

# **Barn med magesmerter**

## **- en innføring i biopsykososial tilnærming for fremtidige leger.**



Illustrasjon fra The New York Times

5.årsoppgave i stadium IV – Profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø

Av Anne-Kirsti Haugan-Fossen og Katrine Eriksen MK 05

Veiledere: John A Rønning og Hans Petter Fundingsrud, Barne- og ungdomsklinikken UNN  
Tromsø

Våren 2010

## Innholdsfortegnelse

<b>Sammen drag</b> .....	<b>3</b>
<b>Residiverende magesmerter</b> .....	<b>5</b>
<b>Differensialdiagnostikk</b> .....	<b>6</b>
Organiske lidelser.....	6
Funksjonelle lidelser.....	7
Komorbiditeter .....	<b>89</b>
<b>Magesmerter i Allmennpraksis</b> .....	<b>9</b>
<b>Åpningsfasen og sonderingsfasen</b> .....	<b>9</b>
<b>Hypotesetestingsfasen</b> .....	<b>11</b>
Familieanamnese .....	14
Kartlegging av biopsykososiale faktorer.....	15
Registreringsskjema.....	15
Røde flagg.....	15
Somatisk undersøkelse.....	16
<b>Behandling av funksjonelle magesmerter</b> .....	<b>17</b>
Kost.....	17
Legemidler.....	17
Psykososial intervensjon .....	18
<b>Tiltaksfase og avslutningsfase</b> .....	<b>18</b>
Prognoser .....	19
Til slutt.....	20
<b>Konklusjon/Diskusjon</b> .....	<b>2021</b>
Avsluttende kommentarer.....	<b>2122</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>22</b>
<b>Definisjoner:</b> .....	<b>2624</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>2725</b>

# Sammendrag

## Bakgrunn:

Magesmerter er en av de vanligste plagene ved konsultasjon hos barnelege, men bare i et fåtall av tilfellene er det snakk om en organisk bakenforliggende årsak til problemet. Målet med studiet er å se på omfanget av problemene og om mulig danne en plattform for utredning og behandling av disse pasientene i allmennpraksis.

## Metode:

Vi har brukt kjente lærebøker innenfor pediatri og allmennmedisin for bakgrunnsinformasjon om magesmerters etiologi og konsultasjonsteknikk. Videre har vi søkt etter litteratur i PubMed, Cochrane library og SveMed+ for aktuell forskning og litteratur innenfor tema. Vi har brukt søkeord som recurrent abdominal pain, child, etiology og treatment. Underveis har vi fått ytterligere litteratur og god veiledning fra veilederne våre, og fra spesialist og veileder i allmennmedisin Ole Fossen.

## Resultater og fortolkning

Apley og Naish definerte residiverende magesmerter (recurrent abdominal pain, RAP) som minst tre episoder med magesmerter som påvirker barnets normale aktivitet i løpet av de tre siste månedene. Prevalensen for RAP hos barn ligger på 9-25 %. I 10 % av tilfellene klarer man å identifisere en organisk bakenforliggende årsak. I de resterende tilfellene ser man etter mønster og holdepunkter som gjør at man kan plassere symptomene innenfor en funksjonell tilstand definert etter Rome III-kriteriene. Blant barna med magesmerter er det funnet økt forekomst av andre fysiske plager som hodepine, smerter i ekstremiteter og brystsmerter. Det er også funnet økt forekomst av somatisering, angst og depresjon, både hos barnet selv og i nærmeste familie. Slike tidlige plager predikerer også økt risiko for lignende plager i voksen alder.

I litteraturen som omhandler utredning er det enighet om at invasiv utredning sjelden gir svar, og at dette kun har en hensikt ved tilstedeværelse av såkalte ”røde flagg”, eller varselssymptomer.

På grunn av den tette koblingen mellom fysiske smerter og psykososiale problemer, kreves en biopsykososial tilnærming i utredning og behandling.

Når det gjelder behandling av funksjonelle magesmerter gir litteraturen ingen fasitsvar. Blant behandlingsmetodene er det bare psykososial intervensjon som har vist en signifikant bedring av symptomene. Allmennlegen må vurdere egen kompetanse opp mot kompleksiteten i barnets sykdomsbilde og velge strategi ut fra dette.

## Residiverende magesmerter

Residiverende magesmerter er blant de vanligst forekommende plagene blant barn<sup>1 23</sup>. Apley og Naish studerte forekomsten av dette blant barn i en studie på 50-tallet som inkluderte tusen skolebarn. De definerte residiverende magesmerter, eller recurrent abdominal pain (RAP), som minst tre episoder med magesmerter som påvirker barnets normale aktivitet i løpet av de tre siste månedene. Denne definisjonen brukes fortsatt, og er ikke en diagnose, men en beskrivelse av et symptom. I denne og flere andre studier har man funnet en prevalens mellom 9-25 %.<sup>2</sup> Man har også sett at insidensen hos jenter og gutter er lik frem til 11-12års alder. Etter dette øker den blant jenter, mens den synker blant gutter. Pasientene med symptomer som faller inn under definisjonen av RAP kan deles inn i tre ulike grupper<sup>4</sup>:

1. Smertene har et organisk utgangspunkt. Ulike studier har funnet organisk årsak i inntil 10 % av tilfellene.
2. Man ser et mønster i symptomene, og etter å ha utelukket organisk sykdom får pasienten en definert funksjonell diagnose
3. Man finner verken organisk årsak eller noe mønster i smertene.

Magesmertene er også forbundet med andre fysiske symptom som hodepine og ekstremitetssmerter, og med symptomer på angst, depresjon og somatisering. Man har også i noen studier sett at en signifikant andel av disse pasientene fortsatt har plager i ungdomsårene og voksenlivet.<sup>14</sup> Dette vitner om et sykdomsbilde der intervensjon tidlig potensielt kan forebygge lidelse i fremtiden.

I den gamle skolemedisinen har man vært opptatt av å skille kropp og sinn, men det har etter hvert blitt vanskelig å komme bort fra den tette koblingen mellom psyke og soma. Å bare fokusere på definerte diagnoser og påvisbare, strukturelle forandringer blir inadekvat. Man kan heller ikke avskrive pasientens plager som rent psykiske når organiske årsaker er utelukket. Med en biopsykososial tilnærming fokuserer man på pasientens subjektive opplevelse av lidelse, ubehag og tap av funksjon, og hvordan dette kan være forårsaket av ulike faktorer. Organiske sykdommer, funksjonelle lidelser, psykisk sykdom, mangel på relasjoner, tolking av symptomer og familiens respons på disse, er faktorer som alene eller i kombinasjoner, kan føre til en opplevelse av lidelse. Man ser at organisk sykdom, funksjonelle lidelser, psykiske helseplager og sosiale problemer kan eksistere sammen og gjensidig påvirke hverandre.

Ved å tilnærme seg barn med magesmerter med en biopsykososial tankegang utreder man med tanke på organisk sykdom. Samtidig forsøker man å identifisere faktorer som bidrar til å utløse, vedlikeholde eller forverre smertene, og følger opp mulig utvikling av organisk og/eller psykisk lidelse.

