

Børn- og unge med psykiske lidelser

Børne- og ungdomspsykiatri
Anne Heurlin, speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri

Børne- og ungdomspsykiatrien i DK

- 1953: Børnepsykiatrien blev uafhængig af voksenpsykiatrien
- 1994: Børne- og ungdomspsykiatri et samlet speciale
- Behovet for børne- og ungdomspsykiatrisk intervention: Aktuelt henvises 1,5 %

Specialets organisering

- Børne- og ungdomspsykiatriske centre, under regionerne fx region hovedstaden. Organisatorisk/økonomisk adskilt fra øvrige lægelige specialer.
- Henvisninger til specialet:
- 60% fra almen praksis heraf nogle fra andre specialer
- 30% fra PPR, socialforvaltning etc.
- Resten fra retsvæsen, distriktspsykiatri
- Akutte indlæggelser, vagtfunktion

3.2.1 Almen praksis

- Den alment praktiserende læge har en central rolle med hensyn til opsporing af psykisk sygdom hos børn og unge og har ofte en koordinerende rolle i forhold til henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien.

Den praktiserende læge vurderer tilstedeværelsen og alvoren af symptomerne, idet tilstandens kompleksitet, sjældenhed og sværhedsgrad afgør om en henvisning til sekundær sektor er berettiget. Den praktiserende læge eller vagtlægen kan på baggrund af sin vurdering have behov for, at patienten modtages til en akut vurdering og evt. indlæggelse

Flg. kræver altid henvisning til børnepsyk. afd.

- Autisme og andre svære kontaktforstyrrelser.
- skizofreni/psykoser.

- Svær depression /mani - affektiv lidelse.
- Trussel om selvmord eller selvmordsforsøg.
- Svære angst og tvangstilstande.
- Svære spiseforstyrrelser.
- Ved indikation for at starte psykofarmakologisk behandling.
- Spædbørn med alvorlig regulations og trivselsforstyrrelse.
- Børn der er belastede af forældres psykiske sygdom. Alvorlige tilfælde som diagnostisk er uafklarede.

Fig. kan overvejes henvist, men primær vurdering i primærsektoren ved socialforvaltningen inkl. PPR

- Børn med koncentrations og adfærdsforstyrrelser skal primært vurderes i PPR regi. Hvis der er behov for neuropædiatrisk udredning i hospitalsregi skal barnet henvises til børneafdelingen der samarbejder med børnepsykiatrisk afdeling ved kompliceret neuropsykiatrisk tilstand fx Tourettes eller ADHD/ADD i svær grad hvor der fx skal foretages EEG.
- Børn i krise eller med posttraumatiske forstyrrelser kan vurderes i vanskelige tilfælde.

Medicinsk behandling

- Dokumentation for at anvende psykofarmaka til børn er mere sparsom end til voksne. Der er uklarhed om korrekt dosering, om hvordan medicinen omsættes i kroppen samt om effekt og bivirkninger ved langtidsbehandling. Specielle forhold gør sig gældende hos børn før puberteten. Der skal derfor udvises stor forsigtighed ved behandling af børn og unge med disse lægemidler.

- Der bør kun behandles med ét præparat ad gangen. Samtidig behandling med to eller flere præparater må kun finde sted, hvis der er særligt begrundet indikation herfor, og det forudsætter altid vurdering og kontrol hos speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri. Dette gælder ikke, hvis det ene præparat er melatonin.

- Henvissende læges navn, adresse og telefonnummer (gerne direkte linie)
 - Forældres personnumre, navne, adresser og telefonnumre i dagtimerne
 - Angivelse af, hvem der har forældremyndighed
- Skilte forældre med fælles forældremyndighed: Har begge accepteret henvissningen?
- Er der behov for tolk? (Evt. navn på tolk som familien allerede anvender)
 - Henvissningsdiagnose
 - Navn (og gerne tlf. nummer) på sagsbehandler og skolepsykolog, hvis familien har kontakt med disse. Vedlæg eventuelle undersøgelser (familien har næsten altid kopi)
 - Navn (og gerne tlf. nummer) på andre professionelle, som familien har kontakt med
 - Symptomer på psykisk lidelse/udviklingsforstyrrelse og relevante anamnesticke oplysninger, herunder vedr. familieforhold og tidl. kontakt med børne- og ungdomspsykiatrien eller psykolog
 - Somatiske forhold – herunder aktuell somatisk vurdering (vedr. patienter med spiseforstyrrelse: Husk at angive højde, vægt og vækstkurve). Der henvises til, at patientforløbsbeskrivelser er tilgængelige på www.sundhed.dk.
 - Aktuell medicin
 - Øvrige forhold af betydning – herunder evt. misbrug

