

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

7. Krabbenhoft DM, Hoang CD, Morris A et al. Complications of chronic pelvic radiation injury. *J Am Coll Surg* 2004;198:1022-3.
8. Bullard KM, Trudel JL, Baxter NN et al. Primary perineal wound closure after preoperative radiotherapy and abdominoperineal resection has a high incidence of wound failure. *Dis Colon Rectum* 2005;48:438-43.
9. Miles W. A method of performing abdomino-perineal excision for carcinoma of the rectum and of the terminal portion of the pelvic colon 1908;2: 1812-3.
10. Hasleton PS, Carr N, Schofield PF. Vascular changes in radiation bowel disease. *Histopathology* 1985;9:517-34.
11. Stone HB, Coleman CN, Anscher MS et al. Effects of radiation on normal tissue: consequences and mechanisms. *Lancet Oncol* 2003;4:529-36.
12. Chessin DB, Hartley J, Cohen AM et al. Rectus flap reconstruction decreases perineal wound complications after pelvic chemoradiation and surgery: a cohort study. *Ann Surg Oncol* 2005;12:104-10.
13. Holm T, Ljung A, Haggmark T et al. Extended abdominoperineal resection with gluteus maximus flap reconstruction of the pelvic floor for rectal cancer. *Br J Surg* 2007;94:232-8.
14. Butler CE, Rodriguez-Bigas MA. Pelvic reconstruction after abdominoperineal resection: is it worthwhile? *Ann Surg Oncol* 2005;12:91-4.
15. O'Leary DP. Use of the greater omentum in colorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 1999;42:533-9.
16. De Broux E, Parc Y, Rondelli F et al. Sutured perineal omentoplasty after abdominoperineal resection for adenocarcinoma of the lower rectum. *Dis Colon Rectum* 2005;48:476-81.
17. Mendelsohn FA, Divino CM, Reis ED et al. Wound care after radiation therapy. *Adv Skin Wound Care* 2002;15:216-24.

# Tidlige skizofreniforme symptomer hos børn

## En litteraturgennemgang

Ph.d.-studerende Anne Dorte Stenstrøm,  
overlæge Birgitte Dehlholm-Lambertsen &  
overlæge Peer Nøhr-Jensen

Kolding Sygehus, Børne- og ungdomspsykiatrisk Afdeling,  
Odense Universitetshospital,  
Det børne- og ungdomspsykiatriske Hus, og  
Syddansk Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet

### Resume

Skizofreni er svær at diagnosticere hos børn, især i de tidlige sygdomsfasen, og diagnosen stilles sjældent. Det kan skyldes, at vores viden om skizofreniforme symptomer hos børn er utilstrækkelig, og at der ikke findes klassifikationssystemer, som er udviklet til specifikt at diagnosticere skizofreni hos børn. Den sjældne forekomst af diagnosen kan også afspejle, at sygdommen forekommer med lav hyppighed. Denne litteraturgennemgang er en oversigt over den nuværende viden om de tidlige skizofreniforme symptomer hos børn, og der fremdrages relevante foci for fremtidig skizofreniforskning.

Skizofreni er kendetegnet ved karakteristiske forstyrrelser af tænkning, perception og affekt [1, 2]. Sygdommen anses i dag for at være en neuropsykiatrisk lidelse. Hvorvidt der er tale om en neuroudviklingsforstyrrelse, en neurodegenerativ lidelse eller en kombination af disse er uafklaret [3, 4]. Der er væsentlige holdepunkter for, at skizofreni, som opstår i barn- og ungdommen, neurobiologisk og klinisk udviser kontinuitet med den voksne form af sygdommen, men med et alvorligere klinisk forløb og ringere prognose [5-8]. Tidlig opspo-

ring, diagnosticering og behandling af patienter med skizofreni er af stor betydning for en forbedring af prognosen hos såvel børn som voksne med skizofreni [7, 9-11].

