

Psykose hos unge: Gjenkjenning og behandling

Kjersti Karlsen og Else-Marie Løberg

Psykose hos unge: Gjenkjenning og behandling

Tiden fra en ungdom debuterer med en psykoselidelse til den blir oppdaget og behandlet, er i mange tilfeller over to år. Dette er tankevekkende når man vet at det for ungdom er særlig ødeleggende å gå lenge med en ubehandlet psykose.

ILLUSTRASJON: JILL MOURSUND



Psykoselidelser er belastende for personen som rammes og for hans eller hennes nærmeste. De representerer også store kostnader for helsevesenet. I de siste 10–15 årene har forskning på

psykoselidelser påvist betydningen av rask utredning og behandling for å begrense lidelse, forebygge suicid og bremse utvikling av lidelsen (McGorry, Killackey & Yung, 2007). I kjølvannet av denne forskningen har fagpersoner innenfor feltet blitt mer bevisste på at psykoser og forløpere til psykoser ofte oppstår før fylte 18 år. Tilstanden hos unge byr på spesielt store utfordringer når det gjelder avdekking av symptomer, komorbiditet og differensialdiagnoser. Dessverre viser en rekke studier at det til tross for dette ikke er uvanlig at unge går lengre tid enn voksne med ubehandlet psykose

(Schimmelmann, Conus, Cotton, McGorry & Lambert, 2007; Jeppesen et al., 2008). Dette oppfatter vi som uheldig, fordi en lang periode med ubehandlet psykose kan være forbundet med dårligere prognose (Hegelstad et al., 2012). En oversiktsstudie basert på 287 artikler fra ulike vestlige land fant at det har vært liten interesse for psykoselidelser i psykisk helsevern for barn og unge, og at det er behov for både forskning og kompetanseheving i klinikken for å kunne gi denne gruppen et godt tilbud (Leavey, Flexhaug & Ehmann, 2008). Våre erfaringer fra klinikk gir grunn til å tro at denne studien også er representativ for Norge. Kombinasjonen av komplisert diagnostikk og foreløpig lite kompetanse på feltet kan føre til manglende oppdagelse, forsinket behandlingsoppstart samt mangelfull eller feilaktig oppfølging. Det bør derfor skje en tilførsel av kompetanse i ungdomsfeltet slik at klinikere får bedret sine ferdigheter i gjenkjenning, behandling og oppfølging av unge med psykose.

I denne artikkelen gir vi en oversikt over aktuell kunnskap om forekomst og symptomer ved tidlig debut av psykose. Noen av forholdene som gjør utredning av unge spesielt utfordrende, blir omtalt, og alderstilpasset utredning og behandling blir anbefalt. Av plasshensyn berører vi ikke temaet høyrisikogrupper. Noe av materialet er hentet fra «Veileder for utredning og behandling av barn og ungdom med psykoser i Helse Sør-Øst» (Karlsen, 2008), og er i tråd med Helsedirektoratets utkast til nye nasjonale retningslinjer for psykosebehandling (Helsedirektoratet 2012).

Psykose er en sekkebetegnelse som beskriver tilstander med nedsatt realitetsvurderende evne, ofte i form av forstyrrelser i sansning eller fastlåst og feilaktig tankeinnhold

Psykoselidelser hos unge

Psykose er en sekkebetegnelse som beskriver tilstander med nedsatt realitetsvurderende evne, ofte i form av forstyrrelser i sansning (hallusinasjoner og uvirkelige sanseopplevelser) eller fastlåst og

