



Funktionel lidelse hos børn og unge

Et barn med generende mavesmerter kender vi nok alle fra vores konsultation. Men har du tænkt på, at det kan være en funktionel lidelse? Og vidste du, at funktionel lidelse skønnes at være lige så udbredt hos børn som hos voksne?

Af / Karen H. Kallesøe og
Charlotte Ulrikka Rask

En funktionel lidelse er en sygdom, hvor man er belastet af fysiske gener i en grad, der gør det svært at fungere i dagligdagen. Symptomerne kan ikke forklares ved en anden veldefineret somatisk eller psykiatrisk sygdom, men de er i sig selv blevet til sygdom. Man kan forstå funktionel lidelse som en tilstand, hvor hjernen og kroppen er overbelastet, og samspelet ikke længere fungerer normalt. Hvis du vil vide mere om den kliniske definition og diagnosen, henvises til den første artikel i serien: *Funktionel lidelse – en ny diagnose, udgivet af Månedsskriftet i april 2021.*

Du kan også finde information til patienter og fagfolk om funktionel lidelse på www.funktionellelidelser.dk og på www.dasefu.dk.

Indledning

Mange børn og unge oplever forbigående funktionelle symptomer, men præcis hvor mange der udvikler en egentlig funktionel lidelse, vides ikke. Danske og internationale studier peger på, at cirka 4-10 % af børn og unge har tilba-

gevendende og generende symptomer, som er potentielt behandlingskrævende (1, 2). Det ser desuden ud til, at forekomsten er stigende hos børn og unge (3). Der findes ingen samlede danske tal for, hvor mange børn og unge med funktionel lidelse, der ses i hospitalsregi, men udenlandske studier peger på, at cirka en tiendedel af kontakterne i børne- og ungereg, både ambulante og indlæggelser, udgøres af børn og unge med en funktionel lidelse.

Forklaringsmodellen for, hvordan den funktionelle lidelse opstår og vedligeholdes, er i hovedtræk den samme som ved voksne som beskrevet i artikel 2 og 3 i denne artikelserie. Ved børn og unge skal sygdomsbilledet imidlertid ses i et udviklingsperspektiv, og desuden spiller familien og netværket omkring dem en særlig rolle. Denne artikel har derfor fokus på disse særlige faktorerets betydning for forståelsen af funktionelle lidelser hos børn og unge, samt hvordan de inddrages i den diagnostiske og behandlingsmæssige tilgang.



Kontakt / karekall@rm.dk

Biografi / Karen H. Kallesøe, speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, afdelingslæge og seniorforsker v. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital. Er bestyrelsesmedlem i Dansk Selskab for Funktionelle Lidelser (www.dasefu.dk).

Charlotte Ulrikka Rask, speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, overlæge og klinisk professor v. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital. Medlem af EURONET-SOMA, et europæisk initiativ til at styrke forskning i funktionelle lidelser (<https://www.euronet-soma.eu/>).



Udviklingsperspektiv

Der anvendes de samme diagnoser for funktionel lidelse til børn og unge som til voksne (4) <https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/funktionel-lidelse-artikler/12688>, men det typiske symptombillede ved børn og unge er, at de har færre og mere afgrænsede symptomer sammenlignet med voksne. Derfor kan den generelle forståelse fra voksne, hvor man for det meste er rask, hvis man ikke har multiple symptomer, ikke overføres til børn og unge. De yngste børn har som regel et eller to symptomer, ofte smerteklager, mens de unge kan have symptomer fra flere steder i kroppen. Diagnosemæssigt betyder det, at børn og unge sjældent opfylder kriterierne for multiorgan-funktionel lidelse, men snarere enkeltorgan- eller enkeltsymptom-funktionel lidelse, hvor de kan være lige så funktionshæmmede af de enkelte symptomer. De mest almindelige symptomer er træthed, hovedpine, mave-, muskel- og ledsmerter. Omkring 30 % af børn og unge med funktionel lidelse har ko-

morbiditet med angst eller depression. Enkelte studier tyder desuden på, at der er en sammenhæng mellem udviklingen af en funktionel lidelse hos børn og unge og neuro-udviklingsforstyrrelser som autisme og ADHD samt indlæringsmæssige vanskeligheder som ordblindhed (5-7). Nogle børn kan gå længe med uopdagede grundlæggende vanskeligheder, og derfor er det et vigtigt opmærksomhedspunkt at afdække mulige grundlæggende vanskeligheder, når man ser et barn eller en ung med funktionelle symptomer i almen praksis.

