

*Veileder for utredning av barn og ungdom  
med psykoser i  
Helse Sør-Øst*

*Utarbeidet av psykologspesialist Kjersti Karlsen, TIPS Sør-Øst høst 08  
Foreløpig versjon 11.02.09*

<b>FOREKOMST AV PSYKOSE HOS BARN OG UNGDOM .....</b>	<b>3</b>
<b>PSYKOSER I BARNE- OG UNGDOMSÅRENE .....</b>	<b>4</b>
VERY EARLY ONSET SCHIZOPHRENIA/ CHILDHOOD ONSET SCHIZOPHRENIA .....	4
EARLY ONSET SCHIZOPHRENIA/ADOLESCENT ONSET SCHIZOPHRENIA .....	4
AFFEKTIVE PSYKOSER .....	4
SCHIZOAFFEKTIV LIDELSE .....	5
LIKHETER OG FORSKJELLER MELLOM PSYKOSEDIAGNOSENE .....	5
KOMORBIDE TILSTANDER OG PREMORBID FUNKSJONSNIVÅ.....	5
RUSMISBRUK.....	6
<b>DE VANLIGSTE DIFFERENSIALDIAGNOSTISKE UTFORDRINGENE ..</b>	<b>6</b>
GJENNOMGRIPENDE UTVIKLINGSFORSTYRRELSER (PDD) INKLUDERT ASPERGER SYNDROM.....	6
TRAUMATISKE PSYKOSER/DISSOSIATIVE TILSTANDER.....	7
TVANGSLIDELSER .....	8
MEDISINSKE TILSTANDER ASSOSIERT MED PSYKOSE .....	8
<b>SPESEIELLE UTFORDRINGER VED PSYKOSEUTREDNING AV BARN OG UNGDOM .....</b>	<b>9</b>
UTVIKLINGSNIVÅ/EVNENIVÅ .....	9
SYMPTOMER OPPLEVES SOM EN DEL AV BARNET .....	9
PSYKOTISKE SYMPTOMER ER IKKE KONSTANTE .....	10
PSYKOTISKE SYMPTOMER ER OFTE "PRIVATE" OG LITE SYNLIGE FOR OMVERDENEN....	10
ALVORLIGE PSYKOSER ER ET "SYNDROM" .....	10
FAMILIE OG NETTVERK .....	11
<b>BETYDNING FOR UTREDNING OG BEHANDLING.....</b>	<b>11</b>
VIKTIGE ELEMENTER I BEHANDLING AV BARN OG UNGDOM MED PSYKOSER .....	12
REFERANSER TIL ULIKE UTENLANDSKE BEHANDLINGSVEILEDERE.....	12
<b>ANBEFALTE UTREDNINGSINSTRUMENTER.....</b>	<b>13</b>
<b>BESKRIVELSE AV NOEN AV UTREDNINGSVERKTØYENE .....</b>	<b>14</b>
ANAMNESE : .....	14
C-GAS : .....	14
KIDDIE-SADS-PL: .....	14
SCI-PANSS :.....	15
PAS – Premorbide Adjustment Scale:.....	16
VUP – varighet av ubehandlet psykose: .....	15
<b>AKTUELLE TILLEGG: .....</b>	<b>15</b>
Miljøterapeutisk observasjon (Vedlegg 5):.....	15
Vineland Adaptive Behaviour Scale .....	15
SIMP – Strukturert Intervju for Mulig Psykoserisiko .....	16
SIPS – Strukturert Intervju for Prodromale Symptomer.....	16
IPQ/Camberwell /FMSS.....	16
<b>REFERANSER .....</b>	<b>17</b>

## ***Forekomst av psykose hos barn og ungdom***

Psykoser hos barn og ungdom er mindre vanlig enn i voksenpopulasjonen. Det er evidens for at psykoser slik de fremtrer hos barn og ungdom er forenlig med de samme lidelsene hos voksne (Welham et al., 2008; AACAP, 2001; Werry et al., 1991). Det er imidlertid mye som tyder på at den genetiske disposisjonen er større hos personer som debuterer tidlig med en schizofreni lidelse (Hollis.C. 2001). Grunnet utviklingsnivå, større grad av komorbiditet hos de yngste, og mindre spesifisitet i symptom bildet kan symptomene til tider fremstå som forskjellige fra den voksne formen. Dette er noe man må ta hensyn til når man utreder barn med mistanke om psykosespekter-lidelser. Den differensialdiagnostiske utredningsprosessen er derfor ofte mer komplisert hos barne- og ungdomspopulasjonen. Av denne grunn har vi funnet det nødvendig med et vedlegg spesifikt rettet mot utredningen av barn og ungdom.

