

Statusartikel

Klinisk præsentation ved skizofreni hos unge

Karsten Gjessing Jensen^{1, 2}

1) Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Københavns Universitetshospital, Glostrup, 2) Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet

Ugeskr Læger 2026;188: V03250218. doi: 10.61409/ V03250218

HOVEDBUDSKABER

- Skizofreni forudgås oftest af flere års forløb med almen mistrivsel, angst, social isolation og skolevægring.
- Ved henvendelse i børne- og ungdomspsykiatrien vil unge med debuterende skizofreni som regel have vage og diffuse psykosesymptomer.
- Kendskab til det komplekse symptombillede ved tidlig skizofreni kan bidrage til tidlig identifikation og behandling.

Skizofreni er anerkendt som en af de mest alvorlige psykiatriske diagnoser i forhold til såvel diagnostik, behandling og forløb [1]. Cirka 1% af befolkningen har skizofreni. Early onset schizophrenia (EOS), altså hvor diagnosen stilles før 18-årsalderen, rammer cirka 8% af disse, og er således en relativt sjælden tilstand [2]. EOS ledsages af dårligere prognose, mindre effekt af behandling og sværere bivirkninger [3].

Det kliniske billede ved EOS er komplekst. Den klassiske udviklingsmodel for skizofreni beskriver, hvordan den prodromale og præmorbid fase ikke er domineret af hallucinationer eller vrangforestillinger, men snarere af blandede forstyrrelser af identitet, sanseintegration, angst samt negative symptomer og kognitive vanskeligheder [4].

Formålet med denne artikel er at belyse den heterogene symptomatologi, der ses hos unge med begyndende skizofreni, i håb om at det vil bidrage til tidligere identifikation og henvisning.

Diagnostik

De diagnostiske kriterier for skizofreni følger i Danmark fortsat ICD-10. Skizofrenidiagnosen i ICD-10 kræver bizarre vrangforestillinger eller førsterangssymptomer (der dog ikke længere er

patognomoniske i hverken ICD-11 eller DSM-V) eller mindst to af følgende: 1) vedvarende hallucinationer med vrangforestillinger uden affektivt præg, 2) katatoni, 3) negative symptomer eller 4) sproglige tankeforstyrrelser [5].

De diagnostiske kriterier for børn og unge er ikke anderledes end for voksne. Dette uagtet, at hallucinationer er et relativt hyppigt fænomen hos raske børn (omkring 5-10%) [6], og at beskrivelse af subjektive psykotiske fænomener stiller et vist krav til barnets kommunikative niveau og selvrefleksion. Derudover ses autistiske fænomener hyppigt ved skizofreni [7], hvilket gør det vanskeligt at skelne mellem autismspektrumforstyrrelse (ASF) og prodromal udvikling.

Hertil kommer den komplikation, at mange unge oplever et stort behov for ikke at skille sig ud. De fleste unge vil gå langt for ikke at tiltrække sig opmærksomhed og vil for alt i verden ikke være en bekymring for deres forældre [8]. Konsekvensen er, at de værger sig for at dele deres subjektive oplevelser og bekymringer med andre, hvilket kan medføre en betydelig forsinkelse i diagnostik og behandling.

Forløbet

Det kliniske billede af skizofreni er komplekst med en vifte af forskellige præsentationer, symptomprofiler og funktionshæmning [3]. Der er også forskellige forløb: Enkelte har pludselig debut af psykose – muligvis udløst af rusmidler – men de fleste beskriver snigende udvikling med flere professionelle kontakter undervejs, eksempelvis med Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR), psykologforløb i kommunen eller private aktører, inden de kommer ind i den regionale psykiatri. Nogle har massive psykotiske symptomer med svær funktionsnedsættelse, andre passer fritidsjob og går på ungdomsuddannelse, nogle har kun én psykotisk fase, de fleste har varierende grader af funktionsnedsættelse i løbet af livet, og nogle har vedvarende, omfattende behov for støtte [9, 10].

Første henvendelse i børne- og ungdomspsykiatrien (BUP) vil næsten altid handle om noget andet end psykose: skolevægring, angst, tvangstanker, opmærksomhedsforstyrrelse, autisme. En diagnose stilles, men mistrivlsen fortsætter. Flere indsatser, underretninger. Flere udredninger. Flere samarbejdspartnere [11]. Forud for henvisning ligger ofte mange års mistrivsel – følt sig udenfor, været udsat for mobning, været uden for skolesystemet i årevis med varierende grader af social støtte, og ofte vil forældrene være desperate og systemtrætte.