henvisninger

- Det er ofte muligt at hente hjælp i primærsektoren via f.eks:
- Socialforvaltning i kommuner og amter via børne- og ungdomsrådgivning.
- Pædagogisk – Psykologisk -rådgivning (PPR).
- Praktiserende speciallæger/ psykologer.
- De ovennævnte kan selv henvise til børnepsykiatrisk afdeling.
- Henvissningen behøver således ikke at gå via barnets praktiserende læge.
- Det forventes, at henvissningen er så udførlig, at lægerne på børnepsykiatrisk afd. kan visitere efter henvissningen.

Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser

- Det er en børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægeopgave at vurdere, hvornår et barn eller en ung med psykisk lidelse har behov for medikamentel behandling og at indlede denne. I særlige tilfælde kan indikationen dog også stilles af andre læger med kendskab til den pågældende lidelse hos børn og unge, fx pædiatere. Dette er nærmere uddybet i vejledningens enkelte afsnit. I akutte tilfælde kan speciallæger i almen medicin påbegynde behandlingen efter konference med en børne- eller ungdomspsykiater. Barnet skal altid samtidig henvises til en børne- og ungdomspsykiatrisk specialafdeling.

Sundhedsstyrelsens retningslinier

- Behandling med centralstimulerende lægemidler skal varetages af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri. Behandling med centralstimulerende lægemidler til børn under 6 år skal varetages på en højt specialiseret børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.
- Hvis den praktiserende læge overtager den fortsatte medikamentelle behandling, vedligeholdelsesbehandlingen, kan dette ske efter konkret aftale og i samråd med speciallægen, og efter at speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri har opstillet en plan for behandlingen, herunder kontrol.
- Inden en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri starter den medikamentelle behandling, skal der foretages en grundig diagnostisk afklaring, herunder en somatisk undersøgelse.

Sundhedsstyrelsens retningslinier

- Inden den medikamentelle behandling påbegyndes, skal der tages stilling til differentialdiagnostiske tilstande, komorbiditet og eventuelle somatiske sygdomme.
- Vedligeholdelsesbehandling kan varetages af den alment praktiserende læge i samråd med speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri/psykiatri/pædiatri/neurologi. Lægen har ansvaret for den lægelige behandling, herunder den medikamentelle. Det er som udgangspunkt en kommunal opgave at varetage barnet/den unges behov for psykologisk, pædagogisk eller social støtte.

Inddeling af psykiske forstyrrelser

- Specifik udviklingsforstyrrelse af tale og sprog
- Indlæringsvanskeligheder
- Svære mentale udviklingsforstyrrelser (autismespektrum).
- ADHD
- Adfærdsforstyrrelser
- Angst og følelsesmæssige forstyrrelser
- Sociale funktionsforstyrrelser (tilknytningsforstyrrelser).
- Tics
- Psykiske lidelser som også opstår i voksenlivet

Sårbarhedsmodel

Biologisk	Psykologisk	Socialt
organisk	mestring	Socialt nærmiljø
genetisk	relationer	kultur

Funktionsniveau

Autismespektrum forstyrrelser

- Infantil autisme
- Aspergers Syndrom
- GUA- gennemgribende udviklingsforstyrrelse, andre (børn med autistiske træk, angst og store følelsesmæssige svingninger)
- Retts syndrom

Autisme

- 1. Vanskeligheder i det sociale samspil
- 2. Stereotyper eller udtalt ufleksibilitet
- 3. sproglige og kommunikative vanskeligheder

Autismetræk i praksis

- Ved børneundersøgelse obs. Sproglig udvikling, kontakt, leg og kommunikation.
 - Større børn kan vise tegn på generel mistrivsel – begrænsede sociale kompetencer, modstand mod skolegang.
- Case: 12 årig dreng og pige med somatiske klager..

