

**TIPS**

Sør-Øst

Veileder for utredning av barn og ungdom med schizofreni og psykosespekterlidelser



# Innledning

Høsten 2012 gis det ut nye retningslinjer for utredning og behandling av psykospekterlidelser. Retningslinjene har tatt opp i seg en god del forhold som gjelder ungdom. Denne utredningsveilederen omhandler utredning av psykospekterlidelser hos unge mer inngående, og inkluderer også psykoser hos barn under 13 år. Formålet med veilederen er at behandlere i BUP skal ha tilgang til oppdatert kunnskap om psykoser hos unge, differensialdiagnoser og komorbide lidelser, samt aktuelle utredningsverktøy.

Skillet mellom utredning og behandling er vagt og noen ganger kunstig. Denne veilederen vektlegger utredning, men ulike behandlingstiltak er også nevnt, samt referanser til andre behandlingsveiledere på området. Spesielt kan det nevnes at det fra august 2012 ligger ute på NICE sine sider et utkast til retningslinjer for behandling av unge med psykosorisiko og psykose. Denne veilederen forventes ferdig i starten av 2013. Det er viktig her å merke seg at utredning og behandling går hånd i hånd og at mange av de psykososiale

behandlingstiltakene kan iverksettes før utredningen er helt ferdig.

Det understrekes at utredning av psykoser hos unge er komplisert og at diagnoser er ferskvare. Barn endrer seg over tid, og symptomer endrer seg både med barnets alder men også uavhengig av den. Derfor er det viktig med en åpen dialog med den unge og dens omsorgspersoner om hvorfor man har satt en diagnose og hva det innebærer. Det er også viktig å signalisere en ydmykhet i forhold til at diagnoser kan endres med tiden når symptomer endrer seg, og ikke minst at diagnoser kan fjernes dersom symptomer har vært fraværende over en gitt tidsperiode.

Det vil alltid være ting som ikke har kommet med i et dokument som dette. Eksempelvis kunne normalutvikling hos barn vært beskrevet, samt ulike observasjonsmetoder og generelle utredningsmetoder. For ikke å gjøre veilederen altfor lang, er ikke dette tatt med, men forutsettes kjent av leseren.

# Innhold

02	<i>Innledning</i>
05	<i>Psykoser i barne- og ungdomsårene</i>
06	<i>Nevrobiologi og ”stress – sårbarhetsmodellen” - nyttige forståelsesrammer</i>
07	<i>Very Early Onset Schizophrenia (VEOS)/ Childhood Onset Schizophrenia (COS)</i>
07	Symptomer:
08	Et tenkt kasus – ”Line” 11 år
09	<i>Early Onset Schizophrenia (EOS)/Adolescent Onset schizophrenia (AOS)</i>
09	Psykose som et ”syndrom” og gradvis utvikling av symptomer
10	<i>”Prodromalfase” og funksjonsfall</i>
10	Funksjonsfall
11	Et tenkt kasus – Preben, 17 år
12	<i>Affektive psykoser</i>
13	Schizoaffektiv lidelse
13	Kunstige skiller mellom psykosediagnosene?
13	<i>Høyrisikogrupper</i>
14	<i>Komorbide (samtidige) tilstander og premorbid funksjonsnivå</i>
14	Eksempler på komorbiditet ved schizofreni:
15	Rusmisbruk
15	<i>De vanligste differensialdiagnostiske utfordringene</i>
15	Ikke psykotiske hallusinasjoner
16	Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (PDD) inkludert Asperger syndrom
17	Traumatiske psykoser / dissosiative tilstander
17	Tvangslidelser
18	Personlighetsforstyrrelser
19	Medisinske tilstander assosiert med psykose
19	Medisinske undersøkelser
20	<i>Spesielle utfordringer ved utredning av unge og myter som må avlives</i>
20	Utviklingsnivå/evnenivå
20	Symptomer oppleves som en del av barnet
20	Psykotiske symptomer er ikke konstante
20	Psykotiske symptomer er ofte subjektive og lite synlige for omverdenen
20	Psykose er ikke synlig, og man er ikke nødvendigvis ustelt
21	Har man en psykose, kan man allikevel handle rasjonelt
21	Et funksjonsfall er ikke nødvendigvis synlig for omverdenen
21	Kulturforskjeller i symptomer/hallusinasjoner
21	<i>Familie og nettverk</i>
21	Psykosen påvirker hele familiesystemet
22	”Expressed emotions” – atmosfæren i ungdommens daglige miljø
22	Nettverket
23	<i>Betydning for utredning og behandling</i>
23	Viktige elementer i behandling av barn og ungdom med psykoser
24	Referanser til ulike behandlingsveiledere og artikler som omhandler behandling
24	<i>Anbefalte utredningsinstrumenter</i>
25	<i>Beskrivelse av noen av utredningsverktøyene</i>

25	Anamnese:
25	C-GAS :
25	KIDDIE-SADS-PL:
26	PANSS/SCI-PANSS :
26	Vineland Adaptive Behaviour Scale
26	Psykosescreening for bruk i BUP
26	SIPS – Strukturert Intervju for Prodromale Symptomer
26	<i>Aktuelle tillegg:</i>
26	Miljøterapeutisk observasjon (Vedlegg 2):
26	SIMP – Strukturert Intervju for Mulig Psykoserisiko
26	EASE – Early Anomalous Self Experience
26	PAS – Premorbide Adjustment Scale
27	<i>Referanser</i>

# Psykosar i barne- og ungdomsårene

Psykose er en sekkebetegnelse som omfatter en rekke tilstander kjennetegnet ved forvirring og vansker med regulering av tanker, følelser og atferd. Symptomene gir seg til kjenne ved ett eller flere av disse symptomene; hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, nevrokognitive svikt og ulike former for negative symptomer og tilbaketrekning. Endringer i selvopplevelse forekommer også hyppig. Psykosegjennombrudd er ofte forbundet med et funksjonsfall som kan være mer eller mindre synlig for omverdenen. Flere studier har vist at schizofreni kan diagnostiseres hos barn med stor grad av reliabilitet ved å bruke de samme diagnosekriteriene som hos voksne. Mange av barna som blir diagnostisert med schizofreni har fremdeles en schizofrenilidelse som voksne. Man slutter ut fra dette at schizofreni hos barn og hos voksne er den samme lidelsen (Masi, Mucci & Pari 2006; Nicolson et al., 2000). Forekomsten av psykosar er mindre vanlig hos barn og ungdom enn i voksenpopulasjonen. Likevel forekommer psykosar såpass hyppig at behandlere bør kjenne tilstandsbildet for å oppdage psykosar hos unge tidligere enn hva som skjer i dag.

Det er mange utfordringer ved spørsmål om psykosar hos barn. Evidens viser at de fleste barn som er preget av psykoselignende symptomer ikke har en psykotisk lidelse (Biedermann, Petty, Faraone & Seidman, 2004). Blant de som har debutert med psykose, er det mange som ikke fanges opp grunnet multiple, komplekse syndromer med overlappende symptomer og tilstøtende risikofaktorer, og historier med traumer og mishandling (Reimherr & McClellan, 2004). Det er også dokumentert at alvorlige psykiske lidelser hos unge ofte ikke fanges opp i BUP eller i primærhelsetjenesten grunnet blant annet manglende kunnskap og skepsis mot å sette alvorlige diagnoser i denne aldersgruppen (Leavey, Flexhaug & Ehmann, 2009). En rekke studier viser at det ikke er uvanlig at unge går lengre tid enn voksne med ubehandlet psykose (Schimmelmann et al., 2008; Joa et al., 2009). Schaeffer & Ross (2002) fant at barn og ungdom med psykose i gjennomsnitt hadde en varighet av ubehandlet psykose i mer enn to år før korrekt diagnose ble stilt.

I kjølvannet av blant annet TIPS-prosjektet i Norge har det vokst frem en økende interesse for tidlig intervensjon ved psykosar (McGorry, Killackey & Yung, 2008; Friis, 2010). I dag vet vi at tilleggsbelastningene på grunn av forsinket behandling er mange, som for eksempel tap av selvfølelse, forsinkelse i studier, økt grad av depresjon, rusmisbruk og generelt sett for-

sinket og redusert bedring. I tillegg vil psykosen også påvirke andre familiemedlemmer. Når man også vet at psykosar hos unge er forbundet med stor grad av selvskading og suicidalitet, og at suicidaliteten er større i perioden før man får stilt en diagnose, gir dette ytterligere argumenter for å fokusere på tidligere oppdagelse og raskere igangsetting av adekvat behandling (Barret et al., 2010, McClellan et al., 2007). I tillegg har tidlig intervensjon også vist seg å ha en betydelig samfunnsøkonomisk gevinst (Helsedirektoratet, 2012).

Symptomkriteriene som anvendes ved diagnostisering av psykotiske lidelser er like hos voksne og hos barn, men symptomenes form vil variere avhengig av utviklingsnivå. Hos unge er psykosar ofte forbundet med større grad av komorbiditet og mindre spesifisitet i symptombildet enn ved psykosar hos voksne (Reimherr & McClellan, 2004; Rapado-Castro et al., 2010). I tillegg er det kjent at mange psykiske lidelser hos barn er forbundet med psykoselignende symptomer, men at det i de færreste tilfeller er snakk om en psykoselidelse (Reimherr & McClellan, 2004; Welham et al., 2008; Gochman et al., 2004; AACAP, 2001). Denne kompleksiteten medfører at utredningsprosessen ofte kan være krevende. En forutsetning for en god utredning og sortering i dette mangfoldet av informasjon, er å kjenne til bredden i symptombildet ved psykosar hos unge og ha kunnskap om de vanlige differensialdiagnosene. Det er også avgjørende å ha en grundig utviklingspsykologisk kompetanse slik at man er i stand til å sortere ut hvilke symptomer som gir grunn til bekymring på ulike utviklingsnivå. Det har i liten grad blitt utviklet egne instrumenter for vurdering og behandling av psykose hos barn og ungdom. De anbefalinger som gjøres i forhold til utredning og behandling ved psykosar og psykoserisiko er derfor i stor grad basert på kunnskap vi har fra psykisk helsevern for voksne (Leavey et al., 2009).

Symptomers utforming endrer seg over tid, og mange unge har symptomer som tilfredsstillende kriteriene for en eller flere andre diagnoser før de ender opp med en diagnose i psykosespekteret. En longitudinell studie av en fødselskohort på New Zealand viste at av de som fikk en schizofrenidiagnose ved 26 år, hadde 52,8 % hatt symptomer på minst en psykisk lidelse da de var 15, et tall som hadde steget til 88,9 % ved 18 år. De vanligste lidelsene i denne gruppen var angst, depresjon, ADHD og opposisjonell atferdsforstyrrelse (Kim-Cohen et al., 2003). En hyppig revurdering av diagnoser er derfor viktig hos barn og unge med sammensatte vansker.

# Nevrobiologi og "stress - sårbarhetsmodellen" - nyttige forståelsesrammer

Til tross for at symptomer på psykoser og schizofreni er beskrevet i litteratur gjennom flere århundrer, er etiologien bak psykoser fremdeles en gåte. Man har funnet både gener og nevrobiologiske tilstander som er forbundet med psykoseutvikling, men psykoser kan også utvikles hos personer hvor man ikke finner noen direkte biologisk link (Addington & Rapoport, 2011; 2009). Det er mye som tyder på at schizofreni er en multifaktoriell lidelse som utvikles over tid på grunn av ulike former for interaksjon mellom ulike gener og miljømessige faktorer (Stilo & Murray, 2010). Når det gjelder schizofreni er antakelsen at den genetiske disposisjonen er større hos personer som debuterer tidlig enn de som debuterer sent (Nicolson et al., 2000). Eksempelvis fant Addington & Rapoport (2009) at gruppen av barn med Very Early Onset Schizophrenia (debut før 13 år), hadde større forekomst enn gjennomsnittlig av sjeldne "copy number variants". Forekomsten av denne sjeldne genkombinasjonen fant man hyppigere hos disse barna enn hos voksne med schizofreni. Det er også gjort flere funn, blant annet av Goldberg og medarbeidere som viser at nevrokognitive vansker også er større ved tidlig debut (Goldberg et al., 2011). Det er imidlertid viktig å merke seg at det hos mange unge med schizofreni ikke foreligger noen kjent genetisk disposisjon for psykose.

Det er stor konsensus om at Stress-sårbarhetsmodellen er nyttig og anvendelig for å forstå psykoseutvikling, både der det foreligger biologiske forhold og ikke (Zubin & Spring, 1977). Denne modellen impliserer at vi alle er født med en viss grad av sårbarhet for å utvikle psykose – som kan være stor eller liten. Om psykose utvikles eller ikke er betinget av de miljømessige belastninger vi utsettes for. Forenklet kan man si at ved stor grad av medfødt sårbarhet, skal det lite til av miljømessige belastninger for at psykose utvikles og omvendt. I tråd med modellen kan psykose ligge latent, men utvikles eller forseres som en konsekvens av traumer og belastninger. En slik økt stress-sensitivitet som konsekvens av traumer er vist i ulike studier (Álvarez et al., 2011; Husted, Ahmed, Chow, Bruztowich & Bassett, 2012). En nyere studie av Wicks, Hjern & Dalman (2010) gir støtte for en interaksjonseffekt mellom miljø og genetisk sårbarhet og de viser at sosiale vansker øker risikoen for psykose hos barn som har genetisk sårbarhet. Dette bør vi være bevisst på ved arbeid med barn og unge, og vi må ha fokus på tiltak for å redusere belastninger. I denne forbindelse

må det nevnes at unge under barnevernet kanskje er ekstra utsatt fordi de ofte vil ha en biologisk disposisjon og mye større grad av belastninger i livet enn gjennomsnittet.

# Very Early Onset Schizophrenia (VEOS)/ Childhood Onset Schizophrenia (COS)

Very Early Onset Schizophrenia er betegnelsene for en schizofrenidebut før 13 år. Det foreligger få studier på forekomst av psykoser i denne gruppen, men det antydes en forekomst på ca 1 pr. 10.000 barn (Gonthier & Lyon 2004; Gillberg, 2001). Barn helt ned til tre års alder er blitt diagnostisert med en lidelse innen det schizofrene spektrum men dette er svært unntaksvis og det hevdes andre steder at det først ved seks års alder er mulig å skille ut tilstrekkelig spesifikke symptomer til å sette en valid diagnose (Gillberg, 2001). De fleste tilfeller av VEOS er rapportert å begynne i løpet av barneskolealder, og vanligste debutalder ser ut til å være i ni til ti års alderen (Biedermann et al., 2004; David et al., 2011). Masi (Masi et al., 2006) refererer studier som viser at færre en 20 % av barna med VEOS er under ti år. Det understrekes at tall for prevalens er usikre, blant annet fordi den diagnostiske praksisen har endret seg. Tilstanden kan være vanskelig å oppdage grunnet et komplekst sykdomsbilde og sparsom kompetanse hos behandlere. Biedermann (Biedermann et al., 2006) fant i deres populasjon en varighet av ubehandlet psykose på tre år, noe som tilsvarte et gjennomsnitt på 27 % av barnas liv.

Mange barn som utvikler schizofreni har større grad av utviklingsmessige avvik enn voksne. Både språklige og motoriske vansker, sen sosial modning og vansker med relasjoner er hyppig i denne gruppen. En studie viste at av en populasjon med COS hadde 48 % språklige avvik, 48 % motoriske avvik og 54 % sosiale vansker som en del av den premorbide funksjon, dvs før psykosedebut (Nicolson et al., 2000). Ofte er tilstandsbildet hos de som utvikler en schizofreni tidlig preget av stor grad av komorbiditet, større grad av organiske funn, og evnenivå 1-2 standardavvik under aldersgjennomsnittet. 10-20 % av gruppen skårer under 70 på evnetester (Werry, McClellan & Chard, 1991). Biologi og arvelighet har større betydning ved VEOS enn ved senere debut (Biedermann et al., 2004; Nicolson et al., 2003), og nevrobiologiske avvik er mer uttalt jo yngre barnet er ved debut (Rapoport & Gotay, 2011; Addington & Rapoport, 2011; 2009).

## Symptomer:

En VEOS-debut er vanligvis kjennetegnet ved hallusinasjoner, desorganisert tenkning og atferd, atferdsvansker, funksjonsfall og sosiale vansker/tilbaketrakkethet (Masi et al., 2006; Remschmidt, Martin, Hennighausen & Schultz, 2001). En nyere studie av 111 barn med

VEOS viste at barna hadde hallusinasjoner i alle sansemodaliteter, og at høy grad av visuelle hallusinasjoner er assosiert med lavere IQ og tidligere debut. Taktile og lukthallusinasjoner fant man utelukkende blant de som også hadde synshallusinasjoner. Studien beskriver mer omfattende hallusinasjoner enn i voksenpopulasjonen (David et al., 2011). Systematiske vrangforestillinger er mindre vanlige (Reimherr & McClellan, 2004). Hallusinasjonene kan ligne på dem man ser hos voksne, men selve innholdet er gjerne av en enklere karakter, eksempelvis at man blir snakket til, at noen konverserer om barnet, eller befaler det å gjøre ting. Ofte er temaene sirklet rundt dyr, leker og monstre (Russel, Bott & Sammons, 1989). Det samme gjelder vrangforestillinger, som hvis de er til stede ofte er knyttet til barndomstemaer og innholdet er ofte preget av grandiositet eller religion, tanker om forfølgelse, somatisering, eller å bli styrt i tanker eller handlinger (Masi et al., 2006). Utviklingen av VEOS er som regel snikende, og i forkant av klare, psykotiske symptomer vil man ofte se et funksjonsfall. Funksjonsfallet kan komme til uttrykk på ulike vis som for eksempel vansker med skolefag, sosial tilbaketrekking, desorganisert eller underlig oppførsel, svekkelse i evnen til å utføre daglige rutiner og daglige ferdigheter, endring i spisemønster, endringer i følelsesliv, svekket impuls-kontroll og/eller økt grad av fiendtlighet og aggresjon (Masi et al., 2006; Maydell, van der Walt, Roos, Scribante & Ladikos, 2009; Reimherr & McClellan, 2004).

I en VEOS-studie, fant Maydell og medarbeidere (Maydell et al., 2009) at barn som var utsatt for minst en stressfaktor (skilsmisse, flytting, død forelder, misbruk) hadde en tidligere debut av psykose enn resten av utvalget. Mange studier har vist at denne undergruppen av schizofreni har en relativt dårlig prognose hvor mellom 50 – 90 % fortsatte å ha schizofreni fram til voksen alder. Remisjon har blitt rapportert i 12-27 % av tilfellene. Dårligst prognose har de med snikende debut, stor grad av utviklingsmessige avvik og debut før ti år (Nicolson et al., 2000; Masi et al., 2006). Det er i denne sammenheng viktig å huske at sen oppdagelse og for liten kunnskap om adekvate tiltak kanskje bidrar til disse tallene.

