

Mindfulness-based cognitieve therapie voor patiënten met somatoforme stoornissen

H. VAN RAVESTEIJN

ACHTERGROND Patiënten met somatoforme stoornissen worden door hun klachten vaak fors gehinderd in het dagelijks functioneren. Bij somatoforme stoornissen is cognitieve gedragstherapie bewezen effectief; echter, de bereidheid om bij lichamelijke klachten naar een psycholoog te gaan is beperkt. Mogelijk is *mindfulness-based* cognitieve therapie (mbct) een geschikte behandeling omdat hierin expliciet aandacht besteed wordt aan de lichamelijke ervaring en omdat deze gericht is op het ontwikkelen van acceptatie van de klachten.

DOEL Bepalen van de effectiviteit en kosteneffectiviteit van mbct voor patiënten met somatoforme stoornissen, en inzicht verwerven in de manier waarop de therapie tot gedragsverandering kan leiden.

METHODE Gerandomiseerde gecontroleerde trial waarbij 61 patiënten mbct kregen en 56 de gebruikelijke zorg. Deelnemers behoorden tot de 10% frequentste bezoekers van hun huisarts en hadden gedurende minimaal 6 maanden last van onverklaarde lichamelijke klachten. De primaire uitkomstmaten waren de ervaren gezondheid, en mentaal en fysiek functioneren. De metingen vonden plaats bij de start van de training, en 3 en 12 maanden na de start. Daarnaast werden kostendagboeken bijgehouden, om inzicht te krijgen in het zorggebruik. Ook werden 12 deelnemers driemaal uitgebreid geïnterviewd.

RESULTATEN Hoewel de ervaren gezondheid en het fysiek functioneren niet verschilden tussen de twee groepen, was het mentale functioneren wel beter in de mbct-groep (effectgrootte 0,3). De vitaliteit en het sociaal functioneren waren na 3 maanden in de mbct-conditie significant hoger dan in de controleconditie. De totale gezondheidszorgkosten verschilden niet significant tussen de condities. Het gebruik van ziekenhuiszorg was lager in de mbct-groep, wel was het gebruik van de ggz hoger in deze groep. Met de interviewstudie werd een proces van verandering gevonden; een proces dat ertoe leidde dat de patiënten minder gericht waren op symptoombestrijding op korte termijn en meer op acceptatie van de klachten en zelfzorg.

CONCLUSIE Gezien de verbetering in het mentale functioneren is mbct een zinvolle therapie voor patiënten met somatoforme stoornissen. De toename in gebruik van de ggz na het volgen van mbct zou erop kunnen wijzen dat patiënten met somatoforme stoornissen na mbct meer open staan voor psychische hulp.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)3, 198-206

TREFWOORDEN mindfulness-based cognitieve therapie, somatoforme stoornissen



ARTIKEL



Ongeveer een op de vijf patiënten die de huisarts bezoekt, heeft onverklaarde lichamelijke klachten (Barsky & Borus 1995; de Waal e.a. 2004). Meestal verdwijnen deze klachten

spontaan. Maar in 10-16% van de gevallen blijven de symptomen bestaan en leiden ze tot functionele beperkingen (Spitzer e.a. 1994; de Waal e.a. 2004). Binnen de huis-

artsgeneeskunde wordt de term 'somaatich onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten' (SOLK) gebruikt. In de psychiatrie hanteren we de term 'somatoforme stoornis', hierbij dienen de klachten langer dan 6 maanden te bestaan, niet (volledig) verklaard te worden door een somatische ziekte of gebruik van een middel en te leiden tot functionele beperkingen.

Bij somatoforme stoornissen is de behandeling waarvoor de meeste wetenschappelijke evidentie bestaat, de cognitieve gedragstherapie. Hierbij worden voornamelijk verbeteringen op het gebied van lichamelijke symptomen, lichamelijk functioneren en psychische klachten gezien (Deary e.a. 2007; Kroenke 2007; Speckens e.a. 1995). In recent Nederlands onderzoek, gericht op een groepsinterventie met cognitieve gedragstherapie, werd opnieuw aangetoond dat cognitieve gedragstherapie effectief is en met name het lichamelijk functioneren verbetert (Zonneveld e.a. 2012).

Om twee redenen kozen wij ervoor om een andere interventie te onderzoeken. Ten eerste is de bereidheid van patiënten met somatoforme stoornissen om naar een psycholoog verwezen te worden vaak gering, deels omdat deze verwijzing lijkt te impliceren dat de klachten 'tussen de oren zitten' (Karlsson e.a. 1995). Ten tweede wordt er in de cognitieve gedragstherapie geen tot weinig aandacht besteed aan de fysieke ervaring van het symptoom. Wij veronderstelden dat een interventie die gericht is op gedrag en cognities, maar ook op de fysieke ervaring, aantrekkelijk zou zijn voor deze patiënten en mogelijk ook effectiever.

