NOTER I BØRNE OG UNGDOMS PSYKIATRI

Af Asma Bashir

www.asmabashir.com

Pensum:

Børne- og Ungdoms PSYKIATRI - Kap. 1-25

SLIDES fra forelæsninger og klinik

Kapitel 1: Psykiatrisk undersøgelse af børn og unge

Hvem henviser:

- Forældre
- Pædagoger og lærere
- Skolepsykolog i skolesystemet
- Socialrådgivere i det kommunale socialvæsen
- Praktiserende læger
- Sundhedsplejersker
- Hospitalet (i forbindelse med somatiske undersøgelse)
- Barnet eller den unge selv

Visitation:

- Ambulant forsamtale på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling
  Formål: at afklare den psykiatriske problematik og planlægge et undersøgelses- og behandlingsforløb

Formålet med psykiatrisk undersøgelse er at afklare om der foreligger en behandlingskrævende psykopatologisk tilstand og hvilken behandling der er indiceret. Den består af 4 elementer:

- Anamnese/sygehistorie
  - Psykisk udvikling – Forældrenes forventninger til barnet før fødslen.
    - *Udvikling 1. leveår*: tidligt mor/barn-forhold, oplysninger om smil, pludren, temperament. Spise- og søvnmønster
    - *Udvikling i småbarnsalderen*: tale/sprogudvikling. Kontakt, samspil i forhold til forældre/fremmede/andre børn. Leg, interesser, aktivitet, stereotypier. Selvstændigheds-reaktioner, reaktioner på adskillelse fra forældrene. Renlighedsudvikling. Forekomst af angst, fobier, aggressivitet
    - *Skolealderen*: indlæringsmæssige funktioner, koncentration og opmærksomhed, fagligt standpunkt. Relation til kammerater/lærere/fremmede voksne. Særlige temperaments-/karaktertræk, følelsesmæssig forvaltning, humørsvingninger, særinteresser, tvangstanker, tvangshandlinger, stereotypier, tics. Kønsidentitet, pubertetsreaktioner.
    - *Unge*: selvstændighedsudvikling og løsrivelse fra forældrene. Social funktion, kammeratrelationer. Præstationer i skole eller uddannelsesinstitution. Beskæftigelse. Interesser. Humørsvingninger, depressivitet, suicidale tanker/handlinger, spise-forstyrrelser, selvdestruktiv adfærd. Tidligere psykologiske/psykiatriske undersøgelser.
  - Somatisk udvikling
    - Graviditet, fødsel og nyfødthedsperiode (epikriser).
    - Udvikling i 1. leveår: højde/vægt, trivsel. Motorisk udvikling (milepæle)

        - Motorisk udvikling (milepæle, udspørgen om fin- og grovmotorik)
        - Sygelighed, indlæggelser.
    - Medicin
    - Misbrug
- Helbredsforhold
    - Aktuelle vanskeligheder – debut, hyppighed, intensitet, varighed
        - Svingninger afhængig af tid, sted og omgivelser.
        - Udløsende, forværrende og lindrende faktorer.
        - Konkrete beskrivelser: hvordan opleves vanskeligheder af barnet/den unge selv? Hvordan opleves de af familien? Hvilke tanker er der om årsagsforhold hos barn og familie? Hvilke konsekvenser har problemerne? Hvilke forsøg har der været på at løse problemet?
        - Barnets/den unges status: Aktuelle kognitive funktioner (sprog, intelligens, koncentration og opmærksomhed). Humør, stemning, fantasier, drømme, særlige forestillinger, tvangstanker. Særlige adfærdstræk, bevægemønster, tvangshandlinger, stereotypier.
    - Familiens situation
        - Psykisk eller neurologisk sygdom i familien. Forældrenes psykiske tilstand.
        - Økonomiske situation.
        - Sociale relationer i familien, institution/skole i relation til jævnaldrende og fremmede.
- Klinisk psykiatrisk undersøgelse
    - Individuel psykiatrisk undersøgelse af barnet/den unge
        - Adfærd i samtalen. Ved akutte tilstande vurderes bevidsthedsplan, klarhed og orientering.
        - Kontakt, samspil med forældrene og undersøgelsen
        - Tale-/sprogudvikling, vurdering af intelligens
        - Opmærksomhed, koncentration og afledelighed
        - Aktivitetsniveau, stemningsleje
        - Forestillingsindhold. Tegne-/legemønster
        - Forekomst af tvangstanker/handlinger, stereotypier, tics. Hallucinationer, vrangforestillinger. Suicidale impulser/tanker
    - Supplerende somatiske undersøgelse af barnet/den unge
    - Indhentning af oplysninger om barnet/den unge fra daginstitutioner, skoler, hospitalsafdelinger
- Parakliniske undersøgelser
- Konklusion – anamnestiske og kliniske oplysninger sammenfattes til diagnostisk hypotese

Kapitel 2: Diagnostik

Ved kliniske psykiatriske problemstillinger indledes følgende spørgsmål:

- Er der tale om en psykisk sygdom?
- Hvilken psykisk sygdom?

- Kontakt, kommunikation og samspil
- Kognitiv funktion vurderet ud fra opmærksomhed, koncentration, sprog, tænkningens form og indhold
- Emotionalitet: følelsesudtryk, affektforvaltning, impulspres, stemningsleje osv.
- Specifikke symptomer: psykotiske manifestationer, tvangstanker/handlinger, særlige adfærdskarakteristika osv.

Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser

- F00-F09 Organiske (inkl. symptomatiske) psykiske lidelser
- F10-F19 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af psykoaktive stoffer (alkohol eller medikamenter/stoffer)
- F20-F29 Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser
- F30-F39 Affektive lidelser
- F40-F49 Nervøse og stressrelaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer
- F50-F59 Adfærdsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer
- F60-F69 Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd
- F70-F79 Mental retardering
- F80-F89 Psykiske udviklingsforstyrrelser (F80-83 kodes på akse 2)
    - F80 Specifikke udviklingsforstyrrelser af tale og sprog
        - F80.0 Sprogartikulationsforstyrrelse (dysartri)
        - F80.1 Sprogudtryksforstyrrelse, ekspressiv dysfagi
        - F80.2 Sprogopfattelsesforstyrrelse, impressiv dysfagi
        - F80.3 Epileptisk afasi, Landau-Kleffners syndrom
        - F80.8 Andre udviklingsforstyrrelser af tale og sprog
        - F80.9 Udviklingsforstyrrelse af tale og sprog uden specifikation
    - F81 Specifikke udviklingsforstyrrelser af skolefærdigheder
        - F81.0 Specifik læseforstyrrelse, ordblindhed
        - F81.1 Specifik staveforstyrrelse
        - F81.2 Specifik regneforstyrrelse (dyskalkuli)
        - F81.3 Blandet udviklingsforstyrrelse af skolefærdigheder
        - F81.8 Andre udviklingsforstyrrelser af skolefærdigheder
        - F81.9 Udviklingsforstyrrelse af skolefærdighed uden specifikation
    - F82 Specifik udviklingsforstyrrelse af motoriske færdigheder
        - F82.9 Specifik udviklingsforstyrrelse af motoriske færdigheder
    - F83 Blandet udviklingsforstyrrelse af specifikke færdigheder
        - F83.9 Blandet udviklingsforstyrrelse af specifikke færdigheder
    - F84 Svære mentale udviklingsforstyrrelser
        - F84.0 Infantil autisme
        - F84.1 Atypisk autisme

        - F84.2 Retts syndrom
        - F84.3 Anden desintegrativ forstyrrelse i barndommen
        - F84.4 Hyperaktivitetsforstyrrelse med mental retardering og bevægelsesstereotypier
        - F84.5 Aspergers syndrom
        - F84.8 Andre svære mentale udviklingsforstyrrelser
        - F84.9 Svær mental udviklingsforstyrrelse uden specifikation
    - F88 Andre psykiske udviklingsforstyrrelser
        - F88.9 Andre psykiske udviklingsforstyrrelser
    - F89 Psykisk udviklingsforstyrrelse uden specifikation
        - F89.9 Psykisk udviklingsforstyrrelse uden specifikation
- F90-F98 Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller adolescens
    - F90 Hyperkinetiske forstyrrelser
        - F90.0 Forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed
        - F90.1 Hyperkinetisk adfærdsforstyrrelse
        - F90.8 Andre hyperkinetiske forstyrrelser
        - F90.9 Hyperkinetisk forstyrrelse uden specifikation
    - F91 Adfærdsforstyrrelser
        - F91.0 Adfærdsforstyrrelse begrænset til familiesammenhæng
        - F91.1 Usocialiseret adfærdsforstyrrelse
        - F91.2 Socialiseret adfærdsforstyrrelse
        - F91.3 Oppositionel adfærdsforstyrrelse
        - F91.8 Andre adfærdsforstyrrelser
        - F91.9 Adfærdsforstyrrelse uden specifikation
    - F92 Blandede adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser
        - F92.2 Depressiv adfærdsforstyrrelse
        - F92.8 Andre blandede adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser
        - F92.9 Blandet adfærds- og følelsesmæssig forstyrrelse uden specifikation
    - F93 Emotionelle forstyrrelser opstået i barndommen
        - F93.0 Abnorm separationsangst i barndommen
        - F93.1 Fobisk angsttilstand i barndom
        - F93.2 Social angsttilstand i barndom
        - F93.3 Overdreven søskendejalousi
        - F93.8 Andre emotionelle forstyrrelser i barndom
        - F93.9 Emotionel forstyrrelse i barndom uden specifikation
    - F94 Sociale funktionsforstyrrelser i barndom og opvækst
        - F94.0 Elektiv mutisme
        - F94.1 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndom
        - F94.2 Tilknytningsforstyrrelse med uselektiv, uhæmmet kontaktform
        - F94.8 Andre forstyrrelser af social funktion
        - F94.9 Forstyrrelse af social funktion uden specifikation
    - F95 Tic

        - F95.0 Forbigående tic
        - F95.1 Kronisk motorisk eller vokal tic
        - F95.2 Kombineret vokale og multiple motoriske tic-forstyrrelser (Tourettes syndrom)
        - F95.8 Andre tic-lidelser
        - F95.9 Tic uden specifikation
    - F98 Andre adfærdsmæssige og emotionelle forstyrrelser opstået i barndom eller opvækst
        - F98.0 Ikke organisk enuresis
        - F98.1 Ikke organisk enkoprese
        - F98.2 Spiseforstyrrelse i barndom
        - F98.3 Pica i barndom
        - F98.4 Bevægelsesstereotypier
        - F98.5 Stammen
        - F98.6 Støden
        - F98.8 Andre adfærdsmæssige og emotionelle forstyrrelser i barndom og opvækst
        - F98.9 Adfærdsmæssig og emotionel forstyrrelse i barndom og opvækst uden specifikation
- F99 Psykisk lidelse eller forstyrrelse, ikke på anden måde specificeret

Diagnosers anvendelse:

- Diagnoser bruges til at skabe klarhed over et klinisk tilstandsbillede, således at en relevant behandling kan iværksættes
- En diagnostisk vurdering bør indgå i enhver konfrontation mellem læge og patient
- Diagnoser skal løbende revurderes
- Diagnoser er først og fremmest et instrument til at kommunikere mellem fagfolk

Kapitel 3: Epidemiologi

Hvad ved vi om epidemiologien ved psykiatriske sygdomme hos børn og unge?

- General prævalens:
    - Hos børn før puberteten omkring 10 %, hos unge omkring 16 %
- Hyppigste børnepsykiatriske forstyrrelser:
    - Adfærdsforstyrrelser – F91
    - Emotionelle forstyrrelser – F93
    - ADHD
- Kønsforskelle:
    - Drenge udgør 2/3 af de børn, der henvises med psykiske vanskeligheder. Efter puberteten er der overvægt af piger, især med emotionelle forstyrrelser og spiseforstyrrelser
- Aldersafhængighed:

    - Tidlig debut og diagnose ses ved autismespektrums tilstande, generelle og specifikke udviklingsforstyrrelser og tilknytningsforstyrrelser. I teenagealderen debuterer spiseforstyrrelserne, psykoserne, misbrugslidelserne og personlighedsforstyrrelser
- Kulturelle faktorer:
    - Variationer i sygdomsopfattelse/beskrivelse i forskellige kulturer indebærer vanskeligheder ved at tolke psykopatologi i indvandrermiljøer
- Persistens:
    - Gennemgribende udviklingsforstyrrelser er livslange handikaps. Adfærdsforstyrrelser i barnealderen har tendens til at persistere og evt. føre til udvikling af personlighedsforstyrrelser i ungdommen. Emotionelle symptomer er svingende med tilbøjelighed til at remittere.
- Stigende prævalens:
    - Metodemæssige vanskeligheder og kulturændringer gør det vanskeligt at sammenligne prævalenstal fra ældre og nyere studier

Kapitel 4: Ætiologiske mekanismer og risikofaktorer

Årsagsfaktorer:

- Genetiske faktorer:
    - Tuberøs sklerose – nymutation. Karakteriseret ved inkomplet penetrans og variabel ekspression: fra lette tilfælde med få hudlæsioner til sværere tilfælde med mental retardering, epilepsi og autisme
    - Skizofreni – F20
    - Affektiv sygdom – F30-39
    - Tourettes syndrom – F95.2
    - Obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD) – F42
- Kromosomafvigelser:
    - *Downs syndrom* – trisomi 21, risikoen stiger med stigende mødrealder. Karakteristisk udseende med kort statur, mongoloide ansigtstræk med epicantus, korte ekstremiteter, fire-fingerfure og ↑ forekomst af misdannelser
    - *Prader-Willis syndrom* – deletion af kromosompar 15. Sygdommen medfører muskulær hypotoni, hyperfagi og indlæringsforstyrrelser. Udseende: fede med små ansigtstræk
    - *Angelmanns syndrom* – deletion af kromosompar 15. Udviklingsforstyrrelser, sprogforstyrrelser og mental retardering. Der ses ataksi, uprovokerede sparkebevægelser og latter-paroxysmer, hvilket har ført til betegnelsen happy puppet syndrome.
    - *Fragilt X* – mutation eller manglende del af den lange arm på X-kromosom. Mental retardering og autistiske træk. Udseende med store ører, markerede ansigtstræk og efter puberteten drengene store testikler.
    - *Turners syndrom* – deletion eller tab af X-kromosom. Lavere og mere umodent udviklede end jævnalderende børn. Hypogonadisme og infertilitet efter puberteten. Vanskeligheder med visuo-spatiale funktioner og lette indlæringsproblemer.

  - *Klinefelters syndrom* – XXY-konstellation. Børnene er højere end gennemsnittet for familien, men et mindre kranieomfang. Testiklerne små, der ses feminin fedtfordeling. Intelligens < gennemsnittet i familien, ofte forstyrret sprogudvikling, især mht. ekspressivt sprog. Indlæringsforstyrrelser, og i puberteten sociale tilpasningsproblemer.
  - *XXX* – pigerne > gennemsnittet og med normal kønsudvikling og fertilitet. < gennemsnitlig intelligens, ekspressive sprogvanskeligheder og indlæringsproblemer. Mental retardering.
- Biologiske
  - CNS-intoksikationer – alkoholforbrug, organisk kviksølv, bly
  - CNS-infektioner – Rubella, toxoplasmose, HIV
  - CNS-traumer – trafikulykker, batterede child
  - Insufficient ernæring – omsorgssvigt
- Psykisk konstitution
- Mental retardering
- Kognitive forstyrrelser
- Vanskeligt temperament

Familiemæssige og sociale risikofaktorer:

- Psykisk sygdom hos mødrene – forstyrrelser i det tidlige mor-barn-samspil, omsorgssvigt, udvikling af kognitive, emotionelle og adfærdsmæssige forstyrrelser hos barnet
- Manglende uddannelse og arbejdsløshed
- Dårlige boligforhold
- Omsorgssvigt – psykisk, fysisk og seksuelle overgreb og direkte mishandling

Beskyttende faktorer:

- Tilstedeværelsen af en omsorgsfuld og forstående voksen
- Engagerede pædagoger og lærer
- Stabil tilknytning til gode dagsinstitutioner og skoler
- Særlig modstandsdygtighed – god begavelse, et udadvendt og vindende temperament

Kapitel 5: Psykiske forstyrrelser i de første tre leveår

Der er udviklet et specifikt diagnosesystem for 0-3-årige, *Diagnostic Classification Zero to Three (DC 0-3).* DC 0-3 indeholder 5 akser, hvor de forskellige elementer i den psykiatriske problemstilling kan klassificeres:

1. Akse: Primær spæd- og småbarnspsykiatrisk diagnose
2. Akse: Klassifikation af forstyrrelser i forældre/barn-relation – forstyrrelser i relationen mellem barnet og primær omsorgsperson
3. Akse: ICD-10-/DSM-IV-diagnoser (medicinske/somatiske og psykiatriske diagnoser)
4. Akse: Klassifikation og vægtning af psykosociale stressfaktorer
5. Akse: Bedømmelse af barnets funktionelle, emotionelle udviklingstrin

Diagnostisk undersøgelse af 0-3-årige:

- Anamnese (forældreinterview)
- Klinisk observation (psykomotorisk udvikling, kontakt/samspil, adfærd, emotionelt udtryk)
- Somatisk vurdering (højde/vægt, screening for sansedefekter, somatisk sygdom/syndromer)
- Observation af forældre/barn samspil
- Specialundersøgelser:
    - Udviklingspsykologisk undersøgelse (f.eks. Bayleys test)
    - Samspilsundersøgelser (f.eks. Parent-Child Early Relationship Assesment, PC-ERA)
    - Test for specifikke syndrome (f.eks. Autism Diagnostic)
    - Observation Schedule, Infant Toddler Symptom Check List)

I DC 0-3 er psykiske udviklingsforstyrrelser klassificeret som *multisystem developmental disorders (MSDD)* med diagnostiske kriterier tilpasset børn < 3 år og subklassifikation gradueret efter omfanget af barnets vanskeligheder ved kontakt og socialt samspil. Disse børn fremtræder påfaldende pga. deres manglende glæde og engagement ved socialt samspil.

Symptomer hos disse børn:

- Afvigende kontakt og socialt samspil
- Forstyrret kognitiv/sproglig udvikling
- Forsinket psykomotorisk udvikling
- Forstyrret regulation af opmærksomhed, impulsivitet og aktivitet
- Søvnproblemer
- Spiseproblemer
- Emotionelle symptomer: Urolig, grædende, uglad
- Adfærdsmæssige afvigelser (fx selvstimulation)

Karakteristisk for psykopatologi hos disse børn er:

- Hurtige udviklingsmæssige skift
- Fysiske og psykiske funktioner er tæt sammenkædede
- Relationen mellem barn og forældre er essentiel

Forældrenes betydning:

- Genetisk
- Intrauterint miljø
- Ernæring, beskyttelse, omsorg, stimulation, socialisering
- Fra biologisk til psykologisk symbiose
- Emotionel stimulation og coach
- Social træning

Generel populationsprævalens for 0-3-årige

ICD 10 diagnoser	**Prævalens (%)**
Generelle udviklingsforstyrrelser (mental retardering) F70-79	1-2
Specifikke udviklingsforstyrrelser (fx ekspressiv sprogudviklingsforstyrrelse F80.1) F80-89	1-3
Autisme-spektrum forstyrrelser F84	0.5
Hyperaktivitets-/opmærksomhedsforstyrrelser (ADHD) F90.0	2-3
Adfærdsforstyrrelser F91	4-9
Emotionelle forstyrrelser F93	2-8
Sociale funktionsforstyrrelser F94	0.5
Spiseforstyrrelser F50	2-4
Somato-psykiske blandingstilstande (FTT) F40-49	4-10
DC 0-3 akse 2 diagnoser: Forældre-barn relationsforstyrrelser	7-9

Multisystemudviklingsforstyrrelse (MSDD) er karakteriseret af følgende:

1. Signifikant, men ikke fuldstændig mangel på evne til at etablere og vedligeholde et socialt samspil med den primære omsorgsperson (barnet kan fremtræde undvigende eller uinteresseret, men også vise diskrete tegn på at kunne indgå i socialt samspil og intermitterende udvise kærlig kontakt)
2. Signifikant begrænsning i evnen til at etablere, vedligeholde, og/eller udvikle kommunikation. Dette inkluderer præverbalt kropssprog og verbal som nonverbal (figurativ) symbolsk kommunikation
3. Signifikant dysfunktion i den centrale auditive forarbejdning (auditiv perception og auditiv forståelse)
4. Signifikant dysfunktion i forarbejdning af andre sanseindtryk, herunder hyper- og hyporeaktivitet (ved f.eks. visuospatial, taktil, proprioceptiv og vestibulær stimulation) og dysfunktion ved planlægning af motorisk aktivitet (som f.eks. en rækkefølge af bevægelser)

Barnet har behov for placering i et socialpædagogisk regi f.eks. i en særlig uddannet specialdagpleje eller i en specialgruppe for udviklings- eller kontaktforstyrrede børn i en daginstitution. Forældrene har brug for støtte til håndteringen af deres barns psykiske handikap, og de vil ofte have gavn af undervisning i grupper.