Konsekvenser

Selv om børn og unge har færre symptomer, så har en funktionel lidelse ofte store konsekvenser for det enkelte barn, familien og samfundet generelt. Mange børn har højt skolefravær, stopper med fritidsaktiviteter og trækker sig fra socialt samvær med venner. Der er desuden en betydelig risiko for, at lidelsen fortsætter ind i voksenlivet, hvilket kan påvirke uddannelsesniveau og



Funktionelle lidelser
hos børn - funktionelle
somatiske symptomer
- FSS - MediBOX Lægenote



Tegning / Erik Petri Johansen



samtidig øge risikoen for udvikling af yderligere psykiatrisk komorbiditet (8). Den funktionelle lidelse er desuden ofte en stor belastning for hele familien både følelsesmæssigt og økonomisk.

» **Børn og unges symptombillede er oftest karakteriseret ved færre og mere afgrænsede symptomer sammenlignet med voksne, men samtidig kan de være lige så syge af deres funktionelle lidelse**

Forældrene er ofte bekymrede for deres barns helbred, og de har højere fravær fra arbejde, mens der også kan ses mistrivsel hos søskende (9).

Studier har samtidig vist, at børn og unge med funktionel lidelse er dyre for samfundet (10), både på grund af mange kontakter til sundhedsvæsenet med dyre undersøgelser og på grund af bredere samfundsmæssige omkostninger som forældres fravær fra arbejde og på sigt lavere uddannelsesniveau hos bør-

nene. Det er derfor vigtigt at opdage den funktionelle lidelse i tide, da mange børn og unge kan blive raske, hvis de får den rette hjælp.

Familiens rolle

Familiemønstre i samspil med sårbarhedsfaktorer hos barnet

Funktionel lidelse ses med ophobning i familier, og familien har ofte en central rolle både i forhold til udvikling og vedligeholdelse af den funktionelle lidelse hos barnet eller den unge (11-13). Der er formentlig tale om et samspil mellem genetik og forskellige belastninger, som øger barnets kropslige stressreaktion over tid. For alle børn og unge med en funktionel lidelse er det derfor vigtigt at afdække mulige belastninger i barnets nærmiljø, dvs. typisk familie, skoleliv og venneforhold, men også hvordan den funktionelle lidelse hos barnet påvirker den øvrige familie. Der kan være tale om belastede familier med dårlige socioøkonomiske forhold, højt konfliktniveau, skilsmisse, flere dødsfald eller alvorlige fy-

Tabel 1 / Faktorer af betydning for udvikling af funktionel lidelse hos børn og unge. Adapteret fra Mangas, Kallesøe & Rask, 2020 [14]

Sårbarhedsfaktorer hos barnet	<ul style="list-style-type: none"> • Sensitiv, ængstelig, lav selvtillid • Problemer med følelsesmæssig regulering • Nedsatte kognitive evner/indlæringsvanskeligheder • Perfektionisme med høje krav til sig selv og fokus på præstation • Uopdaget neuro-udviklingsforstyrrelse som fx ADHD eller autisme
Familie	<ul style="list-style-type: none"> • Fysiske og/eller psykiske helbredsproblemer • Følelsesmæssig overinvolvering og overbeskyttelse • Ensidig biomedicinsk forståelse af symptomer • Begrænset evne til at tale om følelsesmæssige emner • Højt konfliktniveau med kritik og skældud • Urealistiske krav til barnet ift. modenhed og kognitive evner
Øvrige omgivelser	<ul style="list-style-type: none"> • Belastninger i skolen som fx social isolering og mobning • Akademisk pres • Langvarige medicinske udredningsforløb

siske eller psykiske sygdomme hos forældre eller andre nære familiemedlemmer. I sjældne tilfælde kan der være egentlige fysiske eller psykiske overgreb på barnet. Der kan imidlertid også være tale om familier, som fremstår velfungerende, men hvor forældrene er overbeskyttende, overinvolverende eller måske stiller højere krav til barnet, end det kan honorere. Begge familiemønstre kan formentlig i kombination med sårbarhedsfaktorer hos barnet som ængstelighed, dårlig følelsesregulering eller nedsatte kognitive evner føre til, at barnets stressfølsomhed øges med flere og flere kropslige reaktioner ved selv mindre belastninger (se tabel 1).

