

Toolbox uitleg SOLK met behulp van centrale sensitatie

1. 4DKL	2
2. SCEGS	3
3. Vicieuze cirkel	4
4. Uitleg aan de hand van vicieuze cirkel	5
5. Biopsychosociaal model	6
6. Veel voorkomende instandhoudende factoren	7
6. Plaatje metafoor volumeknoppen	8
7. Verklaringsmodellen	9
8. Metaforen	12
9. Behandelingen bij prikkelbaar darm syndroom	14
10. Links naar instructievideo's	15
11. Informatie voor de patiënt	16
12. Informatie voor patiënten niet-westerse achtergrond	17
13. Literatuurlijst SOLK	18
14. Klinische les	19
15. Artikel sensitatie NTvG	28

Carine den Boer, 14-9-2021

1. 4DKL

Distress schaal: klachten die mensen krijgen bij spanningen in hun leven.

Depressie- en angst schaal: kans op een depressieve stoornis of een angststoornis, dit kan samen gaan met SOLK maar de lichamelijke klachten kunnen soms ook door een depressieve stoornis of een angststoornis ontstaan.

Somatisatie schaal: geeft een goede indruk van de hoeveelheid en ernst van de lichamelijke klachten.

Voorbeeld hoe je de somatisatie schaal uit kunt leggen (uit klinische les):

“Deze schaal bestaat uit een aantal lichamelijke klachten die vaak te maken hebben met spanningen of stress. De meeste mensen krijgen lichamelijke klachten door spanningen, bijvoorbeeld hoofdpijn of rugpijn. Spanningen horen bij het gewone leven. Je moet dan denken aan het te druk hebben, problemen of tegenslagen hebben, of aangrijpende gebeurtenissen meegemaakt hebben. Bij spanningen komt de score op deze schaal niet boven de 10. Jij hebt een hogere score, dat kan dus niet alleen door spanningen komen. Hoe dan wel? Er zijn verschillende zaken die hierbij een rol kunnen spelen en die wil ik graag met je bespreken om te kijken wat je daarvan herkent, vind je dat goed?”

De **4DKL** is in vele talen beschikbaar: engels, frans, duits, tsjechisch, deens, grieks, turks, marokkaans, arabisch, pools, roemeens, russisch, servisch, spaans, zweeds en urdu (4DSQ). In iedere taal is de 4DKL weer gevalideerd en kent andere afkapwaarden die erbij staan (<http://www.emgo.nl/quality-of-our-research/research-tools/4dsg/request-4dsg/download-4dsg>)

2. SCEGS

Somatisch: welke klachten(clusters), hoe lang, hoe ernstig, (zelf)medicatie, alcohol, drugs, roken, voeding, lichamenlijk onderzoek

Cognitief: hoe zijn de klachten ontstaan, waarom gaan ze niet over, wanneer meer of minder klachten, eigen invloed op de klachten, verwachtingen beloop klachten en rol zorgverleners.

Emotioneel: wat voor gevoelens roepen de klachten op, is er ongerustheid, aanleiding ongerustheid.

Gedragsmatig: wat te doen bij klachten, helpt dat of niet, wat wordt niet meer gedaan en waarom niet, werkverzuim, welke hulp is gezocht.

Sociale omgeving: gevolgen van de klachten op relaties met anderen, steun of onbegrip van anderen, hoe functioneren thuis en op het werk.

Voorbeeldvragen:

Cognitief

Wat denkt u als u daar last van heeft?

Welke gedachten komen er bij u op als u er last van heeft?

Heeft u zelf ideeën over wat er aan de hand kan zijn/waar uw klachten mee te maken kunnen hebben?

Heeft u opgezocht wat er mogelijk aan de hand zou kunnen zijn?

Emotioneel:

Wat doen de klachten (emotioneel) met u?

Brengen de klachten die u ervaart bepaalde gevoelens naar boven?

Hoe voelt u zich sinds u de klachten heeft?

Bent u ergens bang voor met betrekking tot de klachten?

Gedrag:

Wat doet u als u klachten heeft?

Kunt u iets doen om de klachten te verminderen?

Zijn er dingen die u niet doet in verband met uw klachten?

Wat zien andere mensen aan uw gedrag als u de klachten heeft?

Sociaal:

Moet u uw leven aanpassen aan de klachten? (werk, privé, hobby)

Hoe reageert de omgeving dat u deze klachten heeft?

Hebben de klachten invloed op uw sociale leven?

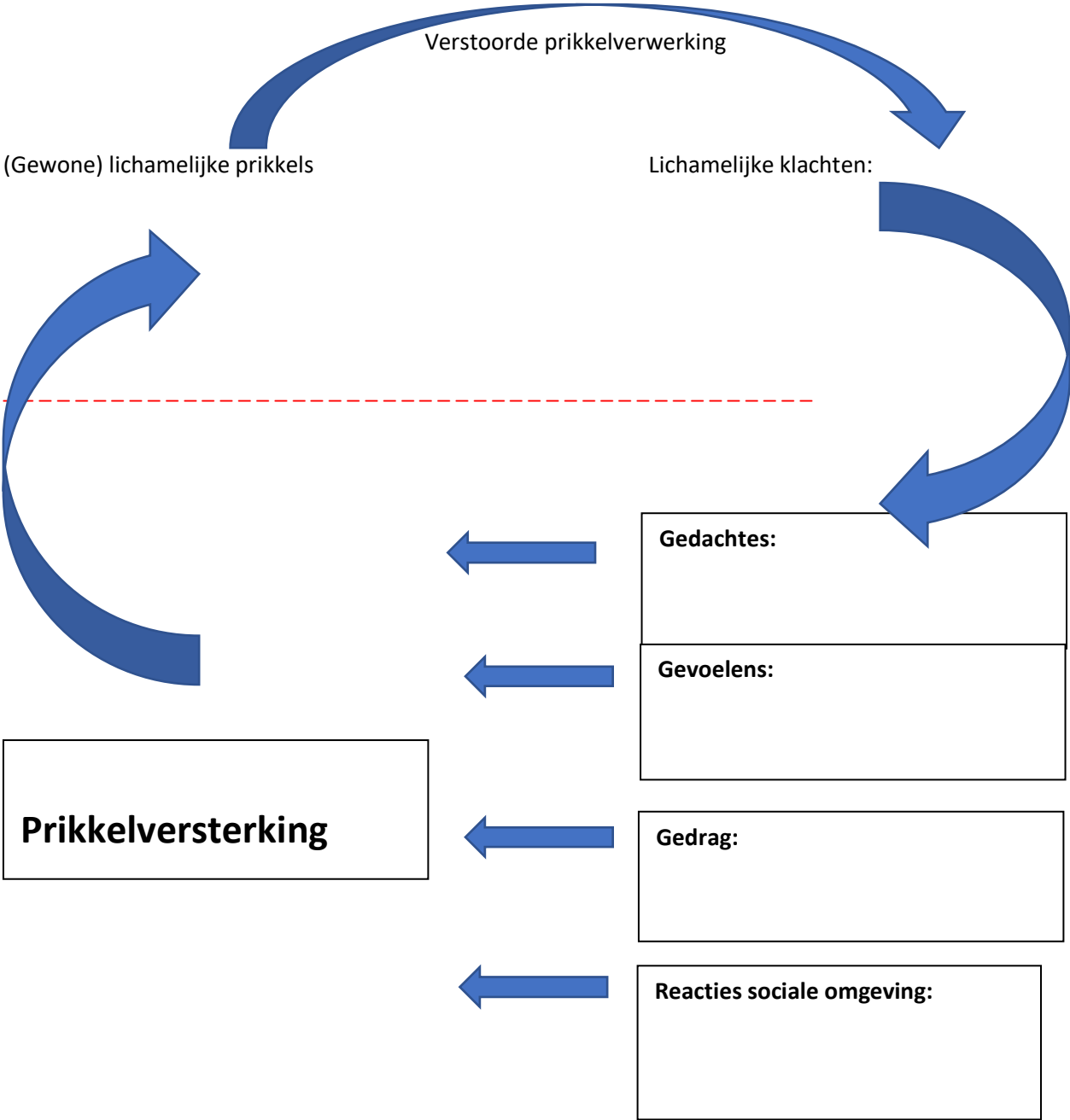
Komen er nog gedachten over de oorzaak van uw klachten vanuit de omgeving?

Hoe reageert de omgeving op uw klachten?

3. Vicious circle

Centrale sensitivatie

Overgevoeligheid (centrale) zenuwstelsel



4. Uitleg centrale sensitatie met behulp van de vicieuze cirkel

In de vicieuze cirkel worden de lichamelijke klachten en, gericht op deze klachten, de gedachtes, gevoelens, gedrag en de reacties van de sociale omgeving ingevuld die je bij de patiënt bij de SCEGS exploratie hebt gevonden.

Bij de uitleg van deze cirkel kun je eerst de bovenste helft van de cirkel met behulp van centrale sensitatie uitleggen hoe de klachten ontstaan.

Je legt uit dat in het geval van centrale sensitatie het centrale zenuwstelsel overgevoelig is geworden voor prikkels, waardoor normaal gesproken onschuldige prikkels als klachten worden ervaren. Er vindt een versterking van prikkels plaats op het niveau van het ruggenmerg en in de hersenen. Dit speelt zich af in verschillende gebieden van de hersenen:

- de hersenstam, dit is het instinctieve of reptielenbrein waar je niet zo gemakkelijk directe invloed op hebt
- het limbisch systeem, dit is het emotionele of zoogdierenbrein, hierin zitten ook belangrijke functies als de amygdala (emoties o.a angst), hippocampus (geheugen) en thalamus (regelcentrum)
- de neocortex, het rationele brein, visuele cortex verwerkt visuele informatie, andere hogere corticale gebieden verwerken bewust informatie

Gelukkig is het zenuwstelsel heel flexibel en past het zich steeds aan aan de omstandigheden. Hierdoor kunnen zenuwbanen groter of kleiner worden en kan deze overgevoeligheid van het zenuwstelsel ook weer minder worden.

Op het niveau van het ruggenmerg komen er dan weer minder poortjes en boodschapper stofjes waardoor de prikkels naar de hersenen toe minder versterkt worden.

Op het niveau van de hersenen kunnen de hersenen besluiten dat de prikkels geen kwaad kunnen en de prikkels die terug naar het lichaam gaan remmen.

Als je niet met centrale sensitatie uitkomt kun je ook nog aanvullende verklaringsmodellen hierbij gebruiken (zie overzicht op bladzijde 11):

verstoring van het immuunsysteem ('griepgevoel')

verstoring van het stresshormoonsysteem (verhoogd adrenaline: stress, verlaagd cortisol: uitputting)

verstoring van het autonome zenuwstelsel (warm/koud, hartslag)

Daarna leg je de verbinding met de onderste helft van de cirkel waarin de onderhoudende factoren staan die je bij je SCEGS exploratie hebt gevonden. Klachten bij SOLK kunnen verminderen door het aanpakken van deze onderhoudende factoren/gevolgen van de klachten, daardoor komen er minder prikkels in de bovenste helft van de cirkel.

