

1. KLINISK UNDERSØGELSE AF BØRN.

Henvisning.

Det er muligt at henvide et barn til praktiserende børnepsykiater eller til en børnepsykiatrisk hospitalsafd. Hyppigst er det praktiserende læger der henviser; men også den skolepsykologiske rådgivning er vigtig (efter aftale med egen læge). For mange forældre kan det være et chok at barnet skal henvises til psykiatrisk udredning - I den situation hvor forældrene er modvillige overfor undersøgelse, skal man ikke trumfe undersøgelsen igennem; men i stedet forklare forældrene fordele og ulemper.

Visitation og indkaldelse.

Man vil oftest starte med at se barnet i ambulant regi. Efterfølgende kan man beslutte om man vil fortsætte ambulant behandling, indlægge barnet eller henvide til anden behandlings-institution.

Børnepsykiatriske afd. er arbejder med behandlingsteams (læger, psykologer, sygeplejersker, pædagoger mv.). Ved første møde med barnet kan man vælge at tale med både forældre/barn, forældre og barn hver for sig eller evt. starte med aftale et hjemmebesøg. Det afhænger af barnets alder og den enkelte sag hvad der er bedst.

Anamneseoptagelse.

Ved første kontakt er det vigtigt at etablere en god kontakt til forældre/barn. Dette gøres ved at informere om formålet med undersøgelsen. Forældrenes accept opnås. De fysiske rammer skal være gode og børnevenlige. *En børnepsykiatrisk anamneseoptagelse strækker sig oftest over flere samtaler.* Man kan med fordel anvende et semistruktureret interview. Det er vigtigt at være lyttende og opmærksom på reaktioner hos forældre/barn på spørgsmålene.

Strukturen i den børnepsykiatriske anamnese:

1. **Henvisningsårsag.** Resumé af henvisning. Hvilke forventninger har forældre og barn.
2. **Dispositioner.** Psykisk og somatisk sygdom. Udviklingsforstyrrelser.
3. **Familieforhold.** Forældrenes baggrund og opvækst. Barnets antal søskende. Levekår (økonomi, bolig,

arbejde). Familiens struktur og indbyrdes forhold mellem familiemedlemmerne.

4. **Svangerskab, fødsel og neonatalperiode.**
5. **Barnets psykiske udvikling.** Udviklingsperioder (spædbarn, småbarnsalder, børnehvealder, skolealder). Hvornår kunne det sidde, stå, gå, tale mm.
6. **Barnets somatiske udvikling.** Sygdomme, indlæggelser. Særlig interesse for epilepsi og hovedtraumer.
7. **Institutioner.** Vuggestue, børnehave, skole, dagpleje.
8. **Fritid.** Interesser, forhold til jævnaldrende.
9. **Aktuelle problemer.** Symptomerne konkretiseres (varighed, udløsende faktorer). Andre undersøgelser og behandlinger. Er der behov for supplerende oplysninger?

Klinisk observation.

For de mindre børn (<6-7 år) vil man oftest anvende legeobservation. Mens man ved børn over 6-7 år kan anvende samtale, evt. kombineret med legeobservation og andet. Det er vigtigt at give sig god tid når man skal undersøge børn. Det kan være en god idé at observere barnet i hjemmet eller institution.

Legeobservation foregår i et standardiseret legerum. Man kan opnå oplysninger om barnets problemer, problemløsnings-ressourcer og kontaktevne.

De vigtigste observationer omfatter:

1. **Udseende.** Påklædning, mimik, kropsholdning.
2. **Motorik.** Fin/grov-motorik, koordination, aktivitetsniveau. Ufrivillige bevægelser.
3. **Sprog.** Impressivt, expressivt, ordforråd. Udtalevanskeligheder. Mutisme, ekkolali, stammen.
4. **Kognition.** Intelligens, opmærksomhed og koncentration. Strategi ved problemløsning.
5. **Fantasi.** Legenes indhold.
6. **Emotionel tilstand.** Angst, aggression, genert, stemningsleje, trist.
7. **Kontakt.** Normal, indladende, undvigende. Blikkontakt.

8. **Indsigt i egen situation.** Selvvurdering, håb og forventninger.
9. **Forsvarsmekanismer/ problemløsningsredskaber.**
Alderssvarende eller umodne.
10. **Resumé af stærke og svage sider.**

2. KLASSIFIKATION.

Diagnoser er ikke andet end en sammenfattende betegnelse for en samling symptomer. Diagnoserne sætter klinikere i stand til at kommunikere smidigt med hinanden. De psykiatriske diagnoser er syndromdiagnoser, dvs. regulære samlinger af symptomer. ICD-10 og DSM-IV samler de psykiatriske diagnoser. Begge systemer er ateoretiske. For at en diagnose skal have mening må den være 1) valid og 2) reproducerbar. Man har indført den multiaksiale diagnostik mhp. på bedre diagnoser, der giver et mere helhedsorienteret/holistisk billede af Pt. Både DSM-IV og ICD-10 kan fungere i multiaksiale systemer (som 1. akse).

Et stort problem med diagnostik i børnepsykiatrien er faren for at komme til at stemple en person for evigt.

Oversigt over børnepsykiatrien:

- 'Sære' eller 'sindssyge' børn. Det drejer sig om **gennemgribende udviklings-forstyrrelser** og **psykoser**. Fx infantil autisme og skizofreni.
- Udadreagerende og asociale børn. Dette er **adfærdsproblemer** og **hyperkinetiske syndromer**. Typiske symptomer er konflikter med kammerater, impulsivitet, koncentrationsbesvær, voldelig og kriminel adfærd.
- Ængstelige, hæmmede og triste børn. **Emotionelle og affektive forstyrrelser**.
- Psykosomatiske problemer. **Anorexia nervosa, enuresis, psykogene mave-smerter**.
- Specifikke udviklingsforstyrrelser. **Tale- og sprogforstyrrelser, indlærings-problemer, motoriske forstyrrelser**.
- **Mental retardering**.

3. SAMMENHÆNG MELLEM PSYKISK SYGDOM I BARNDOMMEN OG I VOKSEN-LIVET.

Overførsel fra forældre med psykisk sygdom til barnet (transmission).

Dette kan være genetisk. Fx skizofreni (10-15% førstegangsslægtninge), affektiv lidelse (10%) og bipolar lidelse (10%).

Det er ikke kun gener der kan overføres til børn. Det er desuden beskrevet hvorledes forældre der selv har oplevet en voldelig barndom kan overføre denne til deres egne børn. Mor-barn forbindelsen er også vigtig her, da det er bevist at moderen med en personlighedsforstyrrelse kan inducere en tilsvarende forstyrrelse hos barnet.

Sammenhæng mellem psykisk sygdom i barndom og voksenliv hos den enkelte.

Ved opfølgingsstudier er det klart bevist at børn der har været indlagt på børnepsykiatrisk afd. har en øget forekomst af indlæggelser på voksenpsyk.afd. senere i livet.

Psykiske lidelser der udviser kontinuitet livet igennem omfatter depression, OCD og personlighedsforstyrrelser.

Om infantil autisme skal det bemærkes at denne lidelse sjældent fører til skizofreni, derimod udvikler 20% epilepsi.

4. MENTAL RETARDERING (F7).

I daglig tale bruges oftest ordet psykisk udviklingshæmning, men dette er synonymt til mental retardering (ICD-10).

Mental retardering er en tilstand indenfor det psykiatriske spektrum, karakteriseret ved afvigelse fra den normale psykiske udvikling.

Definition.

ICD-10: 'Tilstand karakteriseret ved forsinket eller mangelfuld udvikling af de evner og færdigheder, som opnås i barnets udviklingsperiode. Dette indvirker på barnets samlede intelligensniveau (sprogligt, kognitivt, socialt, motorisk)'.

Intelligensmæssigt sættes grænsen ved IQ<70, hvilket for en 16-årig vil svare til en intelligens-mæssig udvikling svarende til en 11-12 årig.

Svær mental retardering IQ<50, let mental retardering IQ mellem 50 og 69.

Differentialdiagnoser.

- Specifik udviklingsforstyrrelse (særligt dysfasi).
- Gennemgribende udviklingsforstyrrelse.
- Svær understimulation.

Behandling.

Helhedsorienteret behandling anvendes.

Støtte til familien: Kompensation, handicapbil, boligindretning (efter seviceloven).

Aflastningsophold. Kriseterapi ved diagnosetidspunkt. Socialpædagogisk behandling og special-klasse anbringelse i amtligt regi.

Medikamentel behandling bruges sjældent. Kun ved klar indikation og ved kombination med pædagogiske tilbud. Somatiske komplikationer behandles, herunder tidlig indsats med briller og høreapparat.

Forebyggelse.

Denne rettes særligt mod de præ-, peri- og postnatale årsager til mental retardering. Forældre der allerede har et handicappet barn skal have lave en ætiologisk diagnose (genetisk udredning, prænatal diagnostik) ved ny graviditet.

5. SPECIFIKKE UDVIKLINGSFORSTYRRELSE (F8).

Dette er forstyrrelser der rammer udviklingen af specifikke psykiske funktioner. Det kan dreje sig om: 1. tale- og sprogforstyrrelser 2. Indlæringsvanskeligheder og 3. forstyrrelser af den motoriske udvikling.

Man skal afgrænse overfor de gennemgribende udviklingsforstyrrelser hvor kommunikation og social funktion også er involveret.

Ved de specifikke udviklingsforstyrrelser er der tale om afvigende udvikling i forhold til det tidsmæssige normale.

Ætiologisk er forstyrrelserne nært knyttet til organiske hjerneskader.

5.1 TALE- OG SPROGFORSTYRRELSE.

De specifikke sprogforstyrrelser der omtales her er kun forstyrret sproglig udvikling, der ikke er et led

i anden sygdom (neurologisk, sansedefekter, taleapparat-sygdomme, infantile autisme, mental retardering).

De sproglige forstyrrelser ikke nødvendigvis ledsaget af kommunikative forstyrrelser, som det er tilfældet ved de gennemgribende udviklingsforstyrrelser.