I Danmark har klassifikationssystemet International Classification of Diseases and Related Health Problems, version 10 (ICD-10) været anvendt til diagnosticering af psykiske lidelser siden 1994, jf. **Tablet 1** [2]. I ICD-10 anvender man diagnostiske kriterier, der overvejende er nonætiologiske. Der er i ICD-10 tre afsnit, som omhandler lidelser eller tilstande, der både begynder og diagnosticeres i barndommen eller adolescensen og dermed er specifikke for disse aldersgrupper. Det drejer sig om mental retardering, psykiske udviklingsforstyrrelser og adfærd- og følelsesmæssige forstyrrelser [2]. I USA benyttes klassifikationssystemet Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, version IV (DSM-IV) [12]. Afsnittet omhandlende skizofreni er i begge klassifikationssystemer udarbejdet med henblik på diagnosticering af skizofreni hos såvel voksne som børn og unge. Selv om der er et betydeligt overlap af symptomer i de forskellige aldersgrupper, synes der dog også at være væsentlige forskelle blandt andet begrundet i en aldersspecifik præsentation [13, 14]. Man har derfor rejst spørgsmålet om, hvorvidt diagnostisk reliabilitet i forhold til børn delvist er blevet opnået på bekostning af diagnostisk validitet [1].

Både ICD-10 og DSM-IV er polytetiske klassifikationssystemer, der tager udgangspunkt i operationaliserbare og objektive diagnostiske kriterier. De subjektive grundsymptomer er kun inddraget i mindre grad jf. **Tablet 2** [15]. Flere forfattere fremfører, at dette psykopatologiske grundsyn har medført, at man i skizofreniforskningen har negligeret disse symptomer [16-20].

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

ICD-10 og DSM-IV er deskriptive klassifikationssystemer, som forudsætter, at personen har en intakt evne til symptombeskrivelse. Denne forudsætning er ikke altid opfyldt ved skizofreni, idet der kan forekomme forstyrrelser i selvoplevelsen, så evnen til at fornemme og beskrive forskellige subjektive tilstande er læderet [15, 17]. Endvidere formodes det, at jo tidligere der sker en forstyrrelse af selvoplevelsen, jo vanskeligere vil det være for det skizofrene barn at registrere en psykisk ændring, da den forudgående periode af normalitet, som muliggør, at symptomer kan udskille sig i bevidstheden og registreres som fremmede for barnet, er reduceret. Symptomer, der undertiden afspejler essentiel skizofreniform psykopatologi, kan barnet således opfatte som en del af den habituelle personlighed og normalt forekommende. Validiteten af disse klassifikationssystemer må ud over at være relateret til sygdomsbetingede forstyrrelser i selvoplevelsen også være relateret til barnets aldersspecifikke kognitive funktionsniveau, herunder selvopfattelsen. Disse diagnostiske problemer løses kun

delvist ved, at der i den børne- og ungdomspsykiatriske undersøgelse inddrages forskellige informationskilder såsom forældre, praktiserende læger, skolelærere og andre fra det sociale netværk.

Formålet med denne litteraturgennemgang er at give en oversigt over den nuværende viden om tidlige skizofreniforme symptomer hos børn og fremdrage relevante foci for fremtidig skizofreniforskning.

### Materiale og metoder

Oversigten er baseret på en litteratursøgning udført via PubMed-, PsycINFO- og Cochrane-databaserne med udgangspunkt i undersøgelser publiceret efter 1985. Der er medtaget oversigtsartikler og primær litteratur.

I den gennemgåede litteratur er der i diagnosticeringen af skizofreni hos børn og unge anvendt ICD, versionerne 8, 9 og 10 [2, 21, 22] og DSM, versionerne III, III-R og IV [12, 23, 24].

Der er i de kliniske studier fastsat forskellige arbitrære aldersgrænser for kategorisering af skizofrene i grupperne: børn, unge og voksne. I herværende oversigt er det valgt at medtage undersøgelser, som omfatter børn og unge, der var yngre end 16 år på diagnosetidspunktet.

Søgeordene omfatter *schizophrenia, childhood-onset, adolescence, early signs, very early onset, premorbid, prodrome, prepsychotic, psychoses, neurodevelopmental disorder, symptoms og psychopathology*.

### Sygdomsfasen

Det skizofrene sygdomsforløb kan beskrives i et tidsmæssigt perspektiv bestående af karakteristiske faser. Præmorbid betyder førsygelig, og den præmorbid fase er den initiale fase, hvor der kan forekomme psykopatologiske afvigelser, som kan være til stede fra den tidligste barndom. I stor udstrækning er sådanne symptomer eller træk ikke fremmede for barnet og opfattes som en del af den habituelle personlighed [13]. Schaeffer finder dog, at nogle forældre til skizofrene børn kan beskrive, at der er noget galt med deres barn, allerede fra det er 18 måneder gammelt [25].