Regulationsforstyrrelser optræder sammen en karakteristisk adfærd. Modenhedsbaserede forstyrrelser i den neurofysiologiske regulation og organisation af sanseindtryk og den centrale perceptomotoriske autoregulation. Den viser sig ved vanskeligheder ved at opretholde homeostase, regulere spisning, vågenhed og søvn. Barnet er hyper/hyposensitivt reagerende, passivt med forsinkede reaktioner eller hyperaktivt impulsivt og med spise- og søvnproblemer

De observeres inden for mindst 1 af nedenstående nævnte områder:

1. Over- eller underreaktivitet over for støj eller høj- eller lavfrekvente lyde
2. Over- eller underreaktivitet over for stærkt lys eller nye og iøjnefaldende visuelle indtryk
3. Taktilt hypersensitiv/vægrende sig/undvigende berøring og/eller oral hypersensivitet
4. Oral-motoriske vanskeligheder (koordination, motorisk planlægning, oral taktil hypersensitivitet)
5. Underreaktivitet på berøring og smerte
6. Usikkerhed når ikke fysisk understøttet (tyngdeeffekt)
7. Over- eller underfølsomhed for lugte
8. Over- og underfølsomhed for temperatur

9. Svag muskeltonus og mangelfuld muskulær stabilitet
10. Kvalitative vanskeligheder ved motorisk planlægning
11. Kvalitative vanskeligheder ved at modulere motorisk aktivitet
12. Kvalitative vanskeligheder ved finmotoriske færdigheder
13. Kvalitative vanskeligheder ved auditiv sproglig forarbejdning
14. Kvalitative vanskeligheder ved artikulation
15. Kvalitative vanskeligheder visuospatiel forarbejdningsevne
16. Kvalitative vanskeligheder ved opmærksomhed og koncentration

Behandlingen af regulationsforstyrrelser:

- Rådgivning af forældrene, så de kan indrette barnets og familiens dagligdag under hensyntagen til barnets umodne regulation
- Afgrænsning af distraherende stimuli
- Placering i en god dagpleje (bedre end en vuggestue med mangerettede sansemæssige indtryk)
- Forældre instrueres i etablering af en rolig og velstruktureret døgnrytme for barnet
- Aflastning af forældre, hvis opgaverne overstiger deres ressourcer.

Prognosen siger at de fleste regulationsforstyrrelser aftager over tid.

Traumatisk stresstilstand (DC 0-3-kriterier)

Symptomer relateret til en enkeltstående begivenhed, en række af forbundne traumatiske begivenheder eller vedvarende stress:

1. Genoplevelse af traumet, kan give sig udtryk ved mindst 1 af følgende:
    a. Leg præget af temaer fra traumet (men uden bearbejdende karakter)
    b. Tilbagevendende genoplevelser af den traumatiske begivenhed uden for leg
    c. Gentagne mareridt
    d. Stærkt ubehag ved oplevelser, der minder om traumet
    e. Episoder med tegn på flashback eller dissociativ adfærd
2. Fastfrysning af mindst 1 af følgende udviklingsmæssige funktioner:
    a. Tiltagende social tilbagetrækning
    b. Begrænsning i det følelsesmæssige spektrum
    c. Midlertidigt tab af tidligere erhvervede udviklingsmæssige færdigheder
    d. Indskrænket leg (sammenlignet med før traumet)
3. Symptomer på ↑ alarmberedskab, mindst 1 af følgende:
    a. Natlige angstanfald
    b. Vanskeligheder ved at falde i søvn
    c. Gentagen opvågning
    d. Betydelige opmærksomhedsproblemer/↓ koncentration
    e. ↑ Vagtsomhed
    f. Overdreven forskrækket reaktion
4. Nytilkomne symptomer (mindst 1 af følgende)

a. Aggression rettet mod kammerater, voksne eller dyr
b. Separationsangst
c. Frygt for at gå på toilet alene
d. Frygt for mørke
e. Andre nye områder/emner barnet frygter
f. Selvdestruktiv eller masochistisk provokerende adfærd
g. Seksualiseret eller aggressiv adfærd
h. Andre nonverbale reaktioner f.eks. somatiske symptomer, hududslæt, smerter, motorisk geniscenesættelse af traumet, poseren eller ”skaben sig”

Behandling:

- Barnet sikres tryghed, omsorg og personkontinuitet
- Barnet beskyttes for yderligere traumatiserende oplevelser
- Rehabilitering af barnet
- Normalisering af barnets dagligdag som mål
- Behov for støtte ved konfrontationer med tidligere psykotraumatiske situationer.

Kapitel 6: Generelle udviklingsforstyrrelser

Ved forsinket udvikling forstås en signifikant forsinkelse i 2 eller flere væsentlige udviklingsområder:

- Grovmotoriske færdigheder
- Finmotoriske færdigheder,
- Kognitive færdigheder (opfattelse, viden, fornuftslutninger, problemløsning, intuition, kreativitet)
- Sprogforståelse, tale
- Personlig modenhed
- Sociale færdigheder
- Daglige aktiviteter

Hos børn < 6 år skal man som regel heller bruge betegnelse “udviklingsforstyrrelse” end “mental retardering”

Mental retardering (F70-79) er defineret som en IQ < 70, hvor IQ bedømmes ud fra standardiserede intelligenstests. Mental retardering er præget af at have forsinket udvikling både med hensyn til tale- og sprogudvikling, kognitiv kompetence og motoriske færdigheder.

- IQ < 70 (kognitiv funktion)
- Signifikante problemer mht. tilpasning på flere områder, målt med et skema
    - Hverdags aktiviteter
    - Kommunikation
    - Interpersonlige evner til samhandling
- Skal have startet som barn (< 18 år)

Det skal gennemføres en professionel vurdering af intelligens og adaptive færdigheder.

Klassifikation af mental retardering:

- F70: Mental retardering af lettere grad (IQ 50-69)
  Sædvanligvis indlæringsvanskeligheder i skolen. Som voksne kan mange arbejde og klare sig socialt.
- F71: Mental retardering af middelsvær grad (IQ 35-49)
  Barnet har udtalt udviklingsforstyrrelse i barndommen, men kan i vekslende grad lære at klare personlige fornødenheder. Behøver støtte for at klare sig i samfundet som voksen
- F72: Mental retardering af sværere grad (IQ 20-34)
  Behov for vedvarende støtte og hjælp
- F73: Mental retardering af sværeste grad (IQ < 20)
  Dybt retarderet. Kan ikke klare egne fornødenheder, kontinens, kommunikation eller motilitet. Kræver vedvarende pleje.

Inferioritas intellektualis (IQ 70-85) R41.8

Epidemiologi:

- Lettere grad 2-3 %:
  - Kontakt af normal karakter
  - Generelt forsinket, umoden udvikling
  - Dårlig koncentrationsevne
  - Frustration når krav > evner
- Sværeste grad 0,4 %:
  - Intet sprog

Mildere grad af retardering forekommer hos socialt depriverede børn. Kan ændres med tiden (rehabilitering, optræning)

I 1/3 af børn med mild og ½ af børn med svær mental retardering har en psykiatrisk diagnose. Hos dem med lettere grad → de emotionelle, adfærdsmæssige og hyperkinetiske forstyrrelser. Ved svær form → samme billede af de psykiatriske lidelser men i højere grad symptomer fra spektret af autistiske lidelser. En del har symptomer på kontaktforstyrrelser, stereotypier og social isolation. Ved svære mental retardering ses hyppigt selvbeskadigende adfærd, bl.a. rettet mod øjnene, bid i hænderne eller slag mod hovedet.

Atypisk infantil autisme optræder sammen med mental retardering, og er præget af stereotypier, pica F98.3, samt aggressiv og selvmutilerende adfærd. Hyperkinetisk forstyrrelse med koncentrations- og opmærksomhedsproblemer F90.0 optræder hyppigt komorbidt ved mental retardering.

Årsagsfaktorer kan identificere i < 50 % af tilfældene:

- Prænatale faktorer:
  - Kromosomforandringer – Downs syndrom og Fragilt X

    - Specifikke sygdomme/syndromer – Retts syndrom F84.2, Prader-Willi, Lesch-Nyhan, Hunter syndrom, tuberøs sklerose, neurofibromatose, Turners syndrom (X0), Klinefelters syndrom (XXY), XXX og XYY
    - Præ-/perinatal påvirkning – infektioner, iltmangel
- Perinatale faktorer:
    - Stofskiftesygdomme – fenylketonuri
    - Præ-/perinatal påvirkning – infektioner (toxoplasmose, rubella, CMV), alkoholmisbrug, for tidlig fødsel, fødselskomplikationer med iltmangel
- Postnatale faktorer:
    - Neuroinfektioner, traumer
    - Deprivation – manglende stimulation

Risikofaktorer hos mor:

- Alder < 16 eller > 35-40
- Beslægtethed med far
- Diabetes mellitus
- Alkoholisme
- Narkotika
- Nephrit, flebit, proteinuri, renal hypertension, thyroidealidelser
- Tidligere abort
- Dødfødsel
- Neonatal død
- Børn < 1500 gram
- Placentaløsning, og abnorm placenta spiller en rolle

Risikofaktorer hos barnet:

- Abnorm sutteevne
- Fødeindtagelse
- Gråd
- Misdannelser
- Asymmetri af ansigt og ekstremiteter
- Hyperbilirubinæmi
- Hypotoni
- Skader
- Iltbehov
- Forkert vægtøgning
- Underernæring
- Kramper
- Opkastning og feber

Cretin, male, aged twenty-one years. (Bourneville and Bricon.)

Mildere mental retardering er betinget af genetiske, miljømæssige og økonomiske faktorer.

Komorbiditet:

- Somatisk f.eks. epilepsi, cerebral parese, syn/hørelses problemer
- Psykiatrisk:
  - Sprogforstyrrelser
  - Emotionelle-, adfærds- og hyperkinetiske forstyrrelser
  - Psykosomatiske symptomer, tilknytningsforstyrrelser, autisme, psykoser (7-10 %)
  - Selvmutilerende adfærd: rettet mod øjne & hoved, bider hænder
  - Atypisk autisme F84.1: stereotypier, aggressiv/selvskadende adfærd, social isolation, pica F98.3

Differentialdiagnoser: tilknytningsforstyrrelse F94, ADHD, autisme, specifikke udviklingsforstyrrelser F80-82

Undersøgelse af barn med mental retardering:

- Anamnese: disposition, indavl, graviditet, fødsel, udvikling
- Somatisk: vægt/højde; syndrom? syn og hørelse; små fysiske anomalier; psykomotorisk, neurologisk og neuropsykiatrisk vurdering
- Paraklinisk: EEG, kromosom- og biokemisk screening, neuroradiologi
- Fagligt indlæringsniveau, psykiatrisk komorbiditet, følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer
- Familien: ressourcer til stimulation og udvikling

Test:

- Standardiserede tests for udvikling og færdigheder
- Vægt på beskrivelse af adaptive færdigheder
- Vægt på positive forhold i udviklingen og ressourcer

Hvilke test anvendes?

- Bayley III skalaer (udviklingsvurdering af spæd- og småbarn)
- Stanford-Binet skaler
- Wechsler intelligenstest (WIPPSI, WISC og WAIS)

Behandling:

- Psykoedukation til familie: forståelse/accept af handikap, evt. krisebehandling, genetisk rådgivning
- Vidtgående undervisningsstøtte: specialdaginstitutioner/klasser/skoler
- Adfærdsterapi, specialpædagogik, psykoterapi

- Medikamentel behandling ved komplicerende medicinske eller psykiatriske lidelser: f.eks. epilepsi eller udtalt aggressiv adfærd, hyperkinetisk forstyrrelse, voldsomme stereotypier og selvmutilerende adfærd
- Aflastning af forældre med børn med svær mental retardering i form af institution eller plejefamilie, døgnanbringelse

Forebyggelse

- Levestandard, præ-/postnatal omsorg og diagnostik, vaccinationer
- Tidlig screening: PKU, hypothyreosis cong, galaktosemi
- Tilførsel af enzymproducerende celler (transplantation)

Kapitel 7: Infantil autisme og andre gennemgribende udviklingsforstyrrelser

Autisme nedarves og optræder med ↑ frekvens i familier:

- Genetisk - multiple interagerende gener – bidrager med 90 % af ætiologien:
    - Defekter i cellemigration
    - Defekter i synaptogenesis
- Neurokemisk ubalance
- Afvigelser i hjernestruktur
- Neuropsykologisk afvigelse
- Afvigende adfærd
- Den arvelige fænotype spænder fra klassisk autisme til variation inden for det normale
    - Det sære barn søger social kontakt på ukritisk, sær facon
    - ”Glasklokke barnet” er tilsyneladende ikke interesseret i kontakt, ”i sin egen verden”, evt. hyperaktiv
    - Det passive barn er ikke aktivt kontakt søgende, virker langsom og passiv
- Søskende til infantil autist: 3 % risiko for infantil autisme, 10-20 % risiko for mildere variant

Adfærd ofte forstyrret ved autismespektrum

- Egocentrisk syn på verden
- Kontakt og samspil på egne præmisser
- Vanskeligheder ved indlevelse
- Manglende situationsfornemmelse
- Manglende forståelse for sociale regler
- Hypersensibilitet for stimuli
- Stress i sociale situationer
    - Aggressiv, urolig adfærd

Kormobiditet til autisme:

- Opmærksomhedsforstyrrelse / ADHD-symptomer
- Mental retardering F70-79
- Tourettes Syndrom F95.2
- Tvangssymptomer / OCD F42
- Adfærdssymptomer / adfærdsforstyrrelser F91
- Affektive lidelser F30-39
- Angstsymptomer F93.0-F93.2
- Epilepsi
- Kromosomforstyrrelser

Infantil autisme – F84.0

Hyppighed: 4-5/100.000. Kønsratio D:P 4-5:1, dog pigerne mere belastede af tilstanden end drenge.

Diagnostiske kriterier:

A. Forstyrret udvikling, som manifesterer sig før 3-års alderen inden for mindst 1 af følgende områder:
   1. Impressivt eller ekspressivt sprog
   2. Udvikling af selektiv social tilknytning eller evne til socialt samspil
   3. Funktionel eller symbolsk leg

B. Mindst 6 af følgende symptomer, hvoraf mindst 2 fra 1 og mindst 1 fra både 2 og 3:
   1. Afvigende socialt samspil med hensyn til – kardinalsymptomet:
      a. Blikkontakt, mimik, kropsholdning, gestikulation
      b. Udvikling af fælles interesser, aktiviteter og emotioner med jævnaldrende
      c. Emotionelt respons, situationsfornemmelse eller integration af social, emotionel og kommunikativ adfærd
      d. Spontan delagtiggørelse af andre i fornøjelser, interesser eller aktiviteter
   2. Kvalitativt afvigende kommunikation med hensyn til:
      a. Talesprog, som mangler eller er tilbagestående, uden forsøg på at kompensere herfor ved mimik eller gestikulation
      b. Evne til spontan samtale
      c. Brug af ord og sætninger, som er stereotype, repetitive eller idiosynkratiske
      d. Spontan deltagelse i varieret ”som om” leg eller for de yngste social imitationsleg
   3. Indsnævrede, repetitive og stereotype adfærds, interesse- og aktivitetsmønstre med mindst 1 af følgende:
      a. Udtalt optagethed af 1 eller flere stereotype, indsnævrede interesser, afvigende mht. indhold eller fokus eller
         Optagethed af 1 eller flere interesser, afvigende med hensyn til intensitet og afgrænsning, men ikke indhold eller fokus
      b. Tvangspræget fastholden ved specifikke, formålsløse rutiner eller ritualer

c. Stereotype, repetitive motoriske manerer, omfattende hånd- og fingerbasken eller -vriden, eller komplekse kropsbevægelser
d. Optagethed af delelementer eller detaljer uden funktionel betydning så som legetøjets lugt, konsistens, berøringsfornemmelse eller lyde

C. Forklares ikke ved skizofreni F20, specifik forstyrrelse af sprogopfattelsen F80.2, eller tilknytningsforstyrrelser F94.1-F94.2

Typisk infantil autisme erkendes oftest i de første leveår:

- Debut < 3-års alderen
- Uinteresseret i kontakt med forældrene (mangel på gensidighed i kontakten)
- Kvalitativ forstyrrelse i gensidigt socialt samspil
    - Blikkontakt, mimik, gestikulation
    - Udvikling af fælles interesser og aktiviteter med jævnaldrende
    - Emotionelt respons og situationsfornemmelse
    - Spontan involvering af andre i interesser og fornøjelser
- Et påfaldende impressivt eller ekspressivt sprog
- Ingen interesse for spontan dialog
- Specifikke sproglige udviklingsforstyrrelser – f.eks. trækker forældrene hen imod de ting, de er interesserede i, generelt søger at udtrykke deres ønsker på en non-verbal måde
- Sproget med ofte ord og sætninger, som forekommer stereotype, gentagne og en speciel privat mening
- Ekkolali, dvs. de gentager hvad andre har sagt i stedet for f.eks. at svare på spørgsmål.
- Indsnævrede, gentagne og stereotype adfærdsmønstre og interesser
- Optaget af tal eller remser og eksempelvis stereotypt gentagne alle menneskers navne og fødselsdata
- Svært ved ansigt og andre kendetegn i forbindelse med navne og data
- Mangler evne til at indgå i socialt samspil – en manglende evne til indlevelse i andre mennesker, såvel på det intellektuelle som det emotionelle plan, samt en manglende evne til at indrette sig intuitivt efter en bestemt social situation. Betegnes som mangel på mentaliseringsevne, dvs. manglende evne til at forestille sig hvad andre tænker og føler.

Differentialdiagnoser:

- Mental retardering F70-79
- Atypisk autisme F84.1
- Sansedefekter (døvhed/stumhed)
- Specifikke udviklingsforstyrrelser F80.1-F80.2
- Skizofreni F20

Behandling – individualiseret:

- At fremme den kognitive udvikling
- At udvikle sprogforståelse
- At udvikle anvendelse af sproget

- At fremme den sociale udvikling
- At fremme det generelle barns funktionsniveau
- Rådgivning, information/vejledning til forældre, lærere og andre professionelle
- Afpasset/struktureret pædagogik – specialpædagogik
- Stillingtagen til skoleplacering – specialundervisning
- Stillingtagen til medikamentel behandling neuroleptika (ofte kun i perioder) – ved forværring i impulsivitet og ritualiserede stereotypier, i perioder med udtalt angst og kaotiske og psykoselignende symptomer eller tvangsmæssig og selvbeskadigende adfærd. Clomipramin eller SSRI-præparater. Ved selvbeskadigende adfærd naltrexon (opiatantagonister)

Atypisk autisme – F84.1

Denne afviger fra infantil autisme ved at debutere senere eller ved at der ikke optræder forstyrrelser fra alle de 3 områder, som er karakteristiske for infantil autisme F84.0: afvigende socialt samspil, afvigende kommunikation, samt repetitive og stereotype interesser eller adfærd. Atypisk autisme ses ofte ved dyb mental retardering F73 eller svær impressiv sprogforstyrrelse F80.2.

Årsager – genetiske faktorer

Neuroanatomi – tyder på abnormiteter i det limbiske system og cerebellum

MR-skanning – en ufuldstændig udvikling af det neurale netværk i frontale og parietale associationscentre i cortex (centre, som er involveret i informationsbearbejdning).

Retts syndrom – F84.2

En ekstrem sjælden tilstand (disintegrativ) hos piger. Efter normal tidlig udvikling indtræder der delvist eller fuldstændigt tab af taleevne, gangfærdighed og evnen til at bruge hænderne, samtidig med at kraniets vækst aftager. Pigen mister interessen for omverdenen, udvikler specielle håndbevægelser (bruger hænderne ikke meningsfuldt), der ligner vaskebevægelser samt håndvridende stereotypier og hyperventilation. Neurologiske problemer i form af epilepsi og ataksi støder til, og choreatoide bevægelser følger hyppigt. Tilstanden ender i dyb mental retardering.

