

Het effect van stressortherapie

door psychosomatische therapeuten bij patiënten met SOLK

Auteur: M.M. Klaver, arts-emotieneuroloog

Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) vormen een ernstig en omvangrijk probleem in de gezondheidszorg en in de maatschappij. SOLK wordt gedefinieerd als lichamelijke klachten die langer dan enkele weken duren en waarbij na adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening wordt gevonden die de klacht voldoende verklaart. Er is een grote variatie aan termen in omloop voor SOLK; elke discipline gebruikt zijn eigen terminologie⁽¹⁾. SOLK betreffen vooral pijnklachten, autonome klachten, vermoeidheid en stemmingsstoornissen.

De behandeling van SOLK is moeilijk. Diverse behandelingen worden toegepast door verschillende disciplines. Van alle behandelingen bij SOLK heeft cognitieve gedragstherapie (CGT) het sterkste wetenschappelijke bewijs voor de effectiviteit van de behandeling^(1,2).

CGT blijkt echter een paraplu-begrip te zijn. Dat wil zeggen dat CGT bestaat uit meerdere gecombineerde interventievormen. Interventievormen die in de publicaties genoemd worden zijn: cognitieve interventies als reat-tributie, rationele emotieve therapie (RET), gedragsmatige interventies als graded activity, graded exercise en graded exposure, maar ook relaxatietherapie en ontspanningsoefeningen⁽²⁾.

De veelheid aan interventievormen en de spreiding in het behandel-effect roepen de vraag op welke CGT interventievorm het meeste gewicht in de schaal legt bij de behandeling van SOLK. Bij het chronische vermoeidheids-syndroom is dit vraagstuk nader onderzocht. Uit onderzoek blijkt dat niet de verbetering van lichamelijke conditie door graded activity of graded exercise zoals eerst werd verondersteld, maar dat de veranderingen in cognitie ten aanzien van de klacht vermoeidheid verbonden zijn met de verbetering. Deze veranderingen in cognitie worden toegeschreven aan een vermindering van aandacht voor de klacht, een anders omgaan met de klacht en de toename van het controlegevoel bij de patiënt^(3, 4, 5).

In de laatste jaren is veel onderzoek gewijd aan de functionele correlaten van cognitie en emotie in de hersenen. Ook werd naar veranderingen in hersenactiviteit gezocht onder invloed van CGT en medicatie.

Het meeste onderzoek is gedaan naar stemmingsstoornissen.

Zo blijkt het gunstige behandel-effect van de toename van cognitieve controle op negatieve emoties gepaard te gaan met de verhoging van de activiteit in de prefrontale hersengebieden^(6, 7). Het is bekend dat bij angst en depressie, ziektebeelden waarvan aangenomen wordt dat negatieve emoties een rol spelen, de activiteit in het limbische systeem verhoogd is en wel in het bijzonder in de amygdala en in het subgenuale gebied van de gyrus cinguli anterior^(7, 8). Het limbisch systeem (limbus=rand) bevindt zich rond de hersenholten. Dit gebied tussen de hersenschors en de hersenstam is functioneel de schakel, die de geest (verbonden met prefrontale activiteit) met het lichaam verbindt^(9, 10).

Door zijn sterke betrokkenheid bij emotie en gevoel wordt het limbisch systeem ook gezien als het emotionele brein.

Ook bij chronische pijn en andere onverklaarde lichamelijke klachten werd verhoogde en veranderde activiteit in de limbische gebieden aangetoond^(11, 12, 13, 14, 15, 16).

Gegevens auteur

M.M. Klaver, Morshoekweg 3, 7552 PE Hengelo, Tel. 074-2436417

Email. mmklaver@planet.nl - Website: www.limbisheverklaring.nl

www.limbisheverklaring.nl/mmklaver@planet.nl

Bovengenoemde bevindingen wijzen erop dat het behandel-effect van CGT samenhangt met cognitieve controle en met een verhoogde prefrontale activiteit. De klachten daarentegen corresponderen met emotionele activiteit en met toegenomen activiteit in de limbische gebieden. Daarbij kunnen beide gebieden elkaar wederzijds beïnvloeden^(7, 9, 17).

Wanneer we aannemen dat SOLK het gevolg is van de ontregeling van een limbische activiteit, veroorzaakt door een onbewuste negatieve emotie, dan zou een behandeling die niet gericht is op de cognitieve controle, maar op het neutraliseren van deze emotie ook een goed behandelresultaat moeten opleveren.