Mental retardering

- IQ mindre end 70
- Adfærd
- Prognose
- berøringsangst

ADHD

- Starter før det 7 år, symptomer skal have stået på i mindst 6 måneder
- Opmærksomhedsforstyrrelse
- Hyperaktivitet: sidder uroligt, farer rundt på utilpasset vis, svært ved at være stille.
- Impulsivitet: Taler for meget uden situationsfornemmelse, afbryder, kan ikke vente på tur etc.
- 1 % af alle børn har ADHD i svær grad

Adfærdsforstyrrelser

- Vedvarende adfærd som krænker andres basale rettigheder, normer eller regler.
- Raserianfald, provokerende adfærd, udadprojicerende holdning. Slagsmålstilbøjelighed, anvendelse af våben, tyveri etc.
- 40-70 % af børn med ADHD har også en adfærdsforstyrrelse

Ætiologiske faktorer

- Genetiske (hos omkring 80 %, arvelig komponent)
- Tidlig fødsel
- Mors rygning under graviditet
- Alkoholisme hos moren
- blyforgiftning

Tilknytningsforstyrrelser

- Kan opstå, hvis der i de første to leveår har været:
- * mangelfuld tidlig kontakt (øjenkontakt, berøring)
- * mangelfuld omsorg og/eller mishandling
- * Der skal være tale om SVÆR omsorgssvigt
- * Tilknytningsmønstre ifølge Bowlby m.fl.:
- 1. Ængsteligt klæbende:
- * Usikker på trygheden • Adskillelsesangst • Ikke mod på at udforske verden
- 2. Ængstelige undvigende:
- * Mistet tillid og tro på omverden • Forventer at blive afvist
- • Emotionelt selvstændig • Negative "indre arbejdsmodeller"
- 3. Det desorienterede barn:
- * Svært ved at mestre stress • Rolle ombytning (mor-barn) • Straffe-adfærd

Tilknytningsforstyrrelses-diagnoser

- 1) Reaktiv tilknytningsforstyrrelse:
- * impuls-styret adfærd
- * overfladisk og forsvarspræget reaktion til andre mennesker
- * reaktioner med asocial adfærd igennem hele barndommen
- 2) Den uselektive kontaktform:
- * overfladisk og ukritisk adfærd overfor alle både kendte og ukendte mennesker
- * flygtige og ikke varige relationer til andre

Depression og selvmord

- Hyppighed af depression 0,4-2,5% (børn) og 0,4-8,3 % unge.
- Lige mange drenge/piger i barneårene, i puberteten flest piger.
- Spæd/småbarnsdepression, ved manglende kontakt til primær omsorgsgiver

Depressiv enkeltepisode

- Mindst 14 dages varighed
- Sænket stemningsleje/irritabilitet (børn)
- Tab af interesser og glæder
- Nedsat energi
- Lav selvfølelse
- Koncentrationsbesvær
- Psykomotorisk hæmning
- Søvnproblemer og appetitforstyrrelse

depressionsbehandling

- Det er sjældent nødvendigt at behandle børn og unge med antidepressive lægemidler. Behandling med antidepressive lægemidler kan overvejes som supplement til psykoterapi, hvis dette ikke har tilstrækkelig effekt eller ikke kan gennemføres.
- Medikamentel behandling af depression, det gælder både start- og vedligeholdelsesbehandling, skal varetages af en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri.

depressionsbehandling

- Den praktiserende læge kan varetage den fortsatte medikamentelle behandling, vedligeholdelsesbehandling, hvis dette sker efter konkret aftale og i samråd med speciallægen, og efter at speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri har opstillet en plan for behandlingen, herunder kontrol.

