

VEILEDER I BUP 4. utgave

FAGLIG VEILEDER FOR
BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI



Norsk barne- og ungdoms-
psykiatrisk forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

MAI 2019

I menyen over kan du gå inn på de ulike emnene og laste ned seksjonsvis (trykk på pilen).

Via linken til høyre kan du laste ned den oppdaterte versjonen av veilederen som pdf-fil.

Forord til PDF-utgave av 4. utgave av «Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri»

Fagfeltet er i stadig utvikling, og det er ønskelig at veilederen skal være et dynamisk produkt, som må gjennomgå nødvendige, fortløpende endringer. Å revidere kapitler i veilederen fordrer imidlertid at travle fagpersoner gjør en betydelig ekstrainsats på kveld, helg og ubetalt fritid. Den type arbeid må derfor nødvendigvis ta tid. Denne siste reviderte utgaven kommer senere enn ønsket, men vi håper likevel at den kommer godt med til nye og erfarne leger i BUP.

Kvalitetsutvalget i NBUP har det redaksjonelle ansvaret for veilederen. Da det nåværende kvalitetsutvalget ble valgt for perioden 2017–2019, var revisjon av utvalgte kapitler for 4. utgave nylig slutført. Avtroppende kvalitetsutvalg sendte dette over til det påtroppende, nåværende utvalg for slutføring. Etter dette har et ytterligere kapittel blitt revidert ettersom Helene Gjone og Stein Førde nylig har slutført revisjonen av kapitlet om kronisk utmattelsessyndrom. Kvalitetsutvalget fikk i 2017 i oppgave å få etablert en digital utgave av veilederen. Denne skulle gjøres tilgjengelig på mobile enheter. Kvalitetsutvalget søkte, og fikk innvilget midler fra Kvalitetsfondet i DNLF tilsvarende 90 000 kr ment for digitaliseringen. Man valgte derfor å vente med utgivelsen av de reviderte kapitlene fra 4. utgave, slik at disse skulle kunne inngå i den digitale versjonen av veilederen. Utvalget orienterte seg i markedet, og fant etter hvert ut av de fleste eksterne løsningene til digitalisering førte til høye engangskostnader i tillegg til høye og varige driftskostnader. Parallelt opprettet utvalget kontakt med seksjon for nett-tjenester og dokumentasjon i DNLF. Kvalitetsutvalget ble da anbefalt å bruke Legeforeningenes egen nettløsning til digitaliseringen. Denne løsningen skulle etter planen komme i løpet av 2018, og skulle være kostnadsfri. Imidlertid ble dessverre ikke legeforeningens digitale løsning realisert som forespeilet, og digitaliseringen av veilederen ble derfor ytterligere forsinket. På årsmøtet i NBUP i 2018 ble det derfor besluttet at man skulle konsentrere seg om å lage en PDF versjon av veilederen som før, da dette lå innenfor både økonomiske og tidsmessige ressurser. På samme årsmøte fikk kvalitetsutvalget tilslutning til å bruke pengene fra kvalitetsfondet til å opprette et *nytt kapittel* i veilederen. Det nye kapitlet skulle omhandle generelle prinsipper for medisinerings av barn og unge i BUP. En forfattergruppe, bestående av to barne- og ungdomspsykiatere; Randi Nesje Myhr og Bernard Weidle, en klinisk farmakolog; Joachim Frost, samt pediater og leder for legemiddelnettverket for barn; Henrik Irgens, ble konstituert. De fikk i oppdrag å forfatte en reflekterende tekst med kjente, vitenskapelige og kliniske aspekter knyttet til medisinerings av barn og unge i BUP. Det ble holdt to forfattersamlinger i løpet av 2018, og en avsluttende samling i januar 2019. Kapitlet ble fullført av forfattergruppen januar 2019, og blir nå integrert i den 4. utgaven av BUP-veilederen. Deler av de resterende midlene fra kvalitetsfondet er brukt til bistand fra språk og tekstbyrået Nye Tillen. Dette for å forbedre layout, overskrifter, korrektur, samt til å integrere alle de reviderte kapitlene samt det nye kapitlet om medisinerings. Det er fortsatt et mål å digitalisere veilederen, men for å unngå ytterligere forsinkelser, prioriterer man nå å slutføre siste versjon av veilederen i PDF-versjon. Kvalitetsutvalget ser frem til å lansere den reviderte versjonen av veilederen på BUP dagene 2019.

Veilederen har verdi, da den representerer klinisk praksis, vurdert av erfarne klinikere og ressurspersoner innenfor sine spesialfelt i Norge. Veilederen har imidlertid ikke vært gjenstand for standard fagfelleevaluering, og kan derfor ikke erstatte lærebøker og vitenskapelige artikler. Likevel både håper og tror vi at den kan være et viktig supplement til annen teoretisk støttelitteratur for leger, og spesielt for LIS i BUP. Kvalitetsutvalget, som har det redaksjonelle ansvaret for produktet, er takknemlig for innspill fra dere i vårt fagmiljø dersom det oppdages feil, mangler, eller behov for øvrige revideringer og oppdateringer av veilederen. Dette vil styrke veilederen som et valid verktøy og som en faglig støtte i en klinisk hverdag.

Vi i redaksjonen retter en spesiell takk til de som har bidratt til både revisjoner og nytt kapittel i denne siste versjonen av veilederen. Vi takker også det sittende styret og årsmøtet for støtte og tålmodighet i en prosess som dessverre har tatt lenger tid, og som fikk en litt annen retning, enn det vi opprinnelig hadde planlagt.

God lesning!

Trondheim, Oslo april 2019

Jorun Schei

Melanie Ekholdt

Line Knutsen Lund

Kvalitetsutvalget 2017–2019, og redaksjon for 4. utgave av «Faglig veileder for barne-og ungdomspsykiatri»

Forord til 4. utgave av «Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri»

Denne utgaven inneholder en oppdatering og delvis revisjon av "Faglig veileder" som ble ferdig i løpet av 2016.

Da 3. utgave av "veilederen" var ferdig, visste vi at det ville komme en del viktige endringer i diagnosesystem og nasjonale retningslinjer de nærmeste årene. Disse ville få betydning for innholdet i flere av kapitlene, særlig i første del.

I 2016 har redaksjonen sørget for å gjennomgå alle kapitler for å rette opp klare feil. Der kapitlene knyttet til tilstandsbilder har nevnt diagnosekriterier i det amerikanske diagnosesystemet DSM-IV, er det satt inn opplysninger om eventuell endring i DSM 5.

Noen få kapitler har gjennomgått en større revisjon, foretatt av forfatterne selv.

Dette gjelder i Del 1 Diagnostikk og utredning: kapittel 1, ved Torunn Stene Nøvik og Rune A. Lea (diagnosesystemene) og kapittel 3, ved Sonja Heyerdahl og Torunn Stene Nøvik (vesentlig del av revisjon ble her foretatt i 2014).

Videre gjelder det i Del 2 kapittelet "Hyperkinetiske forstyrrelser" ved Pål Zeiner og Bernhard Weidle.

Vi har gjort noen mindre endringer i layout.

Med dette står vi foran en større revisjon av hele "veilederen". NBUPF vil i inneværende år velge et nytt kvalitetsutvalg som får i oppgave å lede dette arbeidet.

Bergen, Trondheim, Oslo februar 2017

Guri Haaland, redaktør

Torunn Stene Nøvik

Terje Lund, leder av kvalitetsutvalget, NBUPF

Forord til 3. utgave av «Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri»

Denne utgaven av vår faglige veileder er den tredje på 14 år.

Første utgave kom i 1996. Planen var å revidere boken regelmessig ca hvert 2. år. Slik ble det ikke. Den første reviderte utgave kom i år 2000. Deretter har det gått ti år til neste revisjonsarbeid, som nå foreligger!

Styret i NBUPF påbegynte prosessen med ny revisjon i 2003. Man bestemte seg for å gjøre dette grundig. Tanken var å få til et samarbeid mellom Senter for metodeforskning, alle RBUP-ene og Helsedirektoratet. Det viste seg etter et par år at et slikt samarbeid ikke lot seg gjennomføre, da Helsedirektoratet på dette tidspunkt var i ferd med å etablere et arbeid med RBUP Øst og Sør for oppstart av "Veileder for poliklinikker i BUP".

Løsningen for NBUPF ble å gjennomføre arbeidet ved hjelp av egne krefter også denne gangen. Kvalitetsutvalget fikk oppdraget. Arbeidet dro imidlertid ut og kom av ulike grunner ikke "i farta". En utfordring var det sittende utvalgs manglende erfaring med denne type arbeid.

Høsten 2008 fikk vi derfor med oss Guri Haaland som var leder for kvalitetsutvalget og redaktør ved de tidligere utgaver av "veilederen". Hun påtok seg redaktørjobben og satte oss i sving.

Vi har foretatt en omfattende revisjon denne gangen. "Gamle" kapitler er revidert, delvis med nye forfattere, og nye kapitler er kommet til. De siste ti år har fagfeltet utviklet seg enormt, og forskning har gitt ny og dypere kunnskap på mange felt. Blant våre kolleger har vi i dag på de fleste områder noen med forskningskompetanse. Dette gjenspeiler seg i det relativt store antall forfattere som har deltatt ved denne utgaven. Alt arbeidet er også denne gang gjort på dugnad, uten honorering. NBUPF har rause medlemmer som vil dele med sine kollegaer!

Vi har i prosessen avholdt to forfattersamlinger, med god oppslutning. Vi har brukt "forfatterkorpset" som en ressursgruppe/høringsgruppe for kvaliteten på innholdet i hele veilederen. I en liten spesialitet som vår representerer arbeidet som samlet ligger bak en utgivelse som dette, en stor innsats fra kolleger som i utgangspunktet har mange ansvarsfulle og krevende oppgaver.

Ved lignende arbeid i USA og Tyskland har man hatt store fagmiljøer å hente arbeidsgrupper fra til de ulike tema. Vår prosess har måttet ta utgangspunkt i tilgjengelige personressurser. Resultatet vårt er blitt et flott produkt som vi håper vil bli til nytte både for målgruppen og for andre interesserte!

Målgruppen har som tidligere nevnt, særlig vært LIS-legene, og vi ønsker at "Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri" skal bli et nyttig hjelpemiddel i spesialistutdanningen. Veilederen skal ikke erstatte lærebøker, men gi en oversikt over den viktigste kunnskapen på området nå og angi hva som anses som god praksis i klinisk arbeid. Veilederen kan ikke dekke alle tema som kan være aktuelle i BUP, men skal særlig vektlegge de tema legene bør beherske.

For spesialistene håper vi at "veilederen" kan gi inspirasjon og oppdatering. Utover dette har tidligere erfaring vist at boken vil være av interesse for allmennleger og andre faggrupper vi samarbeider med.

De siste årene er der både innen de medisinske fag, vårt fagfelt og i samfunnet for øvrig, blitt en stadig sterkere etterspørsel etter evidensbasert viten, kvalitetsmål og kontrollsystemer. Veilederen må sees i sammenheng med annet kvalitetsforbedrende arbeid som systematisering av videre- og etterutdanning, og forskning på ulike nivå. Det vil være en stadig utfordring å integrere nye forskningsresultater, oppmuntre til klinisk forskning og å implementere resultater i vanlig klinisk arbeid.

Arbeidet er blitt større enn vi og styret forutså. Ut fra hva som er aktuelt i tiden, er nye tema kommet til under proses-

sen. Dette gjelder for eksempel "Barne- og ungdomspsykiaterens samarbeid med 1.-linje".

For oss i redaksjonen har det vært en glede å delta i fagfeltets dugnadsarbeid.

Vi takker alle som har bidratt som forfattere eller med råd, innspill eller begeistring.

Særlig vil vi fremheve de to ulike styrer i NBUPF, som har lagt til rette økonomisk og praktisk for at dette prosjektet skulle komme i havn til sist. En stor takk går også til Legeforeningen for hjelp og støtte frem til ferdig produkt.

Bergen, Haugesund og Oslo april 2010

Guri Haaland

Redaktør

Anne Margrethe Myhre

Sissel Øritsland

Leder av kvalitetsutvalget

Øystein Sørbye

Melanie Ekholdt Huynh

"Faglig Veileder tilbyr en ramme for vurderinger og beslutninger ved diagnostikk og behandling innen barne- og ungdomspsykiatri. Faglig Veileder skal ikke erstatte kliniske vurderinger av det enkelte barn/ungdom og gir seg heller ikke ut for å representere den eneste adekvate tilnærming til problemstillingene. Hvert kapittel står i en faglig sammenheng med de øvrige kapitler og må forstås som en del av en helhet."

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010

INNHold

Del 1 Diagnostikk og utredning

Diagnostikk i barne- og ungdomspsykiatri

Torunn Stene Nøvik og Rune A. Lea

Generelt om diagnostikk 9
Torunn Stene Nøvik og Rune A. Lea

Diagnosesystemene ICD og DSM 10
Torunn Stene Nøvik og Rune A. Lea

Kategorier og dimensjoner 12
Torunn Nøvik og Rune A. Lea

Validitet og reliabilitet 13
Torunn Stene Nøvik og Rune A. Lea

Multiaksial klassifisering 14
Torunn Stene Nøvik og Rune A. Lea

Den diagnostiske prosessen 15
Torunn Stene Nøvik og Rune A. Lea

Den barne- og ungdomspsykiatriske vurdering

Innholdet i den barne- og ungdoms-
psykiatriske vurdering 18
Ida Garløv og Simon Wilkinson

Somatisk vurdering med nevrologisk
undersøkelse 19
Pål Zeiner og Bente Gjærum

Vurdering av utvikling 24
Bente Gjærum og Sonja Heyerdahl

Vurdering av tilknytning 32
Simon Wilkinson

Vurdering av barn 0–3 år 36
Anne Faugli

Lekeobservasjon 40
Bernt H. Sleire og Rune Johansen

Instrumenter som bidrag ved diagnostikk

Sonja Heyerdahl og Torunn Stene Nøvik

Generelt om instrumentenes rolle i klinikken 46
Sonja Heyerdahl og Torunn Stene Nøvik

Spørreskjema 48
Sonja Heyerdahl og Torunn Stene Nøvik

Skåringskjema 52
Sonja Heyerdahl og Torunn Stene Nøvik

Intervjuer 54
Sonja Heyerdahl og Torunn Stene Nøvik

Instrumenter til bruk i sped- og småbarnsalder 57
Frode Heian

Del 2 Tilstandsbilder

Rus og avhengighetstilstander 64
Jan Egil Wold

Schizofreni og schizofrenilignende tilstander
i barne- og ungdomsalder 69
Jo Erik Brøyn og Anne M. Myhre

Bipolare lidelser 80
Berit Grøholt og Anne Mari Sund

Depressive lidelser 84
Berit Grøholt og Anne Mari Sund

Angstlidelser 92
Benedicte Skirbekk og Hanne Kristensen

Tvangslidelser (Obsessive-Compulsive
Disorder, OCD) 95
Bernhard Weidle og Kerstin J. Plessen

Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD)
hos barn og ungdom 103
Grete Dyb

Tilstander med somatiske presentasjons-
former uten tilstrekkelige organiske funn 108
Trond H. Diseth og Helene Gjone

Kronisk utmattelsessyndrom 114
Helene Gjone og Stein Førde

Spiseforstyrrelser 122
Inger Halvorsen og Tone Bergwitz

Søvnproblemer, søvnforstyrrelser og
barne- og ungdomspsykiatri 131
Eli Sørensen

Alvorlige personlighetsforstyrrelser 137
Hans Ole Korsgaard

Mental Retardasjon 143
Bente Gjærum

Spesifikke utviklingsforstyrrelser 149 <i>Pål Zeiner</i>	Kognitiv atferdsterapi 201 <i>Silvia Kriz og Bodil Solberg</i>
Gjennomgripende Utviklingsforstyrrelser (Autismespekterforstyrrelser) 154 <i>Eili Sponheim og Elen Gjevik</i>	Foreldrearbeid og familiebehandling 209 <i>Øystein Sørbye</i>
Hyperkinetiske forstyrrelser 163 <i>Pål Zeiner og Bernhard Weidle</i>	«Konsultasjon Liaison»-psykiatri; BUP i somatisk medisin 216 <i>Trond H. Diseth, Rikshospitalet</i>
Atferdsforstyrrelser 171 <i>Pål Zeiner og Finn Magnussen</i>	Suicid og suicidal atferd 225 <i>Berit Grøholt og Anne Mari Sund</i>
Elektiv Mutisme 180 <i>Hanne Kristensen</i>	Barnemishandling 228 <i>Grete Dyb og Karin Flekke</i>
Tilknytningsforstyrrelser 183 <i>Simon Wilkinson.</i>	Barn og unge som utøver vold 235 <i>Jannike Engelstad Snoek</i>
Tics og Tourettes Syndrom 185 <i>Kerstin J. Plessen og Bernhard Weidle</i>	Ungdom som forgriper seg seksuelt 239 <i>Eili Ingnes og Eli Birkhaug</i>
Del 3 Behandlingsmetoder og spesielle arbeidsområder	Rettspsykiatri, barn og unge 246 <i>Jorunn Thue Hansen</i>
Psykoterapi med barn og unge 191 <i>Terje Lund og Øystein Sørbye</i>	Barne- og ungdomspsykiaterens samarbeid med førstelinjen 253 <i>Marit Hafting og Ida Garløv</i>
Psykodynamisk psykoterapi med barn og ungdom 194 <i>Rune Johansen og Bernt Halvard Sleire</i>	Medisinering av barn og unge i BUP – generelle prinsipper 257 <i>Randi Nesje Myhr, Bernard Weidle, Joachim Frost og Henrik Irgens</i>

Del 1 Diagnostikk og utredning

Diagnostikk i barne- og ungdomspsykiatri

Torunn Stene Nøvik og Rune A. Lea

Generelt om diagnostikk

Torunn Stene Nøvik og Rune A. Lea

Diagnostisk arbeid i barne- og ungdomspsykiatrien er en viktig, og samtidig utfordrende oppgave. Formålet er å forstå de vanskene barnet har, og legge til rette for behandling. Det stiller krav til kunnskap om normal utvikling hos barn og ungdom, om psykiske lidelser og hvordan de framstår på ulike alderstrinn, og om faktorer i miljøet som påvirker barnets utvikling og funksjon¹.

Diagnostisk klassifikasjon er et verktøy for å ordne den ofte store informasjonsmengden en utredning omfatter. Klassifisering er et hjelpemiddel for å kommunisere med barnet og familien, med andre klinikere og med andre involverte instanser. Den er også viktig for beslutninger om behandling, forebyggende tiltak og tilrettelegging i barnets hverdag. Forskning, både på epidemiologi og behandling, er i stor grad avhengig av et robust diagnosesystem. Diagnostikk er også viktig for å evaluere og planlegge virksomheten i avdelingen, og for nasjonal helsepolitikk og planlegging. Etter hvert som forskning gir økt kunnskap om tilstander og deres behandling, blir diagnostisk klassifikasjon stadig viktigere.

Diagnoser i barne- og ungdomspsykiatrien har imidlertid sine begrensninger. Diagnoser kan bli "merkelapper" og føre til stigma² og kan ta fokus bort fra barnets ressurser og utviklings-potensiale. Diagnoser er i stor grad basert på beskrivelser av symptomer og funksjon, og er fortsatt i ulik grad basert på kunnskap om etiologi og nevrobiologisk sårbarhet. Ukritisk bruk av diagnoser kan føre til at en undervurderer sosiale og psykologiske faktorer.

Som i andre kliniske fag bør en også være oppmerksom på faren for at en i utredningen søker bekreftelse på en tidlig diagnostisk hypotese. Diagnosene tar i liten grad høyde for hvordan ulike tilstander hos barn og ungdom utvikler seg over tid, og kan derfor framstå med ulike karakteristika i forskjellige aldersgrupper. En bør også være oppmerksom på at diagnoser gjenspeiler beskrivelser på gruppenivå, mens det er enkeltpersoner med sine individuelle særtrekk en møter i praksis. Diagnostisk arbeid er også basert på klinisk skjønn. Ulike utredningsverktøy og kontinuerlige forbedringer av diagnosesystemene er viktig, og bidrar til økt diagnostisk reliabilitet. Klinisk skjønn og erfaring vil likevel fortsatt ha en viktig rolle i arbeidet.

Brukt riktig kan den diagnostiske prosessen være et virkningsfullt verktøy i det terapeutiske samarbeidet mellom behandler, barnet og familien. En bør bruke tid med barnet og familien for å "oversette" diagnosen til et språk som de forstår. Det kan bidra til undring, nysgjerrighet og utforskning, gi økt innsikt og være en prosess som virker terapeutisk³.

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010

Diagnosesystemene ICD og DSM

Torunn Stene Nøvik og Rune A. Lea

Det finnes to internasjonale diagnosesystemer, WHO's International Classification of Diseases (ICD) og Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) utarbeidet av American Psychiatric Association. ICD og DSM har vært i stadig utvikling, og de nåværende versjoner er ICD-10 og DSM-5, som ble lansert i mai 2013. Se omtale nedenfor.

De første versjonene inneholdt noen få diagnostiske kategorier for psykiske lidelser hos barn og ungdom. Disse var preget av psykoanalytisk tenkning, basert på hypoteser om årsaksforhold og patogenese. Det viste seg etter hvert at det var liten enighet om disse teoretiske hypotesene. Derimot var det brukbar enighet om diagnoser med utgangspunkt i psykiatrisk fenomenologi; pasientens symptomer, kognitiv funksjon, emosjonalitet og kontakt/kommunikasjon. Dette førte til at psykiatrisk klassifikasjon ble basert på symptom mønstre framfor teorier som manglet empirisk grunnlag. I den videre utvikling søkte en å finne klare regler og kriterier for diagnostisk klassifikasjon. DSM-III (1980) var det første diagnosesystemet hvor dette prinsippet var gjennomført. I ICD-10 fra 1992⁴ og DSM-IV fra 1994⁵ er prinsippet om diagnostiske kriterier videreført.

ICD-10 for psykiatriske diagnoser finnes i to versjoner. Den kliniske versjonen er i stor grad basert på kliniske beskrivelser, mens forskningsversjonen har mer strengt definerte kriterier og ligger slik sett nærmere DSM-IV. DSM brukes i USA, Canada og Australia. DSM-5 ble som nevnt lansert i 2013, og det forventes at ICD-11 vil være ferdig i 2015. Det arbeides med å sikre god samordning mellom dem.

Det er gjort forsøk på å klassifisere psykiske lidelser hos spe- og småbarn. DC:0-3R (Zero to Three) er best kjent. Se pkt. 1.6.1.

I barne- og ungdomspsykiatrien i Norge brukes et multiaksialt system med 6 akser, basert på WHO's ICD-10. En annen tilnærming som kan være nyttig i tillegg til det lovpålagte diagnosesystemet er kasusformulering, eller diagnostisk formulering. Disse beskrives senere i kapitlet.

DSM-5

Planleggingen av DSM-5 startet alt i 1999, og det har vært en omfattende prosess med publisering av vitenskapelige artikler, arbeidsgrupper og internasjonale konferanser. Endringsforslag har vært lagt ut på nettet, og debatten har vært omfattende og til dels kritisk. Hvor skillet går mellom normal og unormal adferd, mellom syk og frisk, er et av de tema som har kommet fram. Debatten om DSM-5 er også interessant fordi den belyser viktige dilemma ved bruk av diagnoser i psykiatrien. DSM-6 vil antagelig foreligge først om nye 20 år. Det har derfor vært stilt spørsmål ved om diagnosemanualene er 'levende dokumenter' eller om de for raskt blir utdatert.

DSM-5 har fått en helt ny organisering. Det multiaksiale systemet er fjernet slik at akse 1–3 slås sammen, og det som før var akse 4 og 5, omtales spesifikt uten at 'diagnose' stilles i disse aksene, slik som tilfellet er i ICD-10.

Utviklingsperspektivet er gjort tydeligere. Kapitlene er organisert slik at tilstander som debutterer i tidlig alder, kommer først. Det er gitt beskrivelser av symptomer og adferd i ulike aldersgrupper, eller spesifisering av antall kriterier som legges til grunn for en diagnose hos barn og voksne, for eksempel ved ADHD. Antall diagnoser er omtrent det samme i DSM-IV og DSM-5. Det er kommet til noen nye diagnoser, eks. 'Disruptive mood dysregulation disorder'. Aspergers syndrom er tatt bort og omtales nå under 'Autism Spectrum Disorders'. Dette er i tråd med en trend mot mer vekt på ulike presentasjoner av et 'spektrum', med glidende overganger heller enn ulike mer avgrensede syndromer eller kategorier.

Eksempler på konkrete endringer er at OCD er omtalt i et eget kapittel, og ikke lenger sammen med angsttilstander. PTSD er en del av 'Trauma and Stressor Related Disorders'. 'Mental retardation' er erstattet med 'Intellectual Disability'. Særlig omdiskutert har det vært at sorg (< 2 md.) som eksklusjonskriterium for depresjon er tatt bort. I et eget kapittel 3 er det beskrevet tilstander som krever mer forskning for å kunne stille en diagnose.

For endringer i de enkelte diagnosene fra DSM-IV til DSM-5 henvises til de ulike kapitlene i veilederen.

<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

[Beskrivelse av DSM-5 på American Psychiatric Association sin hjemmeside](#)

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010/2014

Kategorier og dimensjoner

Torunn Nøvik og Rune A. Lea

I medisinsk tradisjon er diagnostiske kategorier basert på forskjeller mellom normalitet og sykdom, med utgangspunkt i definerte kriterier. Fordelene ved en kategorisk klassifikasjon kan være:

- En enkelt diagnose komprimerer store mengder informasjon og kan slik forenkle kommunikasjon mellom fagfolk
- De fleste kliniske beslutninger er kategoriske i sin natur, og hverdagen består av en del kategoriske beslutninger, for eksempel knyttet til medikamentell behandling
- Et kategorisk system gjør det lettere å oppdage sjeldne, kvalitativt forskjellige sykdomsenheter

En ulempe ved kategorisk tilnærming kan være overforenkling, slik at en overser faktorer som har betydning for å forstå barnets vansker. Behandlingen kan da tenkes i for stor grad å følge retningslinjer knyttet til den kategoriske diagnosen. Et kategorisk system kan også føre til at en ender opp med stor grad av komorbiditet, da barnets vansker kan tilfredsstillende kriteriene for flere diagnoser.

I barne- og ungdomspsykiatrien er det ofte snakk om kontinuerlige trekk der skillet mellom normalitet og "sykdom" ikke er enkelt å definere. Kuttepunktet mellom normalitet og patologi bestemmes både av karakteristika ved barnet og karakteristika ved miljøet omkring. Også i somatikken er det eksempler på at mange faktorer har innflytelse på den kliniske tilstanden, og at symptomer og funksjon varierer innenfor en og samme diagnose⁶.

En dimensjonal tilnærming tar hensyn til en slik variasjon. En og samme tilstand eller diagnose kan arte seg på forskjellig vis hos ulike barn. Dimensjonene er beskrevet og definert ved hjelp av empiriske og statistiske studier på et stort antall barn og varierer med kjønn og alder.

Fordelene ved en dimensjonal tilnærming kan være:

- Bevarer mye informasjon
- Vanligvis bedre reliabilitet, og derved større samsvar mellom klinikere
- Ikke påvirket av feil som oppstår ved tilfeldig valgte kuttepunkter
- Større statistisk styrke

Det synes i dag lite fruktbart å debattere hvilken av disse tilnærmingene som er den beste, en bør heller vurdere når det er mest hensiktsmessig å benytte en eller begge tilnærminger. Angold og Costello (2009) viser til den store nytteverdi det har vært for fagfeltet å utvikle de kategoriske diagnosesystemene, men tar også til orde for at det ved videre revisjoner bør vurderes å bruke både kategoriske diagnoser og dimensjoner sammen⁶. I klinisk praksis vil det være mest hensiktsmessig å bruke elementer fra både kategorisk og dimensjonal tilnærming i utredning.

Det er utviklet intervjuverktøy som leder fram til kategoriske diagnoser, og spørreskjemaer som gir informasjon om ulike dimensjoner. For en nærmere omtale av spørreskjemaer og intervjuer henvises det til Veilederen, kapittel 3. Det multiaksiale systemet ivaretar både kategoriske og dimensjonelle aspekter.

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010

Validitet og reliabilitet

Torunn Stene Nøvik og Rune A. Lea

Diagnosers validitet avspeiler om den kliniske virkeligheten stemmer overens med den kunnskapen vi har om den enkelte psykiske lidelse⁷. Gjennom nyere forskning er det gjort funn som bekrefter validiteten i noen av de diagnostiske kategoriene. Dette gjelder f.eks. schizofreni, autisme, språkforstyrrelser, tvangslidelser, Tourettes syndrom, Retts syndrom, anorexia nervosa, hyperkinetiske forstyrrelser, atferdsforstyrrelser og depressive tilstander. I både ICD-10 og DSM-IV finnes diagnostiske kategorier med svakere empirisk evidens. I ICD-11 og DSM-V vil det være mulig å ta hensyn til kunnskap fra nyere forskning og ny empiri, slik at validiteten styrkes.

Høy diagnostisk reliabilitet innebærer at ulike klinikere kommer til samme konklusjon. Test-retest-reliabilitet sikrer at samme pasient får samme diagnose dersom utredningen gjentas. Spørreskjemaer, strukturerte og semistrukturerte intervjuer brukes stadig oftere i klinisk arbeid. Diagnosekriteriene er mer spesifikke enn i tidligere versjoner av ICD og DSM. Samlet sett har dette bidratt til å styrke reliabiliteten. Det er imidlertid fortsatt rom for forbedringer. Det er viktig å huske på at pasienter kan presentere et klinisk bilde som avviker fra de standardiserte diagnosekriteriene. Klinisk erfaring og skjønn har sin plass i faget, og det er viktig, spesielt i kompliserte tilfeller, å innhente synspunkter og erfaringer fra kolleger.

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010

Multiaksial klassifisering

Torunn Stene Nøvik og Rune A. Lea

Det multiaksiale systemet beskriver ulike fasetter ved psykiatrisk sykdom hos barn og ungdom. For bedre å forstå de ofte komplekse vanskene er det nødvendig å vurdere ulike kliniske aspekter. Det multiaksiale systemet ivaretar dette behovet, men er mindre "finmasket" enn det en kan få fram i en mer detaljert diagnostisk prosess (se nedenfor).

Det multiaksiale systemet er standard diagnosesystem i norske barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger og poliklinikker. Systemet er basert på ICD-10. Det er de siste årene blitt gjennomgått på nasjonalt nivå, og den reviderte utgaven ble gjort gjeldende fra 1.1.2008.

Akse I: Klinisk psykiatrisk syndrom

Akse II: Spesifikke utviklingsforstyrrelser

Akse III: Psykisk utviklingshemming

Akse IV: Somatiske tilstander

Akse V: Avvikende psykososiale forhold

Akse VI: Global vurdering av funksjonsnivå (CGAS)

Senere års studier har vist at det er behov for å vurdere funksjonsnivå (akse VI) i tillegg til symptom mønster. Scoring på akse VI er og både nyttig og viktig i klinisk arbeid. Etter revisjonen av det multiaksiale systemet er Children's Global Assessment Scale (CGAS) tatt i bruk. Se Veilederen kapittel 3 for nærmere omtale.

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010

Andre sentrale diagnose systemer

Den diagnostiske prosessen

Torunn Stene Nøvik og Rune A. Lea

Diagnoser beskriver fellesfaktorer på gruppenivå. I klinisk arbeid møter en det enkelte barn og ungdom med sine individuelle særtrekk. I den diagnostiske prosessen forenes kunnskap fra forskning på gruppenivå med informasjon om barnet. En stiller seg spørsmålet:

Hvorfor har dette barnet

- med sin arv og biologiske særtrekk,
- med denne personlighet,
- og med disse ressursene,
- med denne familiebakgrunn,
- som går på denne skolen, og er i dette fritidsmiljøet,
- som lever i dette samfunnet,
- med denne kulturelle bakgrunn

fått disse vanskene og disse symptomene?

I vurderingen av om det foreligger en tilstand som trenger behandling, innhentes informasjon om¹¹

- personlig lidelse – hvordan opplever barnet/ungdommen selv sine vansker?
- i hvor stor grad er fungering i hverdagen nedsatt? Jf. CGAS akse VI
- begrensning i normalutvikling – er den normale psykiske utvikling påvirket?
- konsekvenser av og for omgivelsene – hvordan påvirkes symptomer/adferd av omgivelsene, og hvordan påvirkes omgivelsene?
- hyppighet, varighet og alvorlighetsgrad av avviket i adferd, symptomer, følelser, og nevropsykologiske prosesser
- symptomenes patologi – hvor stort er avviket sammenlignet med normer for alder og sosiokulturelle forhold?
- annen psykopatologi – komorbiditet
- er det endring over tid?
- situasjonsbetingelse – i hvilke situasjoner opptrer vanskene?
- hvordan er holdningen til familie og omgivelser?

Grundige vurderinger vil kunne besvare spørsmålene ovenfor. Utredningen vil bidra vesentlig i valg av eventuell behandling, sannsynlig varighet av denne og sannsynlig prognose, samt videre hjelpebehov.

Den diagnostiske prosessen fører frem til diagnoser i de 5 aksene, som gir et bredere bilde av barnets vansker enn den psykiatriske diagnosen i akse 1 alene kan gi. Det multiaksiale systemet gir imidlertid fortsatt et noe "grovmasket" bilde av barnets vansker. Kasusformulering er mer "finmasket", og kan gi grunnlag for en mer skreddersydd behandlingsplan tilpasset det enkelte barn.

Kasusformulering

En god behandlingsplan har som fundament både evidensbasert kunnskap om fellesfaktorer og kunnskap om det som er spesielt for dette barnet eller denne ungdommen.

En kasusformulering tar utgangspunkt i biologiske og psykologiske faktorer hos barnet, og de sosiale og samfunns-

messige forhold barnet lever i. En ser etter mulige predisponerende, utløsende, opprettholdende og beskyttende faktorer hos barnet på hvert av de nevnte områdene¹² (The four P's – **P**redisposing, **P**recipitating, **P**erpetuating, **P**rotective factors). Faktorene kan settes opp i en matrisetabell¹³, og en rekke ulike spørsmål kan formuleres innenfor matrisen, som f.eks.

- Er det biologisk arv som predisponerer for vansker, eller psykiske faktorer som beskytter barnet?
- Hvilke sosiale (eks. familiære) forhold har utløst vanskene, eller opprettholder dem?

I en kasusformulering kombineres generell kunnskap om barns normalutvikling og psykopatologiske utvikling med vurderinger av det enkelte barns utviklingsnivå på flere områder, både intellektuelt, emosjonelt, sosialt og ferdighetsmessig¹⁴. Utgangspunktet er altså det enkelte barn, men en har med seg kunnskap om fellesfaktorer. Kasusformulering gir også plass for klinisk erfaring og skjønn. Ikke minst viktig er det at en kasusformulering kan kaste lys over de faktorer som vedlikeholder vanskene, og hvilke beskyttende ressurser som finnes både i barnet og omgivelsene.

Når all informasjon er innhentet, kan en lage en samlet kasusformulering, som ikke bør være konkret og ikke for lang. Den danner så grunnlag for en behandlingsplan med prioriterte innsatser og konkrete mål. Kasusformuleringen kan gjentas etter en tid. De endringer som har skjedd, vil komme fram og føre til justeringer av behandlingsplanen.

Etter utredning og den diagnostiske formuleringen har en et godt grunnlag for å kunne svare på følgende spørsmål:

- Har barnet en psykiatrisk lidelse?
- Hvis det er en lidelse, passer bildet med et klinisk syndrom?
- Hvilke faktorer for tilstanden kan identifiseres ut fra intrapsyriske, familiære, sosiokulturelle og biologiske faktorer, og hvilken betydning har disse faktorene hos dette barnet?
- Hvilke krefter opprettholder problemet?
- Hvilke krefter fremmer barnets normale utvikling?
- Hva er styrke og kompetanse hos barnet og familien?
- Ubehandlet, hvordan vil det gå da?
- Er behandling nødvendig?
- Hva slags behandling vil være mest effektiv?

Som nevnt tidligere i kapittelet, kan en diagnostisk prosess slik den er skissert her, være et virkningsfullt instrument i kommunikasjonen med barnet og familien, og kan bidra til økt innsikt og forståelse. Dette vil kunne bidra til å etablere en god allianse med barnet og familien, og således også fungere terapeutisk.

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010

Referanser kapittel 1

1. Taylor E, Rutter M. Chapter 2, Classification. I Rutter M et al. (eds.) Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5th edition 2008, 18-31. ISBN: 978-1-4051-4549-7.
2. Malt UF, Retterstøl N, Dahl AA: Lærebok i psykiatri, 2006. Kapittel 1. ISBN-13:978-82-05-28070-0.
3. Rimehaug T, Helmersberg I. Barnepsykiatrisk utredning – fra produkt til prosess. Fokus på familien 1995;23:145-156.
4. WHO, ICD 10: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.
5. DSM-IV, American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.

6. Angold A, Costello E J. Nosology and measurement in child and adolescent psychiatry, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009;50:1-2,9-15.
7. Werry JS. Child Psychiatric Disorders: Are they classifiable? *British Journal of Psychiatry* 1992;161:472-480.
8. Zero to Three. Diagnostic classification: 0-3R: Diagnostic classification of mental health and development disorders of infancy and early childhood: Revised edition. Washington DC: Zero to Three Press, 2005.
9. Moe RG, Mothander PR, Kartlegging av vansker hos spe- og småbarn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2009; 46 (8):749–756.
10. The Psychodynamic Diagnostic Manual; Alliance of Psychoanalytic Organizations, 2006, ISBN10 0976775824 / ISBN13 9780976775829.
11. Thomsen, PH og Skovgaard AM. Børne- og ungdomspsykiatri 2004. Kapittel 2: Diagnostik.:ISBN 87-7749-179-3
12. Winters C, Hanson G, Stoyanov V, The Case Formulation in Child and Adolescent Psychiatry, *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 16 (2007) 111-132
13. Barker P, The child and adolescent psychiatric evaluation. *Basic Child Psychiatry*, Oxford UK, Blackwell Scientific; Inc.; 1995
14. Stoltenberg S M K. Kasusbeskrivelser og forandringsprosesser i terapi med barn: Bidrag til en kunnskapsbasert klinisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 2007, Vol 44, 1, 11-16

Nyttige adresser og lenker:

ICD 10 Classification of Mental and Behavioural Disorder

DSM-IV American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Kompetansesenter for IT i helse og sosialsektoren

Retningslinjer og opplæringsmaterieell for multiaksial klassifikasjon i følge ICD 10

Egen BUP-fane for ICD-10

Children's Global Assessment Scale

DC 0-3 R Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised Edition

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010

Den barne- og ungdomspsykiatriske vurdering

Innholdet i den barne- og ungdomspsykiatriske vurdering

Ida Garløv og Simon Wilkinson

Målet med den barnepsykiatriske undersøkelsen er å skaffe seg et bilde av barn og familie som kan danne grunnlag for å

1. vurdere behov for, ev. planlegge videre utredning / supplerende undersøkelser (se for eksempel Kapittel 2 og 4 om bruk av spørreskjemaer og intervjuer og Kapittel 4 om somatisk vurdering / nevrologisk undersøkelse)
2. stille diagnose/differensialdiagnose², se også Kapittel 1 Diagnostikk i barne- og ungdomspsykiatri
3. planlegge behandling / foreslå tiltak. Kartlegg både ressursene og problemene til pasienten og familien. Beskrivelsen av problemene gir grunnlag for diagnose

Kartlegging av ressursene gir et viktig bidrag til planlegging av tiltakene (og til et engasjert samarbeid med pasienten og foreldrene).

'A surprising number of improvements in communication can be made when the doctor reminds himself that all the time that he is appraising the child and parents, so they in turn are appraising him.' Apley

Den barnepsykiatriske journal består av

1. anamnese
2. status presens: psykiatrisk og somatisk inkl. nevrologisk status
3. konklusjon som oppsummerer diagnosene, forslag til videre utredning og behandlingsplan

Denne journalmalen er basert på det som er godkjent praksis i forskjellige land og beskrevet i lærebøkene^{1,6,8}.

En tilstreber å integrere bio-, psyko- og sosiokulturelle forståelsesmodeller gjennom tilnærminger som er både indvidrettet og systemrettet. Vi forsøker her å synliggjøre mål for undersøkelsenes forskjellige deler og aktuelle tema under hvert område. I hvilken rekkefølge en går fram for å sikre en helhetlig undersøkelse vil variere. I vanlig barnepsykiatrisk teamarbeid bidrar hver faggruppe med forskjellige delutredninger for å skaffe det totale bildet. Hvordan en velger å fordele oppgavene, og hva en vil fokusere i utredningen, varierer fra sak til sak.

Journalen er det juridiske dokument som viser hvordan utredning og behandling er igangsatt, begrunnet og gjennomført. Pasientrettighetsloven og journalforskriftene i Helsepersonelloven og må følges^{3,4}.

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010

Somatisk vurdering med nevrologisk undersøkelse

Pål Zeiner og Bente Gjærum

Somatisk vurdering av barn og ungdom med psykiske problemer bør inngå som del av rutineundersøkelsene. Det er flere grunner til dette. Somatiske sykdommer kan presentere seg gjennom psykiske symptomer. Eksempler på dette er hjernesvulst, følgetilstander etter hjernehinnebetennelse og visse hormonforstyrrelser. Ulike somatiske sykdommer og behandlingen av disse kan gi psykiske symptomer. Disse kan være direkte relatert til den medisinske tilstanden, hvor ett eksempel er depressive symptomer hos pasienter som behandles med kortisonpreparater, eller være en reaksjon på det å ha en somatisk sykdom. Det er også ulike psykiske tilstander hvor hovedsymptomene er av somatisk karakter, for eksempel dissosiative og somatoforme lidelser. Andre eksempler på dette er anoreksia nervosa og bulimia nervosa. Ved siden av dette gir en somatisk undersøkelse av barnet/ungdommen en god anledning til å følge den fysiske modningen og den generelle helsetilstand.

En viktig del av den somatiske vurderingen ligger i de anamnesticke opplysningene. I kapittelet Det barne- og ungdomspsykiatriske journalopptak beskrives sentrale punkter i utviklingshistorien samt data om sykdommer og annet som kan være av relevans for de somatiske vurderingene.

Den somatiske vurderingen gir grunnlag for å bestemme om det er behov for en fysisk undersøkelse i forbindelse med den diagnostisk kartleggingen. En slik undersøkelse gir, i tillegg til de somatiske data, tilleggsopplysninger gjennom å observere barnet/ungdommen i interaksjon med undersøker og andre. Den somatiske undersøkelsen bør foregå etter vanlige prinsipper for medisinske undersøkelser av barn og ungdom. Undersøkelsessituasjonen må være tilrettelagt, blant annet ut fra barnets alder. Det vil i mange situasjoner være nødvendig å bruke god tid slik at barnet venner seg til undersøkeren og samarbeider best mulig. Observasjon av barnet vil kunne gi opplysninger som kan være av stor verdi i den diagnostiske kartleggingen. Erfaring viser at undersøkeren legger best merke til eventuelle dysmorfe trekk, som kan være tegn på et syndrom, i startfasen av en undersøkelse.

I løpet av en somatisk undersøkelse kan en, ved siden av funn fra organundersøkelsen, også få informasjon om: Interaksjon med undersøker og foresatte; både hva som er situasjonsavhengig, og hva som er uavhengig av undersøkelsessituasjonen.

1. Evne til å ta/ha kontakt med andre.
2. Evne til å takle nye, og ev. skremmende, situasjoner.
3. Atferd under undersøkelsen.
4. Følelsesmessige reaksjoner.
5. Evnenivå.
6. Annet.

Generaliserbarheten av de vurderinger som gjøres under den somatiske undersøkelsen, må sjekkes ut i forhold til de anamnesticke opplysningene.

Etter at en har gjort en somatisk undersøkelse, må en, når tilstrekkelige diagnostiske opplysninger er innhentet, ta stilling til behov for eventuelle supplerende medisinske undersøkelser. Klinisk-kjemiske, radiologiske, elektrofysiologiske og andre undersøkelser gjøres på indikasjon. Henvising til annen medisinsk spesialistservice kan også være aktuelt.

Nevrologisk undersøkelse

Den nevrologiske undersøkelse har ofte en sentral plass i den somatiske undersøkelse av barn og ungdom med psykiske problemer. Undersøkelsen er indisert ved mistanke om nevrologisk umodenhet, avvik eller mistanke om nevrologisk sykdom. Det er en overhyppighet av sen motorisk utvikling og lette motoriske avvik hos barn med ulike psykiatriske tilstander.

Målsetting

Målsettingene ved den nevrologiske undersøkelsen er:

1. Å gjøre en funksjonsundersøkelse av motorikk, sensorikk, persepsjon og andre motoriske funksjoner i forhold til alder og kjønn.
2. Å kartlegge eventuelle avvikende funksjoner.
3. Å klassifisere eventuelle avvik.
4. Å vurdere indikasjon for supplerende nevradiologiske, nevrofysiologiske eller andre undersøkelser.

Undersøkelsesmetoder

Metodene for kartlegging av motoriske funksjoner kan inndeles i tre hovedgrupper, men med betydelig overlapping mellom gruppene. Disse er:

- Normerte tester av motorikk, bevegelsesmønstre, visuo-motoriske ferdigheter, m.m.
- Eksempler på slike undersøkelser er psykomotoriske utviklingstester laget av Bayley, Griffith, Gjærum og andre^{1,6,7}(se også kapittel 4, Prosedyrer for vurdering av utvikling), vurderinger ved fysioterapeut og motoriske tester i nevropsykologiske testbatterier.
- Generelle nevrologiske undersøkelser slik de beskrives i lærebøker i nevrologi og i pediatri.
- Undersøkelsesmetoder som primært tar sikte på å kartlegge lettere nevrologiske avvik, ofte betegnet som "soft signs".
- Normerte tester av motorikk, bevegelsesmønstre, visuo-motoriske ferdigheter, m.m.

For yngre barn finnes det ulike utviklingstester som inkorporerer tester av motoriske funksjoner. For ytterligere detaljer henvises til kapittel 4 Prosedyrer for vurdering av utvikling.

For eldre barn og ungdom er utvalget av normerte tester av motorikk begrenset. Én av de mest brukte har vært Oseretskys normerte tester fra 1936. Gjærum⁶ har oversatt og tilpasset disse for bruk i Norge. For hvert alderstrinn mellom 4 og 18 år finnes normerte motoriske tester. (Norsk normering vil forhåpentligvis gjennomføres i løpet av noe tid). Det vurderes også generell statisk koordinasjon, hendenes dynamiske koordinasjon, generell dynamisk koordinasjon, hurtighet, simultane bevegelser og medbevegelser. Et utvalg av tester fra Oseretsky ble brukt i den epidemiologiske undersøkelsen på Isle of Wight på slutten av 60-tallet⁹. Ved hjelp av disse testene greide en å operasjonalisere "clumsiness" hos barn i skolealder.

Barnenevrologisk undersøkelse

Den barnenevrologiske undersøkelse er utformet både for å kartlegge normale funksjoner og eventuelle nevrologiske sykdommer. Undersøkelsen inkluderer blant annet vurderinger av dype senereflekser, kraft, tempo, tonus, koordinasjon, sensoriske funksjoner og hjernenerver (Skjeldal 1993). Fremgangsmåte og metoder i undersøkelsen vil variere ut fra barnets alder. En del vurderinger, f.eks. av kraft og tonus, kan være vanskelige. Det kan derfor anbefales at undersøkelsen gjentas etter kort tid dersom funnene er vanskelige å tolke.

Undersøkellesmetoder for å kartlegge lette nevrologiske avvik ("soft signs")

Disse metodene inkluderer ofte elementer fra både utviklingstester og klassiske nevrologiske undersøkelser. Det må imidlertid minnes om at metodene for undersøkelser av eventuelle lette nevrologiske avvik ofte må suppleres med barnenevrologisk undersøkelse og utviklingstester av motoriske funksjoner.

Generelt kan en si at undersøkelsesmetoder for å kartlegge lette avvik ofte inneholder tester av sammensatte bevegelser, ulike bevegelsessekvenser og gjentatte bevegelser. Dette innebærer at ulike andre funksjoner, som blant annet kognitiv evne, språkforståelse og konsentrasjonsevne, vil kunne virke sterkt inn på de motoriske funksjoner.

Det er utviklet mange forskjellige undersøkelsesoppsett for kartlegging av lette nevrologiske avvik. Noen av disse er:

Touwens undersøkelsesmetode

I boken "Examination of the child with minor neurological dysfunction"¹² beskrives en omfattende prosedyre for undersøkelse av barnet sittende, liggende, stående og gående. For mange tester er det angitt aldersnormer. Det gjøres skåringar av stilling, tonus, reflekser, gangmåte, koordinasjon, ufrivillige bevegelser og annet. Basert på hele undersøkelsen lages en motorisk profil i undergruppene sensimotorisk apparat, stilling, balanse, koordinasjon, finmotorikk i hendene, dyskinesier, grovmotoriske funksjoner, medbevegelser og synsfunksjoner. Metodene er omfattende, men representerer en komplett undersøkelse på dette området.

Yule og Taylors metode

For å gjøre epidemiologiske studier valgte Yule og Taylor¹³ ut de testene fra Touwens undersøkelse som best skilte mellom barn som hadde lette nevrologiske avvik og barn med normal motorisk funksjon. De valgte da ut test av ufrivillige bevegelser (= Barnet står med samlete ben og lukkede øyne, har armene frem, spriker med fingrene og strekker tunge. Ev. bevegelser i fingre registreres), balansegang, hinking, stå på ett ben, fingeropposisjonstest, fingertupp-bevægelse og øyebevegelser. Metoden er oversatt til norsk og prøvd ut på norske barn med hyperkinetiske forstyrrelser¹⁴.

Gillberg og Rasmussens metode

Gillberg og Rasmussen⁵ valgte ut tester av motoriske funksjoner for å kunne screene seksåringer for utviklingsavvik. De gjorde et utvalg fra litteraturen. Deres tester var:

- Hinke 20 ganger på hvert ben.
- Stå 20 sekunder på hvert ben.
- Gå på laterale fotrand i 10 sekunder (Fogs test).
- Raske pro- og supinasjonsbevegelser i underarmen i 10 sekunder – hver arm testet for seg.
- Klippe ut en sirkel papp med diameter 10 cm tegnet på halvstiv papp.
- Deltesten "Labyrinter" i WISC-R.

Avvik på disse testene viste seg med stor sannsynlighet å kunne plukke ut barn med lette nevrologiske avvik. Metoden er oversatt til norsk og prøvd ut på norske barn med hyperkinetiske forstyrrelser¹⁴.

Diderichsen og Ruuds metode

Diderichsen og Ruud³ har brukt en undersøkelsesmetode som har mange likhetspunkter med de forannevnte. For 4–5-åringer brukes å balansere på ett ben i 5 sekunder, hoppe/hinke, balansere på strek, alternere med bena i trap- per, kopiere kroppsstillinger, bygge trapp av klosser, tegne menneskefigur og andre tester som omhandler syn, hørsel, hukommelse, m.m. Dette utvides for 6–7-åringer med blant annet fingeropposisjon, helle vann fra mugge til et glass, stå på ett ben i 15 sekunder og balansegang baklengs. Disse suppleres med tester av syn, hørsel, språk, m.m. Teste-

ne ser ut til å kunne være nyttige for å screene barn ved mistanke om avvik i utvikling, f.eks. ved helsestasjonskontroller. Det finnes ingen normer for testene med tanke på å operasjonalisere avvik.

FBH-provet

Ved Folke Bernadottehemmet i Uppsala har en utviklet en metode for å vurdere motoriske og visuomotoriske funksjoner hos førskole- og barneskolebarn. Metoden er publisert i en bok². Undersøkelsene er inndelt i papir-penn-oppgaver og bevegelsestester. Det er inndelt i tre alderskategorier. Undersøkelsene administreres som gruppetester i barnehage/skole. Bevegelsestestene inndeles i vurdering av dynamisk balanse, statisk balanse, diagonal imitasjon, spatial manipulasjon og rytme i motsatte bevegelser. Begrepene er i stor grad hentet fra tradisjoner innen fysioterapi. De finner normer for svenske barn og instruksjoner for skåring av avvik. I Norge brukes metoden en del av fysioterapeuter. Den har fått mindre utbredelse blant leger.

Det finnes flere andre metoder for utvidede nevrologiske vurderinger av barn og ungdom. Noen av disse finnes på norsk. De fleste inneholder noen av de tester som er nevnt ovenfor. For de fleste av metodene finnes det ikke normer for norske barn.

Hva betyr lette nevrologiske avvik?

Epidemiologiske undersøkelser har vist at mer enn 25 % av barn ved 7 års alder har ett eller flere avvik ved test av speilbevegelser, diadochokinesi, stereognosi, og finmotoriske bevegelser¹¹. Denne andelen blir mindre med tiden, men det finnes få gode oppfølgingsundersøkelser av motoriske avvik i normalpopulasjonen.

Lette nevrologiske avvik finnes hyppigere hos barn og ungdom med kognitive dysfunksjoner, lærevansker, hyperkinetiske forstyrrelser og andre psykiatriske tilstander enn i normalbefolkningen. Sammenhengen mellom lette nevrologiske avvik og andre tilstander er uklar.

Rutter og medarbeidere⁹ inndeler lette nevrologiske avvik i tre grupper:

- Avvik som indikerer forsinket utvikling av én eller flere ferdigheter slik som språk, tale motorisk koordinasjon, evne til å skille bevegelser i de to ekstremiteter, m.m.
- Avvik som kan skyldes både nevrologiske og ikke-nevrologiske årsaker, f.eks. nystagmus og strabisme.
- Avvik som likner "klassiske" nevrologiske utfall, men i betydelig mindre grad, f.eks. asymmetri i kraft og tonus eller lett hemiparese.

Touwen¹² mener at det er mest hensiktsmessig å beskrive de nevrologiske avvikene separat. Ved å lage en funksjonsprofil kan en få indikasjon på mønstre i avvikene som kan indikere eventuell nevrologisk skade/sykdom. Oppfølgingsundersøkelser av barn med MBD/DAMP⁴ viser at lette motoriske avvik forsvinner med tiden, sannsynligvis på grunn av modning. Modningen på dette området kan ofte være større enn på andre områder med dysfunksjoner, f.eks. konsentrasjonsevne. Dette indikerer at lette nevrologiske avvik hos en del barn er indikasjon på sen motorisk utvikling/modning. Hos andre barn ser de lette nevrologiske avvikene ut til å fortsette opp i voksen alder. Om dette kan skyldes genetiske faktorer, hjerneskade eller en kombinasjon av disse, er uavklart. Endelig må en huske på at andre dysfunksjoner kan virke inn på motoriske ferdigheter.

Supplerende undersøkelser

Indikasjon for supplerende undersøkelser må gjøres på basis av somatisk-nevrologisk undersøkelse av den enkelte pasient. Det er neppe indikasjon for faste rutineundersøkelser av barn og ungdom henvist til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og avdelinger. Imidlertid kan det være grunn til å minne om et par forhold som noen ganger kan være aktuelle:

- Somatiske forstyrrelser, f.eks. anemi, som kan være av betydning for den psykiatriske tilstand, kan være vanskelig å oppdage.
- Sansedefekter, særlig hørselsnedsettelse, kan være vanskelige å kartlegge.
- Visse former for epilepsier kan være svært vanskelige å oppdage uten gjentatte og omfattende vurderinger.

Endringer i symptombildet over tid, særlig hvis det skjer en forverrelse, kan gi grunnlag for en fornyet somatisk undersøkelse.

Litteratur

1. Bailey A. Physical Examination and Medical Investigations. I: Rutter M, Taylor EA, Hersov L, (red.) Child and adolescent psychiatry. London: Blackwell Scientific Publications, 1994: 79-93.
2. Bille B. FBH-provet. Studentlitteratur, Lund, 1986.
3. Diederichsen J, Ruud E. "MBD" (Minor brain dysfunction) Om undersøkelse av lettere sentralnervøse dysfunksjoner hos barn i førskole- og skolealder. Tidsskrift for den norske lægeforening, 1980; 100:684-687.
4. Gillberg C. Clinical Child Neuropsychiatry. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
5. Gillberg C, Rasmussen P. Perceptual, motor and attentional deficits in six-year-old children. Acta Paediatrica Scandinavica, 1982; 71: 121-129.
6. Gjørnum B. Motoriske undersøkelser 4-16 år. Basert på Oseretskys motoriske test (1936) tilrettelagt ved Bente Gjørnum. Manus, 1996.
7. Lange J, Spurkland I, Stovner AM, Vaglum Per. Psykodiagnostiske informasjoner fra den somatiske legeundersøkelse hos barnepsykiater. Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift 1968; 22: 338-345.
8. Rutter M, Graham P, Yule W. A neuropsychiatric study in childhood. Clinics in Developmental Medicine, no. 35/36. Spastics International Medical Publications. London, 1970.
9. Skjeldal O. Den barnenevrologiske undersøkelse. I: Gjørnum B, Ellertsen B, (red.) Hjerne og atferd. Universitetsforlaget, Oslo, 1994: 69-79.
10. Shaffer D, O'Connor, Shafer SQ, Prupis S. Neurological "soft signs": Their origins and significance for behavior. I: Rutter M, (red.) Developmental Neuropsychiatry. The Guilford Press, New York, 1983: 144-163.
11. Touwen BCL. Examination of the child with minor neurological dysfunction. Clinics in Developmental Medicine, no. 71. Spastics International Medical Publications. London, 1979.
12. Yule W, Taylor EA. Classification of soft signs. I: Tupper DE (red.) Soft neurological signs. Grune & Stratton, Orlando, 1987:19-43.
13. Zeiner P, Bryhn G, Bjercke C, Truyen K, Strand G. Response to methylphenidate in boys with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Acta Pædiatrica, 1999; 88: 298-303.

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010

Vurdering av utvikling

Bente Gjærum og Sonja Heyerdahl

Utviklingsperspektivet er et nødvendig grunnlag for å oppdage og forstå dysfunksjoner i samspill, sosial tilpasning, lek og læring, men også et grunnlag for forståelse av atferd og symptomers betydning på ulike alderstrinn og funksjonsområder.

Utviklingsperspektivet er også et hjelpemiddel ved differensialdiagnostikk på akse I, II og III i ICD-10, bl.a. ved at strukturerte kravsituasjoner gir mye informasjon om psykologisk og sosial fungering (selvfølelse, utholdenhet, samarbeidsevne, selvhevdelse, prestasjonsangst, motivasjon), og dermed også et grunnlag for planlegging av behandling/tiltak ved at ressurser og dysfunksjoner påvises i en utviklingsprofil (normativ og/eller idio-grafisk, se nedenfor).

Enkelte undersøkelser viser at ca. 1/3 av de som henvises til psykisk helsevern for barn og unge har biologisk betingede utviklingsforstyrrelser og lærevansker. Utviklingsvurdering er derfor nødvendig for å tolke individuelle og samspillmessige avvikende/patologiske atferdsuttrykk^{14,16,19,20} (Freides).

Ved at man som lege i BUP regelmessig gjennomfører testing / systematisk observasjon av utviklingsnivå og funksjon, høynes også egen kompetanse til å foreta parallell vurdering av psykososiale aspekter av barnets fungering.

Barnepsykiaterens rolle – kompetansekrav

Vurdering av barnets utvikling er bare en del av utredningen av barnets problemer, kompetanse og samspill med andre. Barnepsykiaterens rolle er å gjøre en spesifikk vurdering av motorikk og medisinske forhold, men også en klinisk vurdering av andre sider av barnets utvikling, kontakthold og sosial funksjon. Barnepsykiateren skal kjenne til relevante tester som ofte brukes av legens medarbeidere i BUP, og bør kunne integrere funn fra egne og medarbeideres tester og undersøkelser i en samlet vurdering.

Det er ikke barnepsykiateren alene som skal foreta hele utviklingsvurderingen, men det er viktig at barnepsykiatere har kompetanse på dette området. Bare ved å kunne utføre noen tester selv og i tillegg kjenne til utdypende eller spesifikke tester som teammedarbeiderne utfører, kan en barnepsykiater integrere utviklingsvurderingen i en helhetlig barnepsykiatrisk tenkning og praksis.

Barnepsykiatere trenger kunnskap om normalutvikling og milepeler i utviklingen i hele barne- og ungdomsalderen. Hun/han bør minimum beherske en standardisert test for vurdering av motorikk og soft signs og en test/kartlegging av psykiske symptomer og sosial tilpasning. Bruk av tester krever spesifikk kompetanse, dvs. kunnskaper om, forståelse av og ferdigheter i testbruk generelt og de spesifikke tester. Bruk av enkelte tester er begrenset til enkelte profesjoner eller krever spesifikk sertifisering. Psykologforeningen har vedtatt at Internasjonale retningslinjer for bruk av tester (2000) skal være deres standard for testbruk.

Hensikten med at barnepsykiateren også tester noe selv, er at testresultatene tolkes og omsettes til klinisk relevant informasjon i et helhetlig og bredspektret barnepsykiatrisk perspektiv. Det forutsettes at man foretar utviklingsvurdering jevnlig / ofte nok og får prøvet ut tolkning/forståelse av testresultatene i videre klinisk arbeid med pasienten. Klinisk erfaring tilsier at man bør starte med tester/oppgaver som barnet/ungdommen med stor sannsynlighet kan mestre, og som gir barnet/ungdommen inspirasjon til å fortsette testingen.

Normativ og idiografisk vurdering

Utviklingsvurdering kan være normativ, dvs. at man sammenligner hvert barns funksjon med en norm for samme aldersgruppe. Normen kan være gjennomsnittet for et representativt utvalg barn/ungdom i den aktuelle aldersgruppe. En normativ vurdering er nyttig for å sammenligne barnet med andre barn på samme alder. Det er viktig å vite hvordan normgrunlaget er etablert, slik at man tolker funnene riktig ved bruk av metoder til utviklingsvurdering.

Alternativt kan utviklingsvurdering være idiografisk, dvs. at man sammenligner barnets funksjon på de ulike funksjonsområder med barnets gjennomsnitt av flere normative testresultater slik at man ev. kan beskrive en profil av sterke og svake funksjoner. En slik vurdering vil være nyttig ved intervensjon og tiltaksplanlegging idet den fokuserer på sterkere og svakere sider for det enkelte barnet som grunnlag for tiltak. Som regel vil det være aktuelt å benytte begge typer vurdering (Gjærum 2002).

Psykometriske aspekter ved tester/utviklingsvurderinger og bruken av dem

Tester er standardiserte prosedyrer som vanligvis gir kvantitative resultater som sammenlignes med en norm. Man bør velge tester som har vist gode måleegenskaper (reliabilitet og validitet), og som er normert for norske forhold hvis det er mulig. Man bør uansett velge etablerte tester når slike finnes. Den enkelte bruker av en test må også lære seg å bruke testen pålitelig (reliabelt) og tolke testresultatene på en gyldig (valid) måte. Vi vil anbefale barnepsykiatere å sjekke om egen bruk av en test er reliabel i forhold til andre, og om egne tolkninger av testresultater er sammenlignbare med andres. Det gir trygghet for egne vurderinger.

Angivelse av utviklingsnivå

En normativ vurdering av utviklingsnivå kan angis på flere måter. Utviklingskvotienter angir forholdet mellom den utviklingsalder barnet får på en test, og barnets levealder. De fleste tester angir en standardisert skåre, dvs. man sammenligner barnets testresultat med gjennomsnittlig skåre og standardavvik for barnets aldersgruppe. Man kan også angi utviklingsnivå i persentiler, dvs. hvor stor prosentandel av et alderskull som har en viss verdi/skåre på det som vurderes. Ved utviklingsvurdering i form av persentiler vil det være aktuelt å angi alder for når 50, 70, 85, ev. 90 og 95 % av barna i en gitt aldersgruppe mestrer aktuell atferd.

Ved funksjon i området 70–85-persentilen, vil det være svært vanskelig å anslå barnets utviklingsnivå uten relevante tester. For det første er endringene ikke nødvendigvis så uttalte og derfor ikke lette å identifisere, i dette intervallet. For det andre er klinisk erfaring fra utviklingsvurdering at det tar lang tid for foreldre og lærere å oppdage mindre avvik, som imidlertid kan ha stor betydning for barnets utvikling og tilpasning. Ikke minst kan det være vanskelig å erkjenne at det er noe med barnet. Normative vurderinger kan i en slik sammenheng være viktige for at foreldre og andre skal kunne akseptere resultatene av utredningen.

Kvantitativ versus kvalitativ vurdering av utvikling

Studier av barns utvikling på ulike områder viser at man kan inneha et aldersadekvat utviklingsnivå/ferdighetsnivå på et område, men likevel ha kvalitative avvik i fungering. Slike avvik kommer ikke uten videre frem ved normativ utviklingsvurdering, men må observeres spesifikt. Kvalitative avvik er for eksempel aldersadekvat talespråknivå med uttaleproblemer; aldersadekvat motorisk utviklingsnivå med klosset og/eller sen utførelse av noen aktiviteter/oppgaver; aldersadekvat forståelse av enkeltord og korte setninger, men problemer med å oppfatte lengre setninger og beskjeder; og original fantasilek alene, men ikke samspill med andre. Tester som inneholder oppgaver med både kvantitative og kvalitative krav til utførelse, må forventes å være mer sensitive enn kvantitative oppgaver alene. Dette er for eksempel vist i en norsk befolkningsstudie av motorisk kompetanse (Andrup, Janson og Gjærum, 2008). Nevrologiske "soft signs" har vært i fokus i barnepsykiatrisk utredning siden 70-tallet (Rutter, M. et al., 1970) og bør sees i sammenheng med resultatet av en utviklingsvurdering.

Metoder for utviklingsvurdering

Informasjon om utviklingsnivå på ulike områder må innhentes som en del av den kliniske barnepsykiatriske undersøkelsen. Omfanget og metodene vil variere. Hvis det er tvil om barnet/ungdommen er normalt utviklet, bør han/hun gjennomgå en somatisk og nevrologisk undersøkelse som inkluderer sansefunksjonsundersøkelse. Det vil kunne hindre feiltolkninger av observert atferd. Fullstendig kartlegging av barnets kognitive og psykomotoriske funksjoner er ikke aktuelt for alle barn som henvises til barne- og ungdomspsykiatrien.

Hvis det viser seg å være utviklingsproblemer av betydning for utvikling og tilpasning, eller klinisk mistanke om forstyrrelse i andre kognitive funksjoner, bør en mer omfattende kognitiv og psykomotorisk utredning foretas av personer med spesialkompetanse innen nevropsykologi/nevropsykiatri. Viktige kognitive funksjoner som ikke blir eksplisitt vurdert ved utviklingsvurdering, er bl.a. hukommelse, oppmerksomhetsfunksjoner og atferdsregulering (initiativ, aktivitetsnivå, impulsivitet, motivasjon, mental fleksibilitet m.m.).

Aktuelle områder som bør vurderes for de fleste barn av lege, psykolog og/eller pedagog

- Sosial fungering/samspill – utviklingsnivå for ferdigheter og kvalitative aspekter av sosialt samspill.
- Lek – utviklingsnivå for ferdigheter og kvalitative aspekter ved lek.
- Observasjon av sosial fungering og lek ved kvantitativ og kvalitativ vurdering vil gi grunnlag for et inntrykk av ulike utviklingsområder, som språk, motorikk, oppmerksomhet/konsentrasjon/hukommelse, atferdsregulering og emosjonell regulering. Mistanker om dysfunksjon må ev. utredes videre med en mer spesifikk nevropsykologisk/nevropsykiatrisk vurdering.
- Generelt evnenivå – valg av språkavhengig / ikke språkavhengig test må ta hensyn til barnets språklige ferdigheter.
- Språk – bør gi informasjon om perseptivt og ekspressivt utviklingsnivå, samt kvalitative aspekter ved språket.
- Motorikk – utviklingsnivå for ferdigheter og kvalitative aspekter.
- Visuopraktikk/tegning – kan gi anslag for mental alder, informasjon om visuell/visuospatial persepsjon og visuopraktisk fungering (øye–hånd-koordinasjon).

Aktuelle tester/metoder

Oversikt over noen metoder som brukes for å vurdere barns utvikling i norsk barnepsykiatri. Vi har primært tatt med metoder som har norsk normering og/eller er viktige metoder med relativt ny normering. De fleste av testene vil utføres av andre i det tverrfaglige teamet. Barnepsykiateren bør ha kjennskap til metodene, hva de måler, og hvordan resultatene kan forstås enkeltvis og ikke minst samlet. For førskolebarn er Ages and Stages Questionnaire (ASQ) et enkelt foreldreutfylt spørreskjema for å innhente systematiske opplysninger om utvikling. Erfaring med en slik metode gir kunnskap om forventet ferdighetsnivå i sped- og småbarnalder og er derfor egnet for leger i utdanning.

Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har utarbeidet en oversikt over aktuelle kartleggingsverktøy til bruk i arbeidet med barn av foreldre med psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Det er etablert en nettside under Helsebiblioteket. Denne er under utvikling og inneholder informasjon om screening-, kartleggings- og utredningsmetoder som er relevante i barnepsykiatrien, kfr.

Konsekvenser av utviklingsvurdering

Hvis utviklingsvurderingen viser uttalte problemer på ett område, eller en del problemer på to eller flere områder og undersøkelsen så langt ikke gir grunnlag for å forstå barnets samlede fungering, bør barnet/ungdommen henvises til nevrologisk undersøkelse og pedagogisk utredning. Hvis de nevnte vurderingene ikke skaper forståelse for barnets

samlede fungering, vil det være aktuelt med en nevropsykologisk/psykiatrisk undersøkelse.

Hvis utviklingsvurderingen ikke tilsier sikkert avvikende fungering, men barn/familie har problemer som er vanskelige å forstå/avhjelpe/behandle, bør henvisning til nevropsykologisk/psykiatrisk, nevrologisk og pedagogisk utredning vurderes med tanke på nevrokognitive forstyrrelser av blant annet hukommelse, oppmerksomhet og atferdsregulering.

Tabell 1. Instrumenter som brukes i norsk barnepsykiatri for vurdering av utvikling

Testnavn	Alder	Områder	Oversettelse	Normer publisert dato
Screening, spørreskjema				
ASQ; Ages and stages questionnaire	4–60 md. 5 områder:	Kommunikasjon, grov- og finmotorikk, pro- blemløsning, personlig / sosial fungering	Norsk	Amerikansk skjema. Norske normer, 2003
Psykomotoriske utviklingstester				
Bayley III	1–42 md.	5 hovedskalaer Kognisjon Motorikk Språk Sosio-emosjonell utvikling Adaptiv evne De to siste er spørreskje- ma til foreldre	Amerikansk, under oversettelse, 2010?	Amerikanske, 2005 Norsk normering foreløpig ikke planlagt
Mullen Scales of Early Learning	0–5 år	Mye lik Bayley, men noe grovere og med egen non- verbal skala	Amerikansk	Amerikanske, 1995
Nevro-psykologiske tester				
NEPSY	3.0 til 12.11 år	27 deltester på områdene: Oppmerksomhet og eksekutive funksjoner Språklige funksjoner Sensoriske funksjoner Visuomotoriske/visuospati- ale funksjoner Minne- og læringsfunksjo- ner	Norsk testprotokoll, svensk håndbok og normer	1998
CAS (Cognitive Assessment System)	5–17 år	15 deltester på områdene Planlegging Oppmerksomhet Simultan prosessering Sukksesiv	Norsk utgave og normering 2008	Amerikansk prosessering (PAS- Steori)
Generelle evnetester				
WISC-IV	6–16 år	Test av kognitive evner. 14 deltester gir verbal IQ, utførings-IQ, helskala-IQ samt fire faktorinndelinger	Norsk versjon og normer ventes høst 09	Amerikansk 2003
WPPSI-III	2:6–7:3 år	Test av kognitive evner. Verbal IQ, utførings-IQ og helskala-IQ	Norsk versjon	Versjon 2002 Norske normer 2008

Leiter-R	2–21 år	Ikke-verbal evnetest med 10 deltester på hvert batteri: Visuelt-logisk-batteri Oppmerksomhets- og minnebatteri	Svensk og dansk versjon	Amerikanske normer 1997
Ravens matriser:				
Coloured Progressive Matrices, CPM Standard Progressive Matriser, SPM Advanced Progressive Matrices, APM	7–18 år: 4–11 år og ressurssvake ungdom og voksne, også normale Kan brukes på normalt presterende voksne og barn Vanskeligste oppgaver, ikke for barn	Ikke-verbal evnetest. Hovedsakelig deduktive evner – matriseoppgaver.	Kun engelsk manual	Storbritannia 2007
Språktester				
Bo Ege, 3–6 år SPRÅK 4 SATS SPRÅK 4 Det finnes mange norske mer eller mindre aktuelle tester, bl.a. Askeladden, Nya SIT, svensk	6–16 år 4-årskonsultasjon 2-årskonsultasjon 4-årstest	Enkel test for ekspressivt språk Grammatikk og billedvokabular Enkel screening av toåringers språk ved helsestasjon	Norsk Norsk Norsk Norsk	Norske, 2005 Brukes på helsestasjonen, norske normer 2009 Norske normer 1997 årstall
BPVS-II, British Picture Vocabulary Scale		Impressiv ordforrådstest	Kun utprøvningsutgave foreligger Usikkert om offisiell norsk versjon kommer. Norske utgaver på flere fremmedspråk er også under utvikling og utprøving.	
TROG-II Test for Reception of Grammar (Bishop 2003)	ORIGINAL (Bishop 2003)	Test for grammatisk forståelse.	Norsk versjon og normer 2009 Norske utgaver på flere fremmedspråk er under utvikling og utprøving.	
Språk 6–16	6–16 år	Screeningtest for språk, Setningsminne, Ordspenn, Begreper, Fonologisk bevissthet, Grammatikk, Lesehastighet		Norske 2007

Våletesten	Normer for 2., 4. og 8. klasse	Innlæring og minne for rekker av ord (tilsvarende CAVLTII). California Verbal Learning Test		Norske 2002
Motorikk				
NUBU 4–16	4–16 år	5 motoriske områder + soft sign-test	Norsk test	Standardisert, norske normer 2008. Skåringsprogram
Movement ABC-2	3–16 år	Motorisk utvikling	Norsk oversettelse	Britiske normer 2007
Vurdering av sosiale/emosjonelle forhold				
Vineland II	0–80 år	Adaptiv atferd, kommunikasjon, daglig liv, sosial funksjon	Semistrukturert intervjuformat, norsk	Norsk oversettelse pågår

Se for øvrig kapittel 3 vedr. spørreskjema/intervju

Nettadresser for tester (klikkbare)

ASQ – Ages and Stages Questionnaire

Bayley Scales of Infant and Toddler Development – III

WPPSI – Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence

III Leiter International Performance Scale

WISC – Wechsler Intelligence Scale for Children III

Språk 6-16

NUBU 4–16 – Nevromotorisk undersøkelse for barn og ungdom

Movement ABC-2

Vineland Social Maturity Scale

BPVS – British Picture Vocabulary Scale

TROG – Test of Reception of Grammar, 2009

Litteratur

1. Gjerstad, L. og Skjeldal, Hunsbeth O. Barnenevrologi. 2000.
2. Gjærum, B. og Ellertsen, B. (2002) Nevropsykologisk undersøkelse av barn og ungdom. I Gjærum, B. og Ellertsen, B. Hjerne og atferd, kap.6.
3. Gjærum B. Development of a test battery for neuropsychological and neuromotor examination of preschool and mentally retarded children. NPM-X. A theoretical and clinical study. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1997.
4. Semrud-Clikeman, M., Ellison, Phyllis Anna Teeter: Child Neuropsychology: Assessment and Interventions for Neurodevelopmental Disorders, 2. utgave. 2009.
5. Play Diagnosis and Assessment. Karen Gitlin-Weiner (Ed), Alice Sandgrund (Ed), Charles E. Schaefer (Ed). 6. Wiley; 2. ed., 2000
7. Schaffer CE et al. (Red.) Play diagnosis and assessment. (Vurdering av lek fra mange forskjellige perspektiver). New York: John Wiley, 1991. Nyere utgave?
8. Nihira K, Foster R, Shellhaas M, Leland H (1969) AAMD Adaptive Behaviour Scales, revised. Washington D.C.: American Association of Mental Deficiency.

9. Ouvrier RA, Goldsmith RF, Ouvrier S, Williams IC(1993) The value of the MiniMental Stste Examination in childhood: a preliminary study. *Journal of Child Neurology* 8, 145-148.
10. Roeleveld N, Zielhuis GA, Babreëls F (1997) The prevalence of mental retardation: a critical review. *Developmental medicine and Child Neurology* 39,125- 132.
11. Rutter M, Taylor E, Hersov L (1994). *Child and adolescent psychiatry. Modern approaches*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
12. Scott S (1994) *Mental retardation. I*; Rutter M, Taylor E, Hersov L. *Child and adolescent psychiatry. Modern approaches*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
13. Skran H (1993) *Den voksne psykisk utviklingshemmede; psykiske lidelse og atferdsproblemer. I*: Gjærum B. *Kunnskap og ettertanke. Psykisk utviklingshemning som flerfaglig utfordring*. Oslo: Universitetsforlaget.
14. Sovner R (1986) Limiting factor in the use of DSM-III criteria with mentally ill/mentally retarded persons. *Psychopharmacology Bulletin*, 22:4, 1055-1059.
15. Sparrow SS, Balla DA, Cicchetti DV (1984) *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle Pines,MN: American Guidance Service.
16. Stuberud LH (1991) *Om ABS*. Hovedoppgave, Universitetet i Oslo.
17. Syse A (1995) *Rettsikkerhet og livskvalitet for utviklingshemmede. Rettigheter, vern og kontroll som rettslige virkemidler*. Oslo: Ad Notam, Gyldendal
18. Sætersdal B (1993) *I Skjønnetens speil – Den utviklingshemmede og hans familie. I*: Gjærum B. *Kunnskap og ettertanke. Psykisk utviklingshemning som flerfaglig utfordring*. Oslo: Universitetsforlaget.
19. Walch WB & Betz N. *Tests and Assessment. (Generell innføring i testing, psykometri, reliabilitet, validitet osv.)* New Jersey: Prentice Hall, 1990: 2nd ed. Nyere utgave?

Klinisk orientert litteratur med henvisning til teori og forskning

1. Dockrell J & McShane J. *Children's Learning Difficulties. A Cognitive Approach*. Oxford: Blackwell, 1993. Denne boken er ikke revidert, men er god. La stå?
2. Freides, David. *Developmental Disorders*. 3. ed., 2001. Revidert?
3. Gjærum B. *Kunnskap og ettertanke. Psykisk utviklingshemming som tverrfaglig utfordring*. Oslo: Universitetsforlaget, 1993.
4. Gjærum B, Ellertsen B. (red.) *Hjerne og atferd. Utviklingsforstyrrelser hos barn og ungdom i et nevrobiologisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget, 2002.
5. Hanson MJ. *Atypical Infant Development*. (vekt på småbarn, skrevet av en spesialpedagog). Baltimore: University Park Press, 2002.
6. Obrzut JE & Hynd GW. (Red.) *Child Neurology. Vol. 1.Theory and Research. Vol. 2. Clinical Practice*. San Diego: Academic Press, 1986. annet forslag?
7. Reynolds CR & Fletcher-Janzen E. (Red.) *Handbook of Clinical Child Neuropsychology*. New York: Plenum Press, 1989. Nyere utgave ikke funnet. Slettes?
8. Salyer KM et al. Learning Disabilities as a childhood manifestation of Severe Psychopathology. *American Journal of Orthopsychiatry* 1991; 61(2):230-240. Nyere utgave?
9. Schaffer D. et al. Neurological Soft Signs. Their Relationship to Psychiatric Disorder and Intelligence in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry* 1985; 42 (April): 342-351. Finne denneartikkelen!
10. Szatmari P. et al. The Clinical Significance of Neurocognitive Impairments among Children with Psychiatric Disorders: Diagnosis and Situational Specificity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1990; 31(2):287-299. Nyere utgave el erstatning?
11. Smith L. *Småbarnsalderens nevropsykologi*. Oslo: Universitetsforlaget, 200?.
12. Smith L, Ulvund SE. *Spebarnsalderen*. Oslo: Universitetsforlaget, ?????.

Henvisning til testinformasjon på nett

1. ASQ – Ages and Stages Questionnaire
2. Bayley Scales of Infant and Toddler Development – III
3. Mullen Scales of Early Learning
4. NEPSY
5. CAS – The Child Assessment Schedule – Diagnostic Interview, finner ikke testnettside
6. WISC – Wechsler Intelligence Scale for Children III
7. WPPSI – Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence III
8. Leiter International Performance Scale, Revised
9. Raven
10. SPM, Standard Progressive Matrices
11. APM, Advanced Progressive Matrices
12. Bo Ege ikke testnettside?
13. Språk 4
14. Språk 6-16
15. NUBU 4–16 – Nevromotorisk undersøkelse for barn og ungdom
16. Movement ABC-2
17. Vineland Social Maturity Scale
18. BPVS – British Picture Vocabulary Scale
19. TROG – Test of Reception of Grammar, 2009

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010

Vurdering av tilknytning

Simon Wilkinson

Tilknytning er ikke noe som en har eller ikke har, som er sterk eller svak. Hva er det da som skal vurderes? Det er nødvendig med en rask redegjørelse av nåværende status på forskjellige tilknytningsteorier for å tydeliggjøre det som skal vurderes i forskjellige aldre, og de forskjellige instrumenter som er tilgjengelige for å gjøre det.

Fra atferd til mellommenneskelige strategier

Tilknytningsatferd er det som i nære relasjoner utløser en beskyttende respons fra et betydningsfullt annet menneske. Sped- og småbarn gråter for å sikre at andre løser utfordringen barnet står i. Når spedbarnets motoriske utvikling gjør barnet mer bevegelig, vil man observere at barnet selv regulerer nærhet og avstand til tilknytningspersonen. Innen de er 1,5 år gamle, har de lært mye om hvordan deres tilnærminger til sine foreldre har ført til at de har det enten bedre eller verre. Barnet lærer at de selv har en hensiktsmessig løsning på dilemmaet, å unngå ubehag, utforske verden og samtidig ha god nok tilgang på tilknytningspersonen som trøst og støtte. Barnet kan sies å ha en god tilpasning. I tillegg modnes barnet og vil kunne ta i bruk mer avanserte former for tilpasning til tilknytningsrelasjonen. Barnet kan lære seg å maskere ubehag og forevise glede og tilfredshet, eller barnet kan lære å overdrive egne følelser og benytte seg av mer avanserte former for maktkamp, der barnet forsøker å tvinge gjennom egne ønsker gjennom vekslende mellom truende og avvæpnende væremåter.

Denne utviklingssekvensen fører til at metodene for å vurdere tilknytning vil variere fra alder til alder. Metodene tilpasset spedbarn og frem til barnet er ca. 1,5 år gammel baserer seg hovedsakelig på barnets atferd og mer basale følelsesuttrykk i forhold til foreldre. For eldre barn må tolkningsgrunnlaget forandres for å ta høyde for de modifikasjoner barna kan gjøre for å mestre komplekse krav i relasjonen til dem de er avhengige av for å overleve. Vi sier at de utvikler 'selvbeskyttende strategier'.

Forskjellige vurderingssystemer

Tilknytningsteori er i en brytningsperiode¹. Det har utviklet seg rivaliserende tolkningsgrunnlag for de metoder anvendt overfor førskolebarn, skolealderbarn, tenåringer og voksne. Hver gruppe har lagt mye krefter i det å sikre at deres system er sammenhengende og gir best mulig beskrivelse av fenomenene, for eksempel Mary Mains ABCD system*, Pat Crittendens Dynamic-Maturational Model av tilknytning og tilpasning (DMM)². Utgangspunktet for ABCD og DMM systemene er felles utspring ut fra Bowlbys teorier og i Ainsworths Strange Situation Procedure (SSP), utviklet for vurdering av tilknytning hos 10–15 md. gamle barn³. Både Main og Crittenden er tidligere doktorgradskandidater hos Ainsworth.

Det finnes grunnleggende forskjeller mellom ABCD- og DMM-systemene som betyr at alle klassifiseringer i litteratur må leses nøye for å vite hvordan resultater skal håndteres – og det gjør det umulig å redegjøre kort for hvordan tilknytning bør vurderes i dag. Det er ikke plass her til å redegjøre for alle forskjeller, men det vesentligste ifb. vurdering av tilknytning er at

1. DMM legger vekt på at strategiene utvikler seg ut fra erfaring med fare og for å håndtere fare, mens ABCD-systemet legger vekt på utvikling ut fra erfaring med trygghet, som igjen idealiseres som grunnlag for utvikling.
2. ABCD-systemet legger oftest sammen A- og C-strategier som 'utrygge' strategier, mens DMM vektlegger nødvendighet av å skille mellom dem fordi terapeutiske tilnærminger for A og C representerer to diametralt motsatte måter å organisere seg overfor opplevd fare på.
3. DMM-systemet opererer ikke med Desorganiserte (D) kategori fra ABCD-systemet, men forholder seg til et mer nyansert klassifiseringssystem (Rutter og kollegaer har nylig sagt at D ikke lenger er holdbart⁴), mfl.

Forskjellene ligger i forståelse av dyadens eller relasjonens funksjonelle atferd (DMM) satt opp mot en mer endimensjonal forståelse av den ene aktør i dyaden og dennes atferd (ABCD) og ikke primært i metodene. Opplæring i bruk av metodene innebærer nøye gjennomgang av videoer for de yngste aldersgrupper til analyser av utskrifter av intervjuer for de eldste. Her skal fenomenene analyseres i detaljer, og det er ikke mulig å redegjøre for dem i ett kapittel. Det er ikke mulig for en terapeut å vurdere tilknytning uten omfattende kursing i analysemetoder – og foreløpig må de forholde seg til store uenigheter i feltet.

Det feltet trenger i dag, er ikke nødvendigvis flere metoder for å forstå individuelle fenomener. Det vi trenger, er en overordnet teori om menneskelig tilpasning og tilknytningsutvikling. En slik teori bør for en kliniker være særlig sensitiv for tilpasnings- og tilknytningsstrategier hos individer som har vært utsatt for risiko, har en betydelig symptomopphopping og preges av større eller mindre sosial mistilpasning. DMM er en overordnet teori som ivaretar dette. DMM går ut over det å gi opplæring i analyser av individers tilknytningsstrategier og gir en forståelsesramme for menneskelig tilpasning og mistilpasning (psykopatologi).

I dette kapittelet prioriterer jeg opplysning som kan føre til at det er lettere å lese faglitteratur om vurdering av tilknytning, framfor at det blir mulig ut fra dette kapittelet å vurdere tilknytning selv. Da prioriterer jeg SSP og Adult Attachment Interview (AAI – se nede) som er mest omtalt i dagens litteratur.

Strange situation procedure

Gjennom en 25–30 min sekvens bestående av 3 min bolker tas det opp video av barnets reaksjoner i en relasjonelt stressinduserende setting, der barnet gradvis eksponeres for stress gjennom introduksjon til en fremmed person, avskjed og gjenforening med mor, avskjed for å være alene, deretter utsatt gjenforening med mor da fremmed kommer inn før mor (forskning som bruker SSP for barn eldre enn 15 md. uten å forandre tolkningsgrunnlag er ikke valid – se over om forandringer hos barn fra 1,5 år). Her skåres barnets atferd relativt til enten den fremmede eller til mor – det er dyaden som klassifiseres fordi barnets atferd er uløselig knyttet til morens og vice versa. Hovedfokus i SSP er interaksjonen mellom mor og barn, med særlig fokus på avskjed og gjenforening. Forskjellene mellom DMM og ABCD systemer er minst slående hos 10–15 md. barn, men en av forskjellene bør nevnes fordi Crittenden oppdaget en spesiell blanding av A- og C-atferd hos 10–15 md. barn som fikk betegnelsen A/C i sin doktorgrad fra 1983, som Main senere betegnet som D hos barn 10–15 md. i 1986^{5**}, og som senere er assosiert med økt prevalens av psykiatiske 10–15 md. i 1986, og som senere er assosiert med økt prevalens av psykiatiske problemer hos barn. Systemene utvikler seg i forskjellige retninger ut fra hvordan de tolker barnets atferd når de er eldre – DMM tolker aldri barnets atferd løsrevet fra dyaden.

Adult attachment interview

AAI eksisterer kun som upubliserte manus tilgjengelig fra de som holder kursene. Det forventes først publisering av Crittendens AAI manual på engelsk i 2010 (Crittenden & Landini, in press)^{6***}. Main har hatt en kontrakt med Cambridge University Press for publisering av AAI i over 25 år, men det er ingen opplysning om når den ev. kommer.

Intervjuet var opprinnelig utviklet av Carol George. Det ble bygget opp slik at spørsmål i et semistrukturert intervju skulle rettes mot bestemte hukommelsessystemer i en forhåndsbestemt rekkefølge. Strukturen er slik at ved de integrerende spørsmål mot slutten av intervjuet skulle det vises hvordan vedkommende håndterte den ofte spriken- de opplysningen som hadde kommet frem fra de andre hukommelsessystemer tidligere. Det opprinnelige George et al.-intervjuet konsentrerte seg om 3 hukommelsessystemer, mens Crittendens senere versjon fokuserer på 5 hukommelsessystemer. Intervjuet er kompleks, og fenomenene knyttet til vurdering av opplysningen i utskriften tar år for å kunne score på en pålitelig måte. Intervjuet tar ca. 1 t. å gi og ca. 10 t. å skrive ut. Utskriften inkluderer alle ujevnheter i tale, og hver pause markeres med et punkttegn for hvert sekund. Etterpå kan det ta et par timer å

score. Det sier seg selv at dette ikke er et hverdagsinstrument, men opplysningene den gir, kan spare enormt med tid i planleggingen av en behandling og avklare opprettholdende faktorer som har betydning for at tidligere behandlingsforsøk ikke har lykkes⁷. Hittil har det ikke blitt publisert direkte sammenligning av resultater fra samme pasientgruppe med de alternative tolkningsgrunnlag for AAI, men det forventes publikasjon av de første 'head-to-head'-sammenligninger i 2010⁸.

AAI-resultater rapporteres noe forskjellige i de to systemer. Et moment som kan forvirre, er at Main beholdt Ainsworth ABC mønster hos barn, men hos voksne ga hun følgende navn og koder: 'dismissing' (Ds), 'free/autonomous' (F), og 'enmeshed' (E) – dvs. Ds lik A, F lik B og E lik C. Crittenden beholder betegnelser A, B og C for alle aldersgrupper og har nylig bestemt at hun vil unngå noe navn for hver klassifisering, fordi navn som har blitt brukt, formidler ikke hele strategien og er misvisende. Ved siden av navn på hovedstrategi vil du finne i litteraturen benyttelse av markører som fører til modifikasjon av hovedstrategiene. Markørene er enten:

Dp som betegnelse for lært hjelpsløshet – tilsvarende en depressiv prosess (men ikke diagnose depresjon), når strategien ikke fungerer etter hensikt og vedkommende er klar over den;

- U for ubearbeidet tap eller trauma;
- ina for 'intruded negative affect'; og
- R for 'resolving', dvs. tegn til bearbeiding av en underliggende strategi som er på vei til en annen strategi.

Markørene brukes noe forskjellig i de to systemer. Les litteraturen kritisk – det er vanskelig å følge med på hva som er hva.

Andre vurderingsinstrumenter

Forskjellene gjør det for tiden vanskelig å forenes om hvordan tilknytning skal vurderes, forstås og klassifiseres fra tidlig barndom. Instrumentene ligner hverandre, men det er skåring og klassifisering som er grunnleggende forskjellige. Etter hvert finnes det familier av utredningsinstrumenter, for eksempel Crittendens Care-Index Infant og Toddler versjoner, SSP, Preschool assessment of attachment (PAA), School age assessment of attachment (SAA), Transition to adulthood attachment interview (TAAI) for 16–24-åringer og Adult attachment interview (AAI).

Opplæring i vurderingsmetodene

Spedbarnsnettverk ved RBUP Øst og Sør forholder seg primært til opplæring i ABCD-systemet****. Pga. mindre kompleksitet i ABCD-systemet er det lettere å oppnå pålitelighet med klassifisering ved bruk av det systemet. Spørsmålet er betydningen av den klassifiseringen som oppnås. Min personlige vurdering er at med fokus på bruk av SSP er ikke forskjellene mellom systemene betydningsfulle hvis retningslinjer om øvre grense på 15 md. følges, men at problemer vil oppstå når Spedbarnsnettverket utvider til opplæring i metoder for vurdering hos eldre barn og ungdom eller bruk av SSP hos barn eldre enn 15 md. Ingen av instrumentene kan læres uten intensivkurs over tid, dvs. tilknytning kan ikke vurderes på en pålitelig måte uten en stor personlig investering i å lære metodene. Det koster mye å sikre en omfattende utdanning i begge systemer for å kunne ta personlig stilling til forskjellene mellom DMM og ABCD. Jeg er sterkt involvert i videreutviklingen av Crittendens system⁹, og det kan føre til en manglende nøytralitet i det som er skrevet, til tross for at jeg forsøker å unngå det. Foreløpig kan jeg ikke anbefale å følge kursing i metodene baserte på ABCD-metoden utover SSP opp til aldersgrense 15 md. Det vesentlige for et valg av innfallsvinkler bør være om ABCD eller DMM kan bidra til å øke forståelsen av menneskelig utvikling og atferd innen relasjon, kontekst og kultur på en slik måte at vi som behandlere kan gi riktig behandling eller forebygge økt mistilpasning.

Det er ikke lett å utlede fra observasjoner eller anamnese hvilke strategier som gjelder – og uansett er det viktig å skille mellom A- og C-strategier fordi de fører til behov for grunnleggende forskjellige terapeutiske tilnærminger. Vurdering av tilknytningsstrategier bidrar ikke til klarhet om tilknytningsforstyrrelser (se Del 2 F94,1–2).

Litteratur

1. Thompson RA, Raikes HA. Toward the next quarter-century: conceptual and methodological challenges for attachment theory. *Dev Psychopath* 2003; 15: 691- 718
2. Crittenden PM. *Raising Parents: Attachment, parenting and child safety*. Cullompton, Devon: Willanpublishing, 2008.
3. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates, 1978.
4. Rutter M, Kreppner J, Sonuga-Barke E. Emanuel Miller Lecture: Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders: Where do research findings leave the concepts? *J Child Psychol Psychiatry* 2009; 50: 529-543.
5. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized-disoriented during the Ainsworth Strange Situation. I: Greenber M, Cicchetti D, Cummings EM, red. *Attachment in the preschool years; Theory, research, and intervention*. Chicago, IL.: Chicago University Press, 1990, s.121-160.
6. Crittenden PM, Landini A. *The Adult Attachment Interview: Assessing psychological and interpersonal strategies*. Norton, in press – forventet august 2010.
7. Wilkinson SR. Another day older and deeper in therapy. Can the DMM offer a way out? *Clin Child Psychol Psychiatry*, in press.
8. Crittenden PM, Newman L. Comparing Models of Borderline Personality Disorder: Mothers' Experience, Self-protective Strategies, and Dispositional Representations. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, in press.
9. Wilkinson S. *Lidelse og lindring: Tilknytning og sykdomsspråk*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008.

* Navnet kommer av de grunnleggende A, B og C tilknytningsstrategier med tillegget av D for Desorganisert.

** Rivalisering mellom de fortsetter, og går ganske langt, f.eks. senere trakk Main tilbake den tillatelse hun hadde gitt Crittenden å holde kurs om AAI etter at Crittenden hadde fullført hele utdanning hos Main (og nå spres rykter om at Crittenden aldri gjennomførte hele kurset)! Det handler ikke lenger om vitenskap for å ta stilling til vurdering av tilknytning men prestisje – og det gjør det vanskelig for feltet.

*** Den har vært tilgjengelig på italiensk i 10 år, men har vært oppdatert siden da.

**** BUP Bærum gir opplæring i Crittendens CARE-Index Infant & Toddler og vil også tilby opplæring i PAA i 2010–11.

Vurdering av barn 0–3 år

Anne Faugli

Tidlige vansker hos barnet knyttet til regulering av søvn og spising, gråt og andre affekter kan være årsak til bekymring og henvisning av sped- og småbarn til BUP. Det kan være depresjon eller andre psykiske forstyrrelser hos en eller begge foreldrene som er bekymringen, hvor problemet ligger i samspillet mellom foreldre og barn. Det kan også være utviklingsforsinkelser hos barnet som gir grunn til bekymring, eller det kan være annen bekymring knyttet til barnets atferd.

- Sped- og småbarn der det ønskes utredning av barnets symptomer/funksjon
- Sped- og småbarn i familier i krise / som har opplevd alvorlige traumer
- Alvorlig somatisk syke / kronisk syke sped- og småbarn som strever psykisk
- Premature barn med tilleggsproblemer
- Sped- og småbarn som lever i familier med kronisk stress der summen av risikofaktorer er høy
- Sped- og småbarn som har vært utsatt for seksuelle overgrep

Som oftest er det imidlertid sammensatte problemer, hvor det er bekymring på flere områder. Symptomer hos spedbarn er lite differensierte og svært uspesifikke (gråt, tilbaketrekning).

- Det er viktig å være klar over at en del av problemene som henvises BUP, kan være tegn på somatiske sykdommer, for eksempel metabolske, genetiske, eller nevrologiske sykdommer.
- Det er også viktig at barnepsykiateren kjenner symptom bildet til hele spekteret av psykiske forstyrrelser vi kan se hos sped- og småbarn. For eksempel må barnepsykiateren kunne differensiere mellom relasjonsforstyrrelse (symptomene er kun til stede i en spesifikk relasjon), posttraumatisk stressforstyrrelse (symptomene oppstår og er i barnet selv) og gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (genetisk/medfødt).

For å gjøre en god vurdering av sped- og småbarn må barnepsykiateren ha inngående kjennskap til utviklingspsykologi, alderstilpasset nevrobiologi, kjennetegn på psykopatologi i sped- og småbarnsalderen, risikofaktorer og epidemiologi.

Utredning og intervensjon som parallelle prosesser

Intervensjonen begynner i det første møtet med foreldre/barnet. Utredning tilpasses det enkelte barnet og tilbakemeldinger til foreldrene underveis må tilrettelegges som en form for intervensjon. Relasjonsbygging mellom foreldre og barn er i fokus i samtalen. En baby kan ikke vente på en lang utredning før det intervenseres.

Anamnese og filmopptak av foreldre-barn-samspill

I vurderingen av sped- og småbarn kan barnepsykiateren bruke den samme strukturen som i utredningen av eldre barn (se kapittel 2.1–2.4 og 2.6), men innholdet må tilpasses barnets alder. Bruken av kartleggingsverktøy må tilpasses individuelt (se kapittel 3.5), men anamnese og et kort filmopptak av foreldre-barn-samspill er alltid ønskelig så tidlig som mulig i forløpet.

- Barnets indre arbeidsmodell av seg selv og andre formes gjennom de tidlige erfaringene han/hun gjør i samspill med sine omgivelser. Foreldrenes måte å møte det nyfødte barnet på, er farget av deres egen tilknytning til sine omsorgspersoner og deres tilknytningsmønster preger arbeidsmodellen de skaper om barnet. Anamnesen i en sped- og småbarnsvurdering må derfor også fokusere på foreldrenes erfaringer med egne foreldre, familiebelastninger, familiens nettverk og foreldrenes psykiske og fysiske helse.
- Kartlegging av stress og traumer opplevd av barnet eller foreldrene må alltid gjøres tidlig i utredningen.

- Det finnes egne intervjuer som Adult Attachment Intervju^{1,2} og Working Modell of the Child Interview³ som går systematisk inn på foreldrenes tilknytningsstrategier og indre arbeidsmodeller av barnet.
- Dersom det forekommer behandlingstrengende psykopatologi hos en/begge foreldre, må han/hun/de henvises til DPS dersom det ikke er gjort før henvisning.

Mål for undersøkelsen

Spedbarnets mentale helse kan defineres som barnets kapasitet til å oppleve, regulere og uttrykke følelser⁴. Sped- og småbarn kommuniserer gjennom atferd, kroppsspråk, ansiktsuttrykk og lek⁵. Målet med den barnepsykiatriske vurderingen av sped- og småbarn er å danne seg et bilde av i hvilken grad barnet opplever et aldersadekvat spekter av følelser, hvordan barnet selv, eller i samspill med sine primære omsorgspersoner, evner å regulere sine følelser, og hvordan følelsene kommer til uttrykk i barnet.

Kontekst for undersøkelsen

Observasjon av spedbarnets kapasiteter i samspillssituasjoner og lek er rammen for barnepsykiatrisk vurdering av sped- og småbarn⁶. En eller begge foreldre eller en annen som barnet kjenner godt, er sammen med barnet. I tillegg vurderes barnets kapasiteter i samspill med undersøker. En separasjonssituasjon hvor barnet blir stresset av fravær av omsorgspersonen, slik det vanligvis skjer hjemme (f.eks. mor går ut av rommet for en kort tid) er nyttig for å observere tilknytningsatferd (fra 18 md.). Barnets sikkerhet i omgivelsene må alltid vurderes og dersom det er tvil om sikkerheten, må situasjonen drøftes med barnevernet (kan drøfte anonymt, se kapittel 5).

Det er i relasjonen mellom foreldre og barn at barnets utviklingsmuligheter ligger, derfor må sped- og småbarn alltid vurderes i relasjonen. Barnets psykososiale fungering måles i samspillet med primære omsorgspersoner⁷.

- Vurder hva som er barnets eget bidrag inn i samspillet
- Vurder hva som er foreldrenes bidrag
- Vurder hva barnet og mor/far får til sammen.

Mental status hos sped- og småbarn

Benham har laget en sjekkliste som kan brukes ved den barnepsykiatriske undersøkelsen av sped- og småbarn^{5,8}. Barnets reaksjon på situasjonen, evne til selvregulering, motorikk, språk, tegn på dissosiativ tilstand, affekt og humør, lek, kognisjon, og relasjon til undersøker og foreldrene er noen av områdene som skal vurderes. Affekt og dyadisk affektregulering er hovedfokus. En somatisk vurdering hører alltid med i utredningen, og samarbeid med fastlege og/eller pediater/barnenevrolog er ofte nødvendig..

Sjekkliste mental status 0–3 år (Benham, AACAP, 1997)

1. Utseende: fysiske stigmata, hodestørrelse og form (mikrocephali), hud abnormaliteter, dysmorfe trekk, formog stilling på øyne, nese, ører (lavtsittende), hender, føtter, fingre og genitalia.
2. Tilsynelatende reaksjon på situasjonen
 - Initialt
 - Tilpasning
3. Selvregulering
 - Våken, oppmerksom
 - Overganger, eks. glidende eller brå

- Sensorisk regulering; reaksjon på lyd, lys, lukt, smak, bli holdt. Apati, tilbaketrekning, unnvikelse, frykt, eksitert, aggressiv, brå endringer i adferd, stadig søken etter bestemte sensoriske stimuli
 - Uvanlig adferd; hodedunking, rugging, håndflapping m.m.
 - Aktivitetsnivå; beskriv adferd
 - Oppmerksomhetsspenn; kapasitet til å holde seg oppmerksom under aktivitet eller interaksjon, distraksjon
 - Frustrasjonstoleranse, evne til å fortsette med en oppgave til tross for at det mislykkes, kapasitet til å utsette reaksjon hvis lett frustrert, eks. aggresjon, skrik, raserianfall, tilbaketrekning, unnvikelse
 - Aggresjon; uttrykksformer, grad av kontroll, eller overveldes av aggresjon, passe insisterende
4. Motorikk
- Grov
 - Fin
5. Språk
- Oppfattelse
 - Ekspressivt
6. Tanke
- Bemerk dissosiasjon; plutselige episoder med tilbaketrekning og uoppmerksomhet
7. Affekt og humør
- Uttrykksformer; ansiktsuttrykk, verbale uttrykk, kroppsspråk
 - Spenn i uttrykte emosjoner særlig i foreldre-barn-relasjonen, dominerende humør
 - Respons; i situasjonen, innhold i samtale, lek, interpersonlig engasjement
 - Varighet av emosjonell tilstand; trenger anamnesticke tilleggsopplysninger (affektlabilitet)
 - Intensitet i uttrykt affekt; særlig i foreldre-barn-relasjonen (affektregulering)
8. Lek
- Sansomotorisk lek; 0–12 måneder, putte i munnen, slå, slippe ned og kaste leker eller andre ting. Seks til 12 måneder utforske tingenes karakteristika, eks. bevegelige deler, dra
 - Funksjonell lek; 12–18 måneder, barnets bruk av tingene viser forståelse for deres bruk og utforskning av deres bruk eller funksjon; eks. dytter en bil, tar kammen i håret, tar telefonen til øret
 - Tidlig symbolsk lek; 18 måneder og eldre; later som om
9. Kognisjon
- Bruk all tilgjengelig informasjon fra områdene ovenfor, særlig lek, språk og problemløsning. Vurder ev. henvisning til kognitiv testing
10. Relasjon
- Til foreldre; gir barnet blikk kontakt og fastholder den, verbal eller fysisk kontakt, forekommer ”molding”, slapper det av når det blir holdt eller matet, sjekker det tilbake, bringer leker med til mor/far, leker i nærheten av mor/far eller på avstand, forskjell på relasjon til mor og far
 - Til undersøker; normalt litt skyhet initialt, nærmer barnet seg og forholder seg til, undersøker litt etter litt, for fort eller ikke i det hele tatt, hvordan forholder barnet seg til den fremmede i forhold til foreldrene, kan undersøker engasjere barnet i lek og aktivitet som ikke er observert med foreldrene, kan barnet vise glede i å få til noe dersom undersøker roser
 - Tilknytningsatferd; søker barnet trøst, ber om og tar imot hjelp, samarbeider, gjenforeningsrespons, begrensede affektuttrykk, udiskriminerende affekter og kos

Vurdering av foreldre-barn-relasjonen:

Vurdering av foreldre-barn-relasjonen bygger på funksjonsnivået til både foreldre og barn⁷. Det legges vekt på om det i samspillsituasjonen uttrykkes stress/belastninger både hos foreldre og barn og evnen til fleksibilitet hos både foreldre og barn. I tillegg vektlegges konfliktnivå mellom foreldre og barn og i hvilken grad de sammen greier å løse konfliktene.

Det er tre aspekter ved samspilletets kvalitet som vurderes:

1. Kvalitet på atferd: hvordan foreldre og barn oppfører seg i samspillet.
2. Hvordan er den affektive tonen mellom foreldre og barn?
3. Hvordan er foreldrenes psykologiske involvering i barnet?

For å måle disse aspektene finnes det flere verktøy, for eksempel PCERA^{3,9,10} og CARE-Index¹¹.

Diagnostisk klassifisering av mental helse hos barn i alderen 0–3:

Til slutt gjøres det en diagnostisk vurdering av barnet og relasjonen til de nære omsorgspersonene på grunnlag av all innsamlet informasjon. Til hjelp i den diagnostiske prosessen av sped- og småbarn kan brukes Diagnostic Classification: Zero to Three (DC:0-3)^{12,13,14} (se kapittel 6.1), som et supplement til ICD-10.

Litteratur

1. Bartholomew K, Shaver PR. Methods of Assessing Adult Attachment. I Simpson JA & Rholes WS (red) Attachment theory and close relationships. New York: Guilford Press, 1998 s. 25-45.
2. Mary B. Main. Adult Attachment Interview protocol.
3. Zeanah CH, Larrieu JA, Scott Heller S, Vallisere J. Infant-Parent Relationship Assessment. I Zeanah CH (red) Handbook of Infant Mental Health. New York. Guilford Press s. 222-33
4. Lieberman A. Traumatic stress and quality of attachment: reality and internalization in disorders of infant mental health. Infant Mental Health Journal 2004; 25: 336-51.
5. Benham AL. Infant and Toddler Mental Status Exam. I Zeanah CH (red) Handbook of Infant Mental Health. 2000, s. 254-56.
6. Zeanah CH, Larrieu JA, Scott Heller S, Vallisere J. Infant-Parent Relationship Assessment. I Zeanah CH (red) Handbook of Infant Mental Health. New York. Guilford Press s. 230-32.
7. Clark R., Paulson A, Conlin S. Assessment of developmental status and parent/infant relationships: The therapeutic process of evaluation. I Zeanah CH (red) Handbook of infant mental health. New York: Guilford Press; 1993 s.191-209.
8. Thomas JM, Benham AL, Gean M, Luby J, Minde K, Turner S, Wright HH. Practice parameters for the psychiatric assessment of infants and toddlers (0-36 months). American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;36 (10 Suppl):21S-36S.
9. Clark R. The parent-child early relational Assessment: A factorial validity study. Educ Psychol Meas 1999; 59:821-46.
10. Faugli A, Aamodt G, Bjørnland K, Emblem R, Diseth TH. Assessment of early mother-child relation in infants with oesophageal atresia. Nord J Psychiatry. 2005; 59:498-503.
11. Killen K. Tidlig mor-barn samspill og tilknytning. Tidsskr Norsk psykologforening 1999; 36:938-48.
12. Zero to Three/National Center for Clinical Infant Programs. Diagnostic Classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (DC: 0-3). Washington, DC: Zero to Three. 1994.
13. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised Edition. Washington, DC: Zero to Three. 2005.
14. Faugli A, Emblem R, Bjørnland K, Diseth TH. Mental health in infants with esophageal atresia. Infant Ment Health J. 2009; 30:40-56.

