



KAPITEL 6

DEN FØRSTE (UOFFICIELLE) DANSKE VERSION

udarbejdet af
Camilla Rosendal
ADDspeaker.net

INTRODUKTION

Formålet med dette dokument er, at give dig som læser, en mulighed for at få det første indtryk af den samlede nye ICD-11 - på dansk.

ADDspeaker har forsøgt at være tro mod den originale engelske tekst, men på grund af mængden af tekst der har skulle oversættes, har vi været nødtvunget til at anvende en semi-automatisk oversætter fra Deepl.com.

Denne version er på ingen måde officiel, indeholder ikke hele den originale tekst og har alene et informativt formål.

God fornøjelse,

Camilla Rosendal, ADDspeaker (juni 2023)

Vigtige fakta

Den globale standard for sundhedsdata, klinisk dokumentation og statistisk aggregering.

Mange anvendelsesmuligheder, herunder primær sundhedspleje

Grundigt og videnskabeligt opdateret og designet til brug i en digital verden.

Topmoderne teknologi reducerer omkostningerne til uddannelse og implementering.

Flersproget design letter global brug, mens forslagsplatformen tillader interessenter kan deltage i at holde ICD-11 opdateret.

Landene er allerede begyndt at forberede sig på implementeringen af ICD-11, med både engelske og spanske versioner online.

Hvad er ICD-11?

ICD-11 er den internationale standard for systematisk registrering, rapportering, analyse, fortolkning og sammenligning af mortalitets- og morbiditetsdata. Denne 11. revision er resultatet af et hidtil uset samarbejde mellem klinikere, statistikere, klassifikations og IT-eksperter fra hele verden, hvilket gør den brugbar for disse grupper såvel som for kodere.

ICD-11 giver lande mulighed for at tælle og identificere deres mest presserende sundhedsproblemer ved hjælp af et opdateret og klinisk relevant klassifikationssystem. Sundhedstilstande og ulykker tildeles ICD-11-koder, hvilket resulterer i data, der kan bruges af regeringer til at designe effektive folkesundhedspolitikker og måle deres effekt, eller bruges til klinisk registrering.

For første gang er ICD fuldt elektronisk og giver i øjeblikket adgang til 17.000 diagnostiske kategorier med over 100.000 medicinske diagnostiske indekstermer. Den indeksbaserede søgealgoritme fortolker mere end 1,6 millioner termer. ICD-11 er nem at installere og bruge online eller offline ved hjælp af gratis 'container'-software.

Forbedringer i ICD-11

ICD-11 er en stor forbedring i forhold til tidligere revisioner. Den afspejler vigtige fremskridt inden for videnskab og medicin, og tilpasser klassifikationen med den nyeste viden om sygdomsbehandling og forebyggelse. Der er mere meningsfuldt klinisk indhold end i ICD-10.

Et væsentligt træk ved ICD-11 er den forbedrede lethed og nøjagtighed ved kodning, der kræver mindre brugertræning end nogensinde før, sammen med tilgængeligheden af online- og offline-funktioner. ICD-11 er klar til digital sundhed, til brug i flere IT-miljøer, med en ny API. Den præsenteres sammen med en række webtjenester, herunder flersproget support og indbygget brugervejledning.

ICD-11 - LÆSEVEJLEDNING

INDHOLDSMODELLEN

Indholdsmodellen er en struktureret ramme, der definerer hver entitet i ICD på en standardiseret måde. Formålet med indholdsmodellen er at præsentere den baggrundsviden, der danner grundlag for beskrivelsen af hver ICD-entitet på en systematisk måde, så den kan bruges på computer. ICD-11 har alt sit indhold i Foundation Component. Her er hver entitet specificeret ved en beskrivelse, maskinlæsbare egenskaber, der har værdier, og et eller flere forældre-barn-forhold. Yderligere links giver information til postkoordinering. Alle disse flerdimensionelle oplysninger kombineres derefter til en liste med gensidigt udelukkende kategorier - tabellisterne. Foundation Component indeholder oplysninger om, hvor og hvordan en bestemt enhed er repræsenteret i en tabel. En entitet kan blive en gruppering, en kategori eller bare en term, der f.eks. er opført i indekset.

Hver ICD-entitet kan ses ud fra forskellige dimensioner. Indholdsmodellen repræsenterer hver af disse dimensioner som en "egenskab". De vigtigste komponenter i sygdomsbeskrivelserne er inkluderet som forskellige egenskaber i indholdsmodellen. De vigtigste egenskaber i indholdsmodellen er:

ICD-begrebets titel

Hierarki, type og anvendelse

Forælder
Type
Anvendelse

Tekstuel(le) definition(er)

Diagnosekrav (kort)
Definition (lang)

Termer

Indeks termer
Synonymer Inklusionstermer
Eksklusionstermer

Kliniske beskrivelser

Kropssystem(er)
Kropsdel(e) (anatomisk(e) sted(er))

Manifestationsegenskaber

Tegn og symptomer

Fund

Kausale egenskaber
Ætologi Type

Infektion (agens)

Skade (mekanismer)

Risikofaktorer
Genomiske karakteristika
Tidsmæssige egenskaber
Alvorlighedsegenskaber
Funktionelle egenskaber
Egenskaber ved specifik tilstand
Behandlingsegenskaber
Diagnostiske kriterier

For hver ICD-enhed kan der gives forskellige egenskaber, hvis det er nødvendigt for at opnå det korrekte kodningsresultat. En koder kan bruge egenskaberne til bedre at forstå en tilstand, og hvordan den skal kodes, og egenskaberne gør det muligt for en koder at bestemme, hvor en tilstand skal placeres. Kun egenskaber, der er absolut nødvendige, er blevet defineret for at undgå behovet for hyppige opdateringer. Tilføjelser af egenskabsværdier på internationalt niveau håndteres gennem den regelmæssige opdateringscyklus, når kodningsproblemer indikerer, at det er nødvendigt at gøre det.

Der er fire niveauer af deskriptorinformation i ICD-11's indholdsmodel:

Fuldt specificeret term - Dette er en entydig titel, der ikke forudsætter kontekst. For eksempel "systemisk sygdom med overvejende gastrointestinale diarrésymptomer, der kan tilskrives vibrio cholera", i modsætning til "cholera" eller "andet" (hvor betydningen af andet ville have været klar ud fra den hierarkiske kontekst).

Kort beskrivelse - Den korte beskrivelse er en karakteristik (maks. 100 ord) af entiteten, som angiver ting, der altid er sande om en sygdom eller tilstand, og som er nødvendige for at forstå rubrikkens anvendelsesområde. Diagnosekrav indeholder ikke nødvendigvis elementer, der er beregnet til brug i almindelig epidemiologi, eller ting, der er kliniske kriterier.

Yderligere oplysninger - Dette er et tekstfelt, der ikke er obligatorisk, men som kan indeholde yderligere oplysninger om eller karakteristika for de sygdomme eller tilstande, der er inkluderet i entiteten. Dette tekstfelt giver mere kontekst til entiteten. For eksempel de mest almindelige epidemiologiske omstændigheder, formodede eller stærkt mistænkte ætiologiske agenser eller andre oplysninger, som måske ikke altid er sande, men som kan være almindelige, typiske eller forventede.

Kliniske eller diagnostiske kriterier - Det er meningen, at den skal indeholde et eller flere scenarier med kliniske kriterier og karakteristika, der er tilstrækkelige til at diagnosticere tilstanden eller syndromet i den givne klasse eller det givne koncept.

GENERELLE TRÆK VED ICD-11

Den vigtigste strukturelle nyskabelse i ICD-11 er, at den er bygget på en grundkomponent, hvorfra tabellisterne (såsom klassifikationen for morbiditets- og mortalitetsstatistikker) er afledt.

1.2.4.1 Kodestruktur

Koderne i ICD-11 er **alfanumeriske** og dækker området fra 1A00.00 til ZZ9Z.ZZ. Disse betegnes som **stamkoder**. Strukturen af stamkoder er beskrevet nedenfor:

Det første tegn i koden relaterer altid til kapitelnummeret. Det kan være et tal eller et bogstav.

Koder, der starter med 'X', angiver en udvidelseskode

Der er altid et bogstav i den anden position for at differentiere ICD-11-koder fra koderne i ICD-10.

Inkluderingen af et tvunget tal i den tredje tegnposition forhindrer stavning af "uønskede ord".

Bogstaverne 'O' og 'I' er udeladt for at forhindre forveksling med tallene '0' og '1'.

For eksempel er 1A00 en kode i kapitel 01, og BA00 er en kode i kapitel 11.

For eksempel: ED1E.EE

E svarer til et 'base 34-tal' (0-9 og A-Z; undtagen O, I);

D svarer til et 'base 24-tal' (A-Z; undtagen O, I); og

1 svarer til 'base 10 heltal' (0-9).

Det første E starter med '1' og er allokeret til kapitlet. (dvs. 1 er for det første kapitel, 2: kapitel 02, ... A kapitel 10, osv.)

Slutbogstavet Y er reserveret til restkategorien 'andet specificeret', og slutbogstavet 'Z' er reserveret til restkategorien 'uspecificeret'. For de kapitler, der har mere end 240 blokke, bruges 'F' ('andet specificeret') og 'G' ('uspecificeret') også til at angive restkategorier (på grund af begrænsninger i kodningspladsen).

1.2.4.2 Ensartede ressourceidentifikatorer

Alle entiteter har en Uniform Resource Identifier (URI), som er en streng af tegn, der entydigt identificerer en bestemt ICD-11-entitet. Hver entitet har en specifik plads i hierarkiet af grupper og kategorier.

1.2.4.3 Blokkoder

Enheder på højere niveau i ICD-11 (kaldet 'blokke') kan bruges til at rapportere aggregerede statistikker. Blokke har dog ikke kategorikoder, da det ikke er meningen, at de skal bruges til kodning. Blokke har deres egne URI'er (f.eks. er URI'en for Neoplasmer <http://id.who.int/icd/entity/1630407678>). Der kan også henvises til blokke med blok-ID'er. Kodestrukturen for blok-ID'er er 11 tegn lang (f.eks. "BlockL1-1A0").

1.2.4.4 Stamkoder

Koder i ICD-11's tabelliste, som kan bruges alene. Stamkoder kan være entiteter eller grupperinger af høj relevans i alle use cases, eller kliniske tilstande, der altid bør beskrives som en enkelt kategori. Stamkoder er designet til at sikre, at der i use cases, der kun kræver én kode pr. case, indsamles meningsfuld information.

1.2.4.5 Udvidelseskoder og postkoordinering

Udvidelseskoderne består af grupper af koder, f.eks. anatomi, agens, histopatologi og andre aspekter, der kan bruges til at tilføje detaljer til en stamkode. Udvidelseskoder må ikke bruges alene i forbindelse med statistisk klassifikation, men skal tilføjes til en stamkode. Udvidelseskoder kan bruges i en anden sammenhæng, f.eks. til dokumentation af udstyr. Ikke alle udvidelseskoder kan bruges sammen med alle stamkoder.

Kapitel 6 - Psykiske, adfærdsmæssige eller neuroudviklingsmæssige lidelser

Obs: Der er brugt en semi-automatisk oversætter, **DeepL.com**, grundet den store mængde tekst, som har skulle oversættes - så bær venligst over med eventuelle sproglige forviklinger og små fejl eller mangler i oversættelsen, tak!

Diagnosekrav

Mentale, adfærdsmæssige og neurologiske udviklingsforstyrrelser er syndromer, der er kendetegnet ved klinisk signifikante forstyrrelser i et individs kognition, følelsesregulering eller adfærd, som afspejler en dysfunktion i de psykologiske, biologiske eller udviklingsmæssige processer, der ligger til grund for mental og adfærdsmæssig funktion. Disse forstyrrelser er normalt forbundet med lidelse eller forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervsmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

Neuroudviklingsforstyrrelser

Diagnosekrav

Neuroudviklingsforstyrrelser er adfærdsmæssige og kognitive forstyrrelser, der opstår i løbet af udviklingsperioden, og som indebærer betydelige vanskeligheder med erhvervelse og udførelse af specifikke intellektuelle, motoriske, sproglige eller sociale funktioner. Selv om adfærdsmæssige og kognitive mangler er til stede i mange mentale og adfærdsmæssige forstyrrelser, der kan opstå i udviklingsperioden (f.eks. skizofreni og bipolar lidelse), er kun forstyrrelser, hvis kernekaraktistika er neuroudviklingsmæssige, omfattet af denne gruppering. Den formodede ætiologi for neuroudviklingsforstyrrelser er kompleks og er i mange tilfælde ukendt.

6A00 Forstyrrelser i den intellektuelle udvikling

Diagnosekrav

Forstyrrelser i den intellektuelle udvikling er en gruppe af ætiologisk forskellige tilstande, der opstår i udviklingsperioden og er karakteriseret ved en intellektuel funktion og tilpasningsdygtighed, der ligger betydeligt under gennemsnittet, og som er ca. to eller flere standardafvigelser under gennemsnittet (ca. mindre end 2,3 percentil), baseret på passende normerede, individuelt administrerede standardiserede test. Hvor der ikke findes passende normerede og standardiserede test, kræver diagnosen af forstyrrelser i den intellektuelle udvikling en større afhængighed af klinisk vurdering baseret på en passende vurdering af sammenlignelige adfærdsindikatorer.

6A00.0 Forstyrrelse af intellektuel udvikling, mild

Diagnosekrav

En mild forstyrrelse af intellektuel udvikling er en tilstand, der opstår i udviklingsperioden karakteriseret ved væsentligt under gennemsnittet intellektuel funktion og adaptiv adfærd, der er cirka to til tre standardafvigelser under middelværdien (ca. 0,1 - 2,3 percentil), baseret på passende normerede, individuelt administrerede standardiserede tests eller ved sammenlignelige adfærdsindikatorer, når standardiseret test ikke er tilgængelig. Berørte personer udviser ofte vanskeligheder med at tilegne sig og forstå komplekse sprogbegreber og akademiske færdigheder. De fleste mestrer grundlæggende egenomsorg, huslige og praktiske aktiviteter. Personer, der er ramt af en mild forstyrrelse af intellektuel udvikling, kan generelt opnå et relativt selvstændigt liv og arbejde som voksne, men kan have behov for passende støtte.

6A00.1 Forstyrrelse af intellektuel udvikling, moderat

Diagnosekrav

En moderat forstyrrelse af intellektuel udvikling er en tilstand, der opstår i udviklingsperioden karakteriseret ved væsentligt under gennemsnittet intellektuel funktion og adaptiv adfærd, der er cirka tre til fire standardafvigelser under middelværdien (ca. 0,003 - 0,1 percentil), baseret på passende normeret, individuelt administreret standardiserede tests eller ved sammenlignelige adfærdsindikatorer, når standardiseret test ikke er tilgængelig. Sprog og evne til at tilegne sig akademiske færdigheder hos personer, der er ramt af en moderat forstyrrelse af intellektuel udvikling, varierer, men er generelt begrænset til grundlæggende færdigheder. Nogle mestrer måske grundlæggende egenomsorg, huslige og praktiske aktiviteter. De fleste berørte personer har brug for betydelig og konsekvent støtte for at opnå selvstændig tilværelse og beskæftigelse som voksne.

6A00.2 Forstyrrelse af intellektuel udvikling, alvorlig

Diagnosekrav

En alvorlig forstyrrelse af intellektuel udvikling er en tilstand, der opstår i udviklingsperioden karakteriseret ved betydeligt under gennemsnittet intellektuel funktion og adaptiv adfærd, der er cirka fire eller flere standardafvigelser under middelværdien (mindre end cirka 0,003. percentilen), baseret på passende normerede, individuelt administrerede standardiserede tests eller ved sammenlignelige adfærdsindikatorer, når standardiseret test ikke er tilgængelig. Berørte personer udviser meget begrænset sprog og evne til at tilegne sig akademiske færdigheder. De kan også have motoriske funktionsnedsættelser og kræver typisk daglig støtte i et overvåget miljø for tilstrækkelig pleje, men kan tilegne sig grundlæggende egenomsorgsfærdigheder med intensiv træning. Alvorlige og dybtgående forstyrrelser i intellektuel udvikling differentieres udelukkende på basis af adaptive adfærdsforskelle, fordi eksisterende standardiserede intelligencetest ikke kan pålideligt eller gyldigt skelne mellem individer med intellektuel funktion under 0,003. percentilen.

6A00.3 Forstyrrelse af intellektuel udvikling, dyb

Diagnosekrav

En dyb forstyrrelse af intellektuel udvikling er en tilstand, der opstår i udviklingsperioden karakteriseret ved væsentligt under gennemsnittet intellektuel funktion og adaptiv adfærd, der er cirka fire eller flere standardafvigelser under middelværdien (ca. mindre end 0,003. percentilen), baseret på individuelt administreret korrekt. normerede, standardiserede tests eller ved sammenlignelige adfærdsindikatorer, når standardiseret test ikke er tilgængelig. Berørte personer har meget begrænsede kommunikationsevner, og kapaciteten til at tilegne sig akademiske færdigheder er begrænset til grundlæggende konkrete færdigheder. De kan også have samtidige motoriske og sensoriske svækkelser og kræver typisk daglig støtte i et overvåget miljø for at få tilstrækkelig pleje. Alvorlige og dybtgående forstyrrelser i intellektuel udvikling differentieres udelukkende på basis af adaptive adfærdsforskelle, fordi eksisterende standardiserede intelligencetest ikke kan pålideligt eller gyldigt skelne mellem individer med intellektuel funktion under 0,003. percentilen.

6A00.4 Forstyrrelse i intellektuel udvikling, foreløbig

Diagnosekrav

Forstyrrelse i intellektuel udvikling, provisorisk tildeles, når der er tegn på en forstyrrelse af intellektuel udvikling, men individet er et spædbarn eller barn under fire år, eller det ikke er muligt at foretage en gyldig vurdering af intellektuel funktion og adaptiv adfærd på grund af sensorisk eller fysiske svækkelser (f.eks. blindhed, præ-lingual døvhed), motoriske eller kommunikationsmæssige svækkelser, alvorlig problemadfærd eller samtidig forekommende psykiske og adfærdsmæssige forstyrrelser.

6A01 Udviklingsforstyrrelser i tale eller sprog

Diagnosekrav

Udviklingsmæssige tale- eller sprogforstyrrelser opstår i løbet af udviklingsperioden og er karakteriseret ved vanskeligheder med at forstå eller producere tale og sprog eller med at bruge sproget i en sammenhæng med henblik på kommunikation, som ligger uden for grænserne for normal variation, der forventes for alder og intellektuelt funktionsniveau. De observerede tale- og sprogproblemer kan ikke tilskrives regionale, sociale eller kulturelle/etniske sprogvariationer og kan ikke fuldt ud forklares ved anatomiske eller neurologiske abnormiteter. Den formodede ætiologi for udviklingsbetingede tale- og sprogforstyrrelser er kompleks og er i mange tilfælde ukendt.

6A01.0 Udviklingsmæssig talelydsforstyrrelse

Diagnosekrav

Udviklingsmæssig tale-lydforstyrrelse er karakteriseret ved vanskeligheder med tilegnelse, produktion og perception af tale, der resulterer i udtalefejl, enten i antal eller typer af talefejl eller den overordnede kvalitet af taleproduktion, der ligger uden for grænserne for normal variation, der forventes for alder og niveau af intellektuel funktion og resultere i nedsat forståelighed og væsentligt påvirke kommunikationen. Udtalefejlene opstår i den tidlige udviklingsperiode og kan ikke forklares med sociale, kulturelle og andre miljømæssige variationer (f.eks. regionale dialekter). Talefejlene er ikke fuldt ud forklaret af en hørenedsættelse eller en strukturel eller neurologisk abnormitet.

6A01.1 Udviklingsmæssig taleforstyrrelse

Diagnosekrav

Udviklingsmæssig taleflydende forstyrrelse er karakteriseret ved hyppig eller gennemgribende forstyrrelse af det normale rytmiske flow og talehastighed karakteriseret ved gentagelser og forlængelser i lyde, stavelser, ord og sætninger, samt blokering og ordundgåelse eller -substitutioner. Talebesværet er vedvarende over tid. Begyndelsen af talebesvær forekommer i udviklingsperioden, og taleflydende er markant under, hvad der forventes af alder. Talebesvær resulterer i betydelig svækkelse af social kommunikation, personlig, familie, social, uddannelsesmæssig, erhvervmæssig eller andre vigtige funktionsområder. Talebesværet kan ikke forklares bedre af en forstyrrelse af intellektuel udvikling, en sygdom i nervesystemet, en sensorisk svækkelse eller en strukturel abnormitet eller anden tale- eller stemmeforstyrrelse.

6A01.2 Udviklingssprogsforstyrrelse

Diagnosekrav

Udviklingssprogsforstyrrelse er karakteriseret ved vedvarende underskud i tilegnelsen, forståelsen, produktionen eller brugen af sprog (talt eller underskrevet), som opstår i udviklingsperioden, typisk i den tidlige barndom, og forårsager betydelige begrænsninger i individets evne til at kommunikere. Individets evne til at forstå, producere eller bruge sprog er markant under, hvad der forventes givet individets alder. De sproglige mangler kan ikke forklares med en anden neuroudviklingsforstyrrelse eller en sensorisk svækkelse eller neurologisk tilstand, herunder virkningerne af hjerneskade eller infektion.

6A01.20 Udviklingssprogsforstyrrelse med svækkelse af receptivt og ekspressivt sprog

Diagnosekrav

Udviklingssprogsforstyrrelse med svækkelse af receptivt og ekspressivt sprog er karakteriseret ved vedvarende vanskeligheder med tilegnelse, forståelse, produktion og brug af sprog, der opstår i udviklingsperioden, typisk i den tidlige barndom, og forårsager betydelige begrænsninger i den enkeltes evne til at kommunikere. Evnen til at forstå talt eller tegnsprog (dvs. receptivt sprog) er markant under det forventede niveau givet individets alder og niveau af intellektuel funktion, og er ledsaget af vedvarende svækkelse af evnen til at producere og bruge talt eller tegnsprog (dvs. udtryksfuldt sprog).

6A01.21 Udviklingssprogsforstyrrelse med svækkelse af hovedsageligt udtryksfuldt sprog

Diagnosekrav

Udviklingssprogsforstyrrelse med svækkelse af hovedsageligt udtryksfuldt sprog er karakteriseret ved vedvarende vanskeligheder i tilegnelse, produktion og brug af sprog, som opstår i udviklingsperioden, typisk i den tidlige barndom, og forårsager betydelige begrænsninger i den enkeltes evne til at kommunikere. Evnen til at producere og bruge talt eller tegnsprog (dvs. ekspressivt sprog) er markant under det forventede niveau givet individets alder og niveau af intellektuel funktion, men evnen til at forstå talt eller tegnsprog (dvs. det receptive sprog) er relativt intakt.

6A01.22 Udviklingssprogsforstyrrelse med svækkelse af hovedsageligt pragmatisk sprog

Diagnosekrav

Udviklingssprogsforstyrrelse med svækkelse af hovedsageligt pragmatisk sprog er karakteriseret ved vedvarende og markante vanskeligheder med forståelse og brug af sprog i sociale sammenhænge, for eksempel at drage slutninger, forstå verbal humor og løse tvetydig mening. Disse vanskeligheder opstår i udviklingsperioden, typisk i den tidlige barndom, og forårsager betydelige begrænsninger i individets evne til at kommunikere. Pragmatiske sproglige evner er markant under det forventede niveau givet individets alder og intellektuelle funktionsniveau, men de øvrige komponenter i det receptive og ekspressive sprog er relativt intakte. Denne kvalifikation bør ikke bruges, hvis den pragmatiske sprogsvækkelse er bedre forklaret af autismespektrumforstyrrelser eller af svækkelser i andre komponenter af receptivt eller ekspressivt sprog.

6A01.23 Udviklingssprogsforstyrrelse med anden specificeret sproglig svækkelse

Diagnosekrav

Udviklingssprogsforstyrrelse med anden specificeret sproglig funktionsnedsættelse er karakteriseret ved vedvarende vanskeligheder med tilegnelse, forståelse, produktion eller brug af sprog (talt eller underskrevet), som opstår i udviklingsperioden og medfører væsentlige begrænsninger i den enkeltes evne til at kommunikere. Mønstret af specifikke mangler i sproglige evner er ikke tilstrækkeligt fanget af nogen af de andre udviklingsproglige lidelseskategorier.

6A02 Autismespektrumforstyrrelse

Diagnosekrav

Autismespektrumforstyrrelse er kendetegnet ved vedvarende mangler i evnen til at indlede og opretholde gensidig social interaktion og social kommunikation og ved en række begrænsede, gentagne og uflexible adfærdsmønstre, interesser eller aktiviteter, som er klart atypiske eller overdrevne for den pågældendes alder og sociokulturelle kontekst. Forstyrrelsen opstår i løbet af udviklingsperioden, typisk i den tidlige barndom, men symptomerne kan først vise sig fuldt ud senere, når de sociale krav overstiger de begrænsede evner. Manglerne er tilstrækkeligt alvorlige til at forårsage en forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder og er normalt et gennemgående træk ved den enkeltes funktion, der kan observeres i alle sammenhænge, selv om de kan variere alt efter social, uddannelsesmæssig eller anden kontekst. Personer inden for spektret udviser en bred vifte af intellektuelle funktioner og sproglige evner.

6A02.0 Autismespektrumforstyrrelse uden forstyrrelse af den intellektuelle udvikling og med mild eller ingen forringelse af det funktionelle sprog.

Diagnosekrav

Alle definitionskrav for autismespektrumforstyrrelse er opfyldt, intellektuel funktion og adaptiv adfærd ligger mindst inden for gennemsnittet (ca. større end 2,3 percentilen), og der er kun mild eller ingen forringelse af personens evne til at bruge funktionelt sprog (talt eller tegnsprog) til instrumentelle formål, som f.eks. at udtrykke personlige behov og ønsker.

6A02.1 Autismespektrumforstyrrelse med forstyrrelse af intellektuel udvikling og med mild eller ingen forringelse af funktionelt sprog

Diagnosekrav

Alle definitionskrav for både autismespektrumforstyrrelse og forstyrrelse af den intellektuelle udvikling er opfyldt, og der er kun mild eller ingen forringelse af personens evne til at bruge funktionelt sprog (talt eller tegnsprog) til instrumentelle formål, såsom at udtrykke personlige behov og ønsker.

6A02.2 Autismespektrumforstyrrelse uden forstyrrelse af den intellektuelle udvikling og med nedsat funktionelt sprog

Diagnosekrav

Alle definitionskrav for autismespektrumforstyrrelse er opfyldt, intellektuel funktion og adaptiv adfærd ligger som minimum inden for gennemsnittet (ca. større end 2,3 percentilen), og der er en markant forringelse af det funktionelle sprog (talt eller tegnet) i forhold til personens alder, hvor personen ikke kan bruge mere end enkelte ord eller enkle sætninger til instrumentelle formål, som f.eks. at udtrykke personlige behov og ønsker.

6A02.3 Autismespektrumforstyrrelse med forstyrrelse af den intellektuelle udvikling og med nedsat funktionelt sprog

Diagnosekrav

Alle definitionskrav for både autismespektrumforstyrrelse og forstyrrelse af intellektuel udvikling er opfyldt, og der er en markant forringelse af det funktionelle sprog (talt eller tegnet) i forhold til personens alder, hvor personen ikke er i stand til at bruge mere end enkelte ord eller enkle sætninger til instrumentelle formål, såsom at udtrykke personlige behov og ønsker.

6A02.5 Autismespektrumforstyrrelse med forstyrrelse af den intellektuelle udvikling og med fravær af funktionelt sprog

Diagnosekrav

Alle definitionskrav for både autismespektrumforstyrrelse og forstyrrelse af den intellektuelle udvikling er opfyldt, og der er fuldstændig eller næsten fuldstændig mangel på evne i forhold til personens alder til at bruge funktionelt sprog (talt eller tegnsprog) til instrumentelle formål, såsom at udtrykke personlige behov og ønsker.

6A03 Udviklingsbetinget indlæringsforstyrrelse

Diagnosekrav

Udviklingsbetinget indlæringsforstyrrelse er kendetegnet ved betydelige og vedvarende vanskeligheder med at lære akademiske færdigheder, som kan omfatte læsning, skrivning eller regning. Individets præstation i de(n) berørte akademiske færdighed(er) ligger markant under det, der ville være forventeligt i forhold til kronologisk alder og generelt intellektuelt funktionsniveau, og resulterer i en betydelig svækkelse af individets akademiske eller erhvervmæssige funktion. Udviklingsbetinget indlæringsforstyrrelse viser sig først, når der undervises i akademiske færdigheder i de tidlige skoleår. Udviklingsbetinget indlæringsforstyrrelse skyldes ikke en forstyrrelse i den intellektuelle udvikling, en sensorisk svækkelse (syn eller hørelse), en neurologisk eller motorisk forstyrrelse, manglende adgang til uddannelse, manglende beherskelse af det sprog, der anvendes i den akademiske undervisning, eller psykosociale problemer.

6A04 Udviklingsmæssig motorisk koordineringsforstyrrelse

Diagnosekrav

Udviklingsmotorisk koordineringsforstyrrelse er karakteriseret ved en betydelig forsinkelse i tilegnelsen af grov- og finmotoriske færdigheder og forringelse i udførelsen af koordinerede motoriske færdigheder, der viser sig ved klodsethed, langsommelighed eller upræcision i den motoriske udførelse. De koordinerede motoriske færdigheder ligger markant under det niveau, der forventes i forhold til individets kronologiske alder og intellektuelle funktionsniveau. Begyndelsen af vanskeligheder med koordinerede motoriske færdigheder sker i løbet af udviklingsperioden og er typisk tydelig fra den tidlige barndom. Vanskeligheder med koordinerede motoriske færdigheder medfører betydelige og vedvarende begrænsninger i funktionsevnen (f.eks. i dagligdagens aktiviteter, skolearbejde, erhvervs- og fritidsaktiviteter). Vanskeligheder med koordinerede motoriske færdigheder kan ikke udelukkende tilskrives en sygdom i nervesystemet, en sygdom i bevægeapparatet eller bindevævet eller en sensorisk funktionsnedsættelse og kan ikke bedre forklares ved en intellektuel udviklingsforstyrrelse.

6A05 ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder)

Diagnosekrav

Attention deficit hyperactivity disorder er karakteriseret ved et vedvarende mønster (mindst 6 måneder) af uopmærksomhed og/eller hyperaktivitet-impulsivitet, som har en direkte negativ indvirkning på akademisk, erhvervs-mæssig eller social funktion. Der er tegn på betydelige symptomer på uopmærksomhed og/eller hyperaktivitet-impulsivitet før 12-årsalderen, typisk i den tidlige til midterste barndom, selv om nogle personer først bliver klinisk opmærksomme senere. Graden af uopmærksomhed og hyperaktivitet-impulsivitet ligger uden for grænserne for normal variation, der forventes i forhold til alder og intellektuelt funktionsniveau. Uopmærksomhed henviser til betydelige vanskeligheder med at fastholde opmærksomheden på opgaver, der ikke giver en høj grad af stimulering eller hyppige belønninger, distraherbarhed og problemer med at organisere sig. Hyperaktivitet henviser til overdreven motorisk aktivitet og vanskeligheder med at forblive stille, hvilket er mest tydeligt i strukturerede situationer, der kræver adfærdsmæssig selvkontrol. Impulsivitet er en tendens til at handle som reaktion på umiddelbare stimuli uden overvejelse eller overvejelse af risici og konsekvenser. Den relative balance og de specifikke manifestationer af uopmærksomme og hyperaktive-impulsive egenskaber varierer fra person til person og kan ændre sig i løbet af udviklingen. For at der kan stilles en diagnose, skal manifestationer af uopmærksomhed og/eller hyperaktivitet-impulsivitet være tydelige i flere situationer eller omgivelser (f.eks. hjemme, i skolen, på arbejdet, hos venner eller familie), men de vil sandsynligvis variere alt efter omgivelsernes struktur og krav. Symptomerne kan ikke bedre forklares af en anden psykisk, adfærdsmæssig eller neuroudviklingsmæssig lidelse og skyldes ikke virkningen af et stof eller medicin.

6A05.0 Attention deficit hyperactivity disorder, overvejende uopmærksom præsentation

Diagnosekrav

Alle de definatoriske krav til ADHD er opfyldt, og uopmærksomhedssymptomer er dominerende i den kliniske præsentation. Uopmærksomhed refererer til betydelige vanskeligheder med at fastholde opmærksomheden på opgaver, der ikke giver et højt niveau af stimulering eller hyppige belønninger, distraherbarhed og problemer med organisering. Nogle hyperaktive-impulsive symptomer kan også være til stede, men de er ikke klinisk signifikante i forhold til de uopmærksomme symptomer.

6A05.1 Attention deficit hyperactivity disorder, overvejende hyperaktiv-impulsiv præsentation

Diagnosekrav

Alle definitionskrav for opmærksomhedsforstyrrelse med hyperaktivitet er opfyldt, og hyperaktive-impulsive symptomer er dominerende i den kliniske præsentation. Hyperaktivitet refererer til overdreven motorisk aktivitet og vanskeligheder med at sidde stille, mest tydeligt i strukturerede situationer, der kræver adfærdsmæssig selvkontrol. Impulsivitet er en tendens til at handle som reaktion på umiddelbare stimuli uden overvejelse eller hensyntagen til risici og konsekvenser. Nogle uopmærksomme symptomer kan også være til stede, men de er ikke klinisk signifikante i forhold til de hyperaktive-impulsive symptomer.

6A05.2 Hyperaktivitetsforstyrrelse med opmærksomhedsunderskud, kombineret præsentation

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til opmærksomhedsforstyrrelse med hyperaktivitet er opfyldt. Både uopmærksomme og hyperaktive-impulsive symptomer er klinisk signifikante, men ingen af dem er dominerende i den kliniske præsentation. Uopmærksomhed refererer til betydelige vanskeligheder med at fastholde opmærksomheden på opgaver, der ikke giver et højt niveau af stimulation eller hyppige belønninger, distraherbarhed og problemer med organisering. Hyperaktivitet henviser til overdreven motorisk aktivitet og vanskeligheder med at sidde stille, mest tydeligt i strukturerede situationer, der kræver adfærdsmæssig selvkontrol. Impulsivitet er en tendens til at handle som reaktion på umiddelbare stimuli uden overvejelse af risici og konsekvenser.

6A06 Stereotypisk bevægelsesforstyrrelse

Diagnosekrav

Stereotype bevægelsesforstyrrelser er karakteriseret ved vedvarende (f.eks. i flere måneder) tilstedeværelse af frivillige, gentagne, stereotype, tilsyneladende formålsløse (og ofte rytmiske) bevægelser, der opstår i den tidlige udviklingsperiode, ikke skyldes de direkte fysiologiske virkninger af et stof eller medicin (herunder abstinenser), og som i høj grad forstyrrer normale aktiviteter eller resulterer i selvforskyldt kropslig skade. Stereotype bevægelser, der ikke er skadelige, kan omfatte vuggende bevægelser med kroppen, vuggende bevægelser med hovedet, fingerklikkende manerer og flakkende hænder. Stereotype selvskadende adfærd kan omfatte gentagne hovedstød med hovedet, slag i ansigtet, øjenprikkeri og bidning af hænder, læber eller andre kropsdele.

6A06.0 Stereotyp bevægelsesforstyrrelse uden selvskade

Diagnosekrav

Denne kategori bør anvendes på former for stereotyp bevægelsesforstyrrelse, hvor stereotyp adfærd markant forstyrrer normale aktiviteter, men ikke resulterer i selvforskyldt kropsskade. Stereotyp bevægelsesforstyrrelse uden selvskade er karakteriseret ved frivillige, gentagne, stereotype, tilsyneladende formålsløse (og ofte rytmiske) bevægelser, der opstår i den tidlige udviklingsperiode, ikke er forårsaget af de direkte fysiologiske virkninger af et stof eller en medicin (inklusive abstinenser), og markant forstyrrer normale aktiviteter. Stereotype bevægelser, der er ikke-skadelige, kan omfatte kropsrokering, hovedgynge, manerer med fingersvirp og håndflap.

6A06.1 Stereotyp bevægelsesforstyrrelse med selvskade

Diagnosekrav

Denne kategori bør anvendes på former for stereotyp bevægelsesforstyrrelse, hvor stereotyp adfærd resulterer i selvforskyldt kropsskade, der er betydelig nok til at kræve medicinsk behandling, eller ville resultere i en sådan skade, hvis beskyttelsesforanstaltninger (f.eks. hjelm for at forhindre hovedskade) var arbejdsløse. Stereotyp bevægelsesforstyrrelse med selvskade er karakteriseret ved frivillige, gentagne, stereotype, tilsyneladende formålsløse (og ofte rytmiske) bevægelser, der opstår i den tidlige udviklingsperiode, ikke er forårsaget af de direkte fysiologiske virkninger af et stof eller en medicin (herunder abstinenser). Stereotype bevægelser, der er selvskadende, kan omfatte hovedbank, slag i ansigtet, øjenstikker og bid af hænder, læber eller andre kropsdele.

Skizofreni eller andre primære psykotiske lidelser

Diagnosekrav

Skizofreni og andre primære psykotiske lidelser er karakteriseret ved betydelige forringelser i virkelighedstestning og adfærdsændringer, der viser sig ved positive symptomer som vedvarende vrangforestillinger, vedvarende hallucinationer, desorganiseret tænkning (typisk manifesteret som desorganiseret tale), groft desorganiseret adfærd og oplevelser af passivitet og kontrol, negative symptomer som afstumpet eller flad affekt og avolition samt psykomotoriske forstyrrelser.

Symptomerne forekommer med tilstrækkelig hyppighed og intensitet til at afvige fra de forventede kulturelle eller subkulturelle normer. Disse symptomer opstår ikke som et træk af en anden mental og adfærdsmæssig forstyrrelse (f.eks. en stemningsforstyrrelse, delirium eller en forstyrrelse som følge af stofmisbrug). Kategorierne i denne gruppering bør ikke anvendes til at klassificere udtryk for ideer, overbevisninger eller adfærd, der er kulturelt sanktioneret.

6A20 Skizofreni

Diagnosekrav

Skizofreni er karakteriseret ved forstyrrelser i flere mentale modaliteter, herunder tænkning (f.eks. vrangforestillinger, desorganisering i tankeformen), perception (f.eks. hallucinationer), selvoplevelse (f.eks. oplevelsen af, at ens følelser, impulser, tanker eller adfærd er under kontrol af en ydre kraft), kognition (f.eks. nedsat opmærksomhed, verbal hukommelse og social kognition), vilje (f.eks. tab af motivation), affekt (f.eks. afstumpet følelsesudtryk) og adfærd (f.eks. adfærd, der virker bizar eller formålsløs, uforudsigelige eller uhensigtsmæssige følelsesmæssige reaktioner, der forstyrrer organiseringen af adfærd). Der kan være tale om psykomotoriske forstyrrelser, herunder katatoni. Vedvarende vrangforestillinger, vedvarende hallucinationer, tankeforstyrrelser og oplevelser af indflydelse, passivitet eller kontrol betragtes som kernesymptomer. Symptomerne skal have varet i mindst en måned, for at diagnosen skizofreni kan tildeles. Symptomerne er ikke en manifestation af en anden helbredstilstand (f.eks. en hjernetumor) og skyldes ikke virkningen af et stof eller en medicin på centralnervesystemet (f.eks. kortikosteroider), herunder abstinenser (f.eks. alkoholabstinenser).

6A20.0 Skizofreni, første episode

Diagnosekrav

Skizofreni, første episode skal bruges til at identificere personer, der oplever symptomer, som opfylder de diagnostiske krav til skizofreni (inklusive varighed), men som aldrig før har oplevet en episode, hvor de diagnostiske krav til skizofreni blev opfyldt.

6A20.00 Skizofreni, første episode, aktuelt symptomatisk

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til skizofreni, første episode med hensyn til symptomer og varighed er aktuelt opfyldt eller er blevet opfyldt inden for den seneste måned.

6A20.01 Skizofreni, første episode, i delvis remission

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til skizofreni, første episode med hensyn til symptomer og varighed var tidligere opfyldt. Symptomerne er aftaget, således at de diagnostiske krav til lidelsen ikke har været opfyldt i mindst en måned, men der er stadig nogle klinisk signifikante symptomer, som kan være forbundet med funktionsnedsættelse eller ej. Den delvise remission kan være sket som reaktion på medicin eller anden behandling.

6A20.02 Skizofreni, første episode, i fuld remission

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til skizofreni, første episode med hensyn til symptomer og varighed var tidligere opfyldt. Symptomerne er aftaget, så der ikke længere er væsentlige symptomer tilbage. Remissionen kan være sket som reaktion på medicinering eller anden behandling.

6A20.1 Skizofreni, flere episoder

Diagnosekrav

Skizofreni, multiple episoder bør anvendes til at identificere personer, der oplever symptomer, som opfylder de diagnostiske krav til skizofreni, og som også tidligere har oplevet episoder, hvor de diagnostiske krav blev opfyldt, med betydelig remission af symptomer mellem episoderne. Nogle svækkede symptomer kan forblive i perioder med remission, og remissioner kan være sket som reaktion på medicin eller anden behandling.

6A20.10 Skizofreni, multiple episoder, aktuelt symptomatisk

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til skizofreni, multiple episoder med hensyn til symptomer og varighed er aktuelt opfyldt eller er blevet opfyldt inden for den seneste måned.

6A20.11 Skizofreni, flere episoder, i delvis remission

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til skizofreni, multiple episoder med hensyn til symptomer og varighed var tidligere opfyldt. Symptomerne er aftaget, således at de diagnostiske krav til lidelsen ikke har været opfyldt i mindst en måned, men der er stadig nogle klinisk signifikante symptomer, som kan være forbundet med funktionsnedsættelse eller ej. Den delvise remission kan være sket som reaktion på medicin eller anden behandling.

6A20.12 Skizofreni, multiple episoder, i fuld remission

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til skizofreni, multiple episoder med hensyn til symptomer og varighed var tidligere opfyldt. Symptomerne er aftaget, så der ikke længere er væsentlige symptomer tilbage. Remissionen kan være sket som reaktion på medicinering eller anden behandling.

6A20. 2 Skizofreni, kontinuerlig

Diagnosekrav

Symptomer, der opfylder alle definitionskrav for skizofreni, har været til stede i næsten hele sygdomsforløbet over en periode på mindst et år, hvor perioder med subtærskelsymptomer har været meget korte i forhold til det samlede forløb.

6A20.20 Skizofreni, kontinuerlig, aktuelt symptomatisk

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til skizofreni, kontinuerlig med hensyn til symptomer og varighed er aktuelt opfyldt eller er blevet opfyldt inden for den seneste måned.

6A20.21 Skizofreni, kontinuerlig, i delvis remission

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til skizofreni, kontinuerlig med hensyn til symptomer og varighed var tidligere opfyldt. Symptomerne er aftaget, således at de diagnostiske krav for lidelsen ikke har været opfyldt i mindst en måned, men der er stadig nogle klinisk signifikante symptomer, som kan være forbundet med funktionsnedsættelse. Den delvise remission kan være sket som reaktion på medicin eller anden behandling.

6A20.22 Skizofreni, kontinuerlig, i fuld remission

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til skizofreni, kontinuerlig med hensyn til symptomer og varighed var tidligere opfyldt. Symptomerne er aftaget, så der ikke er nogen signifikante symptomer tilbage. Remissionen kan være sket som reaktion på medicinering eller anden behandling.

6A21 Schizoaffektiv lidelse

Diagnosekrav

Schizoaffektiv lidelse er en episodisk lidelse, hvor de diagnostiske krav til skizofreni og en manisk, blandet eller moderat eller svær depressiv episode er opfyldt inden for den samme sygdomsperiode, enten samtidig eller inden for få dage efter hinanden. Fremtrædende symptomer på skizofreni (f.eks. vrangforestillinger, hallucinationer, desorganisering af tankeformer, oplevelser af indflydelse, passivitet og kontrol) ledsages af typiske symptomer på en moderat eller svær depressiv episode (f.eks. nedtrykt stemning, tab af interesse, nedsat energi), en manisk episode (f.eks. en ekstrem stemningstilstand karakteriseret ved eufori, irritabilitet eller ekspansivitet, øget aktivitet eller en subjektiv oplevelse af øget energi) eller en blandet episode. Der kan være tale om psykomotoriske forstyrrelser, herunder katatoni. Symptomerne skal have varet i mindst en måned. Symptomerne er ikke en manifestation af en anden medicinsk tilstand (f.eks. en hjernetumor) og skyldes ikke virkningen af et stof eller en medicin på centralnervesystemet (f.eks. kortikosteroider), herunder abstinenser (f.eks. alkoholabstinenser).

6A21.0 Schizoaffektiv sindslidelse, første episode

Diagnosekrav

Schizoaffektiv lidelse, første episode skal bruges til at identificere personer, der oplever symptomer, som opfylder de diagnostiske krav til schizoaffektiv lidelse (inklusive varighed), men som aldrig før har oplevet en episode, hvor de diagnostiske krav til schizoaffektiv lidelse eller skizofreni blev opfyldt.

6A21.00 Skizoaffektiv sindslidelse, første episode, aktuelt symptomatisk

Diagnosekrav

Alle definitionskrav for skizoaffektiv sindslidelse, første episode med hensyn til symptomer og varighed er aktuelt opfyldt eller er blevet opfyldt inden for den seneste måned.

6A21.01 Schizoaffektiv sindslidelse, første episode, i delvis remission

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til skizoaffektiv sindslidelse, første episode med hensyn til symptomer og varighed var tidligere opfyldt. Symptomerne er aftaget, således at de diagnostiske krav til lidelsen ikke har været opfyldt i mindst en måned, men der er stadig nogle klinisk signifikante symptomer, som kan være forbundet med funktionsnedsættelse eller ej. Den delvise remission kan være sket som reaktion på medicin eller anden behandling.

6A21.02 Schizoaffektiv sindslidelse, første episode, i fuld remission

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til skizoaffektiv sindslidelse, første episode med hensyn til symptomer og varighed var tidligere opfyldt. Symptomerne er aftaget, så der ikke længere er væsentlige symptomer tilbage. Remissionen kan være sket som reaktion på medicinering eller anden behandling.

6A21.1 Schizoaffektiv sindslidelse, flere episoder

Diagnosekrav

Schizoaffektiv sindslidelse, multiple episoder bør anvendes til at identificere personer, der oplever symptomer, som opfylder de diagnostiske krav til schizoaffektiv sindslidelse, og som også tidligere har oplevet episoder, hvor de diagnostiske krav til schizoaffektiv sindslidelse eller skizofreni var opfyldt, med betydelig remission af symptomer mellem episoderne. Nogle svækkede symptomer kan forblive i remissionsperioden, og remissioner kan have fundet sted som reaktion på medicin eller anden behandling.

6A21.10 Skizoaffektiv sindslidelse, flere episoder, aktuelt symptomatisk

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til skizoaffektiv sindslidelse, multiple episoder med hensyn til symptomer og varighed er aktuelt opfyldt eller er blevet opfyldt inden for den seneste måned.

6A21.11 Skizoaffektiv sindslidelse, multiple episoder, i delvis remission

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til skizoaffektiv sindslidelse, multiple episoder med hensyn til symptomer og varighed var tidligere opfyldt. Symptomerne er aftaget, så de diagnostiske krav til lidelsen ikke har været opfyldt i mindst en måned, men der er stadig nogle klinisk signifikante symptomer, som måske eller måske ikke er forbundet med funktionel svækkelse. Den delvise remission kan være sket som reaktion på medicin eller anden behandling.

6A21.12 Schizoaffektiv sindslidelse, multiple episoder, i fuld remission

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til skizoaffektiv sindslidelse, multiple episoder med hensyn til symptomer og varighed var tidligere opfyldt. Symptomerne er aftaget, så der ikke er nogen signifikante symptomer tilbage. Remissionen kan være sket som reaktion på medicinering eller anden behandling.

6A21.2 Schizoaffektiv sindslidelse, kontinuerlig

Diagnosekrav

Symptomer, der opfylder alle definitionskrav for skizoaffektiv sindslidelse, har været til stede i næsten hele sygdomsforløbet over en periode på mindst et år, hvor perioder med subtærskelsymptomer har været meget korte i forhold til det samlede forløb.

6A21.20 Schizoaffektiv sindslidelse, kontinuerlig, aktuelt symptomatisk

Diagnosekrav

Alle definitionskrav for skizoaffektiv sindslidelse, kontinuerlig med hensyn til symptomer og varighed er aktuelt opfyldt eller er blevet opfyldt inden for den seneste måned.

6A21.21 Skizoaffektiv sindslidelse, kontinuerlig, i delvis remission

Diagnosekrav

Alle definitionskrav for skizoaffektiv sindslidelse, kontinuerlig med hensyn til symptomer og varighed var tidligere opfyldt. Symptomerne er aftaget, således at de diagnostiske krav til lidelsen ikke har været opfyldt i mindst en måned, men der er stadig nogle klinisk signifikante symptomer, som kan være forbundet med funktionsnedsættelse eller ej. Den delvise remission kan være sket som reaktion på medicin eller anden behandling.

6A21.22 Schizoaffektiv sindslidelse, kontinuerlig, i fuld remission

Diagnosekrav

Alle definitionskrav for skizoaffektiv sindslidelse, kontinuerlig med hensyn til symptomer og varighed var tidligere opfyldt. Symptomerne er aftaget, så der ikke længere er væsentlige symptomer tilbage. Remissionen kan være sket som reaktion på medicinering eller anden behandling.

6A22 Schizotypisk lidelse

Diagnosekrav

Schizotypisk lidelse er karakteriseret ved et vedvarende mønster (dvs. karakteristisk for personens funktion over en periode på mindst flere år) af excentriciteter i adfærd, udseende og tale, ledsaget af kognitive og perceptuelle forvrængninger, usædvanlige overbevisninger og ubehag ved - og ofte nedsat evne til - interpersonelle relationer. Symptomerne kan omfatte indsnævret eller uhensigtsmæssig affekt og anhedoni. Paranoide ideer, referenceideer eller andre psykotiske symptomer, herunder hallucinationer i alle modaliteter, kan forekomme, men er ikke af tilstrækkelig intensitet eller varighed til at opfylde de diagnostiske krav for skizofreni, skizoaffektiv lidelse eller vrangforestilling. Symptomerne forårsager lidelse eller forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

6A23 Akut og forbigående psykotisk lidelse

Diagnosekrav

Akut og forbigående psykotisk lidelse er karakteriseret ved akut indsættende psykotiske symptomer, der opstår uden prodrome og når deres maksimale sværhedsgrad inden for to uger. Symptomerne kan omfatte vrangforestillinger, hallucinationer, desorganisering af tankeprocesser, forvirring eller forvirring og forstyrrelser i affekt og humør. Der kan forekomme katatoni-lignende psykomotoriske forstyrrelser. Symptomerne ændrer sig typisk hurtigt, både i art og intensitet, fra dag til dag eller endog inden for en enkelt dag. Episoden varer ikke længere end 3 måneder og varer oftest fra et par dage til 1 måned. Symptomerne er ikke en manifestation af en anden medicinsk tilstand (f.eks. en hjernetumor) og skyldes ikke virkningen af et stof eller en medicin på centralnervesystemet (f.eks. kortikosteroider), herunder abstinenser (f.eks. alkoholabstinenser).

6A23.0 Akut og forbigående psykotisk lidelse, første episode

Diagnosekrav

Akut og forbigående psykotisk lidelse, første episode skal bruges til at identificere personer, der oplever symptomer, som opfylder de diagnostiske krav til akut og forbigående psykotisk lidelse, men som aldrig før har oplevet en lignende episode.

6A23.00 Akut og forbigående psykotisk lidelse, første episode, aktuelt symptomatisk

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til Akut og forbigående psykotisk lidelse, første episode med hensyn til symptomer og varighed er aktuelt opfyldt eller er blevet opfyldt inden for den seneste måned.

6A23.01 Akut og forbigående psykotisk lidelse, første episode, i delvis remission

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til Akut og forbigående psykotisk lidelse, første episode med hensyn til symptomer og varighed var tidligere opfyldt. Symptomerne er aftaget, så de diagnostiske krav til lidelsen ikke har været opfyldt i mindst en måned, men der er stadig nogle klinisk signifikante symptomer, som måske eller måske ikke er forbundet med funktionel svækkelse. Den delvise remission kan være sket som reaktion på medicinering eller anden behandling.

6A23.02 Akut og forbigående psykotisk lidelse, første episode, i fuld remission

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til Akut og forbigående psykotisk lidelse, første episode med hensyn til symptomer og varighed var tidligere opfyldt. Symptomerne er aftaget, så der ikke er nogen signifikante symptomer tilbage. Remissionen kan være sket som reaktion på medicinering eller anden behandling.

6A23.1 Akut og forbigående psykotisk lidelse, flere episoder

Diagnosekrav

Akut og forbigående psykotisk lidelse, flere episoder bør bruges til at identificere personer, der oplever symptomer, som opfylder de diagnostiske krav til akut og forbigående psykotisk lidelse, og som tidligere har oplevet lignende episoder.

6A23.10 Akut og forbigående psykotisk lidelse, flere episoder, aktuelt symptomatisk

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til Akut og forbigående psykotisk lidelse, flere episoder med hensyn til symptomer og varighed er aktuelt opfyldt eller har været opfyldt inden for den seneste måned.

6A23.11 Akut og forbigående psykotisk lidelse, flere episoder, i delvis remission

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til Akut og forbigående psykotisk lidelse, multiple episoder med hensyn til symptomer og varighed var tidligere opfyldt. Symptomerne er aftaget, så de diagnostiske krav til lidelsen ikke har været opfyldt i mindst en måned, men der er stadig nogle klinisk signifikante symptomer, som måske eller måske ikke er forbundet med funktionel svækkelse. Den delvise remission kan være sket som reaktion på medicinering eller anden behandling.

6A23.12 Akut og forbigående psykotisk lidelse, multiple episoder, i fuld remission

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til Akut og forbigående psykotisk lidelse, flere episoder med hensyn til symptomer og varighed var tidligere opfyldt. Symptomerne er aftaget, så der ikke er nogen signifikante symptomer tilbage. Remissionen kan være sket som respons på medicinering eller anden behandling.

6A24 Vrangforestilling

Diagnosekrav

Vrangforestilling er kendetegnet ved udvikling af en vrangforestilling eller en række beslægtede vrangforestillinger, der typisk varer mindst 3 måneder og ofte meget længere, uden at der foreligger en depressiv, manisk eller blandet stemningsepisode. Vrangforestillingerne varierer i indhold fra person til person, men er typisk stabile inden for samme person, selv om de kan udvikle sig over tid. Andre karakteristiske symptomer på skizofreni (dvs. tydelige og vedvarende hallucinationer, negative symptomer, desorganiseret tænkning eller oplevelser af indflydelse, passivitet eller kontrol) er ikke til stede, selv om forskellige former for perceptionsforstyrrelser (f.eks. hallucinationer, illusioner, fejlidentifikationer af personer), der er tematisk relateret til vrangforestillingerne, stadig er i overensstemmelse med diagnosen. Bortset fra handlinger og holdninger, der er direkte relateret til vrangforestillingen eller vrangforestillingssystemet, er affekt, tale og adfærd typisk upåvirket. Symptomerne er ikke en manifestation af en anden medicinsk tilstand (f.eks. en hjernetumor) og skyldes ikke virkningen af et stof eller en medicin på centralnervesystemet (f.eks. kortikosteroider), herunder abstinensvirkninger (f.eks. alkoholabstinenser).

6A24.0 Vrangforestillingslidelse, aktuelt symptomatisk

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til vrangforestillinger med hensyn til symptomer og varighed er aktuelt opfyldt eller er blevet opfyldt inden for den seneste måned.

6A24.1 Vrangforestilling, i delvis remission

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til vrangforestillingslidelse med hensyn til symptomer og varighed var tidligere opfyldt. Symptomerne er aftaget, så de diagnostiske krav til lidelsen ikke har været opfyldt i mindst en måned, men der er stadig nogle klinisk signifikante symptomer, som måske eller måske ikke er forbundet med funktionel svækkelse. Den delvise remission kan være sket som reaktion på medicinering eller anden behandling.

6A24.2 Vrangforestilling, i fuld remission

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til vrangforestillinger med hensyn til symptomer og varighed er tidligere blevet opfyldt. Symptomerne er aftaget, så der ikke længere er væsentlige symptomer tilbage. Remissionen kan være sket som reaktion på medicinering eller anden behandling.

6A25 Symptomatiske manifestationer af primære psykotiske lidelser

Diagnosekrav

Disse kategorier kan anvendes til at karakterisere den aktuelle kliniske præsentation hos personer, der er diagnosticeret med skizofreni eller en anden primær psykotisk lidelse, og bør ikke anvendes hos personer uden en sådan diagnose. Der kan anvendes flere kategorier. Symptomer, der kan tilskrives de direkte patofysiologiske konsekvenser af en helbredstilstand eller skade, der ikke er klassificeret under psykiske, adfærdsmæssige eller neuroudviklingsmæssige lidelser (f.eks. en hjernetumor eller traumatisk hjerneskade), eller de direkte virkninger af et stof eller en medicin på centralnervesystemet, herunder abstinensvirkninger, bør ikke betragtes som eksempler på de respektive typer af symptomer.

6A25.0 Positive symptomer ved primære psykotiske lidelser

Diagnosekrav

Positive symptomer ved primære psykotiske lidelser omfatter vedvarende vrangforestillinger, vedvarende hallucinationer (oftest verbale, auditive hallucinationer), desorganiseret tænkning (formelle tankeforstyrrelser som løse associationer, tankemæssig afsporing eller usammenhængende), groft desorganiseret adfærd (adfærd, der virker bizar, formålsløs og ikke målrettet) og oplevelser af passivitet og kontrol (oplevelsen af, at ens følelser, impulser eller tanker er under kontrol af en ydre kraft). Vurderingen skal foretages ud fra sværhedsgraden af de positive symptomer i løbet af den seneste uge.

6A25.1 Negative symptomer ved primære psykotiske lidelser

Diagnosekrav

Negative symptomer ved primære psykotiske lidelser omfatter indsnævret, afstumpet eller flad affekt, alogi eller mangel på tale, avolition (generel mangel på drivkraft eller mangel på motivation til at forfølge meningsfulde mål), asocialitet (reduceret eller fraværende engagement i andre og interesse for social interaktion) og anhedoni (manglende evne til at opleve glæde ved normalt behagelige aktiviteter). For at blive betragtet som negative psykotiske symptomer bør de relevante symptomer ikke udelukkende kunne tilskrives antipsykotisk behandling, en depressiv lidelse eller et understimulerende miljø, og de bør ikke være en direkte konsekvens af et positivt symptom (f.eks. forfølgelsesvanvid, der får en person til at blive socialt isoleret på grund af frygt for skade). Vurderingen skal foretages på baggrund af sværhedsgraden af de negative symptomer i løbet af den seneste uge.

6A25.2 Depressive symptomer på stemningsleje ved primære psykotiske lidelser

Diagnosekrav

Depressive stemningssymptomer ved primære psykotiske lidelser henviser til nedtrykthed som rapporteret af personen (nedtrykthed, tristhed) eller manifesteret som et tegn (f.eks. tårevædet, opgivende udseende). Hvis der kun er ikke-stemmingsmæssige symptomer på en depressiv episode (f.eks. anhedoni, psykomotorisk forsinkelse), bør denne deskriptor ikke bruges. Denne deskriptor kan bruges, uanset om de depressive symptomer opfylder de diagnostiske krav til en separat diagnosticeret depressiv lidelse eller ej. Vurderingen skal foretages på baggrund af sværhedsgraden af depressive symptomer i løbet af den seneste uge.

6A25.3 Symptomer på manisk stemningsleje ved primære psykotiske lidelser

Diagnosekrav

Maniske stemningssymptomer ved primære psykotiske lidelser henviser til forhøjede, euforiske, irritable eller ekspansive stemningstilstande, herunder hurtige skift mellem forskellige stemningstilstande (dvs. stemningslabilitet). Det omfatter også en øget subjektiv oplevelse af energi, som kan være ledsaget af øget målrettet aktivitet. Sværhedsgraden af associerede ikke-stemmingsmæssige symptomer på en manisk eller hypomanisk episode (f.eks. nedsat søvnbehov, distraherbarhed) bør ikke tages i betragtning ved vurderingen. Øget ikke-målrettet psykomotorisk aktivitet bør betragtes som en del af vurderingen af "psykomotoriske symptomer ved primære psykotiske lidelser" snarere end her. Denne deskriptor kan bruges, uanset om de maniske symptomer opfylder de diagnostiske krav til en separat diagnosticeret bipolar lidelse eller ej. Vurderingen skal foretages på baggrund af sværhedsgraden af de maniske symptomer i løbet af den seneste uge.

6A25.4 Psykomotoriske symptomer ved primære psykotiske lidelser

Diagnosekrav

Psykomotoriske symptomer ved primære psykotiske lidelser omfatter psykomotorisk agitation eller overdreven motorisk aktivitet, som regel manifesteret ved formålsløs adfærd som f.eks. at røre på sig, flytte sig, fumle, manglende evne til at sidde eller stå stille, vride hænderne, psykomotorisk retardering eller en synlig generaliseret langsommere bevægelse og tale, og katatone symptomer som f.eks. ophidselse, kropsholdning, voksagtig fleksibilitet, negativisme, mutisme eller stupor. Vurderingen skal foretages ud fra sværhedsgraden af de psykomotoriske symptomer i løbet af den seneste uge.