Dysfasi - sprogetardering.

I. Ekspresiv dysfasi.

Betydelig forsinkelse af talesprogets udvikling; men normal sprogforståelse. Må ikke være led i anden sygdom.

Der ses familiær ophobning. Prævalens 5/1000, hyppigst hos drenge.

Sproget er simpelt, mangelfuldt og unuanceret. Da barnet har normal sprogforståelse kompenserer det ofte ved non-verbal kommunikation.

De fleste børn med ekspresiv afasi lærer at tale et simpelt sprog, evt. har de fortsatte problemer med ordmobilisering.

Tilstanden er signifikant associeret med adfærdsforstyrrelser.

II. Impressiv dysfasi.

Betydelig forsinkelse af sprogforståelsen, uden anden sygdom tilstede.

Det ekspresive sprog er også tilbagestående i samme grad som det impressive. Tilstanden er sjældnere end ekspresiv dysfasi.

Barnet kan ikke forstå verbale opfordringer, kan ikke koble ting til ord. Kan gentage ord (ekkolali) dog uden at være klar over betydningen.

Tilstanden findes hyppigt sammen med adfærdsvanskeligheder og emotionelle forstyrrelser.

Afasi med epilepsi (Landau-Kleffner syndrom).

Sjælden lidelse. Efter normal udvikling de første 3-7 år mister barnet i løbet af nogle måneder både det impressive og det ekspresive sprog. Den nonverbale intelligens er bevaret. Dårlig prognose, de fleste genvinder aldrig sproget.

Syndromet er hyppigst hos drenge.

Artikulationsforstyrrelser (dysartri).

Brug af sproglyde, der ikke er alderssvarende; men der er normal sprogudvikling og intelligens. Stammen

kan opfattes som en undergruppe af dette. Det er et børnepsykiatrisk grænseområde.

Miljøbetingsproblemer og sprogforstyrrelse.

Skyldes understimulation. Er reversibelt ved tilstrækkelig stimulation.

Undersøgelse og behandling.

Ved sproglig udviklingsforstyrrelse er det vigtigt at få hørelsen undersøgt. Desuden skal anden perception undersøges.

Sprogkompetancen kan undersøges med en Reynell test.

Behandling er talepædagogisk.

5.2 INDLÆRINGSFORSTYRRELSER.

Man skelner mellem:

- Specifikke indlæringsforstyrrelser (del af de specifikke udviklingsforstyrrelser).
- Generelle indlæringsforstyrrelser ved mental retardering.
- Indlæringsvanskeligheder ved andre psykiske forstyrrelser.

Ca. 10% af en skolepopulation har indlæringsforstyrrelser, kun en del af dem er specifikke indlæringsforstyrrelser.

I. Specifikke indlæringsforstyrrelser.

Indlæringsforstyrrelse der ikke skyldes 1) utilstrækkelig undervisning 2) mental retardering 3) nedsat syn, hørelse, neurologisk lidelse.

Specifik læseforstyrrelse - Dysleksi.

2-4% af skolebørn. Flest drenge.

Heterogen ætiologi; men med klar genetisk disposition.

Tilstanden synes at have et grundlæggende element af en fonologisk forstyrrelse, dvs. evnen til at opfatte skreven tekst som en repræsentation af nogle givne lyde. Udover den fonologiske forstyrrelse kan der også være perceptuelle forstyrrelser (auditive og visiospatielle) involveret i udviklingen af dysleksi. Forløb: I den tidlige barndom ses hyppigt sprog- og taleforstyrrelser, læseforstyrrelser i skolealderen og staveproblemer i voksenalderen. Det bedste forløb

ses ved høj intelligens og støttende familiært netværk.

Mellem dysleksi og adfærds-, opmærksomheds- og emotionelle forstyrrelser er der en betydelig komorbiditet.

Specifikke stavevanskeligheder.

Findes praktisk set kun sammen med læsevanskeligheder. Skyldes den samme grundlæggende fonologiske forstyrrelse. I voksenalderen bedres læsevanskelighederne oftest; hvorefter stavevanskelighederne fremstår som en isoleret lidelse.

Specifikke regnevanskeligheder.

Kan forekomme alene (specifik aritmetisk forstyrrelse) eller sammen med læse- og staveforstyrrelser. Finde hos ca. 6%. Årsagen er dysfunktion i højre hemisfære (!!) med nedsat visiospatial organisation, man kan fx ikke kende forskel på 15 og 51. Der er ikke fonologiske eller auditive forstyrrelser.

II. Generelle indlæringsvanskeligheder.

De mentalt retarderede børn (IQ < 70) har særlige problemer med indlæring. Det drejer sig om evne til at gruppere, organisere, huske informationer. Disse kognitive problemer kombineret med sproglige vanskeligheder har en negativ effekt på motivation og koncentration.

Mentalt retarderede børn skal undervises i specialklasser.

III. Indlæringsvanskeligheder ved andre psykiske forstyrrelser.

Der er et tydeligt sammenfald mellem adfærdsmæssige, emotionelle forstyrrelser og indlæringsforstyrrelser. Det samme gælder for børn med tilknytningsforstyrrelser og infantil autisme.

Behandlingen af indlæringsvanskeligheder består i en pædagogiske, psykologiske og børnepsykiatriske tiltag. Oftest vil det resultere i specialklasseanbringelse.

5.3 FORSTYRRELSER I DEN MOTORISKE UDVIKLING.

Specifik motorisk udviklingsforstyrrelse.

Defineres i ICD-10 som en specifik forstyrrelse af barnets motoriske udvikling omfattende vanskeligheder med fin og grov koordination. Tilstanden må ikke kunne forklares udfra retardering eller neurologisk lidelse,

Udover de motoriske forstyrrelser kan der i varierende grad forekomme:

- Perceptuelle forstyrrelser.
- Indlæringsvanskeligheder.
- Adfærdsvanskeligheder,

Ætiologi.

Tidligere havde man en teori om 'minimal brain damage' - Denne er nu udbygget om man taler om et multifaktorielt kausalt netværk. Perinatale forhold og belastet opvækst er således fundet at være disponerende for sygdommen.

Kliniske billede.

I de første leveår er de motoriske præstationer begrænsede, hvilket betyder at tilstanden er svær at få øje på her.

I børnehvealderen træder lidelsen frem: Barnet har nu klare vanskeligheder i forhold til de jævnaldrende (fald, klodsethed, vælter ting, spiser ikke ordentligt osv.). Udtaleforstyrrelser kan også forekomme.

Problemet for barnet er svigtende automatisering af bevægelserne. Derfor skal det hele tiden koncentrere sig om bevægelserne, hvilket medfører træthed og eventuelt aggression.

Barnet er i risiko for social marginalisering.

I skolealderen vil barnet få tiltagende problemer med de tilstande der kræver at man kan tænke og handle motorisk samtidigt (fx skrive og cykle).

Behandling.

Motorisk stimulation og støtte. Fysioterapeuter deltager i behandlingen.

Det skal undgås at forældrene 'hjælper' det klodsede barn ved at overtage funktioner (klæder barnet på og lignende), fordi det har en skadelig effekt i det barnet så bare får endnu færre motoriske udfordringer.

Udover den specifikke motoriske udviklingsforstyrrelse findes der også en miljøbetinget motorisk udviklingshæmning. Denne tilstand skyldes en forstyrrelt udvikling af barnets samspil med omgivelserne, hvilket medfører motorisk understimulation.

6. GENNEMGRIBENDE UDVIKLINGSFORSTYRRELSE.

Til disse hører følgende lidelser: Atypisk autisme, infantil autisme og Asperger syndrom.

Fælles for dem er *kommunikative og sociale forstyrrelser ledsaget af tvangsprægede stereotype ritualer*. Der er varierende grad af mental retardering i de forskellige tilstande:

- Atypisk autisme - Svær mental retardering.
- Infantil autisme - 70% let/moderat retarderede, 30% normalt begavede; men med sproglig retardering.
- Asperger syndrom - Ingen mental eller sproglig retardering.

Desuden hører de disintegrative forstyrrelser (autistiske syndromer kombineret med psykisk/fysisk tilbagegang) med til de gennemgribende udviklingsforstyrrelser.

Samlet prævalens for de gennemgribende udviklingsforstyrrelser er 1%.

6.1 INFANTIL AUTISME.

Definition.

1. Afvigende social adfærd.
2. Kommunikative vanskeligheder (fx ekkolali, manglende non-verbalt sprog, forkert anvendelse af personlige stedord siger 'du' i stedet for 'jeg').
3. Tvangsprægede fænomener og adfærd.
4. Debut før 36 mdr. (3 år).

Epidemiologi.

Ca. 7-10 pr. 10.000. Markant overrepræsentation af drenge.

70% af børn med infantil autisme er også mentalt retarderede. Der er ikke hyppigere forekomst af

Børnepsykiatri-noter.

Yousef Jesper Wirenfeldt Nielsen – 2002.

skizofreni eller anden alvorlig psykisk lidelse hos forældre til børn med infantil autisme, sammenlignet med en kontrolgruppe.

Ætiologi/patogenese.

Genetiske forhold spiller helt klart en rolle - Der er tale om polygene forhold uden kendt arvegang.

Specifikke sygdomme hos barnet (også intrauterint) kan medføre infantil autisme fx fragilt X-syndrom, infektioner (rubella, CMV, toksoplasmose).

De genetiske faktorer evt. kombineret med somatisk sygdom medfører en hjerneskode, der forklarer den autistiske udvikling.

Klinisk e billede.

0-4 år. Kontakten er abnorm. Opdages hyppigst efter 8-12 mdr. Barnet er optaget af at se på ting (fx sine fingre eller lys-skygge-mønstre). Når barnet betragter forældrene er det som om det 'ser igennem dem' eller ser på bestemte ting i ansigtet fx munden eller evt. briller. Den normale blikkontakt er ikke tilstede.

Påfaldende motorik: Griber ting på en akavet måde, bevæger hovedet i takt med ting der observeres. Ofte er der tåspidsgang.

