

Somatiske symptomtilstander hos barn og unge

Helene Helgeland og Solveig Gjems

Somatiske symptomtilstander hos barn og unge

Å øke barn og unges trygghetsfølelse er sentralt i behandlingen av somatiske symptomtilstander. Somatiske symptomtilstander, også kalt funksjonelle tilstander, er kroppslige plager der medisinsk utredning ikke avdekker noen kjent fysisk forklaring (Wessely et al., 1999). Eksempler er tilstander med langvarige smerter, kramper, lammelser og utmattelse. Det er anslått at 4–10 % av barn og unge i befolkningen har denne type plager i slik grad at de har behov for klinisk intervensjon (Garralda & Rask, 2015). Jenter har høyere forekomst enn gutter.

Somatiske symptomtilstander blir ofte oppfattet som uspesifikke og medisinsk uforklarlige. Selv om de fleste fagmiljøer anerkjenner at psykososiale faktorer er av betydning for utvikling og forløp av sykdom, preges klinisk praksis fortsatt av den biomedisinske sykdomsmodellen (Lioffi, 2016). Denne har som premiss at kun objektive funn gir et gyldig grunnlag for korrekt kunnskap om kroppen (Kirkengen & Næss, 2015). Dette har skapt et skarpt skille mellom fysisk og psykisk sykdom, noe som har bidratt til en fastlåst og lite hensiktsmessig forståelse av denne type plager (Lioffi & Howard, 2016; Malas et al., 2017). I helsevesenet faller ofte pasientgruppen mellom stoler – de hører verken hjemme i psykisk helsevern eller i somatikken, fordi symptomene ikke enkelt kan forstås som en «rett frem» organisk sykdom eller psykisk lidelse (Kozłowska et al., 2020). I vårt arbeid med de dårligste pasientene i andrelinje- og tredjelinjetjenesten forteller majoriteten at de føler seg mistenkeliggjort, ikke trodd og avvist i møte med både somatisk og psykisk helsevern. Mulige forklaringer kan være at helsepersonell mangler kunnskap og/eller reagerer med avvising i møte med fortvilte, frustrerte pasienter med uspesifikke symptomer. Dette hemmer fruktbar kommunikasjon og utvikling av en god relasjon, som er en viktig hjørnestein i all behandling (Epstein et al., 2006).

Sammenhengen mellom psykososial belastning, helse og sykdom har vært kjent lenge. Begrepet «den nye sykkelighet» (dvs. «the new morbidity») ble introdusert rundt 1975 og viste til at vanlige, men vanskelige livserfaringer kunne bidra til helseplager som tilsynelatende ikke passet med den tradisjonelle medisinske sykdomsforståelsen (Pervanidou & Chrousos, 2018). I dag, mer enn 40 år senere, vet vi at negative livshendelser og belastninger i tidlige barneår kan bidra til både fysiske og psykiske helseplager senere i livet (Pervanidou & Chrousos, 2018). Likevel har overføringen av denne kunnskapen til klinisk praksis gått forbausende langsomt.

Negative livshendelser og belastninger i tidlige barneår kan bidra til både fysiske og psykiske helseplager senere i livet

Målet med denne artikkelen er todelt. Først ønsker vi å gi en forenklet oversikt over nyere viten om sammenhengen mellom stress, belastning og helse med et særskilt fokus på somatiske symptomtilstander. Deretter ønsker vi å vise hvordan denne kunnskapen kan anvendes i klinisk arbeid med barn og unge med somatiske symptomtilstander. Selv om artikkelen har et barne- og ungdomsperspektiv, vil vi understreke at kunnskapsgrunnlaget som presenteres, ikke er begrenset til barn og unge, men også i stor utstrekning gjelder voksne.

Litteraturvalg og metode

Kunnskapsgrunnlaget i artikkelen bygger på en ikke-systematisk gjennomgang av nyere fagartikler skrevet av anerkjente internasjonale fag- og forskningsmiljøer, samt vårt eget fagmiljøs samlede kliniske erfaring. Ut ifra dette og vårt kliniske arbeid i andrelinje- og tredjelinjetjenesten presenterer vi kunnskap som er av særlig interesse for psykologer og psykiatere, men også annet helsepersonell som ønsker å arbeide evidensbasert med pasientgruppen.

Sammenhenger mellom stress, belastning og helse

I det følgende retter vi søkelyset mot hvordan kroppens stressreguleringssystemer og hjernenettverk er involvert i evaluering av stress og fare, vel vitende om at det dreier seg om kompliserte prosesser, og at også andre faktorer er av betydning. Videre vil vi fremheve at det er hele mennesket som erfarer, ikke hjernen eller stresssystemene isolert.

