

# MR Forlag

- **Eksamensopgaver i  
Børne- og ungdoms-  
psykiatri  
revideret januar 2006**
  
- **De Medicinstuderendes Faglige Forlag  
Medicinerhuset - Ole Worms allé  
Bygning 161 - 8000 Århus C  
Tlf.:89422811; Fax:86137225  
e: [mr@studmed.au.dk](mailto:mr@studmed.au.dk)  
URL: <http://www.studmed.au.dk/mr>**



## **OVERSIGT OVER OPGAVER**

Opgave 1	20 mdr. gammel dreng, Martin (eksamensopgave sommeren 1984)	-	2
Opgave 2	Christian, 4 år	-	3
Opgave 3	6 år gammel dreng, Brian	-	5
Opgave 4	7 år gammel dreng	-	7
Opgave 5	11 år gammel pige, Lotte	-	8
Opgave 6	11 år gammel dreng	-	10
Opgave 7	13 år gammel dreng	-	11
Opgave 8	13-årig pige	-	13
Opgave 9	14 år gammel pige, Helle	-	14
Opgave 10	Søren, 11 år (Eksamensopgave sommeren 1997)	-	16
Opgave 11	Morten, 15 år (Eksamensopgave sommeren 1998)	-	17
Opgave 12	14-årig dreng	-	19
Opgave 13	14-årig pige (eksamensopgave vinteren 2000)	-	21
Opgave 14	8 år gammel dreng (eksamensopgave sommeren 2005)	-	23
Opgave 15	12-årige Mikkel (eksamensopgave vinteren 2005)	-	24

## Opgave 1

Martin, 20 mdr. gammel, drøftes på socialmedicinsk konference på foranledning af sundhedsplejersken og vuggestuen.

Han er yngst af 2 børn, den 5-årige søster er rask og normalt udviklet. Familien bor i parcelhus. Begge forældre er udearbejdende.

Graviditet og fødsel og neonatalperiode var uproblematisk, fødselsvægt 3500 g. Ingen alvorlige infektioner eller traumer. Motoriske milepæle normal.

Kom i vuggestue 4 mdr. gammel. Sundhedsplejersken var tidligt bekymret, fordi hverken hun eller moderen kunne få øjenkontakt med ham gennem hele det første år, han pludrede ikke og hans smil var sjældne. På den anden side har han tidligt vist interesse for ting, som han har grebet alderssvarende ud efter.

Vuggestuen har altid fundet ham påfaldende ved den manglende gensidighed i kontakten. Øjenkontakt er stadig kun glimtvis mulig. Hans pludren begyndte først i 1-års alderen og var sparsom og monoton, de sidste måneder dog mere nuanceret, men han siger kun et par ord, som de ved, hvad betyder: bo-bo (for bog) og mæ (for mælk). Han har længe været påfaldende interesseret i lys, kan stille sig direkte under en lampe og kigge op i den, indtil han fjernes under vrede skrig. Han har i perioder pillet meget i tøj med ekstatiske begejstring, når han kunne trække små trævler ud. Først gennem de sidste måneder er han begyndte at vise tegn på genkendelse, når forældrene kommer.

Der er aldrig noget samspil mellem Martin og de andre børn. Han reagerer ikke på deres kontaktforsøg, og er vanskelig at fastholde i fælles aktiviteter, idet han søger væk fra gruppen. Når der er musik, begynder han at danse, hvorved det sker, han bliver børnegruppens midtpunkt, men det virker ikke som om, han opfatter dette. Han går ofte rundt med en bestemt plastikbog i hånden. Puslespil er han god til at lægge, ellers leger han ikke, men ynder at kaste med legetøjet.

Han er ikke særlig kræsen, men det var vanskeligt at vænne ham af med at blive madet, denne proces varede det meste af en måned.

Han har "gode" og "dårlige" dage. På de gode dage tuller han rundt og småpludrer, sætter sig roligt med puslespil og kan more sig over en tumlekontakt med pædagogen, især på en hoppebold. På de dårlige dage er han pylret og skrigende, isolerer sig mere i en bestemt kasse, hvor han sidder og rokker. Vuggestuen ønsker råd og vejledning.

### Spørgsmål 1:

Gør rede for dine differentialdiagnostiske overvejelser.

### Spørgsmål 2:

Du deltager som familiens læge i den socialmedicinske konference. Hvad vil du foreslå?

## Opgave 2

Den 4-årige Christian indlægges på børnepsykiatrisk afdeling, efter at familielægen og sundhedsplejersken i den lille landkommune gennem lang tid har været bekymret for hans udvikling. Senest har børnehaven været alarmeret over, at han ved flere lejligheder er mødt op forslået i ansigtet. Trods fuldtids støttepædagog har han ikke udviklet et sprog udover få ord, ikke kunnet lege, været uinteresset i kontakt med voksne og aggressiv over for andre børn.

Christian er ældst af to, med en søster 2,5 år yngre. Han var meget for tidligt født, fødselsvægt 1500 g, længde 42 cm. Moderen havde lettere svangeskabstoxæmi. Neonatalt havde han hypoglykæmiske tilfælde og farveskift, men kom fra 3 ugers alderen i stabil trivsel.

Moderen var 15 år ved hans fødsel, var flyttet hjemmefra til den 10 år ældre barnefar, som hun senere blev gift med. Hun kom fra en socialt og intellektuelt svagt fungerende familie med mange søskende, af hvilke de fleste, som hun selv, havde gået i hjælpeklasse.

Drengen blev en måned gammel udskrevet fra neonatalafdelingen til et spædbørnshjem, hvor han var indtil hjemgivelsen 10 måneder gammel. Han havde da udviklet sig godt og var kun lettere retarderet. Ved forældrenes hyppige besøg på spædbørnshjemmet var det faderen, som viste interesse for drengen, mens moderen virkede helt passiv og ikke ville røre ham. Hun havde sagt nej til socialforvaltningens tilbud om ophold sammen med barnet, for at lære at passe det og blive hjulpet i gang med en uddannelse eller et arbejde.

Efter hjemgivelsen kunne sundhedsplejersken ikke gennemføre regelmæssige tilsyn, da hun adskillige gange blev forment adgang til hjemmet. Hun har gennem årene i indberetningen beskrevet drengen som ustimuleret, overladt til sig selv i hoppegyng eller bag en lukket dør, og moderen som uimodtagelig for vejledning og påfaldende ligegyldig over for drengen, i kontrast til hendes naturlige forhold til den yngre søster. Faderen betegnes som en normalt begavet, dygtig specialarbejder, men noget ustabil, uligevægtig og drikfældig.