Disintegrativ forstyrrelse i barndommen – diagnostiske kriterier:

A. Normal udvikling indtil 2 års alderen med hertil svarende færdigheder med hensyn til kommunikation, socialt samspil, leg og adaptiv adfærd
B. Tab af erhvervede færdigheder inden for mindst 2 af følgende:
    1. Ekspressivt eller impressivt sprog
    2. Leg
    3. Sociale færdigheder eller adaptiv adfærd
    4. Sfinkterkontrol
    5. Motoriske færdigheder
C. Abnorm social funktion inden for mindst 2 af følgende:

1. Socialt samspil (som ved infantil autisme F84.0)
2. Kommunikation som ved infantil autisme (B1 ved infantil autisme)
3. Begrænsede, repetitive og stereotype mønstre for adfærd, interesse og aktiviteter med motoriske stereotypier og manerer (infantil autisme B3)
4. Tab af interesse for genstande og omgivelserne

D. Skyldes ikke skizofreni F20, epileptiske afasi F80.3, andre gennemgribende udviklingsforstyrrelser F84.0-2 eller elektiv mutisme F94.0

Hyperaktivitetsforstyrrelse med mental retardering og bevægelsesstereotypier – F84.4

A. Udtalt motorisk hyperaktivitet med mere end 2 af følgende:
   1. Vedvarende motorisk uro (hoppen, omkringfaren)
   2. Vanskelighed ved at sidde stille i mere end få sekunder
   3. Excessiv hyperaktivitet
   4. Hurtigt skiftende aktiviteter

B. Repetitiv og stereotyp adfærd med mere end 1 af følgende
   1. Repetitive motoriske manerer
   2. Repetitive, formålsløse aktiviteter eller ritualer
   3. Repetitive selvskadende handlinger

C. IQ < 50

D. Bevaret socialt samspil mht. > 3 af følgende:
   1. Blikkontakt, mimik og kropssprog
   2. Fælles interesser og aktiviteter med jævnalderende
   3. Henvendelser til andre for trøst og opmærksomhed
   4. Evne til at dele fornøjelser og glæder med andre

E. Opfylder ikke kriterier for F84.0, F84.1 og F84.3 eller F90

Udredning/undersøgelser:

- Anamnese
- Observation
- Systematisk diagnostisk interview
  - Kernesymptomer
  - Udviklingsanamnese (ADI)
  - Co-morbiditet
- Psykologisk undersøgelse
  - Kognitiv test (begavelse)
- Struktureret observation
  - ADOS
- Somatisk vurdering

Behandling:

- Speciel pædagogik

- Psykoedukation og støtte
- Adfærdstræning
- Netværk
- Aflastning
- Medicinsk behandling af associerede symptomer

Aspergers syndrom – F84.5

Aspergers syndrom karakteriseres ved de samme forstyrrelser af det sociale samspil som infantil autisme, og et begrænset, stereotypt og repetitivt repertoire af interesser og aktiviteter. Der ses ikke generel forsinkelse eller hæmning af den sproglige og kognitive udvikling. Motorisk klodsethed ses ofte. Psykotiske episoder kan optræde i ungdom eller tidlig voksenalder. Tilstanden ses hyppigere hos drenge.

Diagnostiske kriterier:

A. Ingen forsinkelse af impressivt F80.2 eller ekspressivt sprog F80.1
B. Kvalitativt afvigende socialt samspil som ved infantil autisme F84.0
C. Indsnævret, repetitiv, stereotyp adfærd som ved infantil autisme eller usædvanligt intense særinteresser
D. Skyldes ikke andre lidelser eller tilstande (f.eks. F20, F21, F42, F60.5, F84.0-4, F94.1-2)

Karakteristika:

- Uden forstyrrelse af kognitiv udvikling – normal intelligens og fravær af hukommelsesvanskeligheder
- Kvalitativ forstyrrelse i social interaktion – vanskeligheder med at udvikle kammeratkontakter. Manglende social og emotionel gensidighed. Kontakt og samspil på egne præmisser. Manglende situationsfornemmelse. Manglende forståelse for sociale regler
- Vanebunden påfaldende adfærd – evt. ritualiseret adfærd. Kan reagere med stor modstand mod selv små ændringer og reagerer panikagtigt, kaotisk eller aggressivt
- Særinteresser, men uden forstyrrelse af kognitiv udvikling
- Skizofreni er ikke til stede
- Alderssvarende funktioner
- Manglende forståelse for de kommunikative aspekter i sproget (gammelklogt og kancelliagtigt, stift, monoton stemmeføring og manglende forståelse for ironi, og dobbelttydninger). Svært ved at aflæse andre menneskers mentale status og danne sig forestillinger om andre menneskers tanker og følelser. Svært ved at aflæse mimik og ansigtssprog og vurdere om et andet menneske ser vred eller glad ud, svært ved at graduere fysisk kontakt. De motoriske kluntede, og præget af en stiv, uafslappet gang
- Særligt sårbare over for stress
- Udvise kaotiske reaktioner og i takt med erkendelsen af egne problemer få perioder præget af ringe selvtillid, depressivitet, selvmordstanker og måske endda selvmordsforsøg.

Differentialdiagnoser:

- Skizoid personlighedsforstyrrelse F60.1
- Tvangsprægede personlighedsforstyrrelse F60.5

- Adfærdsforstyrrelser F91
- Obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD) F42
- Infantil autisme F84.0

Årsagsfaktorer:

- Fragilt X-kromosomforstyrrelse
- ↓ Funktion af skjoldbruskkirtlen
- Såkaldte neurokutane sygdomme

Kapitel 8: Specifikke udviklingsforstyrrelser

Specifikke psykiske udviklingsforstyrrelser karakteriseres ved:

- Manifestation i barndommen
- Mangelfuld eller forsinket udvikling af funktioner, som er relateret til den biologiske modning af centralnervesystemet
    - Sprog F80
    - Perception
    - Motorisk koordination F82
    - Indlæring F81
- Et kontinuerligt forløb uden tilbøjelighed til remission eller tilbagefald, som er typisk for psykiske lidelser i øvrigt
- Manglefuld/forsinket udvikling relateret til CNS biologiske modning
- Drenge:piger = 4:1

Forsinkelse/forstyrrelse af sprogudvikling fra tidlig barndom. Tilskrives ikke alene af: neurologisk sygdom, anatomiske ændringer i taleapparatet, sansedefekter, MR eller miljø:

- Dysartri – artikulationsforstyrrelse – F80.0
- Ekspressiv dysfasi – forstyrrelse af sproglig udtryksevne – F.80.1
- Impressiv dysfagi – forstyrrelse af sprogforståelse – F80.2
- Epileptisk afasi – Landau-Kleffners syndrom (sjælden) – F80.3
- Tilbagestående sproglig udtryksevne med alderssvarende sprogopfattelse – F80.8
- Andre – stammen, læspan
- Indlæringsforstyrrelser
    - Specifik læseforstyrrelse – dysleksi (ordblindhed) – F81.0
    - Specifik staveforstyrrelse – F81.1
    - Specifik regnevanskelighed (dyskalkuli) – F81.2
- Forstyrrelser af motorisk koordination – F82
    - Dyspraksi
    - Fumler-tumler syndrom

- Motorisk-perceptuel forstyrrelse (DAMP) – f.eks. vanskeligheder ved at lave puslespil og ved at orientere sig. Fin- og grovmotoriske vanskeligheder hæmmer dem i den sociale udfoldelse. Fremtræder langsomme, fummelfingrede og klodsede, hvilket vækker omgivelsernes irritation og ↑ børnenes selvusikkerhed. De har ↑ risiko for emotionelle problemer og adfærdsmæssige problemer, ikke mindst ved samtidig opmærksomhedsproblemer og indlæringsvanskeligheder.

- Blandede udviklingsforstyrrelser – F83

Klinik:

- Få ord uden sætninger hos normalbegavet og sprogopfattende 2-3-årig
- Let at misforstå
- Gensidighed og kommunikation til stede i ikke-sproglige sammenhænge

Komorbiditet:

- Emotionelle- og adfærdsforstyrrelser
- Motoriske-, opmærksomheds- og indlæringsproblemer

Ætiologi:

- Genetiske dispositioner og miljø med begrænset kommunikation/stimulation

Behandling:

- Forståelse/støtte i alle miljøer
- Intensiv sprogstimulation (udtryksevne), talepædagogisk behandling
- Obs. for komorbiditet

Kapitel 9: Hyperkinetiske forstyrrelser

Disse forstyrrelser er karakteriseret:

- Debut inden det 5 år
- Mangel på vedholdenhed i aktiviteter, som kræver udfoldelse af kognitive funktioner
- Tendens til at skifte fra den ene aktivitet til den anden uden at gøre noget færdigt
- Desorganiserede og ustyrlige aktiviteter
- Mangler omtanke
- Impulsive og tilbøjelige til at komme galt af sted
- Disciplinære vanskeligheder pga. tankeløse brud på normer og regler
- Kognitive forstyrrelser
- Specifikke motoriske og sproglige udviklingsforstyrrelser

Kriterier for at stille diagnosen:

- Opmærksomhedsforstyrrelse

- Hyperaktivitet
- Impulsivitet
- Symptomernes inden det 7. år
- Forstyrrelserne optræder i flere forskellige situationer
- Andre mulige årsager udelukket

Symptomer & klinik:

- Fremtræder forvirret og letafledeligt
- Præget af perceptuelle problemer
- Trods normal begavelse betydelige indlæringsvanskeligheder i skolen
- Forsinket udvikling af sprog og tale, og ikke sjældent læsevanskeligheder
- Vanskeligheder med planlægning og overblik
- Svær ved at styre sit temperament og får hyppige raserianfald
- Let komme i slagsmål og ringe forståelse for sin egen andel i konflikter
- Udvikling i retning af direkte antisocial adfærd med handlinger som tyveri og hærværk

På længere sigt:

- Hyppigt nederlagspræget
- Oplevelse af at være uduelig og utilstrækkelig i mange sammenhænge
- Angstprægede reaktioner – urolig og afbrudt nattesøvn og natlige mareridt
- Overfølsom for sansepåvirkninger i form af lys, lyd, lugt og berøring
- Noget af stereotyp og persevererende adfærd
- Kraftig reaktion på brud på de daglige rutiner

Diagnostiske kriterier – hyperkinetiske forstyrrelser (F90)

A. Opmærksomhedsforstyrrelse gennem mindst 6 måneder med mindst 6 af følgende:
    1. Kan ikke fæstne opmærksomheden ved detaljer, laver skødesløse fejl
    2. Kan ikke fastholde opmærksomheden ved opgaver eller leg
    3. Synes ikke at høre, hvad der bliver sagt
    4. Kan ikke følge instrukser eller fuldføre opgaver
    5. Kan ikke tilrettelægge arbejde eller aktiviteter
    6. Undgår eller afskyr opgaver, som kræver vedholdende opmærksomhed
    7. Mister blyanter, bøger, legetøj eller ting, som er nødvendige for at udføre opgaver og aktiviteter
    8. Lader sig let distrahere af ydre stimuli
    9. Er glemsom i forbindelse med dagligdagsaktiviteter

B. Hyperaktivitet gennem mindst 6 måneder med mindst 3 af følgende:
    1. Uro i hænder eller fødder, sidder uroligt
    2. Forlader sin plads i klassen eller ved bordet
    3. Løber, klatrer, farer omkring på utilpasset måde
    4. Støjende adfærd ved leg, har vanskeligt ved at være stille

5. Excessiv motorisk aktivitet, som ikke lader sig styre

C. Impulsivitet gennem mindst 6 måneder med mindst 1 af følgende
   1. Svarer før spørgsmål er afsluttet
   2. Kan ikke vente på at det bliver deres tur
   3. Afbryder eller maser sig på
   4. Taler for meget, uden situationsfornemmelse

D. Begyndelsesalder < 7 år

E. Forstyrrelserne optræder i flere forskellige situationer, f.eks. både i skolen og hjemmet, såvel som ved klinisk undersøgelse

F. Forstyrrelserne forårsager betydelige vanskeligheder eller vanskeliggør sociale, skole- og beskæftigelsesmæssige funktioner

G. Skyldes ikke affektive lidelser (F30-F39), angsttilstande (F40-41) og opfylder ikke kriterierne for F84

Differentialdiagnoser:

- Dårlig trivsel/tilpasning i skolen
- Dårlige sociale forhold
- Primær adfærdsforstyrrelse
- Angsttilstande
- Mani (sjældent optrædende hos børn)
- Normal adfærd for alderen

Komorbiditet:

- Adfærdsforstyrrelser enten i form af oppositionel eller egentlig antisocial adfærd
  - Kan være et resultat af ↓ impulskontrol
  - En følge af nederlag og skuffelser
- Vanskeligheder ved social omgang
  - Pga. impulsivitet
  - Vanskeligheder ved at tolke sociale signaler
  - Vanskeligheder ved at forstå eller leve sig ind i andre tankegang og følelser
- Empatiforstyrrede
  - Mangler evne til indlevelse
- Tourettes syndrom F95.2
- OCD F42
- Angsttilstande
- Depression – depressiv adfærdsforstyrrelse – præget af udadrettede negativt betonede adfærd

Kriterium:

- Udtalt forstyrrelse af opmærksomhed med hyperaktivitet og impulsforstyrrelse < 7-års alderen
- I alle tilfælde gælder:
  - Optræder i 1 eller flere situationer

    - ↓ Social og skoleindlæringsmæssig funktion
    - Ingen psykotiske symptomer
    - Ingen tegn på gennemgribende udviklingsforstyrrelse
    - Ingen depression eller angsttilstand, som kan forklare symptomerne
    - Ingen personlighedsforstyrrelse, som kan forklare symptomerne
    - Ingen fysiske symptomer til stede, som kan forklare problemerne
- I de fleste tilfælde gælder:
    - Optræder hyppigst hos drenge
    - Familiær optræden af hyperkinetisk forstyrrelse
    - Hyppige aggressive reaktioner
    - Samtidig adfærdsforstyrrelse
    - Ofte depressive symptomer
    - ↓ Gennemstrømning af frontallapperne og corpus striatum på PET-scanning
    - Abnormt EEG

Årsagsfaktorer:

- CNS-påvirkning interuterint
- Studier viser dysfunktion af frontallapperne (hypofrontalitet):
    - Frontallapsregionen er center for styring af målrettet adfærd og planlægning, og ↓ funktion her medfører ↑ impulsivitet samt ↓ evne til refleksion.
    - Regulering og fastholdelse af opmærksomhed er afhængig af interaktionen mellem forskellige dele af hjernen:
        - Det retikulære aktiveringssystem i hjernestammen → regulerer arousalniveauet
        - Perceptionscentre
        - Frontale centre → planlægning og evne til at hæmme lystimpulser
- CNS-neurotranssmittere
- Genetiske forhold
- Ingen mistanke om allergier eller forekomst af tilsætningsstoffer i fødemidler
- Prænatale faktorer:
    - Alkoholoverforbrug under graviditeten
    - Tobaksrygning under graviditeten
    - Perinatale komplikationer som f.eks. anoxi

Behandling:

- Rådgivning/vejledning af forældre, lærere og pædagoger
- Psykoedukation (undervisning om tilstanden) både i forhold til forældre, lærere og pædagoger
- Evt. speciel støtte i undervisning
- Stillingtagen til individuel, støttende terapi
- Stillingtagen til medikamentel behandling og lægemidler er følgende:
    - Centralstimulantia (Ritalin® eller Dexamfetamin®)

Centralstimulantia fungerer som dopaminagonister og øger koncentrationsevnen. Effekt hos 2/3 af børn med hyperkinetiske forstyrrelser. Virker efter 20 minutter og effekten aftager efter 2-4 timer. De længerevarende præparater (f.eks. Ritalin Uno® eller concerta®) har også en hurtig indsættende virkning med effekt over 6 timer. Fordelen ved langtidsvirkende præparater er en mere jævn dosering i løbet af dagen med en bedre effekt.

- Ikke-centralstimulantia (f.eks. Strattera® (atomoxetin) – stoffet virker via det noradrenerge system (noradrenerg reuptakehæmmer), maksimale effekt opnås efter 6-10 uger, dosis optrappes over min. 1-2 uger. Doseres 1-2 gange dagligt. Den er mindre effektiv end centralstimulerende medicin. Den forværrer ikke komorbid tics, depression, og bør overvejes frem for centralstimulerende medicin ved aktuelt misbrug af rusmidler eller alkohol. CAVA hjertekarsygdomme.
- Bivirkninger:
    - Appetitløshed
    - Mavepine
    - Søvnforstyrrelser – centralstimulerende
    - Forværring eller udløsning af tics – centralstimulerende
    - Tristhed/depression
    - Risiko for misbrug/psykose – centralstimulerende
    - Hovedpine
    - Let øgning af blodtryk og puls
    - Let perifer vasokonstriktion
    - Ændring af højde / vægt-kurve
    - Døsighed – ikke-centralstimulantia
    - Vredladen adfærd – ikke-centralstimulantia

Prognose:

- 1/3 til ½ af børn med hyperkinetisk forstyrrelse har fortsat problemer som voksne i form af indre uro, rastløshed og spænding samt koncentrationsproblemer. Hyperaktiviteten forsvinder ofte med alderen.
- Den voksne med opmærksomhedsforstyrrelse vil have vanskeligt ved at holde på sit job og vanskeligheder ved at udsætte sine egne behov og ved langtidsplanlægning.
- Komorbid adfærdsforstyrrelse indebærer den dårligste prognose, herunder især risiko for udvikling af misbrug og kriminalitet

Komorbiditet:

- Over 50%: Adfærdsforstyrrelser, søvnforstyrrelser
- Til og med 50%: Specifikke indlæringsforstyrrelser, angst, motorisk- udviklingsforstyrrelser
- Til og med 20%: Tics, depression
- Ikke hyppige: Autismespektrum, mental retardering

Kapitel 10: Tilknytningsforstyrrelser

Reaktiv tilknytningsforstyrrelse – diagnostiske kriterier

A. Begyndelsesalder < det 5. år
B. Modstridende eller ambivalente reaktioner i forskellige sociale situationer
C. Emotionelle forstyrrelser, som kan vise sig ved mangel på emotionelt respons og ved tilbagetrækning
D. Aggressivitet rettet indad eller mod andre ved kontakt, eller ængstelig vagtsomhed
E. Nogen evne til socialt samspil og adækvate reaktioner over for normale voksne
F. Opfylder ikke kriterierne for gennemgribende udviklingsforstyrrelser

Reaktiv tilknytningsforstyrrelse/inhibited reactive attachment disorder F94.1

- Debut < det 5. år
- Vedvarende afvigelse i barnets tilknytning
- Ledsagende emotionelle vanskeligheder

Tilstanden betragtes som påvirkelig af miljøforandringer og derfor potentielt reversibel. Prævalens: 0,9 %

Klinik:

- Emotionel og kontaktmæssig tilbagetrækning – ses i direkte tilslutning til *omsorgssvigt*
- Fysiske trivselsproblemer/non organic failure to thrive (NOFT) – udsat for fysisk vanrøgt og mishandling
- Reaktioner på kontakt: apati eller anspændt vagtsomhed
- Urolig og irritabelt – efter psykisk omsorgssvigt. Ved kontakt svært at trøste og præget af usikkerhed eller ambivalens
- At stivne og trække sig ved fysisk berøring

Komorbiditet:

- Legemlige trivselsforstyrrelser
- NOFT
- Forsinket sproglig og generel psykomotorisk udvikling og emotionelle forstyrrelser: depression + angsttilstande

Differentialdiagnoser:

- Opmærksomhedsforstyrrelser med perceptuelle vanskeligheder og hyperaktivitet
- Generelle udviklingsforstyrrelser, herunder mental retardering

Årsagsfaktorer:

- Omsorgsfattigt miljø
- Forældre med mangelfuldt netværk
- Født med fysisk eller kognitive handikap f.eks. føtalt alkoholsyndrom eller følger efter intrauterin væksthæmning

Behandling:

- At sikre stabil omsorg
- Adækvate tilknytningsmuligheder
- Placering i professionel familiepleje eller i mindre socialpædagogisk institution

Uselektiv, uhæmmet tilknytnings- eller kontaktform F94.2

Disinhibited attachment disorder er defineret ved afvigende socialt funktionsmønster, som er opstået inden det 5. år, og har tilbøjeligt til at persistere uanset miljøændringer. Forstyrrelserne er karakteriseret ved en diffus, uselektiv kontaktform, uden fornemmelse for andres behov, opmærksomhedssøgende adfærd, ukritisk selskabelighed og et unuanceret forhold til jævnaldrende samt eventuelt emotionelt og adfærdsmæssige forstyrrelser.

Klinik:

- Rastløst, ukoncentreret og let til frustration
- Søgen efter nye oplevelser, men hurtigt tab af interessen
- Manglende vedholdenhed og evne til at fordybe sig
- Dominerende eller konfliktskabende sammen med andre børn
- Sjældne gensidige venskaber
- Præget generelt af tristhed

På grund af deres uhæmmede og ukritiske kontaktform og manglende sociale fornemmelse, er disse børn i særlig risiko for negativ kontakt og for at blive udnyttet seksuelt.