Het vergroten van de acceptatie van het ervaren van symptomen is mogelijk een sleutelproces in het verbeteren van de zorg voor patiënten met somatoforme stoornissen. Patiënten met deze klachten worden soms gekarakteriseerd als patiënten met een hoge 'intolerantie voor pijn/aversieve gevoelens' (*distress intolerance*) (Deary e.a. 2007). Ze ervaren symptomen al snel als aversief of bedreigend, wat ertoe leidt dat het werkelijk aandacht besteden aan de lichamelijke sensatie vermeden wordt (Kuzminskyte e.a. 2010). Als deze patiënten de ervaring zouden kunnen leren accepteren, dan zou de vermijding van de symptomen af kunnen nemen en het aanpassingsvermogen toe kunnen nemen. Daarom hebben wij ons gericht op een interventie die zich primair richt op de acceptatie van persisterende symptomen, namelijk *mindfulness-based* cognitieve therapie (MBCT).

Mindfulness-based cognitieve therapie

MBCT is een groepstraining waarin deelnemers uitgenodigd worden om hun aandacht te trainen. De training is ontwikkeld voor patiënten met recidiverende depressies door Segal, Williams en Teasdale (Teasdale e.a. 2000). Deze the-

AUTEUR

HISKE VAN RAVESTEIJN, psychiater, afd. Psychiatrie, Radboudumc, Nijmegen.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Hiske van Ravesteijn, afd. Psychiatrie, Radboudumc, Postbus 9101, route 966, 6500 HB Nijmegen.
E-mail: Hiske.vanravesteijn@radboudumc.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-7-2015.

rapie combineert inzichten vanuit de cognitieve gedragstherapie met het mindfulness-based stressreductieprogramma dat ontwikkeld is door Kabat-Zinn (1990). MBCT bestaat uit acht wekelijkse groepsbijeenkomsten met dagelijkse oefeningen om thuis te doen. Er zijn formele oefeningen, waaronder de bodyscan, meditatie en bewegingsoefeningen en er zijn informele oefeningen die gericht zijn op het bewust aandacht schenken aan dagelijkse bezigheden zoals lopen of douchen.

MBCT wordt ook wel de derde generatie gedragstherapie genoemd, met gedragstherapie als de eerste generatie en cognitieve gedragstherapie als de tweede. Wat MBCT toevoegt, is de metacognitieve en de ervaringsgerichte dimensie. Men besteedt primair aandacht aan de relatie die iemand heeft met gedachten of symptomen, in plaats van in te gaan op de inhoud ervan. Het gaat om een meer ervaringsgerichte en minder cognitieve benadering.

De effectiviteit van mindfulnessstraining is onder meer aangetoond bij patiënten met angst- en stemmingsstoornissen, slaapstoornissen, fibromyalgie, chronische pijn, hypochondrie en het chronischevermoeidheidssyndroom (Lakhan & Schofield 2013). Een recente meta-analyse naar de effectiviteit van mindfulness-based therapie met 209 studies ($n = 12.145$) toonde aan dat op mindfulness gebaseerde interventies effectief zijn in het verminderen van depressie- en angstklachten. De effectgrootte vergeleken met wachtlijstcontrolecondities was 0,53 en vergeleken met actieve controlecondities 0,33. Mindfulness bleek even effectief als cognitief-gedragstherapeutische interventies (Khouri e.a. 2013).

Het doel van ons onderzoek was om de effectiviteit en kosteneffectiviteit van mindfulnessstraining te bepalen bij patiënten met somatoforme stoornissen en om meer inzicht te verwerven in de manier waarop mindfulnessstraining tot gedragsverandering kan leiden. Om dit te onderzoeken hebben we een drietal studies uitgevoerd: een gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) met een

geïntegreerde kosteneffectiviteitsstudie en parallel daaraan een kwalitatieve studie naar de werkingsmechanismen van mindfulnessstraining.

METHODEN

Gerandomiseerde gecontroleerde studie

We hebben een studie opgezet waarin we mindfulnessstraining vergeleken hebben met de gebruikelijke zorg. Negentien huisartsen in de regio Nijmegen namen deel aan de studie, hun praktijken waren gesitueerd in buurten met zowel lage als hoge sociaaleconomische status.