Man møter mange utfordringer ved spørsmål om psykoser hos barn. Evidens og erfaring viser at de fleste barn som er preget av psykoseslignende symptomer ikke har en psykotisk lidelse. Blant de som har utviklet en manifest 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 & McClelland, 2004). Schaeffer & Ross (2002) fant at barn og ungdom med psykoser i gjennomsnitt hadde en varighet av ubehandlet psykose i mer enn to år før korrekt diagnose ble stilt. Mange av dem hadde fått en rekke andre diagnoser før de til slutt fikk en diagnose i psykosespekteret. Symptomutviklingen er også forbundet med stor grad av selvskading og suicidalitet (McClelland et al. 2007). Det er derfor mange viktige grunner til å ha en forståelse for at psykoser forekommer i disse aldersgruppene, og fokusere på å komme tidligere i gang med adekvat behandling.

Det har i liten grad blitt utviklet egne instrumenter for vurdering av psykose hos barn og ungdom. De anbefalinger som gjøres i forhold til utredning og behandling er derfor i stor grad basert på den kunnskap vi har fra psykisk helsevern for voksne. De generelle forholdene som er nevnt i veilederen for voksne gjelder i stor utstrekning også for barn og ungdom. Det anbefales at man gjør seg kjent med denne veilederen.

## ***Psykososer i barne- og ungdomsårene***

### ***Very Early Onset Schizophrenia/ Childhood Onset Schizophrenia***

Er betegnelsene for en schizofrenidebut før 13 år. Det foreligger få studier som rapporterer spesifikke tall på forekomst i denne gruppen, men det antydes en forekomst på 1-2 pr. 10.000 i risikopopulasjonen (Gillberg 2001). Barn helt ned til 3 års alder er blitt diagnostisert med en lidelse innen det schizofrene spektrum. Likevel er det i følge Gillberg (2001) først ved 6 års alder mulig å skille ut tilstrekkelig spesifikke symptomer til å sette en valid diagnose. Denne gruppen er spesielt preget av stor grad av komorbiditet, større grad av organiske funn, og evnenivået befinner seg ofte 1-2 standardavvik under aldersgjennomsnittet. 10-20 % av gruppen skårer under 70 på evnetester (Werry 1991). Schizofrenilidelser som debuterer så tidlig, er kjennetegnet ved hallusinasjoner (hovedsakelig auditive), desorganisert tenkning og atferd, atferdsvansker, funksjonsfall og sosiale vansker/tilbaketrukkethet (Masi et al., 2006; Remschmidt 2001). Systematiske vrangforestillinger er mindre vanlige (Reimherr et al., 2004). Hallusinasjonene kan ligne på de man ser hos voksne, og har ofte innhold preget av 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 et al., 1989). Debuten er som regel snikende, og man finner en overhyppighet av gutter 2:1 (Gillberg 2001).

### ***Early Onset Schizophrenia/Adolescent Onset schizophrenia***

Brukes ved schizofrenidebut mellom 13 og 18 år. Prevalensen for risikogruppen anslås å være 0,4 - 0,5 % (Moran, 2007; Gillberg, 2001) med økende forekomst med økt alder. 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 et al., 2006). Det antas at forekomsten er noe høyere enn rapportert. Dette fordi man så langt har fokusert lite på psykoselidelser i denne aldersgruppen (Remschmidt 2001).

### ***Affektive psykososer***

Ved affektive lidelser skiller man også mellom en veldig tidlig debut (juvenil form) og debut i ungdommen. Som ved schizofreniene er den juvenile formen ledsaget av større grad av utviklingsmessige avvik og komorbiditet enn ved en senere debut. Disse avvikene er ikke ulik de man finner ved VEOS, dvs. funksjonsfall, sosiale vansker, konsentrasjons-, oppmerksomhets- og atferdsvansker og mye tvang (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 symptom bildet. Werry (1991) fant at inntil 50 % av de barna som fikk

en schizofrenidiagnose viste seg å ha en affektiv psykose. Pasienter må derfor følges over tid for at man skal kunne sette en reliabel diagnose. Mange tenker nå at det kan foreligge et kontinuum mellom disse diagnosene, og pasienter med affektiv psykose profitterer på mange av de samme tiltak som pasienter med schizofreni.