feilaktig tankeinnhold (vrangforestillinger eller feiltolkninger av omgivelsene). Kliniske kjennetegn for psykose hos unge er lik voksne, dvs. tilstedeværelse av hallusinasjoner, vrangforestillinger eller negative symptomer (tilbaketrekning) (McClellan & Werry, 2001). I tillegg er også tidlige faser av en psykoseutvikling preget av svekkelse i kognitive prosesser (Biswas, Malhotra, Malhotra & Gupta, 2006). Psykoser kan diagnostiseres reliabelt fra barneskolealder, men er da svært sjeldent. Generelt sett er psykoser hos de yngste forbundet med større grad av komorbiditet og andre utviklingsmessige vansker, og ved debut oppover i tenårene blir tilstandsbildet mer likt det man ser hos voksne som debuterer med psykose (Karlsen, 2008). I Tekstboks 1 ser vi en oversikt over symptomer som kan gi grunn til bekymring. Mange av disse symptomene kan enkeltvis forstås ut fra en psykologisk ramme (angst, tvang, rigiditet, depresjon, dissosiasjon, funksjonelle stemmer, vansker på skolen etc.), eller oppfattes som del av et vidt normalitetsspekter, og man kan derfor risikere å overse en psykose dersom man ikke fokuserer på helheten.

Psykoselidelsene omfatter både schizofreni, kortvarige og forbigående psykoser og affektive lidelser med psykose (bipolar lidelse, mani eller depresjon). Hos unge er affektive lidelser oftere enn hos voksne ledsaget av psykosesyntomer, og kan være vanskelig å skille differensialdiagnostisk fra schizofreni. Hallusinasjoner og vrangforestillinger forekommer både ved affektive psykoser, schizoaffective psykoser og schizofreni, mens negative symptomer og bisart tankeinnhold er mer vanlig ved schizofreni (McClellan, McCurry, Speltz & Jones, 2002). Denne artikkelen omhandler i hovedsak schizofreni, men gjelder også for de andre psykosesynterlidelsene.

Forekomsten av psykoser i alderen 13–18 år er usikker grunnet få studier, relativt lav forekomst og ulike diagnosekriterier over tid. Det er vanlig å anslå prevalensen av schizofreni i ungdomspopulasjonen til 0,2-0,5 % (Moran, 2007; Biswas et al., 2006). I egne retningslinjer for unge med psykose som er under utarbeidelse av National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) i England, vises det til at 0,4 % av ungdomspopulasjonen har hatt en registrert psykosesynterdiagnose (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011). Det reelle tallet kan være høyere siden det er dokumentert at mange psykoser ikke oppdages (Leavey et al., 2008). I en studie av første-episode-pasienter i en tidlig intervensjonsklinikk i Australia (EPICC) hadde nær 20 % av pasientene med affektiv og schizofreniform psykose debutert før 18 år. Av de i deres utvalg som kvalifiserte for en schizofrenidiagnose etter DS M-IV-kriterier, var 1/3 under 18 år (Schimmelmann et al., 2007). Dette kan tyde på at schizofreni hos unge er mer vanlig enn vi så langt har antatt, men foreløpig er funnene ikke replisert.

Vanskeligere å identifisere

Alvorlige psykoser hos unge utvikler seg ofte snikende, og symptomene er gjerne diffuse i tidlig fase av sykdomsutviklingen. Hallusinasjoner og vrangforestillinger kan være til stede uten at det forekommer ytre, synlige tegn. Mange unge rapporterer at hallusinasjonene i starten var av en positiv karakter (snille stemmer, hjelpere etc.), og symptomene kan også oppleves som en vanlig del av en selv og blir ikke uttrykt spontant. Det er derfor viktig å utforske ungdommens indre verden, og gi hjelp til å sette ord på ting. Det kan ta lang tid fra psykosedebut til symptomene blir synlige for omverdenen (Volkmar, 2001). I tillegg er psykose en fluktuerende lidelse, og symptomer kan øke og minke i grad avhengig av kontekst og opplevd stressnivå. Alvorlighetsgraden av psykose kan undervurderes på grunn av tilsynelatende greit funksjonsnivå på en eller flere arenaer, og unge kan ha en særlig evne til slik fleksibel fungering.