Betydning af familiens sygdomsopfattelse og sygdomsadfærd

Et særligt fokus i udredningen og behandlingen af en funktionel lidelse hos børn og unge er uhensigtsmæssig sygdomsopfattelse eller -adfærd hos forældrene, som barnet selv kan indlære over tid. Hvis forældrene reagerer med overinvolvering og overbeskyttelse på barnets symptomer, øger det risikoen for, at barnet ikke lærer at mestre almindelige kropslige sensationer og symptomer og dermed for, at han/hun udvikler en funktionel lidelse (15).

Dette kan være i form af overdreven opmærksomhed rettet mod barnets helt almindelige fysiske symptomer eller hyppige lægebesøg pga. vedvarende overbevisning om en biomedicinsk forklaring på symptomerne – selv efter adskillige negative undersøgelser.

Herudover kan uhensigtsmæssig sygdomsadfærd, hvor barnet af forældrene og det øvrige netværk støttes i inaktivitet og skolefravær, virke vedligeholdende på den funktionelle lidelse. Samtidig kan barnets egen måde at



reagere på også påvirke, hvor meget forældrene reagerer med kontrol og overbeskyttelse (se figur 1).

Som i alle andre situationer, hvor børn kommer til lægen, skal lægen sikre sig, at barnets sundhed og udvikling ikke er truet, og vurdere, om der skal ske underretning til kommunen. Samtidig er det vigtigt som læge at være opmærksom på, om forældrene har en overdreven bekymring for barnets symptomer, da det kan medføre et uhensigtsmæssig pres for at få foretaget yderligere undersøgelser af barnet. Her er det vigtigt som læge ikke bare at forsøge at berolige forældrene, men også at beskytte barnet mod unødvendige og potentielt farlige medicinske undersøgelser. Differentialdiagnostikken til Münchhausen by Proxy, hvor forældrene med vilje opfinder eller påfører barnet skader og sygdom, kan

Figur 1/ Den vedligeholdende spiral med uhensigtsmæssig sygdomsforståelse og sygdomsadfærd i familien.



være svær. Denne sygdom er sjælden, men det er her særligt vigtigt for lægen at beskytte barnet.

Inddragelse af familie og netværk i udredning og behandling

Som det følger af ovenstående, har familien og netværket omkring barnet/den unge stor betydning for forløbet af den funktionelle lidelse. Det er derfor vigtigt at inddrage forældrene i både udredning og behandling. Særligt hos yngre børn kan forældrene hjælpe med at sætte ord på det, barnet oplever, og

give nyttig information til lægen, som barnet enten ikke husker eller finder uvæsentligt. Forældrene kan hjælpe med at overføre det, man taler med barnet om i konsultationen, til dagligdagen, fx vejledning om øget fysisk aktivitet og bedre søvnrhythme. Omvendt kan forældres egne vanskeligheder, en uhensigtsmæssig håndtering af barnets symptomer og en belastet forælderbarn-relation bidrage til at vedligeholde barnets problemer. I sådanne tilfælde kan det være vigtigere at have fokus på at hjælpe forældrene til at se, hvordan

Tablet 2 / Spørgsmål til afdækning af familiemønstre

Mulige medvirkende familiefaktorer	Eksempler på hjælpe spørgsmål
<p>Biomedicinsk forståelse Har familien, trods negative medicinske undersøgelser og flere lægeundersøgelser, en meget biomedicinsk forståelse af symptomerne frem for mere psykosociale forklaringer?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvad er familiens forståelse af barnets symptomer? • Hvornår startede det? • Hvad skete der i familien og i barnets liv på det tidspunkt? (Anvend evt. livs-linjen til dette (ref. værktøjskassen)) • Er der forskelle på forståelsen i familien, og har det betydning for barnets symptomer?
<p>Bekymring Er der familiemedlemmer, som er særligt bekymrede for barnets symptomer og hvorfor?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvem i familien er mest bekymret og hvorfor?
<p>Håndtering af følelser Er det svært at tale om følelser i familien (lav følelsesmæssig intelligens)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilken "funktion" har den funktionelle lidelse i familien? – Legaliserer den fx forældre fravær fra en stresset arbejdsplads, eller afleder den fra andre konflikter i familien?
<p>Konfliktniveau Er der et højt konfliktniveau i familien (høj grad af "expressed emotions")?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvad ville der ske, hvis den funktionelle lidelse blev helbredt? • Hvad er den funktionelle lidelse med til at vedligeholde?
<p>Overinvolvering Er der tegn på en overinvolvering i barnets symptomer med overbeskyttelse og understøttelse af en sygerolle?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvor alvorligt tænker familien, det er? • Tror de, at det vil blive bedre? • Hvad skulle der ske, for at det kunne blive bedre?

