

Richtlijn lichamelijk onverklaarde klachten

N. E. Synhaeve, M.H.A Willems

1e versie: 25 augustus 2016 / 2e versie november 2019

Inleiding

Ongeveer de helft van de nieuwe patiënten op een polikliniek neurologie lijdt aan (deels) lichamelijk onverklaarde klachten, bijvoorbeeld onbegrepen duizeligheid of een niet te verklaren hemibeeld; van de klinische neurologische patiënten is dat 1-10%. Functioneel (psychogeen) krachtsverlies heeft een incidentie van 5/100.000 mensen per jaar, vergelijkbaar dus met de incidentie van multipele sclerose.

Er zijn verschillende beschrijvingen van en diagnoses voor onbegrepen klachten in omloop, bijvoorbeeld “psychogeen”, “psychosomatisch”, “functioneel”, “supracorticaal” en non-diagnoses zoals “niet-epileptisch”, “pseudoradiculair”, “niet-organisch”. De voorkeur gaat uit naar een term als lichamelijk onverklaarde klachten, functionele klachten (functiestoornis) of somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK), hetgeen weergeeft wat de patiënt wel heeft, zonder er direct een onderliggende oorzaak aan te koppelen.

Ongeveer 80% van de mensen ervaart in een willekeurige periode van twee weken een of meer lichamelijk klachten. Bij de meesten gaat dit snel over, maar het kenmerkende aan SOLK-patiënten is dat ze deze lichamelijke sensaties toeschrijven aan een (ernstige) onderliggende ziekte. Dit leidt dan weer tot toename van de klachten, de ervaren hinder en de beperkingen in het dagelijks functioneren.

Uit onderzoek blijkt dat patiënten met functionele neurologische stoornissen net zo gehandicapt zijn als patiënten met een onderliggende ziekte en dat het onwelbevinden bij de eerste groep zelfs groter is.¹

Het beloop van SOLK is erg variabel: bij een aanzienlijk deel van de mensen verdwijnen de klachten na verloop van tijd weer, maar bij 10-30% van de patiënten nemen ze toe.

Gezien de hoge prevalentie en de grote impact op het leven van patiënten is goede begeleiding van deze patiënten van belang. In de multidisciplinaire richtlijn “SOLK en somatoforme stoornissen” (ww.trimbos.nl) wordt de coördinatie van de zorg en begeleiding neergelegd bij de huisartsen. Er is echter ook een belangrijke rol weggelegd voor de specialist, in dit geval de neuroloog, naar wie de patiënt verwezen is, die immers lichamelijke oorzaken moet uitsluiten en de patiënt gerust moet zien te stellen.

Diagnostische fase

1) Aandachtpunten voor anamnese bij verdenking van functionele klachten.

Patiënten met functionele klachten presenteren zich vaak met een scala aan klachten, die al langdurig spelen. Dit ontmoedigt de dokter, waardoor de patiënt zich uiteindelijk niet goed gehoord voelt. Hieronder staan enkele tips om een dergelijke anamnese voor beide partijen prettiger te laten verlopen.

- Laat de patiënt uitpraten
- Vragen naar moeheid, slaapstoornissen, geheugen- en concentratieproblemen en pijn
- Vragen naar beperkingen (“hoe ziet een dag eruit?”)
- Vragen naar beloop
- Vragen naar dissociatieve verschijnselen (depersonalisatie, derealisatie), aangezien dit patiënten kan beangstigen zonder dat ze het uit zichzelf vertellen. Dit kan wijzen op een paniekstoornis.
- Vragen naar bevindingen van en ervaringen met eerdere dokters
- Vragen naar gedachten die de patiënt (en zijn omgeving!) heeft bij de ‘ziekte’ (cognities)
- Medische voorgeschiedenis
- Sociale anamnese
- Vragen naar andere mensen in omgeving met zelfde symptomen (gezin, familie, etc.)
- Voorzichtig uitvragen emotionele gesteldheid (“wat doet het met u?”)