Videre har unge som debuterer med psykose, ofte hatt symptomer på andre lidelser, gjerne flere samtidig. Dette kan kamuflere symptomer på psykoseutvikling og bidra til vanskelig differensialdiagnostisering. ADHD, opposisjonell atferdsforstyrrelse, depresjon, tvang og separasjonsangst har vist seg å være vanlige forløpere eller komorbide tilstander ved tidlig debut av schizofreni (Welham, Isohanni, Jones & McGrath, 2009; Gyllenberg et al., 2010). I tillegg ser skillene mellom psykose og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser ut til å være mindre enn man tidligere har hevdet (King & Lord, 2011). Det samme gjelder skillet mellom psykose og dissosiasjon. Symptomer hos sterkt traumatiserte unge kan likne på schizofreni, men traumer har også vist seg å være en risikofaktor for utvikling av schizofreni, spesielt hos personer som i utgangspunktet er sårbare (Newman, Turnbull, Berman, Rodrigues & Serper, 2010). Traumbakgrunn og dissosiative symptomer utelukker derfor ikke en psykoselidelse, og er tvert imot noe som ofte opptrer samtidig med en psykose.

Identifiseringen av psykose kompliseres ytterligere av at mange normale fenomener som for eksempel «løpsk fantasi», fantasivenner, påtrengende bilder og illusjoner forveksles med psykose, spesielt hos de yngste (Volkmar, 2001), og at en stor andel barn som er preget av psykoselignende symptomer, ikke har en psykotisk lidelse (Biedermann, Petty, Faraone & Seidman, 2004). Hallusinasjoner, vrangforestillinger og paranoide tanker er heller ikke uvanlig i normalpopulasjonen (Freeman et al., 2005; Wiles et al., 2006). For å oppdage en psykose må man

derfor se på det totale tilstandsbildet og huske at psykoselidelser ofte er et «syndrom» hvor et knippe med symptomer forekommer samtidig.

Utredning

En grundig anamnese er avgjørende for differensialdiagnostisering. Man må legge merke til endringer eller svingninger i funksjonsnivå. Psykiske lidelser i nær familie og funksjonsfall på skole eller i andre daglige gjøremål gir grunn til bekymring. Ofte er symptomene mange og sammensatte, og det kan være vanskelig å oppdage internaliserende symptomer (Lauth, Levy, Juliusdotter, Ferrari & Peterson, 2008). Derfor er det spesielt viktig å anvende et strukturert diagnostisk intervju for å fange opp bredden i symptomer og sortere disse. Kiddie-SADS - Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children Previous and Lifetime version (Kiddie- SADS (PL)-2009) er utviklet spesielt med tanke på å fange opp schizofreni og affektive lidelser hos unge, og anbefales i denne sammenhengen. Ved psykosemistanke bør man også gjøre et PANSS -intervju (Positive And Negative Symptom Scale) der alvorlighetsgraden av bl.a. psykosesymptomer og tilbaketrekningssymptomer evalueres (Kay, Opler & Fiszbein, 1992). PANSS er også nyttig for å vurdere behandlingseffekt.

Er man usikker på om symptomene er over psykosegrensen, kan et SIPS-intervju (Structured Interview for Prodromal Symptoms) (Mc.Glashan et al. 2010) gjennomføres. For å vurdere realitetsbrist og psykose utforskes bl.a. den individuelle tolkningen av symptomene, og om symptomene har adferdsmessig eller følelsemessig innvirkning. Å høre stemmer som tolkes som at tankene spiller en et puss, vil være en ikke-psykotisk tolkning, men hvis en begynner å tro på stemmene som virkelige, agere i forhold til dem eller være redd for dem, antyder dette en psykose (Mc. Glashan et al. 2010). Både SIPS og PANSS er utviklet for voksne og må derfor tilpasses og tolkes med varsomhet når de anvendes nedover i aldersgruppene.