5. Biopsychosociaal model

Biopsychosociaal model		
Voorbeschikkende factoren		
Biologisch	Psychologisch	Sociaal
Genetica (aangeboren kwetsbaarheid) Chronische ziektes Ernstige ziekte op de kinderleeftijd	Stress in dagelijks leven Psychisch (jeugd) trauma Fysieke, seksuele of emotionele mishandeling Hoge eisen stellen Overactiviteit Jeugdtrauma Onveilige hechting Depressieve stoornis Angststoornis PTSS Andere psychiatrische ziektes Persoonlijkheidskenmerken (alexithymie, neuroticisme)	Ervaring met ziekte in familie Omgang met ziekte familie Persoonlijke behoeftes verwaarlozen Culturele overtuigingen en verwachtingen Organisatie van gezondheidszorg
Direct uitlokkende factoren		
Biologisch	Psychologisch	Sociaal
Infectieziekte Ongeval/ fysiek trauma Operatie Slaapproblemen	Teveel stress Depressieve stoornis Angststoornis Andere psychiatrische ziektes Recente gebeurtenis die vroeger trauma oproept Contact met belangrijke anderen die mishandelden	Negatieve ingrijpende gebeurtenissen Sociale afwijzing Moeilijke leefomstandigheden Hoge werklast Veel aandacht in de media voor bepaalde gezondheidsproblemen
Onderhoudende factoren/ Gevolgen van de klachten		
Biologisch	Psychologisch	Sociaal
Conditieverlies ondergewicht/overgewicht verstoord slaap-waak ritme Verhoogde gevoeligheid en waarneming (sensitisatie, hypervigilantie)	Piekeren, negatieve gedachtes Angst Depressieve stoornis Dysfunctionele gedachtes over ziekte Lage zelfwaardering Verkeerde attributies Catastroferen Rol en gedrag dokter Overactiviteit	Gebrek aan sociale steun Ziektewinst Aangeleerd gedrag Overbezorgde naasten

Bron: WONCA 2017

Veel voorkomende instandhoudende factoren:

Somatisch:

Slaapproblemen
Slechte lichamelijke conditie
Afwijkend voedingspatroon
Verhoogde gevoeligheid voor lichamelijke sensaties

Cognitief:

Gebrek aan acceptatie
Preoccupatie met klachten
Ziekteangst
Ervaren van weinig invloed op de klachten
Kinesiofobie (angst om te bewegen)
Piekeren en doemdenken

Emotioneel:

Frustratie
Schaamte
Alexithymie (gevoelens niet kunnen ervaren herkennen en omschrijven)

Gedragmatig

Overmatig zorg gebruik
Vermijdingsgedrag
Alles of niets gedrag
Te hoge eisen stellen aan zichzelf
Moeite met hulp vragen

Sociaal

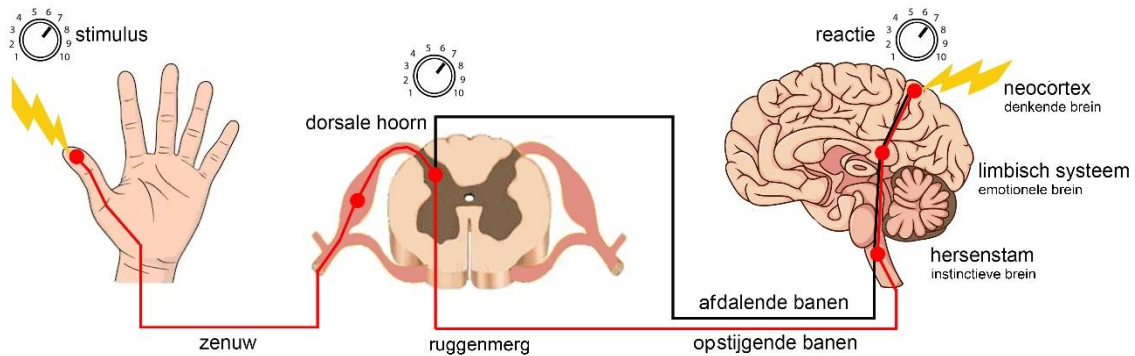
Bagatelliseren van klachten door omgeving
Over beschermende houding van naasten
Verstoorde relatie met hulpverleners
Problemen met functioneren in eigen rol en/of stressvolle omstandigheden
Ervaren van onvoldoende erkenning van de klachten

6. Plaatje metafoor volumeknoppen

Op de volumeknoppen in je lichaam heb je deels invloed, zoals wrijven of koelen bij acute pijn of bepaalde behandelingen bij prikkelbare darm syndroom.

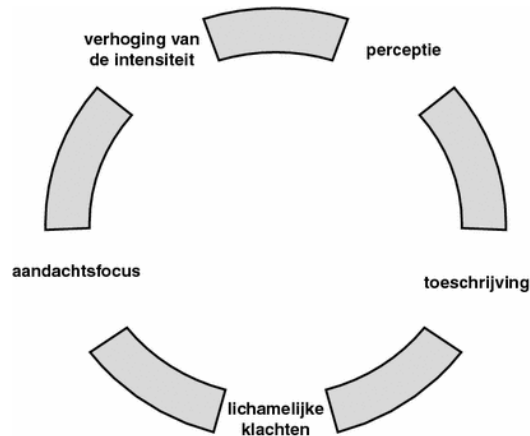
Op de volumeknoppen in je ruggenmerg heb je geen rechtstreekse invloed, sommige medicijnen kunnen wel helpen om versterking van de signalen naar de hersenen tegen te gaan doordat er minder boodschapper stoffjes komen.

Op de volumeknoppen in je hersenen kun je deels wel invloed uitoefenen, vooral op het denkende brein en het emotionele brein. Dit kunnen we doen door het veranderen van je gedachten, gevoelens, gedrag en je sociale omgeving. Op het niveau van de hersenstam is dat lastiger maar het kan ook wel zoals met yoga en ontspanning. De hersenen kunnen dan de signalen naar het lichaam toe versterken of verzwakken, de volumeknoppen in het lichaam reageren dan ook weer, het zenuwstelsel is heel flexibel en past zich steeds aan aan de omstandigheden.



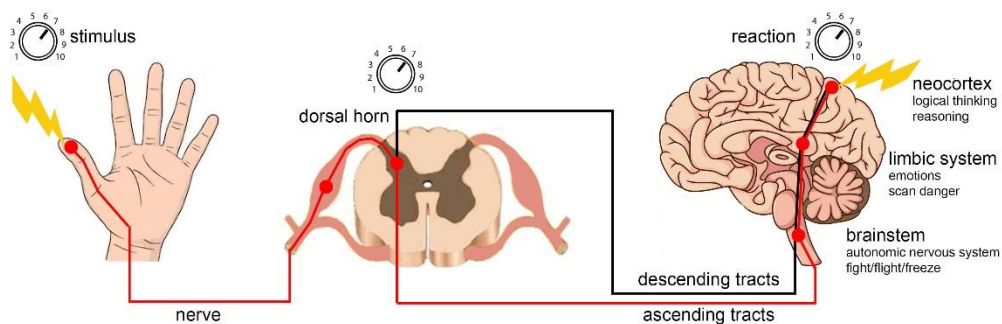
7. Verklaringsmodellen

1. Somatosensorische amplificatie



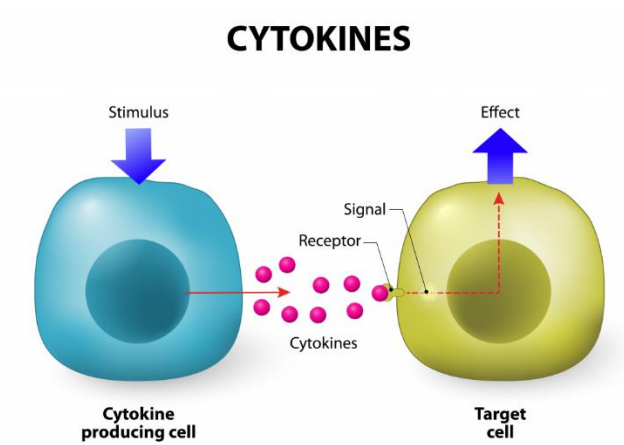
De somatosensorische amplificatietheorie gaat er van uit dat patiënten hun aandacht richten op lichamelijke sensaties. Deze lichamelijke sensaties resulteren in cognities en emoties waarbij er lichamelijke attributies ontstaan. Attributies zijn verklaringen die iemand voor zichzelf maakt naar aanleiding van een gebeurtenis, waarbij men oorzaken toekent aan specifieke sensaties. Hierdoor worden de oorspronkelijke klachten versterkt en uitvergroot. Als gevolg hiervan ontstaat er een vicieuze cirkel van het onderhouden en versterken van lichamelijke klachten.

2. Centrale sensitisatie



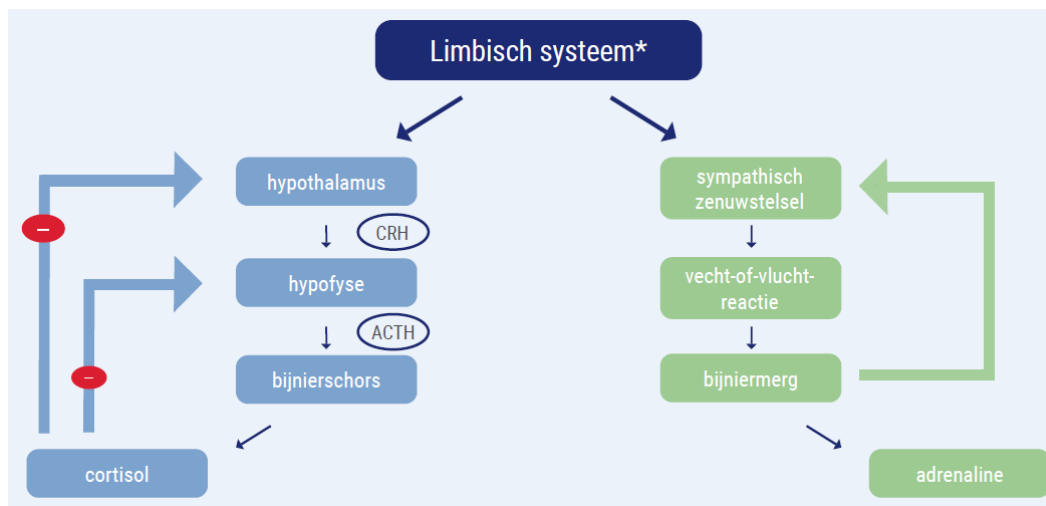
Het uitgangspunt van dit verklaringmodel is dat voorgaande (herhaalde) prikkels van pijn en andere symptomen in het verleden het centrale zenuwstelsel gevoeliger maken voor deze prikkels. Hierbij spelen ook psychologische processen een rol. Sensitisatie kan er toe leiden dat normale lichamelijke processen worden ervaren als symptomen.