6A25.5 Kognitive symptomer ved primære psykotiske lidelser

Diagnosekrav

Kognitive symptomer ved primære psykotiske lidelser henviser til kognitiv svækkelse inden for et af følgende områder: bearbejdningshastighed, opmærksomhed/koncentration, orientering, dømmekraft, abstraktion, verbal eller visuel indlæring og arbejdshukommelse. Den kognitive svækkelse kan ikke tilskrives en neuroudviklingsforstyrrelse, et delirium eller en anden neurokognitiv forstyrrelse eller de direkte virkninger af et stof eller en medicin på centralnervesystemet, herunder abstinensvirkninger. Ideelt set bør brugen af denne kategori være baseret på resultaterne af lokalt validerede, standardiserede neuropsykologiske vurderinger, selvom sådanne målinger måske ikke er tilgængelige i alle miljøer. Vurderingen bør foretages ud fra sværhedsgraden af de kognitive symptomer i løbet af den seneste uge.

Katatoni

Diagnosekrav

Katatoni er et syndrom med primært psykomotoriske forstyrrelser, der er karakteriseret ved flere symptomer på nedsat, øget eller unormal psykomotorisk aktivitet. Vurderingen af katatoni er kompleks og kræver observation, interview og fysisk undersøgelse. Katatoni kan forekomme i forbindelse med en anden psykisk lidelse som f.eks. skizofreni eller andre primære psykotiske lidelser, humørsygdomme og neurologiske udviklingsforstyrrelser, især autismespektrumforstyrrelser. Katatoni kan også udvikle sig under eller kort tid efter forgiftning eller abstinenser fra visse psykoaktive stoffer, herunder phencyclidin (PCP), cannabis, hallucinogener som mescaline eller LSD, kokain og MDMA eller beslægtede stoffer, eller under brug af visse psykoaktive og ikke-psykoaktive lægemidler (f.eks. antipsykotiske lægemidler, benzodiazepiner, steroider, disulfiram, ciprofloxacin). Endelig kan katatoni opstå som en direkte patofysiologisk konsekvens af en medicinsk tilstand, der ikke er klassificeret under psykiske, adfærdsmæssige eller neuroudviklingsmæssige lidelser. Eksempler på medicinske tilstande, der kan være forbundet med katatoni, omfatter diabetisk ketoacidose, hypercalcæmi, hepatisk encephalopati, homocystinuri, neoplasmer, hovedtraumer, cerebrovaskulær sygdom og encephalitis.

6A40 Katatoni i forbindelse med en anden psykisk lidelse

Diagnosekrav

Katatoni i forbindelse med en anden psykisk lidelse er et syndrom med primært psykomotoriske forstyrrelser, der er karakteriseret ved sameksistens af flere symptomer på nedsat, øget eller anormal psykomotorisk aktivitet, som forekommer i forbindelse med en anden psykisk lidelse, såsom skizofreni eller andre primære psykotiske lidelser, humørsygdomme og neurologiske udviklingsforstyrrelser, især autismespektrumforstyrrelser.

6A41 Katatoni fremkaldt af stoffer eller medicin

Diagnosekrav

Katatoni induceret af stoffer eller medicin er et syndrom af primært psykomotoriske forstyrrelser, karakteriseret ved sameksistens af flere symptomer på nedsat, øget eller anormal psykomotorisk aktivitet, som udvikler sig under eller kort efter forgiftning eller abstinenser fra visse psykoaktive stoffer, herunder phencyclidin (PCP), cannabis, hallucinogener som mescaline eller LSD, kokain og MDMA eller beslægtede stoffer, eller under brug af visse psykoaktive og ikke-psykoaktive lægemidler (f.eks. f.eks. antipsykotiske lægemidler, benzodiazepiner, steroider, disulfiram, ciprofloxacin).

Humørsygdomme

Diagnosekrav

Stemmingsforstyrrelser henviser til en overordnet gruppering af bipolære og depressive lidelser. Stemningsforstyrrelser defineres ud fra bestemte typer af stemningsepisoder og deres mønster over tid. De primære typer af stemningsepisoder er depressive episoder, maniske episoder, blandede episoder og hypomaniske episoder. Stemningsepisoder er ikke selvstændigt diagnosticerbare enheder og har derfor ikke deres egne diagnosekoder. Stemningsepisoder udgør snarere de primære komponenter i de fleste depressive og bipolære lidelser.

Bipolære eller beslægtede lidelser

Diagnosekrav

Bipolære og beslægtede lidelser er episodiske humørsygdomme, der defineres ved forekomsten af maniske, blandede eller hypomaniske episoder eller symptomer. Disse episoder veksler typisk i løbet af forløbet af disse lidelser med depressive episoder eller perioder med depressive symptomer.

6A60 Bipolar type I-sygdom

Diagnosekrav

Bipolar type I-forstyrrelse er en episodisk stemningsforstyrrelse, der er defineret ved forekomsten af en eller flere maniske eller blandede episoder. En manisk episode er en ekstrem stemningstilstand, der varer mindst en uge, medmindre den afkortes af en behandlingsintervention, og som er karakteriseret ved eufori, irritabilitet eller udadvendthed og ved øget aktivitet eller en subjektiv oplevelse af øget energi, ledsaget af andre karakteristiske symptomer såsom hurtig eller presset tale, idéflugt, øget selvværd eller grandiositet, nedsat søvnbehov, distraherbarhed, impulsiv eller hensynsløs adfærd og hurtige skift mellem forskellige stemningstilstande (dvs. humørlabilitet). En blandet episode er kendetegnet ved tilstedeværelsen af flere fremtrædende maniske og flere fremtrædende depressive symptomer, der er i overensstemmelse med dem, der observeres i maniske episoder og depressive episoder, som enten forekommer samtidig eller skifter meget hurtigt (fra dag til dag eller inden for samme dag). Symptomerne skal omfatte en ændret stemningstilstand, der er forenelig med en manisk og/eller depressiv episode (dvs. deprimeret, dysforisk, euforisk eller ekspansiv stemning), og de skal være til stede det meste af dagen, næsten hver dag, i en periode på mindst to uger, medmindre de afkortes af en behandlingsintervention. Selv om diagnosen kan stilles på grundlag af beviser for en enkelt manisk eller blandet episode, veksler maniske eller blandede episoder typisk med depressive episoder i løbet af forløbet af sygdommen.

6A60.0 Bipolar type I-lidelse, aktuel manisk episode, uden psykotiske symptomer

Diagnosekrav

Bipolar type I-lidelse, aktuel episode manisk, uden psykotiske symptomer diagnosticeres, når de definitoriske krav til bipolar type I-lidelse er opfyldt, den aktuelle episode er manisk, og der ikke er vrangforestillinger eller hallucinationer til stede under episoden. En manisk episode er en ekstrem stemningstilstand, der varer mindst en uge, medmindre den forkortes af en behandlingsintervention, og som er karakteriseret ved eufori, irritabilitet eller ekspansivitet og ved øget aktivitet eller en subjektiv oplevelse af øget energi, ledsaget af andre karakteristiske symptomer som hurtig eller presset tale, idéflugt, øget selvværd eller grandiositet, nedsat søvnbehov, distraherbarhed, impulsiv eller hensynsløs adfærd og hurtige skift mellem forskellige stemningstilstande (dvs. stemningslabilitet). Hvis personen tidligere har oplevet maniske eller blandede episoder, kræves der ikke en varighed på en uge for at diagnosticere en aktuel episode, hvis alle andre diagnostiske krav er opfyldt.

6A60.1 Bipolar type I-lidelse, aktuel manisk episode, med psykotiske symptomer

Diagnosekrav

Bipolar type I-lidelse, aktuel episode manisk med psykotiske symptomer diagnosticeres, når de definitoriske krav til bipolar type I-lidelse er opfyldt, den aktuelle episode er manisk, og der er vrangforestillinger eller hallucinationer til stede under episoden. En manisk episode er en ekstrem stemningstilstand, der varer mindst en uge, medmindre den forkortes af en behandlingsintervention, og som er karakteriseret ved eufori, irritabilitet eller ekspansivitet og ved øget aktivitet eller en subjektiv oplevelse af øget energi, ledsaget af andre karakteristiske symptomer som hurtig eller presset tale, idéflugt, øget selvværd eller grandiositet, nedsat søvnbehov, distraherbarhed, impulsiv eller hensynsløs adfærd og hurtige skift mellem forskellige stemningstilstande (dvs. stemningslabilitet). Hvis personen tidligere har oplevet maniske eller blandede episoder, kræves der ikke en varighed på en uge for at diagnosticere en aktuel episode, hvis alle andre diagnostiske krav er opfyldt.

6A60.2 Bipolar type I-lidelse, nuværende episode hypomanisk

Diagnosekrav

Bipolar type I-forstyrrelse, aktuel episode hypoman diagnosticeres, når de definatoriske krav til bipolar type I-forstyrrelse er opfyldt, og den aktuelle episode er hypoman. En hypoman episode er en vedvarende stemningstilstand, der varer mindst flere dage, og som er karakteriseret ved mild stemningsforhøjelse eller øget irriterbarhed og øget aktivitet eller en subjektiv oplevelse af øget energi, ledsaget af andre karakteristiske symptomer som hurtig tale, hurtige tanker eller tankemylder, øget selvværd, øget seksualdrift eller selskabelighed, nedsat søvnbehov, distraherbarhed eller impulsiv eller hensynsløs adfærd. Symptomerne er ikke alvorlige nok til at forårsage en markant forringelse af den erhvervsmæssige funktion eller af sædvanlige sociale aktiviteter eller relationer til andre, de nødvendiggør ikke indlæggelse, og der er ingen ledsagende vrangforestillinger eller hallucinationer.

6A60.3 Bipolar type I-lidelse, aktuel depressiv episode, mild

Diagnosekrav

Bipolar type I-lidelse, aktuel depressiv episode, mild diagnosticeres, når de definatoriske krav til bipolar type I-lidelse er opfyldt, og den aktuelle episode er depressiv i en mild sværhedsgrad. En depressiv episode er karakteriseret ved en periode med nedtrykthed eller nedsat interesse for aktiviteter, der forekommer det meste af dagen, næsten hver dag i en periode, der varer mindst to uger, ledsaget af andre symptomer som koncentrationsbesvær, følelser af værdiløshed eller overdreven eller upassende skyldfølelse, håbløshed, tilbagevendende tanker om død eller selvmord, ændringer i appetit eller søvn, psykomotorisk uro eller retardering og nedsat energi eller træthed. I en mild depressiv episode er personen normalt plaget af symptomerne og har svært ved at fortsætte med at fungere på et eller flere områder (personligt, familiemæssigt, socialt, uddannelsesmæssigt, arbejdsmæssigt eller andre vigtige områder). Der er ingen vrangforestillinger eller hallucinationer under episoden.

6A60.4 Bipolar type I-lidelse, aktuel depressiv episode, moderat uden psykotiske symptomer

Diagnosekrav

Bipolar type I-lidelse, aktuel episode depressiv, moderat, uden psykotiske symptomer diagnosticeres, når de definatoriske krav til bipolar type I-lidelse er opfyldt, og den aktuelle episode er depressiv i moderat sværhedsgrad, og der ikke er vrangforestillinger eller hallucinationer under episoden. En depressiv episode er karakteriseret ved en periode med nedtrykthed eller nedsat interesse for aktiviteter, der forekommer det meste af dagen, næsten hver dag i en periode på mindst to uger, ledsaget af andre symptomer som koncentrationsbesvær, følelser af værdiløshed eller overdreven eller upassende skyldfølelse, håbløshed, tilbagevendende tanker om død eller selvmord, ændringer i appetit eller søvn, psykomotorisk agitation eller retardering og nedsat energi eller træthed. I en moderat depressiv episode er flere symptomer på en depressiv episode til stede i en markant grad, eller et stort antal depressive symptomer af mindre sværhedsgrad er til stede samlet set. Personen har typisk betydelige vanskeligheder med at fungere på flere områder (personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, arbejdsmæssige eller andre vigtige områder).

6A60.5 Bipolar type I-lidelse, aktuel depressiv episode, moderat med psykotiske symptomer

Diagnosekrav

Bipolar type I-lidelse, aktuel episode depressiv, moderat, med psykotiske symptomer diagnosticeret, når de definatoriske krav til bipolar type I-lidelse er opfyldt, og den aktuelle episode er depressiv i en moderat sværhedsgrad, og der er vrangforestillinger eller hallucinationer under episoden. En depressiv episode er karakteriseret ved en periode med nedtrykthed eller nedsat interesse for aktiviteter, der forekommer det meste af dagen, næsten hver dag i en periode, der varer mindst to uger, ledsaget af andre symptomer som koncentrationsbesvær, følelser af værdiløshed eller overdreven eller upassende skyldfølelse, håbløshed, tilbagevendende tanker om død eller selvmord, ændringer i appetit eller søvn, psykomotorisk uro eller retardering og nedsat energi eller træthed. I en moderat depressiv episode er flere symptomer på en depressiv episode til stede i en markant grad, eller et stort antal depressive symptomer af mindre sværhedsgrad er til stede samlet set. Personen har typisk betydelige vanskeligheder med at fungere på flere områder (personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, arbejdsmæssige eller andre vigtige områder).

6A60.6 Bipolar type I-lidelse, aktuel depressiv episode, svær uden psykotiske symptomer

Diagnosekrav

Bipolar type I-lidelse, aktuel depressiv episode, svær, uden psykotiske symptomer diagnosticeres, når de definatoriske krav til bipolar type I-lidelse er opfyldt, og den aktuelle episode er svær, og der ikke er vrangforestillinger eller hallucinationer under episoden. En depressiv episode er karakteriseret ved en periode med nedtrykthed eller nedsat interesse for aktiviteter, der forekommer det meste af dagen, næsten hver dag i en periode på mindst to uger, ledsaget af andre symptomer som koncentrationsbesvær, følelser af værdiløshed eller overdreven eller upassende skyldfølelse, håbløshed, tilbagevendende tanker om død eller selvmord, ændringer i appetit eller søvn, psykomotorisk uro eller retardering og nedsat energi eller træthed. I en svær depressiv episode er mange eller de fleste symptomer på en depressiv episode til stede i en markant grad, eller et mindre antal symptomer er til stede og manifesterer sig i en intens grad. Personen har alvorlige problemer med at fortsætte med at fungere på de fleste områder (personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, arbejdsmæssige eller andre vigtige områder).

6A60.7 Bipolar type I-lidelse, aktuel depressiv episode, svær med psykotiske symptomer

Diagnosekrav

Bipolar type I-lidelse, aktuel depressiv episode, svær, med psykotiske symptomer diagnosticeres, når de definatoriske krav til bipolar type I-lidelse er opfyldt, og den aktuelle episode er svær, og der er vrangforestillinger eller hallucinationer under episoden. En depressiv episode er karakteriseret ved en periode med nedtrykthed eller nedsat interesse for aktiviteter, der forekommer det meste af dagen, næsten hver dag i en periode, der varer mindst to uger, ledsaget af andre symptomer som koncentrationsbesvær, følelser af værdiløshed eller overdreven eller upassende skyldfølelse, håbløshed, tilbagevendende tanker om død eller selvmord, ændringer i appetit eller søvn, psykomotorisk uro eller retardering og nedsat energi eller træthed. I en svær depressiv episode er mange eller de fleste symptomer på en depressiv episode til stede i en markant grad, eller et mindre antal symptomer er til stede og manifesterer sig i en intens grad. Personen har alvorlige problemer med at fortsætte med at fungere på de fleste områder (personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, arbejdsmæssige eller andre vigtige områder).

6A60.8 Bipolar type I-lidelse, aktuel depressiv episode, uspecificeret sværhedsgrad

Diagnosekrav

Bipolar type I-lidelse, aktuel depressiv episode, uspecificeret sværhedsgrad diagnosticeres, når de definitoriske krav til bipolar type I-lidelse er opfyldt, og den aktuelle episode er depressiv, men der ikke er tilstrækkelig information til at bestemme sværhedsgraden af den aktuelle depressive episode. En depressiv episode er karakteriseret ved en periode med nedtrykthed eller nedsat interesse for aktiviteter, der forekommer det meste af dagen, næsten hver dag i en periode på mindst to uger, ledsaget af andre symptomer som koncentrationsbesvær, følelser af værdiløshed eller overdreven eller upassende skyldfølelse, håbløshed, tilbagevendende tanker om død eller selvmord, ændringer i appetit eller søvn, psykomotorisk uro eller retardering og nedsat energi eller træthed. Symptomerne er forbundet med mindst en vis vanskelighed ved at fortsætte med almindeligt arbejde, sociale eller huslige aktiviteter.

6A60.9 Bipolar type I-lidelse, nuværende episode blandet, uden psykotiske symptomer

Diagnosekrav

Bipolar type I-lidelse, aktuel episode blandet, uden psykotiske symptomer diagnosticeres, når de definitoriske krav til bipolar type I-lidelse er opfyldt, og den aktuelle episode er blandet, og der ikke er vrangforestillinger eller hallucinationer til stede under episoden. En blandet episode er karakteriseret ved tilstedeværelsen af flere fremtrædende maniske og flere fremtrædende depressive symptomer, der er i overensstemmelse med dem, der observeres i maniske episoder og depressive episoder, som enten forekommer samtidigt eller skifter meget hurtigt (fra dag til dag eller inden for den samme dag). Symptomerne skal omfatte en ændret stemningsleje i overensstemmelse med en manisk og/eller depressiv episode (dvs. deprimeret, dysforisk, euforisk eller ekspansiv stemning) og være til stede det meste af dagen, næsten hver dag, i en periode på mindst 2 uger, medmindre det afkortes af en behandlingsintervention. Hvis personen tidligere har oplevet maniske eller blandede episoder, kræves der ikke en varighed på 2 uger for at diagnosticere en aktuel episode, hvis alle andre diagnostiske krav er opfyldt.

6A60. Bipolar type I-lidelse, nuværende episode blandet, med psykotiske symptomer

Diagnosekrav

Bipolar type I-lidelse, aktuel episode blandet, med psykotiske symptomer diagnosticeres, når de definitoriske krav til bipolar type I-lidelse er opfyldt, og den aktuelle episode er blandet, og der er vrangforestillinger eller hallucinationer til stede under episoden. En blandet episode er karakteriseret ved tilstedeværelsen af flere fremtrædende maniske og flere fremtrædende depressive symptomer, der er i overensstemmelse med dem, der observeres i maniske episoder og depressive episoder, som enten forekommer samtidigt eller veksler meget hurtigt (fra dag til dag eller inden for den samme dag). Symptomerne skal omfatte en ændret stemningsleje i overensstemmelse med en manisk og/eller depressiv episode (dvs. deprimeret, dysforisk, euforisk eller ekspansiv stemning) og være til stede det meste af dagen, næsten hver dag, i en periode på mindst 2 uger, medmindre det afkortes af en behandlingsintervention. Hvis personen tidligere har oplevet maniske eller blandede episoder, kræves der ikke en varighed på 2 uger for at diagnosticere en aktuel episode, hvis alle andre diagnostiske krav er opfyldt.

6A60.B Bipolar type I-lidelse, i øjeblikket i delvis remission, seneste episode manisk eller hypomanisk

Diagnosekrav

Bipolar type I-lidelse, i øjeblikket i delvis remission, seneste episode manisk eller hypomanisk diagnosticeres, når de definitoriske krav til bipolar type I-lidelse er opfyldt, og den seneste episode var en manisk eller hypomanisk episode. De fulde definitionskrav for en manisk eller hypomanisk episode er ikke længere opfyldt, men der er stadig nogle signifikante stemningssymptomer. I nogle tilfælde kan de resterende stemningssymptomer være depressive snarere end maniske eller hypomane, men de opfylder ikke de definitoriske krav til en depressiv episode.

6A60.C Bipolar type I-lidelse, i øjeblikket i delvis remission, seneste episode depressiv

Diagnosekrav

Bipolar type I-lidelse, i øjeblikket i delvis remission, seneste episode depressiv diagnosticeres, når de definitoriske krav til bipolar type I-lidelse er opfyldt, og den seneste episode var en depressiv episode. De fulde definitionskrav for episoden er ikke længere opfyldt, men der er stadig nogle betydelige depressive symptomer.

6A60.D Bipolar type I-lidelse, i øjeblikket i delvis remission, seneste episode blandet

Diagnosekrav

Bipolar type I-lidelse, i øjeblikket i delvis remission, seneste episode blandet diagnosticeres, når de definitoriske krav til bipolar type I-lidelse er opfyldt, og den seneste episode var en blandet episode. De fulde definitoriske krav til episoden er ikke længere opfyldt, men der er stadig nogle signifikante symptomer på stemningslejet.

6A60.E Bipolar type I-lidelse, i øjeblikket i delvis remission, seneste episode uspecificeret

Diagnosekrav

Bipolar type I-lidelse, i øjeblikket i delvis remission, seneste episode uspecificeret diagnosticeres, når de definitoriske krav til bipolar type I-lidelse er opfyldt, men der ikke er tilstrækkelig information til at bestemme arten af den seneste stemningsepisode. De fulde definitoriske krav til en stemningsepisode er ikke længere opfyldt, men der er stadig nogle signifikante stemningssymptomer.

6A60.F Bipolar type I-lidelse, i øjeblikket i fuld remission

Diagnosekrav

Bipolar type I-lidelse, i øjeblikket i fuld remission, diagnosticeres, når de fulde definitionskrav for bipolar type I-lidelse tidligere har været opfyldt, men der ikke længere er nogen signifikante symptomer på stemningslejet.

6A61 Bipolar type II-sygdom

Diagnosekrav

Bipolar type II-forstyrrelse er en episodisk stemningsforstyrrelse defineret ved forekomsten af en eller flere hypomaniske episoder og mindst en depressiv episode. En hypomanisk episode er en vedvarende stemningstilstand, der varer i mindst flere dage, og som er karakteriseret ved vedvarende forhøjet humør eller øget irritabilitet samt øget aktivitet eller en subjektiv oplevelse af øget energi, ledsaget af andre karakteristiske symptomer såsom øget snakkesalighed, hurtige eller hurtige tanker, øget selvværd, nedsat søvnbehov, distraherbarhed og impulsiv eller hensynsløs adfærd. Symptomerne repræsenterer en ændring i forhold til personens typiske humør, energiniveau og adfærd, men er ikke alvorlige nok til at forårsage en markant funktionsnedsættelse. En depressiv episode er karakteriseret ved en periode med deprimeret stemning eller nedsat interesse for aktiviteter, der forekommer det meste af dagen, næsten hver dag i en periode på mindst to uger, ledsaget af andre symptomer såsom ændringer i appetit eller søvn, psykomotorisk uro eller retardering, træthed, følelser af værdiløshed eller overdreven eller uhensigtsmæssig skyldfølelse, følelser af håbløshed, koncentrationsbesvær og selvmordstanker. Der er ingen anamnese af maniske eller blandede episoder.

6A61.0 Bipolar type II-lidelse, aktuel episode hypomanisk

Diagnosekrav

Bipolar type II-forstyrrelse, aktuel episode hypoman diagnosticeres, når de definitoriske krav til bipolar type II-forstyrrelse er opfyldt, og den aktuelle episode er hypoman. En hypoman episode er en vedvarende stemningstilstand, der varer mindst flere dage, og som er karakteriseret ved mild stemningsforhøjelse eller øget irritabilitet og øget aktivitet eller en subjektiv oplevelse af øget energi, ledsaget af andre karakteristiske symptomer som hurtig tale, hurtige tanker eller tankemylder, øget selvværd, øget seksualdrift eller selskabelighed, nedsat søvnbehov, distraherbarhed eller impulsiv eller hensynsløs adfærd. Symptomerne er ikke alvorlige nok til at forårsage en markant forringelse af den erhvervs-mæssige funktion eller af sædvanlige sociale aktiviteter eller relationer til andre, de nødvendiggør ikke indlæggelse, og der er ingen ledsagende vrangforestillinger eller hallucinationer.

6A61.1 Bipolar type II-lidelse, aktuel depressiv episode, mild

Diagnosekrav

Bipolar type II-lidelse, aktuel depressiv episode, mild diagnosticeres, når de definatoriske krav til bipolar type II-lidelse er opfyldt, og den aktuelle episode er depressiv i en mild sværhedsgrad. En depressiv episode er karakteriseret ved en periode med nedtrykthed eller nedsat interesse for aktiviteter, der forekommer det meste af dagen, næsten hver dag i en periode, der varer mindst to uger, ledsaget af andre symptomer som koncentrationsbesvær, følelser af værdiløshed eller overdreven eller upassende skyldfølelse, håbløshed, tilbagevendende tanker om død eller selvmord, ændringer i appetit eller søvn, psykomotorisk uro eller retardering og nedsat energi eller træthed. I en mild depressiv episode er personen normalt plaget af symptomerne og har svært ved at fortsætte med at fungere på et eller flere områder (personligt, familiemæssigt, socialt, uddannelsesmæssigt, arbejdsmæssigt eller andre vigtige områder). Der er ingen vrangforestillinger eller hallucinationer under episoden.

6A61.2 Bipolar type II-lidelse, aktuel depressiv episode, moderat uden psykotiske symptomer

Diagnosekrav

Bipolar type II-lidelse, aktuel episode depressiv, moderat, uden psykotiske symptomer diagnosticeres, når de definatoriske krav til bipolar type II-lidelse er opfyldt, og den aktuelle episode er depressiv i moderat sværhedsgrad, og der ikke er vrangforestillinger eller hallucinationer under episoden. En depressiv episode er karakteriseret ved en periode med nedtrykthed eller nedsat interesse for aktiviteter, der forekommer det meste af dagen, næsten hver dag i en periode på mindst to uger, ledsaget af andre symptomer som koncentrationsbesvær, følelser af værdiløshed eller overdreven eller upassende skyldfølelse, håbløshed, tilbagevendende tanker om død eller selvmord, ændringer i appetit eller søvn, psykomotorisk agitation eller retardering og nedsat energi eller træthed. I en moderat depressiv episode er flere symptomer på en depressiv episode til stede i en markant grad, eller et stort antal depressive symptomer af mindre sværhedsgrad er til stede samlet set. Personen har typisk betydelige vanskeligheder med at fungere på flere områder (personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, arbejdsmæssige eller andre vigtige områder).

6A61.3 Bipolar type II-lidelse, aktuel depressiv episode, moderat med psykotiske symptomer

Diagnosekrav

Bipolar type II-lidelse, aktuel episode depressiv, moderat, med psykotiske symptomer diagnosticeret, når de definatoriske krav til bipolar type II-lidelse er opfyldt, og den aktuelle episode er depressiv i en moderat sværhedsgrad, og der er vrangforestillinger eller hallucinationer under episoden. En depressiv episode er karakteriseret ved en periode med nedtrykthed eller nedsat interesse for aktiviteter, der forekommer det meste af dagen, næsten hver dag i en periode, der varer mindst to uger, ledsaget af andre symptomer som koncentrationsbesvær, følelser af værdiløshed eller overdreven eller upassende skyldfølelse, håbløshed, tilbagevendende tanker om død eller selvmord, ændringer i appetit eller søvn, psykomotorisk uro eller retardering og nedsat energi eller træthed. I en moderat depressiv episode er flere symptomer på en depressiv episode til stede i en markant grad, eller et stort antal depressive symptomer af mindre sværhedsgrad er til stede samlet set. Personen har typisk betydelige vanskeligheder med at fungere på flere områder (personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige områder).

6A61.4 Bipolar type II-lidelse, aktuel depressiv episode, svær uden psykotiske symptomer

Diagnosekrav

Bipolar type II-lidelse, aktuel depressiv episode, svær, uden psykotiske symptomer diagnosticeres, når de definatoriske krav til bipolar type II-lidelse er opfyldt, og den aktuelle episode er svær, og der ikke er vrangforestillinger eller hallucinationer under episoden. En depressiv episode er karakteriseret ved en periode med nedtrykthed eller nedsat interesse for aktiviteter, der forekommer det meste af dagen, næsten hver dag i en periode på mindst to uger, ledsaget af andre symptomer som koncentrationsbesvær, følelser af værdiløshed eller overdreven eller upassende skyldfølelse, håbløshed, tilbagevendende tanker om død eller selvmord, ændringer i appetit eller søvn, psykomotorisk uro eller retardering og nedsat energi eller træthed. I en svær depressiv episode er mange eller de fleste symptomer på en depressiv episode til stede i en markant grad, eller et mindre antal symptomer er til stede og manifesterer sig i en intens grad. Personen har alvorlige problemer med at fortsætte med at fungere på de fleste områder (personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, arbejdsmæssige eller andre vigtige områder).

6A61.5 Bipolar type II-lidelse, aktuel depressiv episode, svær med psykotiske symptomer

Diagnosekrav

Bipolar type II-lidelse, aktuel depressiv episode, svær, med psykotiske symptomer diagnosticeres, når de definatoriske krav til bipolar type II-lidelse er opfyldt, og den aktuelle episode er svær, og der er vrangforestillinger eller hallucinationer under episoden. En depressiv episode er karakteriseret ved en periode med nedtrykthed eller nedsat interesse for aktiviteter, der forekommer det meste af dagen, næsten hver dag i en periode på mindst to uger, ledsaget af andre symptomer som koncentrationsbesvær, følelser af værdiløshed eller overdreven eller upassende skyldfølelse, håbløshed, tilbagevendende tanker om død eller selvmord, ændringer i appetit eller søvn, psykomotorisk uro eller retardering og nedsat energi eller træthed. I en svær depressiv episode er mange eller de fleste symptomer på en depressiv episode til stede i en markant grad, eller et mindre antal symptomer er til stede og manifesterer sig i en intens grad. Personen har alvorlige problemer med at fortsætte med at fungere på de fleste områder (personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, arbejdsmæssige eller andre vigtige områder).

6A61.6 Bipolar type II-lidelse, aktuel depressiv episode, uspecificeret sværhedsgrad

Diagnosekrav

Bipolar type II-lidelse, aktuel depressiv episode, uspecificeret sværhedsgrad diagnosticeres, når de definatoriske krav til bipolar type II-lidelse er opfyldt, og den aktuelle episode er depressiv, men der ikke er tilstrækkelig information til at bestemme sværhedsgraden af den aktuelle depressive episode. En depressiv episode er karakteriseret ved en periode med nedtrykthed eller nedsat interesse for aktiviteter, der forekommer det meste af dagen, næsten hver dag i en periode på mindst to uger, ledsaget af andre symptomer som koncentrationsbesvær, følelser af værdiløshed eller overdreven eller upassende skyldfølelse, håbløshed, tilbagevendende tanker om død eller selvmord, ændringer i appetit eller søvn, psykomotorisk uro eller retardering og nedsat energi eller træthed. Symptomerne er forbundet med mindst en vis vanskelighed ved at fortsætte med almindeligt arbejde, sociale eller huslige aktiviteter.

6A61.7 Bipolar type II-lidelse, i øjeblikket i delvis remission, seneste episode hypomanisk

Diagnosekrav

Bipolar type II-lidelse, i øjeblikket i delvis remission, seneste episode hypoman diagnosticeres, når de definatoriske krav til bipolar type II-lidelse er opfyldt, og den seneste episode var en hypomanisk episode. De fulde definatoriske krav til en hypoman episode er ikke længere opfyldt, men der er stadig nogle signifikante stemningssymptomer. I nogle tilfælde kan de resterende stemningssymptomer være depressive snarere end hypomane, men de opfylder ikke de definatoriske krav til en depressiv episode.

6A61.8 Bipolar type II-forstyrrelse, i øjeblikket i delvis remission, seneste episode depressiv

Diagnosekrav

Bipolar type II-lidelse, i øjeblikket i delvis remission, seneste episode depressiv diagnosticeres, når de definatoriske krav til bipolar type II-lidelse er opfyldt, og den seneste episode var en depressiv episode. De fulde definitionskrav for episoden er ikke længere opfyldt, men der er stadig nogle betydelige depressive symptomer.

6A61.9 Bipolar type II-lidelse, i øjeblikket i delvis remission, seneste episode uspecificeret

Diagnosekrav

Bipolar type II-forstyrrelse, i øjeblikket i delvis remission, seneste episode uspecificeret diagnosticeres, når de definatoriske krav til bipolar type II-forstyrrelse er opfyldt, men der ikke er tilstrækkelig information til at bestemme arten af den seneste stemningsepisode. De fulde definatoriske krav til en stemningsepisode er ikke længere opfyldt, men der er stadig nogle signifikante stemningssymptomer.

6A61.A Bipolar type II-lidelse, i øjeblikket i fuld remission

Diagnosekrav

Bipolar type II-lidelse, i øjeblikket i fuld remission, diagnosticeres, når de definatoriske krav til bipolar type II-lidelse er opfyldt, men der ikke længere er nogen signifikante symptomer på stemningslejet.

6A62 Cyklothymisk lidelse

Diagnosekrav

Cyklothymisk lidelse er karakteriseret ved en vedvarende ustabilitet i humøret over en periode på mindst 2 år, der omfatter talrige perioder med hypomaniske (f.eks. eufori, irritabilitet eller udadvendthed, psykomotorisk aktivering) og depressive (f.eks. nedtrykthed, nedsat interesse for aktiviteter, træthed) symptomer, der er til stede i mere end en del af tiden end ikke. Den hypomaniske symptomatologi kan være tilstrækkelig alvorlig eller langvarig til at opfylde alle definitionskravene til en hypomanisk episode (se Bipolar type II-sygdom), men der er ingen anamnese af maniske eller blandede episoder (se Bipolar type I-sygdom). Den depressive symptomatologi har aldrig været tilstrækkelig alvorlig eller langvarig til at opfylde de diagnostiske krav til en depressiv episode (se Bipolar type II-sygdom). Symptomerne resulterer i betydelig lidelse eller betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

Depressive lidelser

Diagnosekrav

Depressive lidelser er kendetegnet ved depressiv stemning (f.eks. trist, irriteret, tom) eller tab af glæde ledsaget af andre kognitive, adfærdsmæssige eller neurovegetative symptomer, der i væsentlig grad påvirker individets evne til at fungere. En depressiv lidelse bør ikke diagnosticeres hos personer, der nogensinde har oplevet en manisk, blandet eller hypomanisk episode, hvilket ville indikere tilstedeværelsen af en bipolar lidelse.

6A70 Depressiv lidelse i en enkelt episode

Diagnosekrav

Depressiv lidelse med en enkelt episode er karakteriseret ved tilstedeværelsen eller historien af en enkelt depressiv episode, når der ikke er nogen tidligere depressive episoder. En depressiv episode er karakteriseret ved en periode med deprimeret stemning eller nedsat interesse for aktiviteter, der forekommer det meste af dagen, næsten hver dag i en periode på mindst to uger, ledsaget af andre symptomer såsom koncentrationsbesvær, følelser af værdiløshed eller overdreven eller u hensigtsmæssig skyldfølelse, håbløshed, tilbagevendende tanker om død eller selvmord, ændringer i appetit eller søvn, psykomotorisk uro eller retardering og nedsat energi eller træthed. Der har aldrig tidligere været nogen tidligere maniske, hypomaniske eller blandede episoder, hvilket ville indikere tilstedeværelsen af en bipolar lidelse.

6A70.0 Depressiv lidelse med en enkelt episode, mild

Diagnosekrav

Depressiv lidelse med en enkelt episode, mild, diagnosticeres, når de definatoriske krav til en depressiv episode er opfyldt, og episoden er af mild sværhedsgrad. En depressiv episode er karakteriseret ved en periode med nedtrykthed eller nedsat interesse for aktiviteter, der forekommer det meste af dagen, næsten hver dag i en periode, der varer mindst to uger, ledsaget af andre symptomer såsom koncentrationsbesvær, følelser af værdiløshed eller overdreven eller upassende skyldfølelse, håbløshed, tilbagevendende tanker om død eller selvmord, ændringer i appetit eller søvn, psykomotorisk agitation eller retardering og nedsat energi eller træthed. I en mild depressiv episode er personen normalt plaget af symptomerne og har svært ved at fortsætte med at fungere på et eller flere områder (personligt, familiemæssigt, socialt, uddannelsesmæssigt, arbejdsmæssigt eller andre vigtige områder). Der er ingen vrangforestillinger eller hallucinationer under episoden.

6A70.1 Depressiv lidelse i en enkelt episode, moderat, uden psykotiske symptomer

Diagnosekrav

Depressiv enkeltstående episode, moderat, uden psykotiske symptomer diagnosticeres, når de definatoriske krav til en depressiv episode er opfyldt, der ikke tidligere har været depressive episoder, episoden er af moderat sværhedsgrad, og der ikke er vrangforestillinger eller hallucinationer under episoden. En depressiv episode er karakteriseret ved en periode med nedtrykthed eller nedsat interesse for aktiviteter, der forekommer det meste af dagen, næsten hver dag i en periode, der varer mindst to uger, ledsaget af andre symptomer som koncentrationsbesvær, følelser af værdiløshed eller overdreven eller upassende skyld, håbløshed, tilbagevendende tanker om død eller selvmord, ændringer i appetit eller søvn, psykomotorisk uro eller retardering og nedsat energi eller træthed. I en moderat depressiv episode er flere symptomer på en depressiv episode til stede i en markant grad, eller et stort antal depressive symptomer af mindre sværhedsgrad er til stede samlet set. Personen har typisk betydelige vanskeligheder med at fungere på flere områder (personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, arbejdsmæssige eller andre vigtige områder).

6A70.2 Depressiv lidelse i en enkelt episode, moderat, med psykotiske symptomer

Diagnosekrav

Depressiv enkeltstående episode, moderat, med psykotiske symptomer diagnosticeres, når de definatoriske krav til en depressiv episode er opfyldt, der ikke tidligere har været depressive episoder, episoden er af moderat sværhedsgrad, og der er vrangforestillinger eller hallucinationer under episoden. En depressiv episode er karakteriseret ved en periode med nedtrykthed eller nedsat interesse for aktiviteter, der forekommer det meste af dagen, næsten hver dag i en periode på mindst to uger ledsaget af andre symptomer som koncentrationsbesvær, følelser af værdiløshed eller overdreven eller upassende skyldfølelse, håbløshed, tilbagevendende tanker om død eller selvmord, ændringer i appetit eller søvn, psykomotorisk uro eller retardering og nedsat energi eller træthed. I en moderat depressiv episode er flere symptomer på en depressiv episode til stede i en markant grad, eller et stort antal depressive symptomer af mindre sværhedsgrad er til stede samlet set. Personen har typisk betydelige vanskeligheder med at fungere på flere områder (personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige områder).

6A70.3 Depressiv lidelse i en enkelt episode, svær, uden psykotiske symptomer

Diagnosekrav

Depressiv enkeltstående episode, svær, uden psykotiske symptomer diagnosticeres, når de definitoriske krav til depressiv enkeltstående episode er opfyldt, og den aktuelle episode er svær, og der ikke er vrangforestillinger eller hallucinationer under episoden. En depressiv episode er karakteriseret ved en periode med nedtrykthed eller nedsat interesse for aktiviteter, der forekommer det meste af dagen, næsten hver dag i en periode, der varer mindst to uger, ledsaget af andre symptomer som koncentrationsbesvær, følelser af værdiløshed eller overdreven eller upassende skyldfølelse, håbløshed, tilbagevendende tanker om død eller selvmord, ændringer i appetit eller søvn, psykomotorisk uro eller retardering og nedsat energi eller træthed. I en svær depressiv episode er mange eller de fleste symptomer på en depressiv episode til stede i en markant grad, eller et mindre antal symptomer er til stede og manifesterer sig i en intens grad. Personen har alvorlige problemer med at fortsætte med at fungere på de fleste områder (personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, arbejdsmæssige eller andre vigtige områder).

6A70.4 Depressiv lidelse i en enkelt episode, svær, med psykotiske symptomer

Diagnosekrav

Depressiv enkeltstående episode, svær, med psykotiske symptomer diagnosticeres, når de definitoriske krav til depressiv enkeltstående episode er opfyldt, og den aktuelle episode er svær, og der er vrangforestillinger eller hallucinationer under episoden. En depressiv episode er karakteriseret ved en periode med nedtrykthed eller nedsat interesse for aktiviteter, der forekommer det meste af dagen, næsten hver dag i en periode, der varer mindst to uger, ledsaget af andre symptomer som koncentrationsbesvær, følelser af værdiløshed eller overdreven eller upassende skyldfølelse, håbløshed, tilbagevendende tanker om død eller selvmord, ændringer i appetit eller søvn, psykomotorisk uro eller retardering og nedsat energi eller træthed. I en svær depressiv episode er mange eller de fleste symptomer på en depressiv episode til stede i en markant grad, eller et mindre antal symptomer er til stede og manifesterer sig i en intens grad. Personen har alvorlige problemer med fortsat at fungere på de fleste områder (personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, arbejdsmæssige eller andre vigtige områder). I en svær depressiv episode er mange eller de fleste symptomer på en depressiv episode til stede i en markant grad, eller et mindre antal symptomer er til stede og manifesterer sig i en intens grad. Personen har alvorlige problemer med fortsat at fungere på de fleste områder (personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige områder).

6A70.5 Depressiv lidelse i en enkelt episode, uspecificeret sværhedsgrad

Diagnosekrav

Depressiv lidelse, enkeltstående episode, uspecificeret sværhedsgrad diagnosticeres, når de definitoriske krav til en depressiv episode er opfyldt, der ikke er nogen historie med tidligere depressive episoder, og der ikke er tilstrækkelig information til at bestemme sværhedsgraden af den aktuelle depressive episode. En depressiv episode er karakteriseret ved en periode med nedtrykthed eller nedsat interesse for aktiviteter, der forekommer det meste af dagen, næsten hver dag i en periode, der varer mindst to uger, ledsaget af andre symptomer som koncentrationsbesvær, følelser af værdiløshed eller overdreven eller upassende skyld, håbløshed, tilbagevendende tanker om død eller selvmord, ændringer i appetit eller søvn, psykomotorisk uro eller retardering og nedsat energi eller træthed. Symptomerne er forbundet med mindst en vis vanskelighed ved at fortsætte med almindeligt arbejde, sociale eller huslige aktiviteter.

6A70.6 Depressiv lidelse med en enkelt episode, i øjeblikket i delvis remission

Diagnosekrav

Depressiv lidelse med en enkelt episode, i øjeblikket i delvis remission, diagnosticeres, når de fulde definitoriske krav til en depressiv episode er opfyldt, og der ikke tidligere har været depressive episoder. De fulde definitionskrav for en depressiv episode er ikke længere opfyldt, men der er stadig nogle signifikante symptomer på stemningslejet.

6A70.7 Depressiv lidelse med en enkelt episode, i øjeblikket i fuld remission

Diagnosekrav

Depressiv lidelse med en enkelt episode, i øjeblikket i fuld remission, diagnosticeres, når de fulde definitionskrav for en depressiv episode er blevet opfyldt tidligere, og der ikke længere er nogen signifikante symptomer på stemningslejet. Der er ingen historie med depressive episoder forud for den pågældende episode.

6A71 Tilbagevendende depressiv lidelse

Diagnosekrav

Recidiverende depressiv lidelse er karakteriseret ved en historie eller mindst to depressive episoder med mindst flere måneders mellemrum uden signifikante humørforstyrrelser. En depressiv episode er karakteriseret ved en periode med deprimeret stemning eller nedsat interesse for aktiviteter, der forekommer det meste af dagen, næsten hver dag i en periode på mindst to uger, ledsaget af andre symptomer såsom koncentrationsbesvær, følelser af værdiløshed eller overdreven eller uhensigtsmæssig skyldfølelse, håbløshed, tilbagevendende tanker om død eller selvmord, ændringer i appetit eller søvn, psykomotorisk uro eller retardering og nedsat energi eller træthed. Der har aldrig tidligere været nogen tidligere maniske, hypomaniske eller blandede episoder, hvilket ville indikere tilstedeværelsen af en bipolar lidelse.

6A71.0 Tilbagevendende depressiv lidelse, aktuel episode mild

Diagnosekrav

Tilbagevendende depressiv lidelse, aktuel episode mild diagnosticeres, når de definatoriske krav til Tilbagevendende depressiv lidelse er opfyldt, og der aktuelt er en depressiv episode af mild sværhedsgrad. En depressiv episode er karakteriseret ved en periode med nedtrykthed eller nedsat interesse for aktiviteter, der forekommer det meste af dagen, næsten hver dag i en periode, der varer mindst to uger, ledsaget af andre symptomer som koncentrationsbesvær, følelser af værdiløshed eller overdreven eller upassende skyldfølelse, håbløshed, tilbagevendende tanker om død eller selvmord, ændringer i appetit eller søvn, psykomotorisk uro eller retardering og nedsat energi eller træthed. I en mild depressiv episode er personen normalt plaget af symptomerne og har svært ved at fortsætte med at fungere på et eller flere områder (personligt, familiemæssigt, socialt, uddannelsesmæssigt, arbejdsmæssigt eller andre vigtige områder). Der er ingen vrangforestillinger eller hallucinationer under episoden.

6A71.1 Tilbagevendende depressiv lidelse, aktuel episode moderat, uden psykotiske symptomer

Diagnosekrav

Tilbagevendende depressiv lidelse, aktuel episode moderat, uden psykotiske symptomer diagnosticeres, når de definatoriske krav til tilbagevendende depressiv lidelse er opfyldt, og der aktuelt er en depressiv episode af moderat sværhedsgrad, og der ikke er vrangforestillinger eller hallucinationer under episoden. En depressiv episode er karakteriseret ved en periode med nedtrykthed eller nedsat interesse for aktiviteter, der forekommer det meste af dagen, næsten hver dag i en periode på mindst to uger, ledsaget af andre symptomer som koncentrationsbesvær, følelser af værdiløshed eller overdreven eller upassende skyldfølelse, håbløshed, tilbagevendende tanker om død eller selvmord, ændringer i appetit eller søvn, psykomotorisk uro eller retardering og nedsat energi eller træthed. I en moderat depressiv episode er flere symptomer på en depressiv episode til stede i en markant grad, eller et stort antal depressive symptomer af mindre sværhedsgrad er til stede samlet set. Personen har typisk betydelige vanskeligheder med at fungere på flere områder (personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, arbejdsmæssige eller andre vigtige områder).

6A71.2 Tilbagevendende depressiv lidelse, aktuel episode moderat, med psykotiske symptomer

Diagnosekrav

Tilbagevendende depressiv lidelse, aktuel episode moderat, med psykotiske symptomer diagnosticeres, når de definatoriske krav til Tilbagevendende depressiv lidelse er opfyldt, og der aktuelt er en depressiv episode af moderat sværhedsgrad, og der er vrangforestillinger eller hallucinationer under episoden. En depressiv episode er karakteriseret ved en periode med nedtrykthed eller nedsat interesse for aktiviteter, der forekommer det meste af dagen, næsten hver dag i en periode på mindst to uger, ledsaget af andre symptomer som koncentrationsbesvær, følelser af værdiløshed eller overdreven eller upassende skyldfølelse, håbløshed, tilbagevendende tanker om død eller selvmord, ændringer i appetit eller søvn, psykomotorisk uro eller retardering og nedsat energi eller træthed. I en moderat depressiv episode er flere symptomer på en depressiv episode til stede i en markant grad, eller et stort antal depressive symptomer af mindre sværhedsgrad er til stede samlet set. Personen har typisk betydelige vanskeligheder med at fungere på flere områder (personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, arbejdsmæssige eller andre vigtige områder).

6A71.3 Tilbagevendende depressiv lidelse, aktuel episode svær, uden psykotiske symptomer

Diagnosekrav

Tilbagevendende depressiv lidelse, aktuel episode svær, uden psykotiske symptomer diagnosticeres, når de definatoriske krav til Tilbagevendende depressiv lidelse er opfyldt, og den aktuelle episode er svær, og der ikke er vrangforestillinger eller hallucinationer under episoden. En depressiv episode er karakteriseret ved en periode med nedtrykthed eller nedsat interesse for aktiviteter, der forekommer det meste af dagen, næsten hver dag i en periode på mindst to uger, ledsaget af andre symptomer som koncentrationsbesvær, følelser af værdiløshed eller overdreven eller upassende skyldfølelse, håbløshed, tilbagevendende tanker om død eller selvmord, ændringer i appetit eller søvn, psykomotorisk uro eller retardering og nedsat energi eller træthed. I en svær depressiv episode er mange eller de fleste symptomer på en depressiv episode til stede i en markant grad, eller et mindre antal symptomer er til stede og manifesterer sig i en intens grad. Personen har alvorlige problemer med at fortsætte med at fungere på de fleste områder (personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, arbejdsmæssige eller andre vigtige områder).

6A71.4 Tilbagevendende depressiv lidelse, aktuel episode svær, med psykotiske symptomer

Diagnosekrav

Tilbagevendende depressiv lidelse, aktuel episode svær, med psykotiske symptomer diagnosticeres, når de definatoriske krav til Tilbagevendende depressiv lidelse er opfyldt, og den aktuelle episode er svær, og der er vrangforestillinger eller hallucinationer under episoden. En depressiv episode er karakteriseret ved en periode med nedtrykthed eller nedsat interesse for aktiviteter, der forekommer det meste af dagen, næsten hver dag i en periode på mindst to uger, ledsaget af andre symptomer som koncentrationsbesvær, følelser af værdiløshed eller overdreven eller upassende skyldfølelse, håbløshed, tilbagevendende tanker om død eller selvmord, ændringer i appetit eller søvn, psykomotorisk uro eller retardering og nedsat energi eller træthed. I en svær depressiv episode er mange eller de fleste symptomer på en depressiv episode til stede i en markant grad, eller et mindre antal symptomer er til stede og manifesterer sig i en intens grad. Personen har alvorlige problemer med fortsat at fungere på de fleste områder (personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, arbejdsmæssige eller andre vigtige områder). I en svær depressiv episode er mange eller de fleste symptomer på en depressiv episode til stede i en markant grad, eller et mindre antal symptomer er til stede og manifesterer sig i en intens grad. Personen har alvorlige problemer med at fortsætte med at fungere på de fleste områder (personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige områder).

6A71.5 Tilbagevendende depressiv lidelse, aktuel episode, uspecificeret sværhedsgrad

Diagnosekrav

Tilbagevendende depressiv lidelse, aktuel episode, uspecificeret sværhedsgrad diagnosticeres, når de definatoriske krav til en depressiv episode er opfyldt, og der er en historie med tidligere depressive episoder, men der er utilstrækkelig information til at bestemme sværhedsgraden af den aktuelle depressive episode. En depressiv episode er karakteriseret ved en periode med næsten daglig nedtrykthed eller nedsat interesse for aktiviteter, der varer mindst to uger, ledsaget af andre symptomer som koncentrationsbesvær, følelser af værdiløshed eller overdreven eller upassende skyldfølelse, håbløshed, tilbagevendende tanker om død eller selvmord, ændringer i appetit eller søvn, psykomotorisk agitation eller retardering og nedsat energi eller træthed. Symptomerne er forbundet med mindst en vis vanskelighed ved at fortsætte med almindeligt arbejde, sociale eller huslige aktiviteter.

6A71.6 Tilbagevendende depressiv lidelse, i øjeblikket i delvis remission

Diagnosekrav

Tilbagevendende depressiv lidelse, i øjeblikket i delvis remission, diagnosticeres, når de definatoriske krav til Tilbagevendende depressiv lidelse er opfyldt; de fulde definatoriske krav til en depressiv episode er ikke længere opfyldt, men der er stadig nogle signifikante symptomer på stemningslejet.

6A71.7 Tilbagevendende depressiv lidelse, i øjeblikket i fuld remission

Diagnosekrav

Tilbagevendende depressiv lidelse, i øjeblikket i fuld remission diagnosticeres, når de definatoriske krav til tilbagevendende depressiv lidelse er opfyldt, men der i øjeblikket ikke er nogen signifikante symptomer på stemningslejet.

6A72 Dysthymisk lidelse

Diagnosekrav

Dysthymisk lidelse er karakteriseret ved en vedvarende depressiv stemning (dvs. vedvarende i 2 år eller mere), det meste af dagen, i flere dage end ikke. Hos børn og unge kan depressivt humør vise sig som gennemgående irritabilitet. Det depressive humør ledsages af yderligere symptomer såsom markant nedsat interesse eller glæde ved aktiviteter, nedsat koncentration og opmærksomhed eller ubeslutsomhed, lavt selvværd eller overdreven eller u hensigtsmæssig skyldfølelse, håbløshed med hensyn til fremtiden, forstyrret søvn eller øget søvn, nedsat eller øget appetit, lav energi eller træthed. I løbet af de første 2 år af lidelsen har der aldrig været en 2-ugers periode, hvor antallet og varigheden af symptomer har været tilstrækkeligt til at opfylde de diagnostiske krav til en depressiv episode. Der er ingen anamnese af maniske, blandede eller hypomaniske episoder.

6A73 Blandet depressiv og angstlidelse

Diagnosekrav

Blandet depressiv og angstlidelse er karakteriseret ved symptomer på både angst og depression flere dage i en periode på to uger eller mere. Depressive symptomer omfatter deprimeret stemning eller markant nedsat interesse eller glæde ved aktiviteter. Der er flere angstsymptomer, som kan omfatte følelse af nervøsitet, angst eller nervøsitet, manglende evne til at kontrollere bekymrende tanker, frygt for, at der vil ske noget frygteligt, problemer med at slappe af, muskelspændinger eller sympatiske autonome symptomer. Ingen af de to sæt symptomer er hver for sig tilstrækkeligt alvorlige, talrige eller vedvarende til at retfærdiggøre en diagnose af en anden depressiv lidelse eller en angst- eller frygtrelateret lidelse. Symptomerne resulterer i betydelig lidelse eller betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder. Der er ingen anamnese af maniske eller blandede episoder, hvilket ville indikere tilstedeværelsen af en bipolar lidelse.

6A80 Symptomatiske præsentationer og forløb for humørepisoder ved humørsygdomme

Diagnosekrav

Disse kategorier kan anvendes til at beskrive præsentationen og karakteristika af stemningsepisoder i forbindelse med depressiv lidelse med en enkelt episode, tilbagevendende depressiv lidelse, bipolar type I lidelse eller bipolar type II lidelse. Disse kategorier angiver tilstedeværelsen af specifikke, vigtige træk ved den kliniske præsentation eller ved humørepisodernes forløb, indtræden og mønster. Disse kategorier udelukker ikke hinanden, og der kan tilføjes så mange som nødvendigt.

6A80.0 Fremtrædende angstsymptomer i humørepisoder

Diagnosekrav

I forbindelse med en aktuel depressiv, manisk, blandet eller hypoman episode har fremtrædende og klinisk signifikante angstsymptomer (f.eks. at føle sig nervøs, ængstelig eller anspændt, ikke at kunne kontrollere bekymrende tanker, frygt for, at noget forfærdeligt vil ske, problemer med at slappe af, motoriske spændinger, autonome symptomer) været til stede det meste af tiden under episoden. Hvis der har været panikanfald under en aktuel depressiv eller blandet episode, skal disse registreres separat. Når de diagnostiske krav til både en stemningslidelse og en angst- eller frygtrelateret lidelse er opfyldt, bør den angst- eller frygtrelaterede lidelse også diagnosticeres.

6A80.1 Panikanfald i episoder med stemningsleje

Diagnosekrav

I forbindelse med en aktuel stemningsepisode (manisk, depressiv, blandet eller hypoman) har der været tilbagevendende panikanfald (dvs. mindst to) i løbet af den seneste måned, som opstår specifikt som reaktion på angstprovokerende kognitioner, der er kendetegnende for stemningsepisoden. Hvis panikanfald udelukkende forekommer som reaktion på sådanne tanker, skal panikanfald registreres ved hjælp af denne kvalifikator i stedet for at tildele en yderligere samtidig diagnose af panikforstyrrelse. Hvis nogle panikanfald i løbet af den depressive eller blandede episode har været uventede og ikke udelukkende som reaktion på depressive eller angstprovokerende tanker, skal der tildeles en separat diagnose af panikforstyrrelse.

6A80.2 Aktuel depressiv episode vedvarende

Diagnosekrav

De diagnostiske krav til en depressiv episode er aktuelt opfyldt og har været opfyldt kontinuerligt i mindst de seneste 2 år.

6A80.3 Aktuel depressiv episode med melankoli

Diagnosekrav

I forbindelse med en aktuel depressiv episode har flere af følgende symptomer været til stede i den værste periode af den aktuelle episode: tab af interesse eller glæde ved de fleste aktiviteter, der normalt er behagelige for individet (dvs. gennemgribende anhedoni); manglende følelsesmæssig reaktivitet over for normalt behagelige stimuli eller omstændigheder (dvs. humøret løfter sig ikke engang forbigående ved eksponering); terminal søvnløshed (dvs. (vågner om morgenen to timer eller mere før det sædvanlige tidspunkt); depressive symptomer er værre om morgenen; markant psykomotorisk retardering eller agitation; markant appetitløshed eller væggtab.

6A80.4 Årstidsbestemt mønster for humørsvingningsepisoders begyndelse

Diagnosekrav

I forbindelse med recidiverende depressiv lidelse, bipolar type I eller bipolar type II lidelse har der været et regelmæssigt sæsonbestemt mønster for debut og remission af mindst én type episode (dvs. depressive, maniske, blandede eller hypomane episoder), hvor et betydeligt flertal af de relevante stemningsepisoder svarer til det sæsonbestemte mønster. (Ved bipolar type I og bipolar type II følger alle typer af stemningsepisoder muligvis ikke dette mønster). Et sæsonbestemt mønster skal skelnes fra en episode, der er sammenfaldende med en bestemt årstid, men overvejende relateret til en psykologisk stressfaktor, der regelmæssigt forekommer på den tid af året (f.eks. sæsonbestemt arbejdsløshed).

6A80.5 Rapid cycling

Diagnosekrav

I forbindelse med bipolar type I- eller bipolar type II-forstyrrelse har der været en høj frekvens af stemningsepisoder (mindst fire) i løbet af de sidste 12 måneder. Der kan være et skift fra den ene stemningspolaritet til den anden, eller stemningsepisoderne kan være afgrænset af en periode med remission. Hos personer med en høj frekvens af humørepisoder kan nogle have en kortere varighed end dem, der normalt observeres ved bipolar type I eller bipolar type II lidelse. Især kan depressive perioder kun vare nogle få dage. Hvis depressive og maniske symptomer veksler meget hurtigt (dvs. fra dag til dag eller inden for den samme dag), bør man diagnosticere en blandet episode snarere end rapid cycling.

Angst- eller frygtrelaterede lidelser

Diagnosekrav

Angst- og frygtrelaterede lidelser er karakteriseret ved overdreven frygt og angst og relaterede adfærdsforstyrrelser med symptomer, der er alvorlige nok til at resultere i betydelig angst eller betydelig svækkelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder. Frygt og angst er nært beslægtede fænomener; frygt er en reaktion på en opfattet overhængende trussel i nutiden, mens angst er mere fremtidsorienteret og henviser til en opfattet forventet trussel. Et vigtigt differentierende træk blandt de angst- og frygtrelaterede lidelser er de lidelsesspecifikke angstfokuser, dvs. den stimulus eller situation, der udløser frygten eller angsten. Den kliniske præsentation af angst- og frygtrelaterede lidelser omfatter typisk specifikke tilknyttede kognitioner, som kan hjælpe med at skelne mellem lidelserne ved at tydeliggøre fokus for angsten.

6B00 Generaliseret angstlidelse

Diagnosekrav

Generaliseret angstlidelse er karakteriseret ved markante symptomer på angst, der varer ved i mindst flere måneder, i flere dage end ikke, og som manifesteres ved enten generel ængstelse (dvs. "frit svævende angst") eller overdreven bekymring fokuseret på flere dagligdags begivenheder, oftest vedrørende familie, helbred, økonomi og skole eller arbejde, sammen med yderligere symptomer såsom muskelspænding eller motorisk uro, sympatisk autonom overaktivitet, subjektiv oplevelse af nervøsitet, koncentrationsbesvær, irritabilitet eller søvnforstyrrelser. Symptomerne resulterer i betydelig lidelse eller betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder. Symptomerne er ikke en manifestation af en anden helbredstilstand og skyldes ikke virkningerne af et stof eller en medicin på centralnervesystemet.

6B01 Paniklidelse

Diagnosekrav

Panikforstyrrelse er karakteriseret ved tilbagevendende uventede panikanfald, der ikke er begrænset til bestemte stimuli eller situationer. Panikanfald er diskrete episoder af intens frygt eller ængstelse ledsaget af hurtig og samtidig indtræden af flere karakteristiske symptomer (f.eks. hjertebanken eller øget hjerterefrekvens, sved, rysten, åndenød, brystsmærter, svimmelhed eller kuldegysninger, hedsure, frygt for nært forestående død). Panikforstyrrelse er desuden kendetegnet ved vedvarende bekymring for gentagelse eller betydning af panikanfald eller adfærd, der har til formål at undgå gentagelse, og som resulterer i betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder. Symptomerne er ikke en manifestation af en anden medicinsk tilstand og skyldes ikke virkningerne af et stof eller medicin på centralnervesystemet.