De 10% frequentste bezoekers van de huisartsen in het afgelopen jaar werden middels een computerprogramma geselecteerd. We vroegen de huisartsen om de exclusiecriteria van de studie toe te passen op deze lijst van frequente bezoekers. De exclusiecriteria waren: frequent bezoek aan de huisarts om een andere reden dan lichamelijke klachten, lichamelijke klachten die volledig verklaard worden door een lichamelijke ziekte, geen beperkingen ervaren ten gevolge van de lichamelijke symptomen, psychose of bipolaire stoornis in de voorgeschiedenis, huidig alcohol- of drugsmisbruik, cognitieve beperkingen, problemen met de Nederlandse taal en het reeds gevolgd hebben van mindfulnessstraining.

De overgebleven patiënten werden uitgenodigd en bij interesse in deelname geïnterviewd. Tijdens het onderzoekinterview werd bepaald of deelnemers voldeden aan de inclusiecriteria: lichamelijke klachten ervaren gedurende minimaal 6 maanden, niet (volledig) verklaard door een lichamelijke ziekte of door het gebruik van middelen, en het ervaren van functionele beperkingen door deze lichamelijke klachten. Tijdens het interview werd gesproken over zowel lichamelijke als eventuele psychische klachten. De huisartsen ontvingen een brief over iedere deelnemende patiënt met de resultaten van het onderzoekinterview. Vervolgens werden patiënten gerandomiseerd met een door de computer gegenereerde tabel over de interventie- en de controleconditie.

Interventie

Patiënten die in de interventieconditie geloot werden, ontvingen de gebruikelijke zorg en daarbij acht wekelijkse sessies mindfulnessstraining van 2,5 uur en een 6 uur durende stiltedag. Daarnaast kregen ze de opdracht om dagelijks ongeveer drie kwartier per dag te oefenen. Ons trainingsprotocol was gebaseerd op het MBCT-protocol dat ontwikkeld is voor patiënten met recidiverende depressies (Teasdale e.a. 2000). We hebben kleine aanpassingen in het protocol aangebracht om het geschikt te maken voor patiënten met somatoforme stoornissen. Er werd aandacht besteed aan psycho-educatie over lichamelijke klachten,

het monitoren van activiteiten, het identificeren van automatische negatieve gedachtepatronen en het ontwikkelen van een terugvalpreventieplan. De groepsgrootte varieerde van 7 tot 14 patiënten per groep. De groepen werden begeleid door een ervaren mindfulnesstrainer. Gedurende de studie waren er twee trainers die ieder een aantal groepen begeleidden, beiden hadden een tweejarige opleiding tot trainer gevolgd en meer dan 30 mindfulnesstrainingsgroepen geleid voor patiënten met psychiatrische en/of lichamelijke ziekten.

Controleconditie

Deelnemers in de controleconditie werd gevraagd om gedurende een jaar geen mindfulnessstraining te volgen. Zij mochten, net als de patiënten in de mindfulnessconditie, alle zorg gebruiken die zij normaliter ook zouden gebruiken, bijvoorbeeld fysiotherapie, medicatie, bezoek aan een medisch specialist, bezoek aan de huisarts en bezoek aan alternatief genezers. Na dat jaar werd de mindfulnessstraining alsnog kosteloos aangeboden.

Meetinstrumenten

De primaire uitkomstmaat was de ervaren gezondheid gemeten met de visuele-analogschaal van de *EuroQol-5D* (0 = slechtst voorstelbare, 100 = best voorstelbare gezondheid). Het psychisch en lichamelijk functioneren werd gemeten met de somschalen van de *SF-36* (*MCS* = *mental component summary*; *PCS* = *physical component summary*; 0-100; hogere scores duiden op een beter functioneren). Ook de acht subschalen van de *SF-36* gebruikten we, deze richten zich onder andere op pijn, vitaliteit en sociaal functioneren. Daarnaast gebruikten we de *Whiteley Index* om ziekteangst te meten (schaal 0-56, hogere scores duiden op meer angst). Deze maten werden afgenomen bij de start van het onderzoek, na drie maanden en een jaar na de start van het onderzoek.

Statistische analyse

De analyse werd uitgevoerd op basis van het *intention-to-treat* principe. Een secundaire per-protocolanalyse werd uitgevoerd met de gegevens van patiënten die minimaal 4 sessies mindfulnessstraining hadden gevolgd en de patiënten die volgens het protocol de gebruikelijke zorg hadden ontvangen. ANCOVA werd gebruikt om de groepen te vergelijken. De effectgrootte werd uitgedrukt in Cohens *d*. Cohens *d* is een dimensieloos getal dat wordt bepaald door het verschil tussen de gemiddelden van de twee groepen te nemen, en dat te delen door de standaarddeviatie. Hoe dichter het bij de 0 ligt, hoe kleiner het effect is. Daarnaast toetsten we de verschillen tussen de metingen bij start van het onderzoek en de metingen na 3 en 12 maanden binnen de groepen met gepaarde *t*-toetsen.