Gjennom evolusjon har alle levende organismer utviklet et samstemt og finregulert indre fysiologisk miljø (homeostase) som styrer alle vitale prosesser og beskytter organismen mot sykdom, skade og ytre fare. En rekke ulike faktorer, stressorer, kan gi opphav til stress, som i denne sammenhengen defineres som en fysiologisk tilstand der homeostasen er forstyrret eller trues med å bli det (Pervanidou & Chrousos, 2018). Endringer i homeostasen utløser automatiske, nøye regulerte fysiske prosesser (stressresponser) og av og endring i atferd for å minimere avvikene og opprettholde et stabilt miljø. Kroppens stressresponser er helt nødvendig for normal fungering, gir økte forutsetninger for overlevelse og er i mange tilfeller ønskelig (f.eks. ved fysisk eller mental aktivitet, lek og trening).

Kroppens stressreguleringssystemer

Kroppens stressreguleringssystemer (heretter kalt stressystemer) spiller en sentral rolle i kroppens stressresponser, er involvert i nær sagt alle vitale prosesser i kroppen og bidrar til effektiv beskyttelse mot fare. Stressystemene omfatter hypothalamus-hypofyse-binyrebarkaksen (HPA-aksen), det autonome nervesystemet (det sympatiske og parasympatiske nervesystemet), immun-inflammasjonssystemet, muskel-skjelettsystemet og hjernenettverk involvert i de kognitive og emosjonelle komponentene av stressresponsen (Kozłowska, 2013; Stavrou et al., 2017). De ulike stressystemene interagerer tett. Aktivitet i ett eller flere stressystemer kan over tid medføre aktivitet i – og dermed symptomer fra – de andre systemene.

Kroppens respons på fare

Ved akutt opplevd fare aktiveres komplekse hjernemekanismer som involverer både evolusjonsmessig eldre subkortikale og nyere kortikale hjernenettverk (Kleckner et al., 2017). Amygdala spiller en sentral rolle i fortolkning av stress under innflytelse av hippokampus og områder i prefrontal korteks (Elbers et al., 2018). Ved opplevd fare stimuleres det autonome nervesystemet og HPA-aksen sentralt. Økt utskillelse av katekolaminer (adrenalin, noradrenalin) og andre signalstoffer gir endret aktivitet i hjernens stressystemer – blant annet i form av hyperaktivitet i amygdala og hypoaktivitet i hippokampus og prefrontal korteks. Vi får også en endret aktivitet i den autonome responsen i hjernestammen med redusert parasympatisk og økt sympatisk aktivitet. Perifert får man en økning av kortisol og katekolaminer fra binyrene. Dette og flere andre systemer og deres mediatorer (hormoner og cytokiner) interagerer med stressystemene sentralt og perifert for å møte metabolske krav og forberede kroppen på en situasjon med kamp eller flukt. Resultatet er blant annet økt blodtrykk, raskere hjerte- og respirasjonsfrekvens, redusert fordøyelse og (kompleks) påvirkning av immunsystemet, som forberedes på å håndtere sykdomsfremkallende faktorer og skade. Når faren er over, iverksettes funksjoner som tar seg av bekjempelse av infeksjon, vevsfornyning og reparasjon som følge av økt parasympatisk aktivitet (Elbers et al., 2018; Stavrou et al., 2017).

Når man utsettes for intense, langvarige eller tilbakevendende stressorer, kan det oppstå en vedvarende ugunstig aktivering i stressystemene. Det ser ut til at en rekke ulike dysreguleringsmønstre med økt, redusert eller avvikende aktivitet kan oppstå (Kozłowska, 2013). Dette kan gi økt risiko for utvikling av ulike symptombilder, blant annet sammensatte symptomtilstander, langvarige smerter, angst, depresjon, posttraumatisk stresslidelse samt autoimmun, metabolsk og kardiovaskulær sykdom (Pervanidou & Chrousos, 2018).

Barn og unge med somatiske symptomtilstander har ofte svekket kognitiv funksjon i form av oppmerksomhetsvansker, svekket eksekutiv fungering og hukommelsesvansker (Malas et al., 2017). Dette kan ha sammenheng med at vedvarende aktivering av stressystemene medfører redusert aktivitet i prefrontal korteks og svekket kognitiv funksjon, fordi eldre, subkortikale, reflekseive hjernefunksjoner fremmes på bekostning av nyere kortikal, reflektiv kognitiv funksjon (Arnsten, 2015). Dette er hensiktsmessig ved akutte farefulle situasjoner, men uheldig i vår moderne hverdag, der vi i større grad trenger høyere kognitive funksjoner.

Døgnrytmens betydning

For å sikre overlevelse har kroppen gjennom evolusjonen utviklet en innebygget, synkronisert og gunstig rytme som er tilpasset døgnets vekslinger mellom lys og mørke. Vår sentrale døgnrytmeklokke er lokalisert i hypothalamus og påvirker alle fysiologiske funksjoner (f.eks. søvn/våkenhet, reparasjonsprosesser, regulering av kroppstemperatur og energiforbruk). «Småklodder» som styres av den sentrale klokken, finnes i alt kroppsvev, der de bidrar til regulering og opprettholdelse av et gunstig indre miljø (Nicolaidis et al., 2017). Døgnrytmen sørger for en funksjonell kobling mellom stressystemene slik at systemer som er involvert i energimobilisering og forsvar (sympatikus, HPA-aksen) – enkelt sagt – er «på» om dagen og «av» om natten. Systemer som er involvert i energibevaring, vevsfornyning og reparasjon (parasymptikus), er «av» om dagen og «på» om natten.