6B02 Agorafobi

Diagnosekrav

Agorafobi er karakteriseret ved udtalt og overdreven frygt eller angst, der opstår som reaktion på flere situationer, hvor det kan være vanskeligt at undslippe, eller hvor der måske ikke er hjælp at hente, f.eks. ved brug af offentlige transportmidler, ved at være i menneskemængder, ved at være alene uden for hjemmet (f.eks. i butikker, teatre, ved at stå i kø). Personen er konstant bekymret for disse situationer på grund af en frygt for specifikke negative resultater (f.eks. panikanfald, andre invaliderende eller pinlige fysiske symptomer). Situationerne undgås aktivt, de indgår kun under særlige omstændigheder, f.eks. i nærvær af en betroet ledsager, eller de udholdes med intens frygt eller angst. Symptomerne varer ved i mindst flere måneder og er så alvorlige, at de medfører betydelig angst eller betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

6B03 Specifik fobi

Diagnosekrav

Specifik fobi er karakteriseret ved en markant og overdreven frygt eller angst, der konsekvent opstår ved eksponering eller forventning om eksponering for en eller flere specifikke genstande eller situationer (f.eks. nærhed til visse dyr, flyvning, højder, lukkede rum, synet af blod eller skader), som er ude af proportioner med den faktiske fare. De fobiske genstande eller situationer undgås eller udholdes med intens frygt eller ængstelse. Symptomerne varer ved i mindst flere måneder og er så alvorlige, at de medfører betydelig lidelse eller betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

6B04 Social angstlidelse

Diagnosekrav

Social angstlidelse er karakteriseret ved markant og overdreven frygt eller angst, der konsekvent forekommer i en eller flere sociale situationer såsom sociale interaktioner (f.eks. at føre en samtale), at gøre noget, mens man føler sig observeret (f.eks. at spise eller drikke i andres nærvær), eller at optræde foran andre (f.eks. at holde en tale). Personen er bekymret for, at han eller hun vil opføre sig på en måde eller vise angstsymptomer, som vil blive vurderet negativt af andre. Relevante sociale situationer undgås konsekvent eller udholdes med intens frygt eller angst. Symptomerne varer ved i mindst flere måneder og er tilstrækkeligt alvorlige til at medføre betydelig angst eller betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

6B05 Adskillelsesangstlidelse

Diagnosekrav

Separationsangstforstyrrelse er karakteriseret ved udtalt og overdreven frygt eller angst for adskillelse fra bestemte tilknytningsfigurer. Hos børn og unge er separationsangst typisk fokuseret på omsorgspersoner, forældre eller andre familiemedlemmer, og frygten eller angsten går ud over, hvad der ville blive betragtet som udviklingsmæssigt normativt. Hos voksne er fokus typisk på en romantisk partner eller børn. Manifestationer af separationsangst kan omfatte tanker om skade eller uheldige hændelser, der rammer tilknytningsfiguren, modvilje mod at gå i skole eller på arbejde, tilbagevendende overdreven angst ved adskillelse, modvilje mod eller nægtelse mod at sove væk fra tilknytningsfiguren og tilbagevendende mareridt om adskillelse. Symptomerne varer ved i mindst flere måneder og er tilstrækkeligt alvorlige til at medføre betydelig lidelse eller betydelig svækkelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

6B06 Selektiv mutisme

Diagnosekrav

Selektiv mutisme er karakteriseret ved konsekvent selektivitet i tale, således at et barn udviser tilstrækkelig sproglig kompetence i specifikke sociale situationer, typisk i hjemmet, men konsekvent undlader at tale i andre situationer, typisk i skolen. Forstyrrelsen varer i mindst en måned, er ikke begrænset til den første måned i skolen og er tilstrækkelig alvorlig til at forstyrre uddannelsesresultaterne eller den sociale kommunikation. Den manglende evne til at tale skyldes ikke manglende kendskab til eller manglende komfort med det talesprog, der kræves i den sociale situation (f.eks. et andet sprog, der tales i skolen end derhjemme).

Obsessiv-kompulsive eller beslægtede lidelser

Diagnosekrav

Obsessiv-kompulsive og beslægtede lidelser er en gruppe af lidelser, der er kendetegnet ved gentagne tanker og adfærd, som menes at have ligheder i ætologi og centrale diagnostiske validatorer. Kognitive fænomener som f.eks. tvangstanke, påtrængende tanker og bekymringer er centrale for en delmængde af disse tilstande (dvs. tvangstanke, kropsdysmorfi, hypokondri, hypokondri og olfaktorisk referenceforstyrrelse) og ledsages af beslægtede gentagne adfærdsmønstre. Hoarding Disorder er ikke forbundet med påtrængende uønskede tanker, men er snarere karakteriseret ved et tvangsmæssigt behov for at samle ejendele og angst i forbindelse med at kassere dem. Gruppen omfatter også kropsfokuserede gentagne adfærdsforstyrrelser, som primært er kendetegnet ved tilbagevendende og vanemæssige handlinger rettet mod integumentet (f.eks. at trække i håret eller pille i huden) og mangler et fremtrædende kognitivt aspekt. Symptomerne resulterer i betydelig lidelse eller betydelig svækkelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

6B20 Obsessiv-kompulsiv lidelse

Diagnosekrav

Obsessiv-kompulsiv lidelse er kendetegnet ved tilstedeværelsen af vedvarende tvangstanke eller tvangstanke eller oftest begge dele. Obsessioner er gentagne og vedvarende tanker, billeder eller impulser/trang, som er påtrængende, uønskede og almindeligvis forbundet med angst. Den enkelte forsøger at ignorere eller undertrykke tvangstanker eller at neutralisere dem ved at udføre tvangstanke. Tvangshandlinger er gentagne adfærdsmønstre, herunder gentagne mentale handlinger, som personen føler sig drevet til at udføre som reaktion på en tvangstanke, i henhold til strenge regler eller for at opnå en følelse af "fuldstændighed". For at tvangstanke og tvangstanke kan diagnosticeres, skal de være tidskrævende (f.eks. tage mere end en time om dagen) eller resultere i betydelig lidelse eller betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

6B20.0 Obsessiv-kompulsiv lidelse med rimelig til god indsigt

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til obsessiv-kompulsiv lidelse er opfyldt. Meget af tiden er individet i stand til at underholde muligheden for, at hans eller hendes lidelsesspecifikke overbevisninger måske ikke er sande og er villig til at acceptere en alternativ forklaring på hans eller hendes oplevelse. På afgrænsede tidspunkter (f.eks. når de er meget ængstelige), kan den enkelte ikke vise nogen indsigt.

6B20.1 Obsessiv-kompulsiv lidelse med dårlig til fraværende indsigt

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til obsessiv-kompulsiv lidelse er opfyldt. Det meste eller hele tiden er individet overbevist om, at de lidelsesspecifikke overbevisninger er sande og kan ikke acceptere en alternativ forklaring på deres oplevelse. Den manglende indsigt, som individet udviser, varierer ikke markant som funktion af angstniveauet.

6B21 Kropsdysmorfisk lidelse

Diagnosekrav

Kropsdysmorfisk lidelse er kendetegnet ved vedvarende optagethed af en eller flere opfattede fejl eller mangler ved udseendet, som enten ikke kan bemærkes eller kun i ringe grad kan bemærkes af andre. Individene oplever overdreven selvbevidsthed, ofte med referenceideer (dvs. overbevisning om, at folk lægger mærke til, dømmes eller taler om den opfattede defekt eller mangel). Som reaktion på deres bekymring udviser de enkelte personer gentagne og overdrevne adfærdsmønstre, herunder gentagne undersøgelser af den opfattede defekt eller mangel, overdrevne forsøg på at camouflere eller ændre den opfattede defekt eller udtalt undgåelse af sociale situationer eller udløsende faktorer, der øger bekymringen over den opfattede defekt eller mangel. Symptomerne er tilstrækkeligt alvorlige til at medføre betydelig lidelse eller betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

6B21.0 Kropsdysmorfisk lidelse med rimelig til god indsigt

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til kropsdysmorfisk lidelse er opfyldt. Meget af tiden er individet i stand til at underholde muligheden for, at hans eller hendes lidelsesspecifikke overbevisninger måske ikke er sande og er villig til at acceptere en alternativ forklaring på hans eller hendes oplevelse. På afgrænsede tidspunkter (f.eks. når de er meget ængstelige), kan den enkelte ikke vise nogen indsigt.

6B21.1 Kropsdysmorfisk lidelse med dårlig til fraværende indsigt

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til kropsdysmorfisk lidelse er opfyldt. Det meste eller hele tiden er individet overbevist om, at de lidelsesspecifikke overbevisninger er sande og kan ikke acceptere en alternativ forklaring på deres oplevelse. Den manglende indsigt, som individet udviser, varierer ikke markant som funktion af angstniveauet.

6B22 Olfaktorisk referenceforstyrrelse

Diagnosekrav

Olfaktorisk referencestørrelse er karakteriseret ved vedvarende optagethed af at tro, at man udsender en opfattet dårlig eller anstødelig kropslugt eller ånde, som enten ikke eller kun i ringe grad kan mærkes af andre. Individet oplever overdreven selvbevidsthed omkring den opfattede lugt, ofte med ideer om reference (dvs. den overbevisning, at folk lægger mærke til, dømmes eller taler om lugten). Som reaktion på deres bekymring udviser de enkelte personer gentagne og overdrevne adfærdsmønstre, f.eks. gentagne gange kontrol af kropslugt eller kontrol af den opfattede lugtkilde eller gentagne gange søgen efter bekræftelse, overdrevne forsøg på at camouflere, ændre eller forhindre den opfattede lugt eller markant undgåelse af sociale situationer eller udløsende faktorer, der øger angsten over den opfattede ildelugtende eller anstødelige lugt. Symptomerne er tilstrækkeligt alvorlige til at medføre betydelig lidelse eller betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

6B22.0 Olfaktorisk referencelidelse med rimelig til god indsigt

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til olfaktorisk referenceforstyrrelse er opfyldt. Meget af tiden er individet i stand til at underholde muligheden for, at hans eller hendes lidelsesspecifikke overbevisninger måske ikke er sande og er villig til at acceptere en alternativ forklaring på hans eller hendes oplevelse. På afgrænsede tidspunkter (f.eks. når de er meget ængstelige), kan den enkelte ikke vise nogen indsigt.

6B22.1 Olfaktorisk referencelidelse med dårlig til fraværende indsigt

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til olfaktorisk referenceforstyrrelse er opfyldt. Det meste eller hele tiden er individet overbevist om, at de lidelsesspecifikke overbevisninger er sande og kan ikke acceptere en alternativ forklaring på deres oplevelse. Den manglende indsigt, som individet udviser, varierer ikke markant som funktion af angstniveauet.

6B23 Hypokondriasis

Diagnosekrav

Hypokondriasis er kendetegnet ved vedvarende bekymring eller frygt for muligheden for at få en eller flere alvorlige, fremadskridende eller livstruende sygdomme. Bekymringen er ledsaget af enten: 1) gentagne og overdrevne sundhedsrelaterede adfærd, f.eks. gentagne kontroller af kroppen for tegn på sygdom, uforholdsmæssigt meget tid til at søge efter oplysninger om den frygtede sygdom, gentagne gange søge bekræftelse (f.eks. arrangere flere lægekonsultationer); eller 2) maladaptiv undgåelsesadfærd i forbindelse med sundhed (f.eks. undgår lægeaftaler). Symptomerne resulterer i betydelig lidelse eller betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervsmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

6B23.0 Hypokondri med rimelig til god indsigt

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til hypokondri er opfyldt. Meget af tiden er individet i stand til at underholde muligheden for, at hans eller hendes lidelsesspecifikke overbevisninger måske ikke er sande og er villig til at acceptere en alternativ forklaring på hans eller hendes oplevelse. På afgrænsede tidspunkter (f.eks. når de er meget ængstelige), kan den enkelte ikke vise nogen indsigt.

6B23.1 Hypokondri med dårlig til fraværende indsigt

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til hypokondri er opfyldt. Det meste eller hele tiden er individet overbevist om, at de lidelsesspecifikke overbevisninger er sande og kan ikke acceptere en alternativ forklaring på deres oplevelse. Den manglende indsigt, som individet udviser, varierer ikke markant som funktion af angstniveauet.

6B24 Hoarding-forstyrrelse

Diagnosekrav

Hoardingforstyrrelse er kendetegnet ved ophobning af ejendele, der resulterer i, at boligarealerne bliver så overfyldte, at deres brug eller sikkerhed er kompromitteret. Ophobning sker både på grund af gentagne trang eller adfærd i forbindelse med ophobning af genstande og vanskeligheder med at skille sig af med ejendele på grund af et opfattet behov for at gemme genstande og angst i forbindelse med at skille sig af med dem. Hvis der er ryddet op i boligområderne, skyldes det kun indgriben fra tredjeparter (f.eks. familiemedlemmer, rengøringsfolk, myndigheder). Udsathed kan være passiv (f.eks. ophobning af indkomne flyers eller post) eller aktiv (f.eks. overdreven erhvervelse af gratis, købte eller stjalne genstande). Symptomerne resulterer i betydelig lidelse eller betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervsmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

6B24.0 Hamstringsforstyrrelse med rimelig til god indsigt

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til hamstringsforstyrrelse er opfyldt. Individet erkender, at hamstringsrelaterede overbevisninger og adfærd (vedrørende overdreven tilegnelse, besvær med at kassere eller rod) er problematiske. Dette kvalifikationsniveau kan stadig anvendes, hvis personen på bestemte tidspunkter (f.eks. når han bliver tvunget til at kassere genstande), ikke viser nogen indsigt.

6B24.1 Hamstringsforstyrrelse med dårlig til fraværende indsigt

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til hamstringsforstyrrelse er opfyldt. Det meste eller hele tiden er individet overbevist om, at hamstring-relaterede overbevisninger og adfærd (vedrørende overdreven tilegnelse, besvær med at kassere eller rod) ikke er problematiske, på trods af beviser for det modsatte. Den manglende indsigt, som individet udviser, varierer ikke markant som funktion af angstniveauet.

6B25 Kropsfokuserede gentagne adfærdsforstyrrelser

Diagnosekrav

Kropsfokuserede gentagne adfærdsforstyrrelser er karakteriseret ved tilbagevendende og vanemæssige handlinger rettet mod integumentet (f.eks. hårtrækning, hudplukning, læbebidning), der typisk ledsages af mislykkede forsøg på at mindske eller stoppe den pågældende adfærd, og som fører til dermatologiske følgevirkninger (f.eks. hårtab, hudlæsioner, læbeafskrabbinger). Adfærden kan forekomme i korte episoder spredt ud over hele dagen eller i mindre hyppige, men mere vedvarende perioder. Symptomerne resulterer i betydelig lidelse eller betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

6B25.0 Trikotillomani

Diagnosekrav

Trikotillomani er karakteriseret ved tilbagevendende trækning af ens eget hår, der fører til betydeligt hårtab, ledsaget af mislykkede forsøg på at mindske eller stoppe adfærden. Hårtrækning kan forekomme fra alle områder af kroppen, hvor hår vokser, men de mest almindelige steder er hovedbunden, øjenbrynene og øjenlågene. Hårtrækning kan forekomme i korte episoder spredt ud over dagen eller i mindre hyppige, men mere vedvarende perioder. Symptomerne resulterer i betydelig nød eller betydelig svækkelse i personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

6B25.1 Ekskoriationslidelse

Diagnosekrav

Ekskoriationsforstyrrelser er karakteriseret ved tilbagevendende plukning af ens egen hud, der fører til hudlæsioner, ledsaget af mislykkede forsøg på at mindske eller stoppe adfærden. De mest almindeligt valgte steder er ansigt, arme og hænder, men mange individer vælger fra flere kropssteder. Hudplukning kan forekomme i korte episoder spredt ud over dagen eller i mindre hyppige, men mere vedvarende perioder. Symptomerne resulterer i betydelig nød eller betydelig svækkelse i personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

Sygdomme, der specifikt er forbundet med stress

Diagnosekrav

Lidelser, der er specifikt forbundet med stress, er direkte relateret til udsættelse for en stressende eller traumatisk begivenhed eller en række af sådanne begivenheder eller negative oplevelser. For hver af lidelserne i denne gruppe er en identificerbar stressfaktor en nødvendig, men ikke tilstrækkelig, årsagssammenhæng. Selv om ikke alle personer, der udsættes for en identificeret stressfaktor, vil udvikle en lidelse, ville lidelserne i denne gruppe ikke være opstået, hvis de ikke havde været udsat for stressfaktoren. Stressende begivenheder i forbindelse med nogle lidelser i denne gruppe ligger inden for det normale spektrum af livserfaringer (f.eks. skilsmisse, socioøkonomiske problemer, sorg). Andre lidelser kræver, at man oplever en stressfaktor af ekstremt truende eller forfærdelig karakter (dvs. potentielt traumatiske begivenheder). For alle lidelser i denne gruppe er det arten, mønsteret og varigheden af de symptomer, der opstår som reaktion på de stressende begivenheder - sammen med den tilknyttede funktionsnedsættelse - der kendetegner lidelserne.

6B40 Posttraumatisk stressyndrom

Diagnosekrav

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) kan udvikle sig efter udsættelse for en ekstremt truende eller forfærdelig begivenhed eller række af begivenheder. Den er karakteriseret ved alle følgende: 1) genoplevelse af den traumatiske begivenhed eller de traumatiske begivenheder i nutiden i form af levende påtrængende erindringer, flashbacks eller mareridt. Genoplevelsen kan ske via en eller flere sansemodaliteter og er typisk ledsaget af stærke eller overvældende følelser, især frygt eller rædsel, og stærke fysiske fornemmelser, 2) undgåelse af tanker og minder om hændelsen eller begivenhederne eller undgåelse af aktiviteter, situationer eller personer, der minder om hændelsen eller begivenhederne, og 3) vedvarende opfattelser af øget aktuel trussel, f.eks. som angivet ved hypervigilance eller en øget forskrækkelsesreaktion på stimuli som f.eks. uventede lyde. Symptomerne varer ved i mindst flere uger og medfører en betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

6B41 Kompleks posttraumatisk stresslidelse

Diagnosekrav

Kompleks posttraumatisk stresslidelse (Kompleks PTSD) er en lidelse, der kan udvikle sig efter eksponering for en begivenhed eller en række begivenheder af ekstremt truende eller forfærdelig karakter, oftest langvarige eller gentagne begivenheder, som det er vanskeligt eller umuligt at undslippe fra (f.eks. tortur, slaveri, folkemordskampagner, langvarig vold i hjemmet, gentagne seksuelle eller fysiske overgreb i barndommen). Alle diagnostiske krav for PTSD er opfyldt. Derudover er kompleks PTSD karakteriseret ved alvorlige og vedvarende 1) problemer med affektregulering, 2) overbevisninger om sig selv som formindsket, besejret eller værdiløs, ledsaget af følelser af skam, skyld eller fiasko i forbindelse med den traumatiske hændelse og 3) vanskeligheder med at opretholde relationer og føle sig tæt på andre. Disse symptomer medfører en betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

6B42 Langvarig sorglidelse

Diagnosekrav

Langvarig sorgforstyrrelse er en forstyrrelse, hvor der efter en partner, forælder, barns eller anden person, der står den efterladte nær, er en vedvarende og gennemgribende sorgreaktion, der er karakteriseret ved længsel efter den afdøde eller vedvarende optagethed af den afdøde ledsaget af intens følelsesmæssig smerte (f.eks. tristhed, skyld, vrede, fornægtelse, skyld, vanskeligheder med at acceptere dødsfaldet, følelse af at have mistet en del af sig selv, manglende evne til at opleve positive stemninger, følelsesmæssig følelsesløshed, vanskeligheder med at deltage i sociale eller andre aktiviteter). Sorgreaktionen har været i en atypisk lang periode efter tabet (mindst mere end 6 måneder) og går klart ud over de forventede sociale, kulturelle eller religiøse normer for den enkeltes kultur og kontekst. Sorgreaktioner, der har været i længere perioder, som ligger inden for en normativ sorgperiode i betragtning af personens kulturelle og religiøse kontekst, betragtes som normale sorgreaktioner og tildeles ikke en diagnose. Forstyrrelsen medfører en betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

6B43 Tilpasningsforstyrrelse

Diagnosekrav

Tilpasningsforstyrrelse er en maladaptiv reaktion på en identificerbar psykosocial stressfaktor eller flere stressfaktorer (f.eks. skilsmisse, sygdom eller handicap, socioøkonomiske problemer, konflikter i hjemmet eller på arbejdet), som normalt opstår inden for en måned efter stressfaktoren. Lidelsen er karakteriseret ved at være optaget af stressoren eller dens konsekvenser, herunder overdreven bekymring, tilbagevendende og foruroligende tanker om stressoren eller konstant grubleri over dens konsekvenser, samt ved manglende tilpasning til stressoren, der medfører en betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervsmæssige eller andre vigtige funktionsområder. Symptomerne kan ikke bedre forklares ved en anden psykisk lidelse (f.eks. en humørsygdom eller en anden lidelse, der specifikt er forbundet med stress) og forsvinder typisk inden for 6 måneder, medmindre stressoren fortsætter i længere tid.

6B44 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse

Diagnosekrav

Reaktiv tilknytningsforstyrrelse er karakteriseret ved groft unormal tilknytningsadfærd i den tidlige barndom, der forekommer i forbindelse med en historie med groft utilstrækkelig børnepasning (f.eks. alvorlig vanrøgt, mishandling, institutionel afsavn). Selv når der for nylig er kommet en passende primær omsorgsperson til rådighed, henvender barnet sig ikke til den primære omsorgsperson for at få trøst, støtte og pleje, udviser sjældent tryghedssøgende adfærd over for nogen voksen og reagerer ikke, når der tilbydes trøst. Reaktiv tilknytningsforstyrrelse kan kun diagnosticeres hos børn, og forstyrrelsens træk udvikles inden for de første fem leveår. Forstyrrelsen kan dog ikke diagnosticeres før 1 års alderen (eller en udviklingsalder på under 9 måneder), hvor evnen til selektiv tilknytning måske ikke er fuldt udviklet, eller i forbindelse med autismespektrumforstyrrelser.

6B45 Forstyrrelse af hæmningsløst socialt engagement

Diagnosekrav

Disinhibited social engagement disorder er karakteriseret ved groft unormal social adfærd, der forekommer i forbindelse med en historie med groft utilstrækkelig børnepasning (f.eks. alvorlig vanrøgt, institutionel afsavn). Barnet nærmer sig voksne vilkårligt, mangler tilbageholdenhed i forhold til at nærme sig, vil gå væk med ukendte voksne og udviser en overdrevent fortrolig adfærd over for fremmede. Disinhibited social engagement disorder kan kun diagnosticeres hos børn, og træk af lidelsen udvikles inden for de første 5 leveår. Forstyrrelsen kan dog ikke diagnosticeres før 1 års alderen (eller en udviklingsalder på under 9 måneder), hvor evnen til selektiv tilknytning måske ikke er fuldt udviklet, eller i forbindelse med autismespektrumforstyrrelser.

Dissociative lidelser

Diagnosekrav

Dissociative lidelser er kendetegnet ved ufrivillig afbrydelse eller afbrydelse af den normale integration af en eller flere af følgende: identitet, fornemmelser, perceptioner, affekter, tanker, erindringer, kontrol over kropsbevægelser eller adfærd. Forstyrrelsen eller afbrydelsen kan være fuldstændig, men er oftest delvis, og kan variere fra dag til dag eller endog fra time til time. Symptomerne på dissociative lidelser skyldes ikke de direkte virkninger af en medicin eller et stof, herunder abstinensvirkninger, kan ikke bedre forklares ved en anden mental, adfærdsmæssig eller neuroudviklingsmæssig lidelse, en søvn-vågn-forstyrrelse, en sygdom i nervesystemet eller en anden helbredstilstand, og er ikke en del af en accepteret kulturel, religiøs eller åndelig praksis. Dissociative symptomer ved dissociative lidelser er tilstrækkeligt alvorlige til at medføre en betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervsmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

6B60 Dissociativ neurologisk symptomforstyrrelse

Diagnosekrav

Dissociativ neurologisk symptomforstyrrelse er karakteriseret ved præsentation af motoriske, sensoriske eller kognitive symptomer, der indebærer en ufrivillig afbrydelse af den normale integration af motoriske, sensoriske eller kognitive funktioner, og som ikke er i overensstemmelse med en anerkendt sygdom i nervesystemet, en anden mental eller adfærdsmæssig forstyrrelse eller en anden medicinsk tilstand. Symptomerne forekommer ikke udelukkende under en anden dissociativ lidelse og skyldes ikke virkningerne af et stof eller en medicin på centralnervesystemet, herunder abstinensvirkninger, eller en søvn-vågn-forstyrrelse.

6B60.0 Dissociativ neurologisk symptomidelse med synsforstyrrelser

Diagnosekrav

Dissociativ neurologisk symptomidelse med synsforstyrrelser er karakteriseret ved visuelle symptomer som blindhed, tunnelsyn, dobbeltsyn, synsforvrængninger eller hallucinationer, der ikke er forenelige med en anerkendt sygdom i nervesystemet, anden mental, adfærdsmæssig eller neuroudviklingsmæssig lidelse eller anden medicinsk tilstand, og som ikke udelukkende forekommer under en anden dissociativ lidelse.

6B60.1 Dissociativ neurologisk symptomidelse med auditiv forstyrrelse

Diagnosekrav

Dissociativ neurologisk symptomidelse med auditiv forstyrrelse er karakteriseret ved auditive symptomer såsom høretab eller auditive hallucinationer, der ikke er forenelige med en anerkendt sygdom i nervesystemet, anden mental, adfærdsmæssig eller neuroudviklingsmæssig lidelse eller anden medicinsk tilstand, og som ikke udelukkende forekommer under en anden dissociativ lidelse.

6B60.2 Dissociativ neurologisk symptomidelse med vertigo eller svimmelhed

Diagnosekrav

Dissociativ neurologisk symptomidelse med vertigo eller svimmelhed er karakteriseret ved en fornemmelse af at dreje rundt, mens man står stille (vertigo) eller svimmelhed, som ikke er forenelig med en anerkendt sygdom i nervesystemet, anden mental, adfærdsmæssig eller neuroudviklingsmæssig lidelse eller anden medicinsk tilstand og ikke udelukkende forekommer under en anden dissociativ lidelse.

6B60.3 Dissociativ neurologisk symptomidelse med anden sensorisk forstyrrelse

Diagnosekrav

Dissociativ neurologisk symptomidelse med anden sensorisk forstyrrelse er karakteriseret ved sensoriske symptomer, der ikke er identificeret i andre specifikke kategorier i denne gruppering, såsom følelseløshed, tæthed, prikken, svie, smerte eller andre symptomer relateret til berøring, lugt, smag, balance, proprioception, kinæstesi eller termoception. Symptomerne er ikke forenelige med en anerkendt sygdom i nervesystemet, en anden mental, adfærdsmæssig eller neuroudviklingsmæssig forstyrrelse eller en anden medicinsk tilstand og forekommer ikke udelukkende under en anden dissociativ lidelse.

6B60.4 Dissociativ neurologisk symptomidelse med ikke-epileptiske anfald

Diagnosekrav

Dissociativ neurologisk symptomidelse med ikke-epileptiske anfald er karakteriseret ved en symptomatisk præsentation af anfald eller kramper, der ikke er forenelige med en anerkendt sygdom i nervesystemet, anden mental, adfærdsmæssig eller neuroudviklingsmæssig lidelse eller anden medicinsk tilstand, og som ikke udelukkende forekommer under en anden dissociativ lidelse.

6B60.5 Dissociativ neurologisk symptomidelse med taleforstyrrelser

Diagnosekrav

Dissociativ neurologisk symptomidelse med taleforstyrrelse er karakteriseret ved symptomer som talebesvær (dysfoni), tab af evnen til at tale (afoni) eller vanskelig eller uklar artikulation af tale (dysartri), som ikke er forenelige med en anerkendt sygdom i nervesystemet, en neuroudviklingsmæssig eller neurokognitiv lidelse, anden mental, adfærdsmæssig eller neuroudviklingsmæssig lidelse eller anden medicinsk tilstand, og som ikke udelukkende forekommer under en anden dissociativ lidelse.

6B60.6 Dissociativ neurologisk symptomidelse, med parese eller svaghed

Diagnosekrav

Dissociativ neurologisk symptomidelse med parese eller svaghed er karakteriseret ved en vanskelighed eller manglende evne til bevidst at bevæge dele af kroppen eller koordinere bevægelser, som ikke er forenelig med en anerkendt sygdom i nervesystemet, anden mental, adfærdsmæssig eller neuroudviklingsmæssig lidelse eller anden medicinsk tilstand, og som ikke udelukkende forekommer under en anden dissociativ lidelse.

6B60.7 Dissociativ neurologisk symptomidelse med gangforstyrrelse

Diagnosekrav

Dissociativ neurologisk symptomidelse med gangforstyrrelse er karakteriseret ved symptomer, der involverer individets evne eller måde at gå på, herunder ataksi og manglende evne til at stå uden hjælp, som ikke er forenelige med en anerkendt sygdom i nervesystemet, anden mental, adfærdsmæssig eller neuroudviklingsmæssig lidelse eller anden medicinsk tilstand, og som ikke udelukkende forekommer under en anden dissociativ lidelse.

6B60.8 Dissociativ neurologisk symptomidelse med bevægelsesforstyrrelser

Diagnosekrav

Dissociativ neurologisk symptomidelse med bevægelsesforstyrrelse er karakteriseret ved symptomer som chorea, myoklonus, tremor, dystoni, ansigtsspasmer, parkinsonisme eller dyskinesi, der ikke er forenelige med en anerkendt sygdom i nervesystemet, anden mental, adfærdsmæssig eller neuroudviklingsmæssig lidelse eller anden medicinsk tilstand, og som ikke udelukkende forekommer under en anden dissociativ lidelse.

6B60.80 Dissociativ neurologisk symptomidelse, med chorea

Diagnosekrav

Dissociativ neurologisk symptomidelse med chorea er karakteriseret ved uregelmæssige, ikke-repetitive, korte, rykvise, flydende bevægelser, der bevæger sig tilfældigt fra en del af kroppen til en anden, og som ikke er forenelige med en anerkendt sygdom i nervesystemet, anden mental, adfærdsmæssig eller neuroudviklingsmæssig lidelse eller anden medicinsk tilstand, og som ikke udelukkende forekommer under en anden dissociativ lidelse.

6B60.81 Dissociativ neurologisk symptomidelse, med myoklonus

Diagnosekrav

Dissociativ neurologisk symptomidelse med myoklonus er karakteriseret ved pludselige hurtige ryk, der kan være fokale, multifokale eller generaliserede, som ikke er forenelige med en anerkendt sygdom i nervesystemet, anden mental, adfærdsmæssig eller neuroudviklingsmæssig lidelse eller anden medicinsk tilstand, og som ikke udelukkende forekommer under en anden dissociativ lidelse.

6B60.82 Dissociativ neurologisk symptomidelse med tremor

Diagnosekrav

Dissociativ neurologisk symptomidelse med tremor er karakteriseret ved ufrivillig oscillation af en kropsdel, som ikke er forenelig med en anerkendt sygdom i nervesystemet, anden mental, adfærdsmæssig eller neuroudviklingsmæssig lidelse eller anden medicinsk tilstand, og som ikke udelukkende forekommer under en anden dissociativ lidelse.

6B60.83 Dissociativ neurologisk symptomidelse, med dystoni

Diagnosekrav

Dissociativ neurologisk symptomidelse med dystoni er karakteriseret ved vedvarende muskelsammentrækninger, der ofte forårsager vrid og gentagne bevægelser eller unormale stillinger, der ikke er forenelige med en anerkendt sygdom i nervesystemet, anden mental, adfærdsmæssig eller neurologisk udviklingsforstyrrelse eller anden medicinsk tilstand, og som ikke udelukkende forekommer under en anden dissociativ lidelse.

6B60.84 Dissociativ neurologisk symptomidelse med ansigtsspasmer

Diagnosekrav

Dissociativ neurologisk symptomidelse med ansigtsspasmer er karakteriseret ved ufrivillige muskelsammentrækninger eller trækninger i ansigtet, som ikke er forenelige med en anerkendt sygdom i nervesystemet, anden mental, adfærdsmæssig eller neuroudviklingsmæssig forstyrrelse eller anden medicinsk tilstand, og som ikke udelukkende forekommer under en anden dissociativ lidelse.

6B60.85 Dissociativ neurologisk symptomidelse med parkinsonisme

Diagnosekrav

Dissociativ neurologisk symptomidelse med parkinsonisme er karakteriseret ved en symptomatisk præsentation af et parkinsonlignende syndrom i fravær af bekræftet parkinsonsygdom, der ikke udelukkende forekommer under en anden mental, adfærdsmæssig eller neuroudviklingsmæssig lidelse, anden medicinsk tilstand eller en anden dissociativ lidelse. Dissociativ neurologisk symptomidelse med parkinsonisme kan skelnes fra Parkinsons sygdom ved træk som brat debut, tidlig invaliditet, bilateral rysten og langsomhed, ikke-dekrementel langsomhed ved udførelse af gentagne bevægelser, frivillig modstand mod passiv bevægelse uden tandhjulsstivhed, distraherbarhed, "give-way"-svaghed, stammende tale, bizar gang og en række adfærdssymptomer.

6B60.9 Dissociativ neurologisk symptomidelse med kognitive symptomer

Diagnosekrav

Dissociativ neurologisk symptomidelse med kognitive symptomer er karakteriseret ved nedsat kognitiv præstation i hukommelse, sprog eller andre kognitive domæner, som er internt inkonsistent og ikke i overensstemmelse med en anerkendt sygdom i nervesystemet, en neuroudviklingsmæssig eller neurokognitiv lidelse, anden mental, adfærdsmæssig eller neuroudviklingsmæssig lidelse eller en anden medicinsk tilstand, og som ikke udelukkende forekommer under en anden dissociativ lidelse.

6B61 Dissociativ amnesi

Diagnosekrav

Dissociativ amnesi er karakteriseret ved en manglende evne til at huske vigtige selvbiografiske erindringer, typisk om nylige traumatiske eller stressende begivenheder, som er uforenelig med almindelig glemsel. Amnesien forekommer ikke udelukkende under en anden dissociativ lidelse og kan ikke bedre forklares af en anden mental, adfærdsmæssig eller neuroudviklingsmæssig lidelse. Amnesien skyldes ikke de direkte virkninger af et stof eller en medicin på centralnervesystemet, herunder abstinensvirkninger, og skyldes ikke en sygdom i nervesystemet eller et hovedtraume. hukommelsestab medfører en betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

6B61.0 Dissociativ amnesi med dissociativ fuga

Diagnosekrav

Dissociativ amnesi med dissociativ fuga er karakteriseret ved alle træk ved dissociativ amnesi, ledsaget af dissociativ fuga, dvs. tab af personlig identitetsfølelse og pludselig rejse væk fra hjem, arbejde eller betydningsfulde andre i en længere periode (dage eller uger). En ny identitet kan blive antaget.

6B61.1 Dissociativ amnesi uden dissociativ fugue

Diagnosekrav

Dissociativ amnesi uden dissociativ fuga er karakteriseret ved, at alle træk ved dissociativ amnesi forekommer i fravær af symptomer på dissociativ fuga

6B62 Tranceforstyrrelse

Diagnosekrav

Trancestørrelse er karakteriseret ved trancetilstande, hvor der er en markant ændring i individets bevidsthedstilstand eller et tab af individets sædvanlige følelse af personlig identitet, hvor individet oplever en indsnævring af bevidstheden om de umiddelbare omgivelser eller usædvanlig snæver og selektiv fokusering på miljømæssige stimuli og begrænsning af bevægelser, kropsholdning og tale til gentagelse af et lille repertoire, der opleves som værende uden for ens egen kontrol.

Trancetilstanden er ikke kendetegnet ved oplevelsen af at blive erstattet af en alternativ identitet. Tranceepisoder er tilbagevendende, eller, hvis diagnosen er baseret på en enkelt episode, har episoden varet i mindst flere dage. Trancetilstanden er ufrivillig og uønsket og er ikke accepteret som en del af en kollektiv kulturel eller religiøs praksis. Symptomerne forekommer ikke udelukkende under en anden dissociativ lidelse og kan ikke bedre forklares ved en anden mental, adfærdsmæssig eller neuroudviklingsmæssig lidelse. Symptomerne skyldes ikke de direkte virkninger af et stof eller en medicin på centralnervesystemet, herunder abstinensvirkninger, udmattelse eller hypnagogiske eller hypnopompiske tilstande, og skyldes ikke en sygdom i nervesystemet, et hovedtraume eller en søvn-vågn-forstyrrelse. Symptomerne resulterer i betydelig lidelse eller betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

6B63 Besættelse-tranceforstyrrelse

Diagnosekrav

Besættelsestrancestørrelse er karakteriseret ved trancetilstande, hvor der er en markant ændring i individets bevidsthedstilstand, og hvor individets sædvanlige følelse af personlig identitet erstattes af en ekstern "besiddende" identitet, og hvor individets adfærd eller bevægelser opleves som kontrolleret af den besiddende agent. Besættelsestranceepisoder er tilbagevendende, eller hvis diagnosen er baseret på en enkelt episode, har episoden varet i mindst flere dage.

Besættelsestrancetilstanden er ufrivillig og uønsket og er ikke accepteret som en del af en kollektiv kulturel eller religiøs praksis. Symptomerne forekommer ikke udelukkende under en anden dissociativ lidelse og kan ikke bedre forklares ved en anden mental, adfærdsmæssig eller neuroudviklingsmæssig lidelse. Symptomerne skyldes ikke direkte virkninger af et stof eller en medicin på centralnervesystemet, herunder abstinensvirkninger, udmattelse eller hypnagogiske eller hypnopompiske tilstande, og skyldes ikke en sygdom i nervesystemet eller en søvn-vågn-forstyrrelse. Symptomerne resulterer i betydelig lidelse eller betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

6B64 Dissociativ identitetsforstyrrelse

Diagnosekrav

Dissociativ identitetsforstyrrelse er karakteriseret ved en forstyrrelse af identiteten, hvor der er to eller flere forskellige personlighedstilstande (dissociative identiteter) forbundet med markante afbrydelser i selv- og handlingsfølelsen. Hver personlighedstilstand omfatter sit eget mønster for at opleve, opfatte, opfatte og forholde sig til sig selv, kroppen og omgivelserne. Mindst to forskellige personlighedstilstande tager tilbagevendende kontrol over individets bevidsthed og funktion i interaktion med andre eller med omgivelserne, f.eks. i forbindelse med udførelsen af specifikke aspekter af dagliglivet, f.eks. forældreskab eller arbejde, eller som reaktion på specifikke situationer (f.eks. situationer, der opfattes som truende). Ændringer i personlighedstilstanden ledsages af relaterede ændringer i fornemmelse, perception, affekt, kognition, hukommelse, motorisk kontrol og adfærd. Der er typisk episoder med hukommelsestab, som kan være alvorlige. Symptomerne kan ikke bedre forklares ved en anden psykisk, adfærdsmæssig eller neuroudviklingsmæssig lidelse og skyldes ikke et stofs eller medicins direkte virkninger på centralnervesystemet, herunder abstinensvirkninger, og skyldes ikke en sygdom i nervesystemet eller en søvn-vågn-forstyrrelse. Symptomerne medfører en betydelig forringelse af den personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

6B65 Delvis dissociativ identitetsforstyrrelse

Diagnosekrav

Partiel dissociativ identitetsforstyrrelse er karakteriseret ved en forstyrrelse af identiteten, hvor der er to eller flere forskellige personlighedstilstande (dissociative identiteter) forbundet med markante afbrydelser i selv- og handlingsfølelsen. Hver personlighedstilstand omfatter sit eget mønster for at opleve, opfatte, opfatte og forholde sig til sig selv, kroppen og omgivelserne. Én personlighedstilstand er dominerende og fungerer normalt i dagligdagen, men den bliver forstyrret af en eller flere ikke-dominerende personlighedstilstande (dissociative forstyrrelser). Disse indgreb kan være kognitive, affektive, perceptuelle, motoriske eller adfærdsmæssige. De opleves som forstyrrende for den dominerende personlighedstilstands funktion og er typisk aversive. De ikke-dominerende personlighedstilstande overtager ikke tilbagevendende den udøvende kontrol over individets bevidsthed og funktion, men der kan være lejlighedsvis, begrænsede og forbigående episoder, hvor en særskilt personlighedstilstand overtager den udøvende kontrol for at udvise afgrænset adfærd, f.eks. som reaktion på ekstreme følelsesmæssige tilstande eller under episoder med selvskade eller genoplevelse af traumatiske erindringer. Symptomerne kan ikke bedre forklares ved en anden mental, adfærdsmæssig eller neuroudviklingsmæssig lidelse og skyldes ikke de direkte virkninger af et stof eller en medicin på centralnervesystemet, herunder abstinensvirkninger, og skyldes ikke en sygdom i nervesystemet eller en søvn-vågn-forstyrrelse. Symptomerne medfører en betydelig forringelse af den personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

6B66 Depersonaliserings-derealiseringsforstyrrelse

Diagnosekrav

Depersonaliserings-derealiseringsforstyrrelse er karakteriseret ved vedvarende eller tilbagevendende oplevelser af depersonalivering, derealisering eller begge dele.

Depersonalivering er karakteriseret ved at opleve selvet som mærkeligt eller uvirkeligt eller ved at føle sig løsrevet fra, eller som om man var en udenforstående observatør af, ens tanker, følelser, fornemmelser, krop eller handlinger. Derealisering er kendetegnet ved at opleve andre personer, genstande eller verden som mærkelige eller uvirkelige (f.eks. drømmeagtige, fjerne, tågede, livløse, farveløse eller visuelt forvrængede) eller ved at føle sig løsrevet fra sine omgivelser. Under oplevelser af depersonalivering eller derealisering forbliver virkelighedstestning intakt.

Oplevelserne af depersonalivering eller derealisering forekommer ikke udelukkende under en anden dissociativ lidelse og kan ikke bedre forklares af en anden mental, adfærdsmæssig eller neuroudviklingsmæssig lidelse. Oplevelserne af depersonalivering eller derealisering skyldes ikke de direkte virkninger af et stof eller en medicin på centralnervesystemet, herunder abstinensvirkninger, og skyldes ikke en sygdom i nervesystemet eller et hovedtraume.

Symptomerne resulterer i betydelig lidelse eller forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

Ernærings- eller spiseforstyrrelser

Diagnosekrav

Ernærings- og spiseforstyrrelser indebærer unormal spise- eller spiseadfærd, som ikke kan forklares af en anden helbredstilstand og ikke er udviklingsmæssigt hensigtsmæssig eller kulturelt sanktioneret. Ernæringsforstyrrelser omfatter adfærdsforstyrrelser, der ikke er relateret til bekymringer vedrørende kropsvægt og -form, såsom spising af ikke-spiselige stoffer eller frivillig opkastning af fødevarer. Spiseforstyrrelser omfatter unormal spiseadfærd og optagethed af mad samt fremtrædende bekymringer med hensyn til kropsvægt og kropsform.

6B80 Anorexia Nervosa

Diagnosekrav

Anorexia Nervosa er kendetegnet ved en betydelig lav kropsvægt i forhold til individets højde, alder og udviklingsstadium, som ikke skyldes en anden helbredstilstand eller manglende adgang til mad. En almindeligt anvendt tærskelværdi er et kropsmasseindeks (BMI) på under 18,5 kg/m² hos voksne og BMI-for-alderen under 5. percentil hos børn og unge. Hurtigt vægttab (f.eks. mere end 20 % af den samlede kropsvægt inden for 6 måneder) kan erstatte retningslinjen for lav kropsvægt, så længe de øvrige diagnostiske krav er opfyldt. Børn og unge kan udvise manglende vægtøgning som forventet på baggrund af den individuelle udviklingsbane snarere end vægttab. Lav kropsvægt ledsages af et vedvarende adfærdsmønster, der forhindrer genoprettelse af normalvægt, hvilket kan omfatte adfærd, der sigter mod at reducere energiindtaget (begrænset spising), udrensingsadfærd (f.eks. selvinduceret opkastning, misbrug af afføringsmidler) og adfærd, der sigter mod at øge energiforbruget (f.eks. overdreven motion), typisk i forbindelse med frygt for vægtøgning. Lav kropsvægt eller lav kropsform er central for personens selv vurdering eller opfattes ukorrekt som normal eller endog overdreven.

6B80.0 Anorexia nervosa med signifikant lav kropsvægt

Diagnosekrav

Anorexia Nervosa med signifikant lav kropsvægt opfylder alle definitionskrav for Anorexia Nervosa, med BMI mellem 18,5 kg/m² og 14,0 kg/m² for voksne eller mellem femte percentil og 0,3 percentil for BMI for alder hos børn og unge).

6B80.00 Anorexia Nervosa med signifikant lav kropsvægt, restriktivt mønster

Diagnosekrav

Anorexia nervosa med signifikant lav kropsvægt, restriktivt mønster henviser til personer, der opfylder de definatoriske krav til anorexia nervosa med signifikant lav kropsvægt, og som fremkalder vægttab og opretholder lav kropsvægt gennem begrænset fødeindtag eller faste alene eller i kombination med øget energiforbrug (f.eks. gennem overdreven motion), men som ikke udviser overspisnings- eller udrensingsadfærd.

6B80.01 Anorexia nervosa med signifikant lav kropsvægt, overspisnings- og udrensningmønster

Diagnosekrav

Anorexia nervosa med signifikant lav kropsvægt, binge-purge-mønster henviser til personer, der opfylder de definatoriske krav til anorexia nervosa med signifikant lav kropsvægt, og som har episoder med binge eating eller purging-adfærd. Disse personer fremkalder vægttab og opretholder lav kropsvægt gennem begrænset fødeindtagelse, ofte ledsaget af betydelig udrensningsadfærd med det formål at komme af med indtaget mad (f.eks. selvfremkaldt opkastning, misbrug af afføringsmidler eller lavementer). Dette mønster omfatter også personer, der udviser episoder med overspisning, men ikke udrenser.

6B80.1 Anorexia nervosa med faretruende lav kropsvægt

Diagnosekrav

Anorexia nervosa med farligt lav kropsvægt opfylder alle definitionskrav for anorexia nervosa, med BMI under 14,0 kg/m² hos voksne eller under 0,3 percentilen for BMI for alder hos børn og unge. I forbindelse med Anorexia Nervosa er svær undervægt en vigtig prognostisk faktor, der er forbundet med høj risiko for fysiske komplikationer og væsentligt øget dødelighed.

6B80.10 Anorexia nervosa med faretruende lav kropsvægt, restriktivt mønster

Diagnosekrav

Anorexia nervosa med farligt lav kropsvægt, restriktivt mønster henviser til personer, der opfylder de definatoriske krav til anorexia nervosa med farligt lav kropsvægt, og som fremkalder vægttab og opretholder lav kropsvægt gennem begrænset fødeindtag eller faste alene eller i kombination med øget energiforbrug (f.eks. gennem overdreven motion), men som ikke udviser overspisnings- eller udrensningadfærd.

6B80.11 Anorexia nervosa med faretruende lav kropsvægt, overspisnings- og udrensningmønster

Diagnosekrav

Anorexia nervosa med farligt lav kropsvægt, binge-purge-mønster henviser til personer, der opfylder de definatoriske krav til anorexia nervosa med farligt lav kropsvægt, og som har episoder med binge eating eller purging-adfærd. Disse personer fremkalder vægttab og opretholder lav kropsvægt gennem begrænset fødeindtagelse, ofte ledsaget af betydelig udrensningadfærd med det formål at komme af med indtaget mad (f.eks. selvfremkaldt opkastning, misbrug af afføringsmidler eller lavementer). Dette mønster omfatter også personer, der udviser episoder med overspisning, men ikke udrenser.

6B80.2 Anorexia Nervosa i bedring med normal kropsvægt

Diagnosekrav

Hos personer, der er i bedring efter Anorexia Nervosa, og hvis kropsvægt er mere end 18,5 kg/m² for voksne eller over den femte percentil for BMI for alder for børn og unge, bør diagnosen bibeholdes, indtil der er opnået en fuldstændig og varig bedring, som indikeret ved opretholdelse af en sund vægt og ophør af adfærd, der sigter mod at reducere kropsvægten uafhængigt af behandlingen (f.eks. i mindst 1 år efter, at intensiv behandling er trukket tilbage).

6B81 Bulimia Nervosa

Diagnosekrav

Bulimia Nervosa er karakteriseret ved hyppige, tilbagevendende episoder af spiseforstyrrelser (f.eks. en gang om ugen eller mere over en periode på mindst en måned). En binge eating-episode er en bestemt periode, hvor personen oplever et subjektivt tab af kontrol over at spise, spiser markant mere eller anderledes end normalt og føler sig ude af stand til at stoppe med at spise eller begrænse den type eller mængde mad, der spises. Spiseoverspisning ledsages af gentagne uhensigtsmæssige kompenserende adfærdsmønstre, der har til formål at forhindre vægtøgning (f.eks. selvfremkaldt opkastning, misbrug af afføringsmidler eller lavementer, anstrengende motion). Personen er optaget af kropsform eller vægt, hvilket har stor indflydelse på selvvurderingen. Der er udtalt angst over spiseforstyrrelser og uhensigtsmæssig kompenserende adfærd eller betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder. Personen opfylder ikke de diagnostiske krav for anorexia nervosa.

6B82 Spiseforstyrrelse

Diagnosekrav

Binge eating disorder er karakteriseret ved hyppige, tilbagevendende episoder af binge eating (f.eks. en gang om ugen eller mere over en periode på flere måneder). En binge eating-episode er en bestemt periode, hvor personen oplever et subjektivt tab af kontrol over at spise, spiser markant mere eller anderledes end normalt og føler sig ude af stand til at stoppe med at spise eller begrænse den type eller mængde mad, der spises. Binge eating opleves som meget belastende og ledsages ofte af negative følelser som skyldfølelse eller afsky. I modsætning til bulimia nervosa følges binge eating-episoder dog ikke regelmæssigt af uhensigtsmæssig kompenserende adfærd, der har til formål at forhindre vægtøgning (f.eks. selvfremkaldt opkastning, misbrug af afføringsmidler eller lavementer, anstrengende motion). Der er udtalt angst over spiseforstyrrelser eller betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige områder af funktionsevnen.

6B83 Forebyggende restriktiv spiseindtagelsesforstyrrelse

Diagnosekrav

Avoidant-restrictive food intake disorder (ARFID) er karakteriseret ved undgåelse eller begrænsning af fødeindtagelse, som resulterer i: 1) indtagelse af en utilstrækkelig mængde eller variation af fødevarer for at opfylde tilstrækkelige energi- eller ernæringsbehov, hvilket har resulteret i et betydeligt vægttab, klinisk signifikante ernæringsmangler, afhængighed af orale kosttilskud eller sondeernæring eller på anden måde har påvirket individets fysiske helbred negativt; eller 2) betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder (f.eks. på grund af undgåelse eller angst i forbindelse med deltagelse i sociale oplevelser, der involverer spisning). Spiseadfærdsmønstret er ikke motiveret af bekymring for kropsvægt eller -form. Begrænset fødeindtagelse og dens virkninger på vægten, andre aspekter af helbredet eller funktionsevne skyldes ikke manglende adgang til mad, er ikke et udtryk for en anden medicinsk tilstand (f.eks. fødevareallergi, hyperthyreose) eller psykisk lidelse og skyldes ikke et stofs eller en medicins virkning på centralnervesystemet, herunder abstinensvirkninger.

6B84 Pica

Diagnosekrav

Pica er karakteriseret ved regelmæssig indtagelse af ikke-næringsstoffer, såsom ikke-food genstande og materialer (f.eks. ler, jord, kridt, gips, plastik, metal og papir) eller rå fødevarer (f.eks. store mængder salt eller majsmeal), som er vedvarende eller alvorlig nok til at kræve klinisk opmærksomhed hos et individ, der har nået en udviklingsalder, hvor det forventes at kunne skelne mellem spiselige og ikke-spiselige stoffer (ca. 2 år). Det vil sige, at adfærden medfører sundhedsskader, funktionsnedsættelse eller betydelig risiko på grund af hyppigheden, mængden eller arten af de indtagne stoffer eller genstande.

6B85 Rumination-opstødningsforstyrrelse

Diagnosekrav

Rumination-regurgitationsforstyrrelse er karakteriseret ved bevidst og gentagne gange at bringe tidligere slugt mad tilbage til munden (dvs. regurgitation), som kan tygges og sluges igen (dvs. rumination) eller bevidst spyttes ud (men ikke som ved opkastning). Regurgitationsadfærden er hyppig (mindst flere gange om ugen) og vedvarende over en periode på mindst flere uger. Regurgitationsadfærden kan ikke fuldt ud forklares ved en anden medicinsk tilstand, der direkte forårsager regurgitation (f.eks. spiserørsforsnævninger eller neuromuskulære lidelser, der påvirker spiserørets funktion) eller forårsager kvalme eller opkastning (f.eks. pylorusstenose). Rumination-regurgitationsforstyrrelse bør kun diagnosticeres hos personer, der har nået en udviklingsalder på mindst 2 år.

Eliminationsforstyrrelser

Diagnosekrav

Eliminationsforstyrrelser omfatter gentagne tømninger af urin i tøj eller seng (enuresis) og gentagne afføring af afføring på uhensigtsmæssige steder (encopresis). Eliminationsforstyrrelser bør først diagnosticeres, når den enkelte har nået en udviklingsalder, hvor der normalt forventes kontinens (5 år for enuresis og 4 år for encopresis). Urin- eller afføringsinkontinens kan have været til stede fra fødslen (dvs. en atypisk udvidelse af normal inkontinens hos spædbørn) eller kan være opstået efter en periode med erhvervet blære- eller tarmkontrol. Der bør ikke stilles diagnosen Eliminationsforstyrrelse, hvis adfærden fuldt ud kan tilskrives en anden helbredstilstand, der forårsager inkontinens, medfødte eller erhvervede abnormiteter i urinvejene eller tarmene eller overdreven brug af afføringsmidler eller diuretika.

6C00 Enuresis

Diagnosekrav

Enuresis er gentagen tømning af urin i tøj eller seng, som kan forekomme om dagen eller om natten, hos en person, der har nået en udviklingsalder, hvor urinkontinens normalt forventes (5 år). Urininkontinens kan have været til stede fra fødslen (dvs. en atypisk forlængelse af normal inkontinens hos børn) eller kan være opstået efter en periode med erhvervet blærekontrol. I de fleste tilfælde er adfærden ufrivillig, men i nogle tilfælde virker den forsætlig. Enuresis bør ikke diagnosticeres, hvis den utilsigtede vandladning af urin skyldes en helbredstilstand, der forstyrrer kontinens (f.eks. sygdomme i nervesystemet eller muskuloskeletale lidelser) eller medfødte eller erhvervede abnormiteter i urinvejene.

6C00.0 Natlig enurese

Diagnosekrav

Natlig enurese refererer til gentagen tømning af urin i tøj eller seng, som kun forekommer under søvn (dvs. om natten) hos en person, der har nået en udviklingsalder, hvor urinkontinens normalt forventes (5 år). Urininkontinensen kan have været til stede fra fødslen (dvs. en atypisk forlængelse af normal infantil inkontinens), eller kan være opstået efter en periode med erhvervet blærekontrol. I de fleste tilfælde er adfærden ufrivillig, men i nogle tilfælde virker den tilsigtet.

6C00.1 Daglig enurese

Diagnosekrav

Diurnal enuresis refererer til gentagen tømning af urin i tøj, der kun forekommer i de vågne timer hos et individ, der har nået en udviklingsalder, hvor urinkontinens normalt forventes (5 år). Urininkontinensen kan have været til stede fra fødslen (dvs. en atypisk forlængelse af normal infantil inkontinens), eller kan være opstået efter en periode med erhvervet blærekontrol. I de fleste tilfælde er adfærden ufrivillig, men i nogle tilfælde virker den tilsigtet.

6C00.2 Natlig og daglig enurese

Diagnosekrav

Natlig og daglig enurese refererer til gentagen tømning af urin i tøj eller seng, der forekommer både under søvn (dvs. om natten) og i vågne timer hos en person, der har nået en udviklingsalder, hvor urinkontinens normalt forventes (5 år). Urininkontinensen kan have været til stede fra fødslen (dvs. en atypisk forlængelse af normal infantil inkontinens), eller kan være opstået efter en periode med erhvervet blærekontrol. I de fleste tilfælde er adfærden ufrivillig, men i nogle tilfælde virker den tilsigtet.

6C01 Enkopresis

Diagnosekrav

Encopresis er gentagen afføring af afføring på uhensigtsmæssige steder. Enkopresis bør diagnosticeres, hvis uhensigtsmæssig passage af fæces forekommer gentagne gange (f.eks. mindst én gang om måneden over en periode på flere måneder) hos en person, der har nået den udviklingsalder, hvor man normalt forventer fækal kontinens (4 år). Fækal inkontinens kan have været til stede fra fødslen (dvs. en atypisk udvidelse af normal inkontinens hos børn) eller kan være opstået efter en periode med erhvervet tarmkontrol. Enkopresis bør ikke diagnosticeres, hvis fækal tilsmudsning fuldt ud kan tilskrives en anden helbredstilstand (f.eks. aganglionær megacolon, spina bifida, demens), medfødte eller erhvervede abnormiteter i tarmen, gastrointestinal infektion eller overdreven brug af afføringsmidler.

6C01.0 Enkoprese med obstipation eller overløbsinkontinens

Diagnosekrav

Enkoprese er den gentagne passage af fæces på uhensigtsmæssige steder, der forekommer gentagne gange (f.eks. mindst én gang om måneden over en periode på flere måneder) hos et individ, som har nået den udviklingsalder, hvor fæceskontinens normalt forventes (4 år). Den fækale inkontinens kan have været til stede fra fødslen (dvs. en atypisk forlængelse af normal infantil inkontinens), eller kan være opstået efter en periode med erhvervet tarmkontrol. Enkoprese med obstipation og overløbsinkontinens er den mest almindelige form for fækal tilsmudsning og involverer tilbageholdelse og påvirkning af fæces. Afføring er typisk - men ikke altid - dårligt dannet (løs eller flydende), og lækage kan variere fra lejlighedsvis til kontinuerlig. Der er ofte en historie med toiletundgåelse, der fører til forstoppelse.

6C01.1 Enkoprese uden forstoppelse eller overløbsinkontinens

Diagnosekrav

Enkoprese er den gentagne passage af fæces på uhensigtsmæssige steder, der forekommer gentagne gange (f.eks. mindst én gang om måneden over en periode på flere måneder) hos et individ, som har nået den udviklingsalder, hvor fæceskontinens normalt forventes (4 år). Den fækale inkontinens kan have været til stede fra fødslen (dvs. en atypisk forlængelse af normal infantil inkontinens), eller kan være opstået efter en periode med erhvervet tarmkontrol. Enkoprese uden forstoppelse og overløb er ikke forbundet med tilbageholdelse og påvirkning af fæces, men afspejler snarere modvilje, modstand eller manglende overholdelse af sociale normer ved afføring på acceptable steder i sammenhæng med normal fysiologisk kontrol over afføring. Afføring er typisk af normal konsistens, og uhensigtsmæssig afføring er sandsynligvis intermitterende.

Forstyrrelser af kropslige lidelser eller kropslige oplevelser

Diagnosekrav

Forstyrrelser af kropslig angst og kropslig oplevelse er kendetegnet ved forstyrrelser i personens oplevelse af sin krop. Forstyrrelser i kropslig angst omfatter kropslige symptomer, som personen finder foruroligende, og som den enkelte er overdrevent opmærksom på. Kropsintegritetsdysphori indebærer en forstyrrelse i personens oplevelse af kroppen, der viser sig ved et vedvarende ønske om at have et bestemt fysisk handicap ledsaget af vedvarende ubehag eller intense følelser af uhensigtsmæssighed i forhold til den nuværende ikke-handicappede kropskonfiguration.

6C20 Forstyrrelse af kropslig angst

Diagnosekrav

Forstyrrelse af kropslig nød er kendetegnet ved tilstedeværelsen af kropslige symptomer, der er belastende for individet, og overdreven opmærksomhed rettet mod symptomerne, hvilket kan manifestere sig ved gentagen kontakt med sundhedspersonale. Hvis en anden helbredstilstand forårsager eller bidrager til symptomerne, er graden af opmærksomhed klart overdreven i forhold til symptomets art og udvikling. Overdreven opmærksomhed lindres ikke ved passende klinisk undersøgelse og undersøgelser og passende beroligelse. De kropslige symptomer er vedvarende og har været til stede de fleste dage i mindst flere måneder. Typisk omfatter kropslig lidelse flere kropslige symptomer, som kan variere over tid. Lejlighedsvis er der et enkelt symptom - sædvanligvis smerte eller træthed - som er forbundet med de andre træk ved lidelsen. Symptomerne og den dermed forbundne angst og bekymring har i det mindste en vis indvirkning på personens funktion (f.eks. belastning i relationer, mindre effektiv akademisk eller erhvervsmæssig funktion, opgivelse af specifikke fritidsaktiviteter).

