

Samenvatting

Somatoforme stoornissen in de huisartspraktijk: epidemiologie, behandeling en de co-morbiditeit met angst en depressie

Dit proefschrift beschrijft het Somatisatie Onderzoek Universiteit Leiden, SOUL. Het doel van deze studie was de epidemiologie en behandeling van somatoforme stoornissen in de huisartspraktijk te onderzoeken en hierbij de klinische relevantie van somatoforme stoornissen vast te stellen in relatie tot de twee andere veel voorkomende psychiatrische aandoeningen: angst- en depressieve stoornissen. SOUL omvat een prevalentie studie met een prospectieve follow-up en een daarop volgende behandelstudie.

Algemene inleiding

In hoofdstuk 1 wordt een algemene inleiding op het onderwerp gegeven en een overzicht van de in gebruik zijnde definities en classificaties van onverklaarde lichamelijke klachten, somatisatie en somatoforme stoornissen. Daarna volgt een beschrijving van het klinische probleem dat heeft geleid tot de vraagstellingen, de studie opzet en de opbouw van dit proefschrift.

Veel patiënten bezoeken hun huisarts voor lichamelijke klachten die niet goed verklaard kunnen worden door een somatische aandoening, hetgeen ook wel onverklaarde lichamelijke klachten wordt genoemd. Deze lichamelijke klachten, zoals moeheid, rugpijn, hoofdpijn of maagdarmklachten, leiden bij een groot aantal patiënten tot beperkingen in het dagelijkse leven. Wanneer deze klachten en beperkingen tenminste zes maanden aanhouden wordt in de psychiatrische classificatie DSM-IV gesproken van somatoforme stoornissen. Behalve van lichamelijke klachten hebben patiënten met somatoforme stoornissen ook vaak last van depressie en angst. Er zijn echter weinig studies die op een accurate wijze het gezamenlijk voorkomen van somatoforme stoornissen, angst- en depressieve stoornissen hebben gekwantificeerd. Cognitieve gedragstherapie bleek effectief in de behandeling van somatoforme stoornissen in de tweede lijn. Wetenschappelijk bewijs voor de meest geschikte behandeling in de eerste lijn is echter schaars.

Het eerste doel van dit onderzoek was het kwantificeren van de prevalentie van somatoforme stoornissen en de co-morbiditeit met angst- en depressieve stoornissen met DSM-IV criteria in de eerste lijn.(hoofdstuk 2). Daarnaast werd de relatie tussen lichamelijke en psychische klachten onderzocht (hoofdstuk 3). Tegengesteld aan hoofdstuk 2 is in hoofdstuk 3 alleen naar gerapporteerde klachten gekeken en niet naar -door de onderzoeker vastgestelde- stoornissen.

Ons tweede doel was het vaststellen van de bijdrage van een lichamelijke en psychische klachtenscore aan het opsporen van angst-, depressieve en somatoforme stoornissen (hoofdstuk 4).

Ons derde doel was het evalueren van de klinische en prognostische implicaties van somatoforme stoornissen in de eerstelijns. Daartoe onderzochten we de samenhang van somatoforme stoornissen met klachten en functionele beperkingen (hoofdstuk 2), de samenhang met het gebruik van zorg (hoofdstuk 5), en het natuurlijk beloop van de somatoforme klachten (hoofdstuk 6).

Ons vierde doel was het vaststellen van de behoefte aan behandeling en de haalbaarheid en effectiviteit van cognitieve gedragstherapie voor somatoforme stoornissen in de eerstelijns. We onderzochten de haalbaarheid van twee vormen van behandeling: individuele behandeling uitgevoerd door de huisarts (hoofdstuk 6) en groepstherapie met professionele psychotherapeuten (hoofdstuk 7). Vervolgens onderzochten we of de toevoeging van cognitieve gedragstherapie aan de gebruikelijke zorg van de huisarts effectiever zou zijn in het reduceren van lichamelijke klachten en beperkingen.(hoofdstuk 9).