Sprogudviklingen er forsinket, både impressivt og ekspressivt. Barnets brug af ekkolali (umiddelbar og forsinket) kan forlede forældrene eller andre til at den sproglige udvikling er længere fremme end det egentlig er tilfældet.

Den non-verbale kommunikation er også mangelfuld, barnet kan fx ikke pege.

Den visuospatiale perception er god, til tider ekstraordinært god (barnet kan fx være god til at lægge puslespil udfra et mekanisk mønster). Barnet er optaget af visuelle konstruktioner, fx hvordan møbler står. Hvis dette mønster brydes kan det medføre kraftig reaktion fra barnet (insisteren på uforanderlighed).

Udviklingen af ritualer er udbrødt. Der kan være soveritualer eller spiseritualer.

Barnets legeevne er nedsat. Årsagen hertil er mangelfuld fantasi og fore-stillingsevne.

5-14 år. Barnet bliver mere opmærksomme og aktive overfor de sociale samspil der foregår omkring dem. De kan stille mange spørgsmål; men de forventer ikke noget svar (de forstår ikke selve meningen med at stille spørgsmål). De autistiske børn er ikke specielt angst eller negative overfor samvær med andre, de har bare problemer med at forstå hvordan samspil med andre fungerer.

De bedst begavede børn lærer at læse. Mens de mentalt retarderede har sværere ved dette. Børnene der kan læse, læser typisk forskellig faglitteratur med mange data, De er ikke gode til at forstå meninger og pointer i skøn-litteratur.

14-18 år. Der kan ses forværring af den ritualiserede adfærd og øget impulsivitet. Barnet har svært ved at klare de øgede krav i puberteten. Forbi-gående psykoser kan ses.

Komorbiditet.

Psykiatrisk: Mental retardering (70%).
'Adfærdsforstyrrelser' (diagnosticeres ikke).

Somatisk: Epilepsi (15-20%).

Forløb.

Patienter med infantil autisme opnår sjældent selvstændighed, danner sjældent parforhold og får sjældent børn.

Det er sjældent at infantil autisme udvikler sig til skizofreni, hyppigere kan tilstanden kompliceres af affektive tilstande (mani, depression).

Behandling.

Pædagogisk: Indlæring af dagligdags færdigheder. Det skal ske i de omgivelser hvori færdighederne skal bruges, da barnet med autisme ikke kan mestre en funktion indlært et sted et andet sted. Man bør også sigte mod at fremme barnets kommunikative færdigheder.

Farmakologisk: Antipsykotika kan bruges ved angst i forbindelse med tvangs-ritualer. Desuden kan der anvendes antipsykotika hvis barnets tilstand forværres i forbindelse med forandringer (ydre belastninger).

Børnepsykiatri-noter.

Yousef Jesper Wirenfeldt Nielsen – 2002.

Forældreundervisning: Dette er essentielt idet det er en forudsætning for at forældrene kan forstå deres barns problemer og særlige behov.

6.2 ATYPISK AUTISME.

Ikke alle de tre symptomområder fra infantil autisme (sociale, kommunikative vanskeligheder og ritualiseret adfærd) er til stede, Atypisk autisme kan også have debut efter 36 mdr. (og alle 3 symptomer).

Børn med atypisk autisme er oftest svært mentalt retarderede, virker kontaktsvage og er uden sprog. Epilepsi er hyppigere end hos de infantile autister. Tilstande er hyppigere end infantil autisme. Der er lige fordeling mellem drenge og piger, hvilket tyder på at eksogene faktorer fremfor genetiske spiller en rolle.

Behandlingen kan ikke adskilles fra den behandling og pleje den mentale retardering fordrer.

6.3 ASPERGER SYNDROM.

Tilstand med de tre symptomer fra infantil autisme (sociale, kommunikative vanskeligheder og ritualiseret adfærd); men med manglende mental eller sproglig retardering!!

Tilstanden antages at skyldes hjerneorganisk dysfunktion som ved infantil autisme. Genetiske forhold er sandsynligvis vigtigere end ved infantil autisme (7 x flere drenge end piger).

Ca. 2-4 tilfælde pr. 1000 børn.

Kliniske billede.

Barnet blander sig ikke meget med andre børn og det dyrker særinteresser (fx teknik, naturvidenskab). Barnet er ofte isoleret og med tiden fremtæder det mere og mere sært i forhold til de jævnaldrende. Barnet kan være offer for drillerier, og i visse tilfælde kan barnet 'eksplodere' når provokationerne tager overhånd. En kilde til drillerierne kan være barnets kluntede motorik.

I ungdomsårene er barnet i et dilemma: Det mangler selvstændighed; men ønsker ingen indblanding. Forældrene reagerer med rådvildhed. Der kan optræde

psykotiske perioder pga. usikkerheden og belastningerne.

Behandling.

Specialklasseanbringelse i en klasse med andre Asperger-børn og ikke-retarderede autister. Antipsykotika ved ekskalation.

Differentialdiagnostik.

DAMP (motorisk forstyrrelse, opmærksomhedsforstyrrelse) og OCD (ritualer). Disse tilstande indeholder ikke de sociale og kommunikative vanskeligheder som der er ved Asperger syndrom.

6.4 DISINTEGRATIV FORSTYRRELSE.

Normal udvikling indtil treårsalderen. Så indtræder der en ændring af barnet. Denne er både fysisk og psykisk. Sproget mistes, der ses generel kognitiv tilbagegang (dementielt præg), epilepsi eller encephalopati kan forekomme.

Oftest er der ingen specifik forklaring på tilstanden.

Forløbene er altid kroniske.

Rett syndrom er et eksempel på en disintegrativ forstyrrelse. Dette syndrom forekommer kun hos piger (oftest indenfor 1. eller 2. leveår).

7. HYPERKINETISKE FORSTYRRELSE.

Børn med de hyperkinetiske forstyrrelser er hyperaktive, impulsive og letafledelige. Op mod halvdelen af henvisninger til børnepsykiatriske afd. vedrører børn med hyperkinetiske forstyrrelser.

Definition (ICD-10).

- I mindst 6 måneder.
 - Opmærksomhedsforstyrrelse.
 - Tegn på hyperaktivitet.
 - Impulsivitet.
- Symptomer skal optræde i flere forskellige sammenhænge.

Børnepsykiatri-noter.

Yousef Jesper Wirefeldt Nielsen – 2002.

- Symptomerne forårsager betydelige sociale og faglige vanskeligheder.
- Symptomerne skal være startet inden det 7. år.
- Skyldes ikke angst, affektive lidelse eller gennemgribende udviklings-forstyrrelse.

I Danmark og Sverige har man indført begrebet DAMP (Disorder og Attention, Motor control and Perception), I USA skelner man mellem ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) og ADD (Attention Deficit Disorder). Samlet kan DAMP, ADHD og ADD omtales som det hyperkinetiske syndrom (HS).

Epidemiologi.

Prævalens mellem 3 og 5%. Flest drenge (2-10 x flere end piger).

Ætiologi og patogenese.

Nogen eksakt viden om ætiologien findes ikke. Man anser almindeligvis HS som en cerebralt betinget lidelse. Infektioner, miljøforhold og forskellige fødemidler er foreslået som disponerende til HS.

Fordi dopaminagonister af amfetamintypen bedrer HS har man fået den hypotese at HS skyldes nedsat dopaminmængde i visse hjerneområder. SPECT- og PET-undersøgelser har dokumenteret øget blodgennemstrømning i visse hjerneområder efter dopaminstimulation.

Problemet for børn med HS er at de ikke får fat i hvad der foregår omkring dem. De evner ikke at trække uvæsentlige informationer fra de væsentlige.

Kliniske billede.

Spædbørn: Retrospektivt vides det at de fleste børn, der senere udvikler HS tidligt har været disharmoniske (slappe/uoplagte eller iltre/temperaments-fulde).

Småbarnealderen: Barnet er hyperaktivt, farer omkring fra det ene til det andet. Der er ingen forudgående omtanke, hvorfor barnet konstant skal have en voksen ved sin side. Barnet kan ikke tage bestik af en situation og de andre børn finder derfor ofte det hyperkinetiske barn som en belastning.

I hjemmet går det rimeligt, så længe der ikke sker noget uventet og man har barnet på tomandshånd.

Det er svært at få barnet til at falde til ro om aftenen. Når det vågner optager det hurtigt den hyperaktive adfærd.

Barnet giver ofte problemer i børnehaven - Kan være en stor belastning for både pædagoger og de andre børn.

Skolealderen: Her træder problemerne for alvor frem på scenen. Problemerne er særlig udtalte hvis der er mange elever i klassen og hvis undervisningen bygger på medansvar fra elevernes side. Uden særforanstaltninger går problemet i hårdknude. Særforanstaltninger aftales mellem skole, skolepsykolog og forældre.

Ungdomsår: Impulsiviteten er fortsat fremtrædende. Kritikløst indlader den unge sig i nye projekter, der hurtigt forlades igen. Der er mangel på stabilitet, vedholdenhed og tålmodighed. Misbrug er en hyppigt tilstødende komplikation.

Voksenalder: På overfladen falder der ro på personen; men der er stadig problemer med at få overblik. Personen må koncentrere sig meget om opgaver som andre rutinemæssigt løser. Gang på gang glipper opmærksomheden. Personen kan ikke 'have flere bolde i luften'.

[Det er i ca. ½ af tilfældene at HS fortsætter ind i voksenlivet].

ADD.

Disse børn har selektive problemer med opmærksomhedsforstyrrelser. De falder fra i skoletimerne; men fordi de ikke er forstyrrende er der en fare for at de bliver overset.

Komorbiditet.

De hyperkinetiske børn har ofte samtidige motoriske og perceptuelle forstyrrelser (jf. DAMP).

Undersøgelse.

Grundig anamnese. Iagttagelse af barnet i forskellige miljøer, psykiatrisk undersøgelse og neuropsykologisk vurdering. Det er en tværfaglig opgave.

Behandling.

