

Wetenschappelijk onderzoek naar somatisatie en somatoforme stoornissen

Samenvatting

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van het wetenschappelijk onderzoek naar somatisatie en somatoforme stoornissen. De algemene conclusie is dat cognitief gedragstherapeutische interventies effectief zijn bij de behandeling van somatoforme stoornissen. De in het protocol beschreven interventies zijn gebaseerd op de eerder gepubliceerde behandelprotocollen, die weer gebaseerd zijn op gecontroleerde behandelstudies, met toevoeging van interventies die ook bij andere stoornissen effectief zijn gebleken.

De laatste decennia laten een toename zien van het onderzoek naar somatisatie en somatoforme stoornissen. Gecontroleerde behandelstudies zijn met name verricht naar ernstige vormen van somatisatie, waarbij een psychische stoornis wordt gediagnosticeerd. Er zijn studies uitgevoerd naar de behandeling van onbegrepen lichamelijke klachten, somatisatiestoornis en hypochondrie. Er zijn verschillende overzichten verschenen op het gebied van de behandeling van somatoforme stoornissen. De recentste zijn van Allen en collega's (Allen et al. 2002), Kroenke (2007) en Sumathipala (2007). De algemene conclusie is dat cognitief gedragstherapeutische interventies effectief zijn bij de behandeling van somatoforme stoornissen. Op basis van het tot nu toe verrichte wetenschappelijk onderzoek zijn de richtlijnen geformuleerd. Deze richtlijnlijnen zijn weer de grondslag voor behandelprotocollen bij somatoforme stoornissen.

Specifiek voor de behandeling van hypochondrie is een Cochrane review verschenen (Thomson en Page 2007). De auteurs concluderen dat verschillende cognitief gedragstherapeutische interventies effectief zijn bij de behandeling van hypochondrie. We vatten het onderzoek kort samen. Bij onverklaarde lichamelijke klachten laten verschillende gecontroleerde studies zien dat cognitieve gedragstherapie, al dan niet gecombineerd met een zogeheten *consultation letter*, de eerste keus qua behandeling is (Speckens et al. 1995; Escobar et al. 2007; Sumathipala et al. 2000). Een 'consultation letter' is een brief die, na (uitgebreid) diagnostisch onderzoek door een klinisch psycholoog of psychiater, zowel gericht is aan de patiënt als aan de huisarts met daarin de diagnose, uitleg over de diagnose en een voorstel voor beleid of behandeling.

Een recente studie naar een cognitief gedragstherapeutische groepsbehandeling bij patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten (Zonneveld et al. 2009) liet positieve resultaten zien op verbetering van kwaliteit van leven en op emotioneel en sociaal functioneren, en er werden minder pijn en fysieke klachten gerapporteerd, ook na een jaar follow-up (Zonneveld et al. 2012). De groepsbehandeling werd uitgevoerd in de eerste lijn.

In gecontroleerde studies naar de behandeling van de somatisatiestoornis werden goede effecten gevonden met de consultation letter (Smith et al. 1986; Smith et al. 1995), met een cognitief-gedragmatig groepsprogramma (Lidbeck 2003) en met individuele cognitieve gedragstherapie al dan niet gecombineerd met een consultation letter (Hiller et al. 2003; Allen et al. 2006). Hierbij werd zowel vermindering van de emotionele klachten als van de medische consumptie gerapporteerd.

Over de behandeling van hypochondrie zijn de meeste gecontroleerde studies gepubliceerd (Warwick et al. 1996; Clark et al. 1998; Fava et al. 2000; Visser en Bouman 2001; Barsky en Ahern 2004; Greeven et al. 2007). Samenvattend kan gezegd worden dat de verschillende onderzochte vormen van cognitieve gedragstherapie duidelijke verbeteringen lieten zien. Zo bleken exposure in vivo met responspreventie, cognitieve therapie en 'behavioural stressmanagement' effectieve interventies. De follow-upstudie van Greeven et al. (2010) liet zien dat de verbeteringen na 18 maanden standhielden.

Ten slotte vergeleken Sorensen et al. (2011) in een gecontroleerde studie cognitieve gedragstherapie met kortdurende psychodynamische therapie en een wachtlijstconditie. Cognitieve gedragstherapie was effectief, vergelijkbaar met de eerdere studies, en psychodynamische therapie was niet effectiever dan de wachtlijstconditie.

Voor somatisatie, onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en ziekteangst zijn diverse uitgewerkte behandelprogramma's. Er zijn onder andere een groepsprogramma gericht op de eerste lijn (Zonneveld 2011), een programma van Woolfolk en Allen (2007), een programma van Rood et al. (2011), een zelfhulpboek van Blok en Houtveen (2011) en Bouman en Visser (1998), en een groepsbehandeling van ziektevrees van Buwalda et al. (2007).

Woolfolk en Allen (2007) presenteren hun programma als een vaardigheidstraining in het omgaan met klachten. Deze training bestaat onder andere uit: psycho-educatie over het verband tussen stress en lichamelijke klachten; ontspanningsoefeningen; gedrags- of leefstijlinterventies (afwisseling tussen rust en activiteit, slaaphygiëne); gesprekken met de partner (gericht op het gezamenlijk ondernemen van prettige activiteiten en adequate onderlinge communicatie over de klachten); cognitieve technieken; en assertiviteit.

