

Extreme regressie bij een kind na migratie en trauma

S. CHERLET, I. DE GROOTE, I. JESPERS

SAMENVATTING Een 12-jarige jongen in een asielzoekend gezin vertoonde ernstige regressie: na een mineur verkeersongeval verviel hij in enkele dagen tot het functioneringsniveau van een jonge peuter. We stelden de zeldzame diagnose pervasieve refusal syndrome (PRS). Dit lijkt een verregerende vorm van een conversiestoornis. Een multidisciplinaire, ondersteunende en stimulerende behandeling werd geboden, met aandacht voor potentieel beïnvloedende factoren. De jongen herstelde langzaam en twee jaar later functioneerde hij weer leeftijdsadequaat. Verdere rapportage van casussen is belangrijk om de kennis over PRS te verbeteren.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)6, 411-414

TREFWOORDEN migratie, pervasieve refusal syndrome, trauma



Een 12-jarige jongen met migratieachtergrond werd gezien op onze kinderpsychiatrische afdeling met ernstige regressie na een mineur trauma. Welke diagnose verklaart dit klinisch beeld en hoe kan het behandeld worden?

Na literatuuronderzoek stelden wij de diagnose *pervasieve refusal syndrome* (PRS). Dit is een zeldzaam, ernstig klinisch beeld bij kinderen met migratieachtergrond. PRS werd nooit beschreven in Nederlandstalige literatuur. Meer bekendheid kan herkenning en behandeling verbeteren.

GEVALSBESCHRIJVING

Aanmelding

Patiënt A, een 12-jarige jongen, werd gezien op onze kinderpsychiatrische afdeling wegens een ernstig regressiebeeld. Hij was opgegroeid in Albanië bij zijn ouders en zussen. Toen hij 10 jaar was, vluchtte zijn moeder met de kinderen naar België. Hij was een gezonde, sociale, intelligente jongen. Hij volgde school, leerde vlot Nederlands en functioneerde leeftijdsadequaat. Na 8 maanden werd de asielaanvraag geweigerd en verbleef het gezin de facto illegaal in België. Kort daarop maakte patiënt een mineur verkeersongeval mee zonder merkbare letsels.

De volgende dagen vertoonde zijn functioneren sterke regressie. Hij maakte geen sociaal contact meer, praatte niet meer, maar uitte angstige kreten. Hij liep enkel nog met veel ondersteuning of kroop. Hij was incontinent. Hij

werd gevoed door zijn moeder en weigerde vaste voeding, behalve koeken. Hij dronk, maar verslikte zich veelvuldig. Hij stopte vaak vingers en voorwerpen in de mond. Hij kwam erg angstig over, schrok door plotse geluiden of auto's. Bij benadering en hulp door onbekenden werd hij ernstig agressief. Hij sliep opvallend veel, ook overdag na agressie- of angstincidenten, en tijdens zijn slaap riep hij vaak angstig 'makinë' (auto).

Dit toestandsbeeld bestond verschillende maanden op het moment dat onze dienst werd geconsulteerd. We organiseerden dagopnames op onze kinderpsychiatrische afdeling van twee tot drie halve dagen per week, met therapieën voor patiënt en zijn moeder. Tussendoor voerden we bijkomende gesprekken met moeder thuis.

Somatische onderzoeken

Algemeen en neurologisch klinisch onderzoek bij verschillende pediaters en neurologen, herhaaldelijk bloed- en urineonderzoek (inclusief toxicologie), eeg en een CT-scan van de hersenen toonden eerder geen bijzonderheden. Een bijkomende NMR-scan van de hersenen onder narcose toonde normale bevindingen.

Potentieel beïnvloedende factoren

Voorafgaand trauma. In Albanië werd het gezin ernstig gestalkt door moeders ex. Ook de vlucht naar België was voor de kinderen traumatisch, ze werden zonder uitleg

slapend vervoerd. Recenter maakte patiënt het mineur verkeersongeval mee.

Relatie met moeder. Moeder omschreef een symbiotische moeder-zoonrelatie met parentificatie. Moeder ondervond depressieve klachten.

Gemis van vader. Sinds de migratie miste patiënt zijn vader in Albanië. Vader drong telefonisch aan op terugkeer.