Antallet af afledende og irrelevante påvirkninger skal reduceres mest muligt. Dagen og undervisning i

Børnepsykiatri-noter.

Yousef Jesper Wirenfeldt Nielsen – 2002.

skolen skal være struktureret mest muligt. Ro og stabilitet er altså det vigtigste, Det er kan være hensigtsmæssigt at give barnet lov til at vippe lidt med stolen eller lignende i timerne, da det kan hjælpe barnet med at koncentrere sig.

Specialklasseanbringelse er en mulighed i de sværere tilfælde.

Psykofarmakologisk behandling med dopaminagonisten Ritalin (amfetamin-lignende stof) bruges i til behandlingen af HS. Det er en børnepsykiatrisk specialopgave. Der er tendens til at behandlingen fortsætter ind i voksenalderen.

8. SKIZOFRENI, AFFEKTIVE LIDELSER OG ANDRE PSYKOSER.

8.1 SKIZOFRENI.

Prævalensen af skizofreni stiger op igennem ungdomsårene. Egentlig børne-skizofreni findes; men er sjældent forekommende.

I ungdommen er der en overvægt af drenge.

Skizofrenien findes i de 4 kendte former:

- Paranoid
- Kataton
- Simpel *
- Hebefren *

Hos unge ser man særligt de to former markeret med *.

Simpel skizofreni: Langsomt udviklende, tilbagetrækning og mange negative symptomer (nedsat aktivitetsniveau, træthed, apati, passivitet).

Hebefren skizofreni: Formålsløs adfærd, tankeforstyrrelser, påvirket affekt (flad eller inadækvat).

Desuden er der paranoide vrangforestillinger hos de fleste.

Børneskizofreni: Snigende debut fra 7-13 år.

Følgende forhold kan vække mistanke om skizofren udvikling: Isolationstendens, dårlig social tilpasning, udadrettet adfærd og dårlige forhold til kammerater.

Det er generelt set vanskeligt at stille diagnosen skizofreni hos børn/unge.

Behandling.

Antipsykotisk behandling med de nye atypiske præparater er effektiv og må ikke forhales, da psykosen så kan nedbryde personligheden i stor stil (behovet for tidlig intervention). Ofte vil der dog være en tendens til at behandlingen først startes når tilstanden har nået en intensitet, der gør den helt invaliderende.

Desuden skal der ydes psykoterapi (kognitivt og psykodynamisk) og miljøterapi. Sidstnævnte skal være sammen med andre unge, ikke på voksen-psyk.afd. hvor den unge kan se kronisk syge skizofrene, hvilket kan føre til en uheldig identificering.

Forældrene skal støttes (obs. evt skizofreni hos disse). I 'high expressed emotions'- familier har behandlingen en reduceret effekt.

Prognose.

Dårlige prognostiske indikatorer: Dårlig funktion før psykosen, lang psykotisk periode, hanløn og snigende fremfor akut debut.

Sygdommen fører gennemgående til uarbejdsdygtighed, isolation og dårlig social stilling.

8.2 AFFEKTIVE LIDELSER.

ICD-10.

Depression: Forsænket stemningsleje, nedsat energi og aktivitet, nedsat selvværd og følelse af skyld og mindreværd.

Mani: Løftet stemningsleje, øget aktivitet, energi og seksualdrift.

Depression.

Kan komme som led i en udviklingsforstyrrelse (fx Asperger syndrom). Den unipolare lidelse er ukarakteristisk i ungdomsårene, eksempelvis er der ikke de ellers karakteristiske døgnvariationer. Klinisk skal mistanken om depression komme ved 'følelse af ændret selv / desperation' eller suicidal tanker.

Grundig familieanamnese er vigtig mhp. familiær forekomst af affektiv lidelse.

Mani.

Sådanne tilstande ses hos såvel unge som voksne. Tilstanden kan fejltolkes som en adfærdsforstyrrelse.

Behandling.

Såvel depression og mani skal behandles hos unge. Behandlingen består i hhv. SSRI og litium. Længerevarende behandling, op mod 1 år kan være induceret.

8.3 ANDRE PSYKOSER.

Det kan fx være akutte transitoriske psykoser, paranoide psykoser og inducerede psykoser.

En speciel skizofreniform psykose er Slater psykosen, hvor den psykiske forstyrrelse skyldes temporallapsepilepsi.

8.4 'PUBERTETSPSYKOSER'.

Begrebet pubertetspsykoser er et uklart begreb, der kendetegner forskellige former for psykoser optrædende i puberteten. Problemet er at betegnelsen kan overskygge bagvedliggende og behandlingskrævende psykiske lidelser.

9. TICS, TOURETTE SYNDROM.

Definition.

Motoriske tics: Ufrivillige, hurtige, gentagne, ikke-rytmiske kontraktioner i større eller mindre muskelgrupper.

Vokale tics: Pludseligt udstødte lyde eller ord, tilsyneladende uden formål.

Tics forværres under psykisk belastning.

Simple tics.

1. Motoriske: Blinken, grimassen, hals/Skuldertrækninger.

2. Vokale: Hosten, rømmen, skrig, grynten.

Komplekse tics.

1. Motoriske: Hoppen, selvskadende adfærd, provokerende adfærd ('fingeren').

2. Vokale: Ord der gentages stødvist uden hensyntagen til situationen.

Forbigående simple tics: Motoriske, der højst varer et år.

Tourette syndrom: Kombinerede vokale og motoriske multiple tics. Typisk debut ved 7-10 år.

Epidemiologi.

Tics: 5% af tidlige skolebørn. Tourette syndrom: Sjældent. 0,5 promille.

Ætiologi og patogenese.

Tourette syndrom har en klar genetisk komponent. Arvegangen er autosomal dominant, med varierende penetrens.

Undersøgelser har dokumenteret forstyrrelser i i basalganglierne.

Klinisk billede.

Før skolestart: Opmærksomhedsforstyrrelse og hyperaktivitet. Ansigtstics, der senere bliver til vokale tics. Hvis barnet holder ticsene tilbage fører det til en indre spændingstilstand.

Forløb.

Ticsene kulminerer oftest ved 10-15 års alderen og svinder oftest hos voksne. Ticsene afløses hos voksne i nogle tilfælde af tvangsprægede ritualer (Tourette syndrom er beslægtet med OCD).

Differentialdiagnoser.

Koreiforme, myoklone og dystone bevægelser.

Psykiatriske differentialdiagnoser er gennemgribende udviklingsforstyrrelser og OCD. Fluktuerende forløb med pauser i trangen til at lave bevægelserne taler for Tourette syndrom.

Behandling.

Barnet skal have lov til at forlade skoleklassen kortvarigt 'for at ryste ticsene af sig'.

Adfærdsterapi: 1. Udløsning af tics under kontrollerede forhold eller 2. ændring af den generende bevægelse/lyd med noget mere acceptabelt.

Psykofarmaka: Antipsykotika i små doser eller evt. clonidin.

10. DEPRESSIONER HOS BØRN.

Som hos voksne inddeler man i lette, moderate og svære depressioner. Fra det 12.år ligner depressioner dem man ser hos voksne, før dette har de noget afvigende i forhold til hvad man ser hos voksne.

Børnepsykiatri-noter.

Yousef Jesper Wirefeldt Nielsen – 2002.

Depressioner hos børn overses til tider hvilket kan skyldes at der ofte er komorbiditet med andre psykiske sygdomme.

Som hos voksne kan der være psykotiske depressioner.

Epidemiologi.

0,1 - 2,5% af børn har depressioner. Hos børn er der lige kønsfordeling, i ungdommen kommer der overvægt af piger.

Ætiologi og patogenese.

Stress-sårbarhedsmodel: Genetisk disposition kombineret med stress medfører affektiv lidelse.

Det vides nu at både genetiske, psykosociale og indlæringsmæssige forhold spiller en rolle i udviklingen af depression. Den genetiske komponent underbygges af at der hos forældrene til deprimerede børn hyppigt findes tidligere depression.

Klinisk billede.

Diagnosen kræver symptomer i 14 dage.

De karakteristiske symptomer er:

- Forsænket stemningsleje: Barnets ansigtsudtryk ændres i negativ retning. Ser nedstemt, håbløst og evt. irriteret ud.
- Manglende lyst, initiativ og interesse: Isolation, nedsat kontakt til venner.
- Træthed, nedsat energi: Orker fx ikke at gå i skole.
- Nedsat selvtillid, selvbebrejdelser og skyldfølelser.
- Tanker om død (og selvmord). Suicidium er dog stort set ikke forekommende hos børn, parasuicidium ses sjældent.
- Koncentrationsbevær.
- Psykomotorisk hæmning.
- Hørehallucinationer (ved psykotisk depression).

Børns depression adskiller sig fra voksnes bla. ved følgende forhold: Søvn-forstyrrelser er sjældne hos børn, det samme gælder appetitændringer. I de psykotiske depressioner har børnene hallucinationer fremfor vrang-forestillinger.

Forløb.

Af de børn, der har haft en depression vil 40-80% få recidiv indenfor 5 år.

Komorbiditet.

Omkring 50-80% af de børn, der har depression vil have en komorbid psykiatrisk lidelse.

Det drejer sig hyppigt om separationsangst (lav selvtillid, brug for bekræftelse, stærk tilknytning til forældrene) og adfærdsforstyrrelser (skulken, kriminalitet).

Behandling.

Problemorienteret psykoterapi har vist sig effektiv.

Psykofarmakologisk behandling: SSRI fremfor TCA, der ikke er effektive hos børn.

Dystymi.

Herved forstås en affektiv lidelse påget af forstemning igennem flere år. Et skøn vurderer at 70% af børn med dystymi, senere vil udvikle depression. Børnene virker triste, forstemte, i dårligt humør, irriteret og selv-nedvurderende.

Forskel fra depression: Ved dystymi er der ingen social isolation, anhedoni og mindre hyppig koncentrationsbevær.

Langt de fleste børn med dystymi kommer sig, der er ikke basis for at dystymi fortsætter ind i voksenlivet.

