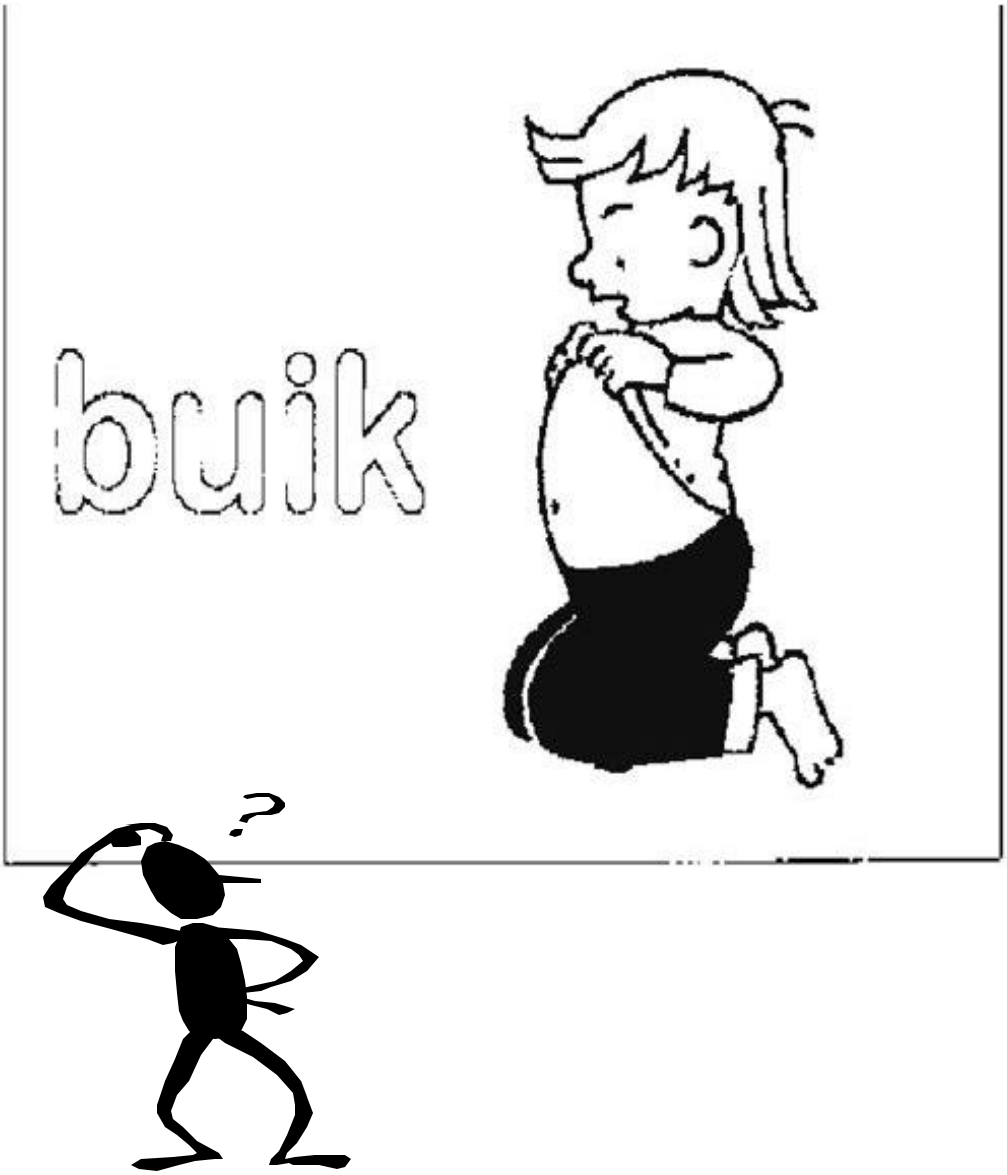
onverklaarbare buikpijnklachten

Kinderen met onverklaarbare buikpijn klachten. Wat zijn mogelijke verklaringsfactoren?



Door: Annemieke Polane

Kinderen met onverklaarbare buikpijn klachten. Wat zijn mogelijke verklaringsfactoren?

Universiteit van Amsterdam

Faculteit der Maatschappij-en Gedragswetenschappen

Psychologie

Klinische Ontwikkelingspsychologie

Door: Annemieke Polane

Begeleider: Dr. Ad Dudink

Juli 2004

VOORWOORD

Onverklaarbare buikpijn klachten bij kinderen heeft al jaren mijn interessen. Sommige kinderen hebben nog niet de vaardigheden ontwikkeld om uiting te geven aan hun gevoelens. Daarentegen hebben kinderen al wel met problemen te maken waar ze niet altijd invloed op hebben. We kunnen dan denken aan een gespannen sfeer in huis, huwelijksproblemen van ouders, ruzies met broertjes, zusjes of leeftijdsgenootjes, gepest worden op school, leerproblemen, zich niet kunnen handhaven in een groep, overlijden van een dierbare of stress. Een kind kan zich hierdoor somber, onzeker, verdrietig, gestressed of angstig voelen. Dit kan zich uiten in buikpijn. De buikpijn van het kind is dan een klankbord van zijn of haar gevoelens. Ik vind het interessant om verder te kijken dan de buikpijn klacht zelf en te kijken wat er precies met een kind aan de hand is. In deze scriptie zal ik op zoek gaan naar de mogelijke achterliggende verklaringsfactoren van onverklaarbare buikpijn.

Een dankbetuiging gaat uit naar de mensen die mij geholpen hebben bij de totstandkoming van deze scriptie en niet te vergeten de mensen die mentaal hebben gecoacht!

Annemieke Polane Amsterdam, juli 2004

SAMENVATTING

In deze scriptie wordt getracht een zo goed mogelijk antwoord te geven op de vraag wat mogelijke verklaringsfactoren zijn van onverklaarbare buikpijnklachten bij kinderen. Er worden verschillende onderzoeken beschreven die onderling verschillende factoren beschrijven als mogelijke verklaring voor onverklaarbare buikpijnklachten.

De onderzoeken beschrijven dat dagelijkse stressoren en emotionele spanning verklaringen zijn voor onverklaarbare buikpijnklachten. Tevens dat kinderen met h.b.k. meer gezinsleden met buikproblemen en gezondheidsproblemen hebben. Er wordt gesuggereerd dat het gezin een belangrijke determinant is voor herhaalde buikpijnklachten en dat moeders meer boos en vijandig zijn. School en stress zijn verklaringsfactoren voor onverklaarbare buikpijn. Gepest worden is hierbij een belangrijke oorzaak. De manier waarop ouders met de buikpijnklachten omgaan is van invloed op hoe kinderen er zelf mee omgaan en dit heeft invloed op het behoud van de klachten. Herhaalde buikpijnklachten zijn niet te herleiden tot één verklaringsfactor, er is geen monocausale relatie. Er zijn verschillende factoren die van invloed zijn en die elkaar mogelijkerwijs versterken. De nadruk van deze scriptie ligt op het beschrijven van de onderzoeken en in mindere mate op de bestaande therapieën voor onverklaarbare buikpijnklachten.

De cognitieve gedragstherapie komt naar voren als effectieve therapie. Belangrijk hierbij is dat alle betrokken partijen; ouders, kind, huisarts, specialist een aandeel hebben in het geheel om de klachten onder controle te krijgen. In de conclusie worden de onderzoeken aan de theorie gespiegeld.

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD 3
SAMENVATTING 4
INHOUDSOPGAVE 5
INLEIDING 6
1. SOMATISATIE 9
Diagnostic and Statistical Manual-IV 9
Andere termen voor somatisatie 10
Prevalentie 10
Ontstaanstheorieën van somatisatie 11
2. SOMATISATIE BIJ KINDEREN 13
Terminologie en prevalentie 13
Ontstaanstheorieën van somatisatie bij kinderen 13
Onverklaarbare buikpijnklachten/ herhaalde buikpijnklachten 14
3. VERKLARINGSFACTOREN 16
Stressoren 16
De relatie met dagelijkse stressoren 17
Psychosociale correlaten 19
Psychosociale factoren 22
School 23
Gezin 26
Attributie van de moeder 28
Boosheid, vijandigheid en geuite emotie van de moeder 30
Aanmoediging / ontmoediging van symptoombehoud. 32
Bekrachtiging van ouders 33
Coping 35
Rapportage van ouders over Coping 35
4. BEHANDELING 39
5. Conclusie en discussie 43
Literatuurlijst: 47

INLEIDING

Herhaalde buikpijnklachten en hoofdpijn zijn veel voorkomende kindergeneeskundige problemen (Liakopoulou-Karis et al. 2002). De meeste mensen klagen wel eens over pijn zonder dat precies duidelijk is wat de oorzaak daarvan is. Het merendeel van de mensen raadpleegt daarvoor echter geen arts en schrijft de klachten bijvoorbeeld toe aan: stress, een verkeerde beweging, verkeerd eten, slecht slapen of de menstruatie (Barsky, 1999 in Van der Horst,2003). Het hebben van pijn kan ernstigere vormen aannemen zonder dat daar een verklaring voor kan worden gegeven. Veel gepresenteerde klachten waar geen lichamelijke verklaring voor gevonden hoeft te worden zijn: hoofdpijn, pijn op de borst, buikpijn, ademhalingsproblemen, voedingsproblemen, huilen, diaree, moeheid, bleek zien, pijn aan benen of armen en zorgen om gezondheid (Koopman, 2003).

Bij kinderen is dit ook het geval; zij klagen bijvoorbeeld wel eens over buikpijn. Kinderen hebben er af en toe last van maar bij sommigen is het zo vaak dat ouders zich zorgen gaan maken. Er kan dan aan van alles gedacht worden: blindedarmontsteking, te veel, te vet gegeten, spanningen thuis of op school, gepest worden, angst, prikkelbare darm syndroom, infecties, tumoren, galstenen, suikerziekte, parasieten zoals lintworm, het niet kunnen verdragen van melksuiker, epilepsie, migraine (Dekker, 1985).

Bij kinderen die regelmatig over buikpijn klagen, spreken we over herhaalde buikpijnklachten en in het ergste geval spreken we van een psychosomatische stoornis. Psychosomatisch is de aanduiding voor dat wat zowel psychische (geestelijke) als somatische (lichamelijke) componenten heeft, waarvan men dan meestal aanneemt dat die twee soorten componenten elkaar wederzijds beïnvloeden (Reber, 1985,1995). Karakteristiek voor somatisatieklachten bij kinderen zijn de vaagheid van de symptomen, de variatie in intensiteit, de inconsistentie van de klacht, het chronisch karakter van de lichamelijke klacht terwijl de gezondheid goed blijft (Koopman, 2003).

Herhaalde buikpijnklachten komt bij zo'n 10% tot 14,4% van de kinderen voor (Liakopoulou-Kairis et al. 2002). Herhaalde buikpijnklachten komen universeel (Goldberg & Bridges 1988 in Van der Horst 2003) op verschillende leeftijden voor, bij jongens (9,9%), bij meisjes (12,3%) (Liakopoulou-Kairis et al. 2002) en bij

volwassenen. Ongeveer 10% van de kinderen met herhaalde buikpijnklachten heeft een organische basis (Liakopoulou-Kairis et al. 2002).

Ouders maken zich soms meer zorgen dan het kind zelf (Koopman, 2003). De reactie van de ouders op de klacht is meestal bezorgdheid en verontrusting. Ze hebben zelf vaak een idee over de lichamelijke oorsprong van de klacht maar hier wordt meestal geen overeenstemming in gevonden met de huisarts. Onderzoek toont aan dat ouders van kinderen met pijnklachten zelf vaak klagen en veel praten over ziekte en pijn (www.klasse.be, 2004).

De klachten en/of oorzaken kunnen op het eerste gezicht onduidelijk zijn en het gebeurd nog wel eens dat de deskundige in veel gevallen niet bij machte is om het kind van zijn buikpijn af te helpen. Er kunnen organische oorzaken zijn die de buikpijn veroorzaakt maar het kan ook zo zijn dat de buikpijn functioneel van aard is: een lichaamstaal, die verwijst naar andere dan organische oorzaken (Dekker, 1985). Dit vraagt naar verdere exploratie van het onderwerp om duidelijkheid te scheppen waar onverklaarbare buikpijn mee te maken kan hebben. Bestaat er een relatie met de sociale factoren; school, belangrijke gebeurtenissen? Bestaat er een verband met psychosociale factoren zoals angst, competentiebeleving of depressiviteit? Of bestaat er een relatie met omgangs- en gezinsfactoren; attributies van de moeder? Wanneer er meer bekend is over verklaringsfactoren van buikpijnklachten dan zouden therapieën zich explicieter kunnen richten op het behandelen van deze aspecten. Tot slot, welke behandelvormen zijn er voor herhaalde buikpijnklachten? In deze scriptie zal de aandacht vooral uitgaan naar de verschillende verklaringsfactoren en in mindere mate naar de therapievormen. Er wordt een overzicht gegeven van de verschenen literatuur en tenslotte zal getracht worden een antwoord te geven op de vraag: *wat zijn mogelijke verklaringsfactoren van herhaalde buikpijnklachten?*

Gezien het feit dat herhaalde buikpijnklachten/onverklaarbare buikpijnklachten aanverwant is aan de somatisatiestoornis en in dezelfde categorie valt, wordt in hoofdstuk 1 de somatoforme stoornis gedefinieerd aan de hand van de DSM-IV. Daarnaast zullen in dit hoofdstuk nog enkele andere definities de revue passeren. Ook zal daarin de prevalentie bij volwassenen gegeven worden evenals onderzoeksgegevens en ontstaanstheorieën. In het tweede hoofdstuk zal de stoornis toegespitst worden op kinderen en worden herhaalde en onverklaarbare buikpijnklachten besproken.

Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van mogelijke verklaringsfactoren voor herhaalde buikpijnklachten. In dit hoofdstuk komen dagelijkse stressoren, psychosociale factoren en school aan bod. Ook worden kenmerken van kinderen met herhaalde buikpijnklachten beschreven in vergelijking met andere patiënten groepen. Daarna wordt toegespitst op de gezinsfactoren zoals attributies van de moeder, en het gevoel (vijandig, boos) van de moeder. De copingsstijlen van de ouders en het kind worden beschreven. Tot slot zal er in hoofdstuk 4 kort een stuk over therapie(vormen) besproken worden. Vervolgens wordt aan de hand van de beschreven onderzoeken getracht antwoord te geven op de al eerder genoemde vraag wat zijn mogelijke verklaringsfactoren voor herhaalde en onverklaarbare buikpijnklachten. Ook zullen de tekortkomingen in de huidige onderzoeken besproken worden, zullen de onderzoeken aan de theorie gespiegeld worden en zal afgesloten worden met aanbevelingen voor onderzoek in de toekomst.

Herhaalde buikpijnklachten zal in deze scriptie worden afgekort als h.b.k.

1. SOMATISATIE

Diagnostic and Statistical Manual-IV

De DSM-IV onderscheidt zeven somatoforme stoornissen bij volwassenen:

1. Somatisatie stoornis,
2. Ongedifferentieerde somatoforme stoornis,
3. Conversiestoornis,
4. Pijnstoornis,
5. Hypochondrie,
6. Morfodysforie / stoornis in de lichaamsbeleving,
7. Somatoforme stoornis niet anders gespecificeerd.

De belangrijkste criteria waaraan moet worden voldaan om de diagnose somatisatiestoornis te kunnen stellen zijn volgens de DSM-IV (2001):

A. Een voorgeschiedenis van vele lichamelijke klachten, beginnend voor de dertigste jaar, een aantal jaren aanwezig, die geleid hebben tot het zoeken van behandeling of tot significante beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

B. Aan elk van de volgende criteria dient voldaan te zijn, waarbij de afzonderlijke symptomen op een willekeurig tijdstip kunnen optreden: 1. Vier pijnsymptomen. 2. Twee gastro-intestinale symptomen. 3. Een seksueel symptoom. 4. Een pseudo-neurologisch symptoom.

C. Er dient voldaan te zijn aan 1 of 2:

1. Na adequaat medisch onderzoek kan elk van de onder B genoemde aanwezige symptomen niet volledig verklaard worden door een bekende somatische aandoening of door het gebruik van een stof (drugs, medicijnen).
2. Als er wel een somatische aandoening is die aan de klachten gerelateerd is, dan zijn de klachten of de daaruit resulterende sociale of beroepsmatige beperkingen groter dan verwacht mag worden op basis van anamnese, lichamelijk onderzoek of laboratoriumonderzoek.

D. De symptomen worden niet opzettelijk veroorzaakt of geveinsd (zoals bij een nagebootste stoornis).

Andere termen voor somatisatie

Volgens van der Horst (2003) is de beste term voor somatisatie *lichamelijk onverklaarde (of onbegrepen) klachten*. Er worden in de literatuur veel andere termen gebruikt zoals: vage klachten, functionele klachten (functioneel verwijst naar de functie die de klachten hebben zoals ongenoegen of een alibi, of als een klacht ten aanzien van een bepaalde lichamelijke functie zoals klachten over darmfunctie: diarree of verstopping), somatische fixatie (inadequaat omgaan met en reageren op ziekte en daardoor worden onlustgevoelens, klachten of problemen ervaren), psychosomatiek en psychosomatische klachten (specifieke intrapsychische conflicten en persoonlijkheidsconstellaties kunnen leiden tot specifieke lichamelijke aandoeningen zoals een maagzweer of astma).

De beschrijving van somatisatie volgens Lipowski (1988) in Everaerd (1993) is: Een neiging om somatisch onwelbevinden en symptomen, die niet kunnen worden verklaard door pathologische bevindingen, te ervaren en te rapporteren, om die toe te schrijven aan lichamelijke ziekte en om er medische hulp voor te zoeken. Lipowski sluit hierbij niet uit dat patiënten die somatiseren gelijktijdig een lichamelijke ziekte hebben. Voorbijgaande somatisatie of relatief acute somatisatie treedt vaak op na belangrijke traumatiserende ervaringen. Dit somatiseren gaat vaak spontaan over of verdwijnt na geruststelling door de arts. Bij persistent somatiseren gaat het om chronische of regelmatig terugkerende problemen (Everaerd, 1993).

Prevalentie

Klachten waar geen lichamelijke verklaring voor gevonden worden, vormen naar alle waarschijnlijkheid de meerderheid van klachten en problemen die patiënten aan hun huisartsen presenteren en komen overal ter wereld voor (van der Horst, 2003). Naar schatting blijft 20-50% van de klachten waarmee patiënten hun huisarts consulteren lichamelijk onverklaard (Huijgen, et al., 1984; Kroenke, et al., 1994; Katon & Walker, 1998). Een bezoek aan een arts kan geruststellend zijn maar in sommige gevallen is er sprake van hardnekkige ongerustheid. In een Nederlands onderzoek onder een poliklinische populatie werd vastgesteld dat er bij 25% van de patiënten sprake is van lichamelijk onverklaarde klachten.

Van de bevolking ervaart 85-95% in een willekeurige periode van een paar weken minimaal een somatische klacht (Barsky, 1999). Het merendeel van de mensen

raadpleegt daarvoor echter geen arts en schrijft de klachten toe aan: stress, een verkeerde beweging, verkeerd eten, slecht slapen, de menstruatie of wat er ook maar in aanmerking kan komen als verklaring. Goldberg & Bridges (1988) stellen dat somatiseren een wereldwijd voorkomend fenomeen is en waarschijnlijk beschouwd kan worden als een basismechanisme van mensen dat optreedt in reactie op stress. Vaak komen somatiseerders uit somatiserende families en geven ze het somatiseren ook weer aan hun kinderen door. Het kan gaan om mensen met affectieve verwaarlozing, seksueel misbruik of ziekte op kinderleeftijd in de voorgeschiedenis.

Ontstaanstheorieën van somatisatie

Er bestaan verschillende verklaringen voor het ontstaan en onderhouden van lichamelijk onverklaarbare klachten. Wat de meeste modellen gemeen hebben is dat niet de ervaren klachten maar de interpretatie ervan centraal staat. In het model van Mayou (1995) wordt er vanuit gegaan dat mensen allerlei, op zich vaak fysiologische, lichamelijke sensaties als bedreigender ervaren dan nodig is. Deze sensaties worden als klachten geïnterpreteerd waarvoor medisch onderzoek en behandeling noodzakelijk is. Diverse factoren spelen een rol: ervaringen met ziekte, persoonlijkheidskenmerken, reacties van mensen in de omgeving, emotionele toestand en psychiatrische stoornis (Mayou, 1995, in Van der Horst 2003).

Van der Horst (2003) geeft de cognitieve processen weer: fysiologische veranderingen die samenhangen met de spijsvertering, de ademhaling, uitputting en hormonale variaties resulteren in allerlei diffuse maar ook specifieke lichamelijke reacties. Lichamelijke veranderingen zijn vaak een begeleidend verschijnsel van emoties, zoals angst gepaard gaande met hartkloppingen en transpireren. Een hoge activiteit van het autonome zenuwstelsel kan leiden tot toegenomen spierspanning, en endocriene processen kunnen somatische symptomen veroorzaken zonder dat er sprake is van ziekte of lichamelijke schade. Focus op de klachten kan deze sensaties uitvergroten. De mate van focus wordt beïnvloed door omgevingsfactoren zoals veel aandacht in de familie voor lichamelijke sensaties, en sociale factoren, zoals alleenstaand zijn. Ongerustheid speelt een rol bij het instandhouden van klachten.

In het draagkracht/draaglastmodel wordt er vanuit gegaan dat mensen individueel verschillen in hun mogelijkheden om allerlei vervelende situaties en gebeurtenissen het hoofd te bieden. De omvang van de draagkracht wordt bepaald

door vaardigheden, copingsstijlen, mate van sociale steun en lichamelijke conditie. Draaglast is persoonlijke, materiele, werkgebonden en sociale problemen. Te hoge draaglast zorgt voor klachten (Lazarus, 1994, in Van der Horst 2003).

2. SOMATISATIE BIJ KINDEREN

Terminologie en prevalentie

In het classificatiesysteem van psychische stoornissen DSM-IV is somatisatie bij het hoofdstuk over kinderen niet terug te vinden (Koopman, 2003). Somatisatie wordt omschreven als een proces waarbij het kind om psychologische redenen of persoonlijke winst lichamelijke klachten gebruikt. Bridges & Goldberg (1985) stellen dat er naast een somatische manifestatie ook een psychisch probleem aanwezig moet zijn. Voor de diagnose somatisatie is dus een bredere interpretatie van de lichamelijke klachten vereist (Koopman, 2003).

In een Nederlands onderzoek is naar voren gekomen dat de prevalentie van somatisatieklachten (als respons op stress) gedurende de kindertijd 10-25% is (Verhulst, 1985). Meisjes hebben over het algemeen meer somatisatieklachten dan jongens. Jongens uiten hun spanningen vaker via agressie.

Ontstaanstheorieën van somatisatie bij kinderen

Dekker (1985) beschrijft twee modellen van Melker (1975) ter verklaring van functionele buikpijn: het psychosociale model en het sensomotorische model. Dekker (1985) combineert deze twee modellen in één model, het geïntegreerde model: 'vluchten kan niet meer'.

1. Het psychosociaal verklaringsmodel gaat er vanuit dat de mens een *open biologisch systeem* is. Het systeem is 'een samenhangend geheel met als kenmerk dat bij veranderingen van een onderdeel alle delen van het geheel aan verandering onderhevig zijn'. Open betekent in voortdurende wisselwerking met de omgeving. Er is zelden sprake van een direct ziekmakende psychosociale omgevingsfactor, maar er is steeds een complexe wisselwerking van verschillende factoren, een continue variatie van reactie en respons. Psychosociale processen zijn conditioneel; zij bevorderen de ontvankelijkheid voor ziekten bij een combinatie van factoren. Men noemt dit <u>multiconditionaliteit</u>. Klachten ontstaan als aan veel condities wordt voldaan. Functionele buikpijn is vanuit dit standpunt niet terug te leiden tot één oorzaak (er is geen monocausale relatie). Melker gaat er van uit dat er waarschijnlijk ook een circulaire causaliteit is: oorzaak en gevolg zijn niet meer uit elkaar te houden. De buikpijn is zelf weer een stimulans tot psychosociale onevenwichtigheid en dat is

één van de ziekmakende factoren waaruit ook weer buikpijn kan ontstaan. Het klachtenpatroon wordt zo versterkt en in stand gehouden. 'Psychosociale processen functioneren als conditionele factoren voor ziekten en klachten zoals buikpijn: deze processen verstoren het evenwicht in het organisme en dat bevordert de ontvankelijkheid voor ziekten'(Melker 1975).

2. Het sensomotorische model gaat er vanuit dat buikpijn een plaatsvervangende lichaamstaal is voor bijvoorbeeld angst of woede. Kinderen reageren op signalen, en ze leren vanuit het milieu wanneer ze mogen vluchten of moeten aanvallen. Een kind moet leren om angst in woorden uit te drukken en daar moet gehoor voor zijn anders voelt het kind zich machteloos. Vanuit de 'fight or flight' theorie stelt Oosterhuis (1982) dat buikpijn ontstaat als de angst groter is dan de aanvalsdrift. Dat geld bijvoorbeeld voor het kind dat dreigende ruzies thuis niet kan ontlopen, het kind kan de problemen niet oplossen en ook niet ontlopen.

3. Als laatste beschrijft Oosterhuis (1982) het geïntegreerde model als verklaring voor buikpijnklachten. Het geïntegreerde model doet recht aan de twee bovengenoemde modellen. Niet alleen het lichaam geeft signalen door, ook de sociale context informeert het individu. Het totaal aan informatie bepaalt het gedrag, zowel naar de sociale context als naar het eigen biologische systeem. De buikpijn kan een zintuiglijke reflex zijn maar ook verband houden met de sociale omgeving. Een ontregeling op organisch niveau, een functionele klacht, die zich in het lichaam uit; bij een kind is de buik het beeldscherm waarop de klacht af te lezen is.

Onverklaarbare buikpijnklachten/ herhaalde buikpijnklachten

Chronische pijnklachten in de onderbuik zijn onder te brengen in de groep 'lichamelijk onverklaarde klachten', een term die de laatste jaren veel wordt gebruikt. Specialismen kennen dergelijke onverklaarde klachten zoals het 'irritable bowel syndrome' oftewel het prikkelbaredarmsyndroom (Weijenborg & ter Kuile, 2003). Deze medische term staat voor een combinatie van verschijnselen zoals misselijkheid, buikpijn en verstoorde stoelgang vanwege prikkelbare darmen. Er is sprake van een verstoorde motorische functie van het maagdarmkanaal.

Dekker (1985) spreekt van 'functionele buikpijn', welk begrip door Rosenbach in 1891 is geïntroduceerd. De functionele stoornis is een parapluterm voor elke stoornis waarvoor geen organische oorzaak aan te wijzen valt, hetzij omdat die

niet bekend is, hetzij omdat bekend is dat die er niet is (Reber, 1985, 1995). Dekker (1985) geeft aan dat buikpijn een klacht is die verwijst naar pijn in de buikstreek. Kenmerkend is dat er geen organische afwijking voor deze functionele stoornis te vinden is, evenmin een verklaring. Dekker stelt dat bij 90% van de klachten bij kinderen met ernstige buikpijn geen organische afwijking gevonden wordt. Terugkerende buikpijn bij kinderen komt vaak voor, verschillende auteurs noemen prevalentie cijfers tussen de 10 en 15% (Jaspers, 2003, in Van der Horst 2003).