Kosteneffectiviteitsonderzoek

Om het gebruik van de gezondheidszorg te meten, vroegen we patiënten om maandelijks een kalender in te vullen waarop ze hun zorggebruik aangaven (bijvoorbeeld huisartsbezoek, fysiotherapie, bezoek aan een specialist of alternatieve geneeswijze) (Hakkaart-van Roijen e.a. 2010; Koopmanschap e.a. 1995). De effectiviteit van de mindfulnessstraining versus de controle-interventie werd uitgedrukt in *quality adjusted life years* (QALY's). Een QALY is een uitdrukking van de kwaliteit van leven. De factor bedraagt 1 bij het zich volledig gezond voelen en ligt tussen 0 en 1 bij verminderde levenskwaliteit. Wij gebruikten de SF-6D, gebaseerd op de SF-36, om het verschil in de kwaliteit van leven te berekenen tussen de twee groepen.

We analyseerden de data met *bootstrap* modellen met 1000 replicaties, dit vanwege de scheve kostenverdeling. Ook de QALY-scores werden middels *bootstrap* modellen geanalyseerd. Hierbij drukten we de uitkomsten uit in incrementele kosteneffectiviteitsratio's (ICER's). Een ICER wordt berekend door het verschil in kosten van de behandelingen te delen door het verschil in effectiviteit van de behandelingen. Een ICER drukt uit hoeveel extra geld er geïnvesteerd moet worden om een volledige QALY te winnen.

Kwalitatief onderzoek

Parallel aan het onderzoek verrichtten wij een uitgebreide kwalitatieve studie om de resultaten van de trial beter te kunnen interpreteren en zicht te krijgen op de werkingsmechanismen van mindfulnessstraining bij patiënten met somatoforme stoornissen. Hierbij maakten we gebruik van drie kwalitatieve bronnen. De belangrijkste bron waren de interviews met twaalf patiënten uit de trial die we afnamen, voor en na de mindfulnessstraining en een jaar na de training. Daarnaast gebruikten we twee observatieverslagen van twee onderzoekers die als observerende participant hadden deelgenomen aan de mindfulnessstraining. Ook maakten we gebruik van notities van patiënten over de door hen ervaren veranderingen (van Ravesteijn e.a. 2014).

De twaalf geïnterviewde patiënten werden volgens de *purposive sampling* methode geselecteerd waarbij rekening gehouden werd met leeftijd, geslacht en type klachten. De interviews duurden tussen de 25 en 45 minuten en waren gericht op wat men geleerd had tijdens de training en hoe dit in het dagelijks leven tot uiting kwam.

Voor de analyse gebruikten we de analytische inductie van de *grounded theory* als leidraad om een theoretisch model te maken. Hierbij gebruikten we ATLAS.ti als ondersteuning bij het coderingsproces. Alle interviews werden opgenomen en letterlijk getranscribeerd. Vervolgens werden de interviews door twee onderzoekers onafhankelijk gecoedeerd. Deze codes werden met elkaar vergeleken, de

onderzoekers overlegden met het onderzoeksteam totdat er consensus ontstond over de best passende coderingen. Door onderscheid te maken tussen patiënten bij wie de mindfulnessstraining tot veel effect had geleid en patiënten bij wie er minder effect was, kregen we zicht op ondersteunende factoren en barrières in het proces.

RESULTATEN

Negentien huisartsen in de regio Nijmegen namen deel aan het onderzoek. Van de 2231 frequente huisartsbezoekers werd 69% uitgesloten van deelname door de huisarts, meestal omdat deze patiënten klachten hadden die volledig verklaard werden door een lichamelijke ziekte of omdat ze geen lichamelijke klachten (meer) hadden. Van de 685 patiënten die in aanmerking kwamen voor deelname aan het onderzoek, was 27% geïnteresseerd in deelname.

Van de 153 patiënten die geïnterviewd werden, werden 18 patiënten uitgesloten omdat ze niet aan de inclusiecriteria voldeden. Tien patiënten zagen af van deelname, meestal vanwege tijdgebrek. In totaal namen 125 patiënten deel aan de trial. De gemiddelde leeftijd was 47 jaar (SD 11), 74% van de deelnemers was vrouw, de helft van de patiënten was werkloos. Vermoeidheid en gewrichtsproblemen waren de meest voorkomende onverklaarde lichamelijke klachten. Bij de helft van de deelnemers hadden deze klachten tot ernstige beperking in het dagelijks leven geleid, bij de overige patiënten leidden ze tot matig ernstige beperkingen. Er waren geen belangrijke verschillen tussen de deelnemers in de mindfulnessconditie en de gebruikelijke zorgconditie.