Ved to indlæggelser på pædiatrisk afdeling, 2 og 3 år gammel, var drengen forsømt og undervægtig, meget retarderet og kontaktsvag med skrigeture, hvorunder han slog sig selv i hovedet. Under indlæggelserne tog han meget på i vægt og udviklede sig motorisk og kontaktmæssigt, men ikke sprogligt.

Efter udskrivningerne gik hans udvikling i stå igen, og de psykiske afvigelse forværredes. Forældrene nægtede at gå med til et længere ophold på børnerekreationshjem. Socialforvaltningen efterlyste lægelig indikation for en midlertidig anbringelse uden forældrenes samtykke. Lægerne var i tvivl om, hvorvidt de hjemlige forhold alene kunne forklare drengens tilstand, og forvaltningen nøjedes med at give pålæg om daginstitution.

Ved indlæggelsen på børnepsykiatrisk afdeling var drengen meget uligevægtig med voldsomme raserianfald på små foranledninger dagen igennem. Han slog sig i ansigtet og rev store hårtotter ud på sig selv, var umulig at aflede eller berolige. Han gik til alle

## UNDERVISNINGSMATERIALE til

børne- og ungdomspsykiatri

Side 4 af 24

voksne i flæng for at opnå, hvad han ville, men ved kærtegn grinede han hektisk, slog og nappede.

Han havde et særpræget forhold til en medbragt spilledåse, som han brugte som trøster frem for personer. Hans sprog og leg var som en 2-årigs. Han var helt urenlig og motorisk usikker, spiste grådigt.

### Spørgsmål 1:

Nævn forskellige diagnostiske muligheder.

I løbet af et par måneder blev han tryggere ved voksne, blidere og mere udvælgende bestemte personer. Derefter skete en rivende udvikling. Efter et halvt års indlæggelse fungerede han alderssvarende med hensyn til daglige færdigheder og på de fleste områder ved psykologisk testning. Sprogligt havde han næsten indhentet den svære forsinkelse. Socialt og følelsesmæssigt manglede endnu meget, især var hans forhold til andre børn konfliktpræget med stærk jalousi og hårdhændet angreb på mindre børn. Hans tærskel for raserianfald var fortsat lav, men selvbeskadigelserne var ophørt. Somatisk og neurologisk undersøgelse (inkl. EEG) viste intet abnormt udover en middelsvær myopi. Ingen af forældrene havde forståelse for, at drengens psykiske tilstand havde været alvorlig og stadig krævede behandling.

### Spørgsmål 2:

Hvilken hoveddiagnose vil du stille efter dette forløb?

### Spørgsmål 3:

Hvad ville du foreslå som efterbehandling, og vil der være grundlag for evt. tvangsmæssig foranstaltning efter bostandsloven, hvis forældrene nægter at give samtykke hertil?

### Spørgsmål 4:

Angiv, hvor du mener, at profylaksen især har svigtet.

### Opgave 3

En 6 år gammel dreng indlægges på børnepsykiatrisk afdeling af lægen på opfordring af børnehaven, som klager over, at han er omkringfarende, forvirret, ikke kan koncentrere sig, er let afledelig og hyppigt kommer i klammeri med de andre børn. Moderen klager over, at Brian ødelægger alt og altid kommer galt af sted, man kan aldrig lade ham være alene. De sidste måneder har han desuden klaget over mavesmerter og hovedpine.

Forældrene blev skilt, da Brian var 2 år gammel. Moderen har forældremyndigheden over Brian, faderen over en storebror på 8 år. Faderen har ikke ønsket samkvem med Brian. Moderen har siden skilsmissen, som ifølge hende bl.a. skyldtes, at faderen slog hende, haft 3 partnere, det sidste år en jævnaldrende invalidepensionist. Denne, moderen og Brian bebor en 2-værelses, kold og fugtig lejlighed i et saneringskvarter.

Moderen er 26 år gammel, er opvokset i et brudt hjem under socialt, økonomisk og følelsesmæssigt stærkt belastende kår. Kom ud af skolen 14 år gammel, har siden haft hyppigt skiftende fabriksarbejde, er nu arbejdsløs. Over for Brian er hun skiftevis forkælende og irriteret afvisende.

Moderen oplyser, at Brian var rolig og nem, indtil han 1,5 år gammel faldt ned af en trappe, brækkede lårbenet og fik hjernerystelse. Fra dette tidspunkt, skal han have været urolig, umulig at holde styr på, lader aldrig moderen være i fred, når han er hjemme, sover sent og spiser dårligt. Moderen mener, at hans tilstand derfor er blevet yderligere forværret, efter at han 3 år gammel "løb ind i en mur" og derfor måtte indlægges et par dage med lettere kvæstelser i hovedet til observation for hjernerystelse.

#### Observation i afdelingen:

Ud over kluntet motorik findes intet somatisk abnormt. EEG viser lettere forandringer, men uden sikre tegn på epileptisk forstyrrelse eller fokal lidelse. Han er en bleg, spinkel dreng med et alvorligt og anspændt ansigtsudtryk og unuanceret mimik. Ved ankomsten var han utryg og grædende, håndsky.

Efterhånden bliver han tryk og tilfreds med at være indlagt. Er mørkerød, sover uroligt og ruller i sengen om natten. Over for de andre børn er han aggressiv og impulspræget, kommer ofte i konflikter. Han virker uvant med voksenkontakt og omsorg.

I beskæftigelse er han usikker, urolig, afledes let, men på tomandshånd kan han godt udføre et alderssvarende, koncentreret arbejde, dog meget afhængig af ros og stadig opmuntring. Han trættes hurtigt. Den etablerede kontakt til enkeltpersoner brydes let, hvis den daglige rutine ændres.

Ved psykologisk testning findes han intellektuelt fungerende i den nedre del af normalområdet. Sproget svarer til intelligensfunktionen.

## **Opgave 3 fortsat**

Spørgsmål 1:

Hvilke anamnestiske oplysninger kunne du ønske uddybet?

Spørgsmål 2:

Hvilke diagnostiske og ætiologiske overvejelser må man gøre sig?

Spørgsmål 3:

Hvilke behandlingsdispositioner (herunder også sociale og pædagogiske) kan komme på tale?



## **Opgave 4**

Et forældrepar møder op hos egen læge med deres 7 år gamle dreng, som de ønsker nærmere undersøgt pga. tale- og kontaktforstyrrelser. Allerede i børnehaveklassen talte han hverken til børn eller voksne. Efter nogle familiesamtaler med skolepsykologen og klasselæreren klarede han sig igennem resten af skoleåret med at hviske til læreren i klassen, men fra den første dag i 1. klasse ophørte han med at tale til de nye lærere og fortsatte med ikke at tale til de andre elever.