### ***Schizoaffektiv lidelse***

For ungdomspopulasjonen anses Schizoaffektiv lidelse å være den minst reliable av psykosediosnosene. 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 hos unge pasienter med kortere sykdomshistorie å sette denne diagnosen, da det klare schizoaffektive mønsteret ikke er fremtredende. Ofte får pasienter med schizofreni som i tillegg har stemningssymptomer diagnosen schizoaffektiv lidelse. Det samme gjelder pasienter som har en klar stemningslidelse med en åpenbar psykose (Reimherr et al., 2004; McClelland et al., 2002). Det er heller ikke uvanlig at traumatisert ungdom med atferdsmessig og emosjonell dysregulering viser psykoseliknende symptomer uten at det er en schizofreni (Remherr et al., 2004). Det bør likevel nevnes at kumulative traumer øker sannsynligvis risikoen for alvorlige psykotiske lidelser.

### ***Likheter og forskjeller mellom psykosediosnosene***

Flere studier de siste årene viser til at det er vanskelig å definere grenseoppgangene mellom de ulike psykoselidelsene i barne- og ungdomsårene. Ulike studier har vist at det ikke er store forskjeller mellom schizofreni, schizoaffektiv lidelse og affektiv psykose når det gjelder positive symptomer, atferdsproblemer eller dysfori, og at tankeforstyrrelser og vrangforestillinger forekommer ofte hos ungdom med mani (McClelland et. al 2002, Frazier et. al. 2007). Dette gjelder også for prodromalfasen. Corel og medarbeidere (2007) fant at blant ungdommene med affektiv psykose i sitt utvalg, hadde over 50 % 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. (McClelland et al., 2002, 2003)

### ***Komorbide tilstander og premorbid funksjonsnivå***

Ved tidlig psykosedebut er komorbide tilstander svært vanlig (Welham et al., 2008; Ross et al., 2006). I et studie av 82 barn med Childhood Onset Schizophrenia hadde 99 % av utvalget

en eller flere komorbide tilstander (Ross et al., 2006). De vanligste sammenfallende tilstandene de fant, var ADHD, opposisjonell atferdsforstyrrelse, depresjon og separasjonsangst. Det er også rapportert stor grad av tvang/rigiditet (Rodowski et al., 2008), sosiale og emosjonelle vansker (McClelland et al., 2003) og språkvansker (Mazza et al., 2008).

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 utviklet psykose (Monte, 2008; Tarbox, 2008; Welham, 2008a, 2008b; McClelland et al., 2003; Niemi et al. 2003). Dette innebærer at de ofte har hatt flere diagnoser før de ender opp med en tilstand innen psykosespekteret.

### ***Rusmisbruk***

Reimherr & McClelland (2004) viser til at en gjennomgang av studier 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 et al., 2004)

### ***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.

### ***Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (PDD) inkludert Asperger syndrom***

Frem til ca 1980 inngikk de gjennomgripende utviklingsforstyrrelsene (autismespekterforstyrrelsene) i det man kalte for barnepsykosene. I dag foreligger det mye dokumentasjon på at autisme og schizofreni er ulike lidelser, men de senere års forskning gir grunn til å hevde at det er en god del likheter mellom visse former for gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (bla Asperger syndrom) og schizofreni. (Nylander et al., 2007; Ghaziuddin 2005). Nylig har man også funnet at en undergruppe av barn med PDD-NOS ,

”Multiple Complex Developmental Disorder”, har en overhyppighet for utvikling av psykose senere i livet (Sprong et al, 2008; Hollis, 2001).

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 schizofreni (Ghaziuddin, 2005). Det ser også ut til at personer som i utgangspunktet ikke har disse utviklingsmessige avvikene, kan utvise liknende symptomer i ulik grad når de er i en aktiv psykose. I tillegg har man funnet at personer med Asperger syndrom ofte har større grad av tankeforstyrrelser, desorganisert tenkning og dårligere realitetstesting enn gjennomsnittet. Feildiagnostisering kan derfor skje for begge grupper (Dossetor, 2007; Ghaziuddin, 2005).

