

Afvisningssyndrom er en alvorlig børnepsykiatrisk tilstand

Ditte Hulgaard¹, Jeanette Wachter² & Gitte Dehlholm-Lambertsen³

KASUISTIK

1) Forskningsenheden, Børne- og ungdomspsykiatrisk Afdeling, Odense

Universitetshospital

2) Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Risskov

3) Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Odense

Universitetshospital

Ugeskr Læger

2015;177:V05150398

Pervasive refusal syndrome (PRS), på dansk: afvisningssyndrom, er en alvorlig og gennemgribende børnepsykiatrisk tilstand, som er karakteriseret ved udpræget social tilbagemækning, vægring mod spisning, tale og mobilisering samt modstand mod hjælp, hvilket resulterer i stor psykisk og fysisk morbiditet [1]. PRS er ikke beskrevet i diagnosesystemet. Den diagnostiske proces er ofte langtrukket samt præget af usikkerhed og bekymring hos både professionelle og pårørende. Der er derfor behov for yderligere kendskab til og beskrivelse af PRS.

SYGGEHISTORIE

En tiårig tidligere rask dreng blev primært indlagt på en børneafdeling pga. hoste, træthed og social tilbagemækning. Præmorbidt blev han beskrevet som værende normalt begavet, perfektionistisk, følsom, indadvendt og belastet af forældrenes skilsmisse samt flytning. Efter en pædiatrisk udredning blev han overflyttet til en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling på mistanke om funktionel problemstilling. Han blev her indlagt uden forældre og behandlet miljøterapeutisk samt med selektive serotoninoptagelseshæmmere (SSRI) mod formodet depression. Behandlingen var dog uden effekt på symptombilledet.

Ved observationer i børne- og ungdomspsykiatrisk regi blev der konstateret tydelig modstand mod forældrene fra drengens side og aggravering af symptomerne efter samvær. Efter en uges ferie var der yderligere forværring til en tilstand med social tilbagemækning, vægring mod mobilisering og spisning samt urinretention. På mistanke om en psykotisk tilstand blev

der forsøgt antipsykotisk behandling, hvilket dog var uden effekt.

Han blev igen overflyttet til den lokale børneafdeling mhp. yderligere udredning med MR-skanning af cerebrum og lumbalpunktur. Ved begge undersøgelser blev der intet abnormt fundet, og han blev behandlet med bl.a. sondeernæring og urinkateter. Efter et samlet sygdomsforløb på seks måneder blev han sammen med sin far overført til en børneafdeling på et universitetshospital. Behandlingen blev der varetaget i tæt samarbejde med et børne- og ungdomspsykiatrisk team, som var specialiseret i behandling af funktionelle lidelser. Efter udelukkelse af somatisk årsag til symptomerne seponeredes al medicinsk behandling. Den videre behandling bestod af gradvis genoptræning med fysio- og ergoterapi samt ambulante familierapeutiske samtaler med en børne- og ungdomspsykiater. Behandlingen havde langsom, men god effekt. Efter tre måneders indlæggelse blev drengen udskrevet i klar bedring til fortsat ambulante familierapeutisk behandling. Et år efter udskrivelsen blev behandlingen afsluttet, og drengen var i habituel tilstand.

DISKUSSION

PRS blev første gang beskrevet i 1991 [2]. *Jaspers et al* har lavet et systematisk review over den publicerede litteratur frem til 2006, i alt 24 cases [1]. Incidens og prævalens af PRS er ukendt, men stadigt nye kasuistikker, også fra Danmark [3], kan give begrundet mistanke om større hyppighed. Syndromet er hyppigst hos piger i aldersgruppen 7-15 år. De differentialdiagnostiske overvejelser inkluderer en række børnepsykiatriske og funktionelle tilstande, herunder spiseforstyrrelse og depression, men symptomatologien i PRS er distinkt, særligt pga. den tydelige afvisning af hjælp (Tabel 1) [1].