Begreper som somatisering og somatiseringslidelse brukes, og i disse ligger det at men ved stress og belastninger utvikler kroppslige symptomer, men uten at disse står i forhold til, eller at det kan påvises noen somatiske forklaringer. Det handler om en kommunikasjonsform hvor psykologiske problemer blir uttrykt ved somatiske symptomer.

## **Differensialdiagnostikk**

### **Organiske lidelser**

Når symptombildet er akutt og allmennlegen mistenker en organisk årsak blir konsultasjonen annerledes enn hvis det er mistanke om en funksjonell diagnose. Man vil som oftest ikke fokusere på psykososial anamnese dersom man mistenker appendicitt eller gastroenteritt, men heller rette fokus mer mot den kliniske undersøkelsen og eventuelt videre utredning. Noen av de vanlige organiske årsakene til magesmerter med organisk etiologi er:

- Gastroenteritt
- Appendicitt
- Forstoppelse
- Urinveisinfeksjon (UVI)
- Kronisk inflammatorisk tarmsykdommer (IBD)
- Cøliaki
- Laktoseintoleranse
- Matvareallergi
- Annen sykdom utenfor magetarmsystemet

## **Funksjonelle lidelser**

De funksjonelle lidelsene er ikke bare eksklusjonsdiagnoser, men diagnoser som krever positive holdepunkter. The Rome Foundation er en organisasjon som jobber med å samle vitenskapentlige data for å hjelpe med diagnose og behandling av funksjonelle lidelser. De har skapt et system for å klassifisere funksjonelle gastrointestinale lidelser basert på kliniske symptomer. Den siste reviderte utgaven av disse kriteriene kalles Rome III<sup>3</sup>. I dette avsnittet presenteres noen av disse lidelsene med sine diagnostiske kriterier.

### 1. Funksjonell dyspepsi

Karakteriseres ved residiverende smerter/ubehag i øvre del av abdomen. Pasienten føler seg ofte oppblåst og kvalm, og kan ha brekninger og tidlig metthetsfølelse. Det er ingen sammenheng med endring av avføringsmønster eller lindring ved defekasjon. Det er ingen kliniske funn som er typiske for denne tilstanden.

### 2. Irritabel tarm syndrom (IBS)

Vedvarende eller tilbakevendende episoder med magesmerter eller ubehag som lettes ved defekasjon, og/eller er assosiert med endring i avføringsfrekvens og/eller konsistens. To eller flere av disse symptomene er tilstede:

- i. Endret avføringsfrekvens (>3 hver dag, eller <3 hver uke)
- ii. Endret avføringskonsistens
- iii. Slim i avføringen
- iv. Oppblåsthet

### 3. Abdominell migrene

Karakteriseres av sterke, akutte midtlinjesmerter av minst to timers varighet. Smertene er intense og kolikkaktige, og de påvirker daglig aktivitet. Intervallene mellom smerteepisodene er symptomfrie og kan vare i uker/måneder. Pasienten må ha hatt minst tre episoder i løpet av de siste 12 måneder. Diagnosen stilles ved tilstedeværelse av minst to av følgende ledsagende symptomer:

- i. Nedsatt matlyst
- ii. Kvalme
- iii. Brekninger
- iv. Hodepine
- v. Fotofobi

#### 4. Funksjonelle magesmerter

Karakteriseres av episodiske eller vedvarende magesmerter. Det er ofte ingen lettelse av symptomer ved matinntak eller defekasjon, og smertene kan ha en viss påvirkning av det daglige funksjonsnivået til barnet, men symptomene oppfyller ikke kriteriene for de andre funksjonelle diagnosene.

Ved samtlige av disse lidelsene må man utelukke organisk sykdom før diagnosen kan stilles

### **Etiologi**

Det finnes ulike teorier om hvorfor noen får disse plagene og andre ikke. Årsaksforholdene er sammensatte og bestående av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. I bunn ligger en biologisk sårbarhet, som enten er nedarvet eller ervervet etter for eksempel en gastroenteritt. Hva denne sårbarheten innebærer er usikkert. Man har tenkt seg at smertene har en sammenheng med unormal gastrointestinal motilitet, men dette er ikke bevist. Det er derimot funnet holdepunkter for en unormal eller økt følsomhet for utvidelse i ileum, rectosigmoideum og anorectum<sup>4</sup>. Man snakker om en visceral hyperalgesi, det vil si en økt sensitivitet for smertefulle stimuli. Samtidig finnes en endring i kontakten mellom sentralnervesystemet og det enteriske nervesystemet. Dette gjør at kognitive prosesser og ytre sensasjoner som lukt og synsinntrykk kan påvirke funksjonen i magetarmsystemet.

Videre kan barnet ha en psykologisk sårbarhet, som bidrar til å smertene lettere utløses og vedlikeholdes. Med dette mener man at barnets personlighet spiller inn på sykdomsbildet. Et barn som mangler et språk for følelsene vil lettere utvikle fysiske symptomer ved emosjonelt stress. Man tenker seg også at funksjonelle magesmerter utløses ved stress av biologisk, psykologisk og/eller sosial art. Eksempler på dette kan være en magetarminfeksjon, separasjonstraumer og mobbing. De ulike sårbarhets- og stressfaktorene kan opptre sammen og påvirke sykdomsbildet og forløpet. Barnets og familiens mestringsevner vil også spille inn og utgjøre en betydelig faktor i utviklingen av smerter og tilleggsproblematikk.

### **Komorbiditeter**

Studier har vist at pasienter med residiverende magesmerter har større sannsynlighet for å ha eller få hodepine, leddsmerter, oppkast, kvalme og gassdannelse enn smertefrie



kontrollgrupper<sup>5</sup>. Man har sett at disse barna også har større grad av internaliserende atferd og symptomer på angst og depresjon<sup>1</sup>. Det er også påvist at det i familiene, spesielt hos mødrene, er en større forekomst av psykiske lidelser, somatisering og økt forbruk av helsetjenester.<sup>55 6</sup>

Formater

## Magesmerter i Allmennpraksis

I dette avsnittet bruker vi Steinar Hunskårs lærebok i Allmennmedisin og deres modell for gjennomføring av en konsultasjon<sup>77</sup>. Med magesmerter som utgangspunkt ønsker vi å presentere en mulig fremgangsmåte i møtet med barn og familier i allmennpraksis. Legens viktigste verktøy i utredningen er anamnesen supplert med undersøkelser utvalgt på grunnlag av det som kommer frem. Konsultasjonen kan deles inn i fem deler: Åpningsfasen, sonderingsfasen, hypotesetestingsfasen, tiltaksfasen og avslutningsfasen<sup>7</sup>. Målet med åpningsfasen er å etablere kontakt med pasienten og vinne pasientens tillit. Her kartlegges kontaktårsaken(e) og konsultasjonen planlegges. I sonderingsfasen lar man pasienten og foreldrene fortelle mest mulig uavbrutt om plagene og prøver å få fram deres forestillinger, forventninger og følelser rundt disse. I hypotesetestingsfasen stiller man mer spesifikke spørsmål og gjør målrettede undersøkelser i henhold til det som er kommet frem. Tiltaksfasen går til oppsummering og samtale rundt problemet og aktuelle funn, samt diskusjon rundt mulige tiltak og pasienten sine holdninger til disse. I avslutningsfasen blir pasient og behandler enige som hvor veien går videre, og avklarer eventuelle uklarheter.