I en utredningsprosess er det derfor viktig å 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 symptomer). 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). Generelt sett kan man si 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 og kognitive svikt er tilstede i mindre grad (Read et al., 2003). Det er også hevdet at det å oppleve psykotiske symptomer i seg selv kan være traumatiserende, spesielt for barn og ungdom (Read et al., 2005)

Differensialdiagnostisering kan være komplisert. 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 et al.,

2005). Dette kan både være et uttrykk for at sårbare individer er mer utsatt for overgrep og belastninger, men kan også forstås dit hen at dersom man har en genetisk disposisjon for schizofreni, er det større fare for psykosegjennombrudd når man utsettes for traumatisk stress, jfr. Stress-sårbarhetsmodellen (van Winkel et al., 2008). Det er viktig å være klar over at schizofreni og traumatisering ofte forekommer sammen, og ikke utelukke en schizofrenilidelse dersom personen er traumatisert.

### ***Tvangslidelser***

Tvang forekommer hyppig sammen med psykoselidelser både som en del av psykosen og som tilleggssymptom. 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 ritualistiske atferd man ser hos barn med tvangslidelser (Obsessive Compulsive Disorder) (AACAP, 2001). Hallusinasjoner og vrangforestillinger er som regel ikke til stede ved OCD, men det er rapportert om tilfeller der det som ser ut til å være en schizofreni, har vist seg å være en ren tvangslidelse (Rodowski et al., 2008). Som en tommelfingerregel kan man 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). 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 differensieringen mellom OCD og psykotisk tvang kan da være vanskeligere

### ***Medisinske tilstander assosiert med psykose***

Det er viktig å være klar over at psykose og psykoseliknende fenomener kan være fremtredende ved en rekke organiske/medisinske tilstander. 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). 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, og visse syndromer er forbundet med overhyppighet av schizofreni/psykose (for eksempel Turners syndrom, trippel X, Di George syndromet ). 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.

### ***Spesielle utfordringer ved psykoseutredning av barn og ungdom***

#### ***Utviklingsnivå/evnenivå***

Symptomer hos barn må til enhver tid sees i sammenheng med barnets sosio-emosjonelle og motoriske utvikling samt evnenivå. Dette gjelder spesielt for barn som enda ikke har utviklet den abstraksjonsevne som sees 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 fantasi og lek fra noe som er preget av mer vrangforestillinger eller omnipotens (Reimherr, 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, inkohærens og hyppige avsporinger (Hollis, 2001). I vurderinger er det derfor særskilt 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 private symptomer som stemmer, synshallusinasjoner, tankeforstyrrelser m.m.. Når disse utvikles før barnet har nådd en utviklingsnivå preget av et visst abstraksjonsnivå, vil barnet ofte oppleve symptomene som en del av seg selv som alltid har vært der. 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. Det at symptomer ikke er tilstede kontinuerlig betyr ikke at man kan utelukke en psykoselidelse.

### ***Psykotiske symptomer er ofte ”private” 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 gir seg 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. 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).

### ***Alvorlige psykoser er et ”syndrom”***

Psykosepasienter har ofte et knippe av symptomer som forekommer samtidig – f.eks 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, men som når de forekommer flere om gangen 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
- Vansker med konsentrasjon og oppmerksomhet

- Sover dårlig, snur døgnet
- Ekstrem opptatthet av et spesielt tema
- Forvirring; snakker/skriver om ting som ikke gir mening
- Variabelt funksjonsnivå eller stemningssvingninger
- Depresjon/tristhet/selvskading/selvordstanker
- 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
- Opplevelse av å være helt spesiell

### ***Familie og nettverk***

Voksne pasienter har ofte nådd full eller delvis selvstendighet, og vil ofte komme alene til behandling. Barn og ungdommer vil på en helt annen måte være avhengig av sitt nettverk for å kunne fungere, for å bli forstått, og for å få et optimalt behandlingstilbud. Det er derfor viktig å inkludere hele barnets nettverk både i utredningsfasen, i behandlingen og i rehabiliteringsfasen. Det er viktig å etablere et samarbeide med familien tidligst mulig i utredningsfasen, og kombinere informasjonsinnhenting med saklig informasjon (psykoedukativ modell) til foreldrene.

Det er viktig å vite at familien ofte er i krise som følge av alvorlig psykisk lidelse hos et barn. Man må derfor være tilbakeholdende med å legge tolkninger av et familiesamspill som grunnforståelse for et familiesamarbeid. Det er av avgjørende viktighet at familiemedlemmer får et tilbud hvor deres reaksjoner og tanker om utviklingsforløpet blir ivaretatt og satt inn i en sammenheng hvor man kartlegger familiens ressurser og muligheter for endring.