Som ved andre psykoser er det mange av dem man mistenker for å ha VEOS som ikke har lidelsen. Av 1300 barn som ble henvist for mulig VEOS, var det 215

som ble intervjuet etter screening. 64 av dem viste seg å ha symptomer som tilfredsstilte en VEOS schizofreni (Masi et al., 2006; Calderoni et al., 2001). 0

### **Et tenkt kasus - "Line" 11 år**

Line ble henvist til BUP da hun var 5 år etter store problemer med jevnaldrende i barnehagen, og sammensatte problemer med mistanke om en autismspekterlidelse. Man fant ved utredning vansker med oppmerksomhet/konsentrasjon og eksekutivfunksjoner, og til tross for autismlignende problemer, var ingen av symptomene alvorlige nok til at det var riktig å sette en autismspekterdiagnose. Hun ble testet med WIPPSI, uten at alle testene ble gjennomført, og det ble estimert en IQ skåre på ca 80. Man fant også noen soft-signs i form av finmotoriske koordinasjonsvansker og medbevegelser. Lines foreldre hadde begge psykiske vansker, mor en alvorlig tilbakevendende depressiv lidelse og far en schizofrenilidelse. Da hun var 4 år ble hun plassert i fosterhjem på grunn av utilstrekkelige omsorgsbetingelser. Fosterforeldrene sier at hun har vært sky helt siden hun kom til dem. Hun har likt best å leke alene, og ikke likt større forsamlinger på skolen, eller at de har hatt mye gjester hjemme og lignende. Hun har hatt venner i barnehagen, og det har fungert ganske greit å leke 1-1 men sammen med flere trakk hun seg ofte tilbake eller havnet i klammeri. Line levde seg veldig inn i leken både i barnehagen og hjemme. Hun hadde en livlig fantasi, og kunne leke med dukkene sine i timevis. Hun hadde en fiktiv lekevenn, "Bollus" som hun hadde med i leken over alt. Hun oppførte seg overfor "Bollus" som om han var levende. Line hadde stort behov for å ha kontroll og oversikt, og hvis noen ødela hennes systemer eller hun ikke kunne følge sine rutiner og regler endte det fort opp med sinneutbrudd.

Starten av 1. klasse gikk relativt greit, men etter hvert utviklet det seg større vansker på skolen. Hun kom oftere i klammeri med jevnaldrende, og hun trakk seg mer tilbake i skolegården. Hun hadde tiltakende underlig atferd ved å snakke med seg selv eller "Bollus", og noen ganger kunne det også se ut som om hun trodde at det var andre tilstede. Hun ble mer desorganisert i måten å snakke på, og noen ganger var det vanskelig å følge hennes tankegang. Hun begynte å gjøre rare ting som å sette seg under pulten, smyge seg langs med veggene og leke at hun var en hund når hun var ute i skolegården. Til tider kunne hun stoppe opp og se ut til å falle helt i transe, og tidvis virket det som om hun var veldig forvirret og for eksempel ikke visste hva veien hun bodde i het eller navnet på kusiner og fettere. Leken virket også mer desorganisert, også når hun var alene. Hun måtte alltid ha med alle dukkene og alle bamsene i leken, og for de voksne som forsøke å leke med henne virket

leken noen ganger underlig, springende og dukkene og bamsene ble levendegjort i uvanlig stor grad.

Hennes vansker med jevnaldrende, tilbaketrekningen og fantasivennen var lenge blitt forstått som funksjonelt i forhold til hennes tidlige erfaringer og omsorgsplasseringen. Da problemene tiltok heller enn å avta, begynte man å lure på om hennes vansker skyldtes mer alvorlig psykopatologi og det ble gjort en grundig utredning. Det kom da fram at Line hadde mange indre opplevelser som styrte hennes hverdag. I tillegg til "Bollus", hadde også dukkene og bamsene blitt levendegjort. Dukkene var alle guder, og bamsene var djevler (fosterfar var prest). Men "Bollus" var "gudeguden" som bestemte over både gudene, djevlene og menneskene. Hun og "Bollus" hadde planlagt hvordan hun kunne få de samme kreftene som "Bollus" og bli en menneskelig variant av gudeguden fordi "Bollus" ikke kunne klare å styre alt dette alene. "Bollus" hadde bestemt at for å bli gudegud måtte hun gjøre slemme ting med foreldrene og vennene for å vise at hun var sterk nok til å ha en sånn posisjon. Hun sa at hun hadde planlagt hva hun kunne gjøre, men at det ikke skulle skje enda, og at hun ikke fikk lov av "Bollus" å si mer for da ville han straffe henne selv om han egentlig var glad i henne..

Kombinasjonen av genetisk risiko, premorbide vansker, tiltakende tilbaketrekning og underlig atferd i kombinasjon med en fantasiverden som hun var overbeist om og som ble vurdert som bisarr, medførte at man tenkte dette kunne være en tidlig debut av schizofreni.



# Early Onset Schizophrenia (EOS)/Adolescent Onset schizophrenia (AOS)

EOS eller AOS er betegnelsene det er vanlig å bruke ved schizofrenidebut mellom 13 og 18 år. Debuten er ofte snikende, og man antar en kontinuitet mellom VEOS og EOS, med symptomer som med økende alder gradvis nærmer seg den man finner hos voksne (Biswas, Malhotra, Malhotra & Gupta, 2006). Tar man hele psykospekteret i betraktning, antas prevalensen av psykose å være inntil 1 % i ungdomsgruppen (Biederman et al., 2004). Prevalensen av schizofreni i aldersgruppen anslås i litteraturen å være 0,2 - 0,5 % med økende forekomst med økt alder (Moran, 2007; Gillberg, 2001; Pagsberg, 2006). Diagnosekriterier for schizofreni er ulike i DSM-IV og ICD-10, det er få studier som har vurdert innsidens og prevalens, og de studier som foreligger har anvendt ulik definisjon av schizofreni/psykose. Tallene er derfor usikre. Schimmelmann og medarbeidere (Schimmelmann, Conus, Cotton, McGorry & Lambert, 2007) fant i sin studie fra en tidligintervensjonsklinikk at nær 20 % av en psykosepopulasjon hadde debut under 18 år. Når man så på hvem som tilfredsstilte kriteriene for en schizofrenidiagnose, fant de at en tredjedel av personene i denne diagnosegruppen debuterte før de var 18. I nye retningslinjer for psykoser hos unge under 18 år som er under utarbeidelse i England (NICE, 2011), vises det til at 0,4 % av ungdomspopulasjonen var registrert med en psykospekterlidelse. Blant barn og unge som er henvist til psykisk helsevern, har studier vist en forekomst av 4-8 % med psykose (Biederman et al., 2004), og registerdataene fra NICE, viser at schizofreni stod for 24,5 % av innleggelsene i sengepost hos unge i alderen 10-18 år.

## Psykose som et "syndrom" og gradvis utvikling av symptomer

Personer med psykose har ofte et knippe av symptomer som forekommer samtidig og som er utviklet over tid – for eksempel hallusinasjoner, tilbaketrekking, desorganisering, tvang, depresjon m.m. Ofte kan det være slik at enkeltsymptomer hver for seg kan forstås ut fra en psykologisk ramme (angst, tvang, rigiditet, funksjonelle stemmer, vansker på skolen etc.), eller oppfattes som del av et vidt normalitetsspekter. Når det forekommer mange parallelle symptomer står man i fare for å overse en alvorlig psykose dersom man ikke vurderer helheten i symptomatologi men fokuserer på enkeltsymptomer. Listen under gir eksempler på symptomer som hver for seg kan oppfattes som del av et normalspekter, eller "vanlige ungdomsproblemer"

men som når de forekommer flere samtidig gir grunn til bekymring.

- Trekker seg tilbake fra familie og venner
- Angst; er f.eks redd for å gå ut av huset eller redd for å møte mennesker
- Funksjonsfall på skolen eller i ADL-ferdigheter
- Kutter ut trening og hobbyer
- Dårlig hygiene
- Motoriske forstyrrelser
- Redusert stresstoleranse
- Vansker med konsentrasjon og oppmerksomhet
- Sover dårlig, snur døgnnet
- Ekstrem opptatthet av et spesielt tema
- Endringer i persepsjon
- Endringer i opplevelse av – og uttrykking av følelser
- Forvirring; snakker/skriver om ting som ikke gir mening
- Variabelt funksjonsnivå eller stemnings-svingninger
- Depresjon/tristhet/selvskadning/selv-mordstanker
- Underlige reaksjoner – kan for eksempel le når noe er trist
- Tvang/ritualer
- Reguleringsvansker; store sinneutbrudd
- Hallusinasjoner; visuelle, auditive eller taktile
- Tankepåvirkning/tankelesing
- Tankeforstyrrelser; "tankekjør", "tankestopp"
- Uvirkelighetsfølelse
- Mistenksomhet; opplevelse av å bli sett, forfulgt eller lignende
- Grandiositet - Opplevelse av å være helt spesiell

(McGlashan, Walsh & Woods, 2010; Yung, Klosterkötter & Cornblatt & Schultze-Lütter, 2009)

# Prodromalfase og funksjonsfall

Det er vanlig å beskrive fasen før psykosedebut som prodromalfasen. Denne fasen kan vare lenge, fra 1-5 år, og er kjennetegnet av en snikende utvikling av symptomer og ofte et tydelig funksjonsfall i forbindelse med eller rett før sykdomsdebut. Symptomene i prodromalfasen er foreløpig ikke av en art som defineres som psykotisk. Her i Norge har Paul Møller stått for forskning på symptomer som går forut for psykosen. Disse symptomene kalles for basis- eller grunnsymptomer som er til stede både før, under og etter en psykotisk periode. Noe av det som kjennetegner disse basissymptomene er at de er indre, subjektive opplevelser som ikke ”synes utenpå”. Forstyrret selvopplevelse er et fremtredende trekk ved disse symptomene og kan arte seg ved at man for eksempel ikke lenger forstår de selvfølgelige sammenhengene i tilværelsen, eller at man tviler på egen eksistens og mister følelsen av basal vitalitet (Møller, 2005). I en nylig publisert doktorgrad fant Haug og medarbeidere (2012) at disse symptomene kunne skille en tidlig fase av affektiv psykose fra schizofreni. En dansk doktorgradsavhandling fra 2011 ser ut til å være foreløpig det eneste studiet som er gjort med bruk av EASE i barne- og ungdomspopulasjonen. Der fant Stenstrøm (Stenstrøm, 2011) at selvforstyrrelser målt med EASE også var til stede hos unge. Dette er en kvalitativ studie med få deltakere, og funnene må repliseres.

Under ser vi noen pasientsitater som eksempler på svekket subjektivitetsfølelse (Møller, 2005):

- ”Noe inni meg har blitt umenneskelig”
- ”Jeg-et mitt forsvinner”
- ”Jeg er ikke en del av denne verden”
- ”Jeg liksom betrakter min egen sansning, jeg opplever den ikke direkte”
- ”Jeg vet ikke lenger hva en samtale er”
- ”Dette dreier seg ikke om kunnskap, det kommer før kunnskap, det som jeg har mistet er så alminnelig at ethvert barn har det ”
- ”Tankene og tenkningen min er helt ødelagt”
- ”Jeg kan ikke lenger lese andre, folk er alltid et mysterium for meg ”

## Funksjonsfall

Vanligvis ser man et funksjonsfall i forbindelse med sykdomsdebut som medfører at ungdommen ikke lenger får til de samme tingene som før enten på skole, hjemme eller andre arenaer (Reimherr & McClellan, 2004). Eksempelvis kan det være at en som var god til

å spille fotball ikke får til noe på banen lenger, man klarer ikke lage mat hjemme eller spise sammen med de andre i familien, man mestrer ikke lenger sosiale arenaer eller har dårligere skoleprestasjoner enn tidligere uten at dette kan forklares på noe vis. Ved vurdering av funksjonsfall, er det viktig å ikke bare se etter observerbar atferd, men også vurdere mulige skjulte funksjonsfall. Et eksempel på slikt skjult funksjonsfall kan være en elev som fremdeles har gode karakterer på skolen, men nå bruker veldig mye mer tid enn før på skolearbeidet eller blir mye mer sliten av det enn tidligere.

Det er evidens for at de hjerneorganiske endringene og det nevrokognitive funksjonsfallet som er vanlig ved schizofreni vanligvis skjer i perioden rett før sykdomsdebut, og at lengre varighet av ubehandlet psykose er forbundet med større grad av hjerneorganiske endringer (Correll, Hauser, Auther & Cornblatt, 2010). Suicidforsøk er også hyppigst i prodromalfasen (Andrioupolos, Ellul, Skoku & Beratis, 2010).

## Hvordan går det med dem?

Tradisjonelt sett har det blitt hevdet at barn og unge med psykose har dårligere prognose enn voksne med samme lidelse (Reichert, Kreiker, Mehler-Wez & Warnke, 2008). Det viser seg at det er grunn til å se nærmere på dette ettersom vi har fått ny kunnskap i fagfeltet.

Når det gjelder voksne opererer man gjerne med tall som tilsier at omkring 1/3 blir friske etter en sykdoms-episode, 1/3 utvikler kronisk lidelse og de resterende er et sted mellom disse (VanOs & Kapur, 2009; Helsedirektoratet, 2012). For barn med Very Early Onset viser ulike studier at 50-90 % har en kronisk utvikling, mens 12-27 % har full remisjon (Masi et al., 2006). En oppfølgingsstudie over 14 år av ungdom med schizofreni innlagt i sengepost viste at 33,3 % hadde kun en innleggelse, 14,8 % hadde kun en rask tur innom avdeling i etterkant, mens 51,8 % hadde minst to innleggelser. 77,8 % av dem hadde kontakt med psykisk helsevern 14 år etter første innleggelse (Reichert et al., 2008).

Mange av oppfølgingsstudiene som er gjort på ungdom med schizofreni har tatt utgangspunkt i hospitaliserte pasienter. Dersom man tar i betraktning at det er de dårligste som blir innlagt, at varigheten av ubehandlet psykose er lengre hos ungdom enn hos voksne (Jeppesen et al., 2008; Joa et al., 2009), og at prognose generelt sett er dårligst hos personer med lang varighet

av ubehandlet psykose (Hegelstad et al., 2012), sier talene over muligens mer om gruppen ungdom med lang VUP enn ungdom med psykose som ikke er hospitaliserte. Det er heller ikke skilt ut faktorer som premorbid funksjon og grad av komorbiditet, som begge kan ha betydning for prognose. En nyere studie som gir grunn til større behandlingsoptimisme enn tidligere antatt er gjort av Amminger og medarbeidere (Amminger et al., 2012). Ungdom og voksne med psykoselidelse fikk samme behandling i en tidlig intervensjonsklinikk i Australia. Denne studien viste at ungdommene generelt sett hadde bedre behandlingsresultat enn de voksne som fikk samme behandlingsopplegg.

### Et tenkt kasus - Preben, 17 år

*Preben er en gutt på 17 år som bor hjemme hos sine foreldre. Foreldrene er velutdannede med gode jobber, men begge sliter på sitt plan; far med alkoholmisbruk og mor med psykiske vansker. Barnevernet har vært inne i bildet i flere år, og enkelte hjelpetiltak er iverksatt.*

*Preben beskrives som et barn som alltid har vært litt stille, beskjeden og pliktoppfyllende. Han har likt å holde på med ting alene, og har ikke vært glad for store sammenkomster eller store endringer i livet. Han har trivdes best når ting har vært i sin vante form og hatt store reaksjoner ved brudd på selv små hverdagslige vaner. Preben har alltid vært pliktoppfyllende på skolen, og har hatt en tendens til å fordype seg veldig i noen spesifikke temaer innenfor RLE og naturfag. Han har hatt en traumatisk opplevelse, et seksuelt overgrep fra en mann i nabolaget da han var 12. Han hadde også en reaksjon etter tur til Auswitch med skolen i starten av 10. klasse. Han opplevde besøket der som voldsomt og hadde angst under hele resten av turen. Foreldrene fikk første gang bekymring for Preben sin psyke etter turen til Auswitch. Han begynte på denne tiden å trekke seg tilbake fra de andre i klassen, sluttet gradvis å bry seg om utseendet, og han sluttet å være interessert i å bli med foreldrene på aktiviteter han tidligere likte. Fra skolen ble det mot slutten av 10. klasse rapportert at han til tider oppførte seg rart. Han kunne stoppe opp midt i en handling, og han som tidligere gjorde alt "riktig" virket ofte forvirret, fant fram feil bøker til timen, kunne sette seg på gal pult, og forlot ofte timen uten å spørre om eller gi beskjed om dette. Han trakk seg også i økende grad bort fra sosiale relasjoner og gjemte seg i friminuttene for å slippe å snakke med noen.*

*I intervjusituasjonene fremstod Preben som tilbaketrukket og lite spontan. Han hadde lang latenstid for å svare på spørsmål, og han så ut til å streve med å finne ordene. Han virket mimikkfattig. Det kom fram at han slet med angst, nervøsitet og bekymring, store deler av dagen de*

*fleste dager i uken. Han var da anspent, bekymret og hadde skjelveøkter og hjertebank. Det hendte at dette gikk over i panikkanfall. Han hadde vansker med å sette ord på og gradere dette, fordi han fikk et litt tvangsmessig forhold til at alt skal kategoriseres helt riktig. Panikkanfallene forekommer minst en gang i uken.*

*Preben forteller at han hører flere stemmer som er like klare og tydelige som stemmer som kommer utenfra. Han har vansker med å gjøre rede for om stemmene er som om de var på "ekte", men han handler på instruks fra dem. Han kan identifisere en guttестemme som har vært der "hele livet", og en mannsstemme som beskrives som slem. De andre stemmene er ikke knyttet til noen person. Stemmene snakker ofte seg i mellom og de instruerer ham ofte i hva han skal gjøre, for eksempel at han må skade seg. Stemmene kan også dirigere hans tenkning og dra ham inn i tankerekker han ikke klarer å bryte. Han har også synshallusinasjoner i form av "aliens", rare vesener, skygger og lysglimt. Lukthallusinasjoner er også rapportert. Det kan komme rare lukter fra huset og rare lukter fra menneskene som han ikke tror at andre registrerer og som han sier at må være en form for gass.*

*Ved spørsmål om tankeoverføring, mener han ikke at andre kan lese hans tanker, men mener at noen kontrollerer tankene og muligens også setter inn tanker hos ham. Han beskriver etter hvert en logikk rundt dette som tilsynelatende ikke følger en "common sense" logikk. Det kommer fram i under utredningen at stemmene styrer denne logikken, og hva han får lov til å si og ikke. Når vi kommer inn på dette temaet blir han vag, vender seg ofte bort og beveger på leppene som om hann snakker med noen. Preben virker generelt lite mistenksom og sier at han stoler på folk, men forteller samtidig at på spesielle dager har folk dårlig hensikter. Han får et varsel om det dagen før så han føler seg forberedt. På direkte spørsmål bekrefter han at det er stemmene som varsler han, men nekter å si mer om det. Etter å ha fortalt dette gir han uttrykk for at "nå blir det bråk", uten å redegjøre mer for hva han mener.*

*Ved intervjuing med SIMP, forteller Preben at han ikke skjønner vitsen med å ha så mye og tett kontakt med andre mennesker. Han sier han lever litt tilbaketrukket og har uttrykk som at "jeg har ikke så mye blant andre ungdommer å gjøre" og "jeg er ikke et ekte menneske, skjønner du". Ved spørsmål om forandrede selv-opplevelser, beskrives en uvirkelighetsfølelse som har kommet snikende i løpet av det siste året. Han kjenner seg igjen på utsagn som "jeg føler meg uvirkelig eller fremmed, jeg vet ikke lenger hvem jeg er, det føles som om jeg ikke er helt tilstede, jeg føler meg helt fjern eller likegyldig".*

Han forteller også at han har mye tankekjør, at han alltid har vært litt grublete, men at dette har tiltatt. Han er veldig opptatt av å måtte følge tankene sine, som kan gå i alle retninger. De kan enten være et tankekjør som utvider seg til å bli tanker i alle retninger, men tankene kan også gå innover og stoppe som i et vakuum. Da blir alt helt svart, og han kan glemme hvor han er eller hva han holder på med. Preben sier at han har slitt med denne typen tankekjør omtrent hver dag det siste året.