Diagnostiske kriterier:

A. Vedvarende tendens til diffust uselekterede tilknytninger gennem de første 5 leveår, og
    1. Normal trang til at søge trøst, men
    2. Trøst søges ukritisk, uselekteret
B. Socialt samspil med fremmede er umoduleret
C. Mere end 1 af følgende:
    1. Klæbende adfærd i tidligste barndom
    2. Opmærksomhedssøgende adfærd og ukritisk venskabelig adfærd i første og midterst del af barndommen
D. Mangel på situationstilpasning

Differentialdiagnoser:

- *Infantil autisme og Aspergers syndrom* – adskiller sig fra tilknytningsforstyrrelser ved kvalitative afvigelser i kontakt og kommunikation og ved forekomst af sproglige forstyrrelser og bizarre adfærdstræk
- *Mental retardering* – adskiller sig fra tilknytningsforstyrrelser ved generet både psykisk og motorisk udviklingsforsinkelse, der ikke remitterer ved miljømæssig stimulation og omsorg

- *Depressive reaktioner hos småbørn* – adskillelse fra person, de primært er tilknyttet, og kan have symptomlighed med tilknytningsforstyrrelser, præget af apati og manglende trivsel. Tilstanden remitterer ved reetablering af omsorg, tilknytning og kontakt, typisk ved genforening med moderen eller ved etablering af en alternativ mor/barn-tilknytning
- *Opmærksomhedsforstyrrelser med hyperaktivitet* – adskiller sig fra tilknytningsforstyrrelser ved primær tilknytning og selektiv kontaktevne.

Årsagsfaktorer:
- Mangelfuld omsorg
- Ustabile tilknytningsmuligheder
- Skiftende omsorgspersoner
- Langvarige eller skiftende døgninstitutionsophold

Behandling:
- At behandle komorbide kognitive vanskeligheder og forstyrrelser af aktivitet og opmærksomhed ved psykoedukativ rådgivning til barnets pædagoger eller pleje-/adoptivforældre
- Specialpædagogik og specialundervisning.
- Miljøterapeutisk social træning
- Miljøterapeutisk støtte – emotionelle problemer, først og fremmest depressive adfærdsproblemer

Kapitel 11: Adfærdsforstyrrelser

Karakteriseret ved et gentagen og vedvarende mønster af dyssocial, aggressiv og trodsig adfærd som krænker andres rettigheder eller viser klare brud på sociale forventninger og normer for alderen.

Diagnostiske kriterier (F91):

A. Adfærdsforstyrrelse gennem mindst 6 måneder med gentagen og vedvarende adfærd, som krænker andres basale rettigheder, væsentlige samfundsnormer eller regler, med flere af følgende:
    1. Raserianfald
    2. Trættelyst
    3. Lydighedsnægtelse
    4. Provokerende adfærd
    5. Udadprojicerende holdning
    6. Irritabilitet
    7. Vredeagtighed
    8. Hævngerrighed
    9. Løgnagtighed
    10. Slagsmålstilbøjelighed
    11. Anvendelse af farlige våben
    12. Natlig udebliven (< 13 år)

13. Fysisk grusomhed mod andre
14. Grusomhed mod dyr
15. Hærværk
16. Ildspåsættelse
17. Tyveri
18. Skulken
19. Vagabondering
20. Røveriforsøg
21. Seksuel tvang
22. Terrorisering
23. Indbrud

Punkterne 11, 13-15, 16, 20, 21-23 behøver kun at forekomme en enkelt gang

B. Skyldes ikke andre psykiske lidelser eller tilstande (F20, F30-39, F60.2, F84-, F90-)

Kan inddeles efter begyndelsesalder. Begyndelse i barndommen, men mindst et adfærdsproblem før 10-års alderen. Begyndelse i adolescensen, ingen adfærdsproblemer før 10-års alderen

Kan vurderes yderligere med hensyn til:

- Hyperaktivitet
- Emotionelle forstyrrelser
- Sværhedsgrad
    - Let: kun få adfærdsproblemer ud over de krævede og kun til mindre gene for andre
    - Moderat: intermediær mellem let og svær
    - Svær: mange adfærdsproblemer eller adfærdsproblemer, der medfører skade for andre

Kardinalsymptomer: (voksne patienter)

- Manglende ansvarsfølelse
- Afviser bebrejdelser om at have gjort noget galt
- Lyver og snyder
- Affekt fattigdom
- Manglende selvindsigt
- Lærer ikke af erfaringer
- Selvcentreret der vanskeliggør evnen til at elske
- Føler skam, fortrydelse, ydmygelse
- Manglende målrettethed – kaotisk levevis

Ætiologi:

- Arv og miljø
    - Tvillinge-undersøgelser viser at både genetisk arv og fælles miljø har indflydelse
- Kognitive vanskeligheder og ”vanskeligt temperament” → flere negative forældre reaktioner
- Specielt ved psykiske/personlighedsmæssige problemer hos forældre → negative spiral

    - Fysisk + psykisk afstraffelse
- Skoleforhold
    - Dårligt organiserede, uengageret personale, ↑ elev/lærer flow
- Boligforhold
    - Miljø med kriminalitet, misbrug, psykisk sygdom

Adfærdsforstyrrelser hos børn og unge:

- *Adfærdsforstyrrelser begrænset til familien F91.0* – dysfunktion og aggressiv adfærd, som går ud over oppositionelle og trodsige reaktioner. Uden fornemmelse eller respekt for de sociale regler i familien. Diagnosen forudsætter mindst 3 alvorlige adfærdsproblemer, som er nævnt ved cifrene 9-23 under diagnostiske kriterier. Problemerne omfatter tyveri, ildspåsættelse, hærværk, fysisk grusomhed mod andre eller grusomhed mod dyr, foruden aggressiv adfærd med slagsmålstilbøjelighed.
- *Usocialiseret adfærdsforstyrrelse F91.1* – isolerede og upopulære og fremtræder ensomme og afvigende uden venner. Dårligste prognose. Karakteriseret ved omfattende forstyrrelser i tilknytning og familiær kommunikation op igennem barndommen.
- *Socialiseret adfærdsforstyrrelse F91.2* – en negativ social funktion, men forbundet med social accept og prestige f.eks. i ungdomsbander. Tilbøjelighed til slagsmål, brug af farlige våben, hærværk, tyveri og røveriforsøg
- *Oppositionel adfærdsforstyrrelse F91.3* – udtalt trodspræget adfærd med lydighedsnægtende og generelt præget af en fjendtlig attitude, alt opfattes som negative og frustrerende i omgivelserne, gennem flere år præget af irritabilitet og raserianfald, provokerende adfærd og vredeagtighed.
- *Blandet adfærds- og emotionel forstyrrelse F92* – adfærdsforstyrrelser med udtalte symptomer på depression, angst eller andre emotionelle forstyrrelser
- *Depressiv adfærdsforstyrrelse F92.2* – vedvarende og udtalt nedtrykthed f.eks. udtalt ulykkelighed, tab af interesse for og glæde ved sædvanlige aktiviteter, selvbebrejdelser og håbløshedsfølelse
- *Hyperkinetisk adfærdsforstyrrelse F90.1* – beskrevet tidligere ☺
- *Andre blandede adfærdsmæssige og følelsesmæssige forstyrrelser F92.8* – vedvarende og udtalte emotionelle symptomer som angst, frygt, tvangstanker eller tvangshandlinger og symptomer pegende mod psykotiske manifestationer, dog vage

Differentialdiagnoser til adfærdsforstyrrelser:

- *Gennemgribende udviklingsforstyrrelser, Aspergers syndrom* – adskiller sig fra adfærdsforstyrrelser ved gennemgribende og kvalitative forstyrrelser i kontakt og samspil, der stort set er uden ændring op igennem barndommen
- *Depressive tilstande* – adfærdsforstyrrelser, men grundlæggende findes positive kriterier på depression: forsænket grundstemning, skyldfølelse, selvbebrejdelser
- *Psykotiske tilstande* – begyndende skizofreni og akutte psykoser kan være præget af udadrettet, konfliktskabende, impulspræget adfærd. Positive psykosefund afgør diagnosen

- *Personlighedsforstyrrelser F60-69* – diagnostiske afgrænsning mellem personlighedsforstyrrelser, herunder asocial og borderline type, afgøres af patientens alder, symptomernes varighed og positive kriterier på personlighedsforstyrrelser.
- *Indlæringsforstyrrelser*
- *Mental Retardering/Inferioritas intellectualis F70-79, R41.8*
- *ADHD*

Komorbiditet:

- Tilknytningsforstyrrelser – f.eks. uselektiv, uhæmmet tilknytnings- og kontaktform F94.2
- Mental retardering F70-79 – f.eks. føtalt alkoholsyndrom og tilstande forbundet med perinatal asfyksi
- Specifikke indlæringsforstyrrelser F80-F82
- Specifikke sprogforstyrrelser – ekspressiv dysfagi F80.1
- Opmærksomhedsforstyrrelser
- Depressive reaktioner, dystymi F34.1
- Angsttilstande
- Misbrug – alkohol og hash
    - Ungdomsårene: amfetamin, ecstasy, kokain eller heroin og misbrug af medicin med overvejende sederende virkning samt euforiserende virkning som benzodiazepiner f.eks. stesolid og ketogen

Årsager:

- Barnet
    - Genetisk disposition
    - Hjerneskader (præ-/perinatalt, kranietraumer)
    - Vanskeligt temperament
    - Kognitive forstyrrelser
    - Forsinket sprogudvikling
    - Hyperaktivitet
- Familien
    - Psykisk sygdom, misbrug og kriminalitet hos forældrene
    - Skænderier, konflikter, vold, hård og uindfølende opdragelse
    - Manglende forudsigelighed og konsekvens
    - Manglende omsorg og opmærksomhed
    - Kaos, desorganisering
    - Negativ, konfliktpræget kommunikation
    - Psykisk og fysisk afstraffelse
    - Seksuelt misbrug
- Ydre miljø
    - Dårlige, overfyldte boliger
    - Mangelfulde skoler, uengagerede lærere
    - Socialt belastede boligkvarterer

Behandling:

- Information, råd og vejledning til forældre – brems uhensigtsmæssig adfærd. Opdyrk områder for samvær, omsorg og kontakt
- Familieterapi
- Adfærdsterapi til barnet – familien skal være motiveret
- Miljøterapeutisk behandling ofte i socialpædagogiske dag- eller døgninstitutioner – til barn med omfattende og vedvarende asociale adfærdsforstyrrelser
- Medikamentel behandling kun i ekstreme tilfælde, evt. dæmpende medicinering f.eks. med mellemdosis antipsykotika i små doser
- Samarbejde mellem familie, skole, fritidsinstitution, socialforvaltning, psykologer, børne- og ungdomspsykiatere

Den langtidsprognose er præget af ustabil skolegang med mange skift og tidlige drop-outs, begrænset uddannelse og et voksentilværelse præget af arbejdsløshed og sociale og psykiske problemer, inkl. ægteskabelige problemer og skilsmisser. Misbrug, kriminalitet og ↑ risiko for tidlig død ved ulykker og selvmord forekommer hyppigere hos voksne, der som børn har været i behandling for adfærdsforstyrrelser.

Dyssocial personlighedsforstyrrelse F60.2

- Manglende følelse for andre / afstumpethed
- Udtalt afvigelse fra de sociale normer, ingen hensyntagen til sociale forpligtelser/ansvarsfølelse
- Ingen evne til at fastholde forbindelse med andre
- Adfærden ikke påvirkelig af erfaring (inklusive straf), føler ikke skyld
- Lav frustrationstærskel, lav tærskel for aggressive (voldelig) udladninger
- Kaster skylden på andre/bortrationaliserende forklaringer for adfærd som bringer individet i konflikt med samfundet

Kapitel 12: Angsttilstande

Angsttilstande:

A. Angsttilstande opstået i barndommen
    - Abnorm separationsangst F93.0
    - Fobisk angsttilstand F93.1
    - Social angsttilstand F93.2
    - Generaliseret angsttilstand F93.80

B. Angsttilstande optrædende i voksenalderen
    - Fobiske angsttilstande F40
    - Andre angsttilstande
        - Panikangst F41.0
        - Generaliseret angst F41.1
        - Lettere angst-/depressionstilstand

Årsagsfaktorer:

- Genetik
- Miljø
- Konstitutionelle
- Temperamentsmæssige

Abnorm separationsangst F93.0 – diagnostiske kriterier

A. Mindst 3 af følgende skal være til stede:
    1. Vedvarende urealistisk frygt for tab af nærtstående (ved sygdom, død, bortgang)
    2. Vedvarende urealistisk frygt for adskillelse fra nærtstående pga. ydre forhold (at fare vild, blive indlagt eller kidnappet)
    3. Vægren mod at gå i skole af frygt for adskillelsen fra nærtstående
    4. Bekymring for adskillelse om natten
        a) Vægren mod at sove alene
        b) Hyppig opvågnen for at kontrollere om nærtstående stadig er der
        c) Vægren mod at sove uden for hjemmet
    5. Frygt for at være alene i hjemmet om dagen
    6. Tilbagevendende angstdrømme med adskillelsestemaer
    7. Fysiske symptomer i forbindelse med adskillelse (mavesmerter, opkastning eller hovedpine)
    8. Excessiv emotionel reaktion forud for, under eller efter adskillelse

B. Begyndelsesalder < 6-års alderen

C. Varighed > 4 uger

D. Opfylder ikke kriterierne for generaliseret angsttilstand i barndommen (F93.80)

E. Skyldes ikke andre psykiske lidelser

De fleste børn kommer først i behandling i 7-9 års alderen.

Abnorm separationsangst:

- Diagnostisk kriterium – overdreven angst, bekymring og klæbende adfærd ved separation fra en af forældrene
- Træk, som altid er til stede – piger > drenge, medfører vægren mod at gå i skole og hyppige skoleforsømmelser, mareridt og modstand mod at sove alene, frygt for at der skal ske nære personer noget under adskillelse, psykosomatiske klager.
- Træk, der ofte er til stede – ↓ social funktion (herunder skolemæssig præstation), svingende i intensitet over tid.

Symptomer:

- Skyhed
- Forsigtighed
- Klyngen

- Umodne, afhængige
- Utilbøjelige til samvær med andre børn
- Indsovningsbesvær, mareridt
- Somatiske reaktioner
- Rastløshed, indre uro
- Panikanfald: pludselig ekstrem angst med fysiske symptomer

Behandling:

- Familieterapi
- Individuel psykoterapi f.eks. adfærdsterapi og miljøterapeutisk støtte i skole og fritid
- Evt. indlæggelse og sjældent angstdæmpende antidepressiva som SSRI-præparater

Fobisk angsttilstand i barndommen F93.1:

- Karakteristiske fobier – overdreven angst og undgåelsesadfærd, som udviser over for et specifikt objekt eller situation
- Træk, altid er til stede – panikangst, opstår ved konfrontation med den frygtede objekt; barnet erkender, at frygten er urimelig og overdreven; påvirket social eller faglig funktion; optræder oftere hos piger.
- Træk, kan være til stede – optagethed af den frygtede situation; hyppigt optrædende fobier hos børn omfatter: højder, dyr, læger, tandlæger, mørke, høje lyde, uvejr (torden og lyn) og vand

Tilstanden debuterer ofte i 5-10-års alderen.

Behandling:

- Individuel psykoterapi – baseret på kognitive adfærdsterapeutiske principper
    - At udholde de situationer, som er knyttet til den fobiske angst

Social angsttilstand F93.2 – diagnostiske kriterier

A. Excessiv angst og undgåelsesadfærd i sociale situationer
B. Overdreven generthed over for fremmede
C. Udtalt påvirkning af evnen til at fungere socialt med kraftige emotionelle reaktioner og begrænset social udfoldelse
D. Normale sociale relationer til velkendte personer
E. Begyndelsesalder før 6-års alderen
F. Varighed mindst 4 uger
G. Opfylder ikke kriterier for generaliseret angsttilstand i barndommen (F93.80)
H. Skyldes ikke andre psykiske lidelser

Social angsttilstand:

- Karakteristisk – angst, som opstår specifikt i forhold til fremmede eller samvær med andre

- Træk, altid er til stede – frygtede situationer søges undgået eller udholdes kun med betydeligt ubehag, angst opstår også i samvær med kammerater og ikke kun i samvær med voksne, fravær af somatisk tilstand, som kan forklare symptomerne
- Træk, kan være til stede – debut i midten af adolescensen, snigende symptomudvikling, familiær optræden af angsttilstande, præmorbidt optrædende skyhed, udviser angst ved krav om at skulle præstere, barnet erkender, at frygten er overdrevent og urimelig

Generaliseret angsttilstand F93.80 – Diagnostiske kriterier:

A. Ængstelse og bekymring på flere områder, de fleste dage i mindst 6 måneder
B. Bekymringstendensen vanskelig at beherske
C. Mindst 3 af følgende symptomer
    1. Rastløshed og anspændthed
    2. Træthed eller ↑ trætbarhed
    3. Koncentrationsbesvær
    4. Irritabilitet
    5. Muskelspændinger
    6. Søvnforstyrrelser på grund af ængstelse eller bekymring
D. Ængstelse og bekymringstendens udbredt over flere områder og situationer
E. Begyndelsesalder: barndom eller adolescens, dvs. før 18-års alderen
F. Medfører betydeligt ubehag eller funktionsnedsættelse
G. Skyldes ikke andre psykiske lidelser, psykoaktive stoffer eller somatiske sygdomme (f.eks. hyperthyroidisme)

Børn med generaliseret angsttilstand er præget af bekymringer på en lang række områder:

- Fremtidige begivenheder
- Egne præstationer
- Egen eller familiens sikkerhed
- Bekymring om hvordan andre tænker om barnet

Somatiske klager:

- Mavesmerter
- Hovedpine

- Karakteristiske træk – overdreven ængstelse og bekymring på flere områder
- Træk, altid er til stede – fravær af somatisk sygdom, som kan forklare symptomerne, manglende evne til at kontrollere graden af bekymring, påvirket social og faglig funktion og perioder med forværring og forbedring
- Træk, kan være til stede – irritabilitet, muskelspænding, træthedsfølelse og mangel på energi, overdreven bekymring om egne præstationer og evner, somatiske klager uden fysiologisk baggrund

Differentialdiagnoser:

- *Depressive tilstande* – samtidigt med optræden af angst, tristhed, træthed, koncentrationsbesvær, irritabilitet, søvnforstyrrelser og psykomotoriske klager
- *Aspergers syndrom* – manglende fornemmelse for omgivelserne manifesterer sig utryghed og generel ængstelse. De fleste har desuden problemer med tolkning af egne kropslige symptomer og signaler
- *Skizofreni* – voldsom angst og uspecifikke psykosomatiske symptomer

Behandling:

- Inddragelse af forældre – vejledning i at forældre ikke skal være overbeskyttende og dermed tage initiativ og mod fra barnet
- Adfærdsterapeutisk tilgang
- I svære tilfælde SSRI-præparater – benzodiazepiner

Kapitel 13: Elektiv mutisme

Elektiv mutisme F94.0 er en tilstand, hvor barnet demonstrerer normal talefærdigheder i visse situationer, men er stum i andre, relativt veldefinerede situationer.

Diagnostiske kriterier:

A. Impressive og ekspressive sprogfærdigheder er inden for normalområdet for alderen, bedømt ved standardiseret test
B. Vedholdende stumhed i særlige sociale situationer, hvor spontan taleudfoldelse normalt forventet (f.eks. i skolen), men normal taleudfoldelse i andre situationer
C. Varighed > 4 uger
D. Skyldes ikke gennemgribende udviklingsforstyrrelse F84
E. Skyldes ikke manglende sprogkundskaber

Kriterium: Manglende tale i bestemte sociale situationer, selv om sprogfunktionen er intakt.

I alle tilfælde gælder:

- Barnet har tilstrækkeligt kendskab til det talte sprog
- ↓ Social og faglig funktion
- Fravær af fysisk tilstand, som kan forklare mutisme

I de fleste tilfælde gælder:

- Debut mellem 3-6-års alderen, ofte tidligere debut hos drenge
- Hyppighed piger > drenge
- Samtidigt forekommende artikulationsforstyrrelser F80.0
- Udtalt generthed hos barnet og/eller hos familiemedlemmer

Forældre til et barn med elektiv mutisme fortæller hyppigt, at deres barn taler højt og frit derhjemme og i vante sociale situationer, men slet intet siger i skolen eller ved tilstedeværelse af fremmede. Nogle børn med elektiv mutisme kan tale med fremmede i telefonen, men ikke, når de er i direkte kontakt med dem.

Behandling:

- Kognitiv adfærdsterapi – langsomt at træne barnet i at tale i sociale situationer
- Familieterapi – familien som helhed kan blive bedre til at verbalisere følelser og tale om relationer i familien, hvilket kan styrke barnets evne til at overvinde sin elektive mutisme.

Kapitel 14: Obsessiv-kompulsiv tilstand

Tilstedeværelsen af tilbagevendende og generende tvangstanker eller tvangshandlinger, som optager en stor del af barnets eller den unges tid, og lader det gå ud over den sociale funktion.

Prævalens: fra 0,5-2 % af børn og unge. OCD F42 sjælden i førskolealderen og debut ofte i 9-10-årsalderen.