Herhaalde buikpijnklachten wordt gedefinieerd als een episode van herhaalde buikpijn van tenminste drie maanden, die het normale functioneren van een kind in de weg staat (Bode et al. 2002). Herhaalde buikpijnklachten wordt door Walker et al. (1993) gedefinieerd als herhaalde episodes van pijn zonder dat er een organische etiologie gevonden kan worden. Apley en Naish (in Bode et al. 2002) schatten in een groot veld onderzoek in 1950 dat 10-15% van de kinderen en adolescenten tussen de 4-16 jaar herhaalde buikpijn hebben. Bij meer dan 90% van deze kinderen kon er geen organische oorzaak van de buikpijn gevonden worden.

3. VERKLARINGSFACTOREN

In dit hoofdstuk worden twee groepen factoren besproken. Het eerste deel spitst zich toe op sociale factoren welke mogelijke verklaringsfactoren zijn van h.b.k.. De omgeving speelt namelijk een belangrijke rol bij kinderen. Dit is het gebied waar ze leren, exploreren, problemen tegen komen etc.. Wanneer er gesproken wordt over omgevings/psychosociale factoren kunnen we denken aan school (plagen en pesten, voortdurend de druk voelen om te presteren), stress, belangrijke gebeurtenissen etc. Zo kan stress ervoor zorgen dat kinderen buik-of hoofdpijn krijgen. Een exacte tweedeling is moeilijk te realiseren omdat de invloed van omgevingsfactoren en gezinsfactoren nauw verwant zijn bij h.b.k.. Daarnaast spitst onderzoek zich zelden toe op één enkele factor maar worden er verschillende verklaringsfactoren onderzocht. Gezinsfactoren zullen in dit deel ook al ter spraken komen.

De tweede groep factoren zal zich toe spitsten op het gezin. Wanneer we over het gezin spreken kunnen we denken aan de problemen thuis (ouders verwachten te veel, een ernstige ziekte, huwelijksproblemen) of hoge taakeisen (altijd de beste moeten zijn). Kinderen die thuis en op school steeds hun gevoelens van angst en verdriet moeten onderdrukken lopen meer risico op stress en pijnklachten (www.klasse.be, 2004). De invloed van de ouders op symptoombehoud zal besproken worden, de bekrachtiging van de ouders en copingsstijlen.

Stressoren

Als eerste zal kort de visie van Erikson (1968) en Koopman (2003) over stress geschetst worden gevolgd door een onderzoek over de invloed van dagelijkse stressoren op h.b.k..

De ontwikkeling van de identiteit van het kind verloopt volgens de theorie van Erikson (1968) in samenspel met de omgeving via een aantal ontwikkelingscrisissen. Wanneer er voldoende vertrouwen, autonomie, initiatief en werklust is, dan ontstaat een sterke identiteit en kan het kind mogelijke conflicten goed oplossen. Dit lukt minder goed wanneer de ontwikkeling van de identiteit wordt verzwakt door wantrouwen, schaamte, twijfel, schuldgevoel en minderwaardigheid. Stress kan hierop van invloed zijn. Gedacht kan worden aan sociale stress (spanning met andere kinderen) of schoolproblemen. Als het kind de uitdagingen van school niet het hoofd

kan bieden en dit niet tijdig wordt opgemerkt, dan hoopt de stress zich op, wat schadelijke gevolgen kan hebben (Koopman, 2003).

De oorzaken van stress zijn stressoren, teweeggebracht door een combinatie en eventueel interactie van verschillende elementen (Reber, 1985,1995). Angst en stress zijn nauw gerelateerd. Koopman (2003) legt uit dat angst een psychologisch verschijnsel is, dat zich via lichamelijke symptomen presenteren. Angst is een normaal onderdeel van ons bestaan, een kind ervaart gedurende zijn ontwikkeling diverse angsten (spoken). Naarmate kinderen ouder worden nemen angstgevoelens af (40% rond vier jaar tot 10% rond 16 jaar) (Verhulst, 1985). Angsten en stress leiden tot een abnormale arousal van het zenuwstelsel en het hormonale systeem (Koopman, 2003). Het kernprobleem is dat de angstbeleving niet wordt waargenomen zodat alleen de lichamelijke verschijnselen in beeld blijven. De manier waarop ouders met de angsten van het kind en hun eigen zorgen omgaan is van invloed hoe het kind om leert gaan met spanning en stress.

De relatie met dagelijkse stressoren

Walker et al. (2001) heeft een onderzoek gedaan naar de relatie van dagelijkse stressoren op somatische en emotionele symptomen bij kinderen met en zonder h.b.k. Deze zal hieronder worden beschreven.

Onderzoek naar herhaalde buikpijnklachten geeft soms aan dat dit een reactie op stress kan zijn (Apley, 1975). Stress wordt geoperationaliseerd door het meten van negatieve gebeurtenissen (negative life events (NLE)) die in het jaar voor de meting zijn voorgekomen. Dit brengt een aantal beperkingen met zich mee omdat een ‘negative life event’ op intervalbasis plaats kan vinden op verspreide momenten van het jaar, en herhaalde buikpijnklachten kunnen over de dag verspreid zijn en voorafgaan aan kleine dagelijkse stressoren die niet in NLE te vangen zijn. Tijdens een jaar kunnen omstandigheden aanzienlijk veranderen wat de stress-ziekte relatie op onduidelijke manier beïnvloed. Een kind als informant over een gebeurtenis van het afgelopen jaar maakt de rapportage onbetrouwbaar en invalide.

Dagelijkse meting van stressoren geeft een ander perspectief op stress. Op deze manier kan je onderzoeken of kinderen met h.b.k. meer dagelijkse stressoren ondervinden, de stressoren als ernstiger ervaren en of de intra-individuele associatie

tussen dagelijkse stressoren en somatische klachten sterker is dan bij gezonde kinderen.

Op deze vragen heeft Walker et al. (2001) antwoord proberen te geven. De onderzoeksgroep bestond uit patiënten met herhaalde buikpijnklachten (N=154), jongeren tussen de 8 en 15 jaar uit het Pediatric Gastroenterology Clinic of Vanderbilt Universiteit Medisch Centrum (USA). Ze voldeden aan Apley's criteria voor herhaalde buikpijnklachten (ten minste drie episodes van buikpijn, ernstig genoeg om dagelijkse activiteit te verstoren tijdens tenminste drie maanden). De steekproefgroep kwam voornamelijk uit de Kaukasus (95%), was vrouw (57%) en de gemiddelde leeftijd bedroeg 10.8 jaar. De groep gezonde kinderen bestond uit kinderen (N=109) van een publieke school uit Nashville. Zij rapporteerden minder dan 2 dagen buikpijn in de afgelopen weken, scoorden onder de mediaan voor de Children's Somatization Inventory' (CSI) en hadden geen chronische of organische ziekte wat met herhaalde buikpijn geassocieerd kan worden (maagzweer, ziekte van Crohn).

De volgende metingen zijn afgenomen; de 'Daily Diary Interview' (DDI), de 'Daily Symptom Report' (DSR), 'Network of Relationships Inventory' (NRI), Percieved competence door middel van de 'Self-Perception Profile for Children', de 'PANAS' welke positieve en negatief affect meet. Lijsten zijn dagelijks telefonisch afgenomen, 95% heeft binnen twee weken het interview gehad.

De resultaten van het onderzoek geven aan dat vrijwel alle kinderen met h.b.k. (93%) buikpijn rapporteerden tenminste op 1 van de 5 dagen van het interview, en de meerderheid (53%) had buikpijn op 3 of meer dagen. Kinderen met h.b.k. in vergelijking met gezonde kinderen hebben een significant hoger niveau aan andere somatische symptomen (hoofdpijn, vermoeidheid) op alle tijden van de dag. Kinderen met h.b.k. ervaren hun stressoren als ernstiger. Beide groepen hebben meer stress tijdens school dan voor of na schooltijd. De factor die kinderen met h.b.k. differentieert van andere kinderen is de somatische reactie op stressoren op school. Verder is er een sterkere associatie tussen het aantal stressoren en het de symptomen voor kinderen met h.b.k. maar geen relatie tussen symptomen en negatieve affectiviteit (NA). Kinderen met h.b.k onderscheiden zich van andere kinderen door met hoge somatische symptomen op stress te reageren. Dit is geen causale invloed, maar mogelijk een wederzijdse invloed. Een hoger niveau van negatieve affectiviteit voorspelde een sterkere relatie tussen dagelijkse stressoren en somatische symptomen voor kinderen met h.b.k.. Neuroticisme (gerelateerd aan NA) is geassocieerd met

verhoogde reactiviteit op dagelijkse stressoren omdat ze minder effectieve coping mechanismen gebruiken als reactie op stress. Kinderen met hoge NA kunnen stressoren als meer bedreigend ervaren, zijn onzeker over hun coping vaardigheden en gebruiken passieve copingstrategieën die minder effectief zijn. Sociale steun en zelfwaarde heeft geen matigend effect. Kinderen met h.b.k. verschillen niet van gezonde kinderen in de relatie tussen stress en negatief affect. Kinderen met h.b.k. zijn niet minder emotioneel reactief op stress dan gezonde kinderen. Ze tonen zowel somatische als emotionele spanning in reactie op stress.

Een kanttekening van Walker et al. (2001) bij dit onderzoek is dat de groep deelnemers, kinderen zijn die de meest chronische vorm van h.b.k. hebben. De kinderen met h.b.k. komen uit een medische setting in plaats van kinderen met h.b.k. uit een gewone setting. Het is moeilijk te onderscheiden welke aspecten van h.b.k. karakteristiek zijn bij het gebruik van medische hulp of aan h.b.k. zelf. Er zouden in een vervolgonderzoek subgroepen gevormd moeten worden. Een ander punt van kritiek is dat, ondanks dat de dagelijkse dagboek methodologie een goede strategie is om processen rondom stress te observeren, er sprake is van zelfrapportage. Het is geen laboratorium gecontroleerde conditie.

Bovenstaand onderzoek van Walker et al. (2001) probeerde antwoord te geven op een aantal vragen. In het kort kunnen we concluderen dat kinderen met h.b.k. meer dagelijkse stressoren hebben dan gezonde kinderen en er een sterkere relatie bestaat tussen stressoren en symptomen voor kinderen met h.b.k. Er is echter geen relatie gevonden tussen symptomen en negatieve affectiviteit. Een hoger niveau van negatieve affectiviteit voorspelde een sterkere relatie tussen dagelijkse stressoren en somatische symptomen voor kinderen met h.b.k. Daarnaast tonen kinderen met h.b.k. zowel somatisch als emotionele spanning in reactie op stress. Naar aanleiding van dit onderzoek kan gesteld worden dat stress een belangrijke verklaringsfactor voor onverklaarbare buikpijnklachten is.

Psychosociale correlaten

Het onderstaand onderzoek maakt duidelijk welke verschillen er zijn op de emotionele, somatische en psychosociale symptomen van kinderen met h.b.k. in vergelijking met gezonde kinderen, kinderen met maagproblemen en een psychiatrische patiënten groep.

Vanuit de literatuur wordt geopperd dat kinderen met h.b.k. een hoger niveau van angst, depressie en somatisatie symptomen hebben. Het is alleen niet duidelijk of deze symptomen met andere patiëntengroepen verschilt. In hoeverre kinderen met h.b.k. overeenkomsten of verschillen vertonen met andere groepen kinderen wordt in het onderzoek van Walker, Garber, en Greene (1993) hieronder beschreven.

In dit onderzoek worden verschillende groepen vergeleken op emotioneel en somatisch gebied. Daarnaast worden ook op psychosociale factoren vergelijkingen getroffen, zoals op negatieve levensgebeurtenissen (NLE), verminderd gevoel van competentie, (dis)functioneel gezin, sociaal leren en operant leren omdat vanuit de literatuur gesuggereerd wordt dat de groep kinderen met h.b.k. op deze aspecten anders blijken te zijn dan andere groepen kinderen.

Patiënten uit het Vanderbilt University Medical Center (USA) zijn geselecteerd op de volgende criteria: tenminste 1 maand h.b.k., tussen de 6 en 18 jaar, geen chronisch gezondheidsprobleem, geen fysieke handicap of mentale retardatie en een moeder/stiefmoeder die thuis woont. In totaal deden 236 gezinnen aan het onderzoek mee, onderverdeeld in vier groepen, waarvan kinderen met h.b.k., kinderen met maagproblemen, kinderen met een psychiatrische stoornis (stemming of angststoornis) en een gezonde groep kinderen. Er zijn verschillende metingen gedaan; 'Children's Somatization Inventory', 'CBCL', 'Children's Depression Inventory', 'Family Inventory of Life Events' en de 'Family Relationship Index'.

Resultaten geven aan dat in vergelijking met gezonde kinderen, kinderen met h.b.k. een meer emotionele en somatische symptomen vertonen. De gezinsleden zijn vaker ziek en is er meer aanmoediging voor het ziektegedrag van het kind. Ze verschilden niet van elkaar op negatieve levensgebeurtenissen, competentie of het functioneren van het gezin. Daarnaast waren het niveau van emotionele en gedragsproblemen lager bij kinderen met h.b.k. dan in de groep psychiatrische patiënten. Ook rapporteerden ze minder 'negative life events', hoger niveau van competentie en beter gezinsfunctioneren dan de groep psychiatrische patiënten. Daarentegen hebben kinderen met h.b.k. meer somatische klachten, meer disfuncties, meer ziektegevallen in het gezin en meer aanmoediging van ziektegedrag dan psychiatrische patiënten. Vergelijkingen tussen kinderen met h.b.k. en de groep kinderen met maagproblemen geven geen significante verschillen op somatische, emotionele symptomen of psychosociale variabelen weer.

Over het patroon van emotionele en somatische symptomen in dit onderzoek kunnen we zeggen dat:

-Kinderen met h.b.k. meer emotionele spanning ervaren dan gezonde kinderen maar minder ernstig dan psychiatrische patiënten.

-Op het aantal 'negative life events' verschilden de kinderen met h.b.k. niet van gezonde kinderen en rapporteerden ze er minder dan de psychiatrische groep kinderen.