Formater  
Skrift: Car

### Åpningsfasen og sonderingsfasen

I møtet med det syke barnet må allmennlegen som regel forholde seg til minst to personer. Erfaringsmessig har man sett at det i 9 av 10 tilfeller er mor som ledsager. Den voksne som følger barnet er ofte den som står problemet nærmest, og er en viktig ressurs under anamneseopptaket. Barn har ikke den samme evnen til å se sammenhenger, mens mor lettere ser en større del av helheten i situasjonen.<sup>11</sup> Det er lett å falle for fristelsen og bare forholde seg til den voksne, men minst like viktig er det at man prøver å få barnets tillit fra begynnelsen. Dette krever ofte litt ekstra tid og innsats fra legen, men kan være med på å legge til rette for et konstruktivt møte. Man bør hilse på barnet og tillate at hun eller han ser seg rundt og er litt nysgjerrig, eller bare er sjenert og tilbakeholden. Ved å tilby en leke eller kommentere den fine jakken eller de tøffe skoene distraherer man litt fra alvoret, og barnet blir mer tilgjengelig for kommunikasjon. En liten omvei før man kaster seg over det aktuelle kan gjøre at man sparer tid gjennom resten av konsultasjonen. Denne tiden kan en også bruke til å observere samspillet mellom mor og barn. Etter dette går man inn på årsaken til at de tok

kontakt. En bør forsikre seg om at mor og barn har samme agenda, eventuelt bestemme hva man må snakke om først. Når man henvender seg til mor, bør man forklare for barnet at man må snakke litt med mamma og hvorfor. Barn som kan og vil snakke for seg selv bør få muligheten til å fortelle og bruke egne ord. Når de får snakke fritt, legger de mindre mellom, og man får presentert barnets perspektiv direkte. Man ser ofte at mor i mye større grad enn barnet tolker i stedet for å beskrive plagene. Her blir det viktig å skille mellom beskrivelse og tolkning, og be om en forklaring på hva som menes. For eksempel, hva legger mor i at barnet har diaré? Er avføringen vandig og frekvent, eller bare løsere enn ellers?

Etter å ha fått denne beskrivelsen av problemet er det viktig å få frem hvilke forestillinger barnet og mor har om årsaken til dette. Har de gjort seg noen tanker om årsaken? Noen vil svare at de hadde håpet at legen skulle svare på det, men mange har også tenkt på spesifikke forklaringer på problemet, og informasjon om disse forestillingene er viktig. For eksempel kommer en pasient med magesmerter, og etter å ha blitt spurt, forteller mor at hun lurte på om han kan reagere på noe i maten, da dette alltid oppstår i forbindelse med måltid.

Noen ganger er barnet og eller mor bekymret for alvorlig sykdom som årsak til smertene, og det er viktig at legen får tak i slike tanker. Selv om det sjelden er grunn til bekymring, og legen ikke umiddelbart får inntrykk av at det skulle ligge noe alvorlig bak, er det viktig å vise forståelse for frykten. Man bør også fortelle at det er sjelden at denne typen magesmerter er forårsaket av alvorlig organisk sykdom. Samtidig bør en begrunne hva en gjør og ikke gjør, slik at pasienten og forelderen føler seg ivaretatt og får en forståelse for hvorfor legen ikke er bekymret. Frykt for smertene kan bidra til å forsterke symptomene. Dersom pasientene føler at de har blitt lyttet til og fått forståelse, ser man noen ganger at plagene avtar. Denne ”behandlingsmåten” er mye brukt, og man har sett at 30-40% av barna blir bedre av sine plager uten videre intervensjon. Ingen studier har derimot klart å vise at dette har hatt noen signifikant effekt i forhold til tilfeller med spontan tilbakegang av symptomene<sup>22</sup>.

I mange tilfeller er det ikke samsvar mellom hva barnet og mor ønsker med konsultasjonen og hva legen tenker å tilby<sup>8</sup>. En bør derfor spørre konkret om hvilke forventninger de har til legen og hva de ønsker skal skje. Barnet vil kanskje at legen skal ”ta det bort”, mens mor vil ha en forklaring. Kanskje de ønsker informasjon om utviklingen og prognosene for sykdommen. Legen kan tro at de ønsker en grundig undersøkelse, men i realiteten er bestillingen en beroligelse og råd i forhold til forebygging av plagene. Dersom en tidlig får

Formater

fram dette, kan man planlegge resten av konsultasjonen på en måte som alle parter kan bli fornøyde med.

## **Hypotesetestingsfasen**

Man kan få mye ut av pasientens fortelling i sonderingsfasen, men får sjelden svar på alt. I denne fasen av konsultasjonen overtar legen ordet og stiller konkrete spørsmål for å få klarhet i symptomene og for å forsterke eller avkrefte en mistanke. Barnet eller forelderen har ofte en tanke om hva som kan være årsaken til problemet, og man bør følge opp denne.

## **Lokalisasjon**

Man kan starte med å be pasienten beskrive smertene og fortelle om smertenes karakter og lokalisasjon. Det er vanlig at barn presenterer smerter i andre deler av kroppen som ”vondt i magen”<sup>9</sup>. Derfor ber man barnet, om det kan, peke der det gjør mest vondt. ”Apleys tegn” sier at jo nærmere navlen smertene sitter, jo mindre er sjansen for at det er noe organisk. Det sier seg selv at man ikke kan basere seg på denne teorien alene, man må se på helheten, men lokalisasjonen kan gi en god pekepinn. Deretter ber man barnet prøve å forklare hvordan det føles. Barn har ofte et litt uklart begrep om hva smerter er. For eksempel kan kvalme eller ”kiling i magen” bli kalt vondt fordi barnet selv ikke har noe bedre ord på det. Man bør prøve å unngå å legge ordene i barnets munn, men dersom det trengs, gi ulike alternativer, som for eksempel om det føles som om noen trykker hardt på magen, eller om det stikker.

## **Hyppighet og intensitet**

Hvor hyppig smertene oppstår og hvor intense de er forteller om hvor mye de påvirker pasienten. VAS (visual analog scale), numeriske skalaer og ansiktsskala er eksempler på verktøy for å gradere intensiteten. Disse kan være vanskelige for de minste barna, men fra skolealder vil noen barn i økende grad klare å bruke slik gradering. Alvorlighetsgraden av smerten som enkeltsymptom har ingen bevist sammenheng med om årsaken er organisk eller ikke, men kan gi en oversikt over svingninger i intensiteten og effekt av eventuell behandling. Den opplevde smerteintensiteten er subjektiv og avhengig av personens smerteterskel og smertetoleranse. Definisjonen på smerteterskel er “den laveste intensiteten av en viss stimulus som pasienten oppfatter som smertefull”, mens smertetoleranse defineres som “hvor mye av en viss smertefull stimulus man tolererer.”<sup>10</sup> En tredje faktor som spiller inn er barnets evne og vilje til å uttrykke smertene. Dette avhenger av barnets språk og personlighet. Ulike barn vil altså oppleve smerter ved ulike stimulus, og tolerere og uttrykke dette ulikt. Mor eller far

er ofte gode kilder til å danne seg et bilde av disse egenskapene hos barnet. Dersom dette ikke kommer spontant, kan man spørre spesifikt om dette.

