamattomuus ja itsepäisyys
- (8) pyrkimys kohtuuttomassa määrin saada muut toimimaan täsmälleen haluamallaan tavalla tai kohtuuton vastenmielisyys sallia muiden toimia omalla tavallaan

Anm.

Karakteristika för personlighetsstörning är tvivel, perfektionism, överdriven samvetsgrannhet, småaktighet, omsorgsfullhet, försiktighet och osmidighet. Hos personen kan uppträda istadiga obehagliga tankar eller impulser som är lindrigare än vid tvångssyndrom.

Anmärkning: Denna störning kallas oftaobsessivt-kompulsivt syndrom.

Diagnostiset kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna (F60) för personlighetsstörning.

B. Minst fyra av följande:

- (1) fortgående oro och tvivel*
- (2) tänkandet domineras av detaljer, regler, listor, ordning, organisation eller tidtabell*
- (3) perfektionism som försvårar slutförande av uppgifter*
- (4) överdriven samvetsgrannhet*
- (5) välbehag och människorelationer försummas för arbetets och effektivitetens skull*
- (6) pedanteri och konventionell attityd*
- (7) osmidighet och envishet*
- (8) strävan att i orimlig utsträckning få andra att handla precis på det sätt personen önskar eller en orimlig motvilja mot att andra agerar på sitt sätt.*

Persoonallisuushäiriöt ja persoonallisuuden muutokset *Personlighetsstörningar och -förändringar*

F60.6 Estynyt persoonallisuus
Ängslig personlighetsstörning

Mukaan lukien

Ahdistunut ja välttelevä (avoidant) persoonallisuus
Välttelevä (avoidant) persoonallisuus

Inkluderar

Ängslig personlighet
Undvikande personlighet

Huom.

Persoonallisuushäiriölle ovat ominaisia jännityksen, pelon, epävarmuuden ja alemmuuden tunteet. Henkilön läheinen tuttavapiiri on suppea. Hän kaipaa lakkaamatta hyväksyntää ja kiintymystä ja on yliherkkä hylkäämiselle ja arvostelulle. Hän pyrkii välttämään tiettyjä toimintoja liioittelemalla jokapäiväisiin tilanteisiin liittyviä mahdollisia vaaroja tai uhkia.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Täyttää persoonallisuushäiriön (F60) yleiset kriteerit.
B. Vähintään neljä seuraavista:
- (1) jatkuva kaikkialle tunkeva jännitys ja pelko
 - (2) usko sosiaalisesta epäkelpoisuudesta, epäviehättävyydestä tai vähäarvoisuudesta muihin verrattuna
 - (3) ajattelua hallitseva pelko arvostelun kohteeksi joutumisesta tai torjutuksi tulemisesta sosiaalisissa tilanteissa
 - (4) haluttomuus olla muiden ihmisten kanssa tekemisissä ellei voi olla varma heidän myönteisestä suhtautumisestaan
 - (5) fyysisen turvallisuuden tarpeesta aiheutuva elämäntavan rajoittuminen
 - (6) kritiikin, paheksumisen tai torjutuksi tulemisen pelosta henkilö välttää sellaisia sosiaalisia tai ammatillisia toimintoja, joihin liittyy paljon ihmissuhteita

Anm.

Personlighetsstörningen karakteriseras av känslor av spänning, rädsla, osäkerhet och mindervärde. Personens närmaste bekantskapskrets är liten. Personen har ett oavbrutet behov av godkännande och tillgivenhet och är överkänslig för avvisning och kritik. Personen försöker undvika vissa aktiviteter genom att överdriva eventuella faror eller hot i samband med dagliga situationer.

Diagnostiska kriterier:

- A. Uppfyller de allmänna kriterierna för personlighetsstörning (F60).
B. Minst fyra av följande:
- (1) ständig spänning och oro i alla sammanhang
 - (2) föreställningar om brister i social förmåga och attraktivitet eller om mindervärde i jämförelse med andra
 - (3) tankar som domineras av rädsla för att bli föremål för kritik eller avvisad i sociala situationer
 - (4) ovilja att ha att göra med andra människor om visshet inte kan fås om dessas positiva inställning
 - (5) ett levnadssätt som begränsas av behov av fysisk trygghet
 - (6) av rädsla för kritik, ogillande, eller att bli övergiven undviker personen sådana sociala och yrkesmässiga aktiviteter som är förknippade med många människorelationer.

F60.7 Riippuvainen persoonallisuus
Osjälvständig personlighetsstörning

Mukaan lukien

Passiivinen persoonallisuus
Asteeninen persoonallisuus

Inkluderar

Passiv personlighet
Astenisk personlighet

Huom.

Persoonallisuushäiriölle ovat luonteenomaisia laaja-alainen alistuva tukeutuminen toisiin ihmisiin omaa elämää koskevien suurten ja pienten päätösten teossa, voimakas hylätyksi tulemisen pelko, avuttomuuden ja kyvyttömyyden tunne, alistuva mukautuminen vanhempien ja muiden ihmisten toiveisiin sekä heikko kyky vastata arkielämän vaateisiin. Tarmon puute voi näkyä älyllisen toiminnan tai tunne-elämän alueella, ja henkilö siirtää usein mielellään vastuuta muille. Henkilö pitää itseään helposti avuttomana, epäpätevänä ja kestäkyvyttään heikkona.

Diagnostiset kriteerit:

A. Täyttää persoonallisuushäiriön (F60) yleiset kriteerit.

B. Vähintään neljä seuraavista:

- (1) omaa elämää koskevien tärkeiden ratkaisujen antaminen muiden tehväksi tai näiden rohkaiseminen siihen
- (2) omien tarpeiden alistaminen niiden ihmisten tarpeisiin, joista henkilö on riippuvainen ja kohtuuton myöntäminen heidän toiveisiinsa
- (3) haluttomuus esittää edes kohtuullisia toiveita niiden ihmisten toiminnalle, joista henkilö on riippuvainen
- (4) kohtuuton pelko kykenemättömyydestä huolehtia itsestään ja siten epämurkka tai avuton tunne yksin ollessa
- (5) kattava pelko, että joutuu jäämään yksin.
- (6) vaikeus tehdä jokapäiväisiä päätöksiä ilman kohtuutonta määrää neuvoja ja vakuutteluja

Anm.

En personlighetsstörning som karakteriseras av ett uttalande som passivt överlåtande åt andra människor ansvaret för att fatta både små och stora beslut, stor oro för att bli övergiven, känslor av hjälplöshet och inkompetens, passiv eftergivlighet för föräldrars och andras önsningar och förväntningar samt svårigheter att motsvara vardagens krav. Bristen på energi kan visa sig både intellektuellt och emotionellt och det finns ofta en tendens att överlåta ansvar åt andra människor. Personen anser sig ofta vara hjälplös, inkompetent och sakna uthållighet.

Diagnostiska kriterier:

A. Uppfyller de allmänna kriterierna för personlighetsstörning (F60).

B. Minst fyra av följande:

- (1) att åt andra människor överlåta ansvaret för att fatta viktiga beslut i sitt liv eller uppmuntra dem till detta
- (2) att underordna sina egna behov de människors behov av vilka personen är beroende och att i orimlig utsträckning bifalla deras önskemål
- (3) ovilja att framföra ens skäliga önskemål om de människors handlande av vilka personen är beroende
- (4) en oskälig rädsla för att inte kunna ta vara på sig själv och därigenom en känsla av obehag eller hjälplöshet då personen är ensam
- (5) en genomgripande fruktan för att bli lämnad ensam.
- (6) svårt att fatta dagliga beslut utan ett överdrivet antal råd och bedyranden.

F60.8

Muu persoonallisuushäiriö

Annan specificerad personlighetsstörning

Mukaan lukien

Narsistinen persoonallisuus

Epäkypsä persoonallisuus

Passiivis-aggressiivinen persoonallisuus

Psykoneuroottinen persoonallisuus

Inkluderar

Excentrisk personlighet

Narcissistisk personlighet

Omogen personlighet

Passiv-aggressiv personlighet

Psykoneurotisk personlighet

Persoonallisuushäiriöt ja persoonallisuuden muutokset

Personlighetsstörningar och -förändringar

Huom.

Tätä koodia käytetään, jos häiriö täyttää kohdassa F60 määritetyt persoonallisuushäiriön yleiset kriteerit, mutta mikään yllä olevista luokista ei sovi. Tätä koodia käytettäessä on erityisen tärkeää kuvata häiriö myös sanallisesti.

Anm.

Denna kod används, om störningen uppfyller de allmänna kriterierna för personlighetsstörning F60, men ingen av de ovan nämnda klasserna lämpar sig. Då denna kod används är det särskilt viktigt att även verbalt beskriva störningen.

F60.9 Määrittämätön persoonallisuushäiriö

Personlighetsstörning, ospecificerad

Mukaan lukien

Luonneneuroosi

Sairaalloinen persoonallisuus

Inkluderar

Karaktärsneuros

Patologisk personlighet

F61 SEKAMUOTOISET JA MUUT PERSOONALLISUUSHÄIRIÖT

Personlighetsstörningar av blandtyp och andra personlighetsstörningar

Huom.

Tähän ryhmään kuuluvat persoonallisuushäiriöt ovat usein kiusallisia, mutta niiden oireisto ei sisällä sellaisia erityispiirteitä kuin on luonteenomaista F60:ssä kuvattujen häiriöiden kohdalla. Sen vuoksi niitä on usein vaikeampi luokitella kuin F60:een sisältyviä häiriöitä.

Anm.

Denna kategori innefattar personlighetsstörningar som ofta är besvärande men inte uppvisar de speciella drag eller symtom som karakteriserar tillstånden beskrivna under F 60. Detta resulterar i att de ofta är svårare att diagnostisera än tillstånden under F60.

F61.0 Sekamuotoiset persoonallisuushäiriöt

Personlighetsstörningar av blandtyp

Huom.

Häiriö, jossa on monia F60-ryhmän piirteitä, mutta ei hallitsevaa oirekokonaisuutta, jonka perusteella diagnoosi voitaisiin määrittää tarkemmin.

Anm.

En störning med många drag från grupp F60, men utan dominerande symtomkomplex utifrån vilket diagnosen kunde fastställas med större noggrannhet.

F61.1 Häiritsevä persoonallisuusmuutos

Störande personlighetsförändring

Huom.

Hankalat persoonallisuuden muutokset, joita ei voida luokitella F60:een tai F62:een ja joita pidetään toissijaisina verrattuna päädiagnoosina käytettävään samanaikaiseen mieliala- tai ahdistuneisuushäiriöön

Anm.

Svåra personlighetsförändringar som inte kan klassificeras enligt F60 eller F62 och som betraktas som sekundära i jämförelse med det förstämningssyndrom eller ångestsyndrom som används som huvuddiagnos.

F62 PITKÄAIKAISET PERSOONALLISUUDEN MUUTOKSET, JOTKA EIVÄT AIHEUDU AIVOVAURIOSTA TAI AIVOSAIRAUDESTA

Kroniska personlighetsförändringar ej orsakade av hjärnskada eller hjärnsjukdom

Mukaan lukien

Pitkäaikaiset persoonallisuuden muutokset, jotka eivät aiheudu aivovauriosta tai aivosairaudesta

Inkluderar

Kroniska personlighetsförändringar ej orsakade av hjärnskada eller hjärnsjukdom.

Huom.

Tähän ryhmään sisältyy aikuisiän persoonallisuuden ja käyttäytymisen häiriöitä, jotka ovat seurausta altistumisesta tuhoisalle tai ylenmääräiselle pitkäaikaiselle rasitukselle. Ne voivat myös seurata vakavaa psyykkistä sairautta henkilöllä, jolla ei ole aiempaa persoonallisuushäiriötä. Näitä diagnooseja käytetään vain, jos on todennäköistä, että henkilön tapa suhtautua itseensä ja ympäristöönsä samoin kuin itseä ja ympäristöä koskeva ajattelu- ja havainnointitapa ovat selvästi ja pitkäaikaisesti muuttuneet.

Persoonallisuuden muutos on merkittävä. Siihen liittyy joustamattomuutta ja sopeutumattomuutta käyttäytymistä, jota ei ole esiintynyt ennen häiriön aiheuttanutta kokemusta. Muutos ei ole minkään muun mielenterveyshäiriön suora ilmentymä eikä edeltävän häiriön jäännös. Tällainen persoonallisuuden muutos on useimmiten seurausta tuhoisasta traumaattisesta kokemuksesta, mutta se voi kehittyä myös vakavan, toistuvan tai pitkäaikaisen psyykkisen sairauden seurauksena. Saattaa olla vaikeaa erottaa, onko kyseessä hankittu persoonallisuusmuutos vai onko stressi, rasitus tai psykoottinen kokemus tuonut esille tai pahentanut olemassaolevaa persoonallisuuden häiriötä. Pysyvä persoonallisuuden muutos voidaan diagnosoida vain, jos muutos edustaa vakiintunutta ja uudenlaista olemisen tapaa. Lisäksi syy voidaan jäljittää olennaisen tärkeään, olemassaolon perusteita koskevaan kokemukseen. Tätä diagnoosia ei käytetä, jos persoonallisuushäiriö johtuu aivovauriosta tai aivosairaudesta (tällöin käytetään ryhmän F07 diagnooseja).

Anm.

Förändringar av vuxen personlighet och vuxet beteende som har uppstått till följd av katastrofal eller långvarig stress. De kan även vara sviter av en allvarlig psykisk sjukdom hos en person utan tidigare existerande personlighetsstörning. Dessa diagnoser ska användas endast då det finns tecken på säker och bestående förändring i en persons sätt att uppfatta eller förhålla sig till omgivningen och sig själv. Personlighetsförändringen skall vara förenad med inflexibilitet och maladaptivt beteende som inte förekom före den patogenetiska händelsen. Förändringen ska inte vara en direkt manifestation av andra psykiska sjukdomar eller residualsymtom från en genomgången psykisk sjukdom. En sådan personlighetsförändring är ofta betingad av en katastrofal traumatisk upplevelse, men kan även utvecklas till följd av en återkommande eller kronisk psykisk sjukdom. Det kan vara svårt att avgöra, om det är fråga om en förvärvad personlighetsförändring eller om en redan befintlig personlighetsstörning har framkallats eller förvärrats av stress, belastning eller en psykotisk upplevelse. En bestående personlighetsförändring kan diagnostiseras endast om förändringen innebär en stabiliserad och ny slags tillvaro. Dessutom kan orsaken spåras till en fundamental upplevelse av väsentlig betydelse. Diagnosen används inte, om personlighetsförändringen är betingad av hjärnskada eller hjärnsjukdom (då används diagnoser från grupp F07)

F62.0

Tuhoisaa kokemusta seuraava persoonallisuuden muutos

Varakäyttöön personlighetsförändring till följd av katastrofupplevelse

Huom.

Tässä tarkoitetaan pitkäaikaista, ainakin kaksi vuotta kestävää persoonallisuuden muutosta, joka seuraa altistumista tuhoisalle rasitukselle. Rasituksen täytyy olla niin äärimmäistä, että sen syvästi vaikutusta persoonallisuuteen ei ole tarpeen selittää yksilöllisellä haavoittuvuudella. Tähän ryhmään kuuluvat esimerkiksi keskitysleirikokemukset, kidutus, suuronnettomuudet tai pitkäaikainen altistuminen hengenvaaralle (esimerkiksi panttivankitilanteet, pitkäaikainen vankeus, johon liittyy välitön tapetuksi tulemisen uhka). Traumaperäinen stressireaktio (F43.1) voi edeltää tämän tyyppistä persoonallisuuden muutosta. Tämä persoonallisuuden muutos voidaankin nähdä stressireaktion kroonisenä, palautumattomana jälkitilana. Joissakin olosuhteissa pysyvä persoonallisuuden muutos voi kuitenkin kehittyä ilman edeltävää traumaperäistä stressireaktiota. Tähän luokkaan ei kuitenkaan tulisi sisällyttää sellaista pitkäaikaista persoonallisuuden muutosta, joka on lyhytaikaisen henkeä uhkaavan tilanteen, esimerkiksi auto-onnettomuuden seurausta. Viimeaikainen tutkimus nimittäin viittaa siihen, että sellainen kehitys riippuu olemassa olevasta psyykkisestä haavoittuvuudesta.

Taudinkuva:

Persoonallisuuden muutoksen tulee olla pysyvä ja ilmetä joustamattomuutena ja sopeutumattomuutena. Ne johtavat tason laskuun ihmissuhteissa, sosiaalisessa elämässä ja työelämässä. Tavallisesti on syytä varnistaa joltakulta läheiseltä, että luonteenmuutos on todella tapahtunut. Jotta diagnoosin voi asettaa, on olennaista todeta luonteenpiirteitä, joita ennen ei ole ollut, esimerkiksi vihamielinen ja epäluuloinen asenne maailmaan, vetäytyminen ihmissuhteista, tyhjyyden tai toivottomuuden tunteet, jatkuva pelokas ahdistuneisuus aivan kuin olisi uhattuna sekä vieraantuminen.

Tämän persoonallisuuden muutoksen on täytynyt kestää ainakin kaksi vuotta. Se ei saa johtua olemassa olevasta persoonallisuuden häiriöstä tai muusta mielenterveyshäiriöstä kuin traumaperäisestä stressireaktiosta (F43.1). Aivovaurion tai aivovaurion mahdollisuus pitää sulkea pois.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Henkilöhistorian tai läheisten kertoman mukaan on tapahtunut ratkaiseva ja pysyvä muutos henkilön suhtautumisessa ympäristöönsä ja itseensä tuhoisan kokemuksen jälkeen (esimerkiksi keskitysleirikokemuksen, kidutuksen, onnettomuuden, pitkäaikaisen hengenvaaran jälkeen).
- B. Persoonallisuusmuutoksen tulee olla huomattava ja sen tulee sisältää joustamattomia ja sopeutumattomia piirteitä, joiden merkinä vähintään kaksi seuraavista:
- (1) pysyvä vihamielinen ja epäluuloinen suhtautuminen ympäristöön ihmisellä, jolle tämä suhtautumistapa on uutta
 - (2) sosiaalinen vetäytyminen (perheen ulkopuolisten ihmisten seuran välttäminen), joka ei johdu muusta samanaikaisesta mielenterveyshäiriöstä (esimerkiksi mielialahäiriöstä)
 - (3) pysyvä tyhjyyden ja toivottomuuden tunne, joka ei rajoitu mielialahäiriöjaksoon ja jota ei ollut ennen tuhoisaa kokemusta, tähän voi liittyä lisääntynyt riippuvuus muista ihmisistä, kyvyttömyys ilmaista negatiivisia tai aggressiivisia tunteita ja pitkäkestoinen masentunut mieliala
 - (4) jatkuva tunne ahtaalla tai uhan alaisena olemisesta ilman ulkoista syytä ja sen merkinä valppauden ja ärtyvyyden lisääntyminen tai yliverityneisyys ihmisellä, jolle nämä piirteet eivät ole ominaisia, tämä jatkuva sisäisen jännityksen ja uhanalaisuuden tunne voi johtaa päihteiden käyttöön
 - (5) pysyvä tunne siitä, että on muuttunut tai erilainen kuin muut (vieraantuminen), tähän tunteeseen voi liittyä tunne-elämän turtuneisuuden kokemus
- C. Muutos vaikuttaa selvästi jokapäiväiseen elämään, aiheuttaa henkilökohtaista kärsimystä ja sosiaalisia vastoinkäymisiä.
- D. Persoonallisuusmuutos on kehittynyt tuhoisan kokemuksen jälkeen. Henkilöhistoriassa ei ole viitteitä kokemusta edeltävästä persoonallisuushäiriöstä tai luonteenpiirteiden korostumisesta tai lapsuuden tai nuoruusiän kehityshäiriöistä, jotka voisivat selittää nykyisiä persoonallisuuden piirteitä.
- E. Persoonallisuusmuutos on kestänyt vähintään kaksi vuotta. Se ei liity mihinkään muuhun mielenterveyshäiriöön (paitsi traumaperäiseen stressireaktioon) eikä sitä selitä aivovaurio tai -sairaus.
- F. Tätä persoonallisuusmuutosta edeltää usein traumaperäinen stressireaktio (F43.1). Näiden kahden häiriön oireet voivat olla päällekkäisiä ja posttraumaattinen stressireaktio voi kroonistua persoonallisuusmuutokseksi. Kuitenkaan pysyvän persoonallisuusmuutoksen diagnoosia ei pitäisi asettaa ennen kuin posttraumaattinen stressireaktio on kestänyt vähintään kaksi vuotta ja persoonallisuusmuutoksen merkkejä on ollut vähintään toiset kaksi vuotta.

Anm.

Bestående personlighetsförändringar, med minst två års varaktighet, som kan förklaras av en traumatisk belastning. Belastningen ska ha varit så uttalad att personlig vulnerabilitet inte kan komma i fråga som förklaring till personlighetsförändringen. Denna grupp innefattar till exempel koncentrationslägerupplevelser, tortyr, katastrofer eller exponering för långvarig livsfara (till exempel gisslandrama, långvarig fångenskap. Posttraumatiskt stressyndrom (F43.1) kan föregå denna typ av personlighetsförändring. Denna personlighetsförändring kan ses som ett kroniskt irreversibelt posttraumatiskt följdtilstånd av en stressreaktion. Under vissa förhållande kan en bestående personlighetsförändring utvecklas utan föregående posttraumatiskt stressyndrom. Till denna grupp bör likväl inte hänföras en sådan långvarig personlighetsförändring som är en följd av en kortvarig livshotande situation, till exempel en bilolycka. Senare tiders forskning tyder på att en sådan utveckling beror på personens egen psykiska vulnerabilitet.

Sjukdomsbild:

Personlighetsförändringen bör vara bestående och framträda som osmidighet och bristande anpassningsbarhet. Dessa egenskaper leder till en nedsatt nivå i människorelationer, sociala sammanhang och arbetslivet. Vanligtvis är det skäl att med någon närstående person kontrollera att en karaktärsförändring faktiskt har ägt rum. För att diagnosen ska kunna ställas, är det väsentligt att konstatera karaktärsdrag som inte tidigare har förekommit, till exempel en fientlig och misstänksam inställning till världen, tendenser att dra sig ur människorelationer, känslor av tomhet och hopplöshet, oavbruten rädsla och ångest som under ett hot samt alienation.

Personlighetsförändringen måste ha varat i åtminstone två år. Den får inte vara betingad av en aktuell personlighetsstörning eller annan psykisk sjukdom än posttraumatiskt stressyndrom (F43.1). En eventuell hjärnsjukdom eller hjärnskada bör uteslutas.

Diagnostiska kriterier:

- A. Enligt personhistoria eller uppgifter från närstående har det inträffat en avgörande och bestående förändring i personens inställning till sin omgivning och sig själv efter en katastrofal upplevelse (till exempel koncentrationsläger, tortyr, olycka, långvarig livsfara).
- B. Personlighetsförändringen bör vara stor och den bör innefatta drag av bristande flexibilitet och anpassningssvårigheter som kännetecknas av minst två av följande symtom:/(1) bestående fientlig och misstänksam inställning till omgivningen hos en människa för vilken detta förhållningssätt är nytt

(2) social tillbakadragenhet (undvikande av umgänge med personer utom familjen), vilket inte betingas av samtidig psykisk sjukdom (till exempel förstämningssyndrom)

(3) en bestående känsla av tomhet och hopplöshet som inte var närvarande före den katastrofala upplevelsen och till vilken kan hänföra sig ett ökat beroende av andra människor, oförmåga att uttrycka negativa eller aggressiva känslor och en långvarig deprimerad sinnesstämning

(4) en ständig känsla av att vara pressad eller hotad utan yttre orsak och, som ett tecken på detta, tilltagande vaksamhet och retlighet eller överspändhet hos en människa för vilken dessa drag inte är karakteristiska och denna ständiga inre spänning och hotande känsla kan leda till bruk av droger

(5) en bestående känsla av att ha förändrats eller vara annorlunda än andra (alienation), vilken kan åtföljas av en avtrubning av känslolivet

C. Förändringen påverkar tydligt det dagliga livet, orsakar personligt lidande och sociala motgångar.

D. Personlighetsförändringen har utvecklats efter en katastrofal upplevelse. Personhistorien innehåller inga hänvisningar till en personlighetsstörning före upplevelsen eller till uttalade karaktärsdrag eller utvecklingsstörning under barndomen eller ungdomsåren som skulle kunna förklara de aktuella dragen hos personligheten.

E. Personlighetsförändringen har varat i minst två års tid. Den har inget samband med någon annan psykisk sjukdom (utom posttraumatiskt stressyndrom) och förklaras inte av hjärnskada eller hjärnsjukdom.

F. Personlighetsförändringen föregås ofta av posttraumatiskt stressyndrom (F43.1). Symtomen på dessa två störningar kan sammanfalla med varandra och det posttraumatiska stressyndromet kan övergå i kronisk personlighetsförändring. Likväl bör diagnosen personlighetsförändring inte ställas innan det posttraumatiska stressyndromet har varat minst två år och tecken på personlighetsförändring har förekommit i ytterligare minst två år.

F62.1 Vakavaa mielenterveyden häiriötä seuraava pitkäaikainen persoonallisuuden muutos

Varaktig personlighetsförändring till följd av psykisk sjukdom

Huom.

Vähintään kaksi vuotta kestävä persoonallisuuden muutos, joka johtuu vaikean psykisen sairauden aiheuttamasta vaurioittavasta kokemuksesta. Muutos ei selity aiemmasta persoonallisuushäiriöstä. Se tulisi erottaa jäännöskitsofreniasta ja muista vaillinaisesti parantuneista mielenterveyden häiriöistä.

Persoonallisuuden muutos on pysyvä. Se ilmenee joustamattomina ja sopeutumattomina toiminta- ja kokemismalleina. Muutos johtaa pitkäaikaisiin ongelmiin ihmissuhteissa, sosiaalisessa elämässä ja työssä. Se aiheuttaa henkilökohtaista kärsimystä. Olemassa oleva persoonallisuushäiriö ei selitä persoonallisuuden muutosta eikä se ole aikaisemmin sairastetun mielenterveyshäiriön jälkitilaoireistoa. Persoonallisuuden muutos kehittyy sellaisen mielenterveyshäiriön toipumisvaiheen jälkeen, joka on tuntunut potilaasta äärimmäisen stressaavalta ja horjuttanut hänen käsitystään omasta itsestään. Muiden asenne ja reaktiot potilasta kohtaan sairastumisen jälkeen ovat tärkeitä myötävaikuttavia tekijöitä, jotka määrittävät ja vahvistavat potilaan kokemusta omasta stressistään. Tätä persoonallisuuden muutoksen tyyppiä ei voida täysin ymmärtää, ellei oteta huomioon potilaan omaa, tunneperäistä kokemusta ja persoonallisuuden rakennetta, sen sopeutumiskeinoja ja erityistä haavoittuvuutta.

Yllä mainittujen ongelmien on täytyntä kestävä vähintään kaksi vuotta. Muutos ei johdu isojen aivojen vauriosta tai sairaudesta. Aikaisemmin sairastettu skitsofrenia ei poissulje tätä diagnoosia.

Diagnostiset kriteerit:

A. Esiintyy selvä ja pitkäkestoinen muutos henkilön tavassa havainnoida, suhtautua ja ajatella ympäristöään tai itseään. Tämä on seurausta yhden tai useamman kerran sairastetusta mielenterveyden häiriöstä, josta hän on toipunut täysin, eikä hänelle ole jäänyt mitään jäännösoireita.

B. Persoonallisuusmuutos on huomattava ja se sisältää joustamattomia ja sopeutumattomia piirteitä, joiden merkinä vähintään kaksi seuraavista:

(1) riippuvuus muista ihmisistä. Ihminen passiivisesti odottaa tai vaatii, että muiden pitää ottaa vastuu hänen elämänsä ja hän on haluton tekemään tulevaisuuttaan koskevia päätöksiä.

(2) sosiaalinen vetäytyminen tai eristäytyminen, joka johtuu sairauden aiheuttamasta muuttumisen tai leimatuksi tulemisen tunteesta. Tämä vakuuttuneisuus tai tunne ei ole harhainen, vaan sitä voivat vahvistaa ympäristön asenteet. Objektiviiset sosiaaliset olosuhteet eivät kuitenkaan voi täysin selittää sitä. Yksi tekijä voi olla henkilön tunne siitä, että hän on moraaliselle häpeälle alttiina (itsetunnon loukkaus). Tämän tunteen pitäisi kuitenkin olla minuuteen kuuluva (egosyntoninen), jotta sitä voisi pitää pysyvänä persoonallisuuden piirteenä

(3) passiivisuus, mielenkiinnon väheneminen ja luopuminen aikaisemmin tyydytystä tuottaneista vapaa-ajan harrastuksista (mikä voi vahvistaa sosiaalista eristyneisyyttä)

(4) muuttunut käsitys itsestä, jota seuraa toistuva tai jatkuva sairauden tunne. Tämä voi liittyä hypokondriseen käytök-

seen sekä psykiatristen ja muiden erikoisalojen palvelujen käytön lisääntymiseen

(5) vaativa asenne suhteessa muihin ihmisiin. Henkilö odottaa saavansa erityispalveluja tai pitää erityishuomiota ja -hoitoa itselleen kuuluvana

(6) levottomuus tai vaihteleva mieliala, joka ei johdu samanaikaisesta mielenterveyshäiriöstä tai edeltävästä häiriöstä, johon liittyy jälkitilaoireina mielialahäiriötä

C. Psykkistä sairautta seuraava mielialamuutos voidaan ymmärtää henkilön subjektiivisen kokemuksen pohjalta ottaen huomioon sairautta edeltävät sopeutumiskeinot, haavoittuvuus ja elämäntilanne mukaanlukien läheisten ihmisten asenteet ja reaktiot sairauteen.

D. Persoonallisuuden muutos vaikuttaa merkittävästi jokapäiväisen elämän toimintoihin, aiheuttaa henkilökohtaista kärsimystä tai sosiaalisia ongelmia.

E. Tilaa ei edellä aikuisiän persoonallisuushäiriö eikä luonteenpiirteiden korostuminen ei myöskään lapsuuden tai nuoruuden aikainen kehityshäiriö, jotka voisivat selittää persoonallisuuden muutosta.

F. Persoonallisuuden muutos on kestänyt vähintään kaksi vuotta. Se ei ole minkään muun mielenterveyshäiriön ilmentymä, eikä seurausta aivovammasta tai -sairaudesta.

Anm.

Bestående personlighetsförändringar, med minst två års varaktighet, som kan förklaras av den traumatiska belastningen som genomgången allvarlig psykisk sjukdom innebär. Förändringen kan inte förklaras med tidigare personlighetsstörning och bör skiljas från residuälschizofreni och andra tillstånd med ofullständigt tillfrisknande från en psykisk sjukdom.

Personlighetsförändringen är bestående. Den framträder i form av handlings- och upplevelsemönster som uppvisar bristande flexibilitet och anpassningsförmåga. Förändringen leder till långvariga problem i mänskliga relationer, sociala sammanhang och arbetslivet och vållar personligt lidande. Den aktuella personlighetsstörningen förklarar inte personlighetsförändringen och är inte ett resttillstånd från en tidigare genomgången psykisk sjukdom. Personlighetsförändringen utvecklas efter en sådan fas av remission från en genomgången psykisk sjukdom som patienten upplevt som ytterst stressande och som har rubbat personens uppfattning om sig själv. Andra människors attityd och reaktioner gentemot patienten efter insjuknandet är viktiga bidragande faktorer som definierar och förstärker patientens upplevelse av sin egen stress. Denna typ av personlighetsförändring går inte helt och hållet att förstå utan att beakta patientens egen emotionella upplevelse och personlighetsstruktur, dess anpassningssätt och särskilda vulnerabilitet. Ovan nämnda problem bör ha varat i minst två års tid. Förändringen betingas inte av skada eller sjukdom i storhjärnan. Tidigare genomgången schizofreni utesluter inte denna diagnos.

Diagnostiska kriterier:

A. En uttalad och långvarig förändring i personens sätt att observera, förhålla sig till och tänka på sin omgivning och sig själv. Detta är sviter av en psykisk sjukdom som patienten genomgått en eller flera gånger och fullständigt tillfrisknat ifrån och som inte kvarlämnat några restsymtom.

B. Personlighetsförändringen är stor och innefattar drag av nedsatt flexibilitet och anpassningsförmåga som karakteriseras av minst två av följande symtom:

(1) beroende av andra människor. Människan väntar sig passivt eller kräver att andra ska ta ansvar för hennes liv och är ovillig att fatta beslut som sin framtid.

(2) social tillbakadragenhet eller isolering som beror på en av sjukdomen betingad känsla av att förändras eller bli stämplad. Denna övertygelse eller känsla är inte inbillad utan kan bekräftas av omgivningens attityder. Den kan likväl inte fullt ut förklaras av objektiva sociala förhållanden. En faktor kan vara att personen känner sig exponerad för moralisk skam (sårad självkänsla). Denna känsla måste likväl höra till jaguppfattningen (egosyntonisk) för att kunna betraktas som ett bestående personlighetsdrag

(3) passivitet, minskat intresse och uppgivande av fritidsintressen som tidigare berett tillfredsställelse (vilket kan förstärka den sociala isoleringen)

(4) förändrad självuppfattning som leder till återkommande eller oavbruten sjukdomskänsla. Detta kan åtföljas av hypokondriskt beteende och ökat antal besök hos psykiater och annan specialistvård

(5) krävande attityd i förhållande till andra människor. Personen väntar sig särbehandling eller betraktar speciell uppmärksamhet och vård som berättigad

(6) oro eller variationer i sinnesstämning som inte betingas av psykisk sjukdom eller föregående störning förknippad med förstämningssyndrom i form av resttillstånd

C. En förändrad sinnesstämning till följd av en sjukdom kan förstås utifrån personens subjektiva upplevelse med beaktande av anpassningsförutsättningar, vulnerabilitet och livssituation före sjukdomen inklusive attityder och reaktioner på sjukdomen hos närstående människor.

D. Personlighetsförändringen påverkar märkbart aktiviteterna i det dagliga livet, medför personligt lidande eller sociala problem.

E. Tillståndet föregås varken av personlighetsstörning vid vuxen ålder eller uttalade karaktärsdrag och inte heller av utvecklingsstörning under barndomen eller ungdomsåren som skulle kunna förklara personlighetsförändringen.

F. Personlighetsförändringen har varat i minst två års tid. Den är inte en uttrycksform för någon annan psykisk sjukdom eller en svit av en hjärnskada eller hjärnsjukdom.

F62.8 Muu pitkäaikainen persoonallisuuden muutos

Annan specificerad varaktig personlighetsförändring

Mukaan lukien

Pitkäaikaisen kivun aiheuttama persoonallisuuden muutos

Inkluderar

Personlighetsförändring relaterad till länvarig smärta

Huom.

Pysyvä persoonallisuuden häiriö, joka on seurausta muista kuin luokissa F62.0 ja F62.1 mainituista tekijöistä, esimerkiksi kipupersonallisuuden ja menetystä seuraavan pysyvä persoonallisuuden muutos.

Anm.

Bestående personlighetsstörning som är en följd av andra än i klasserna F62.0 och F62.1 nämnda faktorer, till exempel en bestående förändring av den traumatiserade personligheten och den personlighetsförändring som följer på en förlust.

F62.9 Määrittämätön pitkäaikainen persoonallisuuden muutos

Varaktig personlighetsförändring, ospecificerad

F63-F69

Muut aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt

Andra personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna

F63 KÄYTÖS- JA HILLITSEMISHÄIRIÖT

Impulskontrollstörningar

Huom.

Tämän ryhmä sisältää käyttäytymishäiriötä, joita ei voida luokitaa muihin ryhmiin. Luonteenomaisia ovat toistuvat hallitsemattomat toiminnot, joille ei ole selviä järkipäisiä syitä. Ne yleensä vahingoittavat omia ja muiden etuja. Henkilö kertoo käyttäytymisen liittyvän hallitsemattomiin toimintayllykkeisiin. Näiden häiriöiden syytä ei tunneta. Ne luokitellaan yhteen, koska niitä voidaan yleisluonteisesti kuvailla tietyin yhtäläisyyksin. Niillä ei kuitenkaan välttämättä tiedetä olevan muita tärkeitä yhteisiä piirteitä. Vanhan käytännön mukaan alkoholin ja huumeiden käyttö (F10-F19) sekä seksuaalisuuteen (F65) ja syömiseen (F52) liittyvät käytös- ja hillitsemishäiriöt eivät kuulu tähän luokkaan.

Anm.

Denna grupp innehåller beteendestörningar som inte kan klassificeras i andra grupper. Karakteristiska är återkommande handlingar som inte kan kontrolleras och inte har några rationella motiv och som vanligtvis skadar patientens egna och andras intressen. Personen uppger att beteendet styrs av impulser som inte går att behärska. Orsaken till dessa störningar är inte känd. De är grupperade tillsammans på grund av några fundamentala gemensamma drag. Det är likväl inte bekant att de skulle ha några andra betydande gemensamma kännetecken. Enligt hävd innefattas inte beteende- och impulskontrollstörningar av bruk av alkohol, psykoaktiva substanser (F10-F19), sexuella störningar (F65) och ätstörningar (F52) i denna grupp.

F63.0 Pelihimo

Spelberoende

Mukaan lukien

Patologinen pelaaminen

Muut aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt

Andra personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna

Inkluderar

Patologiskt spel

Huom.

Tämä häiriö käsittää usein toistuvia henkilön elämää hallitsevia uhkapelijaksoja. Ne vahingoittavat hänen sosiaalisia, ammatillisia, aineellisia ja perheeseen liittyviä arvojaan ja sitoumuksiaan.

Tästä häiriöstä kärsivät voivat saattaa työpaikkansa uhanalaiseksi, velkaantua huomattavasti tai valehdella tai rikkoa lakia saadakseen rahaa tai välttääkseen velanmaksua. Heillä on pakottava, vaikeasti hallittava halu pelata. Heidän ajatuksiaan hallitsevat pelaamistapahtumaan ja -olosuhteisiin liittyvät mielikuvat. Tämä pakottava tarve voimistuu usein rasittavissa elämäntilanteissa.

Tätä häiriötä kutsutaan myös pakonomaiseksi pelaamiseksi. Tämä termi ei kuitenkaan ole kovin asianmukainen, koska pelaamiskäyttäytyminen ei ole pakonomaista teknisessä mielessä eikä tämä häiriö ole sukua pakko-oireiselle häiriölle.

Taudinkuva:

Olenainen piirre on toistuva pelaaminen, joka jatkuu ja lisääntyy, vaikka seurauksena on sellaisia vastoinkäymisiä kuin köyhtyminen, perhesuhteiden huononeminen ja henkilökohtaisen elämän hajaannus.

Diagnostiset kriteerit:

- Pelaamisjaksoja on vähintään kaksi vuodessa.
- Pelaaminen ei tuota voittoa tai muuta etua henkilölle, mutta pelaamista jatketaan huolimatta siitä koituvasta ahdingosta ja seuraamuksista päivittäisessä toimintakyvyssä.
- Henkilöllä on voimakas, vaikeasti hallittava pelaamisen halu eikä hänellä ole tahdonalaista kykyä lopettaa pelaamista.
- Pelaamiseen ja pelaamisympäristöön liittyvät mielikuvat hallitsevat ajattelua ja mielikuvia.

Erotusdiagnosi:

Patologinen pelaaminen tulisi erottaa:

(a) maanikkojen runsaasta pelaamisesta (F30)

(b) epäsosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä kärsivän henkilön käytökseen liittyvästä pelaamisesta (F60.2) Tällöin sosiaalinen käyttäytyminen on laaja-alaisesti häiriintynyt, mikä ilmenee aggressiivisuutena tai muuna kyvyttömyytenä ottaa huomioon muiden ihmisten tunteita ja hyvinvointia.

(c) pelaamisesta ja vedonlyönnistä, johon ei liity psyykkistä häiriötä (Z72.6) Toistuva pelaaminen jännityksen tai rahan takia. Tähän ryhmään kuuluvat ihmiset todennäköisesti hillitsevät taipumustaan, jos menettävät paljon rahaa tai tulee muita vastoinkäymisiä.

Anm.

Denna störning innefattar ofta återkommande spelperioder som har kontroll över personens liv. De skadar personens sociala, yrkesmässiga, materiella och familjerelaterade värderingar och åtaganden.

De som lider av denna störning riskerar att förlora sin arbetsplats, överskuldsetta sig, ljuga eller bryta mot lagen för att få pengar eller undgå att betala sina skulder. De har en tvingande, svärbemästrad spellust. Deras tankevärld domineras av föreställningar som hänför sig till spelsituationen och spelmiljön. Detta tvingande behov blir ofta starkare i en påfrestande livssituation.

Störningen kallas även kompulsivt spelberoende. Benämningen är likväl mindre lämplig eftersom spelberoendet inte är kompulsivt i tekniskt avseende och störningen inte heller är besläktad med tvångssyndrom.

Sjukdomsbild:

Kardinalgenskaper vid denna störning är framhärdat upprepat spelande som fortgår och ofta ökar trots negativa sociala konsekvenser såsom fattigdom, försämrade familjerelationer och upplösning av privatlivet.

Diagnostiska kriterier:

- Minst två episoder av spelande under en period av ett år.
- Spelet är inte vinstgivande, eller med för annan fördel, utan spelandet fortgår trots personligt trångmål och påverkan på personens dagliga funktionsförmåga.
- Individen har ett intensivt begär att spela som är svårt att kontrollera och saknar förmåga att sluta trots viljeansträngning.
- Tankar eller föreställningar om att spela eller om spelmiljön dominerar tankevärlden.

Differentialdiagnos:

Patologiskt spelande bör skiljas:

(a) från maniska patienters myckna spelande (F30)

(b) spel som ingår i beteendet hos en person som lider av antisocial personlighetsstörning (F60.2). Då är det fråga om en omfattande störning av det sociala beteendet, vilket yttrar sig som aggressivitet eller annan oförmåga att ta hänsyn till andra människors känslor och välbefinnande.

(c) från spel och vadslagning som inte åtföljs av psykisk störning (Z72.6) eller återkommande spel för spänningens eller pengarnas skull. Människor som tillhör denna grupp kan sannolikt behärska sin böjelse, om de förlorar mycket pengar eller råkar ut för andra motgångar.

F63.1 Tuhopolttohimo

Pyromani

Mukaan lukien

Pyromania

Huom.

Henkilö sytyttää tai pyrkii sytyttämään toistuvasti ja usein tuleen omaisuutta tai muita kohteita ilman selvää syytä. Hän askaroi muutenkin jatkuvasti tuleen ja polttamiseen liittyvien asioiden parissa. Ennen tuhopoltto toimintaa henkilö tuntee usein kasvavaa jännitystä ja heti sen jälkeen voimakasta kiihtymystä. Paloautot ja muut sammutustoimintaan liittyvät välineet saattavat olla epätavallisen voimakkaan kiinnostuksen kohteena, samoin kuin muut tuleen liittyvät tekijät sekä myös palokunnan hälyttäminen. Myös dementia tai äkillinen elimellinen sairaus voivat saada aikaan vastuttamattoman halun tulipalojen sytyttämiseen. Muita syitä ovat pitkäaikainen alkoholismi ja muiden päihteiden käyttö (F10-F19).

Diagnostiset kriteerit:

A. Kahden tai useamman tulipalon sytyttäminen ilman erityistä motiivia

B. Henkilö kuvaa voimakasta tarvetta tulipalojen sytyttämiseen, voimakasta jännittyneisyyttä ennen ja helpotusta sytyttämisen jälkeen.

C. Henkilön ajattelua hallitsee palon sytyttämiseen ja siihen liittyviin tapahtumiin liittyvät ajatukset tai mielikuvat (esimerkiksi epätavallista kiinnostusta paloautoihin tai palohälytyksen tekemiseen).

Erotusdiagnosi:

(a) Tulipalon sytyttäneellä henkilöllä ei ole mielenterveyshäiriötä. Näissä tilanteissa on olemassa ilmeinen motiivi. Mahdollisen hoitjakson diagnoosiksi tulee tällöin valita Z03.2 Tarkkailu epäiltyjen psyykkisten ja käyttäytymishäiriöiden vuoksi, johon sisältyy tulipalon sytyttämisen aiheuttama epäily.

(b) Nuori käytöshäiriöinen ihminen sytyttää tulipalon (F91.1). Tällöin on merkkejä muistakin käytöshäiriöistä, esimerkiksi varastelusta, aggressiivisuudesta tai koulupinnauksesta.

(c) Epäsosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä kärsivän aikuinen sytyttää tulipalon (F60.2). Tällöin on merkkejä muista pysyvistä sosiaalisen käytöksen häiriöistä, esimerkiksi aggressiivisuudesta tai muista merkeistä, jotka osoittavat kyvyttömyyttä ottaa huomioon muiden ihmisten tunteita ja etuja.

(d) Skitsofreenikko sytyttää tulipalon harhaisen ajattelun tai äänien tottelemisen seurauksena (F20).

(e) Elimellisestä psykiatrisesta häiriöstä kärsivä henkilö (F00-F09) sytyttää tulipalon sattumalta sekavuuden tai huono muistisuuden tilassa tai ymmärtämättä tekonsa seurauksia tai kun kaikki nämä tekijät vaikuttavat.

Anm.

Personen gör upprepade försök att tända eld på egendom eller föremål utan tydligt motiv och sysslar även annars med föremål som är relaterade till eld och brand. Före handlingen känner personen ofta en stigande spänning och efter brandanläggelsen stark upphetsning. Brandbilar och andra släckningsredskap kan tilldra sig ett ovanligt starkt intresse liksom även andra faktorer förknippade med brand samt alarmerande av brandkår. Även demens eller en akut organisk sjukdom kan framkalla en oemotståndlig lust att anlägga bränder. Andra orsaker är långvarig alkoholism och bruk av andra psykoaktiva substanser.

Diagnostiska kriterier:

A. Anläggning av två eller flera bränder utan särskilt motiv

B. Personen beskriver ofta ett starkt behov av att anlägga bränder, en känsla av stor spänning före akten samt lättnad efteråt.

Muut aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt

Andra personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna

C. Personens tänkande domineras av tankar eller föreställningar som hänför sig till anläggande av brand och därmed associerade händelser (till exempel brandbilar eller alarmerande av brankår kan tilldra sig ett ovanligt starkt intresse).

Differentialdiagnos:

(a) Den som har anlagt branden lider inte av psykisk sjukdom. I dessa situationer återfinns ett uppenbart motiv. Som diagnos för en eventuell vårdsekvens bör då väljas Z03.2 Observation för misstänkta psykiska störningar och beteendestörningar som innefattar misstanke orsakad av anläggande av brand.

(b) En brand anläggs av en ung människa med beteendestörning (F91.1). Då finns det även tecken på andra beteendestörningar, till exempel snatteri, aggressivitet eller skolskolk.

(c) En brand anläggs av en vuxen person som lider av en antisocial personlighetsstörning (F60.2). Då finns det tecken på andra bestående störningar i det sociala beteendet, till exempel aggressivitet eller andra tecken som tyder på oförmåga att beakta andra människors känslor och intressen.

(d) En brand anläggs av en schizofren person till följd av hallucinatoriska tankar eller uppmaning av röster (F20).

(e) En person som lider av en organisk psykisk störning (F00-F09) anlägger en brand av en händelse i ett tillstånd av konfusion eller minnesförlust eller utan att inse konsekvenserna av sin gärning eller vid påverkan av alla dessa faktorer.

F63.2 Näpistelyhimo (kleptomania)

Kleptomani

Mukaan lukien

Varastamispakko

Inkluderar

Kleptomani

Huom.

Henkilö on toistuvasti kyvytön vastustamaan yllykkeitä varastaa esineitä, joita hän ei tarvitse henkilökohtaiseen käyttöön eikä hyötyäkseen rahallisesti. Hän saattaa päinvastoin antaa tai heittää ne pois tai keräillä niitä.

Taudinkuva:

Tätä käyttäytymistä tavallisesti edeltää kasvavan jännityksen tunne ja sitä seuraa tyydytyksen tunne toiminnan aikana ja välittömästi sen jälkeen. Tavallisesti ihminen yrittää jossain määrin salata tapahtuneen, mutta ei kaikin käytettävissä olevin keinoin. Kleptomaani varastaa yksin ilman seuralaista. Varastamisen välillä ihminen kokee ahdistusta, epätoivoa ja syyllisyyttä varkauksista (kaupoista tai vastaavista paikoista). Nämä tunteet eivät kuitenkaan estä tilannetta toistumasta. Itsenäisenä häiriönä näpistelyhimo on harvinainen.

Diagnostiset kriteerit:

A. Varastaminen vähintään kaksi kertaa ilman näkyvää syytä ja ilman etua itselle tai muille.

B. Varastamisen tarve on vahva ja siihen liittyy jännityksen tunne ennen tekoa ja helpotuksen tunne sen jälkeen.

Erotusdiagnosi:

Näpistelyhimo tulisi erottaa seuraavista:

(a) toistuvat myymälävarkaudet ilman psykiatrista häiriötä. Tällöin teot on huolellisesti suunniteltu ja niistä saa voittoa. Mahdollisen hoitajakson diagnoosiksi tulee tällöin valita Z03.2, tarkkailu epäiltyjen psyykkisten ja käyttäytymishäiriöiden vuoksi.

(b) elimellisessä psykiatrisessa häiriössä (F00-F09) henkilö saattaa huonon muistinsa ja muiden älyllisten heikkouksiensa takia unohtaa maksaa tavaransa

(c) depressiiviseen häiriöön liittyvä varastelu (F30-F33). Jotkut masentuneet potilaat varastelevat ja sitä saattaa kestää niin kauan kunnes depressio on parantunut.

Anm.

En störning som karakteriseras av upprepade misslyckanden att stå emot impulser att stjäla föremål som inte tillgrips för personligt bruk eller ekonomisk vinning. I stället kan de tillgripna föremålen kastas eller ges bort eller samlas på dem.

Sjukdomsbild:

Beteendet är vanligtvis associerat med en ökad känsla av spänning före akten samt en känsla av tillfredsställelse under och omedelbart efter akten. Vanligtvis försöker individen i viss mån dölja det skedda, men inte med alla till buds stående medel. Kleptomani stjälar själv utan följeslagare. Mellan tillgripandena upplever personen ångest, misströstan och skuld känslor över stölderna (i butiker eller på motsvarande platser). Dessa känslor förhindrar likväl inte att situationen upprepas. Lust till snatteri är sällsynt som självständig störning.

Diagnostiska kriterier:

- A. Stöld minst två gånger utan synbar orsak eller fördel för personen själv eller andra.
- B. Stöldbehovet är starkt och vanligtvis associerat med en känsla av spänning före akten samt en känsla av lättnad efter akten.

Differentialdiagnos:

Kleptomani bör åtskiljas från följande symtom:

(a) upprepade butiksstölder utan psykiatrisk störning. Då är gärningarna noggrant planerade och vinstgivande. Som diagnos för en eventuell vårdsekvens bör då väljas Z03.2, observation för misstänkta psykiska störningar och beteendestörningar.

(b) vid en organisk psykisk störning (F00-F09) kan en person på grund av sitt dåliga minne och övriga nedsatta kognitiva funktioner glömma att betala varan

(c) snatteri som hänför sig till depressiv störning..(F30-33). En del deprimerade patienter begår snatterier och dessa kan pågå ända tills depressionen har gått över.

F63.3 Karvojennypimishäiriö

Trikotillomani

Huom.

Henkilö on toistuvasti kyvytön vastustamaan yllykkeitä nyppiä hiuksia tai ihokarvoja. Tämä johtaa huomattavaan karvankatoon. Karvojen nypmistä edeltää tavallisesti lisääntyvä jännitys ja sitä seuraa helpotuksen tai tyydytyksen tunne.

Tätä diagnoosia ei käytetä karvojen nypmistä liittyessä harhaluuloon tai harha-aistimukseen.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Toistuva ja pysyvä kyvyttömyys vastustaa karvannypmistä, mikä johtaa huomattavaan karvojen katoon.
- B. Voimakas halu nyppiä karvoja, karvojen nypmistä tavallisesti edeltää lisääntyvä jännitys, ja sitä seuraa helpotuksen tai tyydytyksen tunne.
- C. Karvojen nypminen ei johdu harhaluulosta tai harha-aistimuksesta.

Anm.

En störning i form av en ständig oförmåga att motstå impulser att dra bort hårstrån. Detta leder till en betydande hårförlust. Hårryckningen föregås vanligen av en känsla av spänning före akten samt en känsla av lättnad eller tillfredsställelse efter akten.

Diagnosen ska inte ställas om hårdragningen beror på vanföreställningar eller hallucinationer.

Diagnostiska kriterier:

- A. En ständig oförmåga att motstå impulser att dra bort hårstrån, vilket leder till en betydande hårförlust.
- B. En stark lust att rycka bort hårstrån, vanligen föregående av en känsla av tilltagande spänning före akten samt en känsla av lättnad eller tillfredsställelse efter akten.
- C. Hårryckningen beror inte på vanföreställningar eller hallucinationer.

F63.8 Muu käytös- ja hillitsemishäiriö

Annan specificerad impulskontrollstörning

Mukaan lukien

Toistuvat raivokohtaukset

Inkluderar

Intermittent explosivitet

Muut aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt

Andra personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna

Huom.

Tähän luokitellaan muunlainen sitkeästi toistuva epäasianmukainen käyttäytyminen, joka ei johdu tunnistetusta psykiatrisesta oireyhtymästä. Käyttäytymistä aiheuttavia yllätyksiä henkilö ei toistuvasti kykene vastustamaan. Toimintaa edeltää jännitys, joka muuttuu helpotukseksi toiminnan toteutuessa.

Anm.

Här klassificeras även annat ihållande inadekvat beteende som inte beror på något känt psykiatriskt syndrom. En ständig oförmåga att motstå impulser som orsakar beteendet. Som vanligen föregås av en känsla av spänning före akten och ersätts av en känsla av lättnad då akten genomförs.

F63.9 Määrittämätön käytös- ja hillitsemishäiriö

Impulskontrollstörning, ospecificerad

F64 SUKUPUOLI-IDENTITEETIN HÄIRIÖT

Könsidentiteetsstörningar

F64.0 Transsukupuolisuus

Transsexualism

Mukaan lukien

Sukupuolenvaihtoalu

Transseksualismi

Inkluderar

Könbytessträvan

Huom.

Tavallisesti henkilöllä on tunne oman anatomisen sukupuolen epämiellyttävyydestä tai epäasianmukaisuudesta.

Diagnostiset kriteerit:

A. Halu elää ja tulla hyväksytyksi vastakkaisen sukupuolen edustajana. Tavallisesti tähän liittyy toive saada kirurgista ja hormonaalista hoitoa oman ruumiin muuttamiseksi mahdollisimman samankaltaiseksi kuin toivottu sukupuoli.

B. Transseksuaalisen identiteetin kokemus on kestänyt vähintään kaksi vuotta.

C. Kyseessä ei ole muun mielenterveyshäiriön, esimerkiksi skitsofrenian oire tai kromosomipoikkeavuus.

Anm.

Personen har vanligtvis en känsla av sitt eget anatomiska kön som obehagligt eller inadekvat.

Diagnostiska kriterier:

A. En önskan att leva och bli accepterad som representant för det motsatta könet. Ofta åtföljs detta av en önskan om hormonell eller kirurgisk behandling för att kroppsligen likna det prefererade könet så mycket som möjligt.