Situationen er nu tilspidset ved, at skolen ikke ser sig i stand til at undervise ham. Desuden er han holdt op med at tale til alle børn i nabolaget (efter den eneste dreng, han hidtil har talt med, er fraflyttet). Al kommunikation med ham foregår uden, at han siger et eneste ord eller via forældrene. Han forstår alt, hvad man siger til ham, men svarer kun med ansigtsmimik og hovedbevægelser.

Om hans udvikling og opvækst oplyser de, at svangerskab og fødsel har været naturlig, og at han legemligt altid har været rask. Den motoriske udvikling har været normal, men han har været sen mht. at lære at tale rent, fordi han stammede en del. Han gør sig endnu våd om natten. Han skal ifølge forældrene altid have været sky, genert, tilbageholdende og nært knyttet til moderen. Et år gammel måtte han tages ud af vuggestuen efter kort tid, fordi han var meget ked af det. Senere er forsøg på placering i en børnehave også mislykkedes. Således har han indtil skolegangens begyndelse i 6-års alderen været passet i hjemmet af de hjemmearbejdende forældre (som lægen i øvrigt kender som naturlige og positive forældre).

### Spørgsmål 1:

Differentialdiagnostiske overvejelser.

Drengen bliver henvist til ambulante børnepsykiatrisk undersøgelse og behandling, og da han efter et halvt år fortsat er tavs i skolen, bliver han indlagt til videre behandling. Under det ambulante forløb kom det frem, at drengen bliver mere lukket, jo mere man presser ham til at tale.

På børnepsykiatrisk afdeling virker han, sin totale tavshed til trods, som en kvik dreng med alderssvarende interesser, færdigheder og viden. Ligeledes er hans skolestandpunkt normalt. Over for de voksne er han klæbende, krævende og dominerende. Meget jaloux på de andre børn, især når de har den voksnes opmærksomhed. Afviser alle krav om verbale ytringer, bruger udelukkende tegnsprog og reagerer aggressivt når man stiller krav til ham. Under familiesamtalerne er han afvisende og tyrannisk. Ved familiens besøg i afdelingen taler han både til forældrene og den 15-årige søster, så længe han er alene med dem.

### Spørgsmål 2:

Diagnostiske overvejelser?

Spørgsmål 3:

Behandlingsforslag og prognose?

## Opgave 5

11 år gammel pige, Lotte, henvises af egen læge til børnepsykiatrisk ambulatorium pga. recidiverende mavesmerter og angstsymptomer.

Lotte har indtil 7 års alderen ikke frembudt problemer. Hun har udviklet sig alderssvarende, har altid været en nem og omgængelig pige. Problemer i forbindelse med skolestart med modstand mod at komme af sted i skole om morgenen. Hun havde let ved at følge med og blev af lærerne beskrevet som en dygtig og pligtopfyldende elev. Forældrene er overbeviste om, at Lottes symptomer ikke kan forklares ud fra forholdene i hjemmet, der beskrives som harmonisk. Forældrene opfatter sig som rolige og tålmodige. De oplyser, at der aldrig har været et ondt ord imellem dem. Skulle der opstå mindre uoverensstemmelser bærer de over med hinanden og glatter ud.

I 3. klasse skiftede Lotte skole, fordi forældrene flyttede. Kort efter begyndte hun, især om morgenen, at klage over mavesmerter, som imidlertid hurtigt svandt, hvis hun fik lov til at blive hjemme fra skole. Lærerne oplyste, at der ikke var problemer med hende, når hun først var derhenne. Hun klarede sig fagligt udmærket, og forholdet til kammeraterne var godt. Da Lotte imidlertid ikke fik det bedre til trods for megen støtte fra både forældre og klasselærere, besluttede forældrene at flytte hende til en anden skole, hvilket Lotte var helt indforstået med. Hun var overbevist om, at alt derefter ville komme ind i en bedre gænge. Hun gik da også hen i den nye skole i en uges tid. Så recidiverede hendes symptomer, og hendes tilstand forværredes hurtigt. Hun nægtede efterhånden pure at gå i skole, og hvis forældrene forsøgte at overtale hende, reagerede hun med voldsom modstand, græd og skreg, og virkede meget ulykkelig og opkørt. Hulkende forklarede hun, at hun stadig havde stærke mavesmerter, dertil kom, at hun ikke turde gå i skole, fordi hun var bange for en skrap regnelærer.

Da Lotte i skolen hverken havde indlæringsmæssige eller sociale problemer afstod man fra henvisning til skolepsykolog, men fik egen læge til at henvise til børnepsykiatrisk undersøgelse. På børnepsykiatrisk ambulatorium var der imidlertid flere måneders ventetid. Lotte blev hjemme i ventetiden, og forældrene underviste hende efter anvisning fra skolen. Lotte befandt sig nu godt, og hun mente ved flere lejligheder, at nu kunne hun godt gå i skole igen, men når det kom til stykket, og hun skulle af sted om morgenen, vendte symptomerne tilbage i fuldt flor. Det var tydeligt, at Lotte havde det bedst, hvis hun kunne være i nærheden af forældrene. Sommetider kunne hun være bange for at sove på sit værelse sammen med sin lillesøster, og en gang imellem fik hun lov til at sove inde hos forældrene, hvorefter hun hurtigt faldt til ro. Hun blev ked af det og bange, hvis forældrene skulle ud om aftenen, også hvis man benyttede sig af en barnepige, som hun kendte godt og sædvanligvis var glad for. For ikke at forværre Lottes symptomer blev begge forældre efterhånden altid hjemme om aftenen.

## **Opgave 5, fortsat)**

Faderen er tømrersvend og har i mange år været ansat i samme firma. Moderen er kontorassistent, men er for tiden arbejdsløs og får dagpenge, hvilket indebærer den fordel, at hun så kan være hjemme hos Lotte hele dagen.

### Spørgsmål 1:

Hvad kaldes den beskrevne tilstand og hvad er det centrale i problemstillingen?

### Spørgsmål 2:

Hvilke differentialdiagnostiske overvejelser gør du dig?

### Spørgsmål 3:

Diskuter prognosen.

## Opgave 6

11 år gammel dreng, der henvises pga. påfaldende adfærd og manglende overblik i skolen og angstsymptomer.

Som 3-årig havde han et tilfælde, hvor han pludselig var fraværende og ikke svarede på tiltale. Han blev indlagt, fundet nakkestiv med store tvivlsomt reagerende pupiller. Efter et par timer vågnede han op. EEG viste svært abnorm kurve med epilepsisuspekt mønster. Han blev sat i Tegretolbehandling, som ophørte et par år senere, da han ikke havde epileptiske anfald. EEG'et var nu også normaliseret.