In het jaar voor deelname aan de studie bezochten de patiënten (n = 125) gemiddeld 10 maal per jaar de huisarts. Naast de somatoforme stoornissen had 81% van de patiënten minimaal een comorbide chronische lichamelijke ziekte (bijvoorbeeld diabetes mellitus of COPD) en 29% had drie of meer chronische lichamelijke ziekten. Een derde van de deelnemers had een comorbide angststoornis en/of depressieve stoornis. Van de patiënten die gerandomiseerd waren in de mindfulnessconditie, stopten 3 patiënten na het onderzoeksinterview, 8 patiënten besloten alsnog niet deel te nemen aan de mindfulnessstraining, zij bleven wel de vragenlijsten invullen; 4 patiënten waren gestart met de mindfulnessstraining, maar volgden minder dan 4 sessies.

Effecten van mindfulnessstraining

Van de patiënten die gestart waren, had 92% de mindfulnessstraining afgerond. Drie maanden na de start verschilde de ervaren gezondheid niet significant tussen de twee groepen (TABEL 1). Het mentale functioneren was wel significant beter in de mindfulnessconditie dan in de gebruikelijke zorgconditie (verschil van 3,9; 95%-BI: 0,2-7,6), met een

TABEL 2 Effecten van mindfulnessstraining vergeleken met de gebruikelijke zorg

	Score bij aanvang		Score na 3 maanden		Score na 12 maanden	
	Gemiddelde (SD)		Gemiddelde (SD)		Gemiddelde (SD)	
	Mindfulness (n = 61)	Gebruikelijke zorg (n = 56)	Mindfulness (n = 58)	Gebruikelijke zorg (n = 53)	Mindfulness (n = 57)	Gebruikelijke zorg (n = 50)
Ervaren gezondheid	58,2 (17,4)	62,9 (14,4)	63,8 (17,1) ^B	64,2 (16,7)	63,5 (18,3) ^B	66,7 (16,9)
Fysiek functioneren (PCS)	36,3 (9,62)	40,7 (9,60)	38,2 (11,0)	41,4 (11,5)	39,6 (12,1) ^B	42,7 (10,2)
Mentaal functioneren (MCS)	44,3 (11,5)	41,5 (11,7)	47,4 (11,6) ^{A,B}	42,2 (12,3)	47,0 (12,3) ^B	46,3 (10,5) ^B
Angst voor ziekte (WI)	23,1 (8,61)	23,3 (10,3)	20,6 (9,16) ^B	21,9 (9,26)	20,6 (9,19) ^B	22,6 (10,1)

^Ap < 0,05 voor het verschil tussen de mindfulnessconditie en gebruikelijkezorgconditie (ANCOVA, score gecorrigeerd voor aanvang, leeftijd, geslacht en opleidingsniveau).

^Bp < 0,05 voor het verschil binnen de mindfulnessconditie en binnen de gebruikelijkezorgconditie (gepaarde T-toets). Hiermee wordt dus niet het verschil tussen de twee groepen uitgedrukt, maar wel het verschil tussen de voor- en de nameting binnen de groep.

effectgrootte uitgedrukt in Cohens d van 0,34. De verbetering bestond met name uit een toegenomen vitaliteit (verschil van 7,4; 95%-BI: 1,1-14) en verbeterd sociaal functioneren (verschil van 9,5; 95%-BI: 1,4-18). De angst voor het hebben van een ernstige ziekte nam significant af na de mindfulnessstraining, gemeten met de *Whiteley Index* met de per-protocolanalyse (p = 0,05).

Een jaar na start van het onderzoek waren er geen significante verschillen meer tussen de twee condities. Bij de vergelijking van de veranderingen binnen de mindfulnessgroep met de veranderingen binnen de controlegroep, viel op dat de ervaren gezondheid (verschil van 5,8; 95%-BI: 1,1-10) en het fysiek functioneren (verschil van 3,2; 95%-BI: 0,6-5,8) wel significant verbeterd waren binnen de mindfulnessconditie en niet binnen de gebruikelijkezorgconditie.

Kosteneffectiviteit

De algehele gezondheidszorgconsumptie verschilde niet sterk tussen de condities. In de mindfulnessconditie waren er gemiddeld 26 contacten in het jaar (mediaan 38; SD 35) en in de gebruikelijkezorgconditie gemiddeld 22 contacten (mediaan 39; SD 41). De kosten waren in de mindfulnessconditie gemiddeld 650 euro hoger dan in de gebruikelijkezorgconditie, dit werd met name veroorzaakt door de kosten van de mindfulnessstraining (450 euro).

Er waren opmerkelijke verschillen in de verdeling van het type zorggebruik. Het gebruik van ziekenhuiszorg nam af in de mindfulnessconditie. De gemiddelde ziekenhuiszorgkosten per jaar in de mindfulnessgroep waren 640 euro, in de gebruikelijkezorgconditie 860 euro. Het gebruik van geestelijke gezondheidszorg was hoger in de mindfulnessconditie: 431 euro versus 224 euro in de gebruikelijkezorgconditie (Van Ravesteijn e.a. 2013).