Karakteristika:

- De generende og påtrængende tvangstanker som jeg-fremmede og uønskede
- Samtidig som et produkt af deres egne tanker og således ikke påført udefra (skizofreni)
- Børn og unge erkender at tvangstankerne er stærkt overdrevne og urealistiske
- Samtidigt en bevidsthed om at det ikke kan gøre sig fri for sine tvangstanker

Diagnostiske kriterier:

A. Gennem mindst 2 uger
   1. Obsessioner (tvangstanker, -ideer, -forestillinger)
   2. Kompulsioner (tvangshandlinger)

B. 1. Erkendes som egne tanker eller tilskyndelser (ikke påført udefra)
   2. Tilbagevende – ubehagelige – erkendes som overdrevne eller urimelige
   3. Søges afvist eller modstået

   Oplevelsen af tvangstanker eller udførelse af tvangshandlinger er ikke lystbetonet i sig selv, som ved perversioner

C. Medfører lidelse eller interferer med dagliglivsfunktioner

D. Ikke følge af anden psykisk lidelse

Tvangstanker:

- Snavs og smitte
- At noget frygteligt sker
- Sygdom
- Død
- At ting skal være symmetriske

- Sex
- Religiøse tanker
- Angst for at forvilde sig selv eller andre skade

Tvangshandlinger:

- Vaskeritualer – en tvangstanke om snavs og smitte
- Gentagelsesritualer – gentage dagligdagsaktiviteter i det uendelige
- Tjekking-adfærd – hele tiden sikre sig, at døre er lukkede, komfuret er slukket, vinduerne haspet til osv.
- Mentale ritualer – i form af tællen eller udførelse af indviklede regnestykker
- Ordne/arrangere alting symmetrisk eller på en bestemt måde
- Andre ritualer
- Tællen

Differentialdiagnoser:

- Tourettes syndrom F95.2
- Depressive tilstande
- Spiseforstyrrelser – anorexia nervosa (piger) F50
- Angsttilstande – separationsangst F93.0, fobisk angst F93.1, social angst F93.2, generaliseret angsttilstand F93.80
- Skizofreni F20
- Somatiseringstilstand (hypokondri)
- Aspergers syndrom F84.5
- Normal udviklingstræk

Årsagsfaktorer:

- Serotonin har betydning for patogenesen
- Psykisk stress – forværrende faktor
- Dårlig/negativ kommunikation i familien – vedligeholdende faktor
- Arvelighed – dog ingen gener fundet
- Familiær ophobning
    - Konkordans på 67 % 0g 31 % hhv mono- og dizygote tivillinger (metaanalyse, 2000)
    - 17 % af forældre har diagnosen
    - 5 % af søskende har OCD
- PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections)
    - Tilstand blandt børn med kendt OCD/Tourette som i forbindelse med streptokokinfektion (tonsilit/skarlagensfeber) har symptomforværring
    - Akut debut af OCD og tics, savtakket forløb, evt. angst, impulsivitet, hyperaktivitet
    - Antistoffer mod n. caudatus i basalganglierne.
    - Thalamus og den orbitofrontale del af cortex er involveret
    - Uklar validitet, ikke i ICD-10/DSM-IV

Behandling:

- Psykoedukation
- Kognitiv adfærdsterapi – eksponering og præventionsterapi. Barnet trænes i at blive udsat for situationer (eksponering) som normalt udløser tvangshandlinger og trænes samtidig i at forhindre udøvelsen af ritualerne (prævention). Dette udløser stærkt ubehag, stigende til regulær angst hos barnet og kræver stor støtte fra forældre og omgivelser.
- Farmakologisk behandling – antidepressive medikamenter, som specifikt påvirker det serotonerge system, SSRI-stoffer (ved svær angst)
  Ved fortsat manglende respons kan forsøges et andet SSRI eller clomipramin (anafranil) i kombination med kognitiv adfærdsterapi
  - Bør kun ske under omhyggelig monitorering af bivirkninger
  - Bør kun ske efter udredning og diagnose ved børne- og ungdomspsykiater, som også bør være involveret ved dosis justeringer – højere doser end ved depression
  - Effekt efter 8-12 uger
  - Information om bivirkninger, herunder faren for selvskadende adfærd, suicidal adfærd og vrede, særligt i begyndelsen
  - Information om seponeringssymptomer – svimmelhed, kvalme, influenzalignende symptomer, tremor, paræstesier
- Familieterapi – rådgivning og vejledning
- Sværere tvangssymptomer – behandling i børne- og ungdomspsykiatrisk regi

Kapitel 15: Tics og Tourettes syndrom

Tics F95 er ufrivillige bevægelser af muskulaturen, som kan optræde i alle grader fra en helt mild form med tics i enkelte muskelgrupper, typisk øjen- og ansigtsmuskulaturen, til mange muskelgrupper.

Opdeling:

- Simple motoriske tics – f.eks. blinken med øjnene, trækning af skuldrene eller grimasseren
- Komplekse motoriske tics – i form af slåen på sig selv, hoppen eller spytten
- Simple vokale tics (debut 8-10 års alderen) – grynten, hosten, snøften, hvæsen eller rømmen
- Komplekse vokale tics – gentagelse af bestemte ord eller lyde

Tourettes syndrom dækker over en tilstand med multiple tics og tilstedeværelse af flere forskellige vokale tics (uartikulerede lyde eller ord). Debut af motoriske tics i 5-7-årsalderen, først i ansigtsmuskulaturen med eventuel udbredelse til hals og krop.

Motoriske eller vokale tics:

A. Enkle eller multiple motoriske eller vokale tics (f.eks. pludselige, hurtige, gentagne, ikke-rytmiske motoriske ryk eller lyde), men ikke begge, som har været til stede i mere end 1 år
B. Tics optræder hyppigst flere dage om ugen eller i perioder gennem mindst 1 år

C. Tics forårsager betydeligt ubehag for barnet og medfører social funktionsnedsættelse
D. Debut før det fyldte 18. år
E. Tics skyldes ikke misbrug (f.eks. af centralstimulantia) eller medicinske lidelse (f.eks. Huntingtons chorea eller encephalitis)
F. Kriterierne for Tourettes syndrom er ikke opfyldt (dvs. vokale og multiple motoriske tics har ikke været til stede samtidig)

Komorbiditet:

- Hyperaktivitet og opmærksomhedsforstyrrelser F90.0 – især hos drenge
- OCD F42 i form af tvangstanker og/eller tvangshandlinger – de hyppigste er tvangsprægede symmetriske handlinger, tællen, blinken samt kontrolritualer
- Adfærdsforstyrrelser F91 – ↓ impulskontrol

Differentialdiagnoser:

- OCD F42 – nogle gange vanskeligt at skelne tvangshandlinger fra komplekse og multiple motoriske tics såsom hoppen, stampen eller slåen på sig selv
- Adfærdsforstyrrelser F91 – er lyde og bevægelser udtryk for trodsig adfærd, eller er det tics som ved Tourettes syndrom

Årsagsfaktorer:

- Genetiske aspekter – autosomal dominant arvegang af Tourettes syndrom og kroniske tics
- Fødselsmæssige belastninger f.eks. i forbindelse med traumatiske begivenheder

Behandling:

- Grundig information til relevante personer i familien og barnets øvrige miljø
- Pædagogiske tiltag (psykoedukation)
- Behandling af selve symptomerne
- Evt. medikamentel behandling
    - 1. valg: et atypisk antipsykotikum som Risperidon (5-HT2 receptor blocker, svagere D2 blocker) 0,5-2 mg.
      Start med 0,25-0,5 mg/dag og øg gradvist til 2-3 mg/dag i flere doser
      Ulemper: vægtforøgelse, sedering
    - Små doser højpotente antipsykotika pimosid eller sulpirid 0,5-4 mg
    - Tidligere Haloperidol 0,5-1,5 mg/dag
    - Bivirkninger: bl.a. i form af tardive dyskinesier
    - Ved massiv symptomer f.eks. ved fremtrædende tvangkomponent: SSRI-præparater
    - Ved hyperkinetisk adfærd: centralstimulantia f.eks. clonidin (præsynaptisk α2-agonist) – kan forværre tics, men aftage ved længerevarende behandling – i kombination med antipsykotika
      Start med 0,025 mg (1/4 tab) og øg gradvist, som tolereret til 0,1-0,3 mg/dag i 4 doser dagl. (3-6 µgr/kg/dag)

Ulemper: ikke så stærk tic-reduktion som med neuroleptika, kompliceret dosering, patienten kan føle sig sederet.

- Reducerer belastningen i barnets hverdag
- Behandling af mulige komorbide psykiatriske problemer

Kapitel 16: Psykosomatiske reaktioner og somatisering

Somatisering F45.0:
Et fænomen, hvor forskellige former for ubehag udtrykkes i somatiske vendinger eller manifesterer sig som somatiske symptomer. Psykosomatiske symptomer kaldes også funktionelle fysiske symptomer.

Psykosomatiske reaktioner

- *Mavesmerter* – hos børn mellem 3 og 9 år (10-25 %).
- *Hovedpine* – et belastningssymptom hos sensitive, pligtopfyldende og ofte ambitiøse og præstationsorienterede børn. Kan være et symptom på kammeratproblemer og mobning. Hovedpine optræder tit hos piger med depressive tilstande og angst, og hos drenge med adfærdsforstyrrelser
- *Ekstremitetssmerter*
- *Kronisk træthed* – hos ældre børn og unge. Karakteristisk er udtalt fysisk træthed > 6 måneder, forklares ikke ved somatisk årsag. Symptomerne forhindrer barnet i at deltage i skolegang og fritidsaktiviteter og ledsaget af andre psykosomatiske symptomer.
- *Enuresis F98.0:*
  A. Kronologisk og mental alder mindst 5 år
  B. Ufrivillig eller utilsigtet vandladning i sengen eller i tøjet. For børn < 7 år mindst 2 gange om måneden, for børn > 7 år mindst 1 gang månedlig
  C. Skyldes ikke anatomisk abnormitet, neurologisk lidelse eller anden somatisk sygdom
  D. Varighed > 3 måneder
  E. Ingen anden psykisk lidelse til stede

  Der skelnes mellem:
  - Primær enuresis
  - Sekundær enuresis
  - Enuresis nocturna – familiært og overvægt af drenge
  - Enuresis diurna – ufrivillig vandladning om dagen, ofte hos piger og hyppigere forbundet med psykiske vanskeligheder. Her ses også UVI.
- *Enkoprese F98.1:*
  A. Ufrivillig eller utilsigtet afføring på upassende steder
  B. Kronologisk og mental alder mindst 4 år
  C. Optræder mindst 1 gang månedlig
  D. Varighed > 6 måneder
  E. Ingen organisk årsag

  Enkoprese forekommer i forbindelse med

    - Forstoppelse med sterkoral diare
    - Manglende toilettræning eller opvækst hos kaotiske familier med manglende opmærksomhed på barnets behov → primær enkoprese
    - Toiletfobi → hos ængstelige og hæmmede børn i forbindelse med angst for at sidde på potte og være på toilettet, hvor disse kan have angstfyldte fantasier om at blive skyllet ud
    - Stressinduceret tab af kontrol over afføringen → sekundær enkoprese
    - Intenderet afføring som led i provokation → sekundær enkoprese
- *Trivselsproblemer* – NOFT < de første 3 leveår med hyppighed omkring 2 %. Kan resultere i psykosocial dværgvækst. Børnene er små og magre, men normal proportionerede og gammelmandsagtigt udseende. Depressive symptomer og adfærdsproblemer. Optaget af mad, stjæler fra andre og æder hæmningsløst, hvis de får mulighed for det. Enuresis og enkoprese, hvor barnet smører med sin afføring, forekommer
- *Adipositas* – overvægt (> 10 %). Maden benyttes til at dække alle behov. Overspisning/hyperfagi kan betragtes som en form for afhængighed. Psykisk → overvægt, social isolation, risiko for mobning og emotionelle og adfærdsmæssige problemer. Somatisk → risiko for kardielle og metaboliske komplikationer f.eks. diabetes.
  Behandlingen – psykoedukation og adfærdsmodifikation ved kostvejledning, diæt og motion.

Årsagsfaktorer:
- Disposition til somatisering, angst, depression
- Konstitutionel sårbarhed: hæmning, ↓ selvværd
- Mangel af kognitive/emotionelle forudsætninger til at mestre belastninger
- Familiær: psykosomatiske symptomer, desorganisering

Somatiske sygdomme med væsentlige psykosomatiske aspekter:
- Epilepsi
- Astma
- Migræne
- Colitis ulcerosa

Konversionstilstande F44:
Imitation af dramatiske organiske symptomer (lammelse, blindhed, døvhed, kramper) uden tegn på somatisk sygdom, *la belle inddifference*. Somatiske undersøgelser falder negativt ud, men uanset negative fund bør man altid have bagvedliggende somatisk sygdom in mente, og udredningen bør omfatte parallelle kliniske og diagnostiske vurderinger af både somatiske og psykiske helbredsforhold:
- Ingen tegn på somatisk sygdom, som kan forklare symptomerne
- Symptomerne er tidsmæssigt associeret med traumatiserende begivenheder, problemer og behov
- Symptomerne er ikke udtryk for psykotisk lidelse
- Organisk ætiologi udelukket

Somatoforme tilstande F45:

Vedvarende klager over somatiske symptomer og krav om nye undersøgelser til trods for manglende kliniske tegn på organisk årsag og negative undersøgelsesresultater

- Somatiseringstilstand F45.0
- Hypokondrertilstand F45.2
- Somatoform autonom dysfunktion F45.3
- Vedvarende somatoform smertetilstand F45.4

Münchhausens syndrom F68.1:

Betegnelsen for en tilstand, hvor somatiske symptomer beskrives eller fremstilles på en måde, så patienten bliver undersøgt talrige gange på mistanke om legemlig sygdom, uanset at bagvedliggende psykiatriske faktorer er årsagen.

Münchhausen by proxy-syndrom:

En anden, typisk moderen, beskriver symptomer hos barnet, hvilket udløser talrige henvendelser og undersøgelser for somatisk sygdom. Mødrene har hyppigt uddannelse inden for sundhedsområdet. De fremtræder oftest personlighedsforstyrrede inden for borderlinespektret, og har ofte en forhistorie med mange henvendelser til lægen og doctor-shopping.

Følgende sygdomme kan imiteres:

- Epilepsi
- Apnø tilfælde
- Diare
- Uforklarlig feber
- Opmærksomhedsforstyrrelser
- Autisme

Behandling af psykosomatiske reaktioner og somatiseringstilstande:

- Information, vejledning og psykoedukation – give forældre og barnet forståelse for barnets symptomer og redskaber til at håndtere dem
- Information om samspillet mellem legemlige og sjælelige mekanismer – Holistisk tilgang
- At undgå symptombagatellisering og familiens ”nederlag” pga. mangel på somatisk forklaring af fysiske symptomer
- Individuel adfærdsterapi, afspændingsøvelser
- Familiebehandling
- Psykologisk rehabilitering – således at barnets autonomi bliver større
- Udelukke organisk genese
- Psykiatrisk diagnostik
- Reduktion af somatiske følgevirkninger (behandling af vægttab, dehydrering, obstipation) samt medicin afhængigt af de specifikke symptomer (f.eks. vasopressin® eller antidepressiv medicin ved enuresis)

Kapitel 17: Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser:

- Anorexia nervosa F50.0
- Atypisk anorexia nervosa F50.1
- Bulimia nervosa F50.2
- Trøstespisning/psykogen hyperfagi F50.4
- Opkastning forbundet med psykisk forstyrrelse F50.5
- Spiseforstyrrelse i barndommen F98.2
- Pica i barndommen F98.3

Årsager til kortvarige, mindre indgribende spiseproblemer hos børn:

- Småinfektioner
- Kræsenhed
- Emotionelle reaktioner

Karakteristisk er forstyrret legemsopfattelse med frygt for fedme, ønske om og bestræbelser på at nedregulere vægten samt overoptagethed af mad og kalorier.

Genetisk beslægtede idet der ses en ↑ forekomst af både AN og BN hos pårørende med AN eller BN, ligesom de enkelte spisesymptomer som f.eks. utilfredshed med egen krop eller optagethed af vægt har en genetisk komponent.

ICD-10 kriterier for anorexia nervosa og bulimia nervosa

A. Kropsvægten opretholdes mindst 15 % under den forventede (enten tabt eller ikke opnået) eller BMI på 17.5 eller mindre. Præpubertetspatienter opnår evt. ikke den forventede vægtøgning under vækstperioden,
B. Vægttabet er selvinduceret ved at undgå fedende mad. En eller flere af følgende kan også være til stede: selvinduceret opkastning, selvinduceret udrensning, umådeholden træning, brug af appetithæmmende midler/laksantia og/eller diuretika
C. Forvrænget kropsopfattelse i form af specifik psykopatologi, hvor frygt for fedme består som en påtrængende overlødig ide, og patienten påtvinger sig selv en lav vægttærskel
D. En omfattende endokrin forstyrrelse, som involverer den hypothalamiske/hypofysære/gonadale akse. Manifest hos kvinder i form af amenorre og hos mænd ved tab af seksuel interesse og potens. ↑ niveauer af væksthormon og kortisol, forandringer i den perifere metabolisme af thyroideahormon og abnormiteter i insulinsekretion.
E. Ved præpubertet debut forsinkes pubertetsudviklingen eller standses helt (væksten ophører; hos piger udvikles brysterne ikke, der er primær amenorre; hos drenge forbliver genitalier uudviklede). Ved helbredelse afsluttes puberteten ofte normalt, men menarchen er forsinket.

Anorexia nervosa (F50.0)

Man regner med en hyppighed på ca. 0,5 % hos kvinder i højrisikogruppen som er piger mellem 12 og 19 år, idet AN hyppigst debuterer i puberteten. Hos drengene ses væsentligt sjældnere. I starten af puberteten er fordelingen 1:4, i puberteten ændres den til 1:10, i voksenalderen til 1:20.

Spiseproblemerne starter ofte som en slankekur, og som efterhånden tager overhånd, ændring i spisevaner til at blive vegetar eller at spise ekstremt sundt, tiltagende trang til at motionere med lange løbeture i regnvejr tidligt om morgenen, excessiv styrketræning eller bizarre bevægemønstre.

Men tiden bliver den unge irritabel og deprimeret. Mange bliver selvdestruktive, slår eller skærer sig selv og får selvmordstanker. Tvangsritualerne omkring spisningen og motioneringen tiltager.

Somatiske symptomer i den kronologiske rækkefølge og fund:

- Udeblivende menstruation eller menarche hos pigerne
- Forsinket pubertet
- Afvigelser på højde-/vægtkurven
- ↓ Blodsukker
- Dehydreringen med koncentrationsproblemer
- Træthed
- Ortostatisk svimmelhed
- ↓ Stofskifte
- ↓ Blodtryk, puls og temperatur
- Lanugobehåring
- Påvirket kredsløb med cyanotiske hænder og fødder
- Ledningsforstyrrelser
- Elektrolytforstyrrelser – ved opkastninger, misbrug af diuretika og ved hurtig re-ernæring (re-feeding syndrom)
- Svækkelse af muskulaturen med ↓ kraft
- Knoglemarvspåvirkning med trombocyto- og leukopeni
- Osteoporose – spontane frakturer i 20-30 års alderen
- Cerebral atrofi

Den objektive undersøgelse inklusive vejning, højdemåling, blodtryks-, puls- og temperaturmåling vil afsløre patientens svært påvirkede somatiske tilstand, som evt. vil kræve akut indlæggelse.

Disponerende faktorer:

- Genetiske – kandidatgener for spiseforstyrrelser og fedme (serotonin)
- Køn – aldersafhængig kønsfordeling
- Fødselsskader
- Temperament

- Personlighed

Udløsende faktorer:

- Individuelle
    - Pubertet, østrogen
    - Vægttab/slankekur
    - Tab/kriser
    - Psykisk sygdom
- Familiære
    - Ændret familiemønster
    - Psykiske problemer hos forældrene
- Kulturelle
    - Spisevaner
    - Slankhedsidealer (medier)
    - Kvinderoller

Vedligeholdende faktorer:

- Uhensigtsmæssigt spisemønster/den lave vægt
    - Påvirkning af neuropeptider og betydning for forstyrrelser i spiseregulationen
- Uløste psykologiske problemer
- Psykisk sygdom
- Uhensigtsmæssige familiemønstre

Man bør starte behandlingen ambulant, i lettere tilfælde hos praktiserende læge, og kun indlægge, hvis der er indikation for det. Indikationer for akut indlæggelse:

- Somatiske:
    - Svær afmagring
    - Hurtigt vægttab
    - Puls < 40-50
    - BT < 60-80
    - Temperatur < 36
    - Tegn på organsvigt
    - Forstyrrelse af elektrolytter
    - Arytmier
    - Svær muskelsvaghed
    - Påvirket bevidsthed
- Psykiske:
    - Selvmordsfare
    - Selvskadende adfærd
    - Svær belastning af omgivelser

    - Svær belastning af patienten
- Andre
    - Manglende vægtøgning eller fortsat vægttab
    - Andre psykiske problemer: depression, OCD, angst
    - Sværere sociale problemer
    - Familiemæssig belastning

Behandling:

- Normalisering af vægten og spisning og motionering – vægtøgning på ½-1 kg/uge
- Behandling af psykiske problemer
- Terapeutiske samtaler – at motivere patienten og støtte hende i at udholde angsten og ubehaget, når kroppen ændrer sig.
- Fysioterapi/kropsterapi - supplement
- Tegne- og musikterapi – supplement
- Ved depression, OCD og angsttilstande – SSRI-præparater
- Ved psykoser – antipsykotika

Bulimia nervosa (F50.2)

Tilstanden, hvor pigen spiser meget sparsomt eller faster i en periode (evt. om dagen eller flere dage i træk) med det formål at slanke sig. Herved opstår en voldsom trang til mad (sultfornemmelse), som provokeres af ubehagelige emotionelle spændinger og udløser en overspisningsepisode eller et ædeflip, der kan være mere eller mindre planlagte og kontrollerede. Efterfølgende kastes maden op, hvorved pigen opnår en følelse af renselse eller evt. lystfølelse samt undgår vægtøgning. Indkøb af maden finansieres af og til ved tyveri, som også kan være lystfyldt.

