

Klinische vraag

Wat is het effect van cognitieve gedragstherapie (CGT) versus conventionele zorg op lichamelijke en psychische symptomen bij eerstelijnspatiënten met medisch onverklaarde klachten?

Duiding

W. Van Mechelen

Bespreking van

Escobar JI, Gara MA, Diaz-Martinez AM, et al. Effectiveness of a time-limited cognitive behavior therapy-type intervention among primary care patients with medically unexplained symptoms. *Ann Fam Med* 2007;5:328-35.

Achtergrond

Een huisarts wordt regelmatig geconfronteerd met patiënten die zich presenteren met medisch onverklaarde klachten. Deze klachten zijn vaak een signaal van onderliggende psychosociale problematiek¹. Voor deze patiëntengroep zijn er weinig effectieve behandelingsstrategieën ontwikkeld².

Bestudeerde populatie

- 172 patiënten (88% vrouw); gemiddelde leeftijd van 40 jaar (SD 13); gerekruteerd in twee universitaire eerstelijnsgezondheidscentra in New Brunswick (Canada) met vooral een stedelijke, etnisch diverse en lage inkomenspopulatie
- inclusiecriteria: herhaaldelijk hulp zoeken omwille van medisch onverklaarde klachten die voor de patiënt distress zouden veroorzaken of die van psychiatrische oorsprong zouden kunnen zijn; minstens vier onverklaarde klachten voor mannen en zes voor vrouwen
- exclusiecriteria: ernstige psychiatrische en somatische aandoeningen.

Onderzoeksopzet

- gerandomiseerde, gecontroleerde, klinische studie
- interventiegroep (n=87): gestandaardiseerde cognitieve gedragstherapeutische (CGT) interventie: tien sessies van elk 45 tot 60 minuten door getrainde therapeuten; combinatie van relaxatietraining, activiteitenbegeleiding, bevordering van de eigen emotionele gewaarwordingen, cognitieve herstructurering en interpersoonlijke communicatie
- controlegroep (n=85): conventionele zorg door de eigen huisarts
- in beide groepen ontvingen de huisartsen een brief met 'do's' en 'don'ts' bij patiënten met medisch onverklaarde klachten.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaten: ernst en verbetering van lichamelijke klachten op de **Clinical Global Impression (CGI)** schaal. De resultaten werden gedichotomiseerd tot 'responder' (veel tot zeer veel verbetering op de CGI-score) en 'non responder' (elke andere score)

- secundaire uitkomstmaten: **MOS-10** voor de graad van lichamelijk functioneren, **PHQ-15** voor de ernst van de lichamelijke klachten, **HAM-D** voor de ernst van depressie, **HAM-A** voor de ernst van angst en **VAS**-score voor de ernst van lichamelijk onverklaarde klachten
- er werd gescoord bij aanvang van de studie en vervolgens na drie (=einde interventie) en na negen maanden
- analyse volgens intention to treat.

Resultaten

- studieuitval na drie en negen maanden: resp. 25,6% en 44,8%
- primaire uitkomstmaten:
 - na drie maanden: 60% responders in de interventiegroep versus 25,8% in de controlegroep (OR 4,1; 95% BI 1,9 tot 8,8; p<0,001)
 - na negen maanden: vermindering van het aantal responders in de interventiegroep tot 50% versus 31% in de controlegroep (p < 0,09)
- secundaire uitkomstmaten: geen significante verschillen in secundaire uitkomstmaten tussen de interventie- en de controlegroep.

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat deze vorm van cognitieve gedragstherapie de medisch onverklaarde klachten van patiënten in de eerste lijn significant verbetert en dat ze mogelijkheden schept voor de aanpak van deze veel voorkomende en moeilijk te behandelen klachten.

Financiering: National Institute of Mental Health

Belangenvermenging: niet vermeld.

1. Blankenstein N. Reattributie in de huisartspraktijk. In: van der Feltz-Comelis C, van der Horst H, ed. *Handboek somatisatie. Lichamelijk onverklaarde klachten in eerste en tweede lijn*. 1th ed. Utrecht: De Tijdstroom 2003, p. 55-67.
2. Huibers MJ, Beurskens AJ, Bleijenberg C, van Schayck CP. Psychosocial interventions by general practitioners. *Cochrane Database Syst Rev* 2007, Issue 3.
3. Speckens AE, van Hemert AM, Spinhoven P, et al. Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. *BMJ* 1995;311:1328-32.
4. Lidbeck J. Group therapy for somatization disorders in general practice: effectiveness of a short cognitive-behavioural treatment model. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96:14-24.
5. Blankenstein AH, van der Horst HE, Schilte AF, et al. Development and feasibility of a modified reattribution model for somatising patients, applied by their own general practitioners. *Patient Educ Couns* 2002;47:229-35.
6. Blankenstein N. Somatising patients in general practice. Reattribution, a promising approach. Proefschrift 2001. Vrije Universiteit Amsterdam.
7. Larisch A, Schweickhardt A, Wirsching M, Fritzsche K. Psychosocial interventions for somatising patients by the general practitioner: a randomized controlled trial. *J Psychosom Res* 2004;57:507-14.