Een gestructureerde methode om meer inzicht te krijgen in factoren die mogelijk een rol spelen bij het instandhouden van klachten is het SCEGS-model.⁹

- S: somatisch. Speciële anamnese.
- C: cognities. Wat ziet de patiënt als mogelijke verklaring? Wat zijn factoren waarvan patiënt denkt dat deze de klachten verminderen of laten toenemen? (Bijv. vermijden van beweging bij pijnklachten)
- E: emoties. Wat voelt een patiënt bij de klachten, zoals ongerustheid, wanhoop, ed.?
- G: gedrag. Wat doet de patiënt op het moment van klachten? Vermijdingsgedrag?
- S: sociaal. Wat zijn de gevolgen van de klachten in sociaal opzicht, bijv. werk? Hoe reageert de omgeving erop?

Een goede exploratie van al deze factoren in de vroege fase maakt het makkelijker om tijdens het uitslaggesprek aan te sluiten op de ervaringen en verwachtingen van de patiënt. Ook kan er dan concreet gesproken worden over factoren die de klachten onderhouden.

2) Neurologisch onderzoek

Er zijn in de literatuur verschillende afwijkingen bij het neurologisch onderzoek beschreven die pleiten voor een functionele stoornis. Hieronder een overzicht van enkele van deze bevindingen en voor zover bekend hun waarde.

- La belle indifférence: geen onderscheidende waarde!
- Voorkeur voor linkszijdige klachten (55-60%)
- Functionele zwakte:
 - o Hoover’s sign (CAVE neglect, analgische beperking).
 - o Wisselend aanspannen en wegvallende kracht.
 - o Aanspannen antagonisten.
 - o Schokkerige arm-drop.
 - o Pseudo-waxy flexibility.
 - o Zwakte sternocleidomastoideus vaak aanwezig bij functioneel hemibeeld, aan verkeerde kant.
- Pseudo-ptosis: onmogelijkheid tot optrekken m frontalis, overactiviteit m orbicularis en fotofobie (Bij organische ptosis overactiviteit m frontalis)
- Sensibele stoornissen: Afgrenzing tpv liezen of schouders.
- Functionele bewegingsstoornissen:

- Snel ontstaan
- Variabiliteit in frequentie, amplitude en distributie (beperkte variatie komt voor bij alle bewegingsstoornissen, bijv. bij stress).
- Afleidbaarheid.
- Functionele tremor:
 - Entrainment, toename tremor of co-activatie bij toename gewicht.
 - Dystonie tijdens slaap.
 - Dystonie met extreme pijn.
- Functionele loopstoornissen:
 - Slepen van een been als een 'blok'.
 - Excessieve traagheid, vallen van/naar dokter, lopen alsof er ijs ligt, inefficiënte houdingen met overmatig energieverbruik spieren, plotseling door knieën zakken maar wel opvangen (cave Huntington of cataplexie), pseudoataxie.
- Ontbreken van positieve symptomen (bijv. pathologische voetzoolreflex).
- Voorzichtig zijn met patiënten proberen te betrappen door trucjes, kan onbegrip opleveren.
- Belangrijk is observatie spontaan bewegen in vergelijking met bewegen tijdens het onderzoek (lopen van naar wachtkamer, aan-/uitkleden).

3) Uitsluiten van een onderliggende lichamelijke ziekte.

Wanneer er aanwijzingen zijn voor een onderliggende lichamelijke ziekte moet hier uiteraard diagnostiek naar ingezet worden. In sommige vallen is echter na anamnese en neurologisch onderzoek al duidelijk dat het een functionele klacht betreft, in dat geval is geen verdere diagnostiek nodig. Bij langdurige follow-up (ongeveer 10 jaar) blijkt dat slechts in 5% van de gevallen bovenstaande diagnose bijgesteld moet worden.² Dit is vergelijkbaar met andere aandoeningen. In sommige gevallen kunnen gunstige uitslagen van aanvullend onderzoek nodig zijn om de patiënt gerust te stellen. Het mogelijke voordeel hiervan moet afgewogen worden tegen het risico op toevalsbevindingen.

Begeleiding en behandeling

Stappenplan behandeling van lichamelijk onbegrepen klachten

In alle gevallen: Uitslaggesprek (1)

- a. Vertellen wat de patiënt wel heeft
- b. Terugvallen op informatie uit SCEGS (zie anamnese)
- c. Beginselen van cognitieve gedragstherapie proberen toe te passen.