Preben har store humørsvingninger med hyppig variasjon i stemningsleie. Han innrømmer at han har tanker

om å skade seg selv, men sier at dette ofte er styrt av stemmene og systemet. Han innrømmer også at han har hatt tanker om å gjøre slutt på livet og har veldig mye dårlig samvittighet i forhold til dette.

Kombinasjonen av negative symptomer, hallusinasjoner, influens, tankeforstyrrelser og selvpålevelse tilfredsstillende kriterier for schizofreni. Hans noe "schizoide" personlighet fra barnsben av styrket denne hypotesen.

---

## Affektive psykoser

Affektive lidelser hos unge (bipolar, mani og depresjon) er karakterisert ved episodisk tilstandsbilde med hovedsakelig depressive og blandete stemningssymptomer og raske stemningssvingninger (Birmaher et al., 2009), og oftere enn hos voksne er psykosesymptomer en del av tilstandsbildet hos de som debuterer tidlig (Pavuluri, Naylor & Janicac, 2002). I disse tilfellene er hallusinasjoner mer vanlig enn systematiske vrangforestillinger. Differensialdiagnostiseringen mellom schizofreni og affektiv psykose kan være vanskelig, og Meyer & Meyer (2009) fant at tilstedeværelse av hallusinasjoner ofte medførte at man ikke diagnostiserte en bipolar lidelse til tross for at alle symptomer for lidelsen var tilstede, noe som har uheldige implikasjoner for behandlingen.

Ofte blir bipolaritet hos unge beskrevet som atypisk i forhold til samme lidelse hos voksne da de har mye hyppigere faser med mani og depressivitet som betegnes "rapid cyckling". Humørsvingningene kan forekomme opptil flere ganger pr dag (AACAP, 2007). Hos de yngste er lidelsen også assosiert med ADHD eller ADHD-lignende symptomer. Bipolar lidelse med debut i barneårene er som regel kjennetegnet ved maniske symptomer som påfallende emosjoner, irritabilitet, grandiositet, endringer i søvnmønster, taleflom, påfallende målrettet aktivitet, risikoatferd og seksualisert atferd, samt depressive symptomer som tilbaketrekking, tristhet, gråt, irritabilitet, hyppige humørsvingninger og selvskadning. Som ved schizofreni er den juvenile formen ledsaget av større grad av utviklingsmessige avvik og større grad av komorbiditet enn ved en senere debut. Disse avvikene er ikke ulike de man finner ved VEOS, det vil si funksjonsfall, sosiale vansker, konsentrasjons-, oppmerksomhets- og atferdsvansker og mye tvang (Duffy, Alda, Hajek, Sherry & Grof, 2009; Pavuluri et al., 2002; Geller & Luby, 1997).

Ulike studier viser at inntil 60 % av barn og ungdom som får affektive lidelser har psykose som en del av symptombildet (Pavuluri et al., 2002). Blant de unge som har psykose som en del av tilstandsbildet er det funnet høyere rate av komorbide lidelser, familiehistorie med psykose og generelt sett dårligere funksjon på mange områder (Hua et al., 2011). Sammenlignet med schizofreni er det likevel mindre grad av premorbide vansker og utviklingsmessige avvik, snikende utvikling er mindre vanlig og barn med bipolar psykose har ofte mer vitalitet enn hva som er tilfellet ved schizofreni. Pasienter må som regel følges over tid for å få satt en reliabel diagnose, og ofte vil en familiehistorie med affektiv lidelse være en nyttig indikator på om lidelsen ligger i dette spekteret (Masi et al., 2006).

Prognosen for bipolar lidelse hos barn og unge beskrives som relativt god, men mange får ett eller flere tilbakefall. Forhold som er forbundet med tilbakefall og dårligere prognose er Schneiderianske psykosesymptomer (opplevelse av å bli kontrollert, tankekringkasting, tankeblokk, tankeinnsetting, kommenterende stemmer), psykopatologi i barndommen, depressiv fenomenologi og ung alder ved første hospitalisering (Carlson, Chang, Ruggero & Bromet, 2012). Også her vil premorbid funksjon, debutalder og grad av komorbiditet være av betydning.

Det er holdepunkter for at det også ved affektive lidelser er viktig med tidlig intervensjon for å bedre klinisk resultat og forhindre utvikling av sekundære symptomer (Berk et al., 2009). Som ved schizofreni ser man også her en prodromalfase som er kjennetegnet ved dysregulering av humør og energi, men disse symptomene er så uspesifikke at det ikke er mulig å forutsi utviklingen av bipolaritet ut fra disse tegnene alene (Skjelstad, Malt og Holte, 2010).

### Schizoaffektiv lidelse

Schizoaffektiv lidelse anses å være den minst reliable av psykosediagnosene for ungdom. Kriteriene for å sette diagnosen er noe ulik i DSM-IV og ICD-10, men begge krever distinkte perioder med psykotiske symptomer uavhengig av de affektive periodene. Det er vanskelig å sette denne diagnosen hos unge pasienter med kortere sykdomshistorie, da det klare schizoaffektive mønsteret ikke er fremtredende. Ofte får pasienter med schizofreni, som i tillegg har stemnings symptomer, diagnosen schizoaffektiv lidelse. Det samme gjelder pasienter som har en klar stemningslidelse med en åpenbar psykose (Reimherr & McClellan, 2004; McClellan, Curry & Speltz, 2002).

### Kunstige skiller mellom psykosediagnosene?

Flere nyere studier viser til at det er vanskelig å definere grenseoppgangene mellom de ulike psykoselidelsene i barne- og ungdomsårene og i tidlige faser av sykdomsutvikling også hos voksne (van Os & Kapur, 2009). Til tross for forskjeller, er det mange

likhetstrekk mellom schizofreni, schizoaffektiv lidelse og affektiv psykose når det gjelder positive symptomer, atferdsproblemer eller dysfori. Det er også slik at tankeforstyrrelser og vrangforestillinger forekommer oftere hos ungdom enn voksne med mani (McClelland et al., 2002; Frazier et al., 2007). Likhetstrekkene gjelder også for prodromalfasen. Corell og medarbeidere (Correl et al., 2007) fant at over 50 % av ungdommene med affektiv psykose i sitt utvalg hadde hatt en snikende prodromalfase med fenotypiske likheter med prodromalfasen slik man kjenner den ved schizofreni. Det foreligger også studier som viser likheter i premorbid funksjon hos ungdom med affektiv psykose og schizofreni. De som utviklet schizofreni hadde imidlertid større grad av tilbaketrekking og sosial isolasjon i forkant av sykdomsdebut. (McClellan et al., 2002; McClelland, Breiger, McCurry & Hlastala, 2003), større grad av vansker i ungdomstiden, og større grad av lærevansker og vansker med skolefag (Ullman, Levine, Reichenberg & Rabinowitz, 2012).

---

## Høyrisikogrupper

Tidlig intervensjon har vist seg å være viktig ved psykoser for å bedre prognose og redusere lidelse (McGorry et al., 2007). I den senere tid har mange fagmiljøer vært opptatt av å undersøke om det er mulig å forebygge psykoser ved å intervenere når de første symptomene oppstår, før symptomene er alvorlige nok til å kalles psykotiske. Foreløpig har man ikke klart å finne risikosymptomer som er spesifikke nok til å predikere psykoseutvikling, men likevel har man funnet at noen grupper av symptomer medfører økt risiko for å utvikle psykose (Ruhrmann et al., 2010).

Eksempler på kategorisering av risikosymptomer er Attenuated Positive Symptoms og Brief Intermittent Psychosis Syndrome (Yung, Philips & Mc Gorry, 2004). Disse har sitt utspring i australsk og amerikansk forskning. Attenuated Positive Symptoms innebærer psykoselignende symptomer som tankeinnhold ut over det normale, mistenksomhet og eller desorganisert kommunikasjon under terskelnivå for psykose. Symptomene har begynt eller forverret seg i løpet av det siste året og forekommer minst en gang i uken i minst en måned. En annen måte å måle psykoserisiko er ved det man kaller Brief Intermittent Psychosis Syndrome. Her vurderes psykotisk uvanlig tankeinnhold, mistenksomhet, grandiositet, perseptuelle avvik og/eller desor-

ganisert kommunikasjon som klart befinner seg under terskelnivå for psykose. Symptomene skal ha begynt i løpet av de tre siste månedene og forekomme minst flere minutter pr dag og minst en gang i måneden. I tillegg ser man etter genetisk risiko og funksjonsfall det siste året.

Definisjonene for når symptomene regnes for psykotiske er når de innebærer åpenbart uvanlig tankeinnhold, mistenksomhet, grandiositet, perseptuelle avvik, og/eller desorganisert kommunikasjon. I tillegg skal symptomene enten være desorganiserte eller farlige – eller de skjer mer enn en time om dagen mer enn fire ganger i uken den siste måneden. Det er utviklet flere instrumenter for å kartlegge mulig psykoserisiko. Ett av disse, Structured Interview for Prodromal Symptoms (SIPS) (Mc Glashan, Walsh & Woods, 2010), er oversatt til norsk og er et nyttig intervju for å kartlegge og gradere symptomer i forhold til om det er snakk om risiko eller om det er psykosegjennombrudd. Instrumentet er tilpasset aldersgruppen 15 år og oppover, og i mangel av standardiserte kartleggingsinstrumenter for gruppen under 15 bruker vi det også lengre ned i alder. Det holdes jevnlig kurs i SIPS ved TIPS-Sør-Øst.

Det er evidens for at personer med psykoserisiko har større opplevd stressbyrde og svekkede beskyttelsesfaktorer, noe som tydeliggjør viktigheten av psykososiale metoder i behandling (Preussner, Iyer, Rafidi, Joobar & Malla, 2011), og medikamentelle tiltak forsøkes unngått i denne fasen (Helsedirektoratet, 2012). Det er også viktig å være klar over at det vi har av kunnskap om UHR er basert på voksenpopulasjoner, ikke barn og ungdom. Utviklingsperspektivet må alltid tas i betraktning når vi gjør vurdering av symptomer.

Under vises en liste over de vanligste risikosymptomene/prodromalsymptomene.

Symptomene er vurdert i retrospekt, etter debut av psykoselidelse (Yung & Mc Gorry, 1996):

- Redusert konsentrasjon og oppmerksomhet
- Redusert driv og motivasjon
- Depresjon
- Søvnforstyrrelser
- Angst
- Sosial tilbaketrekking
- Mistenksomhet
- Fall i sosial funksjon
- Irritabilitet

Fra Europa kommer det en annen forskningstradisjon som også har hatt fokus på å fange opp pasienter i en

før-psykotisk fase. I denne tradisjonen er man opp-tatt av såkalte ”basic symptoms”, som ikke er så ulike de symptomer som er beskrevet av Møller (2005) i prodromalfasen. Basissymptomer inkluderer milde, subkliniske men ofte ubehagelige endringer i drift, affekt, tanker, språk, persepsjon, motorisk aktivitet og vegetative symptomer.

Et instrument som fanger opp ”basic symptoms” er Schizophrenia Prediction Instrument-Adult version (SPI-A). I følge denne tradisjonen skal minst to av de ni følgende basic-symptomene være tilstede for at man vurderer pasienten for å være i høyrisiko for psykose (Schultze-Lutter et al., 2012):

- Vansker med delt oppmerksomhet
- Tanke-interferens
- Tankepress
- Tankeblokk
- Forstyrrelse av receptivt språk
- Forstyrrelse av ekspressivt språk
- Forstyrrelser i abstrakt tenkning (konkretisme)
- Influenssymptomer
- Oppmerksomhet styrt mot detaljer i det visuelle felt

---

## Komorbide (samtidige) tilstander og premorbid funksjonsnivå

Ved tidlig psykosedebut er komorbide tilstander svært vanlig (Welham et al., 2008). I en studie av 82 barn i alderen 4-15 år med Childhood Onset Schizophrenia hadde 99 % av utvalget en eller flere komorbide tilstander (Ross, Heinlein, & Tregallas, 2006). De vanligste sammenfallende tilstandene de fant, var ADHD, opposisjonell atferdsforstyrrelse, depresjon og separasjonsangst. Det er også rapportert stor grad av tvang/rigiditet (Rodowski, Cagande & Riddle, 2008), sosiale og emosjonelle vansker (McClellan, et al., 2003) og språkvansker (Mazza et al., 2008). Ross og medarbeidere fant at disse barna sjelden fikk behandling for de komorbide tilstandene.

### Eksempler på komorbiditet ved schizofreni:

- Rus
- Tvang
- Identitetsforstyrrelse

- Kønnsidentitet
- Angst
- Tvang
- Depresjon
- Spiseforstyrrelser
- Dissosiasjon
- Autisme
- ADHD
- Språkvansker
- Psykisk utviklingshemming
- Syndromer

Calderoni og medarbeidere (Calderoni et al., 2001) fant at 27 % av ungdom med psykoselidelse hadde en komorbid stemningslidelse. De fant også at psykotiske symptomer hos ungdom var vanlig ved mange andre lidelser enn schizofreni, spesielt bipolar lidelse hvor de fant psykose i 23 % av tilfellene. Denne studien viste

også høy grad av assosiasjon mellom psykose og bipolar lidelse, OCD og Asperger syndrom.

En rekke studier viser at personer som utvikler psykose tidlig som regel har en del forstyrrelser i premorbid funksjon. Aggresjon, atferdsforstyrrelser, tankeforstyrrelser, tilbaketrekning og sosiale vansker er vanlige forløpere hos barn som senere utvikler psykose (Monte, Goulding & Compton, 2008; Tarbox & Pogue-Geile, 2008; Welham et al., 2008; McClellan et al., 2003; Niemi, Suvisaari, Tuulio-Henriksson & Lønnquist, 2003). Dette er også godt dokumentert gjennom en rekke fødselskohortstudier (Welham, Isohanni, Jones & McGrath, 2009). En konsekvens av dette er at de ofte har hatt flere diagnoser før de ender opp med en tilstand innen psykospekteret. Symptomer utvikles over tid, og når man vet at tilstandsbildet til enhver tid er komplekst, er det viktig å huske å gjøre en systematisk rediagnostisering med jevne mellomrom.

### Rusmisbruk

Reimherr & McClellan (2004) viser til en gjennomgang av studier som tilsier at minst 1/3 av ungdom med schizofreni eller schizoaffektiv lidelse også har problemer med rusmisbruk, spesielt alkohol og cannabis. Det er ikke uvanlig at ungdom som misbruker alkohol eller illegale stoffer holder dette skjult, eller at de underrapporterer sitt misbruk. Kartlegging av rusbruk må derfor gjøres systematisk, og har man vage indikasjoner på rusmisbruk må man ha fokus på dette selv når ungdommen avviser slik bruk. Rusmisbruk er sjelden noe problem blant de som debuterer med psykose før 13 år (Reimherr & McClellan, 2004). Ungdom må spørres direkte om rus, både type rus og omfang. Kiddie-Sads har en egen seksjon for kartlegging av rusmisbruk. Selvrapporteringsinstrumenter som AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) og DUDIT (Drug Disorder Identification Test) kan også brukes til dette formålet.

## De vanligste differensialdiagnostiske utfordringene

De vanligste differensialdiagnosene ved schizofreni hos barn og ungdom er i tillegg til affektiv psykose, ulike medisinske/organiske tilstander, OCD, PDD/Asperger syndrom og dissosiative tilstander. I tillegg opplever store deler av normalpopulasjonen til tider ikke-psykotiske hallusinasjoner og vrangforestillinger. Man må derfor vurdere bredden i symptomer før man konkluderer diagnostisk.

### Ikke psykotiske hallusinasjoner

I de senere årene har man blitt mer klar over at stemmehøring ikke bare forekommer ved alvorlige psykoser, men også ved mange andre psykiske lidelser og i normalpopulasjonen. 10-15 % av normalpopulasjonen har opplevd å høre stemmer (Sommer et al., 2010). Det forskes i dag på om det kan være et kontinuum mellom ikke-psykotisk og psykotisk stemmehøring (Larøi, 2012). Sammenligning mellom stemmerhørere i klinisk og ikke-klinisk utvalg, viste at gruppene ikke var forskjellige ifht om stemmene opplevdes å komme innenfra eller utenfra, antallet stemmer, volum eller personifisering av stemmene. Det som imidlertid skilte dem, var negativt emosjonelt ladet innhold, frekvensen av dem og hvor stor kontroll personen hadde over stemmene (Daalman et al., 2011; Choong, Hunter & Woodruff, 2007).

Auditive hallusinasjoner hos normalpopulasjonen oppstår ofte i yngre alder (ned til 12-års alder) (Daal-

man et al, 2011). Bartels-Velthuis og medarbeidere (Bartels-Velthuis, Jenner, van de Willige, van Os & Wiersma, 2010) fant en prevalens av stemmehøring hos 7-8 åringer på 9 %, men at dette representerte et problem kun for 15 %. I en epidemiologisk studie hadde 8 % av barna hallusinasjoner eller vrangforestillinger som ikke var forbundet med psykisk lidelse. Barna som hadde denne type symptomer hadde færre eller ingen premorbide vansker, handlet i mye mindre grad på hallusinasjonene, hadde sjelden vrangforestillinger, og hallusinasjonene var verken bisarre eller gjennomgripende. De hadde også hovedsakelig mye bedre sosial funksjon og ikke de motoriske vanskene og desorganiseringen som man ofte ser hos barn med psykoselidelse (Mc Gee i Masi et al. 2006). I en annen studie av psykoseliknende symptomer hos barn i alderen 9-11 år hadde 2/3 av et utvalg på 800 barn minst ett psykoseliknende symptom (ulik grad av stemmehøring, vrangforestilling etc.). De barna som hadde vrangforestillingsliknende symptomer, var i større risiko for psykopatologi enn dem uten slike symptomer (Laurens, Hobbs, Sunderland, Green & Mould, 2011).