Den præmorbid fase efterfølges af den prodromale fase. Prodrom betyder forløber for en begivenhed og er inden for lægevidenskaben en tilstand, der varsler udvikling af en sygdom. Parnas definerer det skizofrene prodrom således, at det består af en eksacerbation af præmorbid vanskeligheder og/eller opdukken af en nytilkommen psykopatologi, således at denne opleves i tiltagende grad som en lidelse og/eller opfattes af patientens nærmeste som tegn på en sygelig forandring [15]. Afgrænsningen over for den præmorbid og psykotiske fase kan være svær, og prodrombegrebet er langtfra klart [15, 16]. Efter den prodromale fase følger den psykotiske sygdomsfasen, der kan følges af en postpsykotisk fase [15].

### Psykopatologi

Skizofreniform psykopatologi kan også inddeles i psykotiske

**Tabel 1.** Diagnostiske kriterier for skizofreni ifølge The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders.

- I 1. Et eller flere førsteangssymptomer eller
2. Vedvarende »bizarre« vrangforestillinger eller
3. To eller flere af følgende:
  - a. vedvarende hallucinationer eller hallucinationer med vrangforestillinger uden affektivt indhold
  - b. sproglige tankeforstyrrelser
  - c. katon adfærd
  - d. negative symptomer

II Symptomerne skal have varet en måned eller mere

III Primær affektiv sindslidelse og organisk ætiologi skal udelukkes

Ved »bizar« forstås fuldstændig umuligt samt kulturelt uacceptabelt

Førsteangssymptomer omfatter: tankepåvirkningsoplevelser, tredjepersonshørelsehallucinationer, styringsoplevelser, legemlige påvirkningsoplevelser og vrangagtige sansningsoplevelser

ICD-10 = International Classification of Diseases and Related Health Problems.

**Tabel 2.** Det skizofrene spektrums psykopatologi.

Ikkepsykotiske symptomer		
ekspressive grundsymptomer	subjektive grundsymptomer	Psykotiske symptomer
Autisme	Perpleksitet	Vrangforestillinger
Formelle tankeforstyrrelser	Ambivalens	Hallucinationer
Affektforstyrrelser	Selvforstyrrelser	Svære formelle tankeforstyrrelser
	Perceptionsforstyrrelser	Kataton
	Kognitive forstyrrelser	
	Handlingsforstyrrelser	
	Koestesiser	
	Emotionelle og andre forstyrrelser	

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

og ikkepsykotiske symptomer, der yderligere inddeles i ekspressive og subjektive grundsymptomer, jf. Tabel 2 [15]. Den præmorbid fase er hos voksne domineret af ekspressive grundsymptomer. Det er usikkert, i hvilket omfang det også forekommer hos børn. I prodromalfasen tilkommer desuden subjektive grundsymptomer, der af nogle forfattere fremhæves som en væsentlig del af den skizofreniforme psykopatologi [16-20].

**Ætiologi**

Empiriske undersøgelser tyder på, at skizofreni er en neurobiologisk forstyrrelse forårsaget af en interaktion mellem genetiske og miljømæssige risikofaktorer [3, 4, 26, 27]. Sygdomsmekanismen er uafklaret, og ingen kliniske eller neurobiologiske markører er patognomoniske for skizofreni [3, 4, 7].

**Forekomst**

Livstidsrisikoen for udvikling af skizofreni i befolkningen er ca. 1%. I Danmark antager man, at 20.000 personer lider af skizofreni [15].

Skizofreni diagnosticeres sjældent hos børn [28, 29]. Prævalensen af skizofreni hos børn, der er yngre end 13 år, er 0,01% stigende til 0,25% hos 13-17-årige børn [8]. I *Häfners* undersøgelse oplyste 4% af de skizofrene, der blev diagnosticeret i ungdoms- og voksenårene, at de havde haft symptomer før tiårsalderen [30]. Dette tyder på, at det ikke er alle, der har skizofreniforme symptomer, som er opstået i barndommen, der bliver erkendt som havende skizofreni.

Der er en aldersrelateret kønsratio (k:m), som fordeler sig således: børn 1:4, unge 1:2 og voksne 1:1 [8].

**Præmorbid fase**

Hos børn, der senere får skizofreni, kan der allerede i den tidlige barndom ses subtile motoriske og kognitive, herunder sproglige, forstyrrelser. Endvidere forekommer der emotionelle og adfærdsmæssige forstyrrelser, som hos børn i skolealderen kan vise sig ved både indadvendte træk såsom isolation og tilbageholdenhed og udadvendte træk, hvor adfærden er præget af aggressivitet og ringe affektkontrol (**Tabel 3**) [5, 6, 13, 14, 25, 31-36]. *Gochman* fandt en gennemsnitlig lavere intelligenskvotient i den præmorbid fase i en population af 6-13-årige skizofrene børn end hos raske børn (Tabel 3) [37].