Opzet en patiënten

De studie begon met een twee-staps prevalentiestudie. In de eerste fase werden screenende vragenlijsten gebruikt om hoog-risico patiënten op te sporen. In de tweede fase werden alle hoog-risico patiënten en 15% van de laagrisico patiënten uitgenodigd voor een psychiatrisch diagnostisch interview (WHO-SCAN 2.1) voor de diagnostiek van DSM-IV somatoforme stoornissen, angst- en depressieve stoornissen. Alle patiënten ontvingen een follow-up vragenlijst na 6 maanden. Gebruik van huisartsenzorg in de 12 maanden na baseline was beschikbaar via het Leidse huisartsenregistratienetwerk RNUH-LEO. Patiënten met persisterende somatoforme klachten ontvingen een uitnodiging om deel te nemen aan de behandelstudie. Een gecontroleerde behandelstudie vergeleek het effect van een cognitieve gedragstherapeutische interventie door een getrainde huisarts met gebruikelijke zorg.

De belangrijkste uitkomstmaten waren het zelfgerapporteerde herstel van klachten en de ernst van de klachten na 6 en 12 maanden.

In de periode april 2000 tot juli 2002 werden drie groepen patiënten geïnccludeerd uit huisartspraktijken in Leiden, Noordwijk en Alphen aan de Rijn. Het eerste cohort bestond uit 1046 opeenvolgende huisartsbezoekers (respons 59%) tussen de 25 tot 80 jaar uit acht universitaire huisartspraktijken. De selectie van deze patiënten vond plaats na een contact met hun huisarts, en als zodanig worden zij ook wel de ‘consulterende populatie’ genoemd. In dit cohort werden 473 huisartsbezoekers geïnterviewd (respons 80%) en na één jaar follow-up waren van 400 patiënten medische gegevens beschikbaar via RNUH-LEO. Een tweede cohort van 356 ingeschreven patiënten werd met dezelfde instrumenten geïnccludeerd en vervolgd. Voorafgaand aan de SOUL-studie werd van januari tot maart 1999 een pilotstudie uitgevoerd onder huisartsbezoekers in een huisartspraktijk in Leiderdorp, met als doel de acceptatie en haalbaarheid van cognitieve gedragstherapie in groepssessies te onderzoeken. Op grond van schattingen afkomstig van deze pilotstudie werd een derde cohort van 915 ingeschreven patiënten samengesteld afkomstig uit acht huisartspraktijken om extra deelnemers te werven voor de behandelstudie. In dit cohort maakte een aanvullende telefonische screening deel uit van de selectie om patiënten met actuele klachten in te sluiten. Uiteindelijk werden uit de drie cohorten in totaal 65 patiënten ingesloten in de behandelstudie.

Belangrijkste bevindingen

In hoofdstuk 2 kwantificeerden we de prevalentie en de functionele beperkingen die zijn geassocieerd met somatoforme stoornissen en de co-morbiditeit met angst- en depressieve stoornissen onder huisartsbezoekers.

De diagnose somatoforme stoornis volgens de DSM-IV werd gesteld bij 16,1% van de huisartsbezoekers. De meest voorkomende diagnose was de ongedifferentieerde somatoforme stoornis, met een prevalentie van 13,1%. Deze patiënten hebben een of meer onverklaarde lichamelijke klachten, welke klinisch belangrijk lijden veroorzaken of beperkingen in het functioneren op sociale, beroepsmatige of andere belangrijke terreinen gedurende tenminste zes maanden. Wanneer stoornissen met geringe beperkingen ook werden meegeteld nam de prevalentie toe van 16,1% naar 21,9%. De prevalentie van een angst- of depressieve stoornis was respectievelijk 4,0% en 5,5%. Co-morbiditeit met angst- en depressieve stoornissen kwam 3,3 maal vaker voor dan verwacht kon worden op basis van toeval. Meer dan de helft van de patiënten met een angst- of depressieve stoornis voldeed aan de criteria van een co-morbide

somatoforme stoornis. Van alle patiënten met een somatoforme stoornis had 26% ook een angst- en/of depressieve stoornis. Bij een combinatie van stoornissen namen de lichamelijke klachten, depressieve klachten en functionele beperkingen evenredig toe. Onze bevindingen ondersteunen het belang van een brede diagnostiek die zowel angst en depressie als somatoforme stoornissen omvat.