-Kinderen met h.b.k. rapporteerden niet meer gezondheidsgerelateerde gebeurtenissen in vergelijking met andere groepen. Dit suggereert dat 'negative life events' op zichzelf waarschijnlijk geen h.b.k. veroorzaken. In interactie met andere factoren misschien wel.

-Wat betreft de competentie beleving scoren kinderen met h.b.k net als gezonde kinderen, hoger dan de psychiatrische patiënten groep.

-De gezinnen van kinderen met h.b.k. verschillen niet van gezonde gezinnen op de kwaliteit van gezinsrelaties, tevredenheid van de moeder met het huwelijk of psychopathologie van de ouders. Dit suggereert dat deze gezinnen en de kinderen vaardiger zijn dan verwacht zou worden op basis van de literatuur.

-Kinderen met h.b.k. hebben wel meer gezinsleden met buikpijnproblemen en gezondheidsproblemen in vergelijking met de psychiatrische groep en de gezonde groep kinderen. Dit kan de kwetsbaarheid aangeven voor genetische of omgevingsfactoren. Walker et al. (1993) suggereert dat modeling hier een rol bij kan spelen, een kind wordt namelijk meer blootgesteld aan ziektegedrag. Operant leren kan een rol hebben gespeelt bij het ontstaan en behoud van ziektegedrag bij kinderen met h.b.k. en kinderen met maagproblemen. Zij rapporteerden dat hun ouders vaker reageerden met extra aandacht en speciale privileges in vergelijking met de groep gezonde kinderen en de psychiatrische groep. Data waar er vanuit het oogpunt van de moeder werd gekeken, toonden echter geen verschillen aan tussen de groepen als het gaat om de reactie van de moeder op de klachten van het kind. Het kan dus zijn dat de eigen perceptie van het kind op de reacties van de ouder hun ziektegedrag beïnvloedt.

-In vergelijking met gezonde kinderen hebben kinderen met h.b.k veel overeenkomsten met kinderen met maagproblemen. Zo hebben ze allebei meer emotionele problemen, meer ziektegevallen binnen het gezin en zien meer aanmoedigingen van ziektegedrag. Deze psychosociale factoren zijn dus geassocieerd met pijn, ongeacht of er een organische etiologie aan ten grondslag ligt. Een eventuele

dichotome classificatie van kinderpijn als organisch of psychogeen wordt zo minder plausibel.

Een belangrijk resultaat uit het onderzoek van Walker et al. (1993) is dat een variabele (zoals een 'negative life event') op zichzelf geen verklaringsfactor is voor buikpijnklachten maar wel invloed heeft wanneer het in interactie met andere variabelen voorkomt.

Een nadeel van het hierboven beschreven onderzoek van Walker et al. (1993) is dat er selectie bias opgetreden kan zijn omdat bij volwassenen het hebben van emotionele problemen het inroepen van medische hulp vergroot (Tessler, Mechanic & Dimond, 1976, in Walker et al. 1993). Daarnaast zijn de kinderen met h.b.k. in dit onderzoek een patiënten groep in een medische setting in plaats van kinderen met h.b.k. in een gewone setting. Het is op deze manier moeilijk te onderscheiden welke aspecten van h.b.k. karakteristiek zijn aan het gebruik van medische hulp of aan h.b.k. zelf. Een ander punt van kritiek is dat het onderzoek van Walker et al.(1993) niet longitudinaal is, dus of er na een jaar nog sprake is van h.b.k en de psychosociale correlaten is onduidelijk.

Het bovenstaande onderzoek heeft duidelijk gemaakt dat er een paar psychosociale factoren kenmerkend zijn voor kinderen met h.b.k. zoals een hoger niveau van emotionele en somatische symptomen, gezinsleden die vaker ziek zijn, meer aanmoediging voor het ziektegedrag ervaren, minder gedragsproblemen, minder 'negative life events', hoger niveau van competentie, beter gezins functioneren, meer somatische klachten, functionele tekortkomingen en ziekte in het gezin. De aspecten, hebben alleen betekenis in vergelijking met een andere groep kinderen en de mate van 'meer' of 'minder' is afhankelijk met welke groep ze worden vergeleken.

Psychosociale factoren

In het overzicht artikel van Chiong-Meng Boey, en Goh, (2002) worden de psychosociale factoren en herhaalde buikpijnklachten bekeken. Er wordt gesuggereerd dat psychologische factoren, zonder dat deze zich noodzakelijkerwijs manifesteert als een psychologische of psychiatrische ziekte, nauw geassocieerd zijn met herhaalde buikpijnklachten, zowel organisch als niet organisch. Psychosociale stress kan tot veel symptomen (zoals buikpijn) leiden. Een onderzoek met 119 kinderen met h.b.k. geeft aan dat 30% aan perfectionisme leidt. De omgeving werd

ervaren als stressvol, met huwelijksproblemen in 39% van de gezinnen. Er worden ook studies genoemd die hebben aangetoond dat herhaalde buikpijn een manifestatie kan zijn van stress op school. Ouders (76%) beschrijven hun kinderen alsof ze één van de volgende eigenschappen hebben: competitief, perfectionistisch, hoge prestatiedrang, agressief, sterke wil, moralistisch, zorgend en enthousiast.

Chiong-Meng Boey (2002) noemt ook dat kinderen met herhaalde buikpijnklachten meer 'life events' hebben meegemaakt die te maken hebben met ziekte, ziekenhuisopname en overlijden en daarnaast meer stress dan gezonde kinderen ervaren. Ander onderzoek gaf aan dat kinderen met herhaalde buikpijnklachten vaker absent zijn van school, meer angst tonen en meer stressvolle gebeurtenissen ervaren in de maanden voor het begin van de buikpijnklachten.

Onderzoek in Maleisië toont aan dat recente stressvolle gebeurtenissen een belangrijke voorspeller zijn voor herhaalde buikpijnklachten. Gedacht wordt aan gebeurtenissen als het overlijden van een familielid, verandering van baan van een familielid, ziekenhuisopname van het kind zelf, ziekenhuisopname van een familielid, slecht doen en gepest worden op school. In dit onderzoek zijn 45,5% van de schoolgaande kinderen met h.b.k. naar een arts gebracht. Zij waren vaker absent van school en ervaren meer pijn waardoor hun slaapritme wordt onderbroken. Dit geeft de trend weer van verhoogde examen stress, geweld en pestgedrag op school in Aziatische regio's. Het onderzoeksoverzicht concludeert dat h.b.k. geen enkelvoudige conditie maar een wijd spectrum van klinische manifestaties is. Organische stoornissen kunnen aanwezig zijn, maar bij het merendeel van de kinderen kan deze niet achterhaald worden. Alhoewel er geen psychische of psychiatrische stoornis aan ten grondslag ligt, is er toenemend bewijs dat psychosociale stress een belangrijke rol speelt bij h.b.k.

School

In het hierboven beschreven onderzoek komt kort ter sprake dat kinderen met h.b.k. vaker absent zijn van school en last hebben van examen stress, geweld en pestgedrag op school. We kunnen ons afvragen of h.b.k. bij kinderen vaker voorkomt tijdens de schoolperiode in vergelijking met de vakantie periode.

Williams, et al.(1999) onderzocht het aantal aanmeldingen van onverklaarbare buikpijnklachten en acute blindedarmontsteking (appendicitis) over een schooljaar.

Data werd vanuit het Leicestershire Gezondheids autoriteit verzameld tijdens 5 jaar (1992-1997) van kinderen van 5 tot 15 jaar.

Het aantal aanmeldingen van acute blindedarm ontsteking was onafhankelijk van school en vakantieperiode. Voor onverklaarbare buikpijn klachten is er wel een duidelijk verschil in aanmeldingsaantallen tijdens schoolperiode en vakantieperiode. Verhouding voor aanmeldingen tijdens de schoolperiode is 1.42 maal hoger dan tijdens de vakantie. Daarnaast werd het aanmeldingsaantal onverklaarbare buikpijnklachten in de loop van de 5 jaar groter. Onverklaarbare buikpijn klachten presenteren een heterogene groep van condities en hebben waarschijnlijk een multifactoriële oorzaak aldus Williams, et al.(1999). Dit doet vermoeden dat psychologische en gedragsfactoren betrokken zijn bij het ontstaan van onverklaarbare buikpijnklachten.

School is een factor die van invloed is op buikpijnklachten. Wat daarbij nou een rol speelt is onduidelijk. Dekker (1985) zegt: 'Een onveilige situatie kan de school zijn die aan het kind te hoge eisen stelt. Het kan de gevraagde leerprestaties niet leveren of het kan zich in de groep niet handhaven. Het is maar een schets omtrent het welbevinden van het kind op de school'. Apley et al. (1975) zegt dat bij meer dan 90% van de kinderen geen organische oorzaak van de buikpijn gevonden kan worden en dat daarom omgevings - en schoolstress een grote rol speelt bij de ontwikkeling van h.k.b.

Prestatiedrang, confrontatie met leeftijdsgenoten, overbelasting van het kind of het zich niet kunnen handhaven in een groep kunnen allemaal spanning opleveren. Pestgedrag kan ook van invloed zijn op een kind. Onderzoek van Forero et al. (1999) onderzocht de relatie tussen pestgedrag op school en psychosociale gezondheid. Er zijn 115 kinderen (6, 8 en 10 jaar) van verschillende scholen onderzocht. At random werd een klas uit een school geselecteerd en vragenlijsten werden in de klas gemaakt. Er bestaat een significante associatie tussen pestgedrag en psychosomatische symptomen. Degenen die het meeste pestten of werden gepest hebben de hoogste aantal symptomen. Onder psychosociale symptomen wordt in dit onderzoek verstaan; hoofdpijn, buikpijn, rugpijn, slecht of geïrriteerd humeur, nerveus, moeite om in slaap te komen en duizeligheid. Scholieren die pestten of werden gepest vonden school niet leuk en voelden zich ook alleen. Zij vertonen de meeste psychologische en psychosomatische symptomen.

Een zelfde soort conclusies trekken Kekkes et al. (2003) in hun onderzoek naar de associaties tussen pestgedrag en psychosomatische klachten en depressie. Deelnemers (2766) uit 32 verschillende Nederlandse scholen tussen de 9 en 12 jaar oud deden mee aan een longitudinaal onderzoek. Vragenlijsten over pesten werden afgenomen en de 'Short Form Depression Questionnaire for Children' (KDVK). Scholieren zijn geclassificeerd op basis van de frequentie dat ze gepest worden: niet gepest en niet pesten (80,2%), alleen gepest (14,2%), pesten (3,5%) en allebei gepest en pesten (2,0%). Er werd een sterke associatie gevonden tussen gepest worden en een brede range van psychosomatische symptomen (hoofdpijn, buikpijn, slaapproblemen, gespannen, moeheid etc) en depressie. Resultaten zijn op cross-sectionele data gebaseerd waardoor er geen causale relaties aangetoond kunnen worden. Wel kunnen we ons voorstellen dat gepest worden tot meer somatische klachten leidt omdat dit een bron van stress is.

Een kanttekening van dit laatste onderzoek is dat hier kinderen tot 12 jaar zijn onderzocht. Oudere kinderen hebben misschien andere vormen om met pesten om te gaan. Daarnaast zijn in de laatste twee onderzoeken de somatische symptomen over het geheel onderzocht in plaats van alleen herhaalde buikpijnklachten.

We hebben nu een aantal factoren besproken die volgens de onderzoeksliteratuur een mogelijke verklaring zijn voor h.b.k.. In het volgende gedeelte van dit hoofdstuk zullen aan de hand van onderzoeksliteratuur factoren besproken worden toegespitst op het gezin en de ouders.

Gezin

Er wordt een theoretische inleiding van Koopman (2003) gegeven over het gezin, gevolgd door een aantal onderzoeken over het gezin als mogelijke verklaringsfactor voor herhaalde buikpijnklachten.

Ik bespreek een onderzoek over de zienswijze van de moeder over h.b.k.. Er zal naar de psychosociale aspecten van moeders en het gezin gekeken worden en hoe er vanuit het oogpunt van de ouder wordt gekeken naar h.b.k.. Er wordt een onderzoek over symptoombehoud en bekrachtiging van de ouders beschreven en als laatste worden 'copingsstijlen' besproken.

Koopman (2003) geeft aan dat gezinsleden een voorbeeld kunnen zijn met hun somatiserende gedrag. Hij legt uit dat bij het ontstaan en voortbestaan van somatisatie, de interactie tussen het kind, het gezin en de bredere omgeving (school, vriendjes, buurt) een rol speelt. Als de eisen die binnen het gezin of op school gesteld worden, kinderen boven het hoofd groeien is het niet ongebruikelijk dat ze met lichamelijke klachten reageren. Als deze lichamelijke klachten tot uiting komen, reageren ouders met zorg en wijzigen ze hun houding door zich meer beschikbaar op te stellen. In sommige gezinnen kan het voorkomen dat de aandacht voor lichamelijke klachten van het kind het enige moment kan zijn dat het kind zijn ouders voor zich kan winnen (Koopman, 2003). Dit kan ertoe leiden dat het kind ziekteverschijnselen simuleert om op die manier de aandacht van zijn ouders vast te houden. Een kind kan zich ook (onbewust) verantwoordelijk voelen voor het wel en wee van het gezin, en zijn symptomen als een regelmechanisme hanteren om grotere gezinsproblemen te voorkomen.

Een gezin kan zich concentreren op de problemen van een specifiek gezinslid, zoals een kind met somatische klachten. Ouders kunnen dan doen alsof ze geen relatieproblemen hebben. De lichamelijke klachten of de gedragsproblemen van het kind zouden dan het enige probleem vormen. Het zich concentreren op het kind zou veilig zijn voor het voortbestaan van het ouder- en gezinssysteem (Koopman, 2003).