6C20.0 Mild kropslig lidelse

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til kropslig nødlidelse er til stede. Der er overdreven opmærksomhed på forstyrrende symptomer og deres konsekvenser, hvilket kan resultere i hyppige lægebesøg, men personen er ikke optaget af symptomerne (f.eks. bruger den enkelte mindre end en time om dagen på at fokusere på dem). Selvom individet udtrykker bekymring over symptomerne, og de kan have en vis indvirkning på hans eller hendes liv (f.eks. belastning i forhold, mindre effektiv akademisk eller erhvervsmæssig funktion, opgivelse af specifikke fritidsaktiviteter), er der ingen væsentlig svækkelse af personens personlige, familie, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervsmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

6C20.1 Moderat kropslig nødlidelse

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til kropslig nødlidelse er til stede. Der er vedvarende optagethed af de belastende symptomer og deres konsekvenser (f.eks. bruger den enkelte mere end en time om dagen på at tænke på dem), typisk forbundet med hyppige lægebesøg. Personen bruger meget af sin energi på at fokusere på symptomerne og deres konsekvenser. Symptomerne og tilhørende nød og bekymring forårsager moderat svækkelse i personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervsmæssige eller andre vigtige områder af funktion (f.eks. relationskonflikt, præstationsproblemer på arbejdet, opgivelse af en række sociale og fritidsaktiviteter).

6C20.2 Svær kropslig lidelse

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til kropslig nødlidelse er til stede. Der er en gennemgående og vedvarende optagethed af symptomerne og deres konsekvenser i det omfang, at disse kan blive omdrejningspunktet i personens liv, hvilket typisk resulterer i omfattende interaktioner med sundhedsvæsenet. Symptomerne og den tilhørende nød og bekymring forårsager alvorlig svækkelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, arbejdsmæssige eller andre vigtige områder af funktion (f.eks. ude af stand til at arbejde, fremmedgørelse af venner og familie, opgivelse af næsten alle sociale aktiviteter og fritidsaktiviteter). Personens interesser kan blive så snævre, at de næsten udelukkende fokuserer på hans eller hendes kropslige symptomer og deres negative konsekvenser.

6C21 Dysphori med hensyn til kropsintegritet

Diagnosekrav

Kropintegritetsdysphori er karakteriseret ved et intenst og vedvarende ønske om at blive fysisk handicappet på en væsentlig måde (f.eks. amputeret af større lemmer, paraplegisk, blind), med debut i den tidlige ungdom ledsaget af vedvarende ubehag eller intense følelser af uhensigtsmæssighed i forhold til den nuværende ikke-handicappede kropsudformning. Ønsket om at blive fysisk handicappet har skadelige konsekvenser, hvilket kommer til udtryk ved, at enten optagetheden af ønsket (herunder den tid, der bruges på at foregive at være handicappet) i betydelig grad forstyrrer produktiviteten, fritidsaktiviteterne eller den sociale funktion (f.eks. er personen ikke villig til at have et tæt forhold, fordi det ville gøre det vanskeligt at foregive at være handicappet), eller ved at forsøg på rent faktisk at blive handicappet har resulteret i, at personen har bragt sit helbred eller liv i betydelig fare. Forstyrrelsen kan ikke bedre forklares ved en anden psykisk, adfærdsmæssig eller neurologisk udviklingsforstyrrelse, ved en sygdom i nervesystemet eller ved en anden medicinsk tilstand eller ved malingering.

Forstyrrelser som følge af stofbrug eller vanedannende adfærd

Diagnosekrav

Forstyrrelser som følge af stofbrug og vanedannende adfærd er mentale og adfærdsmæssige forstyrrelser, der udvikles som følge af brug af overvejende psykoaktive stoffer, herunder medicin, eller specifik gentagen belønnings- og forstærkende adfærd.

Forstyrrelser som følge af stofbrug

Diagnosekrav

Forstyrrelser som følge af stofbrug omfatter forstyrrelser, der skyldes en enkeltstående eller gentagen brug af stoffer med psykoaktive egenskaber, herunder visse lægemidler. Forstyrrelser i forbindelse med fjorten klasser eller grupper af psykoaktive stoffer er omfattet. Typisk giver den indledende brug af disse stoffer behagelige eller tiltrækkende psykoaktive virkninger, som er givende og forstærkende ved gentagen brug. Ved fortsat brug kan mange af de omfattede stoffer skabe afhængighed. De har også potentiale til at forårsage mange former for skade, både på det mentale og fysiske helbred. Forstyrrelser som følge af skadelig ikke-medicinsk brug af ikke-psykoaktive stoffer er også omfattet af denne gruppe.

6C40 Forstyrrelser som følge af brug af alkohol

Diagnosekrav

Lidelser som følge af brug af alkohol er kendetegnet ved mønsteret og konsekvenserne af alkoholforbrug. Alkohol - mere specifikt betegnet ethylalkohol eller ethanol - er en berusende forbindelse, der fremstilles ved gæring af sukkerarter, som normalt findes i landbrugsprodukter som f.eks. frugt, korn og grøntsager, med eller uden efterfølgende destillation. Der findes en lang række forskellige alkoholholdige drikkevarer med alkoholkoncentrationer, der typisk ligger mellem 1,5 % og 60 %. Alkohol er overvejende et middel, der virker nedbrydende på centralnervesystemet. Ud over evnen til at fremkalde alkoholforgiftning har alkohol afhængighedsskabende egenskaber, hvilket resulterer i alkoholafhængighed hos nogle mennesker og alkoholabstinenser, når alkoholforbruget reduceres eller ophører. I modsætning til de fleste andre stoffer sker udskillelsen af alkohol fra kroppen med en konstant hastighed, således at clearance følger et lineært snarere end et logaritmisk forløb. Alkohol er involveret i en lang række skader, der påvirker de fleste organer og systemer i kroppen (f.eks. skrumpeliver, mave-tarmkræft, pancreatitis). Skader på andre som følge af adfærd under alkoholforgiftning er velkendt og indgår i definitionerne af skadelig brug af alkohol (dvs. episoder med skadelig brug af alkohol og skadeligt brugsmønster af alkohol). Flere alkoholinducerede psykiske lidelser (f.eks. alkoholinduceret psykotisk lidelse) og alkoholrelaterede former for neurokognitiv svækkelse (f.eks. demens som følge af alkoholbrug) er anerkendt.

6C40.0 Episode af skadelig brug af alkohol

Diagnosekrav

En episode med brug af alkohol, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der har medført skade på andres helbred. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd på grund af alkoholforgiftning hos den person, som diagnosticeringen af enkelt episode med skadelig brug gælder. Denne diagnose bør ikke stilles, hvis skaden tilskrives et kendt mønster af alkoholforbrug.

6C40.1 Skadeligt brugsmønster af alkohol

Diagnosekrav

Et mønster af alkoholforbrug, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der har medført skade på andres helbred. Mønstret for alkoholbrug er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder, hvis misbruget er episodisk, eller mindst en måned, hvis brugen er kontinuerlig. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykiske lidelser, der direkte kan henføres til adfærd relateret til alkoholforgiftning hos den person, som diagnosen skadeligt forbrugsmønster af alkohol gælder for.

6C40.10 Skadeligt mønster for brug af alkohol, episodisk

Diagnosekrav

Et mønster af episodisk eller intermitterende alkoholbrug, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der fører til skade på andres helbred. Mønstret for episodisk alkoholforbrug er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykiske lidelser, der direkte kan henføres til adfærd relateret til alkoholforgiftning hos den person, som diagnosen skadeligt forbrugsmønster af alkohol gælder for.

6C40.11 Skadeligt mønster for brug af alkohol, kontinuerlig

Diagnosekrav

Et mønster af vedvarende (dagligt eller næsten dagligt) alkoholforbrug, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der fører til skade på andres helbred. Mønstret med kontinuerligt alkoholforbrug er tydeligt over en periode på mindst en måned. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykiske lidelser, der direkte kan henføres til adfærd relateret til alkoholforgiftning hos den person, som diagnosen skadeligt forbrugsmønster af alkohol gælder for.

6C40.2 Alkoholafhængighed

Diagnosekrav

Alkoholafhængighed er en forstyrrelse i reguleringen af alkoholforbrug, der opstår ved gentagen eller kontinuerlig brug af alkohol. Det karakteristiske træk er en stærk intern drift til at bruge alkohol, som viser sig ved nedsat evne til at kontrollere brugen, øget prioritering af brug over andre aktiviteter og vedholdenhed med brug på trods af skade eller negative konsekvenser. Disse oplevelser er ofte ledsaget af en subjektiv følelse af trang eller trang til at bruge alkohol. Fysiologiske træk ved afhængighed kan også være til stede, herunder tolerance over for virkningerne af alkohol, abstinenssymptomer efter ophør eller reduktion i brugen af alkohol, eller gentagen brug af alkohol eller farmakologisk lignende stoffer for at forebygge eller lindre abstinenssymptomer. Trækkene ved afhængighed er normalt tydelige over en periode på mindst 12 måneder, men diagnosen kan stilles, hvis alkoholforbruget er kontinuerligt (dagligt eller næsten dagligt) i mindst 3 måneder.

6C40.20 Alkoholafhængighed, aktuelt brug, kontinuerlig

Diagnosekrav

Alkoholafhængighed med kontinuerlig indtagelse af alkohol (dagligt eller næsten dagligt) over en periode på mindst 1 måned.

6C40.21 Alkoholafhængighed, aktuelt brug, episodisk

Diagnosekrav

I løbet af de seneste 12 måneder har der været alkoholafhængighed med periodisk kraftigt drikkeri, med perioder med afholdenhed fra alkohol. Hvis den nuværende brug er kontinuerlig (dagligt eller næsten dagligt i mindst den seneste 1 måned), bør diagnosen Alkoholafhængighed, nuværende brug, kontinuerlig stilles i stedet.

6C40.22 Alkoholafhængighed, tidlig fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af alkoholafhængighed, og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (herunder selvhjælpsintervention), har personen været afholdende fra alkohol i en periode på mellem 1 og 12 måneder.

6C40.23 Alkoholafhængighed, vedvarende delvis remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af alkoholafhængighed, og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (inklusive selvhjælpsintervention), er der en betydelig reduktion i alkoholforbruget i mere end 12 måneder, sådan at selv om periodisk eller vedvarende drikkeri har forekommet under dette periode, er definitionskravene for afhængighed ikke opfyldt.

6C40.24 Alkoholafhængighed, vedvarende fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af alkoholafhængighed, og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (inklusive selvindgreb), har personen været afholdende fra alkohol i 12 måneder eller længere.

6C40.3 Alkoholforgiftning

Diagnosekrav

Alkoholforgiftning er en klinisk signifikant forbigående tilstand, der udvikler sig under eller kort efter indtagelse af alkohol, og som er karakteriseret ved forstyrrelser i bevidsthed, kognition, perception, affekt, adfærd eller koordination. Disse forstyrrelser er forårsaget af de kendte farmakologiske virkninger af alkohol, og deres intensitet er tæt forbundet med mængden af indtaget alkohol. De er tidsbegrænsede og aftager, efterhånden som alkohol fjernes fra kroppen. Præsenterende træk kan omfatte nedsat opmærksomhed, upassende eller aggressiv adfærd, labilitet af humør og følelser, nedsat dømmekraft, dårlig koordination, ustabil gang, fin nystagmus og sløret tale. Ved mere alvorlige niveauer af forgiftning kan der opstå stupor eller koma. Alkoholforgiftning kan lette selvmordstanker eller -adfærd.

6C40.4 Alkoholabstinenser

Diagnosekrav

Alkoholabstinenser er en klinisk signifikant klynge af symptomer, adfærd og/eller fysiologiske træk, varierende i grad af sværhedsgrad og varighed, der opstår ved ophør eller reduktion af brugen af alkohol hos personer, der har udviklet alkoholafhængighed eller har brugt alkohol i en længere periode. eller i store mængder. Tegn på alkoholabstinenser kan omfatte autonom hyperaktivitet (f.eks. takykardi, hypertension, sved), øget rysten i hånden, kvalme, opkastning eller opkastning, søvnløshed, angst, psykomotorisk agitation, deprimeret eller dysforisk stemning, forbigående visuelle, taktile eller auditive illusioner eller hallucinationer. og distraherbarhed. Mindre almindeligt er abstinestilstanden kompliceret af generaliserede tonisk-kloniske anfald. Abstinestilstanden kan udvikle sig til en meget alvorlig form for delirium karakteriseret ved forvirring og desorientering, vrangforestillinger og langvarige visuelle, taktile eller auditive hallucinationer. I sådanne tilfælde bør en separat diagnose af alkohol-induceret delirium også tildeles.

6C40.40 Alkoholabstinens, ukompliceret

Diagnosekrav

Alle diagnostiske krav til alkoholabstinenser er opfyldt, og abstinestilstanden er ikke ledsaget af perceptuelle forstyrrelser eller anfald.

6C40.41 Alkoholabstinenser med perceptuelle forstyrrelser

Diagnosekrav

Alle diagnostiske krav til alkoholabstinenser er opfyldt, og abstinestilstanden er ledsaget af perceptuelle forstyrrelser (f.eks. visuelle eller taktile hallucinationer eller illusioner) med test af intakt virkelighed. Der er ingen tegn på forvirring, og andre diagnostiske krav til delirium er ikke opfyldt. Tilbagevækningsstilstanden er ikke ledsaget af anfald.

6C40.42 Alkoholabstinenser med anfald

Diagnosekrav

Alle diagnostiske krav til alkoholabstinenser er opfyldt, og abstinestilstanden er ledsaget af anfald (dvs. generaliserede tonisk-kloniske anfald), men ikke af perceptuelle forstyrrelser.

6C40.43 Alkoholabstinenser med perceptuelle forstyrrelser og anfald

Diagnosekrav

Alle diagnostiske krav til alkoholabstinenser er opfyldt, og abstinestilstanden er ledsaget af både anfald (dvs. generaliserede tonisk-kloniske anfald) og perceptuelle forstyrrelser (f.eks. visuelle eller taktile hallucinationer eller illusioner) med test af intakt virkelighed. Diagnostiske krav til delirium er ikke opfyldt.

6C40.5 Alkohol-induceret delirium

Diagnosekrav

Alkohol-induceret delirium er karakteriseret ved en akut tilstand af forstyrret opmærksomhed og bevidsthed med specifikke træk ved delirium, der udvikler sig under eller kort efter stofforgiftning eller abstinenser eller under brug af alkohol. Mængden og varigheden af alkoholbrug skal være i stand til at producere delirium. Specifikke træk ved alkohol-induceret delirium kan omfatte nedsat bevidsthed med desorientering, livlige hallucinationer og illusioner, søvnløshed, vrangforestillinger, agitation, opmærksomhedsforstyrrelser og ledsagende tremor og fysiologiske symptomer på alkoholabstinenser. I nogle tilfælde af alkoholabstinenser kan abstinestilstanden udvikle sig til en meget alvorlig form for alkohol-induceret delirium. Symptomerne forklares ikke bedre af en primær psykisk lidelse, ved brug af eller abstinenser fra et andet stof eller af en anden helbredstilstand, der ikke er klassificeret under Psykiske, adfærdsmæssige og neuroudviklingsmæssige lidelser.

6C40.6 Alkohol-induceret psykotisk lidelse

Diagnosekrav

Alkohol-induceret psykotisk lidelse er karakteriseret ved psykotiske symptomer (fx vrangforestillinger, hallucinationer, uorganiseret tænkning, groft uorganiseret adfærd), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra alkohol. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end psykotisk-lignende forstyrrelser af opfattelse, kognition eller adfærd, der er karakteristiske for alkoholforgiftning eller alkoholabstinenser. Mængden og varigheden af alkoholforbrug skal være i stand til at fremkalde psykotiske symptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. skizofreni, en stemningslidelse med psykotiske symptomer), som det kan være tilfældet, hvis de psykotiske symptomer gik forud for indtræden af alkoholforbruget, hvis symptomerne varer ved i en længere periode efter ophør med alkoholbrug eller abstinenser, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med psykotiske symptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med alkoholbrug).

6C40.60 Alkohol-induceret psykotisk lidelse med hallucinationer

Diagnosekrav

Alkohol-induceret psykotisk lidelse med hallucinationer er karakteriseret ved tilstedeværelsen af hallucinationer, der vurderes at være den direkte konsekvens af alkoholbrug. Hverken vrangforestillinger eller andre psykotiske symptomer er til stede. Symptomerne opstår ikke udelukkende under hypnogiske eller hypnopompiske tilstande, er ikke bedre forklaret af en anden mental og adfærdsmæssig lidelse (f.eks. skizofreni), og skyldes ikke en anden lidelse eller sygdom klassificeret andetsteds (f.eks. epilepsier med visuelle symptomer).

6C40.61 Alkohol-induceret psykotisk lidelse med vrangforestillinger

Diagnosekrav

Alkohol-induceret psykotisk lidelse med vrangforestillinger er karakteriseret ved tilstedeværelsen af vrangforestillinger, der vurderes at være den direkte konsekvens af alkoholbrug. Hverken hallucinationer eller andre psykotiske symptomer er til stede. Symptomerne opstår ikke udelukkende under hypnogiske eller hypnopompiske tilstande, er ikke bedre forklaret af en anden mental og adfærdsmæssig lidelse (f.eks. skizofreni), og skyldes ikke en anden lidelse eller sygdom klassificeret andetsteds (f.eks. epilepsier med visuelle symptomer).

6C40.62 Alkohol-induceret psykotisk lidelse med blandede psykotiske symptomer

Diagnosekrav

Alkohol-induceret psykotisk lidelse med blandede psykotiske symptomer er karakteriseret ved tilstedeværelsen af flere psykotiske symptomer, primært hallucinationer og vrangforestillinger, når disse vurderes at være den direkte konsekvens af alkoholbrug. Symptomerne opstår ikke udelukkende under hypnogiske eller hypnopompiske tilstande, er ikke bedre forklaret af en anden mental og adfærdsmæssig lidelse (f.eks. skizofreni), og skyldes ikke en anden lidelse eller sygdom klassificeret andetsteds (f.eks. epilepsier med visuelle symptomer).

6C40.7 Visse specificerede alkohol-inducerede psykiske eller adfærdsmæssige forstyrrelser

6C40.70 Alkohol-induceret stemningslidelse

Diagnosekrav

Alkohol-induceret stemningslidelse er karakteriseret ved stemningssymptomer (f.eks. deprimeret eller forhøjet humør, nedsat engagement i behagelige aktiviteter, øget eller nedsat energiniveau), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra alkohol. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end de humørforstyrrelser, der er karakteristiske for alkoholforgiftning eller alkoholabstinenser. Mængden og varigheden af alkoholforbrug skal være i stand til at fremkalde humørsymptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. en depressiv lidelse, en bipolar lidelse, skizoaffektiv lidelse), som det kan være tilfældet, hvis humørsymptomerne gik forud for indledningen af alkoholforbruget, hvis symptomerne varer ved i en længere periode. tidsrum efter ophør med alkoholforbruget eller abstinenser, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med humørsymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med alkoholbrug).

6C40.71 Alkohol-induceret angstlidelse

Diagnosekrav

Alkohol-induceret angstlidelse er karakteriseret ved angstsymptomer (f.eks. angst eller bekymring, frygt, fysiologiske symptomer på overdreven autonom ophidselse, undgåelsesadfærd), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra alkohol. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end de angstsymptomer, der er karakteristiske for alkoholforgiftning eller alkoholabstinenser. Mængden og varigheden af alkoholforbrug skal være i stand til at fremkalde angstsymptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. en angst- og frygtrelateret lidelse, en depressiv lidelse med fremtrædende angstsymptomer), som det kan være tilfældet, hvis angstsymptomerne gik forud for begyndende alkoholforbrug, hvis symptomer vedvarer i en længere periode efter ophør med alkoholbrug eller abstinenser, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med angstsymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med alkoholbrug).

6C41 Forstyrrelser som følge af brug af cannabis

Diagnosekrav

Lidelser som følge af brug af cannabis er kendetegnet ved mønsteret og konsekvenserne af cannabisbrug. Cannabis er en samlet betegnelse for en række psykoaktive præparater af cannabisplanten, *Cannabis sativa*, og beslægtede arter og hybrider. Cannabis indeholder cannabinoider, en klasse af forskellige kemiske forbindelser, der virker på endogene cannabinoidreceptorer, som modulerer neurotransmitterfrigivelsen i hjernen. Den vigtigste psykoaktive cannabinoid er δ -9-tetrahydrocannabinol (THC). Cannabis ryges typisk i form af de blomstrende hoveder eller blade fra marihuaplanten; tobak blandes ofte med cannabis, når den ryges. Der findes også cannabisolier, der fremstilles af de samme kilder. Disse præparater varierer betydeligt i deres THC-styrke. Cannabis har overvejende centralnervesystemdeprimerende virkninger og giver en karakteristisk eufori, som kan være en del af de fremtrædende træk ved cannabisintoksikation, som også kan omfatte forringelse af kognitive og psykomotoriske funktioner. Cannabis har afhængighedsskabende egenskaber, der hos nogle mennesker resulterer i cannabisafhængighed og cannabisabstinenser, når brugen reduceres eller ophører. Cannabis er forbundet med en række cannabisinducerede psykiske lidelser.

6C41.0 Episode af skadelig brug af cannabis

Diagnosekrav

En episode med brug af cannabis, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der har medført skade på andres helbred. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Sundhedsskade for andre omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd på grund af hashforgiftning hos den person, som diagnosticeringen af en enkelt episode med skadelig brug gælder. Denne diagnose bør ikke stilles, hvis skaden tilskrives et kendt mønster af cannabisbrug.

6C41.1 Skadeligt mønster for brug af cannabis

Diagnosekrav

Et mønster for cannabisbrug, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der har medført skade på andres helbred. Mønstret for cannabisbrug er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder, hvis stofbrugen er episodisk eller mindst en måned, hvis brugen er kontinuerlig (dvs. dagligt eller næsten dagligt). Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til hashforgiftning hos den person, som diagnosticeren Skadeligt brugsmønster af cannabis gælder for.

6C41.10 Skadeligt mønster for brug af cannabis, episodisk

Diagnosekrav

Et mønster af episodisk eller intermitterende cannabisbrug, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der har medført skade på andres helbred. Mønstret for episodisk cannabisbrug er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til hashforgiftning hos den person, som diagnosticeren Skadeligt brugsmønster af cannabis gælder for.

6C41.11 Skadeligt brugsmønster af cannabis, kontinuerlig

Diagnosekrav

Et mønster af kontinuerlig (daglig eller næsten daglig) cannabisbrug, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der har medført skade på andres helbred. Mønstret med vedvarende cannabisbrug er tydeligt over en periode på mindst en måned. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til hashforgiftning hos den person, som diagnosticeren Skadeligt brugsmønster af cannabis gælder for.

6C41.2 Cannabisafhængighed

Diagnosekrav

Cannabisafhængighed er en forstyrrelse i reguleringen af cannabisbrug, der opstår ved gentagen eller kontinuerlig brug af cannabis. Det karakteristiske træk er en stærk intern drift til at bruge cannabis, som viser sig ved nedsat evne til at kontrollere brugen, øget prioritet til brug frem for andre aktiviteter og vedvarende brug på trods af skade eller negative konsekvenser. Disse oplevelser er ofte ledsaget af en subjektiv fornemmelse af trang eller trang til at bruge cannabis. Fysiologiske træk ved afhængighed kan også være til stede, herunder tolerance over for virkningerne af cannabis, abstinenssymptomer efter ophør eller reduktion i brugen af cannabis, eller gentagen brug af cannabis eller farmakologisk lignende stoffer for at forebygge eller lindre abstinenssymptomer. Trækkene ved afhængighed er normalt tydelige over en periode på mindst 12 måneder, men diagnosen kan stilles, hvis cannabisbrug er kontinuerligt (dagligt eller næsten dagligt) i mindst 3 måneder.

6C41.20 Cannabisafhængighed, nuværende brug

Diagnosekrav

Aktuel cannabisafhængighed med brug af cannabis inden for den seneste måned.

6C41.21 Cannabisafhængighed, tidlig fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af cannabisafhængighed og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (herunder selvhjælpsintervention), har personen været afholden fra cannabis i en periode på mellem 1 og 12 måneder.

6C41.22 Cannabisafhængighed, vedvarende delvis remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af hashafhængighed og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (herunder selvhjælpsintervention) er der en markant reduktion i cannabisforbruget i mere end 12 måneder, således at selvom der har været hashbrug i denne periode. definitionskravene for afhængighed ikke er opfyldt.

6C41.23 Cannabisafhængighed, vedvarende fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af hashafhængighed, og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (herunder selvindgreb), har personen været afholden fra hash i 12 måneder eller længere.

6C41.3 Cannabisforgiftning

Diagnosekrav

Cannabisforgiftning er en klinisk signifikant forbigående tilstand, der udvikler sig under eller kort efter indtagelse af cannabis, og som er karakteriseret ved forstyrrelser i bevidsthed, kognition, perception, affekt, adfærd eller koordination. Disse forstyrrelser er forårsaget af de kendte farmakologiske virkninger af cannabis, og deres intensitet er tæt forbundet med mængden af indtaget cannabis. De er tidsbegrænsede og aftager, efterhånden som cannabis fjernes fra kroppen. Præsenterende træk kan omfatte uhensigtsmæssig eufori, nedsat opmærksomhed, nedsat dømmekraft, perceptuelle ændringer (såsom følelsen af at flyde, ændret opfattelse af tid), ændringer i selskabelighed, øget appetit, angst, intensivering af almindelige oplevelser, nedsat korttidshukommelse og træghed. Fysiske tegn omfatter konjunktival injektion (røde eller blodskudte øjne) og takykardi.

6C41.4 Cannabistilbagetrækning

Diagnosekrav

Cannabisabstinenser er en klinisk signifikant klynge af symptomer, adfærd og/eller fysiologiske træk, varierende i sværhedsgrad og varighed, der opstår ved ophør eller reduktion af brugen af cannabis hos personer, der har udviklet cannabisafhængighed eller har brugt cannabis i en længere periode eller i store mængder. Visende træk ved Cannabis-abstinenser kan omfatte irritabilitet, vrede eller aggressiv adfærd, rysten, søvnløshed, rastløshed, angst, deprimeret eller dysforisk stemning, nedsat appetit og vægttab, hovedpine, svedtendens eller kulderystelser, mavekramper og muskelsmerter.

6C41.5 Cannabis-induceret delirium

Diagnosekrav

Cannabis-induceret delirium er karakteriseret ved en akut tilstand af forstyrret opmærksomhed og bevidsthed med specifikke træk ved delirium, der udvikler sig under eller kort efter stofforgiftning eller abstinenser eller under brug af cannabis. Mængden og varigheden af cannabisbrug skal være i stand til at producere delirium. Symptomerne forklares ikke bedre af en primær psykisk lidelse, ved brug af eller abstinenser fra et andet stof eller af en anden helbredstilstand, der ikke er klassificeret under Psykiske, adfærdsmæssige og neuroudviklingsmæssige lidelser.

6C41.6 Cannabis-induceret psykotisk lidelse

Diagnosekrav

Cannabis-induceret psykotisk lidelse er karakteriseret ved psykotiske symptomer (fx vrangforestillinger, hallucinationer, uorganiseret tænkning, groft uorganiseret adfærd), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra cannabis. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end psykotisk-lignende forstyrrelser af opfattelse, kognition eller adfærd, der er karakteristiske for cannabisforgiftning eller Cannabis-abstinenser. Mængden og varigheden af cannabisbrug skal være i stand til at fremkalde psykotiske symptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. skizofreni, en stemningslidelse med psykotiske symptomer), som det kan være tilfældet, hvis de psykotiske symptomer gik forud for begyndelsen af cannabisbruget, hvis symptomerne varer ved i en længere periode efter ophør med cannabisbrug eller abstinenser, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med psykotiske symptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med cannabisbrug).

6C41.7 Visse specificerede cannabis-inducerede psykiske eller adfærdsmæssige lidelser

6C41.70 Cannabis-induceret stemningslidelse

Diagnosekrav

Cannabis-induceret stemningslidelse er karakteriseret ved humørsymptomer (f.eks. deprimeret eller forhøjet humør, nedsat engagement i behagelige aktiviteter, øget eller nedsat energiniveau), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra cannabis. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end de humørforstyrrelser, der er karakteristiske for Cannabis-forgiftning eller Cannabis-abstinenser. Mængden og varigheden af cannabisbrug skal være i stand til at fremkalde humørsymptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. en depressiv lidelse, en bipolar lidelse, skizoaffektiv lidelse), som det kan være tilfældet, hvis humørsymptomerne gik forud for begyndelsen af cannabisbruget, hvis symptomerne varer ved i en betydelig periode. tidsrum efter ophør med cannabisbrug eller abstinenser, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med humørsymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med cannabisbrug).

6C41.71 Cannabis-induceret angstlidelse

Diagnosekrav

Cannabis-induceret angstlidelse er karakteriseret ved angstsymptomer (f.eks. ængstelse eller bekymring, frygt, fysiologiske symptomer på overdreven autonom ophidselse, undgåelsesadfærd), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra cannabis. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end de angstsymptomer, der er karakteristiske for Cannabis-forgiftning eller Cannabis-abstinenser. Mængden og varigheden af cannabisbrug skal være i stand til at fremkalde angstsymptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. en angst- og frygtrelateret lidelse, en depressiv lidelse med fremtrædende angstsymptomer), som det kan være tilfældet, hvis angstsymptomerne gik forud for begyndelsen af cannabisbruget, hvis symptomer varer ved i en længere periode efter ophør med cannabisbrug eller abstinenser, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med angstsymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med cannabisbrug).

6C42 Forstyrrelser som følge af brug af syntetiske cannabinoider

Diagnosekrav

Lidelser som følge af brug af syntetiske cannabinoider er karakteriseret ved mønsteret og konsekvenserne af brugen af syntetiske cannabinoider. Syntetiske cannabinoider er syntetiserede forskellige kemiske forbindelser, som er potente agonister for endogene cannabinoidreceptorer. Der findes flere hundrede af disse forbindelser. Den syntetiske forbindelse sprøjtes typisk på et medium som f.eks. cannabis eller teblade og ryges derefter. Virkningen af disse forbindelser adskiller sig markant fra rygning af naturligt dyrket cannabis, idet de euforiserende virkninger typisk ledsages eller domineres af psykotiske symptomer (f.eks. paranoia, hallucinationer og uorganiseret adfærd). Syntetisk cannabinoidintoxikation kan derfor oftere vise sig med psykotiske symptomer ud over de mere typiske virkninger af cannabis. Syntetiske cannabinoider er også afhængighedsskabende, og der er anerkendt syntetisk cannabinoidafhængighed og syntetisk cannabinoidabstinenser. Syntetisk cannabinoidinducerede psykiske lidelser forekommer også; især er der tale om syntetisk cannabinoidinduceret psykotisk lidelse.

6C42.0 Episode af skadelig brug af syntetiske cannabinoider

Diagnosekrav

En episode med brug af en syntetisk cannabinoid, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der har medført skade på andres helbred. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan tilskrives adfærd på grund af syntetisk cannabinoidforgiftning hos den person, som diagnosticeringen af en enkelt episode med skadelig brug gælder. Denne diagnose bør ikke stilles, hvis skaden tilskrives et kendt mønster af syntetisk cannabinoidbrug.

6C42.1 Skadeligt brugsmønster af syntetiske cannabinoider

Diagnosekrav

Et mønster for brug af syntetiske cannabinoider, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der fører til skade på andres helbred. Mønsteret for syntetisk cannabinoidbrug er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder, hvis stofbrugen er episodisk eller mindst en måned, hvis brugen er kontinuerlig (dvs. dagligt eller næsten dagligt). Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan tilskrives adfærd relateret til syntetisk cannabinoidforgiftning hos den person, for hvem diagnosen Skadeligt brugsmønster af syntetiske cannabinoider gælder.

6C42.10 Skadeligt mønster for brug af syntetiske cannabinoider, episodisk

Diagnosekrav

Et mønster af episodisk eller intermitterende brug af syntetiske cannabinoider, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der fører til skade på andres helbred. Mønstret for episodisk syntetisk cannabinoidbrug er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan tilskrives adfærd relateret til syntetisk cannabinoidforgiftning hos den person, for hvem diagnosen Skadeligt brugsmønster af syntetiske cannabinoider gælder.

6C42.11 Skadeligt brugsmønster af syntetiske cannabinoider, kontinuerlig

Diagnosekrav

Et mønster af kontinuerlig (daglig eller næsten daglig) brug af syntetiske cannabinoider, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der fører til skade på andres helbred. Mønstret for kontinuerlig brug af syntetiske cannabinoider er tydeligt over en periode på mindst en måned. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan tilskrives adfærd relateret til syntetisk cannabinoidforgiftning hos den person, for hvem diagnosen Skadeligt brugsmønster af syntetiske cannabinoider gælder.

6C42.2 Syntetisk cannabinoidafhængighed

Diagnosekrav

Syntetisk cannabinoidafhængighed er en forstyrrelse i reguleringen af syntetisk cannabinoidbrug, der opstår ved gentagen eller kontinuerlig brug af syntetiske cannabinoider. Det karakteristiske træk er en stærk intern drift til at bruge syntetiske cannabinoider, som viser sig ved nedsat evne til at kontrollere brugen, øget prioritet til brug frem for andre aktiviteter og vedvarende brug på trods af skade eller negative konsekvenser. Disse oplevelser er ofte ledsaget af en subjektiv følelse af trang eller trang til at bruge syntetiske cannabinoider. Fysiologiske træk ved afhængighed kan også være til stede, herunder tolerance over for virkningerne af syntetiske cannabinoider, abstinenssymptomer efter ophør eller reduktion i brugen af syntetiske cannabinoider eller gentagen brug af syntetiske cannabinoider eller farmakologisk lignende stoffer for at forebygge eller lindre abstinenssymptomer. Trækkene ved afhængighed er normalt tydelige over en periode på mindst 12 måneder, men diagnosen kan stilles, hvis syntetisk cannabinoidbrug er kontinuerlig (dagligt eller næsten dagligt) i mindst 3 måneder.

6C42.20 Syntetisk cannabinoidafhængighed, aktuel brug

Diagnosekrav

Aktuel afhængighed af syntetiske cannabinoider med brug af syntetiske cannabinoider inden for den seneste måned.

6C42.21 Syntetisk cannabinoidafhængighed, tidlig fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af syntetisk cannabinoidafhængighed og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (inklusive selvhjælpsintervention), har individet været afholdende fra syntetisk cannabinoidbrug i en periode på mellem 1 og 12 måneder.

6C42.22 Syntetisk cannabinoidafhængighed, vedvarende delvis remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af syntetisk cannabinoidafhængighed, og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (inklusive selvhjælpsintervention), er der en signifikant reduktion i forbruget af syntetiske cannabinoider i mere end 12 måneder, sådan at selvom der er forekommet syntetisk cannabinoidbrug under denne periode er definitionskravene for afhængighed ikke opfyldt.

6C42.23 Syntetisk cannabinoidafhængighed, vedvarende fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af syntetisk cannabinoidafhængighed og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (inklusive selvindgreb), har personen været afholdende fra syntetisk cannabinoidbrug i 12 måneder eller længere.

6C42.3 Syntetisk cannabinoidforgiftning

Diagnosekrav

Syntetisk cannabinoidforgiftning er en klinisk signifikant forbigående tilstand, der udvikler sig under eller kort efter indtagelsen af syntetiske cannabinoider, og som er karakteriseret ved forstyrrelser i bevidsthed, kognition, perception, affekt, adfærd eller koordination. Disse forstyrrelser er forårsaget af de kendte farmakologiske virkninger af syntetiske cannabinoider, og deres intensitet er tæt forbundet med mængden af syntetisk cannabinoid, der forbruges. De er tidsbegrænsede og aftager, efterhånden som syntetisk cannabinoid fjernes fra kroppen. Præsenterende træk kan omfatte uhensigtsmæssig eufori, nedsat opmærksomhed, nedsat dømmekraft, perceptuelle ændringer (såsom følelsen af at flyde, ændret opfattelse af tid), ændringer i selskabelighed, øget appetit, angst, intensivering af almindelige oplevelser, nedsat korttidshukommelse og træghed. Fysiske tegn omfatter konjunktival injektion (røde eller blodskudte øjne) og takykardi. Forgiftning med syntetiske cannabinoider kan også forårsage delirium eller akut psykose.

6C42.4 Syntetisk cannabinoidtilbagetrækning

Diagnosekrav

Syntetisk cannabinoidabstinenser er en klinisk signifikant klynge af symptomer, adfærd og/eller fysiologiske træk, varierende i grad af sværhedsgrad og varighed, som opstår ved ophør eller reduktion af brugen af syntetiske cannabinoider hos personer, der har udviklet syntetisk cannabinoidafhængighed eller har brugt syntetiske cannabinoider i længere tid eller i store mængder. Præsenterende træk ved tilbagetrækning af syntetisk cannabinoid kan omfatte irritabilitet, vrede, aggression, rysten, søvnløshed og foruroligende drømme, rastløshed, angst, nedtrykt humør og appetitforstyrrelser. I den tidlige fase kan tilbagetrækning af syntetisk cannabinoid være ledsaget af resterende træk af forgiftning fra stoffet, såsom paranoide forestillinger og auditive og visuelle hallucinationer.

6C42.5 Syntetisk cannabinoid-induceret delirium

Diagnosekrav

Syntetisk cannabinoid-induceret delirium er karakteriseret ved en akut tilstand af forstyrret opmærksomhed og bevidsthed med specifikke træk ved delirium, der udvikler sig under eller kort efter stofforgiftning eller abstinenser eller under brug af syntetiske cannabinoider. Mængden og varigheden af syntetisk cannabinoid brug skal være i stand til at producere delirium. Symptomerne forklares ikke bedre af en primær psykisk lidelse, ved brug af eller abstinenser fra et andet stof eller af en anden helbredstilstand, der ikke er klassificeret under Psykiske, adfærdsmæssige og neuroudviklingsmæssige lidelser.

6C42.6 Syntetisk cannabinoid-induceret psykotisk lidelse

Diagnosekrav

Syntetisk cannabinoid-induceret psykotisk lidelse er karakteriseret ved psykotiske symptomer (f.eks. vrangforestillinger, hallucinationer, uorganiseret tænkning, groft uorganiseret adfærd), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra syntetiske cannabinoider. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end psykotisk-lignende forstyrrelser af opfattelse, kognition eller adfærd, der er karakteristiske for syntetisk cannabinoidforgiftning eller syntetisk cannabinoidabstinens. Mængden og varigheden af syntetisk cannabinoidbrug skal være i stand til at fremkalde psykotiske symptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. skizofreni, en stemningslidelse med psykotiske symptomer), som det kan være tilfældet, hvis de psykotiske symptomer gik forud for begyndelsen af den syntetiske cannabinoidbrug, hvis symptomerne varer ved i en længere periode af tid efter ophør af den syntetiske cannabinoid brug eller tilbagetrækning, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med psykotiske symptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med syntetisk cannabinoid brug).

6C42.7 Visse specificerede syntetiske cannabinoid-inducerede mentale eller adfærdsmæssige lidelser

6C42.70 Syntetisk cannabinoid-induceret stemningslidelse

Diagnosekrav

Syntetisk cannabinoid-induceret stemningslidelse er karakteriseret ved stemningssymptomer (f.eks. deprimeret eller forhøjet stemning, nedsat engagement i behagelige aktiviteter, øget eller nedsat energiniveau), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra syntetiske cannabinoider. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end de humørforstyrrelser, der er karakteristiske for syntetisk cannabinoidforgiftning eller syntetisk cannabinoidabstinens. Mængden og varigheden af syntetisk cannabinoidbrug skal være i stand til at fremkalde humørsymptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. en depressiv lidelse, en bipolar lidelse, skizoaffektiv lidelse), som det kan være tilfældet, hvis humørsymptomerne gik forud for begyndelsen af den syntetiske cannabinoidbrug, hvis symptomerne varer ved i en et betydeligt tidsrum efter ophør af den syntetiske cannabinoidbrug eller tilbagetrækning, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med humørsymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med syntetisk cannabinoidbrug).

6C42.71 Syntetisk cannabinoid-induceret angstlidelse

Diagnosekrav

Syntetisk cannabinoid-induceret angstlidelse er karakteriseret ved angstsymptomer (f.eks. ængstelse eller bekymring, frygt, fysiologiske symptomer på overdreven autonom ophidselse, undgåelsesadfærd), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra syntetiske cannabinoider. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end de angstsymptomer, der er karakteristiske for syntetisk cannabinoidforgiftning eller syntetisk cannabinoidabstinens. Mængden og varigheden af syntetisk cannabinoidbrug skal være i stand til at fremkalde angstsymptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. en angst- og frygtrelateret lidelse, en depressiv lidelse med fremtrædende angstsymptomer), som det kunne være tilfældet, hvis angstsymptomerne gik forud for begyndelsen af den syntetiske cannabinoidbrug, hvis symptomerne varer ved i en længere periode efter ophør med brugen af syntetiske cannabinoider eller abstinenser, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med angstsymptomer (f.).

6C43 Forstyrrelser som følge af brug af opioider

Diagnosekrav

Lidelser som følge af brug af opioider er karakteriseret ved mønsteret og konsekvenserne af opioidbrug. Opioider er et generisk begreb, der omfatter bestanddele eller derivater af opiumvalmue *Papaver somniferum* samt en række syntetiske og semisyntetiske forbindelser, hvoraf nogle er beslægtede med morfin og andre kemisk forskellige, men som alle har deres primære virkning på μ -opioidreceptoren. Som eksempler på opioider kan nævnes morfin, diacetylmorfin (heroin), fentanyl, pethidin, oxycodon, hydromorphone, metadon, buprenorfin, kodein og d-propoxyphen. Opioiderne har alle smertestillende egenskaber af forskellig styrke og er først og fremmest nedtrykkende midler for centralnervesystemet. De undertrykker vejrtrækningen og andre vitale funktioner og er en almindelig årsag til overdosis og dermed forbundne dødsfald. Visse opioider anvendes eller administreres parenteralt, herunder heroin, et almindeligt og potent opioid, der primært anvendes ikke-medicinsk. Terapeutiske opioider ordineres på verdensplan til en række forskellige indikationer og er afgørende for smertebehandling i forbindelse med kræftsmarter og palliativ pleje, selv om de også anvendes af ikke-terapeutiske årsager. I nogle lande er morbiditet og dødelighed i forbindelse med terapeutiske opioider større end i forbindelse med heroin. Alle opioider kan medføre opioidforgiftning, opioidafhængighed og opioidabstinenser. Der forekommer en række opioidinducerede lidelser, hvoraf nogle opstår efter opioidabstinenser.

6C43.0 Episode med skadelig brug af opioider

Diagnosekrav

En episode med opioidbrug, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der har medført skade på andres helbred. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd på grund af opioidforgiftning hos den person, for hvem diagnosen en enkelt episode med skadelig brug gælder. Denne diagnose bør ikke stilles, hvis skaden tilskrives et kendt mønster af opioidbrug.

6C43.1 Skadeligt mønster for brug af opioider

Diagnosekrav

Et mønster for brug af opioider, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der har medført skade på andres helbred. Mønstret for opioidbrug er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder, hvis stofbrugen er episodisk eller mindst en måned, hvis brugen er kontinuerlig (dvs. dagligt eller næsten dagligt). Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til opioidforgiftning hos den person, for hvem diagnosen Skadeligt brugsmønster af opioider gælder.

6C43.10 Skadeligt mønster for brug af opioider, episodisk

Diagnosekrav

Et mønster af episodisk eller intermitterende brug af opioider, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der fører til skade på andres helbred. Mønstret for episodisk opioidbrug er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til opioidforgiftning hos den person, for hvem diagnosen Skadeligt brugsmønster af opioider gælder.

6C43.11 Skadeligt mønster for brug af opioider, kontinuerlig

Diagnosekrav

Et mønster af kontinuerlig (daglig eller næsten daglig) brug af opioider, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der har medført skade på andres helbred. Mønstret for kontinuerlig opioidbrug er tydeligt over en periode på mindst en måned. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til opioidforgiftning hos den person, for hvem diagnosen Skadeligt brugsmønster af opioider gælder.

6C43.2 Opioidafhængighed

Diagnosekrav

Opioidafhængighed er en forstyrrelse i reguleringen af opioidbrug, der opstår ved gentagen eller kontinuerlig brug af opioider. Det karakteristiske træk er en stærk intern drift til at bruge opioider, som viser sig ved nedsat evne til at kontrollere brugen, øget prioritering af brug frem for andre aktiviteter og vedvarende brug på trods af skade eller negative konsekvenser. Disse oplevelser er ofte ledsaget af en subjektiv følelse af trang eller trang til at bruge opioider. Fysiologiske træk ved afhængighed kan også være til stede, herunder tolerance over for virkningerne af opioider, abstinenssymptomer efter ophør eller reduktion i brugen af opioider eller gentagen brug af opioider eller farmakologisk lignende stoffer for at forebygge eller lindre abstinenssymptomer. Trækkene ved afhængighed er normalt tydelige over en periode på mindst 12 måneder, men diagnosen kan stilles, hvis opioidbrug er kontinuerlig (dagligt eller næsten dagligt) i mindst 3 måneder.

6C43.20 Opioidafhængighed, nuværende anvendelse

Diagnosekrav

Opioidafhængighed, med brug af et opioid inden for den seneste måned.

6C43.21 Opioidafhængighed, tidlig fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af opioidafhængighed og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (herunder selvhjælpsintervention), har individet været afholdende fra opioidbrug i en periode på mellem 1 og 12 måneder.

6C43.22 Opioidafhængighed, vedvarende delvis remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af opioidafhængighed og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (herunder selvhjælpsintervention), er der en signifikant reduktion i opioidforbruget i mere end 12 måneder, sådan at selvom opioidbrug har fundet sted i denne periode, definitionskravene for afhængighed ikke er opfyldt.

6C43.23 Opioidafhængighed, vedvarende fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af opioidafhængighed og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (inklusive selvindgreb), har personen været afholdende fra opioider i 12 måneder eller længere.

6C43.3 Opioidforgiftning

Diagnosekrav

Opioidforgiftning er en klinisk signifikant forbigående tilstand, der udvikler sig under eller kort efter indtagelse af opioider, og som er karakteriseret ved forstyrrelser i bevidsthed, kognition, perception, affekt, adfærd eller koordination. Disse forstyrrelser er forårsaget af de kendte farmakologiske virkninger af opioider, og deres intensitet er tæt forbundet med mængden af forbrugte opioider. De er tidsbegrænsede og aftager, efterhånden som opioider fjernes fra kroppen. Præsenterende træk kan omfatte døsigthed, stupor, humørsvingninger (fx eufori efterfulgt af apati og dysfori), psykomotorisk retardering, nedsat dømmekraft, respirationsdepression, sløret tale og svækkelse af hukommelse og opmærksomhed. Ved alvorlig forgiftning kan koma opstå. Et karakteristisk fysisk tegn er pupilforsnævring, men dette tegn kan være fraværende, når forgiftning skyldes syntetiske opioider. Alvorlig opioidforgiftning kan føre til døden på grund af respirationsdepression.

6C43.4 Opioidtilbagetrækning

Diagnosekrav

Opioidabstinenser er en klinisk signifikant klynge af symptomer, adfærd og/eller fysiologiske træk, varierende i sværhedsgrad og varighed, der opstår ved ophør eller reduktion af brugen af opioider hos personer, der har udviklet opioidafhængighed eller har brugt opioider i en længere periode eller i store mængder. Opioidabstinenser kan også forekomme, når ordinerede opioider er blevet brugt i terapeutiske standarddoser. Præsenterende træk ved opioidabstinenser kan omfatte dysforisk stemning, trang til et opioid, angst, kvalme eller opkastning, mavekramper, muskelsmerter, gaben, sved, hede og kolde rødmme, tåredannelse, rhinoré, hypersomni (typisk i den indledende fase) eller søvnløshed, diarré, piloerektion og pupiludvidelse.

6C43.5 Opioid-induceret delirium

Diagnosekrav

Opioid-induceret delirium er karakteriseret ved en akut tilstand af forstyrret opmærksomhed og bevidsthed med specifikke træk ved delirium, der udvikler sig under eller kort efter stofforgiftning eller abstinenser eller under brug af opioider. Mængden og varigheden af opioidbrug skal være i stand til at producere delirium. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse, ved brug af eller abstinenser fra et andet stof eller af en anden helbredstilstand, der ikke er klassificeret under psykiske, adfærdsmæssige og neurodevelopmental lidelser.

6C43.6 Opioid-induceret psykotisk lidelse

Diagnosekrav

Opioid-induceret psykotisk lidelse er karakteriseret ved psykotiske symptomer (fx vrangforestillinger, hallucinationer, uorganiseret tænkning, groft uorganiseret adfærd), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra opioider. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end psykotisk-lignende forstyrrelser af opfattelse, kognition eller adfærd, der er karakteristiske for opioidforgiftning eller opioidabstinenser. Mængden og varigheden af opioidbrug skal være i stand til at fremkalde psykotiske symptomer. Symptomerne forklares ikke bedre af en primær psykisk lidelse (f.eks. skizofreni, en stemningslidelse med psykotiske symptomer), som det kan være tilfældet, hvis de psykotiske symptomer gik forud for opioidbrugets begyndelse, hvis symptomerne varer ved i en længere periode efter ophør med opioidbrug eller seponering, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med psykotiske symptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med opioidbrug).

6C43.7 Visse specificerede opioid-inducerede mentale eller adfærdsmæssige lidelser

6C43.70 Opioid-induceret stemningslidelse

Diagnosekrav

Opioid-induceret stemningslidelse er karakteriseret ved stemningssymptomer (f.eks. deprimeret eller forhøjet humør, nedsat engagement i behagelige aktiviteter, øget eller nedsat energiniveau), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra opioider. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end de humørforstyrrelser, der er karakteristiske for opioidforgiftning eller opioidabstinenser. Mængden og varigheden af opioidbrug skal være i stand til at fremkalde humørsymptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. en depressiv lidelse, en bipolar lidelse, skizoaffektiv lidelse), som det kan være tilfældet, hvis humørsymptomerne gik forud for opioidbrugets begyndelse, hvis symptomerne varer ved i en betydelig periode. tidsrum efter ophør med opioidbrug eller seponering, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med humørsymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med opioidbrug).

6C43.71 Opioid-induceret angstlidelse

Diagnosekrav

Opioid-induceret angstlidelse er karakteriseret ved angstsymptomer (f.eks. ængstelse eller bekymring, frygt, fysiologiske symptomer på overdreven autonom ophidselse, undgåelsesadfærd), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra opioider. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end de angstsymptomer, der er karakteristiske for opioidforgiftning eller opioidabstinenser. Mængden og varigheden af opioidbrug skal være i stand til at fremkalde angstsymptomer. Symptomerne forklares ikke bedre af en primær psykisk lidelse (f.eks. en angst- og frygtrelateret lidelse, en depressiv lidelse med fremtrædende angstsymptomer), som det kunne være tilfældet, hvis angstsymptomerne gik forud for opioidbrugets begyndelse, hvis symptomer varer ved i en længere periode efter ophør med opioidbrug eller abstinenser, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med angstsymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med opioidbrug).

6C44 Forstyrrelser som følge af brug af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika

Diagnosekrav

Lidelser som følge af brug af beroligende, hypnotiske eller anxiolytiske stoffer er karakteriseret ved mønsteret og konsekvenserne af brugen af disse stoffer. Sedativa, hypnotika og anxiolytika ordineres typisk til kortvarig behandling af angst eller søvnløshed og anvendes også til at give bedøvelse i forbindelse med medicinske procedurer. De omfatter benzodiazepinerne og de ikke-benzodiazepinske positive allosteriske modulatorer af GABA-receptorer (dvs. "Z-præparater") samt mange andre stoffer. Sedativa, hypnotika og anxiolytika omfatter barbiturater, som er langt mindre udbredte nu end i de foregående årtier. Sedativa, hypnotika og anxiolytika har afhængighedsskabende egenskaber, som er relateret til dosis og varighed af brugen. De kan forårsage forgiftning, afhængighed og abstinenser. Der findes flere andre psykiske lidelser, der fremkaldes af sedativa, hypnotika og anxiolytika.

6C44.0 Episode af skadelig brug af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika

Diagnosekrav

En episode med brug af et beroligende, hypnotisk eller anxiolytikum, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der fører til skade på andres helbred. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd på grund af beroligende, hypnotisk eller angstdæmpende forgiftning fra den person, som diagnosticeringen af enkelt episode med skadelig brug gælder for. Denne diagnose bør ikke stilles, hvis skaden tilskrives et kendt mønster af beroligende, hypnotisk eller anxiolytisk brug.

6C44.1 Skadeligt brugsmønster af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika

Diagnosekrav

Et mønster af beroligende, hypnotisk eller anxiolytisk brug, der har forårsaget klinisk signifikant skade på en persons fysiske eller mentale sundhed, eller hvor adfærd fremkaldt af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika har forårsaget klinisk signifikant skade på andre menneskers helbred. Mønstret med beroligende, hypnotisk eller anxiolytisk brug er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder, hvis brugen er episodisk og mindst en måned, hvis brugen er kontinuerlig (dvs. dagligt eller næsten dagligt). Skader kan være forårsaget af de berusende virkninger af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika, de direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer eller en skadelig administrationsvej.

6C44.10 Skadeligt brugsmønster af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika, episodisk

Diagnosekrav

Et mønster af episodisk eller intermitterende brug af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika, der har forårsaget klinisk signifikant skade på en persons fysiske eller mentale sundhed, eller hvor adfærd fremkaldt af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika har forårsaget klinisk signifikant skade på andre menneskers helbred. Mønstret med episodisk eller intermitterende brug af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder. Skader kan være forårsaget af de berusende virkninger af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika, de direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer eller en skadelig administrationsvej.

6C44.11 Skadeligt brugsmønster af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika, kontinuerlig

Diagnosekrav

Et mønster for kontinuerlig brug af beroligende midler, hypnotika eller angstdæmpende midler (dagligt eller næsten dagligt), som har forårsaget klinisk signifikant skade på en persons fysiske eller mentale sundhed, eller hvor adfærd fremkaldt af beroligende midler, hypnotika eller angstdæmpende midler har forårsaget klinisk signifikant skade på sundheden hos andre mennesker. Mønsteret med kontinuerlig brug af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika er tydeligt over en periode på mindst en måned. Skader kan være forårsaget af de berusende virkninger af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika, de direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer eller en skadelig administrationsvej.

6C44.2 Sedativ, hypnotisk eller anxiolytisk afhængighed

Diagnosekrav

Sedativ, hypnotisk eller anxiolytisk afhængighed er en forstyrrelse i reguleringen af beroligende brug, der opstår ved gentagen eller kontinuerlig brug af disse stoffer. Det karakteristiske træk er en stærk intern drift til at bruge beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika, som viser sig ved nedsat evne til at kontrollere brugen, øget prioritet til brug frem for andre aktiviteter og vedvarende brug på trods af skade eller negative konsekvenser. Disse oplevelser er ofte ledsaget af en subjektiv følelse af trang eller trang til at bruge disse stoffer. Fysiologiske træk ved afhængighed kan også være til stede, herunder tolerance over for virkningerne af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika, abstinenssymptomer efter ophør eller reduktion i brugen eller gentagen brug af beroligende midler eller farmakologisk lignende stoffer for at forebygge eller lindre abstinenssymptomer. Trækkene ved afhængighed er normalt tydelige over en periode på mindst 12 måneder, men diagnosen kan stilles, hvis beroligende brug er kontinuerlig (dagligt eller næsten dagligt) i mindst 3 måneder.

6C44.20 Sedativ, hypnotisk eller anxiolytisk afhængighed, aktuel brug

Diagnosekrav

Aktuel beroligende, hypnotisk eller anxiolytisk afhængighed med brug af et beroligende, hypnotisk eller anxiolytisk stof inden for den seneste måned.

6C44.21 Sedativ, hypnotisk eller anxiolytisk afhængighed, tidlig fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af beroligende, hypnotisk eller anxiolytisk afhængighed og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (herunder selvhjælpsintervention), har individet været afholdende fra beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika i en periode på mellem 1 og 12 måneder.

6C44.22 Sedativ, hypnotisk eller anxiolytisk afhængighed, vedvarende delvis remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af beroligende, hypnotisk eller anxiolytisk afhængighed, og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (inklusive selvhjælpsintervention), er der en signifikant reduktion i forbruget af beroligende, hypnotisk eller anxiolytisk midler i mere end 12 måneder, således at selvom beroligende, hypnotisk eller anxiolytisk brug har fundet sted i denne periode, er definitionskravene for afhængighed ikke opfyldt.

6C44.23 Sedativ, hypnotisk eller anxiolytisk afhængighed, vedvarende fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af beroligende, hypnotisk eller anxiolytisk afhængighed og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (inklusive selvindgreb), har personen været afholdende fra beroligende, hypnotisk eller anxiolytisk i 12 måneder eller længere.

6C44.3 Sedativ, hypnotisk eller anxiolytisk forgiftning

Diagnosekrav

Sedativ, hypnotisk eller anxiolytisk forgiftning er en klinisk signifikant forbigående tilstand, der udvikler sig under eller kort efter indtagelse af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika, og som er karakteriseret ved forstyrrelser i bevidsthed, kognition, perception, affekt, adfærd eller koordination. Disse forstyrrelser er forårsaget af de kendte farmakologiske virkninger af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika, og deres intensitet er tæt forbundet med mængden af indtaget beroligende, hypnotika eller anxiolytika. De er tidsbegrænsede og aftager efterhånden som beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika fjernes fra kroppen. Præsenterende træk kan omfatte døsigthed, nedsat dømmekraft, upassende adfærd (herunder seksuel adfærd eller aggression), sløret tale, nedsat motorisk koordination, ustabil gang, humørsvingninger samt nedsat hukommelse, opmærksomhed og koncentration. Nystagmus (gentagne, ukontrollerede øjenbevægelser) er et almindeligt fysisk tegn. I alvorlige tilfælde kan der opstå stupor eller koma.

6C44.4 Sedativ, hypnotisk eller anxiolytisk abstinens

Diagnosekrav

Sedativ, hypnotisk eller anxiolytisk abstinens er en klinisk signifikant klynge af symptomer, adfærd og/eller fysiologiske træk, varierende i sværhedsgrad og varighed, som opstår ved ophør eller reduktion af brugen af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika hos personer, der har udviklet afhængighed eller har brugt beroligende, hypnotika eller anxiolytika i længere tid eller i store mængder. Sedativ, hypnotisk eller anxiolytisk abstinens kan også forekomme, når ordinerede sedativa, hypnotika eller anxiolytika er blevet brugt i standard terapeutiske doser. Præsenterende træk ved beroligende, hypnotisk eller anxiolytisk abstinens kan omfatte angst, psykomotorisk agitation, søvnløshed, øget håndskælven, kvalme eller opkastning og forbigående visuelle, taktile eller auditive illusioner eller hallucinationer. Der kan være tegn på autonom hyperaktivitet (f.eks. takykardi, hypertension, svedtendens) eller postural hypotension. Tilbagestrækningstilstanden kan være kompliceret af anfald. Mindre almindeligt kan der være progression til en mere alvorlig abstinensstilstand karakteriseret ved forvirring og desorientering, vrangforestillinger og mere langvarige visuelle, taktile eller auditive hallucinationer. I sådanne tilfælde bør der stilles en separat diagnose af beroligende, hypnotisk eller anxiolytisk-induceret delirium.

6C44.40 Sedativ, hypnotisk eller anxiolytisk abstinens, ukompliceret

Diagnosekrav

Alle diagnostiske krav til beroligende, hypnotisk eller anxiolytisk abstinens er opfyldt, og abstinensstilstanden er ikke ledsaget af perceptuelle forstyrrelser eller anfald.

6C44.41 Sedativ, hypnotisk eller anxiolytisk abstinens med perceptuelle forstyrrelser

Diagnosekrav

Alle diagnostiske krav til sedativ, hypnotisk eller anxiolytisk abstinens er opfyldt, og abstinens tilstanden er ledsaget af perceptuelle forstyrrelser (f.eks. visuelle eller taktile hallucinationer eller illusioner) med intakt realitetstest. Der er ingen tegn på forvirring, og andre diagnostiske krav til delirium er ikke opfyldt. Tilbagetrækningstilstanden er ikke ledsaget af anfald.

6C44.42 Sedativ, hypnotisk eller anxiolytisk abstinens med anfald

Diagnosekrav

Alle diagnostiske krav til sedativ, hypnotisk eller anxiolytisk abstinens er opfyldt, og abstinens tilstanden er ledsaget af anfald (dvs. generaliserede tonisk-kloniske anfald), men ikke af perceptuelle forstyrrelser.

6C44.43 Sedativ, hypnotisk eller anxiolytisk abstinens med perceptuelle forstyrrelser og anfald

Diagnosekrav

Alle diagnostiske krav til sedativ, hypnotisk eller anxiolytisk abstinens er opfyldt, og abstinens tilstanden er ledsaget af både anfald (dvs. generaliserede tonisk-kloniske anfald) og perceptuelle forstyrrelser (f.eks. visuelle eller taktile hallucinationer eller illusioner) med test af intakt virkelighed. Diagnostiske krav til delirium er ikke opfyldt.

6C44.5 Sedativ, hypnotisk eller anxiolytisk-induceret delirium

Diagnosekrav

Sedativt, hypnotisk eller anxiolytisk-induceret delirium er karakteriseret ved en akut tilstand af forstyrret opmærksomhed og bevidsthed med specifikke træk ved delirium, der udvikler sig under eller kort efter stofforgiftning eller abstinenser eller under brug af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika. Specifikke træk ved beroligende, hypnotisk eller anxiolytisk-induceret delirium kan omfatte forvirring og desorientering, paranoide vrangforestillinger og tilbagevendende visuelle, taktile eller auditive hallucinationer. Mængden og varigheden af beroligende, hypnotisk eller anxiolytisk brug skal være i stand til at fremkalde delirium. Symptomerne forklares ikke bedre af en primær psykisk lidelse, ved brug af eller abstinenser fra et andet stof eller af en anden helbredstilstand, der ikke er klassificeret under Psykiske, adfærdsmæssige og neuroudviklingsmæssige lidelser.