Han blev født ved sædefødsel. Umiddelbart efter fødslen var han lettere cyanotisk og slap, men han rettede sig hurtigt. Moderen fik umiddelbart efter fødslen en psykose. Hun blev behandlet med el-stimulation med effekt, men senere var det svært for hende at etablere et tæt og gensidigt forhold med barnet.

Af forældrene opleves han igennem opvæksten som betydeligt mere barnlig, end sin 2 år yngre bror. Det er som om, han har meget lidt fornemmelse for sig selv og sin krop. Han bevæger sig stift og uharmonisk.

Han er hundeangst for sprøjter. I det hele taget er han meget ømskindet. Får han en lille ubetydelig rift, kræver det et stort plaster.

I skolen har han indlæringsproblemer. Han bliver let hidsig, er ikke med i fællesskabet, går ved siden af, men virker ikke trist. Kontakten med ham opleves som dårlig. Han er gennemgående ejendommeligt kantet af væsen, og han taler på en monoton og gammelklog facon.

Han har igennem mange år været interesseret i fortidsøgler og henter bøger fra biblioteket herom. Han går stærkt op i DSB's køreplaner, og har rede på, hvornår de fleste tog afgår. Desuden har han en vis specialviden om samuraier, termitter og opdagelsesrejsende, men hans almenviden om den nære omverden er meget beskeden.

Ved psykologisk undersøgelse findes han gennemsnitligt normalt begavet. Den kognitive profil er imidlertid noget ujævn og springende. De sproglige formuleringer er voksenprægede, men alligevel forekommer han konkret uden nogen solid forståelsesmæssig basis for det til tider avancerede sprog. Han arbejder i et rigidt langsomt tempo og synes at savne intuitiv forståelse af sociale sammenhænge. Man ser meget lidt fornemmelse for, hvad der foregår i ham selv, eller i andre.

### Spørgsmål 1:

Der ønskes diagnostiske overvejelser over mulig sammenhæng mellem ætiologi og symptomer.

### Spørgsmål 2:

Angiv kort, hvilke hjælpeforanstaltninger, du vil foreslå.

## **Opgave 7**

En 13-årig dreng, nr. 2 af 3, indlægges akut på børnepsykiatrisk afdelings ungdomsafsnit, i en psykotisk tilstand af et par dages varighed med søvnløshed, uro, forvirring, ustandselig mumlende "ikke så klog som andre".

Forældrene oplyser, at graviditet og fødsel forløb normalt, og at han ikke har haft særlige somatiske lidelser, specielt ingen hovedtraumer eller anfald. Han har altid været et stilfærdigt og følsomt barn, uden kammerater og med meget lidt selvtillid. 12 år gammel blev han henvist til skolepsykolog, fordi han fik tiltagende vanskeligheder ved at koncentrere sig, virkede tiltagende indesluttet og var specielt helt passiv over for grov mobning fra et par kammeraters side, som han ikke fortalte noget om hjemme. Et par skoleskift førte ikke til bedring af hans situation. Der var ganske tilsvarende problemer på den nye skole. I den senere tid har han utallige gange spurgt forældre og søskende, om de synes han var dum, og sagt: "Mit hoved forandrer sig, hjernen skrumper ind".

Et par gange er han pludselig cyklet på tværs over vejen og ind i en holdende bil uden at kunne forklare hvorfor.

Under samtalen ved indlæggelsen virker han forvirret, adspredt, med mange ansigtstics og stivnet kropsholdning. Han er fåmælt og giver vage, korte svar. Der er intet særligt stemningspræg over ham, og den emotionelle kontakt er dårlig.

### Spørgsmål 1:

Differentialdiagnostiske overvejelser ønskes.

### Spørgsmål 2:

Hvilke undersøgelser vil det være ønskeligt at foretage?

I afdelingen virker han især forpint om aftenen, hvor han i en uendelighed går efter personalet og spørger, om de da ikke kan se, at hans hoved er blevet mindre. Han fører lange mumlende enetaler, slår sig nu og da på kinden, afbryder sig selv med en høj latter, løber på gangen og river sig i håret. Ind imellem er han betydelig angstpræget.

### Spørgsmål 3:

Behandlingsforslag!

Efter et halvt års indlæggelse virker han mindre forvirret og angst på den givne medicin, som han imidlertid ind imellem nægter at tage med begrundelsen, at han bliver dummere af den: "Før havde jeg flere meninger, nu har jeg ingen - de er taget". Han klager over, at tankerne bliver væk, føler sig "kedelsesfuld" og "dårlighedsforbrændt", "allerede død indvendig". Spejler sig ofte og kan se i spejlet, at baghovedet bliver væk.

## **Opgave 7, forts.**

Siger: "Se mine ben, de var længere i går! Jeg går tilbage i tiden, til sidst bliver jeg til en baby". Er meget svingende, tidvis trist og forpint, tidvis eksalteret med et teatralsk, agerende præg, spiller f.eks. en kvælningscene med sit halstørklæde - eller udbryder: "Nu triller hjernen ud - farvel hjerne!". Han korrigerer ikke på noget tidspunkt sine forestillinger.

Er vred over, at stemmer fra telefonen taler om ham, om at han er en pige og bare har købt en tissemand i plastik. Betror en medpatient, at han har store bryster, der er ved at vokse ud.

### Spørgsmål 4:

Hvilke nye symptomer er beskrevet i forløbet siden indlæggelsen, og bidrager de til en diagnostisk afklaring?

## Opgave 8

En 13 år gammel pige henvises af skolelægen til undersøgelse hos familielægen pga. afmagring. Hun er 156 cm høj og vægten er i løbet af 4 mdr. faldet fra 46 til 40 kg. Hun begyndte at afmagre sig efter, at hendes bedste veninde i skolen havde drillet hende med, at hun var bred over hofterne. Moderen gik dengang straks ind på, at hun og pigen sammen skulle gå på slankekur. Allerede da de begge havde tabt et par kilo, syntes moderen, at det var tilstrækkeligt, mens pigen blev ved med at afmagre sig. Samtidig med at hun selv spiser mindre, er hun stærkt optaget af den øvrige families spisning og deltager i madlavningen. Hun er blevet tiltagende legemligt aktiv, cykler lange ture og gør gymnastik på sit værelse. Moderen oplyser, at pigen har ændret sig psykisk, idet hun navnlig hver dag plager moderen med de samme spørgsmål om påklædning og andre dagligdags foreteelser, som ikke tidligere har udgjort noget problem.