### **Smertemønster**

Videre bør en prøve å se om det finnes et mønster i smerteepisodene. Er det mulig å identifisere bestemte utløsende faktorer? Oppstår smertene for eksempel i sammenheng med måltid eller fysisk aktivitet? Er det bestemte situasjoner eller tidspunkt på dagen der smertene oppstår eller topper seg? Her kan man få et eller flere hint som peker i retning av en forklaring. Smerter i forbindelse med inntak av bestemte typer mat kan tyde på intoleranse, mens plager ved fysisk aktivitet eller stress taler for IBS eller en annen definert funksjonell tilstand.

### **Stress**

Man kan også spørre om barnet har de samme smertene i helger og ferier. Et negativt svar kan gi et hint om at det er noe i barnets hverdag som medvirker til plagene. En bør få frem om det har skjedd noe spesielt i barnets miljø, eller om det er utsatt for bestemte stressorer i hverdagen som kan ha utløst eller vedlikeholder smertene. Eksempler på dette er prestasjonspress, konflikter i familien eller på skolen, og dødsfall i familie eller nettverk for øvrig. Alle barn utsettes til en viss grad for stress, men barnets og familiens evner til å mestre disse situasjonene er avgjørende for utfallet. Flere studier har vist en assosiasjon mellom rapportering av magesmerter og stress.<sup>1 12</sup> En kan ikke si om disse barna faktisk utsettes for mer stress enn jevnaldrende, eller om de opplever lignende situasjoner forskjellig og rapporterer i ulik grad. Det samme kan man spørre seg om smertene. Har disse barna mer smerter, tolker de smertene på en annen måte, eller rapporterer de i større grad? Det finnes teorier om at mangel på mestringsstrategier og dårlig tilpasning til stress kan gi en lavere smerteterskel og -toleranse. Dette kan gi en økt opplevelse av stress og lavere terskel for smerter og rapportering av disse. Blant barn med magesmerter vil de med de beste mestringsstrategiene ha de beste prognosene med tanke på funksjon, under smerteepisodene og i fremtiden.<sup>66</sup> Man bør også spørre om det har skjedd endringer i barnets liv og undersøke om det kan finnes en kobling mellom disse og magesmertene. Dette kan man visualisere ved å tegne to tidslinjer ved siden av hverandre. På den ene tidslinjen fører man på endringer eller overganger i barnets liv, for eksempel skolegang, flytting, dødsfall eller samlivsbrudd. På den andre tegner man inn oppstart og eventuelle svingninger i symptomene. Ved å se disse linjene

ved siden av hverandre, kan man fort se om noen av hendelsene faller sammen med endringer i barnets helse. Informasjon om hvordan barna har håndtert de ulike hendelsene forteller oss mye om hvordan de uttrykker følelser.<sup>13</sup> En mor kan for eksempel fortelle om sin sønn at han aldri gråt etter at bestefaren døde, selv om de stod hverandre svært nær. Han har heller aldri gitt noe inntrykk av at han mistrives på skolen, men at læreren har observert at han har blitt mobbet. Dette kan være en gutt som uttrykker sorg og mistrivsel med kroppslige symptomer, noe som er vanlig blant barn og unge.

Informasjon om faktorer som forverrer eller lindrer smertene er til god hjelp, blant annet fordi et av kriteriene ved IBS er lettelse av plagene ved avføring, men også for å få vite om det er spesielle hendelser som påvirker forløpet. Det er viktig å spørre spesifikt om avføring og vannlating. Man spør om det har vært endringer i avføringens farge, konsistens og hyppighet, og om det er smerter forbundet med toalettbesøkene. Dersom barnet har smerter ved vannlating er det sannsynlig at det har en urinveisinfeksjon, noe som er en relativt vanlig organisk årsak til magesmerter hos barn.

### **Konsekvenser**

Et poeng som er viktig å få frem er hvilke følger smertene får, både fysisk, psykisk og sosialt. Anoreksi, vekttap og redusert allmenntilstand er uvanlige, men alvorlige symptomer, og det må avklares om dette er tilfellet. Noe som ofte er mer aktuelt er de direkte følgene smerteepisodene får i barnets hverdag. Fører de til at barnet er mindre aktivt enn ellers? Man bør spørre hva som skjer når de får vondt. Hender det at barnet er borte fra skolen på grunn av smertene, og eventuelt hvor ofte? Dårligere skoleprestasjoner og hemmet utvikling av sosiale ferdigheter kan være en følge av at barnet trekker seg tilbake når det har vondt, noe som er alvorlig dersom det står på over tid. Det er funnet en sterk assosiasjon mellom hyppige magesmerter og skolefravær, dårligere akademiske ferdigheter, fravær fra aktiviteter og mindre sosial kompetanse. Blant barn med magesmerter er det også funnet høyere forekomst av mobbing enn blant friske barn<sup>14</sup>. Denne assosiasjonen er sett tydeligere hos gutter, og man tenker at dette kan ha med et syn på at det er mindre akseptabelt for gutter å vise følelser, og at følelsene heller uttrykkes i form av fysiske symptomer. En annen teori går ut på at gutter som får vondt i magen er ”svakere” eller ”sartere”, og derfor lette offer for mobbing. Dersom smertene fører til skolefravær, redusert aktivitetsnivå og går ut over barnets sosiale funksjon, er andre barn ”flinke” til å plukke opp dette og bruke det mot dem. Slik risikerer barn med magesmerter å havne i en vond sirkel som er viktig å erkjenne og bryte. Det er også vist økt forekomst av angst, depresjon og somatisering, og disse plagene vil kunne persistere inn i

ungdomsår og voksenliv dersom kjeden ikke blir brutt. Derfor spør man spesifikt om trivsel på skolen og hjemme. Det kan være vanskelig å stille slike spørsmål direkte, og man kan heller forsøke å generalisere. Man begynner for eksempel med: ”noen barn får vondt i magen når de ikke har det så bra på skolen eller hjemme”, før man fortsetter: ”kan dette stemme for deg” eller ”har du det sånn?” Denne måten å stille spørsmål på kan være med på å legge listen litt lavere for at pasienten skal kunne svare ja på vanskelige spørsmål.

## **Famileanamnese**

Apley skrev i 1976 at ”barn med mye smerter kommer fra smertefulle familier”<sup>6</sup>. Erfarne allmennleger som følger familier i generasjoner, kan også fortelle om kvinner som kommer til legen med mange bekymringer, og at deres barn etter hvert kommer med lignende plager. Årsaken til dette kan finnes på flere nivåer. Det kan handle om en arvelig disposisjon; en genetisk sårbarhet i magetarmsystemet som gjør barna mer disponerte for utvikling av magesmerter. Videre spiller barnets personlighet inn. Man har sett at engstelige mødre ofte får engstelige barn, noe som kan gjenspeile en nedarvet, men også en ”tillært” personlighet. Barnas smerteopplevelse påvirkes av foreldrene på ulike måter, blant annet ved å enten direkte eller indirekte oppmuntre til en bestemt måte å reagere på.<sup>22</sup> Dette ser man blant annet når smerter fører til at barna blir ”belønnet” med reduserte krav eller gitte privilegier som økt oppmerksomhet eller at de får være hjemme fra skolen. Man ser også hvordan foreldres egen sykdom utsetter barna for stress og kan være med på å utløse eller vedlikeholde sykdom hos barnet.