Lekeobservasjon

Bernt H. Sleire og Rune Johansen

Innledning

Barn utvikler og utfolder seg gjennom lek og samhandling. Dette gir mulighet for bearbeiding og samspillserfaringer, og de blir kjent med følelser, tanker og oppfatninger i seg selv og andre. Evnen til å forstå hva andre tenker og føler, utvikles og gir sosiale ferdigheter og empati. En forutsetning for dette er at det foregår under stabile og trygge omsorgs- og utviklingsbetingelser¹.

Modning innebærer evne til å skjelne mellom den indre og ytre verden, skille mellom fantasi og virkelighet og skille mellom seg selv og andre, også kalt evnen til å mentalisere.

Følelsesmessige belastninger, konstitusjonelle og miljømessige faktorer kan gi begrensninger i det enkelte barns modning og vekst. Skjevutvikling eller utviklingsstans kan oppstå; i verste fall skjer det en tilbaketrekning, og barnets lek uteblir². Dette kan føre til at barnets kontakt- og tilknytningsevne blir forstyrret og mentaliseringsevnen utvikles ikke i det psykiske selv³.

Gjennom en lekeobservasjon kan vi få en forståelse for de problemer barnet sliter med, barnets utviklingsnivå og de tilpasninger barnet har gjort for å mestre sine problemer. Lekeobservasjonen vil sammen med anamnese, familieintervju, somatisk utredning og annen informasjon (ev. psykologiske tester / nevropsykologisk utredning) gi et grunnlag for både diagnose og behandlingsopplegg.

Hva kan metoden vise oss?

Lekeobservasjon som metode bygger på psykodynamisk teori og tradisjon. Rammene for metoden er standardisert; vurdering og fortolkning avhenger av observatørens oppmerksomhet, holdning og væremåte når han/hun er sammen med barnet⁴. Psykoterapeutisk skolering og erfaring og personlig bakgrunn er observatørens referanser. Ulik personlighet og teoretisk bakgrunn vil gjenspeile seg i hva man velger å fokusere på når man er sammen med barnet.

Metoden gir observatøren informasjon om barnets individuelle ytre karakteristika ved utseende og væremåte. Gjennom utfoldelse og innhold i leken får vi informasjon om barnets psykiske virkelighet hvor barnet kan antyde, ev. verbalisere indre traumer og konflikter med tilhørende følelser og fantasier^{5,6}. Den kan også gi oss informasjon om barnets ressurser.

Metoden kan gi informasjon om den tidlige kommunikasjonen hvor barnets følelsesliv bearbeides i samspillet med mor⁷. Samhandlingen mellom barnet og observatøren, de oppfatninger, fantasier og følelser som aktiveres både i barnet og i observatøren, danner grunnlaget for vurderingen av barnets indre verden. Observatørens egne reaksjoner, hans/hennes tanker og følelser om det som skjer, er med på å gi forståelse og mening; i leken, i barnet og mellom dem.

Observatøren er til en viss grad en deltagende observatør, som i terapi, men hovedvekten ligger i det at barnet får uttrykt seg. Observatøren er tilgjengelig og åpen for temaet som barnet antyder, men begrenser sin aktivitet og kommentarer. Lekeobservasjonen kan åpne opp for videre behandling, familiesamtaler eller individualterapi. I løpet av observasjonen ser man også etter reaksjoner på intervensjoner for å vurdere muligheter for å følge opp i en psykoterapi.

Forarbeid

Barnet får 3 timeavtaler med få dagers mellomrom, helst ikke mer enn en uke. Forarbeidet og lekeobservasjonstimene danner grunnlaget for vurderingen. Denne bruker vi så til å gi en tilbakemelding til barnet og foreldrene og for å skrive en rapport som kan antyde diagnose og gi forslag til tiltak.

Innledningen til lekeobservasjonen forutgår av foreldresamtaler. I utredningsfasen tar vi oss tid til å avklare foreldrenes ønsker⁸. Det er viktig at foreldrene ikke føler seg overrumplet, at deres autonomi og autoritet blir respektert og støttet. Ofte er det nødvendig å sette av flere timer med foreldrene for å kartlegge og sortere ut problemene. Dette innebærer bl.a. å skille de voksnes problemer fra barnets og å se hvordan de påvirker hverandre. Foreldrene behøver tid til å føle seg trygge nok på terapeuten(e); for å kunne snakke om problemene de opplever hos barnet sitt, barnets utvikling, barnets forhold til lek og andre barn. Man legger vekt på barnets forhold til søsken, til foreldre (og andre betydningsfulle personer, besteforeldre/lærer) og til seg selv⁹.

Hvis man opplever at konfliktnivået blir for stort mellom foreldrene, og at de innledende møter er i ferd med å låse seg, kan det være en fordel å være to medarbeidere.

Lekeobservatøren møter først barnets foreldre, hvor han/hun gjør rede for lekeobservasjonen, hva den går ut på og dens hensikt. Med utgangspunkt i de problemstillinger møtene med foreldrene har brakt fram så langt, vil lekeobservatøren gjøre seg bedre kjent med barnets andel og forsøke å forstå hva barnet strever med for egen del.

Hvis man finner indikasjon for en lekeobservasjon, settes timeavtalene opp, både for lekeobservasjonen og tilbakeliveringssamtalen. Hvis barnet ved første møte er engstelig for å være alene med lekeobservatøren, kan en av foreldrene følge barnet inn i lekeobservasjonsrommet og bli der til barnet føler seg trygg nok til å være alene med observatøren. Utrygge foreldre kan også lettere overlate barnet til en fremmed lekeobservasjonssituasjon ved å bli kjent med lekerommet. Især med små barn kan dette lette motivasjonsarbeidet med engstelige foreldre både for lekeobservasjon og for en ev. terapi siden.

Indikasjoner – kontraindikasjoner

Lekeobservasjon er indisert når symptomene har vart lenge, og hvor psykologisk strukturendring, utviklingsstans eller skjevutvikling synes å ha funnet sted^{10,11}.

Et nødvendig og motiverende foreldrearbeid må først finne sted for å klargjøre indikasjonene for en lekeobservasjon. Der barnet er i en annen omsorg, vil disse omsorgspersonene tre inn i foreldrenes sted. Det er viktig å være oppmerksom på når foreldrene og barnet er rede til å gjøre avtaler om lekeobservasjonen⁸. En innledende foreldresamtale kan være det foreldrene trenger for å klare seg videre på egen hånd. Kortvarige situasjonsbetingede problemer (søskenfødsel, flytting/bytte av skole, ulykker) kan føre til forbigående symptomer hvor foreldrerådgivning kan være tilstrekkelig.

Man må skjelle mellom utenforstående som er motivert på barnets vegne, og foreldre/barnets motivasjon. Det er foreldrene, eller de som trer inn i foreldrenes sted, som er våre oppdragsgivere.

Man kan oppleve at utrygge foreldre ønsker mer kontroll over utredningen. De blir mer opptatt av å trygge seg selv enn av å se og forstå barnets problem. De vil for eksempel ha innsyn i hva som foregår i timene, ev. være til stede og se på. Det er da behov for et lengre innledende foreldrearbeid.

Foreldrenes egne problemer kan noen ganger plasseres på barnet og komme fram som et ønske om at det er barnet som må "få behandling", og at noe må gjøres med barnet straks. Motstanden hos foreldrene til å se på sine egne problemer, mot å se på underliggende motiver, kan være stor. Dette er en relativ kontraindikasjon som forutsetter mer omfattende foreldrearbeid før en kan vurdere at det foreligger en indikasjon for lekeobservasjonen. Hvis det vurderes en terapi i fortsettelsen, må foreldrene være informert om hva en terapi innebærer på forhånd. De må vite hva det innebærer av timeavtaler og oppfølging; at en oppfølging er gjennomførbar. Hvis de ikke er med på dette, må indikasjonen for lekeobservasjonen grundig vurderes. Noen barn har med seg en historie med mange relasjonsbrudd, og man skal ha tenkt nøye gjennom hva man kan tilby av behandling etter en lekeobservasjon.

Lekeobservasjonen må ikke bli et nytt forhåpningsfullt møte som fører til et smertefullt brudd. Hvis man ikke har noe å tilby etterpå, må man vurdere sterkt om det ikke er kontraindisert å gjennomføre en lekeobservasjon⁴.

I enkelte situasjoner blir lekeobservasjonen ofte starten på et terapiforløp; underveis i lekeobservasjonen kan barnet formidle, direkte eller indirekte, et sterkt behov og/eller ønske om en fortsettelse. Faren for et indre sammenbrudd er overhengende og kan gi varige strukturelle endringer og skjevutvikling. Det foreligger en prekær indikasjon for psykoterapi¹².

Lekeobservasjonsrommet – lekematerialet

Lekeobservasjonsrommet må ha plass nok for makrolek, rollelek og i noen grad for fysisk utfoldelse.

Et arbeidsbord, stol(er) i riktig størrelse, en benk eller sofa, flere puter og pledd bør være en del av inventaret. Videre kan rommet ha en vask/utslagsvask (hvor vannet kan stenges) og ev. en sandkasse (med lokk). Lekematerialet er et proaktivt materiale (f.eks. "hele verden"-materiale) som enten er lagt ut og sortert i hyller i et "hele-verden"-skap med låsbar dør eller lagt ut i en terapikasse eller skuff som barnet disponerer under lekeobservasjonen, og som blir tatt vare på og beskyttet (låsbart) i forhold til andre barn. Mange vil velge å ha med et dukkehus og/eller en kjøkkenkrok. Rommet bør ikke domineres av ting; lekeobservatøren skal ikke fremstilles som en snill giver.

Velger man å gi barnet en skuff eller kasse, kan "hele-verden"-skapet stenges. Noen få utvalgte dyrefamilier bestående av ville og tamme dyr samt noen små og litt større biler, fly, båter og klosser kan da erstatte dette. I tillegg bør man ha med skrivesaker, tegne- og malesaker, formingsmateriale (plastelina i forskjellige farger), lim/tape, saks, hyssing, og mennesker i forskjellige generasjoner og kjønn, enten som dukker eller hånddukker.

Valg og tilrettelegging av lekemateriale gjøres på forhånd, tilpasset det enkelte barnet, avhengig av alder/utviklingsnivå, og forventet impulsiv atferd. Et barn behøver ikke være særlig kaotisk før det reagerer med utagering og grenseutprøving hvis lekerommet er pålesset med leker og utstyr som står framme. Man bør ha en mulighet for å rydde unna det meste av utstyret for å skjerme barnet mot overstimulering¹³.

Lekeobservasjonsrommet skal være ryddet. Tegninger og formingsmateriale fra andre barn skal ikke ligge framme. Rommets innhold og utseende skal være nøytralt før hver time. At andre barn også kommer hit, må ikke bli en konkret realitet. Det ville være å fremprovosere unødig sjalusi og rivaliseringsreaksjoner. Det viktige er at lekerommet og lekematerialet gir rom for uttrykk og kommunikasjon¹⁴.

Lekeobservatørens holdning – muligheter og begrensninger

Vår faglige fungering, vår evne til å analysere og forstå det som skjer, og vår samhandling med foreldrene og/eller barnet vil være avhengig av hvor mye vi selv tåler av angst, smertefulle følelser og forvirring som blir mobilisert i denne situasjonen. Veiledning og egenerapi hjelper oss til å bruke egne følelser, fantasi og tenkning til å forstå og hjelpe barnet¹⁵.

Lekeobservasjonen er ikke terapi, den er en tidsavgrenset kontakt hvor man blir bedre kjent med hva symptomene representerer hos dette barnet, i mellommenneskelige relasjoner og på det indre plan, og en erfaring i hvordan det er å være sammen med dette barnet.

Observatørens hovedretningslinje ved tilretteleggelsen er at barnet får utfoldet og meddelt seg i meningsfylt kommunikasjon med observatøren så langt det er mulig¹². Vår holdning skal være åpen og vennlig, ikke påtrengende, men etter hvert spørrende eller undrende i 2. time og mer samtale/samlek i 3. time (siste). Vår instruksjon til barnet før leken åpner opp for friere lekeutfoldelse enn når barnet f.eks. er hjemme, og man bør gjøre barnet (og foreldrene) oppmerksomme på dette. Vi er opptatt av å bli kjent med barnets følelser og hvordan det opptrer i en relasjon. Barnet får vite at det kan bruke de lekene det har lyst til (av det vi har lagt til rette for barnet på forhånd), og leke det det vil. Vi sier fra når det gjør noe som ikke er lov (f.eks. ødelegge inventar, farefull opptreden, skade seg selv eller observatøren). Vi kommer ikke til å si så mye, men følge med for å forstå.

Hva man sier til barnet i begynnelsen bør være kort og lettfattelig, som for eksempel:

- Hva du som observatør vet om den situasjon og atferdsvansker barnet strever med.
- At du og barnet skal møtes for å bli bedre kjent med de følelser barnet strever med (i den forbindelse); f.eks. angst eller sinne.
- At du er sammen med barnet på denne måten for å kunne forstå.
- At du og barnet skal møtes de avtalte timene, samt at du skal ha et møte sammen med foreldrene etterpå for å snakke sammen.

De tre avtalte timene vil formodentlig være tilstrekkelig til at man kan si noe tydeligere om hva som er det enkelte barns vansker på det indre og mellommenneskelige plan, om nødvendig kan man forlenge observasjonen med en time.

Tilbakelevering

Det hører med til lekeobservasjonen at foreldrene – og barnet – får noe igjen fra våre observasjoner. Vi anbefaler å gjøre en oppsummering sammen med barnet mot slutten av siste lekeobservasjonstime. Hva vi gir tilbake til foreldrene, vil avhenge av hva foreldrene er rede til å ta imot, forstå og nyttiggjøre seg. I tilbakeleveringssamtalene bør vi tilstrebe å få til en dialog med foreldrene. I beste fall kan vi få til et samarbeid hvor vi sammen kan se på både positive sider og problemer hos barnet. Det kan være viktig å etablere en god allianse ved å begynne med å legge vekt på barnets ressurser og positive sider. Vi må bestrebe oss på å se og forstå at barnets vansker og problemer kan ha sammenheng med aktuelle og tidligere opplevelser og erfaringer.

I denne sammenheng er det foreldrene og barnet som er våre oppdragsgivere, og som kan gi oss sin beskrivelse av problemene. Det er viktig at foreldrene får bestemme om de vil ta imot det vi gir tilbake, og om de vil delta i det behandlingstilbudet som vi foreslår.

Lekeobservasjonens rapport

Lekeobservasjonen er først og fremst en klinisk undersøkelsesmetode, og det er flere spørsmål som en ønsker at lekeobservasjonen skal kunne gi svar på, og som skal nedfelles i en rapport. Rapporten skal også kunne ut i et forslag til videre tiltak. Vi er ikke bare interessert i å beskrive en svikt i barnets utvikling og mellommenneskelige fungering, men også få tak på ressurser. Lekeobservasjonen gir grunnlagsmateriale for vurdering av diagnose, prognose og egnethet for psykoterapi, samt for det videre arbeidet med barnet og familien.

Som klinisk iakttaker har man også gode muligheter for å vurdere ev. tegn på nevropsykologiske forstyrrelser. Forstyrrelser i kontaktevne (evne til å være i en relasjon), kommunikasjon (verbalt/non-verbalt) og evne til symbolsk lek er viktige parametre. Disse kan gi indikasjoner til mer spesifikke undersøkelser og tester (projektive og kognitive tester). Vi vurderer også barnets syn og hørsel, grov- og finmotorikk og kroppsbeherskelse som en viktig tilleggsinformasjon i det diagnostiske arbeidet. Lekeobservasjonen kan ikke erstatte andre undersøkelser som f.eks. den somatiske undersøkelsen, nevropsykologiske undersøkelser eller en pediatrik/nevrologisk undersøkelse.

Disposisjon for rapport

Vi gir et forslag til en mal for en fullstendig rapport. En videre utskrift av rapporten må tilpasses formål og adressat.

Rapporten redegjør kort for henvisning og bestilling (oppdragsgiver, oppdragets problemstillinger og hensikten med undersøkelsen samt hvilke medarbeidere som er med i saken).

Videre beskrives hva rapporten bygger på, og hvorledes informasjonen er fremkommet. Forhåndskontakt med skole/foreldre/familie beskrives. Antall timer med barnet alene og tidspunkt for undersøkelsen angis. Relevante anamnesticke opplysninger fra nåværende og tidligere livsomstendigheter og barnets utviklingshistorie oppsummeres kortfattet.

Fra lekeobservasjonen:

1. Beskrivelse av pasienten: Utseende, blikk, væremåte, bevegelse/motorikk, holdning/tonus, pust og kroppsspråk.
2. Beskrivelse fra timene: Timenes innhold beskrives kortfattet med vekt på sentrale tema. Man legger vekt på timenes oppstart, gjennomføring og timenes avslutning.
3. Beskrivelse av forskjellige parametre:
 - Kontaktevne og kontaktfunksjon vis-a-vis observatøren.
 - Lekeevne, lekens form og bruk av lekemateriale. Stillstand eller evne til symbolisering.
 - Indre konflikter uttrykt i lek.
 - Språk; evne til å både uttrykke seg og forstå. Vurdering av intelligens.
 - Affekter (aggresjon, angst, glede, ømhet, skam, hemmethet, skyld, lyst, sorg, etc.).
 - Impulskontroll og bruk av avverger/forsvar: Modenhet av avverge/forsvarsstrategier (jegstyrke). Utviklingsfase/utviklingsnivå ut fra valgt teoretisk psykodynamisk modell (egopsykologisk, selv-psykologisk, relasjonell, utviklingsteoretisk og/eller objektreasjonsteoretisk modell).
 - Selvbilde, selvoppfatning. Identitet og kjønnsidentitet.
 - Mentaliseringsevne.
 - Tilknytningsmønster.
 - Ressurser.

I det ovennevnte ligger en dokumentasjon på hva vi bygger våre konklusjoner på. En kan ofte ikke uttale seg om alt dette, men listen kan gi observatøren momenter som en ev. kan besvare. De forskjellige parametre omfatter begreper i den psykodynamisk teorimodell som observatøren forankrer sine observasjoner i.

4. Konklusjon.

Konklusjonen bør bestå av et kort sammendrag av hovedpunktene over. Der det framkommer motstridende informasjon, bør det påpekes og kommenteres. I konklusjonen bør man tilstrebe en psykodynamisk formulering; en hypotese om forholdet mellom barnets symptomer / funnene fra observasjonen og de psykodynamiske sammenhenger. Dette omfatter utløsende hendelser, formative erfaringer, samspillsmønstre og intrapsykiske konflikter¹⁶. Barnets hoved- og bidiagnoser ut fra ICD-10 angis. Til sammen er dette med på å styre en behandlingsplan. Det gis en beskrivelse av aktuelle behandlingsforslag forankret i lekeobservasjonen.

Til slutt bør man angi barnets prognose med og uten.

Litteratur

1. Alvarez, A. & Phillips, A. (1998). The Importance of Play: A Child Psychotherapist's View. *Child Psychology & Psychiatry Review*, 3 (3): 99-103.
2. Kernberg, P. (1983). Childhood and Adolescent aspects. I: Robson, K.S. (Ed). *The Borderline Child: The Approaches to Etiology, Diagnosis, and Treatment*. New York: McGraw-Hill Book Company.
3. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.
4. Auestad, A-M. (1978). Lekeobservasjon som klinisk observasjonsmetode. *Tidsskr. Nordisk psykologi*, 1: 22-36.
5. Alvarez, A. (1988). Beyond the Unpleasure Principle: Some Preconditions for Thinking Through Play. *J Child Psychother.*, 14(2): 1-13.
6. Winnicott, D.W. (1971). *Playing and Reality*. London: Tavistock, 1994.
7. Bion, W.R.(1962): The Psycho-Analytic Study of Thinking. *Int. J. Psychoanal.*, 43: 306-310.
8. Senstad, B., Johansen, R. (2007): Foreldrearbeid; Når barnet går i psykoterapi med focus på teamarbeid og samarbeid med foreldre. *Mellanrummet*, 16: 88-101.
9. Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Routledge.
10. Auestad, A-M. (1998). Psykodynamisk Psykoterapi. De teoretiske røttene. I: M. Kjær (Red.). *Reisefølge I barndommens rike. Psykoterapi med barn* (s. 23-31). Oslo: Nr.7 i skriftserien fra NWI. Kommuneforlaget.
11. Johansen, R.& Sleire, B.H. (1998). Psykoterapi av barn i BUP (s. 54-63). I: M. Kjær (Red.). *Reisefølge i barndommens rike. Psykoterapi med barn*. Oslo: Nr.7 i skriftserien fra NWI. Kommuneforlaget.
12. Leira, T. (1993). Psykoanalytisk barneterapi – noen synspunkter. *Tidsskr No Psykol.*, 30: 20-29.
13. Sternberg, J. (2006). Not simply "doing"; Thoughts from the literature on technique. I: Lanyado, M. & Horne, A. (Eds). *A Question on Technique*. London: Routledge.
14. Joseph, B. (1998). Thinking About a Playroom. *Journal of Child Psychotherapy*, 24(3): 359-66.
15. Auestad, A-M. (1992). Om Emosjonell Læring. *Tidsskr No psykol*; 29: 921-929.
16. Perry, S., Cooper, A.M. & Michels, R. (1987). The Psychodynamic Formulation: Its Purpose, Structure, and Clinical Application. *Am J Psychiatry*, 144:543-550.

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010

Instrumenter som bidrag ved diagnostikk

Sonja Heyerdahl og Torunn Stene Nøvik

Generelt om instrumentenes rolle i klinikken

Sonja Heyerdahl og Torunn Stene Nøvik

Standardiserte spørreskjema / skåringsskjema og psykiatrisk intervju brukes i klinisk praksis for å systematisere vurderingen av barnepsykiatriske tilstander og symptomer.

I Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, utgitt av Helsedirektoratet i 2008¹, anbefales det at poliklinikken systematisk benytter standardiserte instrumenter: "En viktig begrunnelse for bruk av diagnostiske hjelpemidler er at fagpersonen blir veiledet til å spørre om og vurdere hele spekteret av symptomer og funksjoner."

Bruk av standardiserte metoder: intervju, spørreskjema og skåringsskjema bidrar til systematisk innhenting av informasjon. Dette kan inkludere informasjon som er klinisk viktig, men som ikke er en del av problemstillingen ved henvisning. I det barne- og ungdomspsykiatriske feltet innebærer diagnostikk en omfattende, fleksibel og detaljert utredning i en empatisk ramme i forhold til det enkelte barn og foreldrene, se også denne veilederens kapittel 1. De standardiserte intervjuene og spørreskjemaene kan ikke alene gi et godt nok bilde av følelser, personlighetsfaktorer, mestringsstrategier og den sosiale kontekst som vanskene har oppstått innenfor. De har imidlertid sin klare plass som hjelpemidler i en systematisk utredning. Kartlegging av psykisk helse og psykososial tilpasning må sees i sammenheng med aksene i den multiaksiale klassifisering, kfr. kapittel 1.

Spørreskjema og klinikerskåring kan brukes til forskjellige formål i den kliniske prosess. De gir systematisk informasjon i den diagnostiske fasen, men kan også være egnet til å følge forløp under behandling. Dette forutsetter at man velger skjema som passer i forhold til barnets problemer, og som er sensitive for forandring. Generelt må metodene ha gode psykometriske egenskaper (reliabilitet og validitet), men de må også å være anvendelige i klinikken og brukervennlige.

For klinikkledelsen vil systematisk informasjon med strukturerte metoder med gode psykometriske egenskaper å gi viktig informasjon om institusjonens virksomhet, både pasientsammensetning og ev. pasientforløp.

De som skal bruke denne type metoder, må ha nødvendig kompetanse i bruk av dem. Nødvendige manualer, skåringsark og ev. programvare må være lett tilgjengelig for å sikre kvalifisert bruk. Spørreskjema/sjekklistene gir oftest kvantitative mål som sammenlignes med normer eller befolkningsutvalg. Det er viktig om metodene er prøvet ut i Norge, ev. i Norden, slik at vi har relevante data fra befolkningsutvalg.

PsykTestBarn

PsykTestBarn er et norsk elektronisk tidsskrift som utgir artikler om måleegenskaper for norske versjoner av tester og kartleggingsverktøy for å undersøke psykisk helse, psykososiale problemer, evner og ferdigheter hos barn og ungdom. Hensikten er å gi en oversikt over norske versjoner av tester og kartleggingsverktøy for barn og unge, vurdere måleegenskapene og dermed bidra til informerte valg av tester og kartleggingsverktøy i praksisfeltet. Ansvarlig for tidsskriftet og nettstedet er RBUP Øst og Sør i samarbeid med de regionale kunnskapsentrene for barn og unge (RKBU Nord, RKBU Midt og RKBU Vest). Vurderingene gjøres systematisk, og alle relevante publikasjoner fra studier

som bruker instrumentene i Norge, inkluderes. Pr. mai 2014 er 31 instrumenter vurdert, og 8 er under vurdering. Dette er en viktig kilde til dokumentasjon på hvordan instrumentene fungerer under norske forhold, og ikke minst om man har norske normer.

Bruk av flere informanter

Standardisert informasjon fra flere informanter (oftest foreldre, lærere, barn/ungdom) gir supplerende informasjon fra forskjellige perspektiver og sammenhenger. Det er vel kjent at informasjonen som gis fra ulike informanter, samsvarer i relativt liten grad². Dette skyldes at informantene kjenner barnet/ungdommen fra ulike situasjoner; de har ulik relasjon til barnet, og de vurderer ofte også ulikt. F.eks. kan foreldre og lærere ha ulikt syn på hva de oppfatter som avvik, og ungdom kan oppleve sine problemer svært forskjellig fra omgivelsene.

Når man bruker spørreskjema fra flere informanter, kommer ulikhetene i vurdering frem, hvilket er et viktig bidrag. Vi vil derfor anbefale sterkt at man innhenter systematisk informasjon fra flere informanter, gjerne også foreldre uavhengig av hverandre, og at man bruker aktivt informasjonen om likhet og ulikhet i de forskjellige informantenes opplysninger.

Referanser:

1. Helsedirektoratet. Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. 2008: IS- 1570. Oslo: Helsedirektoratet; 2008.
2. Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT. Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychol Bull.* 1987 Mar;101(2):213-32.

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010, 2014

Spørreskjema

Sonja Heyerdahl og Torunn Stene Nøvik

Kriterier for valg av spørreskjema

I Rutters lærebok i barne- og ungdomspsykiatri (2010) har Verhulst og Van der Ende et godt kapittel om "Using rating scales in a clinical context"¹. Her angir de åtte spørsmål som er relevante når man skal velge spørreskjema:

- Trenger jeg en skala som er bredspektret, eller mer spesifikk?
- Vil jeg bruke flere informanter?
- Skal jeg bruke skalaen for alle som kommer inn i institusjonen, eller som ledd i en mer omfattende vurdering av noen?
- Trenger jeg en kort skala for vurdering av endring under behandling?
- Vil jeg ha vurdering av problemer eller også kompetanse/ferdigheter?
- Vil jeg ha en vurdering som gir resultater som passer til diagnostiske kriterier?
- Foreligger instrumentet i norsk oversettelse?
- Er norske normer tilgjengelig?

Vi tilføyer:

- Har instrumentet vist seg å være reliabelt og valid? For "min" gruppe barn?

Generelle spørreskjema

3.2.1 Achenbach System of Empirical

ASEBA-spørreskjemaene er blant de hyppigst brukte standardiserte instrumenter for å innhente informasjon om sosiale ferdigheter, følelsesmessige vansker og atferdsvansker hos barn og ungdom^{2,3}. De har vært i utstrakt bruk i Norge siden tidlig på 1990-tallet. I PsykTestBarns vurdering av CBCL i 2012⁴ fant forfatterne 68 publikasjoner hvor CBCL var brukt på norske utvalg av barn. Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatri (NFBUI) gjorde i 2007 en kartlegging av bruk av spørreskjema og intervju i norske poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, og ASEBA-skjemaene var de metodene som var best kjent og mest brukt.

ASEBA-systemet har spørreskjema som fylles ut av foreldre, lærere og ungdom. Skjema for barn i skolealder (6–18 år) er mest brukt: Child Behavior Checklist (CBCL) for foreldre, Teacher Report Form (TRF) og Youth Self Report (YSR), som fylles ut fra 11 år. Tilsvarende skjema foreligger for førskolebarn 1,5–5 år, til bruk for foreldre og førskolelærer. Det finnes også skjema for voksne, både selvrappportskjema og skjema som kan fylles ut av partner eller andre. I tillegg til spørreskjemaene foreligger også skjemaer for direkte observasjon i skole- eller annen strukturert situasjon (Direct Observation Form). Skjemaene dekker problemer og kompetanseområder. De skåres i et eget pc-program. Resultatene fremstilles som profiler som baserer seg på empirisk baserte syndromer, alternativt DSM-orienterte skalaer. Problemene summeres opp til skåre for internaliserende problemer, eksternaliserende problemer og totale problemer. Resultatene for de ulike informanter som har fylt ut skjema, sammenlignes og sammenlignes med referansemateriale. Det er nylig gjennomført et omfattende arbeid med å etablere multikulturelle normer⁵. Det innebærer at data fra befolkningsutvalg er samlet fra mange land, bl.a. Norge⁶.

CBCL og TRF er vurdert av PsykTestBarn, mens YSR er under evaluering. PsykTestBarn oppsummerer i sin vurdering for CBCL "Selv om den totale dokumentasjonen virker lovende, må instrumentet brukes med en viss forsiktighet, og mer forskning er ønskelig, spesielt for den yngste aldersgruppen." For TRF var konklusjonen lignende. For CBCL er

det nasjonale normgrunnlaget begrenset på grunn av lokale populasjoner med lav til moderat svarprosent og svært varierende utvalgsstørrelser. Den norske versjonen av TRF har ett nasjonalt normgrunnlag⁷, ett for Møre og Romsdal⁸.

Kortversjoner av ASEBA-instrumentene (Brief Problem Monitor-BPM) er nylig utviklet⁹. Disse inneholder 19 testledd fra CBCL (BPM-P for foreldre) og YSR (BPM-Y for ungdom) og 18 testledd fra TRF (BPM-T for lærere). Som for de andre ASEBA-skjemaene skåres internaliserende, eksterntiserende og totale problemer. BPM egner seg for gjentatt bruk under et behandlingsforløp. Skalaene korrelerte høyt med de tilsvarende skalaene i de lange versjonene av instrumentene for alle informanter (Richter. Submitted for publication).

Fordeler med ASEBA-skjemaene er at man får en bred vurdering av kompetanse og problemer, med resultater fra flere informanter. Det ligger et stort metodearbeid bak, og det er versjoner for alle aldre fra 1,5 år. For skolebarn kan man nå bruke kortversjonene BPM ved oppfølging. Dette gir nye muligheter for bruk under et behandlingsforløp, men det er foreløpig ikke erfaringer om hvordan dette fungerer.

3.2.2 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ, 10) er et kortfattet spørreskjema med 25 ledd (5 delskalaer): Det er fire problemskalaer: Atferdsproblemer, hyperaktivitet – oppmerksomhetsproblemer, emosjonelle symptomer og venneproblemer. I tillegg er det en skala som kartlegger prososial atferd. Spørreskjema foreligger i foreldre- og lærerversjon for barn og ungdom i alderen 4–16 år og i en selvutfyllingsversjon for ungdom i alderen 11–16 år. Det er også et kortfattet tillegg til foreldre/lærer-skjema med spørsmål om vanskenes betydning (impact supplement). Det foreligger en litt modifisert versjon for barn 3–4 år og en egen versjon for oppfølging etter behandling. Denne har med to spørsmål om behandlingen.

SDQ ble først publisert i 1997 og er brukt i svært mange studier, både internasjonalt og i Norge. I Norge og Norden er det publisert data fra mange befolkningsutvalg^{11,12}. PsykTestBarn angir for SDQ-selvrapport (SDQ-S) at 20 publikasjoner rapporterte data fra store befolkningsstudier med til sammen 39 571 deltakere i Oslo, Akershus, Bergen, Nord-Trøndelag og Nord-Norge. Dette innebærer at det er regionale normdata, som varierer noe mellom regionene, men det mangler nasjonale normer. PsykTestBarn konkluderer med at det ikke er dokumentert gode nok egenskaper for å fange opp ungdom med psykiske helseproblemer til at SDQ-S kan anbefales som screening-instrument. For øvrig støtter resultater opp om instrumentets begrepsvaliditet, men reliabilitet, målt ved indre konsistens, er noe utilfredsstillende for flere av underskalaene. De to andre SDQ-versjonene, for foreldre og lærere, er under evaluering av PsykTestBarn.

Flere poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge bruker SDQ systematisk, blant annet for å få et mål for psykisk helse som egner seg for å vurdere endring i barnets vansker. Fordeler med SDQ er at skjemaene er kortfattede, og resultater fra flere informanter kan sammenfattes. SDQ kan benyttes sammen med DAWBA (Development and Well-being Assessment)-intervjuet. De egner seg til gjentatt bruk og derfor til å vurdere forløp under behandling. En ulempe er at SDQ ikke gir noen utfyllende vurdering for barn som henvises til barnepsykiatrien.

3.2.3 Livskvalitet

Barnas livskvalitet er en viktig dimensjon for barn med kroniske lidelser. I forhold til barn med somatiske lidelser, har det vært et sterkt fokus på livskvalitet og målemetoder for livskvalitet. På dette feltet er det mindre tradisjon i psykiatrien. Thomas Jozefiak ved RKBU Midt-Norge har prøvet ut to spørreskjema for å vurdere livskvalitet for norske forhold: Inventory of Life Quality (ILC) og Kinder Lebensqualität Fragebogen (KINDL)¹³. I tillegg prøver Høgskolen i Oslo ut et EU-utviklet instrument, Kidscreen. I forhold til barn med somatiske lidelser er Child Health Questionnaire (CHQ) mye brukt. PsykTestBarn har vurdert ILC og KINDL. For begge instrumentene var det begrenset dokumentasjon, men de

ble vurdert som lovende. For ILC foreligger det norske normer fra Sør-Trøndelag. CHQ og Kidscreen er under evaluering av PsykTestBarn.

3.2.4 Adaptiv funksjon

Vineland Adaptive Behavior Scales (Vineland ABS) er et meget brukt amerikansk kartleggingsinstrument for vurdering av adaptiv atferd (daglige aktiviteter som kreves for å klare seg på egen hånd, personlig og sosialt). Det brukes spesielt for personer med utviklingsforstyrrelser og vil også være nyttig i psykisk helsevern for denne gruppen. Vineland-II er en omfattende revisjon, publisert 2005, med skandinavisk tilpasning og normering 2011. Den skandinaviske Vineland-II er gitt ut i tre versjoner: et intervju-skjema og et spørreskjema for foreldre (foreldreskjema) med skandinaviske normer, og et lærerskjema. Adaptiv atferd vurderes innenfor fire brede domener (indekser) for aldersgruppen 2–21 år: kommunikasjon, dagliglivets ferdigheter, sosiale ferdigheter og motorikk (< 7 år). Funnene summeres til Generelle adaptive ferdigheter.

Vineland II er vurdert av PsykTestBarn som finner at det ikke ennå er relevante norske publikasjoner som bruker metoden. Manualen viser at den skandinaviske utgaven har et godt normeringsgrunnlag og gode psykometriske egenskaper.

3.2.5 Brukererfaringer

Det er stor interesse for hvordan brukernes synspunkter kan brukes for å forbedre praksis. Mange institusjoner kartlegger brukernes erfaringer med tjenestene som tilbys. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har nå som en av sine funksjoner å gjennomføre brukerundersøkelser (PasOpp-undersøkelser). Kunnskapssenteret har utviklet skjema for bruk i poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, og det er planer om regelmessige nasjonale undersøkelser. Skjema er fritt tilgjengelig og kan lastes ned fra nettet. I 2006 ble det gjennomført undersøkelse av foresattes vurderinger av tilbudet ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Hvis man benytter skjema som brukes i disse undersøkelsene, vil man ha grunnlag for sammenligning med andre institusjoner og over tid. Det er også utviklet et kortfattet spørreskjema i England, som brukes av en del norske poliklinikker: Commission for Health Improvement: Experience of Service Questionnaire CHI-ESQ.

I klient- og resultatstyrt terapi (KOR) bruker man spørreskjema som gir tilbakemeldinger fra brukerne hver terapitime som et hjelpemiddel for å forbedre terapien. Det er et norsk nettverk av terapeuter som arbeider med denne tilnærmingen, kfr. [Regionsenter for barn og unges psykiske helse](#). Child Outcome Rating Scale (CORS) og Session Rating Scale (SRS) er instrumentene som brukes av dette nettverket¹⁴. CORS er vurdert av PsykTestBarn som ikke fant noen dokumentasjon for måleegenskapene ved de skandinaviske versjonene av denne metoden.

Referanser

1. Verhulst FC, Van der Ende J. Using rating scales in a clinical context. I: Rutter M, et al, red. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. 5. utg. Malden (MA): Blackwell Publishing; 2008. s. 289-98.
2. Achenbach TM, Becker A, Döpfner M, Heiervang E, Roessner V, Steinhausen HC, Rothenberger A. Mult cultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. J Child Psychol Psychiatry. 2008 Mar;49(3):251-75.
3. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles. Burlington (VT): University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families; 2001.
4. Psyk test barn CBCL
5. Achenbach TM, Rescorla LA. Multicultural Supplement to the Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles. Burlington (VT): University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families; 2007.

6. Nøvik TS. Validity of the Child Behavior Checklist in a Norwegian sample. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1999 Dec;8(4):247-54.
7. Norm Sør-Trøndelag
8. Norm Møre
9. ASEBA BPM
10. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997 Jul;38(5):581-6.
11. Obel C, Heiervang E, Rodriguez A, Heyerdahl S, Smedje H, Sourander A, et al. The Strengths and Difficulties Questionnaire in the Nordic countries. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004;13(Suppl 2):II32-9.
12. Van Roy B, Grøholt B, Heyerdahl S, Clench-Aas J. Self-reported strengths and difficulties in a large Norwegian population 10-19 years : age and gender specific results of the extended SDQquestionnaire. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006 Jun;15(4):189-98.
13. Jozefiak T, Larsson B, Wichstrom L, Mattejat F, Ravens-Sieberer U. Quality of Life as reported by school children and their parents: a cross-sectional survey. *Health Qual Life Outcomes*. 2008 May 19;6:34.
14. Duncan BL, Miller SD, Sparks JA. *The Heroic Client: A Revolutionary Way to Improve Effectiveness Through Client-Directed, Outcome-Informed Therapy*. Rev. utg. San Francisco: Jossey-Bass; 2004.

Linker

Helsebiblioteket har eget emnebibliotek for Psykisk helse, hvor det også er informasjon om kartleggingsverktøy og muligheter for nedlasting av skåringsverktøy

For nærmere informasjon om de enkelte spørreskjema henvises til

[Psyk TestBarn](http://www.psyktestbarn.no/cms/ptb.nsf): <http://www.psyktestbarn.no/cms/ptb.nsf>

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010, 2014

Skåringsskjema

Sonja Heyerdahl og Torunn Stene Nøvik

Klinikeres vurdering kan også sammenfattes i skåringsskjema. Klinikere som skal bruke skåringsskjema, bør ha opplæring, slik at skåringene blir pålitelige. Uten standardisert opplæring kan det lett etableres ulike standarder for skåring som baserer seg på klinisk vurdering.

3.3.1 Children's Global Assessment Scale (CGAS)

Den diagnostiske vurderingen av barnet/ungdommen sammenfattes som en flerdimensjonal diagnose. I det multiaksiale diagnosesystemet skåres barnets/ungdommens funksjonsnivå (akse 6) nå ved å bruke Children's Global Assessment Scale (CGAS,¹).

CGAS er utviklet for barn og ungdom fra 4–16 år (brukes også for eldre ungdommer) og er svært mye brukt internasjonalt. Barnets eller ungdommens laveste funksjonsnivå siste måned skåres. Skåringen går fra 1 (laveste) til 100 (høyeste funksjon). Det foreligger kliniske eksempler som hjelpemiddel for forankring av skåringen. CGAS er erfaringsmessig lett å lære. Opplæring er viktig for å sikre lik bruk av skalaen. Måling av funksjon er et viktig supplement til annen vurdering. Skalaen brukes både i klinikk og forskning i Norge og internasjonalt. Fordeler ved CGAS er at skalaen er enkel å bruke og funksjonsnivå er et meget relevant mål, som også egner seg som endringsmål. En ulempe med skalaen er at den er et grovt mål. Hanssen-Bauer og kolleger undersøkte om skårere var enige i sine CGAS-vurderinger og fant moderat grad av enighet (intraklassekorrelasjon 0,61). Målefeilen når man skårer enkeltpasienter, er ikke ubetydelig, og CGAS resultater må derfor tolkes med forsiktighet i vurderingen av det enkelte barn.

CGAS er under vurdering av PsykTestBarn.

3.3.2 Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA)

HoNOSCA er et skåringsskjema utviklet i Storbritannia som en enkel skala for vurdering av psykiske symptomer, problemer og sosial funksjon².

Bakgrunnen var at man i barnepsykiatrien i liten grad hadde egnede, brede resultatmål for å vurdere effekt av behandling. HoNOSCA er enkel å bruke. Kliniker skårer tretten områder (problemer, symptomer og funksjon) som summeres til en totalskåre. Utfyllingen tar ca 10 minutter for kliniker. Det foreligger også en versjon for selvrapport (foreløpig ikke oversatt til norsk). Inter-rater reliabilitet er funnet tilfredsstillende når vanlige klinikere bruker instrumentet³. HoNOSCA-skåring er sammenlignet med ASEBA, og det er rimelig godt samsvar for sammenlignbare skalaer³. Fordel med bruk av HoNOSCA er at vurderingen er rask og lett å gjennomføre; den er relativt bredspektret og klinisk relevant, og det finnes en selvrapportversjon for ungdom. Det kan være en ulempe at vurderingen baserer seg på klinikerens eget skjønn. HoNOSCA er vurdert av PsykTestBarn som konkluderer med at HoNOSCA har gode psykometriske egenskaper, men dokumentasjonen er basert på studier av en hovedforsker.

Referanser

1. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, Aluwahlia S. A children's global Assessment Scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry* 1983 Nov;40(11):1228-31.
2. Gowers SG, Harrington RC, Whitton A, Lelliott P, Wing J, Beevor A, Jezzard RA Brief Scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children: Health of the Nation Outcome Scales for children and Adolescents (HoNOSCA). *Br J Psychiatry*. 1999 May;174:413-6.
3. Hanssen-Bauer K, Aalen OO, Ruud T, Heyerdahl S. Inter-rater reliability of clinician-rated outcome measures in child and adolescent mental health services. *Adm Policy Ment Health*. 2007 Nov;34(6):504-12.

Linker

Helsebiblioteket har eget emnebibliotek for Psykisk helse, hvor det også er informasjon om kartleggingsverktøy og muligheter for nedlasting av skåringsverktøy.

For nærmere informasjon om de enkelte skåringsskjema, henvises til [Psyk TestBarn](http://www.psyktestbarn.no/cms/ptb.nsf): <http://www.psyktestbarn.no/cms/ptb.nsf>

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010, 2014

Intervjuer

Sonja Heyerdahl og Torunn Stene Nøvik

Psykiatriske intervjuer er laget for å motvirke svakhetene ved ikke standardisert klinisk intervju (se Kapittel 1). Intervjuene skiller seg ad i den fleksibilitet som intervjueren kan tillate seg i spørsmålsstillingen, lengde, hvilke diagnoser eller symptombilder som dekkes, og hvilken populasjon de er egnet for. Det kreves som regel at intervjuer har klinisk erfaring, kompetanse innen diagnostikk og trening i bruk av det aktuelle intervjuet. Alle intervjuene har fordeler og ulemper og intervjuer bør gjøre valg ut fra nærmere vurdering av problemstilling og populasjon. For en mer fullstendig fremstilling henvises til kapitlet om intervjuer i Rutter sin lærebok¹.

3.4.1 Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS DSMIV)

ADIS er et semistrukturert diagnostisk intervju basert på DSM-IV kriteriene og utviklet primært for å diagnostisere angstlidelser hos barn². Det oppdateres for DSM 5. ADIS er mye brukt internasjonalt både i forskning og klinisk arbeid.

Intervjuet inneholder spørsmål om angstlidelser som separasjonsangstlidelse, sosial fobi, spesifikk fobi, panikklidelse, agorafobi, generalisert angstlidelse, posttraumatisk stresslidelse og skolevegringsatferd.

Intervjuet inneholder også spørsmål om andre psykiske lidelser som kan opptre sammen med angstlidelser, som tvangslidelse, depresjon, ADHD, atferdsforstyrrelse, opposisjonell atferdsforstyrrelse og selektiv mutisme. I tillegg innhentes opplysninger om mer sjeldne lidelser, som schizofreni, rusmisbruk og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, men ikke tilstrekkelig til å kunne bekrefte disse diagnosene.

Gjennom intervjuet vurderes også grad av funksjonsforstyrrelse som skåres på en skala fra 0–8.

Fordelen med intervjuet er grundigheten når det gjelder spørsmål om angstlidelser hvor det er vektlagt at spørsmålene skal være sensitive og forståelige for barn. Det innhentes informasjon som er relevant i behandlingsplanlegging av angstlidelser. Samtidig innhentes også informasjon om andre vanlig forekommende tilstander i barne- og ungdoms-psykiatrisk arbeid, slik at intervjuet også kan være egnet til generell utredning.

Det er laget egne versjoner for bruk med foreldre og barn og ungdom i alderen 7–17 år, og det foreligger en manual som gir veiledning i vanlige spørsmål som kan oppstå ved bruk av instrumentet. Gjennomføringen av et intervju (foreldre eller barn) tar vanligvis fra 1,5 til 3 timer. For å bruke intervjuene er det en fordel å ha kompetanse innen diagnostikk. Intervjuet har vært brukt i noen norske forskningsprosjekter^{3,4}. ADIS er under vurdering av PsykTestBarn.

3.4.2 Child Assessment Schedule (CAS)

CAS er et semistrukturert intervju som egner seg for aldersgruppen 7–16 år⁵. Det er utviklet som et hjelpemiddel i klinisk vurdering, sekundært som et forskningsinstrument i barnepsykiatriske og pediatrike populasjoner. Den første delen av intervjuet er lagt opp som en vanlig klinisk samtale og har vist seg godt egnet til å skape kontakt med barn. Første del består av spørsmål om skole, venner, interesser og aktiviteter, familie, engstelse, bekymringer, selvfølelse, stemningsleie, opptatthet av kroppslige symptomer, uttrykksevne for sinne og symptomer på tankeforstyrrelser. Deretter stilles spørsmål om debut og varighet av symptomer. Intervjuer fyller til slutt ut en observasjonsdel. Intervjuet gir de fleste DSMIV diagnoser, men ikke tilstrekkelig informasjon til å kunne vurdere sjeldne lidelser som schizofreni og bipolar lidelse.

Fordeler med intervjuet er at det inneholder spørsmål som er egnet til å bli kjent med barnet eller ungdommen, og at det er godt egnet for yngre barn. Den siste utgaven er utvidet med spørsmål om posttraumatisk stress, dissosiativ lidelse og somatoforme tilstander av BUP-seksjon, Barneklubben, Rikshospitalet (2008). Det er dermed av spesiell interesse der det er aktuelt å spørre om disse tilstandene. En ulempe med intervjuet er at det har vært lite brukt i internasjonal forskning de siste årene. Intervjuet foreligger i en barne- og en foreldreversjon (P-CAS). Gjennomføringen av et intervju med foreldre eller barn tar vanligvis fra 1,5 til 3 timer. Intervjueren bør ha kompetanse innen diagnostikk. Det foreligger manual og retningslinjer for å etablere inter-rater reliabilitet mellom skårere. Intervjuet kan skaffes hos BUP-seksjon, Barneklubben, Rikshospitalet.

3.4.3 Development and Well-Being Assessment (DAWBA)

DAWBA ble utviklet på 1990-tallet i Storbritannia som et verktøy for å fange opp barne- og ungdomspsykiatriske tilstander for alderen 5–17 år⁶. Det finnes tre versjoner for foreldre, lærere og ungdom. Disse kan administreres enten manuelt eller via web (direkte på datamaskin på klinikken, eller 'online' hjemmefra).

DAWBA er laget for å kartlegge en rekke forskjellige lidelser, relevant bakgrunnsinformasjon og sterke sider. Det tar omtrent 50 minutter for foreldre å besvare skjemaet i en befolkningsgruppe, men en må forvente noe lengre tid i et klinisk utvalg. Lærerskjemaet tar litt kortere tid å fylle ut. Informasjon fra de ulike informantene slås sammen av et dataprogram som predikerer sannsynligheten for en eller flere diagnoser etter ICD-10 og DSM-IV, og produserer et summeringsark med denne informasjonen. Klinikeren bestemmer om datagenererte diagnoser skal aksepteres eller avvises basert på all informasjon om barnet eller ungdommen. Fordeler med DAWBA er kombinasjon av lave kostnader og enkelhet i innhenting av informasjon, med klinikervurdert diagnostikk og diagnosesetting. Ulemper kan være at klinikeren mister klinisk viktig informasjon som ville framkomme gjennom direkte kontakt med informanten gjennom hele intervjuet.

Det stilles krav om relevant opplæring og utdanning for å kunne anvende DAWBA. En manual gir veiledning i forhold til vanlige spørsmål som kan oppstå ved bruk av instrumentet. Ytterligere informasjon om DAWBA, norsk oversettelse og eksempler på utfylte intervjuer finnes på DAWBA's hjemmeside på internett.

DAWBA har vært vurdert av PsykTestBarn. Som grunnlag foreligger norske data både fra befolkningsutvalg⁷ og barn og ungdom henvist BUP⁸. Den norske versjonen av DAWBA vurderes å være et godt hjelpemiddel i arbeidet med diagnostisering av problemer innenfor psykisk helse for barn og unge. Foreliggende dokumentasjon tyder på at de datagenererte diagnosene kun bør brukes til omtrentlige prevalensestimater i forskningsøyemed

3.4.4 Kiddie-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children)

Kiddie-SADS er et bredt psykiatrisk semi-strukturert klinisk intervju⁹. Det finnes i flere versjoner tilpasset DSM-IV: Kiddie-SADS-PL (Present and Lifetime Version) finnes i norsk versjon. Intervjuet gir informasjon om nåværende og tidligere episoder av psykisk lidelse hos barn og ungdom i alderen 7–18 år og gir DSM-IV diagnoser for de fleste tilstandsbilder. Intervjuet er spesielt utviklet for å diagnostisere depresjon. Intervjuet består av et introduksjonsintervju, et screeningintervju med spørsmål om de fleste viktige problemområder og tilleggshefter med spørsmål om spesielle områder (angstlidelser, atferdsforstyrrelser, stemningslidelser, psykoser, stoffmisbruk og andre lidelser). Det kortfattede introduksjonsintervjuet etablerer kontakt med informanten og gir informasjon av generell karakter. Etter introduksjonsintervjuet foretas screeningintervjuet, før en går videre med eventuelle problemområder som peker seg ut i screeningintervjuet gjennom et eller flere av tilleggsintervjuene. Intervjuer skårer også CGAS (se ovenfor) for tidligere og nåværende episoder av psykisk lidelse. Både foreldre og barn intervjues. Gjennomføringen av et intervju (foreldre eller barn) tar vanligvis fra 1,5 til 3 timer.

Kiddie-SADS har flere fordeler i psykiatrisk vurdering. Det er laget for å romme innholdet i spesifikke diagnostiske kriterier og inneholder detaljerte spørsmål som er egnet til å få tak i klinisk viktig informasjon. Det er det eneste intervjuet som gir global og diagnosespesifikk svekkelse (impairment), noe som er viktig for å avgjøre "caseness". Det brukes hyppig i barne- og ungdomspsykiatrisk forskning i Norge^{10,11} og internasjonalt.

Det er utarbeidet retningslinjer for bruken av intervjuet. RKBU Midt-Norge har avtale om norsk copyright og ivaretar oppdatering og revisjon (koordinator er barnepsykiater Anne Mari Sund). Den norske versjonen fra 1997 er i 2009 revidert i tråd med en nyere amerikansk revisjon ved Boris Birmaher, University of Pittsburgh. Denne versjonen inneholder også spørsmål og tilleggsintervju om autisme spektrum tilstander. Bruken av Kiddie-SADS krever klinisk og diagnostisk erfaring og spesiell trening. Historikk og engelske versjoner finnes på hjemmesiden til University of Pittsburgh. Kiddie-SADS er under vurdering av PsykTestBarn.

Referanser

1. Angold, A. Diagnostic interviews with parents and children. I Rutter M, et al., red. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. 5. utg. Wiley-Blackwell:2010, s. 32-51
2. Silverman WK, Albano AM. The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child Interview Schedule. San Antonio (TX): Graywind Publications; 1996.
3. Villabø MA, Cummings CM, Gere MK, Torgersen S, Kendall PC. Anxious youth in research and service clinics. J Anxiety Disord. 2013 Jan;27(1):16-24.
4. Wergeland GJ, Fjermestad KW, Marin CE, Haugland BS, Bjaastad JF, Oeding K, Bjelland I, Silverman WK, Ost LG, Havik OE, Heiervang ER. An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. Behav Res Ther. 2014 Mar 31;57C:1-12.
5. Hodges K, McKnew D, Cytryn L, Stern L, Kline J. The Child Assessment Schedule (CAS) diagnostic interview. A report on reliability and validity. J Am Acad Child Psychiatry. 1982 Sep;21(5):468-73.
6. Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R, Meltzer H. The Development and Well-Being Assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. J Child Psychol Psychiatry. 2000 Jul;41(5):645-55.
7. Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M.-B., Gillberg, C. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: An epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46, 438-447.
8. Brøndbo, H., B. Mathiassen, Martinussen, M., Heiervang, E., Eriksen, M. & Kvernmo, S. (2012). Agreement on web-based diagnoses and severity of mental health problems in Norwegian child and adolescent mental health services. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 8, 16-21.
9. Ambrosini PJ. Historical development and present status of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000 Jan;39(1):49-58.
10. Sund AM, Larsson B, Wichstrøm L. Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in central Norway. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2011 Aug 31;5:28.
11. Skirbekk B, Hansen BH, Oerbeck B, Kristensen H. The relationship between sluggish cognitive tempo, subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder, and anxiety disorders. J Abnorm Child Psychol. 2011 May;39(4):513-25..

Linker

Helsebiblioteket har eget emnebibliotek for Psykisk helse, hvor det også er informasjon om kartleggingsverktøy og muligheter for nedlasting av skåringsverktøy.

For nærmere informasjon om de enkelte intervjuene, henvises til

[Psyk TestBarn](http://www.psyktestbarn.no/cms/ptb.nsf): <http://www.psyktestbarn.no/cms/ptb.nsf>

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010, 2014

Instrumenter til bruk i sped- og småbarnsalder

Frode Heian

Det er stor interesse for instrumenter som kan brukes som hjelp i kartlegging av problemer og også risiko for problemer hos de aller minste barna. Det dreier seg om et bredt spekter av problemstillinger; f.eks. instrumenter som egner seg til å identifisere barn og familier som trenger nærmere utredning/oppfølging, men også metoder som kan brukes som ledd i en barnepsykiatrisk utredning i denne aldersgruppen.

Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse (L14) er etablert for å bidra til bedre tjenester for de minste barna. De arbeider også med instrumenter som er egnet for denne aldersgruppen, og flere er under utprøving.

Kartleggings skjema og andre standardiserte metoder er kun hjelpemidler for å belyse delaspekter av en samlet beskrivelse. Enhver utredning må først og fremst basere seg på en systematisk klinisk tilnærming som ser barnet, og barnets livssituasjon, i helhetsperspektiv, se kapittel 2.5: Vurdering av barn 0–3 år.

Generelle vurderinger om bruk av standardiserte metoder er omtalt innledningsvis i kapittel 3. For øvrig finnes i kapittel 2.3 en omtale av utviklingsvurdering, samt en tabellarisk oversikt over aktuelle instrumenter også for sped- og småbarnsalder. Med "instrumenter" menes her standardiserte screening-, kartleggings- og utredningsverktøy for utfylling ved foreldre og andre omsorgspersoner, testing og til en viss grad også observasjonsmetoder for fagpersonell. Omfattende kliniske intervju og observasjonsmetoder er ikke tatt med.

Med screening menes her først og fremst selektiv screening på indikasjon (eller sekundærscreening). Instrumenter brukt til universell (primær)screening av psykisk helse reiser betydelige faglige, etiske og ressursmessige betenkeligheter. Med et par mulige unntak finnes ikke tilgjengelige standardiserte kartleggingsverktøy som tilfredsstillende de krav WHO setter til bruk i universell screening, og det foreligger fremdeles ikke overbevisende dokumentasjon for at noen av disse forsvarer en plass i norsk praksis til slik bruk.

I dette kapitlet er det valgt å omtale kartleggingsverktøyene under to overskrifter: De arbeidsverktøy som kan brukes i

1. innledende undersøkelser, dvs. screening og kartlegging
2. videre utredning

En del av instrumentene under punkt 1 brukes også i deler av 1. linje. Det gjelder spesielt i PP-tjenesten, men også i økende grad i helsestasjoner. Kjennskap til og ev. bruk av enkelte felles kartleggingsverktøy både hos henviser og henvisningsinstans kan bedre kommunikasjon (henvisninger, tilbakemeldinger o.a.) betydelig og være gunstig for samarbeidet generelt.

De fleste av de instrumentene som omtales, har i større eller mindre grad anvendelser ut over det å identifisere et problem eller sette diagnoser:

- Identifisere barn som har vansker eller utviklingsforstyrrelse, eller er i risiko som pedagogisk hjelpemiddel til å forstå barnets (eller familiens) problem, og til å dokumentere mulig fremgang etter tiltak.

I omtalene nedenfor er bare det første punktet oppgitt som formål med instrumentet. Psykometriske egenskaper er ikke tatt med i denne oversikten, men interesserte kan for de fleste instrumentene finne mer om dem i referansene.

Screening og kartlegging av barnet

Her omtales følgende instrumenter:

A. Vedrørende barnet:

- Ages and Stages Questionnaire (ASQ): Fange opp utviklingsforstyrrelser hos sped- og småbarn (alder 2 md. til 5 ½ år). Motorisk, kommunikatív og språklig utvikling.
- Ages and Stages Questionnaire Sosial/Emotional (ASQ:SE): Fange opp utviklingsforstyrrelser hos sped- og småbarn (alder 3 md. til 5 ½ år). Sosial og emosjonell utvikling.
- Sats og Språk 4. Undersøkelser av språkutvikling ved 2, resp. 4-årsalder. Checklist for Autism in Toddlers (CHAT). Fange opp symptomer som tegn på mulig autisme.
- Alarm Distress Baby Scale (ADBB): Identifisere tegn på vedvarende tilbaketrekningssatferd hos spedbarn.
- Eyberg Child Behavior Inventory / Eyberg registrering av atferd hos barn (ECBI): Kartlegge barn og unge med alvorlige atferdsvansker (fra 2 år).

B. Vedrørende barnets nære omsorgsmiljø:

- Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Fange opp mødre med postnatal depresjon. Er også brukt i svangerskapsperioden.
- Parenting Stress Index (PSI) Kartlegge stress ift. foreldre-/omsorgsfunksjon.
- The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT). Avdekke høytalkoholforbruk hos gravide/foreldre.

A. Barnet

3.5.1 Ages and Stages Questionnaire (ASQ)

Formål: Kartlegge utvikling på områdene kommunikasjon, grov- og finmotorikk, problemløsning og personlig/sosial fungering. Beskrivelse: 19 aldersspesifikke, illustrerte spørreskjema for barn fra 4 md.–5 år. Utfylling ved foreldre og andre omsorgspersoner, men kan også brukes som sjekkliste ved undersøkelse av barnet. Antall spørsmål under 40, noe varierende. Skjemaet er enkelt og selvforklarende, og det gir god informasjon om hva de kan vente av barnet ved den aktuelle alderen. Tidsbruk: 30–45 min.

Enkel scoring, anbefalt gjort som del av klinisk samtale.

Validering av opphavspersoner. Oversatt til en rekke språk, sammenliknbare resultater i ulike kulturer. Norsk normering er foretatt¹.

Norsk versjon og manual – tilpasset av Janson, 2002 kan bestilles fra RBUP Øst og Sør.

3.5.2 Ages and Stages Questionnaire Social-Emotional (ASQ:SE)

Formål: Kartlegge barnets sosio-emosjonelle utvikling på områdene selvregulering, kommunikasjon, tilpasningsevne, autonomi, affekt og samspill

Beskrivelse: 8 aldersspesifikke skjema for barn fra 6 md. til 5 år. Utfylling ved foreldre og andre omsorgspersoner. Antall spørsmål varierer mellom 22 og 36, økende med alder. Skjemaet er enkelt og selvforklarende. En fordel er at det er satt ord på aktuelle trekk ved den sosiale og emosjonelle utviklingen hos sped- og småbarn ved ulike aldre, som heller ikke alle fagpersoner har klart for seg. Instrumentet er validert av opphavspersonene². Oversatt til norsk, men ikke normert eller validert for norske forhold. Kan bestilles fra RBUP Øst og Sør.

3.5.3 To språktester brukes som screening ved helsestasjoner i Norge³

SATS (Screening Av To-åringers Språk) fokuserer primært på barnets språkforståelse og består av ti kjente objekter fra barnets hverdag (bamse, sokk, seng osv.), kartleggings-skjema, foreldreskjema og en veiledning. I observasjonen blir barna bedt om å leke med objektene på ulike måter. I tillegg skal samspill og oppmerksomhet vurderes.

Sammen med innkallingen til konsultasjonen får foreldre tilsendt et skjema hvor de blir bedt om å krysse av ordene de har hørt barnet benytte. Resultatet fra kartleggingen sammen med foreldrenes svar på skjemaet, vil danne grunnlaget for vurderingen av barnets språk. SPRÅK⁴ er en systematisk observasjon som avdekker vesentlige trekk ved fireåringers språkferdigheter. SPRÅK⁴ består av en enkel billedfolder, en veiledning og et kartleggings-skjema som skal følges etter faste prosedyrer. Oppgavene som stilles, er valgt med tanke på å gi et mest mulig helhetlig bilde av barns språkutvikling ved fire år. Den omhandler språkforståelse, setningsstruktur, ordforklaring, billedforståelse, artikulasjon, preposisjoner, adjektiv, følelser, årsak-virkning, rekketelling, tallbegrep, farger, korttidshukommelse og setningsrepetisjon. I tillegg blir barnets samspill og oppmerksomhet vurdert.

3.5.4 Checklist for Autism in Toddlers (CHAT)

Formål: Fange opp symptomer og tegn på mulig autisme.

Beskrivelse: Kort spørreskjema og test som for bruk av helsepersonell ved 18 måneders alder. Skjemaet består av to deler; en hvor foreldre gir informasjon, og en del hvor barnet observeres i løpet av konsultasjonen. Skjemaet er enkelt å skåre. Den prediktive validiteten er god i høyrisikogrupper, men sensitiviteten ved å kartlegge den generelle populasjonen er lav⁴. Metoden har imidlertid høy spesifisitet, dvs. at få barn som ikke har autisme vurderes å være i faresonen for denne utviklingsforstyrrelsen.

3.5.5 Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)

Formål: Vurdere alvorlige atferdsproblemer hos barn og ungdom i alderen 2–16 år.

Beskrivelse: Foreldreskjema med 36 punkter med spørsmål om type problem, og hyppighet/intensitet. Både antallet og hyppigheten av alvorlige atferdsproblemer blir rapportert.

Tidsbruk: Fem minutter til å fylle ut og fem minutter til å skåre forelderapporten.

Rapporten er enkel å administrere og vurdere. Den er standardisert og normert på norske forhold ved Universitetet i Trondheim og Tromsø⁵. Hevdes å kunne benyttes "til allmenn screening av barn".

Norsk versjon kan bestilles hos "De utrolige årene" som er administrert av RBUP Nord. Her er også norske normdata tilgjengelige.

3.5.6 Alarm Distress Baby Scale (ADBB)

Formål: Fange opp tegn på tidlig tilbaketrekningssatferd hos spedbarn, som mulig tegn på emosjonelt betingede utviklingsvansker eller organisk funksjonsforstyrrelse.

Alder ca. 2 md.–2 år.

Tidsbruk: Integreres i generell medisinsk undersøkelse (lege, helsesøster). Ca. 5 for utfylling av skjema. Kan også observeres i lekesituasjon (ca. 15 min) (Dollberg et al. 2006).

ADBB er en relativt ny skala utviklet spesielt for å kartlegge grad av vedvarende tilbaketrekningssreaksjoner hos barnet. Åtte områder ved barnet blir vurdert: ansiktsuttrykk, øyekontakt, generelt aktivitetsnivå, selvstimulering, gester, vokalisering, årvåkenhet ved stimulering, relasjon og attraktivitet. Hvert område blir vurdert på en skala fra 0 til 4, med en grenseverdiskåre på 5.

Metoden er vurdert til å være valid og reliabel^{6,7}.

Den er under utprøving i Norge, i regi av Nasjonalt nettverk for sped- og småbarns psykiske helse, men er praktisk, enkel og valid, og egner seg i både 1. og 2. linje.

B. Barnets omsorgsmiljø (aktuelt både i 1.- og 2.-linjetjenesten)

3.5.7 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Formål: Fange opp mødre med postnatal depresjon. Er også anvendelig i svangerskapsperioden.

Beskrivelse: Enkelt, én siders selvrapporterings skjema med 10 spørsmål, for screening av depresjon etter fødselen. Det er oversatt til norsk (Eberhard-Gran) og validert i Norge med gode psykometriske verdier^{8,9,10}. Flere steder i Norge prøves det ut som generelt screeningverktøy.

3.5.8 Parenting Stress Index (PSI)

Formål: Kartlegge stress ift foreldre-/omsorgsfunksjon.

Beskrivelse: 101 spørsmål (kortversjon: 36 spørsmål) for utfylling ved foreldre. Det stiller spørsmål om deres oppfatninger av barnets egenskaper og atferd og om egne mulige stressfaktorer (helse, forhold til ektefelle, arbeidsbelastning hjemme og ute, venner, livssituasjon for øvrig).

Tidsbruk 20–25 minutter. Det mangler opplysninger om scoring.

Skjemaet er godt validert¹¹ og brukes i en rekke land. Både lang og kort versjon finnes på norsk, oversatt og prøvd ut av John A. Rønning. Lisens må kjøpes hos Psychological Assessment Resources.

3.5.9 The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

Formål: Avdekke høyt alkoholforbruk hos gravide/foreldre.

Beskrivelse: 10 spørsmål for intervju, som tar for seg mengde og hyppighet av alkoholkonsum, indikatorer for avhengighet og uønskede konsekvenser, som tegn på skadelig forbruk.

Utfyllende manualer, guidelines og beskrivelse av verktøyet er utgitt av WHO¹².

Norsk versjon er tilgjengelig i Legehåndboka, hvor man kan sette inn score direkte på nettet.

Utredning av barnet

De fleste av nedenstående instrumenter brukes av andre yrkesgrupper enn leger, men omtales her til orientering.

Flere av testene brukes også i PP-tjenesten.

For medisinsk undersøkelse av barnet henvises til kapittel 2.5 Vurdering av barn 0–3 år.

Her omtales følgende instrumenter:

- The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) 1,5–5: Måler problemer, evner og tilpasningsfunksjoner i alderen 1,5–5 år. CBCL 1.5–5.
- Bayley Scales of Infant and Toddler Development – Third edition (Bayley-III): Helhetlig vurdering av sped- og småbarns utvikling.
- Mullen Scales of Early Learning (Mullen-skalanen): et sett tester for å måle barnets motoriske, perseptuelle og språklige utvikling.
- Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence third edition (WPPSI-III): evnetest for små barn.
- Leiter International Performance Score-Revised (Leiter-R): Non-verbal evnetest.
- Reynell Development Language Scales – III (Reynell): språktest som måler språkforståelse og talespråk.
- Vineland Adaptive Behavior Scales – Second Edition (Vineland II): et sett tester laget for å kartlegge sosial funksjon og utviklingshemming.

3.5.10 The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) 1,5–5 år

Formål: Bred kartlegging av symptom- og atferdsprofil.

Beskrivelse: Settet består av ett skjema for foreldreutfylling: Child behavior checklist (CBCL) 1.5–5, og ett for førskolelærer "Teacher Report Form" (CTRF 1,5–5).

Spørsmålene i skjemaene dreier seg hovedsaklig om beskrivelse av barnet (100 spørsmål) som er delt inn i internalisert og eksternalisert atferd. Skjemaet inneholder også noen generelle spørsmål, og det er en egen del om barnets språkutvikling for alderen 18 til 35 måneder. Det er i forholdsvis utbredt bruk i PP-tjenesten, og i barnepsykiatrien er det i vanlig bruk som generell screening av symptom- og atferdsprofil.

ASEBA-systemet gir en bred beskrivelse av ferdigheter og vansker, fra flere informanter. Det er det mest utbredte og utprøvde generelle kartleggingsinstrumentet for psykiske vansker og blir ofte brukt som "gullstandard" ved validering av andre tilsvarende verktøy. Settet for 1,5–5 år er forholdsvis nytt. Det ble først utarbeidet for 2–3 års alder, men så utvidet til gjeldende aldersgrupper. Settet er ikke validert i Norge, men studier viser valide egenskaper på tvers av språk og kulturer¹³. Norsk versjon kan bestilles fra RBUP Øst og Sør, og gir mulighet for scoring både på data og papir. Det tilhørende PC-skåringsprogrammet for ASEBA-systemet dekker også skjemaene for de øvrige aldersgruppene (6–18 og 18–59 år), men det fås også et program for hver gruppe.

3.5.11 Bayley Scales of Infant and Toddler Development – third edition (BSID III)

Formål: Vurdere kognitive og motoriske ferdigheter i sped- og småbarnsalderen.

Alder: 1–42 måneder.

Beskrivelse: Skalaene i testen vurderer kognisjon, motorikk og språk i tillegg til sosioemosjonell utvikling og adaptiv evne som vurderes ved spørreskjema til foreldrene.

Tidsbruk for administrasjon er oppgitt til 45–60 min, men i praksis varierer det mellom 30 og 90.

BSID-III er i forhold til forrige versjon utvidet og revidert og gjør det mulig å vurdere både ekspressivt og reseptivt språk. I tillegg er det lagt til flere spørreskjemaer som skal utfylles av foreldrene, for vurdering av barnets utvikling. BSID-III kan ikke anvendes for å diagnostisere spesifikke vansker. Tolkning av skalaene bør gjøres med forsiktighet på barn under 6 måneder.

Norsk versjon i 2010.

Metoden krever klinisk grunnkompetanse (psykolog, lege) foruten autorisasjon til å anvende metoden.

Innføringskurs gis i regi av Statped. Tilgjengelig på [nettsidene til Pearson](http://www.pearsonassessment.no/): <http://www.pearsonassessment.no/>

3.5.12 Mullen Scales of Early Learning

Formål: Tilsvarende som Bayley III, med egen non-verbal skala.

Beskrivelse: Skjemaene omfatter vurdering i de visuelle, språklige og motoriske områdene i alderen 0–5 ½ år. Testen skiller mellom reseptiv og ekspressiv fungering og er delt inn i fem områder: grovmotorikk, finmotorikk, visuell persepsjon, ekspressivt og reseptivt språk

Tidsbruk: 15 minutter (1 år), 25–35 minutter (3 år), 40–60 minutter (5 år).

Mullen-skalaene foreligger ikke på norsk, men brukes likevel en del steder som alternativ til Bayley – III. Krav til bruk av testen er som for Bayley. Tilgjengelig på [nettsidene til Pearson](http://www.pearsonassessment.com): <http://www.pearsonassessment.com>

3.5.13 Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence third edition WPPSI-III

Formål: Kartlegge kognitiv evneprofil.

Beskrivelse: Antall ledd: Totalt 14 områder, med 10 spørsmål i hver. Antall områder er avhengig av alderstrinn og ønske om fordypning. Testsettet består av to undergrupper av skalaer: én for aldersgruppen 2 år og 6 måneder opp til 4 år, og én fra 4 år opp til 7 år og 3 måneder.

Tidsbruk: 30–40 minutter for den yngste aldersgruppen, 45–60 minutter for den eldre.

Beskrivelse: Testen består av en verbaldel (teoretisk) og en utføringsdel (problemløsning, visuomotorisk organisering og tempo). Deltestene i verbaldelen kartlegger kunnskaper, ordprøve, regning, sammenligning, praktisk innsikt og setningsminne. Utføringsdelen omfatter puslespill, bildemangler, labyrinter, figurtegninger og klossmønstre.

Det regnes ut IQ for verbal- og utføringsdelen for seg, samt for testen totalt. Mest interessante er deltestskårene og hvordan de plasserer seg i forhold til hverandre. WPPSI III er den fjerde av stadig oppdaterte versjoner siden 1967. Det er validert i en rekke land og anses å ha relativt få svakheter sammenlignet med en rekke andre verktøy¹⁵.

Krav til profesjon og/eller klinisk kompetanse: Psykologer, spesialpedagoger og andre med utdanning tilknyttet pedagogikk og psykologi.

Opplæring, kurs og sertifisering: Norsk psykologforening og Utdanningsforbundet tilbyr kurs, og opplæring i kurset blir også tilbudt som en del av spesialpedagogikkopplæringen ved UiO.

Tilgjengelighet:

Norsk versjon tilgjengelig på [nettsidene til Pearson](http://www.pearsonassessment.no/): <http://www.pearsonassessment.no/>

3.5.14 Leiter International Performance Score – Revised (Leiter-R)(Roid, G H. Miller, L J, 1997)

Formål: Non-verbal kartlegging av intelligens og kognitive evner.

Målgruppe: Barn som pga. alder, autisme eller annet ikke har, eller har, et svakt utviklet språk (fra 2 år).

Beskrivelse: 20 deltester, fordelt på to batterier. Det ene er et visuelt, logisk batteri brukt til IQ-vurdering og det andre er et oppmerksomhet-hukommelsesbatteri. Det er mulig å bruke deler av batteriene eller hele.

Tidsbruk 25–40 minutter.

Instrumentet har beholdt en sentral posisjon som et valid¹⁶ verktøy i ikke-språklig utredning av evneprofil siden det først ble beskrevet på 1930-tallet, revidert flere ganger, sist i 1997.

Norsk versjon er ikke tilgjengelig.

Svensk versjon kan kjøpes fra Hogrefe/Assessio.

3.5.15 Reynell Development Language Scales – III

Formål: Kartlegge barnets språkforståelse (impressive) og talespråk (ekspressive språk).

Beskrivelse: Reynell III er en omfattende undersøkelse språk hos barn fra 15 md. til 7 ½ år og består av 62 ledd fordelt på 10 deltester på språkforståelse og 7 på ekspressivt språk. Den bruker bilder, leker og fingerdukker for å holde barnets interesse gjennom testen. Gjennomføringen tar ca 30 min.

Det er angitt gode psykometriske verdier sammenliknet med andre språktester¹⁷.

Reynell III er ikke validert for norske forhold.

Testen krever sertifisering og er først og fremst tiltenkt spesialpedagoger

Norsk versjon fås gjennom Hogrefe Psykologförlaget.

3.5.16 Vineland Adaptive Social Behavior Scales, Second Edition (Vineland II)

Formål: Kartlegge barnets sosiale og praktiske (adaptive) fungering.

Beskrivelse: Vineland II kartlegger kommunikasjon, dagligdagse ferdigheter, sosialisering, motoriske ferdigheter og har dessuten en internalisering-/eksternaliseringsindeks. Inneholder en samtale om dagligdagse utviklingstemaer samt en sjekklister. Instrumentet er enkelt å administrere. Kartleggingen kan gjøres både i form av et foreldreintervju og et spørreskjema og tar fra 20–60 minutter å gjennomføre. Intervjuet og spørreskjemaet til foreldre kan brukes fra og med spedbarnsalderen. I tillegg er det utviklet et spørreskjema for bruk i barnehage/skole som kan brukes fra 3 års alder.

Den foreligger på norsk. Det er ukjent om det er gjennomført valideringsstudier i Norge, men Vineland er brukt som verktøy i flere norske studier, riktignok på eldre barn¹⁸. Valideringsstudier viser at det er valid når det administreres av fagperson med opplæring¹⁹.

Litteratur

1. Richter J, Janson H. A validation study of the Norwegian version of the Ages and Stages Questionnaires. *Acta Paediatrica*. 2007 96(5):748-572.
2. Squires J, Bricker D, Twombly E. Parent-completed screening for social emotional problems in young children: The effects of risk/disability status and gender on performance. *Infant Mental Health Journal*. 2004;25:62-73.
3. Sosial- og helsedirektoratet. Retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn 06/2006
4. Baird G. A screening instrument for autism at 18 months of age: A 6-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2000 39:6:694-702.
5. Reedtz C, Bertelsen B, Lurie J, Handegård BH, Clifford G, Mørch WT. Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI): Norwegian norms to identify conduct problems in children. *Scandinavian Journal of Psychology* 2007 49:31-38.
6. Guedeney A, Fermian JA. validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: The Alarm Distress Baby Scale. *Infant Mental Health Journal*. 2001;22(5):559-575.
7. Eberhard-Gran M, Feldman R, Keren M, Guedeney A. Sustained withdrawal behavior in clinic-referred and nonreferred infants. *Infant Mental Health Journal*. 2006 27(3):292-309.
8. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Opjordsmoen S, Samuelsen SO. Review of validation studies of the Edinburgh postnatal depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2001 104(4):243-249.
9. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Schei B, Opjordsmoen S. The Edinburgh postnatal depression scale: Validation in a Norwegian community sample. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2001 55:113-117.
10. Berle JO, Aarre TF, Mykletun A, Dahl A, Holsten F. Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*. 2003 76:151-156.
11. Haskett ME, Ahern LS, Ward CS, Allaire J. Factor structure and validity of the Parenting Stress Index –Short Form. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2006 35(2):302-312.
12. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. Geneva World Health Organization 2001.
13. Gross D. The Equivalence of the Child Behavior Checklist/ 1 ½ -5 Across Parent Race/Ethnicity, Income Level, and Language. *Psychological Assessment*. 2006 18(3):313-323.
14. Albers CA, Grieve AJ. Review of Bayley Scales of Infant and Toddler Development--Third Edition. *Journal of Psychoeducational Assessment*. 2007 25(2):180-190.
15. Hamilton W, Burns TG. Review of WPPSI-III: Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, 3rd Ed. *Applied Neuropsychology*. 2003 10(3):188-190.
16. Hooper VS, Mee Bell S. Concurrent validity of the universal nonverbal intelligence test and the Leiter international performance scale-revised. *Psychology in the Schools*. 2006 43(2):143-8.
17. Chaffee CA, Cunningham CE, Secord-Gilbert M, Elbard H, Richards J. (1990) Screening effectiveness of the Minnesota Child Development Inventory expressive and receptive language scales: Sensitivity, specificity, and predictive value. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990 2(1): 80-85.
18. Smith T, Eikeseth S, Lande H. The Vineland Adaptive Behavior Scale in a Sample of Norwegian Second-Grade Children: A preliminary study. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2006 43(10):2-5.
19. Cabrera PM, Grimes-Gaa L, Thyer BA. (1999) Social work assessment of adaptive functioning using the Vineland Adaptive Behavior Scales: Issues of reliability and validity. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 1999 2(4):33-50.

Del 2 Tilstandsbilder (kapitlene er oppsatt etter inndeling i ICD 10)

Rus og avhengighetstilstander

Jan Egil Wold

F10-19 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser, som skyldes bruk av psykoaktive stoffer. F63 Vane og impulsforstyrrelser, som dreier seg om pengespill og internettbruk som likner avhengighet.

Rusbruk blant ungdom i Norge karakteriseres internasjonalt ved moderat totalkonsum, men med en drikkemåte hvor mengden en inntar når en bruker rusmiddel, er høy^{1,2}. Dette beskrives som en binge-kultur (binge er 5 alkoholenheter; 1/3 liter øl, et glass vin eller en dram er en alkoholenhet). Debutalder for alkoholbruk er lav i Norge, 14-årsalder for de fleste, og den er preget av at det er knyttet til konfirmasjonsalderen som en vesentlig del i et rituale ved overgang barn-voksen, selv om barn i Norge nå på mange måter forsetter avhengigheten av voksne mange år etter dette overgangsritualet. Den kulturelle rusopplæring i Norge gjør at vi bruker alkohol på den mest nevrotoksiske måten, og det er en ganske stor toleranse for fylleadferd i Norge i aldersgrupper hvor lovverket tar sikte på å forhindre det. Det at flertallet prøver ut rus i 14–15-årsalderen, betyr at noen starter mye tidligere.

I Norge økte alkoholbruk i ungdomsgruppen vesentlig fra 1995 til 2000 og har siden vært nærmest stabilt på om lag 5 liter alkohol pr. innbygger. Årsaken til fordoblingen av alkoholbruket i disse årene skyldes ikke nye produkter, men en liberalisering av holdninger i ungdomsgruppene.

Den store endringen i de siste 30 årene er at antallet som ikke drikker eller ruser seg, har gått ned, avholdsgruppene har blitt færre. Spør vi en ungdom i 17–18-årsalder, har om lag 75 % brukt alkohol 10 ganger eller mer for rusing. Kjønnsforskjellene som tidligere var tydelige, er utvisket. Jenter drikker nesten like mye som gutter og på samme bingemåte. Dette betyr mye da jenter nå på en helt annen måte enn tidligere går inn i reproduktive år med vaner hvor alkoholbruk er en del av den vanlige adferd i helgene. Unntaket i dette mønstret er ikke-vestlige innvandrere hvor alkoholbruk ikke er vanlig hos 1.-generasjons ungdom.

Det er langt mindre regionale forskjeller enn en gjerne tror. Alkoholbruk er nok noe høyere i småbyer enn på landsbygda, og langt større på Oslo vest enn Oslo øst. Det er tett sammenheng mellom tidlig debut av røyking og tidlig debut av alkohol. Det er tett sammenheng mellom rusbruk, somatisk helse og psykiatrisk helse³. Når det gjelder helseskader ved rus, ser en i Norge en begynnende tendens som har vært markert i UK, hvor årsaker til død i ungdomstid som infeksjonssykdommer, kreft og bilulykker har gått betydelig ned, mens uhell i beruset tilstand samt selvmord går vesentlig opp.

Norsk ungdom er blant de mest forsiktige med bruk av narkotika blant de vestlige land. Antall som bruker hasj, er en brøkdel (6–8 %) av det en ser for eksempel i England og Frankrike (40–45 %).

Bruk av opiater har ikke økt siden 2000. Allikevel har Norge et betydelig antall opiatmisbrukere (kanskje 10 000) og har en overdosedødelighet som er den høyeste i Europa⁴. Overdosedødsfall for ungdom under 20 har vært stigende. Land hvor fylleadferd blir verdsatt, velger ofte amfetaminer/kokain som et rusmiddel som passer i kulturen. I Asia har det vært en ungdomsepidemi av metamfetaminrus de senere år med høy frekvens av angstfylte psykososer. Det er som

regel metamfetamin i de amfetaminbeslag som tas i Norge, men norsk ungdom røyker ikke dette som man gjør i Asia, så vi har ikke hatt denne epidemien i den grad som kan fryktes.

Diagnostikk

Som i all barnepsykiatri er anamnese selvsagt det viktigste. Har en en ungdom som er benektende, er det som regel lurt å kartlegge vennemønstret for så å spørre konkret om røyking og rusbruk blant vennene. Somatisk status er som alltid helt vesentlig. Det er viktig at pasienten kler av seg, så en får se etter skader og eventuelle sprøytetikk. Urinprøver er ok ved hasjrus hvor en finner spor lenge etter inntak, men amfetaminer er mye vanskeligere å finne med kort halveringstid i urin. Håranalyser er bare interessant i særtilfelle, men kan gi en oversikt over eksponering. Mekoniumanalyse tas av og til fra nyfødte, hvor en tror en har hatt ruseksponering i graviditet, som er vesentlig for behandling av den nyfødte.

Diagnostiske hjelpemiddel som Kiddie Sads og Euro-adad⁵ er viktige. Euro-ADAD er i ferd med å bli et utbredt utredningsverktøy i barnevernet. Det er fornuftig på den måten at det også spør om familieforhold, venner, skole og somatisk helse. Vi har i Levanger sengeavdeling brukt dette regelmessig hos alle akuttinnlagte og vurderer den brukbar på den måten at rusproblemer settes inn i en sammenheng som ofte oppfattes fornuftig for ungdommen.

Behandlig

Rusproblemer er sammensatte, noe en er vant til i BUP. Det er derfor et paradoks at så mange ansatte i BUP føler seg usikre på behandling av barn som etablerer rusvaner. Rusungdom hjelpes best ved at en ser på de viktigste problemområder hos ungdommen, forholdet til familie og venner, den faktiske situasjon på skolen og den enkeltes oppfatninger av nåtid og framtid. På BUP har man en tung tradisjon for å sette i verk tiltak på alle disse områder, noe som åpenbart er det mest effektive hos rusungdom. Egne ruspoliklinikker eller egne institusjoner for rus ønskes av mange, men er neppe mer effektive enn en mangefasettert BUP-behandling.

Alkoholskader i fosterlivet

Samtidig med at det har vært en vesentlig endring i bruk av alkohol hos kvinner, har det samtidig vært en eksplosjon av kunnskap om alkohols påvirkning på fosteret i hele graviditeten^{6,7}. Det mest interessante ved dette er at alkoholeffekten på fosteret av småmengder alkohol er utvetydige i dyreforsøk, mye sterkere effekt på fosterhjernen enn opiat, amfetaminer og røyking. Det er fra nyere undersøkelser vist at kvinner nok i noen grad tar med seg sine rusvaner inn i graviditeten^{6,8}. De fleste reduserer alkoholbruk vesentlig, men mange bruker små mengder alkohol, og enkelte ruser seg ved binging. Noen ser ut til å tro at alkohol bare er farlig i første del av svangerskapet. Cortex-utviklingen foregår stort sett i siste del av svangerskapet, og også der er alkoholeffektene store.

Det er all grunn til å tro at dette vil produsere flere FAS-barn eller FAE-barn i tiden som kommer. Barnepsykiatrien står altså i en situasjon hvor man får gradvis mer kunnskap om årsakene til mild psykisk utviklingshemming og ADHD⁹ samtidig som risikofaktorene øker i befolkningen.

Opiatskader i fosterlivet

I Norge fødes det nå 20-40 barn i året av mødre som står på metadon- eller subutexbehandling. Det er 4 500 som får LAR-behandling i 2009¹⁰. Antallet regner en vil øke i årene som kommer, samtidig som kvinnene vil bli yngre og i fertil alder. Behandling av barn som fødes med alkoholeksponering eller medikamenteksponering i fosterlivet

Erfaringen viser at barn som fødes med eksponering i svangerskapet, som regel får erfare de psykososiale traumer rusfamilier har i sine første leveår. Det utarbeides for tiden planer om en mer systematisk hjelp til disse familiene i

hvert fall de første 6 leveår til barna begynner på skole. Det interessante med dette, er at de tiltaksplaner en utarbeider for disse gruppene har de samme komponenter i seg som en finner i tiltakspakkene for prematurt fødte barn¹¹.

Helsedirektoratet prøver nå å sette dette sammen til et nasjonalt program hvor BUP-feltet forventes å bidra. Hjelpen til rusfamiliene må organiseres i 1. linje. En tenker seg at barnepsykiatrien må bidra på sine spesialfelter som tilknytningsvurdering og behandling, kompetanse om mødrenes barnehåndtering, tidlig diagnostikk og behandling av funksjonsutfall hos barna, familiebehandling osv. En særlig utfordring til BUP-feltet er at en av og til må følge disse familiene lenge.

Pengespillavhengighet

I Norge forgikk det fra 2002 en voldsom utbygging av spilleautomater i alle matforretninger og kiosker. Departementet beskrev dette som gevinstautomater, og de gode formål pengene gikk til; idrett og kultur og frivillige humanitære organisasjoner kunne ikke gjøre mye skade. Gevinstautomatene slo voldsomt igjennom og ble større enn alle andre pengespill i Norge.

Til myndighetenes forbauselse ble det etter kort tid tydelig at avhengighet av pengespill utviklet seg raskt, ikke bare hos voksne, men særlig hos barn og særlig gutter^{12,13}. Barn ble oppdaget som etter tidlige gevinster raskt lurte penger fra foreldre og slektninger, hvor veien fra avhengighetsskapende pengespill til kriminalitet var uhyre kort. Den gamle visdom om at barns vurderingsevne i spill er enda dårligere enn voksnes viste seg raskt.

Da skadeomfanget ble beskrevet, forsto de fleste at dette måtte stoppes. Fra 1. juli 2007 ble de moderne avhengighetsskapende automatene fjernet fra markedet, og verden hadde fått en demonstrasjon av hvor fort sosiale tragedier kunne produseres av uvetting politikk.

Stor var derfor spenningen om de som var hekta på gevinstautomater ville gå over til pengespill på nett som det ble reklamert for fra utlandet. Pokerspill på nett og gevinstautomater på nett ser ikke ut til å ha grepet særlig om seg for barn under 18.

Behandling var å hjelpe foreldre til å ta kontroll, stenge tilgangen til bankkort og hjelpe barna tilbake til venner og skole.

Internett og spill

Barns hverdagsliv har endret seg dramatisk i løpet av et tiår. De siste grundige målinger fra USA viser at barn mellom 8 og 18 år i gjennomsnitt bruker 7 timer og 38 min på underholdende medier, hver dag¹⁴. I Norge viser liknende målinger at en sitter ved skjermen i gjennomsnitt 6 timer og 36 min pr. dag (8–15)¹⁵. 40 % av tiden brukes foran pc.

Barns og særlig gutters intense glede over spill gjør at det er en port inn til dialog gjennom å spille sammen med barna. Barna vil raskt oppdage at de fleste barne- og ungdomspsykiatere har langt dårlige ferdigheter enn de selv, og en får dermed umiddelbart en mer likeverdig dialog om barnets vansker.

Det er klart at å ha en så voldsom endring i livsstil berører de fleste funksjoner i livet. Foreldre sliter med å få en avtale med barna om rimelig tid foran skjerm. Foreldre med evne til å styre barna får som regel det til, men svært mange sliter.

Barn selv mener at pc-spill og sosiale medier på nettet er utviklende. De lærer å samarbeide, ha dialog med andre barn om utfordringer på nettet, lærer engelsk. Det å ha hele verden som lekegrind er en god trening på det som venter dem i arbeidslivet, mener barna

Sosiale medier som Facebook og Twitter har økt ufattelig. Facebook er nå 6 år gammelt og pr. jan. 2010 har det 350 millioner brukere¹⁶. Antall venner barna mener å ha er ofte formidabelt. Disse vennene forteller en livets gleder og sorger til. Mange opplever disse som virkelige venner, selv om de aldri har truffet eller sett dem i virkeligheten. En rørende (?) historie fra siste årsmøte i USA var om den rike gutten i New York som skulle ha 16-årsfødselsdag og laget stort selskap for sine 400 nærmeste venner, han ofte skrev til, på Facebook i New York. Bare en kom. Alt dette peker på en økende bekymring i fagmiljøet om hva dette resulterer i for barna. I januar 2010 ble dette tatt opp i full bredde på UiO ved seminar med baronesse Susan Greenfield, psykofarmakologiprofessor i Oxford og direktør i Royal Institute¹⁷. Det hun målfører, er at barn som bruker snart 8 timer foran skjerm, blir feite og vil mangle muskelkraft og utholdenhet.

Den andre og kanskje enda tynge innvendingen er at dette helt åpenbart på noe vis omformer hjernen i den fase av livet hvor hjernen er mest plastisk. Det hun tenker seg, er at sammenhenger i livet blir borte, evnen til å skille virkelighet fra fantasi blir vanskeligere og bedømmelsen av hva som er virkelige venner, blir borte. Kontakten med det virkelige liv blir dårligere og dermed vurderingsevnen. Familielæring forsvinner til fordel for nettlæring.

Hennes varselrop er i ferd med å koste henne store problemer i England da kritikerne hevder, dessverre med rette, at dette har hun ikke vitenskapelige data for, og hennes spekulasjoner skremmer en hel foreldregenerasjon.

Pr. i dag har vi ikke omforente kriterier for å fastslå hva som kan karakteriseres som nettavhengighet, selv om mange arbeider for å lage slike definisjoner.

Det vanlige skjønn er nok fortsatt at går nettbruken ut over skoleprestasjoner, kontakt med virkelige venner og fornuftig fysisk trening, må foreldrene overstyre bruken. Dette skaper så de daglige hjemlige konflikter som sannsynligvis begge parter har nytte av.

Referanser

1. Vedøy T., Skretting A. Ungdom og rusmidler. Sirius Rapport. 2009.5.
2. Hibell B., Andersson B., Bjarnarson T., Ahlstrøm S., Balakieva O., Kokkevi A. et al. The ESPAD Report 2003: Alcohol and drug use among students in 35 european countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN). The Pompidou Group at the Council of Europe. Stockholm: Modintryckoffset AB. 2004.
3. Strandheim A., Lingaas Holmen T., Coombs L., Benzen N. Alcohol intoxication and mental health among adolescents - a population review of 8983 young people, 13-19 years in north-trøndelag; the young-HUNT study. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2009.3.18.
4. Kripos. Årsrapport. 2008.
5. Friedman A., Terras A., Øberg D. EuroADAD. 2001. Revidert versjon ved Lauritzen G., Nøkleby H. Sirius. 2007.
6. Alvik A. Alcohol use before, during and after pregnancy. A population based study in Oslo, Norway. Faculty of Medicine University of Oslo. 2007.
7. Center for Disease Control and Prevention. Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnoses. National Center on Birth Defects and Development Disabilities. 2004.
8. Vedøy T., Skretting A. Bruk av alkohol blant kvinner. SIRUS Rapport. 2009.4.
9. Dalen K, Bruarøy S., Wenzel-Larsen T., Lægred L. Cognitive functioning in children prenatally exposed to alcohol and psychotropic drugs. *Nevropediatrics*. 2009.40.162-167.
10. Bakstad B., Welle-Strand G.. Gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder. Nasjonale faglige retningslinjer. Helsedirektoratet. Vil bli publisert vår 2010.

11. Markestad T.,Halvorsen B. Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødtebarn.Nasjonale faglige retningslinjer.Helsedirektoratet. 2007.8.
12. Lund I. Gambling behaviour and the prevalence of gambling problems in adult EGMgamblers when EGM are banned. Journal of gambling studies.2009.25.
13. Hansen M., Rossow I. Adolescent gambling and problem gambling. Journal of gamblingstudies.2008.24.
14. Kaiser family foundation. Daily media use among children and teens up dramatically fromfive years ago.2010. Foreløpig bare på dette nettstedet.
15. Lindbøl S. Trygg bruk undersøkelsen.Medietilsynet.2008.
16. Global swap shops.A world of connections.The Economist.jan.30.2010.5-7.
17. Greenfield S. ID:the quest for identity in the 21st century.Penguin.2009.

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010

Schizofreni og schizofreniliknende tilstander i barne- og ungdomsalder

Jo Erik Brøyn og Anne M. Myhre

Ved mistanke om psykose må en ta stilling til følgende:

Typiske nærpsykotiske symptomer:

Føler seg overvåket. Pasienten har lett etter kamera eller mikrofoner, ser en skygge i synsranden, hører lyder som hvising eller brus. Har typisk hørt at noen hvisker navnet deres, opplever at noen tar på dem, at noen kan lese tankene deres, eller at folk ler eller ser på dem på gata (selvhenføring). Opplevelse av at en selv eller verden har endret seg (alle spiller skuespill).

Over hvor lang tid har symptomene utviklet seg?

Om de over beskrevne symptomer finnes, samtidig som pasienten har hatt et betydelig funksjonstap over uker/år, må en mistenke psykoselatert sykdom. Pasienten vil nesten alltid ha betydelig tilbaketrekningsymptomer. Noen ganger har de store forstyrrelser når det gjelder tenkning slik at de forteller historier uten poeng, har latenstid eller assosiasjonsforstyrrelser. En må også spørre etter ledsagersymptomer, da pasienten ofte enten ikke forteller om alle psykotiske/nærpsykotiske symptomer, eller ikke klarer å formulere dem. Husk, nesten alle pasientene med psykosesyntomer har depressive symptomer samtidig.

Medikamentell behandling:

Om pasienten har store subjektive plager, skal det som hovedregel startes med medikamentell behandling om symptomene ikke allerede er dempet med skjermingstiltak. Slike subjektive plager kan være: uttalt angst, store innsovningsproblemer (snur døgnet), uttalt tvang som pasienten ikke opplever som jeg-fremmet, stor labilitet og/eller sinne eller stor indre uro. Har varigheten av plagene hatt nesten samme intensitet i md. eller år kan en tillate seg å vente noe med medikamentell behandling.

Om symptomene har blitt betydelig verre siste uker eller dager, bør en starte opp med et antipsykotika allerede ved første konsultasjon. Ev. kan en prøve med et benzodiazepinpreparat eller Truxal for å roe angst eller hjelpe pasienten til en natts søvn. Pasienten må skjermes, sykemeldes fra skole, fjerne krav, ikke ha besøk osv.

Hvorfor pasienten bør starte med medisiner i akutfasen samtidig med at han/hun skjermes:

1. Antipsykotika fungerer som "akutt smertestillende" spesielt for de som har en sedativ tilleggskomponent og dermed regulerer søvn. Pasienten kan forvente å være betydelig bedre neste dag.
2. Mange pasienter er svært skeptiske til medisiner (paranoid/mistillit/redsel for å tape kontroll eller angst for å få det verre). Ved første konsultasjon, når de har mange subjektive plager, er de mer mottagelige for å få medisiner. Om de er nærpsykotiske og konverterer til manifest psykose, vil de ofte eksternalisere problemene sine og ikke forstå at de trenger medisiner.
3. Tilstanden er lettere å diagnostisere når en har dempet de psykotiske/psykosenære symptomene.
4. Om man kommer i gang med effektiv behandling for sent, mister man ofte alliansen med pasienten, og pasienten trekker seg. Disse pasientene blir dårlige av lange utredningssamtaler i akutfasen.

Kan det være organiske årsaker (tumor/rus)?

Om psykosen har vært utløst av rusmidler, men består flere dager etter at rusmiddel er vasket ut, skal pasienten behandles som vanlige psykosepasienter.

Aktuelle diagnoser ICD-10

F20 Schizofreni

F20.0 Paranoid

F20.1 Hebefren

F20.2 Kataton

F22.2 Uspesifisert paranoid psykose

F23 Akutte forbigående psykoser

F20.3 Udifferensiert

F20.4 Post-schizofren depresjon

F20.5 Residual

F20.6 Enkel

F20.7 Andre spesifiserte typer

F20.9 Uspesifisert

F21 Schizotyp lidelse

F22 Paranoide psykoser

F22.0 Paranoid psykose (vrangforestillingslidelse)

F22.1 Andre spesifiserte paranoide psykoser

F23.0 Akutt polymorf psykose

F23.1 Akutt schizofreniform psykose

F23.2 Akutt schizofreniliknende psykose

F23.3 Akutt paranoid psykose

F23.8 Akutt forbigående psykose, annen type

F23.9 Akutt forbigående psykose, uspesifisert

F24 Indusert psykose

F25 Schizoaffektive lidelser

F28 Andre ikke-organiske psykoser

F29 Uspesifisert ikke-organisk psykose

Definisjon og klassifisering

Schizofreni og schizofreniliknende tilstander kjennetegnes ved fundamentale og karakteristiske endringer i tenkning og persepsjon som fører til vrangforestillinger og hallusinasjoner, samt inadekvat eller avflatet affekt.

Klassifiseringen av psykoser bygger primært på definerte kombinasjoner av visse symptomer da kunnskap om underliggende patogenese ennå ikke er beskrevet fullt ut.

Symptomene er kategorisert i positive symptomer (også kalt førsterangssymptomer) og negative symptomer. Negative symptomer er en betegnelse på symptomer som karakteriseres ved redusert funksjon eller fravær av evner.

Positive symptomer Negative symptomer

tankepåvirkning	treghet
hallusinasjoner	sløvhhet
influens-fenomener	affektavflatning
kroppslige påvirkningsopplevelser	initiativløshet
vrangforestillinger	passivitet
	språkfattigdom
	kontaktforstyrrelser
	interesseløshet
	tom/formåsløs atferd
	sosial tilbaketrekning
	nedsatte sosiale evner

Schizofreni er kjennetegnet ved:

Minst ett førsterangssymptom

eller

vedvarende bisarre vrangforestillinger

eller

to av følgende fenomener skal være til stede:

- Vedvarende hallusinasjoner/vrangforestillinger uten affektivt innhold
- Språklige tankeforstyrrelser
- Kataton atferd
- Negative symptomer

I tillegg skal tilstanden ha vart i minst en måned (i DSM-5 er varighetskriteriet seks måneder med minst en måned med aktive symptomer) og en primær affektiv lidelse eller en psykose med organisk etiologi skal utelukkes.

Psykotiske symptomer som debuterer i forbindelse med rusmiddelmisbruk, men hvor pasienten for øvrig fyller kriteriene, skal diagnostiseres som schizofreni om symptomene vedvarer etter at rusmisbruket er avsluttet eller tilstanden har et slikt omfang at det er et stort misforhold mellom rusbruken og de symptomene pasienten har.

Schizofrene kan etter mer spesifikke kriterier inndeles i undergrupper som paranoid schizofreni, hebefren schizofreni, kataton schizofreni og udifferensiert schizofreni.

Andre schizofreniliknende tilstander:

Schizotyp lidelse er i ICD-10 kategorisert som en lidelse innenfor schizofrenispekteret og hvor visse symptomer har vært til stede i minst to år. (I DSM-systemet som en personlighetsforstyrrelse). Tilstanden kan være en forløper for schizofreni. Tilstanden er preget av eksentrisk, sær eller aparte utseende og atferd, uvanlig tankegang eller tankeinnhold og tale samt varierende grad av tilbaketrekning og fiendtlighet.

Paranoide psykoser er lidelser der vrangforestillinger av minst tre måneders varighet utgjør de eneste, eller mest fremtredende kliniske kjennetegnene, og som ikke tilfredsstiller de diagnostiske kriterier for schizofreni, affektiv lidelse eller en organisk lidelse. Tilstandene karakteriseres ofte av isolerte paranoide forestillinger som i liten grad går ut over funksjoner som ikke er direkte knyttet til vrangforestillingene.

Akutte og forbigående psykoser er tilstander med hallusinasjoner eller vrangforestillinger og persepsjonsforstyrrelser hvor symptomene har utviklet raskt (under 14 dager) og er foranderlige fra dag til dag. Tilstandene er preget av kaos, skiftende intense følelser og mangfoldige psykotiske symptomer. De har vanligvis en god prognose, men er uttrykk for en sårbarhet for å kunne utvikle psykotiske symptomer ved stress. Vedvarer de psykotiske symptomene, vil de etter hvert fylle kriteriene for en schizofreni.

Schizoaffektive lidelser er tilstander hvor både affektive og schizofrene symptomer er til stede og i samme grad. Husk at de affektive symptomene og de psykotiske symptomene må være stemningskongruente. Det kan være vanskelig å skille symptomer på alvorlig sinnslidelse fra "normale" humørsvingninger og filosofiske grublerier, noe som er vanlig i tenårene. Det kan være en god hjelp å se hva som finnes av arvelig belastning når en skal vurdere disse lidelsene.

Det er viktig å være klar over at nesten alle med en schizofreni i perioder har betydelige depressive symptomer. Det er også vanlig å få depressive symptomer etter en gjennomgått psykotisk episode (en postpsykotisk depresjon). Dette skal ikke diagnostiseres som en affektiv lidelse. En postpsykotisk depresjon regnes som et godt prognostisk tegn.

Tilsvarende fremstår noen pasienter med lett forhøyet stemningsleie når de psykotiske symptomene klinger av. Dette må heller ikke oppfattes som en hypoman tilstand, men oppfattes som en psykologisk lette over å være i bedring.

Forekomst og etiologi

Psykoser er relativt sjeldne tilstander hos barn og ungdom, og de kan være vanskelige å vurdere. Realitetsoppfatningen må vurderes i forhold til barnets utviklingstrinn. En del pasienter i barne- og ungdomspsykiatrien har psykotiske symptomer uten at det oppdages. Det er derfor viktig å etterspørre psykotiske eller psykoseneære symptomer ved utredning av enhver psykisk lidelse. Det er registrert en økning av diagnostiserte psykoser hos barn og unge uten at en tror det representerer en reell økning i forekomst av psykotiske tilstander. En regner med at omlag 1 % av befolkningen fyller kriteriene for en schizofrenidiagnose, og det er mulig at omtrent halvparten av disse har hatt psykotiske eller psykoseneære symptomer før de har fylt 18 år (Gilberg et al., 2006, Grøholt et al., 2008, Rutter and Taylor, 2002).

Det finnes indikasjoner på dysfunksjon hos barn og ungdom før de utvikler klare psykotiske symptomer, men tegnene er ofte uspesifikke. Forsinket utvikling, skjevutvikling eller dysregulering forenlig med en utviklingsforstyrrelse, kan være til stede fra barnealder hos personer som utvikler tidlig psykose (Jones et al., 1999).

Noen studier har vist at motorikk og sosial fungering har vært avvikende før sykdomsdebut (Schiffman et al., 2009). Pubertet er en av de periodene i livet hvor hjernen gjennomgår størst endring etter fødsel, og dette er en kritisk periode hvor tegn på psykose kan manifestere seg (Woo et al., 2005). Subkliniske symptomer på schizofreni som perseptuelle og tankemessige forstyrrelser, aggresjon og atferdsforstyrrelser, tilbaketrekning og sosiale vansker er vanlig i prodromalfasen (Welham et al., 2009).

Kunnskap om årsaker og sykdomsmekanismer ved psykoser er fortsatt begrenset, men økende. Diagnosene er basert på deskriptive kriterier, og behandlingen er symptomatisk. En arvelig disposisjon er den eneste årsaksfaktoren som er vist med sikkerhet, og arveligheten er høy, mulig opp mot 80 % (Andreassen et al., 2002). Det innebærer at sannsynligheten for at pasienten har en slektning med liknende symptomer er stor.

Differensialdiagnoser

Psykotiske symptomer kan forekomme ved en rekke ulike tilstander. En grundig anamnese over hvordan tilstanden har utviklet seg samt en detaljert familieanamnese er avgjørende for å kunne stille en diagnose. Det er i tillegg viktig å utelukke alvorlige somatiske tilstander. De vanligste differensialdiagnosene til en schizofreni hos barn og unge er:

Andre psykoselidelser	Affektive psykoser Schizoaffektive lidelser Akutte forbigående psykoser
Utviklingsforstyrrelser	Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser/autismespekterforstyrrelser (inkludert Asperger syndrom)
Ikke-psykotiske tilstander	Tvang Angst Dissosiative tilstander PTSD Atferdsforstyrrelser, skolevegring Tilknytningsforstyrrelse
Stoffmisbruk	Spesielt amfetamin, kokain, ecstasy, langvarig hasjbruk
Somatiske tilstander	Forgiftninger Hodeskader Infeksjoner Svulster Epilepsi (spesielt frontal- og temporallappsepilepsi) Nevrodegenerative tilstander (f.eks. Wilsons sykdom) Metabolske lidelser

De vanligste psykoselidelsene er tilstander i det schizofrene og affektive spekteret. Nyere forskning og klinisk erfaring tilsier at det kan være hensiktsmessig å forholde seg til disse diagnosene som spekterlidelser og ikke kategorisk definerte diagnosegrupper. Differensialdiagnostisering i underkategorier er først og fremst viktig for å kunne vurdere prognose. Differensialdiagnostisk sikkerhet er lav da symptombildet ofte er preget av ulike atferdsmessige symptomer, for eksempel skolevegring. Det kan også være vanskelig å skille mellom affektive og mer schizofreniformete psykotiske tilstander, spesielt tidlig i forløpet.