Methodologische beschouwingen

De term 'medisch onverklaarde klachten' werd gedefinieerd als lichamelijke klachten die onverklaard blijven na een correct uitgevoerd lichamelijk en labo-onderzoek. De selectieprocedure van de studiekandidaten lijkt moeilijk reproduceerbaar en is onderhevig aan de subjectiviteit van het onderzoeksteam. Zo werd slechts minder dan de helft van de verwezen patiënten uiteindelijk geïncludeerd in het onderzoek. Deze subjectieve selectie kan de extrapoleerbaarheid van het resultaat in het gedrang brengen. Nochtans waren de onderzoeksgroepen homogeen samengesteld. De randomisatie werd correct uitgevoerd en de effectbeoordelaars waren geblindeerd. Deze laatste waren getraind om de verschillende onderzoeksschalen te scoren. Om de interobserverbetrouwbaarheid te evalueren, werden de interviews geregistreerd en beoordeeld door een extra ervaren evaluator. De resultaten hiervan vinden we niet terug in het artikel, net zomin als de resultaten van de powerberekening. Tot slot stellen we ons de vraag of de auteurs klinisch relevante afkappunten gebruikten voor de CGI-score (primaire uitkomstmaat).

Bespreking van de resultaten

De uitgesproken studieuitval verzwakt de resultaten van deze studie. Daarbij kunnen we ons afvragen of de toegenomen consultatiefrequentie het resultaat beïnvloed heeft ten voordele van de interventiegroep. Zo zouden patiënten zich subjectief beter kunnen voelen omdat ze als gevolg van frequentere arts-patiëntcontacten meer aandacht krijgen. Voor de secundaire eindpunten zijn de gemiddelde verschillen met bijbehorende betrouwbaarheidsintervallen niet weergegeven. De auteurs berekenen twee p-waarden waarvan de bedoeling en achterliggende statistiek niet volledig duidelijk zijn. Zo ook beschrijven ze zelf een brede variatie in de grootte van de respons in de interventiegroep, wat zou suggereren dat bepaalde patiënten nood hebben aan minder begeleiding, hoewel anderen dan weer gebaat zouden zijn bij een intensievere therapie. Dat zou kunnen

duiden op het belang van een meer gedifferentieerde of geïndividualiseerde aanpak van deze heterogene patiëntengroep. Spijtig genoeg werden andere belangrijke uitkomstmaten, zoals het gebruik van medische zorg, gezondheidskosten en tevredenheid van patiënt en arts, niet onderzocht. De resultaten van dit onderzoek lijken niet extrapoleerbaar naar de gemiddelde Belgische huisartspraktijk, aangezien > 80% van de onderzoekspopulatie niet-kaukasisch was, het onderzoek uitgevoerd werd binnen een ander gezondheidszorgsysteem en er een subjectieve patiëntselectie gebeurde.

Andere studies

Vanuit de literatuur zijn er aanwijzingen dat CGT behulpzaam kan zijn bij de begeleiding van patiënten met medisch onverklaarde klachten¹⁻⁷. In tegenstelling tot de besproken studie onderzocht Blankenstein⁵ het effect van CGT, door de huisarts gegeven aan somatiserende patiënten. In deze klinische studie werden 162 somatiserende patiënten en 20 huisartsen geïncludeerd. De helft van de artsen werd opgeleid om CGT-technieken toe te passen; de andere helft leverde de gewone huisartsgeneeskundige zorg. Eén interventie omvatte gemiddeld drie consulten van tien tot dertig minuten. De auteur besloot, na een follow-up van twee jaar, dat de interventie superieur was aan de gewone medische zorg op vlak van medische consumptie, ervaren gezondheid en ziekteverzuim (niet op het vlak van medicatiegebruik)^{1,6}. Momenteel is een meta-analyse niet mogelijk omwille van het kleine aantal studies, de incompatibiliteit van de interventies en de heterogeniteit van de doelgroep van patiënten met medisch onverklaarde klachten². Verder onderzoek moet dus zeker nog gebeuren. Desondanks is het opleiden van huisartsen in het hanteren van CGT-technieken zeker zinvol, aangezien deze ook in andere domeinen hun toepassing kunnen vinden (angst, depressie, rookstop, slaapproblemen...).

● Besluit Minerva

Deze studie toont aan dat cognitieve gedragstherapie de ernst van medisch onverklaarde klachten tijdelijk kan verbeteren. De klinische relevantie van de resultaten is echter niet duidelijk en bovendien zijn de resultaten niet extrapoleerbaar naar de Belgische huisartspraktijk. Nederlands onderzoek bij patiënten met medisch onverklaarde klachten kon wel een effect aantonen van cognitieve gedragstherapie door de eigen huisarts.

