

INHALTSVERZEICHNIS

1. Psychiatrie 2 - affektive Störungen bei Kindern und Jugendlichen	1
1.1. allgemein	1
1.2. Klassiker	1
1.3. Bipolare Wechsel	1
1.4. weiteres	1
1.5. Stressoren	2
1.6. Medis	2

mail an hagenah wegen folien-pdf für die dropbox

1. PSYCHIATRIE 2 - AFFEKTIVE STÖRUNGEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Hagenah

1.1. allgemein.

- bei Jugendlichen sehen Depressionen ähnlich aus wie beim Erwachsenen
- bei Kindern sehen Depressionen ganz anders aus
- diese Vorlesung soll auf die affektiv verursachten Verhaltensauffälligkeiten sensibilisieren
- Klassiker: Verwechslung mit AHDS möglich
- wenn in wichtigen Entwicklungsabschnitten eine Depression das Leben bestimmt: doof
- häufig gemischte Störung: Depression + störung des Sozialverhaltens (Henne? Ei?)
- Kategorien: Depression, Bipolares, Schizoaffektives
- wie immer: jede Episode Verschlechtert die Dignität der Prognose
- 2-8% der psychiatrischen Adoleszenten haben mal ne Depression, Kindheit: 0,5-2,5%, Erwachsene 10-15%
- oft beginnt die Erkrankung des Erwachsenen also quasi in der Jugend

- Problem in der Klinik: Medikamente schaden auch der Entwicklung → Abschätzung erforderlich: was ist schlimmer, die Krankheit oder die Behandlung
- bei Jugen wird alles eher diagnostiziert, weil bei denen ein vergesellschaftetes ADHS mehr nervt
- Angststörungen sind sehr häufig mit dabei
- oft findet man keinen ganz konkreten Auslöser der Depression

1.2. Klassiker.

- Somatisierungen: Appetit niedrig oder hoch, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Schlafstörungen
- Schuleintritt → Kind wird dick → Verdacht auf Überforderung
- Kind mit Bauchschmerzen = Trauriger Erwachsener
- klassische Traurigkeit sieht man eher nicht, Hemmung des Antriebs nur bei 25%
- (Schlafrhythmus auch besonders Problem bei ADHS, Auti, ängstlichen Kindern)
- Aggressivität des Kindes ein Klassiker
- bei Schulkindern oft Familie Ventil für die Aggressivität
- bei Trennungsangst darf keine Depression diagnostiziert werden (Sind meine Eltern noch da???? Hatten sie einen Unfall????)
- allgemeine Selbstmordgedanken bei Schulkindern-Jugendlichen ganz normal und nicht automatisch ein Alarmzeichen - der Standpunkt zu Leben und Tod wird entwickelt

1.3. Bipolare Wechsel.

- Rapid cycling: 4x pro Jahr
- Ultrarapid: innerhalb weniger Tage
- Ultradian: täglich → 80% ist es bei Kindern so
- sehr schwierig mit den Diagnosen, ist das affektiv etwas instabile Kind wirklich bipolar?

1.4. weiteres.

- bei Essstörungen ist fast immer eine Depression mit an Bord, alleine die Mangelernährung konterkariert jede medikamentöse Behandlung

- Medikamente wirken nur bei guter Ernährung

1.5. **Stressoren.**

- übliches: Umzug, Scheidung, Zurückweisung, Schulwechsel
- nicht die Scheidung ist der wichtige Punkt, wichtig ist der Konflikt
- KJP darf manchmal bis 21 behandeln, stationär ist das schwierig jedoch
- gutes Bild: mit 130% Anstrengungen wird nur 70% der Leistung erreicht → druck von aussen: Nimm dich mal zusammen!!
- in Lateinamerika sind die Selbstmordraten M/W gleich, die medizinische Versorgung ist so viel schlechter, daß weiche Methoden hart genug sind

- Behandlung sofort: Tablettenkind wacht auf, der Kinderpsychiater kommt sofort nach Aufwachen - auf keinen fall 3 Tage auf Kinderstation liegen lassen ohne Behandlung → Behandlung innerhalb 24 Stunden

1.6. **Medis.**

- SSRI
- bei Bipolarem stabilisierung per Lithium, Valproat
- Rückfallprophila: auch Carbamazepin