Barnepsykosene har ofte et fluktuerende og subakutt forløp, mens psykotiske tilstander i ungdomsårene kan debutere mer akutt, selv om det ofte kan etterspores et prodromalstadium av måneders til års varighet. Mange pasienter vil etter at sykdomsinnsikt og tillit er etablert, fortelle om episoder, ofte fra mange år tilbake, hvor de har hatt symptomer som verken de eller helsepersonell har oppfattet som psykotiske gjennombrudd, men som pasientene i ettertid erkjenner at må ha vært det.

Det er viktig å skille psykotiske og nærpsykotiske symptomer fra dissosiative tilstander. Pasienter med PTSD vil kunne oppleve hallusinasjoner, men disse har et flashback-preg, hvor hallusinasjonen er knyttet til det aktuelle traumet. Behandlingen av disse tilstandene er også i stor grad forskjellige. En skal likevel ikke glemme at dissosiative symptomer og traumer i livshistorien er vanlige ved lidelser i det schizofrene og affektive spekteret og kan forekomme samtidig med psykotiske symptomer.

Pasienter med Asperger syndrom kan ha en symptomutforming som til forveksling kan minne om en psykose. Tidspunkt for symptomdebut og familieanamnese er viktig for å skille tilstandene differensialdiagnostisk. Det er ikke uvanlig at very early onset (VEOS)- og early onset (EOS)-schizofrenier har en del Asperger-liknende symptomer som nevrologisk senmodning og redusert kontaktfunksjon (Fitzgerald and Corvin, 2001). Noen pasienter som får diagnosen atypisk autisme eller uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (PDD-NOS/MCDD)), utvikler senere en schizofreni (Rapoport et al., 2009).

Angst og tvang kan også minne om psykosesymptomer. Diagnostisk avklaring kan gjøres ved å studere pasientens generelle fungering, innsikt i egne symptomer og ev. andre symptomer på tenkningsforstyrrelse. Husk at angst og tvang kan være forløpssymptomer i en psykoseutvikling.

Tilstander med stor grad av forvirring med synshallusinoser og redusert orienteringsevne bør gi mistanke om somatiske årsaker (inkludert rus). Somatisk vurdering er en forutsetning for all behandling av psykoserelaterte tilstander, også i akutfasen.

Komorbiditet

Komorbide tilstander er svært vanlig hos pasienter med tidlig psykosedebut. Vanlige tilstander er ADHD, atferdsforstyrrelse, depresjon, separasjonsangst, tvang, sosiale vansker og språkvansker (Wellham et al., 2008, Ross et al., 2006).

Utredning

I prinsippet gjelder de samme regler for utredning av psykosepasienter som ved enhver annen psykiatrisk utredning.

- 1. En grundig anamnese** inkludert utviklingshistorie og den kliniske observasjonen gir grunnlaget for utredningen. Det vesentligste i første fase er å fastslå om det er en psykotisk forstyrrelse, for utredningen. Det vesentligste i første fase er å fastslå om det er en psykotisk forstyrrelse, hvilket omfang den har, og over hvor lang tid forstyrrelsen har vart. Informasjonsinnhenting må som regel gjøres i samtale med pårørende. Opplysninger om tankepress, søvnforstyrrelser, funksjonsfall og psykotiske symptomer er viktig å få frem. Høy grad av arvelige sårbarhetsfaktorer gjør det viktig å spørre om funksjonssvikt både hos 1., 2. og 3. grads slektninger. Det kan også være aktuelt å innhente informasjon fra skolen. Er pasienten over 16 år, må en ha samtykke for å snakke med pårørende. Dette gjelder ikke om pasienten ikke er samtykkekompetent. I møtet med pasienten er det viktig å fokusere på hva han eller hun opplever som problematisk. Pasientene forholder seg lettere til nøkterne, enkle og direkte spørsmål knyttet til psykotiske symptomer enn indirekte eller utbroderte spørsmål.
- 2. En suicidalvurdering** hører alltid med da pasientgruppen er en høyrisikogruppe.
- 3. En somatisk undersøkelse** med orienterende nevrologisk undersøkelse og somatisk sykehistorie er viktig for å kunne vurdere eventuelle organiske årsaker til psykosen. Undersøkelsen suppleres med relevante blodprøver for hematologisk status, urea og elektrolytter, leverfunksjon og thyroideafunksjon. Blod og urin bør screenes for rusmidler. Standard EEG, CT eller MRI caput hører også med i en standard utredning. Før oppstart av medikasjon kan det være indisert å ta EKG og lipidstatus i serum. Den somatiske utredningen kan utvides på indikasjon med blant annet kromosomanalyser (karyotype, cytogenetikk med tanke på for eksempel kjønnskromosomanomalier, velocardiofacialt syndrom (22q11 mikrodelesjon), serum-kopper og caeruloplasmin (Wilson's sykdom), arylsulfata- se-A (metakromatisk leukodystrofi) screening av autoantistoffer og analyser i cerebrospinalvæske. Om pasienten har uttalte symptomer, må en vurdere om pasienten fyller kriteriene for tvangsinnleggelse. Ved mistanke om en alvorlig sinnslidelse med betydelig funksjonssvikt, bør pasienten viderehenvises til et miljø med erfaring i utredning og behandling av denne pasientgruppen. Om en ikke har tilgang på slike miljøer, bør videre utredning og behandling foregå med veiledning fra et slikt miljø.
- 4. Symptomutforming og funksjonssvikt** kartlegges mer detaljert når pasienten er stabilisert.

Vanlige utredningsverktøy:

Kiddie-SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children)	Semistrukturert intervju for kartlegging av diagnose og ev. psykiatriske tilleggs lidelser. Intervjuet bør utvides med tilleggsintervjuet for psykoselidelser. Ved depressive symptomer, utvides det også med tilleggsintervjuet for affektive lidelser.
SIPS (Strukturert Intervju for Prodromale Symptomer)	Strukturert intervju for å kartlegge psykosensære symptomer og risiko for psykotisk gjennombrudd.
PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale) psykotiske symptomer.	Intervjuet brukes for å vurdere grad av psykotisk belastning, når pasienten har manifeste psykotiske symptomer.
SIMP (Strukturert Intervju for Mulig Psykoserisiko)	Et intervju for vurdering av grad av selvoppløsning. Dette sees hyppig ved schizofrene tilstander.
"Humøret ditt" (MFQ; Mood and Feelings Questionnaire)	For vurdering og oppfølging av depresjon.
CDI (Children's Depressive Inventory) BDI (Beck Depression Inventory)	
CDRS (Children Depression Rating Scale)	
MADRS (Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale)	
Camberwell-interview, "Five-minute-speech"	Til systematisk registrering av familiespill og "expressed emotions (EE)"; uttrykk for familiens grad av varme, overinvolvering, kritikk og fiendtlighet med tanke på foreldrenes interaksjon med barnet.

En utredning av kognitiv funksjon hører også med da nesten alle pasienter med psykoseproblematikk har redusert kognitiv kapasitet, enten som konsekvens av sykdommen eller som en del av det premorbide bildet. Utredningen bør gjøres når pasienten er i stabil fase for å få et mest mulig korrekt inntrykk av pasientens mentale kapasitet. Pasientene har ofte redusert oppmerksomhetsevne, konsentrasjon, evne til abstrakt tenkning, hukommelse (arbeidsminne) og evne til innlæring. I aktiv sykdomsfase reduseres også den mentale fleksibiliteten, og de fremstår som mer rigide.

Behandling

Behandling av schizofreni og schizofreniforme tilstander er multimodal og må tilpasses individuelt. Selv om antipsykotisk medikasjon er hjørnesteinen i behandlingen, bør alle i tillegg få familie- og individualsamtaler, psykoedukasjon om tilstanden samt tiltak i forhold til skole og sosiale aktiviteter. Barn og ungdom med psykosesymptomer trenger oppfølging over lang tid. Behandlingen avspeiler hvilken fase i sykdomsforløpet pasienten er i. Ved oppstart er behandlingen i prinsippet lik for alle psykotiske tilstander. Det er derfor ikke nødvendig, og ofte heller ikke mulig, å stille eksakt diagnose før en har fått kontroll over de psykotiske symptomene.

Akuttbehandling av psykoser og truende psykoser er:

1. Stressreduksjon. Dette kan skje i form av farmakologiske intervensjoner (benzodiazepiner/nevroleptika) og/eller i kombinasjon med hvile, sykemelding fra skolen, begrensninger i forhold til sosial kontakt, også foreldre og søsken. Hensikten er å få ned det emosjonelle presset, også pasientens indre press om å være flink eller pliktoppfylende. Av og til vil "forbud" mot aktiviteter medføre mer stress enn det motsatte. Her må en vurdere individuelt.
2. Søvn. Flertallet av pasientene vil ha store søvnproblemer. Det kan være tilstrekkelig å hjelpe pasienten til å sove godt for å få en betydelig symptomreduksjon. En kan da bruke et nevroleptikum med sedativ effekt. De mest relevante er:
 - Olanzapin (Zyprexa®) (10 mg hos eldre ungdom)
 - Quetiapin (Seroquel®) (200 mg ved betydelig uro)
 - Klorprotiksen (Truxal®) (for eks. 25 mg).

Ved store søvnevansker kan en kombinere quetiapin eller olanzapin med zopiclon (eventuelt diazepam, faren for avhengighet er liten ved kortvarig bruk).

Mye tyder på at aripiprazol (Abilify®) kan ha samme effekt som quetiapin og olanzapin for å dempe uro og etablere et bedre søvnmønster.

Levomepromazin (Nozinan®) gir betydelig hangover og er derfor ikke førstevalg. Vallergan er ikke relevant.

Da det er stor sannsynlighet for at pasienten skal gå på medisiner over tid, er det viktig at medisineringen oppleves som en god hjelp. Pasienten bør ikke bli påført ubehagelige bivirkninger han/hun ikke er forberedt på.

Medikamentell behandling etter akutfasen

Alle pasienter som har trengt medikamentell behandling for å kupere et psykotisk gjennombrudd, bør gå på antipsykotika for å forebygge tilbakefall. Ubehandlet vil 80 % få tilbakefall. Med riktig sammensatt behandling kan tilbakefallsprosenten reduseres til ca. 15–20 % (Freudenreich et al., 2007).

Effekt:

For å vurdere effekten av antipsykotika, må en være klar over at den spesifikke antipsykotiske effekten først viser seg etter 1–2 uker. Full effekt kan ikke forventes før etter 5–6 uker. Om en ikke ser noen effekt på psykotiske symptomer i løpet av 2 uker, er det sannsynligvis fordi dosen er for lav, medikamentet ikke har effekt, eller pasienten ikke tar det. Når pasienten er stabilisert, kan en gå ned i medikamentdose. Serummålinger gjøres for å avklare manglende effekt eller mange bivirkninger. I tillegg er det verdifullt å få et serumspeil for å ha en referanseverdi når pasienten er stabilisert.

Behandlingstid:

Varigheten av behandling etter oppnådd symptomfrihet er et skjønsspørsmål. Her må grad av sykdomsinnsikt og eliminering av stressfaktorer vurderes. En tommelfingerregel kan være: 1 års behandling ved nærpsykotisk episode, 2 år ved enkeltstående psykotisk episode og 5 år etter andre psykotiske gjennombrudd. Pasienter med langvarig og vanskelig kuperbare psykotiske symptomer krever ofte livslang medikamentell behandling.

Bivirkninger:

Da pasientene skal stå på medisiner i lengre tid, er det viktig å velge et preparat pasienten tolererer. Her er det store individuelle forskjeller. Det er også stor individuell forskjell i hvor høye doser pasientene trenger, og hvor mye bivirkninger de får. Generelt responderer pasienter med førstegangpsykoser på lavere dose, men de får også lettere bivirkninger. Det samme gjelder med ung alder. I praksis vil en ofte måtte skifte antipsykotika pga. utilstrekkelig effekt eller plagsomme bivirkninger. Ethvert skifte medfører fare for tilbakefall av symptomer. Det er derfor viktig å finne det

preparatet som har en gunstig virkningsprofil i forhold til pasientens samlede symptombelastning. Gir preparatet en betydelig vektøppgang, vil det som regel vise seg med økt sult og begynnende vektstigning i løpet av de første 2–3 uker. Det bør da være gode grunner for ikke å skifte preparat. Betydelig vektøppgang svekker compliance. Dessuten kan vektøkningen på sikt gi betydelig økt risiko for somatisk sykdom, spesielt diabetes og hjerte- og karsykdommer (Birkenæs et al., 2007). Vektnøytrale medisiner er quetiapin (Seroquel®), aripiprazol (Abilify®), ziprasidon (Zeldox®) og sertindol (Serdolact®). Amisulprid (Solian®) gir en sjelden gang betydelig vektøkning, men har ellers en gunstig bivirkningsprofil.

Tilleggsmedikasjon:

I akutfasen er det ofte behov for supplerende medisiner. Dette kan så gradvis seponeres. Det er likevel holdepunkt for at mange av pasientene kan ha nytte av å stå på et antidepressivum i tillegg til antipsykotikum. For å redusere bivirkninger eller øke effekt, kan en kombinere to nevroleptika med forskjellig reseptorprofil.

Medikamentell behandling som eneste tiltak har vanligvis bare begrenset effekt på langtidsprognosen. Behandlingen må være multimodal for å hindre tilbakefall av symptomer eller progredierende funksjonstap. Det skal likevel ikke underslås at noen få pasienter har en progredierende sykdomsutvikling uavhengig av innsatsen i behandlingen.

Familiebehandling og veiledning:

1. I akutfasen trenger både familien og pasienten nøktern og lettfattelig informasjon om tilstanden og rasjonalet for akuttbehandlingen. Det er viktig å skape håp og hjelpe familien til å se muligheter ved behandlingen.
2. Psykoedukasjon om tilstanden for å øke forståelsen for og kunnskap om pasientens psykotiske symptomer er avgjørende for at familien skal kunne ivareta og tilrettelegge for pasienten. Familien er ofte en viktig del av behandlingsteamet rundt pasienten. Ofte de første som kan registrere varselsignaler i forhold til tilbakefall.
3. Kartlegge og avhjelpe stressfaktorer i pasientens familie og nærmiljø. Viktig med veiledning for å redusere expressed emotions. Trene på kommunikasjonsform.
4. Problemløsningssamtaler. Samtaler som fokuserer på spesifikke situasjoner eller problemer. Dette gjøres både individuelt med pasienten og familien.
5. Flerfamiliegruppe. Det er godt dokumentert at pasientene og deres foreldre har god nytte av et slikt tilbud.
6. Familieterapi ved samspillproblemer.
7. Oppdage og eventuelt viderehenvise foreldre for egne psykiske lidelser.

Familiebaserte intervensjoner er viktig for prognose (Jeppesen P et al., 2005). Uansett hvilken forståelse man har av familiens rolle og betydning for utvikling av tilstanden, er et omfattende og nært samarbeid med foreldrene svært viktig.

Individualterapi

Hensikten med individualterapi er å gi pasienten større sykdomsinnsikt og lære seg å gjenkjenne høyt emosjonelt press og varselsymptomer.

Kognitiv atferdsterapi (CBT) er den terapiformen som til nå har mest empirisk støtte (Tai S 2009). Pasienten danner seg en alternativ forståelse av sine psykotiske symptomer, de normaliseres, og ved kognitiv restrukturering korrigeres opplevelser. Relasjonsorientert terapi som spesielt fokuserer på stress i relasjoner, har vist seg nyttig (Roder V et al., 2006) For at en slik intervensjon skal bli vellykket, kreves det som regel spesialkompetanse hos behandler. Samtalebehandling vil opprettholde og bedre den behandlingseffekten en har oppnådd med skjerming og medisiner.

I startfasen kan det være tilstrekkelig med 5–10 min samtaler. En bør heller prioritere å se pasienten ofte. Timelengden kan økes gradvis når pasienten er stabilisert og tåler mer informasjon og eksplorerende spørsmål. De pasientene som i stabilisert fase klarer å følge opp samtalebehandling, har bedre prognose (Friis and Larsen, 2002).

Samarbeid med førstelinjen

Generelt bør pasienten behandles i en mest mulig naturlig sosial og familiær kontekst. Individuell tilrettelegging av skoletilbudet i samarbeid med Pedagogisk-psykologisk tjeneste er viktig. Stort skolefravær pga. sykdommen samt (forbigående) reduksjonen i kognitiv kapasitet, gjør at barnet må møtes med andre forventninger og krav enn tidligere. Stressreduksjon og mestring er avgjørende.

Da pasienten trenger langvarig oppfølging fra mange ulike instanser, bør det utarbeides en individuell plan og opprettes en ansvarsgruppe for å koordinere tjenestene (tilbudet er frivillig). Samarbeid med barnevernstjensten og eventuelt andre utenfor hjemmet kan være nødvendig for å styrke omsorgen rundt pasienten. Enkelte pasienter har behov for en omsorgsbasis utenfor hjemmet. Fylkeskommunale eller interfylkeskommunale små behandlingshjem, spesielt rettet mot å behandle psykoser, forsøkes nå startet flere steder i landet.

Mange pasienter vil i faser av sykdommen trenge institusjonsopphold av kortere eller lengre varighet. Det er derfor viktig med tett samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Prognose

Prognosen er avhengig av alder for innsetting av symptomer, symptomvarighet og utforming, grad av kognitiv svekkelse og premorbid fungering. Tidlig debut og snikende symptomutvikling med mye negative symptomer er assosiert med en dårligere prognose. Akutt innsettende symptomer med stort innslag av positive symptomer, gjerne som følge av akutte belastninger, har en god prognose. Etableres en god allianse og god sykdomsinnsikt, bedres også prognosen i betydelig grad. Tilsvarende gjelder for reduksjon i nivå av expressed emotions (EE) og andre belastningsfaktorer. Om en får behandlet symptomene før psykotisk gjennombrudd, kan mange gjenoppta normal funksjon etter 1 til 2 år. Selv om over halvparten av pasientene etter hvert får et meningsfylt liv, vil under 20 % klare seg i et alminnelig arbeidsforhold (Freudenreich 2007). De positive psykotiske symptomene blekner vanligvis med alder selv om pasienten er lite tilgjengelig for behandling. Det kan se ut som tidlig intervensjon reduserer symptombelastningen og hever funksjonsnivået for alle pasienter med psykoseproblematikk (Friis et al., 2005).

Litteratur:

1. Andreassen OA, Steen VM. Schizophrenia and molecular genetics. Tidsskr Nor Laegeforen. 2002. Sep 10;122(21):2118-22.
2. Birkenaes AB, Opjordsmoen S, Brunborg C, Engh JA, Jonsdottir H, Ringen PA, Simonsen C, Vaskinn A, Birkeland KI, Friis S, Sundet K, Andreassen OA. The level of cardiovascular risk factors in bipolar disorder equals that of schizophrenia: a comparative study. J Clin Psychiatry. 2007. Jun;68(6):917-23.
3. Fitzgerald M, Corvin A. Diagnosis and differential diagnosis of Asperger syndrome. Advances in Psychiatric Treatment. 2001. 7;310-318.
4. Freudenreich O, Holt DJ, Cather C, Goff DC. The evaluation and management of patients with first-episode schizophrenia: a selective, clinical review of diagnosis, treatment, and prognosis. Harv Rev Psychiatry. 2007. Sep-Oct;15(5):189-211. Review.
5. Friis S, Larsen TK. Har individuell psykoterapi noen plass i behandlingen av schizofrene? Tidsskr Nor Laegeforen. 2002. Sep 20;122(22):2210-2.
6. Friis S, Vaglum P, Haahr U, Johannessen JO, Larsen TK, Melle I, Opjordsmoen S, Rund BR, Simonsen E, McGlashan TH. Effect of an early detection programme on duration of untreated psychosis: part of the Scandinavian TIPS study. Br J Psychiatry Suppl. 2005. Aug;48:s29-32.

7. Gilberg C., Harrington R.(ed). A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry. Cambridge University Press. 2006.
8. Grøholt B., Sommerschild H., Garløv I. Lærebok i barnepsykiatri, 4. utgave. Universitetsforlaget. 2008.
9. Jeppesen P, Petersen L, Thorup A et al. Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden. Br. J. Psychiatry 2005. 187 (suppl 48):S85-90.
10. Jones PB, Tarrant CJ. Specificity of developmental precursors to schizophrenia and affective disorders. Schizophr Res. 1999. Sep 29;39(2):121-5.
11. Rapoport J, Chavez A, Greenstein D, Addington A, Gogtay N. Autism spectrum disorders and childhood-onset schizophrenia: clinical and biological contributions to a relation revisited. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009. Jan;48(1):10-8. Roder V, Mueller DR, Mueser KT, Brenner HD. Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective? Schizophr Bull. 2006. Oct;32 Suppl 1:S81- 93.
13. Rutter M., Taylor E. (ed.). Child and Adolescent Psychiatry, fourth edition. Blackwell Science Ltd. 2002.
14. Schiffman J, Sorensen HJ, Maeda J, Mortensen EL, Victoroff J, Hayashi K, Michelsen NM, Ekstrom M, Mednick S. Childhood motor coordination and adult schizophrenia spectrum disorders. Am J Psychiatry. 2009. Sep;166(9):1041-7.
15. Tai S, Turkington D. The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: current practice and recent developments. Schizophr Bull. 2009. Sep;35(5):865-73.
16. Welham J, Scott J, Williams G, Najman J, Bor W, O`Callaghan M, McGrath J. Emotional and behavioural antecedents of young adults who screen positive for non-affective psychosis: a 21-year birth cohort study. Psychol Med. 2009. Apr;39(4):625-34.
17. Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Helsedirektoratet, 2013.
18. Woo TU, Crowell AL. Targeting synapses and myelin in the prevention of schizophrenia. Schizophr Res. 2005. Mar 1;73(2-3):193-207.

Aktuelle lenker og nettsteder:

www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/

www.psykopp.no

www.tips-info.com

www.ullevaal.no/tips

www.legehandboka.no

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010

Bipolare lidelser

Berit Grøholt og Anne Mari Sund

Diagnose ICD 10: F31 Bipolar stemningslidelse

Bipolar stemningslidelse F31 karakteriseres av episodisk stemningsforstyrrelse, med vekslning mellom depressive, samt maniske eller hypomane episoder. I ICD-10 blir bipolar lidelse type I kodet som F 31.0. – F31.7. avhengig av hvilken fase lidelsen er i. Bipolar lidelse type II blir kodet under F 31.8.

F 31.9 Uspesifisert bipolar affektiv lidelse kan brukes dersom episodene med manisymptomer er kortere enn 4 dager.

I DSM omtales diagnosene som Bipolar I, Bipolar II, og cyklotymi. Bipolar NOS i DSM-IV er i DSM-5 erstattet med "Other Specified Bipolar and Related Disorder", som kan anvendes dersom kriterier for Bipolar II ikke er helt oppfylt pga. for få symptomer eller for kort varighet av manisymptomer.

Diagnostikk

For at diagnosen stilles må barnet framvise episodisk endring av atferd og stemningsleie, minst 7 dager for mani og 4 dager for hypomani. Hovedkriterier er hevet stemningsleie, ev. svært irritabelt. I samme periode skal barnet vise minst 3 (4 ved irritabilitet) av de ni 9 symptomer i rammen under. Kronisk irritabilitet skal ikke føre til bipolar diagnose. Viktig i diagnostikken er at bipolare lidelser har et episodisk preg, og at atferden i episoder er klart forskjellig fra barnets vanlige atferd.

Tabell 1. Symptomer ved mani.

- Hevet stemningsleie, ev. svært irritabelt og 3 (4 ved irritabilitet) av følgende 9 symptomer
- Oppblåst selvfølelse eller grandiositet
- Økt aktivitet, hyperaktiv/rastløs
- Overdreven pratsom
- Redusert søvnbehov
- Tankeflukt
- Distraherbarhet/konsentrasjonsvansker eller stadig skifte i aktivitet eller planer
- Hensynsløs, uansvarlig og risikofyllt atferd
- Tap av sosiale hemninger som fører til upassende eller hemningsløs, atferd
- Økt seksuell energi

Etter ICD 10 skal det ha vært minst to episoder før diagnose (minst en manisk/hypoman), mens det i DSM-5 er nok med en manisk/hypoman episode. Barnet skal under episoden ha en atferd klart forskjellig fra vanlig væremåte, og tilstrekkelig antall symptomer, ved mani forårsaker lidelsen betydelig svikt i funksjonen sosialt, i familien eller på skolen og fører noen ganger til innleggelse, mens ved hypomani er det ikke alvorlig funksjonssvikt. Reaksjon pga. rusbruk eller organisk lidelse er eksklusjonskriterier.

Under en manisk/hypoman episode kan barnet også ha depressive symptomer, og vi snakker da om blandet episode. Siden bipolar lidelse ofte utvikles gradvis kan det være hensiktsmessig å anvende diagnosen (uspesifisert bipolar lidelse i ICD 10 som en tentativ "arbeidsdiagnose" når episodene varer kortere enn 4 dager.

Forløp

Tilstanden er som regel livslang med debut i barnealder, ungdom eller tidlig voksen alder. Genetikk spiller en stor rolle, og i familier med disposisjon for bipolar lidelse sees også ofte ADHD og alkoholavhengighet. Hjerneavbildninger viser ofte uspesifikke endringer i hippocampus og amygdala. Miljøfaktorer påvirker også debut og sykdomsforløp⁸.

Forekomst

Forekomsten av bipolare lidelser før 18 år er ukjent. Endrede diagnostiske kriterier har ført til en sterk økning av forekomsten i USA. De diagnostiske kriteriene er nå strammet inn, og vi har bare funn fra to epidemiologisk studier: under 18 år var livstidsprevalens under 1 %, hovedsakelig cyklotymi og bipolar II, mens en annen ikke fant noen med diagnosen i aldersgruppen 9-13^{2,4}. Imidlertid vet vi at mange har betydelige plager i barne- og ungdomsår før diagnosen stilles⁶.

Differensialdiagnose

ADHD kan ha mange likhetstrekk med bipolar lidelse. Forekomst av eutyme episoder skiller. Ved somatisk us. vil også barn med ADHD oftere vise neurologiske vansker (9). Risikofylt atferd eller overdreven søking av gledesskapende atferd (for eksempel kjøp, invitasjon til selskap og lignende) skal bare finne sted under maniske episoder. Andre samtidige diagnoser som angst kan komplisere bildet.

Psykososer som schizofreni er en viktig differensialdiagnose i likhet med alvorlig situasjonsbetinget stress og PTSD. Hvis diagnosen er usikker er det nødvendig å følge opp over tid. En god allianse er svært viktig, også med tanke på at sårbarhet for å utvikle episoder oftest varer livet ut. Mange debutterer med en depressiv episode og barn konverterer oftere til mani enn voksne. Likevel må en behandle den lidelsen pasienten kommer med.

Somatisk sykehistorie og undersøkelse hører med. Somatiske lidelser som kan likne mani må utelukkes (hodeskader, MS, hjerneslag, hyperthyreose, Cushing syndrom, temporallappsepilepsi, MS (Multiple Sclerosis), SLE (Systemisk Lupus). Reaksjon på medikamenter eller rusmidler må utelukkes. Samtidig er det viktig å vite at rusmiddelmissbruk er økt blant personer med bipolar lidelse.

Utredning

Klinisk intervju med barn og foreldre, supplert med ev. komparenter er den viktigste informasjonskilden. Når episoder beskrives må stemningen være forskjellig fra glede som ved ekstra hyggelige begivenheter. Under episodene skal barnet også ha tilleggssymptomer slik de beskrives i diagnoselistene (3 ved mani, 4 ved hypomani). Utviklingsanamnese kan suppleres med en tidslinje for svingende stemninger. Humørdagbok er også et aktuelt hjelpemiddel. Familieanamnesen må være spesielt grundig.

Depresjonsdiagnoser stilles etter kriterier beskrevet under depresjon. Ved bipolar lidelse er psykomotorisk retardasjon og tidlig debut karakteristisk. En skal alltid vurdere fare for suicidalitet hos barn og unge med bipolar lidelse.

Instrumenter:

Selvrapportinstrumenter som ASEBA og Dawba kan vise både internaliserende og eksternaliserende symptomer, som må utredes videre. En slik kombinasjon sees ved en rekke alvorlige lidelser, og klinikerer skal inkludere bipolare lidelser i sine diagnostiske overveielser¹⁰. Aktuelt semistrukturert intervju er Kiddie- SADS – PL (Kaufman J, 1996, www.helsebiblioteket.no, Norsk overs A.M.Sund,) Foreldre og kliniker bør fylle ut skjema for mani (Young Mania Rating Scale)¹², Child Mania Rating Scale⁷.

Behandling

Behandling er alltid multimodal med vekt på psykoedukasjon. Etter en manisk episode er det ofte nødvendig å hjelpe til med informasjon til omgivelsene for å rydde opp. Et regelmessig forutsigbart liv er et gode, og familiemedlemmer må ofte ha hjelp til å tilrettelegge tilværelsen for barnet.

Medikamentell behandling bør alltid tilbys ved mani. Det finnes få gode studier som måler effekt, og det vitenskapelige grunnlaget for anbefalingene for barn er svakt eller moderat. Akutt mani kan behandles med lithium (en randomisert og mange åpne studier har vist effekt) eller valproat (vist effekt i åpne studier, ikke effekt i en randomisert studie¹¹ eller atypiske antipsykotikum (quetiapin, aripiprazol, risperdal og olanzapin har vist effekt i åpne studier). Det kan være nødvendig med polyfarmasi, men med stor varsomhet og bare over kortere perioder. Depressive episoder kan behandles med lamotrigin, lithium eller antipsykotikum. En har sett en økt risiko for konvertering til mani ved bruk av antidepressiva. Denne påstanden er svekket, men en bør følge nøye med hvis slik behandling startes. Vedlikeholdsbehandling er lithium, lamotrigin eller valproat. Alle har bivirkninger; Lithium har smalt terapeutisk spekter og gir bl.a. kviser, valproat må ikke bruke hos piker pga fare for polycystiske ovarier og lamotrigin kan gi utslett, og en sjelden gang Steven Johnson syndrom, ev. med dødelig utfall¹. Behandlingen bør følges opp nøye, blodspeil må føles nøye i forhold til lithium. Ved bruk av antipsykotisk medikasjon må pasienten undersøkes og følges opp i forhold til metabolsk syndrom (BT, lipider, blodsukker, vekt). Man må være oppmerksom på interaksjoner, bl.a. med p-piller. Omega-tre-fettsyrer har vært brukt som tilleggsmedisin³.

Psykososial behandling må supplere medikamentell behandling. Psykoedukasjon, innsats i forhold til familieproblemer, skole problemer, sosial funksjon bør alltid vurderes. Pasient og familie må få kunnskap om hvordan tilbakefall best forebygges (regelmessig medikasjon, stressreduksjon, stabil livsrytme). Individuell psykoterapi og familiefokusert terapi (CBT og IPT) har vist bedret prognose ved å bedre problemløsning og sosiale ferdigheter⁵.

Referanser

1. Calabrese JR, Sullivan JR, Bowden CL, Suppes T, Goldberg JF, Sachs GS, Shelton MD, Goodwin FK, Frye MA, Kusumakar V (2002) Rash in multicenter trials of lamotrigine in mood disorders: clinical relevance and management. *J Clin Psychiatry* 63:1012-1019
2. Costello EJ, Angold A, Burns BJ, Stangl DK, Tweed DL, Erkanli A, Worthman CM (1996) The Great Smoky Mountains Study of Youth. Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry* 53:1129-1136
3. Kidd PM (2007) Omega-3 DHA and EPA for cognition, behavior, and mood: clinical findings and structural-functional synergies with cell membrane phospholipids. *Altern Med Rev* 12:207-227
4. Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR (1995) Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34:454-463
5. McClellan J, Kowatch R, Findling RL (2007) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46:107-125
6. Morken G, Vaaler AE, Folden GE, Andreassen OA, Malt UF (2009) Age at onset of first episode and time to treatment in in-patients with bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 194:559-560
7. Pavuluri MN, Henry DB, Devineni B, Carbray JA, Birmaher B (2006) Child Mania Rating Scale: Development, Reliability, and Validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*
8. Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og diagnostikk av bipolare lidningar. Helsedirektoratet, 2012. www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/bipolare-lidningar
9. Udal AH, Grøholt B (2005) Bipolare lidelser hos barn og ungdom –hvordan ser det ut? *Tidsskr Nor Laegeforen* 126:302-304

10. Udal AH, Malt UF, Lovdahl H, Gjaerum B, Pripp AH, Groholt B (2009) Motor function may differentiate attention deficit hyperactivity disorder from early onset bipolar disorder. *Behav Brain Funct* 5:47
11. Volk HE, Todd RD (2007) Does the Child Behavior Checklist juvenile bipolar disorder phenotype identify bipolar disorder? *Biol Psychiatry* 62:115-120
12. Wagner KD, Redden L, Kowatch RA, Wilens TE, Segal S, Chang K, Wozniak P, Vigna NV, Abi-Saab W, Saltarelli M (2009) A Double-Blind, Randomized, Placebo- Controlled Trial of Divalproex Extended-Release in the Treatment of Bipolar Disorder in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 48:519-531
13. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA (1978) A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 133:429-435
14. Svenske nasjonale retningslinjer for behandling av angst og depresjon (inkludert bipolar lidelse). På side 85 er det innholdsfortegnelse over anbefalinger ved en rekke tilstander, bl.a. bipolar lidelse.

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010

Depressive lidelser

Berit Grøholt og Anne Mari Sund

(Senter for barne- og ungdomspsykiatri/UiO og St. Olavs Hospital/R-BUP, Midt-Norge, NTNU)

Aktuelle diagnoser (ICD-10)

F32 Depressiv episode

- lett, moderat eller alvorlig uten og med psykotiske symptomer (F32.0 til F32.3)

F33 Tilbakevendende depressiv lidelse

- lett, moderat eller alvorlig uten og med psykotiske symptomer (F33.0 til F33.3)

F34 Vedvarende stemningslidelse – dysthymi (F34.1)

Depresjon hos barn og unge er en alvorlig lidelse som rammer utviklingen på flere områder med tendens til tilbakefall og kronisitet over til voksen alder. Depresjon vil ofte forekomme sammen med andre psykiske lidelser. Barn som henvises til BUP bør derfor vurderes med tanke på oppdaging og behandling av depresjon.

ICD-10:

Kjernesymptomer:

- Nedsatt stemningsleie
- Anhedoni (interesse – og gledesløshet)
- Nedsatt energi, slitenhet

Ledsagende symptomer:

- Redusert selvtillitt og selvfølelse
- Økt skyldfølelse
- Tanker om død eller selvmord/selvordsforsøk
- Konsentrasjonsvansker/ambivalens
- Søvnforstyrrelser (tidlig oppvåkning/innsovningsvansker/sove mye)
- Psykomotoriske endringer (agitasjon/retardasjon)
- Appetitt eller vektforandringer (vekttap/økt vekt)

Episoden må ha vart minst 14 dager med nedsatt fungering.

F32.0: Lett depressiv episode: 2 kjernesymptomer + 2 ledsagende symptomer

F32.1: Moderat depressiv episode: 2 kjernesymptomer + 4 ledsagende symptomer.

F32.2 Alvorlig depressiv episode: 3 kjernesymptomer + 5 ledsagende symptomer.

En moderat depressiv episode i ICD-10 tilsvarer omtrent alvorlig depresjon (major depression) i DSM-5. I DSM-5 er irritabelt stemningsleie ekvivalent med lavt stemningsleie.

Depresjon opptrer i episoder og er ofte tilbakevendende (F33).

I de alvorligste tilfellene kan psykotiske symptomer opptre (F32.3) eller tilstanden kan være livstruende, f.eks. pga. suicidalitet (s.d.).

Dysthymi, eller kronisk depresjon (F34.1) har mindre intense og færre symptomer som må ha vart over minst to år. Generelt kan funksjonen være like nedsatt som ved alvorlig depresjon¹. Risikoen for å utvikle en alvorlig depressiv episode er økt.

Andre diagnoser

Depressiv atferdsforstyrrelse (F92.0) og tilpasningsreaksjoner (F43.2)

Disse diagnosene gis ikke hvis tilstanden oppfyller kriteriene for en alvorligere depressive lidelse.

Hos små barn settes diagnosen etter DSM: "The Diagnostic and Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC:0-3) system². Se kapitlet: Depression of infancy and early childhood.

Klinisk bilde

Depresjon diagnostiseres etter samme kriterier, men kan gi ulikt uttrykk i ulike aldre. Hos små barn sees bl.a. apati, matvegring og regresjon. Barns depresjon preges av deres kognitive utvikling; de gjenkjenner ikke alltid sine følelser som triste, men ser ofte triste ut, er irritable og sinte, har kroppslige plager og ofte komorbid separasjonsangst eller fobier. Ofte vil barnet også vise tilbaketrekningsatferd og ha skolevansker. Ungdommer viser hyppigere sterke humørsvingninger, håpløshetsfølelse, konsentrasjonsproblemer, hypersomni, melankolske symptomer (tidlig oppvåkning, somatiske symptomer, psykomotoriske endringer, manglende emosjonell reaktivitet, anhedoni) og komorbid dysthymi, sosial angst og alkohol eller stoffproblemer. Psykoser med vrangforestillinger sees meget sjelden hos bar. Suicidale tanker er hyppig både hos barn og unge, mens letaliteten er større hos ungdommer^{3,4}.

Forekomst

Før puberteten er forekomsten lik hos gutter og piker, omkring 2 %⁵, men fra 14 års øker forekomsten hos piker. Hos tenåringer er forekomsten 4–8 %, med minst 2 ganger så høy forekomst hos pikene. Livstidsforekomsten er 20 % ved 18 års alder⁵. Det er ikke registrert øking av alvorlige depressive lidelser de siste 30 årene⁶.

Forløp

En episode har varighet minst 6-8 måneder, og ofte lengre. 40 % har tilbakefall i en 2 års periode og 60 % over til voksen alder. Tidlig debut har oftere et kronisk forløp, debut i ungdommen et mer alvorlig forløp. Depresjon i barne og ungdomsalder, spesielt hvis tilbakefall, gir økt tendens til depresjoner i voksen alder, interpersonlige problemer og lavere utdanning. Det er holdepunkter for at lette depresjoner (NOS) også kan ha alvorlig prognose. Det er usikkert hvor ofte depresjoner "switcher" over til bipolar lidelse, men mange melankolske symptomer kan muligens øke risikoen.

Forståelse/Risikofaktorer

I dag forstås depresjon best ut fra en stress-diathesis tenking; dvs at sårbarhet hos barnet/ungdommer gir seg utslag i depresjon bare i interaksjon med ytre belastninger. Hos de minste er det mulig at miljømessig stress de første leveår kan påvirker hjernens utvikling, og gjøre barnet sårbart for senere stress⁷. Hos unge voksne er det vist at hos de med den mindre virksomme varianten av serotonintransporter genet vil depresjonssymptomnivået øke mest i relasjon til mengde stressende livshendelser⁸.

Viktige risikofaktorer er familiehistorie for depresjon og annen psykisk lidelse hos barnet. Andre risikofaktorer er seksuelt misbruk, foreldrekonflikt etter skilsmisse, interpersonlige problemer (for eksempel i venneflokken), fattigdom, rus, fysisk inaktivitet pga traume/sykdom, kronisk somatisk sykdom, søvnmangel, tilhøre en etniske minoriteter samt kjønnsidentitet problemer.

Lav selvfølelse, negativ attribuering, ruminering og dårlig regulering av emosjoner, samt negative og skuffende livshendelser er relatert til debut av depresjon og tilbakefall.

Kjønnsforskjeller

Høyere forekomst hos piker fra 12 års alder kan skyldes hormonelle endringer, tidlig pubertet, genetisk sårbarhet og kognitive og affektiv sårbarhet i interaksjon med negative livshendelser⁹.

Komorbiditet/ Differensialdiagnoser

Ca. 50 % har en komorbid psykiatrisk lidelse. Vanligst er dystymi, angstlidelser, PTSD, atferdsforstyrrelse, oppmerksomhetsforstyrrelser og rusmiddelmisbruk.

Følgende tilstander er aktuelle mht. differensialdiagnose til depresjon: Endret stemning pga. somatisk sykdom; endret stemning pga. stoffmisbruk; tilpasningsforstyrrelse; ADHD (irritabilitet kan forveksles med den som kan sees ved depresjon); schizofreni; anoreksia nervosa; sorg etter tap av nær person; posttraumatisk belastningsreaksjon (f.eks. etter traumer som seksuelle overgrep); tretthets-syndrom.

Utredning

1. Sykehistorie med barnet, familien og andre (skole/barnehage) som informanter.
 - a. Barnets utviklingshistorie.
 - b. Aktuelle diagnostiske symptomer.

Både de følelsesmessige plagene, endringer av aktivitet og fysiske endringer, de tankemessige forstyrrelsene (negative distorsjoner) og motivasjonsforstyrrelsen må vurderes. Oppmerksomhetsfunksjon vurderes i skole/ barnehage. En bør også spørre om uttrykte suicidale tanker eller gester. Spesielt bør man spørre om tidligere hypomane eller maniske episoder.
 - c. Forstyrrelsens type og varighet. Dette inkluderer start og utvikling av symptomer, under hvilke forhold de viser seg, hvor mye barnet og familien lider, hvordan andre påvirkes av depresjonen og sosial fungering i forhold til barn og voksne. Familien og barnets holdning til depresjon bør kartlegges.
2. Medisinsk sykehistorie og somatisk undersøkelse. Depresjon kan være sekundær til uoppdaget somatisk lidelse. Aktuelle lidelser kan være: Anemi, endokrine tilstander som diabetes og hypothyreodisme, hodepine og migrene, cancer, autoimmun lidelse, underernæring, post-virale tilstander. Depresjons liknende tilstander kan også være bivirkninger av medikamenter. Aktuelle er: Corticosteroider, p-piller, stimulantia.
3. Familiehistorie ev. med genogram med tanke på depresjon, bipolar lidelse og suicidal atferd i familien. Man bør spørre både om 1° og 2° slektninger (inkl. søskenbarn). En bør få oversikt over belastninger for familiemedlemmer

og den unge. Belastningene, som mobbing eller andre traumatiske opplevelser kan holdes skjult av barnet/ungdommen av lojalitetshensyn, slik at depresjon kan være det eneste synlige tegnet på at noe i omgivelsene plager barnet.

4. Individualundersøkelse av barnet/den unge. Barnet er den viktigste informanten. Observasjon av barnet og detaljert utspørring om de enkelte symptomer, når barnet er gammelt nok, er nødvendig. Semistrukturerte intervjuer er nyttige, som Kiddie – SADS – PL intervjuet (10) eller CAS. Fungeringsnivå vurderes ut fra C-GAS. En bør danne seg et inntrykk av selvbilde og opplevd håpløshet, suicidalitet og aggressive impulser.
5. Spørreskjema. Det anbefales å bruke både selvutfylte og klinikerutfylte spørreskjemaer. Spørreskjemaer egner seg godt for å følge et behandlingsforløp. Selvrapport: "Humøret ditt" eller MFQ (Mood and Feelings Questionnaire)¹¹, CDI (Childrens Depressive Inventory¹² og ev. for ungdom: BDI (Beck Depression Inventory¹³ og ASEBA (s.d.). Internett baserte Dawba (s.d.) vil gi indikasjon om affektive lidelser. Felles for spørreskjemaer er at disse kan fylles ut både av barn, foreldre og ev. lærer, videre at sensitiviteten er god, men spesifisiteten dårligere, dvs at det er bare en klinisk vurdering med samtale/intervju som endelig kan fastslå depresjonsdiagnosen. Kliniker utfyllt: CDRS (Children Depression Rating Scale, henv. A.M. Sund)¹⁴
6. Tverrfaglig utredning. Vurdering av evnenivået og av spesifikke lærevansker kan være viktig.

Behandling

Behandling av depresjon er multimodal og må skreddersys til den enkelte^{15,16}. Både familiemessige og sosiale, individuelle, psykologiske og biologiske faktorer, må inngå. Behandlingen bør omfatte registrering og behandling av de enkelte depressive symptomene barnet sliter med. Man skiller gjerne mellom akutt behandling og vedlikeholdsbehandling. En "vente-og-se"-holdning bør unngås utover få uker, og et barn med depresjon bør følges opp over lang tid¹⁷.

Familie

1. Psykoedukativ tilnærming til både barn, familie og ev. nærmiljø er avgjørende⁵ og vil øke forståelsen for barnets depressive symptomer,
2. Kartlegge og avhjelpe stressfaktorer i barnets familie og nære miljø.
3. Hjelp til å øke sosial aktivitet og bedre den sosial kompetansen vil motvirke barnets tendens til å tolke hendelser negativt.
4. Familierapi er et nærliggende virkemiddel ved samspillproblemer. Tilknytningsterapi har vist effekt på alvorlig depresjon hos ungdom^{18,19} og tar sikte på å bedre tilknytningen mellom barn og foreldre.
5. Oppdage og behandle foreldres depresjon. Behandling av deprimerte mødre med redusert samspill med barnet har vist god effekt på barnas depresjon²⁰.

Psykoterapi

Individualterapi er ofte indisert. Aktivitetsøking, monitorering av depressive symptomer, emosjonsregulering, stressmestring og problemløsning inngår.

Mest empirisk evidens har korttidsterapier som CBT (Kognitiv atferdsterapi)^{21,22}. Det kan være nødvendig med boosterbehandling (oppfølging). Det er ikke funnet noen entydig forskjell mellom gruppeterapi med utgangspunkt i CBT og individual terap²³. IPT (Interpersonlig terapi), som spesielt fokuserer på stress i relasjoner, har vist like god effekt som CBT i noen studier, men har svakere dokumentert effekt²⁴. I enkelte tilfeller vil psykodynamisk terapi være indisert; effekt av psykodynamisk korttidsterapier ved depresjon er dokumentert hos voksne og under evaluering hos barn og unge²⁵. Terapiformer der emosjonsregulering inngår er under utprøving²⁶. Det er vist i en studie at behandlingsformer som kombineres med et SSRI preparat gir raskere effekt, enn hvis psykologisk behandling gis alene, i alle fall i akutt fase (første 12 uker)²⁷. Dette kan ha betydning særlig for de alvorligst deprimerte.

Biologisk behandling

I denne inngår å komme i god døgnrytme, å forbedre søvnen, å øke aktiviteten generelt og å øke fysisk aktivitet. Moderat fysisk trening ca 30 min pr dag har god behandlingseffekt på depresjon (NICE). Lysbehandling kan være aktuelt.

Medikamentell behandling

Medikamentell behandling skal alltid brukes sammen med en psykososial intervensjon. Ved lette depresjoner kan en psykososial intervensjon være tilstrekkelig. Ved moderat/alvorlig depresjon og ved tilbakefall av depresjon er medikamentell behandling indisert, selv om moderat depresjon noen ganger responderer på psykologisk behandling alene. Ved alvorlig depresjon og ved svært redusert fungering kan det være nødvendig å komme i gang med medikamentell behandling raskt. For oversikt se f.eks. Sakolsky & Birmaher (2009)²⁸ eller Emslie et. al. (2009)²⁹.

I dag er bruk av SSRI preparater førstevalg. Behandlingseffekten ved bruk av SSRIpreparater er moderat, noe bedre for ungdom enn for barn og noe bedre for SSRI enn andre antidepressiva⁵. Behandlingen viser bedre effekt ved alvorlige depresjoner, og når depresjonen har vart kort²⁷. Dette tilsier at man spesielt bør være oppmerksom på dype depresjoner og ikke vente for lenge før en begynner med medikamentell behandling. Ved komorbiditet med andre lidelser som angst, tvangslidelse eller PTSD, vil indikasjonen for å begynne med SSRI styrkes (se kapitler om disse tilstandene).

Ad valg av medikament.

Fluoksetin (Fontex®) har bedre effekt enn andre SSRI hos barn < 12 år, og noe bedre effekt enn andre SSRI hos ungdommer³⁰. Fluoksetin anbefales framfor andre antidepressiva både i Guidelines i USA⁵ og i UK (NICE) for både barn og ungdommer. Viktigst er en gunstig bivirkningsprofil, uten påvist økning av suicidale tanker eller handlinger. Fluoksetin er fra 2009 godkjent for behandling av depresjon hos barn > 8 år i Norge.

Dose: 10 mg dgl, øke til 20 mg etter 2 uker, ev. øke til 40 (60) mg. Pga. lang halveringstid, tar det lang tid før et virksomt serumnivå oppnås. Det kan ta opptil til 6–8 uker før respons.

Ved spesielle trekk ved depresjon kan et annet SSRI preparat være aktuelt. Ved behov for rask effekt, for eksempel ved uttalte suicidale tanker, kan citalopram/escitalopram være det beste første valg. Citalopram (Cipramil®) og Escitalopram (Cipralext®) anbefales ikke i Felleskatalogen, men studier har vist effekt³¹ og hos barn og unge spesielt på suicidale tanker³². Pga. kortere halveringstid enn hos voksen kan det være nødvendig å dosere to ganger daglig. Sertralin (Zoloft®) anbefales i Felleskatalogen ved OCD fra 6 år og ved PTSD hos voksne. Usikker evidens mht til depresjon hos barn og unge. Gir mer bivirkninger hos barn enn hos ungdommer.

Andre: Når SSRI preparater ikke fører fram kan venflaxin (Efexor®) prøves. Ved store søvnevansker kan mitrazepin (Remeron®) forsøkes eller mianserin (Tolvon®) i doser 5-20 mg om kvelden i startfasen ev. sammen med annen antidepressiv behandling.

Psykotisk depresjon: Gi antipsykotisk medikasjon i tillegg til antidepressiv medikasjon. Nyere antipsykotika, som quetiapin (Seroquel®) har også vist antidepressiv effekt (se antipsykotika).

Behandlingsforløp medikamentell behandling

Informasjon om at det kan ta tid før medisinen virker og fordeler og ulemper ved medikamentell behandling gis. Vurder dybde av depresjon og bruk selvrapportinstrumenter (s.d.) ved oppstart, og deretter utover i behandlingsforløpet. Tilby ukentlige konsultasjoner første måned, deretter hver 14. dag.

Effekten vurderes etter 4–6 uker. Ved manglende respons, vurder dosen, og om pasienten tar medisinen. Det kan være indisert å ta serumspeil, både for å kontrollere compliance, ev. å avsløre om pasienten metaboliserer medikamentet raskt. Hvis ingen effekt etter 8 til 12 uker, vurder annet medikament. Vurder å skifte over til et annet SSRI preparat ved bivirkninger som pasienten ikke tåler. Både respons og bivirkninger kan variere fra preparat til preparat og fra person til person.

Behandlingen bør foregå i minst 9 mnd på den dosen som har gitt respons. Seponeringen av SSRI preparater må foregå gradvis, over 3–4 måneder med avtrappende doser. Dette både pga seponeringssymptomer, men også av psykologiske grunner og pga. fare for recidiv.

Langtidsbehandling/vedlikeholdsbehandling er muligens indisert ved tilbakefall³³, ev. ved kronisk depresjon, suicidalitet, familiehistorie med gjentatte depresjoner. Behandlingen bør da følge retningslinjer for voksne og vare i minst 2 år, ev. lenger.

Bivirkninger:

SSRI-preparater gir lite alvorlige bivirkninger. Bivirkningene ser ut til å være doseavhengige og går oftest over etter noen tid. Vanligst er gastrointestinale plager, søvnplager (søvnighet), rastløshet, hodepine, akathesi, endringer i appetitt, økt svette og seksuelle dysfunksjon. Hos noen forekommer også økt impulsivitet, agitasjon og irritabilitet. Disse symptomene må skilles fra hypomani eller mani som kan opptre hos predisponerte individer. Mer sjeldent er SSRI assosiert med serotonergt syndrom eller økt tendens til blødning.

Legen må være svært nøye med å få fram bivirkninger, i og med at disse også kan føre til redusert compliance. Ved bruk av SSRI, bortsett fra fluoxethin, er det en liten økt risiko for økte selvmordstanker/forsøk sammenliknet med placebo. Imidlertid er det ikke rapportert selvmord i behandlingstudier. Langtidseffekter av SSRI bruk er ikke kjent.

Samarbeid med førstelinjen

Intervensjon på skolen, oftest i samarbeid med Pedagogisk Psykologisk Tjeneste, kan være nødvendig. Mange barn kan ha stort skolefravær. Familien må tilbys Individuell plan hvis problemene er omfattende og ansvarsgruppe kan være nyttig. Samarbeid med barnevern og eventuelt andre utenfor familien er nødvendig der omsorgen i hjemmet er for svak.

De som ikke blir bra

20 %–30 % responderer ikke på behandling. I disse tilfellene er det viktig å sjekke ut compliance med medikament, familieforholdene (pågående konflikt?), underliggende traumer, komorbid psykisk lidelse eller komorbid somatisk tilstand.

Prognose

Alvorlig depresjon går som regel over med tiden, forutsatt at pasienten ikke tar sitt eget liv. Tilbakefall er imidlertid meget hyppig. Siden restsymptomer er en risiko for en ny depressiv episode, er det viktig å behandle til symptomfrihet. Ved tidlig debut øker faren for tilbakefall. Klar genetisk disposisjon, rus og atferdsproblemer synes å være andre dårlige prognostiske tegn. Barnet selv, familien og førstelinjen må informeres om fare for tilbakefall når saken avsluttes ved BUP og at barnet kan tas raskt inn igjen ved behov.

Forebygging

I dag vil depresjoner hos barn og unge også bli behandlet i førstelinjen. Førstelinjen er også arena for forebygging³⁴. Det er holdepunkter for at intervensjonsprogrammer rettet mot selekterte grupper har forebyggende effekt³⁵. Depresjon kan være en følgetilstand til andre psykiske lidelser. Å behandle disse vil derfor kunne forebygge depresjon. Det aller viktigste for den enkelte er at depresjon oppdages og behandles.

Litteratur

1. Kovacs M, Obrosky DS, Gatsonis C, Richards C. First-episode major depressive and dysthymic disorder in childhood: clinical and sociodemographic factors in recovery. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997 Jun;36(6):777-784.
2. ZERO TO THREE. Washington DC: ZERO TO THREE PRESS 2005.
3. Ryan ND, Puig-Antich J, Ambrosini P, Rabinovich H, Robinson D, Nelson B, et al. The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Archives of general psychiatry*. 1987 Oct;44(10):854-861.
4. Sorensen MJ, Nissen JB, Mors O, Thomsen PH. Age and gender differences in depressive symptomatology and comorbidity: an incident sample of psychiatrically admitted children. *Journal of affective disorders*. 2005 Jan;84(1):85-91.
5. Birmaher B, Brent D, Bernet W, Bukstein O, Walter H, Benson RS, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2007 Nov;46(11):1503-1526.
6. Jane Costello E, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2006 Dec;47(12):1263-1271.
7. Goodyer IM. Emanuel Miller Lecture: early onset depressions--meanings, mechanisms and processes. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2008 Dec;49(12):1239-1256.
8. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science (New York, NY)*. 2003 Jul 18;301(5631):386-389.
9. Hyde JS, Mezulis AH, Abramson LY. The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological review*. 2008 Apr;115(2):291-313.
10. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997 Jul;36(7):980-988.
11. Angold A. Structured assessment of psychopathology of children and adolescents. In: C T, ed. *The instruments of psychiatric research*. Chichester: John Wiley 1989.
12. Kovacs M. The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacology bulletin*. 1985;21(4):995-998.
13. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*. 1961 Jun;4:561-571.
14. Poznanski EO, Grossman JA, Buchsbaum Y, Banegas M, Freeman L, Gibbons R. Preliminary studies of the reliability and validity of the children's depression rating scale. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1984 Mar;23(2):191-197.
15. Rey J M BB, ed. *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins 2009.
16. Brent DA, Maalouf FT. Pediatric depression: is there evidence to improve evidence-based treatments? *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2009 Jan;50(1-2):143-152.
17. Rey J, Birmaher B. Introduction to *Treating Depression in Children and Adolescents*. In: REY J, BIRMAHER B, eds. *Treating Depression in Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Wolters Kluwer:43-53.
18. Diamond G, Siqueland L, Diamond GM. Attachment-based family therapy for depressed adolescents: programmatic treatment development. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2003 Jun;6(2):107-127.

19. Diamond G, Levy S, Israel P, Diamond G. Attachment- based family therapy for depressed adolescents. In: EAS-
SAU C, ed. *treatment of Adolescent Depression – Theory and Practice*. New York: Oxford University Press 2009.
20. Weissman MM, Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ, Talati A, Wisniewski SR, Fava M, et al. Remissions in maternal
depression and child psychopathology: a STAR*D-child report. *Jama*. 2006 Mar 22;295(12):1389-1398.
21. Rohde P, Feeny NC, Robins M. Characteristics and Components of the TADS CBT Approach. *Cognitive and be-
havioral practice*. 2005;12(2):186-197.
22. Langer D, Chiu A, Asarnow J. How to use cognitive behaviour therapy for youth depression In: REY J M, B B, eds.
Treating Child and Adolescent Depression. Philadelphia a.o.: Wolters Kluwer 2009:100-113.
23. Clarke GN, Hornbrook M, Lynch F, Polen M, Gale J, O'Connor E, et al. Group cognitive-behavioral treatment for
depressed adolescent offspring of depressed parents in a health maintenance organization. *Journal of the Ameri-
can Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2002 Mar;41(3):305-313.
24. Klomek AB, Mufson L. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Child and adolescent psychiatric
clinics of North America*. 2006 Oct;15(4):959-975, ix.
25. Ritvo R. Dynamic psychotherapy for the treatment of depression in youth. In: REY J, BIRMAHER B, eds. *Treating
Child and Adolescent Depression*. Philadelphia a.o.: Wolters Kluwer 2009:140-150.
26. Kovacs M, Sherrill J, George CJ, Pollock M, Tumuluru RV, Ho V. Contextual emotion-regulation therapy for child-
hood depression: description and pilot testing of a new intervention. *Journal of the American Academy of Child
and Adolescent Psychiatry*. 2006 Aug;45(8):892-903.
27. March JS, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. The Treatment for Adolescents With De-
pression Study (TADS): long-term effectiveness and safety outcomes. *Archives of general psychiatry*. 2007
Oct;64(10):1132-1143.
28. Sakolsky D, Birmaher B. Pharmacotherapy. In: ESSAU C, ed. *Treatments for Adolescent Depression*. New York:
Oxford University Press 2009.
29. Emslie G, Tao R, Croakrin P, Mayes T. How to use medication to manage depression. In: M RJ, BIRMAHER B,
eds. *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Wolters Kluwer 2009:69-86.
30. Tsapakis EM, Soldani F, Tondo L, Baldessarini RJ. Efficacy of antidepressants in juvenile depression: meta-analy-
sis. *Br J Psychiatry*. 2008 Jul;193(1):10-17.
31. Kronenberg S, Apter A, Brent D, Schirman S, Melhem N, Pick N, et al. Serotonin transporter polymorphism
(5-HTTLPR) and citalopram effectiveness and side effects in children with depression and/or anxiety disorders.
Journal of child and adolescent psychopharmacology. 2007 Dec;17(6):741-750.
32. Emslie GJ, Ventura D, Korotzer A, Tourkodimitris S. Escitalopram in the treatment of adolescent depression: a
randomized placebo-controlled multisite trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychia-
try*. 2009 Jul;48(7):721-729.
33. Emslie GJ, Kennard BD, Mayes TL, Nightingale-Teresi J, Carmody T, Hughes CW, et al. Fluoxetine versus pla-
cebo in preventing relapse of major depression in children and adolescents. *The American journal of psychiatry*.
2008 Apr;165(4):459-467.
34. Garber S. Prevention of depression and early intervention with subclinical depression. In: REY J, BIRMAHER B,
eds. *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia a.o.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins
2009:274-292.
35. Merry S, Mc Dovell H, Hetrick S, al e. Psychological and/or educational interventions for the prevention of depres-
sion in children and adolescents.; 2004

Angstlidelser

Benedicte Skirbekk og Hanne Kristensen

Aktuelle diagnoser (ICD-10)

F40 Fobiske angstlidelser (agorafobi, sosial fobi og spesifikke fobier)

F41 Andre angstlidelser (panikk lidelse og generalisert angstlidelse)

F92 Blandete atferds- og følelsesmessige forstyrrelser (atferdsforstyrrelse og samtidig angstlidelse). NB! Kriteriene for begge diagnoser må være oppfylt og gi funksjonssvikt

F93 Følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen (Separasjonsangstlidelse, fobisk angstlidelse, sosial angstlidelse). Diagnosekategoriene under F93 skal benyttes når engstelsen er normalt forekommende for alderen, men er overdreven i styrke og gir funksjonssvikt.

Hva er angst

Redsel og angst er adaptive menneskelige reaksjoner som fremmer overlevelse og kommer til uttrykk både kognitivt (f.eks. katastrofetanker), kroppslig (f.eks. hjertebank, pusteproblemer, magesmerter), og atferdsmessig (f.eks. unngåelse, raseriutbrudd). Å definere grensen mellom ytterpunkter av normalatferd og psykopatologi kan være en utfordring når det gjelder angstlidelser hos barn. Angsten blir imidlertid et problem når den forhindrer eller begrenser utviklingsmessig adekvat tilpasning.

Forekomst

Angstlidelser er en av de vanligste psykiske lidelser i alle aldersgrupper. Prevalenstall hos barn og unge varierer sterkt (8,3–27 %) og avhenger bl.a. av graden av funksjonssvikt man krever for å stille diagnose og hvilken aldersgruppe man undersøker¹. Barn i Bergen studien fant en forekomst av emosjonelle lidelser (angst og depresjon) på 3,2 % blant 8–10 åringer². Generelt anslås prevalensen av angstlidelser å være ca. 5–10 % i barne- og ungdomspopulasjonen. Cut-off for diagnose er imidlertid arbitrær, og barn som ikke har nok symptomer til å fylle kriteriene for en angstlidelse, vil også kunne ha funksjonssvikt av betydning.

De hyppigst forekommende angstlidelsene hos barn og unge er generalisert angstlidelse (GAD), sosial fobi og separasjonsangstlidelse. Spesifikk fobi er vanlig som fenomen, men når man stiller krav til at det skal gå utover barnets daglige fungering faller prevalensen betraktelig. Panikk lidelse er sjelden før puberteten, og panikkanfall hos barn er derfor oftest et symptom på en annen angstlidelse.

Differentialdiagnoser/ komorbiditet

De vanligste differensialdiagnostiske overveielser er i forhold til andre angstlidelser. Imidlertid er mange symptomer hos barn uspesifikke i den forstand at de kan inngå i mange forskjellige tilstandsbilder. For eksempel kan oppmerksomhetsvansker være symptom både på ADHD, depresjon og angstlidelse. Videre kan tilbaketrukkethet og opplevelse av ubehag i situasjoner der en kommer i andres fokus, være et uttrykk for både sosial fobi, psykose og gjennomgripende utviklingsforstyrrelse. Avgrensingen mellom sosial fobi og tilstander innen autismspektret er spesielt viktig, men kan av og til være vanskelig diagnostisk. Barn med angstlidelser kan også framstå som om de har en opposisjonell lidelse hvis de viser sinne i situasjoner der de er redde. En nøyaktig kartlegging av symptomenes debuttidspunkt, kvalitet og i hvilke kontekster de oppstår er nødvendig både for differentialdiagnostikk og for å oppdage samtidig forekommende tilstandsbilder.

Kartlegging av komorbiditet er viktig fordi det oftest innebærer større funksjonssvikt. Når symptombildet er overlappende, kan imidlertid denne vurderingen være vanskelig. Noen ganger kommer en komorbid lidelse først til syne når den mest framtrædende tilstanden er behandlet. Som ved differensialdiagnostikk er også komorbiditet med andre angstlidelser det hyppigste. Det er allikevel relevant å skille mellom de forskjellige angstlidelsene da de kan ha forskjellige korrelater, prediktorer og forløp gjennom barndom og ungdom. Riktig diagnose kan være viktig for valg av behandling.

Angstlidelser har også en markert komorbiditet med andre psykiske lidelser. Aktuelle diagnoser her er særlig depresjon, ADHD, rusmisbruk og atferdslidelser, men også gjennomgripende utviklingsforstyrrelser. Depresjon er åtte ganger så vanlig hos barn med angstlidelse sammenliknet med barn uten angstlidelse. Imidlertid er komorbiditet med depresjon mer uttalt hos ungdom enn hos barn. Tilsvarende er både ADHD og opposisjonell lidelse ca tre ganger vanligere hos barn med angstlidelse (3). I klinisk praksis vil ofte komorbiditeten med ADHD være den mest slående før puberteten da ADHD har en atskillig høyere prevalens enn depresjon i denne aldersgruppen. Kliniske studier har vist at opp mot 30 % av barn med ADHD har en komorbid angstlidelse⁴. Når det gjelder komorbiditeten med rusmisbruk er denne ulik for de ulike angstlidelsene. Mens barn/unge med separasjonsangst ser ut til å redusere risikoen for å begynne å drikke alkohol har barn/unge med GAD økt risiko⁵. I tillegg til komorbide akse-I tilstander kan barn med angstlidelser ha lærevansker eller spesifikke utviklingsforstyrrelser innen språk, motorikk.

Utredning

Utredning av barn med angst bør inkludere et semistrukturert diagnostisk intervju som f.eks. Kiddie-SADS, ADIS eller CAS i tillegg til en angstskala som f.eks. SCAS⁶ og eventuelt en generell atferdsregistrering med ASEBA⁷. Dersom et barn er henvist for annen problematikk, anbefales også å inkludere noen screeningsspørsmål om angst da en lett kan risikere å overse angstsymptomer. Det er nødvendig med informasjon fra flere informanter (barnet selv, foreldre, lærer) for å kunne få et fullstendig bilde av tilstandene. En familieanamnese som utreder angstlidelser i nær familie og belastende miljøfaktorer, er også vesentlig⁸. Videre bør det tas en grundig utviklingsanamnese med fokus på eventuelle utviklingsforstyrrelser/forsinkelser. Dersom det er indikasjon på dette, må videre utredning overveies. Barn med utviklingsforstyrrelser blir ofte møtt med krav de ikke modningsmessig kan takle, og angstsymptomene må da også vurderes i forhold til dette.

Behandling

Behandling av angstlidelser hos barn bør være multimodal og inneholde psykoedukasjon til barn, foreldre; ev. lærere i tillegg til psykoterapi i form av kognitiv atferdsterapi (KAT), psykodynamisk psykoterapi eller familierapi. Medisinering kan også være aktuelt.

KAT er den best dokumenterte virksomme behandlingen ved angstlidelser hos barn. Sammenlignet med ingen behandling har gjentatte behandlingsstudier vist en effekt av KAT både på kortere og lengre sikt. Det er også noe belegg for at det er KAT teknikkene i seg selv og ikke bare uspesifikke terapifaktorer som bidrar til disse resultatene. Metastudier tyder på at forskjellige former for foreldreinvolvering i KAT gir bedre effekt⁹. Imidlertid foreligger det få studier som sammenligner utfall av KAT tilnærming med f.eks. familierapi eller individualterapi. Begge disse behandlingsformene kan også inneha KAT elementer.

Ved KAT tilnærmingen prøver en å lære barnet å mestre angsten via psykoedukasjon, gjenkjenning av følelser generelt og angst spesielt, endring av tankemønstre når en er redd og avslapningsteknikker. Deretter trener en på disse ferdighetene i angstvekkende situasjoner. En av de mest brukte manualbasert KAT program i USA finnes nå i en norsk versjon; Mestringskatten¹⁰.

Medikamenter har også sin plass i behandlingen av barn med angsttilstander, men bør i utgangspunktet ikke være førstevalg. Det kan være rimelig å overveie medisiner ved alvorlige former for angst med stor grad av funksjonssvikt som hindrer deltakelse i psykoterapi eller der psykoterapi ikke har gitt resultater. En nyere amerikansk RCT studie sammenlignet Mestringskatt programmet, SSRI (Sertralin i en dose opptil 200 mg dgl), kombinasjonen KAT/SSRI og placebo hos 488 henviste barn med angstlidelser, 7–17 år. Etter 3 md. viste kombinasjonsterapien best effekt (81 % ble mye bedre). KAT alene (60 %) var ikke forskjellig fra SSRI alene (55 %), men begge var bedre enn placebo (24 %)¹¹. Denne studien viste heller ingen økt risiko for suicidale tanker/atferd hos barna som fikk medikamentell behandling. I Norge er SSRI preparater bare anbefalt til barn og unge ved OCD og depresjon. Velger man allikevel å medisinere en angstlidelse, kan Sertralin være førstevalg. Det er vanlig å starte med 25 mg daglig og øke til 50 mg etter 1 uke. Dosen kan økes gradvis med minst 1 ukes mellomrom til maks 200 mg daglig. Hvis man må øke dosen utover 50 mg daglig er det viktig å utvise forsiktighet pga barns lavere kroppsvekt.

Prognose

Selv om angstlidelser er relativt stabile, får de fleste som fyller en angstdiagnose i barndommen ikke angstlidelser som voksne. Omvendt har ca. halvparten av voksne med angstlidelse hatt problemene som barn. Vi vet ennå lite om hvilke barn som vil få vedvarende problemer som voksne. Det er også uavklart i hvilken grad de forskjellige angstlidelsene er homotype i utvikling eller predikerer forskjellige angstlidelser; ev. annen psykopatologi over tid^{12,13}.

Referanser

1. Costello J et al (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 14, 631-648.
2. Heiervang E et al (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: An epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46, 438-447.
3. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. (1999). Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry* 40, 57-87.
4. Jensen PS, Hinshaw SP et al (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40, 147-58.
5. Kaplow JB, Curran PJ, Angold A et al (2001). The prospective relation between relations of anxiety and the initiation of adolescent alcohol use. *J Clin Child Psychol* 30, 316-26.
6. Spence SH (1997) Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *J Abnorm Psychol* 106, 280-297.
7. Achenbach TM & Rescorla LA (2001). *Manual for ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
8. AACAP Official Action (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46, 267-283.
9. Rapee RM, Sciering CA & Hudson JL (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annu Rev Clin Psychol* 5:335-65.
10. Kendall, P. C., Martinsen, K. D., & Neumer, S.-P. (2006b). *Mestringskatten (Coping Cat). Kognitiv atferdsterapi for barn med angst. Terapeutmanual*. Oslo: Universitetsforlaget.
11. Walkup JT et al. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New Engl J Med* 359, 2753-66.
12. Beesdo K, Knappe S & Pine DS (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatr Clin N Am* 32, 483-524.
13. Pine DS & Klein RG (2008). Anxiety disorders. In: *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5th edition*. Eds. Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E, & Thapar A. Blackwell Publishing, pp 628-646. SCAS angstskala

Tvangslidelser (Obsessive-Compulsive Disorder, OCD)

Bernhard Weidle og Kerstin J. Plessen

Aktuelle diagnoser (ICD 10) /Definisjon

F42 Obsessiv-kompulsiv lidelse (tvangslidelse)

F42.0 Hovedsakelig tvangstanker eller tvangsgrubling

F42.1 Hovedsakelig tvangshandlinger (tvangsritualer)

F42.2 Blandete tvangstanker og tvangshandlinger

Tvangslidelse eller OCD kjennetegnes ved tvangstanker og/eller tvangshandlinger og defineres under angstlidelser i ICD-10.

Tvangstanker (Obsessions)

Er uønskete, påtrengende, gjentatte tanker, bilder eller impuls som opptrer sammen med en følelse av angst, ubehag, skam eller at noe "ikke er riktig". Innhold i tvangstankene kan variere i stor grad. Vanlige tvangstanker er bekymring for smitte og bakterier, redsel for å forårsake skade, aggressive eller seksuelle tanker, eller overdrevet behov for symmetri.

Tvangshandlinger (Compulsions)

Er handlinger som blir gjennomført for å redusere de ubehagelige følelsene, tankene eller trangen som er en følge av tvangstankene. Tvangshandlingene blir ofte gjentatt på en ritualisert måte og virker rare og uforståelige. Hyppige tvangshandlinger er å vaske, sjekke, ordne, telle eller samle. For eksempel kan et barn med redsel for smitte oppleve sterkt ubehag/angst ved berøring av andre personer eller objekter, noe som fører til at han/hun må vaske hendene om og om igjen selv om barnet egentlig vet at de ikke er skitne.

For å fylle diagnosekriteriene for OCD i ICD-10 skal enten tvangstanker eller tvangshandlinger eller begge deler ha vært tilstede de fleste dager over mer enn 2 uker og til en grad at de forårsaker lidelse eller påvirker daglige aktiviteter. Pasienten må ha en erkjennelse av at det er egne tanker og at disse ikke er påført av noen eller noe utenfor dem selv. Yngre barna kan være usikker i beskrivelsen av dette, men de fleste opplever tvangstankene "innerst inni" som urimelige eller overdrevne. I motsetning til ICD-10 der det kreves at barn må oppleve tvangssymptomene som overdrevne eller urimelige for å oppfylle diagnosekriteriene, innførte DSM-IV en underkategori "OCD med liten innsikt" for tilfeller hvor pasienten i liten grad opplever symptomene som overdrevne eller urimelige. Underkategorien er videreutviklet i DSM-5 hvor det skilles mellom individer med god innsikt, svak innsikt eller manglende innsikt, evt. med tro på at tvangsforestillinger er sanne.

Underkategoriene kan passe godt for yngre barn, men det er her ekstra viktig å utelukke aktuelle differensialdiagnostiske tilstander som psykose, autisme spektrum forstyrrelse eller Tourettes syndrom.

Generelt om tilstanden / Årsaksforhold

Perioder med tvangslignende ritualer er et ledd i normalutviklingen hos mange barn, for eksempel det å unngå å trå på streker, ritualer ved leggetid, lykketall og lignende. Det er kun i de tilfellene der symptomene kommer i konflikt med daglig fungering eller skaper lidelsestrykk at en OCD-diagnose burde overveies.

Tvangshandlinger er ofte koblet til tanker om å forhindre en (ikke reell) fare og det utløses ubehag hvis de ikke fullføres. Angst er nesten alltid til stede og den øker hvis tvangshandlingen motstås. Tvangssymptomene oppleves vanligvis som ubehagelige og forstyrrende.

De hyppigste OCD-symptomer hos barn og unge er bekymring for skitt eller smitte og ekstreme vaskeritualer hos ca. 50 % (Thomsen, 1998). For eksempel kan barna være redd for alvorlige infeksjoner eller andre sykdommer (HIV, kreft), som påføres ved indirekte kontakt på nærmest magisk vis og hvor smitteveiene følger sin egen (tvangs)logikk. Korrekt informasjon om biologiske sammenheng er ikke tilstrekkelig for å forhindre tvangsforestillingene. Nest hyppigst forekommer sjekkeritualer (for eksempel at dørene er lukket, elektriske apparater slått av osv.) som regel knyttet til tvangstanker om at noe fryktelig kan skje en selv eller et nært familiemedlem, hvis ikke ritualer utføres. Mange barn må repetere daglige rutiner, bevege seg i et spesielt mønster eller gjennomføre kompliserte mentale ritualer i form av telling, si spesielle ord til seg selv osv., for å "neutralisere" tvangstankene og avverge den truende faren. Hos enkelte barn er behov for symmetri fremtredende, de må for eksempel rette på bilder, balansere riktig antall gjenstander eller ha spesielle ordensrutiner. Vanligvis opptrer ulike tvangssymptomer samtidig og tema og ritualer forandres over tid.

Sannsynligvis er OCD en heterogen sykdom som viser seg i forskjellige symptombilder, komorbiditetsmønstre og personlighetsstruktur. Neurobiologi bak OCD er ikke fullstendig kartlagt, men antakeligvis har hjernens glutamatsystem betydning for sykdomsutviklingen.

Familiestudier viser en opphopning av OCD i familier. En metaanalyse fant at personer med tvangslidelse hadde fire ganger så stor sannsynlighet for å ha en slektning med OCD, enn en person uten OCD (Hetteima, 2001). Flere studier tyder på en felles genetisk basis med tics hos en undergruppe av pasienter. Studier som har brukt funksjonell hjerneavbildning har gjennomgående funnet en høyere aktivering i orbitofrontal cortex, fremre cortex cingularis og nucleus caudatus hos pasienter med OCD sammenlignet med kontroller. Det er imidlertid ikke avklart om disse forandringene er årsaken for eller en følge av OCD. Allikevel tyder pågående forskning på at nettverksbaner mellom frontal cortex, basalgangliene og thalamus spiller en rolle i patogenesen av OCD (Maia, 2008).

Om infeksjoner med beta-hemolytiske streptokokker kan være årsaken for OCD og tics hos en subgruppe beskrevet som PANDAS (Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections) (Swedo, 1998) er fortsatt kontrovers. Flere nye studier finner ingen sammenheng mellom streptokokkinfeksjon og en plutselig innsettende episode av TS eller OCD (oversikt Shulman, 2009). Det er dermed fortsatt uavklart om streptokokkinfeksjoner er mer enn en av mange uspesifikke stressfaktorer som kan trigge et utbrudd av OCD og TS.

Forekomst

OCD har en livstidsprevalens på 2–3 % i de fleste epidemiologiske undersøkelser (Horwath og Weissman, 2000). Prevalenstill hos barn og ungdom varierer mellom 0,5 og 3,3 % (Flament, 1988; Zohar, 1992), men ligger på ca. 1 % i befolkningsundersøkelser (Valleni-Basile, 1994, Heyman, 2001). 60 % av de som er rammet har et kronisk langvarig forløp, derav 2/3 med funksjonstap (Skoog og Skoog 1999, Stewart, 2004). 30–50 % av voksne med OCD beskriver at sykdommen debuterte i barndom eller ungdomstiden (DeVeugh-Geiss, 1992). Debutalder har en topp i 10 års alder og en ny en i tidlig voksen alder (Geller, 2006). En pålitelig diagnose kan tidligst bli stilt i 4-5 års alderen.

Kjønnfordelingen rapporteres i de fleste studier hos voksne som 1:1. Studier hos barn viser en overvekt av gutter før puberteten, mens det er motsatt etter puberteten. Det betyr at gutter debuterer noe tidligere og da oftere i komorbiditet med Tourettes syndrom.

Differensialdiagnoser / Komorbiditet

Enkelte tvangssymptomer kan ses ved flere psykiske lidelser. Det er derfor nødvendig å utelukke andre tilstander som:

1. Psykose/ schizofreni
2. Depresjon
3. Fobier og andre angsttilstander, bl.a. akutt stressreaksjon etter overgrep
4. Anorexia og bulimia nervosa
5. Tics og Tourettes Syndrom
6. Autismespektrum tilstander, spesielt høytfungerende autisme/Asperger syndrom

Tvangspreget personlighetsforstyrrelse (F 60.5) er sjelden assosiert med OCD, men kan være en aktuell differensialdiagnose hos eldre ungdommer. Diagnosen skal vanligvis ikke stilles før 16-18 års alder. Hovedkriteriene for personlighetsforstyrrelse må være oppfylt. Dessuten vil symptomene i motsetning til OCD være mer egosyntone og danne et stabilt mønster av usikkerhet, forsiktighet, overdreven samvittighet, kontrollbehov, opptatthet av detaljer, stahet, rigiditet og perfeksjonisme.

Diagnostikken kompliseres av at de fleste differensialdiagnostiske tilstander også forekommer som vanlig komorbiditet med OCD. Man regner med at kun ca. 25 % av barn med OCD har "ren" OCD. En studie fant at så mange som 85 % av barn og unge med OCD fylte kriteriene for andre psykiatriske diagnoser (Hanna, 1995). I tillegg til de ovenfor anførte diagnoser er atferdsforstyrrelser, oppmerksomhetsforstyrrelser og lærevansker hyppigere hos barn med OCD. Flere studier har vist at tic-relatert OCD er fenotypisk forskjellig fra ikke tic-relatert OCD (Leckman, 1997). Tvangstanker ved samtidig forekomst av Tourettes syndrom (TS) har oftere tema som sex, vold, religion, aggressivitet og symmetri, mens "OCDtvangstanker" handler hyppigere om smitte, skitt, bakterier og angst for katastrofale hendelser.

Typiske tvangshandlinger som er assosiert med TS er å sjekke, telle, gjenta bevegelser, trang til å røre på ting eller personer, skaffe symmetri, jevne ut, for å oppnå en "just-right"-følelse. Disse oppleves ofte som egosyntone, dvs. som vanlig ønsket adferd. Ved OCD uten tics og TS handler tvangshandlinger mest om vasking og renhetsritualer og de oppleves som subjektiv ubehaglige (egodystone). I enkelte tilfeller kan det imidlertid være vanskelig å skille tics fra tvangshandlinger. En diagnostisk nyttig forskjell hos voksne og eldre ungdommer er at pasienten forut for "OCD"-tvangshandlinger som oftest har (tvangs)tanker og kroppslige angstsymptomer og ikke sensoriske pretefor-nemmelser som ved TS (se kapittel TS). Tvangssymptomer kan også ses ved Prader-Willys syndrom; traumatiske hjerneskader; mental retardasjon og andre sentralnervøse lidelser.

Andre kompulsive tilstander som trikotillomani (tvangsmessig hårnapping) og body dysmorphic disorder /BDD (ekstrem bekymring for en imaginær defekt i utseende eller kroppsfasjon) betraktes i dag som del av et "obsessiv-kompulsiv spektrum" (NICE).

Begge tilstander forekommer også hos barn/ungdom.

Utredning

Diagnosen stilles på bakgrunn av anamnesticke opplysninger fra både barnet og omsorgspersoner. Barn underreporterer ofte tvangssymptomene, enten fordi de oppleves som pinlige eller irrasjonale eller fordi de er usikre om det

aktuelle symptomet er tvangsbetinget. Noen barn er redde for at de "holder på å bli gal", andre kan ha et tvangsritual der det å benevne symptomene unngås av redsel for at de da kunne gå i oppfyllelse. En intervjueteknikk der man benytter eksempler for tvangssymptomer fra andre barn kan gjøre det lettere for barnet å erkjenne og beskrive sine egne symptomer.

Anamnesen bør inneholde symptomdebut og utvikling samt detaljert kartlegging av både tvangstanker og tvangshandlinger samt unngåelsesatferd. Opplysninger om skolefungering er nyttige, selv om symptomene ofte holdes skjult for skolen. Ofte kan hele familien være involvert i barnets tvangshandlinger eller unngåelsesatferd. Familiens holdning til og reaksjon på barnets OCD-symptomer gir derfor viktig informasjon for tilpasning av behandlingen. Av samme grunn er familieanamnese med forekomst av OCD-symptomer eller annen sykdom i slekten viktig.

Både for differensialdiagnose og pga. hyppig forekomst av komorbide tilstander som har betydning for terapivalget er det viktig å utrede også ikke OCD-relaterte symptomer.

Det anbefales å innhente detaljerte anamnesticke opplysninger, gjerne supplert med et semi-strukturert diagnostisk intervju, for eksempel Kiddie-SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) eller DAWBA (The Development and Well-Being Assessment) for å kartlegge andre symptomer og utelukke komorbide sykdommer.

I karakteristiske tilfeller er diagnosen OCD lett å stille. Hovedsakelig for differensialdiagnostiske formål anbefales en barnepsykiatrisk somatisk undersøkelse inklusive nevrologisk screening. Ved uklar diagnose, atypisk debut eller mistanke om alvorlig hjerneorganisk patologi bør henvisning til barnenevrolog, EEG eller cerebral MR overveies.

Av spesifikke utredningsinstrumenter for barn og ungdom foreligger på norsk Leyton OCD-sjekkliste som er et screeningsinstrument med 20 spørsmål (oversettelse G. Strand, 1992), omarbeidet fra et mer omfattende spørreskjema for voksne.

I klinisk praksis kan Thomsens "Fem nøkkelspørsmål for identifikasjon av OCD" anvendes som nyttig og lett gjennomførbar screeningsundersøkelse:

1. Vasker du deg ofte eller rengjør du mye?
2. Sjekker du ofte saker og ting?
3. Har du tanker som plager deg og som du gjerne vil bli kvitt, men ikke greier å få bort?
4. Bruker du lang tid for å bli ferdig med dine daglige gjøremål?
5. Bekymrer du deg for orden og symmetri? (Thomsen, 1998). For å identifiseretvangssymptomer som forekommer sammen med Tourettes Syndrom er disse spørsmålene mindre egnet.

For å kartlegge alle tvangssymptomer er Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive scale (CY-BOCS) det beste og mest anvendte instrument. CY-BOCS er et omfattende, semi-strukturert intervju der klinikeren spør både barnet og foreldre detaljert etter tvangstanker, tvangshandlinger, alvorlighetsgrad, tidsbruk, påvirkning av funksjonsnivå, opplevelse av symptombelastning og grad av motstand mot OCDsymptomene. Intervjuet oppsummeres med en skåringsnøkkel som gjør det egnet for vurdering av behandlingseffekt og oppfølging av utviklingen over tid, men også for interindividuell sammenlikning i forskning. Vanligvis regnes en total skåre på 16 i CYBOCS som behandlingstrengende OCD. Det foreligger flere norske versjoner (Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD, Tourettes syndrom og Narkolepsi 1997, NordLOTS 2006).

Behandling

Informasjon om tilstanden er viktig for å redusere skyldfølelse og bekymring for alvorligere psykiske lidelser, men erstatter ikke spesifikk behandling.

Ikke-medikamentell behandling

Dagens kliniske retningslinjer ("Expert Consensus Guidelines") anbefaler kognitiv atferdsterapi med eksponering og responsprevensjon (E/RP) som førstevalg for behandling av tvangslidelse hos barn og unge (March 1997, Abramowitz 2005, NICE 2005).

Pasienter som ikke responderer i tilstrekkelig grad skal tilbys medikamentell behandling med SSRI.

Symptombildet for OCD hos barn og voksne er relativt likt. Både CBT og psykofarmaka har god dokumentasjon som effektiv behandling.

Behandlingen av barn må ta hensyn til at barn:

1. oftere mangler evnen til å se sine tvangstanker som meningsløse og tvangshandlinger som overdrevne
2. ofte skjuler symptomene da de er flau over tankene og handlingene
3. oftere har vansker med å tolerere angst
4. oftere involverer andre familiemedlemmer i ritualene
5. ofte har mindre motivasjon for behandling enn eldre pasienter

Det foreligger ulike behandlingsmanualer, for eksempel March og Mulle, 1998 (norsk oversettelse, Gyldendal 2003). Det er også utarbeidet en behandlingsmanual i rammen av en pågående skandinavisk behandlingsstudie (NordLOTS) som beskriver et CBT program med 14 uker behandling for barn og ungdom med OCD. Manualen er basert på arbeidet til March og Mulle (1998) og Piacentini og videreutviklet av en arbeidsgruppe fra Norge, Sverige og Danmark for å tilpasse behandlingen til nordiske forhold (Ivarsson, 2009).¹

Behandlingen er sammensatt av flere komponenter:

- Oppbygging av allianse og motivasjon, problem- og målformulering
- Psykoedukasjon om OCD og CBT
- Kartlegging av OCD symptomer
- Eksponering og responsprevensjon (E/RP)
- Kognitiv trening i mestingsstrategier som eksternalisering, omstrukturering av automatiske tanker m.m
- Foreldredeltagelse
- Forebygging av tilbakefall

Essensen i behandlingen for tvangslidelse er gradvis eksponering og responsprevensjon (E/RP). Eksponering betyr at barnet utsetter seg for eller oppsøker fryktede objekter, situasjoner eller tanker. Responsprevensjon innebærer å hindre ritualer. Det viktigste med eksponeringsøvelsene er at barnet skal være i den truende situasjonen lenge nok til angsten reduseres (habituerer) uten at barnet gjennomfører noen ritualer. For eksempel hos et barn som er redd for å ta på dørhåndtak eller lignende pga. frykt for smitte vil eksponeringsøvelsen være å ta på dørhåndtak til angsten reduseres. Responsprevensjon skjer når barnet lar være å gjøre tvangshandlingene, slik som å vaske hendene eller andre ritualer. I tillegg er det viktig å redusere barnets unngåelsesatferd. Eksponeringen starter med lette øvelser. Etter hvert som barnet lykkes i sin motstand mot OCD vil oppgavene bevege seg oppover i symptomhierarkiet.

Studier viser effekt av atferdsterapi/eksponeringsterapi med symptomreduksjon under diagnostisk terskel hos ca. 50–60 % av barna/ungdommene (POTS, 2004; Valderhaug, 2007).

Medikamentell behandling

Medikamenter som hemmer serotonin-reopptak (SSRI) har i randomiserte placebokontrollerte studier vist god effekt og kombinasjonen med kognitiv atferdsterapi (CBT) ga enda bedre resultater i et kortsiktig perspektiv (POTS, 2004). Allikevel har ca. 30 % av pasientene utilstrekkelig effekt og langtidseffekten er dårlig undersøkt. For SSRI gjelder at effekten flater ut etter ca 1 år og at cirka halvparten av pasientene da fortsatt har OCD, om enn i svakere form hos flertallet. Et vanlig problem ved behandling med bare SSRI er risiko for tilbakefall når behandlingen seponeres. En potensiell ulempe av kombinasjonsbehandling med CBT og medikasjon er at noen pasienter tilskriver behandlingseffekten kun medisineringsen. I de tilfellene kan det være vanskeligere å seponere medikamentet. Som anført anbefaler kliniske retningslinjer CBT som førstevalg for behandling og at pasienter som ikke responderer tilstrekkelig, skal tilbys medikamentell behandling med SSRI. Det samme gjelder, hvis man ikke får motivert pasienten for CBT eller ved komorbiditet som vanskeliggjør CBT. Det er som regel behov for høyere doser SSRI enn det som er vanlig ved depreksjonsbehandling. Behandlingen bør fortsette i minst 3–6 måneder etter symptomfrihet. Før man skifter medikamentet skal man ha prøvd det ut i tilstrekkelig dose i flere uker. Hvis pasienten får tilbakefall etter seponering bør medisineringsen starte opp igjen. Barn og unge som responderer godt på kombinasjonen av medisin og kognitiv atferdsterapi har sannsynligvis mindre risiko for tilbakefall. Ved seponering anbefales det å intensivere CBT og ved behov oppfølging med enkelte "boostersessions" med CBT for å forebygge tilbakefall.

SSRI: Preparater/dosering

Det er lite evidens for at et SSRI er mer effektivt enn et annet, men de kan ha en noe forskjellig bivirkningsprofil.

Sertralin (Zoloft) er i Norge for tiden det eneste medikamentet som er godkjent til bruk hos barn for indikasjon OCD og anbefales derfor som første valg. En forsiktig startdose er 25 mg, som økes etter 3 dager til 50 mg over 3 dager, deretter økning til 75 og 100 mg eller mer.

Om bivirkninger skulle opptre brukes lengre tid på hver steg. Det skal gis tilstrekkelig tid for tilpasning til hvert dose-nivå, samtidig som man ikke må gå for langsomt frem for å unngå at pasienten mister motet før man har oppnådd terapeutiske nivå. Med en dosering på 100 mg etter ca. 2–3 uker har man nådd en potensiell effektiv dose. Denne gis noen uker tid for å utvikle sin virkning før man kan gjøre en vurdering av behandlingseffekten. Det er uklokt å la pasienten stå på en uavirksom dosering lengre enn det som er nødvendig for å vurdere om pasienten ikke responderer på denne. Ved utilstrekkelig effekt og tolerable bivirkninger fortsetter gradvis doseøkning til 150 mg eller 200 mg inntil tilfredsstillende effekt. Den laveste effektive dosering beholdes så over 3–6 måneder, med mindre bivirkninger skulle tilsi dosereduksjon. Det er ikke nødvendig å øke til maksimal terapeutisk dose (200 mg dgl.), med mindre lavere doseringer viser seg som utilstrekkelige.

Hvis det ikke inntreffer bedring på 200 mg og bivirkninger ville tillate høyere doser anbefales å ta et serumspeil for å avklare eventuelle årsaker (for eksempel lav compliance, eller hurtig metabolizer status).

Ved moderate eller alvorlige bivirkninger kan døgndosen deles opp i 2 doser, spesielt ved doser over 100 mg) eller reduseres. Hvis bivirkningene er doseavhengig reduseres medikasjon over en periode, for så å økes igjen mer forsiktig til terapeutisk nivå, med mindre bivirkningene skulle komme tilbake. Hvis Sertralin ikke har effekt eller ikke tolereres kan andre SSRI forsøkes.

Fluoksetin (Fontex): Anbefalt startdose 5-10 mg med gradvis økning opp til 20 mg. Unntaksvis kan dosen økes til 60-80 mg/døgn.

Fluvoksamin (Fevarin): Anbefalt startdose er 25 mg med langsom økning (for å unngå kvalme) opp til 50-100 mg/døgn. I sjeldne tilfeller kan dosen økes opp til 200-250 mg/døgn.

Citalopram (Cipramil): Anbefalt startdose 5-10 mg, gradvis økende til 20-40 mg/døgn.

Maks. Dose: 40-60 mg /dag. Escitalopram (Cipralext) er det biologisk aktive racemat:

Normaldose 10 mg x 1 dgl. (halvparten av Citalopram). Det er hevdet bedre og raskere effekt og mindre bivirkninger sammenliknet med Citalopram, men det foreligger få studier hos barn og er derfor ikke anbefalt.

Bivirkninger

Hos SSRI er bl.a. følgende bivirkninger beskrevet: Tretthet, søvnløshet, økt angst, forvirring, svimmelhet, tremor, kvalme, munntørrhet, magesmerter, diaré, forstoppelse irritabilitet/sinne, motivasjonstap, likegyldighet, selvmordstanker, hjertebank. Hos voksne er serotonergt syndrom (karakterisert ved agitasjon, myoklonus, konfusjon, hypomani, feber m.m.) beskrevet som en sjelden, men alvorlige komplikasjon ved behandling med medikamenter med serotonerg virkning som SSRI og TCA. Syndromet ses oftest utløst i kombinasjon med andre medikamenter.

Klomipramin er det eneste medikamentet fra gruppen tricykliske antidepressiva (TCA) som har dokumentert effekt ved OCD pga. dens (ikke selektiv) hemmende effekt på serotonin-reopptaket. I likhet med de andre tricykliske antidepressiva har det flere bivirkninger (gastrointestinalt ubehag, tretthet, tørrhet i munnen, skjelving, svette, seksuell dysfunksjon, hjerterytmeforstyrrelser) og større toksisitet enn SSRI. Derfor anbefales Klomipramin kun i de tilfeller hvor SSRI har ikke hatt effekt eller ikke tolereres. Dosering hos voksne er 25 mg om kvelden som startdose, langsomt økende til maks. 250 mg. Hos barn anbefales en lavere startdose, f.eks. 20 mg. Vanlig vedlikeholdsdose er 50-75 mg, doser over 50 mg deles og gis morgen og kveld. Hos noen er 20 mg dgl. tilstrekkelig. Full effekt sees først etter noen uker. Det anbefales å ta EKG før oppstart av medikasjonen.

Ved tvangslidelse i tilknytning til Tourettes syndrom kan kombinasjon av et SSRI med et nevroleptikum forsøkes (se kapittel om Tics og Tourettes syndrom). Ved samtidig OCD og AD/HD anbefales først behandling med sentrale stimulantia eller atomoksetin og ved behov kombinasjon med et SSRI-preparat. Hos enkelte pasienter kan sentrale stimulantia forverre OCD-symptomer. Ved samtidig bruk av Atomoksetin og Fluoksetin (CYP2D6 inhibitor) må man vurdere å redusere Atomoksetindosen og ta serumspeil pga. interaksjon.

Takksigelse: Forfatterne ønsker å takke Robert Valderhaug ved Institutt for nevromedisin, NTNU for nyttige kommentarer til kapittelet.

Litteratur

1. Abramowitz JS, Whiteside SP, Deacon BJ. (2005) The effectiveness of treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 36, 55-63
2. Barrett P, Healy-Farrell L, March JS. (2004) Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 46-62.
3. Bloch M, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B, Coric V, Bracken M, Leckman J. (2006). A systematic review: Antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive compulsive disorder. *Molecular Psychiatry*, 11:622-632
4. DeVeugh-Geiss J, Moroz G, Biederman J, Cantwell D, Fontaine R, Greist JH, Reichler R, Katz R, Landau PP. (1992). Clomipramine hydrochloride in childhood and adolescence obsessivecompulsive disorder – a multicenter trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 45-49.
5. Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL, Davies M, Berg CZ, Kalikow K, Sceery W, Shaffer D. (1998). Obsessive compulsive disorder in adolescence: An epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 764-771.
6. Geller DA. (2006). Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 353-370.
7. Hanna GL. (1995). Demographic and clinical feature of obsessive-compulsive disorder in children and adoles-

- cents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 19-27.
8. Heyman I, Fombonne E, Simmons H., et al. (2001) Prevalence of obsessive compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *British Journal of Psychiatry*, 179, 324–329.
 9. Horwath, E., & Weissman, M. M. (2000). The epidemiology and cross-national presentation of obsessive–compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 493–507.
 10. Ivarsson T, Thomsen PH, Dahl K, Valderhaug R, Weidle B, Nissen JB, Englyst I, Christensen K, Torp NC & Melin K. (2009). The rationale and design of the Nordic Long-term OCD Treatment Study (NordLOTS) in childhood and adolescence. *Child and Youth Care Forum* (accepted for publication)
 11. Maia TV, Cooney RE, Peterson BS. (2008). The Neural bases of obsessive–compulsive disorder in children and adults. *Development and Psychopathology*, 20, 1251–1283.
 12. March JS, Mulle K. OCD in children and adolescents. A cognitive-behavioral treatment manual. The Guilford Press. New York: 1998 (norsk oversettelse, Gyldendal 2003).
 13. POTS study team (2004). Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: The Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association* 292, 1969-1976.
 14. Thomsen PH. (1998). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical guidelines. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 1-11.
 15. Skoog, G, Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 121–127.
 16. Shulman ST. (2009). Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococci (PANDAS): Update. *Current Opinion in Pediatrics*, 21:127–130
 17. Stewart, SE, Geller DA, Jenike M, et al. (2004). Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 4–13.
 18. Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, et al. (1998). Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: Clinical description of the first 50 cases. *American Journal of Psychiatry*, 155, 264–271.
 19. Valderhaug R, Larsson B, Gøtestam KG, Piacentini J. (2007). An open clinical trial of cognitivebehaviour therapy in children and adolescents with obsessive- compulsive disorder administered in regular outpatient clinics. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 577-589.
 20. Valleni-Basile LA., Garrison CZ, Jackson KL, Waller JL, McKeown RE, Addy CL, Cuffe SP (1994). Frequency of obsessive–compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 782–791.

Nyttige Adresser og linker

- [ANANKE, Norsk OCD forening](#), Postboks 3008, Lade, 7441 Trondheim.
E-post: post@ananke.no
Nett: www.ananke.no
- Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD, Tourettes syndrom og Narkolepsi. Oslo universitetssykehus HF, Ullevål, bygg 31, 0407 Oslo
Tlf.: 23 01 60 30, fax.: 23 01 60 31
E-post: post@nasikomp.no
Nett: www.nasikomp.no og www.innsikt.org

National institute for health and clinical excellence (NICE). Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder NICE Clinical Guideline No. 31 (2005).

www.nice.org.uk/cg031niceguideline.pdf

Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) hos barn og ungdom

Grete Dyb

Denne veilederen beskriver diagnosene i ICD 10-systemet. Mesteparten av PTSD-forskningen som er utført med barn og ungdom har forholdt seg til DSM-IV. Etter siste revisjon av PTSD- diagnosen i de to systemene, er det kun små forskjeller i definisjon av diagnosen, og ytterligere tilpasning er foretatt i DSM-5/ forventes i ICD-11. I ICD-10 stilles det mindre spesifikke krav til antall kriterier som må være oppfylt i de ulike symptomgruppene, og stressor-kriteriet er mindre spesifisert enn i DSM-IV.

Definisjon og årsaksforhold

Eksposering for traumatiske hendelser i barndommen kan gi alvorlige helsemessige konsekvenser både i barndommen og i voksen alder. Siden PTSD ble beskrevet hos barn for over 25 år er det blitt vist at ulike traumatiske hendelser øker risikoen for posttraumatiske stressreaksjoner hos barn og ungdom¹.

PTSD diagnosen ble første gang beskrevet i DSM for barn i 1987² og diagnosen er inkludert i det diagnosesystemet vi bruker i Norge, ICD-10 (3) . PTSD kan ikke diagnostiseres uten at symptomene som utvikler seg settes i sammenheng med en hendelse. Denne hendelsens karakter skal være av usedvanlig truende eller katastrofal art; en hendelse som mest sannsynlig ville fremkalt sterkt ubehag hos de fleste (ICD-10, stressorkriteriet). I DSM-IV beskrives stressorkriteriet mer spesifikt; personen som er utsatt skal ha opplevd, eller vært vitne til eller blitt konfrontert med en hendelse som innebar livsfare, fysisk skade eller trussel om fysisk skade/ livsfare mot seg selv eller andre.

Det er imidlertid svært ulike hendelser som faller inn under denne definisjonen, og denne ulikheten bidrar til ulikhet i reaksjonsmønster og i hvor lang tid av barnets liv reaksjonene vil vare. Mens ICD-10 beskriver at hendelsen skal være av en slik art at den ville ha fremkalt sterkt ubehag hos de fleste, spesifiserer DSM-IV hvilke reaksjoner som skal ha vært tilstede under eller like etter hendelsen; den som har vært utsatt skal ha reagert med å bli svært redd, ha opplevd overveldende hjelpeløshet eller skrekk/avsky. Barn kan ha reagert med å ha blitt svært oppkavet, forvirret eller skremt. Hendelsen og de emosjonelle reaksjonene knyttet til denne utgjør en "stressor" (kriterie A).

I DSM-5 er kriteriene for PTSD betydelig endret i forhold til i DSM-IV. Stressorkriteriet (Kriterium A1) er gjort mer eksplisitt i forhold til hvordan et individ erfarte de "traumatiske" hendelsene. Videre er kriterie A2 (subjektive reaksjoner) fjernet.

Den som har opplevd en slik hendelse og har utviklet PTSD, vil i ulik grad ha symptomer på:

Gjenopplevelse, unngåelse og økt fysiologisk respons.

Gjenopplevelse (B)

Ulike symptomer beskriver hvordan hendelsen kan gjenoppleves. Gjentatte og uønskede tanker og bilder fra det som skjedde kommer stadig tilbake både i våken tilstand og som drømmer. Mange opplever også såkalte "flashbacks" som er å oppleve at hendelsen eller deler av det som skjedde faktisk skjer igjen. I tillegg kan det å bli minnet om hendelsen vekke intense følelser eller fysiologiske reaksjoner.

Unngåelse (C)

Denne symptomgruppen inkluderer symptomer på unngåelse og følelsesmessig nummenhet.

Det å unngå hendelsen kan skje på et indre plan; ved at barnet unngår å ta frem hendelsen i samtaler eller i tanker. Det samme kan skje på det ytre plan; barnet unngår å gjøre aktiviteter eller unngår steder som kan få barnet til å tenke på det.

Følelsesmessig nummenhet handler om at en kan oppleve at følelsene har endret seg f.eks. at barnet får mindre interesse for aktiviteter som var viktige før hendelsen, barnet føler seg fremmedgjort i forhold til nære familiemedlemmer eller venner og opplever at følelseslivet har endret seg etter hendelsen.

Økt fysiologisk respons (D)

Økt fysiologisk respons knyttet til autonome reaksjoner etter hendelsen gir bl.a. utslag i vansker med å sovne og hypopige oppvåkninger, redusert terskel for sinneutbrudd og vansker med å samle tankene. Sansene er i høyere beredskap enn ellers, og reagerer på lavere stimuli enn ellers, f.eks. kan smell i en dør vekke sterke reaksjoner. Barn blir urolige og ukonsentrerte, og kan vise endret atferdsmønster. For klinisk diagnose kreves det at stressorkriteriet skal være oppfylt og barnet skal ha symptomer på gjenopplevelse av hendelsen. Forskningsutgaven beskriver at minst ett B kriterie, ett C kriterie og ett D kriterie bør være tilstede. ICD-10 krever at symptomene skal ha oppstått innen 6 måneder etter hendelsen fant sted. Diagnosen kan stilles dersom tilstanden har vart i minst en måned og medfører funksjonsnedsettelse.

Først etter 1980 har det vært utført systematiske studier om barn og PTSD, og det har vært knyttet mye usikkerhet til om diagnosen er tilpasset barn i tilstrekkelig grad. Klinikere og forskere har vært usikre på om barn som strevde med psykiske plager etter en traumatisk hendelse ble forstått og diagnostisert for sine posttraumatiske stresssymptomer eller om diagnosen i for stor grad er bare tilpasset voksne. Flere forskere har påpekt at for små barn er diagnosen problematisk⁴, bl.a. fordi det stilles krav til verbale uttrykk for symptomene i stor grad. For små barn blir det derfor hevdet at spørsmål om gjenopplevelse av hendelsen må erstattes av observerbare tegn gjenopplevele, slik som repeterende lek eller lek med traumatisk innhold. I tillegg kan det være problematisk å vurdere funksjonsnedsettelse hos små barn. Det er også vist at barn kan streve med enkelte posttraumatiske symptomer hyppig eller veldig intenst (for eksempel irritabilitet, sinne eller vonde drømmer) uten at kravene til diagnosen er oppfylt. Slike enkeltsymptomer kan påvirke barns daglige fungering i stor grad⁵. I klinisk vurdering av barn som har opplevd en traumatisk hendelse er det derfor god grunn til å være oppmerksom på enkeltsymptomers betydning og vurdere både hyppighet og intensitet av enkelt-symptomer. I det pågående arbeidet med revisjon av diagnosesystemene, har barneforskere tatt til orde for en betydelig mer omfattende tilpasning av diagnosekriteriene for barn.

Ulike faktorer påvirker barns utvikling av PTSD etter traumatiske hendelser, slik som grad av fare og barnets subjektive opplevelse av hendelsen⁶, samt opplevd fare for eget liv. Imidlertid vil utvikling av PTSD også være påvirket av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer forut for hendelsen. Studier av PTSD hos barn har undersøkt relevansen av alder, kjønn, sosioøkonomiske forhold, tidligere psykopatologi, og tidligere traumatiske hendelser. Studiene er inkonklusive i forhold til alder, og mange av PTSD studiene av barn er for små til at aldersgrupper kan studeres i særlig grad. Jenter rapporterer høyere nivå av PTSD-symptomer enn gutter, men studiene har ikke kontrollert for at jenter også opplever flere traumatiske hendelser i løpet av barndommen enn gutter. Andre faktorer av spesiell interesse er tidligere traumatiske hendelser og belastninger i barnets liv. Dersom barn opplever flere traumatiske hendelser kan det føre til betydelig økt risiko for utvikling av psykopatologi⁷. Andre forhold ved barnet som tidlig tilknytning, intelligens, mestring og kompetanse, sosiale ferdigheter, opplevelse av sammenheng, familieforhold og kvaliteten på barnets nære relasjoner kan ha betydning for hvordan barnet opplever og mestrer traumatiske hendelser. God foreldreomsorg

kan også være en buffer mot sykdomsutvikling mens barn med foreldre som overveldes av egne emosjonelle reaksjoner kan ha økt risiko for negativ helseutvikling.

Når foreldre og barn utsettes for den samme traumatiske hendelsen, kan PTSD hos foreldre være assosiert med PTSD hos barna. Denne assosiasjonen er funnet i studier av krigsopplevelse, ulykker og brann. I tillegg kan seksuelle overgrep mot barn og livstruende sykdommer initiere PTSD hos foreldre. Studier har vist at seksuelle overgrep mot barn begått av personer utenfor familien, kan føre til at foreldre utvikler PTSD som reaksjon på barnets traume⁸.