Endvidere kan pigen ikke gå hjemmefra, f.eks. til skole om morgenen, før hun har udført et bestemt ritual med at røre ved dørhåndtaget et bestemt antal gange og sikre sig, at hun ikke træder på dørtrinnet. Foruden skolelægens henvisning skyldes den nuværende henvendelse til familielægen, at moderen er blevet bekymret over, at hun har fundet spor af madrester i vaskekummen på toilettet efter middagsmåltidet, umiddelbart efter at pigen har været derinde. Moderen må tvinge hende med til undersøgelse, da hun ikke selv synes hun er syg.

Pigen har udviklet sig psykisk og fysisk naturligt, indtil nuværende problemer begyndte. Menarchen indtrådte da hun var 11 år gammel. De sidste 3 måneder har der været menostasi.

I familielægens konsultation ses det tydeligt, til trods for at hun er klædt i løsthængende tøj, at hun er afmagret. Fingrene er blårøde. Ved samtale med hende på tomandshånd er hun først meget tavs og indelukket, men tør efterhånden op. Hun indrømmer modstræbende, at hun måske nok nu er tynd, men erklærer at hun i hvert fald ikke vil veje over 41 kg. Bortset fra emner, der angår mad eller hendes eget udseende, er hendes virkelighedsopfattelse upåfaldende.

### Spørgsmål 1:

Hvilke undersøgelser skal primært foretages af familielægen?

- Der findes herefter ingen tegn på legemlig sygdom.

### Spørgsmål 2:

Hvilke differentialdiagnostiske overvejelser vil du gøre dig, og hvordan vil du begrunde den sandsynligste diagnose?

### Spørgsmål 3:

Hvilken behandling vil du foreslå, primært i familielægens regi?

## Opgave 9

Moderen til en 14-årig pige, Helle, beder i et brev om børnepsykiatrisk hjælp, som hun ikke har kunnet overbevise egen læge om, at der var behov for.

Helle er adopteret som spæd. Ingen kendt forekomst af psykiatrisk lidelse i den biologiske familie. Enebarn i adoptivhjemmet, som er uden væsentlige økonomiske og sociale problemer og med et harmonisk forhold mellem forældrene, som tilhører den intellektuelle middelklasse.

Helles tidlige udvikling var normal, men hun har fra helt lille haft tilbøjelighed til stærke følelsesudsving, rastløshed, uselvstændighed og letvakt ængstelighed. Som 8-årig blev hun henvist til skolepsykolog, fordi skolen klagede over, at hun var uselvstændig, hele tiden beslaglagde lærerens opmærksomhed og havde et dårligt forhold til andre børn, som hun ville dominere og bestemme over.

Om en skolepsykologiske undersøgelse er oplyst, at hun var velbegavet, men anspændt, ængstelig og selvusikker med store krav til sig selv, bange for ikke at være dygtig nok og artig nok. Hendes snak var noget springende, dels forceret gammelklog, dels småbarnligt fabulerende. Sagen afsluttedes med pædagogisk vejledning til forældrene.

De følgende skoleår gik det nogenlunde. Hun var meget flittig og ærgerrig og klarede sig rigtig godt både fagligt og i forholdet til kammeraterne.

Ifølge moderen begyndte de nuværende vanskeligheder, da Helle var 13 år gammel, i forbindelse med en skriftlig opgave, hun ikke mente, hun kunne klare. Det næste skoleår var der flere lignende periodiske "nedture", som forældrene i begyndelsen tilskrev begyndende pubertet og det, at hun var et par år bagefter sine klassekammerater i legemlig udvikling og modenhed. Man søgte dog læge, som ordinerede stesolid og talte om skoletræthed og pubertetshumørsvingninger. En ny skolepsykologisk undersøgelse viste ingen indlæringsmæssige grund til vanskelighederne.

"Nedturene" beskrives af moderen således:

Hun forsøger ustandselig at læse lektier, men kan ikke koncentrere sig, hænger bare sløvt over bøgerne, vil have hjælp til de mest elementære ting og forstår det alligevel ikke. Hendes øjne er udtryksløse, og hun virker uendelig træt. Hun går i hælene på moderen og taler ustandselig kværnende om, at hun ikke kan tage sig sammen, spørger om hun skal gå ud af skolen, om hun skal fortælle læreren i morgen, at hun ikke har læst lektier, osv. Hun taler også højt med sig selv, siger: "Du er bare dum og slap, tag dig nu sammen!"

Hun kan også reagere med fortvivlet raseri og dunke hovedet i væggen og én gang så forældrene, at hun havde en rød fure på halsen som efter en stram snor.

En sådan periode kan vare 4-6 uger og afløses så af nogle uger, hvor hun virker normal og klarer lektierne uden problemer.

I de sidste par måneder har hun to gange pludselig fra den ene dag til den anden virket stik modsat: Overdrevet "morgenfrisk", vredladen, fandenivoldsk, fuld af planer om at melde sig til flere sportsgrene og diverse aftenkurser. Det har begge gange været henved



## Opgave 9, forts.

en uge, og hun har i den tid ikke læst lektier, fordi hun påstår, at hun kan det hele. I skolen er hun blevet vist ud fra nogle timer pga. dårlig opførsel. Hun har svaret: "Hold kæft, hvad rager det dig!" til en lærer der påtalte, at de kørte to på én knallert. Hun har hævet 400 kr. på sin sparekassebog og brugt dem til kosmetik. Været stejl og uimodtagelig såvel for bebrejdelser som for fornuftig ræsonneren. Fra dag til anden blev hun "sig selv" igen.

I de sidste par måneder har hun to gange pludselig fra den ene dag til den anden virket stik modsat: Overdrevet "morgenfrisk", vredladen, fandenivoldsk, fuld af planer om at melde sig til flere sportsgrene og diverse aftenkurser. Det har begge gange været henved en uge, og hun har i den tid ikke læst lektier, fordi hun påstår, at hun kan det hele. I skolen er hun blevet vist ud fra nogle timer pga. dårlig opførsel. Hun har svaret: "Hold kæft, hvad rager det dig!" til en lærer der påtalte, at de kørte to på én knallert. Hun har hævet 400 kr. på sin sparekassebog og brugt dem til kosmetik. Været stejl og uimodtagelig såvel for bebrejdelser som for fornuftig ræsonneren. Fra dag til anden blev hun "sig selv" igen.

Helle kommer til ambulans børnepsykiatrisk konsultation.