Vanuit de dagelijkse praktijk weten we dat een emotie in het algemeen een krachtiger uitwerking heeft op het lichaam dan een cognitie. Aanwijzingen nemen toe dat prikkels uit een situatie eerst in het emotionele systeem verwerkt worden en vervolgens onder cognitieve controle worden gebracht^(9, 18, 19). Deze aanwijzingen pleiten voor het primaat van de emotie.

De behandeling bestaat dan uit het opsporen van de persoonlijke onbewuste actieve negatieve emotie en het bewust worden en verwerken van deze emotie. De persoonlijke onbewuste emotie, die de klachten veroorzaakt noemen we de stressor en de behandeling die de activiteit van de negatieve emotie dempt of opheft stressorneutralisatie.

Een van de disciplines die gericht is op SOLK behandeling is de psychosomatische therapie⁽²⁾.

In 2004 wordt in Borne een werkgroep psychosomatische therapie opgericht om deze benadering, stressortherapie genaamd, in de praktijk toe te passen en te onderzoeken. De werkgroep bestaat uit psychosomatische fysiotherapeuten (PSFT) en psychosomatische oefentherapeuten (PSOT). De onderzoeksvragen zijn:

1. Heeft stressorneutralisatie bij SOLK verricht door de psychosomatische therapeuten een goed behandelresultaat.
2. Zijn er patiëntkenmerken, die van invloed zijn op het resultaat van de behandeling.

Method

Onderzoekspopulatie

Van februari tot juni 2009 worden 70 patiënten geïnccludeerd in zeven verschillende praktijken. Vijf van die praktijken betreffen de PSFT en twee zijn PSOT-praktijken. De aanmelding verloopt zoals gebruikelijk via de huisarts, bedrijfsarts, specialist of via directe toegang.

Inclusie: SOLK betreffende houdings- en bewegingsklachten, auto-

Samenvatting

Patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) komen veel voor. Een deel van deze patiënten wordt door (para)medische behandelaars als problematisch beschouwd. Psychosomatische therapeuten hebben zich gespecialiseerd in het behandelen van deze patiënten. Om het effect van de behandeling aan te tonen wordt een observationele studie verricht. 62 patiënten nemen aan de studie deel. De uitkomsten worden gemeten met behulp van de 4DKL, VAS en SF 36. De resultaten laten een robuuste significante verbetering van objectieve en subjectieve maten zien, een afname van ziekteverzuim en medicatiegebruik.

Naast deze bevindingen toont de behandeling een verdere verbetering zes maanden na beëindiging van de behandeling. De goede resultaten worden toegeschreven aan de gerichte invloed van het benoemen en behandelen van een onbewuste klachtenveroorzakende emotie, de stressor.

nome klachten, overspanning en burn-out, hyperventilatie en angst- en panieklachten.

Exclusie: geen actuele somatische aandoening, geen psychiatrische aandoening zoals psychose, verslaving, ernstige depressie of angstsyndroom, geen claim, jonger dan 18 jaar, onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal, geen behandeling door een psycholoog.

Van de 139 aangemelde patiënten vervallen 69 patiënten op basis van het exclusie criterium.

Alle patiënten tekenen een instemmingsverklaring van deelname aan het onderzoek.

Patiëntkenmerken

Vastgelegd worden: leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, klachtenduur, recidief, de klachtmedicatie, ziekteverzuim en de complexiteit van de klacht. De klachtcomplexiteit wordt vastgelegd volgens de indeling van de Nederlandse vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek (NFP).⁽²⁰⁾ De diagnose wordt vastgelegd volgens de codering van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ-codering). Het betreft de codes die eindigen op 81 en 82. De codes omvatten spierspanningsklachten, aspecifieke spierpijn, spierspanningshoofdpijn, migraine, nek-schouder-armklachten (RSI, KANS), buikpijn, maagdarmlaatsen, lagerugpijn, krampen, vermoeidheid, slaapstoornissen, concentratiestoornissen, hyperventilatieklachten, angst- en panieklachten, overspanning/surmenage (distress), burn-out, werkgerelateerde stressklachten, arbeidsrelevante klachten, fibromyalgie, chronische pijnklachten, onbegrepen lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen. De klachten vallen onder de noemer SOLK. Bij behandeling van de patiënten worden behandeltechnieken toegepast volgens het algemene behandelplan van de PSFT en PSOT, d.w.z. een geheel van therapeutisch lichaamswerk (TLW) met relaxatieoefeningen, lichaamsbewustzijns-oefeningen en emotie-expressie, CGT interventies met RET en psycho-educatie^(2, 20, 21). Tevens wordt gebruikt gemaakt van SCEGS diagnostiek. SCEGS staat voor inventarisatie van de domeinen soma-cognitie-emotie-gedrag en sociaal⁽¹⁾.