### ***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. Ved utredning av barn og ungdom må de forhold som her er nevnt tas hensyn til og vurderes fortløpende, og utredning og behandling vil som regel foregå parallelt. Det forutsettes at vanlige prosedyrer for utredning av barn følges, og at fokus på mestringsområder og ressurser ikke faller til siden for selve psykoseutredningen.

I denne veileder er det ikke plass til grundig gjennomgang av behandlingsanbefalinger, men vi nevner 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
- Familiebehandling
- Psykoterapi – med utgangspunkt i barnets utviklings- og evnenivå
- Tett kontakt med 1. linjen; skole, fastlege, kommunale tjenester
- Tilrettelegging av hverdagen med fokus på reduksjon av stress
- Tilrettelegge for mestring og utvikling innenfor barnets mestringsnivå
- Aktivt arbeide med kartlegging av varselsymptomer
- Utarbeiding av individuell plan inkludert beredskapsplan for eventuelt tilbakefall

### ***Referanser til ulike utenlandske behandlingsveiledere***

For fullstendig referanse se referanseliste

AACAP Official Action 1997: 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

Asarnow, Tompson & McGrath 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

Remschmidt, Martin, Hennighausen & Schultz 2001: Treatment and Rehabilitation

## Anbefalte utredningsinstrumenter

Undersøkelser (utrednings- instrumenter)	Hva bør gjøres	Tidspunkt for undersøkelse	Spesielle forhold/ Oppfølging
<b>ANAMNESE</b>  <b>Vedlegg 1</b>	Vanlig anamnese + sjekkeliste	Raskest mulig etter inntak	Se egen sjekkeliste; ”viktige spørsmål i anamneseopptak ved psykose-utredning” (vedlegg 1)
<b>C-GAS</b>	Nye 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>
<b>Kiddie-SADS</b>	Screeninghefte + minimum tilleggshefte 1 (affektive lidelser) og tilleggshefte 2 (psykotiske lidelser) Utvalgte deler av tilleggshefte 5; rusmisbruk	Innen tre uker etter inntak	Gjøres med både foreldre og barn – helst hver for seg dersom barnets tilstand tillater det
<b>SCI-PANSS</b>  (Positive and negative symptom scale)		Så fort som mulig etter gjennomført Kiddie-Sads	Kan være behov for enkelte justeringer ifht alder– se under beskrivelse av testene
<b>Evneutredning + nevropsykolgisk utredning</b>	Fullstendig WISC-3 eller WAIS-R  Funksjonsområder som bør undersøkes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eksekutivfunksjoner</li> <li>• Oppmerksomhet</li> <li>• Episodisk hukommelse</li> <li>• Verbal flyt og resonnering</li> <li>• Psykomotorisk tempo</li> <li>• Visuospatale funksjoner</li> </ul>	Raskest mulig etter inntak – avhenger av funksjonsnivå	- Må revurderes ved tilfriskning

<b>Somatisk utredning</b>	<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>		Husk å vurdere muligheten for evt. syndromer.
<b>VUP</b> (Kvalitetsindikatoren ”varighet av ubehandlet psykose)			VUP skal registreres med utgangspunkt i den dato barnet/ungdommen for første gang får adekvat behandling ifht. Psykosen.

### ***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 ifht barn/ungdom.

#### **ANAMNESE :**

En grundig barnepsykiatrisk 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 seminstrukturert, og består av en screeningdel og fem tilleggshefter (affektive lidelser, psykoser, angst, atferdslidelser og stoffmisbruk/andre lidelser). Intervjuet administreres både med foreldre og med barnet. Den opprinnelige

versjonen av Kiddie-SADS ble utviklet for å kartlegge tidlige depressive symptomer hos barn, 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 ifht. barnepsykiatriske diagnoser (Kaufmann et al., 1997).

#### **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 barneverjon 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.

#### **VUP – varighet av ubehandlet psykose:**

Innrapportering av varighet av ubehandlet psykose er innført som kvalitetsindikator i psykisk helsevern for voksne f.o.m. 01.01.07. Bakgrunn og retningslinjer for skåring er beskrevet i veileder for voksne og i indikatordefinisjonen fra Helsedirektoratet. Når det gjelder innrapportering for barn- og ungdom anbefaler vi i TIPS Sør-Øst med bakgrunn i det som tidligere er nevnt i denne veileder, at man også innrapporterer de tilfeller der man er uklar på om det handler om en F.20 diagnose eller en affektiv psykose.