Terugverwijzen of doorverwijzen?

- a. Patiënten met milde klachten, die voldoende gerustgesteld en geïnformeerd zijn na het uitslaggesprek.
→ Geen verdere actie op dit moment, zn weer contact opnemen met huisarts
- b. Patiënten verwezen voor een tweede mening door neuroloog elders.
→ Terugverwijzing naar verwijzer voor verdere begeleiding.
- c. Patiënten met zeer langdurig bestaande functionele klachten die al (pogingen tot) behandeling ondergaan hebben in verleden.
→ Terugverwijzing naar huisarts voor intensieve begeleiding.
- d. Patiënten met aanhoudende somatische fixatie na uitslaggesprek.
→ Eventueel eenmaal ter controle terugzien om nogmaals uitleg te geven. Indien nog steeds niet toegankelijk voor behandeling terugverwijzing naar huisarts.
- e. Patiënten met duidelijke aanwijzingen voor onderliggende psychiatrische ziekte (bv. depressie).
→ Verwijzing naar psychiater.
- f. Patiënten met relatief milde, maar hinderlijke klachten.
→ Verwijzing naar Dhr. van der Feen, psycholoog, voor advies of behandeling. (2)
→ In geval van klachten van het bewegingsapparaat of motoriek ook verwijzing naar eerstelijns fysiotherapie. (4)
→ Bij onvoldoende effect psychologische behandeling terugverwijzing naar huisarts met adviezen ten aanzien van proefbehandeling met antidepressiva. (3)
→ Evt. verwijzing revalidatiearts. (5)
- g. Patiënten met, bij voorkeur kort bestaande, klachten die leiden tot sterke beperkingen in dagelijks functioneren.
→ Verwijzing revalidatiearts. (5)

1) Uitslaggesprek

Bij functionele klachten is de wijze waarop het uitslaggesprek gevoerd wordt en de mate waarin de informatie bij patiënt aankomt essentieel voor het verdere herstel en de behandeling van de patiënt. Zolang een patiënt nog bang is voor een onderliggende lichamelijke ziekte, is de kans zeer klein dat er verbetering zal optreden. Hieronder enkele aanknopingspunten voor een gestructureerd uitslaggesprek:

- Aangeven dat je de patiënt serieus neemt.
- Uitleggen wat de patiënt niet heeft, hierbij richten op de vermoedens die de patiënt zelf had tav de diagnose.
- Uitleggen wat de patiënt wel heeft (in tegenstelling tot zeggen dat onduidelijk is wat de patiënt heeft, dit suggereert dat verder onderzoek mogelijk wel een diagnose op kan leveren).
- Benadrukken dat het veel voorkomend is
- Benadrukken dat het reversibel is; er is dus hoop!
- Benadrukken dat zelf-hulp essentieel is voor herstel

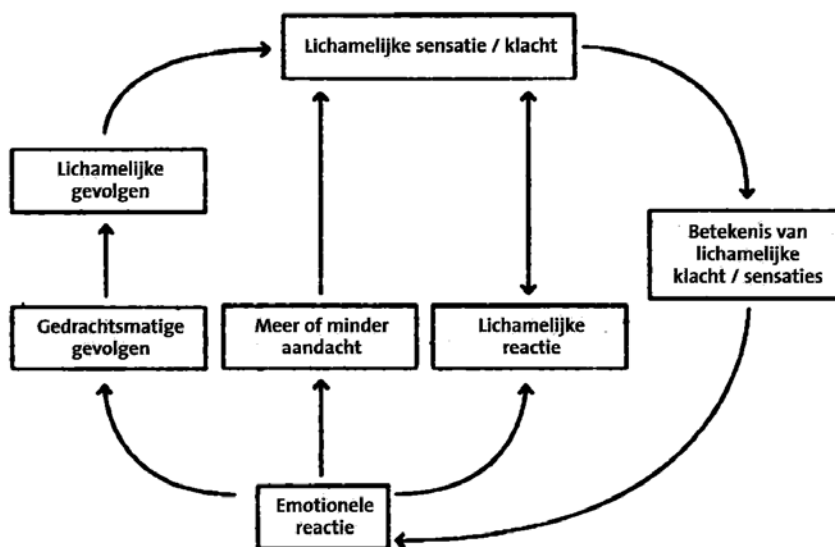
- Patiënt laten zien welke functionele verschijnselen aanwezig zijn bij onderzoek (zoals wisselend aanspannen ed)
- Gebruik maken van metaforen/vergelijkingen kan behulpzaam zijn
- Evt. ook familie en vrienden bij uitslaggesprek betrekken
- Evt. rol van depressie en angst bespreken, wanneer hier bij anamnese duidelijke aanwijzingen voor zijn.