## **Genogram**

Genogram er et nyttig verktøy i kartleggingen av pasientens og familiens historie.<sup>15</sup> Ved å bruke standardiserte symboler, rundinger for kvinner og firkanter for menn, og dele generasjonene på ulike nivåer, får man et kart over familiestrukturen (se vedlegg 1). Pasient og forelder involveres fra starten og bes fortelle om de enkelte familiemedlemmene og om eventuell sykdom av fysisk og psykisk art. På denne måten får man en konkret, nedtegnet oversikt over familiens sammensetning og helsemessige og sosiale problemer. Ved hjelp av genogrammet kan man fange opp mer biomedisinsk og psykososial informasjon enn ved en tradisjonell anamnese, og lettere se sammenhengen mellom disse. Et genogram er ikke noe man blir ferdig med på en konsultasjon, men noe man stadig drar frem, bygger på og henter informasjon fra. Det er også med på å styrke lege-pasientforholdet i det at pasientene og foreldrene føler at de blir lyttet til og at legen bryr seg om familien og om psykososiale problemstillinger. Det kan også gjøre det lettere å fortelle om såre tema i familien.

## **Kartlegging av biopsykososiale faktorer**

For å få en oversikt over de ulike faktorene som påvirker sykdomsbildet kan det være nyttig å lage en matrise hvor man kategoriserer de ulike problemene (se vedlegg 3). Vannrett har man kategoriene biologiske, psykologiske og sosiale, mens man loddrett har kategoriene sårbarhet, utløsende faktorer og vedlikeholdende faktorer. De ulike elementene i sykehistorien fylles inn i matrisen, og man får et mer helhetlig bilde over faktorer som er av betydning for symptom bildet. Ved å aktivt involvere pasient og pårørende blir de stimulert til å tenke på flere mulige faktorer, samtidig som de blir gjort oppmerksomme på områder som kan forbedres. Man kan også lage seg en ekstra rad som kalles mestring. I denne får man en oversikt over pasientens styrker og forhold som potensielt kan virke positivt på sykdomsbildet.

## **Registreringskjema**

Denne metoden går ut på å kartlegge når symptomene oppstår, hvilke situasjoner barnet er i og hvordan andre rundt det reagerer. Barnet får utdelt et skjema til utfylling etter smerteepisoder.<sup>11</sup> Skjemaet inneholder ruter til informasjon om tidspunkt for oppstart og spørsmål om hvordan det begynte, smertenes karakter, intensitet, varighet og omstendighetene rundt (se vedlegg 2). Foreldrenes beskrivelse er en fortolkning av det barnet uttrykker når det har vondt. Ved å bruke registreringskjema lærer barnet seg å stille spørsmål til seg selv og man får frem barnets historie. Ved neste konsultasjon går man gjennom de registrerte episodene sammen med barnet, og man blir kjent med barnets smerteopplevelse og adferd. Ved bruk av slike skjemaer er det blitt observert en reduksjon i forekomsten av plagene hos flere av barna.

## **Røde flagg**

Spørsmål vi stiller pasientene våre og testene vi utsetter dem for har begrensede diagnostiske egenskaper. Testenes positive og negative prediktive verdi forteller oss hvor stor andel av dem med positive test som er syke og hvor stor andel av dem med negative tester som er friske. Den prediktive verdien er avhengig av prevalensen (andel personer i en gitt gruppe som har en gitt tilstand) av sykdommen vi tester for. Ved høy prevalens (høy pretest sannsynlighet) vil positiv prediktiv verdi (PPV) øke. Vi vet at sannsynligheten for alvorlig sykdom hos barn med smerter er lav, og av den grunn vil PPV for alle tester i utgangspunktet være lav for organisk sykdom. Ved en grundig anamnese kan vi dele pasientene i to

kategorier: de med lav sannsynlighet og de med høyere sannsynlighet for alvorlig organisk sykdom, og dermed øke testenes prediktive verdier. I litteraturen skrives det om “alarmsymptomer” eller “røde flagg”. Dette er symptomer eller funn som øker sannsynligheten for organisk sykdom, og som skal initiere videre utredning. Ved magesmerter har vi disse røde flaggene:

- Vekttap, anorexi
- Manglende vekst/utflatende vekstkurve
- Signifikant oppkast
- Alvorlig, kronisk diaré
- Melena og hematemese
- Uforklarlig feber
- Familiehistorie med IBD
- Våkner av smerter om natten
- Kommer seg ikke/hangler mellom smerteepisodene

Ved fravær av disse symptomene er sannsynlighet for organisk sykdom lav, og barna har sjelden noe å vinne på videre utredning med tanke på organisk sykdom.<sup>55 17</sup>

Formater

### **Somatisk undersøkelse**

Etter at man har tatt en grundig anamnese går man over på den kliniske undersøkelsen.

Dersom barna fort blir utålmodige, kan dette gjøres tidligere i konsultasjonen. Barnets alder, og hvor skeptisk det er avgjør hvor man gjør undersøkelsen. Er barnet lite og veldig glad i mors fang, kan man lage en benk mellom seg selv og mor ved å sette knærne mot hverandre. Uansett når og hvor man velger å begynne å ta på barnet, kan det være avgjørende hvilken rekkefølge man gjør det i. Undersøkelser som krever at barnet sitter stille, som auskultasjon av lunger og hjerte, bør gjøres først. Litt etter hvor lenge det er siden sist, kan man veie og måle barnets høyde for å se etter avvik i utviklingskurven. Videre kjenner man etter glandler på hals og palperer abdomen. Her er man oppmerksom på om det virker som om det er mye luft og fekalier. Deretter jobber man seg ned i lysken hvor man kjenner etter glandler og mulige brokkporter. Til slutt tar man de ubehagelige undersøkelsene. Som nevnt tidligere kan barn gi uttrykk for at de har vondt i magen når de egentlig har vondt andre steder, som for eksempel ved øreverk. Derfor er det en viktig del av differensialdiagnostikken å kikke i barnets ører. Man kikker også i svelget for å få et inntrykk av om barnet kan ha vondt i halsen. Noen andre undersøkelser som kan bli aktuelle ved magesmerter er palpasjon av



testikler hos gutter, samt rektaleksplorasjon med tanke på obstipasjon. Dette er undersøkelser som kan oppleves som svært ubehagelige, og man må vurdere om det har en hensikt å gjøre alt i løpet av samme konsultasjon. Dersom man ønsker å gjøre alt, bør man likevel prioritere den man anser som viktigst først, i tilfelle videre undersøkelse blir vanskelig. Det er viktig å forklare hva som skal skje og hvorfor.

## **Behandling av funksjonelle magesmerter**

Et av målene med behandlingen av funksjonelle smerter er å redusere bekymringer og opptatthet av mageplagene. Utfordringen er at det ikke finnes et klart, biologisk angrepspunkt. En grundig samtale med barn og foreldre om mageplagene, systematisk klinisk undersøkelse, fornuftig prøvetaking og utelukking av underliggende organisk sykdom er en viktig start. Deretter finnes det flere ulike behandlingsmetoder, men med varierende resultater.