Når skizofreni opstår i barndommen, ses der en større grad af dysfunktion i den præmorbid fase, såsom sproglige, motoriske og sociale vanskeligheder, end når skizofrenilidelsen opstår i ungdomsårene eller voksenalderen [25, 36].

Det beskrives i flere undersøgelser, at børn med skizofreni år forud for, at skizofrenilidelsen diagnosticeres, ofte har fået diagnosticeret andre psykiatriske lidelser såsom psykiske udviklingsforstyrrelser, adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser, depression og obsessive-kompulsive tilstande. Det diskuteres, hvorvidt skizofrenilidelsen allerede var under udvikling på daværende tidspunkt, og symptomatologien i stedet kunne forstås som et udtryk herfor [13, 25].

**Prodromal fase**

Der er beskrevet flere hypoteser for udviklingen af prodromet. Dels at den biologiske sygdomsproces kan forstås som en gradvis progression, der sluttelig kulminerer i fulminant symptomatologi, dels mere dynamiske sygdomsmodeller, hvor symptomerne er under konstant forandring, opstår, udvikler sig og evt. forsvinder igen [16, 19]. Der er ikke i øje-

Tabel 3. Tidlige skizofreniforme symptomer hos børn.

Reference	Klassifikationssystem	Antal børn	Gennemsnitsalder på diagnosetidspunkt, år (standard-deviation)	Fund
<i>Gochman et al</i> , 2005 [37]	DSM-III-R/IV	70	14,3 (2,4)	Kognitive vanskeligheder, gennemsnitlig lavere intelligenskvotient end raske børn
<i>Vourdas et al</i> , 2003 [31]	DSM-IV	40	15,6 (2,2)	Afvigende sprogudvikling og sociale vanskeligheder
<i>Schaeffer et al</i> , 2002 [25]	DSM-IV	16	10,5 (2,6)	Opmærksomheds- og koncentrationsvanskeligheder, oppositionel og bizar adfærd samt sociale vanskeligheder
<i>Nicolson et al</i> , 1999 og 2000 [5, 32]	DSM-III-R	49	6-12 <sup>a</sup>	Sproglige, motoriske og sociale vanskeligheder
<i>Hollis</i> , 1995 [34]	ICD-9	18	Piger: 14,6 (2,1) Drenge: 14,3 (2,6)	Afvigende sproglig og motorisk udvikling samt sociale vanskeligheder
<i>Asarnow et al</i> , 1994 [6]	DSM-III	21	7-14 <sup>a</sup>	Sociale vanskeligheder
<i>Russell et al</i> , 1989 og 1994 [13, 14]	DSM-III	35	9,5 (2,1)	Adfærds- og opmærksomhedsforstyrrelser, hyperaktivitet, ekkolali <sup>b</sup> , ritualer og flapping <sup>c</sup>
<i>Watkins et al</i> , 1988 [35]	DSM-III	18	6-12 <sup>a</sup>	Afvigende motorisk og sproglig udvikling, kognitive vanskeligheder og tankeforstyrrelser

DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ICD = International Classification of Diseases and Related Health Problems.

a) I disse undersøgelser var der kun opgivet et aldersinterval for deltagerne; b) Automatisk gentagelse af, hvad der siges til barnet; c) Ufrivillige bevægelser af rytmisk præg, f.eks. i hænderne, som bøjes og strækkes i håndleddene og fingrenes grundled 1-2 gange pr. sekund.

**Faktaboks**

Der findes ikke klassifikationssystemer, som er udviklet til specifikt at diagnosticere skizofreni hos børn

Nogle skizofrene symptomer hos børn synes at adskille sig fra symptomer hos voksne blandt andet begrundet i en aldersspecifik fremtræden

Der er behov for, at der parallelt med den kvantitative forskning gennemføres kvalitative studier, hvori de tidlige psykopatologiske fænomener hos børn med skizofreni beskrives og analyseres

blikket tilstrækkelig viden om skizofreniens patogenese til at afgøre, om disse hypoteser om sygdomsprocessen er sande, og om de er forskellige hos børn og voksne.