2. Rol van cognitieve gedragstherapie (CGT).

Het is gebleken dat cognitieve gedragstherapie effectief is bij diverse vormen van lichamelijk onbegrepen klachten, zo ook op neurologisch gebied.^{1,2,3,7} In plaats van op zoek te gaan naar de oorzaak richt de behandeling bij cognitieve gedragstherapie zich op het opheffen van factoren die de klacht in stand houden en dus herstel verhinderen. Dit kunnen cognitieve, gedragsmatige, emotionele en sociale factoren zijn. (Zie figuur 1)

De patiënt kan verwezen worden voor cognitieve gedragstherapie, maar in veel gevallen is dit niet nodig. Sommige cognitieve gedragstherapeutische vaardigheden kunnen eenvoudig worden toegepast tijdens het uitslaggesprek. Vaak is dat al voldoende.

- Doel: functie maximaliseren en klachten reduceren
- Nieuwe manier van denken en handelen op momenten van klachten.
- Toepassen in gesprek spreekkamer: Patiënt aanmoedigen negatieve gedachten te heroverwegen met behulp van informatie verkregen bij SCEGS. Obstakels voor herstel benoemen. Inzicht geven in vicieuze cirkel. Stress alleen benoemen als mogelijke factor die klachten negatief beïnvloed, niet als verklaring voor de huidige klachten. Zoeken naar stressfactoren in verre verleden is in principe geen onderdeel van deze behandeling.



Figuur 1 Schema vicieuze cirkel (Reader Somatisch Onbegrepen Lichamelijke Klachten – Erasmus MC)

In onze praktijk: Als bovenstaande onvoldoende is, is doorverwijzing voor psychologische begeleiding/cognitieve gedragstherapie mogelijk. Om de drempel voor patiënten laag te houden hebben we op de polikliniek neurologie een vaste GZ-psycholoog, Dhr. van der Feen, naar wie we patiënten kunnen verwijzen voor een intake. Na deze intake zal onderling overleg plaatsvinden en een plan gemaakt worden. Dit kan bestaan uit een korte behandeling door Dhr. van der Feen zelf (3-6 sessies) of een verwijzing naar elders. Hierbij kan gedacht worden aan een eerstelijns psycholoog via de huisarts, maar ook aan één van de centra voor behandeling van functionele problematiek. (zie tabel 1). Ook kan natuurlijk blijken dat de

patiënt geheel niet toegankelijk is voor psychologische behandeling, waardoor vooralsnog verdere verwijzing in dit traject geen zin heeft. Het doel van de verwijzing naar Dhr. van der Feen is het bieden van een goed vervolgtraject. Dit moet duidelijk met de patiënt besproken worden, zodat er geen valse verwachtingen gewekt worden.

Bij patiënten met duidelijk aanwijzingen voor onderliggende psychiatrische problematiek, zoals een depressie, kan directe verwijzing naar de psychiater overwogen worden.

Behandelaar	Patiëntengroep	Locatie
Eerstelijns psycholoog via de huisarts		
PsyToBe	Psychologische en psychiatrische behandeling voor patiënten met lichamelijke klachten	Rotterdam
RIAGG Rijnmond - Afd. Transculturele Hulpverlening	Onverklaarde Lichamelijke Klachten (groepscursus)	Rotterdam
PsyQ	Behandelprogramma Somatiek en Psyche	Op vele plaatsen in het land
Altrecht Psychosomatiek Eikenboom		Zeist/Den Dolder
Yulius Kortdurende zorg: COLK (Centrum voor Onverklaarde Lichamelijke Klachten)		Gorinchem
HSK Woerden	Functionele Neurologische Symptomen (Conversie dus) , bijvoorbeeld functionele bewegingsstoornissen of dissociatieve aanvallen	Woerden