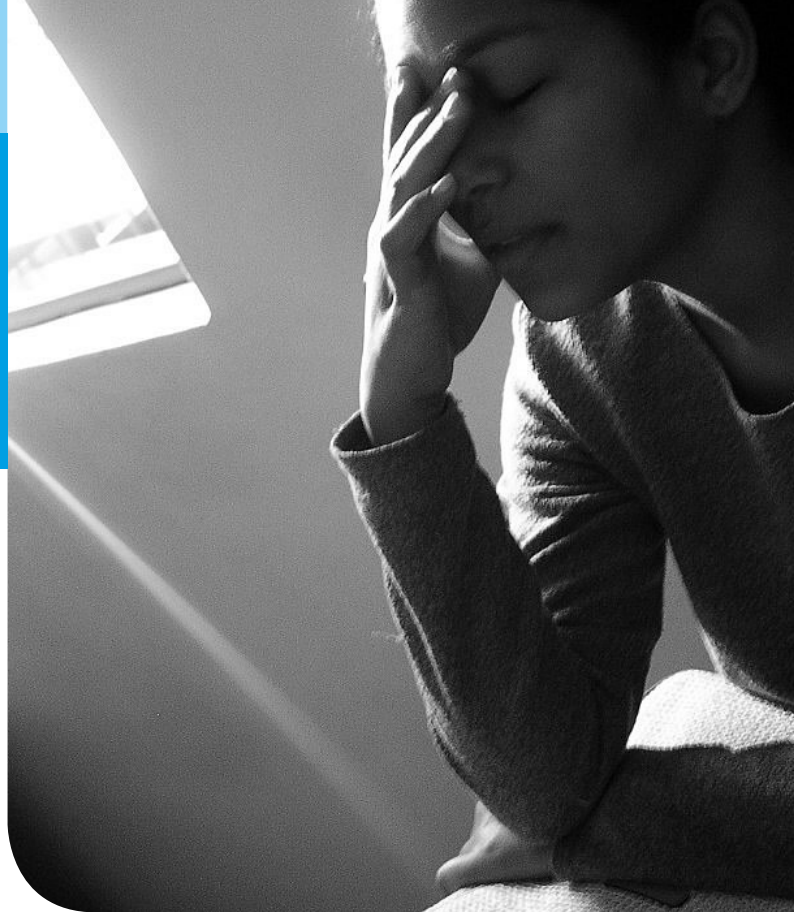
De behandelmodules worden ingezet bij het opsporen en neutraliseren van de stressor.

De stressor wordt gedefinieerd als het belangrijkste persoonsspecifieke disfunctionele CEG element, dat behandeld wordt. In samenspraak met de patiënt wordt dit disfunctionele CEG element vastgesteld. Wij gaan ervan uit dat het neutraliseren van dit CEG element plaats vindt door inzicht geven, uitspreken (disclosure), reattributie en veranderen van instelling (reset).

Meetinstrumenten

De meetinstrumenten van de klachten zijn de vierdimensionale klachtenlijst van Terluin (4DKL), de visuele analogoschaal betreffende de ernst van de hoofdklacht (VAS) en de short form health survey met 36 vragen (SF 36). De 4DKL schaal wordt standaard afgenomen door de PSFT en PSOT(22). De VAS wordt vastgelegd in een 0 tot 10 schaal.

De SF 36 schaal meet het algemeen functioneren en de kwaliteit van leven in relatie tot lichamelijke klachten. De SF 36 meet fysieke dimensies 'fysiek functioneren', 'rolbeperkingen door fysieke problemen', 'pijn'; emotieve dimensies 'rolbeperkingen door emotionele problemen',



'energie/moeheid', 'emotionele gezondheid' en algemene dimensies 'sociaal functioneren', en 'algemene gezondheid'. De schaal loopt van 0 tot 100, waarbij een hogere score een betere kwaliteit van leven en beter algemeen functioneren aangeeft.