Når vi utreder unge som hører stemmer, må vi derfor gå inn i innholdet og opplevelsen av stemmene for å vurdere dem. Et barn som hører stemmer innimellom, har kontroll over dem, ikke opplever dem som negative og ikke har andre psykiske vansker er ikke uten videre

i risiko for å utvikle psykose. I utredningsinstrumentet SIPS finner man klare kriterier for hva som skal til for at stemmene defineres som psykotiske.

Selv om stemmehøring kan være harmløst, bør vi vite at ikke-psykotisk stemmehøring i normalpopulasjonen er assosiert med mobbing og seksuelle traumer (Lataster et al., 2006) og at psykoselignende opplevelse i normalpopulasjonen er assosiert med signifikant dårligere helse og lavere grad av livskvalitet enn normalpopulasjon uten slike symptomer. Longitudinelle studier har vist at risikoen for å utvikle schizofrenispekterlidelse som voksen er 16 ganger så stor hos dem som har opplevd psykoselignende opplevelse som barn (Laurens et al., 2011). Dette taler for at barn med psykoselignende opplevelser bør følges opp til tross for fravær av andre psykiske vansker, slik at en eventuell forverring av symptomer fanges opp tidlig.

### Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (PDD) inkludert Asperger syndrom

De gjennomgripende utviklingsforstyrrelsene er kjennetegnet ved medfødte/ tidlige avvik i sosiale samspill, kvalitative avvik i kommunikasjon og repetitiv/stereotyp atferd. Man kan se mange av de samme fenomenene, som for eksempel svak sosial kompetanse, anhedoni, flat affekt, dårlig øyekontakt, emosjonell dysregulering, stereotyp atferd og alogi/språkfattigdom hos personer med PDD så vel som personer som har en aktiv psykose (Ghaziuddin, 2005). Mange av barna med svært tidlig debut av schizofreni (VEOS) har også mange av de samme utviklingsmessige avvikene i forhold til sosiale relasjoner og kommunikasjon som man ser hos barn med autisme (Solomon et al., 2011). I dag foreligger det mye dokumentasjon på at autisme og schizofreni er ulike lidelser, men det er med utgangspunkt i de rene kjernediagnosene. Senere års forskning gir grunn til å hevde at det er en god del likheter mellom noen mildere former for gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (blant annet Asperger syndrom) og schizofreni. (Nylander, Lugnegård & Hallerbäck, 2007; Ghaziuddin, 2005). Nylig har man også funnet at en undergruppe av barn med PDD-NOS, "Multiple Complex Developmental Disorder", har en overhyp-pighet for utvikling av psykose senere i livet (Sprong et al., 2008; Hollis, 2000).

Symptomer som kan likne hos personer med autisme og personer med en aktiv psykoselidelse. (Arraste-Gil, Martinez-Cengotiobengoa, M., & López-Peña, 2011).

- Rigiditet
- Underlig atferd

- *Tvang*
- *Emosjonell avflating*
- *Avvikende øyekontakt*
- *Mimikkfattighet*
- *Sosiale vansker*
- *Mannerismer*
- *Vansker med bruk og tolkning av kroppsspråk*
- *Pragmatiske språkvansker*
- *Konkret tenkning*

I tillegg har man funnet at personer med Asperger syndrom ofte har tankeforstyrrelser, bisarr atferd, desorganisert tenkning og dårlig realitetstesting. Feildiagnostisering kan derfor skje for begge grupper (Starling & Dossetor, 2009; Dossetor, 2007; Ghaziuddin, 2005). Vrangforestillinger er vanligst ved psykosene, men må utforskes nøye fordi det kan ligge en mer "autistisk logikk" bak forestillingen. De senere årene har det kommet en rekke artikler som påpeker store likheter i disse diagnosegruppene, og viktigheten av å forske videre på disse sammenhengene (Bevan Jones, Thapar, Lewis & Zammit, 2012; King & Lord 2012; Padgett, Miltsiou & Tiffin, 2010)

I en utredningsprosess er det viktig å være klar over gråsonene mellom disse lidelsene og kartlegge slike avvik grundig for å skille mellom symptomer som del av en medfødt gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (stabile symptomer), og hva som er debut av psykotiske symptomer (senere debut og mer fluktuerende i symptomer). Man må være klar over at et av de instrument-settene som så langt har vært regnet for å være gullstandarden for autismeutredning, ADI og ADOS ser ut til ikke å være tilstrekkelig sensitive for autisme (Reaven, Hepburn & Ross, 2008).

Arraste-Gil et al., (2011) Gir følgende råd for å lette differensialdiagnostiseringen:

- *Vær klar over gråsonen mellom lidelsene*
- *Observer den kliniske utvikling; ved schizofreni ser man ofte gjentakende episoder med dekompenisering/funksjonsfall*
- *Austimsespektertilstander er ikke episodiske men mer stabile i sitt forløp*
- *Se etter forvirring og fall i sosiale og akademisk utvikling som ofte forekommer ved schizofreni*
- *Gjør en nøye monitorering av medikamentell behandling (autismespekteret responderer ikke på antipsykotika)*

*Gjør en grundig klinisk utviklingsanamnese; autisme begynner i tidlige barneår – psykoselidelser sjelden i tidlige barneår, men debut mer vanlig i senere barneår*



og ungdomstiden. Det er særdeles viktig å tydeliggjøre når symptomene oppstod, hvor omfattende de har vært, og i hvilken grad de har variert gjennom oppveksten.

### Traumatiske psykoser / dissosiative tilstander

Psykoser er vanlig hos alvorlig traumatiserte personer. Som regel er de psykotiske symptomene isolert, men de kan også fremstå i mer kompleks form som ved dissosiativ identitetsforstyrrelse (Cepeda, 2007).

Differensialdiagnosen mellom psykose/schizofreni og dissosiasjon, spesielt kompleks PTSD kan være vanskelig å vurdere. Det kan se ut som om det er ulike tradisjoner i fagfeltet når det gjelder dette temaet, hvor noen mener at PTSD og schizofreni er helt distinkte diagnoser som f.eks Jessopp, Scott & Nurcombe (2008), mens andre hevder at traumer er så vanlige som forløpere til psykoser og schizofreni at det i svært mange tilfeller ikke gir mening å skille PTSD og schizofreni (Larkin & Read, 2008).

Det er økende evidens for at mange personer med schizofreni har vært utsatt for traumer i ulik grad, og at symptomene ved schizofreni og bipolare lidelser ofte er mer alvorlige hos personer som er utsatt for traumer (Read, van Os, Morrison & Ross, 2005). De senere årene har dette blitt viet stor forskningsmessig oppmerksomhet. Eksempelvis har en gruppe på 2759 barn som var utsatt for seksuelle overgrep blitt fulgt opp i 43 år. Man fant en overopphopning av ulike psykiske lidelser i gruppen. Mange hadde PTSD, men også personlighetsforstyrrelser, angst, rusmisbruk og psykosespekterlidelser (Cutajar et al., 2010a). De fant også at seksuelle overgrep som innebar penetrering økte risikoen for utvikling av psykoser og schizofreni (Cutajar et al., 2010b). Bebbington og medarbeidere (Bebbington et al., 2011) fant høy assosiasjon mellom seksuelt misbruk og psykoselidelser. I en studie av 102 pasienter med schizofreni, bipolar lidelse og schizoafektiv lidelse hadde 47, 5 % av dem opplevd minst ett barndomstraume (Alvárez et al., (2011). Blant dem som hadde schizofrenidiagnose, var debuten i snitt fire år tidligere hos personer med traumbakgrunn, og sykehusinnleggelsler var dobbelt så vanlig i denne gruppen.

Mange mener også at det å oppleve psykotiske symptomer i seg selv kan være traumatiserende, spesielt for barn og ungdom (Read et al., 2005). Dette støttes av fersk forskning hvor Bendall og medarbeidere (Bendall, Alvarez-Jimenez, Hulbert, McGorry & Jackson, 2012) har funnet at traumer i barndommen øker risikoen for å utvikle PTSD som følge av en førsteepisode psykose, noe som er forståelig i forhold til funn

som viser at personer som har vært utsatt for barndomstraumer har økt stresssensitivitet for en rekke belastninger av både hverdagslig og mer dramatisk karakter (Lardinois, Lataster, Mengelers, van Os & Myin-Geymers, 2011).

I den grad det er mulig å skille PTSD/Dissosiasjon og psykose, er det hevdet at hallusinasjoner hos traumatiserte barn som regel er nært knyttet opp mot overgrepssituasjonen og er ofte mer fluktuerende enn hallusinasjoner ved schizofreni (Cepeda, 2007). Positive symptomer er ofte mer fremtredende hos traumatiserte barn, mens negative symptomer, kognitive svikt og de utviklingsmessige avvik man ofte ser hos dem som utvikler schizofreni tidlig, i liten grad er tilstede (Read, Agar, Argyle & Aderhold, 2003). Ved klinisk vurdering er det viktig at man holder begge diagnosene som aktuelle og gjør en grundig utredning med tanke på behandlingstiltak. Fra klinikk har man sett både eksempler på dissosiative tilstander som har blitt behandlet medikamentelt uten effekt og hvor medisiner ikke er fjernet men heller økt og nye blitt lagt til. Det er også sett eksempler på personer som har hatt en schizofreni men blitt diagnostisert som PTSD og gått med psykose i mange år uten å ha blitt tilbudt medikamentelle tiltak som i mange tilfeller har effekt. Man bør også være klar over at for eksempel eksponeringstrening som noen ganger anvendes på traumer, kan være direkte kontraindisert under en aktiv psykose og medføre angst, forvirring og forverring av psykosen. Inntil det foreligger mer forskning på dette komplekse temaet, bør vi være klar over at schizofreni og traumatisering ofte forekommer sammen, og derfor ikke utelukker en schizofrenilidelse dersom personen er traumatisert. Man bør også nøye monitorere de tiltak som iverksettes for å vurdere om de har effekt eller eventuelt negativ effekt.

### Tvangslidelser

Tvang forekommer hyppig sammen med psykoselidelser både som en del av psykosen og som tilleggsymptom. Ofte ser man også mye tvangsmessig atferd som konsekvens av rigid tenkning grunnet svekket eksekutiv funksjon. Det kan til tider være vanskelig å differensiere mellom denne formen for tvang og de påtrengende tanker og den ritualistiske atferd man ser hos barn med tvangslidelser (Obsessive Compulsive Disorder) (AACAP, 2001). I diagnostisk manual for ICD-10 (WHO, 1992, norsk utgave 1999) står det at *"tvangstanker er ideer, forestillinger eller impulser som gjentatte ganger dukker opp i bevisstheten i en stereotyp form"*, og at *"tvangshandlinger eller tvangsritualer er stereotyp atferd som blir gjentatt gang på gang"*. Det er klart at det til tider må være vanskelig å skille

en tvangstanke fra en vrangforestilling, noe Lewis allerede i 1935 poengterte ved å si at *"It must be a very short step... from feeling that one must struggle against thoughts that are not one's own, to believe that they are forced upon by an external agency"*.

I en oversiktsartikkel fra 2009 gjennomgår Cunill og medarbeidere (Cunill, Castells & Simeon, 2009) 23 studier som ser på OCD og schizofreni. De fant at "Obsessive Compulsive Disorder" forekom som komorbid tilstand i 25 % av tilfellene ved schizofreni, og at "Obsessive Compulsive Symptoms" forekom i opptil 45 % av schizofrenipopulasjonen. Rodowski påpeker at nærmere 50 % av OCD populasjonen har psykoseliktende symptomer og at OCD noen ganger kan være "psykotisk i sin natur", med perioder med tap av innsikt og tilstedeværelse av paranoide ideer. Spesielt kan dette forekomme hos barn som har mindre innsikt i sine tvangssymptomer enn voksne (Rodowski, et al., 2008). I sin artikkel legger de fram tre ulike kasus som de mener er feildiagnostisert som psykose men egentlig var en OCD. Både Cunill et al og Rodowski et al fremholder en hypotese om et OCD-Schizofreni-kontinuum. En nyere studie har sammenlignet pasienter med OCD og schizofreni i forhold til tilstedeværelse av soft-signs, og i den studien fant de at soft-signs var assosiert med schizofreni men ikke med OCD (Jaafari et al., 2011)

Med unntak av de svært komplekse sakene, kan man som en tommelfingerregel si at barn med OCD ofte erkjenner symptomene som irrasjonelle produkter av egen tenking og ønsker å bli kvitt dem, mens psykotiske symptomer skjer mer uavhengig av pasientens kognitive prosess (AACAP, 2001). I alle tilfeller blir det viktig å vurdere hva som ligger bakfor et tvangssymptom for å lette vurderingen av hvordan symptomene skal forstås. Eksempelvis kan et tvangssymptom som å måtte ha all mat man skal spise innpakket i plast, forstås som et tvangssymptom hvis personen sier at det er for å unngå smitte. Hvis personen gjør det fordi han tror maten er forgiftet, er det et psykotisk uttrykk.

Hos små barn og ungdom med mye egosyntone symptomer kan det imidlertid være vanskelig å få tak i deres rasjonale for tvangstanker og tvangshandlinger, og alt må vurderes ut fra gjeldende utviklingsnivå. Differensieringen mellom OCD og psykotisk tvang kan da være vanskeligere (Masi et al., 2006; Rodowski et al., 2008). Rodowski påpeker imidlertid at OCD er mye mer vanlig enn schizofreni, spesielt hos barn under 13 år, og at man må ha dette i mente ved vurderinger.

## Personlighetsforstyrrelser

Det har vært og er til dels enda kontroversielt å diagnostisere barn og unge med personlighetsforstyrrelser. Likevel bør det nevnes at både schizotyp, schizoid og borderline personlighetsforstyrrelse hos unge er forbundet med forbigående psykotiske symptomer. (Studiene på dette feltet er basert på DSM-IV kriterier og benevnelser og er ikke direkte overførbare til ICD-9 diagnoser).

Schizotyp personlighetsforstyrrelse er karakterisert ved markerte avvik i sosial og interpersonlig atferd, kognitive og perseptuelle forstyrrelser og forbigående psykoseliktende symptomer (Masi, Mucci & Pari, 2006). Vanligvis vedvarer tilstanden, men 25 % utvikler en mer alvorlig schizofrenispektrumlidelse (Asarnow, 2005). Symptomene kan også minne om dem man ser ved autisme, og det er funnet en sammenheng mellom trekk av schizotypi og Asperger hos en voksen normalpopulasjon (Hurst, Nelson-Gray, Mitchell, & Kwapil, 2007). Hos ungdom med schizotyp personlighetsforstyrrelse er det ved anvendelse av ADI intervju funnet at disse ungdommene hadde trekk forbundet med autisme som tidlige vansker med sosial fungering og avvikende interesser og atferd (Esterberg, Trotman, Brasfield, Comton & Walker, 2008). Differensialdiagnostiseringen kan derfor være komplisert.

Schizoid personlighetsforstyrrelse hos unge er forbundet med "einstøinger", uvanlig fantasiverden, omfattende interesse i spesielle temaer, økt sensitivitet og paranoide ideer, og uvanlig kommunikasjonsmønster som minner om den ved schizotypi (Masi et al., 2006). I en nylig utgitt studie av en populasjon i høyrisiko for psykose, fant Scultze-Lutter (Schultze-Lutter, Klosterkötter, Michel, Winkler & Ruhrman, 2012) at schizoid personlighetsforstyrrelse var forbundet med konvertering til førstegangpsykose, noe de ikke fant ved schizoid personlighetsforstyrrelse.

Borderline personlighetsforstyrrelse hos ungdom er forbundet med korte episoder med psykotisk tenkning og psykotisk atferd og mange affektive trekk. Lidelsen vedvarer vanligvis som personlighetsforstyrrelse og går sjelden over i schizofrenilidelse slik som er tilfelle med schizoid personlighetsforstyrrelse. (Masi et al., 2006). Trekk som er forbundet med borderline personlighetsforstyrrelse hos barn er svak kognitiv funksjon, impulsivitet, samt atferds- og emosjonelle problemer. Tilstanden forekommer ofte som samtidig lidelse ved atferdsforstyrrelse, depresjon, angst og psykose, og det er evidens for at både genetiske og miljømessige faktorer er medvirkende (Belsky et al., 2012). Det er gjerne de som har en alvorlig form for borderline

personlighetsforstyrrelse som har stor grad av komorbiditet. Som ved de andre psykiske lidelsene er også denne alvorlige formen preget av barn som har svakere evnenivå, liten grad av selvkontroll, dårligere utviklet theory of mind, høy grad av impulsivitet samt både eksternaliserende og internaliserende vansker i en alder av 5 år (Belsky et al., 2012). Det har vært mye kontrovers rundt diagnosen hos unge, men i dag er det større enighet om den, og et instrument kalt The Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder CI-BPD, ser ut til å være lovende for å bedre diagnostisere denne gruppen (Sharp, Ha, Michonski, Venta & Carbone, 2012). Det er viktig at man tar høyde for at psykoselidelser og personlighetsforstyrrelser kan opptre som komorbide tilstander og at man husker å sette tilstrekkelig mange diagnoser til å dekke hele tilstandsbildet.

### Medisinske tilstander assosiert med psykose

Det er viktig å være klar over at psykose og psykose-liknende fenomener kan være fremtredende ved en rekke organiske/medisinske tilstander som for eksempel delirium, tumor, encefalitt, infeksjoner, neurodegenerative lidelser, metabolske lidelser, epilepsi m.m. (Gonthier & Lyon, 2004). En hel rekke syndromer som de George (p22q11), Wilsons syndrom, Metachromatic leukodystrofi, fragilt X, trippel X, Turners syndrom, Klinefelter syndrom, Prader-Willi og mer enn 60 andre mer eller mindre kjente syndromer er forbundet med økt hyppighet av psykose (se Lauterbach, Stanisawski-Zygaj & Benjamin, 2008). Det er derfor viktig å gjøre en grundig medisinsk vurdering med anamnese av familieforhold, utviklingshistorie og medisinsk anamnese, fysisk og nevrologisk undersøkelse og ulike laboratorieprøver (Cepeda, 2007). Det er spesielt viktig å undersøke om det foreligger psykiatrisk lidelse i familien.