B. Upplevelsen av transsexuell identitet har pågått i minst två år.

C. Det är inte fråga om någon annan psykisk sjukdom, som till exempel symtom på schizofreni eller kromosomavvikelse.

F64.2 Lapsuuden sukupuoli-identiteetin häiriö

Könsidentiteetsstörning i barndomen

F64.8 Muu sukupuoli-identiteetin häiriö

Annan specificerad könsidentiteetsstörning

F64.9 Määrittämätön sukupuoli-identiteetin häiriö

Könsidentiteetsstörning, ospecificerad

Mukaan lukien

Tarkemmin määrittämätön sukupuoliroolin häiriö

Seksuaalinen poikkeama

Sukupuoliroolin häiriö

Inkluderar

Könsrollsstörning UNS
Sexuell avvikelse

F65

SUKUPOULISET KOHDEHÄIRIÖT

Störningar av sexuell preferens

Mukaan lukien

Monimuotoiset sukupuoliset kohdehäiriöt
Parafiliat
Seksuaaliset kohdehäiriöt

Inkluderar

Multiforma sexuella preferenser
Parafili

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

- G1. Jatkuvia, pakottavia seksuaalisia haluja ja fantasioita, joihin liittyvät kohteet ja toiminnot ovat epätavallisia.
- G2. Henkilö joko toimii halujensa mukaan tai ne aiheuttavat huomattavaa kärsimystä.
- G3. Häiriö on kestänyt ainakin kuusi kuukautta.

Ann.

Diagnostiska kriterier:

- G. Oavbrutna tvångsmässiga sexuella lustar och fantasier åtföljda av ovanliga preferenser och handlingar.*
- G2. Antingen handlar personen enligt sina lustar eller utsätts av dem för stort lidande.*
- G3. Störningen har varat i åtminstone sex månader.*

F65.2

Paljasteluhäiriö

Exhibitionism

Mukaan lukien

Ekshibitionismi

Inkluderar

Exhibitionism

Huom.

Kyseeissä on toistuva tai jatkuva taipumus paljastaa sukupuolielimet tuntemattomille (tavallisesti vastakkaiseen sukupuoleen kuuluville) henkilöille tai julkisilla paikoilla tavoittelematta lähempää suhdetta. Paljastamiseen liittyy tavallisesti muttei aina sukupuolista kiihottumista. Sitä seuraa usein itsetyytytys. Taipumus saattaa ilmetä ainoastaan tunne-elämän kriisivaiheissa ja välillä saattaa kuluu pitkiä aikoja ilman tällaista käyttäytymistä.

Taudinkuva:

Häiriö esiintyy lähes ainoastaan heteroseksuaalisilla miehillä. He paljastavat itsensä aikuisille naisille tai nuorille tytöille. Tavallisesti he asettuvat julkisella paikalla naisten nähtävälle turvalliselta etäisyydeltä. Joillekin paljastelu on ainoa seksuaalisen toiminnan muoto. Joillakin taas on samanaikaisesti aktiivinen sukupuolielämä pitkäaikaisen kumppanin kanssa. Tällöin kumppanin kanssa sattuvat ristiriitatilanteet voivat saada paljastelutarpeen aktivoitumaan. Useimpien ekshibitionistien on vaikea kontrolloida taipumustaan. Usein se tuntuu omalle persoonallisuudelle vieraalta. Näkijän pelästyminen, kauhistuminen tai muu reagoiminen lisää usein ekshibitionistin kiihtymystä.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Täyttää sukupuolisten kohdehäiriöiden yleiset kriteerit.
- B. Toistuva tai jatkuva taipumus paljastaa sukupuolielimet tuntemattomille (tavallisesti vastakkaiseen sukupuoleen kuuluville) henkilöille. Paljastamiseen liittyy tavallisesti muttei aina sukupuolista kiihtymystä ja sitä seuraa usein itsetyytytys.

Muut aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt

Andra personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna

C. Ei liity pyrkimystä yhdyntään uhrin tai uhrien kanssa.

Anm.

En återkommande eller ständigt förekommande önskan att visa könsorganen för främlingar (oftast personer av motsatt kön) eller för människor på offentliga platser, utan inviter till närmare kontakt. Handlingen är ofta, men inte alltid, ledsagad av sexuell upphetsning och efterföljs vanligen av masturbation. Denna böjelse kan eventuellt ge sig till känna endast i emotionella krislägen och däremellan kan långa tider förflyta utan sådant beteende.

Sjukdomsbild:

Störningen uppträder nästan uteslutande hos heterosexuella män. De blottar sig för vuxna kvinnor eller unga flickor. Vanligtvis ställer de sig på en allmän plats så att de kan ses av kvinnor på betryggande avstånd. Hos en del är blottande den enda formen av sexuell aktivitet. Andra åter har samtidigt ett aktivt sexualliv med en långvarig partner. Då kan kontroverser med partnern framkalla en aktivering av blottningsbehovet. De flesta exhibitionister har svårt att behärska sin böjelse. Ofta känns det främmande för exhibitionistens egen personlighet. Beträktarens rädsla, förskräckelse eller reaktion av annat slag förstärker ofta exhibitionistens upphetsning.

Diagnostiska kriterier:

- A. Uppfyller de allmänna kriterierna för störning av sexuell preferens.
- B. Återkommande och oavbruten böjelse för att blotta könsorganen för okända (vanligtvis personer av motsatt kön). Handlingen är ofta, men inte alltid, ledsagad av sexuell upphetsning och efterföljes vanligen av masturbation.
- C. Åtföljs inte av försök till samlag med offret eller offren.

F65.3 Tirkistelyhäiriö

Voyeurism

Mukaan lukien

Voyerismi

Huom.

Kysymyksessä on toistuva tai jatkuva pyrkimys katsoa toisten ihmisten sukupuolista tai yksityisluonteista käyttäytymistä kuten riisuutumista. Tämä tapahtuu tarkkailtavien ihmisten tietämättä ja johtaa tavallisesti sukupuoliseen kiihottumiseen ja itsetydytykseen.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Täyttää sukupuolisten kohdehäiriöiden yleiset kriteerit.
- B. Toistuva tai jatkuva pyrkimys katsoa toisten ihmisten sukupuolista tai yksityisluonteista käyttäytymistä kuten riisuutumista. Tämä johtaa tavallisesti sukupuoliseen kiihottumiseen ja itsetydytykseen.
- C. Tirkistelijä ei halua paljastua.
- D. Ei esiinny halua seksuaaliseen kanssakäymiseen tirkistelyn kohteiden kanssa.

Anm.

En återkommande eller ständig önskan att titta på andra människors sexuella aktiviteter eller avklädning. Handlingen sker utan de iaktagnas vetskap och leder oftast till sexuell upphetsning och masturbation.

Diagnostiska kriterier:

- A. Uppfyller de allmänna kriterierna för störning av sexuell preferens.
- B. Ett återkommande eller ständigt försök att titta på andra människors sexuella eller privata aktiviteter såsom avklädning. Detta leder oftast till sexuell upphetsning och masturbation.
- C. Tittaren vill inte bli avslöjad.
- D. Det förekommer ingen lust till sexuell umgänge med offren för voyeurism.

F65.4 Lapsikohteinen seksuaalihäiriö (pedofilia)

Pedofili

Huom.

Kyseessä on sukupuolisen kiinnostuksen ensisijainen kohdistuminen lapsiin, tavallisesti esi- tai varhaisnuoruusikäisiin poikiin tai tyttöihin taikka molempiin. Naiset ovat harvoin pedofiilejä. Aikuisten ja sukukypsien nuoruusikäisten välisiä kontakteja pidetään sosiaalisesti paheksuttavina, erityisesti jos osapuolet ovat samaa sukupuolta. Niissä suhteissa ei kuitenkaan välttämättä ole kysymys pedofiiliasta. Yksittäinen tapahtuma ei merkitse välttämättä diagnoo-

sin edellyttämää pysyvää tai vallitsevaa taipumusta erityisesti, jos tekijä on itse nuoruusikäinen. Pedofiileihin kuuluu kuitenkin miehiä, jotka asettavat aikuiset seksuaalikumppanit etusijalle. Joutuessaan jatkuvasti turhautumaan sopivia kumppaneita etsiessään he käyttävät ajoittain lapsia korvikkeina. Miehet, jotka ahdistelevat omia esimurrosikäisiä lapsiaan, lähestyvät ajoittain muitakin lapsia. Kummassakin tapauksessa heidän käytöksensä viittaa pedofiliaan.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Täyttää sukupuolisten kohdehäiriöiden yleiset kriteerit.
- B. Halu seksuaaliseen toimintaan esimurrosikäisen lapsen tai lasten kanssa on vallitseva tai pysyvä.
- C. Henkilö on vähintään 16-vuotias ja kriteerin B osalta vähintään viisi vuotta kohdettaan tai kohteitaan vanhempi.

Anm.

Sexuell preferens för barn, vanligtvis prepubertala eller i tidig pubertet, pojkar, flickor eller båda. Kvinnor är sällan pedofiler. Kontakter mellan vuxna och köns mogna unga i puberteten betraktas som socialt förkastliga, i synnerhet om parterna är av samma kön. Likväl handlar dessa förhållanden inte nödvändigtvis om pedofili. En engångsföreteelse betyder nödvändigtvis inte att det är fråga om en sådan bestående eller rådande böjelse som diagnosen förutsätter, i synnerhet inte om förövaren själv är en person i ung ålder. Bland pedofiler finns likväl män som föredrar vuxna sexualpartner. Då de allt som oftast blir frustrerade i sitt letande efter lämpliga partner tyr de sig tidvis till barn som substitut. Män som är närgångna mot sina egna prepubertala barn, antastar tidvis även andra barn. I vardera fallet tyder deras beteende på pedofili.

Diagnostiska kriterier:

- A. Uppfyller de allmänna kriterierna för störning av sexuell preferens.
- B. Lust till sexuellt umgänge med ett eller flera prepubertala barn är dominerande eller bestående.
- C. Personen är minst 16 år gammal och i fråga om kriterium B minst fem år äldre än sitt eller sina objekt.

F65.8 Muu sukupuolinen kohdehäiriö

Annan specificerad störning av sexuell preferens

Mukaan lukien

Frotteurismi (hankaaminen, kihnuttaminen)
Nekrofilia (sukupuolinen kiinnostus ruumiisiin)

Inkluderar

Frotteurism
Sodomi
Nekrofilii

Huom.

Tähän ryhmään kuuluu joukko muita seksuaalisen mieltymyksen ja toiminnan muotoja, kuten säädyttömiä puhelujen soittaminen, sukupuolisen kiihotuksen hankkiminen hankautumalla toisia ihmisiä vasten väkijoukossa (frotteurismi), seksuaalinen toiminta eläinten kanssa sekä kuristamisen tai hapenpuutteen käyttö sukupuolisen kiihotuksen voimistamiseksi. Tähän luokitellaan myös sellaisten kumppanien asettaminen etusijalle, joilla on jokin anatominen poikkeavuus kuten jalan amputaatio.

Eroottiset tottumukset ovat liian moninaisia ja monet niistä liian harvinaisia tai vääristyneitä, jotta jokaiselle voitaisiin määrittää oma diagnoosi. Virtsan nieleminen, tuhriminen, esinahan tai nännien lävistäminen voivat kuulua sadomasokististen tapojen kirjoon. Erilaiset masturbaatorituaalit ovat tavallisia. Äärimmäisen erikoiset tavat kuten esineiden työntäminen peräsuoleen tai virtsaputkeen tai osittainen itsensä kuristaminen lasketaan poikkeavuuksiksi, kun ne syrjäyttävät tavanomaiset seksuaaliset kontaktit. Nekrofilia kuuluu myös tähän ryhmään.

Anm.

Här klassificeras en rad andra sexuella preferenser och aktiviteter, bl. a. att ringa obscena telefonsamtal, gnugga sig mot andra personer i folksamlingar för att uppnå sexuell njutning, sexuell aktivitet med djur och strypning eller anoxi för att förhöja sexuell njutning. Hit hänförs även fall där personen föredrar partner med någon anatomisk avvikelse såsom benamputation.

Det finns erotiska vanor av alltför många slag och till stor del så sällsynta eller perversa, att det är svårt att ställa en egen diagnos för var och en av dem. Att svälja urin, kladda ner varandra, piercing av förhuden eller bröstvårtorna kan ingå i de sadomasochistiska aktiviteterna. Olika masturbationsritualer är vanliga. Ytterst exceptionella varianter som införande av föremål i ändtarmen eller urinröret eller självstrypning betraktas som undantag, då de åsidosätter de vanliga sexuella kontakterna. Även nekrofilii ingår i denna grupp.

Muut aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt

Andra personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna

F65.9 Määrittämätön sukupuolinen kohdehäiriö

Störning av sexuell preferens, ospecificerad

Mukaan lukien

Tarkemmin määrittämätön sukupuolinen poikkeavuus

Inkluderar

Sexuell avvikelse UNS

F66 SUKUPUOLISEEN KEHITYKSEEN JA SUUNTAUTUMISEEN LIITTYVÄT PSYKKISET HÄIRIÖT JA KÄYTÖSHÄIRIÖT

Psykiska störningar och beteendestörningar sammanhängande med sexuell utveckling och orientering

Mukaan lukien

Psykoseksuaalisen kehityksen häiriöt

Inkluderar

Psykoseksuell utvecklingsstörning

Huom.

Sukupuolista suuntautumista sinänsä ei tule pitää häiriönä. Tämän ryhmän koodeilla ilmaistaan seksuaalisen kehityksen tai suuntautumisen tyyppi silloin, kun kehitys tai suuntautuminen on ihmiselle itselleen ongelmallinen.

Huom!

Tämän ryhmän koodeissa ilmaistaan viidennellä merkillä onko suuntautuminen hetero-, homo- vai biseksuaalinen. Biseksuaalisen tilan koodia tulee käyttää vain, jos on olemassa selvää näyttöä seksuaalisesta kiinnostuksesta kumpaakin sukupuolta kohtaan.

Anm.

Den sexuella orienteringen i sig själv är inte att betrakta som en psykisk störning. Med koder från denna grupp betecknas typ av sexuell utveckling eller läggning då utvecklingen eller läggningen är problematisk för människan själv.

Obs!

I koder från denna grupp anges med tecknet i femte position om läggningen är hetero-, homo- eller bisexuell. Kod för bisexuellt tillstånd bör användas endast om det finns tydliga bevis på sexuell intresse för båda könen.

F66.0 Sukupuolisen kypsymisen häiriö

Störning i sexuell mognad

Huom.

Henkilö kärsii sukupuoli-identiteettiään tai sukupuolista suuntautumistaan koskevasta epävarmuudesta, mikä aiheuttaa ahdistusta tai masennusta. Useimmiten tällainen tilanne syntyy nuoruusikäisillä, jotka eivät ole varmoja, ovatko he suuntautumiseltaan homoseksuaaleja, heteroseksuaaleja vai biseksuaaleja. Tilanne voi esiintyä myös yksilöillä, jotka ilmeisen vakaan seksuaalisen suuntautuneisuuden vaiheen jälkeen (ja usein pitkäaikaisessa suhteessa eläen) huomaavat sukupuolisen suuntautumisensa muuttuvan.

Anm.

Patienten lider av osäkerhet kring den sexuella identiteten eller orienteringen, vilket orsakar ångest eller depression. Störningen är vanligast i adolescensen hos individer som känner osäkerhet om huruvida den egna orienteringen är homosexuell, heterosexuell eller bisexuell. Den kan också uppträda hos vuxna som efter en lång period med till synes stabil sexuell orientering (och ofta i ett långvarigt förhållande) upplever en förändring av den sexuella orienteringen.

F66.00 Sukupuolisen kypsymisen häiriö heteroseksuaalinen

Störning i sexuell mognad heterosexuell

F66.01 Sukupuolisen kypsymisen häiriö homoseksuaalinen

Störning i sexuell mognad homosexuell

F66.02 Sukupuolisen kypsymisen häiriö biseksuaalinen

Störning i sexuell mognad bisexuell

- F66.09 Sukupuolisen kypsymisen häiriö muu tai määrittämätön**
Störning i sexuell mognad annan eller obestämd
- F66.1 Itse häiritsevää sukupuolinen suuntautuminen**
Egodystion sexuell orientering
- Huom.**
Sukupuolinen identiteetti tai mieltymys (heteroseksuaalinen, homoseksuaalinen, biseksuaalinen tai murrosikää edeltävä) ei ole epävarma, mutta yksilö toivoisi sen olevan erilainen siihen liittyvän psykologisen tai käyttäytymisen häiriön takia, ja hän saattaa hakeutua hoitoon muuttaakseen sitä.
- Anm.**
Personen tvivlar inte på sin könsidentitet eller könsorientering (heterosexuell, homosexuell, bisexuell eller prepubertal) men önskar att den var av annat slag, då läggningen är förbunden med psykologiska och beteendemässiga problem. Eventuellt söker patienten behandling för att få orienteringen ändrad.
- F66.10 Itse häiritsevää sukupuolinen suuntautuminen heteroseksuaalinen**
Egodystion sexuell orientering heterosexuell
- F66.11 Itse häiritsevää sukupuolinen suuntautuminen homoseksuaalinen**
Egodystion sexuell orientering homosexuell
- F66.12 Itse häiritsevää sukupuolinen suuntautuminen biseksuaalinen**
Egodystion sexuell orientering bisexuell
- F66.19 Itse häiritsevää sukupuolinen suuntautuminen muu tai määrittämätön**
Egodystion sexuell orientering annan eller ospecificerad
- F66.2 Sukupuolisuhteiden häiriö**
Störning av sexuella relationer
- Huom.**
Sukupuoli-identiteetti tai sukupuolinen suuntautuneisuus (heteroseksuaalinen, homoseksuaalinen tai biseksuaalinen) johtaa vaikeuksiin seksuaalisen suhteen luomisessa tai säilyttämisessä.
- Anm.**
Könsidentiteten eller könsorienteringen (heterosexuell, homosexuell eller bisexuell) leder till svårigheter att uppnå och vidmakthålla ett förhållande med en sexualpartner.
- F66.20 Sukupuolisuhteiden häiriö heteroseksuaalinen**
Störning av sexuella relationer heterosexuell
- F66.21 Sukupuolisuhteiden häiriö homoseksuaalinen**
Störning av sexuella relationer homosexuell
- F66.22 Sukupuolisuhteiden häiriö biseksuaalinen**
Störning av sexuella relationer bisexuell
- F66.29 Sukupuolisuhteiden häiriö muu tai määrittämätön**
Störning av sexuella relationer annan eller ospecificerad
- F66.8 Muut määritetyt psykoseksuaalisen kehityksen häiriöt**
Annan specificerad störning av psykosexuell utveckling
- F66.80 Muu psykoseksuaalisen kehityksen häiriö heteroseksuaalinen**
Annan specificerad störning av psykosexuell utveckling heterosexuell
- F66.81 Muu psykoseksuaalisen kehityksen häiriö homoseksuaalinen**
Annan specificerad störning av psykosexuell utveckling homosexuell
- F66.82 Muu psykoseksuaalisen kehityksen häiriö biseksuaalinen**
Annan specificerad störning av psykosexuell utveckling bisexuell

Muut aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt

Andra personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna

F66.89 Muu psykoseksuaalisen kehityksen häiriö muu tai määrittämätön
Annan specificerad störning av psykosexuell utveckling annan eller ospecificerad

F66.9 Määrittämätön psykoseksuaalisen kehityksen häiriö
Störning av psykosexuell utveckling, ospecificerad

F68 MUUT AIKUISIÄN PERSOONALLISUUS- JA KÄYTÖSHÄIRIÖT
Andra störningar av personlighet och beteende hos vuxna

F68.0 Psykkisistä syistä johtuva ruumiillisten oireitten vaikeutuminen
Förstärkning av kroppsliga symtom av psykologiska skäl

Mukaan lukien

Korvausneuroosi

Inkluderar

Kompensationsneuros

Huom.

Todettuun ruumiilliseen häiriöön, tautiin tai vammaan sopivat ja alun perin siitä aiheutuvat ruumiilliset oireet pitkittyvät tai muuttuvat liiallisiksi henkilön psyykkisen tilan takia. Kehittyy huomionhakuksen (histrionisen) käyttäytymisen malli. Siihen saattaa liittyä tavallisesti epämääräisiä lisäoireita, joiden perussyö ei ole fyysinen. Henkilö tavallisesti kärsii tästä kivusta tai vammasta ja on usein huolestunut pitkittyneen tai etenevän vajaakykyisyyden tai kivun mahdollisuudesta, mikä saattaa olla aiheellistakin. Tyytymättömyys hoidon tai tutkimusten tuloksiin tai pettymys hoitohenkilökunnalta saadun huomion määrään voi myös toimia motivoivana tekijänä. Joissakin tapauksissa selvänä motiivina toimii rahallisen korvauksen mahdollisuus onnettomuuksien tai vammojen yhteydessä. Oireisto ei kuitenkaan välttämättä parane, vaikka korvausasia ratkeaisikin.

Diagnostiset kriteerit:

A. Todettuun ruumiilliseen häiriöön, tautiin tai vammaan sopivat ja alun perin siitä aiheutuvat ruumiilliset oireet pitkittyvät tai muuttuvat liiallisiksi fyysisen häiriön luonteeseen nähden.

B. Oireiden lisääntymisellä on psyykkinen tausta (esimerkiksi ilmeinen kuolemanpelko, mahdollinen taloudellinen hyöty, pettymys saadun hoidon laatuun).

Anm.

Somatiska symtom som är förenliga med och ursprungligen orsakade av en diagnostiserad fysisk sjukdom eller skada men som förlängs eller förstärks på grund av patientens psykiska tillstånd. Ett uppmärksamhetssökande (histrioniskt) beteendemönster utvecklas, vilket kan åtföljas av vaga tilläggssymtom vars bakomliggande orsak inte är fysisk. Personen lider vanligtvis av denna smärta eller skada och oroar sig ofta för en risk för långvarig eller tilltagande invaliditet eller smärta, vilket faktiskt kan vara befogat. Missnöje med resultat av behandling eller undersökningar eller med den uppmärksamhet som tillägnats patienten av vårdpersonalen kan även utgöra en motiverande faktor. I vissa fall utgör möjligheten till ekonomisk kompensation ett klart motiv i samband med olyckor eller skador. Symtomen går nödvändigtvis inte över trots att kompensationsfrågan skulle få sin lösning.

Diagnostiska kriterier:

A. Somatiska symtom som är förenliga med och ursprungligen orsakade av en diagnostiserad fysisk sjukdom eller tillstånd men som förlängs eller förstärks på grund av patientens psykiska tillstånd.

B. En förstärkning av symtomen har en psykisk bakgrund (till exempel en uppenbar dödsfruktan, eventuell ekonomisk nytta, besvikelse över vårdens kvalitet).

F68.1 Ruumiillisten tai henkisten oireiden tai vammojen tarkoituksellinen tuottaminen tai teeskentely (itseaiheutettu häiriö)
Medveten självskada eller simulering av fysiska eller psykiska symtom

Mukaan lukien

Münchenhausen-oireyhtymä

Kiertävä potilas

Terveystuotepalvelujen (epätarkoituksenmukainen) suurkuluttaja

Vammojen tarkoituksellinen tuottaminen tai teeskentely (itseaiheutettu häiriö)

Inkluderar

Münchhausens syndrom
Vandrande patient
Ahasverus-syndrom
Patomimi med kroppsliga eller psykiska symtom

Huom.

Henkilö teeskentelee oireita toistuvasti, vaikkei ole todettu fyysisistä tai psyykkistä häiriötä, sairautta tai vikaa. Fyysisiä oireita aikaansaadakseen henkilö saattaa jopa aiheuttaa itselleen verenvuotoa viiltämällä tai raapimalla itseään tai hän saattaa ruiskuttaa itseensä myrkyllisiä aineita. Kivun jäljittely ja vaatavuus yhdistyneinä verenvuotoon voivat olla niin vakuuttavia ja pysyviä, että tällaiselle henkilölle tehdään toistuvasti tutkimuksia ja leikkauksia eri sairaaloissa, vaikka löydökset ovat toistuvasti negatiivisia.

Syyt ovat epäselviä ja luultavasti sisäsyntyisiä. Henkilö pyrkii omaksumaan sairaan roolin. Häiriöön yhdistyy usein huomattavia persoonallisuus- ja ihmissuhdehäiriötä.

Sairaaksi tekeytyminen, määriteltynä tarkoitukselliseksi fyysisten tai psyykkisten oireiden tuottamiseksi tai teeskentelemiseksi, joka on ulkoisten vaikeuksien tai yllykkeiden aikaansaamaa, tulisi luokitella koodilla Z76.5 Tekosairas (tietoinen simulantti) eikä millään F-luokan koodilla. Yleisimpiä ulkoisia sairaaksi tekeytymisen syitä ovat rikossyytteen välttäminen, laittomien lääkkeiden hankkiminen, asevelvollisuuden tai vaarallisten sotatoimien välttäminen tai sairaudesta johtuvan hyödyn saaminen esimerkiksi asumiseen tai muihin elinolosuhteisiin. Sairaaksi tekeytyminen on kohtalaisen tavallista lainkäytön yhteydessä ja sotilaspiireissä. Sen sijaan se on verrattain epätavallista tavallisessa siviilielämässä.

Diagnostiset kriteerit:

- Henkilö tuottaa tai teeskentelee jatkuvasti oireita ja/tai haavoittaa itseään saadakseen oireita aikaan.
- Ei ole näyttöä ulkopuolisesta syytä kuten taloudellisesta hyödystä, vaaran välttämisestä tai lisähoidon saamisesta. (Jos tällaista näyttöä on, tulisi käyttää sairaaksi tekeytymisen koodia Z76.5.)
- Mikään fyysinen tai psyykkinen sairaus ei selitä oireita.

Anm.

Patienten simulerar ideligen symtom utan synbar orsak och kan ibland skada sig själv för att åstadkomma symtom eller sjukdomstecken. För att åstadkomma fysiska symtom kan personen till exempel tillfoga sig blödande självskador eller injicera sig med toxiska substanser. Imitationen av och kravet på smärta i kombination med blödning kan förmedla så verkningfulla och bestående intryck att upprepade undersökningar och operationer på en sådan patient genomförs på olika sjukhus, trots att fynden upprepade gånger är negativa.

Orsakerna är oklara och troligtvis endogena. Personen försöker påta sig rollen som patient. Syndromet utgör ofta en kombination av avsevärda personlighets- och människorelationsstörningar.

Simulering definierad som avsiktligt framkallande av fysiska eller psykiska symtom eller medveten simulering som utvecklats av yttre svårigheter eller stimuli, bör klassificeras med koden Z76.5 Inbillningssjuk (medveten simulant) och inte med någon kod från F-gruppen. Bland de allmänaste orsakerna till medveten simulering är försök att undgå brottsanklagelse, att skaffa olagliga läkemedel, undgå värnplikt eller farliga krigsoperationer eller att skaffa sig fördel för till exempel boende- eller andra levnadsförhållanden. Simulering är relativt allmänt förekommande i samband med rättskipning och vid militärdistrikt. Däremot är simulering jämförelsevis sällsynt i det dagliga civila livet.

Diagnostiska kriterier:

- Personen framkallar eller simulerar ständigt symtom och/eller skadar sig själv för att åstadkomma symtom.
- Det finns inga bevis på yttre orsak såsom ekonomisk fördel, undvikande av fara eller erhållande av fortsatt vård. (Om sådana bevis finns, bör klassificering ske enligt kod för medveten simulering Z76.5.)
- Symtomen kan inte förklaras av någon fysisk eller psykisk sjukdom.

F68.8 Muu aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriö

Annan specificerad störning av personlighet och beteende hos vuxna

Mukaan lukien

Tarkemmin määrittämätön luonnehäiriö
Tarkemmin määrittämätön ihmissuhdehäiriö

Muut aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt

Andra personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna

Inkluderar

Karaktärsstörning UNS

Relationsstörning UNS

Huom.

Tätä nimitystä käytetään, jos aikuisiän persoonallisuus- tai käytöshäiriötä ei voi luokitella mihinkään edeltävään ryhmään.

Anm.

Denna beteckning används, om en personlighets- eller beteendestörning vid vuxen ålder inte kan klassificeras enligt någon ovan nämnd grupp

F69

MÄÄRITTÄMÄTÖN AIKUISIÄN PERSOONALLISUUS- JA KÄYTÖSHÄIRIÖ

Ospecificerad störning av personlighet och beteende hos vuxna

Huom.

Tähän luokkaan tulisi turvautua viimeisenä vaihtoehtona, jos henkilöllä on oletettavasti persoonallisuus- ja käytöshäiriö mutta sitä ei voida sijoittaa mihinkään edeltävään luokkaan tietojen puutteen takia.

Anm.

Denna klass bör man ty sig till som ett sista alternativ, om personen antas lida av en personlighets- eller beteendestörning, men den inte kan hänföras till någon ovan nämnd klass på grund av brist på information.

F70-F79

Älyllinen kehitysvammaisuus

Psykisk utvecklingsstörning

Huom.

F70 Lievä älyllinen kehitysvammaisuus

F71 Keskivaikea älyllinen kehitysvammaisuus

F72 Vaikea älyllinen kehitysvammaisuus

F73 Syvä älyllinen kehitysvammaisuus

F78 Muu määritetty älyllinen kehitysvammaisuus

F79 Määrittämätön älyllinen kehitysvammaisuus

Neljästä merkkiä voidaan käyttää ilmaisemaan tilaan liittyvän sopeutumiskäyttäytymisen häiriön astetta:

F7x.0 Sopeutumiskäyttäytymisessä ei lainkaan tai vähäisiä häiriöitä

F7x.1 Sopeutumiskäyttäytymisessä huomattavia häiriöitä, jotka vaativat huomiota tai hoitoa

F7x.8 Sopeutumiskäyttäytymisessä muunlaisia häiriöitä

F7x.9 Ei tietoa häiriöstä sopeutumiskäyttäytymisessä

Älyllinen kehitysvammaisuus on tila, jossa mielen kehitys on pysähtynyt tai epätäydellinen. Heikosti kehittyneitä ovat erityisesti kehitysiässä ilmaantuvat taidot. Näitä ovat yleiseen älykkyytasoon vaikuttavat kognitiiviset, kielelliset, motoriset ja sosiaaliset kyvyt. Älylliseen kehitysvammaisuuteen saattaa esiintyä yksinään tai siihen voi liittyä mitä tahansa muita henkisiä tai ruumiillisia häiriöitä. Älyllisesti kehitysvammaiset voivat sairastua mihin tahansa mielenterveyshäiriöön. Tässä ryhmässä muiden mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys on ainakin kolme tai neljä kertaa niin suuri kuin väestötasolla. Lisäksi kehitysvammaiset joutuvat muita helpommin seksuaalisen hyväksikäytön ja pahoinpitelyn kohteeksi. Sopeutumiskyky on aina heikentynyt. Suojatuissa olosuhteissa, joissa tukea on tarvittaessa saatavilla, ei tämä heikkous välttämättä ole lievästi kehitysvammaisilla havaittavissa.

Jos kehitysvammaisuuden syy tiedetään, tulisi käyttää lisäkoodia sen osoittamiseksi, esimerkiksi F72 Vaikea älyllinen kehitysvammaisuus sekä E00.- Synnynnäinen jodinpuutosoireyhtymä.

Älyllisen kehitysvammaisuuden yhteydessä voidaan käyttää lisädiagnooseja. Kommunikatiovaikeuksien vuoksi saattaa diagnoosin asettamisessa olla tavallista tärkeämpää nojautua objektiivisesti havaittavissa oleviin oireisiin kuten esimerkiksi masennustilan kyseessä ollen psykomotoriseen hidastuneisuuteen, ruokahaluttomuuteen ja laihtumiseen sekä unihäiriöön.

Taudinkuva:

Älykkyys ei ole yksittäinen ominaisuus, vaan sitä arvioidaan useiden erityistaitojen pohjalta. Vaikka nämä taidot yleisesti ottaen pyrkivät kehittymään kunkin yksilön kohdalla samalle tasolle, voi vaihtelu saavutetussa tasossa etenkin kehitysvammaisilla olla hyvin suurta. Jollakin voi olla erityistä heikkoutta yhdellä alueella, esimerkiksi kielen kehityksessä, tai oletettua paremmat taidot jollakin alueella, esimerkiksi yksinkertaisten visuo-spatiaalisten tehtävien suorittamisessa, ottaen huomioon vaikean älyllisen kehitysvammaisuuden. Tämä on ongelmallista, kun määritellään kehitysvammaisen diagnoosia. Älykkyystason määrittäminen tulisi pohjautua kaikkeen saatavissa olevaan tietoon, mukaan luettuina kliiniset havainnot, sopeutumiskyky (kulttuuritaustaa vasten tarkasteltuna) sekä suoriutuminen psykomotorisissa testeissä.

Kehitysvammaisuus-diagnoosin asettamiseksi pitäisi todeta älyllisen tason mataluus, jonka seurauksena ympäristön tavanomaisten haasteiden kohtaaminen on heikentynyt. Kliiniseen kuvaan ja eri taitojen käyttämiseen vaikuttavat merkittävästi psyykkiset ja fyysiset lisäsairaudet.

Sen takia diagnoosiin tulisi päätyä yleisen kykyarvioinnin pohjalta eikä yksittäisen taidon tai heikkouden perusteella. Määritetyt älykkyysosamäärät tulisi käsitellä ohjeellisinä ja ottaa huomioon kulttuurien väliset erot. Eri kehitysvammaisuusluokat ovat saman jatkumon keinotekoisesti määriteltäviä osioita eikä niitä voi rajata ehdottoman tarkasti.

Älykkyysosamäärä tulisi määrittää vakioituilla, yksilökohtaisilla älykkyystesteillä, joissa paikalliset kulttuurinormit on määritetty. Valitun testin tulisi soveltua estettävän toimintatasoon ja mahdollisiin lisävammoihin, esimerkiksi puheilmains vaikeuksiin, kuulon heikkouteen ja fyysisiin vammoihin. Mikäli suinkin mahdollista, pitäisi haastatella malla testattavan vanhempaa tai jokapäiväisen elämän taidot tuntevaa huoltajaa täydentää sosiaalisen kypsytymisen ja sopeutumisen tason määrittelyä. Jos paikalliseen kulttuuriin vakioituja menetelmiä ei käytetä, diagnoosia tulee pitää vain alustavana arviona.

Älyllisten kykyjen taso

Luokka Kehitysvammaisuus ÄO Psykkinen ikä (vuosina)

F70 Lievä 50-69 9- alle 12 vuotta

F71 Keskivaikea 35-49 6- alle 9 vuotta

F72 Vaikea 20-34 3- alle 6 vuotta

F73 Syvä alle 20 alle 3 vuotta

Diagnostiset kriteerit:

Kansainväliseen tutkimukseen soveltuvia yksityiskohtaisia diagnostisia kriteereitä ei voi soveltaa älyllisessä kehitysvammaisuudessa samalla tapaa kuin muissa F-luokan taudeissa.

Tämä johtuu siitä, että sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät vaikuttavat kehitysvammaisuuden kahteen pääilmenemismuotoon eli matalaan älykkyuteen ja sosiaalisten kykyjen heikkouteen.

Tässä voidaan esittää vain yleisiä ohjeita sopivimmista käytettävissä olevista menetelmistä.

Useimmissa Euroopan ja pohjois-Amerikan kulttuureissa suositellaan sosiaalisten kykyjen tasoa arvioitaessa käytettäväksi Vineland Social Maturity -testiä, jos se arvioidaan sopivaksi. Testiä tulisi muokata tai luoda uusia testejä muiden kulttuurien käyttöön.

Huom!

Multiaksoaalista järjestelmää tarvitaan arvioitaessa henkilökohtaisia, kliinisiä ja sosiaalisia näkökohtia, jotta voitaisiin tehdä kokonaisvaltainen arvio kehitysvammaisuuden syistä ja seurauksista. Sitä kehitetään paraikaa ICD-10-järjestelmään.

Anm.

F70 Lindrig psykisk utvecklingsstörning

F71 Medelsvår psykisk utvecklingsstörning

F72 Svår psykisk utvecklingsstörning

F73 Grav psykisk utvecklingsstörning

F78 Annan preciserad psykisk utvecklingsstörning

F79 Opreciserad psykisk utvecklingsstörning

Tecknet i fjärde positionen kan användas för att ange den tillhörande anpassningsvårighetens grad:

F7x.0 Anpassningsbeteendet har inga störningar alls eller obetydliga störningar

F7x.1 Anpassningsbeteendet har avsevärda störningar som kräver uppmärksamhet eller vård

F7x.8 Anpassningsbeteendet har andra störningar

F7x.9 Ingen information om anpassningsstörning

Kognitiv utviklingsstörning är ett tillstånd där den psykiska utviklingen har stagnerat eller är ofullständig. Svagt utviklade är i synnerhet de ferdigheter som opptræder i utviklingsaldern. Sådane ferdigheter er bl.a. kognitive, språklige, motoriske og sociale ferdigheter som påvirker intelligensnivå. En kognitiv utviklingsstörning kan opptræde ensam eller åtföljd av vilka som helst andra psykiska eller fysiske störningar. Personer med kognitiv utviklingsstörning kan insjukne i vilken psykisk sjukdom som helst. Forekomsten av psykiske sykdomar i denna gruppe er åtminstone tre eller fire ganger så stor som hos hele befolkningen. Dessutom utsattes personer med funksjonsnedsættning lettere for seksuelt utnyttjende eller misshandel. Anpassningsfôrmygane er alltid nedsatt. I skyddede fôrholdende der stød finns att tillgå vid behov framtræder denne svaghet inte nœdvendigvis hos personer med funksjonsnedsættning.

Om orsaken till utviklingsstörningen er känd, bør den anges med tilleggskode, til eksempel F72 Svår psykisk utviklingsstörning samt E00.- Medfœtt jodbristsyndrom.

I samband med kognitiv utviklingsstörning kan tilleggdiagnoser anvendes. På grund av kommunikasjonssvårigheter kan det ved diagnostiseringen vara viktigere ån vanliglytt å støde sig på symptomer som kan konstateres objektivlytt som til eksempel psykomotorisk hæmning, brist på appetitt, viktforluytt eller sømnestörning.

Sjukdomsbild:

Intelligens er ikke en separat egenskap utan bedøms utifrån ett flertal spesialferdigheter. Åven om disse ferdigheter allmænt taget hos var og en individ brukar utvikles til samme nivå, kan variasjonen i nivåen i synnerhet hos utviklingsstœrde vara mycket stor. En del kan ha spesielle svagheter innen ett område, til eksempel språklig utvikling, eller stœrre ferdigheter ån vântat innen ett annet område, til eksempel i å utføre enkle visuo-spatiale oppgifter med beaktende av en svår psykisk utviklingsstörning. Dette er problematisk då diagnos ska stilles på en utviklingsstœrd person. Intelligensnivåen bør grunde sig på all informasjon som finns att tillgå, inklusive kliniske resultat, anpassningsfôrmygane (betraktet mot kulturbakgrunden) samt resultat i psykomotoriske test.

Fôr åt diagnosen utviklingsstörning ska kunne faststilles bør en låg intelligensnivå konstateres, til fœljd av vilken fôrmygane åt møte vanlige utmaninger i omgivningen er nedsatt. Den kliniske bilden og anvendningen av ulike ferdigheter påvirkes kœnnbart av psykiske og fysiske tilleggssykdomar.

Dårfôr bør diagnosen stilles utifrån en allmæn bedømming av fôrmygane og ikke på basis av en enstake ferdighet eller svaghet. Bestemte intelligenskvoter bør oppfattes som riktigvande og kulturskillnadene bør beaktas. De ulike utviklingsstœrningskategoriene er artifiçielt definerede deler av samme kontinuum og kan ikke avgrænses med absolut exakthet.

Intelligenskvoten bør bestemmes med standardiserte individuelle intelligens-tester der de lokale kulturnormene har definerats. Det test som velys bør vara anpasset fôr personens aktivitetsnivå og eventuelle ytterligere skader, til eksempel talsvårigheter, nedsatt hørsel og fysiske skader. Såvitt det er mœjlig bør bestemmningen av den sociale mognadens og anpassningsnivå kompletteres genom en intervju med en fôrælder eller vârdnadshavare som kœnner til den testades ferdigheter i det daglige livet. Om testet ikke er standardisert enligt den lokale kulturen, bør diagnosen endast betraktet som en preliminær bedømming.

De kognitive ferdigheternes nivå

Gruppe Utviklingsstörning IQ Psyisk ælder (år)

F70 Lindrig 50-69- under 12 år

F71 Medelsvår 35-49 6- under 9 år

F72 Svår 20-34 3- under 6 år

F73 Grav under 20 under 3 år

Diagnostiske kriterier:

Detaljerte diagnostiske kriterier som læmpar sig fôr internasjonell forskning kan ikke tillæmpas ved mental retardation på samme sâtt som ved andre sykdomar innen gruppe F.

Dette beror på åt sociale og kulturelle faktorer påvirker utviklingsstœrningens tvâ hovedsaklige uttrycksformer, dvs. låg intelligensnivå og nedsatte sociale ferdigheter.

Hær kan endast framfœres generelle anvisninger om de læmpligaste metoder som finns att tillgå.

I de fleste kulturer i Europa og Nordamerika rekkommenderes fôr bedømming av sociale ferdigheter Vineland Social Maturity -testet, om det betraktet som læmpliglytt. Testet bør modifiseres eller nye test utarbejtes fôr anvendning i andre kulturer.

Obs!

Ett multiaxialt system är nödvändigt för bedömning av personliga, kliniska och sociala aspekter för att möjliggöra en heltäckande bedömning av utvecklingsstörningens orsaker och följder. Ett sådant håller som bäst på att utvecklas för ICD-10-systemet.

F70

Lievä älyllinen kehitysvammaisuus
Lindrig psykisk utvecklingsstörning

Mukaan lukien

Heikkomielisyys
Lievä älyllinen kehitysvammaisuus

Inkluderar

Svagsinhet/Lindrig psykisk utvecklingsstörning

Huom.

Lievästi kehitysvammaisten ihmisten puheen kehitys on jonkin verran viivästynyt. Useimmat oppivat jokapäiväisessä elämässä tarvittavan puhekyvyn, he kykenevät keskustelemaan ja osallistumaan kliiniseen haastatteluun. Useimmat heistä pystyvät huolehtimaan itsestään täysin itsenäisesti (syöminen, peseytymisen, pukeutumisen, suolen ja rakon toiminnan osalta) ja menestyvät käytännön taidoissa ja kodinhoidossa. Kehitys tosin on selvästi normaalia hitaampaa. Pääongelmat ovat koulutuksen alueella. Monilla on erityisiä luku- ja kirjoitusvaikeuksia. Kuitenkin lievästi kehitysvammaisia voi paljon auttaa koulutuksella, joka on suunniteltu kehittämään heidän taitojaan ja korvaamaan heidän puutteitaan. Useimmat parhaiten kehittyneet lievästi kehitysvammaiset kykenevät mahdollisesti käytännön työhön, joka ei vaadi koulutusta, mukaan lukien käden taitoa jonkin verran vaativat työt. Sellaisessa sosiokulttuuraisessa ympäristössä, jossa ei painoteta koulutusta, lievä kehitysvammaisuus sinänsä ei välttämättä ole ongelma. Jos kuitenkin mukana on huomattavaa emotionaalista ja sosiaalista kypsymättömyyttä, vammasta on selviä seurauksia, esimerkiksi kyvyttömyys solmia avioliitto ja kasvattaa lapsia tai vaikeus sopeutua kulttuurin traditioihin ja odotuksiin.

Yleisesti ottaen lievästi kehitysvammaisten käyttäytymisen ja tunne-elämän ongelmat sekä sosiaalisen elämän vaikeudet ja näistä johtuvat hoidon ja tuen tarpeet ovat lähempänä normaaliälyisten ongelmia kuin keskivaikeasti ja vaikeasti kehitysvammaisten pulmia. Elimellinen etiologia todetaan yhä useamman potilaan kohdalla, joskaan ei vielä enemmistöllä.

Vakioiduilla älykkyytsteillä mitattu älykkyydosamäärä 50-69 viittaa lievään älylliseen kehitysvammaisuuteen. Kyky ymmärtää ja käyttää kieltä on vaihtelevasti viivästynyt. Merkittävät itsenäistymiskehitykseen vaikuttavat kieliongelmat saattavat jatkaa aikuisikään saakka. Vain pienellä osalla todetaan elimellinen etiologia. Vaihtelevassa määrin todetaan lisäksi sellaisia ongelmia kuin autismia, muita kehityshäiriöitä, epilepsiaa, kasvatusongelmia tai fyysisiä vajavuuksia. Jos sellaisia häiriöitä todetaan, ne tulee ilmaista erillisillä koodeilla.

Anm.

Lindrigt utvecklingsstörda personers talfunktion är i någon mån nedsatt. De flesta av dem utvecklar den talförmåga som behövs i det dagliga livet, kan konversera och delta i en klinisk intervju. Största delen av dem förmår ta vara på sig själva (äta, tvätta sig, klä sig, sköta tarm- och blåsfunktion) och kommer tillrätta med praktiska göromål och hushållssysslor. Utvecklingen är visserligen tydligt långsammare än normalt. Huvudproblemen är relaterade till utbildningen. Många har särskilda läs- och skrivsvårigheter. Likväl kan personer med lindrig utvecklingsstörning få stor hjälp genom skolning som är planerad för att utveckla deras färdigheter eller kompensera deras brister. De flesta av de mest utvecklade utvecklingsstörda kan eventuellt klara av praktiskt arbete som inte kräver utbildning, inklusive sådant arbete som kräver ett visst mått av händighet. I en sociokulturell miljö där utbildning inte framhävs är en lindrig funktionsstörning som sådan inte nödvändigtvis ett problem. Om störningen likväl åtföljs av märkbar emotionell och social omognad, får handikappet tydliga konsekvenser, till exempel oförmåga att ingå äktenskap och fostra barn eller svårigheter att anpassa sig till kulturens traditioner och förväntningar.

Allmänt taget kommer de lindrigt utvecklingsstördas beteendeproblem och affektiva problem, svårigheter relaterade till det sociala livet och därmed sammanhängande behov av vård och stöd att placera sig närmare de problem som är typiska för personer med normal intelligens än problem hos personer med medelsvår eller svår utvecklingsstörning. En organisk etiologi konstateras hos allt flera patienter, även om detta inte ännu inte gäller alla.

En intelligenskvot på 50-69 som uppmätts med standardiserade intelligenstest tyder på en lindrig utvecklingsstörning.

Förmågan att förstå och använda språket är nedsatt på olika sätt. Märkbara språkliga problem som påverkar självständighetsutvecklingen kan fortbestå ända till vuxen ålder. Endast hos ett fåtal kan en organisk etiologi konstateras. I varierande grad konstateras dessutom sådana problem som autism, andra utvecklingsstörningar, epilepsi, uppfostningsproblem, eller nedsatta fysiska funktioner. Om sådana störningar konstateras, ska de anges med separata koder.

F70.0

LIEVÄ ÄLYLLINEN KEHITYSVAMMAISUUS EI SOPEUTUMISKÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖITÄ TAI VÄHÄISIÄ SOPEUTUMISKÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖITÄ

Lindrig psykisk utvecklingsstörning inga eller lindriga beteendestörningar

F70.1

LIEVÄ ÄLYLLINEN KEHITYSVAMMAISUUS MERKITTÄVÄ, HUOMIOTA TAI HOITOA VAATIVA SOPEUTUMISKÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ

Lindrig psykisk utvecklingsstörning betydande eller/och vårdkrävande beteendestörning

F70.9

LIEVÄ ÄLYLLINEN KEHITYSVAMMAISUUS EI TIETOA SOPEUTUMISKÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖSTÄ

Lindrig psykisk utvecklingsstörning utan anmärkning om beteendestörning

F71

Keskivaikea älyllinen kehitysvammaisuus

Medelsvår psykisk utvecklingsstörning

Mukaan lukien

Vähämielisyyss

Inkluderar

Debilitet

Huom.

Tähän ryhmään kuuluvat henkilöt kehittyvät hitaasti sekä käsityskyvyltään että kielellisesti ja heidän kykynsä näillä alueella jäävät vähäisiksi. Kyvyt huolehtia itsestä ja motoriset taidot jäävät vaillinaisiksi. Jotkut tarvitsevat ohjausta koko elämänsä. Koulumenestys jää heikoksi, mutta osa oppii lukemisen, kirjoittamisen ja laskemisen perustaidot. Koulutusohjelmat voivat auttaa keskivaikeasti kehitysvammaisia kehittämään rajallisia kykyjään ja saavuttamaan joitakin perustaitoja. Tällaiset ohjelmat sopivat hitaasti oppiville, joiden tavoitteet eivät ole korkealla. Aikuisina keskivaikeasti kehitysvammaiset pystyvät yleensä yksinkertaiseen käytännön työhön, jos tehtävät ovat strukturoituja ja ohjausta on tarjolla. Harvat pystyvät aikuisina täysin itsenäiseen elämään. Yleisesti ottaen nämä ihmiset kykenevät liikkumaan ja useimmat kykenevät luomaan kontakteja. He ovat siis sosiaalisesti kehittyneitä ja he kykenevät myös yksinkertaisiin sosiaalisiin toimintoihin.

Taudinkuva:

Älykkyydosamäärä on tavallisesti 35-49. Vaihtelevat kykyprofiilit ovat tavallisia tässä ryhmässä. Toiset menestyvät visuo-spatiaalisissa tehtävissä paremmin kuin kieleen liittyvissä tehtävissä. Toiset taas ovat huomattavan kömpelöitä, mutta nauttivat sosiaalisesta vuorovaikutuksesta ja yksinkertaisesta keskustelusta. Kielen kehityksen taso on vaihteleva: jotkut kykenevät osallistumaan yksinkertaiseen keskusteluun. Toisilla on riittävästi kielellisiä kykyjä omien perustarpeiden ilmaisemiseksi. Jotkut eivät opi koskaan puhumaan, vaikka he saattavat ymmärtää yksinkertaisia ohjeita ja oppia käyttämään käsimerkkejä apuna korvaamaan jossain määrin puhekyvyttömyyttä. Suurimmalla osalla on todettavissa elimellinen etiologia. Merkittävällä vähemmistöllä on todettavissa lapsuuden autismi tai muita pysyviä kehityshäiriöitä. Ne vaikuttavat huomattavasti kliiniseen kuvaan ja hoitotarpeisiin. Epilepsia sekä neurologiset ja fyysiset häiriöt ovat myös yleisiä. Useimmat keskivaikeasti kehitysvammaiset kykenevät kävelemään ilman apua. Joskus voidaan todeta muita psyykkisiä häiriöitä, mutta kielen kehittymättömyyden takia diagnoosin asettaminen on vaikeaa ja riippuu muilta ihmisiltä saatavasta tiedosta. Tällaiset häiriöt tulee ilmaista erillisillä koodeilla.

Anm.

Personer som tillhör denna grupp utvecklas långsamt både till sin kognitiva kapacitet och i språkligt hänseende och deras förmåga inom dessa områden förblir obetydlig. Förmågan att klara sig på egen hand liksom även de motoriska färdigheterna förblir bristfälliga. En del av dem behöver handledning livet ut. Skolframgången blir klen, men en del lär sig grunderna i läsning, skrivning och räkning. Skolningsprogram kan hjälpa personer med medelsvår utvecklingsstörning att utveckla sina begränsade färdigheter och förvärva vissa grundfärdigheter. Sådana program lämpar sig för dem som lär sig långsamt och inte har ambitiösa mål. Som vuxna kan personer med medelsvår utvecklingsstörning i regel klara av enkelt praktiskt arbete, om uppgifterna är strukturerade och handledning finns att tillgå. Få av

dem kan i vuxen ålder leva ett helt självständigt liv. I allmänhet kan dessa människor röra sig i samhället och de flesta kan etablera kontakter. De är alltså socialt utvecklade och klarar även av enkla sociala aktiviteter.

Sjukdomsbild:

Intelligenskvoten är i regel 35-49. Varierande begåvningsprofiler är vanliga i denna grupp. En del klarar bättre av visuo-spatiala uppgifter än språkliga uppgifter. Andra däremot är anmärkningsvärt klumpiga, men njuter av socialt umgänge och enkel konversation. Den språkliga utvecklingsnivån är varierande: några kan delta i ett enkelt samtal. Andra besitter tillräckliga språkliga färdigheter för att tillkännage sina grundbehov. Andra lär sig inte någonsin tala, trots att de kan uppfatta enkla anvisningar och lära sig använda teckenspråk till att i viss mån kompensera sin oförmåga att tala. Hos största delen av dem kan en organisk etiologi konstateras. Hos en stor minoritet kan konstateras autism från barndomstiden eller andra bestående utvecklingsstörningar. Dessa påverkar i hög grad den kliniska bilden och vårdbehoven. Epilepsi samt neurologiska och fysiska störningar är också vanliga. De flesta personer med medelsvår utvecklingsstörning är kapabla att gå utan hjälp. Ibland kan andra psykiska störningar konstateras, men på grund av svagt utvecklade språkliga färdigheter är det svårt att ställa diagnos, då detta dessutom kräver information från andra människor. Sådana störningar bör anges med separata koder.

F71.0

KESKIVAIKEA ÄLYLLINEN KEHITYSVAMMAISUUS EI SOPEUTUMISKÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖITÄ TAI VÄHÄISIÄ SOPEUTUMISKÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖITÄ

Medelsvår psykisk utvecklingsstörning inga eller lindriga beteendestörningar

F71.1

KESKIVAIKEA ÄLYLLINEN KEHITYSVAMMAISUUS MERKITTÄVÄ, HUOMIOTA TAI HOITOA VAATIVA SOPEUTUMISKÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ

Medelsvår psykisk utvecklingsstörning betydande eller/och vårdkrävande beteendestörning

F71.9

KESKIVAIKEA ÄLYLLINEN KEHITYSVAMMAISUUS EI TIETOA SOPEUTUMISKÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖSTÄ

Medelsvår psykisk utvecklingsstörning utan anmärkning om beteendestörning

F72

Vaikea älyllinen kehitysvammaisuus *Svår psykisk utvecklingsstörning*

Huom.

Tämä ryhmä muistuttaa huomattavasti keskivaikeaa älyllistä kehitysvammaisuutta kliinisen kuvan, elimellisen etiologian ja lisäongelmien osalta. Useimmiten tämän ryhmän henkilöt yltävät samantasoiisiin saavutuksiin kuin ryhmän F71 alimpien tasojen edustajat. Useimmilla on huomattavia liikunnallisia häiriöitä ja muita lisäongelmia. Tämä viittaa taustalla olevaan keskuhermoston huomattavaan vaurioitumiseen tai kehityshäiriöön.

Älykkyysosamäärä on noin 20-34.

Anm.

Denna kategori påminner till sin kliniska bild, organiska etiologi och sina tilläggsproblem avsevärt om den medelsvåra psykiska utvecklingsstörningen. För det mesta når personerna i denna grupp upp till prestationer på samma nivå som de lägst presterande i grupp F71. De flesta lider av märkbara motoriska störningar och andra tilläggsproblem. Detta tyder på allvarliga skador i det centrala nervsystemet eller en utvecklingsstörning.

Intelligenskvoten är ungefär 20-34.