3. Ontregeling van het immuunsysteem



De hersenen spelen een belangrijke rol in de immunrespons. De hersenen reageren op ontstekingsmediatoren door het in gang zetten en ook weer stoppen van zowel lichamelijke veranderingen als gedragsveranderingen. Als de hersenen gesensitiseerd zijn voor ontstekingsmediatoren, door bijvoorbeeld herhaaldelijke ontstekingen, kan dit te sterke of te langdurige effecten hebben op lichamelijke processen en gedrag en zo bijdragen aan SOLK.

4. Ontregeling van het stress hormoon systeem



Bij blootstelling aan psychische of lichamelijke stress wordt de HPA-as (hypothalamus-hypofyse-bijnier-as) geactiveerd. Hierdoor wordt er een aantal hormonen afgegeven, waaronder het hormoon cortisol. Bij patiënten met langdurige SOLK wordt gedacht dat er te weinig cortisol aanwezig is. Een mogelijke oorzaak ervan is blootstelling aan veel stress in het verleden.

5. Ontregeling autonome zenuwstelsel



De directe respons op lichamelijke of psychische stress wordt in het lichaam verzorgd via het autonome zenuwstelsel, via zenuwbanen en de productie van hormonen. Dit model gaat er vanuit dat er verstoringen zijn in de functie van dit systeem, in het bijzonder in het weer uitschakelen van deze respons, die kunnen bijdragen aan SOLK.

6. Niet-westerse modellen

Verklaringsmodellen zijn cultuurgebonden. In westerse culturen overheerst het biomedische model: een ziektebeeld is te herleiden tot een stoornis in het lichaam of de geest. In niet-westerse culturen wordt vaak geen onderscheid gemaakt tussen lichaam en geest; oorzaken en oplossingen van problemen worden buiten zichzelf gezocht (goden of geesten). In Marokko wordt bijvoorbeeld van oudsher onderscheid gemaakt tussen ziekten die ontstaan door natuurlijke oorzaken (verstoringen van de balans tussen warm en koud), bovennatuurlijke oorzaken (contacten met djinns, demonen die in een wereld parallel aan mensen wonen) of menselijke oorzaken (het boze oog, tovenarij of magie). Sommige islamitische patiënten zien hun klachten vooral als het lot dat Allah op hun weg heeft gelegd en hebben niet het gevoel dat zij daar zelf actief iets aan kunnen doen. Gezondheid is niet maakbaar en ook niet een eigen verdienste, gezondheid is een gunst van Allah. In de oosterse geneeskunde wordt een disbalans in yin en yang-energie gezien als oorzaak van klachten.

8. Metaforen

1. **Alarm** (inbraak of brand): er zit een storing in de draden van het alarm. Hierdoor heeft u nog steeds klachten terwijl de boosdoener al lang al weg is. Gelukkig kunnen de hersenen zich goed aanpassen, zodat we samen aan het herstel van de bedrading kunnen werken
2. **Griep**: bij griep krijgen mensen klachten als koorts, spierpijn en vermoeidheid. Dit is om de indringers te lijf te gaan zodat je weer sneller beter wordt. Soms is het immuunsysteem ontregelt zodat de griepklachten blijven terwijl het virus al lang al weg is. Samen kunnen we kijken wat er nodig is voor verder herstel van deze klachten.
3. Kapotte bedrading **lampje benzinetank auto**: het lampje dat de tank leeg is gaat branden terwijl er nog voldoende benzine in de tank zit. Dat komt door een verstoring in de bedrading die van de tank naar het dashboard loopt, te vergelijken met de zenuwbanen in het lichaam. Omdat het zenuwstelsel heel flexibel is kunnen we zorgen dat dit weer beter gaan werken.
4. De **emmer die overloopt** omdat het kraantje te ver open staat: de emmer met alles wat u mee te dragen hebt is heel vol, er kan nog maar weinig bij. Als de kraan dan toch te ver open staat, gaat de emmer overlopen en krijgt u meer klachten. Samen kunnen we kijken hoe we kunnen voorkomen dat er teveel water uit de kraan komt of uw emmertje wat leger maken.
5. **Rivierbedding**: in de hersenen zijn er paden die veel gebruikt zijn, dit zijn brede paden die gemakkelijk worden gebruikt, te vergelijken met diep in de grond ingesleten rivierbeddingen. Je kunt een omleiding naast de rivier maken. Als je daar steeds meer water door laat stromen wordt deze ook steeds breder en zal de andere rivierbedding dichtslibben.
6. Te laag of te hoog afgestelde **thermostaat**, hierdoor is het altijd te koud of te warm in huis. Probleem zit niet in de verwarming zelf maar in de thermostaat.
7. **Zoomlens** op een fototoestel, de aandacht wordt teveel op bepaalde klachten gericht waardoor deze uitvergroet worden. Het is zaak om de zoomlens ergens anders op te richten of flink uit te zoomen
8. **Fantoompijn**: als een lichaamsdeel heel lang pijn heeft gedaan en je dit lichaamsdeel verwijdert kan de pijn nog flink blijven hangen, alsof het lichaamsdeel er nog is. Langzamerhand kan dat weer veranderen. Behandeling met spiegels helpt om de hersenen te leren dat het lichaamsdeel geen pijn meer doet.
9. **Braille leren**: blinde mensen ontwikkelen hele gevoelige vingers om braille te leren, dit is een mooi voorbeeld van het aanpassingsvermogen van het zenuwstelsel. Je hersenen passen zich aan, je kunt nieuwe dingen leren of juist vergeten als je ze niet meer gebruikt.
10. Je kunt klachten vergelijken met **schulden**: Als je een periode meer geld uitgeeft dan je binnenkrijgt, bouw je schuld op. Wanneer je daarna weer een tijdje spaart, loop je de schulden weer in. Maar als je jarenlang teveel blijft uitgeven, wordt de schuld alleen maar groter. Als je dan beslist om voortaan niet meer te gaan uitgeven dan je verdient groeit de schuld niet meer, maar betaal je hem ook niet af. Bij sommige mensen loopt de schuld zo op, dat ze uiteindelijk in de schuldsanering belanden. Na 3 jaar heel weinig te kunnen uitgeven worden de resterende schulden kwijtgescholden. De meeste mensen passen daarna voorgoed hun uitgavenpatroon aan om niet opnieuw zoveel schuld op te bouwen.

Als je een periode wat extra inspanning levert, lukt dat vaak wel op je reserves. Maar als je jarenlang veel inspanning levert, of dat nu lichamelijk, geestelijk of emotioneel is, bouw je als het ware 'schuld' op in je energiehuishouding. Dit kan leiden tot klachten van uitputting, versterking van pijnklachten, verminderde scherpte in denken en onthouden etc. Als je dan vanwege je klachten wat gaat minderen in je inspanningen, voelt het alsof je al heel veel inlevert maar is dit vaak nog niet genoeg om de 'schuld' in te lossen en blijven je klachten dus bestaan. Pas wanneer je langdurig veel minder inspanning levert en zorgt voor veel rust en ontspanning kun je

uiteindelijk weer een balans bereiken. En als dat gelukt is, zul je waarschijnlijk voorgoed je inspanningsniveau moeten aanpassen om niet opnieuw zoveel schuld op te bouwen.

9. Behandelingen bij het prikkelbare darm syndroom

Dit overzicht is gebaseerd op de Reduce studie, een onderzoek wat is gepubliceerd 2017, zie voor meer informatie op <https://www.pdsb.nl/reduce>. U kunt 3 behandelingen kiezen uit een lijst van 11.

U volgt iedere behandeling 2 maanden lang, u kunt eerder stoppen als de klachten verergeren.

Veel mensen voelden zich beter na één van deze behandelingen, als is het soms even zoeken wat voor u het beste werkt. U krijgt altijd algemene informatie mee en informatie over de gekozen behandelingen, deze informatie kunt u ook vinden op de website.

De volgende behandelingen behoren tot de mogelijkheden:

1. **Algemene Informatie**: Uitleg van PDS en geruststelling. Het effect van de uitleg is de behandeling.

Zonder pillen:

2. **Eliminatie** (bijv. lactose, gluten) op basis van voedingsanamnese, allergisch onderzoek of lactose ademtest onder begeleiding van een diëtist. Aanvullende optie: [brochure dieet- en leefadviezen](#).
3. **FODMAP-dieet** op basis van anamnestiche intoleranties
4. **Probiotica**: standaard behandeling met een probioticum naar keuze
5. **Hypnotherapie** gericht op darmklachten.

Pillen die werken via de buik (darmen):

6. **Antibiotica**: kuur voor 14 dagen (Neomycine 3 dd 3 a 375 mg of Rifaximin 3 dd 50 mg)
7. **Pepermuntoliecapsules: Tempocol**: (3 dd 1 - 2 caps)
8. **Spasmolitica**: Buscopan 3 dd 10 a 20 mg of mebeverine (Duspatal 2 dd 1, als 'zo nodig' gebruik)

Pillen die werken via het hoofd (hersenen):

9. **Amitryptiline** 10 mg om 21.00 uur
10. **Citalopram** 20 mg om 09.00 uur

Kruiden

11. **Iberogast** druppels

Naast deze behandelingen mogen door de arts naar behoefte als symptomatische medicatie extra worden toegevoegd:

Bij obstipatie

PEG (polyethyleen glycol) sachets (macrogol)

Magnesium tabletten, zo nodig: 1dd 1 tot 3 dd 2

Psyllium vezel sachets (water oplosbaar bijv. Metamucil)

Prucalopride (Resolor 1 à 2 mg per dag) prokineticum bij ernstige obstipatie (geen vergoeding)

Linaclotide (1 dd 290 µg)

Lubiprostone (2 dd 2 µg, geen vergoeding)

Bij diarree

Loperamide capsules

Questran sachets

Cholestagel pillen

10. Links naar instructie video's

Video uitleg SOLK alarm metafoor: <https://youtu.be/dSPcdQ6aA0U>

Video uitleg SOLK griep metafoor: <https://youtu.be/H96cWBrC4E4>

Video uitleg SOLK met vicieuze cirkel en centrale sensitiviteit:

<https://www.youtube.com/watch?v=IJbQxmlygDQ>

Video met uitgebreide uitleg centrale sensitiviteit

<https://youtu.be/zy9rvbwfHjI>

Webcast (voor fysiotherapeuten) zorgstandaard SOLK: <https://youtu.be/YzWR3fgaadM>

Video van SOLK programma Noord-Holland Noord: <https://www.youtube.com/watch?v=aVTWoDgx5aw>