Hos mange unge med psykose har premorbid funksjon vært svakere enn hos jevnaldrende, preget av sosiale og emosjonelle vansker, tilbaketrekning, motoriske avvik og språkvansker (Schmael et al., 2007; Tarbox & Pogue-Geile, 2008). Ofte ser man et funksjonsfall i forbindelse med sykdomsdebut som kan være mer eller mindre umiddelbart synlig. Ungdommen kan trekke seg tilbake fra skole og venner og slutte med sine vante aktiviteter. Man ser ofte et fall i karakterer, men noen ganger er dette kamouflert ved at de bruker lengre tid på å mestre det samme som før. Fall i funksjoner

er som regel synlig, men kan ofte oppdages tidligere med nevropsykologiske tester. Uoppdagete organiske tilstander og nevrologiske lidelser kan også føre til psykoselignende symptomer, spesielt hos unge. Det er særdeles viktig at en lege gjør en grundig somatisk utredning og supplerende undersøkelser for å utelukke dette. Ved differensialdiagnostisering bør en kartlegge debuttidspunkt, grad og type av symptomer, fluktuering og familiehistorikk, samt eventuelt rusmisbruk, da dette er vanlig (Løberg & Hugdahl, 2009) og kan bidra til å forverre prognosen (Reimherr & McClellan, 2004).

Ved utredning må man ta hensyn til de differensialdiagnostiske utfordringene som er nevnt i denne artikkelen. Ungdom forteller ikke automatisk om sine psykotiske opplevelser, og ofte kjenner ikke foreldre eller lærere til at barnet har slike opplevelser (Laurens, Hodgins, Maughan, Murray, Rutter & Taylor, 2007). Å spørre ungdommen direkte om psykotiske opplevelser er derfor viktig.

Generelle behandlingsprinsipper

For å yte god behandling til pasienter med psykose er det viktig å fokusere på en rekke parallelle tiltak. Stress-sårbarhetsmodellen ligger til grunn for forståelse av psykose og psykoedukative tiltak og bør ligge som en grunnforståelse som preger alle tiltak som iverksettes. Denne modellen fokuserer på samspillet mellom individuell biologisk sårbarhet og miljømessige belastninger (Insel, 2010; Zubin & Spring, 1977). Modellen er blitt ytterligere aktualisert gjennom nyere studier som peker på hvordan genetikk, hjernebasert sårbarhet og miljøfaktorer som rus, traumer og den individuelle utviklingshistorie virker forsterkende på hverandre og på utviklingen av psykose (van Os, Kenis & Rutten, 2010), og integrerer derfor både funn fra moderne hjerneforskning og psykodynamisk tenkning (Løberg, 2011). Dette innebærer at kartlegging, monitorering og begrenning av ulike forhold som kan oppleves som miljømessige belastninger er viktig. I akutte faser eller ved økende grad av psykosene symptomer bør det jobbes med for eksempel reduksjon av arbeidsbelastning på skole og i arbeid, reduksjon av medmenneskelige konflikter og senkning av sansemessig overload («skjerming») (Stevens & Prince, 2012). Å gi grundig informasjon om psykose til ungdom og pårørende både for å ivareta pasientrettigheter, senke angst og øke grad av mestring er sentralt. Tett samarbeid med pasient og pårørende i forhold til alle valgmuligheter regnes i dag som en selvfølge (Helsedirektoratet, 2011). Å være konkret og tydelig, gjenta budskapet og sjekke om ungdommen har fått med seg og husker det som er sagt, er viktig for å kompensere for eventuelle kognitive vansker.

Har pasienten generaliseringsvansker, bør man sjekke om personen overfører endring i terapitimene til hverdagslige settinger.