In de mindfulnessconditie was er een grotere toename in QALY's dan in de gebruikelijkezorgconditie (0,06 vs. 0,04). Dit resulteerde in een ICER van 56.637 euro voor de winst van een QALY. Bij een bereidheid tot het betalen van 80.000 euro per QALY, een grens die in Nederland gebruikelijk is (Raad voor de Volksgezondheid 2006), lag de kans dat MBCT vanuit maatschappelijk perspectief kosteneffectief was tussen de 56 en 62%. Daarmee was mindfulnessstraining in deze studie binnen een jaar kosteneffectiever dan de gebruikelijke zorg.

Kwalitatieve studie

Met de kwalitatieve bronnen konden wij een proces identificeren dat we het 'proces van verandering door mindfulnessstraining' hebben genoemd (van Ravesteijn e.a. 2014). Dit proces van verandering bestaat grofweg uit de 6 stappen die in **TABEL 2** onder thema's vermeld staan. Het proces begint met bewustzijn van het huidige moment met de daarbij horende zintuiglijke ervaringen, gedachten en emoties. Patiënten beschreven hoe zij, door regelmatig een moment bewust aandacht te besteden aan zichzelf, zich meer bewust werden van hun lichamelijke sensaties. Tijdens de training werden ze uitgenodigd om in plaats van de sensaties te vermijden, deze te onderzoeken. Patiënten beschreven dat zij zich minder sterk met hun klachten identificeerden dan voorheen. De toename van het lichamenlijk bewustzijn ging gepaard met meer acceptatie van de klachten en met meer inzicht in de eigen gedragspatronen.

Een vaker genoemd patroon was: moeite hebben met het aangeven van grenzen aan anderen. Twee derde van de geïnterviewde patiënten lukte het om deze gedragspatronen te veranderen. Sommigen voerden veranderingen door op het werk, zoals het aanpassen van de werktijden

TABEL 2 Proces van verandering door mindfulnessstraining bij patiënten met somatoforme stoornissen, de belangrijkste thema's in dit proces met ter illustratie kenmerkende citaten

Thema's	Kenmerkende citaten
Aanwezig zijn	'Een vast moment in de week waarop ik bewust mijn aandacht richtte op het hier en nu; dat gaf me rust.'
Bewust zijn van het lichaam	'Het belangrijkste is dat ik me meer bewust ben van mijn lichaam (...) bijvoorbeeld als ik op een bepaalde manier zit [zit met de armen over elkaar in een gespannen houding] dan is er iets aan de hand, anders zou ik zo niet zitten.'
Acceptatie	'Het is mijn motto geworden: 'het is zoals het is, en dat is het'. Als er iets [een symptoom] opkomt (...) wacht ik nu eerst het beloop af.'
Inzicht in patronen	'Ik ging enorm over mijn grenzen heen (...) iedere keer dat ik me een beetje beter voelde, begon ik weer te rennen en draaide ik overuren op het werk. Zo raakte mijn lichaam uitgeput. Ik heb dit telkens weer genegeerd.'
Veranderen van patronen	'Ik zeg nu gemakkelijker wat ik denk (...) Ik zeg gewoon: 'Ik waardeer dat niet, of dat vind ik niet fijn.' Ik mag dat zeggen, weet je. (...) Mijn moeder vindt dat ik erg veranderd ben.'
Zelfcompassie	'Ik voelde dat ik er echt mag zijn, het is oké, wat ik dan ook voel.'

en het aangeven van grenzen aan collega's. Anderen gaven voorbeelden over het uiten van gevoelens naar naasten. De veranderingen waren met name gericht op betere zelfzorg. Een derde van de geïnterviewde patiënten vertelde vriendelijker voor zichzelf te zijn geworden. Ze hadden geleerd om met meer mildheid of zelfcompassie met zichzelf om te gaan.

Er werden twee typen barrières gevonden die het proces van verandering konden dwarsbomen. De deelnemers die grote financiële of sociale problemen hadden, waren minder goed in staat om de training te volgen, zij konden hun aandacht niet goed richten op de oefeningen en hadden geen ruimte om thuis dagelijks te oefenen. Een andere barrière was het niet komen tot acceptatie van de lichamelijke klachten. Er waren in de interviewstudie twee deelnemers die wel een toename van bewustzijn van het lichaam ervoeren, maar die uiteindelijk niet konden of wilden accepteren dat ze de klachten hadden die ze hadden. Bij beiden was er sprake van een sterke emotionele identificatie met de lichamelijke klachten.