F72.0

VAIKEA ÄLYLLINEN KEHITYSVAMMAISUUS EI SOPEUTUMISKÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖITÄ TAI VÄHÄISIÄ SOPEUTUMISKÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖITÄ

Svår psykisk utvecklingsstörning inga eller lindriga beteendestörningar

F72.1

VAIKEA ÄLYLLINEN KEHITYSVAMMAISUUS MERKITTÄVÄ, HUOMIOTA TAI HOITOA VAATIVA SOPEUTUMISKÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ

Svår psykisk utvecklingsstörning betydande eller/och vårdkrävande beteendestörning

F72.9

VAIKEA ÄLYLLINEN KEHITYSVAMMAISUUS EI TIETOA SOPEUTUMISKÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖSTÄ

Svår psykisk utvecklingsstörning utan anmärkning om beteendestörning

F73

Syvä älyllinen kehitysvammaisuus Grav psykisk utvecklingsstörning

Huom.

Älykkyyssosamäärä on alle 20. Käsitkyky ja kielelliset valmiudet ovat parhaimmillaan rajoittuneet peruskäskyjen ymmärtämiseen ja yksinkertaisten pyyntöjen esittämiseen. Henkilö voi saavuttaa perustavimmat visuo-spatiaaliset taidot eli lajittelun ja yhteen sovittamisen. Hän ei kykene juuri lainkaan huolehtimaan perustarpeistaan ja on jatkuvan avun ja ohjauksen tarpeessa. Sopivasti ohjattuna hän saattaa kuitenkin kyetä pieniin käytännön töihin ja kotiaskareisiin. Useimmiten voidaan todeta elimellinen etiologia. Vaikeat neurologiset tai muut liikkumista vaikeuttavat fyysiset häiriöt ovat tavallisia, samoin epilepsia ja näkö- ja kuulohäiriöt. Pysyvät kehityshäiriöt vakavimmassa muodossaan ovat erittäin yleisiä, erityisesti epätypillinen autismi. Nämä ovat erityisen yleisiä liikuntakykyisillä.

Anm.

Intelligenskvoten ligger under 20. Uppfattningsförmågan och de språkliga färdigheterna gör det i bästa fall möjligt att förstå elementära uppmaningar och uttrycka enkla önskemål. Personen kan förvärva de mest elementära visuo-spatiala färdigheterna, dvs. att sortera och kombinera, men förmår knappast alls ta hand om sina grundbehov och är i behov av ständig hjälp och handledning. Med lämplig handledning kan personen likväl klara av små praktiska arbetsuppgifter och sysslor i hemmet. För det mesta kan en organisk etiologi konstateras. Svåra neurologiska eller andra fysiska störningar som försvarar motoriken är vanliga, likaså epilepsi och syn- och hörselstörningar. Bestående utvecklingsstörningar av svåraste art är synnerligen allmänna, i synnerhet atypisk autism. Dessa tillstånd är särskilt allmänna bland dem som kan röra sig.

F73.0

SYVÄ ÄLYLLINEN KEHITYSVAMMAISUUS EI SOPEUTUMISKÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖITÄ TAI VÄHÄISIÄ SOPEUTUMISKÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖITÄ

Grav psykisk utvecklingsstörning inga eller lindriga beteendestörningar

F73.1

SYVÄ ÄLYLLINEN KEHITYSVAMMAISUUS MERKITTÄVÄ, HUOMIOTA TAI HOITOA VAATIVA SOPEUTUMISKÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ

Grav psykisk utvecklingsstörning betydande eller/och vårdkrävande beteendestörning

F73.9

SYVÄ ÄLYLLINEN KEHITYSVAMMAISUUS EI TIETOA SOPEUTUMISKÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖSTÄ

Grav psykisk utvecklingsstörning utan anmärkning om beteendestörning

F78

Muu älyllinen kehitysvammaisuus Annan psykisk utvecklingsstörning

F78.0

MUU ÄLYLLINEN KEHITYSVAMMAISUUS EI SOPEUTUMISKÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖITÄ TAI VÄHÄISIÄ SOPEUTUMISKÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖITÄ

Annan psykisk utvecklingsstörning inga eller lindriga beteendestörningar

F78.1

MUU ÄLYLLINEN KEHITYSVAMMAISUUS MERKITTÄVÄ, HUOMIOTA TAI HOITOA VAATIVA SOPEUTUMISKÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ

Annan psykisk utvecklingsstörning betydande eller/och vårdkrävande beteendestörning

F78.9

MUU ÄLYLLINEN KEHITYSVAMMAISUUS EI TIETOA SOPEUTUMISKÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖSTÄ

Annan psykisk utvecklingsstörning utan anmärkning om beteendestörning

F79

Määrittämätön älyllinen kehitysvammaisuus Ospecificerad psykisk utvecklingsstörning

Huom.

Kehitysvammaisuudesta on näyttöä, mutta tietoa ei ole riittävästi henkilön luokitteliseksi johonkin edeltävistä luokista.

Anm.

Det förekommer bevis på utvecklingsstörning, men inte tillräcklig information för att personen ska kunna hänföras till någon av de ovan nämnda kategorierna.

F79.0

MÄÄRITTÄMÄTÖN ÄLYLLINEN KEHITYSVAMMAISUUS EI SOPEUTUMISKÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖITÄ TAI VÄHÄISIÄ SOPEUTUMISKÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖITÄ

Ospecificerad psykisk utvecklingsstörning inga eller lindriga beteendestörningar

F79.1

MÄÄRITTÄMÄTÖN ÄLYLLINEN KEHITYSVAMMAISUUS MERKITTÄVÄ, HUOMIOTA TAI HOITOA VAATIVA SOPEUTUMISKÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖ

Ospecificerad psykisk utvecklingsstörning betydande eller/och vådrälvande beteendestörning

F79.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN ÄLYLLINEN KEHITYSVAMMAISUUS EI TIETOA SOPEUTUMISKÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖISTÄ

Ospecificerad psykisk utvecklingsstörning utan anmärkning om beteendestörning

F80-F89

Psyykkisen kehityksen häiriöt Störningar i psykologisk utveckling

Huom.

Psyykkisen kehityksen häiriöille on yhteistä a) aina lapsuuteen sijoittuva alku, b) keskushermoston biologiseen kypsymiseen liittyvät kehityksen estymät tai viivästymät ja c) tasainen kulku ilman oireiden lievenemis- ja pahenemisvaiheita. Häiriytyneitä toimintoja ovat puhe, avaruudellista hahmottamista edellyttävät taidot sekä lihasten motorinen yhteistoiminta. Tavallisesti häiriö on ollut olemassa niin varhaisesta vaiheesta asti kuin on mahdollista luotettavasti havaita ilman edeltävää normaalia kehitystä. Häiriö lievenee lapsen kasvaessa, pieniä puutteita voi säilyä aikuisikäänkin. Useat näistä häiriöistä ovat monta kertaa yleisempiä pojilla kuin tytöillä.

Kehityshäiriöille on tyypillistä, että sukuanamneesissa samanlaiset tai samansukuiset häiriöt ovat yleisiä. On todennäköistä, että geneettisten tekijöiden vaikutus on suuri monissa, mutta ei kaikissa tapauksissa. Ympäristötekijät vaikuttavat häiriytyneisiin kehitystoimintoihin, mutta suurimmassa osassa tapauksia ne eivät ole tärkein vaikuttaja. Häiriöiden yleisistä käsitteistä ollaan melko yksimielisiä, mutta useimpien etiologia on tuntematon eivätkä kehityshäiriöiden rajat ja jaot alaryhmiin ole selviä.

Ryhmä sisältää lisäksi kahdentyyppisiä tiloja, jotka eivät täysin täytä edellä esitettyä määritelmää: 1) Häiriöitä, joissa on edeltävä normaalin kehityksen vaihe, kuten muu lapsuusiän persoonallisuutta hajottava (disintegratiivinen) kehityshäiriö (F84.3), Landau-Kleffnerin häiriö (F80.3) ja osa autistisista häiriöistä. Nämä häiriöt on otettu mukaan, koska niiden oireissa ja kulussa on monia samankaltaisuuksia kuin kehityshäiriöissä, vaikka niiden alku onkin erilainen. Ei myöskään tiedetä ovatko ne etiologisesti erilaisia. 2) Häiriöitä, jotka ovat pääasiassa poikkeamia kehitystoiminnoista eivätkä kehitysviivästymiä, esim. autismi. Osa autistisista häiriöistä on otettu mukaan, koska niissä on lähes aina todettavissa kehitysviivästymä, vaikka häiriö määriteltäisiinkin kehityksen poikkeamaksi.

Anm.

Allmänt för psykiska utvecklingsstörningar är a) debuten härrör alltid från barndomen, b) försämrad eller försenad utveckling av funktioner som är nära knutna till de biologiska mognadsprocesserna i centrala nervsystemet samt c) ett kontinuerligt förlopp utan remissioner eller återfall. Störningarna drabbar språkliga funktioner, visuo-spatiala färdigheter och motorisk koordination. Oftast finns den försenade eller försämrade förmågan redan vid det tidigaste skedet i utvecklingen då störningen går att påvisa utan föregående normal utveckling. Den kommer att avta alltef-

tersom barnet växer, även om lindrigare defekter ofta kan bestå upp i vuxen ålder. De flesta av dessa störningar är många gånger allmänna hos pojkar än hos flickor.

Typiskt för utvecklingsstörningar är att liknande eller besläktade störningar allmänt förekommer i familjens sjukhistoria. Det är sannolikt att de genetiska faktorernas inverkan är stor i många, men ändå inte i samtliga fall. Miljöfaktorerna inverkar på störda utvecklingsfunktioner, men i de flesta fall spelar de inte den största rollen. I fråga om störningarna generella beteckningar råder relativt stor enighet, men de flesta av dem har okänd etiologi och gränsdragningen mellan utvecklingsstörningarna och indelningen i undergrupper är inte klar.

Gruppen innefattar dessutom två typer av tillstånd som inte fullständigt täcker den nämnda definitionen: 1) Störningar som föregås av en fas av normal utveckling såsom annan desintegrativ störning i barndomen (F84.3), Landau-Kleffners syndrom (F80.3) och en del autistiska störningar. Dessa störningar har medtagits eftersom deras symtom och förlopp har mycket gemensamt med utvecklingsstörningarna, även om deras debut är av annat slag. Det är inte heller känt, om de har olika etiologi. 2) Störningar som i huvudsak är avvikelser från utvecklingsfunktionerna och inte försenad utveckling, t.ex. autism. En del av de autistiska störningarna har medtagits, då dessa nästan alltid uppvisar försenad utveckling, trots att störningen definieras som avvikande utveckling.

F80

Puheen ja kielen kehityshäiriöt

Specifika störningar i tal- och språkutvecklingen

Huom.

Normaali kielen omaksuminen on häiriytynyt kehityksen varhaisvaiheista asti. Häiriöt eivät suoraan johdu neurologisista poikkeavuuksista, puhemekanismin häiriöistä, aistivammoista, älyllisestä kehitysvammaisuudesta eivätkä ympäristötekijöistä. Lapsi saattaa pystyä paremmin kommunikoimaan ja ymmärtämään tutuissa tilanteissa kuin muissa tilanteissa, mutta kielelliset kyvyt ovat heikentyneet kaikissa tilanteissa. Puheen ja kielen kehityshäiriöistä seuraa usein muita häiriöitä, kuten luku- ja kirjoitushäiriöitä, ihmissuhdehäiriöitä sekä tunne- ja käytöshäiriöitä.

Erotusdiagnosi:

1) Puheen ja kielen kehityksen normaalit variaatiot on erotettava patologiasta. Ikä, jossa lapset ensimmäisen kerran käyttävät puhuttua kieltä ja ikä, jossa kielelliset taidot vakiintuvat käyttöön, vaihtelee suuresti. Normaali variaatioilla ei juuri ole kliinistä merkitystä, esim. suuri osa hitaasti puhumaan oppineista lapsista kehittyy kokonaisuutena täysin normaalisti. Useimmat lapset, joilla on puheen ja kielen kehityshäiriö, saavuttavat myös normaalin tason kielellisissä kyvyissä, mutta näillä lapsilla on monia muita kehityshäiriöitä. Tämän vuoksi varhainen ja tarkka kielen ja puheen kehityshäiriöiden diagnosointi on tärkeää.

Normaali variaatioille ei ole tarkkaan määriteltäviä rajoja, mutta häiriön vaikeusasteen, kulun ja oirekuvan sekä lisähäiriöiden selvittäminen auttavat arvioimaan onko kysymys kliinisesti merkittävästä häiriöstä. Poikkeavana pidetään kielen kehitystä, joka jää 2 standardideviaatiota odotetusta kehityksestä. Tämän vaikeusasteen häiriöön liittyy useimmiten muita häiriöitä. Vaikeusasteesta on vanhempien lasten diagnostiikassa vähemmän apua, koska häiriöillä on luonnollinen pyrkimys asteittaiseen paranemiseen. Näissä tapauksissa häiriön kulku on hyvä apuväline diagnostiikassa. Jos tämänhetkinen häiriön taso on lievä, mutta edeltävästi on ollut vaikea-asteista puhetaitojen heikkoutta, on todennäköistä, että nykyinen toimintataso on kliinisesti merkittävän häiriön seuraus eikä normaali variaatio. Huomiota on hyvä kiinnittää myös puheen ja kielen toimintamalliin. Jos malli on poikkeava (eikä vain aiemmillä kehitysvaiheilla ominainen), tai jos lapsen puhe tai kieli sisältää laadullisesti poikkeavia piirteitä, kliinisesti merkittävä häiriö on todennäköinen. Jos puheen tai kielen häiriöön liittyy oppimishäiriöitä (kuten viivästymä lukemisessa tai kirjoittamisessa), ihmissuhdehäiriöitä ja/tai tunne- tai käytöshäiriöitä, on harvoin kysymys normaalivariaatiosta.

2) Puheen ja kielen kehityshäiriöt on erotettava älyllisestä kehitysvammaisuudesta ja yleisestä kehitysviivästymästä. Lapsen, jonka älykköysosamäärä on keskitason alapuolella, kielellinen kehitys on yleensä myös keskitason alapuolella, koska älykkyys vaikuttaa verbaliisiin taitoihin. Kun kielellinen viivästymä on osa laajempaa älyllistä kehitysvammaisuutta tai yleistä laaja-alaista kehityksen viivästymää, käytetään diagnooseja F70-F79. Tämän ryhmän koodien tarkoitukseen muun kuin laaja-alaisen kehityshäiriön diagnosointi edellyttää, että viivästymä on huomattavasti suurempi kuin yleisestä kognitiivisesta toimintatasosta voisi päätellä. Älylliseen kehitysvammaisuuteen liittyy usein epätasainen älykkyysprofiili ja kielellinen heikkous on usein vaikeampiasteista kuin nonverbaalisten taitojen viivästymä. Kun tämä epätasaisuus on niin merkittävää, että se näkyy jokapäiväisissä toiminnoissa, puheen ja kielen kehityksen häiriön diagnoosi merkitään älyllisen kehitysvammaisuuden lisäksi.

3) Puheen ja kielen kehityshäiriöt on erotettava tähän ryhmään kuulumattomista häiriöistä, jotka ovat seurausta kuulon alenemasta tai neurologisesta tai muusta rakenteellisesta poikkeavuudesta. Suuri kuulon alenema varhaisessa lapsuudessa johtaa lähes aina merkittävään viivästymään tai vääristymään kielen kehityksessä. Nämä tilat

eivät kuulu tähän ryhmään. Puheen ymmärtämisen häiriöihin voi liittyä selektiivistä, erityisesti korkeita frekvenssejä koskevaa, kuulon huononemista. Nämä häiriöt kuuluvat tähän ryhmään, jos kuulon alenema on vain komplisoiva tekijä eikä yksinään selitä puheen häiriötä. Samat periaatteet koskevat neurologisia ja muita rakenteellisia poikkeavuuksia. Esim. ääntämisen poikkeavuus, joka on suora seuraus suulakihalkiosta tai CP-vammasta, ei kuulu tähän ryhmään.

Anm.

Störningar av den normala språkutvecklingen uppträder i de tidigaste utvecklingsstadierna. Tillstånden kan inte direkt tillskrivas neurologiska avvikelser, abnormitet i talapparaten, sensoriska störningar, psykisk utvecklingsstörning eller miljöfaktorer. Barnet kan eventuellt bättre klara av att kommunicera och förstå saker i bekanta situationer än i andra förhållanden, men de språkliga funktionerna är nedsatta i alla situationer. Dessa tal- och språkstörningar är ofta följda av andra störningar såsom inlärningssvårigheter, kontaktsvårigheter, känslomässiga svårigheter och beteendestörningar.

Differentialdiagnos:

1) Normala variationer i tal och språk ska särskiljas från ett patologiskt tillstånd. En stor variation förekommer i fråga om den ålder då barnen för första gången använder talat språk och den ålder då de språkliga färdigheterna stabiliserar sig. Normala variationer har ingen nämnvärd klinisk relevans, t.ex. är utvecklingsprocessen i sin helhet fullt normal hos barn som långsamt lärt sig tala. De flesta barn som lider av en tal- och språkstörning förvärvar även en normal nivå i sina språkliga färdigheter, men dessa barn har många andra utvecklingsstörningar. Därför är det viktigt att en exakt diagnostisering av språk- och talrelaterade utvecklingsstörningar sker på ett tidigt stadium.

För normala variationer förekommer inga strikta gränser, men en utredning av störningens svårighetsgrad, förlopp och symtombild hjälper till att bedöma, om det är fråga om en kliniskt betydande störning. Som avvikande betraktas sådan språklig utveckling som ligger 2 standarddeviationer under förväntad utveckling. En störning av denna svårighetsgrad åtföljs oftast av andra störningar. Svårighetsgraden är vid äldre barns diagnostik inte av nämnvärd nytta, eftersom störningen har en naturlig tendens att gradvis gå över. I dessa fall är störningens förlopp ett bra hjälpmedel i diagnostiken. Om den aktuella störningen är av lindrig grad, men har föregåtts av svårt nedsatta talfärdigheter, är det sannolikt att den aktuella funktionsnivån är en följd av en i kliniskt hänseende betydande störning och inte en normalvariation. Det är bra att fästa avseende även vid talets och språkets funktionella modell. Om modellen är avvikande (och inte endast utmärkande för utvecklingsstadiet) eller om barnets tal eller språk innehåller kvalitativa avvikelser, är en kliniskt relevant störning sannolik. Om tal- eller språkstörningen åtföljs av inlärningssvårigheter (såsom försenad läs- och skrivförmåga), störda mänskliga relationer och/eller känslö- eller beteendestörningar, är det sällan fråga om en normalvariation.

2) Utvecklingsstörningar som gäller tal och språk bör skiljas från intellektuell utvecklingsstörning och försenad utveckling av allmän art. Ett barn vars intelligenskvot ligger under genomsnittsnivån befinner sig även i språkligt hänseende under genomsnittet, eftersom intelligensen påverkar de verbala färdigheterna. Då den språkliga retardationen utgör en del av en mer omfattande psykisk utvecklingsstörning eller en sådan störning av allmän art, används diagnoserna F70-F79. En annan diagnostisering än den omfattande psykiska utvecklingsstörning som avses med koderna i denna grupp förutsätter att retardationen är betydligt större än man kan sluta sig till utifrån den generella kognitiva funktionsnivån. En psykisk utvecklingsstörning åtföljs ofta av en ojämn intelligensprofil och den nedsatta språkliga färdigheten är ofta av svårare grad än störningen av de icke-verbala färdigheterna. Då denna obalans är så markant att den kommer till synes i dagliga sysslor, antecknas diagnosen tal- och språkstörning utöver den psykiska utvecklingsstörningen.

3) Tal- och språkstörningar bör skiljas från de störningar som inte tillhör denna grupp och som är följder av nedsatt hörsel eller neurologisk eller annan strukturell avvikelse. Svårt nedsatt hörsel under den tidiga barndomen leder nästan alltid till avsevärd retardation eller komplikationer i den språkliga utvecklingen. Dessa tillstånd tillhör inte denna grupp. Störningar i förståelse av tal kan åtföljas av selektiv nedsättning av hörseln, i synnerhet beträffande höga frekvenser. Dessa störningar tillhör denna grupp, om hörselnedsättningen endast utgör en komplicerande faktor och inte ensam förklarar talstörningen. Samma principer gäller för neurologiska och andra strukturella avvikelser. T.ex. avvikande artikulation som är en direkt följd av kluven gom eller CP-skada tillhör inte denna grupp.

F80.0

ÄÄNTÄMISHÄIRIÖ

Specifik störning av artikulationsförmågan

Mukaan lukien

- Kehityksellinen ääntöhäiriö
- Kehityksellinen artikulaatiohäiriö
- Dyslalia (äännevirhe)
- Lallatus (r-äänteen ääntäminen l-äänteenä)
- Toiminnallinen artikulaatiohäiriö

Puheen ja kielen kehityshäiriöt

Specifika störningar i tal- och språkutvecklingen

Inkluderar

Dyslali

Funktionell störning av artikulationsförmågan

Utvecklingsrelaterad artikulationsstörning

Huom.

Äntämishäiriössä lapsi ei käytä äännteitä älykkyyksiensä vastaavalla tavalla, vaikka kielelliset kyvyt muuten ovat normaalin tasoisia.

Taudinkuva:

Ikä, jossa lapsi saavuttaa puheen äännteiden ilmaisutaidon, vaihtelee yksilöllisesti, samoin äännteiden kehittymisjärjestys.

1) Normaali kehitys: 4-vuotiaana virheet äännteiden tuottamisessa ovat yleisiä, vieraiden on kuitenkin helppo ymmärtää lasta. 6-7-vuotiaana lapsi hallitsee useimmat puheen äännteet. Vaikka vaikeuksia saattaa vielä olla tietyissä äänneyhdistelmissä, nämä eivät aiheuta vaikeuksia kommunikaatiossa. 11-12-vuotiaana lähes kaikki äännteet sujuvat.

2) Poikkeava kehitys: Lapsen äännteiden oppiminen viivästyy tai on poikkeavaa. Lapsen puheessa on ääntämisvirheitä, muiden on vaikea ymmärtää lapsen puhetta. Esiintyy mm. äännteiden poisjäämisiä, vääristymiä tai korvaamisia ja äänneyhdistelmien ilmaisu vaikeutta (esim. lapsi tuottaa äännteet osassa sanoja oikein, mutta osassa ei).

Ääntämistä arvioitaessa otetaan huomioon kulttuuri ja alakulttuurit, joissa lapsi elää, ja kulttuureissa käytetty arkikieli. Ääntämisen tulee olla selvästi arkikielestä poikkeavaa.

Diagnostiset kriteerit:

A. Ääntämistaidot mitattuina standardoiduilla testeillä ovat lapsen iänmukaisen -2 SD -rajan alapuolella

B. Ääntämistaidot ovat vähintään 1 SD- yksikköä nonverbaalisen älykkyykosamäärän alapuolella mitattuina standardoiduilla testeillä

C. Puheen tuottaminen ja ymmärtäminen mitattuina standardoiduilla testeillä ovat lapsen iänmukaisten 2 SD -rajojen sisällä.

D. Ei ilmene neurologista, aisteihin liittyvää tai muuta ruumiillista vammaa, joka suoraan vaikuttaa puheäänien tuottamiseen eikä ole laaja-alaista kehityshäiriötä (F84).

E. Nonverbaalinen älykkyykosamäärä ei ole alle 70 standardoidussa testissä.

Anm.

Vid en artikulationsstörning uttalar barnet inte ljud på ett sätt som motsvarar dess intelligensålder, även om de språkliga färdigheterna i övrigt är på normal nivå.

Sjukdomsbild:

Den ålder då barnet uppnår de artikulatoriska färdigheterna för tal varierar individuellt liksom också utvecklingens ordningsföljd i fråga om olika ljud.

1) Normal utveckling: Hos 4-åringar är artikulationsfel allmänna, främmande människor kan likväl lätt förstå barnet. Som 6-7-åringar behärskar barnet största delen av språkets ljud. Även om svårigheter ännu kan förekomma i vissa ljudkombinationer, orsakar de inga svårigheter i kommunikationen. Som 11-12-åringar klarar barnen av så gott som alla ljud.

2) Avvikande utveckling: Barnets inläring av språkliga ljud är fördröjd eller avvikande. Barnets tal innehåller uttalsfel, andra har svårt att förstå vad barnet säger. Bland annat förekommer det bortfall av ljud, förvrängning eller ersättande av ljud och svårigheter i uttal av vissa ljudkombinationer (till exempel uttalar barnet ljuden korrekt i en del ord, men inte i andra.).

Vid bedömning av uttalet beaktas kultur och subkultur där barnet lever samt kulturernas dagliga språk. Uttalet bör tydligt avvika från det dagliga språket.

Diagnostiska kriterier:

A. De uttalsfärdigheter som uppmätts med standardiserade test ligger under gränsen för barnets ålder -2 SD

B. Artikulationen ligger enligt mätning med standardiserade test minst 1 SD-enhet under den icke-verbala intelligenskvoten

C. Produktion av tal och förståelse av språket uppmätt med standardiserade test ligger inom 2 SD-gränser för barnets ålder.

D. Ingen förekomst av neurologisk, med sinnesfunktioner eller annan fysisk funktion förknippad skada som direkt

påverkar alstrande av språkligt ljud, eller omfattande utvecklingsstörning (F84).

E. Den icke-verbala intelligenskvoten ligger inte under 70 i standardiserade test.

F80.1

PUHEEN TUOTTAMISEN HÄIRIÖ

Expressiv språkstörning

Mukaan lukien

Kehityksellisen dysfasian tai afasian ekspressiivinen muoto

Inkluderar

Utvecklingsdysfasi eller afasi, expressiv typ

Huom.

Puheen kehityksessä on huomattavia yksilöllisiä vaihteluita. Selvänä viivästyminen pidetään yksittäisten sanojen (tai lähes oikein äännettyjen sanojen) puuttumista 2-vuotiaalla ja yksinkertaisten kahden sanan lauseiden puuttumista 3-vuotiaalla. Puheen tuottamisen häiriö on ilmeinen varhaisesta lapsuudesta lähtien ilman edeltävää selvää normaalin kielen kehityksen vaihetta. Lapsi voi käyttää normaalisti muutamia yksittäisiä sanoja, mutta sitten seuraa sanaston kehityksen pysähtyminen tai kielen käytön kehityksen hidastuminen. Yleistä on, että puheen tuottamisen häiriöön liittyy viivästyksiä tai poikkeavuuksia sanojen ja äänteiden tuottamisessa.

Myöhemmät häiriöt sisältävät mm. rajoittunutta sanaston kehitystä, liiallista muutaman yleisen sanan käyttöä, vaikeutta löytää sopivia sanoja, sanojen korvaamista, ilmaisun liiallista lyhyttä ja kypsymättömiä lauserakenteita. Lisäksi esiintyy lauseopillisia virheitä, esim. sanojen loppujen tai etuliitteiden poisjättämistä ja kielioppivirheitä esim. pronomien käytössä tai verbien ja substantiivien taivutuksessa. Liiallinen kielioppisääntöjen yleistäminen voi heikentää puheen sujuvuutta ja aiheuttaa vaikeuksia aikajärjestyksissä menneistä tapahtumista puhuttaessa.

Lapsen nonverbaalinen viestintä, kuten hymyt ja eleet, sekä ”sisäinen” kieli mielikuvitus- ja jäljittelyleikkeineen säilyvät lähes normaaleina, ja lapsen kyky kommunikoida ilman sanoja on melko hyvä. Lapsi pyrkii kompensimaan puheen puuttumisen demonstraatioilla, eleillä, ilmeillä tai äänillä, jotka eivät ole puhetta. Vaikeudet kaverisuhteissa, tunnehäiriöt, käytöshäiriöt ja/tai yliaktiivisuus ja tarkkaamattomuus ovat kuitenkin yleisiä erityisesti kouluikäisillä.

Pienen osaan tapauksia liittyy synnynnäisiä kuullun hahmotuksen puutteita.

Riittämättömät keskustelumahdollisuudet tai yleinen ympäristön virkkeiden puute voivat olla päätekiä tai myötävaikuttava tekijä puheen tuottamisen häiriössä. Ympäristön syytekijä merkitään Z-diagnoosilla ICD-10:n kappaleesta XXI.

Diagnostiset kriteerit:

- Puheen tuottamistaidot mitattuina standardoiduilla testeillä ovat lapsen iänmukaisen -2 SD -rajan alapuolella.
- Puheen tuottamistaidot ovat vähintään 1SD -yksikköä nonverbaalisen älykkyyssosamäärän alapuolella mitattuina standardoiduilla testeillä.
- Puheen ymmärtämistaidot mitattuina standardoiduilla testeillä ovat lapsen iänmukaisten 2 SD -rajojen sisällä.
- Nonverbaalisen viestinnän käyttö ja ymmärtäminen sekä mielikuvitukselliset kielen toiminnot ovat normaalivaihtelun rajoissa.
- Ei todeta neurologista aisteihin liittyvää tai muuta ruumiillista vammaa, joka suoraan vaikuttaa puheen tuottamiseen, eikä laaja-alaista kehityshäiriötä (F84).
- Nonverbaalinen älykkyyssosamäärä ei ole alle 70 standardoidussa testissä.

Anm.

I utvecklingen av tal förekommer betydande individuella variationer. Som en tydlig fördröjning betecknas avsaknad av enstaka ord (eller ord med nästan korrekt uttal) hos en 2-åring och enkla satser med två ord hos en 3-åring. Expressiv språkstörning är uppenbar från och med den tidiga barndomen utan föregående normalt utvecklingsstadium. Barnet kan använda några enstaka ord på normalt sätt, men därefter avstannar utvecklingen av ordförrådet eller blir långsammare. Det är vanligt att en expressiv språkstörning åtföljs av fördröjningar eller avvikelser i användning av ord eller uttal av olika ljud. .Senare störningar innefattar bl.a. nedsatt utveckling av ordförrådet, överdriven användning av några allmänna ord, svårigheter att finna adekvata ord, substitution av ord, överdrivet kortfattat språk och omogna satskonstruktioner. Dessutom förekommer syntaktiska fel, t.ex. bortfall av ändelser eller prefix och språkfel t.ex. i användningen av pronomen eller böjning av verb och substantiv. En överdriven generalisering av grammatikregler kan hämma ett flytande talspråk och orsaka svårigheter i kronologin då man talar om händelser i förfluten tid.

Barnets icke-verbala kommunikation såsom leenden och gester liksom även det inre språket med fantasi- och imitationslekar förblir närapå normal och barnets icke-verbala kommunikationsförmåga är relativt god. Barnet försöker kompensera bristande talfärdighet med demonstrationer, gester, miner eller ljud som inte är tal. Svårigheter i

Puheen ja kielen kehityshäiriöt

Specifika störningar i tal- och språkutvecklingen

kamratförhållanden, emotionella störningar, beteendestörningar och/eller överaktivitet och ouppmärksamhet är likväl vanliga i synnerhet hos barn i skolåldern.

Hos en liten del av fallen åtföljs tillståndet av medfödda brister i auditiv perception.

Alltför få möjligheter till samtal eller en generell brist på stimulans från omgivningen kan utgöra huvudorsaken eller vara en bidragande faktor till en expressiv språkstörning. En orsaksfaktor från omgivningen anges med en Z-diagnos från kapitel XXI i ICD-10.

Diagnostiska kriterier:

A. De expressiva färdigheterna som uppmätts med standardiserade test ligger under gränsen för barnets ålder -2 SD.

B. De expressiva färdigheterna ligger enligt mätning med standardiserade test minst 1 SD-enhet under den icke-verbala intelligenskvoten.

C. Förståelse av tal uppmätt med standardiserade test ligger inom 2 SD-gränser för barnets ålder.

D. Den icke-verbala kommunikationen och förståelsen samt de fantasirelaterade språkliga funktionerna ligger inom normal variation.

E. Ingen förekomst av neurologisk, med sinnesfunktioner eller annan fysisk funktion förknippad skada som direkt påverkar expressiva funktioner eller av omfattande utvecklingsstörning (F84).

F. Den icke-verbala intelligenskvoten ligger inte under 70 i standardiserade test.

F80.2

PUHEEN YMMÄRTÄMISEN HÄIRIÖ

Impressiv språkstörning

Mukaan lukien

Synnynnäinen auditiivinen havaitsemiskyvyttömyys

Sanakuurous

Kehityksellinen Wernicken afasia

Kehityksellisen dysfasian tai afasian reseptiivinen muoto

Inkluderar

Medfödd avsaknad av hörselperception

Orddövhät

Utvecklingsrelaterad Wernickes afasi

Utvecklingsdysfasi eller afasi, receptiv typ

Huom.

Puheen ymmärtämisen häiriössä lapsen kyky ymmärtää kieltä on älykkyyssikää huonompi. Lähes kaikissa tapauksissa myös kielellisessä ilmaisukyvyssä on merkittävää häiriötä, ja poikkeavuudet sanojen ja äänneiden tuottamisessa ovat yleisiä.

Selviä puheen ymmärtämisen häiriön merkkejä ovat 1-vuotiaalla reagoimattomuus tutuihin nimiin (nonverbaalisten vihjeiden puuttuessa), 1,5-vuotiaalla kyvyttömyys tunnistaa vähintään muutamia yleisiä esineitä, ja 2-vuotiaalla kyvyttömyys seurata yksinkertaisia ohjeita. Myöhemmin esiintyy kyvyttömyyttä ymmärtää kieliopillisia rakenteita (esim. vastakohtia, kysymyksiä, vertailuja) ja kielen tarkempia vivahteita (esim. äänensävyä). Lähes aina myös puheen tuottaminen on selvästi viivästynyt ja poikkeavuudet sanojen ja äänneiden tuottamisessa ovat yleisiä.

Kaikista puheen ja kielen kehityksen häiriöistä tähän liittyy useimmin tunne- ja käytöshäiriöitä sekä sosiaalisia häiriöitä. Hyperaktiivisuus, tarkkaamattomuus, puutteelliset sosiaaliset taidot ja kavereista eristäytyminen sekä ahdistus, sensitiivisyys ja liiallinen ujous ovat yleisiä oireita. Lasten sosiaalinen kehitys voi viivästyä. Lapset voivat toistaa kieltä, jota eivät ymmärrä, ja heidän mielenkiinnon kohteensa voivat olla rajoittuneita. Nämä lapset eroavat autistisista lapsista siten, että normaalia sosiaalista vastavuoroisuuttakin on, jäljittelyleikit sujuvat normaalisti, lapset hakevat normaalisti vanhemmilta lohdutusta, asennot ja liikkeet ovat lähes normaaleja ja nonverbaalisessa kommunikoinnissa on vain lieviä puutteita. Osalla lapsista on selektiivinen korkeita frekvenssejä koskeva kuulon alenema, joka ei yksin selitä puheen ymmärtämisen häiriötä.

Diagnostiset kriteerit:

A. Puheen ymmärtäminen mitattuna standardoiduilla testeillä on lapsen iänmukaisen -2 SD -rajan alapuolella.

B. Puheen ymmärtämistaidot ovat vähintään 1SD yksikköä nonverbaalisen älykkysoamäärän alapuolella mitattuna standardoiduilla testeillä.

C. Ei todeta neurologista, aisteihin liittyvää tai muuta ruumiillista vammaa, joka suoraan vaikuttaa puheen ymmärtämiseen eikä ole laaja-alaista kehityshäiriötä (F84).

D. Nonverbaalinen älykkyydosamäärä ei ole alle 70 standardoidussa testissä.

Anm.

En specifik utvecklingsstörning där barnets språkförståelse ligger under den nivå man kan förvänta sig med tanke på mental ålder. I så gott som samtliga fall förekommer även en märkbar språklig expressiv störning och avvikelser i användning av ord eller uttal av olika ljud är allmänna.

Tydliga tecken på impressiv språkstörning är hos 1-åringar avsaknad av reaktion på bekanta namn (då icke-verbala tips saknas), hos 1,5-åringar oförmåga att identifiera minst några vanliga föremål, och hos 2-åringar oförmåga att följa enkla anvisningar. Senare uppträder oförmåga att förstå grammatikaliska konstruktioner (t.ex. motsatser, frågor, jämförelser) och mera ingående språkliga nyanser (t.ex. tonfall). Av alla tal- och språkstörningar klassificeras här oftast emotionella störningar och beteendestörningar samt sociala störningar: Hyperaktivitet, ouppmärksamhet, bristfälliga sociala färdigheter och isolering från kamraterna samt ångest, sensitivitet och överdriven blyghet är allmänna symtom. Barnens sociala utveckling kan vara fördröjd. Barnen kan upprepa ett språk som de inte förstår, och föremålen för deras intresse kan vara begränsade. Dessa barn skiljer sig från autistiska barn på så sätt att de är kapabla till normal interaktion, leker imitationslekar på normalt sätt, söker tröst hos föräldrarna på normalt sätt, deras kroppsställningar och rörelser är närapå normala och endast lindriga brister förekommer i deras icke-verbala kommunikation. En del barn har selektiv hörselnedsättning för höga frekvenser, vilket inte utgör den enda förklaringen till impressiv språkstörning.

Diagnostiska kriterier:

A. De impressiva färdigheterna som uppmätts med standardiserade test ligger under gränsen för barnets ålder -2 SD

B. Talförståelsen ligger minst 1 SD under den icke-verbala intelligenskvoten uppmätt med standardiserade test.

C. Ingen förekomst av neurologisk, med sinnesfunktioner eller annan fysisk funktion förknippad skada som direkt påverkar impressiva funktioner eller av omfattande utvecklingsstörning (F84).

D. Den icke-verbala intelligenskvoten ligger inte under 70 i standardiserade test.

F80.3

EPILEPSIAAN LIITTYVÄ HANKINNAINEN PUHEEN TUOTTAMISEN JA YMMÄRTÄMISEN HÄIRIÖ (LANDAU-KLEFFNER)

Förvärvad afasi med epilepsi [Landau-Kleffner]

Huom.

Epilepsiaan liittyvässä hankinnaisessa puheen tuottamisen ja ymmärtämisen häiriössä (Landau-Kleffner) kielen kehityksessä aiemmin normaalisti edennyt lapsi menettää sekä puheen tuottamisen että vastaanottamisen taitoja, mutta säilyttää yleisen älykkyytensä. Häiriön alkaessa aivosähkökäyrässä on kohtauksellisia poikkeavuuksia ja useimmilla lapsilla esiintyy myös epileptisiä kohtauksia. EEG- poikkeavuudet ovat lähes aina temporaalilohkojen alueella, usein bilateraalisesti, mutta usein on laaja-alaisempaa EEG-poikkeavuutta. Häiriö alkaa tavallisesti 3 ja 7 ikävuoden välillä, mutta voi alkaa muulloinkin. Neljäosalla lapsista kielelliset kyvyt häviävät vähitellen muutaman kuukauden aikana, mutta useammin kielelliset kyvyt häviävät äkillisesti päiviksi tai viikoiksi. EEG-poikkeavuuksien, epilepsiakohtausten alkamisen ja kielellisten kykyjen menetyksen väliset ajat vaihtelevat muutamasta kuukaudesta kahteen vuoteen ja keskinäinen esiintymisjärjestys vaihtelee.

Häiriössä puheen ymmärtäminen heikkenee selvästi ja vaikeudet kuullun ymmärtämisessä ovat usein ensimmäinen oire. Osasta lapsia tulee puhekyvyttömiä, osa tuottaa mongertavaa "siansaksaa", ja osalla on lievempiä häiriöitä sanojen sujuvuudessa ja ilmaisussa sekä ääntämisvirheitä. Osalla lapsista äänen laatu kärsii ja normaalit taivutukset eivät onnistu. Joskus kielelliset toiminnot fluktuoivat häiriön varhaisvaiheessa. Käytös- ja tunnehäiriöt ovat yleisiä ensimmäisinä kuukausina puhekyvyn menettämisen jälkeen, mutta lievenevät lapsen oppiessa muita kommunikointitapoja. Häiriön etiologia on tuntematon, mutta syyksi on ehdotettu aivotulehdukseen liittyvää tapahtumasarjaa. Häiriön kulku on hyvin vaihteleva: N.2/3:lle lapsista jää jonkinasteinen puheen vastaanottokyvyn vaurio ja n. 1/3 lapsista paranee täysin.

Diagnostiset kriteerit:

A. Vaikea-asteinen puheen tuottamis- ja ymmärtämistaitojen menettäminen enintään kuuden kuukauden ajaksi.

B. Kielen kehitys ollut normaalia ennen taitojen menetystä.

C. Kohtauksellisia EEG-poikkeavuuksia yhdessä tai molemmissa temporaalilohkoissa aikavälillä, joka alkaa kaksi vuotta ennen taitojen menetystä ja päättyy kaksi vuotta taitojen menetyksen jälkeen.

D. Kuulo normaalin rajoissa.

E. Normaalin rajoissa ollut nonverbaalinen älykkyyss säilyy.

Puheen ja kielen kehityshäiriöt

Specifika störningar i tal- och språkutvecklingen

- F. Ei todeta muuta neurologista sairautta kuin tähän häiriöön liittyvät EEG-poikkeavuudet ja epileptiset kohtaukset.
G. Ei todeta laaja-alaista kehityshäiriötä (F84).

Anm.

Ett tillstånd av förvärvad afasi med epilepsi där ett barn som tidigare haft normal språkutveckling drabbas av både impressiv och expressiv språkstörning trots bevarad intelligensnivå. Då tillståndet debuterar åtföljs det av paroxysmala EEG-abnormiteter och de flesta patienterna har även epileptiska anfall. EEG-abnormiteterna förekommer nästan alltid vid tinningloben, ofta bilateralt, men ofta är det även fråga om en mera utbredd EEG-abnormitet. Debutålder är vanligtvis mellan tre och sju år, men kan även infalla vid annan tidpunkt. Hos en fjärdedel av barnen avtar de språkliga färdigheterna småningom under några månaders tid, men oftare sker språkförlusten plötsligt över dagar och veckor. Den tidsmässiga relationen mellan debut av epileptiska anfall och språkförlusten varierar mellan några få månader och två år och den ena komponenten kan föregå den andra.

Störningen orsakar en tydlig nedsättning av språkförståelsen och den impressiva störningen utgör ofta det första symtomet. En del av barnen förlorar talförmågan, andra frambringar obegriplig rotväliska, och några har lindrigare störningar i fråga om ord, uttryck och artikulation. Hos en del barn blir röstens kvalitet lidande och normala böjningsformer försvagas. Ibland är de språkliga funktionerna fluktuerande vid debuten av störningen. Beteende- och känslöstörningar är allmänna under de första månaderna efter förlusten av talförmågan, men blir lindrigare då barnet lär sig andra sätt att kommunicera. Störningens etiologi är okänd, men en inflammatorisk encefalitisk process har framförts som möjlig orsak. Störningens förlopp är mycket varierande: Hos omkring två tredjedelar av barnen blir slutresultatet mer eller mindre impressiva språkdefekter medan en tredjedel av barnen blir fullständigt återställda.

Diagnostiska kriterier:

- A. Svårartad förlust av expressiva och impressiva språkfärdigheter för en tid av högst sex månader.
B. Språkutvecklingen har varit normal innan förlusten av färdigheterna.
C. Paroxysmala EEG-abnormiteter i den ena tinningloben eller i vardera under en period som börjar två år innan förlusten av färdigheterna och upphör två år efter förlusten. Hörseln inom normala gränsvärden.
E. Icke-verbal intelligens mellan normala gränsvärden bevaras.
F. Ingen annan neurologisk sjukdom konstateras förutom EEG-abnormiteter och epileptiska anfall som hänför sig till denna störning.
G. Inget konstaterande av genomgripande utvecklingsstörningar (F84).

F80.8

MUU PUHEEN JA KIELEN KEHITYKSEN HÄIRIÖ

Annan specificerad störning i tal- och språkutvecklingen

Mukaan lukien

Sammallus

Inkluderar

Läspning

F80.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN PUHEEN JA KIELEN KEHITYSHÄIRIÖ

Störning i tal- och språkutvecklingen, ospecificerad

Huom.

Tähän ryhmään kuuluvat vain määrittämättömät häiriöt, joissa on merkittävää puheen ja kielen kehityksen heikkene- mistä. Häiriö ei selity älyllisellä kehitysvammaisuudella eikä suoraan puheeseen vaikuttavalla neurologisella, aisteihin liittyvällä tai muulla ruumiillisella vammalla tai sairauudella.

Anm.

Till denna grupp hör endast icke specificerade störningar som uppvisar en märkbart försämrad utveckling av tal och språk. Störningen kan inte förklaras av intellektuell utvecklingsstörning och inte heller av en neurologisk, sensesrelaterad eller annan kroppslig skada eller sjukdom.

F81

Oppimiskyvyn häiriöt Specifika utvecklingsstörningar av inlärningsfärdigheter

Huom.

Oppimiskyvyn häiriöissä normaali taitojen omaksuminen on häiriytynyt kehityksen varhaisvaiheista alkaen. Tämä ei johdu pelkästään oppimistilaisuuksien puutteesta eikä älyllisestä kehitysvammaisuudesta. Syynä eivät ole myöskään hankinnaiset aivovammat, puutteet näön- tai kuulontarkkuudessa tai tunnehäiriöt, vaikka näitä muita häiriöitä voi esiintyä samanaikaisesti. Oppimiskyvyn häiriöihin liittyy usein myös esimerkiksi tarkkaavaisuuden puute, käytöshäiriö, muu kehityshäiriö esim. motoriikan kehityshäiriö tai puheen ja kielen kehityshäiriö.

Käsitteenä oppimiskyvyn häiriöt ovat verrannollisia puheen ja kielen kehityshäiriöihin (F80) ja samoja asioita käytetään häiriöiden määrittelyssä ja mittaamisessa. Häiriöiden on ajateltu olevan lähtöisin poikkeavuuksista kognitiivisessa prosessoinnissa eli taustalla on todennäköisesti biologinen toimintahäiriö. Kuten muutkin kehityshäiriöt, oppimiskyvyn häiriöt ovat tavallisempia pojilla kuin tytöillä.

Häiriöiden etiologia on tuntematon, mutta primaareina syinä pidettyjen biologisten tekijöiden oletetaan olevan vuorovaikutuksessa ei-biologisten tekijöiden kanssa (kuten mahdollisuus oppimiseen ja opetuksen laatu) ja tekijät yhdessä määrittävät ilmenemismuodon. Vaikka häiriöt liittyvät biologiseen kypsymiseen, ei ole merkkejä siitä, että nämä lapset olisivat normaalin kehitysjatkumon alimmaisissa ja näin tavoittaisivat ajan kuluessa odotetun tason. Usein häiriö jatkuu läpi nuoruuden aikuisikään asti. Diagnoosi edellyttää, että häiriö on olemassa jo koulunkäynnin alkuvuosina. Lapset voivat jäädä jälkeen koulusuorituksissaan myöhemmin opiskelunsa aikana (esim. kiinnostuksen puute, huono opetus, tunnehäiriö, lisääntyneet tai muuttuneet vaatimukset), mutta nämä vaikeudet eivät kuulu tähän ryhmään.

On kliinisesti tärkeää erottaa ne oppimiskyvyn häiriöt, jotka ilmenevät ilman diagnosoitavaa neurologista häiriötä niistä, jotka ovat seurausta neurologisesta tilasta esim. CP-vammasta. Erottelu on vaikeaa monimuotoisten lievien neurologisten oireiden epävarman merkityksen vuoksi. Ei ole olemassa sellaisia oppimiskyvyn häiriöiden malleja, jotka voisi erottaa toisistaan neurologisen toimintahäiriön olemassaolon tai puuttumisen perusteella. Neurologiset häiriöt merkitään sen vuoksi aina omilla diagnooseillaan (G00-G99) oppimiskyvyn häiriöiden lisäksi.

Lapset oppivat lukemaan, kirjoittamaan ja laskemaan, kun heidät tutustutetaan näihin toimintoihin kotona ja koulussa. Eri maissa on suurta vaihtelua koulun aloittamisässä, koulujen lukusuunnitelmissa, ja siinä, mitä taitoja eri ikäisten lasten odotetaan osaksuvan. Odotusten erilaisuus on suurinta ala-asteen kouluissa (erityisesti alle 12-vuotiailla) ja vaikeuttaa oppimiskyvyn häiriöiden kansainvälisesti vertailukelpoisten määrittelmien laatimista.

Kaikissa opetusmalleissa samanikäisten koululaisten ryhmä sisältää monentasoisia oppimiskykyjä ja hankittuja taitoja. On tavallista, että koululuokassa osa lapsista alisuoriu joissakin taidoissa suhteessa yleiseen älykkyystasoonsa, mutta kyseessä ei ole diagnosoitava oppimishäiriö.

Oppimiskyvyn häiriöiden diagnosoinnin perusedellytyksiä:

1) Kliinisesti merkittävä oppimiskyvyn heikkeneminen. Tämä päätellään:

- a) vakavuusasteesta (esim. oppimiskyky tasolla, jolla alle 3 % koululaisista)
- b) kehityksellisistä edeltävistä tekijöistä (esim. esikouluvuosina kehitysviivästymä tai -poikkeama puheessa tai kielessä)
- c) lisähäiriöistä (esim. tarkkaamattomuus, yliaktiivisuus, tunne- tai käytöshäiriö)
- d) oirekuvasta (esim. laadullisia poikkeavuuksia, jotka eivät ole osa normaalia kehitystä) ja e) vasteesta (esim. oppimisvaikeudet eivät nopeasti poistu lisäopetuksella)

2) Häiriö ei selity älyllisellä kehitysvammaisuudella tai lievemmillä puutteilla yleisessä älykkyyydessä. Älykkyysosamäärä ja koulumenestys eivät täysin korreloi toisiinsa. Tämän vuoksi lapsen tutkimisessa käytetään yksilöllisiä standardoituja koulumenestyksen mittaustestejä ja älykkyysosamäärää, jonka määrittämisessä on huomioitu kulttuuri ja opetusjärjestelmä. Testitulosta verrataan tilastoihin, joissa on tieto keskimääräisestä odotetusta suoritus-tasosta älykkyysosamäärän eri tasoilla kronologisesti eri ikäisillä. Lapsen saavutustason tulee siis olla huomattavasti alle sen odotetun tason, joka on samassa älykkyysässä olevalla lapsella.

3) Häiriö on kehityksellinen eli se on ollut olemassa jo varhaisina kouluvuosina eikä ole hankittu myöhemmin opintojen aikana. Lapsen koulumenestys antaa tietoa tästä asiasta.

4) Oppimishäiriöt eivät johdu ulkoisista tekijöistä. Diagnoosi edellyttää näyttöä kliinisesti merkittävästä häiriöstä oppimisuorituksissa lapsen kehityksen sisäisten tekijöiden yhteydessä. Oppiakseen lapsi tarvitsee riittävät oppimis-mahdollisuudet. Jos huono koulumenestys on suoraa seurausta pitkistä koulupoissaoloista ilman korvaavaa opetusta tai riittämättömästä opetuksen tasosta, tätä diagnoosia ei käytetä. Tiheät lyhyet poissaolot koulusta tai opetuksen

epäyhtenäisyys johtuen kouluvaihdoksista eivät yleensä riitä aiheuttamaan senasteista oppimisen viivästymää, jota tämä diagnoosi edellyttää. Riittämätön kouluopetus voi olla häiriössä komplisoivana tekijänä, jolloin kouluun liittyvät tekijät merkitään ICD-10:n Z-diagnoseilla kappaleesta XXI oppimiskyvyn häiriön diagnoosin lisäksi (esim Z55.1).

5) Häiriö ei ole suora seuraus korjaamattomasta näön tai kuulon heikkoudesta.

Erotusdiagnoosi:

2) Kehityksellisen kulun huomioiminen on tärkeää kahdesta syystä: (a) Vaikeusaste: vuoden viivästymä lukutaidossa 7-vuotiaana on aivan eri asia kuin vuoden viivästymä 14-vuotiaana. (b) Oirekuvan muutos: On yleistä, että kielen kehityksen häiriö esikouluikässä vähenee puheen osalta, mutta seuraa lukemiskyvyn häiriö, joka taas vähenee nuoruusiässä. Varhaisessa aikuisiässä jäljellä on kirjoittamiskyvyn häiriö. Tila on sama koko ajan, mutta oirekuva muuttuu.

3) Oppimiseen liittyvät taidot pitää opettaa ja oppia, ne eivät ole pelkkää biologista kypsymistä. Lapsen taitotaso riippuu perheen olosuhteista ja kouluopetuksesta yhtä paljon kuin lapsen henkilökohtaisista ominaisuuksista. Ei ole yksiselitteistä tapaa erottaa riittämättömästä harjoittelusta johtuvia oppimishäiriöitä yksilöllisestä oppimiskyvyn häiriöstä johtuvista.

4) Häiriössä oletetaan olevan taustalla kognitiivisen prosessoinnin poikkeavuuksia. Yksittäistä lasta tutkittaessa on vaikea erottaa, mitkä kognitiiviset poikkeavuudet ovat syitä, mitkä seurauksia ja mitkä vain esiintyvät yhtä aikaa oppimiskyvyn häiriön kanssa. Todennäköisesti häiriöt ovat lähtöisin monesta kognitiivisesta poikkeavuudesta.

5) Oppimiskyvyn häiriöiden jakoperusteet alaryhmiin eivät ole vielä täysin selviä.

Anm.

Störningar där den normala inhämningen av skolfärdigheter är störd uppträder i tidigt utvecklingsstadium. Störningarna uppkommer inte enbart till följd av avsaknad av tillfällen till inläring och beror ej heller enbart på psykisk utvecklingsstörning. Tillståndet orsakas inte heller av någon förvärvad hjärnskada eller hjärnsjukdom, brister i syn- eller hörselskärla eller emotionella störningar, även om sådana störningar kan uppträda samtidigt. Störningar av inlärningsförmågan åtföljs ofta även av brist på uppmärksamhet, beteendestörning, annan utvecklingsstörning, t.ex. motorisk dysfunktion eller tal- och språkstörning.

Som begrepp är störningar av inlärningsförmågan ofta jämförbara med specifika störningar i tal- och språkutvecklingen (F80) och samma begrepp används vid definitioner och mätningar av störningarna. Störningarna har uppfattats som betingade av avvikelser i de kognitiva processerna, vilket tyder på en bakomliggande biologisk dysfunktion. I likhet med andra utvecklingsstörningar är störningar av inlärningsförmågan vanligare hos pojkar än hos flickor.

Störningarnas etiologi är okänd, men de biologiska faktorer som har betraktats som de primära orsakerna tros vara inbegripna i en växelverkan med icke-biologiska faktorer (såsom möjlighet till inläring och undervisningens kvalitet) så att dessa faktorer tillsammans bildar störningarnas uttrycksform. Även om störningarna har samband med den biologiska mognadsprocessen, finns det ingenting som tyder på att dessa barn skulle befinna sig nederst på ett utvecklingskontinuum och på så sätt med tiden förvärva en förväntad nivå. Ofta uppträder störningen genom ungdomsåren upp till vuxen ålder. Diagnosen förutsätter att störningen uppträder redan under de första skolåren. Barn kan bli efter i sina skolprestationer under ett senare skede av sina studier (t.ex. på grund av bristande intresse, dålig undervisning, emotionell störning, höjda eller förändrade krav), men dessa svårigheter ingår inte i denna grupp.

Det är av klinisk betydelse att skilja de störningar av inlärningsförmågan som uppträder utan neurologisk störning och som bör diagnostiseras, från dem som uppkommer till följd av ett neurologiskt tillstånd, t.ex. En CP-skada. Det är svårt att skilja tillstånden från varandra på grund av polymorfa lindriga neurologiska symtoms osäkra betydelse. Det förekommer inga sådana modeller av störningar av inlärningsförmågan som skulle kunna skiljas från varandra utifrån förekomst eller avsaknad av en neurologisk funktionsstörning. Neurologiska störningar anges därför alltid med egna diagnoser (G00-G99) utöver störningar av inlärningsförmågan.