Video van SOLK scholing Noord-Holland Noord:

https://www.youtube.com/watch?time_continue=4&v=p_WeANmLj0c

Video van Annemarieke Fleming met benzinetank metafoor:

<https://youtu.be/8N1fz-DbOqU?t=32m33s>

32m10 tot 36m28

Webinar pijneducatie en samenwerking in de eerste lijn bij chronische pijn en SOLK

<https://www.youtube.com/watch?v=h8bvGo6sxx8>

Webinar van Proscop over SOLK 15-12-2020:

<https://www.youtube.com/watch?v=VeUtPT2I56A&feature=youtu.be>

11. Informatie voor de patiënt

Voorlichting op thuisarts.nl:

<https://www.thuisarts.nl/onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten/ik-heb-onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten-solk>

<https://www.thuisarts.nl/onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten/ik-wil-iets-doen-aan-onvoldoende-verklaarde-lichamelijk>

<https://www.thuisarts.nl/onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten/ik-wil-behandeling-voor-onvoldoende-verklaarde-lichamel>

Patiënten versie zorgstandaard chronische pijn:

<https://www.pijnpatientenaar1stem.nl/zorgstandaard/patientversie-zorgstandaard/>

Patiënten versie zorgstandaard SOLK bij kinderen:

<https://nvfk.kngf.nl/binaries/content/assets/bi/nvfk/onbeveiligd/actueel/patientversie-richtlijn-solk-definitief-5-6-18.pdf>

Filmpjes:

<https://www.youtube.com/watch?v=628Lp31WNFc>: uitleg over SOLK

<http://www.retrainpain.org/nederlands>: gratis online lessen over pijn en gevoelens van steeds 1 minuut

<https://www.youtube.com/watch?v=9pFdTCLjEzo>: animatie van 5 minuten om pijn te begrijpen

<https://www.youtube.com/watch?v=UznY5Nry6VY>: filmpje van 10 minuten over pijn voor kinderen

<http://www.pijsamen.nl/presentaties/>: wat langere films over patiënten met pijn en hoe ze er mee om gaan

<https://vimeo.com/267984063>: uitleg dat uitslag van een onderzoek vaak geen verband houdt met hoeveelheid klachten

Boeken voor patiënten:

Annemarieke Fleming & Joke Vollebregt; *Pijn & het Brein, de rol van de hersenen bij onverklaarde chronische klachten* (2016)

Suzan Kuysten en Carolien Hamming; *Gek op stress maar niet altijd* (2018)

Martine Veehof, Karlein Schreurs, Monique Hulsbergen en Ernst Bohlmeijer; *Leven met pijn* (2010)

Francis Lanen- de Haan; *Slaaplessen volgens de oefentherapie en psychosomatiek* (2018)

Steven Laureys; *Het no-nonsense meditatieboek* (2019)

Wilma de Rek en Witte Hoogendijk; *Leef als een beest* (2018)

Anne Marie de Ruiter; *Ja dokter, nee dokter, hoe ik mij weg vond in de zorg* (2017)

Olav Wagenaar; *Eerste hulp bij oorsuizen* (2012)

Voor kinderen:

Kitty Rumping en Ramona van Bakkum; *Mijn beschermende brein* (2019)

12. Informatie voor patiënten met niet westerse achtergrond

Pharos 'Onzichtbare pijn' – adviezen voor de implementatie van de NHG-standaard SOLK bij patiënten met een migrantenachtergrond. Gratis te downloaden op:

<https://www.pharos.nl/kennisbank/onzichtbare-pijn/>

Pharos: handreiking bij verborgen psychosociale problemen. Gratis te downloaden:

<https://www.pharos.nl/kennisbank/handreiking-bij-verborgen-psycho-sociale-problemen-een-anamnestic-gesprek-met-patienten-met-een-migrantenachtergrond-2/>

'Begrijp je lichaam' voorlichtingsmap, CBO/LHV/Pharos. Gratis te downloaden op

[https://www.begrijpjelichaam.nl/documents/doc/begrijpjelichaam/begrijp-je-](https://www.begrijpjelichaam.nl/documents/doc/begrijpjelichaam/begrijp-je-lichaam_volledigeversie.pdf)

[lichaam_volledigeversie.pdf](https://www.begrijpjelichaam.nl/documents/doc/begrijpjelichaam/begrijp-je-lichaam_volledigeversie.pdf). Niet specifiek SOLK of chronische pijn, wel prikkelbare darm syndroom.

'Lichte dagen, donkere dagen' o.a. tekeningen, Trimbos. Cursus voor Turken en Marokkanen met depressieve klachten. Wordt aangeboden bij diverse GGZ instellingen. Het Trimbos instituut ontwikkelde cursusmateriaal: '**Lichte dagen, donkere dagen**', bedoeld voor mensen van Turkse of Marokkaanse afkomst die last hebben van depressiviteit, somberheid of 'nergens meer zin in hebben'. Onder andere zijn eenvoudige tekeningen te bestellen in de vorm van gelamineerde platen, zoals een weegschaal in verschillende balansstanden, lopen onder zon/lopen onder regen, of met een last (steen of rugzak vol zorgen) op de rug.

<https://www.pharos.nl/kennisbank/als-je-stress-hebt-veel-denkt-en-slecht-slaapt-farsi/>

GGZ-brochures in Arabisch, Engels, Farsi, Frans, Somali, Sorani

- Waar kunt u hulp vinden voor uw psychische klachten?
- Langdurige stressklachten en wat u er aan kunt doen.
- Als u last heeft van concentratieproblemen, nachtmerries, angst, somberheid...

www.gezondin.nu: programma Pharos in 164 gemeenten met online platform met informatie en initiatieven, lokale aanpak van gezondheidsachterstanden.

www.huisarts-migrant.nl

www.nederlandgezond.org

<https://www.facebook.com/syriersgezond>

De **4DKL** is in vele talen beschikbaar: engels, frans, Duits, Tsjechisch, deens, Grieks, Turks, Marokkaans, Arabisch, Pools, Roemeens, Russisch, Servisch, Spaans, Zweeds en Urdu (4DSQ). In iedere taal is de 4DKL weer gevalideerd en kent andere afkapsaamende woorden die erbij staan (<http://www.emgo.nl/quality-of-our-research/research-tools/4dsg/request-4dsg/download-4dsg>)

13.Literatuurlijst SOLK

Richtlijnen:

NHG standaard SOLK: <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-somatisch-onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten-solk>

Zorgstandaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK), Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/somatisch-onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten-solk> (15-05-2018)

Zorgstandaard chronische pijn:

http://www.dutchpainsociety.nl/files/ZorgStandaard_Chronische_Pijn_versie_2017_03_28.pdf

Zorgstandaard SOLK bij kinderen:

<http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/nolk-s3-bucket/wp-content/uploads/2019/12/23132926/220319-Definitieve-versie-richtlijn-SOLK.pdf>

Aanbevolen boeken

Annemarieke Fleming & Joke Vollebregt; *Pijn & het Brein, de rol van de hersenen bij onverklaarde chronische klachten* (2016)

Henriette van der Horst e.a.; *Praktische huisartsgeneeskunde; Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (2017)

Jaap Spaans e.a.; *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (2017)

Doeke Keizer, Paul van Wilgen en Marten van Wijhe; *Pijnproblemen in de praktijk* (2016)

Doeke Keizer en Paul van Wilgen; *Chronische pijn verklaard* (2014)

Jo Nijs; *Centrale sensitatiepijn in de klinische praktijk* (2016)

Jeanine Verbunt e.a.; *Handboek pijnrevalidatie* (2019)

Prof. Dr Bessel van der Kolk; *Traumasporen* (2016)

Suzan Kuysten en Carolien Hamming; *Gek op stress maar niet altijd* (2018)

Martine Veehof, Karlein Schreurs, Monique Hulsbergen en Ernst Bohlmeijer; *Leven met pijn* (2010)

Francis Lanen- de Haan; *Slaaplessen volgens de oefentherapie en psychosomatiek* (2018)

Steven Laureys; *Het no-nonsense meditatieboek* (2019)

Prof. Dr. Pierre Capel; *Het emotionele DNA* (2017)

Wilma de Rek en Witte Hoogendijk; *Leef als een beest* (2018)

Anne Marie de Ruiter; *Ja dokter, nee dokter, hoe ik mij weg vond in de zorg* (2017)

Systematic review:

C. den Boer, L. Dries, B. Terluin, J.C. van der Wouden, A. H. Blankenstein, C. P. van Wilgen, P. Lucassen, H. E. van der Horst, Central sensitization in chronic pain and medically unexplained symptom research: A systematic review of definitions, operationalizations and measurement instruments, J. Psychosom. Res. 117(2 (2019)) 32-40.

Artikel NTvG: C. den Boer, B. Terluin, C. Paul van Wilgen, Uitleg aan patiënten met onverklaarde klachten, Ned Tijdschr Geneeskd. 2020;164:D4642

Klinische les: de rol van het begrip centrale sensitisatie bij uitleg en behandeling van SOLK en chronische pijn.

Carine den Boer, Berend Terluin

Met de komst van de NHG standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) in 2013 en de zorgstandaard SOLK in 2018 is er meer duidelijkheid gekomen over de herkenning en behandeling van SOLK (1). Toch is het in de spreekkamer nog regelmatig lastig om aan de patiënt uit te leggen wat SOLK is en de patiënt te motiveren voor de juiste behandeling. In deze klinische les besteden we aandacht aan uitleg en behandeling aan de hand van het begrip centrale sensitisatie (CS). Dit is een veelbelovend verklaringsmodel voor SOLK en chronische pijn en wordt vaak goed geaccepteerd door de patiënt (2,3).

Brenda

Brenda is een 38 jarige vrouw, getrouwd, 2 kinderen. Ze heeft een drukke baan in de ICT, 4 dagen per week. De voorgeschiedenis vermeldt het prikkelbaar darm syndroom en pijn bij het vrijen. Ze komt nu op het spreekuur met haar echtgenoot omdat het niet meer gaat, ze heeft zich gisteren ziek gemeld. Op het werk is het erg druk door een reorganisatie, ze slaapt slecht door alle pijnklachten en is erg moe. Ze is toenemend prikkelbaar en nadat ze flink tegen de kinderen was uitgevallen heeft ze besloten hulp te zoeken. Ze heeft op internet gezocht en denkt zelf aan fibromyalgie. Haar hulpvraag is een verwijzing naar een reumatoloog.

SCEGS

De huisarts vraagt de klachten conform de NHG-Standaard verder uit volgens het SCEGS-schema.

Somatisch: Brenda heeft pijnklachten in het gehele lichaam, vooral in het nek- en schoudergebied, rug en benen. Ze heeft vaak hoofdpijn, een bandgevoel om het hoofd. Daarnaast heeft ze buikpijn, vooral een opgeblazen gevoel wat 's avonds erger is, en de ontlasting is wisselend.