3. Rol van antidepressiva

Het is aangetoond dat ook bij afwezigheid van een duidelijke depressie het gebruik van antidepressiva kan leiden tot afname van functionele klachten. Uit een systematische review bleek een number-needed-to-treat van 3.⁸ Er zijn verschillende redenen waardoor de patiënt huiverig kan zijn voor behandeling met antidepressiva: namelijk de angst voor het creëren van een ‘psychiatrisch’ stigma, maar ook angst voor verslaving of bijwerkingen. In geval van slapeloosheid en pijn gaat de voorkeur uit naar het gebruik van een tricyclisch antidepressivum (TCA). In andere gevallen is er geen voorkeur voor een TCA danwel een selectieve-serotonine-reuptake-inhibitor (SSRI). De keus zal dan afhankelijk zijn van patiëntkarakteristieken zoals leeftijd en co-morbiditeit.

In onze praktijk: Het opstarten, aanpassen en eventueel wisselen van antidepressivum voert te ver voor de poli neurologie. Als de patiënt reeds bekend is bij de psychiater, kan deze de behandeling met antidepressiva begeleiden. Als dit niet het geval is, kan het beste een duidelijk advies gegeven worden aan de huisarts, waarna starten en begeleiden van het gebruik van antidepressiva door de huisarts begeleid kan worden.

4. Fysiotherapie

Bij patiënten met bewegingsangst, kan begeleiding door de fysiotherapeut zorgen voor het doorbreken van deze negatieve vicieuze cirkel. Ook kunnen patiënten weer meer vertrouwen krijgen in hun eigen lichaam.

In onze praktijk: Hiervoor kan verwezen worden naar een eerstelijns fysiotherapeut. Van belang is wel dat de patiënt en de fysiotherapeut goed geïnformeerd zijn over de functionele klacht en de doelstelling van de behandeling begrijpen. Anders is het risico aanwezig dat de somatische fixatie alleen maar versterkt wordt.

5. Revalidatiegeneeskunde

Voor de patiëntengroep met een nog niet lang bestaande functionele stoornis, die hiervan zeer veel hinder ondervinden in hun dagelijks leven (bijv. op het werk), kan een verwijzing naar de revalidatiearts overwogen worden. Een vastomlijnd programma bestaat reeds voor de chronische pijnbehandeling (vaak ook zonder organisch substraat). Daarnaast kunnen ook patiënten met een scala aan andere functionele verschijnselen hier terecht, zoals motorische uitvalsverschijnselen, loopstoornissen, ed. De revalidatieartsen kunnen in een team met fysiotherapeuten, psychologen, maatschappelijk werk en soms ook psychiater in kaart brengen of een gestructureerd revalidatieschema patiënten uit de negatieve spiraal kan halen. Doel van de behandeling is dat de functionele klachten naar de achtergrond verdwijnen. De nadruk ligt hierbij, anders dan bij sommige organische aandoeningen, meer op 'coaching' dan op zeer intensieve training. Het behandelen van bewegingsangst is hierbij van belang.

Een contra-indicatie voor een dergelijke verwijzing is een sterke somatische fixatie van de patiënt, aangezien er dan geen goede ingang voor behandeling is. Ook bij zeer langdurige bestaande chronische klachten is de kans zeer klein dat revalidatiebehandeling verbetering zal geven.

In onze praktijk: Wanneer we een patiënt met functionele klachten en/of symptomen verwijzen naar de revalidatiearts is het raadzaam de verwijzing vooraf nog even per email of telefonisch toe te lichten.

6. Overige therapieën

Er zijn verschillende therapieën die beschreven worden voor de behandeling van functionele stoornissen, zoals psychotherapie en hypnotherapie. Bij geen van deze andere therapieën is effectiviteit bewezen, behalve een studie die laat zien dat hypnotherapie een gunstig effect kan hebben op functionele motorische uitvalsverschijnselen.⁵ Bij deze studie kunnen echter methodologische vraagtekens gezet worden, de controlegroep bestond namelijk uit de wachtlijstgroep.