Tevens worden het medicatiegebruik en ziekteverzuim bij de begin- en eindmeting, de tevredenheidsscore bij de eind- en evaluatiemeting en de evaluatievraag bij de evaluatiemeting geregistreerd. De tevredenheidsscore bevat een vierpunts tevredenheidsschaal: zeer ontevreden-ontevreden-tevreden-zeer tevreden. De score wordt vastgelegd bij het beëindigen van de behandeling en 6 maanden later. Bij de evaluatievraag wordt zes maanden na beëindigen van de behandeling naar het achterafoordeel van de patiënt gevraagd. De open vraag luidt: Wat is de belangrijkste ontwikkeling die u heeft doorgemaakt door de behandeling?

Statistische analyse

De VAS, 4DKL en SF 36 worden bij iedere patiënt drie keer afgenomen: voor het begin, direct na het beëindigen en 6 maanden na het beëindigen van de behandeling (respectievelijk beginmeting, eindmeting en evaluatiemeting). De uitkomsten van de drie klinische schalen worden gewogen door de gevonden waarde uit te drukken in percenten, waarbij 0% de beste en 100 % de slechtste score aangeeft. Voorbeeld: de distresswaarde is 14 bij een schaal van 0-32 op de 4DKL. De gewogen waarde is dan $14/32 \times 100 = 43,75$. Bij de SF 36 wordt de gewogen waarde 100 min de gevonden waarde. Deze dertien gewogen getallen per meting worden opgeteld en gedeeld door dertien tot een gemiddelde cumulatieve score per patiënt. Deze cumulatieve score wordt eveneens statisch bewerkt en aan de drie klinische schalen toegevoegd. De reden is het bevorderen van de leesbaarheid van de resultaten.

Analyses worden uitgevoerd met het SPSS programma, versie 12.0.

Op de uitkomsten van de klinische schalen en cumulatieve score worden analyses met non-parametrische testen toegepast, omdat enkele praktijken hoge beginscores tonen. Sterke verbeteringen bij hoge beginscores kunnen de resultaten vertekenen.

De Friedmantest wordt voor algemene oriëntatie gebruikt bij het vergelijken van de drie meetmomenten (begin, einde en evaluatie).

De Wilcoxon Signed Ranks test wordt aangewend voor de nauwkeurige

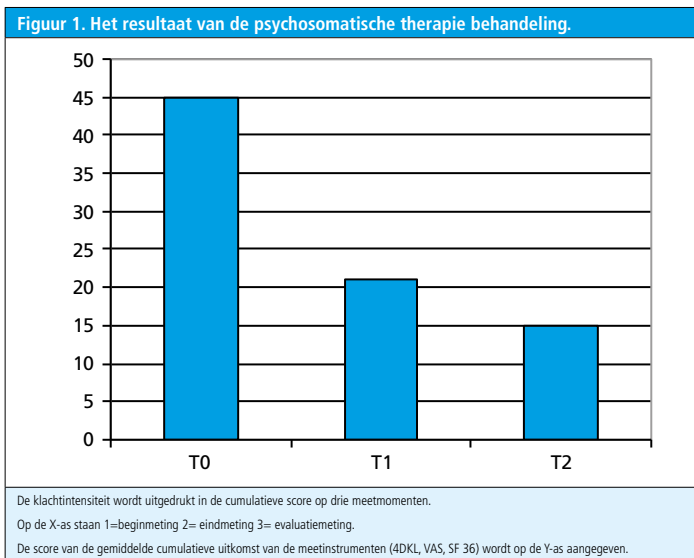
Het effect van stressortherapie

Kenmerken	Totaal
Aantal	62 V = 55; M = 7
Leeftijd (jaren)	40 ± 13 (18-71)
Opleiding (%):	
LBO	23
MBO	55
HBO	23
Verwijzer(%):	
huisarts	47
directe toegang	45
specialist	6
bedrijfsarts	2
Klachtenduur (%):	
< 3 maanden	27
3-6 maanden *	27
6-12 maanden	13
1 -2 jaar	19
2 - 5 jaar	13
Recidief (%) *1)	31
Complexiteit (%):	
Licht *2)	26
Matig	69
Zwaar	5

*1) geen onderscheid voor het aantal recidieven;
*2) volgens NFP (Nederlandse vereniging voor fysiotherapie volgens de Psychosomatiek) indeling: Licht = Cx2, Matig = Cx3, Zwaar = Cx4.