Eksempler på såkalt godartede medisinske psykosetilstander er de som oppstår ved søvndeprivasjon, sansedeprivasjon, migrene og andre søvnrelaterte psykoser (for eksempel hypnagoge hallusinasjoner). Av mer alvorlige medisinske tilstander nevner Cepeda delirium, ulike infeksjoner i CNS (encefalitt, meningitt, syfilis og AIDS), og andre sykdommer som affiserer CNS (eksempelvis Systemisk Lupus, Adrenoleukodystrofi, MS, Huntingtons m.m.) Ulike former for epilepsi, tumor og hodeskader kan i visse tilfeller også gi psykoseliknende symptomer. Det er også mange legemidler som kan utløse psykotiske symptomer, og ulike rusmidler kan gi ulike psykotiske symptomer. Det vises til Cepeda sin bok for grundigere gjennomgang av dette.

Det at visse medisinske og medisinrelaterte fenom-

ener til forveksling kan fremstå som symptomene ved en psykoselidelse er også tilfelle ved mani hos unge. Kowatch og medarbeidere nevner at dette er tilfelle både ved temporallappsepilepsi, hypertyroidisme, hodeskader, MS, Lupus og nevrologiske utviklingsforstyrrelser relatert til alkohol i svangerskapet (Kowatch et al., 2005). Økning i stemningssvingninger kan også forekomme ved bruk av tricykliske antidepressiva, SSRI, corticosteroider og visse former for antibiotika. I løpet av det siste tiåret har det vært en stor økning i antallet unge med kronisk utmattelsessyndrom (KFS). Differensialdiagnosen mellom KFS og schizofreni kan til tider være vanskelig, spesielt med tanke på snikende utvikling av negative symptomer.

### Medisinske undersøkelser (bl.a Hollis, 2002, NICE 2012)

- *Familiehistorie på psykisk lidelse*
- *Medisinsk anamnese*
- *Generell kroppslig undersøkelse, inkludert vekt, høyde og midjemål, puls og blodtrykk*
- *Eventuelle motoriske forstyrrelser inkl. soft-signs*
- *MR (utelukke tumor + evt fange opp tilstander som metakromatisk leukodystrofi og Wilsons syndrom)*
- *Urinprøver og serumprøver; triglycerider, kolesterol, fastende blodglukose, leverfunksjon, thyroidea, Hb, TSH, ALAT, prolaktinnivå*
- *Vurdere ved baseline risiko for metabolsk syndrom og følg opp dette*
- *Screening for rusmidler som kan utløse psykose)*
- *EEG (epileptiske anfall)*
- *Serumprøve av kobber (utelukke Wilsons syndrom)*
- *Hvite blodlegemer (utelukke metakromatisk leukodystrofi)*
- *Kromosomprøver (blant annet kjønnskromosomavvik og p22q11)*
- *Serumprøver av leverfunksjon og thyroidea*

# Spesielle utfordringer ved utredning av unge og myter som må avlives

## Utviklingsnivå/evnenivå

Symptomer hos barn må til enhver tid ses i sammenheng med barnets sosio-emosjonelle og motoriske utvikling samt evnenivå. Dette gjelder spesielt for barn som enda ikke har utviklet den abstraksjonsevne som ses hos eldre ungdom og voksne. Det er derfor viktig at slik utredning gjøres av en person som har god kjennskap til utviklingspsykologi. Stemmehearing, hallusinasjoner og vrangforestillinger vil for eksempel ha ulikt innhold avhengig av alder (Russell et al., 1989). Innholdet i hallusinasjoner hos barn er som regel enklere enn hva man ser hos ungdom og voksne og er som regel knyttet opp mot konkrete forhold (leker, dyr, mennesker). Vrangforestillinger er ofte enkle (de skal ta meg, drepe meg, de er slemme med meg), og ikke av den mer komplekse typen man kan se hos ungdom og voksen (Russell et al., 1989). Det samme gjelder for evnenivå hvor hallusinasjoner ofte arter seg mindre komplekse ved lavere evnenivå.

Det samme gjelder utvikling i lek og fantasi. Man må ha god oversikt over hva som forventes på ulike utviklingsnivå for å skille normal og kreativ fantasi og lek fra noe som er preget av mer vrangforestillinger eller omnipotens (Gonthier & Lyon, 2004; Reimherr & McClellan, 2004).

Løse assosiasjoner og ulogisk tenkning er ikke uvanlig hos yngre barn. Det kan være vanskelig å skille denne "barnlige" formen for ulogisk tenkning fra mer psykotisk desorganisering, spesielt hos barn med språkforstyrrelser preget av fattig språk, inkoherens og hyppige avsporinger (Hollis, 2001). I vurderinger er det derfor særlig viktig å ta hensyn til helhetsbildet og ikke enkeltsymptomer.

## Symptomer oppleves som en del av barnet

Mange som utvikler psykose tidlig har i mange år forut for problematferd hatt subjektive symptomer som stemmer, synshallusinasjoner, tankeforstyrrelser med mer. Når disse utvikles før barnet har nådd et utviklingstrinn preget av et visst abstraksjonsnivå, vil barnet ofte oppleve symptomene som en del av seg selv - de kan ha hatt dem så lenge at de oppleves som normale (Gonthier & Lyon, 2004). Det at barnet selv ikke opplever symptomet som fremmed eller skremmende blir noen ganger tolket som et funksjonelt symptom som barnet for eksempel bruker for å oppnå oppmerksomhet eller lignende, og at det ikke kan være av psykotisk karakter. Isolerte hallusinasjoner hos barn

er ikke i seg selv bekymringsfullt, men man må som kliniker forholde seg til symptomet og til enhver tid vurdere dette opp mot eventuelle andre symptomer barnet måtte ha.

## Psykotiske symptomer er ikke konstante

Psykoselidelser er ofte fluktuerende. Symptomer kan øke og minske i grad avhengig av opplevd stressnivå og andre faktorer. For at et symptom defineres som psykotisk kreves det ikke at det er til stede hele tiden. I SIPS defineres psykosegrensen som når minst ett positivt symptom (uvanlig tankeinnhold, mistenksomhet/forfølgelsesideer, storhetsideer, hallusinasjoner, uforståelig tale) med psykotisk intensitet (skåre 6 på SIPS) har inntruffet minst en time per dag i minimum fire dager per uke i en måned. Dette innebærer at personen kan fungere upåfallende store deler av tiden og likevel ha en psykose.

## Psykotiske symptomer er ofte subjektive og lite synlige for omverdenen

En hyppig misforståelse ved utredning av psykoser er at man utelukker en psykose fordi foreldre eller behandlingspersonale "ikke kan se noe psykotisk atferd". Det er fullt mulig å være i en psykose og oppleve både hallusinasjoner og vrangforestillinger uten at dette kommer til uttrykk gjennom ytre synlige tegn. De alvorlige psykosene hos barn utvikler seg ofte snikende, og symptomene er gjerne noe diffuse og mer private i tidlig fase av sykdomsutviklingen. Når personen begynner å handle på de indre, private symptomene, har psykosen ofte vært under utvikling en god stund. Barn og ungdom har ofte en forventning om at ting synes utenpå, og tar det for gitt at andre kan se hva de sliter med. Derfor skjer det ofte at de ikke forteller om sin opplevelse før de får direkte spørsmål om det. For å fange opp psykoser så tidlig som mulig er det derfor viktig sammen med barnet å utforske dets indre verden, og gi hjelp til å sette ord på ting. Ved mistanke om psykose bør man stille direkte spørsmål om psykotiske symptomer (ved bruk av f. eks., Kiddie-SADS eller SIMP).

## Psykose er ikke synlig, og man er ikke nødvendigvis ustelt

Psykose og schizofreni er ofte assosiert med underlig atferd, påfallende utseende, dårlig hygiene etc. Dette er en myte som må avlives, siden dette kun gjelder personer som er alvorlig preget av psykosen eller som

har vært psykotiske over lang tid. Mange ungdommer vil ha et helt upåfallende utseende selv om de har symptomer over terskelnivå for psykose. Mange ganger vil det å bruke tid på å fremstå som velstelt og ”normal” også være viktig for dem for å forsøke å skjule at de sliter.

### Har man en psykose, kan man allikevel handle rasjonelt

En annen myte er at dersom en person er i en psykotisk tilstand, er vedkommende ikke i stand til å handle rasjonelt. Ofte vil psykosen komme til uttrykk samtidig som en viss form for rasjonalitet. Eksempelvis er det flere med synshallusinasjoner som har beskrevet at de ikke kan sette seg på en stol fordi de ser at det sitter noen andre på den (en hallusinasjon), men at de samtidig skjønner på det de observerer av andre personer at det ikke kan være reelt eller at de ikke ser det samme. Personen som hallusinerer kan da jobbe intenst for å finne grunner til ikke å sette seg på den ledige stolen, samtidig som de forsøker å finne en god rasjonale for dette overfor de som ikke hallusinerer.

### Et funksjonsfall er ikke nødvendigvis synlig for omverdenen

Psykosedebut er ofte forbundet med funksjonsfall på ett eller flere områder. Noen ganger er dette funksjonsfallet åpenbart ved at ungdommen slutter å gjøre ting han tidligere har gjort eller mestre ting som tidligere er mestret. Likevel må man være klar over at funksjonsfallet i tidlige faser av en psykose ofte ikke er synlig. For eksempel kan en ungdom ha hatt et funksjonsfall, men fremdeles ha gode karakterer på skolen. Forskjellen fra før kan være at vedkommende bruker veldig mye mer tid på lekser og trenger mye mer hvile i etterkant.

### Kulturforskjeller i symptomer/hallusinasjoner

Hallusinasjoner må alltid vurderes ut fra den kultur og den subkultur den unge befinner seg i. Eksempelvis er forekomsten av hørsels- og synshallusinasjoner forskjellig fra land til land; synshallusinasjoner er hyppigere hos personer fra Vest-Afrika enn andre land (Bauer et al., 2011). Vi må derfor alltid vurdere personens kulturelle og subkulturelle bakgrunn når vi tar stilling til om et symptom skal forstås som psykotisk. I denne sammenhengen må vi huske at en familie for et barn representerer en subkultur.

---

## Familie og nettverk

For de fleste ungdommer som utvikler en psykose vil familien være den viktigste omsorgsgiver og kilde til støtte i hverdagen. Dette innebærer at når en person utvikler en psykose i ung alder, vil familiemedlemmer på forskjellig måte være nært knyttet opp til og bli berørt av symptomutviklingen (Sin, Moone & Wellmann, 2005). Familien er en viktig kilde i forhold til innhenting av komparentopplysninger slik som slektsbelastning av alvorlige psykiske lidelser, utvikling av tidlige tegn på en psykoseutvikling, viktige livshendelser og relasjoner i familienettverket. For å tilrettelegge for at familiens ressurser skal kunne tas i bruk og slik bidra til et best mulig forløp, må hjelpeapparatet invitere nære omsorgspersoner til et samarbeide på et så tidlig tidspunkt som mulig.

### Psykosen påvirker hele familiesystemet

Når en person i en familie utvikler en alvorlig psykisk lidelse, vil dette påvirke familien i forskjellig grad. Mange familier vil være i krise som følge av å ha vært vitne til en uforståelig og for mange en skremmende utvikling. Studier har vist at familiemedlemmer til pasienter som utvikler en psykose for første gang, kan oppleve en større grad av belastninger enn familiem-

edlemmer til pasienter som har hatt schizofreni over lang tid. Foreldre og søsken opplever for eksempel ofte et tap etter hvert som deres sønn, søster eller bror utvikler en forandring i sin personlighet. Mange familier rapporterer også traumelignende erfaringer i forbindelse med en uforståelig og truende atferd hos den unge (Sin et al., 2005; Addington, Collins & McCleery, 2005). Når hjelpeapparatet møter familiemedlemmer i en slik situasjon, er det av stor betydning at reaksjoner på psykoseutviklingen blir forstått som en normal reaksjon på ukjente og uforståelige reaksjonsmønstre, der følelser som hjelpeløshet, skyldfølelse, skam, frustrasjon, sinne og sorg vil være vanlige reaksjoner (Mueser & Gingerich, 2006). Familien må tilbys en rask og behovstilpasset hjelp til å forstå det de står overfor, til å takle den aktuelle situasjonen og bearbeide reaksjoner. Uten en slik hjelp og støtte vil de stå i fare for selv å utvikle reaksjoner som vil ha en uheldig innvirkning på egen livssituasjon og pasientens prognose (Pekkala & Merinder, 2002). Et instrument med god reliabilitet og validitet som er utviklet for å kartlegge hvordan familiemedlemmer opplever sin situasjon, er ”The Caregiver Burden Inventory” (CBI) (McCleery, 2007).

## “Expressed emotions” – atmosfæren i ungdommens daglige miljø

Den såkalte Expressed-Emotion (EE)– forskningen dokumenterer at atmosfæren pasienter med en schizofrenilidelse er omgitt av har betydning for pasientenes prognose. Dette gjelder ikke bare i familier, men også andre miljøer som for eksempel en sengepost (Askey, Gamble & Gray, 2007). Det er utviklet instrumenter som kartlegger familiemedlemmenes uttrykte holdninger overfor pasienten i form av kritiske bemerkninger, følelsesmessig overinvolvering eller fiendtlighet (generalisert kritikk). Sammen med uttrykt varme og positive bemerkninger samles denne informasjonen til en Index av Expressed Emotion. Et visst antall kritiske bemerkninger, en høy grad av emosjonell overinvolvering og fiendtlighet hos en av familiemedlemmene kvalifiserer for en høy grad av EE og gir signifikant forhøyet risiko for tilbakefall. Varme og positive bemerkninger har ingen signifikans med tilbakefall, men med bedring.

Expressed Emotions skåres med utgangspunkt i semistrukturerte intervjuer. Eksempler på slike intervjuer er ”Camberwell Family Interview” (CFI) (Raune, Kuipers & Bebbington, 2004; Vaughn & Leff, 1976) og ”Five Minutes Speech Sample” (FMSS) (Magaña et al., 1985; Wiedemann, Rayki, Feinstein & Hahlweg, 2002). Bruk av disse instrumentene krever kvalifiserende opplæring. Det finnes også et enkelt selvutfyllingsskjema, ”The Family Questionnaire (FQ). EE-skårene i denne screeningen kartlegger hjelpebehov og måler effekt av behandlingen når skåringen utføres ved start og avslutning av et behandlingstilbud.

Studier har vist at halvparten av familiene til pasienter med en første psykotisk episode skårer høyt på EE, men at den prognostiske verdien ikke er den samme som for pasienter med lang sykdomsvarighet. Familier til personer som utvikler en psykose for første gang utvikler ofte en unnnvikende mestringsstrategi, en høy grad av opplevde belastninger og en uhensiktsmessig kommunikasjon. Disse variablene er funnet predikative for en høy grad av EE (Raune et al. 2004). Studier har vist at det ikke er symptomenes alvorlighetsgrad som predikerer høy EE og bidrar mest til familiemedlemmenes vanskelige situasjon. Det som har vist seg å ha størst betydning for prognosen tidlig i et psykose-forløp er familiemedlemmenes egen forståelse av pasientens fungering, den psykotiske lidelsens natur og hvordan denne påvirker deres mestring av situasjonen (Barrowclough & Parle, 1997). Behandlerne må spørre familiemedlemmer om forståelse av symptomutviklingen og hvordan denne forståelsen har vært styrende for relasjonen til pasienten. Denne informa-

sjonen vil være viktig for å hjelpe familien til å utvikle en mer hensiktsmessig kommunikasjon og støtte. The Illness Perception Questionnaire er utformet for å kartlegge disse variablene (Lobban, Barrowclough & Jonas, 2005 a; 2005b).

## Nettverket

Voksne pasienter har ofte nådd full eller delvis selvstendighet i forkant av et psykoseutbrudd, og vil ha opparbeidet egne nettverk. Barn og ungdommer vil på en annen måte være avhengig av sitt opprinnelige nettverk for å kunne fungere, for å bli forstått og for å få et optimalt behandlingstilbud. Derfor må man inkludere hele barnets nettverk i hele behandlingsprosessen.

Studier viser at et nettverk reduseres betydelig i forkant av et psykosegjennombrudd (Pattison & Pattison, 1981). Dette fører ofte til at familiene er blitt isolerte og strever med skyld- og skamfølelse for den situasjonen de er kommet i. For å forhindre en forverring og hjelpe familien til å hente seg inn, blir det viktig å etablere et samarbeide med familien tidligst mulig i utredningsfasen, og kombinere informasjonsinnhenting med saklig informasjon (psykoedukativ modell) til foreldrene og etter hvert bidra til at de knytter seg opp til nettveket sitt igjen.

I møte med familien til ungdom med alvorlig psykose lidelse må behandlere være tilbakeholdne med å tolke et familiesamspill og unngå å forklare symptomene med dårlig familieklime. Dette fordi psykoseutviklingen ofte skaper uhensiktsmessige samhandlingsmønstre over tid. Et familietilbud ved psykoser må tilbys av personer som har spesialkompetanse på familiemedlemmenes spesielle behov og ha kompetanse og erfaring på hvordan møte de unike utfordringene som utvikling av en psykose fører med seg i et familiemiljø (Addington et al., 2005). Familier med store behov må få et omfattende tilbud, ofte parallelt med et optimalt samarbeid med pasientens hjelpeapparat. I nye nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av psykose (Helsedirektoratet, 2012) anbefales et kunnskapsbasert /psykoedukativt familiesamarbeid. Dette er et behovstilpasset og strukturert tilbud til pasient og familie for å forstå og ta i bruk kunnskap om psykoser inn i dagligdagse problemstillinger som pasienten erfarer. Forut for et virksomt familiearbeid må familiens tanker om utviklingsforløpet blir lyttet til og satt inn i en sammenheng. Familiens ressurser kartlegges, og familie og andre nære omsorgspersoner får hjelp til tilpassning av forventninger og utvikling av en gunstig kommunikasjon og problemløsning.

# Betydning for utredning og behandling

Utredning av psykoser hos barn og ungdom er en omstendelig og ressurskrevende prosess, men svært viktig for å kunne avdekke psykose tidlig og igangsette adekvat behandling. De forhold som her er nevnt må tas hensyn til og vurderes fortløpende, og utredning og behandling vil som regel foregå parallelt. Det er viktig at utredningsprosessen ikke tar oppmerksomheten bort fra behandlingsperspektivet som selvfølgelig er avgjørende. Det er et mål at det senere vil bli utarbeidet tilsvarende veileder som dette med fokus på behandling av psykosesykkeltilstander hos unge.

Ved behandling av psykoser er det viktig å formidle håp, ha oppmerksomheten rettet mot mestringsområder og ressurser og ta hensyn til generelle forhold ved psykose i kombinasjon med individuelle behov. Under nevner vi kort noen overordnede retningslinjer for behandling av psykoser hos barn og ungdom. For øvrig vises det til litteraturen nevnt under, hvor behandlingsprinsipper gjennomgås mer i detalj.