Bij de pubertijd kunnen spanningen binnen het gezin hoog oplopen. Een jongere kan buiten het gezin een uitlaatklep vinden, maar de jongere kan ook erg gespannen worden waardoor de kans op somatiseren aanzienlijk toeneemt (Koopman, 2003).

Het onderzoek van Bode & Brenner et al. (2003) heeft de relatie tussen sociale en familie factoren, bacteriële infecties (helicobacter pylori) en h.b.k. geanalysereerd. Zij hebben 1221 kinderen uit Duitsland tussen de 5 en 8 jaar onderzocht. Om de bacteriële infectie te bepalen is een blaastest afgenomen. De ouders hebben het medisch verleden en de demografische gegevens zijn op een vragenlijst ingevuld. H.b.k. wordt in dit onderzoek gedefinieerd als tenminste drie episodes van h.b.k. in de laatste drie maanden, die zodanig zwaar zijn dat de normale activiteit van het kind wordt belemmerd.

Dit bevolkingsonderzoek suggereert dat de bacteriële infectie geen belangrijke rol speelt in h.b.k. bij kinderen. Daarentegen zijn sociale en familie factoren zoals het leven in een één ouder gezin of een geschiedenis van gastrointestinale stoornis in het gezin sterke onafhankelijke determinanten van herhaalde buikpijnklachten. Dit kan duiden op de aanleg voor gastrointestinale stoornissen van bepaalde gezinnen. Het kan ook dat de preoccupatie en angst van de ouders met de gezondheid van het kind, het kind zijn eigen zorgen over symptomen bekrachtigd en daardoor het h.b.k gedrag van hun ouders aanleren.

In het bovenstaande onderzoek van Bode, et al. (2003) zijn vooral de sociale en gezinsfactoren de belangrijke determinanten voor h.b.k.. De literatuur suggereert verder dat kinderen met h.b.k. uit angstige gezinnen komen of uit gezinnen waar één of meerdere gezinsleden een gezondheidsprobleem heeft. Het groeiende bewijs dat h.b.k. geassocieerd is met een aantal psychosociale risicofactoren doet vermoeden dat stoornissen zoals angst en depressie, op latere leeftijd ook nog voorkomen.

Hotopf et al. (1998) deden van 1946 tot 1989 een longitudinaal onderzoek. Er werd gekeken of kinderen (N=5362) met h.b.k. uit gezinnen komen waar meer psychiatrische stoornissen en neuroticisme voorkomen en of kinderen met h.b.k. als volwassenen meer psychiatrische stoornissen hebben en meer onverklaarbare symptomen hebben. Data werd verzameld uit het nationale gezondheidsregister (19 maal), voor h.b.k.. werd het ziekenhuisarchief geconsulteerd (met 7, 11 en 15 jaar), absentie van school (op 6 en 10 jarige leeftijd) is geregistreerd en volwassen variabelen (met 36 jaar) zijn verzameld.

Drie belangrijke punten zijn uit het onderzoek naar voren gekomen.

- Ten eerste is h.b.k. in de jeugd geassocieerd met een slechte gezondheid van de ouders. Het kan zijn dat de angst en preoccupatie van de ouders over de gezondheid het kind beïnvloed over zijn eigen lichamelijke sensaties.
- Ten tweede voorspelt h.b.k in de jeugd niet noodzakelijkerwijs h.b.k. op latere leeftijd. Wel zijn de h.b.k. in de jeugd gerelateerd met andere fysieke symptomen in de volwassenheid.
- Ten derde zijn h.b.k. in de jeugd een voorspeller voor psychiatrische stoornis in de volwassenheid.

Een verschil tussen dit onderzoek en andere onderzoeken is dat h.b.k. anders is gedefinieerd. In dit onderzoek is er sprake van h.b.k. wanneer er op drie momenten (op 7, 11 en 15 jaar) sprake was van h.b.k. Dat betekent ook dat wanneer kinderen op twee momenten h.b.k. hadden toch in de controle groep werden geselecteerd.

Voor het beloop lijken de resultaten gunstig, wanneer kinderen last hebben van buikpijn in hun jeugd betekent dat niet noodzakelijkerwijs dat zij hier op latere leeftijd ook last van hebben.

Attributie van de moeder

In het hieronder beschreven stuk zal de attributie van de moeder aan bod komen. Uit het onderzoeks artikel van Claar en Walker (1999) blijkt dat moeders niet alleen fysieke maar ook psychosociale factoren toeschrijven als oorzaak voor de pijn van hun kind.

Wanneer de klachten van een kind van functionele aard blijken, zijn ouders vaak teleurgesteld. Het vermoeden dat de buikpijn lichaamstaal is waarmee spanningen worden geuit, wordt vaak als bedreigend ervaren. Ouders denken dan dat ze geen goede ouders zijn (Dekker, 1985). De manier waarop ouders de klachten van hun kind interpreteren is bepalend voor hoe er mee omgegaan wordt. Sommige ouders vragen hun kind voortdurend hoe het zich voelt, ook al is het kind gezond. Hierdoor gaan kinderen hun gevoelens eerder als pijn interpreteren. Bovendien remmen overbezorgde ouders normaal gedrag vaak af (www.klasse.be, 2004). Attributies die de verzorger heeft over klachten zijn belangrijk voor de manier waarop hulp wordt ingeroepen en wat voor medische stappen er ondernomen worden. Dit wordt in het volgende onderzoek besproken.

Onderstaand onderzoek geeft aan hoe de zienswijze van de moeder is. Claar en Walker, (1999) onderzochten de oorzaken die moeders toeschrijven aan de h.b.k. van hun kind en wat zij dachten dat een goede remedie zou zijn. Deelnemers waren (N=153) moeders van patiënten die zich voor h.b.k. aangemeld hadden op het Vanderbilt University Medical Center. De kinderen voldeden aan de volgende criteria; tenminste 1 maand herhaalde buikpijnklachten, leeftijd tussen 6 en 18 jaar, geen chronisch gezondheidsprobleem, fysieke handicap of mentale retardatie en een moeder/stiefmoeder die in huis woont. Er zijn twee groepen gevormd. Eén groep had maagproblemen, de andere groep had geen organische oorzaak voor de klachten. Vragen werden d.m.v. een telefonisch interview gesteld: dit gebeurde voordat de patiënten op de kliniek kwamen en precies een jaar later.

Resultaten van het onderzoek geven aan dat voordat de moeder de kliniek bezocht, zij eerder psychosociale dan fysieke factoren toeschrijven als oorzaak voor de pijn van hun kind. Als remedie voor de pijn schrijven moeders eerder psychosociale interventies toe dan een medische behandeling. Er kan dus niet vanuit gegaan worden dat het inroepen van medische hulp ook betekent dat moeders organische ziekte attributies hebben voor pijn van hun kind. Ouders kunnen medische behandeling zoeken en tegelijkertijd pijn toeschrijven aan fysieke èn psychosociale factoren. Ze verwachten waarschijnlijk dat medici zowel psychosociale als fysieke aspecten van hun kind benaderen. Het kan ook dat ouders misschien een medische behandeling zoeken om de pijn van hun kind te verlichten. Ouders kunnen denken dat een psychosociale factor, zoals emotionele spanning, bijdraagt aan de subjectieve ervaring van pijn, ongeacht of dit een rol speelt in een onderliggend ziekteproces van het kind.

De helft van de moeders geeft in dit onderzoek aan zowel psychosociale factoren als fysieke factoren belangrijk te vinden in de etiologie bij buikpijnklachten. Deze factoren zijn niet wederzijds uitsluitbaar. Deze gedachte is consistent met theoretische modellen die suggereren dat pijn betrekking heeft op de interactie tussen biologische, psychologische en sociale factoren. Moeders hebben dus een multidimensionale kijk in plaats van een dualistische kijk op de oorzaak van pijn. Als remedie dacht het merendeel van de moeders aan psychosociale hulp door de mentale gezondheidszorg (zoals minder stress, weten hoe te ontspannen, niet piekeren, geen druk op jezelf leggen). Een klein deel van de moeders dacht aan therapie als remedie. Na medische evaluatie van het kind werd uitsluitsel gegeven of er wel of geen

organische oorzaak was voor de h.b.k. Daaruit bleek dat moeders van kinderen met een maagprobleem de fysieke attributies als oorzaak van de pijn meer behielden dan moeders van kinderen met onverklaarde pijn. Medische evaluatie en behandeling beïnvloeden de attributies die moeders hebben over fysieke oorzaken voor de h.b.k., maar beïnvloeden niet de attributies over de psychosociale oorzaken van de pijn, dit blijft stabiel.

De meeste moeders waren van mening dat de conditie van hun kind een jaar na de evaluatie was verbeterd. Moeders van kinderen die een organische diagnose hadden gekregen voor de h.b.k. meenden dat de fysieke remedie verantwoordelijk was voor de verbetering, terwijl ze nog steeds vonden dat psychosociale factoren belangrijk zijn in de etiologie van de pijn. Het zou dus zo kunnen zijn dat men denkt dat fysieke symptomen effectief met medische interventies kunnen worden behandeld zonder zich te richten op psychosociale factoren die bijgedragen hebben aan de symptomen.

Een beperking van het onderzoek is de te kleine onderzoeksgroep; zo konden kleine groepsverschillen (oorzaken van de pijn) niet gedetecteerd worden.

In een volgend onderzoek zullen we naar psychosociale aspecten van moeders en het gezin kijken.

Boosheid, vijandigheid en geuite emotie van de moeder

Onderstaand onderzoek gaat over de psychopathologie van de moeder, het gevoel welke zij heeft en het gezinsfunctioneren.

Kinderen met h.b.k. worden vaak beschreven als angstig, verlegen en depressief. Moeders worden in de literatuur beschreven als depressief, boos, angstig en overbezorgd. Het functioneren van gezinnen wordt gekarakteriseerd door huwelijksproblemen, ongelukkige sfeer, afstandelijke relatie tussen ouders en overwegend meer echtscheidingen. Andere onderzoeken ondersteunen dit beeld juist niet. Negatieve gebeurtenissen worden in sommige onderzoeken wel en andere onderzoeken niet geassocieerd met h.b.k. van kinderen. Deze tegenstrijdige aspecten komen in het hieronder beschreven onderzoek aan bod.

Liakopoulou-Karis et al. (2002) deden onderzoek naar de psychopathologie van kinderen met h.b.k., de psychopathologie van de moeders, negatieve gebeurtenissen, de expressed emotion (geuite emotie) van de moeders en het gezinsfunctioneren.

Deelnemers in het onderzoek zijn kinderen (N= 69) tussen de 8-13 jaar, uit een universiteitsziekenhuis. Zij voldeden aan de volgende criteria; ten minste drie maanden pijn, van ten minste drie episodes, zodanig intensief dat het functioneren word belemmerd. Er is onderscheid gemaakt tussen een groep kinderen met h.b.k. en een groep met hoofdpijnklachten. De kinderen van de controle groep (N=60) waren twee dagen opgenomen voor 'adenoidectomy' of 'tonsillectomy' maar zijn verder gezond. De volgende instrumenten zijn afgenomen: 'Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-age children', 'Parental Expressed Emotion', 'The MCmaster Family Assessment Device', 'the symptom checklist-90-R', 'The Life Events Scale for Children'.

De resultaten van het onderzoek geven aan dat:

- De meerderheid van de kinderen met herhaalde buikpijn of hoofdpijn, in tegenstelling met controle groep, een psychiatrische diagnose heeft zoals een angststoornis, depressieve stoornis (in milde vorm).
-De groep met h.b.k. verschilde niet van de groep met hoofdpijn op de psychopathologie.
- Er zijn meer 'negative life events' in de groepen wat de relatie tussen stressvolle gebeurtenissen en somatische pijn ondersteunt.

In dit onderzoek zijn moeders van kinderen met herhaalde buikpijnklachten significant meer boos en vijandig dan de contole groep. Moeders hebben een tendens van depressie in vergelijking met de controle groep, maar niet significant hoger in vergelijking met andere onderzoeken.

Moeders van kinderen met herhaalde buikpijnklachten of met hoofdpijn tonen meer 'expressed emotion' (76.9%) (kritiek en overbezorgdheid) in vergelijking met controle moeders (29.6%). De gezinnen met kinderen met herhaalde buikpijnklachten zijn meer disfunctioneel wat betreft; communicatie tussen gezinsleden, affectieve responsiviteit en betrokkenheid, rol verwachting, prestatie, probleem oplossen en het algemeen functioneren.

Een kanttekening van dit onderzoek is dat er gesproken wordt over een psychiatrische stoornis. Andere onderzoeken spreken eerder van psychologische

symptomen. Verschillen in de diagnostiek verklaart de variëteit van de mate van psychopathologie. De resultaten in dit onderzoek zijn gebaseerd op een klinische populatie. Conclusies kunnen daarom niet gegeneraliseerd worden naar kinderen met h.b.k. in een gewone populatie. Daarnaast had het perspectief van de vader ook onderzocht kunnen worden in plaats van alleen op de moeder te focussen. Vanuit de literatuur blijkt dat vaders namelijk een stabiele factor kunnen zijn. Dit onderzoek is cross-sectioneel. Het blijft dus de vraag of de disfunctie van de gezinnen te maken heeft met omgevingsinvloeden of met genetische invloeden. Wat eveneens onduidelijk blijft in dit onderzoek is de reactie van het kind is op zijn/haar moeders boosheid. In het volgend onderzoek zal onder andere de reactie van het kind wel aan bod komen.

Aanmoediging / ontmoediging van symptoombehoud.

Onderstaand onderzoek beschrijft de sociale consequenties van symptoombehoud.

In de literatuur wordt er vanuit gegaan dat het in stand houden van ziektesymptomen beïnvloed wordt door de sociale consequenties van ziekte. Een kind dat op school een moeilijke taak doet bijvoorbeeld, leert een gevoel van beheersing of competentie te ontwikkelen. Voor kinderen die nog niet het gevoel van competentie hebben ontwikkeld, kan het ontlopen van deze verantwoordelijkheid meer lonend zijn dan voor kinderen die dat wel hebben ontwikkeld. Kinderen die wel een competentie gevoel hebben ontwikkeld zien de afwezigheid op school als een gemiste kans. Aandacht die kinderen van hun ouders krijgen kan ook invloed hebben op het langer in stand houden van de symptomen.