Forstyrrelse av døgnrytmen påvirker de ulike stressystemene slik at de ikke lenger fungerer optimalt (Nicolaidis et al., 2017). Dysregulering av HPA-aksen som følge av forstyrret døgnrytme kan medføre at den gunstige døgnvariasjonen av kortisol forstyrres. Dette kan få omfattende konsekvenser, siden nesten alt vev i kroppen har kortisolreseptorer. Langvarig stress kan også forstyrre døgnrytmen via nevralt og endokrine mekanismer. Slik oppstår selvforsterkende, onde sirkler som gir økt risiko for blant annet fordøyelsesbesvær, kvalme, tretthet, hodepine og svimmelhet. Over tid gir langvarig stress og døgnrytmeforstyrrelse økt risiko for hjerte-karsykdom, autoimmun sykdom, metabolske forstyrrelser, angst, depresjon og kroniske smerter (Nicolaidis et al., 2017).

Fortolkninger og tidligere erfaringer

I møte med mulig fare gjør vi automatiske, ubevisste fortolkninger av omfang, varighet og mulighet for kontroll og mestring (Kleckner et al., 2017). Fortolkningene er preget av tidligere livserfaringer. Grad av opplevd fare påvirker tanker, følelser, persepsjon og handlinger, og justerer stressystemene slik at vi mest mulig effektivt kan møte utfordringene vi står overfor. Sanselinformasjon fra kroppen

og omgivelsene er også av betydning, men for ikke å «bombarderes» er det mye sanseinformasjon vi ikke legger merke til (Van den Bergh et al., 2017). Så lenge sansesignalene svarer til våre ubevisste fortolkninger i en gitt situasjon, reagerer vi i tråd med disse. Når derimot sansesignalene avviker signifikant, korrigeres fortolkningene automatisk. Slik får vi stadig nye erfaringer som vi kan anvende i fortolkning og håndtering av nye situasjoner.

Det er nylig foreslått at en «mismatch» mellom ubevisste fortolkninger og sanseinformasjonen som registreres, kan være av betydning for utvikling av somatiske symptomtilstander (Hechler et al., 2016; Van den Bergh et al., 2017). I tilfeller der den ubevisste fortolkningen av for eksempel ømhet eller stikking i muskulatur er sterk og entydig («Dette er farlige smerter!»), mens sansesignalene fra kropp og omgivelser er vage og upresise, «vinner» den ubevisste fortolkning av hendelsen. Dette vil prege vår bevisste opplevelse og håndtering av symptomene, og kan gjenspeiles i økt aktivitet i smertenettverket, nettverk som er involvert i frykt og engstelse, og i kroppens stresssystemer. En slik forklaring kan hjelpe oss å forstå a) hvorfor en person som har erfart alvorlig sykdom hos nær pårørende, feiltolker lignende, men ufarlige symptomer hos seg selv, b) hvorfor symptomer som i utgangspunktet var knyttet til sykdom eller skade, vedvarer selv etter at sykdom/skade er helet, og c) hvorfor mange pasienter med kjent somatisk sykdom (f.eks. astma, epilepsi, hjertesykdom) utvikler somatiske symptomtilstander i tillegg.

Stress er kumulativt

Det er kjent at ulykker, krig, naturkatastrofer, overgrep eller omsorgssvikt kan ha alvorlige konsekvenser for menneskets helse, men også mer vanlige livsbelastninger som sorg, skilsmisse, prestasjonspress og mobbing kan gi helsemessige konsekvenser (Malas et al., 2017). Tilsvarende gjelder for sykdom, smerter, skader og medisinske prosedyrer (Pervanidou & Chrousos, 2018). At stress er kumulativt, innebærer at summen av flere tilsynelatende «mindre» hendelser over tid kan gi langvarig, lavgradig aktivering og «slitasje» i kroppens stresssystemer (allostatisk overlast) (You et al., 2019). På et gitt tidspunkt er «begeret fullt», og en tilsynelatende mindre stressor, for eksempel en infeksjon, ubetydelig skade, eksamensperiode, foreldrekonflikt eller tap av vennskap kan utløse kroppslige symptomer. Forhold knyttet til stressor (type og «timing») kombinert med individuelle sårbarhetsfaktorer som personlighet, sosiale og kognitive ferdigheter gjør den enkelte mer eller mindre sårbar. Gener, kjønn, livserfaringer og epigenetiske mekanismer vil også være faktorer som påvirker individets sårbarhet for og håndtering av stress (Stavrou et al., 2017). Stor eller langvarig belastning i sårbare utviklingsperioder (fosterlivet, tidlige barneår og puberteten) ser ut til å kunne

medføre varige, ugunstige virkninger på hjernestrukturer og -funksjoner og kroppens stresssystemer. Dette kan utgjøre en sterk biologisk risikofaktor for symptomer og sykdom senere i ungdoms- og voksenår (Pervanidou & Chrousos, 2018).