## Viktige elementer i behandling av barn og ungdom med psykoser

- *Medikamentell behandling dersom symptomer er over terskel for psykose. I høringsutkastet for retningslinjene fra NICE, understrekes det at tilstander under terskelnivå for psykose ikke skal behandles medikamentelt. Der psykosen har debutert og pasient/foreldre ønsker å prøve psykologiske intervensjoner alene, anbefaler NICE at de informeres om at det er liten evidens for at psykologiske intervensjoner er effektive uten antipsykotisk medikasjon.*
  - Før medisineringsundersøke risikoen for hjertelidelse og følge opp dette spesielt
  - Monitorere effekten av medisiner systematisk – spesielt i titreringsfasen
- *Tilrettelegging av hverdagen med fokus på mestring og utvikling innenfor barnets mestringsnivå og kapasitet til utfordringer; dette gjøres i tett samarbeid med familie og nære om sorgspersoner*
  - Ta hensyn til evnenivå og funksjonsnivå
  - Kartlegge ressurser og interesser og bruke dette terapeutisk
  - Kartlegge tidlige tegn og varselsymptomer
- *Psykoterapi – med utgangspunkt i barnets utviklings- og evnenivå*
  - Tilpassede økter
- Ta hensyn til mestringsnivå – unngå overbelastninger
- Tilrettelegg tiltak med utgangspunkt i eventuelle kognitive svikt
- Kognitive teknikker kan være effektive
- Trening i sosiale og dagligdagsferdigheter
- Bruk av problemløsningsstrategier
- Kartlegge tidlige tegn og varselsymptomer
- *Kunnskapsbasert familiesamarbeid – inkludert psykoedukasjon, utvikling av kommunikasjonsferdigheter, mestringsstrategier og problemløsning*
  - *Tilrettelegging på skole*
    - Tolerere svingende funksjon og tidvis dårlig tilpasningsevne; mindre klasser, kortere økter, mindre mengder hjemmelekse
    - Innhente veiledning fra ekspertise ved behov
    - Tilrettelegge for individuelle vansker som for eksempel språkvansker, motoriske vansker, kognitive vansker)
    - Fokus på mestring og generelle ferdigheter
    - Stevens & Prince (2012) beskriver en rekke konkrete tiltak i skolen med tanke på hallusinasjoner, vrangforestillinger, tilbaketrekning, mani, depresjon, flashbacks m.m.
    - Familien må inkluderes
  - *Tett kontakt med primærhelsetjenesten; skole, fastlege, kommunale tjenester*
    - Sørg for felles forståelse av den unges vansker
    - Sørg for at tiltak på alle arenaer er i tråd med denne forståelsen
    - Utarbeiding av individuell plan
    - Utarbeiding av liste over varselsymptomer
    - Beredskapsplan med forslag til konkrete tiltak ved eventuelle symptomer på tilbakefall
- *Brukerperspektivet*
  - Både barnet/ungdommen og foreldrene anses som bruker og skal involveres i utrednings og behandlingsprosessen i stor utstrekning
  - Det er viktig at den unge tar del i og ansvarliggjøres i forhold til egen behandling i den utstrekning han/hun selv orker.
- *Vær bevisst på stigmatproblematikk og arbeid for å forebygge denne*

## Referanser til ulike behandlingsveiledere og artikler som omhandler behandling

For fullstendig referanse, se under ”referanser”

AACAP Official Action (2007): Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Bipolar Disorder

AACAP Official Action (2001): Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Schizophrenia

Arraste-Gil et al. (2011): Reflections on asperger syndrome and comorbidity with psychotic disorders.

Asarnow et al. (2004): Annotation: Childhood-onset schizophrenia: clinical and treatment issues

Cepeda (2005): Psychotic Symptoms in Children and Adolescents. Assessment, differential Diagnosis and Treatment

Clark and Lewis (1998): Practitioner Review: Treatment of Schizophrenia in Childhood and Adolescence

Gonthier & Lyon (2004): Childhood-onset schizophrenia: an overview.

Goëb & Jardi (2010): Hallucinations in children and adolescents. Diagnosis and treatment strategies.

Helsedirektoratet (2012): Retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser. Under ferdigstilling

Li et al. (2012): Identifying, Assessing, and Treating Early Onset Schizophrenia at School.

Masi & Liboni (2011): Management of Schizophrenia in Children and Adolescents. Focus on Pharmacotherapy

Miklowitz et al (2004): Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder

NICE: Retningslinjer for utredning og behandling av barn og ungdom med psykoselidelser. Høringsutkast ferdig august 2012. Forventet ferdig 2013.

Remschmidt et al. (2001): Treatment and Rehabilitation

Røssberg & Karlsen (2012): Kognitiv terapi ved psykoserisiko hos ungdom.

## Anbefalte utredningsinstrumenter

Undersøkelser (utredningsinstrumenter)	Hva bør gjøres	Tidspunkt for undersøkelse	Spesielle forhold/ oppfølging
ANAMNESE Vedlegg 1	Vanlig anamnese + sjekkeliste	Raskest mulig etter inntak	Se egen sjekkeliste; ”viktige spørsmål i anamneseopptak ved psykose-utredning” (vedlegg 1)
C-GAS	Retningslinjer pr. 2007. Skal fylles ut i BUP data	Ved inntak	Retningslinjer for skåring se <a href="http://www.kith.no/bup">http://www.kith.no/bup</a>
Kiddie-SADS	Screeninghefte + minimum tilleggshefte 1 (affektive lidelser) og tilleggshefte 2 (psykotiske lidelser) og 5; (rusmisbruk)	Innen tre uker etter inntak	Gjøres med både foreldre og barn – helst hver for seg dersom barnets tilstand tillater det
PANSS/SCI-PANSS (Positive and negative symptom scale)	Vurder om PANSS eller SIPS skal gjøres først. Ved vage symptomer og mistanke om psykoserisiko/prodromale tilstander, anbefales det å gjøre SIPS først	Så fort som mulig etter gjennomført Kiddie-SADS	Kan være behov for enkelte justeringer ifht alder– se under beskrivelse av testene
SIPS (structured Interview for Prodromal Symptoms)	Fullstendig WISC-3 eller WAIS-R  Funksjonsområder som bør undersøkes: • Eksekutivfunksjoner • Oppmerksomhet • Episodisk hukommelse • Verbal flyt og resonnering • Psykomotorisk tempo • Visuospatiale funksjoner	Raskest mulig etter inntak – avhenger av funksjonsnivå	- Må revurderes ved tilfriskning





Tabell videre: Anbefalte utredningsinstrumenter

Undersøkelser (utrednings-instrumenter)	Hva bør gjøres	Tidspunkt for undersøkelse	Spesielle forhold/ oppfølging
Somatisk utredning	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vanlig legesjekk</li> <li>• Barnenevrol. u.s.</li> <li>• Blodprøver</li> <li>• MR/CT</li> <li>• EEG</li> <li>• Tidligere diagnoser og medikamentell behandling</li> </ul>	Raskest mulig etter inntak	<p>Se også avsnitt om medikamentell utredning</p> <p>Husk å vurdere muligheten for evt. syndromer.</p>
<p>Observasjonspunkter ved psykose</p> <p>Vedlegg 2</p>			Liste over ting det kan være nyttig å observere ved psykoser, enten i hjemmet, på skolen, i avdeling eller andre aktuelle arenaer.
Vineland Adaptive Behaviour Scale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vurder hva som er et midlertidig funksjonsfall og hva som er den unges reelle funksjon</li> </ul>		Nyttig å kartlegge ferdighetsnivå på ulike områder som hjelpemiddel for å kartlegge den enkeltes mestringszone. Bidrar til å forebygge stress.
<p>Family Questionnaire</p> <p>Vedlegg 3</p>			FQ er et selvutfyllingsskjema som fylles ut sammen med det enkelte familiemedlem. Instrumentet gir informasjon om opplevde belastninger og EE variabler. Scoringsinstrumentet er oversatt til norsk og krever ikke opplæring.
<p>Psykoscreening for bruk i BUP</p> <p>Vedlegg 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Screening</li> </ul>		Screeningskjema for bruk i BUP. Instrumentet er ment som hjelp til å fange opp de sakene hvor det er behov for psykoseutredning.

## Beskrivelse av noen av utredningsverktøyene

Her gjennomgås bare de verktøy som ikke er nevnt under veileder for voksne, og de verktøy der man bør gjøre spesiell tilrettelegging for å bruke det i forhold til barn/ungdom.

### Anamnese (Vedlegg 1):

En grundig barnpsykiatrisk anamnese bør gjennomføres. Vedlegget innbefatter spørsmål det er spesielt viktig å stille ved psykoseutredning.

### C-GAS :

C-Gas er et registreringsskjema som skårer personens dårligste generelle funksjonsnivå i løpet av den siste måneden. Skjema for skåringskriterier ligger på <http://www.kith.no/bup>. F.o.m. 2007 skal C-gas skåres på alle

pasienter i BUP-Data.

### KIDDIE-SADS-PL:

Kiddie-SADS PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children Previous and Lifetime version) er et diagnostisk intervju for barn i alderen 6-18 år. Intervjuet gjennomgår nåværende og tidligere episoder med psykopatologi hos barn og ungdom etter kriterier i DSM-IV. Intervjuet er seminstruert, og består av en screeningdel og åtte tilleggshefter (affektive lidelser, psykoser, angst, atferdslidelser, stoffmisbruk/andre lidelser, tics, spiseforstyrrelser og autismespekterlidelser). Intervjuet administreres både med foreldre og med barnet. Den opprinnelige versjonen av Kiddie-SADS ble utviklet for å kartlegge

tidlige depressive symptomer og schizofreni hos barn og unge, men er siden videreutviklet til det instrument som brukes pr. i dag.

Instrumentet skal benyttes av trente klinikere med god kjennskap til diagnostisering. Instrumentet har god reliabilitet og validitet i forhold til barnepsykiatriske diagnoser (Kaufmann et al., 1997).

#### PANSS/SCI-PANSS:

Instrumentet er beskrevet i veileder for utredning av voksne, og det anbefales å bruke SCI-PANSS framfor PANSS. Pr i dag har vi ingen barneversjon av instrumentet, så spørsmålene må tilpasses barnets/ungdommens utviklings- og evnenivå. Ut fra klinisk skjønn vil vi anbefale at det strukturerte intervjuet (SCI-PANSS) anvendes på ungdom ned til 13 år, og evnenivå ned mot 70. For alder/evnenivå under dette vil man måtte basere seg på stor grad av komparentopplysninger, observasjoner og tolkning av barnets utsagn og atferd. I disse tilfeller blir det kanskje mest riktig å skåre ut PANSS på bakgrunn av de opplysninger som foreligger.

#### Vineland Adaptive Behaviour Scale:

Er et intervju hvor man kartlegger barnets sosiale tilpasning og ADL ferdigheter. Intervjuet kan med fordel anvendes når man ønsker å avklare barnets ferdigheter og legge lista for hva som er passende forventninger i situasjonen. Instrumentet er ikke normert for norske forhold. Man må være klar over at en aktiv psykose kan ha innvirkning på skårene. Likevel er det nyttig i forhold til planlegging av tiltak og legge lista der hvor mestringsnivået er pr i dag.

#### Psykosescreening for bruk i BUP:

Dette skjemaet er ment som en hjelp til å oppdage psykoser i BUP. De vanligste symptomene ved psykoser er listet opp. Det skilles mellom symptomer som medfører at det må gjøres en psykoseutredning snarest mulig, og vagere symptomer som bør drøftes med fagperson med psykoseerfaring.

#### SIPS - Strukturert Intervju for Prodromale Symptomer:

Et strukturert intervju som brukes i tilfeller hvor man er i tvil om psykose eller hvor man ønsker å vurdere en risikotilstand. Kan anvendes for å utelukke tidlige og nåværende psykoser, avdekke prodromaltilstander og for å vurdere alvorlighetsgraden av symptomer.

#### Aktuelle tillegg:

##### Miljøterapeutisk observasjon (Vedlegg 2):

Listen gir en oversikt over problemstillinger det kan være viktig å kartlegge ved observasjon i barnets naturlige miljø. Liste er utarbeidet som bidrag til ob-

servasjon i miljøterapeutiske settinger, men kan også være til nytte ved observasjon i for eksempel skole. Listen kan også være til hjelp i andre observasjonssettinger for eksempel på skolen eller i en lekeobservasjon.

#### SIMP - Strukturert Intervju for Mulig Psykoserisiko

Et semistrukturert intervju som kartlegger prodromalsymptomer og ulike sider ved selvopplevelse. Kan brukes pragmatisk/klinisk som hjelp til å få fram andre nyanser i symptomatologien enn hva som ofte fremkommer ved bruk av PANSS.

#### EASE - Early Anomalous Self Experience (\*)

Et strukturert intervju som måler ulike former for selvforstyrrelser og selvopplevelsesendringer i en tidlig fase av psykoselidelse. Brukes foreløpig mest til forskning.

#### PAS - Premorbide Adjustment Scale

PAS er beskrevet i utredningsveileder for voksne. Den er ikke spesielt tilpasset barn og ungdom, men det anbefales likevel at de aktuelle delene anvendes for å få oversikt over barnets psykososiale tilpasning i forkant av psykosedebut.

#### Audit og Dudit

Kartleggings skjema som måler grader av alkoholmisbruk og narkotikamisbruk. Ofte er dette godt nok kartlagt gjennom bruk av tilleggsheftet for rusmisbruk i Kiddie-SADS.

#### Familie-evalueringer: IPQ/CFI /FMSS /CBI

Camberwell Family Interview (CFI) og Five Minutes Speech Sample (FMSS) er instrumenter som brukes ved kartlegging av familieklima og grad av EE (Expressed Emotion) hos familiemedlemmer eller nære omsorgspersoner. Begge forutsetter at man er kvalifisert for administrering, skåring og tolkning av resultatene. Family Questionnaire (FQ) er et selvutfyllingsskjema som fylles ut sammen med det enkelte familiemedlem. Instrumentet gir informasjon om opplevde belastninger og EE variabler. Scoringsinstrumentet er oversatt til norsk og krever ikke opplæring. The Caregiver Burden Inventory (CBI) er et instrument som kartlegger familiemedlemmers opplevelse av sin situasjon. Instrumentet har god reliabilitet og validitet.

*(\*)Klinikere som har prøvd ut intervjuet på ungdom har erfart at instrumentet egner seg for å fange opp symptomer som ellers kan være vanskelige å få tak på.*

# Referanser

- AACAP Official Action (2007): *Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Bipolar Disorder*. *Journal of Academic Child and Adolescent Psychiatry* 46(1), 107-125
- AACAP Official Action (2001). *Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Schizophrenia*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40:7 (SUPPL)
- Addington A.M. & Rapoport J.L. (2011). *Annual research Review: Impact of advances in genetics in understanding developmental psychopathology*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02478.x
- Addington A.M., & Rapoport, J.L. (2009). *The genetics of childhood-onset schizophrenia: when madness strikes the prepubescent*. *Current Psychiatry Reports*, 11(2), 156-161.
- Addington J., Collins A., McCleery A., & Addington D. (2005). *The role of family work in early psychosis*, *Schizophrenia Research*, 79(1), 77-83
- Álvarez, M.-J., Roura, P., Osés, A., Fouget, Q., Solá, J. & Arrufat, F.-X. (2011). *Prevalence and Clinical Impact of Childhood Trauma in Patients With Severe Mental Disorders*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199( 3), 156-161
- Amminger, G.P., Henry, L.P., Harrigan, S.M., Harris, M.G, Alvarez-Jimenez, M., Herrmann H. et al. (2011). *Outcome in early-onset schizophrenia revisited: Findings from the Early Psychosis Prevention and Intervention Centre long-term follow-up study*. *Schizophrenia Research*, 131, 112-119
- Andriopolous, I., Ellul, J., Skoku, M. & Beratis, S. (2010). *Suicidality in the "prodromal" phase of schizophrenia*. *Comprehensive Psychiatry*, 52(5), 479-485
- Arraste-Gil, M., Martínez-Cengotitabengoa, M., & López-Peña, P., (2011). *Reflections on asperger syndrome and comorbidity with psychotic disorders*. *Actas Española Psiquiátrica*, 39(2), 140-142
- Asarnow, J.R. (2005). *Childhood-Onset Schizotypal Disorder: A Follow-Up Study and Comparison with Childhood-Onset Schizophrenia*. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(3), 395-402
- Asarnow, J.R., Thompson, M.C. & McGrath E.P. (2004). *Annotation: Childhood -onset schizophrenia: clinical and treatment issues*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 180-194
- Askey, R., Gamble, C. & Gray, R. (2007). *Family work in first-onset psychosis: a literature review*. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 14(4), 356-365
- Barret, E.A., Sundet, K., Faerden, A., Nesvåg, R., Agartz, I., Fosse, R et al. (2010). *Suicidality before and in the early phases of first episode psychosis*. *Schizophrenia Research*, 119(1-3), 11-17
- Barrowclough, C. & Parle, M. (1997). *Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia*. *British Journal of Psychiatry*, 171, 26-30
- Bartels-Velthuis, A.A., Jenner, J.A., van deWillige, G., vanOs, J. & Wiersma, D. (2010). *Prevalence and correlates of auditory vocal hallucinations in middle childhood*. *British Journal of Psychiatry*, 196, 41- 46
- Bauer, S.M., Schanda, H., Karakula, H., Olajossy-Hikesberger, L., Rudaleviciene, P., Okribelashvili, N. et al. (2011). *Culture and the prevalence of hallucinations in schizophrenia*. *Comprehensive Psychiatry*, 52(3), 319-325
- Beavan Jones, R., Thapar, A., Lewis, G. & Zammit, S. (2012). *The association between early autistic traits and psychotic experiences in adolescence*. *Schizophrenia Research*, doi: 10.1016/j.schres.2011.11.037
- Bebbington, P., Jonas, S., Kuipers, E., King, M., Cooper, C., Brugha, T. et al. (2011). *Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England*. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 29-37
- Belsky, D.W., Caspi, A., Arseneault, L., Bleidorn, W., Fonagy, P., Goodman, M., et al. (2012). *Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children*. *Development and Psychopathology*, 24, 251-265
- Bendall, S., Alvarez-Jimenez, M., Hulbert, C.A., McGorry, P.D. & Jackson, H.J. (2012). *Childhood trauma increases the risk of post-traumatic stress disorder in response to first-episode psychosis*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(1), 35-39
- Berk, M., Malhi, G.-S., Hallam, K., Gama, C. S., Dodd, S., Andreazza, A.C. et al. (2009). *Early Intervention in bipolar disorders: Clinical, biochemical and neuroimaging imperatives*. *Journal of affective disorders*, 114, 1-13
- Biederman, J., Petty, C., Faraone, S.V. & Seidman, L. (2004). *Phenomenology of Childhood Psychosis. Finding from a Large Sample of Psychiatrically Referred Youth*. *The journal of nervous and Mental Disease*, 192(9), 607-614
- Birmaher, B., Axelson, D., Golstein, B., Strober, M., Gill, M.K., Hunt, J., et al. (2009). *Four-Year Longitudinal Course of Children and Adolescents With Bipolar Spectrum Disorders: The Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) Study*. *American Journal of Psychiatry*, 166(7), 795-804
- Biswas, P., Malhotra, S., Malhotra, A. & Gupta, N. (2006). *Comparative study of neuropsychological correlates in schizophrenia with onset in childhood, adolescence and adulthood*. *European Child Adolescent Psychiatry*, 15, 360-366
- Carlson, G.A., Chang, S.-W., Ruggero, C. & Bromet, E.J. (2012). *Early determinants of four -year clinical outcomes in bipolar disorder with psychosis*. *Bipolar Disorders*, 14, 19-30
- Calderoni, D., Wudarsky, M., Robinder, B, Dell, M.L., Nicolson, R., Hamburger, S.D. et al. (2001). *Differentiating Childhood-Onset Schizophrenia From Psychotic Mood Disorders*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 1190-1196
- Cepeda, C. (2007). *Psychotic Symptoms in Children and Adolescents. Assessment, Differential Diagnosis and Treatment*. Routledge Taylor & Francis Group.
- Choong, C., Hunter, M.D. & Woodruff, P.W.R (2007). *Auditory*