Efter en periode kommer skammen, ↓ selvværd og tristhed. En del patienter henvises pga. de komorbide symptomer, f.eks. depression, angst, impulsproblemer, relationsproblemer og selvdestruktivitet.

Klinik:

- Et usundt udseende
- Et oppustet, blegt ansigt præget af svulst af spytkirtlerne
- Tænderne mister emaljen
- Menstruation udebliver eller bliver uregelmæssig trods normalvægt
- Svære forstyrrelser i elektrolytbalancen, specielt hypokaliæmi og kan resultere i kardiale problemer
- Gastrointestinale problemer – ætsning af øsofagus, udspiling af ventrikel, fordøjelsesproblemer og pancreatitis

Årsagsfaktorer:

- Omsorgssvigt
- Seksuelle og fysiske overgreb

- De vedligeholdelsesfaktorer er samme som ved AN
- Overspisningsepisoden og opkastningen kan udløse endofiner, der kan give afhængighed på linie med andre former for misbrug

Behandling:

- Normalisering af spisningen
- Behandlingen af de psykiske problemer
- Behandling af de eventuelle komorbide psykiatriske problemer
- Gruppeterapi
- Evt. SSRI-præparater
- Behandling af evt. misbrug eller personlighedsforstyrrelse

Kapitel 18: Affektive tilstande – Depressioner, mani og dystymi

Ved affektive tilstande ses forstyrrelser i stemningslejet, enten i form af depression eller mani. De fleste affektive lidelser optræder oftest episodisk og kan forekomme som manisk enkeltepisode, depressiv enkeltepisode samt bipolær affektiv sindslidelse.

Depression

Kernesymptomerne består i ↓ stemningsleje, ophørt interesse eller lyst på næsten alle områder, ↓ energi, koncentrationsbesvær, ubeslutsomhed og ofte selvmordstanker eller tanker om døden samt selvbebrejdelser og selvklager.

Prævalens: 1-2 % til 8-10 % (udsving skyldes forskelle i diagnostiske kriterier anvendt i undersøgelserne).

Risikofaktorer:

- Arv
- Belastende livsbegivenheder
- Køn (piger)
- Social baggrund
- Opvækstforhold, separation, overgreb
- Social status
- Psykologisk baggrund
- Personlighed, adfærdsforstyrrelser
- Komorbiditet (angstlidelse, tilpasningsreaktioner)
- Biologiske forhold
- Perinatale forhold (↓ fødselsvægt)
- Medikamenter
- Hormonale

Diagnostiske kriterier: Varighed > 14 dage

- Mindst 2 af følgende:
    - Nedtrykthed
    - Tab af glæde og interesse (anhedoni)
    - Tab af energi
- Mindst 2 af følgende:
    - Tab af selvtillid
    - Skyldsfølelse
    - Tilbagevendende tanker om død/selvmord
    - Koncentrationsvanskeligheder/ubeslutsomhed
    - Agitation/hæmning
    - Søvnforstyrrelser
    - Appetitforstyrrelser
- Melankoli (supplement); mindst 4 af følgende:
    - Anhedoni
    - Manglende reaktion på opmuntring
    - Tidlig morgenopvågning
    - Døgnvariation (værst morgen)
    - Hæmning eller agitation
    - Appetit tab
    - Vægttab på 5 % eller mere over 1 måned
    - Tab af seksuel lyst (ikke relevant hos børn)

Symptomer:

- Sjældnere psykomotorisk hæmning
- ↓ Energi
- Følelse af at være værdiløst
- Skyldfølelse

Klinisk mistanke om depression hos et førskolebarn (uspecifikke symptomer):

- Social tilbagetrækning – udtryk for at barnet ikke magter at være sammen med jævnaldrende
- Hyppigt klynkeri
- Tristheden ofte mindre udtalt – hyppigere ses irritabilitet
- Hyppigere humørsvingninger
- Mister interessen for ting, de tidligere er glad for
- Forringes skolepræstationer
- Spisevægring
- Søvnforstyrrelse
- Oftere adfærdsproblemer

Psykosomatiske symptomer:

- Træthed
- Smerter i maven
- Hovedpine
- Smerter i arme og bryst
- Separationsangst – bange for at der sker forældrene noget ondt.

De ældre kan give udtryk for følelser at de har depression. Deres symptomer ligner de voksne. Disse udviser også have f.eks. vrangforestillinger med selvbebrejdende og skyldbetonet indhold, der evt. manifesterer sig i forestillinger om, at den unge er skyld i katastrofer eller krige i andre dele af verden. Ved svær depression med psykotiske symptomer ses også hallucinationer, oftest i form af hørehallucinationer, hvor den unge hører stemmer, som omtaler hende/ham nedvurderende og ringeagtende. Synshallucinationer kan også optræde, oftest i form af makabra og uhyggelige billeder.

Affektive tilstande hos unge er præget af hyppige humørsvingninger, irritabilitet og opfarenhed, og den unge kan svinge mellem at være depressiv og neutral eller hypoman flere gang i løbet af en dag. Bipolære former med både depressive og maniske faser kan hos nogle unge patienter vise sig ved *rapid cycling-symptomer*, hvilket vil sige, at de har hyppige svingninger mellem depressive og maniske faser.

Differentialdiagnoser:

- Depressive symptomer ved adfærdsforstyrrelser og opmærksomhedsforstyrrelser
- Somatisk sygdom
- Normale variationer
- Begyndende skizofreni – social isolation, manglende energi, depressive tanker
- Svære angsttilstande
- OCD
- Pubertetsproblemer

Hvorfor er det vigtigt at erkende depression:

- Selvmordsrisiko
- Risiko for skæv udvikling
- Risiko for nye depressive episoder
- Manglende compliance i forbindelse med behandling af somatisk sygdom

Risikofaktorer:

- Genetik
- Miljø – vanskeligheder med motorik, koncentration, opmærksomhed, som accentueres i forbindelse med ↑ krav i skolen
- Køn – piger
- Social baggrund – opvækstforhold, separation, overgreb, social status

- Personlighed
- Opmærksomhed- og/eller adfærdsforstyrrelser
- Ustabil regulation af impulser/følelser
- Perinatale forhold (↓ fødselsvægt)
- Dårlig til at klare stress
- Sygdom
- Dødsfald i familien eller forældrenes skilsmisse – belastende livsbegivenheder
- Mobning fra kammeraterne
- Udelukkelse fra det sociale fællesskab
- Hormonale faktorer

Komorbiditet:

- Angst
- OCD
- Adfærdsforstyrrelse
- ADHD
- Autismespektrum forstyrrelser (ASD)
- Relationsforstyrrelse

Behandling:

- Information til barnet og forældre
- Individualiseret psykoterapeutisk støtte – samtaler eller støttende kognitiv terapi, omsorg
- Medikamentel behandling – indikation: psykoterapi er ikke tilstrækkeligt, sværere symptomer med påvirkning af social funktion, tilbagevendende depressioner, psykotiske symptomer, bipolær tilstand. Tricykliske antidepressiva har en meget svag effekt hos børn end voksne, ligner placeboeffekt. SSRI har vist god effekt. Ved rapid-cycling og blandingstilstande er behandling med lithium eller antiepileptika et forsøg. Ved psykotiske symptomer behandling med antidepressiva supplerede med antipsykotika.
- ECT-behandling ved refraktær sygdom

Mani

- ↑ Stemningslejet
- Varierende fra ubekymret jovialitet til ustyrlig eksaltation
- ↑ Psykomotorisk tempo med hyperaktivitet
- Fremtræder i godt humør, men til tider aggressiv (opfarenhed, verbale trusler og evt. fysisk aggressivitet) og irriteret
- Tale og tankegang præget af hurtigt associationer, iderigdom, letafledelighed og tankespring, talepres
- ↓ Søvnbehov
- Rastløshed
- Kritikløst indblandende i forhold til andre mennesker eller udvise grænseløs og overaktiv seksualitet

Diagnostiske kriterier:

A. Opstemthed, eksaltation eller eretisme mindst 1 uge eller indlæggelse nødvendig
B. Mindst 3 (4 ved eretisk stemning) af følgende med udtalt påvirkning af dagliglivsfunktioner
    1. Hyperaktivitet, rastløshed, uro
    2. Talepres
    3. Tankeflugt
    4. Hæmningsløs, adfærd
    5. ↓ Søvnbehov
    6. ↑ Selvfølelse, grandiositet (vrangforestillinger)
    7. Distraktibilitet eller usamlethed
    8. Hensynsløs, uansvarlig adfærd
    9. ↑ Sexdrift
C. Ingen hallucinationer eller vrangforestillinger
D. Organisk ætiologi udelukkes

- Karakteristika – periode med konstant eleveret, ekspansivt eller irritabelt stemningsleje uden kendt fysiologisk årsag
- Generelt – ↓ social og faglig funktion, psykomotorisk agitation, iderigdom eller subjektiv fornemmelse af tankerne kører hurtigt
- Ofte forekommende – grandiøse eller religiøse vrangforestillinger eller hallucinationer, ukritisk deltagelse i risikofyldte aktiviteter, ↓ søvnbehov, familiært optrædende mani, manglende erkendelse af at adfærden er uhensigtsmæssig, vredesudbrud, pludseligt indsættende symptomer.

Differentialdiagnoser:

- Hyperkinetisk forstyrrelse F90 – let afledelighed, hyperaktivitet, rastløs adfærd og impulsivitet, neutral stemningsleje, og den ↑ aktivitet er en vedvarende tilstand, og ikke relativt pludseligt indsættende som ved mani
- Adfærdsforstyrrelse F93 – irritabilitet, aggression, verbale og fysiske angreb
- Skizofreni F20 – ved psykotiske symptomer, hallucinationer og vrangforestillinger

Årsagsfaktorer: Genetik

Behandling:

- Indlæggelse for at beskytte patienten mod uhensigtsmæssig adfærd og uheldige dispositioner
- Antipsykotisk og sederende medicin efter retningslinier
- Benzodiazepiner som supplement
- Litium er antimanisk – effekt først om en uge. Plasmakoncentration 0,4-1 mmol/l, i akutte fase lidt højere.
- NCE-behandling ved fare for udvikling af akut delir
- Profylaktisk lithium ved 2 eller flere perioder med depression og/eller mani eller en manisk episode. Alternativ carbamazepin (antiepileptikum med stemningsstabiliserende virkning)

Dystymi F34.1

Betegner en kronisk dysforisk eller depressivt farvet tilstand, som er lettere end regulær depression.

Diagnostiske kriterier for dystymi:

A. Varighed mindst 2 år med konstant eller hyppigt tilbagevendende depressiv forstemthed
B. Kriterierne for moderat eller svær depressiv episode ikke opfyldte inden for 2 års perioden
C. Ingen hypomane episoder
D. Depressiv forstemthed med mindst 3 af følgende symptomer:
    1. ↓ Aktivitet eller energi
    2. Søvnbesvær
    3. ↓ Selvtillid eller utilstrækkelighedsfølelse
    4. Koncentrationsbesvær
    5. Lethed til tårer
    6. Interessesvækkelse
    7. Glædeløshed
    8. ↓ Libido
    9. Håbløshedsfølelse
    10. Uoverkommelighedsfølelse
    11. Pessimistisk indstilling eller rugen over fortiden
    12. Indadvendthed
    13. Fåmælthed

Hypoman enkeltepisode

En periode med konstant eleveret ekspansivt eller irritabelt stemningsleje uden kendt fysiologisk årsag

A. Løftet eller irritabelt stemningsleje mindst 4 dage
B. Mindst 3 af følgende med nogen påvirkning af dagliglivsfunktioner
    1. ↑ Aktivitet
    2. ↑ Taletrang
    3. Koncentrationsbesvær eller letafledelighed
    4. ↓ Søvn behov
    5. ↑ Seksuel energi
    6. Købetrang, overmodig adfærd
    7. ↑ Selskabelighed, overfamiliaritet
C. Opfylder ikke kriterier for mani eller anden affektiv sindslidelse eller tilstand
D. Organisk ætiologi udelukket

Differentialdiagnoser:

- ADHD
- Adfærdsforstyrrelse F93
- Skizofreni F20

Kapitel 19: Skizofreni og andre psykotiske tilstande hos børn og unge

Skizofreni og andre psykotiske lidelser hos børn og unge er tilstande, der giver anledning til omfattende kognitive, emotionelle og adfærdsmæssige symptomer.

Psykose kan defineres som en sindssygelig tilstand præget af svigtende realitetssans i forhold til individets egne oplevelser af sanseindtryk, følelser og forestillinger. Psykotiske symptomer er hyppigst hallucinationer og vrangforestillinger, men omfatter også formelle tankeforstyrrelser og katatone symptomer.

Psykotiske symptomer i barne- og ungdomsårene ses ved:

- Skizofreni, skizoaffektiv og anden psykose
- Sværere affektive (mani/depression) tilstande
- Hjerneorganisk dysfunktion: partiel kompleks epilepsi
- Andre hjerneorganiske tilstande:
    - Psykose som led i brug af psykoaktive stoffer (amfetamin, ecstasy, LSD, cannabis)
    - Wilsons sygdom (hepatolentikulær degeneration)
    - Metakromatisk leukodystrofi
    - Hyper- eller hypothyroidisme

Diagnostiske kriterier for skizofreni:

1. Mindst 1 førsterangssymptom (tankepåvirkningsoplevelser, 3-persons hørehallucinationer, styrings-oplevelser, legemlige påvirkningsoplevelser, vrangagtige sansningsoplevelser)
   eller
   vedvarende bizarre vrangforestillinger
   eller
   mindst 2 af følgende
   a. Vedvarende hallucinationer eller hallucinationer med vrangforestillinger uden affektivt indhold
   b. Sproglige tankeforstyrrelser
   c. Kataton adfærd
   d. Negative symptomer (træghed, sløvhed, affektaffladning, initiativløshed, passivitet, sprogfattigdom, kontaktforringelse, manglende fremdrift eller interesser, tom eller formålsløs adfærd, indsynken i sig selv, social tilbagetrækning eller ensomhedsøgen)
2. Varighed mindst 1 måned
3. Udelukkes: primær affektiv sindslidelse og organisk ætiologi

K-SADS (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-age children*) er oversat til dansk og bruges til at interviewe børn og forældre med henblik på generering af diagnose. Til unge > 16 år kan *Schedule og Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN) bruges. Ydermere anbefales det at foretage en jævnlig systemisk vurdering af symptomernes sværhedsgrad med en standardiseret skala (*Positive and*

negative Syndrome Scale (PANSS) eller *The Scales for The Assessment of Positive/Negative Symptoms* (SANS og SAPS)) f.eks. på tidspunktet for indlæggelse og udskrivelse og for at måle effekt af behandling.

Udredning af psykose hos børn og unge:

1. Børne- ungdomspsykiatrisk undersøgelse
    a. Systemisk registrering af tidligere og nuværende psykiatriske symptomer (under 16 år: K-SADS / over 16 år: SCAN)
    b. Vurdering af selvmordsrisiko
    c. Beskrivelse af præmorbid funktion og symptomer
    d. Anamnese vedrørende udviklingsforstyrrelser, affektive symptomer og misbrug af psykoaktive stoffer
    e. Familiære psykiatriske dispositioner
2. Somatisk undersøgelse
    a. Grundig somatisk anamnese og almen objektiv undersøgelse inklusiv neurologisk undersøgelse
    b. Paraklinisk: relevante blodprøver og urinscreening, CT-(MR)skanning af hjernen, EEG
3. Kognitiv testning: vurdering af intelligens og specifikke kognitive funktioner

Anamnese – også fra pårørende (husk misbrugsanamnese)

4. Psykopatologisk interview (det subjektive)
5. Psykopatologisk vurdering (det objektive)
6. Psykologisk testning: Projektive prøver, neuropsykologiske prøver
7. Overvejelser vedrørende differentialdiagnoser
8. Neurologisk screening
9. Evt. parakliniske prøver:
    - Blodprøver
    - Lumbalpunktur
    - EEG
    - CT/MR-scanning – afvigelser i flere hjerneregioner: forstørrede ventrikler, mindre temporallapper (superiore temporale gyrus), mindre mediale temporale strukturer (hippocampus, amygdala og parahippocampus) og mindre frontallapper. Afficeret grå substans (atrofi)

Incidens for 13-19-årige: 11-131 nye tilfælde/100.000/år for psykose. 0,5-50 nye tilfælde/100.000/år for undergruppen af skizofreni.

Symptomer for skizofreni:

- Positive symptomer
    - Hallucinationer: sensoriske oplevelser, der ikke er virkeligt til stede
        - Lyden af stemmer, musik eller banken
        - Synet af former, farver, objekter eller personer
        - Mærkelige fysiske fornemmelser i kroppen
        - Underlige lugte/smag

    - Vrangforestillinger: uvirkelige forestillinger, f.eks. at blive overvåget eller forfulgt eller at have særlige evner

  Hos børn og unge er der hallucinationer på flere sansemodaliteter og vrangforestillinger er ofte vage. Indhold afhængigt af alderen

- Negative symptomer
    - Affladet affekt (↓ emotionelt respons f.eks. mimikløshed)
    - Energiløshed
    - ↓ Interesse for omverden
    - Sprogfattigdom (både omfang og indhold)

  Hos børn og unge er negative symptomer relativt fremherskende i symptombilledet

- Desorganiserede symptomer
    - Formelle tankeforstyrrelser (talen har ↓ kommunikativ kvalitet, er f.eks. usammenhængende eller med privat logik eller præget af stor vaghed)
    - Bizar adfærd f.eks. aparte eller upassende påklædning og adfærd
    - Inadækvat affekt f.eks. upassende grin ved alvorlige samtaleemner

  Desorganiserede symptomer er ofte relativt fremherskende i symptombilledet hos børn og unge

Nogle studier tyder på, at sygdommen ved debut hos børn og unge i højere grad præges af social tilbagetrækning og antisocial adfærd, mens psykopatologien i senere stadier mere ligner voksnes.

Kognitivt deficit ved skizofreni er omfattende (indgår ikke direkte i de diagnostiske kriterier), og der er ↓ funktion på områder som tidlig sensorisk og perceptuel information, opmærksomhed, verbal og spatial indlæring og hukommelse, samt eksekutive funktioner (begrebsdannelse, ordmobilisering, evnen til at danne, fastholde og skifte kognitive strategier) og social kognition. Den gennemsnitlige IQ hos børn og unge med skizofreni ligger lavere IQ = 80-90 end hos voksne IQ = 100 og hos skizofrene voksne IQ = 90.