Walker, Claar en Garber (2002) hebben onderzoek gedaan naar de impact van sociale consequenties op symptoombehoud. Deelnemers zijn (N=151) kinderen tussen de 8-18 jaar, vrouw (57%), blank (96%) uit een kliniek, die tenminste drie maanden last van buikpijn hadden. Vragenlijsten (Children's Somatization Inventory, Percieved Competence, Multidimensional Scale of Perceived Social Support) zijn op de kliniek en telefonisch afgenomen.

Resultaten van dit onderzoek suggereren dat sociale factoren symptoombehoud beïnvloeden. De impact van deze factoren varieert als functie van een kind zijn eigenwaarde en academische competentie. Bij kinderen met lage

eigenwaarde en lage competentie, voorspelde minder verantwoordelijkheden een groter symptoombehoud twee weken na de medische evaluatie. Het is mogelijk dat ze de verminderde activiteit als een opluchting zien, het kan ook dat door de verminderde eigenwaarde (depressieve gemoedstoestand) de symptomen langer blijven bestaan.

Bij kinderen met lage eigenwaarde, verminderde competentie, voorspelt positieve aandacht een langer symptoombehoud. Opvallend is dat bij kinderen met hoge eigenwaarde en hoge competentie, de aandacht van ouders voor symptomen een verlaging van symptomen voorspelt.

Negatieve aandacht (negeren of kritiek geven) zorgde voor een groter symptoom behoud. De impact van de negatieve aandacht was groter voor kinderen met lage eigenwaarde. Het kan zijn dat kinderen met lage eigenwaarde kwetsbaarder zijn voor de impact van negatieve aandacht wat meer emotionele spanning creëert terwijl kinderen met hoge eigenwaarde eerder alternatief gedrag gebruiken als hun klachten worden genegeerd of bekritiseerd.

Kinderen uit dit onderzoek kwamen uit een derde lijn, gespecialiseerde setting (tertiary care setting). Zij kunnen dus niet vergeleken worden met kinderen uit de eerste lijn. Een beperking van dit onderzoek is dat er gebruik is gemaakt van zelfrapportages in plaats van objectieve metingen. Daarnaast zouden objectieve metingen van competentie duidelijker zijn omdat een kind zijn eigen competentie beleving anders is dan een objectieve meting.

Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat kinderen die zichzelf als inadequaat zien zichzelf eerder zullen identificeren met het ziek zijn, de rol van ziek zijn geeft een alternatief voor de rol waarin zij zichzelf in zien falen. Wanneer aandacht van ouders en ontheffing van verantwoordelijkheid samen gaan met de rol van het ziek zijn, dan blijven de symptomen langer in stand gehouden. Deze kennis is belangrijk bij de behandeling van kinderen met h.b.k., dit zal in het hoofdstuk over behandeling besproken worden.

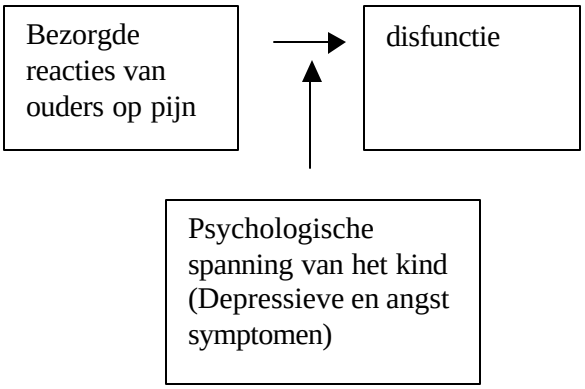
Bekrachtiging van ouders

Onderstaand onderzoek beschrijft de manier waarop ouders met de klachten van het kind omgaan en hoe bepalend dit is voor hoe het kind zelf reageert op de symptomen.

Ziekten die gepaard gaan met pijn kunnen een kind zijn functioneren aardig verstoren (aanwezigheid op school, school prestatie en emotioneel functioneren). Kinderen met een pijnlijke ziekte lopen meer risico op psychologische spanning (angst en depressie) wat pijn en disfunctioneren kan verergeren. Men gaat er van uit dat een bezorgde respons stijl van ouders een versterkende functie heeft en dus het gedrag in stand houdt.

Peterson & Palermo (2004) maakten een hypothetisch model (zie model 1) over de rol van psychologische spanning in de relatie tussen het bezorgde gedrag van ouders en de disfunctie van kinderen. Voor kinderen die veel spanning ervaren zou grotere bezorgdheid van ouders leiden tot nog grotere disfunctie van het kind.

Model 1) spanning en het bezorgde gedrag van ouders.



Peterson et al. (2004) onderzocht het effect van depressie en angst op de (dis)functie van het kind. Deelnemers zijn (N=215) kinderen tussen de 8 en 16 jaar. Ze kwamen uit een longitudinale studie van chronische en herhaalde pijn bij kinderen. Kinderen waren gediagnosticeerd met hoofdpijn, jeugd idiopathic arthritis (JIA) of ‘sickle cell’ ziekte (SCD). Deze ziekten veroorzaken veel pijnklachten. Sociodemografische metingen werden door verzorgers ingevuld en pijnintensiteit en frequentie werden door verzorger en kind ingevuld. Angst en depressie werden gemeten door ‘The Revised Child Anxiety and Depression Scale’. De respons style van ouders werd gemeten door een uitgebreide versie van de ‘Illness Behavior Encouragement Scale’. Disfunctioneren werd gemeten door ‘Functional Disability Inventory’. Deze meet de mate van restrictie in 15 dagelijkse activiteiten op het gebied van school, thuis, recreatie, en sociale interactie.

De bevindingen steunen de eerder genoemde hypothese: voor kinderen die meer depresieve-en angstsymptomen hebben is de bezorgdheid van ouders

geassocieerd met grotere mate van disfunctioneren. Voor kinderen met meer spanningen (psychologische distress) was het bezorgde gedrag van ouders geassocieerd met grotere disfunctioneren van het kind. Resultaten suggereren dat spanning de impact van bezorgde ouders op een kind zijn functioneren kan verergeren.

Het is een cross-sectionele studie dus de richting van de relatie is onduidelijk. Lokt de spanning van het kind bezorgdheid uit of lokken opvoedstijlen juist spanning uit bij kinderen? Longitudinaal onderzoek zou causale relaties in plaats van tijdelijke associaties aan kunnen tonen. De resultaten van dit onderzoek kunnen niet gegeneraliseerd worden aangezien pijnklachten zijn onderzocht in plaats van h.b.k. zoals in de andere onderzoeken van deze scriptie.

Coping

In onderstaand onderzoek van Thomsen, et al. (2002) zal de manier van coping met herhaalde buikpijnklachten beschreven worden. Er zijn verschillende manieren van coping voor ouders en kinderen. De meer en minder effectieve copingstijlen zullen besproken worden.

Een copingsstijl is de manier waarop iemand omgaat met bepaalde omstandigheden. Een copingsstijl kan effectief of niet-effectief zijn. Van effectieve coping wordt gesproken als de manier van omgaan met de omstandigheden ervoor zorgt dat het kind mentaal gezond blijft functioneren en dat het kind stress aankan. Bij ineffectieve manieren daarentegen kunnen psychische problemen ontstaan (Punamaki & Suleiman, 1990). Wanneer een kind op een goede manier weet om te gaan met de ervaringen van buikpijnklachten, en dus een goede copingsstijl heeft, zou de negatieve invloed wellicht mee kunnen vallen. Zo'n copingsstijl heeft dan een beschermende functie voor het kind.

Rapportage van ouders over Coping

De manier waarop kinderen op pijn reageren beïnvloedt de ernst van de pijn en de psychologische aanpassing. Reacties op stress zijn vrijwillige coping en automatische stressresponsen.

Coping wordt in het onderzoek van Thomsen et al. (2002) gedefinieerd als de vrijwillige inspanning om emotie, gedachten, gedrag, fysiologie, en de omgeving in reactie op stressvolle gebeurtenissen te reguleren.

Copingresponsen bevatten drie categorieën:

1) Primaire 'control engagement coping'. Het gaat hier om direct de stressor of emotie te veranderen. Er wordt gedacht aan probleem oplossen, emotionele expressie, emotionele modulatie.
2) Secundaire 'control engagement coping'. Het gaat hier om het aanpassen aan de stressor door aandacht of cognitie aan te passen. Er wordt gedacht aan cognitieve herstructurering, positief denken, acceptatie, afleiding.
3) 'Disengagement' coping. Weg gaan van de stressor of de emotie. Hierbij wordt gedacht aan 'wishful thinking', ontlopen en ontkennen.

Onwillekeurige stress responsen bevat twee categorieën:

1) Onwillekeurige bezigheid. Hierbij wordt gedacht aan dingen als piekeren, opdringerige gedachten, fysiologische arousal, emotionele arousal, impulsieve actie.
2) Onwillekeurige 'disengagement'. Hierbij wordt gedacht aan emotioneel verdoofd, cognitieve interferentie, inactie en vluchten.

Eerder onderzoek wijst uit dat passieve coping responsen zoals ontlopen, sterk geassocieerd zijn met verhoogde pijn en depressieve symptomen. In tegenstelling tot 'accomodative' (secundaire) coping, die gerelateerd is aan verlaagde niveaus van pijn. Actieve (stressor of emotie veranderen) responsen zijn geassocieerd met verhoogde niveau van pijn en somatische klachten, maar verlaagde depressieve symptomen. De vraag is nu welke manier van coping is geassocieerd met minder depressieve, angstige, somatische klachten?

Deelnemers (N=190) uit het onderzoek van Thomsen et al. (2002) waren kinderen (94% blank) van gemiddeld 11.6 jaar uit de omgeving van NewYork en Vermont. De kinderen zijn een representatieve groep die voor herhaalde buikpijnklachten naar een specialist zijn gestuurd. Van de groep had 52,9% functionele pijn, 33,9% had een organische oorzaak voor de h.b.k. en 12,1% had een onduidelijke etiologie voor de pijn. Er zijn verschillende metingen gedaan: 'Abdominal Pain Symptoms', 'CBCL', 'Responsen to Stress Questionnaire'.

De resultaten van het onderzoek geven aan dat primair en secundair 'control engagement' coping samen gaan met minder somatische symptomen en

angst/depressie symptomen. Kinderen die volgens hun ouders bezig waren met het reguleren van hun emoties of pijn, met accepteren of adapteren van de pijn werden door hun ouders ook beoordeeld als beter aangepast.

Secondair 'control engagement' coping is negatief gerelateerd met pijn, wat suggereert dat kinderen die meer afleiding zoeken, acceptatie, positief denken en cognitieve herstructurering uiteindelijk minder pijn ervaren.

'Disengagement' coping is positief gerelateerd aan pijnniveau. Hoe meer een kind ontloopt, ontkent, bezig is met 'wishful thinking' hoe meer pijn hij ervaart. Onwillekeurig engagement en onwillekeurige disengagement zijn allebei niet gerelateerd met pijn maar wel met angst en depressie. Dit suggereert dat hoe meer onwillekeurige responsen ouders observeren bij hun kind, hoe meer angst en depressie symptomen een kind vertoont. Onwillekeurige responsen (engagement en disengagement) zijn ook positief gerelateerd aan somatische symptomen.

Andere onderzoeken naar dit onderwerp geven verschillende resultaten omdat ze verschillende subschalen gebruiken voor de factoren die ze onderzoeken. Kinderen hebben twee diagnostische categorieën (organisch en functionele pijn); dit geeft aan dat herhaalde buikpijnklachten noch alleen organisch noch alleen functioneel zijn maar een resultaat zijn van meerdere omgevings, psychologische en biologische mechanismen (Walker 1999).

Een kanttekening bij dit onderzoek is dat deze studie gebaseerd op de rapportage van ouders en niet op het verslag van het kind zijn eigen manier van omgaan met stess. Dit onderzoek is cross-sectioneel waardoor er geen causale richting kan worden gedetermineerd. Longitudinaal onderzoek zou kunnen uitwijzen of depressieve kinderen meer disengagement hanteren omdat ze te moe, te weinig aandacht hebben om secundaire control technieken toe te passen.

Er zijn twee groepen onderzoeksartikelen beschreven over mogelijke verklaringsfactoren voor h.b.k. Voordat we overgaan naar het laatste deel van deze scriptie; de behandeling van h.b.k., eerst nog kort iets over het beloop van h.b.k.. Het beloop van de klachten geeft aan in hoeverre de klachten behandelbaar zijn en of therapie een korte of lange termijn succes zou kunnen boeken.

Beloop

Het beloop van h.b.k. is afhankelijk van de ernst en eventueel aanwezige co-morbiditeit. Wanneer somatisatie een reactie is op een stressvolle gebeurtenis dan neemt het somatiseren daarna vaak af. Het is ook afhankelijk van de mogelijkheden die mensen hebben om het verband tussen klachten en uitlokkende stressvolle situaties het hoofd te bieden. In het algemeen kan gesteld worden dat de somatoforme stoornissen een volgens DSM-IV een langdurig beloop hebben en er zelden een volledige, blijvende remissie optreedt (van der Horst, 2003).

Uit de onderzoeken van Blankenstein & Schilte bleek dat alleen het ontbreken van sociale steun een ongunstig beloop na een en twee jaar voorspelde. Problemen in de jeugd bleek geen voorspellende waarde te hebben voor het beloop op de langere termijn (Portegijs 1996). Stress en langdurige moeilijkheden bleken wel samen te hangen met de ernst van de klachten bij somatiserende patiënten maar hadden geen voorspellende waarde voor het beloop op wat langere termijn (Blankenstein 2001; Schilte 2001). Psychiatrische comorbiditeit is een risicofactor voor een langdurig beloop. Volgens Dekker (1985) is de prognose voor patiënten met functionele buikpijnklachten vrij somber aangezien de buikpijnklachten plaats hebben gemaakt voor klachten op ander terrein.