	Subgroepen	T0	T1	T2
4DKL	Distress (0-32)	18.50 (4-30)	6.50 (0-27)	6 (0-21)
	Somatisatie (0-32)	14 (0-32)	6.50 (0-23)	6 (0-16)
	Angst (0-24)	3.50 (0-22)	1 (0-14)	0 (0-8)
	Depressie (0-12)	1.50 (0-12)	0 (0-11)	0 (0-7)
VAS	Schaal (0-10)	7 (0-10)	2 (0-7.5)	1.30 (0-6.6)
SF 36	FF	83.33 (11.11-100)	94.44 (44.44-100)	100 (44.44-100)
	RFG	25 (0-100)	100 (0-100)	100 (25-100)
	REP	44.66 (0-100)	100 (0-100)	100 (0-100)
	EM	40 (6.67-93.33)	66.67 (10-100)	73.33 (26.67-100)
	EG	52 (8-96)	76 (36-100)	81.66 (52-100)
	SF	62.35 (0-100)	87.50 (12.50-100)	87.50 (50-100)
	P	57.50 (10-100)	7.50 (22.50-100)	85 (35-100)
	AG	55.42 (15-100)	75 (35-100)	80 (50-100)

* Mediane scores (range) : n=62 n=62 n=52



vergelijking van de verschillen tussen twee meetmomenten (de begin- en eindmeting).
Als grens voor statistisch significantie wordt een $P < 0.05$ gesteld.

Resultaten

De behandeling wordt door 62 patiënten voltooid. Acht patiënten vallen af wegens verhuizing en verwijzing naar een psycholoog. Hiervan zijn 42 patiënten afkomstig uit PSFT praktijken en 20 uit PSOT praktijken. Het evaluatieformulier wordt door 52 patiënten geretourneerd. Dit betekent een verlies van 16% van de evaluatiescores.

Patiëntkenmerken

De typische patiënt die psychosomatische behandeling vraagt, is een werkende vrouw van 40 jaar met een middelbare tot hogere beroepsopleiding. Gedetailleerde patiëntenkenmerken zijn weergegeven in Tabel 1.

De gemiddelde klachtenduur bedraagt 9 maanden (SD 15 maanden). De verdeling van de klachtenduur wordt in tabel 1 vermeld. Bij 61% wordt de diagnose SOLK gesteld, bij 29% overspanning en burn-out en bij 10% paniek en hyperventilatieklachten.

Meetresultaten

A. Behandelingseffect voor de gehele groep

De scores van de klachtenlijsten 4DKL, VAS en SF 36 en de cumulatieve score tonen over de drie meetpunten een significant verschil ($P < 0.001$, Friedman test). Tabel 2 toont de mediane scores van de 4DKL, VAS en SF 36.

Figuur 1 toont de gemiddelde cumulatieve uitkomsten over de drie meetpunten.

Bij vergelijking van de eindmeting met de beginmeting blijkt de score op de eindmeting voor alle afzonderlijke dimensies als voor de cumulatieve score significant afgenomen te zijn ($P < 0.001$, Wilcoxon test). De bevindingen wijzen erop dat de behandeling met een sterke klachtenvermindering samenhangt.

Bij vergelijking van de evaluatiemeting met de eindmeting komt eveneens een significante verbetering van de cumulatieve score naar voren ($P = 0.003$), naast significante verbeteringen in de VAS ($P = 0.005$) en de emotieve SF 36 dimensies 'rolbeperking door emotionele problemen' ($P = 0.007$) en 'emotionele gezondheid' ($P = 0.004$). Deze resultaten wijzen erop, dat de positieve effecten van de behandeling kunnen doorwerken na beëindigen van de behandeling. Deze significanties zijn berekend met de Wilcoxon test.