På baggrund af anamnesticke oplysninger beskrives det i flere undersøgelser, at prodromalfasen er præget af en forværring af de præmorbid vanskeligheder og/eller nyttilkomne symptomer såsom adfærdsmæssige og emotionelle ændringer [14, 25]. Dette kan i førskolealderen vise sig ved en social dysfunktion og kontaktforstyrrelse. Hos børn i skolealderen kan der desuden forekomme tiltagende kognitive og adfærdsmæssige vanskeligheder, der viser sig ved faldende skolepræstationer og forsømmelser, angst knyttet til socialt samvær, tvangsfænomener og ændret døgnrytme. I prodromalfasen kan der forekomme diskrete tankeforstyrrelser, der afspejles i patients sprog. Sproget kan blive vagt, omstændeligt, generelt og abstrakt. Ordenes betydning glider fra den gængse til en for patienten privat mening og nye sære ord, som kun patienter kender, kan dukke op i samtalen [35].

**Psykotisk fase**

De fleste undersøgelser peger på, at symptomatologien i den psykotiske fase hos børn, der har skizofreni, er sammenlignelig med symptomatologien hos voksne med skizofreni, hvad angår affekt og kontaktforstyrrelser, hallucinationer og vrangforestillinger, men symptombilledet er mere uspecifikt og varierer med alder og udviklingsmæssigt niveau. Således udvikles der med stigende alder mere komplekse hallucinationer og vrangforestillinger [14, 26, 40].

**Prognose**

Skizofreni hos børn og unge har sammenlignet med skizofreni hos voksne en ringere prognose med 12 gange øget mortalitetsrisiko, uden at den præcise årsag kendes [8]. Endvidere er svær dysfunktion i den præmorbid fase associeret med en dårligere prognose [6, 8, 35]. *Hollis* og *Häfner* påpeger, at denne dårlige prognose bl.a. skyldes, at opståen af skizofreni i barndommen har større konsekvenser for personen end syg-

domsopståen i voksenalderen, da sygdommen påvirker den kognitive og sociale udvikling på et tidligere stadium [30, 38]. Den neurobiologiske afvigelse ved sygdomsdebut i barndommen er formentlig mere omfattende og alvorlig, hvilket også påvirker prognosen.

**Diskussion**

Hos såvel børn som voksne er det vanskeligt præcist at datere tidspunktet for skizofreniens opståen. I og med at der bruges begreber som den præmorbid og den prodromale fase, bliver tidspunktet for opståen af skizofreni mere et udtryk for en forværring af den præeksisterende psykopatologi end en egentlig begyndelse. Endvidere identificeres den præmorbid og prodromale fase retrospektivt på baggrund af anamnesticke oplysninger, og det er vanskeligt at afgøre, om de ukarakteristiske symptomer, der beskrives, skal opfattes som psykopatologiske fænomener i den præmorbid eller den prodromale fase, da disse faser ikke er skarpt afgrænsede [13, 14, 35].

For både børn og voksne synes der også at være vanskeligheder ved at anvende det medicinske sygdomsbegreb i forhold til forståelsen af skizofrenilidelsen, idet det forudsætter en adskillelse mellem symptomer på den ene side og patientens selv på den anden side. En sådan klar adskillelse er ikke altid til stede ved skizofreni, og på trods af symptomernes status som klinisk betydningsfulde behøver de ikke at blive opfattet som sygdom af patienten. *Russell* beskriver, hvorledes psykotiske symptomer hos nogle skizofrene børn blev oplevet som en del af den habituelle personlighed og derfor ikke blev bemærket af barnet eller af omsorgspersoner. Han tilskriver den meget tidlige symptomdebut forklaringen på, at barnet ikke oplevede symptomerne som jefremmede [13]. Lignende psykopatologiske fænomener er beskrevet i flere undersøgelser omhandlende selvforstyrrelser hos voksne med skizofreni. Det fremhæves i disse undersøgelser at selvforstyrrelser synes at være et hovedaspekt i forståelsen af skizofreniudvikling [16-20]. Viden om, at selvet og selvoplevelsen både påvirkes af sygdom og forandres gennem den generelle udvikling, er således meget central for forståelsen af, hvordan diagnosticeringen vanskeliggøres. Hvorledes skizofrenilidelsens påvirkning af selvets normale udvikling under opvæksten kommer til udtryk, vides ikke. Men den naturlige udvikling af selvet har betydning for, hvordan psykopatologien fremstår og opleves af barnet og de pårørende.

Vurderingen af symptomspecifiteten er også problematisk. Hos de fleste skizofrene børn er hørehallucinationer det første psykotiske symptom, som klinikerer registrerer [13]. Det er dog ofte forudgået af uspecifikke klager og symptomer såsom indadvendthed, mindreværdsfølelse og usikkerhed. Disse symptomer har imidlertid så lav en specificitet, at det ikke altid er muligt at afgøre, om de skal forstås som led i en skizofreniudvikling, eller om de skyldes andre børnepsykiatriske lidelser [39, 40].