In hoofdstuk 3 bestudeerden we de co-morbiditeit op het niveau van klachten, dat wil zeggen zonder gebruik te maken van vooraf gedefinieerde diagnostische concepten. Onze hypothese was dat er een niet-specifieke toename van allerlei zelf gerapporteerde lichamelijke klachten op de Lichamelijke Klachten Vragenlijst (LKV-51) zou zijn in relatie met de aanwezigheid van angstige en/of depressieve klachten (*distress*). *Distress* werd gedefinieerd op grond van de zelf-invulvragenlijst voor angst en depressie, de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Deze lijst meet kernklachten van angst en depressie zonder daarbij lichamelijke klachten te betrekken. We onderzochten de vraagstelling binnen de steekproef van consulterende en ingeschreven patiënten, in de leeftijd van 25 tot 70 jaar.

De aanwezigheid van *distress* had een sterke samenhang met het rapporteren van allerlei soorten lichamelijke klachten, zowel bij mannen als bij vrouwen. Multivariate analyses bij vrouwen lieten zien dat dit patroon onafhankelijk was van de aanwezigheid van somatische morbiditeit. Dit suggereert dat *distress* sterker samenhangt met het rapporteren van lichamelijke klachten dan somatische morbiditeit. We vonden geen specifieke stressgerelateerde klachten, behalve moeheid en vergeetachtigheid. Odds ratios waren met name hoog (>6) voor ‘algemene vermoeidheid of lusteloosheid’, ‘snelle vermoeidheid bij weinig inspanning’ en ‘vergeetachtigheid’. Voor deze klachten kan een classificatie van ‘lichamelijk’ boven ‘psychisch’ als twijfelachtig worden beschouwd; zo is lichamelijke moeheid moeilijk te onderscheiden van psychische moeheid of lusteloosheid.

In hoofdstuk 4 zijn de bijdragen van een lichamelijke en psychische klachtenscore aan het opsporen van DSM-IV angst, depressieve en somatoforme stoornissen onderzocht. In de consulterende populatie werd de diagnostische waarde van twee vragenlijsten, de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) en de Lichamelijke Klachten Vragenlijst (LKV-51) onderzocht door de Areas Under the Curve (AUC) te vergelijken met behulp van ROC-analyses.

Er was een hoge correlatie tussen het aantal gerapporteerde lichamelijke klachten op de LKV-51 en de psychische klachtenscore, d.w.z. de totaalscore op de HADS ($r=0.6$; $p<0.01$). De discriminerende waarde van zowel de LKV-51 als de HADS was het beste voor patiënten met zowel een somatoforme als een angst/depressieve stoornis, met een $AUC=0.86$ (95% BI 0.81-0.91) waar een

AUC=1.00 optimaal is. Patiënten die alleen een somatoforme of alleen een angst/depressieve stoornis hadden werden slechter opgespoord, zowel met HADS als LKV-51. Het gebruik van beide klachtenscores tegelijkertijd had vrijwel geen toegevoegde diagnostische waarde voor het opsporen van de psychiatrische stoornissen. We concludeerden dat de diagnostische waarde van een lichamelijke klachtenscore vergelijkbaar is met die van een psychische klachtenscore. Het feit dat een psychische klachtenscore voorspellend is voor de aanwezigheid van een somatoforme stoornis suggereert een nauwe relatie. Deze voorspellende waarde is voor een deel het gevolg van de co-morbiditeit met angst- en depressieve stoornissen. Beide klachtenscores spoorden voornamelijk patiënten met co-morbide psychiatrische stoornissen op.

In hoofdstuk 5 worden resultaten uit de follow-up studie gepresenteerd. We onderzochten prospectief in hoeverre de ongedifferentieerde somatoforme stoornissen, de overige somatoforme stoornissen, en angst- en depressieve stoornissen van invloed waren op de consultfrequentie van de patiënt (binnen de consulterende populatie).

In het *follow-up* jaar hadden patiënten met een van de genoemde psychiatrische stoornissen meer contacten met de huisarts dan patiënten zonder een psychiatrische stoornis. Voor patiënten met somatoforme stoornissen was het effect op de consultfrequentie binnen dezelfde orde van grootte als voor patiënten met een angst- en/of depressieve stoornis. Ongedifferentieerde somatoforme stoornissen hadden een onafhankelijk effect op de consultfrequentie na correctie voor de aanwezigheid van de andere psychiatrische stoornissen, resulterend in 40% meer consulten (*incidence rate ratio* 1,4 (95% BI: 1.0-1.9)). Hoewel niet significant, was dit ook de trend voor de overige somatoforme stoornissen en depressieve stoornissen. De aanwezigheid van een angststoornis droeg niet onafhankelijk bij aan de consultfrequentie.