Kliniske kjennetegn for psykose hos unge er lik voksne, dvs. tilstedeværelse av hallusinasjoner, vrangforestillinger eller tilbaketrekningssymptomer

Symptomene og funksjonsnivået må til enhver tid sees i sammenheng med sosioemosjonell og motorisk utvikling samt evnenivå. Stemmehøring, hallusinasjoner og vrangforestillinger har ulikt innhold avhengig av alder. Hos de yngste og de med svakt evnenivå er innholdet gjerne knyttet opp mot konkrete forhold (leker, dyr, mennesker), og vrangforestillingene er også ofte konkrete (de skal ta meg, drepe meg, de er slemme mot meg) (Masi, Mucci & Pari, 2006). I tillegg er kognitive vansker utbredt ved psykoser, og blant personer som har debutert med schizofreni har et flertall (ca. 75 %) kognitive vansker (Palmer, Dawes & Heaton, 2009). Redusert kognitivt funksjonsnivå har betydning for prognose og tilpasning av behandling og tiltak (Keefe & Fenton, 2007), og kan ofte fortone seg som et «usynlig handikapp» som ikke blir adressert og forstått. Det kan føre til urealistiske forventninger til konsentrasjon, mental utholdenhet og innlæringsevne fra vedkommende selv, skole eller foreldre. Konsekvensene av dette kan være forstrukket som i mange tilfeller bidrar til å opprettholde/forverre en psykose hos personer som er sårbare for stress og belastninger (Preussner, Iyer, Faridi, Joobar & Malla, 2011).

Behandlingsmetoder

I de fleste tilfeller av schizofreni hos unge vil medikasjon være nødvendig (Mattai, Hill & Lenroot, 2010). Tett oppfølging er viktig grunnet økt risiko for bivirkninger ved antipsykotisk medikasjon hos barn og unge (Correll, Kratochvil & March, 2011). Det er lite forskning på tiltak for ungdomspopulasjoner, men vi antar at de samme tiltakene som er virksomme hos voksne, også er anvendelig på unge. Helsedirektoratet (2012) anbefaler kognitiv terapi, kunstterapi og familieoppfølging ved psykoser.

For kognitiv adferdsterapi hos unge med psykose anbefales det å tilpasse terapien til generell kunnskap om kognitiv adferdsterapi for aldersgruppen, dvs. ta hensyn til utviklingsnivå, evnenivå og konteksten rundt den unge. Det anbefales også at familie trekkes inn i terapien i større grad enn hos voksne (Røssberg & Karlsen, 2012). Innholdet i terapien bør knyttes til den unges hverdagslige erfaring, og man bør benytte seg av konkretiseringer og utviklingstilpasset språk. Kunstterapi kan på

mange måter sammenlignes med leketerapi, da begge representerer andre kommunikasjonsformer enn den eksplisitt språklige. Ved leketerapi eller andre alternative kommunikasjonsformer er det viktig å ta høyde for at personer med psykose kan ha vansker med abstrakt tenkning. Bruk av metaforer og annen symbolikk må derfor brukes med varsomhet og slik at man sikrer seg at ungdommen faktisk har fått med seg innholdet.

Familiearbeid er kanskje enda viktigere ved behandling av ungdom enn av voksne, siden de fleste unge fremdeles bor hjemme. Psykoedukativt familiearbeid enten i flerfamiliegrupper eller «en-familier» innebærer en rekke tiltak som blant annet er spesial-utviklet for å ta høyde for stress-sårbarhetstenkning og kognitive vansker (McFarlane, Dixon, Lukens & Lucksted, 2003). Det å ha en person i familien med psykose påvirker hele familiesystemet. Både søsken og foreldre vil møte store utfordringer i takling av situasjonen og kan ha behov for tiltak for sin egen del. Hos ungdom med psykose blir ofte den naturlige frigjøringsprosessen forstyrret fordi de i en periode blir mer avhengig av sine pårørende. Det er viktig at deres behov for selvstendighet og løsrivelse ivaretas, og at man finner en god balanse mellom tilknytning og løsrivning fra familien.