Det kliniske billede

Ved visitation til BUP på grund af/mistanke om psykose vil der typisk være auditive eller visuelle hallucinationer, overvågningsfølelse eller reelle vrangforestillinger. Enkelte patienter er man ikke i tvivl om. De opfylder helt klart ICD-10-kriterierne og bliver hurtigt tilbudt relevant behandling – men hos de fleste EOS-patienter er billedet komplekst. I løbet af behandlingsforløbet beskrives som regel en vifte af symptomer.

Autistiske vanskeligheder

Tilstedeværelse af autismelignende træk er en integreret del af det skizofrene billede. Modsat er risikoen for at udvikle psykose forhøjet, når man har ASF, herunder også risikoen for at progredierte til egentlig skizofreni [12]. Ved præsentation med psykose i BUP vil en del have en historik med ASF eller fremtræde med så mange tegn på ASF, således at man kan være i tvivl, om det er en belastningsudløst psykose hos en ung med evt. udiagnosticeret eller diagnosticeret ASF, eller der er tale om egentlig skizofren udvikling med progredierende vanskeligheder med eksempelvis social tilbagetrækning, rigiditet, afvigende interesser eller affektaffladning.

Negative symptomer

Negative symptomer er et kernesymptom ved skizofreni, der ofte debuterer tidligere end de positive symptomer og kan optræde samtidig med/være vanskelige at skelne fra depressive symptomer [13] eller autistisk nedsat social interesse. Differentialdiagnostisk bør man være opmærksom på, om sociale vanskeligheder er nyttilkomne eller statiske, og om der er en egentlig tristhed/nedtrykthed eller kun tab af elan – tab af engagement og fremdrift. Mange beskriver et funktionshæmmende tab af emotionalitet, en tomhedsfølelse og anhedoni, der yderligere bidrager til social isolation og initiativløshed [14]. Disse symptomer vil typisk være vedvarende eller progredierende ved skizofreni, hvorimod klinisk depression som udgangspunkt er episodisk.

Angst

Ved begyndende skizofreni vil der ofte være en udtalt angstproblematik. Ofte noget, der har været til stede i mange år [15, 16], men som involverer stadig flere områder i den unges liv. Ofte ses en vedvarende, invaliderende og uspecifik (ontologisk) angstfølelse uden særligt objekt. Angsten kan være koblet på hallucinationer eller egentlig paranoia, men er oftest fritflydende eller socialfobisk, koblet på en gennemtrængende følelse af at være forkert, anderledes, genstand for andres kritiske opmærksomhed, evigt utilstrækkelig, aparte og uduelig. Kvaliteten kan være anderledes end ved endogen depression, hvor motivationstab, sorg og tristhed er dominerende, i stedet ses en selvhenførende, dominerende forestilling om simpelthen at være uelsket, uønsket og uværdig [17].

Affektregulering

Vanskeligheder med monitorering og regulering af indre følelser – herunder i øvrigt også nedsat mentaliseringsevne – giver kraftige følelsesmæssige udsving, desværre hyppigt ledsaget af selvskade eller selvmordstanker [18, 19]. De ofte voldsomme affektudbrud kan udløse konflikter og/eller et stort behov for nærvær og beskyttelse. De adskilles fra »normale« teenagerrelaterede stemningssvingninger ved at være meget intense, ofte indadvendte, destruktive og – især – uforudsigelige. Humørsvingningerne adskiller sig fra det bipolære billede ved at være kortvarige, som regel af få timers varighed, snarere end episodisk.

Forstyrrede sanseoplevelser

Hallucinationer er et kernesymptom, der næsten altid er til stede ved tidlig debut af skizofreni. Hos børn og unge vil disse ofte have en vag eller »ulden« kvalitet, som f.eks. diffuse skyggefigurer, stemmer, der kan være vanskelige at adskille fra en indre dialog, knirkende døre eller fodtrin, følelser af at blive rørt ved eller holdt fast. Symptomer kan være vanskelige at skelne fra normalt forekommende fænomener [2]. Ofte vil der være ledsagende angst men ikke nogen koblet vrangforestilling. Derudover ses også hyppige perceptionsforstyrrelser: at vægge bølger, synsfeltet flimrer, eller sanserne skærpes eller svækkes, spejlbilledet forvrænges eller uvirkelighedsfølelse.