6C44.6 Sedativ, hypnotisk eller anxiolytisk-induceret psykotisk lidelse

Diagnosekrav

Sedativ, hypnotisk eller anxiolytisk-induceret psykotisk lidelse er karakteriseret ved psykotiske symptomer (f.eks. vrangforestillinger, hallucinationer, uorganiseret tænkning, groft uorganiseret adfærd), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra beroligende midler, hypnotika eller angstdæmpende midler. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end psykotisk-lignende forstyrrelser af perception, kognition eller adfærd, der er karakteristiske for forgiftning eller abstinenser på grund af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika. Mængden og varigheden af beroligende, hypnotisk eller anxiolytisk brug skal være i stand til at fremkalde psykotiske symptomer. Symptomerne forklares ikke bedre af en primær psykisk lidelse (f.eks. skizofreni, en stemningslidelse med psykotiske symptomer), som det kan være tilfældet, hvis de psykotiske symptomer gik forud for begyndelsen af den beroligende, hypnotiske eller anxiolytiske brug, hvis symptomerne varer ved i en betydeligt tidsrum efter ophør med den sedative, hypnotiske eller anxiolytiske brug eller abstinenser, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med psykotiske symptomer (f.).

6C44.7 Visse specificerede beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika-inducerede psykiske eller adfærdsmæssige lidelser

6C44.70 Sedativ, hypnotisk eller anxiolytisk-induceret stemningslidelse

Diagnosekrav

Sedativ, hypnotisk eller anxiolytisk-induceret stemningslidelse er karakteriseret ved stemningssymptomer (f.eks. deprimeret eller forhøjet humør, nedsat engagement i behagelige aktiviteter, øget eller nedsat energiniveau), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra beroligende midler, hypnotika eller angstdæmpende midler. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end humørforstyrrelser, der er karakteristiske for forgiftning eller abstinenser på grund af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika. Mængden og varigheden af beroligende, hypnotisk eller anxiolytisk brug skal være i stand til at fremkalde humørsymptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. en depressiv lidelse, en bipolar lidelse, skizoaffektiv lidelse), som det kunne være tilfældet, hvis humørsymptomerne gik forud for begyndelsen af den beroligende, hypnotiske eller angstdæmpende brug, hvis symptomerne varer ved i en længere periode efter ophør af den sedative, hypnotiske eller angstdæmpende brug eller abstinens, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med humørsymptomer (f. hypnotisk eller anxiolytisk brug).

6C44.71 Sedativ, hypnotisk eller anxiolytisk-induceret angstlidelse

Diagnosekrav

Sedativ, hypnotisk eller anxiolytisk-induceret angstlidelse er karakteriseret ved angstsymptomer (f.eks. ængstelse eller bekymring, frygt, fysiologiske symptomer på overdreven autonom ophidselse, undgåelsesadfærd), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end de angstsymptomer, der er karakteristiske for forgiftning eller abstinenser på grund af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika. Mængden og varigheden af beroligende, hypnotisk eller anxiolytisk brug skal være i stand til at fremkalde angstsymptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. en angst- og frygtrelateret lidelse, en depressiv lidelse med fremtrædende angstsymptomer), som det kunne være tilfældet, hvis angstsymptomerne gik forud for begyndelsen af den beroligende, hypnotiske eller angstdæmpende middel. brug, hvis symptomerne varer ved i en længere periode efter ophør af den beroligende, hypnotiske eller angstdæmpende brug eller abstinenser, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med angstsymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder ikke forbundet med beroligende, hypnotisk eller anxiolytisk brug).

6C45 Forstyrrelser som følge af brug af kokain

Diagnosekrav

Lidelser som følge af brug af kokain er kendetegnet ved mønsteret og konsekvenserne af kokainbrug. Kokain er et stof, der findes i bladene af kokaplanten *Erythroxylum coca*, som er hjemmehørende i lande i de nordlige regioner af Sydamerika. Kokain har en begrænset plads i medicinsk behandling som bedøvelsesmiddel og vasokonstriktivt middel. Det er almindeligt anvendt ulovligt og er almindeligt tilgængeligt i hele verden, hvor det findes i to hovedformer: kokainhydrochlorid og kokainfri base (også kendt som "crack"). Kokain er et stimulerende middel for centralnervesystemet, og kokainintoksikation omfatter typisk en tilstand af eufori og hyperaktivitet. Kokain har stærke afhængighedsskabende egenskaber, og kokainafhængighed er en almindelig årsag til sygelighed og kliniske symptomer. Kokainafvænning har et karakteristisk forløb, der omfatter sløvhed og deprimeret stemning. Der beskrives en række kokaininducerede psykiske lidelser.

6C45.0 Episode med skadelig brug af kokain

Diagnosekrav

En episode med brug af kokain, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale helbred eller har resulteret i adfærd, der fører til skade på andres helbred. Skade på individets helbred opstår på grund af et eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig administrationsvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer, eller psykisk lidelse, som direkte kan tilskrives adfærd på grund af kokainforgiftning hos den person, som diagnosen enkeltstående episode med skadeligt brug gælder for. Denne diagnose bør ikke stilles, hvis skaden tilskrives et kendt mønster af kokainbrug.

6C45.1 Skadeligt mønster for brug af kokain

Diagnosekrav

Et mønster af brug af kokain, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale helbred eller har resulteret i adfærd, der fører til skade på andres helbred. Mønsteret for kokainbrug er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder, hvis brugen af stoffet er episodisk, eller mindst en måned, hvis brugen er kontinuerlig (dvs. daglig eller næsten daglig). Skade på individets helbred opstår på grund af et eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig administrationsvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer, eller psykisk lidelse, som direkte kan tilskrives adfærd i forbindelse med kokainrus hos den person, som diagnosen Skadeligt brugsmønster af kokain gælder for.

6C45.10 Skadeligt brugsmønster af kokain, episodisk

Diagnosekrav

Et mønster af episodisk eller intermitterende kokainbrug, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale helbred eller har resulteret i adfærd, der fører til skade på andres helbred. Mønsteret med episodisk kokainbrug er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder. Skade på personens helbred opstår på grund af et eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til beruselse; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig administrationsvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer, eller psykisk lidelse, som direkte kan tilskrives adfærd i forbindelse med kokainrus hos den person, som diagnosen Skadeligt brugsmønster af kokain gælder for.

6C45.11 Skadeligt brugsmønster af kokain, vedvarende

Diagnosekrav

Et mønster af kontinuerlig (daglig eller næsten daglig) kokainbrug, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale helbred eller har resulteret i adfærd, der fører til skade på andres helbred. Mønsteret med kontinuerligt kokainbrug er tydeligt over en periode på mindst en måned. Skade på personens helbred opstår på grund af et eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til beruselse; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig administrationsvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer, eller psykisk lidelse, som direkte kan tilskrives adfærd i forbindelse med kokainrus hos den person, som diagnosen Skadeligt brugsmønster af kokain gælder for.

6C45.2 Kokainafhængighed

Diagnosekrav

Kokainafhængighed er en forstyrrelse i reguleringen af kokainbrug, der opstår ved gentagen eller kontinuerlig brug af kokain. Det karakteristiske træk er en stærk indre trang til at bruge kokain, som viser sig ved nedsat evne til at kontrollere brugen, stigende prioritering af brugen frem for andre aktiviteter og vedholdenhed i brugen på trods af skader eller negative konsekvenser. Disse oplevelser ledsages ofte af en subjektiv fornemmelse af trang eller lyst til at bruge kokain. Fysiologiske afhængighedstræk kan også være til stede, herunder tolerance over for kokainens virkninger, abstinenssymptomer efter ophør eller reduktion i brugen af kokain, eller gentagen brug af kokain eller farmakologisk lignende stoffer for at forhindre eller lindre abstinenssymptomer. Afhængighedstrækkene er normalt tydelige over en periode på mindst 12 måneder, men diagnosen kan stilles, hvis kokainbrugen er kontinuerlig (daglig eller næsten daglig) i mindst 3 måneder.

6C45.20 Kokainafhængighed, aktuelt brug

Diagnosekrav

Aktuel kokainafhængighed med kokainbrug inden for den seneste måned.

6C45.21 Kokainafhængighed, tidlig fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af kokainafhængighed, og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (herunder selvhjælpsintervention), har personen været afholdende fra kokain i en periode, der varer mellem 1 og 12 måneder.

6C45.22 Kokainafhængighed, vedvarende delvis remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af kokainafhængighed, og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (herunder selvhjælpsintervention), er der en betydelig reduktion i kokainforbruget i mere end 12 måneder, således at selv om kokainbrug har fundet sted i denne periode, er de definatoriske krav til afhængighed ikke opfyldt.

6C45.23 Kokainafhængighed, vedvarende fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af kokainafhængighed, og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (herunder selvintervention), har personen været afholdende fra kokain i 12 måneder eller længere.

6C45.3 Kokainforgiftning

Diagnosekrav

Kokainforgiftning er en klinisk signifikant forbigående tilstand, der udvikler sig under eller kort tid efter indtagelse af kokain, og som er karakteriseret ved forstyrrelser i bevidsthed, kognition, perception, affekt, adfærd eller koordination. Forstyrrelserne skyldes de kendte farmakologiske virkninger af kokain, og deres intensitet er tæt forbundet med mængden af kokain, der indtages. De er tidsbegrænsede og aftager, efterhånden som kokain udskilles fra kroppen. Symptomerne kan være upassende eufori, angst, vrede, nedsat opmærksomhed, hypervigilans, psykomotorisk uro, paranoide forestillinger (nogle gange af vrangforestillingskarakter), hørehallucinationer, forvirring og ændringer i omgængeligheden. Man kan opleve sved eller kulderystelser, kvalme eller opkastning, hjertebanken og bryst smerter. Fysiske tegn kan omfatte takykardi, forhøjet blodtryk og pupiludvidelse. I sjældne tilfælde, som regel ved alvorlig forgiftning, kan kokainbrug resultere i krampeanfald, muskelsvaghed, dyskinesi eller dystoni.

6C45.4 Kokainabstinenser

Diagnosekrav

Kokainabstinenser er en klinisk signifikant klynge af symptomer, adfærd og/eller fysiologiske træk, der varierer i sværhedsgrad og varighed, og som opstår ved ophør eller reduktion af brugen af kokain hos personer, der har udviklet kokainafhængighed eller har brugt kokain i en længere periode eller i store mængder. Kokainabstinenser kan vise sig ved dysforisk humør, irritabilitet, træthed, psykomotorisk retardering, levende, ubehagelige drømme, søvnløshed eller hypersomni, øget appetit, angst, psykomotorisk agitation eller retardering og trang til kokain.

6C45.5 Kokain-induceret delirium

Diagnosekrav

Kokaininduceret delirium er karakteriseret ved en akut tilstand af forstyrret opmærksomhed og bevidsthed med specifikke træk af delirium, der udvikler sig under eller kort efter stofforgiftning eller abstinenser eller under brug af kokain. Mængden og varigheden af kokainbrug skal være i stand til at fremkalde delirium. Symptomerne kan ikke bedre forklares ved en primær psykisk lidelse, ved brug af eller abstinenser fra et andet stof eller ved en anden helbredstilstand, der ikke er klassificeret under Psykiske lidelser, adfærdsmæssige lidelser og neuroudviklingsforstyrrelser.

6C45.6 Kokainfremkaldt psykotisk lidelse

Diagnosekrav

Kokaininduceret psykotisk lidelse er karakteriseret ved psykotiske symptomer (f.eks. vrangforestillinger, hallucinationer, desorganiseret tænkning, groft desorganiseret adfærd), der udvikles under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra kokain. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end de psykotiske forstyrrelser af perception, kognition eller adfærd, der er karakteristiske for kokainrus eller kokainabstinenser. Mængden og varigheden af kokainbrug skal være i stand til at fremkalde psykotiske symptomer. Symptomerne kan ikke bedre forklares med en primær psykisk lidelse (f.eks. skizofreni, en stemningslidelse med psykotiske symptomer), som det kunne være tilfældet, hvis de psykotiske symptomer opstod før kokainbrugen, hvis symptomerne fortsætter i en længere periode efter ophør af kokainbrug eller abstinenser, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med psykotiske symptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med kokainbrug).

6C45.60 Kokaininduceret psykotisk lidelse med hallucinationer

Diagnosekrav

Kokaininduceret psykotisk lidelse med hallucinationer er karakteriseret ved tilstedeværelsen af hallucinationer, der vurderes at være den direkte konsekvens af kokainbrug. Hverken vrangforestillinger eller andre psykotiske symptomer er til stede. Symptomerne forekommer ikke udelukkende under hypnogogiske eller hypnopompiske tilstande, kan ikke bedre forklares med en anden psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse (f.eks. skizofreni) og skyldes ikke en anden lidelse eller sygdom, der er klassificeret andetsteds (f.eks. epilepsi med visuelle symptomer).

6C45.61 Kokaininduceret psykotisk lidelse med vrangforestillinger

Diagnosekrav

Kokaininduceret psykotisk lidelse med vrangforestillinger er karakteriseret ved tilstedeværelsen af vrangforestillinger, der vurderes at være den direkte konsekvens af kokainbrug. Hverken hallucinationer eller andre psykotiske symptomer er til stede. Symptomerne forekommer ikke udelukkende under hypnogogiske eller hypnopompiske tilstande, kan ikke bedre forklares med en anden mental og adfærdsmæssig lidelse (f.eks. skizofreni) og skyldes ikke en anden lidelse eller sygdom, der er klassificeret andetsteds (f.eks. epilepsier med visuelle symptomer).

6C45.62 Kokaininduceret psykotisk lidelse med blandede psykotiske symptomer

Diagnosekrav

Kokaininduceret psykotisk lidelse med blandede psykotiske symptomer er karakteriseret ved tilstedeværelsen af multiple psykotiske symptomer, primært hallucinationer og vrangforestillinger, når disse vurderes at være den direkte konsekvens af kokainbrug. Symptomerne forekommer ikke udelukkende under hypnogogiske eller hypnopompiske tilstande, kan ikke bedre forklares med en anden mental og adfærdsmæssig lidelse (f.eks. skizofreni) og skyldes ikke en anden lidelse eller sygdom, der er klassificeret andetsteds (f.eks. epilepsier med visuelle symptomer).

6C45.7 Visse specificerede kokaininducerede mentale eller adfærdsmæssige forstyrrelser

6C45.70 Kokaininduceret stemningslidelse

Diagnosekrav

Kokaininduceret stemningslidelse er karakteriseret ved symptomer på stemningsleje (f.eks. nedtrykt eller ophøjet stemningsleje, nedsat engagement i lystbetonede aktiviteter, øget eller nedsat energiniveau), der udvikles under eller kort tid efter indtagelse af eller abstinens fra kokain. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt højere end de stemningsforstyrrelser, der er karakteristiske for kokainrus eller kokainabstinenser. Mængden og varigheden af kokainbrug skal være i stand til at producere humørsymptomer. Symptomerne kan ikke bedre forklares med en primær psykisk lidelse (f.eks. en depressiv lidelse, en bipolar lidelse, en skizoaffektiv lidelse), hvilket kan være tilfældet, hvis stemningssymptomerne opstod før kokainbrugen, hvis symptomerne fortsætter i en længere periode efter ophør af kokainbrug eller -abstinenser, eller hvis der er andre beviser på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med stemningssymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med kokainbrug).

6C45.71 Kokain-induceret angstlidelse

Diagnosekrav

Kokaininduceret angstlidelse er karakteriseret ved angstsymptomer (f.eks. ængstelse eller bekymring, frygt, fysiologiske symptomer på overdreven autonom ophidselse, undgåelsesadfærd), der udvikles under eller kort efter forgiftning med eller tilbagetrækning fra kokain. Symptomernes intensitet eller varighed er væsentligt højere end de angstsymptomer, der er karakteristiske for kokainrus eller kokainabstinenser. Mængden og varigheden af kokainbrug skal være i stand til at fremkalde angstsymptomer. Symptomerne kan ikke bedre forklares med en primær psykisk lidelse (f.eks. en angst- og frygtrelateret lidelse, en depressiv lidelse med fremtrædende angstsymptomer), hvilket kan være tilfældet, hvis angstsymptomerne opstod før kokainbrugen, hvis symptomerne fortsætter i en længere periode efter ophør af kokainbrug eller -abstinenser, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med angstsymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med kokainbrug).

6C45.72 Kokaininduceret obsessiv-kompulsiv eller relateret lidelse

Diagnosekrav

Kokaininduceret obsessiv-kompulsiv eller relateret lidelse er karakteriseret ved enten gentagne påtrængende tanker eller bekymringer, normalt forbundet med angst og typisk ledsaget af gentagen adfærd udført som reaktion, eller ved tilbagevendende og vanemæssige handlinger rettet mod integumentet (f.eks. trække i håret, plukke i huden), der udvikles under eller kort efter forgiftning med eller abstinens fra kokain. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end de tilsvarende forstyrrelser, der er karakteristiske for kokainrus eller kokainabstinenser. Mængden og varigheden af kokainbrug skal være i stand til at fremkalde obsessiv-kompulsive eller relaterede symptomer. Symptomerne kan ikke bedre forklares med en primær psykisk lidelse (især en obsessiv-kompulsiv eller relateret lidelse), som det kunne være tilfældet, hvis symptomerne opstod før kokainbrugen, hvis symptomerne fortsætter i en betydelig periode efter ophør af kokainbrug eller -abstinenser, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med obsessiv-kompulsive eller relaterede symptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med kokainbrug).

6C45.73 Kokain-induceret forstyrrelse af impuls kontrol

Diagnosekrav

Kokaininduceret impuls kontrolforstyrrelse er karakteriseret ved vedvarende gentagen adfærd, hvor der er tilbagevendende manglende evne til at modstå en impuls, drift eller trang til at udføre en handling, der er givende for personen, i det mindste på kort sigt, på trods af langsigtet skade enten for personen eller for andre (f.eks. ildspåsættelse eller tyveri uden åbenlyst motiv, gentagen seksuel adfærd, aggressive udbrud), der udvikler sig under eller kort efter rus med eller tilbagetrækning fra kokain. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end de forstyrrelser af impuls kontrol, der er karakteristiske for kokainrus eller kokainabstinenser. Mængden og varigheden af kokainforbruget skal være i stand til at fremkalde forstyrrelser af impuls kontrollen. Symptomerne kan ikke bedre forklares med en primær psykisk lidelse (f.eks. en impuls kontrolforstyrrelse, en forstyrrelse på grund af afhængighedsskabende adfærd), som det kunne være tilfældet, hvis impuls kontrolforstyrrelserne gik forud for kokainbrugets begyndelse, hvis symptomerne fortsætter i en betydelig periode efter ophør af kokainbrug eller -abstinenser, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med impuls kontrolsymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med kokainbrug).

6C46 Forstyrrelser som følge af brug af stimulanser, herunder amfetamin, methamfetamin eller methcathinon

Diagnosekrav

Forstyrrelser som følge af brug af stimulanser, herunder amfetamin, methamfetamin eller methcathinon, er kendetegnet ved mønsteret og konsekvenserne af brugen af disse stoffer. Der findes en bred vifte af naturligt forekommende og syntetisk fremstillede psykostimulerende stoffer ud over kokain. De mest talrige af denne gruppe er stoffer af amfetamin-typen, herunder methamfetamin. Receptpligtige stimulanser, herunder dexamfetamin, er indiceret til et begrænset antal tilstande som f.eks. opmærksomhedsunderskud og hyperaktivitetsforstyrrelse. Methcathinon, der i mange lande er kendt som ephedron, er et syntetisk potent stimulerende stof, der er en strukturel analog af methamfetamin og er beslægtet med cathinon. Alle disse stoffer har primært psykostimulerende egenskaber og er også vasokonstriktorer i varierende grad. De fremkalder eufori og hyperaktivitet, som det kan ses i stimulerende forgiftning. De har stærke afhængighedsskabende egenskaber, hvilket kan føre til diagnosen stimulansafhængighed og stimulansabstinenser efter ophør af brugen. Der er beskrevet flere stimulansinducerede psykiske lidelser.

6C46.0 Episode med skadelig brug af stimulerende stoffer, herunder amfetamin, metamfetamin eller methcathinon

Diagnosekrav

En episode med brug af et stimulerende middel, herunder amfetamin, metamfetamin og methcathinon, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale helbred eller har resulteret i adfærd, der fører til skade på andres helbred. Skade på individets helbred opstår på grund af et eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig administrationsvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer, eller psykisk lidelse, som direkte kan tilskrives adfærd på grund af stimulansforgiftning hos den person, som diagnosen enkeltstående episode af skadeligt brug gælder for. Denne diagnose bør ikke stilles, hvis skaden tilskrives et kendt mønster af brug af stimulerende stoffer, herunder amfetamin, metamfetamin og methcathinon.

6C46.1 Skadeligt brugsmønster af stimulanser, herunder amfetamin, metamfetamin eller metcathinon

Diagnosekrav

Et mønster af brug af stimulanser, herunder amfetaminer, metamfetamin og methcathinon, men eksklusivt koffein, kokain og syntetiske cathinoner, som har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale helbred eller har resulteret i adfærd, der fører til skade på andres helbred. Mønsteret for brug af stimulanser er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder, hvis brugen af stoffet er episodisk, eller mindst en måned, hvis brugen er kontinuerlig. Skade på individets helbred opstår på grund af et eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til beruselse; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig administrationsvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer, eller psykisk lidelse, som direkte kan tilskrives adfærd relateret til forgiftning med stimulanser hos den person, som diagnosen Skadeligt brugsmønster af stimulanser, herunder amfetamin, metamfetamin og metcathinon, gælder for.

6C46.10 Skadeligt brugsmønster af stimulanser, herunder amfetamin, metamfetamin eller methcathinon, episodisk

Diagnosekrav

Et mønster af episodisk eller intermitterende brug af stimulanser, herunder amfetaminer, metamfetamin og metcathinon, men eksklusivt koffein, kokain og syntetiske cathinoner, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale helbred eller har resulteret i adfærd, der fører til skade på andres helbred. Mønsteret med episodisk brug af stimulanser er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder. Skade på personens helbred opstår på grund af et eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig administrationsvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer, eller psykisk lidelse, som direkte kan tilskrives adfærd relateret til forgiftning med stimulanser hos den person, som diagnosen Skadeligt brugsmønster af stimulanser, herunder amfetamin, metamfetamin og metcathinon, gælder for.

6C46.11 Skadeligt brugsmønster af stimulanser, herunder amfetamin, metamfetamin eller methcathinon, kontinuerlig

Diagnosekrav

Et mønster af brug af stimulanser, herunder amfetamin, metamfetamin og metcathinon, men eksklusivt koffein, kokain og syntetiske cathinoner, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale helbred eller har resulteret i adfærd, der fører til skade på andres helbred. Mønsteret for brug af stimulanser er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder, hvis brugen er episodisk, eller mindst en måned, hvis brugen er kontinuerlig (dvs. daglig eller næsten daglig). Skade på individets helbred opstår på grund af et eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig administrationsvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer, eller psykisk lidelse, som direkte kan tilskrives adfærd relateret til forgiftning med stimulanser hos den person, som diagnosen Skadeligt brugsmønster af stimulanser, herunder amfetamin, metamfetamin og metcathinon, gælder for.

6C46.2 Afhængighed af stimulerende stoffer, herunder amfetamin, metamfetamin eller methcathinon

Diagnosekrav

Afhængighed af stimulanser, herunder amfetamin, metamfetamin eller methcathinon, er en forstyrrelse i reguleringen af brugen af stimulanser, som opstår ved gentagen eller kontinuerlig brug af stimulanser. Det karakteristiske træk er en stærk indre trang til at bruge stimulanser, som viser sig ved nedsat evne til at kontrollere brugen, stigende prioritering af brugen frem for andre aktiviteter og vedholdenhed i brugen på trods af skade eller negative konsekvenser. Disse oplevelser ledsages ofte af en subjektiv fornemmelse af trang eller lyst til at bruge stimulanser. Fysiologiske træk ved afhængighed kan også være til stede, herunder tolerance over for virkningerne af stimulanser, abstinenssymptomer efter ophør eller reduktion i brugen af stimulanser, eller gentagen brug af stimulanser eller farmakologisk lignende stoffer for at forhindre eller lindre abstinenssymptomer. Afhængighedstrækkene er normalt tydelige over en periode på mindst 12 måneder, men diagnosen kan stilles, hvis brugen af stimulanser er kontinuerlig (daglig eller næsten daglig) i mindst 3 måneder.

6C46.20 Afhængighed af stimulanser, herunder amfetamin, metamfetamin eller methcathinon, aktuelt brug

Diagnosekrav

Afhængighed af stimulanser, herunder amfetamin, metamfetamin og metcathinon, men eksklusive koffein, kokain og syntetiske cathinoner, henviser til brug af amfetamin eller andre stimulanser inden for den seneste måned.

6C46.21 Afhængighed af stimulanser, herunder amfetamin, metamfetamin eller methcathinon, tidlig fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af afhængighed af stimulanser, herunder amfetamin, metamfetamin og metcathinon, men eksklusive koffein, kokain og syntetiske cathinoner, og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (herunder selvhjælpsintervention), har personen været afholdende fra stimulanser i en periode, der har varet mellem 1 og 12 måneder.

6C46.22 Afhængighed af stimulanser, herunder amfetamin, metamfetamin eller methcathinon, vedvarende delvis remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af afhængighed af stimulanser, herunder amfetamin, metamfetamin og metcathinon, men eksklusive koffein, kokain og syntetiske cathinoner, og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (herunder selvhjælpsintervention), er der en betydelig reduktion i forbruget af amfetamin eller andre stimulanser i mere end 12 måneder, således at selv om der har været et forbrug af amfetamin eller andre stimulanser i denne periode, er de definatoriske krav til afhængighed ikke opfyldt.

6C46.23 Afhængighed af stimulanser, herunder amfetamin, metamfetamin eller methcathinon, vedvarende fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af afhængighed af stimulanser, herunder amfetamin, metamfetamin og metcathinon, men ikke koffein, kokain og syntetiske cathinoner, og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (herunder selvintervention), har personen været afholdende fra amfetamin eller andre stimulanser i 12 måneder eller længere.

6C46.3 Forgiftning med stimulerende stoffer, herunder amfetamin, metamfetamin eller methcathinon

Diagnosekrav

Forgiftning med stimulanser, herunder amfetamin, metamfetamin og metcathinon, men ikke koffein, kokain og syntetiske cathinoner, er en klinisk signifikant forbigående tilstand, der udvikler sig under eller kort efter indtagelse af amfetamin eller andre stimulanser, og som er karakteriseret ved forstyrrelser i bevidsthed, kognition, perception, affekt, adfærd eller koordination. Disse forstyrrelser er forårsaget af de kendte farmakologiske virkninger af amfetamin eller andre stimulanser, og deres intensitet er tæt forbundet med mængden af amfetamin eller andre stimulanser, der indtages. De er tidsbegrænsede og aftager, når amfetamin eller andre stimulanser udskilles fra kroppen. Symptomerne kan være angst, vrede, nedsat opmærksomhed, hypervigilans, psykomotorisk agitation, paranoide forestillinger (muligvis vrangforestillinger), forbigående hørehallucinationer, forbigående forvirring og ændringer i omgængeligheden. Man kan opleve sved eller kulderystelser, kvalme eller opkastning og hjertebanken. Fysiske tegn kan være takykardi, forhøjet blodtryk, pupiludvidelse, dyskinesier og dystonier samt sår på huden. I sjældne tilfælde, som regel ved alvorlig forgiftning, kan brug af stimulanser, herunder amfetamin, metamfetamin og metcathinon, resultere i krampeanfald.

6C46.4 Abstinenser fra stimulerende stoffer, herunder amfetamin, metamfetamin eller methcathinon

Diagnosekrav

Abstinenser fra stimulerende stoffer, herunder amfetamin, metamfetamin og metcathinon, er en klinisk signifikant klynge af symptomer, adfærd og/eller fysiologiske træk, der varierer i sværhedsgrad og varighed, og som opstår ved ophør eller reduktion af brugen af stimulerende stoffer hos personer, der har udviklet afhængighed af stimulerende stoffer eller har brugt stimulerende stoffer i en længere periode eller i store mængder. Stimulansabstinenser kan også forekomme, når ordinerede stimulanser er blevet brugt i terapeutiske standarddoser.

Symptomerne på stimulansabstinenser kan være dysforisk humør, irritabilitet, træthed, søvnløshed eller (mere almindeligt) hypersomni, livlige og ubehagelige drømme, øget appetit, psykomotorisk uro eller retardering og trang til amfetamin eller beslægtede stimulanser.

6C46.5 Stimulant-induceret delirium, herunder amfetamin, metamfetamin eller methcathinon

Diagnosekrav

Stimulantinduceret delirium, herunder amfetamin, metamfetamin og methcathinon, er karakteriseret ved en akut tilstand af forstyrret opmærksomhed og bevidsthed med specifikke træk af delirium, der udvikler sig under eller kort efter stofforgiftning eller abstinenser eller under brug af stimulanser. Mængden og varigheden af brugen af stimulanser skal være i stand til at fremkalde delirium. Symptomerne kan ikke bedre forklares ved en primær psykisk lidelse, ved brug af eller abstinenser fra et andet stof eller ved en anden helbredstilstand, der ikke er klassificeret under Psykiske lidelser, adfærdsforstyrrelser og neuroudviklingsforstyrrelser.

6C46.6 Stimulantinduceret psykotisk lidelse, herunder amfetamin, metamfetamin eller methcathinon

Diagnosekrav

Stimulantinduceret psykotisk lidelse, herunder amfetamin, metamfetamin og methcathinon, er karakteriseret ved psykotiske symptomer (f.eks. vrangforestillinger, hallucinationer, desorganiseret tænkning, groft desorganiseret adfærd), der udvikles under eller kort tid efter forgiftning eller abstinenser på grund af stimulanser. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt højere end de psykotiske forstyrrelser af perception, kognition eller adfærd, der er karakteristiske for stimulansforgiftning eller stimulansabstinenser. Mængden og varigheden af brugen af stimulanser skal være i stand til at fremkalde psykotiske symptomer. Symptomerne kan ikke bedre forklares med en primær psykisk lidelse (f.eks. skizofreni, en stemningslidelse med psykotiske symptomer), hvilket kan være tilfældet, hvis de psykotiske symptomer opstod før brugen af stimulanser, hvis symptomerne fortsætter i en længere periode efter ophør af brugen af stimulanser eller abstinenserne, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med psykotiske symptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med brug af stimulanser).

6C46.60 Stimulantinduceret psykotisk lidelse, herunder amfetamin, metamfetamin eller methcathinon med hallucinationer

Diagnosekrav

Stimulans-induceret psykotisk lidelse med hallucinationer er karakteriseret ved tilstedeværelsen af hallucinationer, der vurderes at være en direkte konsekvens af brug af stimulanser. Hverken vrangforestillinger eller andre psykotiske symptomer er til stede. Symptomerne forekommer ikke udelukkende under hypnogogiske eller hypnopompiske tilstande, kan ikke bedre forklares med en anden mental og adfærdsmæssig lidelse (f.eks. skizofreni) og skyldes ikke en anden lidelse eller sygdom, der er klassificeret andetsteds (f.eks. epilepsier med visuelle symptomer).

6C46.61 Stimulantinduceret psykotisk lidelse, herunder amfetamin, metamfetamin eller methcathinon med vrangforestillinger

Diagnosekrav

Stimulansinduceret psykotisk lidelse, herunder amfetamin, metamfetamin og methcathinon, er karakteriseret ved psykotiske symptomer (f.eks. vrangforestillinger, hallucinationer, desorganiseret tænkning, groft desorganiseret adfærd), der udvikles under eller kort tid efter forgiftning eller abstinenser på grund af stimulanser. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt højere end de psykotiske forstyrrelser af perception, kognition eller adfærd, der er karakteristiske for stimulansforgiftning eller stimulansabstinenser. Mængden og varigheden af brugen af stimulanser skal være i stand til at fremkalde psykotiske symptomer. Symptomerne kan ikke bedre forklares med en primær psykisk lidelse (f.eks. skizofreni, en stemningslidelse med psykotiske symptomer), hvilket kan være tilfældet, hvis de psykotiske symptomer opstod før brugen af stimulanser, hvis symptomerne fortsætter i en længere periode efter ophør af brugen af stimulanser eller abstinenserne, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med psykotiske symptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med brug af stimulanser).

6C46.62 Stimulansinduceret psykotisk lidelse, herunder amfetamin, men ikke koffein eller kokain, med blandede psykotiske symptomer

Diagnosekrav

Stimulant-induceret psykotisk lidelse med blandede psykotiske symptomer er karakteriseret ved tilstedeværelsen af multiple psykotiske symptomer, primært hallucinationer og vrangforestillinger, når disse vurderes at være den direkte konsekvens af brug af stimulanter. Symptomerne forekommer ikke udelukkende under hypnogogiske eller hypnopompiske tilstande, kan ikke bedre forklares med en anden mental og adfærdsmæssig lidelse (f.eks. skizofreni) og skyldes ikke en anden lidelse eller sygdom, der er klassificeret andetsteds (f.eks. epilepsier med visuelle symptomer).

6C46.7 Visse specificerede stimulansinducerede mentale eller adfærdsmæssige forstyrrelser, herunder amfetamin, metamfetamin eller methcathinon

6C46.70 Stemningsforstyrrelser forårsaget af stimulanser, herunder amfetamin, metamfetamin eller methcathinon

Diagnosekrav

Stimulansinduceret stemningsforstyrrelse, herunder amfetamin, metamfetamin og metcathinon, er karakteriseret ved stemningssymptomer (f.eks. nedtrykt eller ophøjet stemning, nedsat engagement i behagelige aktiviteter, øget eller nedsat energiniveau), der udvikles under eller kort tid efter forgiftning eller abstinens på grund af stimulanser. Intensiteten eller varigheden af symptomerne ligger væsentligt over de stemningsforstyrrelser, der er karakteristiske for stimulansforgiftning eller stimulansabstinenser. Mængden og varigheden af brugen af stimulanser skal være i stand til at producere humørsymptomer. Symptomerne kan ikke bedre forklares med en primær psykisk lidelse (f.eks. en depressiv lidelse, en bipolar lidelse, en skizoaffektiv lidelse), hvilket kan være tilfældet, hvis stemningssymptomerne opstod før brugen af stimulanser, hvis symptomerne fortsætter i en længere periode efter ophør af brugen af stimulanser eller abstinenserne, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med stemningssymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med brug af stimulanser).

6C46.71 Stimulant-induceret angstlidelse, herunder amfetamin, metamfetamin eller methcathinon

Diagnosekrav

Stimulansinduceret angstlidelse, herunder amfetamin, metamfetamin og methcathinon, er karakteriseret ved angstsymptomer (f.eks. ængstelse eller bekymring, frygt, fysiologiske symptomer på overdreven autonom ophidselse, undgåelsesadfærd), der udvikles under eller kort efter rus eller abstinenser på grund af stimulanser. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt højere end de angstsymptomer, der er karakteristiske for stimulansrus eller stimulansabstinenser. Mængden og varigheden af brugen af stimulanser skal være i stand til at fremkalde angstsymptomer. Symptomerne kan ikke bedre forklares med en primær psykisk lidelse (f.eks. en angst- og frygtrelateret lidelse, en depressiv lidelse med fremtrædende angstsymptomer), hvilket kan være tilfældet, hvis angstsymptomerne opstod før brugen af stimulanser, hvis symptomerne fortsætter i en længere periode efter ophør af brugen af stimulanser eller abstinenserne, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med angstsymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med brug af stimulanser).

6C46.72 Stimulansinduceret obsessiv-kompulsiv eller relateret lidelse, herunder amfetamin, metamfetamin eller methcathinon

Diagnosekrav

Stimulansinduceret obsessiv-kompulsiv eller relateret lidelse, herunder amfetamin, metamfetamin og methcathinon, er karakteriseret ved enten gentagne påtrængende tanker eller bekymringer, normalt forbundet med angst og typisk ledsaget af gentagen adfærd udført som reaktion, eller ved tilbagevendende og sædvanlige handlinger rettet mod integumentet (f.eks. trække i håret, plukke i huden), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinens fra stimulanser. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt højere end tilsvarende forstyrrelser, der er karakteristiske for stimulansforgiftning eller stimulansabstinenser. Mængden og varigheden af brugen af stimulanser skal være i stand til at producere obsessive-kompulsive eller relaterede symptomer. Symptomerne kan ikke bedre forklares med en primær psykisk lidelse (især en obsessiv-kompulsiv eller relateret lidelse), hvilket kan være tilfældet, hvis symptomerne opstod før brugen af stimulanser, hvis symptomerne fortsætter i en længere periode efter ophør af brugen af stimulanser eller abstinenserne, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med obsessiv-kompulsive eller relaterede symptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med brug af stimulanser).

6C46.73 Stimulant-induceret impulskontrolforstyrrelse, herunder amfetamin, metamfetamin eller methcathinon

Diagnosekrav

Stimulant-induceret impulskontrolforstyrrelse, herunder amfetamin, metamfetamin og methcathinon er karakteriseret ved vedvarende gentagen adfærd, hvor der er tilbagevendende svigt i at modstå en impuls, drive eller trang til at udføre en handling, der er givende for personen, i det mindste på kort tid. sigt, på trods af længerevarende skader enten på individet eller på andre (f.eks. brandstiftelse eller tyveri uden tilsyneladende motiv, gentagen seksuel adfærd, aggressive udbrud), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra stimulanser. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end de forstyrrelser af impulskontrol, der er karakteristiske for stimulerende forgiftning eller abstinenser. Mængden og varigheden af brugen af stimulerende midler skal være i stand til at fremkalde forstyrrelser af impulskontrol. Symptomerne forklares ikke bedre af en primær psykisk lidelse (f.eks. en impulskontrolforstyrrelse, en lidelse på grund af vanedannende adfærd), som det kan være tilfældet, hvis impulskontrolforstyrrelserne gik forud for begyndelsen af brugen af stimulerende midler, hvis symptomerne varer ved i et betydeligt tidsrum efter ophør med brugen af stimulansen eller abstinenser, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med impulscontrolsymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med brug af stimulerende midler).

6C47 Forstyrrelser som følge af brug af syntetiske katinoner

Diagnosekrav

Lidelser som følge af brug af syntetiske cathinoner er karakteriseret ved mønsteret og konsekvenserne af brugen af syntetiske cathinoner. Syntetiske katinoner (også kendt som "badesalt") er syntetiske forbindelser med stimulerende egenskaber, der er beslægtet med katinon, som findes i khatplanten *Catha edulis*. Brugen af syntetiske cathinoner er almindelig blandt unge i mange lande. De kan give anledning til en række lidelser, herunder forgiftning med syntetisk cathinon, afhængighed af syntetisk cathinon og abstinenser af syntetisk cathinon. Der findes flere anerkendte psykiske lidelser forårsaget af syntetisk cathinon.

6C47.0 Episode af skadelig brug af syntetiske katinoner

Diagnosekrav

En episode med brug af syntetisk katinon, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der fører til skade på andres helbred. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Sundhedsskade for andre omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd på grund af syntetisk katinonforgiftning hos den person, som diagnosticeringen af en enkelt episode med skadelig brug gælder. Denne diagnose bør ikke stilles, hvis skaden tilskrives et kendt mønster af syntetisk katinonbrug.

6C47.1 Skadeligt brugsmønster for syntetiske cathinoner

Diagnosekrav

Et mønster for brug af syntetiske katinoner, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der har medført skade på andres helbred. Mønstret for syntetisk katinonbrug er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder, hvis stofbrugen er episodisk eller mindst en måned, hvis brugen er kontinuerlig (dvs. dagligt eller næsten dagligt). Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Sundhedsskade for andre omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til syntetisk katinonforgiftning hos den person, som diagnosticeringen af skadeligt brugsmønster af syntetiske cathinoner gælder for.

6C47.10 Skadeligt brugsmønster af syntetiske cathinoner, episodisk

Diagnosekrav

Et mønster af episodisk eller intermitterende brug af syntetiske cathinoner, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der har medført skade på andres helbred. Mønstret for episodisk syntetisk cathinonbrug er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Sundhedsskade for andre omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til syntetisk cathinonforgiftning hos den person, som diagnosticeringen af skadeligt brugsmønster af syntetiske cathinoner gælder for.

6C47.11 Skadelig brug af syntetiske cathinoner, kontinuerlig

Diagnosekrav

Et mønster af kontinuerlig (daglig eller næsten daglig) brug af syntetiske cathinoner, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der har medført skade på andres helbred. Mønstret for kontinuerlig brug af syntetisk cathinon er tydeligt over en periode på mindst en måned. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til syntetisk cathinonforgiftning fra den person, som diagnosticeret skadelig brug af syntetiske cathinoner gælder for.

6C47.2 Syntetisk cathinonafhængighed

Diagnosekrav

Syntetisk cathinonafhængighed er en forstyrrelse i reguleringen af syntetisk cathinonbrug, der opstår ved gentagen eller kontinuerlig brug af syntetiske cathinoner. Det karakteristiske træk er en stærk intern drift til at bruge syntetiske cathinoner, som viser sig ved nedsat evne til at kontrollere brugen, øget prioritet til brug frem for andre aktiviteter og vedvarende brug på trods af skade eller negative konsekvenser. Disse oplevelser er ofte ledsaget af en subjektiv fornemmelse af trang eller trang til at bruge syntetiske cathinoner. Fysiologiske træk ved afhængighed kan også være til stede, herunder tolerance over for virkningerne af syntetiske cathinoner, abstinenssymptomer efter ophør eller reduktion i brugen af syntetiske cathinoner eller gentagen brug af syntetiske cathinoner eller farmakologisk lignende stoffer for at forebygge eller lindre abstinenssymptomer. Trækkene ved afhængighed er normalt tydelige over en periode på mindst 12 måneder, men diagnosen kan stilles, hvis syntetisk cathinon er kontinuerlig (dagligt eller næsten dagligt) i mindst 3 måneder.

6C47.20 Syntetisk cathinonafhængighed, aktuel brug

Diagnosekrav

Aktuel afhængighed af syntetisk cathinon med brug af syntetiske cathinoner inden for den seneste måned.

6C47.21 Syntetisk cathinonafhængighed, tidlig fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af syntetisk cathinon-afhængighed og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (inklusive selvhjælpsintervention), har individet været afholdende fra syntetisk cathinon i en periode på mellem 1 og 12 måneder.

6C47.22 Syntetisk cathinonafhængighed, vedvarende delvis remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af syntetisk cathinonafhængighed, og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (inklusive selvhjælpsintervention), er der en signifikant reduktion i forbruget af syntetisk cathinon i mere end 12 måneder, sådan at selvom brug af syntetisk cathinon har fundet sted under denne periode er definitionskravene for afhængighed ikke opfyldt.

6C47.23 Syntetisk kathinonafhængighed, vedvarende fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af syntetisk kathinonafhængighed og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (inklusive selvindgreb), har personen været afholdende fra brug af syntetisk kathinon i 12 måneder eller længere.

6C47.3 Syntetisk kathinonforgiftning

Diagnosekrav

Syntetisk cathinonforgiftning er en klinisk signifikant forbigående tilstand, der udvikler sig under eller kort efter indtagelse af syntetiske cathinoner, og som er karakteriseret ved forstyrrelser i bevidsthed, kognition, perception, affekt, adfærd eller koordination. Disse forstyrrelser er forårsaget af de kendte farmakologiske virkninger af syntetiske cathinoner, og deres intensitet er tæt forbundet med mængden af syntetiske cathinoner, der forbruges. De er tidsbegrænsede og aftager, efterhånden som den syntetiske kathinon fjernes fra kroppen. Præsenterende træk kan omfatte angst, vrede, nedsat opmærksomhed, hypervigilance, psykomotorisk agitation, paranoide forestillinger (muligvis af vrangforestillingsintensitet), forbigående auditive hallucinationer, forbigående forvirring og ændringer i selskabelighed. Sved eller kulderystelser, kvalme eller opkastning og hjertebanken kan opleves. Fysiske tegn kan omfatte takykardi, forhøjet blodtryk, pupiludvidelse, dyskinesier og dystonier og hudsår. I sjældne tilfælde, normalt i alvorlig forgiftning, kan brug af syntetiske cathinoner resultere i anfald.

6C47.4 Tilbagetrækning af syntetisk kathinon

Diagnosekrav

Syntetisk cathinonabstinens er en klinisk signifikant klynge af symptomer, adfærd og/eller fysiologiske træk, varierende i grad af sværhedsgrad og varighed, som opstår ved ophør eller reduktion af brugen af syntetiske cathinoner hos personer, der har udviklet syntetisk kathinonafhængighed eller har brugt syntetiske cathinoner i længere tid eller i store mængder. Præsenterende træk ved abstinens fra syntetisk kathinon kan omfatte dysforisk stemning, irritabilitet, træthed, søvnløshed eller (mere almindeligt) hypersomni, livlige og ubehagelige drømme, øget appetit, psykomotorisk agitation eller retardering og trang til stimulanser, herunder syntetiske cathinoner.

6C47.5 Syntetisk cathinon-induceret delirium

Diagnosekrav

Syntetisk cathinon-induceret delirium er karakteriseret ved en akut tilstand af forstyrret opmærksomhed og bevidsthed med specifikke træk ved delirium, der udvikler sig under eller kort efter stofforgiftning eller abstinens eller under brug af syntetiske cathinoner. Mængden og varigheden af syntetisk kathinonanvendelse skal være i stand til at producere delirium.

Symptomerne forklares ikke bedre af en primær psykisk lidelse, ved brug af eller abstinens fra et andet stof eller af en anden helbredstilstand, der ikke er klassificeret under Psykiske, adfærdsmæssige og neuroudviklingsmæssige lidelser.

6C47.6 Syntetisk kathinon-induceret psykotisk lidelse

Diagnosekrav

Syntetisk kathinon-induceret psykotisk lidelse er karakteriseret ved psykotiske symptomer (f.eks. vrangforestillinger, hallucinationer, uorganiseret tænkning, groft uorganiseret adfærd), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra syntetiske kathinoner. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end psykotisk-lignende forstyrrelser af perception, kognition eller adfærd, der er karakteristiske for syntetisk kathinonforgiftning eller abstinens af syntetisk kathinon. Mængden og varigheden af syntetisk kathinonanvendelse skal være i stand til at fremkalde psykotiske symptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. skizofreni, en stemningslidelse med psykotiske symptomer), som det kunne være tilfældet, hvis de psykotiske symptomer gik forud for begyndelsen af den syntetiske kathinonbrug, hvis symptomerne varer ved i en længere periode af tid efter ophør med brugen af syntetisk kathinon eller abstinenser, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med psykotiske symptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med brug af syntetisk kathinon).

6C47.60 Syntetisk kathinon-induceret psykotisk lidelse med hallucinationer

Diagnosekrav

Syntetisk kathinon-induceret psykotisk lidelse med hallucinationer er karakteriseret ved tilstedeværelsen af hallucinationer, der vurderes at være den direkte konsekvens af syntetisk kathinon brug. Hverken vrangforestillinger eller andre psykotiske symptomer er til stede. Symptomerne opstår ikke udelukkende under hypnogiske eller hypnopompiske tilstande, er ikke bedre forklaret af en anden mental og adfærdsmæssig lidelse (f.eks. skizofreni), og skyldes ikke en anden lidelse eller sygdom klassificeret andetsteds (f.eks. epilepsi med visuelle symptomer).

6C47.61 Syntetisk kathinon-induceret psykotisk lidelse med vrangforestillinger

Diagnosekrav

Syntetisk kathinon psykotisk lidelse med vrangforestillinger er karakteriseret ved tilstedeværelsen af vrangforestillinger, der vurderes at være den direkte konsekvens af brug af syntetisk kathinon. Hverken hallucinationer eller andre psykotiske symptomer er til stede. Symptomerne opstår ikke udelukkende under hypnogiske eller hypnopompiske tilstande, er ikke bedre forklaret af en anden mental og adfærdsmæssig lidelse (f.eks. skizofreni), og skyldes ikke en anden lidelse eller sygdom klassificeret andetsteds (f.eks. epilepsi med visuelle symptomer).

6C47.62 Syntetisk kathinon-induceret psykotisk lidelse med blandede psykotiske symptomer

Diagnosekrav

Syntetisk kathinon-induceret psykotisk lidelse med blandede psykotiske symptomer er karakteriseret ved tilstedeværelsen af flere psykotiske symptomer, primært hallucinationer og vrangforestillinger, når disse vurderes at være den direkte konsekvens af brug af syntetisk kathinon. Symptomerne opstår ikke udelukkende under hypnogiske eller hypnopompiske tilstande, forklares ikke bedre af en anden mental og adfærdsmæssig lidelse (f.eks. skizofreni), og skyldes ikke en anden lidelse eller sygdom klassificeret andetsteds (f.eks. epilepsi med visuelle symptomer).

6C47.7 Visse specificerede syntetiske kathinon-inducerede mentale eller adfærdsmæssige lidelser

6C47.70 Syntetisk cathinon-induceret stemningslidelse

Diagnosekrav

Syntetisk cathinon-induceret stemningslidelse er karakteriseret ved stemningssymptomer (f.eks. deprimeret eller forhøjet stemning, nedsat engagement i behagelige aktiviteter, øget eller nedsat energiniveau), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra syntetiske cathinoner. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end de humørforstyrrelser, der er karakteristiske for syntetisk cathinonforgiftning eller abstinenser med syntetisk cathinon. Mængden og varigheden af brug af syntetisk cathinon skal være i stand til at fremkalde humørsymptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. en depressiv lidelse, en bipolar lidelse, skizoaffektiv lidelse), som det kan være tilfældet, hvis humørsymptomerne gik forud for begyndelsen af den syntetiske cathinonbrug, hvis symptomerne varer ved i en betydeligt tidsrum efter ophør med brugen af syntetisk cathinon eller abstinenser, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med humørsymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med brug af syntetisk cathinon).

6C47.71 Syntetisk cathinon-induceret angstlidelse

Diagnosekrav

Syntetisk cathinon-induceret angstlidelse er karakteriseret ved angstsymptomer (f. ængstelse eller bekymring, frygt, fysiologiske symptomer på overdreven autonom ophidselse, undgåelsesadfærd), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra syntetiske cathinoner. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end de angstsymptomer, der er karakteristisk for syntetisk cathinon-forgiftning eller syntetisk cathinon-abstinenser. Mængden og varigheden af brug af syntetisk cathinon skal være i stand til at fremkalde angstsymptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f. , en angst- og frygtrelateret lidelse, en depressiv lidelse med fremtrædende angstsymptomer), som det kunne være tilfældet, hvis angstsymptomerne gik forud for begyndelsen af den syntetiske cathinonbrug, hvis symptomerne varer ved i en længere periode efter ophør af syntetisk cathinon brug eller abstinenser, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med angstsymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med brug af syntetisk cathinon).

6C47.72 Syntetisk cathinon-induceret obsessiv-kompulsiv eller beslægtet syndrom

Diagnosekrav

Syntetisk cathinon-induceret obsessiv-kompulsiv eller beslægtet lidelse er karakteriseret ved enten gentagne påtrængende tanker eller bekymringer, normalt forbundet med angst og typisk ledsaget af gentagne adfærd udført som reaktion, eller af tilbagevendende og vanemæssige handlinger rettet mod integumentet (f.eks. hårtrækning, hudplukning), som udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra syntetiske cathinoner. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end analoge forstyrrelser, som er karakteristiske for syntetisk cathinonforgiftning eller abstinens af syntetisk cathinon. Mængden og varigheden af syntetisk cathinon skal være i stand til at fremkalde obsessiv-kompulsive eller relaterede symptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (især en obsessiv-kompulsiv eller beslægtet lidelse), som det kan være tilfældet, hvis symptomerne gik forud for begyndelsen af den syntetiske cathinonbrug, hvis symptomerne varer ved i en længere periode efter ophør med brugen af syntetisk cathinon eller abstinenser, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med tvangs-kompulsive eller relaterede symptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med brug af syntetisk cathinon).

6C47.73 Syntetisk kathinon-induceret impulskontrolforstyrrelse

Diagnosekrav

Syntetisk kathinon-induceret impulskontrolforstyrrelse er karakteriseret ved vedvarende gentagen adfærd, hvor der er tilbagevendende svigt i at modstå en impuls, drive eller trang til at udføre en handling, der er givende for personen, i det mindste på kort sigt, på trods af længere- begrebet skade enten på individet eller på andre (f.eks. brandstiftelse eller tyveri uden tilsyneladende motiv, gentagen seksuel adfærd, aggressive udbrud), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra syntetiske kathinoner. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end forstyrrelser af impulskontrol, som er karakteristiske for syntetisk kathinonforgiftning eller abstinenser af syntetisk kathinon. Mængden og varigheden af syntetisk kathinonanvendelse skal være i stand til at fremkalde forstyrrelser af impulskontrol. Symptomerne forklares ikke bedre af en primær psykisk lidelse (f.eks. en impulskontrolforstyrrelse, en lidelse på grund af vanedannende adfærd), som det kan være tilfældet, hvis impulskontrolforstyrrelserne gik forud for begyndelsen af brugen af syntetisk kathinon, hvis symptomerne varer ved. i en længere periode efter ophør med brugen eller abstinensen af syntetisk kathinon, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med impulscontrolsymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med brug af syntetisk kathinon).

6C48 Forstyrrelser som følge af brug af koffein

Diagnosekrav

Lidelser som følge af brug af koffein er karakteriseret ved mønsteret og konsekvenserne af koffeinbrug. Koffein er et mildt psykostimulerende og vanddrivende stof, der findes i kaffebønnerne fra kaffeplanten (*Coffea species*) og indgår i kaffe, coladrikke, chokolade, en række "energidrikke" og midler til vægttab. Det er det mest almindeligt anvendte psykoaktive stof på verdensplan, og der er beskrevet adskillige kliniske tilstande i forbindelse med brugen af det, selv om alvorlige lidelser er forholdsvis sjældne i betragtning af dets allestedsnærværelse. Der beskrives koffeinforgiftning i forbindelse med indtagelse af relativt høje doser (dvs. > 1 g pr. dag). Koffeinabstinenser er almindelige efter ophør af brugen hos personer, der har brugt koffein i længere tid eller i store mængder. Der er beskrevet koffeininduceret angstlidelse, ofte efter forgiftning eller kraftig brug.

6C48.0 Episode af skadelig brug af koffein

Diagnosekrav

En episode med koffeinbrug, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed. Skader på individets sundhed opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (2) en skadelig indgivelsesvej. Denne diagnose bør ikke stilles, hvis skaden tilskrives et kendt mønster af koffeinbrug.

6C48.1 Skadeligt mønster for brug af koffein

Diagnosekrav

Et mønster for koffeinbrug, der har forårsaget klinisk signifikant skade på en persons fysiske eller mentale sundhed, eller hvor koffein-induceret adfærd har forårsaget klinisk signifikant skade på andre menneskers helbred. Mønstret for koffeinbrug er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder, hvis brugen er episodisk og mindst en måned, hvis brugen er kontinuerlig (dvs. dagligt eller næsten dagligt). Skader kan være forårsaget af koffeins berusende virkning, de direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer eller en skadelig administrationsvej.

6C48.10 Skadeligt mønster for brug af koffein, episodisk

Diagnosekrav

Et mønster af episodisk eller intermitterende koffeinbrug, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed. Mønstret for episodisk koffeinbrug er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder. Skader på individets sundhed opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (2) en skadelig indgivelsesvej.

6C48.11 Skadeligt mønster for brug af koffein, kontinuerligt

Diagnosekrav

Et mønster af kontinuerlig (daglig eller næsten daglig) koffeinbrug, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed. Mønsteret med kontinuerlig koffeinbrug er tydeligt over en periode på mindst en måned. Skader på individets sundhed opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (2) en skadelig indgivelsesvej.

6C48.2 Koffeinforgiftning

Diagnosekrav

Koffeinforgiftning er en klinisk signifikant forbigående tilstand, der udvikler sig under eller kort efter indtagelse af koffein, og som er karakteriseret ved forstyrrelser i bevidsthed, kognition, perception, affekt, adfærd eller koordination. Disse forstyrrelser er forårsaget af de kendte farmakologiske virkninger af koffein, og deres intensitet er tæt forbundet med mængden af koffein, der indtages. De er tidsbegrænsede og aftager, da koffein fjernes fra kroppen. Præsenterende træk kan omfatte rastløshed, angst, spænding, søvnløshed, rødme i ansigtet, takykardi, diurese, mave-tarmforstyrrelser, muskeltrækninger, psykomotorisk agitation, sved eller kulderystelser og kvalme eller opkastning. Hjerterytmier kan forekomme. Forstyrrelser, der er typiske for forgiftning, har en tendens til at forekomme ved relativt højere doser (f.eks. > 1 g pr. dag). Meget høje doser koffein (f.eks. > 5 g) kan resultere i åndedrætsbesvær eller anfald og kan være dødelig.

6C48.3 Koffeinabstinenser

Diagnosekrav

Koffeinabstinenser er en klinisk signifikant klynge af symptomer, adfærd og/eller fysiologiske træk, varierende i sværhedsgrad og varighed, som opstår ved ophør eller reduktion af brugen af koffein (typisk i form af kaffe, koffeinholdige drikkevarer eller som en ingrediens), i visse håndkøbsmedicin hos personer, der har brugt koffein i en længere periode eller i store mængder. Præsenterende træk ved koffeinabstinenser kan omfatte hovedpine, markant træthed eller døsigthed, irritabilitet, nedtrykt eller dysforisk stemning, kvalme eller opkastning og koncentrationsbesvær.

6C48.4 Visse specificerede koffein-inducerede mentale eller adfærdsmæssige forstyrrelser

6C48.40 Koffein-induceret angstlidelse

Diagnosekrav

Koffein-induceret angstlidelse er karakteriseret ved angstsymptomer (f.eks. ængstelse eller bekymring, frygt, fysiologiske symptomer på overdreven autonom ophidselse, undgåelsesadfærd), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra koffein. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end de angstsymptomer, der er karakteristiske for koffeinforgiftning eller koffeinabstinenser. Mængden og varigheden af koffeinbrug skal være i stand til at fremkalde angstsymptomer. Symptomerne forklares ikke bedre af en primær psykisk lidelse (f.eks. en angst- og frygtrelateret lidelse, en depressiv lidelse med fremtrædende angstsymptomer), som det kunne være tilfældet, hvis angstsymptomerne gik forud for begyndelsen af koffeinforbruget, hvis symptomer vedvarer i en længere periode efter ophør med koffeinbrug eller abstinenser, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med angstsymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med koffeinbrug).

6C49 Forstyrrelser som følge af brug af hallucinogener

Diagnosekrav

Lidelser som følge af brug af hallucinogener er karakteriseret ved mønsteret og konsekvenserne af hallucinogenbrug. Flere tusinde forbindelser har hallucinogene egenskaber, hvoraf mange findes i planter (f.eks. mescaline) og svampe (f.eks. psilocybin) eller er kemisk syntetiserede (f.eks. lysergsyrediethylamid [LSD]). Disse forbindelser har primært hallucinogene egenskaber, men nogle kan også være stimulanser. En stor del af den sygelighed, der er forbundet med disse forbindelser, skyldes de akutte virkninger i forbindelse med hallucinogenforgiftning. Hallucinogenafhængighed er sjælden, og hallucinogenabstinenser er ikke beskrevet. Blandt de psykiske lidelser, der er relateret til hallucinogenbrug, er hallucinogeninduceret psykotisk lidelse den hyppigst forekommende, selv om den stadig er ret ualmindelig på verdensplan.

6C49.0 Episode med skadelig brug af hallucinogener

Diagnosekrav

En episode med hallucinogen brug, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der har medført skade på andres helbred. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd på grund af hallucinogenforgiftning hos den person, som diagnosticeringen af en enkelt episode med skadelig brug gælder. Denne diagnose bør ikke stilles, hvis skaden tilskrives et kendt mønster af hallucinogen brug.

6C49.1 Skadeligt brugsmønster af hallucinogener

Diagnosekrav

Et mønster for brug af hallucinogener, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der fører til skade på andres helbred. Mønsteret for hallucinogen brug er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder, hvis stofbrugen er episodisk eller mindst en måned, hvis brugen er kontinuerlig (dvs. dagligt eller næsten dagligt). Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til hallucinogenforgiftning hos den person, for hvem diagnosen Skadeligt brugsmønster af hallucinogener gælder.

6C49.10 Skadeligt brugsmønster af hallucinogener, episodisk

Diagnosekrav

Et mønster af episodisk eller intermitterende brug af hallucinogener, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der fører til skade på andres helbred. Mønsteret for episodisk hallucinogen brug er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til hallucinogenforgiftning hos den person, for hvem diagnosen Skadeligt brugsmønster af hallucinogener gælder.

