

The International Classification of Sleep Disorders. Diagnostic and Coding Manual

ANMELDT AV

Ståle Pallesen

PUBLISERT 10. april 2007



American Academy of Sleep Medicine | **The International Classification of Sleep Disorders. Diagnostic and Coding Manual** Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2005. 297 sider.

The International Classification of Sleep Disorders er en diagnosemanual som brukes innenfor søvnfeltet over hele verden. Førsteutgaven kom i 1990. Den framstod som noe uorganisert og rotete, og ble kritisert for å operere med diagnoser som var tvilsomme og høyst diskuterte. Andre utgaven ble utgitt i 2005 (ICSD-2) og framstår umiddelbart som mer ryddig og bedre organisert.

Flere av søvnforstyrrelser som listes i ICSD-2, vil en også kunne finne beskrevet i mer velkjente systemer som ICD og DSM, slik som insomni og narkolepsi. Detaljnivået i ICSD-2 og også antall diagnoser det opereres med, er imidlertid stort og vidtrekkende. Formålet har vært å beskrive søvn- og aktiveringsforstyrrelser og å basere disse på vitenskapelig og klinisk evidens, samt å presentere lidelsene i en vitenskapelig valid struktur. I ICSD-2 har en har vektlagt å fremstå så kompatibel med ICD-9 og 10 som mulig. En rekke fagkomiteer bestående av de fremste klinisk orienterte søvnforskerne i verden har vært med på å utarbeide ICSD-2.

Seks hovedklasser søvnforstyrrelser er beskrevet. Den første er *insomnier*, med 11 undertyper, og der inndelingen primært er basert på etiologi. Den andre hovedklassen er de *respirasjonsrelaterte*, som søvnapné-syndromene, men også andre og mer sjeldne respirasjonsforstyrrelser knyttet til søvn. *Hypersomniene* utgjør den tredje hovedklassen, med narkolepsi og idiopatisk hypersomni. Dernest presenteres *døgnrytmeforstyrrelser*, med ni undergrupper, deriblant forsinket søvnfasesyndrom, skiftarbeidsforstyrrelse og jet lag-syndromet. *Parasomniene*, karakterisert ved uønskede fysiske hendelser og opplevelser, er igjen inndelt i NREM-parasomnier, som oppstår primært i søvnstadiene 3–4 (slik som søvngjengeri), REMparasomnier, som oppstår under REM, slik som marerittsforstyrrelse, og andre parasomnier, som ikke er beholdt bestemte søvnstadier. Den siste hovedklassen søvnlidelser i ICSD-2 er *søvnrelaterte motoriske forstyrrelser*, med urolige bein, periodiske ekstremitetsbevegelser og bruksisme (tanngnissing).

ICSD-2 inneholder et omfattende appendiks som beskriver somatiske tilstander hvor søvnen typisk er forstyrret, slik som ved fibromyalgi, og psykiske lidelser, slik som affektive lidelser hvor også søvnen er endret på karakteristisk vis. For hver lidelse som er beskrevet i diagnosemanualen, er fremstillingen organisert i følgende underoverskrifter: alternative betegnelser, typiske trekk, assosierte trekk, demografi, predisponerende og utløsende faktorer, familiemønstre, debut, forløp og komplikasjoner, patofysiologi, funn ved objektive søvnmål som polysomnografi, liste over diagnostiske kriterier, undertyper, uløste spørsmål og kontroverser, differensialdiagnoser og en forholdsvis kort litteraturliste.

ICSD-2 er en svært nyttig manual for klinikere som møter pasienter med søvnforstyrrelser. Den vil kunne bidra til konklusjoner om tilstander hvor annen type ekspertise og diagnostiske systemer kommer til kort – dette er særlig aktuelt for pasienter som kanskje i årtier har strevd med å få en forklaring på en sjelden, men like fullt plagsom søvnrelatert forstyrrelse.

I tillegg er ICSD-2 i seg selv interessant lesestoff for den søvninteresserte kliniske psykolog eller forsker. Jeg oppfatter ikke stoffet som kjedelig og oppramsende i stilen, som en kanskje skulle tro når det dreier seg om en diagnosemanual, men heller som spennende lesning hvor beskrivelsene er fenomennært og klinisk godt fremstilt. Etter min mening kan derfor ICSD-2 godt leses som annen klinisk litteratur.

En svakhet ved ICSD-2 er at det ikke står noe om anbefalt behandling knyttet til de ulike lidelsene. Dette er synd, da det for mange foreligger rimelig konsensus om hvilke intervensjoner som er de beste. Det er også slik at en neppe alltid vil finne diagnosekoder i ICD-10 eller DSM-IV som svarer til diagnosene i ICSD-2. I noen tilfeller kan en tenke seg at uenighet og tvil om hvilke diagnosekoder en skal bruke i offentlige helsesystemer, kan oppstå når en diagnose er stilt på grunnlag av ICSD-2.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 44, nummer 4, 2007, side

ANMELDT AV

Ståle Pallesen, Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen

KONTAKT: staale.pallesen@psysp.uib.no