7. Verwijzing en terugverwijzing

Welke patiënt voor welk natraject in aanmerking komt staat in detail beschreven in het 'Stappenplan behandeling van lichamelijk onbegrepen klachten'. In de meeste gevallen van milde functionele klachten kan goede geruststelling van de patiënt en handreikingen over hoe om te gaan met de klachten voldoende zijn om de klachten terug te brengen tot een acceptabel niveau. Soms is in overleg met de patiënt verwijzing gewenst voor verdere behandeling. Er zijn ook patiënten die hun hele leven in meer of mindere mate last blijven houden van functionele klachten, zonder goed effect van eerder beschreven therapie. Deze patiënten kunnen het beste voor intensieve begeleiding naar de huisarts verwezen worden. Bij twijfel over het te volgen beleid kan altijd overlegd worden met Mariëtte Willems.

In alle gevallen is duidelijke berichtgeving naar de huisarts/verwijzer van belang, waaruit blijkt dat er sprake is van een functionele stoornis en dat verdere diagnostiek nu niet zinvol is. Hiermee kan voorkomen worden dat de patiënt van specialist naar specialist verwezen wordt.

Prognose

Van de poliklinische neurologische patiënten die zich presenteren met lichamelijk onbegrepen klachten heeft een derde tot de helft na 1 jaar nog klachten. Het langdurig aanhouden van symptomen wordt vaker gezien bij motorische uitvalsverschijnselen en niet-epileptische aanvallen, dan bij andere symptomen. Uiteindelijk wordt ongeveer 1/3 van de patiënten klachtenvrij, 1/3 kan beter met de klachten omgaan en 1/3 heeft evenveel of zelfs meer klachten.²

Literatuur

1. Stone J et al. Functional symptoms in neurology: Assessment and diagnosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76:i2-12.
2. Stone J et al. Functional symptoms in neurology: management. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76:i13-21.
3. Stone J et al. The bare essentials: Functional symptoms in neurology. *Pract Neurol*. 2009;3:179-89.
4. Wessely S, Sharpe M. Fysiek is altijd psychisch. *Medisch contact* 2007;5.
5. Moene F.C. et al. A randomized controlled clinical trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motortype. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 2003;51: 29-50.
6. GGZ. Multidisciplinaire richtlijn "SOLK en somatoforme stoornissen. 2010.
7. Schröder A et al. Cognitive-behavioural group treatment for a range of functional somatic syndromes: randomised trial. *Br J Psychiatry*. 2012;200:499-507.
8. O'Malley PG et al. Antidepressant therapy for unexplained symptoms and symptom syndromes. *J Fam Pract*. 1999;48:980-90.
9. Reader Somatisch Onbegrepen Lichamelijke Klachten – Erasmus MC

Bijlagen:

Aanvullende informatie

- <http://neurosymptoms.org/>
- <http://www.retrainpain.org>
- <https://www.thuisarts.nl/onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten>
- <http://www.nolk.info>
- Leestips: Gezond Verstand & Behandeling van SOLK

Verwijs informatie:

-> 1ste lijn,

- POH-GGZ, basis-GGZ
- cognitief gedragstherapeut (individueel, groep)
psychosomatisch fysiotherapeut /oefentherapeut
www.psychosomatischefysiotherapie.nl
www.gevolgenmodel.nl

-> 2e lijn, bv Psy-Q team psyche en soma, specialistische GGZ
www.gripopklachten.nl

-> 3e lijn, bv Centrum voor Psychosomatiek Altrecht; Revalidatie

Expertise voor pt uit andere culturen www.i-psy.nl

Effecten van e-therapie bij volwassen CVS pt, Janse 2018

- N= 240 pt gerandomiseerd naar wachtlijst, e-therapie met geprotocolleerde feedback, e-therapie met feedback on demand.
- -> e-therapie is effectief (vermindert moeheid significant) en tijdsbesparend, geen rapportage schadelijke bijwerkingen en neveneffecten.
- Controverses <https://www.gezondheidsraad.nl/nl/taak-werkwijze/werkterrein/optimale-gezondheidszorg/mecvs>