Psykoser / skizofreni hos børn

- Case: Fatima
- Træk hos børn/unge med skizofrenidebut:
- Dårlig præmorbid funktion (sproglig, motorisk og social udvikling) og negative symptomer ses ofte før positive symptomer udvikles.
- Præmorbid IQ lavere ved tidlig debut (omkring 80+/- 10-15)
- Tidlig debut, negative symptomer, dårligere prognose

Hovedkriterier for diagnosen Anorexia nervosa - F50.0

- A. Villet vægttab eller manglende vægtøgning førende til legemsvægt på mindre end 15% under forventet normalvægt.
- B. Undgåelse af fedende føde.
- C. Forstyrret legemsopfattelse med følelse af at være for tyk og med frygt for fedme.
- D. Eventuelt endokrinologiske forstyrrelser af hypothalamiske-hypofysære-gonadale system med amenorhea, svækket libido og potens.
- E. Ingen somatisk ætiologi.

Eventuelt følgende symptomer.

1. Excessiv fysisk aktivitet
2. Opkastning.
3. Kredsløbspåvirkning.
4. Elektrolytforstyrrelser mm

OCD hos børn og unge

- Hyppigt forekommende i lettere grad.
- Som patologisk tilstand ses den hos 1-1,5%, flest drenge før pubertet.
- Sjældent hos børn under 5 år, debut 10-12 år (2/3 af voksne OCD pt. Debut < 18).
- Både tvangstanker og handlinger.
- Tanker tilbagevendende, pinefulde, men erkendes som egne tanker (ikke vrangforestillinger)
- Case Naja 13 år.

Klinisk billede

- Tvangstanker fører ofte til tvangshandlinger
- Mentale ritualer med tællen eller regnestykker.
- Ubehagelige billeder af forældres, søskende eller egen død.
- Angst for at komme til at gøre noget mod andre.

Klinisk billede

- Erkender tvangstanker som jeg-fremmede
- Tankerne er ikke påført udefra men de er uønskede og generende
- Barnet er klar over at tankerne er overdrevne og urealistiske men svære at komme af med
- Børnene prøver at skjule symptomer for omverdenen.

Tvangshandlinger

- Hyppigst som led i undgåelse af fx katastrofe (smitte med aids, forældres død)
- Håndvask-angst for snavs og smitte
- Kontrolritualer (forældre inddrages ofte).
- Gentagelsesritualer kan påvirke indlæring
Barnet skal gentage den samme handling igen og igen

Årsager

- Genetisk/biologisk. Ingen kendt arvegang men risikoen er øget med ca. 10%
- Forstyrrelse i serotonin systemet (nedsat mængde i synapserne).
- Miljø: Belastende livsomstændigheder, traumer kan udløse tilstanden
- Comorbid tilstande: Tic, depression, autismspektrumlidelse og angsttilstande.

Forløbet

- 50 % af svære tilfælde hos børn, forsvinder i voksenlivet.
- Hos andre (ca. 25%) vil symptomerne persistere.
- De sidste ca. 25%, vil have et svingende forløb således at der i perioder ikke er symptomer, mens der i perioder med stress og psykisk pres vil komme recidiver.

Behandling

- Psykoterapeutisk behandling- kognitiv terapi anvendes med succes.
- Vigtigt at inddrage familien, således at forældrene støtter barnet i processen.
- Medikamentel behandling kan være nødvendigt, men altid i kombination.. med psykoterapi.
- SSRI præparater foretrækkes

Generelt om angst

- Ses ved næsten alle psykiske lidelser, men også en "normaltilstand"
- Angsten kan være bundet eller fri.
- Indeholder såvel oplevet, bevidst angst (tankemæssigt, følelsesmæssigt) som fysiologisk angst.