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

**Konklusion**

Skizofreni er svær at diagnosticere hos børn, og diagnosen stilles sjældent [28, 29]. Hos såvel børn med skizofreni som hos voksne med skizofreni fremstår symptomatologien i den præmorbid og prodromale fase uklar og med lav specificitet [25].

Den nuværende viden om skizofreni hos børn tyder på, at der ses en større grad af dysfunktion i den præmorbid fase, jo tidligere skizofrenilidelsen opstår [6, 34-36]. I førskolealderen ses der afvigende kognitiv og motorisk udvikling samt problemer med tilknytning og affektregulering. I den tidlige skolealder er de mest gennemgående præmorbid afvigende træk adfærds- og følelsesmæssige vanskeligheder [25, 26]. Prodromalfasen er præget af en ukarakteristisk forværring af den psykosociale funktion. Barnet kan udvise affektive og emotionelle ændringer såsom manglende lyst til skolegang og fritidsinteresser, koncentrationsbesvær, angst og tvangsfænomener. Psykotiske symptomer hos børn med skizofreni er af samme karakter som hos voksne, men mere uspecifikke og relateret til alder og det udviklingsmæssige niveau [14, 26, 40].

De fleste børn med skizofreni har været i kontakt med professionelle behandlere i flere år, før skizofrenilidelsen diagnosticeres [25, 31]. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på en snigende udvikling af flere uspecifikke symptomer og barnets eller de pårørendes beskrivelse af en påfaldende eller ændret adfærd, da disse uspecifikke symptomer kan være tegn på skizofreniudvikling. Skizofreni hos børn og unge er forbundet med en større behandlingsresistens, forøget risiko for bivirkninger ved behandling med antipsykotika og dårligere prognose [11]. Endvidere peger den gennemgæede litteratur på, at det vil kunne virke begrænsende for generering af ny viden på området og have betydning for det diagnostiske arbejde, hvis voksenpsykiatriske begreber alene appliceres i forståelsen af skizofreniudvikling hos børn.

Det kan konkluderes, at den nuværende viden om de tidlige skizofreniforme symptomer hos børn er utilstrækkelig, og at der ikke findes klassifikationssystemer, som er udviklet til specifikt at diagnosticere skizofreni hos børn. Der er derfor et stort behov for at udvide den nuværende viden om de tidlige psykopatologiske fænomener, så der kan konstrueres diagnostiske måleinstrumenter, der relaterer forstyrrelser i selvoplevelsen til barnets forventelige psykiske udviklingsniveau på et givet alderstrin. Dette kan ske ved, at der parallelt med kvantitativ forskning gennemføres kvalitative studier, hvor man i forståelsen af skizofreniform psykopatologi hos børn anlægger et bredere fænomenologisk perspektiv, der beskriver elementære normale bevidsthedsfunktioner, og sammenholder disse med psykopatologisk bevidsthedsindhold og manifestationer.