Barn lär sig läsa, skriva och räkna, då dessa aktiviteter introduceras för dem hemma och i skolan. Variationen mellan olika länder är stor i fråga om ålder vid skolstart, skolornas läroplaner och vilka färdigheter barn i olika åldrar förväntas tillägna sig. Störst är olikheten beträffande förväntningarna på lägstadiet (särskilt för 12-åringarnas del) och detta försvårar uppgörandet av internationellt jämförbara definitioner för störningar av inlärningsförmågan.

I alla undervisningsmodeller uppvisar grupper av jämnåriga elever inlärningsförmåga och förvärvade färdigheter på många olika nivåer. Det är vanligt att en del barn i en skolklass underpresterar i vissa färdigheter i relation till sin generella intelligensnivå. Det är likväl inte fråga om en störning av inlärningsförmågan som bör diagnostiseras.

Grundförutsättningar för diagnostisering av störningar av inlärningsförmågan:

1) Kliniskt relevant nedsättning av inlärningsförmågan. Bedömningen görs utifrån:

a) svårighetsgrad (t.ex. inlärningsförmåga på en nivå hos 3 % av eleverna)

b) tidigare utvecklingsrelaterade faktorer (t.ex. under förskoleåren försenad eller avvikande utveckling)

c) tilläggsstörningar (t.ex. uppmärksamhet, hyperaktivitet, emotionell störning eller beteendestörning)

d) symtombild (t.ex. kvalitativa avvikelser som inte ingår i normal utveckling och e) respons (t.ex. inlärningssvårigheterna avtar inte snabbt med hjälp av extra undervisning)

2) Störningen kan inte förklaras med intellektuell utvecklingsstörning eller lindrigare brister i allmän intelligens. Intelligenskvot och skolframgång korrelerar inte fullständigt med varandra. Därför används vid undersökning av barn sådana individuella standardiserade test för mätning av skolframgång och intelligenskvot, i vilka kulturen och undervisningssystemet har beaktats. Testresultatet jämförs med statistik som innehåller information om förväntad genomsnittlig prestationsnivå på olika nivåer av intelligenskvot i kronologisk följd för barn i olika ålder. Barnets resultatnivå bör alltså ligga väsentligt under den förväntade nivån hos barn i samma mentala ålder.

3) Störningen är utvecklingsrelaterad, dvs. har varit närvarande redan under de första skolåren och inte förvärvats senare under studierna. Barnets skolframgång förmedlar information om detta.

4) Inlärningsstörningarna beror inte på yttre faktorer. Diagnosen förutsätter tecken på en kliniskt relevant störning av inlärningsresultaten som har ett samband med inre faktorer i barnets utveckling. För att lära sig behöver barnet tillräckliga inlärningsmöjligheter. Om dålig skolframgång är en direkt följd av lång skolfrånvaro utan ersättande undervisning eller av otillräcklig undervisningsnivå, används inte denna diagnos. Ofta förekommande kort frånvaro från skolan eller en fragmentarisk undervisning som beror på skolbyten förslår i regel inte till att förklara en så stor försening i inlärningen som förutsätts av denna diagnos. Otillräcklig skolundervisning kan utgöra en komplicerande faktor i störningen och då antecknas de skolrelaterade faktorerna med Z-diagnoser ur kapitel XXI i ICD-10 som komplement till diagnosen (t.ex. Z55.1) Störningen är inte en direkt följd av icke-korrigerad syn- eller hörseldefekt.

Differentialdiagnos:

1) Beaktande av det utvecklingsrelaterade förloppet är viktigt av två skäl: Svårighetsgraden: Ett års försening i läskunnighet hos en 7-åring är en alldeles annan sak än ett års försening hos en 14-åring. (b) Förändrad symtombild: Det är vanligt att en störning i språklig utveckling under förskoletiden minskar i fråga om tal, men följs av en störning av läsfärdighet som åter avtar under ungdomsåren. Vid tidig vuxen ålder kvarstår störning av skrivkunighet. Tillståndet förblir detsamma, men symtombilden förändras.

2) Inlärningsfärdigheter ska läras ut och inhämtas, de uppkommer inte enbart till följd av biologisk mognad. Barnets färdighetsnivå beror lika mycket på familjeförhållanden och skolundervisning som på barnets individuella egenskaper. Det finns inget entydigt sätt att skilja inlärningsstörningar som beror på otillräcklig övning från dem som beror på störning av den individuella inlärningsförmågan.

3) Störningen antas ha bakomliggande avvikelser i den kognitiva processen. Vid undersökning av ett enda barn är det svårt att avgöra, vilka kognitiva avvikelser som utgör orsaker, vilka som utgör följder och vilka som bara uppträder samtidigt som en störning av inlärningsförmågan. Sannolikt är att störningarna härrör från många kognitiva avvikelser.

4) Grunderna för indelning i undergrupper av störningar av inlärningsförmågan är inte ännu fullt klarlagda.

F81.0

LUKEMISKYVYN HÄIRIÖ

Specifik lässvårighet

Mukaan lukien

Lukutaidon omaksumisen hitaus

Kehityksellinen dysleksia (lukemishäiriö)

Hidas lukemaan oppiminen

Inkluderar

Specifik läsförsening

Utvecklingsrelaterad dyslexi

Huom.

Lukemiskyvyn häiriössä on lukutaidon kehitymisessä merkittäviä puutteita, jotka eivät selity yksinomaan älykkyyssiästä, näön epätarkkuudesta tai riittämättömästä kouluopetuksesta. Luetun ymmärtäminen, luettujen sanojen tunnistaminen, suullinen lukutaito ja lukemista edellyttävien tehtävien suorittaminen voivat kaikki olla puutteellisia. Lukemiskyvyn häiriöön liittyy usein kirjoittamishäiriöitä, jotka usein säilyvät nuoruusikään asti, vaikka lukutaito jonkin verran paranisikin. Lukemiskyvyn häiriötä edeltävät usein puheen ja kielen kehityksen häiriöt. Kielen tarkastelussa löytyy usein lieviä samanaikaisiakin puheen ja kielen kehityksen häiriöitä. Kouluiässä mukana on usein tunne- ja käytöshäiriöitä. Opintojen epäonnistumisen lisäksi huono osallistuminen koulunkäyntiin ja vaikeudet sosiaalisessa sopeutumisessa ovat yleisiä seurauksia häiriöstä, varsinkin peruskoulun yläluokilla ja peruskoulun jälkeisissä opinnoissa. Lukemiskyvyn häiriötä esiintyy kaikissa tunnetuissa kielissä, mutta vielä ei tiedetä, vaikuttaako häiriön yleisyyteen kielen ja sen kirjoitusasun luonne.

Taudinkuva:

Lukemiskyvyn häiriön tarkka luonne riippuu odotetusta lukutaidosta, kielestä ja kielen kirjoitusasusta. Varhaisessa aakkosten opetteluvaiheessa voi olla häiriöitä aakkosten luettelemisessa, kirjainten oikeassa nimeämisessä, yksinkertaisessa sanojen loppusoinnuttamisessa ja äänteiden tunnistamisessa tai luokittelussa (huolimatta normaalista kuulosta).

Myöhemmin voi olla seuraavia häiriöitä suullisessa lukutaidossa:

- (a) sanojen tai sanojen osien poisjättäminen, korvaamiset, vääristymät tai lisäykset
- (b) hidas lukunopeus
- (c) virheelliset aloitukset, pitkät epäröinnit ja oikean paikan hukkaamiset tekstissä, epäselvä ilmaisu
- (d) sanojen kääntäminen lauseissa tai kirjainten kääntäminen sanoissa

Häiriöitä voi myös olla luetun ymmärtämisessä esim.:

- (e) kyvyttömyys toistaa luetun tekstin tapahtumia
- (f) kyvyttömyys tehdä päätelmiä luetusta materiaalista
- (g) yleisen tietämyksen käyttö taustatietona luetun kertomuksen sisältämän tiedon sijasta vastauksena kysymyksiin luetusta

Myöhemmässä lapsuudessa ja aikuisiässä on yleistä, että kirjoittamiskyvyn häiriöt tulevat lukemiskyvyn häiriöitä merkittävämmiksi. Kirjoittamiskyvyn häiriöt sisältävät usein äännevirheitä. On todennäköistä, että sekä lukemis-että kirjoittamiskyvyn häiriöt ovat osittain lähtöisin alentuneesta äänteiden erittelykyvystä. Osa hapsista saavuttaa kielen kehityksen virstanpylväät normaali-ikässä, mutta heillä on häiriöitä prosessoinnissa kuulon kautta esim. häiriöitä äänteiden luokittelussa ja loppusoinnutuksessa. Häiriöitä voi olla myös auditiivisessa sekventiaalisessa muistissa tai asioiden yhdistelyssä. Osalla lapsista on häiriöitä visuaalisessa prosessoinnissa esim. kirjainten erottelussa. Nämä vaikeudet ovat kuitenkin yleisiä muillakin juuri lukemaan oppineilla lapsilla eivätkä ehkä ole suoraan huonon lukutaidon syy. Vaikeudet tarkkaavaisuudessa, usein liittyneenä yliaktiivisuuteen ja impulsiivisuuteen, ovat myös yleisiä oireita näissä häiriöissä. Tunne-elämän häiriöt ovat yleisempiä varhaisten kouluvuosien aikana, mutta käytöshäiriöt ja hyperaktiivisuus ovat yleisempiä myöhemmässä lapsuudessa ja nuoruudessa. Näiden lasten itsetunto on usein heikko ja vaikeudet kouluun sopeutumisessa ja kaverisuhteissa ovat tavallisia.

Diagnostiset kriteerit:

A. Toinen seuraavista:

(1) Lukemisen tarkkuuden ja/tai ymmärtämisen pistemäärä on lapsen kronologinen ikä ja älykkyyssomäärä huomioiden vähintään 2 SD odotusarvon alapuolella. Lukemistaidot ja älykkyyssomäärä mitataan testillä, joka on standardoitu lapsen kulttuurin ja opetusjärjestelmän suhteen.

(2) Anamneesissa on vakavia lukemisaikavaikeuksia tai testipistemäärä on täytetty kriteerin A.1 varhaisemmassa iässä sekä kirjoittamistestin pistemäärä lapsen kronologinen ikä ja älykkyyssomäärä huomioiden vähintään 2 standardideviaatiota odotusarvon alapuolella.

B. Häiritsee merkittävästi opintoja tai jokapäiväisen elämän lukemistaitoja vaativia toimintoja.

C. Ei ole suoraa seurausta näön tai kuulon tarkkuuden vajauksesta tai neurologisesta sairaudesta.

D. Koulukokemukset ovat normaalivaihtelun rajoissa (ei ole äärimmäisiä puutteellisuuksia opetuskokemuksissa).

E. Älykkyyssomäärä ei ole alle 70 standardoidussa testissä.

Huom!

Tutkimustarkoituksiin voidaan asettaa diagnostisia lisäkriteerejä erittelemään häiriön alaryhmiä esikouluikäisillä koskien puhetta, kieltä, äänen luokitusta, motorista koordinaatiota, visuaalista prosessointia, tarkkaavaisuutta ja aktiivisuuden hallintaa. Häiriö voidaan jakaa alaryhmiin myös perustuen kirjoitusvirheiden tyyppien analysointiin.

Diagnostiset kriteerit eivät sisällä kliinisessä työssä usein todettavaa yleistä lukemisen viivästymää. Yleisen lukemisen viivästymän diagnostiset kriteerit ovat samat kuin lukemiskyvyn häiriön paitsi, että kriteerissä A.1 lukemistaidot ovat kronologinen ikä huomioiden vähintään 2 standardideviaatiota odotusarvon alapuolella (eli älykkyyssomäärää ei huomioida), ja kriteerissä A.2 sama periaate koskien kirjoittamista. Näiden kahden lukemishäiriön erottaminen ei ole vakiintunut. Lukemiskyvyn häiriöllä on todettu selvemmin yhteyttä kielen kehityksen häiriöihin, kun taas yleisen lukemisen viivästymä liittyy laajempaan valikoimaan kehityshäiriöitä. Lisäksi lukemiskyvyn häiriö on selvemmin yleisempi pojilla kuin tytöillä verrattuna yleiseen lukemisen viivästymään.

Anm.

Dyslexins främsta kännetecken är en specifik och klart försämrad utveckling av läsförmågan som inte bara beror på mental ålder, synproblem eller inadekvat skolgång. Läsförståelse, ordigenkänning, högläsningförmåga och problem-

lösning som kräver läskunskap kan alla påverkas menligt. Specifika lässvårigheter åtföljs ofta av stavningssvårigheter som ofta varar upp i adolescensen även efter att läsförmågan förbättrats något. Lässvårigheterna föregås ofta av störningar i tal- och språkutvecklingen. I en undersökning av språket framkommer ofta lindriga samtidiga störningar i tal- och språkutvecklingen. Emotionella störningar och beteendestörningar uppträder ofta under skolåldern. Utöver misslyckade studieresultat utgör svagt deltagande i skolgången och sociala anpassningssvårigheter vanliga konsekvenser av störningarna, i synnerhet i de högre klasserna i grundskolan och studierna efter grundskolan. Lässvårigheter förekommer inom alla kända språk, men ännu är det okänt om störningens utbredning påverkas av språkets karaktär och skriftliga utformning.

Sjukdomsbild:

Läsvårigheternas exakta art beror på den förväntade läskunnigheten, språket och dess skriftliga utformning. Redan på ett tidigt stadium vid inläring av alfabetet kan störningar förekomma i uppräknings- eller bokstavskontroll, korrekt benämning av dem, slutstavelsen i enkla ord och igenkänning eller klassificering av ljud (trots normal hörsel).

Senare kan bl.a. följande störningar förekomma i muntlig läsfärdighet:

- (a) bortfall av ord eller stavelser, substitution, förvrängningar eller tillägg
- (b) långsam läsning
- (c) fel början och långa stunder av tvekan, rätt ställe i texten tappas bort, oklart uttal
- (d) ord i meningar eller bokstäver i ord kastas om

Störningar kan uppträda även i läsförståelse:

- (e) oförmåga att återge händelserna i en läst text
- (f) oförmåga att göra slutledningar av läst material
- (g) allmän kunskap används som källmaterial i stället för innehållet i den lästa berättelsen då frågor om innehållet besvaras

Senare under barndomen och vid vuxen ålder blir det vanligt att skrivsvårigheterna blir större än lässvårigheterna. Skrivsvårigheterna innefattar ofta felstavning av ljud. Det är sannolikt att både läs- och skrivsvårigheter delvis beror på nedsatt förmåga att skilja mellan olika fonem. En del av barnen når den språkliga utvecklingens milstolpar i normal ålder, men de lider av störningar i den auditiva processen, t.ex. i fråga om indelning av ljud och slutstavelser. Störningar kan förekomma även i det auditiva sekventiella minnet eller association av begrepp. En del av barnen har visuell störning, t.ex. svårt att skilja mellan bokstäver. Dessa svårigheter är likväl vanliga även hos andra personer än barn som nyligen lärt sig läsa och eventuellt inte betingade av svag läskunnighet. Uppmärksamhetsstörningar som ofta hänförs till hyperaktivitet och impulsivitet är även vanliga symtom vid dessa störningar. Emotionella störningar är vanligare under de första skolåren, men beteendestörningar och hyperaktivitet förekommer oftare under den sena barndomen och ungdomsåren. Dessa barn har ofta svag självkänsla och svårt att anpassa sig till skolan och svårigheter i kamratrelationerna.

Diagnostiska kriterier:

A. En av följande:

- (1) Poängtalet för precision vid läsning och/eller läsförståelse ligger med beaktande av barnets kronologiska ålder och intelligenskvot minst 2 SD under det förväntade värdet. Läsfärdigheter och intelligenskvot uppmäts med test som är standardiserade för barnets kultur och undervisningssystem.
- (2) Anamnesen uppvisar grava lässvårigheter eller testresultatet har uppfyllt kriterium A.1 på ett tidigare åldersstadium och poängtalet i skrivtestet ligger med beaktande av barnets kronologiska ålder och intelligenskvot minst 2 standarddeviationer under det förväntade värdet.

B. Väsentlig störning av studier eller dagliga aktiviteter som kräver läsfärdigheter.

C. Det är ingen direkt följd av syn- eller hörseldefekter eller neurologisk sjukdom.

D. Skolerfarenheterna ligger inom den normalvärderna (inga extrema brister i upplevelsen av inläringssituationen).

.E. intelligenskvoten ligger inte under 70 i standardiserade test.

Obs!

I forskningssyfte kan diagnostiska tilläggs-kriterier användas för att specificera undergrupper i störningen hos förskolebarn i fråga om tal, språk, klassificering av rösten, motorisk koordination, visuell processing, uppmärksamhet och aktivitetskontroll. Störningen kan indelas i undergrupper även utifrån analys av typen av stavfel.

De diagnostiska kriterierna innefattar inte en allmän försening i läskunskap som ofta konstateras i det kliniska arbetet. De diagnostiska kriterierna för allmän försening i läskunskap är desamma som för specifik lässvårighet, förutom att läsfärdigheterna i kriterium A.1 med beaktande av den kronologiska åldern ligger minst 2 standarddeviationer under

Oppimiskyvyn häiriöt

Specifika utvecklingsstörningar av inlärningsfärdigheter

det förväntade värdet (dvs. utan att intelligenskvoten beaktas), och att samma princip följs i kriterium A.2 beträffande skrivfärdigheterna. Gränsdragningen mellan dessa två typer av lässvårigheter är inte vedertagen. Specifik lässvårighet har konstaterats ha ett tydligare samband med störningar av språkutvecklingen, medan åter en allmän försening i läskunskap hänför sig till en mera omfattande kategori av utvecklingsstörningar. Dessutom är specifik lässvårighet klart vanligare hos pojkar än hos flickor i jämförelse med allmän försening i läskunskap.

F81.1

KIRJOITTAMISKYVYN HÄIRIÖ

Specifik stavningsvårighet

Mukaan lukien

Kirjoitustaidon omaksumisen hitaus (ilman lukemisvaikeutta)

Oikeinkirjoituskyvyn häiriö

Oikeinkirjoitustaidon omaksumisen hitaus (ilman lukemisvaikeutta)

Tavaamiskyvyn häiriö

Inkluderar

Stavningsvårigheter

Huom.

Kirjoittamiskyvyn häiriössä kirjoittamistaidon kehittämisessä on merkittäviä puutteita, jotka eivät liity lukemiskyvyn häiriöön eivätkä selity pelkästään alhaisesta älykkyysiästä, näön epätarkkuudesta tai riittämättömästä kouluopetuksesta. Sekä suullinen tavaamistaito että kyky kirjoittaa sanoja oikein ovat puutteelliset. Mikäli vaikeus liittyy täysin käsin kirjoittamiseen, tätä diagnoosia ei käytetä. Toisin kuin tavallisessa lukemiskyvyn häiriössä, kirjoitusvirheet vastaavat äänneasua.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Standardoidun kirjoittamistestin pistemäärä on lapsen kronologinen ikä ja älykkyysosamäärä huomioiden vähintään 2 standardideviaatiota odotusarvon alapuolella.
- B. Lukemisen tarkkuuden ja ymmärtämisen sekä laskemisen pistemäärät ovat normaalivaihtelun rajoissa (keskiarvo +/-2 SD).
- C. Anamneesissa ei ole merkittäviä lukemishäiriöitä.
- D. Koulukokemukset ovat normaalivaihtelun rajoissa (ei ilmene äärimmäisiä puutteellisuksia opetuskokemuksissa).
- E. Kirjoittamishäiriöt ovat alkaneet kirjoittamaan oppimisen varhaisvaiheissa.
- F. Häiritsee merkittävästi opintoja tai jokapäiväisen elämän kirjoittamistaitoja vaativia toimintoja.
- G. Älykkyysosamäärä ei ole alle 70 standardoidussa testissä.

Erotusdiagnoosi:

Anm.

Störningens främsta kännetecken är en specifik och klart försämrad utveckling av stavningsförmågan som inte bara beror på låg mental ålder, synproblem eller inadekvat skolgång. Brister förekommer i både muntlig stavningsfärdighet och skriftlig stavningsförmåga. Om svårigheten uteslutande hänför sig till skrivning för hand, används inte denna diagnos. Till åtskillnad från en vanlig specifik lässtörning uppvisar den språkfel som motsvarar uttalet.

Diagnostiska kriterier:

- A. Poängtalet i ett standardiserat skrivtest ligger minst 2 standarddeviationer under det förväntade värdet med beaktande av barnets kronologiska ålder och intelligenskvot.
- B. Poängtalen för precision vid läsning och läsförståelse samt räkning ligger inom gränserna för normal variation (medelvärde +/-2 SD).
- C. Anamnesen innehåller inga nämnvärda lässvårigheter.
- D. Skolerfarenheterna ligger inom gränserna för normal variation (inga extrema brister i upplevelsen av inlärnings-situationen).
- E. Skrivsvårigheterna har debuterat i det första stadiet av inläringen.
- F. Väsentlig störning av studier eller dagliga aktiviteter som kräver skrivfärdigheter.
- G. Intelligenskvoten ligger inte under 70 i standardiserade test.

F81.2

LASKEMISKYVYN HÄIRIÖ

Specifik räknesvårighet

Mukaan lukien

Kehityksellinen laskemiskyvyttömyys (akalkulia)

Kehityksellinen laskemishäiriö

Kehityksellinen Gerstmannin oireyhtymä

Dyskalkulia

Inkluderar

Utvecklingsbetingad akalkuli

Utvecklingsbetingad aritmetisk störning

Utvecklingsbetingad Gerstmanns syndrom

Huom.

Laskemiskyvyn häiriössä laskutaidon kehittämisessä on heikkoutta, joka ei selity yleisestä kehitysvammaisuudesta tai puutteellisesta kouluopetuksesta. Häiriö koskee enemmän peruslaskutaitoja, kuten yhteen- ja vähennys- sekä kerto- ja jakolaskutaitoa, kuin algebraa, trigonometriaa, geometriaa ja laskentaan liittyviä käsitteellisempiä matemaattisia taitoja.

Taudinkuva:

Tietoa laskemiskyvyn häiriöiden edeltävistä tekijöistä, kulusta, korreloivista tekijöistä ja seurauksista on vähän. Näillä lapsilla on usein normaaliarajoissa olevat auditiiviset havaitsemistaidot ja verbaaliset taidot, mutta heikentyneet visuospatiaaliset taidot ja visuaaliset havaitsemistaidot päinvastoin kuin lapsilla, joilla on lukemishäiriö. Osalla lapsista on sosiaalisia häiriöitä ja tunne- sekä käytöshäiriöitä, mutta niiden yleisyydestä ja luonteesta tiedetään vähän. On esitetty, että vaikeudet sosiaalisessa vuorovaikutuksessa olisivat erityisen yleisiä.

Laskemiskyvyn häiriöt ovat monimuotoisia: a) epäonnistuminen laskutoimituksen idean ymmärtämisessä, b) puuttuva kyky ymmärtää matemaattisia käsitteitä tai merkkejä, c) epäonnistuminen numeeristen symbolien tunnistamisessa, d) vaikeus suorittaa matemaattisia perustehtäviä, e) vaikeus tunnistaa mitkä numerot kuuluvat käsillä olevaan matemaattiseen tehtävään, f) vaikeus asettaa numeroja kunnolla riviin tai sijoittaa desimaalipilkkuja tai symboleja laskutoimitusten aikana, g) laskujen huono sijoittelu käytössä olevaan tilaan h) ja kyvyttömyys oppia kertotaulua.

Diagnostiset kriteerit:

- Standardoidun laskemistestin pistemäärä on lapsen kronologinen ikä ja älykkyysosamäärä huomioiden vähintään 2 standardideviaatiota odotusarvon alapuolella.
- Lukemisen tarkkuuden ja ymmärtämisen sekä kirjoittamisen pistemäärät ovat normaalivaihtelun rajoissa (keskiarvo ± 2 SD).
- Anamneesissa ei ole merkittäviä lukemis- tai kirjoittamishäiriöitä.
- Koulukokemukset ovat normaalivaihtelun rajoissa (ei todeta äärimmäisiä puutteellisuuksia opetuskokemuksissa).
- Laskemishäiriöt ovat alkaneet matematiikan oppimisen varhaisvaiheissa.
- Häiritsee merkittävästi opintoja tai jokapäiväisen elämän laskemiskykyjä vaativia toimintoja.
- Älykkyysosamäärä ei ole alle 70 standardoidussa testissä.

Erotusdiagnosi:

Laskemiskyvyn häiriö, joka on suoraa seurausta neurologisesta, psykiatrisesta tai muusta häiriöstä (esim. puutteista näössä ja kuulossa), ei kuulu tähän ryhmään.

Anm.

Avser en specifik svaghet i matematiska färdigheter som inte kan skyllas på psykisk utvecklingsstörning eller bristfällig skolgång. Räknesvårigheterna innefattar bristande förmåga att behärska basala räknefärdigheter såsom addition, subtraktion, multiplikation och division snarare än de mer abstrakta matematiska färdigheter som krävs i algebra, trigonometri, geometri och komplexa beräkningar.

Sjukdomsbild:

Informationen om faktorer, förlopp och korrelerande faktorer som föregår svagheten i matematiska färdigheter är knapphändig. Dessa barn har ofta en auditiv perception och verbala färdigheter inom gränserna för normal variation, men nedsatta visuospatiala färdigheter och försvagad visuell perception till åtskillnad från barn som har en specifik

Oppimiskyvyn häiriöt

Specifika utvecklingsstörningar av inlärningsfärdigheter

lässtörning. En del av barnen har sociala störningar och känslö- och beteendestörningar, men om deras utbredning och karaktär vet man inte mycket. Det har framförts att svårigheter i social interaktion kunde vara särskilt vanliga.

Räknesvårigheterna kan vara av skiftande art: a) missförstånd av räkneoperationens idé, b) oförmåga att förstå matematiska begrepp eller tecken, c) misslyckad identifiering av numeriska symboler, d) svårt att utföra basala matematiska uppgifter, e) svårt att identifiera de siffror som ingår i den matematiska uppgift som ska utföras, f) svårt att ordna siffror i rad eller sätta ut decimalkomma eller symboler under räkneoperationerna, g) dålig uppställning av talen i det utrymme som reserverats för dem h) och oförmåga att lära sig multiplikationstabellen.

Diagnostiska kriterier:

- A. Poängtalet i ett standardiserat räknetest ligger minst 2 standarddeviationer under det förväntade värdet med beaktande av barnets kronologiska ålder och intelligenskvot.
- B. Poängten för precision vid läsning och läsförståelse samt skrivning ligger inom gränserna för normal variation (medelvärde ± 2 SD).
- C. Anamnesen innehåller inga nämnvärda läs- eller skrivsvårigheter.
- D. Skolefarenheterna ligger inom gränserna för normal variation (inga extrema brister i upplevelsen av inlärnings-situationen).
- E. Räknesvårigheterna har debuterat i ett tidigt stadium av inläring i matematik.
- F. Väsentlig störning av studier eller dagliga aktiviteter som kräver räknefärdigheter.
- G. Intelligenskvoten ligger inte under 70 i standardiserade test.

Differentialdiagnos:

Specifik räknesvårighet som är en direkt följd av en neurologisk, psykisk eller annan störning (t.ex. syn- och hörseldefekter), hör inte till denna grupp.

F81.3

MONIMUOTOINEN OPPIMISKYVYN HÄIRIÖ

Blandad inlärningsstörning

Huom.

Tähän puutteellisesti määritettyyn jäänösryhmään kuuluu häiriöitä, joissa sekä lasku- että luku- ja kirjoitustaidossa on huomattavia häiriöitä eivätkä häiriöt selity yksinomaan yleisellä älyllisellä kehitysvammaisuudella tai riittämättömällä kouluopetuksella. Tätä diagnoosia käytetään häiriöistä, jotka täyttävät F81.0:n tai F81.1:n ja F81.2:n diagnostiset kriteerit.

Anm.

En mindre väldefinierad restgrupp av tillstånd där både räkne-, läs- och skrivfärdigheter är klart påverkade men där störningen inte enbart kan förklaras av psykisk utvecklingsstörning eller bristfällig skolgång. Denna diagnos används vid tillstånd som uppfyller kriterier från F81.2 tillsammans med kriterier från F81.0 eller F81.1.

F81.8

MUU OPPIMISKYVYN HÄIRIÖ

Annan specificerad inlärningsstörning

Mukaan lukien

Kirjallisen ilmaisen kehityksen vaikeus
Kehityksellinen ekspressiivinen kirjoitushäiriö

Inkluderar

Skriftlig uttryckssvårighet
Utvecklingsrelaterad expressiv skrivsvårigheter

F81.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN OPPIMISKYVYN HÄIRIÖ

Inlärningsstörning, ospecificerad

Mukaan lukien

Tarkemmin määrittämätön tiedon hankinnan vaikeus
Tarkemmin määrittämätön oppimishäiriö
Oppimiskyvyttömyys

Inkluderar

Inlärningssvårigheter UNS
Svårigheter att förvärva kunskaper UNS

Huom.

Tähän ryhmään kuuluvat määrittämättömät häiriöt, joissa on merkittävää kykenemättömyyttä oppimisessa eikä häiriö selity älyllisellä kehitysvammaisuudella, näön tai kuulon puutteilla eikä riittämättömällä kouluopetuksella.

Anm.

Till denna grupp hör icke specificerade störningar som medför en märkbar oförmåga i inlärning. Störningen kan inte förklaras av intellektuell utvecklingsstörning, syn- eller hörseldefekter eller av otillräcklig skolundervisning.

F82

Motoriikan kehityshäiriö
Specifik motorisk utvecklingsstörning

Mukaan lukien

Kehityksellinen dyspraksia
Kehityksellinen koordinatiohäiriö
Kömpelön lapsen oireyhtymä
Peililiikkeet

Inkluderar

Utvecklingsbetingad dyspraxi
Utvecklingsbetingad störning av koordination
Clumsy child syndrome

Huom.

Motoriikan kehityshäiriössä on lihasten yhteistoiminnan vaikeaa kehitysvajautta, joka ei selity yksinomaan älyllisellä kehitysvammaisuudella eikä synnynnäisellä tai hankinnaisella neurologisella häiriöllä. Siitä huolimatta usein huollellinen kliininen tutkimus paljastaa hermoston kehityksen huomattavaa epäkypsyyttä, kuten tukemattomien raajojen koreaattisia liikkeitä, peililiikkeitä ja muita samantyyppisiä motorisia häiriöitä sekä liikkeiden hieno- ja karkeasäädön puutteita. Puhutaan ”pehmeistä” neurologisista oireista, koska niitä esiintyy normaaleinkin pienillä lapsilla eikä niillä ole lokalisaatioarvoa. Jännerefleksit voivat olla vilkastuneet tai vaimentuneet molemminpuolisesti, mutta ei asymmetrisesti. Motoriseen kömpelyyteen liittyy usein puutteita visuospatiaalisten kognitiivisten tehtävien suorittamisessa.

Taudinkuva:

Koordinaatiohäiriöt ovat olemassa varhaisesta kehityksestä lähtien, joten ne eivät ole osa hankittua häiriötä eivätkä ne ole esim. suoraa seurausta näön tai kuulon heikkoudesta. Häiriön vaikutuksen laajuus hienon tai karkean motoriikan koordinaatioon vaihtelee. Lisäksi häiriöiden malli vaihtelee iän mukaan. Lapsi voi saavuttaa kehitykselliset motoriset virstanpylväät myöhässä ja lisänä voi olla puhehäiriöitä erityisesti ääntämisessä. Pienet lapset voivat olla kömpelöitä tai kankeita askelia ottaessaan ja oppivat hitaasti juoksemaan, hyppimään ja kulkemaan rappuja. Usein on vaikeuksia kengännauhojen sitomisessa, vaatteiden napituksessa ja pallon heittelyssä. Lapsi voi olla yleisesti kömpelö hienon ja/tai karkean motoriikan liikkeissä pudottaen tavaroita, kompuroiden, törmäillen esteisiin, tai lapsella voi olla huono käsiala. Piirtämistäidot ovat yleensä heikot, kuten myös taidot palapelien kokoamisessa, rakennuslujen käytössä, pallopeleissä ja karttojen ymmärtämisessä. Osalla lapsista on oppimishäiriöitä, jotka ovat joskus vaikeasteisia. Myös sosiaalisia häiriöitä ja tunne- sekä käytöshäiriöitä esiintyy, mutta niiden yleisyydestä ja luonteesta tiedetään vähän. Joskus on anamnestisesti perinataalisia komplikaatioita, kuten erittäin alhainen syntymäpaino tai huomattavan ennenaikainen syntymä. Kömpelön lapsen oireyhtymä on usein diagnosoitu MBD:ksi (minimal brain dysfunction)

Diagnostiset kriteerit:

A. Hieno- tai karkeamotorisen koordinaation pistemäärä standardoidussa testissä lapsen kronologinen ikä huomioon ottaen vähintään 2 SD:tä odotusarvon alapuolella.

Monimuotoiset kehityshäiriöt

Blandade specifika utvecklingsstörningar

- B. Häiritsee merkittävästi pintoja tai jokapäiväisen elämän toimintoja.
- C. Ei todeta diagnosoitavaa neurologista sairautta.
- D. Älykkyysosamäärä ei ole alle 70 standardoidussa testissä.

Anm.

En störning som karakteriseras av en allvarlig rubbning i utvecklingen av motorisk koordination och som inte låter sig förklaras enbart med psykisk utvecklingsstörning eller en specifik kongenital eller förvärd neurologisk sjukdom. I de flesta fall visar emellertid en noggrann klinisk undersökning uttalade störningar i den neurologiska mognaden såsom koreiforma rörelser av obelastade extremiteter, synkinesier, andra motoriska störningar eller tecken på dyskoordination av fin- eller grovmotorik. Det talas om mjuka neurologiska symtom, eftersom sådana förekommer även hos normala små barn och inte har något lokaliseringsvärde. Senreflexerna kan vara aktiverade eller nedsatta bilateralt, men inte assymetriskt. Motorisk klumpighet kan åtföljas av ett flertal brister som påverkar utförandet av visuospatjala kognitiva uppgifter.

Sjukdomsbild:

Koordinationsstörningar förekommer sedan den tidiga barndomen och är således inte förvärvade och inte heller t.ex. en direkt följd av nedsatt syn eller hörsel. Omfattningen av störningens verkan på fin- eller grovmotorikens koordination varierar. Dessutom varierar störningarnas mönster med åldern. Ett barn kan ha en försenad motorisk utveckling och dessutom ha talstörningar som särskilt framträder i uttalet. Små barn kan vara klumpiga och stelbenta i sina första steg och långsamma i att lära sig springa, hoppa och gå i trappor. Det är ofta svårt för dem att knyta sina skosnören, knäppa sina kläder och kasta boll. Barnet kan vara allmänt klumpigt i sina fin- och/eller grovmotoriska rörelser, tappa saker, snubbla, törna emot föremål, eller barnet kan ha dålig handstil. Konsten att teckna är i regel svagt utvecklad, likaså förmågan att lägga pussel, leka med byggklossar, spela boll och förstå sig på kartor. En del av barnen har inlärningssvårigheter, stundom svårartade. En del av barnen har sociala störningar och känslö- och beteendestörningar, men om deras utbredning och karaktär vet man inte mycket. Ibland finns det bakomliggande perinatale komplikationer, såsom särskilt låg födelsevikt eller extrem prematuritet. Ett klumpigt barn har ofta diagnoserats med MBD (minimal brain dysfunction)

Diagnostiska kriterier:

- A. Poängtalet för fin- eller grovmotorisk koordination ligger i standardiserade test med beaktande av barnets kronologiska ålder minst 2 SD under det förväntade värdet.
- B. Väsentlig störning av studier eller dagliga aktiviteter.
- C. Ingen konstaterad av sjukdom som förutsätter neurologisk diagnos.
- D. Intelligenskvoten ligger inte under 70 i standardiserade test.

F83

Monimuotoiset kehityshäiriöt

Blandade specifika utvecklingsstörningar

Huom.

Tälle riittämittömmästä määritellylle mutta tarpeelliselle jäänösiyhmälle ovat ominaisia sekoitukset puheen ja kielen kehityshäiriöistä sekä oppimiskyvyn ja motoriikan kehityshäiriöistä. Mikään häiriöistä ei ole tarpeeksi hallitseva riittäkseen yksin diagnoosiin. Kuhunkin kehityshäiriöön liittyy usein kognitiivisten toimintojen heikkenemistä mm. älyllisten toimintojen yleistä heikkoutta. Tätä diagnoosiryhmää käytetään vain, jos kehityshäiriöiden päällekkäisyys on merkittävä. Tätä ryhmää käytetään, jos häiriöt täyttävät kahden tai useamman ryhmään F80, F81 ja F82 kuuluvan diagnoosin kriteerit.

Anm.

Detta är en otillräckligt definierad men nödvändig restgrupp av störningar där det finns en blandning av specifika rubbningar i utvecklingen av talet, språket, inlärningen och de motoriska funktionerna. Ingen störning är tillräckligt dominerande för att ensam kunna motivera en diagnos. Tillståndet åtföljs ofta av en viss grad av försämrad kognitiv förmåga, bl.a. allmänt nedsatta intellektuella funktioner. Denna blandkategori bör endast användas där det finns en betydande överlappning mellan de specifika störningarna. Kategorin bör alltså brukas då dysfunktion som motsvarar minst två av kategorierna F80-, F81- och F82 föreligger.

F84

Laaja-alaiset kehityshäiriöt Genomgripande utvecklingsstörningar

Huom.

Laaja-alaisille kehityshäiriöille ovat luonteenomaisia laadulliset poikkeavuudet molemminpuolisessa sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja viestinnässä sekä kapea- alaiset, kaavamaiset harrastukset ja toiminnot. Nämä laadulliset poikkeavuudet ovat kaikissa tilanteissa vallitseva toimintapiirre, vaikka ne voivat asteeltaan vaihdella. Useimmiten kehitys on poikkeavaa varhaisesta lapsuudesta asti ja tavallisesti häiriö ilmenee ennen 6 vuoden ikää. Jonkinasteista yleistä kognitiivisten toimintojen heikkenemistä esiintyy usein, muttei aina. Häiriöt määritellään älykkyyksiään nähden poikkeavan käytöksen perusteella. Häiriöiden alajaottelu ei ole täysin vakiintunut. Samanaikaiset elimelliset sairaudet tai älyllinen kehitysvammaisuus ilmoitetaan lisädiagnoosina. Häiriöihin liittyvistä sairauksista ovat yleisimpiä (ehkä syytekijöitäkin) infantiiit spasmit, kongenitaalinen vihurirokko, sclerosis tuberosa, aivojen lipidi- aineenvaihdintahäiriö ja fragile X-kromosomianomalia.

Anm.

En grupp störningar som karakteriseras av kvalitativa rubbningar i socialt samspel och kommunikationsmönster samt av en begränsad, stereotyp och repetitiv repertoar av intressen och aktiviteter. Störningarna är genomgripande och präglar individens sätt att fungera i alla situationer, även om de kan variera i fråga om grad. Utvecklingen är oftast avvikande ända från den tidiga barndomen och vanligtvis uppträder störningen vid 6 års ålder. En viss grad av allmänt nedsatta kognitiva funktioner förekommer ofta, men inte alltid. Störningarna definieras utifrån avvikande beteende i relation till den mentala åldern. Störningarnas indelning i undergrupper är inte helt och hållet vedertagen. En samtidig förekomst av organiska sjukdomar eller en kognitiv störning anges med tilläggskod. Bland de sjukdomar som hänförs sig till störningarna (och eventuellt även utgör etiologiska faktorer) finns infantila spasmer, kongenital rubella, sclerosis tuberosa, störningar i lipidämnesomsättningen i hjärnan samt fragil X-kromosomanomali.

F84.0

LAPSUUSIÄN AUTISMI

Autism i barndomen

Mukaan lukien

Autistinen häiriö
Infantii autismi
Infantii psykoosi
Kannerin oireyhtymä
Lapsuuden autismi

Inkluderar

Autistisk störning
Infantil autism
Infantil psykos
Kanners syndrom

Huom.

Lapsuusikäen autismi on laaja-alaisen kehityshäiriön muoto, jolle on ominaista ennen kolmen vuoden ikää ilmenevä poikkeava kehitys. Tavallisesti ei ole edeltävää täysin normaalia kehitysjaksoa. Häiriölle luonteomainen poikkeava toiminta ilmenee 1) molemminpuolisen sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöinä, 2) viestinnän häiriöinä ja 3) kapea-alaisena, kertautuvana käyttäytymisenä. Näiden diagnostisten erityispiirteiden lisäksi esiintyy joukko yleisiä oireita, kuten pelkoja, uni- ja syömishäiriötä, raivokohtauksia ja aggressiivisuutta. Itsensä vahingoittaminen (esim. ranteen pureminen) on erityisen yleistä, jos häiriöön liittyy vaikea-asteinen älyllinen kehitysvammaisuus. Häiriö on pojilla kolmesta neljään kertaa yleisempi kuin tytöillä.

Erytisesti pieni autistinen lapsi voi olla kovin kiintynyt johonkin epätavalliseen, tyyppisesti kovaan esineeseen. Lapsella voi ilmetä suurta vastustusta esim. kodin koriste-esineiden tai huonekalujen paikan vaihdoksille. Myöhemmin kaavamaisina kiinnostuksen kohteina voivat olla esim. päivämäärät, reitit tai aikataulut. Autismin luonteenomaisten puutteiden ilmiasu muuttuu lasten kasvaessa, mutta puutteet säilyvät läpi aikuisiän sisältäen häiriötä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, kommunikaatiossa ja kiinnostusmalleissa. Useimmilta autistisilta henkilöiltä puuttuu spontaanisuus, aloitekyky ja luovuus vapaa-ajan suunnittelussa ja heillä on vaikeuksia ideointia, soveltamista ja päätöksentekoa vaativissa töissä, vaikka tehtävät vastaavat heidän kapasiteettiaan. Diagnoosin voi asettaa kaikissa ikäryhmissä edellyttä-

en, että kehityspoiikkeavuudet ovat olleet olemassa jo ennen kolmen vuoden ikää. Kaikkia älykkyydosamäärä-tasoja esiintyy yhdessä autismin kanssa, mutta n.3/4:lla autistisista lapsista on merkittävä älyllinen kehitysvammaisuus.

Diagnostiset kriteerit:

A. Poikkeava tai viivästynyt kehitys ennen kolmen vuoden ikää vähintään yhdellä seuraavista alueista:

- (1) puheen ymmärtäminen tai tuottaminen sosiaalisessa viestinnässä
- (2) valikoivien sosiaalisten kiintymyssuhteiden ja molemminpuolisen sosiaalisen vuorovaikutuksen kehittyminen
- (3) toiminnallinen tai vertauskuullinen leikki

B. Vähintään kuusi oiretta ryhmistä (1), (2) ja (3) siten, että vähintään kaksi oiretta ryhmästä (1) ja vähintään yksi oire kummastakin ryhmästä (2) ja (3):

(1) Laadullisia poikkeavuuksia molemminpuolisessa sosiaalisessa vuorovaikutuksessa vähintään kahdella seuraavista alueista:

(a) ei pysty tarkoituksenmukaisesti käyttämään katsekontaktia, kasvojen ilmeitä, vartalon asentoa ja liikettä säädelläkseen sosiaalista vuorovaikutusta

(b) ei pysty luomaan samanikäisiin kehitystasoaan vastaavia kaveruussuhteita, joissa molemminpuolista harrastusten, toimintojen ja tunteiden jakamista (huolimatta mahdollisuuksista)

(c) sosioemotionaalisen vastavuoroisuuden puute näkyen heikentyneenä tai poikkeavana reaktiona toisten tunteille, tai puute käytöksen soveltamisessa sosiaalisen ympäristön mukaan, tai heikko sosiaalisen, emotionaalisen ja kommunikatiivisen käyttäytymisen integraatio

(d) ei spontaanisti etsi mahdollisuuksia jakaa iloa, harrastuksia tai saavutuksia toisten kanssa (omien kiinnostusten kohteiden esittely toisille puuttuu)

(2) Laadullisia poikkeavuuksia kommunikaatiossa vähintään yhdellä seuraavista alueista:

(a) puhutun kielen kehityksen viivästyminen tai puheen täydellinen puuttuminen ilman yritystä korvata puute vaihtoehtoisilla viestintätavoilla kuten eleillä tai matkimisella (usein edeltävästi puuttunut kommunikatiivinen jokin)

(b) merkittävä heikkeneminen kyvyssä aloittaa tai ylläpitää vastavaroista keskustelua toisten kanssa (kielelliset taidot voivat olla riittävät)

(c) kaavamainen ja toistava kielenkäyttö tai omintakeinen sanojen ja sanamuotojen käyttö

(d) kehitystasoon nähden sopivien spontaanien kuvitteluleikkien ja sosiaalisten jäljittelyleikkien puuttuminen

(3) Rajoittuneet, toistavat ja kaavamaiset käytöstavat, kiinnostuksen kohteet ja toiminnot vähintään yhdellä seuraavista alueista

(a) kaiken kattava syventyminen yhteen tai useampaan sisällöltään poikkeavaan kaavamaiseen ja rajoittuneeseen mielenkiinnon kohteeseen tai yhteen tai useampaan sisällöltään tavalliseen, mutta voimakkuudeltaan ja seikkaperäiseltä luonteeltaan poikkeavaan mielenkiinnon kohteeseen

(b) pakonomainen tarve noudattaa erityisiä ei-tarkoituksenmukaisia päivittäisiä tottumuksia ja rituaaleja

(c) kaavamaisia ja toistavia motorisia maneeereja, esim. käden tai sormen heiluttamista tai vääntelyä tai koko vartalon monimutkaisia liikkeitä,

(d) alituinen syventyminen lelujen osatekijöihin jättäen huomiotta lelun käyttötarkoituksen kokonaisuutena (kuten lelujen tuoksuun, pintamateriaaliin, ääneen tai värinään)

C. Ei diagnosoitavissa seuraavia sairauksia:

Skitsofrenia, jossa epätavallisen alhainen alkamisikä (F20)

Älyllinen kehitysvammaisuus, johon liittyy tunne- tai käyttöhäiriö (F70-F72)

Puheen ymmärtämisen häiriö, johon liittyy sosioemotionaalisia häiriöitä (F80.2)

Rettin oireyhtymä (F84.2).

Lapsuusiän reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö (F94.1)

Lapsuusiän estoton kiintymyssuhdehäiriö (F94.2)

Anm.

Autism i barndomen är en genomgripande utvecklingsstörning som manifesterar sig före tre års ålder. I regel föregås den inte av en fullt normal utvecklingsperiod. Störningen karakteriseras av försämrad utveckling av 1) socialt samspel, 2) kommunikationsförmåga och 3) av ett begränsat, stereotypt och repetitivt beteende. Härtill kommer en rad mindre specifika fenomen som fobier, sömn- och ätstörningar, raserianfall och aggressivitet. Självestruktivt beteende (t.ex. bett i handleden) är särskilt vanligt, om störningen åtföljs av svårtad kognitiv störning. Störningen är från tre till fyra gånger vanligare hos pojkar än hos flickor.

I synnerhet ett litet autistiskt barn kan vara mycket fäst vid något ovanligt typiskt hårt föremål. Barnet kan till exempel häftigt motsätta sig omflyttning av prydnadsföremål eller möbler. Senare kan stereotypa intressen utvecklas för t.ex. datum, färdruttor eller tidtabeller. Fenotypen för de brister som är typiska för autism förändras i och med barnens uppväxt, men bristerna består genom den vuxna åldern i social interaktion, kommunikation och intressen. De flesta autistiska personer saknar spontanitet, initiativförmåga och kreativitet för planering av fritiden och har svårigheter med arbeten som kräver idéproduktion, tillämpning och beslutsfattande, även om uppgifterna motsvarar deras kapacitet. Diagnosen kan ställas för alla åldersgrupper förutsatt att utvecklingsavvikelse har förekommit redan före tre års ålder. Alla nivåer av intelligenskvot förekommer i samband med autism, men ca tre fjärdedelar av de autistiska barnen har en avsevärd intellektuell utvecklingsstörning.

Diagnostiska kriterier:

A. Avvikande eller fördröjd utveckling före tre års ålder på minst ett av följande områden:

- (1) impressiv förståelse eller expressiv produktion av tal inom social kommunikation
- (2) utveckling av selektiv social tillgivenhet och bilateral social interaktion
- (3) funktionell eller symbolisk lek

B. Minst sex symtom ur grupperna (1), (2) och (3) på så sätt att minst två symtom ur grupp (1) och ett symtom ur både grupp (2) och (3):

(1) Kvalitativa avvikelser i bilateral social interaktion på minst två av följande områden:

- (a) kan inte på ett ändamålsenligt sätt använda ögonkontakt, miner och kroppsspråk som finjustering av social interaktion
- (b) förmår inte ingå kamratrelationer på sin egen utvecklingsnivå med jämnåriga som skulle bygga på gemensamma intressen, aktiviteter och känslor (trots möjligheterna)
- (c.) brist på socioemotionell reciprocitet som ytrar sig som nedsatt eller avvikande reaktion på andras känslor eller bristande tillämpning av beteendet i enlighet med den sociala omgivningen, eller svag anpassning av socialt, emotionellt och kommunikativt beteende. (d) söker inte spontant tillfällen att dela glädje, fritidsintressen eller prestationer med andra (presenterar inte heller föremålen för sina egna intressen för andra människor)

(2) Kvalitativa skillnader i kommunikationen på minst ett av följande områden:

- (a) försenad utveckling av det talade språket eller total avsaknad av tal utan försök att ersätta bristen med alternativa kommunikationssätt såsom gester eller imitation (har ofta föregåtts av kommunikativt jollrande)
- (b) väsentligt nedsatt förmåga att inleda eller upprätthålla ett interaktivt samtal med andra personer (de språkliga kunskaperna kan vara tillräckliga)
- (c) schematiskt och upprepande språk eller användning av ord och uttryck av eget påfund
- (d) inga spontana låtsaslekar eller sociala imitationslekar som matchar utvecklingsnivån

(3) Begränsat, upprepat och schematiskt beteende, föremål för intresse och aktiviteter från minst ett av följande områden

- (a) heltäckande fördjupning i ett eller flera till innehållet avvikande schematiska och begränsade objekt eller ett eller flera till innehållet vanliga, men till sin effekt och detaljerade beskaffenhet avvikande föremål för intresse
- (b) ett tvångsmässigt behov av speciella icke-ändamålsenliga dagliga rutiner och ritualer
- (c) schematiska repetitiva motoriska manér, t.ex. viftande och vridande av händer eller fingrar eller komplexa rörelser av hela kroppen,
- (d) ständigt studium av leksakernas detaljer (såsom doft, ytmaterial, ljud eller vibrationer) samtidigt som leksakens användningsändamål i sin helhet negligeras

C. Följande sjukdomar kan inte diagnostiseras:

Schizofreni med ovanligt låg debutålder (F20)

Psykisk utvecklingsstörning som åtföljs av emotionell eller beteendestörning (F70-F72)

Impressiv språkstörning som åtföljs av socioemotionella störningar (F80.2)

Retts syndrom (F84.2).

Reaktiv störning i känslomässig bindning under barndomen (F94.2)

F84.1

EPÄTYYPILLINEN AUTISMI

Atypisk autism

Mukaan lukien

Epätyypillinen lapsuusiän psykoosi
Autistisin piirtein esiintyvä älyllinen kehitysvammaisuus

Inkluderar

Atypisk barndomspsykos
Psykisk utvecklingsstörning med autistiska drag

F84.10 Alkamisiältään epätyypillinen autismi

Autism i atypiskt ålder

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Häiriö ei täytä lapsuuden autismin (F84.0) diagnostista kriteeriä A: poikkeava tai viivästynyt kehitys alkaa 3-vuotiaana tai myöhemmin.
- B. Häiriö täyttää lapsuuden autismin (F84.0) diagnostiset kriteerit B ja C.

Anm.

Diagnostiska kriterier:

- A. *Störningen uppfyller inte diagnostiskt kriterium A för autism i barndomen (F84.0): avvikande eller försenad utveckling debuterar vid 3-års ålder eller senare.*
- B. *Störningen uppfyller de diagnostiska kriterierna B och C för autism i barndomen (F84.0).*

F84.11 Oireiltaan epätyypillinen autismi

Autism med atypiska symtom

Huom.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Häiriö täyttää Lapsuuden autismin (F84.0) diagnostisen kriteerin A: poikkeava tai viivästynyt kehitys alkaa ennen kolmen vuoden ikää.
- B. Laadullisia poikkeavuuksia molemminpuolisessa sosiaalisessa vuorovaikutuksessa tai viestinnässä tai rajoittuneita, toistavia ja kaavamaisia käytöstapoja, harrastuksia tai toimintoja. (Lapsuuden autismin diagnostiset kriteerit paitsi, että ei ole välttämätöntä olla poikkeavuutta kaikilla kolmella alueella.)
- C. Häiriö täyttää Lapsuuden autismin (F84.0) diagnostisen kriteerin C.
- D. Häiriö ei täydellisesti täytä Lapsuuden autismin (F84.0) diagnostista kriteeriä B.

Anm.

Diagnostiska kriterier:

- A. *Störningen uppfyller diagnostiskt kriterium A för autism i barndomen (F84.0): avvikande eller försenad utveckling debuterar före 3-års ålder.*
- B. *Kvalitativa rubbningar i interaktivt socialt samspel och kommunikationsmönster eller en begränsad, stereotyp och repetitiv repertoar av intressen och aktiviteter. (Diagnostiska kriterier för autism i barndomen förutom att avvikelser på alla tre områden inte är nödvändiga.)*
- C. *Störningen uppfyller diagnostiskt kriterium C för autism i barndomen (F84.0).*
- D. *Störningen uppfyller inte fullständigt diagnostiskt kriterium B för autism i barndomen (F84.0):*

F84.12 Sekä alkamisiältään että oireiltaan epätyypillinen autismi

Autism både i atypisk ålder och med atypiska symtom

Huom.

- A. Häiriö ei täytä Lapsuuden autismin (F84.0) diagnostista kriteeriä A: poikkeava tai viivästynyt kehitys alkaa 3-vuotiaana tai myöhemmin.
- B. Laadullisia poikkeavuuksia molemminpuolisessa sosiaalisessa vuorovaikutuksessa tai viestinnässä tai rajoittuneita, toistavia ja kaavamaisia käytöstapoja, harrastuksia tai toimintoja. (Lapsuuden autismin diagnostiset kriteerit paitsi, että ei ole välttämätöntä olla poikkeavuutta kaikilla kolmella alueella.)

C. Häiriö täyttää Lapsuuden autismin (F84.0) diagnostisen kriteerin C.

D. Häiriö ei täydellisesti täytä Lapsuuden autismin (F84.0) diagnostista kriteeriä B.

Ann.

A. Störningen uppfyller inte diagnostiskt kriterium A för autism i barndomen (F84.0): avvikande eller försenad utveckling, debuterar vid 3-års ålder eller senare.

B. Kvalitativa rubbningar i interaktivt socialt samspel och kommunikationsmönster eller en begränsad, stereotyp och repetitiv repertoar av intressen och aktiviteter. (Diagnostiska kriterier för autism i barndomen förutom att avvikelser på alla tre områden inte är nödvändiga.)

C. Störningen uppfyller diagnostiskt kriterium C för autism i barndomen (F84.0).

D. Störningen uppfyller inte fullständigt diagnostiskt kriterium B för autism i barndomen (F84.0):

F84.2

RETTIN OIREYHTYMÄ

Retts syndrom

Huom.