Kliniske implikasjoner

I det forgående har vi pekt på kunnskap som samlet sett gir støtte til at somatiske symptomtilstander er relatert til en ugunstig, økt og vedvarende aktivitet i kroppens stresssystemer som følge av en rekke ulike biopsykososiale stressorer i komplekst samspill. I tråd med dette anbefaler anerkjente fag- og forskningsmiljøer en biopsykososial, tverrfaglig og multimodal tilnærming og behandling (Garralda & Rask, 2015, Kozłowska et al., 2020). Likevel er vår erfaring at dette i liten grad er implementert i klinisk holdning og praksis. Noe av forklaringen kan være at mange klinikere mangler kunnskap og erfaring med å håndtere pasientgruppen, men også at mange ikke riktig vet hva en slik tilnærming og behandling innebærer i praksis. I det følgende vil vi utdype noen sentrale kliniske implikasjoner.

Biopsykososial forståelse

Å arbeide fram en helhetlig, biopsykososial forståelse av det enkelte barns symptomer og funksjonsfall er avgjørende for å lykkes i behandlingen fordi dette vil vise vei til persontilpasset behandling (Lioffi & Howard, 2016). En slik forståelse bygger på pasientens sykehistorie, utviklingshistorie, familiehistorie og livssituasjon, og har en spesiell oppmerksomhet rettet mot kumulativt stress (Lioffi & Howard, 2016). I en helhetlig forståelse integreres kjent fagkunnskap, behandlerens ekspertise og pasientens og familiens erfaringer, verdier og preferanser (British Psychological Society, 2011). Dette innebærer at pasient, foresatte og behandler utveksler informasjon, drøfter symptomer og ser etter mulige sammenhenger samt disponerende, utløsende og opprettholdende faktorer.

Denne måten å arbeide på dreier seg i vid forstand om en biopsykososial, helhetlig utredning og diagnostikk som bidrar til å identifisere målrettede behandlingstiltak, snarere enn tradisjonell og mer avgrenset utredning og diagnostikk av et enkelt symptom eller en sykdom (British Psychological Society, 2011). Det er viktig å være klar over at den biopsykososiale forståelsen er dynamisk. Dette betyr at faktorer som bidrar til å vedlikeholde aktivitet i stresssystemene – og dermed også gi symptomer – kan skifte over tid og kan være helt andre enn de som bidro til å utløse plagene. Dette får naturligvis konsekvenser for behandlingen. En helhetlig forståelse kan også være terapeutisk

når den fremkommer som et resultat av et gjensidig samarbeid mellom behandler og pasient/familie (Winters et al., 2007). For pasienten og familien kan økt forståelse av barnets plager redusere usikkerhet, gi økt mestring og bedre behandlingsetterlevelse (Street et al., 2009).

Kontroll, forutsigbarhet og mestringsmuligheter

I tråd med kunnskapen som er formidlet i første del av artikkelen, bør vi i utredning og behandling rette oppmerksomheten mot menneskets iboende behov for hele tiden å forutse hva som kommer til å skje, samt hvordan fortolkning av mulig fare kan komme til uttrykk som både kroppslige og emosjonelle symptomer. I vårt kliniske arbeid er det derfor et mål å gi barnet (og familien) forutsigbarhet, oversikt, kontroll og mestringsmuligheter som gir økt opplevelse av trygghet. Dette vil ha en gunstig effekt på kroppens stresssystemer og hjernenettverk som er involvert i evaluering av stress og fare (Kozłowska et al., 2020).

Tverrfaglighet

Et tverrfaglig perspektiv er sentralt i utredning og behandling av alle pasienter med somatiske symptomtilstander gitt tilstandenes multifaktorielle etiologi (Wren et al., 2019). For de dårligste pasientene vil et tett, tverrfaglig samarbeid mellom somatisk og psykisk helsetjeneste og skole/ barnehage være nødvendig (Garralda & Rask, 2015). Dette innebærer at pasienten ikke bare henvises fra fagperson til fagperson, og at informasjon kun utveksles skriftlig, men at involverte fagpersoner har gjensidig dialog og samarbeid. Slik sikres felles forståelse, enighet når det gjelder valg og gjennomføring av tiltak, samt koordinerte tjenester (Malas et al., 2017). Hvilke faggrupper som involveres, vil variere avhengig av barnets utfordringer. Vi ser ofte at det er hensiktsmessig at fastlege, psykolog / barne- og ungdomspsykiater, fysioterapeut, lærer og spesialpedagog samarbeider. Siden disse pasientene finnes på alle helsetjenestenivåer, er det – ut fra vår erfaring – nødvendig med økt samhandling og tverrfaglighet innad og mellom de enkelte helsetjenestenivåene. Økt samarbeid mellom helsevesen og skole er også nødvendig. For pasienter med milde til moderate symptomer er det ofte tilstrekkelig at det tverrfaglige perspektivet ivaretas av færre fagpersoner, men samarbeid mellom somatisk og psykisk helsetjeneste er som regel nødvendig.