Ved en første samtale med Helle, som den dag ifølge moderen var "sig selv", virker hun ret naturlig, smiler lidt ad sine "frække" perioder, men kan ikke selv rigtig huske, hvor skrap hun har været. Men hun husker med alvor fra de triste perioder, at alt var sort, og at hun selv var helt afmægtig. Hendes største problem nu er en usikkerhed mht., hvad der er "hende selv", om hun kan gøre for sin "frække" opførsel, og om hun selv burde have kunnet gøre noget ved det alt sammen uden hjælp.

Ved en ny samtale 3 dage senere er hun mere omstændelig i sine forklaringer, ser mere trist ud, men virker labil af stemning og bliver let irriteret på faderen.

Ved den tredje samtale ugen efter er hun livligt talende med hurtige associationer, har blanke øjne, afbryder, når andre siger noget, virker lidt træt, men fastholder, at hun lige nu ikke behøver så meget søvn som ellers.

Almindelig legemlig undersøgelse viser intet abnormt.

### Spørgsmål 1

Giv et begrundet forslag til diagnose og fremhæv de forhold i denne sygehistorie, som særligt kendetegner lidelsen i tidlig pubertet over for samme lidelse hos voksne.

### Spørgsmål 2

Hvad kan lidelsen især forveksles med, når den begynder i denne alder?

### Spørgsmål 3

Hvorfor er det af væsentlig betydning at stille den rette diagnose?

### Spørgsmål 4

Giv et forslag til behandling.

## **Opgave 10**

Søren på 11 år henvises til børnepsykiatrisk undersøgelse fra pædagogisk-psykologisk rådgivning.

Af henvisningen fremgår, at Søren er født 5 uger før tiden ved en noget problematisk fødsel med lav Apgar-score. Lå i kuvøse i en uge, men rettede sig relativt hurtigt herefter. Havde i spædbarnalderen flere tilfælde af feberkramper i forbindelse med sygdom.

Som spæd var han nem og rolig ifølge forældrene. Da han begyndte at gå, synes de dog, at han blev urolig og omkringfarende. Han kunne dårligt sidde stille længere tid af gangen, ødelagde oftest sit legetøj, og han faldt ofte og slog sig. Søren var oftest i godt humør, men han kunne indimellem få nogle voldsomme, tilsyneladende umotiverede, raserianfald. I børnehaven klagede man over hans uro, men Søren var i øvrigt en populær dreng blandt de andre børn.

Fra 7 års alderen bemærkede man i skolen, at Søren fik ret voldsomme tics især lokaliseret i ansigtet, men også med involvering af skuldrene. Et års tid senere udviklede han symptomer i form af grynten, rømmen og snøften, som virkede stærkt irriterende på omgivelserne. En overgang i 9-års alderen havde Søren et ritualiseret system, hvorunder han skulle røre bestemte ting et vist antal gange. Aktuelt er et andet beskrevet problem, at Søren uafladeligt spytter, som regel udendørs, men han har også gjort det såvel i klasseværelset som derhjemme. Om aftenen har Søren ofte vanskeligt ved at falde i søvn, han virker noget angst og urolig, og om morgenen vægrer han sig mere og mere mod at gå i skole. Søren går i normal skoleklasse ved henvisningen. Forældre og lærer henvender sig til skolelægen, da de synes, at Søren er plaget af sine lyde og noget besynderlige adfærd (de andre børn er begyndt at drille ham) og endvidere volder hans uro og rastløshed i timerne mange problemer. I henvisningen til børnepsykiatrisk afdeling fremgår intet om Sørens faglige niveau.

### Spørgsmål 1:

Hvilke diagnostiske overvejelser gør du dig. Hvilke elementer af forskellige børnepsykiatriske tilstande synes du optræder i det kliniske billede.

### Spørgsmål 2:

Hvilke oplysninger kunne du tænke dig at supplere med fra såvel forældre som lærere. Hvilke supplerende undersøgelser i børnepsykiatrisk regi vil du anbefale.

### Spørgsmål 3:

På baggrund af din vurdering af det kliniske billede, bedes du stille forslag til behandling.

## Opgave 11

Morten på 15 år henvises til udredning i ungdomspsykiatrisk afsnit. Forældrene, som følger Morten til første samtale fortæller, at han i løbet af det sidste halve år har haft talrige forsømmelser fra skolen, og at han i den sidste måned slet ikke har været i skole. Morten går i 10. klasse på en normal folkeskole.

Morten bor sammen med sine forældre og sin 12-årige lillebror.

Forældrene beskriver Morten som en sædvanligvis frisk og humørfyldt dreng, som går meget op i at spille i et rockband i fritiden. I skolen har Morten altid haft faglige problemer med dansk og regning, men han har fungeret betydeligt bedre til de praktiske og kreative fag og har herunder især interesseret sig for musik. Så vidt forældrene er orienteret, har Morten altid været populær blandt kammeraterne, og han har også haft en kæreste i 9. klasse. Forældre er nu bekymrede over, at Morten i tiltagende grad har isoleret sig. Hvor han før var frisk og ofte ude hos kammerater, sover han nu længe i weekendene, ofte til først på eftermiddagen. Han isolerer sig, og forældrene har ikke rigtig indtryk af, hvornår han kommer i seng, men de hører ofte lyde derindefra som tegn på, at han ikke sover før et stykke over midnat. Forældrene beskriver sig selv som meget engagerede i hvert deres arbejde begge to og bebrejder sig selv, at de nok har taget sig for lidt af deres dreng. De har altid holdt fast i fællesmåltider for hele familien, men på det seneste er Morten også udeblevet fra måltiderne uden at sige til. Når forældrene har spurgt ham, har Morten sagt, at han ikke er sulten og forældrene mener, at han har tabt sig 5-6 kg i løbet af de sidste måneder.

Moderen giver udtryk for stærk bekymring, idet hun synes, at deres forhold til Morten har ændret sig. Forældrene opfatter nu Morten som mere irritabel og opfarende, indimellem næsten aggressiv overfor dem, især når de spørger, hvordan han har det. Til andre tider sidder Morten passivt og glor ud i luften.

Som nævnt tilbringer Morten det meste af tiden på sit værelse, og han er blevet tiltagende ligeglad med sit udseende og ser ofte sjusket og uordentlig ud.

Når hans kammerater ringer til ham, beder han forældrene sige til dem, at han sover eller ikke er hjemme. Moderen har ved flere lejligheder fundet tomme ølflasker inde på Mortens værelse, og Morten har da også indrømmet at have drukket mere den sidste tid, ofte 6-7 øl på en almindelig hverdagsaften.