11. FORSTYRELSE I RENLIGHED, SPISE- OG SØVNFORSTYRELSE.

11.1 RENLIGHEDSFORSTYRELSE.

ENURESIS.

Det er en tilstand med ufrivillig vandladning, uden organisk forklaring, hos børn > 4 år.

Man skelner mellem primær og sekundær enuresis, alt efter om barnet på noget tidspunkt har været renlig. Nokturn enuresis udgør 9/10 af tilfældene, diurn (daglig) enuresis er 1/10 af tilfældene.

Epidemiologi.

Kontinens for vandladning opnås for de fleste ved 3-4 år. Hyppigheden af enuresis er ca. 10% af 5-årige, 5% af 10-årige og 1% af 15-årige.

Piger bliver renlige før drenge. 2/3 af alle pt. er med enuresis er drenge.

Ætiologi og patogenese.

Børnepsykiatri-noter.

Yousef Jesper Wirenfeldt Nielsen – 2002.

Genetiske forhold er vigtige (neurofysiologiske og endokrinologiske forhold, ADHD). Opdragelsesmæssige forhold spiller også en væsentlig rolle.

Der er sammenhæng mellem emotionelle og adfærdsmæssige forstyrrelser og enuresis. Ikke så meget det forhold at konflikter medfører enuresis, mere det forhold at enureis medfører emotionelle og adfærdsmæssige forstyrrelser.

Differentialdiagnostik.

Somatisk forhold skal udelukkes. Sådanne ses kun som forklaring hos 1%, hvor der altid er andre kliniske fund.

Behandling.

Milde tilfælde kan oftest klares ved væskeindskrænkning om aftenen og natten. Registrering af våde og tørre nætter. Løser problemet hos 20%.

Enuresisalarm er bedste tiltag. Effekt hos 50-80%. Virkningen er bedst hos børn med primær nokturn enuresis. Bør bruges i 5-10 uger.

Medikamentel behandling med desmopressin (ADH-analog) kan bruge midlertidigt, har ingen effekt efter behandlingsstop.

I de behandlingsresistente tilfælde kan familien få økonomisk hjælp efter serviceloven.

ENKOPRESE.

Gentagen involuntær/voluntær afgang af afføring hos børn over 4 år uden somatisk årsag. Tilstanden er sjældnere end enuresis.

Der skelnes mellem primær og sekundær enuresis. Den sekundære form er ofte forudgået af psykiske konflikter. En særlig form for obstipation (med overflow) hører med til enkoprese.

Barnet har typisk afføring flere gange dagligt, kan tit ikke registrere det selv og tit værner barnet sig til lugten. Tilstanden er socialt stigmatiserende.

Epidemiologi.

Renlighed for afføring opnås typisk ved 3-4 års alderen. 1% af børn der starter i skolen har enkoprese.

Ætiologi.

Der er ikke familiær disposition som ved enkoprese.

Behandling.

Adfærdsterapi med belønning ved kvittering af afføring på WC. Helbreder op mod ½ af børnene. Som ved enuresis er økonomisk hjælp efter serviceloven en mulighed ved behandlingsresistente tilfælde.

11.2 SPISEFORSTYRELSE.

Psykogen spiseforstyrrelse før puberteten: Det drejer sig hyppigt om svingende appetit. Tilstandene er oftest banale og går over af sig selv. Hvis der ikke er tegn på væksthæmning, anæmi eller infektion er der ingen grund til bekymring.

Pica: Indtagelse af materialer uden næringsværdi (fx jord, maling). Der er forgiftningsrisiko. Ses stort set kun hos mentalt retarderede børn.

11.3 SØVNFORSTYRELSE (F51).

Insomni: Problemer med at falde i søvne og vågne op i nattens løb. Dette er den klinisk vigtigste søvnforstyrrelse. I de sværeste tilfælde er adfærdsterapi effektiv, for at bryde en ond cirkel kan man undtagelsesvis anvende et hypnotikum i nogle få dage.

Søvngænger og søvnrædselsanfald (parasomnier): Familiært forekommende, genetisk bestemte tilstande. God spontanprognose. Fænomenerne er mere belastende for omgivelserne end for personen selv.

12. SPISEFORSTYRELSE (F50).

12.1 ANOREXIA NERVOSA.

Definition.

1. Adfærd der medfører udtalt vægttab.
2. Sygeligt frygt for fedme og overvægt.
3. Endokrine forstyrrelser (pga. underernæring).

Epidemiologi.

Fordeling piger:drenge 10:1. Piger typisk 15-19 år. Drenge 10-14 år.

Det er kun 1 ud af 12 med anorexi der indlægges på psykiatrisk afd.

Ætiologi og patogenese.

Af disponerende faktorer kan nævnes utilfreds med livet og ens situation. Der kan have været

forskellige oplevelser af nederlag. I forbindelse med kontrol af fødeindtag opnås tilfredsstillelse i det, det giver en følelse af kontrol og succes.

Op mod halvdelen af anorektikerne kan opgive en helt bestemt episode der triggede tilstandens udvikling. Det kan fx være kommentarer om deres udseende eller vægt, Det kan også dreje sig om ufrivillige seksuelle oplevelser, tabsoplevelser (dødsfald og skilsmisser). Med til at vedligeholde situationen er den forlængede tømningstid, der udvikles efter et stykke tid. Spiseforstyrrelsen fører til social isolation, pga. udtalt optagethed af reulation af fødeindtag.

Familien kan blive så optaget af spiseforstyrrelsen at den fx kan udsætte en skilsmisse mellem forældrene (den egentlige funktion ??).

Differentialdiagnoser.

Tilstande med vægttab: Maligne lidelser, inflammatoriske tarmlidelser, diabetis mellitus, infektioner (fx AIDS).

Forløb.

Anorexi medfører en overdødelighed (ca. 2% af anorektikere). Fuld helbredelse ca. 50%, bedring 30% og kronisk tilstand 20%.

Behandling.

Somatisk opretning. Derefter psykoterapeutisk arbejde. De sværeste tilfælde indlægges og man udskriver først ved 85% af normalvægten.

12.2 BULIMIA NERVOSA.

Denne tilstand er hyppigst hos unge voksenkvinder. Man kan opfatte den bulimiske tvangsprægede adfærd som et forsøg på at tilpasse sig til et ydre idealbillede.

Differentialdiagnoser er lidelser i øvre mave-tarmkanal.

Forløb: 50% helbredes, 30% bedres, 20% kronikere.

Behandlingen er kognitiv adfærdsterapi i grupper eller individuelt. SSRI kan bruges til visse pt.er med depressive ledsagesymptomer.

Der er måske en overdødelighed; men ikke så stor som ved anorexi.

12.3 PSYKOGEN OVERVÆGT 'TRØSTESPISNING'.

Denne tilstand er relateret til belastende livsomstændigheder. Definitivt sættes grænsen til over 95%-percentilen for børn og BMI>30 hos voksne.

Epidemiologi.

Disse børn behandles sjældent på børnepsyk. afd. Det er hyppigere på julemærkehjem eller lignende. Der er modsat anorexi og bulimi her tale om et decideret lavstatusproblem.

Patogenese.

Denne er helt simpelt et for stort energi indtag i forhold til aktivitetsniveau.

Differentialdiagnostik.

De somatiske lidelser: Mb. Cushing og Prader-Willi syndrom.

Forløb.

Ved moderat overvægt er der ikke markant overdødelighed; men der er stor risiko for social udstødelse og mobning. Tilstanden har en høj spontan remissionsrate gennemsnitlig 50%.

Behandling.

Diæt og motion. Styrkelse af selvværdet og selvtilliden hos barnet. Det er langvarig behandling der skal til.

13. OBSESSIV-KOMPULSIV TILSTAND (OCD).

OCD defineres ifølge ICD 10 som en tilstand med tvangstanker (obsessioner) og tvangshandlinger (kompulsioner) i forskellig grad. Der er en tilstand med overvejende tvangstanker, en med overvejende tvangshandlinger og endelig en blandet tilstand, som er den hyppigst forekommende.

For at stille diagnosen OCD, skal barnet lide under tilstanden og have haft socialt funktionssvigt.

Tvangstanker og tvangshandlinger er jeg-fremmede symptomer. Pt.er med OCD føler at fænomenere er produkt af egne tanker og altså ikke noget påført udefra. Pt.er med OCD kan oftest rationelt tage afstand fra både tvangstanker og tvangshandlinger, og de er derfor ikke psykotiske.

Epidemiologi.

Børnepsykiatri-noter.

Yousef Jesper Wirenfeldt Nielsen – 2002.

Forekomst hos børn svarer nogenlunde til forekomsten hos voksne – Ca. 2%.

2/3 af voksne med OCD, har haft debut før det 18.år. Sygdommen debuterer altså hyppigst i barne- og ungdomsårene.

Fra de sene ungdomsår er der lige kønsfordeling.

Ætiologi,

Psykodynamisk forklaring med fiksering i analfase. Biologiske modeller med fokus på forstyrrelser i serotonin-systemet (SSRI er effektive). Genetiske forhold spiller sandsynligvis også en rolle.

Kliniske billede.

Tvangstanker og handlinger er ens hos drenge og piger, og svarer desuden i vid udstrækning til de symptomer man finder hos voksne med OCD.

Tvangstanker	Tvangshandlinger
Snavs og smitte	Vaskeritualer (typisk håndvask)
Noget frygteligt vil ske	Checking
Sygdom	Gentagelsesritualer
Sexuelle tanker	Tællen
Religiøse tanker	Ordne/arrangere
Angst for at vole sig selv eller andre skade	

Tvanstanker og tvangshandlinger er oftest forbundne med hinanden, fx vasken hænder for at fjerne snavs og smitte.

Forløb.

OCD i barne- og ungdomsårene vil i ½ af tilfældene føre til kronisk lidelse (disse er stærkt socialt påvirkede af deres sygdom). Andre vil som voksen have episodiske forløb eller lettere tvangssymptomer.

Behandling.