6C49.11 Skadeligt brugsmønster af hallucinogener, kontinuerlig

Diagnosekrav

Et mønster af kontinuerlig (daglig eller næsten daglig) brug af hallucinogener, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der fører til skade på andres helbred. Mønstret for kontinuerlig brug af hallucinogen er tydeligt over en periode på mindst en måned. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykiske lidelser, der direkte kan henføres til adfærd relateret til hallucinogenforgiftning hos den person, som diagnosen Skadelig brug af hallucinogener gælder for.

6C49.2 Hallucinogen afhængighed

Diagnosekrav

Hallucinogen afhængighed er en forstyrrelse i reguleringen af hallucinogen brug, der opstår ved gentagen eller kontinuerlig brug af hallucinogener. Det karakteristiske træk er en stærk intern drift til at bruge hallucinogener, som viser sig ved nedsat evne til at kontrollere brugen, øget prioritet til brug frem for andre aktiviteter og vedvarende brug på trods af skade eller negative konsekvenser. Disse oplevelser er ofte ledsaget af en subjektiv følelse af trang eller trang til at bruge hallucinogener. Trækkene ved afhængighed er normalt tydelige over en periode på mindst 12 måneder, men diagnosen kan stilles, hvis hallucinogener er kontinuerligt (dagligt eller næsten dagligt) i mindst 3 måneder.

6C49.20 Hallucinogen afhængighed, aktuel anvendelse

Diagnosekrav

Aktuel hallucinogen afhængighed med hallucinogen brug inden for den seneste måned.

6C49.21 Hallucinogen afhængighed, tidlig fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af hallucinogen afhængighed, og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (herunder selvhjælpsintervention), har individet været afholdende fra hallucinogener i en periode på mellem 1 og 12 måneder.

6C49.22 Hallucinogen afhængighed, vedvarende delvis remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af hallucinogen afhængighed, og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (inklusive selvhjælpsintervention), er der en signifikant reduktion i hallucinogen forbrug i mere end 12 måneder, sådan at selvom intermitterende eller vedvarende hallucinogen brug har fundet sted under denne periode er definitionskravene for afhængighed ikke opfyldt.

6C49.23 Hallucinogen afhængighed, vedvarende fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af hallucinogen afhængighed og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (inklusive selvindgreb), har personen været afholdende fra hallucinogener i 12 måneder eller længere.

6C49.3 Hallucinogen forgiftning

Diagnosekrav

Hallucinogenforgiftning er en klinisk signifikant forbigående tilstand, der udvikler sig under eller kort efter indtagelse af hallucinogener, og som er karakteriseret ved forstyrrelser i bevidsthed, kognition, perception, affekt, adfærd eller koordination. Disse forstyrrelser er forårsaget af de kendte farmakologiske virkninger af hallucinogener, og deres intensitet er tæt forbundet med mængden af indtaget hallucinogen. De er tidsbegrænsede og aftager, efterhånden som hallucinogenet fjernes fra kroppen. Præsenterende træk kan omfatte hallucinationer, illusioner, perceptuelle ændringer såsom depersonalisering, derealisering eller synestesi (sammenblanding af sanser, såsom en visuel stimulus, der fremkalder en lugt), angst, deprimeret eller dysforisk stemning, idéer om reference, paranoide idéer, nedsat dømmekraft, hjertebanken, svedtendens, sløret syn, rysten og ukoordination. Fysiske tegn kan omfatte takykardi, forhøjet blodtryk og pupiludvidelse. I sjældne tilfælde kan hallucinogenforgiftning lette selvmordstanker og -adfærd.

6C49.4 Hallucinogen-induceret delirium

Diagnosekrav

Hallucinogen-induceret delirium er karakteriseret ved en akut tilstand af forstyrret opmærksomhed og bevidsthed med specifikke træk ved delirium, der udvikler sig under eller kort efter stofforgiftning eller under brug af hallucinogener. Mængden og varigheden af hallucinogen brug skal være i stand til at producere delirium. Symptomerne forklares ikke bedre af en primær psykisk lidelse, ved brug af eller abstinenser fra et andet stof eller af en anden helbredstilstand, der ikke er klassificeret under Psykiske, adfærdsmæssige og neuroudviklingsmæssige lidelser.

6C49.5 Hallucinogen-induceret psykotisk lidelse

Diagnosekrav

Hallucinogen-induceret psykotisk lidelse er karakteriseret ved psykotiske symptomer (fx vrangforestillinger, hallucinationer, uorganiseret tænkning, groft uorganiseret adfærd), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med hallucinogener. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end psykotisk-lignende forstyrrelser af opfattelse, kognition eller adfærd, der er karakteristiske for hallucinogenforgiftning. Mængden og varigheden af hallucinogen brug skal være i stand til at fremkalde psykotiske symptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. skizofreni, en stemningslidelse med psykotiske symptomer), som det kan være tilfældet, hvis de psykotiske symptomer gik forud for starten af brugen af hallucinogen, hvis symptomerne varer ved i en længere periode efter ophør med brugen af hallucinogen, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med psykotiske symptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med hallucinogen brug).

6C49.6 Visse specificerede hallucinogen-inducerede mentale eller adfærdsmæssige forstyrrelser

6C49.60 Hallucinogen-induceret stemningslidelse

Diagnosekrav

Hallucinogen-induceret stemningslidelse er karakteriseret ved stemningssymptomer (f.eks. deprimeret eller forhøjet stemning, nedsat engagement i behagelige aktiviteter, øget eller nedsat energiniveau), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med hallucinogener. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end humørforstyrrelser, der er karakteristiske for hallucinogenforgiftning. Mængden og varigheden af hallucinogen brug skal være i stand til at fremkalde humørsymptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. en depressiv lidelse, en bipolar lidelse, skizoaffektiv lidelse), som det kan være tilfældet, hvis humørsymptomerne gik forud for starten af hallucinogener, hvis symptomerne varer ved i en betydelig periode tidsrum efter ophør med brugen af hallucinogen, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med humørsymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med brug af hallucinogen).

6C49.61 Hallucinogen-induceret angstlidelse

Diagnosekrav

Hallucinogen-induceret angstlidelse er karakteriseret ved angstsymptomer (f.eks. angst eller bekymring, frygt, fysiologiske symptomer på overdreven autonom ophidselse, undgåelsesadfærd), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med hallucinogener. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end de angstsymptomer, der er karakteristiske for hallucinogenforgiftning. Mængden og varigheden af hallucinogen brug skal være i stand til at fremkalde angstsymptomer. Symptomerne forklares ikke bedre af en primær psykisk lidelse (f.eks. en angst- og frygtrelateret lidelse, en depressiv lidelse med fremtrædende angstsymptomer), som det kunne være tilfældet, hvis angstsymptomerne gik forud for begyndelsen af brugen af hallucinogener, hvis symptomer vedvarer i en længere periode efter ophør med brugen af hallucinogen, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med angstsymptomer

6C4A Forstyrrelser som følge af brug af nikotin

Diagnosekrav

Lidelser som følge af brug af nikotin er kendetegnet ved mønsteret og konsekvenserne af nikotinbrug. Nikotin er den aktive afhængighedsskabende bestanddel af tobaksplanten *Nicotiana tabacum*. Nikotin anvendes overvejende gennem rygning af cigaretter. I stigende grad anvendes det også i elektroniske cigaretter, der fordamper nikotin opløst i et bærende opløsningsmiddel til inhalation (dvs. "vaping"). Rygning af pipe, tyggetobak og indånding af snus er mindre udbredte former for brug. Nikotin er en meget potent vanedannende forbindelse og er det tredje mest anvendte psykoaktive stof på verdensplan efter koffein og alkohol. Nikotinafhængighed og nikotinabstinenser er velbeskrevet, og nikotininducerede psykiske lidelser er anerkendt.

6C4A.0 Episode af skadelig brug af nikotin

Diagnosekrav

En episode med nikotinbrug, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed. Skader på individets sundhed opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (2) en skadelig indgivelsesvej. Denne diagnose bør ikke stilles, hvis skaden tilskrives et kendt mønster af nikotinbrug.

6C4A.1 Skadeligt brugsmønster for nikotin

Diagnosekrav

Et mønster af nikotinbrug, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed. Mønsteret for nikotinbrug er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder, hvis stofbrugen er episodisk eller mindst en måned, hvis brugen er kontinuerlig (dvs. dagligt eller næsten dagligt). Skader på individets sundhed opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (2) en skadelig indgivelsesvej.

6C4A.10 Skadeligt brugsmønster for nikotin, episodisk

Diagnosekrav

Et mønster af episodisk eller intermitterende nikotinbrug, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed. Mønsteret for episodisk nikotinbrug er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder. Skader på individets sundhed opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (2) en skadelig indgivelsesvej.

6C4A.11 Skadeligt brugsmønster for nikotin, kontinuerligt

Diagnosekrav

Et mønster af kontinuerlig (daglig eller næsten daglig) nikotinbrug, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed. Mønstret med kontinuerlig nikotinbrug er tydeligt over en periode på mindst en måned. Skader på individets sundhed opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (2) en skadelig indgivelsesvej.

6C4A.2 Nikotinafhængighed

Diagnosekrav

Nikotinafhængighed er en forstyrrelse i reguleringen af nikotinbrug, der opstår ved gentagen eller kontinuerlig brug af nikotin. Det karakteristiske træk er en stærk intern drift til at bruge nikotin, som viser sig ved nedsat evne til at kontrollere brugen, øget prioritering af brug over andre aktiviteter og vedvarende brug på trods af skade eller negative konsekvenser. Disse oplevelser er ofte ledsaget af en subjektiv følelse af trang eller trang til at bruge nikotin. Fysiologiske træk ved afhængighed kan også være til stede, herunder tolerance over for virkningerne af nikotin, abstinenssymptomer efter ophør eller reduktion i brugen af nikotin eller gentagen brug af nikotin eller farmakologisk lignende stoffer for at forebygge eller lindre abstinenssymptomer. Trækkene ved afhængighed er normalt tydelige over en periode på mindst 12 måneder, men diagnosen kan stilles, hvis nikotinformbruget er kontinuerligt (dagligt eller næsten dagligt) i mindst 3 måneder.

6C4A.20 Nikotinafhængighed, nuværende brug

Diagnosekrav

Aktuel nikotinafhængighed med nikotinbrug inden for den seneste måned.

6C4A.21 Nikotinafhængighed, tidlig fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af nikotinafhængighed, og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (herunder selvhjælpsintervention), har personen været afholden fra nikotin i en periode på mellem 1 og 12 måneder.

6C4A.22 Nikotinafhængighed, vedvarende delvis remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af nikotinafhængighed, og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (inklusive selvhjælpsintervention), er der en signifikant reduktion i nikotinformbruget i mere end 12 måneder, sådan at selvom der er forekommet intermitterende eller vedvarende nikotinbrug under denne periode er definitionskravene for afhængighed ikke opfyldt.

6C4A.23 Nikotinafhængighed, vedvarende fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af nikotinafhængighed, og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (inklusive selvindgreb), har personen været afholden fra nikotin i 12 måneder eller længere.

6C4A.3 Nikotinforgiftning

Diagnosekrav

Nikotinforgiftning er en klinisk signifikant forbigående tilstand, der udvikler sig under eller kort efter indtagelse af nikotin, og som er karakteriseret ved forstyrrelser i bevidsthed, kognition, perception, affekt, adfærd eller koordination. Disse forstyrrelser er forårsaget af de kendte farmakologiske virkninger af nikotin, og deres intensitet er tæt forbundet med mængden af forbrugt nikotin. De er tidsbegrænsede og aftager, efterhånden som nikotin fjernes fra kroppen. Præsenterende træk kan omfatte rastløshed, psykomotorisk agitation, angst, koldsved, hovedpine, søvnløshed, hjertebanken, paræstesier, kvalme eller opkastning, mavekrampe, forvirring, bizarre drømme, brændende fornemmelser i munden og sput. I sjældne tilfælde kan paranoide idéer, perceptuelle forstyrrelser, krampe eller koma forekomme. Nikotinforgiftning forekommer mere almindeligt hos naive (ikke-tolerante) brugere eller blandt dem, der tager højere doser end vant.

6C4A.4 Nikotinabstinenser

Diagnosekrav

Nikotinabstinenser er en klinisk signifikant klynge af symptomer, adfærd og/eller fysiologiske træk, varierende i sværhedsgrad og varighed, som opstår ved ophør eller reduktion af brugen af nikotin (typisk brugt som en bestanddel af tobak) hos personer, der har udviklet nikotin afhængighed eller har brugt nikotin i en længere periode eller i store mængder. Præsenterende træk ved nikotinabstinenser kan omfatte dysforisk eller deprimeret stemning, søvnløshed, irritabilitet, vrede, angst, koncentrationsbesvær, rastløshed, bradykardi, øget appetit og trang til tobak (eller andre nikotinholdige produkter. Andre fysiske symptomer kan omfatte øget hoste og mundsår.

6C4B Forstyrrelser som følge af brug af flygtige inhalationsmidler

Diagnosekrav

Lidelser som følge af brug af flygtige inhalationsmidler er karakteriseret ved mønsteret og konsekvenserne af brugen af flygtige inhalationsmidler. Flygtige inhalationsmidler omfatter en række forbindelser, der er i gas- eller dampform ved omgivelsestemperatur, herunder forskellige organiske opløsningsmidler, lim, benzin, nitrit og gasser som f.eks. lattergas, trichlorethan, butan, toluen, fluorcarboner, ether og halothan. De har en række farmakologiske egenskaber, men er overvejende deprimerende stoffer for centralnervesystemet, og mange har også vasoaktive virkninger. De anvendes ofte af yngre personer og kan anvendes, når det er vanskeligt eller umuligt at få adgang til alternative psykoaktive stoffer. Forgiftning med flygtige indåndingsmidler er velkendt. Flygtige inhalationsmidler har afhængighedsskabende egenskaber, og afhængighed af flygtige inhalationsmidler og abstinenser fra flygtige inhalationsmidler er anerkendt, selv om det er forholdsvis sjældent på verdensplan. Der er beskrevet psykiske lidelser forårsaget af flygtige inhalationsmidler. De kan også forårsage neurokognitiv svækkelse, herunder demens.

6C4B.0 Episode med skadelig brug af flygtige inhalationsmidler

Diagnosekrav

En episode med brug af flygtige inhalationsmidler eller utilsigtet eksponering (f.eks. erhvervsmæssig eksponering), der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der har medført skade på andres helbred. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd på grund af flygtig inhalantforgiftning hos den person, som diagnosticeringen af enkelt episode med skadelig brug gælder for. Denne diagnose bør ikke stilles, hvis skaden tilskrives et kendt mønster af brug af flygtige inhalationsmidler.

6C4B.1 Skadeligt brugsmønster for flygtige inhalationsmidler

Diagnosekrav

Et mønster af flygtig inhalationsbrug af det har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed. Mønsteret for brug af flygtige inhalationsmidler er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder, hvis stofbrugen er episodisk eller mindst en måned, hvis brugen er kontinuerlig (dvs. dagligt eller næsten dagligt). Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (1) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (2) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til flygtig inhalantforgiftning fra den person, som diagnosticeringen af skadeligt brugsmønster af flygtige inhalationsmidler gælder for.

6C4B.10 Skadeligt brugsmønster af flygtige inhalationsmidler, episodisk

Diagnosekrav

Et mønster af episodisk eller intermitterende brug af flygtige inhalationsmidler, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der fører til skade på andres helbred. Mønstret for episodisk brug af flygtige inhalationsmidler er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til flygtig inhalantforgiftning hos den person, som diagnosticeringen af skadeligt brugsmønster af flygtige inhalatorer gælder for.

6C4B.11 Skadeligt brugsmønster af flygtige inhalationsmidler, kontinuerlig

Diagnosekrav

Et mønster af kontinuerlig (daglig eller næsten daglig) brug af flygtige inhalationsmidler, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der fører til skade på andres helbred. Mønstret med kontinuerlig brug af flygtige inhalationsmidler er tydeligt over en periode på mindst en måned. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til flygtig inhalantforgiftning hos den person, som diagnosticeringen af skadeligt brugsmønster af flygtige inhalatorer gælder for.

6C4B.2 Afhængighed af flygtige inhalationsmidler

Diagnosekrav

Afhængighed af flygtige inhalationsmidler er en forstyrrelse i reguleringen af brug af flygtige inhalationsmidler, der opstår ved gentagen eller kontinuerlig brug af flygtige inhalationsmidler. Det karakteristiske træk er en stærk intern drift til at bruge flygtige inhalationsmidler, som viser sig ved nedsat evne til at kontrollere brugen, øget prioritet til brug frem for andre aktiviteter og vedvarende brug på trods af skade eller negative konsekvenser. Disse oplevelser er ofte ledsaget af en subjektiv følelse af trang eller trang til at bruge flygtige inhalationsmidler. Fysiologiske træk ved afhængighed kan også være til stede, herunder tolerance over for virkningerne af flygtige inhalationsmidler, abstinenssymptomer efter ophør eller reduktion i brugen af flygtige inhalationsmidler eller gentagen brug af flygtige inhalationsmidler eller farmakologisk lignende stoffer for at forebygge eller lindre abstinenssymptomer. Trækkene ved afhængighed er sædvanligvis tydelige over en periode på mindst 12 måneder, men diagnosen kan stilles, hvis brugen af flygtige inhalationsmidler er kontinuerlig (dagligt eller næsten dagligt) i mindst 3 måneder.

6C4B.20 Afhængighed af flygtige inhalationsmidler, aktuel brug

Diagnosekrav

Aktuel afhængighed af flygtige inhalationsmidler med brug af flygtige inhalationsmidler inden for den seneste måned.

6C4B.21 Afhængighed af flygtige inhalationsmidler, tidlig fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af afhængighed af flygtige inhalatorer og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (herunder selvhjælpsintervention), har individet været afholdende fra flygtige inhalationsmidler i en periode på mellem 1 og 12 måneder.

6C4B.22 Afhængighed af flygtige inhalationsmidler, vedvarende delvis remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af afhængighed af flygtige inhalationsmidler og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (inklusive selvhjælpsintervention), er der en signifikant reduktion i forbruget af flygtige inhalationsmidler i mere end 12 måneder, således at selv om periodisk eller vedvarende brug af flygtige inhalationsmidler er sket i denne periode, er definitionskravene for afhængighed ikke opfyldt.

6C4B.23 Afhængighed af flygtige inhalationsmidler, vedvarende fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af afhængighed af flygtige inhalationsmidler og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (inklusive selvindgreb), har personen været afholdende fra flygtige inhalationsmidler i 12 måneder eller længere.

6C4B.3 Forgiftning af flygtige inhalationsmidler

Diagnosekrav

Flygtige inhalationsforgiftning er en klinisk signifikant forbigående tilstand, der udvikler sig under eller kort efter indtagelse af et flygtigt inhalationsmiddel, der er karakteriseret ved forstyrrelser i bevidsthed, kognition, perception, affekt, adfærd eller koordination. Disse forstyrrelser er forårsaget af de kendte farmakologiske virkninger af flygtige inhalationsmidler, og deres intensitet er tæt forbundet med mængden af forbrugt flygtigt inhalationsmiddel. De er tidsbegrænsede og aftager, efterhånden som det flygtige inhalationsmiddel fjernes fra kroppen. Præsenterende træk kan omfatte eufori, nedsat dømmekraft, aggression, døsigthed, stupor eller koma, svimmelhed, tremor, manglende koordination, sløret tale, ustabil gang, sløvhed og apati, psykomotorisk retardering og synsforstyrrelser. Muskelsvaghed og diplopi kan forekomme. Brug af flygtige inhalationsmidler kan forårsage hjertearytmi, hjertestop og død. Inhalationsmidler, der indeholder bly (fx nogle former for benzin/benzin) kan forårsage forvirring, irritabilitet, koma og anfald.

6C4B.4 Tilbagetrækning af flygtige inhalationsmidler

Diagnosekrav

Abstinenser fra flygtige inhalatorer er en klinisk signifikant klynge af symptomer, adfærd og/eller fysiologiske træk, varierende i sværhedsgrad og varighed, som opstår ved ophør eller reduktion af brugen af flygtige inhalationsmidler hos personer, der har udviklet afhængighed af flygtige inhalatorer eller har brugt flygtige inhalatorer i længere tid eller i store mængder. Visende træk ved tilbagetrækning af flygtige inhalationsmidler kan omfatte søvnløshed, angst, irritabilitet, dysforisk stemning, rysten, sved, kvalme og forbigående illusioner.

6C4B.5 Flygtige inhalations-induceret delirium

Diagnosekrav

Flygtige inhalations-induceret delirium er karakteriseret ved en akut tilstand af forstyrret opmærksomhed og bevidsthed med specifikke træk ved delirium, der udvikler sig under eller kort efter stofforgiftning eller abstinenser eller under brug af flygtige inhalationsmidler. Mængden og varigheden af brug af flygtige inhalationsmidler skal være i stand til at producere delirium. Symptomerne forklares ikke bedre af en primær psykisk lidelse, ved brug af eller abstinenser fra et andet stof eller af en anden helbredstilstand, der ikke er klassificeret under Psykiske, adfærdsmæssige og neuroudviklingsmæssige lidelser.

6C4B.6 Flygtig inhalationsinduceret psykotisk lidelse

Diagnosekrav

Flygtig inhalationsinduceret psykotisk lidelse er karakteriseret ved psykotiske symptomer (f.eks. vrangforestillinger, hallucinationer, uorganiseret tænkning, groft uorganiseret adfærd), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra flygtige inhalationsmidler. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end psykotisk-lignende forstyrrelser af perception, kognition eller adfærd, der er karakteristiske for flygtige inhalationsforgiftning eller flygtige inhalationsabstinenser. Mængden og varigheden af brug af flygtige inhalationsmidler skal være i stand til at fremkalde psykotiske symptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. skizofreni, en stemningslidelse med psykotiske symptomer), som det kunne være tilfældet, hvis de psykotiske symptomer gik forud for begyndelsen af den flygtige inhalationsbrug, hvis symptomerne varer ved i en længere periode med tid efter ophør med brugen af flygtige inhalationsmidler eller abstinenser, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med psykotiske symptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med brug af flygtige inhalationsmidler).

6C4B.7 Visse specificerede psykiske eller adfærdsmæssige forstyrrelser induceret af flygtige inhalationsmidler

6C4B.70 Volatile inhalant-induceret stemningslidelse

Diagnosekrav

Volatile inhalant-inducerede humørsygdomme er karakteriseret ved humørsymptomer (f.eks. deprimeret eller forhøjet humør, nedsat engagement i behagelige aktiviteter, øget eller nedsat energiniveau), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra flygtige inhalationsmidler. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end humørforstyrrelser, der er karakteristiske for flygtige inhalationsforgiftning eller flygtige inhalationsabstinenser. Mængden og varigheden af brug af flygtige inhalationsmidler skal være i stand til at fremkalde humørsymptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. en depressiv lidelse, en bipolar lidelse, skizoaffektiv lidelse), som det kan være tilfældet, hvis humørsymptomerne gik forud for begyndelsen af den flygtige inhalationsbrug, hvis symptomerne varer ved i en et betydeligt tidsrum efter ophør med brugen af flygtige inhalationsmidler eller abstinenser, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med humørsymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med brug af flygtige inhalationsmidler).

6C4B.71 Flygtig inhalant-induceret angstlidelse

Diagnosekrav

Volatile inhalant-induceret angstlidelse er karakteriseret ved angstsymptomer (f.eks. angst eller bekymring, frygt, fysiologiske symptomer på overdreven autonom ophidselse, undgåelsesadfærd), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra flygtige inhalationsmidler. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end de angstsymptomer, der er karakteristiske for flygtige inhalationsforgiftning eller flygtige inhalationsabstinenser. Mængden og varigheden af brug af flygtige inhalationsmidler skal være i stand til at fremkalde angstsymptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. en angst- og frygtrelateret lidelse, en depressiv lidelse med fremtrædende angstsymptomer), som det kunne være tilfældet, hvis angstsymptomerne gik forud for begyndelsen af den flygtige inhalationsbrug, hvis symptomerne varer ved i en længere periode efter ophør med brugen af flygtige inhalationsmidler eller abstinenser, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær mental lidelse med angstsymptomer

6C4C Forstyrrelser som følge af brug af MDMA eller beslægtede stoffer, herunder MDA

Diagnosekrav

Lidelser som følge af brug af MDMA eller beslægtede stoffer, herunder MDA, er karakteriseret ved mønsteret og konsekvenserne af brugen af MDMA eller beslægtede stoffer. MDMA er methylen-dioxymetamfetamin og er et almindeligt misbrugsmiddel i mange lande, især blandt unge. Det fås hovedsageligt i tabletform, kendt som "ecstasy". Farmakologisk set har MDMA stimulerende og empatogene egenskaber, hvilket tilskynder unge til at bruge det i sociale og andre interaktioner. I betragtning af den store udbredelse i mange lande og blandt mange undergrupper af unge mennesker er MDMA og relateret stofafhængighed og MDMA og relateret stofabstinenser forholdsvis sjældne. Stofinducerede psykiske lidelser kan opstå som følge af brugen af stoffet. Der findes flere analoger af MDMA, herunder MDA (methylen-doxyamfetamin).

6C4C.0 Episode af skadelig brug af MDMA eller relaterede lægemidler, herunder MDA

Diagnosekrav

En episode med brug af MDMA eller beslægtede lægemidler, herunder MDA, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der fører til skade på andres helbred. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd på grund af forgiftning med MDMA eller beslægtede stoffer, herunder MDA, fra den person, som diagnosticeret en enkelt episode af skadelig brug gælder. Denne diagnose bør ikke stilles, hvis skaden tilskrives et kendt mønster for brug af MDMA eller relaterede lægemidler, herunder MDA.

6C4C.1 Skadeligt brugsmønster af MDMA eller relaterede lægemidler, herunder MDA

Diagnosekrav

Et mønster for brug af MDMA eller beslægtede lægemidler, herunder MDA, som har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der har medført skade på andres helbred. Mønstret for brug af MDMA eller beslægtede lægemidler er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder, hvis brugen er episodisk eller mindst en måned, hvis brugen er kontinuerlig (dvs. dagligt eller næsten dagligt). Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til MDMA eller relateret narkotikaforgiftning fra den person, til hvem diagnosen skadeligt brugsmønster af MDMA eller relateret lægemidler, herunder MDA gælder.

6C4C.10 Skadelig brug af MDMA eller relaterede lægemidler, herunder MDA, episodisk

Diagnosekrav

Et mønster af episodisk eller intermitterende brug af MDMA eller beslægtede lægemidler, herunder MDA, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der har medført skade på andres helbred. Mønstret for episodisk brug af MDMA eller relaterede lægemidler er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til MDMA eller relateret narkotikaforgiftning fra den person, til hvem diagnosen skadeligt brugsmønster af MDMA eller relateret lægemidler, herunder MDA gælder.

6C4C.11 Skadelig brug af MDMA eller relaterede lægemidler, herunder MDA, kontinuerlig

Diagnosekrav

Et mønster af kontinuerlig (daglig eller næsten daglig) brug af MDMA eller beslægtede lægemidler, herunder MDA, som har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der har ført til skade på andres helbred. Mønstret for kontinuerlig brug af MDMA eller relaterede lægemidler er tydeligt over en periode på mindst en måned. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til MDMA eller relateret narkotikaforgiftning fra den person, til hvem diagnosen skadeligt brugsmønster af MDMA eller relateret lægemidler, herunder MDA gælder.

6C4C.2 MDMA eller relateret lægemiddelafhængighed, herunder MDA

Diagnosekrav

MDMA eller beslægtet lægemiddelafhængighed, herunder MDA, er en forstyrrelse i reguleringen af MDMA eller beslægtet stofbrug, der opstår ved gentagen eller kontinuerlig brug af MDMA eller beslægtede lægemidler. Det karakteristiske træk er en stærk intern drift til at bruge MDMA eller beslægtede lægemidler, som viser sig ved nedsat evne til at kontrollere brugen, øget prioritet til brug frem for andre aktiviteter og vedvarende brug på trods af skade eller negative konsekvenser. Disse oplevelser er ofte ledsaget af en subjektiv fornemmelse af trang eller trang til at bruge MDMA eller relaterede lægemidler. Fysiologiske træk ved afhængighed kan også være til stede, herunder tolerance over for virkningerne af MDMA eller relaterede lægemidler, abstinenssymptomer efter ophør eller reduktion i brugen af MDMA eller beslægtede lægemidler, eller gentagen brug af MDMA eller farmakologisk lignende stoffer for at forebygge eller lindre abstinenssymptomer. Trækkene ved afhængighed er normalt tydelige over en periode på mindst 12 måneder, men diagnosen kan stilles, hvis MDMA eller beslægtet stofbrug er kontinuerlig (dagligt eller næsten dagligt) i mindst 3 måneder.

6C4C.20 MDMA eller beslægtet lægemiddelafhængighed, herunder MDA, nuværende brug

Diagnosekrav

Aktuel MDMA eller relateret stofafhængighed, inklusive MDA, med MDMA eller relateret stofbrug inden for den seneste måned.

6C4C.21 MDMA eller relateret lægemiddelafhængighed, herunder MDA, tidlig fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af MDMA eller relateret stofafhængighed, herunder MDA, og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (herunder selvhjælpsintervention), har personen været afholden fra MDMA eller relateret stofafhængighed, herunder MDA, i en periode, der varer fra kl. mellem 1 og 12 måneder.

6C4C.22 MDMA eller relateret lægemiddelafhængighed, herunder MDA, vedvarende delvis remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af MDMA eller relateret lægemiddelafhængighed, inklusive MDA, og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (herunder selvhjælpsintervention), er der en signifikant reduktion i forbruget af MDMA eller relaterede lægemidler, herunder MDA, i mere end 12 måneder, således at selv om periodisk eller vedvarende brug af MDMA eller beslægtede lægemidler, herunder MDA, har fundet sted i denne periode, er definitionskravene for afhængighed ikke opfyldt.

6C4C.23 MDMA eller beslægtet lægemiddelfhængighed, inklusive MDA, vedvarende fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af MDMA eller relateret lægemiddelfhængighed, herunder MDA, og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (inklusive selvindgrib), har personen været afholden fra MDMA eller beslægtede lægemidler, herunder MDA, i 12 måneder eller længere.

6C4C.3 MDMA eller beslægtet lægemiddelforgiftning, herunder MDA

Diagnosekrav

MDMA eller beslægtet lægemiddelforgiftning, herunder MDA, er en klinisk signifikant forbigående tilstand, der udvikler sig under eller kort efter indtagelse af MDMA eller beslægtede lægemidler, og som er karakteriseret ved forstyrrelser i bevidsthed, kognition, perception, affekt, adfærd eller koordination. Disse forstyrrelser er forårsaget af de kendte farmakologiske virkninger af MDMA eller beslægtede lægemidler, og deres intensitet er tæt forbundet med mængden af MDMA eller et beslægtet lægemiddel, der indtages. De er tidsbegrænsede og aftager, efterhånden som MDMA eller et beslægtet lægemiddel fjernes fra kroppen. Præsenterende funktioner kan omfatte øget eller upassende seksuel interesse og aktivitet, angst, rastløshed, agitation og svedtendens. I sjældne tilfælde, normalt i alvorlig forgiftning, kan brug af MDMA eller relaterede lægemidler, herunder MDA, resultere i dystoni og anfald. Pludselig død er en sjælden, men anerkendt komplikation.

6C4C.4 MDMA eller relateret medicinabstinenser, herunder MDA

Diagnosekrav

MDMA eller beslægtet medicinabstinenser, herunder MDA er en klinisk signifikant klynge af symptomer, adfærd og/eller fysiologiske træk, varierende i sværhedsgrad og varighed, som opstår ved ophør eller reduktion af brugen af MDMA eller relaterede lægemidler hos personer, der har udviklet MDMA eller relateret stofafhængighed eller har brugt MDMA eller relaterede lægemidler i en længere periode eller i store mængder. Præsenterende træk ved MDMA eller relateret medicinabstinens kan omfatte træthed, sløvhed, hypersomni eller søvnløshed, deprimeret humør, angst, irritabilitet, trang, koncentrationsbesvær og appetitforstyrrelser.

6C4C.5 MDMA eller beslægtet lægemiddelinduceret delirium, inklusive MDA

Diagnosekrav

MDMA eller beslægtet lægemiddelinduceret delirium, herunder MDA, er karakteriseret ved en akut tilstand af forstyrret opmærksomhed og bevidsthed med specifikke træk ved delirium, der udvikler sig under eller kort efter stofforgiftning eller under brug af MDMA eller beslægtede lægemidler. Mængden og varigheden af MDMA eller relateret stofbrug skal være i stand til at producere delirium. Symptomerne forklares ikke bedre af en primær psykisk lidelse, ved brug af eller abstinenser fra et andet stof eller af en anden helbredstilstand, der ikke er klassificeret under Psykiske, adfærdsmæssige og neuroudviklingsmæssige lidelser.

6C4C.6 MDMA eller beslægtet lægemiddelinduceret psykotisk lidelse, herunder MDA

Diagnosekrav

MDMA eller beslægtet lægemiddelinduceret psykotisk lidelse, herunder MDA, er karakteriseret ved psykotiske symptomer (f.eks. vrangforestillinger, hallucinationer, uorganiseret tænkning, groft uorganiseret adfærd), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med MDMA eller beslægtede stoffer. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end psykotisk-lignende forstyrrelser af perception, kognition eller adfærd, der er karakteristiske for MDMA eller relateret stofforgiftning. Mængden og varigheden af MDMA eller relateret stofbrug skal være i stand til at fremkalde psykotiske symptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. skizofreni, en stemningslidelse med psykotiske symptomer), som det kan være tilfældet, hvis de psykotiske symptomer gik forud for starten af MDMA eller relateret stofbrug, hvis symptomerne varer ved i en væsentligt tidsrum efter ophør med MDMA eller relateret stofbrug, eller hvis der er andre beviser for en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med psykotiske symptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med MDMA eller relateret stofbrug, herunder MDA).

6C4C.7 Visse specificerede MDMA eller relaterede lægemiddelinducerede mentale eller adfærdsmæssige lidelser, herunder MDA

6C4C.70 MDMA eller beslægtet lægemiddelinduceret stemningslidelse, herunder MDA

Diagnosekrav

MDMA eller beslægtet lægemiddelinduceret stemningslidelse, herunder MDA, er karakteriseret ved stemningssymptomer (f.eks. deprimeret eller forhøjet stemning, nedsat engagement i behagelige aktiviteter, øget eller nedsat energiniveau), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med MDMA eller relaterede lægemidler. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end humørforstyrrelser, der er karakteristiske for MDMA eller relateret lægemiddelforgiftning, herunder MDA. Mængden og varigheden af MDMA eller relateret stofbrug skal være i stand til at fremkalde humørsymptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. en depressiv lidelse, en bipolar lidelse, skizoaffektiv lidelse), som det kan være tilfældet, hvis humørsymptomerne gik forud for begyndelsen af MDMA eller relateret stofbrug, hvis symptomerne varer ved i en længere periode efter ophør med MDMA eller beslægtet stofbrug, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med humørsymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med MDMA eller relateret stofbrug).

6C4C.71 MDMA eller relateret lægemiddelinduceret angstlidelse

Diagnosekrav

MDMA eller relateret lægemiddelinduceret angstlidelse, herunder MDA, er karakteriseret ved angstsymptomer (f.eks. angst eller bekymring, frygt, fysiologiske symptomer på overdreven autonom ophidselse, undgåelsesadfærd), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med MDMA eller relaterede lægemidler. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end de angstsymptomer, der er karakteristiske for MDMA eller relateret lægemiddelforgiftning, herunder MDA. Mængden og varigheden af MDMA eller relateret stofbrug skal være i stand til at fremkalde angstsymptomer. Symptomerne forklares ikke bedre af en primær psykisk lidelse (f.eks. en angst- og frygtrelateret lidelse, en depressiv lidelse med fremtrædende angstsymptomer), som det kunne være tilfældet, hvis angstsymptomerne gik forud for starten af MDMA eller relateret stofbrug, hvis symptomerne varer ved i en længere periode efter ophør med MDMA eller relateret stofbrug, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med angstsymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med MDMA eller relateret stofbrug).

6C4D Forstyrrelser som følge af brug af dissociative stoffer, herunder ketamin og phencyclidin [PCP]

Diagnosekrav

Forstyrrelser som følge af brug af dissociative stoffer, herunder ketamin og phencyclidin [PCP], er kendetegnet ved mønsteret og konsekvenserne af dissociativt stofmisbrug. Dissociative stoffer omfatter ketamin og phencyclidin (PCP) og deres (forholdsvis sjældne) kemiske analoger. Ketamin er et intravenøst bedøvelsesmiddel, der anvendes i vid udstrækning i lav- og mellemindkomstlande, især i Afrika, og i nødsituationer. Ketamin er også ved at blive evalueret til behandling af visse psykiske lidelser (f.eks. behandlingsresistente depressive lidelser). Det er også et udbredt lægemiddel til ikke-medicinsk brug i mange lande og kan indtages oralt eller nasalt eller injiceres. Det giver en følelse af eufori, men afhængig af dosis er opståede hallucinationer og dissociation anerkendt som ubehagelige bivirkninger. Phencyclidin har en mere begrænset udbredelse på verdensplan og har også euforiserende og dissociative virkninger. Brugen kan resultere i bizar adfærd, der er ukarakteristisk for den pågældende person, herunder selvskade. Dissociativ stofafhængighed er beskrevet, men de fleste myndigheder anerkender ikke et abstinenssyndrom. Der er anerkendt flere dissociative stofinducerede psykiske lidelser.

6C4D.0 Episode af skadelig brug af dissociative lægemidler, herunder ketamin eller PCP

Diagnosekrav

En episode med brug af et dissociativt stof, herunder ketamin og PCP, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der har medført skade på andres helbred. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd på grund af forgiftning med et dissociativt stof, herunder ketamin og PCP, fra den person, til hvem diagnosen en enkelt episode af skadelig brug gælder. Denne diagnose bør ikke stilles, hvis skaden tilskrives et kendt mønster for brug af dissociative lægemidler, herunder ketamin og PCP.

6C4D.1 Skadeligt brugsmønster af dissociative lægemidler, herunder ketamin eller PCP

Diagnosekrav

Et mønster for brug af dissociative lægemidler, herunder ketamin og phencyclidin (PCP), der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der har medført skade på andres helbred. Mønstret for dissociativ stofbrug er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder, hvis brugen er episodisk eller mindst en måned, hvis brugen er kontinuerlig (dvs. dagligt eller næsten dagligt). Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til dissociativ rusmiddelforgiftning fra den person, som diagnosticerer skadeligt mønster for brug af dissociative stoffer, herunder ketamin. og PCP gælder.

6C4D.10 Skadeligt brugsmønster af dissociative lægemidler, herunder ketamin eller PCP, episodisk

Diagnosekrav

Et mønster af episodisk eller intermitterende brug af dissociative lægemidler, herunder ketamin og phencyclidin (PCP), som har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der har ført til skade på andres helbred. Mønstret for episodisk brug af dissociative stoffer er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til dissociativ rusmiddelforgiftning fra den person, som diagnosticerer skadeligt mønster for brug af dissociative stoffer, herunder ketamin. og PCP gælder.

6C4D.11 Skadeligt brugsmønster af dissociative lægemidler, herunder ketamin eller PCP, kontinuerlig

Diagnosekrav

Et mønster af kontinuerlig (daglig eller næsten daglig) brug af dissociative stoffer, herunder ketamin og phencyclidin (PCP), som har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der har ført til skade på andres helbred. Mønstret med kontinuerlig brug af dissociative lægemidler er tydeligt over en periode på mindst en måned. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til dissociativ rusmiddelforgiftning fra den person, som diagnosticerer skadeligt mønster for brug af dissociative stoffer, herunder ketamin. og PCP gælder.

6C4D.2 Dissociativ lægemiddelafhængighed inklusive ketamin eller PCP

Diagnosekrav

Dissociativ stofafhængighed inklusive ketamin eller PCP er en forstyrrelse i reguleringen af dissociativ stofbrug, der opstår ved gentagen eller kontinuerlig brug af dissociative lægemidler. Det karakteristiske træk er en stærk intern drift til at bruge dissociative stoffer, som viser sig ved nedsat evne til at kontrollere brugen, øget prioritering af brugen frem for andre aktiviteter og vedvarende brug på trods af skade eller negative konsekvenser. Disse oplevelser er ofte ledsaget af en subjektiv følelse af trang eller trang til at bruge dissociative stoffer. Trækkene ved afhængighed er normalt tydelige over en periode på mindst 12 måneder, men diagnosen kan stilles, hvis brugen af dissociative stoffer er kontinuerlig (dagligt eller næsten dagligt) i mindst 3 måneder.

6C4D.20 Dissociativ lægemiddelafhængighed inklusive ketamin eller PCP, nuværende brug

Diagnosekrav

Dissociativ stofafhængighed inklusive ketamin og PCP, nuværende brug refererer til brug af dissociative lægemidler inden for den seneste måned.

6C4D.21 Dissociativ lægemiddelafhængighed inklusive ketamin eller PCP, tidlig fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af dissociativ stofafhængighed inklusive ketamin og PCP, og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (inklusive selvhjælpsintervention), har individet været afholdende fra dissociative stoffer i en periode på mellem 1 og 12 måneder.

6C4D.22 Dissociativ lægemiddelafhængighed inklusive ketamin eller PCP, vedvarende delvis remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af dissociativ stofafhængighed, herunder ketamin og PCP, og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (inklusive selvhjælpsintervention), er der en signifikant reduktion i dissociativ medicinforbrug i mere end 12 måneder, sådan at selvom intermitterende eller fortsat dissociativ stofbrug har fundet sted i denne periode, er definitionskravene for afhængighed ikke opfyldt.

6C4D.23 Dissociativ lægemiddelafhængighed inklusive ketamin eller PCP, vedvarende fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af dissociativ stofafhængighed, herunder ketamin og PCP, og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (inklusive selvintervention), har personen været afholdende fra dissociative stoffer i 12 måneder eller længere.

6C4D.3 Dissociativ lægemiddelforgiftning inklusive ketamin eller PCP

Diagnosekrav

Dissociativ rusmiddelforgiftning inklusive ketamin og PCP er en klinisk signifikant forbigående tilstand, der udvikler sig under eller kort efter indtagelse af et dissociativt stof, og som er karakteriseret ved forstyrrelser i bevidsthed, kognition, perception, affekt, adfærd eller koordination. Disse forstyrrelser er forårsaget af de kendte farmakologiske virkninger af et dissociativt lægemiddel, og deres intensitet er tæt forbundet med mængden af det dissociative lægemiddel, der forbruges. De er tidsbegrænsede og aftager, efterhånden som det dissociative stof fjernes fra kroppen. Præsenterende træk kan omfatte aggression, impulsivitet, uforudsigelighed, angst, psykomotorisk agitation, nedsat dømmekraft, følelsesløshed eller nedsat reaktionsevne over for smerte, sløret tale og dystoni. Fysiske tegn omfatter nystagmus (gentagne, ukontrollerede øjenbevægelser), takykardi, forhøjet blodtryk, følelsesløshed, ataksi, dysartri og muskeltivhed. I sjældne tilfælde kan brug af dissociative lægemidler inklusive ketamin og PCP resultere i anfald.

6C4D.4 Dissociativt lægemiddel-induceret delirium inklusive ketamin eller PCP

Diagnosekrav

Dissociativt lægemiddelinduceret delirium inklusive ketamin eller PCP er karakteriseret ved en akut tilstand af forstyrret opmærksomhed og bevidsthed med specifikke træk ved delirium, der udvikler sig under eller kort efter stofforgiftning eller under brug af dissociative lægemidler. Mængden og varigheden af dissociativ stofbrug skal være i stand til at producere delirium. Symptomerne forklares ikke bedre af en primær psykisk lidelse, ved brug af eller abstinenser fra et andet stof eller af en anden helbredstilstand, der ikke er klassificeret under Psykiske, adfærdsmæssige og neuroudviklingsmæssige lidelser.

6C4D.5 Dissociativ lægemiddelinduceret psykotisk lidelse inklusive ketamin eller PCP

Diagnosekrav

Dissociativ lægemiddelinduceret psykotisk lidelse inklusive ketamin eller PCP er karakteriseret ved psykotiske symptomer (f.eks. vrangforestillinger, hallucinationer, uorganiseret tænkning, groft uorganiseret adfærd), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med dissociative stoffer. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end psykotisk-lignende forstyrrelser af opfattelse, kognition eller adfærd, der er karakteristiske for dissociativ rusmiddelforgiftning. Mængden og varigheden af dissociativ stofbrug skal være i stand til at fremkalde psykotiske symptomer. Symptomerne forklares ikke bedre af en primær psykisk lidelse (f.eks. skizofreni, en stemningslidelse med psykotiske symptomer), som det kan være tilfældet, hvis de psykotiske symptomer gik forud for begyndelsen af det dissociative stofbrug, hvis symptomerne varer ved i en længere periode af tid efter ophør med det dissociative stofbrug, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med psykotiske symptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med dissociativ stofbrug).

6C4D.6 Visse specificerede dissociative lægemidler-inducerede mentale eller adfærdsmæssige forstyrrelser, herunder ketamin og phencyclidin [PCP]

6C4D.60 Dissociativ lægemiddelinduceret stemningslidelse inklusive ketamin eller PCP

Diagnosekrav

Dissociativ lægemiddelinduceret stemningslidelse inklusive ketamin eller PCP er karakteriseret ved stemningssymptomer (f.eks. deprimeret eller forhøjet humør, nedsat engagement i behagelige aktiviteter, øget eller nedsat energiniveau), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med dissociative stoffer. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end de humørforstyrrelser, der er karakteristiske for dissociativ stofforgiftning. Mængden og varigheden af dissociativ stofbrug skal være i stand til at fremkalde humørsymptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. en depressiv lidelse, en bipolar lidelse, skizoaffektiv lidelse), som det kan være tilfældet, hvis humørsymptomerne gik forud for begyndelsen af det dissociative stofbrug, hvis symptomerne varer ved i en et betydeligt tidsrum efter ophør med det dissociative stofbrug, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med humørsymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med dissociativ stofbrug).

6C4D.61 Dissociativ lægemiddelinduceret angstlidelse inklusive ketamin eller PCP

Diagnosekrav

Dissociativ lægemiddelinduceret angstlidelse, herunder ketamin eller PCP, er karakteriseret ved angstsymptomer (f.eks. angst eller bekymring, frygt, fysiologiske symptomer på overdreven autonom ophidselse, undgåelsesadfærd), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med dissociative stoffer. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end de angstsymptomer, der er karakteristiske for dissociativ stofforgiftning. Mængden og varigheden af dissociativ stofbrug skal være i stand til at fremkalde angstsymptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. en angst- og frygtrelateret lidelse, en depressiv lidelse med fremtrædende angstsymptomer), som det kunne være tilfældet, hvis angstsymptomerne gik forud for begyndelsen af det dissociative stofbrug, hvis symptomerne varer ved i en længere periode efter ophør med det dissociative stofbrug, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med angstsymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med dissociativ stofbrug).

6C4E Forstyrrelser som følge af brug af andre specificerede psykoaktive stoffer, herunder medicinering

Diagnosekrav

Lidelser som følge af brug af andre specificerede psykoaktive stoffer, herunder medicin, er kendetegnet ved mønstret og konsekvenserne af psykoaktive stoffer, der ikke er omfattet af de større stofklasser, der specifikt er identificeret. Som eksempler kan nævnes khat, anabole steroider, kortikosteroider, antidepressiva, lægemidler med antikolinergiske egenskaber (f.eks. benztropin) og visse antihistaminer.

6C4E.0 Episode af skadelig brug af andet specificeret psykoaktivt stof

Diagnosekrav

En episode med brug af et specificeret psykoaktivt stof eller medicin, der ikke er inkluderet i de andre stofklasser, der er specifikt identificeret under Lidelser på grund af stofbrug, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale helbred eller har resulteret i adfærd, der har medført skade på helbredet af andre. Skader på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til stofforgiftning eller psykoaktiv medicinbrug; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til rusmiddelforgiftning eller psykoaktiv medicinbrug hos den person, som diagnosticeret en enkelt episode med skadelig brug af andre. specificeret psykoaktivt stof gælder. Denne diagnose bør ikke stilles, hvis skaden tilskrives et kendt brugsmønster af det specificerede psykoaktive stof.

6C4E.1 Skadeligt brugsmønster af andet specificeret psykoaktivt stof

Diagnosekrav

Et mønster for brug af et specificeret psykoaktivt stof eller medicin, der ikke er inkluderet i de andre stofklasser, der er specifikt identificeret under Lidelser på grund af stofbrug, som har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale helbred eller har resulteret i adfærd, der fører til skade på helbredet af andre. Mønstret for stofbrug er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder, hvis brugen er episodisk eller mindst en måned, hvis brugen er kontinuerlig (dvs. dagligt eller næsten dagligt). Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til forgiftning på grund af det angivne stof eller medicin fra den person, som diagnosticeret skadeligt brugsmønster af andet specificeret psykoaktivt stof gælder.

6C4E.10 Skadeligt brugsmønster af andet specificeret psykoaktivt stof, episodisk

Diagnosekrav

Et mønster af episodisk eller intermitterende brug af et specificeret psykoaktivt stof eller medicin, der ikke er inkluderet i de andre stofklasser specifikt identificeret under Lidelser på grund af stofmisbrug, som har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale helbred eller har resulteret i adfærd, der fører til skade til andres helbred. Mønstret for episodisk stofbrug er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til forgiftning på grund af det angivne stof eller medicin fra den person, som diagnosticeret skadeligt brugsmønster af andet specificeret psykoaktivt stof gælder.

6C4E.11 Skadeligt brugsmønster af andet specificeret psykoaktivt stof, kontinuerlig

Diagnosekrav

Et mønster af kontinuerlig (daglig eller næsten daglig) brug af et specificeret psykoaktivt stof eller medicin, der ikke er inkluderet i de andre stofklasser, der er specifikt identificeret under Lidelser på grund af stofbrug, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale helbred eller har medført adfærd, der fører til skade på andres helbred. Mønstret for vedvarende stofbrug er tydeligt over en periode på mindst en måned. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til forgiftning på grund af det angivne stof eller medicin fra den person, som diagnosticeret skadeligt brugsmønster af andet specificeret psykoaktivt stof gælder.

6C4E.2 Anden specificeret psykoaktivt stofafhængighed

Diagnosekrav

Anden specificeret psykoaktivt stofafhængighed er en forstyrrelse i reguleringen af brugen af et specificeret stof, der opstår ved gentagen eller kontinuerlig brug af det specificerede stof. Det karakteristiske træk er en stærk intern drift til at bruge det angivne stof, hvilket viser sig ved nedsat evne til at kontrollere brugen, øget prioritet til brug frem for andre aktiviteter og vedvarende brug på trods af skade eller negative konsekvenser. Disse oplevelser er ofte ledsaget af en subjektiv følelse af trang eller trang til at bruge det angivne stof. Fysiologiske træk ved afhængighed kan også være til stede, herunder tolerance over for virkningerne af det specificerede stof, abstinenssymptomer efter ophør eller reduktion i brugen af det specificerede stof eller gentagen brug af det specificerede stof eller farmakologisk lignende stoffer for at forebygge eller lindre abstinenssymptomer. Trækkene ved afhængighed er normalt tydelige over en periode på mindst 12 måneder, men diagnosen kan stilles, hvis brugen af det specificerede stof er kontinuerlig (dagligt eller næsten dagligt) i mindst 3 måneder.

6C4E.20 Anden specificeret psykoaktivt stofafhængighed, aktuel anvendelse

Diagnosekrav

Aktuel Anden specificeret psykoaktivt stofafhængighed, med brug af det specificerede psykoaktive stof inden for den seneste måned.

6C4E.21 Anden specificeret psykoaktivt stofafhængighed, tidlig fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af Anden specificeret psykoaktivt stofafhængighed og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (herunder selvhjælpsintervention), har den enkelte været afholdende fra det specificerede stof i en periode på mellem 1 og 12 måneder.

6C4E.22 Anden specificeret psykoaktivt stofafhængighed, vedvarende delvis remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af Andet specificeret psykoaktivt stofafhængighed, og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (herunder selvhjælpsintervention), er der en betydelig reduktion i forbruget af det specificerede stof i mere end 12 måneder, således at selvom intermitterende hhv. fortsat stofbrug har fundet sted i denne periode, er definitionskravene for afhængighed ikke opfyldt.

6C4E.23 Andet specificeret psykoaktivt stofafhængighed, vedvarende fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af Andet specificeret psykoaktivt stofafhængighed, og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (herunder selvindgreb), har personen været afholden fra det specificerede stof i 12 måneder eller længere.

6C4E.3 Andet specificeret psykoaktivt stofforgiftning

Diagnosekrav

Anden specificeret psykoaktivt stofforgiftning er en klinisk signifikant forbigående tilstand, der udvikler sig under eller kort efter indtagelse af et specificeret psykoaktivt stof eller medicin, der er karakteriseret ved forstyrrelser i bevidsthedsniveau, kognition, perception, affekt, adfærd eller koordination. Disse forstyrrelser er forårsaget af de kendte farmakologiske virkninger af det specificerede psykoaktive stof, og deres intensitet er tæt forbundet med mængden af det specificerede psykoaktive stof, der indtages. De er tidsbegrænsede og aftager, efterhånden som det angivne stof fjernes fra kroppen.

6C4E.4 Tilbagetrækning af andet specificeret psykoaktivt stof

Diagnosekrav

Andet specificeret psykoaktivt stofabstinens er en klinisk signifikant klynge af symptomer, adfærd og/eller fysiologiske træk, varierende i grad af sværhedsgrad og varighed, som opstår ved ophør eller reduktion af brugen af det specificerede stof hos personer, der har udviklet afhængighed eller har brugt specificeret stof i en længere periode eller i store mængder. Andre specificerede psykoaktive stoffer abstinenser kan også forekomme, når ordineret psykoaktiv medicin er blevet brugt i standard terapeutiske doser. De specifikke træk ved abstinensstilstanden afhænger af det specificerede stofs farmakologiske egenskaber.

6C4E.40 Andet specificeret psykoaktivt stoftilbagetrækning, ukompliceret

Diagnosekrav

Udviklingen af en abstinensstilstand, der ikke er ledsaget af perceptuelle forstyrrelser eller anfald efter ophør eller reduktion af brugen af det specificerede stof.

6C4E.41 Abstinenser fra andre specificerede psykoaktive stoffer med perceptuelle forstyrrelser

Diagnosekrav

Udviklingen af en abstinensstilstand ledsaget af perceptuelle forstyrrelser, men ikke af anfald efter ophør eller reduktion af brugen af det specificerede stof.

6C4E.42 Tilbagetrækning af andet specificeret psykoaktivt stof med anfald

Diagnosekrav

Udviklingen af en abstinensstilstand ledsaget af anfald, men ikke af perceptuelle forstyrrelser efter ophør eller reduktion af brugen af det specificerede stof.

6C4E.43 Abstinenser fra andre specificerede psykoaktive stoffer med perceptuelle forstyrrelser og anfald

Diagnosekrav

Udviklingen af en abstinensstilstand ledsaget af både perceptuelle forstyrrelser og anfald efter ophør eller reduktion af brugen af det specificerede stof.

6C4E.5 Delirium induceret af andet specificeret psykoaktivt stof, herunder medicin

Diagnosekrav

Delirium induceret af et andet specificeret psykoaktivt stof er karakteriseret ved en akut tilstand af forstyrret opmærksomhed og bevidsthed med specifikke træk ved delirium, der udvikler sig under eller kort efter stofforgiftning eller abstinenser eller under brugen af et specificeret psykoaktivt stof. Mængden og varigheden af brugen af det specificerede stof skal være i stand til at producere delirium. Symptomerne forklares ikke bedre af en primær psykisk lidelse, ved brug af eller abstinenser fra et andet stof eller af en anden helbredstilstand, der ikke er klassificeret under Psykiske, adfærdsmæssige og neuroudviklingsmæssige lidelser.

6C4E.6 Psykotisk lidelse fremkaldt af andet specificeret psykoaktivt stof

Diagnosekrav

Psykotisk lidelse induceret af et andet specificeret psykoaktivt stof er karakteriseret ved psykotiske symptomer (f.eks. vrangforestillinger, hallucinationer, uorganiseret tænkning, groft uorganiseret adfærd), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra et specificeret psykoaktivt stof. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end psykotisk-lignende forstyrrelser af opfattelse, kognition eller adfærd, der er karakteristisk for forgiftning med eller abstinenser fra et specificeret psykoaktivt stof. Mængden og varigheden af brugen af det specificerede psykoaktive stof skal være i stand til at fremkalde psykotiske symptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. skizofreni, en stemningslidelse med psykotiske symptomer), som det kan være tilfældet, hvis de psykotiske symptomer gik forud for påbegyndelsen af brugen af det specificerede psykoaktive stof, hvis symptomerne varer ved i en væsentlig periode efter ophør med brugen af det specificerede psykoaktive stof eller tilbagetrækning fra det specificerede psykoaktive stof, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med psykotiske symptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet ved brug af det angivne psykoaktive stof).

6C4E.7 Visse andre specificerede psykiske eller adfærdsmæssige forstyrrelser induceret af psykoaktive stoffer

6C4E.70 Stemningslidelse fremkaldt af andet specificeret psykoaktivt stof

Diagnosekrav

Stemningsforstyrrelser induceret af andet specificeret psykoaktivt stof er karakteriseret ved humørsymptomer (f.eks. deprimeret eller forhøjet humør, nedsat engagement i behagelige aktiviteter, øget eller nedsat energiniveau), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra et specificeret psykoaktivt stof. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end humørforstyrrelser, der er karakteristiske for forgiftning med eller abstinenser fra et specificeret psykoaktivt stof. Mængden og varigheden af brugen af det specificerede psykoaktive stof skal være i stand til at fremkalde humørsymptomer. Symptomerne forklares ikke bedre af en primær psykisk lidelse (f.eks. en depressiv lidelse, en bipolar lidelse, skizoaffektiv lidelse), som det kunne være tilfældet, hvis humørsymptomerne gik forud for begyndelsen af brugen af det specificerede psykoaktive stof, hvis symptomerne varer ved i en længere periode efter ophør med brugen af det specificerede psykoaktive stof eller tilbagetrækning fra det specificerede psykoaktive stof, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med humørsymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder ikke er forbundet med brugen af det specificerede psykoaktive stof).

6C4E.71 Angstlidelse induceret af andet specificeret psykoaktivt stof

Diagnosekrav

Angstlidelse induceret af andet specificeret psykoaktivt stof er karakteriseret ved angstsymptomer (f.eks. angst eller bekymring, frygt, fysiologiske symptomer på overdreven autonom ophidselse, undgåelsesadfærd), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra et specificeret psykoaktivt stof. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end de angstsymptomer, der er karakteristiske for forgiftning med eller abstinenser fra et specificeret psykoaktivt stof. Mængden og varigheden af brugen af det specificerede psykoaktive stof skal være i stand til at fremkalde angstsymptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. en angst- og frygtrelateret lidelse, en depressiv lidelse med fremtrædende angstsymptomer), som det kunne være tilfældet, hvis angstsymptomerne gik forud for begyndelsen af brugen af det specificerede psykoaktive stof, hvis symptomerne varer ved i en længere periode efter ophør med brugen af det specificerede psykoaktive stof eller tilbagetrækning fra det specificerede psykoaktive stof, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med angstsymptomer (f. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med brugen af det specificerede psykoaktive stof).

6C4E.72 Obsessiv-kompulsiv eller beslægtet lidelse fremkaldt af andet specificeret psykoaktivt stof

Diagnosekrav

Obsessiv-kompulsiv eller beslægtet lidelse induceret af andet specificeret psykoaktivt stof er kendetegnet ved enten gentagne påtrængende tanker eller bekymringer, normalt forbundet med angst og typisk ledsaget af gentagne adfærd udført som reaktion, eller af tilbagevendende og vanemæssige handlinger rettet mod integumentet (f.eks. hår trækning, hudplukning), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra et specificeret psykoaktivt stof. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end analoge forstyrrelser, der er karakteristiske for forgiftning med eller abstinenser fra det specificerede psykoaktive stof. Mængden og varigheden af det specificerede psykoaktive stofbrug skal være i stand til at fremkalde tvangs-kompulsive eller relaterede symptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (især en obsessiv-kompulsiv eller beslægtet lidelse), som det kan være tilfældet, hvis symptomerne gik forud for begyndelsen af det specificerede psykoaktive stofbrug, hvis symptomerne varer ved i en længere periode med tid efter ophør med brug eller tilbagetrækning af det specificerede psykoaktive stof, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med tvangs-kompulsive eller relaterede symptomer (f. .

6C4E.73 Impulskontrolforstyrrelse fremkaldt af andet specificeret psykoaktivt stof

Diagnosekrav

Impulskontrolforstyrrelse induceret af andet specificeret psykoaktivt stof er karakteriseret ved vedvarende gentagen adfærd, hvor der er tilbagevendende manglende modstå en impuls, drift eller trang til at udføre en handling, der er givende for personen, i det mindste på kort sigt, på trods af længerevarende skade enten på individet eller på andre (f.eks. brandstiftelse eller tyveri uden tilsyneladende motiv, gentagen seksuel adfærd, aggressive udbrud), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra et bestemt psykoaktivt stof. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end forstyrrelser af impulskontrol, der er karakteristiske for forgiftning med eller abstinenser fra det specificerede psykoaktive stof. Mængden og varigheden af det specificerede psykoaktive stofbrug skal være i stand til at fremkalde forstyrrelser af impulskontrol. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. en impulskontrolforstyrrelse, en lidelse på grund af vanedannende adfærd), som det kunne være tilfældet, hvis impulskontrolforstyrrelserne gik forud for begyndelsen af det specificerede psykoaktive stofbrug, hvis symptomerne varer ved i en længere periode efter ophør med brug eller tilbagetrækning af det specificerede psykoaktive stof, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med impulskontrolsymptomer (f. stofbrug).