Ansvarsgrupper og individuell plan er viktig for unge, og innebærer at en tar hensyn til unges særskilte behov for medvirkning, trygghet, støtte og motiverende tiltak, samt at de ulike hjelpeinstansene har samme forståelse av ungdommen. Planer for hva en gjør ved forverring av psykosenære symptomer som søvnevansker, tilbaketrekning, og økning i hallusinasjoner, bør utarbeides og gjøres kjent for alle som jobber med ungdommen. En «kriseplan» for hvordan man går fram ved et eventuelt psykosegjennombrudd, er nyttig for å redusere angst og traumatisering knyttet til selve psykosen. Generelt bør det også være et fokus på mestring av belastninger og konstruktive handlingsrepertoar (Pruessner et al., 2011).

Skole og yrkesopplæring

Ungdom som har falt ut av sin hverdag, trenger ofte tilpassede opplegg for å komme tilbake. De skal ikke bare tilbake til en hverdagslig kontekst, men også ta igjen det tapte både faglig og sosialt. De vil fort kunne sakke akterut i utdanningen. Rådgiver eller sosiallærer vil i samarbeid med kontaktlærer og Pedagogisk Psykologisk Tjeneste være viktige for å tilrettelegge for en tilpasset skolesituasjon i samarbeid med familien og den unge.

Skolen bør være innforstått med at tilpasset skolegang er avgjørende for vellykket tilbakeføring. Skoletilpasning kan dreie seg om ulike tiltak som redusert studiebelastning, tilrettelegging på prøver, tilpasning til ting eleven opplever som belastende, samt fleksibilitet i forhold til krav til deltakelse. Det forutsetter en oppdatert forståelse av effekten av kognitive vansker, betydningen som krav og belastninger har for psykose, og effekten av svingninger i funksjonsnivå og dagsform (Stevens & Prince, 2012). Når det er aktuelt, skal det utarbeides en IOP (individuell opplæringsplan). Å informere medelever om psykose og spesielle behov i samarbeid med ungdommen og foreldrene kan også være nyttig.

Konklusjon

Symptomer på psykose hos unge personer kan være vanskelige å skille fra normalfenomener og fra andre mentale lidelser. De maskeres ofte av premorbide og komorbide psykiske vansker, fluktuerende funksjonsnivå og manglende spontan rapportering. Sammenlignet med voksne, er differensialdiagnostisering mer krevende fordi symptomer endres i takt med utviklingsnivå og modenhet. God behandling krever at alle arenaer der ungdommen befinner seg, og spesielt familiesystemet, kommer på banen og spiller på lag. Det er behov for kompetanseheving på dette feltet for å tilby unge med psykose best mulig behandling og oppfølging for å oppdage flere psykoser, oppnå forsvarlig behandling og forebygge ytterligere lidelse.

Tekstboks 1: Eksempler på symptomer hos unge

Listen gir eksempler på symptomer som gir grunn til bekymring for psykose eller psykoseutvikling (Yung et al., 2009). Dersom pasienten har dårlig premorbid funksjon, trekk av schizotypi, pågående rus, stor stressbyrde eller genetisk risiko for psykose, er det ekstra grunn til bekymring (Yung et al., 2009). Er symptomer til stede, bør man gjøre en psykoseutredning, og man bør konferere med en erfaren kollega dersom man ikke selv har erfaring med psykoser, eller er i tvil om hvordan man skal forstå symptomene.