Forekomst

Ulike traumatiske hendelser kan føre til PTSD hos barn og ungdom. Dette gjelder for eksempel hendelser som overgrep mot barn⁹, vold¹⁰, kronisk sykdom¹¹, ulykker¹², krigsopplevelser¹³ og katastrofer¹⁴. Rapportert prevalens av PTSD etter ulike hendelser varierer med bl.a. hendelsens alvorlighetsgrad, antall ganger barnet har vært utsatt for traumatiske hendelser, og når i forløpet PTSD blir målt (tid siden hendelsen). I en meta-analyse av 2697 barn utsatt for ulike typer traumatiske hendelser, ble det konkludert med at 36 % av barna hadde PTSD¹⁵. I en amerikansk studie av ungdommer i den generelle befolkning fant man at 16 prosent av jentene og 19 prosent av guttene hadde PTSD, depresjon eller rusproblemer og at disse plagene hadde en klar sammenheng med det å ha opplevd fysiske eller seksuelle overgrep eller vært vitne til slike hendelser¹⁰.

Utredning

Uansett teoretisk orientering må ethvert hjelpetiltak ta hensyn til omstendighetene rundt de traumatiske hendelsene, barnets utviklingshistorie og forhold i familien. Når barnet rammes av en traumatisk hendelse, vil ofte hele familien være berørt i noen grad. Utredningen bør derfor omfatte hvordan både søsken og foreldre påvirkes og håndterer det som har skjedd.

En kartlegging av hendelsen hører alltid med til utredningen. I tillegg er kunnskap om tidligere traumatiske opplevelser og livshendelser nødvendig.

Flere instrumenter kan benyttes som støtte i utredningen av PTSD hos barn og ungdom, for eksempel anbefales:

UCLA PTSD Index (barn fra ca 6/7 års alder) ([Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress](http://www.nkvts.no): www.nkvts.no)

CAPS-CA (klinisk intervju) ([Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress](http://www.nkvts.no): www.nkvts.no)

I tillegg til PTSD, bør utredningen som et minimum også omfatte kartlegging av angst og depressive symptomer, samt atferdsvansker.

Differensialdiagnostikk og komorbiditet

Som for voksne, er PTSD hos barn en tilstand med høy komorbiditet, og er svært ofte assosiert med angst- og depressive tilstander, i tillegg er det vist at barn med PTSD har økt grad av ulike typer atferdsvansker¹⁶ og rusproblematikk i ungdomstiden¹⁰. Traumatiske hendelser kan derfor få svært uheldige konsekvenser for barn i en sårbar fase av livet. Særlig er noen rapporter om langtidsvirkninger etter seksuelle overgrep alarmerende¹⁷.

Behandling

Både individualterapi, familierapi og gruppeterapi brukes for å hjelpe barn med PTSD symptomer. Mange ulike teorier har sin plass innenfor det spekter av metoder som tilbys: psykodynamisk teori, atferdsteori, kognitiv teori, innsiktsorienterte teorier, og ulike teorier innen familierapi. Det finnes dessverre få behandlingsstudier som i tilstrekkelig grad har dokumentert effekt av de ulike behandlingsformene. Av de studiene som er gjennomført har traumefokusert kognitiv atferdsterapi vist best effekt¹⁸.

Mange forskere og klinikere støtter seg til at behandling av traumatiserte barn bør inkludere følgende: direkte arbeid med symptomer og stressmestring, utforskning av traumat, identifisering og korrigerende av uhensiktsmessige følelser og tanker, i tillegg til at omsorgspersoner involveres i behandlingen¹⁹.

PTSD symptomer kan føre til betydelige plager; fysiologisk er kroppen ofte i en tilstand preget av hyperaktivering og minner om den traumatiske opplevelsen vil kunne vekke angstsymptomer. Det er derfor viktig å lære barnet å håndtere stress slik at barnet gradvis kan venne seg til minnene. Dette kan gjøres ved å lære barnet pustøvelser og muskelavslappingsteknikker. Det må legges til rette for at barn får snakket om det som hendte. Flere studier har dokumentert betydningen av at barnet blir snakket med, og at barnets opplevelser blir tatt på alvor og forstått av omsorgspersoner²⁰.

Når hendelsesforløpet og barnets fortelling gjentas i trygge omgivelser, kan barnet lære seg å tåle å bli minnet om traumat og unngåelses symptomer og hyperaktivering reduseres²¹. Barn kan også plages av tanker om skyld og skam knyttet til traumatiske hendelser, slik som skyld knyttet til seksuelle overgrep eller tanker om at de burde ha reddet andre i ulykker eller katastrofer. Slike negative oppfatninger kan vedlikeholde symptomer og ramme barnets selvfølelse.

Det viktig å lære foreldrene ferdigheter som kan hjelpe dem med å forholde seg adekvat til barnas fortellinger og symptomer.

Referanser

1. Terr, L. C. (1981). Psychic trauma in children: observations following the Chowchilla schoolbus kidnapping. *American Journal of Psychiatry*, 138, 14-19.
2. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edn. APA: Washington, DC.
3. World Health Organization (1992b). *International classification of mental and behavioral disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.
4. Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L. & Putnam, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 561-70.
5. Carrion, V. G., Weems, C. F., Ray, R. & Reiss, A. L. (2002). Toward an empirical definition of pediatric PTSD: The phenomenology of PTSD symptoms in youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 166-173.
6. Pynoos, R. S., Goenjian, A., Tashjian, M., Karakashian, M., Manjikian, R. & Manoukian, G. (1993). Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake. *British Journal of Psychiatry*, 163, 239-247.
7. Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H. & Anda, R. F. (2003). The impact of adverse childhood experiences in health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine*, 37, 268-277.
8. Dyb, G., Holen, A., Steinberg, A. M., Rodriguez, N., & Pynoos, R. S. (2003). Alleged sexual abuse at a day care center: impact on parents. *Child Abuse and Neglect*, 27, 939-950.
9. Kaplow, J. B., Dodge, K. A., Amaya-Jackson, L., & Saxe, G. N. (2005).). *Pathways to PTSD, Part II: Sexually Abused Children*. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1305-1310.

10. Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S. & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 692-700.
11. Connolly, D., McClowry, S., Hayman, L., Mahony, L. & Artman, M. (2004). Posttraumatic stress disorder in children after cardiac surgery. *The Journal of Pediatrics*, 144, 480-484.
12. Kessam-Adams, N., & Winston, F. K. (2004). Predicting child PTSD: the relationship between acute stress disorder and PTSD in injured children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 403-411.
13. Ajdukovic, M. (1998). Displaced adolescents in Croatia: Sources of stress and posttraumatic stress reactions. *Adolescence*, 33, 209-217.
14. Goenjian, A. K., Molina, L., Steinberg, A. M., Fairbanks, L. A., Alvarez, M. L., Goenjian, H. A. & Pynoos, R. S. (2001). Posttraumatic stress and depressive reactions among Nicaraguan adolescents after hurricane Mitch. *American Journal of Psychiatry*, 158, 788-794.
15. Fletcher, K. E. (1996). Childhood posttraumatic stress disorder. In E. J. Mash & R. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 242-276). New York: Guilford Press.
16. Saigh, P. A., Yasik, A. E., Oberfield, R. A., Halamandaris, P. V. & McHugh, M. (2002). An analyses of the internalizing and externalizing behaviors of traumatized urban youth with an without PTSD. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 462-470.
17. Swanston, H. Y., Plunkett, A. M., O'Toole, B. I., Shrimpton, S., Parkinson, P. N. & Oates, R. K. (2003). Nine years after child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 27, 967-984.
18. Saunders, B. E., Berliner, L., & Hanson, R. F. (2004). *Child physical and sexual abuse: Guidelines for treatment* (revised report: April 26, 2004). Charleston, SC: [National Crime Victims Research and Treatment Center](http://www.musc.edu/cvc/). <http://www.musc.edu/cvc/>.
19. Cohen, J. A. (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(9), 997-1001.
20. Jensen, T. K., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Reichelt, S., & Tjersland, O. A. (2005). Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 29(12), 1395-1413.
21. Cohen, J. A., Mannarino, A., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: The Guilford Press.

Lenker:

[Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress](#) (NKVTS): Kartleggingsinstrumenter

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010

Tilstander med somatiske presentasjonsformer uten tilstrekkelige organiske funn

Trond H. Diseth og Helene Gjone

Aktuelle diagnoser (ICD-10)

F44: Dissosiative (konversjons-) tilstander

F44.0: Dissosiativ amnesi

F44.1: Dissosiativ fuge

F44.2: Dissosiativ stupor

F44.3: Transe og besettelsestilstander

F44.4: Dissosiative motoriske forstyrrelser

F44.5: Dissosiative krampetilstander ("pseudoseizures")

F44.6: Dissosiativ følelseløshet og sanseutfall

F44.7: Blandet dissosiativ (konversjons-) lidelse

F44.82: Forbigående dissosiative (konversjons-) lidelser i barne- og ungdomsalder

F45: Somatoforme tilstander

F45.0: Somatiseringslidelse

F45.1: Udifferensiert somatoform lidelse

F45.2: Hypokondrisk lidelse

F45.3: Somatoform autonom dysfunksjon

F45.4: Vedvarende somatoform smertelidelse

F48.0: Neurasteni/ G93.3: Postviralt utmattelsessyndrom ("Kronisk utmattelsessyndrom") F50-51: Atferdssyndromer assosiert med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer F50: Spiseforstyrrelser F51: Ikke-organiske søvnforstyrrelser

F98: Andre atferds-/følelsesmessige forstyrrelser med debut i barne- og ungdomsalder

F98.0: Ikke-organisk enurese

F98.1: Ikke-organisk enkoprese

F98.2-4: Spiseforstyrrelse i barndom, Pica i sped-/barnealder, Stereotype bevegelser

R62.8: Mistrivselssyndromet (NOFT)

Vedrørende tilsvarende aktuelle diagnoser i DSM-IV, er det viktig å være klar over at her skilles konversjonstilstandene (tilsv. F44.4-F44.7) ut fra de rene psykoforme dissosiative tilstander og inngår som en egen undergruppe (300.11) under Somatoforme lidelser. De psykoforme dissosiative tilstander (tilsv. F44.0-F44.3) inngår i DSM-IV under Dissosiative lidelser (300.12-300.15).

Det er gjort enkelte endringer i DSM-5 når det gjelder kriterier for konversjonstilstander. Når det gjelder somatoforme lidelser er disse lidelsene i DSM-5 benevnt som somatiske symptomer og relaterte tilstander. Mens det i DSM-IV var et signifikant overlapp mellom ulike somatoforme tilstander og uklare grenser mellom dem, har DSM-5- klassifikasjonen redusert antall tilstander og subkategorier for å redusere de problemene dette skapte. Diagnoser som somatiseringstilstand, hypokondri, smertetilstand og undifferensiert somatoform lidelse er fjernet. Se lærebøker for nærmere beskrivelse av de enkeltvis tilstander. Hovedfokus i dette kapittel vil være konversjonstilstandene og somatoforme tilstander. Vedrørende spiseforstyrrelser og søvn-forstyrrelser, se andre kapitler i Veilederen. For enkoprese og enurese, se nyttige oppgitte referanser^{1,2}. Mistrivselssyndromet og neurasteni/postviralt utmattelsessyndrom omtales her ikke i detalj.

Definisjon og årsaksforhold

Generelt:

Tilstandene i dette kapittel dreier seg om somatiske symptomer uten tilstrekkelige organiske funn; dvs. som ikke kan tilstrekkelig forklares anatomisk/fysiologisk ut fra dagens undersøkelsesmetodikk. Tilstandene varierer etter alder, alvorlighetsgrad og funksjonssvikt; fra mistrivselssyndrom hos spedbarn, sengevæting og enkoprese hos førskolebarn, hodepine og magesmerter hos skolebarn til invalidiserende kramper, lammelser og blindhet. Psykiske forhold predisponerer, utløser og/eller vedlikeholder disse somatiske symptomene. Tilstandene representerer derfor følgetilstander av å reagere fysisk på en psykologisk stressende situasjon, følelsesmessig belastning, livshendelse, traume eller katastrofe. Disse stress- og traumerelaterte tilstander krever derfor et nært samarbeid mellom allmennpraktiker, pediater eller annen medisinsk spesialist og barne- og ungdomspsykiater.

Felles trekk for tilstandene er at den stressende situasjon overskrider barnets individuelle kapasitet til å skape mening og sammenheng, truer derfor barnets utviklingspsykologiske og kognitive behov for oversikt, forutsigbarhet og kontroll og representerer således for barnet en uoverkommelig, uløselig situasjon. Resultatet blir en kroppslig uttrykksform (språk) gjennom ulike mekanismer som dissosiasjon, konversjon, somatisering eller sosial læring.

Somatiske symptomer uten organiske funn kan derfor oppfattes som kroppens språk. Dette kan skyldes 1) manglende bevisst integrering av livsbelastning/traume (dissosiasjon), 2) intrapsykiske (psykodynamiske) prosesser eller familie- /sosiokulturelle systemer som ikke tillater at emosjoner og belastning uttrykkes (somatisering, konversjon) eller 3) sosial læring hvor det verbale språk for emosjoner og livsbelastning er lite utviklet hos individet og i familien, og hvor barnet formidler familiesystemets språk. I mange situasjoner sees en kombinasjon av 1-3. Tilstandene har spesifikke kroppslige symptom, spesifikke individuelle faktorer og spesifikke familiære faktorer hvor en finner ulike grader av bio-psyko-sosiale sammenhenger. En bør derfor anvende en bred, helhetlig, multifaktoriell sykdomsforståelse i anerkjennelse av komplekse interaksjoner mellom ulike biologiske, psykologiske og sosiale faktorer i forståelsen av predisponerende, utløsende og vedlikeholdende faktorer ved tilstandene.

Spesifikt:

Dissosiative (konversjons-) tilstander defineres som "delvis eller fullstendig tap av den normale integrasjon mellom erindring, identitetsbevissthet og umiddelbare sanseopplevelser, og tap av kontroll over motorikk" (ICD-10). Denne gruppe tilstander omfatter i hovedsak to hovedgrupper; en gruppe tilstander hvor psykiske symptomer dominerer ("psykoform dissosiasjon") i form av amnesi, fuge eller stupor (F44.0-F44.3), og en gruppe tilstander hvor somatiske symptomer dominerer ("somatoform dissosiasjon"; dvs konversjonstilstandene F44.4-F44.6). De rene psykoforme dissosiative tilstander er svært sjeldne hos barn og omtales her ikke nærmere. De vanligste konversjonssymptomene er krampelignende anfall, lammelser, koordinasjonsforstyrrelser (gange og balanse), tunnelsyn, blindhet eller tap av smak, stemme eller følelse i hud. Det skal ikke foreligge noen indikasjon for somatisk forstyrrelse ved at somatiske undersøkelser ikke kan bekrefte et organisk grunnlag for pasientens plager. Det skal foreligge et klart grunnlag for psykogen årsakssammenheng; som stressende hendelser (belastende livshendelser, uløselige og uutholdelige problemer eller forstyrrede relasjoner til andre) eller traumer (deprivasjon, separasjon, neglekt, familievold eller emosjonell/ fysisk/ seksuelt misbruk). Konversjons-symptomene debuterer ofte plutselig og har et variert forløp sammen med vekslende og uventede symptomer som ikke henger sammen.

En dissosiativ (konversjons-) tilstand fremtrer derfor når barnet utsettes for så store følelsesmessige og smertefulle belastninger at dette ikke kan mestres på et integrert og bevisst plan (3-8). Teoretisk kan dette fremstilles som følger (3, 7): Når en opplevelse eller belastning over tid er av så stor intensitet eller kompleksitet at det overskrider individets kapasitet for integrering, klarer ikke individet å integrere hendelsen som en hel opplevelse og lagre det som eksplisitt hukommelse. Minnet av hendelsen avspaltes og lagres dermed i delhukommelser; dissosiasjon. Disse delhukommelser kan senere aktiveres av påminnere om traume/stressor; lukt, syn, berøring etc, som så gir automatiske reaksjoner;

dvs. dissosiative (konversjons-) symptomer. Terskelen for denne dissosiasjonsmekanismen vil avhenge av både alder, ressurser og sårbarhet og av påkjennings art, omfang og intensitet (4). En kombinasjon av genetisk, nevrologisk, kognitiv og psykologisk (tidlig tilknytningsproblematikk) sårbarhet for et akutt traume eller kronisk stress synes å predisponere for dissosiativ (konversjons-) tilstand. Nyere nevrobiologiske studier av barn og voksne med historier på alvorlige, gjentatte traumer i sped- og småbarnsalder har påvist nevroanatomiske og nevropsykologiske forandringer som kan bidra til utvikling av dissosiative (konversjons-) tilstander (6). Det er også viktig å være klar over at den utløsende stressor kan være moderat der de predisponerende faktorene har vært betydelige.

Somatoforme tilstander defineres som "gjentatt presentasjon av somatiske symptomer fra et eller flere organsystem samt forskjellige typer smerte ledsaget av (for barn: foreldrenes) stadige anmodninger om medisinsk utredning til tross for gjentatte negative funn og forsikringer fra leger om at symptomene ikke har somatisk grunnlag" (ICD-10). De vanligste somatoforme symptomer hos barn er enkle eller flere autonome funksjonsforstyrrelser og smertetilstander; da spesielt hodepine og magesmerter, som ikke i vesentlig grad kan forklares ut fra eventuell samtidig somatisk sykdom. Stress og belastninger med tilhørende psykofysiologiske stressreaksjoner danner ofte utgangspunktet for somatoforme tilstander som igjen kan forsterkes gjennom operant eller klassisk betingning (3, 9-12). Mange av barn med somatoforme tilstander strever med skoleproblem ifa skolefravær, dårlige skoleprestasjoner, dårlig mestringsfølelse, sosiale vansker med erting og mobbing, søvnevansker, lettere psykiske vansker. En finner ofte også en situasjon med tette timeplaner etter skoletid hvor en rekke aktiviteter presses inn, samt pågående konflikter mellom foreldrene og hvor barna ofte blir forstrukket og går inn i forsert voksenrolle.

Forekomst

Generelt viser populasjonsstudier tilbakevendende belastende somatiske symptomer hos hvert 10. barn med overvekt av jenter⁹. Forekomst av de ulike tilstander varierer.

Motoriske og sensoriske konversjonstilstander sees forholdsvis sjeldent, men utgjør 1–2 % av henvisninger til BUP og opptil 30 % av henvisninger til Barnenevrologiske poliklinikker¹³. Konversjonstilstandene er jevnt fordelt i alle aldersgrupper med en overvekt av jenter (2-5:1). Blandet dissosiativ (konversjons-) lidelse (F44.7) er den vanligste av disse tilstandene hos barn og unge.

Somatoforme lidelser sees hyppigere^{9,12}; studier viser at 11 % av jentene og 4 % av guttene i 12-16 års alder i den generelle barnebefolkningen har ulike somatoforme tilstander. Udifferensiert somatoform lidelse (F45.1) er den vanligste av disse tilstandene hos barn og unge. Magesmerter sees hos 10–20 % minst 1–2 g./uke (2–4 % sliter daglig) hvorav flere yngre barn enn eldre, hodepine sees hos 10–30 % minst 1–2 g./uke (2–7 % sliter daglig) hvorav flere eldre barn enn yngre, og kombinasjon av vond rygg/nakke, svimmelhet og søvnproblem sees hos 5–10 % av barna. Tilstandene utgjør 8-11 % av barna i førstelinjetjenesten og opptil 50 % av barn ved Pediatriske poliklinikker.

Nattevæting forekommer hos hele 20 % av barna i 5-årsalder, 10 % i 7-årsalder og 2 % i 14-årsalder. Dagvæting er sjeldnere; 2 % i 5-årsalder og 1 % i 7-årsalder². En finner overvekt av gutter (2:1). Enkoprese forekommer hos 1,5 % ved 7-årsalder og 0,8 % ved 10-årsalder¹; også her en overvekt av gutter (3:1).

Utredning

Utredningen må preges av symptomenes omfang og art da denne gruppen av tilstander har et vidt spenn i alvorlighetsgrad og funksjonssvikt. Utredningen må ha et bio-psyko-sosialt utgangspunkt hvor en kartlegger ulike disponerende, utløsende og opprettholdende faktorer (14, 15). Det forutsettes derfor et nært, tett og oppfølgende samarbeid mellom henvisende allmennmedisiner/pediater/annen somatisk spesialist og barnepsykiater (13). Utredningen må være preget av en respektfull holdning og spesiell varhet ovenfor det somatiske symptom slik at en unngår å aktivere skam eller skyldfølelse hos både barn og foreldre. Målsetting for utredningen må være å avklare grad av somatisk lidelse

versus psykososial belastning som har bidratt til å utløse og vedlikeholde symptomene, og hvor en gradvis introduserer en helhetlig biopsykososial forståelse.

Somatisk utredning:

Den somatiske (pediatriske/nevrologiske) utredning må være grundig (13). Foreldres og barns klager skal tas alvorlig, men en må unngå unødvendige supplerende undersøkelser. Hvis det i behandlingsforløpet opptrer nye somatiske symptomer, bør disse også vurderes. En utfordring blir da fort om en har utredet tilstrekkelig ift somatiske funn, om en har oversett en spesifikk somatisk tilstand, og når "nok er nok".

De somatiske symptomene er ofte svært plagsomme for barn og/eller familie og medfører ofte et stort skolefravær. Et godt utgangspunkt for samarbeid mellom fastlege/pediater/annen somatisk spesialist og BUP, er at somatisk lege åpner for tverrfaglig samarbeid ved å vektlegge at "somatiske symptomer både kan påvirkes av og ha følelsesmessige og praktiske følger for barnet og familien. En videre utredning tar derfor utgangspunkt i å kartlegge disse, og hvorledes de kan løses."

Barnepsykiatrisk utredning^{13,17}:

Pasienter med somatiske presentasjonsformer deler mange individuelle karakteristika ("greie, snille, flinke, lite til bry"; høye prestasjonskrav ift seg selv og andre, svært samvittighetsfulle, perfektjonistiske, overfølsomme, anspente, forsiktige, skye med tilbaketrekningstendens, engstelige for skolen og nye situasjoner) og familiemessige karakteristika (tette familier med "absolutt ingen problemer" men indre familieliv preget av spenning og inadekvat emosjonell omsorg/fokus; udekkede følelsesmessige behov, mangelfullt emosjonelt språk; dårlig innsikt i egne følelser/reaksjoner, foreldre med høye forventninger/krav til barna; spesielt skoleprestasjoner, foreldre ofte med egen sterk sykdomserfaring/-adferd; henviser ofte til somatiske forhold; svært negativ innstilling, manglende åpenhet for psykologiske forhold).

- Inntakssamtalen med familien bør alltid begynne med å gå gjennom familiens erfaring med og forståelse av symptomet/symptomene, og familiens spørsmål og forventninger til videre utredning og behandling. Videre bør en generell bio-psykososial forståelse av sykdom og sykdomsmestring introduseres.
- Familiesamtalen tar videre sikte på god anamnese med bruk av genogram (inkl. kartlegging av de enkelte familiemedlemmers tidligere sykdomserfaringer, ulike mestrings-strategier og nåværende psykisk/fysisk helsetilstand, relasjoner) og tidsakse (inkl. kartlegging av symptomets utviklingshistorie, tidligere/aktuelle stressorer, tap, belastende livshendelser og traumer). Foreldre fyller ut Child Behavior Checklist (CBCL) og Child Dissociative Checklist (CDC) hver for seg.
- Individualundersøkelse av barnet tar sikte på å gjennomføre.
 - Spørreskjemaene Youth Self Report (YSR), Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ) og Dissociative Experience Scale (A-DES).
 - Semistrukturert diagnostisk individualintervju; Child Assessment Schedule (CAS), Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (Kiddie-SADS) eller Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders; Dissociative disorders (SCID-D).
 - Spesialpedagogisk vurdering som tar sikte på en bred kognitiv vurdering (inkl. WISC-R) samt nødvendig kartlegging av barnets skolefunksjon; faglig nivå og eventuelle prestasjonsproblemer og sosiale problem (mobbing, utstøting). Opplysninger fra lærer; Teachers Report Form (TRF), innhentes.

Differensialdiagnostikk og komorbiditet

Utredningen må også ta sikte på å utelukke ulike somatiske/nevrologiske differensialdiagnoser (epilepsi, encephalopati, Guillain Barrè, rusindusert etc) og psykiatriske differensialdiagnoser (schizofreni, personlighetsforstyrrelser, alvorlig depresjon, bipolar lidelse, PTSD etc). Det er dog viktig ikke å ha en enten/eller-tenkning. Dissosiative (konversjons-) tilstander kan forekomme i kombinasjon med somatisk sykdom (for eksempel ved epilepsi) eller utvikles hos pasienter

med somatiske symptomer. Somatoforme tilstander viser høy grad av komorbiditet med opptil 50 % angsttilstander og lettere depressive forstyrrelser samt kan representere en påbygning til kronisk/langvarig somatisk sykdom.

Behandling

I forhold til det som er skissert innledningsvis, blir behandlingsprinsippet å "oversette og bearbeide" det som er uttrykt gjennom kroppens språk for emosjoner og livsbelastning. Målsetting for behandlingen blir da å kontinuere utredningens gradvise introduksjon av en helhetlig biopsykososial forståelse som så vil danne grunnlag for drøfting av ulike behandlingstiltak (13-15). Målet blir å få løst de bakenforliggende opprettholdene problem slik at barnet igjen kan fungere ut fra egne forutsetninger; kognitive evner og fysiske ressurser.

Behandlingen blir gjennom både individual- og familiesamtaler å "sette ord på" og dermed ta tilbake kontroll og mestring ved å samtale om kroppens reaksjoner på fysisk og psykisk stress parallelt med gradvis introduksjon av psykososial forståelse. Men utfordringen blir fort hvordan vi kommuniserer vår forståelse med familier som i utgangspunktet ser helt annerledes på denne sammenheng. Viktig da blir å inneha et biopsykososialt helhets-perspektiv med en særlig respekt for det somatiske symptom ved å ta det somatiske symptom på alvor men med en gradvis tilnærming til stress/traume. Hovedprinsippene i denne behandling er 1) å la det somatiske symptom slippe gradvis i en somatisk sammenheng (fysioterapi etc.); dvs. "ikke tape ansikt" og "å ta kroppen på alvor", og 2) å flytte oppmerksomheten fra den somatiske presentasjonsform til det psykologiske/psykiatriske problemet i et tempo som barnet og familien kan godta (15). Målet med behandlingen vil være symptomfrihet uten at det oppstår nye somatiske symptomer.

Det tverrfaglige behandlingstilbudet skisseres som følger^{5, 7, 13, 15}:

- **Felles tilbakemeldingssamtale:** Gi konklusjonen av utredningen samt forslag til videre tiltak tilbake til barnet og familien sammen med somatiker hvis mulig. Ta utgangspunkt i en biopsykososial modell i fremleggelsen av resultatet fra utredningen samt i drøfting av mulige behandlingstiltak.
- **Familiesamtalene** har fokus på barnets og familiens emosjonelle situasjon og behov, samt prestasjonskrav tilpasset barnets evner. Behandling må eventuelt fokusere på å senke prestasjonskrav tilpasset barnets evner og muligheter. Det blir viktig å endre samspill/ kommunikasjon i familien ved å defokusere på det kroppslige ubehag/symptom/ smerter og å hjelpe til bedre å kunne gi uttrykk for og forstå individuelle belastninger, affekter og følelsesmessige behov. Det kan også bli behov for egne foreldresamtaler for rådgivning/psykoedukasjon med hensikt å gi en bedre forståelse av og tilnærming til barnets situasjon og behov; noen ganger er det også behov for parallell eller individual terapi for en eller begge foreldre.
- **Individualterapi:** Ved somatoforme tilstander har kognitiv adferdsterapi (CBT) en helt sentral plass (11). I tillegg til kognitiv restrukturering, har symptomkontroll ved for eksempel innlæring av ulike affektreguleringsteknikker og hypnoterapi, samt gradvis tilnærming til stressor med vekt på egostøtte, mestring og kontroll vist å være nyttig. Grunnet høy komorbiditet blir det viktig også å behandle annen barnepsykiatrisk symptomatologi (angst/depresjon). Ved dissosiative (konversjons-) tilstander må pasienten før iverksettelse av en spesifikk traumefokusert terapi, oftest ha nytte av hjelp til affekt-stabilisering/-regulering/-toleranse ifa relasjonsoppbygging (trygg terapeutisk relasjon), psykoedukasjon (stress-kropp), positive forestillingsbilder ("safe-place") samt innlæring av spesifikke teknikker ift akutte reaksjoner med mål å dempe og få kontroll over traumatiske minner/tanker, angst og unngåelses-reaksjoner. Disse spesifikke teknikker består av ulike forestillings- og distraksjonsteknikker. Når pasienten først har fått hjelp med affektstabilisering, kan ulike traumespesifikke terapimetoder anvendes. CBT, hypnoterapi, psykodynamisk terapi, EMDR eller mer integrerte traumefokuserte metoder (TF-CBT) har vist å være nyttige (5).
- **Medikamentell behandling** med et SSRI-preparat (Sertralin) ift å dempe arousal kan være indisert; start da med lav dose. Også medikamentell behandling av evt. komorbide tilstander; angst, depresjon, kan være indisert.
- **Spesialpedagogiske tiltak:** Oppfølging av skole; eventuelt med skolebesøk og spesialpedagogiske opplegg, er ofte helt nødvendig. En skolemessig tilrettelegging tilpasset barnets reelle funksjonsnivå blir særdeles viktig. Et

nøye skissert opplegg med gradvis tilbakeføring med opptrappende timetall, støtteundervisning, hvilemuligheter samt forberede informasjon til skolen på barnets premisser bør forberedes i god tid.

- Fysikalsk oppfølging/tilrettelegging: Ut fra prinsippet om at konversjonssymptomet må få slippe i en somatisk sammenheng ("bli bra uten å tape ansikt og ta kroppen på alvor"), vektlegges praktisk tilrettelegging og gradvis fysikalsk trening og mobilisering; gjerne med psykomotorisk kompetanse.

Følgende kombinasjonsbehandling anbefales⁷: Individuell psykoterapi (CBT, EMDR, hypnoterapi, psykodynamisk eller integrert behandlingsmodell), farmakoterapi (SSRI), familierapi, spesialpedagogiske tiltak og fysioterapi. Tverrfaglig oppfølging avtales etter behov; dette er viktig for bl.a. å unngå "doctorshopping". Vær derfor tilgjengelig hvis nye problemer oppstår.

Prognose

Prognosen er generelt god for de somatoforme tilstander; spesielt for de monosymptomatiske formene, men 25–50 % av barn og unge med somatoforme tilstander har sine symptomer med seg inn i voksen alder. For de dissosiative (konversjons-) tilstander finner vi markert forbedring eller full helbredelse hos 50–100 %, men prognosen er mindre god ved de mer komplekse og langvarige tilstandene; spesielt hos barn og unge som har en historie med komplekse barndomstraumer gjentatt over lengre tid av nær omsorgsperson.

Litteratur

1. Berge T, Diseth TH. Encopresis – in a child psychiatric treatment regime. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 3345- 8.
2. Diseth TH, Vandvik IH. Hypnotherapy in the treatment of refractory nocturnal enuresis. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 488-91.
3. van der Kolk B. The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. Harvard Rev Psychiatry 1994; 1: 253-65.
4. Putnam FW. Dissociation in children and adolescence. A developmental perspective. The Guildford Press, 1997.
5. Silberg JL, Kluft RP. The dissociative child: Diagnosis, treatment and management. The Sidranpress, 1998.
6. Diseth TH. Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma – an overview of conceptual issues and neurobiological factors. Nordic Journal of Psychiatry 2005; 59: 79-91.
7. Diseth TH, Christie HJ. Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents – an overview of assessment tools and treatment principles. Nordic Journal of Psychiatry 2005; 59: 278-92.
8. Diseth TH, Malt UF. Dissosiative og somatoforme lidelser. I: Nevrologi og nevrokirurgi (4. utgave). Forlaget Vett & Viten 2007, ISBN 8241206283: 219-28.
9. Campo J, Fritch S. Somatisation in children and adolescents. Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994; 33: 9.
10. Eminson DM. Medically unexplained symptoms in children and adolescents. Clin Psychol Rev 2007; 27: 855-71.
11. Deary V, Chalder T, Sharpe M. The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: a theoretical and empirical review. Clin Psychol Rev 2007; 27: 781-97.
12. Blomhoff S, Diseth TH, Jacobsen MB, Vatn M. Irritabel tarm-syndrom – multifaktoriell lidelse hos barn og voksne. Tidsskr Nor Lægefor 2002; 122: 1213-7.
13. Vandvik IH, Skjeldal O. Konversjonssymptomer hos barn og ungdom. En tverrfaglig tilnærming. Tidsskr Nor Lægefor 1994; 114: 1405-8.
14. Lask B & Fosson A. Childhood illness: The psychosomatic approach. Chichester: John Wiley, 1989.
15. Garralda ME. Practioner Review: Assessment and management of somatization in childhood and adolescence: A practical perspective. J.Child Psychol.Psychiat. 1999; 40; 1159-67.

Kronisk utmattelsessyndrom

Helene Gjone og Stein Førde

Aktuelle diagnoser (ICD-10)

- F48: Nevrasteni
- G93.3: Postviralt utmattelsessyndrom/ Godartet myalgisk encefalomyelopati

I ICD-11 bortfaller F48 nevrasteni som diagnose, og CFS/ME blir værende kun som en nevrologisk diagnose. Dermed må man når dette implementeres, overveie andre stress-relaterte diagnoser der dette gir et mer helhetlig beskrivelse av utmattelsestilstanden hos barn og unge.

Definisjon, diagnoser og årsaksforhold

Generelt: Kronisk utmattelsessyndrom karakteriseres ved en gjennomgripende og funksjonshemmende utmattelse som ikke forklares ved somatisk eller psykiatrisk sykdom, som ikke bedres ved hvile, og som kan være ledsaget av en rekke fysiske plager. Dette er en hypersensitivitetstilstand karakterisert ved stress-overfølsomhet i den grad at kapasitet for dagliglivets funksjoner er vesentlig redusert. Kronisk utmattelsessyndrom klassifiseres vanligvis i G-delen av ICD-10 (G93.3), også F48 karakteriseres ved utmattelse og kan brukes. Det er betydelig heterogenitet i så vel symptombilde som bakgrunnsfaktorer. En helhetlig bio-psyko-sosial forståelse må legges til grunn og en tverrfaglig tilnærming som inkluderer barne- og ungdomspsykiatrisk tilnærming er nødvendig. Forkortelsen CFS/ME (Chronic fatigue syndrome/ Godartet myalgisk encefalomyelopati) vil bli brukt gjennom resten av kapitlet. Det anbefales at diagnosen G93.3 eller F48 baseres på en samlet gjennomgang av tverrfaglig utredning og settes av pediater, etter at en barne- og ungdomspsykiatrisk vurdering er utført og tilbakemeldt/drøftet med pediater.

Definisjonene er flere. Det er i 2013/2014 kommet veileder fra Helsedirektoratet

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/pasienter-med-cfsme-utredning-diagnostikk-behandling-pleie-og-omsorg> (1)

hvor det anbefales at men benytter en av flg definisjoner/ utredningsskjema etter Canada-kriteriene 2003 (2) etter CDC-kriteriene (3), eller i henhold til Pediatriske kriterier (4).

Alle kriteriesett omhandler langvarig uforklarlig vedvarende utmattelse som ikke lettes vesentlig ved hvile og med flere mulige ledsagesymptomer (1).

Fra Helsedirektoratets veileder siteres: "Dersom pasienten fyller noen av de omtalte kriteriesettene for CFS/ME anbefales G93.3 og ICPC-2 A04 brukt. Betydningen av differensialdiagnostikk understrekes. F48 vil kunne favne en videre gruppe pasienter der psykososial belastning er fremtredende, det samme vil Z73.0. Disse kan like fullt ha asteni som et hovedsymptom og vil kunne trenge mye av den samme behandlingstilnærmingen. R53 bør kun benyttes før videre diagnostisk avklaring, eller der man ikke finner holdepunkter for verken G93.3, F48 eller Z73.0 (1).

Ved gjennomgang av de ulike kriteriesettene finner Brurberg m.fl (5) at Ingen av kriteriesettene er tilstrekkelig validert, ingen definerer noen spesifikk grunntilstand. Bruk av diagnosekriterier vil for pediateren ha en nytteverdi mhp å karakterisere alvorlighetsgrad og å kunne evaluere behandlingseffekt og forløp.

Fra det amerikanske Institute of Medicine er det lansert en ny betegnelse Systemic exertion intolerance disease (SEID)(6). I tillegg til funksjonnedsettende utmattelse, uvelhet etter anstrengelse og søvn som ikke gir hvile kreves kognitive vansker og/eller ortostatisk intoleranse. Disse kriteriene representerer således ikke noe nytt. De er ikke validert. Ved reklassifisering av et norsk utvalg ungdom med kronisk utmattelsessyndrom etter SEID kriteriene fant man ingen forskjeller i somatiske eller kognitive parametre for de ca 40% som falt inn under SEID-kriteriene og de 60 % som falt utenfor. De som svarte til SEID-kriteriene hadde en høyere forekomst av depressive symptomer (7).

Bakgrunnsfaktorene for utvikling av langvarig utmattelse og CFS/ME er sammensatt og med stor individuell variasjon (8, 9, 10).

Det er avgjørende at man både når det gjelder predisponerende, utløsende og vedlikeholdene faktorer er bevisst på at dette aldri er enten fysisk eller psykisk. Ulike miljømessige stressorer så vel somatiske som psykologiske og samfunnsmessige, kan påvirke tilstanden direkte. Dette kan skje direkte gjennom aktivering av kroppens cerebrale, autonome, endokrine og immunologiske stress-responssystemer og interaksjonen mellom disse.

Predisponerende forhold:

Både somatisk sykdom, livsbelastninger, traumatiske hendelser og emosjonelle vansker kan være *predisponerende*. Det kan også ytre prestasjonspress og store indre krav, være (8,11). Genetiske faktorer gir ulike sårbarhet i kroppens stress-responssystemer. Det er et tett samspill mellom mentale forhold og kroppens stressresponser inkludert immunologiske forhold (9, 12). Det er holdepunkter for at vedvarende arousal kan innvirke på immunologiske forhold og igjen gi en forstyrret immunrespons ved utløsende infeksjoner (13)

Utløsende stressor

kan være av rent fysisk karakter, som en infeksjon, eller psykososial; traumer/livsbelastninger. Flere infeksjøs agens har vært knyttet til CFS/ME, det er så langt ikke holdepunkter for noen enkelt spesifikk immunologisk/infeksiøs utløsende årsak (12,14,15,16). Mange relaterer debuten til en infeksjon.

Modererende/oppretholdende faktorer:

Ulike mål på autonom dysregulering tyder på en tilstand av opprettholdt arousal med innvirkning på en rekke fysiologiske funksjoner (17). Det har vært stor interesse knyttet til behandling som påvirker immunologiske prosesser hos voksne (Rituximab) uten at det så langt har vist signifikante resultater (CFS/ME forskningskonferanse 20-21. november 2017 i Oslo arrangert av Folkehelseinstituttet, Nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME og ME-foreningen)

Utmattelse kan gjøre at en forsøker å hvile seg frisk. Dette kan medføre muskulære endringer pga inaktivitet, samt endringer i søvnmønster og døgnrytme som igjen kan forsterke utmattelsen. På den psykologiske siden kan utmattelsen medvirke til engstelse for forverring som ytterligere kan forsterke inaktiviteten. Dette kan beskrives som en selvforsterkende feillæring for kroppen, hvor en stadig oppmerksomhet rundt symptomene med hensyn på å beskytte seg best mulig, kan øke sensitiviteten for disse (10). Vedvarende dysregulering i kroppens cerebrale, autonome, immunologiske og endokrine stressresponser kan opprettholde utmattelsen gjennom denne type onde sirkler.

For noen kan vedvarende stressbelastninger i form av relasjonsvansker, pågående traumatisk belastning, utviklingsforstyrrelser og faglige vansker og forventningspress, i seg selv virke energitappende og opprettholdende (8, 10).

En del av ungdommene har alltid presset seg hardt, har høye egenkrav og et selvbylde som avhenger sterkt av prestasjoner. Noen tar i over evne når de kjenner seg i form og unngår aktivitet når de blir utmattet. De kommer så i en "berg- og dalbane" mellom aktivitet og unngåelse. Utmattelsen medfører tap av funksjon både sosialt, skolemessig og aktivitetsmessig og noen utvikler en reaktiv depresjon som ytterligere kan forsterke utmattelsen.

Forekomst

Forekomsttallene varierer: I en britisk populasjonsbasert tvillingstudie 3051 par 8-17 ble det rapportert fatigue med varighet >3mndr hos 2,34 %, >3mndr og CDC-kriterier oppfylt hos 1,90 %, >6mndr og CDC-kriterier oppfylt hos 1,29 %. Det var dobbelt så mange jenter som gutter i alle tre grupper og depresjon forekommende hos 40-50 % av disse, høyere forekomst av depresjon med økende alvorlighetsgrad (18). I en studie av 4.240 11-15 åring fant Chalder m.fl. (19) at 0.56 % var kronisk utmattet og 0.19% hadde CFS definert ved CDC-kriteriene.

Utredning

CFS/ME er en eksklusjonsdiagnose i forhold til både somatisk og psykiatrisk sykdom. Det finnes så langt ikke spesifikke tester for å fastslå om denne tilstanden foreligger. Det er viktig at utredningen tar hensyn til symptomenes omfang, grad av funksjonstap og varighet. Ved utmattelse av kortere varighet bør fastlege tenke helhetlig på bakgrunnsfaktorer og kunne gi råd mhp å snu en utvikling før det utvikles opprettholdende onde sirkler. Barn og unge som har hatt vedvarende funksjonstap pga utmattelse utover tre måneder bør tas raskt til barne- og ungdomspsykiatrisk utredning, parallelt med somatisk kartlegging hos fastlege/pediater. Det er utarbeidet sjekklister for pediatrik vurdering (1).

Målet med den barne- og ungdomspsykiatriske utredningen er:

1. Å kartlegge psykiatriske differensialdiagnoser og komorbide tilstander
2. Å kartlegge psykososial belastning (familiekonflikter, traumatiske livshendelser, vanskelig tilpasning i skole eller sosialt, uoverkommelig prestasjonspres)
3. Å kartlegge personlighetsfaktorer, kognitive vansker, familiekultur og fritidsaktiviteter mhp forhold som kan medvirke til overbelastning
4. Å kartlegge sykdomsforståelse, ressurser og sykdomsmestring hos barn/ungdom/ familien mhp planlegning av terapi
5. Å medvirke til at punkt 1-4 integreres i en bio-psyko-sosial forståelse i et nært, tett og oppfølgende samarbeid med henvisende allmenntillegger/pediater, med skole og PPT, med andre instanser som ergoterapeut, fysioterapeut.
6. Danne grunnlag for videre terapeutisk arbeid for støtte til gradvis rehabilitering og andre terapeutiske intervensjoner avhengig av utredning.

Somatisk utredning:

Den somatiske utredningen ved fastlege og pediater bør følge Nasjonal veileder for CFS/ME. (1). Diagnosen bør for barn og unge settes av pediater etter at ovenstående samt somatisk utredning er gjennomgått..

Barnepsykiatrisk utredning:

For mange av disse familiene oppfattes utmattelsen og ledsagesymptomer som rent somatisk betinget. Det kan være tidligere aktive barn/unge med god premorbid fungering som ikke kommer seg etter en infeksjon, eller en familiekultur hvor tolkning av somatiske symptomer er rent somatisk. Det er derfor viktig å bruke tid på en bio-psyko-sosial sykdomsforståelse, å avklare motivasjon for barnepsykiatrisk utredning og å redegjøre for det faglige grunnlag for dette jf pkt 1-4 over, i en **inntakssamtale med familien**. Det er avgjørende at en anerkjenner og tar det/de somatiske symptom på alvor. Å snakke om at fysiske og/eller psykososiale belastninger over kortere eller lengre tid har "satt seg" i kroppen og gjort kroppen overfølsom, gir god mening for mange. Dette er godt i samsvar med forståelse bygget både på autonom arousal, på psyko-nevro-immunologiske faktorer og den gjensidige feedback-regulering som forekommer mellom disse systemene (12,13, 15,17)

I anamneseopptak med familie/foreldresamtale kartlegges barnets/den unges bakgrunnshistorie inklusive genogram (omfattende de enkelte familiemedlemmers tidligere og nåværende fysiske og psykisk helse, lærevansker, relasjoner, dødsfall i familien, ressurser og mestringsstrategier) og tidsakse (inkl. kartlegging av symptomets utviklingshistorie, tidligere/aktuelle stressorer, tap, belastende livshendelser og traumer). Foreldre fyller ut Child Behavior Checklist (CBCL) og evt. Child Dissociative Checklist (CDC) hver for seg. Et godt mål på funksjon og livskvalitet er Pediatric Quality of Life (PedsQoL). Mange har søvnvansker – dette må etterspørres spesifikt.

Individualundersøkelse av barnet tar sikte på å gjennomføre Spørreskjemaene Youth Self Report (YSR), Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ) og Dissociative Experience Scale (A-DES). Semistrukturert diagnostisk

individualintervju; Child Assessment Schedule (CAS) fungerer godt, alternativt Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (Kiddie-SADS). Viktig å kartlegge belastningsfaktorer som også inkluderer beskrivelse av minimal tid til hvile og rekreasjon, opplevelse av stress og prestasjonspress, høye egenkrav.

Spesialpedagogisk vurdering som tar sikte på en kognitiv vurdering (inkl. WISC-R) samt nødvendig kartlegging av barnets skolefunksjon og evt sårbarhet i form av utviklingsvansker; faglig nivå og eventuelle prestasjonsproblemer og sosiale problem(mobbing, utstøting). Opplysninger fra lærer Teachers Report Form (TRF), og supplerende informasjon fra skole og evt PPT innhentes.

Differensialdiagnostikk og komorbiditet

Utredningen må også ta sikte på å utelukke ulike somatiske/nevrologiske differensial-diagnoser (se 1) og psykiatriske differensialdiagnoser. Noen barnepsykiatriske tilstander kan være både differensialdiagnoser og komorbide tilstander (som depresjon avhengig av alvorlighetsgrad). Komorbid angst og depresjon er vanlig. Dette kan både foreligge forut for utviklingen av CFS/ME og utvikles i forløpet av dette. Noen tilstander er sterkt fenomenologisk overlappende med CFS/ME, det dreier seg om somatoform autonom dysfunksjon. Der det dominerende og vedvarende symptom er utmattelse, vil ICD 10 CFS/ME-diagnosene være mest dekkende.

Depresjonskriteriene er i noen grad sammenfallende med kriterier for CFS/ME og flere studier rapporterer forstyrrelser i kroppens stress-responssystemer og inflammatoriske parametre også ved depressive tilstander som kan bero på at en her ser ulike uttrykk for stress-relaterte tilstander(20). For barn og unge som beskriver utmattelse kombinert med anhedoni (dvs faktisk mangel på lyst og ikke bare at de ikke orker det de har lyst til) vedvarende tristhet eller irritabilitet samt suicidal tanker, er depresjon det som skal diagnostiseres mhp spesifikk antidepressiv behandling (21). Følgende diagnoser har **utmattelse** som del av diagnosekriteriene (ICD-10) og må overveies før man "lander" diagnostisk: F31-39: Affektive/depressive lidelser – *utmattelse* generelt, F45.3: Somatoform autonom dysfunksjon – *uttalt tretthet* selv ved lett aktivitet.

Ved symptomer på **autonom arousal**: Alle angstlidelsene (F40-F41) inkluderer symptomer på autonom arousal, Posttraumatisk stress-forstyrrelse (F43.1) inkluderer symptomer på psykologisk sensitivitet og arousal.

Ved **funksjonstap pga motoriske og sensoriske utfall**: Konversjonslidelsene (F44.4-7) inkluderer sensoriske og motoriske utfall.

Ved **alvorlig vekttap**: Obs forhold til kropp/mat/vekt jf anoreksi (F50).

Ved **tilbaketrekning eller somatiske symptomer og realitetsbrist**: Obs psykoser (F20-29), obs misbruk av rusmidler (F10-19).

I henhold til CDC-kriteriene (se 1) utelukkes CFS hvis tidligere eller aktuell diagnose: alvorlig depresjon (MDD) med psykotiske eller melankolske trekk, bipolar affektiv lidelse, schizofreni alle subtyper, vrangforestillingslidelser alle typer, demenslidelser – alle subtyper, anoreksia nervosa, bulimia nervosa, alkohol- eller stoffmisbruk innen 2 år forut for, eller i forløpet etter debut av kronisk utmattelse. Komorbide tilstander er alle tilstander som primært defineres av symptomer som ikke kan bekreftes ved lab.test; inkl fibromyalgi, angstlidelser, depresjon som ikke har psykotiske eller melankolske trekk. Der de ulike diagnosekriteriene spesifiserer hva som ligger i psykiske lidelse som grunnlag for differensialdiagnostikk eller komorbide tilstander, beskrives i store trekk dette på tilsvarende måte.

Behandling og rehabilitering

Det er avgjørende viktig at man forstår og anerkjenner den opplevelsen den unge har av å være betydelig begrenset av sin mangel på fysisk kapasitet. For noen kan det oppleves som å være "fanget i egen kropp". Rent nevrofysiologisk ser en hos en stor gruppe av disse pasientene at det autonome nervesystemet er dysregulert slik at stressmestringen er

vesentlig redusert (17, 22). Det samme kan gjelde andre deler av kroppens stress-respons-system som immunsystemet (9, 23). Det er som kroppens evne til å "bufre stress" eller "elastisitet" er nedsatt.

På denne bakgrunn er det viktig å identifisere stressorer som kan ha bidratt til utvikling av tilstanden og/eller til å motvirke bedring dvs bidra som «energyver» (24), og å se på hvordan sykdomsadfærd kan bidra til å moderere eventuelt opprettholde tilstanden, samt hvordan komorbide psykiske vansker kan virke symptomforsterkende og opprettholdende.(25).

En bio-psyko-sosial forståelse anvendes for å etablere felles behandlingsmål med barn/ungdom og deres familier. Dette vil bidra til en forståelse av symptomutvikling og symptomets karakter og til hvordan bryte onde sirkler. Flere forhold er viktig med et stort behov for tverrfaglighet (25).

Et eksempel på formulering: *Noen ganger opplever kroppen så mye stress at det setter seg i kroppen, den må få lang tid til å komme seg. Noen ganger bryr vi oss ikke om stresset men bare "kjører på". Da må kroppen "si fra" veldig høyt, dvs være ekstra følsom for at vi skal "høre på" det. Kroppen tvinger oss til å si stopp. Når vi stopper kan vi ikke bare sette i gang igjen, fordi kroppen fortsatt har sin overfølsomhet. Vi må lære kroppen å greie å leve vanlig igjen. Da må vi lage passe store skritt slik at vi kommer oss videre. Da er det viktig å ta tak i alt som blokkerer energien og motvirker bedring.*

Ved CFS/ME dreier behandlingens seg om gradvis rehabilitering mot normal funksjon. Dette er ikke nødvendigvis korresponderende til det funksjonsnivå barnet/ungdommen hadde før sykdomsdebut hvor aktivitetsnivået kan ha vært for intenst og presset for stort. Det er viktig at rehabiliteringen skjer skrittvis og at det skapes trygghet rundt aktivitetsøkning. Det vil ta tid før utmattelsen avtar, det viktige er å øke aktiviteten så gradvis at utmattelsen ikke øker på. I denne prosessen bør det være en fast plan slik at oppmerksomheten rundt symptomene reduseres og fokus rettes mot bedringsmål. Ved forverring under gradvis aktivitetsøkning må man midlertidig redusere aktivitetsnivået. Samtidig er det viktig å trygge barnet/ungdommen på at ved økning av aktivitet vil det innledningsvis kjønes mere strevsomt. Dette er en balansegang hvor det viktigste er at endringene skjer tilstrekkelig langsomt og at barnet/ungdommen selv er med på endringene.

En tverrfaglig tilnærming er nødvendig: Det er nødvendig med en forankring hos fastlege/pediater og i barne- og ungdomspsykiatrien. Avhengig av funksjonsnivå vil det kunne være behov for å engasjere hjemmesykepleie, ergoterapeut, fysioterapeut, PTT/skole i ulik grad i faser av forløpet. Samarbeidet med skolen må etableres umiddelbart. Opprettelse av ansvarsgruppe og etablering av en individuell plan er hensiktsmessig.

Bidraget fra barne- og ungdomspsykiatrien bør være:

Deltagelse i tverrfaglig ansvarsgruppe: Innledningsvis bør man i ansvarsgruppen sikre at den bio-psyko-sosiale forståelsen er delt. Videre gir ansvarsgruppen mulighet til å samordne de ulike leddene i en rehabiliteringsplan.

Foreldre/familiearbeidet har fokus på å støtte foreldrene i sitt samspill med et barn med alvorlig funksjonsnedsettelse over lang tid, samt å bidra til fokus på søskens situasjon og generell familiefungering. I dette er det nødvendig med fortløpende oppmerksomhet på forståelsen av barnets vansker og å drøfte konkrete utfordringer med hensyn på å legge til rette for bedring. Mange foreldre har en sentral rolle i koordinering av omsorg for et alvorlig sykt barn og har behov for råd og avlastning i dette arbeidet, samt støtte til å redusere sykdomsfokus og sykdomsbekymring som kan bidra til å opprettholde en hypersensitivitet. Det anbefales at også søsken inkluderes i en/flere familiesamtaler for at søsknene kan dele sin opplevelse av hvordan tilstanden påvirker familielivet. I familier med andre vansker som foreldrekonflikter, sykdom hos søsken eller traumatiske erfaringer for en eller flere familiemedlemmer som kan bidra til å vedlikeholde en utmattelsestilstand, er det viktig at man adresserer dette spesifikt avhengig av problemstilling.

Individualterapi: Kognitiv adferdsterapi (KAT) er sammen med gradert trening, den behandling som har vist å bidra til bedring og økt mestringfølelse hos ungdom i kontrollerte studier (26, 27, 28). Her er hovedprinsippet å utfordre automatiske negative tanker i fht manglende håp om bedring, bryte onde sirkler av alt-eller-intet tenkning og strenge egenkrav og utvikle indre samtaler som støtter en gradvis aktivitetsøkning og funksjonsbedring.. Mange trenger støtte til gradvis omlegging av søvnrytme. For barn/unge som sliter med komorbid angst/depresjon, eller som har traumatiske erfaringer som kan ha bidratt til utvikling av tilstanden, må dette adresseres spesifikt i terapi. Det er uansett viktig at individualterapeutisk arbeide ikke står alene, dette må ledsages av foreldre/familiearbeid og samarbeid med andre aktuelle instanser.

Medikamentell behandling. Det er så langt ikke noe medikament som har vist seg effektivt for behandling av utmattelse. Ved komorbid depresjon kan SSRI-medikasjon være indisert kfr depresjonsbehandling. Ved søvnforstyrrelser er melatonin velegnet for mange.

Fra BUP i samarbeid med skole og PPT:

Spesialpedagogiske tiltak: Oppfølging av skole; eventuelt spesialpedagogiske opplegg, er helt nødvendig. For de sykeste kan hjemmebesøk av lærer i helt spesielle tilfelle være en støtte i gradvis tilbakegang til skolen. Her må fordeler og ulemper overveies, det viktigst er å komme tilbake til skolen med det som kreves av trygg og gradvis opptrappende tilpasning og tilrettelegging. Så snart som mulig bør en derfor ta sikte på gradvis tilbakeføring til skolen. Det er da viktig at dette gjennomføres med korte arbeidsøkter og over flere dager per uke, det er ikke gjennomførbart og behandlingsmessig feil å komprimere ukens undervisning i 1-2 økter pr uke. Gradvis tilbakeføring med opptrappende timetall, støtteundervisning, hvilemuligheter samt forberedende informasjon til skolen så dette legges opp på barnets/ungdommens premisser, bør planlegges og evalueres regelmessig.

Bidra i tverrfaglig samarbeid med andre instanser:

Fysikalsk oppfølging/tilrettelegging er hensiktsmessig mhp gradvis gjenopptrening. For noen kan **ergoterapeut** bidra i tilrettelegging. Det er viktig at dette bygger på en felles helhetlig bio-psyko-sosial forståelse innen et tverrfaglig behandlingsopplegg.

Enkelte rehabiliteringssentre har utviklet program for pasienter med CFS/ME (se 1).

Lærings- og mestringsskurs: Flere lærings- og mestringssentre tilbyr kurs for denne gruppen, vesentlig rettet mot voksne.

Ettersom det karakteristiske ved CFS/ME er utmattelse over lang tid, har mange hatt et behov for å søke alternativ behandling. I den grad det er foretatt systematisk utprøving har ikke disse alternativene vist seg effektive på gruppenivå (29). Det tilbys også kurs med siktemål å mestre stress gjennom å mobilisere aktive mestringsstrategier hos barnet/den unge, med Lightning Process (LP). Det legges vekt på en helhetlig tilnærming til problemområdet og å påvirke kroppen gjennom teknikker med elementer fra bl.a. fra nevrologvistisk programmering, hypnoterapi og kognitive teknikker. Dette er kurs hvor deltakerne siles nøye etter motivasjon, deltakerne betaler selv for å være med. Flere beskrives å ha god nytte av dette, mens andre har opplevd seg sykere i etterkant. Det er kun gjort en studie som sammenlikner behandling hos spesialist med og uten LP, med en noe bedre effekt på fysisk funksjon, fatigue og emosjonelle vansker for de som fikk tillegg av LP (30). For barn- og ungdom som deltar i dette er det avgjørende at det er egenmotivasjon som ligger bak, man må forebygge at barnet/ungdommen blir familiens symptombærer, og barnet/ungdommen må fritas for ansvar hvis resultatene etter kurset ikke blir som ønsket. Dette er altså ikke behandling, men kurs i regi av private aktører med varierende fagbakgrunn.

Prognose

Prognosen er generelt god for CFS/ME hos barn og unge (31, 32, 33, 34). Det er viktig å ha et langsiktig (måneder/årsperspektiv) på bedring, mange blir bra. Krilow m fl (33) hadde 42 pas med gjennomsnittsalder 14,6 år fulgt opp etter ½-4 ½ år: 43 % friske, 52 % bedret, 5 % uendret – med gradvis bedring over 2-3 år. Norris m fl (34) identifiserte ungdom med funksjonsnedsettende utmattelse av > 6 måneders varighet fra en stor longitudinell epidemiologisk undersøkelse og fant at 75,3% av affiserte 13-åringer, ikke lenger ble klassifisert som syke i 16-årsalder, tilsvarende for 75% av affiserte 16-åringer når de var 18.

Litteratur

1. [Helsedirektoratet.no/Nasjonale faglige retningslinjer/Nasjonale veileder](https://helsedirektoratet.no/Nasjonale-faglige-retningslinjer/Nasjonale-veileder) – Pasienter med CFS/ME – Utredning diagnostikk, behandling, pleie og omsorg
2. Carruthers BM, Jain AK, De Meirleir KL, al. e. Myalgic encephalomyelitis/ chronic fatigue syndrome: clinical working case definition, diagnostic and treatment protocols. *J Chronic Fatigue Syndr.* 2003;11:7-116.
3. Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Annals of internal medicine.* 1994 Dec15;121(12):953-9.
4. Jason LA, Bell DS, Rowe K, Van Hoof ELS, Jordan K, Lapp C, et al. A Pediatric Case Definition for Myalgic Encephalomyelitis and Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome.* 2006;13(2/3):1-44.
5. Brurberg KG, Fønhus MS, Larun L, Flottorp S, Malterud K. Case definitions for chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME): a systematic review. *BMJ Open.* 2014 Feb 7;4(2)
6. IOM (Institute of Medicine) Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Redefining an Illness. The National Academies Press; Washington, DC, USA: 2015.
7. Asprusten TT, Sulheim D, Fagermoen E, Winger A, Skovlund E, Wyller VB. Systemic exertion intolerance disease diagnostic criteria applied on an adolescent chronic fatigue syndrome cohort: evaluation of subgroup differences and prognostic utility. *BMJ Paediatr Open.* 2018 Mar 16;2(1):e000233.
8. Crawley E. The epidemiology of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalitis children. *Arch Dis Child.* 2014 Feb;99(2):171-4. Review.
9. Bower JE. Fatigue, brain, behavior, and immunity: summary of the 2012 Named Series on fatigue. *Brain Behav Immun.* 2012 Nov;26(8):1220-3. Review.
10. Lievesley K, Rimes KA, Chalder T. A review of the predisposing, precipitating and perpetuating factors in Chronic Fatigue Syndrome in children and adolescents. *Clin Psychol Rev.* 2014 Apr;34(3):233-48. Review
11. Nater UM(1), Maloney E, Heim C, Reeves WC. Cumulative life stress in chronic fatigue syndrome. *Psychiatry Res.* 2011 Sep 30;189(2):318-20.
12. Hulme K, Hudson JL, Rojczyk P, Little P, Moss-Morris R. Biopsychosocial risk factors of persistent fatigue after acute infection: A systematic review to inform interventions. *J Psychosom Res.* 2017 Aug;99:120-129. Review.
13. Nguyen CB, Alsøe L, Lindvall JM, Sulheim D, Fagermoen E, Winger A, Kaarbø M, Nilsen H, Wyller VB. Whole blood gene expression in adolescent chronic fatigue syndrome: an exploratory cross-sectional study suggesting altered B cell differentiation and survival. *J Transl Med.* 2017 May 11;15(1):102.: capturing interactivity across behavior, brain and immune regulation. *Brain Behav Immun.* 2013 Mar;29:1-8. 28.
14. Baker R, Shaw EJ. Diagnosis and management of chronic fatigue syndrome or myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy): summary of NICE guidance. *BMJ.* 2007 Sep 1;335(7617):446-8. Review.
15. Ortega-Hernandez OD, Shoenfeld Y. Infection, vaccination, and autoantibodies in chronic fatigue syndrome, cause or coincidence? *Ann N Y Acad Sci.* 2009 Sep;1173:600-9. Review.

16. Katz BZ, Jason LA. Chronic fatigue syndrome following infections in adolescents. *Curr Opin Pediatr*. 2013 Feb;25(1):95-102. Review.
17. Wyller VB, Eriksen HR, Malterud K. Can sustained arousal explain the Chronic Fatigue Syndrome? *Behav Brain Funct*. 2009 Feb 23;5:10.
18. Farmer A, Fowler T, Scourfield J, Thapar A. Prevalence of chronic disabling fatigue in children and adolescents. *Br J Psychiatry*. 2004 Jun;184:477-81.
19. Chalder T, Goodman R, Wessely S, Hotopf M, Meltzer H. Epidemiology of chronic fatigue syndrome and self reported myalgic encephalomyelitis in 5-15 year olds: cross sectional study. *BMJ*. 2003 Sep 20;327(7416):654-5.
20. Slavich GM, Irwin MR. From stress to inflammation and major depressive disorder: a social signal transduction theory of depression. *Psychol Bull*. 2014 May;140(3):774-815.
21. Kristin Bjartveit, Espen Hauk Helskog, Peter Daniel Kryvi, Harald Brauer Kvinne i 30-årene med kronisk utmattelse *Tidsskr Nor Legeforen* 2014;134: 423-5
22. Wyller VB, Saul JP, Walløe L, Thaulow E. Sympathetic cardiovascular control during orthostatic stress and isometric exercise in adolescent chronic fatigue syndrome. *Eur J Appl Physiol*. 2008 Apr;102(6):623-32.
23. Broderick G, Craddock TJ. Systems biology of complex symptom profiles: capturing interactivity across behavior, brain and immune regulation. *Brain Behav Immun*. 2013 Mar;29:1-8. Review.
24. Berge T, Dehli L, Fjerstad E. *Energityvene. Utmattelse i sykdom og hverdag*. 386 s. Oslo: Aschehoug, 2014
25. Brigden A, Loades M, Abbott A, Bond-Kendall J, Crawley E. Practical management of chronic fatigue syndrome or myalgic encephalomyelitis in childhood. *Arch Dis Child*. 2017 Oct;102(10):981-986. doi: 10.1136/archdischild-2016-310622. Epub 2017 Jun 28. Review.
26. Deary V, Chalder T, Sharpe M. The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: a theoretical and empirical review. *Clin Psychol Rev*. 2007; 27(7):781-97. Epub 2007 Jul 17. Review.
27. Knoop H, Stulemeijer M, de Jong LW, Fiselier TJ, Bleijenberg G. Efficacy of cognitive behavioral therapy for adolescents with chronic fatigue syndrome: long-term follow-up of a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2008 Mar;121(3):619-25.
28. Burgess M, Chalder T. Adolescents with severe chronic fatigue syndrome can make a full recovery. *BMJ Case Rep*. 2011 May 10;2011.
29. Alraek T, Lee MS, Choi TY, Cao H, Liu J. Complementary and alternative medicine for patients with chronic fatigue syndrome: a systematic review. *BMC Complement Altern Med*. 2011 7;11:87. Review.
30. Crawley EM, Gaunt DM, Garfield K, Hollingworth W, Sterne JAC, Beasant L, Collin SM, Mills N, Montgomery AA. Clinical and cost-effectiveness of the Lightning Process in addition to specialist medical care for paediatric chronic fatigue syndrome: randomised controlled trial. *Arch Dis Child*. 2018;103(2):155-164.
31. Sankey A, Hill CM, Brown J, Quinn L, Fletcher A. A follow-up study of chronic fatigue syndrome in children and adolescents: symptom persistence and school absenteeism. *Clin Child psychol Psychiatry*. 2006 Jan;11(1):126-38.
32. Haywood KL, Collin SM, Crawley E. Assessing severity of illness and outcomes of treatment in children with Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis (CFS/ME): a systematic review of patient-reported outcome measures (PROMs). *Child Care Health Dev*. 2014 Nov;40(6):806-24.
33. Krilov LR, Fisher M, Friedman SB, Reitman D, Mandel FS. Course and outcome of chronic fatigue in children and adolescents. *Pediatrics*. 1998 Aug;102 1):360-6.
34. Norris T, Collin SM, Tilling K, Nuevo R, Stansfeld SA, Sterne JA, Heron J, Crawley E. Natural course of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis in adolescents. *Arch Dis Child*. 2017 Jun;102(6):522-528.

Annen relevant litteratur/linker:

Helsedirektoratets nettsider finnes på: www.helsedirektoratet.no/habilitering_rehabilitering/cfs-me

Spiseforstyrrelser

Inger Halvorsen og Tone Bergwitz

Aktuelle diagnoser

F 50.0 Anorexia nervosa (anoreksi)

F 50.1 Atypisk anorexia nervosa

F 50.2 Bulimia nervosa (bulimi)

F 50.3 Atypisk bulimia nervosa

F 50.8 Andre spesifiserte spiseforstyrrelser (SF)

F 50.9 Uspesifiserte spiseforstyrrelser

Innledning

Spiseforstyrrelser betegner tilstander med symptomer som bl.a. overdreven opptatthet av å være tynn, intens frykt for overvekt, negativt selvbilde og forstyrret spiseatferd. For foreldre er det av fundamental betydning å oppleve at barna spiser, vokser og utvikler seg. Når spisingen blir så forstyrret at liv og helse settes på spill, skaper dette alvorlig bekymring. Pasienten selv føler seg tvunget til å følge sine egne rigide regler for å redusere vekten og er ofte redd for å ta imot hjelp fra andre for å normalisere spisingen. Med økende under- og feilernæring påvirkes kognitiv og psykisk fungering. Dette bidrar til å forsterke og opprettholde spiseforstyrrelsen.

Kjennetegn

Anoreksi er en av de vanligste alvorlige sykdommer hos tenåringsjenter. Amenoré er et sentralt symptom, og slik er sykdommen vanskeligere å diagnostisere i prepubertet og hos gutter. Spiseforstyrrelser som ikke fullt ut fyller kriteriene for anoreksi (F50.1) eller bulimi (F50.3) samt andre (F50.8) og uspesifiserte spiseforstyrrelser (F50.9) forekommer hyppig og krever ofte oppfølging fra helsevesenet². Underernæring i oppvekstårene kan føre til at høydeveksten bremses eller stanser¹².

Spiseforstyrrelser hos barn og unge har alvorlige negative konsekvenser for fysisk, psykisk og sosial utvikling og kan føre til irreversible helsekader². Tiltak bør iverksettes tidlig når symptomene i betydelig grad går utover den unges helse og fungering. Vanlige fenomener som uheldig kroppsfokusering, slankepress og dårlige spisevaner bør håndteres innenfor vanlig omsorg og forebyggende arbeid.

Forekomst

Blant yngre kvinner (15-45 år) regner en med at 0,2–0,4 % har anoreksi, 1–2 % bulimi og 1,5–3,2 % patologisk over-spising¹². Anoreksi forekommer sjelden før 7–8 årsalder, viser økende forekomst fra 10-årsalder og er hyppigst sent i tenårene (16- 18 år: ca 1 % hos jenter og ca 0,1 % hos gutter). Blant unge jenter med anoreksi debuterer sykdommen før menarche hos ca 25 %^{10,11}. Bulimi debuterer gjerne sent i tenårene eller i ung voksen alder. Ca. 1,5 % av pasientene som behandles ved BUP har en spiseforstyrrelse hvorav ca halvparten har anoreksi og ca en sjettedel har bulimi (BUP-data, Norsk pasientregister).

Årsaksforhold

Etiologien ved spiseforstyrrelser er multifaktoriell.

Disponerende faktorer er genetisk sårbarhet, biologiske forhold (kjønn, pubertet) og visse personlighetstrekk (perfeksjonisme, negativt selvbilde)^{1,12}. Psykiske lidelser som tvangslidelser, angstlidelser og autisme spekter forstyrrelser

kan være disponerende faktorer. Nevrofysiologiske og nevropsykologiske avvik (hypoperfusjon i temporallappen, redusert kognitiv og perseptuell fleksibilitet) er påvist hos unge med anoreksi og kan representere økt sårbarhet¹.

Utløsende faktorer er særlig pubertet og slanking. Belastende livshendelser og traumer, som seksuelle overgrep, forekommer hyppigere hos personer med spiseforstyrrelser, særlig ved bulimi^{1,11}.

Opprettholdende faktorer er atferdsmessige, kognitive og emosjonelle konsekvenser av spiseforstyrrelsen og feil-/underernæringen som hindrer bedring. Dette inkluderer bl.a. sosial isolasjon, endrede samspillsmønstre i familien (økt konfliktnivå), økte tvangssymptomer, tankeforstyrrelser, forstyrret kroppsbilde, ambivalens med mer. Sult gir bl.a. økt risiko for overspisingsanfall. Foreldre kan føle seg usikre og maktesløse og få vansker med å hjelpe barnet med å spise tilstrekkelig, selv om de tidligere har vært kompetente i omsorgsrollen⁸.

Prognose

Anoreksi: Prognosen er bedre ved debut i tenårene enn i voksen alder³, men antagelig noe dårligere ved prepubertal debut¹. Kort varighet viser sammenheng med bedre prognose³.

Gjennomsnittlig dødelighet ligger mellom 1,8 % og 5,9 %³.

I en norsk etterundersøkelse av 51 barn/unge med anoreksi fant en at 82 % ikke hadde spiseforstyrrelse ved oppfølging i ung, voksen alder^{10,11}. 41 % hadde derimot en annen psykiatrisk diagnose ved oppfølging, noe som er i samsvar med andre studier. Angst, depresjon, redusert selvbilde og redusert tilfredshet med livet forekom relativt hyppig, særlig hos de som fortsatt hadde spiseforstyrrelse. De fleste viste god sosial funksjon mht arbeid, utdanning, familie og venner^{10,11}.

Anoreksi er langvarig og påvirker slik en lang periode av ungdomstiden. De fleste som får systematisk behandling vil allikevel være friske etter 2-4 år¹⁰.

Bulimi: En del pasienter med anoreksi utvikler senere bulimi^{10,11}. Vi vet lite om prognostiske faktorer ved bulimi hos ungdom. Manglende sosial støtte, uttalt perfektjonisme, ustabil personlighetsfungering, impulsivitet, selvskadende atferd og rusmisbruk kan være negative prognostiske faktorer^{1,2,13}.

Differensialdiagnoser, komorbiditet og ledsagende symptomer

Differensialdiagnoser

Andre lidelser som påvirker atferd, vekt, vekst og utvikling, ved for eksempel endret spiseatferd, appetitt, væskebalanse, absorpsjon, peristaltikk eller metabolisme, må utelukkes.

Somatisk kan det dreie seg om bl.a. langvarige infeksjoner, tumor cerebri, nevrologiske lidelser, hypofysesvikt, thyreotoksinose, binyrebarksvikt, diabetes mellitus, funksjonell dysfagi, mage-tarm-lidelser inkludert cøliaki, eller medikamentbivirkninger^{1,4,6,12}.

Psykiatriske differensialdiagnoser er depresjon, angst, tvangslidelse (OCD), posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD), autisme spekter forstyrrelser, atferdsforstyrrelser, selektiv spising, emosjonell matvegringsforstyrrelse (FAED), gjennomgripende vegringssyndrom, kroppsdysmorfofobi, bipolar lidelse, forvirringstilstander, psykoser, mental retardasjon og rusmisbruk^{1,6,12}. Spiseforstyrrelser kan opptre i tillegg til eller som følge av ovenfor nevnte tilstander. Vektnedgang kan i seg selv bidra til å utløse en spiseforstyrrelse.

Komorbiditet

Komorbiditet er lette å overse og svært viktige å behandle. Alvorlige spiseforstyrrelser har høy samsykelighet med depresjon, angstlidelser, OCD, personlighetsforstyrrelser, PTSD, og autisme spekter tilstander¹. Det kan være vanskelig å skille komorbiditet fra spiseforstyrrelsens symptomer. Det er allikevel viktig å finne ut om symptomene var tilstede før spiseforstyrrelsens debut, bl.a. fordi komorbide tilstander responderer bedre på medikamentell behandling enn de samme symptomene når de ledsager spiseforstyrrelsen^{1,6}.

Samtidig diabetes mellitus kan medføre at ungdommene underbehandler sin diabetes og derved utsetter seg for alvorlig komplikasjonsfare^{1,6,12,13}. Svangerskap hos en pasient med spiseforstyrrelse er også spesielt utfordrende. I begge tilfeller er det viktig med tett oppfølging hos lege med kunnskap om begge tilstandene og en god terapeutisk allianse.

Ledsagende symptomer

Psykiske, nevrologiske/ kognitive, og atferdsmessige symptomer som hyppig ledsager spiseforstyrrelser er depresjon, angst, tvangssymptomer knyttet til mat/ vekt/ kropp/ evt kompensatorisk atferd (overtrening eller rennselse av ulik art, bl.a. oppkast). Personlighetsendringer i selvsentret, mistenksom retning er vanlig. Ved innføring av endring i matmengde/ spiseatferd kan man se kraftig irritabilitet og økte depressive symptomer. Ellers fredelige personer kan bli utagerende og voldsomme^{1,8}. Dette roer seg vanligvis med vedvarende eksponering og standhaftig støtte uten forhandlinger om mengde mat/rammer for måltidene. Plagsomme tankeforstyrrelser som kretser rundt planlegging av mat og vekt er vanlig. Det er en utbredt misforståelse at unge med spiseforstyrrelse ikke føler sult; de er derimot redde for mat.

Grav underernæring medfører (også hos ellers friske) bl.a. kognitiv svekkelse, latens, konsentrasjonsvansker, hukommelsessvikt, angst, depresjon, tvangsmessig rigiditet, og ambivalens. Det er vanlig at svært underernærte pasienter mentalt kan "falle ut" under samtale, med dissosiativt uttrykk, uten at man finner traumatiske hendelser anamnestic. Mange er tyngt av skyldfølelse over hva de påfører sine nærmeste, samtidig som de til tider kan kreve ekstrem hensynstagen, noe som ofte virker opprettholdende på spiseforstyrrelsen^{1,5,6}.

Somatisk medfører underernæring en rekke symptomer som hypotensjon, bradykardi, dehydrering, nedsatt peristaltikk, økt lanugobehåring, nedsatt immunforsvar, samt fare for redusert høydevekst, osteoporoseutvikling, hjertearytmi, samt nyre- eller leversvikt^{4,6}. Vedvarende undervekt gir benmargssuppresjon og svekket immunforsvar. Sinkmangel er hyppig, særlig hos vegetarianere, med trøtthet, dårlig appetitt og depressive symptomer. Hypoglykemi er vanlig ved underernæring, og kan øke faren for hjertearytmier. Restriktiv anoreksi gir metabolsk acidose, mens brekninger gir alkalose. I reernæringsfasen kan væskeretensjon oppstå, med ødemtendens og fare for hjertesvikt.

Ved oppkast sees forstørrede spyttkjertler og tannskader. Oppkast og/eller misbruk av laxantia/diuretica kan gi lavt serum-kalium, som igjen kan medføre nyresvikt og alvorlige hjerterytmeforstyrrelser. Enkelte pasienter med langvarig bulimi kan ha tilsynelatende upåfallende klinikk og tilnærmet normale blodprøver til tross for truende alvorlige somatiske komplikasjoner^{4,6}.

Ved langvarig restriktiv anoreksi og minimalt næringsinntak kan livstruende reernæringsyndrom oppstå ved for rask økning av energiinntaket⁴.

Utredning

God kommunikasjon og allianse er viktig og utfordrende.. Mange unge med spiseforstyrrelse er tause, benektende eller irritable, og vanligvis redde for innblanding. Det er helt nødvendig å samarbeide med de foresatte, og sørge for

åpne dialoger.. Undrende, åpne spørsmål og enkle forklaringer uten moralisme vil bidra til tillit. Mange ungdommer uttrykker i ettertid takknemlighet for at noen innså alvoret, gjennomførte utredning og igangsatte tiltak.

Anamnese

Full barne- og ungdomspsykiatrisk anamnese inkludert utvikling, menstruasjon, spiseforstyrrelsens debut og forløp, konsekvenser for ungdommen og familielivet både somatisk, psykisk og sosialt, samt familieanamnese inkludert spiseforstyrrelser i familien.

Kostanamnese med detaljerte opplysninger om mengde mat og drikke til hvert måltid den siste tiden, spisevaner, samt måltidenes tidspunkt og varighet er viktig. Oppkast, toalettbesøk (hyppighet, om det er viljestyrt eller ikke, evt. tilknytning til måltider osv), bruk av laxantia, diuretika, brekningsmidler eller rusmidler kartlegges. Triggere og dempere, ulike indre/ytre fordeler og ulemper ved spiseforstyrrelsen, samt motivasjon for endring er viktig å kjenne til.

Psykiatrisk status

Utforsking av komorbiditet, lidelsestrykk, realitetstesting, kroppsbilde, tvangsmønstre, tankeforstyrrelser.

Spesifikke diagnostiske intervjuer som Eating Disorder Examination (EDE), Ch-EDE (barneversjonen) og spørreskjema-versjonen EDE-Q er tilgjengelige på www.rasp.no. Semistrukturerte intervjuer som Kiddie-SADS med tilleggshefte nr.5 "stoffmisbruk og andre lidelser" (bl.a. spiseforstyrrelser), og spørreskjema om psykiske vansker generelt som CBCL/ YSR/ TRF, og i forhold til angst, tvang, depresjon, PTSD og evt. utviklingsforstyrrelse vil ofte være nyttige.

Hos eldre ungdommer bør SCID-II brukes med varsomhet, da mange har personlighetstrekk som bedres i takt med spiseforstyrrelsen.

Somatisk status

Somatisk kroppsundersøkelse inkludert høyde og vekt, grundig undersøkelse av sirkulasjon og orienterende nevrologisk undersøkelse. Se bl.a. etter tegn på hjertesvikt, infeksjonstegn (ofte svake), hudens farge og kvalitet, (cyanose, icterus, tørr hud?) hydreringsgrad (hudfold, ødemer, stuvning?) muskelatrofi, avmagring (generelt/ lokalisert?), sekundære kjønnskarakteristika, tannskader, forstørrede spyttkjertler. Percentilskjema for høyde/vekt-utvikling bør sjekkes for å vurdere graden av vekttap/undervekt og avdekke evt. vekststagnasjon.

Supplerende undersøkelser:

Blodprøver: Orienterende blodprøver inkl ferritin, fastende blodsukker, hvite med diff-telling, elektrolytter, venøs syre/base, s-albumin, lever- og nyrefunksjonsprøver, TSH, fritt T4, HBA1C og evt. transglutamin-antistoffer (cøliaki)⁴. Mange med alvorlige spiseforstyrrelser har normale blodprøver.

EKG, evt. med ekko. Lang QT-tid er assosiert med høyere dødelighet, men normaliseres ofte ved adekvat reernæring.

Cerebral CT el MR, evt EEG.

Behandling av spiseforstyrrelse hos barn og unge

Evidensgrunnlag

Det foreligger få randomiserte kontrollerte behandlingsstudier (RCT) ved anoreksi, da forskning på dette området er utfordrende og kostbart, tilstanden er lavfrekvent, og pasientene ofte mindreårige². Det er foreløpig ikke holdepunkter for at medikamentell behandling av anoreksi er effektivt^{2,13}. Flere mindre RTC støtter at familierapi er effektivt ved anoreksi hos barn og unge^{2,8,12,13}. I en engelsk undersøkelse fant en dårligere utfall hos unge med anoreksi som hadde fått døgntil behandling enn hos pasienter som hadde fått poliklinisk behandling². I en norsk etterundersøkelse var det like godt langtidsutfall av spiseforstyrrelsen hos de som ble innlagt (i gj.sn. 62 dager i pediatrik avdeling sammen med foreldre) som de som bare fikk poliklinisk behandling, påtross av at de innlagte var atskillig mer undervektige i akutfasen^{10,11}.

Det foreligger langt mer behandlingsforskning vedr. bulimi enn anoreksi både mht psykoterapi og medikamentell behandling^{2,9,12,13,14}. Men det er mangel på studier av bulimi hos tenåringer, og derfor usikkert i hvilken grad unge har effekt av de samme behandlingsmetodene som voksne¹³.

Retningslinjer

Helsemyndighetene og fagmiljøene i Norge og andre land, har utarbeidet anbefalinger og retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser^{12,13,14}. Selv om evidens fra behandlingsstudier er mangelfull, er det i stor grad enighet mellom erfarne fagpersoner og ulike nasjonale retningslinjer mht råd og anbefalinger for behandling av unge med anoreksi.

Behandling av anoreksi hos barn og unge

Organisering av behandlingstilbudet

Det er viktig å organisere tjenestetilbudet slik at barn og familie får et helhetlig behandlingstilbud som ivaretar de somatiske og psykiatriske aspekter av sykdommen, som inkludere foreldrene i den daglige behandlingen (inkludert måltider) både hjemme og på sykehus, og som ivaretar kontinuitet i behandlingsopplegg og relasjonen til behandlerne^{7,10}. Selv om behandlingen ofte kan ivaretas poliklinisk, er det nødvendig med mulighet for innleggelse i somatisk barneavdeling og ungdomspsykiatrisk avdeling (sammen med foreldre). Det kan være nyttig at ambulante tjenester inngår i det helhetlige behandlingstilbudet.

De fleste barn/unge med anoreksi bør behandles av den lokale spesialisthelsetjenesten. Dersom den somatiske helsestilstanden ikke bedres relativt raskt, er det viktig å intensivere behandlingen, innhente konsultasjon fra fagpersoner med mer kompetanse og/eller vurdere overføring til et mer spesialisert tilbud. Pt er det etablert regionale avdelinger for barn/unge med spiseforstyrrelser i Helse Sør-Øst (i Oslo) og Helse Nord (i Tromsø), mens de regionale avdelingene i Helse Midt (Levanger) og Vest (Bergen) tar i mot ungdom >16 år. De regionale avdelingene gir tilbud om behandling, undervisning og veiledning.

Somatisk behandling: ”Mat er medisin”

I den akutte fasen trenger barn og foreldre omsorg og struktur. Foreldrene må støttes til å hjelpe barnet med å spise^{7,8}. Fast struktur på matmengde, måltider, hvile og aktivitet er nødvendig for tilstrekkelig vektøkning. Skriftlige avtaler bør lages sammen med barn og foreldre som inkluderer kostliste med konkret plan for økninger av matmengden⁷. Når behandlere og foreldre står sammen om å hjelpe barnet, vil de fleste unge med anoreksi klare å spise og gå opp i vekt påtross av angst, uro og ubehag^{7,8}.

Veiing bør gjøres 2 ganger/uke i akutfasen, senere ukentlig. Blodprøver tas ukentlig initialt, sjeldnere når tydelig bedring har inntruffet. Somatisk status gjøres på indikasjon, relativt hyppig i akutfasen.

Ved svært alvorlig undervekt (<2,5 persentilen for vekt/høyde), somatisk instabilitet, eller manglende bedring, bør pasienten legges inn i somatisk eller psykiatrisk avdeling sammen med foreldrene. Anbefalt vektøkning er ca 1 kg pr uke ved døgnbehandling og ca 0,5 kg ved poliklinisk behandling^{2,7,12,13}. Dette krever en daglig ekstra matmengde på henholdsvis 1000 kcal og 500 kcal pr dag. Det er vanligvis overraskende både for barn, foreldre og fagpersoner hvor mye mat som må til for å redusere undervekt.

Hvis ungdommen har spist svært lite de siste ukene, må en ta hensyn til risiko for reernæringssyndrom og øke kostlisten gradvis⁴. Man kan da begynne på ca 1000 kcal og øke med ca 300 kcal 3. hver dag. Dersom behandlingen er poliklinisk, må behov for innleggelse vurderes fortløpende. Ved fare for reernæringssyndrom kontrolleres elektrolytter 2x pr uke, evt daglig, de første to ukene. Nedsatt s-fosfat og/eller s-kalium er risikofaktorer.

Matmengden må vanligvis økes til 2700-3600 kcal for tilstrekkelig vektøkning, avhengig av vekt, forbrenning og aktivitetsnivå. En bør unngå å diskutere kalorier med pasienten, men understreke at mat i tilstrekkelige mengder er nødvendig og trygg medisin ved anoreksi. Kostlista bør inneholde alminnelig mat, evt med tillegg av næringsdrikker. Det er viktig at foreldrene blir trygge på hvilke matmengder som kreves, og stoler på sin egen kompetanse mht å sikre at barnet spiser nok^{7,8}. Pasientens redsel for nødvendige matmengder kan lett føre til usikkerhet og uenighet, og alle involverte bør være med når en skal drøfte endringer av kostlista. Det er viktig at vektøkningen fortsetter til barnet har fått en normal, sunn vekt (vanligvis minst 25 persentilen for vekt/høyde for barn <17 år, ca BMI 20 for eldre jenter og 21 for unge menn). Hvis menstruasjonen uteblir, bør jenta som regel litt høyere opp i vekt. Hvis målvekten settes for lavt, vil dette virke som en permanent slankekur. Dette opprettholder spiseforstyrrelsen og øker risikoen for tilbakefall og utvikling av bulimi.

Psykologisk behandling

Det er faglig enighet om at familien må inkluderes i unges anoreksibehandling¹³. Konkret håndtering av spiseproblemer må ivaretas i familiebehandlingen, særlig i startfase^{1,2,7,8,12,13}. Mot slutten av behandlingstiden er aktuelle temaer bl.a. pasientens selvstendighet og foreldrenes trygghet på at hun/han tar ansvar for spisingen og tar vare på seg selv på en aldersadekvat måte⁸. Familieterapi er også godt egnet for å arbeide med andre psykologiske temaer relatert til sykdommen og med vanlige utfordringer for familier med tenåringsbarn^{5,7,8}.

Flerfamiliegruppebehandling ser ut til å være et nyttig tillegg til annen behandling for mange familier².

En del unge med anoreksi ønsker ikke individualterapi, og kan ha mer nytte av at foreldrene er med i samtalen. De som har opplevd traumer vil ofte trenge individualterapi i tillegg til familiesamtaler^{7,10}. Det er hensiktsmessig at samme terapeut deltar i familie- og individuelle samtaler for å tilstrebe en helhetlig behandling og unngå splittende prosesser. Det er foreløpig lite forskning mht hvilke individualterapeutiske metoder som har best effekt ved anoreksi². Aktuelle tilnærminger kan være motivasjonsstøttende terapi, forsterket kognitiv eller dialektisk atferdsterapi, interpersonlig terapi, psykodynamisk terapi, mentaliseringsbasert terapi og støttesamtaler^{1,2,5,6,9}.

Å bryte isolasjonstendensen og støtte opp om pasientens sosiale utvikling og læring er en sentral del av behandlingen for unge med anoreksi. Dette har stor betydning for selvbilde og identitet, som begge er viktige faktorer i bedringsprosessen.

Medikamentell behandling

Det foreligger lite dokumentasjon for at psykofarmakologisk behandling av anoreksi er effektivt^{1,2,12,13,14}, men det kan være indisert ved tilleggsproblematikk. SSRI preparater har liten effekt på depresjons- og tvangssymptomer knyttet til selve spiseforstyrrelsen, men kan være indisert ved komorbid depresjon og tvangslidelse. Neuroleptika kan være indisert ved angst, uro og forvirring, og som tillegg til SSRI ved tvangslidelse.

Anbefalte kosttilskudd ved anoreksi er en multivitamintablett pr dag, to kapsler omega 3 samt et kalsiumtilskudd (vanligvis 500mg). Østrogentilskudd beskytter ikke mot benskjørhet og bør ikke brukes rutinemessig til unge med anoreksi pga påvirkning av lengdevekst¹³.

Kalium- og/eller fosfertilskudd gis på indikasjon ved lavt s-kalium eller s-fosfat⁴.

Behandling av bulimi hos unge

En regner med at eldre ungdommer med bulimi kan ha nytte av samme behandlingsmetoder som voksne, tilpasset alder og modenhetsnivå¹³. Foreldre bør vanligvis inkluderes i behandlingen¹³, da støtte fra dem både følelsesmessig og i forhold til spiseatferd er til god hjelp. Regelmessige, tilstrekkelige måltider normaliserer kroppsfunksjoner og forebygger overspisingsepisoder. Renselsesatferd opprettholder spiseforstyrrelsen og må adresseres spesifikt. Arbeid med konflikthåndtering og kommunikasjon kan hjelpe den syke til å uttrykke ubehagelige følelser på en bedre måte enn ved regulering av mat og vekt.

Psykoterapi: Det best dokumentasjon for kognitiv terapi tilpasset bulimi^{2,5,9}. Kognitiv terapi i gruppe har også dokumentert effekt¹³. Sammen med pasienten utforsker en opprettholdende faktorer og mulighet for påvirke disse. Normalisering av spisemønsteret, ikke bare endring av tankemønster og følelser, vurderes som nødvendig for bedringen.

Interpersonlig terapi har i oppfølgingsstudier vist like god effekt ved bulimi som kognitiv terapi, men det er nødvendig med lengre varighet^{2,13}. Andre aktuelle tilnærminger er psykodynamisk terapi, mentaliseringsbasert terapi, motivasjonsstøttende samtaler, dialektisk atferdsterapi og rådgivning om kosthold, aktivitet, med mer. Pasientens ønsker, livssituasjon, komorbiditet og respons på behandlingen har betydning for hvilken tilnærming en bør velge.

Medikamentell behandling: Det er godt dokumentert at behandling med antidepressiva (SSRI) reduserer hyppighet av overspisingsskudd og oppkast ved bulimi^{2,12,13}. Det er best dokumentasjon for fluoxetin (dosering for voksne: 60-80mg).

Behandling av atypiske og andre spiseforstyrrelser

Mange barn/unge som henvises til behandling fyller ikke fullt ut kriteriene for anoreksi eller bulimi, men kommer diagnostisk i kategoriene "atypiske" og "andre" spiseforstyrrelser. Dette utgjør en heterogen gruppe med varierende alvorlighetsgrad og behandlingsbehov. Det mangler forskning vedr. behandling av atypiske og andre spiseforstyrrelser. Men en regner med at dersom symptombildet ligner anoreksi eller bulimi, kan prinsipper for behandling av disse tilstandene benyttes, tilpasset barnets alder og situasjon¹³.

Juridiske og økonomiske forhold

Foreldrenes deltagelse: Barn/unge under 18 år har rett til å ha sine foreldre med seg under opphold på sykehus (jfr. Lov om pasientrettigheter § 6.2, 2005, og Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). Helseinstitusjoner som har innlagt barn/unge under 18 år har plikt til å tilrettelegge for foreldres tilstedeværelse gjennom overnattingsmuligheter, mat, dekning av nødvendige reiseutgifter og samtaler med foreldrene for å imøtekomme deres behov for støtte, råd og medvirkning. Med foreldre menes i forskriften også fosterforeldre og andre som opptre i foreldres sted.

Foreldre til alvorlig syke barn under 18 år har rett til pleiepenge for å ivareta barnets behov for omsorg (hjemme eller på sykehus). Opplæringspenge kan gis til foreldre/pårørende som deltar i nødvendig opplæring for å klare omsorgen for den syke også for unge over 18 år. Pleiepenge og opplæringspenge tilsvarer sykepenge økonomisk, men gis på

bakgrunn av barnets diagnose/helsetilstand.

Behandling av unge som ikke selv ønsker/klarer å ta imot behandling: Når pasienten nekter å samarbeide, er dette ikke fordi hun/han frivillig ønsker å påføre seg selv alvorlige helseskader eller død, men fordi spiseforstyrrelsen medfører sterk angst for mat /vektøkning, samt ambivalens med hensyn til å bli frisk. Fast struktur og støtte bidrar som regel til at ungdommen klarer å følge behandlingen på tross av angst og ubehag.

Behandling av unge under 16 år skjer med samtykke fra foresatte.

Dersom unge over 16 år motsetter seg behandling, må en vurdere om det er påkrevet og hensiktsmessig å bruke tvunget psykisk helsevern (§3-3, 3-5, Lov om psykisk helsevern). Hovedkriteriet, "alvorlig sinnslidelse", anses som regel å være tilstede ved alvorlig anoreksi. For pasienter med tvunget psykisk helsevern som ikke klarer å samarbeide om tilstrekkelig ernæring, kan det være nødvendig å gjøre vedtak om ernæring uten eget samtykke (§4-4).

Kontrollkommisjonen er klageinstans vedr. behandling med foreldresamtykke og tvunget psykisk helsevern, mens fylkesmannen er klageinstans vedr. vedtak om tvunget ernæring.

Spesielle utfordringer i behandlingen

Perfeksjonisme, høye krav og følelse av ikke å være god nok preger pasienter med spiseforstyrrelser. Fenomener som idealisering, rivalisering, utilstrekkelighetsfølelse og kritikk hos behandlere på ulike nivåer kan være hemmende for å få til gode behandlingsforløp. Pasient og familie bør møte et helsevesen med kompetanse på spiseforstyrrelser, men når dette er oppfylt, bør en betrakte og bekrefte alle involverte, inkludert fagpersoner, foreldre og pasient, som "gode nok" og regne med at alle gjør så godt de kan⁷.

Pasienter med spesielt fastlåste og alvorlig symptomer, som alvorlig underernæring kombinert med ekstrem tvangsmessig trening og/eller betydelig oppkast, kan utgjøre en stor belastning for behandlere og for samarbeidet. Det er en utfordring å balansere behandlerens kontroll over skadelig atferd med refleksjon sammen med pasienten om hvordan hun/han selv kan overkomme sine vansker.

Anoreksi er krevende for familien. Hvis det i tillegg foreligger andre belastninger, som psykisk eller fysisk sykdom, tunge omsorgsoppgaver for andre barn, ekteskapskonflikter, aleneomsorg, eller uvanlig vanskelige og langvarige spiseforstyrrelsessymptomer, må en vurdere behov for hjelp fra barneverntjeneste, kommunal helsetjeneste eller andre hjelpeinstanser for å gjennomføre behandlingen og ivareta pasientens omsorgsbehov. Ekstra vanskelig blir det å behandle barnet hvis omsorgspersoner og behandlere av ulike årsaker ikke klarer å etablere et godt samarbeid.

Litteratur

1. Lask, B., Bryant-Waugh, R. (red.). Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence. New York: Psychology Press, 2007.
2. Gowers, S., Bryant-Waugh, R. Management of child and adolescent eating disorders: the current evidence base and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2004; 45: 63-83.
3. Steinhausen, H.C. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159(8): 1284-1293.
4. Frostad, S. Somatisk utredning og behandling av spiseforstyrrelser. *Tidsskrift for den norske lægeforening* 2004; 16: 2121-2125.
5. Rør A. Spiseforstyrrelser. Symptomforståelse og behandlingsstrategier. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2009.
6. Skårderud F. Sterk Svak. Håndboken om spiseforstyrrelser. Oslo: Aschehoug, 2000.

7. Halvorsen, I., Andersen, A., Gangås, S. Barn og unge med anoreksi. Behandling i samarbeid mellom familie, barneavdeling og barne- og ungdomspsykiatri. I: Halvorsen, I., Ropstad, I., Rund, B.R., Seltzer, W. (red.) Foreldre og fagfolk i samspill. Behandling av psykiske vansker hos barn og unge. Stavanger: Hertervig forlag, 2006. ([Stiftelsen psykiatrisk Opplysning](#): www.psykopp.no)
8. Lock et al. Treatment Manual for Anorexia Nervosa.. A Family-Based Approach. New York: Guilford Press, 2001. ("Maudsley-modellen", manual og kliniske eksempler)
9. Fairburn CG. Cognitive behaviour therapy and eating disorders. New York: Guilford Press, 2008.
10. Halvorsen I. Outcome of anorexia nervosa in childhood and adolescence. Intermediate to longterm follow-up of a county sample. Dr.gradsavhandling. Universitetet i Oslo, 2007. (tilgjengelig på [RASP](#): www.rasp.no)
11. Halvorsen, I., Andersen, A., Heyerdahl, S. Good outcome of adolescent-onset anorexia nervosa after systematic treatment. Intermediate to long-term follow-up of a representative countysample. European Child Adolescent Psychiatry 2004; 13: 295-306.

Retningslinjer:

1. Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000. ([Helsedirektoratet](#): www.helsedirektoratet.no)
2. Storbritannia: Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders: A national clinical practice guideline. National Institute of Clinical Excellence (NICE) 2004. ([NICE](#): www.nice.org.uk)
3. USA: Treatment of patients with eating disorders, third edition. APA guidelines. American Psychiatric Association 2006. ([American Psychiatric Association](#): www.psych.org)

Aktuelle nettsteder:

- Nasjonalt klinisk nettverk for spiseforstyrrelser
- Nettverk mot spiseforstyrrelser (Helse Vest)
- Regional avdeling for spiseforstyrrelser (RASP) Oslo universitetssykehus – Ullevål
- Helsedirektoratet
- Children's Nutrition Research Center (for BMI-percentilkalkulator)

Brukerorganisasjoner:

- Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelser (IKS)
- Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS)

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010

Søvnproblemer, søvnforstyrrelser og barne- og ungdomspsykiatri

Eli Sørensen

Aktuelle diagnoser (ICD-10):

Kapittel V Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser

Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer

F 51 Ikke-organiske søvnforstyrrelser

F 51.0 Ikke-organisk insomni

F 51.1 Ikke-organisk hypersomni

F 51.2 Ikke-organiske forstyrrelser av søvn-våkenhetsrytmen

F 51.3 Søvnjengeri [somnambulisme]

F 51.4 Natteskrekk [søvnterror]

F 51.5 Mareritt

F 51.8 Andre spesifiserte ikke-organiske søvnforstyrrelser

F 51.9 Uspesifisert ikke-organisk søvnlidelse

Kapittel VI Sykdommer i nervesystemet

Episodiske tilstander og anfallsvise forstyrrelser

G 25 Andre ekstrapyramidale tilstander og bevegelsesforstyrrelser

G 25.8 Andre spesifiserte ekstrapyramidale tilstander og bevegelsesforstyrrelser

G 47 Søvnforstyrrelser

G 47.0 Innsøvnings- og søvnforstyrrelser [insomni]

G 47.1 Eksessiv somnolens [hypersomni]

G 47.2 Forstyrrelser i søvn-våkenhetsrytmen

G 47.3 Søvnapné

G 47.4 Narkolepsi og katapleksi

G 47.8 Andre spesifiserte søvnforstyrrelser

G 47.9 Uspesifisert søvnforstyrrelse

Diagnosesystemet International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual ICSD-R gir imidlertid mye mer spesifikke kriteriene hos barn og ungdom, og er det som brukes internasjonalt¹.

Tidsskrift for den norske legeforening hadde en temaserie om søvn i 2009 hvor søvnforstyrrelser hos barn og ungdom ble behandlet i en egen artikkel²

Bakgrunn

Toveis forbindelse mellom søvn og barne- og ungdoms psykiske helse: For lite søvn, dårlige søvnvaner og forstyrret søvn gir barne- og ungdomspsykiatriske symptomer. Barn blir hyperaktive, impulsive, ulydige, irritable, aggressive og får oppmerksomhetsvansker, dvs. symptomer som ved ADHD. Eldre barn og ungdom sover en eller flere ganger i skoletiden og på ettermiddagen, får dårligere karakterer, redusert selvfølelse, depressive tanker og symptomer på depresjon. Søvnproblemer hos barn kan predikere psykiske lidelser på senere tidspunkt, og insomni hos ungdom er knyttet

til økt risiko for rusmisbruk, emosjonelle vansker, atferdsvansker og selvmord. Tanker om selvmord ser ut til å øke ved søvnproblemer, og økning av alvorlighetsgrad av søvnproblemer er beskrevet forut for selvmordsforsøk og fullbyrdet selvmord. Primære søvnforstyrrelser som narkolepsi, søvnapné og bevegelsesforstyrrelser som for eksempel rastløse bein, feildiagnostiseres som barne- og ungdomspsykiatrisk lidelse, og rett diagnose blir forsinket eller oversett der tiltak mot søvn kunne redusert symptomene, komorbide lidelser og gitt bedre livskvalitet for barnet, ungdommen og familien.

Omvendt har pasienter med barne- og ungdomspsykiatriske lidelser en rekke forskjellige søvnproblemer, søvnforstyrrelser og eller forstyrret døgnrytme. Ca. 30 % av alle polikliniske pasienter oppgir problemer med søvn. Opptil 50 % av pasienter med ADHD har søvnproblemer som økt motstand mot å legge seg, innsovningsvansker, nattlige oppvåkninger, motstand mot å stå opp, osv. og eller primære søvnforstyrrelser som søvnapné, bevegelsesforstyrrelser (rastløse bein), insomni, forstyrrelser i søvn-våkenhetsrytmen og eller parasomnier som søvngjengeri, natteskrekk, osv. Hele 99 % av barn med bipolare lidelser har søvnproblemer knyttet til affektive episoder. Søvnproblemene varsler forverring eller utløser forverring, og knyttes til mer alvorlig forløp med flere psykotiske symptomer, økt komorbiditet, selvmord og dårligere effekt av medikamentell behandling. Mareritt og insomni er vanlig ved PTSD, traumer og overgrep, og forstyrret søvn kan utløse sekundære parasomnier som forstyrrer søvnen enda mer. Kroppslig anspenning og negative tanker gjør det vanskelig å sove både for pasienter med angst og pasienter med depresjon. Mellom 40–80 % av barn med autisme sliter med forstyrret søvn og eller forstyrrelser i søvn-våkenhetsrytmen. I tillegg vil medikamenter som brukes i barneog ungdomspsykiatri påvirke søvn og våkenhet.

Utredning

- Tidligere søvnvaner og søvnproblem
- Aktuelle søvnvaner og søvnproblem:
 - Når legger de seg for å sove og når står de opp – skoledag og helg/fridag
 - Hvor lang tid tar det før de sovner
 - Nattlige oppvåkninger hvor det er vanskelig å sovne igjen
 - Våkner de opp tidligere enn ønsket uten å få sove igjen
 - Vanskelig for å våkne om morgenen. Følelse av å være uthvilt
- Kraftig snorking, pustestopp, rastløs og urolig søvn
- Kribling i beina, smerter, behov for å bevege dem
- Natteskrekk (tidlig på natten)
- Gå i søvne
- Oppvåkning med forvirring
- Enurese
- Mareritt (siste del av natten)
- Søvnighet på dagtid
- Høneblunder: Når, hvor lenge, selvbestemt eller faller de i søvn ufrivillig. Følelse av å være uthvilt etterpå
 - Kartlegg søvnrelatert funksjon på dagtid
 - Faktorer ved foreldre eller familie som kan være knyttet til start og eller vedlikehold av
 - problematferd
 - Røyking. Koffein. Rusmidler. Medisiner
 - Somatiske lidelser
 - Utviklingsvurdering
 - Barne- og ungdomspsykiatrisk status
 - Somatisk status

Bruk evt. standardisert spørreskjema om søvn

Bruk Søvnloggbok for å registrere søvn og våkenhet i to uker før, under og etter behandling

- Både spørreskjema og søvnloggbok ligger på hjemmesiden til Nasjonalt kompetansesenter for søvn sykdommer (SOVno)³ Hjemmesiden har også en oversikt over utrednings- og behandlingstilbud for søvnforstyrrelser i de forskjellige helseregionene⁴
- Ved mistanke om respirasjonsforstyrrelse under søvn henvis til øre-nese-hals avdeling.
- Ved mistanke om periodiske beinbevegelser, rastløse bein og narkolepsi henvis til nevrologisk avdeling

Behandling

- Tilstrekkelig søvn og god søvnhygiene tilstrebes uansett søvnproblem
- Motiverende intervju anbefales for å hjelpe pasienten til å finne egen indre motivasjon (hvorfor vil jeg endre)
- Motivasjon for endring evalueres fortløpende

Nok søvn i forhold til alder

- Ingen barn bør legge seg senere enn kl 21
- Skolebarn bør sove mellom 10-11 timer
- Ungdom trenger litt over ni timer søvn

God søvnhygiene

- Fast rituale hver dag den siste timen før sengetid med rolige, positive aktiviteter for å "gire ned", slappe av og sovne med positive tanker
- Fast søvn-våkentid. Ikke varier sengetid og stå-opp tid med mer enn en time fra dag-dag uansett hverdag eller helg
- Vær utendørs hver dag spesielt om morgenen. Lys hjelper med å holde døgnrytmen
- Fysisk trening på dag eller ettermiddag. Avslutt minst to timer før sengetid
- Ikke sov mer enn 30-45 minutter hvis det er nødvendig med en hønneblund
- Hold elektroniske ting utenfor soverommet
- Lag kontrakt om når mobiltelefon, musikk, internett, TV, etc. skal være slått av
- Bruk sengen kun til å sove i
- Slutt med eller reduser inntak av stimulerende stoffer som koffein og nikotin
- Spis et lite, lett kveldsmåltid
- Soverommet skal være mørkt, og temperaturen mellom 18-20 grader
- Foreldre må sette, formidle og gjennomføre konsistente grenser
- Kosedyr kan trygge mindre barn til å sove alene
- Lag evt. "bekymringstid" tidligere på dagen. Utsett stressende tanker til neste dag

Psykoedukasjon om søvn og døgnrytme til foreldre, barn og ungdom

- Kunnskap om normal søvn og søvnlengde i aldersgruppen
- Læring og rutine gjør det lettere å sove og bedrer søvnkvaliteten
- Vi går gjennom sykluser på ca 1, 5 t med forskjellige søvnfaser natten igjennom med mest dyp søvn første tredjedel av natten og mest drømmesøvn siste tredjedel av natten
- Alle våkner mange ganger for natten, men vi sovner igjen på samme måte vi sovnet tidlig på kvelden
- Vi går ned i dyp søvn hvis vi sover mer enn 30-45 minutt på dagen, og det går ut over nattesøvnen
- Hele kroppen og spesielt hjernen har behov for nok søvn
- Søvn er knyttet til humør og stemningsleie
- Søvn er knyttet til oppførsel og evne til å kontrollere seg

- Søvn er knyttet til oppmerksomhet, hukommelse og skoleprestasjoner
- Siste time før optimal sengetid kan være "faresone". Foreldre kan hjelpe barnet ved å ignorere og lede det mot rolige aktiviteter og positive rutiner
- Det er normalt at man føler seg søvndrukken (opplever søvnnertia) de første 15-30 min etter oppvåkning, men det hjelper å gå ut av sengen, skru på lyset, re sengen, dusje, gå tur
- Døgnrytmen vil drifte hvis vi ikke stiller den hver dag
- Noen vil få problemer med å komme tilbake vanlig døgnrytme hvis de legger seg og står opp uregelmessig

Behandling ved insomni hos mindre barn

Normalutvikling av søvn og døgnrytme fra før fødsel, hos spedbarn, småbarn og skolebarn, forebygging og behandling av søvnproblemer i aldersgruppen er beskrevet i oversiktsartikkel i Utposten og i Tidsskrift for Den norske legeforening^{2,5}. Atferdsbetinget insomni er vanligste søvnproblem hos mindre barn. Diagnosen omfatter vansker med å sette grenser for barnet, vansker som skyldes at barnet har utviklet uvaner og spesielle behov for å klare å sove, eller en kombinasjon av både grensesettingsproblemer og uheldige innsovningsassosiasjoner.