Samlet giver dette en manglende evne til at stole på sine sanser – er det, jeg oplever, virkeligt eller ikke?

Vrangforestillinger

Ofte forestiller man sig, at mennesker med skizofreni tænker, at de er forfulgt af efterretningstjenester, er særligt udvalgte af guderne eller lignende. Sådanne udbyggede og systematiserede vrangforestillinger forekommer, men begynder ofte som en diffus fornemmelse af at være genstand for andres særlige opmærksomhed eller i fare – oftest uden klare forestillinger om, hvor truslen kommer fra [20]. Mange har vage forestillinger om at blive overvåget gennem computer eller mobiltelefon, eller blot en vedvarende følelse af at blive overvåget, som de måske kan tage afstand fra ved samtaler i klinikken, men som i situationen fordrer intens angst. Med udviklingen af psykosen bliver den unge tiltagende overbevist om oplevelsens rigtighed og handler derefter, f.eks. undgår andre mennesker, eller vil ikke spise mad lavet af andre.

Kognitive forstyrrelser

Kognitive symptomer er en del af det skizofrene billede og vil ofte være til stede, før der udvikles positive symptomer. Selv hvis der opnås god effekt af behandlingen, vil mange opleve omfattende vanskeligheder i forhold til koncentration, opmærksomhed og hukommelse samt vanskeligheder med planlægning og organisering. Kombineret med de negative symptomer fører dette til vanskeligheder med uddannelse, arbejde og egenomsorg [21]. Billedet kan hos unge under 18 år være vanskeligt at adskille fra det, man ser ved forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed, hvor den tidlige debut er væsentlig.

Selvforstyrrelser

Ved psykosens debut vil tilstanden ofte være kaotisk og præget af voldsom mistrivsel. Tænkningen kan være rodet, præget af tankemylder med kaotisk, fremmed eller selvnedvurderende indhold. Mange beskriver et tab af kontrol eller ejerskab over egen tanke og vilje, dog ofte uden egentlig oplevelse af tankepåvirkning på dette stadie. Andre oplever desuden ambivalens, forstået som samtidig tilstedeværelse af modsatrettede impulser eller følelser, som begge opleves med en styrke, der hæmmer beslutningstagning og handling koblet med manglende tillid til egen dømmekraft. Mange fortæller om en manglende identitet, indre kerne, hvilket forstærker følelsen

af at være afkoblet fra virkeligheden og fællesskabet, eller forstyrret førstepersonsperspektiv, derealisation eller depersonalisation, ikke sjældent i invaliderende grad [22]

Diskussion

For professionelle, der møder børn og unge i mistrivsel, er det vigtigt at være opmærksom på, at debuterende skizofreni kan vise sig ved en meget forskelligartet konstellation af symptomer og vanskeligheder, også selv om de diagnostiske kriterier ikke er opfyldt. Klassiske psykotiske symptomer kan være det dominerende problem, men meget ofte overskygges disse af en forstyrret oplevelse af selvet – et tab af den selvfølgelighed, hvorved sanser, tanker og følelser er integreret i ens væren, en opløsning af det indre, oplevede jeg, hvilket gør verden til et kaotisk, forvirrende – og meget angstprovokerende – sted. Dette mentale kaos er ekstremt stressende og forklarer, hvor vanskeligt det bliver for de unge at kommunikere deres oplevelser til forældre, venner og professionelle.

Selvforstyrrelser som fænomen koblet til skizofreni er udførligt beskrevet i litteraturen [22] – men ud over den rent akademiske (og interessante) diskussion omkring selvet som fænomen, giver kendskab til dette område en øget forståelse for de komplekse kliniske præsentationer, man ser i børne- og ungdomspsykiatrien.

Korrespondance *Karsten Gjessing Jensen*. E-mail: Karsten.Gjessing.Jensen@regionh.dk

Antaget 21. november 2025

Publiceret på ugeskriftet.dk 2. februar 2026

Interessekonflikter KGJ oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i For Lige Vilkår, Region Midtjylland, Medicinrådet. Forfatteren har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Denne er tilgængelig sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2026;188: V03250218. doi:

doi 10.61409/ V03250218

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

SUMMARY

Clinical presentation of schizophrenia in youths

Early-Onset Schizophrenia (EOS), e.g., with onset before the age of 18 years, is a complex and disabling psychiatric illness. While the diagnostic criteria for schizophrenia focus on first-rank symptoms, hallucinations, delusions, catatonia and/or thought disorders, youths with EOS usually present with several years of various psychological problems. Other symptoms, such as signs of autism, depression, anxiety or ambivalence, frequently dominate the clinical presentation. The

present review describes examples of typical mental health problems experienced by EOS patients.