DISCUSSIE

Dit is de eerste gerandomiseerde gecontroleerde studie naar de effecten van mindfulnessstraining bij patiënten met somatoforme stoornissen in de eerste lijn. Een kwart van de uitgenodigde patiënten was bereid tot deelname aan mindfulnessstraining, mogelijk waren dit de patiënten met de grootste motivatie voor verandering. De interventie was haalbaar voor het merendeel van deze patiënten: 92% van degenen die gestart zijn, heeft de training ook afge-

rond. Er was geen significant verschil tussen de twee groepen qua ervaren gezondheid. Wel was er een bescheiden significant verschil in het mentale functioneren. We vonden een effectgrootte van Cohens $d = 0,34$ van mindfulnessstraining op het mentale functioneren, dit is een effect van kleine tot gemiddelde grootte. Ter vergelijking, dit is een groter effect dan de effectiviteit van antidepressiva bij lichte en matig ernstige depressies (Fournier e.a. 2010).

Met de kosteneffectiviteitanalyse ontdekten we dat de mindfulnessstraining gepaard ging met een iets grotere kwaliteit van leven tegen een kleine stijging in gezondheidszorgkosten. De kans dat de mindfulnessstraining bij patiënten met somatoforme stoornissen binnen een jaar kosteneffectief is, wordt in deze studie geschat op 56 tot 62%. Patiënten die de mindfulnessstraining volgden, maakten in het jaar van het onderzoek meer gebruik van de geestelijke gezondheidszorg en minder van ziekenhuiszorg dan de deelnemers in de controlegroep. De afname in het gebruik van ziekenhuiszorg kan gerelateerd zijn aan de afname in ziekteangst die gemeten werd in de mindfulnessconditie. Ook zou het zo kunnen zijn dat de mindfulnessstraining ertoe geleid heeft dat men zicht kreeg op patronen die de klachten in stand houden, waarbij ziekenhuiszorg wellicht een minder geschikte wijze is om deze patronen te veranderen dan geestelijke gezondheidszorg. Dit is vanuit de kosteneffectiviteitsdata echter niet met zekerheid te stellen; het verdient verder onderzoek.

Uit het kwalitatieve onderzoek bleek dat de mindfulnessstraining patiënten leerde om bij hun lichamelijke klachten stil te staan en deze te verdragen. Ook zagen we dat de

patiënten effectievere zelfzorg gingen toepassen, bijvoorbeeld door het aanpassen van hun werktijden en door het aangeven van grenzen naar anderen. Door het ervaringsgerichte leren blijkt een groot deel van de deelnemers tot sterke inzichten te komen en een vriendelijker houding tegenover zichzelf, die samen leiden tot gedragsverandering.

CONCLUSIE

Gezien de verbetering in het mentale functioneren is mindfulness-based cognitieve therapie (MBCT) een zinvolle therapie voor patiënten met somatoforme stoornissen. Waar cognitieve gedragstherapie met name tot een verbetering van het fysieke functioneren leidt, lijkt mindfulness-training met name het mentale functioneren te verbeteren. MBCT is reeds opgenomen in de Nederlandse richtlijnen voor het behandelen van recidiverende depressies en burn-out. Mogelijk biedt deze studie, in combinatie met de resultaten van het recente Deense onderzoek van Fjorback e.a. (2013), aanleiding om ook bij patiënten met somatoforme stoornissen een verwijzing naar MBCT te overwegen. Omdat MBCT kan leiden tot meer acceptatie van de klachten, meer inzicht in de gedragspatronen, en daarmee een afname van automatische reacties; lijkt deze training niet alleen geschikt bij recidiverende depressies en somato-

forme stoornissen, maar ook bij diverse andere psychiatrische stoornissen zoals persoonlijkheidsproblematiek, ADHD, angststoornissen en verslaving.

NOOT

1 Dit artikel is gebaseerd op 3 artikelen, die deel uitmaken van mijn proefschrift, *Minding the body. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with medically unexplained symptoms* (Nijmegen 2013), te weten:

- van Ravesteijn H, Lucassen P, Bor H, van Weel C, Speckens A. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2013; 82: 299-310
- van Ravesteijn H, Grutters J, oude Hartman T, Lucassen P, Bor H, van Weel C, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with medically unexplained symptoms: a cost-effectiveness study. *J Psychosom Res* 2013; 74: 197-205.
- van Ravesteijn HJ, Suijkerbuijk YB, Langbroek JA, Muskens E, Lucassen PL, van Weel C, e.a. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for patients with medically unexplained symptoms: process of change. *J Psychosom Res* 2014; 77: 27-33.