Det understrekes at insomni er et symptom og kan skyldes en rekke utløsende og vedlikeholdende faktorer. Behandling vil avhenge av disse. En generell gjennomgang gis nedenfor:

Atferdsmodifiserende behandling anbefales

- Hva som skjer før, under og etter legging kan utløse og opprettholde problematferden
- Ekstinksjon har høyeste nivå av kunnskapsbasert praksis^{2,5}
- Gradert ekstinksjon tolereres ofte bedre av foreldre enn bare å la barnet gråte
- OBS! Problematferd øker ofte i begynnelsen før den avtar
- Foreldrenes atferd kan endre barnets søvnavaner og søvnproblemer, men de må være konsistente, følge skjema og holde ut ellers kan de forsterke problematferd
- Ved eventuelt tilbakefall gjentas opplegget

Behandling ved insomni hos eldre barn og ungdom

Kognitiv atferdsbehandling integrert med atferdstiltak anbefales

- Identifiser ikke-hjelpsomme tanker ved sengetid. Bruk kognitive teknikker som guided discovery, sokratiske spørsmål og atferdseksperimenter
- Hjelp pasienten til å sette mål, finne hindre og lage plan for å nå disse
- Hjelp pasienten å identifisere mestringsstrategier og mulige hjelpere
- Bruk hjemmeoppgaver, registrer daglig, følg utviklingen for eksempel ved å se på søvndagbok. Prøv å finne et lite skritt nærmere målet hver uke
- Oppsummer hva som er lært og oppnådd
- Hjelp pasienten til å sette nye mål. Tenk kontinuerlig forbedring

Avslapningsøvelser

- Fins flere forskjellige. Felles:
- Lære seg å gjenkjenne tegn på økt våkenhet og aktivering (eks hjerteaksjon, svette)
- Puste med magen
- Gradvis muskelavslapning
- Barn øver regelmessig sammen med en voksen for å få følelsen av å mestre før de bruker øvelsen ved sengetid

Stimuluskontroll

- Målet er å forsterke assosiasjonen seng-søvn
- Tid i seng begrenses
- Hvis man ikke har sovnet på 15 min, går man ut av sengen, aktiviserer seg med rolig, ikke-stimulerende aktivitet (NB! Ikke pc, TV, mobil, etc) i minst 15 minutt før man går tilbake til seng igjen.
- Gjentas så ofte som nødvendig

Søvnrestriksjon

- OBS! kontraindisert ved bipolar lidelse, søvnapné, parasomnier og kramper
- OBS! kan gi nedsatt evne til å føre motorkjøretøy, økning av risikoatferd og skade
- Begrens tid i sengen til gjennomsnittlig søvntid
- Øk tid i sengen med 15 min hver dag eller hver tredje dag
- Målet er å sove effektivt over 90 % av tid i sengen

Medikamentell behandling⁶

Ingen medikamenter er godkjent

Imidlertid enighet om at det kan være indikasjon hos:

- Ellers friske barn som ikke har tilstrekkelig effekt av atferdsbehandling
- Foreldre som ikke er i stand til å gjennomføre atferdsbehandling pga. fysiske eller emosjonelle begrensninger (jobb, økonomi, bolig, psykopatologi)
- Barnet er innlagt på sykehus. Sterke, kroniske smerter
- Under reise eller ved akutt dødsfall i familien
- Ved komorbid barne- og ungdomspsykiatrisk lidelse, men:
- Medikamentell behandling må omfatte omhyggelig evaluering av alvorlighetsgrad
- Kognitiv atferdsbehandling er førstevalg og brukes ved langtidsbehandling
- Antidepressiva og anxiolytika kan hjelpe på søvnproblemer ved angst og depresjon
- Sedativa kan evt. brukes ved vedvarende insomni

Kontraindikasjon mot medikamentell behandling:

- Fare for interaksjon med andre medikamenter, for eksempel opiater, urte- og helsekostpreparater
- Alkohol og rusmisbruk pga. vansker med oppfølging

Relative kontraindikasjoner:

Primær søvnforstyrrelse, spesielt søvnapné

Foreldrene har inadekvate forventninger om søvn i aktuell alder og legger barnet for tidlig

Oppfølging:

- Medikamentell behandling skal alltid brukes sammen med atferdsbehandling
- Kun kortvarig bruk. Medikasjon skal ikke reiteres uten oppfølging med evaluering av behandlingsmål og compliance
- Valg av preparat avhenger av type søvnproblem, karakteristika ved pasienten og ved medikamentet (eks. hvor raskt virkningen setter inn, varer, hvor godt preparatet tåles, hvor sikkert det er)

Behandling ved forstyrret søvn-våkenhetsrytme

- Døgnrytme er medfødt
- Noen er disponert for å utvikle forstyrrelser i søvn-våkenhetsrytmen
- Økt forekomst av forstyrrelse i søvn-våkenhetsrytmen ved autisme og ADHD
- Effekt av behandlingen hos ungdom med forsinket søvn-våkenhetsrytme avhenger i sterk grad av motivasjon for endring
- Sengetid fremskyndes med 15 min hver eller hver tredje kveld avhengig av innsovningstid inntil ønsket sengetid
- Fast, regelmessig sengetid og stå-opp tid er helt avgjørende for å forhindre tilbakefall
- Tilskudd av melatonin kan forsøkes. Dette er andrehåndsbehandling, og tiltak for god søvnhygiene skal alltid prøves først og brukes parallellt. Retningslinjer for dosering ikke tilgjengelig. Angivelse av effektiv dose varierer:
- Effekt av 3-5 mg per dag sett hos ungdom med forsinket søvn-våkenhetsrytme
- Hos voksne sett effekt av 0,5 mg 5-7 timer før sengetid, og doseringen er foreslått til barn med forsinket innsovning og insomni pga. forsinket søvnfase ved ADHD
- Hos barn med autismespektrumlidelser og forstyrrelser i søvn-våkenhetsrytmen angis dosering mellom 0,5-10 mg
- Bivirkninger ved bruk av melatonin på lang sikt er ikke kjent
- Ved lysbehandling må man sikre at denne gis etter nadir, dvs. laveste kroppstemperatur sist på det som er "natt" for personen. Dersom lys gis for tidlig, skyves døgnrytmen feil vei
- Det er sett effekt av lysbehandling hos voksne med ADHD og forsinket søvnfase

Litteratur

1. American Sleep Disorders Association Diagnostic Classification Steering Committee. International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual, ICSD-R. Second ed. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
2. Sørensen E. Søvnforstyrrelser hos barn og ungdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2009;129:2000-3.
3. [Nasjonalt kompetansesenter for søvn sykdommer, SOVno](http://www.helse-bergen.no/avd/SOVno/sporreskjema/Utreddning.htm). Nyttige spørreskjema. <http://www.helse-bergen.no/avd/SOVno/sporreskjema/Utreddning.htm>
4. [Nasjonalt kompetansesenter for søvn sykdommer, SOVno](http://helsebergen.no/omoss/avdelinger/sovno/Sider/behandlingstilbod.aspx). Utgreiing- og behandlingstilbud i dei ulike helseregionane. <http://helsebergen.no/omoss/avdelinger/sovno/Sider/behandlingstilbod.aspx>
5. Sørensen E. Søvn, døgnrytme og søvnproblemer hos barn. Utposten 2009;7:7-12.
6. Owens JA, Moturi S. Pharmacologic treatment of pediatric insomnia. Child Adolesc Psychiatr Clin NAm 2009;18(4):1001-16.

Alvorlige personlighetsforstyrrelser

Hans Ole Korsgaard

Neste planlagte revisjon for dette kapittelet: 2016

”Faglig Veileder tilbyr en ramme for vurderinger og beslutninger ved diagnostikk og behandling innen barne- og ungdomspsykiatri. Faglig Veileder skal ikke erstatte kliniske vurderinger av detenkelte barn/ungdom og gir seg heller ikke ut for å representere den eneste adekvate tilnærming til problemstillingene. Hvert kapittel står i en faglig sammenheng med de øvrige kapitler, og må forstås som en del av en helhet.” Personlighetsforstyrrelser er blant våre vanligste psykiske lidelser, og de er forbundet med betydelig nedsatt livskvalitet^{1,2}. Nåværende diagnosesystemer tillater kun unntaksvis bruk av slike diagnoser på personer under 18 år, og en diskuterer for tiden om dette skillet i alder er klinisk meningsfullt. Det er indikasjoner på at en allerede fra tidlig ungdomsalder kan se personlighetsforstyrrelser eller nok så klare forløpere til slike tilstander. Dette vil i så fall kunne ha store konsekvenser for hvordan man legger opp poliklinisk behandling av ungdom³.

Aktuelle diagnoser (ICD-10)

F60 Spesifikke personlighetsforstyrrelser

F61 Blandede og andre personlighetsforstyrrelser

Definisjon

Begrepet personlighet kan defineres som en persons måte å tenke, føle og handle på i en rekke ulike situasjoner over en lengre tidsperiode.

Begrepet personlighetsforstyrrelser defineres i ICD-10 på følgende måte:

- Det dreier seg om et varig mønster av indre atferd som avviker fra kulturell norm innen kognisjoner, affektivitet, mellommenneskelig fungering og impuls kontroll
- Dette mønsteret er lite fleksibelt
- Det skaper ubehag for pasient og/eller omgivelser
- Det er stabilt og av lang varighet
- Det kan ikke forstås bedre som en manifestasjon eller konsekvens av en annen psykisk lidelse
- Det skyldes ikke stoffmisbruk, hodetraume eller annen organisk lidelse

Definisjonen i DSM-IV eller DSM-5 avviker ikke fra ICD-10 på noen vesentlige punkter.

ICD-10 opererer med følgende spesifikke personlighetsforstyrrelser:

F60.0 Paranoid

F60.1 Schizoid

F60.2 Dyssosial

F60.3 Emosjonelt ustabil (også kalt borderline)

F60.4 Dramatiserende (også kalt histrionisk)

F60.5 Tvangspreget

F60.6 Engstelig (også kalt unnvikende)

F60.7 Avhengig

Det finnes videre tre diagnoser som er ment å favne tilstander som åpenbart lar seg definere som personlighetsforstyrrelser, men som ikke klart faller inn under noen av de spesifikke diagnosene nevnt ovenfor:

F60.8 Annen spesifikk

F60.9 Uspesifisert

F61.0 Blandet

DSM-IV har i tillegg følgende to personlighetsforstyrrelsesdiagnoser:

301.22 Schizotyp (klassifiseres i ICD-10 blant de psykotiske tilstander)

301.81 Narsissistisk (finnes ikke som selvstendig definert tilstand i ICD-10)

Årsaksforhold

Det er ikke kjent noen spesifikk etiologi for personlighetsforstyrrelser. Man antar at det foreligger en genetisk disposisjon hos det enkelte individ, og at denne avhengig av miljøpåvirkning kan komme til varierende grad av uttrykk. Nyere forskning, bl.a. tvillingstudier, synes i stadig større grad å dokumentere betydningen av medfødt sårbarhet for senere utvikling av personlighetsforstyrrelser^{4,5,6,7,8,9}.

Inndeling i grupper

Man pleier å dele inn personlighetsforstyrrelser i tre ulike grupper, ut fra likheter i symptomer og alvorlighetsgrad:

Gruppe A: de "eksentriske"

- Paranoid
- Schizoid
- Schizotyp

Gruppe B: de "dramatiske"

- Antisosial
- Borderline/emosjonelt ustabil
- Dramatiserende
- Narsissistisk

Gruppe C: de "angstpregede"

- Unnvikende
- Avhengig
- Tvangspreget

Milde og alvorlige personlighetsforstyrrelser

Inndeling i milde og alvorlige personlighetsforstyrrelser skjer ofte etter kriterier fastsatt av Otto Kernberg (10), hvor man ser på følgende funksjoner:

- Evne til realitetstesting (konstant god eller bristende under stress)
- Impulskontroll
- Bruk av forsvarsmekanismer (primitive som splitting, primitiv idealisering, projektiv identifisering og benekting eller modne som fortrengning, rasjonalisering og intellektualisering)
- Selvoppfatning (stabil eller varierende opplevelse av egen identitet)
- Forholdet til andre (mellommenneskelig fungering over tid)

Slik sett vil diagnosene i gruppe A og B stort sett falle inn under kategorien alvorlige personlighetsforstyrrelser, mens gruppe C som hovedregel vil regnes til de milde personlighetsforstyrrelsene.

Borderline personlighetsforstyrrelse er den mest studerte hva gjelder forløp og prognose, og betraktes av mange som den "prototypiske" alvorlige personlighetsforstyrrelsen¹¹.

Alvorlige personlighetsforstyrrelser som er særlig relevante for BUP

F60.1 Schizoid personlighetsforstyrrelse

- Følelsemessig tilbaketrekning fra emosjonell, sosial og annen kontakt
- Preferanse for fantasi, enslige aktiviteter og introspeksjon
- Begrenset evne til å uttrykke følelser og til å oppleve glede

F60.2 Dyssosial personlighetsforstyrrelse

- Likegyldighet for sosiale forpliktelser og hensynsløs mangel på forståelse for andres følelser
- Stor diskrepans mellom atferden og de gjeldende sosiale normer
- Atferden lite påvirkelig av negative erfaringer, så som straff
- Lav frustrasjonstoleranse og lav terskel for utbrudd av aggresjon, inklusive vold
- Tendens til å bebreide andre, eller til å gi plausible rasjonaliseringer for den atferden som bringer pasienten i konflikt med samfunnet

F60.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

- Klar tendens til å handle impulsivt og uten å tenke på konsekvensene
- Uforutsigbart og svingende stemningsleie
- Tendens til sterke følelsesutbrudd og manglende evne til å kontrollere eksplosiv atferd; tendens til kranglete oppførsel og konflikter med andre
- To typer: den impulsive typen karakterisert hovedsakelig ved manglende følelsemessig stabilitet og impulskontroll; og den ustabile typen karakterisert i tillegg ved forstyrrelser i selvilde, mål og indre verdier, ved kronisk tomhetsfølelse, ved intense og ustabile interpersonelle forhold, og ved en tendens til selvdestruktiv atferd, inklusive selvmordsdemonstrasjoner og -forsøk

Forekomst

En stor norsk studie viste en samlet forekomst av personlighetsforstyrrelser på 13 % i den alminnelige befolkning mellom 18 og 65 år¹². Dette tallet inkluderte alle tilstander, fra de mest alvorlige psykosene til de mer avgrensede gruppe lidelser, som tidligere ofte ble kalt karakternevroseser.

Forekomst og fordeling av personlighetsforstyrrelser er annerledes i psykiatriske pasientpopulasjoner enn i normalbefolkningen. Det er vanlig å regne med at ca. 30–40 % av pasientene på voksenpsykiatriske poliklinikker har én eller flere personlighetsforstyrrelser, altså en tredobling sammenliknet med normalbefolkningen.

Det er ca. tyve ganger hyppigere forekomst av borderline personlighetsforstyrrelse i psykiatriske populasjoner, mens forekomsten av antisosial personlighetsforstyrrelse er tilnærmet lik i den generelle befolkning og blant psykiatriske pasienter, noe som indikerer at slike personer i liten grad oppsøker hjelp. Det samme gjelder personer med narsissistisk

personlighetsforstyrrelse, som kjennetegnes av kunstig forhøyet selvbilde og overdreven følsomhet for krenkelser. Når det gjelder gruppe C-pasienter, dvs. de karakternevrotiske, hemmede pasientene, finner vi at forekomsten av unnvikende og avhengig personlighetsforstyrrelse er ca. seksten ganger høyere i psykiatriske populasjoner, mens tvangspreget personlighetsforstyrrelse bare er omtrent dobbelt så hyppig som i normalbefolkningen.

Voksne pasienter med alvorlig personlighetspatologi vil ofte oppfylle de diagnostiske kriteriene for flere enn én alvorlig personlighetsforstyrrelse¹³.

Når det gjelder personer under 18 år tillater ICD-10 kun unntaksvis bruk av personlighetsforstyrrelsed diagnoser. For at en slik diagnose skal kunne settes må pasienten være over 16 år og symptomene ha vart i minst ett år. Klinikere er generelt tilbakeholdne med å sette slike diagnoser i denne aldersgruppen, og det foreligger derfor ikke relevante prevalenstall.

Når dette er sagt er det ikke urimelig å tenke seg at en også hos barn og ungdom vil kunne se skjevutvikling som medfører relativt tilstivnede, uhensiktsmessige mestringsstrategier. For at en slik forståelse skal bli meningsfull, vil det imidlertid være viktig å vurdere barnets personlighetsmessige fungering i forhold til aldersforventet utviklingsnivå¹⁴.

Differensialdiagnoser og komorbiditet

Personlighetsforstyrrelser er hos voksne forbundet med en omfattende og ofte alvorlig psykiatrisk komorbiditet¹⁵. Dette kan vanskeliggjøre diagnostikk av personlighetsforstyrrelsen som sådan, da sekundær problematikk som for eksempel angst, depresjon og rusmisbruk utgjør de symptomene som bringer pasienten i kontakt med hjelpeapparatet. I slike, ofte akutte, behandlingssituasjoner kan det være vanskelig å få øye på den underliggende personlighetspatologi.

Spørsmålet om komorbiditet og kausalitet er minst like vanskelig i BUP. Det er derfor grunn til å mane til generell forsiktighet når det gjelder diagnostisering av personlighetsforstyrrelser hos ungdom¹⁶. Hos eldre ungdommer synes dog forekomsten av personlighetspatologi å holde seg nokså konstant over flere år¹⁷. I BUP vil en relativt ofte møte emosjonelt ustabile ungdommer med tendens til selvskading og uklar identitetsopplevelse. Noen ganger vil disse tilstandene allerede hos 16–18 år gamle pasienter tilfredsstillende de diagnostiske kriteriene for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Det er gjort få langtidsstudier som dokumenterer forholdet mellom symptomer på emosjonell ustabilitet i ungdomsalderen og senere diagnose ustabil personlighetsforstyrrelse, men en nylig publisert studie som har fulgt ungdommer gjennom 20 år viser en klar sammenheng, både i forhold til diagnose, nedsatt livskvalitet og generelt nedsatt funksjonsnivå i voksen alder¹⁸.

En nokså hyppig problemstilling i BUP er den utagerende, atferdsforstyrrede ungdom. Det er godt dokumentert at ungdom med atferdsforstyrrelser står i betydelig fare for å tilfredsstillende diagnosekriteriene for dyssosial personlighetsforstyrrelse i voksen alder (19). Det er altså all grunn til å sette inn adekvat behandling av alvorlige atferdsforstyrrelser hos barn og ungdom.

Mindre hyppig vil man møte kontaktsvake og innadvendte barn og ungdommer med forkjærlighet for indre fantasiliv, uten åpenbare vrangforestillinger men allikevel med klart avvikende fungering sammenholdt med jevnaldrende. Dette kan være forløpere til en schizoid personlighetsforstyrrelse. Ved siden av psykotiske tilstander vil den viktigste differensialdiagnosen her være Aspergers syndrom.

Endelig vil en kunne se ungdom som er lite selvhevdende, overdrevent sjenert og som frembyr personlighetstrekk forenlig med diagnosen unnvikende personlighetsforstyrrelse. Differensialdiagnose her vil i første rekke være akse I-tilstanden sosial fobi, men man må også tenke på at symptomene kan være uttrykk for depresjon og/eller en angstlidelse.

Utredning

Grundig anamnese, kartlegging av symptomenes omfang og varighet og en klinisk vurdering er svært viktig. Det er ikke utviklet spesifikke testinstrumenter for diagnostisering av personlighetspatologi hos barn og ungdom. Hos ungdommer kan man bruke de semistrukturerte kliniske intervjuene SCID-II eller SIDP-IV (20) for en nærmere kartlegging av personlighetspatologi. Man kan også bruke Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, som er et selvutfyllings skjema som fungerer godt i klinisk praksis og som kartlegger bl.a. personlighetspatologi (21).

En bør generelt være tilbakeholden med å sette spesifikke F60-diagnoser på ungdommer, og reservere disse diagnosene for pasienter over 16 år hvor man ikke er i tvil om tilstandens natur og symptomene har hatt en varighet av minst ett år. Dersom man er sikker på at dreier seg om en personlighetsforstyrrelse, men ingen av de spesifikke tilstandene passer, kan man også vurdere muligheten for å sette diagnosen F60.9 Uspesifisert personlighetsforstyrrelse.

Behandling og prognose

Behandling av pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser er en krevende oppgave hvor terapeuten må være tilgjengelig, forutsigbar og tåle å stå i vanskelige overførings situasjoner.

Med utgangspunkt i en psykodynamisk forståelse av deres patologi (ufullstendig integrerte indre objekter, manglende objektkonstans, manglende indre struktur) fortøner det seg som særlig uheldig å utsette slike pasienter, uansett alder, for stadig utskifting av behandlere. En bør tilstrebe langvarige behandlingskontakter med erfarne terapeuter. Overføring av slike pasienter fra BUP til voksenpsykiatrien kan være en krevende prosess og må planlegges i god tid.

Avhengig av grad av opplevd lidelse og ytre press vil pasientenes behandlingsmotivasjon være sterkt varierende. Det vil i ungdomstiden ofte ikke ligge til rette for en langvarig, intens behandlingskontakt med målsetning å oppnå varige strukturendringer. En vil i stedet måtte tilby støttende psykoterapi, i den forstand at utgangspunktet for den terapeutiske kontakt er en styrking av pasientenes allerede eksisterende mestringsstrategier.

Medikamentell behandling av komorbid angst, tvang og/eller depresjon med et SSRIpreparat kan være gunstig. Likeledes kan små doser av nyere antipsykotika være indisert hos psykosensære eller emosjonelt svært ustabile pasienter²².

Etter hvert er det utviklet flere dokumentert virksomme strukturerte psykoterapeutiske behandlingsprogrammer for langtids behandling av voksne med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Dette dreier seg dels om behandlingsteknikker i den psykodynamiske tradisjon, nemlig mentaliseringsbasert terapi²³ og overføringsfokusert terapi (24). Dels dreier det seg om behandlingsteknikker i den kognitivt-atferdsmessige tradisjon, nemlig dialektisk atferdsterapi²⁵.

Epidemiologiske studier viser at i et langtidsperspektiv kan alvorlige personlighetsforstyrrelser ofte ha bedre prognose enn tidligere antatt, selv om den grunnleggende patologi som regel ikke blir borte²⁶.

Referanser

1. Cramer V, Torgersen S & Kringlen E (2006). Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry* 47, 178–184.
2. Chen H, Cohen P, Kasen S & Johnson JG (2006). Adolescent Axis I and Personality Disorders Predict Quality of Life During Young Adulthood. *Journal of Adolescent Health* 39, 14–19.
3. Paris, J (2003). *Personality Disorders Over Time – Precursors, Course and Outcome*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, pp 27–32.
4. Coolidge FL, Thede LL, Jang KL (2001). Heritability of personality disorders in childhood: A preliminary investigation.

- on. *Journal of Personality Disorders* 15, 33–40.
5. Torgersen S, Lygren S, Øien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, Tambs K & Kringlen E (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry* 41, 416–425.
 6. Kendler KS, Czajkowski N, Tambs K, Torgersen S, Aggen SH, Neale MC & Reichborn-Kjennerud T (2006). Cluster A personality disorder traits in a population-based sample of Norwegian twins: a multivariate study. *Psychological Medicine* 36, 1583–1596.
 7. Torgersen S, Czajkowski N, Jacobson K, Reichborn-Kjennerud T, Røysamb E, Neale MC & Kendler KS (2008). Dimensional representations of DSM-IV cluster B personality disorders in a population-based sample of Norwegian twins: a multivariate study. *Psychological Medicine* 38, 1617–1625.
 8. Reichborn-Kjennerud T, Czajkowski N, Neale MC, Ørstavik RE, Torgersen S, Tambs K, Røysamb E, Harris JR & Kendler KS (2007). Genetic and environmental influences on dimensional representations of DSM-IV cluster C personality disorders: a population study. *Psychological Medicine* 37, 645–653
 9. Torgersen, S (2008). *Personlighet og personlighetsforstyrrelser*. Oslo: Gyldendal akademisk, pp 202–276.
 10. Kernberg, OF (1984). *Severe Personality Disorders*. New Haven CT: Yale University Press, p 20.
 11. Bleiberg, E (2001). *Treating Personality Disorders in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press, pp 133–142.
 12. Torgersen S, Kringlen E & Cramer V (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry* 58, 390–396.
 13. Torgersen S (2005). Epidemiology. In: *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*. Eds. Oldham JM, Skodol AE & Bender DS. Washington DC: American Psychiatric Publishing, pp 129–141.
 14. Kernberg PF, Weiner AS & Bardenstein KK (2000). *Personality Disorders in Children and Adolescents*. New York: Basic Books, pp 33–83.
 15. Cramer V, Torgersen S & Kringlen E (2007). Socio-demographic conditions, subjective somatic health, axis I disorders and personality disorders in the common population: the relationship to quality of life. *Journal of Personality Disorders* 21 (5), 552–567.
 16. Becker DF, Grilo CM, Edell WS & McGlashan TH (2000). Comorbidity of Borderline Personality Disorder With Other Personality Disorders in Hospitalized Adolescents and Adults. *American Journal of Psychiatry* 157, 2011–2016.
 17. Chanen AM, Jackson HJ, McGorry PD, Allot KA, Clarkson V & Yuen HP (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of Personality Disorders* 18, 526–541.
 18. Winograd G, Cohen P & Chen H (2008). Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49, 933–941.
 19. Helgeland MI, Kjelsberg E & Torgersen S (2005). Continuities between emotional and disruptive behavior disorders in adolescence and personality disorders in adulthood. *American Journal of Psychiatry* 162, 1941–1947.
 20. Pfohl B, Blum N & Zimmerman M (1997). *Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV)*, Washington DC: American Psychiatric Publishing.
 21. Strack S (2002). *Essentials of Millon Inventories Assessment, Second Edition*. New York: John Wiley & Sons.
 22. Soloff PH (2005). Somatic Treatments. In: *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*. Eds. Oldham JM, Skodol AE & Bender DS. Washington DC: American Psychiatric Publishing, pp 387–403.
 23. Bateman AW & Fonagy P (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
 24. Yeomans FE, Clarkin JF & Kernberg OF (2002). *A primer of transference-focused psychotherapy for the borderline patient*. Lanham MD: Rowman & Littlefield Publishers.
 25. Linehan MM (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorders*. New York: Guilford Press.
 26. Skodol AE (2008). Longitudinal Course and Outcome of Personality Disorders. *Psychiatric Clinics of North America* 31 (3), 495–503.

Mental Retardasjon

Bente Gjørum

Når vi møter barn og ungdom i vår barnepsykiatriske praksis er det utfordrende å bruke klinisk erfaring som grunnlag for hypoteser om barnets funksjonsnivå og psykiske vansker. Med økende kompetanse og kjennskap til empirien i feltet blir den enkeltes erfaring stadig mer nyttig. Likevel er utredning av evnenivå helt umulig uten gode instrumenter for kartlegging av atferd og egnede tester til normativ vurdering av kognitivt funksjonsnivå. Den erfaringen en etter hvert får, gjør barnepsykiatere til bedre klinikere i møte med barn og familie, men standardiserte tester og undersøkelser er likevel helt nødvendig.

Mental retardasjon / Psykisk utviklingshemming er en diagnose som bygger på atferds- og funksjonsbeskrivelser og evner, og adaptive ferdigheter og alder er det sentrale i denne diagnosen (Grøsvik 2008). I ICD-10 anbefales det at diagnosen stilles som en foreløpig antagelse hvis bruk av standardiserte tester ikke er mulig. Diagnosen må basere seg på "all tilgjengelig informasjon", innbefattet kliniske funn, tilpasningsatferd (vurdert i forhold til personens kulturelle bakgrunn) og psykometriske prøveresultater. I senere tid har viktigheten av diagnosen blitt knyttet til et rettighetsperspektiv (op cit).

Klinisk erfaring tilsier at foreldres bekymringer for barnets utvikling må tas alvorlig. Den utviklingshemmede er avhengig av hjelp og er ofte ikke så god til å ordlegge seg. Bistand fra foreldre eller og/eller en bistandsperson er avgjørende for et godt utredningsresultat. Psykisk utviklingshemming i BUP er et område hvor samarbeid mellom leger og psykologer er spesielt viktig.

I arbeidet med dette kapitlet har jeg fått betydelige innspill av psykologspesialist Kjellaug Grøsvik (BUP, Haukeland).

Aktuelle betegnelser, diagnoser, definisjoner og diagnostiske kriterier

Mental retardasjon, psykisk utviklingshemming og utviklingshemming betegner samme tilstand. I nyere britisk engelskspråklig litteratur bruker man ofte betegnelsen generelle lærevansker, i motsetning til de spesifikke. I amerikansk litteratur benyttes fortsatt betegnelsen mental retardasjon. "Mennesker med utviklingshemming" benyttes som betegnelse av interesseorganisasjonen i Norge.

Utviklingshemming deles inn i 6 undergrupper i ICD 10:

F70 Mild (lett) psykisk utviklingshemming (IQ 50-69) F71 Moderat psykisk utviklingshemming (IQ 35-49) F72 Alvorlig psykisk utviklingshemming (IQ 20-34)

F73 Dyp psykisk utviklingshemming (IQ under 20, hos voksne mental alder under 3 år)

F78 Annen psykisk utviklingshemming

F79 Uspesifisert psykisk utviklingshemming

Et tredje tall kan benyttes i diagnosekoden:

F7X.0 Ingen eller minimale atferdsproblemer

F7X.1 Signifikante atferdsproblemer som krever oppmerksomhet eller behandling

F7X.8 Andre atferdsproblemer

F7X.9 Uten beskrivelse av atferdsproblemer

I tillegg er det vanlig å beskrive evt. årsak til utviklingshemmingen som vanligvis påvises av barnelege.

Det første kriteriet for diagnosen mental retardasjon

er at tilstanden innebærer en redusert mental funksjon med en intelligens som ligger mer enn 2 standardavvik under gjennomsnittet på psykometriske evnetester (IQ < 70) ifølge ICD 10. Psykisk utviklingshemming er "en tilstand av stoppet eller mangelfull utvikling av psyken som særlig er karakterisert ved hemning av ferdigheter som viser seg under utviklingsperioden. Det dreier seg om ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivå, blant annet kognitive, språklige, motoriske og sosiale ferdigheter. Utviklingshemming kan forekomme med eller uten andre psykiske og somatiske lidelser." Evnenivå skåres på akse III i ICD-10. Psykisk utviklingshemming betegnes også som generelle lærevansker og sammensatte lærevansker, til dels varierende innenfor ulike fagmiljøer og ulike profesjoner. Engelsk litteratur benytter betegnelsen "mental retardation" og amerikansk litteratur benytter "intellectual disability".

Intelligens har vært definert som "a theoretical cognitive capacity", "the practical ability to solve real-life tasks" og "goal-directed behaviour" (Gillberg et al, 1995). Mental retardasjon er psykometrisk definert som evnenivå 2 standard avvik under gjennomsnittet for egen aldersgruppe i et representativt utvalg av befolkningen. På evnetester som gir en direkte eller avledet intelligens kvotient (IQ) (omregnet via mental alder), er dette gjennomsnittet 100 og standardavviket 15. Innen mental retardasjon deler en gruppen i lett mental retardasjon (F70) som utgjør de fleste, og alvorlig mental retardasjon som omfatter de tre lavest fungerende gruppene (F71- 73). Mennesker med lett psykisk utviklingshemming er erfaringsmessig også de som kan være klinisk vanskeligst å finne fram til. Dette gjelder i tidlig alder, men også i ungdomsalder hvis ungdommen ikke har blitt forstått som generelt svak/forsinket i det sosiale fellesskapet. God sosial tilpasning er ikke noen garanti for tilfredsstillende skolefaglig fungering (innen normal variasjon). Forskningen viser også at betegnelsens anvendelse kan være berettiget i aldersperioden for skole/utdanning, men ikke nødvendigvis i voksen alder hvis personen for eksempel får et godt tilpasset arbeidstilbud (Roeleveld et al, 1997).

Evnetester måler en persons evne til å løse problemoppgaver innen forskjellige områder. Oppgaven er av en slik karakter at man vanligvis ikke direkte har gjort noe tilsvarende gjennom daglige aktiviteter eller i barnehage, skole eller arbeid. Testene tapper personens evne til å bearbeide ny informasjon, og til å finne en løsning på et problem gjennom tenkning og assosiasjon basert på den tilgjengelige informasjonen i øyeblikket og de erfaringer personen har systematisert og lagret. Slik problemløsning aktiviserer og er avhengig av oppmerksomhetsfunksjoner, hukommelsesfunksjoner, utføringsevner språklig og motorisk, samt organiserende evner (eksekutive funksjoner). Dette innebærer at evnenivåvurderinger er én viktig indikator på hvordan personen vil greie seg i nye og ukjente situasjoner.

Det andre kriteriet for diagnosen mental retardasjon

er begrenset kapasitet til å tilpasse seg daglige krav i vanlige/normale sosiale omgivelser. Siden 1968 har man vært enige om dette tilleggskriteriet for diagnostisering av mental retardasjon. Dette skal praktiseres som ett av to gjeldende kriterier i følge Verdens helseorganisasjon (ICD-10) og American Psychiatric Association (DSM-IV). Om dette tilleggskriteriet ikke tas i bruk, vil det føre til at en ikke ubetydelig gruppe mennesker feilaktig inkluderes i gruppen av mentalt retarderte. Dette gjelder særlig barn fra lav sosialklasse og som skårer lavt på IQ-tester, men som ikke viser mangelfull sosial tilpasning. Når en ikke allment har tatt i bruk psykometrisk og klinisk relevante instrumenter til vurdering av sosial tilpasning, er dette for de yngste barna (0,0–90 år) knyttet til mangelen på instrumenter. For eldre barn, ungdom og voksne er dette ikke lenger begrunnet i mangel på instrumenter i og med at bruk av Vineland Adaptive Behavior Scales (Sparrow m fl 2005) er et potensielt godt hjelpemiddel i vurdering av sosial tilpasning fra 0,0–90 år.

Det tredje kriteriet for diagnosen mental retardasjon

er at utviklingshemmingen er erkjent eller kan tilbakeføres til tiden før fylte 18år. For å sikre at diagnosen er pålitelig og gyldig, er det nødvendig med en bred kartlegging som omfatter anamnese og observasjon av barnet.

Forekomst

Epidemiologiske studier viser en forekomst på 2–3 % for hele gruppen av mentalt retarderte, hvorav 0,3–0,5 % er alvorlig retarderte. Høyere forekomsttall fremkommer i enkelte etniske og/eller sosialt vanskeligstilte grupper. Nyere prevalensstudier viser et estimert gjennomsnitt for forekomsten av lett mental retardasjon på 2,98 % (McLaren og Bryson 1987). Det er litt høyere enn den teoretisk beregnede forekomsten av alvorlig og lett mental retardasjon av genetisk/familiær/psykososial type (2,27 % av befolkningen i henhold til normalfordelingskurven). Denne prosentandelen omtales som genetisk /familiær /"psychosocially disadvantaged". Ca. 1 % av de mentalt retarderte har en kjent organisk/biologisk etiologi. Samlet gir dette en forekomst på 3,27 %, altså noe høyere enn resultatet av de fleste epidemiologiske studier, som uttrykk for at de to etiologisk baserte hovedgruppene (genetisk/familiær/sosialt betinget og organisk betinget) overlapper noe.

Hva vet vi om forekomsten av mental retardasjon blant henviste pasienter til barneog ungdomspsykiatrien? Ikke i noen av lærebøkene jeg oppsøkte fant jeg tall på dette. I Vestfold ble det påvist at 14–40 % av barna i BUP, habilitering og PPT var utviklingshemmede. I kliniske populasjoner er forekomsten høyere enn i befolkningen. BUP-data ved tidligere Statens Senter for barne- og ungdomspsykiatri (SSBU) viste for 1997–98 at 36 % ikke var vurdert på akse III – Intelligensnivå, 6 % var lett retarderte, 4,3 % var alvorlig retarderte og 3,9 % hadde en ikke spesifisert grad av psykisk utviklingshemming. Senere BUP- data fra SSBU er ikke innhentet, men det er ikke grunn til å tro at tallene er vesentlig endret. I beste fall blir flere barn enn før diagnostisert på akse III (evnenivå), noe som sannsynlig ville identifisere flere barn og ungdom med IQ 70.

Ulike karakteristika ved ulik alder og grad av utviklingshemming

Grader av psykisk utviklingshemming – hva er kliniske karakteristika i førskolealder (0–6)? Ved mild utviklingshemming i førskolealder kan barn utvikle sosiale og kommunikative ferdigheter, motorisk koordinering er litt svekket. Diagnosen stilles ofte i senere alder. I skolealder vil barn med mild mental retardasjon kunne lære seg skoleferdigheter tilsvarende siste del av gruntrinnet (6. klasse) i siste del av tenårene og kan utvikle "passende" sosiale ferdigheter.

Ved moderat utviklingshemming kan barnet lære å snakke eller kommunisere og har nytte av ADL-trening, har noe vansker med sosial forståelse og har noe redusert motorisk koordinasjon. I skolealder vil barn med moderat utviklingshemming lære noen skolefaglige og sosiale ferdigheter. De kan ha utbytte av tilpasset yrkesfagopplæring og de kan reise alene på kjente plasser.

Ved alvorlig utviklingshemming i førskolealder kan barn lære å snakke eller kommunisere på andre måter, de kan lære enkle vaner knyttet til egenomsorg (helse), og har nytte av å lære rutiner.

Grader av psykisk utviklingshemming – hva er kliniske karakteristika i skolealder (6–20)?

Ved mild utviklingshemming i skolealder kan skolebarn lære seg skoleferdigheter tilsvarende siste del av gruntrinnet (6. klasse) i siste del av tenårene og "passende" sosiale ferdigheter.

Ved moderat psykisk utviklingshemming kan de lære noen sosiale ferdigheter, tilpasset yrkesfag, og noen skolefaglige ferdigheter som på gruntrinnet, og kan reise alene på kjente plasser.

Ved alvorlig utviklingshemming kan barn i skolealder snakke eller lære å kommunisere, kan lære enkle vaner knyttet til egenomsorg (helse) og har nytte av innlæring av rutiner.

Utredning

Evnetesting og vurdering av funksjonsområder

Verbalspråkavhengige evnetester: WPPSI, WISC-R/III, WAIS, Stanford Binet-Revised.

Visuelt baserte/verbalspråkuavhengige evnetester: Leiter International Performance Scale – Revised (1997). Den gamle utgaven av Leiter IPS kan med stor forsiktighet benyttes av erfarne testere for spesielt vanskelig testbare barn, forutsatt omregning av IQ ved hjelp av Appendiks L i manual for Leiter IPS, 1997. Ravens progressive fargematriser er også en visuell evnetest. Utviklingsindekser fra psykomotoriske tester kan også benyttes (Bayley, McCarthy, Griffith, PEP-R og NPM-X (Gjærum, 2004).

En indikator på kognitiv fungering kan man også få fra personlighetstester som Personality Inventory for Children (PIC) (korrelerer 0,70 med WISC-R) og fra skoleskalaene på CBCL og TRF (Kline et al, 1985).

Kognitiv screening ved hjelp av the Mini-Mental State Examination for barn (MMSE) (Ouvrier, 1993) har vist en korrelasjon med Total IQ (WPPSI/WISC) på .90 i aldersgruppen 4-10 år. For aldersgruppen over 10 år tyder skårer mellom 27 og 35 på mental retardasjon, se også kapittel 2.3 om psykomotorisk utviklingsvurdering.

Vurdering av sosial tilpasning

Vineland Adaptive Behavior Scale legger spesielt vekt på vurdering av sosial tilpasning (adaptive behaviour) og dagliglivsferdigheter (Activities of Daily Life). "Adaptiv atferd" refererer til utførelse av nødvendige daglige aktiviteter for personlige og sosiale forventninger og behov ("the performance of the daily activities required for personal and social sufficiency"). Adaptiv atferd er således aldersrelatert og finnes ved å vurdere barnets daglige og typiske væremåte, ikke ved skåring av hva barnet kan på sitt beste (ved optimal fungering). Den er normert for alder 0-11 år.

Ferdighetene vurderes innenfor fire hovedområder: dagligliv, kommunikasjon, motorikk og sosialisering. Det er 11 underområder til disse fire som samlet gir en skåre for tilpasning. I tillegg er det en skala for mistilpasset/ikke ønskelig atferd. American Association of Mental Deficiency har utviklet The AAMD Adaptiv Behavior Scales (ABS) (Nihira et al 1984) for å muliggjøre klassifikasjon av mentalt retarderte barn og voksne i henhold til AAMD's definisjon. 1974-versjonen er oversatt til norsk (Stubrud L.H. 1991), men en nyere versjon av AAMD er ikke oversatt til norsk. Det er et problem at det ikke foreligger noen norsk offisiell oversettelse av noen av disse to instrumentene, men de brukes likevel klinisk i en del institusjoner i Norge.

Komorbiditet og differensialdiagnostikk

I faglitteraturen er det enighet om at psykiatrisk sykелighet og atferdsvansker er hyppigere blant mentalt retarderte enn ikke retarderte. En dobling av psykiatrisk sykелighet ved lett (mild) mental retardasjon (IQ 50-69) og en tredobling ved alvorlig mental retardasjon (IQ < 50) er anslått i flere lærebøker. Scott (1994) hevder at forekomsten av psykiske lidelser og atferdsvansker hos mentalt retarderte er tre til fire ganger hyppigere enn blant barn og voksne ellers. Tallene vil variere med alder, grad av mental retardasjon, kriterier en anvender for å avgrense psykiatrisk sykелighet og atferdsvansker, og med miljøsituasjonen for de undersøkte (institusjonaliserte, hjemmeboende, foreldres omsorgsevne og sosialklasse, tilleggsvansker av nevrologisk karakter, evnenivå m.m.). Tallene vil også variere med hvordan en løser problemet med å anvende psykiatriske diagnoser ved alvorlig mental retardasjon, noe mange vil nøle med, særlig for de alvorlig og dypt retarderte, henholdsvis IQ 49-35 og IQ <35.

Den høye grad av psykiatrisk komorbiditet ved mental retardasjon må sees i sammenheng med de begrensninger tilstanden innebærer når det gjelder å takle nye situasjoner, tilpasse seg ulike forventninger og krav og å tåle stress og belastende livshendelser. Det er ingen tvil om at mental retardasjon underdiagnostiseres i mange tilfeller ved at man ikke utfører denne typen vurderinger og dette sees dessverre høyt opp i alder hos de som henvises. Klinisk erfaring gir grunn til å frykte at evnevurdering sent i barne- eller ungdomsalder kan øke den psykososiale belastningen for den enkelte som ikke mestrer oppgaver som forventet for alder. Mangelfull mestring vil kunne bidra til utvikling av stress og psykiske vansker som angst og depresjon, spesielt for lett retarderte. Erfaringen viser at mange barns atferds-/emosjonelle vansker helt kan overskygge at barnet har en mild mental retardasjon. Hvis man ikke er spesielt erfaren med

hvordan psykiske lidelser, samspillsvansker i familier og atferdsvansker utformes hos barn og ungdommer med mental retardasjon, bør en vurdere evnenivå med egnede tester, gjerne i samarbeid med psykolog eller pedagog. Derved vil en få en bedre forståelse av sammenhengen mellom kognitive forutsetninger og utvikling og utforming av psykiske problemer, atferds- og samspillsvansker.

Problemene med å anvende de diagnostiske kriteriene for psykiatriske diagnoser ved mental retardasjon har å gjøre med at den mentale retardasjonen påvirker utformingen av de psykiatriske symptomene. Sovner (1986) har systematisert dette ved å peke på fire såkalte patoplastiske faktorer som betegner hvordan de kognitive begrensninger ved mental retardasjon påvirker/endrer psykiatriske symptomer: intellektuell fordreining, psykososial maskering, kognitiv disintegrasjon og forverring av grunntilstanden (Skran, 1993).

Utdypende og omfattende oversikt og drøfting av utviklingshemming er å finne i kapittel 49 i "Rutters Child and Adolescent Psychiatry", 5. utgave, 2008, som kan skrives ut fra CD som ligger i boken, og i kapittel 19 i The American Psychiatric Publishing textbook of Child and Adolescent Psychiatry (Wiener og Dulcan, 2004).

Kliniske utfordringer og etiske aspekter i møte med mental retardasjon i barne- og ungdomspsykiatrien

Diagnosen mental retardasjon er en alvorlig diagnose både å vurdere og å stille. Sosiale og emosjonelle vansker, samspillsvansker, familieproblemer og ikke minst umodenhet eller psykomotorisk retardasjon er hyppig brukte beskrivelser og (bort)forklaringer på barnets problem. Det dreier seg om å plassere et menneske i en diagnostisk kategori som fortsatt er stigmatisert og har lav status når det gjelder å vekke faglig interesse hos fagfolk. Mange frykter, til dels med rette, at en slik diagnose vil gjøre det vanskeligere å holde oppe interessen for barnet og håpet om at tiltak er nyttig.

Erfaring tilsier at det går an å etablere en god klinisk praksis ved å understreke barnets rett til å bli forstått og hjulpet ut fra egne forutsetninger, også når det gjelder evnenivå, fordi det er en forutsetning for å ta adekvate hensyn til funnene i videre behandling av barn og familie. Avklaring av spørsmålet om et barn er mentalt retardert bør helst skje ved tverrfaglig samarbeid, slik at en innhenter tilstrekkelig informasjon til å avklare om de to kriteriene for diagnosen er oppfylt, så vel som at aktuelle differensialdiagnoser kan utelukkes og somatisk og psykiatrisk komorbiditet eventuelt påvises. Et tverrfaglig samarbeid er en nyttig støtte for leger som synes det er problematisk å ta ansvar for at tilstrekkelig og adekvat testing er foretatt til å stille denne diagnosen.

For leger som kjenner de aktuelle evnetestene, er det forfatters erfaring at leger i tverrfaglig BUP-praksis vil ha nytte av også å lære seg noen strukturerte tester, for eksempel en nevromotorisk utviklingsvurdering og en metode til vurdering av psykososial fungering. Dermed kan man sammenholde "egne" funn med andre teammedarbeideres testfunn og se sammenlignbare aspekter av barnet i noenlunde samme situasjon når tverrfaglig utredning legges til grunn for diagnostikk. En bredere funksjonskartlegging kan med fordel gjøres tverrfaglig og vil supplere evnevurdering. Aslak Syse, lege og jurist, har vist hvordan særlovgivning for mennesker med mental retardasjon har ført til at viktige sider av lovverket, blant annet om den generelle retten til barne- og ungdomspsykiatriske tjenester, ikke kommer denne gruppen til gode (10). I lys av hva evnetester gir informasjon om (se over) er vurdering av evnenivå i psykiatrisk sammenheng særdeles viktig i tillegg til vurdering av andre psykologiske faktorer og psykiatriske forhold.

Barbro Sætersdal var psykolog og selv mor til et retardert barn. Hun skrev om hvordan skjønnlitteraturen omtaler psykisk utviklingshemming på to vesensforskjellige måter (Sætersdal, 1993). I et "utenfra-perspektiv" bruker forfatteren den utviklingshemmede som et middel, symbol eller metafor, slik for eksempel Dorris Lessing gjør i romanen "Det femte barnet", og ser ikke han/henne som en allsidig personlighet. I et "innenfra-perspektiv" blir den utviklingshemmede og handlingene i romanen forstått og forklart ut fra forstandshandikappet og den betydning dette har for

den utviklingshemmede væremåte og karakter, for eksempel i Vesaas' historie om Tusten i romanen Fuglene. Det må være et mål at barne- og ungdomspsykiatrien bidrar til forståelse og holdninger som bygger på og fremmer den empati som innenfra-perspektivet innebærer. Med den generelle nedbyggingen av institusjoner for utviklingshemmede på 1990-tallet ("HVPU-reformen") har barnepsykiatrien fått ansvaret for utviklingshemmede på lik linje med andre barn og unge, en oppgave som vi bør videreutvikle i årene som kommer.

Litteratur

1. Gillberg C. 1995. Mental retardation and other severe learning disorders: An overview. I Gillberg, C. (red). *Clinical child neuropsychiatry*, 45-53. Cambridge: Cambridge University Press.
2. Gjørum B. (200?) NPM -X – full ref! Gjørum B. og Grøsvik K. (2002) *Psykisk utviklingshemming/mental retardasjon*, kapittel 7. I
3. Gjørum B og Ellertsen B, *Hjerne og atferd. Utviklingsforstyrrelser hos barn og ungdom i et nevrobiologisk perspektiv*.
4. Grøsvik K. 2008. Diagnostisering av utviklingshemming og autisme. I Eknes, J. m.fl. *Utredning og diagnostisering. Utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker*.
5. Grøsvik K. (2008) Diagnostisering av utviklingshemming og autisme. I Eknes, J. m.fl. *Utredning og diagnostisering. Utviklingshemning, psykiske lidelser og diagnostisering*.
6. McLaren J. og Bryson SE. (1987) Review of Recent Epidemiological Studies of Mental Retardation: Prevalence, Associated Disorders, and Etiology. *American Journal of Mental Retardation*.
7. Nihira K, Foster R, Shellhaas M, Leland H. (1969) *AAMD Adaptive Behaviour Scales, revised*. Washington D.C.: American Association of Mental Deficiency.
8. Ouvrier RA, Goldsmith RF, Ouvrier S, Williams IC. (1993) The value of the Mini-Mental State Examination in childhood: a preliminary study. *Journal of Child Neurology* 8, 145-148.
9. Roeleveld N, Zielhuis GA, Babreëls F. (1997) The prevalence of mental retardation: a critical review. *Developmental medicine and Child Neurology* 39, 125-132.
10. Rutter M, Taylor E, Hersov L (1994). *Child and adolescent psychiatry. Modern approaches*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
11. Sandvik V, Hysing M, Lundervold AJ. (2007) Bruk av Strengths and Difficulties Questionnaire i kartlegging av psykiske vansker hos barn med utviklingshemming. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol 44, nr 6, s 750-754.
12. Scott S (1994) Mental retardation. I Rutter M, Taylor E, Hersov L. *Child and adolescent psychiatry. Modern approaches*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
13. Skran H (1993) Den voksne psykisk utviklingshemmede; psykiske lidelse og atferdsproblemer. I: Gjørum B. *Kunnskap og ettertanke. Psykisk utviklingshemming som flerfaglig utfordring*. Oslo: Universitetsforlaget.
14. Sovner R (1986) Limiting factor in the use of DSM-III criteria with mentally ill/mentally retarded persons. *Psychopharmacology Bulletin*, 22:4, 1055-1059.
15. Sparrow SS, Cicchetti DV, Balla DA. (2005). *Vineland Adaptive Behavior Scales*.
16. Syse A (1995) Rettsikkerhet og livskvalitet for utviklingshemmede. *Rettigheter, vern og kontroll som rettslige virkemidler*. Oslo: Ad Notam, Gyldendal.
17. Sætersdal B (1993) I skjønnetens speil – Den utviklingshemmede og hans familie. I: Gjørum B. *Kunnskap og ettertanke. Psykisk utviklingshemming som flerfaglig utfordring*. Oslo: Universitetsforlaget.
18. Volkmar FR, Dykens EM, Hodapp, RM. (2007) Mental retardation. I. *Lewis's child and adolescent psychiatry*. 4. utg. Revidert kapittel kommer iflg. nettsiden til Elisabeth Dykens i: Volkmar, F., Dykens, E.M., & Hodapp, R.M. (in press). *Mental retardation*. In A. Martin & F. Volkmar (EDs.), *Lewis Child and Adolescents Psychiatry*.

Spesifikke utviklingsforstyrrelser

Pål Zeiner

Definisjon – Aktuelle diagnoser ICD-10

Ved disse tilstandene er utviklingen på spesifikke områder forsinket, avvikende eller forsinket+avvikende sammenliknet med generell utviklingsforstyrrelse eller mental retardasjon (se eget kapittel om dette).

I ICD-10 er F80–F89 definert som utviklingsforstyrrelser med fellestrekk:

- a. alltid debut i barndommen,
- b. mangelfull eller forsinket utvikling av funksjoner knyttet til den biologiske modning av sentralnervesystemet, og
- c. jevnt forløp som ikke innebærer remisjoner eller tilbakefall.

Når en bruker det multiaksiale klassifikasjonssystemet i ICD-10, må en være oppmerksom på:

- Spesifikke utviklingsforstyrrelser kodes under Akse II
- F84 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser kodes på Akse I.

De aktuelle spesifikke utviklingsforstyrrelser på Akse II er derfor:

- F80 Spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk
- F81 Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter, lærevansker
- F82 Spesifikk utviklingsforstyrrelse i motoriske ferdigheter
- F83 Blandet utviklingsforstyrrelse i spesifikke ferdigheter

Det er i tillegg F88 Andre forstyrrelser av psykologisk utvikling (inkl.: utviklingsmessig agnosi) og F89 Uspesifisert forstyrrelse av psykologisk utvikling (inkl.: utviklingsforstyrrelse INA). Disse er ikke nærmere definert og bør bare brukes der ingen av de andre er mulige å anvende.

Ved de fleste psykiatriske tilstandsbilder hos barn og ungdom vil en se at det vil være elementer og av forsinket utvikling, for eksempel vil en ved hyperkinetisk forstyrrelser kunne påvise forsinket modning av evne til å kunne tenke seg om før en handler og ved atferdsforstyrrelse forsinket modning av regler for tidlig sosial interaksjon.

Dette benevnes av mange som utviklingspsykopatologi eller Developmental psychopathology.

Det er derfor viktig å vurdere utviklingsnivå på ulike områder ved diagnostikk og behandling ved alle psykiatriske tilstandsbilder.

Fellestrekk ved de spesifikke utviklingsforstyrrelsene

De spesifikke utviklingsforstyrrelsene vil ha ulike karakteristika. Det finnes allikevel noen felles karakteristika som kan være nyttig å ha med seg i klinisk praksis:

- Spesifikk utviklingsforstyrrelse på et område er ofte operasjonalisert ved skåre signifikant under aldersgjennomsnittet på tester av det aktuelle området, men det er ikke i ICD-10 entydig definert hvor langt under gjennomsnittet prestasjonen skal være og ikke konkretisert hvilke tester som skal brukes. Spesifikke utviklingsforstyrrelser er

vanligere hos gutter enn hos jenter.

- Det er ikke uvanlig at det er forsinket/avvikende utvikling på flere områder samtidig, for eksempel vansker med motorikk og med språk. Mange studier viser genetisk risiko for utvikling av spesifikke utviklingsforstyrrelser, men utviklingsforstyrrelser kan også oppstå med basis i skader av hjernen i svangerskap, ved fødsel og senere. Det vil være stor forskjell i modningstakt og modningspotensiale avhengig av type utviklingsforstyrrelse, alvorlighetsgrad og annet. Vi har ikke sikre prediktorer som kan brukes for å angi prognose. Ved de spesifikke utviklingsforstyrrelsene er det betydelig økt risiko for utvikling av sekundære psykiatriske lidelser. I mange tilfelle vil dette være sekundære til de vanskeligheter utviklingsforstyrrelsene vil medføre for fungering på skolen, blant jevnaldrende, med mer. Justering av krav og forventninger i hverdagen er derfor blant de viktigste virkemidler for å forhindre utvikling av tilleggsvansker.

F80 Spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk

Når språkutviklingen er forsinket, avvikende eller begge deler i betydelig grad i forhold til jevnaldrende, snakker vi om språkforstyrrelser. Forstyrrelsen kan skyldes forhold ved hørsel, ved områder i hjernen for språkoppfatning, ved områder i hjernen for språkproduksjon og ved organer for språkproduksjon.

Den hyppigste årsak til forsinket språkutvikling hos barn er serøs otitt med væske i mellomøret og nedsatt hørsel. Ved andre hørseldefekter eller forstyrrelser vil det som regel være språkforstyrrelser. Avvikende språkutvikling utgjør ett av de diagnostiske kriteriene ved barneautisme og diagnostiseres da under barneautisme. Opptil 25 % av barn med hyperkinetisk forstyrrelse har forsinket eller avvikende språkutvikling. Ved lammelser eller motoriske forstyrrelser i strupehode, svelg og tunge vil en få avvikende uttale av språket. En ser også at alvorlig understimulering av barn kan gi forsinket utvikling av språket.

For å diagnostisere spesifikke språkforstyrrelser må en utelukke at nevrologiske tilstander, forstyrrelser i taleapparatet, sansedefekter, psykisk utviklingshemming, autismspekterforstyrrelse eller alvorlige miljøfaktorer er aktuelle forklaringer.

Spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk inndeles i:

- F80.0 Spesifikk artikulasjonsforstyrrelse.

- F80.1 Ekspressiv språkforstyrrelse
- F80.2 Impressiv språkforstyrrelse
- F80.3 Ervervet afasi med epilepsi (Landau-Kleffners syndrom)
- F80.8 Andre spesifiserte utviklingsforstyrrelser av tale og språk
- F80.9 Uspesifisert utviklingsforstyrrelse av tale og språk

Ved de impressive språkforstyrrelsene har barnet problemer med å forstå det som blir sagt til tross for normal hørsel. Denne formen finnes hos 1 pr.10000 barn, men kan være vanskelig å oppdage hos barn som har god evne til å forstå gester og annen nonverbal kommunikasjon.

Ved de rene ekspressive språkforstyrrelsene er forståelsen god, men barnet greier ikke å produsere et fullgodt språk. Denne forstyrrelsen finnes hos minst 0,5 % av barn i skolealder.

Imidlertid er de rene impressive eller ekspressive forstyrrelser sjeldne. Som regel er det forstyrrelser både i språkoppfatning og i språkproduksjon. Epidemiologiske undersøkelser viser at 2–4 % hos barn mellom 3 og 7 år har språkforstyrrelser, og at forholdet gutter-jenter er 2-3:1 (Sletmo et al., 1993).

Det er også inndelinger av språkforstyrrelser ut avvik innenfor ulike områder av språkforståelse og språkproduksjon. Avvikene kan være knyttet til fonologien i språket, syntaks eller andre forhold. Slike vurderinger forutsetter grundige språkundørsøkelser av logoped og andre fagfolk.

Som en tommelfingerregel for å oppdage og behandle språkforstyrrelser i tidlig alder, bør barn som ved 24 måneder har et ekspressivt vokabular på mindre enn 50 ord følges nøye (Bishop, 1994). En annen huskeregel er at barn som ikke har treordsytringer ved 3 års alder, bør vurderes av logoped eller annen fagperson på språkområdet (Sundby, 2002)

Prognosen ved de lettere uttaleproblemene hos barn med gode kognitive evner er god. I praksis vil de fleste oppnå gode språkferdigheter ved 7-8 års alder (Grøholt, Sommerschild & Garløv, 2008). Ved alvorligere forstyrrelser er prognosen mer usikker. Opptil 50 % har signifikante språkproblemer opp i voksen alder (Sundby, 2002).

Barn med språkvansker utvikler også ofte sekundære psykiatriske problemer. I kliniske utvalg finner en atferdsforstyrrelse eller emosjonelle problemer hos mer enn 50 % (Sundby, 2002).

Språkforstyrrelse innebærer en betydelig risiko for å få lese-skrivevansker. Der hvor språkforstyrrelsen er sammen med andre vanskeligheter, må det lages et behandlingsprogram som også omfatter tiltak i forhold til språkvanskelighetene. De spesifikke intervensjonene ved språkforstyrrelser baserer seg vanligvis på logopedundersøkelser og krever en individualisert læreplan. Ved trening av språkfunksjonen vil en være opptatt av å identifisere systematiske avviksmønstre i språket (Sundby, 2002). Det legges vekt på å utvikle forskjellige uttalemønstre for grupper av like lyder og utvikle evne til se forskjeller i språkbetydning. Ved å bruke grupper av lyder trener en opp evne til å høre og se likheter og forskjeller, f.eks. søtt – kjøtt, kjære – skjære. Ved alvorlige språkforstyrrelser kan være aktuelt å lære barnet tegn-språk. Innlæring av tegn og gester ser ut til å kunne fremme den øvrige språkutvikling.

F81 Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter, lærevansker

Definisjonen i ICD-10 er: Tilstander der det normale mønsteret for tilegnelse av skoleferdigheter er forstyrret fra de tidligste utviklingstrinn. Tilstanden skyldes ikke bare utilstrekkelig undervisning, psykisk utviklingshemming eller ervervet skade eller sykdom i hjernen.

De ulike forstyrrelsene er:

F81.0 Spesifikk leseforstyrrelse

F81.1 Spesifikk staveforstyrrelse

F81.2 Spesifikk forstyrrelse i regneferdighet

F81.3 Blandet utviklingsforstyrrelse i skoleferdigheter

F81.8 Andre spesifiserte utviklingsforstyrrelser i skoleferdigheter

F81.9 Uspesifisert utviklingsforstyrrelse i skoleferdigheter

I Norge er det liten tradisjon nå for å legge mye vekt på staving. I praksis omfatter derfor lesevansker, skrivevansker, matematikkvansker eller kombinasjon av disse.

Mer brukte uttrykk i hverdagen er lese-skrivevansker eller dysleksi.

Spesifikk og betydelig forstyrrelse i utviklingen av leseferdigheter kan vise seg ved vansker med leseforståelse, ordgjenkjenning, høytlesningsevne og utføring av oppgaver som krever leseevne, kan være påvirket. Den spesifikke leseforstyrrelsen har ofte en forhistorie med forstyrret tale- og språkutvikling. Spesifikk forstyrrelse i regneferdigheten omfatter manglende evne til å beherske basale regnearter som addisjon, subtraksjon, multiplikasjon og divisjon,

snarere enn mer abstrakte matematiske ferdigheter som trengs i algebra, trigonometri, geometri eller komplekse beregninger. Blandet utviklingsforstyrrelse i skoleferdigheter er en dårlig definert restkategori for forstyrrelser der både regne-, lese- og staveferdigheter er tydelig påvirket. Kategorien skal brukes ved forstyrrelser som oppfyller kriteriene for både F81.2 og enten F81.0 eller F81.1.

Lesing omfatter to delferdigheter: avkoding og forståelse. Dysleksi kommer til uttrykk som alvorlige vansker med å avkode skrevne ord og stave dem korrekt. Vanskene synes å ha sin fremste grunn i mangelfulle fonologiske funksjoner, som igjen kan ha en biologisk basis.

Aktuell MRI- og PET-forskning har avslørt avvik i hjernen hos dyslektikere både i spørsmål om struktur og funksjon. Det arvelige innslaget i dysleksi er sterkt, men forskning har også påvist betydningen av tidlige tiltak for å forebygge og avhjelpe dyslektiske vansker (Høien og Lundberg, 1999).

Forekomst av dysleksi i skolealder i Norge antas å være på ca. 4 %. Det forekommer hyppigere hos gutter enn hos jenter med en kjønnsratio på 3,5:1 (Grøholt, Sommerschild, & Garløv, 2008). Tvillingstudier og familiestudier har bekræftet at genetiske faktorer er av betydning for utvikling av dysleksi. Det kan se ut som om det kan finnes forskjellige genetiske mekanismer for ulike aspekter ved utvikling av leseferdigheter (Asbjørnsen, 2002).

Magnetresonansstudier har vist asymmetrier i temporale språkområder og i planum temporale hos dyslektikere. Nyere studier viser at store deler av hjernen er involvert i de sammensatte prosessene som foregår under lesing og skriving.

Oppfølgingsstudier viser at en betydelig andel av de personer som har alvorlig dysleksi i barnealder har fortsatte lese-skrivevansker opp i voksen alder. De praktiske konsekvensene av persisterende dysleksi ser ut til å variere ut fra sosiale forhold, opplæring og muligheter for å finne arbeid der ikke lese-skrivevanskene har så stor innflytelse.

Tiltak i forbindelse med dysleksi må ta utgangspunkt i en grundig og omfattende diagnostisering både av lese- og skrivevanskene. Også andre språklige og kognitive tester bør trekkes inn i diagnostiseringsarbeidet for å få en allsidig og grundig vurdering av vanskene. Det er og viktig å få undersøkt syns- og hørselsfunksjonene, slik at ikke lese- og skrivevansker som er forårsaket av sansemessige defekter, forveksles med dysleksi (Høien og Lundberg, 1999).

Studier av førskolebarn og yngre skolebarn viser at trening i såkalt «fonologisk bevissthet» kan redusere forekomsten av dysleksi (Høien og Lundberg, 1999). Skolebarn og voksne vil trenge individualisert plan for trening av lese- og skrivefunksjoner.

F82 Spesifikk utviklingsforstyrrelse i motoriske ferdigheter

Tilstanden er i ICD-10 definert som: Forstyrrelse kjennetegnet ved alvorlig svikt i utviklingen av motorisk koordinasjon, og som ikke kan forklares ved generell psykisk utviklingshemming eller av spesifikk medfødt eller ervervet nevrologisk lidelse alene. I DSM-IV og DSM-5 brukes betegnelsen Developmental Coordination Disorder (DCD). Andre betegnelser er: «clumsy child»-syndrom, utviklingsmessig dyspraksi og utviklingsmessig koordinasjonsforstyrrelse.

Ved utvidet nevrologisk eller nevromotorisk undersøkelse vil en finne synkinesier og andre motoriske forstyrrelser, eller tegn på sviktende koordinering av fin- eller grovmotorikk, ofte kalt "neurological soft signs". Det er ikke sjelden at barn med denne type problemer greier enkeltøvelser, men har store problemer når flere bevegelser skal settes sammen.

Ytterligere beskrivelser og drøfting av denne type vansker finnes i kapittelet om SOMATISK VURDERING, BARNE-NEUROLOGISK UNDERSØKELSE og SPESIFIKK UTVIKLINGSFORSTYRRELSE I MOTORISKE FERDIGHETER.

F83 Blandet utviklingsforstyrrelse i spesifikke ferdigheter

Denne kategorien omfatter forstyrrelser der det foreligger blanding av spesifikke forstyrrelser i tale og språk, innlæring og motorisk utvikling, men der ingen av disse dominerer tilstrekkelig til å utgjøre hoveddiagnosen. Denne blandingsgruppen skal bare brukes der det foreligger en betydelig overlapping mellom hver av de spesifikke utviklingsforstyrrelsene.

Ved disse tilstandene er det vanligvis en viss grad av generell svikt i kognitive funksjoner.

Kategorien skal derfor brukes ved forstyrrelser som oppfyller kriteriene for to eller flere av kategoriene beskrevet under F80.-, F81.- og F82.

F88 Andre forstyrrelser av psykologisk utvikling

I ICD-10 nevnes "utviklingsmessig agnosi" som eneste kategori. Det er imidlertid andre typer lærevansker som kan være aktuelle her eller som inkludert i F82.

Non-verbale lærevansker

Tradisjonelt har denne betegnelsen vært knyttet til barn og ungdom som skårer signifikant lavere på ikke-verbale tester i generelle evneprøver. Vanskene vil ofte vise seg gjennom visuomotoriske problemer, rom-retningsvansker, vansker med taktil oppfatning, motorisk dyspraksi og ulike vansker i sanseoppfatning, hukommelse og læring (Urnes & Eckhoff, 2009). Denne type lærevansker er ofte assosiert med andre spesifikke utviklingsforstyrrelser og ulike diagnoser på akse I, hyppigst Aspergers syndrom. MBD/DAMP MBD-begrepet ble konstruert på 1960-tallet for å kunne bedre ivareta barn med sammensatte utviklingsforstyrrelser. Gillberg (1995) har videreført dette i begrepet DAMP – Disorders of Attention, Motor Function, And Perception. I denne sammenhengen har ofte fokus vært knyttet til disorders of attention som tilsvarende diagnosene hyperkinetisk forstyrrelse eller AD/HD. Imidlertid vil mange barn som oppfyller kriterier for AD/HD også ha forsinket utvikling på flere områder. I ICD-10 vil det da kunne være aktuelt med diagnoser på akse II.

Hos barn med blandet spesifikk utviklingsforstyrrelse vil en noen ganger ha sannsynlige årsaksmessige forklaringer, for eksempel medisinske syndromer, sekvele etter hjerneblødning ved prematuritet eller annet. Hos de fleste vil en ikke kunne identifisere sannsynlige etiologiske faktorer. Mange med blandet utviklingsforstyrrelse vil også ha signifikante konsentrasjonsproblemer og kan oppfylle kriterier for AD/HD, oftest av subtype Predominantly Inattentive Type. Det kan derfor være vanskelige differensialdiagnostiske vurderinger for denne pasientgruppen.

Referanser

1. American Psychiatric Association. (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV-TR. Washington DC: Author.
2. Andrup, G., Janson, H., Gjørnum, B. (2008) NUBU-4. Nevromotorisk undersøkelse for barn og ungdom fra 4 til 16 år. Universitetsforlaget. R-BUP.
3. Asbjørnsen A. (2002). Dysleksi. I: Gjørnum B, Ellertsen B, (red.) Hjerne og atferd. Universitetsforlaget, Oslo.
4. Gillberg C. Clinical Child Neuropsychiatry. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
5. Grøholt B, Sommerschild H. og Garløv I. (2008). Lærebok i barnepsykiatri 4. utg. Universitetsforlaget.
6. Skjeldal O., Gjørnum B. (2002). Den barnenevrologiske undersøkelse. I: Gjørnum B, Ellertsen B, (red.) Hjerne og atferd. Universitetsforlaget, Oslo. Sundby J. (2002). Spesifikke språkforstyrrelser. I: Gjørnum B, Ellertsen B, (red.) Hjerne og atferd. Universitetsforlaget.
7. Urnes AG, Eckhoff G. (2009). Nonverbale lærevansker. Universitetsforlaget, Oslo. WHO. (1996). Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders. Cambridge University Press, Cambridge.

Gjennomgripende Utviklingsforstyrrelser (Autismespekterforstyrrelser)

Eili Sponheim og Elen Gjevik

Aktuelle diagnoser ICD-10

F84 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser

F84.0 Barneautisme

F84.1 Atypisk autisme

F84.2 Retts syndrom

F84.3 Annen disintegrativ forstyrrelse i barndommen

F84.4 En forstyrrelse med overaktivitet assosiert med mental retardasjon og bevegelsesstereotyper

F84.5 Aspergers syndrom

F84.8 Andre gjennomgripende utviklingsforstyrrelser

F84.9 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, uspesifisert

Aktuelle diagnoser DSM-IV

Pervasive Developmental Disorders:

- Autistic Disorder
- Rett's Disorder
- Childhood Disintegrative Disorder
- Asperger's Disorder
- Pervasive Developmental Disorder NOS

Aktuelle diagnoser DSM 5

- Autism Spectrum Disorders

Definisjon

Betegnelsen Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (ICD- 10) eller Pervasive Developmental Disorders (PDD) (DSM-IV) er nå oftest erstattet av betegnelsen autismespekterforstyrrelser, eller Autism Spectrum Disorders (ASD), og det er den vi vil bruke i dette kapittelet. I DSM-5 er de fire ulike diagnosene i DSM-IV erstattet med diagnosen Autism Spectrum Disorder. Denne viktige endringen erkjenner at en diagnose best reflekterer dagens kunnskap når det gjelder autisme. Det er gitt mulighet for å gradere ASD som mild, moderat eller alvorlig og spesifisere om det foreligger ASD med eller uten mental retardasjon, språkforstyrrelse eller med medisinsk, genetisk eller miljøbettinget tilstand. Det er forventet at ICD-11 vil foreta endringer av samme type som i DSM-5.

ASD omfatter en gruppe tilstander alle kjennetegnet ved avvik i gjensidig sosialt samspill og kommunikasjonsmønstre, og stereotyp og repetitivt atferdsmønstre. Diagnosene forutsetter en atferd innen disse områdene som avviker i forhold til barnets mentale alder.

I det følgende vil betegnelsene fra ICD-10 og DSM-IV bli benyttet der dette er naturlig. Barneautisme, Asperger syndrom og uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, i DSM IV betegnet som PDD nos, vil være tilstandene en oftest møter i barne- og ungdomspsykiatrisk praksis.

Barneautisme representerer undergruppen med det mest alvorlige avviket.

Barneautisme opptrer hos barn på alle evnenivå, men en betydelig andel er mentalt retarderte. Av de med mental retardasjon er omtrent halvparten språkløse. Diagnosen Aspergers syndrom forutsetter vanlig god læringsevne og det skal ikke foreligge noen signifikant generell språkforsinkelse. Barn med Asperger syndrom har imidlertid ofte et avvikende bruk av språket.

Kriteriene for bruk av diagnosen atypisk autisme og PDD nos er uklare, og grenseoppgangen mellom avvik og normalvariasjon kan by på vansker. Det er viktig å forholde seg til kriteriet om at avviket skal medføre en funksjonssvikt før en diagnose stilles.

Forekomst

ASD regnes ikke lenger som en sjelden tilstand. Nyere studier angir en forekomst på 0,6 % for hele spekteret, mens forekomsten av barneautisme regnes til 0,13 %, og Aspergers syndrom ca. 0,03 %. PDD nos er i enkeltstudier funnet å være den mest prevalente undergruppen¹. Antallet barn diagnostisert med ASD har økt betydelig de siste tiårene. Det er sannsynlig at dette skyldes økt oppmerksomhet om tilstandene, bedre diagnostiske verktøy og inklusjon av nye undergrupper som Asperger syndrom og PDD nos. Det foreligger ikke holdepunkt for økt insidens av ASD, men dette kan foreløpig heller ikke utelukkes.

Årsaksforhold

Genetiske faktorer spiller en stor rolle for utvikling av ASD. Miljøfaktorer regnes også å være av betydning, men spesifikke er ikke påvist. Barneautisme regnes som den mest genetisk forklarte av alle barnepsykiatriske tilstander med over 90 % konkordans hos en enegget tvilling for diagnose eller liknende funksjonsvansker. Per i dag kan genetiske avvik påvises hos 10–20 % av alle med ASD. Et og samme genetiske avvik forklarer imidlertid ikke mer enn 1–2 % av tilfellene. Kjente genetiske avvik omfatter Fragilt X, tuberøs sklerose, 22q delesjon, kardiofasialt syndrom og Angelmanns syndrom².

Sammenheng mellom vaksiner og utvikling av autisme (ASD) er avvist i flere senere studier. Dette er likevel forhold som overvåkes nøye³. Det har vært betydelig fokus på betydningen av diettfaktorer for utviklingen av autisme. Det er ikke evidens for en slik sammenheng og heller ikke tilstrekkelig evidens for å anbefale behandling i form av diett⁴.

Komorbiditet

Både somatiske og psykiatriske lidelser forekommer hyppig samtidig med ASD.

Forekomsten av somatiske lidelser øker med grad av mental retardasjon. Av de med barneautisme vil ca ¾ ha mental retardasjon, hvorav halvparten i alvorlig grad. Inntil 1/3 av barn med barneautisme utvikler epilepsi enten fra tidlig småbarnsalder eller omkring puberteten⁵. Andre hyppige somatiske tilleggspolproblemer er motoriske vansker, søvnvansker, allergi, matintoleranse, selvskadende atferd, enurese og enkoprese.

Barn med ASD kan utvikle hele spekteret av psykiatriske lidelser og det er belegg for at minst 2/3 av alle har en eller flere psykiske tilleggslidelser⁶. Angstlidelser, hyperkinetiske forstyrrelser og depresjon regnes som de hyppigste, men aggressiv og utagerende atferd forekommer også hyppig.

Differensialdiagnoser

ASD er definert ved et visst antall enkeltsymptomer som til sammen danner et spesifikt mønster. Enkelte symptomer sees imidlertid hyppig også ved andre psykiatriske lidelser og grenseoppgangene til andre tilstandsbilder kan være vanskelig:

- Psykisk utviklingshemning
- Spesifikke forstyrrelser av tale og språk
- Selektiv mutisme
- Tvangslidelse
- Schizofreni med tidlig debut
- Schizoid personlighetsforstyrrelse
- Hyperkinetisk forstyrrelse
- Angstlidelse
- Tilnytningsforstyrrelse

Kvasi-autistiske mønster: Barn som har vokst opp i ekstremt depriverte miljø synes å ha økt sjanse for utvikling av funksjonssvikt som kan minne om autisme. Disse barna vil ha effekt av normalisert miljø, men uten å oppnå vanlig sosial funksjon. De avviker fra ASD ved en større sosial interesse og et større emosjonelt engasjement, samt bedre lekeferdigheter⁷.

Non-verbale lærevansker: Vansker med oppfatning, bearbeiding og integrering av sansestimuli, kombinert med god verbal uttrykksevne blir av enkelte betegnet som non-verbale lærevansker. Dette er ikke en formell diagnose verken i ICD-10 eller DSM-IV. Vanskene kan til forveksling ligne beskrivelsen av Aspergers syndrom eller atypiske former av ASD og barna profiterer på lignende tilnærming⁸.

Utredning

Barn med ASD utredes både innen barne- og ungdomspsykiatri og pediatri. Ofte vil barn med moderat til alvorlig mental retardasjon, og med mistanke om nevrologiske lidelser, henvises til barneavdelinger/ habiliteringsteam, mens barn henvises til BUP når de har vansker som i hovedsak kommer til uttrykk i atferd.

Utredningen forutsetter et tett samarbeid mellom ulike faggrupper. Barnepsykiater/lege har en sentral rolle, og har ansvar for anamneseopptak, medisinsk utredning, samt vurdering av eventuelle medisinske og psykiatriske tilleggslidelser, og er sentral i å formulere den endelige diagnosen.

ASD diagnosene er deskriptive og stilles på bakgrunn av en helhetsvurdering av symptomer, utviklingshistorie og forløp, opp mot de diagnostiske kriteriene i ICD-10/DSM-IV. Den generelle barnepsykiatriske anamnesen og den kliniske observasjonen danner basis i utredningene. Standardiserte intervjuer og observasjoner er hjelpemidler og sikrer en mer reliabel diagnose.

Utredningen ved barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger og poliklinikker omfatter:

Anamnese

Lege gjennomfører anamneseopptaket med barnets foreldre eller nærmeste omsorgspersoner som informanter. Anamnesen bør inneholde informasjon om:

- nåværende fungering, bekymringsatferd, tidspunkt for første bekymring
- svangerskap/fødsel/nyfødtpperiode
- utvikling: språklige/kommunikative, motoriske og sosiale milepæler, evt. tap av ferdigheter
- anfallssuspekterte episoder, kramper
- naturlige funksjoner (søvn, spisevaner, mage- og tarmfunksjoner, enurese/enkoprese)
- andre/tidligere sykdommer (somatiske, psykiatriske)
- sykdom/utviklingsavvik i familien

- psykososiale faktorer: hjem (økonomi, fysiske forhold), barnehage, skole, eventuelle belastende
- faktorer i barnets miljø (omsorgssvikt, overgrep)
- tidligere tiltak/behandling, og effekt av disse.

Standardisert intervju:

Autism Diagnostic Interview-Revised, ADI-R er et seminstrukturert intervju som gjennomføres med barnets nærmeste omsorgspersoner⁹. ADI-R er korrelert til diagnosekriteriene i ICD-10 og DSM IV. Det genereres sumskårer som angir om barnet skårer tilsvarende barneautisme. For de andre undergruppene er det ikke tilsvarende absolutte verdier noe som gir rom for betydelig skjønn. Det kreves opplæring i intervjuet og tilgang til manual fås ved å gjennomføre slike kurs.

Kartlegging av psykiatiske tilleggslidelser

Det kan være utfordrende å vurdere psykiatiske tilleggslidelser hos barn med ASD. Symptomene på ASD og eventuelle tilleggslidelser er ofte overlappende. Kliniker må ha god kjennskap både om grunnsymptomene ved ASD og symptomene på eventuelle tilleggslidelser. Fordi mennesker med ASD-diagnose kan ha vansker med å reflektere om seg selv vil det være mest aktuelt å hente informasjon fra foreldre.

Standardiserte intervju:

Det er ikke utviklet spesialiserte instrumenter for vurdering av psykiatiske tilleggslidelser hos mennesker med ASD. Kiddie- SADS anbefales brukt¹⁰. I ny versjon er det screeningspørsmål om Autism Spectrum Disorders, men diagnostikken er begrenset til Asperger og PDD NOS med et eget underhefte om det samme.

Observasjon og samtale med barnet/ungdommen

En godt strukturert og kjent situasjon kan maskere for mange av de typiske vanskene mennesker med ASD viser. I ustrukturerte situasjoner viser de ofte et lite variert atferdsrepertoar og sammen med jevnaldrende vil det sosiale avviket være tydeligst. Lek og sosial samhandling er preget av mangel på "som-om-kvalitet" eller fantasi og forestillings-evne. Det er viktig at observasjon skjer i ulike situasjoner: sammen med foreldre, i barnhage/skole og i strukturerte testsituasjoner. En vil se etter om atferden er aldersadekvat, forsinket eller kvalitativt avvikende.

Ved klinisk atferdsobservasjon ser man etter:

- Interaksjon/kommunikasjon med foreldre/jevnaldrende
- Lekeatferd /fantasi, sammen med jevnaldrende/alene med lekemateriell
- Generelt funksjonsnivå: språklig, sosialt, motorisk; sterke/svake områder
- Spesifikk problematferd
- Stress symptomer (stresset av å ikke forstå, eller kunne gjøre seg forstått/uforutsigbarhet)

Standardisert observasjon:

Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) er en standardisert protokoll for å observere sosial og kommunikativ atferd¹¹. Ulike moduler er laget for ulike utviklingstrinn og kan brukes i hele barne- og ungdomsalderen. Det genereres sumskårer som angir om barnet skårer tilsvarende barneautisme/autistisk forstyrrelse eller innen spekteret. Det kreves opplæring i intervjuet og tilgang til manual fås ved å gjennomføre slike kurs.

Medisinsk utredning

Hensikten med den medisinske utredningen er å avdekke mulige sammenhenger mellom spesifikke medisinske forhold

og utviklingsforstyrrelsen, samt å kartlegge eventuelle somatiske tilleggslidelser. Kartlegging er viktig for planlegging av tiltak og tilrettelegging av miljøet rundt barnet.

Medisinsk utredning skal alltid omfatte:

- Generell somatisk status:
 - høyde, vekt, hodeomkrets
 - syn, hørsel
 - organstatus
 - spesielle kjennetegn
- Orienterende neurologisk undersøkelse
 - hudfenomener
 - reflekser
 - koordinasjon
 - grov- og finmotorikk
 - soft signs

Supplerende utredning planlegges på bakgrunn av det kliniske bildet. Vurderingen av hvilke supplerende undersøkelser som bør gjøres kan være vanskelig. Det er også en avveining som barnepsykiater selv skal administrere utredningen, eller henvise barnet til pediater. På dette punktet må barnepsykiater være bevisst egen erfaring og kompetanse. Barn med uvanlig klinisk bilde, stagnasjon eller tap av ferdigheter og alvorlig mental retardasjon bør alltid henvises videre. Terskelen for å henvise til EEG og cerebralt MR bør være lav hos alle barn med ASD. Spesielt skal en være oppmerksom på at epilepsi kan debutere ved puberteten.

Supplerende medisinske undersøkelser kan omfatte:

- Blodstatus: jern, leverfunksjon, thyroideafunksjon, cøliaki screening
- Woods lampe ved mistanke om tuberøs sclerose
- Kromosomundersøkelse i forhold til Retts syndrom (MECP 2), Fragilt X, 22q11, eventuelt andre syndromer (Angelman syndrom)
- Barn med krampes eller epilepsisuspekterte anfall henvises alltid til EEG, telemetri ved uklare anfall og evt nattlig registrering (EMBLA); søvndeprivert EEG ved spørsmål om subklinisk epilepsi
- Cerebralt MR
- Omfattende synsundersøkelse
- Omfattende hørselsundersøkelse
- Metabolsk utredning, inklusive spinalvæskeundersøkelse og øyenbunnsundersøkelse i forbindelse med MR-narkose

Kartlegging av kognitive funksjoner

Kognitiv utredning er viktig for å planlegge tiltak og for å legge til rette for et godt læringsmiljø, og er dessuten nødvendig for å stille rett diagnose innen spekteret. Det er ingen spesifikk kognitiv profil knyttet til de ulike undergruppene, men ujevne profiler er regelen. Manglende/reduert ekspressivt språk eller språkforståelse utelukker ikke gode evner til å løse oppgaver med visuell og konkret informasjon (ikke-verbale evner).

Obligatorisk utredning:

- Evnenivå, verbalt og nonverbalt

Supplerende utredning:

- Oppmerksomhets- og hukommelsesfunksjoner
- Eksekutive funksjoner (organisering og resonnering/analyse og planlegging)
- Psykomotorisk tempo
- Visuo-spatiale funksjon (evne til å oppfatte visuelle inntrykk)

Aktuelle tester:

Wechsler skalaene avhengig av utviklingsalder (evnetester), Stanford-Binet (evnetest), Leiter International Performance Scale, Leiter-R. (ikke-verbal evnetest), Bayley Scales of Infant Development, Nevromotorisk testbatteri.

Kartlegging av språk

Språkvanskene ved ASD er ofte av pragmatisk karakter. Et godt ordforråd kan maskere en mangelfull språkforståelse, og de som mangler språk kan ha god forståelse av konkrete eller piktogrammer. Å kartlegge faktisk språkfunksjon er nødvendig for å legge til rette for læring og for å avdekke om barnet er i et miljø som tar hensyn til barnets kommunikative utviklingsnivå. At barnet ikke forstår det omgivelsene prøver å kommunisere, og omvendt at omgivelsene ikke forstår barnet, er en vanlig grunn til atferdsproblematikk. Forut for å vurdere medisinerings av problematferd skal alltid språk- og evnenivå være kartlagt.

Obligatorisk utredning:

- Språkforståelse og språkferdigheter (impresivt og ekspressivt språk)

Supplerende utredning:

- Vokabular
- Artikulasjon
- Pragmatikk
- Sosialt bruk av språk

Aktuelle tester:

Wechsler-tester, verbal del, Reynell språktest, ITPA (Illinois test of psycholinguistic abilities)

Kartlegging av adaptive ferdigheter

Adaptive ferdigheter eller tilpasningsferdigheter sier noe om faktiske fungering i dagliglivet. Mennesker med at ASD som har gode kognitive funksjoner målt i tester, kan ha store vansker med å bruke det de kan på en adekvat og hensiktsmessig måte i dagliglivet. Kartlegging av adaptive ferdigheter gir derfor viktig informasjon når behovet for tiltak og tilrettelegging skal vurderes.

Standardisert intervju:

Vineland Adaptive Behaviour Scales, Vineland II er et mye brukt semi-strukturert intervju for kartlegging av adaptive ferdigheter¹². Vineland gjennomføres med foreldre eller andre som kjenner barnet godt, og kartelegger ferdigheter innen fire områder; sosial kompetanse, språk, motorikk og selvhjelps ferdigheter (ADL funksjoner)

Tiltak og behandling

Organisering av tjenester for barn og unge med ASD varierer. Enkelte steder er barne- og ungdomspsykiatrien tillagt ansvaret for barn og unge med autisme. Andre steder ligger ansvaret hos habiliteringsteam. Regionale fagmiljø for autisme er opprettet i alle helseregioner og vil ha oversikt over hvor kompetanse finnes.

Det er viktig at det tenkes livslangt og helhetlig om opplæring, arbeid, fritid og bolig. Effektivt samarbeid mellom ulike instanser og foreldrene er nødvendig. Ansvarsgruppe med klart mandat og utarbeiding av individuell plan anbefales. Økonomiske og sosiale støtteordninger er viktige tiltak.

Tidlig diagnose og igangsetting av tiltak etterstrebes for å redusere tiden foreldrene må leve i uvisshet og for å forebygge utvikling av uhensiktsmessig kommunikasjon hos de med dårlig språkfunksjon. Barnets videre utvikling vurderes fortløpende for å måle effekt av tiltak, og for å sannsynliggjøre eller endre tentativ diagnose.

Overordnet mål for behandlingen er å utvikle barnets kommunikative og sosiale ferdigheter. Behandlingsprogram må tilpasses det enkelte barn/ungdom og dets familie. Pedagogisk tilnærming og atferdsmodifiserende strategier er behandlingsformer som har vist seg å være effektive. For de dårligste barna tilrettelegges miljøet mest mulig visuelt og forutsigbart.

Medikamentell behandling

Det fins ingen autismespesifikk medikasjon. Medikamentell behandling rettes mot enkeltsymptomer eventuelt tilleggs lidelser og da etter vanlige regimer. God epilepsibehandling er obligatorisk når epilepsi er påvist. Medisinering skal aldri være eneste intervensjon og generelle tiltak skal alltid danne basis i behandlingen.

Risperidon har best dokumentert effekt ved irritabilitet, selvskadende atferd, sinneutbrudd og aggresjon. Stimulantia har vist effekt ved ADHD symptomatologi, men noradrenerge reopptakshemmere, antipsykotika og alfa-adrenerge antagonister kan også være aktuelle. Angst og depresjon behandles etter vanlige retningslinjer for disse tilstandene. Serotonin reopptakshemmere kan prøves ved tvangssymptomer og rigiditet, men det er usikre forskningsresultat som støtter dette. Ved søvnvansker skal vanlige retningslinjer følges, men melatonin kan prøves om en ikke lykkes ved andre tiltak, selv om effekt ikke er dokumentert i kontrollerte studier¹³.

Oppfølging og evaluering er nødvendig. Seponeringsforsøk bør prøves regelmessig samtidig med at det kontinuerlig evaluering om barnets/ungdommens miljø virker hensiktsmessig tilrettelagt.

Psykoterapi

Barn og unge med mindre kognitive vansker kan ha nytte av kognitivt baserte terapiformer og støttesamtaler. Det er positive erfaringer med gruppetilnærming hvor det å møte andre med samme interesse kan skape sosial tilhørighet og bedre innsikt¹⁴.

Behandlingssjekkliste

- Ansvarsgruppe og individuell plan
- Prioritering av symptomer og intervensjon rettet mot spesifikke symptomer/ komorbide tilstander,
- Tilrettelegging av rammebetingelser (fysisk tilrettelegging, visuelt, forutsigbart – TEACCHprinsipp for de svakeste)

- Læring etter atferdsterapeutiske prinsipper for de svakeste (skole/barnehage)
 - Språk/kommunikasjon
 - Spesifikk opplæring (trening)
 - Fysisk
 - Dagliglivsferdigheter(ADL-ferdigheter)
 - Sosial trening
 - Jobbtrening
- Individuell terapi evt. gruppeterapi for de med kognitive forutsetninger
 - Kognitive terapiformer
 - Grupper med utgangspunkt i felles interesser
- Psykososiale tiltak
 - Støttekontakt, avlastning
 - Økonomi: grunnstønad, hjelpestønad mm
 - Informasjon om foreninger/regionale fagmiljø
- Opplæring av familie/støttepersoner/primærpasient
 - Psykoedukative prinsipper
 - Evt. grupper for søsken
 - Evt. genetisk veiledning
- Monitorering av utvikling og effekt av tiltak
- Oppfølging av somatiske forhold

Ulike hensyn på bakgrunn av alder

- **Førskolealder:** Klinisk bilde varierer, men kjernesymptomene er alltid til stede. Arbeidet med kontakt og kommunikasjon er sentralt. Tema i familiearbeidet er praktisk hjelp, sorgarbeid, søskens reaksjoner og hjelp til å oppnå en balanse mellom den enkeltes egne behov, familiens og barnets behov.
- **Skolealder:** Innen 6-7 års alder vil skillet være tydelig mellom barn som utvikler språk og de som ikke gjør det. Prognosen for det enkelte barn blir sikrere. Trening i sosiale ferdigheter er spesielt viktig. Langtidsperspektivet må alltid være en viktig del i planleggingen fra skolealder av.
- **Ungdom:** Perioden er ofte vanskelig og alvorlig depresjon med selvmordsfare kan utvikles. Omstillingen til ungdomskulturens raske skiftinger i sosial form og kommunikasjon er vanskelig for mennesker med ASD. Kravet til å forstå abstraksjoner øker også i skolen og de innlærte konkrete og kontekstavhengige rutinene fungerer ikke lenger. Debut av epilepsi ved barneautisme kan føre til økt aggressivitet. Seksualitet kan kreve tiltak. Kontakt med habiliteringsteam for funksjonshemmede voksne eller andre bør etableres.

Prognose

For de aller fleste representerer ASD diagnosen en livslang funksjonshemming. Selv for kognitivt høytfungerende er det ofte nødvendig med spesielt tilrettelagt arbeidssituasjon og botilbud.

Prognose er variabel. Viktige faktorer er kognitivt og språklig nivå, kvalitet på opplæringstilbud og foreldrenes engasjement, og ikke minst komorbiditet. Det kliniske bildet endres over tid og varierer med alder, skifte av miljø, spontane svingninger i forløp og debut av epilepsi.

Studier viser en viss bedring i prognose sammenlignet med tidligere antakelser ved at flere er i jobb som voksne (20 % vs. 5 % tidligere), og flere bor alene (12 % vs. 0 %) ¹⁵. Det er trolig store variasjoner i disse tallene som kan

gjenspeile nivå av kompetanse og resurser og en generell økt erkjennelse av de spesifikke vanskene. Men alle studier viser at de aller fleste forblir alvorlig funksjonshemmet, ofte sosialt isolerte og uten jobb som voksne.

Referanser

1. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatr Res* 2009;65:591-8.
2. Abrahams BS, Geschwind DH. Advances in autism genetics: on the threshold of a new neurobiology. *Nat Rev Genet* 2008;9:341-55.
3. Smeeth L, Cook C, Fombonne E et al. MMR vaccination and pervasive developmental disorders: a case-control study. *Lancet* 2004;364:963-9.
4. Levy SE, Hyman SL. Complementary and alternative medicine treatments for children with autism spectrum disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2008;17:803-20, ix.
5. Spence SJ, Schneider MT. The role of epilepsy and epileptiform EEGs in autism spectrum disorders. *Pediatr Res* 2009;65:599-606.
6. Simonoff E, Pickles A, Charman T, Chandler S, Loucas T, Baird G. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47:921-9.
7. Rutter M, Kreppner J, Croft C et al. Early adolescent outcomes of institutionally deprived and non-deprived adoptees. III. Quasi-autism. *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48:1200-7.
8. Urnes A-G, Eckhoff G. *Nonverbale lærevansker*. Oslo: Universitetsforlaget, 2009.
9. Lord C, Rutter M, Le CA. Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord* 1994;24:659-85.
10. Kaufman J, Birmaher B, Brent D et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:980-8.
11. Lord C, Rutter M, Goode S et al. Autism diagnostic observation schedule: a standardized observation of communicative and social behavior. *J Autism Dev Disord* 1989;19:185-212.
12. Sparrow, S. S., Balla, D. A., and Cicchetti, D. V. Survey form manual: Vineland Adaptive Behaviour Scales. 1984. Circle Pines, MN, American Guidance Service. Ref Type: Generic
13. Posey DJ, McDougle CJ. Treating autism spectrum disorders. Preface. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2008;17:xv-xviii.
14. Weidle B, Bolme B, Hoeyland AL. Are peer support groups for adolescents with Asperger's syndrome helpful? *Clin Child Psychol Psychiatry* 2006;11:45-62.
15. Howlin P. Prognosis in autism: do specialist treatments affect long-term outcome? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1997;6:55-72.

Nyttige lenker

www.ullevaal.no/autisme

www.autismeenheten.no

www.autismeforeningen.no

www.isp.uio.no/autisme/

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010

Hyperkinetiske forstyrrelser

Pål Zeiner og Bernhard Weidle

Aktuelle diagnoser ICD-10/ Definisjon

F90.0 Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet

F90.1 Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse

F90.8 Andre hyperkinetiske forstyrrelser

F90.9 Hyperkinetiske forstyrrelser, uspesifisert

F98.9 Andre spesifiserte atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder (som inkluderer oppmerksomhetsforstyrrelse uten hyperaktivitet)

Tilstanden er definert av et karakteristisk mønster med hyperaktivitet, impulsivitet og konsentrasjonsproblemer.

Symptomene må være til stede og gi signifikant nedsatt funksjonsnivå i flere situasjoner, f.eks. hjemme og på skolen.

Symptomer og nedsatt funksjonsnivå må ha vært til stede før fylte 7 år.

I ICD-10 beskrives kliniske karakteristika for diagnosene under F90, mens det under F98.9 er angitt diagnose oppmerksomhetsforstyrrelse uten hyperaktivitet. Det beskrives også at samtidig forekomst av språkvansker, lærevansker og motoriske vansker er hyppig og skal registreres atskilt, men ikke være en del av diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse. Hvis pasienten samtidig fyller diagnosekriteriene for atferdsforstyrrelse, uansett type (F91), skal diagnosen F90.1 benyttes.

Ved diagnostisering i spesialist-helsetjenesten i Norge skal ICD-10 kategoriene brukes, men myndighetene har gitt mulighet for at diagnose AD/HD basert på kriteriene fra DSM-5 kan brukes, fordi de fleste vitenskapelige studier klassifiserer diagnosen etter DSM-systemet. Den diagnostiske betegnelsen Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder, forkortet AD/HD, fra DSM-5 (APA 2013) subklassifiseres i:

- "Combined presentation"
- "Predominantly Inattentive presentation"
- "Predominantly Hyperactive-Impulsive presentation"

I DSM-5 beskrives 9 symptomkriterier på "inattention", hvorav minst 6 må være til stede i mer enn 6 måneder for diagnosen AD/HD Predominantly Inattentive presentation. For ungdom over 17 år og voksne er det krav om minst 5 symptomkriterier til stede.

DSM-5 har 6 symptomkriterier på "hyperactivity" og 3 på "impulsivity" hvorav 6 må være til stede i mer enn 6 måneder for diagnosen AD/HD Predominantly Hyperactive-Impulsive presentation. . For ungdom over 17 år og voksne er det krav om minst 5 symptomkriterier til stede.

For diagnose AD/HD Combined presentation kreves at minst 6 symptomkriterier (5 for 17 år og eldre) for "inattention" og minst 6 (5 for 17 år og eldre) for "hyperactivity/impulsivity" er til stede.

Som i ICD 10 må noen symptomer være til stede i flere situasjoner (f.eks. hjemme og på skolen), ha startet og gitt nedsatt funksjonsnivå før fylte 12 år og virke negativt inn på sosial, akademisk eller yrkesmessig fungering.

Også ICD 10 har en kategori for oppmerksomhetsforstyrrelse uten hyperaktivitet (F98.9). Denne kategorien dekker imidlertid også helt andre diagnoser som ikke har noe med oppmerksomhetsforstyrrelse å gjøre og oppleves derfor som mindre egnet.

I og med at nesten alle forskningsresultater er basert på studier som har anvendt begrepet AD/HD (eller ADHD), brukes i den videre teksten AD/HD som fellesbetegnelse for Hyperkinetisk forstyrrelse og AD/HD.

Generelt om tilstanden / Årsaksforhold

Etiologiske studier har vist at flere ulike faktorer sammen kan føre til utvikling av AD/HD.

- Familie-, adopsjons- og tvillingundersøkelser har vist at genetiske faktorer forklarer en stor del av symptomene på gruppenivå (Faraone 2005), men at dette har mindre forklaringsverdi for hver enkelt pasient.
- Flere studier har identifisert påvirkninger under svangerskapet (bl.a. alkohol, tobakk), fødselskomplikasjoner (bl.a. alvorlig prematuritet med cerebrale blødninger) eller skader oppstått etter fødselen som risikofaktorer for å utvikle AD/HD-symptomer.
- Det er påvist assosiasjon mellom molekylærgenetisk avvik i mange typer reseptorer i hjernen og diagnose AD/HD, samt avvikende blodgjennomstrømningsmønster i ulike deler av hjernen, hos noen av pasientene med diagnose AD/HD.
- Det er mange ulike teorier om kognitive avvik som kan forklare symptomer på AD/HD. Sannsynligvis forekommer ulike subtyper av avvik i hjernens fungering. Noen av de mest omtalte modellene inkluderer nedsatt evne til å stoppe og hemme seg selv (disinhibisjon), forstyrret tidsoppfatning, sent psykomotorisk tempo, nedsatt eller avvikende funksjon i arbeidsminnet (working memory) og nedsatt respons på forsterkere av læring.

Det er så stor heterogenitet i symptombylde, alvorlighetsgrad og forekomst av andre samtidige vansker ved AD/HD at det ikke vil være én forståelsesmodell som passer for alle pasienter.

Forekomst

Tall for forekomst av AD/HD varierer avhengig blant annet av diagnosedefinisjon, vurdering av funksjonssvikt, kjønn og alder på utvalg. De fleste studier av barn og ungdom angir en forekomst i skolealder på 1–2 % når kriterier for Hyperkinetisk forstyrrelser benyttes og på rundt 5 % når kriterier for AD/HD benyttes (SHDir 2009).

Ut fra stor variabilitet av atferden i førskolealder er det vanligvis mer usikkert å diagnostisere AD/HD hos barn yngre enn 4–5 år. Diagnosen stilles hyppigst i løpet av de første årene på skolen. I kliniske utvalg er det klar overvekt av gutter med kjønnsratio fra 2:1 til 9:1.

Differensialdiagnoser / komorbiditet

Hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker er hyppige symptomer som forekommer ved svært mange psykiatriske og somatiske sykdommer, samt ved ulike psykososiale belastninger i familien. I tillegg viser forskningsstudier at rundt 2/3 av pasienter med AD/HD har én eller flere komorbide lidelser. Kartlegging av mulige differensialdiagnostiske og komorbide tilstander er derfor nødvendig. Utredningen må avklare om det er andre diagnoser enn AD/HD som er bedre forklaringer på barnets/ungdommens tilstand (differensialdiagnose), eller om det foreligger andre diagnoser i tillegg til AD/HD (komorbid diagnose).

De vanligste komorbide psykiatriske tilstandene ved AD/HD hos barn er:

- Atferdsforstyrrelse
- Ulike angstlidelser
- Tics
- Depresjon, hovedsakelig hos ungdom
- Kognitive vansker (reduert evnenivå), språkproblemer, spesifikke lærevansker
- Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser/autismespekterforstyrrelser

De samme tilstander må også vurderes som mulig differensialdiagnose. I tillegg må det vurderes om eventuelle somatiske sykdommer (for eksempel epilepsi og nevrologiske sykdommer) eller psykososiale belastninger er å betrakte som bedre forklaringer på pasientens symptomer eller finnes samtidig med AD/HD.

Utredning

Diagnosen baserer seg på atferdskarakteristika hos barnet/ungdommen over tid hjemme, i barnehage/på skole og andre steder. I tillegg til kartlegging av symptomer, varighet, utbredelse og startalder i forhold til AD/HD, må differensialdiagnostiske tilstander og komorbide lidelser avklares.

Omfang av kartlegging vil variere avhengig av hvilke informasjoner som allerede finnes i henvisningen, alder og kompleksitet ved tilstanden, differensialdiagnoser og komorbiditet.

Aktuell kartlegging/kartleggingsinstrumenter er:

- Generelle anamnesticke opplysninger, særlig med vekt på psykomotorisk utvikling, somatisk helse og symptomutvikling over tid.
- Informasjonsinnhenting fra skolen, og vurdering av språk, lesing/skriving/regning og andre skolerelaterte ferdigheter, ev. pedagogisk observasjon
- Semistrukturert diagnostisk intervju for kartlegging av symptomer, varighet, start, utbredelse og betydning for fungering. Det mest brukte er Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (Kiddie-SADS), men også andre er tilgjengelige.
- Spørreskjemaer som kan gi en god oversikt over symptomer slik ulike informanter beskriver det, inklusive barnet/ungdommen selv, foreldre og lærere/førskolelærere. Blant aktuelle skjemaer er:
 - Generelle:
 - Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ), eventuelt i kombinasjon med The Development and Well-Being Assessment (DAWBA) med egne moduler for barnet/ungdommen, foreldre og lærere.
 - Child Behaviour Checklist (CBCL), Teacher Report Form (TRF) og eventuelt Youth Self Report (YSR)
 - Child Symptom Inventory (CSI) / Early Child Inventory (ECI)
 - Spesifikke for AD/HD:
 - ADHD Rating Scale
 - Conners Rating Scale
- Vurdering av kognitiv evne ved bruk av formelle tester, f.eks. WISC.
- Testing av oppmerksomhet og annet ved nevropsykologiske tester, for eksempel Continuous Performance Test (CPT).
- Somatisk undersøkelse, hvis ikke gjort hos henvisende lege eller annen lege

Behandling

Det er vanligvis fornuftig å sette opp en behandlingsplan hvor en forsøker systematisk å vurdere effektene av de ulike

elementene i behandlingen (SHDir 2009).

Tilstanden viser relativt høy stabilitet over tid. Det bør derfor planlegges oppfølging over flere år, oftest i samarbeid med primærhelsetjenesten, skole, PP-tjeneste og ev. andre instanser.

Innhold i et behandlingsprogram vil variere ut fra alder, alvorlighetsgrad, komorbiditet og eventuelle andre samtidige vansker. Informasjon og tilrettelegging hjemme og i barnehage/på skole vil være aktuelt for alle. Ved lette til moderate vansker anbefales å starte med informasjon og opplæringsprogrammer for foreldre, mens en ved moderate til alvorlige vansker vil supplere med andre tiltak.

Metastudier av mange av de behandlinger som har vært prøvd ut ved AD/HD, konkluderer med at den samlede behandlingseffekt er svært liten. Det er også stor spredning i effektene av behandlingene. Dette indikerer at valg av behandling må gjøres ut fra både diagnose og en vurdering av de funksjonsvansker barnet/ungdommen har, så som vansker med arbeidsminnet, vansker med tidsoppfatning, vansker med psykomotorisk tempo og annet.

En grundig kartlegging av funksjonsvanskene vil sannsynligvis være det beste hjelpemiddel for å sette opp behandlingsplanen.

Informasjon/psykoedukasjon

Alle som har med barnet/ungdommen å gjøre i hverdagen bør ha informasjon om tilstanden og behandlingmuligheter. Det bør særlig legges vekt på grundig informasjon til foreldre og kontaktperson på skole/i barnehage. Barnet/ungdommen selv bør i størst mulig grad få direkte informasjon om sine vanskeligheter og sine sterke sider. Studier har vist at systematisk psykoedukasjon over tid er nødvendig for at øvrig behandling skal gjennomføres etter oppsatt plan.

Pasientforeningen, ADHD Norge, vil kunne hjelpe mange både med informasjon, kurs, møter og andre tiltak (for eksempel fritidsaktiviteter) som ivaretar den enkelte pasient og familien.

Programmer for å avhjelpe atferdsvansker

Mer enn 50 % av barn og ungdom med AD/HD har samtidige en atferdsforstyrrelse. Ulike programmer for å redusere atferdsvansker har blitt utviklet for forskjellige alderstrinn. Disse programmene går systematisk gjennom forståelse av atferdsvansker, forsterkning av ønsket atferd samt tiltak for å forhindre episoder med opposisjonell atferd og fastlåst uheldig samspill med omsorgspersoner.

I Norge har følgende programmer blitt utprøvd:

- "De utrolige årene" (Webster-Stratton) er et program for førskolebarn med atferdsvansker med tilbud til både barna, foreldre og førskolelærere. I en norsk studie er det vist at barn med samtidig AD/HD viser bedring, men vil kunne ha behov for tilpasset program med tettere oppfølging fra foreldre/førskolelærer (www.deutroligearene.no).
- "Parent Management Training (PMT)" for barn i skolealder, vanligvis opp til 12 år, er et program for foreldre som også inkluderer sesjoner for lærere. En norsk studie har vist at barn med atferdsforstyrrelse med og uten AD/HD har samme effekt av behandlingen. Studien viste bedring av atferdsvansker hjemme, bedre sosial fungering på skolen og at effekten var størst når barnet var under 8 år (www.atferdssenteret.no).
- "Multisystemic Therapy (MST)" som er utviklet for ungdom med alvorlige atferdsforstyrrelser har vært utprøvd systematisk i Norge. I studien ble det ikke gjort systematisk diagnostisering slik at en ikke vet om ungdom med AD/HD har mer eller mindre nytte av slik behandling. Ungdom i studien bedret sin sosiale kompetanse, men viste ikke signifikant mindre atferdsvansker (www.atferdssenteret.no).