Overige uitkomstmaten

Het ziekteverzuim, aanwezig bij aanvang bij 33% van de patiënten, neemt in de loop van de behandeling significant af ($P = 0.000$, Wilcoxon test). Het medicatiegebruik, aanwezig bij 31% van de patiënten daalt eveneens significant in de loop van de behandeling ($P = 0.007$, Wilcoxon test). Klinisch relevant is de zeven puntendaling op de distress-score van belang.⁽¹¹⁾ De zevenpunten daling op de distress-score wordt gerealiseerd bij 76% van alle patiënten. Het behandelgoal, sterke klachtenafname en participatieherstel, d.w.z. het succesvol afsluiten van een behandeling, wordt bereikt bij 88% van de patiënten.

De behandelduur varieert van 1 tot 14 maanden, gemiddeld 4 maanden (SD 2,9 maanden). Het aantal zittingen bevindt zich tussen 3 en 22 zittingen. Gemiddeld 11 zittingen (SD 7). Mann-Whitney U testen tonen geen significant verband tussen de klachtenduur/recidief en het behandelresultaat noch tussen de behandelduur/aantal zittingen en het behandelresultaat.

C. Stressortherapie indicatoren

Opleiding

Het merendeel van de patiënten (78%) is middelbaar tot hoger geschoold (MBO 55%, HBO 23%).



De veelheid aan interventievormen en de spreiding in het behandel-effect roepen de vraag op welke CGT interventievorm het meeste gewicht in de schaal legt bij de behandeling van SOLK

De cumulatieve score toont een significant verschil tussen de lager en hoger opgeleide patiënten op de eindmeting en evaluatie meting ($P=0.001$, Mann-Whitney U test).

Het behandel-effect, de afname van de gemiddelde cumulatieve score is bij de lager geschoolden 50%, terwijl dit bij de hoger geschoolden op 70% ligt. Conclusie: hoger geschoolden tonen een significant sterker behandel-effect dan lager geschoolden.

Behandelmodules

De specifieke CEG interventie, de stressortherapie wordt bij alle patiënten toegepast, TLW bij 84% en algemeen CGT bij 50%. Dus sommige kregen ST + TLW, sommige ST + CGT en sommige ST + TLW + CGT.

Stressorgegevens

De stressor is in 48% een negatieve emotie, in 32% een inadequate copingstijl, in 8% een disfunctionele cognitie en in 23% een negatief zelfbeeld. De stressor wordt aangevoeld door de behandelaar en vastgesteld in samenspraak met de patiënt. Samengenomen wordt een emotieve stressor vaker aangegeven (71%) dan een niet-emotieve cognitie of coping stressor (40%). De verdeling van de stressorneutralisatie toont een overeenkomstig beeld. Neutralisatie van de negatieve emotie wordt in 53% vermeld en neutralisatie van het negatieve zelfbeeld in 37%. Neutralisatie van negatieve cognitie (23%) en negatief copinggedrag (26%) worden in een lager percentage aangegeven. Conclusie: negatieve emoties zijn de belangrijkste disfunctionele CEG-factor in dit onderzoek.

Tevredenheid

Bij het afsluiten van de behandeling is 68% van de patiënten hierover zeer tevreden, 30% is tevreden en 2% is ontevreden. Een significant verschil komt naar voren tussen de cumulatieve scores van tevreden en zeer tevreden patiënten ($P=0.012$, Mann-Whitney U test). Het behandel-effect is voor zeer tevreden patiënten 70% en voor tevreden patiënten 50%. Conclusie: Er is een significant verschil in het behandel-effect van de groep zeer tevredenen vergeleken met de groep tevredenen.

Eigen uitspraak

Op de vraag "Wat is de belangrijkste ontwikkeling die u heeft doorgeemaakt door de behandeling?" geeft 50% van de patiënten als antwoord dat ze meer inzicht en grip op hun leven hadden gekregen. Er is weer controle en zelfsturing. Het ego is bij de behandeling betrokken. De antwoorden zijn duidelijk gericht op het ik (ik-uitspraken). 28% van hen antwoordt zich beter te kunnen ontspannen en minder klachten te hebben na de behandeling en 22% van de patiënten geeft aan op het gebied van het gevoel 'beter in hun vel' te zitten. In beide gevallen is het antwoord niet gericht op het ik, maar op het gevoel en de ontspanningsoefening. Vergelijken we de ik-uitspraken met ontspanningsuitspraken dan zien we een significant verschil op de cumulatieve score van de evaluatiemeting ($P=0.026$, Mann-Whitney U test).

Het behandel-effect is bij ik-uitspraken 75% en bij ontspanningsuitspraken 54%. Conclusie: Patiënten met een ik-uitspraak verschillen significant in behandel-effect van patiënten met een ontspanningsuitspraak.