- Angst; er generelt mer engstelig enn tidligere
- Samspillvansker med jevnaldrende
- Sover dårlig, snur døgnet
- Tilbaketrekning/isolasjon; kutter ut ting man liker å gjøre
- Reguleringsvansker; irritabilitet, aggressiv atferd, store sinneutbrudd
- Variabelt funksjonsnivå eller stemningssvingninger
- Mangel på initiativ eller interesse
- Depresjon/tristhet/selvskading/selv mordstanker
- Svikt i personlig hygiene
- Vansker med konsentrasjon, oppmerksomhet og hukommelse
- Funksjonsfall på skolen eller i ADL-ferdigheter
- Endring i sanseintrykk, visuelle, auditive eller kinestetiske
- Uvirkelighetsfølelse – endret selvpålevelse
- Forstyrrede tankeprosesser, f.eks. tankekjør, tankeblokk eller mye grubling
- Ekstrem opptatthet av et spesielt tema /livsfilosofi – grubling
- Underlig oppførsel/magisk tenkning
- Forvirring; snakker/skriver om ting som ikke gir mening
- Tankepåvirkning/tankelesing
- Tvang eller ritualer
- Mistenksomhet; opplevelse av å bli sett, forfulgt, forgiftet eller lignende

Tekstboks 1: Eksempler på symptomer hos unge

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Forstyrrelser i språkforståelse eller tale • Vansker med abstrakte uttrykk | <ul style="list-style-type: none"> • Hallusinasjoner; visuelle, auditive eller taktile • Endring i oppførsel – underlig eller bisarr oppførsel • Omnipotens/grandiositet • Kataton atferd |
|---|---|
-

Referanser

- Biederman J., Petty, C., Faraone, S. V. & Seidman, L. (2004). Phenomenology of childhood psychosis – Findings from a large sample of psychiatrically referred youth. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(9), 607–614.
- 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 and Adolescent Psychiatry*, 15, 360–366.
- Correll, C. U., Kratochvil, C. J. & March, J. S. (2011). Developments in pediatric psychopharmacology: focus on stimulants, antidepressants, and antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 655–670.
- Freeman, D., Garety, P. A., Bebbington, P. E., Smith, B., Rollinson, R., Fowler, D. et al. (2005). Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. *British Journal of Psychiatry*, 186, 427–435.
- Gyllenberg, D., Sourander, A., Niemela, S., Helenius, H., Sillanmaki, L., Piha, J. et al. (2010). Childhood predictors of later psychiatric hospital treatment: findings from the Finnish 1981 birth cohort study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 823–833.
- 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*. A iA :1–7.
- Helsedirektoratet (2012). *Utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser*. Nedlastet 10.04.2012 fra <http://www.helsedirektoratet.no/Om/hoyringar/Sider/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-psykoselidelser.aspx>.
- Insel, T. R. (2010). Rethinking schizophrenia. *Nature*, 468, 187–193.
- 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.

- Karlsen, K. (2008). *Veileder for utredning av barn og ungdom med psykoser i helse Sør-Øst*.
Nedlastet 10.04.2012 fra <http://www.oslouniversitetssykehus.no/omoss/avdelinger/tips-sor-ost/Side....>
- Kay, S. R., Opler, L. A. & Fiszbein, A. (1992). *Positive and Negative Syndrome Scale manual*.
Toronto: Multi Health Systems.
- Keefe, R. S. & Fenton, W. S. (2007). How should DSM-V criteria for schizophrenia include cognitive impairment? *Schizophrenia Bulletin*, 33, 912–920.
- Kiddie-SADS (PL) 09. Nedlastet 10.04.2012 fra <http://www.helsebiblioteket.no/Psykisk+helse/Felles/Sk%C3%A5ringsverkt%C....>
- King, B.H. & Lord, C. (2011). Is schizophrenia on the autism spectrum? *Brain Research*, 1380, 34–41.
- Laurens, K. R., Hodgins, S., Maughan, B., Murray, R. M., Rutter, M. L. & Taylor, E. A. (2007). Community screening for psychotic-like experiences and other putative antecedents of schizophrenia in children aged 9–12 years. *Schizophrenia Research*, 90, 130–146.
- Lauth, B., Levy, S. R., Juliusdotter, G., Ferrari, P. & Peturson H. (2008). Implementing the semistructured interview Kiddie-Sads-PL into an inpatient adolescent clinical setting: Impact on frequency of diagnoses. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2(1), 14.
- 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.
- Løberg, E. M. (2011). Hjerneforskning og praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 696–697.
- Løberg, E. M. & Hugdahl, K. (2009). Cannabis use and cognition in schizophrenia. *Frontiers of Human Neurosciences*, 3, 53.
- Masi, G., Mucci, M. & Pari, C. (2006). Children with schizophrenia: clinical picture and pharmacological treatment, *CNS Drugs*, 20, 841–866.
- Mattai, A. K., Hill, J. L. & Leenrot, R. K. (2010). Treatment of early-onset schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 304–310.
- McClellan, J., McCurry, C., Speltz, M. L. & Jones, K. (2002). Symptom factors in early-onset psychotic disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 791–798.