Culturele aspecten. Patiënt was hier de enige man in het Albanese gezin. Mogelijks ervoer hij toenemende verwachtingen.

Verblijf in België. Het gezin had een tijdelijke regularisatie (tijdelijke verblijfsstatus) door de acute medische toestand van patiënt. Moeder vroeg meermaals een verlenging van het medisch attest, waar we niet op ingingen.

Het gezin verbleef in België in schrijnende leefomstandigheden, maar toch wilde moeder hier stevast blijven.

Differentiaaldiagnostiek

Somatische stoornissen werden door de lichamelijke onderzoeken uitgesloten.

Simulatie en nagebootste stoornissen waren onwaarschijnlijk: het leek onmogelijk de klachten maandenlang zo consciëntieus te veinzen.

Depressieve stoornissen, angststoornissen, selectief mutisme en eetstoornissen konden telkens slechts een deel van het klachtenspectrum verklaren.

Een *posttraumatische stressstoornis* (PTSS) leek aannemelijk gezien de voorafgaande trauma's. Er is gelijkenis met ziektebeelden zoals *shell shock* en *oorlogsneurose* die tijdens en na de wereldoorlogen werden omschreven, met symptomen zoals bibberen, stotteren, verlamming, bewegingsloosheid of juist extreme spasmen, blindheid en doofheid. Later evolueerde hieruit de diagnose PTSS (Crocq & Crocq 2000). Het ziektebeeld van onze patiënt paste echter niet in de criteria voor PTSS beschreven in DSM-5.

De lichamelijke klachten van onze patiënt verstoorden significant zijn dagelijks leven zoals ook het geval is bij *somatisch-symptoomstoornissen*. We bemerkten echter geen disproportionele gedachten of angst rond zijn klachten of gezondheidstoestand.

De symptomen sloten wel grotendeels aan bij een *conversiestoornis*, met veranderingen in de willekeurige motorische functie die duidelijke beperkingen gaven in het algemene functioneren. Het functieverlies was echter niet beperkt tot één lichamenlijk deelgebied. We konden geen 'type symptoom' specificeren, wat volgens de DSM-5-classificatie wel verwacht wordt bij een conversiestoornis.

In de Engelstalige literatuur vonden wij een omschrijving van een specifiek diagnostisch concept dat volledig aansloot bij het klinisch beeld van onze patiënt: het *pervasive refusal syndrome* (PRS) (Nunn e.a. 1998; Jaspers e.a. 2009).

AUTEURS

SOFIE CHERLET, kinder- & jeugdpsychiater in opleiding, Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Noord-West-Vlaanderen.

ISABEL DE GROOTE, orthopedagoog, Universitair Ziekenhuis Gent.

INE JESPERS, kinder- & jeugdpsychiater, Universitair Ziekenhuis Gent.

CORRESPONDENTIEADRES

Sofie Cherlet, CGG NW-Vlaanderen,
Moerkerksesteenweg 116, 8310 Brugge, België.
E-mail: sofie.cherlet@cgg.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 10-10-2017.

Dit ernstige syndroom omvat gebrek aan beweging en communicatie, samen met weigering van voeding en zelfzorg. De patiënten vertonen gewichtsverlies, immobiliteit, mutisme, enuresis en encopresis. Er is sociale terugtrekking en schoolweigering, met lethargie en opvallende vermoeidheid. Patiënten vertonen typisch boosheid en actieve weerstand tegen hulp of aanmoediging. Hoewel PRS niet in de DSM-classificatie is opgenomen, stellen we deze diagnose aangezien die als enige het hele klachtenspectrum omvatte.

Behandeling

We stimuleerden onze patiënt voorzichtig op alle ontwikkelingsdomeinen, in een *tender-loving-care* omgeving (Jaspers e.a. 2009; Nunn e.a. 2014).

We startten *floortime*- en *shernorn*therapie ter stimulatie van het functioneringsniveau van patiënt. Floortime-therapie wordt gebruikt bij jonge kinderen om sociaal-emotionele ontwikkeling en contactname te bevorderen (Roberts 2007). Shernorntherapie is een bewegingspedagogiek die zelfvertrouwen en vertrouwen in anderen versterkt, sociale en motorische vaardigheden bevordert en cognitieve functies stimuleert, aangewend bij kinderen met mentale beperking (Hands 2008).