Studier har vist at det ved AD/HD bør gjøres modifikasjoner av programmene slik at foreldre hjelpes til tettere oppfølging på grunn av barnets vansker med oppmerksomhet og impulsivitet

Spesialpedagogiske tiltak

En stor andel av barn og ungdom med AD/HD vil trenge ekstra hjelp i barnehage/på skole. Bistand vil kunne være aktuelt i forhold til hyperaktivitet, impulsivitet, konsentrasjonsvansker, lærevansker eller komorbide vansker. Tilrettelegging gjennomføres vanligvis i samarbeid mellom barn/ungdom, foreldre, skole og PP-tjenesten. Spesialisthelsetjenesten vil bidra med råd og veiledning i forhold til tilpasningene hjemme/på skolen/i barnehagen ved behov.

Medikamentell behandling

Medikamenter som har indikasjon AD/HD er sentralstimulerende midler, guanfasin og atomoksetin.

Medikamentene har først og fremst effekt på primærsymptomene impulsivitet, hyperaktivitet og konsentrasjonsproblemer. Sekundærproblemer som atferdsvansker vil ofte også bedres noe ved medikamentrespons (www.aacap.org).

I korttidsstudier viser rundt 55–75 % av barn/ungdom med Hyperkinetisk forstyrrelse/ AD/HD respons på sentralstimulerende midler (metylfenidat og amfetamin). Tilsvarende tall for atomoksetin og guanfasin er 55–69 %. Det har vært vanskelig å finne sikre prediktorer for respons på medikamentell behandling.

De mest aktuelle medikamentene er (SLV 2016):

Generisk navn	Handelsnavn	Formulering
Metylfenidat	Ritalin® tabletter Medikinet® tabletter	10 mg 5, 10 og 20 mg
Metylfenidat	Ritalin kapsler m/ modifisert frisetting® Equasym Depot kapsler® Medkinet depotkapsler®	10, 20, 30, 40 og 60 mg 10, 20 og 30 mg 5, 10, 20, 30, 40, 50 og 60 mg
Metylfenidat	Concerta depottabletter® Methylphenidate Sandoz depottabletter®	18, 27, 36 og 54 mg 18, 27, 36 og 54 mg
Racemisk amfetamin	Racemisk amfetamin tabl.®	5 mg
Deksamfetamin	Attentin® Dexamphetamine EssPharm®	5 mg Mikstur 1 mg/ml
Lis-deksamfetamin	Elvanse kapsler®	30, 50 og 70 mg
Atomoksetin	Strattera kapsler® Strattera mikstur®	10, 18, 25, 40, 60, 80 og 100 mg Mikstur 4 mg/ml
Guanfasin	Intuniv depottabletter®	1, 2, 3 og 4 mg

Effekter av medikamentene prøves ut systematisk over noen uker. Selv om effektene av sentralstimulerende midler vanligvis kommer umiddelbart, vil en utprøvsperiode på 3–4 uker gi bedre vurderinger av responsmønster. Effektene av atomoksetin og guanfasin kommer mer gradvis slik at utprøvsperiode på opptil 8–12 uker eller mer kan være nødvendig. Før utprøvsperiode gjøres undersøkelse av høyde, vekt, blodtrykk og puls, samt generell medisinsk vurdering

i forhold til mulige risikofaktorer. Dersom det foreligger kardiale risikofaktorer som forekomst av alvorlig hjerte- og kar sykdom i familien, tilfeller av plutselig hjertedød hos yngre familiemedlemmer eller unormale funn ved hjerteundersøkelser av barnet anbefales henvisning til kardiologisk utredning.

Sentralstimulerende midler

Valg av medikament vil blant annet avhenge av alder, vekt, annen samtidig lidelse og eventuelle andre medisinske forhold. For noen medikamenter er det angitt at de har indikasjon der sentralstimulerende middel/metylfenidat ikke kan brukes eller ikke har gitt tilstrekkelig effekt. Det er ofte aktuelt å starte opp med døgndose på metylfenidat på rundt 0,5 mg/kg. Den endelige dosering av sentralstimulerende midler baseres på vurdering av kliniske effekter. Europeiske retningslinjer anbefaler en dosering mellom 0,5 og 1,3 mg/kg/dag av metylfenidat. De ulike styrker og virkningsprofiler av depotpreparatene tillater å tilpasse behandlingen til pasientens og familiens individuelle behov.

Den vanligste bivirkningen ved utprøving/behandling med sentralstimulerende middel er nedsatt matlyst. Hos noen sees derfor redusert vektøkning den første tiden. Mange erfarer normalisering av matlysten ved langtidsbehandling. Andre bivirkninger er innsovningsvansker, palpitasjoner og lett forhøyelse av puls og blodtrykk. Irritabilitet, emosjonell labilitet og økning av tics kan også opptre. Andre sjeldne bivirkninger kan forekomme. Signifikante bivirkninger forekommer oftere hos yngre barn sammenliknet med ungdom. Data antyder noe nedsatt lengdevekst hos barn ved behandling over flere år, men studier så langt viser ikke redusert slutthøyde i voksen alder. Behandling med sentralstimulerende legemidler gir ikke økt risiko for senere stoffmisbruk.

Atomoksetin:

Studier viser at dosering på 1,2 mg/kg/døgn eller mer er nødvendig for kliniske effekter. Utprøving gjøres med start på 0,5 mg/kg/døgn med gradvis opptrapping til 1,2 mg/kg/døgn. Enkelte studier av barn/ungdom med AD/HD og opposisjonell atferdsforstyrrelse viser at doser på 1,4 mg/kg/døgn er mer effektiv.

De vanlige bivirkninger ved behandling med atomoksetin er nedsatt appetitt, kvalme og tretthet. Hodepine, irritabilitet og hudutslett er også beskrevet. Lett økning av hjertefrekvens og blodtrykk er vanlig. Ved vedvarende kvalme eller tretthet kan en forsøke å dele døgndosen i én morgen- og én kveldsdose eller dosere alt om kvelden. Atomoksetin har i svært sjeldne tilfeller gitt bivirkninger i form av unormale leverfunksjonsprøver og hepatitt.

Guanfasin

Anbefalt startdose 1 mg 1 gang daglig. Dosen kan justeres i trinn på høyst 1 mg/uke. Anbefalt vedlikeholdsdose 0,05-0,12 mg/kg/dag. Det brukes eget skjema for dosetitrering hos barn 6–12 år. Magesmerter, hodepine og tretthet angis som de vanligst forekommende bivirkningene.

Langtidsbehandling

I den amerikanske behandlingsstudien MTA er det påvist at optimalisert medikamentell behandling med sentralstimulerende middel over en periode på 14 måneder ga signifikant bedring av hyperaktivitet, impulsivitet, konsentrasjonsproblemer, sosial fungering og visse skoleprestasjoner. Imidlertid viser oppfølging av deltagere i MTA-studien 3 og 8 år etter avslutning at det ikke er signifikante effekter av den medikamentelle behandling over lengre tid på gruppenivå. Dette er i tråd med andre studier av medikamentell behandling over år. I dette ligger det at noen mister effekten av medikamentet over tid, mens noen sannsynligvis kan ha klare positive effekter over år. Det er derfor nødvendig med systematisk og jevnlig evaluering av virkninger og bivirkninger hos pasienter på langtidsbehandling.

Ved langtidsbehandling med medikamenter skal regelmessig oppfølging gjennomføres. Medikamentbruk, virkninger og bivirkninger skal systematisk evalueres. I tillegg til generell medisinsk vurdering bør høyde, vekt, blodtrykk og puls måles. Dersom det er usikkerhet omkring effekter/bivirkninger, kan en seponeringsperiode være indisert.

I ungdomstiden avtar foreldrenes tilsyn, samtidig som ungdommene har økt tilgang til potensielle farer. Foreldrenes muligheter for å påvirke minker. Tema medisinerer kan bli en "kampsak" i ungdommenes selvstendighetsutvikling, der de ikke ønsker å gjøre eller bruke noe som skiller dem ut fra jevnaldergruppen. Overføring av ansvar for medisinerer til ungdommene og tidlig inkludering i beslutningsprosesser er derfor viktig. Ungdommenes bekymringer og synspunkter må tas alvorlig og man må være en kompetent og troverdig rådgiver.

Når behandling overføres fastlege, bør det rådes til:

- Bestille time minst 1 x årlig for rutinekontroll
- Oppfølging av virkninger og bivirkninger, ev. behov for doseendring
- Behov for oppdaterte opplysninger fra skole til konsultasjon hos lege
- Legeundersøkelse (høyde, vekt, puls, blodtrykk)
- Rehenvisning tilbake til BUP ved behov.

Andre behandlinger

Ulike andre behandlingsmetoder for AD/HD har vært studert i kontrollerte studier. Metastudier viser stor variasjon i resultater slik at det ikke er klare funn i forhold til generell indikasjon for disse behandlingene. En bredere omtale er gitt i «ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse – Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging» [Helse-
direktoratet](https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd): <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd>.

Fra funn fra studier og behandlinger under utprøving kan nevnes:

- Nevrofeedback: Én norsk studie av barn med AD/HD har vist signifikant bedring av nevrofeedback alene eller kombinasjon med medikamentell behandling, mens en annen norsk studie ikke har påvist signifikante effekter.
- Trening av arbeidsminne ved bruk av Cogmed har vist signifikante bedringer av testresultater og atferd i flere studier, mens en norsk studie ikke fant signifikante endringer verken av testresultater eller AD/HD-symptomer. Det er uavklart om trening av arbeidsminne hos barn/ungdom hvor det er påvist signifikante vansker med arbeidsminnet, kan vise signifikante endringer.
- Ernæringsmessige tiltak (bl.a. tilførsel av mineraler, vitaminer og annet, fjerning av næringsmidler i kosten og annet). De mest omtalte ernæringsmessige tiltak de senere år har vært forsøk med tilførsel av omega-3- og omega 6-fettsyrer. Metastudier har ikke vist signifikante positive effekter verken på AD/HD-symptomer eller på testresultater.
- Kognitiv atferdsterapi (individuell- og gruppebehandling) og andre individualterapeutiske metoder. Gruppebehandling basert på metoder fra kognitiv terapi for å bedre ferdigheter for effektiv selvorganisering har vist seg å være effektiv hos voksne. Slike CBT- baserte tilnærminger er også under utprøving hos barn og ungdom.

Trygdestønader/ sosiale hjelpe- og støttetiltak

Informasjon om at det kan være aktuelt for foreldre å søke grunnstønad og/eller hjelpestønad ved mer alvorlig klinisk tilstand bør gis.

Andre støtte- og avlastningstiltak som støttekontakt, weekendhjem og liknende kan også være aktuelt. For barn/ungdom med omfattende vansker med behov for mange hjelpetiltak samtidig bør det settes opp Individuell plan.

Behandling av komorbide tilstander

Ved komorbide tilstander må en vurdere om det skal settes i gang spesifikke behandlingstiltak for tilleggslidelsene. Den empiriske kunnskap om behandling av flere samtidige lidelser er begrenset, men funn så langt indikerer at hver enkelt tilstand kan i utgangspunktet behandles etter generelle prinsipper. Unntaket er noen av programmene for behandling av atferdsvansker (se dette).

Prognose

Hyperaktiviteten reduseres hos mange barn i løpet av utviklingen. Andre ledsagende problemer, f.eks. lette motoriske dysfunksjoner vil også avta. Oppmerksomhetsproblemer og impulsivitet vil vedvare hos ganske mange. Hos ungdom beskrives ikke sjelden skiftninger mellom hyperaktivitet og hypoaktivitet. Tilstedeværelse av komorbide tilstander vil i stor grad påvirke det kliniske bildet over tid.

I og med at de diagnostiske kriteriene for AD/HD ikke er godt tilpasset for voksne, er det varierende data om kontinuitet fra barnealder via ungdomstid til voksen alder. Funn indikerer at rundt 50 % fortsatt fyller diagnosekriteriene i voksen alder, mens 25–40 % har fortsatt symptomer som gir funksjonsvansker, men ikke i tilstrekkelig grad for å fylle diagnosekriteriene.

Referanser/linker

1. [American Academy of Child and Adolescent Psychiatry practice parameters](http://www.aacap.org) www.aacap.org
2. American Psychiatric Association. (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV-TR. Washington DC: Author.
3. Barkley RA. (2006). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press.
4. [Interesseorganisasjonen ADHD Norge](http://www.adhdnorge.no) – www.adhdnorge.no
5. [Preschool ADHD Treatment Study \(PATS\)](http://www.nimh.nih.gov/science-news/2006/preschoolers-with-adhd-improve-with-low-doses-of-medication.shtml): www.nimh.nih.gov/science-news/2006/preschoolers-with-adhd-improve-with-low-doses-of-medication.shtml
6. Programmer for bedring av atferd: www.atferdssenteret.no og www.deutroligearene.no
7. [Helsedirektoratet](https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd): ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse – Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd>
8. [Statens legemiddelverk](http://www.legemiddelverket.no) – www.legemiddelverket.no
9. Taylor, E et al. (2004): European clinical guidelines for hyperkinetic disorder -- first upgrade. Eur Child Adolesc Psychiatry;13 Suppl 1:17-30.
10. [The Multimodal Treatment Study of Children with ADHD \(MTA\)](http://www.nimh.nih.gov/health/trials/nimh-research-treatment-adhd-study.shtml): www.nimh.nih.gov/health/trials/nimh-research-treatment-adhd-study.shtml
11. [The National Institute for Health and Clinical Excellence](http://www.nice.org.uk) guidelines – www.nice.org.uk

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2016

Atferdsforstyrrelser

Pål Zeiner og Finn Magnussen

Avvik i eller forstyrrelser av atferden hos barn og ungdom er som regel bakgrunn for henvisning til spesialisthelsetjenesten for psykiske problemer. Forstyrret, avvikende adferd er ofte del av eller sekundær til andre, mer spesifikke kliniske tilstander, men kan også opptre som en komorbid tilstand.

Protester, irritabilitet, sinneutbrudd og andre liknende atferdsformer kan både være del av normal utvikling og være assosiert med psykiatriske tilstandsbilder. Eksempler på sistnevnte kan være:

- Hyperkinetisk forstyrrelse med reduserte impuls kontroll og forstyrret adferd.
- Språkforstyrrelser der forstyrret adferd kan være uttrykk for at pasienten ikke forstår/ikke får uttrykt seg.
- Tilpasningsforstyrrelse der atferdsvanskene er en reaksjon på en tidligere eller nåværende belastning/livssituasjon
- Schizofreni/bipolar sykdom med bisarr og påfallende atferd som uttrykk for tanke- og affektforstyrrelse.

Diagnose Atferdsforstyrrelse er knyttet til et mønster med opposisjonell, negativ, aggressiv eller antisosial atferd over tid som går ut over fungering i hverdagen. I og med at atferdsforstyrrelse kan være samtidig med annen psykiatrisk sykdom, er derfor bred kartlegging nødvendig. I en diagnostisk oppsummering vil det ofte være mange faktorer som må tas i betraktning. Organisering av forståelse etter modell av kasusformulering vil kunne være nyttig (Stoltenberg, 2007).

Aktuelle diagnoser ICD-10

De aktuelle diagnosene er ICD-10 er:

F 91.0 Atferdsforstyrrelse begrenset til familien

F 91.1 Usosialisert atferdsforstyrrelse

F 91.2 Sosialisert atferdsforstyrrelse

F 91.3 Opposisjonell atferdsforstyrrelse

F 92 Blandede atferds- og følelsesmessige forstyrrelser

I ICD-10 har en valgt ulike måter for subklassifisering:

- Om atferden bare er hjemme (F91.0).
- Ut fra alvorlighetsgrad hvor Opposisjonell atferdsforstyrrelse (F91.3) vanligvis opptre i barnealder med protester, sinneutbrudd, lusing, stjeling og hæververk, mens Usosialisert atferdsforstyrrelse (F91.1) og Sosialisert atferdsforstyrrelse (F 91.2) også innebærer bruk av vold eller kriminalitet vanligvis først vil være aktuell i ungdomsår.
- Om de alvorlige atferdsproblemer med vold og kriminalitet utføres på egen hånd (Usosialisert atferdsforstyrrelse) eller sammen med jevnaldrende, ofte i gjenger (Sosialisert atferdsforstyrrelse).
- Om det er samtidige følelsesmessige forstyrrelser (F92).

Studier viser at det i første rekke er alvorlighetsgraden av atferdsforstyrrelsen som har prognostisk betydning uavhengig av om den foregår alene eller sammen med andre. Inndeling i Opposisjonell atferdsforstyrrelse og Atferdsforstyrrelse (usosialisert eller sosialisert) har derfor best forskningsmessig grunnlag. Atferdsforstyrrelser som bare er til stede hjemme er som regel av mindre alvorlighetsgrad. Kombinasjon av både atferdsforstyrrelse og følelsesmessige

forstyrrelser indikerer en mer alvorlig tilstand med komorbiditet hvor atferdsforstyrrelsen må kartlegges og behandles i tråd med retningslinjer for denne.

I ICD-10, kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer (Statens Helsetilsyn, 1999), gis oversikt over kliniske karakteristika for diagnoser under F91 og F92, men det er ikke satt opp operasjonaliserte kriterier. For diagnoser under F91 kreves at det skal være et forstyrret atferdsmønster i mer enn 6 måneder, for å skille dem fra Tilpasningsforstyrrelser (F43).

Aktuelle diagnoser DSM-IV

De diagnostiske betegnelsene i DSM-IV (APA,2000) er:

- "Conduct Disorder"
- "Oppositional Defiant Disorder"

I DSM-IV beskrives 8 symptomkriterier på Oppositional Defiant Disorder (ODD) inklusive krangel, sinneutbrudd og irritabilitet hvorav minst 4 må være til stede siste 6 måneder og gå ut over fungering sosialt og skolemessig. For diagnose Conduct Disorder (CD) er det 15 symptomkriterier inklusive aggressive atferd, hæververk, tyveri og annen antisosial atferd hvorav minst 3 må være til stede siste 12 måneder og ett siste 6 måneder og gå ut over fungering sosialt og skolemessig. Ved CD skilles mellom debut i barnealder og i ungdomsalder

I de fleste studier av barn og ungdom med atferdsforstyrrelser har kriterier for Conduct Disorder og Oppositional Defiant Disorder fra DSM-IV vært brukt. Forskningsdata omkring CD er ganske omfattende, men empiriske data om ODD er mindre. Funn fra studier av ODD og CD kan i praksis anvendes i forhold til forståelse og behandling av ICD-10-diagnosene Opposisjonell atferdsforstyrrelse og Atferdsforstyrrelse (usosialisert eller sosialisert). I tillegg finnes studier der betegnelsen "Antisocial behaviour" har vært brukt som i praksis ligger nær definisjonen av CD.

I DSM 5 er det gjort enkelte endringer for ODD ved at symptomene er delt i tre hovedgrupper; henholdsvis sinne/irritabilitet, krangling/argumentering og hevngjerrighet. Eksklusjonskriteriet for CD er fjernet. Dessuten er det lagt til en veiledning for frekvens av symptomer nødvendig for diagnose, samt en skala for alvorlighetsgrad. For CD er kriteriene uendret, bortsett fra tillegg av en deskriptiv spesifisering av individer som oppnår fulle kriterier for CD, og i tillegg viser ufølsomhet (callous/unemotional traits).

Forekomst, årsaksfaktorer

Det er stor variasjon i tall for forekomst av Opposisjonell atferdsforstyrrelse. I førskolealder varierer tallene fra 4 til 16 %. Hos barn under 4 år er hyppige protester og sinneutbrudd såpass vanlige at diagnostisering må gjøres med stor forsiktighet. Samtidig vil Opposisjonell atferdsforstyrrelse som regel være til stede før alder 8 år og sjelden debutere i ungdomsalder. Forekomsttall varierer mellom 1 og 16 % avhengig av kriterier, kartleggingsmetoder og alder. Det er tendens til økende symptomatologi med alder. I barnealder er det flere gutter enn jenter som har Opposisjonell atferdsforstyrrelse (Egger and Angold, 2006) .

Forekomst av Atferdsforstyrrelse/Conduct Disorder varierer mellom 1 og 10 % avhengig av kriterier, kartleggingsmetoder og alder. Tallene varierer ut fra den populasjon som er studert. Forekomsten er høyere i byområder, særlig i storbyer med områder med store sosioøkonomiske vansker. Forekomsten er høyere hos gutter/menn (AACAP 1997, AACAP 2007).

Det er sammensatte årsaksfaktorer for utvikling av Opposisjonell atferdsforstyrrelse/Atferdsforstyrrelse der et komplisert samspill av risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer som virker inn på biologiske og psykososiale faktorer. Studier omkring utvikling av Opposisjonell atferdsforstyrrelse/Atferdsforstyrrelse hos barn og ungdom har blant annet vist (Zeiner et al., 1998):

- Det er hyppigere forekomst av Atferdsforstyrrelser, Hyperkinetiske forstyrrelser/ AD/HD, Affektive lidelser og Dys-sosial Personlighetsforstyrrelse i nærmeste familie.
- Alvorlig depresjon hos mor kan være en betydelig risikofaktor.
- Visse temperamentstrekk kan predisponere utvikling av atferdsvansker.
- Det er gjort sammenlikninger mellom atferdsmessige trekk hos barn med usikker tilknytning til voksenperson og Opposisjonell atferdsforstyrrelse.
- Aggressive barn bruker i mindre grad sosiale signaler, tilskriver oftere onde hensikter i jevnaldrendes atferd, finner færre løsninger på problemer og forventer belønning for aggressiv væremåte.
- Økt risiko for Opposisjonell atferdsforstyrrelse/Atferdsforstyrrelse hos barn og ungdom som opplever fattigdom, manglende struktur i hverdagen og vold i nærmiljøet.
- Assosiasjoner mellom fastlåst samspillsmønster i familien (coercive patterns), manglende tilsyn fra foreldre, manglende positiv involvering fra foreldre, inkonsistent barneoppdragelse og omsorgssvikt/mishandling og Opposisjonell atferdsforstyrrelse/Atferdsforstyrrelse.
- For barn med tidlig debut av alvorlig Opposisjonell atferdsforstyrrelse er det ikke ubetydelig risiko for utvikling av alvorlig atferdsforstyrrelse i ungdomsalder med kontinuitet opp i voksen alder. Dyssosial personlighetsforstyrrelse kan være aktuell diagnose i sen ungdomsalder/voksen alder.

Utredning

Diagnosen baserer seg på atferdskarakteristika hos barnet/ungdommen over tid hjemme, i barnehage/på skole og andre steder. I tillegg til kartlegging av symptomer, varighet, utbredning og startalder i forhold til diagnose Opposisjonell atferdsforstyrrelse/Atferdsforstyrrelse, må også en utredning dekke forhold som er nødvendige for vurdering av differensialdiagnostiske tilstander og samtidige (komorbide) lidelser. Multiaksial klassifikasjon og kasusformulering er hjelpemidler for å gi en detaljert dynamisk vurdering av barnet/ungdommen (Stoltenberg, 2007).

Omfang av kartlegging vil variere avhengig av hvilke informasjoner som allerede finnes i henvisningen, alder og kompleksitet ved tilstanden, ikke minst spørsmål om differensialdiagnoser og komorbiditet. En oversikt over kartleggingsverktøy finnes blant annet i Rapport fra Kunnskapssenteret nr 10-2005, samt i AACAP 1997og AACAP 2007.

Aktuelle kartleggingsinstrumenter er blant annet:

- Generelle anamnesticke opplysninger, særlig med vekt på psykomotorisk utvikling, somatisk helse og atferdskarakteristika over tid.
- Spørreskjemaer som kan gi en god oversikt over symptomer slik ulike informanter beskriver det, inklusive barnet/ungdommen selv, foreldre og lærere/førskolelærere. Blant aktuelle skjemaer er:
 - Conners` Rating Scale
 - Strength and Difficulty Questionnaire (SDQ)
 - Youth Self Report (YSR)
 - Child Behaviour Checklist (CBCL)
 - Teacher Report Form (TRF)

- Diagnostisk intervju hvor en kan kartlegge symptomer, varighet, start, utbredning og betydning for fungering. Noen intervjuer er laget for å kunne intervju flere informanter, mens andre er tilpasset én informant. Aktuelle intervjuer er blant annet:
 - Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (Kiddie-SADS) for barnet/ungdommen og/eller foreldre.
 - The Development and Well-Being Assessment (DAWBA) med egne moduler for barnet/ungdommen, foreldre og lærere.
 - The Child Assessment Schedule (CAS) som er intervju av barnet/ungdommen
- Vurdering av kognitiv evne ved bruk av formelle tester, f.eks. WISC.
- Vurdering av språk, lesing/skriving/regning og andre skolerelaterte ferdigheter.
- Observasjon av atferd.
-

Ved spørsmål om Opposisjonell atferdsforstyrrelse/Atferdsforstyrrelse vil det være viktig å kartlegge risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer i barnets/ungdommens miljø. Det bør derfor gjøres grundig vurdering av psykiske vansker hos familiemedlemmer, samspillsmønster i familien, foreldrenes oppdragelse av barnet/ungdommen og barnets/ungdommens samspill med andre.

Differensialdiagnostikk og komorbiditet

Irritabilitet, sinneutbrudd, opposisjon og aggressivitet er svært hyppige symptomer som kan rapporteres ved et stort antall psykiatriske og somatiske sykdommer. Hos barn og ungdom henvist med spørsmål om Opposisjonell atferdsforstyrrelse/Atferdsforstyrrelse er det derfor nødvendig med kartlegging av mulige differensialdiagnostiske tilstander.

Samtidig viser studier at forekomst av annen samtidig (komorbid) lidelse er svært vanlig ved Opposisjonell atferdsforstyrrelse/Atferdsforstyrrelse. Vurdering av differensialdiagnoser og komorbiditet kan derfor være et komplisert arbeid, blant annet fordi flere komorbide lidelser ikke er uvanlig. I det diagnostiske arbeidet vil en måtte ta stilling til om det er andre diagnoser enn Opposisjonell atferdsforstyrrelse/Atferdsforstyrrelse som er bedre forklaringer på barnets/ungdommens tilstand (differensialdiagnose), eller om annen diagnose er i tillegg til og samtidig med Opposisjonell atferdsforstyrrelse/Atferdsforstyrrelse (komorbid diagnose).

Følgende diagnoser i ICD-10 er ekskluderende for diagnose Opposisjonell atferdsforstyrrelse/Atferdsforstyrrelse (F91):

- Affektive lidelser (F30-F39)
- Atferdsforstyrrelse forbundet med følelsesmessige forstyrrelser (F92)
- Atferdsforstyrrelse forbundet med hyperkinetiske forstyrrelser (F90.1)
- Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (F84.-)
- Schizofreni (F20.-)

I DSM-IV er psykose, affektiv lidelse og Conduct Disorder/Antisocial Personality Disorder ekskluderende for diagnose Oppositional Defiant Disorder, mens Antisocial Personality Disorder hos personer 18 år eller eldre er eneste eksklusjonsdiagnose for Conduct Disorder.

Angivelser av komorbide og differensialdiagnostiske tilstander avhenger både av klassifikasjonssystemet (ICD-10 versus DSM-IV), alder, psykososiale forhold og annet. I og med at det meste av forskningen baserer seg på DSM-IV kriterier. De tilstander som angis å være mest aktuelle i vurderinger av differensialdiagnose og komorbiditet er:

- Tilknytningsforstyrrelser
- Hyperkinetisk forstyrrelse/ AD/HD
- Depresjon
- Angstlidelser
- Affektive lidelser
- Psykoser
- Tics
- Tilpasningsforstyrrelser
- Psykiske lidelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer

I tillegg må det vurderes hvorvidt eventuelle kognitive vansker, språkproblemer, spesifikke lærevansker, somatiske sykdommer og tidligere eller nåværende belastninger kan være medvirkende faktorer inn i forståelsen av tilstanden hos den enkelte pasient.

Forebyggende arbeid

Gjennom de senere år har det vært gjennomført mange programmer hvor hensikten har vært å forbygge eller redusere atferdsvansker. De fleste programmene har vært rettet mot førskolebarn, foreldre og barnehager, mens noen programmer også er tilpasset barn opp til 13 år og deres familier/skole. Programmene har henvendt seg direkte til familiene eller via kommunale tjenester. De programmer som har vært i bruk i Norge har vært anvendt i første rekke der hvor det allerede er klare atferdsvansker. De omtales der for under avsnitt om behandling.

I tillegg til dette har det også vært i bruk ulike programmer for å hindre mobbing i skolen fordi mobbing er assosiert med aggressivitet og voldsbruk. De mest brukte programmene på dette området er:

- Zero-programmet som har som målsetning Null- toleranse overfor mobbing, aktiv involvering i hele skolemiljøet og forpliktelse ved at skolens rutiner og normer bygges gjennom hvordan mobbing avdekkes, hvordan mobbesaker løses, hvordan mobbing forebygges og hvorvidt dette er et kontinuerlig arbeid ved skolen.
- Violence in School Training Action (VISTA) er et europeisk samarbeidsprosjekt mot mobbing og vold i skolen.

I de fleste kommuner er det også arbeid, oftest i regi av det lokale barnevern og noen ganger i samarbeid med politi, med tanke på positiv aktivisering av barn og ungdom, samt å hjelpe utsatte grupper for å forhindre antisosial atferd, stoffmisbruk og kriminalitet. For ytterligere informasjon: Se blant annet [Atferdsenteret](http://www.atferdsenteret.no): www.atferdsenteret.no.

Behandling

Siden det ved Opposisjonell atferdsforstyrrelse/Atferdsforstyrrelse som regel er flere faktorer som kan forklare utviklingen av vanskene, må en regne med at det som regel vil være behov for hjelp på ulike områder for å redusere atferdsvanskene. Intervensjonene må vare over tid for å kunne gi signifikante endringer. Det vil ofte være behov for bistand fra flere offentlige instanser samtidig. Der hvor det er behov for samordnet innsats fra mange, vil Individuell plan (se [Helsedirektoratet](http://www.helsedirektoratet.no/habilitering_rehabilitering/individuell_plan/): www.helsedirektoratet.no/habilitering_rehabilitering/individuell_plan/) og etablering av ansvarsgruppe kunne være egnede hjelpemidler. Det er vanligvis fornuftig å sette opp en behandlingsplan hvor en søker systematisk å vurdere effektene av de ulike elementene i behandlingen.

Informasjon/psykoedukasjon

Alle som har med barnet/ungdommen å gjøre i hverdagen bør ha informasjon om tilstanden. Det bør særlig legges vekt på grundig informasjon til foreldre og kontaktperson på skole/i barnehage. Barnet/ungdommen selv bør i størst mulig grad få direkte informasjon om sine vanskeligheter og sine sterke sider.

Intervensjonsprogrammer for å avhjelpe atferdsvansker

Gjennom de senere årene har det vært utviklet og prøvd ut ulike programmer som har hatt som målsetning å forhindre eller redusere utvikling av atferdsforstyrrelser hos barn og ungdom. I Norge har det vært lagt ned store ressurser for systematisk gjennomføring av flere av disse programmene. De fleste av disse har vært organisert gjennom kommunale tjenester med støtte fra Atferdssenteret i Oslo eller Senter for atferdsforskning i Stavanger. Noen av programmene, først og fremst Parent Management Training – Oregon (PMTO), har også blitt del av tilbudet med barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. I og med at mange av de barna og ungdommene som har blitt diagnostisert med Opposisjonell atferdsforstyrrelse/Atferdsforstyrrelse også har hatt Hyperkinetisk forstyrrelse/ AD/HD, har en brukt PMTO-programmer som også inkluderer spesifikke forhold knyttet til hyperaktivitet, impulsivitet og konsentrasjonsvansker.

Blant de programmer som er i anvendelse i Norge (2009) er:

- **De utrolige årene** (se: www.deutroligearene.no) for barn i alderen 3–4 år, til og med 8 år som har alvorlige atferdsforstyrrelser. Programmet inneholder ulike moduler for barnet selv, for foreldre og for ansatte i barnehage/skole. Målene med forelderprogrammet er å fremme forelderkompetanse og styrke familien for derigjennom å redusere eller forebygge atferdsproblemer. Programmet for barna kalles Dinosaurusskolen hvor målet er å styrke barnas emosjonelle og sosiale kompetanse, samt styrke barnas selvbylde og opplevelser av mestring. Målet ved lærerprogrammet er å styrke læreres kompetanse i forebygging og håndtering av atferdsproblemer i skolen, i samarbeid mellom skole og hjem. I en norsk studie er det påvist at metoden gir signifikant reduksjon av atferdsvansker og en bedre mestring/oppdragelsesmåter hos foreldrene (Larsson et al., 2009).
- **Parent Management Training – Oregon (PMTO)** gir tilbud som retter seg mot familier med barn mellom 3 og 12 år med alvorlige atferdsproblemer (se blant annet [Atferdssenteret](http://www.atferdssenteret.no): www.atferdssenteret.no). Målet med behandlingen er at barnet og foreldre kan gjenopprette en positiv relasjon slik at opposisjonell atferd brytes og positiv utvikling fremmes. For å oppnå dette, er fokus rettet mot at foreldre gjøres til eksperter på eget barn og terapeuten er foreldrenes aktive støttespiller, foreldre og terapeut inngår i en gjensidig og forpliktende samarbeidsrelasjon basert på utprøving og erfaringsutveksling med foreldrenes konkrete hjemmeoppgaver, familiens ressurser kartlegges og vektlegges i endringsarbeidet og foreldre trenes i terapitimene i nye måter å møte barnet på ved hjelp av praktiske øvelser. I en norsk studie er det vist at det var bedring av atferdsvansker hjemme, bedre sosial fungering på skolen og at effekten var størst når barnet var under 8 år (Ogden & Hamlund-Hagen, 2008).
- **Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR)**. Målsettingen er å forebygge og avhjelpe atferdsproblemer på et tidlig tidspunkt samt bidra til å utvikle barns positive og prososiale atferd. Videre å gi ansatte og ledere som arbeider og har ansvar for barn en felles forståelse av hvordan atferdsproblemer oppstår og kan avhjelpes. Målgruppen for TIBIR er barn i alders 3-12 år og deres foreldre der barna allerede har utviklet eller står i fare for å utvikle atferdsvansker. Alle intervensjoner bygger på det samme prinsippet som i PMTO (se [Atferdssenteret](http://www.atferdssenteret.no): www.atferdssenteret.no).
- **Multisystemisk terapi (MST)** er en familie- og nærmiljøbasert behandling for ungdom i alderen 12-18 år som har alvorlige atferdsproblemer (se [Atferdssenteret](http://www.atferdssenteret.no): www.atferdssenteret.no). MST er et frivillig tilbud innen barnevernet. For noen av ungdommene kan MST være et alternativ til plassering utenfor hjemmet. I MST møter terapeuten familien hjemme, på tidspunkter som passer for familien. MST-terapeuten skal bistå foreldrene, men ikke overta deres oppgaver eller ansvar. Behandlingstilbudet skreddersys til den enkelte familie. Hver uke setter foreldrene, ungdommen og terapeuten mål for arbeidet og lager en praktisk plan for hvordan målene skal nås. Behandlingen varer vanligvis fra tre til fem måneder. Studier fra USA har vist god effekt av MST sammenliknet med andre behandlinger (Henggeler et al., 1996). I en norsk studie viste ungdom og familier som mottok MST viste signifikant bedring av ungdommens sosiale kompetanse, men det var ikke signifikant reduksjon av atferdsvansker når en sammenliknet MST med annen behandling (Ogden et al., 2007).

- **Funksjonell familierterapi (FFT)** er en behandlingsmetode for familier hvor en ungdom (11-18 år) viser alvorlige atferdsvansker. I Funksjonell familierterapi blir ungdommens atferd sett i sammenheng med hvordan alle i familien gjensidig påvirker hverandre. Metoden fokuserer på å bedre familiens samspill, kommunikasjon og problemløsningsferdigheter, samt å endre eventuelle uheldige oppdragelsesstrategier. FFT-behandling har vanligvis et omfang på 10-30 terapitimer over en periode på 3-6 måneder (Mørkrid & Christensen, 2007). Tidligere studier har vist livende resultater. Det er ennå ikke gjennomført noen norsk studie av FFT.

Individuell behandling

Kan være aktuelt der barnet/ungdommen selv opplever sine atferdsavvik som plagsomme, har et visst "eierskap" til dem og dermed også en større motivasjon for hjelp. Kognitive terapiformer synes å være mest effektive med konkret arbeid blant annet i regler for sosialt samvær og planlegning av strategier for sosiale situasjoner. Psykodynamisk psykoterapi vil kunne være nyttig for utagerende tenåringer som har en viss verbaliseringsevne og evne til å kunne etablere en adekvat relasjon til en terapeut (AACAP, 1997).

Ambulant behandling

I Norge har det vært bygget opp ulike tilbud som er mer omfattende enn poliklinisk tilbud og foregår i pasientens nærmiljø. Dette har ført til utvikling av flere nærmiljøbaserte metoder og organisatoriske modeller for behandling av denne pasientgruppen, ofte betegnet som Ambulant psykiatrisk behandling.

I en oversikt fra 2006 oppsummeres kunnskapen i forhold til barn og ungdom med atferdsforstyrrelser med følgende:

- Ambulant behandling er best dokumentert for barn og unge med alvorlige atferdsvansker og med antisosial atferd. Nærmiljøbaserte tiltak som Parent Management Training (PMTO), Multisystemisk terapi (MST) og Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) kan forkorte institusjonsopphold for unge kriminelle og reduserer voldelig atferd og antall lovbrudd.
- Bruk av intervensjonen i forebyggende hensikt er mangelfullt dokumentert.
- Ambulant behandling av barn og ungdom med alvorlige psykiatriske lidelser er mangelfullt dokumentert.
- Effekter av MST og lignende behandlingsmodeller gir ikke evidensgrunnlag for at ambulant behandling er bedre enn standard behandling for pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Institusjonsbehandling

Tidligere studier viser at langvarig behandling i institusjon har begrenset effekt ved alvorlige atferdsvansker. Kortere opphold kan være aktuelt når utredning og/eller igangsetting av behandling ikke lar seg gjennomføre ambulant/poliklinisk. Det kan dreie seg om:

- Å bryte asosial og selvdestruktiv adferd, inkludert suicidfare.
- Manglende samarbeid om utredning, og for i det hele tatt å få etablert kontakt.
- Behandling som krever innleggelse for å gjennomføre tiltak som for eksempel grensesetting

Allerede ved innleggelsen bør premisser for og planlegning av utskrivningen starte, i nært samarbeide med alle aktuelle hjelpeinstanser (ansvarsgrupper). For å få en god start på familiearbeidet er det ofte nyttig å innlegge foreldrene noen dager sammen med barnet/den unge (Zeiner et al., 1998).

Det prøves ut nye former for institusjonsbehandling. Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) er en fosterhjembasert behandlingsmetode for ungdommer i alderen 12–17 år med alvorlige atferdsproblemer i regi av barnevernet. Den er utviklet som et alternativ til institusjonsplassering eller annen gruppebasert plassering. Ungdommen

plasseres i et behandlende fosterhjem hvor det arbeides med å forsterke hans eller hennes positive atferd og ressurser, gi forutsigbare konsekvenser for negativ atferd, gi tilstrekkelig tilsyn og skape trygg og god voksenkontakt med begrenset kontakt med antisosiale jevnaldrende (Leve & Chamberlain, 2007). Ungdom og fosterforeldrene gis tett oppfølging, veiledning og støtte underveis. Metoden er ikke systematisk evaluert i Norge.

Spesialpedagogiske tiltak

En stor andel av barn og ungdom med Opposisjonell atferdsforstyrrelse/Atferdsforstyrrelse vil trenge ekstra hjelp i barnehage/på skole. Bistand vil kunne være aktuelt i forhold til atferdsvansker, lærevansker eller komorbide vansker.

Tilrettelegging vil primært skje i et samarbeid mellom barn/ungdom, foreldre og skole i samarbeid med PP-tjenesten. Spesialisthelsetjenesten vil vanligvis bidra gjennom rådgivning i forhold til tilpasningene hjemme/på skolen/i barnehagen.

Medikamentell behandling

Medikamenter har ingen primær indikasjon i behandling av Opposisjonell atferdsforstyrrelse/Atferdsforstyrrelse. Ved akutte kriser/forverrelse, ikke sjelden med behov for opphold i institusjon, kan slik behandling være av verdi.

Nevroleptika er vist å kunne redusere aggressiv atferd, men bivirkninger, særlig i form av vektøkning og tretthet, vil kunne ha signifikante negative effekter. Andre medikamenttyper, inklusive antiepileptika har vært forsøkt, men det finnes ikke kontrollerte studier å støtte seg til.

Trygdestønader/ Andre sosiale hjelpe- og støttetiltak

Den kliniske tilstand kan være av såpass alvorlig at det kan være aktuelt for foreldre å søke grunnstønad og/eller hjelpestønad. Informasjon om trygdestønader bør gis (se [NAV](http://www.nav.no): www.nav.no) .

Andre støtte- og avlastningstiltak som støttekontakt, weekendhjem og annet kan også være aktuelt. For barn/ungdom med omfattende vansker med behov for mange hjelpetiltak samtidig bør det vurderes om det skal settes opp Individuell plan. Behandling av komorbide tilstander

Ved komorbide tilstander må en vurdere om det skal settes i gang spesifikke tiltak for tillegglidelsene. Den empiriske kunnskap om behandling av flere samtidige lidelser er begrenset, men funn så langt indikerer at hver enkelt tilstand kan i utgangspunktet behandles etter generelle prinsipper.

Prognose

Opposisjonell atferdsforstyrrelse starter oftest før fylte 8 år. Atferdsvanskene starter vanligvis hjemme, men kan over tid også forekomme i barnehage/på skole og i andre sammenhenger. Oppfølgingsstudier viser at hos det hos om lag 1/3 vil være kontinuerlige atferdsvansker med utvikling av Atferdsforstyrrelse (usosialisert og sosialisert) over tid. De øvrige 2/3 vil ikke oppfylle kriterier for diagnose Opposisjonell atferdsforstyrrelse etter en periode på 3 år. Tidlig symptomdebut er assosiert med økt risiko for persisterende vansker (AACAP, 2007).

Oppfølgingsstudier av Atferdsforstyrrelse/Conduct Disorder viser at om lag 40 % vil oppfylle kriterier for Antisocial Personality Disorder i voksen alder. Med tiden vil en del utvikle økende antall komorbide lidelser som affektive lidelser, angstlidelser, somatoforme lidelser og lidelser knyttet til misbruk av psykoaktive stoffer (AACAP, 1997).

Referanser/linker

1. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Washington DC. www.aacap.org
2. [American Academy of Child and Adolescent Psychiatry](#) (1997). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Conduct Disorder. www.aacap.org
3. [American Academy of Child and Adolescent Psychiatry](#) (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Oppositional Defiant Disorder.
4. Egger HL, Angold A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry*, 47:313-37.
5. Henggeler SW, Cunningham PB, Pickrel SG, Schoenwald SK, Brondino MJ. (1996).
6. Multisystemic therapy: an effective violence prevention approach for serious juvenile offenders. *J Adolesc*. 19(1):47-61.
7. Larsson B, Fossum S, Clifford G, Drugli MB, Handegård BH, Mørch WT (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: results of a randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009 Jan;18(1):42-52. Epub 2008. [De utrolige årene](#): www.deutroligearene.no.
8. Leve LD, Chamberlain P. (2007). A Randomized Evaluation of Multidimensional Treatment Foster Care: Effects on School Attendance and Homework Completion in Juvenile Justice Girls. *Res Soc Work Pract*. 1;17(6):657-663.
9. Mørkrid, D. & Christensen, B. (2007). Funksjonell familierapi: En evidensbasert familierapeutisk behandling for ungdom og familier med alvorlige atferdsvansker. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 84 (3), 15-23. [Atferdsenteret](#): www.atferdssenteret.no
10. Ogden, T., Amlund-Hagen, K., & Andersen, O. (2007). Sustainability of the effectiveness of a programme of multisystemic treatment (MST) across participant groups in the second year of operation. *Journal of Children's Services*, 2 (3), 4-14. [Atferdsenteret](#): www.atferdssenteret.no
11. Ogden, T., & Amlund-Hagen, K. (2008). Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway; A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76, 607-621. [Atferdsenteret](#): www.atferdssenteret.no
12. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 22-2006: [Ambulante psykiatriske helsetjenester til barn og ungdom som alternativ til institusjonsbehandling](#). www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/582.cms
13. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 10-2005: [Kartleggingsverktøy og instrumenter for tidlig avdekking av utviklings-, atferds- og psykososiale vansker hos barn 0-6 år](#). www.kunnskapssenteret.no/binary?download=true&id=8888
14. Statens Helsetilsyn (1999). ICD-10 psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Universitetsforlaget.
15. Stoltenberg SMK (2007). Kasusbeskrivelser og forandringsprosesser i terapi med barn: Bidrag til en kunnskapsbasert klinisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 11-16.
16. Zeiner P, Backe-Hansen E, Eskeland S, Ogden T, Rypdal P, Sommerschild H (1998): Barn og unge med alvorlige atferdsvansker. Norges forskningsråd.

Elektiv Mutisme

Hanne Kristensen

Aktuelle diagnoser (ICD-10)

F94 Elektiv mutisme

Elektiv mutisme (ICD-10) og selektiv mutisme (DSM-IV) er betegnelser på den samme tilstanden. Begrepet elektiv mutisme indikerer at barnet velger å ikke snakke, mens selektiv mutisme bare beskriver at tausheten forekommer i visse situasjoner. Nyere kunnskap har vist at tilstanden er nært knyttet til sosial angst, og det indikerer at tausheten ikke er viljestyrt. AACAP endret derfor sin nomenklatur fra elektiv til selektiv f.o.m. DSM-IV. Av samme grunn benyttes begrepet selektiv mutisme i dette kapittelet. I DSM 5 er kriteriene uendret, men selektiv mutisme er i tråd med ovennevnte flyttet til hovedgruppen angstilstander.

Det essensielle ved selektiv mutisme (SM) er diskrepansen i bruk av språk i forskjellige situasjoner (for eks. skole vs. hjemme) og overfor forskjellige mennesker (for eks. lærere vs. foreldre). Diagnosekriteriene fokuserer primært på bruk av talespråk, med det er viktig å vite at det ofte innbefatter kommunikasjon i videre forstand. Mange barn med SM bruker heller ikke mimikk, blick eller gester i situasjoner der de er tause. Dette kan hindre dem i å formidle sine behov når de for eks. er tørste, fryser eller har slått seg. Mange foreldres store skrekk er at de skal gå seg bort og ikke kunne gjøre rede for seg.

Forekomst

Selektiv mutisme er en relativ sjelden tilstand. Det foreligger ikke norske prevalenstill, men nyere utenlandske studier viser en prevalens mellom 0,2 %¹ og 0,7 %². Variasjonen i forekomsttall kan skyldes forskjeller i utvalg, alder og diagnostiske kriterier i tillegg til kulturforskjeller.

Differentialdiagnoser/ komorbiditet

Selektiv mutisme må skilles både fra fåmæltighet og fra total mutisme. Et fåmælt barn snakker lite i de fleste situasjoner både hjemme og ute. Total mutisme, dvs. at et barn slutter å snakke i enhver sammenheng, er nok vanligere i fiksjon enn i virkeligheten. Total mutisme har vært assosiert med traumer, gjennomgripende utviklingsforstyrrelser og psykoser, men det finnes lite empirisk kunnskap.

Ved mistanke om SM må en også utelukke hørselsnedsettelse og mer sjeldne tilstander som Landau-Kleffler syndrom (temporallappsepilepsi som kan gi språktap). Barn som er tause fordi de ikke behersker et nytt språk, skal heller ikke få en SM diagnose. Samtidig er det viktig å vite at to-/flerspråklighet er en risikofaktor for å utvikle SM. I disse tilfellene må det kartlegges hvor lenge barnet har vært i sitt nye språkmiljø, og om han/hun også er taus i situasjoner når morsmålet brukes.

Sosial fobi og andre angstilstander forekommer hyppig ved SM. Flere studier har vist en komorbiditet med sosial fobi på 100 %³, og mange mener derfor at SM representerer en alvorlig variant av sosial fobi. Imidlertid er dette uavklart, og det er for eksempel ikke funnet forskjeller i grad av selvrapposert sosial angst mellom barn med SM og barn med sosial fobi uten SM⁴. I eldre litteratur var det mer fokus på opposisjonell atferd ved SM, og barna ble også forstått som om de bevisst manipulerte sine omgivelser med sin taushet. Nyere studier har funnet at klinisk signifikante atferdsproblemer er sjelden ved SM og forekommer alltid sammen med angstsymptomer⁵.

Det er også vist at mange barn med SM kan ha grader av utviklingsforsinkelser/forstyrrelser knyttet til språk eller motorikk. Mer alvorlige utviklingsforstyrrelser, inkludert mild mental retardasjon eller Asperger syndrom, er beskrevet

hos et mindretall av barn med SM⁶. Tausheten kan skjule de ulike utviklingsvanskene for omverdenen, så barna ikke får den hjelp og støtte de trenger.

Utredning

Det er viktig med en god kartlegging av hvordan barnet kommuniserer verbalt og non-verbalt i forskjellige situasjoner. Selective Mutism Questionnaire, SMQ,⁷ foreligger på norsk og kan benyttes. Informasjon fra både foreldre og lærere er essensielt da disse barna viser helt forskjellig atferd hjemme og i barnehage/skole. Et semistrukturert diagnostisk intervju (Kiddie-SADS, ADIS, CAS) er nødvendig for å avdekke komorbide tilstander.

Anamnese må inkludere spørsmål om sosial angst hos andre familiemedlemmer i tillegg til barnets utviklingshistorie med fokus på utviklingsforsinkelser/forstyrrelser. Barn med SM bør også utredes i forhold til kognitiv funksjon og språkfunksjon. Bruk tester der barnet kan respondere med gester som peking, nikking osv.⁸ For å få tak i barnets ekspressive språk, kan det være lurt å få foreldrene til å ta opp en samtale de har med barnet på video eller lydband.

Behandling

Tradisjonelt har SM blitt sett på som en tilstand som er svært utfordrende og vanskelig å behandle. Behandlingslitteraturen er dominert av beskrivelser av hvordan det går med enkeltbarn (kasuistikker) med stor variasjon i type tilnærming. Parallelt med økende empiri på at kognitiv atferdsterapi gir gode resultater i behandling av sosial angst, har denne metoden blitt tatt i bruk overfor barn med SM⁹. Den mest anvendte teknikken ved SM er "stimulus fading" hvor en gradvis får barnet til å snakke med nye personer og i nye situasjoner. Klinisk erfaring med barn med SM har også vist at defokusering i kontakt (sitt ved siden av barnet i stedet for rett overfor; "tenk høyt" fremfor å stille spørsmål; snakk om noe dere gjør sammen; ikke om barnet) er viktig for å få disse barna til å begynne å snakke¹⁰. Hvis et barn med SM begynner å snakke i en situasjon, er det dessverre ingen garanti for at det overføres til andre settinger. Behandlingen bør derfor fortrinnsvis foregå der problemet er, nemlig i barnehagen/skolen og ikke på BUP. Hyppige og korte intervensjoner anbefales framfor mer sjeldne og langvarige¹¹.

Psykoedukasjon/veiledning overfor foreldre og barnehage/skole er også en forutsetning for et godt behandlingsresultat. Det er viktig å informere lærere om at tausheten ikke er viljestyrt da denne oppfatningen fremdeles er ganske vanlig. Taushet i kommunikasjon kan være provoserende, og informasjon om at SM er et uttrykk for sosial angst fører ofte til en mer aksepterende holdning. Ansatte i barnehage/skole kan også bruke prinsippene for defokusert kommunikasjon. Foreldrene bør informeres om at det finnes en foreldreforening for barn med SM (se lenke nedenfor).

Medikamenter (SSRI-gruppen) har noen ganger sin plass i behandling av SM. Det foreligger bare to små kontrollerte studier (h.h.vis med fluoxetin og sertralin) og resultatene er ikke entydige¹². Medikasjon vurderes primært hos eldre barn der adekvate psykososiale tiltak ikke har ført fram.

Prognose

Vi vet ikke nok om hvordan det går med barn med SM når de blir ungdom og voksne. De få oppfølgingsundersøkelser som finnes, viser at mange strever med kommunikasjonsproblemer, dårlig selvtilit og angst inn i voksen alder¹³. Det er derfor viktig å hjelpe barn med SM og sosial angst så tidlig som mulig.

Referanser

1. Kopp S & Gillberg C (1997). Selective mutism: a population-based study: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 38, 257-262.
2. Bergman RL, Piacentini J & McCracken J (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-

sed sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41, 938-946.

3. Dummit ES, Klein RG, Tancer NK et al. (1997). Systematic assessment of children with selective mutism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36, 653-660.
4. Manassis K, Fung D & Tannock R et al. (2003). Characterizing selective mutism: Is it more than social anxiety? *Depress Anxiety* 18, 153-161.
5. Cohan SL, Chavira DA, Shipon-Blum E (2008). Refining the classification of children with selective mutism: A latent profile analysis. *J Clin Child Adolesc Psychology* 37, 770-784.
6. Kristensen H (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder and elimination disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39, 249-256.
7. Bergman RL, Keller ML, Piacentini J, Bergman AJ (2008). The development and psychometric properties of the selective mutism questionnaire. *J Clin Child Adolesc Psychol* 37, 456-464.
8. Ørbeck B (2008). Selektiv mutisme hos barn: Forståelse, diagnostiske utfordringer, nevropsykologiske funn, utredning og behandling. *Tidsskrift Norsk Psykologforening* 45, 1145-1154.
9. Cohan SL, Chavira DA, & Stein MB (2006). Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990-2005. *J Child Psychol Psychiatry* 47, 1085-97.
10. Kristensen H (2005). Taushet er også tale: Selektiv mutisme hos barn og unge. I *Barn i Norge: "Se meg"*. (Årsrapport, side 17-25). Oslo: Voksne for Barn.
11. Kristensen H, Ørbeck B, Johansen J, Lundahl K (2008). Results from a Norwegian pilot assessment and treatment study of children with selective mutism aged 3-5 years. Presentation at the AACAP annual meeting, Chicago, October 28-November 2.
12. Manassis K (2009). Silent suffering: Understanding and treating children with selective mutism. *Expert Rev Neurother* 9, 235-243.
13. Steinhausen HC, Wachter M, Laimböck K, Metzke CW (2006). A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *J Child Psychol Psychiatry* 47, 751-756.
- 14.
15. Lenke til foreldreforeningen, Multisme.no: www.mutisme.no

Tilknytningsforstyrrelser

Simon Wilkinson.

F94.1 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndom (RAD1)

F94.2 Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndom

Tilknytningsforstyrrelser har kommet inn i diagnosesystemet uavhengig av tilknytningsteori og kunnskap om hvordan forskjellige tilknytningsstrategier evalueres og kategoriseres. Diagnosesystemet leter etter objektivitet gjennom målbare og reproducerbare tegn som kjennetegner en tilstand hos barnet og ikke en kvalitet i barnets relasjoner. Her ligger styrken i systemet. Samtidig er det en svakhet fordi 'selvet' oppstår som resultat av en dynamisk relasjon til et annet individ, og tilknytningsforstyrrelser handler om konsekvenser av forstyrrelser i relasjoner hvor atferden anvendes på en dynamisk måte til å oppnå mestring av en vanskelig omsorgssituasjon. Tilknytningsatferd utvikler seg til tilknytningsstrategier innen 3 års alder når barn lærer seg å tilpasse og variere sin atferd til hva de har utledet av intensjoner til dem de er sammen med, dvs innledningsvis i deres liv er det en kvalitet i deres relasjoner. Dette betyr at atferden ikke er konstant, men den overordnede strategien varer over lengre perioder og blir til slutt en del av personligheten. Derfor vil det aldri bli noen en-til-en sammenheng mellom atferden som finnes i de diagnoser og bestemte tilknytningsstrategier.

Validitet

Til tross for at ICD-10 kom i 1992, var ikke første valideringsstudie av diagnosene rapportert før i 1998. Diagnosene var enestående fordi årsaken til tilstanden var spesifisert i diagnostiske kriterier. Med spesifisering av omsorgssvikt eller oppdragelse i institusjon kunne de være svært belastende diagnoser å få. I forbindelse med innføring av DSM-V ble det laget en forskningsagenda basert på gjennomgang av kunnskap som har kommet siden diagnosene ble introdusert i DSMIII i 1980 (1). I 2007 var det kun syv forskjellige utvalg av småbarn med diagnose RAD, hvorav kun en fra en poliklinikk². Dette betyr at det er lite tilsvarende viten som overfor de andre diagnoser redegjort for i Veilederen. Foreløpig er det ingen studier som har sett nærmere på deling av Tilknytningsforstyrrelser i to undergrupper i motsetning til DSM-IVs ene RAD kategori.

Forståelse for symptomene

Diagnostiseringsintervjuer som Kiddie-SADS inkluderer ikke Tilknytningsforstyrrelser. Det finnes ikke spesifikke utredningsinstrumenter. I stedet skal forskningskriterier for ICD-10 (2) legges til grunn. Det som kjennetegner RAD er en spesiell form for tilnærming hvor barnet tilnærmer seg den andre, men når de kommer tett på den andre gjør de forskjellige uventede ting. For eksempel kan de plutselig vike unna den andre, slå til og så gå videre, og lignende, men hvor atferden kan tolkes som om barnet gjør noe for å unngå å bli avvist ved deres forsøk på nærmere kontakt eller tar initiativ til å gjøre noe som gir dem grunn til å forstå hvorfor den andre avviser dem. Dermed kan atferden forstås som en mestringsstrategi for å håndtere de vanskelige følelser som oppstår i deres nære relasjoner. Med udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse er hovedtrekk at barnet søker trøst hos fremmede før de har grunn til å vite om de kan være trygge med vedkommende. Dette kan sette dem i ytterlige fare, men som i evolusjonspsykologi er sett på som atferd som opprettholdes for å øke sjansen for at barnet utløser passende omsorg fra et tilfeldig annet menneske enn primær omsorgsgiver.

Behandling

Det finnes ingen evidens for spesifikke behandlingsmetoder for RAD. 'Holding' terapi er sett på som skadelig³. Når tilstanden er diagnostisert hos senadoptert eller fosterbarn prioriteres veiledning til foreldrene om tilstanden. Barn må sikres trygge rammer med sensitiv omsorg uten maktmisbruk.

Komorbiditet og prognose

Fra begynnelsen av vår omsorgsvikt en del av beskrivelsen av tilstanden og ved mer optimal omsorg innen 4-6 års alder forbedres tilstandene. Mye viten har kommet fra de oppfølgende studier av barn adoptert fra romanske barnehjem (se for eksempel (4, 5)) som viser at omsorg må forbedres innen den tiden. De studier har i tillegg vist oss noe om komorbiditet ved å vise til fare for utvikling av vedvarende hyperkinesi og lærevansker med slik institusjonalisert oppdragelse som fant sted i de barnehjemmene. Ellers er det for få studier til å si mer om assosiasjoner med andre diagnoser. Likevel er det klart at det er assosiasjoner mellom tilknytningsstrategier A4-8, C4-8 og A/C og psykopatologi (6) – ellers kjent som de utrygge tilknytningsstrategier, inkludert de med disorganiserte strategier (D)3. Men det finnes ingen en-til-en assosiasjon mellom strategi og diagnosen.

Litteratur

1. Zeanah CH. Reactive attachment disorder. I: Narrow WE, First MB, Sirovatka PJ, Regier DA, red. Age and gender considerations in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V. Arlington, Virginia: American Psychiatric Association, 2007, s. 163-176.
2. World Health Organisation. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organisation, 1993, s.166-7.
3. Chaffin M, Hanson R, Saunders B, et al. Report of the APSAC task force on attachment therapy, reactive attachment disorder, and attachment problems. Child Maltreat 2006; 11:76-89.
4. O'Connor T, Rutter M. Attachment disorder behavior following severe deprivation: Extension and longitudinal follow-up. J Am Acad Child Adol Psychiatry 2000; 39:703-12.
5. Minde K. Assessment and treatment of attachment disorders. Curr Opin Psychiatry 2003; 16: 377-81.
6. Crittenden PM. Raising parents: attachment, parenting and child safety. Cullompton, Devon: Willan Publishing, 2008.

Se også:

Sturge C. bokanmeldelse, "Prior V, Glaser D. Understanding attachment and attachment disorders: Theory evidence and practice. London: Jessica Kingsley, 2006". Child Adol Mental Health 2008;13: 47.

1. Forkortelse RAD står for Reactive Attachment Disorder. Legg merke til at DSM-IV bruker kun RAD og differensierer ikke mellom de to varianter som i ICD-10.
2. En ikke-rapportert studie som utelukket omsorgsviktkriterier fant at 8 % av 3- åringene ved en barnemedisinsk poliklinikk møtte de andre RAD kriterier.
3. I Crittendens DMM system er det av overordnet betydning at de utrygge klassifiseringer er delt mellom A, C og A/C fordi tilnærminger vil bli forskjellige, mens forskningsresultater har ofte satt dem sammen som 'utrygge'. Main og kollegaer har innført Desorganisasjon (D) som kategori, mens Crittenden analyserer atferd til D og allokere til de høyere A og C kategorier, se Vurdering av tilknytning i Veilederen.

Tics og Tourettes Syndrom

Kerstin J. Plessen og Bernhard Weidle

Aktuelle diagnoser (ICD 10)/Definisjon

Tourettes syndrom (TS) er en tilstand, der barn utvikler motoriske eller vokale tics. Tics er korte gjentatte bevegelser (motoriske tics) eller lyder og verbale ytringer (vokale tics). Bevegelsene og lydene kan være enkle eller komplekse. Diagnosen TS (F 95.2 i ICD-10 klassifikasjonen¹) defineres ved multiple motoriske og minst ett vokalt tic som har debutert før 18 års alder og har vedvart i over ett år. Motoriske og vokale tics må ikke ha vært tilstede samtidig. Pasienten skal ikke ha hatt en periode uten tics i mer enn 2 måneder. Diagnosen "Forbigående tics" defineres som motoriske og / eller vokale tics med varighet under ett år (F 95.0). Hvis kun motoriske tics eller kun vokale tics er til stede i en periode på mer enn ett år, betegnes tilstanden som "kroniske motoriske tics" eller "kroniske vokale tics" (F 95.1).

Generelt om tilstanden, årsaksforhold, og prognose

Symptomene begynner vanligvis med tics i ansiktet, f.eks. blinking med øynene eller grimasering, som etter hvert kan spre seg fra ansiktet og til resten av kroppen (cranio-caudal utbredelse). Tilstanden begynner vanligvis rundt 5-6 års alderen, men kan starte så tidlig som i to års alder. Vokale tics opptrer ofte flere år senere enn motoriske tics. Tics når som regel sitt maksimum mellom 7 og 15 års alder, for deretter å avta gradvis. Hele 90 % av barna opplever bedring av tics frem til 18 års alder. Ca. 40 % av barn med TS blir helt symptomfrie. Det er ikke klarlagt hvilke faktorer som bestemmer om tics vedvarer eller forsvinner mot voksenalder².

Litt eldre barn og mange ungdommer opplever forvarsler ("trang") i form av ulike sanseopplevelser like før ticsene opptrer. Disse fornemmelsene blir ofte beskrevet som en indre uro, kløe, kribling eller kiling i hele kroppen eller i den kroppsdelen der ticset kommer. Det er viktig å spørre ungdommer systematisk etter slike "forvarsler", fordi det kan åpne en mulighet for å påvirke ticsene (se avsnitt om ikke-medikamentell terapi). Mange barn opplever en forverring av tics i stressende situasjoner. Andre opplever det motsatte, dvs. en økning av tics, når de slapper av. Det kan derfor være nyttig å finne ut om og i hvilke situasjoner barnet reagerer med å få flere tics (individuelle triggere eller utløsere).

Et kjent fenomen hos personer med TS er koprofali, dvs. banning som et tic. Selv om den ofte forbindes som typisk med TS forekommer dette problemet bare i ca. 10 % av tilfellene med TS og opptrer ofte først senere i ungdomsårene. Forskjell mellom koprofali og vanlig banning er at koprofali oppleves som uimotståelig og forekommer som regel i ikke passende situasjoner.

Tilbøyeligheten til å utvikle tics er arvelig, men arvegangen og de nøyaktige genetiske forandringene er ikke klarlagte enda³. Den genetiske predisposisjonen for tics ser ut til å være relatert til forandringer i basalgangliene, særlig i nucleus caudatus, som er mindre i størrelse og viser cellulære forandringer hos pasienter med TS. Ved MR undersøkelser på gruppebasis finner man også volumetriske forandringer i flere andre områder, for eksempel prefrontal cortex, hippocampus, amygdala og corpus callosum. Forandringene i andre områder enn basalgangliene og sammenhengen med symptomene kan tyde på at hjernen endrer seg kompensatorisk for å bedre være i stand til å undertrykke ticsene. Fra en lokalisert tenkning, der man trodde at TS oppsto pga én lesjon eller ett avvikende område i hjernen, ser man etter hvert at den globale funksjonen i kortikale-subkortikale nervebaner er forstyrret hos personer med TS⁴.

Forekomst

TS er en tilstand som ble regnet som relativ sjelden. Tidligere studier opererte med en forekomst på 0,1 % av befolkningen. I dag er forskerne enige om at prevalensen varierer fra 0,1 % til 2,9 %. Variasjonen i prevalens i de ulike studiene har flere mulige forklaringer, for eksempel forskjellige typer populasjonsutvalg eller ulike diagnosekriterier.

En nylig gjennomført metaanalyse som inkluderte mange epidemiologiske studier, beregnet forekomsten av TS i en barnebefolkning til 1,0 %⁵. Det er flere gutter som er rammet av TS enn jenter (ca. 3–5 gutter:1 jente).

Differensialdiagnoser / Komorbiditet

Barn med tics blir ofte henvist til en barne- og ungdomspsykiatrisk vurdering for å utelukke andre komorbide tilstander. Siden komorbide symptomer ofte er mer behandlingstrengende enn tics`ene, er det viktig å kartlegge andre problemer, symptomer og sykdommer nøye. De to tilstandene som er hyppigst assosiert med Tourettes syndrom er ADHD og OCD⁶.

Svært mange barn med TS har tvangsadferd. Denne “vanlige” adferden hos barn med TS betegnes som “obsessive compulsive behavior” (OCB), hvis barna ikke fyller diagnosekriteriene for komorbid OCD. Tvangssymptomene ved TS kan være vanskeligere å behandle enn ved ren OCD, fordi barna føler mindre ubehag, når de gjennomfører ritualer (egosyntont). OCD symptomer opptrer gjennomsnittlig ca. 2 år senere enn tics hos barn med TS og OCD.

Det er viktig å diagnostisere komorbid ADHD, både fordi det er svært vanlig (ADHD og TS forekommer samtidig hos mellom 60 og 90 % i forskjellige studier), og fordi barn med TS ofte har store problemer med impulskontrollen. Denne manglende impulskontrollen ses gjerne i sammenheng med komorbid ADHD. Det er en pågående diskusjon om TS i seg selv også kan gi alvorlige problemer med selvregulering. I nyere undersøkelser beskrives aggresjon ved TS hyppigst som sekundær særlig til komorbid ADHD, men også til OCD og ODD⁷.

Tics er hyppig hos barn med autisme og hos barn med psykisk utviklingshemning. Det kan av og til være vanskelig å skille stereotype bevegelser fra tics. Omvendt kan barn med TS vise autistiske trekk, eller ha en komorbid lidelse innen autismespekteret, som oftest Aspergers syndrom eller høytfungerende autisme.

Et annet problem hos barn og unge med TS er komorbid depresjon. Særlig ungdommer med TS kan være plaget av depressive symptomer, og disse kan tilta med alderen. Depresjon kan både opptre som en ledsagende tilstand ved TS, men forekommer også noen ganger i forbindelse med medikamentell behandling av tics (ved behandling med antipsykotika). Selv om mange barn med TS opplever færre tics i ungdomsårene, kan emosjonelle symptomer bli mer fremtredende i denne perioden⁸. Forskerne har også påvist at angstlidelser, selvskadning og andre personlighetsforstyrrelser opptrer oftere hos personer med TS⁶.

Utredning

Pålitelige opplysninger om barnets sykdomshistorie er avgjørende for å stille riktig diagnose. En samtale som fokuserer på tics, gjerne supplert med et strukturert diagnostisk intervju, for eksempel Kiddie-SADS, bør være utgangspunktet for å kartlegge generell psykopatologi.

Tics kartlegges best når både foreldre og barnet er til stede. Barn underrapporterer ofte tics ved første konsultasjon. Det er viktig å lytte til foreldrene og la barnet selv fortelle hvordan tics vanligvis arter seg. I en slik samtale bør en kartlegge starten og forløpet av symptomene, få en oversikt over nåværende motoriske og vokale tics, “forvarsler” til tics og evnen til å undertrykke tics, samt terapeutiske intervensjoner som er blitt forsøkt tidligere.

Av og til kan det være vanskelig å danne seg et bilde av hvilken type symptomer barnet har (stereotypier, tics, tvangsadferd) og hvor sterke de er (hvor mye er barna plaget av sine tics). I disse tilfellene kan det være til stor hjelp at foreldrene tar videoopptak av tics når de pleier å opptre (gjern foran TV, eller etter skolen, når barnet kommer hjem).

Det finnes forskjellige kartleggingsinstrumenter for å registrere tics og vurdere hvordan de påvirker livssituasjonen. Et utfyllingsskjema for lærere og foreldre er "Yale Tourette Syndrom Symptom List- revised" (TSSL). Her skal lærere og foreldre fylle ut skjemaet over en avtalt tidsperiode. Et enklere skjema er "Nasjonalt kompetansesenters skjema for registrering av tics" (⁹ etter modell fra Yale klinikken). Et annet instrument som brukes mest i forskning er "Yale global tics severity score" (YGTSS). I dette strukturerte intervjuet vurderer klinikerer ulike aspekter av tics (type, frekvens, kompleksitet, intensitet, interferens med andre aktiviteter, påvirkning av sosiale relasjoner gjennom tics). Svarene er til hjelp når man skal vurdere behandlingseffekter over tid, selv om intervjuet kan oppleves som noe detaljert og komplisert i en travel klinikk. Alle tre skjemaer foreligger i norsk oversettelse v/Gerd Strand, og kan fåes ved henvendelse til Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi⁹.

Videre er det viktig å teste evnenivået, for å kartlegge andre problemer som kan ha innflytelse på for eksempel skolearbeidet.

En nevrologisk funksjonsundersøkelse (modning av nervesystemet, utelukke fokale nevrologiske utfall) og en somatisk undersøkelse med hensyn til andre differensialdiagnoser (epilepsi, tardive dyskinesier, Sydenhams chorea, dystonier, blepharospasme, Wilsons sykdom, neuroachantocytose, medikamentinduserte tics) hører med til en vurdering av ukomplisert TS. Det er ikke nødvendig å ta Cerebral MR og EEG rutinemessig, men disse undersøkelsene bør tas dersom det er påvist nevrologiske utfall eller det er mistanke om symptomatiske tic.

Diagnostikk oppsummering:

- Motoriske og vokale tics, sett av undersøker eller rapportert av pålitelig observatør eller dokumentert på video
- Omfang, type, debut og varighet dokumenteres med klinisk beskrivelse ev. supplert av ticsymptom liste (daglig eller nesten daglig forekomst av motoriske og minst et vokalt tic av mer enn 1 års varighet og uten opphold i mer enn 2 måneder.)
- Tilleggssymptomer: atferdsvansker (sinne, aggressivitet), komorbid ADHD, OCD og familiær forekomst av tics støtter diagnosen, men er ikke et krav for å stille den.
- Somatisk og nevrologisk us. for å utelukke andre tilstander.

Behandling

Informasjon Ved ukomplisert TS med lette eller moderate tics uten tilleggspolmer er det ofte tilstrekkelig å stille diagnosen og informere om tilstanden. Ofte avtar intensiteten av tics etter at barnet har fått en diagnose, fordi stressnivået synker. Det bør gis generell informasjon om Tourettes syndrom: det typiske forløpet, komorbide tilstander (viktig å informere uten å skape angst), og eventuelt tilby hjelp med å informere læreren og tilrettelegge skolesituasjonen dersom det er behov for det.

Ikke-medikamentell terapi

Den best dokumenterte ikke-medikamentelle terapiformen hos pasienter med TS er Habit Reversal Training (HRT) (10). Det første man gjør, er å kartlegge i hvilke situasjoner tics oppstår og hvilke faktorer som vanligvis fører til økning av tics. Selv om tics er ufrivillige og utilsiktet, er det påvist at omgivelsene har innflytelse på hvordan og hvor ofte tics viser seg. Både positive og negative tilbakemeldinger til barnet kan føre til økning av tics, mens omgivelser som forholder seg nøytralt, ikke fremmer tics. Mange barn undertrykker tics store deler av dagen, mens de er på skolen eller i sosiale situasjoner (for eksempel på kino). Forskerne mener at barn med tics i stor grad påvirkes av ubehaget ved såkalte "forvarsler" og avspenningen som kommer etter at et tic er utført. "Forvarslet" oppstår like før tics blir utført (kribling, kløe, eller annen form for ubehag) og bygger opp en økende spenning hos barnet. Fornemmelsen ved å holde tilbake tics kan sammenlignes med ubehaget man opplever når man prøver å la være å blunke med øynene. Avspenningen som inntreffer etter at et tic er utført har en sterk belønnings- og dermed læringseffekt. Det er denne

læringen man prøver å "avlære" barna ved HRT. Barnet opplever at trangen til tics forsvinner, selv om ticset ikke ble gjennomført. Dette kan på sikt føre til en "habituering" til "forvarslet".

Terapien starter med å øke bevisstheten rundt tics og særlig rundt "forvarslet" ved å la barnet fortelle om og kjenne på hva som skjer før han/hun ticser. Terapeuten kan også imitere eller speile tics, slik at barnet blir mer bevisst på dem.

Andre viktige komponenter i terapien er:

- Trening av konkurrerende respons: Terapeuten og barnet finner en "motbevegelse" som forhindrer at ticset kan gjennomføres, men som ikke er til hinder for vanlig aktivitet. Eksempler på motbevegelser er å holde hånden knyttet i minst ett minutt eller å puste langsomt inn hvis man føler trang til å gjennomføre et tics som består av høyt utpust. Barnet øver seg i flere uker på å legge merke til når trangen til å utføre tics kommer og gjennomfører "motbevegelsen" i ett minutt eller inntil trangen til å ticse blir borte.
- Sosial støtte: Prosessen forsterkes ved at mor, far eller andre nære personer roser barnet når det gjør hjemmeøvelser eller andre ting som er avtalt med terapeuten.
- Avspenning: Er særlig viktig i de tilfellene hvor barnet blir overfokuset på å undertrykke tics.

"American Psychological Association" har vurdert HRT som en effektiv terapiform, ettersom flere empiriske terapistudier har dokumentert effekt mot tics. Likevel brukes HRT sjelden. Det skyldes ulike faktorer¹¹. Tidligere trodde man at tics økte etter at man undertrykte dem i en periode. Empiriske undersøkelser viser imidlertid at frekvens eller styrke av tics ikke øker etter at barn undertrykker sine tics i perioder.

NB. Ikke alle barn og ungdommer med tics egner seg for denne type terapi. De fleste barn må være 10-12 år før de kan gjenkjenne og beskrive "forvarsler" forut for tics. Dessuten må barnet være motivert for å gjennomføre de nødvendige øvelsene. Foreldrene må være innstilt på å støtte barnet i denne prosessen, som går vanligvis over 8-12 uker (10-12 møter med barnet og familien).

Medikamentell terapi

Tics/Tourettes syndrom i seg selv trenger som regel ikke medikamentell behandling, men det kan være nyttig ved plagsomme tics eller ved tilleggsproblemer. Generelt anbefales å behandle det mest plagsomme symptomet først, enten det er tics eller en komorbide tilstand, inklusive ADHD. Enkelte barn kan oppleve en økning av tics når de får metylfenidat. Flere meta-analyser på gruppebasis har imidlertid vist at metylfenidat ikke forverrer tics. Medikamentet utløser heller ikke tics hos barn som aldri har hatt tics før. Derfor er det viktig å behandle barn med TS og ADHD etter samme retningslinjer som barn med bare ADHD (12). Metylfenidat-assosiert økning av tics normaliseres ofte innen en ukes tid. Ved vedvarende økning av tics, anbefales å skifte til atomoksetin. Hos barn med svært uttalte tics, der man ikke kan akseptere risiko for forverring, kan atomoksetin vurderes som førstevalg. OCD, depresjon og angstlidelser behandles på vanlig måte. Behandling av komorbide tilstander kan ofte føre til reduksjon av tics, fordi stressnivået i familien synker.

Ingen medikamenter som brukes mot tics, er fri for bivirkninger. Noen barn/familier slutter å ta medikamentene fordi tics`ene er mindre forstyrrende enn bivirkningene. Det finnes ingen kausal medikamentell terapi, kun symptomatisk demping av tics (12). En nøye oppfølging ved oppstart av medisinen kan være til hjelp for å finne balansen mellom virkning og eventuelle bivirkninger.

Indikasjonen for medikamentell behandling er at tics er svært plagsomme eller fører til redusert funksjonsnivå. Eksempler på dette er hvis tics fører til smerter (ofte i nakkeregionen), eller til konsentrasjonsproblemer på skolen (viktig å ha

avklart ev komorbid ADHD), eller at barnet opplever tics som sosialt stigmatiserende (f. eks ta seg i skrittet) eller mobbes pga tics uten at dette kan løses på andre måter.

All behandling starter med lavest mulig dose. Langsom doseøkning gir færre bivirkninger og bedre mulighet til å finne frem til optimal dose. For å vurdere nytten av et medikament anbefales å dokumentere symptomnivået før behandling. Det kan imidlertid være vanskelig å vurdere medikamenteffekt på grunn av store individuelle variasjoner og de periodiske svingninger av tics. Det anbefales bare å endre et medikament om gangen, bruke færrest mulig medikamenter og redusere til minste effektive dose. Det siste kan til tider være vanskelig og krever tålmodighet. Familien bør informeres allerede i begynnelsen om at ingen medisin kan fjerne alle symptomer. Per dags dato er det ingen medikamenter som er oppført i refusjonslisten under F95 – "Tics" i Norge. I Felleskatalogen er tics bare oppført som indikasjon ved haloperidol. Det betyr at det må søkes om individuell refusjon for alle medikamenter etter § 3a.

Det brukes hovedsaklig tre medikamentgrupper for behandling av tics:

1. Alpha2-agonister (clonidin) reduserer frigjøringen av noradrenalin i cortex via locus ceruleus. Optimal effekt på en gitt dose ses først etter 4-6 uker, og det kan ta opptil 10-12 uker å prøve ut medikamentet. Virkningen kan avta etter ca. 9 måneder. Clonidin kan også dempe hyperaktivitet. I USA er clonidin førstevalg hos pasienter med lette til moderate tics. Clonidin kan gi flere bivirkninger: tretthet er vanlig. Emosjonell labilitet, munntørrehet og nattlig uro forekommer også. Medikamentet må trappes ned langsomt pga. risikoen for BT-stigning. Familien må informeres om at plutselig seponering kan føre til høyt blodtrykk og angst. Vanlig dosering er 25 mikrogram en- to ganger daglig, som kan økes gradvis avhengig av effekt og bivirkninger opp til høyst 8 mikrogram/kg/døgn per døgn. Ofte er det nødvendig med 3-4 doser daglig. Transdermal-plaster (Catapres- TTS) kan skaffes på godkjenningss fritak, dette må skiftes ukentlig. Vær oppmerksom på risikoen for kontaktdermatitt. Kontroll av puls, BT og EKG anbefales. Placebokontrollerte forsøk dokumenterer at clonidin, har rundt 35 % bedre virkning mot tics enn placebo. Medisinen er særlig effektiv hos dem som også har komorbid ADHD.
2. Antipsykotika har relativ god dokumentasjon fra empiriske studier:
3. Første valg ved hyppige og kraftige tics er i Norge per i dag et atypisk antipsykotikum, risperidon (5-HT₂ reseptor blokker, svakere D₂ blokker). Det anbefales å starte med en lav dose på 0,25 mg. Denne dosen kan i mange tilfeller være tilstrekkelig. Hvis ikke, økes dosen gradvis inntil høyst 2-3 mg/dag i en eller to daglige doser. Pga risiko for vektøkning selv ved lav dosering, anbefales det å kontrollere lengde og vekt ved hjelp av et percentil-skjema. Hvis vekten øker med flere kilo i løpet av de første 3-4 månedene av behandlingen, bør seponering vurderes. Andre bivirkninger er forlenget QT-tid, sosial angst, metabolske problemer (spesielt diabetes) og tardive dyskinesier. Risperidon har en virkning på 35-50 % i forhold til placebo.
4. Tidligere var førstevalget tradisjonelle antipsykotika (dopamin (D₂) postsynaptiske blokkere) med pimozid eller haloperidol. Pimozid er avregistrert pga kardiale bivirkninger med forlengelse av QT- tid. Pimozid brukes fortsatt av en del barn, unge og av voksne fordi medikamentet har en sterkere tic-dempende effekt enn de atypiske antipsykotika (registreringsfritak; dosering 1-8 mg). EKG må da tas før start, under opptrappingen og etter 1 år. Haloperidol (dosering 1-4 mg) har dokumentert god effekt mot tics, men brukes ikke lenger hos barn pga. hyppige bivirkninger (bl.a. tretthet, risiko for ekstrapyramidale symptomer).
5. Det kan også brukes andre antipsykotika, men det foreligger begrenset dokumentasjon (mindre enn to randomiserte placebo-kontroll studier) på disse medikamentene. Tiaprid (selektiv dopamin D₂/D₃-reseptor antagonist) er et medikament, som brukes mest i tysktalende land og må skaffes på godkjenningss fritak (dosering: Start med 2-10 mg/kg/dag, øke gradvis med 25-50 mg per uke (gjennomsnittsdose er 5-6 mg/kg /dag). Andre medikamenter med dokumentert effekt på tics er: ziprasidon, olanzapin, quetiapin og aripipazol. Særlig i de tilfellene der pasienten går markant opp i vekt ved å bruke risperidon, kan aripipazol (Partiell dopamin agonist og antagonist) være et alternativ. Dokumentasjonen er sparsom, men viser at medikamentet har god effekt mot tics, muligens også mot impulsiv atferd og sinne. Det gir begrenset vektøkning, ingen forlenget QT-tid og ingen prolaktinøkning, men i noen tilfeller er akatisi og akutt dystoni beskrevet også ved lav dosering. Svært mange (90 %) rapporterer

at de ikke blir trøtte av denne medisinen. Lav startdose anbefales for å unngå kvalme (barn bør få 2,5 mg i 5 dager, deretter 5 mg 1 x daglig, ved behov opp til 7,5 eller til 10 mg x 1). Medikamentet er foreløpig ikke godkjent til bruk hos barn og ungdom pga. utilstrekkelig dokumentasjon, derfor må bruken drøftes nøye med foreldrene.

6. En annen mulig behandling er å injisere botulinumtoksin, direkte i den muskulaturen som er affisert av enkeltstående, invalidiserende tics, for eksempel i muskelgrupper på halsen/ansiktet eller ved foniske tics. Effekten er dokumentert i flere studier hos voksne. En placebokontrollert studie viste 40 % bedring sammenlignet med placebo¹². Bivirkninger kan være smerter ved injeksjonsstedet og stemmeproblemer etter injeksjon i stemmebåndene.

Litteratur

1. World Health Organization, The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. 1992: Geneva
2. Leckman, JF, MH Bloch, L Scahill, et al., Tourette syndrome: the self under siege. *J Child Neurol*, 2006. 21(8): p. 642-9.
3. Pauls, DL, An update on the genetics of Gilles de la Tourette syndrome. *J Psychosom Res*, 2003. 55(1): p. 7-12.
4. Plessen, KJ, JM Royal, and BS Peterson, Neuroimaging of tic disorders with co-existing attentiondeficit/ hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2007. 16 Suppl 1: p. 60-70.
5. Robertson, MM, The prevalence and epidemiology of Gilles de la Tourette syndrome. Part 2: tentative explanations for differing prevalence figures in GTS, including the possible effects of psychopathology, aetiology, cultural differences, and differing phenotypes. *J Psychosom Res*, 2008. 65(5): p. 473-86.
6. Robertson, MM, Tourette syndrome, associated conditions and the complexities of treatment. *Brain*, 2000. 123 Pt 3: p. 425-62.
7. Budman, CL, RD Bruun, KS Park, et al., Explosive outbursts in children with Tourette`s disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2000. 39(10): p. 1270-6.
8. Robertson, MM, Mood disorders and Gilles de la Tourette`s syndrome: An update on prevalence, etiology, comorbidity, clinical associations, and implications. *J Psychosom Res*, 2006. 61(3): p. 349- 58.
9. Strand, G, AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi – en grunnbok, 2009. Fagbokforlaget.
10. Woods, D, J Piacentini, and J Walkup, Treating Tourette Syndrome and Tic Disorders. A Guide for Practitioners. 2007, New York: The Guilford Press.
11. Woods, DW, CA Conelea, and MR Walther, Barriers to Dissemination: Exploring the Criticisms of Behavior Therapy for Tics. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2007. 14(3): p. 279-282.
12. Scahill, L, G Erenberg, CM Berlin, Jr., et al., Contemporary assessment and pharmacotherapy of Tourette syndrome. *NeuroRx*, 2006. 3(2): p. 192-206.

Nyttige linker og adresser

- Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi.
Oslo Universitetssykehus HF, Ullevål, bygg 31A, 0407 Oslo
Tlf.: 23 01 60 30, fax.: 23 01 60 31
E-post: post@nasjomp.no
Nettsteder: www.nasjomp.no og www.innsikt.org
- Norsk Tourette Forening
- Tourette Syndrome Association (Amerikansk TS Forening)

Del 3 Behandlingsmetoder og spesielle arbeidsområder

Psykoterapi

Psykoterapi med barn og unge

Terje Lund og Øystein Sørbye

De fleste av oss vet av egen erfaring at samtaler med forståelsesfulle andre kan oppleves som en vesentlig støtte i følelsesmessige kriser. Dette er beskrevet i litteraturen lenge før psykiatri ble definert som fag. Å bli møtt med forståelse er et virksomt element i mange typer behandlingsvirksomhet, men blir gjerne sett på som en egenskap ved behandleren, og ikke som en integrert del av selve behandlingen.

Individuell psykoterapi

Ulike varianter av individuell psykoterapi forsøker å optimalisere de mellommenneskelige prosessene som bidrar til psykisk smertelindring og bedre mestring av utfordringer senere i livet. Dette er kompliserte prosesser, som har gitt opphav til mye teoriutvikling. Det er lett å peke på mangler i det forskningsmessige grunnlaget for mye av psykoterapi-teorien. På den andre siden er det god dokumentasjon på at de fleste former for psykoterapi har effekt, bl.a. gjennom såkalte uspesifikke faktorer som ikke er sterkt knyttet til noen spesifikk metode.

Det er gjort mange forsøk på å identifisere de virksomme elementene i psykoterapi, og dermed kunne øke metodens effektivitet i forhold til ulike problemstillinger. Forskjellige terapiretninger vektlegger ulike elementer, som f. eks:

- Å bli forstått/ møtt empatisk av et annet menneske (en erfaring som bidrar til utvikling og gir håp om nye positive møter i framtida, en korrigerende emosjonell erfaring¹).
- Å forstå seg selv bedre gjennom samtaler som fokuserer på følelsesmessige relasjoner, både ifht. fortid, nåtidige relasjoner og i fht. terapeuten. (tolkning av årsaksforhold bak følelsesmessige reaksjoner, herunder følelser som oppstår ifht. Terapeuten²)
- Evnen til å identifisere/ gjenkjenne følelser hos seg selv og andre, og uttrykke seg stadig mer nyansert om dette.
- Evnen til å oppfatte og forstå seg selv og andre ved hjelp av begreper om mentale tilstander eller sinnstilstander, f.eks følelser, holdninger, intensjoner, og ønsker. (Mentalisering.³)
- Hjelp til å tenke mer strukturert om sin situasjon, identifisere og endre fastlåste og destruktive tankemønstre. (kognitiv terapi⁴).
- Hjelp til å identifisere utfordringer som en kan trene på for gradvis å få bedre kontroll over sin atferd. (atferdsterapi/ kognitiv atferdsterapi⁵).
- Rådgivning om hva en bør gjøre i konkrete livssituasjoner/ relasjoner til andre.

Det er ikke enighet om at alle disse elementene skal inngå i det vi betegner som psykoterapi. Men i praksis vil mange terapiforløp inneholde mange av disse elementene. Metoder som rendyrker ulike elementer har til dels ulike historiske og teoretiske utspring, men de har likevel et felles utgangspunkt: Det handler om å hjelpe et annet menneske som opplever følelsesmessig smerte, ved å bruke seg selv som terapeutisk virkemiddel. Noen eksempler er kognitiv terapi, atferdsterapi og klassisk overføringsbasert/ psykodynamisk terapi. Bruk av psykofarmaka eller annen "biologisk" behandling regnes ikke som psykoterapi, selv om det også er behandling av psykiske lidelser.

Psykisk smerte og andre psykiske symptomer kan ha mange årsaker. Og det er alltid et samvirke mellom genetiske/ biologiske forutsetninger og de erfaringer som individet har med seg. Ingen behandlingsmetoder "hjelper mot alt". Barne- og ungdomspsykiateren trenger derfor et visst kjennskap til flere metoder, og et bevisst forhold til når de brukes.⁶

Psykoterapi av ulike typer er nyttige verktøy i behandling, men som ledd i spesialistutdanningen bør psykoterapiutdanning også gi generell kunnskap om utviklingspsykologi og relasjonens betydning i en behandlingssituasjon. Derfor legges det vekt på at veiledning i psykoterapi også skal gi rom for å reflektere over egen rolle, motiver og følelser som behandler.

Barn og ungdom er i rask utvikling. Dette gir terapeutiske muligheter, fordi utviklingen i seg selv innebærer endring, og vanligvis større mulighet for mestring. Terapi har jo som siktemål å hjelpe individet til en form for konstruktiv endring både av tenkemåte, atferd og følelsesmessig tilstand. Men psykoterapi med barn og ungdom innebærer også utfordringer: Det er som oftest ikke pasienten selv som ønsker behandling, men voksne som er bekymret og som vurderer at barnet eller ungdommen trenger hjelp fra helsevesenet. Mange pasienter opplever henvisningen til BUP som en form for kritikk eller manglende aksept for at de er som de er. Det er derfor ofte et pedagogisk og tillitsbyggende arbeid som må gjøres før en kan snakke om at terapeut og pasient har samme målsetting, det vi kaller en behandlingsallianse.

Barn og ungdom må møtes av terapeuten med en kommunikasjonsform som er tilpasset deres utviklingsnivå. Og det kan være vanskelig å uttrykke seg om såpass kompliserte forhold på en alderstilpasset måte. Men dette innebærer også muligheter: Lek er en naturlig, nødvendig og lystbetont aktivitet for barn. Selv uten innblanding fra voksne, vil barn ofte bruke lek til å repetere/ bearbeide viktig relasjonelle tema, og til å trene på sosiale ferdigheter. En terapeut som leker med, kan både observere og intervensjon gjennom lek, og ikke minst få direkte samspillserfaringer med barnet, som gir grunnlag for samtale.

Foreldrearbeid

Barn og ungdom er avhengige av foreldre. Det innebærer at vi må ha en arbeidsallianse med de foresatte for å drive individuelt psykoterapeutisk arbeid. Det er nødvendig at de foresatte forstår hva behandlingen går ut på, og tenker at dette kan være bra for deres barn. Når pasienten er under 16 forutsettes en kommunikasjon mellom terapeut og foresatte. Det innebærer en balansegang for terapeuten mellom konfidensialitet (ikke utlevere fortrolig informasjon) og samarbeid. Noen steder ivaretas kontakten med foreldrene av en egen terapeut, noe som både kan ha fordeler og ulemper. Andre steder kombineres individualterapi med familierapi. Det ligger mer i arbeidet med foreldre enn å i varetta informasjonsplikt og allianse om behandlingen. Foreldrene er ofte opprødd og kan trenge rådgivning om hvordan de skal forholde seg til barnet sitt. Slike råd kan ofte knyttes til den forståelsen av barnet som vokser ut av terapien, i tillegg til de formelle utredninger som er gjort på forhånd. I andre familier er konflikt mellom, eller psykiske problemer hos foreldre en vesentlig belastning for barnet som er identifisert pasient. Da vil foreldrearbeidet innebære større vekt på psykoterapeutiske elementer.

Familierapi

I barne- og ungdomspsykiatri vil det ofte være naturlig å snakke med barn og foreldre sammen. Det kan f. eks. være viktig at barn og foreldre mottar samme informasjon, eller at de hører hverandres beskrivelser av situasjonen. I familierapi går vi et skritt videre, og prioriterer arbeid med samspill og kommunikasjon mellom familiemedlemmer. Vi kan si at familierapi gir mulighet til å observere og intervensjon i samspill mens det faktisk pågår, mens individualterapi ofte vil dreie seg om samspillsrelaterte følelser og reaksjoner hos pasienten i forhold til tidligere hendelser. Det er utviklet flere varianter også av familierapi, med ulike teoribygninger og behandlingsteknikker, men grovt sagt forsøker

en å medvirke til at familiemedlemmer skal forstå hverandre bedre, redusere negative samspills-sirkler og komme inn i positive. Søsken kan også være viktige deltakere i familierapi.^{7,8}

Individuell psykoterapi og familierapi er metoder som krever både teoretisk skolering og praktisk trening under veiledning. Det er metoder som innebærer høy grad av tilpasning til den enkelte sak, og som kan brukes ved mange ulike problemstillinger og diagnoser. Men i likhet med andre tilnærminger har disse behandlingsformene sine begrensninger, og må ofte kombineres med andre elementer av utredning og behandling. Det er viktig at spesialister i barne- og ungdomspsykiatri holder seg oppdatert på terapimetoder og behandlingsforskning, selv om forskningen pr. i dag bare kan gi retningslinjer for metodevalg på enkelte områder.

Referanser

1. Alexander, F, French, TM 1946 Psychoanalytic Therapy: Principles and application. N Y: Ronald Press.
2. Silberschatz G, Fretter P B, Curtis J: How Do Interpretations Influence the Process of Psychotherapy? Journal of Consulting and Clinical Psychology 1986, Vol. 54, No. 5, 646-652
3. Allen J G, Fonagy P, Bateman A W 2008 Mentalizing in Clinical Practice. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
4. Durlak, J. A., Fuhrman, T., & Lampman, C. 1991. Effectiveness of cognitivebehavior therapy for maladapting children: A meta-analysis. Psychological Bulletin, 110(2), 204-214.
5. Cartwright-Hatton S; Roberts C; Chitsabesan P; Fothergill C; Harrington R: Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. British Journal of Clinical Psychology, Volume 43, No. 4, 2004 , pp. 421-436
6. Roth, A. & Fonagy, P. (eds) 1996 What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research. New York: Guilford.
7. prengle D H: Effectiveness Research in Marital and Family Therapy: Introduction. Journal of Marital and Family Therapy January 2003, Vol. 29, No.1, 85-96
8. Eia A: Outcome research in family therapy. 2002 Advances in Psychiatric Treatment 8: 230-238

Psykodynamisk psykoterapi med barn og ungdom

Rune Johansen og Bernt Halvard Sleire

Innledning:

Psykologiske behandlingsmetoder har det til felles at man gjennom forskjellige former for samspill legger opp til at både følelser og adferd kan endres. Psykoterapi generelt er forankret i de følelsesmessige prosessene i møtet mellom mennesker. Det spesielle i psykoterapi med barn og ungdom er bruken av lek og interaksjon omkring lek. Jo eldre barna er, og ved overgang til ungdomsalder, jo mindre brukes lek og psykoterapien nærmer seg behandlingen med voksne.

Behandlingen kan være over kort eller lang tid, avhengig av fokus og målsetting, innen alle de forskjellige behandlingstradisjonene. Generelt viser psykoterapiforskning i dag at psykoterapi forkorter sykdomsprosesser i forhold til ubehandlet utvikling (Shedler 2009) Endringsprosessen skjer ved påvirkning av hjernefunksjoner og organisering av nevronale nettverk (Kandel 1999, Fonagy 2004). Gjennom de siste tiårene har erfaringsgrunnet for psykodynamisk psykoterapi blitt både bekreftet og korrigert av nyere kunnskap fra nevrofysiologien og billeddiagnostikk, selv om dette på psykoterapiens område fortsatt er et stort utforsket kontinent (Beutel & Huber 2008).

Psykoterapi er en erfaringskunnskap som læres gjennom praksis. Vårt kapittel gir et grunnlag og en oversikt.

Psykodynamisk psykoterapi.

Gjennom å systematisere erfaringer og tanker om at menneskets følelser og handlinger har en mye videre forankring enn det som ligger i vår bevissthet, postulerte Sigmund Freud sine teorier om det ubevisste. Motivasjon for våre handlinger er styrt av prosesser i det ubevisste; driftsstyrte behov og relasjonsbehov, med en grunnleggende biologisk forankring. Psykoterapi med barn og ungdom startet med pionerer som Anna Freud og Melanie Klein; og utviklingen av denne spesielle behandlingstradisjonen har senere favnet sentrale teoretikere og klinikere som har integrert utviklingsforståelse med klinisk praksis (Lanyado & Horne 2009). Videre i dette kapitlet skriver vi psykoterapi der vi mener psykodynamisk psykoterapi. Premisset i psykodynamiske behandlingsformer er basert på at de problemene pasienten framstår med har en forankring i erfaringer fra tidligere relasjoner, det samme gjelder psykoterapi med barn og ungdom. Barnet er i en omsorgssituasjon og lever med sine foreldre eller andre omsorgspersoner. Barnet er også i større grad i utvikling enn den voksne; både fysiologisk, kognitivt og følelsesmessig. De forskjellige skoleretningene innen psykodynamisk psykoterapi har alle forsøkt å favne forskjellige aspekter av det vi i dag kan se som samspillet mellom individet og (den) andre. I utgangspunktet var det en forståelse av den enkelte pasient, men etter hvert skjedde det et skifte i retning av at det er interaksjonen som blir sentral. De forskjellige hovedretningene står for seg, samtidig som de bygger på hverandre:

- Egopsykologien (Hartmann 1939) formulerte teoriene om egos avverger og tilpasning og ga dette en mer fremhevet plass enn driftsimpulsene. Egopsykologiens sentrale mål er egos autonomi. (Blanck & Blanck 1994).
- Objektrelasjonsteoriene (i England fra midten av 1940-tallet) trakk inn samspillet mellom den indre opplevelsen av seg selv og andre mennesker (her objekter), dannet av mellompersonlige erfaringer. Relasjonen subjekt – objekt danner grunnlaget for gode og onde følelsererfaringer. Fokus flyttes mer mot omsorgen og ivaretagelsen. Forventede affektive gjensvar fra objektene er overordnet utladning av driftsspenning (Greenberg & Mitchell 1983).
- Intersubjektivitet og de relasjonelle teoriene (i USA fra midten av 1940-tallet) kom som resultat av tanker om større betydning av den subjektive erfaring i relasjonen. Muligheten for korreksjoner av følelsesmessige erfaringer livet igjennom ved nye relasjonelle møter vektlegges. (Mitchell & Aron 1999)
- Tilknytningsteoriene (i England fra midten av 1950-tallet) kommer som resultat av at omsorgen for barnet er av betydning for utviklingen; en trygg base for å utforske verden. Tilknytningsmønstre- og atferd er et resultat av samspill mellom medfødte disposisjoner (emosjonelle signaler som uttrykker behov for trygghet) og omsorgssituasjonen (trøst, kjærlighet). Disse har en beskyttende og relasjonsutviklende hensikt. (Bowlby 1988).

- Selvpsykologien kommer som et resultat av konflikter omkring forståelsen av hvordan selvet organiseres. Vektleggingen forskyves fra det ubevisste i den klassiske driftsmodellen mot betydningen av selvet som organiserende instans i psyken. Behovet for selvbekreftelse blir det grunnleggende i relasjonen med andre. (Kohut 1971/1977; Karterud & Monsen 1997).
- Utviklingsteorier baserer seg på observasjonen av det tidlige samspillet mellom mor/foreldre og barn. Selvets utvikling blir sentralt og betydningen av tidlige erfaringer i samspill og relasjonelle møter danner grunnlaget for psykenes organisering. Utviklingsforståelsen trekker inn referanser fra flere av de overnevnte teorier, men mye baserer seg på observasjonsstudier. (Stern 1985, Trevarthen, 2001).

I dag viser eksperimentell forskning og observasjon av utvikling at vi lager indre erfaringer av hendelser gjennom livet. Disse ligger som nevralt nettverk som lagrer erfaringen av relasjonen mellom den enkelte (selvet) og den andre (objektet) knyttet til en følelse (Siegel 2001). Den behandlingsmessige utfordringen blir å kunne se barnets og ungdommens evne til å håndtere sine følelser, evne til å skille seg selv og andre, evne til å kunne jobbe med de følelser som oppstår i møtet mellom behandler og pasient. Det er også viktig å ha god forankring i teori, og kunnskap om flere teorier gir en pluralistisk synsvinkel som er et hjelpemiddel for å finne mening og skape forståelse i den terapeutiske relasjonen.

Behandlingsforståelse:

Psykodynamiske behandlingsformer spenner fra et aktivt arbeid med de følelser som etableres mennesker i mellom (mye med ubevisst forankring; i denne tradisjonen kalt "overføringer") til mer støttepregede former der man baserer seg på positive forventninger i alliansen. Målsettingen er å jobbe spesifikt med de følelsesmessige forstyrrelsene og problemene; med følelsesaktivering og dermed muligheten til å endre følelsesmessige erfaringer. Dersom følelsene kan ivaretas direkte i behandlingen og i omsorgssituasjonen kan man legge opp til en intensiv psykoanalytisk orientert psykoterapi med frekvens på 2–3 timer pr uke. Ved mindre toleranse for følelsesaktivering og utilstrekkelig ivaretagelse mellom timene legger man opp et mindre intensivt behandlingsopplegg, der frekvensen er sjeldnere og mestring blir mer sentral.

Ved tidsbegrenset korttids-psykoterapi jobbes det mer fokusert med relasjonelle erfaringer og hvordan symptomene henger sammen med disse. Ved mer komplekse psykiske tilstander blir behandlingen oftest lengrevarende. Fokus blir i større grad endring i indre følelsesliv og relasjonelle tilpasninger.

Winnicott har gitt oss mye av teorier om hvordan lek og samspillslek kan være helende i seg selv, mye bekreftet ved senere utviklingsforskning (Stern 1985, Trevarthen 2001). Gjennom lekfull førverbal dialog, inntoning og "turn-taking games" mellom mor og barn utvikler barnet seg mot den sosiale verden. Ved arbeid med barn med tidlige skader utfordres terapeuten også på å ivareta og prosessere tidlige ubearbejdede følelser, gjennom en prosess med forankring i Bions teori om "container – contained" (Bion 1962).

I arbeidet med barn er leken et sentralt verktøy. Tidligere ble leken sett på som en i hovedsak representasjon av det barnet var opptatt av; som en form for projeksjon av barnets indre. Fortsatt tenker vi lekens funksjon innen denne forståelsen i arbeidet med traumatiserte barn; de har et behov for å fortelle om traumat gjennom leken gjentatte ganger; for å bearbeide og gjennomarbeide.

Hvis omsorgen ikke har vært god nok, trenger barnet å prøve ut andre relasjonelle erfaringer, og leken blir mer utforskende. Ved tidlig og mer uttalt omsorgssvikt – utviklingsmessig preverbalt – kan leken inneholde fragmenter som trenger lang tid for å lage en forståelse. Først må det foregå "ute i leken" før det kan tas inn og gjøres til en erfaring som kan håndteres og leves med – i det som Winnicott kaller "overgangsrommet" (Winnicott 1971; Alvarez & Phillips 1998).

Generelt om holdninger og prosesser i terapiforløpet.

I en relasjonsbasert behandling vil terapeuten invitere barnet til et møte hvor rammeforutsetningene for å drive behandling er klart definert og tilstede. Det er viktig at alle følelser kan få rom og bli tenkt omkring (behandlet), det er andre som kan stå for pedagogikk og oppdragelse. En grunnleggende forutsetning for et vellykket terapiforløp er at det blir skapt en behandlingsallianse mellom de to.

Det legges til rette for at barnets indre verden / følelser får utfolde seg i det terapeutiske lekematerialet og i interaksjonen med terapeuten. Her kan utfordringene være store. Negative og kritiske følelser (overføringer) er en påkjenning for terapeutens selvforståelse, og for mye angst og usikkerhet hos behandler kan forstyrre tenkningen og føre til negative reaksjoner (motoverføringer). En terapeutisk holdning med vektlegging på å møte barnet med en empatisk forståelse, bekrefte barnets opplevelser og få barnet engasjert og aktiv i lek og dialog med en varm interpersonlig stil er grunnleggende viktig. Det er terapiens mål at prosessen leder til at barnet kan integrere og ta personlig eierskap til følelsene. Å kunne plassere vanskelige følelser i leken eller i terapeuten eller i andre kan være en nødvendig omvei for å tørre å nærme seg selv. Det er viktig at terapeuten respekterer dette og kan innta en fleksibel og ikke dogmatisk holdning.

Det blir viktig at behandler kan være trygg nok til at han / hun får tak i sine egne følelser og reaksjoner (motoverføringen). Det er en stor utfordring for terapeuten. Vi utfordres enormt på at vi synes synd på; at vi da har lyst til å være snille, være "bedre foreldre enn", ville gjøre barnet glad. Eller vi trekker inn våre egne verdier og moral på en måte som gjør at vi vil oppdra. Hvis vårt eget får dominere tar vi fra barnet muligheten til å komme med sitt og få "tenkt rundt" de bevisste og ubevisste prosessene det strever med. Det er en grunnleggende forutsetning at behandler har tilstrekkelig oversikt over eget følelsesliv og vanskelige områder. Det er viktig å vite om våre egne reaksjoner har forankring i eget følelsesliv eller i reaksjoner på prosesser som settes i gang av barnet eller ungdommen. Dette får man tak i gjennom egen veiledning og at man går i behandling for egen del. Ved å analysere eget følelsesliv kan man vite om de prosesser som foregår må jobbes mer med, og om man mer agerer ut egen problematikk (Ferro & Basile, 2009).

Nyere psykoterapiforskning viser at den psykoterapeutiske behandling forbedres ved å forbedre behandlerens evne til å relatere til pasienten og skreddersy dette forholdet til den enkelte pasient. I denne "nye" relasjonen blir det mulig å jobbe med følelser og konflikter som kan bearbeides på en "ny" måte og gi en "ny" relasjonserfaring. (Alvarez & Phillips, 1998, Lanyado & Horne 2009).

Utredning og diagnostikk

Utredningen for psykodynamisk behandling er en grundig gjennomgang av barnets og ungdommens livshistorie med vekt på utviklingsanamnese, barnets/ungdommens familie- og livssituasjon og en forståelse av hvordan symptomene kan henge sammen med dette. Når det gjelder barn er "Lekeobservasjonen" (beskrevet i eget kapittel) en nødvendig supplerende undersøkelse, evt. ved siden av forskjellige projektive tester. Disse kan si noe om hvorvidt barnets problemer er forankret i barnets indre psykiske verden og relasjonelle erfaringer. I en syntese kan all denne informasjonen si om det er indikasjon for psykoterapi. Når det gjelder ungdom kan supplerende projektive tester si mer om indikasjon, samtidig som motivasjon, evne til refleksjon og hvordan ungdommen relaterer til behandler sier mye om egnethet for behandlingen. Diagnostikken her krever noe annet enn det som favnes av de etablerte diagnostesystemene (ICD-10 og DSM-IV). Dette er forsøkt kompensert med utarbeidelsen av et psykodynamisk diagnostisk system – PDM – som kan supplere diagnostikken ved psykodynamiske behandlingsformer (Psychodynamic Diagnostic Manual 2006 – se eget kapittel om diagnostikk).

Praktisk gjennomføring

I det psykoterapeutiske arbeidet handler det om å gi rom eller plass for at følelser og tenkning får utfolde seg. I psykoterapi med barn anbefales det også å bruke et egnet lekerom. Dette fordi man da ikke må passe så mye på og være så forsiktig i forhold til det som ellers er i rommet.