Kognitiv adfærdsterapi, der hindrer barnet i at udføre tvangshandlinger. Der kombineres med SSRI-præparater.

Differentialdiagnoser.

Tvangsfænomener ses også ved:

- Normal udvikling (ritualer) -her er der ikke subjektivt ubehag og social funktionsforstyrrelse.
- Gennemgribende udviklingsforstyrrelser.

- Tourette syndrom kan ligne tvangshandlinger.
- Spiseforstyrrelser (anorexia nervosa).

Depression vil ofte være komorbid til OCD.

14. BELASTNINGSREAKTIONER.

Akut belastningssyndrom udvikles hos ellers psykisk raske personer umiddelbart efter et voldsomt fysisk eller psykisk traume. Tilstanden er kortvarig.

Tilpasningsreaktioner er tilstande med subjektivt ubehag og følelsesmæssige forstyrrelser, der opstår efter betydende livsændringer (fx sygdom eller ægtefælles død). Varer mindre end 6 mdr.

Posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) er en forsinket eller langstrakt reaktion efter udsættelse for et ekstremt traume (krig, tortur, katastrofe).

Alle disse tilstande afviger fra ICD-10's non-ætiologiske basis, da man her antager at traumat/belastningen er skyld i den psykiske forstyrrelse. Uden dette vil tilstanden ikke være opstået.

Personlige forhold (inkl. coping-evne) spiller en rolle for hvem, der vil udvikle en belastningsreaktion.

Akut belastningssyndrom – Klinisk billede.

Symptomer er stort set som hos voksne: Desorientering, bevidstheds-forstyrrelse, vrede, formålsløs hyperaktivitet, angst, overdreven sorgreaktion.

Man skal huske at der er tale om en forbigående tilstand og prognosen er god.

Behandlingen er støtte til barnet og familien.

Posttraumatisk belastningsreaktion- Klinisk billede.

Gentagne oplevelser af traumat, flash-backs, angst ved udsættelse for situationer der minder om traumat. Søvnforstyrrelser er hyppige. Det samme gælder vrede og irritation. Depressive tegn kan ses hos unge. Hos børn er der ofte frygt for mørke og separationsangst. Den psykologiske debriefing efter et traume har til formål at forebygge PTSD.

15. MISBRUG HOS UNGE.

Børnepsykiatri-noter.

Yousef Jesper Wirefeldt Nielsen – 2002.

De fleste unge begynder med alkohol i 12-14 årsalderen. Ca. ½ vil desuden eksperimentere med hash. Færre med andre rusmidler. Efter en periode med eksperimenteren opnår langt de fleste et kontrolleret brug af rusmidler.

Defenitioner.

Misbrug: Tilstand med fysisk eller psykisk skade.

(Stof)afhængighed: 1. Stoftrang 2. Manglende evne til at styre indtagelsen 3. Abstinenssymptomer 4. Toleransudvikling 5. Rusmidlet indtager en dominerende plads i tilværelsen 6. Fortsat brug trods skader på organismen.

Rusmidler.

- Alkohol.
- Hash .
- Centralstimulantia (amfetamin, ecstasy, designerdrugs, kokain).
- LSD, hallucinogener.

Epidemiologi.

I 9.klasse vil 17% have et overforbrug af alkohol. Af disse er der overvægt af drenge, dårlig funktion i skolen samt øget forekomst af erfaringer med andre rusmidler.

Hash bruges udtalt af unge under 25. Ca. 15% af unge mellem 15 og 25 år har røget hash indenfor et år.

Andre rusmidler (Ecstasy, kokain, amfetamin, heroin, rygeheroin, LSD) bruges kun af et mindre antal unge. Brug af ecstasy er dog i fremdrift. For ecstasy-brugerne er det typisk at de er under uddannelse. Brugen af rygeheroin kan måske føre til flere i.v.-misbrugere med tiden.

Patogenese.

Rusmidler udøver deres effekt på hjernens synaptiske processer. Øget mængde af dopamin (amfetamin, kokain, ecstasy) 'speeder' op. Modsat dette vil hash og alkohol have en sløvende og dæmpende effekt. Dette gælder også opioider, hvor man før et 'sus' præget af intenst velbehag.

Rusmidler stimulerer hjernens belønningssystem, hvilket medfører velbehag og stærk lyst til ny stofindtagelse.

Misbrugsinducerede sindslidelser.

Alkohol kan ved stort indtag føre til koma og død. Hash er farligt for unge, da det er sløvende og giver koncentrationsbesvær - Forhold der kan kompromittere uddannelsesforløb.

Centralstimulantia (ecstasy, kokain, amfetamin) kan medføre livstruende forgiftninger, psykiske abstinenser, depression og paranoide forestillinger.

Oversigt over rusmidlerne.

	Akut toksicitet	Psykisk afhængighed	Somatisk abstinenssymp.	Toksiske psykoser
Alkohol	++	+++	+++	0
Hash	0	++	+	++
CNS-stim.	+	++++	+	++++
Hallucino.	0	+	0	+++
Opioider	+++	++++	++++	0
Anxiolytika	++	+++	+++	0

Forløb.

De unge der ender i et misbrug vil oftest være dem, der i forvejen er mest belastede og har færrest ressourcer.

Behandling.

Misbrugsinducerede psykoser er en psykiatrisk opgave, mens den egentlige behandling af misbruget er en opgave for amtslige misbrugs-institutioner.

16. SOCIALE FUNKTIONSFORSTYRELSE.

Disse tilstande udvikles pga, miljømæssige forhold - Belastede familiære forhold, præget af omsorgssvigt og patologiske forældre-barn relationer i barnets tidlige udvikling.

16.1 ELEKTIV MUTISME.

Tilstand hvor barnet trods sproglige færdigheder kun vil tale i specielle sammenhænge (ofte kun i hjemmet).

Elektiv mutisme ses kun hos børn. Tilstanden er lidt hyppigere hos piger end hos drenge.

Kliniske billede.

Det mindre barn kan udvikle tilstanden. De bliver sky og tilbagetrukkede udenfor hjemmet. De taler ikke udenfor hjemmet (skole, børnehave); men de kompenserer med non-verbalt sprog. I hjemmet taler barnet normalt.

Tilstanden har ofte et flerårigt forløb; men næsten alle taler inden puberteten.

Behandling.

Adfærdsterapi. Man skal være opmærksom på defekt familiedynamik.

16.2 REAKTIV TILKNYTNINGSFORSTYRELSE ('DEPRIVATIONSSYNDROM').

Tilstanden viser sig ved at barnet ikke er i stand til at indgå i socialt samspil. Afvisende overfor kontakt allerede efter få måneder. Barnet har svært ved at vise gensidighed i kontakt.

At tilstanden kaldes reaktiv skyldes at barnets tilstand kan rette sig ved placering i et gunstigt stimulerende miljø i rette tid.

Tilstanden er forekommer hos børn der har været udsat for svigtende omsorg, misrøgt og dårlig kontakt og stimulation i den tidligste tid.

Det kan skyldes at forældrene selv lider af en psykisk lidelse (psykose, personlighedsforstyrrelse mm.). Deprivationen af barnet fører til at evnen til empati ikke udvikles hos barnet. Det samme gælder mentaliserings-processen, evnen til at forstå intentioner, tanker og følelser.

Klinisk billede.

Manglende blikkontakt, manglende pludresprog og i det hele taget dårlig kontakt præger barnet. Fremtræder trist. De følgende år viser det sig igen at barnet har svært ved at indgå i socialt samspil med andre børn. Den sproglige udvikling er forstyrret, barnet opnår godt nok normalt ordforråd; men har svært ved at formulere tanker og følelser. Ekkolali forekommer. Barnet vil i skoletiden ofte udvikle indlæringsvanskeligheder.

Forløb.

Hvis ikke der sættes tidligt ind og sikres ordentlige forhold for barnet (plejefamilie for de yngste og institution for de ældre) vil skaden blive irreversibel.

16.3 USELEKTIV UHÆMMET TILKNYTNINGS- ELLER KONTAKTFORM.

Det er nært beslægtet med ovenstående tilstand. Barnet er fuldstændig uselektiv i sin omgang med andre. Kan følge hvem som helst der udviser interesse for barnet.

Tilstanden skyldes igen at barnet ikke har fået tilstrækkelige stimulationer i den tidlige opvækst (institutionssyndrom). Det er en forværrelse af den reaktive tilknytningsforstyrrelse.

Tilstanden har en dårlig prognose, da uoprettelig skade er sket.

Behandles på institution, ikke plejefamilier.

17. PERSONLIGHEDSFORSTYRELSE.

Man har vedtaget at man først kan stille diagnosen personlighedsforstyrrelse efter det 16.år - Dette er fordi personligheden ikke er færdigudviklet før omkring denne alder.

Personlighedsforstyrrelserne kan opstilles i et spektrum: De psykosenære forstyrrelser (Excentriske - Paranoid, skizoid, skizotypisk personlighedsforstyrrelse) de mellemliggende (dramatiske-Narcissistiske, ustabile, dyssoziale og histrione) og de neurosenære (Ængstelige - Dependente, tvangsprægede, ængstelige), som ligger tæt ved normal personlighed.

I.De excentriske personlighedsforstyrrelser.

Paranoid personlighedsforstyrrelse.

Mistænksomhed, følsomhed for nederlag, selvhenføren, forfølgelse, offer for konspirationer.

Behandling: Terapi rettet mod at undgå de situationer hvor personen føler sig uretfærdigt behandlet. Antipsykotisk behandling kan anvendes i visse tilfælde.

Skizoid personlighedsforstyrrelse.

Børnepsykiatri-noter.

Yousef Jesper Wirenfeldt Nielsen – 2002.

Lever trukket ind i sig selv. Virker følelseskold, har ringe evne til at udtrykke følelser overfor andre. Asexuelt væsen. Personen har ingen nære venner og foretrækker aktiviteter alene.

Den skizoide forstyrrelse er relativ hyppig i det ungdomspsykiatriske klientel.