We coachten zijn moeder om de zelfstandigheid van patiënt te stimuleren. Tussendoor wende hij aan de nabijheid van anderen op de leefgroep.

Na verschillende maanden zagen we minimale vooruitgang. Patiënt maakte soms oogcontact, wantrouwde ons iets minder en exploreerde beperkt. Hij was alerter en minder agressief, maar angstig. Hij at iets meer, maar zijn functioneringsniveau bleef erg laag.

TABEL 1 Diagnostische criteria voor PRS (Jaspers e.a. 2009)

Gedeeltelijke of volledige weigering in 3 of meer van volgende domeinen:
– eten
– mobilisatie
– praten
– zelfzorg
Boosheid en actieve weerstand tegenover hulp of aanmoediging
Sociale terugtrekking en schoolweigering
Geen lichamelijke oorzaak of ziektebeeld kan de ernst van de symptomen verklaren
Geen andere psychiatrische aandoening kan de symptomen beter verklaren
De levensbedreigende toestand van de patiënt vereist opname

Vervolg

De aanwezigheid van moeder beïnvloedde patiënt's gedrag aanmerkelijk. De symbiotische moeder-kindrelatie belemerde significante verbetering, en onze behandeling leek onvoldoende intensief. Patiënt startte om praktische, financiële en therapeutische redenen fulltime in het buitengewoon lager onderwijs type 2 (matige of ernstige mentale handicap), inclusief individuele logopedie en psychotherapie.

Langzaam verbeterden alertheid, zelfstandigheid, hygiëne en continentie. Na 7 maanden at en liep patiënt zelfstandig, ging alleen naar het toilet en zocht beginnend interactie. Hij sprak Albanees en Nederlands en beheerste de leerstof tot het niveau van het 4e leerjaar.

Hij ging naar het buitengewoon secundair onderwijs, opleidingsvorm 3, een jaar later naar het beroepssecundair onderwijs en volgde uiteindelijk technisch onderwijs. Hij werd een puber die adequaat emoties uitte, gedeeld plezier beleefde, verantwoordelijkheid opnam en een band met anderen opbouwde. Na 2 jaar functioneerde hij volledig leeftijdsadequaat.

Zijn moeder werd opnieuw uitgewezen en patiënt leefde op het moment van schrijven van dit artikel zelfstandig met zijn zussen onder toezicht van een voogd. Zij stelden het goed.

BESPREKING

Pervasive refusal syndrome

Lask e.a. omschrijven PRS in 1991, Nunn e.a. verfijnen dit in 1998 en Jaspers e.a. omschrijven in 2009 dit syndroom

als deel van een ‘*refusal-withdrawal-regression-spectrum*’.

TABEL 1 toont de diagnostische criteria.

Bodegård omschrijft in 2005 *depressive devitalisation* (DD) bij kinderen van asielzoekers met recente migratie en trauma in het verleden. In latere literatuur beschouwt men PRS en DD als eenzelfde syndroom. De term PRS blijft gangbaar (Bodegård 2014; Nunn e.a. 2014).

PRS is niet opgenomen in de DSM-classificatie, maar wordt vermeld in kinderpsychiatrische handboeken. Van Beusekom beschrijft PRS als een verregaande vorm van een conversiestoornis (Verhulst e.a. 2014). Er is analogie met een conversief beeld door de uitvalsverschijnselen zonder voldoende somatische verklaring. De symptomen bij PRS zijn echter ruimer, aangezien het functieverlies zich niet beperkt tot één lichamenlijk deelgebied.

Etiologisch wordt PRS voornamelijk beschouwd als een verregaande posttraumatische reactie (Jaspers e.a. 2009). Nunn e.a. (1998) adviseerden bij PRS een *tender-loving-care* aanpak en langdurige, multidisciplinaire therapie: basisverpleegkundige zorg, fysiotherapie, individuele psychotherapie en ouderbegeleiding of gezinstherapie.

Van de gerapporteerde patiënten herstelt 67% volledig na maanden tot jaren. De anderen zijn gedeeltelijk hersteld bij publicatie of, in uitzonderlijke gevallen, overleden (Jaspers e.a. 2009).