## **Kost**

Det er gjort flere studier på hvor effektiv kostbehandling er hos barn med residiverende magesmerter som for eksempel IBS. En har sammenlignet fiberrik mat med placebo, og laktobacillus med placebo. Studiene rapporterte en viss forbedring av symptomer ved bruk av fiberrik diett, men det var ikke signifikante bevis for at kostbehandling er bedre enn placebo.<sup>17</sup>

## **Legemidler**

Noen legemidler som pizotifen, famotidine (ikke reg. i Norge) og peppermyntolje kan gi effektiv symptomlindring. Pizotifen er en serotoninantagonist som brukes til behandling av migrene. Peppermyntolje brukes ofte ved IBS. Dette får glatt muskulatur i tarmen til å slappe av og kan redusere og lindre plagene. Famotidine er en H<sub>2</sub>-reseptorblokker som ofte brukes i behandling av sure oppstøt og halsbrann. Bruk av pizotifen kan muligens gi færre og mindre intense episoder med abdominale smerter, men medikamentet er dyrt og kan ha potensielle bivirkninger som trøtthet, nedsatt appetitt og gastrointestinal ubalanse. Bruk av famotidine ble rapportert å kunne ha god effekt hos barn med RAP og dyspepsi, men evaluering med magesmertescoring ga ingen bevis for dette. Studier som sammenligner disse preparatene versus placebo viser at det er en viss forbedring av symptomer ved bruk av legemidlene, men studiene er små og legemidlene kan som nevnt ha bivirkninger og er ofte kostbare. Hvor gunstig det er å bruke dem er derfor omdiskutert. I de aller fleste tilfeller velger man å prøve andre metoder først.<sup>19</sup>

## **Psykososial intervensjon**

Den tette koblingen mellom psyke og soma hos pasienter med magesmerter gjør at intervensjon både på det biologiske, psykologiske og sosiale planet blir både naturlig og fornuftig. Dette er den eneste typen intervensjon som har vist en signifikant bedring i symptomene.<sup>20</sup> Parallelt med eventuell symptomlindring med kostholdsråd eller medikamenter og overvåking av eventuell kroppslig sykdom, finnes et bredt spekter av psykososial intervensjon som er anbefalt til behandling av vedvarende magesmerter hos barn. Blant disse finner vi kognitiv atferdsterapi og familierapi. En del av verktøyene man har brukt i utredningen av plagene kan videreføres i behandlingen. Blant annet kan genogrammet, registreringsskjema og matrisen, som kan ha visualisert noen av problemene, brukes til å identifisere angrepspunkt i behandlingen. Et viktig ledd i behandlingen er å bruke denne informasjonen til å utruste til egenbehandling ved å gi barn og foreldre innsikt i hvordan smertene påvirkes av psykiske og fysiske forhold. Kunnskap om dette kan gjøre det lettere for familien å forstå og muligens påvirke smerteepisodene ved å endre på forhold som bidrar til å utløse, forsterke eller vedlikeholde symptomene. Det er viktig at fokuset rettes mot normalisering av hverdagsfunksjonene og hvordan man best mulig kan mestre den situasjonen man er i.

## **Tiltaksfase og avslutningsfase**

Det er viktig at man gjennom hele konsultasjonen er åpen om hva man tenker og hvorfor. Når konsultasjonen nærmer seg slutten, oppsummerer man det som er kommet ut av undersøkelsen og hva man tenker videre. Ofte innebærer dette å vente og se, og det kreves flere konsultasjoner hvor man fortsetter utredningen. Ved tilstedeværelse av røde flagg er det større sannsynlighet for at det kan finnes en organisk årsak til magesmertene, og videre somatisk utredning vil kunne være hensiktsmessig. Når man ikke finner tegn til organisk sykdom bør man følge opp eventuelle holdepunkter for funksjonelle lidelser og psykosomatiske problemer.

## **Henvising**

Som allmennlege er det viktig å kjenne sine begrensninger. Dersom sykdomsbildet blir for omfattende, og overskrider legens erfaring og kunnskap, vil det være nødvendig å henvise barnet til neste nivå. Det arbeidet man har gjort før man kommer til dette punktet vil være viktig informasjon til instansen som skal ta i mot barnet. En utfyllende henvising med

anamnese, klinisk undersøkelse og teorier om årsakssammenhenger er et nødvendige bidrag til videre behandling av barnet.

Allmennlegen har i tillegg til den somatiske sykehusdelen mulighet til å henvise barnet til barne- og ungdomspsykiatrien. BUP er et poliklinisk helsetilbud innefor psykisk helsevern for barn og ungdom, og fokuserer på biologiske, psykologiske og sosiale prosessers rolle i barnets utvikling. Her tilbys en tverrfaglig tilnærming av problemet gjennom barnepsykolog, psykiater, familierapeut og sosionom. De har god erfaring innenfor psykisk helse, og kan hjelpe barnet når allmennlegens erfaring og kunnskap ikke lenger strekker til. Det gis blant annet familierapi, rådgiving, leketerapi og medisinerer, samt kognitiv og pedagogisk behandling. Barn og ungdom kan også få hjelp gjennom pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT). Gjennom PPT får barnet/ungdommen råd og hjelp til å takle daglige problemer på skolen. Ansvarsområdet for PPT begynner allerede når barnet er født, og PPT anvendes ofte som koordinator når flere instanser i primær- og sekundærtjenesten er involvert.

## **Prognoser**

Studier har vist varierende resultater med tanke på om barn med RAP har mer magesmerter som voksne enn de som vokser opp uten. Derimot har flere studier vist en tydelig økt forekomst av de komorbide tilstandene i voksenlivet. Det er vist en økt tendens til somatisering, depresjon og angst hos voksne som har hatt magesmerter som barn.<sup>5</sup> Man har også sett en større sannsynlighet for hypokondri og dårligere sosial funksjon i voksenlivet.<sup>6,21</sup> Det er nærliggende å tenke at dette er sterkt knyttet til hvordan barnet og familien mestrer sykdom. Barn med passive mestringsstrategier som å stoppe aktivitet, trekke seg tilbake eller hyperfokusere på symptomet har et mer negativt utfall og utvikler mer somatisering. Disse mestringsstrategiene er assosiert med depressive symptom som igjen er linket til katastrofetanker, oppmerksomhet på smertestedet og fravær av problemløsningsstrategier<sup>21</sup>.

I fysikalsk medisin brukes et begrep som kalles ”gule flagg”. Dette er ”faktorer som øker risikoen for kronisifisering av muskel- og skjelettlidelser, langvarig funksjonssvikt og tap av jobbfunksjon”.<sup>22</sup> I forbindelse med funksjonelle magesmerter hos barn kan man adoptere dette begrepet med tanke på risiko for videre plager i voksenlivet. Vi kan identifisere disse ”gule flaggene”:

- Dårlig tilpasning til smertene
- Manglende/passive mestringsstrategier

- Angst, depresjon
- Skolefravær, dårligere skoleferdigheter.
- Redusert aktivitetsnivå

En viktig del i behandling og forebygging av langvarige plager er å identifisere slike gule flaggene og prøve å styrke barnets og familiens mestring.