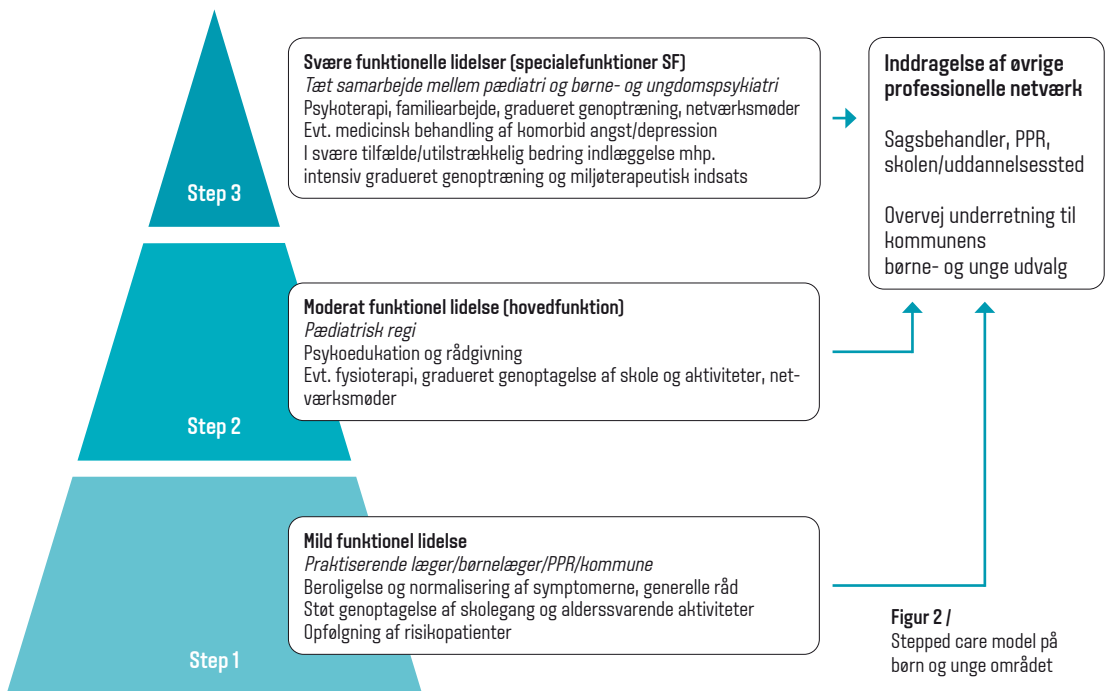
Inspireret af "MEDICALLY UNEXPLAINED SYMPTOMS (MUS) IN CHILDREN AND YOUNG PEOPLE. A guide to assessing and managing patients under the age of 18 who are referred to secondary care" (16).

de bedst støtter og hjælper deres barn, frem for at de uforvarende kommer til at vedligeholde eller forstærke den funktionelle lidelse. Hjælpespørgsmål til at afdække sådanne u hensigtsmæssige familiemønstre omkring den funktionelle lidelse er vist i tabel 2.

Når den funktionelle lidelse også begynder at påvirke barnets dagligdag i andre miljøer, fx i form af skolevægring, er det af afgørende betydning at inddrage skolen i barnets gradvise tilbagevenden til undervisning. Inddragelse sker ofte ved netværksmøder, hvor relevante samarbejdspartnere mødes, gør status og søger en fælles forståelse af den funktionelle lidelse, aftaler fremtidige mål for behandling og fordele roller og opgaver. Deltagere kan være forældre, barnet/den unge selv, praktiserende læge, familierådgiver, sagsbehandler, PPR, skolelærer, SFO m.fl.