- Hallucinations in Those Populations That Do Not Suffer from Schizophrenia. *Current Psychiatry reports*, 206-212
- Clark, A.F. & Lewis, S.W. (1998). Practitioner Review: Treatment of Schizophrenia in Childhood and Adolescence. *Journal of Child Psychiatry*, 39(8), 1071-1081
- Corell, C.U., Hauser, M., Auther, A.M. & Cornblatt, B.A. (2010). Research in people with psychosis risk syndrome: a review of the current evidence and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 390-341
- Corell, C.U., Penzer, J.B., Frederickson, A.M., Richter, J. J., Auther, A.M., Smith, C.W. et al. (2007). Differentiation in the Preonset Phases of Schizophrenia and Mood Disorders: Evidence in Support of a Bipolar Mania Prodrome. *Schizophrenia Bulletin*, 33(3), 703-714
- Cunill, R., Castells, X. & Simeon, D. (2009). Relationship Between Obsessive-Compulsive Symptomatology and Severity of Psychosis in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(1), 70-82
- Cutajar, M.C., Mullen, P.E., Ogloff, J.R.P., Thomas, S.D., Wells, D.L. & Spataro, J. (2010)a, Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse and Neglect*, doi:10.1016/j.chiabu.2010.04.004
- Cutajar, M.C., Mullen, P.E., Ogloff, J.R.P., Thomas, S.D., Wells, D.L. & Spataro, J. (2010)b. Schizophrenia and Other Psychotic Disorders in a cohort of Sexually Abused Children. *Archives of Genetic Psychiatry*, 67 (11), 1114-1119
- Daalman, K., Boks, M.P.M., Diedersen, K.M.J., deWeijer, A.D., Blom, J.D, Kahn, R.S. et al. (2011). The same or different ? A Phenomenological Comparison of Auditory Verbal Hallucinations in Healthy and Psychotic Individuals. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(3), 320-325
- David, C.N., Greenstein, D., Clasen.L., Gochman P, Miller, R., Tossel, J.W. et al. (2011). Childhood Onset Schizophrenia: High Rate of Visual Hallucinations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(7), 681-686
- Dossetor, D.R (2007). "All that Glitters Is Not Gold": Misdiagnosis of Psychosis in Pervasive Developmental Disorders – A Case Series. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(4), 537-548
- Duffy, A., Alda, A., Hajek, T., Sherry, S. & Grof, P. (2009). Early Stages in the development of bipolar disorder. *Journal of affective disorders*. Doi:10.1016/j.jad.2009.05.022
- Esterberg, M.L., Trotman, H.D., Brasfield, J.L., Comton, M.T. & Walker, E.F. (2008). Childhood and current autistic features in adolescents with schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Research*, 104, 265-273
- Frazier, J.A., McClellan, J., Findling, R.L., Vitiello, B., Anderson, R., Zablotsky, B. et al. (2007). Treatment of early – Onset Schizophrenia Spectrum Disorders (TEOSS): Demographic and Clinical Characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(8), 979-987
- Friis, S. (2010). Early specialized treatment for first-episode psychosis: does it make a difference? *The British Journal of Psychiatry*, 196, 339-340
- Geller, B. & Luby, J. (1997). *Child and Adolescent Bipolar Disorder: A Review of the Past 10 Years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (9), 1168-1176
- Ghaziuddin, M. (2005). *Mental Health Aspects of Autism and Asperger Syndrome*. Jessica Kingsley Publishers.
- Gillberg, C. (2001). Epidemiology of early onset schizophrenia. I Remschmidt (ed.) *Schizophrenia in children and adolescents*. Cambridge University Press
- Gochman, P.A., Greenstein, D., Sporn, A., Gogtay, N., Nicolson, R., Keller, A. et al. (2004). Childhood onset schizophrenia: familial neurocognitive measures. *Schizophrenia Research*, 71, 43-47
- Goldberg, X., Fatjó-Vilas, M., Muñoz, J., Campanera, S., Miret, S., Miñando, M.J. et al. (2011). Increased familiarity of intellectual deficits in early-onset schizophrenia spectrum disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*. Doi: 10.3109/15622975.2011.585661
- Gonthier, M. & Lyon, M.A. (2004). Childhood-onset schizophrenia: an overview. *Psychology in the schools*, 41(7), 803-811
- Goëb, J.-L. & Jardi, R. (2010). *Hallucinations in children and adolescents. Diagnosis and treatment strategies*. Oxford university press.
- Hegelstad, W., Larsen, T.K., Auestad, B., Evensen, J., Haahr, U., Joa, I. et al. (2012). Long-Term Follow-Up of the TIPS Early Detection in Psychosis Study: Effects on 10-Year Outcome. *American Journal of Psychiatry*, 169(4), 374-380
- Helsedirektoratet 2012. Utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser. Høringsutkast. Nedlastet 10.04.2012 fra <http://www.helsedirektoratet.no/Om/hoyringar/Sider/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-psykoselidelser.aspx>.
- Hollis, C. (2002). *Schizophrenia and Allied Disorders*. I Rutter, M. & Taylor, E. (eds) *Child and Adolescent Psychiatry*. Fourth Edition. Blackwell Publishing
- Hollis, C. (2001). *Diagnosis and differentialdiatgnosis*. I Remschmidt (ed.) *Schizophrenia in children and adolescents*. Cambridge University Press
- Hollis, C. (2000). *Adult Outcomes of Child- and Adolescent-Onset Schizophrenia: Diagnostic Stability and predictive Validity*. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1652-1659
- Hua, L.L., Wilens, T.E., Martelon, M.K., Wong, P., Wozniak, J. & Biederman, J. (2011). Psychosocial Functioning, Familiality, and Psychiatric Comorbidity in Bipolar Youth With and Without Psychotic Features. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(3), 397-405
- Hurst, R.M., Nelson-Gray, R.O, Mitchell, J.T. & Kwapil, T.R. (2007). The Relationship of Asperger's Characteristics and Schizotypal Personality Traits in a Non-clinical Adult Sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1711-1720
- Husted, J.A., Ahmed, R., Chow, E.W-C., Brzustowicz, L.M. & Bassett, A.S. (2012). Early environmental exposures influence schizophrenia expression even in the presence of strong genetic predisposition. *Schizophrenia research* . doi: 10.1016/j.schres.2012.02.009
- Jaafari, N., Baup, N., Bourdel, M.C., Olié, J.P., Rotge, J.Y, Wassouf, I. et al. (2011). Neurological soft signs in OCD patients with early age at onset, versus patients with schizophrenia and healthy subjects. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 23(4), 409-416

- Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Abel, M.-B., Øhlenschläger, J., Christensen, T.Ø. et al. (2008). The association between pre-morbid adjustment, duration of untreated psychosis and outcome in first-episode psychosis. *Psychological Medicine*, 38, 1157-1166
- Joa, I., Johannessen, J.O., Langevelde, H., Friis, S., Melle, I., Opjordsmoen, S., et al. (2009). Baseline profiles of adolescent vs. adult-onset first-episode psychosis in an early detection program. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 119, 494-500
- Jessopp, M., Scott, J. & Nurcombe, B. (2008). Hallucinations in adolescent inpatients with post-traumatic stress disorder and schizophrenia: similarities and differences. *Australasian Psychiatry*, 18(4), 268-272
- Kaufmann, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P. et al. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and validity Data. *Journal of Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T.E., Harrington, H., Milne, B.J & Poulton, R. (2003). Prior Juvenile Diagnoses in Adults With Mental Disorder. *Archives Gen Psychiatry*, 60, 709-716
- King, B.H. & Lord, C. (2011). Is schizophrenia on the autism spectrum? *Brain Research*, 1380, 34-41
- Kowatch, R.A., Fristad, M., Birmaher, B., Wagner, K.D, Findling, R.L., Hellander, M., et al. (2005). Treatment Guidelines for Children and Adolescents With Bipolar Disorder: Child Psychiatric Workgroup on Bipolar Disorder. *Journal of Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 44(3), 213-235
- Larkin, W. & Read, J., (2008). Childhood trauma and psychosis: Evidence, Pathways, and implications. *Journal of Postgrad Medicine*, 5(4), 287-293
- Lataster, T., vanOs, J., Drukker, M., Henquet, C. Feron, F., Gunther, N. et al. (2006). Childhood victimization and developmental expression of non-clinical delusional ideation and hallucinatory experiences. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 41, 423-428
- Lardinois, L.M., Lataster, T., Mengelers, R., vanOs, J. & Myin-Geymers, I. (2011). Childhood trauma and increased stress sensitivity in psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 123, 28-35
- Larøi, F. (2012). How do auditory verbal hallucinations in patients differ from those in non-patients? *Frontiers in Human Neuroscienc*, 6(25), 1-9
- Laurens, K.R., Hobbs, M.J., Sunderland, M., Green, M.J. & Mould, G.L. (2011). Psychotic-like experiences in a community sample of 8000 children aged 9 to 11 years: an item response theory analysis. *Psychological medicine*, 1-12 Doi: 10.1017/S0033291711002108
- Lauterbach, M.D., Stanisawski-Zygaj, M.D. & Benjamin, S. (2008). The Differential Diagnosis of Childhood-and Young Adult-Onset Disorder That Include Psychosis. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 20, 409-418
- Leavey, J.E., Flexhaug, M. & Ehmann, T. (2008). Review of the literature regarding early intervention for children and adolescents aged 0-15 experiencing a first-episode psychiatric disturbance. *Early Intervention in psychiatry*, 2, 212-224
- Li, H., Pearrow, M. & Jimerson, S.R. (2012). Identifying, Assessing, and Treating Early Onset Schizophrenia at School. Springer
- Lobban, F., Barrouclough, C. & Jones, S. (2005)a. Assessing cognitive representations of mental health problems. The illness perception questionnaire for schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 147-162
- Lobban, F., Barrowclough, C., & Jones (2005)b. Assessing cognitive representations of mental health problems. II. The illness perception questionnaire for schizophrenia: Relatives' version. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 163-79
- Magaña, A.B., Goldstein, J.M., Karno, M., Miklowitz D.J., Jenkins, J. & Falloon, I.R., (1985). A Brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 3, 203-12
- Masi, G. & Liboni, F. (2011). Management of Schizophrenia in Children and Adolescents. *Focus on Pharmacotherapy. Drugs*, 71(2), 179-208
- Masi, G., Mucci, M. & Pari, C. (2006). Children with schizophrenia: clinical picture and pharmacological treatment. *CNS Drugs*, 20(10), 841-66
- Maydell, R.J., van derWalt, C., Roos, J.L., Scribante, L. & Ladikos, A. (2009). Clinical characteristics and premorbid variables in childhood-onset schizophrenia: a descriptive study of twelve cases from a schizophrenia founder population. *African Journal of Psychiatry*, 12, 144-148
- Mazza, M., Michele, V.D., Pollice, R., Casacchia, M. & Roncone, R. (2008). Pragmatic Language and Theory of Mind Deficits in People with Schizophrenia and Their Relatives. *Psychopathology*, 41, 254-263
- McCleery, A. (2007). Family assessment in early psychosis. *Science Direct*, 152, 95-102
- McClellan, J. Sikich, L., Findling, R., Frazier, J.A., Vitiello, B., Hlatala, S.A. et al. (2007). Treatment of Early Onset Schizophrenia Spectrum Disorders (TEOSS): Rationale, design, and Methods. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(8), 969-978
- McClellan J., Breiger, D., McCurry, C., & Hlatala, S. (2003). Premorbid Functioning in Early-Onset Psychotic Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(6), 666-672
- McClellan J., McCurry, C., Speltz, M.L. et al. (2002). Symptom factors in early onset psychotic disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 791-798
- McGlashan, T., Walsh, B.C. & Woods, S.W. (2010). *The Psychosis-Risk Syndrome. Handbook for diagnosis and follow-up.* Oxford university press.
- McGorry, P.D., Killackey, E. & Yung, A. (2008). Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*, 7(3), 148-156
- Meyer, F. & Meyer, T.D. (2009). The misdiagnosis of bipolar disorder as a psychotic disorder: Some of its causes and their influence on therapy. *Journal of affective disorders*, 112, 174-183
- Miklowitz, D.J., George, E.L., Axelson, D.A., Kim, E.Y., Birmaher, B., Schneck, C., et al. (2004). Family Focused treatment for adolescents

- with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82, 113-128
- Monte, R.C., Goulding, S.M. & Compton, M.T. (2008). Premorbid functioning of patients with first/episode non/affective psychosis: A comparison of deterioration in academic and social performance, and clinical correlates of Premorbid Adjustment Scale Scores. *Schizophrenia research*, 104(1-3), 206-13
- Moran, M. (2007). When Schizophrenia Develops Early, Impairment Often More Severe. *APA Psychiatric News*, 42, 17
- Møller, P. (2005) Schizofreni og selvet – eksistensielle perspektiver på forståelse og utredning. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 125, 1022-1025
- Mueser, K.T. & Gingerich, S. (2006). *The complete family guide to schizophrenia: helping your loved one get the most out of life*. Guilford press
- NICE (2011). *Psychosis and schizophrenia in children and young people: final scope*. Lastet ned den 09.07.2012 fra National Institute for Health and Clinical Excellence sin internettside <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12951/55120/55120.pdf>
- Nicolson, R., Brookner, B., Lenane, M., Gochman, P., Ingraham, L.J., Egan, M.F. et al. (2003). Parental Schizophrenia Spectrum Disorders in Childhood-Onset and Adult-Onset Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 160(3), 490-495
- Nicolson, R., Lenane, M., Hamburger, S.D., Fernandez, T., Bedwell, J. & Rapoport J.L. (2000). Lessons learned from childhood-onset schizophrenia. *Brain Research Reviews*, 31, 147-156
- Niemi, L.T., Suvisaari, J.M., Tuulio-Henriksson, A., & Lonnquist, J.K. (2003). Childhood developmental abnormalities in schizophrenia: evidence from high-risk studies. *Schizophrenia Research*, 60, 239-258
- Nylander, L., Lugnegård, T., & Hallerbäck, M.U. (2008). Autism spectrum disorders and schizophrenia spectrum disorders in adults – is there a connection? A literature review and some suggestions for future clinical research. *Clinical Neuropsychiatry*, 5(1), 43-54
- Padgett, F.E., Miltiou, E. & Tiffin, P.A. (2010). The co-occurrence of non-affective psychosis and the pervasive developmental disorders: A systematic review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 35(3), 187-198
- Pagsberg, A.K. (2006). Skizofreni hos børn og unge. *Ugeskrift Lægeforeningen*. 20.mars s. 1211
- Pattison, E.M. & Pattison, M.L. (1981). Analysis of schizophrenic psychosocial network. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 135-143
- Pavuluri, M.N., Naylor, M.W., Janicak, P.G. (2002). Recognition and Treatment of Pediatric Bipolar Disorder. *Contemporary Psychiatry*, 1(1), 1-10
- Pekkala, E. & Merinder, L. (2002). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Review* (2): CD002831
- Presussner, M., Iyer, S.N., Rafidi, K., Joobar, R. & Malla, A.K. (2011). Stress and protective factors in individuals at ultra-high risk for psychosis, first episode psychosis and healthy controls. *Schizophrenia Research*, 129(1), 29-35
- Rapado-Castro, M., Sotullo, C., Fraguas, D., Arango, C., Payá, B., Castro-Fornieles, J. et al. (2010). Predominance of Symptoms Over Time in Early-Onset Psychosis: A Principal Component Factor Analysis of the Positive and Negative Syndrome Scale. *Journal of Child Psychiatry*, 71(3), 327-337
- Rapoport, J.L., & Gotay, N. (2011). Childhood onset schizophrenia: support for a progressive neurodevelopmental disorder. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 29, 251-258
- Raune, D., Kuipers, E., & Bebbington, P.E. (2004). Expressed emotion at first-episode psychosis; investigating a carer appraisal model. *British Journal of Psychiatry*, 184, 321-326
- Read, J., vanOs, J., Morrison, A.P. & Ross, C.A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 112, 330 - 350
- Read, J., Agar, K., Argyle, N., & Aderhold, V. (2003). Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychology and Psychotherapy; theory, research and practice*, 76, 1-22
- Reaven, J.A., Hepburn, S.L. & Ross, R.G. (2008). Use of ADOS and ADI-R in Children with Psychosis: Importance of Clinical Judgement. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(1), 81-94
- Reichert, A., Kreiker, S., Mehler-Wez, C., & Warnke, A. (2008). The psychopathological and psychosocial outcome of early-onset schizophrenia: Preliminary data of a 13-year follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(6), 1-9
- Reimherr, J.P. & McClellan, J.M. (2004). Diagnostic Challenges in Children and Adolescents With Psychotic Disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(6), 5-11
- Remschmidt, H., Martin, M., Hennighausen, K. & Schultz, E. (2001). *Treatment and rehabilitation*. I Remschmidt (ed.) *Schizophrenia in children and adolescents*. Cambridge University Press
- Rodowski, M.F., Cagande, C.C., & Riddle, M.A. (2008). Childhood Obsessive-Compulsive Disorder Presenting as Schizophrenia Spectrum Disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18(4), 395-401
- Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F., Salokongas, R.K.R., Hainimaa, M., Linszen, D., Dingemans, P. et al. (2010). Prediction of Psychosis in Adolescents and Young Adults at High Risk. Results From the Prospective European Prediction of Psychosis Study. *Archives General Psychiatry*, 67(3), 241-251
- Ross, R.G., Heinlein, S. & Tregellas, H. (2006). High Rates of comorbidity are found in childhood onset schizophrenia. *Schizophrenia research*, 88, 90-95
- Russell, A.T., Bott, L., Sammons, C. (1989). The Phenomenology of Schizophrenia Occurring in Childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2, 399-407
- Rössberg, J.I. & Karlsen, K., (2012). Kognitiv terapi ved psykoser. I K.Martinsen & R.Hagen (red.): *Håndbok i kognitiv atferdsterapi for barn og unge*. Oslo Gyldendal
- Scaeffler, J.L. & Ross, R.G. (2002). Childhood-Onset Schizophrenia Premorbid and Prodromal Diagnostic and Treatment Histories. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(5), 538-545