Timene er vanligvis på 45–50 minutter, og man bør ha diskutert både rammer, frekvens og hvorvidt det er en åpen eller mer avgrenset behandling med foreldre / omsorgspersoner på forhånd. I arbeidet med ungdom trekkes også ungdommen inn i dette arbeidet.

Behandlingsrommet kan være utformet mer strukturert med leker i et "hele-verdenmateriale"; leker som skal favne mange følelsesmessige arenaer. I tillegg må man ha tilgang til formingsmateriale av forskjellig slag. Ved siden av bruker man ofte sandkasse; noe som gir store muligheter for forming og felles arbeidsarena. Alternativt kan man velge ut leker og formingsmateriale i en mer Kleiniansk tradisjon; med bruk av egen kasse/skuff for barnet. Man velger da leker som barnet kan bruke til å uttrykke seg med; små dukker/mennesker / klosser / ville og tamme dyr, ved siden av formingsmateriale som plastelina / tegnesaker / saks og lim / hyssing og tape. Det er viktig at lekene er satt sammen ut i fra barnets alder og at man kan supplere med leker / materiale ut i fra hva barnet kan like å uttrykke seg med. Fordelen med egen lekekasse er at lekematerialet ikke forstyrres ved at andre barn ødelegger eller fjerner leker.

Ved behandling av ungdom er det viktig med fleksibilitet. Ved siden av samtalemuligheten er det en fordel å ha tilgang til formingsmateriale / tegne- / skrivesaker for å gi mulighet for mer fleksible uttrykksformer om det er ønskelig / nødvendig.

Barn og unge inviteres til spontan lek og til å snakke fritt uten å bli styrt fra terapeutens side. Terapeuten følger barnet i dets lek og verbale adferd ved å observere, lytte og introdusere en undrende og reflekterende holdning. Det jobbes med de følelser og fenomener som aktiviseres mellom barnet og terapeuten (overføring – motoverføring) i prosessen.

Varigheten av behandlingen bestemmes mye av indikasjonen; der komplekse og tidlige problemer trenger lenger tid enn mer avgrensede og fokuserte problemer. Det blir viktig å gi tid til at det "nye møtet" og de nye erfaringene kan internaliseres og integreres.

Avslutning i psykoterapi med barn bør skje etter en forutgående evaluering mellom alle involverte sammen med en evaluering av oppnådde resultat i terapiforløpet. Det er da viktig å gi tid for en avslutningsprosess; slik at barnet får tid til å jobbe med selve avslutningen, men også fordi "gamle tema" ofte aktualiseres når barnet (og foreldrene) skal klare seg på egen hånd. Ofte er det også en utfordring for behandler å slippe barnet og stole på at det kan klare seg selv. Vi vil anbefale mellom tre til seks måneder for en avslutningsprosess om selve behandlingsløpet har vært langvarig.

Om foreldre – og skole – / barnehage – arbeid parallelt.

Foreldrene er våre oppdragsgivere fokus for samarbeidet er barnet. For barn under 12 år er det selvsagt, for ungdom er ungdommens egen opplevelse og oppfatning mer av betydning. Når foreldre søker hjelp for sitt barn har problemene ofte pågått over lang tid. For mange foreldre kan dette henge sammen med følelser av nederlag; det å ikke ha vært gode nok foreldre, det å ikke ha strukket til og mye en opplevelse av angst og skyld.

Det innledende arbeidet blir viktig for å skape en allianse og i størst mulig grad å kunne trekke foreldrene inn i et arbeid som samarbeidspartnere. Det er viktig å beskrive vansker som ofte oppstår i løpet av behandlingen; at barnet i perioder kan bli vanskelig å handskes med. Barnet kan bli mer sårbart; mer trist, lei seg, deprimert, aggressivt, småbarnslig krevende i sine uttrykte direkte eller indirekte behov. Barnet vil også underveis kunne uttrykke motstand mot å

gå til timene, noe mange foreldre vil oppleve som meget vanskelig. Barnets motstand vil ofte kunne falle sammen med foreldrenes tvil/skepsis/ambivalens i forhold til terapien og også styrke deres motstand. Ved å ha diskutert dette på forhånd er det mye lettere å gå tilbake til dette når fenomenene oppstår.

Arbeidsalliansen innebærer et samarbeid sentrert omkring barnet i terapi og behandlingsopplegget omkring barnet. Man søker å forstå barnets emosjonelle problemer ut fra barnets utvikling; emosjonelle problemer som har preget barnet og som eventuelt fortsatt preger det.

Foreldrene og foreldrearbeider må i felleskap komme frem til rammene for samarbeid. Etter vår erfaring må vi kunne være åpne og fleksible i våre vurderinger. Vi vil anbefale en kontakt på minst en gang i måneden, men oftere hvis det er behov for det. Ut i fra behov møtes både foreldre, foreldrearbeider og barnets behandler til felles samtaler. Vi vil anbefale minst fire ganger i året ved lengre tids behandlingsopplegg, noen ganger oftere, men sjelden mindre. Den viktigste funksjonen i samarbeidet med foreldrene er å hjelpe dem til å være "gode nok" foreldre for barnet.

Når barnets vansker er sammensatte med foreldres problemer vil det kreve et utvidet behandlingstilbud hvor foreldrene anbefales å søke hjelp for sine samspillsproblemer, evt. anbefales det å søke individuell hjelp (for eksempel psykoterapi).

Samarbeidet med barnehage eller skole er motivert ut i fra barnets problemer. Noen ganger er barnets problemer av en slik art at det påvirker barnets lek eller læring, eller barnets relasjoner til jevnaldrende eller voksne er så vanskelig at man også må jobbe med det i barnehagen eller på skole. Det kan være behov for råd, men også ofte veiledning ut i fra barnets problemer. Vår erfaring er at samarbeidet med barnehage / skole ivaretas best av en klinisk pedagog, ofte ut i fra gjensidig respekt for hverandres arbeid. Hyppighet og innhold bestemmes av barnets og barnehagen/skolens problemer.

Det er viktig at samarbeidet rundt barnet beskrives for de involverte parter tidlig i løpet; for både å åpne opp for samarbeidet, men også for å informere om at informasjon blir delt. Internt i dette samarbeidsforumet vil man da også kunne informere hverandre om de forskjellige sidene av arbeidet, og i en godt samarbeidende gruppe også kunne få innblikk i parallellprosesser som speiler den virkelighet som barnet lever i. Dette vil være nyttig og kunne gi grunnlag for intervensjoner som man ellers må bruke lang tid for å komme fram til.

Evidens.

Psykodynamisk psykoterapi har først og fremst vært en erfaringsvitenskap, og er det til dels ennå, men langsomt kommer det også forskningsresultater som bekrefter flere av de teoriene som psykoterapien har vært forankret i. Både for voksne og barn viser det seg at psykoterapi gir et signifikant bedringsnivå sammenlignet med de som ikke får psykoterapi (Weisz et al., 1987 og Casey and Bergman, 1985). En metaundersøkelse av langtids psykodynamisk psykoterapi med voksne viser like gode eller bedre effekt enn med andre terapiformer (Leichsenring & Rabung 2008). For barn finner man at de som får psykoterapi uansett form for behandling, kognitiv eller psykodynamisk, klarer seg bedre enn de som ikke får. (Midgley et al. 2009). Oppfatningen av at psykodynamiske tilnærminger mangler empirisk støtte stemmer ikke med tilgjengelig vitenskaplig evidens og kan være uttrykk for selektiv formidling av forskningsfunn (Shedler 2009).

I en metaanalyse fra 2004 av psykodynamisk psykoterapi med barn fant Kennedy 32 studier som hadde tilstrekkelig høy kvalitet til å kunne trekke konklusjoner om effekt for denne formen for behandling (Kennedy, 2004, Lanyado & Horne 2009). De fleste studiene lå nært opp til klinisk virkelighet, og hadde barn som ble henvist med varierte, sammensatte og alvorlige diagnostiske tilstander, og hadde godt utdannede terapeuter. Nøkkelfunnene viste at barn med mindre alvorlige tilstander synes å nyttiggjøre seg like bra en mindre intensiv eller korttids behandling som en mer

intensiv eller langtids behandling. Barn med mer alvorlige forstyrrelser trenger mer intensiv behandling for å oppnå bedring. Flere studier ga indikasjoner på varig bedring også ved lang tids oppfølging. Dette kan antyde muligheten for en "latent effekt" etter psykodynamiske behandlinger. Noen studier tyder på at yngre barn har bedre nytte av behandling når den er kombinert med foreldrearbeid eller familiearbeid parallelt.

Litteratur

1. Alvarez, A. & Phillips, A. (1998). The Importance of Play: A Child Psychotherapist's View. *Child Psychology & Psychiatry Review*, 3 (3): 99-103.
2. Beutel, M. E. & Huber, M. (2008). Functional Neuroimaging-Can It Contribute to Our Understanding of Processes of Change? *Neuro-Psychoanalysis*;10:5-16
3. Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience*. New York: Basic Books.
4. Blanck, G., Blanck, R. (1994). *Ego Psychology: Theory and Practice*. 2nd ed. New York: Columbia University Press.
5. Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Routledge.
6. Casey, R.J., & Berman, J. S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98, 388-400.
7. Ferro, A. & Basile, R. (2009). *The Analytic Field: A Clinical Concept*. EFPP Monograph Series. London: Karnac Books.
8. Fonagy, P. (2004). Psychotherapy meets neuroscience, A more focused future for psychotherapy research. *Psychiatric Bulletin* (2004), 28, 357-359
9. Greenberg, J., Mitchell, S. (1983). *Object Relations in Psychoanalytic Theory*, Harvard University Press Cambridge, Mass.
10. Hartmann, H. (1958). *Ego psychology and the problem of adaptation*. Trans., David Rapaport. New York: International Universities Press, Inc
11. Kandel, E.R. (1999). *Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Framework for Psychiatry Revisited*. *Am J Psychiatry* 156:505–524.
12. Kennedy, E. (2004). *Child and Adolescent Psychotherapy: A Systematic Review of Psychoanalytic Approaches*. London: North Central London SHA.
13. Karterud, S. & Monsen J.T. (1997). *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut*. Oslo: Ad Notam, Gyldendal.
14. Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: Int. Universities Press.
15. Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: Int. Universities Press.
16. Lanyado, M. & Horne, A. (2009). *The Handbook Of Child And Adolescent Psychotherapy: Psychoanalytic Approaches*. London: Routledge.
17. Leichsenring F, Rabung S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy—A meta-analysis. *JAMA*;300:1551–65
18. Midgley, N. et al. (eds) (2009). *Child Psychotherapy and Research: New Directions, Emerging Findings*. London: Routledge
19. Mitchell, S., Aron, L. (eds) (1999). *Relational Psychoanalysis. The Emergence of a Tradition*. Hillsdale, NJ, Analytic Press.
20. *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) (2006)*. By Alliance of Psychoanalytic Organizations. London: Karnac Books.
21. Shedler, J. (2009). The efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*, In Press.
22. Siegel, D.J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, "Mindsight", and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 22(1–2), 67–94.
23. Sonnenberg, S.M., Ursano, A.M., Ursano, R.J. (2003). Physician–patient relationship, in *Psychiatry*, 2nd Edition. Edited by Tasman, A., Kay, J., Lieberman, J.A. New York: Wiley; pp 52–63
24. Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.

25. Trevarthen, C. (2001). Infant intersubjectivity: research, theory, and clinical applications. *J Child Psychol Psychiatry*, Jan;42(1):3-48.
26. Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D., & Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*; 55(4): 542-549.
27. Weisz J.R., Kazdin A.E. (2010). *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents, Second Edition*
28. Winnicott D.W. (1971). Transitional objects and transitional phenomena. In: *Playing and reality*, p. 1–25. New York: Basic Books.

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010

Kognitiv atferdsterapi

Silvia Kriz og Bodil Solberg

Hva er kognitiv atferdsterapi?

Kognitiv atferdsterapi vokste fram som en sammensmelting av atferdsterapi og kognitiv terapi i 1980-årene. Den baserer seg altså både på sosial læringsteori og den kognitive modellen utviklet av Aaron Beck i 1960-årene.

I sosial læringsteori beskrives hvordan omgivelsene (både fysiske og menneskelige) former atferd og omvendt. En hendelse eller et "stimulus" vil påvirke et individ og utløse en reaksjon. Men dette skjer ikke i et vakuum. Både omgivelsene og indre prosesser i individet som tidligere erfaringer, læring og biologi, påvirker reaksjonen. Reaksjonen gir en konsekvens som påvirker både individ og miljø.

Begrepet kognisjon brukes om den kontinuerlige bearbeidelsen av informasjon som foregår i mennesker, og som gjør at iakttagelser og sansninger blir bevisste og fører til tanker, resonnementer og tolkninger. Ut fra dette danner vi oss en forståelse av oss selv og omgivelsene.

Utvikling av psykiske vansker forklares i kognitiv terapi med at personer former uhensiktsmessige grunnleggende antakelser om seg selv, andre og verden. Disse grunnleggende antakelsene farger tolkningen og forståelsen av det som skjer med individet – og hvilke følelser og handlinger det utløser.

For eksempel vil den mentale aktiviteten hos en person med psykiske vansker være preget av en strøm av ubehagelige tanker og forestillingsbilder; om seg selv, andre mennesker, verden og for- og framtid. Disse negative automatiske tankene fremstår som "sannheter" for personen, uten at det settes spørsmålsteget ved dette. Automatiske tanker utløser ubehagelige følelser som angst, tristhet, uhensiktsmessige handlinger, sosial tilbaketrekking, unngåelsesatferd, kroppslige symptomer som hjertebank og "klump i magen".

Kognitiv atferdsterapi tar utgangspunkt i det dynamiske samspillet mellom tanker, følelser, kroppslige fornemmelser og atferd. Den gjensidige påvirkningen gjør at man kan velge ulike innfallsvinkler for å prøve å endre et fastlåst uønsket mønster. Både atferdsendringer og endringer i tankemønstre kan i sin tur endre følelsesmessige og kroppslige symptomer. Ofte velger man en kombinasjon av innfallsvinkler for å få best effekt.

Hva kjennetegner en god kognitiv terapeut?

Kognitiv terapi er en helhetlig måte å tenke og forstå et menneske og dets problemer på. Det er viktig å skille mellom det å være en god kognitiv terapeut og en terapeut som bruker noen kognitive teknikker.

Terapeuten må kontinuerlig konseptualisere pasienten og hans/hennes problemer i henhold til den kognitive modellen og bygge de ulike intervensjoner på den.

Karakteristika ved kognitiv atferdsterapi:

Samarbeidsmodell:

Ved hjelp av ekte undring og åpne "sokratiske" spørsmål utforsker man sammen med pasienten hans/hennes erfaringer og måter å tenke på. Behandleren har som mål at pasienten selv skal oppdage sammenhenger og muligheter for endring hjulpet fram av terapeutens spørsmål og respektfulle holdning. Man utforsker i fellesskap hvilke konsekvenser endring av tenkemåter eller handlinger vil kunne få. Sammen setter man opp atferdseksperimenter for å prøve dette ut i praksis. Behandleren spør jevnlig om tilbakemelding fra pasienten om hvordan behandlingen oppleves.

Terapeuten samarbeider med pasienten om å sette opp en prioritert agenda for hver time, hvor de jobber med å forstå problemene ut fra den kognitive modellen. En foretar aktiv problemløsning med pasienten i timen og viderefører denne læring mellom timene i form av praktisering i hjemmesituasjonen.

Terapeutisk allianse:

Empati og arbeidsallianse mellom behandler og pasient er grunnleggende for behandlingen. Sammen forsøker man å skape en kognitiv dissonans/symptomdystoni med det mål at pasienten opplever "slik vil jeg ikke ha det lenger".

Behandleren deler sine observasjoner og refleksjoner respektfullt, åpent og undrende med pasienten. Behandleren skal ikke belære eller argumentere.

Aktiv terapeutrolle:

Under sesjonen brukes et vidt spekter av strategier og teknikker for å hjelpe pasienten å identifisere, evaluere og respondere på nøkkelkognisjoner. Dette gjøres for å oppnå en varig positiv endring i pasientens følelser, atferd og fysiske respons. Å forebygge tilbakefall er en annen viktig oppgave.

Terapeuten tar ansvaret for timestrukturen og framdriften i terapien. Han/hun forbereder timen og setter opp egne strategier og mål for innholdet.

Elementer i timestrukturen (agenda):

- vurdering av sinnsstemning
- overgang fra forutgående time
- vurdering av treningsoppgave fra sist
- utforskning av pågående problem
- utarbeide ny treningsoppgave sammen
- oppsummering og tilbakemelding

Målfokusert:

Partene blir enige om hva de ønsker å oppnå med terapien, og målene er styrende for arbeidet. Hyppige oppsummeringer og invitasjoner til pasienten om å tilbakemelde om hva som oppleves som nyttig eller ikke, skal sikre at man arbeider mot et felles mål. Dette arbeidet er fokuserende, motiverende og gjør framtidige valg og prioriteringer enklere.

Individualisert:

Innenfor den trygge rammen av struktur er det viktig med individuell tilpasning etter problemstilling og pasientens behov.

Terapeuten må variere sine intervensjoner i tråd med pasientenes utviklingstrinn og evnenivå, motivasjon og engasjement for behandling, og deres tillit til terapeuten. Videre må en vurdere deres evne til å være fokusert, deres lærestil, kulturelle antakelser og mange andre faktorer.

Her- og nå perspektiv:

I hovedsak jobber man med her- og nå situasjonen. Fortiden trekkes inn i den grad det er nødvendig for å forstå tanker og reaksjoner i her- og nå situasjonen, og hjelpe til å endre fastlåste uhensiktsmessige mønstre.

Ferdighetsopplæring:

Pasienten gis nødvendig opplæring og trening i å forstå og bruke den kognitive modellen. Målet er at pasienten skal kunne hjelpe seg selv, ikke være avhengig av terapeuten. I kognitiv atferdsterapi inngår også trening i f. eks. sosiale ferdigheter, avslapningsteknikker, selvobservasjon, problemløsning og ferdigheter i å gripe fatt i og vurdere egne negative automatiske tanker og tankemønstre. Treningsoppgaver mellom timene brukes både for å gi økt tid til og intensitet av det terapeutiske arbeidet, gjøre pasienten mer aktiv og medansvarlig i egen behandling, gi mulighet for å teste ut hypoteser i det virkelige liv og å trene nye funksjoner.

Terapien kan drives individuelt, i familier eller i gruppe.

Konseptualisering (begrepsdannelse) og kasusformulering:

En kognitiv konseptualisering kan hjelpe terapeuten å organisere den enorme datamengden om og fra pasienten. Dette kan bidra til å:

- Identifisere pasientens kjerneoverbevisninger, antakelser og atferdsstrategier
- Forstå hvorfor pasientene har utviklet så ekstreme overbevisninger om seg selv, andre og omverdenen
- Fastslå hvilke overbevisninger og atferdsstrategier det er viktigst å arbeide med
- Forstå hvorfor pasientene aktuelt reagerer på en bestemt måte, d.v.s. hvordan deres overbevisninger påvirker deres persepsjon av aktuelle situasjoner og hvordan disse persepsjonene igjen påvirker deres følelsesmessige, atferdsmessige og fysiologiske reaksjoner¹

Konseptualisering bygger på:

- Anamnese: familie, heriditet, tidlig utvikling, sosialt, somatisk, skole/arbeid, problemutvikling, psykisk status m.m.
- Utredning/ testing der vi sammenstiller testresultater og kommer fram til en diagnose
- Først deretter kommer behandlingsplanen og kasusformuleringen

Kasusformuleringen består av:

Beskrivelse av:

- problem og ressurser – emosjonelt, kognitivt, atferdsmessig og fysiologisk
- kontekst – familie, venner, kultur/samfunn
- utviklingshistorie
- utløsende og vedlikeholdende hendelser
- diagnose(r)

Forklaring/forståelse:

- Hypoteser om hvorfor problemene har oppstått og hvordan de opprettholdes. I kognitiv atferdsterapi vil denne forståelsen koble nåtid med fortid gjennom en utviklingspsykopatologisk forståelse, og vil inneholde hypoteser om hvilke grunnleggende antakelser, attribusjonsmønstre, og handlingsmønstre som preger individets fungering, og hvordan disse har oppstått og opprettholdes.

Målvalg, behandlingsplan og evaluering:

- Kriterier for evaluering og tidspunkt

Videreutvikling innen kognitiv atferdsterapi

Kognitiv atferdsterapi er en av hjørnesteinene i dialektisk atferdsterapi, utviklet av Marsha Linehan. Dette er en terapiform som særlig anvendes ved ustabil personlighetsforstyrrelse. I denne terapien balanserer terapeuten kontinuerlig mellom pasientens tilsynelatende uforenlige behov: Hun /han trenger å aksepteres som hun/han er, men trenger også å forandres: pas. Trenger stabilitet, men også fleksibilitet: pas. Trenger terapeutens omsorg, men også at det stilles krav. Dialektisk kompetanse ligger i å kunne se at pas. trenger begge deler og å finne en balanse: "Det er forståelig at du slo til ham, siden du følte deg så presset (akseptering), men vi må finne en mindre farlig måte å takle situasjoner på framover (forandring)². En viktig komponent i behandlingen er oppmerksomhetstrening ("mindfulness"). I det ligger å være oppmerksomt nærværende i nået- observere og beskrive følelser, tanker og hendelser uten å dømme, ta en ting om gangen og reagere på en måte som får den effekt en ønsker.

Metoden innebærer å skape distanse ved å "ta et skritt tilbake" for å finne ut hva som egentlig skjer, og få kontroll over følelser og reaksjoner som ellers kan føre til kaos. Metoden innebærer også å observere det som skjer i bevisstheten akkurat nå uten "å la det gå inn på seg", å akseptere følelser og tanker slik de er, å unngå å prøve å ta kontroll eller å endre situasjonen. Mindfulness er inspirert av Zen-Buddhistisk tenkning.

Adrian Wells og Gerald Matthews utarbeidet i 1994 en metakognitiv teori de kaller "Self Regulatory Executive Function Model" (S-REF). Metakognisjon innebærer at vi er bevisst vår egen kognisjon, d.v.s. har kunnskap om og er i stand til å reflektere rundt og regulere egen tenkning. Mens kognitiv terapi generelt fokuserer på "hva" individet tenker, forsøker metakognitiv terapi å finne ut "hvordan" individet tenker. En del av fokuset ligger dermed på antakelser om tenkning og individets strategier for å kontrollere tankene sine³.

Den metakognitive modellen går ut fra at de fleste har negative tanker, men håndterer disse v.h.a. selvregulering. Det som skiller ut dem som utvikler psykiske vansker er at de ikke lykkes i å "skru av" den negative tenkningen eller den oppmerksomheten de bruker til dette. Forstyrrelsen består altså etter denne modellen i vedvarende og forlenget negativ tenkning, bekymring, trussel monitorering, heller enn innholdet i de negative, automatiserte tankene. Altså er det avgjørende er ikke hva du tenker, men hvor vedvarende eller intens du tenker på det. I metakognitiv terapi jobber en derfor med tenkning om tenkning:

Dels med antakelser som gir positive grunner til å fortsette med grubling og bekymring for eksempel:

- Å bekymre meg hjelper å mestre
- Hvis jeg fokuserer på det som kan gå galt, hjelper det meg å være forberedt på det verste
- Jeg må kontrollere tankene mine for ikke å bli gal

Dels med tanker som gir negative grunner til å fortsette med grubling og forsøk på å kontrollere og overvåke tenkningen som for eksempel:

- Grublingen min lar seg ikke kontrollere
- Mine tanker gjør meg til en dårlig person
- Tankene mine kan skade meg

Metakognitiv terapi fokuserer på å endre disse antakelser og redusere oppmerksomheten som kretser om egne tanker. For å oppnå dette, hjelper terapeuten pasienten å utfordre de metakognitive antakelsene ved hjelp av "sokratisk" dialog. Det brukes også oppmerksomhetstrening, for eksempel når den plagsomme tanken kommer, å kunne si til seg selv: "Der er den tanken igjen, men jeg går ikke inn i den nå, jeg venter med å analysere og tenke på dette..."

Hva er spesielt i kognitiv atferdsterapi for barn og ungdom?

Terapien må naturlig nok tilpasses barnets/ungdommens kognitive nivå. Man antok lenge at barn ikke hadde den kognitive kapasiteten som trengtes for å kunne "tenke om å tenke". Forskning fra 1970-80 årene viste at barn i sine naturlige omgivelser kunne mestre kognitive oppgaver mye tidligere enn før antatt og vist i laboratorieforsøk av Piaget og andre. Denne forskningen viste også at det var mye større variasjon i når barn utvikler ulike ferdigheter enn før antatt. En kan altså ikke bare gå ut fra alder når en vurderer hvilke behandlingsmetoder som kan brukes. Det er mer hensiktsmessig å tenke: Hva slags tenkning/kognitive funksjoner er involvert i at problemet er oppstått eller vedlikeholdes? Barnet er tydeligvis i stand til disse kognitive funksjonene og da kan man også benytte seg av dem i terapi⁴.

Barn har også mer behov for aktivitet og lek for å utforske og lære og dette må bygges inn i behandlingen. Tegning, forming, miming, rollespill, dukketeater, spesiallagde spill eller historier/eventyr brukes på ulike måter i terapi med barn.

Metaforer og illustrasjoner er gode hjelpemidler, for eksempel:

- å leke "tankedetektiv"
- måle følelsen med "følelsetermometer"
- lage seg en "skattekiste" av hjelpsomme tanker
- "ansvarspai" for å billedliggjøre hvor stor del av ansvaret personen faktisk kan ha for dårlige ting som skjer, når en tar alle faktorer med i beregningen⁵.

Foreldrene er avgjørende for å støtte, tilrettelegge og hjelpe barnet til å få nytte av terapien. Noen ganger vil hele eller deler av arbeidet gå ut på å trene og utvikle foreldreferdigheter. Ved atferdsforstyrrelser hos barnet legges ofte hovedvekt på dette. Noen ganger omfatter terapien også å arbeide med foreldrenes egne uhenksomme grunnleggende antakelser, f. eks. når foreldre til barn med angst selv opplever verden som et svært farefullt sted, eller foreldre til barn med atferdsvansker har fastlåste forestillinger om at det er "bestikkelse" å belønne ønsket atferd hos barnet.

Noen refleksjoner om hva som er spesielt viktig ved ungdomsterapier:

Kontakt – allianse: Den personlige relasjonen er viktig, og tar iblant lengre tid å bygge opp. Ettersom den unge kan ha opplevd svik fra voksne tidligere. Terapeuten må vise respekt, lytte og gi ungdommen et valg. Forhandling er viktig, på samme måte som å vise ungdommen at en bryr seg.

Motivasjon: Oftest har ikke barn og ungdom selv tatt initiativ til terapien og opplever at det er de andre sitt problem. Alternativt kan ungdommen ha urimelige forventninger og tro at terapeutene er en ny omsorgsperson.

Forandring og aksept: Terapeuten ønsker forandring og ungdommen kan noen ganger oppfatte dette som avvisning. Det er nødvendig å balansere endringsfokus med validerende, anerkjennende intervensjoner.

Vurdering, problemliste, mål: Terapeuten må ta stilling til modenhetsnivå og endringskapasitet hos ungdommen. Hva er dysfunksjoner og hva er kognitive forvrengninger? Hvilket intervensjonsnivå er ungdommen moden for? Kognitive dysfunksjoner innebærer manglende utvikling av kognitive funksjoner, f. eks. problemløsingsevne, planlegging og organisering, selvkontroll, verbal uttrykksevne. Som oftest sees slike dysfunksjoner ved nevropsykiatriske tilstander. Her kreves andre behandlingsmetoder i tillegg til kognitiv atferdsterapi. Kognitive forvrengninger innebærer feilaktig informasjonsbearbeiding, for eksempel katastrofetenkning.

Behandling- bearbeiding- generalisering av nye ferdigheter: Ofte er det lettest å få ungdommen emd på å prøve ut nye tanker eller atferd som et eksperiment. Det kan vekke nysgjerrigheten og enten utfallet av eksperimentet oppleves positivt eller negativt, har det gitt ny kunnskap å arbeide videre med. Positiv selvinstruksjon er viktig og hjemmeoppgaver bør være konkrete og avgrensede. En må legge til rette for tidlig suksess, og ungdommene må få oppleve at de har bruk for terapien.

Avslutning- oppfølging: Det er lurt å følge ” de åpne dørers politikk” og utarbeide en tilbakefallsplan.

Foreldre og nettverk: Kan ha egne store vansker. Foreldre, kamerater og viktige andre kan taes med i terapien og oppfølgingen hvis det skaper mening for pasienten. Ungdom over 16 år kan etter Pasientrettighetsloven, nekte foreldreinnsyn og de av og til behov for å etablere en distanse til foreldrene i en periode for senere å ha mulighet til å bygge opp forbedrede relasjoner. Ved terapier med barn er dette sjeldent et tema og foreldre er en naturlig del av behandlingsopplegget.

Ignorer aldri et rusproblem!

Hvordan kan man lære kognitiv atferdsterapi?

Terapi må læres i et samspill mellom teoristudier og gjennom veiledet erfaringslæring. Kognitiv atferdsterapi bygger på enkle modeller, men det kreves komplekse ferdigheter for å utøve god kognitiv atferdsterapi. Høy kompetanse predikerer bedre utfall og trening under veiledning hever terapeutens kompetanse⁶.

Regionsentrene for barn og unges psykiske helse har i samarbeid med universiteter og høyskoler utdanningsprogrammer over to år i kognitiv atferdsterapi for barn og unge.

Norsk institutt for kognitiv terapi arrangerer videreutdanning i kognitiv terapi, med støtte fra sosial-og helsedepartementet. Disse utdanningene er ikke spesielt rettet mot barn og unge.

Eksempler på kognitiv atferdsterapi ved noen tilstander

I teksten nedenfor beskrives bruk av kognitiv atferdsterapi hos barn og ungdom ved angst, depresjon og tvangslidelse. Øvrige tilstander der kognitiv atferdsterapi brukes og der det foreligger forskningsbasert kunnskap om effekt hos barn og ungdom er PTSD, spiseforstyrrelser, atferdsforstyrrelse og AD/HD. Også ved personlighetsforstyrrelser og i psykosebehandling er behandlingsmetoder basert på kognitiv atferdsbehandling svært aktuelle, selv om forskning i hovedsak foreligger i forhold til voksne.

Angsttilstander:

Det finnes bred støtte i litteraturen for at kognitiv atferdsterapi virker ved angsttilstander hos barn, både ved å redusere angsten, og ved å bedre generell funksjon. Det er belegg for at både individuelle og gruppetilnærminger virker. Å inkludere foreldrene i terapien, spesielt hos yngre barn, kan gi forbedret effekt. Behandlingseffekten bedres hos barn hvis foreldre med angstproblematikk også får hjelp for sine problemer. Bedringen etter behandlingen ser ut til å vare over tid.

Phillip Kendalls manualer – ”Coping Cat” (Mestringskatten) for både individuell og gruppe- Behandling av barn med angst foreligger i norsk oversettelse^{7,8,9}.

Paula Barretts manualer – ”Friends”, brukes i et forskningsprogram i Helse Bergen, men finnes ennå ikke allment tilgjengelige i norsk oversettelse. I Australia har ”Friends” anvendt i Skolen, vist både god og varig behandlingseffekt¹⁰ og forebyggende effekt i forhold til angst og depresjon.

Både i Mestringskatten og "Friends" jobbes det med å gjenkjenne, nyansere og beskrive følelser og kroppslige reaksjoner og å koble følelser og reaksjoner med hjelpsomme og ikke-hjelpsomme tanker i vanskelige situasjoner. Det øves på å roe seg ned (avslapningsøvelser) og å finne fram til og bruke realistiske, hjelpsomme tanker. Ut fra dette lages planer og strategier for å klare å stå i gradvis vanskeligere situasjoner uten å ty til flukt, unngåelse eller sikringssatferd ("trappetrinnsplaner").

Neste skritt er å øve seg i å bruke dette, en gradert eksponering for angst, som fører til at angsten avtar og at man kan gå et skritt høyere på "trappetrinnsplanen". Det å anerkjenne og belønne egen innsats er en viktig faktor. Foreldrene deltar i programmet, og støtter og motiverer barnet i arbeidet.

Depresjon

Det finnes bredere dokumentasjon av effekt hos voksne enn hos barn og ungdom. En metaanalyse¹¹ av seks randomiserte/ kontrollerte studier med klinisk diagnostisert depresjon hos barn og unge fant at kognitiv atferdsterapi hadde signifikant bedre virkning enn venteliste eller avslapnings-behandling alene. Kognitiv atferdsterapi er altså en lovende behandling – men der er begrensninger: Flere studier tyder på at de med alvorlig depresjon reagerer dårligere på behandlingen enn de med mild og moderat depresjon.

I en studie¹² med 439 ungdommer i alderen 12-17 år, med "Major depressive disorder" viste sammenlikning at Fluoxetin (antidepressivum av SSRI klassen) pluss kognitiv atferdsterapi var mer effektivt enn Fluoxetin alene eller kognitiv atferdsterapi alene.

I tillegg til å jobbe med de depressive tankemønstrene, er også det å planlegge og gjennomføre aktiviteter og lære problemløsningsferdigheter viktig ved depresjonsbehandling.

Tvangslidelse

Kognitiv atferdsterapi er godt dokumentert som effektiv behandling mot tvang hos voksne, mens det foreligger færre, men lovende studier hos barn. Sammenlikning med medikasjon viste at kognitiv atferdsterapi kombinert med medikasjon virket bedre enn medikasjon alene, men ikke bedre enn kognitiv atferdsterapi alene^{13,14}

Der foreligger en manual for kognitiv atferdsterapi for tvangslidelse hos barn og unge Oversatt til norsk¹⁵. Behandlingen baserer seg på eksternaliseringsprinsippet, slik at barnet, behandler og foreldre danner en allianse for å bekjempe problemet (tvangen). En kartlegger sammen med barnet hvilke deler av livet og hverdagen tvangen har tatt kontrollen over og finner "arbeidssonen" der barnet bare ca halvparten av gangene lar tvangen bestemme hva det skal gjøre eller tenke. I denne sonen motiveres barnet til å trene med eksponering og responsprevensjon, dvs. utsette seg for det som utløser ubehag, og så ikke gjennomføre (evt. utsette) tvangsritualet som vanligvis brukes for å dempe ubehaget. Når barnet klarer å gjennomføre denne treningen, enten i timene eller hjemme, avtar ubehaget etter hvert Erfaringsmessig avtar tvangen ikke bare i forhold til den situasjonen de trener på, men også i forhold til mer angstutløsende situasjoner som det da blir mulig å trene på. Til slutt er det mulig å trene på ting som syntes helt umulig for barnet i utgangspunktet. Barn og foreldre trenes til å anerkjenne innsats – uansett resultat.

Referanser:

1. Beck J Udfordringer i kognitiv terapi. Akademisk Forlag 2009
2. Graham P (ed). Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families. Cambridge University Press 2005
3. Kåver A, Nilsonne Å. Dialektisk atferdsterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Gyldendal Norsk Forlag 2005

4. Maksic E, Stiles TC. Metakognitiv terapi. I Stiles TC (red) Lidelsesspesifikk kognitiv terapi. Tapir Akademisk forlag 2007
5. Friedberg RD, McClure JM. Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents. The Nuts and Bolts. The Guilford Press 2002
6. Hoffart A, Nordahl HM. Kvalitetssikring av kognitiv terapi: En modell for veiledning. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2001; 38:707-16
7. Kendall PC, Marthinsen KD. Mestringskatten: (Coping Cat): Kognitiv atferdsterapi for barn med angst: gruppemanual. Universitetsforlaget 2008.
8. Kendall PC, Marthinsen KD Neumer SP. Mestringskatten: (Coping Cat): Terapeutmanual: kognitiv atferdsterapi for barn med angst. Universitetsforlaget 2006.
9. Kendall PC, Marthinsen KD Neumer SP. Mestringskatten: (Coping Cat): Arbeidsbok: Kognitiv atferdsterapi for barn med angst. Universitetsforlaget 2006.
10. Barret PM, Duffy AL, Dadds MR, Rapee RM. Cognitive-behavioural treatment of anxiety disorders in children: long-term (6-year) follow-up. J of Consulting and Clinical Psychology 2001;69:135-41
11. Harrington R, Whittaker J, Shoebridge P, Campbell F. Systematic review of efficacy of cognitive behaviour therapies in child and adolescent depressive disorder. BMJ 1998;316:1559-63
12. March J, Silva S, Petrycki S & al. Fluoxetine plus cognitive behavioural therapy improves symptoms of major depressive disorder in adolescents. JAMA 2004;292:807-20.
13. de Haan E, Hoogduin KA, Buitelaar JK, Keijsers GP. Behaviour therapy versus clomipramine for the treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. J Am Academy Child Adolesc Psychiatry 1998;37:1022-9.
14. O'Kearney RT, Ansley K, von Sanden C. Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2006, Issue 4
15. March JS, Mulle K. Tvangslidelser hos barn og unge: en kognitiv atferdsterapeutisk behandlingsmanual. Gyldendal 2003

Foreldrearbeid og familiebehandling

Øystein Sørbye

Når et barn har problemer, kan foreldrene spørre seg hva de gjør galt. De kan nøle lenge og kan ha investert mye i å finne ut av og arbeide med problemene selv, og forsøkt å finne andre løsninger, før de henvender seg til en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk.

Behandlerens holdninger overfor foreldrene vil derfor ha stor betydning for en god hjelpeprosess. Vi må ta utgangspunkt i at foreldre vil sine barns beste, og at det er sårbart og smertefullt å innse at en ikke har fått det til. Det kan lett oppfattes av fagfolk som motstand, ambivalens og manglende motivering.

Terapeuten har ansvar for å skape en god samarbeidsallianse med foreldrene, for å stå sammen om å skape gode utviklingsbetingelser for barnet.

Foreldrearbeid har mange ulike former, avhengig av barnets eller ungdommens problem.^{1,2}

I løpet av de første samtalene på en poliklinikk vil foreldrene beskrive barnet sitt og utfordringer de møter i samspillet med barnet. Om de ikke selv assosierer til egen oppvekst eller oppdragelse vil et naturlig spørsmål fra terapeuten være om dette er noe de kjenner igjen fra egen oppvekst eller om dette er noe de ikke har vært borti før. Og da vil naturlige tema i den videre samtalen være hvordan de selv vokste opp, hvordan deres egne foreldre var i forhold til oppdragelse, hva de ønsker å ta med seg når de selv er blitt foreldre og hva de ønsker å unngå å repetere. Forskjell i oppdragerstil mellom mor og far blir også tema, og hvordan de løser uenighet om oppdragelsen seg imellom.

Dette vil vanligvis sette i gang en terapeutisk prosess for foreldrene som vil gå parallelt med drøftelsene om barnet. Når vi fokuserer på barnets samspill med foreldrene, vil vi støtte oss til en individualpsykiatrisk forståelse av barnets problemer, men ha opplysningene om foreldrenes bakgrunn med oss i det videre arbeidet. Ofte er foreldrearbeid ved en poliklinikk tilstrekkelig som intervensjon for å avhjelpe barnet eller ungdommen. Dersom det utvikles en god arbeidsalliansen mellom terapeut og foreldre om å forstå barnet, gir det gode muligheter for endring av samspillsmønstre med barnet, fordi det danner modell for samarbeidet mellom foreldre og barn: At vi har samme målsetting med det vi gjør.

I forhold til barn med atferdsproblematikk har det vist seg nødvendig med mer enn familiearbeid og foreldreveiledning. Det er utviklet flere omfattende og strukturerte intervensjonsprogram i Norge, disse er nærmere beskrevet i kapitlet om atferdsforstyrrelser i veilederen, del 2: Tilstandsbilder: F91: Marte Meo (3, 4, 5), MISC (More Intelligent Sensitive Child⁶ Parent Management Training, PMTO^{7,8,9}) og "De Utrolige Årene" utviklet av Carolyn Webster-Stratton^{10,11,12}

I familiebehandling er fokus rettet mot samspillet generelt mellom alle medlemmene i familien.

Noen poliklinikker har egne familieteam, og i de fleste helseregioner er det også opprettet familieavdelinger der familierterapi kan intensiveres ytterligere i form av dag- eller døgninnleggelse for å bryte fastlåste samspill. Familiesamtaler foregår gjerne med to eller flere terapeuter, ut fra erfaringen at med så mange personer å arbeide med, kan det bli mye for en terapeut. Det er nyttig at terapeutene også kan observere hverandre og hva familien gjør med den enkelte. En kan også utfylle hverandre og kompensere for egne blinde flekker.

I familierterapi tar terapeutene større regi i samtalen, enn det vanligvis gjøres i individualterapi.

Slektsanamnesen

For å forstå familierelasjoner er det nødvendig i starten at terapeutene skaper seg en oversikt over hvordan disse har utviklet seg over tid,. I denne sammenhengen er det ikke bare utviklingen i ett menneskes liv, men relasjonsmønstre som kan ha nedfelt seg over flere generasjoner, og som er videreført som en familiekultur. Slike mønstre kan ha vært viktige mestringsstrategi i tidligere tider men fungerer ikke like godt for etterfølgende generasjoner. Som vi ellers og modnes, begynner vi å forstå hvem vi er, hvem vi velger som venner og partnere, og hvordan vi relaterer til andre. Å se på eget familiemønsteret kan bidra til denne modningen. Å ta en slektsanamnese kan lettest gjøres gjennom metoden som kalles genogram¹³. Det gir en visuell oversikt for terapeut og familie over familiens medlemmer over flere generasjoner, relasjoner mellom disse, og det er lettere å få en oversikt over likheter og livstema og mønstre som gjentar seg. Alle medlemmene i en familie bidrar med sine følelser og relasjoner til personene på genogrammet. På den måten får alle hørt de andres oppfatning.

En annen nyttig grafisk framstilling av anamnesen er tidslinjen, en loddrett linje med datoer nedover fra datoen når foreldrene møttes, begivenheter og hendelser av viktig plassert til venstre for datoen, og reaksjoner på disse til høyre, som for eksempel: Hendelse: "Fødsel av lillebror", Reaksjon: "kortvarig nattevæting klamring og sjalusi." Tidslinjen fullføres fram til nåtiden. En ser på hvilken tidsmessig samvariasjon det er mellom symptomene hos et familiemedlem og andre familiemedlemmers atferd. Tidslinjen kan inneholde behandlingstiltak og mulig effekt av disse. Hensikten er ikke å finne en-til-en forklaringer, men åpne opp for undring og høyttenkning og gi alle familiemedlemmene en stemme og anledning til å fortelle sin historie.

Barneorientert familierapi.

Jo yngre barnet er jo viktigere er det å bruke materiale som passer barnet. Familiearbeidet kan være på et lekerom der barnet kan spille ut tema gjennom bruk av leker, tegning, dramatisering, eller en kan bruke strukturerte metoder som Family Dialogue Set eller Livet Elv, hvor en bruker materialet for å illustrer fortellingen om familien og dets medlemmer gjennom livet. Slike metoder forsterker det følelsesmessige engasjementet hos både voksne og barn. De to sistnevnte metodene er godt beskrevet på Internett.

Familierapi eller systemisk praksis

Familierapi er nyttig i barne- og ungdomspsykiatrien fordi metoden i utgangspunktet avlastet den identifiserte pasient og arbeider med systemet rundt. Noen terapeuter kaller det heller systemisk behandling, for å unngå oppfatningen at det nå er en feil plassert hos familien i stedet for hos ett av familiemedlemmene. Noen fjerner også begrepet behandling og erstatter det med ordet "praksis" for ikke å gi inntrykk av at det er noe eller noen som skal "behandles". Den systemiske tilnærmingen er i hovedsak en kontekstuell tilnærming – se og behandle mennesker i sammenheng.

Det første systematiske arbeid med familier går tilbake til 1950 da Bateson¹⁴ og hans team studerte schizofrene samhandlings- og kommunikasjonsmønstre. Familien ble sett på som et system med selvregulerende tendenser og en rekke egenskaper, slik som hierarkier, grenser, åpne og skjulte konflikter mellom bestemte medlemmer, og koalisjoner. Familiemedlemmenes atferd ble forstått som styrt av et sett med eksplisitte og implisitte regler som regulerer mellommenneskelige atferd og kommunikasjon¹⁵. Familierapi ble utviklet for å utfordre og forstyrre uhensiktsmessige samspillmønstre og dysfunksjonell kommunikasjon, slik at nye måter å forholde seg til hverandre kom fram. I stedet for lineær årsak-virkning tenkte en nå sirkulært, at delene i et system påvirker hverandre gjensidig og noen ganger er årsak og andre ganger virkning. Hvis en terapeut griper inn på ett punkt i sirkelen (punktuering) vil dette påvirke hele sirkelen. I løpet av de siste femti årene er en rekke systemiske tilnærminger blitt utviklet, og har inspirert arbeidet innen barne- og ungdomspsykiatrien.

En gjennomgang av større retninger innen systemisk familierapi kan være nyttig for å vise hvor mange av de intervensjonene vi bruker i dag, har sitt utspring fra

Strukturell familierterapi

Den strukturelle familierterapien til Salvador Minuchin, ^{16,17,18} opererer med en normativ familiemodell, og tar sikte på å gjenopprette familiestrukturer som fremmer sunn utvikling hos det enkelte familiemedlem. Disse inkluderer hierarkier, grenser mellom generasjoner i en familie, som mellom foreldre og barn, og Minuchin opererer med subsystemer som foreldresystemet, søskensystemet, og grenser mellom disse. Terapeuten ber familiemedlemmene å spille ut problemet i samtalerommet slik at den fastlåste eller patologiske kommunikasjonen og interaksjonen kan observeres.

Terapeuten kan da gripe inn ved direkte å utfordre manglende eller rigide grenser. Han kan sette familien i ubalanse ved midlertidig å holde med ett medlem av familien mot de andre eller gi lekser og oppgaver beregnet på å gjenopprette normale familiehierarkier.

Strategisk systemisk terapi Strategisk systemisk terapi ved Haley^{19,20} og Watzlawick²¹ bygger på hypotesen om at symptomet blir vedlikeholdt av den samme atferden som søker å fjerne symptomet. For eksempel kan en utslitt mor som stadig klager på sønnene som krangler, gjøre sønnene tverre og tilbaketrukne, som igjen vedlikeholder morens slitenhet og irritasjon. En strategisk systemisk terapeut kan foreta en paradoksal intervensjon, ved å omdefinere sønnenes krangling som en uselvvisk handling for å ta vare på moren: "Guttene dine setter pris på din omsorg og krangler for å sikre seg at du fortsatt er opptatt av dem, ved å klage på dem." Terapeuten foreskriver så et rituale: "Jeg foreslår at du til alle måltider lager deres yndlingsretter og om kvelden leser en bok for dem som de liker, slik at de er trygge på din omsorg. Etter hvert vil de forstå at de ikke lenger trenger å krangle for å få din oppmerksomhet." Terapeuten kan forskrive mer av den uhensiktsmessige klagingen, som derved mister sin betydning fordi den nå har fått en annen betydning. Strategiske terapeuter hevder at når noen endringer er oppnådd i forhold til det presenterte symptomet, vil sette i gang en dominoeffekt som påvirker andre handlinger og atferd i hele familien og i det større systemet. Pasientens opplevde problem(er) blir satt inn i en annen forståelsesramme som gir nye perspektiver og kan derfor muliggjøre ny atferd.

Milanoskolens systemiske tilnærming

Milanoskolens systemiske tilnærming²² var inspirert av Gregory Bateson¹⁴ sin vekt på at meninger er basert på forskjeller, ikke på absolutter: Når familien sier at deres gutt er aggressiv, betyr det at han viser mer aggressiv atferd enn foreldrene tenker er vanlig. Mening skapes gjennom tolkning av forskjeller og det vi kaller virkeligheten er skapt for den enkelte av oss fra tolkning av forskjeller. Denne ideen hjelper terapeuten å fokusere på selve samspillet i stedet for å vurdere familien etter dimensjonene frisk versus syk eller bra versus feilaktig.

Milanoskolens stil har blitt endret gjennom årene, fra sine opprinnelig paradoksale intervensjoner til større vektlegging av en bestemt intervjustil – sirkulære og refleksive spørsmål²³. Denne teknikken fokuserer på å stille spørsmål ved ulike familiemedlemmers meninger og oppfatninger om relasjoner. Ved å be alle å kommentere og reflektere over svarene gitt av de ulike familiemedlemmene skapes feedback som endrer mønsteret i familiens interaksjoner. Milano- teamets satsing på "positiv konnotasjon" produserte en ikke-kritisk tilnærming: Handlingene til alle i familien er på ingen måte sett på som negative, men alltid som det beste en hver kan gjøre under de rådende omstendigheter – hvor intensjonene er positive selv om resultatet ikke er det²⁴.

Milanoskolens ideer ble videreutviklet en rekke nye terapeuter, som Harry Goolishian og Harlene Anderson i Texas²⁵, og Tom Andersen i Norge²⁶. Disse oppfatter terapiene som samtaler der terapeuten tar en ikke-vitende posisjon og lærer av pasienten. Denne tenkningen gjenfinner vi også i terapiretningene i de neste avsnittene.

Sosialkonstruksjonistisk tilnærming og narrativ terapi

Den sosialkonstruksjonistiske tilnærmingen tar utgangspunkt i at virkeligheten som terapeuten observerer er skapt av oppfatninger formet av terapeutens egen kultur og hans / hennes implisitte forutsetninger og antakelser. Denne tilnærmingen har påvirket mange systemiske terapeuter og har ført til forskning på hvordan språk former problemoppfatninger og definisjoner. Og hvis problemene kan "konstrueres" gjennom språket, kan de også "dekonstrueres". Historien kan fortelles på en ny måte.²⁷ Systemisk narrative terapeuter forsøker å hjelpe familier til å generere og utvikle nye historier og måter å tolke hendelser på, for derved å gi ny mening til sine erfaringer. Familien og terapeuten vil i fellesskap utvikle eller konstruere nye måter å beskrive den enkelte og familiens relasjonsproblemer slik at de ikke lenger trenger å bli vurdert eller opplevd som problematiske.

Løsningsfokusert korttidsterapi

I korttids løsningsfokusert terapi²⁸ vil den problemfokuserede måter å snakke på bli bevisst ignorert, med fokus i stedet på tidligere løsningsforsøk. Tilnærmingen er basert på at symptomer og problemer har en tendens til å svinge over tid. Ved å konsentrere seg om "unntakene", de gangene et symptom, for eksempel en angsttilstand, er mindre eller ikke til stede, vil terapeuten utforme terapeutiske strategier rundt disse, som derved danner grunnlag for løsningen. Ved å oppmuntre familiene til å se på løsningsmønstrene, kan problemmønstrene bli mindre fokusert. I tillegg arbeider han med familiens ønsker om forandring, og bekrefter, så snart en finner et eksempel, at familiens nye liv allerede har startet. En kjent intervensjon fra De Shazer er "mirakelspørsmål". "Hvis det i løpet av natten hadde skjedd et mirakel og problemet plutselig var borte, hva ville være det første du la merke til når du våknet om morgenen?"

Arbeidsformer innen familierapi: Reflekterende team og reflekterende posisjon Når familierapeuter arbeider i team, kan en eller flere føre samtalen og den eller de andre i teamet være i lytteposisjon. Etter en tid blir de invitert inn for å dele sine refleksjoner med familien og terapeutene. I Milanoskolen vil det kunne bety en positiv konnotasjon, en løsningsfokusert terapeut vil kunne se etter unntak, mens en som er inspirert av Tom Andersen²⁶ vil eventuelt føre en samtale om samtalen. Framfor moralsk bedømmelse eller ros, blir vekten lagt på: "Hva ble jeg berørt av." "Hva dette skapte i meg." "Historier (private og profesjonelle) som kom opp i meg." "Ungdommer jeg tenkte på, utfordringer jeg står i."

Det reflekterende teamet kan stille spørsmål til hverandre som åpner for nye spørsmål. Jeg lurer på hva som ville skje om Ingrid ble spurt om....

Teamet kan reflektere rundt dilemmaer som det tror familien står i.

Psykoedukative tilnærminger

Psykoedukative tilnærminger^{29,30} kombinerer atferdsmessige intervensjoner med strukturelle teknikker. Pårørende til schizofrene får opplæring om ulike sider ved lidelsen, og om hva som øker faren for nye psykotiske gjennombrudd: Emosjonell intensitet i familien, (EE-Expressed Emotion) i form av kritiske kommentarer, fiendtlighet og emosjonell overinvolvering overfor pasienten. Etter opplæringen deltar familiemedlemmene i samtaler i flerfamiliegrupper – for å dele erfaringer og løsninger, samt familiesamtaler.³¹ Den er brukt i BUP med familier med psykotiske ungdommer.³²

Atferds familie og parterapi

Atferds familie- og parterapeuter ser på familien som en viktig helsefremmende ressurs, hvor hvert medlem gjør sitt beste for å øke hyggelige og begrense ubehagelige hendelser i familien og i det umiddelbare sosiale miljøet. Både familie og terapeut setter opp konkrete mål for endring, etter en analyse av det observerte eller fortalte familie- og parsamspeillet. En setter fokus på lett observerbar og enkel operasjonaliserbar atferd. Kommunikasjonsopplæring, for

eksempel, er en intervensjonsstrategi med en innledende vekt på klare og direkte uttrykk for positive følelser, ideer og planer. Når en har oppnådd noe fremgang, skifter fokus til å prøve å uttrykke for negative følelser på en mer konstruktiv måte, slik at problemløsningen kan bli lettere. Terapeuten kan da gå over til en strukturert problemløsningsholdning og oppmuntre familiemedlemmer til å bli enige om problemer og målsettinger, til brainstorming og liste opp ulike mulige løsninger, for å peke ut fordeler og ulemper med hver foreslåtte løsning, og deretter å bli enige om å velge den optimale løsningen; å utforme en detaljert implementeringsplan, og til å vurdere innsats og resultater³³.

Til tross for det store mangfold av systemiske terapimodeller, vil de fleste systemiske terapeuter tilpasse sin tilnærming til konteksten og de presenterte problemene. Ulike faser av behandlingen krever ulike teknikker, stiler og posisjoner av terapeut og ulike arbeidskontekster krever naturlig nok ulike responser til pasientene og problemene de og deres familier presenterer. Evidensbasert medisin³⁴ understreker at passende behandlinger må knyttes til spesifikke tilstandsbilder, og at behandlingsresultatet bør bli vitenskapelig evaluert. Dette er en utfordring til alle terapeuter som forblir trofaste til bare en terapiform, uansett pasientens tilstand, terapiens rammebetingelser og behandlingens resultat.

Evidensbasis for systemisk terapi

Det er ikke så lenge siden at de fleste systemiske terapeuter argumenterte for at det systemiske paradigme, med vekt på sirkularitet, ikke egner seg lett til "lineære" verktøy og moderne forskningspraksis^{35,36}). Det er lett å tenke seg at to så vidt forskjellige vitenskapssyn kan komme i konflikt, men en rekke effektstudier, inkludert randomiserte kontrollerte forsøk er publisert de senere årene.³⁷

Disse omfatter atferdsvansker hos barn^{38,7}, narkotika og alkoholmisbruk hos ungdom og voksne^{39,40,41}. Kontrollerte studier har vist effekt av systemiske behandlingsintervensjoner i barneastma^{42,43}, enurese og encoprese^{44,45}, opposisjonelle atferdsproblemer³⁸ og en hel rekke andre tilstander hos barn og deres familier⁴⁶. Systemisk familie- og parterapi har også vist seg å være effektiv i behandling av spiseforstyrrelser, psykotiske lidelser og stemningslidelser³⁷.

Referanser:

1. Fjell A, Mohr M: Foreldrearbeid i praksis, samarbeid og behandling. Oslo 2001; Cappelen
2. Grøholt B, Sommerschildt H, Garløv I. Lærebok i barnepsykiatri. Oslo 2008; Universitetsforlaget
3. Aarts M. Orion Hometraining. 1988; Orion, Weert
4. Hafstad R, Øvereide H. Dialogkompetanse gir utviklingsstøtte og endring. IFRUs kompendiumserie 1995; nr. 1
5. Vik K, Hafting M. The outside view as facilitator of self-reflection and vitality: A phenomenological approach. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2009; 27; 287–298
6. Rye, H. Tidlig hjelp til bedre samspill. Oslo 1993; Universitetsforlaget
7. Kazdin A. Psychosocial treatments for conduct disorder in children. In *A Guide to Treatments that Work* (eds P. Nathan & J. Gorman). New York 1998; Oxford University Press.
8. Ogden T, Forgatch M S, Askeland E, Patterson GR, Bullock B M. Implementation Of Parent Management Training At The National Level: The Case Of Norway. *Journal of Social Work Practice*, 2005; 19: 3; 317-329
9. Ogden T, Amlund-Hagen K. Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2008; 76, 607-621
10. Webster-Stratton C, Hammond, M. Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1997; 65(1); 93-109.
11. Webster-Stratton C, Reid J, Hammond M. Social Skills and Problem-solving Training for Children with Early-onset Conduct Problems: Who Benefits? *J. Child Psychol. Psychiat.* 2001; 42; 943-952.
12. Webster-Stratton C, Reid J, Hammond M. Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child and teacher training. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2004; 33; 105-124

13. [Genogram](http://en.wikipedia.org/wiki/Genogram): <http://en.wikipedia.org/wiki/Genogram>
14. Bateson G, Jackson D, Haley J, et al. Toward a theory of schizophrenia. *Behavioural Science*, 1956 1; 251–264.
15. Watzlawick P, Jackson D, Beavin J. *Pragmatics of Human Communication*. New York: 1967; W.W. Norton.
16. Minuchin S. *Families and Family Therapy*. London 1974; Tavistock.
17. Minuchin S, Fisman, H. C. *Family Therapy Techniques*. Cambridge, MA 1981; Harvard University Press.
18. Minuchin S, Rosman B. L, Baker L. *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge, MA 1978; Harvard University Press.
19. Haley J. *Strategies of Psychotherapy*. New York 1963; Grune and Stratton.
20. Haley J. *Problem solving therapy*. San Fransisco 1976; Jossey-Bass Publications
21. Watzlawick P, Weakland, J, & Fisch, R. *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. New York 1974; W.W. Norton.
22. Selvini Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, et al. *Paradox and Counterparadox: A New Model in the Therapy of the Family in Schizophrenic Transaction*. New York 1978; Jason Aronson.
23. Selvini Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, et al. Hypothesizing-circularity-neutrality; three guidelines for the conductor of the session. *Family Process* 1980; 19; 3–12.
24. Boscolo L, Cecchin G, Hoffman L, et al. *Milan Systemic Family Therapy: Theoretical and Practical Aspects*. New York 1987; Harper & Row.
25. Anderson H, Goolishian HA. Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process* 1988; 27; 371-93
26. Andersen T: *Reflekterende processer. Samtaler og samtaler om samtalerne*. 2005. Virum Dansk Psykologisk Forlag. Originaltittel: *The reflecting team: Dialogues and Dialogues about the Dialogues*. New York/London 1987; Norton
27. White M. & Epston D. *Narrative Means to Therapeutic Ends*. 1990; New York: W.W. Norton.
28. De Shazer S. *Keys to Solutions in Brief Therapy*. New York 1985; W.W. Norton.
29. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, et al. A controlled trial of social intervention in schizophrenic families. *British Journal of Psychiatry* 1982; 141; 121–134.
30. Anderson C. M. A psychoeducational program for families of patients with schizophrenia. In *Family Therapy in Schizophrenia* (ed. W.-R. McFarlane). New York 1983; Guildford.
31. Kuipers L, Leff J. & Lam D. *Family Work for Schizophrenia: A Practical Guide* (2nd edn). London 2002; Gaskell.
32. Rund BR, Moe L, Sollien T, et al. The Psychosis Project: outcome and costeffectiveness of a psychoeducational treatment programme for schizophrenic adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994; 89; 211–218
33. Falloon I. Behavioural family therapy: systems, structures and strategies. In: *Family Therapy in Britain*. Milton Keynes & Philadelphia 1988; Open University Press.
34. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, et al. Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312; 71–72.
35. Asen E, Berkowitz R, Cooklin A, et al. Family therapy outcome research: a trial for families, therapists and researchers. *Family Process* 1991; 30; 3–20.
36. Larner G. Family therapy and the politics of evidence. *Journal of Family Therapy* 2004; 26; 17–39
37. Asen E. Outcome research in family therapy. *Advances in Psychiatric Treatment* 2002; 8; 230-238
38. Serketich W, Dumas JE. The effectiveness of behavioural parent training to modify antisocial behaviour in children: a meta-analysis. *Behaviour Therapy*, 1996; 27; 171-186.
39. Edwards M, Steinglass P. Family therapy treatment outcomes for alcoholism. *Journal of Marital and Family Therapy* 1995; 21; 475-509
40. Waldron HB. Adolescent substance abuse and family therapy outcome: a review of randomised trials. *Advances in Clinical Child Psychology* 1996; 19; 199-234.
41. Stanton M. Shadish W. Outcome, attrition and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled comparative studies. *Psychological Bulletin* 1997; 122; 170-191

42. Lask B, Matthew D. Childhood asthma: A controlled trial of family psychotherapy. *Archives of Diseases in Childhood*, 1979; 55; 116-119.
43. Gustafsson P, Kjellman N, Cederblad M. Family therapy in the treatment of severe childhood asthma. *Journal of Psychosomatic Research* 1986; 30; 369-374.
44. Houts A, Berman J, Abramson H. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for nocturnal enuresis. *Journal of Counselling and Clinical Psychology* 1994; 62; 737-745
45. Silver E, Williams A, Worthington, F, et al Family therapy and soiling: an audit of externalising and other approaches. *Journal of Family Therapy* 1998; 20; 412-422.
46. Carr A. Evidence-based practice in family therapy and systemic consultation I. *Journal of Family Therapy* 2000; 22; 29-60

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010

«Konsultasjon Liaison»-psykiatri; BUP i somatisk medisin

Trond H. Diseth, Rikshospitalet

Definisjoner

Betegnelsen "Konsultasjon Liaison" kommer fra de latinske begrep "konsul'ere" som betyr "å rådspørre", og "ligare" som betyr "å sammenbinde". Konsultasjon Liaison (eng. Consultation Liaison; forkortes CL) er et forpliktende samarbeid mellom fagpersoner innen ulike disipliner. Konsultasjon Liaison (CL) – psykiatri defineres som psykososialt arbeid/virksomhet/tjenester rettet mot somatisk avdelings pasientgrupper og personale¹⁻⁴.

Konsultasjonspsykiatri kan derfor sammenfattes som psykososial fagpersons vurdering av en pasient på bakgrunn av en somatikers tilkalling, oftest ut fra behov ift diagnostikk eller rådgivning, eventuelt å gi behandling. Den stringent "rene" definisjon av konsultasjonspsykiatri er indirekte pasientarbeid via den somatiske avdelings personale. Bruken av en mer vid definisjon som også innebærer psykiatrisk arbeid ved direkte pasientkontakt utgjør dog den vanligste form for organisering og type konsultasjonspsykiatri.

Liaisonpsykiatri kan sammenfattes som psykososial fagpersons tilknytning til en somatisk enhet hvor fagpersonen fungerer som bindeledd mellom aktuelle pasientgruppe og det somatiske avdelingspersonalet mht mentale og psykososiale aspekter. Dette arbeid skjer på et mer overordnet gruppenivå.

Barne- og ungdomspsykiatrisk (BUP) CL-virksomhet skjer inn mot ulike somatiske enheter som har ansvar for utredning, behandling og/eller oppfølging av somatisk syke barn og unge i alder 0-18 år^{5,6}. CL-arbeidet på en somatisk barneenhet kan dermed omfatte både:

1. Konsultasjonsarbeid i form av direkte og/eller indirekte vurdering av barn, foreldre, søsken mht BUP diagnostikk og behandlingsbehov; og
2. Liaisonarbeid i form av oppfølging av den somatiske enhet gjennom deltagelse på previsitt, visittgang, tverrfaglige møter, undervisning eller veiledning for å sammenbinde psykiatriske aspekter ift pasient, familie og personalet.

Viktige BUP CL-oppgaver inn mot somatisk barneenhet blir dermed:

1. å være barnets "psykososiale advokat" ved å ha barnets emosjonelle og utviklingspsykologiske behov i fokus under sykehusoppholdet,
2. å tilby støtte til somatikerens i vanskelige kliniske situasjoner, og
3. å undervise/veilede for kompetanseheving av det somatiske behandlingsteam.

Et annet BUP CL-område er virksomhet overfor avdelinger hvor barns pårørende er innlagt og der spesielle tiltak må vurderes i forhold til samspill mellom barnet og den syke forelder.

Behov for BUP CL-arbeid

Tall viser at 25–30 % av alle norske barn stifter kontakt med somatisk sykehus før 5 års alder; enten for en akutt eller kronisk, banal eller alvorlig somatisk sykdom. 15 % av norske barn vurderes å inneha en kronisk somatisk sykdom, mens 5 % innehar en alvorlig kronisk somatisk sykdom; dvs. sykdom som affiserer barnet gjennom hverdagen. De mest vanlige sykdommene er astma, allergi, eksem, epilepsi og diabetes. 2–3 % av norske barn blir født med en eller annen form for medfødt misdannelse.

Alvorlig og/eller kronisk somatisk sykdom dreier seg om mer enn en somatisk diagnose^{6,7} fordi

- Sykehusinnleggelser før 5-års alder fremdeles utgjør risiko for senere psykiske problem (avhengig av varighet/antall innleggelser, type behandlingsprosedyrer).
- Barn med alvorlig og/eller kronisk sykdom er en risikogruppe for utvikling av mentale, psykososiale og familiære problem (avhengig av type sykdom/symptom; grad av alvorlighet, synlighet, forutsigbarhet).
- Familieforhold og foreldrereaksjoner kan være med på å utløse eller vedlikeholde belastninger ved barnets sykdom; for eksempel pga depresjon hos foreldre, vansker i ekteskapet, manglende støtte fra familie og nettverk, og problemer i forhold til friske søsken.

Sykehusinnleggelse som risiko for senere psykiske problem

Sykehusinnleggelse kan representere risiko for psykiske problemer pga minst 3 forhold^{6,7}:

- I. Adskillelse/separasjon pga fravær av nær omsorgsperson eller fra det kjente ("trussel om egen/andres alvorlige skade eller død")
- II. Tap av kontroll pga sykehusrutiner og behandlingsprosedyrer ("trussel mot egen integritet")
- III. Smertefulle prosedyrer ift erkjennelsen at barn har sterkere smerteopplevelse, kraftigere smerterespons og større individuell variasjon enn voksne ("trussel mot egen kropp").

Toneangivende BUP fagpersoner konstaterte derfor gjennom 1960-70 årene at hospitalisering i barnealder kunne medføre økt risiko for langvarige følelses- og atferdsmessige vansker. Et resultat av denne erkjennelse ble "Forskrifter om barn på sykehus" fra 1988 med påfølgende revisjoner.. Forskriftene stadfester barns rettigheter ift opphold kun på sykehusavdelinger tilpasset barns behov, rett til aktivisering og undervisning, samværsrett med pårørende, dekning av pårørendes utgifter og rett til informasjon. Tross disse forskrifter kan en i 2010 fortsatt stille spørsmål om i hvilken grad sykehusinnleggelse fremdeles utgjør en risiko. Ut fra tidsåndens krav om økt effektivitet og lønnsomhet ved våre sykehus, er det fare for at forskriftenes intensjon om gode mentalhygieniske kår på sykehusavdelingene må vike. Den biomedisinske høyteknologiske utvikling med forbedret diagnostikk og mer intensiv medisinsk behandling har gjennom de siste 10-20 år ført til økt overlevelse tross alvorlige tilstander og komplikasjoner. Flere og flere barn overlever enn før, men prisen for økt overlevelse er at flere barn og deres familier må forholde seg til varige funksjonshemninger, "trussel om atskillelse, død og alvorlig skade", "trussel mot fysisk integritet og egen kropp" og må tilbringe lengre tid på høyteknologiske barneintensive avdelinger med flere situasjoner med separasjons-, smerte- og traume-opplevelser.

Alvorlig og/eller kronisk somatisk sykdom som risiko for utvikling av mentale, psykososiale og familiære problem

De fleste studier av barn og unge med alvorlig og/eller kronisk somatisk sykdom, medfødt misdannelse eller fysisk funksjonshemming viser 2–3 ganger økt forekomst av mentale, psykososiale og familiære problem sammenlignet med somatisk friske barn; gjennomsnitt 25–50 % i de fleste studier^{5,7-10}. Denne økte risiko ble først vist ved hjerneorganiske tilstander; som epilepsi og hjernetumor, og da med overvekt av eksternaliserende problematikk (atferdsproblem, ADHD). Men denne sammenheng og økte risiko er gjennom de siste 10-20 år også vist ved ikke-nevrologiske tilstander; som medfødte misdannelser og astma, og da i form av internaliserende problematikk (angst, depresjon, tvang, PTSD). I tillegg til utviklingspsykologiske og familiære/sosiale forhold, er denne økte risiko avhengig av biologiske forhold ved den somatiske sykdom; dvs. genetisk sårbarhet, kjønn, alder ved debut og varighet av sykdom i tillegg til de spesifikke somatiske symptomers alvorlighetsgrad, synlighet og forutsigbarhet. Studier viser at somatiske sykdommer med moderat alvorlighetsgrad men med skjulte og ukontrollerbare somatiske symptom representerer denne økte risiko¹¹.

Vanlige senreaksjoner hos det somatisk syke barnet kan være dårlig selvfølelse, forstyrret kroppsoppfatning, annerledesfølelse, manglende selvstendighet, isolasjon, avhengige, krevende, grenseutprøvende adferd og psykosomatiske reaksjoner (hodepine, magesmerter), noe som lett legitimerer skolefravær og tilbaketrekking i tillegg til ovennevnte psykiatriske tilstander.

Foreldrereaksjoner og familieforhold som risiko for å utløse og vedlikeholde belastninger ved barnets sykdom

De aller fleste foreldre til barn med somatisk sykdom erkjenner viktigheten av å støtte og akseptere barnets sykdom og reaksjoner. Men ofte er foreldrenes reaksjoner preget av sjokk, angst, sorg, depresjon, skyld- og skamfølelse, sinne og bitterhet i tillegg til usikkerhet og bekymring for fremtiden⁷. Foreldrenes reaksjoner kan igjen avhenge av deres egne tidligere sykdomserfaringer og tapsopplevelser, eget selvbylde, kroppsbilde og seksualitet. Foreldrenes reaksjoner kan derfor føre til skjuling, stilltielse og hemmelighold, noe som igjen vil øke barnets fantasier, tanker og reaksjoner. Foreldrereaksjonene kan også føre til overbeskyttelse, infantilisering, manglende grensesetting og restriksjoner av fysisk aktivitet; noe som igjen kan føre til dårlig selvfølelse, manglende selvstendiggjøring og dårlige mestingsstrategier hos barnet. Ovennevnte foreldrereaksjoner vil også kunne påvirke deres ekteskap og forholdet til friske søsken. Men å ha et barn med alvorlig og/eller kronisk somatisk sykdom kan også ha positive faktorer for parforholdet; ofte nevnes opplevelse av felles oppgaver og bedret samhold mellom ektefellene. Av negative faktorer nevnes innskrenkning av felles aktiviteter, sosial isolasjon, barnefar som blir mer perifer og mors yrkesmuligheter som reduseres. Friske søsken møter ofte økte krav om lydighet, være "stor", ta ansvar og hensyn ovenfor den somatiske syke bror eller søster utover det alder skulle tilsi. Søsken rapporterer også at foreldrene blir mindre ettergivne, mer fjerne/distre og bruker mindre tid sammen med de friske søsken. Dette kan igjen fort føre til sjalusireaksjoner, angst, sinne, oppmerksomhetskrevende adferd, skyld- og skamfølelse, skoleproblem, sosial tilbaketrekking og psykosomatiske reaksjoner; reaksjoner rapportert hos opptil 60 % av friske søsken.

Alle ovennevnte risikoforhold synliggjør behovet for BUP CL-virksomhet i form av kvalifisert barne- og ungdomspsykiatrisk utredning, behandling og oppfølging for denne store gruppe barn. Målsettingen må være å fremme det somatiske syke barnets mentale helse og psykososial fungering og å bidra til god sykdomsmestring for derigjennom å forebygge uheldige sykdomskonsekvenser for både pasient og familien; inkludert søsken. I tillegg synliggjør ovennevnte risikoforhold også behov for konsultasjon, veiledning og undervisning av sykehuspersonalet for å øke personalets psykososiale innsikt og kompetanse for derigjennom å sikre gode mentalhygieniske forhold på sykehusavdelingene. Sist men ikke minst synliggjør ovennevnte forhold behov for klinisk forskning ift psykososiale konsekvenser av ulike alvorlige og/eller kroniske somatiske tilstander og etter hvert føre forskningsresultatene tilbake til klinikken for derigjennom å bidra til forbedrede behandlings- og oppfølgingsprotokoller.

All klinisk og forsknings erfaring tilsier at forebyggende tiltak på et tidlig tidspunkt av den somatiske sykdommen hvor en vektlegger oversikt, forutsigbarhet, kontroll og mestring ift den somatiske sykdom, dens symptomatologi og behandlingsopplegg, gir størst nytteverdi gjennom å opprette hensiktsmessige holdninger og mestingsstrategier til sykdommen hos både barnet, familien og behandlerne. I dette har BUP CL-virksomhet en sentral plass.

Omfang av dagens BUP CL- virksomhet

Ulik grad av BUP CL virksomhet har vært drevet i Norge siden 1970-tallet men med ulik organisering, omfang og sammensetning¹²⁻¹⁵. Omfanget har variert fra 0,2-1 barnepsykiaterstilling til egne tverrfaglige BUP konsultasjonsteam (barne- og ungdomspsykiater, psykologspesialist, klinisk sosionom, spesialpedagog, psykiatrisk sykepleier) organisert inn under BUP men øremerket CL aktivitet på den lokale barneavdelingen, eller egne BUP CL seksjoner organisert inn under pediatrien. Status pr. 2010: Av landets Barneklinner og Barneavdelinger har 5 (20 %) sykehus; dvs. Oslo

Universitetssykehus (OUS; som nå omfatter Rikshospitalet, Ullevål og Aker), Akershus Universitetssykehus (Ahus), Haukeland Universitetssykehus, St. Olavs Hospital (Trondheim), og Universitetssykehuset Nord-Norge (Tromsø) egne tverrfaglige barnepsykiatriske team, hvorav 2 (8 %) sykehus; OUS og Ahus, har en egen BUP CL seksjon med en fulltids engasjert tverrfaglig stab organisert inn under pediatrien. Av landets BUP poliklinikker, har omkring 40 % et løpende regulært samarbeid med områdets lokale barneavdeling med minst en fast spesialist deltid (20–50 %) eller fulltids engasjert som BUP CL psykiater.

Landets største BUP CL seksjon er nå organisert som en integrert del av OUS Barneklubben. Mandatet for denne CL-virksomhet er å være en "integrert del av OUS's totale tilbud øremerket alle barn og unge (0-18 år) innlagt for somatisk lidelse eller somatisk symptomatologi og deres familier (inkludert søsken)". Seksjonen består pr. 2010 av 7 barne- og ungdomspsykiatere (5 overleger, 2 LIS), 8 psykologspesialister og 8 kliniske sosionomer; hvor den enkelte fagperson har CL-tilknytning til sykehusets ulike poster, seksjoner og avdelinger der det til enhver tid befinner seg barn.

Det er i dag etablert et nasjonalt BUP CL-nettverk med muligheter for hospitering, kasusmøter, veiledning og hvor det arrangeres årlige nasjonale CL konferanser. I Norge har Norsk Psykiatrisk Forening et eget CL utvalg med 4 representanter hvorav BUP er representert ved en CL barne- og ungdomspsykiater. Da BUP CL virksomhet nå er i vekst og utvikling; mye også basert på initiativ fra pediatrien, planlegger NFBU nå etablering av eget BUP CL utvalg. Deltagelse på internasjonale konferanser med spesifikt fokus på CL psykiatri er også nyttig; da gjerne i regi av European Association of Consultation Liaison Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP). Denne forening har også en egen BUP CL underavdeling.

Aktuelle pasientgrupper

Hovedgrupper av pasienter henvist til BUP CL fagperson/enhet fra somatisk avdeling ved behandlingsansvarlig somatisk lege, kan være som følger:

- 1. Barn og unge med alvorlig og/eller kronisk somatisk sykdom, medfødt misdannelse eller fysisk funksjonshemming** som krever hyppige innleggelser, langvarig behandling og oppfølging; dvs. pasientgrupper med kreft, medfødte misdannelser, hjerte-/lungesyke, allergi/eksem, diabetes, mage-tarm lidelser, reumatologiske tilstander, nevrologiske tilstander, transplantasjoner (nyre, lever, hjerte, lunge), metabolske sykdommer etc. Studier viser at disse somatiske tilstander har behov for en helhetlig, tverrfaglig utredning, behandling og oppfølging med et klart mestringsfokus. Både grunnlidelse og behandlingsprosedyrer kan representere traumatisk stress, utfordre barnets og familiens ulike holdninger og mestringsstrategier slik at psykososial tilrettelegging er avgjørende. De vanligste BUP diagnoser er akutt krisereaksjoner, tilpasningsforstyrrelser, PTSD og emosjonelle forstyrrelser; angst, fobi, depresjon og tvang. En stor del av henvisningene har også utgangspunkt i foreldrenes behov for vurdering og hjelp ifm ulike sosialmedisinske problemstillinger; stønadsvurdering etc., og dette kan danne utgangspunkt for videre hjelp med emosjonelle og sosiale problem i forbindelse med barnets sykdom.
- 2. Premature og syke nyfødte barn** som krever intensiv medisinsk behandling og ofte langvarig sykehusinnleggelse utfordrer bl.a. den viktige kontaktetableringen og tilknytningsprosess mellom foreldre-barn. BUP CL teamets oppgave er her å utrede og intervensere ift vansker med kontaktetableringen foreldre-barn. Studier indikerer at tidlig tilknytning og minst mulig stress/traumer kan ha avgjørende betydning for barnets cerebrale utvikling og dermed forebygge senere atferds-, emosjonelle, kognitive og sosiale vansker.
- 3. Barn og unge med sammensatte, kompliserte psykosomatiske tilstander** som dissosiative (konversjons-) tilstander og somatoforme tilstander hvor stress- og traumeperspektivet står sentralt, samt tilstander med nevrologisk hypersensitivitet; refleksdystrofi, utmattelses-tilstander etc. En tverrfaglig BUP CL utredning, behandling og oppfølging med en integrert, helhetlig biopsykososial tilnærming er her helt avgjørende for bedring (se eget kapittel, del 2).

4. **Medikamentvurdering**¹⁶ av somatisk syke barns evt. behov for psykofarmaka i en somatisk kritisk situasjon; f.eks. postoperative fase, samt tilsyn av barn og unge innlagt somatisk avdeling for spiseforstyrrelse, mishandling/overgrep, ulykker/katastrofer, intoksikasjon og villet egenskade inkludert suicidalvurdering.
5. **Andre henvendelser** kan ha utgangspunkt i avdelingspersonalets behov for støttesamtaler; debriefing, eller veiledning ifm utfordrende medisinske pasientsituasjoner på avdelingen; f.eks. døende eller dødt barn, langliggere, suicidalforsøk, anoreksi, vegrings-tilstander.

BUP CL fagmiljøet har oftest i samarbeid med aktuelle somatiske avdelinger, utarbeidet ulike tverrfaglige utrednings- og behandlingsprotokoller for ovennevnte pasientgrupper. Det er også utarbeidet tverrfaglige prosedyrer ifm ulike kliniske problemstillinger; som f.eks. preoperativ psykososial forberedelse og tilrettelegging ved sykehusangst og sprøytefobi, pre-/postoperativ aktiv psykologisk bearbeiding ifm smertefulle eller traumatiske medisinsk nødvendige undersøkelses- eller behandlingssituasjoner, foreldresamtaler ved plutselig uventet spedbarnsdød eller mistanke om barnemishandling ("shaken baby syndrome"), debriefing/støttesamtaler til avdelingspersonalet ved belastende situasjoner; f.eks. barn som dør etter langt sykeleie.

Metode

Det overordnede faglige fundament for BUP CL-virksomhet må være en helhetlig, multifaktoriell sykdomsforståelse hvor en erkjenner at der ved sykdom foreligger komplekse interaksjoner mellom ulike biologiske, psykologiske og sosiale faktorer basert på predisponerende, utløsende og vedlikeholdende forhold. En slik biopsykososial sykdomsforståelse forutsetter at aktuelle CL barne- og ungdomspsykiater innehar kunnskap om følgende 3 perspektiv:

1. Sykdoms-perspektivet (sykdommens art, fase, symptom og behandling)
2. Utviklings-perspektivet (barnets utviklingspsykologiske nivå og fungering; dvs. hva den somatiske sykdom representerer av ekstra utfordringer ifm barnets løsning av de normale utviklingspsykologiske kriser i samspill med foreldrene)
3. Familie-perspektivet (familiens nåværende oppfatning og tidligere erfaring mht sykdom, tap og påkjenninger)

Disse aspektene må så inkluderes i et familie-, livsløps- og mestringsperspektiv. Selve BUP CL utrednings- og behandlingsevne bygger på vanlig, anerkjent, bred barne- og ungdomspsykiatrisk kompetanse i tillegg til spesialkunnskap om mestringsaspekter ved forskjellige somatiske sykdommer, deres symptomer og behandlingsprosedyrer. I utredningen kan benyttes semistrukturert anamneseopptak med bruk av genogram og tidsakse, generelle screeningsinstrumenter; f.eks. ASEBA-batteriet (CBCL, YSR, TRF), spesifikke spørreskjemaer, f.eks. Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ) og Dissociative Experience Scale (A-DES), semistrukturerte diagnostiske intervju; f.eks. Child Assessment Schedule (CAS), og lekeobservasjon. I tillegg er det ofte behov for spesialpedagogisk; evt. nevropsykologisk, vurdering.

De vanligste behandlingstiltak omfatter foreldreveiledning ift psykoedukasjon, mestring av deres engstelse og involvering i barnets sykdom med mål å fremme barnets selvstendiggjøring og mestring, eller familierapi ift familiemedlemmenes ulike mestringsstrategier samt fokus på søskens situasjon. Individualterapi omfatter alt fra psykoedukasjon, ulike eksternaliserings-, avspennings-, distraksjons-, forestillings- og eksponeringsteknikker til støtterapi, kognitiv atferdsterapi (CBT), hypnoterapi, traumefokusert CBT og fokusert, psykodynamisk korttidsterapi. Parallelt tilbys konsultasjon til avdelingspersonalet for å understøtte avgjørende holdninger til dette CL arbeidet.

Sentralt i alt CL arbeid står forebygging og mestringsperspektivet når livet skal leves utenfor sykehuskorridorene. Samhandling med første- og andrelinjetjenesten for overføring og forankring i det lokale hjelpeapparat med etablering av lokale tverrfaglige ansvarsgrupper, individuell plan, samarbeid med lokal primærhelsetjeneste, skole, PPT, BUP poliklinikk, Habiliteringstjeneste, og evt. barnevern og NAV, er derfor også sentrale og viktig deler av BUP CL arbeidet.

det. Det blir her viktig også å understreke at den videre BUP behandling og oppfølging som regel blir den lokale BUP poliklinikkens ansvar. En slik behandlings- og oppfølgingsoppgave av somatisk syke barn og unge med psykososiale vansker bør utgjøre en vesentlig del av BUP poliklinikkens arbeid; tilsvarende den andel av psykiatrisk sykkelighet som foreligger ved somatiske sykdommer.

Organisering av det daglige CL-arbeid

Ulik organisering av BUP CL vil påvirke rutiner for henvisning, registrering, arbeid, journal-føring og samarbeid. Ved BUP CL virksomhet er det fortsatt den somatiske avdelingen hvor barnet er innlagt som har det primære behandlingsansvaret.

Henvisning til BUP CL enheten skjer skriftlig fra den somatisk behandlingsansvarlige lege og da gjerne med etterfølgende kontakt samme dag der behovet, aktuelle arbeidsoppgaver samt varighet av innleggelsen diskuteres og defineres. Foreldrene og barnet skal; som ellers, være inneforstått med henvisning til BUP CL-teamet. Da noen sykehus har egen sosionomtjeneste og sykehus-skoler egne lærere/spesialpedagoger, må tilnyting og evt. avgrensning til CL teamets egne kliniske sosionomer og spesialpedagoger avklares i det løpende samarbeid. Utgangspunktet for CL arbeidet er 1-2 BUP CL fagpersoner tilnyttet en somatisk enhet som behandler barn.

Vedrørende konsultasjonsarbeid skjer dette ved

- A. Direkte pasientarbeid (barnepatienten, foreldre, søsken) i form av anerkjent barnepsykiatrisk utredning med en biopsykososial tilnærming, et barnepsykiatrisk behandlingstilbud mens barnet er innlagt eller poliklinisk oppfølging ved den somatiske enhet, eller henvisning videre til lokal BUP poliklinikk, og/eller ved
- B. Indirekte pasientarbeid i form av tverrfaglig teamdeltagelse på previsit, visittgang, ukentlige tverrfaglige behandlingsmøter, spesifikke pasientmøter rundt en eller flere spesifikke pasienter som utfordrer avdelingen (f.eks. terminalt syke, "langliggere", psykosomatiske, anorektiske eller vegrings-tilstander), eller foreldregrupper.

Minst et tverrfaglig behandlingsmøte pr uke på den somatiske avdeling anbefales. Da det er viktig at den somatiske avdeling har et eierforhold til møtet, bør møtet derfor ledes av avdelingssykepleier med deltagelse av behandlingsansvarlig somatisk lege, pasient koordinator, spesifikke kontaktsykepleiere, førskolelærer/lærer, fysioterapeut, ernæringsfysiolog etc. samt BUP CL fagperson(er). På møtet gjennomgås de til enhver tid inneliggende pasienter på avdelingen. Denne gjennomgang skal være psykososialt vinklet. Pasientene diskuteres tverrfaglig med åpning også for tilbakemelding vedr BUP CL arbeid ift pasienter henvist siden forrige møte. Gjennom møtet skjer også kontinuerlig veiledning av personalet med mål å øke den somatiske avdelings kunnskap og ferdigheter til selv å takle ulike psyko- sosiale utfordringer.

Møtet har også som viktig funksjon å "sile" henvisninger ved å avklare hva avdelingen selv kan gjøre, hva som kan henvises lokalt og hva som må henvises CL BUP. Journalføring av det direkte pasientarbeid er nødvendig også for en gjensidig utveksling av biopsykososial informasjon på tvers av fagområdene. Korte oppsummerende BUP CL journalnotat skal derfor alltid forefinnes fortløpende i den somatiske journal; i tillegg til en mer fylldig barnepsykiatrisk journal med diagnostiske utredninger, tester etc.

Vedrørende liaisonarbeid deltar BUP CL fagperson(er) på den somatiske avdelingens tverrfaglige fagmøter hvor det generelle fokus er på ulike overordnede mentalhygieniske forhold ift avdelingens daglige rutiner og rådende behandlings- og oppfølgingsprotokoller av avdelingens somatisk syke barn, foreldre og søsken. En kan her også tilby undervisning og veiledning på gruppenivå.

Problemstillinger og utfordringer

En rekke problemstillinger kan dukke opp underveis ift denne beskrevne BUP CL virksomhet. Hensikten med her å skissere noen av de vanligste problemer og utfordringer, er at BUP CL fagpersoner kan være forberedt slik at problemene lettere kan forebygges og da gjennom tett, nær og tillitsfull kommunikasjon med den somatiske avdeling.

Ift henvisning til BUP CL teamet kan det være vanskelig å få definert henvisningen (pga personalets egen angst for/motstand mot å "tre psykiatri ned over hodet", eller å komplisere hverdagen på avdelingen ift daglige drift og effektivitetskrav), problem med å motivere foreldre (pga psykosomatiske/multiproblem familier eller PTSD/dissosiative/somatoforme lidelser hvor unngåelse eller somatisering er viktige mekanismer), unødvendige henvisninger (pga ønske om avlastning da avdeling selv ikke har tid/høyt press), samt ulike kollegers holdninger til psykiatri (ut fra generelle eller personlige forhold).

- Ift diagnostikk/behandling kan det være utfordrende for BUP CL fagperson å følge sykdomsprosessen (fordrer adekvat kunnskap om den somatiske sykdom og behandling, kontakten med barnet svinger med sykdomsforløpet slik at eget behov for forutsigbarhet må vike), samt den somatiske avdelings tidspress ift krav om effektivitet og høy "turn-over".
- Ift oppfølging/overføring til lokal BUP erfarer en ikke sjelden en vegring fra lokale BUP'er ift å prioritere eller i det hele tatt gi et BUP tilbud til barn med somatisk lidelse. Dette skjer oftest ut fra en begrunnelse om at "en ved lokal BUP ikke innehar god nok kompetanse ift den somatiske grunnlidelsen".

Når dette først er anført, blir det også viktig å oppsummere tilbakemeldinger fra LISleger som har fått del av sin spesialisering på en BUP CL enhet. LIS opplever dette som et utfordrende men meningsfullt og spennende fagområde hvor de kan ta i bruk også sin somatiske kompetanse. Fagområdet berører viktig og nyttig eksistensiell problematikk; sorg, kriser, traume, tap, død. Gjennom BUP CL arbeid får de tilfang til "nye" perspektiv og utredningsmetoder som den biopsykososiale sykdomsforståelse og bruk av modellen i praksis, flergenerasjonsperspektivet og bruk av genogram, samt traumeperspektivet og bruk av tidslinje. I tillegg rapporteres tilfang til "nye" terapimetoder med vektlegging av mestring og kontroll som ulike eksternaliseringsteknikker; lese/lage eventyr, aktiv bruk av tegning, rollespill, Kiwanisog anatomiske dukker, ulike avlednings-/avslapningsteknikker; dataspill, forestillingsbilder, samt hypnoterapi og korttids-terapi. Tilslutt vektlegges opparbeidelse av "nye" holdninger i form av økt respekt for det somatiske symptom/sykdom og somatiske kollegers kompetanse og arbeidssituasjon, økt respekt for foreldre som kompetente medarbeidere, samt endret egen bevissthet ift at leger innen BUP faktisk innehar verdifull somatisk kompetanse som er nyttig ved en biopsykososial sykdomstilnærming.

Da BUP-virksomhet innenfor det medisinske hierarki byr på overordnede faglige utfordringer (psykiatri lavere status enn somatisk medisin, barnpsykiatri lavere status enn voksenpsykiatri, kvinner lavere status enn menn, og barn lavere status enn voksne), blir det ekstra viktig at vi selv setter egne krav til BUP CL virksomhet i form av: Tilgjengelighet, kontinuitet, bruk av et forståelig og felles språk, en felles biopsykososial sykdomsforståelse, evne til tverrfaglighet, tillit, respekt og lojalitet, og en trygg faglig identitet.

Da BUP CL virksomhet dessverre ennå ikke er fullt og bredt etablert i Norge, anføres følgende momenter viktige i en etablering av slik CL praksis:

- Et tverrfaglig samarbeid mellom fagpersoner fra ulike fagområder og avdelinger er avhengig av gjensidig respekt, tillit, lojalitet og forståelse, et åpent, direkte og jevnlig samarbeid, og med en klar definisjon og planlegging av felles mål og med regelmessig evaluering underveis.
- Da det i startfasen lett vil fremkomme spenninger mellom de ulike faggruppene, er det viktig å ta utgangspunkt

i ansvar og myndighetsområdet til de ulike fagpersonene. Resultatet av CL-arbeidet er helt avhengig av felles forståelse og interesse for utvikling av felles tverrfaglige integrerte biopsykososiale utredningsog behandlingsprotokoller fra ledelsen både på aktuelle somatisk avdeling og BUPenheten; med felles rutiner og møter som regelmessig evalueres. Et vellykket resultat er helt avhengig av nært samarbeid mellom avdelingenes ledelse om målsetting for CL-arbeidet.

- Det direkte pasientarbeid skal preges av BUP CL's tilgjengelighet, tilstedeværelse og kontinuitet, og av praktiske og forståelige tiltak. Dette forutsetter klare rutiner slik som raske svar på henvendelser ved etablering av spesiell vaktordning for øyeblikkelig hjelp henvendelser, deltagelse på et eller flere av barnelegenes morgen/ettermiddagsmøter, faste fagpersoner tilknyttet prioriterte avdelinger, fast deltagelse på regelmessige tverrfaglige møter, og deltakelse på visitter for å synliggjøre denne tilgjengeligheten. Fagspråket må være felles og forståelig for leger og sykepleiere, og for pasienter og familiene.

Barn og unge med alvorlig og/eller kronisk somatisk sykdom, medfødt misdannelse, fysisk funksjonshemming eller sammensatte, kompliserte psykosomatiske tilstander fordrer derfor en bred, integrert, helhetlig biopsykososial faglig forankret utredning, behandling og oppfølging med kompetanse på biologiske, psykologiske, kognitive og psykososiale aspekter ved somatisk sykdom hos barn og unge. Dessverre er det fremdeles meget stor variasjon ift både det eksisterende BUP CL tilbud, omfang, metodikk og den kompetanse hva angår en slik tverrfaglig biopsykososial faglig forankret utredning, behandling og oppfølging av disse barn og unge. Somatikens evne og vilje til å avdekke psykososiale vansker på den ene side og barne- og ungdomspsykiatriens evne og vilje til å behandle de mentale, psykososiale og familiære konsekvenser av somatisk sykdom eller symptomatologi på den andre side, fører ofte til at disse barn og familier faller mellom to stoler ift adekvat utredning, behandling og oppfølging. Det er i dette spenningsfeltet BUP CL psykiatri har en sentral oppgave, men også utfordringer ift å få BUP inn på somatiske avdelinger hvor barn også befinner seg, å sette fokus også på de psykososiale aspekter ved somatisk syke barn og deres familier, og dermed bidra til en fremtidsrettet integrert barnemedisin hvor "et reddet liv også skal leves".

Litteratur

1. Lloyd GG, Guthrie E. Handbook of liaison psychiatry. New York: Cambridge University Press, 2007.
2. Wise MG. Textbook of consultation-liaison psychiatry: Psychiatry in the medically ill. Washington DC: American Psychiatric Pub., 2002.
3. Rundell JR, Wise MG. Concise guide to consultation psychiatry. Washington DC: American Psychiatric Press, 2000.
4. Malt EA, Bille H, Ekeberg Ø, Vandvik IH. Konsultasjon-liaison-psykiatri i Norge: bruk av psykiatriske tjenester ved somatiske avdelinger. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1753-6.
5. Knapp PK, Harris ES. Consultation-liaison in child psychiatry: a review of the past 10 years. Part I: Clinical findings. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998; 37: 17-25.
6. Lansdown R. Children in hospital: a guide for family and carers. Oxford: Oxford University Press, 1996.
7. Diseth TH. Psykososiale konsekvenser av alvorlig og/eller kronisk somatisk sykdom hos barn og unge. Handouts fra forelesninger ved UiO, R.BUP, Dnlf grunnkurs, 1992-2010.
8. Diseth TH. Adolescents with congenital malformations in the anorecto-urogenital region: a clinical bio-psycho-social study. Thesis. Oslo, University of Oslo, 1997; ISBN 8291049130: pp.14-15.
9. Gjørum B, Heyerdal S. Assessment of the mental state in medically ill children and adolescents. Current Opinion in Psychiatry 1998; 11: 635-41.
10. Koot HM, Wallander JL. Quality of life in child and adolescent illness: concept, methods and findings. East Sussex: Brunner-Routledge, 2001.
11. Pless IB, Nolan T. Revision, replication and neglect – Research on maladjustment in chronic illness. J Child Psychol Psychiatry 1991; 32: 347-65.

12. Vandvik IH, Seltzer WJ. Evolution of child psychiatric teamwork in a somatic hospital. *Psychoter Psychosom* 1984; 41: 77-84.
13. Vandvik IH, Fossen A. Funksjon og oppgaver for en barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon ved et regionsykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1989; 109: 3440-3.
14. Wilkinson SR. Barnepsykiatri i et somatisk sykehus: mål for forebyggende "liaison barnepsykiatri". *Tidsskr Nor Lægeforen* 1989; 109: 3443-5.
15. Vandvik IH. Collaboration between child psychiatry and paediatrics: the state of the relationship in Norway. *Acta Paediatrica* 1994; 83: 884-7.
16. Malt UF, Lloyd GG. Psychopharmacological treatment in liaison psychiatry. In: Lloyd GG, Guthrie E (Eds.). *Handbook of liaison psychiatry*. New York: Cambridge University Press, 2007; pp. 763-94.

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010

Suicid og suicidal atferd

Berit Grøholt og Anne Mari Sund

Øyeblikkelig hjelp

Vurder suicidalfare: Spør om suicidal intensjon og planer. Vurder evt opphoping av risikofaktorer, inkludert aktuelle hendelser (viktigst: depresjon, andre diagnoser, tidligere selvmordsforsøk, rusbruk, suicidalitet i omgivelsene). Vurder innleggelse. Hvis pasienten ikke legges inn; sørg for at pasienten ikke blir overlatt til seg selv etter vurderingen. Lag ny avtale med pasienten, eller sørg for avtale med andre.

Definisjoner

Selvmordsforsøk/selvskade

I ICD 10 brukes begrepet villet egenskade (deliberate self-harm). Det brukes om alle former for selvskade, fra alvorlige selvmordsforsøk til skader som for eksempel kutting der målet er å oppnå en midlertidig lettelse av indre psykisk smerte⁶. Ved å legge vekt på intensjonen med selvskading deles handlingene opp i selvskading uten suicidal intensjon, selvskading med en viss grad av suicidal intensjon (selvmordsforsøk), og i tillegg selvskading der intensjon er usikker. Klinisk er en slik oppdeling hensiktsmessig selv om alle handlingene kan være tilstede hos en og samme person til ulik tidspunkt. Vurderingen er den samme, alle som selvskader skal vurderes grundig med tanke på suicidal intensjon, men behandlingen vil ikke være lik

Selv mord

Alle former for selvskading kan ende med død. Har personen et sterkt eller svakt ønske om å dø, snakker vi om selvmord. Er det ingen suicidal intensjon anbefaler amerikanske forskere å bruke betegnelsen selvpåført, ikke-intensjonell død⁷.

Forekomst

Raten for selvmord for unge mellom 15-19 år er i Norge (2000-2005) 14,0 per 100.000 gutter per år og 5,8 for piker. Raten mellom 10 og 15 år er betydelig lavere og ligger godt under 1 for piker og omkring 2 for gutter. Raten for selvmordsforsøk er mange ganger høyere. Selvskading – med eller uten suicidal intensjon rapporteres av over 10 % av ungdom⁸.

Forståelse/Risikofaktorer

Det er vanskelig å forutsi suicid som er lavfrekvent, selv om en rekke risikofaktorer er godt dokumentert. Viktigst er psykiatrisk lidelse, tidligere selvmordsforsøk og stoffmisbruk. Av psykiske lidelser er depresjon spesielt viktig, men alle lidelser øker risiko for selvmord. Viktig er det å se etter opphoping av risikofaktorer. Depresjon kombinert med utagerende atferd og stoffmisbruk er spesielt risikofylt. Andre risikofaktorer er eksposisjon for suicid i familie og i vennekrets, og lett tilgang på ladet gevær⁶. En vurdering av risiko skal også omfatte aktuelle psykososial situasjon. Tap og krenkelser øker risiko. Risikofaktorene er ensartet for begge kjønn, selv om gutter hyppigere begår selvmord. Risikofaktorer for selvmordsforsøk er de samme som ved selvmord.

Ungdom som skader seg med mål å oppnå en lettelse av psykisk smerte er oftere preget av ustabile personlighetstrekk og traumatiske hendelser i bakgrunnen. Både selvmordsatferd og selvskading uten suicidal intensjon kan smitte i miljøet.

Utredning

Etter offisielle retningslinjer skal alle pasienter i psykisk helsevern spørres om suicidale tanker¹. Hvis det ikke blir gjort må det begrunnes. Man må i utredningen ta stilling til akutt fare for selvmordshandlinger, og må legge spesiell vekt på å få fram suicidale planer. Faktorer ved pasienten og i omgivelsene som øker sjansen for selvmordsatferd må identifiseres. Vurdert sammen med ungdommens motiver for handlingen, og de utløsende hendelsene, danner dette grunnlag for de videre behandlingen. Oppnår en ikke god kontakt med pasienten er det vanskeligere å stole på en vurdering.

Pasienter i barnepsykiatrien bør også spørres om selvskading. Spørringen må være konkret. Det kan være gunstig å benytte den s.k. "suicidale stige". Det spørres da om tanker og planer og til slutt om helt konkrete planer. Noen ganger vil selvskading først avdekkes ved en somatisk undersøkelse. Ved hyppige ulykker bør selvmordsintensjon undersøkes.

Behandling

En diagnostisk vurdering hører med. Innleggelse må vurderes der umiddelbar fare for selvmordshandlinger er tilstede, og det er spesielt viktig å få til et samarbeid med den unges nærmeste. En bør tilstrebe åpenhet, en ikke fordømmende holdning og gjenetablering av tillitt innad i familien.

Behandling bør startes så snart som mulig etter et selvmordsforsøk. Viktige elementer i kontakten med selvmordstruede vil ofte være å fjerne muligheter for å begå selvmord (som våpen, medisiner etc) og sikre at vedkommende ikke blir overlatt til seg selv. En bør sørge for at en ny avtale er inngått. Pasienten og familien som reiser hjem etter en konsultasjon må få beskjed om hva de skal gjøre hvis selvmordsimpulsene øker. Når pasienten tilbys behandling er det viktig å være oppmerksom på forhold som kan hindre pasienten å engasjere seg i evt. behandling. Videre behandling må rette seg mot de avdekkede problemene, med utgangspunkt i den aktuelle diagnose. Ved depresjon bør spesifikk behandling for depresjon tilbys. Få studier har vist effekt på forekomst av selvmordstanker eller forsøk. I en studie som sammenliknet kognitiv atferdsterapi (CBT) med og uten medikamentell behandling, var reduksjonen av selvmordstanker hos deprimerede ungdommer størst ved bruk av CBT og fluoxetin³. Dialektisk atferdsterapi (DBT) omfatter både gruppearbeid og individuell kontakt. DBT prøves ut i Norge som en lovende terapiform, men spesifikk effekt på selvmordsatferd er ikke dokumentert hos ungdom⁵. Multi-systemisk terapi (MST) med fokus på selvmordsatferd har vist effekt i en studie²

Da selvmordsintensjoner er svingende må en alltid være oppmerksom på fare for nye suicidale handlinger.

Ved selvskading er først og fremst DBT aktuelt. Da frafall er stort må en bruke tid på motivering. Sykehusinnleggelse bør hvis mulig unngås. Der pasientene også kan være suicidale skal det inkluderes i behandlingen⁴.

Etter selvmordet/forebygging

Ved et ungdomsselv mord er det viktig å være oppmerksom på smitteeffekten, og evt. bistå lokalsamfunnet med forebyggende arbeid rettet mot unge i risikogruppe. Dette bør bygge på prinsippene for kriseintervensjon i lokalsamfunn med saklig informasjon og felles fora for samtale for impliserte. En må gjøre smitteeffekten kjent i miljøet og samtidig unngå «romantisering» av selvmordet. En bør vektlegge det meningsløse ved selvmord som løsning, og finne balansen mellom dette aspektet og behovet for å ivareta de etterlatte. Hjelp direkte til etterlatte må basere seg på at de i første omgang er i sjokkfase. De vil også senere trenge mye støtte og tid for å få hjelp til å bearbeide selvmordet.

Etter et selvmord bør familien tilbys samtaler basert på prinsipper for kriseintervensjon. Hele familien bør inkluderes. Refleksjoner rundt bakgrunnen for selvmordet vil stå i forgrunnen. Familien må sikres mulighet for oppfølging over tid, men dette bør ikke nødvendigvis skje i psykiatrien.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. 15-1511. 2009. Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer. Ref Type: Report
2. Huey SJ, Jr., Henggeler SW, Rowland MD, Halliday-Boykins CA, Cunningham PB, Pickrel SG, Edwards J (2004) Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43:183-190
3. March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, Burns B, Domino M, McNulty S, Vitiello B, Severe J (2004) Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *Jama* 292:807-820
4. Mehlum L, Holseth K (2009) [Self-harm – what approach should we take?]. *Tidsskr Nor Lægeforen* 129:759-762
5. Rathus JH, Miller AL (2002) Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 32:146-157
6. Shaffer D, Pfeffer CR, Workgroup on quality issues (2001) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40:24S-51S
7. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE (2007) Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life Threat Behav* 37:264-277
8. Ystgaard M, Reinholdt NP, Husby J, Mehlum L (2003) [Deliberate self harm in adolescents]. *Tidsskr Nor Lægeforen* 123:2241-2245

Barnemishandling

Grete Dyb og Karin Flekke

Barnemishandling er å usette barn for fysisk eller psykisk vold, seksuelle overgrep, krenkelser eller forsømmelse av barnets grunnleggende behov. Tradisjonelt sett har man skilt mellom fire former for barnemishandling: fysisk-, seksuell- og emosjonell mishandling, og omsorgssvikt. I den senere tid har også det å være vitne til vold i nære relasjoner blitt sett på som en form for barnemishandling.

Klassifisering (ICD-10)

- Barnemishandling skal diagnostiseres i akse I i Z-gruppen og i akse V (avvikende psykososiale forhold).
- Dersom barnet har en psykiatrisk lidelse, ev. som følge av denne opplevelsen, skal denne diagnostiseres under akse I og overgrepene beskrives under akse V

Akse I (hovedgruppen)

Z61 Kontakt med helsetjenesten på grunn av problemer i forbindelse med negative opplevelser i barndom

Z61.4 Problemer i forbindelse med påstått seksuelt misbruk av barn utført av person som tilhører barnets primærkontakter

Z61.5 Problemer i forbindelse med påstått seksuelt misbruk av barn utført av personer utenfor barnets primærkontakter

Akse V (avvikende psykososiale forhold)

- 1.3: Fysisk barnemishandling
- 1.4: Seksuelle overgrep (innen familien)
- 6.4: Seksuelle overgrep (utenom familien)

Seksuelle overgrep mot barn

Seksuelle overgrep mot barn er hendelser, eller rekker av hendelser, som oftest ikke blir fortalt videre, verken av den som utfører overgrepene eller den som rammes. I noen tilfeller forteller barn til de nærmeste i familien eller til venner, men som oftest tier de om det som har skjedd. I studier avdekkes det at langt flere rapporterer om seksuelle overgrep enn de tilfellene som blir registrert hos barnevernet, politiet eller i helsevesenet. Seksuelle overgrep mot barn kan føre til alvorlige sosiale og psykiske problemer, og hjelpeapparatet møter derfor mange utsatte. Det er utviklet gode metoder for å snakke med barn om overgrep og flere nyere behandlingsmetoder viser gode resultater.

Definisjon

Den mest anvendte definisjonen av seksuelle overgrep mot barn er fra Schechter og Roberge¹:

The sexual exploitation of children is the involvement of dependent, developmentally immature children and adolescents in activities that they do not fully comprehend, (to which they) are unable to give informed consent, and that violate the social taboos of family roles.

Definisjonen beskriver barns og ungdoms avhengighetsforhold til voksne, og at barn og ungdom kan involveres i seksuelle aktiviteter de ikke har forutsetninger til å forstå og dermed ikke er i stand til å gi et informert samtykke til. Ofte får den voksne med seg barna i seksuelle aktiviteter uten bruk av fysisk tvang. Istedenfor benyttes belønning – og i mange tilfeller trusler – for at barn skal gi etter for den voksnes ønsker. Redsel for overgriperen eller tillit til at voksne vet best,

utnyttet for å gjennomføre misbruket og oppnå taushet om det som har skjedd.

De aller fleste seksuelle overgrep mot barn blir begått av noen barnet kjenner gjennom slektsforhold, naboskap, fritidsaktiviteter, skole eller nærmiljø. I ICD-10 beskrives seksuelle overgrep innenfor familien som seksuelle forhold som er incestuøse (fordi det skjer mellom medlemmer av familien som ifølge loven ikke kan gifte seg med hverandre), samt ikke-incestuøse forhold mellom barnet og andre voksne medlemmer av barnets husstand. Således inkluderer seksuelle overgrep mot barn innenfor familien handlinger som er begått av biologiske foreldre eller adoptivforeldre, steforeldre, samboere, eldre søsken, andre slektninger i hjemmet, leieboere eller venner av familien. Seksuelle overgrep mot barn utenfor familien kan være rene overfallsovergrep, men det vanlige er at overgrepene er utført av noen barnet kjenner og har tillit til. Overgripere kan være autoriteter barnet naturlig har stor tillit til eller frykt for, eller det kan være noen barnet har en relasjon til, som venner, naboer, barnevakter eller familiemedlemmer barnet ikke bor sammen med.