Stepped care-model for udredning og behandling af børn og unge

På børne- og ungeområdet har man ud fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger og den nyeste specialeplan defineret en stepped care-model med udspecificering af, hvem der har ansvaret for at hjælpe barnet og familien afhængigt af sværhedsgraden af den funktionelle lidelse (figur 2). Lette grader af funktionel lidelse udredes og behandles i primærsektoren, herunder i almen praksis og ved privatpraktiserende børnelæger. Henvisning til privatpraktiserende børnelæge kan med fordel ske, når der er behov for yderligere somatisk vurdering og uddybende psykoedukation hos børn med tilbagevendende fysiske symptomer med let grad af funktionspåvirkning. De moderate til sværere grader af funktionel lidelse (med længere symptomvarighed og



Figur 2 / Stepped care model på børn og unge området



Case / Emma

Emma er 11 år og bor sammen med sin mor og lillebror. Emma har det sidste halve år haft meget skolefravær pga. ondt i maven. Mavesmerterne er velkendte for Emma, da hun har haft dem med svingende intensitet siden 7-årsalderen. For et par år siden, da forældrene blev skilt, havde Emma også en kortvarig periode med hovedpine.

Emma er undersøgt flere gange hos egen læge med blodprøver og afføringsprøver, uden at der er fundet en tydelig årsagsforklaring på mavesmerterne. En enkelt gang fik hun konstateret børneorm og fik behandling herfor. Selvom der ikke er påvist glutenallergi eller mælkeintolerans, har mor fået Emma til at afprøve forskellige diæter. Det har imidlertid ikke ændret symptomerne.

Far har svært ved at forstå Emmas mavesmerter, og forældrene kommer tit op at skændes om, hvordan de skal håndtere dem. Far mener, at mor er for overbeskyttende og lader Emma slippe af sted med at blive hjemme fra skole, selv når smerterne ikke er særligt kraftige. Når Emma er hos far i hverdage, kommer hun altid i skole, men ringer så ofte til mor fra skolen for at blive hentet. Emmas lillebror er presset af uroen omkring Emma og trækker sig ofte ind på sit værelse.

Emma går i 5. klasse. Hun har nogle gode veninder i skolen, som hun er sammen med i frikvartererne og nogle gange efter skole. I timerne har hun det dog svært. Hun læser langsomt og har svært ved at følge med. Forældrene har problematiseret Emmas manglende faglige udvikling, men fra skolens side ser de ikke det store problem.

Emma og mor henvender sig nu i almen praksis igen med ønske om mere udredning af mavesmerterne.

Hvad passer på en funktionel lidelse, og hvilke faktorer er vigtige i Emmas historie?

Diagnose

1. Emma har højst sandsynligt en funktionel lidelse, da hun har vedvarende fysiske symptomer over længere tid, uden at blodprøver og andre undersøgelser giver en forklaring på dem. Helt karakteristisk for børn og unge har hun kun haft enkelte typer af symptomer.

Udløsende faktorer

2. I Emmas sygdomshistorie er der flere belastninger, der peger på en sammenhæng med de fysiske symptomer. Der er ud fra forældrenes beskrivelse en mistanke om, at Emma kan have indlæringsmæssige vanskeligheder evt. ordblindhed. Dette kan være en udløsende faktor for hendes symptomer pga. den vedvarende belastning, vanskelighederne udgør i hendes hverdag. Samtidig ses i forbindelse med forældrenes skilsmisse en periode med hovedpine, hvilket understøtter Emmas tendens til at reagere med fysiske symptomer ved generelle belastninger.

Vedligeholdende faktorer

3. Det høje konfliktniveau mellem forældrene og deres forskellige forståelse og håndtering af Emmas symptomer er en vigtig vedligeholdende faktor, både for Emmas symptomer og for den mere generelle mistrivsel i familien, herunder lillebrors mistrivsel. Det bliver derfor vigtigt at lægge en plan i samarbejde med forældrene om, hvordan de håndterer symptomerne på trods af deres forskellige forståelse. Det kan desuden være vigtigt at italesætte mors tendens til at søge læge med pres for flere undersøgelser og afprøvning af flere typer diæt, da dette kan være en selvstændigt vedligeholdende faktor. Da Emmas symptomer er er milde ligger ansvaret for hendes behandling på step 1 i stepped care modellen (Figur 2).