REFERENCER

1. van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet*. 2009;374(9690):635-645. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60995-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60995-8)
2. Correll CU, Arango C, Fagerlund B, et al. Identification and treatment of individuals with childhood-onset and early-onset schizophrenia. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2024;82:57-71. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2024.02.005>
3. Driver DI, Thomas S, Gogtay N, Rapoport JL. Childhood-Onset Schizophrenia and Early-onset Schizophrenia Spectrum Disorders: An Update. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2020;29(1):71-90. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.08.017>
4. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, et al. The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(1):107-120. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.269>
5. Bertelsen A. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser: Klassifikation og diagnostiske kriterier. København. Munksgaard, 2000
6. Jardri R, Bartels-Velthuis AA, Debbané M, et al. From phenomenology to neurophysiological understanding of hallucinations in children and adolescents. *Schizophr Bull*. 2014;40(Suppl 4):S221-S232. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu029>
7. De Crescenzo F, Postorino V, Siracusano M, et al. Autistic Symptoms in Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychiatry*. 2019;10:78. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00078>
8. Klauber DG, Christensen SH, Fink-Jensen A, Pagsberg AK, et al. I Didn't Want the Psychotic Thing to Get Out to Anyone at All: Adolescents with Early Onset Psychosis Managing Stigma. *Cult Med Psychiatry*. 2024;48(3):569-590. <https://doi.org/10.1007/s11013-024-09859-3>
9. Starzer M, Hansen HG, Hjorthøj C, et al. Long-term quality of life and social disconnection 20 years after a first episode psychosis: results from the 20-year follow-up of the OPUS trial. *Schizophrenia Res*. 2024;274:33-45. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.08.021>
10. Molstrom IM, Nordgaard J, Urfer-Parnas A, et al. The prognosis of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis with meta-regression of 20-year follow-up studies. *Schizophr Res*. 2022;250:152-163. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.11.010>
11. Schaeffer JL, Ross RG. Childhood-onset schizophrenia: premorbid and prodromal diagnostic and treatment histories. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(5):538-545. <https://doi.org/10.1097/00004583-200205000-00011>
12. Jutla A, Foss-Feig JH, Veenstra-VanderWeele J. Autism spectrum disorder and schizophrenia: An updated conceptual review. *Autism Res*. 2022;15(3):384-412. <https://doi.org/10.1002/aur.2659>
13. Krynicki CR, Upthegrove R, Deakin JFW, Barnes TRE. The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;137(5):380-390. <https://doi.org/10.1111/acps.12873>
14. Marder SR, Umbricht D. Negative symptoms in schizophrenia: newly emerging measurements, pathways, and treatments. *Schizophr Res*. 2023;258:71-77. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.07.010>

15. Grillo L. A possible link between anxiety and schizophrenia and a possible role of anhedonia. *Schizophr Res Treat*. 2018;2018:5917475. <https://doi.org/10.1155/2018/5917475>
16. Hall J. Schizophrenia – an anxiety disorder? *Br J Psychiatry*. 2017;211(5):262-263. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.195370>
17. Rossi A, Galderisi S, Rocca P, et al. Personal resources and depression in schizophrenia: the role of self-esteem, resilience and internalized stigma. *Psychiatry Res*. 2017;256:359-364. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.079>
18. Rowland JE, Hamilton MK, Vella N, et al. Adaptive associations between social cognition and emotion regulation are absent in schizophrenia and bipolar disorder. *Front Psychol*. 2013;3:607. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00607>
19. van der Meer L, van't Wout M, Aleman A. Emotion regulation strategies in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2009;170(2-3):108-113. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.07.010>
20. Mason O, Stott J, Sweeting R. Dimensions of positive symptoms in late versus early onset psychosis. *Int Psychogeriatr*. 2013;25(2):320-327. <https://doi.org/10.1017/S1041610212001731>
21. McCutcheon RA, Keefe RSE, McGuire PK. Cognitive impairment in schizophrenia: aetiology, pathophysiology, and treatment. *Mol Psychiatry*. 2023;28(5):1902-1918. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-01949-9>
22. Henriksen MG, Raballo A, Nordgaard J. Self-disorders and psychopathology: a systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(11):1001-1012. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00097-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00097-3)