Cognities: Brenda denkt dat de pijnklachten door de ziekte fibromyalgie worden veroorzaakt en hoopt dat de reumatoloog haar verder kan helpen, het liefst met medicijnen.

Emoties: Ze is bezorgd over de duur en de ernst van de klachten en maakt zich zorgen over de situatie op haar werk. Ze is niet somber of angstig.

Gedrag: Brenda is de laatste maanden constant moe, hierdoor gaat ze 's avonds ook niet meer sporten of andere leuke dingen doen. Door de klachten heeft ze zich zelfs ziek moeten melden.

Sociaal: Ze heeft een druk sociaal leven met veel verplichtingen, ze gaat nog overal naar toe maar met moeite. Haar echtgenoot maakt zich zorgen over haar gezondheid.

Lichamelijk onderzoek en diagnose

De huisarts verricht lichamelijk onderzoek. Hierbij valt op dat de spieren van schouders en rug erg gespannen en gevoelig zijn. Bij onderzoek van de buik blijkt bij kloppen op de buik dat er veel lucht in zit. Bij het voelen van de buik is de dikke darm gevoelig. De huisarts vertelt Brenda dat ze bij lichamelijk onderzoek pijnlijke gespannen spieren en gevoelige darmen met veel lucht heeft gevonden, maar geen aanwijzingen voor een ziekte.

SOLK

De huisarts vertelt Brenda dat haar klachten tegenwoordig door veel deskundigen als één geheel worden gezien: somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Hierbij kun je verschillende

klachten hebben, tegelijk of na elkaar. De huisarts wil haar graag nog meer uitleggen over SOLK en vraagt haar toestemming daarvoor. Brenda zegt tegen de huisarts dat ze nu liever een verwijzing naar de reumatoloog wil. Ze is ongerust en ook haar man wil dat ze eens helemaal goed nagekeken wordt. De huisarts verwijst haar naar een reumatoloog en zegt dat hij haar nadien graag weer terug wil zien.

Vervolg

Na 3 maanden komt Brenda weer op het spreekuur. De reumatoloog heeft op verschillende plekken gedrukt en heeft gezegd dat het fibromyalgie is en dat daar verder niet zoveel aan te doen is. Ze is teleurgesteld hierover en voelt zich niet serieus genomen. Brenda wil graag verwezen worden naar een ander ziekenhuis voor een second opinion. Als de huisarts zegt dat ze denkt dat dat niet zo zinvol is, wil ze dat toch. 'Het is toch niet normaal om op zo'n jonge leeftijd zoveel klachten te hebben'. De huisarts verwijst haar wederom.

Na enkele maanden komt Brenda weer op het spreekuur. De tweede reumatoloog heeft haar wat meer uitgelegd over fibromyalgie en heeft gezegd dat ze voor verdere behandeling naar de huisarts kan. Brenda wil graag weten wat de huisarts verder voor haar kan doen.

De huisarts nodigt Brenda uit voor een dubbel vervolgconsult. Ze raadt Brenda aan de informatie over SOLK en fibromyalgie te lezen op thuisarts.nl. Ze geeft haar ook een 4DKL mee, met als toelichting dat je met deze lijst meer inzicht kunt krijgen in welke klachten een rol spelen en de ernst van de klachten.

4DKL

Een week later komt Brenda terug. Ze heeft de informatie op thuisarts over SOLK gelezen en dat heeft haar al enig inzicht gegeven. Ze heeft de 4dkl ingevuld, de huisarts scoort deze: distress 23, depressie 2, angst 3, somatisatie 24. Ze legt Brenda uit dat de hoge score op distress betekent dat ze het heel moeilijk heeft. Brenda herkent dit. De lage scores op de depressie- en angstschaal maken een depressieve stoornis of angststoornis minder waarschijnlijk. Brenda beaamt dat ze niet angstig of somber is. Vervolgens legt de huisarts de hoge score op de somatisatie schaal als volgt uit: "Deze schaal bestaat uit een aantal lichamelijke klachten die vaak te maken hebben met spanningen of stress. De meeste mensen krijgen lichamelijke klachten door spanningen, bijvoorbeeld hoofdpijn of rugpijn. Spanningen horen bij het gewone leven. Je moet dan denken aan het te druk hebben, problemen of tegenslagen hebben, of aangrijpende gebeurtenissen meegemaakt hebben. Bij spanningen komt de score op deze schaal niet boven de 10. Jij hebt een hogere score, dat kan dus niet alleen door spanningen komen. Hoe dan wel? Er zijn verschillende zaken die hierbij een rol kunnen spelen en die wil ik graag met je bespreken om te kijken wat je daarvan herkent, vind je dat goed?"

Verstoorde prikkelverwerking

Brenda wil graag weten hoe het kan dat ze zoveel klachten heeft en wat ze er aan kan doen. De huisarts legt haar dit uit aan de hand van het begrip centrale sensitatie en de vicieuze cirkels die daardoor kunnen ontstaan. De huisarts pakt een leeg A4-tje en schrijft bovenin: 'centrale sensitatie'. Aan de linkerkant schrijft ze 'gewone lichamelijke prikkels', ze tekent een pijl naar rechts en schrijft daar 'lichamelijke klachten'. Bij de pijl schrijft ze 'verstoorde prikkelverwerking' of 'overgevoeligheid'. De huisarts legt uit dat in het geval van centrale sensitatie allerlei gewone signalen vanuit het lichaam niet goed verwerkt worden door de zenuwbanen in het ruggenmerg en door de hersenen. Normaal gesproken worden in het lichaam heel veel signalen opgevangen, waarvan de zenuwbanen en de hersenen de meeste uitdoven, zodat je ze niet bewust voelt. Bijvoorbeeld de druk van de stoel tegen je billen, het tikken van de klok, het kloppen van je hart en het samentrekken van je darmen. Bij centrale sensitatie wordt het zenuwstelsel alerter waardoor de gewone prikkels worden versterkt en/of minder goed uitdoven.

“Hierdoor kun je dus lichamelijke klachten als buikkrampen of spierpijn voelen, terwijl er met je darmen en spieren zelf niets aan de hand is. Mensen met centrale sensitiviteit hebben vaak veel last van hun lijf, terwijl medisch onderzoek keer op keer geen verklaring oplevert. Het is nog niet duidelijk waardoor deze centrale sensitiviteit precies ontstaat, maar uit onderzoek blijkt dat een overgevoeligheid van het zenuwstelsel, stresshormonen en het afweersysteem een rol kunnen spelen. Bij sommige mensen is de centrale sensitiviteit ontstaan tijdens een periode van langdurige stress, bijvoorbeeld door mishandeling of verwaarlozing in de jeugd. Bij anderen is het begonnen na een ontsteking of andere ziekte. En in veel gevallen is de oorzaak onduidelijk.”

Vicieuze cirkels

Als Brenda dit lijkt te begrijpen, tekent de huisarts de vicieuze cirkel verder. Ze vertelt hierbij het volgende:

“Het volgende dat mee kan spelen is dat als je last hebt van je lijf, het helemaal niet zo gek is als je daar ongerust over wordt. Het vervelende van die ongerustheid is dat die de spanning verhoogt en dat je lichaam daar op reageert zodat je nog meer klachten krijgt. Bovendien ga je erover nadenken wat je toch zou kunnen mankeren en haal je misschien denkbeelden aan ernstige ziekten in je hoofd die nog meer spanning geven. Je kunt zelfs zo anders gaan denken over je gezondheid dat je je leefstijl en je gedrag gaat veranderen. Zo zie je dat ongerustheid, gedachten en gedrag vicieuze cirkels in gang kunnen zetten waardoor iemand alsmaar meer last van zijn lijf krijgt. Herken je daar wat van?”

Behandeling

De huisarts trekt een stippellijn tussen ‘dagelijkse prikkels’ en ‘klachten’ aan de ene kant en ‘meer spanning’ en ‘ongerustheid’ aan de andere kant, en legt Brenda uit dat je het probleem in tweeën kunt opdelen.

“Aan de ene kant heb je centrale sensitiviteit waardoor je veel last hebt van je lijf vooral bij drukte en stress. Aan de andere kant heb je de zaken die verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van allerlei vicieuze cirkels. Centrale sensitiviteit is soms goed te behandelen met een combinatie van activiteiten opbouwen, ontspanningsoefeningen zoals yoga en mindfulness, en soms met medicijnen. Maar enige overgevoeligheid voor lichamelijke signalen blijft vaak langdurig bestaan. Dan kan het echt een handicap zijn. De meeste winst is echter te halen uit het aanpakken van de vicieuze cirkels die de klachten in stand houden en verergeren, zoals verkeerde gedachten, negatieve gevoelens, vermijdingsgedrag of juist blijvende overbelasting. Bij iedereen is deze cirkel weer anders, daarom is het belangrijk om uit te zoeken wat jouw gedachten, gevoelens en gedrag zijn met betrekking tot je klachten”.