Case / Lukas

Lukas er 13 år og bor med begge forældre. Han har gennem de seneste år fået tiltagende smerter i begge ben og under fødderne. Lukas er fagligt dygtig i skolen og har mange venner. Indtil for ½ år siden gik han i en særlig talentfodboldklasse med træning 5 gange om ugen og kampe oveni, men har været nødsaget til at stoppe, da han ikke længere kan holde til at spille fodbold. I starten var smerterne der kun et par gange om ugen af et par timers varighed. Lukas har været hos egen læge, hvor der ikke er fundet en objektiv forklaring på symptomerne. Lukas rådes til at aflaste og har på forældrenes initiativ afprøvet forskellige smertepastre og bedøvende cremer uden effekt. Da Lukas og forældrene beskriver, at smerterne begynder at påvirke Lukas' deltagelse i fysiske aktiviteter, herunder fodbold, henvises han til privatpraktiserende børnelæge. Yderligere undersøgelser herunder scanninger er fortsat normale. På nuværende tidspunkt er det blevet svært for Lukas at deltage i almindelig skolegang. Han er hjemme fra skole flere dage om ugen, hvor han blot ligger i sin seng med benene oppe. Lukas henvises derfor til børne- og ungeafdelingen, der efter yderligere undersøgelser konkluderer, at Lukas har en funktional lidelse. Da Lukas har en betydelig funktionspåvirkning, varetager børne- og ungeafdelingen hans videre behandling (stepped care model step 3).



Case / Sofie

Sofie er 17 år og går i 1. g på gymnasiet. Efter en introtur med sin nye klasse udvikler hun intermitterende blindhed på det ene øje og føleforstyrrelser ud i begge arme. Sofie henvender sig sammen med sin mor til egen læge. Egen læge genfinder ved objektiv undersøgelse, at Sofie ikke kan se på det ene øje, og at hun har føleforstyrrelser, og henviser hende til børne- og ungeafdelingen.

På hospitalet udføres scanning af hjernen og en række parakliniske undersøgelser samt tilsyn fra øjnlægerne. Der findes ingen veldefineret fysisk årsagsforklaring på Sofies symptomer, og øjnlægerne finder ved hjælp af mere avancerede undersøgelser, at Sofies syn er normalt. Ved nærmere udspørgen fortæller Sofie, at hun har været udsat for cybermobning, hvor en eks-kæreste har delt kompromitterende billeder af hende på nettet. Dette opdagede Sofie, da hun var på introtur.

Sofie informeres om, at hun har en funktional neurologisk lidelse, og at dette kan ses i relation til stress og svær belastning.

Behandlingen af Sofie er yderligere psykoedukation og hjælp til at håndtere de belastninger hun har været udsat for.

Ansvar for behandlingen hører i første omgang til på step 2 i stepped care modellen. Hvis Sofie ikke umiddelbart får symptomlindring af psykoedukation og fokus på at håndtere belastningerne, så er der en risiko for at symptomerne bliver langvarige og forværres. I dette tilfælde kan det være nødvendigt med psykoterapi og involvering af netværket evt. via børne- og ungdomspsykiatrien (step 3).



højere grad af funktionspåvirkning) henvises typisk til hospitalsregi, hvor der er mulighed for en tværfaglig vurdering og indsats, herunder observationsindlæggelse. Til forskel fra organiseringen for voksne patienter, så er regions- og højt specialiserede funktioner for svær funktionel lidelse hos børn og unge (<18 år) forankret i et tæt samarbejde mellem de somatiske børne- og ungeafdelinger og børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Den-

» **Familiemæssige faktorer spiller ofte en betydelig rolle for vedligeholdelse af de funktionelle symptomer, hvor særligt forældrenes forståelse og håndtering af symptomerne har en afgørende betydning for barnets sygdomsforløb**

organisering tager højde for udviklingsperspektivet og de særlige forhold ved børn og unge, hvor håndteringen af underliggende psykopatologi samt svære familiemæssige faktorer er et vigtigt fokuspunkt i udredning og behandling.

Uanset sværhedsgraden af den funktionelle lidelse er det vigtigt at inddrage samarbejdspartnere, så barnet kan få den rette hjælp også via netværket (se ovenfor).

Afslutning

Funktionel lidelse er hyppigt forekommende hos børn og unge og har ofte store konsekvenser i det enkelte barns og families liv. Derfor er det vigtigt at kende til de særlige udviklingsmæssige karakteristika og de familiemæssige faktorer, der kan spille ind i udviklingen og vedligeholdelsen af den funktionelle lidelse i denne aldersgruppe.