Rettin oireyhtymä on toistaiseksi vain tytöillä havaittu tila, jossa normaalia tai lähes normaalia varhaiskehitystä seuraavat osittainen tai täydellinen puheen ja käsienkäyttökyyvyn menetys sekä pään kasvun hidastuminen. Häiriö ilmenee tavallisesti 7-24 kuukauden iässä. Tarkoituksenmukaisten kädenliikkeiden menetys, hienomotoristen kykyjen häviäminen, kaavamainen (stereotyyppinen) käsien vääntely ja hyperventilaatio ovat luonteenomaisia piirteitä. Vuorovaikutuksen ja leikin kehitys estyy ensimmäisinä kahtena tai kolmena elinvuotena, mutta kiinnostus toisiin ihmisiin yleensä säilyy. Vartalon ataksiaa ja apraksiaa yhdessä skolioosin ja kyphoskolioosin kanssa alkaa ilmaantua neljän vuoden ikään mennessä, ja usein kehittyi myös koreaattisia ja atetoottisia liikkeitä. Häiriö johtaa melkein poikkeuksetta vaikeaan älylliseen kehitysvammaisuuteen. Häiriön syy on tuntematon.

Taudinkuva:

Häiriön oireisiin voi kuulua käsien kiemurtelevia liikkeitä kädet koukistettuna rinnan tai leuan eteen, kaavamaisia käsien kastelua syljellä, ruuan riittämätöntä pureskelua, hyperventilaatiokohtauksia, suolen ja rakan kontrollin puutetta, voimakasta kuolaamista, kielen esiintyöntymistä ja sosiaalisen sitoutuneisuuden menetystä. Lapsille jää tyypillisesti tietynlainen ”sosiaalinen hymy”, he katsovat ihmisiin tai ihmisten ”läpi”, mutta eivät ole sosiaalisessa vuorovaikutuksessa varhaisessa lapsuudessa (myöhemmin kyky sosiaaliseen vuorovaikutukseen usein kehittyi). Lihakset ovat hypotonisia ja vartalon asennot ja liikkeet sekä askeleiden ottaminen ovat huonosti koordinoituja. Noin puolelle kehittyi nuoruudessa tai aikuisiässä spinaalatrofioita, joihin liittyy vaikea-asteinen motorinen vammautuminen. Myöhemmin voi ilmetä rigidiä spastisuutta, joka on yleensä huomattavampaa alaraajoissa. Usein esiintyy epileptisiä kohtauksia, tavallisesti minor-tyyppisiä, alkaen yleensä ennen kahdeksan vuoden ikää.

Diagnostiset kriteerit:

A. Prenataali- ja perinataalivaihe normaaleja ja normaali psykomotorinen kehitys viiden ensimmäisen kuukauden aikana ja syntyessä normaali päänympärys.

B. Pään kasvun hidastuminen 5-48 kuukauden välillä. Aiemmin hallittujen tarkoituksenmukaisten kädenliikkeiden häviäminen 5-30 kuukauden iässä samanaikaisesti viestintäkyyvyn häiriintymisen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen heikkenemisen kanssa. Huonosti koordinoitujen tai epävakaiden askelten ja/tai vartalonliikkeiden ilmaantuminen.

C. Vakavasti heikentynyt puheen tuottaminen ja ymmärtäminen yhdessä vaikean psykomotorisen kehitysviivästymän kanssa.

D. Kaavamaisia keskiliinjan kädenliikkeitä, kuten käsien pusertelua tai käsienpesuliikettä, alkaen samaan aikaan tai myöhemmin kuin tarkoituksenmukaiset kädenliikkeet häviävät.

Erotusdiagnoosi:

Primaaristi Rettin oireyhtymä erotetaan muista häiriöistä tarkoituksenmukaisten käsien liikkeiden puuttumisen, pään kasvun hidastumisen, ataksian, stereotyyppisten käsienpesuliikkeiden ja riittämättömän pureskelun perusteella. Häiriön kulku, etenevä motorinen heikkeneminen, varmistaa diagnoosin. Toisin kuin autismissa tahallinen itsensä vahingoittaminen ja monimutkaiset stereotyyppiset ajatusten keskittämiset ja rutiinit ovat harvinaisia Rettin oireyhtymässä.

Ann.

Ett tillstånd, hittills bara funnet hos flickor, där en till synes normal tidig utveckling följs av partiell eller total förlust av tal, förmåga att bruka händerna och minskad kranietillväxt. Debutålder är vanligtvis mellan 7 och 24 månaders ålder. Karakteristiskt är förlust av ändamålsenliga handrörelser förlust av finmotorisk förmåga, handvridande stereotypier och hyperventilation. Utvecklingen av interaktion och lek hämmas under de två eller tre första levnadsåren, men intresset för andra människor kvarstår i allmänhet. Bålataxi och apraxi börjar tillsammans med skolios och kyphoskolios

utvecklas vid fyra års ålder och åtföljs ofta av koreatiska och atetotiska rörelser. Tillståndet leder ofta till svår psykisk utvecklingsstörning. Orsaken till störningen är okänd...

Sjukdomsbild:

I symtomen kan ingå slingrande rörelser med händerna krökta framför bröstet eller hakan, stereotyp fuktande av händerna med saliv, otillräckligt tuggande av maten, hyperventilationsattacker, bristande tarm- och blåskontroll, ymnigt dreglande, protrusion av tungan och förlust av sociala bindningar. Karakteristiskt för barnen blir ett visst slags social leende, de tittar på människor eller igenom dem, men är inte kapabla till någon social interaktion i den tidiga barndomen (senare utvecklas ofta en förmåga till social interaktion). Musklerna är hypotona och kroppsställningar, rörelser och steg har dålig koordination. Hos omkring hälften av dem utvecklas under ungdomsåren eller i vuxen ålder spinalatrofier som åtföljs av svårartad motorisk invaliditet. Senare uppträder eventuellt rigid spasticitet som i regel drabbar de nedre extremiteterna i högre grad. Ofta förekommer epileptiska anfall, vanligtvis av typen petit mal, i regel med debut före 8 års ålder.

Diagnostiska kriterier:

A. Prenatal och perinatal fas av normalt slag, normal psykomotorisk utveckling under de första fem månaderna och normal huvudomkrets vid födelsen.

B. Huvudets tillväxt avtar i åldern 5-48 månader. Bortfall av tidigare kontrollerade funktionella handrörelser i åldern 5-30 månader samtidigt med störningar i kommunikationsförmågan och avtagande social interaktion. Dåligt koordinerade eller ostadiga steg och/eller kroppsrorelser.

C. Allvarligt nedsatt expressiv och impressiv talstörning åtföljd av en svårt försenad psykomotorisk utveckling.

D. Stereotypa handrörelser framför kroppen såsom vridningar eller handtvättrörelser som inträder samtidigt som eller efter att de funktionella handrörelserna bortfaller.

Differentialdiagnos:

Primärt kan Retts syndrom åtskiljas från andra störningar utifrån avsaknad av funktionella handrörelser, avtagande tillväxt av huvudet, ataxi, stereotypa handtvättrörelser och otillräckligt tuggande. Störningens förlopp, progredierande motorisk nedsättning, bekräftar diagnosen. Till åtskillnad från autism är avsiktliga självdestruktiva beteenden och koncentration av komplexa stereotypa tankar och rutiner sällsynta vid Retts syndrom.

F84.3**MUU LAPSUUSIÄN PERSOONALLISUUTTA HAJOTTAVA (DISINTEGRATIIVINEN) KEHITYSHÄIRIÖ**

Annan desintegrativ störning i barndomen

Mukaan lukien

Lapsuusiän dementia
Disintegratiivinen psykoosi
Hellerin oireyhtymä
Symbioottinen psykoosi
Dementia infantilis

Inkluderar

Desintegrativ psykos
Hellers syndrom
Symbiotisk psykos

Huom.

Lapsuusiän laaja-alaisen kehityshäiriön muoto, jossa häiriötä edeltää täysin normaali kehitysjakso ennen kuin lapsi muutaman kuukauden kuluessa menettää aiemmin usealla elämänalueella omaksumansa taidot. Tyypillistä ovat mielenkiinnon menetys ympäristöön, kaavamaiset toistuvat liikesarjat sekä autismin kaltaiset poikkeavuudet sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja yhteydenpidossa toisiin ihmisiin. Häiriöllä on usein ennakoiva jakso, jolloin lapsi muuttuu hankalaksi, ärtyisäksi, ahdistuneeksi ja yliaktiiviseksi. Tätä seuraa taitojen huonontuminen ja sitten puheen ja kielen menetys liittyen käyttäytymisen disintegraatioon. Joskus taitojen menetys on koko ajan etenevää (tavallisesti silloin tilaan liittyy etenevä diagnosoitava neurologinen häiriö), useammin muutaman kuukauden huononemissajakson jälkeen seuraa tasannevaihe ja sitten rajallista paranemista. Ennuste on tavallisesti erittäin huono. Useimmista tulee vaikeasteisesti älyllisesti kehitysvammaisia. On epäselvää, missä määrin häiriö eroaa autismista. Joskus häiriön voidaan osoittaa johtuvan aivosairaudesta, mutta diagnoosi tehdään käytöspiirteiden perusteella. Tilaan liittyvä neurologinen häiriö ilmoitetaan lisädiagnoosina.

Taudinkuva:

Häiriö muistuttaa aikuisiän dementiaa, mutta eroaa siitä kolmella tavalla: useimmiten ei ole merkkejä identifioitavasta orgaanisesta sairaudesta tai vauriosta (vaikkakin jonkinasteinen orgaaninen aivojen toimintahäiriö on tavallisesti mukana), taitojen menetystä seuraa jonkinasteinen taitojen palautuminen, sosiaalisten taitojen ja vuorovaikutuksen laadulliset poikkeavuudet ovat samanlaisia kuin autismissa eivätkä niinkään samanlaisia kuin älyllisessä vajauksessa. Näistä syistä häiriö luokitellaan tähän kohtaan eikä ryhmiin F00-F09.

Diagnostiset kriteerit:

A. Kehitys on näennäisen normaalia vähintään 2-vuotiaaksi. Normaali itämmukaiset taidot viestinnässä, sosiaalisissa suhteissa, leikissä ja sopeutumiskäyttäytymisessä 2-vuotiaaksi tai kauemmin.

B. Selvä aiemmin hallittujen taitojen menetys häiriön alkamisen aikaan. Kliinisesti merkittävä taitojen menetys (ei pelkästään taitojen käytön epäonnistuminen tietyissä tilanteissa) vähintään kahdella seuraavista alueista:

- (1) puheen tuottaminen tai ymmärtäminen,
- (2) leikki,
- (3) sosiaaliset taidot tai sopeutumiskäyttäytyminen,
- (4) suolen tai rakon hallinta,
- (5) liikuntataidot.

C. Laadullisesti poikkeavaa sosiaalista toimintaa vähintään kahdella seuraavista alueista:

- (1) laadullisia poikkeavuuksia molemminpuolisessa sosiaalisessa vuorovaikutuksessa (autismin yhteydessä määritellyllä tavalla),
- (2) laadullisia poikkeavuuksia viestinnässä (autismin yhteydessä määritellyllä tavalla),
- (3) rajoittuneita, toistavia ja kaavamaisia käytöstapoja, kiinnostuksen kohteita tai toimintoja sisältäen motoriset stereotypiat ja maneerit,
- (4) yleinen kiinnostuksen menettäminen eri kohteisiin ja ympäristöön.

D. Ei diagnosoitavissa muita laaja-alaisia kehityshäiriöitä eikä seuraavia sairauksia:

Skitsofrenia (F20)

Epilepsiaan liittyvä hankinnainen puheen tuottamisen ja ymmärtämisen häiriö (Handau- Kleffner) (F80.3)

Rettin oireyhtymä (F84.2)

Valikoiva puhumattomuus (F94.0)

Anm.

En form av genomgripande utvecklingsstörning som inträder efter en period med helt normal utveckling och som visar sig som en tydlig förlust av tidigare förvärvade färdigheter inom ett flertal områden inom loppet av några få månader. Tillståndet ledsagas av förlust av intresse för omgivningen, stereotypa repetitiva rörelser och en autismliknande störning av socialt samspel och kommunikation. Störningen föregås ofta av en period under vilken barnet blir svårhanterligt, irriterat, ångestfyllt och hyperaktivt. Tillståndet följs av nedsatta färdigheter och därefter av bortfall av tal och språk i samband med disintegration av beteendet. Ibland är bortfall av färdigheter en kontinuerlig process (då åtföljs tillståndet vanligen av en neurologisk störning som bör diagnostiseras), men oftare efterföljs en regressiv period på några månader av en statisk fas och sedan av partiell remission. Prognosen är vanligtvis synnerligen dålig. Största delen av barnen får en grav kognitiv funktionsnedsättning. Det är klart i hur hög grad störningen skiljer sig från autism. Ibland kan det påvisas att störningen betingas av en hjärnsjukdom, men diagnosen ställs utifrån beteendesyntomen. Den neurologiska störning som åtföljer tillståndet anges som tilläggsdiagnos.

Sjukdomsbild:

Störningen påminner om demens i vuxen ålder, men skiljer sig från den på tre sätt: oftast finns det inga tecken på någon identifierbar organisk sjukdom eller skada (trots att det är vanligt med närvaro av organisk cerebral dysfunktion av någon grad), bortfallet av färdigheterna följs av att färdigheterna återställs till en viss grad, dens sociala förmågan och de interaktiva kvalitativa färdigheterna är av samma art som vid autism och inte av samma art som vid kognitiv nedsättning. Av dessa orsaker klassificeras störningen här och inte i grupperna F00-F09.

Diagnostiska kriterier:

A. Utvecklingen är till synes normal åtminstone upp till 2 års ålder. Normala åldersrelaterade färdigheter i kommunikation, sociala relationer, lek och adaptivt beteende är opåverkade upp till 2 års ålder eller senare.

B. Tydlig förlust av tidigare behärskade färdigheter vid tidpunkten för debuten av störningen. Kliniskt relevant förlust av färdigheter (inte endast misslyckad användning av färdigheter i vissa situationer) på minst två av följande områden:

- (1) produktion eller förståelse av tal,
- (2) lek,
- (3) sociala färdigheter eller adaptivt beteende,
- (4) tarm- eller blåskontroll,
- (5) motoriska färdigheter,

C. Kvalitativt avvikelser social aktivitet på minst två av följande områden:

- (1) kvalitativa avvikelser i bilateral social interaktion (på det sätt som definieras i samband med autism), (2) kvalitativa avvikelser i kommunikation (på det sätt som definieras i samband med autism), (3) begränsade, repetitiva och stereotypa beteendemönster, intresseobjekt eller aktiviteter som innefattar motoriska stereotypier och manér,
- (4) allmänt bortfall av intresse för olika objekt liksom även för omgivningen.

D. Ingen förekomst av andra genomgripande utvecklingsstörningar som kan diagnostiseras och inte heller av följande sjukdomar:

Schizofreni (F20)

Med epilepsi förknippad förvärvat expressiv och impressiv språkstörning (Landau- Kleffner) (F80.3)

Retts syndrom (F84.2)

Elektiv mutism (F94.0)

F84.4

ÄYLLISEEN KEHITYSVAMMAISUUTEEN JA KAAVAMAIISIIN LIIKKEISIIN LIITTYVÄ HYPERAKTIIVISUUSHÄIRIÖ

Överaktivitetssyndrom förenat med psykisk utvecklingsstörning och stereotypa rörelser

Huom.

Tämä häiriö on puutteellisesti määritetty ja sen asema diagnostiikassa ei ole vakiintunut. Tässä häiriössä lapset ovat vaikeasti älyllisesti kehitysvammaisia (älykkyysosamäärä alle 35). Lisäksi lapset ovat huomattavan yliaktiivisia, tarkkaamattomia ja käyttäytymiseltään kaavamaisia. Häiriön etiologia on tuntematon, ei tiedetä missä määrin käyttäytymismalli johtuu alhaisesta älykkyysosamäärästä tai esim. elimellisestä aivovauriosta.

Diagnostiset kriteerit:

A. Vakavaa motorista hyperaktiivisuutta, vähintään kaksi seuraavista aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriöistä:

- (1) jatkuvaa motorista levottomuutta ilmeten juoksemisena, hyppimisena ja koko vartalon liikkeinä
- (2) huomattavia vaikeuksia istua paikallaan: tavallisesti lapsi istuu paikallaan vain muutamia sekunteja lukuunottamatta tilanteita, joissa jumiutuu stereotyyppiseen toimintaan
- (3) karkean liiallinen aktiivisuus tilanteissa, joissa odotetaan kohtalaista hiljaisuutta
- (4) hyvin nopeat vaihtelut toiminnoissa, toiminnot yleensä kestävätkin vähemmän kuin minuutin (ajoittain lapsi voi viettää pidempiä aikoja erittäin mieluissa toiminnoissa ja lisäksi lapsi voi viettää pitkiä aikoja stereotyyppisissä toiminnoissa)

B. Toistuvat ja kaavamaiset käyttäytymis- ja toimintamallit, vähintään yksi seuraavista:

- (1) pysyvät ja usein toistuvat motoriset maneerit (monimutkaisia koko vartalon liikkeitä tai osittaisia liikkeitä, kuten käsien taputusta),
- (2) liiallinen ja ei-tarkoituksenmukainen muodoltaan pysyvien toimintojen toistaminen (leikkiminen yhdellä esineellä tai tavalla esim. juoksevilla vedellä tai rituaalimaiset toiminnot joko yksin tai muiden kanssa),
- (3) toistuva itsensä vahingoittaminen.

C. Älykkyysosamäärä alle 35.

D. Ei todeta sosiaalisten taitojen heikkenemistä autistiseen tapaan. Vähintään kolme seuraavista:

- (1) kehityksellisesti tarkoituksenmukainen katsekontaktin, ilmaisutapojen ja asentojen käyttö sosiaalisen vuorovaikutuksen säätelijöinä,
- (2) kehitystä vastaavat kaverisuhteet omaan ikäryhmään sisältäen yhteisiä harrastuksia ja toimintoja,
- (3) ainakin joskus kääntymistä toisen ihmisen puoleen saamaan lohdutusta ja hellyyttä,
- (4) kyky jakaa muiden ihmisten iloja ajoittain, muuta sosiaalisten kykyjen heikkenemistä voi olla esim. vaikeus lähestyä outoja ihmisiä.

E. Ei ole diagnosoitavissa seuraavia sairauksia:

Lapsuusiän autismi (F84.0)

Muu lapsuusiän persoonallisuutta hajottava (disintegroitiivinen) kehityshäiriö (F84.3)

Hyperkineettiset häiriöt (F90)

Erotusdiagnosi:

Anm.

Mindre väldefinierad störning med osäker nosologisk validitet. Diagnosen är förbehållen barn med svår psykisk utvecklingsstörning (IQ mindre än 35) med hyperaktivitetsproblem, uppmärksamhetsstörning och stereotyp beteende. Störningen har okänd etiologi där det inte framkommer i vilken mån beteendemönstret betingas av låg intelligenskvot eller t.ex. organisk hjärnskada.

Diagnostiska kriterier:

A. Svår motorisk hyperaktivitet, minst en av de två följande störningarna av aktivitet och uppmärksamhet:

- (1) oavbruten motorisk oro som tar sig i uttryck i springande, hoppande och rörelser med hela kroppen
- (2) stora svårigheter att sitta på sin plats: i regel sitter barnet stilla endast några sekunder med undantag för situationer av fastläsning vid stereotypa aktiviteter
- (3) grovt överdriven aktivitet i situationer där skälig tystnad förväntas

(4) mycket snabbt växlande aktiviteter som i regel pågår under en minut (tidvis kan barnet tillbringa längre stunder sysselsatt med särskilt angenäma aktiviteter och dessutom långa stunder inbegripen i stereotyp aktivitet)

B. Upprepade och schematiska beteendemönster och sysselsättningar, minst en av följande:

- (1) bestående och repetitiva manér (komplicerade rörelser med hela kroppen eller partiella rörelser såsom handklappning),
- (2) överdriven och oändamålsenlig upprepning av till sin form bestående aktiviteter (lek med ett enda föremål eller t.ex. rinnande vatten eller ritualliknande aktiviteter antingen ensam eller tillsammans med andra,
- (3) upprepade självdestruktiva gärningar.

C. Intelligenskvot under 35.

D. Inget konstaterande av nedsatt social förmåga såsom vid autism, minst tre av följande symtom:

- (1) med hänsyn till utvecklingsstadiet ändamålsenlig användning av ögonkontakt, uttrycks sätt och kroppsställningar för att reglera social interaktion,
- (2) kamratrelationer som motsvarar utvecklingen och barnets egen åldersgrupp och omfattar gemensamma intressen och aktiviteter,
- (3) tyr sig åtminstone ibland till andra människor för att få tröst och ömhet,
- (4) förmår tidvis glädja sig tillsammans med andra människor, men kan ha nedsatt social förmåga i andra avseenden, t.ex. svårt att närma sig främmande människor.

E. Ingen diagnostisering av följande sjukdomar:

Autism i barndomen (F84.0)

Annan desintegrativ störning i barndomen (F84.3)

Hyperkinetiska störningar (F90)

Differentialdiagnos:

F84.5

ASPERGERIN OIREYHTYMÄ

Aspergers syndrom

Mukaan lukien

Autistinen psykopatia

Lapsuusiän skitsoidinen häiriö

Inkluderar

Autistisk psykopati

Schizoid störning i barndomen

Huom.

Aspergerin oireyhtymän asema diagnostikassa ei ole vakiintunut. Aspergerin oireyhtymässä on samanlaisia laadullisia sosiaalisen vuorovaikutuksen poikkeavuuksia kuin autismissa sekä mielenkiinnon kohteiden ja toimintojen rajoittuneisuutta ja kaavamaisista toistuvuutta. Poikkeavuuksilla on suuri taipumus säilyä nuoruus- ja aikuisikään asti ja vaikuttaa siltä, että ne ovat yksilöllisiä ominaisuuksia, joihin ympäristötekijöillä ei ole suurta vaikutusta. Varhaisessa aikuisuudessa esiintyy satunnaisesti psykoottisia jaksoja. Autismista tämä häiriö eroaa ensijaisesti siten, ettei yleistä

kielen kehityksen viivästymää eikä kognitiivisen kehityksen viivästymää esiinny. Näillä lapsilla on siis useimmiten normaali yleinen älykkyytaso, mutta huomattavaa kömpelyyttä. Häiriötä esiintyy pääasiassa pojilla (n. 8:1). On erittäin todennäköistä, että vähintään osa häiriöistä on autismin lieviä muotoja.

Diagnostiset kriteerit:

A. Ei todeta kliinisesti merkittävää yleistä viivästymää puheen tuottamisessa tai ymmärtämisessä tai kognitiivisessa kehityksessä. Lapsi puhuu yksittäisiä sanoja kahteen ikävuoteen mennessä ja käyttää lyhyitä lauseita kolmeen ikävuoteen mennessä. Omatoimisuus, sopeutumiskäyttäytyminen ja utelaisuus ympäristöön ensimmäisen kolmen vuoden aikana ovat normaalia älykkyykskehitystä vastaavia. Motoristen virstanpylväiden saavuttaminen voi olla hieman jäljessä ja motorinen kömpelyys on tavallista (vaikkakaan ei välttämätön edellytys diagnosoille). Yksittäiset erityistaidot, usein yhdessä poikkeavan ajatusten keskittämisen kanssa ovat yleisiä, mutta eivät välttämättömiä diagnostisia piirteitä.

B. Laadullisia poikkeavuuksia molemminpuolisessa sosiaalisessa vuorovaikutuksessa (kriteerit kuten autismissa).

C. Epätavallisen intensiivisiä, seikkaperäisiä harrastuksia tai rajoittuneita, toistuvia ja kaavamaisia käytösmalleja, mielenkiinnon kohteita tai toimintoja (kriteerit kuten autismissa, mutta harvemmin esiintyy motorisia maneeereja tai alituista syventymistä lelujen osatekijöihin kokonaisuuden jäädessä huomiotta).

D. Seuraavia sairauksia ei voida diagnosoida:

Skitsofrenia simplex (F20.6)

Skitsotyyppinen häiriö (F21)

Obsessiivis-kompulsiivinen häiriö (F42)

Anankastinen persoonallisuushäiriö (F60.5)

Muu laaja-alainen kehityshäiriö (F84.0-F84.4)

Lapsuusiän reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö (F94.1)

Lapsuusiän estoton kiintymyssuhdehäiriö (F94.2)

Anm.

Aspergers syndrom har inte en vedertagen ställning i diagnostiken. I Aspergers syndrom uppträder samma slags kvalitativa avvikelser i social interaktion som vid autism liksom även inskränkthet i fråga om intresse och aktiviteter samt stereotypa repetitiva rörelser. Avvikelseerna har en stark tendens att bestå upp till adolescens och vuxen ålder och förefaller att vara individuella egenskaper som inte nämnvärt påverkas av miljöfaktorer. I tidig vuxen ålder förekommer sporadiska psykotiska episoder. Från autism skiljer sig denna störning i första hand på så sätt att det inte förekommer någon allmän försening i den språkliga utvecklingen och inte heller i den kognitiva utvecklingen. Dessa barn har alltså i de flesta fall normal intelligensnivå, men är påfallande klumpiga. Störningen drabbar huvudsakligen pojkar (ca 8:1). Det är ytterst sannolikt att åtminstone en del av störningarna är lindriga former av autism..

Diagnostiska kriterier:

A. Inget konstaterande av någon kliniskt relevant allmän försening av expressiv eller impressiv språkfärdighet eller kognitiv utveckling. Barnet talar enstaka ord senast vid två års ålder och korta meningar senast vid tre års ålder. Företagsamhet, adaptivt beteende och nyfiken attityd till omgivningen under de tre första åren befinner sig på normal kognitiv utvecklingsnivå. Den motoriska utvecklingen kan vara något på efterkälken och motorisk klumpighet är vanlig (även om detta inte är en nödvändig förutsättning för diagnosen). Enstaka specialfärdigheter, ofta tillsammans med en avvikande koncentration av tankar är allmänna, men utgör inte nödvändiga diagnostiska kännetecken.

B. Kvalitativa avvikelser i bilateral social interaktion (samma kriterier som vid autism).

C. Ovanligt intensiva, detaljerade intressen eller begränsade, repetitiva och stereotypa beteendemönster, intresseobjekt eller aktiviteter (samma kriterier som vid autism, men mera sällsynt förekomst av motoriska manér eller ständigt studium av leksakers delfaktorer medan helheten inte ägnas någon uppmärksamhet).

D. Följande sjukdomar kan inte diagnostiseras:

Schizophrenia simplex (F20.6)

Schizotyp störning (F21)

Obsessiv-kompulsiv störning (F42)

Anankastisk personlighetsstörning (F60.5). Annan genomgripande utvecklingsstörning (F84.0-F84.4)

Reaktiv störning i känslöbindning under barndomen (F94.1)

Distanslöshet hos barn (F94.2)

F84.8

MUU LAPSUUSIÄN LAAJA-ALAINEN KEHITYSHÄIRIÖ

Annan specificerad genomgripand utvecklingsstörning

F84.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN LAPSUUSIÄN LAAJA-ALAINEN KEHITYSHÄIRIÖ

Genomgripande utvecklingsstörning, ospecificerad

Huom.

Tähän jäännösryhmään kuuluu häiriöitä, jotka sopivat laaja-alaisen kehityshäiriön yleiseen kuvaukseen, mutta ristiriitaiset löydökset tai riittävän informaation puute aiheuttavat sen, että muiden ryhmän F84 diagnoosien kriteerit eivät täyty.

Anm.

I denna restgrupp ingår störningar som passar in på en allmän beskrivning omfattande utvecklingsstörning, men kontroversiella fynd eller otillräcklig information leder till att kriterierna för andra diagnoser i grupp F84 inte uppfylls.

F88

Muu psyykinen kehityshäiriö

Annan specificerad störning av psykologisk utveckling

Mukaan lukien

Kehityksellinen agnosia

Inkluderar

Utvecklingsrelaterad agnosi

F89

Määrittämätön psyykinen kehityshäiriö

Störning av psykologisk utveckling, ospecificerad

Mukaan lukien

Tarkemmin määrittämätön kehityshäiriö

Inkluderar

Utvecklingsstörning UNS

F90-F98

Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt

Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid

F90

Hyperkineettiset häiriöt *Hyperaktivitetsstörningar*

Huom.

Hyperkineettisille häiriöille on ominaista: varhainen alkua (tavallisesti ennen viiden vuoden ikää), kestävyys puute älyllistä osallistumista vaativissa toiminnoissa, taipumus siirtyä toiminnasta toiseen saamatta mitään valmiiksi sekä järjestymättömät, hajanainen ja liiallinen toiminnallisuus. Kuitenkaan tutkimuksissa ei yleensä tule esiin epätavallista sensorista tai havaitsemiseen liittyvää keskittymiskyvyn puutetta. Häiriöt kestävät tavallisesti läpi kouluvuosien ja jopa aikuisikään asti, mutta usein tapahtuu asteittaista paranemista aktiivisuudessa ja tarkkaavuudessa.

Häiriöihin saattaa liittyä muita poikkeavuuksia, jotka eivät yksinään riitä diagnoosiin, mutta tukevat sitä. Ylivilikkaat lapset ovat usein tapaturma-alttiita, piittaamattomia vaaratilanteissa ja he toimivat hetken mielihajotteista. Nämä lapset aiheuttavat usein kurinpito-ongelmia, mutta rikkovat sääntöjä pikemminkin ajattelemattomuuttaan kuin tahallaan. Lasten suhde aikuisiin on usein estoton, koska siitä puuttuu normaali varovaisuus ja pidättyväisyys. Lapset eivät ole suosittuja toisten lasten keskuudessa ja voivat joutua eristetyiksi. Älyllisten toimintojen heikkoudet ovat tavallisia, samoin motoriikan ja puheen kehityshäiriöt. Hyperkineettinen häiriö saattaa johtaa epäsosiaaliseen käyttäytymiseen ja itsetunnon häiriöihin. Huomattavaa päällekkäisyyttä esiintyy muiden käytöshäiriöiden (esim. sosiaalisen käytöshäiriön) kanssa. Kuitenkin nykytiedon mukaan hyperkineettiset häiriöt ovat erillinen ryhmä häiriöitä, joissa hyperkineettisyys on pääongelma.

Hyperkineettiset häiriöt ovat useita kertoja yleisempiä pojilla kuin tytöillä. Lukemisvaikeudet ja/tai oppimisvaikeudet sekä motorinen kömpelyys ovat tavallisia lisäongelmia, ne ilmoitetaan erikseen (F80-F89). Hyperaktiivisuus on usein näkyvin ja haittaavin ongelma strukturoiduissa tilanteissa, joissa vaaditaan hyvää käytöksen itsekontrollia, kuten koulussa. Alle kouluikäisen hyperaktiivisuutta on vaikea tunnistaa laajan normaalivariaation vuoksi, diagnoosi on syytä asettaa vain ääritapauksille.

Diagnoosi voidaan asettaa aikuisellekin. Perusteet ovat samat, mutta tarkkaavuus ja aktiivisuus pitää päätellä kehityksellisesti asianmukaisten normien mukaan. Jos hyperkineettisyyttä on ollut lapsuudessa, mutta sitten se on hävinnyt ja korvautunut toisella tilalla, esim. asosiaalisella persoonallisuushäiriöllä tai päihteiden väärinkäytöllä, nykyinen tila merkitään diagnoosiksi.

Häiriöiden etiologia on tuntematon, mutta rakenteellisia poikkeavuuksia pidetään ratkaisevina näiden häiriöiden synnyssä. Viime vuosina näistä häiriöistä on käytetty diagnoosia "tarkkaavaisuushäiriö". Tätä termiä ei tässä käytetä, koska se vaatii psykologisista prosesseista sellaista tietoa, jota ei ole saatavissa. Lisäksi termi johdattaisi ottamaan mukaan ahdistuneet, hajamieliset tai "unelmoivat" apaattiset lapset, joiden ongelmat ovat luultavasti erilaisia. Kuitenkin on selvää, että käyttäytymisen näkökulmasta arvioituna, tarkkaavuuden ongelmat ovat keskeinen piirre hyperkineettisissä häiriöissä.

Diagnostiset kriteerit:

Diagnoosiin tarvitaan poikkeavaa keskittymiskyvyttömyyttä, hyperaktiivisuutta ja levottomuutta, jotka ovat laajalajaisia, useissa tilanteissa esiintyviä ja pitkäkestoisia ja jotka eivät johdu muista häiriöistä, kuten autismista tai mielialahäiriöistä.

G1. Keskittymiskyvyttömyys: Vähintään kuusi seuraavista oireista on kestänyt vähintään kuusi kuukautta ja oireet ovat haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia:

- (1) Huomion kiinnittäminen riittävän hyvin yksityiskohtiin epäonnistuu usein tai potilas tekee huolimattomuusvirheitä koulussa, työssä tai muissa tehtävissä
- (2) Keskittyminen leikkeihin tai tehtäviin epäonnistuu usein
- (3) Usein potilas ei näytä kuuntelevan, mitä hänelle puhutaan
- (4) Ohjeiden noudattaminen ja koulu-, koti- tai työtehtävien valmiiksi tekeminen epäonnistuvat usein (ei johdu uhmakkaasta käytöksestä tai kyvyttömyydestä ymmärtää ohjeita)
- (5) Kyky järjestää tehtäviä ja toimintoja on usein huonontunut
- (6) Usein potilas välttää tai kokee voimakkaan vastenmielisenä tehtävät, jotka vaativat psyykkisen ponnistelun ylläpitämistä, kuten esim. läksyt
- (7) Potilas kadottaa usein esineitä, jotka ovat tärkeitä tietyissä tehtävissä ja toiminnoissa, kuten koulutavaroita, kyniä, kirjoja, leluja tai työkaluja
- (8) Potilas häiriintyy usein helposti ulkopuolisista ärsykeistä
- (9) Potilas on usein muistamaton päivittäisissä toiminnoissa

G2. Hyperaktiivisuus

Vähintään kolme seuraavista oireista on kestänyt vähintään kuusi kuukautta ja oireet ovat haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia:

- (1) Potilas liikuttelee usein levottomasti käsiään tai jalkojaan tai vääntelee tuolillaan
- (2) Potilas lähtee usein liikkeelle luokassa tai muualla tilanteissa, missä edellytetään paikalla pysymistä
- (3) Potilas juoksentelee tai kiipeilee usein tilanteissa, missä se ei kuulu asiaan (nuorilla tai aikuisilla voi esiintyä pelkkänä levottomuuden tunteena)
- (4) Potilas on usein liiallisen äänekkäs leikkiessään tai ei onnistu paneutumaan hiljaa harrastuksiin
- (5) Potilas on motorisesti jatkuvasti liian aktiivinen eikä aktiivisuus oleellisesti muutu sosiaalisen ympäristön mukaan tai ulkoisista vaatimuksista

G3. Impulsiivisuus

Vähintään kolme seuraavista oireista on kestänyt vähintään kuusi kuukautta ja oireet ovat haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia:

- (1) Potilas vastaa usein jo ennen kuin kysymykset ovat valmiita ja estää vastauksellaan toisten tekemiä kysymyksiä.
- (2) Potilas ei usein jaksa seistä jonossa tai odottaa vuoroaan peleissä tai ryhmässä.
- (3) Potilas keskeyttää usein toiset tai on tunkeileva (esim. tunkeutuu toisten keskusteluihin ja peleihin).
- (4) Potilas puhuu usein liian paljon ottamatta huomioon tilanteen vaatimaa pidättyväisyyttä.

G4. Häiriö alkaa viimeistään seitsemän vuoden iässä.

G5. Laaja-alaisuus

Diagnostisten kriteerien tulee täytyä useammassa kuin yhdessä tilanteessa, esim. tarkkaamattomuutta ja hyperaktiivisuutta tulee esiintyä sekä kotona että koulussa tai sekä koulussa että esim. vastaanotolla. Tavallisesti tarvitaan tietoa useammasta kuin yhdestä lähteestä. Esim. opettajan kertomus lapsen käytöksestä on yleensä välttämätön lisä vanhempien kertomuksiin.

G6. Kohtien A-C oireet aiheuttavat kliinisesti merkittävää ahdistusta tai sosiaalisten, opintoihin liittyvien tai ammatillisten toimintojen heikkenemistä.

G7. Ei ole diagnosoitavissa seuraavia sairauksia:

Maaninen jakso (F30)

Depressiivinen jakso (F32)

Ahdistuneisuushäiriöt (F41).

Laaja-alaiset kehityshäiriöt (F84)

Erotusdiagnosi:

Lapsilla esiintyy häiriöitä, jotka melkein täyttävät hyperkineettisten häiriöiden kriteerit: 1) Lapsen oireet täyttävät kriteerit lukuunottamatta hyperaktiivisuutta tai impulsiivisuutta. Tällöin lapsen häiriö on tarkkaavuuden puute. 2) Lapsen oireet täyttävät kriteerit lukuunottamatta tarkkaavuuden poikkeavuutta. Tällöin lapsella on aktiivisuuden häiriö. 3) Lapsen oireet täyttävät kriteerit vain yhdentyyppisissä tilanteissa, esim. lapsella on kotispesifi häiriö tai luokkahuonespesifi häiriö. Näitä häiriöitä ei ole vielä sisällytetty pääryhmään, koska niistä ei ole riittävää empiiristä näyttöä. Lisäksi näillä lapsilla on usein e.m. raja-alueiden häiriöiden kanssa samanaikaisesti muita diagnosoitavia häiriöitä (esim. uhmakuushäiriö F91.3).

Sekamuotoiset häiriöt ovat yleisiä. Laaja-alaiset kehityshäiriöt diagnosoidaan ensisijaisina muihin häiriöihin verrattuna. Tärkeää on erottaa hyperkineettinen häiriö käytöshäiriöstä. Hyperkineettisen häiriön diagnosointi priorisoidaan käytöshäiriön edelle. Kuitenkin lievempiasteinen yliaktiivisuus ja keskittymiskyvyttömyys ovat yleisiä käytöshäiriössä. Kun on oireita sekä hyperkineettisestä häiriöstä että käytöshäiriöstä ja hyperaktiivisuus on laaja-alaista ja vaikeasteista, hyperkineettinen käytöshäiriö (F90.1) on oikea diagnoosi.

Yliaktiivisuutta tai tarkkaamattomuutta, joka on melko erilaista luonteeltaan kuin hyperkineettisessä häiriössä, esiintyy oireena ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöissä. Levottomuutta, joka tyypillisesti on osa depressiivistä agitoitunutta häiriötä tai vaikeasteista ahdistusta, ei tule diagnosoida hyperkineettiseksi häiriöksi. Jos kriteerit yhdestä ahdistuneisuushäiriöstä (F40, F41, F43, tai F93) täyttyvät, tämä menee hyperkineettisen häiriön edelle, vaikkakin on viitteitä siitä, että levottomuus ahdistuksen yhteydessä voi olla merkki samanaikaisesta hyperkineettisestä häiriöstä. Hyperkineettistä häiriötä ei myöskään käytetä lisädiagnosoina vain huonon keskittymiskyvyn ja psykomotorisen agitaation perusteella, jos mielialahäiriön (F30- F39) kriteerit täyttyvät. Kaksoisdiagnosia käytetään vain, jos oireet eivät ole vain osa mielialahäiriötä, vaan selvästi osoittavat erillisen hyperkineettisen häiriön olemassaolon.

Kouluikäisellä lapsella äkillisesti alkanut hyperaktiivinen käytös on hyperkineettistä häiriötä todennäköisemmin reaktiivinen häiriö (psykogeeninen tai orgaaninen), maaninen tila, skitsofrenia tai neurologinen sairaus.

Anm.

Hyperkinetiska störningar karakteriseras av: tidig debut (vanligtvis under de första fem levnadsåren), bristande uthållighet i aktiviteter som kräver kognitiva funktioner och en tendens att växla mellan olika aktiviteter utan att slutföra någon av dem, tillsammans med desorganiserad, oplanerad och överdriven aktivitet. Likväl framkommer ingen ovanlig brist i sensorisk eller perceptiv koncentrationsförmåga i undersökningarna. Störningarna varar i regel genom skolåren och ända upp till vuxen ålder, men ofta inträffar gradvis förbättring av aktivitet och uppmärksamhet.

Störningarna kan åtföljas av andra avvikelser som inte ensamma räcker till för diagnosen, men som stöder den. Hyperaktiva barn råkar lätt ut för olyckor, de är oaktsamma i farliga situationer och impulsiva. De vållar ofta disciplinära problem på grund av tanklöshet då det gäller att följa normer och regler snarare än på grund av trots. I sitt förhållande till vuxna är de ofta socialt ohämmade, med brist på normal försiktighet och blyghet. De är inte populära bland andra barn och blir ofta isolerade. Kognitiva störningar ses ofta och specifika störningar i den motoriska och språkliga utvecklingen är vanliga. Hyperkinetisk störning kan leda till asocialt beteende och dålig självkänsla. Den uppträder i stor utsträckning tillsammans med andra beteendestörningar (t.ex. med asocial beteendestörning). Enligt den aktuella uppfattningen bildar hyperkinetiska störningar en särskild grupp störningar där hyperkinesi utgör huvudproblemet.

Hyperkinetiska störningar är många gånger vanligare hos pojkar än hos flickor. Läsvårigheter och/eller inlärningsvårigheter samt klumpig motorik är vanliga tilläggsproblem och anges skilt för sig (F80-F89). Hyperaktivitet är ofta det mest framträdande och besvärligaste problemet i strukturerade situationer med krav på god självkontroll över beteendet såsom i skolan. Det är svårt att identifiera hyperaktivitet hos barn under skolårdern på grund av den stora normala variationen bör ställas endast vid extrema fall.

Diagnosen kan ställas även på vuxna. Grunderna är desamma, men uppmärksamheten och aktiviteten bör fastställas utifrån vederbörliga normer. Om hyperkinesi har förekommit i barndomen, men sedan bortfallit och ersatts av ett annat tillstånd, t.ex. asocial personlighetsstörning eller missbruk, antecknas det aktuella tillståndet som diagnos.

Störningarnas etiologi är okänd, men strukturella avvikelser betraktas som avgörande i fråga om dessa störningars etiologi. Under de senaste åren har man för dessa störningar använt diagnosen uppmärksamhetsstörning. Den termen används inte här, eftersom den fordrar sådan kunskap om de psykologiska processerna som inte står till buds. Dessutom skulle termen leda till att inkludera ångestfyllda, förströdda eller drömmande apatiska barn, vars problem troligtvis är av annat slag. Likväl framkommer det tydligt att uppmärksamhetsproblemen, från beteendesynpunkt sett, utgör det centrala draget i hyperkinetiska störningar.

Diagnostiska kriterier:

Diagnosen förutsätter exceptionell oförmåga till koncentration, hyperaktivitet och orolighet som är av övergripande, i ett flertal situationer förekommande och långvarigt slag och inte härrör från andra störningar såsom autism eller affektivt syndrom.

G1. Oförmåga till koncentration: Minst sex av följande symtom har varat i minst sex månaders tid och symtomen vållar olägenheter och är avvikande i relation till barnets utvecklingsnivå: (1) Patienten misslyckas ofta i att fästa tillräcklig uppmärksamhet vid detaljer eller begär slarvfel i skolan, arbetet eller andra sammanhang

(2) Koncentrationen vid lekar eller utförande av arbetsuppgifter brister ofta

(3) Ofta verkar det som om patienten inte hör på det som sägs till honom eller henne

(4) Att iakttä anvisningar och utföra skol- eller hemuppgifter misslyckas ofta (beror inte på trots eller oförmåga att förstå anvisningarna)

(5) Förmågan att hålla reda på uppgifter och aktiviteter är ofta nedsatt

(6) Ofta undviker patienten eller känner stor motvilja mot uppgifter som kräver psykisk uthållighet, som t.ex. läxor

(7) Patienten tappar ofta föremål som är viktiga för vissa uppgifter och sysslor, t.ex. skolmaterial, pennor, böcker, leksaker eller verktyg

(8) Patienten blir ofta störd av yttre stimuli

(9) Patienten är ofta glömsk i sina dagliga sysslor

G2. Hyperaktivitet

Minst tre av följande symtom har varat i minst sex månaders tid och symtomen vållar olägenheter och är avvikande i relation till barnets utvecklingsnivå: (1) Patienten rör ofta oroligt på sina armar eller ben och vrider och vänder sig på sin stol

(2) Patienten sätter sig ofta i rörelse i klassen eller någon annanstans där man borde hålla sig på sin plats

(3) Patienten springer eller klättrar ofta i en situation där det inte hör till saken (hos unga eller vuxna kan situationen upplevas bara som en oroskänsla)

(4) Patienten är ofta överdrivet högljudd i sina lekar eller lyckas inte i stillhet koncentrera sig på sina fritidsaktiviteter
(5) Patienten är i motoriskt hänseende ständigt alltför aktiv och aktiviteten rättar sig inte efter den sociala omgivningen eller yttre krav

G3. Impulsivitet

Minst tre av följande symtom har varat i minst sex månaders tid och symtomen vållar olägenheter och är avvikande i relation till barnets utvecklingsnivå: (1) Patienten svarar ofta redan innan frågorna har ställts och hindrar med sitt svar andra från att ställa frågor.

(2) Det inträffar ofta att patienten inte orkar stå i kö eller vänta på sin tur i olika spel eller grupper.

(3) Patienten avbryter ofta de andra eller är framfusig (t.ex. tränger sig på i andras lekar eller spel).

(4) Patienten pratar ofta för mycket utan att ta hänsyn till den återhållsamhet som situationen kräver.

G4. Störningen debuterar senast vid sju års ålder.

G5. Omfattning

De diagnostiska kriterierna bör uppfyllas i flera än en situation, t.ex. bör ouppmärksamhet och hyperaktivitet förekomma både hemma och i skolan eller både i skolan och t.ex. på mottagningen. Ofta behövs det information från flera än en källa. T.ex. utgör lärarens redogörelse för barnets beteende i regel en nödvändig komplettering till föräldrarnas berättelser.

G6. Symtomen i punkterna A-C orsakar kliniskt relevant ångest eller nedsättning av sociala, studierelaterade eller yrkesmässiga aktiviteter.

G7. Ingen diagnostisering av följande sjukdomar:

Manisk episod (F30)

Depressiv episod (F32)

Ångestsyndrom (F41).

Genomgripande utvecklingsstörningar (F84)

Differentialdiagnos:

Hos barn förekommer störningar som närapå uppfyller kriterierna för hyperkinetiska störningar: 1) Barnens symtom uppfyller kriterierna med undantag för hyperaktivitet eller impulsivitet. I detta fall utgörs barnets störning av bristande uppmärksamhet. 2) Barnets symtom uppfyller kriterierna med undantag för avvikande uppmärksamhet. Då har barnet en aktivitetsstörning. 3) Barnets symtom uppfyller kriterierna endast i situationer av en enda typ, t.ex. har barnet en hemspecifik störning eller en klassrumsspecifik störning. Dessa störningar har inte ännu medtagits i huvudgruppen, eftersom det inte föreligger tillräckliga empiriska bevis. Samtidigt uppträder hos dessa barn, ofta tillsammans och samtidigt med ovan nämnda störningar inom angränsande områden, även andra störningar som kan diagnostiseras (t.ex. trotsyndrom F91.3).

Blandade störningar är vanliga. Genomgripande utvecklingsstörningar diagnostiseras i första hand jämfört med andra störningar. Det är viktigt att skilja en hyperkinetisk störning från en beteendestörning. Diagnostisering av en hyperkinetisk störning prioriteras framom en beteendestörning. Likväl är det vanligt att hyperaktivitet och bristande koncentration av lindrigare art uppträder tillsammans med en beteendestörning. Då det förekommer symtom på såväl hyperkinetiska störningar som beteendestörningar, och hyperaktiviteten är genomgripande och svårartad, är hyperkinetisk beteendestörning rätt diagnos.

Hyperaktivitet eller ouppmärksamhet av tämligen annorlunda art än vid hyperkinetisk störning förekommer som symtom vid ångest- och förstämningssyndrom. Oro som är en typisk del av en depressiv agiterad störning eller svårartad ångest, bör inte diagnostiseras som hyperkinetisk störning. Om kriterierna för en ångeststörning (F40, F41, F43, tai F93) uppfylls, har den företräde framom hyperkinetisk störning, även om det finns sådant som tyder på att oron i samband med ångesten kan vara ett tecken på samtidig hyperkinetisk störning. Hyperkinetisk störning används inte heller som tilläggsdiagnos endast på grund av dålig koncentrationsförmåga och psykomotorisk agitation, om kriterierna för förstämningssyndrom (F30-F39) uppfylls. Dubbeldiagnos används bara om symtomen inte utgör endast en del av förstämningssyndromet, utan tydligt påvisar förekomsten av en separat hyperkinetisk störning.

En akut debut av hyperaktivt beteende hos ett barn i skolåldern är med större sannolikhet en reaktiv störning (psykogen eller organisk), ett maniskt tillstånd, schizofreni eller en neurologisk sjukdom än en hyperkinetisk störning.

F90.0

AKTIIVISUUDEN JA TARKKAUVUUDEN HÄIRIÖ

Aktivitets- och uppmärksamhetsstörning

Mukaan lukien

Tarkkaavuushäiriö ja yliaktiivisuutta

Hyperkineettiset häiriöt

Hyperaktivitetsstörningar

Inkluderar

Uppmärksamhetsstörning med hyperaktivitet

Huom.

Hyperkineettisen häiriön (F90) yleisten diagnostisten kriteerien tulee täytyä, mutta käytöshäiriöiden (F91) yleisten diagnostisten kriteerien ei.

Hyperkineettisten häiriöiden jako alaryhmiin ei ole vielä vakiintunut. Tutkimuksissa on havaittu, että häiriön seuraukset nuoruudessa ja aikuisiässä riippuvat paljon siitä, esiintyykö häiriössä aggressiivisuutta, rikollisuutta tai muuta asosi-aalista käytöstä. Pääajaottelu tehdään näiden piirteiden puuttumisen tai olemassaolon mukaan.

Anm.

De allmänna diagnostiska kriterierna för hyperkinetisk störning (F90) bör uppfyllas, men inte de allmänna diagnostiska kriterierna för beteendestörningar (F91).

Indelningen i undergrupper av hyperkinetiska störningar är inte ännu vedertagen. Undersökningar har visat att konsekvenserna av störningen i ungdomen och i vuxen ålder i hög grad beror på om störningen åtföljs av aggressivt, brottsligt eller annat asocialt beteende. Huvudindelningen görs utifrån avsaknad eller förekomst av dessa drag.

F90.1

HYPERKINEETTINEN KÄYTÖSHÄIRIÖ

Hyperaktiv beteendestörning

Mukaan lukien

Käytöshäiriöön liittyvä hyperkineettinen häiriö

Inkluderar

Hyperkinetisk störning förenad med beteenderubbning

Huom.

Sekä hyperkineettisten häiriöiden (F90) että käytöshäiriöiden (F91) yleisten kriteerien tulee täytyä.

Anm.

Såväl de allmänna kriterierna för hyperkinetiska störningar (F90) som kriterierna för beteendestörningar (F91) bör uppfyllas.

F90.8

MUU HYPERKINEETTINEN HÄIRIÖ

Annan specificerad hyperaktivitetsstörning

F90.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN HYPERKINEETTINEN HÄIRIÖ

Hyperaktivitetsstörning, ospecificerad

Mukaan lukien

Tarkemmin määrittämätön lapsuuden tai nuoruuden hyperkineettinen reaktio

Tarkemmin määrittämätön hyperkineettinen oireyhtymä

Inkluderar

Hyperaktiv reaktion under barndom och ungdomstid

Hyperaktivitetssyndrom, UNS

Huom.

Tätä diagnostiseen jännönsryhmään kuuluvat vain sellaiset häiriöt, joissa yleiset hyperkineettisen häiriön (F90) diagnostiset kriteerit täytyvät, mutta ei ole mahdollista erotella, onko kyseessä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (F90.0) vai hyperkineettinen käytöshäiriö (F90.1).

Anm.

I denna restgrupp ingår endast störningar för vilka de allmänna diagnostiska kriterierna för hyperkinetiska störningar (F90) uppfylls, men inte gör det möjligt att urskilja om det är fråga om en aktivitets- och uppmärksamhetsstörning (F90.0) eller om en hyperkinetisk beteendestörning (F90.1).

F91

Käytöshäiriöt Beteendestörningar av utagerande slag

Huom.

Käytöshäiriöille on ominaista toistuva tai alituinen asosiaalinen, aggressiivinen tai uhmakas käytös. Tällaisen käytöksen tulee olla pitkäaikaista (kuusi kuukautta tai enemmän) ja selvästi poiketa iänmukaisista sosiaalisista odotuksista. Käytöksen tulee olla poikkeavampaa kuin tavanomainen lapsekas vallattomuus tai nuoruusiän kapinallisuus. Diagnostiikki voi perustua esimerkiksi seuraaviin käytöksen piirteisiin: liiallinen tappeleminen tai kiusaaminen, ihmisiin tai eläimiin kohdistuva julmuus, vakava omaisuuden tuhoaminen, tulipalon syyttäminen, varastaminen, toistuva valehtelu, luvaton koulusta poissaolo tai kotoa karkaaminen, poikkeuksellisen tiukat ja vaikeat kiukunpuuskat, raivokohtaukset sekä tottelemattomuus. Mikä tahansa tällainen käytös riittää diagnostiikkiin ollessaan runsasta. Yksittäiset asosiaaliset tai rikolliset teot eivät kuitenkaan riitä, koska kyseessä ovat pitkäaikaiset käytöshäiriöt. Käytöshäiriöt edeltävät joskus asosiaalista persoonallisuushäiriötä (F60.2). Käytöshäiriöt yhdistetään usein epäsuotuisiin psykososiaalisiin ympäristöihin kuten epätyydyttäviin perhesuhteisiin ja epäonnistumiseen koulussa. Käytöshäiriöt ovat yleisempiä pojilla.

Taudinkuva:

Käytöshäiriöiden jako alaryhmiin ei ole vakiintunut. Lähes varmaa on, että häiriöt ovat heterogeenisiä. Ennusteen määrittelyssä häiriön vakavuus ja oireiden lukumäärä ovat luotettavampia kuin oireiden tarkka laatu. Selvin ero on sosiaalisella ja epäsosiaalisella käytöshäiriöllä määriteltynä kestävien ystävyyssuhteiden olemassaololla tai puuttumisella omassa vertaisryhmässä. Myös perheensisäiset häiriöt ovat tärkeitä ja siksi tämä alaryhmä on tarpeellinen.

Edellä mainittujen alaryhmien lisäksi on suositeltavaa, että häiriöistä kuvaillaan seuraavat kolme dimensiota:

- (1) hyperaktiivisuus (tarkkaamaton, levoton käytös),
- (2) tunnehäiriö (ahdistus, masennus, pakkomielleet, hypokondria),
- (3) käytöshäiriön vakavuus:
 - (a) lievä: diagnostiikkiin vaadittavien oireiden lisäksi ei yhtään oiretta tai vain muutamia ja käytöshäiriöt aiheuttavat vain vähäistä haittaa muille,
 - (b) keskivaikea: oireiden määrä ja vaikutukset vaihtelevat välillä lievä ja vaikea,
 - (c) vaikea: diagnostiikkiin vaadittavien oireiden lisäksi useita oireita tai käytöshäiriöt aiheuttavat huomattavaa haittaa muille, esim. vakava fyysinen vaurio, vandalismi tai varkaus.