Multimodal behandling

Mange barn og unge tror at plagene representerer noe farlig i kroppen

I tråd med kunnskapen som er presentert i artikkelens første del, vil mange pasienter med somatiske symptomtilstander ha behov for multimodal behandling som omfatter ulike behandlingstiltak rettet parallelt mot individet, familien og skolen (Kozłowska et al., 2020; Wren et al., 2019). Å

rette behandlingen mot sentrale opprettholdende faktorer og legge til rette for mestringsmuligheter vil dempe ugunstig aktivitet i kroppens stresssystemer. Høyst sannsynlig er den totale effekten av slike tiltak større enn summen av de enkelte tiltakene alene (Wren et al., 2019). Tiltakene velges ut fra hva som vurderes å være de viktigste opprettholdende faktorene for det enkelte barn. Det kan for eksempel dreie seg om søvnevansker, forstyrret døgnrytme, angst og depresjon, uheldige tankemønstre, stor symptomoppmerksomhet i familien, lærevansker, sosial isolasjon, mobbing, vanskelige familieforhold og bakenforliggende traumer. Siden dette vil variere fra barn til barn, vil hva som er effektiv behandling, også variere.

Medisinsk utredning og behandling

En viktig oppgave for fastleger og barneleger er å utrede symptomer hos barn og unge med det formål å påvise eller avkrefte sykdom. Dessverre finnes det utallige eksempler på at pasienter med somatiske symptomtilstander gjennomgår stadig nye, unødvendige og potensielt skadelige undersøkelser i en «evigvarende» utredning (Geist et al., 2008). I håp om å få en forklaring kan både helsepersonell, foreldre og pasient være pådrivere. I stedet for svar virvles nye spørsmål opp. Dette bidrar gjerne til bekymring, usikkerhet og uheldig symptomoppmerksomhet, og dermed manglende opplevelse av kontroll og forutsigbarhet (Geist et al., 2008). Slik kan stadig ny eller gjentatt medisinsk utredning føre til at aktivisering av kroppens stresssystemer opprettholdes. Å begrense og fullføre utredning er derfor en nødvendig forutsetning for å komme videre i behandlingen (Kozłowska et al., 2020). Samtidig er det avgjørende at pasient og familie kjenner seg trygge på at utredningen er god og grundig.

En god medisinsk vurdering handler imidlertid ikke bare om å påvise eller avkrefte sykdom, men også om å gi gode forklaringer og å forstå hva pasienten og familien trenger (Kozłowska et al., 2020). Først da er det mulig for pasienten og familien å åpne for at andre, viktige faktorer – for eksempel frykt for uoppdaget sykdom, inaktivitet, foreldrekonflikt, langvarig skolefravær eller at barnet møter større krav enn det har forutsetninger for å mestre – kan bidra til å opprettholde eller forverre barnets symptomer og funksjonstap.

Individuell psykologisk utredning og behandling

Pasienter med alvorlige symptomer og funksjonstap bør utredes i psykisk helsevern for å fange opp eventuelle komorbide tilstander (f.eks. angst, depresjon, kognitive utfordringer, utviklingsforstyrrelser) (Chacko, 2020). Utfordringer som avdekkes, må inngå i en helhetlig forståelse og behandlingsplan. Det er imidlertid viktig å være klar over at mange av pasientene ikke fyller

kriteriene til en diagnostiserbar psykisk tilstand, nettopp fordi emosjonell belastning kommer til uttrykk som somatiske symptomer (Bujoreanu et al., 2014). Dessverre møter vi stadig unge pasienter som har fått avslag på videre oppfølging i psykisk helsevern på grunn av dette.

Mange barn og unge tror at plagene representerer noe farlig i kroppen, eller at plagene ikke kommer til å gå over (Hechler et al., 2016). Ved å tilby god informasjon og forklaring tilpasset barnets alder og utviklingsnivå, kan man endre uheldig forståelse og forventning om plagene. Dette kan bryte et uheldig samvirke mellom barnets symptomoppmerksomhet og tro på at sansningen representerer noe farlig i kroppen («sensing is believing») (Schaefer et al., 2014). Tekstboks 1 gir et eksempel på en mulig forklaring som kan gis til en ung pasient.