Litteratur:

1. Garralda ME, Rask CU. Somatoform and related disorders. In: Thapar A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor EA, editors. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 6th Edition ed: Wiley-Blackwell; 2015. p. 1038.
2. Rask CU, Bonvanie IJ, Garralda ME. Risk and Protective Factors and Course of Functional Somatic Symptoms in Young People. In: Hodes M, Gau S, Petrus De Vries SG, editors. *Understanding Uniqueness and Diversity in Child and Adolescent Mental Health* 1st ed: Academic Press; 2018. p. 77.
3. van Geelen SM, Rydelius PA, Hagquist C. Somatic symptoms and psychological concerns in a general adolescent population: Exploring the relevance of DSM-5 somatic symptom disorder. *J Psychosom Res*. 2015;79(4):251-8.
4. Sundhedsstyrelsen. *Kodning af funktionelle lidelser*. Sundhedsstyrelsen; 2020.
5. Kingma EM, Janssens KA, Venema M, Ormel J, de Jonge P, Rosmalen JG. Adolescents with low intelligence are at risk of functional somatic symptoms: the TRAILS study. *J Adolesc Health*. 2011;49(6):621-6.
6. Holmberg K, Hjern A. Health complaints in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Acta Paediatr*. 2006;95(6):664-70.
7. McWilliams A, Reilly C, Gupta J, Hadji-Michael M, Srinivasan R, Heyman I. Autism spectrum disorder in children and young people with non-epileptic seizures. *Seizure*. 2019;73:51-5.
8. Kashikar-Zuck S, Cunningham N, Sil S, Bromberg MH, Lynch-Jordan AM, Strotman D, et al. Long-term outcomes of adolescents with juvenile-onset fibromyalgia in early adulthood. *Pediatrics*. 2014;133(3):e592-600.
9. Calvano C, Warschburger P. Quality of life among parents seeking treatment for their child's functional abdominal pain. (1573-2649 (Electronic)).
10. Saunders NR, Gandhi S, Chen S, Vigod S, Fung K, De Souza C, et al. Health Care Use and Costs of Children, Adolescents, and Young Adults With Somatic Symptom and Related Disorders. *JAMA Network Open*. 2020;3(7):e2011295-e.
11. Schulte IE, Petermann F. Familial risk factors for the development of somatoform symptoms and disorders in children and adolescents: a systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2011;42(5):569-83.
12. van Gils A, Janssens KA, Rosmalen JG. Family disruption increases functional somatic symptoms in late adolescence: the TRAILS study. *Health Psychol*. 2014;33(11):1354-61.
13. Edwards TM, Wiersma M, Cisneros A, Huth A. Children and adolescents with medically unexplained symptoms: A systematic review of the literature. *American Journal of Family Therapy*. 2019;47(3):183-97.
14. Kangas M, Kallesoe KH, Rask CU. Functional Somatic Syndromes (FSS) in Children and Ado-

ne



Recidiverende mavesmerter hos børn - MediBOX Lægenote

lescents. Zeitschrift für Psychologie. 2020; 228(2):81-92.

15. Marshall T, Jones DP, Ramchandani PG, Stein A, Bass C. Intergenerational transmission of health beliefs in somatoform disorders: exploratory study. Br J Psychiatry. 2007;191:449-50.
16. MEDICALLY UNEXPLAINED SYMPTOMS (MUS) IN CHILDREN AND YOUNG PEOPLE A guide to assessing and managing patients under the age of 18 who are referred to secondary care. In: PMHA RCoPRatPMHA, editor. 2018.



HOVEDBUDSKABER

1. Børn og unges symptombillede er oftest karakteriseret ved færre og mere afgrænsede symptomer sammenlignet med voksne, men samtidig kan de være lige så syge af deres funktionelle lidelse.
2. Det er vigtigt at afdække, om barnet med funktionelle symptomer har mulige grundlæggende vanskeligheder (fx autisme, ADHD eller indlæringsmæssige vanskeligheder), som kan have en betydning for, at barnet udvikler funktionelle symptomer i en tidlig alder.
3. Familiemæssige faktorer spiller ofte en betydelig rolle for vedligeholdelse af de funktionelle symptomer, hvor særligt forældrenes forståelse og håndtering af symptomerne har en afgørende betydning for barnets sygdomsforløb.
4. Ved behandling af børn og unge er inddragelsen af forældrene og netværket omkring barnet (fx skole, PPR og socialforvaltning) vigtig. Jo yngre barnet er, des mere vil behandlingen skulle ske indirekte via forældre og netværk ved at stille relevante og realistiske krav til barnet uden at overbelaste.