Årsagsfaktorer:

- Genetiske faktorer
- Miljøfaktorer – graviditet og fødsel: infektion eller insufficient fødeindtag under graviditeten, obstetriske komplikationer, fødsel i vintermånederne, fødsel/opvækst i bymiljø
- En tidlig udviklingsdefekt i hjernen
- Senere stofmisbrug, stress

Differentialdiagnoser:

- Organiske psykoser – temporallapsepilepsi, endokrine og infektiøse sygdomme.
- Det affektive spektrum
- De non-affektive psykotiske forstyrrelser
- Autismespektret – ↓ evne til social gensidighed, af en hæmmet sproglig udvikling, sproglige afvigelse f.eks. ekkolali, sjældent egentlige vrangforestillinger og varende hallucinationer
- OCD

Behandling:

- Farmakologisk – antipsykotiske medicin: 2. generations antipsykotika har i modsætning til 1. generations antipsykotika mere effekt på de negative symptomer, de affektive symptomer og kognitive forstyrrelser. Færre ekstrapyramidale bivirkninger, ↑ risiko for vægtøgning og diabetes mellitus samt prolaktinstigning. Diagnostisk uafklarede patienter med psykose bør observeres i op til 2 uger mht. symptomvurdering og korrekt diagnose, før antipsykotisk behandling påbegyndes.
  Forskellige bivirkninger ved forskellige stoffer:
  - Parkinsonlignende symptomer (ekstrapyramidale symptomer = EPS)
  - Vægtøgning
  - Stofskifte påvirkning (fedt/sukker)
  - Prolaktin (hypofyse hormon) stigning, evt. med menstruationsforstyrrelse, mælkeflåd.
  - Kardiel påvirkning QT
  - Bivirkninger vurderes løbende. Vigtigt med registrering før behandlingsstart.
  - Løbende overvejes behov for skift til andet præparat eller dosisjustering.
  - Altid så vidt muligt stile mod monoterapi (1 medikament).
- Psykosocial intervention (psykoedukation, psykoedukativ familieintervention, opsøgende psykoseteams, social færdighedstræning, kognitiv adfærdsterapi/psykodynamisk terapi)
  Formålet er at mindske antallet af psykotiske tilbagefald og bedre patientens sygdomsindsigt, deres motivation for behandling og den sociale funktion.
  - *Psykoedukation* er undervisning af den psykotiske patient og de pårørende. Der informeres om sygdommens årsager, symptomer, forløb og behandlingsmuligheder. Der fokuseres på at informere om virkning og bivirkninger af medicin og træne patienten i at tage medicin.
  - *Psykoedukativ familieintervention*: undervisning og adfærdstilpasning, således man øger informationsniveauet i familien, etablerer en alliance med de pårørende og støtter problemløsningsstrategier.
  - *Opsøgende psykoseteam* har til formål at etablere kontakt til psykotiske patienter, der selv har svært ved at opsøge og fastholde behandling.
  - *Social færdighedstræning* skal hjælpe patienten til at udvikle færdigheder så de bedre klarer sig i sociale sammenhænge og i mindre grad belastes af social isolation.
  - *Kognitiv adfærdsterapi* søger at mindske psykotiske symptomer ved at hjælpe patienten med at forholde sig til irrationelle forestillinger og de automatiske tankemønstre der er knyttet til. Der arbejdes på at hjælpe patienten med at udforme konkrete handlemuligheder til at håndtere symptomerne.
  - *Psykodynamisk psykoterapi* gives primært i støttende form og praktiseres både individuelt, i familier eller i grupper.
  - *Miljøterapi under evt. indlæggelse* – formålet er at bedre patientens praktiske og sociale færdigheder ved at indgå i afdelingens struktur og aktiviteter og i relationer til professionelle behandlere og andre i miljøer. Det terapeutiske miljø skal være støttende, struktureret og med en høj grad af forudsigelighed. Kontaktpersonen har en central plads i behandlingen og skal sikre en stabil relation mellem patienten og det behandlende miljø samt koordinere det samlede pleje- og behandlingsforløb.

- *Særligt skole- og aktivitetstilbud og socialpædagogisk støtte/behandling*
- *Fysisk træning* – har en positiv effekt på angst, depression og den forstyrrede kropsforstyrrelse, samt det kan være igangsættende, netværksskabende og derigennem potentielt afstigmatiserende. Bedre den almene sundhed og imødegå overvægt og derved risikoen for type 2 diabetes og hjertesygdom.

Prognosen for tidligt debuterede skizofreni er dårligere end hos voksne. Således vil op mod 80 % opleve et kronisk forløb med svær funktionsnedsættelse, mens de resterende 20 % have en mere gunstig prognose.

Kapitel 20: Forstyrrelser i personlighedsudviklingen hos unge

Personlighedsforstyrrelser defineres som ekstreme og vedvarende afvigelser fra det normale, der ledsages af et betydeligt subjektivt ubehag og betydelige social vanskeligheder.

- En forstyrrelse forudsætter en afvigelse fra en norm der kan fastslås
- Personlighed er en svær norm at fastsætte især under udviklingen
- Hvornår er personligheden stabil?
  - Udviklingsprocessen er yderst påvirkelig
  - PF kan spores i barndommen og adolescens og vil oftest vedvare med samme karakteristika

Diagnostiske kriterier:

I. Karakteristiske, vedvarende mønstre for adfærd og oplevelsesmåde som afviger fra det i kultursammenhængen forventede og accepterede for mindst 2 af følgende områder
   1. Erkendelse, holdning
   2. Følelsesliv
   3. Impulskontrol og behovstilfredsstillelse
   4. Interpersonelle forhold

II. Adfærden er gennemgribende, unuanceret, utilpasset og uhensigtsmæssig

III. Adfærden går ud over patienten selv eller omgivelserne

IV. Varighed siden barndom eller adolescens

V. Ikke udtryk for eller følge af anden psykisk lidelse

VI. Organisk ætiologi udelukkes

Der findes overordnede og specifikke undertyper

1. Mad: paranoid, skizoid
2. Bad: dyssocial, emotionel ustabile, histrionisk
3. Sad: tvangspræget, evasiv, dependent
4. Andre: narcissistiske, passive-aggressiv

- *Paranoid personlighedsstruktur F60.0* – overfølsomhed for nederlag og afvisninger, rugen over fornærmelser, mistroiskhed med en tendens til at mistyde neutrale eller venlige handlinger som fjendtlige

eller nedgørende, udtalt rethaverisk, tilbøjelighed til sygelig jalousi, overdreven følelse af eget selvværd, udtalt selvhenføringstendens

Hyppighed 1,5% (større eks. i fængsler). Årsag ukendt, men vis genetisk disposition. Hyppigere blandt pårørende til skizofrene. Sociale faktorer en vis rolle. Behandling svær – mistro overfor behandleren. Evt. antipsykotika

- *Skizoid personlighedsstruktur F60.1* – tilbagetrækning fra samvær med andre, emotionel distance og affektiv indifference. Personen er sky og indadvendt og udviser ofte excentrisk adfærd og holdning, er ligeglad med anerkendelse eller kritik fra andre og udtrykker ingen interesse eller evne til forpligtende eller intim kontakt. Ved pres til social kontakt, udløses fjendtlighed og undertiden vrede.
- *Dyssocial personlighedsstruktur F60.2* – uansvarlige og antisociale adfærd med symptomer, der også ses hos børn med adfærdsforstyrrelser. Særlig risiko for udvikling af alkoholproblemer, stofmisbrug, kriminel løbebane og overdødelighed. Baggrunden er mistrivsel under opvæksten og uhensigtsmæssig stimulation i den følelsesmæssige og intellektuelle udvikling. Det er tit børn med DAMP og opmærksomhedsforstyrrelse med eller uden hyperkinesi og adfærdsforstyrrelse.
- *Emotionelt ustabil personlighedsstruktur F60.3:*
    - *Impulsiv type* – hyppige tab af den følelsesmæssige kontrol på ringe foranledning og med ledsagende gennembrud af affektive impulser. De let vakte følelsesmæssige reaktioner og intolerancen for stress kan resultere i destruktivitet og truende og aggressive adfærd. Disse personer kan bagefter vise anger, fortrydelse og selvbebrejdelse i forhold til kontroltabet og deres voldsomme adfærd.

      Impulsiv type: mindst 3, altid nr. 2.
        - Tendens til at handle impulsivt og uoverlagt
        - Stridbarhed, ved impulsfrustration
        - Affektlabilitet
        - Manglende udholdenhed
        - Ustabilt og lunefuldt humør
    - *Borderline type* – et ustabilt selvbillede, ustabile interpersonelle relationer og et ustabilt stemningsleje. ↑ følelsesmæssig intensitet og sårbarhed, ↑ sensitivitet for emotionelle stimuli og vanskeligheder ved at vende tilbage til et neutralt udgangspunkt. En kronisk følelse af tomhed og kedsomhed, samt intense forhold præget af hyppige brud, først og fremmest i forbindelse med skuffede forventninger. Personlighedsstrukturen er præget af umodenhed med primitive forsvarsmekanismer, regressiv adfærd og selvdestruktive handlinger. Der ses selvdestruktive handlinger på egen krop f.eks. patienten ridser, skærer eller slår sig selv. Det kan også dreje sig om mere langvarige symptombilleder, som f.eks. atypiske spisemønstre, promiskuøs adfærd og alkohol- og stofmisbrug. Hyppige selvmordshandlinger.
- *Histrionisk eller dissocieret personlighedsstruktur F60.4* – labil emotionalitet, tilbøjelighed til dramatiseren, teatralsk optræden, overdrevne følelsesudtryk, udtalt letpåvirkelighed, egocentricitet, forfængelighed, manglende tanke for andre, vedholdende krav om spænding i tilværelsen, vedholdende krav om anerkendelse og opmærksomhed, abnorm sårbarhed

Hyppighed omkring 2 %, lige hyppig hos mænd og kvinder. Overvejende psykoseksuelt betinget (den klassiske ødipal konflikt). Behandling: Velegnet til psykoterapeutisk behandling – ofte vil psykodynamisk psykoterapi være en god indfaldsvinkel. God prognose

- *Tvangspræget eller obsessiv-kompulsiv personlighedsstruktur F60.5* – følelse af indre usikkerhed og tvivl, oversamvittighedsfuld, perfektionisme, pedantisk ordentlighed, kontrolleringstendens, nølende forsigtighed, rigiditet, stædighed.
  Årsager: Psykodynamisk udvikling – klassisk beskrevet relateret til den anale fase. Selvstændighed – afhængighed – kontrol. Hyppighed 2 %. Dobbelt så hyppig hos mænd. Komplikation: Depression, fobi
  Behandling: Psykodynamisk psykoterapi
- *Ængstelig eller evasiv personlighedsstruktur F60.6* – sensitiv, ængstelig, evasiv, følelse af ængstelse, anspændthed, usikkerhed og mindreværd, stræben efter anerkendelse og følelsesmæssig varme, overfølsomhed for afvisning og kritik, frygt for at knytte sig til andre mennesker, undgår forskellige aktiviteter pga. overdreven frygtsomhed for mulige farer eller føler risiko ved selv helt dagligdags forhold
  Årsag overvejende psykodynamisk – angst for separation/forkastelse eller overbeskyttelse. Forekomst 2,5 % - 20% psykiatriske ptt. Komplikation: Angstlidelser, depression. Behandling: Kognitiv terapi, psykodynamisk psykoterapi. Medicin: ved komplikationer antidepressiva
- *Dependent personlighedsstruktur F60.7* – udtalt passiv afhængighed af andre mennesker, når der skal træffes væsentlige afgørelser, frygt for at blive forladt, følelse af hjælpeløshed og utilstrækkelighed, passiv eftergivenhed over for andres ønsker, kraftesløse reaktioner på dagliglivets krav, tendens til at reagere på modgang ved at lade andre tage ansvaret.
  Årsager: Klassisk beskrevet som en hæmning i den orale fase. Angst for selvstændighed. Forekomst: ca. 1,5 % - 15-25 % i psykiatriske grupper. Komplikationer: Alkohol-stofmisbrug., Depression/angstlidelser, spiseforstyrrelser. Behandling: Psykoterapi, kognitiv eller psykodynamisk. Vigtigt at behandle evt. komplicerende lidelser
- *Narcissistisk personlighedsstruktur* – reagerer på kritik med følelsen af raseri, skam eller ydmygelse, udnytter eller snylter på andre, føler sig særlig, udvalgt og specielt betydningsfuld, føler at egne problemer er unikke og kun kan forstås af unikke, er optaget af fantasier om grænseløs fremgang, magt, begavelse, skønhed eller fuldendt kærlighed, føler at have specielle rettigheder, kræver konstant opmærksomhed og beundring, formår ikke at leve sig ind i andres følelser og tanker, medmindre de helt afspejler egne tanker og følelser (og når det sker taler personen hellere om sig selv end om den anden)

Udadreagerende:

- Den histrione
- Den emotionelt ustabile
- Den dyssociale personlighedstype

Indadreagerende:

- Den hæmmende type (obsessiv-kompulsiv personlighedstype)
- Den tilbagetrukne (paranoide og skizoide personlighedstype)
- Den ængstelige (dependente og evasive personlighedstype)

Personlighedsforstyrrelser findes ofte sammen med andre psykisk lidelser:

- ADHD
- Depression
- Angst
- Spiseforstyrrelser
- Psykoser
- Gennemgribende udviklingsforstyrrelser

Differentialdiagnoser:

- Skizoid personlighedsstruktur – undgår samvær med andre, emotionel distance; har svært ved at sætte ord på egne og andres følelser, ligeglad med ris eller ros,
- Aspergers syndrom – problemer med socialt samspil;
    - Blikkontakt, gestus, mimik, kropsholdning
    - Udvikling af fælles interesser
    - Emotionelt respons
    - Spontan delagtiggørelse af andre
- Den dyssociale personlighedsstruktur
- ADHD, gennemgribende udviklingsforstyrrelser

Behandling:

- Ændring af socialt invaliderende adfærd
- Støtte til at stabilisere personlighedsstrukturen
- Psykoedukation
- Psykofarmakologisk behandling
    - Ved overvejende affektive symptomer, angst, aggression kan anvendes:
        1. SSRI
        2. Højdosis antipsykotika
        3. Litium, carbamazepin, valproat
    - Ved mistro, paranoide forestillinger, lette tankeforstyrrelser, dissociation osv. kan anvendes
        1. Højdosis antipsykotika
        2. Middeldosis antipsykotika
        3. Atypiske antipsykotika
    - Ved mangelfuld effekt skift fra 1 til 2 til 3 idet monoterapi bør tilstræbes
    - Ved ADHD: Ritalin
- Psykoterapi
- Kognitiv adfærdsterapi, dialektisk adfærdsterapi – træning i at bryde afvigende handlemønstre og tankesæt under samtidig udvikling af egen indsigt

Kapitel 21: Reaktioner på svær belastning og tilpasningsreaktioner

Belastningen af psykisk traumatiserende karakter er forbundet med:

- Truende eller manifest adskillelse fra forældrene
- Trusler på barnets integritet, liv og førlighed
- Pludselige og afgørende ændringer i barnets livsomstændigheder

Reaktioner på svær belastning

- *Akut belastningsreaktion* – udvikles i direkte tilslutning til en exceptionel fysisk eller psykisk belastning. En overvældende oplevelse, der involverer alvorlig trussel på sikkerhed eller fysisk integritet (liv og helbred) enten for barnet selv eller en af barnets nærmeste. Eksempler kan være naturkatastrofer, ulykker, krig, kriminelle overgreb, vold og voldtægt. Eller en usædvanlig truende ændring i barnets eller den unges sociale position eller netværk, såsom familiemedlemmers dødsfald, ildebrand.
  Barnet kan udvise et blandet og skiftende billede, præget af initial forvirring, depressivitet, ængstelse, vrede, desperation, hyperaktivitet eller tilbagetrækning. Barnet kan være uroligt, grædende, hulkende, råbende, aggressivt eller isolere sig. Ingen af symptomerne viser særlig dominans.
- *Posttraumatisk belastnings-/stressreaktion* – en forsinket eller forlænget reaktion på en traumatisk begivenhed, der har exceptionelt svær eller katastrofelignende karakter, som ville udløse betydelige reaktioner hos alle. De kan opstå op til 6 måneder efter den traumatiske oplevelse. Typisk ses tilbagevendende episoder, hvor traumet genopleves i form af påtrængende erindringer, flash-backs, drømme eller mareridt.

Diagnostiske kriterier – *akut belastningsreaktion:*

1. Udsættelse for exceptionelt svær fysisk eller psykisk belastning (af katastrofekarakter)
2. Umiddelbart (inden for 1 time) efterfulgt af symptomer som ved generaliseret angsttilstand:
   a. Tilbagetrukkethed
   b. Bevidsthedsindsnævring
   c. Desorientering
   d. Vrede eller verbal aggressivitet
   e. Fortvivlelse eller håbløshed
   f. Overdreven eller formålsløs hyperaktivitet
   g. Ubegrænset og overdreven sorgreaktion i forhold til den kulturelle baggrund
3. Symptomerne aftager hurtigt:
   a. < 8 timer ved forbigående belastning
   b. < 48 timer ved bestående belastning
4. Anden psykisk lidelse udelukkes

Diagnostiske kriterier – *posttraumatisk belastningsreaktion:*

1. Tidligere udsættelse for exceptionelt svær belastning (af katastrofekarakter)
2. Tilbagevende genoplevelse af traumet i flash-backs, påtrængende erindringer eller mareridt eller stærkt ubehag ved udsættelse for omstændigheder, der minder om traumet
3. Undgåelse af alt, hvad der minder om traumet
4. Delvis, eventuelt fuld amnesi for den traumatiske oplevelse

eller

Vedvarende symptomer på psykisk overfølsomhed eller alarmberedskab med 2 af følgende:

a. Ind- eller gennemsovningsbesvær
b. Irritabilitet eller vredeudbrud
c. Koncentrationsbesvær
d. Hypersensivitet
e. Tilbøjelighed til at fare sammen

5. Optræder inden for 6 måneder efter den traumatiske oplevelse

Tilpasningsreaktioner – diagnostiske kriterier:

- Kendt traume eller belastning (ikke af usædvanlig eller katastrofeagtig karakter) inden for den sidste måned
- Emotionelle og adfærdsmæssige symptomer, men ej opfylder kriterierne for andre psykiske lidelser eller tilstande
- Varighed < 6 måneder (undtaget længerevarende depressiv reaktion, der kan vare op til 2 år)

Det kan dreje sig om følgende forhold:

- Psykiske, seksuelle eller fysiske overgreb
- Ændringer i de familiære eller sociale netværk
- En individuel udfordring eller krise ved at skulle tilegne sig en ny status eller fungere i nye og ukendte sammenhænge

Kapitel 22: Akutte tilstande i børne- og ungdomspsykiatri

Akutte tilstande:

- Akutte og forbigående psykoser (F23) herunder akut skizofreni
- Akut organisk psykosyndrom
- Akutte psykiske intoksikationer
- Selvmordsforsøg, selvdestruktiv adfærd (X60-X84)
- Akut depressiv tilstand F32
- Mani F30
- Akut forværring af angsttilstande
- Akut forværring af obsessiv-kompulsiv lidelse F42
- Akut forværring af spiseforstyrrelse F50
- Akutte belastnings-/krisereaktioner F43
- Affekteksplosioner og aggressive impulsgennembrud ved adfærdsforstyrrelser F91 og personlighedsforstyrrelser F60

Somatisk undersøgelse af den akutte patient:

- Almen tilstand

    - +/- akut somatisk medtaget, hydrering, puls, BT, temperatur, bevidsthedsplan, respiration
    - Huden efterses for traumer, injektionsmærker
    - Evt. akut medicinsk/kirurgisk tilsyn
- Neurologisk undersøgelse
    - Kraft, tonus, reflekser, nakkestivhed, pupilforhold
    - Evt. akut neurologisk tilsyn
- Akutte prøver efter behov:
    - F.eks. elektrolytter, glukose, urinundersøgelse for medikamenter, relevante undersøgelser med henblik på infektioner, herunder CNS-infektioner.