### Spørgsmål 1:

Der ønskes differentialdiagnostiske overvejelser

Ved undersøgelsen og det diagnostiske interview fremtræder Morten med en noget afvisende holdning. Samtidig fremtræder han noget sjusket og efterlader et uhygiejnisk indtryk. Morten selv indrømmer sit ølforbrug og forklarer det med, at han derved har kunnet dulme sine triste tanker. Morten giver ved enesamtale udtryk for, at han har svært ved at følge med skolen, og at han ikke føler sig lige så god som sine kammerater. Fortæller

## **Opgave 11, fortsat**

endvidere, at han har problemer med at falde i søvn om aftenen, ligesom han også ofte vågner op i løbet af natten. Han giver udtryk for irritation over forældrene, fordi han synes, at de presser ham. Samtidig er han dog plaget af dårlig samvittighed overfor dem for ikke at kunne honorere deres krav. Direkte udspurgt fortæller han, at han før har haft tanker om en professionel musikkarriere eller en håndværkeruddannelse. Han synes dog nu, at han har svært ved at finde lyst til noget som helst, at han ikke duer til noget, og at hans aktuelle situation er håbløs. I løbet af samtalen giver han udtryk for, at han ind imellem tænker, at alt ville være nemmere, hvis han var død.

### Spørgsmål 2:

Hvad er nu den mest sandsynlige diagnose? Nævn nogle karakteristika for tilstanden hos unge i forhold til voksne?

### Spørgsmål 3:

Hvad ønsker du af supplerende oplysninger og undersøgelser?

### Spørgsmål 4:

Hvorledes vil du foreslå Morten behandlet?

## Opgave 12

14-årig dreng henvises fra egen læge pga. udtalt vægttab gennem det seneste år.

Han beskrives som en tidligere velfungerende 8. klasseselev med gode sociale kontakter, og som er fagligt godt med i skolen. Igennem de seneste måneder har han dog haft tiltagende skoleforsømmelser. Han har stadig i et vist omfang samvær med kammerater, men når han skal i byen om aftenen, har han ofte svært ved at overholde aftaler, fordi han, inden han forlader hjemmet, skal udføre en række ritualer.

Familien består af far, mor, lillesøster på 7 år og storebror på 16 år.

Ved den første ambulante samtale på afdelingen fortæller drengen, at han gennem det sidste år har udviklet tvangstanker vedr. bestemte fødemidler. Han må ikke spise mad, som har en bestemt farve, eller hvor der på emballagen er anført bestemte tal. Som årsag til det udtalte vægttab, som viser sig at være på 20 kg, angiver drengen selv, at "der kan ske noget frygteligt", hvis han spiser mad på trods af sine tvangstanker. Han giver udtryk for, at han stort set er i sit normale humør, men at han på det seneste har følt sig energiløs og træt og ofte ikke har haft overskud til at deltage i sociale aktiviteter, men har foretrukket at gå tidligt i seng eller være inde på sit eget værelse.

### Spørgsmål 1:

Hvilke differentialdiagnostiske overvejelser vil du gøre dig på nuværende tidspunkt?

### Spørgsmål 2:

Hvilke yderligere oplysninger/undersøgelser vil du anse for nødvendige for den videre afklaring?

Under det videre forløb kommer følgende oplysninger frem:

Der er i familien disposition til depression (på moderens side), og en faster har angiveligt været indlagt med paranoide symptomer. Drengens far har i ungdomsårene haft en periode med svære tvangssymptomer. Han har stadig disse tvangssymptomer, men nu på et niveau, hvor de ikke belaster ham i det daglige.

Drengen fortæller, at han ikke motionerer. Han benægter, at han føler sig tyk og benægter, at vægttabet er ønsket. Han føler sig tværtimod konstant sulten og giver udtryk for desperation over, at han i den grad føler sig styret af tvangstanker, som forbyder ham at spise normalt. Under samtalerne afslører drengen andre ritualer, som han skal udføre hver dag. Bl.a. skal han gentage bestemte handlinger (han skal rejse sig og sætte sig 4 gange, skal røre ved dørhåndtag 4 gange og skal ind imellem stoppe op for at sige bestemte remser). Igen giver drengen udtryk for, at han skal udføre de beskrevne tvangshandlinger for at undgå, at der sker noget. Han er ikke i stand til eller villig til i højere grad at konkretisere, hvad han frygter, skal ske.

Drengen erkender tankerne som sine egne og samtidigt det absurde og overdrevne i dem. Han synes selv, at symptomerne er pinlige at tale om og har kun indviet sine forældre i dem. – Han benægter at høre stemmer eller se "syner".

Spørgsmål 3:

Hvilke diagnostiske overvejelser vil du gøre dig nu? Hvilken behandlingsstrategi vil du følge?

## Opgave 13

14-årig pige henvises fra skolelægen til praktiserende læge pga. væggtab. Hun er 160 cm høj og vægten er i løbet af 5-6 mdr. faldet fra 52 kg til 42 kg. Hun begyndte at afmagre sig efter at nogle i klassen havde drillet hende med at hun var bred over hofterne. Hun blev ved med at tabe sig og blev i højere og højere grad optaget af de andre familiemedlemmers spisning ligesom hun blev tiltagende legemligt aktiv i form af løbeture og træning på fitnesscenter.

Ved samtalen hos lægen fortæller moderen, at pigen tidligere har været velfungerende, men at hun på det seneste har ændret sig psykisk. Hun har altid været aktiv og udadvendt fraset en enkelt periode omkring 9-års alderen, hvor hun gennem nogle måneder var indesluttet, mut og isolerede sig fra sine veninder. I nævnte periode gav hun udtryk for at veninderne var "kedelige", ja at "alt var kedeligt" og at hun i øvrigt tvivlede på, om de mon syntes om hende og gad være sammen med hende. I samme periode var det også sværere for forældrene at få hende til ridning, en interesse som hun ellers både før og efter har været meget optaget af. I øvrigt beskriver moderen hende som værende i godt humør, engageret og optaget af tingene samt somatisk rask.

### Spørgsmål 1:

Hvad er den sandsynligste diagnose? Hvilke yderligere oplysninger vil du have og hvilke undersøgelser vil du foretage?

Ved samtalen kommer det endvidere frem, hvorledes dagligdagen derhjemme udspiller sig. Hun undgår fedtholdig mad. Moderen har mistanke om at hun kaster op. Pigen spiser oftest alene på sit værelse fordi hun ikke kan lide at andre ser hende spise. Når hun en sjælden gang spiser sammen med familien stikker hun til maden og tager meget lang tid om at afslutte måltidet. Hun lever stort set af majs fra dåse og flutes som hun undgår at røre med hænderne. Hun kan ikke spise mad som har stået i familiens køleskab. Hun opholder sig gerne i køkkenet, men kan ikke være der, når luften er fyldt med stegeos. Som årsag til dette anfører pigen, at hun er bange for at inhalere fedtpartikler fra luften, eller at de skal absorberes i huden.