Eksempel på forklaring som kan gis til en ung pasient

Du har i lang tid hatt smerter både i hodet og i kroppen. Etter hvert har du blitt mer sliten og du strever med å sove. Du har vært hos mange leger og det er gjort mange undersøkelser uten at det har blitt funnet en tydelig årsak til plagene dine. Du har kanskje opplevd at noen ikke tror på plagene dine? Kanskje har de sagt at du overdriver, «faker» eller at det «bare» er psykisk? Det er ikke greit! Alt dette kan være med på å gjøre situasjonen verre. I dag vet vi heldigvis mer om hvorfor man kan ha langvarige smerter uten at man kan se det på blodprøver, røntgenbilder eller andre undersøkelser. Har du lyst til å høre litt mer om dette? I kroppen har vi noe som kalles stressreguleringssystemet som består av det automatiske nervesystemet, hormonsystemet, immunsystemet og døgnrytmeklokken. Dette systemet virker hele tiden og har mange viktige oppgaver, for eksempel reparasjon og fornying av kroppen, god døgnrytme og søvn. Systemet er også ekspert i å varsle oss om fare. Har man for eksempel opplevd noe skummelt eller leit, skadet seg eller vært mye syk tidligere, så er stresssystemet mer på vakt og vil sette i gang «jobbingen» straks det oppdager noe som minner om tidligere opplevelser. Vi vet også at det ikke trenger å være én stor fare, men at mange mindre ting over tid kan slite på stresssystemet, for eksempel vansker med skolefag og lekser, at man ofte er småsyk og har infeksjoner i kroppen, mobbing eller foreldre som krangler. Hos noen kan stresssystemet «henge seg opp» slik at det ikke skrur seg av når «faren er over» – akkurat som en brannalarm. Henger du med?

Går man lenge med et «påskrudd» stressystem, kan det føre til slike plager som du har. Vi mener at stressystemet ditt har vært påskrudd lenge, fordi det i flere år har vært vanskelig på skolen uten at du har fått nok hjelp. I tillegg døde mormor, som du var veldig glad i, samtidig som du ble utestengt av vennene dine. Du tenkte kanskje at det ville ordne seg, derfor sa du ikke noe. Verken lærerne eller foreldrene dine forsto helt hvor vanskelig du hadde det, men kroppen din la merke til det. Etterhvert gikk stressalarmen og den skrudde seg ikke av igjen. Da du fikk influensa i vinter, var det «dråpen som fikk begeret til å renne over». Du ble helt utmattet, fikk enda mer vondt i hodet og i kroppen, du fikk ikke sove om kvelden og måtte sove lenge utover morgenen. Dette gjorde deg enda mer sliten og hodepinen ble skikkelig ille hele tiden. Alt dette er tegn på at alarmen har hengt seg opp. Du og foreldrene dine har vært redde for at du har en farlig sykdom og at du kanskje ikke blir frisk igjen. Slike bekymringer får alarmen til å varsle enda mer slik at plagene blir verre. Gir dette mening for deg?

Nå er du grundig undersøkt av mange leger og du har tatt mange prøver. Heldigvis vet vi nå at du ikke har en farlig sykdom som du ikke blir bra av. Derfor skal det ikke gjøres flere undersøkelser. Vi vet at med mer hjelp på skolen, mindre bekymring for hva plagene betyr og bedre søvn vil stressystemet langsomt skru seg ned. Vi skal også snakke om ting du og foreldrene dine kan gjøre for å hjelpe til. Vi mener at plagene dine med tiden kan bli mye bedre – antagelig helt borte.

Mange barn unngår ulike aktiviteter av frykt for symptomforverring (Hechler et al., 2016). Derfor bør behandlere og foreldre hjelpe dem å bryte uheldige unngåelsesmønstre. Unngåelse kan medføre at nøytrale aktiviteter (fysiske, sosiale, kognitive) kobles til symptomforverring. Etter hvert kan aktivitetene i seg selv gi en forventning om smerter eller ubehag og dermed bidra til forverring (Hechler et al., 2016). I slike situasjoner er det nødvendig å arbeide med barnet og foreldrene for å øke tryggheten på at tilpasset aktivitet ikke vil gjøre plagene verre på lengre sikt.

Noen barn kan ha nytte av pusteteknikker, avspenningsmetoder og mindfulness som en integrert del av behandlingen (Wren et al., 2019). Dette er kroppsorienterte intervensjoner som tar sikte på å dempe kroppens stressresponser (Kozłowska et al., 2020). Klinisk hypnose er vist å være nyttig i behandling av funksjonelle magesmerter og andre langvarige smertetilstander hos barn og

unge (Wren et al., 2019). Å tilby avspenningsteknikker eller hypnose uten samtidig å arbeide med opprettholdende faktorer i barnets familie, skole- og/eller sosiale situasjon vil imidlertid ha begrenset effekt, og kan i verste fall bidra til forverring.

