

Referat af Q&A til onlinemøde om DMPG-retningslinjen ”Skizofreni og andre primære psykoselidelser - diagnostisk udredning af børn, unge og voksne”

Q: Har I overvejet brug af MMPI -2 ved diff. vanskeligheder?

Spørgsmål fra OPUS Aarhus.

Svar

MMPI-2 består af over 500 items og er en personlighedstest, der er valideret til anvendelse fra 18 år og udbredt i psykiatrisk udredningspraksis i USA. Vi har i første omgang fokuseret på selve diagnosticeringen af skizofreni og primære psykososer hos børn, unge og voksne med udgangspunkt i ICD-10. Vores afsnit med forslag til supplerende udredning, hvis der fortsat er usikkerhed om diagnosen, er på ingen måde udtømmende. MMPI-2 kunne således vurderes som muligt differentialdiagnostisk indslag ved en revision af retningslinjerne, hvis der er stemning for det om to år.

Q: Anvendelse af PLIKS eller SIPS?

Spørgsmål fra Peggy Törn, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, AUHP

Svar

Emnet psykoselignende symptomer (PLIKS) under tærsklen for psykose er kort berørt på side 18 i retningslinjen.

Her henvises til to nyere guidelines fra The European Psychiatric Association (med bl.a. Merete Nordentoft i forfattergruppen), som giver konkrete anbefalinger om hhv. detection og intervention ved clinical high risk. Her anbefales CAARMS eller SIPS.

Det drejer sig om:

- [EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses - ClinicalKey](#)
- [EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses - ClinicalKey](#)

Q: Hvem kan lave PSE? Læge/psykolog eller sygeplejerske

Spørgsmål fra Trine (Gæst).

Svar

PSE er et semi-struktureret diagnostisk interview, der afspejler definitionen på psykiske symptomer som beskrevet i ICD-10. Anvendelse af PSE kræver tilstrækkelig oplæring og viden om psykopatologi, men er ikke begrænset til en specifik faggruppe. Det vil afhænge af den lokale organisering af udredningsprocessen, hvem der i en given klinik uddannes til at kunne gennemføre PSE.

Q: Hvad er forskellen mellem "neuropsykiatrisk udviklingsanamnese" og en "psykiatrisk udviklingsanamnese" jf. anbefaling 3? Hvorfor "neuro-”?

Spørgsmål fra Retspsykiatrisk Klinik, AUHP

Svar

Der er tale om en oversættelse af den engelske frase ”longitudinel neurodevelopmental and psychosocial history” fra de guidelines, vi har anvendt, og som betoner vigtigheden af at kortlægge tidslinjen for debut af

neurokognitive vanskeligheder samt fænomener såsom kompliceret fødsel og tidlig alvorlig somatisk sygdom med henblik på differentialdiagnostiske overvejelser over for de øvrige neuroudviklingsforstyrrelser (udover naturligvis kortlægning af belastninger, affektive og emotionelle symptomer/lidelser) samt overvejelser om primær organisk ætiologi.

Q: Har gruppen overvejet, hvorledes neuropsykiatrisk udv anamnese kortlægges - specifikt skema (AVA, ADi-r??)? Er DMPG i samarbejde med DMPG-ADHD ift en standardiseret model?

Spørgsmål fra Psykiatrisk Klinik 1, Afdeling for Psykoser, AUHP

Svar

Tidslinje-aspektet på patientens neurokognitive udvikling/færdighedstab og øvrige symptomer er vigtigt. Derfor ikke dækket af enkelt-diagnose-skemaer eller present-state.

Børne- og ungdomspsykiatrien har en lang tradition for at kortlægge neuropsykiatrisk udviklingsanamnese med lokale skabeloner for den neuropsykiatriske udviklingsanamnese i hver region, og det vil absolut være ønskeligt at få udfærdiget en standardiseret model på tværs af Danmark og gerne på tværs af begge specialer.

Q: Er der evidens for neurologisk undersøgelse, hvis pt. optræder somatik upåfaldende, går normalt osv.?

Spørgsmål fra Regionspsykiatrien Gødstrup

Svar

Ja, alle patienter bør undersøges neurologisk for at afdække fund, der ikke er synlige ved umiddelbar observation af pt. Omfanget af det videre neurologiske udredningsprogram vil som beskrevet i retningslinjen afhænge af det samlede kliniske billede inkl. anamnesticke oplysninger.

Q: I afsnittet omkring ICD10 til ICD11 står der at man ikke bør stille belastnings- eller tilpasningsreaktion ved psykosesymptomer over 2-3 dage (side 21). Hvordan skal det forstås eller praktiseres, da det ses hyppigt hos børn og unge. Ca 10% børn og unge oplever psykotiske symptomer, men skal man ikke skelne psykotiske symptomer fra psykose?

Spørgsmål fra Peggy Törn, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, AUHP

Svar

Godt og vigtigt spørgsmål. Retningslinjen omhandler behandlingskrævende patienter. De eksperter som har skrevet de psykopatologiske beskrivelser i ICD-11 (hvor der også har deltaget børne-ungdomspsykiatere) vurderer, at behandlingskrævende psykosesymptomer ikke er en implicit del af ADHD og autisme og ej heller en naturlig reaktion på belastning (udover 2-3 dage).

Selvom vi ikke skal diagnosticere efter ICD-11s kriterier, kan vi nok med fordel lytte til eksperternes forklaringer om, hvordan vi skal forstå tilstandene, da de afspejler den aktuelle viden og konsensus i WHO.

I ICD-10 kunne et pragmatisk forslag være at:

- en person (med eller uden sårbar hjerne) som udvikler behandlingskrævende psykosesymptomer efter en akut belastning, hvor symptomerne varer udover 2-3 dage, diagnosticeres med F23
- en person (med eller uden sårbar hjerne) med så lav psykosetærskel at dagligdags begivenheder såsom skolegang udløser behandlingskrævende psykosesymptomer, der må man stille en F28, hvis kriterier for andre psykoser ikke er opfyldt. Og så kan man ophæve diagnosen igen, såfremt patienten engang

vokser fra det.

- en person som har ikke-behandlingskrævende psykoselignende symptomer og aldrig har opfyldt kriterier for psykoselidelse, diagnosticeres ikke. Jævnfør EPA guideline (link ovenfor) er conversion rates meget lave for clinical high risk < 18 år, og man kan ikke forebygge psykoselidelser ved at behandle clinical high risk populationen med antipsykotia.

Q: Hvad med hvis man under udredning bekræfter en adhd eller en ASF diagnose?

Spørgsmål fra Maria Gariup

Svar

Kognitive og socialkognitive vanskeligheder er en velkendt del af skizofreni og primære psykoselidelser. For at man kan stille en ADHD eller ASF diagnose som co-diagnose til skizofreni, skal der være nok symptomer "til overs" og som ikke kan forklares ved skizofrenien i sig selv, og de pågældende symptomer på ADHD eller ASF skal have været tilstede livslangt og opfylde alle kernekriterierne for de pågældende udviklingsforstyrrelser. Se i øvrigt uddybende forklaring i vores differentialdiagnostiske afsnit.