**Litteratur**

- Rutter M, Taylor EA. Child and adolescent psychiatry. XXXVII: Hollis C. Schizophrenia and allied disorders. 4. ed. ed. Oxford: Blackwell Science, 2002:612-35.
- The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organisation, 1992.
- Harrison PJ. The neuropathology of schizophrenia. Brain 1999;122:593-624.
- Mjøllem N, Kringlen E. Schizophrenia: a review, with emphasis on the neurodevelopmental hypothesis. Nord J Psychiatry 2001;55:301-9.
- Nicolson R, Rapoport JL. Childhood-onset schizophrenia: rare but worth studying. Biol Psychiatry 1999;46:1418-28.
- Asarnow JR, Tompson MC, Goldstein MJ. Childhood-onset schizophrenia: a followup study. Schizophr Bull 1994;20:599-617.
- Cannon M, Clarke MC. Risk for schizophrenia – broadening the concepts, pushing back the boundaries. Schizophr Res 2005;79:5-13.
- Pagsberg AK. Skizofreni hos børn og unge. Ugeskr Læger 2006;168:1211.
- Nordentoft M, Petersen L, Jeppesen P et al. OPUS: Randomiseret multicenterundersøgelse af integreret behandling sammenlignet med standardbehandling før første psykoseepisode – sekundærpublikation. Ugeskr Læger 2006;168:381-4.
- Marshall M, Rathbone J. Early intervention for psychosis. Cochrane Database Sys Rev 2006;4:CD004718.
- Young CM, Findling RL. Pharmacological treatment of adolescent and child schizophrenia. Expert Rev Neurotherapeutics 2004;4:53-60.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV), fourth ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
- Russell AT. The clinical presentation of childhood-onset schizophrenia. Schizophr Bull 1994;20:631-45.
- Russell AT, Bott L, Sammons C. The phenomenology of schizophrenia occurring in childhood. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1989;28:399-407.
- Hemmingsen R, Parnas J, Gjerris A et al. Klinisk psykiatri. VIII, 2. udgave. I: Parnas J, Glenthøj B, red. Det skizofrene spektrum. København: Munksgaard, 2000:281-377.
- Handest P. Subjektiv og ekspressiv psykopatologi hos førstegangs indlagte patienter inden for det skizofrene spektrum [ph.d.-afhandling]. Københavns Universitet, 2003:2-76.
- Parnas J, Handest P. Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. Comprehensive Psychiatry 2003;44:121-34.
- Parnas J, Jansson L, Sass LA et al. Self-experience in the prodromal phases of schizophrenia: a pilot study of first-admissions. Neurol Psychiatry Brain Res 1998;6:97-106.
- Sass L, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. Schizophr Bull 2003; 29:427-44.
- Parnas J, Handest P, Sæbye D et al. Anomalies of subjective experience in schizophrenia and psychotic bipolar illness. Acta Psychiatr Scand 2003; 108:126-33.
- Manual of the international statistical classification of diseases (ICD-8) (Eighth ed). Geneva: World Health Organisation, 1967.
- Mental disorders: glossary and guide to their classification in accordance with ninth revision of the international classification of diseases (ICD-9). Geneva: World Health Organization, 1978.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III), third ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1980.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R), third ed, revised. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1987.
- Schaeffer JL, Ross RG. Childhood-onset schizophrenia: premorbid and prodromal diagnostic and treatment histories. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002;41:538-45.
- Rapoport JL, Inoff-Germain G. Update on childhood-onset schizophrenia. Curr Psychiatry Rep 2000;2:410-5.
- Gochman PA, Greenstein D, Sporn A et al. Childhood onset schizophrenia: familial neurocognitive measures. Schizophr Res 2004;71:43-7.
- Petersen DJ. Psykopatologi hos danske 8-9 årige børn: prævalens og komorbiditet belyst ved et to-trins populationsstudie [ph.d.-afhandling]. Syddansk Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, 2004:12-98.
- Häfner H, Hambrecht M, Löffler W et al. Is schizophrenia a disorder of all ages? Psychol Med 1998;28:351-65.
- Häfner H, Nowotny B. Epidemiology of early-onset schizophrenia. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1995;245:80-92.
- Vourdas A, Pipe R, Corrigan R et al. Increased developmental deviance and premorbid dysfunction in early onset schizophrenia. Schizophr Res 2003; 62:13-22.
- Nicolson R, Lenane M, Singaracharu S et al. Premorbid speech and language impairments in childhood-onset schizophrenia: association with risk factors. Am J Psychiatry 2000;157:794-800.

Korrespondance: Anne Dorte Stenstrøm, Børne- og ungdomspsykiatrisk Afdeling, Kolding Sygehus, DK-6000 Kolding.  
E-mail: Anne.Dorte.Stenstroem@fks.regionsyddanmark.dk

Antaget: 22. oktober 2007  
Interessekonflikter: Ingen

33. Hata K, Iida J, Iwasaka H et al. Minor physical anomalies in childhood and adolescent onset schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2003;57:17-21.
34. Hollis C. Child and adolescent (juvenile onset) schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1995;166:489-95.
35. Watkins JM, Asarnow RF, Tanguay PE. Symptom development in childhood onset schizophrenia. *J Child Psychol Psychiat* 1988;29:865-78.
36. Alagband-Rad J, McKenna K, Gordon CT et al. Childhood-onset schizophrenia: the severity of premorbid course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:1273-83.
37. Gochman PA, Greenstein D, Sporn A et al. IQ stabilization in childhood-onset schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2005;77:271-7.
38. Hollis C. Adult outcomes of child- and adolescent-onset schizophrenia: diagnostic stability and predictive validity. *Am J Psychiatry* 2000;157:1652-9.
39. Stayer C, Sporn A, Gogtay N et al. Looking for childhood schizophrenia: case series of false positives. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 2004;43:1026-9.
40. Haygaard JJ. Recognizing and treating rare behavioral and emotional disorders in children and adolescents who have been severely maltreated: schizophrenia 2004;9:161-8.