PRS en katatonie

Auteurs wijzen er in recente literatuur op dat gevallen van PRS ook voldoen aan de criteria van pediatrie katatonie. Onbeweeglijkheid, mutisme en weigering van eten of drinken vormen daarvan de hoofdsymptomen. Volgens ons omschrijft PRS veel specifiekere de symptomen van regressie bij kinderen met een migratieachtergrond na trauma. Bovendien wordt bij katatonie typisch verhoogde spierspanning en psychomote retardatie omschreven, terwijl bij PRS systematisch hypotonie wordt gerapporteerd (Sallin e.a. 2016; Spyschaert & Dhossche 2016).

CONCLUSIE

Geen enkele DSM-5-classificatie omschrijft dit ziektebeeld volledig. De diagnose PRS werd het laatste decennium beschreven bij kinderen met migratie en trauma in de voorgeschiedenis, en omvat het ruime symptomenbeeld. PRS lijkt een verregaande vorm van conversiestoornissen, met functieverlies in verschillende lichamenlijke deelgebieden zonder voldoende somatische verklaring.

Een langdurige, multidisciplinaire, stimulerende behandeling wordt aanbevolen, rekening houdend met potentiële beïnvloedende relationele en omgevingsfactoren.

In het licht van de vluchtelingenproblematiek is het belangrijk om de bekendheid van PRS te vergroten. Verdere

rapportage zal diagnostiek en behandeling verfijnen. Later kan blijken als PRS mogelijk een plaats verdient in de DSM-classificatie.

👉 Patiënt en zijn moeder gaven ons toestemming voor publicatie; dr. S. De Cock deed een literatuursuggestie; dr. J. De Meulenaere gaf deskundig advies; de teams van onze K-dienst, BLO & BuSO Sint-Jozef Gent waren betrokken bij de behandeling.

LITERATUUR

- Bodegård G. Life-threatening loss of function in refugee children: another expression of pervasive refusal syndrome? *Clin Child Psychol Psychiatry* 2005; 10: 337-50.
- Bodegård G. Comment on the paper 'Pervasive Refusal Syndrome (PRS) 21 years on-a reconceptualization and renaming' by Ken Nunn, Bryan Lask and Isabel Owen. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014; 23: 179-81.
- Crocq MA, Crocq L. From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues Clin Neurosci* 2000; 2: 47-55.
- Hands B. Moving with Research: Evidence-based practice in Sherborne developmental movement. *Peace Review* 2008; 20: 495-7.
- Jaspers T, Hanssen GMJ, van der Valk JA, Hanekom JH, van Well GTJ, Schieveld JNM. 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.
- Lask B, Britten C, Kroll L, Magagna J, Tranter M. Children with pervasive refusal. *Arch Dis Child* 1991; 66: 866-9.
- 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.
- Nunn KP, Thompson SL, Moore SG, English M, Burke EA, Byrne N. Managing pervasive refusal syndrome: Strategies of hope. *Clin Child Psychol Psychiatry* 1998; 3: 229-49.
- Roberts MW. Infant and early childhood mental health: a comprehensive developmental approach to assessment and intervention. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 340-1.
- Sallin K, Lagercrantz H, Evers K, Engström I, Hjern A, Petrovic P. Resignation syndrome: catatonia? Culture-bound? *Front Behav Neurosci* 2016; 10: 7.
- Spyschaert Y, Dhossche D. Katatonie in de kindertijd en adolescentie: obstakels bij de diagnose en behandeling. *Tijdschr Psychiatr* 2016; 5: 371-9.
- Verhulst F, Verheij F, Ferdinand R (red). *Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Psychopathologie*. Assen: Van Gorcum; 2007. p. 191.

SUMMARY

Child with extreme regression after migration and trauma

S. CHERLET, I. DE GROOTE, I. JESPERS

A 12-year-old boy in an asylum-seeking family suffered from extreme regression. A few days after a minor traffic accident, he regressed to the developmental stage of a young toddler. The rare diagnosis pervasive refusal syndrome (PRS) was made. This is considered to be an extreme form of a conversion disorder. We provided multidisciplinary, supportive and stimulating treatment, taking into account potentially influential factors. The boy recovered slowly, resuming adequate functionality two years later. Additional reports of similar cases are necessary to improve the knowledge on PRS.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)6, 411-414

KEY WORDS migration, pervasive refusal syndrome, trauma