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

##### **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.

**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.

**SIPS – Strukturert Intervju for Prodromale Symptomer**

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

**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.

**IPQ/Camberwell /FMSS**

Illness Perception Questionnaire, Camberwell Family Interview og Five Minutes Speech Sample er alle instrumenter som brukes ved kartlegging av familieklima og grad av EE (Expressed Emotions) hos pårørende/foresatte. IPQ er p.t. under oversetting til norsk.

## **Referanser**

- 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)
- 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 Adolesc Psychiatry* 15: 360-366
- Calderoni D., Wudarsky M., Robinder B, Dell M.L., Nicolson R., Hamburger S.D., Gochman P., Lenane M., Rapoport J.L., & Leibenluft E., 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.
- Corell, C.U., Penzer J.B., Frederickson A.M., Richter J.J, Auther A.M., Smith C. W., Kane J.M & Cornblatt B.A (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
- 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
- Frazier J.A., Mc Clelland J. Findling R.L 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
- 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
- Hollis C., 2001 I 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.
- Lobban F, Barrouclough C & Jones S 2005. Assessing cognitive representations of mental health problems. The Illness perception questionnaire for schizophrenia. *Br. Journal of Psychology*. 44,147-162.
- Masi G., Mucci M., Pari C. 2006. Children with schizophrenia: clinical picture and pharmacological treatment. *CNS Drugs* 20 (10) 841-66
- 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
- Mc Clelland 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
- Mc Clelland J., Breiger D., McCurry C & Hlastala S. 2003. Premorbid Functioning in Early-Onset Psychotic Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42;6

- Mc Clellan J., McCurry C., Speltz ML et. Al. (2002) Symptom factors in early onset psychotic disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 41;791-798
- Mc Clelland, J., Breiger. D., Mc Curry C & Hlastala S. (2003). Premorbid Functioning in Early Onset Psychotic Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42:6
- 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
- Niemi L.T., Suvisaari J.M., Tuulio\_Henriksson A., & Lønnquist 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
- Pavuluri M.N., Naylor M.W., Janicak P.G. 2002. Recognition and Treatment of Pediatric Bipolar Disorder. *Contemporary Psychiatry* 1, 1
- Read J., van Os J., Morrison A.P. & Ross C. A. 2005. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand* 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
- Reimherr J.P., Mc Clelland J.M. (2004) . Diagnostic Challenges in Children and Adolescents With Psychotic Disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (suppl 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
- Remschmidt 1992
- 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*.
- Ross R.G., Heinlein S. & Tregellas H. .2006. High Rates of comorbide 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*.28, 399-407
- 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
- Sprong M., Becker H.E., Schothorst P.F, Swaab H., Ziermans T.B., Dingemans P.M. Linszen D., van Engeland H. (2008) Pathways to psychosis: A comparison of the pervasive developmental disorder subtype Multiple Complex Developmental Disorder and the “At Risk Mental State”. *Schizophrenia Research* 99, 38-47
- Sprong M., Schothorst P., Vos E., Hox J., & van Engeland H (2007). Theory of mind in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 191, 5-13
- Tarbox SI, Pouge-Geile M.F. 2008. Development of social functioning in preschizophrenic children and adolescents: a systematic review: *Psychol. Bulletin* 134 (4):561-83

Thompson K.N., Conus P.O., Ward J.L. Koutsogiannis J., Leicester S., McGorry PD (2003). The initial prodrome to bipolar affective disorder: prospective case studies. *Journal of Affective Disorders*, 2003, 77 (1), 79-85

Van Winkel R., Stefanis N.C., Myin-Germeys I. (2008) Psychosocial Stress and Psychosis. A review of the Neurobiological Mechanisms and the Evidence for Gene-Stress Interaction. *Schizophrenia Bulletin* .

Welham J., Scott J., Williams G. , Najman J., Bor W., O`Callaghan M. & McGrath J. 2008a. Emotional and Behavioral antecedents of young adults who screen positive for non-affective psychosis; a 21-year birth cohort study. *Psychol. Med.* 8; 1-10

Welham J., Isohanni M., Jones P. & Mc Grath J. 2008 b. The Antecedents of Schizophrenia : A Review of Birth Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin* .

Werry S.J., Mc Clelland 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