## **Til slutt**

Uansett hva man velger å konkludere med, er det viktig å spille på lag med pasient og pårørende. Man må spørre hva de tenker om veien videre, og forsikre seg om at pasientens forestillinger, forventninger og følelser har blitt tatt hensyn til. Man har gjerne gått flere runder rundt samme problemstilling, og man må oppsummere hva som har kommet frem så langt. Videre må man legge en plan for hva som skal skje. Det er viktig å lytte til pasientens og foreldrenes ønsker, men samtidig være tydelig i sine anbefalinger og ikke la seg presse. Dersom man blir enige om å henvise videre, er det nødvendig å informere om eventuell ventetid og at det er viktig å ta kontakt ved forverring av symptomene. Det er essensielt at det legges en plan der lege, pasient og mor er enige om forløp og mål. Skal man for eksempel legge opp et løp med registreringskjema og støttesamtaler? Er målet symptomfrihet eller økt mestring av smerteepisodene? Et slikt oppfølgingsløp kan bidra til å styrke forholdet og tilliten til fastlegen, men kan også føre til at man overser nye symptomer. Man må være oppmerksom på at organiske lidelser kan dukke opp selv om de ikke var tilstede ved første møte. For eksempel kan man se at et barn med magesmerter av ukjent opprinnelse opplever et økende stress med tanke på å komme seg på skolen grunnet smertene. Dårlig tid på morgenen og krav om å skynde seg kan føre til at barnet må holde igjen avføring, som igjen kan gi smertefull avføring og obstipasjon. Et tilfelle hvor man trodde man hadde utelukket organisk sykdom har utviklet et behandlingstrengende organisk problem.

## **Konklusjon**

Residiverende magesmerter er en symptombeskrivelse, og man regner med at så mange som 9-25 % av alle barn har plager som passer inn under denne beskrivelsen. I 10 % av tilfellene klarer man å identifisere organiske årsaker til magesmertene. Blant disse finner vi tilstander som gastroenteritt, appendicitt, obstipasjon, urinvegsinfeksjoner, inflammatoriske tarmsykdommer, cøliaki, laktoseintoleranse, matvareallergi og annen sykdom utenfor magetarmsystemet. I noen av tilfellene hvor man ikke finner noen organisk sykdom kan man finne mønster i smertene som gjør det mulig å stille en funksjonell diagnose. Rome III har

klassifisert ulike funksjonelle magetarmlidelser basert på kliniske symptomer. Blant disse finner vi funksjonell dyspepsi, irritabel tarmsyndrom, abdominell migrene og funksjonelle magesmerter. Dette er diagnoser som krever oppfylling av bestemte kriterier, og er ikke rene eksklusjonsdiagnoser.

Legens viktigste verktøy i utredningen av disse pasientene er en grundig anamnese og klinisk undersøkelse. En screening med tanke på alarmsymptomer, eller ”røde flagg” kan hjelpe allmennlegen i å skille pasienter med risiko for alvorlig organisk sykdom og behov for videre utredning fra de som ikke vil ha nytte av dette.

Flere studier har avdekket en assosiasjon mellom stress, både i hverdagen og ved større livshendelser, og magesmerter. Mangel på mestringsstrategier og dårlig tilpasning er også faktorer som spiller inn på sykdomsbildet. Dette er faktorer som er viktige å kartlegge i utredningen av barn med magesmerter. Man har sett en økt forekomst av andre fysiske symptomer som hodepine, leddsmerter og kvalme hos barn med magesmerter i forhold til smertefrie grupper. Disse barna har også større grad av internaliserende adferd og symptomer på angst og depresjon. Det er også vist at de i større grad har mange av de samme plagene i voksen alder. Familiene til disse barna har også økt forekomst av psykiske lidelser, somatisering og forbruk av helsetjenester. Med tanke på kronifisering av plagene kan man identifisere ”gule flagg”, som er faktorer som øker risikoen for videre plager i voksenlivet.

Ingen studier har kunnet konkludere med noen symptomlindrende behandling med medikamenter eller kosthold. Imidlertid har psykososial intervensjon vist signifikante resultater. Denne behandlingen går ut på å identifisere faktorer, både av biologisk, psykologisk og sosial art som påvirker utløsning og vedlikeholding av plagene. Ved å tydeliggjøre disse for pasienten og familien, kan man utruste til stressmestring og symptomlindring.

### **Avsluttende kommentarer**

Den kunnskapen vi nå har om det tette samspillet mellom psyke og soma gjør som tidligere nevnt at en fremgangsmåte hvor man først forsøker å utelukke organisk sykdom, og så fokuserer på psykososiale forhold, blir inadekvat. Man må parallelt se etter holdepunkter for begge deler. Et barn med påvist ulcerøs colitt kan ha behov for de samme psykososiale tiltakene som et barn med funksjonelle magesmerter. Motsatt kan man aldri si at et barn med funksjonelle magesmerter er immunt mot ulcerøs colitt.

Allmennlegen må alltid vurdere kompleksiteten i sykdomsbildet opp mot egen kompetanse og erfaring, og eventuelt henwise videre til en annen instans.

## **Vedlegg**

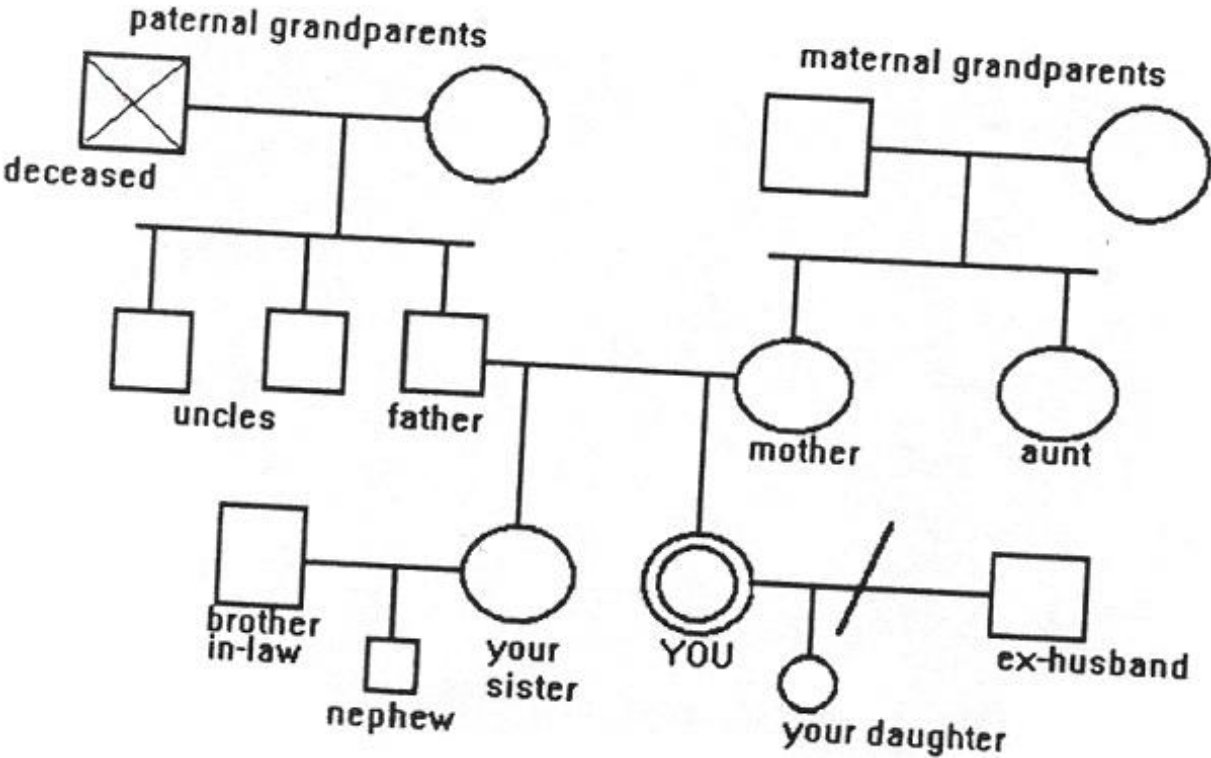
1: Genogram

2: Registreringsskjema (utviklet av Hans Petter Fundingsrud, her med hodepine som eksempel)