4. BEHANDELING

Er zal kort een overzicht gegeven worden over de bestaande behandelingen van h.b.k.. Als eerste zal de visie van Koopman en Blankenstein over de behandeling van somatisatie beschreven worden; daarna de visie van Dekker over de behandeling van buikpijn. Het daarop volgende stuk beschrijft kort een aantal onderzoeksartikelen over de behandeling van h.b.k..

Somatisatie

Koopman (2003) beschrijft dat bij de begeleiding van somatiserende kinderen en de ouders de arts al snel voor een dilemma kan komen te staan. Hoewel er de indruk bestaat dat er gezocht moet worden op het gebied van de psyche, lichamelijk onderzoek vaak alsnog noodzakelijk is. De arts dient ook alert te zijn op angstige ouders die ondanks de begeleiding druk blijven uitoefenen op de arts dat er iets niet in orde is. Een arts kan duidelijk maken dat het niet het doel is om de klachten te genezen, maar vooral de omstandigheden te creëren dat het kind een actiever leven gaat leiden. De ouders en het kind moet de klachten leren hanteren zodat ze minder belastend worden. Verschillende vormen van therapie kunnen een bijdrage leveren aan de verandering van de directe en bredere omgeving. Individuele therapie is gericht op het aanleren van effectieve copingsmechanismen, assertiviteit en door het uitdrukken van behoeften en emoties spanning en stress beter leren te hanteren. Daarnaast kan aan ouderbegeleiding, gezinstherapie en bewegingstherapie apart of in combinatie met elkaar gedacht worden. Koopman pleit voor een tweesporenbenadering bij de behandeling van somatisatie. Afwisselend aandacht geven aan het symptoom en aan de probleemkant. Hierdoor zijn ouder en kind beter in staat de lichamelijke klachten te hanteren en kan fixatie van het klachtenpatroon worden voorkomen. Daarnaast wordt aangeraden om samen te werken met eventueel een psycholoog, maatschappelijk werk of een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige.

Blankenstein (2003) geeft aan dat bij de behandeling voor somatisatie, huisartsen regelmatige spreekuurconsulten moeten plannen om zo vertrouwen van de patiënt te winnen. Een andere vorm van interveniëren is het naar voren halen van

vroegere ervaringen door het afnemen van een biografische anamnese. Een uitgebreid gesprek wordt vaak gewaardeerd.

Er kan ook gedacht worden aan een systeembenadering. Als patiënten, hun familie en sociale omgeving voortdurend inadequaat omgaan met de ziekte dan moet het accent van de behandeling meer op de preventie van somatische fixatie liggen dan op het doorbreken van een al vastgedraaid somatisatieproces. Het doorbreken van het somatisatieproces kan bereikt worden door middel van reattributie. Reattributie is een cognitieve benadering waarbij de huisarts de patiënt maximaal stimuleert om zijn lichamelijke klachten toe te schrijven aan andere oorzaken dan lichamelijke ziekte. Reattributie wordt vooral geschikt geacht als vroege interventie, bij patiënten die hun ziekteattributies redelijk makkelijk kunnen opgeven.

Reattributie is een vorm van cognitieve therapie, uitgangspunt is dat de manier waarop iemand een situatie uitlegt invloed heeft op emoties en gedrag. Het wordt beoogd om onjuiste cognities en daaruit voortvloeiend ongewenst gedrag te herkennen en te corrigeren. Bij somatisatie is de onjuiste cognitie: het blijven toeschrijven van klachten aan een lichamelijke ziekte, ook als deze medisch gezien erg onwaarschijnlijk is. Het beoogt een eenzijdige ziekteattributie te beïnvloeden.
Reattributiebenadering kan opgesplitst worden in drie stappen waarin de arts de patiënt stimuleert zelf te zoeken naar een verband tussen klacht en leefsituatie. Stap 1: zich begrepen voelen, 2: verbreden van de agenda, 3: leggen van een verband (Blankenstein,2003).

Buikpijn

Dekker (1985), beschrijft wat ouders, kinderen, de huisarts en de specialist kunnen doen in de therapie voor h.b.k.. Ten eerste moeten ouders tot een rolverdeling komen. De aanpak berust namelijk op een relatie (vader heeft minder moeite met bepaalde dingen, moeder is goed in andere dingen bijvoorbeeld). Ouders moeten ruime tijd voor het kind uittrekken. Buikpijnklachten komen meestal op het meest ongelegen moment voor de ouder. Ouders kunnen het beste afspraken maken over welke avond voor de ouder is en welke avond voor het kind. Op dit terrein moet het kind ook leren geven en nemen. Ouders dienen een kind voor te bereiden op iets wat hij nog niet kan. *'Het kind leert niet door angst heen angst te hanteren, maar vanuit gevoel van veiligheid en geborgenheid de angst terug te dringen. In een veilige ontwikkeling kan het steeds meer aan. In een onveilige situatie stagneert de*

ontwikkeling' aldus Dekker. Daarnaast kunnen ouders een sfeer van geborgenheid creëren door goed te vertellen en te luisteren naar het kind. Ouders kunnen elkaar ook aflossen. Wanneer het de ene ouder te veel wordt dan kan de andere ouder het overnemen zodat de ouder tot zichzelf kan komen. Deze afwisseling lijkt beter dan samen een front maken. Dit leidt immers niet tot het gevoel van veiligheid waar het kind belang bij heeft. Het is daarnaast belangrijk dat ouders zich niet schamen om deskundige hulp in te roepen.

Kinderen hebben zelf ook een aandeel in wat ze kunnen leren. Zij kunnen leren onderscheiden wat de buikpijn bezorgt zodat ze kunnen meehelpen de klachten te voorkomen en te beheersen (afleiding zoeken).

De huisarts moet vertrouwen zien te creëren zodat ouders niet gaan 'shoppen' bij andere specialisten wanneer ouders geen genoegen nemen met de uitslag van het onderzoek. Het schijnt dat artsen al heel wat blindendarmen onnodig operatief hebben verwijderd.

De informele psychotherapie is ook een manier om een kind te helpen met de h.b.k.. In de behandeling wordt duidelijk dat er geen sprake is van een organische oorzaak waarna er een verschuiving plaats vindt naar het functionele karakter. Er moet goed geluisterd worden naar de problemen en er moet mensen de ruimte geboden worden om zelf oplossingen te zoeken. Wanneer er suggesties worden gegeven wordt dit door de ouders beter opgepakt dan wanneer er een soort bevel wordt gegeven. In de therapie kan gebruikt gemaakt worden van de pijnkalender. Dit is een manier om een patroon zichtbaar te maken, om een kind bewust te maken van de pijnsensatie en om een buffer te creëren zodat de klachten niet constant bij de moeder terechtkomen.

Onderzoeksartikelen

Weydert, (2003) heeft een overzichtsartikel geschreven over de bestaande behandelingen van h.b.k.. Verschillende databases zijn geconsulteerd om een samenstelling te maken van de bestaande artikelen. Criteria om meegenomen te worden in de analyses zijn: onderzoeken waarbij kinderen tot de leeftijd van 18 jaar met h.b.k. hebben deelgenomen en het bewijs dat kinderen at random in een behandeling of controle groep zijn ingedeeld.

De verschillende typen interventies die effectief zijn varieerde enorm; histamine en serotonine antagonisten, het volgen van een dieet, gedragsinterventies, en kruiden (botanisch). Bij kinderen die een van deze behandelingen hebben gehad, is een vermindering van pijn gemeten in vergelijking met de controle groep. Therapieën die als meest succesvol uit de vergelijkingen kwamen, waren vooral geënt op specifieke gastrointestinale stoornissen. Het is goed mogelijk dat kinderen die een dieet hebben gevolgd of gedragsinterventies hebben gehad niet volledig aan deze symptomen voldeden. Dit kan de vergelijkingen hebben beïnvloed. Gedragsonderzoeken gebruikten vooral 'self-monitoring', ontspanningstraining, coping vaardigheden, en leren positief te denken. Kinderen met h.b.k. hadden baat bij deze interventies. Het volgen van een vezel dieet en een lactose vrij dieet was niet effectief in het reduceren van de klachten. De bevindingen van dit overzicht werd bemoeilijkt omdat onderzoeken vaak niet gestandaardiseerd waren en omdat de criteria voor h.b.k. zijn vaak verschillend waren.

Janicke, (1999) beschrijft de behandelingen voor h.b.k. die in de literatuur empirisch worden ondersteund. Negen gepubliceerde interventieonderzoeken zijn in drie distinctieve benaderingen ingedeeld: operante procedures, vezelbehandelingen en cognitieve gedrags therapie. De bevindingen geven aan dat de operante procedures (bekrachtiging van slechte coping strategieën) niet voldeden aan de benodigde interventies. De vezelbehandelingen die geassocieerd zijn met constipatie voldeden wel aan de benodigde interventies en de cognitieve gedrags behandelingen voldeden aan effectieve interventies. Sanders et al. (1994) geeft aan dat cognitieve gedragstherapie voor het gehele gezin zeer effectief is. De cognitieve gedragstherapie is effectiever in vergelijking met de standaard gezondheidszorg Bij kinderen en het gezin die cognitieve gedragtherapie hadden gekregen was de pijn bijna geheel verdwenen, was er minder terugval op 6 en 12 maanden en was er minder sprake van belemmeringen van de activiteiten als gevolg van h.b.k.. Daarnaast waren ouders ook tevreden met de behandeling.

Aangezien er een grote variëteit is tussen kinderen met h.b.k. zou een behandeling pas moeten beginnen als er voldoende informatie is over de symptomen. Deze informatie zou er voor kunnen zorgen dat de behandelingscomponenten toegepast worden op de individuele problemen van het kind.

In het eerder beschreven onderzoek van Walker, Claar en Garber (2002) is gebleken dat de competentiebeleving van het kind bepalend is voor welke ziekte rol hij zich toekent. In de behandeling van het kind met h.b.k. zou de competentie beleving van het kind centraal moeten staan.

5. Conclusie

Aan de hand van de beschreven onderzoeken wordt getracht een antwoord te geven op de vraag *Wat zijn mogelijke verklaringsfactoren voor herhaalde buikpijnklachten bij kinderen*. Aan de hand van verschillende onderzoeken kunnen we concluderen dat onder andere stress, school en gezinsdisfunctioneren mogelijke verklaringsfactoren zijn voor herhaalde buikpijnklachten bij kinderen.

Het accent van deze scriptie ligt vooral op het gedeelte waarin de onderzoeksartikelen worden beschreven in plaats van het gedeelte waar de therapie besproken wordt. Een exacte tweedeling van de onderzoeksartikelen in omgevings- en gezinsverklaringsfactoren was moeilijk te realiseren. Onderzoek beperkt zich niet tot een enkele verklaringsfactor maar verbreedt zich tot verschillende factoren. In vrijwel elk onderzoek kwamen de gezinsfactoren naar voren. Desalniettemin zijn twee groepen factoren gemaakt: de eerste groep heeft met de omgeving te maken, de tweede met het gezin.

In het eerste deel zijn de onderzoeken van Walker (2001), Walker et al. (1993), Chiong-Meng Boey (2002), Williams et al. (1999), Forero et al. (1999) en Kekkes et al. (2003) besproken. Uit deze onderzoeken kwam naar voren dat dagelijkse stressoren en emotionele spanning verklaringen zijn voor onverklaarbare buikpijnklachten. Kinderen met h.b.k. reageren vooral met somatische symptomen op stress. In vergelijking met gezonde kinderen rapporteren ze niet meer ‘negative life events’ of gezondheidsgerelateerde gebeurtenissen. ‘Negative life event’ op zichzelf zijn geen verklaringsfactor voor h.b.k.. Er is beschreven dat kinderen met h.b.k. meer gezinsleden met buikproblemen en gezondheidsproblemen hebben maar daarentegen is de kwaliteit van de gezinsrelaties en huwelijkstevredenheid niet verschillend van gezinnen met gezonde kinderen. Stress en school zijn allebei verklaringsfactoren voor h.b.k.. Kinderen met h.b.k. ervaren meer stress tijdens school dan voor of na schooltijd. Gepest worden is hierbij een belangrijke factor.

In het tweede deel zijn de onderzoeken van Bode & Brenner et al. (2003), Hotopf et al. (1998), Claar & Walker (1999), Liakopoulou-Karis et al. (2002), Walker, Claar & Garber (2002), Peterson & Palermo (2004) en Thomsen et al. (2002) besproken. Er wordt gesuggereerd dat het gezin een belangrijke determinant is voor herhaalde buikpijnklachten. Kinderen met h.b.k. komen uit angstige gezinnen of uit gezinnen waar gezondheidsproblemen voorkomen. De gezinnen zijn meer disfunctioneel. Moeders hebben een multidimensionale kijk op de oorzaak van de buikpijnklachten. Moeder schrijven zowel psychosociale als fysieke factoren toe aan de oorzaak van de pijn. Ook wordt aan psychosociale hulp gedacht als oplossing voor de klachten. Eén onderzoek beschrijft dat kinderen met h.b.k. wel meer 'negative life events' meemaken en dat moeders meer boos en vijandig zijn. Ook uiten moeders meer kritiek en zijn ze overbezorgd. De manier waarop ouders met de buikpijnklachten van hun kind omgaan is van invloed op de manier waarop kinderen er zelf mee omgaan en dit heeft weer invloed op het voortbestaan van de klachten. Kinderen met lage eigenwaarde en/of verminderde competentie behouden de klachten langer als zij positieve aandacht van hun ouders krijgen. Kinderen met depressieve-en angst symptomen reageren met een nog groter disfunctioneren wanneer ouders bezorgd zijn. Coping mechanismen zoals reguleren van emotie, acceptatie, positief denken en afleiding zoeken zijn effectieve manieren om met h.b.k. om te gaan. Ontlopen en ontkennen zijn minder effectieve copingmechanismen en kunnen de pijn verergeren.