Kun päätetään käytöshäiriön olemassaolosta otetaan huomioon lapsen kehitystaso. Kiukunpuuskat (temper tantrumkohtaukset) ovat normaali osa 3-vuotiaan kehitystä eivätkä voi olla diagnostiikin perustana. Samoin toisten ihmisten kansalaisoikeuksien rikkominen (esim. väkivaltarikoksella) on harvoin 7-vuotiaiden kapasiteetin rajoissa eikä ole sen vuoksi diagnostinen kriteeri tälle ikäryhmälle.

Diagnostiset kriteerit:

G1. Toistuva ja pitkäaikainen käytösmalli, jossa rikotaan toisten perusoikeuksia tai iänmukaisen sosiaalisen käyttäytymisen perusnormeja tai -sääntöjä. Kesto vähintään kuusi kuukautta, jolloin lapsella tai nuorella on muutamia seuraavista oireista:

- (1) kehitystasoon verrattuna epätavallisen paljon tai vaikeita kiukkuohtauksia
- (2) riitelee usein aikuisten kanssa
- (3) kieltäytyy usein aktiivisesti toteuttamasta aikuisten pyyntöjä tai uhmaa sääntöjä
- (4) tekee usein ilmeisen tarkoituksellisesti asioita, jotka ärsyttävät muita ihmisiä
- (5) syyttää usein muita omista virheistään tai huonosta käytöksestään
- (6) suuttuu herkästi tai on helposti toisten ärsytettävissä
- (7) on usein vihainen tai harmistunut
- (8) on usein ilkeä tai kostonhaluinen
- (9) usein valehtelee tai rikkoo lupauksia saadakseen hyötyä tai suosiota tai välttääkseen velvollisuuksia
- (10) aloittaa usein fyysisiä tappeluita (ei sisällä sisarusten välisiä tappeluita)
- (11) on käyttänyt asetta, joka voi aiheuttaa vakavaa fyysistä vahinkoa toisille (esim. maila, tiilikivi, rikottu pullo, puukko, ampuma-ase)
- (12) viiptyy usein yömyöhään ulkona vanhempien kielloista huolimatta (alkanut ennen 13 vuoden ikää)

Käytöshäiriöt

Beteendestörningar av utagerande slag

- (13) kohdistaa toisiin ihmisiin fyysistä julmuutta (esim. sitoo, viiltelee tai polttaa uhria)
 - (14) kohdistaa fyysistä julmuutta eläimiin
 - (15) tuhoaa tahallaan muiden omaisuutta (muulla tavalla kuin tulipalon syyttämällä)
 - (16) syyttää tarkoituksella tulipaloja, joissa vakavan vahingon riski,
 - (17) varastaa tärkeitä tai arvokkaita tavaroita kotoa tai muualta, ei vahingoita uhria (esim. myymälävarkaus, murto, väärennys)
 - (18) usein koulupinnausta (alkanut ennen 13 vuoden ikää)
 - (19) on karannut kodista tai sijaiskodista vähintään kahdesti ja on karannut kerran pidemmäksi aikaa kuin yhdeksi yöksi (ei sisällä pakenemista fyysisen tai seksuaalisen väkivallan seurauksena)
 - (20) tekee rikoksen uhria vahingoittaen (esim. käsilaukun sieppaaminen, muu väkivaltainen ryöstö, kiristys)
 - (21) pakottaa toisen henkilön sukupuoliyhteyteen kanssaan
 - (22) kiusaa ja pelottelee usein toisia (esim. tahallinen kivun tai vamman aiheuttaminen, jatkuva uhkailu, ahdistelu, vainoaminen tai häirintä)
 - (23) murtautuu toisen henkilön asuntoon, muuhun rakennukseen tai autoon.
- Kohdissa 11, 13, 15, 16, 20, 21 ja 23 mainittujen oireiden esiintyminen vain kerran riittää kriteerin täyttymiseen.

G2. Ei ole diagnosoitavissa seuraavia sairauksia:

Skitsofrenia (F20)

Mania (F30)

Depressio (F32)

Asosiaalinen persoonallisuushäiriö (F60.2)

Laaja-alaiset kehityshäiriöt (F84)

Hyperkineettiset häiriöt (F90)

Samanaikaiset käytös- ja tunnehäiriöt (F92).

Lapsuusiässä alkavat tunne-elämän häiriöt (F93)

Vaikkei alkamisikä koodata, on suositeltavaa, että se rekisteröidään sairauskertomukseen:

Lapsuusiässä alkanut häiriö: vähintään yksi käytöshäiriön oireista alkanut ennen 10 vuoden ikää,

Nuoruusiässä alkanut häiriö: käytöshäiriöt eivät ole alkaneet ennen 10 vuoden ikää.

Erotusdiagnosi:

Käytöshäiriön oireita voi olla myös muissa psykiatrisissa häiriöissä, joiden diagnoosit silloin asetetaan etusijalle. Käytöshäiriö on usein päällekkäinen muiden häiriöiden kanssa Käytöshäiriön erottaminen tunnehäiriöstä on hyvin määritelty, mutta sen erottaminen hyperaktiivisuudesta on vaikeampaa. Lapsuuden tunnehäiriöiden (F93) yhtäaikainen esiintyminen johtaa sekamuotoisen käytös- ja tunnehäiriön (F92) diagnosoituihin. Jos myös hyperkineettisen häiriön (F90) kriteerit täyttyvät, se asetetaan diagnosoiksi käytöshäiriön asemasta. Lievä tai tilannesidonnainen yliaktiivisuus ja tarkkaamattomuus ovat yleisiä käytöshäiriöillä lapsilla, kuten myös heikko itsetunto ja lievät tunnehäiriöt. Nämä eivät sulje käytöshäiriön diagnoosia pois.

Anm.

Betecknande för beteendestörningar är upprepat eller ständigt asocialt, aggressivt eller trotsigt beteende. Ett sådant beteende bör vara långvarigt (sex månader eller längre tid) och tydligt avvikande från sociala förväntningar med hänsyn till ålder. Beteendet bör vara mer avvikande än sedvanligt barnligt självsvåld eller ungdomlig upproriskhet. Diagnosen kan till exempel baseras på följande beteendemönster: överdriven lust att slåss eller retas, grymhet mot människor och djur, allvarlig förstörelse av egendom, anläggning av brand, stöld, upprepat ljugande, olovlig frånvaro från skolan eller rykning hemifrån, exceptionellt frekventa och svåra utbrott av ilska, raseriutbrott och olydnad. Vilket beteende som helst förslår för diagnos då det är ofta förekommande. Enstaka asociala eller brottsliga gärningar förslår likväl inte, eftersom det gäller långvariga beteendestörningar. Beteendestörningar föregår ibland asociala personlighetsstörningar (F60.2). Beteendestörningar förknippas ofta med ogynnsamma psykosociala miljöer såsom otillfredsställande familjeförhållanden och misslyckanden i skolan. Beteendestörningar är vanligare hos pojkar.

Sjukdomsbild:

Indelningen i undergrupper av beteendestörningar är inte ännu vedertagen. Det är nästan säkert att störningarna är heterogena. I prognosbestämningen är störningens svårighetsgrad och symtomens antal tillförlitligare än symtomens

exakta kvalitet. Den tydligaste skillnaden förekommer mellan social och osocial beteendestörning som bestäms enligt förekomst eller avsaknad av bestående vänskapsband i patientens egen kamratgrupp. Även störningar inom familjen är viktiga och därför är denna undergrupp nödvändig.

Förutom ovan nämnda undergrupper rekommenderas att störningarnas följande tre dimensioner beskrivs:

(1) hyperaktivitet (ouppmärksam, oroligt beteende),

(2) emotionell störning (ångest, depression, tvångsföreställningar, hypokondri),

(3) beteendestörningens svårighetsgrad:

(a) lindrig: inget annat symtom än de som krävs för diagnosen eller endast ett fåtal, varvid beteendestörningarna medför endast lindriga olägenheter för andra människor,

(b) medelsvår: Symtomens antal och verkningar varierar mellan lindrig och svår,

(c) svår: utöver de symtom som krävs för diagnosen ett flertal andra symtom eller beteendestörningar som medför betydande olägenheter för andra människor, t.ex. allvarlig fysisk skada, vandalism eller stöld.

Då förekomst av beteendestörning avgörs beaktas barnets utvecklingsnivå. Utbrott av ilska (temper tantrum-anfall) ingår normalt i 3-åringens utveckling och kan inte ligga till grund för diagnosen. Detsamma gäller kränkande av andra människors medborgerliga rättigheter (t.ex. våldsbrott) som sällan ligger inom gränserna för 7-åringars kapacitet och därför inte är ett diagnostiskt kriterium för denna åldersgrupp.

Diagnostiska kriterier:

G1. Upprepat och långvarigt beteendemönster som medför att andra människors grundrättigheter kränks eller grundläggande normer eller regler för socialt beteende med beaktande av barnets ålder överträds. Duration minst sex månader, varvid barnet eller den unga uppvisar några av följande symtom:

(1) ovanligt många eller svåra utbrott av ilska i relation till utvecklingsstadiet

(2) strider ofta med vuxna

(3) vägrar ofta aktivt att göra vuxna till viljes eller trotsar gällande regler

(4) utför ofta med uppenbar avsikt handlingar som irriterar andra människor

(5) beskyller ofta andra för sina egna misstag eller sitt dåliga uppförande

(6) har lätt för att bli arg eller låter sig lätt irriteras av andra

(7) är ofta arg eller harmsen

(8) är ofta elak eller hämndlysten

(9) gör sig ofta skyldig till lögn eller löftesbrott för egen nytta eller gunst eller för att undgå skyldigheter

(10) inleder ofta fysiska slagsmål (innefattar inte slagsmål mellan syskon)

(11) har använt ett vapen som kan tillfoga andra allvarlig fysisk skada (t.ex. klubba, tegelsten, trasig flaska, slidkniv, skjutvapen)

(12) hänger ofta ute till sent på natten trots föräldrarnas förbud (med början under 13 års ålder)

(13) riktar fysisk grymhet mot andra människor (t.ex. binder fast, tillfogar offret skär- eller brännskador)

(14) riktar fysisk grymhet mot djur

(15) förstör avsiktligt andras egendom (på annat sätt än genom att anlägga brand)

(16) anlägger avsiktligt bränder som medför fara för allvarliga skador,

(17) stjälar viktiga eller värdefulla föremål hemma eller annanstans utan att tillfoga offret skada (t.ex. butiksstöld, inbrott, förfalskning)

(18) ofta skolskolk (som börjat under 13 års ålder)

(19) har rymt hemifrån eller från fosterhem minst två gånger och en gång rymt för längre tid än en natt (innefattar inte flykt till följd av fysiskt eller sexuellt våld)

(20) begår brott som skadar offret (t.ex. väskryckning, annat våldsamt rån, utpressning)

(21) tvingar en annan person till sexuellt umgänge

(22) trakasserar och skrämmer ofta andra personer (t.ex. uppsåttligt tillfogande av smärta eller skada, ständiga hotelser, trakasserier, förföljelse eller störande)

(23) gör inbrott i en annan persons lägenhet, annan byggnad eller bil.

Det räcker med att de symtom som nämnts i punkterna 11, 13, 15, 16, 20, 21 och 23 förekommer en enda gång för att kriteriet skall uppfyllas.

G2. Ingen diagnostisering kan göras av följande sjukdomar:

Schizofreni (F20)

Depression (F32)

Asocial personlighetsstörning (F60.2)

Genoimgripande utvecklingsstörningar (F84)

Hyperkinetiska störningar (F90)

Samtidiga beteende- och känslöstörningar (F92).

Emotionella störningar med debut särskilt under barndomen (F93)

Trots att debutåldern inte kodas, är det att rekommendera att den registreras i anamnesen:

Störning som debuterat under barndomen: Minst ett av symtomen på beteendestörning har debuterat före 10-års ålder,

Störning som debuterat i ungdomsåldern: beteendestörningarna har inte debuterat före 10-års åldern.

Differentialdiagnos:

Symtom på beteendestörning kan uppträda även vid andra psykiska störningar, vilkas diagnoser då ska prioriteras. Beteendestörning sammanfaller ofta med andra störningar. Beteendestörning kan enligt en tillförlitlig definition skiljas från emotionell störning, men att skilja den från hyperaktivitet är svårare. Sammanfallande emotionella störningar under barndomen (F93) leder till diagnostisering av blandade störningar av beteende och känsloliv (F92). Om även kriterierna för hyperkinetisk störning (F90) uppfylls, antecknas den som diagnos i stället för beteendestörning. Lindrig eller situationsbunden hyperaktivitet och ouppmärksamhet är vanliga beteendestörningar hos barn, likaså svag självkänsla och lindriga emotionella störningar. Dessa utesluter inte diagnosen beteendestörning.

F91.0**PERHEENSISÄINEN KÄYTÖSHÄIRIÖ**

Beteendestörning av utagerande slag, begränsad till familjesammanhang

Huom.

Perheensisäisen käytöshäiriön asema diagnostiikassa ei ole vakiintunut. Nämä erittäin tilannesidonnaiset käytöshäiriöt saattavat olla ennusteeltaan parempia kuin laaja-alaiset käytöshäiriöt.

Potilaalla on epäsosiaalista tai aggressiivista käytöstä eikä ainoastaan vastustavaa, uhmakasta tai hajottavaa käytöstä. F91:n yleiskriteerien tulee täytyä, edes vanhempi-lapsisuhteiden vakava häiriytyminen ei pelkästään riitä diagnoosiin. Lapsen käytöshäiriö kohdistuu usein erityisesti yhteen tai kahteen läheiseen henkilöön. Lapsi voi varastaa kotoa rahoja tai omaisuutta. Tähän voi liittyä tahallista tuhoavaa käytöstä, kuten lelujen tai koristeiden rikkomista, vaatteiden repimistä, huonekalujen kaivertelua tai palkintojen tuhoamista. Tilanteessa saattaa esiintyä väkivaltaa läheisiä henkilöitä kohtaan (mutta ei muita kohtaan) tai potilas voi tahallaan syyttää tulipalon kotona..

Diagnoosi edellyttää, että perheen ulkopuolella ei ole merkittävää käytöshäiriötä ja että lapsen sosiaaliset suhteet perheen ulkopuolella ovat normaalivaihtelun rajoissa. Usein perheensisäinen käytöshäiriö on saanut alkunsa perheympäristössä, jossa on huomattavaa häiriötä lapsen suhteessa yhteen tai useampaan perheenjäseneseen. Joskus häiriö on alkanut, kun lapsi on joutunut konfliktiin juuri perheeseen tulleen äiti- tai isäpuolen kanssa.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Häiriö täyttää käytöshäiriöiden (F91) yleiset kriteerit.
- B. Kolme tai useampia oireista, jotka lueteltu F91:n diagnostisissa kriteereissä kohdassa A, vähintään kolme kohdista 9-23.
- C. Vähintään yhden kohtien 9-23 sisältämistä oireista oltava kestoaltaan vähintään kuusi kuukautta.
- D. Käytöshäiriö rajoittuu perheen sisälle.

Anm.

Beteendestörning begränsad till familjesammanhang har ingen vedertagen ställning inom diagnostiken. Dessa ytterst situationsbundna beteendestörningar kan till sin prognos vara bättre än de genomgripande beteendestörningarna.

Patienten uppvisar asocialt eller aggressivt beteende och inte endast motsträvt, trotsigt eller destruktivt beteende. De allmänna kriterierna för F91 bör uppfyllas, inte ens en allvarlig störning i förhållandet förälder-barn räcker uteslutande till för diagnos. Beteendestörning hos ett barn riktar sig särskilt mot en eller två närstående personer. Barnet kan hemma stjäla pengar eller egendom. Detta kan åtföljas av vanligt destruktivt beteende som t.ex. att slå sönder leksaker eller prydnadsföremål, riva sönder kläder, göra repor i möbler eller förstöra pridföremål. Våld kan förkomma gentemot närstående personer (men inte mot andra) eller patienten kan avsiktligt anlägga en brand i hemmet.

Diagnosen förutsätter att det inte förekommer nämnvärda beteendestörningar utanför familjen och att barnets sociala

relationer utanför familjen ligger inom gränserna för normal variation. Ofta har en beteendestörning begränsad till familjesammanhang fått sin början i en familjemiljö där det förkommer en betydande störning i barnets förhållande till en eller flera familjemedlemmar. Ibland har störningen tagit sin början då barnet har råkat i konflikt med en styvmor eller styvfar som nyligen kommit in i familjen.

Diagnostiska kriterier:

- A. Störningen uppfyller de allmänna kriterierna (F91) för beteendestörning.
- B. Tre eller flera av de symtom som uppfyller de diagnostiska kriterierna (F91) för beteendestörning i punkt A, minst tre från punkterna 9-23.
- C. Minst ett av symtomen från punkterna 9-23 bör ha en duration av minst sex månader.
- D. Beteendestörningen är begränsad till familjesammanhang.

F91.1

EPÄSOSIAALINEN KÄYTÖSHÄIRIÖ (SOSIAALISIIN SUHTEISIIN JÄSENTYMÄTÖN KÄYTÖSHÄIRIÖ)

Beteendestörning med aggressivitet och bristande social anpassning

Mukaan lukien

Käytöshäiriön yksinäinen hyökkäävä muoto

Epäsosiaalinen aggressiohäiriö

Inkluderar

Beteendestörning, isolerad aggressiv form

Asocial aggressiv störning

Huom.

Epäsosiaalinen käytöshäiriö on yhdistelmä jatkuvaa epäsosiaalista tai hyökkäävää käytöstä (joka täyttää F91:n yleiskriteerit eikä ole yksinomaan vastustavaa, uhmakasta tai hajottavaa käytöstä) ja huomattavaa laaja-alaista poikkeavuutta suhteissa toisiin lapsiin.

Taudinkuva:

Epäsosiaalisessa käytöshäiriössä puuttuva integroituminen vertaisryhmään on selvin ero sosiaaliseen käytöshäiriöön verrattaessa ja tämä erottelutapa on ensisijainen. Suhteet aikuisiin ovat usein epäsovun, vihamielisyyden ja katkeruuden leimaamia. Hyviäkin suhteita aikuisiin voi olla (vaikka tavallisesti niistä puuttuu läheisyys ja luottamuksellisuus) - ne eivät sulje pois tätä diagnoosia. Tässä häiriössä on usein myös tunnehäiriötä. Jos tunnehäiriöt ovat senasteisia, että sekamuotoisen häiriön kriteerit täyttyvät, käytetään diagnoosia F92.

Lapsi tekee rikkomukset usein yksin, mutta ei välttämättä. Tyypillinen käytös sisältää kiusaamista, runsasta tappelemista, vanhemmilla lapsilla kiristämistä tai pahoinpitelyjä, huomattavaa tottelemattomuutta, töykeyttä, yhteistyökyvyttömyyttä, auktoriteetin vastustamista, vaikeita uhmaohtauksia (temper tantrum), hallitsemattomia raivokohtauksia, omaisuuden tuhoamista, tulipalojen sytyttämistä ja raakuutta kohdistuen eläimiin ja toisiin lapsiin. Osa lapsista menee mukaan ryhmässä tehtäviin rikkomuksiin. Diagnostiikassa rikkomuksen laatu on vähemmän tärkeä kuin henkilökohtaisten suhteiden laatu. Häiriö on usein laaja-alainen, monissa tilanteissa esiintyvä, mutta saattaa tulla herkimmin esiin koulussa. Häiriön esiintyminen enemmän muissa kuin kotitilanteissa sopii tähän diagnoosiin.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Häiriö täyttää käytöshäiriöiden (F91) yleiset kriteerit.
- B. Kolme tai useampia oireista, jotka lueteltu F91:n diagnostisissa kriteereissä kohdassa G1, vähintään kolme kohdista 9-23.
- C. Vähintään yhden kohtien 9-23 sisältämistä oireista oltava kestoaltaan vähintään kuusi kuukautta.
- D. Erittäin huonot suhteet ikätovereihin, mikä ilmenee eristäytymisenä, torjuntana ja epäsuosioon joutumisena. Kestävät läheiset molemminpuoliset ystävyysuhteet puuttuvat.

Anm.

Tillståndet karakteriseras av långvarigt asocialt och aggressivt beteende (uppfyller kriterierna för F91.- och omfattar inte bara oppositionellt, trotsigt eller aggressivt beteende) i kombination med betydande och långvariga störningar i individens relationer till andra barn.

Sjukdomsbild:

Bristande social anpassning till kamratgruppen utgör den tydligaste skillnaden vid jämförelse med beteendestörning och denna åtskiljning är primär. Relationerna till de vuxna präglas ofta av missämja, fientlighet och bitterhet. Även goda relationer till vuxna kan förekomma (trots avsaknad av närhet och förtrolighet) - och utesluter alltså inte denna

Käytöshäiriöt

Beteendestörningar av utagerande slag

diagnos. Tillståndet innefattar ofta även emotionella störningar. Om de emotionella störningarna är på en sådan nivå att kriterierna för blandad störning uppfylls, används diagnosen F92.

Barnet begår ofta ensamt överträdelserna, men inte nödvändigtvis alltid. Karakteristiskt för beteendet är mobbing, ofta förekommande slagsmål, hos äldre barn utpressning eller misshandel, påfallande olydnad, bryskhet, brist på samarbetsförmåga, motstånd mot auktoriteter, svåra trotsanfall (temper tantrum), obehärskade raseriutbrott, förstörande av egendom, anläggning av bränder och brutalitet mot djur och andra barn. En del av barnen medverkar vid förbrytelser som begås i grupp. I diagnostiken spelar förbrytelsens art en mindre roll än de personliga relationernas art. Störningen är ofta genomgripande och uppträder i många situationer, men kan lättast framträda i skolan. Större förekomst i andra situationer än i hemmet är förenlig med denna diagnos.

Diagnostiska kriterier:

- Störningen uppfyller de allmänna kriterierna (F91) för beteendestörning.
- Tre eller flera av de symtom som uppfyller de diagnostiska kriterierna (F91) för beteendestörning i punkt G1, minst tre under punkterna 9-23.
- Minst ett av symtomen under punkterna 9-23 bör ha en duration av minst sex månader.
- Synnerligen dåliga relationer till jämnåriga kamrater, vilket tar sig uttryck i isolering, avvisande och impopularitet. Avsaknad av nära bilaterala vänskapsförhållanden.

F91.2

SOSIAALINEN KÄYTÖSHÄIRIÖ (SOSIAALISIIN SUHTEISIIN JÄSENTYNYT KÄYTÖSHÄIRIÖ)

Beteendestörning med aggressivitet men med normal social anpassning

Mukaan lukien

- Ryhmytyypinen käytöshäiriö
- Ryhmärikollisuus
- Jengin jäsenyyteen liittyvät rikkeet
- Koulupinnaus
- Toisten seurassa tehdyt varkaudet

Inkluderar

- Aggressiv beteendestörning, gruppform
- Gruppförseelse
- Gängbrottslighet
- Skolskolk

Huom.

Sosiaalisessa käytöshäiriössä on jatkuva epäsosiaalista ja hyökkäävää käytöstä (joka täyttää F91:n yleiskriteerit eikä ole yksinomaan vastustavaa, uhmaista tai hajottavaa käytöstä) vertaisryhmäänsä yleisesti hyvin sopeutuneilla lapsilla ja nuorilla.

Sosiaalisen käytöshäiriön erottaa muista häiriöistä riittävien, kestävien ystävyys-suhteiden olemassaolo ikätoverien kanssa. Vertaisryhmä muodostuu usein muista lapsista/nuorista, jotka ovat mukana rikollisessa tai muussa epäsosiaalisessa toiminnassa (sosiaalisesti ei-hyväksyttävä käytös hyväksytään vertaisryhmässä ja käytössäännot muotoutuvat alakulttuurin mukaisiksi). Kuitenkaan tämä ei ole välttämätön edellytys diagnoosille: lapsi/nuori voi kuulua ei-rikolliseen vertaisryhmään ja epäsosiaalinen toiminta tapahtuu tämän ryhmän ulkopuolella. Jos käytös sisältää kiusaamista, voi esiintyä häiriytyneitä suhteita uhreihin tai muihin lapsiin/nuoriin. Tämä ei poissulje diagnoosia edellyttäen, että lapsella/nuorella on joku vertaisryhmä, jolle hän on lojaali ja joka sisältää kestäviä ystävyys-suhteita.

Suhteet auktoriteettiasemassa oleviin aikuisiin ovat yleensä huonot, mutta muihin aikuisiin voi olla hyviä suhteita. Tunnehäiriöt ovat yleensä vähäisiä. Sosiaalinen käytöshäiriö voi esiintyä perheensisäisesti, mutta jos häiriö keskittyy pelkästään kotiin, tätä diagnoosia ei käytetä. Useimmiten häiriötä on enemmän kodin ulkopuolella, esimerkiksi koulussa.

Diagnostiset kriteerit:

- Häiriö täyttää käytöshäiriöiden (F91) yleiset kriteerit.
- Kolme tai useampia oireista, jotka on lueteltu F91:n diagnostisissa kriteereissä kohdassa A, vähintään kolme kohdista 9-23.
- Vähintään yhden kohtien 9-23 sisältämistä oireista oltava kestoaltaan yli kuusi kuukautta.
- Käytöshäiriö ei rajoitu perheensisäiseksi, vaan esiintyy kodin ulkopuolisissakin ympäristöissä.
- Suhteet ikätovereihin normaalin rajoissa.

Anm.

En störning som innefattar långvarigt asocialt och aggressivt beteende (uppfyller kriterierna för F91 och omfattar inte bara oppositionellt, trotsigt eller destruktivt beteende) som förekommer hos individer som i allmänhet är välintegrerade i sin åldersgrupp.

Social beteendestörning skiljer sig från andra störningar genom förekomst av tillräckliga bestående vänskapsförhållanden med jämnåriga kamrater. Kamratgruppen består ofta av andra barn/unga som medverkar i kriminell eller annan asocial verksamhet (ett socialt icke-godtagbart beteende accepteras i kamratgruppen och beteendereglerna utformas i enlighet med subkulturen). Likväl är detta inte en nödvändig förutsättning för diagnosen: barnet/den unga kan tillhöra en icke-kriminell kamratgrupp och de asociala aktiviteterna kan ske utanför denna grupp. Om beteendet omfattar mobbing, kan störda relationer till offret eller andra barn/unga förekomma. Detta utesluter inte diagnosen förutsatt att barnet/den unga har någon kamratgrupp som han eller hon är lojal mot och som innefattar hållbara vänskapsförhållanden.

Relationerna till vuxna i auktoritetsställning är i allmänhet dåliga, men goda relationer till andra vuxna kan förekomma. De emotionella störningarna är i regel lindriga. Social beteendestörning inom familjen kan förekomma, men om störningen är begränsad till hemmet används inte denna diagnos. För det mesta framträder störningen utanför hemmet, till exempel i skolan.

Diagnostiska kriterier:

- A. Störningen uppfyller de allmänna kriterierna (F91) för beteendestörning.
- B. Tre eller flera av de symtom som uppfyller de diagnostiska kriterierna i F91 för beteendestörning i punkt A, minst tre av punkterna 9-23.
- C. Minst ett av symtomen av punkterna 9-23 bör ha en duration av minst sex månader.
- D. Beteendestörningen är inte begränsad till familjen, utan framträder även i miljöer utanför hemmet.
- E. Relationerna till jämnåriga kamrater befinner sig inom gränserna för det normala.

F91.3

UHMAKKUUSHÄIRIÖ

Trotssyndrom

Huom.

Uhmakkuushäiriö diagnosia on käytettävä varoen, varsinkin vanhemmillä lapsilla, koska kliinisesti merkittävään muuhun käytöshäiriöön tavallisesti liittyy uhmakkuushäiriön oireita. Monet asiantuntijat ovatkin sitä mieltä, että uhmakkuushäiriö on käytöshäiriöiden lieväasteinen muoto eikä laadullisesti erityyppinen häiriö. Uhmakkuushäiriö voi edeltää muuta käytöshäiriötä.

Uhmakkuushäiriötä esiintyy tyypillisesti 9-10-vuotiailla lapsilla. Häiriössä esiintyy pitkäkestoista negativistista, vihamielistä, uhmakasta, provokatiivista ja hajottavaa käytöstä, joka on selvästi samanikäisten ja samassa sosiokulttuurallisessa ympäristössä elävien lasten käyttäytymisen normaalirajojen ulkopuolella. Lapset, joilla on uhmakkuushäiriö, uhmaavat usein ja aktiivisesti aikuisten vaatimuksia ja sääntöjä ja tahallisesti ärsyttävät muita ihmisiä. He syyttävät muita ihmisiä omista virheistään ja vaikeuksistaan ja tulevat helposti vihaisiksi, kaunaisiksi ja ärsyyntyvät toisille ihmisille helposti. Heillä on yleensä matala frustraation sietokyky ja he menettävät helposti malttinsa. Tyypillisesti uhmakkuus on provokatiivista laadultaan siten, että he aloittavat yhteenotot. Yleensä heillä ilmenee huomattavaa tönkeyttä, yhteistyökyvyttömyyttä ja auktoriteettien vastustamista. Usein tämä käytös on selvintä vuorovaikutuksessa lapsen hyvin tuntemien aikuisten ja samanikäisten lasten kanssa. Häiriön merkit voivat jäädä piiloon kliinisessä haastattelussa

Diagnostiset kriteerit:

- A Häiriö täyttää käytöshäiriöiden (F91) yleiset kriteerit.
- B. Neljä tai useampia oireista, jotka on lueteltu F91:n diagnostisissa kriteereissä kohdassa A, mutta ei enempää kuin kaksi kohdista 9-23.
- C. Kriteerissä B esitettyjen oireiden tulee olla haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia.
- D. Vähintään neljä oireista kestoaltaan vähintään kuusi kuukautta.

Erotusdiagnosi:

Anm.

Försiktighet bör iaktas vid bruk av denna kategori, särskilt när det gäller större barn, då den kliniskt betydande beteendestörningen vanligtvis åtföljs av symtom på trotssyndrom. Många experter anser faktiskt att trotssyndrom är en lindrig form av beteendestörningar och inte en störning som kvalitativt är av annan typ. Trotssyndrom kan föregå en annan beteendestörning.

Käytöshäiriöt

Beteendestörningar av utagerande slag

Trotsyndrom är typiskt för barn i 9-10 års ålder. Vid störningen uppträder långvarigt negativt, fientligt, trotsigt, provokativt och destruktivt beteende, som klart ligger utanför gränserna för normalt beteende hos barn i samma ålder inom samma sociokulturella miljö. Barn med trotsyndrom trotsar ofta och aktivt de vuxnas krav och regler och retar avsiktligt upp andra människor. De beskyller andra människor för sina egna misstag och svårigheter och blir lätt arga, hätska och lätt irriterade på andra människor. De har i regel låg toleranströskel och tappar lätt behärsningen. Ett trotsyndrom är av provokativt slag och leder till att patienten inleder bråk. I regel uppvisar patienterna påtaglig bryskhet, brist på samarbetsförmåga och motstånd mot auktoriteter. Ofta är detta beteende tydligast vid interaktion med vuxna som barnet känner väl och med barn i samma ålder. Tecknen på störningen kan döljas i en klinisk intervju

Diagnostiska kriterier:

A Störningen uppfyller de allmänna kriterierna för beteendestörningar (F91).

B. Fyra eller flera av de symtom som uppräknats bland de diagnostiska kriterierna i F91 i punkt A, men inte flera än två av punkterna 9-23.

C. De symtom som framförts i kriterium B bör vålla olägenheter och med beaktande av barnets utvecklingsnivå vara avvikande.

D. Minst fyra av symtomen bör ha en duration av minst sex månader.

Differentialdiagnos:

F91.8

MUU KÄYTÖSHÄIRIÖ

Annan specificerad beteendestörning av utagerande slag

F91.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN KÄYTÖSHÄIRIÖ

Beteendestörning av utagerande slag, ospecificerad

Mukaan lukien

Tarkemmin määrittämätön lapsuuden käytöshäiriö

Inkluderar

Ospecificerad beteendestörning hos barn

Huom.

Tähän jäänönsryhmään kuuluvat vain häiriöt, joissa F91:n yleiset diagnostiset kriteerit täytyvät, mutta alaryhmää ei ole määritely tai minkään alaryhmän kriteerit eivät täyty.

Anm.

I denna restgrupp ingår endast störningar i vilka de allmänna diagnostiska kriterierna för F91 uppfylls, men någon undergrupp har inte definierats och kriterierna för någon undergrupp uppfylls inte heller.

F92

Samanaikaiset käytös- ja tunnehäiriöt

Blandade störningar av beteende och känsloliv

Mukaan lukien

Käytöshäiriöiden ja tunne-elämän häiriöiden yhdistelmät

Yhtaikaiset käytös- ja tunnehäiriöt

Inkluderar

Blandade störningar av beteende och känsloliv

Blandad störning i beteende och känsloliv

Huom.

Ei ole täysin varmaa, pitäisikö tämä ryhmä erottaa lapsuuden käytöshäiriöistä. Tässä luokittelussa näin on tehty, koska asialla on todennäköisesti etiologista ja terapeutista merkitystä.

Taudinkuva:

Häiriöille on ominaista jatkuvan aggressiivisen, epäsosiaalisen tai uhmakkaan käyttäytymisen sekä avoimien ja merkittävien masennus- tai ahdistusoireiden tai muiden tunne-elämän oireiden yhdistelmä. Häiriöt täyttävät sekä lapsuusiän käytöshäiriöiden (F91) että lapsuusiän tunne-elämän häiriöiden (F93) tai aikuistyyppisen neuroottisen häiriön (F40-F48) tai mielialahäiriön (F30-F39) kriteerit.

Anm.

Det är inte helt säkert, om denna grupp bör skiljas från beteendestörningar i barndomen. I denna klassificering har en sådan åtskillnad gjorts, eftersom detta sannolikt har en etiologisk och terapeutisk betydelse.

Störningarna karakteriseras av en kombination av ständig aggressivitet, asocialt eller trotspräglat beteende av uppenbara och uttalade symtom på depression, ångest eller andra emotionella störningar. Kriterierna för beteendestörningar av utagerande slag i barndomen (F91) tillsammans med emotionell störning i barndomen (F93) eller för en vuxen typ av neurosdiagnos (F40-F48) eller för ett förstämningssyndrom (F30- F39) måste vara uppfyllda.

F92.0

MASENNUSOIREINEN KÄYTÖSHÄIRIÖ

Depressiv beteendestörning

Mukaan lukien

Depressiivinen käytöshäiriö

Yhtaikainen masennus- ja käytöshäiriö

Inkluderar

Beteendestörning (under F91) förenad med depressiv störning (under F32)

Huom.

Tähän ryhmään kuuluu lapsuusiän käytöshäiriön (F91) ja jatkuvan, merkittävän mielialan laskun (F30-F39) yhdistelmä. Mielialan laskun oireina ovat tuskaisuus, tavanomaisiin toimintoihin liittyvän mielenkiinnon ja mielihyvän menetys, itsesyytökset, toivottomuus, unihäiriöt sekä ruokahalun muutokset.

A. Häiriö täyttää käytöshäiriöiden (F91) yleiset diagnostiset kriteerit.

B. Häiriö täyttää yhden mielialahäiriön (F30-F39) diagnostiset kriteerit.

Anm.

Denna kategori innefattar en kombination av beteendestörningar i barndomen (F91.-) med varaktigt och markant nedstämdhet (F30-F39). Nedstämdheten kommer till uttryck i form av förtvivlan, intresseförlust och oförmåga att glädja sig åt sedvanliga aktiviteter, självvanklagelser och hopplöshetskänslor. Störning av sömn och aptit kan också ses.

A. Störningen uppfyller de allmänna diagnostiska kriterierna (F91) för beteendestörning.

B. Uppfyller de diagnostiska kriterierna för något förstämningssyndrom (F30-F39).

F92.8

MUU SAMANAIKAINEN KÄYTÖS- JA TUNNEHÄIRIÖ

Annan specificerad blandad störning i beteende och känsloliv

Huom.

Tähän ryhmään kuuluu lapsuusiän käytöshäiriön (F91) sekä jatkuvien merkittävien tunne-elämän oireiden yhdistelmä. Tällaisia tunne-elämän oireita ovat ahdistus, pakkoajatukset ja -toiminnot, depersonalisaatio tai derealisaatio, pelot ja hypokondria. Viha ja katkeruus ovat enemmän käytöshäiriön kuin tunnehäiriön merkkejä, ne eivät poissulje tätä diagnoosia, mutta eivät tuekaan sitä.

Diagnostiset kriteerit:

A. Häiriö täyttää käytöshäiriön (F91) yleiset diagnostiset kriteerit.

B. Häiriö täyttää yhden neuroottisen, stressiin liittyvän tai somatoformisen häiriön (F40-F48) tai lapsuusiässä alkavan tunne-elämän häiriön (F93) diagnostiset kriteerit.

Anm.

Till denna kategori hör beteendestörningar (F91) i kombinerade med långvariga och uttalade emotionella symtom såsom ångest, obsessioner och kompulsioner, depersonalisation eller derealisation, fobier och hypokondrier i barndomen. Hat och bitterhet är i högre grad ett tecken på beteendestörning än på emotionell störning men de varken utesluter eller stöder denna diagnos.

Samanaikaiset käytös- ja tunnehäiriöt

Blandade störningar av beteende och känsloliv

Diagnostiska kriterier:

- A. Störningen uppfyller de allmänna diagnostiska kriterierna (F91) för beteendestörning.
B. Störningen uppfyller de diagnostiska kriterierna för en neurotisk stressrelaterad eller somatoform störning (F40-F48) eller en emotionell störning med debut under barndomen (F93).

F92.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN SAMANAIKAINEN KÄYTÖS- JA TUNNEHÄIRIÖ

Blandad störning i beteende och känsloliv, ospecificerad

F93

Lapsuudessa alkavat tunne-elämän häiriöt

Emotionella störningar med debut särskilt under barndomen

Huom.

Erotusdiagnosi

Määritettäessä lapsuudessa alkavien tunne-elämän häiriöiden ja neuroottisten häiriöiden (F40-F48) välistä eroa on tärkeä huomioida kehityksellinen tarkoituksenmukaisuus. Erityisesti lapsuusiän pelko- ja ahdistushäiriöllä (F93.1), lapsuusiän sosiaalisella ahdistushäiriöllä (F93.2) ja lapsuusiän yleistyneellä ahdistushäiriöllä (F93.80) on samankaltaisuuksia häiriöiden F40-F48 kanssa, mutta eroja on riittävästi erottamaan diagnoosit toisistaan. Erottelu perustuu seuraaviin asioihin: 1) Pääosa lapsista, joilla on tunne-elämän häiriöitä, kasvaa normaaleiksi aikuisiksi, vain pienellä osalla on neuroottisia häiriöitä aikuisiässä. Käänteisesti, monet aikuisten neuroottiset häiriöt saavat alkunsa aikuisiässä ilman psykopatologisia edeltäviä tekijöitä lapsuusiässä. 2) Lapsuusiän tunne-elämän häiriöt ovat pikemminkin normaalin kehityksen äärimuotoja kuin laadultaan poikkeavia ilmiöitä (kehityksellinen tarkoituksenmukaisuus). Tämä perustelu on tärkein. On olemassa kokemuksellista tietoa siitä, että lapsuuden tunne-elämän häiriöt (F93) ovat ennusteeltaan parempia kuin neuroottiset häiriöt (F40-F49). 3) Oletetaan, että psykiset mekanismit lapsuusiän tunne-elämän häiriöissä ovat erilaisia kuin aikuisiän neurooseissa. 4) Lapsuusiän tunne-elämän häiriöt ovat vähemmän selvästi rajoittuneet erityisiin kokonaisuuksiin kuten fobiset tai pakko-oireiset häiriöt.

Kehitysvammaisen tunne-elämän häiriöt

Kehitysvammaisen lapsen kuten aikuisenkin (vrt F40) ahdistus jää helposti huomioimatta, koska potilas ei kykene ilmaisemaan itseään riittävän selvästi. Näiden usein ympäristön tai toimintatapojen muutoksista alkunsa saavien tilojen toteaminen on kuitenkin tärkeää.

Anm.

Differentialdiagnos

Då skillnaden mellan emotionella störningar med debut särskilt under barndomen och neurotiska störningar (F40-F48) ska definieras är det viktigt att beakta utvecklingens ändamålsenlighet. I synnerhet fobisk ångest i barndomen (F93.1), social ångest i barndomen (F93.2) och generaliserad ångest i barndomsåren (F93.80) uppvisar likheter med störningarna i F40-F48, men det finns tillräckligt med olikheter för att skilja diagnoserna från varandra. Åtskiljandet grundar sig på följande omständigheter: 1) Största delen av de barn som har emotionella störningar växer upp till normala vuxna, endast en liten del av dem har neurotiska störningar i vuxen ålder. Omvänt debuterar många neurotiska störningar hos vuxna i vuxen ålder utan att föregås av psykopatologiska faktorer i barndomen. 2) Emotionella störningar i barndomen är snarare extrema varianter av en normal utveckling än fenomen med kvalitativa skillnader (utvecklingsrelaterad ändamålsenlighet). Denna motivering är viktigast. Det finns experimentell dokumentation på att emotionella störningar i barndomen (F93) har en bättre prognos än neurotiska störningar (F40-F49). 3) Det antas att de psykiska mekanismerna vid emotionella störningar i barndomen är av annat slag än vid neuroser i vuxen ålder. 4) Emotionella störningar i barndomen har med mindre tydlighet begränsat sig till speciella helheter som fobier eller tvångssyndrom.

Emotionella störningar hos utvecklingsstörda

Ångest hos ett utvecklingsstört barn liksom även hos en vuxen utvecklingsstörd person (jfr F40) passerar ofta oförmärkt, eftersom patienten inte förmår uttrycka sig tillräckligt tydligt. Det är likvärt viktigt att konstatera dessa tillstånd som ofta uppstår utifrån förändringar i miljö eller verksamhetsmönstret.

F93.0

LAPSUUDEN EROAHDISTUSHÄIRIÖ

Separationsångest i barndomen

Huom.

Lapsuusiän eroahdistushäiriössä ahdistuksen pääaiheena on eron pelko ja ahdistus on ensi kerran alkanut varhaislapsuudessa. Leikki-ikäisillä ja esikouluikäisillä esiintyy normaalia ahdistusta, kun he eroavat tai pelkäävät eroa ihmisistä, joihin ovat kiintyneet. Häiriössä eroahdistus poikkeaa normaalista erotilanteisiin liittyvästä ahdistuksesta siten, että ahdistus on voimakkuudeltaan epätavallista, jatkuu tavanoimaista kauemmin ja siihen liittyy huomattavia sosiaalisen toiminnan ongelmia. Tämän diagnoosin asettaminen edellyttää, että ei esiinny yleistynyttä persoonallisuuden kehityksen häiriötä. Jos laaja-alainen kehityksellinen häiriö on olemassa, käytetään diagnooseja F40-F49. Diagnoosi voidaan asettaa myös nuoruudessa. Tällöin eroahdistuksen, joka ilmaantuu kehityksellisesti ei-tarkoituksenmukaisessa iässä (esimerkiksi nuoruudessa), on oltava jatkoa varhaisemmassa lapsuudessa alkaneelle kehityksellisesti tarkoituksenmukaiselle eroahdistukselle. Mikäli näin ei ole, käytetään diagnooseja F40- F49.

Diagnostinen pääoire on fokusoitu voimakas ahdistus tilanteissa, joissa pitäisi erota henkilöistä, joihin lapsi on kiintynyt (tavallisesti vanhemmat tai muut perheenjäsenet), eikä kyse ole osasta yleistynyttä ahdistusta monimuotoisissa tilanteissa.

Monet erotilanteet sisältävät muitakin stressitekijöitä tai ahdistuksen lähteitä. Diagnoosi edellyttää näyttöä siitä, että ahdistus aiheutuu juuri erosta. Tavallisimmin tämä ilmenee kieltäytymisenä kouluun menosta ("koulufobia"). Joskus, erityisesti nuoruusiässä, tämä ei kuitenkaan ole separaatioahdistusta. Nuoruusiässä ensimmäistä kertaa ilmenevä kouluun menosta kieltäytyminen sisältyy tähän diagnoosiin vain, jos eroahdistus on ollut huomattavan voimakasta jo esikouluvuosina. Elleivät tämän diagnoosin kriteerit täyty, häiriö sisältyy ryhmään F93 tai F40-F48.

Diagnostiset kriteerit:

A.Vähintään kolme seuraavista:

- (1) Kohtuuton ja alituinen huoli läheisiä mahdollisesti kohtaavasta onnettomuudesta tai läheisten menettämisestä (esim. pelko, että läheiset lähtevät eivätkä palaa) tai jatkuva huoli läheisten mahdollisesta kuolemasta,
- (2) Kohtuuton ja alituinen huoli , että kohtalokas tapahtuma erottaa lapsen läheisistään (esim. lapsen eksyminen, kidnappaus, joutuminen sairaalaan tai tapetuksi tuleminen),
- (3) Alituinen vastahakoisuus lähteä kouluun tai kieltäytyminen kouluun menosta, koska pelkää eroa läheisistä (ei siis pelkää esim. tapahtumia koulussa),
- (4) Vaikeus olla erossa läheisistä öisin ilmeten jollakin seuraavista tavoista:
 - (a) alituinen nukkumaanmenon vastustus tai kieltäytyminen nukkumaanmenosta ilman läheisen vieressä oloa,
 - (b) useat ylösnousut öisin tarkastamaan läheisen läsnäolo,
 - (c) jatkuva vastahakoisuus muualla kuin kotona nukkumiseen tai kieltäytyminen siitä,
 - (5) alituinen kohtuuton pelko olla yksin ilman läheistä henkilöä kotona päiväsaikaan,
 - (6) toistuvia painajaisia , joissa aiheina erotilanteet
 - (7) toistuvia ruumiillisia oireita (kuten pahoinvointia, vatsakipua, päänsärkyä tai oksentelua) tilanteissa, jotka edellyttävät eroamista läheisestä henkilöstä, kuten kouluun, lomalle tai leirille lähtiessä,
 - (8) kohtuuton tai liiallinen toistuva tuskatila, kun ero läheisestä henkilöstä on ennakoitavissa , juuri erotessa tai heti eron jälkeen (ahdistusta, itkemistä, kiukunpuuskia, jatkuvaa vastahakoisuutta lähteä kotoa, liiallista tarvetta puhua jatkuvasti vanhempien kanssa tai alituista halua palata kotiin, apatiaa tai sosiaalista vetäytymistä).

B. Lapsuusiän yleistyneen ahdistushäiriön (F93.80) diagnostiset kriteerit eivät täyty.

C. Häiriö alkaa ennen kuuden vuoden ikää.

D. Häiriö ei ole osa laajempaa tunne-, käytös- tai persoonallisuushäiriötä, eikä häiriö ole osa laaja-alaista kehityshäiriötä, psykoottista häiriötä tai psykoaktiivisten aineiden käytöstä johtuvaa häiriötä.

E. Häiriön kesto on vähintään neljä viikkoa.

Anm.

Separationsångest diagnostiseras när fruktan för separation utgör kärnan i ångesten och när ångesten uppstått under de första levnadsåren. Hos barn i lekåldern och förskoleåldern förekommer normal ångest då de skiljs från eller är rädda för att skiljas från människor som de är fasta vid. Vid störningen avviker separationsångest från normala separations-situationer så att ångestillståndet till sin styrka är ovanligt, varar längre än vanligt och åtföljs av märkbar nedsättning av sociala funktioner. Diagnosen förutsätter att det inte förekommer en generaliserad störning av personlighetsutvecklingen. Om en genomgripande utvecklingsstörning föreligger, används diagnoserna F40-F49. Diagnosen kan ställas även i ungdomsåren. Då bör separationsångest som debuterar vid en i utvecklingshänseende icke ändamålsenlig ålder (till exempel i ungdomen), vara en fortsättning på en separationsångest som debuterat i den tidigare barndomen vid en utvecklingsmässigt ändamålsenlig ålder. Om detta inte är fallet, används diagnoserna F40-F49.

Lapsuudessa alkavat tunne-elämän häiriöt

Emotionella störningar med debut särskilt under barndomen

Det diagnostiska huvudsymtomet är en stark ångest i situationer då barnet ska skiljas från personer som det fäst sig vid (vanligen föräldrarna eller andra familjemedlemmar), och det inte är fråga om ett generaliserat ångestsyndrom i många slags situationer.

Många separationsituationer innefattar även andra stressfaktorer eller källor till ångest. Diagnosen förutsätter bevis på att ångesten faktiskt betingas av separationen. Den vanligaste uttrycksformen är skolvägran (skolfobi). Ibland, i synnerhet i ungdomen, är detta likväldigt inte separationsångest. En vägran att gå till skolan som för första gången inträffar i ungdomen innefattas i diagnosen endast om separationsångesten har varit påtagligt stark redan under förskoleåren. Om kriterierna för denna diagnos inte uppfylls, hänförs störningen till grupperna F93 eller F40-F48.

Diagnostiska kriterier:

A. Minst tre av följande:

- (1) Orimlig och ständig oro för att de närstående eventuellt ska råka ut för en olycka eller för att mista de närstående (t.ex. fruktan för att de närstående ska ge sig av och inte komma tillbaka) eller en ständig oro för de närståendes eventuella frånfälle,
- (2) Orimlig och ständig oro för att eventuellt åtskiljas från sina närmaste (t.ex. gå vilse, kidnappas, hamna på sjukhus eller bli dödad),
- (4) Svårt att vara åtskild från de närstående om natten på något av följande sätt:
 - (a) ständigt motstånd mot att gå till sängs eller vägran att lägga sig utan att en närstående är närvarande,
 - (b) stiger ofta upp på natten för att kontrollera att den närstående är närvarande,
 - (c) ständig motsträvighet mot att sova annanstans än hemma eller vägran att göra det,
- (5) ständig orimlig rädsla för att vara ensam hemma dagtid utan närvaro av en närstående,
- (6) återkommande mardrömmar med separationsituationer som motiv
- (7) upprepade kroppsliga symtom (såsom illamående, magsmärtor, huvudvärk eller kräkningar) i situationer som förutsätter separation från en närstående person, t.ex. vid förestående avfärd till skolan, på semester eller läger,
- (8) orimlig eller ständig vända då separation från en närstående person är förestående, inträffar eller strax därefter (ångest, gråt, utbrott av ilska, ständig motvilja att lämna hemmet, överdrivet behov av att hela tiden tala med föräldrarna eller ständig lust att återvända hem, apati eller social tillbakadragenhet).

B. De diagnostiska kriterierna för generaliserat ångestsyndrom (F93.80) uppfylls inte.

C. Störningen debuterar före sex års ålder.

D. Tillståndet är inte en del av en genomgripande känslö-, beteende- eller personlighetsstörningar och inte heller en del av en genomgripande utvecklingsstörning, psykos eller störning betingad av bruk av psykoaktiva substanser.

E. Störningen varar minst fyra veckor.

F93.1

LAPSUUDEN PELKO- JA AHDISTUSHÄIRIÖ

Fobisk ångest i barndomen

Mukaan lukien

Lapsuuden pelko-oireinen ahdistuneisuus

Foobinen ahdistuneisuus

Inkluderar

Ångest med fobisymtom hos barn

Huom.

Tähän ryhmään kuuluu lapsuusiän pelkoja, jotka selvästi liittyvät kehitysvaiheeseen ja joita jossain määrin esiintyy useimmilla lapsilla, mutta joiden voimakkuus on poikkeavaa (esimerkiksi eläinten pelot esikouluikässä). Muut lapsuudessa alkavat pelot, jotka eivät kuulu normaaliin psykososiaaliseen kehitykseen, esim. julkisten paikkojen pelko, kuuluvat asianmukaiseen F40-F48:n ryhmään.

Diagnostiset kriteerit:

A. Itsepintainen ja toistuva pelko (fobia), joka on lapsen kehitysvaiheen mukainen (tai oli häiriön alkaessa), mutta joka on epänormaalin voimakas ja johon yhdistyy merkittävää sosiaalista haittaa.

B. Lapsuusiän yleistyneen ahdistushäiriön (F93.80) diagnostiset kriteerit eivät täyty.

C. Häiriö ei ole osa laajempaa tunne-, käytös- tai persoonallisuushäiriötä, eikä häiriö ole osa laaja-alaista kehityshäiriötä, psykoottista häiriötä tai psykoaktiivisten aineiden käytöstä aiheutuvaa häiriötä.

D. Häiriön kesto on vähintään neljä viikkoa.

Anm.

Denna grupp innefattar fobier i barndomen, som tydligt hänför sig till utvecklingsfasen och som i viss mån förekommer hos de flesta barn, men är av exceptionell styrka (till exempel djurfobier i förskoleåldern). Övriga fobier med debut i barndomen, vilka inte hör till normal psykosocial utveckling, t.ex. agorafobi, hänförs till behörig grupp, dvs. F40-F48.

Diagnostiska kriterier:

A. Ihärdig och återkommande fruktan (fobi) som är förenlig med barnets utvecklingsskede (eller var det vid störningens debut), men som är onormalt stark och åtföljs av avsevärda sociala olägenheter.

B. De diagnostiska kriterierna för generaliserat ångestsyndrom (F93.80) uppfylls inte.

C. Tillståndet är inte en del av en genomgripande emotionell, beteende- eller personlighetsstörning och inte heller en del av en genomgripande utvecklingsstörning, psykos eller störning betingad av bruk av psykoaktiva substanser.

D. Störningen varar minst fyra veckor.

F93.2

LAPSUUDEN SOSIAALINEN AHDISTUSHÄIRIÖ

Social ångest i barndomen

Mukaan lukien

Lapsuuden tai nuoruusiän häiriötasoinen syrjäänvetäytymistäipumus

Inkluderar

Onormal isoleringsbenägenhet i barndomen eller adolescens

Huom.

Tähän häiriöön liittyy varovaisuutta vieraita ihmisiä kohtaan sekä sosiaalista pelkoa tai ahdistusta uusissa, oudoissa, sosiaalisesti uhkaavissa tilanteissa. Tätä ryhmää käytetään vain, kun sosiaaliset pelot syntyvät varhaisvuosina ja ovat sekä epätavallisen voimakkaita että sosiaalista toimintaa haittaavia. Outojen ihmisten vierastaminen on normaali ilmiö ensimmäisen ikävuoden jälkipuoliskolla ja lievä sosiaalinen pelko ja ahdistus on normaalia varhaislapsuudessa.

Diagnostiset kriteerit:

A. Jatkuva ahdistuneisuus sosiaalisissa tilanteissa, joissa lapsi tapaa outoja ihmisiä, mukaanlukien ikätoverit, aiheuttaa sosiaalista välttämiskäyttäytymistä.

B. Lapsi tarkkailee liikaa itseään, nolostuu helposti tai on kohtuuttoman huolissaan oman käyttöksensä sopivuudesta vieraiden ihmisten seurassa. C. Merkittävää sosiaalisten suhteiden häiriintymistä (myös ikätoverisuhteiden). Kun lapsi kokee usia tai pakotettuja sosiaalisia tilanteita, ne aiheuttavat hänelle merkittävää ahdistusta ja epä mukavuutta ilmeten itkemisenä, spontaanin puheen puuttumisena tai vetäytymisenä sosiaalisista tilanteista. Seurauksena on sosiaalisten suhteiden rajoittuminen.

D. Lapsella on tydyttäviä sosiaalisia suhteita tuttujen henkilöiden kanssa (perheenjäseniä tai ikätovereita, jotka lapsi tuntee hyvin).