In hoofdstuk 6 onderzochten we het beloop van de somatoforme stoornis en de behoefte aan behandeling. Bij consulterende patiënten met de diagnose somatoforme stoornis werd na zes maanden nagegaan of de somatoforme klachten nog steeds aanwezig waren. Het vaststellen van de behoefte aan behandeling gebeurde door bij iedere patiënt met een persisterende somatoforme stoornis de volgende zaken te inventariseren: het verloop van het herstel, contra-indicaties, lopende psychotherapie en acceptatie van cognitieve gedragstherapie door de huisarts.

Na zes maanden had 70% van de patiënten nog steeds last van somatoforme klachten, overeenstemmend met een gewogen prevalentie van persisterende somatoforme stoornissen van 12,3%. Naast de 30% van de patiënten die herstelden was 20% niet geschikt voor cognitieve gedragstherapie door de huisarts: zij hadden een contra-indicatie voor psychotherapie door de huisarts of ontvingen al

langdurige psychologische behandeling in verband met een psychiatrische stoornis. Verder bleek dat 23% van de patiënten niet gemotiveerd was om te starten met een cognitieve gedragsmatige behandeling. De meeste patiënten gaven aan dat zij de klachten hadden geaccepteerd als een deel van hun leven. De conclusie was dat de prevalentie van somatoforme stoornissen hoog is in de eerstelijns, maar dat slechts 26% van alle patiënten met een diagnose behoefte heeft aan cognitief-gedragsmatige behandeling en hier daadwerkelijk aan begint. Deze cijfers suggereren dat er een extra behoefte bestaat aan cognitieve gedragstherapie voor somatoforme stoornissen bij 5% van alle patiënten die de huisarts bezoeken.

In hoofdstuk 7 is de haalbaarheid van cognitieve groepstherapie onderzocht. Na systematische selectie vonden we in een *pilot* studie 104 patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten. We schatten dat de prevalentie 18% bedroeg in deze groep van consulterende patiënten. Nadat we in- en exclusiecriteria hadden toegepast kwamen 12 van de 104 patiënten in aanmerking voor behandeling en accepteerden 7 van hen cognitieve gedragstherapie in een groep voor hun klachten. De conclusie was dat cognitieve gedragstherapie in een groep voor de meeste patiënten in de eerstelijns ongeschikt lijkt en niet acceptabel.

Hoofdstuk 8 beschrijft het gevolgenmodel. Het centrale idee van de cognitief-gedragsmatige benadering is de aandacht voor de gevolgen in plaats van de oorzaken van klachten. De huisarts zou een plausibele en logische verklaring moeten geven voor klachten voor zover dat mogelijk is en erkennen dat de klachten reëel zijn voor de patiënt. Dit schept de gelegenheid om lichamelijke klachten te behandelen zonder vruchteloze discussies over de oorzaken. Cognitieve en gedragsmatige technieken in het gevolgenmodel hebben als doel de gevolgen van de klachten te beïnvloeden en hiermee het ziektegedrag te veranderen. In feite kan het gevolgenmodel bruikbaar zijn in alle situaties waarin de klachten die de patiënt ervaart niet in verhouding staan tot de objectieve bevindingen.

In hoofdstuk 9 beschrijven we de resultaten van een gecontroleerde studie naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij somatoforme stoornissen in de huisartspraktijk. In aanvulling op de gebruikelijke zorg kregen interventiepatiënten (n=31) 5 sessies cognitieve gedragstherapie aangeboden door hun huisarts. In de controle groep (n=34) kregen patiënten de gebruikelijke zorg.