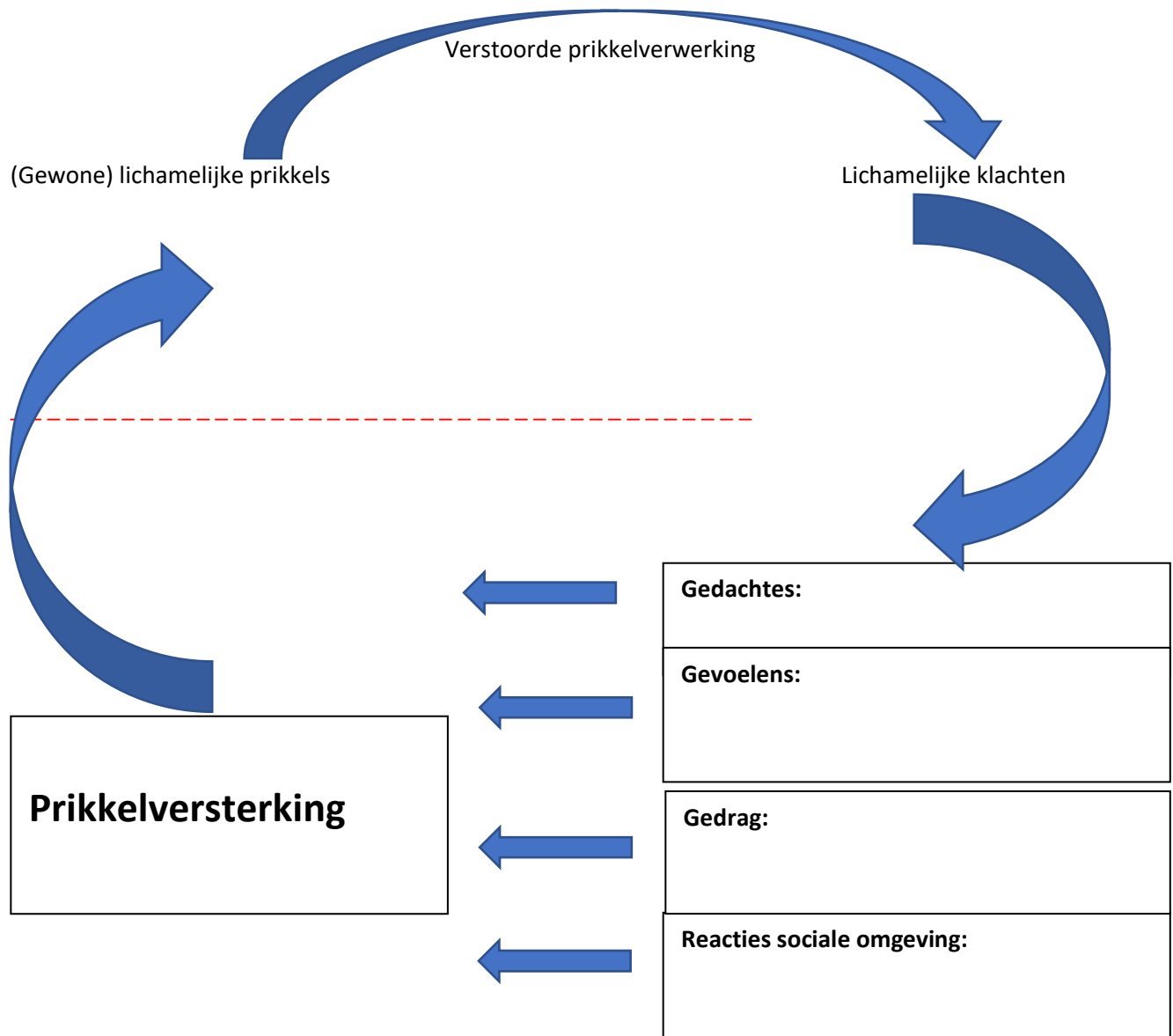
Centrale sensitiviteit

De afgelopen jaren zijn er bij wetenschappelijk onderzoek grote overeenkomsten tussen SOLK en chronische pijn gevonden. Verbindend hierin lijkt het begrip centrale sensitiviteit (CS) te zijn. De hersenen produceren pijn, vermoeidheid en andere waarschuwingssignalen, terwijl er geen weefselschade (meer) is. Er komt steeds meer kennis beschikbaar over de achterliggende mechanismes door studies met functionele MRI, testen met verschillende stimuli zoals warmte/kou en cerebrale metabolisme studies.

Bij CS is sprake van verhoogde activiteit van de opstijgende banen van het ruggenmerg en verhoogde activiteit in hersengebieden die betrokken zijn bij pijn en emoties zoals de thalamus. Er is een verminderde remmende functie van de afdalende banen van het ruggenmerg. Een overmaat aan neurotransmitters als serotonine, prostaglandines en cytokines kunnen de klachten verergeren. Tenslotte speelt ontregeling van het immuunsysteem, het autonome zenuwstelsel en het stresshormoonstelsel centrale sensitiviteit een belangrijke rol (2,3).

Centrale sensitisatie

Overgevoeligheid (centrale) zenuwstelsel



Criteria centrale sensitivatie

Het is belangrijk om CS tijdig te onderkennen. Internationaal zijn er criteria ontwikkeld die daarbij kunnen helpen. Het gaat om de volgende criteria: pijnbeleving die niet in overeenstemming is met de aard en de ernst van de klachten; diffuse pijn distributie met allodynie en hyperalgesie; overgevoeligheid van zintuigen niet gerelateerd aan het bewegingsapparaat, zoals overgevoeligheid voor geluiden, fel licht, warmte en kou en luchtjes (9).

Er is een internationale vragenlijst ontwikkeld om specifiek centrale sensitivatie te meten, de Central Sensitization Inventory (CSI) (10). Deze lijst is vertaald en gevalideerd in het Nederlands (11). Toekomstig onderzoek moet uitwijzen hoe de CSI en de 4DKL zich tot elkaar verhouden.

De huisarts vertelt Brenda dat ze goede ervaring heeft met begeleiding door een POH-GGZ of psycholoog samen met een psychosomatische fysio- of oefentherapeut. Brenda wil graag meer informatie en tijd om na te denken wat ze zal doen. De huisarts geeft haar het boek van Annemarieke Fleming en Joke Vollebregt, Pijn en het Brein, te leen (4).

Cirkels doorbreken

Twee weken later heeft Brenda het boek aandachtig gelezen. Ze wil naar een POH-GGZ en een psychosomatisch fysiotherapeut. Aldus geschiedt. Ze leert beter haar grenzen te stellen en gaat meer leuke dingen doen. Ze gaat weer sporten en na ruim een maand gaat ze haar werk weer opbouwen, na 3 maanden is ze weer volledig aan het werk.

De huisarts ziet Brenda regelmatig voor controle. Aan het einde van de behandeling vult ze nogmaals de 4DKL in. De scores zijn mooi gedaald: distress 6, depressie 0, angst 0, somatisatie 8. Dit laat zien dat er door de centrale sensitivatie nog wel lichamelijke klachten aanwezig zijn, maar dat ze er veel minder last van heeft. Iedereen heeft weleens ergens klachten, maar als de klachten minder spanning oproepen hebben ze minder invloed.

De huisarts sluit als volgt af: "Hoewel centrale sensitivatie vaak hardnekkig is, kan het op den duur toch overgaan. Maar op dit moment is het beter om je erop in te stellen dat het voorlopig blijft bestaan. Aan het doorbreken van de vicieuze cirkels heb je goed gewerkt en de kunst is om dit vast te houden. Als je iets niet vertrouwt, kom dan gerust bij me voor onderzoek en verdere uitleg en laat je niet meeslepen in die vicieuze cirkels."

Beschouwing

In deze klinische les hebben we laten zien hoe we in gesprek kunnen raken met patiënten met SOLK met behulp van het centrale sensitivatiemodel en het tekenen van vicieuze cirkels samen met de patiënt. Er zijn veel verschillende mogelijkheden voor de uitleg van SOLK. In de NHG -standaard wordt aangeraden om een manier te zoeken die past bij de huisarts en bij de klachten van de patiënt. Een goede arts-patiënt relatie en goede communicatie is een belangrijke basis (5,6). Hierbij is het van belang om belangstelling en empathie te tonen, te luisteren zonder vooroordelen en de tijd te nemen.

Voorwaarden voor een goede uitleg is dat deze acceptabel is voor zowel huisarts als patiënt, de uitleg geen zwakte of schuld van de patiënt impliceert en dat deze aanknopingspunten biedt voor verdere behandeling. Verder is het van belang dat de uitleg een kernachtige beschrijving biedt van de klachten, oorzaken en in stand houdende factoren en dat de uitleg plaatsvindt in dialoog tussen huisarts en patiënt (7).

Psychologische mechanismen

Voor sommige patiënten is het waarschijnlijk van belang dat het concept CS de erkenning inhoudt van een lichamenlijk mechanisme van de klachten, alhoewel nog niet precies duidelijk is wat oorzaak en gevolg is. Deze erkenning kan vervolgens ruimte bieden om psychologische mechanismen te bespreken die de klachten in stand houden en verergeren. Denk hierbij aan negatieve emoties, een laag zelfbeeld,

disfunctionele opvattingen over de klachten en vermijdingsgedrag. Deze mechanismen, die verantwoordelijk zijn voor vicieuze cirkels, kan de huisarts met behulp van SCEGS in kaart brengen of met de patiënt bespreken naar aanleiding van een verhoogde 4DKL-somatisatiescore. De psychologische in standhoudende mechanismen bieden goede aanknopingspunten voor behandeling.

Uitleg en behandeling

De uitleg aan de patiënt met CS met behulp van resultaten uit de moderne neurowetenschappen kan bijdragen aan een hogere tevredenheid van de patiënt. In plaats van een psychische aandoening blijkt CS nu een aandoening met een verstoring van de prikkelverwerking van hersenen en ruggenmerg die bovendien behandelbaar is met een tijd-contingente aanpak van activiteiten en oefeningen. Ook centraal werkende medicijnen kunnen werken, zoals gabapentine, tricyclische antidepressiva en SNRI's zoals venlafaxine en duloxetine (2,3).

Verdere begeleiding van de patiënt in de eerste lijn kan plaatsvinden door multidisciplinaire behandeling door een huisarts, POH-GGZ en psychosomatische fysio- of oefentherapeut, of een getrainde eerstelijns psycholoog in plaats van een POH-GGZ. Een psychosomatisch werkende fysio- of oefentherapeut zal psycho-educatie geven, activerende en spierversterkende oefentherapie, ontspanningsoefeningen, cognitieve gedragstherapie, eventueel aangevuld met mindfulness (12). Voor de behandeling van SOLK door POH-GGZ en psycholoog zijn verschillende zorgprogramma's ontwikkeld. Vaak zijn deze gebaseerd op het gevolgenmodel (13). Ook zijn er verschillende e-mental-health programma's beschikbaar.

Conclusie

Er is toenemende aandacht voor SOLK. De NHG-Standaard SOLK en zorgstandaard SOLK bieden handvatten aan de huisarts. In de spreekkamer blijft SOLK voor veel huisartsen nog een (te) grote uitdaging. Huisartsen zijn bang dat het hen veel tijd gaat kosten, ook is nog niet iedereen overtuigd van het nut van een gestructureerde aanpak. En hoe doe je dat dan?

Deze klinische les laat zien hoe de huisarts met behulp van het begrip centrale sensitatie verder kan komen met de patiënt. De investering van twee extra dubbele consulten verdienen zichzelf dubbel en dwars terug in verminderd spreekuurbezoek en in een verbeterde arts-patiëntrelatie. Tenslotte levert deze aanpak meer voldoening op dan het uitschrijven van de zoveelste zinloze verwijsbrief voor aanvullend onderzoek of specialist.

Samenvatting

Het is in de spreekkamer nog regelmatig lastig om aan de patiënt uit te leggen wat SOLK is en de patiënt te motiveren voor de juiste behandeling. Het begrip centrale sensitatie biedt een veelbelovend verklaringsmodel voor SOLK en - zo blijkt - wordt vaak goed geaccepteerd door de patiënt. Centrale sensitatie veronderstelt een abnormale en significante versterking van sensaties door het centrale zenuwstelsel, waarbij de natuurlijke onderdrukkingsmechanismen minder goed werken. Er blijkt sprake van verstoring van de functie van de opstijgende en remmende banen van het ruggenmerg en de verwerking van prikkels in de hersenen. Daarnaast is er verstoring op het niveau van diverse neurotransmitters en stresshormonen.