E. Häiriö alkaa yleensä samaan aikaan kuin kehitysvaihe, jossa tällaisia ahdistusreaktioita pidetään asiaankuuluvina. Sosiaalisen ahdistuksen, joka on voimakkuudeltaan liiallista, pitkäkestoista ja aiheuttaa merkittävää haittaa, tulee ilmaantua ennen kuuden vuoden ikää.

F. Lapsuusiän yleistyneen ahdistushäiriön (F93.90) diagnostiset kriteerit eivät täyty.

G. Häiriö ei ole osa laajempaa tunne-, käytös- tai persoonallisuushäiriötä, eikä häiriö ole osa laaja-alaista kehityshäiriötä, psykoottista häiriötä tai psykoaktiivisten aineiden käytöstä johtuvaa häiriötä.

H. Häiriön kesto on vähintään neljä viikkoa.

Anm.

Karakteriseras av överdriven skygghet inför obekanta människor och av ångest i nya, främmande eller socialt hotfulla situationer. Denna kategori är aktuell endast då den sociala ångsligheten uppstår i tidiga barndomsår och karakteriseras av både osedvanlig svårighetsgrad och nedsatt social funktionsförmåga. Skygghet inför obekanta människor är en normal företeelse under den senare hälften av det första levnadsåret, och en lindrig social rädsla och ångslan är normal i den tidiga barndomen.

Lapsuudessa alkavat tunne-elämän häiriöt

Emotionella störningar med debut särskilt under barndomen

Diagnostiska kriterier:

- A. Ständig ångest i sociala situationer där barnet möter obekanta människor, inklusive jämnåriga, ger upphov till socialt undvikande.
- B. Barnet iakttar sig själv alltför mycket, blir lätt förläget eller är överdrivet oroligt för sitt beteendes lämplighet i främmande människors sällskap. C. Märkbar störning av sociala relationer (även med kamrater i samma ålder). Nya och påtvingade sociala situationer orsakar påtaglig ångest och olägenhet för barnet, vilket tar sig uttryck i gråt, spontant bortfall av tal eller tillbakadragenhet från sociala situationer. Följden blir en begränsning av de sociala relationerna.
- D. Barnet har tillfredsställande sociala relationer till bekanta personer (familjemedlemmar eller jämnåriga som barnet känner väl).
- E. Störningen debuterar i regel vid samma tidpunkt som den utvecklingsfas under vilken sådana ångestreaktioner anses höra till saken. Social ångest som till sin styrka är överdriven, långvarig och orsakar betydande olägenhet, bör framträda före sex års ålder.
- F. De diagnostiska kriterierna för generaliserat ångestsyndrom (F93.90) uppfylls inte.
- G. Tillståndet är inte en del av en genomgripande känslö-, beteende- eller personlighetsstörning och inte heller en del av en genomgripande utvecklingsstörning, psykos eller störning betingad av bruk av psykoaktiva substanser.
- H. Störningen varar minst fyra veckor.

F93.3

SISARUSKATEUSHÄIRIÖ

Syskonrivalitet

Mukaan lukien

Sisarumustasukkaisuus

Inkluderar

Sykonsvartsjuka

Huom.

Taudinkuva

Vaikea-asteisissa häiriöissä ilmenee avointa vihamielisyyttä, fyysisten vammojen aiheuttamista, pahanilkyä, ja kielteisten asioiden jatkuva esiinkaivamista sisaruskeskusteluihin. Lievemmissä häiriöissä ilmenee vastahakoisuutta jakaa asioita, arvonnannon puutetta, ja ystävällisen vuorovaikutuksen vähyyttä. Tunnehäiriö voi ilmetä jo omaksettujen taitojen menettämisenä (kuten suolen ja rakon hallinta) ja vauvamaaisena käytöksenä. Usein lapsi haluaa matkia vauvan toimintoja, jotka saavat vanhempien huomiota, kuten olla syötettävänä tai nukutettavana.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Lapsella on epänormaalien voimakkaita negatiivisia tunteita nuorempaa sisarusta kohtaan.
- B. Tunnehäiriö näkyy regressiona, kiukunpuuskinä, huonovointisuutena, univaikeuksina, oppositiokäytöksenä tai huomionhakuisena käytöksenä kohdistuen toiseen tai molempiin vanhempiin (vähintään kaksi näistä).
- C. Häiriö alkaa kuuden kuukauden kuluessa sisaruksen syntymästä.
- D. Häiriön kesto on vähintään neljä viikkoa.

Useimmilla pienillä lapsilla ilmenee jonkinasteista tunne-elämän häiriötä sisaruksen syntymän jälkeen. Sisaruska-teushäiriön diagnoosia käytetään vain, jos häiriön kesto ja/tai voimakkuus on sekä keskimääräisestä poikkeava että sosiaalista vuorovaikutusta häiritsevä.

Anm.

Sjukdomsbild

Vid svåra störningar framträder öppen fiendtlighet, vållande av fysiska skador, illfundighet och konstant framhävande av negativa sidor hos syskonet. Vid lindrigare tillstånd uppträder motvilja mot att dela med sig, brist på uppskattning och vänlig interaktion. En emotionell störning kan yttra sig som bortfall av redan förvärvade färdigheter (såsom tarm- och blåskontroll) och bebisaktigt beteende. Ofta vill barnet hämta bebisens beteende som tilldrar sig föräldrarnas uppmärksamhet som till exempel att matas eller läggas till sängs.

Diagnostiska:

- A. Barnet hyser onormalt starka negativa känslor gentemot sitt yngre syskon.
- B. Känslöstörningen yttrar sig som regression, ilska, illamående, sömnsvårigheter, trotsigt eller uppmärksamhetssökande beteende gentemot endera eller vardera föräldern (minst två av dessa symtom).

C. Störningen debuterar inom sex månader efter syskonets födelse.

D. Störningens duration är minst fyra veckor.

*Hos de flesta små barn framträder något slag av emotionell störning efter syskonets födelse. Diagnosen syskonri-
valitet används endast om störningens duration och/eller styrka både avviker från det genomsnittliga och stör den
sociala interaktionen.*

F93.80

LAPSUUDEN YLEISTYNYT AHDISTUSHÄIRIÖ

Generaliserad ångest i bardomsåldern

Mukaan lukien

Ylenmääräinen ahdistuneisuus

Inkluderar

Överdriven ängslighet

Huom.

Lapsilla ja nuorilla yleisen ahdistuksen oirevalikoima on usein suppeampi kuin aikuisilla (katso F41.1) ja oireet autonominen hermoston ylitöiminnasta ovat lievempiä.

Diagnostiset kriteerit:

A. Voimakas ahdistus ja huolestuneisuus (pelokas ennako-odotus) vähintään keskimäärin joka toisena päivänä vähintään 6 kuukauden aikana, ahdistus ja huolestuneisuus koskien useita tapahtumia ja toimintoja (kuten koulu- tai työsuoritukset).

B. Vaikeus hallita huolestuneisuutta.

C. Ahdistukseen ja huolestuneisuuteen liittyy vähintään kolme seuraavista oireista (vähintään kaksi oiretta esiintyy keskimäärin joka toinen päivä):

(1) levottomuus, ”pinnan kireys”, hermostuneisuus (esim. psyykkistä jännitystä, kyvyttömyyttä rentoutua),

(2) väsymys, ”näännyksissä olo” tai herkkä uupuminen huolestuneisuuden tai ahdistuksen vuoksi

(3) keskittymisvaikeudet tai ”tyhjä olo päässä”

(4) ärtyisyys

(5) lihasjännitys

(6) ahdistuksen tai huolestuneisuuden aiheuttamat unihäiriöt (vaikeus nukahtaa tai yöheräilyä tai levotonta, ei-tydyttävää unta)

D. Monimuotoiset ahdistukset ja huolestuneisuudet esiintyvät vähintään kahdenlaisissa tilanteissa tai toiminnoissa. Yleistynyt ahdistus ei esiinny erillisinä kohtauksina (kuten paniikkihäiriössä), eivätkä päähuolenaiheet ole rajoittuneet yhteen pääteemaan (kuten lapsuusiän eroahdistushäiriössä tai lapsuusiän pelko- ja ahdistushäiriössä). (Kun yhteen kohteeseen keskittyntä ahdistusta ilmenee yleistyneen ahdistuksen yhteydessä, yleistynyt ahdistus on ensijainen diagnoosi.)

E. Häiriö alkaa lapsuus- tai nuoruusiässä ennen 18 vuoden ikää.

F. Ahdistus, huolestuneisuus tai fyysiset oireet aiheuttavat kliinisesti merkittävää kärsimystä ja sosiaalisen, ammatillisen tai muihin tärkeisiin alueisiin liittyvän toiminnan heikkenemistä.

G. Häiriö ei johdu minkään aineen suorista vaikutuksista (esim. psyykoaktiiviset aineet, lääkitys) tai elimellisestä syystä (esim. kilpirauhasen liikatoiminta) eikä se ilmene yksinomaan mielialahäiriön, psyykoottisen häiriön tai laaja-alaisen kehityshäiriön aikana.

Anm.

Hos barn och unga är urvalet av symtom på generaliserad ångest ofta mindre omfattande än hos vuxna (se F41.1) och symtomen på hyperaktivitet i det autonoma nervsystemet av lindrigare art.

Diagnostiska kriterier:

A. Stark ångest och oro (förväntningsångest) i genomsnitt minst varannan dag i åtminstone 6 månaders tid, ångest och oro för händelser och aktiviteter (till exempel skol- och arbetsprestationer).

B. Svårt att behärska oroskänsla. Ångest och oro åtföljs av minst tre av följande symtom (minst två av symtomen uppträder i genomsnitt varannan dag):

(1) oro, kort stubin, nervositet (t.ex. psykisk spänning, oförmåga att koppla av),

(2) trötthet, utmattning eller risk för utmattning på grund av oro eller ångest

Lapsuudessa tai nuoruusiässä alkavat sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöt

Störningar av social funktion med debut särskilt under barndom och ungdomstid

(3) koncentrationssvårigheter eller en "känsla av tomhet i huvudet"

(4) retlighet

(5) muskelspänning

(6) sömnstörningar orsakade av ångest eller oro (svårt att somna, vaknar på natten eller sover oroligt, dålig sömnkvalitet)

D. Varierande tillstånd av ångest och oro förekommer i minst två slags situationer och handlingar. Generaliserat ångestsyndrom uppträder inte i form av separata anfall (som vid panikstörning), och huvudorsakerna är inte begränsade till ett huvudtema (som vid separationsångest eller fobisk ångest i barndomen). (Då ångest koncentrerad på ett objekt uppträder tillsammans med generaliserad ångest är generaliserat ångestsyndrom den primära diagnosen.)

E. Störningen uppträder i barndomen eller ungdomen före 18 års ålder.

F. Ångest, oro eller fysiska symtom orsakar kliniskt signifikant lidande och nedsatt funktion som hänför sig till sociala, yrkesmässiga eller till andra viktiga områden.

G. Störningen beror inte på direkt inverkan av något ämne (t.ex. psykoaktiva substanser, läkemedelsbehandling) eller organisk orsak (hypertyreos) och uppträder inte enbart samtidigt med förstämningssyndrom, psykotisk störning eller genomgripande utvecklingsstörning.

F93.89

MUU LAPSUUDEN TUNNEHÄIRIÖ

Annan specificerad emotionell störning i barndomen

Mukaan lukien

Identiteettihäiriö

Inkluderar

Identitetsstörning

F93.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN LAPSUUDEN TUNNEHÄIRIÖ

Emotionell störning i barndomen, ospecificerad

F94

Lapsuudessa tai nuoruusiässä alkavat sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöt

Störningar av social funktion med debut särskilt under barndom och ungdomstid

Mukaan lukien

Nuoruudessa alkavat sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöt

Inkluderar

Störning av social funktion med debut i ungdomen

Huom.

Tälle epäyhtenäiselle häiriöryhmälle ovat yhteisiä kehitysiässä alkavat sosiaalisen toiminnan poikkeavuudet, joissa otaksuttavasti rakenteellinen, kaikkiin toimintoihin ulottuva sosiaalinen kyvyttömyys ei ole ensisijaisesti havaittavissa (toisin kuin laaja-alaisessa kehityshäiriössä). Monissa tapauksissa vakavat ympäristön vääristymät tai puutteet ovat todennäköisesti olennaisia taustatekijöitä. Häiriöiden esiintymisessä ei ole merkittäviä sukupuolieroja. Tämän häiriöryhmän olemassaolo on hyvin tunnistettu, mutta diagnostiset kriteerit ja alaryhmiin jako eivät ole täysin vakiintuneet.

Anm.

Detta är en heterogen grupp av störningar som kännetecknas av avvikelser i den sociala funktionsnivån med debut i utvecklingsåldern. De uppvisar troligtvis inte någon personlighetsbunden bristande social funktionsförmåga som genomsyrar alla funktionsområden (till åtskillnad från de mer genomgripande utvecklingsstörningarna). I många fall tycks allvarliga brister i barnets miljö eller svåra umbäranden spela en avgörande etiologisk roll. Störningarnas förekomst uppvisar inga nämnvärda skillnader mellan könen. Förekomsten av denna grupp av störningar är väl identifierad, men dess diagnostiska kriterier och indelning i undergrupper har helt inte beästs.

F94.0

VALIKOIVA PUHUMATTOMUUS

Elektiv mutism

Mukaan lukien

- Selektiivinen mutismi
- Elektiivinen mutismi

Inkluderar

- Selektiv mutism*

Huom.

Useimmiten häiriö ilmenee ensimmäisen kerran varhaislapsuudessa. Häiriö on lähes yhtä yleinen molemmilla sukupuolilla.

Taudinkuva:

Häiriölle on ominaista huomattava tunnetekijöiden määräämä valikoivuus puhumisessa, siten että lapsi osoittaa kielellistä kyvykkyyttä joissakin tilanteissa, mutta on puhumatta toisissa määritettävissä tilanteissa. Lapsi puhuu johdonmukaisesti ja etukäteen ennustettavasti joissakin tilanteissa sujuvasti, mutta on puhumaton tai lähes puhumaton toisissa tilanteissa. Tyypillisesti lapsi puhuu kotona tai läheisten ystävien kanssa ja on puhumaton koulussa tai vieraiden ihmisten kanssa, mutta myös muita häiriömalleja (esimerkiksi päinvastainen) esiintyy.

Osalla lapsista, jotka kärsivät valikoivasta puhumattomuudesta, on taustalla ollut joko puheen viivästyminen tai ääntämishäiriöitä. Diagnoosi voidaan asettaa, vaikka edellä mainittuja häiriöitä on, edellyttäen, että kielelliset kyvyt riittävät vuorovaikutukseen ja että vallitsee selvä epäsuhta kielen käytössä erilaisissa sosiaalisissa yhteyksissä.

Usein potilaalla on lisäksi muita sosio-emotionaalisia häiriöitä, mutta ne eivät ole välttämättömiä diagnoosin asettamisessa. Häiriöt eivät ole yhtenäisiä kliiniseltä kvaltaan, mutta poikkeavat luonteenpiirteet (erityisesti sosiaalinen herkkyys, sosiaalinen ahdistuneisuus ja sosiaalinen vetäytyneisyys) ja vastustava käytös ovat tavallisia.

Diagnostiset kriteerit:

- Puheen tuottaminen ja ymmärtäminen mitattuina standardoiduilla testeillä ovat lapsen iänmukaisten ZSD-rajojen sisällä.
- Todistettavasti johdonmukaista puhumattomuutta tietyissä sosiaalisissa tilanteissa, joissa lapsen odotetaan puhuvan (esim. koulussa) huolimatta kyvystä puhua muissa tilanteissa.
- Häiriön kesto yli neljä viikkoa.
- Ei ole diagnosoitavissa laaja-alaista kehityshäiriötä (F84).
- Häiriö ei selity lapsen riittämättömällä kielen osaamisella tilanteissa, joissa lapsi on puhumaton.

Anm.

För det mesta debuterar störningen i den tidiga barndomen. Störningen är nästan lika vanlig hos båda könen.

Sjukdomsbild:

Karakteriseras av en uttalad, emotionellt bestämd selektivitet i talet. I vissa situationer visar barnet normal språklig kompetens, i andra, relativt väldefinierade situationer är barnet stumt. Barnet talar i vissa konsekvent förutsägbara situationer, men är stumt eller nästan stumt i andra situationer. Typiskt är att barnet talar hemma eller med sina nära vänner och är stumt i skolan eller i andra människors sällskap, men även annat störningsbeteende (till exempel motsatt beteende) förekommer.

En del barn som lider av selektiv mutism har tidigare haft en försenad talutveckling eller uttalssvårigheter. Diagnosen kan ställas trots förekomst av ovan nämnda störningar, förutsatt att de språkliga färdigheterna förslår för interaktion och att det fortfarande förekommer en tydlig disproportion i användningen av språket i olika sociala sammanhang.

Ofta har patienten även andra socio-emotionella störningar, som likväl inte är nödvändiga för diagnosen. Störningarna är inte homogena till sin kliniska bild, men avvikande kännetecken (i synnerhet social känslighet, social ångest och social tillbakadraganhet) och motsträvt beteende förekommer ofta.

Diagnostiska kriterier:

- Produktion av tal samt förståelse uppmätt med standardiserade test ligger inom ZSD-gränser för barnets ålder.
- Påvisbar konsekvent mutism i vissa sociala situationer där barnet förväntas tala (t.ex. i skolan) trots förmåga att tala i andra situationer.
- Störningen varar längre än fyra veckor.
- Ingen diagnostisering av genomgripande utvecklingsstörning (F84).
- Tillståndet kan inte förklaras av otillräcklig språkkunskap i situationer där barnet inte talar.

F94.1

LAPSUUDEN KIINTYSSUHTEIDEN REAKTIIVINEN HÄIRIÖ

Reaktiv störning i känsломässig bindning under barndomen

Huom.

Lapsuusiän kiintymyssuhteiden reaktiivinen häiriö alkaa viiden vuoden ikään mennessä, ja sille ovat ominaisia lapsen ihmissuhteiden jatkuvat poikkeavuudet. Kiintymyssuhteiden reaktiivinen häiriö syntyy lähes aina huomattavan riittämättömän hoivan ja lapsesta huolehtimisen seurauksena. Tämä voi olla psyykkistä hyväksikäyttöä tai laiminlyöntiä (kovia rangaistuksia, jatkuvaa vastaamattomuutta lapsen kontaktirytyksiin tai muuta huomattavan huonoa vanhemmuutta) tai fyysisistä hyväksikäyttöä tai laiminlyöntiä (jatkovaa piittaamattomuutta lapsen fyysisistä perustarpeista, toistuvia tahallisia ruumiinvammoja tai riittämätön huolenpito ravinnosta). Koska ei ole riittävästi tietoa puutteellisen lapsesta huolehtimisen ja häiriön välisistä yhteyksistä, ympäristölliset puutteet ja vääristymät eivät ole diagnoosin edellytys. Kuitenkin on on oltava tarkkana diagnoosin asettamisessa vailla ilmeistä hyväksikäyttöä tai laiminlyöntiä. Toisaalta diagnoosia ei pidä ilman muuta asettaa hyväksikäytön tai laiminlyönnin perusteella. Kaikille hyväksikäytetyille tai laiminlyödyille lapsille ei kehity tätä häiriötä.

Tilaan mahdollisesti liittyvä kasvun hidastuminen tai estyminen ilmoitetaan somaattisella lisädiagnoosilla (R62). Tämä käytös malli on hyvin tunnistettu, mutta diagnostiset kriteerit ja häiriön rajat eivät ole vakiintuneet.

Taudinkuva:

Häiriössä suhteet huoltajiin ovat pitkäaikaisesti poikkeavat, mutta lapsi kuitenkin vielä reagoi riittävän suurille muutoksille kasvuympäristössä. Oireet ovat usein selvimpiä ero- ja jälleennäkemistilanteissa. Lapsi voi lähestyä huoltajaansa katse pois käännettynä, katsoa voimakkaasti pois päin sylissä pidettäessä, tai vaste huoltajille voi olla sekoitus lähestymistä, välttämistä ja lohdutuksen vastustamista. Lapsi voi olla silminnähdyn onneton, kyhjäyttää lattialla jähmetyneenä pelokkaaseen varuillaan oloon. Lapsi on yleensä kiinnostunut kaverisuhteista, mutta kielteiset tunnereaktiot haittaavat sosiaalista leikkiä. Monet lapset ovat epävarmoja ja valikoivia kiintymyksessään toiseen vanhempaan. Tätä ei pidä sekoittaa kiintymyssuhteiden reaktiiviseen häiriöön, jossa ilmenee sellaisia huomattavan ristiriitaisia sosiaalisia vasteita, joita ei tavallisesti lapsilla nähdä. Poikkeavia vasteita on erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa ja häiriö ei rajoitu vain kahdenkeskiseen suhteeseen tietyn huoltajan kanssa. Lisäksi häiriöön kuuluu reagoimattomuus lohdutukselle ja mukana on tunne-elämän häiriötä, mm. toivottomuutta ja apatiaa, ahdistusta, pelokkuutta, niukkaa vuorovaikutusta samanikäisten kanssa, itseen ja muihin kohdistuvaa aggressiivisuutta. Lisäksi tilanteeseen saattaa liittyä kasvuhäiriötä.

Diagnostiset kriteerit:

- Häiriö alkaa ennen viiden vuoden ikää.
- Lapsen sosiaaliset vasteet ovat voimakkaan vastakkaisia tai ambivalentteja monissa sosiaalisissa tilanteissa (vaihtelua voi olla suhteesta toiseen).
- Tunnehäiriö ilmenee tunteettomana välinpitämättömyytenä, vetäytymisreaktioina, aggressiivisena vasteena lapsen omalle tai muiden ahdistukselle tai pelokkaana varuillaan olona.
- Jonkin verran kykyä sosiaaliseen vastavuoroisuuteen ja vastaanottavuuteen vuorovaikutuksessa aikuisten (muiden kuin laiminlyövien vanhempien) kanssa.
- Laaja-alaisen kehityshäiriöiden (F84) diagnostiset kriteerit eivät täyty.

Erotusdiagnosi:

Kiintymyssuhteiden reaktiivinen häiriö eroaa laaja-alaisista kehityshäiriöistä seuraavasti: 1) Kiintymyssuhteiden reaktiivisesta häiriöstä kärsivällä lapsella on normaali kapasiteetti sosiaaliseen vastavuoroisuuteen ja vastaanottavuuteen, kun taas laaja-alaisesta kehityshäiriöstä kärsivällä ei ole. 2) Vaikka epänormaalit sosiaaliset vasteet kiintymyssuhteiden reaktiivisessa häiriössä ovat lapsen yleisenä käyttäytymisenä monissa eri tilanteissa, ne alkavat merkittävästi vähetä, jos lapsi sijoitetaan myönteistä huolenpitoa ja jatkuvuutta tarjoavaan kasvuympäristöön. Tätä ei tapahdu laaja-alaisissa kehityshäiriöissä. 3) Vaikka kiintymyssuhteiden reaktiivisesta häiriöstä kärsivällä lapsella voi olla puutteellinen kielen kehitys (F80.1), hänellä ei ole autismille tyypillisiä laadullisia poikkeavuuksia kommunikaatiossa. 4) Autisista poiketen kiintymyssuhteiden reaktiivisessa häiriössä ei ole pysyviä ja vaikea-asteisia kognitiivisia puutteita, jotka eivät huomattavasti vähenny ympäristön vaihdoksella. 5) Jatkuvat rajoittuneet, toistuvat ja kaavamaiset käytösmallit, kiinnostuksen kohteet ja toiminnot eivät ole kiintymyssuhteiden reaktiivisen häiriön tyypillisiä oireita kun taas laaja-alaisissa kehityshäiriöissä ne ovat diagnoosin edellytys.

Anm.

Störningen debuterar under de första fem levnadsåren och karakteriseras av varaktiga avvikelser i barnets kontaktmönster. Reaktiv störning i känsломässig bindning uppträder nästan alltid som en direkt följd av svår omsorgssvikt eller vanvård av barnet. Detta kan vara psykiskt utnyttjande eller vanvård (hårda bestraffningar, fortsatt brist på

Lapsuudessa tai nuoruusiässä alkavat sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöt Störningar av social funktion med debut särskilt under barndom och ungdomstid

respons på barnets kontaktförsök eller annat märkbart dåligt föräldraskap) eller fysiskt utnyttjande eller försummelse (varaktigt likgiltighet för barnets fysiska grundbehov, upprepade avsiktliga kroppsskador eller brister i omsorg om näring). Eftersom det inte finns tillräckligt med information om sambanden mellan bristande omsorg om barnet och störningen, utgör bristerna och abnormiteterna i omgivningen inte en förutsättning för diagnosen. Likväl krävs det noggrannhet vid ställande av diagnos utan förekomst av uppenbart utnyttjande eller försummelse. Å andra sidan bör diagnosen inte utan vidare ställas utifrån utnyttjande eller försummelse. Alla utnyttjade eller försummade barn utvecklar inte denna störning.

Avtagande eller hämmad tillväxt som eventuellt åtföljer tillståndet anges med en somatisk tilläggsdiagnos (R62). Detta beteendemönster är väl definierat, men de diagnostiska kriterierna och störningens gränser är inte vedertagna.

Sjukdomsbild:

Vid störningen är relationerna till vårdnadshavarna varaktigt avvikande, men barnet reagerar likväl på tillräckligt stora förändringar i uppväxtmiljön. Symtomen framträder ofta tydligast i situationer av separation och återseende. Barnet kan närma sig sin vårdnadshavare med bortvänd blick, se bortåt sittande i knät, eller responsen till vårdnadshavaren kan bestå av en blandning av närmande, undvikande och avvisande av tröst. Barnet kan vara uppenbart olyckligt, kura på golvet i förstelnad och förskrämd avvaktan. Barnet intresserar sig i regel för kamratrelationer, men negativa emotionella reaktioner stör sociala lekar. Många barn är osäkra och selektiva i sin tillgivenhet gentemot den ena föräldern. Detta bör inte förväxlas med reaktiv störning i känslomässig bindning som uppvisar sådana starkt motstridiga sociala gensvar som vanligen inte ses hos barn. Avvikande respons förekommer i olika sociala situationer och störningen begränsar sig inte enbart till en bilateral relation till en viss vårdnadshavare. Dessutom åtföljs störningen av utebliven reaktion på tröst och emotionella störningar, bl.a. förtvivlan och apati, ångest, ängslighet, svag interaktion med barn i samma ålder och självaggressivt eller aggressivt beteende som riktar sig mot andra. Dessutom kan tillståndet medföra tillväxthämmande effekter.

Diagnostiska kriterier:

- A. Störningen debuterar före fem års ålder.
- B. Barnets sociala gensvar är starkt motstridiga eller ambivalenta i många sociala situationer (variationer kan förekomma från en relation till en annan).
- C. En emotionell störning tar sig uttryck i en känslolös likgiltighet, en avståndstagande reaktion, aggressiv respons på egen eller andras ångest, eller ängslig avvaktan.
- D. Förmår i någon mån upprätthålla interaktion och mottaglighet i interaktion med vuxna (andra än de försummande föräldrarna).
- E. Kriterierna för genomgripande utvecklingsstörningar (F84) uppfylls inte.

Differentialdiagnos:

Reaktiv störning av känslomässig bindning skiljer sig från genomgripande utvecklingsstörningar på följande sätt: 1) Ett barn som lider av reaktiv störning av känslomässig bindning har normal kapacitet till interaktion och mottaglighet, medan ett barn som lider av genomgripande utvecklingsstörning inte har det. 2) Trots att onormalt socialt gensvar vid reaktiv störning av känslomässig bindning präglar barnets beteende i många olika situationer börjar det märkbart träda tillbaka, om barnet placeras i en uppväxtmiljö som erbjuder positiv omsorg och beständighet. Detta inträffar inte vid genomgripande utvecklingsstörningar. 3) Även om ett barn som lider av reaktiv störning av känslomässig bindning kan uppvisa en bristfällig språklig utveckling (F80.1), förekommer inte för autism typiska kvalitativa avvikelser i barnets kommunikation. 4) Till åtskillnad från autism innefattar en reaktiv störning av känslomässig bindning inte bestående och svårartade kognitiva brister som inte nämnvärt avtar genom miljöbyte. 5) Fortgående begränsade, upprepade och stereotypa beteendemönster, intresseobjekt och aktiviteter är inte typiska symtom på en reaktiv störning av känslomässig bindning, medan de däremot vid genomgripande utvecklingsstörningar utgör en förutsättning för diagnosen.

F94.2

LAPSUUDEN KIINTYMYSSUHEIDEN ESTOTTOMUUS

Distanslöshet hos barn

Mukaan lukien

Laitostumisoireyhtymä

Inkluderar

Affektionslös psykopati ('Anstaltssyndrom')

Huom.

Lapsuusiän kiintymyssuhteiden estottomuus on erityinen sosiaalisen toiminnan poikkeava malli, joka alkaa viidenteen ikävuoteen mennessä ja yleensä säilyy huomattavista ympäristöolosuhteiden muutoksista huolimatta. Käyttäytymiseen voi kuulua jäsenymättömiä ja estottomia kiintymyksen osoituksia, huomion etsintää ja umpimähkäistä ystävällisyyttä ketä tahansa kohtaan. Tässä häiriössä n. 2 vuoden iässä tavallisesti esiintyy takertuvaa ja estotonta kiintymyskäyttäytymistä. N. 4. ikävuoteen mennessä takertuminen korvautuu usein huomionhakuisella ja estottomalla ystävällisellä käytöksellä. Keski- ja myöhäislapsuudessa lapsi saattaa olla kehittännyt valikoivia kiintymyssuhteita, mutta huomionhakuinen käytös yleensä säilyy ja epävakaa kaverisuhteet ovat yleisiä. Lapsen on vaikea muodostaa läheisiä ja luottamuksellisia ystävyyssuhteita. Se, liittykö tilaan jokin tunne- tai käytöshäiriö, riippuu olosuhteista. Häiriö on selvemmin todettu laitoksissa kasvatetuilla lapsilla, mutta sitä ilmenee myös muuten. Häiriön on ajateltu osittain syntyvän jatkuvasta valikoivien kiintymyssuhteiden luomismahdollisuuksien puutteesta tiheiden hoitajien vaihtumisten seurauksena. Laitossijoituksen lisäksi lapsi voi kokea ensimmäisinä elinvuosinaan huomattavaa epäjatkuvuutta kasvatulosuhteissaan, jos hän joutuu toistuvasti vaihtamaan sijoitusperhettä.

Diagnostiset kriteerit:

A. Ensimmäisen viiden ikävuoden aikana jatkuvasti hajanaiset ja vaihtuvat kiintymyssuhteet (mutta ei välttämättä jatkuvasti lapsuuden keskiosassa). Diagnostiikan asettamisen edellytys on alentunut kyky valikoivaan sosiaaliseen kiinnittymiseen, joka ilmenee seuraavasti:

- (1) Normaali pyrkimys etsiä lohdutusta muilta kun on ahdistunut.
- (2) Puutteellinen kyky sopivasti valikoida henkilöitä, joilta etsii lohdutusta.

B. Sosiaalinen vuorovaikutus tuntemattomien ihmisten kanssa on huonosti muotoutunut.

C. Jompikumpi seuraavista:

- (1) yleisesti takertuva käytös varhaisessa lapsuudessa
- (2) huomionhakuinen tai estottoman tuttavallinen käytös varhais- tai keskilapsuudessa

D. Yllä mainitut käyttäytymisen piirteet eivät ole vain tiettyihin tilanteisiin liittyviä. Diagnostiikka edellyttää, että kriteereissä A ja B mainitut oireet ilmenevät laaja-alaisesti lapsen sosiaalisissa kontakteissa.

Anm.

Distanslöshet hos barn utgör avvikande sociala funktionsmönster som uppstår inom de första fem levnadsåren och tenderar att kvarstå oavsett betydande miljöförändringar. Beteendet visar sig som diffust oselektivt och ohämmat kontaktbeteende, uppmärksamhetssökande beteende, okritisk vänskaplighet gentemot vem som helst. Vid denna störning uppträder i regel i ca 2 års ålder ett efterhängset och ohämmat kontaktbeteende. Senast vid ca 4 års ålder ersätts det efterhängsna beteendet ofta av ett uppmärksamhetssökande och ohämmat vänligt beteende. I den mellersta eller senare barndomen kan barnet ha utvecklade selektiva på tillgivenhet baserade kontakter, men det uppmärksamhetssökande beteendet fortlöper i regel och instabila kamratrelationer är vanliga. Barnet har svårt att utveckla nära och förtroliga vänskapsrelationer. Huruvida tillståndet åtföljs av någon känslö- eller beteendestörning beror på omständigheterna. Störningen har konstaterats tydligast hos barn som fostrats på anstalter, men den uppträder även i andra fall. Störningen har uppfattats som delvis utgående från en varaktigt brist på möjligheter att skapa selektiva kontakter till följd av flera byten av vårdare. Förutom anstaltsplacering kan barnet under sina första levnadsår uppleva en avsevärd brist på kontinuitet i sina uppväxtförhållanden, om barnet upprepade gånger måste byta fosterfamilj.

Diagnostiska kriterier:

A. Under de första fem levnadsåren förekommer fortsatta splittrade och växlande kontakter där tillgivenhet ingår (men inte nödvändigtvis i den mellersta barndomen). En förutsättning för ställande av diagnosen är svag disposition för selektiv social tillgivenhet som tar sig följande uttryck:

- (1) Normal strävan efter tröst hos andra vid ångesttillstånd.
- (2) Bristande förmåga att på ett lämpligt sätt välja personer att söka tröst hos.

B. Dåligt utformad social interaktion med obekanta människor.

C. Någotdera av följande symtom:

- (1) generell efterhängset beteende i den tidiga barndomen
- (2) uppmärksamhetssökande eller ohämmat familjärt beteende i den tidiga eller mellersta barndomen

D. De ovan nämnda beteendemönstren är inte enbart relaterade till vissa situationer. Diagnostiikka förutsätter att de symtom som nämns i kriterierna A och B framträder i många sammanhang i barnets sociala kontakter.

F94.8

MUU LAPSUUDEN SOSIAALISEN VUOROVAIKUTUKSEN HÄIRIÖ

Annan specificerad störning av social funktion hos barn

F94.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN LAPSUUDEN SOSIAALISEN VUOROVAIKUTUKSEN HÄIRIÖ

Störning av social funktion hos barn, ospecificerad

F95

Nykimishäiriöt

Tics

Mukaan lukien

Tic-oire

Huom.

Näissä häiriöissä pääoireena on nykiminen. Nykiminen on tahdotonta, nopeaa, toistuvaa ja rytmittömää stereotyyppistä motorista liikettä tai ääntelyä. Liike on äkillistä ja tarkoituksetonta ja siihen osallistuvat tavallisesti tietyt lihasryhmät. Nykimiset tuntuvat mahdottomilta vastustaa, mutta ne ovat yleensä tukahdutettavissa joksikin aikaa. Stressi pahentaa niitä ja ne katoavat nukkuessa. Sekä motoriset että äänelliset nykimishäiriöt jaetaan yksinkertaisiin ja monimuotoisiin, vaikka rajat eivät ole tarkasti määriteltyt. Tavallisia yksinkertaisia motorisia nykimisiä ovat silmien räpyttely, niskan nykiminen, olkapäiden kohauttelu ja kasvojen vääntely. Yleisiä yksinkertaisia äänellisiä nykimishäiriöitä ovat rykiminen, kurkun karauttelu, niiskuttaminen ja viheltäminen. Yleisiä monimuotoisia motorisia nykimisiä ovat itsensä lyöminen, hyppiminen ja nilkuttaminen. Tavallisiin monimuotoisiin äänellisiin nykimishäiriöihin kuuluvat tiettyjen sanojen toistelu, sosiaalisesti paheksuttavien (usein säädyttömiä) sanojen käyttö (koprolalia) sekä omien äänien tai sanojen toistaminen (palilalia).

Nykimishäiriöiden vaikeusasteissa on huomattavaa vaihtelua. Yhdessä ääripäässä ilmiö on lähes normaali, 1/5-1/10 :lla lapsista ilmee ohimeneviä nykimisoireita jossakin vaiheessa. Toisessa ääripäässä on Touretten syndrooma, joka on harvinainen, krooninen ja vaikeimmillaan toimintakyvyttömäksi tekevä häiriö. Ei ole varmaa, ovatko edellä kuvatut häiriöt eri häiriöitä vai saman häiriön vastakkaisia ääripäitä, jälkimmäinen vaihtoehto on todennäköisempi. Nykimishäiriöt ovat yleisempiä pojilla kuin tytöillä ja nykimishäiriöitä on usein muillakin lapsen suvussa.

Erotusdiagnoosi:

Rytmittömyys erottaa nykimishäiriöt stereotyyppisistä toistuvista liikkeistä, joita esiintyy autismissa ja älyllisessä kehitysvammaisuudessa. Niissä kaavamaiset motoriset toimintamaneerit ovat usein monimutkaisempia ja vaihtelevampia kuin nykimishäiriöissä.

Obsessiiviskompulsiiviset toiminnat voivat joskus muistuttaa monimutkaisia nykimisoireita, mutta eroavat siten, että niiden muoto usein määrittäyty tarkoituksen mukaan (kuten jonkin kohteen koskettelu tai toistuva ympäri pyöriminen) eikä lihasryhmien mukaan. Erottelu on kuitenkin joskus vaikeaa.

Nykimishäiriöt esiintyvät usein erillisenä ilmiönä, mutta ei ole harvinaista, että niihin liittyy tunnehäiriöitä, erityisesti obsessiivisia ja hypokondrisia oireita. Myös erityiset kehitysviivästymät voivat esiintyä yhdessä nykimishäiriöiden kanssa. Ei ole selvää rajaa erottamassa tunnehäiriöön liittyvää nykimishäiriötä nykimishäiriöstä, johon liittyy tunnehäiriö. Diagnoosiksi valitaan poikkeavuuden päätyyppi.

Anm.

Syndrom där det dominerande draget är en eller annan form av tics. Tics är ofrivilliga, snabba, återkommande, icke-rytmiska stereotypa muskelrörelser eller plötsliga ljud. Rörelserna är plötsliga och utan syfte och omfattar i regel vissa muskelgrupper. Tics upplevs som oemotståndliga men kan vanligtvis undertryckas för kortare eller längre stunder. De förvärras vid stress och försvinner under sömn. Både motoriska och vokala tics indelas i enkla och komplexa, även om gränserna inte är exakt definierade. Vanliga motoriska tics innefattar blinkningar, huvudkast, skulderyckningar och ansiktsgrimaser. Vanliga vokala tics innefattar harklingar, hostningar, snörvlingar och väsanden. Vanliga komplexa tics kan bestå av slag mot den egna kroppen, hoppande och haltande. Vanliga komplexa vokala tics innebär upprepningar av särskilda ord, ibland sådana som är socialt oacceptabla och oftast obscena (koprolali) samt upprepning av egna ljud eller ord (palilali).

Svårighetsgraden av tics varierar betydligt. Den ena ytterligheten är en närapå normal företeelse, 1/5-1/10 : del av barnen har övergående tics i något skede. Den andra ytterligheten är Tourettes syndrom som är sällsynt, kroniskt och i sin svåraste form en störning som gör personen handlingsförlamad. Det är inte säkert, om de ovan nämnda tillståndet är olika störningar eller extrema tillstånd av samma syndrom, men det senare alternativet är mera sannolikt. Tics är vanligare hos pojkar än flickor och tics förekommer ofta även hos andra barn i släkten.

Differentialdiagnos:

Tics kan på grund av att de är icke-rytmiska åtskiljas från stereotypa upprepade rörelser som förekommer vid autism och psykisk utvecklingsstörning. Vid dessa tillstånd förekommer schematiska motoriska manér som ofta är mer komplexa och varierande än vid tics.

Obsessivt-kompulsivt beteende kan ibland påminna om komplexa tics, men skiljer sig på så sätt att deras form ofta bestäms av syftet (som till exempel beröring av något förmål eller upprepade rörelser) och inte av muskelgrupper. Likväl är det ibland svårt att skilja dem från varandra.

Tics förekommer ofta som separat fenomen, men det är inte sällsynt att de har ett samband med emotionella störningar, särskilt obsessiva och hypokondriska symtom. Även speciella fall av utvecklingsförsening kan förekomma tillsammans med tics. Det finns ingen tydlig gräns för avskiljning av emotionell störning åtföljd av tics från tics åtföljda av emotionell störning. Diagnosen ställs enligt avvikelstens huvudtyp.

F95.0**VÄLIAIKAINEN NYKIMISHÄIRIÖ**

Övergående tics

Huom.

Väliaikainen nykimishäiriö täyttää nykimishäiriön yleiskriteerit, mutta nykinät eivät kestä yli 12 kuukautta. Tämä on tavallisin nykimishäiriö ja on yleisin 4-5-vuotiailla. Nykimiset ovat yleensä silmien räpyttelyä, kasvojen ilmehdintää tai pään nykimistä. Joskus nykimishäiriö ilmenee yksittäisenä jaksona, mutta usein on myös toipumisvaiheita ja uusiutumisia kuukausien aikana.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Yksittäisiä tai monimuotoisia motorisia tai äänellisiä nykimisoireita tai molempia useita kertoja päivässä, useimpina päivinä, vähintään neljän viikon ajan.
- B. Häiriö ei kestä yli vuotta.
- C. Ei todeta Touretten oireyhtymää, eikä häiriö ole seuraus elimellisestä syystä tai lääkityksen sivuvaikutuksista.
- D. Alkaa ennen 18 vuoden ikää.

Anm.

Uppfyller de allmänna kriterierna för tics men är övergående med en varaktighet som understiger tolv månader. Detta är den vanligaste formen av tics och den förekommer oftast hos 4-5-åringar. De visar sig oftast som blinkningar, ansiktsgrimaser eller huvudkastningar. Ibland uppträder tics i form av en enstaka period, men ofta inträffar även perioder av återhämtnings och återfall under några månaders förlopp.

Diagnostiska kriterier:

- A. Enskilda eller multipla motoriska eller vokala tics eller vardera ett flertal gånger per dag i flera dagars tid under minst fyra veckor.
- B. Störningen varar inte längre än ett år.
- C. Tourettes syndrom kan inte konstateras och störningen kan inte heller förklaras av organiska faktorer eller av biverkningar av läkemedelsbehandling.
- D. Debut före 18 års ålder.

F95.1**PITKÄIKAINEN MOTORINEN TAI ÄÄNELLINEN NYKIMISHÄIRIÖ**

Kroniska motoriska eller vokala tics

Huom.

Tämä häiriö täyttää nykimishäiriön yleiskriteerit ja oireina on liikkeinä tai ääntelynä ilmeneviä nykimisiä (mutta ei molempia), jotka voivat olla yksittäisiä tai tavallisesti monimuotoisia ja kestävätkä yli vuoden ajan.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Motorisia tai äänellisiä nykimisoireita, mutta ei molempia, useita kertoja päivässä, useimpina päivinä, vähintään vuoden ajan.
- B. Oireettomat jaksot kyseisen vuoden aikana eivät kestä kahta kuukautta pidempään.
- C. Ei todeta Touretten oireyhtymää, eikä häiriö ole seuraus elimellisestä syystä tai lääkityksen sivuvaikutuksista.
- D. Alkaa ennen 18 vuoden ikää.

Anm.

Uppfyller de allmänna kriterierna för tics med endera motoriska eller vokala tics (men inte bägge) som kan förekomma ensamma men som oftast är multipla och varar i mer än ett år.

Diagnostiska kriterier:

- A. Motoriska eller vokala tics, men inte bägge, som kan förekomma flera gånger per dag många dagar efter varandra, under minst ett års tid.
- B. De symtomfria perioderna under detta år varar inte längre än två månader.
- C. Tourettes syndrom kan inte konstateras och störningen kan inte heller förklaras av organiska faktorer eller av biverkningar av läkemedelsbehandling.
- D. Debut före 18 års ålder.

F95.2

SAMANAIKAINEN ÄANELLINEN JA MOTORINEN MONIMUOTOINEN NYKIMISHÄIRIÖ

Kombinerade vokala och multipla motoriska tics

Mukaan lukien

- Touretten oireyhtymä
- Gilles de la Touretten oireyhtymä
- Ekopraksia
- Kopropraksia
- Yhtaikainen äänellinen ja motorinen monimuotoinen nykimishäiriö

Inkluderar

- Tourettes syndrom*
- Ekopraxi*
- Kopropraxi*

Huom.

Gilles de la Touretten oireyhtymä on nykimishäiriö, johon liittyy tai on liittynyt monimuotoisia motorisia sekä yksi tai useita äänellisiä nykimisiä, vaikkei välttämättä samanaikaisesti. Häiriö alkaa lähes aina lapsuudessa tai nuoruudessa. Häiriö tavallisesti pahenee nuoruusiässä ja jatkuu usein aikuisiällä. Usein motoriset nykimisoireet kehittyvät ennen äänellisiä. Äänioireet ovat usein monimuotoisia räjähdysmäisiä toistuvia ääntelyitä, rykimisiä ja murahduksia, joihin saattaa liittyä säädyttömiä sanoja tai lauseita. Joskus oireisiin kuuluu toisten ihmisten eleiden toistelua (ekopraksia), joka voi olla luonteeltaan rivoa (kopropraksia). Kuten motorisiakin voi äänellisiäkin nykimisoireita tahdonalaisesti estää lyhyitä aikoja, stressi pahentaa oireita ja oireet häviävät unen aikana.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Monimuotoisia motorisia ja yksi tai useita äänellisiä nykimisoireita häiriön aikana, mutta ei välttämättä samanaikaisesti.
- B. Nykimisoireiden frekvenssin tulee olla monia kertoja päivässä, lähes joka päivä, yli vuoden ajan, eivätkä oireettomat jaksot kyseisen vuoden aikana saa kestää yli kahta kuukautta.
- C. Alkaa ennen 18 vuoden ikää.

Anm.

Gilles de la Tourettes syndrom är en störning som åtföljs eller har åtföljts av multipla motoriska tics och en eller flera vokala tics även om dessa inte har uppträtt samtidigt. Störningen debuterar nästan alltid i barndomen eller ungdomen. Tillståndet förvärras oftast under adolescensen och brukar kvarstå upp i vuxen ålder. Ofta utvecklas motoriska tics före vokala tics. De vokala ticsen är ofta multipla med explosiva, repetitiva ljud som harklingar och grymtanden ibland åtföljda av obscena ord eller satser. Ibland ses också härmande av andra människors gester (ekopraxi), vilket kan vara av obscen natur (kopropraxi). Liksom motoriska tics kan även vokala tics stävjas under kortare tider. Symtomen förvärras under belastning och försvinner under sömnen.

Diagnostiska kriterier:

- A. Multipla motoriska och ett eller flera vokala symtom under störningen, men inte nödvändigtvis samtidigt.
- B. Symtomens frekvens bör omfatta ett flertal gånger per dag, nästan varje dag, i över ett års tid, och de symtomfria perioderna under året får inte vara längre än två månader.
- C. Debut före 18 års ålder.

F95.8**MUU MÄÄRITETYT NYKIMISHÄIRIÖ**

Annan specificerad tic

F95.9**MÄÄRITTÄMÄTÖN NYKIMISHÄIRIÖ**

Tics, ospecificerade

Huom.

Tähän jäänösryhmään, jonka käyttöä ei suositella, kuuluvat vain sellaiset nykimishäiriöt, jotka täyttävät nykimishäiriön yleiset kriteerit, mutta alaryhmää ei ole määritelty tai häiriö ei täytä kriteereitä diagnooseista F95.0, F95.1 tai F95.2.

Anm.

I denna restgrupp som inte rekommenderas för användning ingår endast sådana tics som uppfyller de allmänna kriterierna för tics, men antingen har ingen undergrupp definierats eller uppfylls inte kriterierna enligt diagnoserna F95.0, F95.1 eller F95.2.

F98**Muut tavallisesti lapsuudessa tai nuoruusiässä alkavat toiminto- ja tunnehäiriöt**
*Andra beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid***Huom.**

Epäyhtenäinen ryhmä häiriöitä, jotka kaikki alkavat lapsuudessa, mutta muutoin poikkeavat toisistaan. Jotkut näistä tiloista ovat selkeästi määriteltäviä oireyhtymiä, mutta toiset ovat pelkkiä oireykelmiä, jotka on otettu tähän ryhmään, koska ne ovat yleisiä ja niihin liittyy psykososiaalisia ongelmia ja niitä ei voida yhdistää muihin ryhmiin.

Anm.

En grupp heterogena störningar som karakteriseras av debut i barndomen men som annars skiljer sig åt i många avseenden. Några av tillstånden representerar väldefinierade syndrom men andra är inte mer än symtomkomplex som inkluderas på grund av deras frekvens och koppling till psykosociala problem samt på grund av svårigheten att hänföra dem till andra grupper.

F98.0**EI-ELIMELLINEN KASTELU**

Icke organisk enures

Mukaan lukien

Toiminnallinen kastelu

Psyykkisperäinen kastelu

Ei-elimellinen [primaarinen/sekundaarinen] kastelu

Ei-elimellinen virtsanpidätyshäiriö

Inkluderar*Enures (primär, sekundär) av icke organiskt ursprung**Funktionell enures**Psykogen enures**Urininkontinens av icke organiskt ursprung***Huom.**

Ei-elimellisen kastelun oireena on päivä- ja/tai yöaikainen tahaton virtsaaminen. Virtsanpidätyskyvyttömyys on älykkysikään sopimaton eikä johdu neurologisen häiriön, epileptisen kohtauksen tai virtsateiden rakennepoikkeavuuden aiheuttamasta virtsarakon säätelyhäiriöstä. Kastelun ja rakon kontrollin saavuttamisiin normaalivaihtelun välillä ei ole selvää rajaa. Tavallisesti kastelua ei diagnosoida alle 5-vuotiaalla lapsella tai lapsella, jonka älykkyyssikä on alle 5 vuotta. Kastelu on voinut jatkua syntymästä asti (eli pienen lapsen normaalin inkontinenssin poikkeava jatkuminen, primaari kastelu), tai se on voinut alkaa lapsen jo opittua kuivaksi. Myöhempi (sekundaari) kastelu alkaa yleensä 5-7-vuotiaana.

Taudinkuva:

Kastelu voi olla potilaan ainoa oire tai kasteluun voi liittyä laajoja tunne- ja käytöshäiriöitä. Jälkimmäisessä tapauksessa on vaikea arvioida, mistä kastelu johtuu. Tunnehäiriöt voivat syntyä seurauksena kastelun aiheuttamasta kärsimyksestä ja häpeästä. Toisaalta kastelu voi olla osa muuta psykiatrista häiriötä tai kastelulla että tunne- ja/tai käytöshäiriöillä voi olla yhteinen tai toisiinsa liittyvä etiologia. Jos kasteluun liittyy tunne- tai käytöshäiriö, on kastelu tavallisesti ensisijainen diagnoosi vain, mikäli kastelua esiintyy vähintään useita kertoja viikossa ja muissa oireissa on ajallista vaihtelua kasteluun liittyen. Jos kastelu esiintyy yhdessä tuhrimisen kanssa, ei kastelua voi pitää erillisenä ongelmana vaan tuhrimisen (F98.1) osana. Lapsilla esiintyy ohimenevää kastelua virtsatietulehduksen tai polyurian (esimerkiksi diabeteksen aiheuttaman) yhteydessä. Jos kastelu jatkuu infektion hoitamisen tai polyurian loppumisen jälkeen, kyseessä on ei-elimellinen kastelu. Virtsatietulehdus voi myöskin johtua kastelun aiheuttamasta jatkuvasta märkydestä (erityisesti tytöillä).

Diagnostiset kriteerit:

- A. Lapsen kronologinen ja älykkyysikä on vähintään viisi vuotta.
- B. Tahaton tai tahallinen virtsaaminen sänkyyn tai vaatteisiin vähintään kahdesti kuukaudessa alle 7-vuotiailla lapsilla ja vähintään kerran kuussa yli 7-vuotiailla lapsilla.
- C. Kastelu ei ole seuraus epilepsia- tai neurologisista inkontinenssista ja kastelu ei ole suora seuraus virtsateiden rakennepoikkeavuuksista tai muusta elimellisestä syystä.
- D. Ei ole diagnosoitavissa muuta ICD-10 luokituksen kriteerit täyttävää psykiatrista häiriötä.
- E. Häiriö kestää vähintään kolme kuukautta.

Erotusdiagnoosi:

Lapsen kastelu, joka ei täytä tässä esitettyjä kriteerejä ryhmitellään oireen mukaisesti (R32)

Anm.

En störning som karakteriseras av ofrivillig urinavgång under dagen eller i sömnen under natten. Enuresen är abnorm i förhållande till mental ålder, och kan inte förklaras med bristande blåskontroll på grund av neurologisk sjukdom, epileptiska anfall eller anatomisk anomal i urinvägarna. Det existerar ingen tydlig gräns för normal variation mellan ofrivillig urinavgång och ålder för full blåskontroll. Vanligtvis diagnostiseras enures inte hos barn under 5 års ålder eller barn vars mentala ålder inte uppnått 5 år. Enuresen kan ha varat från födseln (dvs. exceptionell fortsatt inkontinens hos ett litet barn, primär enures) eller uppstått efter en period med full blåskontroll. Senare (sekundär) enures debuterar i regel hos 5-7-åringar.

Sjukdomsbild:

Enuresen kan utgöra patientens enda symtom eller kan åtföljas av mer omfattande emotionella eller beteendemässiga störningar. I det senare fallet kan det vara svårt att avgöra vad enuresen betingas av. Emotionella störningar kan uppkomma som en konsekvens av lidande och skam som orsakas av enuresen. Å andra sidan kan enuresen vara en del av någon annan psykisk störning. Det är också möjligt att enuresen och/eller beteendestörningen har en sammanhängande etiologi. Om enures åtföljs av en emotionell störning eller beteendestörning, blir diagnosen enures i regel primär endast om inkontinens uppträder minst ett flertal gånger per vecka och de andra symtomen tidsmässigt varierar i anslutning till enuresen. Om enures förekommer tillsammans med enkopres, kan enuresen inte betraktas som ett separat problem, utan som en del av enkopresen (F98.1). Hos barn förekommer övergående enures i samband med urinvägsinfektion eller polyuri (till exempel betingad av diabetes). Om inkontinensen fortgår efter behandlingen av infektionen eller efter att polyuri har gått över, är det inte fråga om icke-organisk enures. Urinvägsinfektionen kan även vara betingad av fortgående väta orsakad av enuresen (särskilt hos flickor).

Diagnostiska kriterier:

- A. Barnets kronologiska och mentala ålder är minst fem år.
- B. OFrivillig eller avsiktlig urinavgång i sängen eller kläderna minst två gånger i månaden hos barn under 7 år och minst en gång i månaden hos barn över 7 år.
- C. Enuresen är inte en följd av epileptiska anfall eller neurologisk inkontinens och enuresen är inte en följd av strukturella abnormiteter i urinvägarna eller annan organisk orsak.
- D. Ingen annan psykisk störning som uppfyller kriterierna i ICD-10 klassifikationen kan konstateras.
- E. Tillståndet varar minst tre månader.

Differentialdiagnos:

Ett barns enures som inte uppfyller de kriterier som har framförts här, klassificeras enligt symtom (R32)

Muut tavallisesti lapsuudessa tai nuoruusiässä alkavat toiminto- ja tunnehäiriöt

Andra beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid

- F98.00** **Ei-elimellinen yökastelu**
Icke organisk nocturnal enures
- F98.01** **Ei-elimellinen päiväkastelu**
Icke organisk diurnal enures
- F98.02** **Ei-elimellinen yö- ja päiväkastelu**
Icke organisk nocturnal och diurnal enures
- F98.1** **EI-ELIMELLINEN TUHRIMINEN**
Icke organisk enkopres

Mukaan lukien

- Toiminnallinen tuhriminen
- Psyykkisperäinen tuhriminen
- Ei-elimellinen ulosteenpidätyshäiriö

Inkluderar

- Faecesinkontinens av icke organiskt ursprung*
- Funktionell enkopres*
- Psykogen enkopres*

Huom.