Forskellige teorier forklarer at den skizoide er fanget i en tilstand hvor han gerne vil have kontakt med andre; men oplever denne som farlig. Dette forklares udfra tidlig skade i nære relationer.

Søger sjældent hjælp (kontakten til terapeuten er en trussel). Når psykoterapeutisk behandling gennemføres er der gode resultater,

Skizotypisk personlighedsforstyrrelse.

I DSM-IV er det en personlighedsforstyrrelse i ICD-10 tilhører tilstanden det skizofrene spektrum (F21).

Adfærd og fremtoning der er sær. Pt.en er præget af de skizofrene (ekspressive) grundsymptomer. Mikropsykotiske episoder forekommer.

Der er øget forekomst af skizotypi i familier med kendt skizofreni - De er altså genetisk beslægtede, hvilket også passer med sygdomsmodellen for skizofreni, som anser skizotypi for en grundlidelse.

Skizotypi ses hyppigt i ungdomspsykiatrien.

Behandlingen er medikamentel og psykoterapeutisk (gruppe/individuel).

De tre ovennævnte forstyrrelser er hyppigst hos mænd/drenge.

De dramatiske personlighedsforstyrrelser.

Emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse (borderline).

ICD-10 (3 af 5):

- Usikkert selvbillede.
- Intense ustabile forhold.
- Problemer med at være alene.
- Selvmutilerende handlinger (trusler herom).
- Tomhedsfølelse.

Hos de yngre er der overvægt af drenge, hos ældre og voksne er der overvægt af kvinder.

Diagnosen kan være vanskelig at stille; men følgende forhold kan tjene til at afgrænse overfor andre lidelser (De ængstelige personlighedsforstyrrelser og psykotiske tilstande). Realitetstestningen er bevaret i langt det meste af tiden ved borderline-forstyrrelse. Der er identitetsforstyrrelser ved boderline (ikke ved neuroser). Primitive forsvarsmekanismer (modne ved neuroser).

Behandling: Psykoterapi, bedst ambulant. Det er langvarigt. Op mod to år skal der til med samtaler to gange pr. uge. Målet er integration af personligheden. Vigtigste teknik er konfrontation.

Narcissistisk personlighedsforstyrrelse.

Hyppig i det ungdomspsykiatriske klientel, lige kønsfordeling.

Træk ved narcissistisk forstyrrelse: Grandiose forestillinger om egen betydning, skønhed, evner, forestilling om at være noget særligt og blive behandlet på en særlig måde. Har ingen evne til empati, er arrogant og bliver let misundelig.

Differentialdiagnoser bla. borderline-forstyrrelse og skizofreni med omnipotente forestillinger.

Behandling: Narcissisten søger sjældent behandling; men kan bryde sammen i en psykotisk tilstand. Behandles med støttende samtaler.

Histrione personlighedsforstyrrelse.

Dramatisk adfærd: Følelseslabil, dramatiseren, søgen efter opmærksomhed, spændning og anerkendelse. Der er en tendens til at opfatte relationer til andre som tættere end de egentlig er.

Forekommer sjældent som hoveddiagnose. Hyppigst hos piger/kvinder.

Behandles miljømæssigt ved at støtte kke-dramatiserende adfærd.

Dyssocial personlighedsforstyrrelse.

Mangel på respekt for andres følelser og rettigheder. Uansvarlig og ikke ansvarlig overfor samfundet. Få flygtige venskaber. Lav frustrationstærskel. Aggressiv adfærd er hyppig. Personen har en tendens til at skyde skylden på andre.

Behandles miljømæssigt - Rettes mod den udadrettede aktivitet. Individuel psykoterapi er ikke relevant (selvom det ofte forsøges).

De angstelige personlighedsforstyrrelser.

Den dependente personlighedsforstyrrelse.

Personen har vanskeligheder knyttet til selvstændighed. Får andre til at tage beslutninger og handle for sig. Føler sig ofte hjælpeløs alene. Problematikken er ofte knyttet til et uløst separationsproblem.

Den angstelige/evasive personlighedsforstyrrelse.

Præget af angstelse, usikkerhed, anspændthed og mindreværd. Personen er hæmmet i sociale sammenhænge.

De angstelige personlighedsforstyrrelser hører til de milde forstyrrelser.

18. ADFÆRDSFORSTYRRELSER (AF).

Vedvarende mønster af asocial (dyssocial), aggressiv og trodsig adfærd. Asociale handlinger kan også ses ved andre syndromer; men da er de sekundære. De asociale handlinger (særligt aggressivitet) er et samfunds-mæssigt problem.

I voksenalderen er der en tendens til dyssocial personlighedsforstyrrelse, samt kriminalitet og stofmisbrug.

Definition.

Ved AF ses der aggressive handlinger overfor andre personer. Der er desuden destruktive tendenser. Tyverier ses også hyppigt. Tilstanden skal have varet i > 6 mdr. og de af tilstanden afledte handlinger skal have en vis alvor.

Epidemiologi.

AF's prævalens er 3-7% blandt de 9-18-årige. Hyppigst hos drenge. Tilstanden findes hyppigst i socialt belastede miljøer.

Komorbiditet med emotionelle forstyrrelser og hyperkinetisk syndrom er hyppigt forekommende.

Ætiologi.

Både miljømæssige og biologiske forhold spiller en rolle. Svigt i barndommen (tilknytningsforstyrrelse) disponerer til AF. Hjerneorganisk dysfunktion som det ses ved hyperkinetisk syndrom disponerer også til AF.

Klinisk billede.

Aggression: Vold overfor jævnaldrende. Kan også mindre hyppigt ses rettet mod voksne eller yngre. Våbenbrug og mord er sjældne; men forekommer.

Destruktivitet: Tilfældig aggressiv affekt eller planlagte handlinger (hævn).

Lyven, pjækkeri og tyveri er andre symptomer der ses ved AF.

Empatiske vanskeligheder er til stede i form af manglende emotionel medfølelse med andre.

Undersøgelser.

Den asociale adfærd kan belyses ved at få oplysninger fra skole, sociale myndigheder og politi. Forældreinterview med fokus på belastede forhold i familien er også vigtigt. Andre tiltag er somatisk undersøgelse (epilepsi?) og psykologisk testning (inkl. IQ-test).

Differentialdiagnoser.

Uhæmmet/uselktiv tilknytningsforstyrrelse - her skal AF-diagnosen dog foretrækkes når der er aggressive tendenser.

Asperger syndrom - Her kan der ses affekt-eksplosion; men det er efter direkte provokation.

Prognose.

Simplificeret kan det siges at af de 9-18 årige der får diagnosen AF vil 50% få adfærdsmæssige problemer i voksenlivet (dyssocial personlighedsforstyrrelse) og 50% vil ikke få sådanne problemer.

Behandling.

Miljøterapeutisk behandling med fokus på adfærd er vigtigst. Dette er en opgave for det sociale forvaltningsområde. Desuden bør der være særlige individuelle tiltag i skolen, selvom det kan være meget svært/umuligt at motivere den unge for dette.

Undergrupper af AF.

Disses validitet er betvivlet; men de er:

➤ AF begrænset til familien.

- Usocialiseret AF (ingen bandeaktivitet, handler alene).
- Socialiseret AF (bandeaktivitet).
- Oppositionel AF - Fjendtlighed, ulydighed, trods, provokerende adfærd; men ingen aggression og destruktion.

19. EMOTIONELLE FORSTYRRELSER.

Disse personer er præget af en sårbar psykisk konstitution, tilbageholdenhed, hæmning, generthed, social tilbagetrækning, angst, tristhed og indre uro. Ved emotionelle forstyrrelser er det først og fremmest barnet selv, der oplever problemerne - modsat adfærdsforstyrrelserne, hvor det er andre, som lider.

Definition.

Ikke-psykotiske psykiske abnorm-tilstande opstået i barndommen. Svarer nogenlunde til voksenpsykiatriens F40 (nervøse og stressrelaterede sygdomme, samt somatoforme tilstande).

Hyppig komorbiditet er mental retardering, opmærksomhedsforstyrrelser og specifikke udviklingsforstyrrelser.

Emotionelle problemer er en del af den normale udvikling. For at man kan stille diagnosen emotionel forstyrrelse (som sygdom) kræves det at: 1. intensiteten af de emotionelle problemer er intensiveret, 2. det skal have stået på i lang tid samt 3. medført subjektivt ubehag og 4. funktionshæmning.

Epidemiologi.

Prævalens blandt skolebørn er 5-7%. Hos børn er der en lige kønsfordeling, fra teenagealderen er der dog overvægt af piger.

Rene emotionelle forstyrrelser fører sjældent til indlæggelse på børne-psyk.afd. men op mod halvdelen af de ambulante pt. er har emotionelle forstyrrelser.

Ætiologi og patogenese.

Multifaktiørel ætiologi. Følgende forhold spiller en rolle: Genetiske, Familiære forhold, psykosociale belastninger og personlighedskonstitution.

Angstlidelser hos børn.

Abnorm separationsangst er hyppig (prævalens 3,5%). Ved denne lidelse er barnet præget af en ekstrem frygt for adskillelse fra den person barnet primært er knyttet til (typisk moderen). Barnet kan have helt urealistiske bekymringer om at miste nærtstående ved sygdom/død.

Barnet får det dårligt ved adskillelse og søger derfor at undgå dette ved fx at sove med forældrene og blive hjemme fra skole. Hvis barnet bremses i disse bestræbelser kan der udløses angst og panik. Nogle børn vil have tvangstanker og tvangshandlinger, disse beskytter på magisk vis mod at der skal ske noget forfærdeligt.

Forældrene oplever børnene som krævende, styrende og opmærksomheds-søgende. Udadtil (fx i skolen) opleves børnene lige modsat som sky, generte og socialt hæmmede.

Skolefobi: Separationsangsten medfører at barnet ikke vil i skole. Tilstanden er værst om aftenen og morgenen. Barnet modsætter sig at tage i skole og der kan være angst og legemelige symptomer. Karakteristisk er det at børnene med skolefobi ikke har faglige problemer. De vil gerne lave skolearbejde i hjemmet (dette er i kontrast til pjækkeriet ved adfærdsforstyrrelser).