- McClellan, J. & Werry, J. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (Supplement), 4–23.
- McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E. & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 223–245.
- McGlashan, T.H., Walsh, B.C. & Woods, S.W (2010). *The psychosis-risk syndrome. Handbook for diagnosis and follow-up*. Oxford: Oxford University Press
- McGorry, P. D., Killackey, E. & Yung, A. R. (2007). Early intervention in psychotic disorders: detection and treatment of the first episode and the critical early stages. *Medical Journal of Australia*, 187, 8–10.
- Moran, M. (2007). When schizophrenia develops early, impairment is often more severe. *Psychiatric News*, 42, 15.
- Newman, J. M., Turnbull, A., Berman, B. A., Rodrigues, S. & Serper, M. R. (2010). Impact of traumatic and violent victimization experiences in individuals with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 708–714.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2011). *Psychosis and schizophrenia in children and young people: final scope*. Nedlastet den 19.01.2012 fra www.nice.org.uk.
- Palmer, B. W., Dawes, S. E. & Heaton, R. K. (2009). What do we know about neuropsychological aspects of schizophrenia? *Neuropsychology Review*, 19, 365–384.
- Pruessner, M., Iyer, S. N., Faridi, 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, 29–35.
- Røssberg, 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. I trykk.
- Schimmelman, B. G., Conus, P., Cotton, S., McGorry, P. D. & Lambert, M. (2007). Pretreatment, 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.
- Schmael, C., Georgi, A., Krumm, B., Buerger, C., Deschner, M., Nothen, M. M. et al. (2007). Premorbid adjustment in schizophrenia-An important aspect of phenotype definition.

- Schizophrenia Research*, 92, 50–53. Stevens, J. R. & Prince, J. B. (2012). Schooling Students with Psychotic Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic North America*, 21; 187–200.
- Tarbox, S. I. & Pogue-Geile, M. F. (2008). Development of social functioning in preschizophrenia children and adolescents: a systematic review. *Psychological Bulletin*, 134, 561–583.
- Van Os, J., Kenis, G. & Rutten, B. P. F. (2010) The Environment and Schizophrenia. *Nature*, 468, 203–211
- Volkmar, F. R. (2001). Childhood schizophrenia: developmental aspects. I H. Remschmidt (red.), *Schizophrenia in Children and Adolescents* (s. 60–81). Cambridge: Cambridge University Press.
- Welham, J., Isohanni, M., Jones, P. & McGrath, J. (2009). The antecedents of schizophrenia: a review of birth cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 603–623.
- Wiles, N. J., Zammit, S., Bebbington, P., Singleton, N., Meltzer, H. & Lewis, G. (2006). Selfreported psychotic symptoms in the general population: results from the longitudinal study of the British National Psychiatric Morbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 188, 519–526.
- Yung, A.R., Klosterkötter, J., Cornblatt, B. & Scultze-Lütter, F. (2009). I H. J. Jackson & P. D. McGorry (red.) *The Recognition and Management of early psychosis*. 2.ed. (s. 83–107). Cambridge: Cambridge University Press