Pigen giver udtryk for at hun ønsker at tabe sig yderligere lidt, og at hun i hvert fald ikke vil stige i vægt af frygt for at svulme op. Synes selv, at hendes aktuelle vægt er passende.

Pigen forekommer i øvrigt klar i kontakten uden tegn på psykotiske forestillinger ud over ovenfor beskrevne. Benægter således tanker om at maden kan være forgiftet eller lignende. Synes at hun på det sidste er blevet mere trist og træt. Hun møder stadig i skole, men orker ikke deltage i sine tidligere fritidsinteresser eller være sammen med veninderne.

**UNDERVISNINGSMATERIALE** til  
børne- og ungdomspsykiatri

Side 22 af 24

Spørgsmål 2:

Hvilke andre sygdomsbilleder kan du få mistanke om hos pigen?

Spørgsmål 3:

Hvilken behandling vil du foreslå, og hvem skal varetage den?



## Opgave 14

8 år gammel dreng henvises fra praktiserende læge til behandling på børnepsykiatrisk afdeling.

Forældrene fortæller, at deres dreng de sidste 3-4 år har haft vanskeligt ved at lære at "stå på egne ben". Der har ofte været voldsomme scener med gråd og modstand mod at blive afleveret i børnehaven. Drengen går nu i anden klasse og forældrene beskriver en lang række fysiske klager, blandt andet i form af mavepine, ondt i hovedet og i arme og ben, som drengen klager over på de fleste skoledage. Drengen blev henvist til udredning på pædiatrisk afdeling som 5-årig herfor og igen som 7-årig uden at man ved undersøgelse fandt organiske årsager.

Ved samtalen fortæller drengen selv, at han gerne vil gå i skole. Forældrene bekræfter, at han har de bedste intentioner, men at det i de sidste måneder slet ikke er lykkedes ham at komme af sted pga. de nævnte mavegener. Han har haft voldsomme reaktioner i form af gråd og angst i de situationer, hvor forældrene besluttede, at han skulle i skole. De dage det lykkes ham at komme i skole magter han som regel kun at blive der i få timer. Ofte er moderen blevet kontaktet på sit arbejde af læreren fordi drengen klager over mavepine og giver udtryk for at han vil hjem.

Drengen kan godt have kammerater med hjemme at lege, men han er ikke i stand til at lege hos andre. I løbet af dagen og aftenen skal han uafslædigt tjekke hvor forældrene er. Om aftenen har han indsovningsbesvær og gør sig mange bekymringer om, hvad der kan ske med forældrene. I de seneste måneder, hvor tilstanden er forværret, er drengen rykket ind i forældrenes seng om natten. Forældrene beskriver endvidere, at drengen har givet udtryk for angst for lyden af vækkeure, om aftenen er han meget bange for mørket og skal tjekke under sengen, bag døre osv., om der står nogen.

Forældrene beskriver, at deres dreng oftest er i godt humør, men når talen falder på, at han skal i skole, bliver han ked af det og klager ofte over mavepine.

I øvrige er han ifølge forældrene en stille og tænksof dreng, som ofte gør sig bekymringer om tilværelsen, herunder især om forældrenes velbefindende.

Forældrene har fået at vide, at drengen klarer sig godt i skolen, og at lærerne ikke er vidende om mobning eller drillerier. Ofte har han dog en tendens til at falde hen i egne grublerier og har flere gange fra skolen måttet ringe til sin mor på hendes arbejde for at sikre sig, at hun er OK og for at falde lidt til ro.

### Spørgsmål 1:

Hvilke diagnostiske overvejelser gør du dig?

### Spørgsmål 2:

Stil forslag til behandling.

### Spørgsmål 3:

Hvorledes vil du vurdere prognosen for denne dreng?

## **Opgave 15**

12-årige Mikkel har gennem det sidste halve år haft flere indlæggelser på en pædiatrisk afdeling pga. mavesmerter og synsforstyrrelser. De fysiske klager har været tilbagevendende og er tiltaget i intensitet gennem de sidste 7 måneder. Forældrene er bekymrede over Mikkels fysiske symptomer og bange for, om lægerne har overset en alvorlig sygdom, idet faderen selv har morbus Crohn. Ved somatisk undersøgelse har der ikke kunnet påvises en organisk genese til symptomerne. Mikkel er i god fysisk almen tilstand.

Den behandlingsansvarlige pædiater har nu udbedt sig et børnepsykiatrisk tilsyn med henblik på at få en vurdering af, hvorvidt Mikkels klager kan tilskrives psykiske problemer.

I den pædiatriske journal oplyses, at Mikkel er yngst af 2 børn. Den 14-årige storesøster er rask og velfungerende. Forældrene er samlevende, begge er udearbejdende på fuld tid. Faderen har et ledende job i et firma, hvor han ofte er på udenlandsrejser, og moderen er derfor meget alene med børnene. Mikkel har indtil for 2 år siden fungeret upåfaldende i skolen men har specielt gennem det sidste års tid klaret sig dårligt fagligt og har haft meget fravær i skolen pga. de fysiske klager. Han har i samme periode isoleret sig fra sine kammerater og har i fritiden mest opholdt sig hjemme. Han beskrives som en følsom, lidt ængstelig dreng, der nemt giver op, hvis han ikke kan tingene første gang.

Børnepsykiateren har ved tilsynet en samtale med såvel begge forældre som Mikkel selv.

Mikkel ligger under hele samtalen i sin seng. Han er fåmælt uden megen mimik. Han benægter, at han har nogle psykiske problemer. Forældrene fortæller, at de gennem den senere tid har bemærket, at Mikkel er meget optaget af sin krop. Han er bange for at blive smittet med f.eks. salmonella eller borrelia og få forskellige sygdomme, han har hørt om i fjernsyn eller radio. Han er begyndt at vaske sine hænder så meget, at han har fået håndeksem. Han er bange for at drikke mælk fra kartoner, der er åbnet på forhånd, og han spørger meget tit om, der er rå æg i maden. Mikkel bliver på dette tidspunkt i samtalen grædende, gemmer sig under dynen og siger, at han skammer sig over de tanker, han har.

### Spørgsmål 1

Gør rede for dine differentialdiagnostiske overvejelser.

### Spørgsmål 2

Hvilke oplysninger kunne du ønske uddybet?

### Spørgsmål 3

Hvilke behandlinger kan komme på tale?