Familiebehandling

Et familieperspektiv er avgjørende i møte med barn med somatiske symptomtilstander (Malas et al., 2017). Erfaringsmessig vil mange familier også trenge familiebehandling. Vi ser at noen familier preges av «unntakstilstand» og stor bekymring knyttet til barnets plager. Dette gir grobunn for utrygghet, symptomoppmerksomhet og uheldig tilrettelegging rundt barnet; forhold som kan bidra til å opprettholde barnets plager (Lioffi & Howard, 2016). Enkelte familier avviser en helhetlig forståelse og tverrfaglig tilnærming. Dette er uheldig siden foreldres aksept av en biopsykososial forståelse er vist å ha sammenheng med bedring hos barnet (Gao et al., 2018). Derfor er regelmessig foreldreveiledning med siktemål å skape en bedre forståelse og håndtering av barnets plager en sentral del av behandlingen. Tilsvarende vil tiltak for gradvis å normalisere familie- og hverdagsliv være viktig. Av og til er det andre familieforhold som bidrar til å utløse og opprettholde symptomene. Det kan dreie seg om for høye forventninger og krav til barnet, sykdom eller helseplager hos foreldre eller søsken, dysfunksjonell familiekommunikasjon, familiekonflikt eller omsorgssvikt (Lioffi & Howard, 2016). Slike forhold må også tas med i betraktning og ses i sammenheng med barnets symptomer.

Tiltak rettet mot skolen

Når denne kunnskapen kombineres med pasientens erfaringer, verdier og preferanser, kan evidensbasert behandling tilbys denne pasientgruppen

Langvarige somatiske symptomer fører ofte til stort skolefravær slik at barnet går glipp av læring og sosiale erfaringer (Malas et al., 2017). I vårt arbeid møter vi ofte samvittighetsfulle, pliktoppfylgende barn der læringsutfordringer ikke har blitt fanget opp tidligere, eller barn som sikter mot høyere akademiske prestasjoner enn de har forutsetninger for. Slike forhold kan bidra til å utløse og opprettholde symptomer og skolefravær (Malas et al., 2017).

Erfaringsmessig blir terskelen for å komme tilbake til skolen høy – noen ganger uoverstigelig – selv når barnet ikke har lærevansker eller andre kognitive utfordringer. Etter hvert kan skolefraværet i seg selv bli en opprettholdende faktor. Uforutsigbarheten og opplevelsen av mangel på kontroll ved skolefravær synes å være bakenforliggende drivkrefter i å opprettholde barnets plager. Å hjelpe barnet gradvis tilbake til skolen er derfor god behandling (Malas et al., 2017). Tilretteleggingen tilpasses det enkelte barns utfordringer, må springe ut fra barnets ressurser og motivasjon, og må ta sikte på å

gi barnet oversikt, kontroll og mestringsmuligheter (Kozłowska et al., 2020). Å skape en forutsigbar skolehverdag vil øke barnets opplevelse av trygghet, og dermed dempe aktiviteten i stresssystemene. Vi ser ofte at målrettede tiltak som redusert timetall, tilpasset timeplan og oppgaver, leksepause og sosial tilrettelegging kan være avgjørende for å få barnet i gang igjen på skolen.

Konklusjon

I denne artikkelen har vi presentert nyere forskning som viser at somatiske symptomtilstander ikke lenger er medisinsk uforklarlige, men snarere relatert til ugunstig aktivitet i kroppens stresssystemer som følge av en rekke ulike biopsykososiale stressorer i komplekst samspill. Vi har også presentert forsknings- og erfaringsbasert kunnskap knyttet til behandling av denne type tilstander. Det er først når denne kunnskapen kombineres med pasientens erfaringer, verdier og preferanser, at evidensbasert behandling kan tilbys denne pasientgruppen. Pasientene bør tilbys tverrfaglig, multimodal og persontilpasset behandling innenfor rammene av en helhetlig, biopsykososial forståelse av den enkelte pasient. Å øke pasientens opplevelse av trygghet er sentralt i behandlingen siden dette demper aktiviteten i stresssystemene.

Referanser

- Arnsten, A.F. (2015). Stress weakens prefrontal networks: Molecular insults to higher cognition. *Nature Neuroscience*, 18(10), 1376 - 1385. <https://doi.org/10.1038/nn.4087>
- British Psychological Society, Division of Clinical Psychology. (2011). Good practice guidelines on the use of psychological formulation. <http://www.sisdca.it/public/pdf/DCP-Guidelines-for-Formulations-2011.pdf>
- Bujoreanu, S., Randall, E., Thomson, K., & Ibeziako, P. (2014). Characteristics of medically hospitalized pediatric patients with somatoform diagnoses. *Hospital Pediatrics*, 4(5), 283 - 290. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2014-0023>
- Chacko, M.R., Chio, E. (2020). Functional abdominal pain in children and adolescents: Management in primary care. I M.M. Torchia (red.), UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/functional-abdominal-pain-in-children-...>
- Elbers, J., Jaradeh, S., Yeh, A.M., & Golianu, B. (2018.). Wired for threat: Clinical features of nervous system dysregulation in 80 children. *Pediatric Neurology*, 89, 39 - 48. <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2018.07.007>