3: Matrise

4: Definisjoner

Vedlegg 1







### Vedlegg 3

	<b>Bio</b>	<b>Psyko</b>	<b>Sosial</b>
<b>Sårbarhet</b>	Arva / genetisk predisposisjon  Autonom aktivering under stress	Dårlig selvbilde/-tillit  Genetisk?  Alexitymi  Personlighet/temperament, dårlig aggressjonshåndtering	”Dysfunksjonell familie”  Geografi?  Skole  Få venner / lite nettverk
<b>Utløsende faktorer</b>	Somatisk sykdom  Dårlig ernæring  Skade	Prestasjonspress  Angst, depresjon  Stress	Mobbing  skilsmisse  Tap
<b>Vedlikeholdende faktorer</b>		Manglende mestringsstrategier  Stress, frykt for sykdom	Manglende mestringsstrategier i familien
<b>Mestring</b>	God fysisk form  Medikament?	Godt selvbilde/-tillit  Sterk psyke?  Personlighet!	Gode relasjoner, godt nettverk, gode venner  Skole

## Vedlegg 4

### **Definisjoner:**

-VAS: Visual analog scale er en rett linje, vanligvis 10 cm lang, der det skal avmerkes hvor sterke smertene er/har vært, og der ytterpunktene er (null) "ingen smerte" og (ti) "maksimal/verst tenkelig smerte". VAS-skalaen kan gjelde ulike tidspunkter, som f.eks "smerter akkurat nå", "verste smerter siste uke" eller "gjennomsnittlige smerter siste uke".

-Prevalens: Andel personer i en gitt gruppe som har en gitt tilstand

-Positiv og negativ prediktiv verdi: hvor stor andel av dem med positive test som er syke og hvor stor andel av dem med negative tester som er friske.

-Persepsjon: Prosesser hvor vi bruker gjenkjenner, organiserer og forstår sanseinntrykk.

-Kognisjon: Prosesser hvor man oppnær kunnskap eller informasjon om miljøet

-Alexitymi: Manglende evne til å uttrykke følelser

-Somatisering

- Kroppslige symptomer hvor somatiske forklaringer ikke kan påvises eller står i forhold til de opplevde plagene (legehåndboka).
- Utvikling av kroppslige symptomer ved stress og belastninger. (store medisinske leksikon).
- Kommunikasjonsform hvor pasienten uttrykker psykologiske konflikter og problemer ved bruk av ord som beskriver kroppslige symptomer.
- Presentasjon av velavgrensede psykiske lidelser i form av disse lidelsenes kroppslige symptomer, for eksempel tretthet ved depresjon. (SML).

-Somatiseringslidelse: Kronisk, invalidiserende psykosomatisk lidelse kjennetegnet ved kroniske legemlige symptomer fra en rekke organsystemer, uten sikker medisinsk-biologisk forklaring på symptomenes karakter eller grad, eller pasientens opptatthet av dem. Multiple, gjentatte fysiske symptom som forandres eller flytter fra sted til sted. Langvarig funksjonssvikt (SML og Reidun Olstad, foreleser UiT)

**Gule flagg:** faktorer som øker risikoen for kronisifisering av muskel og skjelettlidelser, langvarig funksjonssvikt og tap av jobbfunksjon. (Fysiopedia)

## Referanseliste

---

- <sup>1</sup> Walker LS, Garber J, Smith CA et al. The relation of daily stressors to somatic and emotional symptoms in children with and without recurrent abdominal pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 69(1), Feb 2001, 85-91.
- <sup>2</sup> Scarff L. Recurrent abdominal pain I children: A review of psychological factors and treatment. *Clinical Psychology Review*, Vol. 17, No. 2, pp. 145-166, 1997
- <sup>3</sup> [www.romecriteria.org](http://www.romecriteria.org)
- <sup>4</sup> Hyams J, Hyman P. Recurrent abdominal pain and the biopsychosocial model of medical practice. *The Journal of Pediatrics* Volume 133, Issue 4, October 1998, Pages 473-478
- <sup>5</sup> Subcommittee on Chronic Abdominal Pain. Chronic abdominal pain in children. *Pediatrics* 2005;115;812-815
- <sup>6</sup> Schulte IE, Petermann F, Noeker M. Functional abdominal pain in childhood: from etiology to maladaptation. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2010; 79:73–86
- <sup>7</sup> Kap 1.4. Schei E og Steinsholt IM. Den kliniske samtalen . Hunsår S. *Allmenmedisin* 2.utg. 2003 s. 69-73.
- <sup>8</sup> Raieli V, Compagno A, Pandolfi E et al. Headache: What do children and mothers expect from pediatricians? *Headache*. 2010 Feb;50(2):290-300.
- <sup>9</sup> Kap 4.2 Barn og barndom. Stensland P, Heian F, Haga OS. Hunsår S. *Allmenmedisin* 2.utg. 2003 s. 692-704
- <sup>10</sup> Kap. 45. Börjesson M, Mannerkorpi K, Knardahl S, et al: Smerter. Bahr R. *Aktivitetshåndboken Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. s. 584
- <sup>11</sup> Fundingsrud HP. A consultation model in a pediatric outpatient clinic: Conversation with psychosomatic children and their parents. *Family system medicine*, 1988. Vol 6, no.
- <sup>12</sup> Hjern, Alfven G, Östberg. School stressors, psychological complaints and psychosomatic pain, 2007
- <sup>13</sup> Fundingsrud HP. Barn som snakker med kroppen. *Utposten* Nr 2 2005. s 33-37
- <sup>14</sup> Greco LA, Freeman KE, Dufton L. Overt and relational victimization among children with frequent abdominal pain: links to social skills, academic functioning and health service use. *Journal of Pediatric Psychology*. 2007 Apr;32(3):319-29
- <sup>17</sup> <sup>18</sup> Huertas-Ceballos A, Logan S, Bennett C, Macarthur C. Dietary interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jan 21;(1):CD003019
- <sup>19</sup> Huertas-Ceballos A, Logan S, Bennett C, Macarthur C. Pharmacological interventions for recurrent abdominal pain and irritable bowel syndrome in childhood. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(1):CD003017.

---

<sup>20</sup> Huertas-Ceballos A, Logan S, Bennett C, Macarthur C. Psychosocial interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Jan 23;(1):CD003014. Review.

<sup>22</sup> Fysiopedia.net

<sup>23</sup> Von Baeyer CL. Understanding and managing children's recurrent pain in primary care: A biopsychosocial perspective. *Paediatr child health* 2007;12: 121-125.