Zonneveld (2011) beschrijft een groepsprogramma bestaande uit de volgende elementen: ontspanningsoefeningen; gedrags- of leefstijlveranderingen, waarbij gewoonten die een negatief effect hebben op de klachten vervangen worden door gezonde gewoonten; het aanleren van een goede afwisseling tussen inspanning en rust; cognitieve therapie; conditieverbetering door geleidelijke uitbreiding van lichamelijke activiteit; het bespreken van de klacht met een vertrouwd iemand; het vergroten van probleemoplossende vaardigheden.

Rood et al. (2011) kiezen niet voor een vast programma. Op basis van een analyse van de klachten, komen ze tot drie types van vicieuze cirkels waarin een patiënt met lichamelijke klachten verstrikt raakt: (1) een cirkel van catastroferende gedachten, selectieve aandacht en vermijdingsgedrag, (2) een cirkel van niet-accepterende gedachten, frustratie over de beperkingen door de klachten, negeren van lichaamssignalen en doorgaan ondanks een toename van klachten, (3) een cirkel van defaitistische gedachten, somberheid, inactiviteit en zich terugtrekken uit sociale situaties. Afhankelijk van de analyse wordt een aantal van de volgende modules gekozen: cognitieve technieken; aandacht verschuiven/aandachtsmanipulatie; exposure; herkennen van beginnende tekenen van overbelasting; reguleren van activiteiten; niet-helpende gedachten vervangen door helpende gedachten; hoop genereren; herstellen van dag-nachtritme; herstellen van een dagprogramma en aanpakken van depressieve klachten door activeren; traumabehandeling; ontspanningsoefeningen; vergroten van de belastbaarheid; en verbeteren van de conditie.

Blok en Houtveen (2011) besteden in hun zelfhulpboek veel aandacht aan psycho-educatie en geven adviezen over de omgang met derden (partners, vrienden en artsen). Daarnaast is er aandacht voor diverse elementen die ook in de andere protocollen genoemd worden, zoals de gevolgen voor iemands leven, en de beschrijving van verschillende psychologische behandelingen en aanvullende behandelingen, zoals fysiotherapie, ergotherapie en medicatie.

Naar de programma's van Woolfolk en Allen (2007) en Zonneveld (2009) is onderzoek gedaan en deze zijn effectief gebleken. Alle programma's bestaan uit een veelheid van interventies. Onduidelijk blijft welke interventies essentieel zijn voor de gerapporteerde effectiviteit van de programma's en welke interventies aanvullend of facultatief zijn. Het programma dat wij voorstaan is gebaseerd op een aantal uitgangspunten:

- We baseren ons zo veel mogelijk op elementen waarvan uit wetenschappelijk onderzoek is komen vast te staan dat deze de last van de klachten verminderen. Dit betreft cognitief-gedragstherapeutische technieken.
- Daarnaast beschouwen we de omgang met de lichamelijke klachten als een aanpassingsprobleem, waarbij de patiënt vaardigheden moet leren om met de nieuwe problemen om te gaan.
- We richten ons op complexere, tweedelijns- of derdelijnsproblematiek, dus diagnostiek en behandeling binnen de specialistische ggz. Daarbij gaan we ervan uit dat het beter is om een beperkt aantal interventies aan te bieden en voldoende tijd te nemen deze uit te diepen, dan een veelheid van interventies toe te passen die de patiënt slechts oppervlakkig onder de knie kan krijgen. We kunnen ons voorstellen dat bij mildere somatisatieklachten ook deelinterventies toegepast kunnen worden binnen de basis-ggz en in de eerste lijn.

Het behandelprotocol dat wij beschrijven is bedoeld voor de behandeling van de somatisch-symptoomstoornis en de ziekteangststoornis. Voor de beschreven interventies hebben we geput uit de eerder gepubliceerde behandelprotocollen, gebaseerd op gecontroleerde behandelstudies, met toevoeging van interventies die ook bij andere stoornissen effectief zijn gebleken.

Het protocol kan flexibel worden gebruikt, afhankelijk van het klachtenpatroon van de patiënt. Bij sommige patiënten zijn de cognities bijzonder hardnekkig, waarbij langer aandacht zal moeten worden besteed aan cognitieve herstructurering, terwijl bij sterk vermijdende patiënten de nadruk meer op de gedragsmatige interventies zal liggen en bij anderen weer op het aanleren van betere copingstrategieën. De invulling van de twaalf sessies van het protocol is afhankelijk van de individuele patiënt. In de eerste twee sessies wordt de problematiek van de patiënt in kaart gebracht aan de hand van een cognitief-gedragstherapeutisch model. Deze analyse geeft richting aan de invulling en de aandacht in de daarop volgende sessies.

Cognitieve gedragstherapie bij somatisatie

Visser, S.; Reinders, M.

2015, IX, 89 p. 8 illus., 2 illus. in color., Softcover

ISBN: 978-90-368-0430-1