Emotionelle forstyrrelser Angsttilstande

- Abnorm separationsangst
- Fobiske tilstande
- Social angsttilstand
- Generaliseret angsttilstand

Normale/unnormale reaktioner

- Angst for mørke, hunde, insekter osv. Normalfænomen hos mindre børn- afhængig af sværhedsgrad og om barnets funktionsniveau er påvirket.
- Årsagsfaktorer: Den præcise sammenhæng ukendt, men et samspil mellem medfødt sårbarhed, temperament miljø. Meget ængstelige forældre kan måske forstærke angstsymptomer

Behandling

- Familierapi
- Individuel terapi fx kognitiv/adfærds terapi med fokus på at afkode katastrofetanker.
- Behandlingen skal startes hurtigst muligt
- Forældrene skal støttes i at holde fast.
- Indlæggelse og medicinsk behandling sjældent nødvendigt.

Forløb

- Langt de fleste kommer til at fungere normalt i voksenalderen.
- Har der været tale om en meget svær tilstand ses fortsatte angstsymptomer med tendens til social tilbagetrækning i uvante situationer og tendens til at udvikle psykosomatiske symptomer

Social angsttilstand

- Frygtsomhed overfor fremmede og ængstelighed ved social kontakt således at der er udtalt påvirkning af evnen til at fungere socialt med kraftige emotionelle reaktioner og begrænset social udfoldelse.
- Normale social relationer til velkendte personer
- Opfylder ikke kriterierne for generaliseret angsttilstand i barndommen.
- Undgåelsesadfærd velkendt

Social angst fortsat

- Forekomst: ses hos omkring 1 %
- Debuterer oftest midt i teenageårene, oftest snigende men kan også udløses af traumatisk begivenhed.
- De fleste vil udvikle sig normalt. Der vil dog være øget risiko for at symptomerne persisterer eller udvikling af dependent eller evasiv personlighedsforstyrrelse.

Fobisk angsttilstand

- Specifikke angstfænomener af usædvanlig sværhedsgrad (i forhold til normaludvikling)
- Debuterer ofte i 5-10 års alderen. Der er kun ubehag når barnet konfronteres med det frygtede objekt. Hos nogle børn fylder tanker om det frygtede så meget at barnets liv præges af angst og evnen til koncentration nedsættes.
- Årsagsfaktorer: Psykoanalytisk teori, kognitive teorier taler om forvrænget kognition. Genetiske faktorer.

Generaliseret angsttilstand

- Overdreven ængstelse og bekymring på flere områder. Altså ikke blot i forhold til enklafobi eller anden specifik angst. Mange ting kan bekymre: Fremtid, skolepræstationer, forhold til venner osv.
- Somatiske klager uden fysiologisk baggrund.
- Ofte ses irritabilitet, muskelspænding og træthedsfølelse.

Differentialdiagnoser

- Angsttilstande imellem: Socialangst er en del af symptomatologien ved generaliseret angst men ved denne tilstand ses ængstelig bekymring på mange flere områder. Ved fobisk angst er der tale om tilstedeværelse af specifikt angstprovokerende objekt.
- Obsessiv-kompulsiv tilstand kan også være svær at adskille fra angsttilstande.
- Aspergers syndrom, her ses mere grundlæggende sociale vanskeligheder end det man ser ved social angst.

Gennemgribende udviklingsproblemer

Socialt samspil	Middel til svært forstyrret kontakt	Bedre kontakt med afvigende
Sprog og kommunikation	Svært forstyrret - Eller stereotyp	Normalt ordforråd - Dialog, gestus
Handlinger og interesser	Ritualer, tvang	særinteresser
Hyppighed	0,1%	0,4%
Køn	3 x flere drenge	5x flere drenge
Alder v. diagnose	< 3 år	5-10 år
forløb	Livslangt handicap	Varieret, særpræg
Behandling	Rådgivning socialpædagogik	Gruppe og samtaler
Intelligens	80% mentalt retarderede	Normal begavelse
Voksenlivet	Førtidspension bor på institution	En del pension andre job

Følelsesmæssige forstyrrelser

Skal ses i forhold til barnets udvikling og belastninger:

Følelsesmæssige problemer ses ofte hos børn der er sarte og som har svært ved at udtrykke følelser.

Manglende trivsel hos spædbørn

Abnorm separationsangst- somatiske klager

Case: Tina med refleksdystrofi

Depressiv tilstand-hovedpine

Symptomernes alvor afhænger af bla. hvornår symptomer optræder, er barnet lidende etc.