Uit de onderzoeken blijkt dat herhaalde buikpijnklachten niet te herleiden zijn tot één verklaringsfactor, er is geen monocausale relatie. Er zijn verschillende factoren die van invloed zijn en die elkaar beïnvloeden. Er kan gesteld worden dat omgevingsfactoren en gezinsfactoren allebei verklaringsfactoren zijn voor herhaalde buikpijnklachten bij kinderen.

Bij aanname van deze conclusie dient men met het volgende rekening te houden. Er is nog onvoldoende onderzoek uitgevoerd naar de mate van invloed van bepaalde verklaringsfactoren op h.b.k.. Verschillende onderzoeksvragen, verschillende factoren, diversiteit qua setting waaronder onderzoek is gedaan en methodologische tekortkomingen maken generalisatie lastig.

Zo is er bijvoorbeeld onderzoek gedaan naar 'negative life events' die soms wel en soms niet van invloed bleken te zijn. Ook de duur en de diagnostiek van de buikpijnklachten waren zeer verschillend: in één onderzoek is een groep kinderen

gevormd die op 3 of meer dagen buikpijn hadden, in een ander onderzoek kinderen die tenminste één maand h.b.k. hadden. Beschreven is een onderzoek waarin kinderen tenminste drie episoden van h.b.k. hadden in de laatste drie maanden zodanig dat de normale activiteit van het kind werd belemmerd terwijl in een ander onderzoek op drie momenten (op 7, 11 en 15 jaar) sprake moest zijn van h.b.k. Bovendien zijn er ook onderzoeksgroepen onderzocht met de meest chronische vorm van buikpijnklachten. Sommige kinderen kwamen uit een medische setting wat generalisatie naar kinderen met h.b.k. in een gewone setting bemoeilijkt. Er zijn kinderen met organische ziekten meegenomen in de analyses, en er is in één onderzoek naar pijn klachten over het algemeen gekeken in plaats van alleen naar h.b.k.. Dit alles maakt vergelijking van onderzoek moeilijk. Het mag te verwachten zijn dat onderzoek in de toekomst de ontwikkeling van standaard methoden van onderzoek zal verbeteren. Een voorbeeld daarvan is een betrouwbare classificatie voor verscheidene subtypen van h.b.k..

Onderzoeken verschilden ook van onderzoeksgroep qua grootte, opzet (eenmalig, longitudinaal), en er zijn verschillende leeftijdscategorieën gebruikt. Het spreekt voor zich dat jonge kinderen anders met problemen omgaan in vergelijking met oudere kinderen, wat vergelijking van de resultaten van onderzoek onderling bemoeilijkt. Daarbij komt dat de methoden van onderzoek erg verschillend waren. In elk onderzoek zijn geheel verschillende vragenlijsten afgenomen en soms is er wel en soms niet gebruik gemaakt van zelfrapportages. Dit zorgt voor minder objectieve resultaten. Over de betrouwbaarheid en de validiteit van de bevindingen is hierdoor onzekerheid. Sommige onderzoekers vergeleken kinderen met h.b.k. met een andere groep psychiatrische kinderen, anderen vergeleken de situatie met gezonde kinderen etc.

Voordat er met een behandeling van h.b.k. wordt gestart moet er eerst een duidelijke diagnose gesteld worden en moet er voldoende informatie zijn over de symptomen van het kind. Deze informatie geeft duidelijke behandelingscomponenten, toegepast op de individuele problemen van het kind. Alle partijen hebben tevens een aandeel in het geheel; zowel het kind zelf als de ouders de huisarts en de specialist.

In deze scriptie zijn omgevingsfactoren, gezinsfactoren en psychologische factoren vaak genoemd als componenten in het ontstaan en behoud van herhaalde buikpijnklachten bij kinderen. Bekrachtiging en aanmoediging van pijnklachten,

stress en negatieve gebeurtenissen, ineffectieve coping vaardigheden en modeling worden ook genoemd. Dit komt overeen met de in het eerste hoofdstuk besproken theorie van Dekker (1985). Dekker beschrijft de multiconditionaliteit van h.b.k. waarin een combinatie van factoren verklarend is. De sociale context is daarbij ook belangrijk. Het totaal aan informatie bepaalt het gedrag, zowel de sociale context als het eigen biologische systeem (Oosterhuis (1982), uit Dekker (1985).

De theorie van Van der Horst (2003) sluit ook aan bij de beschreven onderzoeksartikelen, met name het stukje over de focus op de klachten door omgevingsfactoren. Van der Horst stelt dat focus op de klachten sensaties kan uitvergroten. De mate van focus wordt beïnvloed door omgevingsfactoren zoals veel aandacht in de familie voor lichamelijke sensaties, en sociale factoren, zoals alleenstaand zijn. Ongerustheid speelt een rol bij het instandhouden van klachten.

Ook sluit het draagkracht/draaglast model aan bij de onderzoeksartikelen. Met name de copingsstijlen van de ouders en de jongeren. Competentiebeleving is hierbij belangrijk. Het gevoel competent te zijn is voor het kind een draagkracht. In het draagkracht/draaglastmodel wordt er vanuit gegaan dat mensen individueel verschillen in hun mogelijkheden om allerlei vervelende situaties en gebeurtenissen het hoofd te bieden. De omvang van de draagkracht wordt bepaald door vaardigheden, copingsstijlen, mate van sociale steun en lichamelijke conditie. Draaglast is persoonlijke, materiele, werkgebonden en sociale problemen. Te hoge draaglast zorgt voor klachten (Lazarus, 1994).

In het artikel van Claar en Walker (1999) zijn de bevindingen strijdig met de bestaande visie van Koopman (2003). Koopman stelt dat ouders organische oorzaken toeschrijven aan de herhaalde buikpijn klachten. Echter geeft dit artikel aan dat moeders een multidimensionale kijk hebben in plaats van een dualistische kijk op de oorzaak van pijn. Psychosociale factoren schrijven moeders eveneens toe als oorzaak voor de pijn van hun kind. Deze laatste theoretische tegenstrijdigheid toont aan dat het belangrijk is dat er ook in de toekomst onderzoek op dit gebied wordt gedaan.

Literatuurlijst

American Psychiatric Association. (2001). Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR. Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV-TR. Nederlandse vertaling Swets & Zeitlinger B.V., Lisse.

Apley, J. (1975). The child with abdominal pains. London: Blackwell.

Barskey, A. J., & Borus, J. F. (1999). Functional somatic syndromes. Annals of Internal Medicine, 130, 910-21. In Van der Horst, H. Somatisatie, een veelzijdig fenomeen. H1 p16-27.

Bode, G., Brenner H., Adler G., & Rothenbacher, D. (2003). Recurrent abdominal pain in children Evidence from a population-based study that social and familial factors play a major role but not Helicobacter pylori infection. Journal of Psychosomatic Research 54 p 417-421.)

Boey, C., C., M, Goh, K., L. (2001). The significance of life-events as contributing factors in childhood recurrent abdominal pain in an urban community in Malaysia. J. Psychosom. Res. 2001; 51: 559-62.

Chiong-Meng boey, C., & Goh K-L. (2002). Psychosocial factors and childhood recurrent abdominal pain. Journal of Gastroenterology and Hepatology 17, 1250-1253.

Dekker, J. (1985). Kinderen met buikpijn. Van Loghum Slaterus.

Erikson, E. H. (1968). Identity, youth and crises. New York: Norton, & Co.

Everaerd, W. T. A. M., & Kolk, A. M. (1993). Somatisatie. In W.T.A. M. Everaerd & A.P. Bak (Red), Handboek Klinische Psychologie (pp.1-22). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Fekkes, M., Pijpers F.I.M., Verloove-Vanhorick. (2004). Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. The journal of pediatrics, vol 144 p17-22.

Forero, R., McLellan, L., Rissel, C, & Bauman, A. (1999). Bullying behavior and psychosocial health among school students in New South Wales, Australia: cross sectional survey. BMJ volume 319.

Garber, J. Walker, L.S., & Zeman, J. (1991). Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: further validation of the children/s somatisation inventory. Psychological Assesment, 3, 588-595. In Thomsen.,

A. H., Compas., B.E., Colletti., R.B., Stanger., C.C., Boyer M. C., Konik.,B.S. Parent Reports of Coping and Stress Responses in Children With Recurrent Abdominal Pain. (2002). Journal of Pediatric Psychology, Vol. 27, No.3, 2002, pp. 215-226.

Goldberg, D.P., & Bridges, K. (1998). Somatic presentation of psychiatric illness in the primary care setting. Journal of Psychosomatic Research, 32, 137-44. In van der Horst, H. Somatisatie, een veelzijdig fenomeen. H1 p16-27.

Hotopf, H., Carr., S., Mayou., R., Wadsworth., M., & Wessely., S. (1998). Why do children have chronic abdominal pain, and what happens to them when they grow up? Population based cohort study. BMJ volume 316. (www.bmj.com).

Van der Horst, H. (2003) Somatisatie, een veelzijdig fenomeen. H1 p16-27. In Van der Feltz-Cornelis, Chr., van der Horst, H. (red). Handboek Somatisatie. Utrecht, de Tijdstroom.

Huijgen, e.a. (1984); Kroenke e.a. (1994); Katon & Walker (1998). In van der Horst, H. Somatisatie, een veelzijdig fenomeen. H1 p16-27.

Janicke, D., M., Finney, J., W., (1999). Empiricaly Supported Treatments in Pediatric Psychology: Recurrent Abdominal Pain. Journal of Pediatric Psychology, Vol.24, No. 2, pp. 115-127.

Koopman, H. (2003). Somatisatie bij kinderen in de huisartspraktijk. H 5 p 69. In Van der Feltz-Cornelis, Chr., van der Horst, H. (red). Handboek Somatisatie. Utrecht, de Tijdstroom.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1994). Stress appraisal and coping. New York: Springer. In van der Horst, H. Somatisatie, een veelzijdig fenomeen. H1 p16-27.

Lipowski, Z.J. (1988). Somatisation: the concept and its clinical application. American Journal of Psychiatry, 145, 1358-1368.

Liakopoulou-Kairis, M., Alifieraki, T., Protagora, D., Korpa, T., Kondyli, K., Dimosthenous, E., Christopoulos, G., & Kovanis, T.(2002). Recurrent abdominal pain and headache Psychopathology, life events and family functioning. European Child & Adolescent Psychiatry 11:115-122.

Melker, R. A. de, (1975). Huisarts: koplopers of hekkesluiters. Openbare les. In Dekker J., Kinderen met buikpijn H5, p29.

Oosterhuis, W. W. (1982). Nekpijn, buikpijn, rugpijn. Dissertatie. In Dekker J., Kinderen met buikpijn H5, p29.

Punamaki, R., & Suleiman, R. (1990). Predictors and effectiviness of coping with political violence among Palestinian children. Britisch Journal of Social Psychology, 29, 67-77. In Snel., L (2002). De invloed van oorlog en politiek geweld op kinderen. Scriptie. Uva Amsterdam.

Reber, A.S., (1985, 1995). Woordenboek van de psychologie. Uitgeverij Bert Bakker Amsterdam.

Sanders, M.,R., Shepherd, R.,W., Cleghorn G., & Woolford. (1994). The Treatment of Recurrent Abdominal Pain in Children: A Controlled Comparison of Cognitive-Behavioral Family Intervention and Standard Pediatric Care. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 62, No.2, 306-314.

Tessler, R., Mechanic, D., & Dimond, M. (1976). The effect of psychological distress on physician utilization: A prospective study. Journal of Health and Social Behavior, 17,353-364.

Thomsen, A. H., Compas., B.E., Colletti., R.B., Stanger., C.C., Boyer M. C., Konik.,B.S. (2002). Parent Reports of Coping and Stress Responses in Children With Recurrent Abdominal Pain. (2002). Journal of Pediatric Psychology, Vol. 27, No.3, 2002, pp. 215-226.

Verhulst, F.C. (1985). Mental health in children (academisch proefschrift). Rotterdam. In Koopman H., Somatisatie bij kinderen in de huisartspraktijk. H 5, p 69.

Williams, N., Jackson, D., Lambert, P.C., & Johnstone J.,M. (1999). Incidence of non-specific abdominal pain in children during school term: population survey based on discharge diagnoses. BMJ, volume 318, p1455.

Weijenborg, P., & ter Kuile, M., (2003). De patient met onverklaarde onderbuikpijn. H10, p143. In Van der Feltz-Cornelis, Chr., van der Horst, H. (red) (2003). Handboek Somatisatie. Utrecht, de Tijdstroom.

Walker, L.,S., Garber, J., & Greene, J.,W.(1993). Psychosocial Correlates of Recurrent Childhood Pain: A Comparison of Pediatric Patients With Recurrent Abdominal Pain, Organic Illness, and Psychiatric Disorders. Journal of Abnormal Psychology, Vol.102, No. 2, 248-258.

Walker L.S., Garber., J. Smith C.A., Van Slyke D.A. & Claar R.,L. (2001). The Relation of Daily Stressors to Somatic and Emotional Symptoms in Children With and Without Recurrent Abdominal Pain. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2001, Vol 69, No. 1,85-91.

Walker, L.S. (1999). The evolution of research on recurrent abdominal pain: History, assumptions, and a conceptual model. In P.J. McGrath & G.A. Finley (Eds), Chronic and recurrent pain in children and adolescents. Progress in Pain Research and Management. vol. 13, pp. 141-172. Seattle, WA: IASP Press.

Weydert, J.,A., Ball, T.,B., & Davis, M.,F. (2003). Systematic Review of Treatments for Recurrent Abdominal Pain. Pediatrics Vol. 111 No jan.

Internetsite: www.klasse.be/archieven/archieven.taf?actie. 2004.