Fobiske angsttilstande findes hos 2%. Der er tale om sygdom når angsten styrer barnets dagligdag. Fobier hos børn har ofte baggrund i reelt skræmmende oplevelser (fx angst for hunde efter hundebid).

Social angst: Frygt for fremmede og uvante situationer. Dette virker angst-provokerende på barnet.

Genereliseret angst: Diffuse psykiske symptomer (fx anspændthed, rast-løshed, søvnbesvær og koncentrationsproblemer).

Angstlidelser hos unge.

Disse omfatter de samme som hos børn, plus de to lidelser panikangst og agorafobi, der kendes fra voksenpsykiatrien.

Angstlidelser viser sig på karakteristiske tidspunkter i udviklingen. Separationsangst hyppigst

Børnepsykiatri-noter.

Yousef Jesper Wirefeldt Nielsen – 2002.

tidligt i barndommen, fobier i førskolealderen og skolefobi/social fobi i skolealderen.

Det er vist at angstlidelser i barne- og ungdomsårene disponerer til angst og depression i voksenlivet.

Behandling af angstlidelser.

Orientering/rådgivning af forældre, barn og skole. Adfærdsterapi og kognitiv terapi med fokus på adfærdsmodifikation kan bruges fra 10 år af.

Individuel psykoterapi med fokus på identitetsopbygning og coping-strategier kan også anvendes.

Psykofarmakologisk behandling: Begrænset anvendelse. Benzodiazepiner kan dog anvendes ved panikangst og SSRI ved depressive eller tvangsmæssige symptomer.

Somatoforme tilstande.

Somativering er almindeligt hos børn og forekommer som en del af den normale udvikling. Der er først tale om sygdom når somatiseringen bliver særlig udtalt og begrænser barnets sociale udfoldelse og generelle udvikling.

Smerettilstande.

Mavesmerter: Hyppigt hos børn. Diffuse smerter. Der er ingen natlige symptomer og ingen påvirket almentilstand eller ændret afføringsmønster. Smerterne optræder i relation til psykisk belastning.

Hovedpine: Migræne og spændinghovedpine. Kan være en reaktion på angst og depression.

Dissociative tilstande/koversionstilstande.

Briquet syndrom: Vedvarende klager over smerter, uden påvirket almentilstand. Det er en sjælden tilstand.

Behandling.

Udelukkelse af somatisk årsag er vigtig.

Ellers gælder det om at flytte fokus fra somatiske symptomer uden at stille sig tvivlende overfor deres eksistens. Elementer af adfærdsterapi og kognitiv terapi kan indgå. Det samme gælder familierapi.

20. SPÆDBARNSPSYKIATRI.

Definition.

Spædbarns- og småbarnspsykiatrien er en forholdsvis ny børnepsykiatrisk disciplin, der fokuserer på psykiske forstyrrelser hos børn fra 0-3 år.

Forstyrrelserne der ses her kan sjældent klassificeres i ICD-10 og man har lavet en særlig klassifikation kaldet 'Diagnostic Classification: 0-3'. Denne er deskriptiv og multiaksial. Et væsentlig område er præventiv indsats for at hindre psykiske lidelser hos de mindste børn.

Principper for præventiv intervention.

- Tidlig opsporing: Familier med svære problemer såsom misbrug og psykisk lidelse skal hurtigt identificeres, helst allerede i graviditeten. Her spiller fx praktiserende læge og sagsbehandler en rolle.
- Tværfaglig koordinering: Da der ofte er tale om multiproblem-familier, skal flere specialer arbejde sammen, det kan fx være psykiatri, obstetrik, børnepsykiatri og de sociale myndigheder.
- Personkontinuitet: Kontinuitet og nøglepersoner er vigtigt for at undgå frafald.

Målgrupper for præventiv intervention.

Forældre med psykisk lidelse, misbrug og umoden personlighed er de grupper hvor det er hensigtsmæssigt at yde en indsats for at undgå skader på barnet. Skader kan både være prænatale og postnatale. Et eksempel på en prænatal skade er føtalt alkohol syndrom, som ses hos 1/700 nyfødte.

Psykiatriske forhold i forbindelse med graviditet og fødsel.

Belastningsreaktioner forekommer hos visse disponerede kvinder under graviditet. Der kan være tale om at fortrængte traumer bryder frem (eksempelvis en belastet barndom). Omvendt vil nogle kvinder reagere på graviditeten med et usædvanligt velbefindende. Årsagen til dette er at kvinden igennem graviditeten får den opmærksomhed, som hun mangler til daglig. Problemet med dette er at kvinden ikke tilpasser sig forældrerollen og når barnet er født og dets behov melder sig kan der, også hos disse kvinder, udløses en belastningsreaktion.

Kvinder med kendt psykisk sygdom vil ofte prøve at dække over den i forbindelse med graviditet. Forklaringen på dette er i de fleste tilfælde en

angst for at få fjernet barnet. Der findes jordemødre med særlig erfaring med gravide med psykiske lidelser og et forløb hos en sådan må foretrækkes.

Psykotiske lidelser har øget tendens til at debutere/recidivere i tiden efter fødslen (0-6 mdr.). Misbrug af alkohol, medicin og stoffer under graviditeten er risikofyldt for barnet, da det kan give vækstretardering og være teratogent. Abstinenser hos nyfødte kan være dødelige, derfor skal moderen trappes ned før fødslen.

De psykiske forstyrrelser hos 0-3-årige børn.

Regulationsforstyrrelse.

6 karakteristiske tilstande (states) findes hos spædbarnet: Søvn: 1. dyb søvn 2. let søvn Vågenhed: 3. døsigthed 4. rolig opmærksomhed 5. aktiv opmærksomhed 6. skrigen/gråd.

Evnen til at glide smidigt mellem disse tilstande som respons på indre eller ydre stimulationer er tilstede hos det normale spædbarn. Evnen kan derimod mangle hos børn af misbrugende eller skizofrene mødre. Disse børn siges at have en regulationsforstyrrelse. De har tendens til polarisering i de ovenfor nævnte tilstande. Enten reagerer de voldsomt (6) på stimulation, såsom uro i omgivelserne eller sult/søvnbehov, eller også er de påfaldende passive. Behandlingen af regulationsforstyrrelsen er afhængig af at forældrene magter at tilrettelægge den daglige rytme efter et bestemt mønster, så barnet barnet kan regulere sine basale behov (søvn, ernæring, opmærksomhed). Desuden skal barnet beskyttes mod irrelevante stimulationer.

Behandlingen stiller store krav til forældrene, som ofte ikke kan honorere disse da de selv i mange tilfælde er psykisk syge og/eller misbrugere. I sådanne tilfælde må barnet anbringes udenfor hjemmet i en plejefamilie.

Utryk og disorganiseret tilknytning.

Disse tilstande er sandsynligvis relaterede til tilknytningsforstyrrelserne; men der mangler endnu opfølgende undersøgelser til at bekræfte dette.

Til at belyse disse forstyrrelser bruges Ainsworths 'Strange situation procedure'- Der er en teknik hvor barnet udsættes for stressende forhold i et standardiseret miljø. I et rum med alderssvarende legetøj vil barnet være sammen med moderen, så adskilles de, genforenes, adskilles igen og barnet konfronteres med en fremmed person. Barnets reaktioner observeres nøje.

Undersøgelsen afslører følgende typiske reaktionsmønstre hos barnet:

1. Tryk tilknytning. Dette må anses som den normale reaktion. Barnet reagerer med stress når moderen går, er glad ved genforening og tilbageholdende overfor den fremmede. Mødrene er karakteriseret ved at være emotionelt nærværende og i stand til at aflæse/opfylde barnets behov.
2. Utryk tilknytning. Viser sig på to måder. Den undvigende reaktion - Barnet protesterer ikke når moderen forlader det, vender sig bort ved genforeningen, undgår nærhed og er i det hele taget fokuseret på andet end moderen. Mødrene beskrives her som værende afvisende eller uopmærksomme på deres barns signaler. Den ambivalente reaktion - Barnet har et konfliktfyldt eller passivt samspil med moderen; men søger samtidig hendes kontakt. Mødrene er her kendetegnet ved usikkerhed og uforudsigelighed i forhold til barnets signaler.
3. Disorganiseret tilknytning. Barnet kan ikke klassificeres i de andre kategorier. Det vil virke uselektivt i kontakten med andre og påfaldende upåvirket af adskillelsen fra moderen. Mødrene er kendetegnet ved potentielt skræmmende, uforudsigelig omgang med barnet. De har ringe fornemmelse for barnets behov for nærhed og stimulation.

Behandlingen af disse forstyrrelser sigter mod at sikre en god mor-barn-relation, evt. igennem præventivt arbejde allerede i graviditeten. I tilfælde hvor det ikke er muligt for moderen at stimulere barnet svarende til dets behov kan det blive nødvendigt med anbringelse udenfor hjemmet.

Forhold med forstyrrende effekt på mor-barn-samspejlet.

Et væsentligt problem er nedsat opmærksomhed fra moderens side af. Et andet problem er dårlig timing mellem barnets signaler og moderens respons. Endelig kan mistolkning af barnet være et problem ('fantasibarn'). De alvorligste fejltolkninger af barnets tilstand, ses ved de psykotiske lidelser hos moderen (fx skizofreni).

Ved sådanne belastninger vil barnet i 1-2-årsalderen være præget af usikkerhed i forhold til sociale relationer og usikkerhed omkring egne og andre behov/ønsker.

Behandlingen kan rettes mod moderens grundlidelse eller mod barnet. I sidst-nævnte tilfælde kan behandlingen bestå i aflastning, fjernelse fra hjemmet og lignende.

Sammenfattende kan man sige at de tre vigtigste lidelser hos moderen, der kan føre til forstyrret mor-barn-forhold og dermed forstyrrelse af barnets normale udvikling, er:

1. Personlighedsforstyrrelse af borderline type.
2. Depression.
3. Skizofreni.