6C4F Forstyrrelser som følge af brug af flere specificerede psykoaktive stoffer, herunder medicinering

Diagnosekrav

Lidelser som følge af brug af flere specificerede psykoaktive stoffer, herunder medicin, er karakteriseret ved mønsteret og konsekvenserne af flere psykoaktive stoffer. Selv om denne gruppering er beregnet til kodning, anbefales det i de fleste kliniske situationer, at der tildeles flere specifikke lidelser som følge af stofbrug i stedet for at anvende kategorier fra denne gruppering.

6C4F.0 Episode af skadelig brug af flere specificerede psykoaktive stoffer

Diagnosekrav

En episode med brug af flere specificerede psykoaktive stoffer eller medikamenter, der ikke er inkluderet i de andre stofklasser, der er specifikt identificeret under Lidelse på grund af stofbrug, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale helbred eller har resulteret i adfærd, der fører til skade på helbredet af andre. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning af flere stoffer eller brug af psykoaktiv medicin (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd på grund af forgiftning af flere stoffer eller psykoaktiv medicinbrug hos den person, for hvem diagnosen en enkelt episode med skadelig brug af flere specificerede psykoaktive stoffer gælder. Denne diagnose bør ikke stilles, hvis skaden tilskrives et kendt brugsmønster af de mange psykoaktive stoffer.

6C4F.1 Skadeligt brugsmønster af flere specificerede psykoaktive stoffer

Diagnosekrav

Et brugsmønster af flere specificerede psykoaktive stoffer eller medicin, der ikke er inkluderet i de andre stofklasser, der er specifikt identificeret under Lidelser på grund af stofbrug, som har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale helbred eller har resulteret i adfærd, der har ført til skade på andres sundhed. Mønsteret for stofbrug er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder, hvis brugen er episodisk eller mindst en måned, hvis brugen er kontinuerlig (dvs. dagligt eller næsten dagligt). Skader på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning af flere stoffer eller brug af psykoaktiv medicin; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til forgiftning af flere stoffer eller psykoaktiv medicinbrug hos den person, som diagnosticeret skadeligt brugsmønster af flere angivne psykoaktive stoffer gælder.

6C4F.10 Skadeligt brugsmønster af flere specificerede psykoaktive stoffer, episodisk

Diagnosekrav

Et mønster af episodisk eller intermitterende brug af et specificeret psykoaktivt stof eller medicin, der ikke er inkluderet i de andre stofklasser, der er specifikt identificeret under Lidelser på grund af stofbrug, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale helbred eller har resulteret i adfærd, der fører til skade til andres helbred. Mønsteret for episodisk stofbrug er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til forgiftning på grund af det angivne stof eller medicin fra den person, som diagnosticeret skadeligt brugsmønster af andet specificeret psykoaktivt stof gælder.

6C4F.11 Skadeligt brugsmønster af flere specificerede psykoaktive stoffer, kontinuerlig

Diagnosekrav

Et mønster af kontinuerlig (daglig eller næsten daglig) brug af et flere specificeret psykoaktivt stof eller medicin, der ikke er inkluderet i de andre stofklasser, der er specifikt identificeret under Lidelser på grund af stofbrug, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale helbred eller har medført i adfærd, der fører til skade på andres helbred. Mønstret for vedvarende stofbrug er tydeligt over en periode på mindst en måned. Skader på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning af flere stoffer eller brug af psykoaktiv medicin; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til forgiftning af flere stoffer eller psykoaktiv medicinbrug hos den person, til hvem diagnosen Skadeligt mønster af flere specificerede psykoaktive stoffer stoffer gælder.

6C4F.2 Afhængighed af flere specificerede psykoaktive stoffer

Diagnosekrav

Multipel specificeret psykoaktivt stofafhængighed er en forstyrrelse i reguleringen af brugen af flere specificerede stoffer, der opstår ved gentagen eller kontinuerlig brug af de specificerede stoffer. Det karakteristiske træk er en stærk intern drift til at bruge de angivne stoffer, hvilket viser sig ved nedsat evne til at kontrollere brugen, øget prioritering af brug frem for andre aktiviteter og vedvarende brug på trods af skade eller negative konsekvenser. Disse oplevelser er ofte ledsaget af en subjektiv følelse af trang eller trang til at bruge de angivne stoffer. Fysiologiske træk ved afhængighed kan også være til stede, herunder tolerance over for virkningerne af de specificerede stoffer, abstinenssymptomer efter ophør eller reduktion i brugen af de specificerede stoffer eller gentagen brug af de specificerede stoffer eller farmakologisk lignende stoffer for at forebygge eller lindre abstinenssymptomer. Trækkene ved afhængighed er normalt tydelige over en periode på mindst 12 måneder, men diagnosen kan stilles, hvis brugen af de specificerede stoffer er kontinuerlig (dagligt eller næsten dagligt) i mindst 3 måneder.

6C4F.20 Flere specificerede psykoaktive stoffer afhængighed, nuværende brug

6C4F.21 Afhængighed af flere specificerede psykoaktive stoffer, tidlig fuld remission

6C4F.22 Afhængighed af flere specificerede psykoaktive stoffer, vedvarende delvis remission

6C4F.23 Afhængighed af flere specificerede psykoaktive stoffer, vedvarende fuld remission

6C4F.3 Forgiftning på grund af flere specificerede psykoaktive stoffer

Diagnosekrav

Forgiftning på grund af flere specificerede psykoaktive stoffer er en klinisk signifikant forbigående tilstand, der udvikler sig under eller kort efter indtagelse af flere specificerede stoffer eller medicin, der er karakteriseret ved forstyrrelser i bevidsthed, kognition, perception, affekt, adfærd eller koordination. Disse forstyrrelser er forårsaget af de kendte farmakologiske virkninger af de mange specificerede psykoaktive stoffer, og deres intensitet er tæt forbundet med mængden af de stoffer, der indtages. De er tidsbegrænsede og aftager, efterhånden som de mange specificerede stoffer fjernes fra kroppen.

6C4F.4 Tilbagetrækning af flere specificerede psykoaktive stoffer

Diagnosekrav

Abstinenser af flere specificerede psykoaktive stoffer er en klinisk signifikant klynge af symptomer, adfærd og fysiologiske træk, varierende i grad af sværhedsgrad og varighed, som opstår ved ophør eller reduktion af brugen af flere specificerede stoffer hos personer, der har udviklet afhængighed eller har brugt de specificerede stoffer i længere tid eller i store mængder. Flere specificerede psykoaktive stoffers tilbagetrækning kan også forekomme, når ordineret psykoaktiv medicin er blevet brugt i standard terapeutiske doser. De specifikke træk ved abstinensstilstanden afhænger af de angivne stoffers farmakologiske egenskaber og deres interaktioner.

6C4F.40 Tilbagetrækning af flere specificerede psykoaktive stoffer, ukompliceret

6C4F.41 Abstinens af flere specificerede psykoaktive stoffer med perceptuelle forstyrrelser

6C4F.42 Abstinens af flere specificerede psykoaktive stoffer med anfald

6C4F.43 Abstinens af flere specificerede psykoaktive stoffer med perceptuelle forstyrrelser og anfald

6C4F.5 Delirium induceret af flere specificerede psykoaktive stoffer inklusive medicin

Diagnosekrav

Delirium induceret af flere specificerede psykoaktive stoffer er karakteriseret ved en akut tilstand af forstyrret opmærksomhed og bevidsthed med specifikke træk ved delirium, der udvikler sig under eller kort efter stofforgiftning eller abstinenser eller under brug af flere specificerede stoffer.

Mængden og varigheden af brugen af de flere specificerede stoffer skal være i stand til at producere delirium. Symptomerne forklares ikke bedre af en primær psykisk lidelse, ved brug af eller abstinenser fra et andet stof end de specificerede, eller af en anden helbredstilstand, der ikke er klassificeret under Psykiske, adfærdsmæssige og neuroudviklingsmæssige lidelser. Bemærk, at denne diagnose kun gælder for de situationer, hvor delirium er til stede, men det kan ikke afgøres, hvilket af flere psykoaktive stoffer, der er årsagen til deliriet. I tilfælde af brug af flere psykoaktive stoffer, hvor mere end ét specifikt stof kan identificeres som årsag til deliriet, bør der i stedet stilles de tilsvarende specifikke stof-inducerede deliriumdiagnoser.

6C4F.6 Psykotisk lidelse induceret af flere specificerede psykoaktive stoffer

Diagnosekrav

Psykotisk lidelse induceret af flere specificerede psykoaktive stoffer er karakteriseret ved psykotiske symptomer (f.eks. vrangforestillinger, hallucinationer, uorganiseret tænkning, groft uorganiseret adfærd), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra flere specificerede psykoaktive stoffer. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end psykotisk-lignende forstyrrelser af opfattelse, kognition eller adfærd, der er karakteristiske for forgiftning med eller abstinenser fra flere specificerede psykoaktive stoffer. Mængden og varigheden af brugen af de flere specificerede psykoaktive stoffer skal være i stand til at fremkalde psykotiske symptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. skizofreni, en stemningslidelse med psykotiske symptomer), som det kan være tilfældet, hvis de psykotiske symptomer gik forud for begyndelsen af brugen af de flere specificerede psykoaktive stoffer, hvis symptomerne varer ved i en længere periode efter ophør med brugen af de mange specificerede psykoaktive stoffer eller tilbagetrækning fra de flere specificerede psykoaktive stoffer, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med psykotiske symptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med brugen af de flere specificerede psykoaktive stoffer).

6C4F.7 Visse flere specificerede psykoaktive stoffer-inducerede mentale eller adfærdsmæssige forstyrrelser

6C4F.70 Humørsygdom induceret af flere specificerede psykoaktive stoffer

Diagnosekrav

Stemmingsforstyrrelser induceret af flere specificerede psykoaktive stoffer er karakteriseret ved humørsymptomer (f.eks. deprimeret eller forhøjet humør, nedsat engagement i behagelige aktiviteter, øget eller nedsat energiniveau), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra flere specificerede psykoaktive stoffer. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end humørforstyrrelser, der er karakteristiske for forgiftning med eller abstinenser fra flere specificerede psykoaktive stoffer. Mængden og varigheden af brugen af de flere specificerede psykoaktive stoffer skal være i stand til at fremkalde humørsymptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. en depressiv lidelse, en bipolar lidelse, skizoaffectiv lidelse), som det kunne være tilfældet, hvis humørsymptomerne gik forud for begyndelsen af brugen af de flere specificerede psykoaktive stoffer, hvis symptomerne varer ved i en længere periode efter ophør med brugen af de mange specificerede psykoaktive stoffer eller abstinenser fra de flere specificerede psykoaktive stoffer, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med humørsymptomer (f.eks. en historie af tidligere episoder, der ikke er forbundet med brugen af de mange specificerede psykoaktive stoffer).

6C4F.71 Angstlidelse induceret af flere specificerede psykoaktive stoffer

Diagnosekrav

Angstlidelse induceret af flere specificerede psykoaktive stoffer er karakteriseret ved angstsymptomer (f.eks. angst eller bekymring, frygt, fysiologiske symptomer på overdreven autonom ophidselse, undgåelsesadfærd), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra flere specificerede psykoaktive stoffer. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end de angstsymptomer, der er karakteristiske for forgiftning med eller abstinenser fra flere specificerede psykoaktive stoffer. Mængden og varigheden af brugen af de flere specificerede psykoaktive stoffer skal være i stand til at fremkalde angstsymptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. en angst- og frygtrelateret lidelse, en depressiv lidelse med fremtrædende angstsymptomer), som det kunne være tilfældet, hvis angstsymptomerne gik forud for begyndelsen af brugen af det angivne multiple psykoaktive stoffer, hvis symptomerne varer ved i en længere periode efter ophør med brugen af de flere specificerede psykoaktive stoffer eller tilbagetrækning fra de flere specificerede psykoaktive stoffer, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med angstsymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med brugen af de flere specificerede psykoaktive stoffer).

6C4F.72 Obsessiv-kompulsiv eller beslægtet lidelse induceret af flere specificerede psykoaktive stoffer

Diagnosekrav

Obsessiv-kompulsiv eller beslægtet lidelse induceret af flere specificerede psykoaktive stoffer er kendetegnet ved enten gentagne påtrængende tanker eller bekymringer, normalt forbundet med angst og typisk ledsaget af gentagne adfærd udført som reaktion, eller af tilbagevendende og vanemæssige handlinger rettet mod integumentet (f.eks. hår træk, hudplukning), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra flere specificerede psykoaktive stoffer. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end analoge forstyrrelser, der er karakteristiske for forgiftning med eller abstinenser fra de mange specificerede psykoaktive stoffer. Mængden og varigheden af brugen af flere specificerede psykoaktive stoffer skal være i stand til at fremkalde obsessiv-kompulsive eller relaterede symptomer. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (især en obsessiv-kompulsiv eller beslægtet lidelse), som det kan være tilfældet, hvis symptomerne gik forud for påbegyndelsen af brugen af flere specificerede psykoaktive stoffer, hvis symptomerne varer ved i en længere periode tidsrum efter ophør med brugen eller abstinensen af flere specificerede psykoaktive stoffer, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med tvangs-kompulsive eller relaterede symptomer (f. brug af stoffer).

6C4F.73 Impulskontrolsyndrom induceret af flere specificerede psykoaktive stoffer

Diagnosekrav

Impulskontrolforstyrrelse induceret af flere specificerede psykoaktive stoffer er karakteriseret ved vedvarende gentagen adfærd, hvor der er tilbagevendende manglende modstå en impuls, drift eller trang til at udføre en handling, der er givende for personen, i det mindste på kort sigt, på trods af længerevarende skade enten på individet eller på andre (f.eks. brandstiftelse eller tyveri uden tilsyneladende motiv, gentagen seksuel adfærd, aggressive udbrud), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra flere specificerede psykoaktive stoffer. Intensiteten eller varigheden af symptomerne er væsentligt større end forstyrrelser af impulskontrol, der er karakteristiske for forgiftning med eller abstinenser fra de mange specificerede psykoaktive stoffer. Mængden og varigheden af brugen af flere specificerede psykoaktive stoffer skal være i stand til at fremkalde forstyrrelser af impulskontrol. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. en impulskontrolforstyrrelse, en lidelse på grund af vanedannende adfærd), som det kunne være tilfældet, hvis impulskontrolforstyrrelserne gik forud for påbegyndelsen af brugen af flere specificerede psykoaktive stoffer, hvis symptomerne varer ved i en længere periode efter ophør af den flere specificerede psykoaktive stofbrug eller abstinenser, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med impulskontrolsymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med brug af flere specificerede psykoaktive stoffer).

6C4G Forstyrrelser som følge af brug af ukendte eller uspecificerede psykoaktive stoffer

Diagnosekrav

Lidelser som følge af brug af ukendte eller uspecificerede psykoaktive stoffer er karakteriseret ved mønsteret og konsekvenserne af brugen af psykoaktive stoffer, når det specifikke stof er ukendt eller uspecificeret. Disse kategorier kan anvendes i kliniske situationer, hvor det er klart, at forstyrrelsen skyldes stofbrug, men hvor den specifikke stofklasse er ukendt. Når det relevante stof er identificeret, bør forstyrrelsen omkodes under den relevante stofklasse.

6C4G.0 Episode af skadelig brug af ukendte eller uspecificerede psykoaktive stoffer

Diagnosekrav

En episode med brug af et ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der har medført skade på andres helbred. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning eller abstinenser; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd på grund af rusforgiftning eller tilbagetrækning hos den person, som diagnosticeringen af enkelt episode med skadelig brug gælder for. Denne diagnose bør ikke stilles, hvis skaden tilskrives et kendt mønster for brug af det ukendte eller uspecificerede psykoaktive stof.

6C4G.1 Skadeligt mønster for brug af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof

Diagnosekrav

Et mønster for brug af et ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der har medført skade på andres helbred. Mønsteret for stofbrug er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder, hvis brugen er episodisk eller mindst en måned, hvis brugen er kontinuerlig (dvs. dagligt eller næsten dagligt). Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til stofforgiftning hos den person, for hvem diagnosen Skadeligt brugsmønster af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof gælder. .

6C4G.10 Skadeligt brugsmønster af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof, episodisk

Diagnosekrav

Et mønster af episodisk eller intermitterende brug af et ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der har medført skade på andres helbred. Mønstret for episodisk stofbrug er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til stofforgiftning hos den person, for hvem diagnosen Skadeligt brugsmønster af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof gælder. .

6C4G.11 Skadeligt brugsmønster af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof, kontinuerlig

Diagnosekrav

Et mønster af kontinuerlig (daglig eller næsten daglig) brug af et ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed eller har resulteret i adfærd, der har medført skade på andres helbred. Mønstret for vedvarende stofbrug er tydeligt over en periode på mindst en måned. Skade på individets helbred opstår på grund af en eller flere af følgende: (1) adfærd relateret til forgiftning; (2) direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer; eller (3) en skadelig indgivelsesvej. Skade på andres helbred omfatter enhver form for fysisk skade, herunder traumer eller psykisk lidelse, der direkte kan henføres til adfærd relateret til stofforgiftning hos den person, for hvem diagnosen Skadeligt brugsmønster af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof gælder. .

6C4G.2 Ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stofafhængighed

Diagnosekrav

Ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stofafhængighed er en forstyrrelse i reguleringen af brugen af et ukendt eller uspecificeret stof, der opstår ved gentagen eller kontinuerlig brug af stoffet. Det karakteristiske træk er en stærk intern drift til at bruge det ukendte eller uspecificerede stof, hvilket viser sig ved nedsat evne til at kontrollere brugen, øget prioritering af brug frem for andre aktiviteter og vedvarende brug på trods af skade eller negative konsekvenser. Disse oplevelser er ofte ledsaget af en subjektiv fornemmelse af trang eller trang til at bruge det ukendte eller uspecificerede stof. Trækkene ved afhængighed er normalt tydelige over en periode på mindst 12 måneder, men diagnosen kan stilles, hvis brugen af det ukendte eller uspecificerede stof er kontinuerlig (dagligt eller næsten dagligt) i mindst 3 måneder.

6C4G.20 Ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stofafhængighed, aktuel brug

Diagnosekrav

Aktuel afhængighed af et ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof, med brug af stoffet inden for den seneste måned.

6C4G.21 Ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stofafhængighed, tidlig fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stofafhængighed og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (herunder selvhjælpsintervention), har personen været afholden fra stoffet i en periode på mellem 1 og 12 måneder.

6C4G.22 Ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stofafhængighed, vedvarende delvis remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stofafhængighed, og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (inklusive selvhjælpsintervention), er der en betydelig reduktion i forbruget af stoffet i mere end 12 måneder, således at selvom intermitterende hhv. fortsat brug af stoffet har fundet sted i denne periode, er definitionskravene for afhængighed ikke opfyldt.

6C4G.23 Ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stofafhængighed, vedvarende fuld remission

Diagnosekrav

Efter en diagnose af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stofafhængighed, vedvarende fuld remission og ofte efter en behandlingsepisode eller anden intervention (inklusive selvindgreb), har personen været afholdende fra stoffet i 12 måneder eller længere.

6C4G.3 Forgiftning på grund af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof

Diagnosekrav

Forgiftning på grund af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof er en forbigående tilstand, der udvikler sig under eller kort efter administration af et ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof, der er karakteriseret ved forstyrrelser i bevidsthedsniveau, kognition, perception, affekt eller adfærd eller andre psykofysiologiske funktioner og svar. Denne diagnose bør kun stilles, når der er stærke beviser for, at et uidentificeret stof er blevet taget, og funktionerne ikke kan forklares med en anden lidelse eller sygdom.

6C4G.4 Tilbagetrækning på grund af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof

Diagnosekrav

Abstinenser på grund af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof er en klinisk signifikant klynge af symptomer, adfærd og/eller fysiologiske træk, varierende i grad af sværhedsgrad og varighed, som opstår ved ophør eller reduktion af brugen af et ukendt eller uspecificeret stof hos personer, der har udviklet afhængighed eller har brugt det ukendte eller uspecificerede stof i en længere periode eller i store mængder. Seponering på grund af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof kan også forekomme, når ordineret psykoaktiv medicin er blevet brugt i standard terapeutiske doser. De specifikke træk ved abstinensstilstanden afhænger af det ukendte eller uspecificerede stofs farmakologiske egenskaber.

6C4G.40 Tilbagetrækning på grund af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof, ukompliceret und af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof

Diagnosekrav

Alle diagnostiske krav til abstinenser på grund af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof er opfyldt, og abstinensstilstanden er ikke ledsaget af perceptuelle forstyrrelser eller anfald.

6C4G.41 Tilbagetrækning på grund af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof med perceptuelle forstyrrelser

Diagnosekrav

Alle diagnostiske krav til abstinenser på grund af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof er opfyldt, og abstinensstilstanden er ledsaget af perceptuelle forstyrrelser (f.eks. visuelle eller taktile hallucinationer eller illusioner) med test af intakt virkelighed. Der er ingen tegn på forvirring, og andre diagnostiske krav til delirium er ikke opfyldt. Tilbagetrækningstilstanden er ikke ledsaget af anfald.

6C4G.42 Tilbagetrækning på grund af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof, med anfald

Diagnosekrav

Alle diagnostiske krav til abstinenser på grund af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof er opfyldt, og abstinensstilstanden er ledsaget af anfald (dvs. generaliserede tonisk-kloniske anfald), men ikke af perceptuelle forstyrrelser.

6C4G.43 Tilbagetrækning på grund af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt, med perceptuelle forstyrrelser og anfald

Diagnosekrav

Udvikling af et abstinenssyndrom ledsaget af både perceptuelle forstyrrelser og anfald efter ophør eller reduktion af brugen af det ukendte eller uspecificerede stof.

6C4G.5 Delirium induceret af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof

Diagnosekrav

Delirium induceret af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof er karakteriseret ved en akut tilstand af forstyrret opmærksomhed og bevidsthed med specifikke træk ved delirium, der udvikler sig under eller kort efter stofforgiftning eller abstinenser eller under brug af et ukendt eller uspecificeret stof. Symptomerne forklares ikke bedre af en primær psykisk lidelse, ved brug af eller abstinenser fra et andet stof eller af en anden helbredstilstand, der ikke er klassificeret under Psykiske, adfærdsmæssige og neuroudviklingsmæssige lidelser.

6C4G.6 Psykotisk lidelse induceret af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof

Diagnosekrav

Psykotisk lidelse fremkaldt af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof er karakteriseret ved psykotiske symptomer (f.eks. vrangforestillinger, hallucinationer, uorganiseret tænkning, groft uorganiseret adfærd), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra et ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. skizofreni, en stemningslidelse med psykotiske symptomer), som det kunne være tilfældet, hvis de psykotiske symptomer gik forud for begyndelsen af brugen af det ukendte eller uspecificerede psykoaktive stof, hvis symptomerne varer ved i en længere periode efter ophør med brugen af det ukendte eller uspecificerede psykoaktive stof eller tilbagetrækning fra det ukendte eller uspecificerede psykoaktive stof, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med psykotiske symptomer (f.eks. historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med brugen af det ukendte eller uspecificerede psykoaktive stof).

6C4G.7 Visse ukendte eller uspecificerede psykoaktive stoffer-inducerede mentale eller adfærdsmæssige lidelser

6C4G.70 Stemningslidelse induceret af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof

Diagnosekrav

Humørsygdom induceret af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof er karakteriseret ved humørsymptomer (f.eks. deprimeret eller forhøjet humør, nedsat engagement i behagelige aktiviteter, øget eller nedsat energiniveau), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra et specificeret psykoaktivt stof. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. en depressiv lidelse, en bipolar lidelse, skizoaffektiv lidelse), som det kan være tilfældet, hvis humørsymptomerne gik forud for begyndelsen af brugen af det ukendte eller uspecificerede psykoaktive stof, hvis symptomerne varer ved i en længere periode efter ophør med brugen af det ukendte eller uspecificerede psykoaktive stof eller tilbagetrækning fra det ukendte eller uspecificerede psykoaktive stof, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med humørsymptomer (f. , en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med brugen af det ukendte eller uspecificerede psykoaktive stof).

6C4G.71 Angstlidelse induceret af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof

Diagnosekrav

Angstlidelse induceret af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof er karakteriseret ved angstsymptomer (f.eks. angst eller bekymring, frygt, fysiologiske symptomer på overdreven autonom ophidselse, undgåelsesadfærd), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra et ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof . Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. en angst- og frygtrelateret lidelse, en depressiv lidelse med fremtrædende angstsymptomer), som det kunne være tilfældet, hvis angstsymptomerne gik forud for begyndelsen af brugen af det ukendte eller uspecificeret psykoaktivt stof, hvis symptomerne varer ved i en længere periode efter ophør med brugen af det ukendte eller uspecificerede psykoaktive stof eller tilbagetrækning fra det ukendte eller uspecificerede psykoaktive stof, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med angstsymptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med brugen af det ukendte eller uspecificerede psykoaktive stof).

6C4G.72 Obsessiv-kompulsiv eller beslægtet lidelse induceret af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof

Diagnosekrav

Obsessiv-kompulsiv eller beslægtet lidelse induceret af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof er kendetegnet ved enten gentagne påtrængende tanker eller bekymringer, normalt forbundet med angst og typisk ledsaget af gentagne adfærd udført som reaktion, eller af tilbagevendende og vanemæssige handlinger rettet mod integumentet (f.eks. hårtrækning, hudplukning), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra et ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (især en obsessiv-kompulsiv eller beslægtet lidelse), som det kan være tilfældet, hvis symptomerne gik forud for begyndelsen af den ukendte eller uspecificerede brug af psykoaktive stoffer, hvis symptomerne varer ved i en betydelig periode tidsrum efter ophør med brug eller tilbagetrækning af det ukendte eller uspecificerede psykoaktive stof, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med tvangs-kompulsive eller relaterede symptomer (f.eks. en historie med tidligere episoder, der ikke er forbundet med ukendt eller uspecificeret brug af psykoaktive stoffer).

6C4G.73 Impulskontrolforstyrrelse induceret af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof

Diagnosekrav

Impulskontrolforstyrrelse induceret af ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof er karakteriseret ved vedvarende gentagen adfærd, hvor der er tilbagevendende manglende modstå en impuls, drift eller trang til at udføre en handling, der er givende for personen, i det mindste på kort sigt. på trods af længerevarende skade enten på individet eller på andre (f.eks. brandstiftelse eller tyveri uden tilsyneladende motiv, gentagen seksuel adfærd, aggressive udbrud), der udvikler sig under eller kort efter forgiftning med eller abstinenser fra et ukendt eller uspecificeret psykoaktivt stof. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en primær psykisk lidelse (f.eks. en impulskontrolforstyrrelse, en lidelse på grund af vanedannende adfærd), som det kunne være tilfældet, hvis impulskontrolforstyrrelserne gik forud for begyndelsen af den ukendte eller uspecificerede brug af psykoaktive stoffer, hvis symptomerne varer ved i en længere periode efter ophør med brug eller tilbagetrækning af det ukendte eller uspecificerede psykoaktive stof, eller hvis der er andre tegn på en allerede eksisterende primær psykisk lidelse med impulskontrolsymptomer (f.eks. forbundet med det ukendte eller uspecificerede psykoaktive stofbrug).

6C4H Forstyrrelser som følge af brug af ikke-psykoaktive stoffer

Diagnosekrav

Lidelser som følge af brug af ikke-psykoaktive stoffer er karakteriseret ved mønsteret og konsekvenserne af ikke-medicinsk brug af ikke-psykoaktive stoffer. Ikke-psykoaktive stoffer omfatter afføringsmidler, væksthormon, erythropoietin og ikke-steroide antiinflammatoriske lægemidler. De kan også omfatte egenproducerede eller håndkøbsmedicin og folkemedicin. Ikke-medicinsk brug af disse stoffer kan være forbundet med skade for den enkelte person på grund af det ikke-psykoaktive stofs direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer eller en skadelig indgiftsvej (f.eks. infektioner som følge af intravenøs selvadministration). De er ikke forbundet med forgiftning eller med et afhængigheds- eller abstinenssyndrom og er ikke anerkendte årsager til stofinducerede psykiske lidelser.

6C4H.0 Episode med skadelig brug af ikke-psykoaktive stoffer

Diagnosekrav

En episode med brug af et ikke-psykoaktivt stof, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale helbred. Sundhedsskaden for individet opstår på grund af direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer eller en skadelig indgivelsesvej. Denne diagnose bør ikke stilles, hvis skaden tilskrives et kendt mønster af ikke-psykoaktivt stofbrug.

6C4H.1 Skadeligt brugsmønster af ikke-psykoaktive stoffer

Diagnosekrav

Et mønster for brug af ikke-psykoaktive stoffer, der har forårsaget klinisk signifikant skade på en persons fysiske eller mentale sundhed. Brugsmønsteret er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder, hvis brugen er episodisk og mindst en måned, hvis brugen er kontinuerlig (dvs. dagligt eller næsten dagligt). Skader kan være forårsaget af stoffets direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer eller en skadelig indgivelsesvej.

6C4H.10 Skadeligt brugsmønster af ikke-psykoaktive stoffer, episodisk

Diagnosekrav

Et mønster af episodisk eller intermitterende brug af et ikke-psykoaktivt stof, der har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed. Mønsteret for episodisk eller intermitterende brug af det ikke-psykoaktive stof er tydeligt over en periode på mindst 12 måneder. Skader kan være forårsaget af direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer eller en skadelig indgivelsesvej.

6C4H.11 Skadeligt brugsmønster af ikke-psykoaktive stoffer, kontinuerlig

Diagnosekrav

Et mønster af kontinuerlig brug af et ikke-psykoaktivt stof (dagligt eller næsten dagligt), som har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed. Mønsteret for kontinuerlig brug af det ikke-psykoaktive stof er tydeligt over en periode på mindst en måned. Skader kan være forårsaget af direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer eller en skadelig indgivelsesvej.

6C4H.11 Skadeligt brugsmønster af ikke-psykoaktive stoffer, kontinuerlig

Diagnosekrav

Et mønster af kontinuerlig brug af et ikke-psykoaktivt stof (dagligt eller næsten dagligt), som har forårsaget skade på en persons fysiske eller mentale sundhed. Mønsteret for kontinuerlig brug af det ikke-psykoaktive stof er tydeligt over en periode på mindst en måned. Skader kan være forårsaget af direkte eller sekundære toksiske virkninger på kroppens organer og systemer eller en skadelig indgivelsesvej.

Lidelser som følge af vanedannende adfærd

Diagnosekrav

Lidelser som følge af vanedannende adfærd er genkendelige og klinisk signifikante syndromer, der er forbundet med lidelse eller forstyrrelser af personlige funktioner, som udvikler sig som følge af gentagne belønningsadfærd, bortset fra brug af afhængighedsskabende stoffer. Lidelser som følge af vanedannende adfærd omfatter spilleforstyrrelser og spilforstyrrelser, som kan omfatte både online- og offlineadfærd.

6C50 Spilleforstyrrelse

Diagnosekrav

Spilleforstyrrelse er karakteriseret ved et mønster af vedvarende eller tilbagevendende spilleadfærd, som kan være online (dvs. over internettet) eller offline, og som manifesteres ved: 1. nedsat kontrol over spil (f.eks. start, hyppighed, intensitet, varighed, ophør, kontekst), 2. stigende prioritering af spil i en sådan grad, at spil får forrang for andre livsinteresser og daglige aktiviteter, og 3. fortsættelse eller optrapning af spil på trods af negative konsekvenser.

Spilleadfærdsmønsteret kan være kontinuerligt eller episodisk og tilbagevendende.

Spilleadfærdsmønsteret medfører betydelig lidelse eller betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder. Spiladfærd og andre træk er normalt tydelige i en periode på mindst 12 måneder, for at der kan stilles en diagnose, selv om den krævede varighed kan afkortes, hvis alle diagnostiske krav er opfyldt, og symptomerne er alvorlige.

6C50.1 Ludomani, overvejende online

Diagnosekrav

Spilforstyrrelse, overvejende online, er karakteriseret ved et mønster af vedvarende eller tilbagevendende spilleadfærd, der primært udføres over internettet og manifesteres af:

nedsat kontrol over spil (f.eks. begyndelse, frekvens, intensitet, varighed, afslutning, kontekst);
øget prioritet til spil i det omfang, spil har forrang over andre livsinteresser og daglige aktiviteter;
og

fortsættelse eller eskalering af spil på trods af forekomsten af negative konsekvenser.

Adfærdsmønstret er af tilstrækkelig sværhedsgrad til at resultere i betydelig svækkelse i personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

Mønstret for spiladfærd kan være kontinuerligt eller episodisk og tilbagevendende. Spiladfærden og andre funktioner er normalt tydelige over en periode på mindst 12 måneder, for at en diagnose kan stilles, selvom den nødvendige varighed kan forkortes, hvis alle diagnostiske krav er opfyldt, og symptomerne er alvorlige.

6C51 Spilleforstyrrelse

Diagnosekrav

Spilleforstyrrelse er karakteriseret ved et mønster af vedvarende eller tilbagevendende spiladfærd ("digital gaming" eller "videospil"), som kan være online (dvs. over internettet) eller offline, og som manifesteres ved: 1. nedsat kontrol over spil (f.eks. start, hyppighed, intensitet, varighed, ophør, kontekst), 2. stigende prioritering af spil i en sådan grad, at spil får forrang for andre livsinteresser og daglige aktiviteter, og 3. fortsættelse eller optrapning af spil på trods af negative konsekvenser. Spilleadfærdsmønstret kan være kontinuerligt eller episodisk og tilbagevendende.

Spilleadfærdsmønstret medfører markante lidelser eller betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder. Spiladfærd og andre træk er normalt tydelige i en periode på mindst 12 måneder, for at der kan stilles en diagnose, selv om den krævede varighed kan afkortes, hvis alle diagnostiske krav er opfyldt, og symptomerne er alvorlige.

6C51.0 Spilleforstyrrelse, overvejende online

Diagnosekrav

Spilleforstyrrelser, overvejende online, er karakteriseret ved et mønster af vedvarende eller tilbagevendende spiladfærd ('digital gaming' eller 'video-gaming'), der primært udføres over internettet og manifesteres af:

nedsat kontrol over spil (f.eks. begyndelse, frekvens, intensitet, varighed, afslutning, kontekst);
øget prioritet til spil i det omfang, spil har forrang over andre livsinteresser og daglige aktiviteter;
og

fortsættelse eller eskalering af spil på trods af forekomsten af negative konsekvenser.

Adfærdsmønstret er af tilstrækkelig sværhedsgrad til at resultere i betydelig svækkelse i personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

Mønstret for spiladfærd kan være kontinuerligt eller episodisk og tilbagevendende. Spilleadfærden og andre funktioner er normalt tydelige over en periode på mindst 12 måneder, for at en diagnose kan stilles, selvom den nødvendige varighed kan forkortes, hvis alle diagnostiske krav er opfyldt, og symptomerne er alvorlige.

6C51.1 Spilleforstyrrelse, overvejende offline

Diagnosekrav

Spilforstyrrelse, overvejende offline, er karakteriseret ved et mønster af vedvarende eller tilbagevendende spiladfærd ('digital gaming' eller 'video-gaming'), der ikke primært udføres over internettet og manifesteres af:

nedsat kontrol over spil (f.eks. begyndelse, frekvens, intensitet, varighed, afslutning, kontekst);
øget prioritet til spil i det omfang, spil har forrang over andre livsinteresser og daglige aktiviteter;
og

fortsættelse eller eskalering af spil på trods af forekomsten af negative konsekvenser.

Adfærdsmønstret er af tilstrækkelig sværhedsgrad til at resultere i betydelig svækkelse i personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

Mønstret for spiladfærd kan være kontinuerligt eller episodisk og tilbagevendende. Spilleadfærden og andre funktioner er normalt tydelige over en periode på mindst 12 måneder, for at en diagnose kan stilles, selvom den nødvendige varighed kan forkortes, hvis alle diagnostiske krav er opfyldt, og symptomerne er alvorlige.

Impulskontrolforstyrrelser

Diagnosekrav

Impulskontrolforstyrrelser er kendetegnet ved gentagne gange at undlade at modstå en impuls, en trang eller en opfordring til at udføre en handling, der er givende for personen, i det mindste på kort sigt, på trods af konsekvenser som f.eks. skade på længere sigt enten for personen selv eller for andre, markant angst over adfærdsmønstret eller betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder. Impulskontrolforstyrrelser omfatter en række specifikke adfærdsmønstre, herunder ildspåsættelse, tyveri, seksuel adfærd og eksplosive udbrud.

6C70 Pyromania

Diagnosekrav

Pyromani er karakteriseret ved en tilbagevendende manglende evne til at kontrollere stærke impulser til at sætte ild, hvilket resulterer i flere handlinger eller forsøg på at sætte ild til ejendom eller andre genstande uden et tilsyneladende motiv (f.eks. pengeudbytte, hævn, sabotage, politisk erklæring, tiltrækning af opmærksomhed eller anerkendelse). Der er en tiltagende følelse af spænding eller affektiv ophidselse forud for brandstiftelse, vedvarende fascination eller optagethed af ild og relaterede stimuli (f.eks. at se på brande, bygge brande, fascination af brandslukningsudstyr) og en følelse af glæde, spænding, lettelse eller tilfredsstillelse under og umiddelbart efter brandstiftelsen, når man er vidne til brandens virkninger eller deltager i dens eftervirkninger. Adfærden kan ikke bedre forklares med intellektuel svækkelse, en anden mental og adfærdsmæssig forstyrrelse eller stofforgiftning.

6C71 Kleptomani

Diagnosekrav

Kleptomani er karakteriseret ved en tilbagevendende manglende evne til at kontrollere stærke impulser til at stjæle genstande uden et tilsyneladende motiv (f.eks. er genstande ikke erhvervet til personlig brug eller pengeudbytte). Der er en stigende følelse af spænding eller affektiv ophidselse før tyveri og en følelse af glæde, spænding, lettelse eller tilfredsstillelse under og umiddelbart efter tyveriet. Adfærden kan ikke bedre forklares med intellektuel svækkelse, en anden mental og adfærdsmæssig forstyrrelse eller stofforgiftning.

6C72 Tvangsbetinget seksuel adfærdsforstyrrelse

Diagnosekrav

Kompulsiv seksuel adfærdsforstyrrelse er karakteriseret ved et vedvarende mønster af manglende evne til at kontrollere intense, gentagne seksuelle impulser eller drifter, hvilket resulterer i gentagen seksuel adfærd. Symptomerne kan omfatte gentagne seksuelle aktiviteter, der bliver et centralt fokus i personens liv i en sådan grad, at sundhed og personlig pleje eller andre interesser, aktiviteter og ansvarsområder tilsidesættes; talrige forgæves forsøg på at reducere den gentagne seksuelle adfærd betydeligt; og fortsat gentagen seksuel adfærd på trods af negative konsekvenser eller at der opnås ringe eller ingen tilfredsstillelse ved den. Mønstret med manglende kontrol over intense seksuelle impulser eller drifter og deraf følgende gentagen seksuel adfærd viser sig over en længere periode (f.eks. 6 måneder eller mere) og forårsager markant lidelse eller betydelig svækkelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige områder af funktionsevnen. Lidelse, der udelukkende er relateret til moralske vurderinger og misbilligelse af seksuelle impulser, trang eller adfærd, er ikke tilstrækkeligt til at opfylde dette krav.

6C73 Intermitterende eksplosiv lidelse

Diagnosekrav

Intermitterende eksplosiv lidelse er karakteriseret ved gentagne korte episoder af verbal eller fysisk aggression eller ødelæggelse af ejendom, som repræsenterer en manglende evne til at kontrollere aggressive impulser, hvor intensiteten af udbruddet eller graden af aggressivitet er groft ude af proportion med provokationen eller de udløsende psykosociale stressorer. Symptomerne kan ikke bedre forklares ved en anden mental, adfærdsmæssig eller neuroudviklingsmæssig lidelse og er ikke en del af et mønster af kronisk vrede og irriterabilitet (f.eks. i oppositionel udfordringsforstyrrelse). Adfærdsmønstret er tilstrækkeligt alvorligt til at medføre en betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

Forstyrrende adfærd eller dissociale forstyrrelser

Diagnosekrav

Forstyrrende adfærd og dissociale forstyrrelser er kendetegnet ved vedvarende adfærdsproblemer, der spænder fra markant og vedvarende trodsig, ulydig, provokerende eller ondskabsfuld (dvs. forstyrrende) adfærd til adfærd, der vedvarende krænker andres grundlæggende rettigheder eller vigtige aldersvarende samfundsnormer, regler eller love (dvs. dissocial). Forstyrrende og dissociale forstyrrelser opstår almindeligvis, men ikke altid, i barndommen.

6C90 Oppositionel trodsig lidelse

Diagnosekrav

Oppositionel trodsig lidelse er et vedvarende mønster (f.eks. 6 måneder eller mere) af markant trodsig, ulydig, provokerende eller ondskabsfuld adfærd, der forekommer hyppigere end det, der typisk observeres hos personer af tilsvarende alder og udviklingsniveau, og som ikke er begrænset til interaktion med søskende. Oppositionel trodsforstyrrelse kan vise sig ved et fremherskende, vedvarende vredt eller irriterabelt humør, ofte ledsaget af alvorlige temperamentsudbrud, eller ved egenrådig, argumenterende og trodsig adfærd. Adfærdsmønstret er tilstrækkeligt alvorligt til at medføre en betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

6C90.0 Oppositionel trodsig lidelse med kronisk irritabilitet-vrede

Diagnosekrav

Alle definitionskrav for oppositionel trodslidelse er opfyldt. Denne form for oppositionel trodsig lidelse er karakteriseret ved fremherskende, vedvarende vred eller irritabel stemning, der kan være til stede uafhængigt af enhver tilsyneladende provokation. Den negative stemning er ofte ledsaget af regelmæssigt forekommende alvorlige temperamentsudbrud, der er groft ude af proportioner i intensitet eller varighed i forhold til provokationen. Kronisk irritabilitet og vrede er karakteristisk for individets funktion næsten hver dag, kan observeres på tværs af flere indstillinger eller funktionsdomæner (f.eks. hjem, skole, sociale relationer) og er ikke begrænset til individets forhold til hans/hendes forældre eller værger. Mønstrer med kronisk irritabilitet og vrede er ikke begrænset til lejlighedsvis episoder (f.eks. udviklingstypisk irritabilitet) eller diskrete perioder (f.eks. irritabel stemning i forbindelse med maniske eller depressive episoder).

6C90.00 Oppositionel trodsig lidelse med kronisk irritabilitet-vrede med begrænsede prosociale følelser

Diagnosekrav

Alle definitionskrav for oppositionel trodslidelse med kronisk irritabilitet-vrede er opfyldt. Derudover udviser individet egenskaber, der nogle gange omtales som 'hårdt og følelsesløst'. Disse karakteristika omfatter mangel på empati eller følsomhed over for andres følelser og mangel på bekymring for andres nød; en mangel på anger, skam eller skyldfølelse over deres egen adfærd (medmindre det bliver tilskyndet ved at blive pågrebet), en relativ ligegyldighed over for sandsynligheden for straf; mangel på bekymring over dårlige præstationer i skole eller arbejde; og begrænset udtryk for følelser, især positive eller kærlige følelser over for andre, eller kun gør det på måder, der virker overfladiske, uoprigtige eller instrumentelle.

6C90.01 Oppositionel trodsig lidelse med kronisk irritabilitet-vrede med typiske prosociale følelser

Diagnosekrav

Alle definitionskrav for oppositionel trodslidelse med kronisk irritabilitet-vrede er opfyldt. Individet udviser ikke egenskaber, der omtales som 'hårdt og følelsesløs', såsom mangel på empati eller følsomhed over for andres følelser og mangel på bekymring for andres nød.

6C90.1 Oppositionel trodsig lidelse uden kronisk irritabilitet-vrede

Diagnosekrav

Opfylder alle definitionskrav for oppositionel trodslidelse. Denne form for oppositionel trodsig lidelse er ikke karakteriseret ved fremherskende, vedvarende, vred eller irritabel stemning, men har egenrådige, argumenterende og trodsige adfærd.

6C90.10 Oppositionel trodsig lidelse uden kronisk irritabilitet-vrede med begrænsede prosociale følelser

Diagnosekrav

Alle definitionskrav for oppositionel trodslidelse uden kronisk irritabilitet-vrede er opfyldt. Derudover udviser individet egenskaber, der nogle gange omtales som 'hårdt og følelsesløst'. Disse karakteristika omfatter mangel på empati eller følsomhed over for andres følelser og mangel på bekymring for andres nød; en mangel på anger, skam eller skyldfølelse over deres egen adfærd (medmindre det bliver tilskyndet ved at blive pågrebet), en relativ ligegyldighed over for sandsynligheden for straf; mangel på bekymring over dårlige præstationer i skole eller arbejde; og begrænset udtryk for følelser, især positive eller kærlige følelser over for andre, eller kun gør det på måder, der virker overfladiske, uoprigtige eller instrumentelle. Dette mønster er gennemgående på tværs af situationer og relationer (dvs. kvalifikationen bør ikke anvendes baseret på en enkelt karakteristisk, et enkelt forhold eller et enkelt tilfælde af adfærd) og mønsteret er vedvarende over tid (f.eks. mindst 1 år).

6C90.11 Oppositionel trodsig lidelse uden kronisk irritabilitet-vrede med typiske prosoziale følelser

Diagnosekrav

Alle definitionskrav for oppositionel trodslidelse uden kronisk irritabilitet-vrede er opfyldt. Individet udviser ikke egenskaber, der omtales som 'hård og følelsesløs', såsom mangel på empati eller følsomhed over for andres følelser og mangel på bekymring for andres nød.

6C91 Adfærdsmæssig-dissocial lidelse

Diagnosekrav

Adfærdsmæssig-dissocial forstyrrelse er kendetegnet ved et gentaget og vedvarende adfærdsmønster, hvor andres grundlæggende rettigheder eller vigtige alderssvarende samfundsnormer, regler eller love overtrædes, såsom aggression mod mennesker eller dyr, ødelæggelse af ejendom, bedrag eller tyveri og alvorlige overtrædelser af regler. Adfærdsmønstret er tilstrækkeligt alvorligt til at medføre en betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder. For at blive diagnosticeret skal adfærdsmønstret være vedvarende over en længere periode (f.eks. 12 måneder eller mere). Enkelte dissociale eller kriminelle handlinger er således ikke i sig selv en grund til at stille diagnosen.

6C91.0 Adfærds-dissocial lidelse, debut i barndommen

Diagnosekrav

Adfærds-dissocial lidelse, barndomsdebut er karakteriseret ved et gentaget og vedvarende adfærdsmønster, hvor andres grundlæggende rettigheder eller store alderssvarende samfundsnormer, regler eller love krænkes såsom aggression mod mennesker eller dyr; ødelæggelse af ejendom; bedrageri eller tyveri; og alvorlige overtrædelser af reglerne. For at blive diagnosticeret skal træk ved lidelsen være til stede i barndommen før ungdomsårene (f.eks. før 10 års alderen), og adfærdsmønsteret skal være vedvarende over en betydelig periode (f.eks. 12 måneder eller mere). Isolerede dissociale eller kriminelle handlinger er således ikke i sig selv grundlag for diagnosen.

6C91.00 Adfærds-dissocial lidelse, begyndende barndom med begrænsede prosoziale følelser

Diagnosekrav

Opfylder alle definitionskrav for adfærdsdissocial lidelse, barndomsdebut. Derudover udviser individet egenskaber, der nogle gange omtales som 'hårdt og følelsesløst'. Disse karakteristika omfatter mangel på empati eller følsomhed over for andres følelser og mangel på bekymring for andres nød; en mangel på anger, skam eller skyldfølelse over deres egen adfærd (medmindre det bliver tilskyndet ved at blive pågrebet), en relativ ligegyldighed over for sandsynligheden for straf; mangel på bekymring over dårlige præstationer i skole eller arbejde; og begrænset udtryk for følelser, især positive eller kærlige følelser over for andre, eller kun gør det på måder, der virker overfladiske, uoprigtige eller instrumentelle.

6C91.01 Adfærds-dissocial lidelse, begyndende barndom med typiske prosoziale følelser

Diagnosekrav

Alle definitionskrav for adfærds-dissocial lidelse, barndomsdebut er opfyldt. Individet udviser ikke egenskaber, der omtales som 'hård og følelsesløs', såsom mangel på empati eller følsomhed over for andres følelser og mangel på bekymring for andres nød.

6C91.1 Adfærds-dissocial lidelse, debut hos unge

Diagnosekrav

Adfærds-dissocial lidelse, adolescent-debut er karakteriseret ved et gentaget og vedvarende adfærdsmønster, hvor andres grundlæggende rettigheder eller store alderssvarende samfundsnormer, regler eller love krænkes såsom aggression mod mennesker eller dyr; ødelæggelse af ejendom; bedrageri eller tyveri; og alvorlige overtrædelser af reglerne. Ingen træk ved lidelsen er til stede i barndommen før ungdomsårene (f.eks. før 10 års alderen). For at blive diagnosticeret skal adfærdsmønsteret være vedvarende over en betydelig periode (f.eks. 12 måneder eller mere). Isolerede dissociale eller kriminelle handlinger er således ikke i sig selv grundlag for diagnosen.

6C91.10 Adfærds-dissocial lidelse, debut hos unge med begrænsede prosoziale følelser

Diagnosekrav

Alle definitionskrav for adfærd-dissocial lidelse, teenagerdebut er opfyldt. Derudover udviser individet egenskaber, der nogle gange omtales som 'hårdt og følelsesløst'. Disse karakteristika omfatter mangel på empati eller følsomhed over for andres følelser og mangel på bekymring for andres nød; en mangel på anger, skam eller skyldfølelse over deres egen adfærd (medmindre det bliver tilskyndet ved at blive pågrebet), en relativ ligegyldighed over for sandsynligheden for straf; mangel på bekymring over dårlige præstationer i skole eller arbejde; og begrænset udtryk for følelser, især positive eller kærlige følelser over for andre, eller kun gør det på måder, der virker overfladiske, uoprigtige eller instrumentelle.

6C91.11 Adfærds-dissocial lidelse, debut hos unge med typiske prosoziale følelser

Diagnosekrav

Alle definitionskrav for adfærd-dissocial lidelse, teenagerdebut er opfyldt. Individet udviser ikke egenskaber, der omtales som 'hård og følelsesløs', såsom mangel på empati eller følsomhed over for andres følelser og mangel på bekymring for andres nød.

Personlighedsforstyrrelser og beslægtede træk

6D10 Personlighedsforstyrrelse

Diagnosekrav

Personlighedsforstyrrelse er karakteriseret ved problemer med at fungere med hensyn til aspekter af selvet (f.eks. identitet, selvværd, nøjagtighed af selvopfattelse, selvledelse) og/eller interpersonel dysfunktion (f.eks. evne til at udvikle og opretholde nære og gensidigt tilfredsstillende relationer, evne til at forstå andres perspektiver og til at håndtere konflikter i relationer), som har varet over en længere periode (f.eks. 2 år eller mere). Forstyrrelsen viser sig i mønstre af kognition, følelsesmæssige oplevelser, følelsesmæssige udtryk og adfærd, som er uhensigtsmæssige (f.eks. ufleksible eller dårligt regulerede) og viser sig i en række personlige og sociale situationer (dvs. er ikke begrænset til specifikke relationer eller sociale roller). De adfærdsmønstre, der kendetegner forstyrrelsen, er ikke udviklingsmæssigt hensigtsmæssige og kan ikke primært forklares med sociale eller kulturelle faktorer, herunder socialpolitiske konflikter. Forstyrrelsen er forbundet med betydelig lidelse eller betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

6D10.0 Mild personlighedsforstyrrelse

Diagnosekrav

Alle generelle diagnostiske krav til personlighedsforstyrrelse er opfyldt. Forstyrrelser påvirker nogle områder af personligheden, men ikke andre (f.eks. problemer med selvledelse i mangel af problemer med stabilitet og sammenhæng i identitet eller selvværd), og er måske ikke tydelige i nogle sammenhænge. Der er problemer i mange interpersonelle relationer og/eller i udførelsen af forventede erhvervmæssige og sociale roller, men nogle relationer opretholdes og/eller nogle roller udføres. Specifikke manifestationer af personlighedsforstyrrelser er generelt af mild sværhedsgrad. Mild personlighedsforstyrrelse er typisk ikke forbundet med væsentlig skade på sig selv eller andre, men kan være forbundet med væsentlig lidelse eller med forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder, der enten er begrænset til afgrænsede områder (f.eks. romantiske forhold; beskæftigelse) eller til stede på flere områder, men mildere.

6D10.1 Moderat personlighedsforstyrrelse

Diagnosekrav

Alle generelle diagnostiske krav til personlighedsforstyrrelse er opfyldt. Forstyrrelserne påvirker flere områder af personligheden (f.eks. identitet eller selvfølelse, evnen til at danne intime relationer, evnen til at kontrollere impulser og modulere adfærd). Nogle områder af personlighedsfunktionen kan dog være relativt mindre påvirket. Der er markante problemer i de fleste interpersonelle relationer, og udførelsen af de fleste forventede sociale og erhvervmæssige roller er kompromitteret til en vis grad. Forhold vil sandsynligvis være præget af konflikt, undgåelse, tilbagetrækning eller ekstrem afhængighed (f.eks. få venskaber, der opretholdes, vedvarende konflikt i arbejdsforhold og deraf følgende erhvervmæssige problemer, romantiske forhold præget af alvorlige forstyrrelser eller upassende underdanighed). Specifikke manifestationer af personlighedsforstyrrelser er generelt af moderat sværhedsgrad. Moderat personlighedsforstyrrelse er nogle gange forbundet med skade på sig selv eller andre, og er forbundet med markant forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder, selvom funktionen på afgrænsede områder kan opretholdes.

6D10.2 Alvorlig personlighedsforstyrrelse

Diagnosekrav

Alle generelle diagnostiske krav til personlighedsforstyrrelse er opfyldt. Der er alvorlige forstyrrelser i selvets funktion (f.eks. kan selvopfattelsen være så ustabil, at personen rapporterer, at han/hun ikke har nogen fornemmelse af, hvem han/hun er, eller så rigid, at han/hun nægter at deltage i andet end et ekstremt snævert udvalg af situationer; selvopfattelsen kan være præget af selvforagt eller være grandios eller meget excentrisk). Problemer i den interpersonelle funktion påvirker i alvorlig grad stort set alle relationer, og evnen og viljen til at udføre forventede sociale og erhvervmæssige roller er fraværende eller alvorligt kompromitteret. De specifikke manifestationer af personlighedsforstyrrelsen er alvorlige og påvirker de fleste, hvis ikke alle, områder af personligheden. Alvorlig personlighedsforstyrrelse er ofte forbundet med skade på sig selv eller andre og er forbundet med alvorlig svækkelse på alle eller næsten alle områder af livet, herunder personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige og andre vigtige funktionsområder.

6D11 Fremtrædende personlighedstræk eller -mønstre

Diagnosekrav

Kvalificerende trækdomæner kan anvendes på personlighedsforstyrrelser eller personlighedsvanskeligheder for at beskrive de træk ved personlighedens personlighed, som er mest fremtrædende og bidrager til personlighedsforstyrrelser. Egenskabsdomæner er kontinuerlige med normale personlighedskarakteristika hos personer, der ikke har personlighedsforstyrrelser eller personlighedsvanskeligheder. Egenskabsdomæner er ikke diagnostiske kategorier, men repræsenterer snarere et sæt dimensioner, der svarer til personlighedens underliggende struktur. Der kan anvendes så mange kvalifikationselementer for egenskabsdomæner som nødvendigt for at beskrive personlighedens funktion. Personer med mere alvorlige personlighedsforstyrrelser har tendens til at have et større antal fremtrædende trækdomæner.

6D11.0 Negativ affektivitet ved personlighedsforstyrrelse eller personlighedsvanskeligheder

Diagnosekrav

Det centrale træk ved domænet negativ affektivitet er tendensen til at opleve en bred vifte af negative følelser. Almindelige manifestationer af negativ affektivitet, som ikke alle behøver at være til stede hos en given person på et givet tidspunkt, omfatter: at opleve en bred vifte af negative følelser med en hyppighed og intensitet, der er ude af proportion med situationen; følelsesmæssig labilitet og dårlig følelsesregulering; negativistiske holdninger; lavt selvværd og lav selvtilid; og mistroiskhed.

6D11.1 Løsrivelse ved personlighedsforstyrrelse eller personlighedsvanskeligheder

Diagnosekrav

Kernetrækket i domænet for løsrivelse er tendensen til at opretholde interpersonel distance (social løsrivelse) og følelsesmæssig distance (følelsesmæssig løsrivelse). Almindelige manifestationer af løsrivelse, som ikke alle behøver at være til stede hos en given person på et givet tidspunkt, omfatter: social løsrivelse (undgåelse af sociale interaktioner, mangel på venskaber og undgåelse af intimitet); og følelsesmæssig løsrivelse (tilbageholdenhed, afstandtagen og begrænset følelsesmæssigt udtryk og oplevelse).

6D11.2 Dissocialitet ved personlighedsforstyrrelse eller personlighedsvanskeligheder

Diagnosekrav

Det centrale træk ved dissocialitet er ligegyldighed over for andres rettigheder og følelser, hvilket omfatter både selvoptagethed og mangel på empati. Almindelige manifestationer af dissocialitet, som ikke alle behøver at være til stede hos et givet individ på et givet tidspunkt, omfatter: selvoptagethed (f.eks. følelse af berettigelse, forventning om andres beundring, positiv eller negativ opmærksomhedssøgende adfærd, bekymring for ens egne behov, ønsker og komfort og ikke andres); og mangel på empati (dvs. ligegyldighed over for, om ens handlinger generer og skader andre, hvilket kan omfatte at være bedragerisk, manipulerende og udnyttende over for andre, at være ondskabsfuld og fysisk aggressiv, ufølsomhed som reaktion på andres lidelser og hensynsløshed i forhold til at opnå sine mål).

6D11.3 Disinhibition ved personlighedsforstyrrelse eller personlighedsvanskeligheder

Diagnosekrav

Det centrale træk ved Disinhibition-domænet er tendensen til at handle overilet baseret på umiddelbare ydre eller indre stimuli (dvs. fornemmelser, følelser, tanker) uden at overveje potentielle negative konsekvenser. Almindelige manifestationer af Disinhibition, som ikke alle behøver at være til stede hos en given person på et givet tidspunkt, omfatter: impulsivitet, distraherbarhed, uansvarlighed, hensynsløshed og manglende planlægning.

6D11.4 Anankastia ved personlighedsforstyrrelse eller personlighedsvanskeligheder

Diagnosekrav

Det centrale træk ved Anankastia er et snævert fokus på ens egen rigide standard for perfektion og for rigtigt og forkert, og på at kontrollere sin egen og andres adfærd og kontrollere situationer for at sikre overensstemmelse med disse standarder. Almindelige manifestationer af Anankastia, som ikke alle behøver at være til stede hos et givet individ på et givet tidspunkt, omfatter:

perfektionisme (f.eks. bekymring for sociale regler, forpligtelser og normer for rigtigt og forkert, omhyggelig opmærksomhed på detaljer, rigide, systematiske, daglige rutiner, hyper-planlægning og planmæssighed, vægt på organisation, ordentlighed og pænhed); og følelsesmæssig og adfærdsmæssig begrænsning (f.eks. rigid kontrol over følelsesmæssige udtryk, stædighed og ufleksibilitet, risikoundgåelse, udholdenhed og velovervejethed).

6D11.5 Borderline-mønster

Diagnosekrav

Borderline-mønster-specifikatoren kan anvendes på personer, hvis personlighedsforstyrrelse er karakteriseret ved et gennemgribende mønster af ustabilitet i interpersonelle relationer, selvbillede og affekter og markant impulsivitet, som indikeret ved mange af følgende: febrilske bestræbelser på at undgå reel eller indbildt forladthed; et mønster af ustabile og intense interpersonelle relationer; identitetsforstyrrelser, der viser sig i et markant og vedvarende ustabil selvbillende eller selvfølelse; en tendens til at handle overilet i tilstande med høj negativ affekt, hvilket fører til potentielt selvskadende adfærd; Tilbagevendende episoder med selvskade; følelsesmæssig ustabilitet på grund af markant reaktivitet i humøret; kroniske følelser af tomhed; upassende intens vrede eller problemer med at kontrollere vrede; forbigående dissociative symptomer eller psykotiske træk i situationer med høj affektiv ophidselse.

Parafile lidelser

Diagnosekrav

Parafile lidelser er kendetegnet ved vedvarende og intense mønstre af atypisk seksuel ophidselse, der viser sig ved seksuelle tanker, fantasier, trang eller adfærd, som fokuserer på andre, hvis alder eller status gør dem uvillige eller ude af stand til at give deres samtykke, og som personen har handlet på eller som han eller hun er markant foruroliget af. Parafile lidelser kan kun omfatte ophidselsesmønstre, der involverer ensom adfærd eller personer med samtykke, når disse er forbundet med markant angst, som ikke blot er et resultat af afvisning eller frygtet afvisning af ophidselsesmønstret fra andre eller med betydelig risiko for skade eller død.