- Epstein, R.M., Shields, C.G., Meldrum, S.C., Fiscella, K., Carroll, J., Carney, P.A., & Duberstein, P.R. (2006). Physicians' responses to patients' medically unexplained symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 68(2), 269 - 276. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000204652.27246.5b>
- Gao, X., McSwiney, P., Court, A., Wiggins, A., & Sawyer, S.M. (2018). Somatic symptom disorders in adolescent inpatients. *Journal of Adolescent Health*, 63(6), 779 - 784. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.06.026>
- Garralda, E.M., & Rask, C.U. (2015). Somatoform and related disorders. In Rutter's *Child and Adolescent Psychiatry* (6th ed., pp.1035 - 1054).Wiley-Blacwell. <https://doi.org/10.1002/9781118381953.ch72>
- Geist, R., Weinstein, M., Walker, L., & Campo, J.V. (2008). Medically unexplained symptoms in young people: The doctor's dilemma. *Paediatrics & Child Health*, 13(6), 487. <https://doi.org/10.1093/pch/13.6.487>
- Hechler, T., Endres, D., & Thorwart, A. (2016). Why harmless sensations might hurt in individuals with chronic pain: About heightened prediction and perception of pain in the mind. *Frontiers in Psychology*, 7, 1638. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01638>
- Kirkengen, A.L., & Næss, A B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Kleckner, I.R., Zhang, J., Touroutoglou, A., Chanes, L., Xia, C., Simmons, W.K., Quigley, K.S., Dickerson, B.C., & Barrett, L.F. (2017). Evidence for a large-scale brain system supporting allostasis and interoception in humans. *Nature Human Behaviour*, 1. <https://doi.org/10.1038/s41562-017-0069>
- Kozłowska, K. (2013). Functional somatic symptoms in childhood and adolescence. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(5), 485 - 492. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283642ca0>
- Kozłowska, K., Scher, S., & Helgeland, H. (Til trykk). *Functional somatic symptoms in children and adolescents: The stress-system approach to assessment and treatment*. Palgrave Macmillan.
- Liossi, C., & Howard, R.F. (2016). Pediatric chronic pain: Biopsychosocial assessment and formulation. *Pediatrics*, 138(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0331>
- Malas, N., Ortiz-Aguayo, R., Giles, L., & Ibeziako, P. (2017). Pediatric somatic symptom disorders. *Current Psychiatry Reports*, 19(2), 11. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0760-3>

- Nicolaides, N.C., Charmandari, E., Kino, T., & Chrousos, G.P. (2017). Stress-related and circadian secretion and target tissue actions of glucocorticoids: Impact on health. *Frontiers in Endocrinology*, 8, 70. <https://doi.org/10.3389/fendo.2017.00070>
- Pervanidou, P., & Chrousos, G.P. (2018). Early-life stress: From neuroendocrine mechanisms to stress-related disorders. *Hormone Research in Paediatrics*, 89(5), 372 - 379. <https://doi.org/10.1159/000488468>
- Schaefer, M., Egloff, B., Gerlach, A.L., & Witthoft, M. (2014). Improving heartbeat perception in patients with medically unexplained symptoms reduces symptom distress. *Biological Psychology*, 101, 69 - 76. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2014.05.012>
- Stavrou, S., Nicolaides, N.C., Critselis, E., Darviri, C., Charmandari, E., & Chrousos, G.P. (2017). Paediatric stress: from neuroendocrinology to contemporary disorders. *European Journal of Clinical Investigation*, 47(3), 262 - 269. <https://doi.org/10.1111/eci.12724>
- Street, R.L., Makoul, G., Arora, N.K., & Epstein, R.M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes (rapport). *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>
- Van den Bergh, O., Witthoft, M., Petersen, S., & Brown, R.J. (2017). Symptoms and the body: Taking the inferential leap. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 74(Pt A), 185 - 203. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.01.015>
- Wessely, S., Nimnuan, C., & Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: One or many? *Lancet*, 354(9182), 936 - 939. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)08320-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)08320-2)
- Winters, N.C., Hanson, G., & Stoyanova, V. (2007). The case formulation in child and adolescent psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16(1), 111 - 132. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2006.07.010>
- Wren, A.A., Ross, A.C., D'Souza, G., Almgren, C., Feinstein, A., Marshall, A., & Golianu, B. (2019). Multidisciplinary pain management for pediatric patients with acute and chronic pain: A foundational treatment approach when prescribing opioids. *Children (Basel)*, 6(2). <https://doi.org/10.3390/children6020033>
- You, D.S., Albu, S., Lisenbardt, H., & Meagher, M.W. (2019). Cumulative childhood adversity as a risk factor for common chronic pain conditions in young adults. *Pain Medicine*, 20(3), 486 - 494. <https://doi.org/10.1093/pm/pny106>