Psykiatrisk undersøgelse af den akutte patient:

- Alment psykisk
    - +/- akut påvirket (anspændt/forpint)
    - +/- sygdomserkendelse
    - Grundstemning: forsænket, neutral, opstemt
- Bevidsthedstilstand – +/- vågen, klar, orienteret
- Psykomotorisk tempo – +/- agiteret/hyperaktiv/hæmmet
- Perception – +/- hallucinationer, illusioner
- Tankegang – +/- usammenhængende, løst associerende
- Tankeindhold:
    - +/- vrangforestillinger, depressive forestillinger, suicidaltanker
    - +/- konkrete overvejelser om suicidium
- Kontakt – kvalitet af formel og emotionel kontakt

Kapitel 23: Behandling

Inden en behandling iværksættes, er det vigtigt at sikre sig at

- Diagnosen er korrekt (baseret på en grundig anamnese, psykologisk og psykiatrisk undersøgelse samt observation)
- Forældre og barnet/den unge er bekendt med diagnosen og problemstillingen
- Forældre og barnet/den unge er grundigt informeret om behandlingen (herunder dens forløb, forventet varighed) og i tilfælde af psykofarmakologisk behandling forventet virkning, mulige bivirkninger etc.
- Såvel forældrenes som barnets/den unges motivation er til stede

Principper for behandling af børne- og ungdomspsykiatriske lidelser:

- Symptomreducerende
    - Individuel psykoterapi (støttende, kognitiv psykoedukation)
    - Omsorg/aflastning
- Symptomatisk medikamentel behandling
    - Angstdæmpende

    - Sederende
    - Antipsykotisk
    - Antidepressiv
- Rådgivning af forældre
    - Familieterapi
- Fremme den generelle udvikling
    - Undervisning
    - Pædagogik
    - Socialstimulation
- Fremme helbredelse/mindske risiko for forværring
    - Psykoedukation
    - Øge den individuelle modstandskraft, selvindsigt, erkendelse (kognitiv kompetence)
    - Eliminere patogenetiske faktorer i miljøet
- Forebygge recidiv
    - Behandlingsplanlægning på tværs af hospitalsafdeling og socialsektor
    - Oplysning (forældre og andre)
    - Ambulant kontakt ved behov

Behandlingsformer:

- Information og rådgivning
- Psykoedukation
- Individuel psykoterapi/legeterapi – baseret på psykodynamiske eller kognitive/adfærdsterapeutiske principper; hos børn foregår psykoterapi oftest som legeterapi:
    - Angsttilstande F93.0-F93.2 (kognitiv/adfærdsterapeutisk)
    - Elektiv mutisme F94.0 (kognitiv, adfærdsterapeutisk)
    - Obsessiv-kompulsiv lidelse F42 (kognitiv/adfærdsterapeutisk)
    - Spiseforstyrrelser F50 (flere former for individuel psykoterapi kan anvendes)
    - Depression F32 (flere former for individuel psykoterapi kan anvendes)
    - Skizofreni F20 (kognitiv adfærdsterapi)
    - Personlighedsforstyrrelser F60 (flere former for individuel psykoterapi kan anvendes)
    - Tilpasningsreaktioner (især støttende terapi)

- Familieterapi – formålet er at hjælpe familien til at bryde fastlåste roller og handlemønstre. Benyttes som supplement til individuel terapi og andre behandlingstiltag ved følgende tilstande:
    - Angsttilstande F93.0-F93.2 (herunder især separationsangst F93.0)
    - Elektiv mutisme F94.0
    - Obsessiv-kompulsiv lidelse F42
    - Somatiseringstilstande F45
    - Spiseforstyrrelser F50
    - Depression F32
    - Tilpasningsreaktioner

- Gruppeterapi – er baseret på psykodynamiske, kognitive eller miljøterapeutiske principper. Indikationer for gruppeterapi er:
    - Angsttilstande F93.0-F93.2
    - Obsessiv-kompulsiv tilstand F42
    - Spiseforstyrrelser F50
    - Skizofreni F20
- Miljøterapi – indikationer er:
    - Forstyrrelser af aktivitet og opmærksomhed F90.0
    - Tilknytningsforstyrrelser F94
    - Adfærdsforstyrrelser F93
    - Autisme og andre gennemgribende udviklingsforstyrrelser (i form af struktureret træning af kommunikation og sociale færdigheder) F84
    - Skizofreni (i form af struktureret træning af kommunikation og sociale færdigheder) F20
    - Personlighedsforstyrrelser F60
- Farmakoterapi – dosis til børn skal være 50-100 % højere efter vægtkorrektion for at opnå sammen serumkoncentration pga.:
    - Metabolismen i leveren er ↑
    - Elimination (renal clearance) er ↑

  Halveringstiden er mindre hos børn, hvilket betyder hyppigere eller højere dosis til børn.

  Indikationer for antipsykotika er:
    - Skizofreni F20
    - Tourettes syndrom/multiple tics F95
    - Gennemgribende udviklingsforstyrrelser/infantil autisme (svær selvmutilation, angst, uro) F84
    - Manisk episode/paranoide symptomer/skizoaffektive symptomer hos unge
    - Svær adfærdsforstyrrelse med voldelige impulsgennembrud F93
    - Emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse (i faser præget af mikropsykotiske episoder, paranoide ideer og udtalt selvhenføring) F60
    - Ekstreme tilfælde af hyperkinetisk forstyrrelse med symptomer på angst og/eller psykose

  Alle drugs med dokumenteret antipsykotisk effekt blokerer dopamin D2 receptorerne:
    1. D2 antagonister (forskellig binding)
    2. D2 partiel agonist (aripiprazol)

  Bivirkninger:
    - Påvirkning af kognitive funktioner – sedation
    - Metaboliske bivirkninger – 2. generations antipsykotika
        - Diabetes
        - Lipidforstyrrelser
        - Fedme
        - Ændringer i abdominalomfang
        - Hyperprolaktinæmi
        - QT-forlængelse

    - Pankreatit
- Agranulocytose (obs ved clozapin)
- Ekstrapyramidale bivirkninger – især 1. generation antipsykotika
    - *Akut dystoni* – opstår efter få timer eller i løbet af få dage. Der ses muskulær hypertoni, toniske spasmer af nakken, munden eller tungen, øjenrulninger og opistotonus. Akut dystoni responderer hurtigt på antikolinerge og antiparkinsonsstoffer.
    - *Parkisonlignende* – tremor, rigiditet, ↓ mimik og akinisi (langsommelighed i bevægelser). Opstår fra ca. 5-30 dage. Bivirkningerne forsvinder ved antiparkinsonsmidler.
    - *Akatisi (motorisk rastløshed)* – opstår efter få dage til flere måneder. Ubehagelig rastløshed, fornemmelse af indre spænding i underekstremiteterne, manglende evne til at sidde stille og trippende bevægelser og gang. Bivirkningerne forsvinder ved antiparkinsonmidler.
    - *Tardive dyskinesier* – indtræder sent. Omfatter torticollis og grimasseren. Kan være irreversibel
    - *Malignt neuroleptikasyndrom* – kan opstå efter en enkelt dosis eller hyppigt efter en uge. Muskulær rigiditet, bevidsthedsændring, stupor, katatoni, hyperpyreksi, samt puls- og BT-forstyrrelser.

Indikationer for centralstimulantia – methylfenidat eller dexamfetamin – virker over dopamin- og noradrenalinreceptorerne og bevirker en bedre kommunikation mellem de involverede hjernecentre, primært ved at hæve arousalniveauet og øge aktiviteten i frontallapperne.
Svær opmærksomhedsforstyrrelse med hyperaktivitet (hyperkinetisk forstyrrelse):

- ↑ koncentration og reducerer motorisk uro, hyperaktivitet og impulsivitet
- Fremmer opmærksomhedsfunktionen og indlæringen
- Har kort halveringstid (2-3 timer), derfor flere daglige doser
- Medicinen giver altid peroralt og i doser fra 5 mg (2-3 gange dagligt) stigende til 10-15 mg 2-3 gange dagligt (maksimal totaldosis 50-60 mg dagligt)
- Langtidsvirkende methylphenidat (Ritalin Uno®) har indsættende virkning som Ritalin®, dvs. efter 20-30 min., og en virkningstid på ca. 6-8 timer. Concerta® 's virkning sætter ind efter ca. 1 time og varer ca. 10-12 timer.
- Centralstimulantia interagerer med monoaminoksidasehæmmere (MAO-hæmmere), hvilket betyder, at behandling med centralstimulantia ikke bør påbegyndes før tidligst 14 dage efter seponering af MAO-hæmmere. Centralstimulantia forstærker virkningen af TCA ved samtidig behandling, mens lithium kan hæmme den stimulerende effekt af centralstimulantia.
- Kontraindiceret ved psykotiske symptomer eller såfremt barnet er massivt disponeret for psykotiske lidelser f.eks. skizofreni. Tourettes syndrom eller tics betragtes som en relativ kontraindikation. Andre relative kontraindikationer er gennemgribende udviklingsforstyrrelser, bipolær lidelse og emotionel ustabil personlighedsstruktur samt ved symptomer udtalt angst/agitation og fare for misbrug.
- Bivirkninger:
    - Søvnproblemer

- Appetitløshed
- Kvalme
- Mavesmerter
- Hovedpine
- Tørst
- Stemningslabilitet
- Tristhed
- Takykardi
- BT-øgning
- Forværring af angst, agitation, psykotiske tilstande

Indikation for tricykliske antidepressiva (TCA):

- Depression – dog usikker effekt, undersøgt af diverse kontrollerede studier. Forklaringen kan være at det noradrenerge receptorsystem først modnes i adolescensen, og man derfor ikke kan forvente positiv effekt af TCA hos børn.
- Separationsangst (i nogle tilfælde)
- Skolefobi (i nogle tilfælde)

Stoffer:

- Imipramin – antidepressiva. Til behandling af enuresis (diurna og nocturna)
- Clomipramin – TCA. Til behandling af OCD. Indvirker på genoptagelsen af serotonin. Behandlinger indebærer, at tvangstankerne reduceres i varierende grad, men de forsvinder ikke helt.

Kontraindikationer:

- Hjerteanomalier
- EKG-afvigelser
- Epilepsi (obs: ↓ krampetærskel)
- Allergi

Bivirkninger:

- Kolinerge bivirkninger i form af mundtørhed, synsforstyrrelser og evt. konstipation, samt svimmelhed
- Sjældne kardiovaskulære bivirkninger som arytmier, takykardi, overledningsforstyrrelser og blodtryksændringer
- Neurologiske symptomer som EEG-forandringer, kramper, psykiske reaktioner i form af angst, søvnforstyrrelser og konfusion.
- Hos børn med særligt dispositioner for bipolær lidelse eller psykotiske symptomer ses agitation eller opblussen af psykotiske symptomer

Serotoninspecifikke genoptagelseshæmmere (SSRI-præparater) - indikationer:

- Depression
- OCD
- Elektiv mutisme

- Bulimia nervosa
- Emotionelle forstyrrelser - angsttilstande
- Hyperkinetisk forstyrrelse
- Infantil autisme – kontakt- og sprogforstyrrelsen samt den påfaldende adfærd

Bivirkninger:

- Kvalme
- Hovedpine
- Søvnforstyrrelser
- Træthed
- Agitation
- Forsinket ejakulation
- Hos nogle: en opblussen af selvmordstanker og selvmordsadfærd

Antiepileptika f.eks. carbamazepin og valproat: stemningsstabiliserende medicin ved behandling af bipolær lidelse og voldsomme impulsforstyrrelser

Bivirkninger:

- Sedation
- Irritabilitet
- Vægtøgning
- Hyperaktivitet (sjælden)

Litium ved bipolær lidelse – antimanisk og stemningsstabiliserende. I behandlingen af svære impulsive og aggressive udbrud. Plasmakoncentration 0,7-1,0 mmol/l. Ved vedligeholdelsesbehandling tilstræbes plasmakoncentration 0,6-0,8 mmol/l.

Bivirkninger:

- ↑ Vandladning
- Tørst
- Gastrointestinale gener
- Let tremor
- Vægtøgning
- Risiko for hypothyreoidisme

Benzodiazepiner anvendes sjældent til børn og unge, kan bruges ved indsovningsproblemer eller voldsomme angst- eller paniktilstande. Kan bruges som supplement til antimanisk behandling.

Bivirkninger:

- Agitation
- Uro
- Øget angst

- *ECT-behandling (Electro-Convulsive Therepy)* – helt ekstrem tilfælde ved svære depressioner med depressiv stupor. Anvendes når den medikamentelle behandling ikke har haft den ønsket effekt.

Kapitel 24: Profylakse

Profylakse i børne- og ungdomspsykiatri omfatter alle de tiltag, der hindrer udvikling af psykiske sygdomme og/eller begrænse sygdommens udvikling på et tidligt tidspunkt, eller reducerer forværringer i allerede indtrådte sygdomstilfælde.

Der er tale om 3 former for profylakse:

- Primær profylakse:
    - Genetisk rådgivning
    - Svangerprofylakse
    - Obstetrisk kontrol og intensiv perinatal omsorg
    - Samarbejde mellem svangerambulatorier, barselsgang, psykiatrisk afdeling, børnepsykiatere og socialsektoren
    - Sociale hjælpeforanstaltninger til belastede børn og børnefamilier
- Sekundær profylakse
    - Sundhedsplejerskeordninger
    - De forebyggende børneundersøgelser
    - Forebyggende helbredsundersøgelse hos praktiserende læger
    - Lærere og skolepsykologer, skolesundhedsplejersker
    - Hospitalsvæsenet
- Tertiær profylakse:
    - Børne- og ungdomspsykiatri

Forebyggelsesstrategier:

- At kende de kendte risikofaktorer, som søges elimineret eller begrænset
- Individets modtagelighed og coping-strategier
- At øge modstandsdygtighed

Kapitel 25: Lovgivning

- **Værgemålsloven**

  § 5. Der kan iværksættes værgemål for den, der på grund af sindssygdom, herunder svær demens eller hæmmet psykisk udvikling eller anden form for alvorligt svækket helbred, er ude af stand til at varetage sine anliggender, hvis der er behov for det.

  Stk. 2. Der kan iværksættes værgemål for den, der på grund af sygdom eller stærkt svækket tilstand er uegnet til at varetage sine økonomiske anliggender, og som selv anmoder herom, hvis der er behov for det i stedet for samværgemål efter § 7.

  Stk. 3. Værgemålet kan begrænses til at angå økonomiske forhold, herunder bestemte aktiviteter eller anliggender. Det kan også begrænses til at angå personlige forhold, herunder bestemte personlige anliggender.

Stk. 4. For så vidt ikke andet særlig er bestemt, handler værgen på den pågældende vegne i anliggender, der er omfattet af værgemålet.

Stk. 5. Personer, der er under værgemålet efter denne bestemmelse, er myndige, medmindre de tillige er frataget handleevnen efter § 6.

§ 6. I forbindelse med værgemål efter § 5, der omfatter økonomiske forhold, kan den retlige handleevne fratages, hvis dette er nødvendigt for at hindre, at den pågældende udsætter sin formue, indkomst eller andre økonomiske interesser for fare at forringes væsentligt, eller for at hindre økonomisk udnyttelse. Fratagelsen af den retlige handleevne kan ikke begrænses til at angå bestemte aktiver eller anliggender.

Stk. 2. Den, der er frataget handleevnen, er umyndig og kan ikke selv forpligtet sig ved retshandler eller råde over sin formue, medmindre andet er bestemt.

Stk. 3. Afgørelser om fratagelse af handleevne tinglyses.

§ 7. Der kan iværksættes samværgemål for den, der på grund af uerfarenhed, svækket helbred eller anden lignende tilstand har behov for hjælp til at administrere sin formue eller varetage andre økonomiske anliggender, og som selv anmoder herom.

Stk. 2. Samværgemålet kan begrænses til at begå bestemte aktiver eller anliggender.

Stk. 3. Samværgen og den pågældende handler i forening i anliggender, der er omfattet af værgemålet.

Stk. 4. Personer, der er under værgemål efter denne bestemmelser, er myndige.

§ 46. En aftale er ikke bindende, hvis det må antages, at den er indgået af en person, der på grund af sindssygdom, herunder svær demens, hæmmet psykisk udvikling, forbigående sindsforvirring eller en lignende tilstand manglende evnen til at handle fornuftsmæssigt.

- **Lov om forældremyndighed og samvær** – børn er undergivet forældrenes myndighed til det fyldte 18. år. Denne lov fastslår især, at der altid skal være en person, der har forældremyndighed over et barn. Indehaver af forældremyndighed har pligt til at drage omsorg for barnet, sørge for, at det får mad og tøj, varme, bolig samt pleje ved sygdom og eventuelt nødvendig lægehjælp. Ved adoption bortfalder de biologiske forældrenes retlige relation til barnet.

- **Lov om social service (Bistandsloven)** – en række angivelser af kommunernes pligt til at føre opsyn med børn og unge og sikre de bedst mulige opvækstbetingelser ved at sørge for pasningsordninger, daginstitutioner og mulighed for fritidsaktiviteter.

  § 1.:
  - At tilbyde rådgivning og støtte for at forebygge sociale problemer
  - At tilbyde en række almene serviceydelser, der ikke kan have et forebyggende sigte
  - At tilgodese behov, der er følger af nedsat fysisk og psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer

    Stk. 2. Formålet med hjælpen efter denne lov er at fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv eller den daglige tilværelse for at forbedre livskvaliteten

Stk. 3. Hjælpen efter denne lov bygger på den enkeltes ansvar for sig selv og sin familie. Hjælpen tilrettelægges ud fra den enkelte persons behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte.

§ 46. Formålet med at yde støtte til de børn og unge, der har særligt behov for dette, er at skabe de bedst mulige opvækstvilkår for disse børn og unge, så de på trods af deres individuelle vanskeligheder kan opnå de samme muligheder for personlig udfoldelse, udvikling og sundhed, som deres jævnaldrende

Stk. 2. Støtten må ydes tidligt og sammenhængende, så begyndende problemer hos barnet eller den unge så vidt muligt kan afhjælpes i et eget miljø. Støtten må i hvert enkelt tilfælde udformes på baggrund af en konkret vurdering af det enkelte barns eller den unges og familiens forhold.

Stk. 3. Barnet eller den unges synspunkter skal altid inddrages og tillægges passende vægt i overensstemmelse med alder og modstand

Stk. 4. Barnets eller den unges vanskeligheder skal så vidt muligt løses i samarbejde med familien og med denne medvirken.

Hvor dette ikke er muligt, må foranstaltningens baggrund, formål og indhold tydeliggøres for forældremyndighedsindehaveren, barnet eller den unge.

Underretningspligt:

§ 153. Socialministeren kan fastsætte regler, hvorefter personer, der udøver offentlig tjeneste eller erhverv, skal underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet får kendskab til forhold, der giver formodning om at et barn eller en ung har behov for særlig støtte.

§ 154. Den, der får kendskab til, at et barn eller en ung under 18 år fra forældres eller andre opdrageres side udsættes for vanrøgt eller nedværdigende behandling, eller lever under forhold, der bringer dets sundhed eller udvikling i fare, har pligt til at underrette kommunen.

§ 50. Må det antages, at et barn eller en ung trænger til særlig støtte, herunder på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsniveau, skal kommunen sørge for, at barnet eller den unges forhold undersøges. Afgørelse herom træffes i forståelse med forældremyndighedens indehaver og den unge, der er fyldt 15 år, jf. dog § 51

§ 51.

Stk. 4. Kommunen skal som led i denne undersøgelse inddrage de fagfolk, som allerede har viden om barnet eller den unges og familiens forhold. Dette kan ske ved at inddrage sundhedsplejerske, pædagoger, psykologer, lærere og andre. Hvis det er nødvendigt, skal kommunen lade barnet eller den unge undersøge af en læge eller en psykolog.

Stk. 5. Undersøgelsen må ikke være mere omfattende, end formålet tilsiger, og skal i øvrigt gennemføres så skånsomt, som forholdene tillader.

Stk. 6. En undersøgelse skal resultere i en begrundet stillingtagen til, om der er grundlag for at iværksætte foranstaltninger, og i bekræftende fald af hvilken art disse skal være. Der skal være oplysning om, hvordan forældreyndighedens indehaver og barnet og den unge stiller sig til disse foranstaltninger og om forhold i familien eller dennes omgivelser, som kan bidrage til at klare vanskeligheder.

§ 51. Når det anses for nødvendigt at afgøre, om der er åbenbart risiko for alvorlig skade på et barns eller en unges sundhed eller udvikling, kan børne- og ungeudvalget uden samtykke fra forældremyndighedsindehaveren og den unge, der er fyldt 15 år, beslutte at gennemføre undersøgelsen under ophold på en institution eller indlæggelse på sygehus, herunder psykiatrisk afdeling. En sådan undersøgelse skal være afsluttet inden 2 måneder efter børne-ungeudvalgets afgørelse.

Tvangsanbringelser

- Hvis der foreligger en åbenbar risiko for, at barnets eller den unges sundhed eller udvikling lider alvorlig skade på grund af:
  § 58. Er der åbenbar risiko for at barnets eller den unges sundhed eller udvikling lider alvorlig skade på grund af:
  1. Utilstrækkelig omsorg for eller behandling af barnets og den unge
  2. Vold eller alvorlige overgreb
  3. Misbrugsproblemer, kriminel adfærd eller andre svære sociale vanskeligheder hos barnet eller den unge eller
  4. Andre adfærds- eller tilpasningsproblemer hos barnet eller den unge, kan børne- og ungeudvalget uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver og den unge, der er fyldt 15 år, træffe afgørelse om, at barnet eller den unge anbringes uden for hjemmet.

§ 63. Hvis forældremyndighedens indehaver undlader at lade et barn eller en ung undersøge eller behandle for en livstruende sygdom eller en sygdom, der udsætter barnet eller den unge for varig og betydelig nedsat funktionsevne, kan børne- og ungeudvalget træffe afgørelse om at gennemføre undersøgelsen eller behandling.

Psykiatriloven

- Lov om frihedsberøvelse
- Tvang i psykiatrien

Tvangsindlæggelser og tvangstilbageholdelser kan kun finde sted, hvis patienten er sindssyg eller i en tilstand, der kan sidestilles dermed, og fordi det samtidig vil være uforsvarligt ikke at iværksætte indlæggelse eller behandling:

1. Fordi udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet, eller
2. Den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.

Tvangsindlæggelse på psykiatrisk afdeling foregår på behandlingsindikation, udfærdiget på "gule papirer", eller på farlighedsindikation "røde papirer".

Eksamensrelevant !!!

HUSK:

- Kontakt, kommunikation, samspil
- Kognitiv funktion:
    - Opmærksomhed
    - Kommunikation
    - Koncentration
    - Sprog
    - Tænknings form
    - Indhold
- Emotionalitet:
    - Følelses udtryk
    - Affektforvaltning
    - Impulspres
    - Stemningsleje
- Specifikke:
    - Psykotiske manifestationer
    - Tvangstanker m.m.