Diagnostiek en uitleg van SOLK aan de hand van het begrip centrale sensitatie kan de patiënt erkenning bieden voor zijn of haar klachten. Daarmee ontstaat een opening voor het bespreken van (psychologische) mechanismen die de klachten in stand houden en verergeren. Deze kunnen vervolgens (verder) behandeld worden met een tijd-contingente aanpak van activiteiten en oefeningen. Ook centraal werkende medicijnen kunnen werken, zoals gabapentine, tricyclische antidepressiva en SNRI's zoals venlafaxine en duloxetine. Verdere begeleiding van de patiënt kan plaatsvinden door een psychosomatische fysio- of oefentherapeut, POH-GGZ of een getrainde psycholoog.

Deze aanpak van SOLK kost in eerste instantie iets meer tijd, maar dit verdient zich later terug. Ook levert dit meer bevrediging op dan het uitschrijven van het zoveelste zinloze verwijsbriefje.

De kern:

Het begrip centrale sensitatie is een handig hulpmiddel bij uitleg en behandeling van SOLK. Uit onderzoek naar centrale sensitatie blijkt dat er sprake is van verstoorde prikkelverwerking in het lichaam op diverse plaatsen. Uitleg aan de hand van dit model maakt de weg vrij voor het bespreken van mechanismen die de klachten in stand houden en de behandeling hiervan. Een goede aanpak van SOLK verdient zich terug in verminderd spreekuurbezoek en in een meer bevredigende arts-patiënt relatie.

Auteurs:

Drs. Carine den Boer, huisarts, kaderarts GGZ , promovendus
Afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde
Amsterdam UMC, locatie VUmc
Van der Boechorststraat 7
1081 BT Amsterdam
Email: c.denboer@amsterdamumc.nl

Dr. Berend Terluin, huisarts, senior onderzoeker
Afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde
Amsterdam UMC, locatie VUmc
Van der Boechorststraat 7
1081 BT Amsterdam
Email: b.terluin@amsterdamumc.nl

Literatuurlijst

1. Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar AO, Bentz van den Berg D, Van der Horst HE, Arnold IA, et al. NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijk Klachten (SOLK). Huisarts Wet 2013, 5:222-30
2. Den Boer C, Dries L, Terluin B, van der Wouden JC, Blankenstein AH, van Wilgen CP, Lucassen P, van der Horst HE. Central sensitization in chronic pain and medically unexplained symptom research: A systematic review of definitions, operationalizations and measurement instruments. J. Psychosom. Res. 117(2 (2019)) 32-40.
3. Bourke JH, Langford RM, White PD. The common link between functional symptoms may be central sensitization. J Psychosom Res 2015; 78 228-36
4. Fleming A en Vollebregt, J. Pijn en het brein. Amsterdam 2016.
5. Olde Hartman TC. Persistent medically unexplained symptoms in primary care. The patiënt, the doctor and the consultation. Nijmegen 2011
6. Olde Hartman TC, van Rijswijk E, van Dulmen S, van Weel-Baumgarten E, Lucassen P, van Weel C. Communicatie met patiënten met chronische SOLK; Huisarts Wet 2014, 3: 114-18
7. Burton C, Lucassen P, Aamland A, Olde Hartman TC. Explaining symptoms after negative tests: towards a rational explanation. J R Soc Med; 0 (0) 1-5
8. Terluin B, Terluin M, Prince K, Van Marwijk HWJ. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. Huisarts Wet 2008; 51:251-55.
9. Central Sensitization Inventory (CSI). Nederlandse vertaling van Wilgen P, Meeus M, Descheermaeker F, Cagnie B. 2013
10. Nijs J, Torres –Cueco R, van Wilgen CP, Girbes EL, Struyf F, Roussel N et al. Applying modern pain neuroscience in clinical practice: criteria for the classification of central sensitization pain. Pain physician, 2014, 17:447-57
11. Mayer TG, Neblett R, Cohen H, Howard KJ, Choi YH, Williams MJ et al. The development and psychometric validation of the central sensitization inventory. Pain Pract 2012; 12:276-85
12. De Lint MC en Olde Hartman TC. Functionele benauwdheid en de rol van de psychosomatisch oefentherapeut. Bijblijven 5-2012
13. Van Rood Y, van Ravesteijn H, de Roos C, Spinhoven P, Speckens A; Protocol voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. In: Keijsers GPJ, Van Minnen A, Hoogduin CAL, editors. Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten 2. Amsterdam: uitgeverij Boom 2011:15-47

SIGMUND PETER DE WIT



Uitleg aan patiënten met onverklaarde klachten

Sensitisiatiemodel helpt bij acceptatie

Carine den Boer, Berend Terluin en C. Paul van Wilgen

Op het spreekuur van huisartsen en specialisten komen veel patiënten met chronische pijn en somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Zowel patiënten als artsen zijn vaak niet tevreden over communicatie over en de behandeling van deze klachten.⁽¹⁾ Een voor de patiënt aanvaardbare verklaring van de klachten kan een einde maken aan een lange frustrerende zoektocht naar een diagnose.⁽²⁾ Vervolgens kan dan een begin worden gemaakt met de aanpak van de klachten. In dit artikel bespreken wij wat de rol van centrale sensitisatie (CS) bij deze klachten kan zijn, hoe CS kan worden herkend en hoe het kan worden gebruikt bij de uitleg aan patiënten.⁽³⁾

SOLK en chronische pijn

De aandachtsgebieden SOLK en chronische pijn hebben veel overlap: een groot deel van de patiënten met SOLK heeft ook pijn. Er is echter ook SOLK zonder pijn, zoals bijvoorbeeld duizeligheid of vermoeidheid. Of klachten als chronische pijn dan wel als SOLK bestempeld worden, kan afhangen van welke klacht de patiënt als meest hinderlijk ervaart of van de achtergrond van de behandelaar.

Chronische lage rugpijn en chronische hoofdpijn kunnen beide typering krijgen; prikkelbaredarmsyndroom en fibromyalgie worden meestal als SOLK beschouwd.

CS speelt in veel gevallen een belangrijke rol bij chronische pijn en soms bij SOLK. Het heeft potentie om bij te dragen aan verdere verklaring van tot nu toe onvoldoende begrepen klachten.

Waarschijnlijk spelen ook nog niet ontdekte andere mechanismen een rol bij SOLK.

Er is veel onderzoek gedaan naar CS en de belangrijkste mechanismen zijn duidelijk.⁽⁴⁾ Uit onze review blijkt dat er geen verschillen bestaan in de wijze waarop CS wordt geoperationaliseerd en gemeten in onderzoek naar SOLK en chronische pijn.⁽³⁾

In de praktijk worden zowel SOLK als chronische pijn gediagnosticeerd en behandeld met behulp van het biopsychosociaal model, zoals in de zorgstandaard chronische pijn (2017)⁽⁵⁾ en de zorgstandaard SOLK (2018)⁽⁶⁾ wordt beschreven.

Wat is centrale sensitisatie?

CS is een verhoogde gevoeligheid van het centrale zenuwstelsel voor sensorische prikkels.⁽⁷⁾ Het verschijnsel werd voor het eerst beschreven door Clifford Woolf, die in 1983 bij dierproeven ontdekte dat chronische pijn niet alleen samenhang met een verhoogde gevoeligheid van de pijnsensoren (perifere sensitisatie) maar ook met een verhoogde prikkelbaarheid van het centrale zenuwstelsel.⁽⁸⁾ Het wetenschappelijk onderzoek naar CS dat hier op volgde spitste zich in eerste instantie toe op chronische pijn, later werd de rol van CS ook onderzocht bij SOLK.⁽³⁾

In het lichaam gaan sensorische prikkels via afferente zenuwen naar de dorsale hoorn van het ruggenmerg en langs opstijgende banen verder naar het brein (figuur 1). Deze prikkels kunnen vanuit de hersenen, via afdalende zenuwbanen, worden versterkt of geremd. Bij CS is er sprake van een toegenomen gevoeligheid voor deze prikkels door functionele veranderingen in het centrale zenuwstelsel. Deze overgevoeligheid is het gevolg van neuroplasticiteit, die zowel in het perifere zenuwstelsel, de dorsale hoorn van het ruggenmerg als ook in ons brein kan optreden. In de dorsale hoorn ontstaat dit door een toename van receptoren, zoals de N-methyl-D-aspartaatzuur (NMDA) receptor. Daarnaast spelen veranderingen van neurotransmitters een rol, zoals toename van glutamaat.⁽⁹⁾

Bij CS worden niet alleen de prikkels in het centrale zenuwstelsel versterkt, ook de normaal aanwezige demping van die prikkels vanuit de hersenen functioneert minder goed. Daarbij zijn onder andere de hersenstam, het limbisch systeem en de neocortex betrokken. Psychologische factoren die

hierbij een rol kunnen spelen zijn: trauma, angst, depressie, sociale afwijzing, catastroferen en verwachtingen.⁽¹⁰⁾ Het immuunsysteem, het stresshormoonsysteem en het autonome zenuwstelsel zijn vaak ontregeld bij CS.^(11. 12)

Herkennen van centrale sensitatie

De verhoogde gevoeligheid voor sensorische prikkels uit zich in de praktijk in hyperalgesie, allodynie en temporele summatie. Hyperalgesie is een verhoogde gevoeligheid voor pijnprikkels; allodynie is het ervaren van pijn bij in principe niet-pijnlijke prikkels; temporele summatie is een versterkte toename van de ervaren pijn bij herhaalde toediening van pijnprikkels op één locatie.⁽¹³⁾

Om dit te meten bestaan er verschillende testen, waarvan de meest gangbare tot de categorie kwantitatieve sensorische testen behoren. De testen worden uitgevoerd door middel van het toedienen van verschillende soorten prikkels: mechanisch, warmte of kou, elektrisch, vibraties of ischemie.⁽¹⁴⁾

Hyperalgesie en allodynie kunnen worden getest door toenemende druk uit te oefenen op de huid, temporele summatie door herhaaldelijk dezelfde druk uit te oefenen op dezelfde plaats.