Discussie

Beantwoording onderzoeksvragen

De eerste onderzoeksvraag kan bevestigend worden beantwoord. De stressorneutralisatie in combinatie met de gebruikelijke psychosomatische behandelmodules verricht op SOLK hebben effect.

Dit onderzoek toont voor de psychosomatische therapie een significante afname van de klachten, medicatie en ziekteverzuim. Daarbij blijkt dat de behandeling beklijft en doorwerkt.

De tweede onderzoeksvraag betreft patiëntkenmerken die van invloed zijn op de behandeling.

Dit onderzoek laat een robuust behandel-effect zien bij hoger opgeleiden, bij CGT, bij zeer tevredenen en bij eigen ik-uitspraken. Hoger opgeleiden tonen meer introspectie en de ik-uitspraken getuigen hiervan. Door introspectie en zelfsturing bij de zeer tevredenen lijkt de hoger opgeleide meer grip op de stressor te hebben en lijkt dit beter te verwerken. Een echte stressorneutralisatie lijkt zo tot een beter behandel-effect en een hogere patiënttevredenheid te leiden.

Ook zien we bij een aantal patiënten een 'sudden change' een plotse-

Het effect van stressortherapie

linge afname van de klachten. Deze plotselinge verbetering of 'sudden change' na een reattributie of uitspreken van een disfunctionele emotie blijkt tot een goed herstel te leiden⁽²³⁾. Dit wijst er ons inziens op dat de kern van de klachtproblematiek, de stressoractiviteit, is geraakt. Het merendeel van de patiënten geeft een negatieve emotie als stressor aan. Dit komt overeen met de verklaring, dat disfunctionele emoties, die verhoogde limbische activiteit veroorzaken, vanuit het limbisch systeem een SOLK veroorzaken⁽¹⁰⁾. De stressorneutralisatie dempt dan deze pathologische activiteit.

Vergelijkbaar onderzoek door andere disciplines.

Vergelijken we onze bevindingen met soortgelijk onderzoek dan zien we het volgende.

Door de PSOT werd in samenwerking met het NPi recent een overeenkomstig onderzoek uitgevoerd, waarbij dezelfde bevindingen naar voren kwamen⁽²⁴⁾. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de PSOT opgeleid wordt met de stressortherapie. Het behandel doel (klachtenafname en tevredenheid) wordt bereikt bij 87% van de patiënten. Bij algemeen opgeleide oefentherapeuten worden de doelen bij 57% van de patiënten bereikt. Waarbij aangetekend moet worden dat de PSOT-patiënten nauwkeurig zijn geïndiceerd op grond van hun geschiktheid voor de behandeling PSOT⁽²⁴⁾. In ons onderzoek worden de behandel doelen bereikt bij 88% van de patiënten. De distressdaling met meer dan 7 punten, een objectieve maat voor reële verbetering vond in ons onderzoek bij 80% van de patiënten plaats en in het PSOT onderzoek bij 82%.

De eerstelijns fysiotherapie ziet in 78% van de gevallen klachten zonder objectiveerbaar anatomisch pathologisch substraat, zoals pijnklachten van het houdings- en bewegingsapparaat, surmenage en hyperventilatie. Het behandel doel wordt bij 60% van de patiënten bereikt.

Binnen een eerstelijns fysiotherapiepraktijk met een speciale focus op psychosomatische klachten is op 50% van de patiënten een psychische diagnose van toepassing. Bij 55% van deze groep patiënten wordt het behandel doel gehaald. Dit betreft patiënten met psychosociale problematiek en SOLK, waarbij mogelijk de kern van de problematiek niet herkend en geraakt wordt⁽²⁵⁾.

Een bekend gerandomiseerd en gecontroleerd tweedelijns onderzoek vanuit de polikliniek interne van het Universitair Medisch Centrum Leiden met CGT en een controlegroep bij SOLK geeft aan dat het behandel doel (herstel en verbetering) in de CGT-groep bereikt is bij 82% en in de controlegroep bij 64% van de patiënten⁽²⁶⁾.

Vergelijkbaar onderzoek bij SOLK door eerstelijnspsychologen is ons niet bekend.