6D30 Exhibitionistisk lidelse

Diagnosekrav

Exhibitionistisk lidelse er karakteriseret ved et vedvarende, fokuseret og intenst mønster af seksuel ophidselse - som manifesteret ved vedvarende seksuelle tanker, fantasier, trang eller adfærd - der indebærer, at man blottede sine kønsorganer for en intetanende person på offentlige steder, normalt uden at invitere til eller have til hensigt at opnå nærmere kontakt. For at der kan stilles en diagnose for exhibitionistisk lidelse, skal personen desuden have handlet på disse tanker, fantasier eller trang eller være markant foruroliget af dem. Exhibitionistisk lidelse udelukker udtrykkeligt samordnet exhibitionistisk adfærd, der finder sted med samtykke fra den eller de involverede personer, samt socialt sanktionerede former for exhibitionisme.

6D31 Voyeuristisk lidelse

Diagnosekrav

Voyeuristisk lidelse er karakteriseret ved et vedvarende, fokuseret og intenst mønster af seksuel ophidselse - som manifesteret ved vedvarende seksuelle tanker, fantasier, trang eller adfærd - der involverer observation af en intetanende person, der er nøgen, er ved at klæde sig af eller udøver seksuel aktivitet. For at voyeuristisk lidelse kan diagnosticeres, skal personen desuden have handlet efter disse tanker, fantasier eller trang eller være markant foruroliget af dem. Voyeuristisk lidelse udelukker specifikt voyeuristisk adfærd, der sker med samtykke fra den eller de observerede personer.

6D32 Pædofilisk lidelse

Diagnosekrav

Pædofil lidelse er karakteriseret ved et vedvarende, fokuseret og intenst mønster af seksuel ophidselse - som manifesteret ved vedvarende seksuelle tanker, fantasier, trang eller adfærd - der involverer børn i præpuberteten. For at pædofil lidelse kan diagnosticeres, skal personen desuden have handlet på disse tanker, fantasier eller drifter eller være markant foruroliget af dem. Denne diagnose gælder ikke for seksuel adfærd blandt børn før eller efter puberteten med jævnaldrende børn, der er tæt på hinanden i alder.

6D33 Forstyrrelse af tvangsmæssig seksuel sadisme

Diagnosekrav

Tvangsbetinget seksuel sadismeforstyrrelse er karakteriseret ved et vedvarende, fokuseret og intenst mønster af seksuel ophidselse - som manifesteret ved vedvarende seksuelle tanker, fantasier, trang eller adfærd - der indebærer påførelse af fysisk eller psykisk lidelse på en person, der ikke er indforstået med det. For at der kan stilles en diagnose for tvangsmæssig seksuel sadisme, skal personen desuden have handlet på disse tanker, fantasier eller drifter eller være markant foruroliget af dem. Tvangsbetinget seksuel sadismeforstyrrelse udelukker specifikt seksuel sadisme og masochisme med samtykke.

6D34 Frotteuristisk lidelse

Diagnosekrav

Frotteuristisk lidelse er karakteriseret ved et vedvarende, fokuseret og intenst mønster af seksuel ophidselse - som manifesteret ved vedvarende seksuelle tanker, fantasier, trang eller adfærd - der involverer berøring eller gnidning mod en person uden samtykke på overfyldte offentlige steder. For at Frotteuristisk lidelse kan diagnosticeres, skal personen desuden have handlet efter disse tanker, fantasier eller trang eller være markant foruroliget af dem. Frotteuristisk forstyrrelse udelukker specifikt berøring eller gnidning, der sker med samtykke fra den eller de involverede personer, som er indforstået med det.

6D35 Anden parafilisk lidelse, der involverer personer uden samtykke

Diagnosekrav

Anden parafil lidelse, der involverer personer uden samtykke, er karakteriseret ved et vedvarende og intenst mønster af atypisk seksuel ophidselse - manifesteret ved seksuelle tanker, fantasier, trang eller adfærd - hvor fokus for ophidselsesmønstrer involverer andre, der ikke er villige eller i stand til at give samtykke, men som ikke specifikt er beskrevet i nogen af de andre nævnte kategorier af parafile lidelser (f.eks. ophidselsesmønstre, der involverer lig eller dyr). Individet skal have handlet på disse tanker, fantasier eller drifter eller være markant foruroliget af dem. Forstyrrelsen udelukker specifikt seksuel adfærd, der finder sted med samtykke fra den eller de involverede personer, forudsat at de anses for at være i stand til at give et sådant samtykke.

6D36 Parafil lidelse, der involverer ensomhedsadfærd eller samtykkende personer

Diagnosekrav

Parafil lidelse, der involverer ensom adfærd eller samtykkende personer, er karakteriseret ved et vedvarende og intenst mønster af atypisk seksuel ophidselse - manifesteret ved seksuelle tanker, fantasier, trang eller adfærd - der involverer voksne med samtykke eller ensom adfærd. Et af følgende to elementer skal være til stede: 1) personen er markant plaget af arten af ophidselsesmønstrer, og plagen er ikke blot en konsekvens af afvisning eller frygtet afvisning af ophidselsesmønstrer fra andre; eller 2) arten af den parafile adfærd indebærer en betydelig risiko for skade eller død enten for personen selv eller partneren (f.eks. asphyxofili).

Fiktive lidelser

Diagnosekrav

Fiktive lidelser er kendetegnet ved bevidst at foregive, forfalske, fremkalde eller forværre medicinske, psykologiske eller adfærdsmæssige tegn og symptomer eller skader hos sig selv eller en anden person, oftest et afhængigt barn, i forbindelse med identificeret bedrageri. Der kan være tale om en allerede eksisterende lidelse eller sygdom, men den pågældende forværrer bevidst eksisterende symptomer eller forfalsker eller fremkalder yderligere symptomer. Personer med en fiktiv lidelse søger behandling eller fremstiller på anden måde sig selv eller en anden person som syg, skadet eller svækket på baggrund af de fingerede, forfalskede eller selv fremkaldte tegn, symptomer eller skader. Den bedrageriske adfærd er ikke udelukkende motiveret af åbenlyse eksterne belønninger eller incitamenter (f.eks. opnåelse af invaliditetsydelse eller undgåelse af strafferetlig forfølgelse). Dette står i modsætning til malingering, hvor tydelige eksterne belønninger eller incitamenter motiverer adfærden.

6D50 Fiktiv lidelse påført sig selv

Diagnosekrav

Fiktiv lidelse påført sig selv er karakteriseret ved at simulere, forfalske eller fremkalde medicinske, psykologiske eller adfærdsmæssige tegn og symptomer eller skade i forbindelse med identificeret bedrag. Hvis der er tale om en allerede eksisterende lidelse eller sygdom, forværrer personen bevidst eksisterende symptomer eller forfalsker eller fremkalder yderligere symptomer. Personen søger behandling eller præsenterer på anden måde sig selv som syg, skadet eller svækket på baggrund af de fingerede, forfalskede eller selv fremstillede tegn, symptomer eller skader. Den bedrageriske adfærd er ikke udelukkende motiveret af åbenlyse eksterne belønninger eller incitamenter (f.eks. at opnå invaliditetsydelse eller undgå strafferetlig forfølgelse). Dette står i modsætning til malingering, hvor åbenlyse eksterne belønninger eller incitamenter motiverer adfærden.

6D51 Fiktiv lidelse påført en anden

Diagnosekrav

Fiktiv lidelse påført en anden er karakteriseret ved at simulere, forfalske eller fremkalde medicinske, psykologiske eller adfærdsmæssige tegn og symptomer eller skade hos en anden person, oftest et afhængigt barn, i forbindelse med identificeret bedrag. Hvis en allerede eksisterende lidelse eller sygdom er til stede hos den anden person, forværrer personen forsættligt eksisterende symptomer eller forfalsker eller fremkalder yderligere symptomer. Personen søger behandling for den anden person eller fremstiller ham eller hende på anden måde som syg, skadet eller svækket på grundlag af de fingerede, forfalskede eller fremkaldte tegn, symptomer eller skader. Den vildledende adfærd er ikke udelukkende motiveret af åbenlyse eksterne belønninger eller incitamenter (f.eks. opnåelse af invaliditetsydelse eller undgåelse af strafferetlig forfølgelse for misbrug af børn eller ældre).

Neurokognitive lidelser

Diagnosekrav

Neurokognitive forstyrrelser er kendetegnet ved primære kliniske underskud i kognitive funktioner, som er erhvervet snarere end udviklingsbetinget. Det vil sige, at neurokognitive forstyrrelser ikke omfatter forstyrrelser, der er kendetegnet ved mangler i kognitive funktioner, som er til stede fra fødslen eller typisk opstår i løbet af udviklingsperioden, som klassificeres i grupperingen neuroudviklingsforstyrrelser. Neurokognitive forstyrrelser er snarere udtryk for en tilbagegang fra et tidligere opnået funktionsniveau. Selv om kognitive underskud er til stede i mange psykiske lidelser (f.eks. skizofreni og bipolære lidelser), er det kun lidelser, hvis kernekaraktistika er kognitive, der er omfattet af grupperingen neurokognitive lidelser. I tilfælde, hvor den underliggende patologi og ætiologi for neurokognitive forstyrrelser kan bestemmes, bør den identificerede ætiologi klassificeres separat.

6D70 Delirium

Diagnosekrav

Delirium er karakteriseret ved en forstyrrelse af opmærksomhed, orientering og bevidsthed, der udvikler sig inden for en kort periode, og som typisk viser sig som betydelig forvirring eller global neurokognitiv svækkelse med forbigående symptomer, der kan svinge afhængigt af den underliggende årsagssituation eller ætiologi. Delirium omfatter ofte forstyrrelser i adfærd og følelser og kan omfatte forringelser på flere kognitive områder. Der kan også være tale om en forstyrrelse af søvn-vågncyklussen, herunder nedsat vågenhed ved akut opstået eller totalt søvntab med omvendt søvn-vågncyklus. Delirium kan være forårsaget af de direkte fysiologiske virkninger af en medicinsk tilstand, der ikke er klassificeret under psykiske, adfærdsmæssige eller neuroudviklingsmæssige lidelser, af de direkte fysiologiske virkninger af et stof eller en medicin, herunder abstinenser, eller af flere eller ukendte ætiologiske faktorer.

6D70.0 Delirium på grund af sygdom klassificeret andetsteds

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til delirium er opfyldt. Der er beviser fra historie, fysisk undersøgelse eller laboratoriefund for, at Delirium er forårsaget af de direkte fysiologiske konsekvenser af en lidelse eller sygdom klassificeret andetsteds.

6D70.1 Delirium på grund af psykoaktive stoffer, herunder medicin

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til delirium er opfyldt. Der er beviser fra historie, fysisk undersøgelse eller laboratoriefund for, at deliriet er forårsaget af de direkte fysiologiske virkninger af et stof eller en medicin (inklusive abstinenser). Hvis det specifikke stof, der fremkalder delirium, er blevet identificeret, skal det klassificeres ved hjælp af den relevante underkategori (f.eks. alkohol-induceret delirium).

6D70.2 Delirium på grund af flere ætiologiske faktorer

Diagnosekrav

Alle definitionskrav til delirium er opfyldt. Der er beviser fra historie, fysisk undersøgelse eller laboratoriefund på, at deliriet kan tilskrives flere ætiologiske faktorer, som kan omfatte lidelser eller sygdomme, der ikke er klassificeret under psykiske og adfærdsmæssige lidelser, stofforgiftning eller abstinenser eller en medicin.

6D71 Let neurokognitiv forstyrrelse

Diagnosekrav

Mild neurokognitiv forstyrrelse er karakteriseret ved en mild svækkelse i et eller flere kognitive områder i forhold til det forventede i forhold til individets alder og generelle præmorbidit niveau af kognitiv funktion, hvilket repræsenterer en tilbagegang fra individets tidligere funktionsniveau. Diagnosen er baseret på en rapport fra patienten, en informant eller en klinisk observation og ledsages af objektive beviser for nedsat funktionsevne ved hjælp af en kvantificeret klinisk vurdering eller standardiserede kognitive test. Den kognitive svækkelse er ikke alvorlig nok til i væsentlig grad at gribe ind i en persons evne til at udføre aktiviteter i forbindelse med personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige og/eller erhvervmæssige funktioner eller andre vigtige funktionsområder. Den kognitive svækkelse kan ikke tilskrives normal aldring og kan være statisk, progressiv eller kan forsvinde eller forbedres afhængigt af den underliggende årsag eller behandling. Kognitiv svækkelse kan skyldes en underliggende erhvervet sygdom i nervesystemet, et traume, en infektion eller anden sygdomsproces, der påvirker hjernen, brug af specifikke stoffer eller medicin, ernæringsmangel eller udsættelse for toksiner, eller ætiologien kan være ubestemt. Svækkelsen skyldes ikke en aktuel stofforgiftning eller abstinenser.

6D72 Amnestisk lidelse

Diagnosekrav

Amnestisk lidelse er karakteriseret ved en fremtrædende hukommelsesforringelse i forhold til forventningerne til alder og generelt præmorbidt kognitivt funktionsniveau, som repræsenterer en tilbagegang fra individets tidligere funktionsniveau, i fravær af andre væsentlige kognitive forringelser. Den viser sig ved et underskud i at tilegne sig, lære og/eller fastholde nye oplysninger og kan omfatte manglende evne til at huske tidligere indlærte oplysninger uden bevidsthedsforstyrrelser, ændret mental status eller delirium. Den nyere hukommelse er typisk mere forstyrret end fjernhukommelsen, og evnen til straks at genkalde en begrænset mængde oplysninger er normalt relativt velbevaret. Hukommelsesforstyrrelsen er alvorlig nok til at resultere i en betydelig forringelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder. Det formodes at skyldes en underliggende erhvervet sygdom i nervesystemet, et traume, en infektion eller anden sygdomsproces, der påvirker hjernen, brug af specifikke stoffer eller medicin, ernæringsmangel eller udsættelse for toksiner, eller ætiologien kan være ubestemt. Svækkelsen skyldes ikke en aktuel stofforgiftning eller abstinenser.

6D72.0 Amnestisk lidelse på grund af sygdomme klassificeret andetsteds

Diagnosekrav

Alle definitionskrav for amnestisk lidelse er opfyldt. Hukommelsessymptomerne vurderes at være den direkte patofysiologiske konsekvens af en medicinsk tilstand, der ikke er klassificeret under psykiske, adfærdsmæssige og neuro-udviklingsforstyrrelser, baseret på evidens fra historien, fysisk undersøgelse eller laboratoriefund. Symptomerne er ikke bedre forklaret af delirium, demens, en anden psykisk lidelse (f.eks. skizofreni eller anden primær psykotisk lidelse, en stemningslidelse) eller virkningerne af en medicin eller et stof, herunder abstinensvirkninger. Symptomerne er tilstrækkeligt alvorlige til at være et specifikt fokus for klinisk opmærksomhed. Den identificerede ætiologiske medicinske tilstand bør klassificeres separat.

6D72.1 Amnestisk lidelse på grund af psykoaktive stoffer, herunder medicin

Diagnosekrav

Alle definitionskrav for amnestisk lidelse er opfyldt. Hukommelsessymptomerne vurderes at være den direkte konsekvens af brug af psykoaktive stoffer. Intensiteten og varigheden af stofbrug skal vides at være i stand til at fremkalde hukommelsessvækkelse. Hukommelsessvækkelsen kan udvikle sig under eller kort efter stofforgiftning eller abstinenser, men dens intensitet og varighed er væsentligt større end dem, der normalt er forbundet med disse tilstande. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en anden lidelse eller medicinsk tilstand, som det kunne være tilfældet, hvis de amnestiske symptomer gik forud for begyndelsen af stofbrug.

6D72.10 Amnestisk lidelse på grund af brug af alkohol

Diagnosekrav

Alle definitionskrav for amnestisk lidelse er opfyldt. Hukommelsessymptomerne vurderes at være den direkte konsekvens af alkoholbrug. Intensiteten og varigheden af alkoholbrug skal vides at være i stand til at fremkalde hukommelsessvækkelse. Hukommelsessvækkelsen kan udvikle sig under eller kort efter alkoholforgiftning eller abstinenser, men dens intensitet og varighed er væsentligt større end dem, der normalt er forbundet med disse tilstande. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en anden lidelse eller medicinsk tilstand, som det kunne være tilfældet, hvis de amnestiske symptomer gik forud for begyndelsen af alkoholforbruget.

6D72.11 Amnestisk lidelse på grund af brug af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika

Diagnosekrav

Alle definitionskrav for amnestisk lidelse er opfyldt. Hukommelsessymptomerne vurderes at være den direkte konsekvens af brug af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika. Intensiteten og varigheden af brugen af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika skal vides at være i stand til at fremkalde hukommelsessvækkelse. Hukommelsessvækkelsen kan udvikle sig under eller kort efter beroligende, hypnotisk eller anxiolytisk forgiftning eller abstinens, men dens intensitet og varighed er væsentligt større end dem, der normalt er forbundet med disse tilstande.

Symptomerne forklares ikke bedre af en anden lidelse eller medicinsk tilstand, som det kunne være tilfældet, hvis de amnestiske symptomer gik forud for begyndende brug af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika.

6D72.12 Amnestisk lidelse på grund af andet specificeret psykoaktivt stof, herunder medicin

Diagnosekrav

Alle definitionskrav for amnestisk lidelse er opfyldt. Hukommelsessymptomerne vurderes at være den direkte konsekvens af brugen af et bestemt psykoaktivt stof andet end alkohol; beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika; eller flygtige inhalationsmidler. Intensiteten og varigheden af brugen af det specificerede psykoaktive stof skal være kendt for at være i stand til at fremkalde hukommelsessvækkelse. Hukommelsessvækkelsen kan udvikle sig under eller kort efter specificeret psykoaktivt stofforgiftning eller abstinens, men dens intensitet og varighed er væsentligt større end dem, der normalt er forbundet med disse tilstande. Symptomerne forklares ikke bedre af en anden lidelse eller medicinsk tilstand, som det kunne være tilfældet, hvis de amnestiske symptomer gik forud for starten af det specificerede psykoaktive stof.

6D72.13 Amnestisk lidelse på grund af brug af flygtige inhalationsmidler

Diagnosekrav

Alle definitionskrav for amnestisk lidelse er opfyldt. Hukommelsessymptomerne vurderes at være den direkte konsekvens af brug af flygtige inhalationsmidler. Intensiteten og varigheden af brugen af flygtige inhalationsmidler skal være kendt for at være i stand til at fremkalde hukommelsessvækkelse. Hukommelsessvækkelsen kan udvikle sig under eller kort efter inhalationsforgiftning eller abstinens, men dens intensitet og varighed er væsentligt større end dem, der normalt er forbundet med disse tilstande. Symptomerne er ikke bedre forklaret af en anden lidelse eller medicinsk tilstand, som det kunne være tilfældet, hvis de amnestiske symptomer gik forud for begyndelsen af brugen af flygtige inhalationsmidler.

Demens

Diagnosekrav

Demens er karakteriseret ved tilstedeværelsen af markant svækkelse i to eller flere kognitive områder i forhold til det forventede i betragtning af individets alder og generelle præmorbidt niveau af kognitiv funktion, hvilket repræsenterer et fald fra individets tidligere funktionsniveau. Hukommelsesforringelse er til stede i de fleste former for demens, men den kognitive forringelse er ikke begrænset til hukommelsen (dvs. der er forringelse på andre områder såsom eksekutive funktioner, opmærksomhed, sprog, social kognition og dømmekraft, psykomotorisk hastighed, visuoperceptuelle eller visuospatiale evner). Der kan også forekomme ændringer i neurokompetencen, og i nogle former for demens kan de være det fremtrædende symptom. Den kognitive svækkelse kan ikke tilskrives normal aldring og er alvorlig nok til i væsentlig grad at forstyrre den enkeltes uafhængighed i udførelsen af aktiviteter i dagligdagen. Den kognitive svækkelse formodes at kunne tilskrives en underliggende erhvervet sygdom i nervesystemet, et traume, en infektion eller en anden sygdomsproces, der påvirker hjernen, eller brugen af specifikke stoffer eller medicin, ernæringsmangel eller udsættelse for toksiner, eller også kan ætiologien være ubestemt. Svækkelsen skyldes ikke en aktuell stofforgiftning eller abstinens.

6D80 Demens som følge af Alzheimers sygdom

Diagnosekrav

Demens som følge af Alzheimers sygdom er den mest almindelige form for demens. Begyndelsen er snigende med hukommelsesforringelse typisk rapporteret som den første klage, der præsenteres. Det karakteristiske forløb er et langsomt, men støt fald fra et tidligere kognitivt funktionsniveau med forringelse af yderligere kognitive områder (f.eks. eksekutive funktioner, opmærksomhed, sprog, social kognition og dømmekraft, psykomotorisk hastighed, visuoperceptuelle eller visuospatiale evner), som opstår med sygdommens udvikling. Demens som følge af Alzheimers sygdom kan ledsages af mentale og adfærdsmæssige symptomer som f.eks. nedtrykt stemning og apati i de indledende stadier af sygdommen og kan ledsages af psykotiske symptomer, irritabilitet, aggression, forvirring, afvigelse i gang og mobilitet og krampes i senere stadier. Positiv genetisk test, familiehistorie og gradvis kognitiv tilbagegang tyder på demens som følge af Alzheimers sygdom.

6D80.0 Demens på grund af Alzheimers sygdom med tidlig debut

Diagnosekrav

Demens på grund af Alzheimers sygdom, hvor symptomer opstår før 65 års alderen. Det er relativt sjældent og repræsenterer mindre end 5 % af alle tilfælde og kan være genetisk bestemt (autosomal dominant Alzheimers sygdom). Klinisk præsentation kan ligne tilfælde med senere indtræden, men progression af kognitive defekter kan være hurtigere.

6D80.1 Demens på grund af Alzheimers sygdom med sen indtræden

Diagnosekrav

Demens på grund af Alzheimers sygdom, der udvikler sig i en alder af 65 år eller derover. Dette er det mest almindelige mønster, der repræsenterer mere end 95 % af alle tilfælde.

6D80.2 Alzheimers sygdom demens, blandet type, med cerebrovaskulær sygdom

Diagnosekrav

Demens på grund af Alzheimers sygdom og samtidig cerebrovaskulær sygdom.

6D80.3 Alzheimers sygdom demens, blandet type, med andre ikke-vaskulære ætiologier

Diagnosekrav

Demens på grund af Alzheimers sygdom med anden samtidig patologi, ikke inklusive cerebrovaskulær sygdom.

6D81 Demens som følge af cerebrovaskulær sygdom

Diagnosekrav

Demens som følge af skade på hjerneparenkymet som følge af cerebrovaskulær sygdom (iskæmisk eller hæmoragisk). Begyndelsen af de kognitive mangler er tidsmæssigt relateret til en eller flere vaskulære hændelser. Den kognitive tilbagegang er typisk mest fremtrædende med hensyn til informationsbehandlingshastighed, kompleks opmærksomhed og frontal-eksekutive funktioner. Der er beviser for tilstedeværelsen af cerebrovaskulær sygdom, som anses for at være tilstrækkelig til at forklare de neurokognitive underskud ud fra anamnese, fysisk undersøgelse og neuroimaging.

6D82 Demens som følge af Lewy body disease

Diagnosekrav

Demens, der går forud for eller indtræder inden for et år efter indtræden af motoriske parkinsonsymptomer i forbindelse med Lewy body-sygdom. Karakteriseret ved tilstedeværelse af Lewy bodies, som er intraneuronale inklusioner indeholdende α -synuclein og ubiquitin i hjernestammen, det limbiske område, forhjernen og neocortex. Begyndelsen er snigende, og der er ofte tale om mangler i opmærksomheden og den udøvende funktion. Disse kognitive underskud ledsages ofte af visuelle hallucinationer og symptomer på REM-søvnadfærdsforstyrrelser. Der kan også forekomme hallucinationer i andre sansemodaliteter, depressive symptomer og vrangforestillinger. Symptompræsentationen varierer normalt betydeligt i løbet af dage, hvilket gør det nødvendigt at foretage en langsigtet vurdering og skelne den fra delirium. Spontan indtræden af parkinsonisme inden for ca. 1 år efter indtræden af kognitive symptomer er almindelig.

6D83 Frontotemporal demens

Diagnosekrav

Frontotemporal demens (FTD) er en gruppe af primære neurodegenerative sygdomme, der primært rammer frontal- og temporallapperne. Begyndelsen er typisk snigende med et gradvist og forværende forløb. Der er beskrevet adskillige syndromiske varianter (nogle med et identificeret genetisk grundlag eller familiær karakter), som omfatter præsentationer med overvejende markante personligheds- og adfærdsændringer (såsom ledelsesmæssig dysfunktion, apati, forringelse af social kognition, gentagende adfærd og kostændringer), overvejende sproglige underskud (herunder semantiske, agrammatiske/non-flydende og logopeniske former), overvejende bevægelsesrelaterede underskud (progressiv supranuklear parese, kortikobasal degeneration, multipel systematrofi eller amyotrofisk lateralsklerose) eller en kombination af disse underskud. Hukommelsesfunktionen forbliver ofte relativt intakt, især i de tidlige stadier af sygdommen.

6D84 Demens som følge af psykoaktive stoffer, herunder medicinering

Diagnosekrav

Demens som følge af psykoaktive stoffer, herunder medicinering, omfatter demensformer, der vurderes at være en direkte følge af stofbrug, og som fortsætter ud over den sædvanlige virkningstid eller det abstinenssyndrom, der er forbundet med stoffet. Stofbrugets omfang og varighed skal være tilstrækkeligt til at fremkalde den kognitive svækkelse. Den kognitive svækkelse kan ikke bedre forklares af en lidelse, der ikke er forårsaget af stoffer, f.eks. demens som følge af en anden medicinsk tilstand.

6D84.0 Demens på grund af brug af alkohol

Diagnosekrav

Demens på grund af brug af alkohol er karakteriseret ved udviklingen af vedvarende kognitive svækkelser (f.eks. hukommelsesproblemer, sprogsvækkelse og manglende evne til at udføre komplekse motoriske opgaver), der opfylder definitionskravene til demens, som vurderes at være en direkte konsekvens af alkohol brug, og som varer ved ud over den sædvanlige varighed af alkoholforgiftning eller akut abstinens. Intensiteten og varigheden af alkoholforbruget skal have været tilstrækkelig til at fremkalde den kognitive svækkelse. Den kognitive svækkelse er ikke bedre forklaret af en lidelse eller sygdom, der ikke er induceret af alkohol, såsom en demens på grund af en anden lidelse eller sygdom klassificeret andetsteds.

6D84.1 Demens på grund af brug af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika

Diagnosekrav

Demens på grund af brug af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika er kendetegnet ved udvikling af vedvarende kognitive svækkelser (f.eks. hukommelsesproblemer, sprogsvækkelse og manglende evne til at udføre komplekse motoriske opgaver), der opfylder definitionskravene til demens, der vurderes at være en direkte følge af beroligende, hypnotisk eller anxiolytisk brug, og som varer ved ud over den sædvanlige virkningsvarighed eller abstinenssyndrom forbundet med stoffet. Mængden og varigheden af sedativ, hypnotisk eller anxiolytisk brug skal være tilstrækkelig til at fremkalde den kognitive svækkelse. Den kognitive svækkelse er ikke bedre forklaret af en lidelse, der ikke er induceret af beroligende midler, hypnotika eller anxiolytika, såsom en demens på grund af en anden medicinsk tilstand.

6D84.2 Demens på grund af brug af flygtige inhalationsmidler

Diagnosekrav

Demens på grund af brug af flygtige inhalatorer er karakteriseret ved udvikling af vedvarende kognitive svækkelser (f.eks. hukommelsesproblemer, sprogsvækkelse og manglende evne til at udføre komplekse motoriske opgaver), der opfylder definitionskravene til demens, som vurderes at være en direkte konsekvens af inhalationsbrug eller eksponering, og som varer ved ud over den sædvanlige virkningsvarighed eller abstinenssyndrom forbundet med stoffet. Mængden og varigheden af inhalationsbrug eller eksponering skal være tilstrækkelig til at være i stand til at fremkalde den kognitive svækkelse. Den kognitive svækkelse er ikke bedre forklaret af en lidelse, der ikke er induceret af flygtige inhalatorer såsom en demens på grund af en anden medicinsk tilstand.

6D85 Demens som følge af sygdomme klassificeret andetsteds

6D85.0 Demens på grund af Parkinsons sygdom

Diagnosekrav

Demens på grund af Parkinsons sygdom udvikler sig blandt personer med idiopatisk Parkinsons sygdom og er karakteriseret ved svækkelse af opmærksomhed, hukommelse, eksekutive og visuo-spatiale funktioner. Psykiske og adfærdsmæssige symptomer såsom ændringer i affekt, apati og hallucinationer kan også være til stede. Begyndelsen er snigende, og forløbet er et forløb med gradvis forværring af symptomer.

6D85.1 Demens på grund af Huntingtons sygdom

Diagnosekrav

Demens på grund af Huntingtons sygdom opstår som led i en udbredt degeneration af hjernen på grund af en trinukleotid-gentagelsesudvidelse i HTT-genet, som overføres gennem autosomal dominans. Debut af symptomer er snigende typisk i det tredje og fjerde årti af livet med gradvis og langsom progression. De indledende symptomer omfatter typisk svækkelse af eksekutive funktioner med relativ sparing af hukommelse, før debut af motoriske underskud (bradykinesi og chorea), karakteristisk for Huntingtons sygdom.

6D85.2 Demens på grund af eksponering for tungmetaller og andre toksiner

Diagnosekrav

Demens på grund af eksponering for tungmetaller og andre toksiner forårsaget af giftig eksponering for specifikke tungmetaller såsom aluminium fra dialysevand, bly, kviksølv eller mangan. De karakteristiske kognitive svækkelser ved demens på grund af eksponering for tungmetaller og andre toksiner afhænger af det specifikke tungmetal eller toksin, som individet har været udsat for, men kan påvirke ethvert kognitivt domæne. Symptomernes begyndelse er relateret til eksponering, og progression kan være hurtig, især ved akut eksponering. I mange tilfælde er symptomer reversible, når eksponering er identificeret og ophører. Undersøgelser såsom hjernebilleddannelse eller neurofysiologiske undersøgelser kan være unormale. Blyforgiftning er forbundet med abnormiteter på hjernebilleddannelse, herunder udbredt forkalkning og øget signal på MRI T2-vægtede billeder af periventrikulært hvidt stof, basalganglier hypothalamus og pons. Demens på grund af aluminiumtoksicitet kan vise karakteristiske paroxysmale højspændings delta EEG-ændringer. Undersøgelse kan vise andre træk, såsom perifer neuropati i tilfælde af bly, arsen eller kviksølv.

6D85.3 Demens på grund af human immundefektvirus

Diagnosekrav

Demens på grund af humant immundefektvirus udvikler sig i løbet af bekræftet HIV-sygdom, i fravær af en samtidig sygdom eller tilstand, bortset fra HIV-infektion, som kan forklare de kliniske træk. Selvom en række forskellige mønstre for kognitive underskud er mulige afhængigt af, hvor de hiv-patogene processer har fundet sted, følger underskud typisk et subkortikalt mønster med svækkelse af eksekutiv funktion, behandlingshastighed, opmærksomhed og indlæring af ny information. Forløbet af demens på grund af human immundefektvirus varierer, herunder opløsning af symptomer, gradvist fald i funktion, forbedring eller fluktuation i symptomer. Hurtigt fald i kognitiv funktion er sjældent med fremkomsten af antiretroviral medicin.

6D85.4 Demens på grund af multipel sklerose

Diagnosekrav

Demens på grund af multipel sklerose er en neurodegenerativ sygdom på grund af de cerebrale virkninger af multipel sklerose, en demyeliniserende sygdom. Debut af symptomer er snigende og ikke sekundært til den funktionelle svækkelse, der kan tilskrives den primære sygdom (dvs. multipel sklerose). Kognitive svækkelser varierer afhængigt af placeringen af demyelinisering, men omfatter typisk underskud i behandlingshastighed, hukommelse, opmærksomhed og aspekter af eksekutiv funktion.

6D85.5 Demens på grund af prionsygdom

Diagnosekrav

Demens på grund af prionsygdom er en primær neurodegenerativ sygdom forårsaget af en gruppe spongiforme encephalopatii som følge af unormal ophobning af prionprotein i hjernen. Disse kan være sporadiske, genetiske (forårsaget af mutationer i prion-proteingenet) eller overførbare (erhvervet fra et inficeret individ). Begyndelsen er snigende, og der er en hurtig progression af symptomer og svækkelse karakteriseret ved kognitive underskud, ataksi og motoriske symptomer (myoklonus, chorea eller dystoni). Diagnosen stilles typisk på baggrund af hjernebilleddannelsesundersøgelser, tilstedeværelse af karakteristiske proteiner i spinalvæske, EEG eller genetisk testning.

6D85.6 Demens på grund af hydrocephalus ved normalt tryk

Diagnosekrav

Demens på grund af normalt tryk hydrocephalus skyldes overdreven ophobning af cerebrospinalvæske i hjernen som følge af idiopatiske, ikke-obstruktive årsager, men kan også være sekundær til blødning, infektion eller inflammation. Progression er gradvis, men indgreb (f.eks. shunt) kan resultere i forbedring af symptomer, især hvis det administreres tidligere i løbet af tilstanden. Typisk omfatter kognitive svækkelser reduceret behandlingshastighed og underskud i udøvende funktion og opmærksomhed. Disse symptomer er også typisk ledsaget af gangabnormiteter og urininkontinens. Hjernebilleddannelse for at afsløre ventrikulært volumen og karakterisere hjerneforskydning er ofte nødvendig for at bekræfte diagnosen.

6D85.7 Demens på grund af skade i hovedet

Diagnosekrav

Demens på grund af skade på hovedet er forårsaget af skader påført hjernens væv som det direkte eller indirekte resultat af en ydre kraft. Traumer i hjernen vides at have resulteret i tab af bevidsthed, hukommelsestab, desorientering og forvirring eller neurologiske tegn. Symptomerne, der er karakteristiske for demens på grund af en skade i hovedet, skal opstå umiddelbart efter traumet eller efter, at den enkelte er kommet til bevidsthed og skal fortsætte ud over den akutte post-skade periode. Kognitive underskud varierer afhængigt af de specifikke hjerneområder, der er berørt, og sværhedsgraden af skaden, men kan omfatte svækkelser i opmærksomhed, hukommelse, eksekutiv funktion, personlighed, bearbejdningshastighed, social kognition og sproglige evner.

6D85.8 Demens på grund af pellagra

Diagnosekrav

Demens på grund af pellagra er forårsaget af vedvarende mangel på vitamin B3 (niacin) eller tryptofan enten i kosten eller på grund af dårlig absorption i mave-tarmkanalen på grund af sygdom (f.eks. Crohns sygdom) eller på grund af virkningen af nogle medikamenter (f.eks. isoniazid). Kernetegn på pellagra omfatter dermatologiske ændringer (følsomhed over for sollys, læsioner, alopeci og ødem) og diarré. Ved langvarig ernæringsmangel observeres kognitive symptomer, der inkluderer aggressivitet, motoriske forstyrrelser (ataksi og rastløshed), forvirring og svaghed. Behandling med ernæringstilskud (f.eks. niacin) resulterer typisk i vending af symptomer.

6D85.9 Demens på grund af Downs syndrom

Diagnosekrav

Demens på grund af Downs syndrom er en neurodegenerativ lidelse relateret til virkningen af unormal øget produktion og akkumulering af amyloid precursor protein (APP), hvilket fører til dannelse af beta-amyloid plaques og tau tangles. APP-geneexpression øges på grund af dets placering på kromosom 21, som er unormalt tredoblet ved Downs syndrom. Kognitive underskud og neuropatologiske træk ligner dem, der observeres ved Alzheimers sygdom. Debut er typisk efter det fjerde årti af livet med et gradvist fald i funktion, og kan påvirke 50 % eller flere af personer med Downs syndrom.

6D86 Adfærdsforstyrrelser eller psykologiske forstyrrelser ved demens

Diagnosekrav

Ud over de kognitive forstyrrelser, der er karakteristiske for demens, omfatter det aktuelle kliniske billede klinisk signifikante adfærdsmæssige eller psykologiske forstyrrelser.

6D86.0 Psykotiske symptomer ved demens

Diagnosekrav

Ud over de kognitive forstyrrelser, der er karakteristiske for demens, omfatter det nuværende kliniske billede klinisk signifikante vrangforestillinger eller hallucinationer.

6D86.1 Stemningssymptomer ved demens

Diagnosekrav

Ud over de kognitive forstyrrelser, der er karakteristiske for demens, omfatter det nuværende kliniske billede klinisk signifikante humørsymptomer såsom nedtrykt humør, forhøjet humør eller irriteret humør.

6D86.2 Angstsymptomer ved demens

Diagnosekrav

Ud over de kognitive forstyrrelser, der er karakteristiske for demens, omfatter det nuværende kliniske billede klinisk signifikante symptomer på angst eller bekymring.

6D86.3 Apati ved demens

Diagnosekrav

Ud over de kognitive forstyrrelser, der er karakteristiske for demens, omfatter det nuværende kliniske billede klinisk signifikant ligegyldighed eller manglende interesse.

6D86.4 Agitation eller aggression ved demens

Diagnosekrav

Ud over de kognitive forstyrrelser, der er karakteristiske for demens, omfatter det nuværende kliniske billede: 1) klinisk signifikant overdreven psykomotorisk aktivitet ledsaget af øget spænding; eller 2) fjendtlig eller voldelig adfærd.

6D86.5 Disinhibering ved demens

Diagnosekrav

Ud over de kognitive forstyrrelser, der er karakteristiske for demens, omfatter det nuværende kliniske billede klinisk signifikant mangel på tilbageholdenhed, manifesteret i tilsidesættelse af sociale konventioner, impulsivitet og dårlig risikovurdering.

6D86.6 Vandring i demens

Diagnosekrav

Ud over de kognitive forstyrrelser, der er karakteristiske for demens, omfatter det nuværende kliniske billede klinisk signifikant vandring, der sætter personen i fare for at komme til skade.

Psykiske eller adfærdsmæssige forstyrrelser i forbindelse med graviditet, fødsel eller puerperium

Diagnosekrav

Syndromer forbundet med graviditet eller puerperium (begynder inden for ca. 6 uger efter fødslen), der involverer signifikante mentale og adfærdsmæssige træk. Hvis symptomerne opfylder de diagnostiske krav til en specifik psykisk lidelse, skal denne diagnose også tildeles.

6E20 Psykiske lidelser eller adfærdsforstyrrelser i forbindelse med graviditet, fødsel eller barsel, uden psykotiske symptomer

Diagnosekrav

Et syndrom, der er forbundet med graviditet eller puerperium (begynder inden for ca. 6 uger efter fødslen), og som indebærer betydelige mentale og adfærdsmæssige træk, oftest depressive symptomer. Syndromet omfatter ikke vrangforestillinger, hallucinationer eller andre psykotiske symptomer. Hvis symptomerne opfylder de diagnostiske krav til en specifik psykisk lidelse, bør denne diagnose også tildeles. Denne betegnelse bør ikke anvendes til at beskrive milde og forbigående depressive symptomer, der ikke opfylder de diagnostiske krav til en depressiv episode, som kan opstå kort efter fødslen (såkaldt postpartum blues).

6E21 Psykiske lidelser eller adfærdsforstyrrelser i forbindelse med graviditet, fødsel eller puerperium med psykotiske symptomer

Diagnosekrav

Et syndrom forbundet med graviditet eller puerperium (begynder inden for ca. 6 uger efter fødslen), der involverer betydelige mentale og adfærdsmæssige træk, herunder vrangforestillinger, hallucinationer eller andre psykotiske symptomer. Stemningssymptomer (depressive og/eller maniske) er typisk også til stede. Hvis symptomerne opfylder de diagnostiske krav til en specifik psykisk lidelse, skal denne diagnose også tildeles.

6E40 Psykologiske eller adfærdsmæssige faktorer, der påvirker lidelser eller sygdomme klassificeret andetsteds

Diagnosekrav

Psykologiske og adfærdsmæssige faktorer, der påvirker lidelser eller sygdomme klassificeret andetsteds, er faktorer, der kan have en negativ indflydelse på manifestation, behandling eller forløb af en tilstand, der er klassificeret i et andet kapitel i ICD. Disse faktorer kan have en negativ indvirkning på manifestationen, behandlingen eller forløbet af den lidelse eller sygdom, der er klassificeret i et andet kapitel, ved at: forstyrre behandlingen af lidelsen eller sygdommen ved at påvirke overholdelse af behandlingen eller behandlingssøgning; udgøre en yderligere sundhedsrisiko; eller påvirke den underliggende patofysiologi, så symptomerne fremskyndes eller forværres eller på anden måde kræver lægehjælp. Denne diagnose bør kun tildeles, når faktorerne øger risikoen for lidelse, invaliditet eller død og udgør et fokus for klinisk opmærksomhed, og bør tildeles sammen med diagnosen for den relevante anden tilstand.

6E40.0 Psykisk lidelse, der påvirker lidelser eller sygdomme klassificeret andetsteds

Diagnosekrav

Alle diagnostiske krav til psykologiske eller adfærdsmæssige faktorer, der påvirker lidelser eller sygdomme klassificeret andetsteds, er opfyldt. Individet er diagnosticeret med en mental, adfærdsmæssig eller neuroudviklingsmæssig lidelse, der negativt påvirker manifestationen, behandlingen eller forløbet af en lidelse eller sygdom klassificeret i et andet kapitel (f.eks. en kvinde med Bulimia Nervosa og Type 1 diabetes mellitus, der springer insulindoser over som en måde at undgå vægtøgning, der ellers ville være forårsaget af hendes overspisning).

6E40.1 Psykologiske symptomer, der påvirker lidelser eller sygdomme klassificeret andetsteds

Diagnosekrav

Alle diagnostiske krav til psykologiske eller adfærdsmæssige faktorer, der påvirker lidelser eller sygdomme klassificeret andetsteds, er opfyldt. Individet udviser psykologiske symptomer, der ikke opfylder de diagnostiske krav til en mental, adfærdsmæssig eller neuroudviklingsmæssig lidelse, der negativt påvirker manifestationen, behandlingen eller forløbet af en lidelse eller sygdom klassificeret i et andet kapitel (f.eks. depressive symptomer, der forstyrrer rehabilitering efter operation).

6E40.2 Personlighedstræk eller mestringsstil, der påvirker lidelser eller sygdomme klassificeret andetsteds

Diagnosekrav

Alle diagnostiske krav til psykologiske eller adfærdsmæssige faktorer, der påvirker lidelser eller sygdomme klassificeret andetsteds, er opfyldt. Individet udviser personlighedstræk eller mestringsstile, der ikke opfylder de diagnostiske krav til en mental, adfærdsmæssig eller neuroudviklingsmæssig lidelse, der negativt påvirker manifestationen, behandlingen eller forløbet af en lidelse eller sygdom klassificeret i et andet kapitel (f.eks. patologisk benægtelse af behov for operation hos en patient med kræft; fjendtlig, presset adfærd, der bidrager til hjertesygdomme).

6E40.3 Utilpasset sundhedsadfærd, der påvirker lidelser eller sygdomme klassificeret andetsteds

Diagnosekrav

Alle diagnostiske krav til psykologiske eller adfærdsmæssige faktorer, der påvirker lidelser eller sygdomme klassificeret andetsteds, er opfyldt. Individet udviser utilpasset helbredsadfærd, der negativt påvirker manifestationen, behandlingen eller forløbet af en lidelse eller sygdom klassificeret i et andet kapitel (f.eks. overspisning, mangel på motion).

6E40.4 Stressrelateret fysiologisk respons, der påvirker lidelser eller sygdomme klassificeret andetsteds

Diagnosekrav

Alle diagnostiske krav til psykologiske eller adfærdsmæssige faktorer, der påvirker lidelser eller sygdomme klassificeret andetsteds, er opfyldt. Individet udviser stress-relaterede fysiologiske reaktioner, der negativt påvirker manifestationen, behandlingen eller forløbet af en lidelse eller sygdom klassificeret i et andet kapitel (f.eks. stress-relateret forværring af ulcus, hypertension, arythmi eller spændingshovedpine).

Sekundære psykiske syndromer eller adfærdssyndromer i forbindelse med lidelser eller sygdomme klassificeret andetsteds

Diagnosekrav

Denne gruppe omfatter syndromer, der er karakteriseret ved tilstedeværelsen af fremtrædende psykologiske eller adfærdsmæssige symptomer, som vurderes at være direkte patofysiologiske konsekvenser af en medicinsk tilstand, der ikke er klassificeret under mentale og adfærdsmæssige forstyrrelser, baseret på dokumentation fra anamnese, fysisk undersøgelse eller laboratoriefund. Symptomerne kan ikke forklares ved delirium eller en anden mental og adfærdsmæssig lidelse og er ikke en psykologisk medieret reaktion på en alvorlig medicinsk tilstand (f.eks. tilpasningsforstyrrelse eller angstsymptomer som reaktion på at blive diagnosticeret med en livstruende sygdom). Disse kategorier bør anvendes som supplement til diagnosen for den formodede underliggende lidelse eller sygdom, når de psykologiske og adfærdsmæssige symptomer er tilstrækkeligt alvorlige til at berettiggere specifik klinisk opmærksomhed.

6E60 Sekundært neurodevelopmentalt syndrom

Diagnosekrav

Et syndrom, der omfatter betydelige neuroudviklingsmæssige træk, som ikke opfylder de diagnostiske krav for nogen af de specifikke neuroudviklingsmæssige lidelser, og som vurderes at være en direkte patofysiologisk konsekvens af en helbredstilstand, der ikke er klassificeret under mentale og adfærdsmæssige lidelser (f.eks. autistisk-lignende træk ved Retts syndrom, aggression og selvmutilation ved Lesch-Nyhan syndrom, abnormiteter i sprogudviklingen ved Williams syndrom), baseret på dokumentation fra anamnese, fysisk undersøgelse eller laboratoriefund. Denne kategori bør anvendes som supplement til diagnosen for den formodede underliggende lidelse eller sygdom, når de neuro-udviklingsmæssige problemer er tilstrækkeligt alvorlige til at berettiggere specifik klinisk opmærksomhed.

6E60.0 Sekundært tale- eller sprogsyndrom

Diagnosekrav

Et syndrom, der involverer væsentlige træk relateret til tale- eller sprogudvikling, som ikke opfylder de diagnostiske krav til nogen af de specifikke udviklingsmæssige tale- eller sprogforstyrrelser, der vurderes at være en direkte patofysiologisk konsekvens af en helbredstilstand, der ikke er klassificeret under psykiske og adfærdsmæssige lidelser. baseret på bevis fra historien, fysisk undersøgelse eller laboratoriefund. Mulige ætiologier omfatter en sygdom i nervesystemet, sensorisk svækkelse, hjerneskade eller infektion.

6E61 Sekundært psykotisk syndrom

Diagnosekrav

Et syndrom, der er karakteriseret ved tilstedeværelsen af fremtrædende hallucinationer eller vrangforestillinger, som vurderes at være en direkte patofysiologisk konsekvens af en helbredstilstand, der ikke er klassificeret under psykiske og adfærdsmæssige lidelser, baseret på dokumentation fra anamnese, fysisk undersøgelse eller laboratoriefund. Symptomerne kan ikke forklares ved delirium eller ved en anden mental og adfærdsmæssig lidelse og er ikke en psykologisk medieret reaktion på en alvorlig medicinsk tilstand (f.eks. en akut stressreaktion som reaktion på en livstruende diagnose). Denne kategori bør anvendes som supplement til diagnosen for den formodede underliggende lidelse eller sygdom, når de psykotiske symptomer er tilstrækkeligt alvorlige til at berettiggere specifik klinisk opmærksomhed.

6E61.0 Sekundært psykotisk syndrom med hallucinationer

Diagnosekrav

Et syndrom karakteriseret ved tilstedeværelsen af fremtrædende hallucinationer, der vurderes at være en direkte patofysiologisk konsekvens af en helbredstilstand, der ikke er klassificeret under psykiske og adfærdsmæssige lidelser, baseret på evidens fra historien, fysisk undersøgelse eller laboratoriefund. Vrangforestillinger er ikke et fremtrædende aspekt af den kliniske præsentation. Symptomerne skyldes ikke delirium eller en anden psykisk og adfærdsmæssig lidelse og er ikke en psykologisk medieret reaktion på en alvorlig medicinsk tilstand (f.eks. en akut stressreaktion som reaktion på en livstruende diagnose). Denne kategori skal bruges som supplement til diagnosen for den formodede underliggende lidelse eller sygdom, når de psykotiske symptomer er tilstrækkeligt alvorlige til at berettiggte specifik klinisk opmærksomhed.

6E61.1 Sekundært psykotisk syndrom med vrangforestillinger

Diagnosekrav

Et syndrom karakteriseret ved tilstedeværelsen af fremtrædende vrangforestillinger, der vurderes at være en direkte patofysiologisk konsekvens af en helbredstilstand, der ikke er klassificeret under psykiske og adfærdsmæssige lidelser, baseret på evidens fra historien, fysisk undersøgelse eller laboratoriefund. Hallucinationer er ikke et fremtrædende aspekt af den kliniske præsentation. Symptomerne skyldes ikke delirium eller en anden psykisk og adfærdsmæssig lidelse og er ikke en psykologisk medieret reaktion på en alvorlig medicinsk tilstand (f.eks. en akut stressreaktion som reaktion på en livstruende diagnose). Denne kategori skal bruges som supplement til diagnosen for den formodede underliggende lidelse eller sygdom, når de psykotiske symptomer er tilstrækkeligt alvorlige til at berettiggte specifik klinisk opmærksomhed.

6E61.2 Sekundært psykotisk syndrom med hallucinationer og vrangforestillinger

Diagnosekrav

Et syndrom karakteriseret ved tilstedeværelsen af både fremtrædende hallucinationer og fremtrædende vrangforestillinger, der vurderes at være en direkte patofysiologisk konsekvens af en helbredstilstand, der ikke er klassificeret under psykiske og adfærdsmæssige lidelser, baseret på evidens fra historien, fysisk undersøgelse eller laboratoriefund. Symptomerne skyldes ikke delirium eller en anden psykisk og adfærdsmæssig lidelse og er ikke en psykologisk medieret reaktion på en alvorlig medicinsk tilstand (f.eks. en akut stressreaktion som reaktion på en livstruende diagnose). Denne kategori skal bruges som supplement til diagnosen for den formodede underliggende lidelse eller sygdom, når de psykotiske symptomer er tilstrækkeligt alvorlige til at berettiggte specifik klinisk opmærksomhed.

6E61.3 Sekundært psykotisk syndrom med uspecificerede symptomer

6E62 Sekundært humørsyndrom

Diagnosekrav

Et syndrom, der er karakteriseret ved tilstedeværelsen af fremtrædende humørsymptomer (dvs. depression, forhøjet humør, irritabilitet), som vurderes at være en direkte patofysiologisk konsekvens af en helbredstilstand, der ikke er klassificeret under psykiske og adfærdsmæssige lidelser, baseret på dokumentation fra anamnese, fysisk undersøgelse eller laboratoriefund. Symptomerne kan ikke forklares ved delirium eller ved en anden mental og adfærdsmæssig lidelse og er ikke en psykologisk formidlet reaktion på en alvorlig medicinsk tilstand (f.eks. depressive symptomer som reaktion på en livstruende diagnose). Denne kategori bør anvendes som supplement til diagnosen for den formodede underliggende lidelse eller sygdom, når stemningssymptomerne er tilstrækkeligt alvorlige til at berettiggte specifik klinisk opmærksomhed.

6E62.0 Sekundært humørsyndrom med depressive symptomer

Diagnosekrav

Et syndrom karakteriseret ved tilstedeværelsen af fremtrædende depressive symptomer såsom vedvarende deprimeret humør, tab af interesse for tidligere fornøjelige aktiviteter eller tegn såsom tårevædet og nedtrykt udseende, der vurderes at være en direkte patofysiologisk konsekvens af en helbredstilstand, der ikke er klassificeret under mental og adfærdsforstyrrelser baseret på evidens fra historien, fysisk undersøgelse eller laboratoriefund. Symptomerne skyldes ikke delirium eller en anden psykisk og adfærdsmæssig lidelse og er ikke en psykologisk medieret reaktion på en alvorlig medicinsk tilstand (f.eks. depressive symptomer som reaktion på en livstruende diagnose). Denne kategori skal bruges som supplement til diagnosen for den formodede underliggende lidelse eller sygdom, når humørsymptomerne er tilstrækkeligt alvorlige til at berettiggte specifik klinisk opmærksomhed.

6E62.1 Sekundært humørsyndrom med maniske symptomer

Diagnosekrav

Et syndrom karakteriseret ved tilstedeværelsen af fremtrædende maniske symptomer såsom forhøjede, euforiske, irritable eller ekspansive humørtilstande, hurtige ændringer mellem forskellige humørtilstande (dvs. humørlabilitet) eller øget energi eller aktivitet, der vurderes at være en direkte patofysiologisk konsekvens af en helbredstilstand, der ikke er klassificeret under psykiske og adfærdsmæssige lidelser baseret på bevis fra historien, fysisk undersøgelse eller laboratoriefund.

6E62.2 Sekundært humørsyndrom med blandede symptomer

Diagnosekrav

Et syndrom karakteriseret ved tilstedeværelsen af både maniske og depressive symptomer, der enten forekommer sammen eller skiftende fra dag til dag eller i løbet af en dag, der vurderes at være en direkte patofysiologisk konsekvens af en helbredstilstand, der ikke er klassificeret under psykiske og adfærdsmæssige lidelser baseret på bevis fra historien, fysisk undersøgelse eller laboratoriefund. Maniske symptomer kan omfatte forhøjede, euforiske, irritable eller ekspansive humørtilstande, hurtige ændringer mellem forskellige humørtilstande (dvs. humørlabilitet) eller øget energi eller aktivitet. Depressive symptomer kan omfatte vedvarende deprimeret humør, tab af interesse for tidligere fornøjelige aktiviteter eller tegn som tårevædet eller nedtrykt udseende. Symptomerne skyldes ikke delirium eller en anden psykisk og adfærdsmæssig lidelse og er ikke en psykologisk medieret reaktion på en alvorlig medicinsk tilstand (f.eks. depressive symptomer som reaktion på en livstruende diagnose). Denne kategori skal bruges som supplement til diagnosen for den formodede underliggende lidelse eller sygdom, når humørsymptomerne er tilstrækkeligt alvorlige til at berettiggte specifik klinisk opmærksomhed.

6E62.3 Sekundært humørsyndrom med uspecificerede symptomer

6E63 Sekundært angstsyndrom

Diagnosekrav

Et syndrom, der er karakteriseret ved tilstedeværelsen af fremtrædende angstsymptomer, som vurderes at være en direkte patofysiologisk konsekvens af en helbredstilstand, der ikke er klassificeret under mentale og adfærdsmæssige lidelser, baseret på dokumentation fra anamnese, fysisk undersøgelse eller laboratoriefund. Symptomerne kan ikke forklares ved delirium eller en anden mental og adfærdsmæssig forstyrrelse og er ikke en psykologisk medieret reaktion på en alvorlig medicinsk tilstand (f.eks. angstsymptomer eller panikanfald som reaktion på en livstruende diagnose). Denne kategori bør anvendes som supplement til diagnosen for den formodede underliggende lidelse eller sygdom, når angstsymptomerne er tilstrækkeligt alvorlige til at berettiggte specifik klinisk opmærksomhed.

6E64 Sekundært obsessiv-kompulsivt syndrom eller beslægtet syndrom

Diagnosekrav

Et syndrom, der er karakteriseret ved tilstedeværelsen af fremtrædende tvangstanker, tvangstanker, hamstring, hudplukning, hårtrækning, anden kropsfokuseret gentagende adfærd eller andre symptomer, der er karakteristiske for tvangstanker og beslægtede lidelser, og som vurderes at være den direkte patofysiologiske konsekvens af en lidelse eller sygdom, der ikke er klassificeret under psykiske og adfærdsmæssige lidelser, på grundlag af dokumentation fra anamnese, fysisk undersøgelse eller laboratoriefund. Symptomerne kan ikke forklares af delirium eller en anden mental og adfærdsmæssig lidelse og er ikke en psykologisk medieret reaktion på en alvorlig medicinsk tilstand (f.eks. gentagne grublerier som reaktion på en livstruende diagnose). Denne kategori bør anvendes som supplement til diagnosen for den formodede underliggende lidelse eller sygdom, når de tvangsmæssige eller beslægtede symptomer er tilstrækkeligt alvorlige til at berettiggte specifik klinisk opmærksomhed.

6E65 Sekundært dissociativt syndrom

Diagnosekrav

Et syndrom, der er karakteriseret ved tilstedeværelsen af fremtrædende dissociative symptomer (f.eks. depersonalisering, derealisering), som vurderes at være den direkte patofysiologiske konsekvens af en helbredstilstand, der ikke er klassificeret under psykiske og adfærdsmæssige lidelser, baseret på dokumentation fra anamnese, fysisk undersøgelse eller laboratoriefund. Symptomerne kan ikke forklares ved delirium eller ved en anden mental og adfærdsmæssig lidelse og er ikke en psykologisk medieret reaktion på en alvorlig medicinsk tilstand (f.eks. som en del af en akut stressreaktion som reaktion på en livstruende diagnose). Denne kategori bør anvendes som supplement til diagnosen for den formodede underliggende lidelse eller sygdom, når de dissociative symptomer er tilstrækkeligt alvorlige til at berettiggte specifik klinisk opmærksomhed.

6E66 Sekundært impulscontrolsyndrom

Diagnosekrav

Et syndrom karakteriseret ved tilstedeværelsen af fremtrædende symptomer, der er karakteristiske for impulsforstyrrelser eller forstyrrelser på grund af afhængighedsskabende adfærd (f.eks. tyveri, ildspåsættelse, aggressive udbrud, tvangsmæssig seksuel adfærd, overdreven gambling), der vurderes at være en direkte patofysiologisk konsekvens af en helbredstilstand, der ikke er klassificeret under mentale og adfærdsmæssige forstyrrelser, baseret på beviser fra anamnese, fysisk undersøgelse eller laboratoriefund. Symptomerne kan ikke forklares med delirium eller en anden psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse, og de er ikke en psykologisk medieret reaktion på en alvorlig sygdomstilstand (f.eks. som en del af en tilpasningsforstyrrelse som reaktion på en livstruende diagnose). Denne kategori bør bruges som supplement til diagnosen for den formodede underliggende lidelse eller sygdom, når symptomerne på impuls kontrol er tilstrækkeligt alvorlige til at berettiggte specifik klinisk opmærksomhed.

6E67 Sekundært neurokognitivt syndrom

Diagnosekrav

Et syndrom, der omfatter betydelige kognitive træk, som ikke opfylder de diagnostiske krav for nogen af de specifikke neurokognitive lidelser, og som vurderes at være en direkte patofysiologisk konsekvens af en helbredstilstand eller skade, der ikke er klassificeret under mentale og adfærdsmæssige lidelser (f.eks. kognitive ændringer som følge af en hjernetumor), baseret på dokumentation fra anamnese, fysisk undersøgelse eller laboratoriefund. Denne kategori bør anvendes som supplement til diagnosen for den formodede underliggende lidelse eller sygdom, når de kognitive symptomer er tilstrækkeligt alvorlige til at berettiggte specifik klinisk opmærksomhed.

6E68 Sekundær personlighedsændring

Diagnosekrav

Et syndrom karakteriseret ved en vedvarende personlighedsforstyrrelse, der repræsenterer en ændring fra individets tidligere karakteristiske personligheds mønster, som vurderes at være en direkte patofysiologisk konsekvens af en helbredstilstand, der ikke er klassificeret under psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser, baseret på beviser fra anamnese, fysisk undersøgelse eller laboratoriefund. Symptomerne kan ikke forklares med delirium eller en anden psykisk lidelse eller adfærdforstyrrelse og er ikke en psykologisk medieret reaktion på en alvorlig sygdomstilstand (f.eks. social tilbagetrækning, undgåelse eller afhængighed som reaktion på en livstruende diagnose). Denne kategori bør bruges som supplement til diagnosen for den formodede underliggende lidelse eller sygdom, når personlighedssymptomerne er tilstrækkeligt alvorlige til at berettige specifik klinisk opmærksomhed.

6E69 Sekundært katatoni syndrom

Diagnosekrav

Sekundært katatoni syndrom er et syndrom med primært psykomotoriske forstyrrelser, karakteriseret ved samtidig forekomst af flere symptomer på nedsat, øget eller abnorm psykomotorisk aktivitet, som opstår som en direkte patofysiologisk konsekvens af en medicinsk tilstand, der ikke er klassificeret under mentale, adfærdsmæssige eller neuroudviklingsmæssige forstyrrelser. Eksempler på medicinske tilstande, der kan være forbundet med katatoni, omfatter diabetisk ketoacidose, hypercalcæmi, hepatisk encephalopati, homocystinuri, neoplasmer, hovedtraumer, cerebrovaskulær sygdom og encephalitis.

REFERENCER

World Health Organization (WHO) - International Classifications of Diseases (ICD) - Version 11 (2019). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (who.int)