## Skizofreni hos en syvårig dreng

1. reservelæge Anne Dorte Stenstrøm,  
overlæge Peer Nøhr-Jensen &  
overlæge Birgitte Dehlholm-Lambertsen

Kolding Sygehus, Børne- og ungdomspsykiatrisk Afdeling,  
Odense Universitetshospital,  
Det Børne- og ungdomspsykiatriske Hus, og  
Syddansk Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet

### Resume

Skizofreni er svært at diagnosticere hos børn, især i de tidlige sygdomsfasen. Det kan skyldes, at vores viden om skizofreniforme symptomer hos børn er utilstrækkelig, og at der ikke findes specifikke klassifikationssystemer til diagnosticering af skizofreni hos børn. Der beskrives en syvårig dreng, som havde symptomer, der gav differentialdiagnostiske overvejelser om en hyperkinetisk forstyrrelse eller en adfærds- og følelsesmæssig forstyrrelse. Det var hørehallucinationer, social dysfunktion og kontaktforstyrrelse, som førte til skizofrenidiagnosen.

Skizofreni er en neuropsykiatrisk lidelse, der er kendetegnet ved forstyrrelse af tænkning, perception og affekt. Hvorvidt det er en neuroudviklingsforstyrrelse eller neurodegenerativ lidelse, er uafklaret [1]. Skizofreni forudgås ofte af neuropsykiatriske symptomer. Hos børn og unge ses der en øget forekomst af komorbide lidelser såsom gennemgribende udviklingsforstyrrelser, hyperkinetiske forstyrrelser og adfærdsforstyrrelser [2].

I Danmark anvendes klassifikationssystemet International Classification of Diseases (ICD)-10 til diagnosticering af skizofreni hos såvel voksne som børn og unge [3]. Nogle skizofreniforme symptomer hos børn synes dog at adskille sig fra symptomer hos voksne blandt andet begrundet i en aldersspecifik præsentation [4, 5].

Skizofreni er svært at diagnosticere hos børn. Der går ofte lang tid fra symptomdebut til diagnosticering trods kontakt til professionelle gennem flere år [4]. Det kan skyldes, at skizofreniforme symptomer hos børn ofte er uspecifikke, og at der

ikke findes særlige klassifikationssystemer til diagnosticering af skizofreni hos børn [5].

### Sygehistorie

En syv år gammel dreng blev henvist til en børnepsykiatrisk afdeling på mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse. Graviditeten og fødslen var forløbet normalt. Inden for det første leveår bemærkede moren, at drengen var anderledes end andre børn, da han var meget livlig, temperamentsfuld og voldsom i sin adfærd.

Da han let blev overaktiv og aggressiv, blev han undersøgt af en pædiater, da han var fire år gammel. Det blev konkluderet, at han var hyperaktiv. Der blev ikke iværksat behandling, men tilrådet psykologisk vurdering.

I børnehaven var drengen impulsiv og motorisk urolig. Der blev foretaget intelligencetestning (vha. testen Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence), og han blev fundet at være normalbegavet. Hans adfærd blev tolket som manglende stimulering i hjemmet, da man mente, at forældrene havde svært ved at registrere drengens behov.

På grund af koncentrationsbesvær, en socialt uhæmmet adfærd og ureguleret kontaktform blev drengen som syvårig henvist til en børnepsykiatrisk afdeling. Han kunne ikke indgå i leg med andre og var voldsom i den fysiske kontakt, hvorfor der hele tiden skulle være en voksen hos ham. På den børnepsykiatriske afdeling fandt man, at han havde ringe affektkontrol, hvilket viste sig ved umotiverede affektudbrud, hvor han pludselig råbte eller blev fysisk voldsom. Han havde vanskeligheder i interpersonelle relationer og viste sjældent interesse for andre børn. I fællesaktiviteter havde han svært ved at vise hensyn og manglede situationsfornemmelse.

Drengen fortalte om stemmehøringsoplevelser i form af gode og onde stemmer inde i hovedet, og han talte højt, når han hørte disse stemmer. Han blev vurderet som værende psykotisk med tredjepersonshørelshallucinationer.

Ved intelligencetestning (vha. testen Wechsler Intelligence Scale for Children III) var de sproglige prøver nederst (intelligenskvotient (IQ) 84) og handleprøverne øverst (IQ 129) i