We vonden geen voordeel van de toevoeging van een korte cognitieve gedragsmatige behandeling aan de gebruikelijke zorg. Over het algemeen bleven de meeste klachten en beperkingen tijdens de *follow-up* periode van 1 jaar stabiel of vertoonden lichte verbetering. De gemiddelde score van de ernst van de klacht op een

visueel analoge schaal (range 0-10) nam na 12 maanden af van 7,6 naar 6,0 voor zowel interventie- als controlepatiënten. Op basis van het zelfgerapporteerde herstel gaven 13 van de 31 interventiepatiënten (42%) en 12 van de 34 controle patiënten (35%) aan dat hun klachten waren verbeterd, hetgeen niet significant verschillend was. Secundaire uitkomstmaten lieten ook geen significante verschillen in uitkomst zien. Het voorschrijven van psychotrope medicatie was geassocieerd met beter herstel. Gelet op de werkelijke behandeling die de patiënten ontvingen gedurende het *follow-up* jaar bleek dat 17 van de 34 interventiepatiënten (55%) niet alle 5 sessies hadden afgemaakt en dat zelfs 8 van hen zich al hadden teruggetrokken voordat de behandeling was begonnen (26%). Het gebruik van gezondheidszorg verschilde niet tussen de interventie en de controlegroep.

Onze bevindingen in de eerstelijns zijn in contrast met een eerdere soortgelijke studie die wij uitvoerden in de tweedelijns en waarin cognitieve gedragstherapie superieur was aan geoptimaliseerde medische zorg. Hoewel wij als doel hadden hetzelfde behandelmodel te gebruiken, aangepast aan de huisarts, en vergelijkbare inclusie- en exclusiecriteria toepasten, konden we de gunstige effecten van toegevoegde cognitieve gedragstherapie niet bevestigen. We zijn nagegaan wat de verschillende factoren in onze studie bijgedragen kunnen hebben aan het gebrek aan effect van de toevoeging van cognitieve gedragstherapie aan de gebruikelijke zorg. Ten eerste was de huisarts degene die de behandeling uitvoerde en daarmee was het professionele niveau en de intensiteit van de interventie niet vergelijkbaar met tweedelijnsbehandeling. Ten tweede hadden we door de nadruk op de ernst en de persistentie van de klachten voornamelijk patiënten geselecteerd die een chronisch stadium hadden bereikt met weinig tendens tot herstel en geen expliciete behoefte aan therapie. Ten derde was het zeer wel mogelijk dat de controlepatiënten ook effectieve behandeling hadden ontvangen met cognitieve gedragstherapie of medicatie.

Algemene discussie

Hoofdstuk 10 presenteert een algemene discussie van de resultaten van dit proefschrift en van de implicaties. SOUL is een van de eerste studies die de DSM-IV somatoforme stoornissen onderzocht inclusief de ongedifferentieerde somatoforme stoornis. De omvang van het probleem is evident aangezien een op de zes patiënten die de huisarts bezoekt last heeft van onverklaarde lichamelijke klachten met aanzienlijke beperkingen. De overlap met angst en depressie is substantieel en dit vergroot de ernst van de ziektelast. Wat betreft het gebruik van gezondheidszorg hadden patiënten met somatoforme of depressieve stoornissen meer consulten bij hun huisarts dan patiënten

zonder psychiatrische stoornis. Deze bevindingen onderstrepen het belang van een uitgebreide diagnostische benadering van psychiatrische stoornissen in de huisartspraktijk. Het aantal symptomen, zowel lichamelijk als psychisch, kan een nuttig instrument zijn bij het identificeren van de ernstigste patiënten.

De behandelstudie was geïntegreerd in een cohort van ingeschreven huisartspatiënten wat generalisatie van de resultaten naar de gehele eerstelijns mogelijk maakt. De implicaties voor behandeling vloeien voort uit het gegeven dat driekwart van alle patiënten met een somatoforme stoornis persisterende klachten had. We konden echter niet aantonen dat extra training van de huisarts en een cognitief-gedragmatige interventie door de huisarts effectiever waren dan gebruikelijke zorg. Gezien de grote verschillen tussen de patiënten in de eerstelijns in ernst van de klacht en de motivatie voor behandeling, ligt het niet voor de hand dat één enkele behandelmethodologie volstaat voor somatoforme stoornissen. In plaats daarvan zou een stapsgewijs behandelmodel meer efficiënte zorg kunnen verstrekken, variërend van het verbeteren van de gebruikelijke zorg door de huisarts tot intensieve interventies door gespecialiseerde professionals voor chronische patiënten.

Onze bevindingen onderstrepen de noodzaak voor de ontwikkeling van haalbare en effectieve behandelopties voor eerstelijnspatiënten met somatoforme stoornissen. Aangezien somatoforme stoornissen een grote overlap vertonen met angst- en depressieve stoornissen zou een geïntegreerde benadering voordelen hebben voor zowel patiënt als dokter.