Bij CS zijn er lagere pijndrempels en is er een sterkere toename van pijn bij herhaling van prikkels. Dit kan er zelfs toe leiden dat normale, niet-pijnlijke prikkels als pijnlijk worden ervaren.⁽¹⁵⁾

De symptomen van CS kunnen ook met een vragenlijst gemeten worden, de Central Sensitization Inventory (CSI). Deze lijst bestaat uit 25 vragen en is vertaald en gevalideerd in vele talen.⁽¹⁶⁾

Voor het diagnosticeren van CS bestaat nog geen gouden standaard. Er zou sprake kunnen zijn van CS bij kenmerkende klinische verschijnselen, zoals de verhoogde gevoeligheid voor pijn, pijn met een diffuus karakter, uitgestelde pijn, pijn die zich uitbreidt en pijn die heftiger is of langer duurt dan men zou verwachten op basis van een eventueel letsel. Testen die hyperalgesie, allodynie of temporele summatie meten, of een verhoogde score op de CSI, kunnen de aanwezigheid van CS aannemelijker maken.⁽¹⁷⁾

Vooralsnog is CS dus een klinische diagnose, waarbij net als bij vele andere ziektes geldt dat hoe meer aanwijzingen er zijn, hoe aannemelijker de diagnose CS is. Bij bepaalde patiëntencategorieën speelt CS een belangrijke rol, zoals bij fibromyalgie; bij andere patiëntencategorieën geldt dit enkel voor een deelpopulatie, zoals bij artrose.⁽¹⁸⁾

(Pijn)educatie

De toenemende wetenschappelijke inzichten ten aanzien van CS vormen een nuttige basis voor nadere uitleg aan de patiënt. In de (pijn)educatie kan het mechanisme van CS vereenvoudigd worden uitgelegd (zie box). Zo wordt duidelijk waarom de klachten niet verdwijnen, of zelfs erger worden ondanks afwezigheid van een ziekte of schade. Er is veel bewijs dat deze educatie een belangrijke rol kan spelen in het begrijpen en accepteren van de klachten.⁽²⁾ Uitleggen dat pijn en andere klachten heel goed kunnen bestaan zonder onderliggende ziekte of schade kan verdere diagnostiek en overbodige behandelingen voorkomen.

Inzet van het biopsychosociaal model biedt de mogelijkheid om werk te maken van uitlokkende- en instandhoudende factoren, zoals verkeerde cognities, emotionele problemen, dysfunctioneel gedrag en inadequate reacties van de sociale omgeving van de patiënt. Dit is beschreven in de zorgstandaard chronische pijn, waarvan ook een versie voor patiënten is verschenen.⁽¹⁹⁾ Voor de zorgstandaard SOLK is deze voorlichting verwerkt in de informatie op thuisarts.⁽²⁰⁾

Box: Uitleg aan de patiënt

Ik wil u graag uitleggen hoe het kan dat u klachten houdt terwijl er bij u geen duidelijke lichamelijke ziekte is gevonden die dit kan verklaren.

Het lichaam zendt constant signalen via de zenuwbanen naar de hersenen en vanuit de hersenen gaan er weer signalen terug naar het lichaam. Normaal gesproken hebben deze signalen het doel om het lichaam te beschermen. Door een heftig pijnsignaal trekken we bijvoorbeeld onze vinger terug

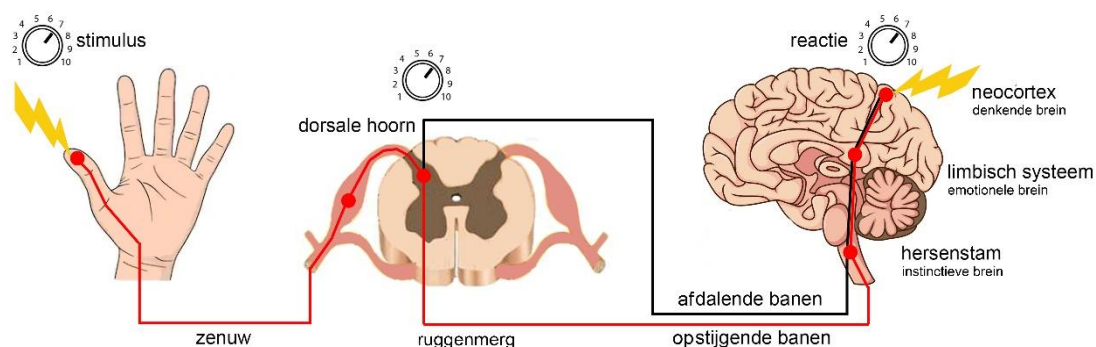
van de hete kraan en door het griepgevoel houden we rust, zodat we actie kunnen ondernemen tegen indringers als bacteriën en virussen. Maar soms gebeurt het dat deze signalen blijven bestaan als het gevaar al lang voorbij is en gaan klachten zoals pijn of vermoeidheid een eigen leven leiden. Het aanhouden van deze klachten komt veel voor en de oorzaak ligt in het gevoeliger worden van het centrale zenuwstelsel. We noemen dit met een moeilijk woord centrale sensitatie. Bij sensitatie maakt het lichaam meer boodschapperstoffen aan en de zenuwpoorten in het ruggenmerg werken veel efficiënter, waardoor signalen verder worden versterkt. Hierdoor kan het gebeuren dat u pijn of andere klachten ervaart terwijl er geen schade meer in het lichaam is. U kunt dit vergelijken met een alarmsysteem dat ontregeld is waardoor het alarm steeds spontaan af gaat, of al een alarmsignaal geeft als er slechts een klein vliegje langs vliegt.

De zenuwbanen in uw lichaam lopen via het ruggenmerg naar de hersenen. De hersenen bepalen wat er met de informatie moet gebeuren die wordt aangeleverd. Als er sprake is van gevaar, stress of angst, dan versterken de hersenen het signaal nog meer en sturen snel een reactie terug naar het lichaam, zodat het lichaam een beschermende actie onderneemt. Als er geen gevaar (meer) is en door geruststelling en afleiding kan het signaal gedempt worden.

De keuzes die de hersenen hierbij maken worden mede bepaald door uw gedachten, gevoelens, gedrag en door de reacties van mensen om u heen. Veel mensen met langdurige klachten zijn in een vicieuze cirkel beland waardoor klachten niet over gaan. Gelukkig zijn de zenuwbanen en de hersenen heel flexibel en passen ze zich steeds aan veranderende omstandigheden aan. Net zoals een spoor in hoog gras een breed pad wordt door er vaak overheen te lopen en het oude spoor langzaam zal dichtgroeien door er niet meer over te lopen. U kunt dit bereiken door te gaan werken aan uw gedachten, gevoelens, gedrag en reacties en onbegrip van uw omgeving, die er voor zorgen dat de klachten niet overgaan bij u. U kunt hier professionele begeleiding bij krijgen, als u dat wilt.

Met dank aan Prof. Dr. Henriëtte van der Horst voor haar commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

Figuur 1: Geleiding van prikkels door het centrale zenuwstelsel, met volumeknoppen op de plaatsen waar de prikkels versterkt of geremd kunnen worden. Met deze tekening kan aan de patiënt duidelijk gemaakt worden waarom de behandeling van klachten zich zowel op plaatsen in het lichaam kan richten als op processen in de hersenen.



Referentielijst

1. Houwen J, Lucassen PL, Stappers HW, Assendelft WJ, van Dulmen S, Olde Hartman TC. Improving GP communication in consultations on medically unexplained symptoms: a qualitative interview study with patients in primary care. *Br J Gen Pract.* 2017;67:716-23.
2. van Wilgen CP NJ. *Pijneducatie: een praktische handleiding voor (para)medici.* Second edition ed. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2018.

3. den Boer C, Dries L, Terluin B, van der Wouden JC, Blankenstein AH, van Wilgen CP, et al. Central sensitization in chronic pain and medically unexplained symptom research: A systematic review of definitions, operationalizations and measurement instruments. *J Psychosom Res.* 2019;117:32-40.
4. Meeus M, Nijs J. Central sensitization: A biopsychosocial explanation for chronic widespread pain in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Clin Rheumatol* 2007;26:465-73.
5. Dutch Pain Society. Zorgstandaard Chronische Pijn. Amsterdam: Dutch Pain Society; 2017, https://www.pijnpatientennaar1stem.nl/wp-content/uploads/2017/04/ZorgStandaard_Chronische_Pijn_versie_2017_03_28.pdf, geraadpleegd op 14-6-2020
6. Akwa GGZ. Zorgstandaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten 2018: https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/somatisch-onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten-solk_geraadpleegd_op_14-6-2020.
7. IASP taxonomy 2018: <https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576>, geraadpleegd op 14-6-2020.
8. Woolf CJ. Evidence for a central component of post-injury pain hypersensitivity. *Nature.* 1983;306:686-8.
9. Reynolds WS, Dmochowski R, Wein A, Bruehl S. Does central sensitization help explain idiopathic overactive bladder? *Nat Rev Urol.* 2016;13:481-91.
10. Sanchis NM, Lluch E, Nijs J, Struyf F, Kangasperko M. The role of central sensitization in shoulder pain: A systematic literature review. *Semin Arthritis Rheu.* 2015;44:710-6.
11. Akinci A, Al Shaker M, Chang MH, Cheung CW, Danilov A, José Dueñas H, et al. Predictive factors and clinical biomarkers for treatment in patients with chronic pain caused by osteoarthritis with a central sensitisation component. *Int J Clin Pract.* 2016;70:31-44.
12. Nijs J, Loggia ML, Polli A, Moens M, Huysmans E, Goudman L, et al. Sleep disturbances and severe stress as glial activators: key targets for treating central sensitization in chronic pain patients? *Expert Opin Ther Targets.* 2017;21:817-26.
13. Schafer AGM, Joos LJ, Roggemann K, Waldvogel-Rocker K, Pflingsten M, Petzke F. Pain experiences of patients with musculoskeletal pain + central sensitization: A comparative group Delphi study. *PLoS One.* 2017;12:e0182207.
14. Van Oosterwijck J, Nijs J, Meeus M, Paul L. Evidence for central sensitization in chronic whiplash: a systematic literature review. *Eur J Pain.* 2013;17:299-312.
15. de la Coba P, Bruehl S, Galvez-Sanchez CM, Reyes Del Paso GA. Slowly repeated evoked pain as a marker of central sensitization in fibromyalgia: diagnostic accuracy and reliability in comparison with temporal summation of pain. *Psychosom Med.* 2018;80:573-80.
16. Scerbo T, Colasurdo J, Dunn S, Unger J, Nijs J, Cook C. Measurement properties of the Central Sensitization Inventory: A systematic review. *Pain pract.* 2018;18:544-54.
17. Nijs J, Torres-Cueco R, Wilgen vP, Girbés EL, Struyf F, Roussel N, et al. Applying modern pain neuroscience in clinical practice: criteria for the classification of central sensitization pain. *Pain physician.* 2014;17:447-57.
18. Lluch E, Torres R, Nijs J, Van Oosterwijck J. Evidence for central sensitization in patients with osteoarthritis pain: A systematic literature review. *Eur J Pain.* 2014;18:1367-75.
19. Dutch Pain Society en Pijnpatiëntennaar1stem, Patiëntenversie zorgstandaard chronische pijn 2018: [https://pijnalliantieinnederland.nl/media/uploads/file/Pati%C3%ABntenversie-Zorgstandaard-Chronische-Pijn-def-18112017\(1\).pdf](https://pijnalliantieinnederland.nl/media/uploads/file/Pati%C3%ABntenversie-Zorgstandaard-Chronische-Pijn-def-18112017(1).pdf), geraadpleegd 14-6-2020
20. NHG, Thuisarts.nl: <https://www.thuisarts.nl/onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten/ik-heb-onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten-sol>, geraadpleegd op 14-6-2020.