Straffbare handlinger

I klinisk arbeid vil det være behov for å beskrive seksuelle overgrep i forhold til hvilke handlinger som har skjedd (typer og alvorlighetsgrad). Barn kan ha vært utsatt for berøring eller beføling av bryster eller kjønnsorganer, eller forsøk på eller gjennomført oral, anal eller vaginal inntrenging (penis, fingre eller andre objekter). Noen ganger har de seksuelle overgrepene ikke ført til direkte kontakt. Det kan for eksempel være å bli vist pornografisk materiale, at noen blottet seg for barnet eller ungdommen, at barn eller ungdom må kle av seg og bli filmet eller bli tatt bilder av. Kliniske data tyder på at barn som kommer til hjelpeapparatet oftere er utsatt for de grovere overgrepene. Seksuelle aktiviteter med utforskning av kropp og seksualitet mellom jevnaldrende barn og ungdom er viktig å skille fra krenkende seksuelle handlinger. I studier blir en aldersforskjell på minst fem år ofte anvendt som et kriterium for at den seksuelle handlingen var et overgrep. I klinisk arbeid vil en slik vurdering bygge på mer detaljert informasjon om hendelsene.

Seksuelle overgrep mot barn er straffbare handlinger beskrevet i straffelovens kapittel 19. Loven forbyr seksuelt krenkende eller annen uanstendig atferd og seksuell handling eller omgang med barn. Med seksuell handling menes for eksempel beføling av bryster eller kjønnsorganer. Seksuell omgang dreier seg om samleie eller samleielignende forhold. Strafferammene forbundet med seksuell omgang er høyere enn for seksuell handling som i sin tur er høyere enn ved seksuell atferd. I Norge er den seksuelle lavalderen 16 år. I rettsbehandlinger er det strengere straff dersom barnet som utsettes er under 14 år, og ytterligere straffeskjerpende dersom barnet er under ti år.

Omfang

Finkelhor² gjennomgikk studier fra 19 land og fant at forekomsten av seksuelle overgrep i løpet av barndommen varierte fra 7 til 36 prosent for kvinner og 3 til 29 prosent for menn. En ny oppsummeringsstudie fra de samme landene viser at forekomsten har holdt seg konstant siden³. I Norge er det gjennomført noen kartleggingsstudier hvor voksne rapporterte om seksuelle overgrep i løpet av barndommen. Bendixen og medarbeidere⁴ fant en livstidsforekomst av seksuelle overgrep blant et utvalg av studenter i Trondheim på 19,4 prosent for kvinner og 3,4 prosent for menn når de spurte om respondentene hadde blitt tvunget, lurt eller presset til seksuelle handlinger mot deres vilje. Tambs⁵ fant at 13 prosent av kvinnene og 7 prosent av mennene i et representativt utvalg av den voksne befolkningen hadde opplevd seksuelle overgrep (med minst berøring av kjønnsorgan) før 18 års alder. Over tretti prosent av kvinnene og 16 prosent av mennene hadde opplevd seksuelle overgrep dersom blotting, forslag om sex og visning av pornografisk materiale ble inkludert. Mossige og Abrahamsens⁶ studie av nesten 5000 tredjeklassinger i videregående skoler i Norge viser overraskende høye tall for alvorlige seksuelle overgrep mot gutter. Omfanget av seksuelle overgrep mot jenter var sammenlignbare med tidligere studier. Seksuelle overgrep mot ungdom i Norge er nylig blitt undersøkt gjennom en omfattende undersøkelse av 16 000 tiendeklassinger⁷. I løpet av siste året på ungdomsskolen hadde 6,1 prosent av jentene og 1,6 prosent av guttene opplevd seksuelle overgrep. I denne studien kom det frem store

regionale forskjeller, eksempelvis rapporterte en av ti jenter i Finnmark om seksuelle overgrep siste år, dobbelt så mange som i Hedmark og Oppland.

Svært få av de overgrepene som rapporteres i slike studier, blir anmeldt eller meldt fra om til barnevernet eller til andre profesjonelle. I 2006 ble det anmeldt i underkant av 2000 tilfeller av seksualforbrytelser mot barn i Norge, det utgjør ca. 0,2 prosent av barnebefolkningen.

Helsemessige konsekvenser av seksuelle overgrep

Stadig flere rapporter beskriver helsemessige konsekvenser knyttet til seksuelle overgrep mot barn, både psykiske og kroppslige lidelser. Noen former for seksuelle overgrep mot barn vil være alvorligere enn andre i den forstand at de påfører offeret større psykisk og fysisk skade. En rekke studier har dokumentert en sterk sammenheng mellom å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep og helseproblemer⁸. Eksempelvis hadde tiendeklassinger som siste år hadde vært utsatt for seksuelle overgrep eller vold i Norge, mer psykiske symptomer og smerteplager enn andre ungdommer⁷. Mange barn kan utvikle magesmerter, hodepine, enkoprese, enurese og tannskader. Selv om barn som utsettes for seksuelle overgrep kan utvikle mange ulike symptombilder, ble det allerede på slutten av 1980-tallet satt fokus på at mange av symptomene faller innenfor de diagnostiske kriteriene for posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD), se eget kapittel om posttraumatisk stressforstyrrelse.

Fysiske overgrep mot barn

Definisjon

Fysiske overgrep mot barn innebærer at en voksen person påfører et barn smerte, kroppslig skade eller sykdom. Mishandlingen kan ta form av slag, med eller uten bruk av gjenstand, spark, lugging, klyping, biting, kasting, brenning, skålding m.m. I de groveste tilfellene kan overgrepene ta form av forgiftning, drapsforsøk eller drap. Fysisk avstraffelse brukt for å disiplinere og oppdra barn defineres også som fysisk mishandling. På 1960-tallet fikk vi de første internasjonale rapporter om at foreldre mishandlet barna sine slik at de fikk varige skader eller døde. I Norge ble forbudet mot bruk av vold mot barn innarbeidet i Barneloven i 1987.

Omfang av fysiske overgrep mot barn

I en omfattende studie utført av FN⁹ konkluderes det med at et stort antall barn utsettes for vold i hjemmet. I en studie av 7000 avgangselever ved videregående skoler i Norge fant Mossige og Stefansen¹⁰ at åtte prosent rapporterte grov vold (for eksempel slått med knyttneven, slått med en gjenstand, fått bank/juling) fra minst én forelder i løpet av barndommen. Schou, Dyb og Graff-Iversen⁷ fant at ca. fire prosent av norske 10. klassinger rapporterte at de hadde vært utsatt for vold (e.g., slag, spark) fra voksne i løpet av det siste året. Skade som følge av mishandling i hjemmet er hyppigst blant de minste barna; 1/3 av skadene hos barn under 18 måneder er påførte, mens 1/10 av skadene hos barn under 5 år skyldes mishandling¹¹. I en norsk studie fra Ullevål Universitetssykehus/NKVTS ble det konkludert med at 19 % av hodeskadene hos barn under 3 år skyldes mishandling¹².

Det foreligger i norsk sammenheng lite kunnskap om hvilke grupper av barn som rammes eller hvilke barn som er spesielt utsatt. Internasjonal forskning har pekt på at fysisk mishandling foregår i alle sosiale lag, men at forekomsten av vold øker med lav utdanning, arbeidsløshet, økonomiske problemer og der det forekommer partnervold i familien. Risikoen er også større i familier med store belastninger¹³.

Helsemessige konsekvenser av fysiske overgrep

Mistanke om barnemishandling bør generelt oppstå når en ser tegn til skader hos barn der fortellingen om hvordan skaden(e) har oppstått er uklar; vag med lite detaljer eller den blir forandret. I tillegg til skader etter vold er det viktig å være oppmerksom på at skader kan være relatert til omsorgssvikt hos barn som ikke er forsvarlig passet på. Det er

viktig at mistanke om mishandling blir tatt til følge umiddelbart, for å forebygge nye og ofte alvorligere skader. Helsevesenet er i en særstilling når det gjelder å avdekke fysisk mishandling av barn. Barn med skader kommer til legevakt og sykehus for behandling og utredning, de vanligste skadene etter mishandling er bløtdelsskader (muskler, bindevev eller lignende), brudd og hodeskader. Hos små barn er påførte hodeskader aller mest alvorlig, og barnet kan skades for livet.

Utredning og behandling

Ungdom forteller at de snakker først og fremst med fortrolige venner om vold eller overgrep de har opplevd, men barn og ungdommer betror seg også til foreldre, lærere, andre ansatte i skolen, barnevern og helsevesenet. For de groveste overgrepene blir profesjonelle oftere konsultert, som etter voldtekter. Noen ganger vil venner av den som er utsatt ta kontakt for hjelp og råd. Barn og ungdom er oftest svært fortvilt når de først avdekker en slik hemmelighet og trenger støtte og forståelse. Også foreldre og andre foresatte kan bli svært engstelige og opprørte, og de har ofte behov for god informasjon og bistand.

Barn som opplever seksuelle overgrep, omsorgssvikt og fysiske overgrep i løpet av barndommen, vil være særlig utsatt for å utvikle symptomer på posttraumatisk stressforstyrrelse, depresjon og angstlidelser. Utredningen må derfor rettes mot en god kartlegging av hvilke hendelser barnet har vært utsatt for, samt utvikling av symptomer på de mest aktuelle tilstandene. Andre forhold ved barnet som tidlig tilknytning, intelligens, mestring og kompetanse, sosiale ferdigheter, familieforhold og kvaliteten på barnets nære relasjoner har betydning for hvordan barnet opplever og mestrer traumatiske hendelser.

Hva slags symptomer barn utvikler og hva slags hjelp de trenger, vil være avhengig av hva de har opplevd, varigheten av overgrepene, hvem som har utsatt dem for overgrep, barnets individuelle reaksjon på overgrepene (14), og barnets muligheter for å få støtte av sine omsorgspersoner. De psykiske reaksjonene på seksuelle overgrep kan være vanskelig å forstå og hjelpe barn og ungdom med. Det brukes mange ulike terapiformer for å hjelpe barn med ettervirkninger av vold eller seksuelle overgrep. Dette inkluderer individualterapi, familierapi og gruppeterapi. Terapiteknikkene som benyttes er hentet fra et vidt spekter av psykologiske teorier, så som psykodynamisk teori, atferdsteori, kognitiv teori, innsiktsorienterte teorier og strukturerte og strategiske teorier innen familierapi. Alle hjelpetiltak må ta hensyn til omstendighetene rundt overgrepene, barnets utviklingshistorie, kjennetegn ved familien og den sosiale og kulturelle kontekst barnet og hendelsene inngår i. Flere metoder viser nå lovende resultater for effekten av behandling¹⁵.

Avdekking av vold og seksuelle overgrep, samt behandling av barn som er blitt utsatt kan være spesielt utfordrende for hjelpere både innad i BUP og for samarbeid med andre instanser. Flere kolleger bør delta i behandlingsarbeidet og et godt kollegialt klima rundt behandlingsopplegget er ofte avgjørende for et godt resultat. I BUP er den primære oppgave å hjelpe og støtte barnet og familien og gi nødvendig behandling. Symptombildet kan være sammensatt og utfordrende, og relasjoner i familien er ofte satt på prøve.

Samarbeid med andre instanser

I tillegg er det flere andre hjelpeinstanser inne i bildet; både pediatri, barnevern, politi og påtalemyndighet er ofte involvert i sakene. Mange steder i landet er det nå opprettet Barnehus for å samordne hjelpetiltakene for barn utsatt for vold og seksuelle overgrep (se kontakter og ressurser nedenfor). I BUP er det viktig å fokusere på rollen som behandler samtidig som det legges til rette for et godt tverretattlig samarbeid¹⁶.

Barnevernet skal varsles i saker der det er mistanke om at barnet utsettes for omsorgssvikt eller overgrep, og barnevernet er derfor ofte en sentral aktør for barnet.

Leger skal i følge Helsepersonelloven uten hinder av taushetsplikt og av eget tiltak gi opplysninger til barnevernstjenesten når det er grunn til å tro at barnet mishandles

([Lov om helsepersonell m.v. Helsepersonelloven §33. Opplysninger til barneverntjenesten:](#)

<http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-064-006.html#33>).

Medisinsk undersøkelse er aktuelt i alle saker der det er mistanke om vold eller seksuelle overgrep, og alle landets barneavdelinger gir anvisninger om hvor barnet skal henvises for slik undersøkelse. Pediatere med spesialisering innen sosialpediatri har utviklet standardiserte metoder som slike utredninger ([Generell veileder i Pediatri](#): <http://www.legeforeningen.no/id/110166>). Dersom overgrep blir anmeldt, vil politiet ta stilling til om det skal foretas avhør og om saken skal legges frem for domstolen. Mange kommuner har konsultasjonsteam hvor det finnes tverrfaglig kompetanse fra barnevernstjeneste og barne- og ungdomspsykiatri, barneavdeling, og i noen møter politi, familievernkontor og jurist. Teamene kan bistå fagfolk med konsultasjon, veiledning og undervisning. Teamene gir råd og konsultasjon til fagfolk ved mistanke eller avdekking av seksuelle overgrep mot barn, og ved vold i nære relasjoner.

Referanser

Kontakter og ressurser

Barnehusene (her kommer detaljert oversikt over alle barnehus med kontaktinformasjon)

[Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress \(NKVTS\)](#): www.nkvts.no

Tlf. 22595500

NKVTS' formål er å styrke kunnskap og kompetanse om vold og traumatisk stress. Senterets hovedoppgaver er: forskning og utviklingsarbeid undervisning og kompetanseheving veiledning og rådgivning formidling Senteret skal samarbeide med regionale ressursmiljøer innenfor volds- og traumefeltet samt relevante kliniske miljø, forskningsinstitusjoner og faginstanser. Senteret skal ikke drive klinisk virksomhet, men det er en forutsetning at virksomheten har forankring i praksisfeltet.

Regionale ressursentre

Det er opprettet regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging i alle fem helseregioner. Formålet med de regionale ressursentrene er å styrke regional kompetanse på volds- og traumefeltet. De regionale ressursentrene skal bidra til kvalitativt bedre og mer helhetlige tjenester ved kompetansebygging i tjenesteapparatet og utvikling av hensiktsmessige samarbeidsmodeller på tvers av profesjoner, samfunnssektorer og forvaltningsnivåer. Opplæring, veiledning og formidling av kunnskap gjennom andre kanaler er en primæroppgave for sentrene.

Regionale ressursentre, RVTS

Det er opprettet et Regionalt ressursenter, RVTS i hver helseregion

[Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging – region Øst.](#)

RVTS-Øst Oslo, Akershus, Oppland, Hedmark og Østfold

hjemmeside

Senterleder: Toril Araldsen

Telefon: 2202 9007

E-post: rvts@aus.no

Adresse: Sognsvannsveien 21, bygg 12, 0320 Oslo

[Regionalt ressursenter om vald, traumatisk stress og selvmordsforebygging – region Vest.](#)

RVTS-Vest Sogn og Fjordane, Rogaland og Hordaland

hjemmeside

Senterleiar:Dag Ø. Nordanger, tlf. 97636300
Telefon:5597 6695
E-post:rvts@helse-bergen.no
Adresse:Ulriksdal 2, 2. etg. Postboks 1, 5021 Bergen

[Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging – region Nord.](#)

RVTS-Nord Nordland, Troms og Finnmark
hjemmeside
RVTS, Universitetssykehuset Nord-Norge, Postboks 6124, 9291 Tromsø
Senterleder:Elin Hartvigsen, tlf. 77 62 78 30
Telefon:7762 7380
E-post:RVTS@unn.no
Adresse:RVTS, Universitetssykehuset Nord-Norge, Postboks 6124, 9291 Tromsø

[Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging – region Sør.](#)

RVTS-Sør Vest-Agder, Aust-Agder, Telemark, Buskerud og Vestfold
hjemmeside
Senterleder:Ivar Kjellevik, tlf. 913 60 803
Telefon:9269 4100
E-post:rvts.sor@bufetat.no
Adresse:Sørlandet sykehus HF, Serviceboks 416, 4604 Kristiansand

[Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging – region Midt.](#)

RVTS-Midt Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag
hjemmeside
Senterleder:Ingrid Olavsdotter Nesland, tlf. 7386 1230
Telefon:7386 1230
E-post:Ingrid.Olavsdotter.Nesland@stolav.no
Adresse:Schwachs gate 1, 7030 Trondheim

Referanser

1. Schechter, M. D., & Roberge, L. (1976). Sexual exploitation. In R. E. Helfer & C. H. Kempe (Eds.), *Child Abuse and neglect: The family and the community* (pp. 127- 142). Cambridge,MA: Ballinger.
2. Finkelhor, D. (1994): The International Epidemiology of Child Sexual Abuse. *Child Abuse & Neglect* 18 (5) 409 - 417 .
3. Pereda, N, Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse and Neglect*, 33(6), 331-142.
4. Bendixen, M, Muus, KM og Schei, B (1994): The impact of child sexual abuse – a study of a random sample of Norwegian students *Child Abuse and neglect* 18, 837–847.
5. Tambs, K (1994): Noen resultater fra Folkehelsas undersøkelse av seksuelle overgrep mot barn. Oslo, Folkehelsa.
6. Mossige, S og Abrahamsen, S (2007): The Baltic Sea Regional study on adolescents' sexuality – resultater fra den norske delen. Nova , rapport nr 18.
7. Schou, L, Dyb, G og Graff-Iversen Sidsel (2007): "Voldsutsatt ungdom i Norge – resultater fra helseundersøkelser i seks fylker". Folkehelseinstituttet, rapport nr 8.

8. Pinheiro, P. S. (2006). World report violence against children. Geneva: United Nations Secretary-General's [Study on Violence against Children](#). Lest 20.08 2007 fra <http://www.unicef.org/violencestudy/>. World Report on Violence against Children.pdf
9. Dube, SR, Felitti, VJ, Dong, M, Giles, W.H og Anda R.F (2003): The impact of Adverse Childhood experiences in health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine*, 37 268–277.
10. Mossige, S., & Stefansen, K. (2007). Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole. Nova, rapport nr 20.
11. DiScala, C., Sege, R., Li, G., & Reece, R. M. (2000). Child abuse and unintentional injuries: a 10-year retrospective. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 154(1), 16-22.
12. Myhre, M., Groggaard, J., Dyb, G., Sandvik, L., & Nordhov, M. (2007). Traumatic head injury in infants and toddlers. *Acta Paediatrica*, 96(8), 1159-1163.
13. Spencer, N., Devereux, E., Wallace, A., Sundrum, R., Shenoy, M., Bacchus, C., & Logan, S. (2005). Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: A population-based study. *Pediatrics*, 116, 609-13.
14. Jensen, T.K., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Reichelt, S., & Tjersland, O. A. (2005). Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 29(12), 1395- 1413.
15. Cohen, J. A., Mannarino, A., & Deblinger, E. (2006). Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. New York: The Guilford Press.
16. Søftestad, S. (2005). Seksuelle overgrep. Fra privat avmakt til tverretattlig handlekraft. Oslo: Universitetsforlaget 2005.

Ungdom som lovbrøyttere

Barn og unge som utøver vold

Jannike Engelstad Snoek

Aggresjon i behandlingshverdagen

Som helsepersonell er det nødvendig å ha et reflektert forhold til aggresjon. Man vil møte aggresjon i mange sammenhenger, fra pasienter, fra pårørende, noen ganger fra samarbeidspartnere, og ikke minst vil man fra tid til annen stifte bekjentskap men sin egen aggresjon når man frustreres over å bli 'systemets' litt avmektige representant. Det er en del av fagligheten å kunne ta imot folks fortvilelse og aggresjon uten å sende den tilbake, og fortsatt yte god hjelp innenfor de rammene man har.

Å være hjelptrengende kan oppleves nedverdiggende i seg selv, og vi som forvalter fellesskapets goder, enten det er av materiell eller behandlingsmessig art, må være oss bevisst at dette setter oss i en maktposisjon som kan trigge aggressiv atferd hos enkelte sårbare personer; opplevd urettferdighet blir ofte omgjort til saksbehandlers feil. Personer med paranoide trekk er mistenksomme, de opplever ofte andre som overgripere og forfølgere og oppfatter seg i sin fulle rett til å forsvare seg, om nødvendig med vold. Samtidig er vold og trusler uakseptabelt, også når det kommer fra personer med store personlige vansker.

Vold og aggresjon som fenomen

Ukontrollert aggresjon og vold er et omfattende problem med betydelige negative konsekvenser for enkeltpersoner og for samfunnet. Aggresjon er imidlertid en nødvendig og naturlig del av vårt atferdsrepertoar som mennesker, men vi må lære oss å kontrollere den i sosial omgang med andre. I hjernen er aggresjon knyttet til økt aktivitet i hjernestammen, det limbiske systemet og den motoriske hjernebarken. Kontroll over impulsene i disse områdene er en funksjon som styres fra frontallappen. Man regner at dette området ikke er modnet før tidlig i tyveårene. Det vil si at man før den tid har størst læringspotensial – på godt og vondt. De fleste alvorlige voldshandlinger begås av personer som enten ikke har utviklet tilstrekkelig impuls kontroll, eller der denne kontrollen er satt ut av spill på grunn av rus eller alvorlige psykiske lidelser.

Evolusjonsmessig er områdene for forsvars- og jaktinstinkter som har økt aktivitet ved aggressive impulser og handlinger. Naturlig aggresjon er en primitiv drift knyttet til viktige funksjoner som det å jakte – enten det er på partner, bytte eller makt – og å forsvare seg selv, sin familie og sitt revir. Voldsutøvelse handler ofte om nettopp forsvar av posisjon eller 'revir'. Også vår sosialisering handler for en stor del om å forsvare det vi har oppnådd eller 'eier', men om å gjøre det på en måte som er sosialt akseptabel. Men hva som er sosialt akseptabelt, vil variere med kultur og miljø. Skal man for eksempel overleve på gaten, er vold en del av den sosiale koden og det å beherske 'voldspråket' en del av subkulturens kulturelle kapital (Sandberg og Pedersen 2006). I slike miljøer kan det være viktig å kunne slå fra seg og å markere styrke, både for å markere posisjon og som overlevelsesstrategi.

Med begrepet voldsrisiko, som nå har erstattet farlighetsbegrepet, flyttes fokus fra kun å dreie seg om egenskaper ved personen til samspill mellom en rekke forhold i og utenfor personen. Hvordan man reagerer i en gitt situasjon avhenger av mange faktorer. Den viktigste er situasjonsforståelsen. Situasjonsforståelsen er både avhengig av kognitiv funksjon og om den foreliggende situasjonen ligner på tidligere negative erfaringer. Psykiske lidelser rammer ofte den kognitive funksjonen og påvirker på den måten situasjonsforståelsen. Tidligere erfaringer fra liknende situasjoner er avgjørende for hvilke nåværende handlingsalternativer man har, eller oppfatter at man har, i en gitt situasjonen. Men det å ha kunnskap om aggresjon og voldsutøvelse og sammenhengen dette står i, må ikke forveksles med at vi fritar noen fra ansvaret for sine handlinger.

Barn og unge som utøver vold

For å leve i samfunn med hverandre trenger vi regler for rett og galt, akseptabel og uakseptabel atferd. Oppdragelse – eller sosialisering – handler om å formidle kulturelle normer slik at disse blir en del av den enkeltes handlingsrepertoar.

Spedbarnsforskeren Emde (1990) mener at vår atferd allerede svært tidlig i livet blir styrt av moralsk/etisk stillingtagen. Han hevder at moral ikke bare bygger på det verbale eller ikke-verbale «la være», men også handler om å gjøre «det riktige». Barn er ofte ivrige etter å lære seg hvordan ting skal være og hvordan man skal oppføre seg; de internaliserer regler som bunner i samspillserfaringer med omsorgspersoner. Men denne læringsprosessen gjør også normutviklingen til en sosial prosess som kan oppfattes som en legitimering av ungdommens tendens til å legge ansvaret for sine handlinger over på foreldrene og glemme eget bidrag i spillet. ("Det æ'kke min skyld, det er mora mi som har gjort meg sånn!")

Hvordan en person resonnerer om moralske og etiske problemstillinger, er imidlertid ikke ensbetydende med hvordan personen ville handlet i en konkret situasjon, det er fullt mulig å resonnerer moralsk riktig og handle moralsk galt. De fleste ranere vet at ran både er straffbart og en etisk umoralsk måte å tjene penger på, men velger likevel å gjøre det. For noen vil skillet gå mellom handlinger som berører andre på en direkte måte, og handlinger som ikke gjør det. Og i stress-situasjoner – som for eksempel å bli tatt på fersken – kan også en ungdom som vanligvis ikke er voldelig ty til vold for å komme seg ut av situasjonen. Lite utviklet empati kan senke terskelen for bruk av vold, og også rusmidler senker denne terskelen.

Barn som opplever vold i familien, enten rettet mot seg selv eller som 'tilskuer' til vold mellom voksne, er i risikogruppen for selv både å utvikle voldsatferd senere i livet og også med tanke på å utvikle en dårlig psykiske helse.

Differensialdiagnostiske overveielser

Psykoselidelser er alvorlige, men sjeldne, og ikke det første man tenker på når noen mister besinnelsen. Det regnes som en del av ungdomstidens normalutvikling å være kranglete og i opposisjon til foreldre. Når tenåringer går berserk hjemme, vil mange foreldre oppfatte det som et ekstremt utslag av ungdommelig protest. Det er det ofte, men ikke alltid.

Voldsutøvelse i seg selv er en straffbar handling, men ikke nødvendigvis et uttrykk for psykisk lidelse. Både som sakkyndig og som behandler må man vurdere både risiko for at handlingene gjentas og ikke minst i hvilken grad det ligger psykisk lidelse til grunn for voldshandlingene. Viktige differensialdiagnostiske overveielser vil være

- Alvorlig atferdsforstyrrelse
- Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse
- Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse
- Psykoselidelse
- Psykisk utviklingshemming
- Rusmisbruk
- Tilpasningsforstyrrelse
- Risikovurdering

Voldsrisikovurdering knyttes oftest opp til kriminalitet og vurderinger for risikovurderinger er utviklet og brukes mest i fengsels- og sikkerhetspsykiatrien. Det er lite tradisjon for risikovurderinger i norsk barne- og ungdomspsykiatri.

En risikovurdering vil alltid være en klinisk forankret antakelse og kan aldri være en entydig prediksjon. Det er altså ikke en tilfeldig gjetning, men basert både på kunnskap om risiko på gruppenivå og konkret kunnskap om personen det gjelder og viktige faktorer i hans eller hennes livssituasjon. Det finnes i dag internasjonalt anerkjente sjekklister som hjelpemidler i gjennomføringen av risikovurderinger, enkelte av disse er oversatt til norsk.

Et sentralt kartleggingsverktøy for risikovurdering hos voksne er HCR-20. Det er bygget opp av 20 faktorer, 10 historiske parametre (H), 5 kliniske parametre (C) og 5 risikoparametre (R). Dette verktøyet er ikke spesielt egnet for barn og ungdom, men danner basis for utviklingen av utredningsverktøyet SAVRY (Structured Assessment of Violent Risk in Youth)

SAVRY består av 24 parametre fordelt på tre områder: Historiske risikofaktorer, sosiale/kontkstuelle faktorer og individuelle/kliniske forhold. Hvert parameter skåres som lav, moderat eller høy risiko. I tillegg inkluderes seks beskyttelsesfaktorer som skal vurderes som til stede /ikke tilstede. Savry egner seg til risikovurdering av ungdom i alderen 12–18 år og foreligger i norsk oversettelse etter å ha vært brukt i "oppfølgingsteam Trondheim – restorative justice" i 2005-2008.

EARL-20B og EARL-21G er et tilsvarende kartleggingsverktøy for barn i alderen 8-12 år som foreligger på norsk.

PCL-YV er ungdomsversjonen av det mye brukte kartleggingsverktøyet for psykopati, PCL, for voksne. Det er et strukturert klinisk intervju der resultatet så holdes sammen med annen kunnskap man har innhentet, for eksempel komparentopplysninger, og det hele skåres da etter en omfattende manual. Det er et omfattende og nyttig verktøy som imidlertid ikke er oversatt til norsk eller validert for norske forhold.

En strukturert risikovurdering skal kunne redegjøre for hvilke forhold som tillegges vekt og hvordan. Ved bruk av sjekklister som er utviklet på gruppenivå må man kunne redegjøre for hvordan en kjent risikofaktor på gruppenivå vurderes å være relevant for denne konkrete ungdommens risiko for vold. På denne måten blir en strukturert klinisk risikovurdering også etterprøvbart.

Behandling

Helhetlig vurdering av individuelle, familiebaserte og sosiale/strukturelle tiltak er grunnleggende.

Behandlingen av barn og unge som utøver vold vil være avhengig av den diagnostiske vurderinger av eventuelle psykiske lidelser som ligger til grunn. I noen tilfeller vil adekvat medikamentell behandling, f.eks. ved psykose eller aggressiv atferd ved psykisk utviklingshemming – være avgjørende. Er atferdsforstyrrelse det sentrale, vil tiltak rettet mot barnets evne til kontroll være nyttig, tiltak av typen ART (Aggression Replacement Training). Andre ganger vil familieintervensjoner være av avgjørende betydning. Samarbeid med barnevernet vil stå sentralt.

Når en flytter fokus fra bare å gjelde barnet, men også samspillet med en rekke forhold utenfor barnet selv, åpner en også for at risikoen kan påvirkes gjennom ulike psykologiske og miljømessige intervensjoner i tillegg til de rent individuelle.

Litteratur

1. Borum R & Verhagen D: Assessing and Managing Violent Risk in Juveniles. The Guildford Press New York / London 2006
2. Bjørkly S: Aggresjonens psykologi. Universitetsforlaget, Oslo 2001
3. Bleiberg E: Treating Personality Disorders in Children and Adolescents – a relational approach. The Guildford Press, New York / London 2001

4. Emde RN. Lessons from infancy: New beginnings in a changing world and a morality for health. *Infant Mental Health Journal* 1990; 11 (3): 196-212.
5. Frick P: *Conduct Disorders and Severe Antisocial Behavior*. Plenum Press, New York / London 1998
6. Hagell A & Jeyarajah-Dent R: *Children who Commit Acts of Serious Interpersonal Violence. Messages for Best Practice*. Jessica Kingsley Publishers, New York / London 2006
7. Kashani J & Allan W: *The impact of Family Violence on Children and Adolescents*. Sage Publications, London 1998
8. Pfäfflin F & Adshead G (ed): *A matter of Security. An Application of Attachment Theory to Forensic Psychiatry and Psychotherapy*. Jessica Kingsley Publishers, New York / London 2004
9. Sandberg S & Pedersen W: *Gatekapital*. Universitetsforlaget, Oslo 2006

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010

Ungdom som forgriper seg seksuelt

Eili Ingnes og Eli Birkhaug

Aktuelle diagnoser (ICD 10)/komorbiditet.

Barn og unge som har forgrepet seg seksuelt, henvises til barne- og ungdomspsykiatrien for en handling og ikke primært et tilstandsbilde. Dette er spesielt i forhold til andre grupper som henvises til BUP.

Kartlegging og diagnostisering må som ellers basere seg på kjennskap til barnet og til anamnestiske opplysninger, men også til de aktuelle handlingene og bakgrunn for disse.

I ICD 10 er overgrepstatferd ikke nevnt. Likevel er dette barn og unge med en problematferd og livssituasjon som nødvendiggjør tiltak også innen den barnepsykiatriske spesialisthelsetjenesten.

Seksuell overgrepstatferd kan ha ulik og sammensatt bakgrunn og forklaring. Dette gjenspeiles i de mange diagnose- ne som kan komme til anvendelse for å beskrive eller forklare den utviste atferden.

F43 Reaksjon på alvorlig belastning og tilpasningsforstyrrelser

F43.2 Tilpasningsforstyrrelser

Kommer spesielt til anvendelse hos alvorlig traumatiserte barn og unge.

F43.8 Andre reaksjoner på alvorlig belastning

F43.9 Uspesifisert reaksjon på alvorlig belastning

F52 Seksuelle dysfunksjoner som ikke er forårsaket av somatiske lidelser.

F52.7 Forsterket seksualdrift

F63 Vane- og impulsforstyrrelser

F63.8 Andre vane- og impulsforstyrrelser

F65 Forstyrrelse av seksuelt objektvalg(parafilier)

F65.0 Fetisjisme

F65.2 Ekshibisjonisme (blotting)

F65.3 Voyeurisme (kikking)

F65.4 Pedofili

F65.6 Multippel forstyrrelse av seksuelle objektvalg

F65.8 Andre forstyrrelser av seksuelle objektvalg

F65.9 Uspesifisert forstyrrelse av seksuelt objektvalg

I foreliggende sammenheng er disse diagnosene aktuelle dersom de er knyttet til krenkende atferd eller utøvelse av vold eller trusler om vold. Hos barn og unge kan disse diagnosene komme til anvendelse dersom atferden virker krenkende på omgivelsene og medfører reaksjoner eller sanksjoner, eller om atferden synes å hindre barnets utvikling.

Seksuell legning er ikke en forstyrrelse!

F70 - F79 Psykisk utviklingshemning

F7x1 Signifikante atferdsproblemer som krever oppmerksomhet eller behandling

F7x8 Andre atferdsproblemer

F91 Atferdsforstyrrelser

F92 Blandede atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser

Normal seksuell atferd hos barn og unge

Normal seksuell atferd kan beskrives som atferd som er akseptabel på lekeplassen, i gaten, i skole/ barnehage og hjemme.

Forståelse av hva som er akseptabel seksuell atferd vil for en stor del være kulturelt betinget, med forskjeller gjennom tid og fra en kultur til en annen.

Felles er manglende aksept for vold eller trusler om vold eller andre sanksjoner knyttet til seksuell atferd. Krav til seksuell atferd må være jevnbyrdighet og gjensidighet med respekt for egen kropp, for andres kropp og respekt for de grenser hver enkelt setter for intimitet.

Økende tilflytting til Norge fra land med andre normer for seksuell atferd er en ny utfordring vi står overfor. Mange unge med fremmed kulturell bakgrunn er i en svært vanskelig livssituasjon i tillegg til at de på ulike vis er traumatiserte. Møte med norsk kultur og koder, også på området seksualitet, viser seg å være vanskelig å håndtere for noen unge.

Det må understrekes at det er nødvendig for barns seksuelle utvikling at de gis rom og mulighet for utforskning av egen kropp og, i lek med jevnaldrende, også utforskning og sammenligning av kjønnsorganer. Dette er naturlig og nødvendig, og har ikke noe med overgrep å gjøre. Forutsetning for trygg og god lek og utforskning er imidlertid at barna er i samme alder og utvikling.¹

Seksuelle overgrep

Når leken skjer på noen barns premisser uten hensyn til andre barn med anvendelse av vold, trusler eller annen autoritet, vurderes dette som uakseptabel seksualisert atferd. Dette gjelder både for små barn og for større barn.

Utforskning av kropp, intimitet og seksualitet finner ulike former og uttrykksmåter avhengig av barnas alder, men felles for alle er at seksuell utforskning må skje med samtykke og jevnbyrdighet.

Når barn og unge bruker vold eller trusler om vold for å utføre en handling av seksuell karakter eller for å skaffe seg seksuell tilfredsstillelse, oppleves det som overgrep. Mange unge kjenner ikke til at kriminell lavalder i Norge er 15 år, og at brudd på straffelovens bestemmelser kan få meget alvorlige konsekvenser. Slik rammer et overgrep ikke bare den som ble utsatt for overgrepet, men også den som begikk det.

Dette er viktig kunnskap for alle unge.

Like viktig er arbeid med unges innsikt og holdninger. Seksuell samhandling må baseres på tydelig samtykke. Manglende motstand mot seksuell handling er ikke å betrakte som samtykke.

I arbeid med unge som er henvist fordi de er under etterforskning eller tiltale for lovbrudd knyttet til overgrep, er det nødvendig å kjenne til aktuelle lovverk slik at vi vet hva den unge må forholde seg til på samme tid som de er under utredning og behandling. Det må imidlertid understrekes at barne- og ungdomspsykiatrien ikke representerer politi- og rettsmyndigheter.

Hva vet vi om barn og unge med overgrepssatferd?

Vi vet at barn helt ned i barnehagealder kan vise seksuell atferd preget av vold eller trusler om sanksjoner dersom et annet barn motsetter seg denne atferden.

Vanligste alder for å begå første overgrep er 13 år⁵, med en betydelig overvekt av gutter².

Ved å gå inn på ulike lands kriminalstatistikk finner en at tall for forekomst i Norge kan sammenlignes med tall fra andre land. I Norge er kunnskap om barn og unge som forgriper seg seksuelt ennå sparsom, men dette gjør det mulig å bygge på den kunnskap og erfaring man har gjort i andre land i arbeid med denne gruppen barn og unge.

Sammensatt bakgrunn.

Bakgrunnen for utvikling av overgrepssatferd er sammensatt.

Mange forfattere peker på utilstrekkelig tilknytning eller trygg tilhørighet i nære nettverk og blant jevnaldrende som vesentlige forutsetninger for utvikling av overgrepssatferd².

Mange unge som begår seksuelle overgrep har selv vært utsatt for overgrep – seksuelt, fysisk eller psykisk. Slik kan de ha fått etablert et uohensiktsmessig mønster for samhandling med andre – den naturlige eller normative måten å forholde seg til egne seksuelle spenninger og lyster er forstyrret.

Alvorlig traumatiserte barn kan ha mistet innsikten i hva det betyr for andre å bli utsatt for smerte.

Etter det en vet i dag, begår under 10 % unge nye seksuelle overgrep, mens et betydelig antall begår annen kriminalitet uten tilknytning til seksualitet (5). Dette kan tyde på at det for et flertall er atferdsproblem eller en antisosial legning som ligger til grunn for seksuell overgrepssatferd. For noen unge gutter kan vansker med å erkjenne egen homofil legning føre til overgrep mot andre gutter³.

Forutsetning for at et overgrep skal finne sted er også at et passende offer er tilgjengelig samtidig med økt lyst og spenning og manglende grenser for hva som er akseptabel atferd.

De fleste barn og unge med overgrepssatferd forgriper seg på barn og unge som er yngre og/eller svakere enn dem selv. Dette er oftest barn de kjenner og slik har lett tilgang til. Det kan være barn i nabolaget, på skolen eller i familien – ikke sjelden søsken. I slike sammenhenger brukes ofte trusler om sanksjoner, sjeldnere vold. Når offeret er eldre eller voksen brukes oftere vold knyttet til overgrepet

For noen unge handler overgrepet om planlagt, repeterende atferd. For andre kan det være en engangshendelse som resultat av et sammentreff av ulike faktorer. Behandling og tiltak vil være forskjellig, avhengig av den unges bakgrunn og beveggrunn for overgrepet eller overgrepene.

Selv om kunnskap om unge som forgriper seg seksuelt er økende, har man ingen fullgod forklaring på hvorfor noen utvikler overgrepssatferd mens andre som har opplevd tilsvarende vanskelige oppvekstforhold, ikke utvikler slik atferd.

Forekomst

Antall barn og unge under 18 år som har begått/ begår seksuelle overgrep er ikke kjent. Det en vet, med bakgrunn

i internasjonal forskning er at mellom tretti og femti prosent av alle seksuelle overgrep begås av personer i denne aldersgruppen.

Kvinner/ jenter begår ifølge H.N. Snyder 4 % av overgrep mot barn (5). Overgrep begått av gutter øker opp gjennom barneårene til 18-årsalder og synker så gradvis til vel 25-årsalder.

Komorbiditet

I en svensk undersøkelse av 56 unge under 20 år henvist til judisiell observasjon etter å være siktet for seksuelle overgrep, finner en at

- 35 hadde vansker med hyperaktivitet, oppmerksomhet og konsentrasjon
- 25 hadde språk/ skrive/ lesevansker
- 36 mottok spesialundervisning
- 25 fikk karakterer under gjennomsnitt i grunnskolen
- 31 var tidligere dømt for lovbrudd
- 13 var tidligere dømt mer enn 2 ganger⁴.

Dette er funn som går igjen i mange undersøkelser. I gruppen barn og unge som har begått seksuelle overgrep vil en finne økt forekomst av

- tilknytningsvansker
- oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker
- lese- og skrivevansker
- hyperaktivitet
- mobbing, utestenging fra jevnaldrende grupper
- atferdsvansker
- annen kriminalitet
- vold og andre problem i familien

V27 – en enhet med spesiell kompetanse på tiltak overfor barn og unge som viser overgrepsatferd.

V27 (Vestlundveien 27) er en enhet knyttet til Betanien BUP i Bergen. Enheten arbeidet med kompetanseutvikling fra 2001, og organisert som prosjekt finansiert av Sosial- og helsedirektoratet 2004–2008. Siden 1.januar 2009 igjen organisert som en enhet knyttet til Betanien BUP, nå finansiert av HelseVest med ansvar for kompetanseutvikling og –formidling innen BUP-feltet i HelseVest.

V27 har oversatt og tilpasset utrednings- og behandlingsprogram for barn og unge over 12 år, og besitter bred erfaring fra arbeid med denne og andre grupper unge overgripere.

Utredning

Anamnese, vanlig barnepsykiatrisk utredning, ASAP, ERASOR, evnetest.

Husk farlighets- og risikovurdering. Dette kan også være barnevernets ansvar, evt med veiledning fra den lokale BUP dersom denne besitter slik kompetanse.

Behandling/ tiltak før henvisning til BUP

Igjen må det understrekes at barn må gies rom, anledning og aksept for glede ved lyst og utforsking av egen og hver- andres kropp, og de må få tid og rom også for onanering dersom de har behov for det.

Barn i barnehage og småskole som viser utagerende seksualisert atferd må imidlertid bli snakket til rette av de ansat- te, og de bør følges med ekstra oppmerksomhet.

Dersom de ikke endrer atferd etter slike tiltak, bør aktuelle instanser, i første rekke foreldre kont

PPT bør kobles inn, det samme bør barnevernstjeneste, og det kan være aktuelt å be om veiledning fra BUP.

Forholdene må legges til rette med nødvendig grad av struktur og skjerming slik overgrepstatferden stanses. I samar- beid mellom foreldre og andre instanser må en søke å finne årsaken til barnets atferd, og sette i verk tiltak i forhold til dette.

I veiledning er det viktig å bevare ro og oversikt. Unngå å hausse opp en sak som dette, og unngå at stemples som overgriper og får en identitet eller selvforståelse som overgriper.

Når BUP får melding om overgrepstatferd

Utredning og kartlegging av et barn og dets nære nettverk er alltid nødvendig, for om mulig å finne en forklaring på barnets atferd. Dette gjelder også for eldre barn og unge som har begått seksuelle overgrep eller der en har mistanke om dette.

Handlingsplan, steg for steg:

- Sjekk at barnet/den unge er forhindret fra å begå ytterligere overgrep, og at offeret er beskyttet fra å bli utsatt for ytterligere overgrep. Foreldre og barnevern har ansvar for barnas sikkerhet. Vurdering av risiko for ytterlige- re overgrep og sikkerhet for andre barn er barnevernets ansvar. BUP bør ha kompetanse for å bistå i farlighets- vurdering.
- Sørg for å informere overordnet for å sette av nok tid – dette er tidkrevende saker. Det er nødvendig at minst to fra BUP arbeider sammen i saken. Dette både fordi saken er arbeidskrevende med mange instanser å forholde seg til, fordi både den unge selv og foreldre/familie må ha en kontaktperson og fordi saker med dette innhold er emosjonelt utmattende. I tillegg kommer ofte medieinteresse – sjekk alltid med overordnet før uttalelse til media!
- Bring på det rene hvilke instanser som er informert eller involvert på det aktuelle tidspunkt.
- Barnevernet er en selvfølgelig samarbeidspartner i overgrepssaker, og kan informeres ved såkalt bekymrings- melding. **Bare unntaksvis har BUP myndighet eller ansvar for å politianmelde!** Konferer evt med overord- nede og gjerne med jurist, og vær oppmerksom på taushetsplikt og informasjonsplikt. Med svært få unntak skal ungdommen selv og foreldrene holdes informert om alt som skjer. Mange steder i landet er etablert lokale sam- arbeidsgrupper med representanter fra barnevern, BUP og lensmanns- eller politietat. Disse møter regelmessig for gjensidig informasjon og oppdatering i overgrepssaker, og de kalles sammen ad hoc i akutte saker. Dette er hensiktsmessige fora for gjensidig informasjon i akutte saker, men vanlige regler for taushet og innhenting av samtykke gjelder også her.
- Sammenkall til **samråd**. Tempo er avhengig av alvorret i saken.

Til samråd innkalles alle som kan ha viktig informasjon om barnet og foreliggende situasjon, og de instanser som må antas å få en viktig rolle i saken. Det kan være barnets foreldre, besøkshjem, lærer, PPT, barnevernstjeneste, lokal BUP, spesialenhet for arbeid med overgripere under 18 år, politi eller lensmannsetat. Her skal alle gi relevant informasjon om barnet og om hendelsen som er bakgrunn for aktuelle samråd. Deretter legges plan for videre tiltak, oppgaver og ansvar fordeles og tid og sted for neste møte avtales.

Vær oppmerksom på at taushetsplikt for helsepersonell gjelder også her, og at barnet foreldre må gi samtykke til utlevering av opplysninger – eventuelt pasienten selv dersom han/hun er over 16 år.

- BUP avtaler med pasient og foreldre tidspunkt for innledende samtaler på BUP. Dette kan hensiktsmessig gjøres i egen kort samtale i etterkant av samråd.

Unngå forsinkelser i saksgang – utnytt den åpenhet som selve krisen skaper.

- Dersom BUP-enheten ikke besitter kompetanse på arbeid med unge overgripere, bør instans med slik kompetanse kontaktes for konsultasjon og veiledning. Slik kompetanse kan en få ved ressursenheten V27 som er knyttet til Betanien BUP i Bergen. Prosjektet ved samme navn har anbefalt i sin rapport til helsedirektoratet at tilvarende kompetanse bygges opp i alle landets helseforetak.
- Det er alltid nødvendig med bred undersøkelse og kartlegging av den unge – her som alltid ellers bygger behandling og tiltak på diagnostisering og kartlegging.
- Hensiktsmessige kartleggingsverktøy er ASAP, ERASOR og J-SOAP.

ASAP er et utredningsprogram oversatt og tilpasset ved V27. Det arrangeres workshops for å lære å ta dette i bruk. Informasjon fås ved henvendelse til V27.

ERASOR og J-SOAP er utredningsprogram som finnes på nettet ved å gå inn på disse søkeordene.

- **Behandlingstiltak** må alltid baseres på resultat av utredningen og må individualiseres. Behandlingen kan rette seg mot ulike områder av den unges liv som ellers ved henvisning til en barne- og ungdomspsykiatrisk enhet, men må i tillegg alltid arbeide med spørsmål knyttet til den unges overgrepssatferd. Eksempler på tema er innsikt i egen overgrepssatferd, holdning til jenter/ kvinner, eget seksuelle tenningsmønster. Ved V27 er oversatt og tilpasset til norske forhold en behandlingsmanual som kan være en god hjelp ved planlegging av et behandlingsopplegg. Manualen heter "Varig forandring", og kan fås ved henvendelse til Betanien BUP, V27.

Utredning, kartlegging, tiltak og behandling i regi av helsevesenet må ikke være, og må aldri forveksles med, etterforskning, som er et anliggende for politi- og rettsmyndigheter.

Tiltak i regi av barne- og ungdomspsykiatrien er heller aldri straff. Unntaket er dersom behandling skjer frivillig som en del av samfunnsstraff, og da kun regulert og avtalt skriftlig.

Nytter behandling og annen innsats?

Oppsummering etter behandling og mange års oppfølging viser at behandling virker. Undersøkelser viser at tilbakefallsprosenten var høyere, og tiden til tilbakefall var kortere for unge som ikke fikk behandling enn for gruppen som mottok behandling. Det gjaldt både for seksuelle overgrep, bruk av annen vold og lovbrudd uten bruk av vold⁶.

Litteratur/ referanser

1. Araj, S.K. Sexually Aggressive Children: Coming to understand them. 1997 s. 2. Thousand Oaks, Calif., London: Sage
2. Barbaree, H.E. and W.L. Marshall . The Juvenile Sex Offender 2006 s. 116 og s. 148
3. Langfeldt, T. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2008.45.729–734
4. Långström, N. Nordisk ministerråds rapport 1999 s. 151: Unga sexbrottsförövare: En svensk studie
5. Rich, P. Juvenile sex offenders 2003 s. 27, s. 40 og s. 111
6. Worling, J.R. & T. Curven. Child Abuse & Neglect 2000, vol. 24, no 7 pp 965–982

Linker:

1. [Betanien BUP Betanien sykehus – Ressursenhet V27](http://www.betanien.no/hospitalet/barne_og_ungdomspsykiatrisk_poliklinikk/V27):
www.betanien.no/hospitalet/barne_og_ungdomspsykiatrisk_poliklinikk/V27
2. [Almindelig borgelig Straffelov \(Straffeloven\) – Seksualforbrytelser](http://www.lovdata.no/all/hl-19020522-010.htm-l#map023): www.lovdata.no/all/hl-19020522-010.htm- l#map023

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010

Rettspsykiatri, barn og unge

Jorunn Thue Hansen

Innledning

Barnepsykiatere kan bli engasjert til å utføre sakkyndig arbeid for barneverntjenesten, eller bli oppnevnt som sakkyndig av fylkesnemnd eller domstoler. Barnepsykiatere kan også gjøre sakkyndige utredninger for trygdekontor og forsikringsselskaper.

Barnepsykiatere kan også stevnes som sakkyndige vitner og gjøre tjeneste som fagkyndige meddommere for fylkesnemnder og domstoler.

En sakkyndig oppnevnes eller engasjeres fordi vedkommende har en spesifikk kompetanse som oppdragsgiver ikke har. Den sakkyndige opptrer som en selvstendig fagperson uavhengig av parter og beslutningsorgan. Man skal ikke påta seg å være sakkyndig i en sak hvor man har en behandlerrolle. Dersom man blir bedt om å bistå retten, barneverntjenesten eller den private part i en sak hvor man har en behandlerrolle, vil reglene for vitner gjelde.

Aktuelle lover

I praksis vil barnepsykiatere komme i kontakt med saker etter barneloven og barnevernloven. Saker etter straffeloven eller lov om erstatning/tvisteloven kan også være aktuelle.

Lov om barneverntjenester av 17.juli 1992 nr.100 (Barnevernloven)

Sakkyndige anvendes først og fremst der spørsmål om omsorgsovertakelse, tilbakeføring av omsorg eller fratakelse av foreldreansvar vurderes (tvangssaker).

Sakene behandles i Fylkesnemnda (et domstolliknende forvaltningsorgan), og ved overprøving i retten.

Sakkyndige kan også benyttes for å tilrettelegge hjelpetiltak i en undersøkelsesfase i barnevernets regi, og vil da fungere som konsulent for barnevernet.

Barne – og likestillingsdepartementet har utgitt "Veiledende retningslinjer for sakkyndig arbeid i barnevernsaker for barneverntjenesten, fylkesnemnda og domstolen" (november 2009) som utgangspunkt for utredninger etter barnevernloven¹. Alle sakkyndige utredninger i barnevernsaker som påbegynnes medlemmer oppnevnes av Kongen. Kommisjonen underretter oppdragsgiveren og etter 01.01.2010 skal sendes til Barnesakkyndig kommisjon for vurdering og kvalitetssikring. Barnesakkyndig kommisjon er hjemlet i ny bestemmelse i barnevernloven § 2-5 som lyder: "Barnesakkyndig kommisjon skal vurdere rapporter fra sakkyndige i barnevernsaker. Kommisjonens den sakkyndige om sin vurdering. Departementet kan gi nærmere regler om kommisjonens oppgaver og saksbehandling".

Den sakkyndige har ansvar for å sende den sakkyndige rapporten til "Barnesakkyndig kommisjon". "Barnesakkyndig kommisjon" og dens medlemmer skal vurdere alle rapporter utarbeidet av sakkyndige engasjert av barneverntjenesten og sakkyndige oppnevnt av fylkesnemnd og domstoler. Også rapporter utarbeidet av privat engasjert sakkyndige skal forelegges kommisjonen før henholdsvis barneverntjenesten, fylkesnemnd og domstoler legger dem til grunn for viktige avgjørelser om barnets situasjon og fremtid. Eventuelle tilleggssrapporter vurderes også. Den sakkyndiges rapport skal være vurdert av kommisjonen før den legges til grunn for barneverntjenestens beslutning om å henlegge en sak.

De veiledende retningslinjene omfatter ikke sakkyndiges arbeid i saker etter barneloven og straffeloven, eller fagkyndige, som etter tvisteloven kap.9, betegner meddommere som bidrar med sin generelle faglige kompetanse til å styrke avgjørelsesorganet. Retningslinjene omhandler heller ikke fagkyndige medlemmer i ulike utvalg i fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker.

Lov om barn og foreldre av 8.april 1981 nr.7 (Barneloven)

Når foreldre ved samlivsbrudd ikke blir enige om foreldreansvar, daglig omsorg eller barnets samværsrett og mekling ikke fører fram, kan retten avgjøre spørsmålet.

Barne – og familiedepartementet ga i 2004 ut "Veileder om saksbehandlingsregler i barnefordelingssaker for domstolene og høring av barn"³ etter at det 1.april 2004 trådte i kraft endringer i barneloven, som bl.a. medførte forandringer i saksbehandlingsreglene for saker om foreldreansvar, hvor barn skal bo fast og samvær. Aldersgrensen for høring av barn i saker etter barneloven ble samtidig senket fra 12 til 7 år. I veilederen beskrives bl.a. de sakkyndiges roller. De nye saksbehandlingsreglene la til rette for at dommeren på et tidlig stadium i saken kunne la seg bistå av barnefaglig kompetente personer på en mer målrettet måte for å bidra til avtaleløsninger. Sakkyndige kunne bl.a. bistå og mekle mellom foreldrene i og utenfor saksforberedende møter og veilede foreldrene ved praktisering av avtale i en prøveperiode. Intensjonen med dette er at den sakkyndige skal bevirke til at foreldrenes fokus flytter seg fra konflikten mellom dem og over på barnas interesser. Det er lovfestet at "Barnets beste" skal være avgjørende både for avgjørelser som treffes og for selve saksbehandlingen i saker etter barneloven. Retten skal påskynde saksbehandlingen så mye som mulig, og advokater og dommere som behandler slike saker skal vurdere mulighetene for å oppnå forlik mellom partene og legge forholdene til rette for dette.

I departementets veileder om de nye saksbehandlingsreglene Q-15/2004, påpekes det imidlertid at noen saker vil være best egnet for tradisjonell behandling med hovedforhandling og dom, og at dette særlig gjelder saker hvor det er problemstillinger knyttet til bl.a. vold og overgrep. Ved evaluering av de nye saksbehandlingsreglene nevner flest sakkyndige faren for å bidra til forliksløsninger når saken ikke oppleves å være godt nok opplyst.

I 1998 forelå NOU 1998:17; "Barnefordelingssaker – avgjørelsesorgan, saksbehandlingsregler og delt bosted"⁶.

Barne – og likestillingsdepartementet ga i juni 2006 ut artikkelsamlingen: "Samtaler med små barn i saker etter barneloven"⁵. Intensjonen var at personer som snakker med barn i saker som står for retten skal reflektere omkring denne oppgaven og oppnå større trygghet i rollen som samtaleleder.

I 2008 ga Barne – og likestillingsdepartementet ut informasjonsheftet: "Barnefordelingssaker der det er påstander om vold"; psykologfaglig informasjon til dommere, advokater og sakkyndige². I heftet gis det bl.a. informasjon om barns reaksjoner på vold, med særlig fokus på situasjoner hvor barn er vitne til vold mellom foreldrene. Det redegjøres både for voldsutøvers og voldsoffers omsorgskompetanse. Det pekes videre på strukturelle grep for å skape trygghet ved eventuelt samvær. utfordringer ved rettsprosessen omhandles, og det gis informasjon om valg av sakkyndige, utforming av mandat og nærmere gjennomgang av den sakkyndige utredningen.

Lov om skadeerstatning omfatter både skader etter **Straffeprosessloven**(straffesaker) og etter **Tvisteloven** (sivile saker)

Skadebegrepet i erstatningsretten omhandler både fysisk og psykisk skade. Relevant å vurdere for barnepsykiatere/psykiatere, er psykisk skade.

Sakkyndige kan oppnevnes av retten for å vurdere om en fornærmet i en straffesak er påført varig psykisk skade, og i tilfelle hvilke medisinske og ervervsmessig invaliditet dette har medført. For at erstatning skal tilkjennes, må det anses å være medisinsk årsakssammenheng mellom den/de skadelige påkjenningen(e) og skaden eller lidelsen/sykdommen. Fornærmede kan også tilkjennes erstatning gjennom voldsoffererstatningsordningen i saker hvor påtalemyndigheten ikke ser seg i stand til å føre straffesak med fellende dom.

De viktigste erstatningsformene etter lov om skadeerstatning er:

- Skade på person (personskade) som gir grunnlag for erstatning for økonomisk tap (tapte og fremtidig arbeidsinntekt, utgifter til legebehandling mv.).
- Skadevirkninger av medisinsk art (menerstatning) som forutsetter en varig og betydelig skade og ikke gis for lavere uførhetsgrad enn 15 %.
- Oppreisning (ikke-økonomisk erstatning for "tort og smerte").

Både fornærmede og etterlatte kan tilkjennes oppreisningserstatning.

Menet vurderes ut fra yrkesskadeerstatningsreglens tabellverk hvor utgangspunktet er at skaden er på minst 15 % uførhet⁹.

Medisinsk invaliditet er etter del1, §1, i forskriften om menerstatning ved yrkesskade, definert som "den fysiske og/eller psykiske funksjonsnedsettelsen som en bestemt skade eller sykdom erfaringsmessig forårsaker. Invaliditetsgraden fastsettes på objektivt grunnlag uten hensyn til medlemmets yrke, nedsatt evne til inntektsgivende arbeid (uføregrad), fritidsinteresser og liknende". Medisinsk invaliditet skal ideelt sett ikke fastsettes før en skade eller sykdom er ferdig behandlet og stabil. I erstatnings-, rettssammenheng og trygdesammenheng bør det brukes spesifikke diagnostiske intervjuer for diagnosen, for eksempel "Clinician Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale" og spørreskjemaer av typen "Impact of Event Scale".

Fornærmedes advokat kan søke Voldsoffererstatningsordningen eller Fylkesmannen om dekning av utgifter til sakkyndig utredning. På grunnlag av den sakkyndige utredningen kan det søkes forskuttering av erstatning fra Voldsoffererstatningsordningen uten å måtte gå gjennom domstolene. Som barnepsykiater kan man bli oppnevnt som sakkyndig i straffesaker hvor man blir bedt om å vurdere skadevirkninger på barn/ungdom etter for eksempel gjentatte seksuelle overgrep fra tidlig alder. Det dreier seg her om multiple traumer som påvirker barnets utvikling. Dette er vanskelige saker som gir spesielle utfordringer for den sakkyndige. Utfordrende er det også at skaden eller sykdommen ideelt sett skal være "ferdig behandlet og stabil". Dette er kriterier som er tilpasset voksne, ikke barn og ungdom som er i utvikling, hvor dette kriteriet nesten aldri er oppfylt. Dette får som regel konsekvenser for erstatningsutmålingen i straffesaker hvor barn og unge er fornærmet, og medfører at barn og ungdom får lavere erstatning enn voksne med tilsvarende symptombilde og funksjonsnedsettelse.

Varighet av skaden vurderes fra skadetidspunktet da overgrepene startet og frem til tiltalebeslutning er tatt ut. Varighetskriteriet er i følge Høyesterett i alle fall oppfylt når det har gått 10 år eller mer fra overgrepene begynte.

Barnepsykiatere kan også oppnevnes som sakkyndige i saker etter Straffeprosessloven for å vurdere strafferettslig tilregnelighet og gjentakelsesfare hos en siktet i en straffesak.

Sakkyndige erklæringer avgitt i forbindelse med straffesaker skal sendes Den rettsmedisinske kommisjon for ekstern kvalitetssikring. (Straffeprosessloven §147). Dette gjelder også erklæringer som omhandler erstatningsspørsmålet i straffesaker.

Rolleutforming

Rollen som sakkyndig

Alle har plikt til å fungere som sakkyndige hvis man blir oppnevnt av retten, men i praksis blir man alltid spurt om man er villig. Vanlige habilitetsregler gjelder, beskrevet i "Veiledning for sakkyndige"³. En behandler i den aktuelle saken skal anse seg som inhabil. Man har vanlig taushetsplikt, men ikke overfor oppdragsgiver. Retten bestemmer mandat og hvem som oppnevnes. Hovedregelen er at det oppnevnes en sakkyndig. Unntaket er judisielle observasjoner etter Straffeprosessloven, hvor hovedregelen er at det oppnevnes to sakkyndige. Spørsmålene som retten ønsker vurdert og belyst utformes i et skriftlig mandat, som vil være styrende for den sakkyndiges arbeid. Det er den sakkyndiges ansvar å avklare at mandatet er relevant og dekkende for oppdraget. Dersom oppdragsgiver ønsker spesielle forhold undersøkt, for eksempel om vold og overgrep, eller sykdom, som kan være relevant for utøvelsen av daglig omsorg, bør dette spesifiseres i mandatet. Spesiell oppmerksomhet skal rettes mot om mandatet synliggjør barnet i tilstrekkelig grad. Den sakkyndige kan komme med forslag til begrunnede endringer i mandatet. Etter endt utredning, leveres en skriftlig erklæring som partene som regel har fullt innsyn i. Den sakkyndige er som regel til stede i retten og har anledning til å stille spørsmål til parter og vitner. Etter avsluttet vitneførsel forklarer den sakkyndige seg muntlig for retten og blir eksaminert av advokater og dommere.

Beskrivelsene av rollene som følger er tatt fra Berit Grøholts kapittel: Sakkyndig arbeid, i den siste utgaven av Veilederen.

Rollen som vitne (evt. sakkyndig vitne)

Retten har ofte behov for informasjon fra behandlere for å treffe en riktig avgjørelse for barnet, og behandlere stevnes ofte av en av partene som sakkyndige vitner. Regler for vanlige vitner gjelder, dvs. at en kan ikke nekte å møte. Forholdet til pasienten kan gjøre dette vanskelig. Taushetsplikten gjelder imidlertid, og retten kan bare ta imot opplysninger fra et behandlingsforhold der pasienten har samtykket i at opplysninger gis. Unntak gjelder når legers opplysningsplikt utløses (se under). Vitner overværer ikke forhandlingene, selv om sakkyndige vitner noen ganger gjør det, dog uten rett til å stille spørsmål. Etter å ha avgitt forsikring om å snakke sant, blir vitnet spurt ut av dommer og advokater. Er en i tvil om det er riktig å svare på spørsmål en får, kan en spørre dommeren til råds. Det er viktig å si fra dersom spørsmål går ut over ens kompetanse.

Rollen som sakkyndig domsmann i retten eller Fylkesnemnda

Alle kan i prinsippet oppnevnes som meddommer i retten, men meddommere i Fylkesnemnda hentes fra det sakkyndige utvalg. I begge tilfelle fungerer en sammen med og på samme måte som den juridiske dommeren som leder saken. En overværer hele saken, har rett til å stille spørsmål etter at rettens leder har gitt en ordet, er med på domsavgjørelsen og undertegner dommen. Ofte vil andre fagpersoner opptre som vitner, og deres vitneprov skal vurderes kritisk av meddommerne, på linje med andres vitneprov.

Generelt

I alle de roller som er beskrevet over er det viktig å være nøktern og saklig, og redegjøre for de premisser eventuelle vurderinger hviler på. Man må bruke et språk som er forståelig for folk flest, og medisinske faguttrykk må forklares. En får som regel anledning til å ha med dokumenter til støtte for hukommelsen, men det anbefales ikke at man leser opp ferdigskrevne svar.

Hvis viktige forhold ikke er belyst etter utspørringen, skal en be om å få redegjøre for dem.

Taushetsplikt/opplysningsplikt

Taushetsplikten reguleres først og fremst av Legeloven. Det er viktig å vite at retten ikke kan ta imot forklaring som medfører brudd på lovbestemt taushetsplikt, og slike forhold er ikke alltid klargjort før en innkalling. Er en i tvil, bør en derfor spørre dommeren til råds om egen taushetsplikt som begrenser vitneplikten. Taushetsplikten viker for opplysningsplikt etter Barnevernloven §6-4, tredje ledd. En liknende formulering er tatt inn i Legeloven. Legen har opplysningsplikt når "det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt – eller når et barn har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker" (Legelovens §34b).

Oppbevaring av skriftlig materiale/rapport

Evt. skriftlig materiale (for eksempel sakkyndigrapporten) skal oppbevares i henhold til journalforskriftene; dvs. på en sikker måte og i minst 10 år.

Arbeidsmetoder

Den sakkyndiges hovedoppgave er å belyse spørsmål i mandatet for retten. Partene bør informeres om mandatets spørsmål, og om den planlagte prosessen i arbeidet.

De må informeres om at den sakkyndige ikke har taushetsplikt overfor oppdragsgiver.

De bør få god anledning til å komme med opplysninger de selv mener er viktige. Det skal være direkte sammenheng mellom mandat og den sakkyndiges rapport ut fra prinsippet om at utredningen ikke skal gjøres mer omfattende enn oppdragets formål tilsier. Den sakkyndige skal gi oppdragsgiver og parter et faglig perspektiv på de spørsmål utredende eller oppnevnte myndighet har bedt om å få belyst i mandatet som er gitt.

I vurderingsarbeidet vil samtalen som metode stå sentralt sammen med samspillsobservasjoner og innhenting av komparentopplysninger fra for eksempel skole/barnehage/helsestasjon/fastlege/NAV. Tester bør bare benyttes unntaksvis. Metoder fra vanlige barnepsykiatriske vurderinger vil være nyttige.

Vurderingstema

De fleste områdene som vurderes er kjent fra annet barnepsykiatrisk arbeid.

Eksempler er:

- Barnets utviking og funksjon med vekt på evt. spesielle omsorgsbehov
 - Hvilke omsorgskvaliteter er særlig viktig for barnet
 - Mulige omsorgspersoners evne til å dekke barnets generelle og spesielle behov, nå og i framtid
 - Tilknytningsforhold og stabilitet i familierelasjonene
 - Spesielle forhold som kan true foreldrenes evne til å gi stabil omsorg
1. Mulige konsekvenser av eventuell uvanlig eller avvikende atferd hos omsorgspersoner
- Hvilke ordninger gir best kontakt med begge foreldre for barnet
 - Hvilke ordninger (for eksempel besøksordninger) gir minst konflikt for barnet

For erstatningssaker og straffesaker gjelder vurderingstema som beskrevet tidligere.

Listen er ikke utfyllende. Mer omfattende beskrivelser finnes i litteraturen i listen nedenfor.

Framstilling av vurdering skjer som regel skriftlig, innen en gitt frist. En mal for den skriftlige rapporten kan være:

1. Oppdragsgiver, sakstype, mandat
2. Beskrivelse av den sakkyndiges arbeid
3. Aktuell situasjon for barnet med fremtidige alternativer
4. Sammenfatning av den informasjon som danner grunnlag for vurderingene, inkludert partenes syn på de aktuelle spørsmål
5. Vurdering av de aktuelle spørsmål satt inn i en mer omfattende sammenheng

Evt. konklusjon med forslag, eller beskrivelse av konsekvenser ved alternative løsninger.

Det er viktig å kunne redegjøre muntlig for den faglig – teoretiske bakgrunn for konklusjonene ved spørsmål, selv om en ikke refererer til teorier og forskningsfunn i erklæringen. En bør være omhyggelig med sine formuleringer og unngå krenkende beskrivelser. Etter at man har sendt fra seg rapporten, er den ikke underlagt taushetsplikt på samme måte som journaler, og det bør man ha for øyet når dokumentet utarbeides.

Råd for å unngå vanlige feil

Språk og begreper bør tilpasses en ikke-medisinsk leser. Barn bør beskrives konkret og diagnoser bør unngås i saker etter Lov om barn og foreldre og Barnevernloven.

Hvis de må tas med, bør en redegjøre kort for hva de betyr. En må unngå å gli over i en for terapeutisk rolle, med den følge at oppdragets mandat ikke besvares så klart som mulig.

En bør unngå kontakt med partene i en sak ut over det arbeidet krever, også under rettssaken, for eksempel i pauser.

En bør ha tilgang på Loveloven og lovene beskrevet ovenfor, samt "Retningslinjer for sakkyndige".

Når en møter i retten bør en være kledd rimelig formelt.

Utdanningsprogram for sakkyndige i saker etter barnelov og barnevernlov

Siden høsten 1998 har det vært arrangert et årlig utdanningsprogram for sakkyndige i barne – og familiesaker som omfatter 12 kursdager og veiledning for deltakerne, individuelt eller i gruppe. Ansvaret for administrering og gjennomføring av utdanningsprogrammet er delegert til Psykologforeningen, som har flest medlemmer som påtar seg sakkyndig oppdrag i saker etter Barnelov og Barnevernlov.

Psykologforeningen organiserer arbeidet i samarbeid med Legeforeningen vha. en styringsgruppe. Utdanningsprogrammet består av en grunnmodul.

Påbygningsmoduler innen barne – og familiesaker, personskadeerstatning og strafferett er under utarbeidelse.

Gjennomført utdanningsprogram gir registrering i registeret over sakkyndige i barne – og familiesaker. Registeret oppdateres hvert år og har ca. 230 sakkyndige psykologer og barnepsykiatere. Det sendes ut til domstoler og barneverntjenester.

Kompetansesenteret for sikkerhetspsykiatri, fengselspsykiatri og rettspsykiatri arrangerer kurs i rettspsykiatri for sakkyndige som ønsker å tjenestegjøre som sakkyndige i straffesaker.

Litteratur

1. Veiledende retningslinjer for sakkyndig arbeid i barnevernsaker for barneverntjenesten, fylkesnemnda og domstolen. Barne – og likestillingsdepartementet 2009 Q-1158 B
2. Barnefordelingssaker der det er påstander om vold, informasjonshefte, Barne – og likestillingsdepartementet Q-1144 B
3. Om saksbehandlingsregler i barnefordelingssaker for domstolene og høring av barn, veileder Q-15/2004, Barne– og familiedepartementet
4. Veileder om barnevernets rolle ved mistanke om overgrep under samvær, Veileder Q 112 B, juli 2006
5. Artikkelsamling, Samtaler med små barn i saker etter barneloven, Barne – og likestillingsdepartementet, 2006, Q-1106 B
6. Barnefordelingssaker – avgjørelsesorgan, saksbehandlingsregler og delt bosted, NOU 1998:17.
7. Veileder for behandlere som skal dokumentere skader som kan ha strafferettslige konsekvenser. Den rettsmedisinske kommisjon 2007.
8. Randi Rosenqvist, Kirsten Rasmussen, Rettspsykiatri i praksis, 2. utgave 2002, Universitetsforlaget
9. Veiledning for bruk av Sosial – og helsedepartementets invaliditetstabell av 21.04.1997, utarbeidet av Rikstrygdeverket juni 2000.
10. Barnefaglige sakkyndighetsoppgaver. Rolleutforming og kvalitetssikring. NOU 1995:23.
11. Lov om barn og foreldre av 8.april 1981 nr.7.
12. Lov om barneverntjenester av 17.juli 1992 nr.100.

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010

Barne- og ungdomspsykiaterens samarbeid med førstelinjen

Marit Hafting og Ida Garløv

Innledning:

Barne- og ungdomspsykiaterens rolle i forhold til samarbeid med førstelinjen vil variere, avhengig av blant annet arbeidssted; for eksempel privatpraksis, poliklinikk, sengeavdeling. Lovverket og de fagpolitiske føringene vil gjelde uansett. Derfor velger vi her å referere til barne- og ungdomspsykiateren uavhengig av arbeidssted. I målbeskrivelsen for barne- og ungdomspsykiatri (Legeforeningen 25.01.2006) heter det: "Både i utredning, behandling og oppfølging, utgjør samarbeid med andre faggrupper i egen og andre etater en stor del av det barne- og ungdomspsykiatriske arbeidet. Legen i spesialisering må gjennom klinisk praksis og veiledning utvikle sin evne til tverrfaglig og tverretattlig samarbeid, og tilegne seg kompetanse i å sammenfatte egne og andres utredninger til en helhet".

Videre: "Spesialisten skal kunne lede og gjennomføre utredning og behandling av alle former for psykiske lidelser hos barn og unge. Barne- og ungdomspsykiateren vil innhente kompetanse fra samarbeidspartnere som kan gjøre delutredninger eller bistå i behandling. Aktuelle samarbeidspartnere vil være teammedarbeidere i BUP og fagfolk i ulike instanser i 1. og 2. linjen. Barne- og ungdomspsykiateren yter konsulenttjenester til samarbeidspartnere innenfor den kommunale og fylkeskommunale barn- og ungdomstjenesten, slik som helsetjeneste, skole/barnehager, PPT og barnevern."

Av dette ser vi at det er særlig er to områder der samarbeid med førstelinjen trekkes fram: i barnepsykiaterens utredning og behandling av barn og unge med psykiske vansker, og barnepsykiaterens oppgave som konsulent for førstelinjetjenesten.

Samarbeidspartene i førstelinjen:

Barnepsykiateren går i første rekke inn i en medisinsk behandlingsskjede der samarbeidspartene vil være fastlege/helsestasjonslege og annet helsepersonell i førstelinjen som helsesøster, psykolog, fysioterapeut og kommunal psykiatritjeneste. Skole og PPT vil være vesentlige samarbeidspartnere for barnepsykiateren da det ofte vil være behov for at skolen forstår og tilrettelegger for barn og unge med vansker, både faglig, sosialt og atferdsmessig. Barn har rett på god omsorg, og av og til på bestemte stønader. Samarbeid med barnevern, sosialtjeneste og NAV blir derfor aktuelt i mange saker.

Bilde kommer.

Modellen ovenfor viser de aktuelle samarbeidsetatene og -instansene i første- og andrelinjetjenesten. Man ser av modellen at tiltak for barn generelt, og for barn og unge med psykiske vansker spesielt, kan bli satt inn på tre horisontalt parallelle nivåer, ofte samtidig. Nivåene består av en behandlingsskjede, en omsorgsskjede og en pedagogisk kjede.

Den enkelte tilsatte som barn, unge og foreldre møter vil, uavhengig av plassering i kjede eller linje, kunne være vesentlige endringsagenter mht. å få til gode sirkler rundt pasienten og familien. Samhandling blir da en viktig forutsetning for at endringstiltakene blir effektive og målrettede.

For at barnepsykiateren i sitt arbeid skal kunne utnytte de mulighetene som ligger i samarbeidsnettverket, må hun ha god kjennskap til tjenesteapparatet i opptaksområdet, og innsikt i og respekt for deres arbeidsområder, mandat og betingelser¹.

Barnepsykiaterens samarbeid for å sikre god utredning og behandling

Taushet, samtykke og brukermedvirkning:

Hovedregelen er ifølge pasientrettighetsloven at alle tiltak som settes i verk skal skje på foreldrenes og pasientens informerte samtykke. Samtykket skal være "informert", det vil si at de involverte også har krav på informasjon om hva som skal formidles og, om nødvendig, hvorfor.

Vi anbefaler at dette også praktiseres i forhold til henvisende lege/ henvisende instans, som må oppfattes som samarbeidspartner i utgangspunktet. I følge barneloven har barnet rett til å uttale seg når det er over 12 år. Når ungdommen er over 16 år er det ungdommens eget samtykke som gjelder.

Barnepsykiateren kan derfor i følge taushetsplikten (helsepersonelloven) ikke gi informasjon til samarbeidspartnere uten å ha innhentet samtykke i forkant. Vår erfaring er at slikt samtykke er enkelt å innhente. Ungdom og foreldre ønsker et hjelpeapparat som samarbeider. Husk likevel å være særlig årvåken med å avtale direkte med ungdommen selv hvilke opplysninger som deles. De vil ofte ha en annen oppfatning av hva som er sensitivt enn de voksne. Dette er en tillitssak.

Opplysninger til barnevernet står i noen grad i en særstilling. Med hjemmel i barnevernloven har vi plikt til å gi opplysninger uten hinder av taushetsplikt. Barneverntjenesten kan anmode om opplysninger fra oss. Slik anmodning skal komme skriftlig og hjemles i lovverket. Alle som kommer i kontakt med barn og unge det er grunn til å tro blir utsatt for omsorgssvikt, har plikt til å melde denne bekymringen til barnevernet på eget initiativ. Barnevernloven hjemler også denne opplysningsplikten og beskriver nærmere hva den omfatter.

Rutiner for samarbeid rundt henviste pasienter

Vårt første møte med pasienten og problemstillingen er vanligvis henvisningen. Den kommer gjerne i stand gjennom et samarbeid mellom bekymrede foreldre og fagfolk i førstelinjen.

Beskrivelse av bekymringen kommer ofte til barnepsykiateren/ BUP sammen med resultat av utførte tester og undersøkelser. Dette kan være viktig kunnskap for det videre arbeid i saken.

Mens pasienten har et utrednings- og behandlingstilbud hos barnepsykiateren/ i BUP, vil de kommunale tjenestene fortsatt ha sitt oppfølgingsansvar. Barnepsykiateren/ BUP trenger gode rutiner for samarbeid og gjensidig utveksling av erfaring og kunnskap som må inkorporeres i daglig drift som kvalitetssikrede rutiner. Firfotmodellen^{1,2} kan være et godt kartleggingsverktøy for samarbeidet innen førstelinjen, men også for samarbeidet mellom førstelinjen og barne- og ungdomspsykiateren.

Nedenfor følger noen forslag til rutiner som letter samarbeidet:

- Skriftlig informasjon om hvilke tjenester som tilbys fra barne- og ungdomspsykiateren/ BUP, for eksempel i form av serviseerklæringer (www.helsestevanger.no), bør utarbeides.
- Barne- og ungdomspsykiateren/ BUP kan gi tilbud om konsultasjoner til tilvisere i forkant av henvisning, enten over telefon eller som fysiske møter.
- Gode tilbakemeldingsrutiner til henvisere og andre samarbeidspartnere må utarbeides (på samtykke fra pasient og/eller foreldre) for eksempel fra inntaksvurdering, førstetime, på tidspunkt for diagnosestilling/utforming av behandlingsplan.
- Barne- og ungdomspsykiateren/ BUP, evt en medarbeider som driver familie/ nettverksarbeid kan ta initiativ til samarbeidsmøter og delta på ansvarsgruppemøter når et barn er i behandling.

- Barne- og ungdomspsykiateren/ BUP må ha rutiner på rapportskrivning og epikriser til henviser, men og til andre samarbeidsparter der det er hensiktsmessig.
- Barne- og ungdomspsykiateren/ BUP bør ta initiativ til arbeid med individuell plan hos pasienter som er i behov av langvarige og koordinerte tjenester og bidra med sin kunnskap inn i samarbeidet.

Barne- og ungdomspsykiaterens rolle bør i alle disse sammenhengene også være å se til at samarbeidslinjene til kommunehelsetjenesten er åpne, og at fastlegen er inkludert i rutinene og det kliniske arbeidet omkring den enkelte.

Barnepsykiaterens samarbeid med fastlegen

Fastlegen har, iflg. fastlegekontrakten³ ansvar for å koordinere helsetjenestene til pasientene på sin liste. I flg. veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene⁴, er fastlegenes oppgaver overfor barn og unge med psykiske plager å:

- Foreta somatisk utredning for å avdekke eventuelle sammenhenger mellom fysiske og psykiske symptomer
- Utrede psykiske vansker i samarbeid med psykisk helsevern for barn og unge
- Henvise til videre utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten Iverksette og følge opp behandling, inkludert medikamentell behandling
- Koordinere medisinske tiltak, delta i tverrfaglig samarbeid, herunder ansvarsgrupper og samarbeid om individuell plan
- Utøve helsestasjons- og skolelegefunksjonen i tråd med legens rammeavtale om offentlig allmennlegearbeid

Fastlegen blir ut fra dette en sentral samarbeidspart. Fastlegene vil som regel arbeide under andre rammebetingelser enn medarbeiderne i BUP/ barne- og ungdomspsykiateren.

I en undersøkelse⁵ sa fastleger følgende om samarbeidet med barne- og ungdomspsykiatrien:

- BUP må ha respekt for fagligheten og rammebetingelsene til fastlegene
- Det letter samarbeidet at fastlegene møter leger i BUP
- Lang ventetid gjør BUP uaktuell som samarbeidspart

Fastlegene blir i utredninger beskrevet som fraværende i det tverrfaglige samarbeidet i kommunen⁶, mens fastleger kan oppleve at de ikke blir invitert inn i samarbeidet⁷. Dette er uheldig fordi på denne måten sluses barn og unge med psykiske vansker ofte utenom den medisinske kompetansen i førstelinjen direkte til spesialisthelsetjenesten. Fastlegene i undersøkelsen nevnt ovenfor mente barne- og ungdomspsykiateren nettopp kunne legge til rette for at fastlegene ble trukket med i samarbeidet med BUP.

Barnepsykiateren som konsulent til førstelinjen

Kunnskapsoverføring til førstelinjen er en lovpålagt oppgave for barne- og ungdomspsykiateren/ BUP (Spesialisthelsetjenesteloven). I intervjuundersøkelsen med fastlegene⁵ hevdet de at ikke bare den ensidige kunnskapsoverføringen, men også kunnskapsutveksling mellom førstelinjen og spesialisthelsetjenesten er nyttig. Fastlegene har informasjon og kunnskap som kan være nyttig for BUPs arbeid. Å møtes på fastlegekontoret, på PPT kontoret eller på helsestasjonen, vil ofte bidra til en slik utveksling.

Barne- og ungdomspsykiateren kan utøve konsulentrollen for eksempel ved å:

- Ha faste konsultasjoner med helsesøstre, på helsestasjonen, PPT-kontor eller fastleger
- Delta i veiledningsprogram for skoler – for eksempel Psykisk helse i skolen (www.phis.no)

- Ta initiativ til kursdager eller møter med fagfolk i førstelinjetjenesten om aktuelle felles tema
- Stille opp når samarbeidspartnerne i førstelinjen ønsker barnepsykiateren med påfaglige møter og kursdager

Det akutte psykososiale krisearbeidet skal som en hovedregel foregå i et samarbeid mellom fagfolk i førstelinjetjenesten. Man kan imidlertid se for seg situasjoner der det vil være behov for støtte fra spesialisthelsetjenesten, og barne- og ungdomspsykiateren må være forberedt på å ta på seg akutte oppgaver som konsulent for kriseteam i kommunene eller delta direkte i det psykososiale støtteamet med de som er rammet.

Referanser

1. Grøholt B, Sommerschild H, Garløv I. Lærebok i barnepsykiatri (kapittel 34 Barnepsykiatrisk utredning, kapittel 37 Forebyggende arbeid, kapittel 38 Arbeid i første linje) Oslo: Universitetsforlaget, 2008
2. Garløv I. Tverrfaglig gruppe i Sandnes kommune. Firfotmodellen. Kartleggingsverktøy til hjelp i daglig arbeid og samarbeid når vi er bekymret. Stavanger: Stiftelsen for psykiatrisk opplysning 2006
3. Helsedepartementet: FOR 2000-04-14 nr 328, Forskrift om fastlegeordningen
4. Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. Oslo: Sosial og helsedirektoratet, 2007
5. Garløv I, Hafting M. Noen refleksjoner fra fastleger omkring samarbeidet med BUP. Psykiateren (Medlemsblad for NPF og NBUPF) 2009; Nr1
6. Andersson HW. Fastlegens tiltak for barn og unge med psykiske problemer. SINTEF Rapport A119. Trondheim: SINTEF Helse, 2006
7. Hafting M, Garløv I. Fastlegen og psykisk sykdom blant barn og unge. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 299-301

Aktuelle lover:

[Lovdata](http://www.lovdatabasen.no): www.lovdatabasen.no:

- Lov om barneverntjenester (1992) Jul 17.nr. 100
- Folketryktdloven (1997) Febr 28 nr. 19
- Kommunehelsetjenesteloven (1982) Nov 19. nr. 66
- Opplæringslova (1998) Jul 17. nr. 61
- Helsepersonelloven (1999) Jul 2. nr. 64
- Pasientrettighetsloven (1999) Jul 2. nr. 63
- Psykisk helsevernloven (1999) Jul 2. nr. 62
- Sosialtjenesteloven (1991) Des 13. nr. 81

© Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2010

Medisinering av barn og unge i BUP – generelle prinsipper

Randi Nesje Myhr, Bernard Weidle, Joachim Frost og Henrik Irgens

1. Historikk

Før 1990 tallet har psykofarmaka generelt vært lite brukt i barne- og ungdomspsykiatrien i Norge.

Det første medikamentet som ble tatt i bruk helt fra 50- tallet var Metylfenidat. I tillegg ble trisykliske antidepressiva (TCA) og førstegenerasjons antipsykotika (FGA) brukt. Utover 1990-tallet kom nye medikamenter med lovende resultater i forhold til bruk hos voksne. Det var ingen krav til utprøving eller sikkerhetsstudier på barn. Selektive serotonin reopptakshemmere (SSRI) og andre antidepressiva samt nyere antipsykotika ble tatt i bruk i økende grad både i Norge og andre land også hos barn og ungdom. Man baserte seg på enkeltstående pasienthistorier og en antakelse om at det også ville fungere for barn og unge. Dessuten var de nye medikamentene antatt å være mindre farlige.

Den store optimismen fra 90- tallet er avløst av en mer nøktern holdning. Medikamenter kan være en god hjelp som ledd i et større behandlingsopplegg. Det er fortsatt en utfordring å finne fram til dem som har nytte av slik behandling.

2. Kunnskap om medikamentell behandling, evidensbaserte informasjonskilder og hvordan vi kan kvalitetssikre informasjonen man får

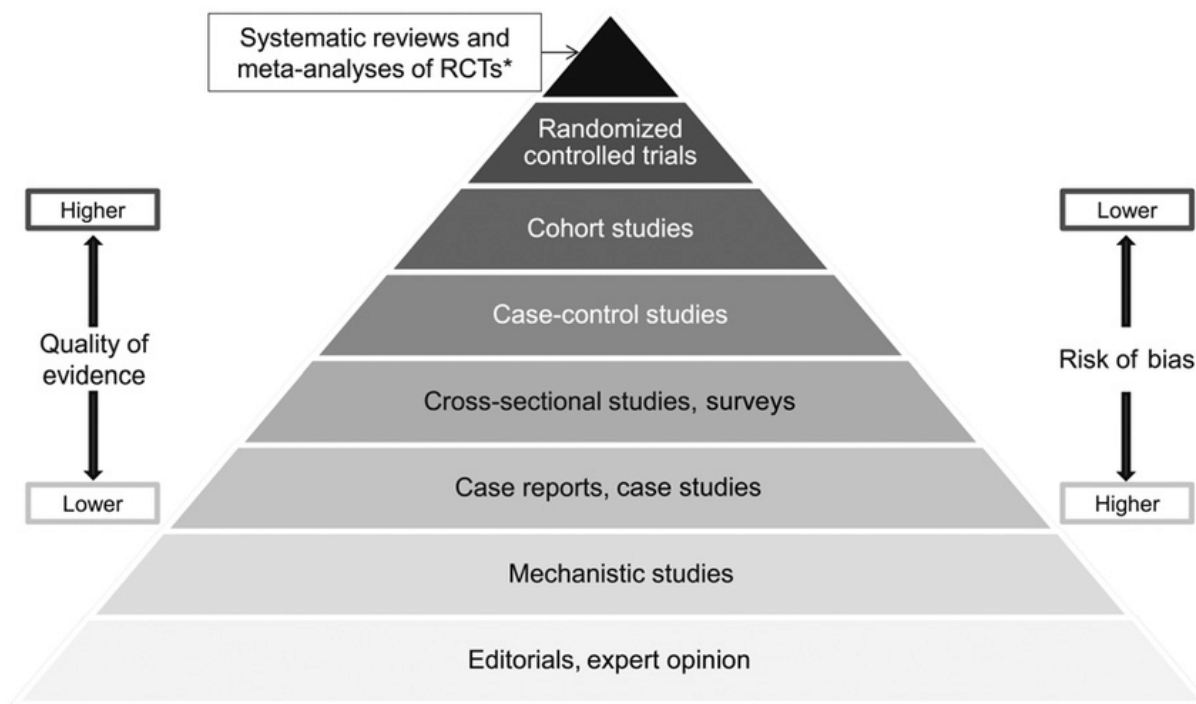
I BUP jobber vi i tverrfaglig team. Som leger i BUP er det likevel vi som skal ha det endelige ansvaret for indikasjonsvurdering, forskrivning og oppfølging av medikamenter.

Medisinering i BUP er ofte komplisert og det er viktig at leger i spesialisering drøfter medisinering med spesialist. Bruken av medikamenter kan noen ganger være kontroversiell og omdiskutert hos samarbeidspartnere og pårørende. Vi må derfor sikre at vi har gode nok kunnskaper til å kunne begrunne våre valg på en faglig forsvarlig måte. Det er viktig at man baserer seg på evidens i forhold til bruk av andre behandlingsformer eller medikamenter.

Det er også viktig å dokumentere grunnlag for alle avgjørelser i journal.

Kunnskapsgrunnlaget vi må forholde oss til vil være av varierende kvalitet. Det er viktig å være bevisst på hvor i evidenshierarkiet grunnlaget for våre valg og vår praksis befinner seg, jfr. evidenshierarkipyramiden (Fig 1). Det er forskjell på å støtte seg på resultatene fra en systematisk kunnskapsoppsummering og erfaringene til en kollega. Samtidig må vi leve med at vi ikke alltid har evidens fra øverste nivå. Det oppfordres til å gjøre egne litteratursøk og holde seg oppdatert på beste praksis og gjeldende retningslinjer til enhver tid. I en travel klinisk hverdag vil dette ofte være utfordrende å få til på egen hånd. Ved behov for bistand i vanskelige avveielser kan man få god hjelp ved henvendelse til Regionalt legemiddelinformasjonscenter RELIS (relis.no). RELIS bistår i å kartlegge evidensgrunnlaget for eventuelle spørsmål angående medisinering basert på omfattende litteratursøk, for eksempel om et symptom kan være bivirkning eller eventuelle interaksjoner man må ta hensyn til ved kombinasjonsbehandling. RELIS har også en database med egne nyhetssaker og svar på tidligere stilte spørsmål.

Figur 1. Evidenshierarkipyramiden (Hentet fra EA Yetley et al. Am J Clin Nutr (2016)).



Det finnes også en nederlandsk database (engelsk tekst) med veiledning på skifte mellom ulike antidepressiva og antipsykotika. <http://wiki.psychiatrienet.nl/index.php>

Mange medikamenter er i liten grad prøvd ut på barn og ungdom, slik at systematisk baserte kunnskaper om virkning og bivirkninger mangler. Årsakene er både etiske bekymringer for å teste ut eksperimentell behandling på barn, men også industriens forventninger om lav inntjening av investeringer siden barn og unge representerer et begrenset marked. I tillegg er dosering av medikamenter vanskeligere pga. kontinuerlig vekst og utvikling slik at man trenger et større antall barn for å dokumentere virkninger og bivirkninger i alle aldersgrupper. Derfor brukes mange medikamenter hos barn på indikasjoner uten markedsføring og offisiell godkjenning, såkalt "off-label-use". Manglende klinisk utprøving hos barn har både ført til feildosering og at behandling ikke blir gitt til barn, fordi sikkerhetsdata mangler (Arbuckle & Abetz-Webb, 2013). Som svar på denne problematikken har både amerikanske og europeiske kontrollorganer utgitt lovendringer som både krever og stimulerer plan om forskning på medikamenter for barn før et medikament godkjennes (EMA, 2013; FDA, 2006). Man ønsker at barnas subjektive opplevelse av livskvalitet tas med i vurderingen. Det er nå krav om at alle forskningsprotokoller må offentliggjøres på forhånd og alle resultater må være offentlige, også de negative. Det er også krav om at alle nye medikamenter som det kan tenkes vil bli brukt hos barn, i det minste må ha toleransestudier på barn før de kan markedsføres.

Omtrent halvparten av legemidlene som brukes til barn utenfor sykehus og opptil 90 % av legemidler som brukes til barn på sykehus er ikke godkjent for aktuell bruk («off label»-bruk). Ved bruk av disse midlene må man være spesielt varsom og aktiv med hensyn på å rapportere uventede bivirkninger til RELIS. Behandlingsansvarlig lege har et spesielt ansvar for at «off label»-legemidler og uregistrerte legemidler gis etter veloverveide og anerkjente retningslinjer.

Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn ble opprettet i 2009 og arbeider for at legemiddelbehandling til barn skal være hensiktsmessig og trygg og i størst mulig grad basert på dokumentert kunnskap. Ved å engasjere seg i kompetansenettverket for legemidler til barn, og eventuelt delta i legemiddelbaserte studier der dette vurderes klinisk relevant, kan leger i BUP bidra til å dekke kunnskapshull og forbedre kvalitet og trygghet knyttet til medisineren av barn.

Barnelegeforeningens veileder er tilgjengelig via Helsebiblioteket med Retningslinjer akuttveileder Pediatri. Nettversjonen av den Britiske nasjonale legemiddelhåndboka for barn, BNF for children, krever nå særskilt abonnement for tilgang. BNF for Children er åpent tilgjengelig i alle foretak som har egen barneavdeling.

I 2018 ble det innledet et samarbeid med det nederlandske Kinderformularium. Dette oppslagsverket inneholder mer enn 750 legemidler og gir informasjon om dosering knyttet til ulike indikasjoner. Gjennom 2019 arbeides det med å oversette dette oppslagsverket til norsk samt å tilpasse det norske forhold. Oppslagsverket heter KOBLE og vil være åpent tilgjengelig via nettsiden www.KOBLE.info.

3. Generelt om farmakokinetikk og farmakodynamikk for barn

De største farmakokinetiske forskjellene mellom voksne og barn ses hos nyfødte og spesielt premature. For barn som er eldre enn 6 måneder, er forskjellene i farmakokinetikk mellom barn og voksne som hovedregel av liten klinisk betydning, både når det gjelder opptak, biotilgjengelighet, metabolisme og utskillelse av legemidler. Doseringen må imidlertid alltid tilpasses individuelt etter alder, vekt og eventuelle andre forhold av betydning (kjent nyresykdom, leversykdom, farmakogenetiske avvik etc.)

Forskjeller i farmakodynamikk mellom små barn og voksne er mindre kjent. Spesielt hos premature kan man få en annerledes farmakodynamikk enn hos eldre barn. Dette kan ha sin årsak i endret reseptortetthet, endret reseptorsensitivitet og annerledes forhold mellom ulike konkurrerende reseptorer (f.eks. adrenerge alfa- og betareseptorer). Også hos eldre barn må det tas høyde for særskilt sårbarhet knyttet til umodenhet i en kropp i utvikling, ikke minst ved bruk av legemidler med virkning på sentralnervesystemet (antipsykotika, antidepressiva, sentralstimulerende legemidler etc.)

4. Praktisk medisinerings

a. Holdning til medisinerings av barn

Man møter stor variasjon i holdninger til bruk av medikamenter hos barn både hos fagfolk, barn/ungdom og deres foresatte/pårørende. Kulturelle og subkulturelle faktorer for aksept av medikasjon gjør seg gjeldende. Det kan derfor være vanskelig for foresatte å treffe valget om hva som vil være til barnets beste. Spørsmål som hva et bestemt medikament gjør med en hjerne i utvikling på lang sikt, er vanskelig å gi et sikkert svar på. På den andre siden kan det å unngå medikamenter også ha konsekvenser pga. "pruning" prosesser som kan hindre optimal utvikling av hjernen. Å innhente informasjon om pasientens og barnets ståsted og være en godt informert samtalepartner som tar barnets/foreldrenes forventninger og bekymringer på alvor er viktig i denne sammenheng.

Å gå gjennom tidligere erfaringer med medikamentell behandling før man diskuterer aktuell behandling er også nyttig. Barn kan ha skjulte grunner for hvorfor de ikke vil ta medisin. Derfor må behandleren informere og forhandle om medisinbruk med barnet direkte. Som regel fungerer det best at barnet og foreldrene er til stede i samme rom, men at spørsmål, forklaringer og råd rettes så mye som mulig direkte til barnet. De fleste foreldrene opplever det som positivt at behandleren drøfter sine overveielser direkte med barnet, og at de får sin informasjon ved å høre på. Individuell tilpasset og balansert informasjon om hva man kan forvente av effekt og av bivirkninger er viktig for å skape det nødvendige samarbeidsklima rundt medisinerings. Det er en selvfølge at barnet og foreldrene får anledning til å stille spørsmål og gi uttrykk for eventuelle bekymringer eller tvil.

b. Gjennomføring

Mulighetene som ligger i riktig medikamentell behandling skal komme pasientene til gode, og bør forsøkes der det er faglig indisert, men ikke brukes ukritisk. All forskrivning av medikamenter må baseres på en grundig klinisk vurdering (se del 1 i veileder: Diagnostikk og utredning). I tillegg bør det drøftes hva man ønsker å oppnå og hvordan man kan evaluere effekten av medikamentet så pålitelig som mulig underveis. Medikamenter skal alltid brukes som en del av et større behandlingsopplegg og i allianse med pasienten og foresatte. Det er viktig å gi god informasjon om

medikamentet og dets virkemåte som grunnlag for valget. Ved fast medisinerings vil effekten til de fleste medikamenter være avhengig av at pasienten tar medisinen hver dag.

Å ha vurdert punktene i listen nedenfor kan være et hjelpemiddel for god medikamentell behandling:

- 1 Indikasjon: Hvilken tilstand står vi overfor, og hvilke symptomer er aktuelle mål for medisinerings? Er andre tiltak for tilrettelegging eller behandling gjennomført? Når i behandlingsrekken bør medisinerings settes inn?
- 2 Hvilke holdninger har barnet/ungdommen og foreldrene til bruk av medikamenter generelt og i den gjeldende situasjonen spesielt?
- 3 Hvilken medikasjon er mest effektiv overfor denne tilstanden/disse symptomene?
Hvor mange ganger daglig må medikamentet inntas? Er doseringsskjemaet gjennomførbart? Er medikamentformuleringen adekvat (f. eks. klarer barnet å svelge tablettene, tolerere smaken av mikstur osv.)
- 4 Hvordan kan man evaluere effekten av behandlingen på en pålitelig måte, f.eks. etablere en liste med aktuelle symptomer samt konkrete mål for forventede effekter før behandlingsstart (= baseline evaluering) som kan sammenlignes etter at legemidlet er kommet i stabil dose og/eller det kan forventes at virkningen har inntruffet.
- 5 Hvilke bivirkninger kan vi forvente?
- 6 Hvilke interaksjoner kan forventes ved bruk av flere medikamenter?
- 7 Risikerer man å forverre en tilstand mens man forbedrer en annen?
- 8 Hvor lenge antar man at det vil være bruk for denne behandlingen?
- 9 Når er det tid for oppfølging av medisinerings og hvem gjør det? Spesialist i barne- og ungdomspsykiatri eller fastlege, årlig kontroll eller hyppigere kontroller?

c. Oppfølging

Det pågår i fagfeltet både i Norge og internasjonalt nå drøfting om i hvor stor grad medikamentell behandling i barne og ungdomspsykiatri bør følges opp i spesialisthelsetjeneste eller overføres til fastlege. Jfr Dundee undersøkelse for ADHD hvor man følger opp medisinerings hver 6 mnd og får mye bedre langtidsresultater. Forslag til danske regler er at antipsykotika og stemningsstabiliserende medikamenter i hvert fall skal følges i spesialisthelsetjenesten. Ved overføring av behandlingsansvar til fastlege må dette gjøres etter veldig tydelige avtaler som nedfelles i begges journaler.

d. Komorbide lidelser

Ved flere komorbide psykiske lidelser er det spesielt viktig å drøfte nøye med pasient og foresatte hvilke symptomer det er aller viktigst å få hjelp i forhold til, og så vurdere medikamentbruk ut fra dette. (Eks ADHD, angst, tourette) Kunnskap om virkning/ bivirkning av de aktuelle medikamenter og forventet effekt på de ulike symptomene må gjennomgås nøye før beslutning tas om hvor man starter. Man bør prøve ut ett medikament om gangen. Rekkefølge på utprøving av medikamenter er også viktig i forhold til somatiske lidelser, f. eks. ADHD og epilepsi. Ved bruk av flere medikamenter må man også ha økt oppmerksomhet rundt mulige interaksjoner og bivirkninger.

e. Terapimonitorering

Måling av serumkonsentrasjon kan være nyttig ved bruk av for eksempel antipsykotiske medikamenter og antidepressiva, spesielt dersom forventet virkning eller forekomst av bivirkninger ikke står i samsvar med foreskrevet dose. Ulike leverenzym, spesielt cytokrom P-450 (CYP)-isoenzymene har betydning for metabolismen av legemidler (Spigset, 2001). Flere CYP-isoenzymer er gjenstand for til dels betydelig genetisk variasjon, som kan påvirke metabolismekapasiteten i disse enzymsystemene i stor grad. Genetisk testing av disse enzymer er tilgjengelig, og kan gi informasjon av betydning for optimal dosering og således forhindre både overdosering og bivirkninger, men også manglende virkning pga. underdosering. CYP-genotyping er særlig aktuelt ved behandling med legemidler der metabolismen i stor grad avhenger av ett enzym, spesielt CYP2D6 (f. eks. atomoksetin, fluoksetin, aripiprazol, risperidon) eller CYP2C19 (f. eks. escitalopram). Det anbefales imidlertid å måle serumkonsentrasjon en eller flere ganger før man eventuelt foretar farmakogenetisk testing, da serumkonsentrasjonsmålinger oftest vil kunne gi et adekvat svar på om pasienten har legemiddelnivåer i forventet område i forhold til dosering eller ikke.

f. Evaluering av bivirkninger

Medisinbruk hos barn krever en særlig oppmerksomhet på uønskete bivirkninger. For eksempel vil sedasjon forstyrre skolegang og innlæring og vektøkning i unge år danne en risikofaktor for alvorlig sykdom i voksenlivet.

Evaluering av mulige bivirkninger kan være utfordrende. Både grundig vurdering av nødvendigheten av behandlingen og adekvat diagnostikk av om det faktisk dreier seg om en bivirkning inngår i en slik evaluering. Sikre bivirkningsdiagnoser er ofte vanskelige å stille av flere grunner. Oppståtte symptomer kan opptre med høy spontan frekvens i tillegg til å kunne være en bivirkning av legemidlet. Placeboreaksjoner forekommer hos opptil 20–40 % (gastrointestinalt ubehag, slapphet, svimmelhet, hodepine m.m., men også alvorlige symptomer) [ref Legemiddelhåndboka]. Det kan også være vanskelig å skille bivirkninger fra grunnlidelsens symptomer.

Adekvat bivirkningsdiagnostikk krever en fullstendig legemiddelanamnese som må omfatte alle legemidler (også kosttilskudd og plantebaserte legemidler), doser, eksposisjonstid, tidligere reaksjoner og tidsrelasjon mellom bruk og symptomdebut, samt utfall av eventuell seponering [ref Legemiddelhåndboka]. Det bør også tas stilling til om det dreier seg om en kjent eller ukjent reaksjon og undersøkes hva som eventuelt er beskrevet om mistenkte bivirkningers forekomst og forløp i legemidlets preparatomtale (SPC). Det anbefales å benytte etablerte skåringsverktøy for å bestemme sannsynligheten for en bivirkning, for eksempel Naranjos algoritme [ref].

Serumkonsentrasjonsmålinger av aktuelle legemidler kan være nyttig også i bivirkningsdiagnostikken. Det er imidlertid stor individuell variasjon i følsomheten for bivirkninger. Lave eller normale serumkonsentrasjoner utelukker ikke en bivirkning i seg selv. Tilsvarende vil noen pasienter tolerere høye serumkonsentrasjoner godt. Provokasjonsforsøk er det sikreste diagnostikum, men kan være risikobetont og skal bare foretas i spesielt velbegrunnede situasjoner, under akuttberedskap.

Husk også at mistenkte bivirkninger skal meldes til RELIS på eget skjema.

Melding av bivirkninger:

Det skal meldes på mistanke. <https://relis.no/content/3557/Bivirkninger>

Der finnes eget skjema, dette kan foreløpig ikke sendes elektronisk. www.relis.no/meldeskjema el www.legemiddelverket.no/meldeskjema. RELIS har taushetsplikt. Epikrise som beskriver problemet kan også brukes som melding. Det skal være lavere terskel for å melde bivirkninger hos barn.

Vi har plikt til å melde til legemiddelverket ved følgende:

- Dødelige og livstruende bivirkninger
- Bivirkninger som har gitt varige alvorlige følger
- Nye eller uventede bivirkninger

Vi bør også melde

- Alle bivirkninger av nye legemidler
- Alle bivirkninger av legemidler som står på legemiddelverkets overvåkingsliste Seponeringsproblemer
- Reaksjoner pga overdosering/ feilbruk av reseptfrie legemidler
- Bivirkninger av naturlegemidler
- Uventede bivirkninger ved generisk bytte.

g. Bruk av ikke godkjente medikamenter

Å bruke legemidler som ikke har godkjenning for gruppen setter spesielle krav til vurdering og dokumentasjon i journal.

Fortsatt er det få medikamenter som er godkjent for barn på aktuelle indikasjoner i Europa.

Noen flere er godkjent i USA. I klinisk praksis brukes derfor ofte medikamenter som ikke har spesifikk godkjenning for barn eller ungdom. Det at et medikament ikke har godkjenning, er ikke nødvendigvis ensbetydende med at det ikke finnes dokumentasjon for bruken. Å få et medikament godkjent for nye grupper krever mye dokumentasjon og koster mye penger. For gamle medikamenter med utgått patent kan legemiddelfirmaene vurdere at det ikke er verdt å gå gjennom denne prosessen.

I Norge brukes f.eks SSRI for angst utenom indikasjon, da ingen medikamenter har denne godkjenningen for barn og unge (sertralin og fluvoksamin er godkjent for OCD). Det eneste medikament godkjent for Tourette er haloperidol som i praksis ikke brukes pga. klinisk erfarte bivirkninger. Melatonin er i dag det mest foreskrevne medikamentet til barn og ungdom for søvnevansker, og regnes som trygt i de fleste oppsummeringsartikler. Ved autisme og noen andre nevropsykiatriske tilstander finnes det også effektdokumentasjon.

6 Regelverk og Refusjon

Grunnlag for å kunne skrive ut et medikament direkte på blå resept (§ 2) er at det har indikasjon for tilstanden i Norge, og at tilstanden er godkjent for refusjon.

I forhold til refusjon er det indikasjon for tilstanden i seg selv og ikke alderskriterier som gjelder. Om et middel som ikke har spesiell godkjenning for barn og ungdom skal prøves, regnes dette som en medisinsk vurdering og har ikke betydning for refusjon.

I alle andre tilfeller må det søkes om individuell refusjon fra HELFO etter blåreseptforskriften. .

I forhold til psykiatri finnes fem aktuelle refusjonskoder:

- 70 (betydelige adferdsproblemer som krever behandling, Tourette syndrom og autisme går under dette punktet),
- F2 (Behandlingskrevende psykotiske eller psykosenære symptomer),
- F3 (behandlingskrevende forstyrrelse i stemningsleie),
- F4 (behandlingskrevende angstsymptomer).
- F 90 Hyperkinetiske forstyrrelser.

Ved søvnevansker ved nevropsykiatriske tilstander som f.eks autisme kan man søke melatonin refundert med kode G 47 sammen med F diagnose.

Det er viktig å være oppmerksom på at det gjelder spesielle regler for refusjon av ADHD medikamenter. Det må søkes om refusjon før 6 år og etter 18 år for flere av medikamentene. I 2018 er to metylfenidatpreparater, Ritalin og Medikinet, med modifisert frisetting godkjent for voksne. I tillegg ble i 2018 et lisdexamfetaminpreparat, Aduvanz (akkurat likt Elvanse) godkjent for voksne. Det er viktig å søke refusjon for videre bruk når ungdom som har nytte av andre preparater nærmer seg 18 års-dagen.