Ætiologisk beskrives en række forskellige faktorer som værende væsentlige for udviklingen af PRS [1]. De præmorbid personlighedstræk er bl.a. følsomhed og perfektionisme, der er forudgående stressende faktorer (mobning, overgreb, infektion) samt problemer i relation til forældre (separationsangst, skilsmisse). Flere af disse faktorer blev genfundet hos drengen i sygehistorien. *Nunn & Thompson* introducerede en teori om *learned helplessness and hopelessness* i forståelsen af PRS [4]. Symptomerne på PRS opstår på baggrund af en fø-

TABEL 1

Diagnostiske kriterier for *pervasive refusal syndrome* formuleret af *Jaspers et al* [1].

Delvis eller total vægring i forhold til mindst tre af følgende domæner: spisning, mobilisering, tale, personlig hygiejne
Aktiv og vredladet modstand mod støtte og opmuntring
Social tilbagemækning og skolefravær
Ingen organisk tilstand kan forklare symptomernes sværhedsgrad
Ingen anden psykiatrisk diagnose dækker tilstandens karakter bedre.
Tilstandens livstruende karakter kræver hospitalsindlæggelse



Modelfoto.

lelse af hjælpeløshed, samtidig med at patienten oplever sig som værende ude af stand til at influere på sin egen fremtid.

Overført på drengen i sygehistorien kan en forståelse være, at han ikke oplevede at have indflydelse på flytning og skilsmisse, hvilket resulterede i en følelse af universel hjælpeløshed.

Nunn *et al* introducerede en neurobiologisk forklaringsmodel, hvor de med en hypotese om hyperarousal af det sympatiske og det parasympatiske nervesystem bl.a. forsøgte at forklare, hvorfor børnene regredierer yderligere under pres, samt paradokset mellem passivitet og aktiv modstand og vrede [5].

Behandlingen af PRS foregår oftest under indlæggelse og kræver tværfaglig indsats med involvering af pædiatere og børne- og ungdomspsykiatere. Psykofarmaka har en begrænset plads i behandlingen af PRS [2]. Alligevel er mange af patienterne blevet behandlet med et eller flere præparater i forløbet [1]. I denne sygehistorie blev der forsøgt behandling med SSRI og antipsykotika uden effekt.

Trods et relativt langt sygdomsforløb på oftest omkring et år, har patienterne med PRS en god prognose med fuld restitution hos de fleste [1].

SUMMARY

Ditte Hulgaard, Jeanette Wachter & Gitte Dehlholm-Lambertsen:
Pervasive refusal syndrome is a severe child psychiatric disorder
Ugeskr Læger 2015;177:V05150398

Pervasive refusal syndrome (PRS) is a severe, pervasive and potentially life-threatening disorder, which was first described in 1991, as a syndrome of child psychiatric disorder. Little has been written about PRS. We report a case story of a 10-year-old boy developing all symptoms of PRS, including inability to eat, move or speak. Psychopharmacological

treatment was not successful. Full rehabilitation was reported after a period of inpatient treatment and outpatient follow-up. Different aetiological factors for PRS have been proposed. A number of these are presented in the case story.

KORRESPONDANCE: Ditte Hulgaard. E-mail: dittehulgaard@gmail.com/dhulgaard@health.sdu.dk

ANTAGET: 4. august 2015

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 26. oktober 20015

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Jaspers T, Hanssen GM, van der Valk JA *et al*. Pervasive refusal syndrome as part of the refusal-withdrawal-regression spectrum: critical review of the literature illustrated by a case report. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009;18:645-51.
2. Lask B, Britten C, Kroll L *et al*. Children with pervasive refusal. *Arch Dis Child* 1991;66:866-9.
3. Christensen AM, Thelle T. Afvisningsyndrom hos en 12-årig dreng. *Ugeskr Læger* 2011;173:1214-5.
4. Nunn KP, Thompson SL. The pervasive refusal syndrome: learned helplessness and hopelessness. *Clin Child Psychol Psychiatry* 1996;1:121-32.
5. Nunn KP, Lask B, Owen I. Pervasive refusal syndrome (PRS) 21 years on: a re-conceptualisation and a renaming. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23:163-72.