Over de sterkte en zwakte van het onderzoek

De zwakte van dit onderzoek is het ontbreken van een controlegroep. De pogingen om dit te realiseren, mislukten wegens te weinig steun. Het doel van dit onderzoek is echter in de eerste plaats het meetbaar maken van het werkingsmechanisme en in de tweede plaats de vergelijking met andere behandelingen.

De verbetering zou toegeschreven kunnen worden aan het natuurlijk beloop. Verreweg de meeste patiënten herstellen binnen een jaar wanneer er sprake is van natuurlijk beloop⁽²⁷⁾. De lange klachtduur pleit er tegen dat het natuurlijke beloop een rol speelt. Daarbij kennen we geen harde criteria waarop we ons kunnen richten, wanneer er sprake is van natuurlijk beloop.

Het aantal behandelde patiënten kan te klein zijn om vertrouwen te hebben in statistische significantie. Maar de vrij homogene patiëntselectie, de gerichte behandeling en het robuuste effect relativeren deze kritiek.

Het aantal van 62 patiënten laat geen uitgebreide subanalyse toe waarin patiëntengroepen met omkaderde diagnosegroepen worden geanalyseerd. Het subjectieve karakter van de stressor lijkt een zwakte, maar krijgt een objectief kenmerk, zoals de VAS dat ook krijgt, door het bewuste benoemen en vastleggen van de stressor in samenspraak met de patiënt. De sterkte van dit onderzoek is de gerichte oorzakelijke benadering binnen een multimodulair behandel aanbod, de adequate patiëntselectie (complexiteit 2 en 3) en het evalueren van de eigen mening van patiënt over de essentie van de behandeling.

Bewijskracht

De bewijskracht van dit onderzoek geeft aan dat, gezien het ontbreken van een controlegroep, er sprake is van beperkt bewijs. Volgens de Piramide van Evidentie betekent dit: niveau 3 bewijs, bewijskracht C (2). De onderzoeksbevindingen zeggen dat er aanwijzingen zijn dat een behandeling psychosomatische therapie met stressorneutralisatie gunstig effect heeft bij SOLK. Dit niveau van bewijs is op dit moment het hoogst haalbare bewijsniveau voor een psychosociaal georiënteerd paramedisch onderzoek zonder randomisatie vanuit de huisartsenpopulatie.

De hoogste bewijskracht heeft het systematische review en de gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT). Vergelijken we echter observationele studies met RCT's dan is er weinig bewijs dat de behandelresultaten gerapporteerd na 1984 in observationele studies consistent hoger liggen en kwalitatief verschillen van de resultaten verkregen in RCT's⁽²⁸⁾.

Aanbevelingen

Een gecontroleerd vergelijkend onderzoek van de SOLK-behandeling door psychosomatische therapeuten, eerstelijnspsychologen en huisartsen/praktijkondersteuners geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) is wenselijk. Een onderzoek naar psychosomatische oefentherapie in Twente: de PsySom Pilot trial gaat binnenkort van start en zal verricht worden door zes huisartsen en zes PST. Deze pilot wordt gesteund door zorgverzekeraar Menzis en is een belangrijke eerste stap in deze richting.

Concluderend, zien we dat de behandeling van patiënten met SOLK door zowel de psychosomatische fysiotherapeuten als door de psychosomatische oefentherapeuten in dit onderzoek positieve en robuuste resultaten boekt. De behandeling beklijft en werkt door.

Er blijkt sprake te zijn van afname van klachten, afname van medicatiegebruik en ziekteverzuim en sterke tevredenheid van de patiënt. Het robuuste effect, de 'sudden change' en de eigen ik-uitspraken wijzen erop dat de kern, de oorzaak van SOLK wordt geraakt: de stressor.

Voor de literatuurlijst verwijzen we naar de site *PR & Bekendheid* → *Beweegreden* ●

Dankzegging

Zeer veel dank ben ik verschuldigd aan de deelnemers van het onderzoek: mev. I. Bauhuis, PSFT; de heer R. Bos, PSFT; mev. R. Molenaar, PSOT; mev. B. Naafs-Noom, PSFT; mev. M. Pen, PSFT; mev. E. Versteeg, PSOT; mev. N van Zutphen, PSFT. Ik dank de heer dr. J.M. Bos, methodoloog; de heer dr. P. Klaver, experimenteel psycholoog en dr. B. Teerling, huisarts-onderzoeker voor hun methodologische, statistische en kritische opmerkingen.