Ei-elimellisessä tuhrimisessa on oireena toistuva tahaton tai tahallinen ulostaminen paikoissa, jotka eivät ole siihen sopivia yksilön omassa sosiokulttuurisessa ympäristössä.

Taudinkuva:

Häiriö voi syntyä esim. seuraavilla tavoilla: 1) Siistiksi opettamisessa voi olla puutteita tai vaste opetukselle on riittämätön ja näin lapsi ei opi suolen hallintaa. 2) Kyse voi olla psyykkisestä häiriöstä, jossa on normaali fysiologinen suolen kontrolli, mutta haluttomuutta, vastustusta tai epäonnistumista ulostamista koskevien sosiaalisten normien noudattamisessa. Näissä kahdessa tapauksessa ulosteet ovat tavallisesti kiinteydeltään normaaleja tai lähes normaaleja. 3) Häiriö voi aiheutua fysiologisesta retentiosta, ulosteiden tukkiessa suolta seuraa sekundaarista ylivuotoa ja ulostamista epäsoviviin paikkoihin. Tällainen retentio voi johtua vanhemman ja lapsen välisestä taistelusta koskien siistiksi oppimista tai ulosteiden pidättämisestä ulostamisen kivuliaisuuden vuoksi (esim. seuraus anaalifissuurasta). Jos ummetukseen liittyy nestemäisten tai lähes nestemäisten ulosteiden ylivuotoa, asetetaan lisädiagnoosiksi K59.0.

Joskus tuhrimiseen voi liittyä ulosteen levittämistä vartalolle tai ympäristöön ja joskus harvemmin mukana on anaalista sormeilua tai masturbointia. Tavallisesti mukana on jonkinasteista tunne- ja/tai käytöshäiriötä. Tuhrimisen, johon liittyy tunne- ja/tai käytöshäiriö, ja muun psykiatrisen häiriön, johon tuhriminen liittyy lisäoireena, välillä ei ole selvää rajaa. Diagnoosiksi asetetaan tuhriminen, jos se on pääongelma (tuhrimista enemmän kuin kerran kuussa). Tuhriminen ja kastelu voivat esiintyä yhtäaikaan, tällöin tuhriminen on ensisijainen diagnoosi. Tuhriminen voi joskus seurata orgaanista tilaa kuten anaalifissuuraa tai mahasuolikanavan infektiota. Orgaaninen tila merkitään ainoaksi diagnoosiksi, jos se on riittävä selitys tuhrimiselle. Jos orgaaninen tila on vain lisätekijä, tuhriminen merkitään diagnoosiksi orgaanisen tilan lisäksi.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Lapsi toistuvasti ulostaa sopimattomiin paikkoihin (esim. vaatteisiin, lattialle) joko tahattomasti tai tahallisesti. (Häiriö voi sisältää ylivuotointinenssia, joka on seuraus toiminnallisesta ulosteen retentiosta.)
- B. Lapsen kronologinen ja älykkyysikä on vähintään 4 vuotta.
- C. Vähintään yksi tuhriminen kuukaudessa.
- D. Häiriön kesto vähintään 6 kuukautta.
- E. Ei todeta elimellistä vikaa, joka olisi riittävä syy tuhrimiselle.

Anm.

Symtom på icke-organisk enkopres är återkommande, frivillig eller ofrivillig tarmtömning, på platser som är olämpliga med hänsyn till individens sociala och kulturella förhållanden.

Sjukdomsbild:

Störningen kan uppkomma t.ex. på följande sätt: 1) Bristfällig träning av tarmkontroll eller otillräcklig respons på träningen kan leda till att barnet inte lär sig tarmkontroll. 2) Det kan vara fråga om en psykisk störning med normal fysiologisk tarmkontroll, men ovilja, motstånd eller misslyckanden i att följa de sociala normerna för tarmtömning. I dessa två fall är avföringen vanligtvis av normal eller någorlunda normal konsistens. 3) Störningen kan betingas av fysiologisk retention. Då avföringen täpper till tarmen följer sekundärt läckage och tarmtömning på opassande platser. En sådan retention kan betingas av en tvist mellan förälder och barn om inläring av tarmkontroll eller retention av avföring på grund av smärtsam tarmtömning (t.ex. till följd av analfissur). Om obstipation åtföljs av läckage av avföring i flytande eller nästan flytande form, anges tilläggsdiagnosen K59.0.

Ibland kan enkopres åtföljas av utbredning av avföring på kroppen eller i omgivningen och ibland i mera sällsynta fall av anal fingrande eller masturbation. Vanligtvis är en emotionell störning och/eller beteendestörning i någon mån närvarande. Enkopres som åtföljs av emotionell störning och/eller beteendestörning, och annan psykisk störning åtföljd av enkopres som tilläggsymtom åtskiljs inte från varandra med någon tydlig gräns. Som diagnos anges enkopres, om den utgör huvudproblemet (enkopres oftare än en gång i månaden). Enkopres och enures kan uppträda samtidigt och då anges enkopres som primär diagnos. Enkopres kan ibland följa på ett organiskt tillstånd som analfissur eller infektion i magtarmkanalen. Organiskt tillstånd anges som enda diagnos, om det är en tillräcklig förklaring till enkopresen. Om det organiska tillståndet endast är en tilläggsfaktor, antecknas enkopres som diagnos som tillägg till det organiska tillståndet.

Diagnostiska kriterier:

A. Barnet tömmer upprepade gånger tarmen på opassande platser (t.ex. i byxorna, på golvet) antingen oavsiktligt eller avsiktligt. (Störningen kan innefatta läckageinkontinens till följd av funktionell retention av avföring.)

B. Barnets kronologiska och mentala ålder är minst 4 år.

C. Minst en enkopres i månaden.

D. Störningens duration är minst 6 månader.

E. Inget organiskt fel kan konstateras som tillräcklig orsak till enkopresen.

F98.10 Ei-elimellinen tuhriminen fysiologisen suolen hallinnan saavuttamisen epäonnistuminen

Icke organisk enkopres aldrig normal kontroll av tarmfunktionen

F98.11 Ei-elimellinen tuhriminen ulostaminen sopimattomiin paikkoihin huolimatta riittävästä suolen hallinnasta ja kiinteydeltään normaaleista ulosteista

Icke organisk enkopres lämnar avföring till olämpliga ställe

F98.12 Ei-elimellinen tuhriminen ja erittäin löysät ulosteet

Icke organisk enkopres med mycket lös avföring

F98.19 Ei-elimellinen tuhriminen muu tai määrittämätön

Icke organisk enkopres UNS

F98.2 LAPSEN TAI IMEVÄISEN SYÖMISHÄIRIÖ

Matvägran hos spädbarn och barn

Mukaan lukien

[Imeväisen] pulautteluhäiriö

Inkluderar

Ruminationstillstånd hos spädbarn

Huom.

Taudinkuva

Lapsi kieltäytyy ruoasta ja käyttäytyy äärimmäisen oikukkaasti syömistilanteissa, vaikka huolenpito on kohtuullisen hyvää, ruoan tarjonta on asianmukaista eikä lapsella ole elimellistä sairautta. Lievät vaikeudet syömisessä ovat hyvin yleisiä imeväisiässä ja lapsuudessa (ilmenee oikullisuutta, oletettua alisyömistä, oletettua ylisyömistä). Tällaisia oireita ei pelkästään voi pitää sairauden merkinä. Tällä diagnoosilla tarkoitetaan tilasta on kyse, jos syömisvaikeudet ovat selvästi normaali-vaihtelun ulkopuolella tai syömisongelmat ovat laadullisesti poikkeavia. Tällä diagnoosilla ei tarkoiteta tilaa, jossa lapsi ottaa ruokaa muilta aikuisilta kuin vakituiselta hoitajalta. Häiriöön voi liittyä tai olla liittymättä pulauttelua (toistuvaa ruoan palautumista suuhun ilman pahoinvointia tai mahasuolikanavan sairautta).

Muut tavallisesti lapsuudessa tai nuoruusiässä alkavat toiminto- ja tunnehäiriöt

Andra beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid

Diagnostiset kriteerit:

- Lapsen syöminen on toistuvasti epäadekvaattia tai toistuva ruoan pultauttelu tai regurgitaatio.
- Lapsen paino ei lisääny, paino vähenee tai lapsella on muu merkittävä terveyshaitta vähintään yhden kuukauden ajan. (Koska lyhytaikaiset syömishäiriöt ovat yleisiä, voidaan edellyttää oireiden vähimmäiskestoksi kolmea kuukautakin.)
- Häiriö alkaa ennen kuuden vuoden ikää.
- Lapsella ei ole muuta laajempaa ICD-10 luokituksen psyykkistä häiriötä esim. käytöshäiriötä. Älyllinen kehitysvammainen (F70-F79) voi olla diagnoosina samanaikaisesti.
- Ei todeta sellaista elimellistä sairautta, joka riittää selittämään syömisen epäonnistumisen.

Anm.

Sjukdomsbild

Yttrar sig som matvägran och extrem krånglighet hos barnet trots skällig omsorg, tillgång till lämplig föda och avsaknad av organisk sjukdom. Lindrig födointagsstörning uppträder mycket ofta i spädbarnsåldern och tidiga barnår (nyckfullhet, förmodad självsvält, förmodad hetsätning). Sådana symtom kan inte endast anses utgöra tecken på sjukdom. Det är fråga om ett tillstånd som avses med denna diagnos, om ätsvårigheterna klart ligger utanför gränserna för normala variationer eller om ätstörningarna är exceptionella i kvalitativt hänseende. Med denna diagnos avses inte ett sådant tillstånd där barnet tar emot mat av andra vuxna än den stadigvarande vårdnadshavaren. Störningen kan eventuellt åtföljas av uppstötningar (upprepede uppstötningar av mat i munnen utan kräkningar eller sjukdom i magtarmkanalen).

Diagnostiska kriterier:

- Barnets ätande är gång på gång inadekvat eller omfattar återkommande uppstötningar eller regurgitation.
- Barnets vikt ökar inte, vikten avtar eller barnet drabbas av någon annan större hälsorisk i minst en månads tid. (Eftersom kortvariga ätstörningar är vanliga, kan symptomens duration förväntas uppgå ända till tre månader.)C. Störningen debuterar före sex års ålder.
- Barnet har ingen annan mer omfattande enligt ICD-10 klassificerad psykisk störning, t.ex. beteendestörning. Psykisk utvecklingsstörning (F70-F79) kan sammanfalla med diagnosen.
- Ingen sådan organisk sjukdom kan konstateras som kan förklara misslyckat intag av föda.

F98.3

LAPSEN TAI IMEVÄISEN PICA-OIREYHTYMÄ

Picasyndrom hos spädbarn och barn

Huom.

Imeväis- ja lapsuusiän pica-oireyhtymässä on oireena ravintoaineisiin kuulumattomien aineitten (kuten maan, maalin tai lastujen) jatkuva syöminen. Tällainen syöminen voi olla osa laajempaa psyykkistä häiriötä (kuten autismia) tai erillistä psykopatologista käyttäytymistä, joista vain jälkimmäinen kuuluu tähän häiriöön. Oireyhtymä on yleisin älyllisesti kehitysvammaisilla lapsilla, jolloin päädiagnoosiksi valitaan F70-F79. Pica- oireyhtymää esiintyy kuitenkin myös lapsilla (yleensä pienillä lapsilla), joilla on normaali älykkyys.

Diagnostiset kriteerit:

- Jatkuva tai ajoittainen ravintoaineisiin kuulumattomien aineiden syöminen vähintään kahdesti viikossa.
- Häiriö kestää vähintään yhden kuukauden ajan. (Voidaan edellyttää myös kolmen kuukauden vähimmäiskestoa.)
- Lapsella ei ole muuta laajempaa ICD-10 luokituksen psyykkistä häiriötä esim. käytöshäiriötä. Älyllinen kehitysvammainen (F70-F79) voi olla diagnoosina samanaikaisesti.
- Lapsen kronologinen ja älykkyysikä on vähintään kaksi vuotta.
- Syömiskäyttäytyminen ei ole osa kulttuurissa hyväksytyä käytäntöä.

Anm.

Picasyndrom hos spädbarn och barn yttrar sig i ständigt ätande av icke matnyttiga ämnen såsom jord, målarfärg, flisor eller liknande. Störningen kan uppträda som ett symtom vid mer omfattande psykiska sjukdomar som autism eller som ett relativt isolerat psykopatologiskt beteende. Endast i det senare fallet kodas störningen här. Fenomenet är vanligt vid psykisk utvecklingsstörning som då bör användas som huvuddiagnos (F70-F79). Picasyndrom förekommer likväl även hos barn (i regel små barn) med normal intelligens.

Diagnostiska kriterier:

- A. Fortsatt eller tillfälligt ätande av icke matnyttiga ämnen minst två gånger i veckan.
- B. Störningen varar i minst en månads tid. (Även en tre månaders minimiduration kan förväntas.)
- C. Barnet har ingen annan mer omfattande enligt ICD-10 klassificerad psykisk störning, t.ex. beteendestörning. Psykisk utvecklingsstörning (F70-F79) kan sammanfalla med diagnosen.
- D. Barnets kronologiska och mentala ålder är minst två år.
- E. Detta ätande av icke nutritiva substanser omfattas inte av det beteendemönster som accepteras i kulturen.

F98.4

KAAVAMAISET LIIKEHÄIRIÖT

Rörelsestereotypier

Mukaan lukien

Stereotyypiset liikehäiriöt

Inkluderar

Rörelsestereotypier

Huom.

Kaavamaiset liikehäiriöt ovat tahdonalaisia, toistuvia, kaavamaisia, epäasianmukaisia (usein rytmisiä) liikkeitä, jotka eivät kuulu osana mihinkään tunnistettuun psykiatriseen tai neurologiseen häiriöön. Jos tällaiset liikkeet esiintyvät muun häiriön oireina, liikehäiriödiagnosia ei käytetä. Liikkeet voivat olla muuta kuin itseä vahingoittavia (F98.40) tai itseä vahingoittavia (F98.41) tai sekamuotoisia. Kynsien pureskelu, peukalon imeminen ja nenän kaivaminen eivät ole tässä häiriössä tarkoitettuja liikkeitä eivätkä ne muutenkaan ole hyviä psykopatologian indikaattoreita. Kaikki kaavamaiset liikehäiriöt esiintyvät useimmiten älyllisesti kehitysvammaisilla, jolloin asetetaan molemmat diagnoosit. Silmien sohiminen on yleistä näkövammaisilla lapsilla. Silmien vahingoittaminen kuuluu tähän ryhmään ja näkövamma somaattisen häiriön ryhmään.

Diagnostiset kriteerit:

- A. Lapsella on kaavamaisia liikkeitä siinä määrin, että ne aiheuttavat fyysistä haittaa tai huomattavasti häiritsevät normaaleja toimintoja.
- B. Häiriö kestää vähintään yhden kuukauden ajan.
- C. Lapsella ei ole muuta laajempaa ICD-10 luokituksen psyykkistä häiriötä esim. käytöshäiriötä. Älyllinen kehitysvammaisuus (F70-F79) voi esiintyä diagnoosina samanaikaisesti.

Anm.

Viljemässiga, repetitiva, stereotypa, icke funktionella (ofta rytmiska) rörelser som inte ingår i någon känd psykiatrisk eller neurologisk sjukdomsbild. Om sådana rörelser uppträder som symtom vid andra störningar, bör inte rörelsestörningsdiagnos kodas. Rörelserna kan vara andra än självskadande (F98.40) eller självskadande (F98.41) eller av blandat slag. Nagelbitning, tumsugning och näspetning utgör inte rörelser som avses här och är inte heller annars adekvata psykopatologiska indikatorer. Alla stereotypa motoriska rörelsestörningar uppträder för det mesta hos psykiskt utvecklingsstörda och då ställs båda diagnoserna. Ögonpetande förekommer ofta hos barn med nedsatt syn. Ögonpetandet hör till denna kategori och syndefekten under den relevanta somatiska koden.

Diagnostiska kriterier:

- A. Hos barnet förekommer stereotypa rörelser till den grad att de orsakar fysisk skada eller påtagliga olägenheter vid normala aktiviteter.
- B. Störningen varar i minst en månads tid.
- C. Barnet har ingen annan mer omfattande enligt ICD-10 klassificerad psykisk störning, t.ex. beteendestörning. Psykisk utvecklingsstörning (F70-F79) kan sammanfalla med diagnosen.

F98.40 Kaavamaiset liikehäiriöt ei itseä vahingoittavat

Rörelsestereotypier ej själv skadande

F98.41 Kaavamaiset liikehäiriöt itseä vahingoittavat

Rörelsestereotypier själv skadande

F98.42 Kaavamaiset liikehäiriöt sekamuotoinen tai määrittämätön

Rörelsestereotypier av blandad eller obestämd typ

Muut tavallisesti lapsuudessa tai nuoruusiässä alkavat toiminto- ja tunnehäiriöt

Andra beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid

F98.5

ÄNKYTYS

Stamning

Huom.

Änkytyksessä puheen äänteet, tavut tai sanat toistuvat tiheään tai pitkittyvät tai usein toistuvat taketelut ja tauot särkevät puheen rytmin. Lievät tämänkaltaiset puheen rytmihäiriöt ovat hyvin yleisiä ohimenevänä varhaisessa lapsuudessa, tai lievänä, mutta jatkuvana myöhemmässä lapsuudessa ja aikuisiässä. Tällainen puhe määritetään häiriöksi vain, jos puheen sujuvuus huomattavasti häiriintyy. Puheen toistoihin, pitkittymisiin tai taukoihin saattaa liittyä samanaikaisia kasvojen tai muiden ruumiinosien liikkeitä. Joissakin tapauksissa änkytykseen liittyy puheen tai kielen kehityshäiriö, jolloin tämä merkitään diagnoosilla ryhmästä F80. Änkytys tulee erottaa sokelluksesta (F98.6) ja TIC-oireesta (F98.4).

Diagnostiset kriteerit:

A. Änkytys (puhe, jolle on tyypillistä, että äänteet, tavut tai sanat tiheästi toistuvat tai pitkittyvät, tai esiintyy usein toistuvia taketeluja tai taukoja) on jatkuvaa tai ajoittaista ja riittävän vaikea-asteista häiriten huomattavasti puheen sujuvuutta.

B. Häiriö kestää vähintään kolmen kuukauden ajan.

Anm.

Karakteriseras av återkommande repetitioner eller förlängningar av ljud, stavelser eller ord, eller av återkommande uppehåll eller pauser som avbryter den rytmiska talströmmen. Lindriga störningar av den rytmiska talströmmen är mycket vanliga och övergående i den tidiga barndomen, eller fortbestår i lindrig form i den senare barndomen och i vuxen ålder. Problemet bör klassificeras som störning bara när svårighetsgraden märkbart påverkar talfärdigheten. Repetitioner, förlängningar eller pauser kan åtföljas av simultana ansikts- eller andra rörelser och gester. I en del fall åtföljs stamningen av störning i tal- eller språkutvecklingen, och kodas då med diagnos ur grupp F80. Stamning bör skiljas från skenande tal (F98.6) och TIC-symtom (F98.4).

Diagnostiska kriterier:

A. Stamningen (tal som karakteriseras av ofta återkommande repetitioner eller förlängningar av ljud, stavelser eller ord, eller av återkommande uppehåll eller pauser) är fortlöpande och tillräckligt svårartad så att den märkbart stör talets flyt.

B. Störningen varar i minst tre månaders tid.

F98.6

SOKELLUS

Skenande tal

Huom.

Sokellus on nopeaa puhetta, joka ei sisällä toistoja eikä taketelua, mutta jonka sujuvuus on niin pahoin häiriintynyt, että sen ymmärrettävyyks kärsii. Puhe on säännötöntä ja rytmitöntä ja sisältää vuolaita purkauksia tai puuskia, joiden aikana sanamuodot ovat usein virheellisiä. Tauot ja purkaukset vuorottelevat puheessa, tuottaen sanaryhmiä, jotka ovat muuta kuin normaalia lauseen kieliopillista rakennetta.

Diagnostiset kriteerit:

A. Sokellus (nopea puhe, jonka sujuvuus on häiriintynyt, mutta, jossa ei ole toistoja eikä taketeluja) on jatkuvaa tai ajoittaista ja riittävän vaikea-asteista häiriten huomattavasti puheen ymmärrettävyyttä.

B. Häiriö kestää vähintään kolmen kuukauden ajan.

Anm.

Forsande tal utan omtagningar eller pauser. Talets fraserings är till den grad störd att innebörden blir svårförståelig. Talet är ojämnt arytmskt och innehåller ymniga utbrott under vilka ordalydelsen ofta blir felaktig. Pauser och utbrott alternerar i talet och bildar ordgrupper som avviker från normal satsbyggnad.

Diagnostiska kriterier:

A. Skenande tal (forsande tal med störd fraserings, likvärdigt utan omtagningar eller pauser), fortlöpande eller tillfälligt och tillräckligt svårartad så att det märkbart stör talets begriplighet.

B. Störningen varar i minst tre månaders tid.

F98.8

MUU TAVALLISESTI LAPSUUS- TAI NUORUUSIÄSSÄ ALKAVA TOIMINTO- JA TUNNEHÄIRIÖ

Annan specificerad beteendestörning och emotionell störning med debut vanligen under barndom och ungdomstid

Mukaan lukien

Kynsien pureskelu
Nenän kaivelu
Peukalon imeminen
Liiallinen itsetyydytys
Tarkkaavuushäiriö ilman ylivilkkautta

Inkluderar

Bristande uppmärksamhet utan hyperaktivitet
Nagelbitning
Näspetning
Tumsugning
Överdriven masturbation

Huom.

Kynsien pureskelu, nenän kaivelu, peukalon imeminen, liiallinen itsetyydytys, tarkkaavaisuushäiriö ilman ylivilkkautta

Anm.

Bristande uppmärksamhet utan hyperaktivitet, nagelbitning, näspetning, tumsugning, överdriven masturbation

F98.9

TARKEMMIN MÄÄRITTÄMÄTTÖMÄT TAVALLISESTI LAPSUUDESSA JA NUORUUDESSA ALKAVAT TOIMINTO- JA TUNNEHÄIRIÖT

Beteendestörning och emotionell störning med debut vanligen under barndom och ungdomstid, ospecificerad

F99-F99

Määrittämätön mielenterveyden häiriö
Ospecificerad psykisk störning

F99

Tarkemmin määrittämätön mielenterveyden häiriö
Psykisk störning ej specificerad på annat sätt

Mukaan lukien

Tarkemmin määrittämätön mielen sairaus

Inkluderar

Psykisk sjukdom UNS

Huom.

Tarkemmin määrittämätön mielenterveyden häiriö

Anm.

Psykisk störning ej specificerad på annat sätt. Innefattar: Psykisk sjukdom UNS

Tekijöitä jotka vaikuttavat terveydentilaan ja yhteydenottoihin terveyspalvelujen tuottajiin Z00-ZZB

Huom.

Tätä lukua ei tule käyttää ensisijaiseen kuolleisuusluokitukseen

Tämä luku on laadittu niitä tilanteita varten, jolloin muu tekijä kuin ryhmässä A00-Y89 luokitettu sairaus, vamma tai ulkoinen tekijä rekisteröidään ”diagnoosiksi” tai ”ongelmaksi”. Näin voi käydä pääasiallisesti kahdesta syystä:

a) Kun terve tai sairas henkilö ottaa yhteyttä terveyspalvelujen tuottajiin esimerkiksi saadakseen rajoitettua hoitoa tai hoiltoa johonkin vaivaansa, luovuttaakseen elimen tai kudosta, saadakseen rokotuksen tai keskustellakseen ongelmasta, joka ei itsessään ole sairaus eikä vamma.

b) Kun olosuhde tai ongelma vaikuttaa henkilön terveydentilaan olematta kuitenkaan itsessään sairaus tai vamma. Tällainen tekijä voi tulla esille esimerkiksi väestön terveystarkastuksessa riippumatta siitä, onko henkilö tutkittaessa sairas vai terve. Se voidaan merkitä muistiin lisätietona, joka otetaan huomioon, kun henkilö myöhemmin saa hoitoa sairauteen tai vammaan.

Näissä tutkimuksissa ilmenevät epäspesifiset poikkeavat löydökset luokitetaan ryhmiiin R70-R94.

Anm.

”Kategorierna Z00-Z99 är i första hand avsedda för tillfällen när andra omständigheter än sjukdom, skada eller yttre orsak som kan klassificeras under kategorierna A00-Y89 registreras som ”diagnoser” eller ”problem”. Detta kan uppstå på huvudsakligen två sätt:

a) När en person - som kan vara frisk eller sjuk - har kontakt med hälso- och sjukvården i ett speciellt syfte såsom för att få begränsad vård eller service för ett aktuellt tillstånd, för att donera organ eller vävnad, för att få profylaktisk åtgärd utförd eller för att diskutera ett problem som i sig självt inte är en sjukdom eller skada.

b) När ett förhållande eller problem har betydelse för en persons hälsotillstånd men inte kan anses vara en aktuell sjukdom eller skada. Sådana faktorer kan upptäckas vid hälsoundersökningar, oavsett om personen för tillfället är sjuk eller ej, eller registreras som tilläggsinformation om något som bör uppmärksammas när personen kommer under vård för sjukdom eller skada.

Detta kapitel bör ej användas för internationella jämförelser eller för kodning av underliggande dödsorsak.”

Tämä luku sisältää seuraavat ryhmät:

Detta kapitel innefattar följande grupper:

Z55-Z65 Sosioekonomisiin ja psykososiaalisiin olosuhteisiin liittyvät terveysvaarat
Potentiella hälsorisker avseende socioekonomiska och psykosociala förhållanden

Z55-Z65

Sosioekonomisiin ja psykososiaalisiin olosuhteisiin liittyvät terveysvaarat *Potentiella hälsorisker avseende socioekonomiska och psykosociala förhållanden*

Huom.

Tämän ryhmän koodeilla kuvataan potilaan sosiaalisia taitoja ja olosuhteita. Koodeja voidaan käyttää lisäkoodina ilmaisemaan varsinaisen diagnoosilla kuvatun ongelman syytä tai taustaa. Näiden koodien käyttö päädiagnoosina ilmaisee, ettei potilas ole sairas vaan hänen ongelmansa johtuvat muista tekijöistä.

Z55

Koulutukseen sekä luku- ja kirjoitustaitoon liittyvät ongelmat *Problem i samband med utbildning, läs- och skrivkunnighet*

Pois lukien

Älyllinen kehitysvammaisuus (F70-F79)

Psykologisen kehityksen häiriö (F80-F89)

Lukemishäiriöt ja symbolifunktion häiriöt (R48)

Hoito suvussa esiintyvän älyllisen kehityksen häiriön takia (Z81.0)

Exkluderar

Psykisk utvecklingsstörning (F70-F79)

Störningar i psykologisk utveckling (F80-F89)

Huom.

Tämän ryhmän koodin käyttäminen päädiagnoosina ilmaisee, ettei potilaalla ole voitu varmuudella todeta kehityshäiriötä. Kyseessä voi olla lievempi normaalin vaihtelun puitteisiin mahtuva ongelma tai selvitykset ovat vielä kesken.

Anm.

Val av en kod från denna grupp till huvuddiagnos anger att en utvecklingstörning inte med säkerhet kunnat konstateras hos patienten. Det kan vara fråga om ett fenomen inom ramen för normala avvikelser eller icke slutförda utredningar.

Z55.0

LUKUTAIDOTTOMUUS TAI HEIKKO LUKU- JA KIRJOITUSTAITO

Analfabetism och låg nivå på läs- och skrivkunnighet

Z55.1

OLEMATTOMAT TAI SAAVUTTAMATTOMISSA OLEVAT KOULUTUSMAHDOLLISUUDET

Ej tillgång till skolutbildning

Z55.2

TUTKINNOISSA EPÄONNISTUMINEN

Misslyckade prov, examina och tentamina

Z55.3

KYKYJÄ VASTAAMATON KOULUMENESTYS

Underprestation i skolan

Z55.4

SOPEUTUMATTOMUUS OPETUKSEEN JA/TAI ERIMIELISYYDET OPETTAJAN JA/TAI LUOKKATOVEREIDEN KANSSA

Missanpassning i undervisningen och oenighet med lärare och skolkamrater

Z55.8

MUU KOULUTUKSEEN SEKÄ LUKU- JA KIRJOITUSTAITOON LIITTYVÄ ONGELMA

Annan specificerade problem i samband med utbildning, läs- och skrivkunnighet

Koulutukseen sekä luku- ja kirjoitustaitoon liittyvät ongelmat *Problem i samband med utbildning, läs- och skrivkunnighet*

Mukaan lukien

Laskutaitoon liittyvät ongelmat
Puutteellinen opetus

Inkluderar

Bristfällig undervisning

Z56.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN KOULUTUKSEEN SEKÄ LUKU- JA KIRJOITUSTAITOON LIITTYVÄ ONGELMA

Problem i samband med utbildning, läs- och skrivkunnighet, ospecificerade

Z56

Työllisyyteen ja työttömyyteen liittyvät ongelmat

Problem i samband med anställning och arbetslöshet

Pois lukien

Työperäinen altistuminen vaaratekijöille (Z57)

Asunto- tai talousongelmat (Z59)

Työuupumus (burn-out) (Z73.0)

Exkluderar

Yrkesmässig exposition för riskfaktorer (Z57)

Problem med bostadsförhållanden och ekonomiska omständigheter (Z59)

Utbrändhet (Z73.0)

Z56.0

MÄÄRITTÄMÄTÖN TYÖTTÖMYYS

Icke specificerad arbetslöshet

Z56.1

TYÖN VAIHTUMINEN

Byte av arbete

Z56.2

IRTISANOMISEN PELKO

Hot om avsked

Z56.3

RASITTAVAT TYÖVUOROT

Stressande arbetsschema

Z56.4

ERIMIELISYYDET TYÖNJOHTAJAN TAI TYÖTOVEREIDEN KANSSA

Oenighet med chef och arbetskamrater

Z56.5

SOPIMATON TYÖ

Bristande arbetstillfredsställelse

Mukaan lukien

Vaikeat työolot

Inkluderar

Svåra förhållanden på arbetet

Z56.6

MUU TYÖHÖN LIITTYVÄ FYYSINEN TAI PSYKKINEN LIIKARASITUS

Annan fysisk eller psykisk överansträngning i samband med arbete

Z56.7

MUU TAI MÄÄRITTÄMÄTÖN TYÖONGELMA

Annan eller icke specificerad problem i samband med arbete

Z57

Työperäinen altistuminen vaaratekijöille

Yrkesmässig exposition för riskfaktorer

Z57.0

TYÖPERÄINEN ALTISTUMINEN MELULLE

Yrkesmässig exposition för buller

Z57.1

TYÖPERÄINEN ALTISTUMINEN SÄTEILYLLE

Yrkesmässig exposition för strålning

Z57.2

TYÖPERÄINEN ALTISTUMINEN PÖLYLLE

Yrkesmässig exposition för damm

Z57.3

TYÖPERÄINEN ALTISTUMINEN MUILLE ILMAN EPÄPUHTAUKSILLE

Yrkesmässig exposition för andra luftföroreningar

Z57.4

TYÖPERÄINEN ALTISTUMINEN MAATALOUDESSA ESIINTYVILLE MYRKYLLISILLE AINEILLE

Yrkesmässig exposition för giftiga ämnen i jordbruket

Z57.5

TYÖPERÄINEN ALTISTUMINEN MUUN AMMATIN YHTEYDESSÄ ESIINTYVILLE MYRKYLLISILLE AINEILLE

Yrkesmässig exposition för giftiga ämnen i annat yrke

Z57.6

TYÖPERÄINEN ALTISTUMINEN ÄÄRIMMÄISILLE LÄMPÖTILOILLE

Yrkesmässig exposition för extrem temperatur

Z57.7

TYÖPERÄINEN ALTISTUMINEN TÄRINÄLLE

Yrkesmässig exposition för vibration

Z57.8

TYÖPERÄINEN ALTISTUMINEN MUULLE VAARATEKIJÄLLE

Yrkesmässig exposition för annan specificerad riskfaktor

Z57.9

TYÖPERÄINEN ALTISTUMINEN MÄÄRITTÄMÄTTÖMÄLLE VAARATEKIJÄLLE

Yrkesmässig exposition för icke specificerad riskfaktor

Z58

Fyysiseen ympäristöön liittyvät ongelmat

Problem som har samband med fysisk miljö

Pois lukien

Työperäinen altistuminen (Z57)

Exkluderar

Yrkesmässig exponering (Z57)

Z58.0

ALTISTUMINEN MELULLE

Exponering för buller

Z58.1

ALTISTUMINEN ILMAN EPÄPUHTAUKSILLE

Exponering för luftförorening

Z58.2

ALTISTUMINEN VEDEN EPÄPUHTAUKSILLE

Exponering för vattenförorening

Z58.3

ALTISTUMINEN MAAPERÄN EPÄPUHTAUKSILLE

Exponering för markförorening

Fyysiseen ympäristöön liittyvät ongelmat
Problem som har samband med fysisk miljö

Z58.4 ALTISTUMINEN SÄTEILYLLE

Exponering för strålning

Z58.5 ALTISTUMINEN MUULLE SAASTUMISELLE

Exponering för annan förorening

Z58.6 JUOMAVEDEN RIITTÄMÄTTÖMYYS

Otillräcklig tillgång på dricksvatten

Pois lukien

Janon vaikutukset (T73.1)

Exkluderar

Effekter av törst (T73.1)

Z58.7 ALTISTUMINEN TUPAKANSAVULLE

Exponering för tobaksrök

Z58.8 MUU FYYSISEEN YMPÄRISTÖÖN LIITTYVÄ ONGELMA

Annan specificerad problem som har samband med fysisk miljö

Z58.9 MÄÄRITTÄMÄTÖN FYYSISEEN YMPÄRISTÖÖN LIITTYVÄ ONGELMA

Problem som har samband med fysisk miljö, ospecificerat

Z59

Asumiseen ja taloudellisiin seikkoihin liittyvät ongelmat

Problem som har samband med bostadsförhållanden och ekonomiska omständigheter

Pois lukien

Juomaveden riittämättömyys (Z58.6)

Exkluderar

Otillräcklig tillgång på dricksvatten (Z58.6)

Z59.0 KODITTOMUUS

Hemlöshet

Z59.1 HUONOT ASUMISOLOT

Dåliga bostadsförhållanden

Mukaan lukien

Lämmityksen puuttuminen

Asumisahtaus

Asianmukaista hoitoa estävät kodin tekniset puutteet

Epättydyttävä lähiympäristö

Inkluderar

Avsaknad av uppvärmning

Trångboddhet

Otillfredsställande omgivning

Tekniska defekter i hemmet som hindrar adekvat vård

Pois lukien

Fysiseen ympäristöön liittyviä ongelmia (Z58)

Exkluderar

Problem i samband med fysisk miljö (Z58)

Z59.2

RIITAIUUDET NAAPURIEN, VUOKRALAISTEN TAI VUOKRANANTAJAN KANSSA

Oenighet med grannar, hyresgäster och hyresvärd

Z59.3

LAITOKSESSA ASUMISEEN LIITTYVÄT ONGELMAT

Problem som har samband med boende på institution

Mukaan lukien

Sisäoppilaitoksessa asumiseen liittyvät ongelmat

Inkluderar

Internat

Pois lukien

Laitoskasvatus (Z62.2)

Exkluderar

Uppfostran på institution (Z62.2)

Z59.4

SOPIVAN RAVINNON RIITTÄMÄTTÖMYYS

Brist på adekvat föda

Pois lukien

Aliravitsemus (E40-E46)

Nälän vaikutus (T73.0)

Sopimaton ruokavalio tai sopimattomat ruokailutavat (Z72.4)

Exkluderar

Undernäring (E40-E46)

Effekter av hunger (T73.0)

Olämplig diet eller olämpliga matvanor (Z72.4)

Z59.5

ÄÄRIMMÄINEN KÖYHYYS

Extrem fattigdom

Z59.6

PIENET TULOT

Låg inkomst

Z59.7

PUUTTEELLINEN SOSIAALIVAKUUTUS JA HUOLTOAPU

Bristfällig socialförsäkring och socialtjänst

Z59.8

MUU ASUMISEEN JA TALOUDELLISIIN SEIKKOIHIN LIITTYVÄ ONGELMA

Annan specificerad problem som har samband med bostadsförhållanden och ekonomiska omständigheter

Z59.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN ASUMISEEN JA TALOUDELLISIIN SEIKKOIHIN LIITTYVÄ ONGELMA

Problem som har samband med bostadsförhållanden och ekonomiska omständigheter, ospecificerade

Sosiaaliseen ympäristöön liittyvät ongelmat

Problem som har samband med social miljö

Z60

Sosiaaliseen ympäristöön liittyvät ongelmat

Problem som har samband med social miljö

Z60.0

ELÄMÄN TAITEKOHTIIN SOPEUTUMISEN ONGELMAT

Problem med anpassning till övergångar i livscykeln

Mukaan lukien

Sopeutuminen eläkkeelle jäämiseen

Reaktio lasten lähtöön kodista (tyhjän pesän oireyhtymä)

Inkluderar

Anpassning till pensionering

Övergivenhet när barnen lämnar hemmet

Z60.1

EPÄTYYPILLINEN VANHEMMUUS

Atypisk föräldrasituation

Mukaan lukien

Yksinhuoltajan ongelmat

Ongelmat, jotka liittyvät tilanteeseen, jossa ei ole kahta yhdessä asuvaa vanhempaa

Inkluderar

Problem som har samband med föräldrasituationen med ensamförälder eller annan vårdnadshavare än två sammanlevande biologiska föräldrar

Z60.2

YKSIN ASUMINEN

Ensamboende person

Z60.3

KULTTUURIIN SOPEUTUMISEN VAIKEUS

Kulturanpassningssvårigheter

Mukaan lukien

Muutto maasta toiseen

Siirtyminen uudelleenlaiseen sosiaaliseen ympäristöön

Inkluderar

Migration

Omplacering till ny miljö

Z60.4

SOSIAALINEN ERISTÄMINEN JA HYLKÄÄMINEN

Social uteslutning och utstötning

Mukaan lukien

Sosiaalinen syrjäytyminen ja syrjäyttäminen

Inkluderar

Uteslutning och utstötning på grund av personliga karaktärsdrag såsom ovanligt utseende, sjukdom eller avvikande beteende

Pois lukien

Koettu hyljeksinnän tai vainon kohteena oleminen, esimerkiksi rodun tai uskonnon takia (Z60.5)

Exkluderar

Föremål för diskriminering på grund av ras eller religion (Z60.5)

Z60.5

KOETTU HYLJEKSINNÄN TAI VAINON KOHTEENA OLEMINEN

Föremål för diskriminering och förföljelse

Mukaan lukien

Kuviteltu tai todellinen hyljeksinnän tai vainon kohteena oleminen johonkin (esim. ihonvärin, uskonnon tai rodun perusteella määrätyn) ryhmään kuulumisen vuoksi

Inkluderar

Förföljelse eller diskriminering, inbillad eller reell, på grund av tillhörighet i någon grupp, på grund av hudfärg, religion, etniskt utsprung osv. snarare än personliga karaktärsdrag

Pois lukien

Henkilökohtaisiin ominaisuuksiin perustuva sosiaalinen eristäminen ja hylkääminen (Z60.4)

Exkluderar

Social uteslutning och utstötning (Z60.4)

Z60.8

MUU SOSIAALISEEN YMPÄRISTÖÖN LIITTYVÄ ONGELMA

Annan specificerad problem som har samband med social miljö

Z60.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN SOSIAALISEEN YMPÄRISTÖÖN LIITTYVÄ ONGELMA

Problem som har samband med social miljö, ospecificerat

Z61

Lapsuuden kielteisiin elämäkokemuksiin liittyvät ongelmat

Problem som har samband med negativa händelser under barndomen

Pois lukien

Pahoinkäytelyoireyhtymät (T74)

Tuore pahoinkäytely (Y05-Y09)

Kasvatukseen liittyvät ongelmat (Z62)

Primaarisen tukiryhmän ongelmat (Z63)

Exkluderar

Misshandelssyndrom (T74)

Aktuell misshandel (Y05 - Y09)

Problem som har samband med uppfostran (Z62)

Problem som har samband med den primära stödgruppen, inkluderande familjeförhållanden (Z63)

Huom.

Tämän ryhmän koodeilla ilmaistaan tavallisesti nyt jo aikuisen potilaan lapsuuden tapahtumia, joilla on ilmeisesti merkitystä potilaan nykyisessä tilanteessa. Vastaavat tuoreet tapahtumat kuvataan ulkoisten syiden koodeilla (Y05-Y09), kasvatustietojen koodeilla (Z62) tai primaarisen tukiryhmän ongelmien koodeilla (Z63)

Anm.

Med koder från denna grupp anges vanligtvis barndomsföreteelser hos en redan fullvuxen person, vilka tydligt är relevanta för patientens nuvarande tillstånd. Motsvarande färskare företeelser anges med koder för yttre orsak (Y05-Y09), problem som har samband med uppfostran (Z62) eller med den primära stödgruppen (Z63)

Z61.0

RAKASTETUN MENETTÄMINEN LAPSUUDESSA

Förlust av kärleksfull relation under barndomen

Z61.1

MUUTTO KODISTA LAPSUUDESSA

Avflyttning från hemmet under barndomen

Z61.2

PERHESUHTTEIDEN MUUTOS LAPSUUDESSA

Förändrat mönster i familjereaktionen under barndomen

Sosiaaliseen ympäristöön liittyvät ongelmat

Problem som har samband med social miljö

Z61.3

ITSEKUNNIOITUKSEN MENETYKSEEN JOHTANEET TAPAHTUMAT LAPSUUDESSA

Händelser som resulterar i förlust av självkänsla under barndomen

Z61.4

ONGELMAT JOTKA LIITTYVÄT LAPSEN TODENNÄKÖISEEN JOUTUMISEEN PRIMAARISEEN TUKIRYHMÄÄNSÄ (ENSISIJAJAISIIH HUOLTAJIINSA) KUULUVAN HENKILÖN SEKSUAALISEN RIISTON KOHTEEKSI

Problem som har samband med uppgivet sexuellt missbruk av barn av person inom den primära stödgruppen

Z61.5

ONGELMAT JOTKA LIITTYVÄT LAPSEN TODENNÄKÖISEEN JOUTUMISEEN PRIMAARISEEN TUKIRYHMÄÄNSÄ (ENSISIJAJAISIIH HUOLTAJIINSA) KUULUMATTOMAN HENKILÖN SEKSUAALISEN RIISTON KOHTEEKSI

Problem som har samband med uppgivet sexuellt missbruk av barn av person utom den primära stödgruppen

Z61.6

ONGELMAT JOTKA LIITTYVÄT LAPSEN TODENNÄKÖISEEN RUUMILLISEEN PAHOINPITELYYN

Problem som har samband med uppgiven fysisk barnmisshandel

Z61.7

PELOTTAVA LAPSUUDENAIKAINEN KOKEMUS

Personlig skrämmande upplevelse under barndomen

Z61.8

MUU KIELTEINEN LAPSUUDENAIKAINEN ELÄMÄNTAPAHTUMA

Annan negativ upplevels under barndomen

Z61.9

TARKEMMIN MÄÄRITTÄMÄTÖN KIELTEINEN LAPSUUDENAIKAINEN ELÄMÄNTAPAHTUMA

Negativ upplevelse under barndomen, ospecificerad

Z62

Muut kasvatukseen liittyvät ongelmat

Andra problem som har samband med uppfostran

Huom.

Tämän ryhmän koodeilla kuvataan lapsen ongelmien syytä silloin kun kyseessä ei ole suoranainen pahoinpitely tai selvä heitteillejätö. Jälkimmäiset kuvataan ulkoisten syiden koodeilla (Y06-Y07)

Anm.

Med koder från denna grupp beskrivs orsak till barnets problem då det inte gäller direkt misshandel eller tydligt övergivande. De sistnämnda anges med koderna (Y06-Y07)

Z62.0

VANHEMPIEN VALVONNAN JA OHJAUKSEN PUUTTEELLISUUS

Bristfällig tillsyn och kontroll från föräldrarnas sida

Huom.

Lapsen huono valvonta, huolenpidon puute tai välinpitämättömyys lapsesta

Anm.

Avsaknad av kunskap hos föräldrarna om vad barnet gör eller var barnet är, dålig kontroll, avsaknad av omsorg eller avsaknad av försök till ingripande när barnet är i riskfyllda situationer

Z62.1

VANHEMPIEN YLISUOJELEUVUUS

Överbeskydd från föräldrarnas sida

Huom.

Kasvatustapa, joka johtaa lapsen tasolle jäämiseen ja itsenäisen käyttäytymisen estymiseen

Anm.

Ett uppfostringsmönster som resulterar i barnligt beteende och som förhindrar utveckling till självständighet

Z62.2

LAITOSKASVATUS

Uppfostran på institution

Mukaan lukien

Pitkäaikainen sijoitus kodin ulkopuolelle muuhun kuin perhesijoitukseen ilman, että ainakin toinen vanhemmista asuu lapsen kanssa.

Inkluderar

Placering för längre period utanför hemmet (annan än familjeplacering) utan att åtminstone en av föräldrarna bor med barnet.

Z62.3

VIHAMIELISYYS JA SYYTTÄVYYS LASTA KOHTAAN

Fientlig attityd mot barn och benägenhet att utse barn till syndabock

Z62.4

LAPSEN EMOTIONAALINEN LAIMINLYÖNTI

Känslomässig försummelse av barn

Mukaan lukien

Vanhempien tunteeton tai hylkivä tapa puhua hapselle
Kiinnostuksen ja myötätunnon puute lasta kohtaan
Kiitoksen ja rohkaisuun puute
Ärtymys lapsen käyttäytyessä ahdistuneesti
Riittävän fyysisen lohdutuksen ja lämpimien tunteiden puute

Inkluderar

*Föräldrar som talar avfärdande och okänsligt till barnen
Brist på intresse för barnet
Avsaknad av medkänsla för barnets svårigheter och brist på beröm och uppmuntran
Irritation över ängsligt beteende och avsaknad av tillräcklig fysisk tröst (innefattar*

Z62.5

MUU KASVATUKSEN LAIMINLYÖNTIIN LIITTYVÄ ONGELMA

Annat problem som har samband med försummad uppfostran

Mukaan lukien

Oppimis- ja leikkikalanteiden puute

Inkluderar

Avsaknad av inlärnings- och lekupplevelser

Z62.6

VANHEMPIEN EPÄASIANMUKAISEN PAINOSTAVA TAI MUUTOIN POIKKEAVA KASVATUSASENNE

Olämpligt föräldrtryck eller annan onormala kvalitet i uppfostran

Huom.

Vanhemmat pakottavat lapsen poikkeamaan vallitsevasta normista sukupuolen, iän tai muun tekijän suhteen. Esimerkiksi poika voidaan pukea tytön vaatteisiin tai lapsi voidaan velvoittaa liian vastuullisiin, vaikeisiin tai vastenmielisiin tehtäviin

Anm.

Föräldrar som tvingar barnet att vara annorlunda än den lokala normen, antingen könsinadekvat (t.ex. klä en pojke i flickkläder), åldersinadekvat (t.ex. att tvinga ett barn att ta på sig ansvar över sin ålder) eller på annat sätt olämpligt (t.ex. press på barnet att engagera sig i oönskade eller för svåra aktiviteter)

Z62.8

MUU KASVATUKSEEN LIITTYVÄ ONGELMA

Annat specificerat problem som har samband med uppfostran

Z62.9

TARKEMMIN MÄÄRITTÄMÄTÖN KASVATUKSEEN LIITTYVÄ ONGELMA

Problem i samband med uppfostran, ospecificerat

Muut primaarisen tukiryhmän ongelmat, perheolot mukaan lukien

Andra problem som har samband med den primära stödgruppen, inkluderande familjeförhållanden

Z63

Muut primaarisen tukiryhmän ongelmat, perheolot mukaan lukien

Andra problem som har samband med den primära stödgruppen, inkluderande familjeförhållanden

Pois lukien

Lapsuuden kielteisiin elämäkokemuksiin liittyvät ongelmat (Z61)

Kasvatukseen liittyvät ongelmat (Z62)

Exkluderar

Problem som har samband med negativa livstilldragelser under barndomen (Z61)

Problem som har samband med uppfostran (Z62)

Z63.0

PARISUHTEEN ONGELMAT

Problem i relationer med maka, make eller partner

Huom.

Parisuhteen osapuolten välinen epäsopu, joka johtaa vakavaan tai pitkäaikaiseen itsehillinnän menetykseen, vihamielisyyden tai arvosteleavuuden yleistymiseen tai jatkuvaan vakavaan keskinäiseen väkivaltaan.

Anm.

Önighet mellan partner som resulterar i allvarlig eller utdragen förlust av kontroll, generalisering av fientliga eller kritiska känslor eller en bestående atmosfär av svårt interpersonellt våld

Z63.1

ONGELMAT SUHTEISSA VANHEMPIIN JA PUOLISON SUKULAIISIIN

Problem i relationer med föräldrar och släktingar

Z63.2

PERHEEN TUEN RIITTÄMÄTTÖMYYS

Bristfälligt familjestöd

Z63.3

PERHEENJÄSENEEN POISSAOLO

Frånvaro av familjemedlem

Z63.4

PERHEENJÄSENEEN KATOAMINEN TAI KUOLEMA

Försvinnande och dödsfall av familjemedlem

Mukaan lukien

Perheenjäsenen oletettu kuolema

Inkluderar

Förmodat dödsfall av familjemedlem

Z63.5

PERHEEN HAJOAMINEN ERON TAI AVIOERON VUOKSI

Splittring av familj genom separation och skilsmässa

Mukaan lukien

Vieraantumisen

Inkluderar

Brytning inom familjen

Z63.6

HOITOA TARVITSEVAN SUKULAISEN ASUMINEN KODISSA

Beroende släkting som behöver vård i hemmet

Z63.7

PERHEESEEN JA KOTITALOUTEEN VAIKUTTAVA MUU RASITTAVA ELÄMÄNTAPAHTUMA

Annan stressfull händelse som drabbar familj och hushåll

Mukaan lukien

Perheen terveysongelmat
Eristynyt perhe
Sairas tai mieleltään häiriintynyt perheenjäsen
Normaali huolestuneisuus sairaasta perheenjäsenestä

Inkluderar

Hälsoproblem inom familjen
Isolerad familj
Oro (normal) för sjuk familjemedlem
Sjuk eller störd familjemedlem

Z63.8

MUU PRIMAARISEN TUKIRYHMÄN ONGELMA

Annan problem som har samband med den primära stödgruppen

Mukaan lukien

Puutteellinen tai vääristynyt perheensisäinen viestintä
Perheensisäinen tunneilmaisujen kiihkeys
Tarkemmin määrittämätön perheensisäinen ristiriita

Inkluderar

Bristfällig eller förvriden intrafamiljär kommunikation
Familjeoenighet UNS
Hög emotionell nivå inom familjen

Z63.9

TARKEMMIN MÄÄRITTÄMÄTTÖMÄT PRIMAARISEN TUKIRYHMÄN ONGELMAT

Problem som har samband med den primära stödgruppen, ospecificerat

Z64

Eräisiin psykososiaalisiin olosuhteisiin liittyvät ongelmat

Problem som har samband med vissa psykosociala förhållanden

Z64.0

EI-TOIVOTTUUN RASKAUTEEN LIITTYVÄT ONGELMAT

Problem som har samband med öönskad graviditet

Pois lukien

Sosiaalisesti riskialttiin raskauden valvonta (Z35.7)

Exkluderar

Övervakning av högriskgraviditet orsakad av sociala problem (Z35.7)

Z64.1

MONISYNNYTTÄJIEN ONGELMAT

Problem hos mångföderska

Pois lukien

Monisyntyttäjän raskauden seuranta (Z35.4)

Exkluderar

Övervakning av graviditet hos mångföderska (Z35.4)

Z64.2

VAARALLISIKSI TAI VAHINGOLLISIKSI TIEDETTYJEN FYSIKAALISTEN, RAVITSEMUKSELLISTEN TAI KEMIALLISTEN KÄSITTELYJEN TAVOITTELU JA KÄYTTÖ

Benägenhet att söka och acceptera fysiska, nutritionella och kemiska ingrepp eller behandlingar kända för att vara riskfyllda och skadliga

Eräisiin psykososiaalisiin olosuhteisiin liittyvät ongelmat
Problem som har samband med vissa psykosociala förhållanden

Pois lukien

Lääkeriippuvuus (F10-F19, F55)

Exkluderar

Drogberoende (F10-F19, F55)

Z64.3

VAARALLISEKSI TAI VAHINGOLLISEKSI TIEDETTYJEN KÄYTTÄYTYMISEEN VAIKUTTAVIEN JA PSYKOLOGISTEN KÄSITTELYJEN TAVOITTELU JA KÄYTTÖ

Benägenhet att söka och acceptera beteendemässiga och psykologiska interventioner kända för att vara riskfyllda och skadliga

Z64.4

ERIMIELISYYS NEUVONANTAJIEN KANSSA

Oenighet med rådgivare

Z65

Muihin psykososiaalisiin olosuhteisiin liittyvät ongelmat

Problem som har samband med andra psykosociala förhållanden

Z65.0

SIVILII- TAI RIKOSTUOMIOISTUIMESSA MÄÄRÄTTY TUOMIO ILMAN VANKEUTTA

Dom i civilmål och brottsmål utan fängelsestraff

Z65.1

VANKEUS TAI MUU VAPAUDENRIISTO

Fångenskap och annan inspärning

Z65.2

VANKILASTA VAPAUTUMISEEN LIITTYVÄT ONGELMAT

Problem som har samband med frigivning från fängelse

Z65.3

MUIHIN LAINOILLISIIN SEIKKOIHIN LIITTYVÄT ONGELMAT

Problem som har samband med andra legala förhållanden

Huom.

Pidätykseen liittyvät ongelmat

Syytteen saamiseen liittyvät ongelmat

Oikeudenkäyntiin liittyvät ongelmat

Lapsen huostaanottoon tai elatusavun määräämiseen tähtäävään prosessiin liittyvät ongelmat

Anm.

Anhållande

Omhändertagande av barn

Process

Åtal

Z65.4

RIKOKSEN TAI TERRORISMIN UHRIN ONGELMAT

Offer för brott och terrorism

Anm.

Tortyroffer

Z65.5

KATASTROFITILANTEIDEN TAI SODAN TAI MUIDEN VIHOLLISUUKSIEN UHRIN ONGELMAT

Exponering för katastrof, krig och andra fientligheter

Pois lukien

Koettu hyljeksinnän tai vainon kohteena oleminen (Z60.5)

Exkluderar

Föremål för diskriminering eller förföljelse (Z60.5)

Z65.8

MUU PSYKOSOSIAALISIIN OLOSUHTEISIIN LIITTYVÄ ONGELMA

Annan specificerad problem som har samband med psykosociala förhållanden

Z65.9

MÄÄRITTÄMÄTÖN PSYKOSOSIAALISIIN OLOSUHTEISIIN LIITTYVÄ ONGELMA

Problem som har samband med icke specificerade psykosociala omständigheter