- Schimmelmann, B.G., Huber, C.G., Lambert, M., Cotoon, S., McGorry, P.D. & Conus, P. (2008). Impact of Duration of untreated psychosis on pre-treatment, baseline, and outcome characteristics in an epidemiological first-episode psychosis cohort. *Journal of Psychiatric Research* 42, 982-990
- Schimmelmann, B.G., Conus, P., Cotton, S., McGorry, P.D. & Lambert, M. (2007) Pre-treatment, baseline, and outcome-differences between early-onset and adult-onset psychosis in an epidemiological cohort of 636 first-episode patients. *Schizophrenia Research*, 95, 1-8
- Scultze-Lutter, F., Ruhrmann, S., Fusar-Poli, P., Bechdolf, A., Schimmelmann, B.G. & Klosterkötter, J. (2012). Basic symptoms and the prediction of first-episode psychosis. *Current Pharm Des*, 18(4), 351-357
- Schultze-Lutter, F., Klosterkötter, J., Michel, C., Winkler, K. & Ruhrmann, S. (2012). Personality disorders and accentuations in at-risk persons with and without conversion to first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry* doi: 10.1111/j.1751-7893.2011.00324.x
- Sharp, C., Ha, C., Michonski, J., Venta, A., & Carbone, C. (2012). Borderline personality disorder in adolescents: evidence in support of the Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder in a sample of adolescent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 765-774
- Sin, J., Moone, N., & Wellmann, N. (2005). Developing services for carers of young adults with early-onset psychosis – listening to their experiences and needs. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 12(5), 589-597
- SIPS (Strukturert Intervju for Prodromal Symptomer) (2005) Norsk versjon ved Arntzen, B., Larsen, T.K., McCombe, Moen, T og Skryten, L.K. TOPP-prosjektet, Stavanger Universitetssykehus.
- Skjelstad, D.V., Malt, U.F., Holte, A. (2010). Symptoms and signs of the initial prodrome of bipolar disorder . A systematic review. *Journal of affective disorders*, 126, 1-13
- Sommer, I.E., Daalman, K., Rieterk, T., Diederer, K.M., Bakker, S., Wijkstra, J. et al. (2010). Healthy individuals with auditory verbal hallucinations: Who are they? *Psychiatric assessments of a selected sample of 103 subjects. Schizophrenia Bulletin*, 36, 633-641
- Solomon, M., Olsen, E., Niendam, T., Ragland, J.D., Yoon, J., Minzenberg, M. et al. (2011). From lumping to splitting and back again: Atypical social and language development in individuals with clinical-high-risk for psychosis, first-episode schizophrenia, and autism spectrum disorders. *Schizophrenia research*, 121, 146-151
- Sprong, M., Becker, H.E., Schothorst, P.F, Swaab, H., Ziermans, T.B., Dingemans, P.M. et al. (2008). Pathways to psychosis: A comparison of the pervasive developmental disorder subtype Multiple Complex Developmental Disorder and the "At Risk Mental State". *Schizophrenia Research*, 9, 38-47
- Starling, J. & Dosssetor, D. (2009). Pervasive Developmental Disorders and Psychosis. *Current Psychiatry Reports*, 11, 190-196
- Stenström, A.D. (2011). Tidlige tegn på skizofreni hos barn og unge. Ph.d afhandling, Psykiatrien Region Syd-danmark. Syddansk universitet
- Stevens, J.R., & Prince, J.B. (2012). Schooling Students with Psychotic Disorders. *Child Adolescent Psychiatric Clinic N Am*. 187-200. doi 10.1016/j.chc.2011.09.008
- Stilo, S.A. & Murray, R.M. (2010). The epidemiology of schizophrenia: replacing dogma with knowledge. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12( 3), 305-315
- Tarbox, S.I., Pouge-Geile, M.F. (2008). Development of social functioning in preschizophrenic children and adolescents: a systematic review: *Psychological. Bulletin*, 134(4), 561-83
- Ullman, V.Z., Levine, S.Z., Reichenberg, A. & Rabinowitz, J. (2012). Real-world premorbid functioning in schizophrenia and affective disorders during the early teenage years: A population-based study of school grades and teacher ratings. *Schizophrenia Research*, 136, 13-18
- VanOs, J. & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*, 374(9690), 635-645
- Van Winkel, R., Stefanis, N.C. & Myin-Germeyns, I. (2008). Psychosocial Stress and Psychosis. A review of the Neurobiological Mechanisms and the Evidence for Gene-Stress Interaction. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1095-1105
- Vaughn, C. & Leff, J. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social Clinical Psychology*, 15(2), 157-65
- Welham, J., Isohanni, M., Jones, P. & McGrath, J. (2009). The Antecedents of Schizophrenia: A Review of Birth Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 603-623
- Welham, J., Scott, J., Williams, G., Najman, J., Bor, W., O`Callaghan, M. & McGrath, J. (2008)a. Emotional and Behavioral antecedents of young adults who screen positive for non-affective psychosis; a 21-year birth cohort study. *Psychological Medicine*, 8, 1-10
- Werry, S.J., McClellan, M.D. & Chard, L. (1991). Childhood and Adolescent Schizophrenic, Bipolar and Schizoaffective Disorders: A Clinical and Outcome Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(3), 457-465
- Wicks, S., Hjern., A. & Dalman, C. (2010) . Social Risk or genetic Liability for Psychosis? A Study of Children Born in Sweden and reared by adoptive Parents. *American Journal of Psychiatry*, 167(10), 1240-1246
- Wiedemann G., Rayki, O., Feinstein, E. & Hahlweg, K. (2002). The Family Questionnaire: development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research*, 109(3), 265-279
- WHO (1992). ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Norsk utgave , Universitetsforlaget, 1999.
- Yung, A.R., Klosterkötter, J., Cornblatt, B., & Schultze-Lütter, F. (2009). I H. J. Jackson & P. D. Mc Gorry (red.) *The Recognition and Management of early psychosis*. 2.ed. Cambridge University Press
- Yung, A.R., Philips, L.J., & McGorry, P.D. (2004). "Treating schizophrenia in the prodromal phase". London: Taylor and Francis
- Yung, A.R., & McGorry, P.D. (1996). *The Prodromal Phase and First Episode Psychosis: Past and Current Conceptualization*. *Schizophrenia Bulletin*, 2, 353-370
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability-a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-26.

# Vedlegg 1: VIKTIGE SPØRSMÅL I ANAMNESEOPPTAK VED PSYKOSE-UTREDNING

- Psykisk sykdom/rus i slekten (Tid, varighet, innleggelses) Sette opp genogram
- Familieforhold (Skilsmisser, sykdom, familieklima, allianser)
- Sykdom/påkjenninger i svangerskapet, perinatale komplikasjoner (evt. innhente barseljournal)
- Somatisk sykdom, infeksjoner, traumer (evt. overgrep)
- Utviklingshistorie (Språk, motorikk, lek, sosial utvikling, renslighet)
- Skolehistorie (forhold til lærere og medelever, mobbing, skulking, tilrettelegging, sterke og svake faglige sider) Viktig også å kunne kontakte skole og innhente informasjon derfra.
- Forhold til andre, evne til å etablere og holde på kontakt - tilknytningsatferd
- Personlighet (innadvent, utadvent, impulsiv osv.)
- Høyeste funksjonsnivå
- Funksjonsfall og svingninger i funksjon (skole, relasjoner, adl)
- Debut av symptomer
- Sykdomsutvikling
- Tidligere behandling
- Kontakt med PPT og/eller barnevern
- Selvskading/Selvmondsforsøk
- Bruk av alkohol, narkotika og tobakk
- Kriminalitet/kontakt med politiet
- Aktuelle belastninger og problemer
- Pasientens eget forhold til sin lidelse og livssituasjon
- Ressurser og interesser/aktiviteter hos ungdommen og i dens nettverk må selvfølgelig utredes og holdes oppe kontinuerlig



## Vedlegg 2: OBSERVASJONSPUNKTER VED PSYKOSEUTREDNING (ESQ)

Under følger en liste over forhold det kan være nyttig å observere i miljøet eller andre naturlige kontekster

- Ressurser
  - Interesser
  - Initiativ, aktivitet og motivasjon
  - Porsjonering av krefter og energi
  - Søvn mønster
  - Psykoserelaterte symptomer
    - vrangforestillinger
    - mulige hallusinasjoner
    - tankeforstyrrelser
    - desorganisert atferd
    - utsagn med uforståelig/usammenhengende tale
    - mimikk/øyekontakt
    - treghet/latenstid
    - kontaktevne
    - variabelt funksjonsnivå
    - søvn
    - regulering av aktivitet og hvile
    - stemingsleie
    - humørsvingninger
    - variabelt funksjonsnivå
    - rastløshet
    - impulsivitet
    - angst/fobier
    - hygiene
    - matinntak
    - tvang
    - rigiditet/"insistence of sameness"
    - trettbarhet
  - ADL-ferdigheter
    - hygiene
    - matlaging
    - sosial kompetanse og samhandling
  - Kognitive funksjoner
    - Oppmerksomhet
    - Utholdenhet
    - Planlegging/evne til å lage strategi
    - Igangsetting/avslutning
- distraksjoner
  - hukommelse
  - turtaking
  - konkret forståelse
  - orienteringsevne for tid/sted
  - motorikk (evt. treghet), mimikk
- Kartlegging av individuelle stressorer
  - Kartlegging av individuelle varselsymptomer

## Vedlegg 2: Psykosescreening for bruk i BUP

Versjon 1.0. Utarbeidet ved TIPS Sør-Øst v/ Kjersti Karlsen 05.01.2011

Psykosespekterlidelser forekommer hos 2-5 % av BUP-pasientene. Pr i dag er det ofte slik at klinikken ikke i tilstrekkelig grad klarer å fange opp disse. Når psyko- sen oppdages går det i gjennomsnitt et til to år fra psykosedebut til det settes en psykosedagnose.

Psykose er en lidelse som i første omgang påvirker kognitive prosesser og opplevelsen av seg selv i forhold til omverdenen, og symptomene kan fluktuere. Symptomene slik de kommer til uttrykk, kan være vanskelig å skille fra symptomer ved andre lidelser, og forekommer gjerne som et knippe av symptomer (syndrom). Man står i fare for å overse lidelsen om man ikke har er seg bevisst at et knippe tilsynelatende ”ufarlige” symptomer kan tyde på en underliggende mer alvorlig lidelse

Dette skjemaet er ment som en hjelp til å oppdage psykoser i BUP. De vanligste symptomene ved psykos- er er listet opp.

- Kryss av i rubrikken dersom symptomet foreligger
- Er det krysset av for minst ett symptom i grå rubrikk, bør det gjøres en psykoseutredning
- (Er det krysset av for to eller flere av de øvrige rubrikkene, bør saken drøftes med en person med psykosekompetanse for å vurdere eventuell videre utredning)
- Ved tvil om symptomer i grå rubrikk foreligger eller ikke, bør saken også drøftes med en person med psykosekompetanse

Skjemaet er utarbeidet til bruk i ”POPP-prosjektet” og TIPS Sør-Øst sin BUP-satsning i Helseregion Sør-Øst.

Dette skjemaet er basert på PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale, Opler et. al ) og SIMP (Strukturert Intervju for evaluering av Mulig Psykoserisiko, P. Møller))

### Symptomliste

#### Sosial fungering

Tiltakende tilbaketrekning fra familie og venner – isolasjon	<input type="checkbox"/>
Utsagn om ikke å ønske kontakt med andre	<input type="checkbox"/>
Vansker med å få til godt samspill med jevnaldrende	<input type="checkbox"/>
Svikt i forståelsen av sosiale normer	<input type="checkbox"/>
Mangel på initiativ eller interesse	<input type="checkbox"/>
Vansker med å ta valg/ambivalens	<input type="checkbox"/>

#### Daglig funksjon

Funksjonsfall på skolen – svakere karakterer eller behov for mye mer tid til skolearbeid for å prestere som før	<input type="checkbox"/>
Funksjonsfall i daglige ADL-aktiviteter	<input type="checkbox"/>
Endring i oppførsel, underlig atferd eller bisarr oppførsel	<input type="checkbox"/>

---

### Tabell videre : Daglig funksjon

---

- Sover dårlig/snur døgnet
- Stor variasjon i daglig funksjon
- Svikt i personlig hygiene
- Økt grad av tvang og ritualer
- Spiseforstyrrelse (spesielt når ledsaget av ideologi om mat eller tanker om forgiftning)

---

### Affektive symptomer

---

- Økende vegring for å forholde seg til/snakke med andre mennesker
- Uvanlige stemningssvingninger
- Depresjon/tristhet/selvordtanker
- Vansker med å regulere temperament - sinneutbrudd
- Frykt for steder med mange mennesker
- Vegring for nye situasjoner/brudd på rutiner
- Redsel for å være alvorlig syk
- Selvskading

---

### Endret tenkning og tale

---

- Forvirring; snakker om eller skriver om ting som ikke gir mening, økt vanskelighet med å forstå "common sense"
- Uttrykk for uvanlige eller bisarre tanker
- Forstyrrede tankeprosesser som tankekjør, tankestopp eller mye grubling
- Tanker føles fremmede, eventuelt tro på tankepåvirkning/tankelesning
- Veldig opptatt av ett spesielt tema/livsfilosofi som ikke deles av så mange
- Underlige oppfatninger og magisk tenkning
- Omstendelig tale eller mindre tale enn før
- Vansker med konsentrasjon, oppmerksomhet eller hukommelse

---

## Endret sansning og positive symptomer

---

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Hørselshallusinasjoner   | <input type="checkbox"/> |
| Synshallusinasjoner  | <input type="checkbox"/> |
| Endret visuell persepsjon; fordreininger, lysglimt, farger, ”klarere/sterkere” eller mer sløret m.m.   | <input type="checkbox"/> |
| Kroppslige fornemmelser uten reelle stimuli (bli tatt på , opplevelse av å kjenne indre organer eller lignende)  | <input type="checkbox"/> |
| Opplevelse av å lukte ting som ikke er der   | <input type="checkbox"/> |
| Uvirkelighetsfølelse – følelse av endret selv (opplever seg selv eller deler av seg selv som noe fremmed, uvirkelig, følelse av å ikke ”eie” egne opplevelser) | <input type="checkbox"/> |
| Paranoide tanker - frykt for å være sett, forfulgt, forgiftet m.m  | <input type="checkbox"/> |
| Omnipotens/grandiositet – følelse av å være spesiell   | <input type="checkbox"/> |
| Omverdenen oppleves som annerledes enn før, for eksempel fremmed, uvirkelig, ”kunstig” livløs”   | <input type="checkbox"/> |

---

## Genetisk disposisjon

---

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| En 1.grads-slektning eller to 2.grads-slektninger har en alvorlig psykisk lidelse (Schizofreni/ annen psykose/ affektiv lidelse) | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|

*Et symptom i gruppen markert med blått indikerer at det bør gjøres en psykoseutredning. (Er det krysset av for to eller flere av de øvrige symptomene, bør saken drøftes med en person med psykosekompetanse for å vurdere evt. videre utredning).*

# Vedlegg 4: The Family Questionnaire

Georg Wiedemann et al., Psych.Research 2002, vol.109,3, 265-279.

Sett kryss på det svaret som passer for deg

Dato: .....

## Slektskap/relasjon:

mor/far	<input type="checkbox"/>
ektefelle	<input type="checkbox"/>
søsken	<input type="checkbox"/>
Annet(spesifiser)	<input type="checkbox"/>

	Aldri/veldig sjelden	Sjelden	Ofte	Veldig ofte
1. Jeg forsømmer egne behov av hensyn til han/henne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg må gjenta spørsmål for at han/hun skal gjøre noe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg lurer på hva som skal skje med han/henne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Han/hun irriterer meg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jeg grubler på årsaken til hans/hennes sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jeg må ta meg sammen for ikke å kritisere han/henne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jeg sover ikke på grunn av han/henne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Det er vanskelig for oss å bli enige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Når jeg bekymrer meg for han/henne, holder jeg det for meg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Han/hun setter ikke pris på det jeg gjør for han/henne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jeg vurderer mine egne behov som mindre viktig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Han/hun går meg på nervene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Aldri/veldig sjelden	Sjelden	Ofte	Veldig ofte
13. Jeg er svært bekymret for han/henne				
14. Han/hun gjør enkelte ting av ondskap				
15. Jeg har tenkt at jeg selv ville bli syk				
16. Det irriterer meg at han/hun konstant ønsker noe fra meg				
17. Han/hun er en viktig del av livet mitt				
18. Jeg må insistere på at han/hun må oppføre seg annerledes				
19. Jeg må forsake viktige ting for å bli i stand til å hjelpe han/henne				
20. Jeg blir ofte sint på han/henne				

Skåringsnøkkel: Aldri / veldig sjelden = 1, Sjelden = 2, Ofte = 3, Veldig ofte = 4

Emosjonell overinvolvering (EOI)		Kritiske kommentarer (KK)	
Spørsmål nr. 1		Spørsmål nr. 2	
Spørsmål nr. 3		Spørsmål nr. 4	
Spørsmål nr. 5		Spørsmål nr. 6	
Spørsmål nr. 7		Spørsmål nr. 8	
Spørsmål nr. 9		Spørsmål nr. 10	
Spørsmål nr. 11		Spørsmål nr. 12	
Spørsmål nr. 13		Spørsmål nr. 14	
Spørsmål nr. 15		Spørsmål nr. 16	
Spørsmål nr. 17		Spørsmål nr. 18	
Spørsmål nr. 19		Spørsmål nr. 20	
Totalskåre:		Totalskåre:	

FQ-skåre EOI: lav < 27 > høy

FQ-skåre KK: lav < 23 > høy

Totalskåre		Lav	Høy
KK	1. gang (dato)		
	2. gang (dato)		
EOI	1. gang (dato)		
	2. gang (dato)		

TIPS Sør-Øst  
Fridtjof Nansens vei 12, inng A  
0369 Oslo

ISSN: 1891-3210