LITERATUUR

- Barsky AJ, Borus JF. Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA* 1995; 274: 1931-4.
- Deary V, Chalder T, Sharpe M. The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: a theoretical and empirical review. *Clin Psychol Rev* 2007; 27: 781-97.
- Fjorback LO, Arendt M, Ornbol E, Walach H, Rehfeld E, Schroder A, e.a. Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes - Randomized trial with one-year follow-up. *J Psychosom Res* 2013; 74: 31-40.
- Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, e.a. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA* 2010; 303: 47-53.
- Hakkaart-van Roijen L, Tan SS, Bouwmans CAM. Handleiding voor kostenonderzoek. Methoden en standaard kostprijzen voor economisch evaluaties in de gezondheidszorg. actualized version. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam; 2010.
- Kabat-Zinn J. Full catastrophe living, how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation. Bantam Doubleday Dell; 1990.
- Karlsson H, Lehtinen V, Joukamaa M. Psychiatric morbidity among frequent attender patients in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1995; 17: 19-25.
- Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, e.a. Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2013; 33: 763-71.
- Koopmanschap MA, Rutten FF, van Ineveld BM, van Roijen L. The friction cost method for measuring indirect costs of disease. *J Health Econ* 1995; 14: 171-89.
- Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom Med* 2007; 69: 881-8.
- Kuzminskyte R, Kupers R, Videbech P, Gjedde A, Fink P. Increased sensitivity to supra-threshold painful stimuli in patients with multiple functional somatic symptoms (MFS). *Brain Res Bull* 2010; 82: 135-40.
- Lakhan SE, Schofield KL. Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2013; 8: e71834.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Zinnige en duurzame zorg. Zoetermeer: RVZ; 2006.

- Ravesteijn H van, Grutters J, Olde Hartman T, Lucassen P, Bor H, van Weel C, e.a. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with medically unexplained symptoms: a cost-effectiveness study. *J Psychosom Res* 2013; 74: 197-205.
- Ravesteijn HJ van, Suijkerbuijk YB, Langbroek JA, Muskens E, Lucassen PL, van Weel C, e.a. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for patients with medically unexplained symptoms: Process of change. *J Psychosom Res* 2014; 77: 27-33.
- Speckens AE, van Hemert AM, Spinhoven P, Hawton KE, Bolk JH, Rooijmans HG. Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. *BMJ* 1995; 311: 1328-32.
- Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, 3rd, Hahn SR, e.a. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994; 272: 1749-56.
- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 615-23.
- Waal MW de, Arnold IA, Eekhof JA, van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 470-6.
- Zonneveld LN, van Rood YR, Timman R, Kooiman CG, Van't Spijker A, Busschbach JJ. Effective group training for patients with unexplained physical symptoms: a randomized controlled trial with a non-randomized one-year follow-up. *PLoS One* 2012; 7: e42629.

SUMMARY

Mindfulness-based cognitive therapy for patients with somatoform disorders

H. VAN RAVESTEIJN

BACKGROUND The daily lives of patients with somatoform disorders are often severely impaired by the symptoms of their illness. Cognitive behavioural therapy has proved to be an effective treatment for somatoform disorders. However, patients with these disorders are often reluctant to consult a psychologist for their physical symptoms. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) might be a useful form of treatment because it gives explicit attention to physical experiences and because it has a strong focus on acceptance of symptoms.

AIM To measure the effectiveness and cost-effectiveness of MBCT for patients with somatoform disorders and to provide insight into how the therapy can gradually bring about behavioural change.

METHOD In this randomised controlled trial (RCT), half of the participants (n=61) received MBCT and the other half (n=56) received usual care. Participants belonged to the 10% of patients who visited primary care practitioners the most frequently; they had unexplained medical symptoms for at least six months. The primary outcomes were health status and mental and physical functioning. Measurements were taken at baseline, after 3 months and one year after baseline. In addition, records were kept of the costs involved so that we could obtain insight into health care use. Twelve patients were interviewed extensively at three points in time.

RESULTS Although the health status and the physical functioning were almost the same in the two conditions, the mental functioning improved in the patients who had attended MBCT with an effect size of 0.3. At three months past baseline vitality and social functioning were significantly higher in the mindfulness condition than in the control condition. There was no significant difference between the total healthcare costs in the two conditions. The use of hospital care was lower in the MBCT condition. At the same time, however, greater use was made of mental health care in the MBCT condition. The interview study enabled us to establish a process of change. As a result of this process, patients focused less on short-term symptom reduction and more on the acceptance of their symptoms and on self-care.

CONCLUSION With the improvement that occurred in patients' mental functioning, we conclude that MBCT is a meaningful therapy for patients with somatoform disorders. The fact that patients increased their use of mental health care after MBCT could indicate that patients with somatoform disorders become more willing to receive mental health care.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)3, 198-206

KEY WORDS mindfulness-based cognitive therapy, somatoform disorders